



Hilfswerk Österreich

# PFLEGE & BETREUUNG

FAKTEN  
KONKLUSIONEN  
POSITIONEN

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. ZUR AUSGANGSLAGE. ODER: WO STEHT ÖSTERREICHS PFLEGESYSTEM?</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Welche demographischen Veränderungen haben tatsächlich kritische Relevanz für das österreichische Pflegesystem?</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Wo steht das österreichische Pflegesystem im internationalen bzw. europäischen Vergleich?</b>	<b>5</b>
<b>2. ZUR SYSTEMATIK. ODER: SOLL MAN GESUNDHEIT UND PFLEGE ZUSAMMENFÜHREN?</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Was macht die gravierendsten Unterschiede zwischen Pflege- und Gesundheitssystem in Österreich aus?</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Wo sind relevante Schnittstellen zwischen Pflege- und Gesundheitssystem und Entwicklungspotenziale im Kontext?</b>	<b>9</b>
<b>3. ZUR FINANZIERUNG. ODER: MÜSSEN WIR PFLEGE KÜNFTIG ANDERS FINANZIEREN?</b>	<b>12</b>
<b>3.1. Wie wird Pflege aktuell finanziert und welche Entwicklungen sind relevant für Veränderungen des Finanzierungsbedarfs?</b>	<b>12</b>
<b>3.2. Auf welche Weise kann dem veränderten Finanzierungsbedarf im Pflegebereich begegnet werden?</b>	<b>14</b>
<b>4. ZUM PFLEGEGELD. ODER: HAT DAS PFLEGELDSYSTEM REFORMBEDARF?</b>	<b>17</b>
<b>4.1. Wie stellt sich die Situation des Pflegegeldsystems aktuell dar?</b>	<b>17</b>
<b>4.2. Welche zentralen Herausforderungen kennzeichnen das Pflegegeldsystem?</b>	<b>18</b>
<b>5. ZUR VERSORGUNGSLANDSCHAFT. ODER: WELCHE PFLEGE- UND BETREUUNGSDIENSTE BRAUCHT ES?</b>	<b>20</b>
<b>5.1. Wie stellt sich die aktuelle Versorgungssituation dar?</b>	<b>20</b>
<b>5.2. In welcher Weise muss eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Versorgungslandschaft entwickelt werden?</b>	<b>23</b>
<b>6. ZUM PERSONAL. ODER: WER PFLEGT?</b>	<b>26</b>
<b>6.1. Droht Österreich ein Personalnotstand in der Pflege und Betreuung?</b>	<b>26</b>
<b>6.2. Was muss für das Pflege- und Betreuungspersonal getan werden?</b>	<b>27</b>
<b>7. ZUR ORGANISATION. ODER: WIE KANN PFLEGE EFFIZIENT ORGANISIERT WERDEN?</b>	<b>29</b>
<b>7.1. Welche Vorteile bringen gemeinnützige private Träger?</b>	<b>29</b>
<b>7.2. Warum sind Wettbewerb, Evidenz und Bürokratieabbau wichtig?</b>	<b>30</b>

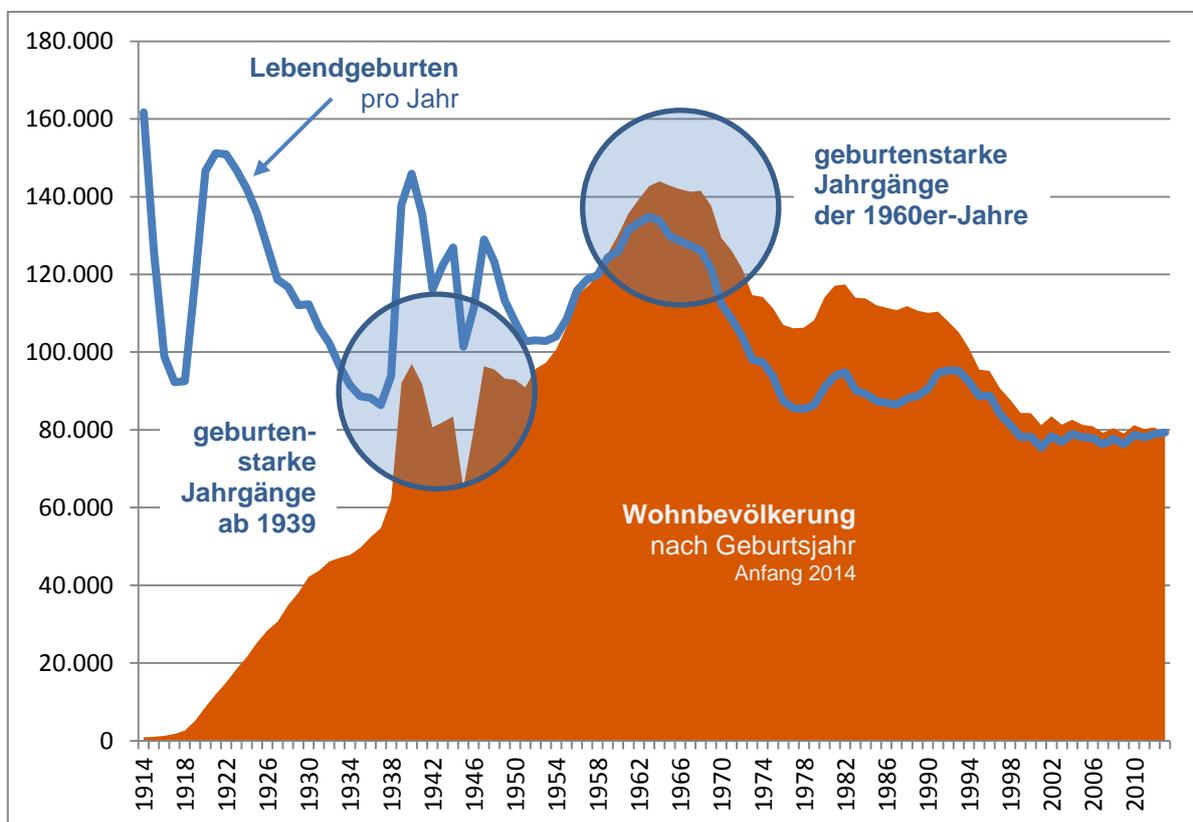
## 1. ZUR AUSGANGSLAGE. ODER: WO STEHT ÖSTERREICHS PFLEGESYSTEM?

### 1.1. Welche demographischen Veränderungen haben tatsächlich kritische Relevanz für das österreichische Pflegesystem?

Das österreichische Pflegesystem steht aktuell vor in einer „demographischen Doppelmühle“.

Auf der einen Seite führt die **steigende Lebenserwartung** zu einer **Zunahme des Pflegebedarfs**. Immer mehr Menschen erreichen ein hohes Alter und es gibt aktuell **keine Indizien für eine die demographischen Gesamteffekte überlagernde Kompression der Morbidität** (was nicht bedeutet, dass es keine Kompression gibt oder selbige – etwa durch gezielte Prävention – nicht in höherem Ausmaß geben könnte) (siehe u.a. *Donau-Universität Krems, Evidenzrecherche zur These der „Kompression der Morbidität“*). Die Phase der Pflegebedürftigkeit ist heute ein eigener Lebensabschnitt und umfasst mehrere Jahre – und das wird auch künftig so sein, bei steigenden Gesamtzahlen: Die Zahl der Pflegegeldbezieher/innen wird von aktuell rund 450.000 auf 750.000 Personen im Jahr 2050 ansteigen (*WIFO, Österreich 2025, Juni 2017*) („realistische“ Kompression berücksichtigt).

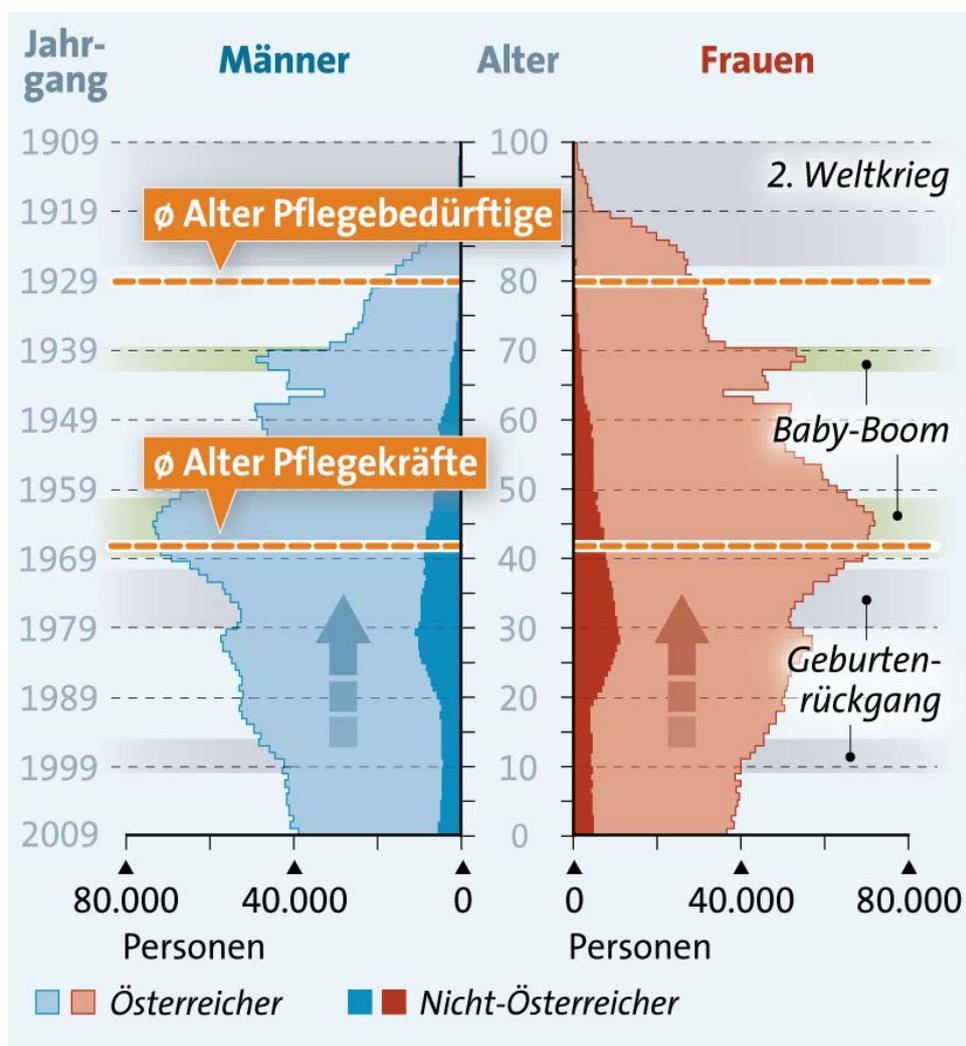
Die **Zunahme an Personen mit Pflegebedarf** erfolgt jedoch nicht linear, sondern in **demographischen Schüben**. In den nächsten Jahren kommen die geburtenstarken Jahrgänge ab 1939 in das durchschnittliche Alter relevanter Pflegebedürftigkeit (von Anfang/Mitte 80). Während in der aktuell im durchschnittlichen Alter der Pflegebedürftigkeit befindlichen geburtenschwachen Generation auch hohe Kriegsausfälle (insbes. bei den Männern bzw. gefallenen Soldaten) zu Buche schlagen, rückt die Generation ab Geburtsjahr 1939 fast geschlossen nach. Eine zweite, noch erheblichere Welle erfolgt mit den Babyboomern der 60er-Jahre ab etwa 2040 (*WIFO, Österreich 2025, Juni 2017*).



Grafik: selbsterstellt, Hilfswerk Österreich, 2015; Quelle: Statistik Austria, Eigenberechnungen Hilfswerk Österreich

Auf der anderen Seite der „demographischen Doppelmühle“ schieben zunehmend **geburtenschwache Jahrgänge in den Arbeitsmarkt** nach, sodass das **Reservoir an potenziellem Pflege- und Betreuungspersonal** schon alleine aus demographischen Gründen schrumpft. Im Vergleich zu heute müssten sich überproportional viele (potenzielle) Arbeitnehmer/innen für den Sektor entscheiden oder in den Sektor zuwandern, um die notwendige Personalausstattung zu halten bzw. zu erreichen. Schon heute ist (mit regionalen und temporalen Schwankungen) ein insgesamt erheblicher und für die Branche systemrelevanter Personalengpass festzumachen.

Eine der großen Restriktionen und die wohl **massivste und komplexeste Herausforderung** im Hinblick auf den dringend notwendigen Ausbau der Versorgungslandschaft wird daher neben der Finanzierung ganz klar die **Gewinnung von ausreichend Personal für den Sektor** sein.



Grafik: **Demographische „Doppelmühle“**  
 selbsterstellt Hilfswerk Österreich in Kooperation mit APA OTS, 2015  
 Quelle: Statistik Austria, Eigenberechnungen Hilfswerk Österreich

## 1.2. Wo steht das österreichische Pflegesystem im internationalen bzw. europäischen Vergleich?

Ein Standortvergleich des österreichischen Pflege- und Betreuungssystems im europäischen Kontext kann in unterschiedlicher Weise erfolgen.

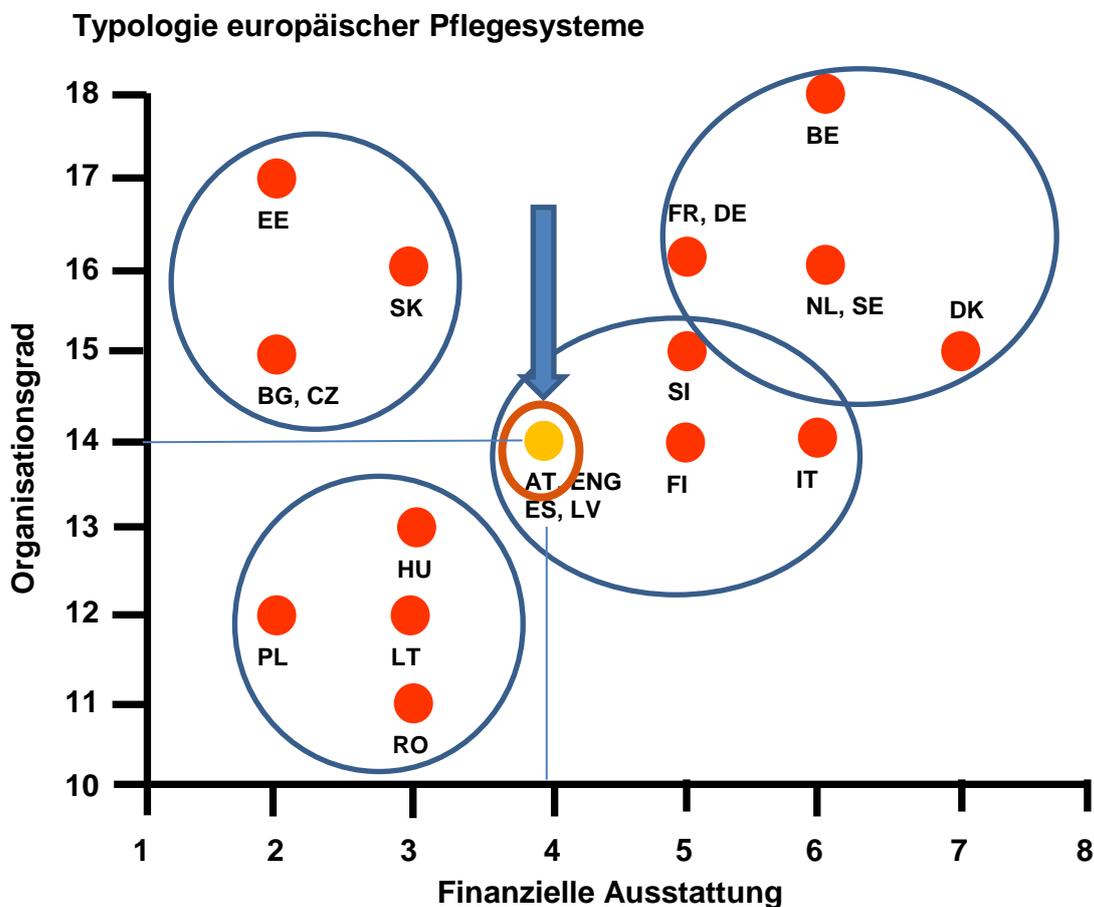
Wenn man etwa einer Analyse des *Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW)* folgt, welche die Indikatoren „Organisationsgrad“ und „finanzielle Ausstattung“ heranzieht, so kommt **Österreich lediglich im Mittelfeld** zu liegen, und hat **in beiden Dimensionen relevantes Entwicklungspotenzial**.

Diese Platzierung teilen wir uns mit Ländern wie England, Spanien und Lettland. Ebenfalls im Mittelfeld finden sich Italien, Finnland und Slowenien, die jedoch allesamt über eine höhere finanzielle Ausstattung verfügen.

Die Gruppe der Länder, die – in unterschiedlicher Gewichtung – sowohl über einen relativ hohen Organisationsgrad als auch über eine relativ hohe finanzielle Ausstattung verfügen, bilden Frankreich und Deutschland, die beide eher durch den Organisationsgrad punkten, sowie die Niederlande, Schweden, Belgien und Dänemark, die in beiden Dimensionen hoch punkten.

Erhöhten Aufholbedarf bei beiden Dimensionen weisen Polen, Rumänien, Litauen sowie Ungarn auf.

Interessant ist eine Gruppe von Ländern des ehemaligen Ostblocks, deren Organisationsgrad deutlich über dem von Österreich eingestuft wurde – bei gleichzeitig geringer finanzieller Ausstattung, nämlich die Slowakei, Tschechien, Bulgarien und Estland.



Quelle: Berechnungen des DIW Berlin (2012)  
Grafik ergänzt, Hilfswerk Österreich, Juni 2017

Interessant ist auch ein Blick auf einschlägige Statistiken der *Europäischen Kommission (2007, siehe unten)*, die auf die **Investitionen unterschiedlicher Staaten im Langzeitpflegebereich in Prozent des BIP** abstellen. Besonders interessant ist hier auch, dass beispielsweise die Niederlande, deren Pflege- und Betreuungssystem als hoch entwickelt gilt, 3,4% des BIP in diesem Bereich investierten und damit erheblich mehr als Österreich mit 1,3%, aber mit 4,8% im Gesundheitsbereich deutlich geringere Kosten aufwiesen als Österreich mit 6,5% des BIP. Die Niederlande weisen damit (ebenso wie Dänemark und Schweden) eine wesentlich höhere **Ausgewogenheit zwischen Investitionen im Langzeitpflegebereich und im Gesundheitsbereich** auf als Österreich.

<b>Ausgaben in % des BIP Langzeitpflege - Gesundheit</b>	<b>Langzeit- pflege*</b>	<b>Gesund- heit*</b>	<b>gesamt</b>	<b>BIP pro Kopf**</b>
	%	%	%	Euro
→ Österreich	<b>1,3</b>	<b>6,5</b>	<b>7,8</b>	<b>34.000</b>
Deutschland	<b>0,9</b>	<b>7,4</b>	<b>8,3</b>	<b>31.000</b>
Dänemark	<b>1,7</b>	<b>5,9</b>	<b>7,6</b>	<b>42.700</b>
Griechenland	<b>1,4</b>	<b>5,0</b>	<b>6,4</b>	<b>21.100</b>
Spanien	<b>0,5</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>23.900</b>
Finnland	<b>1,8</b>	<b>5,5</b>	<b>7,3</b>	<b>35.300</b>
Frankreich	<b>1,4</b>	<b>8,1</b>	<b>9,5</b>	<b>30.400</b>
Italien	<b>1,7</b>	<b>5,9</b>	<b>7,6</b>	<b>27.400</b>
→ Niederlande	<b>3,4</b>	<b>4,8</b>	<b>8,2</b>	<b>37.400</b>
Slowakei	<b>0,2</b>	<b>5,0</b>	<b>5,2</b>	<b>10.400</b>
Schweden	<b>3,5</b>	<b>7,2</b>	<b>10,7</b>	<b>39.000</b>
Slowenien	<b>1,1</b>	<b>6,6</b>	<b>7,7</b>	<b>17.400</b>
Großbritannien	<b>0,8</b>	<b>7,5</b>	<b>8,3</b>	<b>36.500</b>

Q: \*Europäische Kommission DG ECFIN, 2007; \*\* Institut für Wachstumsstudien, 2007

Grafik selbsterstellt, Hilfswerk Österreich Juni 2017

## KONKLUSION 1

**Das österreichische Pflege- und Betreuungssystem hat systematischen Entwicklungsbedarf in organisatorischer und finanzieller Hinsicht – auch im internationalen Vergleich. U.a. weisen Länder wie die Niederlande, Dänemark und Schweden nicht nur höhere Investitionen in der Langzeitpflege auf, sondern auch eine höhere Ausgewogenheit der Investitionen im Pflege- und im Gesundheitssystem.**

**Der demographische Wandel verläuft nicht linear, er bringt im Zuge der nächsten 5 Jahre kurzfristig einen ersten relevanten Schub an zunehmendem Pflegebedarf, dann wieder einen massiven Schub ab 2040. Es gibt keine Indizien dafür, dass eine Kompression der Morbidität demographische und epidemiologische Effekte überkompensieren wird.**

**Aktuell schieben zunehmend geburtenschwache Jahrgänge in den Arbeitsmarkt nach, sodass das Reservoir an potenziellem Pflege- und Betreuungspersonal schon alleine aus demographischen Gründen schrumpft.**

## POSITION 1

**Der nachweisliche Entwicklungsbedarf des österreichischen Pflege- und Betreuungssystems sowie demographische Faktoren erfordern sowohl ein kurzfristiges Maßnahmenpaket als auch eine grundlegende Reform.**

**Beide müssen insbesondere auf wirksame Strategien zur Gewinnung und Bindung des notwendigen Personals im Sektor abzielen. Entscheidend wird sowohl kurz- als auch langfristig auch eine bedarfsdifferenzierte sowie ökonomische Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft und der Versorgungskette in der Zusammenschau von Pflege- und Gesundheitssystem sein. Von besonderer Bedeutung in der langfristigen Betrachtung wird außerdem die Konzeption und Umsetzung eines zukunftsfähigen Modells der Finanzierung sein.**

## 2. ZUR SYSTEMATIK.

### ODER: SOLL MAN GESUNDHEIT UND PFLEGE ZUSAMMENFÜHREN?

#### 2.1. Was macht die gravierendsten Unterschiede zwischen Pflege- und Gesundheitssystem in Österreich aus?

Die strukturellen Unterschiede zwischen Gesundheitssystem und Pflegesystem in Österreich sind erheblich, Historie und Logik hinter beiden Systemen sind grundverschieden.

Das österreichische **Gesundheitssystem** fußt auf der Logik der **Sozialversicherung**. Die Beitragszahler/innen leisten entsprechend ihrer Beitragsgrundlagen **Sozialversicherungsbeiträge**, aus welchen den Versicherten in der Solidargemeinschaft, unabhängig vom Einkommen, entsprechende **Anspruchsberechtigungen auf Sachleistungen** erwachsen. Das versicherte Risiko ist durch Krankheit definiert. Ein Teil des Finanzierungsvolumens wird aus Steuern zugeschossen, die Selbstbehalte sind relativ gering. Die Gesundheitsgesetzgebung ist in weiten Teilen Bundessache.

Im **Pflege- und Betreuungssystem** greift in Österreich die **Sozialhilfe**. Diese folgt dem Subsidiaritätsprinzip, welches vom Grundsatz her dort einsetzt, wo die Eigenleistung nicht in ausreichendem Umfang erbracht werden kann. Sozialhilfe ist Landessache. Im Falle der Pflege und Betreuung setzt sich das Sozialhilfeprinzip insofern um, als die **Länder** für „leistbare“ Infrastruktur sorgen, indem sie die **Erbringung der Dienste (mit-)finanzieren** und die **Pflege- und Betreuungsbedürftigen einen Beitrag nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Lage** leisten. Diese sozial gestaffelten Selbstbehalte sind im Vergleich zum Gesundheitssystem relativ hoch, aber – ebenso wie die regionale Versorgungssituation – in den Bundesländern sehr verschieden. Die Finanzierung der Sozialhilfe erfolgt aus Steuermitteln.

	Gesundheit	Pflege und Betreuung
Zuständigkeit	Bund: Sozialversicherung, Grundsatzgesetzgebung Länder: Ausführungsgesetze, Krankenhäuser	Länder: Sozialhilfe, soziale Dienstleistungen (SD) Bund: Pflegegeld (15a-Vereinbarung)
Finanzierung	Sozialversicherungsbeiträge, Steuern, Selbstbehalte (gering)	Steuern, Pflegefonds, Eigenleistungen/Selbstbehalte (hoch)
Bedingung für Inanspruchnahme der Leistungen	Inanspruchnahme durch versicherte Personen, nicht einkommensabhängig	Inanspruchnahme der Zuzahlung für die SD, einkommensabhängig (bisher bei stationärem Dienst auch vermögensbezogen)
Art der Leistung	Sachleistung	Geld- und Sachleistung
Überschneidung	„Drehtüreffekt“	Medizinische Hauskrankenpflege in den mobilen Diensten
Risiko	Krankheit	Pflegebedarf und allgemeine Daseinsvorsorge

selektive Übersicht: selbsterstellt, Hilfswerk Österreich, Juni 2017

Seitens des **Bundes** wird – ebenfalls aus Steuermitteln finanziert – das **Pflegegeld** (unabhängig vom Einkommen, aber in Korrelation zum festgestellten Unterstützungsbedarf) als Geldleistung ausbezahlt. Das Pflegegeld leistet definitionsgemäß einen **Beitrag zu den anfallenden Kosten der Pflege und Betreuung**.

Die Verpflichtung zwischen Bund – Geldleistung (Pflegegeldgesetz) – und Ländern – Versorgungslandschaft bzw. Dienstleistungsangebot – wurde bei Einführung des Pflegegeldes in einer 15a-Vereinbarung abgebildet.

Jenseits dessen zahlt der **Bund** in die Erbringung der Sachleistung in den Ländern via **Pflegefonds** (Pflegefondsgesetz) ein (die aktuelle Regelung läuft mit 2021 aus).

Auch im Bereich der **Organisation der Versorgungslandschaft** sind Gesundheits- und Pflegesystem grundsätzlich unterschiedlich aufgestellt.

Im **Gesundheitsbereich** stehen die niedergelassene Ärzteschaft, ggf. Primärversorgungszentren, Ambulatorien, Kliniken, Krankenhäuser, Rehabilitationszentren und diverse Spezialeinrichtungen mit unterschiedlicher – tw. öffentlicher, tw. privater (gemeinnütziger und nicht gemeinnütziger) – Trägerschaft gemäß (mehr oder weniger) definierter Versorgungsaufträge in komplexen Vertragsverhältnissen zu ihren Finanzierungspartnern, insbes. den Sozialversicherungsträgern, dem Bund, tw. auch den Ländern und Gemeinden. Die Financiers steuern die Leistungserbringung insbes. über die Definition des Leistungsumfangs, die Versicherten haben ein Recht auf Inanspruchnahme der Leistungen, die Patientenströme sind tw. (sachlich) wenig gesteuert, Selbstbehalte spielen – wie bereits erwähnt – eine untergeordnete Rolle.

Im **Pflegebereich** findet sich im stationären Bereich eine regional stark differierende Trägerlandschaft, in welcher profitorientierte private Träger, gemeinnützige private Träger und die öffentlichen Hände (Länder, Gemeinden) Institutionen halten. Im Bereich der mobilen Dienste dominieren grundsätzlich gemeinnützige private Träger. Im Bereich der 24-Stunden-Betreuung agieren private Träger gemeinnütziger und nicht-gemeinnütziger Art. Neue Wohnformen und teilstationäre Einrichtungen verfügen über alle genannten Formen der Trägerschaft. Als Finanzierungspartner sind im Sektor insbes. die Sozialresorts der Länder (und ggf. deren vorgelagerte Institutionen), tw. auch die Gemeinden (und Gemeindeverbände) relevant. Die Financiers steuern insbes. über Kontingente und Anerkennung von Bedarfen. Anders als im Gesundheitsbereich spielen im Bereich der Langzeitpflege Selbstbehalte (in Form sozial gestaffelter Preise bzw. Kundenbeiträge) eine erhebliche Rolle und entfalten entsprechende Steuerungswirkung.

## 2.2. Wo sind relevante Schnittstellen zwischen Pflege- und Gesundheitssystem und Entwicklungspotenziale im Kontext?

Naturgemäß haben Pflege- und Gesundheitssystem trotz ihrer unterschiedlichen Aufstellung eine Fülle von **Schnittstellen auf der Makro- und Mikroebene**. An diesen Schnittstellen können mit Gewissheit Qualitätspotenziale gehoben werden, teilweise auch Effizienzpotenziale. Jedenfalls aber müssen Gesundheit und Pflege integriert gedacht und **im Idealfall auch integriert gesteuert** werden. Eine „echte“ **Zusammenführung** der Systeme birgt erhebliche Herausforderungen sowie beachtliche **Risiken** und verlangt die Schaffung entsprechender Voraussetzungen durch eine komplette Revision der Systeme (Systemwechsel).

**Qualitäts- und Effizienzpotenziale** hingegen könnten nach einer systematischen Analyse an verschiedenen Stellen gehoben werden.

So liegt Österreich etwa im Hinblick auf seine Dichte an Spitalsbetten trotz gegenläufiger Bemühungen immer noch um 50% über dem EU-Schnitt, die Krankenhausaufnahmerate ist die höchste europaweit (*siehe bspw. ÖBIG u.a.*). Hinsichtlich der Dichte an Allgemeinmedizinerinnen liegt Österreich mit 1,6 Ärzten pro 1.000 Einwohner fast 70% über dem Schnitt der EU-15. Alleine schon aus Gründen des sich klar abzeichnenden Rückgangs an Medizinerinnen/Mediziner („Ärztmangel“) in Österreich, aber auch aus Gründen einer möglichst effektiv und effizient gestalteten Versorgungslandschaft, setzt Österreich seit Jahren Bemühungen in der Umsetzung und Konzeption von Maßnahmen, um den beschriebenen Herausforderungen zu begegnen.

Jenseits der Überlegungen, den erwähnten Phänomenen mittels unterschiedlicher Steuerungsinstrumente im Gesundheitssystem (wie etwa eines geeigneten Primärversorgungssystems) entgegen zu wirken (und dort multidisziplinäre Ansätze umzusetzen), liegt eine der Herausforderungen in einer besser abgestimmten Steuerung zwischen Gesundheits- und Pflegesystem. So ist es – folgt man den Wünschen der meisten Patientinnen/Patienten gleichermaßen wie volkswirtschaftlichen Kalkülen – zielführend, **Patientinnen/Patienten möglichst rasch wieder in die häusliche Pflege und Betreuung zu entlassen bzw. selbige möglichst lange dort zu halten**, diese Vorgangsweise **erfordert jedoch eine entsprechende qualitative und quantitative Aufstellung des ambulanten Bereichs und eine bestmögliche Koordination in der Versorgungskette**.

Dazu gehören bspw. u.a.

- eine gezielte Stärkung der Kooperation zwischen niedergelassenem Gesundheitsbereich (insbes. Hausärztinnen/Hausärzten, Primärversorgungszentren) und ambulanter Pflege,
- die Forcierung einer besseren Planung und Abstimmung an den Schnittstellen (bspw. betreffend die Vorbereitung auf eine Spitalsentlassung bzw. das Entlassungsmanagements),
- eine effizientere Koordination und Förderung einer patienten- und ressourcenschonend abgestimmten Übernahme von Aufgaben bzw. Tätigkeiten in der Dienstleistungskette (bspw. die Übernahme einer Blutabnahme zur Befundung durch Labor bzw. Mediziner/in bei immobilen, häuslich betreuten Patientinnen/Patienten durch die Hauskrankenpflege),
- die adäquate Anpassung der Kontingente mobiler Dienste wie Hauskrankenpflege und Heimhilfe,
- die Entbürokratisierung der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (bspw. in der Inkontinenzversorgung und in der Wundversorgung),
- der Ausbau mobiler Rehabilitation und Therapie (u.a. im Hinblick auf Prävention, Hintanhalten von kontraproduktiven „Drehtüreffekten“),
- der gezielte Ausbau (insbes. zugehender) psychosozialer Dienste (um spezifische „Drehtüreffekte“ und eine fehlgesteuerte Inanspruchnahme von inadäquaten Diensten aus eben diesen Gründen hintanzuhalten).

## KONKLUSION 2

**Gesundheits- und Pflegesystem sind in Österreich derzeit grundlegend verschieden aufgestellt – dies betrifft Zuständigkeiten und Trägerschaft, Finanzierungslogik und Steuerung, Bedingungen der Inanspruchnahme und Art der Leistung. Beide Systeme haben unterschiedliche Stärken und Schwächen.**

**Die Systeme verfügen über eine komplexe Fülle diverser Schnittstellen und kommunizierender Effekte, die aktuell nicht adäquat abgehandelt werden.**

## POSITION 2

**Ein „echtes Zusammenführen“ des Gesundheits- und Pflegesystems in Österreich wäre ein Systemwechsel massiven Ausmaßes und müsste auf Grund der komplexen Implikationen und Wechselwirkungen sehr grundsätzlich und höchst umsichtig abgewogen werden.**

**Eine deutlich wirksamere Koordination des Gesundheits- und Pflegesystems in Österreich und eine besser integrierte Herangehensweise sind in jedem Falle zielführend und notwendig, um Qualitätsdefizite und Ineffizienzen an den Schnittstellen der Systeme zu reduzieren bzw. zu minimieren.**

**Es macht im Sinne der Betroffenen, aber auch der Volkswirtschaft Sinn, Patientinnen und Patienten möglichst rasch wieder in die häusliche Pflege und Betreuung zu entlassen bzw. selbige möglichst lange dort zu halten. Diese Vorgangsweise erfordert jedoch eine entsprechende qualitative und quantitative Aufstellung des ambulanten Bereichs und eine bestmögliche Koordination in der Versorgungskette.**

### 3. ZUR FINANZIERUNG.

#### ODER: MÜSSEN WIR PFLEGE KÜNFTIG ANDERS FINANZIEREN?

#### 3.1. Wie wird Pflege aktuell finanziert und welche Entwicklungen sind relevant für Veränderungen des Finanzierungsbedarfs?

Jenseits der bereits umfassend beschriebenen **massiven demographischen Effekte** – geburtenstarke Jahrgänge kommen in die in die Phase der Pflegebedürftigkeit – muss die **Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit heute als eines der großen Lebensrisiken wie Arbeitslosigkeit oder Krankheit** begriffen werden. Je nach Quelle wird davon ausgegangen, dass aus heutiger Sicht **etwa jeder zweite Mann und etwa drei von vier Frauen pflegebedürftig werden** (letzteres ist insbes. der höheren Lebenserwartung der Frauen geschuldet) (siehe u.a. *Barmer Pflegereport 2016*).

Die **Lebensphase**, in der Unterstützung und Betreuung benötigt wird, umfasst heute (anders als bspw. noch in den Nachkriegsjahren) mehrere Jahre. Je nach Studie und Definition der Pflegebedürftigkeit wird diese Phase derzeit auf **rund 7 bis teilweise über 8 Jahre und mehr** angesetzt. Eine **Kompression der Morbidität** (also ein Zugewinn an gesunden Jahren zu Lasten jener in Krankheit) ist, wie bereits beschrieben, möglich – etwa durch einen entsprechenden Lebensstil und wirksame Prävention – und individuell sowie auch volkswirtschaftlich erstrebenswert. Dies ändert aber nichts daran, dass man am Lebensende mit hoher Wahrscheinlichkeit mit mehreren Jahren der Pflegebedürftigkeit konfrontiert ist. Vor allem aber kommt es nach heutigem Wissensstand bzw. aus makroökonomischer Sicht durch eine Kompression der Morbidität zu **keiner Überkompensation** der bereits beschriebenen massiven demographischen Effekte.

Hinzu kommen noch Effekte aus der **Abnahme der informellen bzw. Angehörigenpflege**, die aktuell den größten Teil der Versorgungslast aufnimmt (zu sehr geringen Kosten für die Allgemeinheit). Die Pflege und Betreuung durch Angehörige wird **auch künftig eine signifikante Rolle** spielen und muss in jeder Hinsicht gestärkt werden, dennoch nimmt das Potenzial ab – etwa durch zunehmende Mobilität, dislozierte Familien, veränderte familiäre Strukturen, Zunahme der Frauenerwerbsquote. Betroffene Personen und deren Angehörige werden in jedem Falle **mehr formelle Unterstützung durch professionelle Dienste** benötigen.

Es muss daher von einem **signifikant zunehmenden Finanzierungsbedarf im Pflegebereich** ausgegangen werden.

Projektion Ausgaben Pflege	2015	2025	2030	2040	2050	
Pflegegeld	2,52	2,83	3,12	3,42	4,20	Mrd. €
24-Stunden-Betreuung	0,14	0,15	0,17	0,19	0,24	Mrd. €
Pflegedienstleistungen	2,00	2,90	3,70	5,50	9,00	Mrd. €

Quelle: WIFO, Österreich 2025: Pflegevorsorge - Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen  
Grafik selbsterstellt, Hilfswerk Österreich Juni 2017

Folgt man aktuell berechenbaren Szenarien – bspw. des *WIFO (Österreich 2025, Pflegevorsorge - Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtung)* – wird der Anstieg der

Ausgaben für das Pflegegeld von 2,52 im Jahr 2015 auf 2,83 im Jahr 2025 und schließlich auf 4,20 Milliarden Euro im Jahr 2040 ansteigen. Im Bereich der Ausgaben für Pflegedienstleistungen steigen die Zahlen noch stärker an – von 2,00 im Jahr 2015 auf 2,90 im Jahr 2025 bis 9,00 Milliarden Euro im Jahr 2040.

Während Risiken wie **Arbeitslosigkeit** oder **Krankheit** punkto Finanzierung und Leistung im Bereich der **Sozialversicherung** verankert sind, wird die **Pflege** ausschließlich aus **Steuermitteln** finanziert.

Dies trifft auf das **Pflegegeld** zu, das je nach festgestelltem Bedarf in sieben Stufen seitens des Bundes ausbezahlt wird und definitionsgemäß einen **Beitrag zu den Aufwänden der Betroffenen** leistet. Auch die seitens des Bundes über den **Pflegefonds** bereitgestellten Mittel, die zum **Ausbau der Versorgungslandschaft in den Ländern und Gemeinden** dienen, sind aus Steuern finanziert. Der Pflegefonds beruht auf dem Pflegefondsgesetz und läuft mit 2021 aus. Er wird von Bund und Ländern im Verhältnis 2:1 bespeist und ist mit rund 300 Millionen Euro jährlich dotiert. Über den Pflegefonds stellt der Bund zweckgebunden auch **Sondermittel für den Ausbau der Hospiz- und Palliativbetreuung** bereit. Außerdem fördert der Bund eigens noch die **24-Stunden-Betreuung**.

Auch die **Sachleistungen**, die grundsätzlich Ländersache sind und in der **Sozialhilfe** ressortieren, werden aus Steuermitteln finanziert. Die Pflege- und Betreuungsdienstleistungen der Länder werden im Falle der Inanspruchnahme **zu sozial gestaffelten Preisen/Selbstbehalten verrechnet**.

Der **Anteil der Mittel, der durch die Pflege- und Betreuungsbedürftigen selbst aufgebracht** wird, liegt insgesamt bei **39,1% der Bruttoausgaben für Pflegedienstleistungen**. Bei den mobilen Diensten, die etwa 46% der Versorgungslast aufnehmen, beträgt der Finanzierungsgrad durch die Betroffenen und sonstige Einnahmen 21,18%, in den stationären Einrichtungen bzw. Heimen, die rund 16% der Pflege-bedürftigen in Österreich aufnehmen, liegt selbiger – vor Abschaffung des Regresses (!) – bei 42,85% der Ausgaben (*Sozialministerium, Pflegevorsorgebericht 2016*).

<b>Pflegedienstleistung</b>	<b>Bruttoausgaben</b>	<b>Nettoausgaben</b>	<b>Eigenbeiträge und Ersätze</b>
	Mio. €	Mio. €	In % der Bruttoausgaben
Mobile soziale Dienste	<b>615,51</b>	<b>399,43</b>	<b>21,18</b>
Teilstationäre Einrichtungen	<b>31,76</b>	<b>24,61</b>	<b>16,39</b>
Stationäre Pflege	<b>2.585,06</b>	<b>1.405,46</b>	<b>42,85</b>
Kurzzeit- und Urlaubspflege	<b>24,60</b>	<b>17,21</b>	<b>14,04</b>
Betreute Wohnformen	<b>213,15</b>	<b>83,61</b>	<b>53,80</b>
Beratung (Case-and-Care-Mgmt)	<b>12,05</b>	<b>11,60</b>	<b>0,00</b>
<b>Insgesamt</b>	<b>3.482,12</b>	<b>1.941,91</b>	<b>39,10</b>

Quelle: Sozialministerium, Pflegevorsorgebericht 2016, S. 193

Grafik selbsterstellt  
Hilfswerk Österreich April 2018

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die beschriebenen Veränderungen punkto Wahrscheinlichkeit, Ausmaß und Dauer der Pflegebedürftigkeit sowie sich wandelnder sozialer Verhältnisse sowohl auf der Makroebene, also in der volkswirtschaftlichen Betrachtung, als auch auf Mikroebene, also auf Ebene der Betroffenen (und deren Angehörigen), schon heute massive finanzielle Auswirkungen haben, die sich auf beiden Ebenen künftig weiter verschärfen werden.

### 3.2. Auf welche Weise kann dem veränderten Finanzierungsbedarf im Pflegebereich begegnet werden?

Aus den vorangegangenen Ausführungen geht klar hervor, dass von einem signifikanten zusätzlichen Finanzierungsbedarf im Bereich der Pflege und Betreuung ausgegangen werden muss. Über die Frage, wie dieser Herausforderung zu begegnen ist, herrschen unterschiedliche Anschauungen. Und auch ein Blick über die Grenzen zeigt diverse Systemausformungen und Modelle im Zusammenhang mit der Finanzierung von Pflege und Betreuung auf.

Im Hinblick auf **Investitionen in den Pflegesektor** soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass die **volkswirtschaftlichen Multiplikatoren** des Sektors aufgrund des hohen Anteils von Löhnen und Gehältern an den direkten Ausgaben und der damit verbundenen hohen direkten Wertschöpfung sehr **hoch** sind. Insgesamt sind mit den öffentlichen und privaten **Ausgaben für Pflege- und Betreuungsdienste von 3,4 Milliarden Euro im Jahr 2015 direkte, indirekte und induzierte Wertschöpfungseffekte von 5,9 Milliarden Euro sowie 115.000 Beschäftigungsverhältnisse** verbunden.

Mit dem regionalen *Input-Output-Modell* ASCANIO werden für Österreich erstmals diese direkten, indirekten und induzierten regionalwirtschaftlichen Verflechtungen ebendieser Ausgaben ermittelt. Gemäß Schätzungen zu den regionalwirtschaftlichen Verflechtungen generieren Pflege- und Betreuungsdienste ein Steueraufkommen von etwa 30% der Ausgaben und Sozialversicherungsabgaben von etwa 40% der Ausgaben. (*WIFO, Österreich 2025, Juni 2017*)

Grundsätzlich lassen sich zwei Modellpole der Finanzierung im Bereich Pflege und Betreuung beschreiben. Es lassen sich Systeme festmachen, die vorrangig aus **Steuern** finanziert sind (Beveridge-Modell) wie etwa in Großbritannien, Schweden und Dänemark. Und es lassen sich Systeme identifizieren, die auf unterschiedliche Modelle einer **Versicherung** rekurrieren (Bismarck-Modell) wie beispielsweise in Deutschland, Frankreich und den Niederlanden. Viele bestehende Systeme sind Mischformen.

Entscheidend ist in jedem Falle die Frage, wie stark das **Risiko vergemeinschaftet und solidarisch abgesichert** wird.

Bei Versicherungsmodellen gilt es vom Grundsatz her noch zwischen Systemen im Umlageverfahren und solchen im Kapitaldeckungsverfahren zu unterscheiden (die bekannter Maßen jeweils unterschiedliche Stärken und Schwächen haben), sowie zwischen solchen mit Pflichtversicherung versus solchen mit einer Versicherungspflicht (mit unterschiedlichem Verpflichtungs- sowie Förderumfang) und diversen Mischformen.

**Österreich** zählt – wie schon umfassend beschrieben – zu den Staaten, die ein **steuerfinanziertes Pflegesystem** haben. Gleichzeitig verfügt Österreich über eine lange Tradition im Bereich der Sozialversicherung – etwa betreffend Risiken wie Krankheit und Arbeitslosigkeit. Da Pflegebedürftigkeit mittlerweile als eines der großen Lebensrisiken wie eben Krankheit oder Arbeitslosigkeit begriffen werden muss, lägen Überlegungen hinsichtlich einer Pflegeversicherung in der Logik der Sozialversicherung nahe.

Würde man aber eine **Pflegeversicherung** dem Prinzip der Sozialversicherung folgend aufsetzen und an den **Erwerbseinkommen** anknüpfen, würde sich selbige lediglich aus einer Einkommensart (Erwerbseinkommen) speisen, was man mit Blick auf eine möglichst **breit verankerte solidarische und vergemeinschaftete Absicherung des Risikos** durchaus als **kritisch** qualifizieren könnte.

Diese Art der Versicherung würde außerdem zu einer **Erhöhung** der (in Österreich ohnehin schon hohen) **Lohnnebenkosten** führen und damit den Arbeitsmarkt belasten. Umgekehrt würde die **Arbeitsmarktentwicklung** recht unmittelbar auf die Pflegefinanzierung durchschlagen. Diese Nachteile sind nicht zu unterschätzen und müssten Berücksichtigung finden.

Zieht man zur Betrachtung auch die konkreten Erfahrungen mit der gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland heran, so sieht man eine Versicherung, die seit ihrer Einführung im Jahr 1995 bereits fünf Mal erhöht wurde, und lediglich eine „Grundversorgung“ sicher stellt, also nur einen Teil der Kosten, abdeckt. Selbiges führt im Gefolge zur Regressierung im Falle stationärer Pflege sowie zu laufend steigenden Zahlungen der Sozialhilfeträger.

Wollte man also den Weg einer Pflegeversicherung zur Bewältigung des sich verändernden Finanzierungsbedarfs beschreiten, müsste man sehr grundsätzliche systematische und gleichermaßen innovative Überlegungen anstellen, um unerwünschte, zu erwartende Effekte – wie eben beschrieben – zu vermeiden.

Im Falle der Beibehaltung der **Steuerfinanzierung**, wird es darum gehen, eine dem veränderten Bedarf gerecht werdende und möglichst **nachhaltige und solidarische Finanzierung aus mehreren Quellen bzw. Einkommensarten** sicher zu stellen.

Der Mitteleinsatz zwischen Bund, Ländern und Gemeinden muss in jedem Falle bestmöglich abgestimmt werden. Auch muss im Lichte der bundesweit weitgehend einheitlichen Steuerpflichtung der Bürgerinnen und Bürger für **Versorgungsstandards nach österreichweit einheitlichen (evidenzbasierten) Kriterien** sowie für **transparente und österreichweit einheitlich gestaltete Eigenbeiträge** der Betroffenen gesorgt werden. Letztere sollten einer entsprechenden Evaluierung und konsequenten Ausrichtung nach sozialen Gesichtspunkten unterzogen werden.

Im Sinne einer derartigen **konvergenzorientierten Finanzierung und Steuerung** des Pflegesystems sowie zur Stärkung der **Finanzierungssicherheit** wäre eine Überführung des **Pflegefondsgesetzes**, welches – wie erwähnt – mit dem Jahr 2021 ausläuft, in ein unbefristetes Gesetz wünschenswert. Zusätzliche Mittel, die die Republik unter dem Titel der Pflege und Betreuung aufbringt, sollten jedenfalls über den Pflegefonds zweckgebunden investiert werden (und nicht über den Finanzausgleich „frei“ verteilt werden).

### KONKLUSION 3

**Pflegebedürftigkeit muss auf Grund ihrer Wahrscheinlichkeit, ihres Ausmaß und ihrer Dauer heute als eines der großen Lebensrisiken wie Krankheit oder Arbeitslosigkeit begriffen werden.**

**Der Bedarf an zusätzlichen finanziellen Mitteln für die Pflege und Betreuung in Österreich ist klar gegeben, das Ausmaß berechenbar.**

**Österreich verfügt aktuell über ein steuerfinanziertes Pflegesystem unter hoher Eigenbeteiligung der Betroffenen, die regional höchst unterschiedlich ausfällt.**

**Zusätzlich notwendige Mittel können grundsätzlich über Versicherungs- oder Steuerlösungen aufgebracht werden. Beide Systematiken haben spezifische Vor- und Nachteile.**

**Investitionen in den Sektor der Pflege und Betreuung haben sowohl regional als auch überregional überdurchschnittlich hohe positive Effekte auf die volkswirtschaftliche Wertschöpfung und die Schaffung von Beschäftigungsverhältnissen.**

### POSITION 3

**Eine dem veränderten Bedarf gerecht werdende, nachhaltige und solidarische Finanzierung des österreichischen Pflegesystems sollte Mittel aus mehreren Quellen bzw. Einkommensarten sicherstellen und nicht lediglich auf Erwerbseinkommen rekurrieren. Ein steuerfinanziertes Modell erleichtert eine Umsetzung nach diesen Gesichtspunkten.**

**Im Lichte der bundesweit weitgehend einheitlichen Steuerverpflichtung der Bürgerinnen und Bürger ist für mehr Einheitlichkeit und Transparenz punkto Versorgungsstandards und Eigenbeiträgen der Betroffenen zu sorgen, letztere sind nach sozialen Kriterien auszurichten.**

**Im Sinne einer konvergenzorientierten Finanzierung und Steuerung des Pflegesystems sowie zur Stärkung der Finanzierungssicherheit empfiehlt sich eine Überführung des Pflegefondsgesetzes in ein unbefristetes Gesetz. Zusätzliche Mittel, die die Republik unter dem Titel der Pflege und Betreuung aufbringt, sollten jedenfalls über den Pflegefonds zweckgebunden investiert werden.**

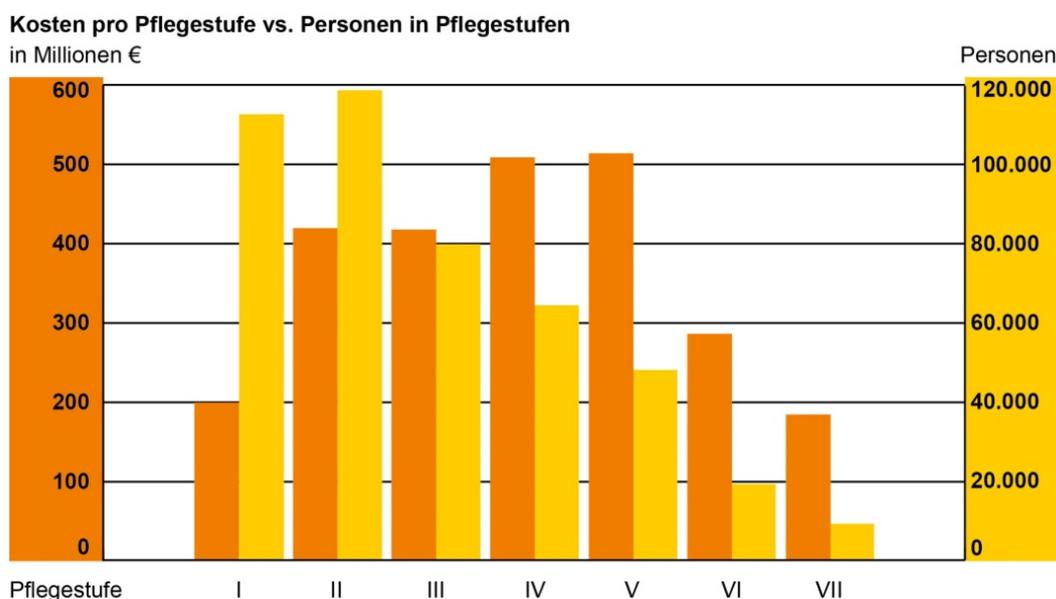
## 4. ZUM PFLEGEgeld. ODER: HAT DAS PFLEGEgeldSYSTEM REFORMBEDARF?

### 4.1. Wie stellt sich die Situation des Pflegegeldsystems aktuell dar?

Das Pflegegeld wurde in Österreich im Jahr 1993 eingeführt und impliziert einen **Rechtsanspruch** auf **Geldleistung** nach anerkanntem Bedarf. Das Pflegegeld stellt einen Beitrag zur Abdeckung der Kosten, die aus der Pflegebedürftigkeit resultieren, dar und steht den Betroffenen als Geldleistung zur freien Verfügung, kann also nach Maßgabe ihrer individuellen Bedürfnisse eingesetzt werden.

Aktuell beziehen in Österreich rund 455.000 Personen Pflegegeld. Im Jahr 2016 wurden für konkret **454.897 Bezieherinnen und Bezieher 2,59 Milliarden Euro** in das Pflegegeld investiert (*BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015*).

Das Bundespflegegeldgesetz sieht **sieben Stufen** vor, die auf den **Unterstützungsbedarf** (welcher sich in Stunden bemisst) unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie Ursache der Pflegebedürftigkeit abstellen und zur Auszahlung gelangen. Während die Zahl der Bezieher/innen von Pflegegeld mit der Höhe der Pflegestufe abnimmt, weisen die Pflegestufen IV und V die höchsten kumulierten Kosten auf.



Quelle: BMASK, Österr. Pflegevorsorgebericht 2015, S. 97 und S. 103

Mit Anfang 2015 wurde für Neuanträge die notwendige Stundenanzahl des durchschnittlichen monatlichen Pflegebedarfs in der Stufe 1 von 60 auf 65 Stunden und jene der Stufe 2 von 85 auf 95 Stunden erhöht (*BMASK, 2015*). Diese Maßnahme erhöht einerseits die Zugangsbarriere und andererseits verbleiben pflegebedürftige Personen länger in Stufe 1, der Verbleib in Stufe 2 verkürzt sich.

Jenseits des festgestellten Unterstützungsbedarfs gibt es auch **diagnosebezogene Aspekte**, die sich bei der Zuerkennung des Pflegegeldanspruchs niederschlagen. Darunter beispielsweise der Zuschlag für Menschen mit **Demenz** oder schweren **psychischen Beeinträchtigungen** (aktuell im Ausmaß von 25 Stunden).

Die **Anzahl der Pflegegeldbezieher/innen** wird lt. Prognosen von rund 455.000 Personen **bis 2050** kontinuierlich steigen und im Jahr 2050 **knapp 750.000 Personen** betragen (*WIFO, Österreich 2025, Juni 2017*). Die **Höhe der Investitionen** wird im selben Zeitraum von 2,5 Milliarden Euro auf **4,2 Milliarden Euro** ansteigen. Damit liegen die geschätzten Steigerungsraten beim Pflegegeld wesentlich unter jenen, welche für Investitionen in die Dienstleistungen anfallen werden.

#### 4.2. Welche zentralen Herausforderungen kennzeichnen das Pflegegeldsystem?

Seit Einführung des Pflegegeldes wurden die Tarife lediglich drei Mal angehoben, die letzte Anhebung fand zu Beginn des Jahres 2016 statt. In der Gesamtbetrachtung über den Zeitraum seit der Einführung bis heute zeigt sich klar, dass die Anhebungen die Kaufkraft des Pflegegeldes in keiner Weise erhalten konnten. Der **reale Wertverlust seit Einführung des Pflegegeldes** im Jahr 1993 beträgt **25% (Referenz Verbraucherpreisindex)** (*WIFO, Österreich 2025, Juni 2017*). Nur eine regelmäßige Valorisierung des Pflegegeldes schafft berechenbare Bedingungen für Betroffene und pflegende Angehörige, um Pflege und Betreuung bestmöglich zu organisieren und zu bewerkstelligen. Eine schrittweise Entwertung des Pflegegeldes durch die Inflation untätig hinzunehmen, ist nicht nur ein kontraproduktiver Mechanismus, sondern auch ein fragwürdiges Signal.

Das Pflegegeld wurde seit seiner Einführung auch inhaltlich immer wieder angepasst. Dazu zählt etwa der **Zuschlag für Menschen mit Demenz oder schweren psychischen Beeinträchtigungen**. In der Praxis zeigt sich, dass der Zuschlag, welcher heute bei 25 Stunden angesetzt ist, nicht ausreichend ist. Menschen mit Demenz oder schweren psychischen Beeinträchtigungen bzw. deren Angehörige haben jedenfalls einen höheren Unterstützungsbedarf. Es wäre wünschenswert, diesen Zuschlag realistischer zu fassen – das würde eine **Erhöhung auf etwa 40 bis 50 Stunden** bedeuten.

Etwas komplexer in der Anforderung, aber bedarfsgerechter und auch ökonomisch zielführend, wären grundsätzliche Überlegungen, den **Unterstützungsbedarf bzw. Pflegegeldanspruch individueller und situationsbezogener zu erheben und zu errechnen**.

## KONKLUSION 4

**Das Pflegegeld hat sich in Österreich als Rechtsanspruch auf Geldleistung und Beitrag zu den anfallenden Kosten aus dem Pflegebedarf grundsätzlich bewährt und ermöglicht den Betroffenen individuelles Justieren der Unterstützung.**

**Das Pflegegeld unterliegt durch unterbliebene Valorisierung (lediglich dreimalige Anpassung seit 1993) einem Kaufkraftverlust von 25% seit Einführung.**

**Der Investitionsbedarf unter den Titel Pflegegeld wird sich entsprechend der umfassend beschriebenen demographischen Entwicklung erhöhen, wird aber lt. Prognosen im Vergleich zu den zusätzlich notwendigen Mitteln im Bereich der Investition in die Infrastruktur bzw. Pflege- und Betreuungsdienste zurückbleiben.**

## POSITION 4

**Das Pflegegeld muss aus Gründen der Berechenbarkeit und Fairness den Betroffenen gegenüber regelmäßig valorisiert werden.**

**Die Zuschläge für Menschen mit Demenz und schweren psychischen Beeinträchtigungen müssen realistischer gefasst und erhöht werden.**

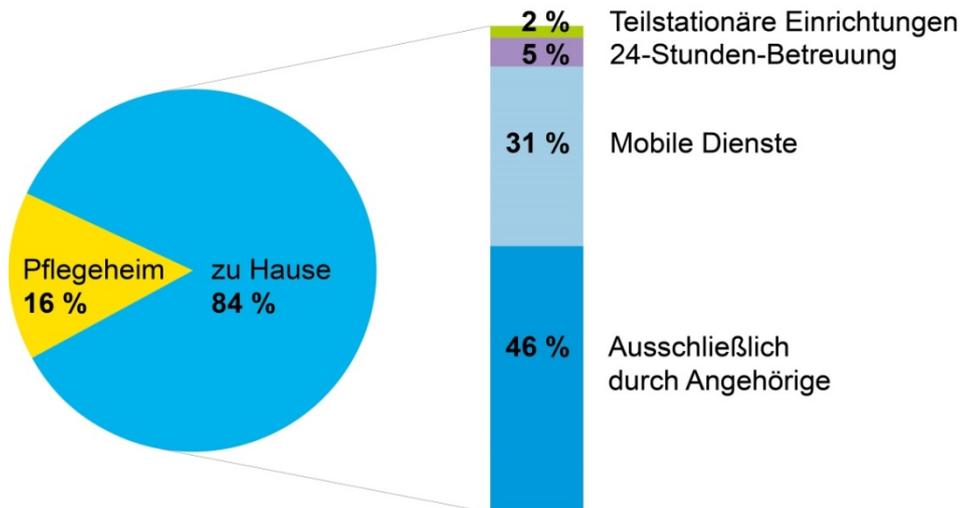
**Es sind grundsätzliche Überlegungen anzustellen, den Unterstützungsbedarf bzw. Pflegegeldanspruch individueller und situationsbezogener zu erfassen, um das Pflegegeld bedarfsgerechter zu gestalten.**

## 5. ZUR VERSORGUNGSLANDSCHAFT. ODER: WELCHE PFLEGE- UND BETREUUNGSDIENSTE BRAUCHT ES?

### 5.1. Wie stellt sich die aktuelle Versorgungssituation dar?

In Österreich werden aktuell etwa 16% der pflegebedürftigen Menschen in Heimen betreut. 84% der Menschen mit Unterstützungsbedarf leben zu Hause. Von diesen werden 46% ausschließlich von pflegenden Angehörigen betreut, 31% greift auf die Unterstützung mobiler Dienste zu, 5% leben mit 24-Stunden-Betreuung, etwa 2% nehmen teilstationäre Dienste (Tageszentren) in Anspruch.

#### Versorgungslandschaft Pflege und Betreuung in Österreich 2016



Rund 455.000 Anspruchsberechtigte Pflegegeld

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik, PFIF des Hauptverbandes der österr. Sozialversicherungsträger

*Grafik: selbsterstellt, Hilfswerk Österreich 2017*

*Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik, PFIF des Hauptverbandes der österr. Sozialversicherungsträger*

Mit gutem Grund werden **pflegende Angehörige** daher als „**größter Pflegedienst Österreichs**“ beschrieben. Pflegende Angehörige sind in rund 30% der Fälle (Ehe-)Partner/innen, zu 24% handelt es sich um Töchter und zu 12% um Söhne, dann folgen Schwiegertöchter, Mütter, Schwestern. Pflegende Angehörige sind also sehr oft Frauen und teilweise selbst schon in fortgeschrittenem Alter. Das **volkswirtschaftliche Potenzial**, das durch die Leistung pflegender Angehöriger bereitgestellt wird, wurde in einer *Studie der Wirtschaftsuniversität (2006)* mit **3 bis 4 Milliarden Euro** beziffert.

Die Pflege und Betreuung durch Angehörige muss im Hinblick auf ihren besonderen Wert und ihre eklatante Bedeutung in jeder Hinsicht **gestärkt und unterstützt** werden. Sie wird **auch künftig** eine **signifikante Rolle** spielen, dennoch ist das **Potenzial abnehmend** – etwa durch zunehmende Mobilität, dislozierte Familien, veränderte familiäre Strukturen, Zunahme der Frauenerwerbsquote.

Aus einer ganzen Reihe von Umfragen und Studien geht hervor, dass das Älterwerden in den eigenen vier Wänden, die **Pflege und Betreuung zu Hause**, sowohl dem **Wunsch** der überwältigenden Mehrheit **der Menschen** entspricht, als auch **volkswirtschaftlich Sinn** macht.

Neben den pflegenden Angehörigen sind **mobile Dienste wie Hauskrankenpflege und Heimhilfe** die entscheidenden Faktoren, die selbiges ermöglichen. Sie stehen pflegenden Angehörigen fachlich zur Seite und entlasten diese auf vielfältige Weise, und sie betreuen und pflegen auch Alleinstehende und Wohngemeinschaften in deren häuslicher Umgebung. Mit der Aufnahme der Versorgungslast zu 31% sind sie das quantitativ mit Abstand **relevanteste Setting in der Pflege und Betreuung**.

Mobile Dienste wie Hauskrankenpflege und Heimhilfe werden in der Regel durch **private gemeinnützige Träger** erbracht. Sie fallen kompetenztechnisch in die Angelegenheiten der **Länder**. Der **Ausbaugrad und Versorgungsmix** sowie die **sozial gestaffelten Selbstbehalte** sind **regional höchst unterschiedlich**. Letztere erbringen (gemeinsam mit sonstigen Einnahmen) über **65% der Bruttoausgaben**.

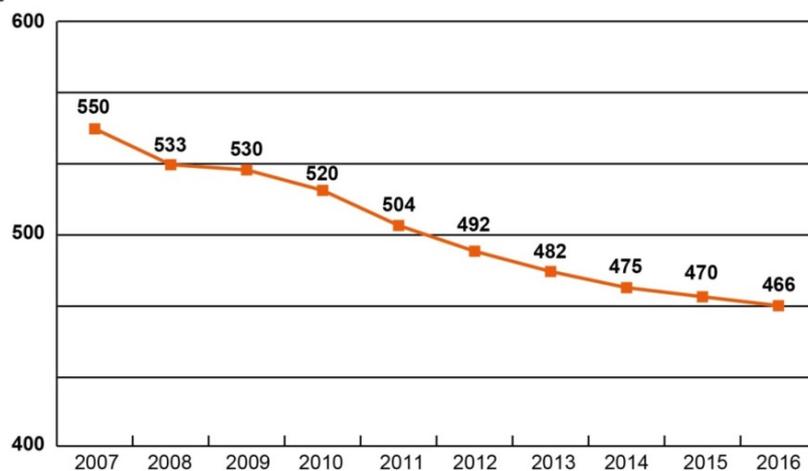
Ebenfalls auf einen Verbleib im häuslichen Bereich stellt die **24-Stunden-Betreuung** ab, für die 2007 in Österreich auf Ebene des **Bundes** gesetzliche Grundlagen (Personenbetreuung) und eine Förderung geschaffen wurden.

Die 24-Stunden-Betreuung wird zumeist von **selbständig tätigen Personenbetreuerinnen und -betreuern** wahrgenommen, welche in unterschiedlicher Weise von verschiedenen aufgestellten **Trägern bzw. Agenturen** rekrutiert und – je nach Selbstverständnis mehr oder weniger – begleitet werden. Die Träger bzw. Agenturen sind sowohl aus dem Bereich der privaten Gemeinnützigen sowie aus dem Sektor der Profitwirtschaft. Sie stehen je nach **Qualitätsverständnis** – und dieses ist **hochgradig unterschiedlich** – auch den Kundinnen und Kunden begleitend zur Seite und sichern die Qualität u.a. via fachlicher Betreuungsvisiten ab.

Die **Förderung** des Bundes beträgt 550,- Euro und wurde seit ihrer Einführung nicht valorisiert, wodurch mittlerweile ein erheblicher Kaufkraftverlust eingetreten ist.

**24-Stunden-Betreuung**  
**Kaufkraftverlust Förderung 2007 bis 2016**

Bezugsgröße 550,- Euro 2007  
in €



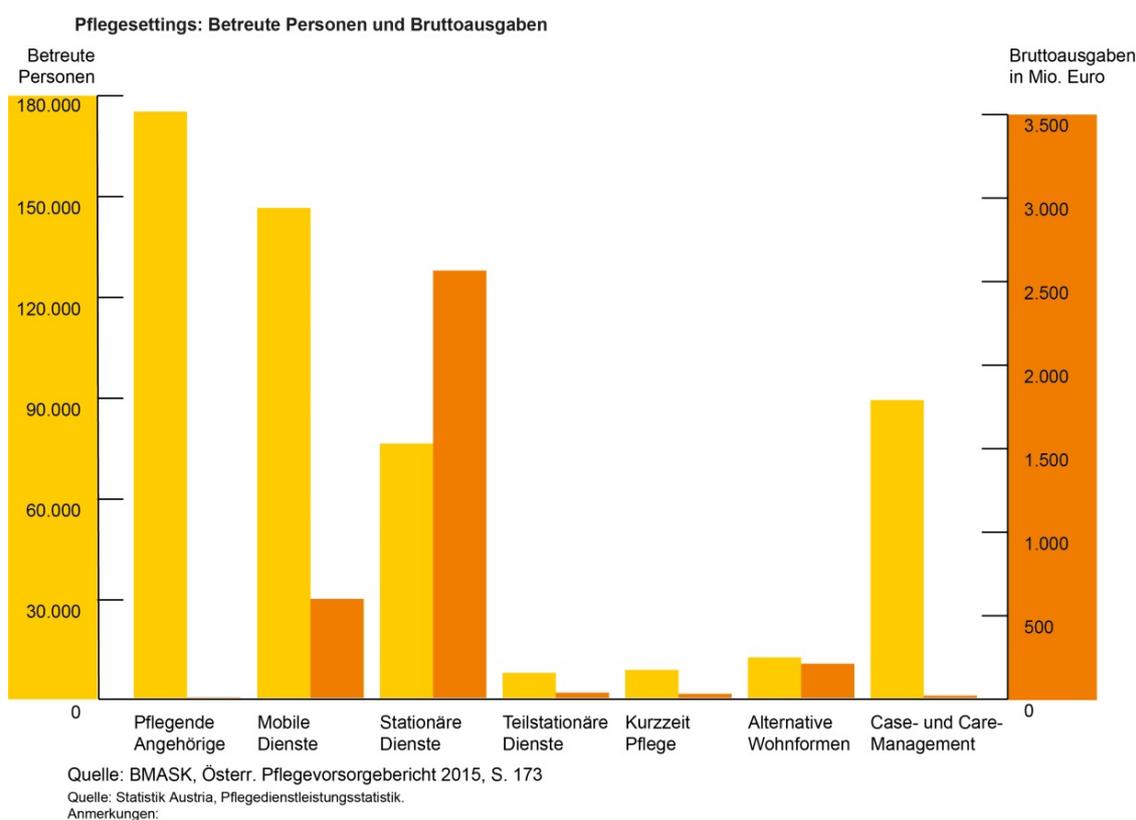
Quelle: Statistik Austria VPI

Grafik: selbsterstellt, Hilfswerk Österreich 2017

**Stationäre und teilstationäre Dienste** zielen je nach Ausrichtung auf unterschiedliche Zielgruppen und deren spezifische Bedürfnisse ab. Sie bilden sowohl punkto Betreuungs- und Pflegeintensität als auch im Hinblick auf die entstehenden Kosten das intensivste Setting im Versorgungsbogen ab. Eine besondere Rolle kommt stationären Diensten insbesondere im Hinblick auf Menschen in hohen Pflegegeldstufen, mit stark eingeschränkter Mobilität und/oder Demenz zu, sowie in Situationen, in welchen pflegende Angehörige notwendig wären, aber nur eingeschränkt oder nicht verfügbar sind. Außerdem gibt es auch Menschen, die die Sicherheit und die umfassende Versorgung in einer stationären Einrichtung wünschen oder brauchen.

Stationäre Dienste werden sowohl von **öffentlichen Trägern** (Länder, Gemeinden) als auch von **privaten gemeinnützigen Trägern** sowie von **profitorientierten Privatunternehmen** (bspw. Senecura) angeboten. Auch hier leisten die Nutzerinnen/Nutzer regional unterschiedliche Eigenbeiträge, wobei der Vermögensregress ab 2018 entfällt. **Vor Entfall des Regresses** brachten die **Eigenbeiträge** samt sonstiger Einnahmen rund **56% der Bruttoausgaben** (und damit erheblich weniger als im Bereich der mobilen Dienste).

Der Überblick über die **Zahl der betreuten Personen und die Bruttoausgaben in den unterschiedlichen Settings der Pflege und Betreuung** stellt sich wie folgt dar:



Grafik: selbsterstellt, Hilfswerk Österreich 2017

Dieser Überblick legt nahe, dass es Sinn macht, die **Versorgungslandschaft** möglichst **differenziert und bedarfsgerecht** zu gestalten.

Je differenzierter selbige beschaffen ist, umso eher trifft sie nicht nur die Bedürfnisse der Betroffenen deren Angehöriger, sondern umso eher lässt sich auch eine effektive Versorgung unter volkswirtschaftlich ausgerichteten Kalkülen sicherstellen.

Ist die Versorgungslandschaft zu „holzschnittartig“ beschaffen, „kippen“ Betroffene – ohne dies selbst zu wollen – mangels Alternative in das nächsthöhere, evtl. zu versorgungsintensive, Setting.

Vor diesem Hintergrund und mit ähnlichen Argumenten, sowie um die Pflege und Betreuung zu Hause zu stärken, wurde in den letzten Jahren ein **prioritärer Ausbau mobiler Dienste** proklamiert. Analysiert man die Entwicklung der Investitionen im Sektor, **zeigt sich kein entsprechend massiver Niederschlag** dieses Bekenntnisses: Während die Bruttoausgaben im Bereich der stationären Einrichtungen bspw. im Zeitraum von 2011 auf 2015 um rund 17% stiegen, nahmen selbige im Bereich der mobilen Dienste lediglich um 4% stärker zu (insgesamt um 21%).

Veränderung der Bruttoausgaben 2011 bis 2015

Bereiche	Ver- änderung 2011/2012	Ver- änderung 2012/2013	Ver- änderung 2013/2014	Ver- änderung 2014/2015	Ver- änderung 2011/2015
Mobile Dienste	+4,4%	+5,5%	+5,9%	+3,8%	<b>+21,0%</b>
Stationäre Dienste	+5,5%	+2,7%	+5,1%	+2,9%	<b>+17,1%</b>
Teilstationäre Dienste	+11,4%	+3,7%	+8,2%	+5,1%	<b>+31,5%</b>
Kurzzeitpflege	+22,8%	+56,0%	+5,9%	+13,8%	<b>+130,7%</b>
Alternative Wohnformen	+12,4%	+1,6%	+8,0%	+4,6%	<b>+29,0%</b>
Case- und Caremanagement	+2,5%	+8,2%	-0,3%	+14,7%	<b>+26,7%</b>

Quelle: BMASK, Österr. Pflegevorsorgebericht 2015, S. 177

Quelle zu Bruttoausgaben: Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik  
Rundungsdifferenzen bei prozentuellen Veränderungen möglich

Grafik: *selbsterstellt, Hilfswerk Österreich 2017*

## 5.2. In welcher Weise muss eine bedarfsgerechte und leistungsfähige Versorgungslandschaft entwickelt werden?

Die **Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen Versorgungslandschaft** muss vor dem Hintergrund der beschriebenen Gegebenheiten auf folgende **Grundsätze** abstellen:

- Sie muss die **positiven Ressourcen Betroffener und Angehöriger anerkennen und stärken sowie diese bestmöglich unterstützen** – insbesondere mit Blick auf die **häusliche Pflege und Betreuung**, aber auch auf **Prävention**.
- Sie muss in einem möglichst **differenzierten Bogen von in ihrer Intensität ansteigenden und unterschiedliche Bedarfe berücksichtigenden Settings** gedacht und gestaltet werden.
- Sie muss auf **österreichweit harmonisierte Versorgungsstandards nach evidenzbasierten Kriterien** abzielen (samt Harmonisierung der Eigenbeiträge) (*siehe auch Ausführungen zum Pflegefondsgesetz*).

Dies bedeutet, dass u.a. insbesondere folgende **Maßnahmen** zu setzen sind:

- Real prioritärer Ausbau der **Hauskrankenpflege, Pflegeassistenz und Heimhilfe** im Sinne plausibler und bedarfsgerechter Versorgungsstandards für die häusliche Pflege und Betreuung,
- Angebot eines jährlichen kostenlosen **präventiven Hausbesuchs** bzw. einer kostenlosen **Pflegeberatung** ab dem 75. Lebensjahr (nach dem Vorbild anderer Länder),
- Etablierung eines definierten Angebots zur **mehrständigen Tagesbetreuung zu Hause** (insbes. zur Entlastung pflegender Angehöriger von bspw. demenzkranken Personen),
- Etablierung von **psychosozialen und gerontopsychiatrischen Diensten**, insbesondere für Menschen mit Demenz, (Alters-)Depression und anderen psychosozialen und psychischen Indikationen (auch um Fehlallokation und „Drehtüreffekte“ hintan zu halten),
- gezielter Ausbau **teilstationärer Dienste** unter Berücksichtigung spezifischer Zielgruppen und regionaler Kalküle (wie bspw. für demenzkranker Personen),
- Etablierung von **Diensten zur ergänzenden Unterstützung pflegender Angehöriger**, dazu zählen eine kostenlose Erstberatung bei Eintritt des Pflegefalles bzw. im Bedarfsfall, leistbare Angebote für fachlich-pflegerisches Coaching sowie zur psychosozialen Unterstützung pflegender Angehöriger (samt Übernahme in den Leistungskatalog geförderter Dienste), mehr differenzierte Angebote zur Kurzzeitpflege,
- Etablierung eines **verbindlichen Qualitätsregimes in der 24-Stunden-Betreuung** samt **Anpassung der Förderung** (siehe Vorschlag der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt/BAG),
- Förderung altersgerechter **Wohn- und Lebensformen** (u.a. durch förderliche und unbürokratische Rahmenbedingungen für die Bildung und Betreuung von Seniorenwohngemeinschaften, steuerliche Anreize für die altersgerechte Adaption von Eigenheimen),
- Forcierung (**mobiler**) **Palliativdienste**,
- Hebung von **Qualitäts- und Effizienzpotenzialen an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Pflegesystem** (siehe Punkt 2.2.).

## KONKLUSION 5

**In Österreich werden aktuell etwa 16% der pflegebedürftigen Menschen in Heimen betreut. 84% der Menschen mit Unterstützungsbedarf leben zu Hause. Von diesen werden 46% ausschließlich von pflegenden Angehörigen betreut, 31% greift auf die Unterstützung mobiler Dienste zu, 5% leben mit 24-Stunden-Betreuung, etwa 2% nehmen teilstationäre Dienste (Tageszentren) in Anspruch.**

**Der im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit und volkswirtschaftlicher Kalküle proklamierte prioritäre Ausbau der mobilen Dienste zur Stärkung der häuslichen Pflege und Betreuung und der Angehörigenpflege schreitet nicht im entsprechenden Ausmaß voran. Selbiges gilt für die innovative Differenzierung der Versorgungslandschaft.**

**Versorgungsstandards und Eigenbeiträge sind in Österreich regional höchst unterschiedlich ausgeprägt.**

## POSITION 5

**Grundsätze und Maßnahmen zur Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen Versorgungslandschaft müssen aus Gründen der Bedarfsgerechtigkeit und Fairness, aber auch mit Blick auf volkswirtschaftliche Interessen, auf eine bestmögliche Differenzierung, auf eine Stärkung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der Angehörigenpflege und auf eine Harmonisierung der Versorgungsstandards in Österreich auf Basis evidenzbasierter Kriterien (samt Eigenbeiträgen) abstellen.**

**Zielführende Grundsätze und konkrete Maßnahmen zum Ausbau der Versorgungslandschaft finden sich im gegenständlichen *Working Paper unter Punkt 5.2. auf den Seiten 22 und 23.***

## 6. ZUM PERSONAL. ODER: WER PFLEGT?

### 6.1. Droht Österreich ein Personalnotstand in der Pflege und Betreuung?

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Österreich wird bis zum Jahr 2050 auf 750.000 Personen ansteigen. Rechnet man den Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal anhand dieses Anstieges proportional hoch, so ergibt sich ein **Bedarf, der von aktuell 62.000 auf 76.000 im Jahr 2030 und 102.000 Personen im Jahr 2050 ansteigt** (*Berechnungen SWÖ, September 2017*).

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass aktuell und künftig geburtenschwache Jahrgänge in den **Arbeitsmarkt** nachschieben (*siehe Punkt 1.1.*), dass der Sektor in den nächsten fünf bis sieben Jahren von einer signifikanten **Pensionierungswelle** erfasst wird, und des Umstandes, dass **bereits heute** mit regionalen und temporären Schwankungen ein signifikanter **Personalmangel in der Branche** festzumachen ist, muss die Situation im Personalbereich besorgen. Besonders eklatant ist die Situation im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege (Diplomiertes Pflegepersonal), und hier insbesondere im Bereich der Langzeitpflege und bei den mobilen Diensten. **Zu wenige Menschen gehen in Pflege- und Betreuungsberufe, zu viele verlassen die Branche nach einigen Jahren wieder.**

Pflege- und Betreuungsberufe sind Zukunftsberufe mit Sinn, sie sind aber auch physisch und psychisch fordernd. Gerade im Hinblick auf letzteres ist die Situation im Bereich der **Arbeitsbedingungen und Bezahlung** als **kritikwürdig** zu qualifizieren.

Zunehmender Kostendruck, entsprechende Normkostensätze und Vorgaben führen aktuell zu:

- **knappen Personalschlüsseln und zeitlich enger Bemessung unterschiedlicher Pflege- und Betreuungstätigkeiten**, was den Arbeits- und Verantwortungsdruck zuspitzt und wenig Raum für soziale Interaktion mit Betroffenen und Angehörigen lässt,
- **mangelnden Möglichkeiten für Maßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen und Stärkung der Resilienz** wie (ethische) Fallbesprechungen, Supervision, Intervision, Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen, aber auch zur Erprobung neuer Arbeitszeitmodelle,
- **unzureichende Chancen, Spezialisierung und fachliche Weiterentwicklung in der Praxis umzusetzen** und im Sinne der Fachkräfte und der Betreuten fruchtbar zu machen sowie pflegerische Konsiliardienste zu etablieren,
- **Diskriminierung in der Bezahlung**, insbesondere:
  - der Pflege- und Betreuungsberufe gegenüber anderen Berufsgruppen (wie bspw. Diplomsozialarbeitern/-arbeiterinnen),
  - der Mitarbeiter/innen in der Langzeitpflege gegenüber dem akut-stationären Bereich (insbes. Spitälern und Krankenhäusern),
  - tw. der Mitarbeiter/innen bei privaten Trägern gegenüber jenen im öffentlichen Bereich,
  - und damit tw. auch der Mitarbeiter/innen in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten gegenüber den stationären Diensten.

Darüber hinaus ist die Situation im Bereich der **Ausbildung** nach wie vor unbefriedigend. Ausbildung wird zu wenig auf praktische Erfordernisse und Marktentwicklung bzw. seriös hergeleiteten Bedarf abgestellt, zu wenig breit wird punkto „Zubringern“ gedacht (Ausbildungsschienen, -typen,- träger).

## 6.2. Was muss für das Pflege- und Betreuungspersonal getan werden?

Es fehlt in Österreich an einer breit angelegten und wissenschaftlichen **Studie zur konkreten Beschaffenheit des künftigen Personalbedarfs**, der als valide Grundlage für eine auf die praktischen Erfordernisse und Marktentwicklung abgestimmte und umfassende Ausbildungsinitiative dienen kann.

Im Gefolge muss eine **gezielte und differenzierte Ausbildungsinitiative** Platz greifen, die auf ein möglichst breites Feld an „Zubringern“ abstellt. Unterschiedliche, aber klar am praktischen Bedarf orientierte Ausbildungsschienen und -typen müssen ebenso genutzt werden wie eine Vielfalt an Trägern. (So ist jedenfalls auch nochmals die Option einer Berufsbildenden Höheren Schule für Gesundheits- und Sozialberufe zu prüfen.)

Im Bereich der **Arbeitsbedingungen und der Bezahlung** müssen folgende Maßnahmen ergriffen werden, die insbesondere durch die **Gewährung entsprechender Normkostensätze** ermöglicht werden:

- **adäquate Personalschlüssel und adäquate zeitliche Bemessung unterschiedlicher Pflege- und Betreuungstätigkeiten,**
- **Maßnahmen zur Reduktion psychischer Belastungen und Stärkung der Resilienz** wie (ethische) Fallbesprechungen, Supervision, Intervision, Stressbearbeitung nach belastenden Einsätzen, aber auch zur Erprobung neuer Arbeitszeitmodelle,
- Schaffung von Möglichkeiten, **Spezialisierung und fachliche Weiterentwicklung in der Praxis umzusetzen** und im Sinne der Fachkräfte und der Betreuten fruchtbar zu machen sowie pflegerische Konsiliardienste zu etablieren,
- **faire Bezahlung**, die Diskriminierung entsprechend hintanhält – insbesondere:
  - der Pflege- und Betreuungsberufe gegenüber anderen Berufsgruppen (wie bspw. Diplomsozialarbeitern/-arbeiterinnen),
  - der Mitarbeiter/innen in der Langzeitpflege gegenüber dem akut-stationären Bereich (insbes. Spitäler und Krankenhäuser),
  - der Mitarbeiter/innen bei privaten Trägern gegenüber jenen im öffentlichen Bereich,
  - und damit auch der Mitarbeiter/innen in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten gegenüber den stationären Diensten.

## KONKLUSION 6

**Der steigende Personalbedarf, geburtenschwache Jahrgänge im Arbeitsmarkt, eine Pensionierungswelle im Sektor, kurze Verweildauern im Beruf, zu wenig Attraktivität von Ausbildung, Arbeitsbedingungen und Bezahlung erzeugen massiven Personaldruck in der Pflege und Betreuung und werden ohne wirksame Gegenmaßnahmen zu Personalnotständen führen.**

## POSITION 6

**Es braucht eine breit angelegte wissenschaftliche Studie zur konkreten Beschaffenheit des künftigen Personalbedarfs und eine auf die praktischen Erfordernisse und Marktentwicklung abgestimmte und umfassende Ausbildungs-offensive.**

**Jenseits dessen müssen die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung im Sektor dringend adaptiert werden. Ein Schlüssel hierfür sind entsprechend angepasste Normkostensätze.**

## 7. ZUR ORGANISATION.

### ODER: WIE KANN PFLEGE EFFIZIENT ORGANISIERT WERDEN?

#### 7.1. Welche Vorteile bringen gemeinnützige private Träger?

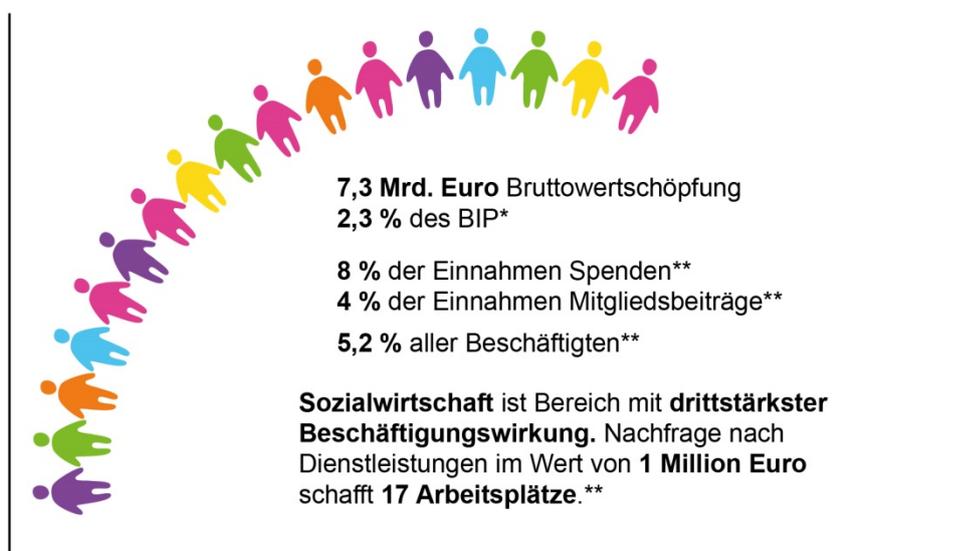
Die Übertragung von Aufgaben der Daseinsvorsorge an gemeinnützige private Träger hat erhebliche **ordnungspolitische und volkswirtschaftliche Vorteile**.

Die öffentlichen Hände nutzen private Träger (gemeinnütziger und nicht-gemeinnütziger Natur), um Dienste, für die sie im Zuge der Daseinsvorsorge verantwortlich zeichnen, zu beauftragen. Dadurch treten Fördergeber und Dienstleister als Gegenüber auf, die **Interessen des Fördergebers und des Dienstleisters differenzieren sich**, Erwartungen und Rahmenbedingungen können verhandelt werden, wechselseitige Impulse und Innovation sowie Sparring werden gefördert.

Wenn die Investitionen zudem über Gemeinnützige, also im sogenannten „Dritten Sektor“ getätigt werden, stellen die öffentlichen Hände sicher, dass die **öffentlichen Mittel im Kreislauf des Gemeinwohls gehalten** werden. Gemeinnützige private Träger stellen in ihrer Tätigkeit via Statut nicht auf Profit ab, sondern auf die Erfüllung der Gemeinwohlaufgaben. Und sie verpflichten sich via Statut zur **Reinvestition etwaiger Gewinne in gemeinnützige Zwecke** (Gewinne fließen anders als bei Unternehmen der Profitwirtschaft nicht in die Sphäre privater Investoren im In- und Ausland ab).

Ein weiterer Vorteil gemeinnütziger Träger bzw. des „Dritten Sektors“ liegt darin, dass er Mittel für gemeinnützige Zwecke über **Spenden und Sponsoring** aufstocken und vermehren kann. Zudem kann **zivilgesellschaftliches Engagement und Ehrenamt bzw. Freiwilligenarbeit** sowohl Ressourcen in die Erfüllung der Dienste einbringen als auch sinnstiftende und soziale Wirkung entfalten, die gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern.

#### Volkswirtschaftliche Effekte des Non-Profit-Sektors



Quelle: \*Leisch, Robert and Pennerstorfer, Astrid and Schneider, Ulrike (2016) Aktualisierte Daten für den Non-Profit-Bereich. Statistische Nachrichten, 2016; \*\*Haber, Gottfried (2015) Ökonomische Bedeutung der Gemeinnützigkeit in Österreich 2015, 2015

Grafik selbsterstellt, Hilfswerk Österreich, November 2017

## 7.2. Warum sind Wettbewerb, Evidenz und Bürokratieabbau wichtig?

**Wettbewerb** unter adäquat geordneten Bedingungen im Sinne nachhaltiger und verlässlicher Daseinsvorsorge ist ein probates Mittel, um **Kundenorientierung und Qualität** sich zu stellen. Durch die marktförmige Wahlentscheidung übt die Kundin bzw. der Kunde (**soziale**) **Konsumenten-souveränität** aus. Der Träger ist angehalten, **Qualität, Service und Bedarfsgerechtigkeit** des Angebots sicher zu stellen. Die öffentlichen Hände profitieren von einem geordneten Wettbewerb um **Innovation, Qualität und Effizienz** sowie von der **Bedarfssensitivität und Marktcompetenz** der Träger.

Um die gewünschte **Qualität bzw. Qualitätsstandards** hinreichend beschreiben und effektiv sicherstellen zu können, bedarf es ihrer Definition in **transparenten und evidenzbasierten Kriterien**. Es mangelt in Österreich massiv an der evidenzbasierten Herleitung und reflektierten Festlegung von Kriterien für Pflege- und Betreuungsqualität. Dies betrifft beispielsweise Zusammenhänge von Personalschlüsseln, zeitlichen Bemessungsgrundlagen für Pflege- und Betreuungstätigkeiten, Berufsgruppenmix, Kompetenzen und Kompetenzordnung, inter-/multidisziplinärer Kooperation und Dokumentation, Ressourceneinsatz (inkl. Materialien- und Technologieeinsatz) mit Ergebniskriterien quantitativer wie qualitativer Art sowie deren Ausdruck in operationalen Messgrößen. Dem entsprechend komplex und unberechenbar, aber auch ungeordnet, stellt sich das **Kontrollwesen** im Kontext dar und dementsprechend „arm“ sind die Grundlagen zur Reflexion, Festlegung von Standards und Weiterentwicklung von Qualität. Ein Blick auf internationale Beispiele könnte hier Anregung schaffen.

Für eine **effektive Leistungserbringung**, die Betreute und Personal gleichermaßen im Blick hat, aber auch den sachlichen Gegebenheiten und der ökonomischen Verhältnismäßigkeit Genüge tut, ist ein beherzter **Abbau von Bürokratie und Überreglementierung** von Nöten. Zu viel wertvolle Zeit fließt in Dokumentation und Verwaltung, zu viele lebensfremde Auflagen mit fragwürdiger Herleitung ihrer Notwendigkeit stören die Abläufe, zu viel Starrheit, beispielsweise im Bereich der Arbeitszeit, behindern zielführende Lösungen.

## KONKLUSION 7

**Die Übertragung von Aufgaben der Daseinsvorsorge an gemeinnützige private Träger hat erhebliche ordnungspolitische und volkswirtschaftliche Vorteile.**

**Wettbewerb unter adäquat geordneten Bedingungen im Sinne nachhaltiger und verlässlicher Daseinsvorsorge ist ein probates Mittel, um Kundenorientierung, Qualität, Effizienz und Innovation sich zu stellen.**

**Es mangelt in Österreich massiv an der evidenzbasierten Herleitung und reflektierten Festlegung von Kriterien für Pflege- und Betreuungsqualität.**

**Dokumentation und Verwaltung, lebensfremde Auflagen mit fragwürdiger Herleitung ihrer Notwendigkeit, zu viel Starrheit, beispielsweise im Bereich der Arbeitszeit, behindern zielführende Lösungen und effektive Abläufe in der Pflege und Betreuung.**

## POSITION 7

**Im Lichte der ordnungspolitischen und volkswirtschaftlichen Vorteile der Übertragung von Aufgaben der Daseinsvorsorge an private gemeinnützige Träger sollte selbige forciert (und auch unter den Bedingungen von Ausschreibungen gesichert) werden.**

**Wettbewerb unter adäquat geordneten Bedingungen nachhaltiger und verlässlicher Daseinsvorsorge sollte im Sinne von Kundenorientierung, Qualität, Effizienz und Innovation gezielt gefördert werden.**

**Eine sukzessive evidenzbasierte Herleitung transparenter und messbarer Kriterien für Qualität in der Pflege und Betreuung (auch als Grundlage eines geordneten Kontrollwesens und gezielter Weiterentwicklung) wäre wünschenswert und im Sinne der Betroffenen sowie der Träger/Dienstleister, aber auch der Auftraggeber zielführend.**

**Für eine effektive Leistungserbringung, die Betreute und Mitarbeiter/innen gleichermaßen im Blick hat, aber auch den sachlichen Gegebenheiten und der ökonomischen Verhältnismäßigkeit Genüge tut, ist ein beherzter Abbau von Bürokratie und Überreglementierung von Nöten.**