www.kdz.or.at

Pflege und Betreuung in Österreichs Städten

Status Quo, Entwicklung und Reformoptionen

Endbericht

verfasst von

Peter Biwald, Nikola Hochholdinger, Manuel Köfel, Marcel Gencgel und Anita Haindl

KDZ
Zentrum für Verwaltungsforschung

Guglgasse 13 · A-1110 Wien
T: +43 1 892 34 92-0 · F: -20
institut@kdz.or.at · www.kdz.or.at

Inhaltsverzeichnis

I Projektauftrag und Vorgehensweise ... 4

1 Projektziele ... 4

2 Projektinhalte ... 4

3 Projektorganisation ... 5

II Management Summary ... 6

1 Status Quo der Pflege und Betreuung ... 6

2 Bedarfsentwicklung und zukünftiger Finanzierungsbedarf ... 10

3 Reformoptionen ... 11

III Status Quo der Pflege und Betreuung ... 15

1 Leistungsangebot ... 15

2 Leistungs- und Finanzierungsstandards ... 20

3 Betreiberstruktur ... 29

4 Pflegepersonal ... 40

5 Finanzierung der Leistung / finanzielle Absicherung der LeistungsempfängerInnen 48

IV Bedarfsentwicklung und zukünftiger Finanzierungsbedarf ... 66

1 Bevölkerungsprognose bis 2030 auf Basis der „ÖROK-Bevölkerungsprognosen“ .. 66

2 Finanzierungsprognose ... 68

V Reformoptionen ... 74

1 Pflegefonds ... 74

2 Optionen zur Systemreform mit internationalen Referenzen ... 77

3 Planungs- und Finanzierungsreform ... 82

4 Systemübergreifende Reformoptionen ... 88

VI Resümee ... 95

I Projektauftrag und Vorgehensweise

Die finanzielle Absicherung von Pflege und Betreuung für Bedürftige wird zu einem immer stärkeren Kostenfaktor im Sozialwesen in Österreich. Davon sind auch Österreichs Städte und Gemeinden maßgeblich betroffen. Obwohl das Sozialwesen in das Aufgabengebiet der Bundesländer fällt, übernehmen die Städte und Gemeinden einen großen Anteil der anfallenden Kosten. Bei immer knapper werdenden Budgets fällt es den Städten und Gemeinden zusehends schwerer, einen Finanzierungsbeitrag für soziale Leistungen zu erbringen, auf deren Art und Ausmaß sie kaum Einfluss nehmen können. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Transferbelastungen einer der am stärksten wachsenden kommunalen Ausgabenposten sind, dem keine entsprechenden Einnahmensteigerungen gegenüberstehen. Somit ist die steigende Transferbelastung im Sozialbereich eine der Hauptursachen dafür, dass die Gemeindefinanzkrise noch immer nicht überstanden ist, auch wenn sich die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mittlerweile wieder günstiger entwickeln und weit reichende Konsolidierungsbemühungen gesetzt werden. Sollen die Gemeindefinanzen nachhaltig stabilisiert werden, ist eine Reform der Finanzierung von Pflege und Betreuung unumgänglich.

1 Projektziele

Auf Basis dieser Ausgangssituation wurden in vorliegendem Projekt folgende Ziele verfolgt:

- Analyse von Leistung und Finanzierung von Pflege und Betreuung im Status Quo.
- Darstellung der zu erwartenden Nachfrageentwicklung und des daraus folgenden Finanzierungsbedarfs.
- Aufzeigen von Möglichkeiten der künftigen Organisation und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen.

2 Projektinhalte

Aus den Projektzielen ergeben sich folgende Projektinhalte:

2.1 Status Quo der Pflege und Betreuung in Österreichs Städten

Als Ausgangsbasis für die Analyse wurde der Status Quo im Bereich der Pflege und Betreuung festgehalten. Dabei standen folgende Fragen im Mittelpunkt der Untersuchung:

- Welche Institutionen erbringen notwendige Leistungen?
- Welche Qualitäts- und Leistungsstandards gelten für die jeweilige Leistung in den unterschiedlichen Bundesländern?
- Welche Institutionen übernehmen Gewährleistungsverantwortung für die Leistungserbringung und wie wird die Leistungserbringung finanziert?
- Wie ist die finanzielle Absicherung von Pflege und Betreuung für Bedürftige in Österreich geregelt?
- Wie erfolgt die Bedarfsplanung?

Bei der Analyse wurde zwischen stationärer, teilstationärer und mobiler Leistung der Pflege und Betreuung unterschieden.

2.2 Nachfrageentwicklung, Finanzierungs- und Personalbedarf

Ausgehend von der aktuellen Situation wurde unter anderem anhand von Prognosen der demografischen Entwicklung dargestellt, wie sich die Nachfrage nach Pflege und Betreuung zukünftig entwickeln wird. Dabei wurden insbesondere die Auswirkungen der Nachfrageentwicklung auf das zukünftig notwendige Finanzierungsvolumen berücksichtigt. Daneben haben die künftigen Anforderungen Berücksichtigung gefunden, die die verstärkte Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsleistungen an den Arbeitsmarkt stellen (zu erwartender Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal etc.).

2.3 Künftige Organisation der Pflege und Betreuung

Ausgehend von den Erkenntnissen der Status-Quo-Analyse wurden Überlegungen zur künftigen Organisation und Finanzierung von Pflege und Betreuung angestellt. Dabei wurden aktuelle Entwicklungen im Zusammenhang mit der Errichtung eines Pflegefonds berücksichtigt und kritisch reflektiert. Es wurden jedoch unabhängig davon Lösungen gesucht, die nachhaltig stabile Gemeindefinanzen ermöglichen, gleichzeitig die Steuerungseffizienz im Bereich der Pflege und Betreuung erhöhen und sicherstellen, dass es zu keinen wesentlichen Einschnitten in Betreuungsqualität und Leistungsniveau kommt.

3 Projektorganisation

Vorliegender Endbericht wurde mit Unterstützung der Arbeitsgruppe Pflegevorsorge des Österreichischen Städtebundes erstellt. Wir möchten uns an dieser Stelle bei Mag. (FH) Peter Eigelsreiter, Mag.[a] Monika Geck, Christina Hofkirchner Mcs., Mag.[a] Claudia Humer, Mag. Dr. Stefan Hoflehner MSc., Alexandra Kargl, Ferdinand Mossegger, Mag. Oliver Puchner, Dr. Johann Schalk MPM, DSA Peter Stanzl MAS, Petra Turtiainen und Mag. Franz Urban für ihre Mitarbeit und die wertvollen Rückmeldungen bedanken. Besonderer Dank gilt Mag.[a] Christina Aigner sowohl für die inhaltlichen Anregungen als auch für die Projektkoordination auf Seiten des Österreichischen Städtebundes.
Das Projekt wurde seitens des KDZ von Mag. Peter Biwald, DI[in] Nikola Hochholdinger, Mag. Manuel Köfel sowie Marcel Gencgel und Anita Haindl bearbeitet.

II Management Summary

Es werden immer mehr öffentliche Mittel zur Finanzierung des Sozialwesens im Allgemeinen und für die Pflegefinanzierung im Speziellen aufgewendet. Nicht zuletzt aufgrund der demografischen Entwicklung gewinnt die Organisation und Finanzierung der Pflege immer mehr an Bedeutung. In vorliegendem Grundlagenpapier wird analysiert, welche Institutionen in Österreich für die Leistungserbringung im Bereich der Pflege und Betreuung zuständig sind, welche Institutionen Gewährleistungsverantwortung übernehmen, welche Leistungsstandards gelten, welche Institutionen die erbrachten Leistungen finanzieren und wie die finanzielle Absicherung der Bedürftigen geregelt ist. Bezugnehmend auf Prognosen der ÖROK und des WIFO wird dargestellt, mit welcher Nachfrage nach Pflege künftig zu rechnen ist, und wie sich diese auf den Finanzierungsbedarf in der Pflege auswirkt. Angesichts der aktuellen Rahmenbedingungen ist mit immensen Ausgabensteigerungen bis 2030 zu rechnen, die ohne umfassende Reformen in Organisation und Finanzierung der Pflege nicht zu bewältigen sein werden. Folglich werden abschließend einige kurz-, mittel- und langfristigen Reformoptionen unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der Städte dargestellt.

1 Status Quo der Pflege und Betreuung

Den Status Quo des Leistungsangebots, der Leistungs- und Finanzierungsstandards, der Betreiberstruktur, des Personalbedarfs und der Finanzierungsstruktur für das gesamte Bundesgebiet darzustellen, erweist sich als relativ schwierig. Abgesehen von den **unterschiedlichsten Standards und Strukturen,** die in den einzelnen Bundesländern gelten, gibt es auch **keine einheitliche Erfassung der erbrachten bzw. finanzierten Leistungen**. Ein Vergleich zwischen den Bundesländern ist daher kaum möglich, ohne umfassende Sachkenntnis aller Sozialsysteme der österreichischen Bundesländer vorauszusetzen. Nachfolgend sollen einige wesentliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede festgehalten werden.

1.1 Leistungsangebot

Das **Angebot** an stationären Einrichtungen ist **zwischen den Bundesländern sehr unterschiedlich**. In Salzburg sind verhältnismäßig viele (136 Plätze je 1.000 Personen im Alter über 75), in Burgenland, Niederösterreich und Wien (jeweils unter 80 Plätze je 1.000 Personen über 75) vergleichsweise wenige Plätze in stationären Einrichtungen verfügbar. Das Angebot an stationären Pflegeplätzen hängt jedoch auch davon ab, wie die Schwerpunktsetzungen beim Leistungsangebot in den verschiedenen Bundesländern sind. In Wien werden beispielsweise verstärkt betreutes Wohnen und Mobile Dienste angeboten, sodass kein so großes Angebot an stationären Pflegeeinrichtungen nötig ist. Daher werden die **Angebote und Versorgungsgrade sektorübergreifend (stationär – teilstationär – mobil) betrachtet**.
Das Angebot von **teilstationären Einrichtungen** befindet sich vor allem im ländlichen Gebiet in Österreich zurzeit **erst im Aufbau**. In den letzten Jahren sind hier starke Angebotszuwächse zu beobachten. Lediglich in den größeren Städten in Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Wien ist bereits derzeit ein nennenswertes Angebot an teilstationären Einrichtungen vorhanden.
Ein starkes **Angebotswachstum** wurde in den letzten Jahren auch **im Bereich der mobilen Dienste** verzeichnet. Auch in diesem Bereich ist das Angebot im städtischen Raum etwas größer

als im ländlichen Bereich. Besonders groß ist das Angebot in Wien. Hier werden 2009 pro Person über 75 Jahre 42 Leistungsstunden im Jahr im Bereich der Mobilen Dienste erbracht. Ein annährend so großes Leistungsvolumen findet sich lediglich in Niederösterreich und Vorarlberg mit 25 bzw. 21 Stunden pro Jahr. Am geringsten sind die Mobilen Dienste in der Steiermark verbreitet, wo pro Jahr und Person über 75 Jahren im Jahr 2009 lediglich 9 Leistungsstunden angeboten wurden.
Die im Bericht erfassten Leistungsdaten beruhen auf Angaben der Bundesländer, die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz im jährlichen Pflegevorsorgebericht zusammengetragen werden. Dabei erfolgt die Leistungserfassung in den Bundesländern nicht auf einheitlichen Standards und eindeutig definierten Begrifflichkeiten, sodass es zu **Unschärfen in der Datenerfassung** kommen kann. Hier wäre eine **Vereinheitlichung anzustreben**, um **bessere Vergleichbarkeit** und in weiterer Folge **bessere Steuerungsmöglichkeiten** zu schaffen. Erste Initiativen zu einer bundeseinheitlichen Pflegestatistik sind im Zuge der Diskussion um die Einführung des Pflegefonds bereits zu beobachten.

1.2 Leistungs- und Finanzierungsstandards

Die Regelungskompetenz bezüglich Leistungs- und Finanzierungsstandards kommt in Österreich den Ländern zu. Daraus folgt, dass die **Standards in den Bundesländern sehr inhomogen** sind.
Die Leistungsstandards in der stationären, teilstationären und mobilen Pflege sind auch unterschiedlich spezifisch geregelt. In einigen Bundesländern gibt es detaillierte Verordnungen und Richtlinien, während sich andere Bundesländer auf eher grobe Vorgaben beschränken. Es lässt sich **kein Bundesland mit besonders hohen oder besonders geringen Leistungsstandards in allen Kategorien** identifizieren.
Auch die **Finanzierungsstandards** sind **höchst unterschiedlich** in den einzelnen Bundesländern. Für den Bereich der Mobilen Dienste können drei **Grundtypen** zur Leistungsfinanzierung bzw. Förderung der Leistung durch die öffentliche Hand unterschieden werden:

- **Fixe klientenbezogene Förderung**
  Unterstützung der KlientInnen, indem das Land und/oder die Gemeinden einen festgelegten Anteil des Stundensatzes übernehmen. Das Einkommen und sonstige Lebensverhältnisse der KlientInnen bleiben dabei unberücksichtigt.
  Bsp.: Burgenland, Steiermark.
- **Vom Einkommen und dem sozialen Umfeld abhängige klientenbezogene Förderung**
  Auch in diesem Modell wird ein Teil der von den Trägern verrechneten Stundensätze durch die öffentliche Hand finanziert und die Differenz zwischen der Förderung und den Stundensätzen ist durch Eigenleistung der KlientInnen zu erbringen. Das Ausmaß der öffentlichen Förderung hängt vom Einkommen, der Pflegestufe und dem sozialen Umfeld der KlientInnen ab.
  Bsp.: Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Wien
- **Strukturförderung**
  Hier wird nicht die Leistung an sich gefördert, sondern die Vorhaltekosten der Trägerorganisationen werden teilweise durch Förderungen der Länder und Gemeinden getragen (bspw. aus Mitteln eines Sozialfonds). Die KlientInnen müssen die

empfangenen Leistungen direkt bezahlen. Durch die Strukturförderungen ist es den Trägern allerdings möglich, relativ niedrige Stundensätze zu verrechnen.
Bsp.: Vorarlberg

1.3 Betreiberstruktur

Die landesspezifischen Regelungen im Bereich der Pflege und Betreuung führen auch dazu, dass die Betreiberstruktur in den Bundesländern sehr unterschiedlich ist.
Bei den **stationären Einrichtungen** ist besonders das Land Niederösterreich ein bedeutender Leistungsträger. Im Burgenland, in Kärnten, der Steiermark und Tirol tritt das Land ebenfalls als wichtiger Betreiber von stationären Einrichtungen auf. In Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark und Tirol spielen außerdem Gemeindeverbände als Betreiber von Alten- und Pflegeheimen eine große Rolle. Lediglich im Burgenland treten Gemeindeverbände in der Regel nicht als Betreiber von Heimen auf. Vor allem in der Steiermark gibt es überwiegend private Heimbetreiber. Private Betreiber spielen aber auch in allen anderen Bundesländern eine wichtige Rolle.
Tageszentren (teilstationäre Einrichtungen) werden sehr oft in direktem Zusammenhang mit einem Alten- oder Pflegeheim betrieben (als angebundene Tageszentren oder integrierte Tagesbetreuung). Insofern sind die Betreiberstrukturen ähnlich wie bei den stationären Einrichtungen. Die wenigen eigenständigen Tageszentren an gesonderten Standorten werden beinahe ausschließlich durch private Vereine oder Institutionen geführt.
Mobile Dienste werden hauptsächlich von Österreichweit tätigen gemeinnützigen Organisationen geleistet (z.B.: Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe). Lediglich Essen auf Rädern wird oft noch von Gemeinden selbst erbracht.

1.4 Pflegepersonal

Der Bedarf an professionellem Pflegepersonal hängt sehr stark vom Ausmaß der Pflege ab, die informell (von Verwandten und/oder Bekannten) erbracht wird. Schätzungen gehen davon aus, dass in Österreich bis zu **80 Prozent der Pflegeleistungen informell erbracht** werden. **Je geringer dieser Wert ist**, und aktuelle gesellschaftliche Trends weisen auf einer Verringerung hin, **desto größer ist der Bedarf an professionellem Pflegepersonal**.
Darauf weist auch die **steigende Anzahl der beim AMS gemeldeten offenen Stellen** im Bereich der Pflege hin. Insbesondere wird ein **Mangel an qualifiziertem Personal** (diplomierte Pflegekräfte) **und bei Personal für die Mobilen Dienste** festgestellt. **Gründe** dafür sind neben der **stärkeren Nachfrage nach professioneller Pflege** (durch den Rückgang informeller Pflege und die tendenziell älter werdende Gesellschaft) auch im **sinkenden Angebot an Pflegepersonal** zu finden. Einerseits ist künftig auch im Pflegesektor mit vielen Pensionierungen zu rechnen, die nachbesetzt werden müssen. Andererseits sind die Arbeitsbedingungen in der Pflege vergleichsweise ungünstig (geringe Bezahlung, physisch und psychisch fordernde Tätigkeit, geringe Entwicklungsmöglichkeiten, unregelmäßige Dienstzeiten etc.), sodass eine relativ hohe Drop-out-Quote (vor allem bei den Mobilen Diensten) existiert. Dazu kommen das sinkende Interesse an der Ausbildung zu Pflegeberufen und der dadurch entstehende Nachwuchsmangel in der Pflege. Außerdem besteht das Risiko, dass Personen (insbesondere mit Migrationshintergrund), die momentan noch in der 24-h-Betreuung beschäftigt sind, nach der

Öffnung des Arbeitsmarktes in andere Berufe mit günstigeren Arbeitsbedingungen wechseln, womit auch ein Mangel an Personal in der 24-h-Betreuung entstehen könnte.

1.5 Finanzierung

Grundsätzlich sind Pflegeleistungen in Österreich durch **Kostenbeiträge** von der jeweiligen Leistungsempfängerin bzw. vom jeweiligen Leistungsempfänger zu bezahlen. Pflegebedürftige werden vom Staat in erster Linie durch das **Pflegegeld** unterstützt. Reicht das eigene Einkommen (in der Regel die Pension) und das Pflegegeld nicht aus, um die notwendige Pflege zu finanzieren, und gleichzeitig einen angemessenen Lebensunterhalt der Pflegebedürftigen zu sichern, so bietet die **Sozialhilfe** Unterstützung.
Das Pflegegeld existiert in Österreich in der aktuellen Form seit Mitte 1993. Die Gesamtausgaben für Pflegegeld sind, aufgrund der steigenden Zahl der EmpfängerInnen, zwar stetig gestiegen, eine angemessene Wertsicherung des Pflegegeldes (Valorisierung) hat jedoch nicht stattgefunden, weshalb **das Pflegegeld real an Wert verloren hat**. Folglich sind die Ausgaben für Sachleistungen (im Rahmen der Sozialhilfe finanzierte Leistungen) in den vergangenen Jahren deutlich stärker gestiegen als die Ausgaben für Pflegegeld. Wenn nämlich das Pflegegeld an Wert verliert, wächst der Eigenanteil der KlientInnen an den Kosten für die Pflege. Dazu kommt noch die Abschaffung der Regresspflicht für Angehörige. Die immer stärkere finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Personen führt dazu, dass **immer mehr Personen Unterstützung durch die Sozialhilfe** benötigen, um die notwendige Pflege zu finanzieren. So ist bei der Unterstützung der Pflegebedürftigen durch die öffentliche Hand ein schleichender **Paradigmenwechsel von der Geldleistungs- zur Sachleistungsfinanzierung** zu beobachten. Für die Städte und Gemeinden spielt das deswegen eine besondere Rolle, weil Geldleistungen vornehmlich durch den Bund, **Sachleistungen durch die Länder und Gemeinden finanziert** werden. Die von den Gemeinden in den letzten Jahren beobachtete, **immer stärker werdende Belastung durch die Sozialhilfeumlage** ist daher zumindest teilweise darauf zurückzuführen, dass die Länder und Gemeinden einen immer größer werdenden Teil der Pflegekosten zu finanzieren habe.
Dabei ist die Belastung der Städte und Gemeinden durch die Sozialhilfeumlage in den Bundesländern unterschiedlich. Es zeigt sich allerdings in allen Bundesländern (mit Ausnahme von Kärnten), dass **die größeren Städte stärker belastet** sind, als die kleineren Gemeinden. Dies hat einerseits damit zu tun, dass die Gemeinden mit höherer Finanzkraft, aufgrund der jeweiligen Regelungen in den Bundesländern, einen größeren Teil der Sozialhilfeumlage zu leisten haben. Dies gilt nicht für Kärnten, hier erfolgt die Belastung der Gemeinden hauptsächlich aufgrund ihrer Bevölkerungszahl. Andererseits bringen vor allem die großen Städte in den Bundesländern, in denen die Sozialhilfe in Sozialhilfeverbänden organisiert ist, (Oberösterreich und Steiermark) auch eigene Leistungen im Bereich der Pflege (betreiben stationäre Einrichtungen etc.), zahlen dafür aber weniger Umlagen. Ihre Gesamtbelastung (Umlagen + eigene Ausgaben) ist allerdings trotzdem weitaus höher als jene von kleineren Gemeinden. Weder aus den Rechnungsabschlüssen der Länder noch aus jenen der Gemeinden wird deutlich, in welchem Ausmaß die Umlagen für Sozialhilfe tatsächlich zur Finanzierung der Pflege herangezogen werden.
Lediglich die Angaben der Bundesländer im Pflegevorsorgebericht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) lassen auf die Nettoausgaben der Länder für Pflege und Betreuung schließen. Dabei wird deutlich, dass **am meisten Geld für stationäre**

24-h-Pflege und -Betreuung (=Pflegeheime) ausgegeben wird. Die tatsächliche Höhe der Ausgaben ist allerdings wiederum deutlich unterschiedlich zwischen den Bundesländern. Es lässt sich allerdings feststellen, dass **jene Länder mit dem umfangreichsten Leistungsangebot auch die höchsten Nettoausgaben** ausweisen.
Aufgrund der inhomogenen Datenlage im Bereich der Finanzierung von Pflege und Betreuung sind kaum Rückschlüsse auf die Effizienz der Leistungserbringung möglich. Demzufolge scheint es kaum möglich, ein Bundesland als Good-Practice Beispiel hervorzuheben, das ein angemessenes Leistungsniveau bei niedrigen Kosten erreicht. Stattdessen kann nur darauf hingewiesen werden, dass es **dringend notwendig** wäre, eine **bundesländerübergreifende Datenbasis** zu schaffen, die unter allen beteiligten Akteuren (Bund, Länder, Gemeinden, NGOs etc.) **außer Streit gestellt** und gleich verstanden wird. Nur so können Kosten- und Leistungsniveaus valide verglichen und Effizienzsteigerungspotenziale heraus gearbeitet werden.

2 Bedarfsentwicklung und zukünftiger Finanzierungsbedarf

Schon alleine aufgrund der Bevölkerungsentwicklung ist in Zukunft mit einer stärkeren Nachfrage im Bereich der Pflege zu rechnen. **Die Anzahl der Menschen im Alter von 65 Jahren und mehr wird in den nächsten Jahrzehnten um ca. 45 Prozent anwachsen**. Besonders stark wird die Anzahl der Personen über 65 in den Regionen rund um die größeren Städte und in den westlichen Bundesländern wachsen. Es ist also davon auszugehen, dass die Nachfrage nach Pflege und in weiterer Folge auch die Kosten der Pflege in den nächsten Jahren weiter stark ansteigen werden.
Wie sich die Pflegeausgaben aber konkret entwickeln werden, hängt auch sehr stark vom **Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung** ab. Je länger ältere Personen bei guter Gesundheit und nicht pflegebedürftig sind, desto geringer bleiben auch die Pflegekosten, selbst bei steigender Anzahl Älterer. Weiters hängen die künftigen Ausgaben für die Pflege auch davon ab, welche Rolle die **informelle Pflege** künftig spielen wird. Vor allem wenn der Anteil der informellen Pflege in den nächsten Jahren weiter abnimmt, werden die Pflegekosten stärker steigen. Schließlich haben auch die **direkten Kosten der Pflege** (v.a. Personalkosten) wesentlichen Einfluss auf die zukünftig zu erwartenden Gesamtausgaben für Pflege und Betreuung.
Das Österreichische Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO) hat errechnet, dass, je nach Ausprägung dieser Variablen, die **Pflegekosten,** die von der öffentlichen Hand zu finanzieren sind, von **2006 bis 2030 zwischen 66 und 206,5 Prozent steigen** werden. **Vor allem die Sachleistungsausgaben** werden besonders stark steigen (zwischen +209,13 Prozent und +406,09 Prozent im Zeitraum 2006 bis 2030).
Daraus lässt sich schließen, dass die finanzielle Belastung der Länder und insbesondere der Städte in den nächsten Jahren weiter stark steigen wird, wenn am System der Pflegefinanzierung nichts verändert wird.

3 Reformoptionen

Die Pflege, wie sie derzeit organisiert ist, wird künftig aufgrund der stärkeren Nachfrage und der steigenden Kosten für die Leistungen in Summe nur sehr schwer finanzierbar sein. Reformen sind also notwendig, wenn die Pflegevorsorge auf aktuellem Niveau auch in Zukunft sichergestellt werden soll.

3.1 Pflegefonds

Die Einführung eines **Pflegefonds** soll kurz- bis mittelfristig (bis zum nächsten Finanzausgleich 2015) eine **Entlastung für die Länder und Gemeinden** bringen. Der Pflegefonds wird zu zwei Drittel aus Bundesmitteln dotiert. Ein Drittel soll durch die Länder und Gemeinden finanziert werden. Insgesamt sollen **bis 2014 in Summe 685 Mio. Euro** zur Verfügung stehen.
Aus der Sicht der Städte und Gemeinden ist diese Entlastung jedenfalls zu begrüßen. Sie reicht allerdings nicht aus, die erwarteten starken Ausgabensteigerungen der Gemeinden bei den Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts abzudecken, die eine wesentliche Ursache für die aktuellen finanziellen Engpässe der Städte und Gemeinden in Österreich sind.
Weiters entsteht durch die Einführung des Pflegefonds eine **weitere Transferbeziehung** zwischen Bund, Ländern und Gemeinden. Dabei müsste das ohnehin bereits sehr komplexe Geflecht von Transferbeziehungen der Gebietskörperschaften eher entflochten und vereinfacht werden.
Im Zuge der Einführung des Pflegefonds soll allerdings die **Pflegegeldadministration vereinfacht** werden (Pflegegeld soll künftig nur mehr vom Bund ausbezahlt werden), sodass hier mit Effizienzsteigerungen zu rechnen ist. Außerdem soll eine **bundeseinheitliche Pflegestatistik** eingeführt werden. Damit könnte es gelingen, eine einheitliche Datenbasis zur Verbesserung der Steuerungsmöglichkeiten im Pflegebereich zu schaffen.

3.2 Optionen zur Systemreform mit internationalen Referenzen

Der Pflegefonds soll für Länder und Gemeinden eine kurz- bis mittelfristige Entlastung bis 2014 schaffen. In weiterer Folge soll eine umfassende Reform der Organisation und Finanzierung der Pflege in Österreich durchgeführt werden. Dabei kann man sich an nachfolgenden internationalen Beispielen orientieren:

- **Pflegeversicherung – Modell Deutschland**
  Die Pflegeversicherung, wie sie in Deutschland vorherrscht, sieht verpflichtende Beitragszahlungen der BürgerInnen in Beschäftigung vor. Den Versicherten wird im nachgewiesenen Bedarfsfall (z.B. bei Pflegebedürftigkeit) von der Versicherung ein gewisser Betrag zur Verfügung gestellt, der für die Pflege verwendet werden kann (ähnlich dem österreichischen Pflegegeld). Die Höhe dieses Betrages wird an festgelegten Pflegestufen bemessen. Genügen die Mittel aus der Pflegeversicherung und das eigene Einkommen den Versicherten nicht, um die notwendige Pflege zu finanzieren, erfolgt Unterstützung durch die Sozialhilfe.
  Das deutsche System unterscheidet sich vom System in Österreich im Wesentlichen

dadurch, dass der größte Teil der öffentlichen Pflegefinanzierung (Pflegegeld) in Österreich durch Steuermittel erbracht wird und in Deutschland durch Leistungen einer Pflichtversicherung. Ein solches System in Österreich würde das aktuelle Pflegegeld ersetzen und somit primär den Bund entlasten. Ein beachtlicher Teil der Pflegekosten – letztlich abhängig von der Höhe der Pflegeversicherung – wäre weiterhin durch die Sozialhilfe zu finanzieren. Insofern würde die Belastung der Städte und der Länder wahrscheinlich auf einem hohen Niveau verbleiben.

- **Integration der Pflege in das Gesundheitswesen – Modell Niederlande**
  Im Niederländischen Modell wird die Organisation und Finanzierung der Pflege dem Gesundheitswesen zugeschrieben. Insofern werden zu einem großen Teil Sachleistungen für Bedürftige finanziert. Die Zahlungen der öffentlichen Hand bleiben nicht auf einem fixen Geldbetrag beschränkt, sondern werden individuell und nach Bedarf zugewiesen.
  Bisweilen wird die Pflege in Österreich nicht dem Gesundheitswesen sondern dem Sozialwesen zugerechnet. Die Übernahme des niederländischen Modells in das Österreichische System würde einer Aufnahme der Pflege in die Leistungen des ASVG entsprechen. Pflegegeld würde nicht mehr in der aktuellen Form ausbezahlt. Vielmehr würden die in Anspruch genommenen Leistungen aus der Krankenversicherung vergütet. Dadurch würde vor allem die Sozialversicherung stärker belastet. Der Bund würde von einer Abschaffung des Pflegegeldes profitieren, müsste aber einen Teil der Versicherungsleistungen durch Zuschüsse an die Sozialversicherung ko-finanzieren. Die Länder würden, je nachdem ob für die Finanzierung die Kriterien der ambulanten oder stationären Gesundheitsversorgung gelten, unterschiedlich stark entlastet. Für Städte und Gemeinden würde sich allerdings eine Entlastung ergeben, weil deren Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens deutlich geringer ist, als der Anteil an der Finanzierung des Sozialwesens.
- **Pflege als Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge – Modell Dänemark**
  In Dänemark sind die Gemeinden sowohl für die Leistungserbringung als auch für die Finanzierung von Pflege und Betreuung zuständig. Es werden hauptsächlich Sachleistungen von Angestellten der Gemeinden in gemeindeeigenen Einrichtungen erbracht. Finanziert wird die Pflege in Dänemark aus Mitteln der Einkommensteuer, die in Dänemark eine kommunale Steuer ist.
  In Österreich ist eine Erbringung und Finanzierung der Pflegevorsorge durch die Gemeinden insofern momentan nicht denkbar, da die finanzielle Grundlage dafür fehlt. In Dänemark kommt der kommunalen Ebene bei der Erbringung öffentlicher Leistungen insgesamt eine größere Bedeutung zu als in Österreich. In Österreich ist, im Gegensatz zu Dänemark, die Einkommensteuer eine gemeinschaftliche Bundesabgabe und kann von den Gemeinden nicht beeinflusst werden. Auch stehen den Österreichischen Gemeinden keine vom Volumen her vergleichbaren eigenen Steuern zur Verfügung. Insofern müsste die Finanzierungsbasis der Österreichischen Gemeinden deutlich verbreitert werden, damit sie die Pflege finanzieren und selbst erbringen könnten. Außerdem steht die kleinteilige Struktur der Österreichischen Gemeinden im Widerspruch zum dänischen Modell und den dortigen Gemeindestrukturen (mindestens 20.000 EinwohnerInnen).

3.3 Planungs- und Finanzierungsreform

Die Leistungssteuerung im Bereich der Pflege ist für den öffentlichen Gewährleister (in der Regel die Länder) schwieriger, weil das Leistungsniveau und die Kosten der Leistung im eigenen Land kaum mit anderen Ländern verglichen werden kann. So kann die eigene Leistung hinsichtlich Effizienz und Effektivität nur schwer eingeschätzt werden und Ansatzpunkte für Maßnahmen der Effizienzverbesserung sind schwer zu finden. Begründet ist dies aufgrund der unterschiedlichen Strukturen, Standards und Normen der Leistungserfassung in den einzelnen Bundesländern.
Bundeseinheitliche Leistungsstandards und eine bundeseinheitliche Pflegestatistik würden daher zu einer besseren Steuerung von Effizienz und Effektivität im Pflegebereich beitragen. Daneben könnte ein bundeseinheitliches Mindestleistungsniveau gewährleistet werden. Wenn Standards und vor allem die Datenbasis einheitlich sind, könnte man außerdem **Normkostenmodelle** für einzelne Leistungsarten entwickeln, die ebenfalls als Bezugsgröße bei strategischen Entscheidungen zu Leistungs- und Finanzierungsstandards dienen können.
So wie die Pflege momentan organisiert und finanziert wird, könnten die Städte eine verbesserte Planungs- und Entscheidungsgrundlage kaum nutzen, weil ihr **Einfluss auf die Bedarfsplanung im Sozialbereich sehr gering** ist, obwohl sie einen großen Teil der Ausgaben tragen und teilweise auch über erhebliches planungsrelevantes Wissen verfügen. Schließlich entwickeln sie teilweise auch selbst Bedarfspläne. In Zukunft sollten **die Städte stärker in die Bedarfsplanung eingebunden werden,** damit sie ihr Know-How einbringen können und die Sozialausgaben unmittelbar beeinflussen können.
Als Alternative zum größeren Mitspracherecht der Gemeinden bei der Bedarfsplanung bietet sich eine **grundlegende Transferentflechtung** an. Dieses Modell geht von einer Spezialisierung der Verwaltungseinheiten auf die jeweilige Kernkompetenz bei der Erbringung der Aufgaben **Pflege und Kinderbetreuung** aus. Bislang bestehen in beiden Systemen **Ko-Finanzierungs-beziehungen** zwischen Ländern und Gemeinden. Diese können wie folgt **entflochten** werden: die **Kinderbetreuung** könnte **ausschließlich von den Gemeinden** finanziert und organisiert werden. Im Gegenzug wäre die **Pflege ausschließlich von den Ländern** zu finanzieren und zu organisieren (entspricht der Streichung der Sozialhilfeumlage). Die Länder müssten dabei durch einen Abtausch der Ertragsanteile für finanzielle Mehrbelastungen entschädigt werden, die durch diese Umschichtung entstehen.
Ist auch eine Transferentflechtung nicht möglich, wäre es zumindest angemessen, **bei der Sozialhilfeumlage größere Städte** zu **entlasten**. Die Verteilung der Sozialhilfeumlage auf die Gemeinden erfolgt zumeist auf Basis ihrer Finanzkraft. So kommt es aktuell dazu, dass die großen Städte, aufgrund ihrer größeren Finanzkraft, durch Umlagen am stärksten belastet sind. Nicht zuletzt weil gerade die größeren Städte auch selbst Leistungen im Bereich Pflege und Sozialhilfe erbringen, von der auch die umliegenden Gemeinden profitieren, scheint eine Verteilung der Umlagelast nach Köpfen (wie es bspw. in Kärnten der Fall ist) sinnvoll.
Abgesehen davon würde eine **angemessene Wertsicherung (Valorisierung) des Pflegegeldes** zur finanziellen Entlastung der Länder und Gemeinden führen, weil dadurch wieder ein größerer Teil der Pflegekosten durch Geldleistungen finanzierbar ist. Dem ist lediglich entgegen zu halten, dass eine verstärkte Sachleistungsfinanzierung zu einer höheren Treffsicherheit bei der finanziellen Unterstützung Bedürftiger führt.

3.4 Systemübergreifende Reformoptionen

Doch nicht nur im Bereich der Pflege oder im Sozialsystem selbst können Reformen zur finanziellen Entlastung der Städte und Gemeinden beitragen. Es bestehen auch systemübergreifende Reformoptionen.
In Österreich gibt es sehr starke sektorale Trennungen zwischen stationärer und ambulanter Pflege einerseits und zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen andererseits. Dadurch entsteht eine Vielzahl von Versorgungsbrüchen und Schnittstellen, unter denen einerseits die Versorgungsqualität und andererseits die Effizienz der Leistungserbringung leiden. Durch **integrative Versorgungsformen** (z.B. Case- und Care-Management) kann es gelingen, solche Schnittstellen zu überbrücken und dadurch die Qualität und Effizienz der Versorgung zu erhöhen.
Daneben sind **Präventionsmaßnahmen** anzustreben, die dazu beitragen sollen, dass ältere Menschen möglichst lange bei guter Gesundheit selbstständig leben können. So verschiebt sich der Zeitpunkt, ab dem Pflege notwendig wird nach hinten, was einerseits die Lebensqualität der Betroffenen erhöht und andererseits den Anstieg der Pflegekosten verringert.
Präventionsmaßnahmen können beispielsweise die folgenden sein:

- Generationenübergreifende Betreuungsformen
- Kommunikations- und Kooperationsnetzwerke
- Vermittlung von Gesundheitswissen und Handlungskompetenzen
- Präventive Pflege und Beratung durch regelmäßige Hausbesuche bei Personen über 75 Jahren (ungeachtet ihres Pflegebedarfs)

Doch selbst wenn es gelingt, den Nachfrageanstieg nach professioneller Pflege einzudämmen, wird in Zukunft vermehrt Pflegepersonal gebraucht. Es ist also sicherzustellen, dass genügend gut ausgebildetes Personal zur Verfügung steht. Dies kann durch **Ausbildungsoffensiven** geschehen, im Zuge derer eine gezielte Förderung von Personen stattfindet, die in den Pflegeberuf einsteigen wollen (leistbare Ausbildung und finanzielle Unterstützung während der Ausbildungszeit für UmsteigerInnen aus anderen Berufen). Ferner gilt es den **Pflegeberuf attraktiver zu gestalten**. Dies kann gelingen, indem die Ausbildung/Qualifikation aufgewertet wird (Akademisierung des Pflegeberufs), die Entlohnung angehoben wird und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erreicht wird (körperliche Entlastung durch technische Unterstützungsleistungen, psychische Entlastung durch Supervision, Optimierung der Dienstzeitregelungen etc.).
Ferner würde auch eine verstärkte **Förderung der informellen Betreuung** zu finanzieller Entlastung führen. Dabei ist aber darauf zu achten, dass keine strukturelle Benachteiligung einzelner Bevölkerungsgruppen (z.B. indem vermehrt Frauen in die Rolle der Pflegenden gedrängt werden) entsteht.

III Status Quo der Pflege und Betreuung

In nachfolgendem Kapitel wird das derzeitige System der Pflege in Österreich anhand ausgewählter Daten und Kennzahlen für das Leistungsangebot, der jeweils in den Bundesländern vorgegebenen Leistungs- und Finanzierungsstandards, der Betreiberstrukturen in den einzelnen Bereichen, der Arbeitsmarktsituation für Pflegepersonal und der Finanzierung der Leistungen dargestellt und analysiert. Soweit es auf Basis des verfügbaren Datenmaterials möglich ist, werden Gemeinsamkeiten und wesentliche Unterschiede zwischen den Bundesländern herausgearbeitet und die bisherige Entwicklung aufgezeigt. Die Analyse des Status Quo bildet die Ausgangsbasis für die künftige Bedarfs- und Finanzierungsentwicklung und ist somit wesentliche Grundlage für die Bedarfsplanung und die Einschätzung möglicher Reformmaßnahmen.

1 Leistungsangebot

Sämtliche Daten zur Darstellung der Leistungsangebote und -entwicklungen für nachfolgende Tabellen und Darstellungen basieren auf Angaben der einzelnen Bundesländer[1]. Derzeit existiert keine bundesweite, einheitliche Erfassung der Daten im Sozialhilfebereich mit vorgegebenen, fixierten Begriffsdefinitionen, sodass die Angaben der Länder oftmals alleine aufgrund der unterschiedlichen Erfassung divergieren. Aufgrund dieser inhomogenen und unvollständigen Datenlage sind die Leistungsdaten der Länder insbesondere im Bereich der mobilen und teilstationären Dienste zwischen den Bundesländern nur eingeschränkt vergleichbar. Des Weiteren können Brüche in der Zeitreihendarstellung durch eine Änderung der Erhebungsmethodik bzw. der Angaben der Bundesländer bedingt sein. Auch die gesamtösterreichische Darstellung ist folglich mit einer gewissen Unschärfe behaftet. Nachfolgende Tabellen geben einen Überblick über die Leistungen – soweit möglich im Zeitverlauf – im Bundesländervergleich für die Hauptbereiche der institutionellen Alten-Pflege:

1. die stationäre Pflege (Langzeitbetreuung in Alten- und Pflegeheimen)
2. die teilstationären Dienste (Tagesbetreuung) und
3. die mobilen und ambulanten Dienste (Hauskrankenpflege - HK, Heimhilfe - HH, Altenhilfe - AH, Familienhilfe - FH, Dorfhilfe - DH)

1.1 Leistungen und Leistungsentwicklung im Bereich der stationären Pflege

Der durchschnittliche Versorgungsgrad der österreichischen Bevölkerung im Bereich der stationären Pflege liegt 2009 bei etwa 93 Plätzen je 1.000 EinwohnerInnen im Alter von 75 und mehr Jahren (siehe Tabelle 1). Überdurchschnittlich hoch ist das Platzangebot insbesondere im Bundesland Salzburg mit 136 Plätzen je 1.000 EinwohnerInnen im Alter von 75 und mehr Jahren, aber auch in den Bundesländern Oberösterreich, Steiermark und Tirol besteht mit mehr als 100 Plätzen je 1.000 75+Jährigen in der stationären Pflege ein höheres Angebot. Weniger als 75 Plätze in Alten- und Pflegeheimen (je 1.000 75+Jährigen) hingegen entfallen in den Bundesländern Burgenland und Wien auf 1.000 Personen im Alter von 75 und mehr Jahren,

[1] Pflegevorsorgeberichte des BMASK, Sozialberichte und Homepages der Bundesländer.

wobei jedoch das jeweilige Gesamtangebot im Bereich der Pflege berücksichtigt werden muss. So besteht in Wien komplementär zu den in dieser Statistik ausgewiesenen Plätzen in Pflegeheimen ein umfassendes Angebot an alternativen Betreuungsformen und Wohnplätzen in anderen Einrichtungen (Wohnplätze mit Pflegeoption in Seniorenzentren und Pensionisten-Wohnhäusern mit „Betreutem Wohnen“, Mobile Dienste). Ein unterdurchschnittlicher Versorgungsgrad ergibt sich ebenfalls für die Bundesländer Niederösterreich und Vorarlberg.

Tabelle 1: Kennzahlen zur Versorgung im stationären Bereich 2009

	Platzangebot im Bereich der stationären Pflege 2009				Pflegepersonal 2009	
	Anzahl Plätze		Versorgungsgrad			
Bundesland	Plätze gesamt	davon Kurzzeitpflege	Plätze pro 1.000 75+ Jährigen	Kurzzeitplätze pro 1.000 75+ Jährigen	gesamt (VZÄ)	Personal je Pflegeplatz
Burgenland	1.916	15-30	71	1,1	776	0,41
Kärnten	4.904	25	97	0,5	1.682	0,34
Niederösterreich	10.596	62	79	0,5	5.919	0,56
Oberösterreich	12.149	276	109	2,5	4.975	0,41
Salzburg*	5.204	67	136	1,8	1.765	0,34
Steiermark	10.841	39	102	0,4	3.499	0,32
Tirol	5.419	72	108	1,4	3.659	0,68
Vorarlberg	2.161	**k.A**	89	**k.A**	**k.A**	**k.A**
Wien	9.376	86	74	0,7	**k.A**	**k.A**
Österreich	**62.566**	**627**	**93**	**0,9**	**22.275**	**0,44**

Anmerkung: VZÄ: Vollzeitäquivalent

* Pflegepersonal in VZÄ wurde vom Land Salzburg bekannt gegeben.

Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsregister 1.1.2010, BMASK- Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009, KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

Das Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen ist in Österreich mit durchschnittlich rund einem Platz je 1.000 EinwohnerInnen im Alter von 75 und mehr Jahren derzeit nur wenig ausgebaut. Flächendeckend besteht hier noch großer Nachholbedarf, lediglich in Oberösterreich existiert bereits ein nennenswertes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen (2,5 Plätze je 1.000 75+Jährige).
In den Bundesländern Niederösterreich und Tirol ist mit mindestens einer Pflegeperson je 2 Pflegeplätze die Betreuungsintensität vergleichsweise sehr hoch. Am niedrigsten ist sie in den Bundesländern Kärnten, Salzburg und Steiermark.
Somit sind die erfassten Leistungen immer auch als Produkt der jeweiligen länderspezifischen Angebote zu betrachten. Das Ausmaß der stationären Betreuung hängt stark vom jeweiligen Angebot an alternativen Betreuungsformen (teilstationären, ambulanten und mobilen Diensten sowie „Betreutes Wohnen“) ab. In Wien beispielsweise kann die vergleichsweise geringe Versorgungsdichte im Bereich der stationären Pflege durch ein umfassendes ergänzendes Angebot an alternativen Betreuungsformen (Wohnplätze in Seniorenzentren und Häusern mit „Betreutem Wohnen“, Mobile Dienste) erklärt werden. Auch die BewohnerInnen der Häuser des „Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser“ (KWP) sind in obiger Statistik der Plätze nicht enthalten, nehmen jedoch ebenfalls Pflegeleistungen in Anspruch. In anderen Bundesländern hingegen – wie beispielsweise in Oberösterreich – werden Wohn- von Pflegeplätze nicht abgegrenzt, da die Unterbringung und Betreuung überwiegend in kombinierten Wohn- und Pflegeheimen erfolgt.
Obwohl auch weiterhin das Angebot im stationären Bereich kontinuierlich ausgebaut wird, wird es mittel- bis langfristig infolge des überproportional starken Wachstums der älteren Bevölkerungsgruppe nicht möglich sein, den Versorgungsgrad zu erhöhen. Es ist tendenziell mit

einem leichten Rückgang und einer zunehmenden „Versorgungslücke“ im stationären Bereich zu rechnen.

1.2 Teilstationäre Dienste im Bundesländervergleich

Teilstationäre Dienste wurden und werden in den letzten Jahren gezielt auf- und ausgebaut, so dass sukzessive auch die Inanspruchnahme und die erbrachten Leistungen stark zunehmen. Insbesondere im städtischen Raum (z.B.: Wien) bestehen bereits zahlreiche Tageszentren mit hoher Inanspruchnahme, während die Strukturen im ländlichen Raum erst im Entstehen sind. Eine konsistente und vergleichbare Erfassung der Leistungen in den Bundesländern erfolgt jedoch (mit Ausnahme von Wien) bis dato nicht, so dass aufgrund der inhomogenen Datenlage keine gesamtheitliche Entwicklung dargestellt werden kann. Nachfolgend (Tabelle 2) eine Zusammenstellung der Leistungen für Tageszentren anhand von Besuchstagen[2] bzw. wenn nicht anders vorhanden anhand von Plätzen 2008 und 2009 in ausgewählten Bundesländern. In Vorarlberg werden lediglich eine integrierte Tagesbetreuung in einigen Alten- und Pflegeheimen sowie die Tagesbetreuung durch Mobile Hilfsdienste (MOHI) angeboten, so dass keine gesonderten Leistungsdaten für teilstationäre Dienste verfügbar sind.
In Wien hat sich die Besucheranzahl (gemessen in Besuchstagen) vom Jahr 2000 bis 2009 beinahe verdreifacht – von etwa 49.200 im Jahr 2000 auf rund 142.400 im Jahr 2009. Dies entspricht etwa 1.120 Besuchstagen bezogen auf 1.000 EinwohnerInnen im Alter von 75 und mehr Jahren.

Tabelle 2: Übersicht: Leistungsdaten zu Tageszentren in den Bundesländern 2009

	Teilstationäre Dienste 2008 und 2009		
Bundesland	**Leistungsdaten 2008**	**Leistungsdaten 2009**	**Besuchstage pro 1.000 75+ Jährigen**
Burgenland	3.272 Besuchstage	5.721 Besuchstage	211
Kärnten	k.A.	k.A	
Niederösterreich	***89 Plätze***	26.048 Besuchstage	193
Oberösterreich	***151 Plätze***	45.614 Besuchstage	409
Salzburg	22.885 Besuchstage	26.048 Besuchstage	682
Steiermark	k.A.	k.A.	
Tirol	7.000 Besuchstage	7.000 Besuchstage	139
Vorarlberg	k.A.	k.A.	
Wien	137.887 Besuchstage	142.390 Besuchstage	1.122

Besuchstage: Jahressumme der BesucherInnen (Anzahl der Personen) an den geöffneten Tagen.

Quelle: BMASK- Österreichische Pflegevorsorgeberichte 2007, 2008 und 2009, KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

Mit insgesamt 700 bzw. 400 Besuchstagen je EinwohnerIn im Alter von 75 und mehr Jahren kann auch in den Bundesländern Oberösterreich und Salzburg bereits eine erhöhte Inanspruchnahme der bestehenden Angebote festgestellt werden. Zur Erreichung einer flächendeckenden Versorgung besteht jedoch in allen Bundesländern mit Ausnahme von Wien noch erheblicher Ausbaubedarf. Lediglich in Oberösterreich wird derzeit ein Versorgungsgrad von etwa 1,4 Plätzen je 1.000 75+Jährigen erreicht. In Wien dürfte der entsprechende Versorgungsgrad deutlich höher liegen, es liegen allerdings keine konkreten Zahlen dafür vor. Aus finanzieller Sicht

[2] Besuchstage: Jahressumme der BesucherInnen (Anzahl der Personen) an den geöffneten Tagen.

wird die verstärkte Förderung teilstationärer Einrichtungen jedoch zunehmend kritisch betrachtet, da diese zu einer stärkeren finanziellen Belastung der öffentlichen Hand führt. Die KlientInnen können nur einen eingeschränkten eigenen Beitrag leisten, da sie neben den Pflegekosten auch noch die laufenden Kosten für die Infrastruktur im privaten Umfeld zu tragen haben.

1.3 Leistungen und Leistungsentwicklung im Bereich der Mobilen Dienste

Obwohl die Bundesländer aufgrund der unterschiedlichen Angebote nur eingeschränkt miteinander verglichen werden können, ist eine deutliche Ausweitung des Angebotes an Mobilen Diensten im Zeitraum 2000 – 2009 um etwa ein Drittel abzulesen. 2009 wurden in Österreich etwa 14 Mio. Stunden an mobilen Dienstleistungen erbracht, bezogen auf die Wohnbevölkerung im Alter von 75 und mehr Jahren (je 1.000 Personen) wurden in den Bundesländern zwischen 10 und 25 Stunden je 1.000 Personen geleistet. In Wien sind die erbrachten Leistungen in der mobilen Pflege etwa doppelt so hoch (rund 42 Stunden je 75+Jähriger/m). Die überdimensional starken Leistungsveränderungen in einzelnen Bundesländern können jedoch auch durch Änderungen in der Erfassungs-Systematik bedingt sein (z.B.: Salzburg: Tarifänderungen, die Wegzeitpauschalen und Eigenleistungsanteile neu regeln).

Tabelle 3: Anzahl der in den Mobilen Diensten erbrachten Stunden nach Bundesland 2000-2009

Bundes-land	beinhaltete Dienste	Mobile Dienste 2000 - 2009 in Stunden										Veränderung 2000-2009 absolut	Veränderung 2000-2009 in %	Stunden pro 75+Jährigen 2009
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009			
Bgld	HH, HK	204.484	224.044	238.178	249.916	260.300	257.570	259.117	271.480	284.120	280.660	76.176	37%	10
Knt	HH, HK, FH, DH	540.860	532.520	656.589	696.000	765.600	835.000	815.872	799.130	880.300	946.202	405.342	75%	19
NÖ*	HH, HK, AH,	2.838.208	2.706.365	2.848.159	2.942.678	3.057.771	3.108.788	3.212.389	3.411.904	3.385.514	3.332.948	494.740	17%	25
OÖ	HK, FH, MH	794.002	856.812	898.390	956.112	1.230.071	1.105.970	1.124.316	1.322.010	1.292.607	1.363.996	569.994	72%	12
Sbg**	HH, HK	805.454	735.917	680.268	662.996	638.639	642.209	647.683	661.059	711.191	711.191	-94.263	-12%	19
Stmk***	HH, HK, AH	857.435	**k.A.**	887.778	880.552	866.875	858.604	**k. A.**	**k. A.**	990.780	990.780	133.345	16%	9
Tir	HH, HK, AH	298.776	474.832	488.422	522.433	551.627	537.552	564.301	565.332	649.381	650.001	351.225	118%	13
Vbg	HH, HK, MH	235.443	276.590	308.849	328.108	363.475	376.714	389.591	426.243	468.114	506.808	271.365	115%	21
Wien****	HH, HK	4.017.591	4.095.858	4.181.925	4.317.950	4.228.119	4.364.367	4.394.702	4.669.386	5.048.354	5.276.150	1.258.559	31%	42

* Angegebene Einheiten nur für PflegegeldbezieherInnen

** Der Rückgang der Gesamtstunden ab dem Jahr 2001 ist durch Tarifänderungen bedingt, die Wegzeitpauschalen und Eigenleistungsanteile neu regeln

*** Veränderung 2002-2005, Stunden pro 75+Jährigen 2005

**** der Wert in 2008 beinhaltet Leistungen, welche sowohl im Alten-, als auch im Behindertenbereich angeboten werden. Darüber hinaus existieren spezielle Angebote für Menschen mit Behinderungen

HH: Heimhilfe, HK: Hauskrankenpflege, FH: Familienhilfe, AH: Altenhilfe, DH:Dorfhilfe , MH: Mobile Betreuung und Hilfe bzw. MOHI in Vorarlberg.

Quelle: BMSK- Österreichische Pflegevorsorgeberichte 2007, 2008 und 2009; Amt der Vorarlberger Landesregierung – Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2009, KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

Ursachen für die regionalen Unterschiede in der Versorgung mit Mobilen Diensten sind einerseits in einem höheren Angebot im städtischen Raum (Großraum Wien) und andererseits auch im unterschiedlichen Versorgungsangebot mit teilstationären und stationären Pflegeplätzen zu suchen. Darüber hinaus ist in den meisten Bundesländern der angestrebte Ausbaugrad bei den Mobilen Diensten noch nicht erreicht. Neben Wien ist der Versorgungsgrad mit mehr als 20 erbrachten Leistungsstunden je 75+Jähriger/m jährlich in den Bundesländern Niederösterreich und Wien überdurchschnittlich hoch. Die geringsten Leistungen bezogen auf die älteren EinwohnerInnen werden mit etwa 9-13 Stunden in den Bundesländern Steiermark, Burgenland, Oberösterreich und Tirol erbracht.

1.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend muss in Bezug auf die Analyse der verfügbaren Leistungsdaten im Pflegebereich festgehalten werden, dass derzeit keine bundesweite, einheitliche Erfassung der Leistungsdaten im Sozialhilfebereich mit vorgegebenen, fixierten Begriffsdefinitionen existiert. Die Angaben der Länder divergieren oftmals alleine aufgrund der unterschiedlichen Erfassung und sind somit nur eingeschränkt vergleichbar. Im Sinne einer zielgerichteten Bedarfsplanung und Steuerung der Pflegedienstleistungen ist die Schaffung eines einheitlichen Standards für die Datenerfassung im Pflegebereich dringend erforderlich, um eine vergleichbare Darstellung der Bundesländer zu ermöglichen. Für eine künftig standardisierte Erfassung der Leistungsdaten im Pflegebereich eignen sich folgende Kennzahlen vor allem deshalb, weil sie inhaltlich sinnvoll sind und bereits derzeit in dieser Form in vielen Bundesländern erhoben werden:

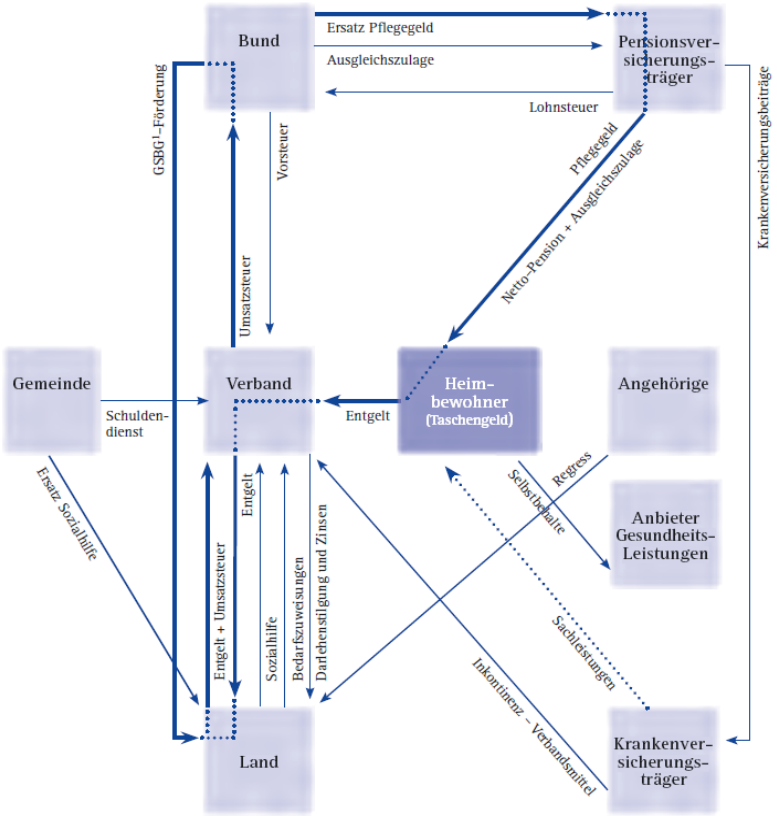
- **Stationäre Pflege bzw. Alten- und Pflegeheime:**
  Anzahl der Verpflegstage nach Art der Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Wohnheim, alternative Betreuungseinrichtung etc.), Anzahl der Plätze nach Art der Leistung (z.B. Pflege, Wohnen, …) und Art der Einrichtung
- **Ambulante und teilstationäre Pflege:**
  Anzahl der Besuchstage (Jahressumme der Tages-BesucherInnen) oder Anzahl der Verpflegstage
- **Mobile Dienste:**
  Anzahl der Leistungsstunden nach vordefinierten Betreuungsarten und Personalarten

Die Leistungsdaten spiegeln immer auch die jeweiligen räumlichen und gesellschaftlichen Strukturen als auch die spezifischen Angebote und Schwerpunktsetzungen in den Bundesländern wider, so dass die Angebote und Versorgungsgrade sektorenübergreifend (stationär – teilstationär – mobil) betrachtet werden müssen: In Wien beispielsweise kompensiert ein starkes Angebot an alternativen Betreuungsformen (Mobile Dienste, Betreutes Wohnen) das vergleichsweise niedrige Angebot an Pflegeplätzen in stationären Einrichtungen.
Jedenfalls zeigt die Betrachtung der vorhandenen Leistungsdaten in der Zeitreihe in allen Bundesländern eine deutliche Ausweitung der Angebote innerhalb der letzten zehn Jahre in allen Bereichen. Der durchschnittliche Versorgungsgrad im stationären Bereich lag 2009 in Österreich bei 93 Plätzen je EinwohnerIn im Alter von 75 und mehr Jahren. Unterdurchschnittlich kann das Angebot im stationären Bereich insbesondere in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien bezeichnet werden, wobei der niedrige stationäre Versorgungsgrad in Wien durch ein großes Angebot an alternativen Betreuungsformen kompensiert wird. Bei den Kurzzeitpflegeplätzen und im Bereich der teilstationären Betreuung und der Tageszentren, besteht in allen Bundesländern noch großer Aufholbedarf, um eine flächendeckende Versorgung zu erreichen. Die Tageszentren konzentrieren sich derzeit vorwiegend auf die städtischen Bereiche. Gemäß dem Grundsatz „mobil vor stationär“ sind in den Bundesländern die Mobilen Dienste in den letzten Jahren – vor allem in den städtischen Regionen - gezielt forciert worden. Vorbildhaft für den Ausbau der Mobilen Dienste ist die Stadt Wien, welche im Jahr 2009 bereits 42 Stunden je 1.000 75+Jähriger/m erbracht hat. In den anderen Bundesländern ist auch weiterhin ein verstärkter Ausbau der mobilen Angebote geplant und erforderlich, um den stetig zunehmenden Pflegebedarf im Zusammenspiel mit den stationären Angeboten zu bewältigen und den informellen Sektor der Pflege durch Angehörige und Bekannte zu entlasten bzw. zu unterstützen.

2 Leistungs- und Finanzierungsstandards

Vor allem der Betrieb von stationären Einrichtungen wird durch den Landesgesetzgeber durch Leistungsstandards geregelt, die für die Betreiber bindend sind. Die Standards finden sich in entsprechenden Verordnungen der Länder und sind als einzuhaltende Mindeststandards zu verstehen. Dabei gibt es bei der Tarifgestaltung eher Freiräume, die vor allem durch Aufschläge auf Tagsätze für Leistungen die über den Standard hinausgehen (etwa Einzelzimmerzuschläge etc.) genutzt werden können.
Im Bereich der Mobilen Dienste sind in vielen Bundesländern Leistungsstandards in Richtlinien und in Vereinbarungen mit den Leistungsträgern geregelt. Es werden aber insbesondere die Tarife in Form von Stundensätzen und jener Anteil der Tarife, der vom Land übernommen (gefördert) wird, geregelt.
Daraus folgend sollen in diesem Kapitel die wesentlichen Leistungsstandards für stationäre Einrichtungen und die Finanzierungsformen der Mobilen Dienste dargestellt werden.

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung der Zahlungsströme zur Finanzierung eines Heimplatzes in Tirol



[1] Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz

Quelle: Der Rechnungshof: Altenbetreuung, 2011, S. 147.

Eine vertiefende Analyse der Tariflandschaft für Österreichische Pflegeheime soll an dieser Stelle nicht vollzogen werden, da in Anlehnung an die Analysen des Rechnungshofes die Vermutung nahe liegt, dass sie den Rahmen dieses Berichtes sprengen würde: *„Nach Ansicht des RH waren*

die Tarife für die BewohnerInnen insgesamt intransparent und nicht überzeugend begründet.“[3]
Außerdem wird vom Rechnungshof angemerkt, dass die Tarife alleine auch nicht ausreichen, die stationäre Pflege zu finanzieren: *„Die Heimbetreuung wurde nicht nur durch Tarife finanziert, sondern auch durch weitere Zahlungsströme, z.B. durch Kredite, Bedarfszuweisungen und Investitionskostenzuschüsse des Landes, Gemeindeumlagen, Umsatzsteuer-Rückvergütungen des Bundes und Zahlungen der Krankenversicherung.“*[4]
Angesichts der äußerst komplexen Finanzierungsverflechtungen, die noch dazu in den verschiedenen Bundesländern unterschiedlich sind (in Abbildung 1 beispielhaft dargestellt für Tirol), kann man festhalten, dass die Tarife in den einzelnen Bundesländern nur schwer vergleichbar sind, selbst wenn man die unterschiedlichen Leistungsstandards und -niveaus berücksichtigt.

2.1 Leistungsstandards für Stationäre Einrichtungen

Die Festlegung der Leistungsstandards im Sozialhilfebereich fällt derzeit unter die Ausführungsgesetzgebungskompetenz der Länder. Aufgrund dessen bestehen divergierende Leistungsstandards in den einzelnen Bundesländern.
Nachfolgende Tabelle 4 gibt einen Überblick über die bestehenden Standards im Bereich der Pflege in den einzelnen Bundesländern. Primär zeigt sich, dass die Regelungen in den Bundesländern unterschiedlich spezifisch sind. Während beispielsweise der Personalschlüssel je Pflegestufe in Oberösterreich, der Steiermark und Wien sehr genau geregelt ist, sind die Bestimmungen etwa in Salzburg, Tirol und Vorarlberg weniger präzise.
Im Detail sind folgende wesentliche Unterschiede der Leistungsvorgaben in den Bundesländern zu erkennen:

- **Personalschlüssel**
  Der Personalschlüssel gibt vor, wie viele KlientInnen (einer Pflegestufe) von einem Vollzeitäquivalent Pflegepersonal betreut werden müssen. 1:2,5 heißt also, dass pro 2,5 KlientInnen 1 Vollzeitäquivalent Pflegepersonal vorgeschrieben ist. Bei Vollbelegung und 75 Betten wären also 30 Vollzeitäquivalente Personal notwendig (=75/2,5).
  In vier von neun Bundesländern gibt es derzeit einen vorgegebenen und zumeist in Verordnungen festgesetzten Personalschlüssel. Alle anderen Länder, mit Ausnahme des Burgenlandes, greifen dagegen auf eine eher allgemeine Formulierung zurück, was die Personalausstattung in Pflegeheimen betrifft. Die pflegerische Betreuung soll dort durch ausreichendes und fachlich qualifiziertes Personal sichergestellt werden. Im Burgenland wird der Personalbedarf mit einer speziellen Formel errechnet.
  Die Länder Oberösterreich, Steiermark und Wien regeln das Verhältnis von Betreuungspersonal zu den PflegeheimbewohnerInnen mit einem Personalschlüssel der sich an den Pflegestufen orientiert. Auffallend dabei ist, dass dieser Schlüssel in Wien vor allem in den höheren Pflegestufen relativ niedrig ist, sodass in den stationären Einrichtungen in Wien sehr viel Betreuungspersonal zur Verfügung steht. In der Steiermark ist der Personalschlüssel, insbesondere in den hohen Pflegestufen vergleichsweise knapp bemessen.

[3] Der Rechnungshof: Altenbetreuung, 2011, S. 138.
[4] Der Rechnungshof: Altenbetreuung, 2011, S. 145.

- **Verhältnis DGKP zu PH**
  Das Verhältnis von diplomiertem Pflegepersonal zu Pflegehilfen wird nur in den Ländern geregelt, die auch einen genauen Personalschlüssel vorgeben. Das Burgenland legt im landeseigenen Altenwohn- und Pflegeheimgesetz fest, dass sich das Verhältnis zwischen diplomiertem Personal und Pflegehilfen weitestgehend dem Verhältnis 50:50 annähern soll. Die Länder Kärnten, Oberösterreich und Steiermark differenzieren bei der Festlegung etwas mehr. Betrachtet man die Länder im Überblick, streben sie folgende Werte an: 20 – 25 Prozent der Personalbedarfs lt. Personalschlüssel für diplomiertes Personal, 60 – 70 Prozent für Fach- oder DiplomsozialbetreuerInnen mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit und etwa 10 – 15 Prozent für Heimhilfen. Wien strebt hingegen mindestens 30 Prozent an diplomiertem Personal und maximal 20 Prozent an Betreuungs- und Hilfspersonen in den Pflegeheimen an.
- **Pflegeheimgröße**
  Die Angaben zur Pflegeheimgröße sind in allen Bundesländern unterschiedlich. Sie reichen von mindestens 30 Betten in Vorarlberg über eine Normgröße von 120 Betten in Oberösterreich bis hin zu maximal 350 Betten in Wien. Das Land Steiermark gibt keinen genauen Wert für die Pflegeheimgröße an, dort sind Pflegeheime *„…nach dem Kriterium der Überschaubarkeit zu errichten und in familiäre Strukturen zu gliedern*“ (§11 Stmk. Pflegeheimgesetz 2003). Keine Regelungen zur Pflegeheimgröße finden sich im Burgenland, in Niederösterreich und in Tirol.
- **Aufnahmebedingung in Pflegeheimen**
  Es wird bezüglich der Aufnahme in Pflegeheime aufgrund der eingeschränkten freien Kapazitäten vermehrt dazu übergegangen, Menschen erst mit hohem Pflegebedarf (mit hoher Pflegestufe) in Pflegeheime aufzunehmen.
  Die Länder Niederösterreich und Steiermark nehmen Pflegebedürftige grundsätzlich erst ab Pflegestufe 3 in stationäre Einrichtungen auf. Das Burgenland und Oberösterreich hingegen gehen bereits von der Pflegestufe 4 als Aufnahmebedingung in Pflegeeinrichtungen aus. In Oberösterreich besteht allerdings die Möglichkeit, unter bestimmten Umständen schon mit Pflegestufe 3 aufgenommen zu werden.
  Auffallend ist auch hier, wie eingangs schon erwähnt, die fehlende Einheitlichkeit in den Bundesländern. Man kann in Zukunft allerdings damit rechnen, dass die Aufnahme in ein Pflegeheim Personen mit hohem Pflegebedarf vorbehalten sein wird (z.B. ab Pflegestufe 4).
- **Wohneinheiten**
  Die gesetzlichen Vorgaben zur Aufteilung der Wohneinheiten in Einzel-, Doppel- oder gar Mehrbettzimmer sind in allen Bundesländern unterschiedlich. Das einzige Land, das per Gesetz Einzelzimmer vorgibt, ist das Land Vorarlberg. Dort sind „*Pflegezimmer rollstuhlgerecht als Einzelzimmer mit Vorraumbereich und Sanitäreinheit einzurichten*“.
  Die Länder Kärnten, Niederösterreich und Oberösterreich geben ein prozentuales Verhältnis von Einzel- zu Doppelzimmern an, das Burgenland und Wien geben im Gesetz sogar die Möglichkeit zur Einrichtung von Mehrbettzimmern von bis zu 4 Personen.

Tabelle 4: Leistungsstandards Pflege

Pflege - Leistungsunterschiede in den Bundesländern									
Leistungsstandards	**Burgenland**	**Kärnten**	**Niederösterreich**	**Oberösterreich**	**Salzburg**	**Steiermark**	**Tirol**	**Vorarlberg**	**Wien**
Quelle (Gesetze und Novellen)	Altenwohn- und PflegeheimG und -VO, Bgdl. Pflegegeldgesetz, Website der Landesregierung	Kärntner Heimgesetz, Kärntner Heimverordnung, Kärntner Pflegegeldgesetz,	NÖ PflegeheimVO, Wohn- und TagesbetreuungsVO, NÖ Pflegegeldgesetz	OÖ Alten- und PflegeheimVO, OÖ Pflegegeldgesetz	Sbg. Pflegegesetz, VO:Richtlinien für Altenheime, Pflegeheime u Pflegestationen; VO:Sozialhilfe-Leistungs- und Tarifobergrenzen für Seniorenpflegeheime, Sbg. Pflegegeldgesetz	Stmk. Pflegeheimgesetz, Personalausstattungsverordnung StPHG, Stmk. Pflegegeldgesetz	Tiroler Heimgesetz, PflegebedarfsVO, Tir.Pflegegeldgesetz	Vbg. Pflegeheimgesetz, Vbg. Pflegegeldgesetz, Heimbauverordnung	WWPG, DurchführungsVO, Wiener Pflegegeldgesetz, Website der Landesregierung
Personalschlüssel	Tagdienst= belegte Betten x Pflegeminuten x Wochenfaktor (=6,3); Nachtdienst= Anzahl der Nachtdienste x Arbeitsstunden x Arbeitstage pro Woche	für Pflegeeinrichtungen 1:2,5 für Altenwohnheime 1:6 jeweils + 1 Heimleitung und 1 Pflegedienstleitung	Die Pflege ist durch ausreichendes und fachlich qualifiziertes Personal sicherzustellen. Die erforderliche Anzahl und die Qualifikation des Personals richtet sich nach dem Betreuungsangebot, der Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner und dem Grad der Beeinträchtigung.	Pfl.St.0 - 1:24 Pfl.St.1 - 1:12 Pfl.St.2 - 1:7,5 Pfl.St.3 - 1:4 Pfl.St.4 - 1:2,5 Pfl.St.5 - 1:2 Pfl.St.6 - 1:1,5 Pfl.St.7 - 1:1,5 1PDL und 1 HL extra	Die pflegerische Betreuung ist durch eine ausreichende Zahl an entsprechend fachlich qualifiziertem Pflegepersonal und Hilfspersonal sicherzustellen. (§18 PG)	Pfl.St.0 - nicht geregelt Pfl.St.1 - 1:12 Pfl.St.2 - 1:6 Pfl.St.3 - 1:3,7 Pfl.St.4 - 1:2,6 Pfl.St.5 - 1:2,5 Pfl.St.6 - 1:2,3 Pfl.St.7 - 1:2 + 1PDL + 1HL ab 40 Bewohnern	Der Heimträger hat dafür Sorge zu tragen, dass für die angemessene Pflege und Betreuung der Bewohner jederzeit genügend geeignetes Personal zur Verfügung steht (§9 THG). Ab 50 Personen zusätzlich 1HL und 1PDL	Der Heimträger muss genügend geeignetes Personal für die Pflege und den sonstigen Betrieb zur Verfügung stellen. Die Zahl des Personals hat sich an den zu erbringenden Leistungen und den damit verbundenen Anforderungen zu orientieren. (§7 PHG) + 1PDL	Pfl.St.0 - 1:20 Pfl.St.1 - 1:20 Pfl.St.2 - 1:7 Pfl.St.3 - 1:2 Pfl.St.4 - 1:1,75 Pfl.St.5 - 1:1,5 Pfl.St.6 - 1:1,25 Pfl.St.7 - 1:1 + 1HL + 1PDL
Verhältnis DGKP:PH	50:50 (§25 VO)	25% DGKP, 65% Fach oder DiplomsozialbetreuerInnen mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit nach dem Kärntner Sozialbetreuungsberufegesetz und PflegehelferInnen, 10% HeimhelferInnen	k.A.	20-25% DGKP, 60-70% Fach oder Diplom-SozialbetreuerIn mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit nach dem OÖ Sozialberufegesetz (FSB "A" oder DSB"A"); 10-15% Heimhilfen	k.A.	20% DGKP, 60% Fach- oder SozialbetreuerInnen mit Spezialisierung A (Altenarbeit) oder BA (Behindertenarbeit) oder PflegehelferInnen, 20% sonstiges Personal für Pflege und Betreuung (HeimhelferInnen, TherapeutInnen)	k.A.	k.A.	mind. 30% des Personalschlüssels DGKP, max. 20% des Personalschlüssels Betreuungs- und Hilfspersonen (§6 D-VO zu WWPG)
Pflegeheimgröße	k.A.	max.75 Betten + max. 10 Kurzzeitpflegeplätze	k.A.	Normplätze: 120	max. 100 Betten (allg. Erfordernis in stationären Einrichtungen), gemäß § 26 der Richtlinien für Altenheime, Pflegeheime und Pflegestationen sind diese ab 50 Betten in mehrere Pflegeeinheiten aufzugliedern	Pflegeheime sind nach dem Kriterium der Überschaubarkeit zu errichten und in familiäre Strukturen zu gliedern (§11 StPHG)	k.A.	mind. 30 Betten	max. 350 Betten
Aufnahmebedingung in Pflegeheime	i.d.R. ab Pflegestufe 4	k.A.	ab Pflegestufe 3; (Quelle: ARGE Pensionisten- u. Pflegeheime)	ab Pflegestufe 4; zusätzlich ab Pflegestufe 3 mit Objektivierungsverfahren (Angaben der Arbeitsgruppe)	k.A.	ab Pflegestufe 3; Pflegestufe 4 wird angestrebt (Angaben der Arbeitsgruppe)	k.A.	k.A.	k.A.
Wohneinheiten	EZ, DZ und Mehrbettzimmer bis max. 4 Personen	mind. 80% EZ, max. 20% DZ	mindestens 75% EZ	mind. 90% EZ, max. 10% DZ	k.A.	EZ und DZ	k.A.	EZ	EZ, DZ und Zimmer für bis zu 4 Personen
Nasszelle	Waschgelegenheit in den Zimmern, Badezimmer entsprechend der Anzahl der Bewohner (PflegeheimVO)	pro Bewohnerzimmer eine Nasszelle (K-HeimVO) + pro Pflegeeinheit ein Pflegebad	Sanitäreinheit bestehend aus Waschtisch, Dusche und getrenntem WC für max. 4 Personen (PflegeheimVO)	Sanitär- und Waschraum in jeder Wohneinheit (Alten- und PflegeheimVO)	pro Wohneinheit eine Nasszelle mind. bestehend aus Waschbecken und WC. Dusche nicht zwingend. Zusätzlich Standardbaderaum und Pflegebaderaum pro Einrichtung (Richtlinien)	pro Zimmer eine Nasszelle (Stmk. Pflegeheimgesetz)	k.A.	pro Pflegezimmer eine Sanitäreinheit (HeimbauVO)	pro Wohneinheit eine Nasseinheit (DurchführungsVO)

DGKP = Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal
HL = Heimleitung, PD = Pflegedienstleitung, EZ = Einzelzimmer, DZ = Doppelzimmer
k.A. = keine Angaben in Gesetzen oder Verordnungen

- **Nasszelle**
  Dieses Kriterium der Leistungsstandards ist in allen neun Bundesländern annähernd gleich geregelt ist. Bis auf kleine Details sind daher in jeder Wohneinheit minimal eine Waschgelegenheit bestehend aus Waschbecken und Toilette und maximal eine abgetrennte Sanitäreinheit bestehend aus Waschbecken, WC und Dusche vorgesehen. Zusätzlich regeln einzelne Länder wie beispielsweise Kärnten und Salzburg, dass pro Pflegeeinheit auch eine in sich abgetrennte Pflegebadeinheit zur Verfügung gestellt werden muss. Sämtliche Einheiten müssen rollstuhlgerecht gestaltet sein.

Abschließend kann also festgehalten werden, dass die Leistungsstandards in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich sind. Es kann aber auch kein Bundesland mit besonders hohen oder besonders niedrigen Standards hervorgehoben werden.

2.2 Finanzierungsstandards für Mobile Dienste

Wie bereits erwähnt sind bezüglich der Mobilen Dienste neben den Tarifen und möglichen Unterstützungsleistungen des Landes auch Leistungsstandards über Richtlinien geregelt. Es handelt sich dabei um bundesländerindividuelle Regelungen, die unter anderem Ausbildungsstandards, Dokumentationsstandards, grundsätzliche strategische Ausrichtungen im Bereich der mobilen Pflege sowie Qualitätsstandards (Mitarbeiterqualifikation, Betreuungszeiten, Erreichbarkeit, Material, Kleidung etc.) regeln. Aufgrund der Vielfalt der unterschiedlichen Regelungen soll eine detaillierte vergleichende Analyse zwischen den Bundesländern bezüglich der Leistungsstandards der Mobilen Dienste ausbleiben. Stattdessen wollen wir an dieser Stelle die unterschiedlichen Finanzierungsstandards der einzelnen Bundesländer zusammenfassen. Nachfolgende Tabelle 5 gibt einen abschließenden und zusammenfassenden Überblick über die unterschiedlichen Regelungen.

Burgenland[5]

Zur Abdeckung der den Trägerorganisationen bei der Durchführung der Pflege- und Betreuungsdienste erwachsenden Kosten werden pro Personalkategorie Normstundensätze festgelegt. Ungefähr die Hälfte der Stundensätze wird dabei vom Land Burgenland finanziert und in Form einer Förderung an die Träger, im Ausmaß der tatsächlich erbrachten Einsatzstunden, ausbezahlt. Dabei werden die landesweit agierenden Träger in stärkerem Ausmaß gefördert als die verbleibenden anerkannten Träger, die ihre Leistungen lediglich regional erbringen. Damit sollen die landesweit agierenden Träger für die Aufrechterhaltung einer landesweiten Infrastruktur entschädigt werden.

Kärnten[6]

Die Kostenbeiträge der Landes für mobile Betreuungs- und Pflegedienste sind in Kärnten abhängig von Nettohaushaltseinkommen der zu betreuenden Person und von der Art des Dienstes (medizinische Hauskrankenpflege, Hauskrankenhilfe, Heimhilfe). Die genauen Beträge können aus Tariflisten errechnet werden, welche auf der Website der Landesregierung abrufbar sind. Unterschieden werden muss dabei aber zwischen PflegegeldbezieherInnen und Personen, die kein Pflegegeld beziehen. PflegegeldbezieherInnen zahlen bei Inanspruchnahme der

[5] Vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung: Informationsblatt, 2010. bzw. Amt der Burgenländischen Landesregierung: Richtlinien, 2010.
[6] Vgl. Amt der Kärntner Landesregierung: Tarifliste, online. Amt der Kärntner Landesregierung: Mobile Pflege, online.

medizinischen Hauskrankenpflege pro Stunde 8 Euro mehr, bei Inanspruchnahme der Hauskrankenhilfe 7 Euro pro Stunde mehr. Bei den Heimhilfediensten entfällt dieser Zuschlag.

Niederösterreich[7]

Einen Teil der Gesamtkosten für mobile Pflege- und Betreuungsdienste übernimmt das Land Niederösterreich. Der verbleibende Teil ist von den LeistungsempfängerInnen durch Kostenbeiträge zu finanzieren. Die Kostenbeiträge werden nach der Höhe des Einkommens berechnet und sind sozial gestaffelt. Weiters wird ein aliquoter Anteil vom Pflegegeld auf die Förderung des Landes angerechnet. Maximal fördert das Land für eine Einsatzstunde des diplomierten Pflegepersonals 28,60 Euro, für eine Einsatzstunde der/des Fachsozialbetreuerin/ers Altenarbeit/Pflegehelfer 23,47 Euro und für eine Einsatzstunde der Heimhelfer 20,38 Euro. An Sonn- und Feiertagen wird ein 100%iger Zuschlag zum errechneten Kostenbeitrag gewährt.

Oberösterreich[8]

Die Kostenbeiträge für Mobile Dienste werden in Oberösterreich gem. §6a der OÖ. Sozialhilfeverordnung 1998 berechnet. Dieser gestaffelte Kostenbeitrag ist sowohl vom Einkommen (vermindert um Mieten, Unterhaltsverpflichtungen etc.) als auch vom Bezug des Pflegegeldes abhängig. Je nach Bedürftigkeit ergibt sich ein von den KlientInnen zu entrichtender Kostenbeitrag zwischen 0,82 Euro und 30,61 Euro.

Salzburg[9]

Die Kosten für Mobile Betreuung und Pflege werden durch einen Zuschuss des Landes verringert. Der Kostenzuschuss zur Haushaltshilfe und Hauskrankenpflege hängt von der Höhe der Eigenleistung (Selbstbehalt) ab. Die Eigenleistung errechnet sich aus der Bemessungsgrundlage und dem Pflegegeld. Die Bemessungsgrundlage wiederum errechnet sich aus dem monatlichen Haushaltseinkommen abzüglich der Freibeträge. Die Mindesteigenleistung beträgt 30 Euro pro Monat (bei PflegegeldbezieherInnen zzgl. 6 Euro/h). Die maximale Eigenleistung beträgt pro Stunde für Hauskrankenpflege 29,80 Euro und für Haushaltshilfen 27,60 Euro (Stadt) / 28,30 Euro (Land).

Steiermark[10]

Die Finanzierung der Mobilen Pflege- und Betreuungsdienste erfolgt gemäß einer Normkostenfinanzierung durch Normstundensätze. Der Stundensatz ist anteilig vom Land, den Gemeinden und durch Eigenleistungen der LeistungsempfängerInnen zu finanzieren (siehe Tabelle 5).

Tirol[11]

Das Land Tirol hat in seinen „Richtlinien zur Förderung der Mobilen Pflege und Betreuung in Tirol“ für die Leistungen in der Pflege und Betreuung ebenfalls landeseinheitliche Normkostensätze pro Einsatzstunde festgelegt. Zusätzlich dazu können noch Fahrtzeiten verrechnet werden. Die Trägerorganisation stellt dem/der LeistungsempfängerIn auf Basis dieser

[7] Vgl. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste, online.
[8] Vgl. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: Richtlinien, 2006.
[9] Vgl. Amt der Salzburger Landesregierung: Wie hoch sind die tatsächlichen Kosten?, online.
[10] Vgl. Amt der Steirischen Landesregierung: Finanzierung, online.
[11] Vgl. Amt der Tiroler Landesregierung: Richtlinie, 2011.

Stundensätze die erbrachten Dienste in Rechnung. Zu bezahlen ist allerdings nur der jeweilige Selbstbehalt, abzüglich der verfügbaren Förderung des Landes Tirol. Die Höhe der Förderung ist abhängig von der Art der Leistung, von der Pflegegeldstufe sowie von den Einkommens- und Lebensverhältnissen der zu betreuenden Person.

Vorarlberg[12]

In Vorarlberg wird die Pflege zuhause durch örtliche Krankenpflegevereine, Mobile Hilfsdienste und durch den Betreuungspool erbracht. Das System ist somit kaum mit anderen Bundesländern vergleichbar.
Der Großteil der Leistungen (insbesondere die Vorhaltekosten) wird durch den Sozialfonds, der zu 60 Prozent vom Land und zu 40 Prozent von den Gemeinden dotiert wird sowie durch Spenden und/oder Mitgliedsbeiträge finanziert. Der Rest ist von den KlientInnen durch Eigenleistungen zu finanzieren. Dabei handelt es sich etwa bei den Mobilen Hilfsdiensten um Stundensätze von ca. 9 Euro zuzüglich Kilometergeld zur Fahrtkostendeckung. Die Mobile Hauskrankenpflege wird im Bedarfsfall vollständig durch Beiträge des Landes, der Gemeinden und der Sozialversicherung finanziert.

Wien[13]

Das Kostenbeitragssystem soll sicherstellen, dass sich alle Wiener BürgerInnen Pflege- und Betreuungsdienste leisten können. Personen mit höherem Einkommen bezahlen demnach einen höheren Beitrag als Personen mit geringerem Einkommen. Der zu bezahlende Kostenbeitrag deckt immer nur einen Teil der tatsächlichen Kosten der jeweiligen Träger. Die Differenz finanziert der Fonds Soziales Wien aus Steuermitteln der Stadt Wien. Der Kostenbeitrag für die zu Betreuenden hängt vom Einkommen, der Höhe des Pflegegeldes sowie der Anzahl der benötigten Stunden ab.
Zusätzlich wird in Wien die Inanspruchnahme von medizinischer Hauskrankenpflege angeboten, die im Bedarfsfall ausschließlich durch diplomierte Kranken- und Gesundheitspflegepersonen erbracht wird. Die Kosten dafür werden von den Sozialversicherungsträgern übernommen.

Gesamteinschätzung

Es zeigt sich, dass die Finanzierungsstandards für Mobile Dienste in den Bundesländern höchst unterschiedlich geregelt sind. Alle Bundesländer haben gemeinsam, dass die KlientInnen einen gewissen Eigenanteil an der Finanzierung der empfangenen Leistung zu tragen haben. Wie hoch dieser Eigenanteil ist, hängt einerseits von den gültigen Stundensätzen für Betreuung ab und andererseits von den Förderkriterien des jeweiligen Landes. In diesen beiden Faktoren zeigen sich die wesentlichsten Unterschiede zwischen den Bundesländern. Dabei sind folgen Grundsysteme zu erkennen:

- **Fixe klientenbezogene Förderung**
  Unterstützung der KlientInnen, indem das Land und/oder die Gemeinden einen festgelegten Anteil des Stundensatzes übernehmen. Das Einkommen und sonstige Lebensverhältnisse der KlientInnen bleiben dabei unberücksichtigt.
  Bsp.: Burgenland, Steiermark.
- **Vom Einkommen und dem sozialen Umfeld abhängige klientenbezogene Förderung**
  Auch in diesem Modell wird ein Teil der von den Trägern verrechneten Stundensätze

[12] Vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung: Unterstützung, 2010.
[13] Vgl. Fonds Soziales Wien: Hauskrankenpflege, online.

durch die öffentliche Hand finanziert und die Differenz zwischen der Förderung und den Stundensätzen ist durch Eigenleistung der KlientInnen zu erbringen. Das Ausmaß der öffentlichen Förderung hängt allerdings vom Einkommen, der Pflegestufe und dem sozialen Umfeld der KlientInnen ab.
Bsp.: Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Wien

- **Strukturförderung**
  Hier wird nicht die Leistung an sich gefördert, sondern die Vorhaltekosten der Trägerorganisationen werden teilweise durch Förderungen der Länder und Gemeinden getragen (bspw. aus Mitteln eines Sozialfonds). Die KlientInnen müssen die empfangenen Leistungen direkt bezahlen. Durch die Strukturförderungen ist es den Trägern allerdings möglich, relativ niedrige Stundensätze zu verrechnen.
  Bsp.: Vorarlberg

Tabelle 5: Finanzierungsstandards für Mobile Dienste

		Burgenland		Kärnten	NÖ	OÖ	Salzburg	Steiermark		Tirol		Vorarlberg	Wien
		Förderbeträge des Landes		Einkommensabhängige KlientInnenbeiträge	Einkommensabhängige Förderbeiträge des Landes	Einkommensabhängige KlientInnenbeiträge	Einkommensabhängige Förderbeiträge des Landes						Von den KlientInnen zu bezahlender Stundensatz
Leistungsentgelte / Förderbeträge in Euro pro Stunde		für ARGE-Träger [1]	für sonstige Träger [2]	Berechnung nach Tariflisten		Berechnung gem. §6a der OÖ Sozialhilfeverordnung 1998	(Wochenend-, sowie Sonn- und Feiertagszuschläge möglich)	NST	Träger der Kosten	NST	davon gefördert		Differenz zum tatäschliche Stundensatz wird vom FSW finanziert
	Diplompflege	28,00	23,60	min. 7,00 - max. 38,00 + 8,00 bei Pflegegeldbezug	max. 28,60	min. 4,00 max. 39,60	max. 36,6	67,88	G: 18,33 K: 27,73 L: 21,82	43,32 +28,02 (FK/h)	Förderung abhängig von Pflegegeld, Einkommen und Lebens-verhätlnissen der betreuten Person	nicht mit anderen Bundesländern vergleichbar	max. 24,95
	Pflegehilfe	20,10	16,20	min. 6,00 - max. 33,00 + 7,00 bei Pflegegeldbezug	max. 23,47		max. 31,5	48,55	G: 13,21 K: 19,87 L: 15,47	37,8 +23,22 (FK/h)			max. 24,95
	Heimhilfe	18,30	8,40	min. 9,00 - max. 23,00 Achtung bei Heimhilfe Pflegestufe 0: min. 20,13 - max. 34,13	max. 20,38		max. 27,60 (Stadt) 28,30 (Land)	39,86	G: 7,18 K: 13,38 L: 19,30	32,88 +19,50 (FK/h)			max. 19,00
Quelle		Amt der Burgenländischen Landesregierung: Informationsblatt, 2010. Amt der Burgenländischen Landesregierung: Richtlinien, 2010		Amt der Kärntner Landesregierung: Tarifliste, online. Amt der Kärntner Landesregierung: Mobile Pflege, online.	Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste, online.	Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: Richtlinien, 2006.	Amt der Salzburger Landesregierung: Wie hoch sind die tatsächlichen Kosten?, online.	Amt der Steirischen Landesregierung: Finanzierung, online.		Amt der Tiroler Landesregierung: Richtlinie, 2011.			Fonds Soziales Wien: Hauskrankenpflege, online.

Anmerkung: weiße Felder sind Förderbeiträge des Landes bzw. der Gemeinden; orange Felder stellen Normstundensätze bzw. von Klienten maximal zu bezahlende Stundesätze dar; Aufgrund der Unterschiedlichen Regelungen in den Bundesländern ist eine einheitlichere Darstellung nicht möglich.

NST = Normstundensätze; G = Gemeinden, K = KlientInnen, L = Land, FK/h = Fahrtkosten pro Stunde Fahrtzeit

[1]) Förderbeträge für die in der "ARGE Hauskrankenpflege und soziale Dienste" zusammengeschlossenen, überörtlich tätigen Trägerorganisationen.
[2]) Förderbeträge für alle anderen anerkannten Anbieter. Anbieter verrechnen mit den jeweiligen NST, die Eigenleistung des Leistungsempfängers beträgt lediglich 50%.

3 Betreiberstruktur

Die sozialen Dienste (stationär, teilstationär, mobil) für die Pflege und Betreuung alter Menschen sind infolge der landesspezifischen Regelungen (neun Landesgesetze) stark unterschiedlich organisiert. Die Gewährleistungsverantwortung im Bereich der Sozialhilfe[14] liegt generell beim Land, im Burgenland und Niederösterreich ist das Land der einzige Sozialhilfeträger, in anderen Bundesländern sind neben dem Land auch andere öffentliche Akteure in einer zwei- bis dreiteiligen Trägerstruktur eingebunden[15]. Sozialhilfeverbände (in Form von Gemeindeverbänden) haben in drei Bundesländern - in Kärnten, Oberösterreich und der Steiermark - eine tragende Rolle als Betreiber der Alten- und Pflegeheime. Die Gemeinden hingegen betreiben vor allem in den Bundesländern Oberösterreich, Tirol, Steiermark und Vorarlberg zusätzlich eigene Alten- und Pflegeheime. Sozialfonds spielen im Bereich der Pflege eher eine untergeordnete Rolle, lediglich in Kärnten, Niederösterreich (NÖGUS-Spitälermanagement), Tirol (Grundsicherungsfonds) und Vorarlberg existieren Fonds mit eingeschränkten Aufgaben der Beratung oder Finanzierung. In Wien ist der „Fonds Soziales Wien“ die zentrale Koordinationsstelle für sämtliche Pflegebelange, in Teilbereichen (u.a. Hauskrankenpflege, Tageszentren) fungiert der Fonds Soziales Wien auch als direkter Leistungsanbieter.
Darüber hinaus wurden in den meisten Bundesländern kleinregionale „Sozial- und Gesundheitssprengel“ zum Zwecke der koordinierten Erbringung von stationären, teilstationären und Mobilen Diensten eingerichtet. Jedoch unterscheiden sich diese Sprengel maßgeblich in ihrer Organisation und ihren Aufgaben, nur teilweise werden im Pflegebereich auch direkte Leistungen von den Sozialsprengeln erbracht. (z.B.: Tirol: ca. 62 Sozial- und Gesundheitssprengel als Anbieter der Mobilen Dienste). In den Bundesländern Salzburg und Niederösterreich übernehmen die Bezirksverwaltungsbehörden die Koordinationsaufgaben der Sprengel. In der Steiermark sorgen die ca. 66 Integrierten Sozial- und Gesundheitssprengel[16] (ISGS, bestehend aus einer oder mehreren Gemeinden) ähnlich wie in Kärnten (10 Sprengel) für die Koordination, Information und Planung im Bereich der Pflege. Bei den privaten Anbietern sind insbesondere die großen gemeinnützigen Hilfsdienste – das Hilfswerk, die Caritas, die Volkshilfe und das Rote Kreuz - in beinahe allen Bundesländern in der Altenbetreuung und –pflege aktiv. Die teilstationären und Mobilen Dienste werden in den Bundesländern zum überwiegenden Teil durch private Anbieter erbracht.
In den nachfolgenden Tabellen (Tabelle 6 bis Tabelle 8) ist die Betreiberstruktur der Leistungen im Bereich der stationären (Alten- und Pflegeheime), der teilstationären (Tageszentren) und der mobilen Pflegeleistungen dargestellt.

3.1 Stationäre Betreuung in Alten- und Pflegeheimen

Lediglich in Niederösterreich wird ein großer Teil des Angebotes im stationären Bereich durch das Land selbst in Landespflegeheimen erbracht. Mehr als die Hälfte der Heime (48 Standorte mit 5.633 Plätzen) werden durch das Land, die andere Hälfte zum überwiegenden Teil durch private Organisationen mit einem Landesvertrag erbracht. Gemeindeeigene Heime sind in

[14] Der Bereich der Pflege fällt in Österreich unter den gesetzlichen Begriff der Sozialhilfe bzw. der Grundsicherung.
[15] Vgl.: KDZ - Kostenexplosion im Sozialhilfebereich, Grundlagenpapier zum Österreichischen Städtetag 2009, Wien 2009, S. 16.
[16] Vgl.: Amt der Steirischen Landesregierung: Sozialbericht 2007/2008, 2009, S. 296.

Niederösterreich eher die Ausnahme und nur an sechs Standorten zu finden. Der Großteil der Wohn- und Pflegeplätze in Wien ist auch dem Nahbereich der Stadt Wien zuzuordnen (Wiener Krankenanstaltenverbund und Kuratorium Wiener Pensionisten Wohnhäuser - KWP).
In den anderen Bundesländern spielen Landesheime eine eher untergeordnete Rolle. In Burgenland, Steiermark und Vorarlberg dominieren tendenziell private Anbieter zumeist in Form von gemeinnützigen Vereinen (NPOs) häufig durch die großen, österreichweit aktiven sozialen Institutionen des Hilfswerks, der Volkshilfe und der Caritas. Im Burgenland beispielsweise werden alle Heime mit Ausnahme von drei Landesheimen von privaten Betreibern oder gemeinnützigen Vereinen geführt.
Ausnahmen bilden die Bundesländer Oberösterreich und Tirol: In Oberösterreich sind Sozialhilfeverbände die häufigsten Träger von Alten- und Pflegeheimen, aber auch eine große Anzahl an Städten und Gemeinden (etwa 35) betreibt eigene Heime für ihre Bevölkerung. Das Land Oberösterreich tritt nicht als Betreiber von Pflegeheimen auf. In Tirol sorgen ähnlich wie in Oberösterreich zu einem großen Teil die Gemeinden und Städte als auch die Gemeindeverbände für ein ausreichendes Angebot in der stationären Pflege. Etwa ein Drittel der Heime sind in Trägerschaft von Privaten.
Gemeinnützige Organisationen sind in Vorarlberg und dem Burgenland die häufigsten Betreiber von Alten- und Pflegeheimen. In Vorarlberg gibt es, wie sonst nur in Oberösterreich, kein einziges Pflegeheime das vom Land betrieben wird.
In Wien werden etwa drei Viertel der Heimplätze durch den Krankenanstaltenverbund (KAV) oder das Kuratorium Wiener Pensionistenheime (KWP) angeboten, das restliche Viertel entfällt auf Plätze in privaten Einrichtungen, welche ebenfalls durch das Land Wien gefördert werden.

Tabelle 6: Betreiberstrukturen im Bereich der Alten- und Pflegeheime

	Land	Gemeindeverbände / Sozialhilfeverbände	Gemeinden / Städte	Gemeinnützige Organisationen oder Private mit Landesvertrag	Private	Quelle
Burgenland	3 Heime der KRAGES	0	0	28 Heime (Hilfswerk, Caritas, Diakonie, Volkshilfe, SeneCura und Samariterbund)	10 Heime privater Anbieter	Amt der Burgenländischen Landesregierung, Sozialbericht 2007/2008, Eisenstadt 2009.
Kärnten	4 Pflegeheime in Landeskrankenhäusern (Klagenfurt, Villach, Wolfsberg, Laas)	16 Heime von SHV	2 Heime in Klagenfurt und Villach	16 Heime gemeinnütziger Anbieter, davon 4 AVS Arbeitsverein der Sozialhilfe in Kärnten - (Steindorf, Hermagor, St. Paul im Lavanttal, Villach) sowie Caritas, Diakonie und Volkshilfe	22 Heime privater Anbieter	Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, Klagenfurt - Wien 2007, S. 14.
Nieder-österreich	48 Landespflegeheime	0	6 Heime, 5 davon mit Landesvertrag (Schwechat sowie Stockerau, Wr. Neustadt, St. Pölten, Baden und Haag (GmbH) mit Landesvertrag)	43 Heime (Private mit Landesvertrag)	6 Heime - davon 3 des KAV Wien	Amt der NÖ Landesregierung: Daheim in NÖ - Pensionisten- und Pflegeheime in NÖ, St. Pölten. Amt der NÖ Landesregierung: Sozialbericht 2009.
Ober-österreich	0	58 Heime von SHV	23 Heime von Gemeinden und 12 von Statutarstädten	0	22 Heime von Orden und Vereinen	KDZ - ExpertInnen-Interviews, 2009.
Salzburg	Öffentliche Betreiber: 84 Prozent; Private: 16 Prozent.					Amt der Salzburger Landesregierung, Sozialbericht 2009.
			6 Heime der Stadt Salzburg			
Steiermark	4 Landespflegeheime (Kindberg, Knittelfeld, Mautern, Bad Radkersburg)	24 Heime von SHV	14 Heime von Gemeinden und Städte	40 Heime gemeinnütziger Anbieter	115 Heime privater Anbieter	BMASK; Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, Klagenfurt - Wien 2007.
Tirol	1 Landespflegeheim	21 Gemeindeverbände	26 Gemeinden und Städte	4 Gemeinnützige Vereine (Sozialzentrum Münster, Soziales Kompetenzzentrum Rum, Verein Axams, Verein St. Raphael)	20 Heime privater Anbieter, davon 7 Orden und 7 des ISD	Amt der Tiroler Landesregierung: Sozial- und Jugendwohlfahrtsbericht 2007/2008, S. 108ff BMASK Infoservice
Vorarlberg	0	2 Heime von SHV	11 Heime von Gemeinden und Städte	32 Heime gemeinnütziger Anbieter	4 Heime von Stiftungen und GmbHs)	Amt der Vorarlberger Landesregierung: Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pflegebedarf - Bericht 2009, Bregenz 2010, S. 40.
Wien	Öffentliche Betreiber: 75 Prozent; NPO: 12,5 Prozent; Private: 12,5 Prozent					KDZ - ExpertInnen-Interviews, 2009.

Quelle: KDZ – eigene Recherche: siehe Spalte Quelle, 2011

3.2 Angebot und Betreiberstrukturen in der teilstationären Betreuung (Tagesbetreuung)

Teilstationäre Dienste sind Einrichtungen zur Unterbringung, Betreuung und Aktivierung von pflegebedürftigen Menschen oder Menschen mit besonderen Bedürfnissen während eines Teiles des Tages oder während der Nachtzeit[17]. Die teilstationäre Tagesbetreuung für SeniorInnen wird grundsätzlich in drei unterschiedlichen Formen angeboten:

1. in einer Solitäreinrichtung – einem **Tageszentrum (TZ)** in enger Kooperation mit einem ambulanten Pflege- und Betreuungsdienst oder

2. in einer eigenen Einrichtung in direkter Anbindung an ein Altenwohn- und Pflegeheim (**angebundenes Tageszentrum** – angeb. TZ) oder

3. als in den laufenden Betrieb eines Altenwohn- und Pflegeheimes direkt integrierte Tagesbetreuung (**integrierte Tagesbetreuung** – integr. TB)

Tageszentren für SeniorInnen dienen einerseits der Pflege sozialer Kontakte aber ebenso auch der bedarfsgerechten Pflege und Mobilisierung bzw. Förderung der BesucherInnen. Darüber hinaus nehmen Tageszentren eine wichtige Funktion für die Entlastung pflegender Angehöriger ein. Die Angebote in den einzelnen Tageszentren unterscheiden sich stark und umfassen je nach Schwerpunktsetzung neben der Betreuung der SeniorInnen auch folgende Leistungen[18]:

- ❑ Fahrtendienste zur Abholung und für den Heimtransport,
- ❑ Verpflegung,
- ❑ Individuelle Beratung für BesucherInnen und Angehörige,
- ❑ Ergo- und Physiotherapie,
- ❑ Gedächtnis- und Bewegungstraining,
- ❑ Werk- und Beschäftigungsgruppen (Musikgruppen, Gesprächsgruppen),
- ❑ Ausflüge, Feste und Veranstaltungen,
- ❑ Unterstützung bei der Körperpflege sowie
- ❑ Betreuung nach Schlaganfall, bei Alzheimer Erkrankung, Parkinson'scher Krankheit, Multipler Sklerose etc. (Spezialisierte Zentren).

Während in einzelnen Bundesländern bereits seit etwa zehn Jahren Tageszentren in den großen Städten (Wien, Graz, Linz) bestehen und kontinuierlich aufgebaut werden, wird österreichweit der Bereich der Tagesbetreuung erst in den letzten Jahren gezielt gefördert und erweitert. Derzeit werden die meisten Plätze noch in Form der in den laufenden Betrieb bestehender Altenwohn- und Pflegeheime integrierten Tagesbetreuung angeboten (In Niederösterreich besteht seit wenigen Jahren ein Angebot zur Tagesbetreuung in allen Landesheimen!). Das größte Angebot an eigenständigen oder angebundenen Tageszentren besteht derzeit neben Wien vor allem in den Bundesländern Oberösterreich (ca. 23 Tageszentren) und Salzburg (15 Tageszentren) sowie in den Bundesländern Niederösterreich und Steiermark mit jeweils ca. neun Tageszentren. In Vorarlberg gibt es bislang kein gesondertes Tageszentrum, an etwa 28 Standorten werden integrierte Tagesbetreuungsplätze angeboten, zusätzlich bieten Mobile Hilfsdienste in Vorarlberg an weiteren sieben Standorten Tagesbetreuung an.

[17] Vgl. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: Informationsblatt, online.
[18] Nähere Informationen siehe http://pflege.fsw.at/tagesbetreuung/tageszentren/

Aufgrund der oftmals bestehenden räumlichen Nähe zu Alten- und Pflegeheimen sind die Betreiber zumeist mit denjenigen der stationären Einrichtungen aber auch der Mobilen Dienste ident. Häufig fungieren daher auch die großen Vereine Hilfswerk, Volkshilfe, Caritas und Rotes Kreuz als Betreiber der Tageszentren.

Tabelle 7: Angebot an Tagesbetreuung (Tageszentren, Tageszentren in Anbindung an Alten- und Pflegeheime, integrierte Tagesbetreuung) in den Bundesländern

Betreiber	Art	Anzahl	Standorte	Quelle
Burgenland		**7**		
Caritas	integr. TB	3	Neusiedl am See, Güssing, Deutschkreutz	Amt der Burgenländischen Landesregierung: Sozialbericht 2007/2008.
Gemeinde	integr. TB	1	Mattersburg	
Diakonie	TZ	1	Oberwart	
Orden	integr. TB	1	Pinkafeld	
RK	TZ	1	Jennersdorf	
Kärnten		**4**		
AHA - Altenbetreuungs- u. Pflege GmbH	TZ	**2**	Klagenfurt-Welzenegg, Radentheim	Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, Klagenfurt - Wien 2007.
AVS Arbeitsverein der Sozialhilfe in Kärnten	TZ	1	Völkermarkt	
Mobiler Pflegedienst Klagenfurt	TZ	1	Klagenfurt	
Niederösterreich		**58**		
Volkshilfe	TZ	4	Korneuburg, Traismauer, Ebergassing, Trumau	Amt der NÖ Landesregierung: Sozialbericht 2009, St. Pölten 2010.
Hilfswerk	TZ	1	Mödling	Homepage der ARGE der Pensionisten- und Pflegeheime www.noeheime.at
Stadt Schwechat - Seniorenzentrum Schwechat	TZ	1	Schwechat	
Selbsthilfegruppe	TZ	1	Baden	
Zwettler Bürgerstiftung	angeb. TZ	1	Zwettl	
Land Niederösterreich	angeb. TZ	1	St. Pölten	
Land Niederösterreich	integr. TB	48	alle Standorte Landesheime	
Caritas der Erzdiözese Wien	integr. TB	1	Klosterneuburg, Kirchschlag, Breitenfurt	
Oberösterreich		**32**		
Volkshilfe	TZ	1	Linz	Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: Sozialbericht 2010, Linz 2010, S.34.
	angeb. TZ	2	Schwertberg, Steyr	
Hilfswerk	TZ	2	Steyr-Ennsleite, Oberneukirchen	
	angeb. TZ	1	Eferding	
RK	TZ	2	Perg, Kirchschlag	
	angeb. TZ	2	Garsten, Sierning	
Vereine	TZ	2	Freistadt, Haag am Hausruck (Verein Vital)	
Pro mente	angeb. TZ	1	Bad Ischl	
Betreiber von Alten- und Pflegeheimen	angeb. TZ	10	Attnang-Puchheim, Esternberg, Gallneukirchen, Linz-Dornach, Linz-Frankviertel, Linz-Kleinmünchen, Ried im Innkreis, Walding, Wels-Diakonie, Wels-Neustadt	
Betreiber von Alten- und Pflegeheimen	integr. TB	9	Aigen-Schlägl, Andorf, Grünburg, Hart, Haslach, Kleinzell, Lasberg, Lembach, Ulrichsberg, Unterweißenbach	

Betreiber	Art	Anzahl	Standorte	Quelle
Salzburg				
	TZ	3	Salzburg	Amt der Salzburger Landesregierung - Sozialbericht 2009
	integr. TB	2	Salzburg	
	TZ	je 1	Wals-Siezenheim, Straßwalchen, Hallein, Schleedorf	Nähere Informationen siehe http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales/leistungen_und_angebote/pflege_einstieg/pflege_tagespflege.htm
	integr. TB	1	Elsbethen	
	angeb. TZ	je 1	Oberndorf, Kuchl, Bischofshofen, Neukirchen, Saalfelden, Bergheim, Eugendorf, Seekirchen	
Steiermark		**9**		
Volkshilfe	TZ	3	Graz (40 Pl.), Seiersberg (15 Pl.), Hart bei Graz (12 Pl.)	Amt der Steiermärkischen Landesregierung: Steirischer Sozialbericht 2007 / 2008, Graz 2009, S. 270.
Compass Sozial- und Gesundheitsverein	TZ	1	Graz (40 Pl.)	
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen	integr. TB	1	Haus am Ruckerlberg (15 Pl.)	
RK	TZ	2	Graz (15 Pl.), Feldbach (10 Pl.)	
SHV	TZ	1	Hartberg (14 Pl.)	
SHV der Gemeinden des Bezirkes Bruck an der Mur	TZ	1	Kapfenberg	
Tirol		**4**		
	TZ	**2**	Innsbruck	Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, Klagenfurt - Wien 2007.
	TZ	**1**	Inzing	
	TZ	**1**	Kitzbühel	
Vorarlberg		**35**		
Alten- und Pflegeheime (davon ca. 9 Gemeinden und 1 Gemeindeverband sowie 18 private Einrichtungen, davon 4 St. Anna Hilfe, 3 SeneCura und 2 Benevit Vorarlberger Pflegemanagement)	integr. TB	28	Altach, Andelsbuch, Bezau-Mellau-Reuthe, Bizau, Bludenz, Bregenz, Bürs, Dornbirn, Gaißau, Götzis, Hard, Hörbranz, Höchst, Lauterach, Ludesch, Lustenau, Nenzing, Nüziders, Rankweil, Riezlern, Röthis, Satteins, Schruns, Schwarzenberg, Sulzberg.	Amt der Vorarlberger Landesreg., Connexia - Gesellschaft für Gesundheit: Urlaubsbetten, Tages- und Nachtbetreuung in den Vorarlberger Pflegeheimen Stand 2010.
MOHI (Mobile Hilfsdienste)	MOHI	7	Alberschwende, Feldkirch, Frastanz, Hohenems, Lustenau, Meiningen, Wolfurt	
Wien		**17**		
FSW (Fonds Soziales Wien) - Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH		9	7., 11., 10., 15., 16., 20., 21. und 22. Bezirk	Internetrecherche auf den Homepages der Betreiber, KDZ 2011.
Caritas der Erzdiözese Wien		1	23. Bezirk	
Caritas Socialis		3	3., 9. und 23. Bezirk	
Hilfswerk		2	2. und 18. Bezirk	
Wiener Sozialdienste		1	12. Bezirk	
Israelische Kultusstätte		1	19. Bezirk	

Anmerkung: TZ: Tageszentrum; angeb. TZ: Tageszentrum in Anbindung an Alten- und Pflegeheime; integr. TB: integrierte Tagesbetreuung.

Quelle: KDZ: eigene Recherche, 2011 sowie siehe Spalte Quelle.

3.3 Mobile Dienste

Im Bereich der Mobilen Dienste sind in beinahe allen Bundesländern die großen gemeinnützigen Initiativen des Hilfswerks, der Caritas, der Volkshilfe und des Roten Kreuzes vertreten. Österreichweit erbringen diese Anbieter mehr als die Hälfte der Betreuungsleistungen im mobilen Bereich.[19] Zusätzlich bieten unterschiedliche kleinere private Anbieter und NGOs aber auch Gemeinden (z.B.: Burgenland) in den Bundesländern Mobile Dienste für die Wohnbevölkerung an. Eine umfassende Statistik über das Angebot der einzelnen Betreiber von mobilen Diensten auf Gemeindeebene liegt leider nicht vor.
In den meisten Bundesländern werden gemeinnützige Organisationen mit der Durchführung der mobilen Pflegedienste beauftragt. Nur der Dienst „Essen auf Rädern“ wird noch häufig durch die Gemeinden und ihre MitarbeiterInnen durchgeführt. (z.B.: Vorarlberg – Zubereitung in Heimen und Zustellung durch Zivildiener)
Ausnahmen bilden die Bundesländer Tirol und Vorarlberg. Während in Tirol die sozialen Mobilen Dienste vollständig in der Hand von 62 Sozial- und Gesundheitssprengeln liegen – nur in Innsbruck sind auch andere Betreiber aktiv – hat sich in Vorarlberg eine besondere Organisationsstruktur von 66 privaten Krankenpflegevereinen innerhalb eines Dachverbandes der „Hauskrankenpflege Vorarlberg“ etabliert. 31 dieser Vereine sind auch als Mobile Hilfsdienste (MOHI) tätig. Ergänzt wird deren Angebot durch Mobile Hilfsdienste von neun Gemeinden sowie von Sozialsprengeln, Sozialzentren und anderen privaten Vereinen. In Wien sind die Mobilen Pflegedienste bereits am stärksten ausgebaut: Rund 27 Organisationen bieten eine Vielfalt an unterschiedlichen, oftmals stark spezialisierten Leistungen an. Als zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle fungiert der FSW (Fonds Soziales Wien).

[19] Vgl. BAG – Arbeitskreis Pflegevorsorge 2007: Fakten und Vorschläge aus Sicht der Trägerorganisation innerhalb der BAG, 2008, S.65.

Tabelle 8: Anbieter von Mobilen Diensten in den Bundesländern

Betreiber	Anzahl der Stützpunkte bzw. Marktanteile	Quelle
Burgenland		
Hilfswerk		Amt der Burgenländischen Landesregierung: Sozialbericht 2007/2008, Eisenstadt 2009.
Caritas		
Volkshilfe		
RK		
Sozialinitiative Großpetersdorf		
Diakonieverein Pinkafeld		
Diakonie Oberwart		
Sozialsstation Neudörfl		
HKP Pöttsching		
Soziale Dienste Schattendorf		
KH Eistenstadt		
Gemeinden		
Kärnten		
AVS Arbeitsverein der Sozialhilfe in Kärnten	8	Internetrecherche auf den Homepages des Landes Kärnten sowie der Stadt Klagenfurt, KDZ 2011.
Hilfswerk		
RK		
Caritas		
Volkshilfe		
Sozialhilfe Kärntner Frauen Mobile Krankenpflege		
Mobiler Plegedienst (und Essensdienste) Klagenfurt		
Hauskrankenhilfe Klagenfurt		
Essen auf Rädern: (zusätzliche)		
Gemeinden		
Niederösterreich	**Marktanteile 2009**	
Hilfswerk	47,90%	Amt der NÖ Landesregierung - Sozialbericht 2009, St. Pölten 2010, S. 79.
Volkshilfe	24,10%	
Caritas (der Diözese St. Pölten)	15,40%	
Caritas (der Diözese Wien)	11,10%	
RK	1,50%	
Essen auf Rädern: (zusätzliche)		
Gemeinden	280	
Johanniter Unfall-Hilfe - Mobiles Palliativ-Team		
Oberösterreich (Aufteilung der Versorgungsgebiete auf die Träger)		
Hilfswerk		Internetrecherche auf den Hompages der Anbieter, KDZ 2011.
Volkshilfe		
Caritas		
RK		
ARCUS Sozialnetzwerk Gemeinnützige GmbH		
Magistrat der Stadt Wels		
Essen auf Rädern: (zusätzliche)		
Gemeinden		
Magistrat Linz - RK und Samariterbund		
Magistrat Steyr - Altenheim Münichholz / RK		

Betreiber	Anzahl der Stützpunkte bzw. Marktanteile	Quelle
Salzburg		
Caritas		Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, Klagenfurt - Wien 2007.
Hilfswerk		
RK		
Volkshilfe		
Verein Hauskrankenpflege Salzburg-Stadt		
Krankenhilfe GmbH		
Ambulante Dienste Obertrum		
Verein Ambulante Dienste Salzburg		
Verein Erwachsenenhilfe		
Verein Heimhilfedienst		
MOHI – Verein Mobiler Hilfsdienst		
Krankenpflegeverein Strasswalchen		
Diakonie.mobil		
Verein Sozialer Hilfsdienst Seekirchen		
Verein Sozialer Hilfsdienst Eugendorf		
Verein aktiv		
Essen auf Rädern: (zusätzliche)		
Gemeinden	110	
Steiermark	**Marktanteile 2004**	
Caritas	2%	Amt der Steiermärkischen Landesregierung: Steirischer Sozialbericht 2007 /2008, Graz 2009. Quantum Institut für betriebs-wirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflege-vorsorge in Österreich, Klagenfurt - Wien, 2007, S.41.
Hilfswerk	22%	
RK	26%	
Sozialmedizinischer Pflegedienst Hauskrankenpflege (SMP)	20%	
Volkshilfe	30%	
Essen auf Rädern: (zusätzliche)		
Gemeinden - unterschiedliche private Trägerorganisationen		
Tirol	**69**	
Sozial- und Gesundheitssprengel	62	Amt der Tiroler Landesregierung: Sozial- und Jugendwohlfahrts-bericht 2007/2008. Quantum Institut für betriebs-wirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflege-vorsorge in Österreich, Klagenfurt - Wien, 2007, S.54.
Caritas	2	
Volkshilfe	1	
Verein Netzwerk	1	
Sozialmedizinischer Verein Tirol	1	
Innsbrucker Soziale Dienste GmbH	1	
Johanniter Unfall-Hilfe	1	
Tiroler Hospizgemeinschaft	1	
Essen auf Rädern: (zusätzliche)		
Sozial- und Gesundheitssprengel	48 (2005)	
Vorarlberg		
"Hauskrankenpflege Vorarlberg" - Dachverband von 66	66	Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, Klagenfurt - Wien 2007.
MOHI (Mobile Hilfsdienste) - HK-Vereine	ca. 31	
MOHI - Gemeinden	ca. 9	
MOHI - private Vereine	ca. 3	
MOHI - Sozialsprengel	ca. 3	
MOHI - RK	1	
MOHI - Sozialzentren	ca. 4	
Essen auf Rädern: (zusätzliche)		
Gemeinden - Zubereitung in Heimen / Zustellung durch Zivildiener		

Quelle: KDZ: eigene Recherche, 2011 sowie siehe Spalte Quelle.

Tabelle 9: Anbieter von Mobilen Diensten in Wien

Anbieter von Mobilen Diensten in Wien 2011	Heimhilfe	Essen auf Rädern	Besuchs- und Begleitdienst	INDIBET *	Reinigungsdienst	Wäscheservice	Hauskrankenpflege	Medizinische Hauskrankenpflege	Mobile Kinderkrankenpflege	Mobile Palliativbetreuung
Arbeiter-Samariter-Bund Wien	x		x				x			
Care Systems Gemeinnütziger Verein	x		x				x			
Caritas der Erzdiözese Wien	x		x		x		x			
Caritas Socialis in den Bezirken 1-9, 12, 15-18, 20 und 23	x		x		x		x			
Kleine Soziale Netze	x				x		x			
Seniorenhilfe Junge Panther	x		x		x		x			
Institut "ÖJAB-Haus Neumargareten"	x		x				x			
SONORES Pflege & Betreuung	x		x				x			
SOZIAL GLOBAL	x	x	x		x		x			
Soziale Dienste der Adventmission	x		x		x		x			
Volkshilfe Wien	x	x	x	x	x		x			
Wiener Hauskrankenpflege	x		x				x			
Wiener Hilfswerk	x	x	x		x		x			
Wiener Rotes Kreuz	x		x				x			
Wiener Sozialdienste Alten- und Pflegedienste GmbH	x		x		x		x			
Samariterbund Wien Rettung und Soziale Dienste gemeinnützige GmbH **		x								
Maimonideszentrum (koscheres Essen) **		x								
WRK Gesellschaft für Dienstleistungen des Wiener Roten Kreuzes GmbH **		x								
SMID-KRIM, Sozialmedizinisches Nachbarschaftszentrum Döbling-Krim			x		x					
SMIR, Sozialmedizinische Initiative Rodaun			x				x			
Wien Work Textilreinigung						x				
FSW - Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH - Geschäftsbereich Mobile Hauskrankenpflege							x	x		
Seniorenhilfe Betreuung zu Hause							x			
smup Sozialmedizinisches Nachbarschaftszentrum Unterpenzing							x			
MOKI, Mobile Kinderkrankenpflege									x	
Mobiles Hospiz der Caritas Erzdiözese Wien										x
Caritas Socialis: Hospiz am Rennweg										x

* Heimhilfe für demente und/oder psychisch kranke Menschen

** ohne Fördermöglichkeit

Quelle: Fonds Soziales Wien, online, KDZ: eigene Darstellung, 2011.

3.4 Zusammenfassung

Zusammenfassend wird festgehalten, dass die sozialen Dienste für die Pflege und Betreuung alter Menschen infolge der landespezifischen Regelungen stark unterschiedlich organisiert sind. Das System der Pflege in Österreich ist gekennzeichnet durch eine starke Trennung zwischen den einzelnen Pflege-Sektoren (stationär, teilstationär, mobil) und einer Vielzahl an unterschiedlichen AkteurInnen. Im stationären Bereich der Alten- und Pflegeheime ist nur in Niederösterreich und Wien der überwiegende Teil des Angebotes dem Land bzw. der Stadt zuzuordnen. In den anderen Bundesländern dominieren private BetreiberInnen zumeist in Form von gemeinnützigen Vereinen. In Oberösterreich und Tirol hingegen wird die Mehrheit der Heime entweder von den Gemeinden und Städten selbst oder von Sozialhilfe- oder Gemeindeverbänden betrieben. Der teilstationäre Bereich ist in den meisten Bundesländern noch im Aufbau begriffen, das derzeitige Angebot besteht großteils entweder aus einer innerhalb der stationären Einrichtungen integrierten Tagesbetreuung oder Tageszentren, welche direkt an stationäre Einrichtungen angebunden sind. Die wenigen eigenständigen Tageszentren an gesonderten Standorten werden beinahe ausschließlich durch private Vereine oder Institutionen geführt. Im Bereich der mobilen Dienste erbringen die großen gemeinnützigen Initiativen der Caritas, des Hilfswerks, des Roten Kreuzes und der Volkshilfe etwas weniger als zwei Drittel der Betreuungsleistungen. Die Gemeinden selbst bieten in erster Linie nur noch den Dienst „Essen auf Rädern“ an. Diese unterschiedlichen Zuständigkeiten und die Vielzahl verschiedener AnbieterInnen führen zu Problemen, insbesondere an den Übergangsbereichen (Schnitt- bzw. Nahtstellen), welche Ineffizienzen und mitunter auch mangelhafte Pflege zur Folge haben können. Die Schaffung von Systemen und Strukturen zur verstärkten Vernetzung und Kooperation der unterschiedlichen AnbieterInnen unter Einbeziehung des informellen Sektors stellt daher eine der zentralen aktuellen Herausforderungen dar.

4 Pflegepersonal

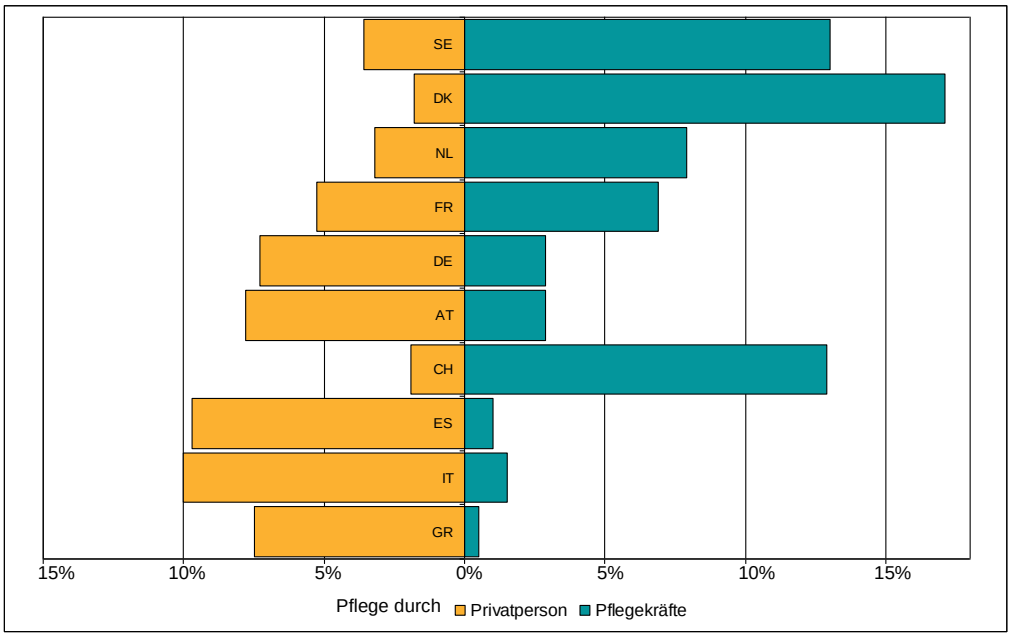
4.1 Die Bedeutung der informellen Pflege und 24-Stunden-Betreuung zu Hause

Ein ausreichendes Angebot an Pflegeleistungen könnte in Österreich derzeit nicht zufrieden stellend geboten werden, wenn nicht der Großteil der pflegebedürftigen Personen informell versorgt werden würde. 79 Prozent der Pflege erfolgt informell zu Hause und nur 15 Prozent wird stationär in Heimen sowie die restlichen 6 Prozent durch mobile Dienste abgedeckt.[20] Dieser hohe Anteil an informeller Pflege wird zu einem Teil durch die seit 2008 legalisierte 24-Stunden-Pflege mit überwiegend transmigrantischen[21] Pflegekräften ermöglicht. Gründe für den hohen Anteil der informellen Pflege liegen einerseits in der weit verbreiteten Grundeinstellung, dass die Betreuung zu Hause der stationären Pflege vorgezogen wird und andererseits beim transferintensiven Sozialsystem in Österreich.[22]

[20] Vgl. Dimmel: Informelle Pflege, Betreuung durch Angehörige und soziale Dienste, 2010, S.41.
[21] Transmigration: Die in Österreich in der 24-Stunden-Pflege- und Betreuung tätigen PflegearbeiterInnen pendeln überwiegend im 2 bis 3 Wochen-Rhythmus zwischen ihrem Herkunftsland und ihrem Arbeitsplatz hin und her. Vgl. Kretschmann: Mit Recht regieren?, 2010, S. 199.
[22] Vgl. Kreimer: Gender und Care, 2004, S.7.

Nachfolgende Abbildung 2 zeigt eine Gegenüberstellung der Pflege zu Hause durch Privatpersonen und professionellen Pflegekräften im europäischen Vergleich. Es wird dargestellt, wie groß der Anteil der Personen über 64 ist, die zu Hause gepflegt werden. Dabei wird aufgeschlüsselt ob diese Personen zu Hause von Privatpersonen oder von professionellen Pflegekräften betreut werden. In Österreich ist der Anteil der 64+ Jährigen, welche zu Hause Pflege von professionellen Pflegekräften erhalten, mit 3,7 Prozent deutlich geringer als der Anteil der Personen, welche von Privatpersonen gepflegt werden, der bei 7,8 Prozent liegt. Der Anteil der zu Hause gepflegten Personen bezogen auf die Gesamtbevölkerung im Alter ab 64 Jahren durch Privatpersonen liegt in Nordeuropa bei maximal 4 Prozent, während der Anteil jener durch professionelle Pflegekräfte bis zu 17 Prozent beträgt. Es zeigt sich also, dass in Österreich die informelle Pflege zu Hause durch Privatpersonen (z.B. Verwandte oder Bekannte) im europäischen Vergleich einen relativ hohen Stellenwert hat.

Abbildung 2: Anteil der über 64-jährigen, die zu Hause gepflegt werden



Quelle: Haberkern, Szydlik: Pflege der Eltern, 2008, S.90; KDZ: eigene Darstellung, 2011.

Eine Monetarisierung der informellen Pflege ist insofern schwierig, da die Anzahl der tatsächlich aufgebrachten Stunden schwer feststellbar ist und bei der Festlegung des Entgelts unterschiedliche Ausgangslohnniveaus vorausgesetzt werden müssen. Je nach Berechnung wird für Österreich die informelle Pflege auf bis zu 6 Prozent des Bruttoinlandproduktes geschätzt.[23] Bei der Betrachtung der privaten Pflegetätigkeit fällt auf, dass maßgeblich Frauen für die informelle Pflege aufkommen und hier wiederum vor allem jene ab einem Alter von 55 Jahren. Die ursprüngliche Grundlage für diese Arbeitsverteilung kann auf das Male-Breadwinner-Female-Caretaker-Modell[24] zurückgeführt werden: Während sich in den letzten Jahren die Arbeitsmarktstrukturen verändert haben und sowohl der Mann als auch die Frau einer Erwerbstätigkeit nachgehen, blieben gewisse Kernstrukturen der innerfamiliären Arbeitsteilung

[23] Vgl. Dimmel: Informelle Pflege, Betreuung durch Angehörige und soziale Dienste, 2010, S. 42.
[24] Vgl. Kreimer: Gender und Care, 2004, S. 6ff.

dennoch aufrecht. Pflegende Männer bringen durchschnittlich 9 Stunden und Frauen 11,4 Stunden für die Betreuungsperson auf.[25] Die Doppelbelastung von Erwerbstätigkeit und Pflege eines älteren Familienmitglieds wird großteils von den weiblichen Familienmitgliedern getragen, was wiederum in der von vielen Frauen dadurch bevorzugten Teilzeitarbeit ausbalanciert wird. Neben der physischen und psychischen Belastung durch die Pflegetätigkeit, sind die negativen ökonomischen Auswirkungen unumstritten, da Frauen dadurch geringere Einkommen sowie niedrigere Pensionsansprüche erhalten, das Armutsrisiko deutlich erhöht wird und bei der Erwerbstätigkeit geringe Aufstiegschancen bestehen. Das derzeitige Sozialsystem der Pflegefinanzierung bzw. Pflegebereitstellung führt zu einer fortlaufenden Verfestigung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, wodurch Frauen weiterhin die Doppelbelastung von Erwerbs- und Reproduktionsarbeit tragen müssen. Die Legalisierung der 24-Stunden-Pflege stellt vor allem eine Entlastung der weiblichen Familienmitglieder dar, jedoch mit dem Hintergrund, dass die Pflege wieder fast ausschließlich von Frauen durchgeführt wird.

Durch den Wandel der Familienstrukturen und der Lebensweisen der jüngeren Generation, ist es vielen Personen nicht mehr möglich, informelle Pflege für nahe stehende Verwandte zu leisten. Aufgrund des demografischen Wandels sollten immer mehr Ältere durch immer weniger Jüngere betreut werden, was wiederum zu einem zusätzlichen Engpass in der informellen Pflege führt.[26] Dieser Problematik entgegenwirkend, wurde 2008 mit der Legalisierung der 24-Stunden-Pflege zumindest für eine teilweise Entlastung der Familien bei der informellen Pflege gesorgt.

Bis 2008 war es in Österreich nur BürgerInnen aus den EU-15-Ländern möglich, legal Pflegedienstleistungen anzubieten. Durch die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung wurde es auch Pflegekräften ohne EU-15-Staatsbürgerschaft gestattet, eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung legal anzubieten. Im November 2009 erhielten rund 6.430 Personen eine Förderung[27] des Bundes für die 24-Stunden-Pflege, rund 22.000 Pflegekräfte waren als selbstständige Gewerbetreibende angemeldet, wovon ca. 19.000 aktiv waren. Die Anzahl der zusätzlich in diesem Bereich angemeldeten Personen wird auf „wenige Hundert“ geschätzt.[28] Rechnerisch entfallen damit rund 3 Pflegekräfte auf eine geförderte 24-Stunden-Betreuung, welche dafür jedoch deutlich mehr als eine durchschnittliche Vollzeitarbeitskraft (VZÄ) pro Woche arbeiten müssen. Durch die Förderung und die nunmehr legalisierten angemeldeten Pflegekräfte ist bislang nur ein Teil der gesamten Pflegearbeit erfasst, über deren Ausmaß nur Vermutungen angestellt werden können. Im Jahr 2006 wurde die Gesamtzahl der PflegearbeiterInnen vom Vorstand des Dachverbandes der österreichischen Pflegeheimträger (Lebenswelt Heim) auf rund 40.000 geschätzt.[29] Zum Vergleich dazu gab es 2009 im stationären Bereich insgesamt – ohne Wien und Vorarlberg – rund 51.000 Plätze und rund 21.000 Pflegebedienstete (Vollzeitäquivalente).

Die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung brachte zwar für viele österreichische Haushalte eine enorme Arbeitserleichterung mit sich, jedoch könnte es in den nächsten Jahren bereits auch in diesem Sektor einen Mangel an Pflegekräften geben. Durch das Auslaufen der Übergangsbestimmungen für den eingeschränkten Arbeitszugang für Personen aus den neuen EU-Staaten, könnten viele Pflegekräfte in andere Berufe wechseln, welche mit besseren

[25] Vgl. Statistik Austria: Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. 2003, S. 46.
[26] Vgl. Dienel: Die Betreuung älterer Familienmitglieder im europäischen Vergleich, 2007, S. 298.
[27] Anspruch auf Förderung einer 24-Stunden-Betreuung besteht, wenn (1) ein Betreuungsverhältnis im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes vorliegt, (2) die betreuende Person zumindest Pflegegeld in Höhe der Stufe 3 bezieht und (3) eine Notwendigkeit für die 24-Stunden-Betreuung vorliegt, welche zum Teil durch eine (fach-)ärztliches Gutachten bestätigt werden muss. Nähere Informationen siehe www.pflegedaheim.at .
[28] Vgl. Schmid: Hausbetreuung in Österreich – zwischen Legalisierung und Lösung?, 2010, S. 188f.
[29] Vgl. Kretschmann: Mit Recht regieren?, 2010, S. 201: Die Verrechtlichung der 24-Stunden-Pflege hat für die Arbeits- und Lebensverhältnisse von PflegearbeiterInnen nur eine geringfügige Veränderung erbracht, da nur geringer arbeitsrechtlicher Schutz besteht und die Vorteile wie die Kranken- und Sozialversicherung nur eingeschränkt wirken, so dass mit der Legalisierung soziale Ungleichheiten bezüglich Staatsbürgerschaft und Geschlecht reproduziert und fortgeschrieben werden.

Arbeitsbedingungen und einer höheren Entlohnung verbunden sind. Eine Attraktivierung des Pflegeberufs könnte diese Entwicklung eindämmen und somit für die Pflegekräfte sowie für die Familien mit pflegebedürftigen Mitgliedern eine Unterstützung darstellen.[30]

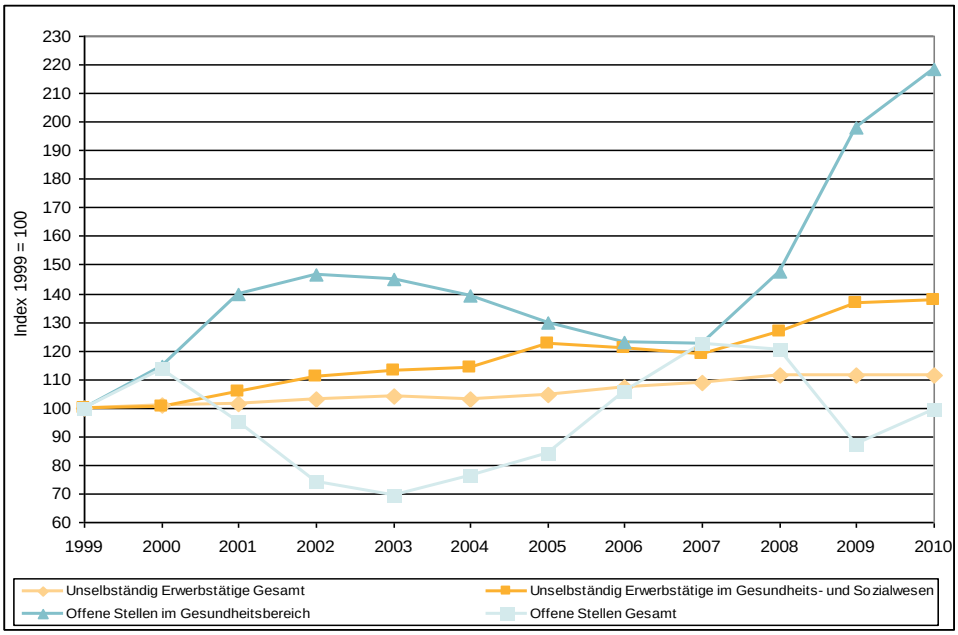
4.2 Beschäftigung und Pflegekräftebedarf im Bereich der institutionalisierten (bezahlten) Pflege

Da es in Österreich keine umfassende detaillierte Statistik über den Personalbedarf im Pflegebereich gibt, differieren in der Pflegedebatte die Ansichten darüber, in welchem Ausmaß derzeit in Österreich ein Pflegekräftemangel besteht:
„In Deutschland, der Schweiz und Österreich ist der Personalmangel heute schon deutlich spürbar. …In allen drei Ländern leiden vor allem der Langzeitbereich mit den Heimen und die Hauskrankenpflege. …In Österreich sprechen Schätzungen von 6.600 bis 7.000 Vollzeitstellen. …Der Mangel an Fachpersonen wird zumeist als Rekrutierungsproblem der Akutspitäler wahrgenommen“[31] Darüber hinaus werden die ArbeitnehmerInnen im Pflegebereich entsprechend der Bevölkerungsentwicklung immer älter – es besteht derzeit beim Personal im Langzeitpflegebereich ein deutlicher Überhang der 50- bis 55-Jährigen[32], so dass in den kommenden Jahren (ab etwa 2015) insbesondere der stationäre Langzeitpflegebereich von einer Pensionierungswelle betroffen sein wird. Gleichzeitig werden die Bewerberzahlen in den Bildungsstätten und die SchulabgängerInnen immer weniger. Eine Studie in der Schweiz[33] hat aufgezeigt, dass die Schweiz innerhalb der nächsten 20 Jahre rund 190.000 Pflegekräfte – ebenso viele Personen wie derzeit im Bereich der Pflege arbeiten - ausbilden muss, um den Bedarf abzudecken. Die Ausbildungskapazitäten reichen dafür bei weitem nicht aus. Da die Strukturen und Entwicklungstrends in Österreich durchaus ähnlich sind, kann man daraus auf eine ähnliche Problematik und einen entsprechend stark wachsenden Personalmangel auch in Österreich schließen.
Auch der österreichische Soziologe Anton Amann schreibt 2010 in der Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren[34]: *„In der Altenpflege gibt es eklatanten Personalmangel sowohl in den Sozialen Diensten als auch im Heimbereich. … Die größten Probleme gibt es aber jetzt schon, wenn vorhandene offene Stellen der vorgesehenen Qualifikation entsprechend besetzt werden sollen.“* Eine der zentralen Ursachen für den Personalmangel wird im vorzeitigen Ausstieg aus dem Beruf gesehen, der Pflegebereich leidet unter einer vergleichsweise sehr hohen Drop-out-Quote. Die kurze Berufsverweildauer ist hauptsächlich auf drei Ursachen zurückzuführen: die ungenügende berufliche Entwicklungsperspektive, die Unzufriedenheit mit der Arbeitsorganisation und die Sorge um die eigene Gesundheit.[35] In Österreich sind die vergleichsweise schlechten Rahmenbedingungen für die tägliche Pflegearbeit (geringe Bezahlung, niedriges soziales Image und hohe körperliche und psychische Belastungen) aber jedenfalls auch Mängel im bestehenden Ausbildungssystem für die zunehmende Personalnot verantwortlich: Die Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn erfolgt in Österreich derzeit überwiegend in Krankenanstalten mit dem Schwerpunkt Akutmedizin. Die Anforderungen der Altenpflege, die Heimsituation als auch die

[30] Vgl. Schmid: Hausbetreuung in Österreich – zwischen Legalisierung und Lösung?, 2010, S. 190.
[31] Sottas: Langzeitversorgung und Ageing Workforce 2010, S. 83.
[32] Vgl. Sottas: Langzeitversorgung und Ageing Workforce 2010, S. 84.
[33] Vgl. Jaccard Ruedin/Weaver: Ageing Workforce in an Ageing Society, 2009.
[34] Amann et. al.: Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten, 2010, S157.
[35] Vgl. Sottas: Langzeitversorgung und Ageing Workforce 2010, S. 84.

Hauskrankenpflege und der Umgang mit alten, pflegebedürftigen Menschen finden in der Ausbildung nur wenig Berücksichtigung. Nach der Ausbildung am Krankenhaus verbleibt ein großer Teil der AbsolventInnen im Bereich der Krankenhäuser, so dass zu wenig Potential für die Abwanderung in andere Bereiche wie die Altenpflege zur Verfügung steht.[36] Darüber hinaus wirken sich die fehlende Hochschulreife und das eingeschränkte berufsbegleitende Ausbildungsangebot für BerufsumsteigerInnen nicht nur negativ auf die Attraktivität des Kranken- und Pflegeberufes sondern letztlich auch auf das Entlohnungsniveau aus. Insgesamt werden demnach zu wenig (Kranken-) Pflegekräfte innerhalb Österreichs ausgebildet, um (unter Berücksichtigung des hohen Drop-out's) den Personalbedarf im Pflegebereich abzudecken. Speziell in der Altenpflege kann die Nachfrage nach qualifiziertem Personal nicht ohne ausländische Arbeitskräfte befriedigt werden. In den OECD Staaten sind derzeit etwa 11 Prozent des Personals im Ausland geboren, in Wien stammen bereits mehr als 60 Prozent der Pflegekräfte nicht aus Österreich.[37] Die Legalisierung der 24-Stunden-Pflege durch ausländische Arbeitskräfte im Jahr 2007 erbrachte für die Mobilen Dienste und die informell Pflegenden zwar eine gewisse Entlastung, kann jedoch aufgrund der schwierigen Qualitätskontrolle und der Umgehung von arbeits- und sozialrechtlichen Bestimmungen in der derzeitigen Form nicht als langfristige Lösung angesehen werden.[38]

Abbildung 3: Entwicklung der offenen Stellen sowie der Anzahl der unselbstständig Beschäftigten im Gesundheitsbereich, 1999-2010

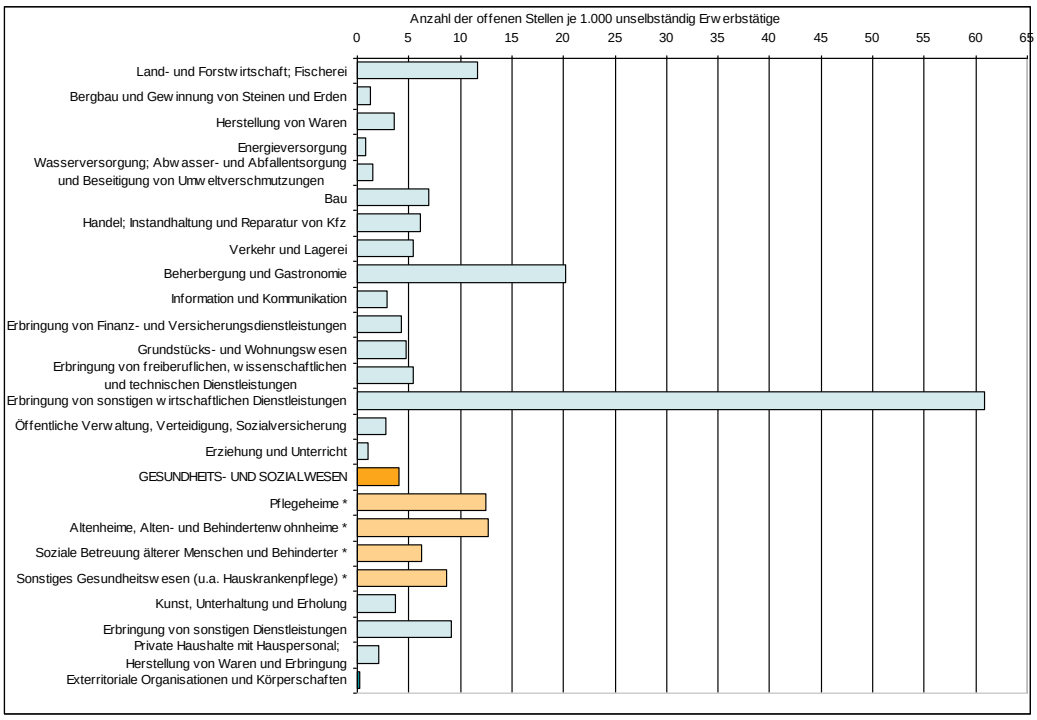


Quelle: AMS, Arbeitsmarktdaten, download 30.03.2011 sowie Statistik Austria, Arbeitsmarktstatistik, 1999-2009 nach ÖNACE 03 und 2010 nach ÖNACE 08; KDZ: eigene Darstellung, 2011.

[36] Vgl. Amann et. al.: Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten, 2010, S150.
[37] Vgl. Amann et. al.: Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten, 2010, S151.
[38] Vgl. Amann et. al.: Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten, 2010, S161.

In einer aktuellen Unterlage für eine Pressekonferenz der Landes Oberösterreich zum Thema "Ausbildungsbilanz und -prognose für das Pflege- und Betreuungspersonal in Oberösterreich im Bereich der Spitäler und Altenpflege/betreuung“[39] wird festgehalten, dass aus den Krankenhäusern kein Mangel an diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen gemeldet wurde, im Sozialbereich hingegen ein Mangel an Diplompflegepersonen besteht, weshalb die Kapazitäten kontinuierlich ausgebaut werden. Gleichzeitig ist jedoch der Andrang auf Diplomausbildungen rückläufig.
Betrachtet man die Entwicklung der Beschäftigten und offenen Stellen auf Basis der Arbeitsmarktstatistik und der Arbeitsmarktdaten des Arbeitsmarktservices (AMS)[40] (siehe Abbildung 3), so wird deutlich, dass insbesondere ab dem Jahr 2007 sowohl die unselbstständig Beschäftigten als auch die Anzahl der offenen Stellen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens im Vergleich zur Gesamtentwicklung in allen Wirtschaftsbereichen überproportional stark gestiegen sind.

Abbildung 4: „Offene-Stellen-Quoten“[41] nach ÖNACE-Abschnitten[42] (A-U) sowie ausgewählten ÖNACE-Klassen für den Pflegebereich, 2010



* Diese Bereiche sind ÖNACE-Klassen, d.h. Unterklassen des ÖNACE-Abschnittes Q „Gesundheits- und Sozialwesen“ und umfassen daher nur einen Teil der im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigten Dienstnehmer. Die Werte für diese ausgewählten Unterklassen sind Ergebnis einer Sonderauswertung durch das AMS.

Quelle: AMS, Arbeitsmarktdaten, [30.03.2011] sowie Statistik Austria, Arbeitsmarktstatistik, ÖNACE 08; KDZ: eigene Darstellung, 2011.

[39] Vgl. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: Ausbildungsbilanz und –prognose für das Pflege- und Betreuungspersonal in Oberösterreich im Bereich der Spitäler und Altenpflege/betreuung, 2011.
[40] Anmerkung zu den in der Arbeitsmarktstatistik erfassten offenen Stellen: Da Unternehmen zur Meldung der offenen Stellen nicht verpflichtet sind, sondern diese Information freiwillig bekannt geben, kann davon ausgegangen werden, dass der tatsächliche Personalbedarf insgesamt über den beim AMS gemeldeten Stellen liegt.
[41] Offene-Stellen-Quote: Anzahl der Offenen Stellen bezogen auf die unselbstständig Beschäftigen (je 1.000 Personen)
[42] ÖNACE bezeichnet die Wirtschaftsaktivitätsklassifikation in Österreich. Für die Vergleichbarkeit von Statistiken ist es erforderlich, identische Klassen zu bestimmen. Die Klassifikation der Europäischen Union wird als „Nomenclature européenne des activités économique“ (NACE) bezeichnet. Die abgeleitete österreichische Form wird mit ÖNACE abgekürzt.

Tabelle 10: Offene Stellen und unselbstständig Erwerbstätige nach ÖNACE-Abschnitten (A-U) 2010

Wirtschaftszweig ÖNACE-Abschnitte	unselbständig Erwerbstätige 2010	Offene Stellen 2010	Verteilung 2010		Entwicklung 2007 bis 2010	
			unselbständig Erwerbstätige	offene Stellen	unselbständig Erwerbstätige	offene Stellen
Insgesamt	3.532.856	30.088	100%	100%	2%	-21%
A Land- und Forstwirtschaft; Fischerei	34.278	338	1%	1%	15%	-21%
B Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	9.668	12	0%	0%	14%	-45%
C Herstellung von Waren	599.582	2.763	17%	9%	-11%	-43%
D Energieversorgung	26.851	18	1%	0%	2%	6%
E Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	17.344	39	0%	0%	-18%	-35%
F Bau	307.389	2.212	9%	7%	-2%	-31%
G Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kfz	553.465	4.091	16%	14%	-4%	-14%
H Verkehr und Lagerei	181.581	846	5%	3%	-2%	-44%
I Beherbergung und Gastronomie	209.663	4.943	6%	16%	4%	-3%
J Information und Kommunikation	91.993	276	3%	1%	16%	-33%
K Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	139.488	472	4%	2%	8%	-19%
L Grundstücks- und Wohnungswesen	30.371	122	1%	0%	11%	-15%
M Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	154.996	842	4%	3%	19%	-29%
N Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	125.509	9.348	4%	31%	11%	-26%
O Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung	278.438	759	8%	3%	1%	-17%
P Erziehung und Unterricht	250.510	303	7%	1%	20%	12%
Q Gesundheits- und Sozialwesen	362.552	1.569	10%	5%	17%	45%
*davon in Pflegeheimen **	*7.403*	*92*	*0,2%*	*0,3%*	*32%*	*217%*
*davon in Altenheimen, Alten- und Pflegeheimen **	*17.150*	*218*	*0,5%*	*0,7%*	*10%*	*108%*
*davon in Sozialer Betreuung älterer Menschen und Behinderter **	*19.003*	*119*	*0,5%*	*0,4%*	*20%*	*65%*
*davon in Sonstiges Gesundheitswesen (u.a. Hauskrankenpflege) **	*19.519*	*168*	*0,6%*	*0,6%*	*15%*	*39%*
R Kunst, Unterhaltung und Erholung	52.331	291	1%	1%	27%	46%
S Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	88.477	823	3%	3%	-1%	3%
T Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte	9.976	19	0%	0%	33%	-51%
U Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	8.392	2	0%	0%	33%	-50%

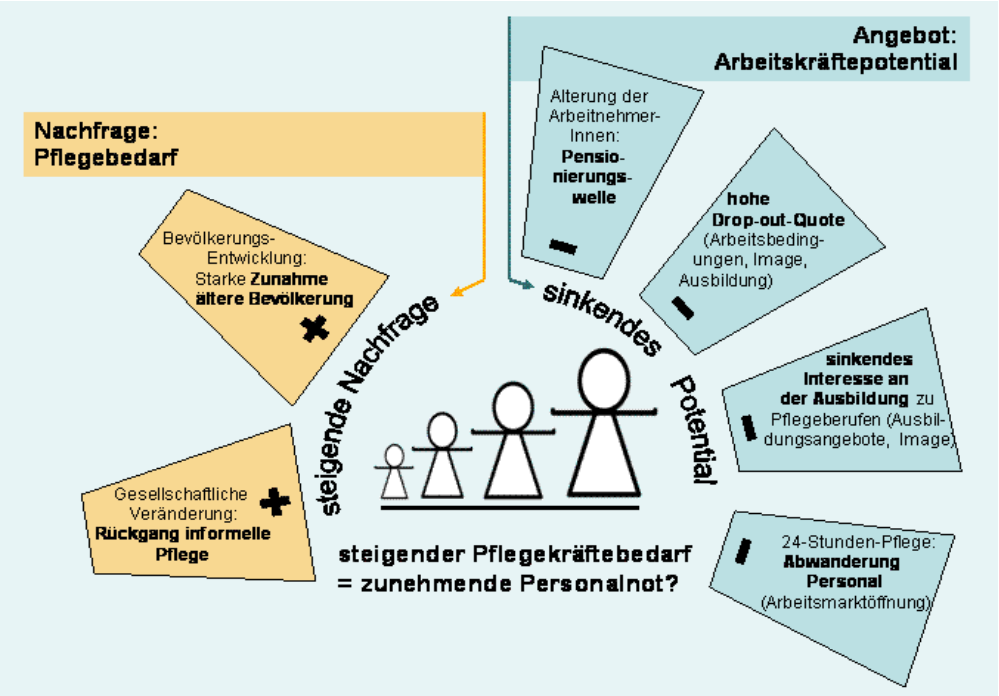
* Diese Bereiche sind ÖNACE-Klassen (Sonderauswertung 4-Steller) und Resultate einer Sonderauswertung.
Quelle: AMS, Arbeitsmarktdaten [30.03.2011] sowie Statistik Austria, Arbeitsmarktstatistik, ÖNACE 08, KDZ: eigene Darstellung, 2011.

Während die offenen Stellen (des AMS) insgesamt starken periodischen Schwankungen zu unterliegen scheinen und speziell in den letzen Jahren wieder eine abnehmende Tendenz aufweisen, haben sich die offenen Stellen im Gesundheitsbereich von 1999 bis 2010 mehr als verdoppelt. Im Gesundheits- und Sozialwesen waren 2010 rund 10 Prozent aller unselbstständig Erwerbstätigen beschäftigt, es entfielen jedoch nur etwa 5 Prozent der gemeldeten offenen Stellen auf diesen Bereich. Daraus ergibt sich eine „Offene-Stellen-Quote“ von rund 4,5 offenen Stellen auf 1.000 Beschäftigte (siehe Abbildung 4). Die durchschnittliche Offene-Stellen-Quote auf Basis der AMS-Daten für gesamt Österreich hingegen liegt deutlich höher - bei etwa 8,5 offenen Stellen auf 1.000 unselbstständig Beschäftigte.

Folglich kann auf Basis dieser Daten derzeit auf keinen allgemeinen quantitativen Personalmangel im gesamten Gesundheits- und Sozialwesen geschlossen werden. Eine deutlich größere Anzahl an offenen Stellen bezogen auf die unselbstständig Beschäftigten ist sowohl im ÖNACE-Abschnitt „Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen“ (mehr als 60 offene Stellen auf 1.000 Beschäftigte) als auch im Abschnitt „Beherbergung und Gastronomie“ (rund 20 offene Stellen auf 1.000 Beschäftigte) zu finden. Während sich die überproportional hohe Offene-Stellen-Quote im Abschnitt „Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen“ dadurch erklären lässt, dass hierin u.a. die Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften, Call Centers sowie Messe-, Ausstellungs- und Kongressveranstalter zugeordnet sind, ist der Bereich „Beherbergung und Gastronomie“ überwiegend durch kurzzeitige Dienstverhältnisse und Arbeitsbereiche mit vergleichsweise hoher Fluktuation gekennzeichnet. Innerhalb des Gesundheitsbereiches besteht jedoch im Bereich der Heime ein deutlich höherer Personalbedarf. Sowohl in den Pflegeheimen als auch in den Alten- und Behindertenheimen kamen 2010 etwa 13 offene Stellen auf 1.000 Beschäftigte. Damit lagen diese nicht nur deutlich über dem

gesamtösterreichischen Durchschnittswert, sondern an dritter und vierter Stelle im Ranking der Offene-Stellen-Quoten. (siehe Abbildung 4). Daraus kann bereits auf bestehende Engpässe bei der Suche nach Personal bei den stationären Einrichtungen insbesondere für (höher) qualifizierte Tätigkeiten geschlossen werden. Die Mobilen Dienste können im System der ÖNACE-Gliederung nicht eindeutig abgegrenzt bzw. zugeordnet werden, die Hauskrankenpflege ist beispielsweise mit anderen wesentlichen Tätigkeiten (z.B.: Rettungsdiensten) in der Klasse „Sonstiges Gesundheitswesen“ enthalten.
Darüber hinaus lässt sich in der kurzfristigen Entwicklung seit 2007 insbesondere bei den Heimen, der Sozialen Betreuung älterer Menschen und dem sonstigen Gesundheitswesen inklusive der Hauskrankenpflege ein überdimensionales Wachstum feststellen. Setzt sich dieser Trend in gleichem Ausmaß fort, so wird sich bereits in den kommenden Jahren nicht nur ein qualitativer, sondern ebenso ein erheblicher quantitativer Pflegekräftemangel manifestieren. Aber auch die offenen Stellen im gesamten Gesundheitsbereich haben um etwa 45 Prozent zugenommen, während die Entwicklung der meisten anderen ÖNACE-Abschnitte einen deutlich negativen Trend in den Jahren 2007 bis 2010 zeigen.
Zusammenfassend kann aus mehreren Studien als auch aus der Entwicklung der beim AMS gemeldeten offenen Stellen auf einen zunehmenden Personalmangel in der Altenpflege geschlossen werden. Insbesondere bei der Suche nach höher qualifiziertem Personal (qualitativer Personalmangel) und bei den mobilen Diensten mit vergleichsweise unattraktiven Arbeitsbedingungen (erhöhte Belastung durch unregelmäßige Dienstzeiten, schlechte Bezahlung etc.) treten bereits derzeit gehäuft Engpässe auf. Der Bedarf an qualifiziertem Personal kann zunehmend nur noch mit Hilfe von Pflegekräften aus dem Ausland abgedeckt werden, wodurch global betrachtet das Problem des „Care Drain“ – dem Wegzug von Pflegeleistenden aus ihren Heimatländern – verstärkt wird.

Abbildung 5: Determinanten des künftigen Bedarfs an Pflegepersonal



Quelle: KDZ, eigene Darstellung, 2011.

Mittel- und langfristig ist jedenfalls ein zusätzlicher starker Anstieg des Bedarfes an Pflegepersonal zu erwarten, welcher durch die bestehenden Ausbildungskapazitäten voraussichtlich nicht erfüllt werden kann. Im Bereich der Altenpflege wirken zusätzlich zum prognostizierten starken Anstieg des Pflegebedarfs infolge der Bevölkerungsentwicklung mehrere wesentliche Faktoren verstärkend auf den zu erwartenden Pflegekräftebedarf. In nachfolgender Darstellung (siehe Abbildung 5) sind die auf den Pflegekräftebedarf einwirkenden nachfrage- und angebotsseitigen Entwicklungstrends schematisch dargestellt.
Die kumulierenden Effekte des tendenziellen Rückgangs der informellen Pflege und eines tendenziell schrumpfenden Arbeitskräftepotentials infolge einer beginnenden Pensionierungswelle im Zusammenspiel mit einer hohen Drop-out-Quote und einer stagnierenden oder sinkenden Anzahl neu ausgebildeter Fachkräfte lassen befürchten, dass der Personalbedarf überproportional zum Pflegebedarf steigen wird. Zusätzlich könnten im Bereich der 24-Stunden-Pflege zu Hause infolge der Öffnung des Arbeitsmarktes in den kommenden Jahren Probleme auftreten. Jedenfalls besteht bereits derzeit massiver Handlungsdruck für die Gesundheitspolitik, nachhaltige Maßnahmen zur Attraktivierung des Pflegeberufes und zur Steigerung des Fachkräftepotentials (Ausbildung) zu initiieren.

5 Finanzierung der Leistung / finanzielle Absicherung der LeistungsempfängerInnen

Grundsätzlich sind Pflegeleistungen in Österreich durch Kostenbeiträge der LeistungsempfängerInnen zu finanzieren. Unterstützend dazu wird aus Steuermitteln Pflegegeld des Bundes und der Länder je nach Pflegebedürftigkeit zugewiesen. Je nach persönlicher Situation und finanziellen Möglichkeiten erfolgt die Pflege in der Regel informell oder institutionell. Unter informeller Pflege ist die unentgeltliche Pflege beispielsweise durch Angehörige zu verstehen, während unter institutioneller Pflege die professionelle Betreuung durch Fachkräfte in Form von Hauskrankenpflege oder in Pflegeheimen verstanden wird.
Das bezogene Pflegegeld ist weitgehend unabhängig davon, ob die Pflege der Pflegebedürftigen informell oder institutionell erfolgt. Wenn die LeistungsempfängerInnen aus eigenen Mitteln und aus Mitteln des Pflegegeldes nicht (zur Gänze) für die Kosten aufkommen können, die ihre Betreuung verursacht, stehen Mittel der Sozialhilfe als Unterstützung zur Verfügung. Diese Grundstruktur der Finanzierung von Sozialleistungen basiert auf dem Subsidiaritätsprinzip der Sozialhilfe, *„die Hilfe nur für den Fall vorsieht, dass sich SozialhilfeempfängerInnen zum einen nicht mehr selbst helfen können und zum anderen auch keine Absicherung durch die Familie mehr möglich ist.“*[43]

5.1 Pflegegeldadministration

Anspruch auf Pflegegeld besteht, wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung ein Pflegebedarf im Ausmaß von mehr als 50 Stunden pro Monat vorliegt. Die Höhe des Pflegegeldes orientiert sich an der jeweiligen Bedürftigkeit der KlientInnen und ist entsprechend in sieben Pflegestufen eingeteilt.

[43] Vgl. Hofmarcher-Holzhacker: Stationäre Pflege, 2008, S. 45.

In Österreich wird der überwiegende Teil der Pflegegelder als „Bundespflegegeld“ von den Pensionsversicherungsanstalten an PensionsempfängerInnen ausgezahlt.
„Landespflegegeld“ erhalten Personen, die keine Pension beziehen bzw. noch nicht beziehen wie Kinder, Hausfrauen oder alle aktiv im Erwerbsleben stehenden Personen.
Insgesamt sind für die Administration des Pflegegeldes 23 Rechtsträger zuständig. Laut Angaben des Rechnungshofes erließen beispielsweise im Jahr 2007 insgesamt 280 Stellen Pflegegeldbescheide[44]. *„Nach Ansicht des RH (Anm.: Rechnungshofes) war die Aufteilung der Vollziehung auf so viele unterschiedliche Organisationseinheiten, die überwiegend für wenige Pflegegeldbezieher zuständig sind, einer einheitlichen und kostengünstigen Vollziehung nicht dienlich.“*[45] Der Rechnungshof empfahl bereits 2010 eine Reduktion der EntscheidungsträgerInnen und bescheiderlassenden Stellen. Es *„sollte mit einem Rechtsträger, der in jedem Bundesland eine Landesstelle unterhält, das Auslangen gefunden werden“*[46].
An dieser Stelle sei erwähnt, dass zum Zeitpunkt der Berichtserstellung eine Reform der Pflegegeldverwaltung grundsätzlich angestrebt wird. Dabei soll, zumindest bis 2014, die Administration des Landespflegegeldes durch den Bund erfolgen, der damit sowohl für Landes- als auch für Bundespflegegeld zuständig ist. Die Finanzierung des Landespflegegeldes soll allerdings weiterhin durch Transferzahlungen der Länder an den Bund sichergestellt werden.
Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung ist die endgültige administrative Regelung diesbezüglich (Rechtsträger, Anzahl und Lokalisierung der bescheiderlassenden Stellen etc.) noch nicht bekannt.

5.2 PflegegeldbezieherInnen und Ausgaben für Pflegegeld

2011 beträgt das monatliche Pflegegeld zwischen 154,20 Euro für die Pflegestufe 1 bis zu 1.655,80 Euro für die Pflegestufe 7. 2009 gab der Bund rund 1.880 Mio. Euro für Pflegegelder aus, das Land zahlte zusätzlich rund 360 Mio. Euro an Pflegebedürftige. Insgesamt bezogen Ende 2009 rund 433.000Personen Bundes- oder Landespflegegeld. Davon entfielen rund 85 Prozent auf den Bund und 15 Prozent auf die Länder.
Wie in Tabelle 11 dargestellt, ergibt sich daraus eine durchschnittliche Pflegegeldleistung pro PflegegeldbezieherIn des Bundes 2009 in der Höhe von 5.350 Euro [47] im Jahr bzw. 446 Euro im Monat (das Pflegegeld wird zwölfmal im Jahr ausbezahlt). Die entsprechenden durchschnittlichen Leistungen des Landes liegen etwas niedriger, da die Landes-PflegegeldbezieherInnen durchschnittlich jünger sind.

[44] Vgl. Der Rechnungshof: Vollzug des Pflegegeldes, 2010, S. 18.
[45] Ebenda.
[46] Ebenda.
[47] ohne LandeslehrerInnen und ohne Opferbefürsorgte

Tabelle 11: PflegegeldbezieherInnen und Aufwände 2009

Bundespflegegeld 2009	Bezieher-Innen	Aufwand	durchschnittlicher Aufwand je BezieherIn und Jahr
Burgenland	14.178	76.802.101	5.417
Kärnten	28.169	142.049.584	5.043
Niederösterreich	68.341	367.882.196	5.383
Oberösterreich	58.092	316.833.766	5.454
Salzburg	19.022	106.008.112	5.573
Steiermark	59.933	330.921.158	5.522
Tirol	22.659	124.660.706	5.502
Vorarlberg	11.853	72.983.582	6.157
Wien	68.726	339.086.027	4.934
Österreich	**350.973**	**1.877.227.232**	**5.349**
Landespflegegeld 2009	Bezieher-Innen	Aufwand	durchschnittlicher Aufwand je BezieherIn und Jahr
Burgenland	1.950	12.213.547	6.263
Kärnten	5.295	24.598.900	4.646
Niederösterreich	12.589	69.521.120	5.522
Oberösterreich	10.187	55.957.422	5.493
Salzburg	3.703	19.466.537	5.257
Steiermark	10.863	62.681.976	5.770
Tirol	5.027	28.775.847	5.724
Vorarlberg	2.677	13.600.449	5.080
Wien	14.647	74.876.199	5.112
Österreich	**66.938**	**361.691.997**	**5.403**

Anmerkung: Durchschnittswert 2009 für BundespflegegeldbezieherInnen ohne LandeslehrerInnen und ohne Opferbefürsorgte, LandespflegegeldbezieherInnen Stand 31.12.2009

Quelle: BMASK: Pflegevorsorge-Bericht 2009, 2009. KDZ: eigene Darstellung, 2011.

Dabei wirkt das ausbezahlte Pflegegeld nach dem Pflegegeldsystem in Österreich umverteilend. Fast zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen befinden sich in der unteren Hälfte der Einkommenshierarchie, obwohl sie Pflegegeld beziehen. Würden sie kein Pflegegeld beziehen würden 80 Prozent der potenziellen PflegegeldbezieherInnen über ein Einkommen verfügen, dass unter dem mittleren Einkommen in Österreich liegt und 50 Prozent der potenziellen PflegegeldbezieherInnen wären im einkommensschwächsten Quartil bei den Nettopersoneneinkommen.[48]

Die Ursachen für die unterschiedlich hohen Ausgaben für Pflegegeld in den Bundesländern (siehe Tabelle 11) können einerseits in der Altersstruktur und der erforderlichen Pflegeintensität (Pflegestufe) liegen. Andererseits aber, insbesondere beim Landespflegegeld, auch auf die jeweiligen regionalen Spezifika und Modalitäten für die Zuerkennung von Pflegegeld und die Zuteilung der Pflegestufen zurückzuführen sein. Im Bundesländervergleich zeigen sich bezüglich der BezieherInnen von Pflegegeld folgende Unterschiede:

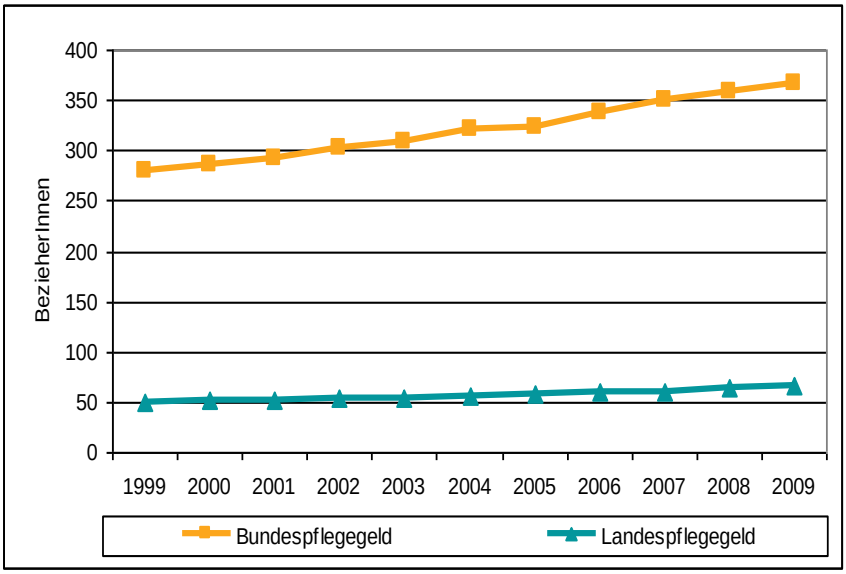
- Im Bundesland Tirol beziehen die wenigsten Personen bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 75 und mehr Jahren Pflegegeld, gefolgt von den Bundesländern Salzburg, Niederösterreich und Burgenland. Mit Ausnahme von Niederösterreich haben diese Bundesländer auch eine tendenziell jüngere Bevölkerungsstruktur (niedriger Anteil 65+Jähriger).

[48] Vgl. Mühlberger et al.: Langzeitpflege, 2008, S. 11.

- Die Bundesländer Kärnten und Wien haben einen unterdurchschnittlichen Anteil an PflegegeldbezieherInnen in den oberen Stufen und damit auch geringere finanzielle Belastungen. Der mittlere Aufwand je BezieherIn liegt dadurch deutlich unter dem Durchschnittswert aller Bundesländer.
- Überdurchschnittlich hoch sind die Anteile der höheren Pflegestufen insbesondere in den Bundesländern Burgenland und Tirol, entsprechend hoch ist folglich auch der mittlere Aufwand je BezieherIn.
- Die meisten PflegegeldbezieheInnenr je 75+Jähriget/m gibt es in den Bundesländern Kärnten und der Steiermark, ausschlaggebend dafür sind die BundespflegegeldbezieherInnen, es gibt aber überdurchschnittlich viele LandespflegegeldbezieherInnen.
- Beim Landespflegegeld ist insbesondere in Vorarlberg und Wien die Anzahl der BezieherInnen je 75+Jähriger/m überdurchschnittlich hoch.

Die Gesamtentwicklung der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen (siehe Abbildung 6) zeigt einen überproportional starken Anstieg der BezieherInnen um etwa ein Drittel seit 1999 (rund 32 Prozent). Die LandespflegegeldbezieherInnen haben insbesondere seit 2007 überproportional stark zugenommen (etwa + 5 Prozent je Jahr). Im Vergleich zur Bevölkerungsentwicklung (etwa +4,7 Prozent in zehn Jahren) hat die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen damit deutlich stärker zugenommen. Folglich stieg der Anteil an PflegegeldbezieherInnen an der Bevölkerung von 1999 von etwa 4 Prozent auf etwa 5 Prozent im Jahr 2010.

Abbildung 6: Entwicklung der PflegegeldbezieherInnen 1999 - 2010



Anmerkung: PflegegeldbezieherInnen jeweils zum 31. Dezember des Jahres, BundespflegegeldbezieherInnen ohne LandeslehrerInnen und ohne Opferbefürsorgte.

Quelle: BMASK: Pflegevorsorge-Bericht 2009, 2009. KDZ: eigene Darstellung, 2011.

Man kann also festhalten, dass die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in den vergangenen Jahren stetig zugenommen hat und auch der Anteil der PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung wächst. Dies führt dazu, dass die Ausgaben für Pflegegeld auch dann

deutlich steigen, wenn das Pflegegeld der Höhe nach nicht angepasst wird. Abhängig von der Altersstruktur und regionaler Vergabespezifika ergeben sich bezüglich der Höhe des Pflegegeldes und der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen zwischen den Bundesländern Unterschiede, wenngleich die Anzahl der BezieherInnen in allen Bundesländern wächst.
Die Gemeinden sind davon insbesondere betroffen, weil Sie einen Teil des Landespflegegeldes ko-finanzieren. In Tabelle 12 sind die geltenden landesgesetzlichen Regelungen hierfür dargestellt.

Tabelle 12: Finanzierungsregelungen zum Pflegegeld nach Bundesländern

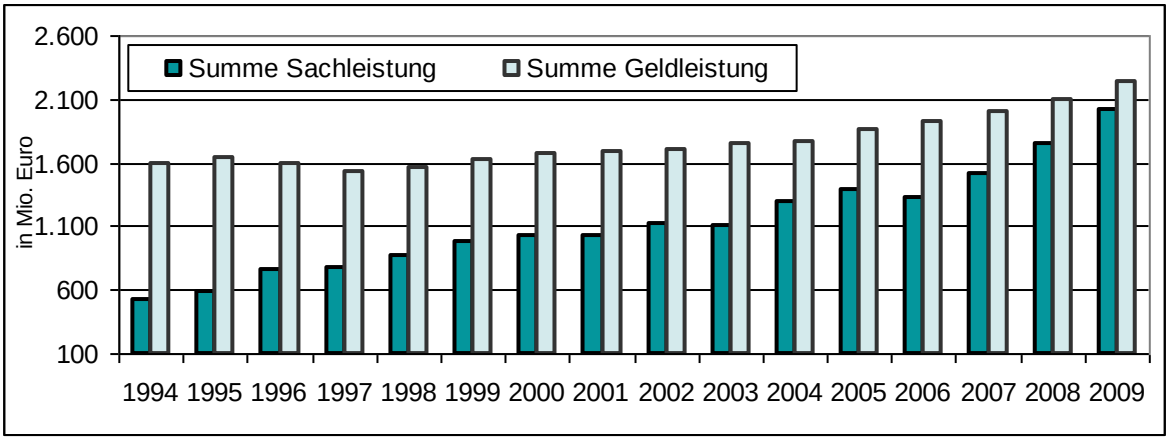
Bundesland	Horizontales Verteilungskriterium	Kostentragung durch die Gemeinden
Burgenland	Verteilung nach Finanzkraft	50% der Ausgaben
Kärnten	Verteilung nach der Einwohnerzahl	50% der Ausgaben
Niederösterreich	Verteilung wie Sozialhilfeumlage nach Finanzkraft	50% der Ausgaben
Oberösterreich	40% nach Volkszahl der politischen Bezirke, 60% nach Finanzkraft	regionale Träger: 35% der Ausgaben
Salzburg	Verteilung nach politischem Bezirk je nach Aufwand und Verteilung der Kosten auf die Gemeinden nach dem abgestuften Bevölkerungsschlüssel (nicht für die Stadt Salzburg)	50% der Ausgaben
Steiermark	Ersatz obliegt jenem Sozialhilfeverband, in dessen örtlichem Wirkungsbereich der Anspruchsberechtigte seinen Hauptwohnsitz zum Zeitpunkt der Antragsstellung hatte	Sozialhilfeverbände und die Stadt Graz: 40% der Ausgaben; Rückvergügung durch das Land von 40% der hereingebrachten Rückzahlungen
Tirol	Verteilung nach Finanzkraft	35% der Ausgaben
Vorarlberg	Verteilung nach Finanzkraft	40% der Ausgaben

Quelle: Pflegegeldgesetze der Bundesländer; KDZ: eigene Darstellung, 2011.

5.3 Zusätzliche Unterstützung durch die öffentliche Hand – Sachleistungen

Neben den so genannten Geldleistungen des Bundes und der Länder, die sich aus dem Pflegegeld ergeben, finanziert die öffentliche Hand noch weitere Leistungen im Bereich der Pflege, so genannte Sachleistungen.

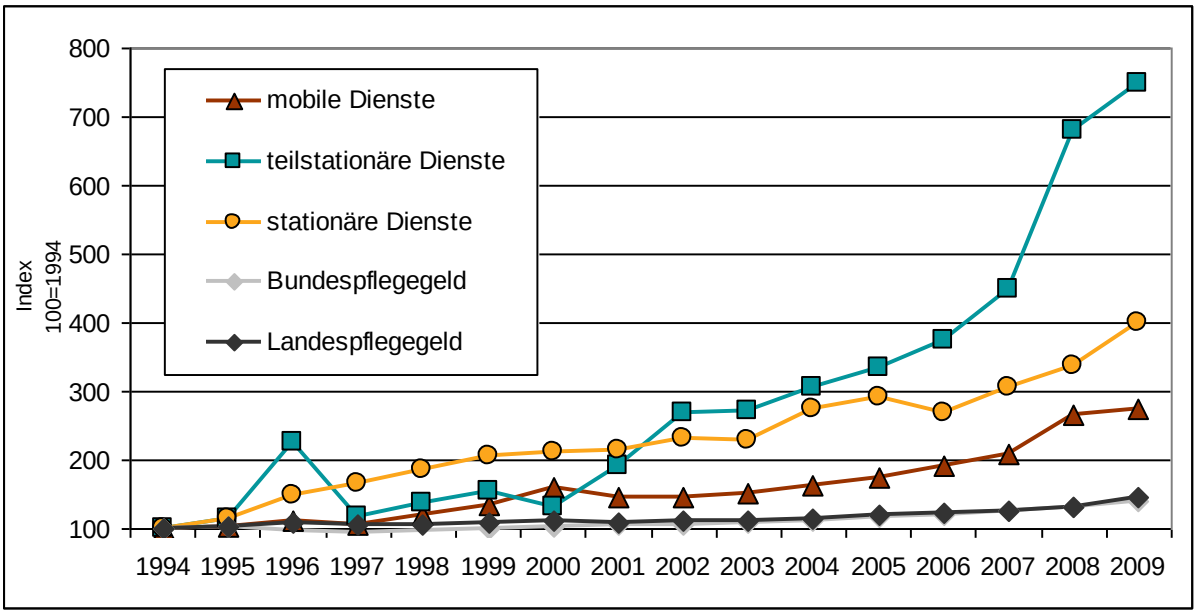
Abbildung 7: Entwicklung der Ausgaben des Bundes und der Länder in der Pflegevorsorge



Quelle: Mühlberger, Knittler, Guger: Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S. 34; BMASK: Pflegevorsorge-Bericht der Jahre 2007, 2008 und 2009; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

In Abbildung 7 ist zu sehen, dass die Ausgaben für Sachleistungen seit 1994 deutlich stärker steigen, als die Ausgaben für Geldleistungen. Während also in den 1990er Jahren in Österreich noch eine eindeutige Geldleistungsdominanz festzustellen war, so sind die Ausgaben für Sachleistungen 2009 fast gleich hoch wie jene für Geldleistungen.
Dies ist mitunter darauf zurückzuführen, dass das Pflegegeld nicht im selben Ausmaß angehoben wurde, wie die Nachfrage nach und die Kosten der Betreuung gestiegen sind.
Seit der Einführung 1993 wurde das Pflegegeld lediglich dreimal vollständig[49] in seiner Höhe dem entsprechenden Preisniveau angepasst und damit wertgesichert (="Valorisierung"). Zuletzt fand eine solche Valorisierung 2008 statt und 2011 wurde lediglich das Pflegegeld der Pflegestufe 6 angehoben. Damit verringert sich das real zur Verfügung stehende Pflegegeld jährlich zumindest um die Inflation.
Die Summe der Geldleistungen ist trotzdem stetig gestiegen. Dies ist auf die im vorigen Abschnitt dargestellte Erhöhung der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen zurückzuführen.
Der Anstieg der Ausgaben für Sachleistungen hängt auch mit der mangelnden Valorisierung des Pflegegeldes zusammen. Wenn nämlich das Einkommen der betreuten Personen zuzüglich des Pflegegeldes nicht dazu ausreicht die Kosten der Pflegeleistungen zu decken, so werden die Personen durch die Sozialhilfe unterstützt. Sinkt der reale Wert des Pflegegeldes mit der Zeit, so steigt jener Anteil der Pflegekosten, der durch die Sozialhilfe zu finanzieren ist. Die umfassende Abschaffung der Angehörigenregresspflicht in allen Bundesländern trägt noch dazu bei, dass der Finanzierungsanteil der Sozialhilfe an den gesamten Pflegekosten steigt. So sind in den letzten Jahren aus potenziellen Geldleistungen schleichend Ausgaben für Sachleistungen geworden.

Abbildung 8: Entwicklung der Nettoausgaben der öffentlichen Hand für Pflege und Betreuung

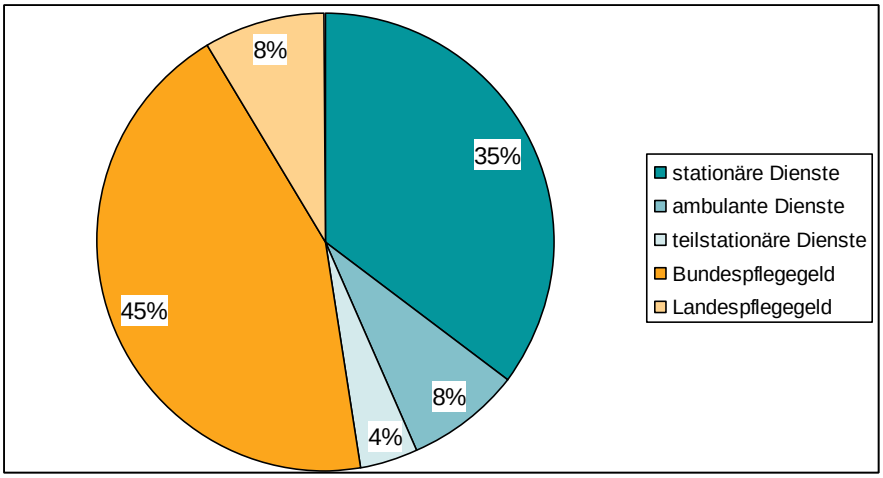


Quelle: Mühlberger, Knittler, Guger: Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S. 34; BMASK: Pflegevorsorge-Bericht der Jahre 2007, 2008 und 2009; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

[49] Mit 1. Jänner 2011 wurde lediglich das Pflegegeld für die Pflegestufe 6 erhöht, allerdings der Zugang zu Pflegegeld der Stufen 1 und 2 erschwert.

Dies ist auch in Abbildung 8 zu sehen. Die Nettoausgaben der öffentlichen Hand in den Leistungsbereichen steigen seit 2000 deutlich stärker als das Pflegegeld. In jüngster Vergangenheit steigen die Ausgaben für teilstationäre Einrichtungen besonders deutlich.

Abbildung 9: Verteilung der Ausgaben für Pflege und Betreuung 2009



Quelle: BMASK: Pflegevorsorge-Bericht 2009, 2009. KDZ: eigene Berechnung, 2011.

Nichts desto trotz bleiben die Ausgaben für stationäre Dienste (Alten- und Pflegeheime etc.) der größte Ausgabenposten im Bereich der Sachleistungen, während insgesamt das Bundespflegegeld die größte Ausgabenposition darstellt (siehe Abbildung 9).

5.4 Die Rolle der Städte in der Finanzierung der Pflege

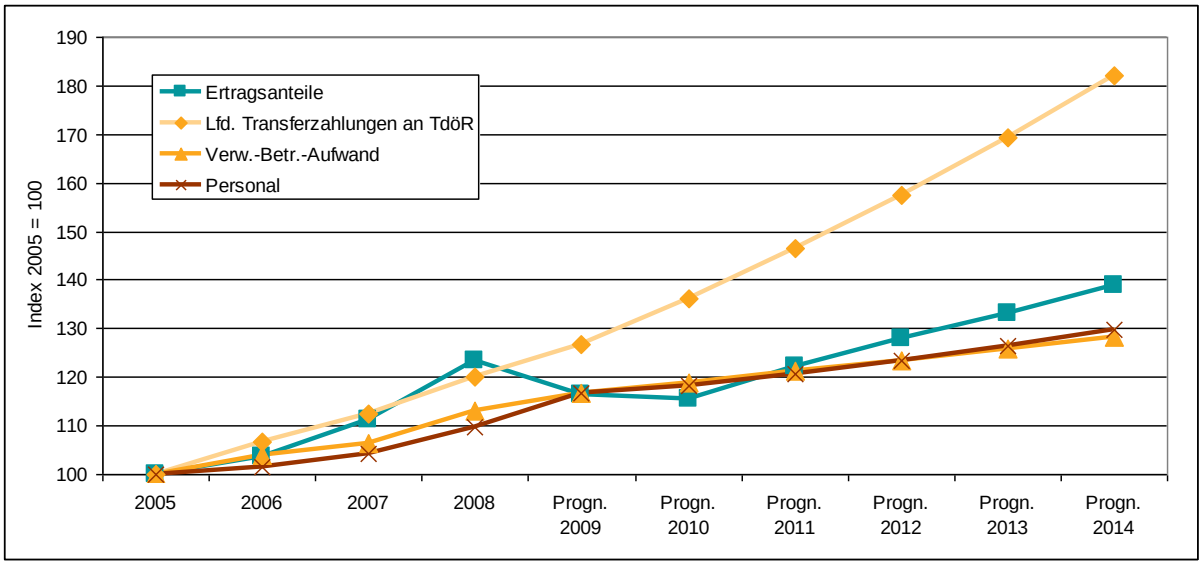
Es wurde gezeigt, dass in der Pflegefinanzierung die Finanzierung von Sachleistungen im Vergleich zu den Geldleistungen an Bedeutung gewinnt. Für die Städte ist dies deshalb wichtig, weil Geldleistungen größtenteils vom Bund erbracht werden. Sachleistungen hingegen sind von den Ländern und Gemeinden gemeinsam zu finanzieren. Je nach Bundesland erfolgt diese Ko-Finanzierung anhand folgender Methoden:

- Die Bundesländer sind hauptsächlich für die Gewährleistung und Finanzierung von Pflege- und Sozialleistungen zuständig und schreiben den Gemeinden einen bestimmten Anteil der Gesamtausgaben in Form von Umlagen vor (z.B. Niederösterreich, Burgenland etc).
- Die Gewährleistung und Finanzierung von Pflege- und Sozialleistungen ist in Gemeindeverbänden organisiert, die sich wiederum durch Umlagen finanzieren. Gemeindeverbände heben die Umlagen sowohl vom Land als auch von den Verbandsgemeinden ein. Die Planungs- und Genehmigungskompetenz wie auch jene zur Festlegung der Standards liegt allerdings weiterhin beim Land (z.B. Steiermark).
- Die Erbringung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen wird zwischen dem Land und regionalen Trägern (in der Regel Gemeindeverbände) so aufgeteilt, dass die finanzielle Belastung ähnlich hoch ist. So sind Umlagen zwischen Land und regionalen Trägern nur selten notwendig. Sind die regionalen Träger Gemeindeverbände,

so finanzieren die Mitgliedsgemeinden den jeweiligen Verband mit entsprechenden Umlagen (z.B. Oberösterreich).

Durch die Neuregelungen im Zusammenhang mit dem Pflegefonds wird sich künftig auch der Bund an der Sachleistungsfinanzierung beteiligen[50].

Abbildung 10: Entwicklung wesentlicher Positionen der laufenden Gebarung 2005 bis 2014



Quelle: Statistik Austria: Gemeindefinanzstatistik, 2010; KDZ: eigene Berechnungen (Februar-Prognose), 2011.

Wenn nun also Geldleistungen reduziert und Sachleistungen ausgebaut werden, so verschiebt sich die Finanzierungsverantwortung für Pflege und Betreuung in Richtung Länder und Gemeindeverbände, sowie indirekt durch höhere Sozialhilfeumlagen auch auf die Gemeinden. Dies erklärt unter anderem die starken Steigerungen der von den Gemeinden zu leistenden Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts in den vergangenen Jahren. Wie Abbildung 10 zeigt steigen die Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts deutlich stärker als andere wesentliche Ausgabenkategorien (Verwaltungs- und Betriebsaufwand bzw. Personalaufwand). Angesichts der Tatsache, dass die österreichischen Gemeinden 2009 im Durchschnitt 25 Prozent der Ausgaben der laufenden Gebarung für Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts aufgewendet haben, lässt sich ableiten, was eine entsprechende Steigerung für die Gemeindefinanzen bedeutet. Dazu kommt, dass die Ertragsanteile als wesentliche Einnahmenkategorie der Gemeinden in Österreich (ca. 40 Prozent der durchschnittlichen Einnahmen der laufenden Gebarung), ab 2008 nicht annähernd so stark steigen, wie es die Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts tun. Es öffnet sich also eine Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben, die eine Ursache der aktuellen Gemeindefinanzkrise ist.

Je nach Bundesland macht die angesprochene Sozialhilfeumlage zwischen 29 und 58 Prozent der gesamten Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts der Gemeinden eines Bundeslandes aus (siehe Tabelle 13) und ist damit ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Ausgaben im Bereich der Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts.

[50] Dazu allerdings mehr im Abschnitt V „Reformoptionen“ Kapitel 1 „Pflegefonds“ auf S. 74 dieses Berichts.

Tabelle 13: Transferzahlungen der Gemeinden an Träger des öffentlichen Rechts

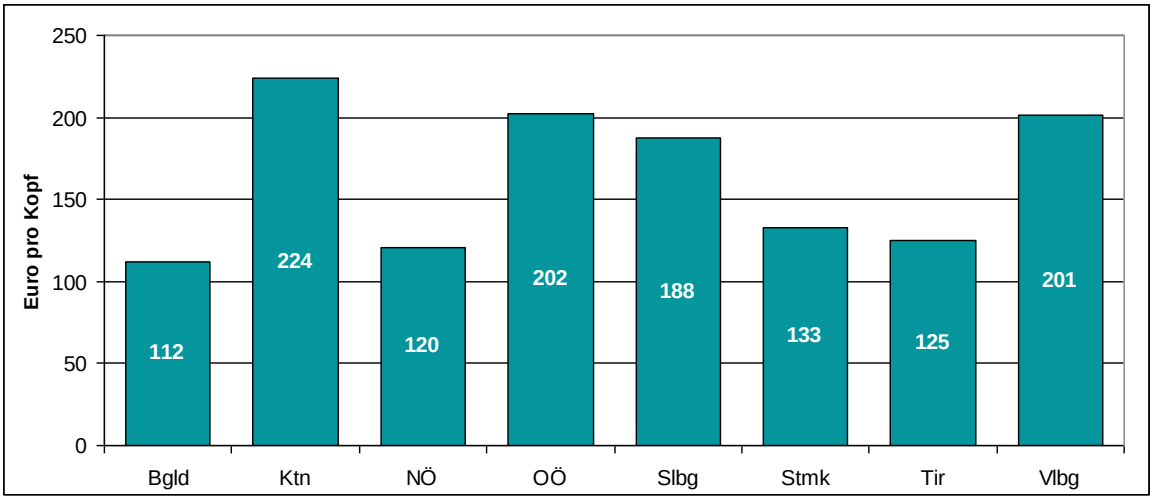
	Bgld	Ktn	NÖ	OÖ	Slbg	Stmk	Tir	Vlbg
Anteil an den gesamten Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts								
Sozialhilfeumlage i.w.S.*	58%	42%	30%	36%	44%	48%	29%	48%
Krankenanstalten-umlage	12%	21%	43%	33%	23%	0%	33%	29%
Landesumlage	27%	12%	0%	11%	17%	21%	15%	17%
Sonstige Transfers	2%	25%	26%	21%	16%	31%	23%	5%

* i.w.S = im weiteren Sinn; Umfasst neben der Sozialhilfeumlage im engeren Sinn auch Umlagen für die Behindertenhilfe und Jugendwohlfahrt. Letztere können aufgrund unterschiedlicher Buchungspraktiken nicht in allen Bundesländern separiert werden und müssen daher in Summe dargestellt werden.

Quelle: Statistik Austria: Gemeindefinanzstatistik, 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

Aufgrund der unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Bundesländern ist auch die Umlagenbelastung in den Bundesländern unterschiedlich groß. Abbildung 11 zeigt, dass die Pro-Kopf-Transferbelastung im Sozialbereich für die Gemeinden in Kärnten mit insgesamt 224 Euro pro Kopf am größten ist. Ähnlich hoch liegt sie in Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg. Vergleichsweise niedrig ist die Transferbelastung durch die Sozialhilfeumlage für die Gemeinden im Burgenland, in Niederösterreich, der Steiermark und Tirol.

Abbildung 11: Sozialtransfers der Gemeinden an Träger des öffentlichen Rechts 2009 nach Bundesländern in Summe

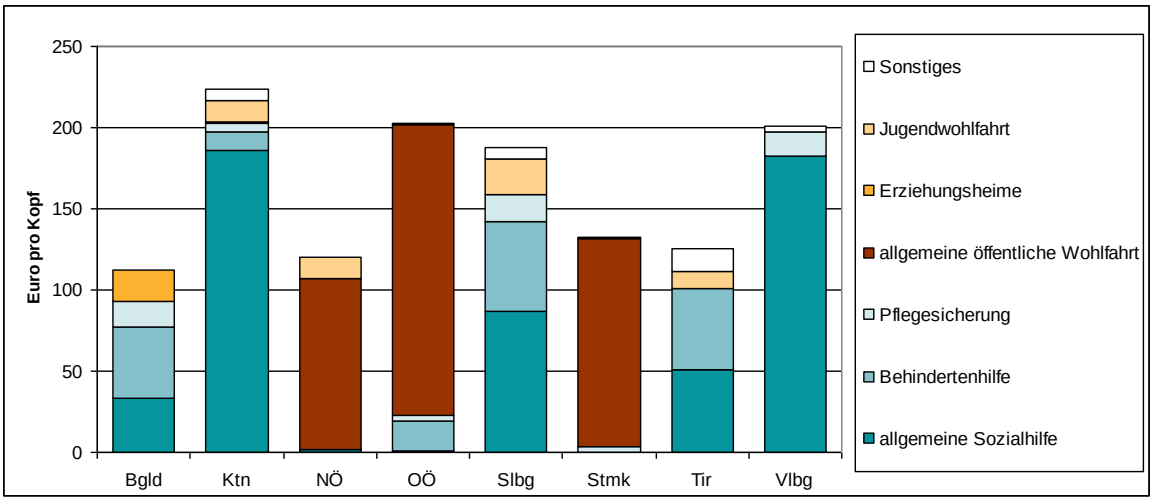


Quelle: Statistik Austria: Gemeindefinanzstatistik, 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

In welchem Ausmaß die Sozialhilfeumlage durch Ausgaben für Pflege determiniert wird, lässt sich aus der Gemeindefinanzstatistik nicht ableiten. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass die Verbuchungspraktiken bezüglich der Sozialhilfeumlage in den Bundesländern unterschiedlich sind. In Abbildung 12 ist zu sehen, dass in den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark der Großteil der Sozialhilfeumlagen im Unterabschnitt „Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen der allgemeinen öffentlichen Wohlfahrt“ (419) verbucht wird. In Kärnten und Vorarlberg hingegen fallen die meisten Transfers in den Unterabschnitt „Maßnahmen der allgemeinen Sozialhilfe“ (411). Die Gemeinden der Bundesländer Burgenland,

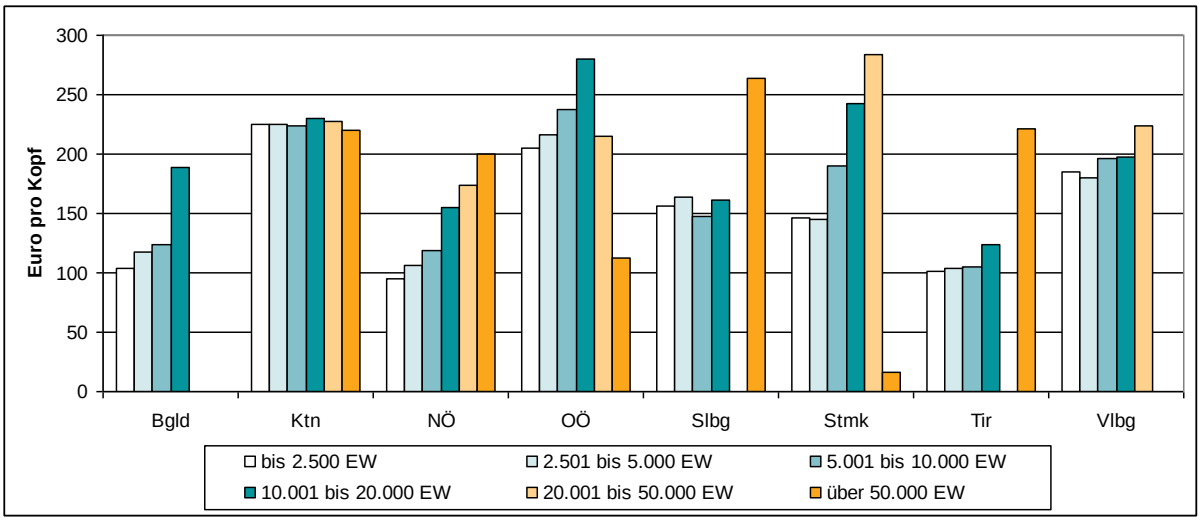
Salzburg und Tirol verteilen die Umlage auf mehrere Unterabschnitte. Der für die Pflegesicherung vorgesehene Unterabschnitt wird im Zusammenhang mit Transfers zwar in allen Bundesländern bebucht. Der verbuchte Betrag ist allerdings so gering, dass ausgeschlossen werden kann, dass sämtliche Ausgaben im Bereich der Pflege damit erfasst werden. Aus Sicht der Städte wäre allerdings eine exaktere Verbuchung der Umlagen gar nicht möglich, weil die Umlagen seitens des Landes oft pauschal vorgeschrieben werden und somit der unmittelbare Verwendungszweck für die Städte und Gemeinden gar nicht ersichtlich wird.

Abbildung 12: Sozialtransfers der Gemeinden an Träger des öffentlichen Rechts 2009 nach Bundesländern und Transferzweck



Quelle: Statistik Austria: Gemeindefinanzstatistik, 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

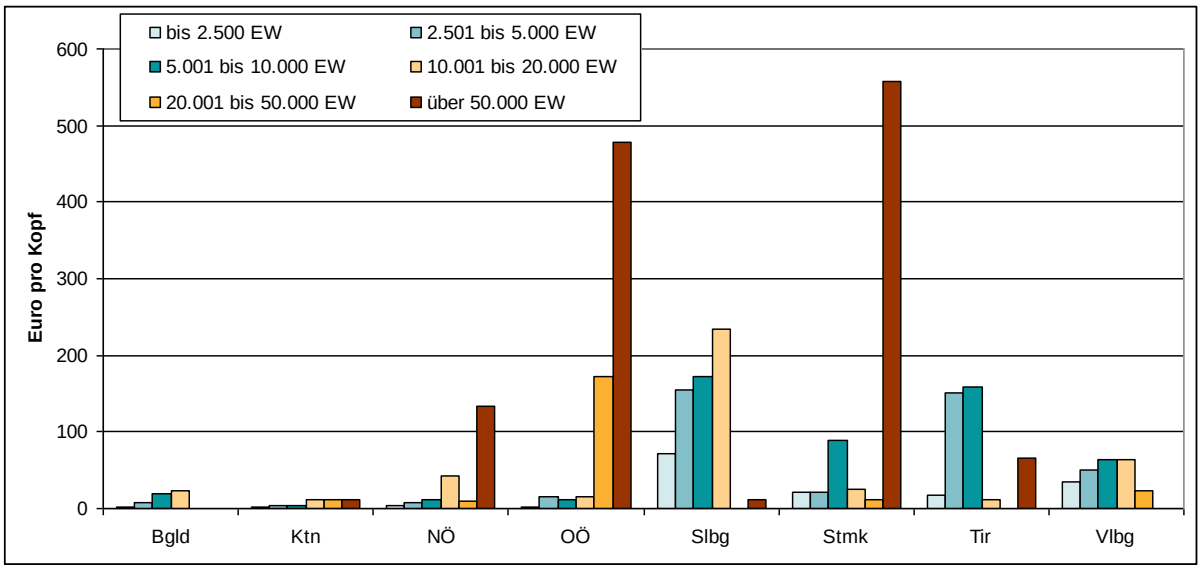
Abbildung 13: Sozialtransfers der Gemeinden an Träger des öffentlichen Rechts 2009 nach Bundesländern und Einwohnergrößenklassen



Quelle: Statistik Austria: Gemeindefinanzstatistik, 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

In Abbildung 13 ist zu sehen, dass die Transferbelastung der Gemeinde mit der Einwohnerzahl steigt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich die Umlagenbelastung der Gemeinden eines Bundeslandes durch einen fixen Schlüssel ergibt[51]. Die notwendige Umlagensumme wird durch das Land festgesetzt. Welche Gemeinde welchen Teil dieser Umlagensumme einzubringen hat hängt in den meisten Bundesländern von ihrer Finanzkraft (= Einnahmen aus eigenen Steuern und gemeinschaftlichen Bundesabgaben) ab. Gemeinden mit höherer Finanzkraft werden stärker belastet, finanzschwache Gemeinden weniger stark. In der Regel sind Städte finanzkräftiger als kleinere Gemeinden, sodass die Transferbelastung der Städte höher ist. Lediglich in Kärnten wird die Transferlast nach der Bevölkerung verteilt, sodass sich eine nahezu gleich hohe Belastung der Gemeinden aller Einwohnergrößenklassen ergibt.
Eine außergewöhnlich geringe Transferbelastung weisen die Städte mit mehr als 50.000 EinwohnerInnen in Oberösterreich (Linz und Wels) und der Steiermark (Graz) aus. Dies ist wie folgt zu erklären: Sowohl in Oberösterreich als auch in der Steiermark sind die Träger der Sozialhilfe so genannte Sozialhilfeverbände. Das sind in der Regel Gemeindeverbände aus Gemeinden eines Bezirkes, die die Leistungen der Sozialhilfe erbringen. Linz, Wels und Graz sind in keinem Gemeindeverband eingebunden. Sie sind zum einen Städte mit eigenem Statut und daher keinem anderen Bezirk zuzuordnen und andererseits groß und finanzkräftig genug, um die Sozialhilfeleistungen in effizienter Weise selbst erbringen zu können. Daraus folgt, dass diese Städte auch kaum Transferzahlungen im Sozialhilfebereich ausweisen. Stattdessen sind die Ausgaben für Eigenleistungen im Bereich der Sozialhilfe in diesen Städten sehr groß (siehe Abbildung 14). Es ist zu sehen, dass besonders die großen Städte in Oberösterreich und der Steiermark sowie in Niederösterreich (St. Pölten) nennenswerte Ausgaben im Bereich der Pflege und Betreuung ausweisen[52].

Abbildung 14: Direkte Gemeindeausgaben im Bereich der Pflege und Betreuung 2009 (Ausgaben der Abschnitte 41 und 42 des Gemeindehaushalts exkl. Transfers)



Quelle: Statistik Austria: Gemeindefinanzstatistik, 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

[51] Für einen Überblick über die einzelnen Regelungen zur Verteilung der Umlagen auf die Gemeinden vgl. Biwald et al.: Reform des Finanzausgleichs, 2010, S. 63 f.

[52] St. Pölten betreibt ein eigenes Pflegeheim und weist daher entsprechend hohe Ausgaben aus. Da die Sozialhilfe in Niederösterreich allerdings nicht durch Gemeindeverbände erbracht wird, sondern vom Land, muss St. Pölten trotzdem entsprechende Sozialhilfeumlagen entrichten. Es ist allerdings auch zu erwähnen, dass St. Pölten Landesförderungen für den Betrieb und Ausbau des Pflegeheimes erhält.

Außerdem verzeichnen auch kleinere Gemeinden in Salzburg und Tirol entsprechende Ausgaben. Diese Gemeinden erbringen eigene Leistungen in der Pflege und Betreuung. Sie sind hauptsächlich Betreiber von stationären Einrichtungen, erbringen aber auch Leistungen im Bereich der Mobilen Dienste. Alle anderen Städte und Gemeinden (der Großteil der österreichischen Städte und Gemeinden) erbringen neben den beachtlichen Transferzahlungen (Sozialhilfeumlage) nur in geringem Ausmaß Leistungen im Bereich der Pflege und Betreuung. Es kann zusammenfassend folgendes festgehalten werden:

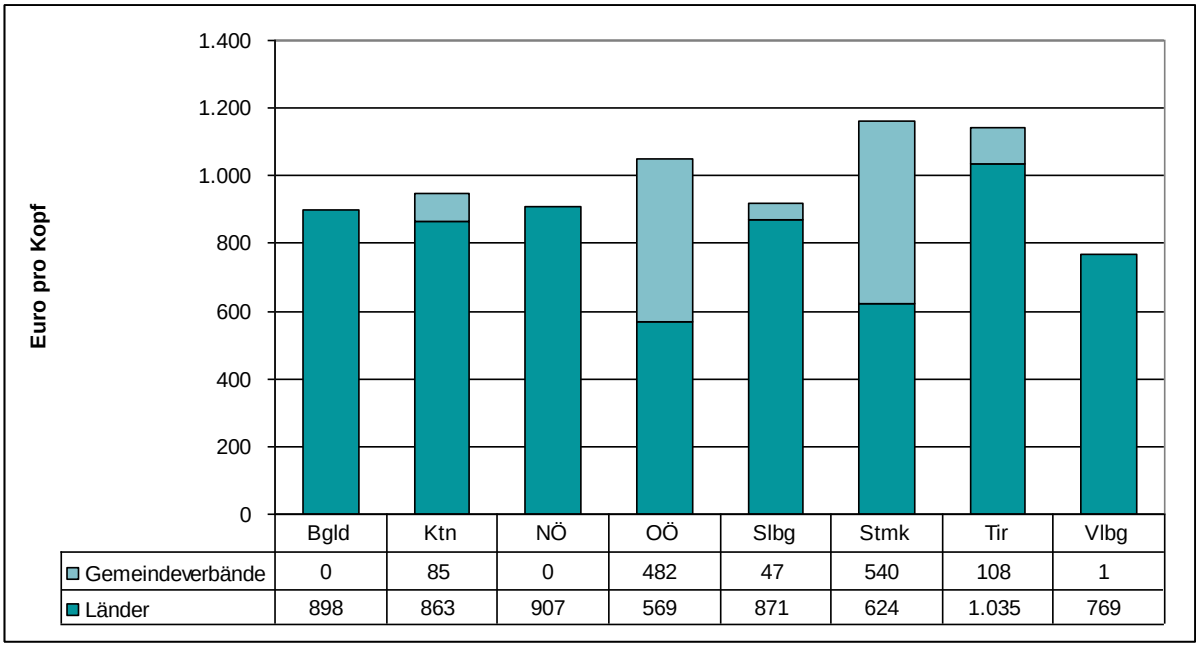
- **Ein Zusammenhang zwischen steigenden Pflegeausgaben (insbesondere Sachleistungsausgaben) und der steigenden Sozialhilfeumlage der Gemeinden ist gegeben.** Dieser ergibt sich nicht zuletzt dadurch, dass Pflegebedürftige Anspruch auf Sozialhilfe haben, wenn die notwendigen Pflegeleistungen nicht durch das eigene Einkommen und das Pflegegeld finanzierbar sind. Die Sozialhilfe ist zwar Aufgabe der Länder, wird aber von den Gemeinden durch entsprechende Umlagen ko-finanziert.
- **Das Ausmaß der finanziellen Belastung der Gemeinden durch die Sozialhilfeumlagen ist in den Bundesländern unterschiedlich.** Besonders stark belastet sind die Gemeinden in Kärnten, während die Gemeinden im Burgenland vergleichsweise niedrige Transferzahlungen aufweisen.
- **Städte sind stärker durch die Sozialhilfeumlage belastet.** Diese höhere Belastung ergibt sich dadurch, wie die Verteilung der Umlagenlast auf die Gemeinden erfolgt. In der Regel werden Gemeinden mit höherer Finanzkraft (meist die größeren Städte) in stärkerem Ausmaß mit Umlagen belastet als kleinere Gemeinden. Hierbei sind die Gemeinden in Kärnten und die großen Städte in Oberösterreich und der Steiermark auszunehmen. Die oberösterreichischen und steirischen Gemeinden weisen verhältnismäßig hohe eigene Leistungen aus (Sozialhilfeverbände) und zahlen daher weniger Transfers. In Kärnten wird die Finanzierungslast zwischen den Gemeinden nicht – wie in den anderen Bundesländern üblich – nach Finanzkraft, sondern pro Kopf verteilt. So ergibt sich eine nahezu gleichmäßige Lastenverteilung über die Einwohnergrößenklassen.
- **Das Ausmaß der Verwendung der Sozialhilfeumlage für die Pflege kann nicht eindeutig nachgewiesen werden.** In welchem Ausmaß die von den Gemeinden zu leistende Sozialhilfeumlage zur Pflegefinanzierung verwendet wird, ist aus den Rechnungsabschlüssen der Gemeinden nicht ersichtlich und den Gemeinden in der Regel auch nicht bekannt.
- **Direkte Gewährleistung und Finanzierung von Pflegeleistungen wird vor allem von Gemeinden in Salzburg und Tirol sowie den großen Städte in Oberösterreich, Niederösterreich und der Steiermark übernommen.** Bei den verbleibenden Städten und Gemeinden sind die Transferzahlungen an Länder und Gemeindeverbände die größte Belastung.

5.5 Die Rolle der Länder bei der Finanzierung der Pflege

Inwiefern die Länder direkt für die Finanzierung der Pflege aufkommen hängt von der Organisation des Sozialwesens im jeweiligen Bundesland ab. In Bundesländern mit flächendeckenden Sozialhilfeverbänden (Oberösterreich und Steiermark) finanzieren diese Gemeindeverbände die Ausgaben für Soziales zumindest teilweise. Je nach Organisationsform übernimmt das Land Gewährleistungsverantwortung für bestimmte Bereiche der Sozialhilfe und finanziert einen gesetzlich festgelegten Teil der Sozialhilfe. Oder das Land agiert als Ko-

Finanzierer und beteiligt sich an der Finanzierung der Sozialhilfeleistungen durch den Gemeindeverband mittels Umlagen, wie es auch die Gemeinden tun. In Kärnten existieren zwar auch Sozialhilfeverbände, diese weisen aber einen geringeren Anteil der Sozialausgaben des jeweiligen Landes aus. Sodass in allen Bundesländern mit Ausnahme der Steiermark und Oberösterreich, die Länder den Großteil der Sozialausgaben tragen. In Salzburg und Tirol gibt es Gemeindeverbände für den Betrieb von Alten-, Wohn- und Pflegeheimen. Das Land gewährt hier sowohl finanzielle Zuschüsse für die Pflegeheimbetreiber und ist auch weiterhin für die Sozialhilfe zuständig.
In Abbildung 15 sind die Sozialausgaben in den Bundesländern dargestellt. Es wird außerdem aufgeschlüsselt, inwiefern die Ausgaben von Gemeindeverbänden oder den Ländern zu tragen sind. Dabei sind die Ausgaben der Länder um die Transferzahlungen an die Gemeindeverbände verringert, um zu vermeiden, dass diese Ausgaben doppelt gezählt werden. Schließlich verwenden die Gemeindeverbände (insbesondere die Sozialhilfeverbände) die Transferzahlungen der Länder zur Finanzierung ihrer Ausgaben für Sozialhilfe.
Im Durchschnitt liegen die Ausgaben für Soziales bei ca. 957 Euro pro Kopf. In Vorarlberg sind sie unterdurchschnittlich und in der Steiermark und in Tirol liegen sie über dem Schnitt. Es zeigt sich also, dass die Ausgaben im Bereich Soziales in allen Bundesländern ähnlich hoch sind.

Abbildung 15: Sozialausgaben in den Bundesländern



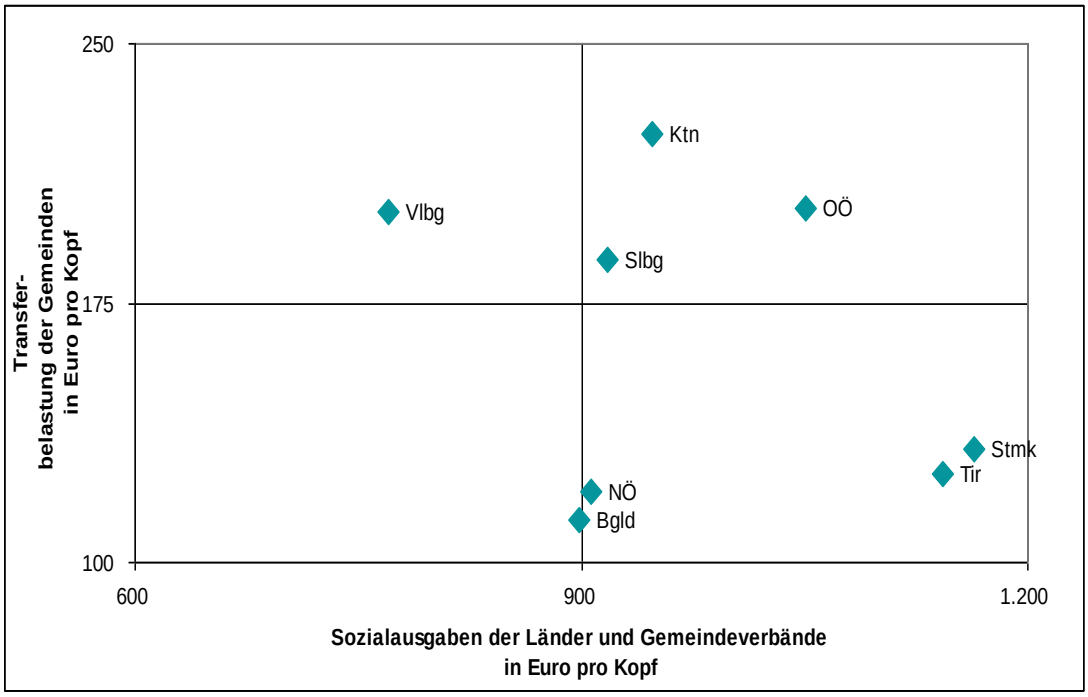
	Bgld	Ktn	NÖ	OÖ	Slbg	Stmk	Tir	Vlbg
Gemeindeverbände	0	85	0	482	47	540	108	1
Länder	898	863	907	569	871	624	1.035	769

Quelle: Statistik Austria: Länderfinanzstatistik und Finanzstatistik der Gemeindeverbände, 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

Es kann auch kein Zusammenhang zwischen den Sozialausgaben im jeweiligen Bundesland und der Transferbelastung der Gemeinden des jeweiligen Bundeslandes hergestellt werden (siehe Abbildung 16): In der Steiermark und in Tirol sind die Sozialausgaben am höchsten, die Gemeinden werden aber in relativ geringem Ausmaß belastet. In Oberösterreich ist die Belastung der Gemeinden relativ hoch und auch die Landessozialausgaben sind hoch. Die Gemeindebelastung ist allerdings auch in Vorarlberg hoch, wo die Sozialausgaben wiederum

relativ niedrig sind. Niedrige Sozialausgaben weist auch das Burgenland auf. Dort sind aber auch die Gemeinden nur in geringem Ausmaß durch Sozialtransfers belastet.

Abbildung 16: Sozialausgaben in den Bundesländern und Transferbelastung der Gemeinden



Quelle: Statistik Austria: Länderfinanzstatistik und Finanzstatistik der Gemeindeverbände, 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

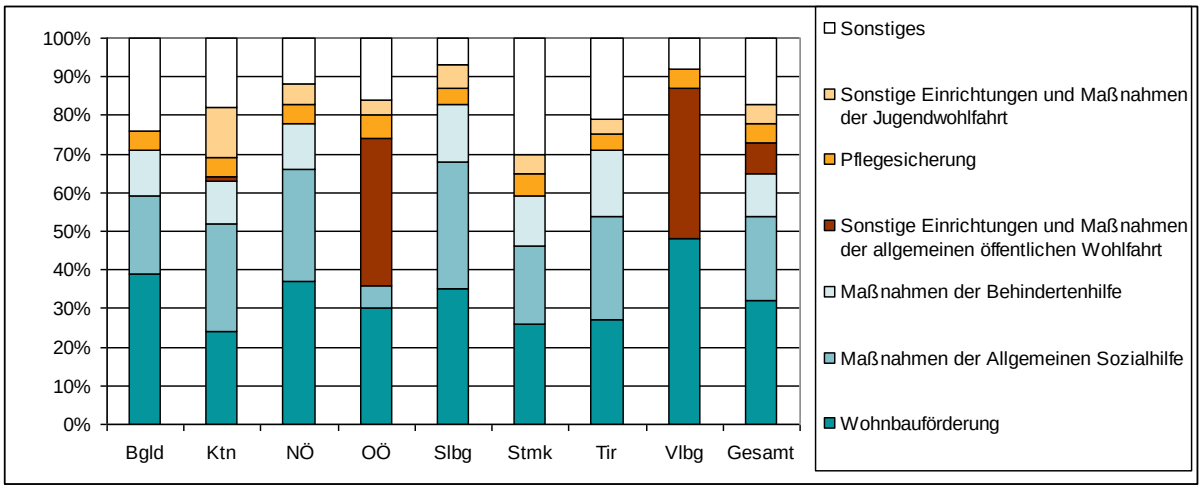
Inwiefern die Sozialausgaben eines Bundeslandes allerdings direkt mit Pflege und Betreuung in Zusammenhang stehen, kann nicht eindeutig nachgewiesen werden. Dies hat damit zu tun, dass lediglich die Auszahlung des Pflegegeldes in den Länderhaushalten explizit ausgewiesen wird (Unterabschnitt 417 Pflegesicherung). Wie Abbildung 17 zeigt spielen diese Ausgaben allerdings eine untergeordnete Rolle. Eine Analyse der Landesausgaben in der Abschnittsgruppe 4 („Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung“) zeigt, dass die meisten Ausgaben (in Summe aller Bundesländer ca. 32 Prozent) für die Wohnbauförderung (Unterabschnitt 482) anfallen, in Summe ca. 22 Prozent für Maßnahmen der allgemeinen Sozialhilfe inkl. offene Sozialhilfe (Unterabschnitt 411) verwendet werden und ca. 11 Prozent für Behindertenhilfe (Unterabschnitt 413) ausgegeben werden. Die restlichen Ausgaben verteilen sich auf mehrere Ansätze, die jeweils für sich kein großes Gewicht aufweisen.[53]

Ausgaben für Pflege und Betreuung fallen demnach in den Bereich der Pflegesicherung (Unterabschnitt 417), wenn es sich um Geldleistungen der Länder handelt. Sachleistungen können in den Unterabschnitten „allgemeine Sozialhilfe“ und „Behindertenhilfe“ (411 und 413)

[53] Auch bei der Betrachtung der Länderhaushalte zeigen sich unterschiedliche Verbuchungspraktiken. So fällt beispielsweise in Oberösterreich und Vorarlberg auf, dass in hohem Ausmaß Ausgaben für Sonstige Einrichtungen und Maßnahmen der allgemeinen öffentlichen Wohlfahrt verbucht werden. Dabei haben die Maßnahmen der Allgemeinen Sozialhilfe und die Behindertenhilfe relativ geringes Gewicht. Dies kommt daher, dass in diesen beiden Bundesländern die entsprechenden Ausgaben für Sozial- und Behindertenhilfe meist unter sonstige Einrichtungen und Maßnahmen der allgemeinen öffentlichen Wohlfahrt (Unterabschnitt 419) verbucht werden, während sie in den anderen Bundesländern jeweils auf dem entsprechenden Unterabschnitt (411 Sozialhilfe oder 413 Behindertenhilfe) verbucht werden.

verzeichnet sein. In diesen Unterabschnitten sind aber nicht ausschließlich Ausgaben für Pflege und Betreuung sondern auch Ausgaben für die offene Sozialhilfe enthalten.

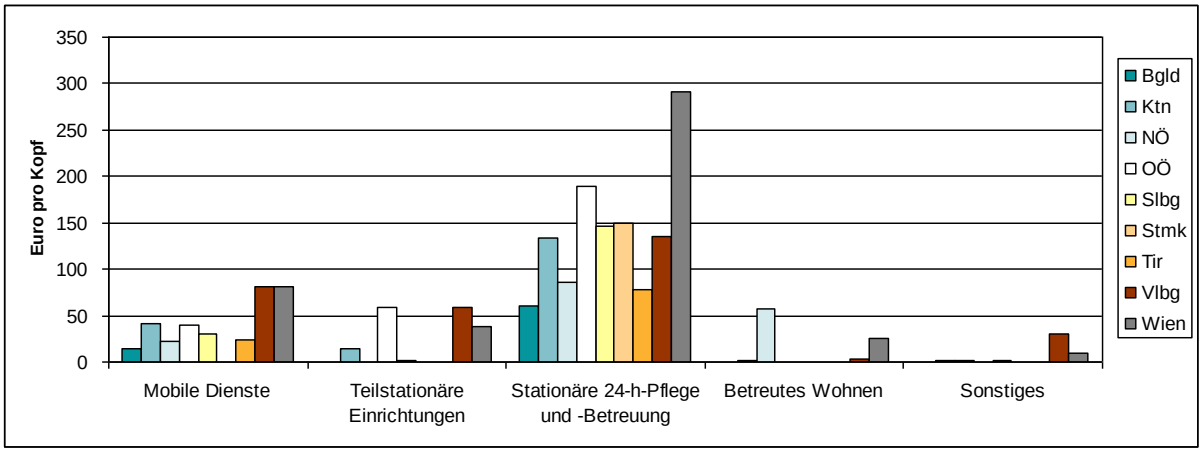
Abbildung 17: Ausgaben der Bundesländer 2009 in der Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung nach Unterabschnitten



Quelle: Statistik Austria: Länderfinanzstatistik, 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

Insofern können die unmittelbaren Ausgaben der Länder für Pflege und Betreuung nicht aus den Haushalten abgeleitet werden. Es kann lediglich auf die Angabe der Bundesländer bezüglich der Nettoausgaben in den jeweiligen Leistungsarten im Pflegevorsorgebericht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zurückgegriffen werden (siehe Abbildung 18). Dabei ist zu sehen, dass die Angaben der Bundesländer höchst unterschiedlich sind, was zum Teil auch auf unterschiedlichen Erfassungsmethoden beruht. Eine Vereinheitlichung dieser Erfassungsmethoden ist eine Grundvoraussetzung dafür, eine vergleichbare Datenbasis zur einheitlichen Steuerung im Pflegebereich zu schaffen und Benchmarking zu ermöglichen.

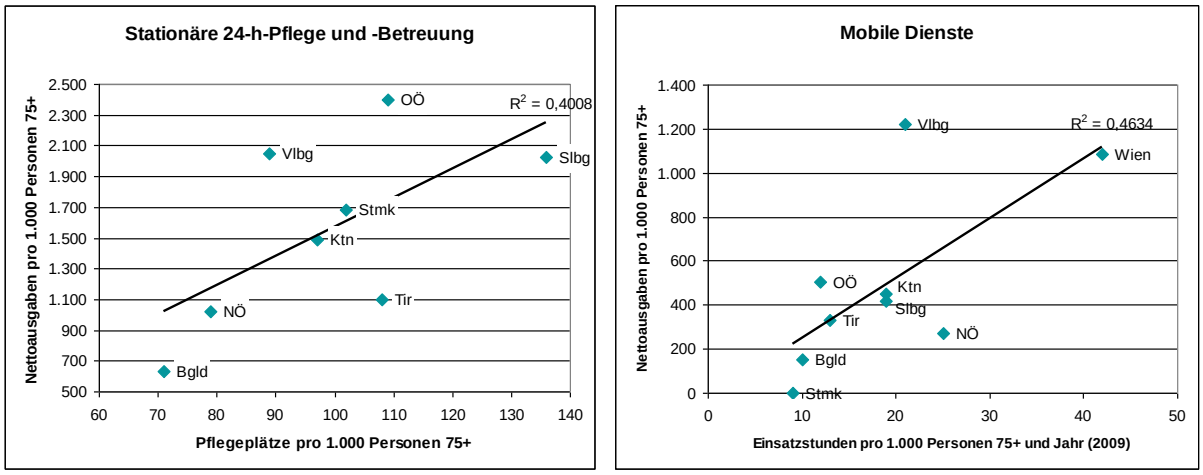
Abbildung 18: Nettoausgaben der Bundesländer 2009 für Leistungen der Pflege und Betreuung nach Leistungsart in Euro pro Kopf



Quelle: BMASK: Pflegevorsorge-Bericht 2009, 2009. KDZ: eigene Berechnung, 2011.

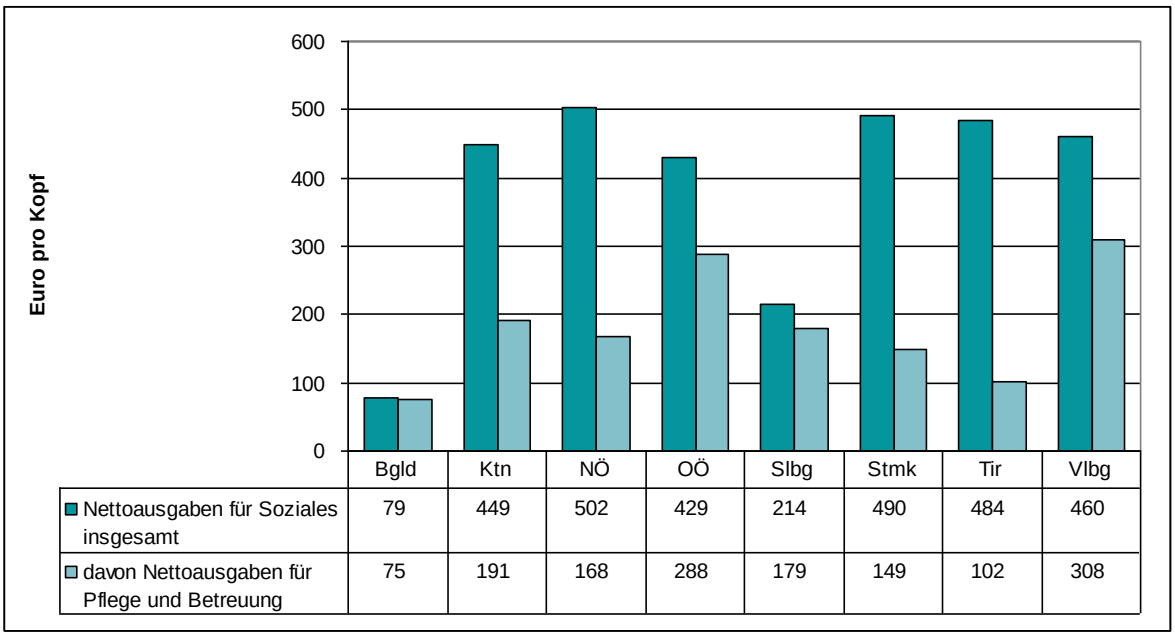
Vergleicht man allerdings die Nettoausgaben der Länder mit dem verfügbaren Leistungsangebot, so lässt sich durchaus ein Zusammenhang herstellen: Länder mit einem umfassenden Angebot an Pflegeplätzen bzw. Leistungen von Mobilen Diensten weisen auch entsprechend hohe Nettoausgaben je 1.000 Personen aus, die älter als 75 Jahre sind.

Abbildung 19: Zusammenhang zwischen Nettoausgaben der Länder und Leistungsangeboten in den Bundesländern 2009



Quelle: BMASK: Pflegevorsorge-Bericht 2009, 2009. KDZ: eigene Berechnung, 2011

Abbildung 20: Nettoausgaben der Bundesländer 2009 für Leistungen der Pflege und Betreuung verglichen mit den Netto-Sozialausgaben der Bundesländer



	Bgld	Ktn	NÖ	OÖ	Slbg	Stmk	Tir	Vlbg
Nettoausgaben für Soziales insgesamt	79	449	502	429	214	490	484	460
davon Nettoausgaben für Pflege und Betreuung	75	191	168	288	179	149	102	308

Quelle: BMASK: Pflegevorsorge-Bericht 2009, 2009. KDZ: eigene Berechnung, 2011.

Ungeachtet der unterschiedlichen Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben der einzelnen Bundesländer zeigt Abbildung 20 auch, dass die Nettoausgaben der Länder für Pflege und Betreuung im Vergleich zu den Netto-Sozialausgaben vieler Bundesländer relativ geringes Gewicht haben. Dies gilt vor allem für Kärnten, Niederösterreich, Steiermark und Tirol. Insbesondere im Burgenland und Salzburg wird allerdings der Großteil der Nettoausgaben für Soziales durch Pflege und Betreuung begründet. Auch diese indifferenten Ergebnisse dürften in erster Linie auf eine zwischen den Bundesländern inhomogene Erfassung und Aufbereitung der Daten zurückzuführen sein.

5.6 Zusammenfassung

Grundsätzlich sind Pflegeleistungen in Österreich von der jeweiligen Leistungsempfängerin bzw. vom jeweiligen Leistungsempfänger zu bezahlen. Pflegebedürftige werden vom Staat in erster Linie durch das Pflegegeld unterstützt. Reicht das eigene Einkommen (in der Regel die Pension) und das Pflegegeld nicht aus um die notwendige Pflege zu finanzieren und gleichzeitig einen angemessenen Lebensunterhalt der Pflegebedürftigen zu sichern, so bietet die Sozialhilfe Unterstützung.
Die Summe des ausbezahlten Pflegegeldes steigt seit dessen Einführung Mitte 1993 stetig. 2009 wurde in Summe 40 Prozent mehr Pflegegeld ausbezahlt als noch 1994. Das Pflegegeld wurde allerdings seit seiner Einführung kaum wertgesichert (valorisiert). Der Anstieg der Gesamtsumme des bezahlten Pflegegeldes ist daher größtenteils durch das Mengenwachstum der PflegegeldbezieherInnen zu erklären. Real trägt das Pflegegeld aufgrund der mangelnden Valorisierung jährlich immer weniger zur Finanzierung der Pflegekosten jeder einzelnen bedürftigen Person bei. So kommt es, dass ein immer größerer Teil der Pflegekosten durch die Sozialhilfe finanziert werden muss. Man kann also sagen, dass aus der anfänglichen Geldleistungsdominanz (Geldleistung = Pflegegeld) bei der Pflegefinanzierung in Österreich, die Sachleistungsfinanzierung (aus Mitteln der Sozialhilfe) zunehmend an Bedeutung gewinnt. Während Geldleistungen hauptsächlich durch den Bund finanziert werden, werden Sachleistungen sowohl von den Ländern als auch von den Gemeinden finanziert. Wenn also Pflegebedürftige real immer mehr durch Sachleistungen und immer weniger durch Geldleistungen unterstützt werden, heißt das für die Länder und Gemeinden, dass sie einen jährlich größer werdenden Anteil der Pflegekosten zu tragen haben.
Bei den Gemeinden zeigt sich das in der stetig wachsenden Belastung durch die Sozialhilfeumlagen. Dabei sind besonders die Städte belastet. Städte tragen einen größeren Teil dieser wachsenden Finanzierungslast, weil die Umlage auf die Gemeinden in aller Regel[54] nach deren Finanzkraft verteilt werden, so dass finanzkräftigere Gemeinden höhere Umlagen zu leisten haben als finanzschwächere. Davon ausgenommen sind die großen Statutarstädte in Bundesländern mit Sozialhilfeverbänden[55]. Diese sind zwar nicht durch die Umlagen belastet, finanzieren die Sozialleistungen allerdings direkt und sind so unmittelbar durch die Kostensteigerungen betroffen.

[54] Ausgenommen sind die Gemeinden in Kärnten. Hier wird die Umlagenlast pro Kopf auf die Gemeinden verteilt, wodurch sich eine gleichmäßige Belastung der Städte und Gemeinden (ungeachtet ihrer Größe oder Finanzkraft) ergibt.
[55] Das sind zum Beispiel Graz, Linz, Wels etc. Pflegeleistungen in diesen Städten werden nicht von einem Sozialhilfeverband sondern vom Magistrat getragen. Grund dafür ist, dass in einem Sozialhilfeverband in der Regel Gemeinden eines Bezirks gemeinsam Sozialhilfeleistungen erbringen. Städte mit eigenem Statut können keinem politischen Bezirk zugeordnet werden und sind daher als Magistrat alleinige Träger der Sozialhilfe (entsprechend einem Gemeindeverband in einem Bezirk).

Die Umlagenbelastung der Städte und Gemeinden ist allerdings bundesländerweise unterschiedlich. Während die Gemeinden im Burgenland, Niederösterreich, der Steiermark und Tirol eher weniger belastet werden, so sind es die Gemeinden in Kärnten, Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg die relativ hohe Sozialhilfeumlagen zu leisten haben. Ein Zusammenhang zwischen der Umlagenbelastung der Gemeinden eines Bundeslandes und der Sozialausgaben des jeweiligen Bundeslandes konnte allerdings nicht hergestellt werden. Vielmehr erfolgt die Transferbelastung der Gemeinden in jedem Bundesland nach den historisch gewachsenen Regelungen im jeweiligen Bundesland.
Auch wird weder aus den Rechnungsabschlüssen der Länder noch aus den Rechnungsabschlüssen der Gemeinden deutlich, in welchem Ausmaß die Umlagen für Sozialhilfe tatsächlich zur Finanzierung der Pflege herangezogen werden.
Lediglich die Angaben der Bundesländer im Pflegevorsorgebericht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) lassen auf die Nettoausgaben der Länder für Pflege und Betreuung schließen. Dabei wird deutlich, dass am meisten Geld für Stationäre 24-h-Pflege und -Betreuung ausgegeben wird. Die tatsächliche Höhe der Ausgaben ist allerdings wiederum deutlich unterschiedlich zwischen den Bundesländern. In Relation zum im vorigen Kapitel 1 („Leistungsangebot“, S. 15) dargestellten Leistungsangebot lässt sich allerdings feststellen, dass jene Länder mit dem umfangreichsten Leistungsangebot auch die höchsten Nettoausgaben ausweisen.
Auch wenn man die Nettoausgaben der Bundesländer für Soziales den Nettoausgaben für Pflege und Betreuung gegenüberstellt ergibt sich kein einheitliches Bild. In manchen Bundesländern (etwa Burgenland und Salzburg) bestehen die Nettoausgaben für Soziales fast zur Gänze aus Nettoausgaben für Pflege und Betreuung. In Tirol, der Steiermark und Niederösterreich machen die Nettoausgaben für Pflege und Betreuung nur einen Bruchteil der gesamten Nettoausgaben für Soziales aus.
Insgesamt zeigt sich also, dass aufgrund der inhomogenen Datenlage im Bereich der Finanzierung von Pflege- und Betreuung kaum Rückschlüsse auf die Effizienz der Leistungserbringung möglich sind. Demzufolge scheint es kaum möglich, ein Bundesland als Good-Practice Beispiel hervorzuheben, das ein angemessenes Leistungsniveau bei niedrigen Kosten erreicht. Stattdessen kann nur darauf hingewiesen werden, dass es dringend notwendig wäre, eine bundesländerübergreifende Datenbasis zu schaffen, die unter allen beteiligten Akteuren (Bund, Länder, Gemeinden, NGOs etc.) außer Streit gestellt und gleich verstanden wird. Nur so können Kosten- und Leistungsniveaus valide verglichen und Effizienzsteigerungspotenziale heraus gearbeitet werden. Die Pflegestatistik, die im Zuge der Einführung des Pflegefonds etabliert werden soll, wäre eine wichtige Initiative in dieser Hinsicht.

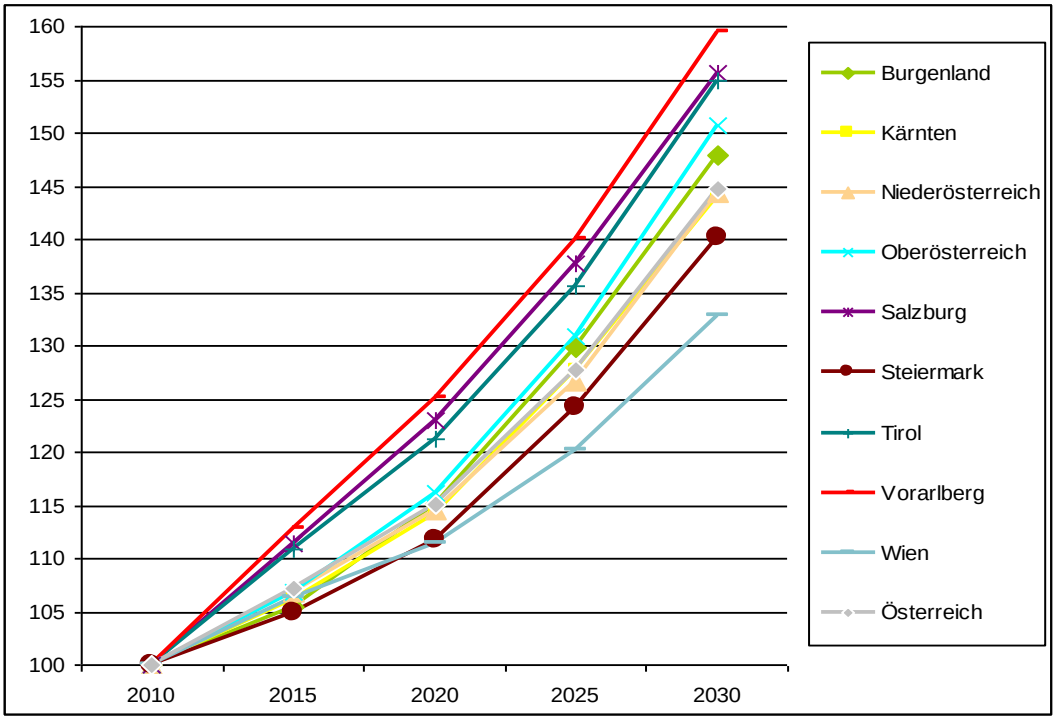
IV Bedarfsentwicklung und zukünftiger Finanzierungsbedarf

Bisher wurde der Status-Quo bezüglich der Betreiberstruktur, der Leistungsstandards und der Leistungsfinanzierung der Pflege und Betreuung dargestellt. Für die künftige strategische Planung in diesem Bereich ist es zusätzlich von großem Interesse, wie sich Nachfrage und Kosten in Pflege und Betreuung entwickeln, wenn das System so bleibt wie es ist. Nachfolgend wird auf Basis gängiger Prognosen (ÖROK, WIFO) dargestellt, welche Entwicklungen zu erwarten sind.

1 Bevölkerungsprognose bis 2030 auf Basis der „ÖROK-Bevölkerungsprognosen“ [56]

Die Anzahl der Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren wird in den nächsten 20 Jahren in ganz Österreich überproportional stark ansteigen – diese Altersgruppe wird um etwa 45 Prozent anwachsen, während die Gesamtbevölkerung nur um etwas weniger als 8 Prozent zunimmt. Ursache dafür ist die stetig steigende Lebenserwartung: Bei Männern steigt die Lebenserwartung zwischen 2008 und 2050 von 77,6 auf 83,0 Jahre und bei Frauen von 85,9 auf 89,5 Jahre an.

Abbildung 21: Entwicklung der Bevölkerungsindizes der 65+ Jährigen bis 2030 nach Bundesländern

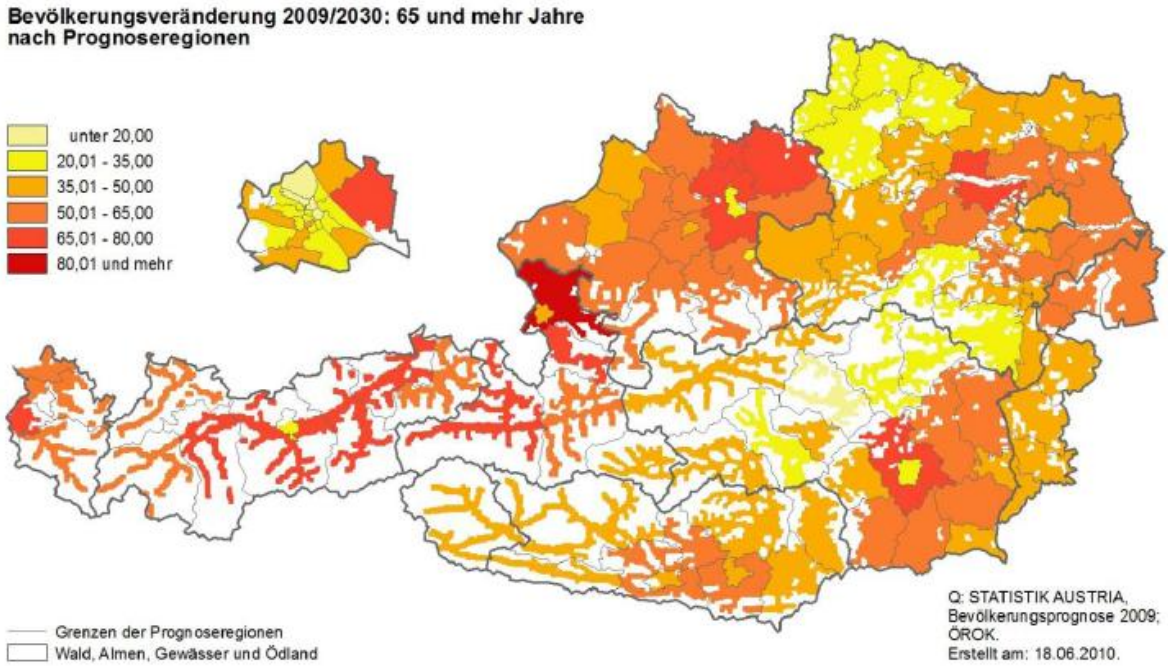


Quelle: ÖROK (Hrsg.), Statistik Austria – Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010 – 2030 mit Ausblick bis 2050, Wien 2010; KDZ: eigene Darstellung, 2011.

[56] ÖROK (Hrsg.): Statistik Austria – Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010 – 2030 mit Ausblick bis 2050, 2010.

Von dieser Überalterungstendenz und dem daraus resultierenden stark steigenden Pflegebedarf sind die Regionen Österreichs bzw. die Bundesländer unterschiedlich stark betroffen: Die ältere Bevölkerung wird insbesondere im Umland der Großstädte (Salzburg, Linz, Graz, Großraum Wien - St. Pölten) stark anwachsen, aber verstärkt auch in beinahe allen Regionen in den westlichen Bundesländern Vorarlberg, Tirol und Salzburg. Diese Bundesländer weisen prognostizierte Steigerungsraten für die Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren bis 2030 von 55 und mehr Prozent auf. Hingegen werden für die Obersteiermark und das Waldviertel die geringsten Anstiege erwartet.

Abbildung 22 Bevölkerungsveränderung der 65+ Jährigen 2009 bis 2030 nach Prognoseregionen in Prozent



Quelle: ÖROK (Hrsg.), Statistik Austria – Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010 – 2030 mit Ausblick bis 2050, Wien 2010, S. 96.

Die Anzahl der 65+ Jährigen steigt jedoch nicht nur in absoluten Zahlen, sondern auch relativ zur Gesamtbevölkerung. 2010 war der Anteil der 0 bis 19 Jährigen an der Gesamtbevölkerung fast in allen Bundesländern höher als jener der 65+ Jährigen (Ausnahme war Burgenland). Für 2030 wurde berechnet, dass der Anteil der 65+ Jährigen in allen Bundesländern eindeutig höher als jener der 0 bis 19 Jährigen sein wird, insbesondere in den Bundesländern Burgenland und Kärnten wird der Anteil der 65+Jährigen von knapp 20 auf 27 Prozent steigen.

Tabelle 14 Anteil der 65+ Jährigen an der Gesamtbevölkerung, 2010 und 2030

	Bgld	Ktn	NÖ	OÖ	Slbg	Stmk	Tir	Vlbg	Wien	Gesamt
2010	20%	19%	19%	17%	16%	19%	16%	15%	17%	18%
2030	27%	27%	24%	24%	24%	25%	23%	22%	20%	24%

Quelle: ÖROK (Hrsg.), Statistik Austria – Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010 – 2030 mit Ausblick bis 2050, Wien 2010; KDZ: eigene Berechnungen, 2011.

Österreichweit wird sich diese starke Zunahme der älteren Bevölkerung – insbesondere auch der Über-80-Jährigen mit hoher Pflegewahrscheinlichkeit – letztlich in einem stetig steigenden Pflegebedarf und entsprechend zusätzlichen Kosten für die Pflege manifestieren. In welchem Ausmaß der Pflegebedarf aufgrund der Bevölkerungsentwicklung zunimmt, hängt jedoch davon ab, in welchem Gesundheitszustand die zusätzlichen „gewonnenen" Jahre verbracht werden. Sozialmedizinische Studien haben gezeigt, dass mit der steigenden Lebenserwartung auch der Anteil der „gesunden" Lebensjahre an der Lebenszeit gestiegen ist und sich die „kranken" Jahre zunehmend auf die letzten Lebensjahre komprimieren[57]. Die Menschen verbringen somit immer mehr Jahre in „guter Gesundheit", so dass sich der starke Zuwachs der älteren Bevölkerung voraussichtlich etwas abgeschwächt auf den Pflegebedarf auswirken wird.
Dieses Szenario der „Kompression der Morbidität" bildet eine der Grundannahmen für die nachfolgend beschriebene Prognose der Entwicklung der Pflegekosten durch das Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO) 2008.

2 Finanzierungsprognose

Dass auf die künftige Nachfrage nach Leistungen der Pflege und Betreuung die demografische Entwicklung großen Einfluss hat, liegt nahe. Will man allerdings prognostizieren, wie sich die Ausgaben der öffentlichen Hand für Leistungen der Pflege und Betreuung zukünftig entwickeln werden, müssen zusätzlich noch andere Einflussfaktoren berücksichtigt werden. 2008 wurden vom Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO) entsprechende Berechnungen bis 2030 durchgeführt[58], die einen eklatanten Anstieg der Pflegeausgaben erwarten lassen. In nachfolgendem Kapitel werden die Ergebnisse der Berechnungen des WIFO[59] zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 15: Mittel- und langfristige Kostenentwicklung der Langzeitpflege: zugrunde liegende Annahmen der unterschiedlichen Szenarien

SZENARIEN	GESUNDHEIT	ARBEITSMARKT-BETEILIGUNG	KOSTENEFFEKTE
Demografischer Effekt	konstant	konstant	konstant
Kompression der Morbidität	**bessere Gesundheit**	konstant	konstant
Erhöhte Nachfrage nach formeller Pflege	konstant	**steigende Arbeitsmarkt-beteiligung von Frauen**	konstant
Kostensteigerung der Sachleistungen	konstant	konstant	**steigend**
GESAMTSZENARIO	**bessere Gesundheit**	**steigende Arbeitsmarkt-beteiligung von Frauen**	**steigend**

Quelle: Mühlberger, Knittler, Guger: Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S.24; KDZ: eigene Darstellung, 2011.

[57] Mühlberger, Knittler, Guger: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S. 17.
[58] Vgl. Mühlberger, Knittler, Guger: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, 22-34.
[59] Vgl. ebenda.

Das WIFO geht bei seinen Berechnungen von den in Tabelle 15 dargestellten Szenarien aus, die sich in drei Kriterien unterscheiden:

- Annahmen zum Gesundheitszustand älterer Personen (Wie lange sind ältere Menschen bei guter Gesundheit und können sich selbst versorgen?)
- Annahmen zur Arbeitsmarktbeteiligung insbesondere von Frauen (Wie hoch ist der Stellenwert von informeller Pflege durch Angehörige?)
- Annahmen zu den Kosten für die Pflege (Wie hoch sind die Kosten pro Heimplatz, pro Pflegestunde etc.)

Je nach Ausprägung dieser Kriterien entwickeln sich die zu erwartenden Ausgaben der öffentlichen Hand für Pflege und Betreuung. Allen Szenarien liegt gleichermaßen die in vorigem Abschnitt dargestellte demografische Entwicklung zu Grunde (=demografischer Effekt). Wenn, wie in Tabelle 15 dargestellt, jeweils eines dieser Kriterien verändert wird, während die anderen konstant bleiben, ergeben sich drei Szenarien: Kompression der Morbidität, erhöhte Nachfrage nach formeller Pflege und Kostensteigerung der Sachleistungen. So kann der Effekt jeder einzelnen Annahme abgeschätzt werden. Führt man alle Szenarien zusammen, ergibt sich daraus das zum Abschluss dieses Kapitels dargestellte Gesamtszenario (siehe Tabelle 16).

2.1 Demografischer Effekt: Basisszenario

Das Basisszenario dient als einfaches Grundmodell für die weiteren Szenarien, wobei angenommen wird, dass die Faktoren Gesundheit, Arbeitsmarktentwicklung sowie die Kosten für die Pflege konstant bleiben (Basis 2006) und nur die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen aufgrund des demografischen Wandels einer Veränderung unterliegt.
Beim Basisszenario steigt die Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen von 334.162 (2006) auf 556.200 (2030) um 66,5 Prozent an, während die Anzahl der LandespflegegeldbezieherInnen von 58.958 (2006) auf 75.226 (2030) nur um 27,6 Prozent ansteigen wird. Weiters zeigt sich, dass wenn man den Pflegegeldaufwand rein auf der Grundlage der demografischen Entwicklung und mit konstanten Preisen (Basis 2006) berechnet, der Gesamtaufwand des Pflegegeldes von 2006 mit 1.922,9 Mio. Euro bis 2030 um 60,4 Prozent auf 3.083,4 Mio. Euro ansteigen wird. Die unterschiedliche Entwicklung im Wachstum der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen lässt sich durch das geringere Alter der BezieherInnen des Landespflegegeldes erklären.

2.2 Kompression der Morbidität: Szenario mit steigender Gesundheit und sinkendem Pflegerisiko

Bei diesem Szenario wird von der Annahme ausgegangen, dass langfristig der Anteil der Jahre in schlechter Gesundheit gemessen an den gesamten Lebensjahren einer Person abnehmen wird. In diesem Zusammenhang wird auch von „Kompression der Morbidität“ gesprochen. Rechnerisch wird diese Annahme durch folgende zwei Szenarien umgesetzt, indem das Risiko zu erkranken „verschoben“ wird:

- **lower-bound Szenario:** Wahrscheinlichkeit, dass eine Person Pflegegeld beantragt, verschiebt sich 2015 und 2030 um jeweils ein Jahr
- **upper-bound Szenario:** Wahrscheinlichkeit, dass eine Person Pflegegeld beantragt, verschiebt sich 2025 um ein Jahr

Die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen ändert sich dabei nur aufgrund des sinkenden Pflegerisikos und nicht aufgrund des demografischen Wandels.
Die Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen steigt in diesem Modell bis 2030 um mindestens 41,3 Prozent (lower-bound Szenario) und maximal 65,2 Prozent (upper-bound Szenario) an. Beim Landespflegegeld erhöht sich hingegen die Anzahl der BezieherInnen nur um 8,3 Prozent (lower-bound) bzw. 20,8 Prozent (upper-bound). Durch die Annahme des sinkenden Pflegerisikos, im Vergleich zum Basisszenario, kann die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen und damit verbunden die Summe der Finanzaufwände reduziert werden, jedoch ist eine merkbare Veränderung nur im lower-bound Szenario ersichtlich.

2.3 Szenario mit erhöhter Nachfrage nach formeller Pflege

Als Folge der Veränderungen in den Familienstrukturen, wonach der Anteil der Großfamilien stark abnimmt, aber auch die familiäre Arbeitsteilung in Bezug auf die Erwerbstätigkeit einem Wandel unterliegt, ist es vielen Personen nicht mehr möglich, informelle Pflege zu leisten. Dieser Zusammenhang wird besonders deutlich, wenn die Entwicklung der Frauenerwerbstätigkeit betrachtet wird. Nachdem es vorwiegend Frauen sind, die in den Familien die Zeit für die informelle Pflege aufbringen, ist es aufgrund der ansteigenden Erwerbstätigkeit vieler Frauen nicht möglich ihre nahen Angehörigen rund um die Uhr zu pflegen. Diese Entwicklung am Arbeitsmarkt, die zu einer verstärkten Nachfrage nach formeller Pflege führt, wird in diesem Szenario durch folgende zwei Varianten rechnerisch berücksichtigt:

- **lower-bound Szenario:** formelle Pflegebetreuung steigt um 0,5 Prozentpunkte p.a.
- **upper-bound Szenario:** formelle Pflegebetreuung steigt um 1 Prozentpunkt p.a.

Die Annahme der steigenden Nachfrage an formeller Pflege führt zu einem enorm starken Anstieg der Ausgaben für Sachleistungen. Bis 2030 wird sich der Finanzaufwand nach dem lower-bound Szenario von 1.332,3 Mio. Euro (2006) auf 3.282,1 Mio. Euro (2030) um 146,3 Prozent erhöhen, dem upper-bound Szenario zufolge sogar auf 4.346,5 Mio. Euro (2030) um 226,2 Prozent.

2.4 Szenario mit Kostenanstieg der Sachleistungen

Dieses Szenario geht im Vergleich zum vorigen Modell nicht von stärkerer Nachfrage nach formeller Pflege aus, die indirekt zu höheren Ausgaben für Sachleistungen führt, sondern von einem direkten Kostenanstieg der Sachleistungen. Dieser Anstieg wird einerseits durch die Erhöhung der Lohnkosten beim Pflegepersonal und andererseits durch die relativ geringe Produktivitätsentwicklung in der Pflege aufgrund der Arbeitsintensität begründet.
Bei diesem Szenario werden bei den Berechnungen die beiden folgenden Szenarien betrachtet:

- **lower-bound Szenario:** jährlicher realer Kostenanstieg um 1 Prozent
- **upper-bound Szenario:** jährlicher realer Kostenanstieg um 2 Prozent

Nachdem die Faktoren Gesundheit und Arbeitsmarktentwicklung als konstant angenommen werden, ergibt dieses Szenario, dass der Finanzaufwand der Sachleistungen der Länder von 1.332,3 Mio. Euro (2006) bis 2030 auf 2.815,9 Mio. Euro (lower-bound) bzw. auf 3.567,0 Mio. Euro (upper-bound) ansteigen wird.

2.5 Gesamtszenario

Im Gesamtszenario werden die zuvor erläuterten Szenarien zusammengefügt, um die Entwicklung des Finanzaufwands der Pflegeleistungen in Österreich bis 2030 zu kalkulieren. Zusätzlich zu den bisherigen Annahmen werden auch Struktureffekte, wie z.B. der verbesserte Informationsstand der Bevölkerung darüber, ob und in welcher Höhe ein Pflegegeldanspruch besteht, in die Berechnungen einbezogen.
Es werden folgende drei Varianten des Gesamtszenarios berechnet (siehe Tabelle 16), indem jeweils die Werte des (1) lower-bound Szenarios, (2) upper-bound Szenarios und (3) eines Mittelszenarios verwendet werden, das zwischen den Szenarien (1) und (2) liegt[60].

Tabelle 16: Zusammenfassung der drei Szenarien, Kosten und prozentuelle Veränderung gegenüber 2006

GESAMTSZENARIEN						
Jahr	Aufwand in Mio. Euro					Prozentueller Anstieg der Gesamtkosten (Basis 2006)
	Bundes-pflegegeld	Landes-pflegegeld	Sachleistungen	Gesamt Geld- und Sachleistungen	Gesamtkosten in % des realen BIP	
lower-bound Szenario (1)						
2006	1.621,4	301,5	1.332,3	3.255,2	1,13	-
2010	1.850,2	316,3	1.642,0	3.808,5	1,24	17,0
2015	1.948,5	316,7	1.889,3	4.154,5	1,25	27,6
2020	1.993,4	312,7	2.096,6	4.402,7	1,22	35,3
2025	2.111,8	321,1	2.394,7	4.827,6	1,22	48,3
2030	2.291,1	326,5	2.786,3	5.403,9	1,25	66,0
upper-bound Szenario (2)						
2006	1.621,4	301,5	1.332,3	3.255,2	1,13	-
2010	1.850,2	307,5	1.909,0	4.066,7	1,32	24,9
2015	2.034,8	317,8	2.717,6	5.070,2	1,52	55,8
2020	2.180,7	327,2	3.688,5	6.196,4	1,71	90,4
2025	2.395,8	336,2	5.047,6	7.779,6	1,97	139,0
2030	2.677,8	364,0	6.936,9	9.978,7	2,31	206,5
Mittelszenario (3)						
2006	1.621,4	301,5	1.332,3	3.255,2	1,13	-
2010	1.850,2	307,5	1.807,3	3.965,0	1,29	21,8
2015	2.034,8	317,8	2.427,9	4.780,5	1,43	46,9
2020	2.180,7	327,2	3.134,3	5.642,2	1,56	73,3
2025	2.395,8	336,2	4.101,3	6.833,3	1,73	109,9
2030	2.677,8	364,0	5.410,3	8.452,1	1,96	159,7

Quelle: Mühlberger, Knittler, Guger: Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S.34; KDZ: eigene Darstellung, 2011.

lower-bound Szenario (1)

Unter den Annahmen, dass

- ❑ sich die Wahrscheinlichkeit Pflegegeld zu beziehen in den Jahren 2015 und 2030 um ein Jahr verschiebt;
- ❑ sich die Nachfrage nach formeller Pflege jährlich um 0,5 Prozentpunkte erhöht;
- ❑ eine jährliche reale Kostensteigerung von 1 Prozent angenommen wird;

ergeben sich folgende Prognosewerte für 2030: das Bundespflegegeld wird von 1.621,4 Mio. Euro (2006) auf 2.291,1 Mio. Euro (2030) steigen, während beim Landespflegegeld nur eine Erhöhung von 301,5 Mio. Euro (2006) auf 326,5 Mio. Euro (2030) verzeichnet wird. Der höchste Anstieg wird bei Sachleistungen prognostiziert, indem von einer Erhöhung um 109,1 Prozent von

[60] Für das Mittelszenario konnte bezüglich des demografischen Effektes und der Kompression der Morbidität kein realistischer Mittelwert zwischen upper- und lower-bound Szenario festgelegt werden. Daher entsprechen bei der demografischen Entwicklung und der Entwicklung der Morbidität die Annahmen des Mittelszenarios jenem des upper-bound Szenarios.

1.332,3 Mio. Euro (2006) auf 2.786,3 Mio. Euro (2030) ausgegangen wird. Die Gesamtkosten gemessen am realen BIP steigen von 1,13 Prozent (2006) auf 1,25 Prozent (2030) an.

upper-bound Szenario (2)

Das upper-bound Szenario geht von folgenden Annahmen aus:

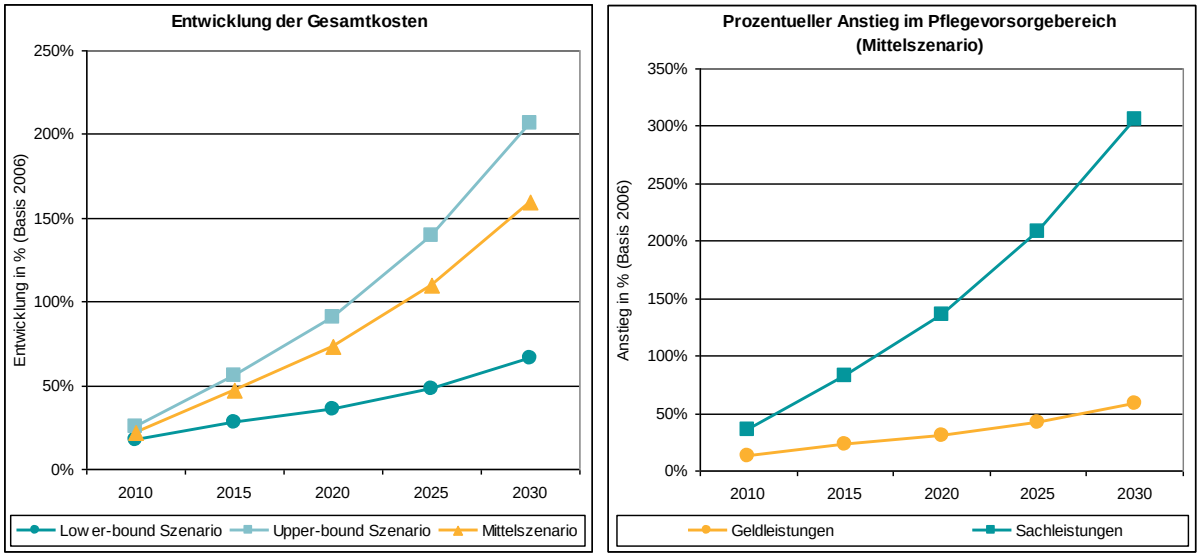
- ❑ die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegegeld bezogen wird, wird im Jahr 2025 um ein Jahr verschoben;
- ❑ der Anteil der formellen Pflege steigt jährlich mit 1 Prozentpunkt
- ❑ der jährliche reale Kostenanstieg im Bereich der Pflege wird mit 2 Prozent festgesetzt

Diese Annahmen führen zu deutlich höheren Prognosewerten als sie das lower-bound Szenario hervorbringt. Die Geldleistungen steigen von 1.922,9 Mio. Euro (2006) auf 3.041,9 Mio. Euro (2030) um 58,2 Prozent. Bei den Sachleistungen wird ein Anstieg von 420,7 Prozent bis 2030 prognostiziert, da die Kosten für Sachleistungen von 1.332,3 Mio. Euro (2006) auf 6.936,9 Mio. Euro (2030) explodieren werden. 2006 lag der Anteil der Pflegekosten am realen BIP noch bei 1,13 Prozent und wird sich bis 2030 auf 2,31 Prozent erhöhen.

Mittelszenario (3)

Die Annahmen für das Mittelszenario entsprechen bei der Wahrscheinlichkeit, dass Pflegegeld beansprucht wird, jenen des upper-bound Szenarios, jedoch bei der Nachfrage an formeller Pflege wird von einer jährlichen Erhöhung um 0,75 Prozent und beim Anstieg der jährlichen realen Kosten von 1,5 Prozent ausgegangen. Die Geldleistungen beim Mittelszenario entsprechen jenen des upper-bound Szenarios. Lediglich bei den Sachleistungen bestehen Unterschiede, da diese für 2030 mit 5.410,3 Mio. Euro prognostiziert werden und dies zu einem Anstieg um 306,1 Prozent führen wird. Die Sachleistungen machen 2006 41 Prozent der Gesamtkosten aus und steigen bis 2030 auf 64 Prozent. Im Mittelszenario wird ein Anstieg des Anteils der Gesamtkosten am realen BIP von 1,13 Prozent (2006) auf 1,96 Prozent (2030) prognostiziert.

Abbildung 23: Entwicklung der Gesamtkosten



Quelle: Mühlberger, Knittler, Guger: Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S.34; KDZ: eigene Darstellung, 2011.

In Abbildung 23 sind die wesentlichen Ergebnisse der Prognose noch einmal grafisch festgehalten. Es ist zum einen zu sehen, dass in Zukunft weiterhin mit einem sehr starken Anstieg der Ausgaben für Sachleistungen zu rechnen sein wird, während sich die Geldleistungen moderat entwickeln werden. Andererseits ist deutlich zu erkennen, dass die Gesamtkosten sehr stark steigen werden. Bis 2030 können sie mehr als doppelt so hoch sein als noch 2006.
Unter bestimmten Umständen (lower-bound Szenario) gelingt es allerdings bis 2030 die Kosten lediglich um ca. 70 Prozent zu erhöhen. Um dies zu erreichen, müssten folgende Bedingungen erfüllt sein:

- die jährlichen realen Kostensteigerungen im Bereich der Pflege (Infrastruktur, Geräte, Löhne etc.) auf 1 Prozent beschränken;
- den Gesundheitszustand der Bevölkerung (etwa durch Präventionsmaßnahmen) so erhöhen, dass das durchschnittliche Alter, in dem jemand pflegebedürftig wird, alle 15 Jahre um ein Lebensjahr steigt;
- sicherstellen, dass der Anteil der formellen Pflege nicht stärker als 0,5 Prozentpunkte p.a. steigt (etwa durch Förderung der informellen Pflege in Form von betreuten Wohnformen etc.).

Es scheint also durchaus beeinflussbar, inwiefern sich die Pflegekosten in den nächsten Jahren entwickeln werden und eine Kostenexplosion kann, entsprechende ambitionierte Reformbemühungen vorausgesetzt, vermieden werden.

V Reformoptionen

Es zeigt sich, dass aufgrund der zu erwartenden Nachfrage- und Ausgabenentwicklungen die Finanzierung des aktuellen Systems der Pflege- und Betreuung in Österreich mit den vorhandenen Mitteln und Strukturen nur sehr schwierig sichergestellt werden kann. Vor allem die Länder und Gemeinden werden mit immer stärkeren Belastungen konfrontiert, die deren Haushalte nachhaltig aus dem Gleichgewicht bringen. Es sind also Reformen im Bereich der Organisation und Finanzierung von Pflege und Betreuung notwendig. Nachfolgend sind aktuelle Reformoptionen mit kurz- und mittelfristiger Wirkung (Pflegefonds, Valorisierung Pflegegeld, Reformen zur Bedarfsplanung und Finanzierungsstruktur) ebenso dargestellt, wie umfassende Optionen zur Systemreform anhand internationaler Beispiele.

1 Pflegefonds

Wie in vorigen Abschnitten bereits gezeigt wurde, ist mit einer erheblichen Steigerung der Nettoausgaben für Pflege und Betreuung zu rechnen. Insbesondere ist davon auszugehen, dass die Ausgaben für Sachleistungen steigen. Es wurde außerdem gezeigt, dass diese Steigerungen der Sachleistungsausgaben auch auf mangelnde Valorisierung des Pflegegeldes zurückzuführen sind.
Während das Pflegegeld allerdings größtenteils vom Bund finanziert wird, so sind die Sachleistungen von Ländern und Gemeinden zu finanzieren. Durch vermehrte Steigerung der Sachleistungsausgaben erhöht sich also die finanzielle Belastung der Länder und Gemeinden, die ihrerseits wiederum kaum über zusätzliche Spielräume für finanzielle Mehrbelastungen verfügen.[61]
Zur finanziellen Entlastung der Länder und Gemeinden wurde die Einführung eines Pflegefonds beschlossen.

1.1 Geplante Struktur

Der geplante Pflegefonds soll rückwirkend ab 2011 bis 2014 gelten und somit für die Zeit bis zum neuen Finanzausgleich finanzielle Mehrbelastungen der Länder und Gemeinden zumindest teilweise ausgleichen. Im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen für die nächste Finanzausgleichsperiode soll dann eine umfassende Reform der Gewährleistung und Finanzierung der Pflegeversorgung erarbeitet werden, die auch die finanzielle Belastung zwischen den Gebietskörperschaften neu regelt.

Ausmaß der Unterstützung

Der Pflegefonds wurde mit insgesamt 685 Mio. Euro dotiert, die im Zeitraum 2011 bis 2014 ausgeschüttet werden sollen. Die Ausschüttung erfolgt folgendermaßen: 2011: 100 Mio. Euro, 2012: 150 Mio. Euro, 2013: 200 Mio. Euro und 2014: 235 Mio. Euro. Die zur Verfügung gestellten Mittel sollen zweckgebunden ausschließlich für die Sicherung sowie den quantitativen und qualitativen Auf- und Ausbau der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen der Länder im Bereich der Langzeitpflege verwendet werden. Darunter fallen beispielsweise mobile und stationäre

[61] Zur finanziellen Lage der Gemeinden vgl. Biwald et al.: Finanzierung, 2010.

Betreuungs- und Pflegedienste, Kurzzeitpflegeplätze, teilstationäre Tagesbetreuungsplätze, Case- und Caremanagement sowie alternative Wohnformen.
Die Verteilung der Mittel auf die Länder soll zunächst nach einem im Finanzausgleichsgesetz festzulegenden Bevölkerungsschlüssel erfolgen. Wie die Mittel dann innerhalb des Bundeslandes auf die Finanzierungsträger (Länder, Gemeinden, sonstige Sozialhilfeträger wie bspw. Gemeindeverbände) aufgeteilt werden sollen, ist bis dato nicht bekannt. Es steht jedenfalls fest, dass die Länder Städte, Gemeinden und sonstige Sozialhilfeträger entsprechend der landesrechtlichen Regelungen an den Zuschüssen beteiligen sollen.

Dotierung

Die Dotierung des Fonds soll zu zwei Dritteln durch den Bund erfolgen. Das verbleibende Drittel ist von Ländern und Gemeinden selbst aufzubringen. Auch hier ist noch nicht genau festgelegt, nach welchem Modus sich Länder und Gemeinden an der Finanzierung beteiligen sollen bzw. aus welcher Quelle der Bund die notwendigen Mittel erschließt.

Reform der Pflegegeldverwaltung

Wie bereits an anderer Stelle in diesem Bericht angedeutet[62], soll im Zuge der Einführung des Pflegefonds auch die Pflegegeldverwaltung reformiert werden. Die vorherrschende stark fragmentierte Struktur der Pflegegeldverwaltung (23 Rechtsträger und über 280 bescheiderlassende Stellen) soll dabei vereinfacht werden. Die Kompetenz für das Pflegegeld soll demzufolge künftig beim Bund konzentriert werden. Das heißt, dass künftig auch der Bund die Auszahlung des Landespflegegeldes übernimmt. Finanziell wird er dafür von den Ländern in Form von Transferzahlungen entschädigt (zumindest bis zum Inkrafttreten des neuen Finanzausgleichsgesetzes planmäßig 2014). Die von den Ländern an den Bund zu leistenden Transfers werden allerdings auf dem Niveau von 2010 eingefroren.

Pflegestatistik

Mit der Einführung des Pflegefonds soll auch eine einheitliche Pflegestatistik in Österreich entwickelt werden, um insbesondere seitens des Bundes ein Wirkungscontrolling bezüglich der eingesetzten Mittel durchführen zu können. Den bisherigen Ausführungen in vorliegendem Bericht ist bereits zu entnehmen, dass eine solche bundesweit vergleichbare Datengrundlage für eine effiziente Steuerung des Pflegesektors unerlässlich ist. Dies gilt auch dann, wenn die Steuerung nicht zentral erfolgt. Auch eine dezentrale Steuerung (z.B. auf Landes- oder Bezirksebene) würde von bundesweit vergleichbaren Daten profitieren (z.B. aufgrund der Möglichkeit zu Benchmarkingvergleichen). Es ist allerdings auch erneut anzumerken, dass die aktuelle Datensituation überaus inhomogen ist, sodass die bislang vorhandenen Daten kaum vergleichbar sind. Es wird also eine nennenswerte Herausforderung darstellen, hier eine valide Leistungs- und Finanzierungsstatistik zu erstellen, durch die die erbrachten Leistungen und die dafür anfallenden Kosten in den Bundesländern verglichen werden können. Dadurch würde es schließlich auch möglich, Effizienzverbesserungspotenziale aufzudecken und mögliche Einsparungen zu erschließen.

[62] Vgl. Abschnitt III Kapitel 5.1 „Pflegegeldadministration“ auf Seite 48 dieses Berichts.

1.2 Pflegefonds aus der Sicht der Städte

Inwiefern ein Pflegefonds, wie er aktuell zur Diskussion steht, zu einer Entlastung der Städte im Bereich der Pflegefinanzierung führen kann, ist insbesondere in Bezug auf folgende Punkte zu hinterfragen:

1.) Die zusätzlichen finanziellen Mittel könnten primär zum Ausbau von Leistungen und zur Einführung bislang nicht vorhandener Leistungen genutzt werden.

2.) Die zu erwartenden zusätzlichen finanziellen Mittel machen nur einen relativ kleinen Teil der von den Städten künftig zu erwartenden Mehrausgaben im Bereich der Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts aus.

Zu 1.): Es ist davon auszugehen, dass zumindest ein gewisser Teil der durch den Pflegefonds verfügbar werdenden Mittel dafür verwendet wird, das Betreuungsangebot im Pflegebereich auszuweiten (vor allem im Bereich der Mobilen Dienste und der teilstationären Einrichtungen besteht erhebliches Potenzial). Schließlich ist dies bei der Einführung dieses neuen Finanzierungsinstruments explizit so beabsichtigt. Dies mag zwar einen gesellschaftlichen Nutzen generieren, schafft aber keinerlei finanzielle Entlastung, weder für die Länder noch für die Gemeinden. Somit trägt eine derartige Verwendung der zusätzlichen Mittel auch kaum zur Lösung aktueller finanzieller Engpässe bei den Städten bei, die durch die stark steigenden Sozialtransfers entstanden sind.

Zu 2.): Nimmt man beispielsweise für 2011 an, dass tatsächlich 100 Mio. Euro ausgeschüttet werden, so heißt das, dass Länder und Gemeinden von zwei Drittel dieser Gesamtsumme profitieren. Schließlich müssen sie ein Drittel dieser Summe selbst aufbringen. Man kann also davon ausgehen, dass im Jahr 2011 für alle Länder und Gemeinden ca. 66 Mio. Euro zusätzlich zur Verfügung stehen. Nach der aktuellen KDZ-Gemeindefinanzprognose steigen allerdings allein die Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts der österreichischen Gemeinden von 2010 auf 2011 um 228 Mio. Euro[63]. Selbst wenn man annimmt, dass lediglich ca. 40 Prozent der Transferzahlungen an Träger des öffentlichen Rechts Sozialhilfetransfers sind[64], beträgt die Steigerung der Sozialhilfetransfers von 2010 auf 2011 91,2 Mio. Euro und macht noch immer mehr aus, als insgesamt für alle Länder und Gemeinden zur zusätzlichen Pflegefinanzierung 2011 aus dem Pflegefonds zur Verfügung steht. Selbst eine Steigerung der Netto-Ausgaben der Länder für Sachleistungen der Pflege und Betreuung lediglich um die Inflation (Annahme ca. 2 Prozent) würde 41 Mio. Euro ausmachen[65] und fast die gesamten zusätzlich verfügbaren Mittel verbrauchen (siehe Abbildung 24), ohne dass eine nennenswerte Entlastung der Gemeinden stattfinden könnte.

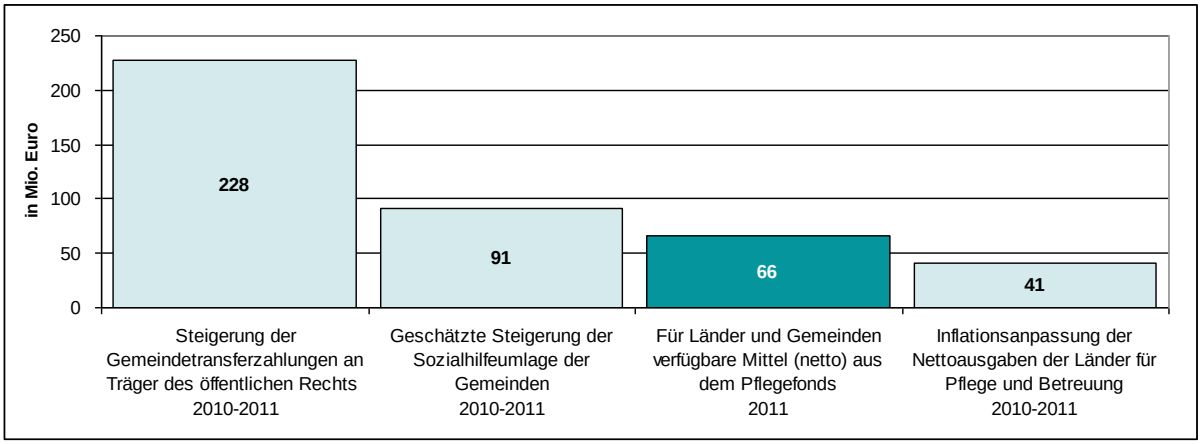
Demzufolge können höchstens geringfügige Mehrausgaben im Bereich der Pflege und Betreuung durch Mittel aus dem Pflegefonds finanziert werden. Dies setzt unter anderem auch voraus, dass seitens der Länder Potenziale zur Kostensenkung (etwa durch geringere Tariferhöhungen bei der Leistungsförderung etc.) genutzt werden. Eine im Gesamthaushalt spürbare Entlastung der Länder und Gemeinden kann allerdings durch den Pflegefonds kaum erwartet werden.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass mit der Einführung des Pflegefonds eine weitere Verwaltungseinheit mit entsprechenden Transferbeziehungen zu den bestehenden Gebietskörperschaften geschaffen wird. Es besteht das Risiko, dass hier ineffiziente Verwaltungsstrukturen erzeugt werden, die ihrerseits wiederum unnötige Kosten verursachen.

[63] Quelle: Statistik Austria: Gemeindefinanzstatistik 2010, 2011; KDZ: eigene Berechnungen, Februar 2011.
[64] Vgl. Tabelle 13 auf S. 56 in diesem Bericht.
[65] Quelle: BMASK: Pflegevorsorge-Bericht 2009, 2009; KDZ: eigene Berechnung, 2011.

Insofern könnte eine angemessene Valorisierung des Pflegegelds durch den Bund (z.B. aus Mitteln einer Vermögens- oder Spekulationsgewinnbesteuerung) zusammen mit der geplanten Reform der Pflegegeldverwaltung eventuell positivere Wirkungen erzielen, als die Einführung eines Pflegefonds.

Abbildung 24: Einnahmen aus dem Pflegefonds im Vergleich mit ausgewählten Ausgabensteigerungen von 2010 auf 2011



Quelle: BMASK: Pflegevorsorge-Bericht 2009, 2009. KDZ: eigene Berechnung, 2011. KDZ: Prognose der Gemeindefinanzen, Februar 2009.

Gleichzeitig kann man aber davon ausgehen, dass die Sachleistungsfinanzierung durch Mittel aus dem Pflegefonds treffsicherer die Bedürftigen erreicht, als es eine pauschale Erhöhung des Pflegegeldes aller Pflegestufen.
Es ist im Zuge der Diskussionen um die Einführung eines Pflegefonds jedenfalls positiv hervorzuheben, dass im momentanen Entwurf die Grundlage für eine Steuerung gelegt wird, die auf einer einheitlichen Statistik und auf einheitlichen Leistungsstandards beruht.
Außerdem sind zusätzliche Mittel zur Pflegefinanzierung, die auch explizit die Städte und Gemeinden entlasten sollen, in der aktuellen finanziellen Situation der Gemeinden zu begrüßen, auch wenn sie keine allzu große Entlastung darstellen.

2 Optionen zur Systemreform mit internationalen Referenzen

In Österreich zeichnet sich eine umfassende Systemreform im Bereich der Pflege ab. Darauf deutet nicht nur die Diskussion um die Einführung eines Pflegefonds, durch den sich der Bund vermehrt an der Sachleistungsfinanzierung im Bereich der Pflege und Betreuung beteiligt, hin. Wie bereits erläutert ist die Tendenz zu erkennen, dass die Unterstützung Pflegebedürftiger durch Geldleistungen an Bedeutung verliert und der direkten Finanzierung von Sachleistungen durch die öffentliche Hand mehr an Bedeutung zukommt. Allerdings sind die dadurch finanziell am stärksten mit Mehrausgaben belasteten Gebietskörperschaften (Länder und Gemeinden) kaum in der Lage, eine solche finanzielle Mehrbelastung zu tragen. Deshalb soll spätestens in der nächsten Finanzausgleichsperiode die Organisation und Finanzierungsform der Pflege in Österreich neu und nachhaltig geregelt werden.

Wenn eine solche umfassende Systemreform ansteht, empfiehlt es sich zu analysieren, wie andere Länder die Pflege und Betreuung organisieren. So können gegebenenfalls gut funktionierende Systembestandteile dieser Länder auf die Österreichische Realität übertragen werden.
Um eine Vorstellung darüber zu vermitteln, wie die Pflege in anderen Ländern organisiert ist, wollen wir nachfolgend einen Überblick über drei typische Organisations- und Finanzierungsmodelle geben.

2.1 Pflegeversicherung – Modell Deutschland

Prinzip

Die Finanzierung der Pflege in Deutschland wird zum Großteil über die als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführte gesetzliche Pflegeversicherung finanziert. Darüber hinausgehende Kosten müssen aus Eigenmitteln und über die Leistungen der Sozialhilfe finanziert werden.
Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde 1995 eingeführt und ist eine Pflichtversicherung für all jene, die bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse in Deutschland versichert sind. Die Mittel für die gesetzliche Pflegeversicherung werden in einem Umlageverfahren zum größten Teil aus Beiträgen gedeckt. Dafür zahlen die Versicherten einen monatlichen Anteil ihres Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze und finanzieren so die Leistungen der gegenwärtig Leistungsberechtigten. Der Beitragssatz liegt seit Juli 2008 mit Ausnahme des Freistaates Sachsen bundeseinheitlich bei 1,95 Prozent. Kinderlose Versicherte ab einem Alter von über 23 Jahren zahlen einen Zusatzbeitrag in Höhe von 0,25 Prozent, insgesamt also 2,2 Prozent ihres Bruttoeinkommens.
Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung umfassen Sach- bzw. Geldleistungen, Leistungen für Grundpflege und häusliche Versorgung sowie im stationären und teilstationären Bereich auch Aufwendungen der sozialen Betreuung. Darüber hinaus finanziert die Pflegeversicherung auch teilweise Infrastrukturmaßnahmen von Ländern und Kommunen wie beispielsweise die Bereitstellung zusätzlicher Betreuungsangebote oder die Förderung des Ehrenamtes.
Der überwiegende Teil der Versicherungsleistungen sind allerdings die Leistungsbeträge (=Geldleistung), die sich nach der Versorgungsform unterscheiden und von der Schwere der Pflegebedürftigkeit abhängen. Diese werden in Deutschland in drei Pflegestufen und einer Härtefallstufe, die über der dritten Pflegestufe angesiedelt ist, ausbezahlt. Der Maßstab für die Höhe der Leistungen *„ist der Zeitaufwand, den eine Laienpflegeperson für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Tagesdurchschnitt aufwenden müsste*“[66].
Wird trotz dieser finanziellen Unterstützung die finanzielle Leistungsfähigkeit von Pflegebedürftigen durch die Pflege- und Lebenserhaltungskosten überschritten, *„[…] leisten subsidiär die Sozialhilfeträger im Rahmen der Hilfe zur Pflege (§§61 ff. SGB XI), bedarfsdeckende Leistungen nach der Besonderheit des Einzelfalles*“[67].

[66] Vgl. ICSW: Die Pflege in der Finanzierungsfalle?; 2010, S.18
[67] Vgl. ebenda; S.20

Kritik

Hauptkritikpunkt am Pflegefinanzierungsmodell in Deutschland sind die zu erwartenden Engpässe bei der Finanzierbarkeit der immer stärker nachgefragten Leistung. Dabei wird vor allem der Umstieg von der vorherrschenden Umlagenfinanzierung (die aktuell arbeitenden Personen bezahlen mit ihren Beiträgen die Leistungen der Pflegebedürftigen) auf eine Kapitalfinanzierung (ArbeitnehmerInnen veranlagen verpflichtend einen bestimmten Betrag ihres Einkommens um damit, sollten sie pflegedürftig werden, ihre eigene Pflegeversorgung zu finanzieren) diskutiert:
„Die Pflegeversicherung bleibt ein wichtiges Element der sozialen Sicherung. Die Pflegebedürftigen müssen auch künftig angemessene Pflegeleistungen zu einem bezahlbaren Preis erhalten. In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, (…), auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung,
die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss. Alle Bemühungen um eine finanzielle Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Pflegeversicherung entbinden den Einzelnen aber nicht davon, seine Eigenverantwortung und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos und zur Gestaltung der Pflege wahrzunehmen“[68]

Übertragung auf die Verhältnisse in Österreich

Das Deutsche System unterscheidet sich vom vorherrschenden System in Österreich im Wesentlichen davon, dass der größte Teil der öffentlichen Pflegefinanzierung (Pflegegeld) in Österreich durch Steuermittel erbracht wird und in Deutschland durch Leistungen einer Pflichtversicherung. Es ist davon auszugehen, dass ein solches System, würde es in Österreich eingeführt, das aktuelle Pflegegeld ersetzen würde. Insofern würde es primär den Bund entlasten. Darüber hinaus ist weiterhin davon auszugehen, dass ein beachtlicher Teil der Pflegekosten durch die Sozialhilfe zu finanzieren ist. Insofern würde die Belastung der Städte und der Länder auf aktuellem Niveau verbleiben.

2.2 Integration der Pflege in das Gesundheitswesen – Modell Niederlande

Prinzip[69]

Im Niederländischen Modell wird Pflege als „Krankheit“ betrachtet und deshalb wird die Organisation und Finanzierung der Pflege dem Gesundheitswesen zugeschrieben. Insofern werden zu einem großen Teil Sachleistungen für Bedürftige finanziert.
Die Finanzierung des Gesundheitswesens erfolgt in den Niederlanden durch ein Versicherungssystem, wobei jede/r NiederländerIn eine Krankenversicherung mit einer Versicherungsgesellschaft abschließen muss. Die Versicherung finanziert dann im Bedarfsfall die notwendigen Leistungen (Krankenversorgung, Pflege etc.).
Dabei werden nicht zwingend ausschließlich Sachleistungen finanziert. In den letzten Jahren gewinnen auch Geldleistungen an Bedeutung. In bestimmten Fällen wird es den LeistungsempfängerInnen durch Zuweisung von Geldleistungen frei gestellt, von welchem Anbieter sie die Leistung tatsächlich beziehen. So entsteht Wettbewerb zwischen den einzelnen

[68] Vgl. Koalitionsvertrag CDU, CSU, FDP: 2009, S. 93
[69] Vgl. Mühlberger, Knittler, Guger: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S.41ff.

Anbietern (z.B. von Pflegeleistungen) und eine Liberalisierung des Marktes. Der Wettbewerb zwischen den Anbietern soll zu Effizienzverbesserungen, Kostensenkungen und/oder Qualitätsverbesserungen führen. Es ist festzuhalten, dass im Vergleich mit dem zuvor skizzierten Deutschen oder dem Österreichischen Modell, die Geldleistungen allerdings nicht auf einen bestimmten Betrag fixiert bleiben, sondern jeweils im Bedarfsfall bedarfsgerecht zugewiesen werden.
Die Finanzierung des Niederländischen Gesundheitssystems setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Aus einem von den BürgerInnen zu bezahlenden Pauschalbeitrag auf der einen Seite und einem einkommensabhängigen vom Arbeitgeber finanzierten Anteil auf der anderen Seite. Der Pauschalbeitrag liegt bei ca. 1.000 Euro pro Kopf im Jahr und ist monatlich zu bezahlen. Der vom Arbeitgeber zu bezahlende Betrag macht zwischen 6 Prozent und 7 Prozent des Einkommens bis zu einer Bemessungsgrundlage von etwa 30.000 Euro jährlich aus. Die Beiträge für Kinder unter 18 Jahren werden vom Staat über allgemeine Steuermittel finanziert. Einkommensschwache Versicherte haben Anspruch auf Zuschüsse zu ihren Kopfpauschalen.

Kritik

Grundsätzlich benachteiligt die Finanzierung des Gesundheitswesens durch pauschale Pro-Kopf-Beiträge in erster Linie einkommensschwächere Bevölkerungsschichten.
Auch wenn es sich um eine Versicherungsleistung handelt, so ist der Zugang zu Pflege in den Niederlanden für die KlientInnen doch in erster Linie kostenfrei. Dies führt zu einer hohen Nachfrage nach Pflege. Durch Personalknappheit in vielen Pflegeeinrichtungen sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich, können dadurch Versorgungsengpässe im Gesundheits- und Pflegewesen entstehen. Seit vielen Jahren besteht in den Niederlanden dadurch das Problem, dass lange Wartelisten z.B. für die Aufnahme in ein Pflegeheim existieren. Durch gezielte Maßnahmen konnte die Zahl der Personen auf Wartelisten zwar reduziert werden, sie bleibt allerdings weiterhin relativ hoch.[70]
Künftig wird erwartet, dass Leistungen gekürzt und Selbstbehalte erhöht werden müssen, um das System weiterhin zu finanzieren. In diesem Zusammenhang kann der Anteil der informellen Pflege steigen. Angesichts der aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (informelle Pflege tritt zu Gunsten von aktiver Arbeitsmarktbeteiligung eher in den Hintergrund) könnte sich daraus ein illegaler Pflegemarkt ergeben[71], in dem kostengünstige Pflege in prekären Verhältnissen ohne verbindliche Qualitätsstandards angeboten wird.

Übertragung auf die Verhältnisse in Österreich

Bisweilen wird die Pflege in Österreich nicht dem Gesundheitswesen sondern dem Sozialwesen zugerechnet. Die Übernahme des Niederländischen Modells in das Österreichische System würde einer Aufnahme der Pflege in die Leistungen des ASVG entsprechen. Pflegegeld würde nicht mehr in der aktuellen Form ausbezahlt. Vielmehr würden die in Anspruch genommenen Leistungen aus der Krankenversicherung vergütet. Dadurch würde vor allem die Sozialversicherung stärker belastet. Der Bund würde von einer Abschaffung des Pflegegeldes profitieren, müsste aber einen Teil der Versicherungsleistungen ko-finanzieren. Die Länder würden, je nachdem ob für die Finanzierung die Kriterien der ambulanten oder stationären Gesundheitsversorgung gelten, unterschiedlich stark entlastet. Für Städte und Gemeinden würde

[70] Vgl. De Boer: Report on the elderly, 2006, S. 150.
[71] Vgl. Mühlberger, Knittler, Guger: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S. 48.

sich allerdings eine deutliche Entlastung ergeben, weil deren Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens deutlich geringer ist, als der Anteil an der Finanzierung des Sozialwesens. Eine Umstellung der Finanzierung des Gesundheitssystems nach Niederländischem Vorbild soll allein schon deshalb hier nicht diskutiert werden, weil dies im Zuge einer Pflegereform als sehr unwahrscheinlich einzustufen ist. Außerdem wäre zu hinterfragen, ob eine solche (zumindest teilweise) Kopfpauschale mit dem das Österreichische System prägenden Solidaritätsgedanken vereinbar wäre.

2.3 Pflege als Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge

Prinzip

Leistungserbringer und Finanziers der Gesundheits- und Pflegevorsorge in Dänemark sind die Gemeinden, was durch die stark dezentralisierte Verwaltung bedingt ist. Insbesondere durch die Verwaltungsreform 2007 haben sich die Kompetenzen in Bezug auf die Steuerhoheit der Gemeinden sowie die kommunale Selbstverwaltung vor allem im Bereich des Gesundheits- und Pflegesystems erweitert. Hauptsächlich werden daher Sachleistungen von Angestellten der Gemeinden in gemeindeeigenen Einrichtungen erbracht.
Finanziert wird die Pflege in Dänemark aus Steuermitteln, insbesondere der Einkommensteuer, die zu großen Teilen an die dänischen Kommunen abzuführen ist, und aus finanziellen Zuschüssen des Staates. Dabei sind die dänischen Gemeinden, sowohl was das Leistungsniveau aber auch was die Finanzierungsbasis betrifft, relativ autonom. Sie haben Spielräume bei der Festsetzung der Höhe ihrer Steuern und können auch das Leistungsangebot selbst festlegen. Das Leistungsangebot muss lediglich den zentralstaatlichen Qualitätsvorgaben entsprechen.

Kritik

Die besonders ausgeprägte Gemeindeautonomie in Dänemark bietet den Gemeinden zwar größere Spielräume bei der Erbringung der Leistung. Sie kann aber auch zu relativ großen Indifferenzen beim Leistungsniveau zwischen den einzelnen Gemeinden führen, weil keine einheitliche zentrale Steuerung stattfindet.[72]
Das dänische Pflege-System existiert in der vorgestellten Form, aufgrund der Gemeindestrukturreform die in Dänemark in jüngster Vergangenheit stattgefunden hat, erst relativ kurz. Eine umfassende Evaluation über die Wirkung des Systems ist bislang nicht bekannt. Weitestgehend sind die Erwartungen allerdings positiv. Es wurde allerdings bei der Einführung befürchtet, dass die Kommunen mit der Planung und Organisation der Pflege überfordert sein könnten (finanziell und die Kompetenz betreffend).[73] In jüngerer Vergangenheit wird sehr viel Wert auf qualitätssichernde Maßnahmen gelegt: Zielvorgaben, Akkreditierungsmodelle, Informationsinitiativen für BürgerInnen etc.[74]
Es erweist sich zudem auch in Dänemark als Problem, dass der Pflegebedarf mit den vorhandenen Kapazitäten nicht ausreichend abgedeckt werden kann und dadurch z.B. Wartelisten für Pflegeplätze entstehen.[75]

[72] Vgl. Mühlberger, Knittler, Guger: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, 2008, S. 48.
[73] Vgl. Strandberg-Larsen et al.: Denmark, 2007, S. 131.
[74] Vgl. Schulz: Long-Term-Care, 2010; S. 13 f.
[75] Vgl. Ebenda.

Übertragung auf die Verhältnisse in Österreich

In Österreich sind eine Erbringung und Finanzierung der Pflegevorsorge durch die Gemeinden momentan kaum denkbar, weil die finanzielle Grundlage dafür fehlt. Aufgrund der kleinteiligen Struktur und der verhältnismäßig geringen Finanzierungsbasis ist den Gemeinden Österreichs ohne umfassende Reformmaßnahmen die selbstständige Erbringung und Finanzierung von Pflege- und Betreuungsleistungen kaum zuzumuten.
In Dänemark kommt der kommunalen Ebene bei der Erbringung öffentlicher Leistungen insgesamt eine größere Bedeutung zu als in Österreich, sodass sie in Dänemark auch über eine breitere Finanzierungsbasis verfügt. In Österreich ist, im Gegensatz zu Dänemark, die Einkommensteuer eine gemeinschaftliche Bundesabgabe und kann von den Gemeinden nicht beeinflusst werden. Auch stehen den Österreichischen Gemeinden keine vom Volumen her vergleichbaren eigenen Steuern zur Verfügung. Insofern müsste die Finanzierungsbasis der Österreichischen Gemeinden deutlich verbreitert werden, dass sie die Pflege finanzieren und selbst erbringen könnten.
Außerdem kann man aufgrund der kleinteiligen Struktur der Österreichischen Gemeinden bezweifeln, ob jede Gemeinde die Verantwortung für die Pflege ihre EinwohnerInnen auf angemessenem Qualitätsniveau in effizienter Form übernehmen kann.
Es zeigt sich aber vor allem in den größeren Städten in Bundesländern mit Sozialhilfeverbänden, dass vor allem Städte durchaus das Potenzial haben, Leistungen in der Pflege und Betreuung zu organisieren und zu planen. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die Städte einen großen Teil zur Finanzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen beitragen, haben sie zumindest Anspruch auf mehr Mitsprache bei der Bedarfsplanung, die zurzeit hauptsächlich von den Bundesländern durchgeführt wird. Hier könnte mehr Planungskompetenz für Städte durchaus zu einer bedarfsgerechteren Versorgung führen und einen wertvollen Beitrag zur Bedarfsplanung in ihrer Region leisten.

3 Planungs- und Finanzierungsreform

3.1 Einheitliche Leistungsstandards und transparente Datenbasis

Einheitliche Leistungsstandards

Wie gezeigt wurde, sind die Leistungsstandards (z.B. Personalschlüssel, Aufnahmebedingungen, Wohneinheiten etc.) zwischen den Bundesländern unterschiedlich und teilweise nicht verbindlich geregelt. Um eine ähnliche Versorgungsqualität über das gesamte Bundesgebiet oder zumindest ein bundeseinheitliches Mindestversorgungsniveau zu gewährleisten, ist eine Vereinheitlichung der Leistungsstandards anzustreben. Dabei ist von Bedeutung, dass man sich auf einen vertretbaren Mindeststandard einigt, der sich nicht zwingend an jenem Bundesland orientiert, das aktuell den höchsten Leistungsstandard vorgibt. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die ohnehin schon steigenden Pflegekosten (z.B. aus demografischen und gesellschaftlichen Gründen) von besonderer Bedeutung: Je höher die Leistungsstandards, desto höher ist die Leistungsqualität, desto höher aber auch die Versorgungskosten, die zumindest teilweise durch öffentliche Mittel zu finanzieren sind.
Durch eine Vereinheitlichung der Leistungsstandards könnte es allerdings gelingen, die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand österreichweit zu nivellieren. Ist das nicht angestrebt, so wird zumindest Transparenz darüber hergestellt, in welchem Bundesland die Ausgaben bei

gleichen Standards besonders hoch oder niedrig sind. Daraus sind dann Rückschlüsse über die Effizienz der Leistungserbringung möglich. Es ist auch denkbar, dass sich die politischen EntscheidungsträgerInnen in den Bundesländern bewusst dazu entschließen, einen Standard zu fördern, der über dem Mindeststandard liegt und somit höhere Ausgaben rechtfertigt. Dabei ist aber auch zu berücksichtigen, dass bezüglich der Entscheidung des öffentlichen geförderten Leistungsstandards auch alle Gebietskörperschaften Mitspracherecht erlangen, die an der Finanzierung der Standards beteiligt sind. Dies betrifft insbesondere die Städte, die momentan einen großen Teil der Finanzierungslast tragen, ohne Einfluss auf die festgelegten Standards und damit die Höhe der Gesamtausgaben nehmen zu können.

Normkostenmodelle

Auf Basis von einheitlichen Standards können außerdem Normkostenmodelle implementiert werden, die zur besseren Kostenkontrolle bei angemessenem Qualitätsniveau beitragen. Normkostenmodelle sind von besonderer Bedeutung, wenn die Leistungen der Pflege und Betreuung nicht von der öffentlichen Hand direkt erbracht werden, sondern die Erbringung durch private Träger oder NGOs erfolgt, während die Gebietskörperschaften Gewährleistungsverantwortung übernehmen. In diesem Fall können Normkostenmodelle als Grundlage für die Tarifgestaltung und die Bemessung von dem Förderungsausmaß bei Leistungserbringung durch die privaten Träger und NGOs dienen. In diesen Fällen können Gebietskörperschaften mit Normkostenmodellen Tag- oder Stundensätze vorgeben, die von den Trägern höchstens verrechnet werden können. Auch allfällige Förderungen durch die öffentliche Hand können dann anhand dieser Normkostensätze berechnet werden.
Auch bei Normkostenmodellen ist es von entscheidender Bedeutung, dass sie auf einer transparenten Datenbasis berechnet werden, die den tatsächlichen Kostenverhältnissen in der Leistungserbringung entsprechen. Dabei können in den einzelnen Modellen natürlich auch besondere Infrastrukturkosten oder Optimierungstangenten berücksichtigt werden. Besondere Infrastrukturkosten entstehen beispielsweise bei Trägern, die notwendige Leistungen in dünn besiedelten Gebieten erbringen und daher keine Auslastung erreichen, die zu betriebswirtschaftlicher Kostendeckung mit einheitlichen und für ein ganzes Bundesland geltenden Normkostensätzen führen. In solchen Fällen können besondere Zuschläge gewährt werden. Um dem steigenden Finanzierungsdruck in der Pflege zu begegnen, können in den Normkostensätzen auch Abschläge berücksichtigt werden, die den Trägern Anreize geben sollen, Effizienzverbesserungen zu erschließen (=Optimierungstangenten).

Bundeseinheitliche Pflegestatistik

Das System der Pflegefinanzierung ist in Österreich relativ intransparent geregelt. Es liegen kaum bundesländerweise vergleichbare Finanz- und Leistungsdaten vor. Insofern ist eine strategische Steuerung auf Basis einer umfassenden Leistungs- und Finanzstatistik ebenso wenig möglich, wie eine bundesländerübergreifende Bedarfsplanung.
Eine solche Steuerung verspricht allerdings höhere Transparenz über Effizienz und Effektivität des Mitteleinsatzes. Wenn bundesweit vergleichbare Daten vorliegen, kann zwischen den Bundesländern verglichen werden, in welchem Ausmaß bestimmte Leistungen erbracht werden. Dadurch wird deutlich, wie die Bedarfslage in den einzelnen Bundesländern ist, und was unterschiedlich hohe Ausgaben für Pflege begründet. Außerdem können auch die Kosten für bestimmte Leistungsarten besser verglichen werden. Dies würde eine vertiefende Analyse des Leistungsniveaus in den Bundesländern zulassen und gleichzeitig auch Hinweise auf Effizienzverbesserungs- und Qualitätssteigerungspotenziale geben.

So könnte die Leistungsqualität verbessert bzw. die Kosten der Leistungserbringung bei vorgegebenem Qualitätsniveau minimiert werden, wenn bundesweit vereinheitlichte und valide erhobene Leistungs- und Finanzdaten vorliegen.

3.2 Einheitliche Bedarfs- und Entwicklungsplanung mit mehr Einfluss der Städte

Möglichkeiten zur Bedarfsplanung

Grundsätzlich werden zwei Möglichkeiten zur Bedarfsplanung im Bereich der Pflege verwendet. Man kann sich einerseits an vorhandenen Strukturen sowie dem aktuellen Angebot an Leistungen orientieren. Andererseits kann man den künftigen Bedarf anhand von Modellen, die von mehreren Kriterien beeinflusst werden, abschätzen.
Orientiert man sich an vorhandenen Strukturen bzw. dem vorhandenen Angebot, dann wird der Leistungsbedarf der Zukunft auf Basis des vorherrschenden Leistungsangebots fortgeschrieben. Grundannahme dabei ist, dass das vorherrschende Leistungsangebot den Bedarf ausreichend deckt und die Nachfrage nach einer bestimmten Leistung unverändert bleibt. Unter diesen Umständen kann man mit einfachen Indikatoren, wie beispielsweise „Anteil der stationären Pflegeplätze an der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter“, berechnen, wie viele stationäre Pflegeplätze in Zukunft notwendig sind. Dafür ist lediglich die Prognose der Bevölkerungszahl in einer bestimmten Altersgruppe notwendig, wie sie etwa von der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK)[76] angeboten wird. Gegebenenfalls kann der Bedarf noch durch Zielvorgaben, etwa die Betreuungsintensität oder die Versorgungsqualität betreffend, verfeinert werden. Es ist auch durchaus üblich, dass ressourcenbezogene Engpässe (etwa Budgetvorgaben, nicht beliebig erweiterbare Infrastruktur etc.) Einfluss auf den Bedarf haben, der auf Basis vorhandener Strukturen und des vorhandenen Angebots errechnet wird.
Wenn man bei der Bedarfsplanung bedarfsorientiert vorgeht, fließen eine Vielzahl von Indikatoren in die Planung an. Man nimmt bei der bedarfsorientierten Planung nicht mehr an, dass die Nachfrage in Zukunft konstant bleibt. Vielmehr berücksichtigt man auch, dass sich durch veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen und veränderte Lebensbedingungen die Nachfrage nach Pflege verändert. Man bezieht etwa den Gesundheitszustand der Bevölkerung in die Planung ein, berücksichtigt, dass der Anteil der informellen Pflege rückläufig ist, rechnet mit einer stärkeren Nachfrage an mobiler Betreuung weil die stationären Kapazitäten ausgeschöpft sind oder weil das Bedürfnis der Menschen berücksichtigt wird, möglichst lange in der eigenen Wohnungen/im eigenen Haus betreut zu werden uvm. Eine solche Planung ist deutlich komplexer und auch aufwändiger in der Durchführung. Sie liefert aber wesentlich präzisere Ergebnisse.

Bedarfsplanung in der Praxis

Bedarfsplanungen im Bereich der Pflege werden in der Regel von den Ländern für das gesamte Bundesland und von den Leistungsträgern für ihre Einrichtungen und Leistungen durchgeführt. Es werden aber auch Bedarfspläne in Regionen und größeren Städten erstellt. Die **Stadt Linz** führt beispielsweise eine Bedarfsplanung durch. Diese Bedarfsplanung erfolgt allerdings nicht nur für die von der Stadt betriebenen Heime sondern für das gesamte Stadtgebiet. Dabei wird bedarfsorientiert vorgegangen. Über Fragebögen wird der konkrete Pflegebedarf der Bevölkerung erhoben. Dabei wird der Pflegebedarf (Mobilität, Nahrungsaufnahme, Möglichkeit

[76] Nähere Informationen siehe http://www.oerok.gv.at .

der Selbstversorgung und zur Körperpflege etc.), das soziale Umfeld (Gibt es pflegende Angehörige?), die Wohnbedingungen und viele Faktoren mehr berücksichtigt, um den Pflegebedarf einer einzelnen Person einzuschätzen. Auf dieser Basis wird dann der Bedarf für die ganze Stadt hochgerechnet.
Im **Bundesland Salzburg** erfolgt die Bedarfsplanung im stationären und ambulanten Bereich auf Basis eines so genannten Zeitreihenmodells[77]. Dabei gilt der Anteil der Bevölkerung, der in einem Pflegeheim betreut wird, als Basis. Dieser Anteil wird über mehrere Jahre erhoben und dann auf dieser Grundlage für die Folgejahre extrapoliert (hochgerechnet). Um präzisere Ergebnisse zu erreichen wird die Berechnung für Altersgruppen in Fünf-Jahres-Schritten durchgeführt (0-5-Jährige, 5-10-Jährige, …, 85-90-Jährige, 90+-Jährige). Zusätzlich wird in jeder Altersgruppe die Wahrscheinlichkeit berücksichtigt, Pflegegeld zu erhalten bzw. die Wahrscheinlichkeit, mit der stationäre Pflege in Anspruch genommen wird (also keine Betreuung im sozialen Umfeld stattfindet). Mangels Daten kann eine solche Prognose für die teilstationären Dienste in Salzburg nicht durchgeführt werden. Trotzdem findet eine mathematische Berechnung der optimalen Standorte für teilstationäre Einrichtungen statt, auf die an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen werden kann[78].

Reformbedarf

Der Bedarfsplanungsmechanismus ist in Österreich zwischen den Bundesländern nicht einheitlich. Auch werden die Bedarfspläne der einzelnen Institutionen (Gebietskörperschaften ebenso wie private Träger und NGOs) kaum aufeinander abgestimmt. Dabei würde zumindest eine Abstimmung der Bedarfspläne aufeinander Potenziale zur höheren Versorgungsqualität und zur effizienteren Nutzung vorhandener und zukünftiger Strukturen ergeben.
Städte haben momentan kaum Einfluss auf die Bedarfspläne der Bundesländer und können somit auch nicht beeinflussen[79], in welchem Ausmaß sich das Leistungsangebot in den nächsten Jahren entwickeln wird. Dies ist insbesondere deshalb problematisch, weil die Städte einen großen Teil der Finanzierungslast für die Pflege und Betreuung zu tragen haben. Abgesehen davon ist vor allem in den größeren Städten (wie das Beispiel Linz zeigt) durchaus auch Know-How zur Bedarfsplanung vorhanden, das zu einer Verbesserung der Planung in der Region bzw. im Bundesland beitragen könnte.
Die momentane Bedarfsplanung könnte also durch eine bundesländerübergreifende Kooperation der planenden Stellen verbessert werden. Weiters wäre auch eine sektorenübergreifende Planung anzudenken, die Bedarfspläne mehrerer Versorgungssektoren (Soziales, Gesundheit etc.) in Einklang bringt.
Wenn dabei eine einheitliche Planungsmethode gefunden werden kann, indem die besten bereits vorhandenen Planungsansätze zusammengeführt und vereinheitlicht werden, kann das ebenfalls zur Verbesserung der Planungsqualität beitragen.
Dabei sollten die Städte jedenfalls darauf drängen, Mitspracherecht bei einer solchen neuen Form der Bedarfsplanung zu erhalten, um das künftige Leistungsangebot im Bereich der Pflege und Betreuung mitgestalten zu können, da sie schließlich auch von der Entwicklung der dafür notwendigen Ausgaben wesentlich betroffen sind.

[77] Vgl. Land Salzburg: Bedarfsplan, 2010.
[78] Vgl. Ebenda, S. 8 ff.
[79] Davon sind Städte wie Linz ausgenommen, die eine eigene Bedarfsplanung durchführen und auch die Leistungserbringung gewährleisten. Dies ist allerdings größeren Städten vorbehalten, die sich in Bundesländern befinden, in denen das Sozialwesen in Gemeindeverbänden (Soziahilfeverbänden) organisiert ist.

3.3 Aufgabenorientierte Transferentflechtung

Als Alternative zum größeren Mitspracherecht der Städte bei der Bedarfsplanung zur Pflege und Betreuung ist ein Modell der aufgabenorientierten Transferentflechtung in Erwägung zu ziehen. Dieses Modell geht von einer Spezialisierung der Verwaltungseinheiten auf die jeweilige Kernkompetenz bei der Erbringung der Aufgaben Pflege und Kinderbetreuung aus. Bislang bestehen in beiden Systemen Ko-Finanzierungsbeziehungen zwischen Ländern und Gemeinden. Diese können wie folgt entflochten werden:
Man kann davon ausgehen, dass die Nachfrage nach Kinderbetreuung sehr stark an die Wohngemeinde der zu betreuenden Kinder gebunden und auch sehr gut in dieser absehbar ist. Insofern liegt es nahe, dass die Gemeinde jene Instanz ist, die am besten für die Planung als auch die Leistungserbringung in der Kinderbetreuung in der Lage ist. In der Praxis ist dies auch sehr häufig der Fall. Das Land beteiligt sich lediglich an der Finanzierung der Infrastruktur und den Personalkosten. Würden diese Zuschüsse des Landes entfallen, könnten die Länder dadurch finanziell entlastet werden.
Die daraus resultierende Mehrbelastung der Gemeinden wäre vor allem dann zumutbar, wenn als Gegenleistung dafür die vollständige Finanzierungsverantwortung für den Sozialbereich auf die Länder überginge. Das heißt die Sozialhilfeumlage, mit der die Gemeinden zurzeit die Sozialausgaben der Länder ko-finanzieren, würde zur Gänze entfallen. Somit würde sichergestellt, dass Finanzierungs- und Gewährleistungsverantwortung für Kinderbetreuung und Soziales jeweils in einer Hand zusammengeführt wird: Kinderbetreuung bei den Gemeinden, Soziales bei den Ländern.
Es ist allerdings festzuhalten, dass eine solche Transferentflechtung zur finanziellen Mehrbelastung der Länder führen würde. Alleine die starke Ausgabendynamik in der Pflege, wie sie in vorigen Abschnitten dargestellt wurde, würde nunmehr ausschließlich die Länder treffen. Dies hätte aus der Perspektive der Steuerungseffizienz allerdings auch einen Vorteil. In den Bundesländern würde dadurch der finanzielle Druck entsprechend stark steigen, dass dadurch stärkere Anreize dafür gesetzt werden, die Reformoptionen zur Reduktion der finanziellen Belastung im Sozialbereich umzusetzen.
Es kann allerdings nicht erwartet werden, dass die Länder die gesamten zu erwartenden Kostensteigerungen im Sozialwesen inklusive dem bisher durch die Gemeinden finanzierten Anteil durch Reformen abfangen können. Deswegen müssten bei der vorgeschlagenen Transferentflechtung auch Maßnahmen gesetzt werden, die die finanzielle Basis der Länder verbreitern. So wäre es beispielsweise denkbar, dass der Anteil der Länder an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben (durch Abtausch der Ertragsanteile) so erhöht wird, dass im ersten Jahr der Transferentflechtung für die Länder kein Mehraufwand entsteht. In den Folgejahren würde der Anteil dann allerdings wieder stabil bleiben, sodass der reine Kostenanstieg ab dem Jahr in dem die Transferentflechtung durchgeführt wurde, von den Ländern zu tragen ist. Damit haben sie die volle Verantwortung für die festgelegten Leistungsstandards und Förderungsbedingungen, können diese aber auch gleichzeitig unmittelbar so gestalten, dass die Finanzierung sichergestellt werden kann. Letzteres ist im aktuellen System der Ko-Finanzierung zumindest für die Gemeinden nicht möglich.
Letztlich würde deshalb auch für die Gemeinden eine bessere Budgetkontrolle entstehen, weil mit der Sozialhilfeumlage ein wesentlicher Kostentreiber der letzten Jahre wegfällt, der bis dato nicht beeinflusst werden kann.

3.4 Entlastung finanzstärkerer Gemeinden

Gelingt weder ein verstärkter Einfluss der Städte und Gemeinden auf die Bedarfs- und Entwicklungsplanung noch die angedeutete Transferentflechtung, dann wäre es zumindest angemessen, bei der Sozialhilfeumlage größere Städte zu entlasten. Die Verteilung der Sozialhilfeumlage auf die Gemeinden erfolgt in den meisten Bundesländern[80] größtenteils auf Basis der Finanzkraft der Gemeinden. Wie im Abschnitt 0 Kapitel 5.4[81] dargestellt, kommt es aufgrund dieser Regelung aktuell dazu, dass die großen Städte, aufgrund ihrer größeren Finanzkraft, durch Umlagen am stärksten belastet sind.
Aber gerade die größeren Städte erbringen selbst Leistungen im Bereich der Pflege und Sozialhilfe[82], von der auch die umliegenden Gemeinden profitieren. Beispielweise werden städtische Pflegeheime betrieben. Deshalb scheint es nicht nachvollziehbar, warum größere Städte auch zu einem deutlich größeren Anteil die Leistungen der Länder im Bereich der Pflege und Betreuung mitfinanzieren sollen, wo sie doch selber Leistungen erbringen. Es scheint vielmehr eine Verteilung der Umlagelast nach Köpfen sinnvoll, die alle Gemeinden gleichermaßen nach ihrer Einwohnerzahl belastet. So würde die überproportionale Transferbelastung der größeren Städte verringert und finanzielle Entlastung geschaffen.

3.5 Valorisierung des Pflegegeldes

Wie zuvor erläutert, fand in den letzten Jahren ein schleichender Paradigmenwechsel in der öffentlichen Finanzierung von Pflegeleistungen statt. Während noch in den 1990er Jahren von der öffentlichen Hand vornehmlich Geldleistungen für die Pflege und Betreuung zur Verfügung gestellt wurden, so gewinnen heute vermehrt Sachleistungen an Bedeutung. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass das Bundespflegegeld in geringerem Ausmaß angehoben wurde, als die gesellschaftlichen Gesamtausgaben für Pflege gestiegen sind. Eine vollständige Valorisierung des Pflegegeldes hat seit seiner Einführung Mitte der 1990er Jahre erst dreimal stattgefunden. Zuletzt wurde 2011 das Pflegegeld lediglich für die Pflegestufe 6 angehoben. Daraus folgt, dass durch die laufende Erhöhung der Preise (Inflation aber auch Preissteigerungen im Pflegesektor) das ausbezahlte Pflegegeld real an Wert verliert.
Es muss dadurch in erster Linie ein größerer Teil der Pflegeleistungen durch Kostenbeiträge durch die Gepflegten selbst finanziert werden. Wenn die Pflegeleistungen nicht informell, sondern durch professionelle PflegedienstleisterInnen erfolgt, kann dies allerdings zur stärkeren finanziellen Belastung von Ländern und Gemeinden beitragen: Es ist nämlich davon auszugehen, dass nur ein bestimmter Anteil der LeistungsempfängerInnen die jeweiligen Leistungen (den Heimplatz, die Leistungsstunde Mobile Pflege etc.) vollständig aus Eigenmitteln finanzieren kann. Allfällige Differenzen zwischen dem verfügbaren Einkommen (inkl. Pflegegeld) der Gepflegten und der notwendigen Pflegekosten werden durch die Sozialhilfe finanziert.
Während das Pflegegeld hauptsächlich vom Bund finanziert wird, sind die Ausgaben der Sozialhilfe von den Ländern und Gemeinden zu tragen. So kommt es in den letzten Jahren dazu, dass Länder und Gemeinden in Sachen Pflege zu Gunsten des Bundes finanziell stärker belastet werden. Erschwerend kommt dabei die Regelung hinzu, wonach bei Personen, die sich in vollständiger stationärer Pflege/Betreuung befinden, maximal 80 Prozent des jeweils

[80] Ausgenommen ist Kärnten.
[81] Siehe ab S. 54 in diesem Bericht.
[82] Siehe ebenfalls Abschnitt III Kapitel 5.4 ab S. 54 in diesem Bericht.

beanspruchten Pflegegeldes auf den Sozialhilfeträger übergeht, der eine entsprechende Betreuungseinrichtung betreibt. Dadurch reduziert sich die mögliche Eigenleistung der sich in stationärer Betreuung befindlichen Person. So steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein gewisser Teil der Pflegefinanzierung durch die Sozialhilfe zu tragen ist, die von den Ländern und Gemeinden zu finanzieren ist.
Würde das Bundes- und Landespflegegeld angemessen valorisiert (zumindest um eine jährliche Inflationsanpassung), würde jedenfalls eine Entlastung für die Städte und die Länder entstehen. KDZ-Berechnungen haben ergeben, dass wenn das Pflegegeld im Zeitraum 1996 bis 2009 lediglich um die Inflationsrate erhöht würde, die Gemeinden in Österreich in Summe um ca. 54 Mio. Euro entlastet würden.[83] Dabei sind die höheren Gemeindeausgaben, die sich durch die Ko-Finanzierung des Landespflegegeldes ergeben, bereits berücksichtigt. Weiteres könnte eine Entlastung geschaffen werden, wenn das Pflegegeld für Personen in stationärer Pflege/Betreuung anstatt wie bisher zu 80 Prozent künftig zu 100 Prozent bezahlt würde. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, dass den zu betreuenden Personen ein gewisser Geldbetrag zur eigenen Verfügung verbleibt. Dies wäre aus Mitteln der Sozialhilfe sicherzustellen.

4 Systemübergreifende Reformoptionen

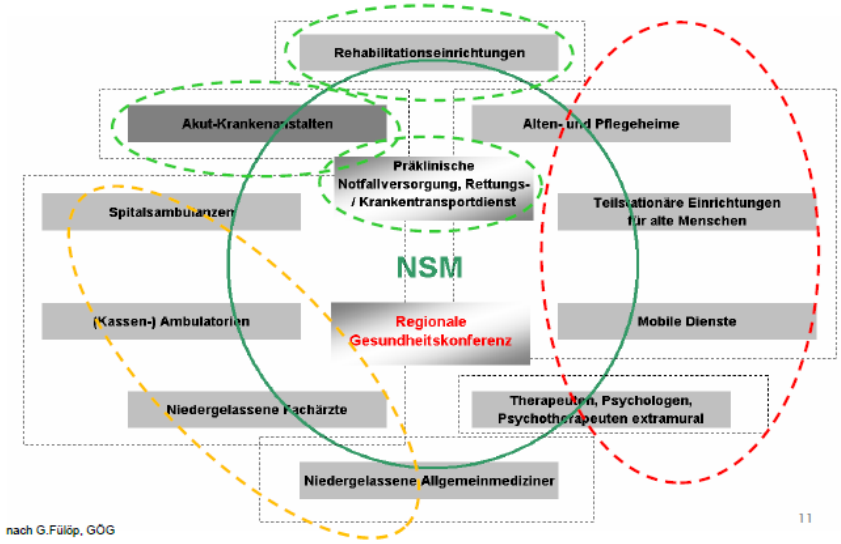
4.1 Integrierte Versorgungsformen, Nahtstellen-Management und präventive Maßnahmen

Im Österreichischen System der Pflege älterer Personen besteht nicht nur eine starke Trennung zwischen den einzelnen Bereichen der Pflege (stationär und mobil) und deren Angebote, sondern auch eine klare Abgrenzung des Gesundheitsbereiches vom Sozialsystem. Unterschiedliche Zuständigkeiten und eine Vielzahl verschiedener Anbieter führen zu Problemen an den Schnitt- bzw. Nahtstellen, welche Ineffizienzen und mitunter auch mangelhafte Pflege zur Folge haben. Wenn beispielsweise aufgrund einer fehlenden Pflegeversorgung zu Hause Krankenhausaufenthalte verlängert werden oder eine voreilige Einweisung in ein Pflegeheim erfolgt, so hat dies höhere bzw. zusätzliche Ausgaben der öffentlichen Hand zur Folge.
Zur Verbesserung der Koordination der Angebote und Optimierung des Zusammenspiels der mit der Pflege einer Person befassten Institutionen und AkteurInnen werden in den letzten Jahren ausgehend von den USA zwei ineinandergreifende Ansätze verfolgt:

1. Verstärkte **KlientInnen-Orientierung:** Das **CASE-Management** (Fallmanagement) setzt direkt beim/bei der einzelnen KlientIn an und soll helfen, einerseits die Versorgungsqualität zu erhöhen und die pflegenden Angehörigen zu unterstützen, andererseits aber auch durch Effizienz- und Effektivitätssteigerung Kosten einzusparen.
2. **Optimierung auf Systemebene (CARE-Management):** Verstärkte Vernetzung und Koordination der Anbieter.

[83] Vgl. Mitterer: Unterlassene Valorisierung des Pflegegeldes, 2010, S. 3.

Abbildung 25: Nahtstellen im Gesundheitswesen



Anmerkung: NSM: Nahtstellenmanagement

Quelle: Baumer, Eva-Maria: Aufnahme- und Entlassungsmanagement - Case Management: Ergänzung oder Widerspruch, Vortrag auf der ÖGCC (Österreichische Gesellschaft für Care- & Case-Management) –Tagung. Wien 2010.

Die Österreichische Gesellschaft für Care und Case Management (ÖGCC) definiert Case Management als einen Handlungsansatz, der sich vor allem dadurch auszeichnet, dass möglichst entlang eines gesamten Krankheits- oder Betreuungsverlaufes einer Klientin/eines Klienten und über die Grenzen von Versorgungseinrichtungen und -sektoren sowie Professionen hinweg ein individuelles Versorgungspaket erhoben, geplant, implementiert, koordiniert und evaluiert werden soll.[84] Das Konzept des CASE-CARE-Managements basiert somit auf der Idee der kontinuierlichen Begleitung von hilfs- und pflegebedürftigen Personen durch eine/n CASE-ManagerIn. Diese/r sorgt nicht nur für eine bestmögliche Information, sondern eruiert auch die Bedürfnisse der betreuten Person, plant, initiiert und koordiniert die benötigten Dienstleistungen.[85] Der/die CASE-ManagerIn fungiert als Schnittstellen-KoordinatorIn zwischen den pflegebedürftigen Personen, den professionellen AnbieterInnen, dem sozialen Umfeld (informelle Hilfsleistungen) und KostenträgerInnen. Darüber hinaus ermöglicht dieses System eine laufende Qualitätskontrolle und erbringt eine wesentliche Entlastung nicht nur für pflegende Angehörige, sondern auch für die Mobilen Dienste. Eine Sonderform des Case-Managements stellt das Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Krankenanstalten dar, welches für einen fließenden Übergang in die extramurale[86] Betreuung (Mobile Dienste, Hausarzt etc.) sorgen soll und damit das Case-Management unterstützt.

Das Care-Management wird von der ÖGCC folgendermaßen definiert: „*Care Management meint die System- und Versorgungssteuerung, die fallübergreifend und einrichtungsübergreifend Hilfen im Sozial- und Gesundheitswesen koordiniert, organisiert und die strukturellen Voraussetzungen dafür im Gemeinwesen/in der Region aufzeigt.*“ [87] Voraussetzung für eine effiziente, bedarfsorientierte Versorgungssteuerung ist jedoch eine laufende bundesweite Bedarfs- und

[84] Vgl. ÖGCC: Grundlagenpapier, S. 1.
[85] Vgl. Christl: Case Management in der Pflege, 2009.
[86] extramural: Betreuungsformen der Pflege außerhalb der stationären Betreuung.
[87] ÖGCC: Grundlagenpapier, S. 2.

Angebotserhebung. Beim Aufbau der Kooperationsstrukturen und der verstärkten Vernetzung der AnbieterInnen ist es jedenfalls erforderlich, den informellen Sektor (pflegende Angehörige) als auch die 24-Stunden-Pflegekräfte mit einzubeziehen.
In Österreich gibt es derzeit kein gesamtheitliches Konzept für ein Case- und Care-Management im Bereich der Pflege. Es existieren jedoch einzelne Pilotprojekte, welche unterschiedliche Ansätze im Sinne des Case- und Care-Managements verfolgen:[88]

- NÖ: Interdisziplinäre Aufnahmestation Horn, Aufnahme- und Entlassungsmanagement
- Salzburg: Case- und Caremanagement im Tennengau (Hausbesuche)[89]
- Oberösterreich: Flächendeckendes Angebot an 74 Netzwerk-Hilfe-BetreuerInnen der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse[90] für schwer Erkrankte oder Unfallopfer
- Steiermark: Versorgungskoordination Großraum Graz
- Tirol: Teure Heilmittel an der Nahtstelle
- Vorarlberg: Intramurales Entlassungs- und extramurales Übernahmemanagement für komplexe Fälle
- Wien: Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung (PIK)

Darüber hinaus bieten einzelne Organisationen wie beispielsweise der Malteser Care-Ring[91] das Case-Management bereits als eigene Dienstleistung für ihre KlientInnen an.
Speziell für die Integration und Unterstützung der pflegenden Angehörigen wurden drei verschiedene Modelle erprobt:[92]

1. **„Ganzheitliche Hauskrankenpflege“** (Rotes Kreuz, Wiener Bezirk, 1996-1998): In der vom Ludwig Bolzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie begleiteten Studie wurde ein ambulantes multiprofessionelles Versorgungsmodell für akut kranke Personen erprobt. Basierend auf einem ausgearbeiteten Case-Management-Konzept wurden Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen als KoordinatorInnen und ManagerInnen eingesetzt und die Angehörigen konkret als PartnerInnen bei verschiedenen Aufgaben wie hauswirtschaftliche und psychosoziale Versorgung oder Grundpflege der PatientInnen eingebunden. Der große Vorteil dieses Modells liegt in dem/der zentralen AnsprechpartnerIn für die PatientInnen und der kontinuierlichen Beratung der Angehörigen.
2. **„Multiprofessionelle Demenzteams“**[93]: Dieses Pilotprojekt wird in den Modellregionen Salzburg und Burgenland speziell zur Betreuung demenzkranker Personen und deren Angehörigen mit dem Ziel, individuelle, maßgeschneiderte Lösungsvorschläge für die Familien anzubieten, durchgeführt. Ein/e regionale/r Demenz-KoordinatorIn organisiert Hausbesuche mit diagnostischer Abklärung und nachfolgender Befundbesprechung im interdisziplinären Team bestehend aus DGKP, SozialarbeiterIn, Facharzt/ärztin für Psychologie oder Neurologie) sowie vermittelt therapeutische Maßnahmen und eine umfassende Betreuung für die Angehörigen der Demenzerkrankten. Das Besondere dieses Ansatzes liegt im Zusammenwirken mehrerer Personen mit komplementären Fachkompetenzen zur Entwicklung individueller Lösungsvorschläge für die Betroffenen.
3. **„Family Community Networking“**: In fünf steirischen Gemeinden werden vor Ort lebende Personen zu Family/Community NetworkerInnen ausgebildet, welche ein regionales Netzwerk an haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen zur Unterstützung

[88] Baumer: Aufnahme- und Entlassungsmanagement, 2010, S.14.
[89] Nähere Informationen siehe http://www.gesundheitsnetzwerk.at .
[90] Nähere Informationen siehe https://www.ooegkk.at .
[91] Nähere Informationen siehe http://www.malteser-care-ring.at .
[92] Vgl. **Christl**: Case Management in der Pflege, 2009, S31 ff. bzw. S. 62.
[93] Vgl. Amann et. al.: Alter und Zukunft, 2010, S. 156.

der Angehörigen aufbauen und betreuen sollen. Durch die Schaffung eines funktionierenden Solidarmodells sollen für die Angehörigen Erholungsmöglichkeiten geschaffen werden. Gleichzeitig wird versucht, verstärkt Kenntnisse zu Demenzerkrankungen zu vermitteln und das Verständnis für diese Krankheit zu erhöhen.

Wesentlichen Bestandteil einer integrierten Versorgung bilden **präventive Maßnahmen**, welche dafür sorgen sollen, dass ältere Personen möglichst lange gesund und selbstständig leben können und chronisch Kranke erst später zu Pflegefällen werden. Neben der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -förderung (Gesundheitspässe 60+ und 75+) ist für das Wohlbefinden der älteren Personen die gezielte Förderung von Seniorensport und vor allem auch die aktive Integration ins soziale Leben im Rahmen von neuen Betreuungsformen wie beispielsweise in Tages- und Sozialzentren. **Generationsübergreifende Betreuungsformen oder Kommunikations- und Kooperationsnetzwerke** können wesentlich dazu beitragen, die Lebensqualität der Pflegebedürftigen zu verbessern. Beispielhaft dafür ist das „Haus der Generationen“ der Sozialdienste Götzis GmbH, welches neben verschiedenen Betreuungsformen (betreutes Wohnen, Wohngemeinschaft und Pflegeheim) auch Lern- und Freizeitbetreuung für Kinder und Jugendliche anbietet. Von großer Bedeutung ist jedoch auch die **Vermittlung von spezifischem Gesundheitswissen und Handlungskompetenz** durch verschiedene Weiterbildungsangebote, damit die gesundheitlichen Zusammenhänge verstanden werden und dementsprechend gehandelt wird[94].

Vorbildhaft für die präventive Pflege ist das dänische Modell der regelmäßigen **Hausbesuche** bei den über 75-jährigen BewohnerInnen.[95] Für die dänischen Kommunen besteht die Pflicht, all jenen, welche ohne Hilfe zu Hause wohnen, mindestens zwei jährliche Hausbesuche anzubieten. Im Rahmen dieser präventiven Hausbesuche (z.B.: durch Gemeindeschwestern oder -pfleger) können die jeweilige Wohn- und Lebenssituation eruiert werden und frühzeitig im Sinne eines Case- und Care-Managements angemessene Unterstützungs-, Betreuungs- und Versorgungsformen empfohlen bzw. initiiert werden.

4.2 Professionalisierung der Pflege und Förderung informeller Pflege

Den künftigen Bedarf an Pflege- und Betreuungskräften abzudecken, zählt zu den großen Herausforderungen für die öffentliche Hand in den kommenden Jahren. Um dem zunehmenden Personalmangel im Bereich der Pflege entgegen zu wirken, müssen vielfältige Maßnahmen ergriffen werden, welche nicht nur den Pflegeberuf aufwerten, die Arbeitsbedingungen verbessern und die Ausbildungsmöglichkeiten erweitern, sondern gleichzeitig auch die informelle Pflege unterstützen, um den erwarteten Rückgang der Pflege durch Angehörige und Dritte abzufedern:

1. **Professionalisierung der Pflege – Ausbildungsoffensive**

Im Zuge der steigenden Nachfrage nach institutioneller Pflege steigt insbesondere auch die Nachfrage nach hoch qualifiziertem Pflegepersonal, welches derzeit großteils an den Krankenanstalten mit Schwerpunktsetzung auf die Bedürfnisse des akuten stationären Bereichs ausgebildet wird. Dem steigenden Bedarf an Pflegekräften steht ein abnehmendes Interesse an den Diplomausbildungen in Verbindung mit dem Geburtenrückgang gegenüber. Will man künftig wieder mehr InteressentInnen für den Pflegeberuf gewinnen, ist eine grundlegende

[94] Vgl. Amann et. al.: Alter und Zukunft, 2010, S. 89 ff.
[95] Nähere Informationen siehe http://english.sm.dk/social-issues/Elderly-people/preventive-home/Sider/Start.aspx .

Ausbildungsreform (auf Bundesebene) und gezielte Förderung der Ausbildungen zu den Pflegeberufen erforderlich. *„Im September 2011 soll im Bundesministerium für Gesundheit ein bedarfs- und zukunftsorientiertes SOLL-Ausbildungskonzept für Pflegeberufe vorgestellt werden, welches auf einer Kontext- und Bedarfsanalyse der Pflegepraxis fußt.“*[96]

Die Stadt Wien hat bereits konkrete Maßnahmen zur Förderung der Pflegeberufe ergriffen. Das Arbeitsmarktservice Wien finanziert und unterstützt gemeinsam mit dem *waff* (Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds) gezielt verschiedene Ausbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen sowie den Berufseinstieg im Bereich der Pflege.[97] Im *waff*-Programm „Pflegeberufe“ (Arbeitsstiftung für den Gesundheits- und Pflegebereich) werden arbeitslose WienerInnen zu HeimhelferInnen, PflegehelferInnen sowie diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen mit fixer Einstellungszusage ausgebildet. WAFF und Unternehmen teilen sich die Ausbildungskosten, die/der Auszubildende/r erhält vom AMS einen Beitrag zu den Lebenserhaltungskosten während der Ausbildung. In Kombination mit der Info-Kampagne „Wege in die Pflege“ und der gemeinnützigen Arbeitskräfteüberlassung durch Flexwork wurde dadurch ein wirkungsvolles Instrument zur Förderung der Pflegeberufe geschaffen.

Um nachhaltig ausreichend Personalkapazitäten für den Pflegebereich zu sichern, ist daher eine umfassende Ausbildungsreform erforderlich, welche folgende Komponenten umfassen sollte:

- Förderung der Ausbildung von diplomiertem Personal durch das Land und das AMS;
- Ermöglichung einer berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung;
- Weitere Akademisierung der Pflege: Abschluss mit Matura und Ausbau von Hochschulausbildungen für Pflegeberufe;
- Verstärkte Integration von Aufgaben und Anforderungen der Hauskrankenpflege in die Ausbildung zur/zum diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerIn (Case- und Care-Management, systematische Patientenberatung, Gesundheitsförderung und Konfliktmanagement.[98], Sicherung der Durchlässigkeit zu verwandten Ausbildungen durch einen modularen Aufbau der Ausbildungen[99]);
- Verstärkte Förderung männlicher Interessenten.

Doch selbst wenn die Ausbildung gefördert und die Finanzierung der notwendigen Pflegeversorgung sichergestellt ist, kann noch nicht gewährleistet werden, dass das notwendige Personal dafür zur Verfügung steht. Um das Personal auch langfristig im Beruf zu halten, sind jedenfalls begleitende Maßnahmen zur Aufwertung des Pflegeberufs und zur Unterstützung des Personals erforderlich.

2. **Aufwertung des Pflegeberufs und Unterstützungsangebote für das Personal**

Die Berufe im Pflege- und Betreuungsbereich sind in Österreich „typische Frauenberufe“, welche durch einen niedrigen sozialen Status, geringe finanzielle Entschädigung und wenige Aufstiegsmöglichkeiten gekennzeichnet sind. Bereits derzeit sind die Pflegebereiche und insbesondere der Bereich der Mobilen Dienste durch eine hohe Fluktuation und geringe Verweildauer im Beruf gekennzeichnet. Zudem lässt der Wegfall der Übergangsbestimmungen für den eingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt für BürgerInnen aus den neuen EU-Staaten befürchten, dass die transmigranten Arbeitskräfte dann in andere attraktivere Bereiche abwandern und dadurch im Bereich der häuslichen Pflege massive Probleme entstehen.[100]

[96] Vgl. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: Ausbildungsbilanz und –prognose für das Pflege- und Betreuungspersonal in Oberösterreich im Bereich der Spitäler und Altenpflege/betreuung, 2011, S.4.
[97] Nähere Informationen siehe www.waff.at und/oder http://www.berufsinfo.at/bildford/wien_09.htm
[98] Vgl. Krajic, Nowak, Rappold; Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): Pflegenotstand in der mobilen Pflege?, 2005, S. 13.
[99] Vgl. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: Ausbildungsbilanz und –prognose für das Pflege- und Betreuungspersonal in Oberösterreich im Bereich der Spitäler und Altenpflege/betreuung, 2011, S.4.
[100] Vgl. Schmid: Hausbetreuung in Österreich, 2010, S. 190.

Spätestens dann ist die Sozialpolitik gefordert, entsprechende Schritte zur Attraktivierung dieser Berufe einzuleiten.
Ein Schlüssel zur Attraktivierung dieser Berufe führt in erster Linie über die Anhebung und Angleichung der Entlohnung an vergleichbare „männerdominierte“ Berufe. Problematisch für das Image der Pflegeberufe ist insbesondere auch die tendenzielle Unterbewertung der erforderlichen Qualifikationen. Daher kann auch über die Aufwertung der Ausbildung für Pflege- und Betreuungsberufe eine Verbesserung des Images dieser Berufe erzielt werden. Österreich zählt zu den wenigen europäischen Ländern, in denen die Ausbildung für Pflegekräfte (noch) nicht mit der Hochschulreife abschließt. Die gehobene Ausbildung wiederum induziert zusätzlich eine Anhebung der Entlohnung und Verbesserung des Images der Pflegeberufe.
Darüber hinaus gilt es, insbesondere im mobilen Bereich die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern und durch ein gezieltes Angebot an Unterstützungsleistungen, die starken physischen und psychischen Belastungen abzumildern. Diesbezügliche Maßnahmen reichen über organisationsbezogene Verbesserungsmaßnahmen wie Optimierung der Dienstzeitregelungen oder systematische strukturelle und personelle Weiterentwicklung[101] bis hin zu gezielten Maßnahmen zum Abfangen der körperlichen Risken und psychischen Belastungen.[102]
Wesentlich dabei ist die adäquate Ausstattung mit technischen Pflegehilfsmitteln (z.B.: Patientenlifte) und die kontinuierliche Unterstützung des Personals durch die Führung, laufende Fortbildung und begleitende Supervision. Ebenso kann eine Verbesserung der Kinderbetreuung dazu beitragen, speziell im Pflegebereich die Verweildauer im Beruf zu erhöhen.

3. Förderung der informellen Pflege

In Österreich ist der Anteil der informellen Pflege durch Angehörige vergleichsweise hoch, die Mehrheit der Bevölkerung wünscht sich die Pflege zu Hause. Aufgrund der demografischen und gesellschaftspolitischen Situation verliert die informelle Pflege im Familienverband jedoch zunehmend an Bedeutung. Diese Tendenz vollzieht sich im urbanen Raum eher als im ländlichen Raum und verstärkt zunehmend den Druck auf die Organisation von institutionellen Pflegeleistungen. Parallel zum weiteren Ausbau des ambulanten und mobilen Angebotes ist die gezielte Förderung und Unterstützung der ehrenamtlich pflegenden Personen erforderlich, um zusätzlich dämpfend auf den steigenden Personalbedarf im Bereich der Pflege zu wirken.
In den europäischen Ländern wird bereits eine Vielzahl an unterschiedlichen Instrumenten zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen angewendet, welche in nachfolgenden Kategorien zusammengefasst werden können:

- ❑ Information und Beratung (z.B.: Case- und Care-Management)
- ❑ Sozial- und arbeitsrechtliche Absicherung für pflegende Angehörige
- ❑ Entlastungsangebote (Sachleistungen): Ausreichend Urlaubsbetten in Pflegeheimen (Kurzzeitpflege), Urlaubsangebote für pflegende Personen (z.B.: Vorarlberg)
- ❑ Finanzielle Unterstützungen: z.B.: steuerrechtliche Erleichterungen
- ❑ Unterstützung durch Schulungsangebote für betreuende Personen
- ❑ Vernetzung – gezielte Förderung und Unterstützung von privaten Netzwerken (Angehörigengruppen und Vereine)

Nachfolgend werden einige Beispiele für die unterschiedlichen Unterstützungsleistungen genannt:

[101] Weiterentwicklung der Kommunikations- und Führungskultur und -strukturen, Teamentwicklung, Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, etc.
[102] Vgl. Krajic, Nowak, Rappold; Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (Hrsg.): Pflegenotstand in der mobilen Pflege?, 2005, S. 13.

Information und Beratung: Das BMASK bietet seit 2006 in Ergänzung zum Pflegetelefon eine Internetplattform für pflegende Angehörige[103], auf der alle wichtigen Informationen verfügbar sind: Neben aktuellen und allgemeinen Informationen zu den zentralen Themen (Pflegegeld, rechtliche Absicherung, 24-Stunden-Betreuung, Soziale Dienste, Heime, Therapien, Aus- und Weiterbildung, Urlaub, Selbsthilfegruppen etc.) bietet die Plattform eine Datenbank zu den Angeboten im Bereich der Pflege[104] ebenso wie eine Datenbank zu Hilfsmitteln für die Pflege und alle wichtigen Formulare zum download. Im Projekt „Tandem"[105] in Vorarlberg werden pflegende Angehörige von demenzkranken Menschen in praxisorientierten Kleingruppen begleitet und betreut. In Dänemark gibt es eine zentrale, staatliche Datenbank bzw. Internetseite, in der die aktuellen Angebote der Kommunen, Regionen und privaten Anbieter im Sozialbereich erfasst sind (z.B.: freie Seniorenwohnungen etc.) und die Kommunen und Regionen sind verpflichtet, die Daten regelmäßig zu aktualisieren. Die BürgerInnen haben in Dänemark eine grundlegende, gesetzlich zugesicherte Wahlfreiheit bei den Pflegedienstleistungen[106].
Sozial- und arbeitsrechtliche Absicherung: Erst in den letzten Jahren wurde in Österreich die Basis für die Absicherung der pflegenden Angehörigen geschaffen: Eine beitragsfreie Mitversicherung in der Krankenversicherung sowie kostenfreie Selbstversicherung für pflegende Angehörige in der Pensionsversicherung (Seit 01.08.2009).
Finanzielle Unterstützungen: In Dänemark beispielsweise erhalten Personen, welche eine im Sterben liegende ältere Person pflegen, als Sonderleistung von der Kommune eine dem Lohn einer professionellen Pflegekraft entsprechende Geldleistung.[107]
Neben den direkten Angehörigen gilt es nun vermehrt, das Potenzial jener Personen zu nutzen, die aufgrund ihres Alters aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind (z.B.: PensionistInnen), körperlich und geistig allerdings noch überaus leistungsfähig sind. Wenn solche Personen sich in geringem Ausmaß ehrenamtlich engagieren (z.B. Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfe, betreutes Wohnen, integrierte Versorgungsformen etc.) könnte eine finanzielle Entlastung der öffentlichen Hand erreicht werden. Ferner würden diese Personen durch die gesteigerte Aktivität und die vermehrten sozialen Kontakte an Lebensqualität und Wohlbefinden gewinnen bzw. Lebensqualität und Wohlbefinden auch langfristig erhalten. Wesentlich für die Akquirierung dieses Potenzials ist die Schaffung von Strukturen, welche die Kommunikation und Vernetzung der Ehrenamtlichen untereinander, mit den pflegebedürftigen Personen und den professionellen Pflegekräften unterstützen. Dies kann einerseits innerhalb von gemischten Wohnformen und andererseits auch durch den unterstützten Aufbau regionaler Netzwerke erfolgen. Beispielhaft sei hier das Pilotprojekt „Family Community Networking" des BMASK zur Verbesserung der Situation von demenziell erkrankten Personen in der Steiermark genannt:[108] Vor Ort lebende Personen werden zu Family/Community NetworkerInnen ausgebildet, deren Aufgabe es ist, regionale Netzwerke aufzubauen und zu betreuen. Letztlich dient dieser Ansatz auch der Entlastung von pflegenden Angehörigen.

[103] Nähere Informationen siehe http://www.pflegedaheim.at
[104] Nähere Informationen siehe http://www.infoservice.bmask.gv.at
[105] Nähere Informationen siehe http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/soziales/betreuungundpflege/weitereinformationen/beratung/projekttandem.htm
[106] Nähere Informationen siehe http://english.sm.dk/social-issues/Elderly-people/
[107] Vgl. Wild: Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, 2010, S. 22.
[108] Vgl. Amann et. al.: Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten, 2010, S155.

VI Resümee

In Zukunft ist damit zu rechnen, dass die Ausgaben für Pflege und Betreuung weiterhin steigen. Je nach Entwicklung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung, der direkten Pflegekosten und dem Anteil der Pflege, die informell erbracht wird, werden im Zeitraum 2006 bis 2030 die Ausgaben der öffentlichen Hand für Pflege zwischen 66 und 206,5 Prozent steigen.

Künftig weiterhin wachsende Belastung der Städte und Gemeinden

Ein großer Teil dieser Ausgabensteigerungen wird im Bereich der Sachleistungsfinanzierung stattfinden. Dies führt im aktuellen Pflegefinanzierungssystem zu einer besonders starken finanziellen Belastung der Länder und Gemeinden. Bei den Gemeinden werden, durch die aktuellen Ko-Finanzierungsregelungen (finanzkräftigere Gemeinden tragen einen größeren Teil der Kosten), vor allem die größeren Städte besonders stark belastet.

Städte bereits heute an der Grenze der finanziellen Leistungsfähigkeit

Schon heute haben allerdings viele größere Städte die Grenzen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit erreicht. Eine deutlich wachsende finanzielle Belastung, die durch die Pflegefinanzierung entsteht, ist nicht finanzierbar. Reformen in Organisation und Finanzierung des Sozialbereichs sind unbedingt notwendig, um für die Städte nachhaltige finanzielle Stabilität sicherzustellen.

Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung zusammenführen

Um höhere Steuerungseffizienz im Sozialwesen sicherzustellen, wäre es sinnvoll Finanzierungs- und Aufgabenverantwortung an einer Stelle zusammen zu führen. Im Sozialwesen würde es sich anbieten, beides den Ländern zu übertragen[109], da diese bereits derzeit die Aufgabenverantwortung haben. Parallel dazu wäre eine Umstellung des Finanzausgleichs notwendig, die die Länder für den finanziellen Mehraufwand entschädigt, der durch eine solche Kompetenzverschiebung entsteht (z.B. durch einen Abtausch der Ertragsanteile zwischen Ländern und Gemeinden). Zukünftige Mehrbelastungen müssten allerdings von den Ländern finanziert werden, weil sie die vollständige Steuerungskompetenz im Sozialbereich innehätten und damit die Ausgabenentwicklung kontrollieren könnten. Ferner könnten dann die Gemeinden die Länder entlasten, indem sie die Organisation und Finanzierung der Kinderbetreuung vollständig übernehmen.

Zumindest mehr Mitbestimmung für Städte und Gemeinden bei der Bedarfsplanung

Soll das aktuelle Ko-Finanzierungssystem vorerst erhalten bleiben, so ist aus der Sicht der Städte zumindest mehr Einfluss in der Bedarfsplanung zu fordern. Bis dato finanzieren die Städte einen großen Teil der Ausgaben, können aber keinen direkten Einfluss auf deren Entwicklung nehmen, weil die Bedarfsplanung, die Festlegung der Leistungsstandards und die Bewilligung allfälliger finanzieller Zuweisungen an KlientInnen und private Träger den Ländern obliegt.
Sollen die Städte in Zukunft weiterhin einen entsprechend großen Anteil der Finanzierungslast tragen, so sollte sichergestellt werden, dass sie einen größeren Einfluss auf die Entwicklung der Ausgaben nehmen können als bisher. GemeindevertreterInnen wäre dazu ein verbindliches Mitspracherecht bei der Bedarfsplanung und Leistungsbewilligung einzuräumen.

[109] Städte können dabei wie bisher Pflegeheime betreiben und andere Pflegeleistungen erbringen. Es wäre lediglich gewährleistet, dass die Gesamtkoordination und die Sicherstellung der Finanzierung dieser Leistungen für Bedürftige in der Verantwortung der Länder liegt.

Kostensteigerungen minimieren

Mittel- bis langfristig spielt es allerdings keine Rolle, welche Gebietskörperschaft die notwendigen Pflegekosten zu tragen hat. Wenn die momentane Ausgabenentwicklung ungebremst fortgeschrieben wird, dürften weder Bund noch Länder und Gemeinden genügend Mittel zur Pflegefinanzierung zur Verfügung haben. Es gilt also Maßnahmen zu setzen, die den Kostenanstieg eindämmen. Langfristig bieten sich dafür vor allem Präventionsmaßnahmen an, die sicherstellen, dass Personen möglichst lange gesund und selbstständig leben können. Daneben trägt das Case- und Caremanagement dazu bei, dass KlientInnen jene Betreuungsleistungen empfangen, die am besten ihren Bedürfnissen entsprechen. Gleichzeitig werden durch Case- und Caremanagement Doppelgleisigkeiten im System vermieden und Schnittstellen überbrückt, und damit die Effizienz der Leistungserbringung gesteigert sowie die Kosten gesenkt.
Zudem könnte eine bundesweite Vereinheitlichung der Leistungs- und Finanzierungsstandards, die sich nicht zwingend am höchsten Standard orientiert, zu einer Reduktion des Kostenanstiegs beitragen. Daneben würde dadurch ein bundesweit einheitliches Leistungsniveau sichergestellt und eine Versorgung auf ähnlichem Niveau im gesamten Bundesgebiet gewährleistet. Außerdem würden durch einheitliche Standards auch bessere Vergleichsmöglichkeiten im Sinne von Benchmarking zwischen den Bundesländern geschaffen, die momentan aufgrund der höchst inhomogenen Datenbasis und den unterschiedlichen Standards kaum möglich sind.

Finanzierungsbasis verbreitern

Neben all diesen Maßnahmen wird auch in Erwägung gezogen werden müssen, mehr Geld für die Pflege zur Verfügung zu stellen. Der zu zwei Dritteln aus allgemeinen Steuermitteln des Bundes finanzierte Pflegefonds ist ein erster Schritt in diese Richtung. Mittelfristig sind stabile Finanzierungsquellen zu erschließen, die zu einer nachhaltig ausreichenden Dotierung eines solchen Fonds führen oder, sollte man sich nicht für die Fortführung eines Pflegefonds entscheiden, die Finanzierung der Pflege auf anderem Wege sicherstellen (etwa durch ausreichende Valorisierung und bedarfsgerechte Zuweisung des Pflegegeldes). Ob als Finanzierungsquelle Vermögenssteuern oder Einkommenssteuern dienen können, oder ein Versicherungssystem (kapitalgedeckt oder umlagenfinanziert) installiert werden soll, ist in Folge eines politischen Diskurses zu entscheiden, in dem die Vor- und Nachteile des jeweiligen Systems abzuwägen sind.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispielhafte Darstellung der Zahlungsströme zur Finanzierung eines Heimplatzes in Tirol 20
Abbildung 2: Anteil der über 64-jährigen, die zu Hause gepflegt werden 41
Abbildung 3: Entwicklung der offenen Stellen sowie der Anzahl der unselbstständig Beschäftigten im Gesundheitsbereich, 1999-2010 44
Abbildung 4: „Offene-Stellen-Quoten“ nach ÖNACE-Abschnitten (A-U) sowie ausgewählten ÖNACE-Klassen für den Pflegebereich, 2010 45
Abbildung 5: Determinanten des künftigen Bedarfs an Pflegepersonal 47
Abbildung 6: Entwicklung der PflegegeldbezieherInnen 1999 - 2010 51
Abbildung 7: Entwicklung der Ausgaben des Bundes und der Länder in der Pflegevorsorge 52
Abbildung 8: Entwicklung der Nettoausgaben der öffentlichen Hand für Pflege und Betreuung 53
Abbildung 9: Verteilung der Ausgaben für Pflege und Betreuung 2009 54
Abbildung 10: Entwicklung wesentlicher Positionen der laufenden Gebarung 2005 bis 2014 55
Abbildung 11: Sozialtransfers der Gemeinden an Träger des öffentlichen Rechts 2009 nach Bundesländern in Summe 56
Abbildung 12: Sozialtransfers der Gemeinden an Träger des öffentlichen Rechts 2009 nach Bundesländern und Transferzweck 57
Abbildung 13: Sozialtransfers der Gemeinden an Träger des öffentlichen Rechts 2009 nach Bundesländern und Einwohnergrößenklassen 57
Abbildung 14: Direkte Gemeindeausgaben im Bereich der Pflege und Betreuung 2009 (Ausgaben der Abschnitte 41 und 42 des Gemeindehaushalts exkl. Transfers) 58
Abbildung 15: Sozialausgaben in den Bundesländern 60
Abbildung 16: Sozialausgaben in den Bundesländern und Transferbelastung der Gemeinden 61
Abbildung 17: Ausgaben der Bundesländer 2009 in der Gruppe 4 Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung nach Unterabschnitten 62
Abbildung 18: Nettoausgaben der Bundesländer 2009 für Leistungen der Pflege und Betreuung nach Leistungsart in Euro pro Kopf 62
Abbildung 19: Zusammenhang zwischen Nettoausgaben der Länder und Leistungsangeboten in den Bundesländern 2009 63
Abbildung 20: Nettoausgaben der Bundesländer 2009 für Leistungen der Pflege und Betreuung verglichen mit den Netto-Sozialausgaben der Bundesländer 63
Abbildung 21: Entwicklung der Bevölkerungsindizes der 65+ Jährigen bis 2030 nach Bundesländern 66
Abbildung 22 Bevölkerungsveränderung der 65+ Jährigen 2009 bis 2030 nach Prognoseregionen in Prozent 67
Abbildung 23: Entwicklung der Gesamtkosten 72
Abbildung 24: Einnahmen aus dem Pflegefonds im Vergleich mit ausgewählten Ausgabensteigerungen von 2010 auf 2011 77
Abbildung 25: Nahtstellen im Gesundheitswesen 89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kennzahlen zur Versorgung im stationären Bereich 2009 16
Tabelle 2: Übersicht: Leistungsdaten zu Tageszentren in den Bundesländern 2009 17
Tabelle 3: Anzahl der in den Mobilen Diensten erbrachten Stunden nach Bundesland 2000-2009 18
Tabelle 4: Leistungsstandards Pflege 23
Tabelle 5: Finanzierungsstandards für Mobile Dienste 28
Tabelle 6: Betreiberstrukturen im Bereich der Alten- und Pflegeheime 31
Tabelle 7: Angebot an Tagesbetreuung (Tageszentren, Tageszentren in Anbindung an Alten- und Pflegeheime, integrierte Tagesbetreuung) in den Bundesländern 34
Tabelle 8: Anbieter von Mobilen Diensten in den Bundesländern 37
Tabelle 9: Anbieter von Mobilen Diensten in Wien 39
Tabelle 10: Offene Stellen und unselbstständig Erwerbstätige nach ÖNACE-Abschnitten (A-U) 2010 46
Tabelle 11: PflegegeldbezieherInnen und Aufwände 2009 50
Tabelle 12: Finanzierungsregelungen zum Pflegegeld nach Bundesländern 52
Tabelle 13: Transferzahlungen der Gemeinden an Träger des öffentlichen Rechts 56
Tabelle 14 Anteil der 65+ Jährigen an der Gesamtbevölkerung, 2010 und 2030 67
Tabelle 15: Mittel- und langfristige Kostenentwicklung der Langzeitpflege: zugrunde liegende Annahmen der unterschiedlichen Szenarien 68
Tabelle 16: Zusammenfassung der drei Szenarien, Kosten und prozentuelle Veränderung gegenüber 2006 71

Literaturverzeichnis

Amann, Anton et. al.: Alter und Zukunft. Wissen und Gestalten: Forschungsexpertise zu einem Bundesplan für Seniorinnen und Senioren. Wiener Institut für Sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik (WISDOM). Wien, 2010.

Amt der Burgenländischen Landesregierung: Informationsblatt für die Inanspruchnahme von Pflege und Betreuungsdiensten.
URL: http://www.burgenland.at/media/file/194_Informationsblatt_HKP.pdf [05.04.2011]

Amt der Burgenländischen Landesregierung: Richtlinien des Landes Burgenland zur Durchführung professioneller ambulanter Pflege- und Betreuungsdienste. Fassung 2010. Eisenstadt, 2010.

Amt der Burgenländischen Landesregierung: Sozialbericht 2007/2008, Eisenstadt 2009
URL: http://www.burgenland.at/media/file/1223_sozialbericht_2008.pdf [05.04.2011]

Amt der Kärntner Landesregierung: Mobile Pflege und Betreuungsdienste.
URL: http://www.ktn.gv.at/42109_DE-ktn.gv.at-THEMEN?detail=81&thema=5&subthema=105 [05.04.2011]

Amt der Kärntner Landesregierung: Tariflisten für Med. Hauskrankenpflege, Hauskrankenhilfe und Heimhilfe.
URL: http://www.ktn.gv.at/26550_DE-Mobile_Pflege-_und_Betreuungsdienste-Tariflisten [05.04.2011]

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: : Daheim in NÖ - Pensionisten- und Pflegeheime in NÖ, St. Pölten.
URL: http://www.noel.gv.at/bilder/d43/AdrFolder_gesamt_Dez09_Druck_klein.pdf [05.04.2011]

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: Informationsblatt zur Bewilligung für den Betrieb einer teilstationären bzw. stationären Einrichtung, St. Pölten
URL: http://www.noel.gv.at/Gesellschaft-Soziales/Sozialhilfe/Einrichtungen/Pflege_Bewilligung_Betrieb_Einrichtung_GS5.pdf [13.04.2011]

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: Sozialbericht 2009
URL: http://www.landtag-noe.at/service/politik/landtag/LVXVII/06/667/667B.pdf [05.04.2011]

Amt der Niederösterreichischen Landesregierung: Sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste.
URL: http://www.noe.gv.at/Gesundheit/Pflege/Soziale-Betreuungsdienste-/Betreuungsdienste_Sozmed_Betreuungsdienste.wai.html [05.04.2011]

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Sozialabteilung: Richtlinien zur Förderung professioneller sozialer Dienste in Oberösterreich. Hauskrankenpflege – Mobile Betreuung und Hilfe. Stand 01.05.2006. Linz, 2006.

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: Sozialbericht 2010, Linz 2010. S. 34.
URL:

Amt der Oberösterreichischen Landesregierung: Unterlage für eine Pressekonferenz der Landes Oberösterreich zum Thema "Ausbildungsbilanz und -prognose für das Pflege- und Betreuungspersonal in Oberösterreich im Bereich der Spitäler und Altenpflege/betreuung“, Linz, 2011.
URL: http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-96112926-7ECB68CE/ooe/PK_LH_Ackerl_14.3.2011_Internet.pdf [13.04.2011]

Amt der Salzburger Landesregierung: Bedarfsplan 2017.
URL: http://www.salzburg.gv.at/bedarfsplan_pflege_2017.pdf [05.04.2011]

Amt der Salzburger Landesregierung: Sozialbericht 2009, Salzburg 2010.
URL: http://www.salzburg.gv.at/sozialbericht2009.pdf [05.05.2011]

Amt der Salzburger Landesregierung: Wie hoch sind die tatsächlichen Kosten?
URL: http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales/leistungen_und_angebote/pflege_einstieg/pflege_zuhause/tatsaechliche_kosten.htm [05.04.2011]

Amt der Steirischen Landesregierung: Finanzierung.
URL: http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/54760731/DE/ [05.04.2011]

Amt der Steirischen Landesregierung: Sozialbericht 2007/2008, Graz 2009.
URL: http://www.soziales.steiermark.at/cms/dokumente/11195892_5352/cf68e743/Sozialbericht_07_08.pdf [05.04.2011]

Amt der Tiroler Landesregierung: Sozial- und Jugendwohlfahrtsbericht 2007/2008, Innsbruck 2009.
URL: http:// www.tirol.gv.at/sozialbericht [16.03.2011]

Amt der Tiroler Landesregierung: Richtlinie des Landes Tirol zur Förderung der mobilen Pflege und Betreuung in Tirol. Innsbruck, 2011.

Amt der Vorarlberger Landesregierung: Betreuungs- und Pflegenetz Vorarlberg 2009, Bregenz 2010.
URL: http://www.vorarlberg.gv.at/pdf/betreuungs-undpflegenetzb.pdf [05.05.2011]

Amt der Vorarlberger Landesregierung; Connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege GmbH: Stationäre und teilstationäre Angebote für Menschen mit Betreuungs- und Pfl egebedarf – Bericht 2009. Bregenz, 2010.

Amt der Vorarlberger Landesregierung; Connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege GmbH: Unterstützung der Pflege zu Hause. Bregenz, 2010.

Amt der Vorarlberger Landesregierung; Connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege GmbH: Urlaubsbetten, Tages- und Nachbetreuung in den Vorarlberger Pflegeheimen, Stand 2010.
URL: http://www.vorarlberg.at/pdf/angebote_pflegeheime2010.pdf [05.05.2011]

BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt) Arbeitskreis Pflegevorsorge 2007: Fakten und Vorschläge aus Sicht der Trägerorganisation innerhalb der BAG, In: ÖKSA (Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit): Finanzierung der Pflege in Österreich – Bedarf – Modelle – Perspektiven. St. Pölten 2008.

Baumer, Eva-Maria: Aufnahme- und Entlassungsmanagement - Case Management: Ergänzung oder Widerspruch, Vortrag auf der ÖGCC (Österreichische Gesellschaft für Care- & Case-Management) –Tagung. Wien 2010.
URL: http://pw.umit.at/upload/microsoft_powerpoint___case__und_care_management_2009.pdf [07.04.2011]

Biwald, Peter; Bauer, Helfried; Bröthaler, Johann; Getzner, Michael; Mitterer, Karoline; Schratzenstallter, Margit: Grundlegende Reform des Finanzausgleichs. Transfers und Kostentragung. Wien, 2010.

Biwald, Peter; Hochholdinger, Nikola; Köfel, Manuel; Maimer, Alexander: Finanzierung der Städte nach der Krise. Analyse der Gemeindefinanzen 2004 – 2008. Prognose bis 2013. Grundlagenpapier zum Österreichischen Städtetag 2010. Wien 2010.

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz: Infoservice-Datenbank zur Pflege in Österreich.
URL: http://www.infoservice.bmask.gv.at/InfoService2/altenpflegeheime/einleitung.html [13.04.2011]

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007. Wien, 2008.
URL: http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/4/1/2/CH0161/CMS1228215542463/pvb_2007.pdf [05.04.2011]

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008. Wien, 2009.

URL: https://broschuerenservice.bmask.gv.at/PubAttachments/Pflegevorsorgebericht%202008.doc.pdf [05.04.2011]

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009. Wien, 2010.
URL: https://broschuerenservice.bmask.gv.at/PubAttachments/Pflegevorsorgebericht%202009-Inter.pdf [05.04.2011]

Christl, Corinne: Case Management in der Pflege – Eine Unterstützungsleistung pflegender Angehöriger, Diplomarbeit an der Universität Wien. Wien, 2009.

Dänisches Sozialministerium: Präventive Hausbesuche: http://english.sm.dk/social-issues/Elderly-people/preventive-home/Sider/Start.aspx [12.04.2011]

De Boer, Alice: Report on the Elderly. Changes in the lives and living situation of elderly persons in the Netherlands. The Hague, 2006.

Der Rechnungshof: Bericht des Rechnungshofes. Altenbetreuung in Kärnten und Tirol. Wien, 2011.

Der Rechnungshof: Bericht des Rechnungshofes. Vollzug des Pflegegeldes. Wien, 2010.

Dienel, Christiane: Die Betreuung älterer Familienmitglieder im europäischen Vergleich – Perspektiven einer europäischen Politik für familiäre Pflege. In: Berliner Journal für Soziologie, Volume 17, Number 3, 2007, S. 281-300.

Dimmel, Nikolaus: Informelle Pflege, Betreuung durch Angehörige und soziale Dienste, IN: ÖKSA: Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft, Herausforderungen und Chancen, ÖKSA. Innsbruck, 2010, S. 41-56.

Fonds Soziales Wien: Hauskrankenpflege.
URL: http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html [05.04.2011]

Haberkern, Klaus; Szydlik, Marc: Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich. In: KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Volume 60, Number 1, Köln, 2011, S.82-105.

Hochholdinger, Nikola; Malz, Bernadette; Mitterer, Karoline: Kostenexplosion im Sozialhilfebereich, Grundlagenpapier zum österreichischen Städtetag 2009, Wien, 2009.

Hofmarcher-Holzhacker, Maria M.: Stationäre Pflege: Kosten und Einnahmenstrukturen. In: ÖKSA (Hrsg.): Finanzierung der Pflege in Österreich, Dokumentation der Jahreskonferenz 2008. Wien, 2008, S. 39-52.

ICSW – International Council on Social Welfare (Hrsg.): Die Pflege in der Finanzierungsfalle? – Zukunftsmodelle aus deutscher, österreichischer und schweizerischer Sicht im Vergleich. Berlin, 2010.

Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France (2009), Careum (Hrsg.): Ageing Workforce in an Ageing Society, Wieviele Health Professionals braucht das Schweizer Gesundheitssystem bis 2030?, Careum. Zürich, 2009.
URL: http://www.stiftung-careum.ch/de-ch/careum/publikationen/working_paper_1.html [14.04.2011]

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zur 17. Legislaturperiode in Deutschland. 2009

Krajic, Karl; Nowak, Peter; Rappold, Elisabeth (Hrsg.): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten, Endbericht, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie. Wien, 2005.

Kreimer, Margarete: Gender and Care: Zur Bedeutung informeller Pflege- und Betreuungsarbeit im Wohlfahrtsstaat Österreich, In: Kontraste, 2004, S.6-9.

Kretschmann, Andrea: Mit Recht regieren? Zur Verrechtlichung transmigrantischer 24-Stunden-Carearbeit in österreichischen Privathaushalten. Aufsatz, Wiesbaden, 2010. In: Scheiwe, Kirsten: Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis, VS Verlag, Wiesbaden, 2010, S.199-226.

Magistrat der Stadt Wien (Hrsg.): Wiener Sozialbericht 2010 – Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales, Wiener Sozialpolitische Schriften Band 2, Wien, 2010.
URL: http://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/sozialbericht-2010.pdf [02.05.2011]

Mitterer, Karoline: Unterlassene Valorisierung des Pflegegeldes. Entgangene Einnahmen, zusätzliche Ausgaben der Gemeinden im Bereich Pflege für die Jahre 1999-2008 Kurzdarstellung im Auftrag des Österreichischen Städtebundes. Wien, 2010.

Mühlberger, Ulrike; Knittler, Käthe; Guger, Alois: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO). Wien, 2008.

Mühlberger, Ulrike; Knittler, Käthe; Guger, Alois; Schratzenstaller, Margit: Langzeitpflege in Österreich. In: ÖKSA (Hrsg.): Finanzierung der Pflege in Österreich, Dokumentation der Jahreskonferenz 2008. Wien, 2008, S. 11-26.

ÖGCC (Österreichische Gesellschaft für Case und Care Managment): Grundlagenpapier.
URL: http://www.oegcc.at/OEGCC_Grundlagenpapier_021210.pdf [07.04.2011].

ÖKSA (Hrsg.): Finanzierung der Pflege in Österreich, Dokumentation der Jahreskonferenz 2008. Wien, 2008.

Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH: Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, im Auftrag des BMASK Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Klagenfurt – Wien, 2007.
URL: http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/9/0/6/CH0184/CMS1229093595174/organisation_u__finanzierung_der_pflegevorsorge_in_oesterreich_endversion_2007-08-07.pdf [05.05.2011]

Schmid, Tom: Hausbetreuung in Österreich – zwischen Legalisierung und Lösung? Aufsatz, Wiesbaden, 2010. In: Scheiwe, Kirsten: Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis, VS Verlag. Wiesbaden, 2010, S. 171-198.

Schulz, Erika: The Long-Term Care System in Denmark. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). Berlin, 2010.

Sottas, Beat: Langzeitversorgung und Ageing Workforce, Risikofaktoren – Maßnahmen – Führbarkeit, In: ÖKSA: Langzeitpflege in einer solidarischen Gesellschaft, Herausforderungen und Chancen. Innsbruck 2010, S. 83-94.

Statistik Austria: Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus September 2002. Wien, 2003.

Strandberg-Larsen, Martin; Bernt Nielsen, Mikkel; Vallgarda, Signild; Krasnik, Allan; Vrangbaek Karsten: Health Systems in Transition. Denmark. Health System Review. 2007.

Wild, Frank: Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich, WIP(Wissenschaftliches Institut der PKV)-Diskussionspapier 2/2010. Köln, 2010, S. 22.

KDZ
Zentrum für Verwaltungsforschung

Guglgasse 13 · A-1110 Wien
T: +43 1 892 34 92-0 · F: -20
institut@kdz.or.at · www.kdz.or.at