

Matthias Firgo, Ulrike Famira-Mühlberger

Status quo und Zukunftspotentiale der Pflegedienstleistungen in Österreich

Status quo und Zukunftspotentiale der Pflegedienstleistungen in Österreich

Wegen des demographischen Wandels zu einer älteren Gesellschaft gewinnt die effiziente Ausgestaltung öffentlich finanzierter Pflegedienstleistungen zunehmend an Bedeutung. Mit dem Pflegefondsgesetz wurde der vorrangige Ausbau mobiler gegenüber stationären Pflegediensten 2011 gesetzlich verankert. Wie die aktuelle Literatur und eine österreichweite Befragung von Pflegedienstleistern durch das WIFO zeigen, können mobile und stationäre Dienste nur eingeschränkt als Substitute betrachtet werden. Der bevorstehende Anstieg der Nachfrage erfordert darüber hinaus dennoch auch die Verringerung bestehender Ineffizienzen in Hinblick auf die bedarfsorientierte Zuteilung und Erbringung von Pflegedienstleistungen. Um den künftigen Bedarf an Pflegekräften adäquat decken zu können, gilt es außerdem die Attraktivität der Pflegeberufe deutlich zu erhöhen.

Status quo and Potentials for the Future of Long-term Care Services in Austria

Due to demographic change an efficient design of publicly funded long-term care services becomes increasingly important. A new law on public care funds (Pflegefondsgesetz) introduced in 2011 gives statutory priority to the extension of mobile home care over residential care. However, according to recent literature and a survey of providers of long-term care services throughout Austria conducted by WIFO, mobile home and residential care can be regarded as substitutes to a limited degree only. Moreover, to successfully deal with the budgetary challenges associated with the impending increase in demand, also the prevalent inefficiencies in long-term care services with respect to needs-based service allocation and provision have to be reduced. In order to cover the future demand for care workers, also the attractiveness of long-term care professions has to be increased substantially.

Kontakt:

Dr. Matthias Firgo: WIFO, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20, Matthias.Firgo@wifo.ac.at

Dr. Ulrike Famira-Mühlberger, PhD: WIFO, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20, Ulrike.Famira-Muehlberger@wifo.ac.at

JEL-Codes: H72, H75, I11, I18, J14 • **Keywords:** Pflegedienstleistungen, mobile und stationäre Pflege, demographischer Wandel, Alterung

Der vorliegende Beitrag basiert auf einer Studie des WIFO im Auftrag der Verbindungsstelle der Österreichischen Bundesländer: Matthias Firgo, Ulrike Famira-Mühlberger, Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern. Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege (Juni 2014, 176 Seiten, 70 €, Download 56 €: <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/47447>).

Begutachtung: Thomas Leoni • **Wissenschaftliche Assistenz:** Andrea Grabmayer (Andrea.Grabmayer@wifo.ac.at), Andrea Hartmann (Andrea.Hartmann@wifo.ac.at), Gerhard Schwarz (Gerhard.Schwarz@wifo.ac.at), Maria Thalhammer (Maria.Thalhammer@wifo.ac.at)

1. Einleitung

Im Zuge des demographischen Wandels durch eine zunehmend alternde Bevölkerung gewinnt die Frage nach dem Bedarf und der effizienten Ausgestaltung der Altenpflege immer mehr an politischer Bedeutung. Mit dem zu erwartenden Anstieg des Mittelbedarfes rückt dabei die Ausgestaltung und Finanzierung von professionellen Pflegedienstleistungen verstärkt ins politische Blickfeld. Zwar wird ein großer Teil der Pflege in Österreich nach wie vor informell geleistet, die Nachfrage und der öffentliche Finanzierungsaufwand für Pflegedienstleistungen nahmen jedoch bereits in der jüngeren Vergangenheit deutlich zu. Die Gründe dafür liegen neben den demographischen Veränderungen in einem Wandel der Familien- und Haushaltsstruktur und einer Zunahme der räumlichen Mobilität der Jüngeren, aber auch in einem Anstieg der Erwerbsquote, insbesondere unter Frauen, die den größten Teil der informellen Pflege leisten.

Aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung (mit-)finanzierte Pflege- und Betreuungsdienste der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege

Mobile Dienste

Soziale Betreuung, Pflege, Unterstützung bei der Haushaltsführung oder Hospiz- und Palliativbetreuung für Betreuungs- bzw. Pflegebedürftige zuhause, die nicht aus Mitteln der Sozialversicherung finanziert werden und nicht Betreuungsleistungen in alternativen Wohnformen sind (Beispiele: medizinische und soziale Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Haushaltshilfe, mobiles Hospiz).

Stationäre Dienste

Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung), Pflege- und Betreuungsleistungen (einschließlich tagesstrukturierender Leistungen) für Betreuungs- bzw. Pflegebedürftige in eigens dafür geschaffenen Einrichtungen (einschließlich Hausgemeinschaften) mit durchgehender Präsenz des Betreuungs- und Pflegepersonals; nicht in diese Kategorie fallen Kurzzeitpflege, Übergangs- und Rehabilitationspflege sowie alternative Wohnformen.

Teilstationäre Dienste

Ganz oder zumindest halbtägig betreute Tagesstruktur für Betreuungs- bzw. Pflegebedürftige, die nicht in stationären Einrichtungen leben. Die Betreuung wird in eigens dafür errichteten Einrichtungen bzw. Senioreneinrichtungen (z. B. Alten-, Wohn- und Pflegeheime, Tageszentren) jedenfalls tagsüber erbracht. Bereitgestellt werden Pflege und soziale Betreuung, Verpflegung, Aktivierungsangebote und zumindest ein Therapieangebot, z. B. auch Beschäftigungstherapie in der Tagesstruktur; darüber hinaus kann der dafür notwendige Transport vom Wohnort zur Betreuungseinrichtung und zurück sichergestellt werden. Nicht erfasst sind Seniorenclubs oder Seniorentreffs ohne Betreuungs- bzw. Pflegedienstleistungscharakter.

Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen

Auf höchstens drei Monate befristete Wohnunterbringung mit Verpflegung, Betreuung und Pflege einschließlich einer (re-)aktivierenden Betreuung und Pflege, nicht aber aus Mitteln der Sozialversicherung finanzierte Urlaubs-, Rehabilitations- oder Übergangs-Kurzzeitpflege.

Alternative Wohnformen

Einrichtungen für Betreuungs- bzw. Pflegebedürftige, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr allein wohnen können oder wollen und keiner ständigen stationären Betreuung oder Pflege bedürfen. Nicht erfasst sind ausschließliche Notrufwohnungen und andere nur wohnbauförderte Wohnungen (Beispiele: niederschwellig betreutes Wohnen, in dem keine durchgängige Präsenz von Betreuungs- und Pflegepersonal erforderlich sein darf).

Case- und Care Management

Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung, Organisation der notwendigen Betreuungs- und Pflegedienste, Nahtstellenmanagement, jeweils nicht im Rahmen von mobilen Diensten erbracht. Multiprofessionelle Teams können eingesetzt werden (Beispiele: Planungs-, Beratungs-, Organisations- und Vermittlungsleistungen in der Senioren- und Pflegearbeit, mobil oder an Servicestellen bzw. Stützpunkten).

Q: BMASK (2013).

Aus Kostengründen ist ein starker Trend zum öffentlich (mit-)finanzierten Ausbau mobiler Pflegedienstleistungen anstelle stationärer Pflege zu beobachten, dessen Vorrang mit dem Pflegefondsgesetz 2011 auch gesetzlich verankert wurde. Wie jedoch aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, müssen mobile und stationäre Pflege- und Betreuungsdienste weniger als Substitute, sondern vielmehr als komplementäre, einander ergänzende Angebote gesehen werden. Der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim ist dabei meist die letztmögliche Alternative. Da ab Mitte der 2020er-Jahre die Angehörigen der "Baby-Boom"-Generation in Österreich das Pensionsalter erreichen werden, ist langfristig (etwa ab Anfang der 2040er-Jahre) trotz des Vorranges mobiler Dienste auch mit einem verstärkten Anstieg des Bedarfes an stationären Pflegeplätzen zu rechnen (Famira-Mühlberger – Firgo, 2014). Die Zunahme der Nachfrage und gleichzeitige relative Verknappung des Arbeitskräfteangebotes im Pflegesektor wird die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand und der Betroffenen weiter erhöhen. Der vorliegende Beitrag analysiert vor diesem Hintergrund den Status quo sowie Effizienzsteigerungs- und Zukunftspotentiale der bestehenden Pflegesysteme in Österreich und zeigt Schlussfolgerungen für eine Politik zur bedarfsgerechten und effizienten Ausgestaltung dieser Systeme auf, die den demographischen Herausforde-

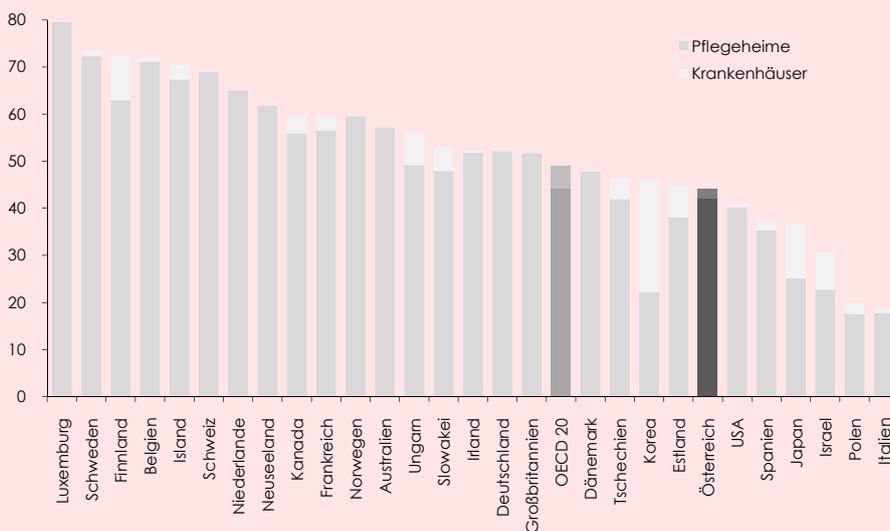
rungen gewachsen ist. Dabei fließen Erkenntnisse aus der aktuellen Fachliteratur sowie die Ergebnisse einer österreichweiten WIFO-Befragung von Dienstleistern im Bereich der mobilen und stationären Pflege ein (Firgo – Famira-Mühlberger, 2014)¹⁾.

Während Geldleistungen (Pflegegeld) und die Förderung der 24-Stunden-Betreuung zuhause in die Kompetenz des Bundes fallen, werden alle weiteren Pflegedienste aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung durch die Länder und Gemeinden (mit-)finanziert. Der Kasten gibt einen Überblick über die Art und Definition der Dienste der Länder und Gemeinden im Bereich der Altenpflege und -betreuung (Langzeitpflege). Zum Analysezeitpunkt wurden allerdings nicht in allen Bundesländern alle genannten Dienste gefördert.

2. Versorgungsgrad mit Pflegediensten im internationalen Vergleich unterdurchschnittlich

In einem internationalen Vergleich der Pflegesysteme Europas kann Österreich gemäß einer statistikbasierten Typologie nach Kraus *et al.* (2010) in eine Ländergruppe mit Großbritannien, Finnland, Frankreich und Spanien eingeordnet werden. Die Systeme dieser Länder zeichnen sich durch ein mäßiges Niveau an öffentlichen Ausgaben, einen hohen Anteil an privaten Mitteln und informeller Pflege mit einem hohen Maß an institutioneller Unterstützung für informelle Pflegepersonen sowie durch ein hohes Ausmaß an öffentlichen Geldleistungen aus. Österreich rangiert in der Verbreitung der informellen Pflege weit vorne (Biró, 2012), hinsichtlich des Ausbaues stationärer (Abbildung 1) und mobiler Pflegedienste (Abbildung 2) jeweils im unteren Mittelfeld.

Abbildung 1: Pflegebetten in Pflegeheimen und Krankenhäusern in OECD-Ländern
Betten je 1.000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen ab 65 Jahren, 2011



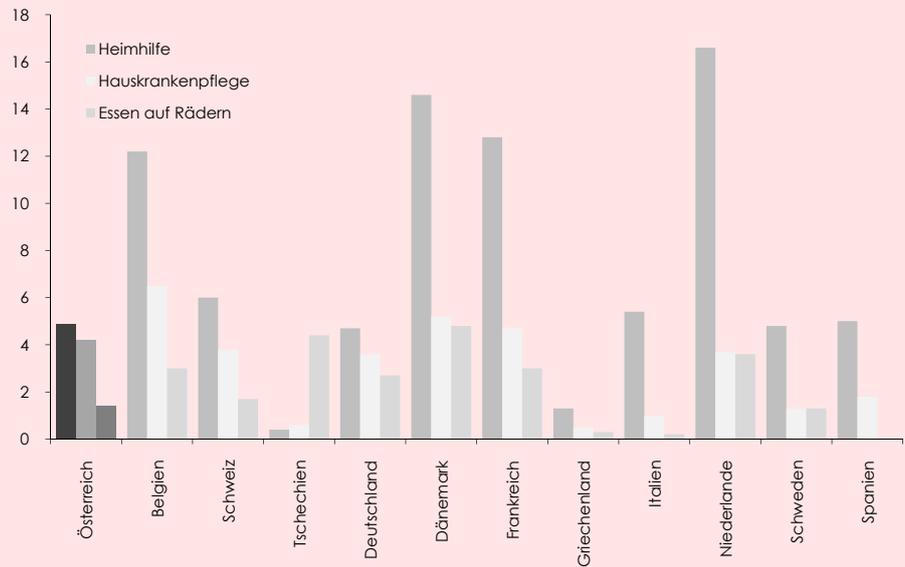
Q: OECD Health Statistics, WIFO.

Die deutlichen internationalen Unterschiede in der Verbreitung mobiler Dienste resultieren vor allem aus der sehr unterschiedlichen Nutzung der Heimhilfe (Abbildung 2). In Ländern wie Österreich oder Deutschland greift man für Hilfstätigkeiten im Alltag in der Regel auf informelle Netzwerke zurück, solange diese verfügbar sind (Geerts – Van den Bosch, 2012), während in Ländern wie Dänemark oder den Niederlanden Personen ab 65 Jahren um ein Vielfaches häufiger professionelle Heimhilfe in An-

¹⁾ In zwei Befragungswellen wurden im Herbst 2013 über 1.200 Fragebogen an Einrichtungen im Bereich der mobilen und stationären Pflege versendet. Die Rücklaufquote betrug über 50%.

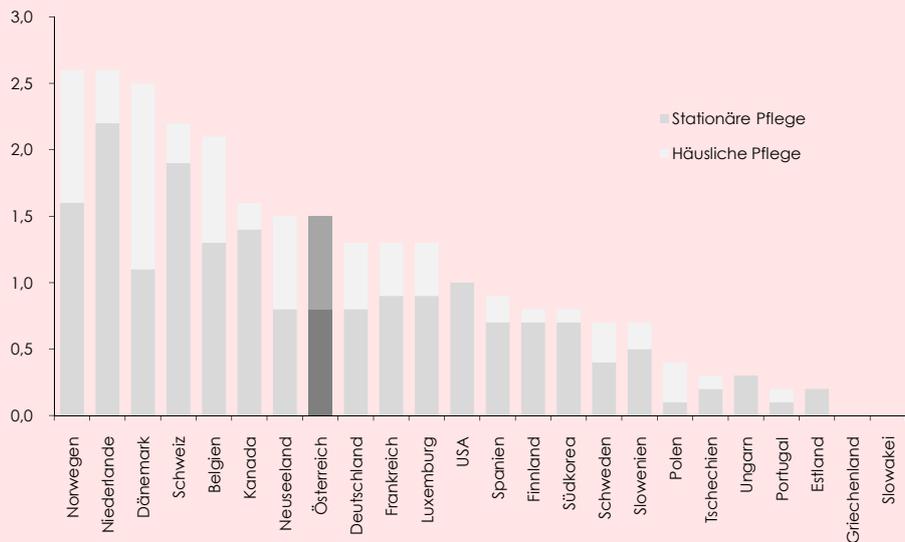
spruch nehmen. In der Hauskrankenpflege sind die Unterschiede deutlich geringer. Innerhalb der mobilen Dienste dürfte somit vorwiegend die Heimhilfe als Substitut für die informelle Pflege zu sehen sein, während spezifischere Pflegeleistungen (Hauskrankenpflege) vielfach komplementär zur informellen Pflege erbracht werden müssen.

Abbildung 2: Verbreitung der mobilen Dienste im europäischen Vergleich
Anteil der betreuten Personen ab 65 Jahren an der Bevölkerung ab 65 Jahren in %



Q: Faber – Mot (2012), WIFO.

Abbildung 3: Ausgaben für häusliche Pflege und stationäre Pflege in ausgewählten OECD-Ländern
In % des BIP, 2011



Q: OECD Health Data, WIFO. Private und öffentliche Ausgaben. Griechenland und Slowakei: gerundet weniger als 0,1%.

In beinahe allen OECD-Ländern ist die Zahl der Personen in häuslicher Pflege höher als jene der stationären (Biró, 2012), jedoch sind fast durchwegs die (privaten und

öffentlichen) Gesamtausgaben für stationäre Pflege aufgrund der hohen Kosten pro Person höher als für die häusliche Pflege, in der Mehrheit der Länder sogar deutlich höher (Abbildung 3). Österreich ist eines von wenigen Ländern, in denen für häusliche und für stationäre Pflege etwa gleich viel ausgegeben wird²⁾. Österreichs Gesamtausgaben für Pflege lagen 2011 mit 1,5% des BIP im oberen Drittel der OECD-Länder (7. Rang), insbesondere aufgrund überdurchschnittlich hoher Ausgaben für die häusliche Pflege, die aus der großen Bedeutung der Pflegegeldleistungen resultieren (häusliche Pflege 4. Rang, stationäre Pflege 8. Rang)³⁾.

3. Zielgerichtete Steuerung zur adäquaten Deckung des künftigen Bedarfs notwendig

Wie der internationale Vergleich zeigt, besteht in Österreich noch Potential zum Ausbau des Versorgungsgrades mit mobilen wie stationären Pflegedienstleistungen. Eine Projektion bis zum Jahr 2030 weist zudem auf eine deutliche Steigerung der Nachfrage nach öffentlich geförderten Pflegediensten in allen Bundesländern hin (Famira-Mühlberger – Firgo, 2014). Mehr als die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen aus der "Baby-Boom"-Generation werden ein Alter von mindestens 85 Jahren erreichen (Bonneau – van der Gaag – Bijwaart, 2012). Der Bedarf an Pflegedienstleistungen steigt demnach über den Horizont der vom WIFO vorgelegten Projektion hinaus weiter kräftig. Ein rechtzeitiger und deutlicher Ausbau der mobilen Dienste und alternativen Betreuungsformen – wie im Pflegefondsgesetz festgeschrieben – ist dringlich, ein späterer Ausbau der stationären Pflege erscheint vor diesem Hintergrund jedoch ebenso notwendig.

3.1 Substitution stationärer durch mobile Pflege nur begrenzt möglich

Diese Notwendigkeit eines (späteren) deutlichen Ausbaus der stationären Pflege unterstreichen aktuelle internationale Forschungsergebnisse (Bonsang, 2009, Luppá et al., 2010, Geerts, 2012, Geerts – Van den Bosch, 2012, Laferrère et al., 2013) und die Ergebnisse einer österreichweiten WIFO-Befragung von Anbietern mobiler und stationärer Pflege. Wie alle genannten Studien zeigen, können informelle, mobile und stationäre Pflege nur jeweils eingeschränkt als Substitute gesehen werden. Mobile Dienste werden in Österreich etwa 4,6-mal so häufig ergänzend wie substitutiv zur informellen Pflege genutzt (Geerts – Van den Bosch, 2012). Zwischen mobilen und stationären Diensten zeigt sich vorwiegend eine chronologisch komplementäre anstelle einer substitutiven Beziehung. Die Nutzung mobiler Dienste erweist sich dabei sogar als statistisch signifikante Determinante für einen späteren Eintritt in die stationäre Pflege (Laferrère et al., 2013). Die überwiegende Mehrheit der vom WIFO befragten Dienstleister im mobilen (Übersicht 1) und stationären (Übersicht 2) Pflegebereich sieht in der informellen, der mobilen und der stationären Pflege jeweils eher komplementäre als substitutive Angebote: 25,7% aller befragten Anbieter mobiler Leistungen und nur 2,5% aller Anbieter von stationären Dienstleistungen sehen das eigene Angebot als Substitut zur informellen Pflege. 13,8% aller Dienstleister in der mobilen Pflege und 6,2% in der stationären Pflege bezeichnen die jeweils andere professionelle Pflegeform als Substitut zum eigenen Angebot. Aktuelle Schätzungen der künftigen Nachfrage nach Pflegediensten in Österreich (Juraszovich – Ostermann, 2012, Famira-Mühlberger – Firgo, 2014) gehen mittelfristig von einem Verlagerungspotential von stationären zu mobilen Diensten und alternativen Versorgungsformen im Ausmaß von etwa 10% der stationär gepflegten Personen aus (Abbildung 5).

²⁾ Geldleistungen (Pflegegeld) sind in Österreich wie in allen anderen Ländern in diesen Ausgaben enthalten. Das Pflegegeld, das bei stationärer Pflege einbehalten wird, wird dem stationären Bereich zugeordnet, die anderen Pflegegeldleistungen werden der häuslichen Pflege zugeschrieben.

³⁾ Wie eine Gegenüberstellung der Ausgaben und demographischen Unterschiede zwischen den Ländern zeigt, gehen die Differenzen zwischen den Gesamtausgaben vorwiegend auf institutionelle und nicht auf demographische Faktoren zurück (OECD, 2014).

Übersicht 1: Komplementarität und Substitution mobiler für informelle und stationäre Pflege aus Sicht mobiler Dienstleister

| | Informelle Pflege | Stationäre Pflege |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| | Anteile in % | |
| Mobile Dienste | | |
| Komplement | | 81,8 |
| Zeitliches Komplement | 20,2 | |
| Inhaltliches Komplement | 51,8 | |
| Substitut | 25,7 | 13,8 |
| Sonstiges | 2,3 | 4,5 |

Q: WIFO-Befragung. Zeitliches Komplement: Dienste erbringen jeweils gleiche Aufgaben zu unterschiedlichen Tageszeiten; inhaltliches Komplement: Dienste erbringen jeweils unterschiedliche Aufgaben; Unterteilung der Komplementarität in zeitliche und inhaltliche Komponenten definitionsgemäß nur für informelle Pflege möglich.

Übersicht 2: Komplementarität und Substitution stationärer für informelle und mobile Pflege aus Sicht stationärer Dienstleister

| | Informelle Pflege | Mobile Dienste |
|-------------------|-------------------|----------------|
| | Anteile in % | |
| Stationäre Pflege | | |
| Komplement | 97,2 | 93,3 |
| Substitut | 2,5 | 6,2 |
| Sonstiges | 0,3 | 0,5 |

Q: WIFO-Befragung.

Die Ergebnisse der WIFO-Befragung (*Firgo – Famira-Mühlberger, 2014*) belegen darüber hinaus, dass die körperliche und psychische Verfassung der Pflegebedürftigen die wichtigsten Motive für die Wahl einer bestimmten Pflegeform in Österreich sind⁴⁾. Überlegungen zu qualitativen Unterschieden zwischen den Pflegeformen oder ein Mangel an Angeboten spielen eine eher untergeordnete Rolle. Somit gilt der im Pflegefondsgesetz festgeschriebene politische Grundsatz "mobil vor stationär" vor allem in einer chronologischen Abfolge im Lebensverlauf.

3.2 Anstieg der Nachfrage nach stationärer Pflege durch Ausbau von Alternativen dämpfen und hinauszögern

Um den bevorstehenden Anstieg der Nachfrage nach stationären Diensten zu dämpfen bzw. hinauszuzögern, ist es somit notwendig, nicht nur mobile, sondern insbesondere bisher weniger verbreitete Pflege- und Betreuungsformen auszubauen. Bei steigendem Betreuungsbedarf können teilstationäre Dienste, alternative (betreubare) Wohnformen und größere Kapazitäten an Betten zur Kurzzeit- und Übergangspflege laut Einschätzung der befragten Dienstleister die oft nur noch schwer umkehrbare Aufnahme in ein Pflegeheim eher verhindern oder verzögern, als dies mobile Dienste tun können. Auch der weitere Ausbau der 24-Stunden-Betreuung zuhause (die im Gegensatz zu den anderen Pflegediensten in die Kompetenz des Bundes fällt) sollte – bei Sicherstellung entsprechender Arbeitsbedingungen und Pflegequalität – die Nachfrage nach stationärer Pflege reduzieren. Die 24-Stunden-Betreuung wird, wie die WIFO-Befragung zeigt, von Anbietern mobiler wie stationärer Dienste als Konkurrenz, d. h. als Substitut wahrgenommen (*Firgo – Famira-Mühlberger, 2014*).

3.3 Drohendem Arbeitskräftemangel entgegenwirken

Gleichzeitig gilt es Maßnahmen zu treffen, die dem bereits jetzt im stationären Bereich vereinzelt und im mobilen Bereich schon heute weiter verbreiteten Personal-

⁴⁾ In Österreich sind fast 50% aller Aufnahmen in ein Pflegeheim aufgrund von Demenz erforderlich (*Rappold et al., 2009*), da diese sowohl kognitive als auch funktionelle Einschränkungen bewirkt. Das Alter (insbesondere über 85 Jahre), das Ausmaß der Einschränkung in den (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), aber auch deren Zunahme, das Vorhandensein einer Bedarfsprüfung und/oder die Teilfinanzierung durch die Betroffenen wurden in internationalen Auswertungen neben der Demenz statistisch als wichtigste Determinanten für die Wahrscheinlichkeit des Eintritts in die stationäre Pflege ermittelt (*Luppa et al., 2010, Mot et al., 2012, Laferrère et al., 2013*).

mangel entgegenwirken. Dies gilt insbesondere für den drohenden Mangel an diplomiertem Personal, der mit dem Anstieg der Nachfrage und dem durchschnittlichen Betreuungsbedarf sowie der relativen Verknappung des Arbeitskräfteangebotes verbunden ist (Famira-Mühlberger – Firgo, 2014). Um den steigenden Bedarf an professionellen Pflegepersonen decken zu können, müssen Pflegeberufe wesentlich attraktiver gemacht werden. Diese Anforderung wurde in der WIFO-Befragung im stationären Bereich häufig und im mobilen Bereich mit Abstand am häufigsten als Faktor genannt, der den Ausbau des jeweiligen Angebotes erleichtern würde (Firgo – Famira-Mühlberger, 2014). Neben höheren Einkommen – insbesondere im Bereich der mobilen Dienste – sind gemäß den befragten Experten und Expertinnen auch bessere Arbeitsbedingungen ein wesentlicher Anreiz. Dazu gehören die psychosoziale Begleitung der Pflegekräfte und weitere Maßnahmen, um deren vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben aufgrund körperlicher und/oder psychischer Probleme zu verhindern. Weiters wäre die Zahl der prekären Dienstverhältnisse (vor allem im mobilen Bereich) zu verringern; Aus-, Weiterbildungs- und Höherqualifizierungsmöglichkeiten sollten verbessert werden (insbesondere berufsbegleitend und in Zeiten höherer Arbeitslosigkeit auch die vermehrte Förderung der Re- und Höherqualifizierung von Arbeitslosen). Auch die schnellere und einfachere Nostrifizierung von Abschlüssen ausländischer Pflegekräfte wird – bei entsprechender fachlicher und sprachlicher Qualifizierung – ein wesentliches Kriterium zur Deckung des Bedarfs an Pflegekräften sein.

4. Potentiale zur Steigerung der Effizienz von Zuteilung und Kosten

4.1 Ausbau des Case- und Care-Managements und bedarfsorientierte Förderkriterien erhöhen Effizienz der Allokation

Wie die Ergebnisse der österreichweiten WIFO-Befragung von Pflegedienstleistern zeigen, sind durch eine Verbesserung der Bedarfsorientierung in der Zuteilung von Pflegeformen an pflegebedürftige Personen Effizienzgewinne möglich. In der mobilen Pflege nehmen etwa ein Neuntel (Heimhilfe) bzw. ein Elftel bis Zwöftel (Hauskrankenpflege) der Pflegebedürftigen Dienste in Anspruch, die gemäß ihrer Pflegegeld-einstufung (ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge) nach Einschätzung der jeweiligen Dienstleister weniger als "gut" (Schulnote 3 oder schlechter) für den Pflegebedarf der Betroffenen geeignet sind (Übersicht 3).

Übersicht 3: Mobile Dienste mit suboptimaler Zuteilung in Bezug auf das Pflegebedürfnis

| | Angebot weniger als "gut" geeignet (Note 3 bis 5) | Angebot weniger als "befriedigend" geeignet (Note 4 oder 5) |
|-------------------|--|---|
| | Anteil der von der jeweiligen Organisation betreuten Personen in % | |
| Heimhilfe | 11,3 | 4,0 |
| Hauskrankenpflege | 8,7 | 2,4 |
| Sonstiges | 6,9 | 3,3 |

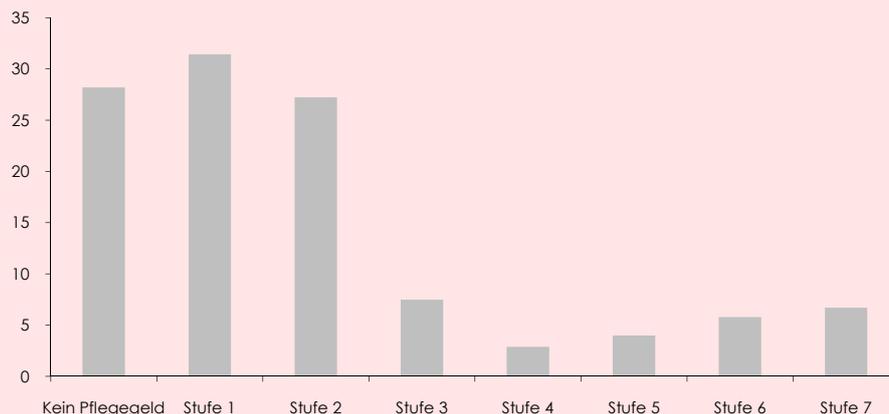
Q: WIFO-Befragung. Anteil der betreuten Personen, für deren Pflegegeldstufe das jeweilige Angebot mit Note 3 oder schlechter bewertet wurde. Ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge. Ohne Oberösterreich, da Abgrenzung der Dienstleistungen teilweise nicht vergleichbar.

Stationär (ebenfalls ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge) leben ein Drittel bis ein Viertel der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Pflegegeldstufen 0 bis 2 in einer Einrichtung, die von den Anbietern für den jeweiligen Betreuungsbedarf gemäß Pflegegeldeinstufung für weniger als "gut" geeignet (Schulnote 3 oder schlechter) erachtet wird. Für mehr als ein Viertel aller stationär betreuten Personen der Pflegegeldstufen 0 bis 2 wären somit andere Pflegeformen besser geeignet. Ab Pflegegeldstufe 3 ist dieser Anteil wesentlich geringer (Abbildung 4). Diese Analyse der Allokationseffizienz zeigt auch deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern (Abbildung 5): In Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg eignet sich die jeweilige stationäre Pflegeeinrichtung nach Einschätzung der Anbieter für jeweils etwa 10% aller Personen gemäß ihrer Pflegegeldeinstufung weniger als

"gut"; in Kärnten und Wien betrifft dieses Problem hingegen nur 0,9% bzw. 1,6% aller stationär gepflegten Personen. Unter den Bundesländern mit über- oder unterdurchschnittlicher Allokationseffizienz finden sich dabei jeweils Bundesländer mit und ohne Koppelung geförderter Heimplätze an bestimmte Pflegegeldstufen. Zugangsregeln, die formell an bestimmte Mindestpflegegeldstufen gekoppelt sind, scheinen somit den Eignungs-Mismatch zwischen Angebot und Nachfrage nicht verringern. Vielmehr erscheint zur Erhöhung der Allokationseffizienz ein flächendeckender Ausbau des geförderten Case- und Care-Managements von zentraler Bedeutung.

Abbildung 4: Heimbewohner und Heimbewohnerinnen mit suboptimaler Zuteilung nach Pflegegeldstufen

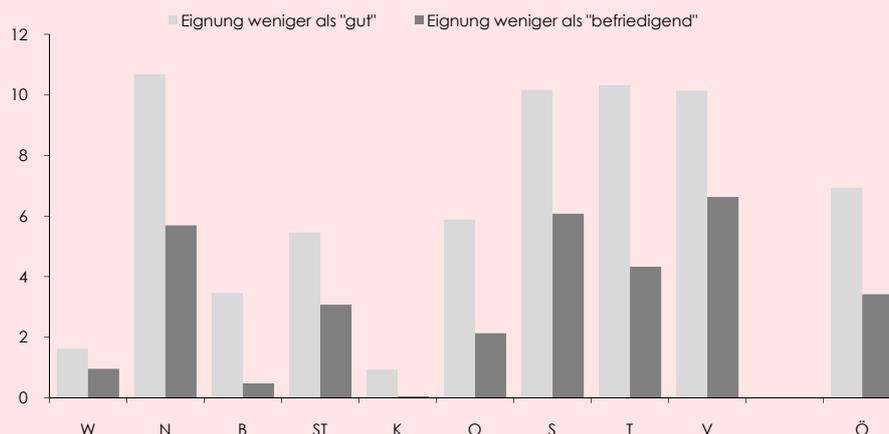
Anteile in %



Q: WIFO-Befragung. Anteil der Personen in Wohn- und Pflegeheimen nach Pflegegeldstufen, für welche die Eignung des Heimes für die Pflegegeldstufe, der sie angehören, mit weniger als "gut" bewertet wurde (Note 3 bis 5), an allen Personen der Pflegegeldstufe in Pflegeheimen. Ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge. Beispiel: Für 31,4 aller Personen mit Pflegegeldstufe 1 wurde die Eignung der stationären Einrichtung, in der sie wohnen, für diese Pflegestufe mit weniger als "gut" (Note 3 bis 5) benotet.

Abbildung 5: Heimbewohner und Heimbewohnerinnen mit suboptimaler Zuteilung nach Bundesländern

Anteile in %



Q: WIFO-Befragung. Durchschnittlicher Anteil der Personen in Wohn- und Pflegeheimen, für welche die Eignung des jeweiligen Angebotes für die Pflegegeldstufe, der sie angehören, mit weniger als "gut" (Note 3 bis 5) bzw. "befriedigend" (Note 4 bis 5) beurteilt wurde, an allen Personen in diesem Heim (Anteile nicht addierbar). Ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge.

4.2 Höhere Kosten durch Dualität von Pflege und Gesundheit

Ineffizienzen resultieren auch aus der Trennung der Pflege vom Gesundheitssystem und der Finanzierung aus unterschiedlichen Quellen bzw. durch unterschiedliche

Ebenen. Da die einzelnen Träger trachten werden, die eigenen Kosten gering zu halten, entstehen Zielkonflikte und externe Effekte. Dies manifestiert sich etwa in den aus Expertensicht häufig zu kurzen Krankenhausaufenthalten pflegebedürftiger Personen oder in einem häufig als zu niedrig wahrgenommenen Anteil diplomierter Pflegekräfte. Zumindest im stationären Bereich erschiene es daher sinnvoll, die Kompetenzen der Pflege mit jenen des Gesundheitsbereichs zusammenzuführen. Jedenfalls sollten Maßnahmen gesetzt werden, die den Informationsaustausch, die Medikationsbegleitung usw. zwischen allen Institutionen (Pflegedienste, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Krankenhäuser, Angehörige) verbessern (vgl. *Kada et al.*, 2012), etwa durch eine gemeinsame, umfassende elektronische Dokumentation der Kranken- und Pflegegeschichte der betreuten Personen. Eine Mindestanwesenheitszeit eines Hausarztes bzw. einer Hausärztin kann gesetzlich verankert werden; jedenfalls gilt es die in der WIFO-Befragung häufig als mangelhaft beschriebene ärztliche Versorgung im Rahmen der Langzeitpflege durch intensive Zusammenarbeit der Länder mit Krankenhausträgern, Krankenkassen und der Ärztekammer zu verbessern. Einem Fünftel der stationären Pflegeeinrichtungen steht laut WIFO-Befragung keine niedergelassenen Ärzte oder Ärztinnen außer Haus zur Verfügung. In einem Drittel aller Heime gibt es keine ambulante ärztliche Versorgung im Haus (*Firgo – Famira-Mühlberger*, 2014).

5. Föderale Strukturen begünstigen Unterschiede zwischen Leistungsstandards und individueller finanzieller Belastung

Aufgrund der föderalen Ausgestaltung der Pflegesysteme unterscheiden sich der Grad der Versorgung mit verschiedenen Dienstleistungen und die Art des Angebotes, das durch die Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung gefördert wird, erheblich zwischen den Bundesländern. Auch die Finanzierung und die Tarife weichen in den einzelnen Bundesländern voneinander ab. Die Pflegebedürftigen unterliegen deshalb unterschiedlichen finanziellen Belastungen. Die teils großen Abweichungen zwischen den Tarifen sind dabei nicht nur durch die Angebotsstruktur zu erklären (*Trukeschitz – Schneider – Cypionka*, 2013). Unterschiede hinsichtlich der Höchstgrenzen für die Betreuungszeit, der Feststellung des täglichen Bedarfs und der Zugangskriterien (vor allem unterschiedliche Mindest-Pflegegeldstufen für stationäre Pflege) bedingen weitere Ungleichbehandlungen für die Betroffenen, die lediglich auf Bundesländergrenzen zurückzuführen sind. Auch einige daraus resultierende Qualitätsunterschiede wurden in der WIFO-Befragung deutlich (Auslastung, Betreuungsverhältnis bzw. Personalschlüssel usw.). Eine stärkere Harmonisierung der Tarife und Personalschlüssel könnte dazu beitragen, die Qualität des Angebotes in den einzelnen Bundesländern nach oben hin anzugleichen und die Ineffizienz zu verringern, die etwa vom Rechnungshof kritisiert wurde (*Rechnungshof*, 2011).

Föderale Strukturen erweisen sich als wohlfahrtssteigernd und effizient, wenn dadurch regional unterschiedliche Präferenzen der Bevölkerung besser berücksichtigt werden können, wenn sie einen Wettbewerb zwischen den Gebietskörperschaften auslösen ("yardstick competition") und sich somit die Effizienz des Mitteleinsatzes erhöht. Tatsächlich herrscht aufgrund der fehlenden Mobilität der Pflegebedürftigen und des Mangels an Leistungs- und Datentransparenz – jeweils Grundvoraussetzung für einen solchen Wettbewerb – jedoch kaum Wettbewerb zwischen den Pflegesystemen der einzelnen Bundesländer. Die hohen Informations- und Transaktionskosten der unterschiedlichen Systeme erschweren zudem für größere Träger das bundesländerübergreifende Angebot (*Trukeschitz – Schneider – Cypionka*, 2013).

Das Bestehen unterschiedlicher Systeme bietet für die einzelnen Länder prinzipiell gute Möglichkeiten, um anhand von Best-Practice-Beispielen voneinander zu lernen. Ein solcher Lernprozess wird allerdings aufgrund der intransparenten Datenlage und der teils mangelnden Vergleichbarkeit der Daten erschwert (*Trukeschitz – Schneider – Cypionka*, 2013). Selbst die mit dem Pflegefondsgesetz verordnete Pflegedienstleistungstatistik schafft als Datenbasis für künftige Analysen diesem Problem nur bedingt Abhilfe. Aufgrund der Beschaffenheit der Daten der einzelnen Bundesländer ist

die konsistente Berechnung wichtiger Indikatoren für Qualitäts- und Effizienzunterschiede zwischen den Ländern auch weiterhin nur eingeschränkt möglich⁵⁾.

6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In Österreich besteht im internationalen Vergleich noch Potential für eine Steigerung der Versorgung mit professionellen Pflegediensten. Mit Einführung des Pflegefondsgesetzes wurde der kontinuierliche Auf- und Ausbau dieser Dienstleistungen 2011 gesetzlich verankert. Dabei wird insbesondere dem Ausbau mobiler Dienste Vorrang gegenüber stationären Diensten gegeben. In Hinblick auf die hohen Kosten der stationären Pflege ist dieses politische Ziel sinnvoll, jedoch zeigen internationale Studien und aktuelle Ergebnisse einer österreichweiten Befragung von Pflegedienstleistern durch das WIFO Ende 2013, dass mobile und stationäre Pflegedienste nur eingeschränkt als Substitute betrachtet werden können. Vielmehr besteht zwischen diesen Pflegeformen eine chronologische, komplementäre Beziehung. Wegen der demographischen Alterung der Bevölkerung kann ein deutlicher Ausbau der stationären Pflege jenem der mobilen Dienste zwar zeitlich nachgelagert sein, erscheint angesichts der Forschungsergebnisse jedoch unausweichlich. Um den raschen Anstieg der Nachfrage nach stationären Diensten zu dämpfen und hinauszuzögern, erscheint insbesondere der Ausbau von teilstationären Diensten, alternativen Wohnformen und der 24-Stunden-Betreuung zuhause vielversprechend. Letztere Betreuungsform wurde in der WIFO-Befragung von Anbietern sowohl mobiler als auch stationärer Dienste häufig als Substitut zum jeweils eigenen Angebot wahrgenommen. Von zentraler Bedeutung ist die Steigerung der Attraktivität von Pflegeberufen durch Anhebung der Löhne, Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Wie die WIFO-Befragung der Pflegedienstleister zeigt, wird die Qualität der Beschäftigung derzeit insbesondere in der mobilen Pflege und Betreuung häufig als mangelhaft bzw. ausbaufähig wahrgenommen. Dementsprechend erweist sich ein Mangel an qualifizierten Arbeitskräften bereits heute – vor allem in der mobilen Pflege – als weitverbreitetes Hindernis für den Ausbau des bestehenden Angebotes (*Firgo – Famira-Mühlberger, 2014*).

Potentiale zur Effizienzsteigerung liegen in einer Verbesserung der Zuteilung von Pflegeformen (mobil, stationär) zu den Pflegebedürftigen, bei denen eine Substitution mit anderen Betreuungsformen möglich ist. So ist im mobilen wie stationären Bereich nach Experteneinschätzung der konkret gewählte Pflegedienst für bis zu 10% der betreuten Personen gemäß ihrer PflegegeldEinstufung weniger als gut geeignet. Die Ineffizienz ist dabei in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich stark ausgeprägt. Der flächendeckende Ausbau eines geförderten Case- und Care-Managements sowie stärker bedarfsorientierte Förderkriterien werden dazu beitragen, die Allokationseffizienz der Zuteilung der jeweiligen Pflegeformen zu verbessern. Die Persistenz der Ineffizienzen – auch hinsichtlich der Kosten der Leistungserbringung – wird durch die föderale Struktur der Pflegesysteme begünstigt. Zwar können föderale Systeme zu einem effizienzsteigernden Wettbewerb zwischen den einzelnen Ländern beitragen, Voraussetzung dafür sind jedoch die Mobilität der Konsumenten und Konsumentinnen sowie Leistungstransparenz. Beide Aspekte sind für die Pflegedienste in den österreichischen Bundesländern jedoch nur in geringem Ausmaß gegeben.

Die Intensivierung von Kommunikation und Informationsaustausch der politischen Akteure innerhalb und zwischen den verschiedenen Entscheidungsträgern (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger) wird wesentlich sein, um den starken Anstieg der Nachfrage und des öffentlichen Aufwandes in den kommenden Jahrzehnten zu bewältigen (*Famira-Mühlberger – Firgo, 2014*). Die Sammlung und Bereit-

⁵⁾ In der Pflegedienstleistungsstatistik werden die Leistungseinheiten in den einzelnen Bundesländern weiterhin unterschiedlich gemessen, einige Variable nur im Berichtszeitraum (Kalenderjahr), andere nur zum Stichtag ausgewiesen, Personen nur in sehr groben Alterskohorten erfasst, das Alter nicht mit der Pflegebedürftigkeit verknüpft sowie Dienstleistungen, Beschäftigte und finanzieller Aufwand nicht in allen Bundesländern einheitlich abgegrenzt.

stellung von umfassenden Daten zu Angebot und Nachfrage nach Pflegediensten für Prognosen und vergleichende Analysen ist hier ein wichtiges Instrument. Die Qualität der verfügbaren Daten lässt komparative Studien zu Status quo und Effizienz der Leistungsstandards in den einzelnen Bundesländern nur eingeschränkt zu. Angesichts der Zunahme der Nachfrage nach Pflegediensten, der durchschnittlichen Betreuungsdichte durch zunehmende Hochaltrigkeit und einer gleichzeitigen relativen Verknappung des Arbeitskräfteangebotes sind eine bedarfsorientierte, effiziente und fiskalisch gerechtere Ausgestaltung der Pflegesysteme und die deutliche Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe unverzichtbar.

Der Kostenanstieg durch die Zunahme der Nachfrage und die relative Verknappung des Arbeitskräfteangebotes wird die finanzielle Belastung der öffentlichen Hand und der Pflegebedürftigen weiter erhöhen. Aus Gründen der fiskalischen Äquivalenz gilt es jedoch, das derzeitige System der Finanzierung zu überdenken, damit Pflegebedürftigkeit kein individuelles finanzielles Risiko für die Betroffenen und ihre Angehörigen ist, sondern ein allgemeines soziales Risiko. Die Finanzierung der Pflegedienste aus allgemeinen Steuereinnahmen würde der tatsächlichen Leistungsfähigkeit der Bevölkerung eher gerecht, wie vom WIFO bereits an anderer Stelle vorgeschlagen (Mühlberger *et al.*, 2008). Dabei sollte jedoch vermieden werden, arbeitsbezogene Abgaben – auch in Hinblick auf die Lohnnebenkosten – weiter zu erhöhen.

7. Literaturhinweise

- Biró, A., "Overall evaluation of performance", in Mot, E., Faber, R., Geerts, J., Willemé, P. (Hrsg.), *Performance of Long-Term Care Systems in Europe*, Centre for European Policy Studies, ENEPRI Research Report, 2012, (117), S. 97-117.
- Bonneux, L., van Der Gaag, N., Bijwaart, G., "Demographic Epidemiologic Projections of Long-Term Care Needs in Selected European Countries: Germany, Spain, the Netherlands and Poland", Centre for European Policy Studies, ENEPRI Research Report, 2012, (112).
- Bonsang, E., "Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?", *Journal of Health Economics*, 2009, (28), S. 143-154.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2012*, Wien, 2013.
- Faber, R., Mot, E., "The experience of LTC users", in Mot, E., Faber, R., Geerts, J., Willemé, P. (Hrsg.), *Performance of Long-Term Care Systems in Europe*, Centre for European Policy Studies, ENEPRI Research Report, 2012, (117), S. 17-57.
- Famira-Mühlberger, U., Firgo, M., "Die Entwicklung des öffentlichen Aufwandes für Pflegedienstleistungen. Projektion für die österreichischen Bundesländer", *WIFO-Monatsberichte*, 2014, 87(9), S. 643-652, <http://monatsberichte.wifo.ac.at/47466>.
- Firgo, M., Famira-Mühlberger, U., *Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern. Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege*, WIFO, Wien, 2014, <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/47447>.
- Geerts, J., "Determinants of use of formal and informal personal care by older persons living at home: Evidence from Germany, the Netherlands and Spain", in Geerts, J., Willemé, P., Mot, E. (Hrsg.), *Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain, and Poland*, Centre for European Policy Studies, ENEPRI Research Report, 2012, (116), S. 15-29.
- Geerts, J., Van den Bosch, K., "Transitions in formal and informal care utilisation amongst older Europeans: the impact of national contexts", *European Journal of Ageing*, 2012, (9), S. 27-37.
- Juraszovich, B., Ostermann, H., *Kostenprognose der Dienstleistungen in der Langzeitpflege in Österreich von 2010 bis 2025*, Studie des ÖBIG im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2012.
- Kada, O., Janig, H., Pinter, G., Cernic, K., Likar, R. (Hrsg.), *Gut versorgt im Pflegeheim. Ein Forschungsbericht über die Wirksamkeit eines Maßnahmenpaketes zur Reduktion vermeidbarer Krankenhaustransporte*, Studia Universitätsverlag, Innsbruck, 2012.
- Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G., Czipionka, T., "A Typology of Long-Term Care Systems in Europe", Centre for European Policy Studies, ENEPRI Research Report, 2010, (91).
- Laferrère, A., Van den Heede, A., Van den Bosch, K., Geerts, J., "Entry into institutional care: predictors and alternatives", in Börsch-Supan, A., Brandt, M., Litwin, H., Weber, G. (Hrsg.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis*, De Gruyter, Berlin-Boston, 2013, S. 253-264.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., Riedel-Heller, S. G., "Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review", *Age and ageing*, 2010, (39), S. 31-38.
- Mot, E., Schulz, E., Sowa, A., Vegas, R., Wittwer, J., "Determinants of institutionalisation in Europe for elderly disabled people: Evidence from Germany, the Netherlands, Spain and Poland", in Geerts, J., Willemé, P., Mot, E. (Hrsg.), *Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain, and Poland*, Centre for European Policy Studies, ENEPRI Research Report, 2012, (116), S. 4-14.

- Mühlberger, U., Guger, A., Knittler, K., Schratzenstaller, M., Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge, WIFO, Wien, 2008, <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/33620>.
- OECD, OECD Labour Force Statistics 2013, Paris, 2014.
- Rappold, E., et al., "Pflege und Betreuung II: Die Formelle Ambulante Pflege", in Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme*, 2. Auflage, Wien, 2009, S. 389-402.
- Rechnungshof, "Altenbetreuung in Kärnten und Tirol", Bericht des Rechnungshofes, Reihe BUND, 2011, (2011/2), S. 105-163.
- Trukeschitz, B., Schneider, U., Czypionka, T., "Federalism in Health and Social Care in Austria", in Costa-Font, J., Greer, S. L. (Hrsg.), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2013, S. 154-189.