

zeitlich befristet (maximal fünf Jahre) anhand der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation beurteilt. Die Pflege wird hauptsächlich in Einrichtungen erbracht, versicherte Personen können ihr persönliches Pflegegeld (persoonsgebonden budget, PGB) auch für Unterstützung durch nicht-gewerbsmäßige Pflegepersonen (Nachbarn, Freunde) oder professionelle Anbieter (spezialisierte Agenturen) nutzen. Die Pflegeleistungen umfassen die *häusliche Pflege* zum Ausgleich der (kurzzeitigen) Beeinträchtigung der versicherten Person, ein eigenständiges Leben zu führen, die *teilstationäre Pflege* zur Förderung/Erhalt der Fähigkeit ein eigenständiges Leben zu führen und damit Bewahrung vor Institutionalisierung oder Vernachlässigung der versicherten Person. *Stationäre Pflege* richtet sich an Personen mit Bedarf an geschützter Wohn- und Therapieumgebung sowie dauerhaftem Betreuungsbedarf. Die Kostenbeteiligung bei Heimunterbringung ist einkommensabhängig, es gibt einen „hohen Betrag“ von monatlich maximal 1.838,60 Euro sowie den „niedrigen Betrag“ von monatlich maximal 741,20 Euro. (vgl. MISSOC)

Seit 1. Jänner 2007 liegen verschiedene Verantwortlichkeiten, wie etwa Heimhilfe oder Transport von Älteren und Behinderten, bei den Kommunen, mit dem Ziel, den lokalen sozialen Zusammenhalt zu stärken. Die Kommunen sind darüber hinaus dafür verantwortlich, zu entscheiden, wer Betreuungsleistungen bekommen soll/muss, und diese auch bereitzustellen. In den meisten Fällen muss ein privater Kostenbeitrag entrichtet werden, der einkommensabhängig und in den einzelnen Kommunen unterschiedlich hoch ist.

Um die Qualität in der Pflege zu sichern, wurden seitens der Regierung Instrumente zur Messung des Standards der Pflegequalität in Heimen entwickelt und Befragungen der Patienten zur Zufriedenheit mit der Betreuung eingeführt. Das personenbezogene Budget stellt weiters ein wichtiges Instrument zur Erhöhung der Entscheidungsfreiheit von betreuungsbedürftigen Personen dar, die Möglichkeit der Pflege und Betreuung im eigenen Heim wurde weiter forciert. (vgl. European Commission 2009)

4.1.3. Der soziale Dienstleistungssektor

Das niederländische Wohlfahrtsmodell hat eine ähnliche institutionelle Verankerung wie das österreichische; es ist abhängig von Beiträgen der Beschäftigten und daher auf ein hohes Beschäftigungsniveau angewiesen, um den Sozialstaat zu finanzieren. Die Verlagerung der sozialen Dienste auf den Erwerbsarbeitsmarkt erklärt das ‚Beschäftigungswunder‘ der Niederlande und die hohe Resistenz gegen konjunkturelle Krisen.

Lange Zeit wurde nur wenige Kinder in den Niederlanden in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen betreut, 1990 waren zwei Prozent der Kinder im Alter von 0-13 Jahren in institutionellen Tagesbetreuungseinrichtungen. Die Gründe dafür lagen vor allem in einer geringen Erwerbsbeteiligung der Frauen, traditionellen Einstellungen mit einer Präferenz für informelle Betreuung sowie eine Steuergesetzgebung, die Alleinverdienerhaushalte begünstigte. Bis 2004 hat sich der Anteil der 0-13jährigen in institutioneller Betreuung auf zwölf Prozent erhöht, bei den 0-2jährigen liegt er nun beim etwa 30 %. Dieser Anstieg ging einher mit einer höheren Frauenerwerbsbeteiligung, gesunkenen Kinderbetreuungskosten für die Eltern (teils auf Firmen verlagert), staatlichen Initiativen zur Ausweitung und Professionalisierung des Kinderbetreuungsangebots (1994-2004 jährliches Wachstum bei den institutionellen Kinderbetreuungsplätzen ca. 9 %, nach 2005 ca. 10-12 %) sowie geänderte Einstellungen der Eltern