



Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft

Geriatrische Langzeitpflege
Situation und Entwicklungsperspektiven

87 | Agnes Streissler

Materialien zu Wirtschaft
und Gesellschaft Nr. 87

Herausgegeben von der Abteilung Wirtschaftswissenschaft und Statistik
der Kammer für Arbeiter und Angestellte
für Wien

Geriatrische Langzeitpflege

Situation und Entwicklungsperspektiven

Agnes Streissler

April 2004

Die in den Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft
veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die
Meinung der AK wieder.

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Ein Titeldatensatz für diese Publikation ist bei
der Deutschen Bibliothek erhältlich.

ISBN 3-7063-0264-0

© Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Problemstellung.....	1
1.2.	Gliederung der Arbeit	1
2.	Pflege im internationalen Vergleich	4
2.1.	Pflege in anderen EU-Ländern	4
2.1.1.	Deutschland	4
2.1.2.	Schweden und Dänemark.....	5
2.1.3.	Niederlande.....	6
2.1.4.	Frankreich	6
2.1.5.	Großbritannien	7
2.2.	Pflege in den Beitrittsländern	7
2.3.	GATS und Liberalisierung als Herausforderungen im Pflegebereich	9
3.	Pflege in Österreich.....	11
3.1.	Informell – Formell.....	11
3.2.	Ambulant – Stationär.....	14
3.2.1.	Der stationäre Sektor	16
3.2.2.	Der ambulante Sektor	19
3.3.	Sachleistungen – Geldleistungen	20
3.4.	Schaffung einer eigenen Pflegeversicherung?.....	23
4.	ArbeitnehmerInnen in der Pflege.....	25
4.1.1.	Derzeitige Situation	25
4.1.2.	Ausbildung	25
4.1.3.	Berufsbild und Einkommen	26
5.	Prognose der Pflegekosten bis 2030.....	28
5.1.	European Study of Long-Term Care Expenditure	28
5.2.	Szenarienberechnung für Österreich.....	30
5.2.1.	Reale Kosten.....	30
5.2.2.	Basisszenario – demografischer Effekt	33
5.2.3.	Steigende Lebenserwartung – bessere Gesundheit	33
5.2.4.	Erhöhung des ambulanten Bereichs	34
5.2.5.	Ambulante „Vollversorgung“	34
5.2.6.	Verteuerung des stationären Bereichs	35
5.2.7.	Weitere Kostenfaktoren.....	36
5.2.8.	Zusammenfassung der Prognose	37
6.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	38

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Eine der größten **Herausforderungen** des Gesundheitswesens in den kommenden Jahren ist **demografisch** bedingt: Die Zahl alter, insbesondere hochbetagter Menschen wird bis 2050 stark anwachsen. Selbst wenn diese Alten von morgen gesünder sein werden als die Alten von heute, ist dennoch mit höheren Gesundheitsausgaben zu rechnen.

Dies liegt einerseits daran, dass durch das erfolgreiche Zurückdrängen so genannter Zivilisationskrankheiten – insbesondere Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Menschen nicht nur älter werden, sondern im Alter auch eine längere Zeit an **chronisch-degenerativen Erkrankungen** leiden werden (Statistik Austria 2003, 30). Auch die Europäische Kommission geht von steigenden Ausgaben aus, einerseits aufgrund **medizinisch-technischer Fortschritte**, die die Behandlungsmöglichkeiten erweitern, andererseits aufgrund **steigenden Wohlstandes** der Bevölkerung, der auch ein anderes Anspruchsdenken mit sich bringt (Europäische Kommission 2003, 3f).

Gleichzeitig **dünnen** aufgrund gesunkener Kinderzahlen, gesunkener Heiratshäufigkeit und steigender Scheidungsraten die **familiären Netzwerke aus**, die bislang unentgeltlich (wenn auch nicht kostenlos, wie zu zeigen sein wird) Pflegeleistungen erbracht haben. An ihre Stelle muss professionelle Pflege treten.

Hinzu kommt die Problematik der zurückbleibenden Produktivität (**Baumolsche Kostenkrankheit**): Da es sich bei Pflegetätigkeiten um sehr personalintensive Tätigkeiten handelt, ist nicht damit zu rechnen, dass höhere Anforderungen durch Produktivitätsfortschritte wettgemacht werden können, im Gegenteil, die Produktivität in diesem Bereich wird hinter der allgemeinen Produktivitätsentwicklung zurückbleiben.

Die vorliegende Arbeit wird sich mit diesem Themenkomplex beschäftigen. Unter Pflege wird damit lediglich die **geriatrische Langzeitpflege** und nicht die Pflege von behinderten Menschen im erwerbsfähigen Alter verstanden.

1.2. Gliederung der Arbeit

Auf **europäischer** und auch auf **OECD-Ebene** wird bereits seit einigen Jahren das Thema der Langzeitpflege verstärkt wahrgenommen. So findet es sich seit etwa vier Jahren als eigenes sozialpolitisches Aufgabenfeld in der MISSOC-Dokumentation der EU (wo die Sozialschutzsysteme international vergleichend dargestellt werden). Da es für die politische Diskussion immer sinnvoll ist, auch über die Grenzen zu schauen um **worst und best practice Beispiele** auszumachen, wird in einem ersten Kapitel Pflege im internationalen Vergleich betrachtet.

Zunächst werden dafür **typische Beispiele innerhalb der EU** betrachtet werden: Deutschland, die Niederlande, Schweden, Großbritannien, Frankreich und Italien. Daneben ist es aber gerade für Österreich notwendig, auch über die Grenzen der **Beitrittsländer** zu schauen. Wer jemals in Ostösterreich in der Praxis mit Pflege zu tun gehabt hat, weiß, dass sich bereits heute ein Großteil des Pflegepersonals, insbesondere im Graubereich, aus Tschechien und der Slowakei rekrutiert. Außerdem sind die Sozialstrukturen in diesen Ländern deutlich unterschiedlich vom „europäischen Sozialmodell“ – man braucht gar nicht bis in die USA zu blicken, um sehr marktnahe Sozialregimes zu finden. Damit zusammenhängend wird auch in einem eigenen Abschnitt über die Bedeutung von **GATS** und den **Binnenmarktregelungen** zu sprechen sein – der Pflegebereich ist bereits heute durch eine starke Mischung aus öffentlich, privat und Non-Profit-Organisationen gekennzeichnet, so dass er sicherlich als Zukunftsmarkt auch weiterhin Deregulierungsangriffen ausgesetzt sein wird.

Betrachtet man dann den **Pflegesektor in Österreich**, so ist dieser von zwei Gegensatzpaare gekennzeichnet. Zum einen muss betrachtet werden, ob Pflege **informell** oder **formell** erbracht wird. 80% der Pflegeleistungen finden noch innerhalb der Familien statt, was eine neue Herausforderung im Bereich der **Vereinbarkeit von Beruf und Familie** darstellt. Wie wirken hier die bestehenden Pflegeleistungen, welche Herausforderungen stellen sich durch die steigende Frauenerwerbstätigkeit, ...? Im formellen Bereich ist allerdings noch weiter zu unterscheiden zwischen **ambulanten, teilstationärem** und **stationärem Bereich**. Die Form der formellen Pflegeerbringung wirkt sich auf die Zufriedenheit der KundInnen, auf die Situation der ArbeitnehmerInnen und selbstverständlich auf die Kostenstruktur aus. Was können hier zukunftsweisende Konzepte sein, die die verschiedenen Zielsetzungen möglichst gut vereinen?

In einer Publikation der Arbeiterkammer muss selbstverständlich besonderes Augenmerk auf die in der **Pflege tätigen ArbeitnehmerInnen** gelegt werden. Wie ist ihre Arbeitssituation, wie ist die Bezahlung, welche Rolle spielt die Schattenwirtschaft und was sind die Forderungen von Arbeiterkammer und Gewerkschaften in diesem Bereich?

Und schließlich sollte doch ein **Ausblick in die Zukunft** gegeben werden. Die Europäische Kommission hat für ausgewählte EU-Staaten (Deutschland, Spanien, Italien und Großbritannien) eine Studie beauftragt (Europäische Kommission 2003), die die Ausgaben bis 2050 prognostiziert, wobei ein besonderes Augenmerk darauf gelegt wird, wie **sensibel** diese Prognosen auf bestimmte **Annahmenänderungen** reagieren. Diese Studie soll in ihren wesentlichsten Ergebnissen kurz dargestellt werden, um darauf aufbauend eine Grobschätzung für die **Pflegeausgaben in Österreich** in **kurz-** (2006), **mittel-**(2015) **und langfristiger Perspektive** (2030) zu machen.

Insgesamt ist die Arbeit natürlich nicht rein wissenschaftlich, sondern als Grundlage für **politische Arbeit** zu sehen, daher wird die abschließende Zusammenfassung politische **Forderungen** aufstellen, wie der Pflegebereich auch in Zukunft finanzierbar bleibt, einen verteilungsgerechten Zugang ermöglicht und als qualitätsvolles Beschäftigungsfeld der Zukunft ausgebaut werden kann.

2. Pflege im internationalen Vergleich

2.1. Pflege in anderen EU-Ländern

Wie die Sozialsysteme im allgemeinen lassen sich auch „**Pflegeregimes**“ in Europa typisieren (Bettio; Plantenga 2004): Es gibt Länder, die das Pflegemanagement fast ausschließlich an die **Familien** delegieren. Hierzu zählen vor allem die Mittelmeerlande – der Schwerpunkt liegt daher auf der **informellen** Pflege. Großbritannien und die Niederlande, die insbesondere in der Kinderbetreuung stark auf informelle Arrangements setzen, haben einen hohen Anteil an formeller Altenpflege. Österreich und Deutschland wiederum haben zwar einen hohen Anteil an informeller Pflege, diese wird aber durch **Geldleistungen** zum Teil kompensiert (Bettio und Plantenga, 101 sprechen hier von einem „publicly facilitated, private care model“). Belgien, Frankreich und vor allem die skandinavischen Länder sind hingegen durch hohe Anteile an **formeller** Pflege gekennzeichnet. Vor allem die nordischen Länder sind auch in der Pflege durch einen universalistischen Zugang gekennzeichnet. Die Familie spielt eine untergeordnete Rolle, der Staat sieht sich in Fragen der Pflege weniger als Unterstützer denn als Ersatz der Familie.

Die **Finanzierung** der Langzeitpflege in der Union ist sehr unterschiedlich geregelt. Häufig ist sie auf verschiedene öffentliche Einrichtungen und Budgets aufgeteilt (meist Gesundheitsbudget und Budget für soziale Dienste). Länder **mit nationalen Gesundheitsdiensten** (Dänemark, Schweden, Finnland, Irland, Großbritannien, Griechenland, Portugal, Italien und Spanien) trennen gewöhnlich nicht scharf zwischen medizinischer Behandlung und Langzeitpflege. In Belgien und Frankreich kommt für beide Leistungen die **Krankenversicherung** auf, in Deutschland und den Niederlanden gibt es neben der Krankenversicherung eine eigene **Pflegeversicherung**.

In allen Ländern müssen Unterbringungs- und Verpflegungskostenanteile von den Klienten oder ihren Familien (bzw der Sozialhilfe) getragen werden. Dennoch gibt es deutliche systembedingte Unterschiede, die in der Folge in den einzelnen Ländern dargestellt werden (soweit nicht anders angegeben wurden für diesen Abschnitt folgende Quellen verwendet: Bahle; Pfenning, 2001. .

2.1.1. Deutschland

Deutschland hat wie gesagt eine eigene **Pflegeversicherung**, die aus Beiträgen der ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen finanziert wird (jeweils 0,85% Beitrag mit einer Höchstbeitragsgrundlage von €41.400 Euro im Jahr). Nahezu die gesamte Bevölkerung ist versichert (für die restlichen Personen gibt es die Sozialhilfe).

Aus der Pflegeversicherung werden monatliche **ambulante oder teilstationäre Sachleistungen** nach Pflegestufen gestaffelt finanziert (von Eur 384 bis Eur 1.432) oder es werden wahlweise mit halbem Betrag Geldleistungen ausbezahlt (es ist auch eine Kombination von Sach- und Geldleistungen möglich). Für Pflegefälle in stationärer Betreuung werden die Kosten ebenfalls gestaffelt übernommen, von Eur 1.023 bis Eur 1.432 monatlich. Reichen die Leistungen der Pflegeversicherung nicht aus und können keine oder zu geringe Eigenbeiträge erbracht werden, springt die Sozialhilfe ein.

Weiters werden in Deutschland im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherungen Pflegekurse für pflegende Angehörige sowie Kurzzeitpflege und Pflegevertretungen angeboten. Auch die Pensionsversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige werden von der Pflegeversicherung übernommen

Die **Organisation** der sozialen Dienste erfolgt im stark föderal ausgerichteten Deutschland durch eine zentralstaatliche Rahmengesetzgebung, mit einer hohen regionalen und kommunalen Autonomie.

2.1.2. Schweden und Dänemark

Schweden hat 1992 die Zuständigkeit für Langzeitpflege älterer und behinderter Menschen den **Kommunen** übertragen (eine ähnliche Umstellung fand in Dänemark statt, wo auch die Finanzierung des universellen Systems über Gemeindesteuern erfolgt).

Pflege wird dabei in beiden Staaten als **universelle, nicht beitragsabhängige Leistung** verstanden. Schweden kennt dabei gar keine Geldleistungen, in Dänemark gibt es die Möglichkeit, in der ambulanten Pflege für eine (entsprechend niedrigere) Geldleistung zu optieren. In Dänemark werden zusätzlich zu den genannten Sachleistungen noch Unterstützungen für die Kosten der Wohnungsanpassung gewährt, sowie Kurzzeitpflege und Pflegevertretungen angeboten.

Abhängig von ihrer finanziellen Situation tragen pflegebedürftige Personen die Kosten für vorübergehende häusliche Pflege selbst. Bei **dauerhaftem Pflegebedarf** ist die Hilfe **kostenfrei**. Bei einem stationären Aufenthalt trägt der Pflegefall soweit möglich die Miete und die Kosten für Heizung, Strom, Mahlzeiten und Wäsche. Im stationären Bereich werden die Pflegeleistungen somit unentgeltlich zur Verfügung gestellt. In Schweden werden Eigenbeiträge nach einer Bedürftigkeitsprüfung gemäß dem Sozialhilfegesetz eingehoben.

In Schweden gibt es eine **Altersgrenze** (65 Jahre) für pflegebedürftige Menschen. Unterhalb dieser Altersgrenze können **zweckgebundene Geldleistungen** nach dem LSS (Gesetz für Unterstützung für Personen mit gewissen Funktionsbehinderungen)

bezogen werden, die es ermöglichen sollen, sich die gewünschte Betreuung selbstständig zu organisieren. Oberhalb dieser Altersgrenze werden die Pflegepakete rein auf Sachleistungsebene zur Verfügung gestellt.

Ähnliches gilt für Dänemark: Auch hier erkannte man in den Neunziger Jahren, dass zweckgebundene Geldleistungen dann sinnvoller als Sachleistungspakete sein können, wenn es für die betreffende Sozialleistung einen **Wettbewerbsmarkt** gibt. Dementsprechend sowie um die Individualität der Pflegefälle zu fördern gibt es für bestimmte Pflegefälle (mit einer Altersgrenze von 67 Jahren) die Möglichkeit, sich in Eigenregie ein Team von HelferInnen anzuwerben. Die dabei entstehenden Kosten werden von der Kommune ersetzt.

2.1.3. Niederlande

In den Niederlanden werden die Gesundheitsdienste für einen Großteil der Bevölkerung über die Krankenversicherung finanziert. Ein „außerordentliches Kosten“-Element erstreckt sich weiters auf Pflegeheime und auf kommunale soziale Dienste im Zusammenhang mit der Gesundheitsfürsorge, jedoch nicht auf die Versorgung in Altenheimen und auf häusliche Pflege. Dieser in den Niederlanden eingerichtete besondere **Fonds für Langzeitpflege** wird aus Beiträgen finanziert, die zusammen mit den Steuern erhoben werden, und durch Mittel der Zentralregierung ergänzt werden.

Die Niederlande kennen **keine Geldleistungen** im Pflegebereich (bzw sind jene Geldleistungen die es gibt, strikt zweckgebunden für den Kauf von Sachleistungen zu verwenden). Bei den Sachleistungen gibt es einkommensabhängige Selbstbeteiligungen.

Die sozialen Dienste in den Niederlanden waren traditionellerweise in der Kompetenz der **verschiedenen weltanschaulichen Gruppierungen**, seit den 60er Jahren kam es hier zu einer Restrukturierung und zu einer übergreifenden Kooperation.

2.1.4. Frankreich

Das französische **Krankenversicherungssystem** deckt die Pflegekomponente in Pflegeabteilungen von Krankenhäusern und Altenheimen über Sozialbeiträge.

Die sozialen Dienste in Frankreich sind seit der Dezentralisierung Anfang der Achtziger Jahre in der Kompetenz der **départements**.

In Frankreich ging man 1997 von einem System freier Geldleistungen zu **zweckgebundenen Leistungen** über. Ähnlich wie das System der Haushaltshilfe gibt es für Personen über 60 Jahren, die bestimmte Abhängigkeitsbedingungen erfüllen und deren Einkommen eine bestimmte Höchstgrenze nicht übersteigt die Sonderzulage für abhängige Angehörige (PSD). Mit der Leistung können Haushaltshilfen, die durch

einen Auftragsdienst oder einen Dienstleistungsbetrieb vermittelt werden eingestellt werden, ebenso wie Familienmitglieder, die aber ebenfalls dafür ein ordnungsgemäßes Gehalt erhalten müssen.

2.1.5. Großbritannien

Das System in Großbritannien ist ein **beitragsfreies, staatlich finanziertes System**, welches Bar- und Sachleistungen für ältere oder behinderte Menschen und ihre Pflegekräfte bereitstellt. Die Gesundheitsdienste werden in erster Linie über die allgemeinen Steuern finanziert. Die sozialen Dienste werden über allgemeine und lokale Steuern und meistens auch über **Gebühren** seitens der Nutzer finanziert.

Im Bereich der **Qualitätssicherung** kann es als *best practice* gesehen werden, dass Großbritannien hier die Verantwortung auf die nationale Ebene zurückholt: Die *National Care Standards Commission (NCSC)* stellt landesweit verbindliche Regeln für die Sozialdienste und die unabhängigen Gesundheitsdienste auf.

Seit Thatcher wurde die bislang dominante Autonomie der Gemeinden im Pflegewesen (und den anderen sozialen Diensten) unterhöhlt und zugunsten einer **zentral-staatlichen Regulierung** mit dem Ziel größtmöglicher ökonomischer Effizienz und Kostenersparnis umgebaut.

2.2. Pflege in den Beitrittsländern

Trotz eines grundlegenden Umbaus sind die Gesundheitsdienste in den Beitrittsländern noch immer von **chronischer Mittelknappheit** geprägt (so dass der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Vergleich zu westeuropäischen Standards noch immer gering ist). Die bisherigen Reformen betrafen vor allem die Finanzierungsseite, da in hohem Ausmaß privatisiert wurde: In acht der dreizehn Beitritts- und Kandidatenländern lag 2000 der Anteil der öffentlichen Finanzierung bei rund drei Viertel des derzeitigen EU-Durchschnitts. Gleichzeitig ist aber die Zahl der Angehörigen des medizinischen Personals (sowohl ÄrztInnen als auch Pflege) niedriger als im EU-Durchschnitt. Dies wird von der EU als sehr bedenklich eingeschätzt, da einerseits die Übernahme der EU-Arbeitszeitrichtlinie die Situation verschärfen könnte, andererseits auch das Gebot der Freizügigkeit dazu führen könnte, dass das qualifizierte Gesundheits- und Pflegepersonal durch bessere Verdienstmöglichkeiten in den derzeitigen Mitgliedstaaten angelockt wird (Europäische Kommission 2003, 87f).

Obwohl es zahlreiche Quellen zu den Gesundheitssysteme in den Beitrittsländern gibt, kann für Pflegebereich nur wenig brauchbare Information eruiert werden. Das folgende ist daher etwas unkohärent, da für unterschiedliche Länder **unterschiedliche Informationen** vorliegen.

Im Gesamtvergleich haben die Beitrittsländer eine wesentlich **jüngere Bevölkerung** als die „alten“ EU-Mitgliedsländer (siehe zu den Entwicklungstendenzen Münz; Fassmann 2003). Der Anteil der Über60jährigen beträgt rund 18%, wobei vor allem Polen und die Slowakei eine junge Bevölkerung aufweisen. Bis Anfang der 1990er Jahre verzeichneten alle Staaten, mit Ausnahme Ungarns, ein Bevölkerungswachstum. Seither sind die Fertilitätsraten massiv gesunken, wobei Demografen prognostizieren, dass sich dies erst nach 2020 auf die Sozialsysteme, insbesondere auf die Pensionssysteme auswirken würde. Dies wirkt sich gemeinsam mit der Tatsache, dass die Lebenserwartungen in den Beitrittsländern deutlich niedriger als in Westeuropa sind, natürlich auch auf den Pflegebereich aus – es handelt sich dabei einfach noch um **kein sehr brisantes Thema**.

Ungarn hat ein umfassendes Sachleistungssystem – bedarfsorientiert werden stationäre und ambulante Pflege angeboten, wobei, auch aufgrund des mangelnden Angebots an häuslicher Pflege, der **Großteil der Pflegefälle in Heimen** lebt (von den ca 90.000 Pflegefällen in Ungarn lebt etwa die Hälfte in Heimen, wobei es noch lange Wartelisten dafür gibt). Die Einrichtungen unterscheiden sich dabei in der Qualität sehr, je nachdem ob es sich um private Träger (die fast nur Altenwohnheime ohne spezielle Pflegeeinrichtungen betreiben) handelt oder um staatlich geführte Heime. Private Betreiber können wesentlich höhere Selbstbeteiligungen und Eintrittspreise einheben und daher *cream-skimming* betreiben. Für Österreich interessant ist auch die Tatsache, dass im grenznahen Bereich etliche private Betreiber Pflegeheime errichten (Information Veronika Bayer, BMSG), um auch österreichische KlientInnen anzuziehen (da sowohl österreichische Pension als auch Pflegegeld exportierbar sind, stellen die ÖsterreicherInnen einen finanzkräftigen KundInnenstock dar). Die **Hauskrankenpflege** ist hingegen kaum ausgebaut, was auch daran liegt, dass die Heime staatlich finanziert werden, während die ambulante Pflege Angelegenheit der finanziell ausgehungerten Gemeinden ist.

Derzeit arbeiten etwa 18.000 Personen (13.000 in Vollzeit und 5.000 in Teilzeit) im Pflegebereich, wobei das ungarische Gesundheitsministerium als größtes Problem den **Mangel an qualifizierten Arbeitskräften** sieht (was mit der niedrigen Anerkennung und der schlechten Entlohnung in diesem Tätigkeitsbereich erklärt wird). Der Non-Profit-Bereich ist mit 28% Trägerschaft der Pflegeheime und 2% in den ambulanten Diensten eher klein (Mail-Informationen von Hr Zsolt, Abt. Soziale Dienste im ungarischen Ministerium für Gesundheit, .Soziales und Familie, 26. Jänner 2004).

In **Tschechien** wird das Gesundheitswesen im osteuropäischen Vergleich eher positiv eingeschätzt, **Probleme** werden aber im **Pflegebereich** konstatiert. Dies liegt hauptsächlich an unterschiedlichen **budgetären Zuständigkeiten** und an den **verschiedenen Trägern** in diesem Bereich, die zu wenig miteinander kommunizieren. Die Pflegeheime für Ältere haben lange Wartelisten und es werden auch Qualitäts-

mängel genannt. Als positiv wird die Entwicklung eines **umfassenden Hauspflegeprogramms** (CHC) gesehen, das Anfang der 1990er eingeführt wurde. Es handelt sich dabei um eine, allerdings sehr privatwirtschaftliche, Integration von Primärpflege, Hauspflege und soziale Dienste (European Observatory 2002). Ende 1986 gab es in Tschechien 593 Heimpflege-Agenturen, davon waren nur 42 in staatlicher Hand (Misconiová 1998, 2), bei denen 7.300 ProfessionalistInnen angestellt sind. Diese Agenturen sind nur zu einem Teil in der geriatrischen Pflege tätig, sondern sind viel mehr ein Modell einer „Ambulantisierung“ aller Gesundheitsdienstleistungen (von operativer Nachbetreuung über Geburtshilfe bis zu therapeutischen Behandlungen).

2.3. GATS und Liberalisierung als Herausforderungen im Pflegebereich

Auch aus Sicht der EU ist nicht abzusehen, ob eine **höhere Mobilität** und eine **größere Freizügigkeit** der ArbeitnehmerInnen mehr **Vor- oder mehr Nachteile** für die Gesundheitssysteme bringen kann. In optimistischer Sichtweise müsste der sich verschärfende internationale Wettbewerb zu einer **Verbesserung der Qualität** der Dienstleistungen führen, da Unter- und Überauslastung von Kapazitäten auch über die Grenzen hinweg ausgeglichen werden können. Auch können internationale **Forschungseinrichtungen** besser von allen genutzt werden. Auf der anderen Seite wird befürchtet, dass sich auch der Preisdruck erhöht, was negativ auf die Qualität der Dienstleistungen wirken könnte. Hinzu kommt, dass über Inanspruchnahme von Dienstleistungen in einem anderen Land die **Kosteneindämmungspolitik** im eigenen Land **unterlaufen** werden kann:

Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist der Grundsatz des freien Dienstleistungsverkehrs, der im Vertrag von Amsterdam verankert ist, mit einem großen Dilemma im Hinblick auf den möglichen, bereits erwähnten Ausgleich zwischen Kosten und Qualität und auf den Zusammenhang zwischen diesem im Vertrag verankerten Grundsatz und der besonderen Beschaffenheit der staatlichen Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung verbunden: Preisabsprachen mit inländischen Anbietern, Bewirtschaftung und Wartelisten sind in einigen Mitgliedstaaten wichtige Hilfsmittel zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen. Wenn den Bürgern daher das Recht eingeräumt wird, in einem benachbarten Mitgliedstaat qualitativ bessere und umfangreichere Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die allerdings auch mit höheren Kosten verbunden sind, ist dies ein neuer, keinesfalls zu unterschätzender Kostenfaktor für das erste Land. (Europäische Kommission 2003, 72)

Die Frage, ob Gesundheitsdienste überhaupt dem freien Dienstleistungsverkehr zugeordnet werden sollten, da sie doch eher **solidarischer** als **wirtschaftlicher Natur** seien, scheint bereits entschieden zu sein: Es gibt nun einmal neben den öffentlichen Anbietern auch eine **Anzahl von kommerziellen Anbietern** (was sich durch die Neubetriebe noch vermehren wird). Eine kürzlich ergangene Entscheidung des EuGH besagt weiters, dass nationale Krankenkassen dazu verpflichtet werden, den Bürgern Ausgaben zu erstatten, die ihnen jenseits der Landesgrenzen durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten ohne vorherige Genehmigung entstanden sind. Man kann daher davon ausgehen, dass die Gesundheitsversorgung nicht vom

Grundsatz der Freizügigkeit ausgenommen wird. Um so mehr gilt das für den Pflegebereich, der ja noch wesentlich stärker privatwirtschaftlich organisiert ist.

Diesem Binnenmarkt-Ansatz steht die Forderung der Kommission gegenüber, dass der Anspruch auf medizinische Versorgung, unter **besonderer Berücksichtigung der Situation alter Menschen**, die der Langzeitpflege bedürfen, ein für die **Wahrung der Menschenwürde** wesentliches Grundrecht ist, das für alle EuropäerInnen gewährleistet sein muss. Zugang zum Gesundheits- und Pflegewesen muss daher unabhängig von sozialer Stellung und Einkommen gewährleistet sein.

Die neue Richtlinie zur **Liberalisierung auch reglementierter Dienstleistungen** betrifft natürlich auch den Pflegebereich. Es wird sich zeigen, wie sehr der österreichische Pflegemarkt als *cash-cow* eingeschätzt wird und wie viele private Unternehmen sich darin engagieren werden.

Aber auch ohne Grenzüberschreitung ist aus budgetären Gründen anzunehmen, dass das Gesundheitswesen und insbesondere der Pflegebereich in den kommenden Jahren verstärkt Wege der ***mixed economies of welfare*** gehen werden – die öffentliche Hand alleine kann die Leistungen nicht mehr erbringen und finanzieren. Bereits heute kooperieren in Österreich viele Gemeinden mit privaten Anbietern. Die Kommunen behalten sich beispielsweise bei PPP-Modellen in Vorarlberg, Niederösterreich, der Steiermark und Kärnten Mitsprache- und Eigentumsrechte vor, Errichtung und Betrieb erfolgen durch den privaten Betreiber. Der Erfolg dieser Modelle wird durchaus unterschiedlich bewertet: Führen sie in etlichen Fällen tatsächlich zu finanziellen Entlastungen der Gemeinden, wird in anderen Fällen kritisiert, dass das Personal auf der Strecke bleibt bzw durch schlechtqualifizierte und billige ausländische Arbeitskräfte unterboten wird.

3. Pflege in Österreich

3.1. Informell – Formell

Im September 2002 wurde im Rahmen einer Mikrozensus Sondererhebung Daten über Hausarbeit, Kinderbetreuung und auch privater Pflege Tätigkeit erhoben (Statistik Austria 2003b). Die AutorInnen weisen dabei in ihrer Zusammenfassung darauf hin, dass es seit Mitte der Neunziger Jahre (der letzte Mikrozensus dieser Art stammt aus 1995) trotz einer weiteren Veränderung der Arbeitsmarktstrukturen sich **wenig an den grundlegenden Muster familiärer Arbeitsteilung geändert** hat. Nach wie vor sind **Frauen** zu einem größeren Teil für die informelle Arbeit zuständig. Dies zeigt sich auch im Bereich der Pflege:

423.900 Personen betreuen in Österreich hilfs- oder pflegebedürftige Menschen, wobei der Großteil nur eine Person betreut. Gepflegt werden vor allem nahe Verwandte, die zum Großteil in der gleichen Wohnung oder in einer anderen Wohnung, aber im selben Haus wohnen. Nahezu die Hälfte aller Personen, die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen, sind 55 Jahre und älter. Auch hier gilt: Frauen leisten wesentlich häufiger Pflege als Männer. Gepflegt werden vor allem der (Ehe-)Partner bzw die (Ehe-)Partnerin sowie die eigenen Eltern oder Schwiegereltern. (Mikrozensus 2002, 6).

Die AutorInnen stellen aber weiter fest, dass aufgrund sinkender Heiratshäufigkeit, sinkender Kinderzahlen und steigender Scheidungshäufigkeit eine zunehmende „Singularisierung“ unserer Lebensformen stattfindet und dass es somit absehbar wäre, dass **informelle familiäre Unterstützungsnetzwerke unter nahen Angehörigen „dünnere“** werden.

Aus den Tabellen ergeben sich dabei weitere Informationen: 66% der betreuenden Personen sind Frauen, wobei wie erwähnt, **fast die Hälfte älter als 55 Jahre** ist. Im Bundesländervergleich gibt es wenig Differenzen, den höchsten Anteil an familiärer Pflege hat Niederösterreich (8,1% der Bevölkerung pflegen im familiären Bereich), den niedrigsten haben Salzburg (5,3%) und Tirol (5,6%). Die Großstadt Wien liegt mit 6% in der Mitte. Und schließlich sind **43% der Pflegenden erwerbstätig**, 2% arbeitslos und 55% nicht-erwerbstätig. Dies hängt aber wahrscheinlich auch mit der Alterstruktur der Pflegenden zusammen.

Interessanterweise geben nur 0,5% der Personen, die in Teilzeit arbeiten bzw nicht-erwerbstätig sind, dass der wichtigste Grund dafür sei, dass es keine geeigneten Betreuungsmöglichkeiten für pflegebedürftige Angehörige gäbe. Hohe Werte erzielen die Antworten „zuviel Arbeit im Haushalt / mit Kindern / durch Pflege“ (13,7% bei Frauen) und „will mich Haushalt / Kinderbetreuung / Pflege widmen“ (29,4% bei Frauen), hier ist aber der Pflegeaspekt mit den anderen informellen Tätigkeiten vermischt.

Für die Frage nach öffentlicher Unterstützung von Pflege ist wichtig, wieviel und mit welchen Tätigkeiten Pflege erbracht wird:

Frauen, die die Pflege von Angehörigen und Bekannten übernehmen, wenden dafür im Durchschnitt 11,4 Stunden pro Woche auf, Männer, die ähnliches tun, hingegen nur 9,0 Stunden pro Woche. [...] Für 17% der betreuenden Männer und 28% der betreuenden Frauen beträgt der Betreuungsaufwand mehr als 15 Stunden pro Woche. (Mikrozensus 2002, 35)

Im Betreuungsaufwand zeigen sich auch Unterschiede nach Erwerbstätigkeit: 38% der betreuten Personen, die von einer **erwerbstätigen Person** gepflegt werden, haben einen Pflegebedarf von 0 bis 5 Stunden in der Woche, 46,5% liegen zwischen 5 bis 15 Stunden, aber **nur 15% haben einen wöchentlichen Pflegebedarf von mehr als 15 Stunden**. Bei den Pflegefällen, die von einer Nicht-Erwerbstätigen Person betreut werden, haben 23,5% einen Pflegebedarf von weniger als 5 Stunden in der Woche, 44,5% liegen zwischen 5 und 15 Stunden und 31,9% haben einen Pflegebedarf von mehr als 15 Stunden. Dies lässt neben der Altersstruktur schon darauf schließen, dass **erhöhter informeller Pflegebedarf einen ernst zu nehmenden Erwerbshinderungsgrund** darstellt.

Die Tätigkeiten, die im wesentlichen erbracht werden, sind Hilfe bei persönlichen Verrichtungen (ca 50%, Männer: 39%, Frauen 54%), Bring- und Holdienste (77%; Männer 83%, Frauen 75%) und Sonstige Haushaltshilfen (77,5%; Männer 68,3%, Frauen 82,2%). Auch hier gilt wiederum, dass der Anteil derjenigen Personen, die bei **persönlichen Verrichtungen** bereits Hilfe benötigen, in höherem Ausmaß von **nicht-erwerbstätigen Personen** betreut werden.

Es ist anzunehmen, dass jedenfalls in mittelfristiger Perspektive der Anteil der informellen Pflege in Österreich hoch bleiben wird. Dies liegt zum einen an der **Lohnstruktur**:

Note that due to the very high labour intensity of their production the ability to buy these services depends to a great extent on income differences rather than on the level of income. (Rosner 2003, 187).

Ebenso wichtig dürfte aber auch die **Einstellung der Menschen** zur informellen Pflege sein. Gisser (2003, 46f) hat erhoben, dass in erster Linie EhepartnerInnen (94% Zustimmung) und Kinder (81% Zustimmung) genannt werden, wenn es um die Frage geht, wer älteren Menschen in ihrem täglichen Leben helfen soll. Staatliche Einrichtungen haben einen Zustimmungsggrad von 77%.

Die Wichtigkeit der informellen Pflege macht es notwendig, über die Situation und die Probleme pflegender Angehöriger nachzudenken und auch hier Reformperspektiven zu entwickeln.

Neben dem Mikrozensus findet sich vor allem bei Badelt (1997) und Schmid (2004) viel Material zu den **Problemen**, die hier nur kurz zusammengefasst werden sollen:

Jene, die noch im Berufsleben sind, stehen vor einer **Vereinbarkeitsproblematik**, die deutlich schwieriger als im Fall der Kinderbetreuung ist. Die Notwendigkeit verkürzter Arbeitszeiten (und die damit verbundenen Nachteile) ist die eine Seite, die psychische und physische Belastung ist die andere. Im Gegensatz zur Kinderbetreuung sind Erfolgserlebnisse nur sehr selten und ist die gesellschaftliche Anerkennung auch deutlich geringer. Auch der Wiedereinstieg ist um einiges schwieriger – zum einen sind die „Karenz“zeiten in ihrer Dauer von vornherein sehr oft nicht absehbar, zum anderen sind die betroffenen ArbeitnehmerInnen meist doch deutlich älter als junge Mütter nach der Karenzzeit, womit die Chancen am Arbeitsmarkt wesentlich geringer sind. Jene, die nicht (mehr) im Beruf sind, haben das Problem der **sozialen Absicherung**. Die Möglichkeit der freiwilligen Selbstversicherung sind beschränkt und werden oft auch als zu teuer angesehen bzw sind sie gemeinsam mit dem Pflegegeld nur ein Teil der materiellen Bedürfnisse pflegender Angehöriger. Hinzu kommen **Informationsprobleme** (sowohl im Hinblick auf die zustehenden Sozialleistungen als auch im Hinblick darauf, was „richtige“ Pflege eigentlich bedeutet) sowie fehlende **Supervision**. Wie schon angeschnitten, dürfen die emotionalen Belastungen pflegender Angehöriger nicht unterschätzt werden und sie fühlen sich (zu Recht) in ihrer Situation sehr oft alleingelassen. Denkbare Instrumente wären daher ein **besserer Sozialversicherungsschutz**, die Möglichkeit des **Pflegeurlaubs** und eine bessere Zusammenarbeit zwischen formellen und informellen Pflegepersonen.

Auch die Europäische Kommission betont, wie wichtig es ist, die verschiedenen Leistungserbringer zu koordinieren. Sie schlägt dafür sogar einen eigenen **Koordinationsfunktion** vor:

Pflegebedürftige Personen benötigen normalerweise mehrere Formen medizinischer und nicht medizinischer Betreuung, was eine gute Zusammenarbeit zwischen Familien, professionellen Pflegekräften und medizinischem Personal voraussetzt. Es könnte vorteilhaft sein, einen Koordinator zu bestimmen, der auch die Verantwortung für die Verwaltung der Kosten der verschiedenen Arten von Betreuung übernehmen kann. (Rat der Europäischen Union 2003, 15).

Wo ein derartiger Koordinator angesiedelt sein könnte, hängt sicher vom jeweiligen System ab. Will man nicht wieder eigene Dienststellen schaffen, so böte sich sicher der **Hausarzt** dafür an. Allerdings ist mit massivem Widerstand zu rechnen, wenn dieser ohne grundsätzliche Änderungen seines Berufsbildes die Kostenverantwortung übernehmen sollte.

Insgesamt ist damit zu rechnen, dass der Anteil der informellen Pflege in den kommenden Jahren abnehmen wird. Dies hat nicht unmittelbar mit einer sinkenden Bereitschaft innerhalb der Familien zu tun, Pflege zu erbringen, sondern mit einer **Änderung der demografischen und Lebensformstrukturen**. Die Familien werden kleiner, die regionale Mobilität steigt, die Frauenerwerbstätigkeit nimmt zu und der Zeitpunkt des Pensionsantritts wird angehoben (die Zahl der heute 55-60jährigen

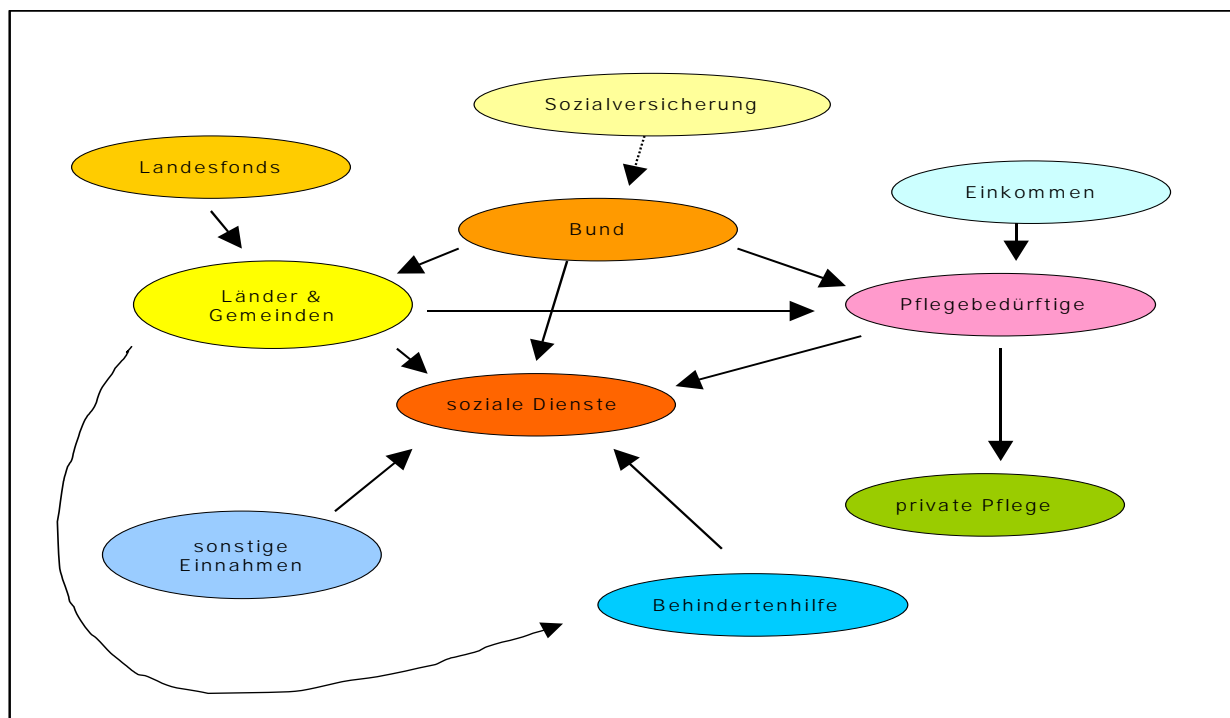
Pensionistinnen stellt eine wichtige Gruppe in der informellen Pflege dar) – alle Faktoren wirken dahingehend, dass sich das **Angebot an informeller familiärer Pflege verringern** wird.

3.2. Ambulant – Stationär

Aufgrund einer Art 15a-Vereinbarung haben sich 1994 die **Länder** verpflichtet, für einen dezentralen und flächendeckenden Auf- und Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste zu sorgen. Zu diesem Zweck sind in der Vereinbarung ein **Leistungskatalog** und **Qualitätskriterien** für soziale Dienste enthalten. Die **Zielsetzungen** sind dabei neben der Entlastung der pflegenden Angehörigen die Wahlfreiheit der Pflegefälle zwischen den angebotenen Diensten, eine Priorisierung der ambulanten Versorgung und eine deutliche Qualitätsverbesserung der stationären Einrichtungen. Die dafür notwendigen Bedarfs- und Entwicklungspläne sollen bis 2010 in allen Bundesländern erfüllt werden.

Die folgende Grafik soll dabei eines der grundlegenden Probleme im Sachleistungsbereich illustrieren, nämlich die **Unübersichtlichkeit und Uneinheitlichkeit der Trägerschaft**. Dies hat zur Folge, dass weder die derzeitige Kostenstruktur genau bekannt ist geschweige denn genauere Projektionen in die Zukunft anhand dieser Daten möglich sind.

Abbildung 3-1: Zahlungsströme für Pflegesachleistungen in Österreich



Quelle: BMSG 2001, 23.

Die folgende Tabelle zeigt für das Jahr 2000, wieviel laut Sozialhilfestatistik in den einzelnen Bundesländern für Altenpflege ausgegeben wurde. Dabei ist zu beachten,

dass insbesondere die Fall- bzw Personenzahlen unvollständig erhoben sind, inwiefern dies auch auf die Kosten zutrifft, kann nicht beurteilt werden. Auch der Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (BMSG 2001, 61f) betont die Uneinheitlichkeit und mangelnde Vergleichbarkeit der Daten zwischen den Bundesländern.

Laut der Sozialhilfestatistik wurden insgesamt im Jahr 2001 also knapp **1.150 Mio Euro für Altenpflege** ausgegeben, davon gingen über 70% in den stationären Bereich. Diese Zahlen unterschätzen allerdings den Anteil der ambulanten Pflege, da er in den Bundesländern außer Wien zu einem Großteil von den Gemeinden erbracht wird (Pratscher 2003, 754).

Es lassen sich zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede feststellen – während im Burgenland und der Steiermark das Land fast ausschließlich stationäre Einrichtungen finanziert, gehen beispielsweise 60% der Pflegeausgaben des Landes Kärnten in die ambulante Pflege. In Wien beträgt der Anteil der ambulanten Einrichtungen 40% der Ausgaben.

Da diese Zahlen nur die Ausgaben der Länder darstellen, muss man noch ein wenig „draufschlagen“ um die gesamten Kosten für die öffentliche Hand zu schätzen. Für die sozialen Dienste wurde anhand der Anteile von Wien die Ausgaben der anderen Bundesländer geschätzt, für den stationären Bereich wurde auf Schätzungen von Schneider (2003) zurückgegriffen.

Die **Schätzungen** kommen somit auf **1.160 Mio Euro für die stationäre Pflege** und ca **500 Mio Euro für die ambulante Pflege** aufgewendet, **insgesamt also 1.660 Mio Euro**.

Tabelle 3-1: Altenwohn- und Pflegeheime und Soziale Dienste nach Bundesländern, 2001

	Osterreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterr.	Oberösterr.
Altenwohn- und Pflegeheime (landeseigene und private)					
Ausgaben	832.510.815	13.241.649	2.606.636	180.194.595	169.727.589
Personen	50.286	820	314	9.557	8.850
Soziale Dienste					
Heimhilfen					
Ausgaben	201.507.064	52.332	139.966	41.408.981	16.990.271
Personen / Fälle		60	62		7.784
Hauskrankenpflege					
Ausgaben	24.770.470	301.515	5.388		9.515.152
Personen / Fälle		71			6.831
Sonstige Hilfe für Senioren					
Ausgaben	15.377.925		166.298	1.997.865	1.110.292
Personen / Fälle			4.000		38.804
Sonstige Leistungen					
Ausgaben	63.127.205		3.944.529		26.954.665
Personen / Fälle			1.300		
insgesamt					
Ausgaben	304.782.664	353.847	4.256.181	43.406.846	54.570.380
Salzburg Steiermark Tirol Vorarlberg Wien					
Altenwohn- und Pflegeheime (landeseigene und private)					
Ausgaben	37.110.414	88.568.493	75.228.235	40.948.862	224.884.341
Personen	3.720	3.917	94	2.466	20.548
Soziale Dienste					
Heimhilfen					
Ausgaben	5.999.848	2.245.506	28.449.071	428.119	105.792.970
Personen / Fälle	2.494				12.184
Hauskrankenpflege					
Ausgaben	6.012.797	107.220		2.440.238	6.388.160
Personen / Fälle	2.855	24		1	1.549
Sonstige Hilfe für Senioren					
Ausgaben	749.900	494.674	2.232.562	997.067	7.629.267
Personen / Fälle	50	1.370			722
Sonstige Leistungen					
Ausgaben	358.916	4.393.476	5.169.330	5.673.221	16.633.068
Personen / Fälle		1.376			25.944
insgesamt					
Ausgaben	13.121.461	7.240.876	35.850.963	9.538.645	136.443.465

Quelle: Pratscher 2003, 755 (wobei vorliegende Tabelle die Zahlen für das Burgenland korrigiert hat, die in der ursprünglichen Tabelle fehlerhaft dargestellt sind)..

3.2.1. Der stationäre Sektor

Trotz der auch in den Länder-Leistungskatalogen festgelegten Priorisierung der ambulanten Pflege gibt es immer wieder Fälle, wo eine stationäre Aufnahme fast unerlässlich ist: Es gibt Krankheiten, wie insbesondere Alzheimer oder andere Demenzformen, wo eine intensive Pflege und ständige Überwachung notwendig sind. Die stationären Einrichtungen leiden aber vielfach unter Personalengpässen, was dazu führt, dass ältere Menschen länger als notwendig die für die Akutversorgung vorgesehen Betten in den Krankenhäusern besetzen (Rat der Europäischen Union 2003, 15).

Tabelle 3-2: Zahl und Struktur der Alten- und Pflegeheime zum Stichtag 31.12.2000

	gesamt	nonprofit	öffentlich	gewinnorientiert
Burgenland	24	9	3	12
Kärnten	51	20	22	9
Niederösterreich	109	31	56	22
Oberösterreich	117	23	83	11
Salzburg	76	11	63	2
Steiermark	166	22	48	96
Tirol	77	14	59	4
Vorarlberg	60	12	46	2
Wien	81	65	7	9
	761	207	387	167

Quelle: Nam 2003, 2.

Die Tabelle zeigt, dass das Angebot der stationären Einrichtungen regional sehr unterschiedlich verteilt ist. In den meisten Bundesländern überwiegt der **öffentliche Sektor**, in Wien gehören 80% zum Non-Profit-Sektor¹ und im Burgenland und der Steiermark sind jeweils etwas mehr als die Hälfte dem gewinnorientierten Sektor zuzurechnen.

15% aller Über-60jährigen PflegegeldbezieherInnen leben **in Heimen**. Das ist im **internationalen Vergleich** nicht übermäßig viel. Die OECD vergleicht die Quote derjenigen Über65jährigen, die in Heimen leben und hier liegt Österreich im unteren Mittelfeld

Tabelle 3-3: OECD-Vergleich der Struktur der professionellen Altenpflege 1998

	Gesamtausgaben	Öffentliche Ausgaben	Ältere Bevölkerung in stationärer Betreuung	Private Betten in Institutionen	Anteil der öffentl. Gelder für Institutionen
Schweden	2,70%	2,70%	8,70%	n.a.	n.a.
Dänemark	n.a.	2,24%	7,00%	n.a.	80,00%
Niederlande	2,70%	1,80%	8,80%	n.a.	76,00%
Deutschland	n.a.	0,82%	6,80%	33,00%	48,00%
Österreich	1,40%	n.a.	4,90%	n.a.	n.a.
Italien	0,58%	n.a.	3,90%	33,00%	n.a.
Frankreich	n.a.	0,50%	6,50%	32,00%	59,00%
Großbritannien	1,30%	1,00%	5,10%	44,00%	70,00%
USA	1,32%	0,70%	5,70%	100,00%	67,00%

Quelle: OECD 1998, 52.

Das Heimwesen in Österreich ist **Landessache**, daher sind auch Informationen darüber höchst unterschiedlich und uneinheitlich. Bislang hatte der Bund daher auch keinerlei Handhabe in Bezug auf Mangelzustände in den Heimen. Dies könnte sich nun teilweise durch das derzeit in Beschlusslage befindliche **Bundesheimvertragsgesetz** ändern. Dieses konnte mit folgender Begründung eingebracht werden: Zwar

¹ Dies liegt daran, dass die Gemeinde Wien keine eigenen SeniorInnenheime betreibt, sondern dass das Kuratorium Wiener Pensionistenheime Wohn- und Pflegeplätze im Auftrag der Gemeinde zur Verfügung stellt (Nam 2003, 3).

sind die Heime Ländersache, aber die Verträge zwischen dem einzelnen Heimträger und seinen BewohnerInnen sind zivilrechtlicher Natur, damit aber der Bundesgesetzgebung unterworfen. Über den Umweg über das **Konsumentenschutzgesetz** konnte argumentiert werden, dass Mindestvereinbarungen festgelegt werden können und dass es vor allem genaue Bestimmungen zum Schutz des schwächeren Vertragspartners (sprich der HeimbewohnerInnen) geben darf. Neben der Möglichkeit der Einzelklage hat der Seniorenrat aufgrund des Konsumentenschutzgesetzes die Möglichkeit der Verbandsklage bei „unanständigen“ Verträgen.

Das Bundesheimvertragsgesetz beinhaltet nun ab 2005 für alle seit Juli 2004 geschlossenen Verträge² an wichtigsten Punkten:

- ◆ Heime sind Einrichtungen, die mindestens drei Personen auf Dauer beherbergen und im Bedarfsfall Betreuungsleistungen erbringen
- ◆ Zweck des Gesetzes ist, die **Interessen und Bedürfnisse der HeimbewohnerInnen** zu schützen.
- ◆ Der Heimträger hat sämtliche Leistungen und die dafür eingehobenen Beiträge genau darzulegen, wobei Leistungen der sogenannten Grundversorgung ohne zusätzliche Entgeltleistung zu erbringen sind.
- ◆ Der **Persönlichkeitsschutz** und die **Achtung der Intimsphäre** der BewohnerInnen sind besonders zu beachten.

Insbesondere aus diesem letzten Punkt kann geschlossen werden, dass in naher Zukunft eine große Anzahl von Heimen mit **Mängelklagen** bedacht werden (Achtbett-Zimmer können nicht als Achtung der Intimsphäre gesehen werden). Daraus wird aber eine enorme **finanzielle Belastung für die Länder** bzw für die Sozialfonds entstehen. Zum ersten wird es baulicher Renovierungen und Erweiterungen bedürfen, zum zweiten ist der Großteil der Mängel auf Personalengpässe zurückzuführen (in einer Erhebung der WU Wien gaben 75% aller HeimleiterInnen an, dass sie Personalprobleme hätten; siehe Nam 2003, 9). Es muss daher mehr Personal eingestellt werden, dieses wird aber nur bei deutlich besserer Bezahlung zur Verfügung stehen (es ist nicht übertrieben, davon auszugehen, dass für geriatrische Langzeitpflege ähnliche Löhne bezahlt werden müssten wie auf Intensivstationen – davon ist man bislang aber weit entfernt). Schließlich wird sich aufgrund dieser Einzel- und Verbandsklagen für eine Reihe heute **kommerziell geführter Heime** der weitere Betrieb nicht mehr auszahlen. Die HeimbewohnerInnen dieser Heime werden dann von öffentlichen Heimen aufgenommen werden müssen (dies ist zwar im Gesetz nicht vorgesehen, kann aber wohl aus humanitären Gründen kaum anders gehandhabt werden), was den Kostendruck weiter erhöht.

² Beide dieser Zeitvorgaben werden von SPÖ-Seite heftigst kritisiert, da dadurch die Möglichkeiten des Eingreifens stark verzögert wurden. Es wird abzuwarten sein, inwieweit das Gesetz hier noch modifiziert wird.

Die VertreterInnen des Seniorenrats setzen dabei (zu Recht) den budgetären Restriktionen das Argument entgegen „Menschenwürdige Pflege setzt voraus, dass man dafür mehr Geld in die Hand nimmt.“

3.2.2. Der ambulante Sektor

Im vorigen Abschnitt wurde der Kostendruck im stationären Sektor thematisiert. Wäre es nun möglich, hier Druck wegzunehmen, in dem in den ambulanten Sektor umgeschichtet wird? Dagegen sprechen zwei Argumente: Einerseits wird es wie erwähnt immer Menschen geben, die besser im stationären Bereich aufgehoben sind. Der österreichische Institutionalierungsgrad von 15% ist nicht so hoch, dass hier ein weiterer Abbau anzunehmen ist. Daher ist von dieser Seite nicht an eine Umschichtung zu denken. Andererseits ist die Forderung nach Ausbau des ambulanten Sektors nicht durch die Kostenfrage zu rechtfertigen. Es gibt nämlich die **Faustregel**, dass ein Pflegefall, der mehr als vier Pflegestunden am Tag benötigt, billiger kommt, wenn er/sie in stationärer Betreuung ist.

In den letzten Jahren wurde dennoch in den meisten Ländern und auch in Österreich verstärktes Augenmerk auf die ambulante Pflege gelegt. Dies hängt mit der Auffassung zusammen, dass PatientInnen sich in ihrer angestammten Umgebung wohler fühlen und auch länger ein **eigenständiges und selbstbestimmtes Leben** führen können.

Es gibt eine aktuelle Studie der FORBA (Krenn; Papouschek 2003), die die Arbeitssituation von Beschäftigten in der ambulanten Pflege untersucht hat. Dabei werden an **arbeitsbehindernden Widrigkeiten** unter anderem genannt, dass die Haushalte nicht wirklich für die Betreuung eingerichtet sind, dass das Pflegepersonal häufig mit mangelnder Hygiene, Geruchsbelästigung und vor allem sozial gestörtem Verhalten zu kämpfen haben. Manche der Pflegefälle sind Alkoholiker, Demente, Verwahrloste, ... Hinzu kommt die bekannte Alterssturheit – es gibt Schwierigkeiten, wenn nicht der „Lieblings“pfleger kommt oder wenn Tagesabläufe in anderer als gewohnter Reihenfolge geschehen. Und nicht zu vernachlässigen ist die Rolle der Angehörigen: Es wäre weit gefehlt zu glauben, dass diese unterstützend für das Pflegepersonal seien. Im Gegenteil: Von Besserwisserei bis zur Nichteinhaltung von Pflegevorschriften und der Verweigerung von Ressourcen reichen die Reaktionen der Angehörigen. Kostentreibend wirkt auch, dass ambulante Pflege ja fast immer nur tagsüber erfolgt: Rund-um-die-Uhr Betreuung ist zu teuer und wird daher fast nur schwarz angeboten. Das führt dazu, dass sich der Gesundheitszustand über Nacht oft schlagartig verschlechtern kann und die Situation, die der Morgendienst übernimmt, eine unerwartet Neue ist. Hinzu kommen noch aufwändige Dokumentationsvorschriften, Wegzeiten, etc.

Auch nicht unerwähnt bleiben sollte die **Konkurrenz aus den Beitrittsländern**. ExpertInnen vermuten zwischen 10.000 und 40.000 ausländische Pflegekräfte in Öster-

reich, die meist schwarz arbeiten und damit natürlich wesentlich billiger sind als offizielle Arbeitskräfte. Es ist zu erwarten, dass der Bedarf an ausländischen Arbeitskräften noch zunehmen wird.

Die Volkshilfen von Nieder- und Oberösterreich versuchen bereits **Kooperationsmodelle** mit privaten Pflegeeinrichtungen in Tschechien und der Slowakei, um zu verhindern, dass überhaupt nur schwarz gepflegt wird. Auch hier bedürfte es wesentlich breiterer grenzübergreifender Kooperation, um das Pflegeniveau hoch halten zu können mit adäquaten Löhnen und einheitlichen Ausbildungs- und Berufsvorschriften. Dazu gehört auch, dass die Rund-um-die-Uhr-Betreuung zuhause gesetzlich ermöglicht und finanzierbar wird.

Wie bereits ausgeführt, steht zu erwarten, dass der derzeit bestehende **Lohnunterschied** zwischen Österreich und den Beitrittsländern sich zumindest mittelfristig deutlich verringern wird, so dass Unternehmen wie zB die südböhmische Volkshilfe kaum mehr reüssieren können (bei der südböhmischen Volkshilfe handelt es sich um eine „Stiftung“ mit Sitz in Budweis, die „ehrenamtliche“ PflegerInnen für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für ein „Taschengeld“ von 40 bis 60 Euro am Tag anbieten). So sehr eine Lohnangleichung für die ArbeitnehmerInnen dies- und jenseits der Grenze wünschenswert ist, so sehr muss einem klar sein, dass dies mittelfristig zu einer deutlichen Unterversorgung insbesondere im extramuralen Bereich führen wird. Vor allem die gemeinnützigen Einrichtungen sehen aufgrund der Unterschiede in der Reglementierung auch gewisse Wettbewerbsvorteile der gewinnorientierten Privatunternehmen (Mayrhofer 2001, 26).

3.3. Sachleistungen – Geldleistungen

Neben den besprochenen Sachleistungen gibt es seit 1993 für Pflegefälle in Österreich natürlich das **steuerfinanzierte Pflegegeld**, wobei es neben dem Bundespflegegeld auch neun verschiedene Landespflegegeld-Gesetze gibt. Zusätzlich gibt es eigene Regelungen für die öffentlich Bediensteten, für die MitarbeiterInnen bei ÖBB und Post und beim Bundessozialamt.

Im Jahr bezogen ca 350.000 Personen Pflegegeld, davon waren **290.000 über 60 Jahre** alt. Die Tabellen zeigen einige Fakten über die Verteilung des Pflegegelds.

Tabelle 3-4: Stufen und Träger des Pflegegeldes

	Betrag	Betreuungsbedarf	Bundes- pflegegeld	Landes- pflegegeld	gesamt	in %-Sätze
Stufe 1	145,40	mehr als 50 Std	58.830	10.306	69.136	19,38%
Stufe 2	268,00	mehr als 75 Std	109.891	16.558	126.449	35,44%
Stufe 3	413,50	mehr als 120 Std	52.285	10.349	62.634	17,55%
Stufe 4	620,30	mehr als 160 Std plus außergewöhnl	45.720	6.864	52.584	14,74%
Stufe 5	842,40	Pflegeaufwand plus Rund-um-die Uhr	24.960	4.550	29.510	8,27%
Stufe 6	1.148,70	Betreuung plus Unmöglichkeit	7.092	3.001	10.093	2,83%
Stufe 7	1.531,50	zielgerichteter Bewegungen	4.750	1.641	6.391	1,79%
			303.528	53.269	356.797	

Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2002 (Entwurf).

Tabelle 3-5: Pflegegeld nach Alter und Geschlecht

	Männer	Frauen	Unter 60 Jahre	60 bis 80 Jahre	Über 80 Jahre	Über 60 Jahre
Stufe 1	18.643	50.007	12.233	30.451	25.175	55.626
Stufe 2	41.629	83.977	20.051	47.349	56.791	104.140
Stufe 3	20.567	41.572	10.947	21.457	29.349	50.806
Stufe 4	17.489	34.718	7.801	16.779	27.338	44.117
Stufe 5	9.470	19.753	5.308	8.578	15.056	23.634
Stufe 6	3.936	6.040	3.538	2.503	3.766	6.269
Stufe 7	2.149	4.177	2.083	1.767	2.389	4.156
	113.883	240.244	61.961	128.884	159.864	288.748

Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2002 (Entwurf).

Die Zuordnung zu den einzelnen Pflegegeldstufen erfolgt aufgrund **ärztlicher Gutachten**, wobei erforderlichenfalls auch Personen aus anderen Fachbereichen, zB Pflegepersonal, Psychologen oder Sozialarbeiter beizuziehen sind. Eine häufig wiederkehrende Forderung hierbei ist, dass erstens nicht-ärztliche Personen verpflichtend hinzugezogen werden sollten und dass zweitens eine regelmäßige Reevaluati-on des Pflegebedarfs zu erfolgen hat.

Das Pflegegeld wurde bei seiner Einführung als großartige Errungenschaft gepriesen, es zeigten sich aber bald einige **Schwierigkeiten**. Zum einen stiegen die Preise der Pflegedienste deutlich an – mehr Geld im Pflegebereich wirkte einfach **inflationär** auf die Preise. Zum zweiten reicht das Pflegegeld bei weitem nicht aus, sich Pflege professionell zu kaufen. Es wird offensichtlich **implizit vorausgesetzt**, dass der **Großteil der Pflege informell** bzw schwarz erfolgt. Und schließlich wurde das Pflegegeld aufgrund der allgemeinen knappen Finanzlage der (Sozial-)Budgets zu selten valorisiert, womit seine Finanzierungsfunktion noch mehr in Frage gestellt wurde. Badelt et al. (1997) haben festgestellt, dass seit Einführung des Pflegegeldes ein Drittel aller PflegegeldbezieherInnen mehr soziale Dienste bezieht als bisher. Dies wird vom Bundesministerium für Soziales als Erfolg eingeschätzt, kann aber auch als eher ärmliches Zeugnis gesehen werden – schließlich hat sich demnach **für zwei Drittel die Versorgungslage nicht verbessert**. Hinzu kommt, dass die starke Ausrichtung auf die Geldleistung keine ausreichende Triebkraft für die **Vereinheitli-**

chung der Pflegedienste in den Ländern ausübt, da bei mangelndem Angebot an offiziellen Dienstleistern die KonsumentInnen es sich eben „irgendwie“ organisieren.

Auch aus **ökonomisch-feministischer** Sicht gibt es Vorbehalte gegen das Pflegegeld: So regt Lewis (2003, 24f) an, dass Pflegesysteme es Frauen ermöglichen sollten, aus der Altruismus-Verpflichtung auszubrechen und **Pflegearbeit aus den Familien auszulagern**. Dies wird auch von ExpertInnen in bezug auf die österreichische Situation ähnlich gesehen:

Long-term care allowance is paid to the *person in need of care*, without any obligation to pay for informal care or to use care services. Most of long-term carers only get symbolic payments from long-term care allowance receivers. These payments contribute more to increase inequalities than to improve the situation of carers, because of the inherent trend to get „cheap“ informal care and care services from the black market, especially from migrants. Social rights derived from care work are limited to a small group of carers and accessible only for those with extra resources. Regarding the situation of the carers, the long-term allowance fits into the traditional breadwinner model. A development into the direction of a Caregiving Parity Model does not take place. [...] Carers don't have the choice how to do care work and how to combine it with paid work, and the conditions for each form of caring are not satisfying. (Kraemer; Schiffbaenker 2003, 15ff)

Ähnlich wird dies von Hammer und Österle (2003, 51) eingeschätzt:

As social service provision is not adequate and female access to paid work often hindered, freedom of choice not to provide informal care has still a long way to go. Overall, the 1993 long-term care programme and processes set in train by this programme are upholding existing gender structures and are shaping new stratification processes among women as carers along the lines of income, space, education and employment opportunities.

Da das Pflegegeld ja doch einiges kostet, stellt sich die Frage, ob eine qualitätsvolle Versorgung insbesondere der Alten nicht effizienter und effektiver durch einen **Umbau in Richtung Sachleistungen** erreicht werden könnte. Einstweilen bescheinigen die ExpertInnen in den sozialen Diensten noch keinen zu starken Problemdruck, es ist aber abzusehen, dass die Herausforderungen der kommenden Jahre das sehr labile Gleichgewicht in diesem Bereich zum Kippen bringen könnten und der Pflege-notstand zum Dauerzustand wird (siehe auch Prognose).

Die politische Erfahrung zeigt, dass insbesondere jüngere Pflegefälle ein hohes Interesse an der Geldleistung haben, da sie sich ihre Pflege selbst und vielfältig organisieren wollen. In anderen europäischen Staaten (zB Schweden oder Dänemark) trägt man diesem Umstand dadurch Rechnung, dass es Altersgrenzen gibt, ab denen statt der Geldleistung ein **Sachleistungspaket** zur Verfügung gestellt wird. Derartige Altersgrenzen stoßen aber natürlich an die Problematik, dass es immer Menschen geben wird, die sich damit „zum alten Eisen“ gestempelt sehen und politischen Widerstand leisten werden. Ebenso dürfte es nicht sinnvoll sein, die Pflegestufe als Kriterium für Geld- oder Sachleistung heranzuziehen (beispielsweise haben Querschnittgelähmte meist sehr hohe Pflegestufen, gehören aber eindeutig jener Gruppe

an, die ein Interesse an Selbstorganisation haben). Am zielführendsten dürfte es daher sein, die Diagnose von ExpertInnen im Pflegebereich (also nicht nur ÄrztInnen) als Kriterium heranzuziehen (geriatrischer Pflegefall).

Die **Forderung nach reinen Sachleistungen** ist sicherlich **unrealistisch**. Man hätte, je nach Einschätzung der Kosten eines Pflegefalls mit in etwa einer Verdreifachung der derzeitigen Ausgaben der öffentlichen Hand zu rechnen (10 bis 12 Mrd Euro im Jahr). Sinnvoll erschien daher ein Mix mit einem Schwergewicht bei den Sachleistungen (teilweise in Form von **zweckgebundenen Geldleistungen** um zwischen verschiedenen Anbietern wählen zu können) und einer besseren Absicherung der pflegenden Angehörigen, um nach wie vor auch informelle Pflege zu haben.

Insgesamt geht es aber in der **Debatte um Geld- oder Sachleistungen** darum, sich zwischen dem **liberalen Konzept der Wahlfreiheit** oder einem **gesteuerten System der Qualitätssicherung und der Professionalisierung** zu entscheiden. Und diese Debatte ist noch in keiner Weise entschieden. Solange in Österreich die Geldleistung so stark betont bleibt, heißt dies implizit, dass Pflege vorrangig als **private, innerfamiliäre Angelegenheit** gesehen wird und nicht als gesamtgesellschaftliche Verantwortung, womit der Druck auf die Frauen zunehmen, die Qualität leiden und der **Pflegenotstand** weiter ausgerufen werden wird.

3.4. Schaffung einer eigenen Pflegeversicherung?

Immer wieder wird in Österreich auch die Idee in Diskussion gebracht, **als Finanzierungsträger eine Pflegeversicherung** analog zur deutschen zu schaffen. An Vorteilen werden dabei genannt (Bahle; Pfenning 2002, 10ff):

- ◆ Versicherungssysteme hätten in der Regel eine **größere individuelle Rechtssicherheit** für Anbieter und Klienten.
- ◆ Es gibt meist **keine Kontingentierung** des Angebotes.
- ◆ Allgemeine Budgetdiktate können nicht so stark hereinspielen. Die Einnahmen konkurrieren nicht mit anderen Staatsaufgaben und können daher stabiler bleiben.

Demgegenüber stehen die **Vorteile eines steuerfinanzierten Systems**:

- ◆ Es hat eine **breitere Finanzierungsbasis**.
- ◆ Steuerfinanzierung behandelt die **unterschiedlichen Einkommensarten gleich**, während Versicherungssysteme dazu tendieren, die Lohnnebenkosten zu erhöhen.
- ◆ In progressiven Steuersystemen hat bereits die Finanzierungsseite einen **umverteilenden Effekt**, während Versicherungssysteme linear bzw sogar regressiv wirken.

Wenngleich diese Gegenüberstellung für sich gesehen wohl keinem der Systeme eine eindeutige Bevorzugung gibt, kann sie doch eine Hilfestellung bei einer **politischen Entscheidung** bieten: Stehen soziale Ziele im Vordergrund, wird man sich

eher für ein steuerfinanziertes System entscheiden, steht die Budgetstabilität im Vordergrund, wird der Vorzug dem Versicherungssystem gegeben werden.

Für den österreichischen Kontext interessant erscheint allerdings auch die Forderung Holdenrieders (2003, 232f), die **Sachleistungen** in der Pflege in ein **integriertes Gesundheits- und Pflegesystem** einzubeziehen. Es führt nämlich zu Ineffizienzen, wenn die Sachleistungen regional verwaltet und finanziert werden, während es für das Gesundheitswesen eine allgemeine Steuer- bzw im österreichischen Fall Beitragsfinanzierung gibt:

This means that domiciliary long-term care and health care services are organised (funded) by two schemes with fundamental differences and this, for instance, makes it hardly possible to pool budgets. Based on empirical evidence from France and Germany, in countries with a social insurance base welfare state tradition, instead of arranging the provision of domiciliary long-term care at the local (regional) public authority level, administering long-term care provision within the existing framework of insurance-base schemes (eg for health care and pensions) would seem to be the more beneficial approach in terms of improving the coordination of the different types of services.

4. ArbeitnehmerInnen in der Pflege

4.1.1. Derzeitige Situation

Der Gesundheits- und Sozialdienstsektor in der EU ist bereits heute ein großer Arbeitgeber, auf den im Jahr 2001 **9,7% der Gesamtbeschäftigung** entfielen. Daher wird auch von EU-Seite her festgestellt, dass in diesem Bereich große Herausforderungen, aber auch große Potenziale liegen. Auf der einen Seite wird der Bedarf nach Pflegekräften in den kommenden Jahren stark steigen (Demografie- und soziostrukturell bedingt), was aufgrund des dadurch möglicherweise entstehenden **Lohndruckes** weitere Ausgabendynamiken auslösen kann, andererseits geht es auch um die **Qualität** der Arbeitsplätze in diesem Bereich: Wie lässt sich Personal bei zuweilen ziemlich schweren Arbeitsbedingungen halten, wie kann man neues Personal einstellen und ausbilden, wie kann die Arbeitsqualität durch Qualifizierung und Aufstiegsmöglichkeiten verbessert werden?

4.1.2. Ausbildung

Derzeit gibt es **unterschiedlichste Ausbildungsmöglichkeiten** für den Pflegeberuf. Die professionelle **Diplomkrankenschwester** hat nach dem Pflichtschulabschluss eine dreijährige Ausbildung ohne Matura – hier sind Österreich und Luxemburg die einzigen europäischen Länder, die die Hochschulreife verweigern. Das liegt auch daran, dass die **Ausbildung in den Krankenhäusern** erfolgt, die nur für den eigenen Bedarf ausbilden. Für die Pflegeberufe der Altenbetreuung, der Pflegehilfe, der Heimhilfe, etc. gab es bislang **keine bundeseinheitliche Regelung**. Einzelne Berufe existieren nur in einigen Bundesländern und es ist beispielsweise unmöglich als niederösterreichische Pflegehelferin ohne ein Nostrifikationsverfahren in Wien zu arbeiten. Ideal wäre ein **modulares** und **durchlässiges** Ausbildungssystem. So wurde im Rahmen eines Equal-Projekts noch weitergehende Visionen der Berufsausbildung entwickelt: Es soll dafür mehrere Schienen der Ausbildung geben, zwischen denen gewechselt werden kann bzw die auch fortlaufende Aufstiegsmöglichkeiten eröffnen. Dies beginnt mit einer Heimhilfenausbildung nach Abschluss der Pflichtschule, auf die eine Ausbildung zum Sozial- oder Pflegehelfer aufbauen kann. Oder man kann nach der normalen AHS im Wege eines Kollegs eine Ausbildung machen. Oder man macht eine fünfjährige Ausbildung mit Matura im Gesundheits- und Pflegeberufbereich. Dies hätte beispielsweise gegenüber den heutigen Krankenschwesternschulen den Vorteil, dass eine mit 15 Jahren getroffene Berufsentscheidung später noch revidiert werden kann – mit Matura kann man schließlich alles studieren und muss nicht in den Pflegeberufen bleiben. Zuoberst wäre das universitäre Fach der Pflegewissenschaft zu sehen. Über diverse Module sind jederzeit Spezialausbildungen möglich: Säuglingsbetreuung ebenso wie geriatrische oder psychiatrische Spezialausbildungen. Bei einem derartigen Modell, das zahlreiche Entwicklungsmöglichkei-

ten vorgibt, muss allerdings darauf geachtet werden, dass es nicht zu sehr *high-level* wird: Ansonsten hat man das Problem, dass das **unterste Drittel** (zB die Heimhilfen), die sich nicht weiterqualifizieren können oder wollen, übrigbleiben bzw durch den Schwarzmarkt überlaufen werden.

Eine neue, derzeit in Begutachtung befindliche, Art 15a B-VG-Vereinbarung zwischen Bund und Ländern soll **Berufsbild** und **Ausbildung** in allen Bundesländern **nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen** regeln Dies ist zwar ein erster Schritt in die richtige Richtung, es wäre aber wünschenswert, die Ausbildungssituation noch durchlässiger zu machen und die Mobilität zwischen den Gesundheits- und Pflegeberufen zu verbessern. Denn es gäbe **nach wie vor verschiedene Ausbildungssysteme**, die sich zwar teilweise inhaltlich überschneiden, die aber in bezug auf Anrechnung und Durchlässigkeit **weitgehend unverbunden** sind: Neben den Sozialberufen sind das die Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege, der medizinisch-technische Bereich sowie Ausbildungen nach dem Schulorganisationsgesetz sowie im Universitäts- und Fachholschulbereich (Schöberl 2004.)

4.1.3. Berufsbild und Einkommen

Eng mit der Ausbildung hängt auch das Berufsbild zusammen. Solange davon ausgegangen wird, dass Pflegeberufe im Grunde *low-level*-Jobs sind, wird ihnen **nicht ausreichende gesellschaftliche Anerkennung** zuteil werden. Dies bringt den Teufelskreis mit sich, dass Pflegepersonal **schlecht bezahlt** ist, womit sich wiederum auch nur Schlechterqualifizierte darum bewerben. Es besteht auch ein gewisses Risiko, dass die schlecht vermittelbare, mittelalterliche Frau vom Arbeitsmarktservice auf die Pflegeschiene gedrängt wird. Dies hilft weder diesen Frauen noch den Pflegefällen.

Die bereits erwähnte FORBA-Studie hat ein **Anforderungsprofil** an die typische Heimpflegekraft formuliert, das deutlich zeigt, dass es sich hier in keiner Weise um einen niedrigqualifizierten Job handelt: Wer in der Pflege, insbesondere in der ambulanten Pflege arbeitet, muss GeneralistIn sein mit hohen Improvisationsfähigkeiten, um immer wieder auftretende Ausnahmesituationen bewältigen zu können. Zu der offensichtlichen hohen Anforderungen an soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit kommt noch die Fähigkeit zum zeitkritischen Handeln mit hoher Verantwortung hinzu sowie selbstverständlich Organisationsfähigkeit und die Fähigkeit, rasch Prioritäten zu setzen. Dieses Anforderungsprofil kann sich an jedem besseren Management-Jobprofil messen.

Der derzeit immer wieder zitierte Pflegenotstand hängt sehr eng mit dem **Personalmangel** zusammen. Dieser resultiert aus der mangelnden Attraktivität des Berufsbilds, gepaart mit sehr kurzer Verweildauer (siehe auch Krajic et al., 2003). Wenngleich es keine verlässlichen österreichweiten Zahlen zum Personalmangel gibt, hat

das ÖBIG 2003 geschätzt, dass im Langzeitpflegebereich von einem **Fehlbestand** von 1.350 vollzeitäquivalenten diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, von 3.420 PflegehelferInnen bzw AltenfachbetreuerInnen und weiteren 420 Personen der Hilfsdienste auszugehen ist (zitiert in Krajic et al., 2003, 21). Personalmangel wird zum Pflegenotstand, wenn die sichere Pflege nicht mehr gewährleistet werden kann. Der KAV schätzt, dass Personaldefizite bis zu 15% über zusätzliche Überstunden aufgefangen werden können – was darüber hinausgeht, ist jedenfalls als Personalnotstand zu bezeichnen (Dachverband 2002, 10f).

Eine Verbesserung des Berufsbildes müsste sich natürlich auch und vor allem materiell auswirken. Die dringend benötigten **ausländischen Krankenschwestern und Pflegekräfte** werden aufgrund ihres zu niedrigen Einkommens **nicht** als **Schlüsselkräfte** gesehen und sind daher nicht aus der Ausländerquote ausgenommen. Möglicherweise kann der nach nun acht Jahren zähen Verhandeln **abgeschlossene Kollektivvertrag für die privaten Sozialberufe** hier einiges verbessern (er tritt mit 1. Juli 2004 in Kraft und betrifft rund 35.000 Beschäftigte), allerdings besteht nach wie vor das Problem der **Uneinheitlichkeit**: Mit dem neuen Kollektivvertrag gibt es im Gesundheits- und Pflegebereich nun elf Kollektivverträge sowie neun verschiedene Landesbesoldungsordnungen. Die darin festgelegten Löhne und Gehälter sind höchst unterschiedlich (siehe Streissler 2003).

Bestrebungen zur Vereinheitlichung werden teilweise auch von den Berufsgruppen selbst unterwandert– es gibt ganz klare **Kompetenzkonflikte**: Welcher Pflegeberuf darf was? Wer darf Salben schmieren, mit welchen Wirkstoffen, wer darf Medikamente verabreichen, Spritzen setzen, etc. Dies führt natürlich auch dazu, dass bei Pflege nach dem Buchstaben des Gesetzes bis zu fünf Personen täglich bei dem Pflegefall ein- und ausgehen, was gerade für alte Menschen oft eine zusätzliche Belastung darstellt.

Wie man hier einerseits Kompetenzabgrenzungen so treffen kann, dass die **Pflegequalität** gewahrt bleibt, gleichzeitig aber **Effizienz und Patientenfreundlichkeit** auch bedacht werden und drittens es zu **keiner Unterwanderung** der niedrigqualifizierteren Tätigkeiten durch Schwarzarbeit kommt, ist eines der vielen offenen Probleme in der Pflege.

5. Prognose der Pflegekosten bis 2030

Langfristig ist mit einem bedeutenden zusätzlichen Ausgabendruck im Gesundheitsbereich zu rechnen. Dies gilt für die gesamte EU. Die einzelnen EU-Länder kommen dabei allerdings zu unterschiedlichen Projektionen, ob der **Kostendruck** eher im **Gesundheitswesen** oder eher in der **Langzeitpflege** entsteht: Die skandinavischen Länder (Dänemark, Schweden, Finnland) und die Niederlande prognostizieren im Pflegebereich höhere Pro-Kopf-Wachstumsraten als in der Gesundheitsversorgung, in anderen Ländern (Österreich, Belgien, Frankreich, Italien, und Großbritannien) sehen es für ihre Länder umgekehrt³. Es scheint also neben der Demografie auch durchaus **systemabhängig** zu sein (bzw spielt natürlich der Anteil der informellen Pflege eine sehr große Rolle).

Die Finanzierung der Langzeitpflegesysteme in der EU lässt sich noch schwerer in Kategorien fassen als die Finanzierung der Gesundheitssysteme. Der Grund dafür besteht darin, dass die Langzeitpflege häufig auf mehrere verschiedene öffentliche Strukturen und Haushalte aufgeteilt ist, zumeist auf das Gesundheitsbudget und das Sozialbudget. Darüber hinaus lässt sich die im Rahmen des Gesundheitssystems erbrachte Langzeitpflege häufig nur schwer von traditionelleren Gesundheitsleistungen unterscheiden. Und schließlich werden Langzeitpflegedienste oft auf sehr lokaler Ebene erbracht, weshalb es zuweilen schwierig ist, nationale Trends auszumachen. (Rat der Europäischen Union 2003, 26)

5.1. European Study of Long-Term Care Expenditure

Die Europäische Kommission beschäftigt sich schon seit einiger Zeit mit den budgetären Herausforderungen, die sich aufgrund der ändernden Demografie für die Gesundheitssysteme und die Altersvorsorge ergeben (siehe zB Economic Policy Committee 2001). Im Winter 2003 kam eine Studie heraus, die die Kosten der langfristigen Altenpflege im Hinblick auf ihre **Sensitivität bezüglich der Annahmen** für vier verschiedene Länder untersuchte. Diese *European Study of Long Term Care Expenditure* betrachtet Deutschland, Spanien, Italien und Großbritannien. Die Annahmen, die kritisch hinterfragt wurden, waren die Demografie, die Abhängigkeitsraten (Pflegeinzidenz), die Verfügbarkeit informeller Pflege, die Struktur der formellen Pflegedienstleistungen und die Entwicklung der Personalkosten in der Pflege. Es lassen sich dabei **keine einheitlichen Ergebnisse** für die betrachteten Länder ablesen, da die Entwicklung allgemein ebenso wie die Sensitivität bezüglich der Annahmen sehr stark vom zugrundeliegenden System abhängt: Wie hoch ist bereits heute der formelle Anteil? Wie groß ist der stationäre / ambulante Bereich? Wie schaut die Lohn- und Einkommensentwicklung insgesamt in diesem Land aus?

Es handelt sich also nicht um eine Prognose im eigentlichen Sinn, sondern eine sehr annahmenabhängige Projektion. Dafür wird zunächst ein **Basisszenario** entwickelt,

³ Für die anderen EU-Staaten gibt es keine Aufschlüsselung in Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege.

dessen wichtigste Variable die sich ändernde Altersstruktur der Bevölkerung laut der Eurostat-Demografieprognosen ist.

Die Tabelle zeigt die Wachstumsraten zwischen 2000 und 2050.

Tabelle 5-1: Projektierter Steigerung der Pflegefälle und ihrer Kosten (%-Wachstum von 2000 bis 2050) im Basisszenario

	Deutschland	Spanien	Italien	Großbritannien
Personen über 65 Jahre	64%	76%	56%	67%
Personen über 85 Jahre	168%	194%	168%	152%
Ältere Pflegefälle	121%	102%	107%	87%
Pflegefälle in nur informeller Pflege	119%	100%	109%	72%
Pflegefälle in ambulanter Pflege	119%	99%	119%	92%
Pflegefälle in stationärer Pflege	127%	120%	81%	111%
Gesamtkosten	437%	509%	378%	392%
Gesamtkosten als % des BIP	168%	149%	138%	112%
Anteil am BIP 2050	3,32%	1,62%	2,36%	2,89%

Quelle: Comas-Herrera 2003, 8.

Wie man sieht, wird in allen Ländern mit in etwa einer **Verdoppelung der „alten“ Pflegefälle bis 2050** gerechnet. Je nach vorherrschender Struktur bedeutet diese demografische Veränderung zwischen einer knappen Vervielfachung (Italien) bis zu einer Verfünffachung (Spanien) der nominellen Kosten.

Ohne alle Zahlen der weiteren Berechnungen wiedergeben zu wollen, zeigen sich folgende Ergebnisse bei Änderung der Annahmen:

- ◆ Die Modelle sind **hoch sensitiv** in Bezug auf die Annahmen der **Lohnstückkosten**. Allerdings sind die Prognosen über die Entwicklung der Löhne im Pflegebereich äußerst ambivalent, je nachdem, wie man die Produktivitätsentwicklung in diesem Sektor relativ zur gesamtwirtschaftlichen Produktivität einschätzt (für Details siehe Comas-Herrera 2003, 141ff).
- ◆ Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass trotz einer Zunahme der Gruppe der Alten auch die Pflegefälle in gleichem Ausmaß zunehmen. Auch hier unterscheiden sich die Prognosen massiv. Es gibt pessimistische Prognosen, die davon ausgehen, dass die chronisch-degenerativen Erkrankungen relativ zunehmen werden und damit die Zahl der alten Pflegefälle steigen werden. Auf der anderen Seite gibt es optimistische Prognosen, die einen allgemein verbesserten Gesundheitszustand als Ursache dafür sehen, dass auch die Alten später zu Pflegefällen werden. Dies wurde auch in der *Long Term Care Study* unterstellt – die **Pflegeinzidenz sinkt mit steigender Lebenserwartung**. Die Änderung dieser Annahme hat massive Auswirkung auf die Entwicklung der Pflegefälle und damit auf die Kosten – der Anteil der Pflegekosten am BIP 2050 sinkt je nach Land um bis zu 0,6%-Punkte.
- ◆ Ebenso wie bereits in Abschnitt 3.1 erwähnt, geht auch die EU davon aus, dass der informelle Sektor insgesamt im Abnehmen begriffen ist. Nicht nur wird er nicht in der Lage sein, die gestiegenen Erfordernisse aufzufangen, sondern er wird auch gegenüber dem status quo an Bedeutung verlieren. Die Annahme, dass die Gruppe der informell Betreuenden jährlich um ein Prozent sinken würde und dementsprechend zu gleichen Maßen die **stationäre und die ambulante Pflege steigen** würde, führt dazu, dass der Anteil der Pflege am BIP 2050 um bis zu

0,8%-Punkte höher sein wäre. Die Studie kommt dabei für alle betrachteten Länder zu dem Ergebnis, dass eine reine Verlagerung in den stationären Sektor teurer käme als die reine Verlagerung in den ambulanten Bereich, ein Ergebnis, dass wie in Abschnitt 3.2.1 ausgeführt, aus österreichischer Sicht skeptisch zu beurteilen ist. Dieses unterschiedliche Ergebnis resultiert schlicht und einfach daraus, dass in der Heimpflege nicht von einem umfassenden Pflegepaket ausgegangen wird, implizit also die Defizite in der ambulanten Pflege weiterhin dem informellen Sektor angelastet werden.

5.2. Szenarienberechnung für Österreich

Der Aufwand für das Bundespflegegeld betrug im Jahr 2002 1,3 Mrd Euro. Hinzu kamen für die Länder neben den ca 275 Mio Euro Landespflegegeld vor allem die Ausgaben für die sozialen Dienste. Die **offiziellen Quellen** halten sich mit **Abschätzungen** bezüglich des Finanzbedarfs in den kommenden Jahren eher zurück und verweisen rein **qualitativ** auf Demografie und Änderungen am Arbeitsmarkt (Republik Österreich 2002, 29.)

Diese Zurückhaltung hat selbstverständlich mit der sehr komplexen Leistungs- und Organisationsstruktur zu tun, die bereits ausführlich beschrieben wurde. Im folgenden wird dennoch versucht, eine Abschätzung der Entwicklung in den kommenden Jahren zu machen. Dabei wird sich teilweise an die *Long Term Care Study* angelehnt, vorrangig werden aber die in Österreich bestehenden Strukturprobleme berücksichtigt. Analog zur *Long Term Care Study* wird ein Basisszenario berechnet und damit vergleichend Änderungen einzelner Annahmen analysiert.

5.2.1. Reale Kosten

Bereits eingangs wurde auf die Problematik der Baumolschen Kostenkrankheit hingewiesen: Es ist anzunehmen, dass sich die Produktivität im Pflegesektor wesentlich geringer entwickelt als die Gesamtproduktivität. Wollte man diese Effekte ebenso wie die Effekte der Preisentwicklung in eine Prognose einbeziehen, bedürfte es eines komplexen Makromodells, um sinnvolle mittel- und längerfristige Prognosen zu machen.

Hier wurde daher der Vorzug einer **realen Rechnung** gegeben. Es wird daher (mit Ausnahme des Szenarios „stationäre Verteuerung“) von der derzeitigen Kostenstruktur ausgegangen. Neben der Berechnung von Wachstumsraten über die Zeit eignet sich gerade für längerfristige Prognosen die Entwicklung des Anteils der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Dafür müssen aber gewisse Annahmen über die generelle Wirtschaftsentwicklung getroffen werden. So wurde angenommen, dass das jährliche reale BIP-Wachstum im Durchschnitt 2% beträgt, das jährliche reale Lohnwachstum 1,5%. Eine derartige Prognose ist aber seriöserweise nur bis 2030 berechenbar, da derzeit nicht abzuschätzen ist, wie sich die letztlich schrumpfende Bevölkerung auf die BIP-Entwicklung auswirken wird.

In der Prognose wurde dabei zunächst von der **Zahl der PflegegeldbezieherInnen** ausgegangen: Es gibt heute etwa 300.000 Pflegegeldbezieher über 60 Jahre. Dies ist eine sehr vorsichtige Schätzung des tatsächlichen Bedarfs, ist aber eine der wenigen „harten“ Zahlen in der Prognose. Andere Quellen (Badelt 1997 oder Schneider 2003) gehen von bis zu 500.000 Betreuungsbedürftigen aus, hier sind allerdings auch die jüngeren Pflegefälle dabei.

Die erste Schwierigkeit ist bereits die Schätzung der derzeitigen Kosten der Sachleistungen im Pflegebereich. Aufgrund der unterschiedlichen und uneinheitlichen Informationen aus den Bundesländern ist es nicht möglich, einen echten „Österreich“-Durchschnitt einer ambulanten Pflegestunde oder eines Pflegetags in einer stationären Einrichtung zu definieren. Wie in Abschnitt 3.2 ausgeführt, kann man in etwa schätzen, dass 500 Mio Euro für die ambulante Pflege und 1,1 Mrd Euro für die stationäre Pflege ausgegeben werden. Es erscheint realistisch, in etwa **20 Euro** Nettokosten für die öffentliche Hand für eine **ambulante Pflegestunde** und **70 Euro** Nettokosten für einen **Tag in stationärer Pflege** anzunehmen (das würde einerseits der Faustregel genügen, dass ab vier Pflegeeinsätzen am Tag die stationäre Pflege kostengünstiger ist, andererseits kommt man so durch Multiplikation mit realistischen Pflegeaufwänden auf die geschätzten Kostenaggregate). 15% der Pflegefälle werden dabei der stationären Pflege zugeschrieben. Jene, die zu Hause betreut werden, werden mit einem Pflegebedarf von durchschnittlich 140 Stunden (das ist Pflegestufe 3) angesetzt, wobei angenommen wird, dass 6% dieses Pflegebedarfs über ambulante professionelle Dienstleister erbracht werden (diese Zahl ist insofern realistisch, da ja nur in etwa 25% der Pflegefälle überhaupt ambulante Dienste in Anspruch nehmen).

Daneben fallen aber auch **informelle Kosten** an – Personen, die Pflegefälle betreuen, müssen in der Regel ihre Arbeitszeit zumindest reduzieren. Das bedeutet weniger Arbeitseinkommen und daher eine rechnerische Reduzierung des Bruttoinlandsproduktes. Diese Differenz kann nur behoben werden, wenn die unentgeltlich erbrachte Arbeit fiktiv mit einem **Opportunitätslohn** bewertet wird. Im vorliegenden Fall wurde als **fiktiver Stundenlohn Euro 9,33** angenommen, da dies der durchschnittliche Stundenlohn unselbständig beschäftigter Frauen zwischen 45 und 55 Jahren ist (das ist jene Population, aus der sich pflegende Angehörige am häufigsten rekrutieren).

Versucht man zu eruieren, wie viele Stunden informell erbracht werden, so kann man vorsichtigerweise davon ausgehen, dass 80% des vom Pflegegeld vorgesehenen häuslichen Pflegeaufwands dem **informellen** Bereich zuzurechnen sind. Dabei kommt man derzeit auf **160.000 vollzeitäquivalente Arbeitsplätze**. Das diese Rechnung nicht übertrieben ist, bestätigt sich daran, dass Schneider (2003) 260.000 vollzeitäquivalente Arbeitsplätze in diesem Bereich schätzt.

Tabelle 5-2: Zusammenfassung der Ergebnisse der Prognose der Pflegekosten

	2003	2005	2010	2020	2030
Basisszenario					
Wachstum Pflegefälle		5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten					
rein formell		6,69%	22,01%	54,43%	109,85%
inklusive informell		9,60%	33,62%	89,84%	185,36%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,42%	1,47%	1,53%	1,70%
inklusive informell	1,48%	1,56%	1,72%	2,00%	2,47%
Besserer Gesundheitszustand					
Wachstum Pflegefälle		-7,81%	-2,48%	4,17%	27,99%
Wachstum Kosten					
rein formell		-6,34%	3,17%	19,98%	61,36%
inklusive informell		-3,79%	12,99%	47,48%	119,42%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,25%	1,24%	1,19%	1,31%
inklusive informell	1,48%	1,37%	1,45%	1,56%	1,90%
Erhöhung des ambulanten Bereichs					
Wachstum Pflegefälle		5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten					
rein formell		12,56%	46,32%	134,09%	292,13%
inklusive informell		12,53%	45,78%	129,69%	276,55%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,50%	1,76%	2,32%	3,18%
inklusive informell	1,48%	1,60%	1,87%	2,42%	3,26%
"Vollversorgung" ambulant					
Wachstum Pflegefälle		5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten					
rein formell		15,64%	59,07%	175,88%	387,74%
inklusive informell		12,11%	44,09%	124,57%	265,73%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,54%	1,92%	2,74%	3,97%
inklusive informell	2,22%	2,40%	2,79%	3,57%	4,76%
Verteuerung des stationären Bereichs					
Wachstum Pflegefälle		5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten					
rein formell		10,99%	32,39%	68,44%	130,04%
inklusive informell		13,63%	43,36%	102,98%	204,29%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,48%	1,60%	1,67%	1,87%
inklusive informell	1,48%	1,61%	1,84%	2,14%	2,63%

Quelle: Eigene Berechnungen

In der vorliegenden Rechnung wurde nun folgendermaßen summiert: Zum einen wurde die Summe der **formellen Kosten** geschätzt – dies sind die Sachleistungen im ambulanten und im stationären Bereich plus das Pflegegeld, zum anderen wurden die **Kosten inklusive der informellen Pflege** geschätzt – dafür wurden die Sachleistungen plus die informellen Opportunitätskosten minus das Pflegegeld gerechnet

(da in diesem Fall das Pflegegeld ja als teilweise Entschädigung der informellen Pflege gesehen werden kann).

5.2.2. Basisszenario – demografischer Effekt

Heute machen die formellen Pflegekosten 1,39% des BIP aus, unter Berücksichtigung der informellen Kosten sind es 1,48%. Im Basisszenario wurde nun angenommen, dass die Pflegestruktur über die kommenden Jahre gleich bleibt. Lediglich die Demografie mit der Prognose, dass die entsprechenden Altersgruppen größer werden (wobei die **Pflegeinzidenz** ebenfalls **konstant** angenommen wurde), führt zu einem Kostenwachstum. Hinzu kommt nur das angenommene Lohnwachstum von 1,5% im Jahr.

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass dieser demografische Effekt insbesondere **in den nächsten Jahren** die **größten Wachstumsraten** generieren wird. Bis 2010 steigen die Kosten um 22%. Das sind jährliche reale Wachstumsraten von 2,88%, wodurch der Anteil am BIP auch geringfügig auf 1,47% (bzw 1,72% inklusive der informellen Kosten) ansteigt. Bis **2020** ist dann mit einer **leichten Entspannung** zu rechnen (durchschnittliche jährliche Wachstumsraten von 2,38%), während zwischen **2020 und 2030** die Dynamik aufgrund der sich ändernden Demografie nochmals zunimmt (die **Babyboomer** kommen ins Pflegealter, was jährliche Wachstumsraten von im Durchschnitt 3,11% bedeuten wird). Bis 2030 werden sich daher die formellen Pflegekosten aufgrund des demografischen Effekts in etwa real verdoppeln, was einem BIP-Anteil von 1,7% entspräche.

Die Schätzung der Entwicklung der Pflegefälle dürfte relativ realistisch sein, zumindest entspricht sie in etwa auch den prognostizierten Entwicklungstrends der *Long Term Care Study* (Verdoppelung bis 2050) bzw auch dem *long-life-szenario* in Badelt (1997).

5.2.3. Steigende Lebenserwartung – bessere Gesundheit

Im Basisszenario wird angenommen, dass für jede Altersgruppe die Pflegeinzidenz konstant bleibt. Trotz steigender Anzahl der Personen in jeder Altersgruppe würden also nach wie vor 9% der zwischen 60 und 80jährigen und 51% aller Über80jährigen Pflegefälle werden.

Analog zur *Long Term Care Study* wurde diese Annahme nun modifiziert: Mit steigender Lebenserwartung sinkt das Risiko, frühzeitig ein Pflegefall zu werden. Laut Statistik Austria wird die Lebenserwartung von Frauen zwischen 2002 und 2005 um ein Jahr steigen, zwischen 2005 und 2015 kommt ein weiteres Jahr hinzu und nochmals ein Jahr kommt bis 2030 hinzu. Analog dieser Entwicklung wurde die Annahme des Basisszenario dahingehend modifiziert, dass jeweils in den Jahren 2005, 2015

und 2030 (mit leicht gleitenden Übergängen) jeweils eine Jahrgangspopulation von der Gruppe mit hoher Pflegeinzidenz in die Gruppe mit niedriger Pflegeinzidenz hinuntergenommen wird (anders gesagt: es wird jeweils angenommen, dass die **Altersgrenze des hohen Pflegerisikos um ein Jahr steigt**). Auch für dieses Entwicklungsszenario findet sich ein ähnlicher Trend in Badelt (1997).

Diese Annahmenänderung wirkt sich deutlich **dämpfend** auf die **Kostenentwicklung** aus – nach diesem Szenario würde bis 2015 die Zahl der Pflegefälle abnehmen, danach überwiegt der demografische Druck. Die Pflegekosten wären bis 2005/2006 rückläufig, danach gäbe es positive Wachstumsraten. 2030 wären die Kosten um rund 60% höher als heute. Die Anteile am BIP sind allerdings über die gesamte Berechnungszeit niedriger als heute und kämen erst gegen Ende des Prognosezeitraums wieder auf ein ähnliches Niveau wie 2003.

5.2.4. Erhöhung des ambulanten Bereichs

Nach dem kostendämpfenden Faktor der besseren Gesundheit werden nun drei Faktoren untersucht, die sich kostenerhöhend auswirken würden. Dies ist zunächst einmal der mit ziemlicher Sicherheit stattfindende **Rückgang der informellen Pflege** und gleichzeitige Ausbau der ambulanten Pflege. Heute werden wie erwähnt 80% des Pflegebedarfs häuslicher Pflegefälle informell erbracht und 6% durch professionelle ambulante Dienstleister. Es wurde nun angenommen, dass diese Anteile sich pro Jahr um einen Prozentpunkt verändern, so dass zB 2010 nur mehr 73% des häuslichen Pflegebedarfs informell erbracht werden und 13% professionell.

In diesem Szenario steigt also die Zahl der Pflegefälle analog dem Basisszenario, die Kosten steigen aber deutlich stärker an, wobei aufgrund der **zunehmenden Professionalisierung** die Dynamik der rein formellen Kosten noch größer ist als unter Berücksichtigung der informellen Kosten. Bis 2020 wäre mit mehr als der **Verdoppelung der formellen Kosten** zu rechnen, bis 2030 mit fast einer Vervierfachung. Die realen Anteile am BIP der formellen Kosten stiegen bis 2010 auf 1,76% an, bis 2020 auf 2,32% und bis 2030 auf 3,18%.

5.2.5. Ambulante „Vollversorgung“

Das vorhergehende Szenario wird noch weiter modifiziert, dahingehend, dass berücksichtigt wird, dass die vom Pflegegeld **vorgesehenen Stundenzahlen** an Pflegebedarf **als zu niedrig** eingeschätzt werden. Dieser von Badelt (1997) erhobene Bedarf an höherer Pflege bestätigt sich auch in einer Mikrozensususerhebung aus 1998: Damals gaben **16% der Über60jährigen**, die bereits private oder professionelle Pflege erhielten, dass sie noch **weitere Hilfe** benötigten. Dieses Szenario erhält auch durch die oben erwähnte vorsichtige Schätzung der Pflegefälle seine Berechtigung: Liegt die Zahl der Pflegefälle tatsächlich wesentlich höher (die von Badelt

(1997) und Schneider (2003) genannten 500.000 Pflegebedürftigen seien in Erinnerung gerufen), so kann man auch von dieser Seite von einer Unterschätzung des Bedarfs an ambulanten Diensten ausgehen.

Statt der durchschnittlich 140 Stunden **Pflegebedarf** in Pflegestufe 3 wurden nun die von Badelt erhobenen **214 Stunden** eingesetzt. Dies erhöht natürlich bereits 2003 die informellen Kosten – der Anteil der informellen Kosten am BIP läge dann statt bei 1,48% (Basisszenario) bei 2,22%.. Die heute erbrachten ambulanten professionellen Pflegeleistungen würden dann nur mehr 4% aller Pflegestunden ausmachen..

Die Annahme über die zukünftige Entwicklung lautet wiederum, dass dieser Anteil jährlich um einen Prozentpunkt erhöht wird und gleichzeitig der Anteil der informellen Pflege sinkt. Zu beachten ist, dass auch dieses Szenario keine vollständige Flächendeckung aller Pflegefälle daheim annimmt – es bleiben auch hier jedes Jahr ein Teil der Pflegefälle unbetreut. Der Unterschied zum vorherigen Szenario ist daher lediglich, dass die Stundenzahl für die ohnehin bereits betreuten Pflegefälle erhöht wird.

Da in diesem Szenario von einem höheren Niveau der informellen Pflege bereits 2003 ausgegangen wird, liegen die Wachstumsraten der informellen Kosten etwas unterhalb des vorigen Szenarios. Die rein formellen Kosten steigen allerdings deutlich stärker, da der **Bedarf für ambulante Pflege wesentlich höher** eingeschätzt wird: Bis **2015** kommt es bereits zu einer **Verdoppelung** der realen Kosten gegenüber heute, bis **2030** haben sich die Kosten **fast verfünffacht**. Auch der Anteil am BIP liegt deutlich höher. Bereits 2010 ist die 2%-Grenze fast erreicht, 2030 werden fast 4%-BIP-Anteil erreicht.

5.2.6. Verteuerung des stationären Bereichs

Die Analyse (Abschnitt 3.2.1) hat gezeigt, dass neben einem deutlich steigenden Bedarf an ambulanter Pflege auch der stationäre Bereich vor großen Herausforderungen steht. Im Basisszenario wurde der stationäre Pflegetag mit 70 Euro Nettokosten für die öffentliche Hand gerechnet. Der erforderliche **Ausbau der Pflegeheime** sowie die sehr realistische Annahme, dass die höheren Anforderungen an die Pflegequalität mit **höheren Personalkosten** verbunden sein werden (zusätzlich zu den angenommenen 1,5% Lohnwachstum im Jahr), werden diesen Betrag in den kommenden Jahren erhöhen. Es wurde daher angenommen, dass der Betrag 2005 80 Euro am Tag ist und 2010 95 Euro am Tag beträgt. Danach wachsen die Tagsätze nur mehr mit den allgemeinen 1,5% Lohnwachstum. Ohne also den Institutionalisierungsgrad von 15% zu ändern, werden die **Kosten der stationären Pflege** insbesondere in den kommenden Jahren deutlich **steigen**.

Diese Annahme wirkt sich folgendermaßen aus: Das Ausgabenwachstum bis 2010 liegt deutlich über dem Basisszenario, erreicht aber nicht die Wachstumsraten der

Ausweitung im ambulanten Bereich. danach gleichen sich die Wachstumsraten wieder dem Basisszenario an: Im jährlichen Durchschnitt betragen die Wachstumsraten von 2003 bis 2010 4,09%, 2010 bis 2020 gehen sie zurück auf 2,44% um dann zwischen 2020 und 2030 wieder auf 3,17% anzusteigen.

5.2.7. Weitere Kostenfaktoren

Die hier dargestellte **Prognose** kann als eher **vorsichtig** eingeschätzt werden. Es gibt nämlich noch eine Anzahl weiterer Faktoren, von denen eine Kostensteigerung zu erwarten ist.

Dies betrifft zum ersten die **geschlechtsspezifische Pflegeinzidenz**, die noch nicht berücksichtigt wurde. Männer haben tendenziell ein höheres Risiko ein Pflegefall zu werden. Da aufgrund aufholender Lebenserwartung in Zukunft der Anteil der Männer an der älteren Bevölkerung steigen wird, kann sich das erhöhend auf die Zahl der Pflegefälle auswirken.

Auch der **steigende Wohlstand** kann ebenso wie im Gesundheitswesen als Kostenfaktor gesehen werden: Mit steigendem Einkommen erhöhen sich die Ansprüche, was sich in steigende Qualitätsanforderungen an das Pflegewesen auswirken wird.

Auch der in Abschnitt 3.3 angedachte Vorschlag, in der Altenpflege vom Pflegegeld weg **stärker in den Sachleistungsbereich** zu gehen, würde kostenerhöhend wirken. Wie ausgeführt, würden umfassende Sachleistungspakete die heutigen Kosten real in etwa verdreifachen und die internationalen Erfahrungen (insbesondere der skandinavischen Länder) lassen vermuten, dass die Kostendynamik insgesamt höher wäre als hier angenommen.

Ein Faktor, der in den meisten Pflegesystemen zu wenig beachtet wird, sind die **Anreize zur Verbesserung des Pflegezustandes** des Patienten. Selbst in der geriatrischen Langzeitpflege können mit geeigneten Therapien gesundheitliche Verbesserungen und daher ein geringerer Pflegebedarf erreicht werden. Dies würde selbstverständlich kostensenkend wirken. Hier muss insbesondere in der professionellen Pflege über geeignete Anreize zur Herstellung einer solchen Situation nachgedacht werden. Dies wäre ein Argument für mehr Wettbewerb im Pflegewesen, da er auf diese Weise zu mehr Qualität und tatsächlichen Kosteneinsparungen beitrüge:

One way of improving this unsatisfactory and inefficient situation would be to make benchmarks between the individual providers within which the changes in the health of their clients are compared. Those providers comparing favourably with others could then be entitled to additional public payments. Such an approach, for example, has been adopted in Japan where long-term care insurance which has been in force since the year 2000 provides additional incentives for service providers if the disabled elderly person's degree of disability improves. (Holdenrieder 2003, 247)

5.2.8. Zusammenfassung der Prognose

Auch wenn die Ergebnisse der Prognose insgesamt als eher vage zu bezeichnen sind, so haben die Berechnungen und Analysen doch eines gezeigt: Sollte nur der **demografische Effekt** zum Tragen kommen, dann können die **Wachstumsraten** im Pflegebereich als **moderat** bezeichnet werden. Mit rund 2,8% Wachstum real im Jahr würde die Pflege **als Anteil am BIP nur geringfügig steigen**. Dies würde allerdings bedeuten, dass die Strukturprobleme und der Pflegenotstand, die es heute gibt, weiter bestehen blieben bzw sich unter Umständen verschärfen würden.

Es wird notwendig sein, den **ambulanten Bereich auszubauen**, um die Pflege innerhalb der Familie zu entlasten und mehr Professionalität in die Pflege zuhause zu bringen. Ebenso wird es notwendig sein, den **stationären Bereich auszubauen**. Selbst bei gleichem Institutionalisierungsgrad werden mehr Betten notwendig sein und die Schlagzeilen der vergangenen Monate zeigen deutlich, dass die bestehenden Institutionen dringend verbessert werden müssen (so hat beispielsweise Lainz einen Ausbauplan bis 2005, spätestens bis 2010 zu erfüllen, der unter anderem vorsieht, dass wesentlich mehr Zimmer zur Verfügung stehen, um von der menschenunwürdigen Praxis von Achtbettzimmern wegzukommen). Entlastend könnte der **verbesserte Gesundheitszustand** wirken, wobei hier wie erwähnt die Prognosen durchaus auseinandergehen, wie sich dies konkret auf die Zahl der Pflegefälle auswirken wird.

Wie bedeutsam genau die einzelnen Strukturänderungen sich bei der Entwicklung der Pflegekosten auswirken werden, ist aus heutiger Sicht nicht abschätzbar. Tatsache ist aber, dass die **dringend notwendige Verbesserung der Pflegequalität** sich **deutlich in den Kosten** dieses Bereichs niederschlagen wird, da die **kostensteigenden Faktoren** bei weitem die kostensenkenden Faktoren **überwiegen**. Außerdem weist die Prognose darauf hin, dass insbesondere der Ausbau der ambulanten Dienstleistungen die Kostendynamik erhöhen wird, da hierbei die bislang unsichtbar und daher unbewertete informelle Arbeit sichtbar und damit bewertet wird.

6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Pflege als ein wichtiger Bereich der sozialen Dienste sieht sich derzeit im **Spannungsfeld** zwischen **demografischen Herausforderungen** und **budgetären Engpässen**. Diese Problematik gilt für Österreich ebenso wie für andere westeuropäische Länder. Mit dem hohen Anteil an nicht-zweckgebundenen Geldleistungen unterscheidet sich Österreich dabei aber deutlich von anderen Ländern. Im internationalen Vergleich überwiegen nämlich in den meisten Staaten die **Sachleistungen**. Allerdings kann man in vielen Ländern in den letzten Jahren einen Trend dahingehend bemerken, dass **zweckgebundene Geldleistungen** zunehmen, um den Pflegefällen zu ermöglichen, auf einem Wettbewerbsmarkt die von ihnen gewünschte Pflege zu kaufen. Nicht zweckgebundene Leistungen gibt es in größerem Ausmaß nur in Deutschland und in Österreich, wobei auch in Deutschland der Bezug von Sachleistungen klar bevorzugt wird.

Der vielfach bereits heute zitierte **Pflegenotstand** in Österreich wirkt derzeit noch nicht so brisant, weil der Anteil an informeller (familiärer) Pflege sehr hoch ist ebenso wie der Anteil von **Schwarzarbeit**. Zweitens kommt, insbesondere in Ostösterreich, sehr häufig aus den Beitrittsländern Tschechien und Slowakei. Es ist anzunehmen, dass nach der Erweiterung der Anteil kurzfristig noch zunehmen könnte, mittelfristig ist aber eher mit einer Reduktion dieses Arbeitsangebotes zu rechnen. In den betreffenden Ländern gibt es (trotz relativ junger Bevölkerung) bereits heute Engpässe im Pflegebereich, die sich sicher in den kommenden Jahren mit einer gewissen Verzögerung noch verstärken werden. Die Angleichung der Lohnniveaus wird dazu führen, dass die offizielle Arbeit im eigenen Land attraktiver wird. Abgesehen davon ist, trotz des Wissens, dass Pflege heute nicht machbar wäre ohne Schwarzarbeit, aus gewerkschaftlicher Sicht Schwarzarbeit jedenfalls abzulehnen. Geänderte Familienstrukturen, gestiegene Mobilität und sinkende Fertilität werden aber auch den Bereich der **familiären Pflege** in den kommenden Jahren schrumpfen lassen.

Um hier entgegenzusteuern bedarf es des Ausbaus insbesondere der **ambulanten Pflege**. Diese ist zwar in vielen Fällen teurer als die stationäre Pflege, entspricht aber mehr den Bedürfnissen der Menschen. Daneben wird aber auch bereits in nächster Zukunft eine **Verbesserung des stationären Bereichs** notwendig sein. Um in den professionellen Pflegediensten (ambulant wie stationär) Verbesserung und Erweiterungen zu ermöglichen, müssen die **Pflegeberufe aufgewertet** werden. Es handelt sich dabei nämlich um Tätigkeiten mit einem sehr hohen Anforderungsprofil, das heute vollkommen unzureichend honoriert wird. Die gewerkschaftlichen Forderungen nach **besserer Entlohnung, umfassenderer Ausbildung** und **durchlässigeren Berufsbildern** sind jedenfalls zu unterstützen.

Um dies aber alles zu erreichen, wird die Pflege in den kommenden Jahren deutlich mehr kosten müssen als heute. Die vorsichtige Prognose hat gezeigt, dass sich in

diesem Fall der **Anteil der Pflegekosten der öffentlichen Hand am BIP bis 2030 real jedenfalls mehr als verdoppeln** würde, wenn lediglich die Defizite im stationären Bereich beseitigt würden. Soll gleichzeitig auch der **ambulante Bereich ausgebaut** werden, so würden die **Kosten auf das Vier- bis Fünffache** der heutigen Ausgaben steigen. Internationale Berechnungen zeigen darüber hinaus, dass unter Berücksichtigung der notwendigen Lohnveränderungen das **nominelle Wachstum** noch eine **deutlich stärkere Dynamik** aufweisen würde.

Das zusätzliche Geld sollte dabei größtenteils direkt in die sozialen Dienste und nicht den „Umweg“ über den Pflegefall nehmen. Selbstverständlich wird man auch über eine bessere **Absicherung pflegender Angehöriger** nachdenken müssen, das **Hauptaugenmerk** sollte sowohl organisatorisch als auch finanziell auf die **formelle Pflege** gelegt werden und dies besser heute als morgen.

Literatur

BADEL, Christoph *et al.*, 1997. *Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems*. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien.

BAHLE, Thomas; PFENNING, Astrid, 2001. *Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste im westeuropäischen Vergleich*. Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa: Frankfurt am Main.

BETTIO, Francesca; PLANTENGA, Janneke, 2004. Comparing Care Regimes in Europe. in: *Feminist Economics* 10/1. 85-113.

COMAS-HERRERA, Adelina *et al.*, 2003. *European Study of Long-Term Care Expenditure*. Report to the European Commission. PSSRU Discussion Paper 1840.

DACHVERBAND DER WIENER PFLEGE- UND SOZIALDIENSTE, 2002. *Situation des Pflegepersonals in ambulanten und stationären Einrichtungen*. Wien: Dachverband.

ECONOMIC POLICY COMMITTEE, 2001. *Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*. Brüssel: Europäische Kommission. EPC/ECFIN/655/01-EN final.

EUROPÄISCHE KOMMISSION, 2003a. *MISSOC – Gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der EU und des EWR*. [online]. Brüssel: Europäische Kommission.
http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index-de.html (heruntergeladen Januar 2004).

EUROPÄISCHE KOMMISSION, 2003. *Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003*. Luxemburg:

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS (2002), *Health Care Systems in Transition – Czech Republic*. Kopenhagen: European Observatory (www.observatory.dk).

GISSER, Richard (Hg.), 2003. *Familie, Geschlechterverhältnis, Alter und Migration: Wissen, Einstellungen und Wünsche der Österreicherinnen und Österreicher*. Wien: Institut für Demografie.

HAMMER, Elisabeth; ÖSTERLE, August, 2003. Welfare State Policy and Informal Long-Term Care Giving in Austria: Old Gender Divisions and New Stratification Processes Among Women. in: *Journal of Social Policy* 32, 1. 37-53..

HOLDENRIEDER, Jürgen, 2003. *Comparative Evaluation of Long-Term Care Policies for the Elderly in the EU*. Frankfurt: Peter Lang.

KRAJIC, Karl *et al.*, 2003. *Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie.

KREIMER, Margarete; SCHIFFBAENKER, Helene, 2003. *A New Austrian Care System? Theoretical Approaches*. InTeReg Working Paper 07. Graz: Institute of Technology and Regional Policy.

KRENN, Manfred; PAPOUSCHEK, Ulrike, 2003. *Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen*. Wien: Forba.

LEWIS, Jane, 2002. Social Care Services: The Informal Sector. in: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Hg.), *Social services in transition – towards a European social services information system*. Frankfurt: ISS, 20-34.

MAYERHOFER, Friedrich, 2001. Die Auswirkungen der Freizügigkeit aus österreichischer Sicht. in: Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste, *Die EU-Erweiterung: Chancen und Risiken für die sozialen Dienste. Eine deutsche Positionsbestimmung*. Berlin: Observatorium.

MISCONIOVÁ, Blanka, (1998), *Comprehensive Home Care in Czech Republic – Past-Present-Future*[online]. Prag: Association of Comprehensive Home Care. <http://www.cs-ch.ch/Europa/homecarecz.htm> (heruntergeladen Jänner 2004).

MÜNZ, Rainer; FASSMANN, Heinz, 2003. *Demographische Entwicklungstendenzen im östlichen Europa* [online]. Berlin: Institut für Weltbevölkerung und globale Entwicklung. http://www.berlin-institut.org/pages/fs/fs_beve Entw_fertilitaet_osteuropa.html (heruntergeladen Jänner 2004).

NAM, Hyun-Joo, 2003. *Alten- und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung*. Wien: Wirtschaftsuniversität – Abteilung für Sozialpolitik.

OECD, 1998. *Long Term Care Services to Older People, a Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons*. Paris: OECD Working Paper AWP 4.2.

PRATSCHER, Kurt, 2003. Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2000 und 2001. in: *Statistische Nachrichten* 10, 749-759.

RAT DER EUROPÄISCHEN UNION, 2003. *Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege*. Vermerk des Rates ECOFIN 77, 7166/03. Brüssel.

REPUBLIK ÖSTERREICH, 2002. *Beantwortung des Fragebogens zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege älterer Menschen*. Dokument SPC/2002/APR/01 DE/Rev.1.

ROSNER, Peter, 2003. *The Economics of Social Policy*. Cheltenham: Edward Elgar.

SCHMID, Tom, 2004. *Pflege im Spannungsfeld zwischen Angehörigen und Beschäftigten*. Vorläufiger Studienbericht. Wien: SFS.

SCHNEIDER, Ulrike, 2003: *Aktuelle Herausforderungen im mobilen Pflege- und Betreuungssektor*. Vortrag im Rahmen der Veranstaltung 'Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung - ein Gesundheitsrisiko?', veranstaltet von der Stadt Wien (MA 47 - Pflege und Betreuung) und dem Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes, Wien, 14. Oktober.

SCHÖBERL, Susanne, 2004. *Vereinbarung gem Art 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe: Einbindung der Ausbildung in das österreichische Bildungssystem*. AK-interne Aktennotiz.

STATISTIK AUSTRIA, 2003a. *Die Bevölkerung Österreichs im 21. Jahrhundert*. [online]. Wien: Statistik Austria.

ftp://www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/bev21jhdt_web.pdf (heruntergeladen Oktober 2003).

STATISTIK AUSTRIA, 2003b. *Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege*. [online]. Wien: Statistik Austria.

<ftp://www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/kinderbetreuung1.pdf> (heruntergeladen Oktober 2003).

STREISSLER, Agnes, 2003. Frauen als Leistungsträgerinnen im Gesundheitswesen. in: *Wirtschaft und Gesellschaft* 2, 247-285.