



AAL Vision Österreich

Positionspapier



AAL AUSTRIA – Arbeitskreis „AAL Vision Österreich“



Bundesministerium
für Verkehr,
Innovation und Technologie

Herausgeber:

AAL AUSTRIA Innovationsplattform für intelligente Assistenz im Alltag
Gemeinnütziger Verein, ZVR 107093595

1010 Wien, Wollzeile 1
E-Mail: kontakt@aal.at
Web: www.aal.at

Autoren und Autorinnen

AAL AUSTRIA ist eine Plattform, die auf Initiative des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie gegründet wurde, um den Ausbau einer österreichischen AAL Community und die Sichtbarkeit von AAL zu fördern. Die Plattform betreibt Arbeitskreise, die sich unterschiedlichen Schwerpunkten widmen (www.aal.at).

Dieses Positionspapier entstand als Teamwork der Mitglieder des Arbeitskreises „AAL Vision Österreich“.

Leitung des Arbeitskreises:

- Ing. Andreas Stainer-Hochgatterer, AIT Austrian Institute of Technology GmbH
- DI Martin Morandell, AIT Austrian Institute of Technology GmbH

Mitarbeiter/-innen des Arbeitskreises:

- Mag. Eva Buchinger, AIT Austrian Institute of Technology GmbH
- DI Dr. Michaela Fritz, AIT Austrian Institute of Technology GmbH
- Dr. Gerda Geyer, Österreichische Forschungsförderungsgesellschaft mbH
- Mag. Robert Hartmann, Volkshilfe Oberösterreich
- Mag. Marianne Hengstberger, Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH
- DI Anette Hexelschneider, Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen (ÖPIA)
- DI Walter Hlauschek, CEIT Central European Institute of Technology gemeinnützige GmbH
- Mag. Manuela Klier, GIT Gesellschaft für Informations- und Kommunikationstechnik im OVE Österreichischer Verband für Elektrotechnik
- Mag. Laurent Kolly, Zydacron telecare gmbh
- Günter Melbinger, TeleCare Systems & Communication GmbH
- Mag. Teresa Millner-Kurzbauer, Volkshilfe Österreich
- MMag. Dr. Karin Rainer, INSET Research & Advisory Unternehmensberatung GmbH
- Walter Scheitz, BA MSc MBA, FH JOANNEUM Gesellschaft mbH
- Christian Siegel, BSc MSc, Medizinische Universität Wien
- DI Uli Waibel, Innovendo e.U.
- Prof. Dr. Wolfgang Zagler, Technische Universität Wien
- Dipl.-Phys. Kerstin Zimmermann, Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie

Wien, im April 2015

Inhalt

Geleitwort BMVIT.....	6
1 Vorwort.....	8
2 Ziele und Aufbau des Positionspapiers.....	9
2.1 Ziele.....	9
2.2 Methodischer Ansatz.....	9
2.3 Kapitelübersicht.....	10
3 Zusammenfassung.....	11
4 Summary.....	12
5 Einleitung.....	13
5.1 Demografischer Wandel in Österreich.....	13
5.2 Innovative Technik für eine bessere Lebensqualität.....	13
5.3 Zielgruppen von AAL.....	14
5.4 Ziele von „AAL AUSTRIA“.....	14
5.5 Der Arbeitskreis „AAL Vision Österreich“.....	15
6 AAL Vision Österreich.....	16
6.1 Lebensqualität durch Innovation.....	16
6.2 Die AAL Vision für Österreich 2025.....	16
6.3 Sicher Wohnen, gut betreut, aktiv und mobil.....	17
6.3.1 Sicher Wohnen.....	17
6.3.2 Gut betreut.....	17
6.3.3 Aktiv und mobil.....	18
7 Ein Blick in die Zukunft – Einsatz von AAL im Jahr 2025.....	19
7.1 Szenario – I: Irgendwo im Innviertel in Österreich im März 2025.....	19
7.2 Szenario – II: Irgendwo in einer Therme in Österreich im April 2025.....	21
7.3 Szenario – III: Irgendwo an einem Stammtisch in Österreich im Mai 2025.....	24
8 AAL 2014 – Innovative Forschungsansätze, zögernde Markterschließung.....	26
8.1 Die europäische Situation.....	26
8.2 Die AAL Programme.....	27
8.2.1 Das Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL JP).....	27
8.2.2 AAL II Active and Assisted Living Research and Development Programme.....	27
8.2.3 Das AAL Forum.....	27
8.3 Politik und Forschungsförderung in Österreich.....	28
8.3.1 Das Programm „benefit“.....	29
8.3.2 Versicherungen und Sozialversicherungen.....	29
8.3.3 Bau- und Wohnungswirtschaft.....	29
8.3.4 Produkt- und Serviceanbieter (IKT-Wirtschaft).....	30
8.3.5 Daseinsversorger (Mobile Dienste).....	30
8.3.6 Vernetzung wichtiger Stakeholder.....	30
8.4 Die Stakeholder-Landschaft in Österreich.....	32
8.4.1 Primäre Stakeholder.....	33
8.4.2 Sekundäre Stakeholder.....	33
8.4.3 Tertiäre Stakeholder.....	33

8.5	Bedarf und Markt	33
8.5.1	Die Situation in der Pflege und Betreuung	34
8.6	Einflussfaktoren	36
9	Empfehlungen	38
9.1	Allgemeine Empfehlungen.....	38
9.2	Empfehlungen an primäre Stakeholder.....	39
9.2.1	Bedarfs- und bedürfnisorientierte Lösungen	39
9.2.2	Bewusstseinsbildung & Informationsbeschaffung	40
9.2.3	Marktgestaltung durch Erwartungshaltung der Anwender/-innen	40
9.3	Empfehlungen an sekundäre Stakeholder.....	41
9.3.1	Brückenfunktion zu Endanwendern/-innen.....	41
9.3.2	Identifikation von Marktpotenzialen.....	41
9.3.3	Coach/-in für Primäranwender/-innen.....	42
9.3.4	Qualifizierung und Ausbildung.....	43
9.3.5	Integration in F&E und Standardisierung	43
9.6	Empfehlungen an tertiäre Stakeholder	44
9.6.1	Lebensqualität und demografischer Wandel.....	44
9.6.2	Partizipation/Inklusion	45
9.6.3	Regulierung und Finanzierung	45
9.6.4	FTI – Forschung, Technologie, Innovation	46
9.6.5	Bildung und Qualifikation	47
9.6.6	Awareness und Medien/soziale Netzwerke	47
9.6.7	Rechtliche Rahmenbedingungen	47
10	Referenzen	48
11	Weiterführende AAL-Literatur.....	50
11.1	Proceedings	50
11.2	Bau.....	50
11.3	Studien	50
11.4	Articles/Papers.....	51
12	Glossar.....	52
	Anhang 1: Stakeholder-Portfolioanalyse	53
	Anhang 2: Auszüge Statistik Austria	54

Geleitwort BMVIT

Der gesellschaftliche Wandel im 21. Jahrhundert in Europa und Österreich hat viele Gesichter und kennt viele Herausforderungen: Klimawandel, Ressourcenverknappung, Energiewende, nachhaltige Mobilität oder Zukunft der Produktion. Eine dieser Grand Challenges betrifft die Menschen aber ganz unmittelbar: das Altern. In den kommenden Jahrzehnten wird der demografische Wandel, d.h. die Alterung der Bevölkerung, die niedrigen Geburtsraten und die zunehmende Migration, fast alle Industrieländer vor völlig neue Herausforderungen stellen und unser Berufsleben und unseren Alltag verändern.

Seit dem Jahr 2008 hat es sich das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) hat zur Aufgabe gemacht, diesen Wandel aus einer technologischen Perspektive zu adressieren und mit innovativen Produkten und Dienstleistungen zu begleiten. Ziel ist es, die entstehenden Chancen in den Vordergrund zu rücken und zum Wohle aller zu nutzen. Die Sicherung der Lebensqualität steht hierbei an erster Stelle.

Sowohl auf nationaler als auch europäischer Ebene fördert das BMVIT daher die Entwicklung von Technologien, die Unterstützung für ein selbstbestimmtes Altern ermöglichen, kurz Ambient Assisted Living (AAL). In diesem jungen, dynamischen und interdisziplinären Bereich liegen nun die ersten Ergebnisse in Form von sehr unterschiedlichen und individuellen Prototypen und exemplarischen Anwendungen vor. Um daraus zusammenhängende Gesamtsysteme entwickeln und messbare Erfolge für die Bürgerinnen und Bürger vorweisen zu können, wurden in den letzten Jahren in ausgewählten Testregionen großflächig Haushalte mit diesen Technologien und Systemen ausgestattet. Hauptanliegen ist es, den Nutzen sowohl für das Individuum als auch für die Bevölkerung sichtbar zu machen und somit Anreize für eine wirtschaftliche Verwertung zu geben.

In der vorliegenden Vision wird ein Bild einer wünschenswerten und altersgerechten Zukunft in Österreich entworfen und anhand von drei ausgewählten Szenarien beschrieben. Diese sollen allen Beteiligten eine Perspektive aufzeigen und die notwendigen, schon heute zu setzenden Maßnahmen auf ein gemeinsames Ziel ausrichten. Der Mensch steht hierbei im Mittelpunkt. Die Szenarien berücksichtigen auch die unterschiedlichen Lebensumstände sei es in der Stadt oder am Land, alleinstehend oder mit Familie. Als Zeitraum wurde das Jahr 2025 gewählt, um einen realistischen technischen Umsetzungshorizont zu bieten.

Unter der Koordination der Innovationsplattform AAL Austria formierte sich ein thematischer Arbeitskreis, dessen Mitglieder die Sichtweisen der unterschiedlichen Institutionen auf den drei Ebenen der älteren Menschen, deren Bezugspersonen und Lösungsanbietern sowie der Daseinsvorsorger einbringen konnten. Ausgangspunkt war eine Beschreibung des Ist-Zustandes im Jahr 2014 in Österreich. Teilergebnisse dieses Positionspapieres wurden auf Veranstaltungen vorgestellt und mit der Community diskutiert.

Als Kernbereiche der Vision kristallisierten sich das selbstbestimmte Wohnen in den eigenen vier Wänden, mit und ohne Betreuung, sowie das aktive und mobile Leben im Alter heraus. Gesundheitsaspekte spielen dort ebenso eine Rolle wie das Sicherheitsbedürfnis. Basierend auf dieser Grundlage wurden dann erste Empfehlungen erarbeitet, die Handlungsfelder auf den drei verschiedenen Ebenen der Stakeholder adressieren. Daran anschließend wurden Vorschläge für Maßnahmen in den unterschiedlichen Politikfeldern abgeleitet. Alle Akteure sind nun aufgerufen, diesen begonnenen Dialog weiterzuführen, Lücken zu schließen und sich an einer erfolgreichen Umsetzung zu beteiligen.



Michael Wiesmüller



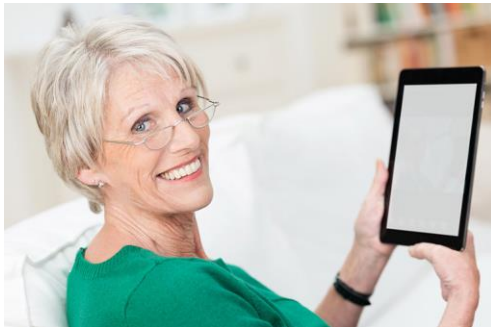
Kerstin Zimmermann



Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
Informations- und industrielle Technologien, Raumfahrt

1 Vorwort

Wir werden immer älter! Der prognostizierte demografische Wandel wird die Altersstruktur der Gesellschaft und Wohn- und Familienstrukturen, die sich schon jetzt im Umbruch befinden, zunehmend verändern. Dies hat Auswirkungen auf uns – sowohl als Individuen als auch auf die Gesellschaft als Ganzes.



Die Technik hat mittlerweile in alle Lebensbereiche Einzug gehalten. Sie hat das Potenzial, einen Beitrag zur Bewältigung neuer Herausforderungen zu leisten.

Moderne Technologien bzw. Informations- und Kommunikationstechnologien können dabei unterstützen, den Alltag sicherer und angenehmer zu gestalten und insbesondere älteren Menschen dabei helfen, möglichst lange ein selbstständiges, selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben zu führen.

Hinter dem Begriff „Ambient Assisted Living“ (auch: altersgerechte Assistenzsysteme für ein umgebungsunterstütztes, gesundes und unabhängiges Leben) steht die Idee, moderne Informations- und Kommunikationstechnologie in interdisziplinären Bereichen so einzusetzen, dass dies zu einer höheren Lebensqualität führt¹.

Ambient Assisted Living (AAL) ist durch Forschungsprojekte, breitere Pilotanwendungen sowie erste kommerzielle Produkte zu einem vielversprechenden Konzept gereift. Dieses soll durch seine Lebensbereich übergreifende Anwendbarkeit in der Zukunft zur Sicherung und Erhaltung der hohen Lebensqualität beitragen.

Die Möglichkeiten von AAL werden derzeit noch hauptsächlich in Forschungsprojekten auf nationaler und internationaler Ebene bearbeitet, wobei hier eine starke Marktorientierung gegeben ist. Bis zu einem überregionalen Einsatz sind jedoch noch viele Maßnahmen zu setzen. Damit die Innovationen auch bei den Menschen ankommen, müssen wir jetzt handeln. Der Arbeitskreis sieht eine realistische Chance, dass dieses Ziel bis 2025 erreicht werden kann. Somit beziehen sich die Vision und Szenarien, die in diesem Positionspapier dargestellt werden, auf das Jahr 2025.

Der Arbeitskreis AAL Vision Österreich des Vereins **AAL AUSTRIA** hat – auf die Vision und Szenarien abgestimmt – Empfehlungen für verschiedene involvierte Stakeholder erstellt. Diese sollen die oben genannten Ziele und Strategien in Österreich umsetzen.

¹ Vgl. [www.gesundheit.gv.at](https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/alter-ambient-assisted-living.html), Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, Ambient Assisted Living – wie Hightech im Alltag hilft, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/alter-ambient-assisted-living.html>

2 Ziele und Aufbau des Positionspapiers

2.1 Ziele

Dieses Positionspapier richtet sich sowohl an die Entscheidungsträger/-innen aus Politik, Wirtschaft und Forschung als auch an Investoren/-innen und Interessenvertreter/-innen aller Akteure (Stakeholder – siehe dazu Kapitel 8.4), die sich künftig mit den Folgen des demografischen Wandels konfrontiert sehen.

Durch die in diesem Dokument dargelegten Handlungsempfehlungen sollen die wichtigen Akteure aufgefordert werden, die geeigneten Maßnahmen zu setzen, um den künftigen Herausforderungen des demografischen Wandels zeitgerecht begegnen zu können und dabei AAL als Teil einer Gesamtlösung wahrzunehmen. Dies betrifft sowohl die Schaffung des regulatorischen und AAL-förderlichen Gesamtrahmens als auch die Sensibilisierung von Unternehmen für einen Zukunftsmarkt mit einem enormen Potenzial, wodurch letztlich auch der Wirtschaftsstandort Österreich gestärkt wird.

2.2 Methodischer Ansatz

Die Expertinnen und Experten des Arbeitskreises „AAL Vision Österreich“ haben in ersten Arbeitskreissitzungen den Fahrplan und die Inhalte des Positionspapiers akkordiert. In einem initialen Vision-Workshop, der am 6. Mai 2013 in Wien stattfand und an dem zahlreiche Vertreter/-innen aus dem AAL-Bereich in Österreich teilnahmen, wurde eine Erstabgrenzung der Vision vorgenommen. Die Vision wurde durch eine Beschreibung von Szenarien konkretisiert.



Die Ist-Analyse (AAL 2014) wurde in Diskussion und mit Beiträgen der Experten/-innen des Arbeitskreises über mehrere Arbeitskreissitzungen hinweg erarbeitet.

Auf Basis der Gegenüberstellung des visionären Zustandes und des Ist-Zustandes wurden in Arbeitssitzungen des Arbeitskreises Empfehlungen für die verschiedenen Stakeholder-Gruppen erarbeitet und ausformuliert.

In einem Workshop im Rahmen des AAL Summit 2014 wurde im April 2014 eine Rückbindung der Vision mit verschiedenen Stakeholdern vorgenommen. Im Detail wurden weitere Beiträge und Anregungen für die Szenarien gesammelt und diese ausgestaltet. Auch die Empfehlungen für die Stakeholder wurden ergänzt und einer Schärfung unterzogen.

Die konsolidierten Ergebnisse liegen nun in der Erstversion des Positionspapiers „AAL Vision Österreich“ vor.

2.3 Kapitelübersicht

Das Kapitel „Einleitung“ enthält Hintergrundinformation, Daten, Definitionen und eine Beschreibung der Organisationsstruktur der [AAL AUSTRIA](#).

Das Kapitel „AAL Vision Österreich“ enthält neben Slogans und der politischen Vision den Entwurf einer konkreten und allgemein verständlichen AAL-Vision für Österreich.

Das darauffolgende Kapitel „Ein Blick in die Zukunft – Einsatz von AAL im Jahr 2025“ enthält eine Konkretisierung der Vision und eine praktische Darstellung in Form von Szenarien aus Stakeholder-Sicht.

Das Kapitel „AAL 2014 – Innovative Forschungsansätze, zögernde Markterschließung“ gibt einen Überblick über die aktuelle Situation in Europa und im Speziellen in Österreich. Dabei werden insbesondere die Förderlandschaft, die Stakeholder-Landschaft sowie das Wirkungsfeld verschiedenster Einflussfaktoren beschrieben.

Im letzten Kapitel „Empfehlungen“ werden – gegliedert in allgemeine Empfehlungen und nach Stakeholder-Gruppen – die ausgearbeiteten Empfehlungen zur nachhaltigen Umsetzung von AAL in Österreich dargestellt.

3 Zusammenfassung

Der demografische Wandel zählt zu den größten gesellschaftlichen, sozialen und politischen Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft. Die statistisch zunehmende Lebenserwartung der Menschen verändert nicht nur die Altersstruktur der Gesellschaft, sondern hat auch Einfluss auf Wohn- und Familienstrukturen. Moderne Technologien, die ältere Menschen und betreuende/pflegende Angehörige in ihrem täglichen Leben unterstützen, gewinnen zunehmend an Bedeutung.

„Ambient Assisted Living“ (AAL; auch: altersgerechte Assistenzsysteme für ein umgebungsunterstütztes, gesundes und unabhängiges Leben) trägt dazu bei, dass insbesondere ältere und mobil eingeschränkte Menschen bis ins hohe Alter ein möglichst selbstständiges, selbstbestimmtes und sozial integriertes Leben führen können. Ambient Assisted Living ist bereits Gegenstand zahlreicher nationaler und internationaler Forschungsprojekte. Für eine überregionale und flächendeckende Umsetzung von AAL-Lösungen sind jedoch umfassende Maßnahmen auf politischer, wissenschaftlicher und wirtschaftlicher Ebene erforderlich.

Der Arbeitskreis „AAL Vision Österreich“ entwirft – mit Blick auf den Ist-Zustand in Europa sowie auf innovative Forschungsansätze, aber auch Hürden bei der Markterschließung – im vorliegenden Positionspapier eine konkrete AAL-Vision für Österreich, die bis zum Jahr 2025 umgesetzt sein könnte. Sicheres Wohnen, eine gute Betreuung und der Erhalt der Aktivität und Mobilität stellen besonders wichtige Kernbereiche dieser Vision dar. Eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung der AAL-Vision ist, dass alle beteiligten Stakeholder ein weitgehend gemeinsames Verständnis von AAL entwickeln, vernetzt miteinander agieren und darauf basierend jeweils entsprechende Schritte setzen.

Drei Gruppen von Stakeholdern sind in diesem Kontext relevant: Zu den primären Stakeholdern zählen die Nutzerinnen und Nutzer (ältere Menschen, pflegende bzw. betreuende Privatpersonen etc.), sekundäre Stakeholder sind die Anbieter (Gesundheit- und Sozialeinrichtungen, KMU, große Technologie- bzw. IKT-Unternehmen, Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen etc.), die Gruppe der tertiären Stakeholder umfasst die Finanzierungs- und Gesetzgebungsseite (Politik, Öffentliche Hand, Medien, Sozialversicherungsträger etc.).



Zur Veranschaulichung, wie eine optimale Vernetzung der einzelnen Stakeholder funktionieren könnte, werden in Form von drei „Kurzgeschichten“ Szenarien aus dem Jahr 2025 beschrieben, in denen die AAL-Vision bereits Realität ist.

Das Marktpotenzial von AAL ist unbestritten. Dies belegen zahlreiche Studien und Statistiken. Durch den demografischen Wandel entsteht für die Wirtschaft eine wachsende, lukrative Zielgruppe – von der aktiven 50plus-Generation bis zu hochbetagten Menschen. Damit sich AAL-Lösungen auch wirtschaftlich erfolgreich entwickeln können, braucht es regulatorische, gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen durch die Politik. Von Seiten der Anbieter gilt es, innovative, modulare Geschäftsmodelle und Lösungen zu entwickeln. Auch die AAL-Anwender/-innen gestalten den Markt durch ihre Erwartungshaltungen und Forderungen im Hinblick auf die Produkte mit.

Der Arbeitskreis AAL Vision Österreich des Vereins [AAL AUSTRIA](#) hat Empfehlungen für alle involvierten Stakeholder erstellt, damit dieses Ziel, die AAL-Vision bis spätestens 2025 zu verwirklichen, erreicht werden kann.

4 Summary

Demographic change counts among the greatest societal, social and political challenges of the present and the future. Not only does the statistically increasing life expectation of people alter society's age structure, but it also has an influence on housing and family structures. Modern technologies, which support older people and supervising/caring relatives in their daily lives, are becoming increasingly important.

"Ambient Assisted Living" (AAL; also: age-appropriate assistance system for an environment-supported, healthy and independent life) contributes to the fact that older people and those with limited mobility, in particular, are able to lead a life that is as independent, self-determined and socially integrated as possible. Ambient Assisted Living is already a topic of numerous national and international research projects. However, comprehensive measures on the political, scientific and economic level are necessary for a nationwide and comprehensive implementation of AAL solutions.

With a view to the current situation in Europe, as well as to innovative research approaches - but also to hurdles in opening up new markets, the working group "AAL Vision Austria" is developing a concrete AAL vision for Austria in the present policy document. It is possible that this vision may be implemented by 2025. Safe housing, good supervision and the preservation of activity and mobility represent an especially important core area of this vision. A key prerequisite for the implementation of the AAL vision is that all participating stakeholders develop a far-reaching, mutual understanding of AAL, act together as a network and, based upon this, take the respective steps in each case. Three groups of stakeholders are relevant in this context: included in the primary stakeholders are the users (older people, caring or supervising private individuals etc.), secondary stakeholders are the suppliers (health and social institutions, SMEs, large technology or ITC companies, training and research institutions etc.), and the group of tertiary stakeholders comprise the financing and legislation side (politics, public authorities, media, social insurance carriers etc.).

By way of illustrating how an optimal integration of the individual stakeholders could function, three scenarios from 2025 have been described in the form of "short stories", in which the AAL vision is already a reality.

The market potential of AAL is undisputed. This is documented by numerous studies and statistics. The demographic change results in a growing, lucrative target group for the economy – from the active 50plus generation right through to individuals of a ripe old age. In order to ensure that AAL solutions are also able to develop successfully from an economic perspective, there is a need for regulatory, legislative and financial framework conditions to be determined through policy. From the side of the supplier it is a case of developing innovative, modular business models and solutions. The AAL users also help to shape the market by means of their expectations and demands with regards to the products.

The working group AAL Vision Austria of the association [AAL AUSTRIA](#) has compiled recommendations for all involved stakeholders so that this goal, to implement the AAL vision by 2025 at the latest, may be attained.

5 Einleitung

Eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts ist der demografische Wandel. Die Zahl an älteren Menschen nimmt stetig zu. Besonders der Anteil der Altersgruppe der über 60-Jährigen steigt stark an. Vor diesem Hintergrund werden unter dem Begriff „Ambient Assisted Living (AAL)“ technologische Entwicklungen zusammengefasst, die das alltägliche Leben älterer Menschen situationsabhängig und unaufdringlich unterstützen, zu Sicherheit und Wohlbefinden beitragen und auf diese Weise ein selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung ermöglichen.

5.1 Demografischer Wandel in Österreich

Bedingt durch den demografischen Wandel wird sich die Zahl der Betreuungs- und Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren deutlich erhöhen. Auch wenn weiterhin nur ein Drittel der älteren Personen Unterstützungsbedarf hat, werden die Zahlen und Kosten beträchtlich sein.



Sehr kräftig wird die Gruppe der „jungen Alten“ zwischen 65 und 79 Jahren anwachsen. Bereits 2015 wird es mit 1,17 Mio. um 9% mehr jüngere Alte geben als 2011 (1,07 Mio.), 2020 um 14% mehr (1,23 Mio.). Bis zum Jahr 2030 steigt ihre Zahl auf 1,52 Mio. (+42% gegenüber 2011) an. Die stärksten Zuwächse wird langfristig die Zahl der betagten und hochbetagten Personen (80 und mehr Jahre) erfahren. Bereits im Jahr 2015 werden in Österreich mit 432.000 um 4% mehr über 80-jährige Personen leben als 2011 (414.000). Bis 2020 steigt ihre Zahl auf

491.000 an (+19%), und 2030 sollte ihre Zahl mit 640.000 bereits um 54% größer sein als 2011. (Statistik Austria 2012²)

5.2 Innovative Technik für eine bessere Lebensqualität

Unter dem Begriff Ambient Assisted Living werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen subsummiert, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden, mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten, vor allem im Alter, zu erhöhen. AAL kann übersetzt werden mit „altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“. Damit wird vor allem ausgedrückt, dass Technik allein nicht alles ist, der Mensch steht bei AAL im Mittelpunkt. Neben den innovativen unterstützenden Technologien und Produkten spielen ethische, soziale, ergonomische, rechtliche und wirtschaftliche Aspekte eine wesentliche Rolle. Damit wird auch schon skizziert, dass AAL in erster Linie etwas mit dem Menschen in seiner direkten Umwelt zu tun hat. Die Technik passt sich folgerichtig an die Bedürfnisse des/der Nutzers/-in an und nicht umgekehrt.

AAL-Technologien ermöglichen es zudem, den steigenden Komfort- und Sicherheitsbedürfnissen gerecht zu werden sowie die Kommunikation und Integration mit dem sozialen Umfeld zu erleich-

² Statistik Austria, 2012, Pressemitteilung 10.361-214/12, http://www.statistik.at/web_de/presse/067546

tern. Solche Lösungen können auch helfen, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu senken. Es geht aber nicht mehr alleine darum spezielle Anwendungen für ältere Menschen zu entwerfen. Was in Zukunft gefragt sein wird, sind Produkte in einem universellen Design, die sich verstärkt an alle Generationen richten.³

Ein wesentliches Ziel von AAL ist es, soziale Innovationen in einer sich verändernden Gesellschaft zu ermöglichen und zu verstärken. Neue Produkte und neue Wege für die Erbringung von Dienstleistungen tragen dazu bei, gesellschaftliche Herausforderungen zu bewältigen. Die Berücksichtigung ethischer und datenschutzrechtlicher Gesichtspunkte ist unabdingbar, damit sowohl die Gesellschaft als auch das Individuum von den positiven Ergebnissen profitieren können. Es ist wichtig, AAL-Innovationen nicht nur zur Beschreibung neuer Wege des Denkens anzusehen, sondern auch als Gesamtkonzept zu begreifen, das ein Potenzial zur Erzeugung sozialer Werte hat.

5.3 Zielgruppen von AAL

Mit den AAL-Lösungen werden primär ältere Anwender/-innen adressiert, die schon heute an einen möglichen Unterstützungsbedarf denken und für später vorbereitet sein wollen. Aber auch jene, die daran interessiert sind, Autonomie, Sicherheit, Komfort und größtmögliche Unabhängigkeit zu erhalten, sollen angesprochen werden.

Die erweiterte Zielgruppenbetrachtung enthält neben Personen mit und ohne Unterstützungsbedarf auch jene Stakeholder, die in die Betreuung und Unterstützung der primären Anwender/-innen involviert sind und dadurch von AAL profitieren werden. Die Stakeholder werden in Kapitel 8.4 genau beschrieben. Es handelt sich beispielsweise um pflegende Angehörige, Arbeitgeber mit älteren Dienstnehmern/-innen, Sozial- und Gesundheitsdienste, medizinische und Pflegeeinrichtungen aller Arten sowie Daseinsversorger, aber auch um Sozialversicherungsträger und private Versicherungsgesellschaften.

5.4 Ziele von „AAL AUSTRIA“



Auf Initiative des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie wurde im April 2012 die Plattform AAL AUSTRIA gegründet, mit dem Ziel, den Aufbau einer österreichischen AAL-Community zu etablieren, das Zusammenführen von Anbietern und Anwendern/-innen zu fördern und einen effizienten Erfahrungsaustausch zwischen den involvierten Teilnehmern/-innen zu erreichen.

Eine wesentliche Aufgabe des Vereins ist es, die Verbesserung der „Sichtbarkeit“ von AAL in der Öffentlichkeit zu erreichen und das Problembewusstsein für die Herausforderungen, die der demografische Wandel mit sich bringt, zu schärfen.

³ AAL AUSTRIA, Zweck und Ziele. AAL AUSTRIA: Ambient Assisted Living für ein selbstbestimmtes Leben, http://www.aal.at/zweck_und_ziele

5.5 Der Arbeitskreis „AAL Vision Österreich“

AAL ist in Österreich (wie auch in einigen anderen europäischen Staaten) noch immer ein stark forschungszentriertes Thema. Die Umsetzung am Markt hinkt den Forschungsergebnissen hinterher und ist bis dato unter den Erwartungen (auch diverser Förderprogramme) geblieben. Nur wenige Unternehmen haben bis jetzt AAL-Lösungen in ihr Portfolio oder in die Unternehmensstrategie aufgenommen bzw. reüssieren in diesem Bereich erfolgreich am Markt. Die Sammelbände der AAL-Foren sowie die Websites der verschiedensten Förderinstrumente bieten dazu einen aktuellen Überblick über verschiedenste Forschungsergebnisse. Eine aktuelle Projektlandkarte ist nicht verfügbar. Im Rahmen eines ADV-Arbeitskreises wurde eine Erhebung von Produkten und Projekten/Prototypen in durchgeführt⁴. Darüber hinaus widmet sich der „Produktkatalog“ der AAL-AUSTRIA-Arbeitskreis einer solchen Erhebung. Im Rahmen einer vom Programm „benefit“ beauftragten Studie wird bis Herbst 2015 eine „Klassifikation von AAL-Produkten und -Dienstleistungen“ erstellt werden.

In den kommenden Jahren gilt es, AAL erfolgreich in Pilotprojekten und in weiterer Folge (z.B. als Standardangebot im Betreuten Wohnen) breit und erfolgreich im Markt umzusetzen. Dafür muss eine erhöhte Sichtbarkeit des Themas in der Öffentlichkeit inklusive einer klaren Kommunikation des Nutzens und die Formulierung einer Vision und Kommunikation von Empfehlungen angestrebt werden.

Das Ziel des Arbeitskreises ist die Erarbeitung einer einheitlichen Definition und Sicht, was AAL bedeutet und wie es für das Wohl des Staates und der Bürger/-innen Österreichs eingesetzt werden kann. Der Arbeitskreis soll demnach dazu beitragen, das Marktpotenzial von AAL und den damit einhergehenden volkswirtschaftlichen Nutzen transparent zu machen. Langfristig soll eine nachhaltige Verankerung des Themas Ambient Assisted Living in Österreich erreicht werden.

Zu diesem Zweck wurde gemeinsam mit Interessentinnen und Interessenten aus Forschung und Wirtschaft sowie mit Vertreterinnen und Vertretern der Anwenderseite (insbesondere auch sogenannte Daseinsversorger) eine Vision (Zeithorizont 2025) für eine lebenswerte Zukunft erarbeitet. Durch die multidisziplinäre Erarbeitung von Empfehlungen wurde sichergestellt, dass im vorliegenden Positionspapier die Interessen aller involvierten Stakeholder (siehe Kapitel 9) berücksichtigt wurden.



⁴ EHI-Arbeitsgruppe AAL, AAL (Ambient Assisted Living) als Potenzial zur Unterstützung des Lebensalltags, http://ehi.adv.at/fileadmin/user_upload/adv_author/pdfs/Positionspapiere2011/Positionspapier_eHI_AK_AAL_20111019_1_o_final.pdf und

EHI- Arbeitsgruppe AAL, Liste von Produkten / Lösungen / Services für den AAL Bereich, http://ehi.adv.at/fileadmin/user_upload/adv_author/pdfs/Positionspapiere2011/Produktliste_eHI_AK_AAL_20110929_1.o_final.pdf

6 AAL Vision Österreich



„In Zukunft spielt das Alter keine Rolle mehr!“

6.1 Lebensqualität durch Innovation

Die FTI-Strategie des Bundes „Der Weg zum Innovation Leader“ nennt die Sicherung der Lebensqualität angesichts des demografischen Wandels als eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit. Im Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018 wird die Forschung hierzu auch auf soziale Innovationen ausgedehnt und das Ambient-Assisted-Living-Programm (AAL) explizit unter dem Ziel der selbstständigen Betreuung zu Hause genannt. Auch der Bereich Wohnen und die Pflege älterer Menschen werden darin thematisiert.

6.2 Die AAL Vision für Österreich 2025

Basierend auf den Ergebnissen und Diskussionen im Arbeitskreis und beim AAL Summit Austria im April 2014 hat sich der Arbeitskreis „AAL Vision Österreich“ auf folgende Vision für das Jahr 2025 geeinigt:

Wir in Österreich schätzen die hohe Lebensqualität unseres Landes. Wir nehmen auch im Alter aktiv am Leben teil und sind mobil. Wir wohnen in einem sicheren Zuhause und wissen, dass wir dort – wenn notwendig – fürsorglich und optimal betreut werden. Im Alltag nutzen wir auch technische Lösungen als sinnvolle Unterstützung.

Österreich ist erwiesenermaßen ein Land mit hoher Lebensqualität⁵. Damit diese trotz der erwarteten Veränderungen in der Gesellschaft erhalten werden kann, müssen Maßnahmen ergriffen werden, die den Bedürfnissen der Menschen nach sicherem Wohnen, sozialer Betreuung sowie aktivem und mobilem Leben auch in Zukunft gerecht werden.

⁵ Vgl. OECD, OECD Better Life Index, Österreich, Überblick, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/countries/austria-de/>

Technologische Innovationen eröffnen vielversprechende Lösungen, die es Seniorinnen und Senioren auch im fortgeschrittenen Alter ermöglichen, länger in ihrem vertrauten Umfeld aktiv und selbstbestimmt zu bleiben.

6.3 Sicher Wohnen, gut betreut, aktiv und mobil

Sicher Wohnen, gut betreut, aktiv und mobil – diese Aspekte bilden die Kernbereiche der Vision 2025.

6.3.1 Sicher Wohnen

Aufgrund von unterschiedlichen Lebenskonzepten und der sich verschiebenden Altersstruktur wird in den nächsten Jahren in Österreich die Anzahl der Einpersonenhaushalte weiter steigen. Sicherheit ist in diesem Zusammenhang ein wesentliches Bedürfnis von Menschen im Alter und kann ein entscheidender Beweggrund sein, neue bzw. AAL-Technologien anzuwenden. Ein wichtiger Faktor für die Sicherheit zu Hause stellt die aktive und/oder automatisierte Kommunikation dar. Ein Beispiel: In kritischen Situationen kann von der Bewohnerin bzw. vom Bewohner aktiv oder auch vom System automatisch ein Notruf abgesetzt werden.

Smart-Home-Umgebungen können in diesem Bereich einen entscheidenden Beitrag leisten. Durch vernetzte Sensoren und erkannte Bewegungsmuster können auf Basis von intelligenten, selbstlernenden Systemen zukünftig Gefahrensituationen vermieden oder im Bedarfsfall der Kontakt zu rascher Hilfe hergestellt werden. Diese technologische Unterstützung gibt alleinstehenden Personen die Gewissheit, sich in den eigenen vier Wänden sicher bewegen zu können.



6.3.2 Gut betreut

Mit steigendem Lebensalter nehmen chronische Erkrankungen mit dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen zu. Dadurch können auch bestimmte physische oder mentale Fähigkeiten beeinträchtigt werden.



Die Erfassung und Auswertung von Daten der betreuten Person und deren Wohnumfelds ermöglicht es, mit effizienter Koordinierung der Sozial- und Gesundheitsdienste optimale Hilfeleistungen anbieten zu können. Diese Hilfsmaßnahmen, inklusive technischer Assistenz, unterstützen Pflege- und Betreuungspersonen in ihrer Arbeit, Bezugs- und Kontaktpersonen und die betreute Person selbst.

Zusammen mit den im Wohnumfeld installierten Hilfssystemen kann eine bessere Orientierung ermöglicht und so der Tagesablauf wirksam unterstützt werden. Nicht zuletzt tragen die neuen Technologien durch die intelligente Überwachung des Zutritts zum Wohnumfeld wesentlich zur persönlichen Sicherheit bei.

6.3.3 Aktiv und mobil



Viele Menschen werden im Alter in ihrer Lebensqualität dadurch eingeschränkt, dass es ihnen zunehmend schwerer fällt, mobil zu bleiben. Dadurch können sie immer weniger ihre gesellschaftlichen Kontakte aktiv pflegen oder ihren Interessen nachgehen. Innovative Kommunikationstechnologien helfen, Hürden zu meistern. So können im Vorfeld im Hinblick auf gewünschte Aktivitäten bestehende Hindernisse identifiziert und Barrieren durch den Einsatz entsprechender Planungstools (wie z.B. Wegstreckenplanung, Freizeit- und Terminplanung etc.) erkannt und bewältigt werden. Durch die aktive

Nutzung solcher Systeme lässt sich der Kontakt zu Verwandten und Freunden aufrechterhalten.

7 Ein Blick in die Zukunft – Einsatz von AAL im Jahr 2025



Basierend auf den Erfahrungen und Ergebnissen eines im Mai 2013 stattgefundenen Visions-Workshops und weiteren Diskussionen im Arbeitskreis sowie am AAL Summit 2014, wurde ein Blick in die Zukunft skizziert. In vielen Bereichen ist die beschriebene Fiktion bereits Realität geworden und fällt uns nicht mehr als Besonderheit auf.

Die folgenden drei Szenarien sind Visionsgeschichten, die die Idealsituation im Jahr 2025 aus

- der Perspektive der Anwender/-innen (Teil I)
- der Perspektive der Anbieter/-innen (Teil II)
- und der Perspektive jener, die den Rahmen gestalten („Context Setter“ – Teil III)

beschreiben. Diese drei Perspektiven decken sich mit den Stakeholder-Gruppen, wie sie in Kapitel 8.4 beschrieben sind.

7.1 Szenario – I: Irgendwo im Innviertel in Österreich im März 2025

Beschreibung des visionären Zustandes aus Sicht der Anwender/-innen

Erich wurde munter und überlegte, ob er aufstehen oder erst mal liegenbleiben sollte. „Das ist einer der Vorteile, dass ich schon 85 bin“, dachte er. „Ich kann aufstehen, wann ich will! Aber die Frauen holen einen auch in diesem Alter noch aus dem Bett.“ Er wollte doch mit Anna die nächste Bridge-runde planen. Wenn er das Videokonferenzsystem ohne Bild startete, würde sie gleich Panik bekommen. Ein Bild von ihm im Bett wäre jedoch nicht so vorteilhaft. „Da könnte wahrlich noch etwas erfunden werden“, dachte er. Doch ansonsten hatte Erich nichts auszusetzen. Er hatte das Einrichten der Videokonferenzen ohne Martina geschafft. Das war seine Bedingung im Beratungszentrum

gewesen: „Alle Technik und alle Services bitte so, dass ich meine Tochter nicht um Hilfe bitten muss!“

Den Weg vom Schlafzimmer im 2. Stock zur darunterliegenden Küche bewältigte er mit seinem Fitnesslift. Er wollte sich noch ein wenig fordern, um den Damen imponieren zu können. Gut, dass er dabei gesichert war und nichts passieren konnte.

In der Küche seufzte er, als er an das Frühstück dachte. Damit ihn Martina mehr in Ruhe ließ, hatte er seiner Tochter versprechen müssen, dem Lieferservice Zugang zu seinem Online-Ernährungsratgeber zu geben. Der einzige geheime Ausweg zu ungesundem Essen war die Bridge-runde. Doch auf der anderen Seite zeigten ihm die Beispiele in seinem Ernährungsratgeber klar, welche Lebensmittel schlecht für seine Knochen und welche gut für seine Muskeln waren. Ja, er wollte nicht schwächer erscheinen als die anderen Männer in der Bridgerunde. Da war auch noch seine Allergiediät. Die war lebenswichtig. Denn das Leben wollte er noch genießen – die realen Frauen und die virtuellen Frauen in diesem süchtig machenden Internetspiel „Innviertel 2050“ machten sein Leben lebenswert.

Wer hätte gedacht, dass er sich einmal Computerspielen hingeben würde mit seinen von Gicht beeinträchtigten Fingern. Vielleicht hatten diese Bildschirm- und Tastatur-Konstrukteurinnen und -Konstrukteure selbst an ihr Alter gedacht und es so möglich gemacht, dass nahezu jeder trotz Alterswehwehchen das Internetspiel nutzen konnte.

Nach dem Frühstück und der Videokonferenz mit Anna meldete sich der fotorealistische Avatar (eine virtuelle Person) mit einer Nachricht von Martina im Messenger. Gut, dass sie vier Kinder, einen Mann und ihre Arbeit hatte, so hielt sich die Zahl ihrer Botschaften und Fragen in Grenzen. Mit 55 war sie auch nicht mehr ganz so wendig. Sie hatte sich sogar eine Fahrassistentenlösung für ihr Auto gekauft. Dieser Kauf wurde gefördert, weil sie eben auch nicht mehr so jung war und die „Pflegeverantwortung C“ (eine Einstufung der Pflegeaktivität für informelle Pfleger/-innen) für ihn hatte, was trotz aller ausgeklügelter Technik ab und an auch Besuche von Salzburg zu ihm ins Innviertel erforderte.

Zurück zu Anna. Sie wollte nicht nur Bridge mit ihm spielen. Sie träumte von einem Besuch bei den Salzburger Festspielen mit ihm. Also würde er versuchen, mit der Online-Plattform und dem Videokonferenzsystem ein Konzert zu buchen, das für Schwerhörige wie Anna auf deren Hörtechnik ohne Extraaufwand und -kosten abgestimmt war. Die Beschreibung war leicht verständlich. Gut. Denn er wollte das alles allein hinbekommen. Einen jungen Techniker, der vielleicht dort um Anna herum-scharwenzelte, brauchte er nicht. Wie vorausschauend, dass er sich nicht geniert hatte und nach Braunau zum Einführungskurs seines Coaches für all seine Assistentenlösungen gefahren war. Gut, dass es nur einen Coach für all das gab. Sie verstanden sich sehr gut, denn der Coach ist eine Frau. Sie hilft Erich, zu Hause klar zu kommen.

Ach ja, Braunau. Er schaute in sein Mobilitätsnavi, wann der nächste für ihn geeignete Bus käme. Heute Nachmittag sollte im Verkehrsbüro das neue Reiseprogramm vorgestellt werden. Sein Freund Michael hatte ihm erzählt, dass jetzt fast alle Reisen auch für ältere Menschen mit Bewegungs- und anderen gesundheitlichen Einschränkungen möglich waren. Dank Technologie und Technik musste er nicht mehr nur mit den „alten Leuten“ reisen. Erich hatte schon tausend Pläne für den Sommer.

Er schaute am Display nach, ob er alle Hausgeräte abgeschaltet hatte, stellte den Sturzdetektor für unterwegs an und ging langsam zum Bus.

Im Verkehrsbüro gab es gerade noch eine Einführung für junge Leute, die das neueste Wander- und Sicherheitsnavi kaufen wollten. Diese Technik war ein attraktiver Nebenmarkt, zog sie doch Menschen an, die sonst nie mit dem Verkehrsbüro verreisen würden. „Sollte ich das vielleicht Martina zum Geburtstag schenken? Allerdings muss ich das mit ihrem Mann gemeinsam kaufen, denn so etwas wird nicht gefördert und das ist schon sehr viel teurer als meine Lösungen.“

Mitten im Bericht über eine Reise in die Wüste, die sogar für ihn und Anna möglich sein sollte, fiel Erich die Heizung ein. Sein altes Häuschen war undicht, da wollte er kein Geld verheizen. Doch ein Blick auf das Smartphone-Display beruhigte ihn. Er hatte die Heizung genau auf die Temperatur eingestellt, die niedrig und gleichzeitig ökonomisch war, wenn er es schnell wieder warm haben wollte. Diese Öko-Funktion hatte ihm der Berater bei der Heizungsfirma empfohlen. Ein kleinerer ökologischer Fußabdruck verringerte auch die Heizungskosten.

Erich konzentrierte sich wieder auf die Beschreibung der Reise. Es klang eigentlich alles sehr vertrauenerweckend, welche technischen Möglichkeiten und Sicherheitseinrichtungen Anna und ihm noch einmal ein paar Tage in der Wüste ermöglichen würden. Und das alles war auch nicht zu technisch. Es gab noch Raum für Romantik in seinem Alter.

Als Erich wieder zu Hause war, fühlte er sich doch erschöpft. Es war auch Zeit, um seine Vitalparameter zu checken und die darauf angepasste Arzneizusammenstellung aus dem Sammelbehälter zu nehmen. Er musste sich beeilen. Um diese Zeit kam Martina aus dem Büro und begrüßte grad mal ihre Familie, bevor sie die Vitalparameter ihres Vaters checkte. Er hatte ihr das erlaubt, eigentlich ohne Widerstreben. Es war ja auch ein Ausdruck von Zuneigung. Und wenn seine Frau noch leben würde, dann hätte sie das gemacht. Doch Anna hätte er das nicht erlaubt, so enge Freunde waren sie nun doch nicht.

Ein Blick aus dem Fenster sagte ihm, dass er am nächsten Tag die Fensterputzeinrichtungen anstellen müsste. Sonst würde er den Vorfrühling nicht sehen können.

Irgendwie wollte er jetzt nur noch Ruhe haben. Also am Abend kein „Innviertel 2025 Dokusoap“ mehr, sondern einfach nur im Bett lesen. Einmal noch kurz ins Badezimmer, wo Erich komfortabel der Weg mit dem automatischen Nachtlicht dezent ausgeleuchtet wurde, bevor er mit Freude auf den nächsten Tag (seinen 86. Geburtstag) einschlief.



7.2 Szenario – II: Irgendwo in einer Therme in Österreich im April 2025

Beschreibung des visionären Zustandes aus Sicht der Anbieter/-innen

Armin war außer sich. Wieder ein großer Kunde weg! „So konnte es nicht weitergehen“, dachte er sich. Was war passiert?

Dazu müssen wir ein paar Jahre zurückgehen. Armin kam nach einem Hochschulstudium der „Betreuungs- und Gesundheitswissenschaften“ mit guten Noten und vielen Ideen aus seiner Ausbildung. Der Studiengang wird seit einiger Zeit an fast allen österreichischen Universitäten angeboten und zielt auf die Versorgung der Wirtschaft mit fundiert ausgebildeten Managern/-innen mit dem Arbeitsschwerpunkt „demografischer Wandel“ ab.

Die Lerninhalte sind vielfältig. Sie reichen von sozialen Fragen zur Betreuung über medizinische Grundinformationen und technische Einblicke in marktfähige Systeme bis hin zu organisatorischen und unternehmerischen Ausbildungsmodulen. Spezialisierungen sind möglich und gewünscht. Die Absolventinnen und Absolventen sind am Arbeitsmarkt begehrt, finden gute Anstellungen oder machen sich gleich nach Abschluss, fallweise auch noch während des Studiums, selbstständig.

Das war auch bei Armin so, bei seiner Studienkollegin Julia und natürlich beim Jahrgangsbesten Holger, den alle immer nur den „Wunderwutzi“ genannt hatten. Die drei waren ein gutes Team gewesen, hatten viel zusammen gearbeitet und hielten auch nach der Ausbildung regelmäßigen Kontakt über soziale Netzwerke. Einmal im Jahr, meist rund um Ostern, gab es auch eine Jahrgangsfeyer, die sie ins Leben gerufen hatten und deren Organisation ihnen auch heute noch viel Spaß macht. Ausflüge, Sportaktivitäten und natürlich gemeinsames Philosophieren zu wichtigen Themen ihrer Arbeit standen und stehen dabei immer im Fokus.

Armin hatte sich also selbstständig gemacht. Seine Idee war einfach, aber genial, und die Investition in die Unternehmensgründung wurde vom Innovationsfond des BMfGuS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziales) gefördert. „Easyride“ war von da an sein Lebensinhalt. Das Unternehmen kümmert sich um persönliche Mobilität von Menschen in jedem Alter. Begonnen hatte er mit dem Verkauf und Verleih von modernen Segway-Rollern, auch des ganz neuen für „Wald und Wiese“, und Rollstühlen für den Homebereich, Treppenliften, Rollatoren und das dazugehörige Service, Fahrrädern, Elektrofahrrädern und Elektrofahrzeugen. Schnell kam eine Mobilitäts-Sharing-Plattform dazu und große Kunden wie die Stadtwerke, die Post, Pflegeheime, mobile Pflege- und Betreuungsdienstleister wurden gewonnen. Die Geschäfte gingen gut, sehr gut sogar.

Doch das Blatt wendete sich schlagartig, als große multinationale Konzerne begannen, die Mobilitätsbranche in Österreich aufzumischen, allen voran „Move-it“, wo sein Freund Holger nach dem Studium als Trainee zu arbeiten begann und mittlerweile zum Regionalleiter für Zentral- und Osteuropa aufgestiegen war. Nach und nach kamen Armin jetzt die großen Kunden abhanden, denn „Move-it“ konnte mit „unverschämt“ billigen Preisen anbieten, wenn auch das Service dann entsprechend unpersönlich und teilweise mangelhaft war. Nachdem die großen Kunden einen immer stärkeren Druck auf ihre Margen und Umsätze verspürten, kamen ihnen die überregional agierenden Multis gerade recht.

Wo das hinführen würde, hatte man schon in anderen Bereichen gesehen. Bereiche, die wesentlich neuralgischer waren als „nur“ die persönliche Mobilität. Bereiche, deren Einfluss unmittelbar mit dem Wohl von Personen zu tun haben – stationäre Pflege und Pflegeheime, um genau zu sein. Doch hier wurden vom Gesetzgeber schlussendlich konkrete Schritte unternommen, die Reglementierungen für die freie Marktwirtschaft beinhalteten. Das Vertrauen in das Versorgungssystem wurde gesteigert, die Finanzierbarkeit gesichert und somit der Grundstein für eine flächendeckende Versorgung gelegt.

Julia profitierte von der positiven Stimmung in der Branche, denn sie hatte sich nach dem Studium mit ihren Eltern zusammengesetzt und ihnen ihr Projekt „Altern am Bauernhof“ vorgestellt. Julia kommt aus einer Bauernfamilie. Viehzucht und ein wenig Gemüseanbau waren bei ihren Eltern in der vierten Generation in fleißigen Händen. Doch die Viehzucht rentierte sich schon seit langer Zeit nicht mehr, zu abhängig wurde die Branche von „Weltmarktpreisen“ für Grundstoffe (Futtermittel) und Fertigprodukte (Rinder). Immer wenn die Eltern Futtermittel zukaufen mussten, weil die Wiesen nicht mehr für die weiter ausgebauten Kapazitäten am Hof ausreichten, fühlten sie den kalten Atem der Marktwirtschaft.

„Altern am Bauernhof“ sah ein Ende der marktgerechten Viehzucht für ihre Familie vor, einen Rück- bzw. Umbau des Hofes in eine Betreuungseinrichtung für ältere Menschen nach modernsten Richtlinien, die mit den Erlässen des BMfGuS vereinbar waren. Julias Eltern entschlossen sich, das Projekt umzusetzen. Sie konnten geförderte Kredite aufnehmen, mit einem fixen Zinssatz von 1% auf die gesamte Laufzeit von 50 Jahren. Julias Eltern nahmen das Ausbildungs- und Fortbildungspaket „Pflegekraft“ in Anspruch und meldeten sich beim Verband ländlicher Betreuungseinrichtungen, der zuvor von Julia ins Leben gerufen worden war, an.

Die Arbeitszeiten hatten sich für Julias Eltern nicht wesentlich geändert. Urlaub war ihnen noch nie besonders wichtig gewesen, sofern dies früher überhaupt möglich gewesen war. Eine sogenannte

Win-win-Situation also, die sich hier auftat. Sie hatten ihre einzige Tochter am Hof behalten können und mussten diesen nicht verkaufen. Sie hatten für sich eine sinnvolle Beschäftigung gefunden und konnten sogar wieder (Fach-)Personal anstellen. Der Hof prosperierte und das Dorfleben gewann an Attraktivität durch die vielen Arbeitsplätze, die in ihrer Region geschaffen wurden.

Es war also wieder April, und das nächste Jahrgangstreffen stand auf dem Kalender. Diesmal trafen sich die Freunde in einer Therme, um beim gemütlichen Baden ihre Themen zu besprechen. Doch es wollte keine rechte Gemeinschaftsstimmung aufkommen, denn nicht nur das warme Wasser sorgte für heiße Diskussionen. Besonders die Konfrontation zwischen Holger und Armin spaltete sie in unterschiedliche Lager. Erst in einem Vier-Augen-Gespräch konnten die beiden den schwelenden Brand eindämmen und vertagten eine ausführliche Aussprache auf die nächsten Wochen.

Unter anderem sprachen die drei Freunde bei ihrem Treffen über die Vorstellung neuer Lesehilfen und die modernsten Monitoring Tools aus asiatischer Produktion. Leider gab es kaum mehr Technologie aus Österreich oder Europa in diesem Bereich. Zu spät hatte man von staatlicher Seite erkannt, dass sich der Einsatz dieser Entwicklungen positiv auf die Volkswirtschaft auswirken würde. Zu lange wurden nur die Bereiche Forschung und Entwicklung gefördert, anstatt auf Marktüberleitungen und Regelversorgung zu setzen.

Wenige verbleibende heimische Hersteller fristeten nun ein Nischendasein und versuchten mit Innovationen das verlorengegangene Terrain wieder zu erobern. Besonders in Bereichen mit hohem Innovationsgrad und komplexen Workflows sahen sie eine Chance. Hierzu zählen zum Beispiel videounterstützte Rehabilitationssysteme, bei denen es vor allem auf die Einbeziehung der Betreuungspersonen ankommt. Standardgeräte in den Bereichen Bewegungssensorik, Vitaldatenmessung und Sturzerkennung kommen jedoch leider fast ausschließlich von der Werkbank der globalisierten Welt.

Für die Endbenutzer/-innen hat dies zwar den Vorteil eines günstigen Preises, doch es gibt auch Nachteile: Die Benutzungslogik ist sehr technisch und die Materialqualitäten lassen manchmal zu wünschen übrig. Die Zertifizierungsstellen versuchen hierbei zu retten was zu retten ist, einiges ist ihnen schon gelungen. Zum Beispiel gibt es verpflichtende Datenübermittlungsstandards, die einen leichten Austausch eines alten Gerätes mit einem neuen ermöglichen. Auch die Kodierungen sind normiert und Protokolle auf einen gemeinsamen Nenner gebracht worden. Seit Kurzem gibt es sogar wieder Zollschränken für einige Technologieprodukte, damit die Eigenentwicklungen aus europäischer Forschung und Entwicklung nicht nur einen Brain-Drain der fähigsten Köpfe in Niedriglohn-Produktionsländer nach sich ziehen.



7.3 Szenario – III: Irgendwo an einem Stammtisch in Österreich im Mai 2025

Beschreibung des visionären Zustandes aus Sicht der „Context Setter“

Drei etwa 70-jährige frisch Pensionierte – Robert, aus der politischen Administration im Gesundheitsbereich, Beatrix aus dem Bereich der technischen Standardisierung und Helmut als Interessenvertreter der Bauwirtschaft – unterhalten sich am Stammtisch über ihre Zukunftspläne und blicken auch darauf zurück, woran sie in den letzten 20 Jahren mitgewirkt haben. Positiv sehen alle drei, dass nun die Bereiche Gesundheit und Soziales zusammen gedacht werden und dass es die entsprechende Infrastruktur dafür gibt.

„Ich bin sehr stolz darauf, dass die FGGT jetzt ausgerollt werden kann“, sagt Robert. Mit FGGT meint er die Initiative „Flexible Gesundheits- und Gebäudetechnik“. Flexibel heißt dabei, dass es eine Vielzahl standardisierter AAL-Komponenten und zugehörige Schnittstellen gibt, die für die Anwender/-innen nach individuellem Bedarf zusammengestellt werden können. „Ja“, sagt Beatrix, „es war wirklich fast eine Sisyphusarbeit, die Vorstellungen der unterschiedlichen Industrieanbieter so unter einen Hut zu bringen, dass das Maßschneidern von individuellen Lösungen halbwegs kostengünstig möglich ist. Aber jetzt haben wir wirklich eine tolle Norm dazu, die schön langsam Vorbildcharakter in der EU bekommt. Habt ihr dazu den gestrigen Online-Artikel gelesen? Hat wirklich sehr eindrucksvoll die Entwicklungen dargestellt.“

Jetzt klinkt sich Helmut in das Gespräch ein. „Aus meiner Perspektive“, sagt er, „war es eigentlich noch schwieriger, dass sich die Politikressorts von Gesundheit und Bau einander angenähert haben und sich zu gemeinsamen Förderungspaketen durchgerungen haben. Da hat der Amtsschimmel immer wieder einmal ganz schön gewiehert. Aber es hat in den Ministerien einige wirklich gute Leute gegeben, die das mit langem Atem vorangetrieben und begleitet haben, das muss man schon anerkennend sagen.“ „Völlig richtig“, bestätigt Robert, „und auch, dass FGGT als Modell im sozialen Wohnbau akzeptiert und integriert wird. Natürlich gibt es immer noch die föderalistischen Befindlichkeiten und Einzelgänge, aber im Großen und Ganzen kann man sagen, dass alle an einem Strang ziehen. Da haben auch die aufeinander abgestimmten Regulierungen viel dazu beigetragen.“ Helmut ergänzt: „Und nicht zu vergessen, dass sich die Sozial- und Gesundheitseinrichtungen bereits darauf eingestellt haben und FGGT in die Ausbildungs- und Fortbildungspakete als fixes Modul integriert haben. Die Heimhelferin meiner Mutter hat mir erst letzte Woche ihr Abschlusszertifikat gezeigt. Sie darf nun auch die Einstellungen vor Ort vornehmen. Jetzt haben wir alle drei Dimensionen – Hardware, Software und Servicedienstleistung – also die ganze Pflege – an einem Tisch.“

Beatrix lehnt sich zufrieden zurück und meint: „Ja, da dürfen wir wirklich stolz sein, dass wir daran mitgewirkt haben. Da ist uns schon etwas gelungen.“ Die beiden anderen nicken zustimmend. Dann muss Helmut plötzlich lächeln. „Und wisst ihr“, sagt er verschmitzt, „wir haben es auch verdient, die erste Generation der flächendeckenden Nutznießer zu sein. Wir wissen ja auch schon ziemlich genau, wie man für sich ein optimales AAL-Paket zusammenstellen kann, wo man es einreicht und wie es realisiert wird.“ Beatrix lächelt ebenfalls. „Ich bin ja jetzt noch ziemlich fit und werde mir als Erstes gleich die neuen Komponenten organisieren lassen. Ich kenn` mich zwar gut aus, aber ich werde trotzdem das Start-Service in Anspruch nehmen und dann auch den Update-Coach konsultieren. Ich kann mir gut vorstellen, noch einige Jahre für Wochenendabdeckung oder Urlaubsvertretung zur Verfügung zu stehen. Und ich möchte auch in meinen Netzwerken und im FGGT-Innovationsclub drin bleiben. Ich habe zuletzt ja schon flexibel in Altersteilzeit gearbeitet und habe nicht vor, viel an meinem Tagesablauf zu ändern, weil ich mich so wohl fühle.“

„Im Gegensatz zu dir ist mir mein Zuhause momentan genug technisiert“ sagt Robert. Ich werde mir lieber einen zweiten Segway leihen – entweder leasen oder mit meinem Nachbarn in ein Sharing-Modell einsteigen – und dann nichts wie raus.“ Helmut hebt sein Glas und meint: „Darauf trinken wir! Obwohl ich es von nun an ganz ruhig angehen werde. Ich hatte ja doch einiges durchzustehen bevor ich den Krebs bekämpft hatte und will mir das FGGT Schritt für Schritt so aufbauen, dass ich für alle Eventualitäten gerüstet bin. Zuerst möchte ich vom FGGT-Ernährungsmodul profitieren, inklusive des ganzen Ernährungsberatungs- und Lieferservices. Dann werde ich auch bald das FGGT-Medizinmodul in Angriff nehmen, weil ich ja doch noch immer starke Medikamente nehme und eine kontinuierliche Überwachung meines Blutdrucks usw. wichtig ist. So kann ich mich langsam an das elektronische Betreuungssystem gewöhnen und auch die Beraterinnen und Berater, die für das persönliche Face-to-face-Service und das Coaching zur Verfügung stehen, nach und nach kennenlernen.“ Robert meint: „Ja, du musst gut auf dich schauen, und ich bin froh, dass ich dich so gut aufgehoben weiß. Ich wohne ja etwas weiter weg. Aber wenn es einmal schwierig wird, kannst du dich jederzeit an mich wenden.“ „Das Gleiche gilt für mich“, sagt Beatrix. „Ich bin sowieso online und ich kann sofort reagieren wenn etwas ist.“ Helmut bedankt sich und beteuert, dass er fest vorhabe, mit beiden in Kontakt zu bleiben und ihre Hilfe bei Bedarf gern in Anspruch nehmen werde.

Sie stoßen noch einmal an und reden dann weiter über den Erfolg der FGGT-Pilotprojekte, über die aktuell in den Online-Foren, Printmedien und Gemeinwohl-TV-Kanälen geradezu enthusiastisch berichtet wird. Sie hoffen, dass das flächendeckende Rollout, das von der Regierung beschlossen wurde, ohne große Probleme und zum Nutzen aller Menschen im mittleren und älteren Alter umgesetzt wird.



8 AAL 2014 – Innovative Forschungsansätze, zögernde Markterschließung

Im vorangegangenen Kapitel wurde ein Idealzustand im Jahre 2025 beschreiben. Die Realität im Jahr 2014 sieht in einigen Bereichen jedoch deutlich anders aus.

Dieses Kapitel enthält eine Ist-Analyse des Bereichs AAL aus europäischer und nationaler Sicht, die auf den Ergebnissen der ADV-Arbeitskreise sowie der Expertise der verschiedenen AAL-AUSTRIA-Arbeitskreise basiert. Die europäische Sicht ist ausführlich im „AAL 2 Business Final Report“⁶ erfasst. Sowohl europaweit auch als national zeichnet sich das Themenfeld durch innovative Ansätze in Forschung und Entwicklung aus. Eine nachhaltige Überleitung in den Markt gelingt jedoch selten.



8.1 Die europäische Situation

Im Rahmen der europäischen Forschungsprogramme wurden in den letzten Jahren vermehrt auch IKT-Projekte im Bereich Active Ageing ausgeschrieben und gefördert. Im 7. EU-Rahmenprogramm wurden die ersten Forschungsprojekte explizit in diesem Bereich initiiert. Als ein Meilenstein in der Förderung von AAL-Aktivitäten kann das AAL Joint Programme (JP) angesehen werden.

Um AAL-Lösungen an die Endnutzer/-innen und Kunden/-innen heranbringen zu können, ist es von eminenter Bedeutung, den Einsatz und die Anwendung der Lösungen, Dienstleistungen und Produkte über längere Zeiträume mit unterschiedlichen Anwender/-innengruppen und in unterschiedlichen Settings und Szenarien zu erproben und zu evaluieren. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, möglichst alle betroffenen Gruppen potenzieller Anwender/-innen zu berücksichtigen: primäre Nutzer/-innen wie ältere Menschen mit unterschiedlichen Zuständen physischer und mentaler Befindlichkeit, informelle und formelle Betreuer/-innen und Pfleger/-innen, Daseinsversorger, Gesundheits- und Sozialdienstleister etc.

Im Zuge der Evaluierungen sind nicht nur Aspekte der Gebrauchstauglichkeit, Akzeptanz und Funktionalität etc. zu berücksichtigen, sondern vor allem auch wirtschaftliche, organisatorische, ethische und rechtliche Aspekte für einen breitgefächerten und nachhaltigen Einsatz der Produkte und Lösungen.

Als Ergebnis derartiger Projekte wird eine Überleitung zu einer dauerhaften Dienstleistung bzw. zur Markteinführung von Lösungen und Produkten gesehen.

Im europäischen Umfeld werden seit einigen Jahren entsprechende Projekte abgewickelt und Initiativen gesetzt, welche die o.a. Ziele zu erfüllen versuchen. Im Folgenden werden diese Initiativen im Detail beschrieben.

⁶ AAL Austria, AAL 2 Business Final Report, <http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2012/11/AAL2Business-Final-Report-final.pdf>

8.2 Die AAL Programme

8.2.1 Das Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL JP)

Das AAL JP ist ein transnationales Forschungs- und Entwicklungsprogramm, das von seinen 23 Mitgliedstaaten und der Europäischen Kommission getragen wird. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen durch den Einsatz neuer Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT). Diese sollen ein gutes Altern im eigenen Heim, in der Gemeinschaft und am Arbeitsplatz ermöglichen. Das AAL JP ist eine Artikel 185 (EGV)-Initiative mit einer Laufzeit von 2008-2013. Von Seiten der Europäischen Kommission stehen dafür 150 Mio. Euro an Budgetmitteln bereit. Österreich ist eines der Gründungsmitglieder des AAL JP und trug mit 2,5 Mio. Euro jährlich bei.

Im Zeitraum von 2008 bis 2013 fanden jährliche thematische Ausschreibungen für kooperative Projekte statt, diese IKT-basierten Lösungen für ältere Menschen deckten folgende Bereiche ab:

1. Chronische Erkrankungen (23 Projekte)
2. Soziale Interaktion (29 Projekte)
3. Unabhängigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft (22 Projekte)
4. Steigerung der Mobilität (18 Projekte)
5. Aktivitäten des täglichen Lebens (29 Projekte)
6. Beschäftigung (24 Projekte)



Eine Auflistung der abgeschlossenen und laufenden Projekte zu den jeweiligen Calls ist unter <http://www.aal-europe.eu/our-projects/> zu finden.

Die Österreichische Beteiligung am AAL JP

Von den insgesamt 145 Projekten ist Österreich an 55 Projekten beteiligt. Davon werden 11 von österreichischen Partnern koordiniert. Die Fördersumme der österreichischen Partner beträgt 12,7 Mio. Euro aus nationalen Mitteln und 9,5 Mio. Euro aus EU-Mitteln. Österreich liegt mit seinem Budget-Commitments für Call 1 bis 6 hinter Deutschland, Spanien, Schweiz und Italien auf Platz 5.

8.2.2 AAL II Active and Assisted Living Research and Development Programme

Auf Grund der erfolgreichen Ergebnisse⁷ des AAL JP (hohes Commitment der Mitgliedsstaaten, hohe KMU-Beteiligung in den Projekten) wurde eine Weiterführung des AAL-Programms unter dem Titel „Active and Assisted Living Research and Development Programme“ beschlossen. Daran beteiligen sich 17 Mitgliedsstaaten, inklusive Österreich. Für die längere Laufzeit von 2014-2020 stehen von Seiten der Europäischen Kommission diesmal 175 Mio. Euro an Budgetmitteln zur Verfügung.

Die Ausschreibungen folgen einem „challenge driven approach“. Die erste Ausschreibung im Jahr 2014 widmet sich dem Themenbereich „Care of the Future“. Die Informationen werden von den nationalen Kontaktstellen (FFG – www.ffg.at/benefit) bereitgestellt.

8.2.3 Das AAL Forum

Das AAL JP hat eine jährliche Fachkonferenz initiiert, die 2009 in Wien ihren Auftakt hatte. Hier werden die neusten Entwicklungen vorgestellt und diskutiert. Die jeweiligen Tagungsbände sind online auf der Website in der Rubrik: Archive verfügbar:

<http://www.aalforum.eu>

⁷ <http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/report-final-evaluation-ambient-assisted-living-joint-programme>

8.3 Politik und Forschungsförderung in Österreich

Die Strategie der Bundesregierung (2011) für Forschung, Technologie und Innovation mit dem Titel „Potenziale ausschöpfen, Dynamik steigern, Zukunft schaffen – Der Weg zum Innovation Leader“ nennt die Sicherung der Lebensqualität angesichts des demografischen Wandels als eine der großen gesellschaftlichen Herausforderungen der Zukunft. Dies erfordert neue Formen des Zusammenwirkens von Ministerien, Agenturen und anderer Stakeholder zur Entwicklung neuer und systemischer Forschungsansätze, unter Koppelung konkreter gesellschaftlicher Bedarfslagen mit sozialen und produktbezogenen Innovationen. Letztere werden zur Unterstützung eines aktiven Lebensstils und einer selbstständigen Lebensführung zunehmend an Bedeutung gewinnen. Technologien sollen zum Nutzen der Gesellschaft zur Verfügung gestellt werden.



Aus politischer Sicht haben der demografische Wandel und die damit einhergehenden Prognosen schon gegenwärtig Auswirkungen auf die Änderung der Leistungen.

„Die Absehbarkeit der stark wachsenden Kosten vor allem infolge des künftig erhöhten Pflegebedarfs und Pensionsaufwandes hat u. A. in den meisten Ländern zu einem Zurückfahren der Leistungen der öffentlichen Pensionssysteme geführt.“ (BMASK 2009⁸)

Die Österreichische Bundesregierung hat das Potenzial von AAL erkannt und das auch in ihrem Arbeitsprogramm 2013-2018 festgehalten:

„Um die Selbständigkeit älterer Menschen in gewohnter Wohnumgebung länger zu erhalten und pflegende Angehörige – insbesondere auch Kinder – zu unterstützen, sollen folgende Maßnahmen gesetzt werden: [...] Ausbau von anwendungsorientierten Ambient Assisted Living Programmen (Technologien, Produkte und Dienstleistungen) mit dem Fokus auf deren nachhaltige Implementierung. [...]“ (Österreichische Bundesregierung 2013⁹)

Eine interministerielle Arbeitsgruppe (bestehend aus BMWF, BMWFJ, BMVIT, BMASK und BMG) zum Themenbereich „Lebensqualität und Demografischer Wandel“ prüft derzeit (Stand: Oktober 2014) die Einrichtung eines solchen ressortübergreifenden Schwerpunkts.

Die folgenden Ausführungen basieren auf einer AAL-Marktstudie (WAIBEL 2010), die in Österreich im Jahr 2010 durchgeführt wurde.

Es sind derzeit keine neueren Studien bekannt, welche die aktuelle Situation der verschiedenen Akteure im AAL-Umfeld beschreiben.

Das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT) fördert seit 2008 auf nationaler Ebene im Programm „benefit“¹⁰ in kooperativen Projekten die Forschung und Entwicklung

⁸ BMASK, 2009, Hochaltrige in Österreich. Eine Bestandsaufnahme, http://www.sopol.at/get_file.php?id=1356

⁹ Österreichische Bundesregierung, 2013, Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013–2018, <https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264>

¹⁰ Website des Programms „benefit“, <http://www.ffg.at/benefit>

von Produkten und Dienstleistungen für ältere Menschen, basierend auf dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien.

Die nationale Beteiligung am AAL JP wird durch das Programm „benefit“ ermöglicht.

8.3.1 Das Programm „benefit“

In Rahmen dieses Förderinstruments gab es bisher 9 Ausschreibungen (2008-2013) zum Thema „Aktives Altern“ und themenoffene Einreichmöglichkeiten.

In Summe wurden rund 70 Projekte sowie Studien und Begleitmaßnahmen in den Bereichen

- Soziale Inklusion,
- Aktivitäten innerhalb und außerhalb des eigenen Wohnumfeldes sowie
- Sicherheit und Gesundheit

mit insgesamt 12,8 Mio. € (2008-2012) gefördert.

Seit dem Jahr 2011 werden Testregionen ausgeschrieben, in denen mindestens 50 Haushalte mit AAL-Technologie ausgestattet und längerfristig evaluiert werden sollen (bisher 2 Regionen im Burgenland und Westösterreich gestartet).

Seit 2014 wird das Programm „benefit“ als gesellschaftliche Herausforderung im Programm „IKT der Zukunft“ geführt.

8.3.2 Versicherungen und Sozialversicherungen

Das AAL-Thema scheint bei dieser Stakeholder-Gruppe noch auf wenig Gehör zu stoßen. Mit „Zersplitterung bei Budgets und Zuständigkeiten“ kann die Situation bei den Versicherungen charakterisiert werden. Interessant wäre die Partizipation der Sozialversicherungen für AAL speziell im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation für ältere Menschen. Die Schwerpunkte in der Gesundheitsförderung sind aber heute meist auf die Berufs- und Schulsphäre gerichtet. Altersspezifische Prävention kann in Österreich erst in Ansätzen beobachtet werden (Beispiel: Gesundheitspass für Ältere). Die notorisch knappen Mittel der Versicherungsträger werden dringend zur Aufrechterhaltung des Systems der „Reparaturmedizin“ benötigt. Geld für Projekte, die erst in späterer Zukunft das Budget entlasten, scheint kaum vorhanden.

8.3.3 Bau- und Wohnungswirtschaft

Die Bau- und Wohnungswirtschaft liefert ebenfalls ein heterogenes Bild. Hinsichtlich der Größe der Organisationen, des Innovationsgrades und der regionalen Verteilung sind große Unterschiede festzustellen. Neben vielen, eher traditionell orientierten Unternehmen sind vereinzelt auch innovative



Unternehmen tätig. Zunehmend werden Projekte mit neuen Wohnformen konzipiert oder sind (wie z.B. betreute Senioren/-innenwohngemeinschaften) bereits umgesetzt.

Das Interessenspektrum der Bau- und Wohnungswirtschaft reicht von verhalten bis aufgeschlossen. Teilweise wird der Wunsch nach mehr Unterstützung durch die Daseinsversorger geäußert. Dadurch könnte die Implementierung neuer Produkte erleichtert und die Akzeptanz der Bewohner/-innen verbessert werden. Bei Unterstützung der Pflege- und Betreuungsorganisationen dürfte die Implementierung neuer Produkte und Dienstleistungen und deren Akzeptanz durch die Bewohner/-innen kein größeres Problem darstellen.

8.3.4 Produkt- und Serviceanbieter (IKT-Wirtschaft)

Generell ist der AAL-Markt in Österreich erst im Aufbau begriffen. Kleine und mittlere Unternehmen übernehmen vielfach eine Vorreiterrolle; von einer gewachsenen AAL-Industrie kann aber noch nicht gesprochen werden. Erste Erfolg versprechende Ansätze zeigen sich im Bereich der Smart-Home-Lösungen.

In einigen Bereichen der IKT-Wirtschaft – wie etwa bei den bereits angesprochenen Smart-Home-Anwendungen oder im Gesundheitsbereich – wurden ältere Menschen als attraktive Zielgruppe bereits identifiziert. Die Unternehmen, die bereits Produkte in diesen Sektoren produzieren, stehen der AAL-Thematik daher vielfach aufgeschlossen bis sehr interessiert gegenüber. Gerade in Zeiten eines schwierigen wirtschaftlichen Umfeldes könnte die Zielgruppe der Älteren ein attraktives Potenzialfeld für die Unternehmen darstellen.

Für die Entwicklung zielgruppengerechter und bedienungsfreundlicher Produkte sind die Bedürfnisse und Erfahrungen der älteren Menschen von hoher Bedeutung. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist eine adäquate Berücksichtigung und frühe Einbeziehung der Nutzer/-innen in die Produktentwicklung allerdings vielfach nicht ausreichend gegeben – wodurch die spätere Akzeptanz des Angebots durch die Zielgruppe der Älteren leidet.

8.3.5 Daseinsversorger (Mobile Dienste)

Die heterogene Pflege- und Betreuungslandschaft in Österreich erschwert eine einheitliche Stoßrichtung von AAL-Produkten. Einzelne große Anbieterorganisationen sind im Bereich der mobilen Dienste zwar jeweils in eine Bundesorganisation eingebettet, agieren bundesländerspezifisch aber relativ eigenständig. Ausdruck findet dies unter anderem in Form der angebotenen Zusatzleistungen (Notrufsysteme, Videotelefonie etc.) oder im allgemeinen Bewusstsein für AAL. Das Spektrum reicht von traditionellen bis zu innovativen Organisationen, die sich beispielsweise mit videoassistierter Pflegeunterstützung beschäftigen oder eigene Forschungsinstitutionen betreiben.

Durch die unterschiedliche Ausrichtung in den Bundesländern stößt AAL auch auf unterschiedliche Resonanz. Mittleres bis hohes Interesse überwiegt, die Ansprechpersonen zeigen sich größtenteils aufgeschlossen und interessiert. Trotz mehrheitlich positivem Interesse sind viele Organisationen ein wenig technikfern bis innovationsfeindlich eingestellt. Eine nahtlose Zusammenarbeit zwischen Daseinsversorgern, Gesundheitsdienstleistern und Angehörigen wird von den Organisationen gewünscht.

8.3.6 Vernetzung wichtiger Stakeholder

Ein weiterer Faktor, der die Ausbreitung von AAL behindert, ist der hohe Grad an Interdisziplinarität, die Voraussetzung für die erfolgreiche Entwicklung und Lancierung von Produkten und Services ist. In diesem Zusammenhang wird auch oft von Transdisziplinarität gesprochen, ein Begriff, für den allerdings kein einheitliches Verständnis vorliegt. Meist wird damit ein integratives Vorgehen umschrieben:

„Typisch für transdisziplinäre Projekte sind das Überschreiten von Disziplinargrenzen sowie ein Zusammenspiel von gesellschaftlich-politischen und wissenschaftlich-analytischen Entscheidungs- bzw. Problemlösungsprozessen.“¹¹

¹¹ Wikipedia, die freie Enzyklopädie, Transdisziplinarität, <http://de.wikipedia.org/wiki/Transdisziplinarität>

Damit einher geht die Problematik, dass sich Marktteilnehmer/-innen und Interessenvertreter/-innen, die traditionell wenige Berührungspunkte haben, vernetzen müssen. Das ist auch einer der Gründe, warum Wertschöpfungsketten in AAL heute kaum sichtbar sind und damit in der Folge Geschäftsmodelle nur zögerlich entstehen.

Eine Voraussetzung, um diese Hürde zu meistern ist, dass sich die Akteurinnen und Akteure in neuen Kombinationen zusammenfinden, vernetzen und gemeinsam neue Wertschöpfungsketten bilden. So können neuartige Angebote gemeinsam mit attraktiven Finanzierungsmodellen entwickelt werden.



8.4 Die Stakeholder-Landschaft in Österreich

Im Folgenden wird ein Überblick über die AAL-Stakeholder-Landschaft in Österreich gegeben, indem die bereits im FP7-Projekt „BRAID“ vorgenommene Stakeholder-Kategorisierung (vgl. HUCH 2010) übernommen und auf Österreich übertragen wurde. Demnach erfolgt die Kategorisierung nach dem Grad der Partizipation der Akteure an AAL-Anwendungen in 3 Gruppen:

Struktur der AAL-Stakeholder (Akteure) in Österreich

Primäre Stakeholder (NUTZER)

- Ältere Menschen
- Privatpersonen mit Pflege- und Betreuungsverpflichtungen – üblicherweise Angehörige
- Menschen jeden Alters mit Bedarf/Interesse an assistierenden und Lifestyle-Technologien

Sekundäre Stakeholder (ANBIETER)

- Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
- Kleine bis mittlere regionale Gewerbebetriebe und Handel
- Geförderter Wohnbau (Genossenschaften), Bauwirtschaft, Architekten/-innen
- Große Unternehmen mit industriellem Fokus auf bestimmte technologische Lösungen im AAL-Bereich
- Anbieter von IKT-Infrastruktur (Provider): Telekom, Netzwerkspezialisten/-innen, Datenbanken
- Universitäre und außeruniversitäre Ausbildungs- und Forschungseinrichtungen

Tertiäre Stakeholder (FINANZIERER/GESETZGEBER)

- Politik und „Policy Makers“
- Öffentliche Hand (Bund, Länder, Städte, Gemeinden)
- Medienlandschaft (Fachzeitschriften, Printmedien, öffentliche Einschaltungen)
- Standardisierungs- und Normierungsorganisationen
- Sozialversicherungsträger, private Versicherungsgesellschaften

Tabelle 1: Struktur der Stakeholder in Österreich

Wie aus obiger Kategorisierung erkennbar wird, repräsentieren die Stakeholder-Gruppen die AAL-Trias NUTZER – ANBIETER – FINANZIERER (bzw. GESETZGEBER). Im Folgenden werden die Stakeholder-Gruppen erläutert.

8.4.1 Primäre Stakeholder

Bei den primären Stakeholdern handelt es sich um die unmittelbaren Anwender/-innen von AAL-Lösungen. Darunter werden sowohl Menschen mit besonderen Bedürfnissen als auch die sogenannten „Active Ager“ – also die gesunden „Alten“ – subsummiert, welche die Technologien und Dienste zum Zweck der Gesundheitsförderung & Prävention nutzen. Auch Angehörige von diesen Personen zählen zu den direkten Anwendern/-innen und Profiteuren/-innen dieser Lösungen.



- Ältere Menschen (chronisch kranke Personen, Menschen mit Behinderung etc.)
- Lifestyle-Konsumenten/-innen – Die gesunden „Alten“ bzw. Active Ager (Komfort, Sicherheit, Gesundheit, Wellness, Prävention etc.)
- Pflegende/unterstützende Angehörige

8.4.2 Sekundäre Stakeholder

In dieser Gruppe werden jene Stakeholder subsummiert, die betreffend des Einsatzes von AAL eine B2C- oder B2B-Beziehung haben können. Es handelt sich also im Wesentlichen um Anbieter und Lieferanten von Produkten und Dienstleistungen für AAL-Lösungen. Insbesondere sind hier auch regionale Anbieter für AAL zu finden wie z.B. Gesundheitsdienstleister (Hausärzte/-innen, Spitäler etc.), Pflegedienste, Daseinsversorger, Soziale Dienste und Einrichtungen (z.B. mobile Pflege und Betreuung, betreute Seniorenwohngemeinschaften) sowie Pflegewohnhäuser. Weitere wichtige Stakeholder sind die Arbeitgeber von älteren Arbeitnehmern/-innen.



Darüber hinaus ist diese Gruppe durch die Beziehung zu tertiären Stakeholdern (den sogenannten „Context Settern“) gekennzeichnet. Bei den kleineren bis mittleren Gewerbebetrieben und Unternehmen handelt es sich vor allem auch um die lokal ansässigen Unternehmen wie z.B. Elektrobetriebe, Installateurbetriebe, Tischlereibetriebe, Unterhaltungselektronikhandel etc.

Des Weiteren zählen große industrielle Unternehmen (z.B. aus den Bereichen Telemedizin, Lichtausstattung, Unterhaltungselektronik, Hardware, Software) sowie Anbieter von IKT-Infrastruktur und Anbieter von Service und Support der AAL-Produkte zu dieser Stakeholder-Gruppe. Ebenfalls enthalten sind die universitäre und außeruniversitäre Forschung aller Fachgebiete – nicht nur jene mit technischem Fokus!

8.4.3 Tertiäre Stakeholder

Hierunter sind grundsätzlich die Unterstützer/-innen, die den Rahmen vorgeben bzw. definieren sowie sogenannte „Context Setter“ und Systemintegratoren zu finden. Neben der Gestaltungsverantwortung der Politik werden hier aber auch Verwaltung und Regulierungsbehörden subsummiert. Auch die gesetzlichen Sozialversicherungsträger, Bundessozialamt, Arbeitsmarktservice, private Versicherungsunternehmen und die gesamte Medienlandschaft gehören dieser Gruppe an, da über die angeführten Institutionen eine hohe Anzahl von Menschen erreicht werden können.



8.5 Bedarf und Markt

Der demografische Wandel wird sich auf sehr viele Bereiche in Wirtschaft und Gesellschaft auswirken. Für die Wirtschaft entsteht mit der wachsenden Generation 50plus eine neue, lukrative Zielgruppe für neue Produkte und Dienstleistungen – auch für AAL-Lösungen.

In einer Studie von WPU Wirtschaftspychologische Unternehmensberatungs GmbH (Studie zur Geschäftsmodellentwicklung für den AAL-Markt unter Berücksichtigung der österreichischen Rahmenbedingungen, 2013, Programm „benefit“) wird das Marktpotenzial in Österreich auf EUR 840 Mio. und das jährliche Nachfragepotential auf ca. 350 Mio. Euro geschätzt. In Deutschland wird das Marktvolumen ja nach Anwendung mit 5-87 Mrd. Euro bewertet.

Obwohl das Marktpotenzial und sein Wachstum als sehr attraktiv eingeschätzt werden, gelingt es derzeit sehr vielen AAL-Lösungen nicht, sich am Markt zu etablieren. Ein Grund dafür sind fehlende Geschäftsmodelle, wie sie in der oben zitierten Studie analysiert werden. Der „AAL 2 Business Final Report“¹², der im Rahmen der „AAL 2 Business Support Action 2012“ veröffentlicht wurde, zeigt weitere Hürden, die AAL-Projekte vor der Markteinführung überwinden müssen, auf. Der Bericht beleuchtet auch die Herausforderungen des AAL-Marktes. Häufig genannte Markthindernisse sind die sich rasch ändernden Nutzeranforderungen, die großen Unterschiede zwischen den geographischen Marktsegmenten und die starke Fragmentierung des Marktes. Dies führt dazu, dass es sehr oft nicht klar ist, wer für AAL-Leistungen bezahlen wird: die Endanwender/-innen, die öffentliche Hand, Versicherungen oder Kassen.



Für die auch wirtschaftlich erfolgreiche Entwicklung von AAL-Lösungen gilt es, die regulatorischen, gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen durch die Politik zu gestalten und von Seiten der Anbieter innovative, modulare Geschäftsmodelle und Lösungen zu entwickeln, wie in den Empfehlungen aufgezeigt werden.

8.5.1 Die Situation in der Pflege und Betreuung

In Österreich bezogen im Jahr 2012 440.000 Personen Pflegegeld¹³. Dies sind im Jahr 2012 Ausgaben der öffentlichen Hand in Höhe von 2,6 Mrd. Euro. Die größte Gruppe befindet sich in der Pflegestufe 2 mit 132.000 Personen, Stufe 1-3 macht sogar 70% der Betroffenen aus. Hier entstehen somit 35% der Kosten. Der Pflegebedarf ist hierbei nach offizieller Einstufung mit bis zu 4 Stunden täglich angesetzt.

Seit 1993 ist die Zahl der Pflegegeldbezieher/-innen in Österreich von 259.000 kontinuierlich auf 440.000 (Jahr 2012) gestiegen. Wenn künftig auch nur ein Drittel der älteren Personen zum Pflegefall wird, werden die steigenden Kosten für die öffentliche Hand beträchtlich sein. Die Prognosen gehen von 800.000 Pflegefällen im Jahr 2030 aus.

Das Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO) rechnet mit mehr als einer Verdoppelung des öffentlichen Aufwandes im Pflegebereich bis ins Jahr 2030. Eine Verlagerung von stationärer zu mobiler Pflege würde zwar den Kostenanstieg dämpfen, das Potenzial dazu scheint aber insgesamt gering, wie das Wirtschaftsforschungsinstitut in einer Aussendung vom 17.9.2014 erklärte.

Das WIFO empfiehlt, die Zunahme der Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen vor allem durch den Ausbau alternativer Betreuungsdienste wie betreubares Wohnen, teilstationäre Dienste und Kurzzeitpflege zu verzögern bzw. zu verringern. Aus der Befragung von Pflegedienstleistern durch

¹² AAL Austria, AAL 2 Business Final Report, <http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2012/11/AAL2Business-Final-Report-final.pdf>

¹³ Statistik Austria, 2012, Statistik zum Bundespflegegeld, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html

das WIFO gehe hervor, dass das Potenzial zur Verlagerung aus dem stationären Bereich zu mobilen und alternativen Pflegeformen rund zehn Prozent betrage.¹⁴

2012 wurden in Österreich rund 139.000 Personen im Rahmen mobiler Dienste und 71.800 Personen in stationären Einrichtungen mit finanzieller Unterstützung der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung der Länder und Gemeinden betreut. 4.900 Personen erhielten eine Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen. Teilstationäre Dienste wurden von 6.000, alternative Wohnformen von 11.100 Personen in Anspruch genommen. 69.400 Personen konnte im Rahmen des Case- und Caremanagements eine Unterstützung gegeben werden.

In den stationären Einrichtungen waren mit rund 33.500 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) die meisten Pflege- und Betreuungspersonen beschäftigt (Ende 2012). Die mobilen Dienste hatten zu diesem Zeitpunkt 12.100 Personen (VZÄ) im Einsatz.¹⁵

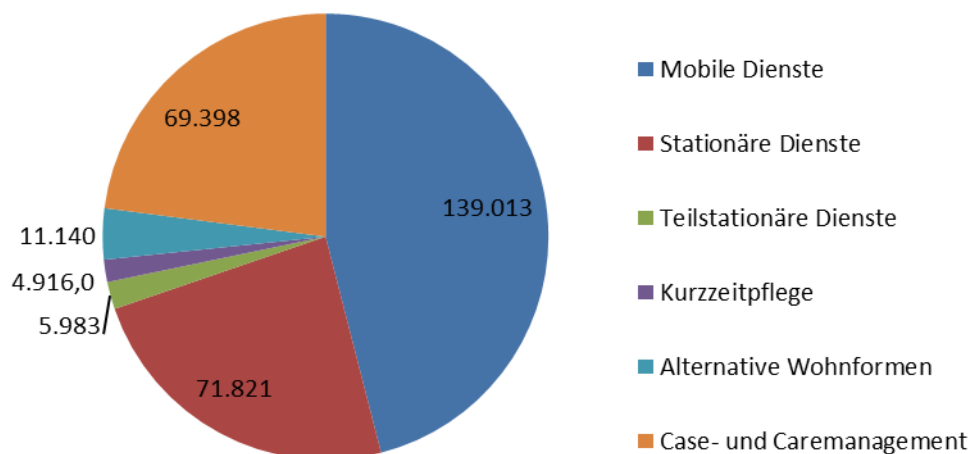


Abbildung 1: Betreuungssituation in Österreich (Statistik Austria, 2012)

Die Bruttoausgaben für alle Pflege- und Betreuungsdienste lagen 2012 bei rund 3,0 Mrd. Euro (+5,8% gegenüber dem Vorjahr). Mit 2,3 Mrd. Euro entfielen mehr als drei Viertel der Ausgaben auf die stationären Dienste. Die Nettoausgaben betrugen insgesamt 1,7 Mrd. Euro (+7,5%), womit 55% der Bruttoausgaben von den Ländern und Gemeinden getragen wurden; 40% waren durch Beiträge und Ersätze der betreuten Personen (bzw. ihrer Angehörigen oder von Drittverpflichteten) gedeckt, die restlichen 5% kamen aus sonstigen Quellen (z.B. Landesgesundheitsfonds-Mittel). In den mobilen Diensten wurden 63% der Ausgaben aus Sozialhilfe- bzw. Mindestsicherungsmitteln getragen, im stationären Bereich waren es 53%; hier fiel auch der Großteil der Eigenbeiträge an (1 Mrd. Euro).¹⁶

¹⁴ WIFO Presseausendung, Herausforderungen für öffentlich finanzierte Pflegedienste nehmen deutlich zu, http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=47471&mime_type=application/pdf

¹⁵ Statistik Austria, 2014, Pflege- und Betreuungsdienste, http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html

¹⁶ Ebd.

Geht man davon aus, dass AAL sowohl in der Prävention als auch als Technikunterstützung in der Betreuung und Pflege dienen kann, liegt hier der größte Bedarf – und damit das größte Marktpotenzial. Von den 83% aller Pflegegeld-Beziehern/-innen, die zu Hause betreut werden, werden 60% ausschließlich von Angehörigen versorgt. Lediglich bei 19% werden zusätzlich Pflegedienste beauftragt. Hier gilt es, ein modulares System mit definierten Schnittstellen zu etablieren, um die Anfangsinvestitionen gering halten zu können und den älteren Personen möglichst lange ein autonomes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Die Finanzierung von AAL, als Alternative zu Behandlungen und stationärer Betreuung oder auch als Präventionsmaßnahme, muss derzeit fast ausschließlich von den Betroffenen selbst übernommen werden.

Das Marktpotenzial im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel haben auch die privaten Versicherungen bereits erkannt und bieten entsprechende Pflegeversicherungen an. Derzeit gibt es 11 Anbieter am Markt, deren Tarife aber schlecht vergleichbar sind, und deren Leistungen meist erst in den höheren Pflegestufen ausgezahlt werden. Hier ist Transparenz bei den Leistungen sowie ein Bezug zu technischer Ausstattung gefragt.

Betrachtet man die enormen – vor allem volkswirtschaftlichen – Potenziale, die in einem möglichst langen Erhalt der Selbstständigkeit der Betroffenen liegen, ist es unverständlich, dass bis dato nur sehr wenige Maßnahmen zur Förderung und Umsetzung von AAL seitens Politik und Wirtschaft getroffen werden. Mögliche hohe Anfangsinvestitionen rechnen sich in den meisten Fällen sehr rasch. „Wer billig kauft, kauft teuer“ – dies ist wohl eine passende Beschreibung der Situation: Zu jedem Zeitpunkt wird jeweils nur die billigst mögliche Unterstützungsmaßnahme gezahlt. Über den gesamten Zeitraum der Unterstützung gesehen, ist das aber meist die teurere Variante. Diese Art des Handelns ist auch auf das amtliche „Töpfe-Denken“ zurückzuführen, das oft nicht berücksichtigt, dass Ausgaben in einem bestimmten Bereich (z.B. Sozialressort) als verhältnismäßig höhere Einsparungen in anderen Bereichen (z.B. Gesundheitsressort) wirksam werden können.

8.6 Einflussfaktoren

Im Rahmen des Arbeitskreises wurden die wesentlichen Einflussfaktoren auf das AAL-Umfeld identifiziert und analysiert. Die Bewertung der positiven und negativen Einflussfaktoren ergibt aus Sicht des Arbeitskreises folgendes Bild – wobei Force von 1 – 5 die Stärke des Einflusses aufsteigend angibt und „SH“ für die möglichen Einflüsse der primären bis tertiären Stakeholder (1 bis 3) steht:

Stärke	SH	Antriebsfaktoren	Barrieren	SH
5	1	Demografischer Wandel	Finanzierbarkeit	
	2	Ressourcenabhängigkeit (Personal)	Support (fehlende laufende Unterstützung)	2, 3
	3	Politik	Entscheidungsfindungsprozess der Politik	3
	2, 3	IT-Literacy	Regulatorien	3
	2, 3	Empowering	Sparsamkeit	1
3			Begrifflichkeit „AAL“	3
			Infrastruktur (z.B. fehlende Breitbandanbindung in ländlichen Bereichen)	1, 3 3
	3	Data & Analysis (Studien)	Datenschutz und Privacy	2, 3
	3	Mitteuropäische Vorbildgesellschaft		
	3	Trend „Ich-AG“	Adäquate Vertriebskanäle	2, 3
1	2, 3	Bewusstsein für Business Opportunities	Ausbildung	2
	2, 3	Wohnbau (v.a. Neubau)	Wohnbau (mangelnde Förderungen der Maßnahmen)	3
	3	„Seniorencheck“ (von Bundesregierung angekündigt)		
	1	Early Adopters		
	2, 3	Chancen der Best-Practice		
1	2, 3	Individualisierung		
	1	Anspruch auf Lebensqualität		
	3	Standards	fehlende Standards	3

Tabelle 2: Positive und negative Einflussfaktoren auf die Entwicklung von AAL

Auf Basis der dargestellten und gewichteten Antriebsfaktoren und Barrieren für AAL wurden in weiterer Folge die Empfehlungen für die jeweiligen Stakeholder ausgearbeitet. Diese werden im folgenden Kapitel beschrieben.

9 Empfehlungen



Nachfolgende Empfehlungen orientieren sich allesamt an den deklarierten Werten von **AAL AUSTRIA** und sind in allgemeine und an einzelne Stakeholder-Gruppen (die in Kapitel 8.4 beschrieben sind) gerichtete Empfehlungen gegliedert.

Die wesentlichen Handlungsfelder sind:

- Sozioökonomische und sozioökologische Lösungen anstreben (Fokus: Nachhaltigkeit)
- Würde des Alter(n)s respektieren
- Bestmögliche Lebensqualität gewährleisten

9.1 Allgemeine Empfehlungen

Als eine der ersten kurzfristigen Empfehlungen wird eine verbesserte und einheitliche Kommunikationsstrategie für das Thema Ambient Assisted Living (AAL) für Österreich angeregt, die von allen relevanten Stakeholdern verstanden und verwendet wird.

Der Verein **AAL AUSTRIA** verwendet verstärkt den Begriff „altersgerechte Assistenzsysteme“:

Unter dem Begriff Ambient Assisted Living werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen subsummiert, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten, vor allem im Alter, zu erhöhen. AAL kann übersetzt werden mit „altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“. Damit wird vor allem ausgedrückt, dass Technik allein nicht alles ist, der Mensch steht bei AAL im Mittelpunkt. Neben den innovativen unterstützenden Technologien und Produkten spielen ethische, soziale, ergonomische, rechtliche und wirtschaftliche Aspekte eine wesentliche Rolle. Damit wird auch schon skizziert, dass AAL in erster Linie etwas mit dem Menschen in seiner direkten Umwelt zu tun hat. Die Technik passt sich folgerichtig an die Bedürfnisse des/der Nutzers/-in an und nicht umgekehrt.

AAL-Technologien ermöglichen es zudem den steigenden Komfort- und Sicherheitsbedürfnissen gerecht zu werden, sowie die Kommunikation und Integration mit dem sozialen Umfeld zu erleichtern. Solche Lösungen können auch helfen, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu senken. Es geht aber nicht mehr alleine darum spezielle Anwendungen für ältere Menschen zu entwerfen. Was in Zukunft gefragt sein wird, sind Produkte in einem universellen Design, die sich verstärkt an alle Generationen richten.³⁷

AAL deckt folgende inhaltliche Bereiche der Lebensqualität ab, wobei bei der Ermittlung dieser, im Arbeitskreis erstellten Kategorisierung, der Nutzen für die Anwender/-innen im Vordergrund gestanden hat:

- Gesundheit, Pflege/Betreuung und Medizin
- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Kommunikation und soziale Teilhabe

³⁷ AAL AUSTRIA, Zweck und Ziele. AAL AUSTRIA: Ambient Assisted Living für ein selbstbestimmtes Leben, http://www.aal.at/zweck_und_ziele

- Erhöhung der Sicherheit
- Spielen und Lernen
- Mobilität
- Komfort und Lifestyle

Da die letzte Studie zu Stakeholdern und deren Rollen und Bedürfnissen aus dem Jahr 2010 stammt und sich das Bild von AAL und die Erkenntnisse dazu aber stark gewandelt haben, empfehlen wir eine aktuelle Erhebung der Situation in Österreich.

Empfohlene Maßnahmen:

- Kommunikationskonzept für AAL
- Studie zu Stakeholdern, Rollen und Bedürfnissen

In den folgenden Punkten werden die Empfehlungen für jede Stakeholder-Gruppe (Akteure) zusammengefasst. Die Stakeholder-Gruppen repräsentieren die Trias NUTZER–ANBIETER–FINANZIERER/GESETZGEBER. Es wird ausgeführt, welche Handlungsmöglichkeiten die einzelnen Akteure im AAL-Umfeld haben und wie diese zu einer nachhaltigen Gesamtstrategie und zur Verwirklichung der AAL-Vision beitragen können.

9.2 Empfehlungen an primäre Stakeholder

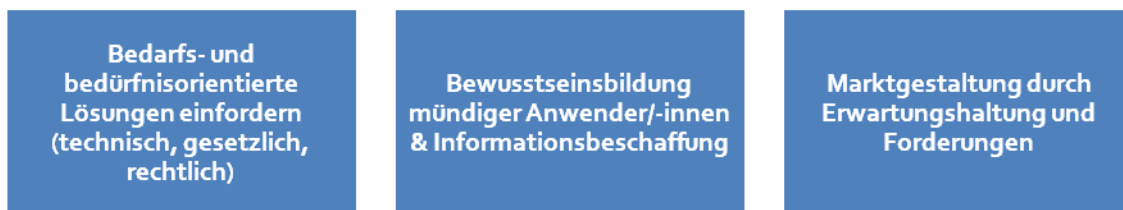


Abbildung 2: Handlungsfelder für primäre Stakeholder

9.2.1 Bedarfs- und bedürfnisorientierte Lösungen

Grundsätzlich fordern Anwender/-innen in der Gruppe der „Active Ager“ primär Lifestyle-Produkte, die bei Bedarf für die jeweilige Lebenssituation adaptierbar sind. Durch einen einfachen, modularen Aufbau und die Individualisierbarkeit der AAL-Lösungen soll weitgehend vermieden werden, dass Produkte erneut beschafft werden müssen. Stattdessen soll eine Erweiterung des bekannten Produkts die künftigen Bedürfnisse abdecken.

- Forderung nach einfachen und modularen Produkten

Der/die aktive Anwender/-in – ob jung oder alt – fordert Technologien, die dem Individuum helfen, sozial integriert zu sein und nicht zuletzt dadurch dessen Lebensqualität erhöhen. Die Verbesserung der Lebensqualität und Gesundheit wird unter anderem dadurch erreicht, indem Produkte für Prävention, Gesundheitsförderung sowie Wellness- und Fitnessanwendungen nachgefragt werden. Die individuelle Prüfung des Einzelfalles unter Berücksichtigung von kognitiver Leistungsfähigkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist notwendig.

- Forderung nach Produkten zur Steigerung der Lebensqualität und Gesundheit

Für Endanwender/-innen und pflegende Angehörige besteht vor allem die Forderung nach Lösungen, durch die sowohl die Sicherheit als auch das Sicherheitsgefühl (Security & Safety) gesteigert werden können und Maßnahmen zum Kontakthalten – auch bei räumlicher Distanz – ermöglichen.

Auch die hohe Qualität, Zuverlässigkeit und Sicherheit der Lösungen wird anwenderseitig gefordert. Insbesondere betrifft dies den Themenkomplex des Datenschutzes. Die Wahrung der Privatsphäre und die Zuverlässigkeit von Daten (z.B. Gesundheitsdaten) muss gewährleistet sein. Die Entscheidung, wer wann Zugriff auf welche Daten hat, liegt beim Endanwender bzw. der Endanwenderin. Die Endanwender/-innen wollen die Entscheidungs- und Wahlhoheit für den Betrieb der Lösungen behalten, was bedeutet, dass sie die Lösung selbst abschalten können, wenn dies gewünscht ist. Ferner erwarten AAL-Anwender/-innen, dass bei Verwendung der Produkte Rechtssicherheit und klare Zuständigkeiten bestehen (Angehörige benötigen Klärung von Graubereichen in der Pflege).

- Forderungen nach geeigneten rechtlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen

9.2.2 Bewusstseinsbildung & Informationsbeschaffung

Die Anwender/-innen von AAL sowie jene Personen, die durch den Einsatz von AAL profitieren (z.B. pflegende Angehörige), gestalten den AAL-Markt aktiv mit. Sie tragen Eigenverantwortung, sind sich dessen bewusst und wollen an Lösungen, die ihnen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen, partizipieren. Mündige Technologiekonsumenten/-innen beschaffen sich eigeninitiativ Informationen zu AAL-Angeboten und -Lösungen, Interessengemeinschaften oder Selbsthilfegruppen und reflektieren diese kritisch. Proaktiv evaluieren sie die Eignung und den Nutzen von AAL-Lösungen im Hinblick auf die unterschiedlichen Bedarfslagen, insbesondere bei psychischen und demenziellen Erkrankungen sowie physischen Beeinträchtigungen. Dies führt zu einer aktiven Beteiligung im Entwicklungs- und Vermarktungsprozess von AAL.



- Proaktive und mündige Anwender/-innen
- Recht und Pflicht auf Information

9.2.3 Marktgestaltung durch Erwartungshaltung der Anwender/-innen

AAL-Anwender/-innen gestalten den Markt dadurch mit, indem klare Erwartungshaltungen und Forderungen hinsichtlich Gebrauchstauglichkeit, Handhabbarkeit und Qualität der Produkte artikuliert werden. Dem Wahrnehmen der Wünsche und Beschwerden sowie der Interessen und Bedürfnisse von Anwendern/-innen, die sich schwer artikulieren können, wird der erforderliche Zeit- und Qualifikationsrahmen für Kommunikation gegeben. Dabei ist den AAL-Anwendern/-innen besonders wichtig, dass die verfügbaren Lösungen nach den Maßstäben der Nachhaltigkeit produziert und vermarktet werden.



Vor dem Hintergrund von begrenzten finanziellen Möglichkeiten (v.a. bei Hochbetagten), besteht eine klare Erwartungshaltung, dass neben einer attraktiven Preisgestaltung auch Anreizsysteme für die Nutzung von AAL-Produkten geschaffen werden und dass der Zugang zu Förderungen (z.B. durch die öffentliche Hand oder Versicherungen) niederschwellig und einfach ermöglicht wird.

- Forderung nach Lösungen, die die Erwartungshaltungen der Anwender/-innen erfüllen
- Einforderung von Anreizsystemen

Auch werden von AAL-Anwendern/-innen nachvollziehbare und verständliche Orientierungs- und Entscheidungshilfen für die Beschaffung (z.B. Zertifizierungen nach Standards, Maßstäbe zur Interoperabilität) eingefordert.

- Forderung nach Güte- und Standardisierungsnormen

9.3 Empfehlungen an sekundäre Stakeholder



Abbildung 3: Handlungsfelder für sekundäre Stakeholder

9.3.1 Brückenfunktion zu Endanwendern/-innen

Die Anbieter von AAL-Lösungen sind gefordert, den Nutzen für andere Interessengruppen im AAL-Umfeld sichtbar zu machen. Neben Lebensqualität soll auch Freude und Spaß im Zusammenhang mit der Nutzung in den Vordergrund gerückt werden. Das deklarierte Ziel soll sein, Produkte und Dienstleistungen ohne stigmatisierende Eigenschaften anzubieten.

- Nutzen für Anwender/-innen sichtbar machen

AAL- Anbieter und Dachverbände von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sind insbesondere gefragt, die Rahmenbedingungen durch Einwirkung auf den Gesetzgeber und auf die Politik aktiv mitzugestalten. Weiters soll sichergestellt sein, dass Pflegepersonal und Personal von Gesundheits- und Sozialdienstleistern durch den Einsatz von AAL-Technologien nicht eingespart werden. Als wichtige Voraussetzung für die Tätigkeiten der Daseinsversorger wird empfohlen, die Notwendigkeit von Barrierefreiheit der eigenen Wohnung prioritär zu behandeln und entsprechende Forderungen zu artikulieren. Auf die Einbaumöglichkeit in Altbauwohnungen ist Rücksicht zu nehmen.

- AAL-„Lobbying“ bei Gesetzgeber und Politik

9.3.2 Identifikation von Marktpotenzialen

Alle Dienstleister mit Endanwenderkontakt sollen sich gegenüber ihren Zulieferern als Multiplikatoren für die Vermarktung von AAL-Lösungen präsentieren und bei der Entwicklung von Geschäftsmodellen aktiv mitarbeiten. Es wird empfohlen, Marktpotenziale von AAL-Lösungen offensiv zu kommunizieren, um dadurch auch bei potenziellen neuen Playern den Unternehmergeist zu fördern. Unternehmen, die noch nicht im AAL-Markt aktiv sind, haben somit die Möglichkeit, ihre Marktpotenziale zu evaluieren.

- Einbeziehen von weiteren Marktteilnehmern/-innen

Durch die Organisation von PR- und Informationsevents für verfügbare AAL-Technologien sollen Anbieter ihre Brückenfunktion zwischen Endanwendern/-innen und F&E proaktiv wahrnehmen und diese Dienstleistungen aktiv anbieten dürfen. Anbieter haben die Möglichkeit, auch pflegende Angehörige als Käufer/-innen und als Multiplikatoren/-innen, die die Technologien an die Endanwender/-innen weitervermitteln können, direkt anzusprechen. Dies birgt ein enormes Potenzial für künftige Geschäftsmodelle und Vermarktungsstrategien in sich.

- Adressieren von Multiplikatoren/-innen

Durch die aktive Zusammenarbeit der Akteure mit Endkunden/-innenkontakt können sogenannte „Missing Links“ in der AAL-Versorgungskette identifiziert werden und dabei helfen, durch neue, nutzenorientierte Dienstleistungen und Produkte die Geschäftsausrichtung der einzelnen Institutionen zu erweitern.

Für den Fall, dass der gesetzliche und organisatorische Rahmen geschaffen wird, können Anbieter im Gesundheits- und Sozialbereich künftig als First-Level-Support für AAL-Systeme auftreten, wodurch auch für Anwender/-innen ein deutlicher Mehrwert entstehen würde. Die Gesundheitsdienstleister, Ärzte und medizinischen Dienste können mit der Spezialisierung auf TeleHealth/mHealth und Heimpatienten/-innenbetreuung neue Geschäftsfelder erschließen, dadurch das Gesamtangebot ergänzen und die Versorgung verbessern.

- Anbieten von AAL- Dienstleistungen in Marktnischen durch etablierte Anbieter

Großflächige Anbieter, wie Energie- und Telekombetreiber mit Endkunden/-innenkontakt, sollten sich auf Basis ihrer Infrastruktur überlegen, ob nicht weitere Services (auch von Dritten) integriert werden könnten (zusätzliche Dienstleistungen für die Zielgruppe). Dies wäre naheliegend, da deren Technologie bereits bei den Endanwendern/-innen verfügbar ist (Interoperabilität der Systemkomponenten vorausgesetzt bzw. anzustreben). Um diese Potenziale nutzen zu können wird empfohlen, die Infrastrukturnetze zur Ermöglichung von schnellen Datentransfers (LTE, Glasfaser etc.) weiter auszubauen. Darüber hinaus sollten diese Anbieter künftig Produkte mit AAL-Bezug hinsichtlich der Aufnahme in deren Portfolio evaluieren und evtl. auch laufenden Support dafür anbieten. Die Vermarktung könnte dann über etablierte Vertriebspartner (z.B. vorhandene Shops, Kundendienstzentren) auf niederschwellige Weise erfolgen. Beispielsweise können hier AAL-Internetservices und Dienstleistungen für AAL-Anwender/-innen mittels zentraler Serverarchitekturen kostenschonend realisiert werden.

- Integration von AAL-Systemen in bestehende Infrastruktur

9.3.3 Coach/-in für Primäranwender/-innen



Gerade für die primäre Zielgruppe von AAL ist eine gute und umfassende Einführung in die Thematik und Anwendung von AAL-Technologien essenziell.

Der Erstkontakt mit der Thematik ist oft ausschlaggebend über die zukünftige Akzeptanz der Technologie. Der konkrete Nutzen muss plausibel erscheinen. Ängste müssen abgebaut und offene Fragen beantwortet werden können.

Im Zuge des Einsatzes soll der/die Coach/-in über die derzeitige Anwendungsszenarien Bescheid geben und als primärer Anlaufpunkt fungieren, um bei Problemen, Fragen oder neuen Einsatzbereichen die benötigten Schritte einleiten zu können.

Dazu wird eine neue Ausbildung notwendig sein, die ein grundlegendes Wissen in folgenden Bereichen umfassen sollte:

- Assessment und Gesprächsführung
- IKT-Grundwissen
- Gesundheits- und Sozialsystem
- Case and Care Management
- Barrierefreiheit
- Datenschutz, rechtliche Grundlagen und ethische Aspekte

Der/die Coach/-in soll als Bindeglied zwischen den verschiedensten Stakeholdern fungieren, insbesondere bei der Aufklärung und Organisation des Anwendungsprozesses.

Der **AAL AUSTRIA** Arbeitskreis „AAL Qualifizierung und Ausbildung“ wird dazu konkretere Vorschläge bringen, welche Aufgabengebiete ein/e AAL-Coach/-in übernehmen sollte.

9.3.4 Qualifizierung und Ausbildung

Um eine breite Qualifikation aller Personen im AAL-Umfeld mit Endkunden/-innenkontakt zu gewährleisten, sollen Ausbildungsangebote entwickelt und etabliert werden. Dabei ist es wesentlich, auch transdisziplinäre Ausbildungsstandards mitzugestalten. Eine Möglichkeit wäre die Etablierung von Weiterbildungsinitiativen für das Installations- und Baugewerbe (Sanitär – Heizung – Klima, Elektrotechnik, Kommunikation – Medien, ...) im Bereich der immer präsenter werdenden Heimautomatisierungs- und „Smart Home“-Technologien. Die Verankerung von innungsgesteuerten Ausbildungsprogrammen (z.B. in HTL, Kollegs etc.) – auch als berufsbegleitendes Weiterbildungsangebot) wäre eine weitere Stoßrichtung, um die künftig benötigten qualifizierten Fachkräfte zur Verfügung stellen zu können.

- Möglichkeiten der Weiterbildung zu AAL-Lösungen im Zuge einer Spezialisierung anbieten (z.B. eine Ausbildung zum/zur zertifizierten AAL-Fachberater/-in)

Daseinsversorger erhalten die Möglichkeit, ihren Mitarbeitern/-innen Fortbildungsangebote in Richtung AAL-Qualifikation anzubieten und diese aktiv und bedarfsorientiert mitzugestalten (z.B. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer mit Elektronikkenntnissen, die Servicetätigkeiten an Geräten übernehmen) und damit auch neue Dienstleistungsangebote zu entwickeln. Weiters sollen KMU in den AAL-nahen Branchen wie z.B. Elektroinstallationsunternehmen, Installateurunternehmen etc. ihren Mitarbeitern/-innen Schulungen anbieten oder Trainings von Organisation (z.B. GIT) in Anspruch nehmen, um verfügbare AAL-Produkte zu verstehen und mit einem speziell geschulten Kommunikationsverhalten beratend tätig zu werden.



- Verstärkte Schulung von Berufsanfängern/-innen und -profis im Bereich der AAL-Technologien
Zur professionellen Entwicklung und Etablierung von AAL in Österreich wird empfohlen, geeignete inter- und transdisziplinäre Ausbildungsangebote an Universitäten und Fachhochschulen zu etablieren.

- Bachelor- und Masterstudien für Ambient Assisted Living

9.3.5 Integration in F&E und Standardisierung

Alle Dienstleister, die Zugang zu Endkunden/-innen haben (B2C), sollen bestrebt sein, direktes Feedback an Forschung und Entwicklung zu geben und sich weiterhin in F&E-Projekte aktiv zu involvieren. Die Rahmenbedingungen für Daseinsversorger und Anbieter von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen sollen gewährleisten, diese Beratungsdienstleistung neben dem Kerngeschäft der Pflege- und Betreuung anbieten zu können. Neben diesen zentralen Akteuren wird empfohlen, auch den (geförderten) Wohnbau und KMU mit Endkunden/-innenkontakt in die Gestaltung von entstehenden europäischen Standards und Normen einzubinden.

- Aktive Mitgestaltung von F&E und Standardisierung durch kleinere und mittlere Betriebe

Zu einer effektiven und flächendeckenden Verbreitung des Bekanntheitsgrades von Forschungsergebnissen zu AAL ist die Zusammenarbeit von Forschung, Industrie und Dienstleistern unabdingbar. Um evaluieren zu können, ob die laufenden AAL-Entwicklungen den richtigen Pfad verfolgen, wird

empfohlen, Langzeitstudien zur Nachhaltigkeit, Gebrauchstauglichkeit (Usability, Akzeptanz) und Lebensqualität von AAL-Lösungen durchzuführen. Dies kann mitunter dadurch gelingen, indem die Endanwender/-innen bei Test- und Pilotinstallationen miteinbezogen werden. Auch ist die Begleitung der Testpiloten durch universitäre Einrichtungen und die Veröffentlichung von wissenschaftlichen Langzeitstudien besonders zu empfehlen.

- Durchführung von Langzeitstudien und Pilotprojekten
- Einfache – nicht komplexe – Lösungen (Forschungsszenarien vs. Anwendbarkeit)

Den Forschungs- und Entwicklungseinrichtungen wird, gemeinsam mit der Politik, die besondere Rolle zuteil, Österreich über die Landesgrenzen hinaus als F&E-Land im Bereich AAL zu propagieren. Den agierenden Forscherinnen und Forschern wird insbesondere empfohlen, sich mit anderen Akteuren und Stakeholdern im AAL-Umfeld zu vernetzen, um nachhaltige Ergebnisse liefern zu können. Dazu ist es auch erforderlich, dass sich F&E-Institutionen an öffentlichen Ausschreibungen zum Thema AAL und verwandten Themengebieten (z.B. Smart Homes, Robotik etc.) beteiligen. Weiters sollen die erforderlichen Ressourcen für den Wissenstransfer aus den beteiligten Forschungsdisziplinen allen Akteuren im AAL-Umfeld zur Verfügung gestellt werden.

- Österreich als DEN F&E-Standort für AAL etablieren

9.6 Empfehlungen an tertiäre Stakeholder



Abbildung 4: Handlungsfelder für tertiäre Stakeholder

9.6.1 Lebensqualität und demografischer Wandel

Die österreichische FTI-Strategie¹⁸ hat Klimawandel, Ressourcenknappheit und demografischen Wandel als die drei großen gesellschaftlichen Herausforderungen genannt. Dies sind die 3 FTI-Schwerpunkte in Österreich bis 2020. Die Lebensqualität und der demografische Wandel wurden als integrale Themen im Regierungsprogramm 2013-2018 definiert. Unter anderem wird empfohlen, weiterführende Schwerpunktsetzungen dieser Themen zu einem umfassenden Ansatz weiterzuentwickeln. AAL ist in diesem Zusammenhang in den technologischen Lösungsansätzen beheimatet.

Auf Basis des Regierungsprogramms 2013-2018, mit AAL als technologischem Lösungsansatz, sollten klare ministerielle Zuständigkeiten, definierte Schnittstellen, zentrale Ansprechpersonen und

¹⁸ Bundeskanzleramt et. al., 2011, Der Weg zum innovativen Leader. Strategie der Bundesregierung für Forschung, Technologie und Innovation, http://www.bmvit.gv.at/service/publikationen/innovation/forschungspolitik/downloads/fti_strategie.pdf

gewidmete Budgets definiert werden. Die bislang vorherrschende getrennte Betrachtung von Pflege und Gesundheit ist kritisch zu überprüfen.

- Schwerpunktsetzung im Regierungsprogramm und weiterführende Umsetzungsstrategien
- Um das Thema AAL im Kontext der Steigerung der Lebensqualität weiterzuentwickeln, ist der Begriff Lebensqualität und sein Bedeutungsraum zu klären. Die Definition der Lebensqualität und der Versuch, diese beschreibbar oder gar messbar zu machen, wird die Klärung der Frage, wo Technikeinsatz sinnvoll und möglich ist und welche Effekte er hat, vereinfachen.

Studien, die die volkswirtschaftliche Legitimierung untermauern, erscheinen in diesem Zusammenhang sinnvoll.

- Beauftragung eines Grundsatzpapiers zum Thema „Lebensqualität“, um darin AAL zu positionieren

9.6.2 Partizipation/Inklusion

Den Prinzipien Partizipation (Teilhabe) und Inklusion (Teilhabe aller) kommt im Bereich Betreuung/Pflege/Gesundheit eine besondere Bedeutung zu, weil die persönlichen Bedürfnisse nicht von allen Betroffenen selbstbestimmt ausgedrückt und eingefordert werden können.

- Ausgehend von der bestehenden Vernetzung der Stakeholder, sollten existierende Plattformen wie [AAL AUSTRIA](#) weiter forciert werden, um die Einbeziehung/Einbindung weiterer Stakeholder – insbesondere primäre Endanwender/-innen und ältere Personen – zu fördern.
- Die Aufgabe der Inklusion schließt Industrie und Forschung mit ein, welche als Einflussgrößen für die nationale Politik Verantwortung übernehmen müssen. Zu diesem Zweck ist die Informationsverbreitung von aktuellen Erkenntnissen an Hauptverband, Krankenkassen und Politik eine wesentliche Voraussetzung. Beispielsweise sollte die Einführung von Leistungssätzen für TeleHealth-Dienstleistungen evaluiert werden. Auch mögliche Geschäftsmodelle unter Einbeziehung von Sozial- und Pensionsversicherungsträgern als indirekte Profiteure der AAL-Maßnahmen sind hier zu reflektieren.
- Weiters ist eine Enquete über die Zusammenstellung regionaler Ökosysteme für den Einsatz bereits vorhandener AAL-Produkte und -Dienstleistungen zu empfehlen.

9.6.3 Regulierung und Finanzierung

Der Gesundheits-/Pflege- und Betreuungsbereich ist in Österreich hochreguliert, und es gibt einen Rechtsanspruch auf bedarfsorientiertes – jedoch nicht notwendigerweise bedarfsdeckendes – Pflegegeld (Pflegegeldreformgesetz 2012, Pflegefondsgesetz). Im Vordergrund steht hier die Finanzierbarkeit, die insbesondere für ältere Menschen und für pflegende Angehörige von großer Bedeutung ist, und die auch ein unabdingbares Kriterium für den Erfolg von AAL darstellt.

- Die vorhandenen Finanzierungsmodelle sind zu prüfen und weiterzuentwickeln: Widmung des Pflegegeldes, Refinanzierungsmodelle für Technologie, Technikkostenerstattung in Versicherungsmodellen, Bundesländer übergreifende Regelungen; insbesondere sind für AAL die volkswirtschaftliche Legitimierung zu evaluieren und geeignete Finanzierungsmodelle zu entwickeln (z.B. Folgekosten eines Sturzes).
- Nachfrageseitige Instrumente sind zu nutzen bzw. zu etablieren: AAL-gerechte Beschaffung – direkter Einkauf, Regulierung, Gütesiegel für Produkte (z.B. Usability) und Dienstleistungen (z.B. qualifizierte Pflege und Betreuung) sowie Zertifizierungen (auf Basis technischer und nicht-technischer Normen und Standards)
- Schaffung von Anreizsystemen zur Investition in AAL-Lösungen (z.B. Seniorenscheck, erweiterte Wohnbauförderung für AAL, ...)

- Investitionen in die Bewältigung des demografischen Wandels sind in den Budgets der Öffentlichen Hand als integraler Bestandteil zu definieren, wobei keine Renditeüberlegungen zugrunde gelegt werden dürfen.
- Forderung eines Rechtsanspruches der Bürgerinnen und Bürger auf eine lebenslange, menschenwürdige Gesundheitsversorgung
- Im Hinblick auf Verantwortlichkeiten und Realisierbarkeit von AAL ist die ressortübergreifende Interaktion sehr zu empfehlen (Ausgaben für AAL aus dem Sozialbudget können positive Effekte im Gesundheitsbudget bewirken und umgekehrt).
- Vertretbare Selbstbehalte für Gesundheitsleistungen, damit sich jede/r eine hochqualitative Betreuung sichern kann
- Einsatz von AAL-Technologien durch Steuerabsetzbarkeit belohnen
- Ausbau der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zu einer leistungsfähigen Datenbank zur Unterstützung der Patienten/-innenbetreuung
- Normen für den Bereich der Interoperabilität, Wohnbau etc. sollen, unter Berücksichtigung entstehender europäischer Standards, forciert werden.
- Qualitätssicherung von AAL-Angeboten durch autorisierte Stelle(n)

9.6.4 FTI – Forschung, Technologie, Innovation

Der Bereich „Pflege- und Betreuung/Gesundheit“ ist eine wohlfahrtsstaatliche Aufgabe. Es gilt daher weiterhin Forschungsmittel und Forschungsinfrastruktur zur Verfügung stellen, um die notwendige Grundlagenforschung zu ermöglichen und deren Umsetzung in Innovationen/Marktangebote sicherzustellen. Dabei sollten insbesondere inter- und transdisziplinäre Ansätze gefördert werden.

- Die Forschungsfelder sollten folgende Schwerpunkte umfassen:
- Gesundheit, Pflege/Betreuung und Medizin
- Aktivitäten des täglichen Lebens
- Kommunikation und soziale Teilhabe
- Erhöhung der Sicherheit
- Spielen und Lernen
- Mobilität
- Komfort und Lifestyle
- Dabei sollen auch die Entwicklung von neuen Geschäftsmodellen und Entrepreneurship gefördert werden.
- Mitwirken der Pflege-Organisationen und Daseinsversorger an F&E-Projekten sollte im Hinblick auf Förderungen besser und direkter unterstützt werden (evtl. attraktive Förderquote)
- Ausschreibung von Testpiloten mit 200-500 Teilnehmern/-innen pro Bundesland mit einer Laufzeit von 24 Monaten; Anschubfinanzierung durch Bund, Länder und Gemeinden
- Erkenntnisse aus der Forschung sollen politische Beachtung finden und auch von der Politik umgesetzt werden.
- Ausschreibung von weiteren zweckgebundenen Forschungsgeldern
- Weiterentwicklung bereits vorhandener Technologien, Forderung einer „Forschungsmilliarde für Demografiebewältigung“
- Einladung aller tertiären Stakeholder mit der Aussicht auf eine kurzfristige Umsetzung von Projekten

9.6.5 Bildung und Qualifikation

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist eine personalintensive Dienstleistung. Hinzu kommt, dass sich der Pflegeberuf stark wandeln wird (vgl. Kompetenzmodelle für Pflege- und Betreuungsberufe).

- Ausbildung und Qualifikationsmaßnahmen für Gesundheits-, Pflege- und Betreuungsberufe sollen unter Berücksichtigung des technologischen AAL-Potentials entsprechend weiterentwickelt werden.
- Ausbildung und Qualifikationsmaßnahmen für Handwerksberufe bei künftigen AAL-Installationen und Wartungen sollen initiiert werden.
- Es soll ein Rahmen für Ausbildungsangebote für Mitarbeiter/-innen von Pflege-Organisationen und Daseinsversorgern geschaffen werden.

9.6.6 Awareness und Medien/soziale Netzwerke

Awareness für das Thema AAL und das gemeinsame Leben von Jung und Alt ist notwendig.

- Um auch in diesem Themengebiet die Eigenverantwortung zu stärken, gilt es, die breite Bevölkerung mittels klassischer und neuer sozialer Medien zu informieren und zu involvieren. Der Nutzen muss für die Stakeholder sichtbar gemacht werden.
- Zur Schärfung der Selbstverantwortung („Public Literacy“) sollen in Schulen bis hin zum Arbeitsplatz gezielte Maßnahmen getroffen und Anreize zur Verankerung des Themas AAL geschaffen werden (analog zu Themen der „Health Literacy“ wie Ernährung, Tabakkonsum, Alkohol, ...). Grundüberlegung: „Was können wir für uns selbst als ältere Menschen tun?“

9.6.7 Rechtliche Rahmenbedingungen

AAL betrifft verschiedenste Bereiche des Lebens und somit verschiedenste Gesetze und Regularien¹⁹. Als erste – aber auch schon zurückliegende – Referenz kann das Papier „Assistive Technologien. Ethische Aspekte der Entwicklung und des Einsatzes Assistiver Technologien“ des BKA aus dem Jahr 2010 betrachtet werden²⁰. Durch neue Einsatzbereiche und Lösungen treten viele neue Fragestellungen auf, welche derzeit zum Teil schwer beantwortet werden können.

Offene Fragestellungen betreffen u.a. die Bereiche Datenschutz, Ethik und Gesundheit.

- Hier besteht dringender und kontinuierlicher Handlungsbedarf von Seiten der Gesetzgebung.
- Um Rechtssicherheit zu schaffen, müssen bestehende gesetzliche Regelungen einer laufenden Überprüfung unterzogen werden. Gegebenenfalls muss eine Adaptierung angestrebt werden.

Zusätzlich soll eine Orientierungshilfe entwickelt werden, die den Akteuren im AAL-Feld die Identifizierung und Berücksichtigung entsprechender und zutreffender Rahmenbedingungen erleichtert.

¹⁹ Datenschutzgesetz, Telemedizinengesetz,...

²⁰ Bundeskanzleramt, 2010, Assistive Technologien. Ethische Aspekte der Entwicklung und des Einsatzes Assistiver Technologien unter Berücksichtigung älterer Menschen, Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt vom 13. Juli 2009, <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=39411>

10 Referenzen

AAL Austria, AAL 2 Business Final Report, <http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2012/11/AAL2Business-Final-Report-final.pdf> [22.10.2014]

AAL AUSTRIA, Zweck und Ziele. AAL AUSTRIA: Ambient Assisted Living für ein selbstbestimmtes Leben, http://www.aal.at/zweck_und_ziele [22.10.2014]

BMASK, 2009, HOCHALTRIGE IN ÖSTERREICH: EINE BESTANDSAUFNAHME, Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 2. Auflage November 2009. Online verfügbar unter: http://www.sopol.at/get_file.php?id=1356 [22.10.2014]

BMASK, 2012, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, ISBN: 978-3-85010-310-7, online verfügbar unter: <https://broschuerenservice.bmask.gv.at/default.aspx> [16.10.2014]

BMASK, 2014, Lebensqualität im Alter bis „zuletzt“, Wien.

BUNDESKANZLERAMT, 2010, Assistive Technologien. Ethische Aspekte der Entwicklung und des Einsatzes Assistiver Technologien unter Berücksichtigung älterer Menschen, Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt vom 13. Juli 2009, Wien 2010, online verfügbar unter: <http://www.bundestkanzleramt.at/DocView.axd?CobId=39411> [22.10.2014]

BUNDESKANZLERAMT et. al., 2011, Der Weg zum innovativen Leader. Strategie der Bundesregierung für Forschung, Technologie und Innovation, März 2011, online verfügbar unter: http://www.bmvit.gv.at/service/publikationen/innovation/forschungspolitik/downloads/fti_strategie.pdf [22.10.2014]

DÖRNER, Klaus, 2012, Leben und sterben, wo ich hingehöre, Dritter Sozialraum und Hilfesystem, Paranus Verlag, Neumünster.

EHI-ARBEITSGRUPPE AAL, AAL (Ambient Assisted Living) als Potenzial zur Unterstützung des Lebensalltags, http://ehi.adv.at/fileadmin/user_upload/adv_author/pdfs/Positionspapiere2011/Positionspapier_eHI_AK_AAL_20111019_1.0_final.pdf [22.10.2014]

EHI-ARBEITSGRUPPE AAL, Liste von Produkten / Lösungen / Services für den AAL-Bereich, (Stand 29.09.2011), http://ehi.adv.at/fileadmin/user_upload/adv_author/pdfs/Positionspapiere2011/Produktliste_eHI_AK_AAL_20110929_1.0_final.pdf [22.10.2014]

GEHRING, C., 2007, Ambient Assisted Living – ein wichtiges Thema für das deutsche BMBF. Zukunftsworkshop „AAL-Deutschland“ Ambient Assisted Living im BMBF-Rahmenprogramm „Mikrosysteme“, Dresden, 15.10.2007.

Gesundheit.gv.at, Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, Ambient Assisted Living – wie High-tech im Alltag hilft, <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/alter-ambient-assisted-living.html> [22.10.2014]

HUCH, M., 2010, Identification and characterisation of the main stakeholder groups for "ICT for Ageing" solutions (S.10). FP7 Projekt: Bridging Research in Ageing and ICT Development, online verfügbar unter: <http://auseaccess.cis.utas.edu.au/sites/default/files/Stakeholder%20Analysis%20v5.pdf> [16.10.2014]

OECD, OECD Better Life Index, Österreich, Überblick, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/de/countries/austria-de/> [22.10.2014]

ÖSTERREICHISCHE BUNDESREGIERUNG, 2013, Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013–2018, Wien, Dezember 2013, online verfügbar unter:
<http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264> [16.10.2014]

STATISTIK AUSTRIA, 2014, Pflege- und Betreuungsdienste, online verfügbar unter:
http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/pflege_und_betreuungsdienste/index.html [22.10.2014]

STATISTIK AUSTRIA, 2012, Pressemitteilung 10.361-214/12, 2030 erreicht Österreichs Bevölkerung die 9-Millionen-Marke, ein Viertel davon wird 65+ sein, online verfügbar unter:
http://www.statistik.at/web_de/presse/067546 [22.10.2014]

STATISTIK AUSTRIA, 2012, Statistik zum Bundespflegegeld, online verfügbar unter:
https://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html [16.10.2014]

WAIBEL, U., 2009, STRATAAL – „Strategisches Themenmanagement für AAL“, Studie im Auftrag des Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie.

WIFO Presseaussendung, Herausforderungen für öffentlich finanzierte Pflegedienste nehmen deutlich zu, online verfügbar unter: http://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=47471&mime_type=application/pdf

WIKIPEDIA, die freie Enzyklopädie, Transdisziplinarität:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Transdisziplinarität> [22.10.2014]



11 Weiterführende AAL-Literatur

11.1 Proceedings

Tomorrow in sight: from design to delivery, Proceedings of the 4th AAL Forum Eindhoven, Ad van Berlo, Herjan van den Heuvel, Henk Herman Nap, Ilse Bierhoff, Wil Rijnen (eds.), AALA / Smart Homes, Eindhoven 2013.

Partnerships for Social Innovation in Europe, Proceedings of the AAL Forum 2011 Lecce, Ilse Bierhoff, Henk Herman Nap, Wil Rijnen, Reiner Wichert (eds.): Smart Homes, Eindhoven 2012.

Active Ageing: Smart Solutions, New Markets, Proceedings of the AAL FORUM 2010 Odense, Gerda Geyer, Claus F. Nielsen, Kerstin Zimmermann (eds.), reports@ocg.at, Band 05, OCG, Wien 2011.

Innovative ICT Solutions for Older Persons – A New Understanding, Proceedings of the AAL FORUM 09 Vienna, Gerda Geyer, Reinhard Goebel, Kerstin Zimmermann (eds.), reports@ocg.at, Band 04, OCG, Wien 2010.

Altern und Zukunft, Bundesplan für Seniorinnen und Senioren, BMASK, Wien 2012.

Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich, BMG, Wien 2012.

Wirtschafts- und Innovationsfeld „Health / Ageing“ in der Gesundheitswirtschaft in Oberösterreich, Academia Superior, Linz 2012.

11.2 Bau

Wohnen im Alter, Zu Hause ohne Barrieren, WKO Bundesinnung Bau, <http://www.barrierefrei.bau.or.at/dok%5CSenBrosch.pdf> [22.10.2014]

BARRIERE:FREI!, HANDBUCH FÜR BARRIEREFREIES WOHNEN, BMASK, Wien 2011.

11.3 Studien

Alterung der Bevölkerung und Fairness zwischen den Generationen: Gewonnene Jahre oder drückende Last?, Studie der ÖPIA im Auftrag der HYPO NOE Landesbank, St. Pölten 2013.

Geschäftsmodellentwicklung für den AAL-Markt unter Berücksichtigung der österreichischen Rahmenbedingungen, WPU, Baden 2013.

Businesscase AAL aus der Sicht von Betroffenen, AK-Informationsinfrastruktur der ADV | e-Health-Initiative, Wien 2013.

Caring Cities, Pflege in zentraleuropäischen Hauptstädten, August Österle, Lisa Mittendrein, WU, Wien 2012.

Wo der Schuh drückt, Stellungnahmen und Verbesserungsvorschläge pflegender Angehöriger zu Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in Wien, Auswertungen aus dem VIC 2008, Birgit Trukschitz, Verena Michalitsch, Forschungsinstitut für Altersökonomie, Wien 2011.

Entwicklungstendenzen in den Wirkungsfeldern des aktiven Alterns und des resultierenden Konsumverhaltens bis zum Jahr 2020, WPU, Baden 2010.

11.4 Articles/Papers

A Survey on Ambient-Assisted Living Tools for Older Adults, Parisa Rashidi, Alex Mihailidis, IEEE JOURNAL OF BIOMEDICAL AND HEALTH INFORMATICS, VOL. 17, NO. 3, MAY 2013, connected health, white paper, Wragge & Co, London 2014.

MORE YEARS, BETTER LIVES – Strategic Research Agenda on Demographic Change, JPI 2014 <http://www.jp-demographic.eu/about/documents/full-version-of-sra> [16.10.2014]

US

Ageing Services Technology Study, Report to Congress, US Department of Health and Human Services, June 2012.

Deutschland

Untersuchung von Ambient Assisted Living (AAL) Projekten und Einordnung in ein AAL-Gesamtmodell, Milena Kaplarevic, GRIN Verlag, Norderstedt 2014.

Ambient Assisted Living – Ein Markt der Zukunft, Potentiale | Szenarien | Geschäftsmodelle, BMBF/VDE Innovationspartnerschaft AAL (Hrsg.), Berlin 2012.

Das Alter hat Zukunft, Forschungsagenda der Bundesregierung für den demografischen Wandel, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bonn 2011.

Demografiebericht, Bundesministerium des Innern, Berlin 2011.

Gesundheit und Krankheit im Alter, Beiträge zur Gesundberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut, Berlin 2009.

Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität im Alter, Michael Cirkel, Josef Hilbert, Christa Schalk, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen 2004.



12 Glossar

Ambient Assisted Living (AAL):

Ambient Assisted Living umfasst Methoden, Konzepte, (elektronische) Systeme, Produkte sowie Dienstleistungen, die das alltägliche Leben älterer Menschen situationsabhängig und unaufdringlich unterstützen.²¹

Betreutes Wohnen:

Betreutes Wohnen ist eine Wohnform u.a. für ältere Menschen, bei der eine altersgerechte Wohnsituation (z.B. Wohnungen oder Appartements in barrierefreier Bauweise) und konkrete Betreuungsleistungen miteinander kombiniert angeboten werden. Die Bewohnerinnen/die Bewohner wohnen in einer eigenen Wohnung mit der Möglichkeit, Verpflegung und Betreuung zu erhalten. In einigen Wohnanlagen werden bestimmte Dienstleistungen als „Grundservice“ angeboten, die – je nach Bedarf – von mobilen Sozial- und Gesundheitsdiensten ergänzt werden können. Es gibt auch Wohnformen in Gemeinschaft wie z.B. Betreute Seniorenwohngemeinschaften, für ältere Personen, die aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen nicht mehr alleine wohnen können oder wollen, jedoch nicht die umfassenden Pflegeleistungen eines Pflegewohnhauses benötigen. Erforderliche Pflege und Betreuung erfolgt auch hier durch ambulante Dienste. Damit wird ermöglicht – solange es für die Bewohnerin/den Bewohner sozial und gesundheitlich möglich ist – in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft zu leben.²²

Daseinsversorger:

Als Daseinsversorger gelten Einrichtungen, die grundlegende gesellschaftliche Strukturen und Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse zur Verfügung stellen und insbesondere als Anbietende von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen von Bedeutung sind.²³

FTI:

Forschung, Technologie und Innovation²⁴

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT):

Der Begriff Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) umfasst alle technischen Medien die für die Handhabung von Informationen und zur Unterstützung der Kommunikation eingesetzt werden; hierzu zählen unter anderem Computer- und Netzwerkhardware sowie die zugehörige Software.²⁵

Stakeholder:

Stakeholder eines Projektes sind alle Personen, die ein Interesse am Projekt haben oder vom Projekt in irgendeiner Weise betroffen sind.²⁶ (Ein Stakeholder ist ein/e Anteilseigner/-in, ein/e Vertreter/-in einer Interessengruppe. Er/sie ist an der Durchführung, dem Resultat des Projektes interessiert. Er/sie muss nicht zwingend auch am Projekt beteiligt sein.)

²¹ <http://www.aal.at>

²² <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/204/Seite.2040030.html>

²³ www.ffg.at

²⁴ http://www.bmvit.gv.at/innovation/publikationen/fti_strategie.html

²⁵ <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

²⁶ ISO 10006:2004 - Qualitätsmanagementsysteme – Leitfaden für Qualitätsmanagement in Projekten

Anhang 1: Stakeholder-Portfolioanalyse

Ergänzend zu einer Stakeholder-Analyse hat Waibel (2010) die verschiedenen Interesseneigner im Rahmen einer Portfolioanalyse abgebildet. Hier wird im Wesentlichen nach dem Grad des Einflusses und der Betroffenheit durch AAL-Lösungen unterschieden:

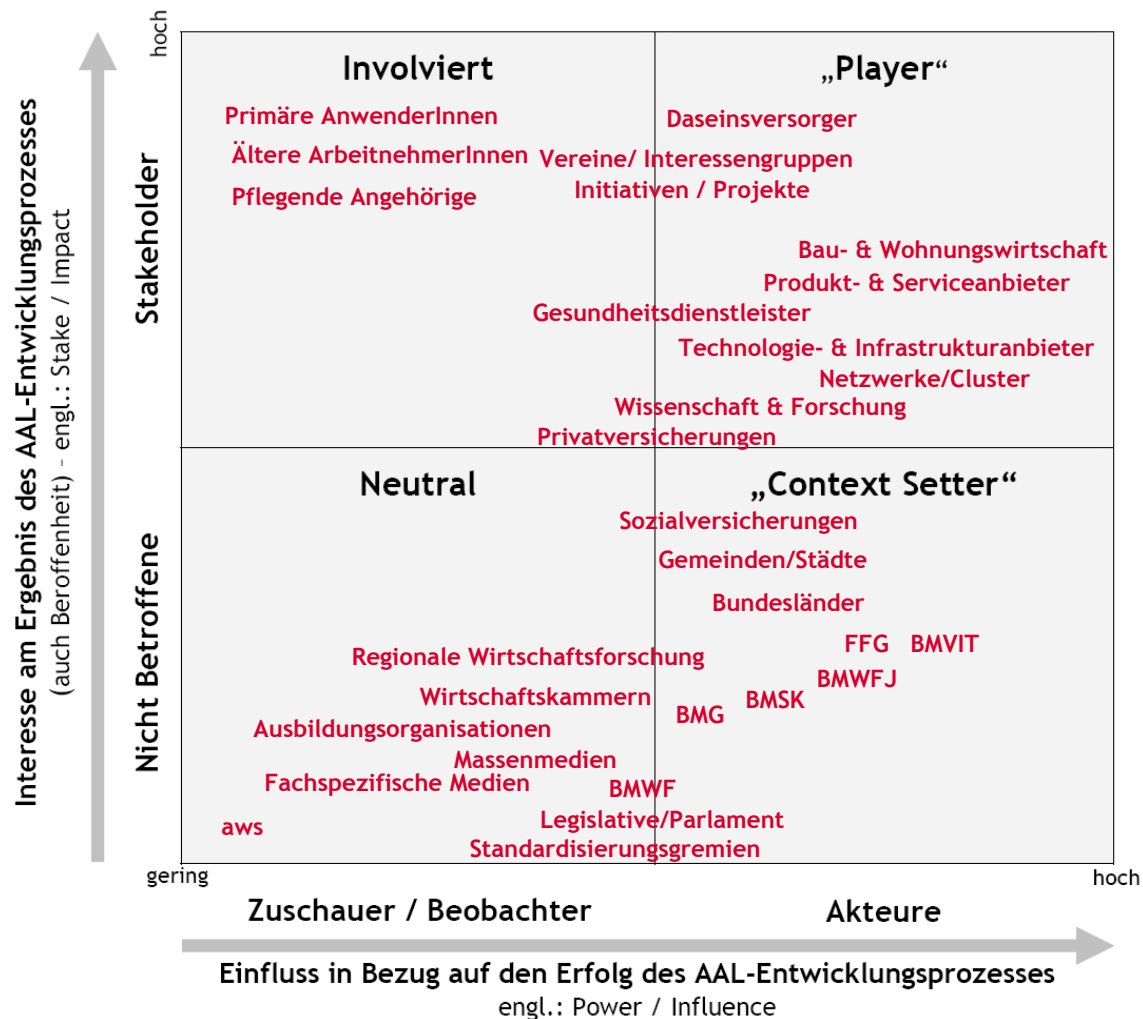


Abbildung 5: Stakeholderportfolio mit Zuordnung der AAL-Stakeholder (WAIBEL 2010)

Diese Zuordnung illustriert die Bedeutung der einzelnen Stakeholder für AAL. Für den Erfolg eines strategischen Themenmanagements von AAL sind insbesondere die Akteure von Bedeutung. Im Einzelnen sind das:

1. Player (sekundäre Stakeholder): Daseinsversorger, einschlägige Vereine, Interessengruppen, Initiativen und Projekte, Produkt- und Serviceanbieter, Bau- und Wohnungswirtschaft, Gesundheitsdienstleister, Technologie- und Infrastrukturanbieter, einschlägige Netzwerke und Cluster, Wissenschaft und Forschung sowie Privatversicherungen
2. Context Setter (tertiäre Stakeholder): Sozialversicherungen, Gemeinden/Städte, Bundesländer, einschlägige Bundesministerien

Anhang 2: Auszüge Statistik Austria

Bevölkerung im Jahresdurchschnitt nach Alter²⁷

Wohnbevölkerung	1961	1971	1981	1991	2001	2011	Prognose (Hauptvariante)		
							2020	2030	2050
Insgesamt	7.086.299	7.500.482	7.568.710	7.754.891	8.042.293	8.420.900	8.713.178	9.000.007	9.330.904
unter 15 Jahren	1.589.459	1.823.905	1.511.616	1.362.758	1.352.478	1.229.408	1.240.714	1.282.891	1.269.379
von 15 bis unter 60 Jahren	4.187.263	4.164.467	4.600.456	4.837.811	4.989.050	5.223.634	5.185.478	4.904.445	4.857.366
von 60 und mehr Jahren	1.309.577	1.512.110	1.456.638	1.554.322	1.700.765	1.967.858	2.286.986	2.812.671	3.204.159
von 75 und mehr Jahren	297.087	356.611	459.788	518.822	584.464	677.391	854.417	1.028.192	1.589.133

²⁷ STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes, Bevölkerungsprognose 2012. Erstellt am 08.02.2013.

Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Bundespflegegeld ¹⁾ 1993-2012

31.12.	Bezieherinnen und Bezieher insgesamt	Davon in Stufe							Ausgaben ²⁾ - Jahressumme, Mio. Euro
		1	2	3	4	5	6	7	
1993	258.888	2.506	198.597	25.724	14.576	12.969	2.882	1.634	571,0
1994	266.498	13.123	161.674	44.919	21.198	19.041	4.103	2.440	1.340,9
1995	271.253	22.631	146.441	51.801	23.591	19.690	4.364	2.735	1.379,4
1996	262.220	27.634	133.180	52.983	23.478	18.336	4.093	2.516	1.321,6
1997	268.995	34.449	125.380	56.837	25.388	19.777	4.265	2.899	1.266,3
1998	273.020	40.275	118.586	59.422	26.220	20.743	4.630	3.144	1.299,5
1999	278.887	45.571	112.964	48.701	40.581	21.889	5.630	3.551	1.355,6
2000	285.500	50.379	110.605	49.644	42.156	22.743	6.058	3.915	1.397,6
2001	292.019	54.485	109.551	50.304	43.594	23.460	6.410	4.215	1.426,9
2002	303.528	58.830	109.891	52.285	45.720	24.960	7.092	4.750	1.433,0
2003	307.999	62.172	109.944	52.507	46.365	25.085	7.090	4.836	1.470,6
2004	320.258	67.039	111.971	53.348	48.830	26.069	7.758	5.243	1.489,3
2005	323.288	70.437	112.150	52.865	49.215	25.409	8.052	5.160	1.566,4
2006	337.322	74.294	115.455	54.986	51.458	26.578	8.848	5.703	1.621,4
2007	351.057	76.444	119.086	57.372	53.942	28.397	9.732	6.084	1.691,5
2008	358.545	78.004	121.587	59.091	54.881	28.542	10.210	6.230	1.774,3
2009	365.810	76.522	121.253	60.775	54.249	33.389	12.644	6.978	1.943,1
2010	372.763	78.901	124.522	62.118	53.750	34.092	12.820	6.560	2.002,2
2011	371.198	81.082	117.803	62.765	53.533	35.794	13.510	6.711	2.070,6
2012 ³⁾	440.896	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	2.632,5

Q: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1993/1994; Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006 und 2007; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Österreichische Pflegevorsorgeberichte 2008 bis 2012. Erstellt am 19.05.2014. 1) Auf Basis des Bundespflegegeldgesetzes. - 2) Inkl. Verwaltungskosten; 1993 umfasst den Zeitraum 1.7. (Einführung des Pflegegeldes) bis Jahresende. - 3) Inkl. ehemalige Landespflegegeldbezieherinnen und -bezieher (31.12.2012: 68.409; die Landespflegegeldgesetze wurden mit 31.12.2011 aufgehoben und die Zuständigkeit ab 1.1.2012 zur Gänze auf den Bund übertragen).

Pflege- und Betreuungsdienste ¹⁾ der Bundesländer ²⁾ 2012

Bundesland	Mobile Dienste	Stationäre Dienste	Teilstationäre Dienste	Kurzzeitpflege	Alternative Wohnformen	Case- und Caremanagement
Betreute Personen ³⁾						
Insgesamt	139.013	71.821	5.983	4.916,0	11.140	69.398
Burgenland	4.455	2.025	130	-	-	-
Kärnten	11.128	6.033	185	412	99	1.794
Niederösterreich	26.342	12.789	560	2.377	-	12.059
Oberösterreich	19.542	13.112	903	73	46	11.566
Salzburg	6.235	4.073	588	415	-	2.579
Steiermark	21.499	12.235	664	.	993	1.880
Tirol	8.921	5.823	385	336	-	4.449
Vorarlberg	13.991	2.151	458	436	62	1.311
Wien	26.900	13.580	2.110	867	9.940	33.760
Betreuungs-/Pflegepersonen (Vollzeitäquivalente) ⁴⁾						
Insgesamt	12.080,7	33.455,1	(419,1)	(203,9)	(1.914,9)	(183,1)
Burgenland	244,9	854,0	15,2	-	-	-
Kärnten	1.032,0	1.951,9	19,6	.	8,0	4,1
Niederösterreich	2.732,0	4.663,6	15,2	16,9	-	.
Oberösterreich	1.346,0	5.439,2	42,1	.	8,7	40,4
Salzburg	596,2	1.960,2	36,7	.	-	13,7
Steiermark	1.022,0	5.077,3	50,3	.	73,4	2,6
Tirol	651,8	2.655,7	11,5	.	-	.
Vorarlberg	184,1	1.161,1	.	-	-	10,0
Wien	4.271,6	9.692,3	228,5	187,0	1.824,8	112,3

Bundesland	Mobile Dienste	Stationäre Dienste	Teilstationäre Dienste	Kurzzeitpflege	Alternative Wohnformen	Case- und Caremanagement
Bruttoausgaben (in EUR)						
Insgesamt	512.371.479	2.303.818.847	25.726.430	(12.828.209)	(177.955.459)	10.512.027
Burgenland	6.616.492	55.403.662	293.775	-	-	-
Kärnten	25.580.700	157.087.350	462.799	665.500	.	196.682
Niederösterreich	73.246.870	332.784.921	880.695	5.332.131	-	2.037.990
Oberösterreich	67.849.765	357.445.224	1.797.606	21.336	470.871	1.771.398
Salzburg	19.267.924	94.873.110	695.480	231.694	-	846.821
Steiermark	56.298.923	370.288.029	2.885.201	.	2.110.492	202.298
Tirol	31.035.050	140.058.560	1.034.944	479.492	-	243.087
Vorarlberg	22.523.524	82.436.991	260.970	1.015.106	1.246.245	680.001
Wien	209.952.230	713.441.000	17.414.960	5.082.950	174.127.850	4.533.750
Nettoausgaben (in EUR) ⁵⁾						
Insgesamt	321.525.462	1.227.231.421	21.644.838	(8.842.478)	(76.486.464)	10.094.295
Burgenland	5.230.864	24.453.210	293.775	-	-	-
Kärnten	22.261.200	77.263.014	462.799	665.500	.	196.682
Niederösterreich	43.967.140	159.466.931	880.695	3.219.591	-	2.037.990
Oberösterreich	35.749.816	163.660.866	1.510.379	21.336	147.144	1.769.944
Salzburg	15.693.156	44.979.445	695.480	231.694	-	846.821
Steiermark	31.897.688	191.813.914	1.531.104	.	1.468.371	0
Tirol	22.691.731	69.763.261	550.267	231.495	-	243.087
Vorarlberg	10.993.907	46.614.870	260.970	563.072	689.430	680.001
Wien	133.039.960	449.215.910	15.459.370	3.909.790	74.181.520	4.319.770

Q: STATISTIK AUSTRIA, Pflegedienstleistungsstatistik. Erstellt am 19.12.2013. Revision am 29.01.2014 (Betreute Personen: Stationäre Dienste Salzburg). 1) Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung. - 2) Wenn die Werte nicht für alle Bundesländer vorliegen (.), ist der Gesamtbetrag in Klammer gesetzt; gab es einen sozialen Dienst nicht, ist dies auch entsprechend gekennzeichnet (-). Die näheren Anmerkungen zu den Bundesländern sind in den einzelnen Länder-Tabellen zu finden. - 3) Anzahl im Berichtsjahr (Jahressumme). - 4) Anzahl zum Ende des Berichtsjahres (31.12.) - 5) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Landesgesundheitsfonds-Mittel).

Versorgungsgrade im Bereich der Pflege- und Betreuungsdienste ¹⁾ der Bundesländer ²⁾ 2011²⁸

Dienste	Einheit	Bgld	K	NÖ	OÖ	S	Stmk	T	Vbg	W
Leistungen										
Mobile Dienste	Leistungsstunden ³⁾	290.116	818.717	3.320.725	1.637.349	798.939	938.140	759.085	1.634.081	5.745.740
Stationäre Dienste	Plätze ⁴⁾	2.046	4.180	8.522	11.966	5.134	12.064	5.618	2.040	9.296
Teilstationäre Dienste	Plätze ⁴⁾	102	64	238	235	158	112	125	.	735
Kurzzeitpflege	Plätze ⁴⁾	-	36	242	4	71	-	72	.	210
Alternative Wohnformen	Plätze ⁴⁾	-	62	-	8	-	875	-	.	8.980
Case- und Caremanagement	Leistungsstunden ³⁾	-	.	62.284	65.056	20.400	-	8.409	2.493	41.040
Versorgungsgrade ⁵⁾										
Mobile Dienste		10,5	16,1	24,2	14,4	20,5	8,7	14,7	64,2	46,2
Stationäre Dienste		73,3	81,9	61,9	104,7	131,3	111,5	107,9	79,2	75,2
Teilstationäre Dienste		3,7	1,3	1,7	2,1	4,0	1,0	2,4	.	5,9
Kurzzeitpflege		-	0,7	1,8	0,0	1,8	-	1,4	.	1,7
Alternative Wohnformen		-	1,2	-	0,1	-	8,1	-	.	72,6
Case- und Caremanagement		-	.	0,5	0,6	0,5	-	0,2	0,1	0,3

Erläuterung:

- 1 Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-) finanziert werden; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung.
- 2 Ein nicht vorliegender Wert ist mit einem Punkt (.) gekennzeichnet. Anmerkungen zu den Bundesländern sind in den einzelnen Länder-Tabellen zu finden.
- 3 Summe im Berichtsjahr.
- 4 Stand am Ende des Berichtsjahres (31.12.).
- 5 Gemäß § 3 (2) Pflegefondsgesetz ergibt sich der Versorgungsgrad aus dem Verhältnis der Leistungsstunden zur im Bundesland wohnhaften Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter bzw. aus dem Verhältnis der Plätze zu je 1.000 Einwohnern im Alter von 75 Jahren und älter im Bundesland.

²⁸ Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik. Erstellt am 31.01.2013



Bundesministerium
für Verkehr,
Innovation und Technologie



AAL AUSTRIA – Arbeitskreis „AAL Vision Österreich“