

**Ausbau der stationären Pflege  
in den Bundesländern**

**Quantitative und qualitative Effekte  
des Einsatzes öffentlicher Mittel  
im Vergleich zur mobilen Pflege**

**Matthias Firgo, Ulrike Famira-Mühlberger**

Wissenschaftliche Assistenz:  
Andrea Grabmayer, Andrea Hartmann,  
Gerhard Schwarz, Maria Thalhammer

# **Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern**

## **Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege**

**Matthias Firgo, Ulrike Famira-Mühlberger**

**Juni 2014**

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag der Verbindungsstelle der Österreichischen Bundesländer

Begutachtung: Christine Mayrhuber • Wissenschaftliche Assistenz: Andrea Grabmayer, Andrea Hartmann, Gerhard Schwarz, Maria Thalhammer

### **Inhalt**

Vor dem Hintergrund der Alterung der Bevölkerung, des Anstieges der Erwerbsquote und des Rückganges der Haushaltsgröße gewinnt die effiziente Ausgestaltung der Pflegesysteme immer mehr an Bedeutung. Mit Einführung des Pflegefondsgesetzes wurde der kontinuierliche Auf- und Ausbau dieser Systeme in den Bundesländern gesetzlich verankert. Dabei gilt der allgemeine Grundsatz, dem Ausbau mobiler Dienste Vorrang gegenüber dem stationären Bereich zu gewähren. Dieser Ansatz setzt jedoch eine gewisse Substituierbarkeit von stationärer Pflege durch mobile Dienste voraus. Die vorliegende Studie vergleicht daher mobile und stationäre Dienste kritisch und zeigt im Rahmen eines Literatursurveys und einer Befragung von Expertinnen und Experten die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Dienstleistungen auf. Basierend auf dem Status quo werden zudem der künftige Bedarf und Aufwand für professionelle Pflegedienste in den Bundesländern projiziert und die Effekte einer zunehmenden Verlagerung vom stationären Bereich zu mobilen und alternativen Pflege- und Betreuungsformen geschätzt. Mobile und stationäre Dienste können, wie die Untersuchung zeigt, nur eingeschränkt als Substitute betrachtet werden. Die allokative Effizienz kann sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich durch den Ausbau des Case- und Care-Managements gesteigert werden, die Intensivierung der Zusammenarbeit der beteiligten Gruppen (Angehörige, Pflege, Ärzte, Krankenhäuser) bietet weitere Potentiale zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung. In allen Bundesländern steigt der Bedarf an formeller Pflege sowohl im mobilen als auch im stationären Bereich bis 2030 deutlich, jedoch mit einem deutlichen West-Ost-Gefälle. Eine Verlagerung der Sachleistungen aus der stationären Pflege zu mobilen Diensten und alternativen Pflegeformen ist zwar mit einer deutlichen Nettoeinsparung verbunden, aufgrund der beschränkten Substituierbarkeit jedoch insgesamt nur begrenzt möglich.

Rückfragen: [Matthias.Firgo@wifo.ac.at](mailto:Matthias.Firgo@wifo.ac.at), [Ulrike.Famira-Muehlberger@wifo.ac.at](mailto:Ulrike.Famira-Muehlberger@wifo.ac.at)

2014/339-1/S/WIFO-Projektnummer: 113

© 2014 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, 1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • Fax (+43 1) 798 93 86 • <http://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 70,00 € • Download 56,00 €: <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/47447>

# Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern

## Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege

### Inhaltsverzeichnis

<b>Verzeichnis der Abbildungen</b>	<b>VI</b>
<b>Executive Summary</b>	<b>1</b>
1. <i>Wesentliche Erkenntnisse</i>	1
2. <i>Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen</i>	7
<b>1. Einleitung und Motivation</b>	<b>11</b>
<b>2. Mobile und stationäre Pflege in der aktuellen Fachliteratur</b>	<b>13</b>
2.1 <i>Häusliche und stationäre Pflege im internationalen Vergleich</i>	13
2.1.1 <i>Nutzung und Aufwände</i>	13
2.1.2 <i>Der Ausbau der häuslichen bzw. stationären Pflege und das Sterben zu Hause</i>	19
2.2 <i>Determinanten für die Wahl der jeweiligen Pflegeformen</i>	21
2.3 <i>Substitution vs. Komplementarität mobiler und stationärer Pflege</i>	23
2.4 <i>Projektionen über den Bedarf an Pflegediensten in Europa</i>	24
2.5 <i>Zusammenfassung</i>	26
<b>3. Ergebnisse einer österreichweiten Befragung von Dienstleistern im Bereich der mobilen und stationären Pflege</b>	<b>29</b>
3.1 <i>Befragung und Auswertung</i>	29
3.2 <i>Status Quo der mobilen und stationären Dienste in den Bundesländern</i>	31
3.2.1 <i>Versorgungsgrad und Auslastung</i>	31
3.2.2 <i>Struktur der betreuten Personen</i>	37
3.2.3 <i>Größenstruktur der Anbieter</i>	41
3.2.4 <i>Interdisziplinäre Kooperation in der Pflege und Betreuung</i>	44
3.2.5 <i>Zusammenfassung</i>	49
3.3 <i>Effizienz und Potentiale</i>	51
3.3.1 <i>Arbeitszeit und Betreuungsverhältnis</i>	51
3.3.2 <i>Tourenplanung der mobilen Dienste</i>	58
3.3.3 <i>Optimale und tatsächliche Struktur betreuter Personen</i>	60
3.3.4 <i>Gesundheitsvorsorge</i>	64
3.3.5 <i>Zusammenfassung</i>	67

3.4	<i>Erwartungen über die Entwicklung der Nachfrage und Kosten</i>	69
3.4.1	<i>Kostenentwicklung im mobilen und stationären Bereich</i>	69
3.4.2	<i>Nachfrageentwicklung und Ausbaupläne mobiler und stationärer Anbieter</i>	69
3.4.3	<i>Zusammenfassung</i>	73
3.5	<i>Zum Grad der Substituierbarkeit von stationären und mobilen Dienste</i>	73
3.5.1	<i>Motive für die Nutzung mobiler und stationärer Dienste</i>	74
3.5.2	<i>Substitution vs. Komplementarität von informeller, mobiler bzw. stationärer Pflege und Betreuung</i>	77
3.5.3	<i>Zusammenfassung</i>	80
<b>4.</b>	<b>Projektionen des Bedarfs und der Entwicklung der öffentlichen Aufwände für Pflegedienstleistungen in den österreichischen Bundesländern</b>	<b>82</b>
4.1	<i>Bestimmende Faktoren der Kostenentwicklung</i>	82
4.1.1	<i>Demografische Einflussfaktoren</i>	83
4.1.2	<i>Nicht-demografische Einflussfaktoren</i>	92
4.2	<i>Modelldesign, Methoden und Annahmen</i>	95
4.3	<i>Ergebnisse der Projektionen</i>	98
4.3.1	<i>Projektionen der Anzahl der öffentlich unterstützten Personen und des öffentlichen Finanzaufwands auf Basis der demografischen Entwicklung (Demografieszenario)</i>	98
4.3.2	<i>Projektionen der Anzahl der öffentlich unterstützten PflegedienstleistungsbezieherInnen und des öffentlichen Finanzaufwands auf Basis demografischer und nicht-demografischer Faktoren</i>	102
4.3.3	<i>"Mobil vor stationär": Politikszenerien</i>	112
4.4	<i>Zusammenfassung der Projektionen</i>	114
<b>5.</b>	<b>Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen</b>	<b>117</b>
5.1	<i>Zielgerichtete Steuerung zur erfolgreichen Deckung des öffentlichen Bedarfs an stationärer Pflege notwendig</i>	117
5.2	<i>Potentiale zur Effizienzsteigerung bestehen bei der Zuteilung und bei den Kosten</i>	119
5.3	<i>Derzeitige föderale Strukturen begünstigen Unterschiede in den Leistungsstandards</i>	122
5.4	<i>Aspekte der Finanzierung</i>	124
5.5	<i>Zielkonflikte vermeiden</i>	125
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>126</b>

<b>Anhang A – Details zum Befragungsrücklauf</b>	<b>129</b>
<b>Anhang B – Fragebögen für stationäre und mobile Einrichtungen</b>	<b>132</b>
<i>Anhang B1 – Mobile Dienste – Langversion</i>	132
<i>Anhang B2 – Mobile Dienste – Kurzversion</i>	138
<i>Anhang B3 – Stationäre Dienste</i>	143
<b>Anhang C – Weitere Übersichten zu Kapitel 4</b>	<b>148</b>
<b>Anhang D – Projektionsübersichten</b>	<b>154</b>
<i>Anhang D1 – Gesamtszenarien (untere und obere Szenarien)</i>	154
<i>Anhang D2 – Übersichten nach Bundesländern – Finanzaufwand (Gesamtszenario)</i>	158
<i>Anhang D3 – Übersichten nach Bundesländern – Personen (Gesamtszenario)</i>	161
<i>Anhang D4 – Übersichten PolitikszENARIO nach Bundesländern sortiert</i>	164

## Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 2.1:	Typologie der europäischen Pflegesysteme nach Kraus et al. (2010)	14
Übersicht 2.2:	Determinanten für den Eintritt in die stationäre Pflege im Rahmen einer Meta-Studie	23
Übersicht 2.3:	Projektionen über die Zahl mobil und stationär betreuter Personen in vier ausgewählten Ländern	25
Übersicht 3.1:	Auslastung und Wartezeit in stationären Einrichtungen	37
Übersicht 3.2:	Gebietsausdehnung der Anbieter mobiler Dienst	42
Übersicht 3.3:	Interdisziplinäre Kooperation bei Anbietern mobiler Dienste	45
Übersicht 3.4:	Stationäre Dienste – Kooperation mit mobilen Diensten nach Bundesland	49
Übersicht 3.5:	Arbeitszeit und Betreuungsverhältnis	53
Übersicht 3.6:	Zusammenhang zwischen Wegzeiten und der Länge des Arbeitstages	58
Übersicht 3.7:	Zusammenhang zwischen Wegzeiten und Gebietsausdehnung	59
Übersicht 3.8:	KlientInnen mobiler Dienste mit suboptimaler Zuteilung in Bezug auf das Pflegebedürfnis	62
Übersicht 3.9:	Einschätzungen über die künftige Nachfrage nach dem eigenen Angebot (mobile Dienste)	70
Übersicht 3.10:	Ausbaupläne mobiler und stationärer Dienstleister	72
Übersicht 3.11:	Komplementarität vs. Substitution aus Sicht mobiler Dienstleister	78
Übersicht 3.12:	Komplementarität vs. Substitution aus Sicht stationärer Dienstleister	78
Übersicht 4.1:	Österreichische Bevölkerung nach Altersgruppe gemäß Bevölkerungsprognose	85
Übersicht 4.2:	Einpersonenhaushalte von Personen im Alter von 65 und mehr Jahren in Österreich (2012, 2020, 2030)	89
Übersicht 4.3:	Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit	90
Übersicht 4.4:	Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand), 1978-2006	91
Übersicht 4.5:	Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung 2003-2012	91
Übersicht 4.6:	Stand der Bevölkerung sowie Frauenanteil nach Altersgruppen in Österreich 2012, 2020, 2030	93
Übersicht 4.7:	Stationäre Pflege – Demografieszenario	99
Übersicht 4.8:	Mobile Pflege – Demografieszenario	99
Übersicht 4.9:	Teilstationäre Dienste – Demografieszenario	100
Übersicht 4.10:	Anzahl der Personen in Kurzzeitpflege – Demografieszenario	100
Übersicht 4.11:	Alternative Wohnformen – Demografieszenario	101
Übersicht 4.12:	Case und Care Management in Euro – Demografieszenario	101
Übersicht 4.13:	Stationäre Pflege – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)	103
Übersicht 4.14:	Mobile Pflege – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)	103

Übersicht 4.15: Teilstationäre Dienste – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)	104
Übersicht 4.16: Kurzzeitpflege – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)	104
Übersicht 4.17: Alternativen Wohnformen – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)	105
Übersicht 4.18: Case- und Care-Management – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)	105
Übersicht 4.19: Stationäre Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)	106
Übersicht 4.20: Mobile Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)	107
Übersicht 4.21: Teilstationäre Dienste - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)	107
Übersicht 4.22: Kurzzeitpflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)	108
Übersicht 4.23: Alternative Wohnformen - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)	108
Übersicht 4.24: Finanzaufwand Case- und Care-Management - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)	109
Übersicht 4.25: Finanzaufwand stationäre Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)	110
Übersicht 4.26: Finanzaufwand mobile Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)	110
Übersicht 4.27: Finanzaufwand teilstationäre Dienste - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)	110
Übersicht 4.28: Finanzaufwand Kurzzeitpflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)	111
Übersicht 4.29: Finanzaufwand alternative Wohnformen - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)	111
Übersicht 4.30: Finanzaufwand Case- und Care-Management - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)	111
Übersicht 4.31: Projektionen Finanzaufwand insgesamt - Gesamtszenario	112
Übersicht 4.32: Finanzaufwand insgesamt – Politikgesamtszenario	113
Übersicht 4.33: Einsparungen des Politikgesamtszenario gegenüber dem Gesamtszenario	114
Übersicht A1: Details zum Rücklauf der Befragung mobiler Dienste	129
Übersicht A2: Details zum Rücklauf der Befragung stationärer Dienstleister	130

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 2.1: Anteil der gepflegten Personen im Alter von 65+ in Europa	15
Abbildung 2.2: Ausgaben für häusliche und stationäre Pflege in OECD-Ländern	17
Abbildung 2.3: Pflegebetten in Pflegeheimen und Krankenhäusern in OECD-Ländern	18
Abbildung 2.4: Verbreitung der mobilen Dienste im europäischen Vergleich	19
Abbildung 2.5: Öffentliche Ausgaben für häusliche Pflege, die Zahl der Pflegebetten und die Wahrscheinlichkeit für das Sterben zu Hause	20
Abbildung 3.1: Anteil mobil bzw. stationär gepflegter Personen an der Bevölkerung mit 65+ Jahren nach Bundesland 2012	33
Abbildung 3.2: Anteil mobil bzw. stationär gepflegter Personen an der Zahl der PflegegeldempfängerInnen nach Bundesland 2012	34
Abbildung 3.3: Anteil gepflegter Personen nach Pflegedienstleistung und Bundesland	35
Abbildung 3.4: Mobil betreute Personen nach Pflegegeldstufen und Bundesland	38
Abbildung 3.5: Stationär betreute Personen nach Pflegegeldstufen und Bundesland	39
Abbildung 3.6: Mobil betreute Personen nach Alterskohorten und Bundesland	40
Abbildung 3.7: Stationär betreute Personen nach Alterskohorten und Bundesland	40
Abbildung 3.8: Zahl der betreuten Personen je mobilem Dienstleister	42
Abbildung 3.9: Anzahl der Heimplätze je stationärer Pflegeeinrichtung	43
Abbildung 3.10: Angebote an Pflege, medizinischer und therapeutischer Betreuung in stationären Einrichtungen	46
Abbildung 3.11: Freizeitangebot in stationären Einrichtungen	47
Abbildung 3.12: Kooperation zwischen mobilen und stationären Diensten	48
Abbildung 3.13: Zusammenhang zwischen KlientInnen pro Vollzeitäquivalent, Arbeitszeit, Pflegezeit und Zahl der KlientInnen bei mobilen Diensten	56
Abbildung 3.14: Zusammenhang zwischen BewohnerInnen pro Vollzeitäquivalent, Arbeitszeit, Pflegezeit und Zahl der BewohnerInnen bei stationärer Pflege	57
Abbildung 3.15: Durchschnittliche Eignung mobiler Dienste nach Pflegegeldstufen	61
Abbildung 3.16: Durchschnittliche Eignung stationärer Dienste nach Pflegegeldstufen	61
Abbildung 3.17: HeimbewohnerInnen mit suboptimaler Zuteilung nach Pflegegeldstufen	63
Abbildung 3.18: HeimbewohnerInnen mit suboptimaler Eignung nach Bundesland	63
Abbildung 3.19: Erkrankungshäufigkeit zu Hause gegenüber stationären Einrichtungen nach Einschätzung mobiler Dienstleister	65
Abbildung 3.20: Häufigkeit der Spitalseinlieferungen von BewohnerInnen nach Einschätzung stationärer Dienstleister	67

Abbildung 3.21: Einschätzungen über die künftige Nachfrage nach dem eigenen Angebot (stationäre Dienste)	71
Abbildung 3.22: Häufige Gründe für die Nutzung mobiler Dienste gegenüber der Angehörigenpflege	75
Abbildung 3.23: Häufige Gründe für die Nutzung mobiler Dienste gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen	76
Abbildung 3.24: Häufige Gründe für die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung	77
Abbildung 3.25: Grad der Konkurrenz zwischen mobilen und stationären Diensten	79
Abbildung 3.26: Konkurrenz zwischen mobilen und stationären Diensten nach Pflegegeldstufen	80
Abbildung 4.1: Berücksichtigte Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege	83
Abbildung 4.2: Bevölkerungspyramide Österreich 2012, 2030 und 2060 (mittlere Variante)	84
Abbildung 4.3: Anteil der Bevölkerung 80+ an der Gesamtbevölkerung in %, 2012 und 2030 im Vergleich	85
Abbildung 4.4: Age-Dependency Ratios nach Bundesländern	86
Abbildung 4.5: Anstieg der Einpersonenhaushalte in den Bundesländern	87
Abbildung 4.6: Veränderung Einpersonenhaushalte kleinräumig	88
Abbildung 4.7: Entwicklung der Einpersonenhaushalte 2011 bis 2060 nach Bundesland	88
Abbildung 4.8: Anstieg der Einpersonenhaushalte von Personen im Alter von 65 und mehr Jahren nach Bundesland	89
Abbildung 4.9: Alters- und geschlechtsspezifische Erwerbsquoten 2009-2050 (laut Hauptszenario)	94
Abbildung 4.10: Gesamtkosten im Gesamtszenario nach Bundesländern	115



## **Executive Summary**

Vor dem Hintergrund einer zunehmend alternden Bevölkerung, steigenden Erwerbsquoten und sinkenden Haushaltsgrößen, gewinnt die effiziente Ausgestaltung öffentlich finanzierter, professioneller Pflegesysteme zunehmend an Bedeutung. Mit Einführung des Pflegefondsgesetzes wurde der weitere Auf- und Ausbau dieser Systeme in den Bundesländern auch gesetzlich verankert. Dabei gilt der allgemeine Grundsatz mobilen vor stationären Diensten Vorrang zu gewähren. Dieser Ansatz setzt jedoch eine gewisse Substituierbarkeit von stationärer Pflege durch mobile Dienste voraus. Ziel der vorliegenden Studie ist es daher erstens, mobile und stationäre Dienste zu vergleichen und die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Pflegearten aufzuzeigen. Zu diesem Zweck werden die Erkenntnisse der aktuellen Fachliteratur diskutiert (Kapitel 2) und Auswertungen der Befragungen von ExpertInnen an der Schnittstelle zwischen Management und Praxis zu Erfahrungen und Einschätzungen der Entwicklungen in der mobilen und stationären Pflege vorgestellt (Kapitel 3). In zwei Befragungswellen wurden dazu Fragebögen an über 1.200 Adressen von Einrichtungen im Bereich der mobilen und stationären Pflege versendet. Die Rücklaufquote von über 50% lässt auf ein reges Interesse der Branche an umfassenden Studien schließen. In Kapitel 4 werden – basierend auf dem Status Quo – der künftige Bedarf und die Aufwände für öffentlich finanzierte Pflegedienste auf Ebene der einzelnen Bundesländer projiziert und die Effekte einer zunehmenden Verlagerung vom stationären Bereich hin zu alternativen Pflege- und Betreuungsformen auf die öffentlichen Aufwendungen abgeschätzt.

### **1. Wesentliche Erkenntnisse**

#### **Österreich im internationalen Vergleich: Hohe Verbreitung der informellen Pflege, Versorgungsgrad durch formelle Pflegedienste unterdurchschnittlich**

- In einem internationalen Vergleich der Pflegesysteme in Europa zeichnet sich die Pflege in Österreich durch ein moderates Niveau an öffentlichen Ausgaben, einen hohen Anteil an informeller Pflege in Kombination mit einem hohen Maß an gesetzlicher Absicherung für informelle Pflegepersonen, sowie durch ein hohes Ausmaß an ungebundenen Geldleistungen aus. Während sich Österreich im europäischen Vergleich unter den Spitzenreitern in der Verbreitung der informellen Pflege befindet, liegt das Land beim Angebot mobiler und stationärer Dienste jeweils im unteren Mittelfeld.
- In beinahe allen Ländern der OECD überwiegt die Anzahl der Personen in der häuslichen (formellen und informellen) Pflege jene in der stationären, jedoch sind in fast allen betrachteten Ländern die (privaten plus öffentlichen) Gesamtausgaben für stationäre Pflege höher als für häusliche Pflege. Österreich ist eines von wenigen Ländern, in denen die Gesamtausgaben für häusliche und stationäre Pflege ausgeglichen sind. Mit Gesamtausgaben von etwa 1,5% des BIP lag Österreich 2011 im oberen Drittel der OECD Länder (7. Rang), insbesondere aufgrund überdurchschnittlich hoher Ausgaben für die häusliche

Pflege (4. Rang; stationär 8. Rang). Der Versorgungsgrad im stationären Bereich ist im Vergleich der OECD Länder in Österreich deutlich unterdurchschnittlich.

- Die Varianz der Verbreitung ist im stationären Bereich deutlich niedriger als in der häuslichen (informellen wie mobilen) Pflege. Die international deutlichen Unterschiede in der Verbreitung mobiler Dienste resultieren vor allem aus großen Differenzen in der Nutzung der Heimhilfe. In Ländern wie Österreich oder Deutschland greifen Menschen für die Unterstützung im Alltag in der Regel auf informelle Netzwerke zurück, wann immer diese verfügbar sind, in Ländern wie Dänemark oder den Niederlanden ist die Verbreitung der Heimhilfe etwa dreimal höher. In der Hauskrankenpflege sind die Unterschiede deutlich weniger stark ausgeprägt. Diese Beobachtungen dienen als erste Hinweise für die Hypothese, dass die Substituierbarkeit zwischen informeller Pflege und der Heimhilfe deutlich höher ist, als zwischen informeller Pflege und mobiler Hauskrankenpflege, sowie zwischen häuslicher (informeller wie mobiler) und stationärer Pflege.

**Status Quo in den Bundesländern: Vollaustattung im stationären Bereich, höhere Flexibilität des meist kleinräumigen mobilen Angebots; Interdisziplinäre Kooperation bereits weit verbreitet, ärztliche Versorgung im mobilen wie stationären Bereich ausbaufähig**

- Im stationären Bereich herrscht in allen Bundesländern weitestgehend Vollaustattung. Die Auslastung liegt in allen neun Ländern im Mittel bei über 94%, in vier Ländern sogar über 98%. In circa zwei Dritteln aller Heime besteht eine Wartezeit bei der Aufnahme, in Vorarlberg und Salzburg liegt der Anteil von Heimen mit Wartezeit bei über 80%. Insgesamt lassen diese Ergebnisse darauf schließen, dass die Nachfrage nach Plätzen im Bereich der stationären Pflege das Angebot in allen Bundesländern übersteigt. In der mobilen Pflege bestehen in der Regel keinerlei nennenswerte Wartezeiten für die Nutzung der jeweiligen Angebote.
- Im mobilen Bereich werden in der Hälfte aller Einrichtungen weniger als 100 Personen von einem Stützpunkt aus betreut, in weniger als einem Viertel aller befragten mobilen Einrichtungen erfolgt die Betreuung von mehr als 200 Personen von einer Adresse aus. Ein Großteil der mobilen Dienste bietet lediglich kleinräumig an, ca. 80% aller befragten Einrichtungen nur in einer oder mehreren Gemeinden innerhalb eines politischen Bezirks. Aufgrund der föderalen Organisation der Pflege bildet ein überregionales Angebot die Ausnahme, nur 1,2% aller befragten Anbieter agieren in mehreren Bundesländern. Im stationären Bereich dominieren in Wien, Niederösterreich und Oberösterreich große Heime mit über 75 Plätzen, in den restlichen Bundesländern überwiegen kleine Heime, die für 26 bis 75 Personen ausgelegt sind.
- Je nach Bundesland gehören zwei Drittel bis drei Viertel der mobil betreuten Personen den Pflegegeldstufen 1-3 an. In der stationären Pflege stellen Personen der Pflegegeldstufen 4-7 die Mehrheit. Länder ohne explizite Verknüpfung des geförderten Heimzugangs an eine bestimmte Pflegegeldstufung weisen stationär im Schnitt höhere Anteile an geförderten Personen in den Pflegegeldstufen 1-3 auf. Mehr als die Hälfte der geförderten, stationär gepflegten Personen ist 85 Jahre und älter. Im internationalen Vergleich wird

die stationäre Pflege in Österreich deutlich seltener von Personen unter 80 Jahren genutzt. Diese Altersstruktur führt – ceteris paribus – dazu, dass die massiven Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die stationäre Langzeitpflege in Österreich bei Fortbestand dieser Altersstruktur vergleichsweise später einsetzen werden, als in vielen anderen europäischen Ländern.

- Bei der interdisziplinären Zusammenarbeit weisen mobile Dienste im Vergleich zu stationären Einrichtungen noch Ausbaupotentiale auf. Zwar sind die Anbieter mobiler Dienste einhellig der Meinung, dass solche Kooperationen wichtig sind, jedoch besteht lediglich bei 60% aller Anbieter eine Kooperation mit Berufsgruppen außerhalb des eigenen Angebots. Als hauptsächliches Hemmnis für eine (bessere) interdisziplinäre Zusammenarbeit wird das Fehlen zeitlicher Ressourcen, beispielsweise gesetzlich verankerte Zeitkontingente für Fallbesprechungen und den institutionalisierten interdisziplinären Austausch, gesehen.
- Aufgrund höherer Anforderungen sind interdisziplinäre Kooperation und ganzheitliche Pflegekonzepte im stationären Bereich bereits weit verbreitet, die ärztliche Versorgung wird von den befragten ExpertInnen hingegen häufig als mangelhaft bzw. verbesserungsfähig eingestuft. Demnach steht einem Fünftel aller befragten Heime nach eigener Aussagen keine Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen außer Haus zur Verfügung; ein Drittel gibt sogar an, über keine ambulante ärztliche Versorgung im Haus zu verfügen. Auch im Bereich der mobilen Pflege wird die Verfügbarkeit von und die Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen vielfach als ausbaufähig bezeichnet.
- Drei Viertel aller mobilen Dienstleister arbeiten bereits mit stationären Einrichtungen zusammen (Erbringung mobiler Dienste im Haus oder regelmäßiger Informationsaustausch und Schnittstellenmanagement, etc.), aber nur etwa die Hälfte aller Heime arbeitet mit mobilen Dienstleistern zusammen. Während nur an die 15% aller mobilen Dienstleister keine Kooperationsmöglichkeiten mit dem stationären Bereich sehen, gab fast ein Drittel aller Heime an, keine Möglichkeiten zur Kooperation mit mobilen Diensten zu sehen.

#### **Höhere Teilzeitquote bei mobilen Diensten und im Westen, Potentiale zur Steigerung der allokativen Effizienz durch Ausbau des Case- und Care-Managements**

- In der Arbeitszeit treten deutliche Unterschiede zwischen den beiden Dienstleistungsarten bzw. den einzelnen Bundesländern hervor. Die durchschnittliche Arbeitszeit der in der mobilen Pflege beschäftigten Personen liegt lediglich bei 55% eines Vollzeit-Dienstverhältnisses, in der stationären Pflege bei 80%. Regional betrachtet macht sich ein deutliches Ost-West-Gefälle bemerkbar - Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich weisen die niedrigste durchschnittliche Arbeitszeit auf, das heißt, in diesen Ländern ist der Anteil an Teilzeitbeschäftigung am höchsten.
- Deutliche regionale Unterschiede zeigen sich auch in der Anzahl der betreuten Personen pro vollzeitbeschäftigter Person (in Vollzeitäquivalenten). Diese Varianz zwischen den Bundesländern liegt einerseits in unterschiedlichen Strukturen der betreuten Personen in Hin-

blick auf die Pflegebedürftigkeit, ist aber auch durch teils stark unterschiedlich ausgestaltete Personalschlüssel bedingt.

- Für die mobilen Dienste zeigen die Auswertungen einen positiven Zusammenhang zwischen der Zahl der KlientInnen pro vollzeitbeschäftigter Pflegeperson (ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten) und dem Anteil an Wegzeiten an der Gesamtarbeitszeit, ebenso korrelieren die Wegzeiten positiv mit der Größe des betreuten Gebiets. Der umfassenden Anwendung elektronisch gestützter Einsatz- und Tourenplanung kommt somit bei Diensten mit häufigem Ortswechsel und bei einer weiten Gebietsausdehnung eine besondere Rolle zu, um die durch Wegzeiten entstehenden Ineffizienzen zu minimieren.
- Eine Analyse der allokativen Effizienz verdeutlicht, dass in der mobilen Pflege ca. jede 9. (Heimhilfe) bzw. jede 11.-12. (Hauskrankenpflege) Person Dienste in Anspruch nimmt, die gemäß ihrer PflegegeldEinstufung (ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge) nach Einschätzung der jeweiligen Dienstleister weniger als gut für den Pflegebedarf der betroffenen Person geeignet sind. Stationär (ebenfalls ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge) lebt jede 3.-4. Person der Pflegegeldstufen 0 bis 2 in einer Einrichtung, die von den Anbietern für den jeweiligen Betreuungsbedarf gemäß Pflegegeldstufe für weniger als gut geeignet erachtet wird. Ab Pflegegeldstufe 3 reduziert sich dieser Anteil bis Stufe 5 auf unter 5%. Bei dieser Bewertung zeigen sich auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. In Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg sind gemäß Einschätzung der Anbieter jeweils etwa 10% aller Personen weniger als gut für die stationäre Pflegeeinrichtung geeignet, in der sie sich befinden. In den Bundesländern Kärnten und Wien betrifft dieses Problem hingegen nur 0,9% bzw. 1,6% aller stationär gepflegten Personen. Der Ausbau und die Förderung des Case- und Care-Managements werden dazu beitragen, die allokativen Effizienz im mobilen wie im stationären Bereich zu erhöhen.
- In Hinblick auf vermeidbare Krankheitskosten würde nach Einschätzung der befragten Pflege-ExpertInnen eine bessere Verfügbarkeit der niedergelassenen ÄrztInnen und eine höhere Bereitschaft zu Visiten, aber auch eine bessere Zusammenarbeit aller betroffenen Gruppen (ÄrztInnen, Krankenhäuser, Pflege, Angehörige) positive Effekte erzielen. Vor allem im stationären Bereich wurden in diesem Zusammenhang von den BefragungsteilnehmerInnen häufig auch ein höherer Personalschlüssel sowie ein höherer Anteil an diplomierten Pflegekräften gefordert.

#### **Realer Kostenanstieg und höhere Nachfrage erwartet**

- Die Anbieter stationärer und mobiler Pflege- und Betreuungsdienste rechnen mit höheren Kostensteigerungen je Leistungseinheit in den kommenden fünf, als in den vergangenen fünf Jahren. Dies dürfte vor allem an der steigenden durchschnittlichen Betreuungsintensität der jeweiligen KlientInnen liegen, sowie an der Erwartung höherer Löhne aufgrund der steigenden Nachfrage.

- Die überwiegende Mehrheit der Anbieter mobiler Dienste rechnet mit einem (starken) Anstieg der Nachfrage nach dem eigenen Angebot, unter den stationären Diensten ist die Erwartung etwas zurückhaltender. Die steigende Verbreitung der 24-Stunden-Betreuung zu Hause wird von beiden Pflegeformen am häufigsten als Grund für eine stagnierende oder rückläufige Nachfrage genannt.
- Etwa zwei Drittel der mobilen Dienstleister planen eine Aufstockung des Personals und/oder der Zahl der betreuten Personen, ein Drittel gibt an, das Leistungsspektrum erweitern zu wollen. Im stationären Bereich plant in etwa die Hälfte der BefragungsteilnehmerInnen einen Ausbau, am häufigsten durch die Erweiterung des Leistungsspektrums.
- Vor allem im mobilen Bereich wiesen viele BefragungsteilnehmerInnen bereits aktuell auf einen Personalmangel hin, der den weiteren Ausbau des Angebots erschwert. Die zunehmende relative Verknappung des Arbeitsangebots erfordert deshalb Maßnahmen zur Attraktivierung der Pflegeberufe, um dem drohenden Mangel an Arbeitskräften entgegenzuwirken und einen bedarfsgerechten Ausbau mobiler und stationärer Dienste sicherzustellen.

#### **Substitution stationärer durch mobile Pflege nur begrenzt möglich**

- Aktuelle Forschungsergebnisse aus zwei umfassenden, EU-finanzierten Projekten und die Ergebnisse der österreichweiten Befragung im Rahmen der vorliegenden Studie lassen den Schluss zu, dass informelle, mobile und stationäre Pflege nur jeweils eingeschränkt als Substitute gesehen werden können. Insgesamt wird deutlich, dass eine Substitution am ehesten zwischen der informellen Pflege und der Heimhilfe besteht, während mobile Dienste bei einer höheren Pflegebedürftigkeit weitgehend als ergänzende, komplementäre Angebote zur informellen Pflege betrachtet werden können. In Österreich werden mobile Dienste 4,6 Mal häufiger ergänzend denn als substitutiv zur informellen Pflege genutzt.
- Als wichtigste Determinanten für den Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung erweisen sich in der Literatur dementielle Erkrankungen. In Österreich ist Demenz in fast 50% aller Fälle für die Aufnahme in ein Pflegeheim verantwortlich, da diese sowohl zu kognitiven als auch zu funktionellen Einschränkungen führt. Das Alter (insbesondere über 85 Jahren), die Zahl der Einschränkungen in den (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), aber auch deren Zunahme, sowie das Vorhandensein einer Bedarfsprüfung und/oder die Teilfinanzierung durch die betroffenen Personen wurden in einer internationalen Auswertung statistisch neben der Demenz als wichtigste Determinanten für die Wahrscheinlichkeit des Eintritts in die stationäre Pflege ermittelt.
- In Hinblick auf die Frage nach der Substituierbarkeit zwischen mobilen und stationären Diensten zeigt die Literatur vorwiegend eine chronologische und komplementäre, an Stelle einer substitutiven Beziehung: Die Nutzung mobiler Dienste erweist sich als statistisch signifikante Determinante für die spätere stationäre Pflege. Die Ergebnisse der Befragung von ExpertInnen im Rahmen dieser Studie belegen, dass die körperliche und psychische

Verfassung einer pflegebedürftigen Person die wichtigsten Motive für die Wahl einer bestimmten Pflegeform in Österreich bilden. Überlegungen zu qualitativen Unterschieden der jeweiligen Dienste oder ein Mangel an alternativen Angeboten spielen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle.

- Lediglich eine Minderheit der mobilen und stationären Dienstleister betrachtet das jeweils andere Angebot als Konkurrenz bzw. Substitut. Das beidseitige Konkurrenzempfinden beschränkt sich dabei – sofern überhaupt vorhanden – vorwiegend auf Personen in den Pflegegeldstufen 3 bis 5. Diese und weitere Befragungsergebnisse bestätigen sowohl die Komplementarität der beiden Pflegearten zueinander, als auch deren vorwiegende Komplementarität in Hinblick auf die informelle Pflege. Mobile, stationäre und informelle Pflege decken unterschiedliche Bedürfnisse ab und verhalten sich deswegen vorwiegend komplementär zu einander. Mobile und stationäre Dienste werden meist sequentiell – also in unterschiedlichen Stadien der Pflegebedürftigkeit – genutzt.

#### **Nationale und internationale Projektionen sehen langfristig stärkeren Anstieg der Nachfrage der Langzeitpflege, Arbeitskräfteangebot im Pflegesektor sinkt**

- Projektionen über die Zukunft der informellen und formellen Pflege in mehreren europäischen Ländern verdeutlichen, dass die Zahl an informellen Pflegepersonen zwar ansteigen wird, dieser Anstieg jedoch nicht mit der steigenden Nachfrage an Pflege mithalten kann. Dies ist vor allem auf die ungünstige Entwicklung im Verhältnis zwischen der Größe der Erwerbsbevölkerung und der Bevölkerung im pflegebedürftigen Alter zurückzuführen, nicht jedoch auf Entwicklungen in der PartnerInnenpflege. Die Ergebnisse der Langzeitprojektionen, insbesondere in Kombination mit der deutlichen relativen Verknappung des Arbeitskräfteangebots, stellen jedenfalls eine große politische Herausforderung dar.
- Die Projektionen über die Nachfrage und die Kosten der Pflegedienste für die öffentlichen Haushalte der österreichischen Bundesländer zeigen eine eindeutige Steigerung in der mittelbaren Zukunft. Die demografische Entwicklung führt zu einer fortschreitenden Alterung der Gesellschaft und das Pflegepotential der Familie wird durch den gesellschaftlichen Wandel hin zu einer zunehmenden Individualisierung reduziert. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von älteren Menschen ist zwar belegt, hat aber auf die Projektionen nur geringe Effekte und kann keinesfalls die demografischen Effekte aufheben. Zusätzlicher Faktor ist ein zu erwartender Kostenanstieg im Pflegesektor, vor allem durch die Möglichkeit steigender Löhne aufgrund der steigenden Nachfrage sowie durch eine steigende durchschnittliche Betreuungsintensität der gepflegten Personen.
- Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung wie auch einer sich verbessernden gesundheitlichen Situation älterer Menschen, eines Rückgangs der informellen Pflege und Kostensteigerungen im Pflegesektor, zeigen die Projektionen eine deutliche Steigerung der öffentlichen Finanzaufwände für Pflegedienstleistungen in den einzelnen Bundesländern. Zwischen 2012 und 2030 wird eine Steigerung der öffentlichen Gesamtaufwände zwischen 112% (Burgenland) und 159% (Vorarlberg) berechnet, wobei die Steige-

rungsraten der restlichen Bundesländer zwischen diesen beiden Bundesländern liegen. Das entspricht mindestens einer Verdopplung der Kosten der Pflege für die öffentlichen Haushalte der Bundesländer bis 2030. Dabei ergeben die Projektionen einen etwas geringeren Anstieg für mobile Dienste (Wien: 109% zwischen 2012 und 2030 und Vorarlberg: 154,7%) als für stationäre Dienste (Burgenland: 112,6% und Vorarlberg 160%). Im Vergleich zwischen den Bundesländern zeigen sich etwas höhere Anstiege bei der stationären Pflege als bei der mobilen Pflege in Wien, Niederösterreich, Burgenland, Steiermark und Kärnten und eindeutig höhere Anstiege im stationären Bereich als im mobilen in Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg.

- Darüber hinaus wurden Politiksznarien berechnet, die davon ausgehen, dass die Personen in der stationären Pflege – ausgehend vom oben beschriebenen Szenario – schrittweise reduziert (2015: –5%, 2020: –7,5%, 2025: –10%, 2030: –12,5%) und anderen Pflegedienstleistungsarten hinzugerechnet werden (1/3 mobil, 2/3 andere Formen). Die Resultate dieser Politiksznarien zeigen einen Anstieg der Finanzaufwände der Länder bis 2030, der um durchschnittlich mehr als 8% (Wien: 6,8%, Steiermark: 9,4%) niedriger ist, als im oben beschriebenen Szenario. Dieser flachere Anstieg der öffentlichen Finanzaufwände ist durch die geringe Kostenintensität der anderen Pflegedienstleistungsarten, im Vergleich zur stationären Pflege, begründet.

## **2. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen**

### **Zielgerichtete Steuerung zur erfolgreichen Deckung des Bedarfs an stationärer und mobiler Pflege notwendig**

- Bereits bis zum Jahr 2030 ist mit einer deutlichen Erhöhung der Nachfrage nach öffentlich geförderten Pflegedienstleistungen zu rechnen. Einen weiteren drastischen Anstieg wird es aber auch darüber hinaus geben, wenn die Baby-Boomer Generation der 1960er Jahre das pflegebedürftige Alter erreicht.
- Es scheint im Lichte der Projektionen und der beschränkten Substituierbarkeit von stationären und mobilen Diensten unausweichlich, dass die Baby-Boomer Generationen – trotz des politischen Vorrangs mobiler vor stationären Diensten – bei Erreichen der Alterskohorte 85+ – ab den 2040er Jahren – ebenso massiv Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen benötigen werden, wie sie bereits einige Jahre zuvor die Nachfrage nach mobilen Diensten stark erhöht haben werden. Ein deutlicher Ausbau der stationären Pflege kann somit dem Ausbau der mobilen Dienste zwar zeitlich nachgelagert erfolgen, ist unter den genannten Aspekten jedoch unabdingbar. Somit ist der politische Grundsatz "mobil vor stationär" vor allem in einer zeitlichen Abfolge zu betrachten.
- Um den bevorstehenden Nachfrageanstieg an stationären Diensten zu reduzieren bzw. zu verzögern, erscheint es somit notwendig, nicht nur mobile, sondern insbesondere die alternativen Pflege- und Betreuungsformen stark auszubauen. Auch der weitere Ausbau der 24-Stunden-Betreuung zu Hause kann – bei Sicherstellung entsprechender Arbeitsbedingungen und Pflegequalität – die Nachfrage nach stationärer Pflege entlasten. Im

Rahmen der Befragungen von ExpertInnen wurde deutlich, dass die 24-Stunden-Betreuung sowohl von Anbietern mobiler Dienste als auch von der stationären Pflege als Konkurrenz, d.h. als Substitut, wahrgenommen wird.

- Eine höhere Attraktivität für Arbeitskräfte wurde von den ExpertInnen in der stationären Pflege häufig, und von jenen der mobilen Dienste mit Abstand am häufigsten als Faktor genannt, der den Ausbau des Angebots erleichtern würde. Wenngleich höhere Einkommen gemäß der befragten ExpertInnen einen wichtigen Faktor für die Attraktivität darstellen – insbesondere im Bereich der mobilen Dienste – wurden auch bessere Arbeitsbedingungen und umfassende Weiterbildungsmöglichkeiten als wesentliche Kriterien für die Beurteilung der Attraktivität genannt. Auch die vermehrte Förderung der Re- und Höherqualifizierung von Arbeitslosen gewinnt für den Pflegebereich in Zeiten höherer Arbeitslosigkeit an Bedeutung, ebenso wird die schnellere und einfachere Nostrifizierung von Abschlüssen ausländischer Pflegekräfte – bei entsprechender fachlicher und sprachlicher Qualifizierung – in den kommenden Jahrzehnten ein wesentliches Kriterium zur Deckung des Bedarfs an Pflegekräften sein.

#### **Potentiale zur Effizienzsteigerung bestehen bei der Zuteilung und bei den Kosten**

- Die Analysen zur allokativen Effizienz im Rahmen dieser Studie zeigen, dass in der mobilen und stationären Pflege jeweils bis zu 10% der betreuten Personen aus Sicht der Anbieter weniger als gut für das Pflegeangebot geeignet sind, das sie in Anspruch nehmen. Der flächendeckende Ausbau des Case- und Care-Managements sowie stärker bedarfsorientierte Förderkriterien werden dazu beitragen, die Zuteilung zu den jeweiligen geförderten Pflegeformen zu verbessern. In Hinblick auf die allokativen Effizienz sollte vor allem die Zuerkennung von Heimplätzen nach stärker harmonisierten Assessment-Kriterien erfolgen. Hinsichtlich der Ausgestaltung dieser Zugangsregeln zeigt sich einerseits, dass jene Bundesländer mit Zugangsbeschränkungen, die im Regelfall an Mindest-Pflegegeldstufen 3 oder 4 geknüpft sind, im Durchschnitt geringere Anteile an geförderten Personen in niedrigen Pflegegeldstufen aufweisen. Allerdings wurde von mehreren BefragungsteilnehmerInnen auch kritisch angemerkt, dass die Pflegegeldstufe allein nicht zwingend einen guten Indikator für den tatsächlichen Pflegebedarf darstellt und dass insbesondere dementielle Erkrankungen stärker bei der Einstufung berücksichtigt werden müssten.
- Die Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und Pflege, die durch die duale Finanzierung und die unterschiedlichen Zuständigkeiten entsteht, ist in Hinblick auf die Effizienz der Systeme nicht unbedingt förderlich. Es sollten Maßnahmen gesetzt werden, die den Informationsaustausch, die Medikationsbegleitung, etc. zwischen allen Institutionen (Pflegedienste, niedergelassene ÄrztInnen, Krankenhäuser, Angehörige) verbessern, beispielsweise eine gemeinsame, umfassende elektronische Dokumentation der Kranken- und Pflegegeschichte der betreuten Personen. Ein Mindestkontingent an Anwesenheitszeit eines Heimarztes kann gesetzlich verankert werden, jedenfalls gilt es die – im Rahmen der Befragung häufig als mangelhaft beschriebene – ärztliche Versorgung im Rahmen der

Langzeitpflege durch eine intensive Zusammenarbeit der Länder mit Krankenhasträgern, Krankenkassen und der Ärztekammer zu verbessern. Ebenso würde nach Einschätzung der ExpertInnen ein höherer Personalschlüssel sowie ein höherer Anteil an diplomierten Pflegekräften im Berufsgruppenmix die Qualität der Pflege erhöhen und die Krankheitskosten reduzieren.

- Gesetzlich verankerte Zeitkontingente zur Fallbesprechung zwischen einzelnen Berufsgruppen und/oder Institutionen könnten die Effizienz der Betreuung weiter erhöhen, Mindeststunden zur Fortbildung im geriatrischen bzw. gerontopsychologischen Bereich könnten eingeführt bzw. erhöht werden. Weiters sollten nach Ansicht vieler befragter ExpertInnen Anreize zur Angebotserweiterung in Richtung Hospiz- und Palliativpflege, therapeutischer und psychosozialer Betreuung geschaffen werden. Die stärkere Integration von therapeutischem Personal in die Personalschlüssel der Pflege würde den Ausbau therapeutischer Angebote erleichtern.
- Die Kooperation zwischen den einzelnen Pflegedienstleistungen ist insbesondere dann hoch, wenn verschiedene Pflegedienstleistungen innerhalb einer Organisation bzw. sogar an der gleichen Adresse angeboten werden. Diese integrative Form des Angebots erhöht nicht nur die allokativen Effizienz, sondern schafft Möglichkeiten der gemeinsamen Nutzung von Fortbildungen, räumlichen Ressourcen und Hilfsmitteln, und ermöglicht die Schaffung von Personalpools.

#### **Derzeitige föderale Strukturen begünstigen Unterschiede in den Leistungsstandards, jedoch mangelnde Datenqualität für empirische Studien**

- Aufgrund der derzeitigen Ausgestaltung der föderalen Pflegesysteme zeigen die Studienergebnisse deutliche Unterschiede im Versorgungsgrad der verschiedenen Dienstleistungen, der Qualität des Angebots und auch in der Art des Angebots, das durch die Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung gefördert wird. Die Finanzierung und die Tarife weichen in den einzelnen Bundesländern deutlich voneinander ab, unterschiedliche Regresspflichten, verschiedene Höchstgrenzen in der Betreuungszeit, Unterschiede in der Feststellung des täglichen Bedarfs und in den Zugangskriterien bedingen weitere Ungleichbehandlungen für die betroffenen Personen, die lediglich auf Bundesländergrenzen zurückzuführen sind. Eine stärkere Harmonisierung der Tarife und verschiedenen Schlüssel könnte dazu beitragen, die Qualität des Angebots in den einzelnen Bundesländern nach oben hin anzugleichen und die unterschiedlichen Grade der Ineffizienz zu reduzieren.
- Das Bestehen unterschiedlicher Systeme bietet für die einzelnen Länder prinzipiell gute Gelegenheiten um anhand von "best practice" Beispielen voneinander lernen zu können. Empirische Vergleiche der Pflegesysteme in den einzelnen Bundesländern liegen allerdings aufgrund der intransparenten Datenlage und der teils mangelnden Vergleichbarkeit der Daten bisher kaum vor. Selbst die Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung schafft hier aufgrund der Beschaffenheit der gesammelten Daten nur bedingt Abhilfe. Der Ausbau der Datenbasis über die Anforderungen der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung

hinaus und die Dokumentation von Individualdaten ist für einen komparativen Vergleich der Bundesländer und für die Erstellung bedarfsgerechter Ausbaupläne und detaillierter Prognosen wesentlich.

- Eine höhere Leistungs- und Datentransparenz, die Intensivierung der Kommunikation und des Informationsaustauschs der Akteure der einzelnen politischen Ebenen (Bund, Länder, Gemeinden) erscheint wesentlich, um angesichts der demografischen Entwicklung die jeweils besten Elemente aus den unterschiedlichen Systemen zur Erarbeitung von gemeinsamen Strategien herauszunehmen.

### **Fiskalisch gerechtere Finanzierung ist möglich**

- Der erwartete Kostenanstieg in der Pflege wird die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Personen 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 Personen und ihre Angehörigen darstellt, sondern ein allgemeines soziales Risiko. Die (Teil)Finanzierung der Pflegedienste aus allgemeinen Steuern würde die Finanzierung besser an das tatsächliche Leistungs-fähigkeitsprinzip der Bevölkerung anpassen. Dabei sollte jedoch vermieden werden arbeitsbezogene Abgaben – auch in Hinblick auf die Lohnnebenkosten – weiter zu erhöhen, wie schon an anderer Stelle vom WIFO vorgeschlagen.

## 1. Einleitung und Motivation

Im Zuge des demografischen Wandels in Richtung einer zunehmend alternden Bevölkerung gewinnt die Frage nach dem Bedarf und der effizienten Ausgestaltung der Altenpflege immer mehr an politischer Bedeutung. Neben dem Anstieg der Geldleistungen (Pflegegeld) rückt auch die Ausgestaltung und Finanzierung von professionellen Pflegedienstleistungen zunehmend ins politische Rampenlicht. Zwar wird ein großer Teil der Pflege in Österreich nach wie vor informell geleistet, die Nachfrage und der öffentliche Finanzierungsaufwand von mobilen und stationären Pflegediensten nahmen in der jüngeren Vergangenheit jedoch deutlich zu. Die Gründe dafür liegen neben den demografischen Veränderungen einerseits in einem Wandel der Familien- und Haushaltsstruktur, mit einem Trend zu kleineren Haushalten und einer höheren räumlichen Mobilität der jüngeren Generationen, aber auch in einer steigenden Erwerbsquote, insbesondere unter Frauen, die den größten Teil der informellen Pflege leisten.

Aus Gründen der Kosteneffizienz im Vergleich zur stationären Pflege ist ein starker Trend zum öffentlich geförderten bzw. finanzierten Ausbau mobiler Pflegedienstleistungen im Vergleich zur stationären Pflege zu beobachten, der mit Einführung des Pflegefondsgesetzes 2011 auch gesetzlich verankert wurde. In der Literatur gibt es jedoch starke Evidenz dafür, dass mobile und stationäre Pflege- und Betreuungsdienste weniger als Substitute, sondern vielmehr als komplementäre, sich ergänzende Angebote gesehen werden müssen, und die Übersiedlung in ein Alten- oder Pflegeheim meist die letztmögliche Alternative darstellt. In Anbetracht der Tatsache, dass ab Mitte der 2020er Jahre die "Baby-Boomer" Generation in Österreich das pensionsfähige Alter erreichen wird, ist jedoch ab Beginn dieser Phase trotz des Vorrangs mobiler Dienste auch mit einem verstärkten Anstieg am Bedarf an stationären Pflegeplätzen zu rechnen.

Es erscheint deshalb bei der Beurteilung der Nachfrage und des künftigen öffentlichen Finanzierungsaufwands und der Verlagerung des Schwerpunkts im Ausbau des Angebots von stationärer zu mobiler Pflege nicht nur sinnvoll, Veränderungen in der Demografie und Haushaltsstruktur, im Arbeitsangebot (insbesondere in jenem von Frauen), sowie in der Pflegehäufigkeit und Gesundheitsentwicklung jeweils explizit in die Analyse zu inkludieren, sondern auch den Grad der Substituierbarkeit von stationärer zu mobiler Pflege zu analysieren und zu berücksichtigen. Dieses Vorhaben ist gegeben der aktuellen Datenlage in Österreich ambitioniert. Ein Ziel der Studie ist es also, die mobile und stationäre Pflege in Hinblick auf ihre Möglichkeiten und Grenzen sowie auf die jeweilige Substituierbarkeit zu untersuchen. Dabei fließen sowohl der aktuelle Diskurs der Fachliteratur ein, als auch die Ergebnisse der österreichweiten Befragung von ExpertInnen an der Schnittstelle zwischen Management und Praxis in mobilen und stationären Diensten zu ihren Einschätzungen und Erfahrungen, die im Zuge dieser Studie durchgeführt wurde. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse dienen neben dem Diskurs der internationalen Fachliteratur auch als Input für die Auswahl an Szenarien für die Projektionen über die zukünftige Nachfrage und des künftigen öffentlichen Finanzierungsauf-

wandes der Pflege-Sachleistungen in den einzelnen Bundesländern im Rahmen eines Makrosimulationsmodells. Neue Erkenntnisse für eine zielgerichtete Bedarfsplanung der Sachleistungen der Länder mit Hilfe dieser Projektionen bilden das zweite Ziel der vorliegenden Studie.

Eine Analyse der professionellen Pflegesysteme auf Ebene der einzelnen Bundesländer ist jedenfalls notwendig. Zum einen zeigen sich in den einzelnen Bundesländern zum Teil stark unterschiedliche Entwicklungen in der Demografie (vgl. *Mayerhofer – Aigner – Döring, 2010*) und in den Haushaltsstrukturen, andererseits erscheint die Betrachtung auf Ebene der Bundesländer auch im Lichte der unterschiedlich ausgestalteten gesetzlichen Rahmenbedingungen wichtig und notwendig (vgl. *Trukeschitz, 2008*). Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch auch, dass ebendiese Heterogenität der Systeme einen umfassenden Vergleich der einzelnen Länder nur eingeschränkt zulässt. Aussagen über die relative Qualität und Effizienz der öffentlich finanzierten Pflegesysteme der einzelnen Länder und das Aufzeigen von "best practice" Beispielen sind damit nur schwer möglich.

Die Studie gliedert sich in folgende Kapitel: Zu Beginn gibt Kapitel 2 einen kurzen Überblick über aktuelle, sozial- und wirtschaftspolitisch relevante Forschungsergebnisse zur effizienten Gestaltung moderner Pflegedienstleistungssysteme. Kapitel 3 bildet mit Hilfe der Primärdaten aus der Befragung im Rahmen dieser Studie und den Daten der Pflegedienstleistungsstatistik der Bundesländer den Status Quo der mobilen und stationären Pflege in Österreich und den Bundesländern ab, und versucht die beiden Pflegedienste kritisch gegenüberzustellen bzw. zu vergleichen. In Kapitel 4 werden in verschiedenen Szenarien der Bedarf und die öffentlichen Aufwände für mobile und stationäre Pflege sowie für teilstationäre Dienste, alternative Wohnformen und Kurzzeitpflege auf Ebene der einzelnen Bundesländer für die Jahre 2015, 2020, 2025 und 2030 projiziert. In Kapitel 5 werden aus den gewonnenen Erkenntnissen Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen abgeleitet, die sich auf die Bedarfsplanung zur Deckung des Angebots, auf Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz und Sicherung der Qualität des Angebots, sowie auf Aspekte der Finanzierung des steigenden Aufwandes beziehen.

## 2. Mobile und stationäre Pflege in der aktuellen Fachliteratur

Bevor die mobile und stationäre Pflege in Österreich und den österreichischen Bundesländern im Detail analysiert wird, lohnt sich ein Blick auf die aktuelle Literatur, die das Thema der Pflegedienstleistungen aufgreift. Das folgende Kapitel bildet einen kurzen Abriss über ausgewählte Aspekte der aktuellen Fachliteratur, die für die Hauptziele der Studie – einen kritischen Vergleich, die Determinanten der Nachfrage und Projektionen über den zukünftigen öffentlichen Bedarf an mobilen und stationären Pflegediensten – von hoher Relevanz sind. Diese Aspekte beinhalten einen internationalen Vergleich über das Gewicht von mobiler bzw. stationärer Pflege in den Ländern Europas, die Frage nach den Determinanten der Nutzung von informeller, mobiler und stationärer Pflege bzw. deren Substituierbarkeit, sowie Erkenntnisse aus langfristigen Prognosen für ausgewählte europäische Länder. Bei einem beträchtlichen Teil der diskutierten Literatur handelt es sich dabei um Beiträge, die im Rahmen des internationalen Projekts ANCIEN (Assessing Needs of Care in European Nations) entstanden sind. Dieses von der EU-Kommission finanzierte Projekt widmete sich zwischen 2009 und 2012 und unter Einbezug von 20 Universitäten und Forschungsinstituten dem Vergleich der Pflegesysteme in Europa sowie der Frage, wie sich der Bedarf, die Nachfrage und das Angebot an Pflege in Europa entwickeln werden.<sup>1)</sup>

### 2.1 Häusliche und stationäre Pflege im internationalen Vergleich

#### 2.1.1 Nutzung und Aufwände

In den meisten Ländern der westlichen Welt handelt es sich bei der Ausgestaltung der Pflege mittlerweile um komplexe Systeme mit umfassenden und differenzierten Leistungsangeboten. Die Art der Finanzierung und die Bereitstellung der Leistungen gestaltet sich dabei in den einzelnen Ländern höchst unterschiedlich (für umfassende Übersichten siehe *Kraus et al.*, 2010; *Riedl – Kraus*, 2011). Im Folgenden soll anhand ausgewählter Statistiken der Umfang der häuslichen informellen und mobilen bzw. der stationären Pflege in Österreich in einen internationalen Kontext gestellt werden. *Kraus et al.* (2010) entwickeln eine Typologie von Pflegesystemen, die im Gegensatz zu existierenden Typologien (*WHO*, 2003; *Da Roit – Le Bihan – Österle*, 2007; *Pommer – Woittiez – Stevens*, 2007) auf formale Methoden an Stelle von qualitativen Analysen zurückgreift und die auch die neuen Mitgliedstaaten der EU mit einschließen. Die Einteilung der Länder in unterschiedliche Cluster basiert dabei auf Unterschieden im Ausmaß der öffentlichen Ausgaben, dem Anteil privater Beiträge, der Unterstützung von Personen, die informelle Pflege leisten, sowie dem Ausmaß der Nutzung professioneller bzw. informeller Pflege. Über-

---

<sup>1)</sup> Details sowie alle Publikationen im Rahmen des Projekts sind auf der Website zum Projekt <http://www.ancien-longtermcare.eu> [zuletzt abgerufen am 24.03.2014] verfügbar. Der Vergleich von Pflegesystemen konzentrierte sich dabei vorwiegend auf einige Musterländer, die jeweils als repräsentativ für eine Gruppe von Ländern mit ähnlichen Pflegesystemen betrachtet wurden. Österreich spielt in diesem Projekt aufgrund der beschränkten Datenverfügbarkeit leider nur eine untergeordnete Rolle. Als Musterland für die Ländergruppe, der Österreich zugeordnet wird, fungiert Spanien.

sicht 2.1 illustriert die Einteilung der 14 untersuchten Länder in vier Gruppen gemäß dieser Typologie.

Übersicht 2.1: Typologie der europäischen Pflegesysteme nach Kraus et al. (2010)

Art des Systems	Länder	Charakteristika
Großzügige Finanzierung, leicht zugänglich, ausgerichtet auf formelle Pflege	Dänemark, Niederlande, Schweden	Hohes öffentliches Ausgabenniveau, niedriger Anteil privater Mittel, niedriger Anteil an informeller Pflege, hohe Unterstützung für informelle Pflege, moderates Ausmaß an Geldleistungen
Ausgerichtet auf informelle Pflege, geringer Grad an privater Finanzierung	Belgien <sup>1)</sup> , Deutschland, Tschechische Republik, Slowakei	Niedriges öffentliches Ausgabenniveau, niedriger Anteil privater Mittel, hoher Anteil an informeller Pflege, hohe Unterstützung für informelle Pflege, moderates Ausmaß an Geldleistungen
Ausgerichtet auf informelle Pflege, hoher Grad an privater Finanzierung	England, Finnland, Frankreich, Österreich, Spanien	Moderates öffentliches Ausgabenniveau, hoher Anteil privater Mittel, hoher Anteil an informeller Pflege, hohe Unterstützung für informelle Pflege, hohes Ausmaß an Geldleistungen
Hohe private Finanzierung, informelle Pflege als Notwendigkeit	Ungarn, Italien	Niedriges öffentliches Ausgabenniveau, hoher Anteil privater Mittel, hoher Anteil an informeller Pflege, wenig Unterstützung für informelle Pflege, moderates Ausmaß an Geldleistungen

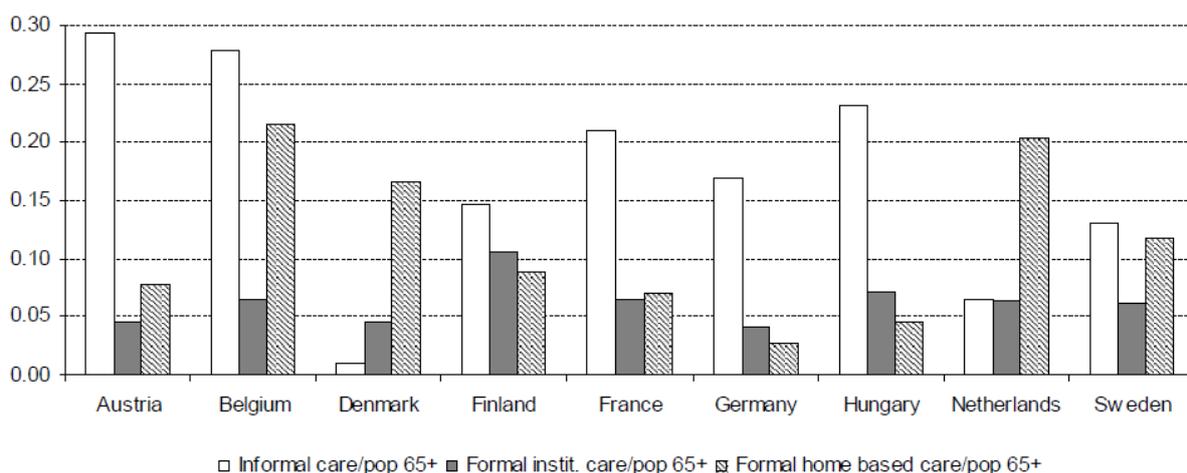
Q: Kraus et al. (2010); WIFO-Darstellung. – <sup>1)</sup> Moderates öffentliches Ausgabenniveau.

Die erste Ländergruppe besteht aus Dänemark, den Niederlanden und Schweden. Diese Gruppe zeichnet sich durch weitgehend öffentlich finanzierte und leicht zugängliche formelle Pflegesysteme aus, in denen informelle Pflege nur eine untergeordnete Rolle spielt. Private Kostenbeteiligungen sind niedrig, ebenso Geldleistungen. Belgien, Deutschland, die Tschechische Republik und die Slowakei können dabei in eine zweite Gruppe zusammengefasst werden, in der sowohl öffentliche wie auch private Ausgaben für Pflege vergleichsweise gering sind, ebenso das Ausmaß an Geldleistungen. Diese Systeme basieren auf einer weiten Verbreitung der informellen Pflege und einem hohen Grad an sozialer und finanzieller öffentlicher Unterstützung von informell pflegenden Personen. Die dritte Gruppe bildet Österreich gemeinsam mit England, Finnland, Frankreich und Spanien. In diesen Ländern sind das Ausmaß an informeller Pflege und der Grad der öffentlichen (sozialen wie finanziellen) Unterstützung für informelle Pflegepersonen ebenso hoch, allerdings ist das Ausgabenniveau insgesamt höher, ebenso der Anteil an privaten Mitteln. Geldleistungen spielen eine hohe Rolle, der Zugang zum formellen Pflegesektor wird als vergleichsweise schwierig eingestuft. Der letzten Gruppe gehören Italien und Ungarn an. Während öffentliche Ausgaben in dieser Gruppe niedrig sind, ist das Ausgabenniveau der privaten Haushalte hoch. Informelle Pflege ist weit verbreitet, dennoch ist die öffentliche Unterstützung der informell pflegenden Personen niedrig. Kraus et al. (2010) kommen zu dem Schluss, dass der hohe Anteil an informeller Pflege in dieser Gruppe weniger die Präferenzen der Bevölkerung, sondern einen häufigen Mangel an Alternativen widerspiegelt.

Details zu den Unterschieden im Ausbau der mobilen und stationären Pflege im Vergleich zur informellen Pflege zwischen den einzelnen Ländern werden in Biró (2012) sichtbar. Die Autorin stellt die Zahl der Personen im Alter von 65 und älter, welche informelle und formelle (mobile) häusliche bzw. stationäre Pflege in Anspruch nehmen, der Gesamtbevölkerung der Generation 65+ gegenüber (Abbildung 2.1). Unter den neun untersuchten Ländern ist in Bezug auf die Gesamtzahl pflegebedürftiger Menschen der Anteil jener Personen, die informelle Pflege in Anspruch nehmen, in Österreich am höchsten. Biró (2012) berechnet, dass knapp 30% aller Personen über 65 Jahre in Österreich informelle Pflege in Anspruch nehmen. Hinter Österreich folgen Belgien, Ungarn und Frankreich, bei allen weiteren Ländern liegt der Anteil bei unter 20%, in den Niederlanden lediglich bei ca. 6% und in Dänemark bildet informelle Pflege generell die Ausnahme. In der Nutzung mobiler und stationärer Pflege liegt Österreich in diesem Ländervergleich jeweils im unteren Mittelfeld. Bei der formellen (mobilen) Pflege zu Hause zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern, während die Varianz im Anteil der stationären Pflege von den drei Pflegeformen am geringsten ist. Dies könnte ein Argument dafür sein, dass der Eintritt in die stationäre Pflege vielfach erst dann erfolgt, wenn alle weiteren Möglichkeiten ausgeschöpft sind und die Nutzung der stationären Pflege daher nur bedingt die Präferenzen der betroffenen Person widerspiegelt. Der Anteil der stationären Pflege ist in Finnland mit knapp über 10% am höchsten, in Österreich, Dänemark und Deutschland mit jeweils knapp unter 5% am niedrigsten. Formelle (mobile) Pflege zu Hause ist in Belgien und den Niederlanden (mehr als 20% der Bevölkerung 65+) am weitesten verbreitet, in Ungarn und Deutschland am wenigsten weit (unter 5%).

Abbildung 2.1: Anteil der gepflegten Personen im Alter von 65+ in Europa

Anteile an der Bevölkerung im Alter von 65+ Jahren



Q: Biró (2012).

Wie Abbildung 2.1 verdeutlicht, überwiegt in sechs der neun dargestellten Länder die Zahl der Personen, welche mobile Dienste in Anspruch nehmen, jene der stationär gepflegten Per-

sonen, und dies meist auch deutlich. Lediglich in Finnland, Deutschland und Ungarn werden mehr ältere Menschen stationär als mobil gepflegt. Da die Betreuungskosten pro Person in der stationären Pflege wesentlich höher sind, als in der mobilen Pflege, überwiegen die Gesamtausgaben für stationäre Pflege jene für mobile Dienste dennoch in fast allen Ländern deutlich (Abbildung 2.2). Im Jahr 2011 wiesen von 26 untersuchten OECD-Ländern lediglich Dänemark und Polen höhere (private plus öffentliche) Gesamtausgaben für mobile Pflegedienste auf. In einigen Ländern, darunter Österreich, Schweden und Portugal, ist das Verhältnis nahezu ausgeglichen.<sup>2)</sup> In beinahe der Hälfte aller Länder übersteigen die Ausgaben für stationäre Pflege jene für mobile jedoch um mehr als einen halben Prozentpunkt des jeweiligen Bruttoinlandsprodukts, was angesichts der durchschnittlichen Gesamtausgaben von etwa 1,1% des BIP für Pflege insgesamt, einen beträchtlichen Unterschied darstellt. Die Gesamtausgaben variieren zwischen 2,6% des BIP in den Niederlanden und in Norwegen und weniger als 0,1% in Griechenland und der Slowakei. Österreich befindet sich mit Gesamtausgaben von 1,5% des BIP im oberen Drittel.<sup>3)</sup>

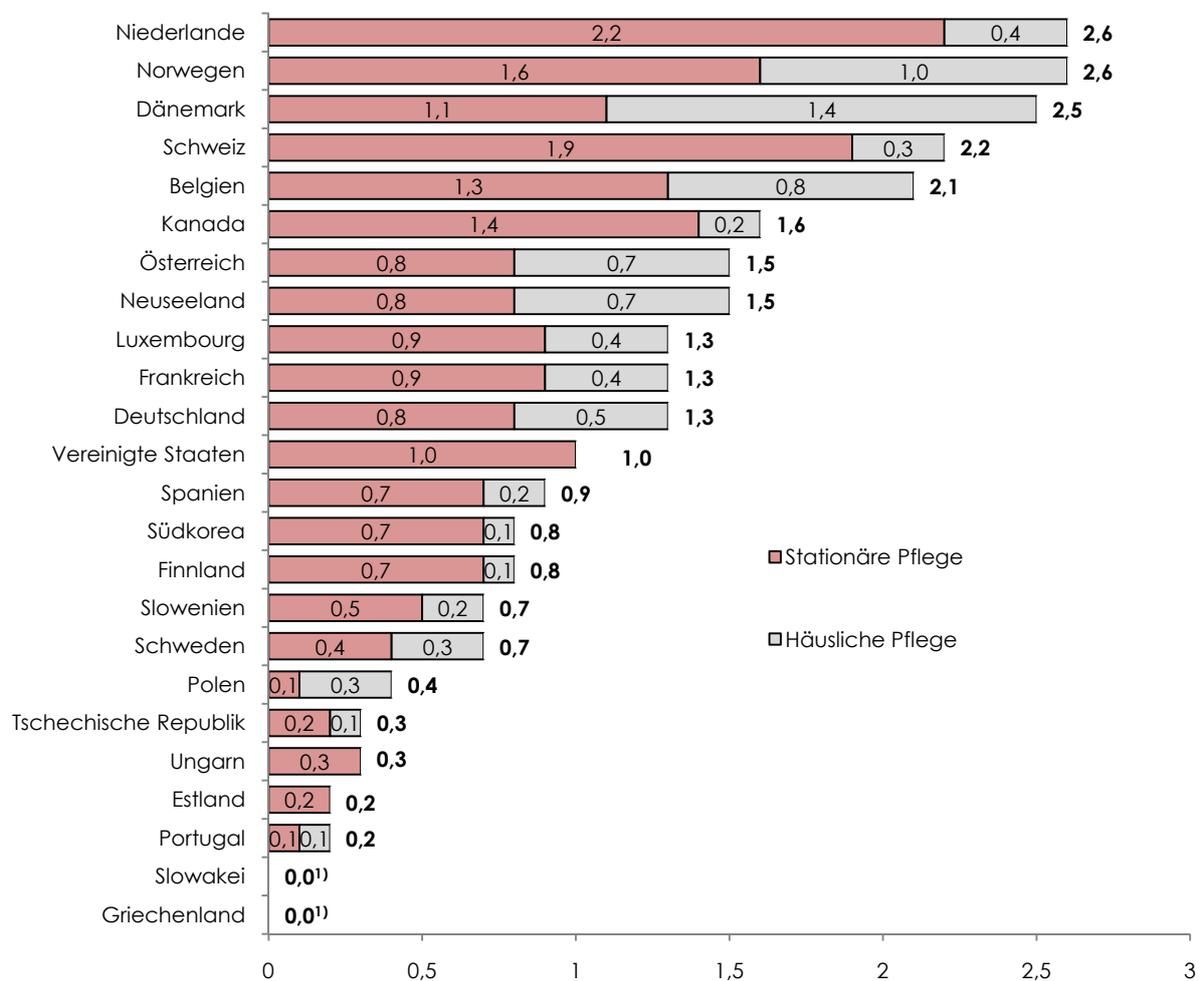
Der vergleichsweise niedrige Stellenwert der stationären Pflege in Österreich wird auch bei einem Vergleich der Anzahl an Betten in stationären Pflegeeinrichtungen im Verhältnis zur Bevölkerung deutlich. Abbildung 2.3 zeigt die Anzahl an Pflegebetten je 1.000 EinwohnerInnen mit 65 Jahren und älter. Österreich liegt in diesem Ranking mit 44,8 Betten pro EinwohnerIn im Alter 65+ unter 28 OECD-Ländern an 22. Position. Der Schnitt der 28 Länder liegt bei 49,1 Betten und damit um 4,3 Prozentpunkte über dem österreichischen Wert. Abbildung 2.3 zeigt eine beträchtliche Varianz zwischen den Ländern, auch innerhalb der Gruppe der EU-Länder. Während in Luxemburg, Schweden, Finnland und Belgien über 70 Pflegebetten auf 1.000 Personen mit 65+ Jahren kommen, sind es in Spanien unter 40, in Polen und Italien sogar weniger als 20 Betten. Ein Vergleich der Anzahl an Pflegebetten mit den Ausgaben für stationäre Pflege in Abbildung 2.2 verdeutlicht, dass jene Länder, welche die höchsten Ausgaben für stationäre Pflege in Relation zu ihrem BIP aufweisen, nicht zwingend jene mit dem höchsten Versorgungsgrad an Pflegebetten sind. Die Niederlande, die Schweiz und Norwegen weisen zwar die höchsten relativen Ausgaben für stationäre Pflege auf, liegen aber in der Anzahl der Betten deutlich hinter den Spitzenreitern Luxemburg, Schweden und Finnland, die jeweils deutlich weniger Ausgaben für stationäre Pflege in Relation zum jeweiligen BIP aufweisen.

---

<sup>2)</sup> Geldleistungen (Pflegegeld) sind in Österreich wie in allen anderen Ländern in diesen Ausgaben berücksichtigt. Das Pflegegeld, das bei stationär gepflegten Personen einbehalten wird, wird dem stationären Bereich zugeordnet, der Rest der Pflegegeldleistungen wird der häuslichen Pflege zugeschrieben.

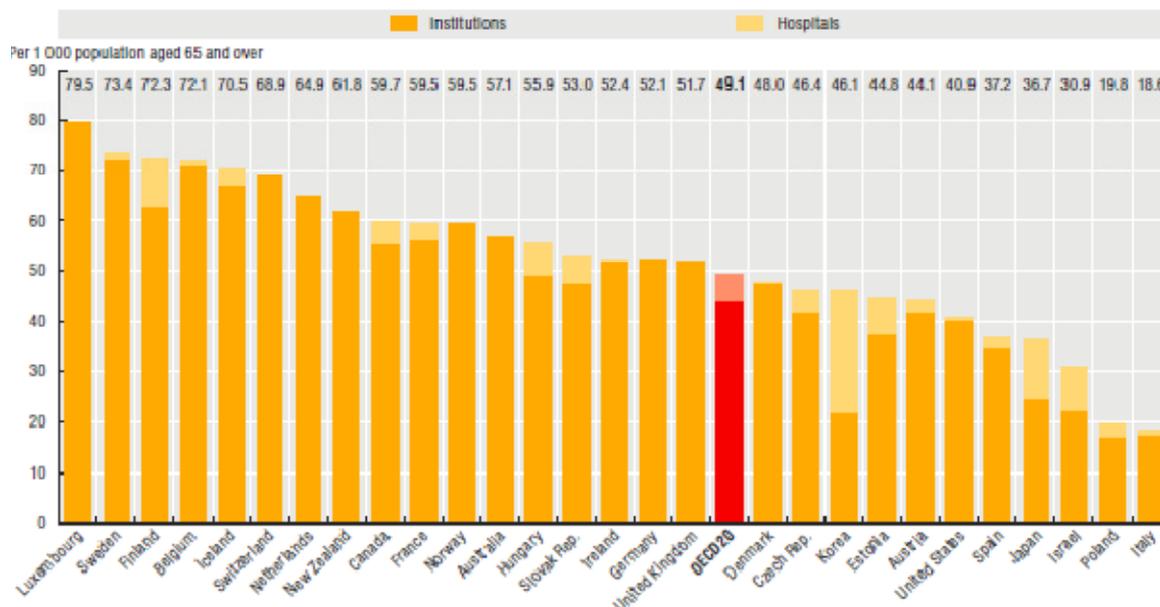
<sup>3)</sup> Die in Abbildung 2.2 dargestellten Gesamtausgaben beinhalten öffentliche wie private Ausgaben. Ein Vergleich der Ausgaben mit demografischen Unterschieden zwischen den Ländern macht deutlich, dass die Differenzen in den Gesamtausgaben vorwiegend auf nicht-demografische Faktoren zurückzuführen sind.

Abbildung 2.2: Ausgaben für häusliche und stationäre Pflege in OECD-Ländern  
In % des BIP, 2011



Q: OECD Health Data, 2013; WIFO-Darstellung. – <sup>1)</sup> Gerundet weniger als 0,1%.

Abbildung 2.3: Pflegebetten in Pflegeheimen und Krankenhäusern in OECD-Ländern  
Betten je 1.000 EinwohnerInnen im Alter von 65 und älter (2011)



Q: OECD Health Statistics, 2013.

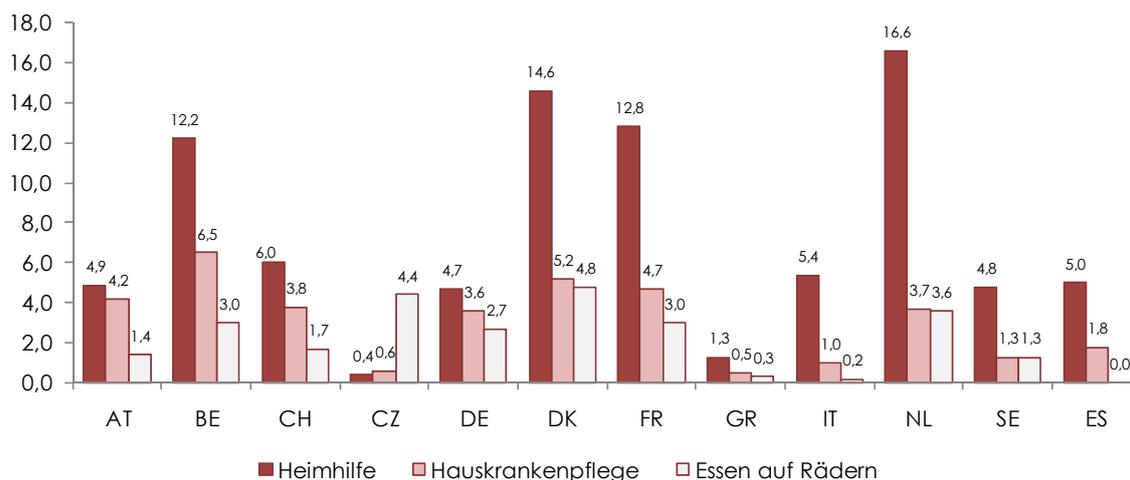
Ein Blick auf die Verbreitung mobiler Pflegedienste (Abbildung 2.4) zeigt, dass die großen Unterschiede im Ausmaß der Nutzung mobiler Dienste in den europäischen Ländern insgesamt vor allem aus großen Differenzen in der Verbreitung der mobilen Heimhilfe resultieren. Während in einigen Ländern deutlich über 10% der Bevölkerung ab 65 Jahren Heimhilfe in Anspruch nehmen – in den Niederlanden und Dänemark sogar 16,6% bzw. 14,6% – tun dies in Österreich (4,9%), Deutschland (4,7%) und Schweden (4,8%) gemäß einer europaweiten Umfrage im Rahmen des Projekts SHARE<sup>4)</sup> nicht einmal 5%. In Ländern wie Österreich werden pflegebedürftige Personen bei Hilfstätigkeiten im Alltag somit offensichtlich deutlich häufiger durch informelle Netzwerke unterstützt, als dies in den Benelux-Staaten, Dänemark und Frankreich der Fall ist. In der Hauskrankenpflege sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern deutlich weniger prominent ausgeprägt. Zwar ist der Anteil an älteren Personen, die Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen, wiederum in Belgien (6,5%) und Dänemark (5,2%) mit am höchsten, wenig dahinter folgen jedoch auch Länder wie Österreich (4,2%), Deutschland (3,6%) und die Schweiz (3,8%), in denen die Heimhilfe nur eine vergleichsweise geringere Rolle spielt. Dänemark ist auch in der Verbreitung des Essens auf Rädern an der Spitze zu finden (4,8%), dahinter folgt die Tschechische Republik (4,4%), in welcher die beiden anderen mobilen Dienste (Heimhilfe, Hauskrankenpflege) hingegen so gut wie keinerlei

<sup>4)</sup> Siehe <http://www.share-project.org> [zuletzt abgerufen am 24.03.2014] für Details zum EU-Projekt SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe). In dem seit 2004 laufenden Projekt werden in 19 europäischen Ländern in fünf Befragungswellen mehr als 85.000 Personen im Alter von 50 Jahren und älter zu Themen der Gesundheit, ihrem sozioökonomischen Status und sozialen Netzwerken befragt.

Verbreitung finden. In Österreich beziehen laut SHARE-Datensatz 1,4% aller Personen ab 65 Jahren Essen auf Rädern.

Abbildung 2.4: Verbreitung der mobilen Dienste im europäischen Vergleich

Anteil der betreuten Personen ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung ab 65 in %



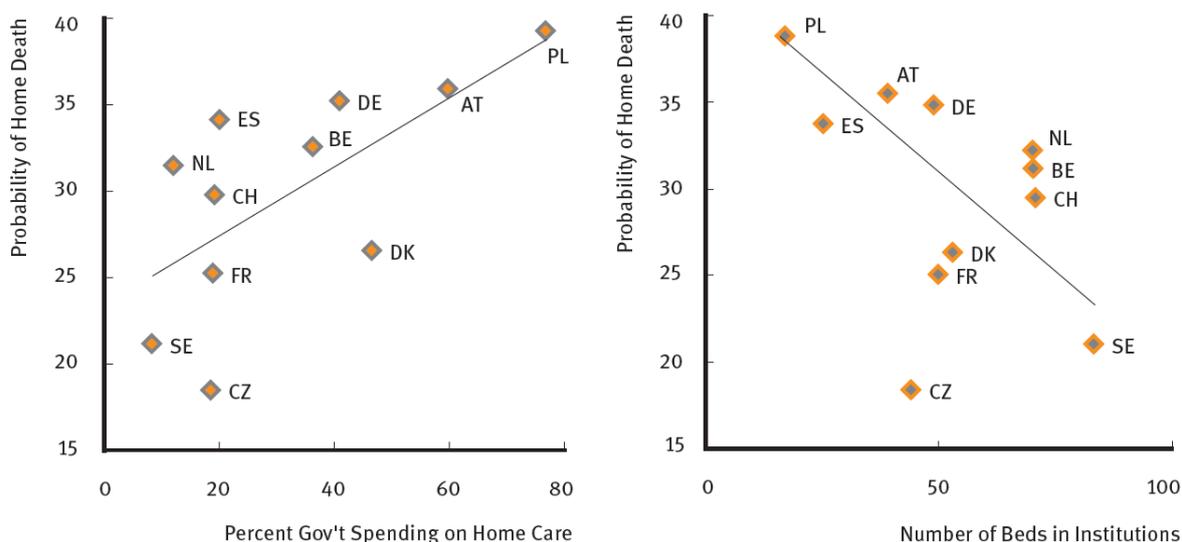
Q: Faber – Mot (2012), WIFO-Darstellung.

### 2.1.2 Der Ausbau der häuslichen bzw. stationären Pflege und das Sterben zu Hause

Ein häufig genanntes Argument für den Vorrang der mobilen gegenüber der stationären Pflege ist – neben der kostengünstigeren Bereitstellung – das Ermöglichen des Verbleibs im häuslichen Umfeld so lange wie möglich. Dies entspricht meist nicht nur dem Wunsch der betroffenen Person, sondern wird vielfach auch aus psychologischer bzw. medizinischer Sicht, aufgrund des Stresses und der teils traumatischen Belastung, die mit einer mehr oder minder unfreiwilligen Aufnahme in eine stationäre Einrichtung verbunden sein kann, als Argument für die häusliche Pflege genannt. Dementsprechend kann es, je nach Krankheitsverlauf, wünschenswert sein, einer Person das Sterben zu Hause zu ermöglichen. Zwar kommt die Literatur zu der Erkenntnis, dass die Äußerung dieses Wunsches auch einen guten Indikator für die Wahrscheinlichkeit darstellt, tatsächlich in den eigenen vier Wänden zu sterben (Cantwell et al., 2000; Brazil - Bedard - Willison, 2002), jedoch zeigen Künn-Nele – Jürges (2013) in einer ökonometrischen Untersuchung auch eine Reihe von anderen Variablen auf, die einen signifikanten Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit aufweisen, dass ältere Menschen zu Hause und nicht im Pflegeheim bzw. Krankenhaus sterben. Erkrankungen mit einer Dauer von weniger als einem und mehr als sechs Monaten zwischen der Diagnose und dem Tod erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Sterbens zu Hause. Das Leben im Eigenheim hat einen positiven, kognitive Einschränkungen, Probleme in den Aktivitäten des täglichen Lebens, die Anzahl früherer stationärer Aufenthalte und Zahl verschriebener Medikamente jeweils einen negativen Einfluss

auf die Wahrscheinlichkeit zu Hause zu sterben. Alter, Geschlecht, Ausbildung haben ebenso keinen signifikanten Einfluss auf diese Wahrscheinlichkeit wie das Vorhandensein eines sozialen und familiären Netzwerkes. Letztere Erkenntnis ist besonders relevant, da sie verdeutlicht, dass ein gut ausgebautes Netzwerk an informeller Pflege die Aufnahme in eine stationäre Einrichtung vor dem Tod in einem repräsentativen Fall nicht verhindern kann. Jedoch zeigen Künn-Nele – Jürges (2013), dass diese Netzwerke – zumindest in Hinblick auf das Vorhandensein von Kindern, nicht jedoch in Bezug auf vorhandene PartnerInnen – das Sterben in einem Pflegeheim unwahrscheinlicher gegenüber dem Tod in einem Krankenhaus machen. Darüber hinaus ist der Tod im Pflegeheim gegenüber dem Krankenhaus bei älteren Personen, Frauen und bei Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens wahrscheinlicher, bei Vorhandensein eines Eigenheims unwahrscheinlicher.

Abbildung 2.5: Öffentliche Ausgaben für häusliche Pflege, die Zahl der Pflegebetten und die Wahrscheinlichkeit für das Sterben zu Hause



Q: Künn-Nele – Jürges (2013).

Künn-Nele – Jürges (2013) weisen außerdem darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit für das Sterben zu Hause zu einem großen Teil durch länderspezifische Effekte erklärt werden kann. Je höher die Ausgaben für häusliche Pflege in einem Land sind, umso wahrscheinlicher ist der Tod zu Hause. Je höher die Anzahl an Betten in Pflegeheimen je EinwohnerIn, umso niedriger ist die Wahrscheinlichkeit zu Hause zu sterben. Diese Effekte bleiben auch nach Inklusion aller individuellen Faktoren (Soziale Netzwerke, Krankheit, etc.) signifikant. Abbildung 2.5 veranschaulicht den Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit für ältere Personen zu Hause zu sterben und den öffentlichen Ausgaben für häusliche Pflege (links) bzw. der Anzahl an Pflegebetten in stationären Pflegeeinrichtungen ohne Krankenhäuser (rechts). In Österreich beträgt diese Wahrscheinlichkeit gemäß SHARE-Daten in Künn-Nele – Jürges (2013) etwas

mehr als 35%. Von den elf analysierten Ländern weisen ältere Menschen lediglich in Polen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf zu Hause zu sterben. Die Regressionsgeraden in Abbildung 2.5 illustrieren die beschriebenen Zusammenhänge: Je höher die öffentlichen Ausgaben für häusliche Pflege und je niedriger die Anzahl an Pflegebetten, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit für den Tod in den eigenen vier Wänden.

## **2.2 Determinanten für die Wahl der jeweiligen Pflegeformen**

Wie in Kapitel 3 dieser Studie deutlich werden wird, gibt es aus Sicht der Pflegedienstleister in Österreich jeweils spezifische Gründe, die häufig ausschlaggebend dafür sind, welche Pflegeform für eine bestimmte Person gewählt wird. Im Rahmen der EU-Projekte ANCIEN und SHARE (siehe oben) wurde mit Hilfe moderner statistischer Methoden ermittelt, welche Variablen sich auf individueller Ebene als Determinanten für die Wahl der jeweiligen Pflegearten erweisen.

Geerts (2012) ermittelt im Rahmen von ANCIEN für die Niederlande, Deutschland und Spanien die Determinanten bei der Wahl zwischen informeller und formeller Pflege von älteren Personen, die zu Hause leben. Die Autorin hält fest, dass der generelle Gesundheitszustand, chronische Krankheiten, sowie physische, psychische und kognitive Einschränkungen die wichtigsten Faktoren für den Übergang zwischen informeller und formeller häuslicher Pflege sind, dass aber auch Faktoren wie das Alter, die Haushaltszusammensetzung oder das Einkommen eine Rolle spielen. In allen drei untersuchten Ländern ist die Wahrscheinlichkeit formelle Pflegedienste an Stelle von oder als Ergänzung zur informellen Pflege zu beziehen, signifikant höher, wenn eine Person alleine lebt. Auf der anderen Seite wird aber auch deutlich, dass der Anteil jener, die ausschließlich formelle Pflegedienste in der häuslichen Pflege in Anspruch nehmen, bei Personen mit sehr hoher Pflegebedürftigkeit nicht höher ist, als bei weniger schweren Pflegefällen. Geerts (2012) interpretiert diese Beobachtung, die in allen drei Ländern zu finden ist, dahingehend, dass mobile Dienste in der häuslichen Pflege ohne zusätzliche informelle Pflege vielfach keine adäquate Pflege bzw. Betreuung leisten können.

Laferrère *et al.* (2013) untersuchen ebenfalls anhand von Individualdaten im Rahmen von SHARE mögliche Determinanten für die Aufnahme in stationäre Pflegeeinrichtungen in einer Reihe von europäischen Ländern. Dabei werden jene Befragungsteilnehmer analysiert, die zum Zeitpunkt der Welle 2 (2006) mindestens 65 Jahre alt waren und die entweder zum Zeitpunkt zur Befragung der Welle 4 (2010/11) in einer stationären Pflegeeinrichtung lebten, oder zwischen Welle 2 und 4 in einem Pflegeheim verstarben. Folgende Beobachtungen wurden dabei in Zusammenhang mit dem Eintritt in die stationäre Pflege gemacht: Erstens, die Aufnahme erfolgte mehrheitlich nach dem 85. Lebensjahr. Zweitens, in Hinblick auf Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL - "activities of daily living", z.B. Körperpflege, Essen) und den instrumentellen ADL (IADL, z.B. Essenzubereitung, Hausarbeit) erwiesen sich sowohl die Anzahl als auch die Zunahme der Zahl der Einschränkungen als direkte Einflussfaktoren für den Eintritt. Drittens, der Eintritt ist statistisch gesehen, unter der Annahme,

dass alle anderen Faktoren konstant gehalten werden, jeweils für Personen signifikant wahrscheinlicher, die

- keine Pflege bzw. Unterstützung von Personen aus dem gleichen Haushalt bekommen bzw. bekommen können,
- ihren Partner bzw. ihre Partnerin zwischen den beiden Befragungswellen verloren haben,
- kein Kind, insbesondere keine Tochter, in ihrer Nähe haben,
- über wenig Vermögen verfügen, wobei das laufende Einkommen keinen signifikanten Einfluss aufweist,
- in Ländern leben, in denen es keine Bedarfsprüfung für die Aufnahme gibt und/oder in denen die betroffenen Personen nicht zumindest einen Teil der Kosten für die stationäre Pflege selbst tragen müssen.

Im Rahmen der Projekts ANICEN schätzen *Mot et al.* (2012) für Spanien und die Niederlande ebenfalls die Determinanten für die stationäre Pflege auf individueller Ebene. Sie kommen zu dem Ergebnis dass, neben dem Alter und der Anzahl an ADL-Einschränkungen, Demenz die Wahrscheinlichkeit für die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung erhöht. In Österreich erfolgt laut *Rappold et al.* (2009) die Aufnahme in ein Pflegeheim in fast 50% aller Fälle aufgrund einer demenziellen Erkrankung.

Im Rahmen einer Meta-Studie untersuchen *Luppa et al.* (2010) die Robustheit und Konsistenz der Determinanten für den Eintritt in die stationäre Pflege, welche in 36 Studien in der Vergangenheit identifiziert wurden.<sup>5)</sup> Die AutorInnen fassen zusammen, dass der Eintritt in stationäre Pflegeeinrichtungen signifikant häufig durch kognitive und/oder funktionale Einschränkungen verursacht wird und dass Personen, die über keine kognitiven Einschränkungen verfügen aufgrund körperlicher Erkrankungen, die zu funktionalen Einschränkungen führen, ebenso signifikant häufiger in Pflegeeinrichtungen übersiedeln. Als stärksten Faktor identifizieren *Luppa et al.* (2012) Demenz, da diese sowohl zu kognitiven wie auch zu funktionellen Einschränkungen in den ADL führt. Ebenso erweisen sich ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand, stationäre Pflegeaufenthalte in der Vergangenheit, sowie eine hohe Anzahl an täglichen Medikamenten als verlässliche Indikatoren, die allesamt eng miteinander und mit funktionellen Einschränkungen korrelieren. Sozioökonomische Faktoren wie fehlende alltägliche Beschäftigungsfelder, schwach ausgeprägte soziale Netzwerke und das Fehlen eines Partners bzw. einer Partnerin erweisen sich lediglich als mäßig robuste Variablen. Für die restlichen in Übersicht 2.2 dargestellten Variablen sind die in verschiedenen Studien gemessenen Einflüsse inkonsistent, also widersprüchlich in Hinblick auf die Richtung und/oder die Signifikanz des jeweiligen Einflusses.

---

<sup>5)</sup> Die Liste der inkludierten Studien beinhaltet vorwiegend Arbeiten mit Daten aus den USA, lediglich drei Studien stammen aus Europa, jeweils zwei aus Australien und Kanada, sowie eine aus Hong Kong.

Übersicht 2.2: Determinanten für den Eintritt in die stationäre Pflege im Rahmen einer Meta-Studie

Variablen	Nachweis solide	Nachweis mäßig	Nachweis schwach	Nachweis inkonsistent
Alter	x			
Eigenheim	x			
Ethnische Zugehörigkeit	x			
Schlechter Gesundheitszustand (Selbsteinschätzung)	x			
Funktionale Beeinträchtigungen	x			
Kognitive Beeinträchtigungen	x			
Demenz	x			
Frühere Aufenthalte in stationärer Pflege	x			
Anzahl an verschreibungspflichtigen Medikamenten	x			
(Vormals) erwerbstätig		x		
Schwach ausgeprägtes soziales Netzwerk		x		
Wenig Beschäftigung im Alltag		x		
Diabetes		x		
Familienstand verheiratet			x	
Geschlecht				x
Singlehaushalt				x
Bildungsstatus				x
Einkommen				x
Schlaganfall				x
Bluthochdruck				x
Arthritis				x
Atemwegserkrankung				x
Inkontinenz				x
Depression				x
Früherer Krankenhausaufenthalt				x

Q: Luppa et al. (2010); WIFO-Darstellung. – Die Angaben bewerten lediglich die Signifikanz und Konsistenz des Einflusses, nicht jedoch ob dieser positiv (z.B. Alter) oder negativ (z.B. Eigenheim) ist.

**2.3 Substitution vs. Komplementarität mobiler und stationärer Pflege**

Eng mit den Determinanten für die Wahl zwischen informeller, mobiler und stationärer Pflege verwandt ist die Frage, ob die einzelnen Pflegeformen – insbesondere mobile und stationäre Pflege durch professionelle Dienstleister – als Substitute oder Komplemente zu sehen sind. Ersteres bedeutet, dass eine Pflegeform die andere ersetzen kann. Letzteres, dass die jeweiligen Formen sich ergänzen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten bzw. für unterschiedliche Inhalte benötigt werden; Diese Frage ist insbesondere für die Ausgestaltung des Pflegefondsgesetzes in Österreich relevant, da der dort eingeräumte Vorrang des Ausbaus mobiler vor stationären Diensten zumindest eine gewisse Substituierbarkeit der jeweiligen Angebote voraussetzt. Zwei der im letzten Abschnitt beschriebenen Studien (Luppa et al., 2010; Laferrère et al., 2013) schließen aus den jeweiligen Analysen über die Determinanten für die Wahl der jeweiligen Pflegeform, dass es sich bei der formellen bzw. informellen häuslichen und der stationären Pflege eher um Komplemente als um Substitute handelt. Wie Luppa et al. (2010) zusammenfassen, erhöht die häusliche Pflege die Wahrscheinlichkeit für die spätere Aufnahme in ein Pflegeheim und reduziert diese nicht, weshalb eher von einer komplementären als einer substituierenden Beziehung ausgegangen werden kann. Laferrère et al. (2013) beobachten, dass

informelle Pflege nur ein Substitut für formelle Pflegedienste ist, solange sich die Betreuungsin-tensität in Grenzen hält, und bestätigen, dass sich die Betreuung durch mobile Pflegedienste als statistisch signifikante Determinante für spätere stationäre Pflege erweist. Dies legt den Schluss nahe, dass Personen in der Regel erst dann in eine stationäre Einrichtung übersiedeln, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

*Jiminez-Martin – Vegas Sanchez – Vilaplana Prieto* (2011) finden im Rahmen von ANCIEN in einer statistischen Analyse auf Basis von Individualdaten ebenfalls eher Evidenz für die Kom-plementarität als die Substituierbarkeit von informeller und mobiler Pflege und dafür, dass sich informelle Pflege in erster Linie auf alltägliche Aufgaben konzentriert, während mobile Dienste dazu verwendet werden um anspruchsvollere bzw. speziellere Aufgaben zu erfüllen. Zu ähnli-chen Resultaten kommt auch *Bonsang* (2009), die statistischen Auswertungen des Autors zei-gen, dass informelle Pflege und Heimhilfe als Substitute gesehen werden können, dass die beobachtete Substituierbarkeit jedoch bei älteren Personen mit hoher Pflegebedürftigkeit verschwindet, weshalb der Autor eine komplementäre Beziehung zwischen informeller Pflege und Hauskrankenpflege sieht.

*Geerts - Van den Bosch* (2012) errechnen im Rahmen von SHARE für neun Länder, darunter Österreich, die Anteile von Personen, die zwischen den SHARE Befragungswellen 1 (2004/05) und 2 (2006/07) ergänzend bzw. ersetzend die Art der Pflege wechselten. Dabei wird für alle untersuchten Länder deutlich, dass mobile und informelle Pflegedienste öfter die Rolle von Komplementen als von Substituten innehaben. Für Österreich zeigt sich, dass der Anteil der Personen, die eine der beiden Arten jeweils ergänzend zur anderen verwendet (d.h. entwe-der nur mobile oder nur informelle oder keine Pflege in Welle 1 und mobile + informelle Pflege in Welle 2) 4,6 mal so hoch ist, wie der Anteil jener, die während der beiden Befragungswellen zwischen ausschließlich mobiler und ausschließlich informeller Pflege wechselten (substituier-ten). Für Österreich und Deutschland kommen die Autoren außerdem zu der Conclusio, dass – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern – auf informelle Pflege zurückgegriffen wird, wann immer sie verfügbar ist.

## **2.4 Projektionen über den Bedarf an Pflegediensten in Europa**

Im Rahmen des Projekts ANCIEN (siehe Beginn des Abschnitts 2 oben) wurden auf Basis der gewonnenen Individualdaten mittels mikrofundierten Makrosimulationen umfassende Projek-tionen zum Angebot an informeller Pflege, zum Arbeitsangebot in der Pflege und zur Nach-frage bzw. zum Bedarf an mobilen und stationären Pflegediensten in Europa geschätzt. Die Verfügbarkeit von Individualdaten ermöglicht in der Regel genauere Projektionen als bei her-kömmlichen Makrosimulationen, da verschiedene Parameter, wie beispielsweise die Auswir-kungen des Wegfalls informeller Pflege auf die Wahrscheinlichkeit mobile oder stationäre Dienste zu nutzen, direkt geschätzt werden können und nicht ein bestimmter Parameter mehr oder weniger ad-hoc angenommen werden muss.

*Pickard – King* (2012) modellieren mit Hilfe des SHARE-Datensatzes (siehe ebenfalls Beginn des Abschnitts 2 oben) das künftige Angebot an informeller Pflege für ältere Personen in Europa.

Die Autoren errechnen zwar einen Anstieg an informellen Pflegepersonen für alle untersuchten Länder, die Anstiege halten jedoch jeweils nicht mit der steigenden Nachfrage Schritt. Die vergleichsweise langsame Zunahme an informellen Pflegepersonen führen *Pickard – King* (2012) dabei nicht auf Veränderungen in der PartnerInnenpflege innerhalb der älteren Generationen zurück, sondern auf die ungünstigen demografischen Veränderungen in der "parent support ratio", welche das Verhältnis der Bevölkerung ab 80 zu jener der 50- bis 64-Jährigen misst.

*Geerts - Willemé - Comas-Herrera* (2012) projizieren für Deutschland, die Niederlanden, Spanien und Portugal jeweils die Nachfrage nach mobilen und stationären Diensten in 5-Jahres-Schritten bis 2060 mittels Makrosimulation, die jedoch auf Basis von Mikrodaten den Einfluss von Alter, Geschlecht, ADL-Einschränkungen, Haushaltszusammensetzung und Ausbildung der Bevölkerung berücksichtigt. Die Parameter zur Modellierung der Einflüsse wurden entweder existierenden Sekundärdaten entnommen, oder eben aus den Individualdaten geschätzt. Folgende Ergebnisse lassen sich dabei zusammenfassen (Übersicht 2.3): Unter der Annahme einer steigenden gesunden Lebenserwartung steigt in den vier genannten Ländern die Zahl der Personen, die stationäre Pflege in Anspruch nimmt, bis 2030 zwischen 43% in Spanien und 73% in den Niederlanden an. Die Anzahl jener, die mobile Pflege benötigt, steigt im selben Zeitraum zwischen 37% in Deutschland und 61% in den Niederlanden. Der Höhepunkt der Auswirkungen der Baby-Boomer Generation wird in allen vier Ländern allerdings erst nach 2030 sichtbar. Bis 2060 projizieren die Autoren für die stationäre Pflege einen Anstieg in der Zahl der betreuten Personen zwischen 102% in Deutschland und 200% in den Niederlanden, in der mobilen Pflege zwischen 79% in Deutschland und 150% in Spanien.

Übersicht 2.3: Projektionen über die Zahl mobil und stationär betreuter Personen in vier ausgewählten Ländern

Veränderung in %

	2020 stationär	2020 mobil	2025 stationär	2025 mobil	2030 stationär	2030 mobil	2060 stationär	2060 mobil
Deutschland	26	25	40	34	51	37	102	79
Niederlande	27	29	45	48	73	61	200	116
Spanien	17	18	28	28	43	39	162	150
Polen	31	-	49	-	66	-	152	-

Q: *Geerts - Willemé - Comas-Herrera* (2012); WIFO-Darstellung. – Für Polen liegen keine Daten für die mobile Pflege vor.

Während die Anstiege bis 2020 völlig parallel verlaufen und auch bis 2025 noch relativ eng beisammen liegen, macht sich ab 2030 ein deutlich stärkerer Anstieg am Bedarf an stationärer Pflege bemerkbar. Die Baby-Boomer Generation erreicht auch zuerst jene Phase, in der vermehrt mobile Dienste nachgefragt werden. Mit zunehmendem Alter dieser Generation und der damit verbundenen Multimorbidität sowie der weiten Verbreitung dementieller Erkrankungen, wächst schlussendlich in dieser Generation auch der Bedarf an stationären Leistungen stark an und zwar letztendlich auch deutlich stärker als für mobile Dienste, da

(zumindest ein Teil) der mobilen Dienste besser durch informelle Pflege substituiert werden kann, als dies aufgrund des hohen Pflegebedürfnisses und der Umstände der Fall ist, die zur Nachfrage nach stationären Leistungen führen (siehe Abschnitt 2.2. und 2.3).

*Geerts - Willemé - Comas-Herrera* (2012) führen die Unterschiede in der Entwicklung zwischen den Ländern auf demografische und epidemiologische Faktoren, sowie auf Unterschiede in den jeweiligen Pflegesystemen zurück. Zum Einen unterscheiden sich der Zeitpunkt, das Ausmaß und die Geschwindigkeit, mit der die Alterung der Bevölkerung einsetzt, in den einzelnen europäischen Ländern deutlich, zum Anderen weisen die einzelnen Länder auch deutliche Unterschiede in den altersspezifischen Prävalenzraten der Erkrankungen auf, die für das Ausmaß der Pflege maßgeblich sind. Letztlich unterscheiden sich die jeweiligen Länder auch jeweils im Zugang zu formellen Pflegesystemen und informellen Pflegenetzwerken.

Wie der Vergleich verschiedener Szenarien in *Geerts - Willemé - Comas-Herrera* (2012) deutlich macht, spielen simulierte Veränderungen in den wichtigsten gesellschaftlichen Risikofaktoren in Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung im Alter – Fettleibigkeit und Rauchen – unterschiedliche Rollen: Veränderte Prävalenzraten in der Fettleibigkeit wirken sich laut der AutorInnen kaum auf die Nachfrage nach Pflege aus, Änderungen im Raucherverhalten der Gesellschaft spielen hingegen sehr wohl eine gewisse Rolle. Veränderungen in der Haushaltsstruktur bewirken gemäß der Studienautoren nur wenig Veränderung in der Nachfrage nach mobiler und stationärer Pflege. Ebenso liefern Szenarien mit einem höheren durchschnittlichen Bildungsgrad der Bevölkerung keine eindeutigen Änderungen der Ergebnisse.

*Wittwer – Goltz* (2012) projizieren schlussendlich für diese vier Länder (Deutschland, Niederlande, Spanien und Polen) das langfristige Arbeitskräfteangebot im Pflegesektor. Die Ergebnisse, dass sich das Arbeitskräfteangebot nicht erhöhen wird, sondern bestenfalls (Niederlande) stagniert bzw. sich sogar um 15-20% (Deutschland, Spanien, Polen) reduzieren wird, deutet auf große politische Anstrengungen hin, die notwendig sein werden, um den steigenden Bedarf an professionellen Pflegediensten decken zu können.<sup>6)</sup>

## 2.5 Zusammenfassung

In einem internationalen Vergleich der Pflegesysteme Europas kann Österreich gemäß einer Statistik-basierten Typologie nach *Kraus et al.* (2010) in eine Ländergruppe mit England, Finnland, Frankreich und Spanien eingeordnet werden. Die Systeme dieser Länder zeichnen sich durch ein vergleichsweise moderates Niveau an öffentlichen Ausgaben, einen hohen Anteil an privaten Mitteln, einen hohen Anteil an informeller Pflege in Kombination mit einem hohen Maß an Unterstützung für informelle Pflegepersonen, sowie durch ein hohes Ausmaß an Geldleistungen aus. Während sich Österreich im Ländervergleich unter den Spitzenreitern in der Verbreitung der informellen Pflege befindet, liegt das Land beim Ausbau mobiler und sta-

---

<sup>6)</sup> In diesen Projektionen wird allerdings nicht berücksichtigt, dass Perioden mit einer hohen gesamtwirtschaftlichen Arbeitslosigkeit das Arbeitsangebot im Pflegesektor vermutlich gegenüber einem Szenario ohne Arbeitslosigkeit deutlich erhöhen.

tionärer Dienste jeweils im unteren Mittelfeld. Die Varianz der Verbreitung der einzelnen Pflegeformen (informell, mobil, stationär) zwischen den Ländern ist im stationären Bereich deutlich niedriger als in der häuslichen (informellen wie mobilen) Pflege. Dies kann als Hinweis darauf interpretiert werden, dass die Wahl der stationären Pflege in vielen Fällen keine Frage von länderspezifischen Präferenzen der Bevölkerung bzw. der Politik ist, sondern häufig die einzige Alternative darstellt. In beinahe allen Ländern der OECD überwiegt die Anzahl der Personen in häuslicher Pflege jene der stationären, jedoch sind in fast allen betrachteten Ländern die Gesamtausgaben für stationäre Pflege aufgrund der hohen Kosten pro Person höher, als für die häusliche Pflege, in der Mehrheit der Länder sogar deutlich höher. Österreich ist eines von wenigen Ländern, in dem die Gesamtausgaben für häusliche und stationäre Pflege ausgeglichen sind. Mit Gesamtausgaben für die Pflege von 1,5% des BIP lag Österreich 2011 im oberen Drittel der OECD Länder (7. Rang), insbesondere aufgrund überdurchschnittlich hoher Ausgaben für die häusliche Pflege (4. Rang; stationär 8. Rang).

Die – international betrachtet – deutlichen Unterschiede in der Verbreitung mobiler Dienste insgesamt resultieren vor allem aus großen Differenzen in der Nutzung der Heimhilfe. In Ländern wie Österreich oder Deutschland greifen Menschen für die Unterstützung bei Hilfstätigkeiten im Alltag in der Regel auf informelle Netzwerke zurück, wann immer diese verfügbar sind (Geerts – Van den Bosch, 2012), während in Ländern wie Dänemark oder den Niederlanden drei Mal so viele Menschen ab 65 Jahren Heimhilfe in Anspruch nehmen. In der Hauskrankenpflege sind die Unterschiede deutlich weniger stark ausgeprägt. Diese Beobachtungen lassen den Schluss zu, dass innerhalb der mobilen Dienste vorwiegend die Heimhilfe als Substitut für die informelle Pflege gesehen werden kann, während spezifischere Pflegeleistungen (Hauskrankenpflege) vielfach komplementär zur informellen Pflege erbracht werden müssen. Weiters wird deutlich, dass der Anteil jener Personen, die ausschließlich mobil betreut werden, mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit nicht ansteigt. Dies kann als weiterer Beleg dafür gesehen werden, dass sich mobile Pflege bei schwereren Pflegefällen eher als Komplement denn als Substitut zur informellen Pflege verhält. Insgesamt wird beim Studium der aktuellen Literatur deutlich, dass informelle Pflege am ehesten bei der alltäglichen Unterstützung in Haushaltstätigkeiten als Substitut für mobile Dienste gesehen werden kann. In Österreich werden mobile Dienste 4,6 Mal häufiger ergänzend zur informellen Pflege verwendet denn als Ersatz (Geerts – Van den Bosch, 2012). Die Wahl zwischen mobiler und informeller häuslicher Pflege wird des Weiteren vom Alter der betroffenen Person und der Haushaltszusammensetzung beeinflusst, insbesondere davon, ob eine Person alleine lebt.

Als wichtigste Determinante für den Eintritt in eine stationäre Pflegeeinrichtung erweisen sich in der Literatur dementielle Erkrankungen. In Österreich ist Demenz in fast 50% aller Fälle (Rappold et al., 2009) für die Aufnahme in ein Pflegeheim verantwortlich, da diese sowohl zu kognitiven als auch zu funktionellen Einschränkungen führt. Das Alter (insbesondere über 85 Jahren), Einschränkungen in den (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), aber auch deren Zunahme, sowie das Vorhandensein einer Bedarfsprüfung und/oder die Teilfinanzierung durch die betroffenen Personen wurden in einer internationalen Auswertung

statistisch neben Demenz als wichtigste Determinanten für den Eintritt in die stationäre Pflege ermittelt. In Hinblick auf die Frage nach der Substituierbarkeit von mobilen und stationären Diensten zeigt die Literatur vorwiegend eine chronologische und komplementäre an Stelle einer substitutiven Beziehung: Die Nutzung mobiler Dienste erweist sich in Mikroanalysen als signifikante Determinante für die spätere stationäre Pflege.

Projektionen über die Zukunft der informellen und formellen Pflege verdeutlichen, dass die Zahl an informellen Pflegepersonen zwar ansteigen wird, dieser Anstieg jedoch nicht mit der steigenden Nachfrage an Pflege mithalten kann. Dies ist weniger auf eine Abnahme der PartnerInnenpflege zurückzuführen, sondern vielmehr auf eine ungünstige Entwicklung der "parent support" bzw. "age dependency" Rate. In der formellen Pflege wird anhand von vier europäischen Ländern (Deutschland, Niederlande, Spanien, Polen) eine große Lücke im Arbeitsangebot des Pflegesektors deutlich. Während der Bedarf an Arbeitskräften stark ansteigen wird, reduziert sich das langfristige Arbeitskräfteangebot in der Pflege in drei der vier Länder um 15-20% und stagniert im Vierten (Niederlande).

Die Projektionen für die stationäre Pflege zeigen in diesen vier Ländern einen Anstieg der Nachfrage bis 2030 zwischen 43% in Spanien und 73% in den Niederlanden, für die mobile Pflege um 27% (Deutschland) bis 61% (Niederlande). Der Höhepunkt der Nachfrage wird jedoch erst nach 2030 erreicht. Bis 2060 steigt der Bedarf im stationären Bereich um 102-200%, im mobilen Bereich um 79-150%. Anhand der vier untersuchten Länder wird zudem deutlich, dass letztendlich bis zum Höhepunkt des Alterungsprozesses der Baby-Boomer die Nachfrage nach stationären Diensten stärker ansteigt als jene nach mobilen, da letztere bei einem niedrigeren Pflegebedarf noch eher durch informelle Pflege substituierbar sind, als dies bei einer Betreuungsintensität der Fall ist, die eine stationäre Pflege erforderlich macht. Die Ergebnisse der Langzeitprojektionen, insbesondere in Kombination mit der deutlichen relativen Verknappung des Arbeitskräfteangebots, stellen jedenfalls eine große politische Herausforderung dar.

### **3. Ergebnisse einer österreichweiten Befragung von Dienstleistern im Bereich der mobilen und stationären Pflege**

#### **3.1 Befragung und Auswertung**

Im Rahmen der vorliegenden Studie führte das WIFO eine österreichweite Befragung von Dienstleistern im Bereich mobiler Pflege- und Betreuungsdienste sowie stationärer Pflegeeinrichtungen durch. Diese Befragung ermöglicht einen Vergleich der beiden Pflegeformen in Hinblick auf die Struktur der Anbieter und der betreuten Personen, auf ausgewählte Aspekte der Effizienz, Zukunftspotentiale, sowie eine Analyse der Konkurrenz, Kooperation und Substitution zwischen den beiden Arten der Pflege bzw. Betreuung. Ein weiteres Ziel der Befragung ist es außerdem einen Vergleich des Status Quo zwischen den einzelnen Bundesländern zu ermöglichen, was im Bereich der stationären Pflege auch gelang, bei den mobilen Diensten jedoch aufgrund der geringeren Zahl an Einrichtungen nicht erreicht werden konnte. Insgesamt gibt die Befragung einen vergleichenden Einblick in stationäre und mobile Pflege und Betreuung anhand von Primärdaten. Für den weiteren Ausbau der mobilen und stationären Dienste unter Einsatz öffentlicher Mittel liefern diese Daten wichtige Inputs in Hinblick auf die Stärken und Schwächen der jeweiligen Pflegeformen bzw. auf Möglichkeiten zur effizienteren Ausgestaltung der Pflegesysteme.

Die Befragung konzentriert sich auf eine vergleichende Gegenüberstellung von mobilen und stationären Pflegediensten im Sinne des Pflegefondsgesetzes. Zwar gewinnen alternative Pflegedienstleistungen, wie teilstationäre Dienste, alternative Wohnformen oder die 24-Stunden Betreuung zu Hause, zunehmend an Bedeutung, im Vergleich zur "klassischen" stationären bzw. zur mobilen Pflege spielen diese Dienste jedoch in ihrer Größenordnung immer noch eine untergeordnete Rolle. Durch die unterschiedlichen Arten des Angebots wurden unterschiedliche Fragebögen für mobile und stationäre Dienste entwickelt, welche teils idente Fragen, teils möglichst deckungsgleiche, an die Unterschiede angepasste Fragen, und teils dienstleistungsspezifische Fragen enthalten. Da weite Teile der Befragung nicht auf administrative Daten abzielen, sondern auf die Erfahrungen und Einschätzungen von Personen an der Schnittstelle zwischen Management und Praxis, war es das Ziel, die Befragung so dezentral wie möglich durchzuführen. Am besten geeignet für die Befragung im stationären Bereich erschienen Personen der Heim-, Geschäfts- oder Pflegedienstleitung. Im mobilen Bereich wurde ebenfalls versucht Personen aus den Bereichen Einsatz- und Pflegedienstleitung, bzw. der Pflegebereichsleitung in der Verwaltung zu erreichen. Stationäre Pflegedienste wurden auf Ebene der einzelnen Häuser befragt, bei mobilen Diensten kamen zwei Varianten zum Einsatz. Bei größeren Trägern wurden neben den zentralen Einrichtungen (z.B. Landesverbände) kürzere Fragebögen – ohne Fragen zu administrativen und strategischen Inhalten – auch an lokale Stützpunkte versandt. Kleine Träger bzw. solche, die ihr Angebot von einer Adresse aus verwalten und erbringen, erhielten einen Fragebogen (Langversion). Die Notwendigkeit eines stärkeren Gewichts auf die zentralen Einrichtungen im Bereich der mobilen Pflege im Gegensatz zur Befragung stationärer Einrichtungen liegt in der unterschiedlichen

administrativen Organisation begründet. Während einzelne Pflegeheime in der Regel detaillierte strukturelle und administrative Informationen (Zahl der BewohnerInnen, deren Pflegestufen, Kostenentwicklung, etc.) besitzen, sind mobile Dienste häufig in größeren Trägern organisiert, wobei lokale Stützpunkte vorwiegend mit deren Durchführung beauftragt sind, während die Administration meist ausschließlich übergeordneten Einheiten obliegt (z.B. Landesverbänden).

Bereits bei der Erstellung der Fragebögen wurde die hohe Komplexität einer Gesamtbetrachtung der österreichischen Pflegesysteme deutlich, die sich aus der unterschiedlichen Ausgestaltung der Systeme in den einzelnen Ländern ergibt. Allen voran die unterschiedliche Gesetzgebung sowie die uneinheitliche Abgrenzung und Definition der einzelnen Pflegedienstleistungen erschwert eine bundesländerübergreifende Analyse, insbesondere im Bereich der mobilen Pflege. Die Erstellung der Fragebögen erfolgte unter Einbezug der in Kapitel 2 diskutierten Literatur und von ExpertInnen zweier großer Träger, die jeweils sowohl im mobilen als auch im stationären Pflegebereich tätig sind. Ein ExpertInnengespräch fand vor der Konzeptionierung der Fragebögen statt, ein Gespräch vor deren Finalisierung.

Durch die unterschiedlichen Fragen für stationäre und mobile Dienstleister, sowie eine Version mit bzw. ohne Fragen zu administrativen und strategischen Angelegenheiten im Bereich der mobilen Dienste, resultierten drei unterschiedliche Fragebögen, diese sind der Studie in Anhang B beigelegt. Aufgrund der insgesamt moderaten Länge der Fragebögen wurde auf eine strukturelle Untergliederung in verschiedene Kapitel verzichtet. Die Fragebögen enthielten sowohl offene wie auch geschlossene Fragen, unter letzteren fanden sich Multiple Choice ebenso wie Single Choice Fragen. Die Fragen können in folgende Themenbereiche eingeteilt werden:

- Statistische Kontrollfragen zur Rechtsform der Einrichtung, der Art des Angebots und zur beruflichen Position der ausfüllenden Person,
- Größe der Einrichtung, Beschäftigung und zur Struktur der betreuten Personen,
- Motive der betreuten Personen bei der Wahl des Angebots,
- Kooperation, Konkurrenz und Substitution zwischen mobilen und stationären Diensten,
- Nachfrage- bzw. Kostenentwicklung und Ausbaupläne,
- Einfluss gesetzlicher Rahmenbedingungen auf Angebot und Qualität,
- Interdisziplinäres Angebot und Maßnahmen zur Effizienzsteigerung.

Als Adressdatenbanken dienten die Kontaktdaten der Leistungserbringer in der Pflegedienstleistungsstatistik, die dem WIFO von den Bundesländern für Auswertungen im Zuge der Studie zur Verfügung gestellt wurde bzw. bei Aggregation auf Ebene der Träger in dieser Statistik die Online-Portale der Bundesländer und der großen Trägereinrichtungen sowie Anfragen bei den Trägern selbst.<sup>7)</sup> Die Befragung einzelner Häuser bzw. lokaler Stützpunkte größerer Träger

---

<sup>7)</sup> Adressen zu stationären Einrichtungen wurden mit Hilfe der Adressen des Portals [www.seniorenheim.at](http://www.seniorenheim.at) vervollständigt.

erfolgte so weit als möglich nur nach Einverständnis der jeweiligen Trägerorganisation. Die Zustimmung zum Versand von Fragebögen an ihre einzelnen Adressen verweigerten lediglich zwei große Träger aus dem Bereich der stationären Pflege im Bundesland Wien. Ein österreichweit tätiger Träger im Bereich der mobilen Dienste übermittelte keine Kontaktdaten zu lokalen Stützpunkten. Abgesehen von den genannten Organisationen konnten Einrichtungen im stationären und mobilen Bereich weitgehend flächendeckend und im gesamten Bundesgebiet erreicht werden.

Im November und Dezember 2013 wurden in zwei Befragungswellen Fragebögen an 784 Adressen zur stationären Pflege und 451 Adressen im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung versandt (1.235 Adressen insgesamt). Anhang A illustriert und beschreibt die regionalen Details zur Zahl der adressierten Einrichtungen und zum Rücklauf getrennt für den mobilen bzw. stationären Bereich. Die erzielten Rücklaufquoten von 59,0% im mobilen bzw. 56,9% im stationären Bereich – eine Rücklaufquote von 57,7% insgesamt – sind für Befragungen dieser Art ausgesprochen hoch und können als Indiz für ein großes Interesse seitens der Dienstleister an der Erstellung umfassender Studien zum Status Quo und zur Zukunft dieser Branche in Österreich gewertet werden.

### **3.2 Status Quo der mobilen und stationären Dienste in den Bundesländern**

Der folgende Abschnitt illustriert den Status quo der mobilen bzw. stationären Pflege und Betreuung in den Bundesländern und gibt einen kurzen Abriss über einige qualitative Aspekte der Betreuung in den jeweiligen Diensten, insbesondere im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl zwischen den beiden Pflegedienstleistungen wie auch mit verwandten Berufsgruppen und Angeboten. Die Analyse beinhaltet eine regionale Gegenüberstellung der Versorgungsgrade in den jeweiligen Dienstleistungsarten, der Auslastung, sowie der Struktur der betreuten Personen in Hinblick auf Alter und Pflegebedürftigkeit und bedient sich dabei neben Auswertungen aus der Befragung auch den Daten der aktuellen Pflegedienstleistungsstatistik des Berichtsjahres 2012, die dem WIFO von den Bundesländern zur Verfügung gestellt wurden, sowie den offiziellen Zahlen des Österreichischen Pflegevorsorgeberichts 2012 (BMASK, 2013).

#### *3.2.1 Versorgungsgrad und Auslastung*

Während der größte Teil der Pflege in Österreich immer noch informell durch Angehörige und/oder Bekannte einer pflegebedürftigen Person geleistet wird (siehe Kapitel 2.1 oben), kommt professionellen Pflege- und Betreuungsdiensten durch die steigende Erwerbsquote – insbesondere jener der Frauen – sowie durch gesellschaftliche Veränderungen, die sich vor allem durch sinkende Haushaltsgößen und einen steigenden Anteil an Single-Haushalten sowie durch eine höhere räumliche Mobilität der jüngeren Generationen auszeichnen, eine immer größere Bedeutung zu. Besonders der Ausbau mobiler Pflege- und Betreuungsdienste wurde dabei in der jüngeren Vergangenheit stark forciert und deren Vorrang gegenüber

dem Ausbau stationärer Einrichtungen mit Einführung des Pflegefondsgesetzes 2011 auch gesetzlich verankert.

Während der größte Teil der öffentlichen Ausgaben für Sachleistungen in Österreich auf den Bereich der stationären Pflege entfällt, bilden mobile Dienste die größte Gruppe in Bezug auf die Zahl der betreuten Personen. Abbildung 3.1 zeigt den regionalen Versorgungsgrad an mobiler bzw. stationärer Pflege und Betreuung im Verhältnis zur Bevölkerung ab 65 Jahren, Abbildung 3.2 stellt die Anteile in Bezug auf die Zahl der PflegegeldempfängerInnen eines Landes dar. Dabei ist darauf zu achten, dass mangels Verfügbarkeit anderer Daten (vgl. *BMASK*, 2013) den Zahlen der betreuten Personen innerhalb des Berichtsjahres 2012 der Bevölkerungsstand bzw. die Zahl der PflegegeldempfängerInnen zum Stichtag (Jahreswechsel 2012/2013) gegenüberstehen. Dementsprechend fallen die hier dargestellten Versorgungsgrade jeweils höher aus, als bei konsistenter Betrachtung der Zahl betreuter Personen ebenfalls zum Stichtag. Die dargestellten Werte sollten aus diesem Grund auch nicht in Hinblick auf ihre absolute Höhe interpretiert werden, sondern dienen in erster Linie dem Vergleich zwischen den Bundesländern. Während Personen, die innerhalb des Jahres 2012 sowohl mobil als auch stationär betreut wurden, in allen Bundesländern zu Doppelzählungen führen, werden in Vorarlberg auch alle Personen doppelt gezählt, die innerhalb der mobilen Dienste Leistungen von verschiedenen Trägern in Anspruch nahmen.<sup>8)</sup> Alle Angaben zur Zahl der betreuten Personen in diesem Abschnitt beziehen sich lediglich auf jene Dienstleistungen, die aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung (mit)finanziert wurden (vgl. *BMASK*, 2013).

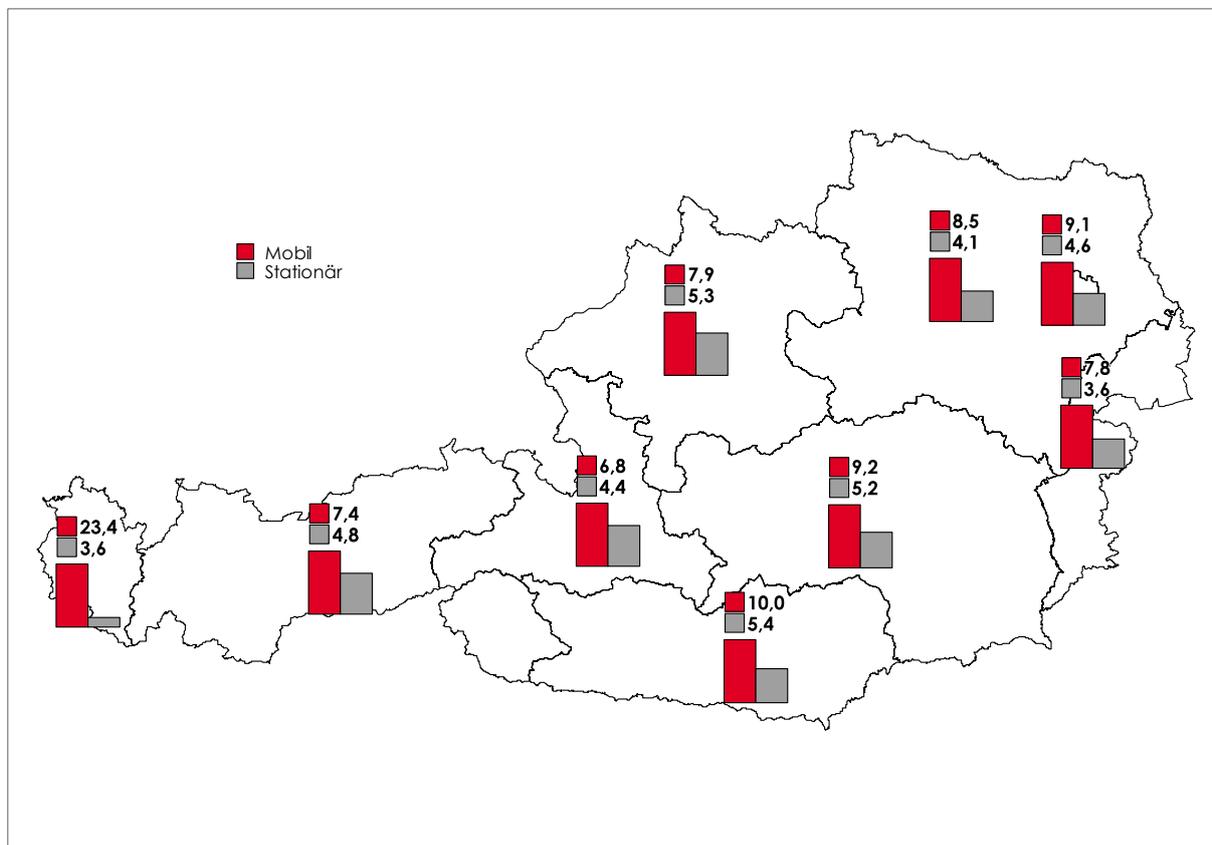
Neben Vorarlberg weist Kärnten mit 10,0% den höchsten Anteil an mobil betreuten Personen an der Bevölkerung ab 65 Jahren auf, gefolgt von der Steiermark (9,2%) und Wien (9,1%). Die niedrigsten mobilen Betreuungsquoten älterer Personen finden sich in Salzburg (6,8%) und Tirol (7,4%). Die höchsten Anteile an stationär gepflegten Personen – gemessen an der Bevölkerung ab 65 Jahren – weisen Kärnten (5,4%), Oberösterreich (5,3%), und die Steiermark (5,2%) auf, die niedrigsten das Burgenland und Vorarlberg mit jeweils 3,6%.<sup>9)</sup>

---

<sup>8)</sup> Da in Vorarlberg Heimhilfe und Hauskrankenpflege jeweils strikt getrennt durch verschiedene Vereine erbracht werden, sind große Teile der betreuten Personen von dieser Doppelzählung betroffen. Dies wird durch die extrem hohen Anteile mobil betreuter Personen in Vorarlberg in Abbildung 3.1 und 3.2 deutlich.

<sup>9)</sup> Die Zahlen stationär betreuter Personen inkludieren in der Steiermark auch Personen in der stationären Kurzzeitpflege.

Abbildung 3.1: Anteil mobil bzw. stationär gepflegter Personen an der Bevölkerung mit 65+ Jahren nach Bundesland 2012

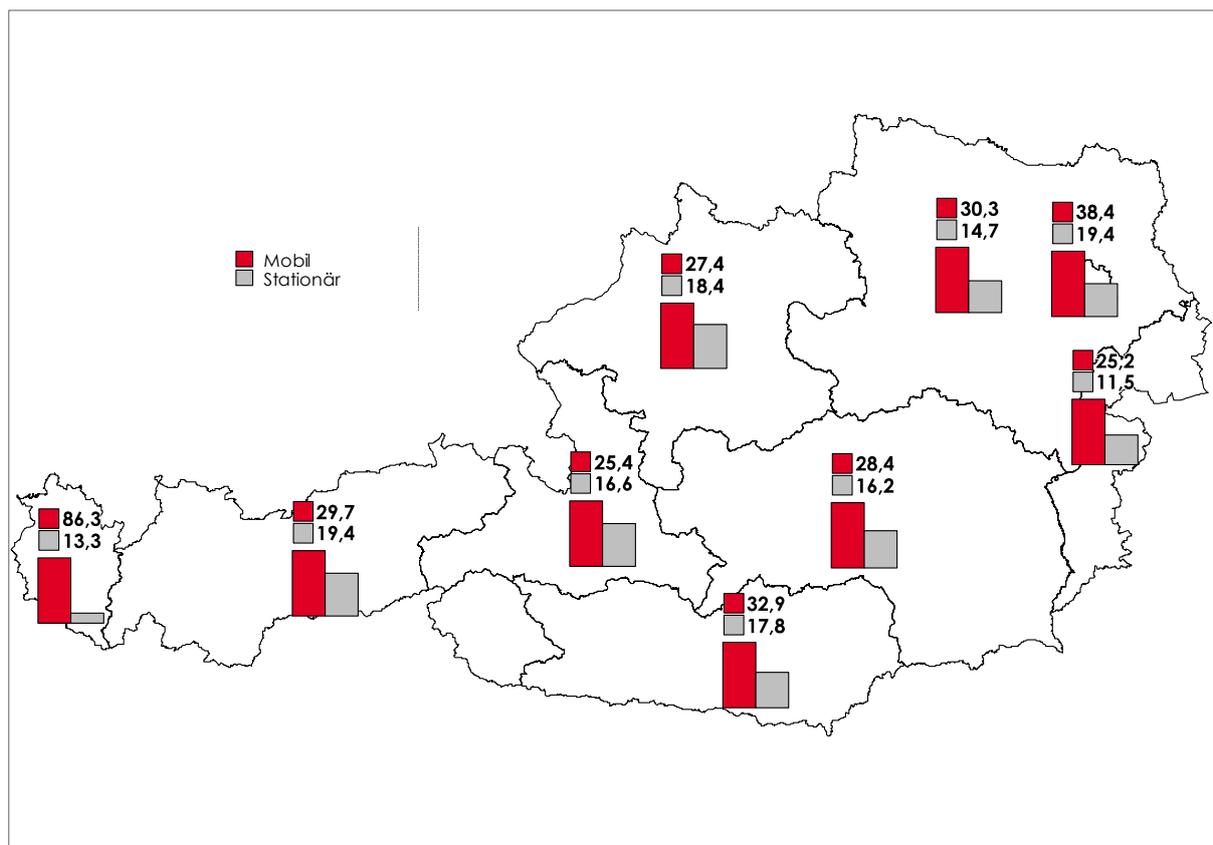


Q: BMASK (2013); Statistik Austria; WIFO-Berechnungen. – Vorarlberg: Mehrfachzählungen von mobil betreuten Personen, wenn Leistungen von verschiedenen Trägern erbracht; Steiermark: stationär inklusive stationäre Kurzzeitpflege; Wien: Reine Wohnplätze in Alten- und Pflegeheimen nicht der stationären Pflege, sondern alternativen Wohnformen zugeordnet;

Den höchsten Versorgungsgrad in der stationären Pflege, gemessen an der Zahl der PflegegeldempfängerInnen, weisen die Länder Wien und Tirol mit jeweils 19,4% auf, die niedrigsten Raten verzeichnen Vorarlberg (11,5%) und das Burgenland (13,3%). Auffällig bei dieser Reihung ist, dass die beiden Länder Wien und Tirol die niedrigsten Schwellen von allen Bundesländern aufweisen, welche die Voraussetzung für den Anspruch auf Sozialhilfe in der stationären Pflege formal an Pflegegeldstufen knüpfen. In Wien kann Sozialhilfe für stationäre Betreuung im Bedarfsfall bereits ab Stufe 2 (Wohnheim) bzw. 3 (Pflegeheim) bezogen werden, in Tirol ab Stufe 3 durch das Land, darunter durch die Heimatgemeinde. Alle weiteren Länder mit ähnlich formalen Zugangsregeln leisten im Regelfall erst ab Pflegegeldstufe 4 Sozialhilfe für stationäre Pflege. Während die Struktur der stationär betreuten Personen in Tirol tatsächlich einen deutlich überdurchschnittlichen Anteil an Personen in niedrigen Pflegegeldstufen aufzeigt (siehe Abbildung 3.5 in Abschnitt 3.2.2), trifft dies auf Wien jedoch nicht zu. Der hohe stationäre Versorgungsgrad Wiens bezieht sich trotz der formal niedrigen Zugangsschranke

hauptsächlich auf Personen mit mittlerer bis hoher Pflegeintensität. In der mobilen Pflege und Betreuung weist im Verhältnis zur Zahl der PflegegeldempfängerInnen ebenfalls Wien (38,4%) den höchsten Versorgungsgrad auf, gefolgt von Kärnten (32,9%) und Niederösterreich (30,3%). Die Schlusslichter bilden das Burgenland (25,2%) und Salzburg (25,4%).

Abbildung 3.2: Anteil mobil bzw. stationär gepflegter Personen an der Zahl der PflegegeldempfängerInnen nach Bundesland 2012



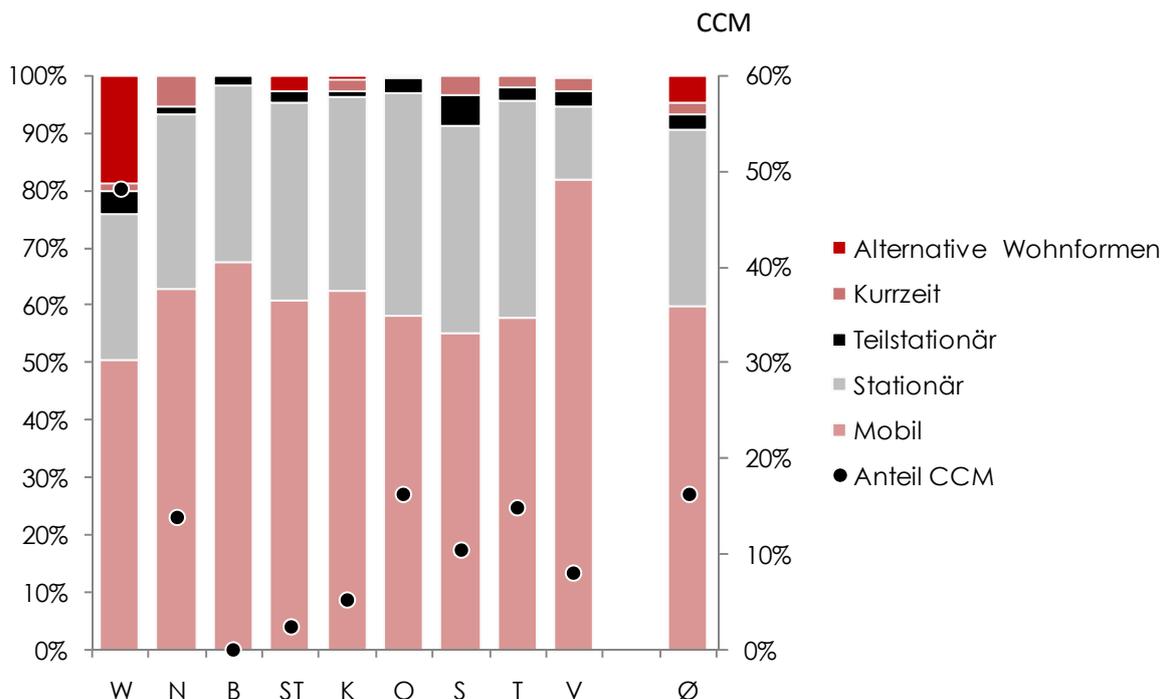
Q: BMASK (2013); Statistik Austria; WIFO-Berechnungen. – Vorarlberg: Mehrfachzählungen von mobil betreuten Personen, wenn Leistungen von verschiedenen Trägern erbracht; Steiermark: stationär inklusive stationäre Kurzzeitpflege; Wien: Reine Wohnplätze in Alten- und Pflegeheimen nicht der stationären Pflege, sondern alternativen Wohnformen zugeordnet;

Bei Betrachtung von Abbildung 3.2 wird deutlich, dass Wien – abgesehen von Vorarlberg – gefolgt von Kärnten in Summe den höchsten Versorgungsgrad in der mobilen und stationären Pflege in Bezug auf die Zahl der PflegegeldempfängerInnen aufweist, das Burgenland und Salzburg den niedrigsten. Dieselben Bundesländer weisen auch in Bezug auf die Bevölkerung ab 65 jeweils die höchsten bzw. niedrigsten Quoten auf (Abbildung 3.1). Unterschiede in der Höhe des Angebots bzw. der Nachfrage nach mobilen und stationären Diensten werden neben demografischen Faktoren vor allem durch das Ausmaß der informellen Pflege bestimmt, die wiederum von der Haushaltsstruktur und (Frauen)Erwerbsquote beeinflusst wird

(siehe Abschnitt 4.1). Aus diesem Grund ist es wenig überraschend, dass ein urbaner Raum wie Wien den höchsten Versorgungsgrad aufweist und Länder mit weitgehend ländlichen Regionen vergleichsweise geringe Anteile.

Abbildung 3.3: Anteil gepflegter Personen nach Pflegedienstleistung und Bundesland

Anteil der jeweiligen Dienstleistungen an der Gesamtzahl betreuter Personen 2012



Q: BMASK; WIFO-Berechnungen. – Kurzzeit: stationäre Kurzzeitpflege; CCM: Case & Care Management; Mehrfachzählungen einzelner Personen bei Inanspruchnahme unterschiedlicher Dienstleistungsarten innerhalb des Kalenderjahres 2012; Vorarlberg: Mehrfachzählungen von mobil betreuten Personen, wenn Leistungen von verschiedenen Trägern erbracht.

Neben mobilen und stationären Diensten etablierten sich in der jüngeren Vergangenheit zunehmend weitere Betreuungsformen, wie die teilstationäre Tagesbetreuung, alternative Wohnformen, sowie die stationäre Kurzzeitpflege. Der Ausbau des Case- und Care-Managements soll darüber hinaus die Nutzung der vorhandenen Angebote optimieren. Abbildung 3.3 verdeutlicht jedoch, dass diese alternativen Betreuungsformen in allen Bundesländern außer Wien noch eine quantitative geringe Bedeutung spielen. Während in Wien im Verlauf des Jahres 2012 bereits fast ein Viertel (24,2%) aller professionell betreuten Personen alternative Dienste – insbesondere alternative Wohnformen (18,6%) – in Anspruch nahmen, lag deren Anteil in den restlichen Bundesländern zwischen 8,9% (Salzburg) und 2,0% (Burgenland).<sup>10)</sup>

<sup>10)</sup> Ein Teil der hohen Raten dieser Betreuungsformen in Wien ergibt sich jedoch aus der Tatsache, dass reine Wohnplätze in Alten- und Pflegeheimen in Wien den alternativen Wohnformen zugeordnet sind, in allen anderen Bundesländern jedoch zur stationären Pflege gerechnet werden.

Stationäre Kurzzeitpflege (Burgenland) und insbesondere alternative Wohnformen (Burgenland, Niederösterreich, Salzburg, Tirol) wurden 2012 in einigen Bundesländern nicht über die Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung gefördert.

Die Mehrheit der professionell betreuten Personen nimmt mobile Dienste in Anspruch, der Anteil liegt in allen Bundesländern über 50%. Abbildung 3.3 verdeutlicht darüber hinaus auch die unterschiedlich ausgeprägte Verbreitung des öffentlich geförderten Case- und Care-Managements. Nahmen in Wien 2012 bereits 48,2% aller PflegegeldempfängerInnen Case- und Care-Management in Anspruch, liegt der Bundesländer-Durchschnitt lediglich bei 16,3%, in Kärnten (5,3%), der Steiermark (2,5%) und dem Burgenland (keine Förderung) sogar deutlich unter 10%. Da in all diesen Berechnungen Personen, die mehrere Dienstleistungsarten innerhalb des Beobachtungszeitraums in Anspruch genommen haben<sup>11)</sup>, mehrfach gezählt wurden, sollten die exakten Werte nicht überinterpretiert werden. Abbildung 3.3 dient wiederum primär dem Vergleich zwischen den Bundesländern.

Unterschiedliche Versorgungsgrade sind jedoch keinesfalls unmittelbar mit unterschiedlich erfolgreichen Matches von Angebot und Nachfrage gleichzusetzen. Um Indizien für das Vorhandensein einer nicht gedeckten Nachfrage zu bekommen, wurde im Rahmen der WIFO-Befragung der mobilen und stationären Pflegedienstleister die Wartezeit für KlientInnen bei der Inanspruchnahme der Leistungen erhoben, sowie die Auslastung der stationären Einrichtungen. Während für die Versorgung durch mobile Dienste in der Regel keine Wartezeit besteht und diese, falls doch, nur einzelne Tage beträgt, stellt sich die Situation im stationären Bereich anders dar. Wie Übersicht 3.1 verdeutlicht, betrug die Auslastung (Zahl der BewohnerInnen am Stichtag dividiert durch die Zahl der Plätze) der Wohn- und Pflegeheime in allen Bundesländern zum Stichtag im Mittel deutlich mehr als 90%, in acht von neun Ländern sogar mehr als 95%. In Wien (99,4%), Salzburg (98,7%), Tirol (98,6%) und Oberösterreich (98,5%) lag die Auslastung sogar jeweils über 98%.

Die beobachtete Vollaustattung geht mit einem hohen Anteil an Einrichtungen einher, bei denen eine Wartezeit für die Aufnahme besteht. Der Anteil an Häusern mit Wartezeit variiert in den einzelnen Bundesländern relativ deutlich, liegt insgesamt jedoch bei zwei Dritteln und ist in jenen Ländern, die eine "geringere" mittlere Auslastung aufweisen, tendenziell niedriger. Mit Ausnahme von Kärnten (28,0%), der Steiermark (52,8%) und Niederösterreich (60,4%) besteht in allen Ländern bei mehr als 70% der befragten Heime eine Wartezeit. Die mittlere Dauer dieser Wartezeit ist in den einzelnen Ländern wiederum teils deutlich unterschiedlich. Während sie unter allen Heimen, die eine Wartezeit angaben, im Mittel bei 30 Tagen liegt, ist sie in Tirol (50 Tage), Salzburg (60 Tage) und im Burgenland (90 Tage) deutlich höher. Das Burgenland und Tirol weisen vergleichsweise jedoch "moderate" Anteile an Heimen mit Wartezeit auf, daher ist in diesen beiden Ländern von regional unterschiedlichen Über-Auslastungen auszugehen. Die Spitzenwerte Salzburgs in allen drei Kategorien aus Übersicht 3.1 hingegen lassen

---

<sup>11)</sup> Vorarlberg enthält wiederum Mehrfachzählungen bei mobilen Diensten, sofern von einer Person mobile Dienste unterschiedlicher Träger in Anspruch genommen wurden.

auf eine weit verbreitete Angebotsknappheit an Plätzen in stationären Pflegeeinrichtungen schließen. In Summe legen die Ergebnisse in Übersicht 3.1 jedoch nahe, dass die Nachfrage nach Plätzen in Wohn- und Pflegeheimen in allen Bundesländern das vorhandene Angebot übersteigt.

Übersicht 3.1: Auslastung und Wartezeit in stationären Einrichtungen

BL	Auslastung	Anteil Heime mit Wartezeit in %	Mittlere Wartezeit (Tage)
Wien	99,4	77,8	20
Niederösterreich	96,7	60,4	20
Burgenland	96,1	70,6	90
Steiermark	94,0	52,8	30
Kärnten	96,6	28,0	32
Oberösterreich	98,5	73,4	30
Salzburg	98,7	86,5	60
Tirol	98,6	73,9	50
Vorarlberg	97,8	81,5	27
Österreich	97,0	66,1	30

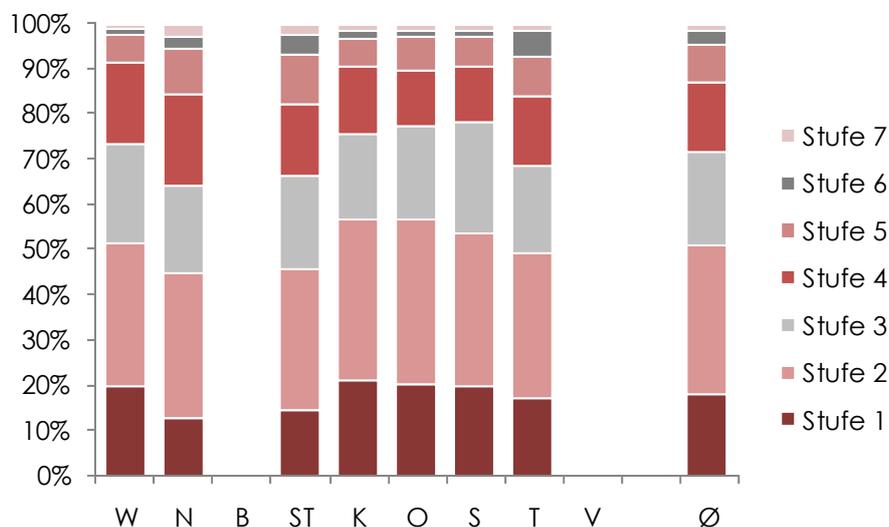
Q: WIFO-Befragung. – Mittlere Wartezeit bezieht sich nur auf Heime mit Wartezeit.

### 3.2.2 Struktur der betreuten Personen

Mit Hilfe der Pflegedienstleistungsstatistik, welche die Bundesländer dem WIFO für das Berichtsjahr 2012 zur Verfügung gestellt haben, lassen sich auch Aussagen über Unterschiede zwischen den Ländern in Hinblick auf die Struktur der mobil bzw. stationär betreuten Personen treffen. Im Rahmen der Pflegedienstleistungsstatistik werden von den Ländern Daten zur Verteilung der betreuten Personen nach Pflegegeldstufen und nach Alterskohorten auf Ebene der einzelnen Träger und Dienstleistungen erhoben. Da diese (und weitere) Detailangaben jedoch für das Berichtsjahr 2012 gemäß Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung noch auf freiwilliger Basis erfolgten und erst ab dem Berichtsjahr 2013 verpflichtend zu erheben sind, liegen die Daten nicht für alle Bundesländer bzw. für alle Träger innerhalb einzelner Bundesländer vollständig vor. Aus diesem Grund können keine Absolutwerte, also die Zahl betreuter Personen, nach Alter und Pflegegeldstufe dargestellt werden. Unter der Annahme, dass es sich bei den vorhandenen Daten jedoch jeweils um repräsentative Stichproben handelt, in denen einzelne Pflegegeldstufen bzw. Alterskohorten nicht systematisch über-/untererfasst sind, lassen sich jedoch zumindest die Anteile der einzelnen Personengruppen darstellen. Abbildung 3.4 und 3.5 zeigen die Anteile mobil bzw. stationär betreuter Personen in den einzelnen Bundesländern nach Pflegegeldstufen, Abbildung 3.6 und 3.7 nach Alterskohorten.<sup>12)</sup>

<sup>12)</sup> Einzelne Ausprägungen können für manche Bundesländer aufgrund fehlender bzw. unzureichender Daten nicht dargestellt werden. Daten zur Struktur nach Pflegegeldstufen für das Land Steiermark waren in der Pflegedienstleistungsstatistik des Landes nicht enthalten, konnten jedoch aufgrund der großen Stichprobe für das Land aus der WIFO-Befragung ermittelt werden. Eine Verknüpfung der Daten zu Pflegegeldstufen und Alterskohorten steht in der Pflegedienstleistungsstatistik nicht zur Verfügung und ist darin auch nicht vorgesehen. Im Zuge der Prognose in Kapitel

Abbildung 3.4: Mobil betreute Personen nach Pflegegeldstufen und Bundesland



Q: Pflegedienstleistungsstatistik der Bundesländer 2012; WIFO-Berechnungen. – Burgenland, Vorarlberg: Keine Daten verfügbar; Ohne "Stufe 0".

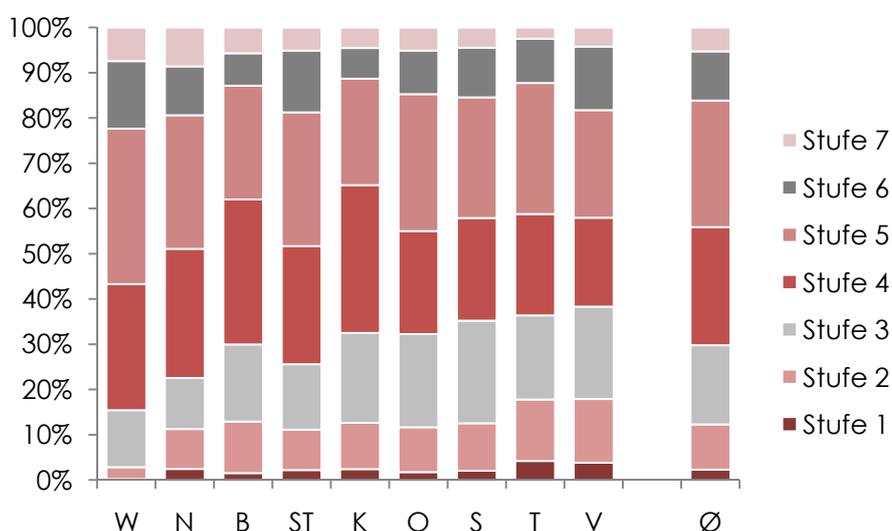
Bei Betrachtung der Verteilung der mobil betreuten Personen auf die einzelnen Pflegegeldstufen wird deutlich, dass mobile Dienste zum überwiegenden Teil von Personen bis Pflegegeldstufe 4 in Anspruch genommen werden, der Anteil dieser vier Stufen liegt in allen Bundesländern bei ca. 85-90%. Die größte Gruppe bilden dabei Personen der Pflegegeldstufe 2, dieser Gruppe werden in allen Ländern in etwa 30 aller mobil betreuten Personen zugeordnet. Auf die niedrigsten beiden Pflegegeldstufen entfallen zusammen zwischen 44,8% (Niederösterreich) und 56,6% (Kärnten) aller betreuten Personen.

In der stationären Pflege ist die Verteilung der betreuten Personen auf die einzelnen Pflegegeldstufen in den einzelnen Bundesländern wesentlich heterogener. Zwar spielen die beiden niedrigsten Pflegegeldstufen überall nur eine untergeordnete Rolle und auch der Anteil an Personen der Pflegegeldstufe 3 ist in einigen Bundesländern vergleichsweise gering, der Anteil der Personen der Stufen 1-3 insgesamt variiert jedoch deutlich. So macht diese Gruppe beispielsweise in Wien und Niederösterreich nur 15,4% bzw. 22,6% aus, in Vorarlberg und Tirol hingegen 38,4% bzw. 36,4% und liegt auch in drei weiteren Ländern bei über 30. Von jenen vier Ländern, die für eine (Teil)Finanzierung eines Heimplatzes aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung in der Regel mindestens Pflegegeldanspruch der Stufe 4 voraussetzen, weisen zwei (Niederösterreich, Steiermark) deutlich unterdurchschnittliche Anteile an stationär betreuten Personen in den Pflegestufen 1-3 auf, die weiteren beiden (Burgenland, Kärnten) liegen

4 der vorliegenden Studie wurde eine Verknüpfung jedoch mit Hilfe eines iterativen Randlösungsverfahrens (RAS-Algorithmus; Bacharach, 1970) für jedes Bundesland geschätzt. Die geschätzten Verteilungen können auf Anfrage übermittelt werden. Für weitere Ausführungen zur Datenproblematik siehe Kapitel 5 (Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen).

leicht über dem Bundesländer-Durchschnitt. Die Gruppe der Länder ohne Zugangsregelungen, die explizit an Pflegegeldstufen geknüpft sind, weisen gemeinsam mit Tirol, das vergleichsweise lockere Zugangsvoraussetzungen hat (Förderung durch das Land ab Stufe 3, bis Stufe 2 durch die Gemeinde) insgesamt die höchsten Anteile an Personen mit Pflegestufen 1-3 auf. Wien hingegen weist in diesen Pflegegeldstufen trotz der Förderung von Plätzen in Wohn- und Pflegeheimen bereits ab Stufe 2 bzw. 3 durch einen hohen Anteil an mobil betreuten Personen in diesen Gruppen (Abbildung 3.4) und ein vergleichsweise weit ausgebautes Angebot an alternativen Wohnformen<sup>13)</sup> (Abbildung 3.3) den geringsten Anteil an Personen mit niedrigem Pflegebedarf (Stufe 1-3) in stationärer Pflege auf.

Abbildung 3.5: Stationär betreute Personen nach Pflegegeldstufen und Bundesland



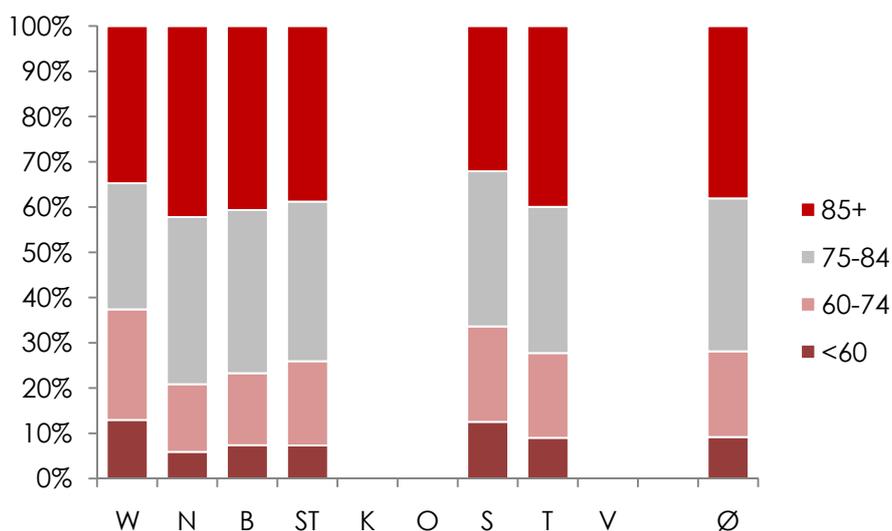
Q: Pflegedienstleistungsstatistik der Bundesländer 2012; WIFO-Berechnungen. – Ohne "Stufe 0".

In Bezug auf die Altersstruktur der betreuten Personen wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit – wenig überraschend – sowohl in der mobilen (Abbildung 3.6) als auch in der stationären (Abbildung 3.7) Pflege älter als 60 Jahre ist. Auch die Gruppe der 60- bis 74-Jährigen spielt in beiden Arten der professionellen Pflege nur eine untergeordnete Rolle. Im Bundesländer-Durchschnitt sind in der mobilen Pflege 71,8%, in der stationären Pflege sogar 80,1% der betreuten Personen 75 Jahre und älter. Die Alterskohorte 85+ stellt in der stationären Pflege in allen Bundesländern die mit Abstand größte Gruppe (im Durchschnitt 50,8% aller betreuten Personen). Das durchschnittliche Eintrittsalter in die stationäre Pflege beträgt in Österreich in etwa 82 Jahre (Rischaneck, 2009). Angelini – Laferrère (2012) zeigen, dass die jährliche Wahrscheinlichkeit in ein Alten- oder Pflegeheim zu übersiedeln in Österreich ab 80

<sup>13)</sup> Der hohe Anteil der alternativen Wohnformen erklärt sich allerdings auch aus der Tatsache, dass – wie bereits beschrieben – in Wien im Gegensatz zu allen anderen Bundesländern reine Wohnplätze in Wohn- und Pflegeheimen den alternativen Wohnformen und nicht der stationären Pflege zugeordnet werden.

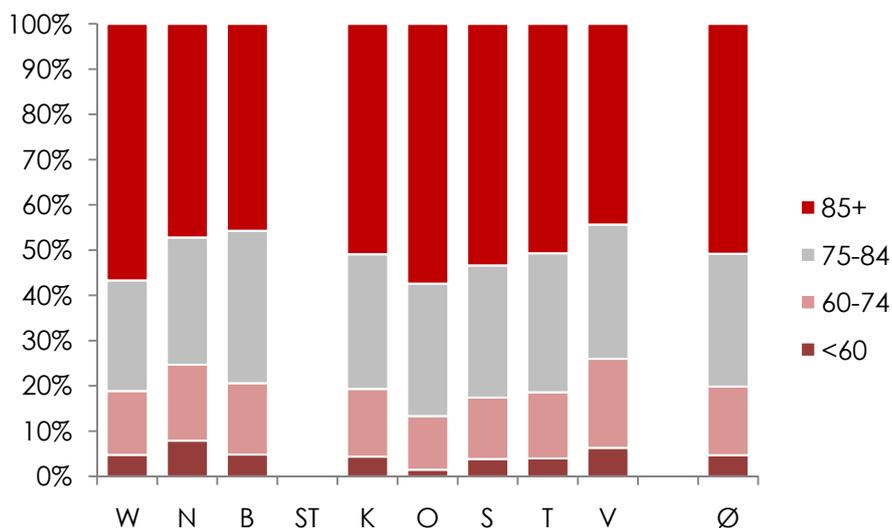
Jahren deutlich ansteigt. Während Altersgruppen zwischen 50 und 79 Jahren eine jährliche Wahrscheinlichkeit für die Übersiedelung in eine solche Einrichtung von deutlich unter 1% aufweisen, steigt diese für die Alterskohorte 80+ auf ca. 3,5% pro Jahr an.

Abbildung 3.6: Mobil betreute Personen nach Alterskohorten und Bundesland



Q: Pflegedienstleistungsstatistik der Bundesländer 2012; WIFO-Berechnungen. – Kärnten, Oberösterreich, Vorarlberg: Keine Daten verfügbar.

Abbildung 3.7: Stationär betreute Personen nach Alterskohorten und Bundesland



Q: Pflegedienstleistungsstatistik der Bundesländer 2012; WIFO-Berechnungen. – Steiermark: Keine Daten verfügbar.

Eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Nutzung stationärer Pflegedienste in dieser Altersgruppe ist im internationalen Vergleich zwar nicht ungewöhnlich, die Differenz zu jüngeren Altersgruppen ist jedoch, wie *Angelini – Laferrère* (2012) illustrieren, in keinem der 11 untersuchten europäischen Länder so hoch, wie in Österreich. Dies ist im internationalen Vergleich weniger auf überdurchschnittliche Wahrscheinlichkeiten für die Heimaufnahme der Generation 80+ zurückzuführen, sondern auf die vergleichsweise extrem niedrigen Raten bei jüngeren Generationen, insbesondere bei Personen von 60-79 Jahren. In der mobilen Pflege fällt der Überhang der Generation 85+ bzw. der anteilmäßige Abstand zur Gruppe der 75-84 Jährigen zwar nicht ganz so deutlich aus, wie in der stationären Pflege, jedoch ist die Generation 85+ bis auf Salzburg ebenso in allen Bundesländern die größte. Insgesamt fallen die Unterschiede in der Altersstruktur zwischen den Bundesländern geringer aus, als in der Struktur der Pflegegeldstufen.

### 3.2.3 Größenstruktur der Anbieter

Ähnlich zu strukturellen Merkmalen der betreuten Personen, können auch die Anbieter in Hinblick auf eine Reihe von strukturellen Merkmalen untersucht werden. Die Analyse in diesem Abschnitt beschränkt sich jedoch auf eine Bestandsaufnahme über die Größenverteilung der Anbieter. Dies entspricht der Gebietsausdehnung und der Zahl der betreuten Personen bei mobilen Dienstleistern, bzw. der Zahl der Plätze in stationären Einrichtungen. Die strukturellen Merkmale zur Größe werden im weiteren Verlauf dieser Studie (Abschnitt 3.3.1) auch auf Zusammenhänge mit einigen Kennzahlen zur Betreuungsintensität und Effizienz untersucht.

Übersicht 3.2 veranschaulicht die Gebietsausdehnung der befragten Anbieter mobiler Dienste. Werden alle antwortenden Anbieter zusammen betrachtet, gaben 36,9% an, mobile Dienste nur innerhalb der zum Standort gehörenden Gemeinde anzubieten, weitere 41,4% sind in mehreren Gemeinden, aber weniger als einem gesamten Bezirk aktiv. Dies bedeutet also, dass insgesamt beinahe 80% aller befragten Dienstleister ihr Angebot nur sehr kleinräumig erbringen. Da die Kategorie "Insgesamt" in Übersicht 3.2 allerdings sowohl zentrale Organisationen als auch lokale Stützpunkte beinhaltet, erscheint eine getrennte Betrachtung sinnvoll. Unter Ausschluss lokaler Stützpunkte größerer Träger<sup>14)</sup> zeigt sich zwar ein etwas anderes Bild, dennoch überwiegen Anbieter deutlich, deren Gebiet sich auf Teile eines politischen Bezirks beschränkt. Das starke Gewicht kleinräumig agierender Anbieter liegt jedoch teils am hohen Stichprobenanteil von eigenständig organisierten, lokalen Anbietern in Tirol (Sozial- und Gesundheitssprengel). Eine Reihe von Organisationen bietet allerdings auch überregional an: 11,1% der Organisationen in der Stichprobe versorgen Personen in mehreren Bezirken, 16,1% sind im gesamten Bundesland ihres Standorts, 1,2% in mehreren Bundesländern aktiv. Werden lokale Stützpunkte größerer Träger alleine betrachtet, zeigt sich, dass zwar knapp 60% aller

---

<sup>14)</sup> Als größere Träger werden hier Organisationen betrachtet, die mobile Dienste von mehr als einem Stützpunkt aus erbringen. Die mittlere Zahl an Stützpunkten aller Organisationen in der Stichprobe beträgt 1, der Durchschnitt liegt allerdings bei 3,7 Stützpunkten. Die größten drei Organisationen in der Stichprobe verwalten 51 bzw. zwei Mal je 40 Stützpunkte.

Stützpunkte ein Gebiet von mehr als einer Gemeinde betreuen. Allerdings betreuen nur 4,3% aller Stützpunkte in der Stichprobe Gebiete, die sich über mehr als einen Bezirk erstrecken.

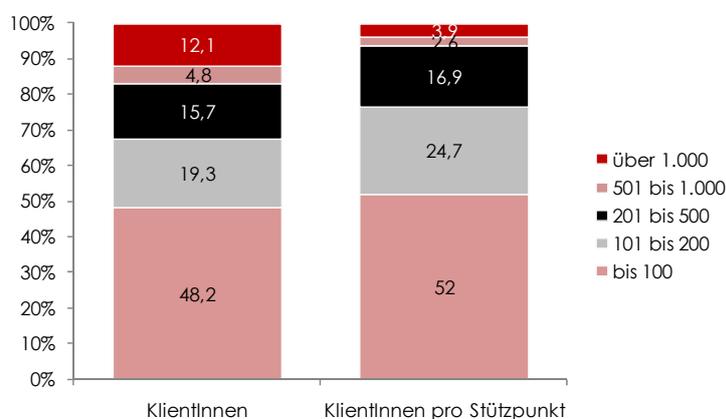
Übersicht 3.2: Gebietsausdehnung der Anbieter mobiler Dienst

Angebot	Insgesamt	Ohne lokale Stützpunkte größerer Träger	Nur lokale Stützpunkte größerer Träger
in der Gemeinde <sup>1)</sup>	36,9	29,6	40,5
in Teilen des Bezirks	41,4	37,0	43,6
im gesamten Bezirk	9,4	4,9	11,7
in mehreren Bezirken	6,6	11,1	4,3
im gesamten Bundesland	5,3	16,1	0,0
in mehreren Bundesländern	0,4	1,2	0,0
Insgesamt	100,0	100,0	100,0

Q: WIFO-Befragung. – Das abgedeckte Gebiet wird nicht zwangsläufig von einer Adresse aus angefahren. "Größere Träger": Dienste werden von mehr als einem Stützpunkt aus erbracht. <sup>1)</sup> Außer Wien, Angebot in ganz Wien entspricht "im ganzen Bundesland".

Eine weitere Dimension der Größe eines Anbieters liegt in der Zahl der betreuten Personen (Abbildung 3.8). Im Zuge der Befragung durch das WIFO gaben 48,2% der Träger mobiler Dienste (Stichprobe ohne lokale Stützpunkte) an, bis zu 100 Personen insgesamt zu betreuen. Bei etwa drei Viertel dieser Anbieter handelt es sich um Tiroler Sozial- und Gesundheitssprengel (SGS). Weitere 19,3% bzw. 15,7% betreuen 100-200 bzw. 200-500 Personen. Weniger als 20% aller befragten Träger betreuen mehr als 500 KlientInnen. In Bezug auf die Zahl an KlientInnen pro Stützpunkt bedeuten diese Angaben, dass mehr als die Hälfte (52,0%) aller Anbieter nicht mehr als 100 Personen von einem Stützpunkt aus betreut. Ein weiteres Viertel (24,7%) betreut nicht mehr als 200 Personen pro Stützpunkt. Nur 6,5% der mobilen Dienstleister betreuen mehr als 500 Personen von einem Stützpunkt aus.

Abbildung 3.8: Zahl der betreuten Personen je mobilem Dienstleister

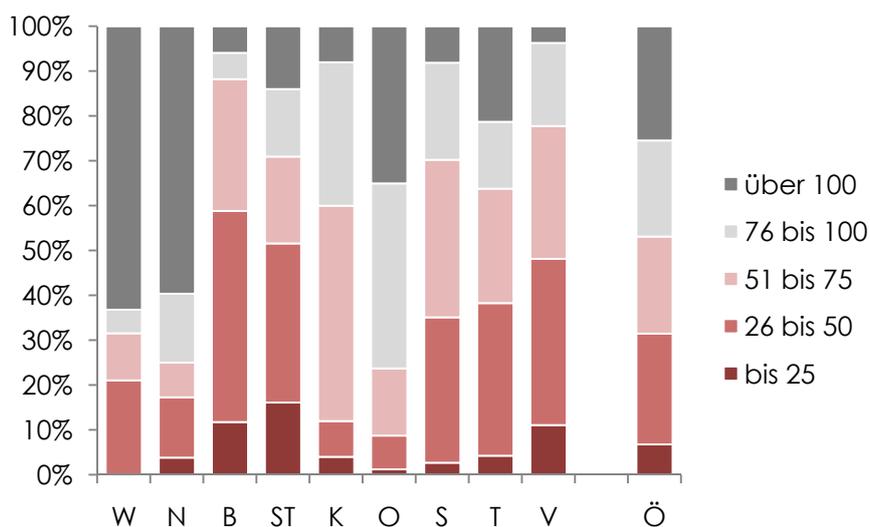


Q: WIFO-Befragung.

Die WIFO-Befragung der stationären Pflegeeinrichtungen beinhaltete ebenfalls eine Frage zur Größe der Anbieter. Abbildung 3.9 zeigt die Verteilung der Wohn- und Pflegeheime nach der Zahl der Heimplätze je Einrichtung und Bundesland. Dabei treten deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern hervor. Kleine Heime mit bis zu 25 Plätzen sind in den meisten Ländern die Ausnahme: außer in der Steiermark, dem Burgenland und Vorarlberg machen sie jeweils nur weniger als 10% aller Heime aus, österreichweit gerade 6,8%. Regional unterschiedlich ist die Bedeutung von Heimen mit 26 bis 50 Plätzen. Während in Kärnten und Oberösterreich weniger als 10% der Heime zu dieser Gruppe gehören, machen Heime dieser Größe in der Salzburg, der Steiermark und Tirol etwa ein Drittel aller Heime aus, im Burgenland sogar knapp 50%. Ähnlich heterogen verhält es sich bei den Anteilen großer Heime und Einrichtungen mittlerer Größe. In Wien, Niederösterreich und Oberösterreich dominieren große Heime mit über 75 Plätzen. In Wien haben 63,2%, in Niederösterreich 59,6% aller befragten Heime Platz für mehr als 100 BewohnerInnen. In Oberösterreich liegt der Anteil von Heimen >100 Plätze bei 35,0%, jener von Heimen mit 76-100 bei 41,2%. In Kärnten dominieren Heime mit 51 bis 100 Personen (90,0%), in den restlichen fünf Bundesländern überwiegen Heime, die für 26 bis 75 Personen ausgelegt sind. Eine ausgeglichene Verteilung der Anteile unterschiedlicher Größen findet sich nur bei gesamtösterreichischer Betrachtung.

Aussagen über die Qualität des Angebots mobiler und stationärer Dienstleister unterschiedlicher Größe können im Rahmen dieser Studie nicht getätigt werden, jedoch beschäftigen sich die Ausführungen in Abschnitt 3.3.1 unter anderem mit dem Zusammenhang zwischen der Zahl der an einem Stützpunkt bzw. in einer stationären Einrichtung betreuten Personen, und der Zahl der betreuten Personen pro Vollzeit-beschäftigter Pflegeperson.

Abbildung 3.9: Anzahl der Heimplätze je stationärer Pflegeeinrichtung



Q: WIFO-Befragung.

### 3.2.4 Interdisziplinäre Kooperation in der Pflege und Betreuung

Neben dem regionalen Versorgungsgrad und der Auslastung kommt der Qualität der professionellen Pflegedienste eine große Bedeutung zu, da diese maßgeblich die Lebensqualität der betreuten Personen beeinflusst. Einen Überblick über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den einzelnen Bundesländern gibt der jährlich vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK) herausgegebene "Österreichische Pflegevorsorgebericht" (siehe jüngst BMASK, 2013, für das Berichtsjahr 2012), auf internationaler Ebene widmete sich kürzlich die OECD in einem umfassenden Bericht dem Thema Qualitätssicherung in der Langzeitpflege (OECD, 2013). Entscheidend für die Weiterentwicklung des jeweiligen Angebots, um einerseits den steigenden Anforderungen gerecht zu werden, welche die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung in Form einer immer häufigeren Multimorbidität mit sich bringt, und andererseits den mit höheren Lebensstandards der Bevölkerung verbundenen gestiegenen Qualitätsansprüchen zu entsprechen, kommt ganzheitlichen Konzepten und interdisziplinären Ansätzen der Pflege und Betreuung eine immer größere Bedeutung zu.

Die WIFO-Befragung der mobilen und stationären Pflege- und Betreuungsdienste beinhaltet eine Reihe von Fragen zu ebendiesen Qualitätsaspekten. 92,8% aller Befragten im stationären Bereich schätzen die Kooperation mit Berufsgruppen außerhalb der Pflege im engeren Sinn als sehr wichtig ein, weitere 6,9% als eher wichtig, und 91% halten eine solche Kooperation auch für leicht oder eher möglich (34,5% leicht möglich, 56,6% eher möglich). Ganz ähnlich verhält es sich bei mobilen Dienstleistern: 89,5% halten die Kooperation mit anderen Berufsgruppen für sehr wichtig, weitere 10,2% für eher wichtig, und nur 0,4% für eher unwichtig. Ebenfalls 91% halten solche Kooperationen im mobilen Bereich für leicht (32,7%) bzw. eher (58,0%) möglich.

Übersicht 3.3 verdeutlicht, dass jedoch lediglich bei ca. 60% der 89,5% der Anbieter mobiler Dienste, welche die Kooperation mit anderen Berufsgruppen für sehr wichtig erachten, eine solche Kooperation auch tatsächlich besteht. Diese 60% entsprechen 54,3% aller Anbieter. Von jenen 10,1%, die eine Kooperation für eher wichtig halten, besteht eine Kooperation mit anderen Berufsgruppen nur bei knapp der Hälfte (4,9% aller Anbieter). Insgesamt gaben also im Zuge der Befragung knapp 60% der befragten mobilen Dienstleister an, mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen (d.h. Angebote außerhalb des eigenen Angebots) zu kooperieren. Bei bestehenden Kooperationen wurden am häufigsten die Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen, mit Therapeuten (v.a. Physiotherapie und Ergotherapie), Bandagisten und Apotheken genannt. Nur mäßig verbreitet hingegen sind die Zusammenarbeit mit Case- und Care ManagerInnen, mobilen Hospiz- und Palliativteams, Krankenhäusern und Pflegeheimen, sowie mit (Psycho)sozialen Diensten. Mit Behörden, Krankenkassen, oder Sachwaltern der betreuten Personen bestehen Kooperationen nur in Ausnahmefällen. Als Hindernisse für das Ausbleiben von Kooperationen wurden hauptsächlich fehlende zeitliche Ressourcen sowie das Fehlen struktureller Vorgaben und technischer Standards, beispielsweise für die gemeinsame Dokumentation über die Pflege und Betreuung einer Person, genannt.

Übersicht 3.3: *Interdisziplinäre Kooperation bei Anbietern mobiler Dienste*  
Anteile in %

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Völlig unwichtig	Insgesamt
Ja	54,3	4,9	0,4	0,0	59,5
Nein	35,2	5,3	0,0	0,0	40,5
Insgesamt	89,5	10,1	0,4	0,0	100,0

Q: WIFO-Befragung.

Wie beschrieben, hält in der stationären Pflege ebenso wie im mobilen Bereich eine überwältigende Mehrheit der BefragungsteilnehmerInnen die Kooperation mit Berufsgruppen außerhalb der Pflege im engeren Sinn für wichtig und möglich. Ein Vergleich der medizinischen, therapeutischen und anderwärtigen Versorgung in stationären Einrichtungen verdeutlicht, dass interdisziplinäre Angebote in stationären Einrichtungen bereits weiter verbreitet sind (Abbildung 3.10), als dies bei mobilen Diensten der Fall ist. Dies liegt einerseits am durchschnittlich deutlich höheren Pflegebedarf von Personen in stationären Einrichtungen, andererseits an konzeptionellen Unterschieden zwischen mobiler und stationärer Pflege, d.h. die Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen wird ausschließlich durch professionelle Dienstleister erbracht, während bei mobil betreuten Personen in vielen Fällen zusätzlich eine Betreuung durch Angehörige und/oder Bekannte erfolgt. Interdisziplinäre Angebote wie Physiotherapie (86,0%), Demenzbetreuung (72,3%), niedergelassene ÄrztInnen (78,8%) außer und ambulante ÄrztInnen im Haus (66,5%), sowie Ergotherapie (52,8%) sind in der Mehrheit der Einrichtungen vorhanden. Über stationäre ÄrztInnen im Haus verfügen hingegen nur 6,6% aller stationären Pflegeeinrichtungen, die an der Befragung teilnahmen. Daneben zeigt sich, dass auch gesamtheitliche Pflegekonzepte bereits weit verbreitet sind. 87,1% aller Einrichtungen berücksichtigen individuelle Komponenten der BewohnerInnen durch Biografiearbeit, bei 62,4% kommen ein- oder mehrere konzeptionelle Pflegemodelle zum Einsatz.<sup>15)</sup> Logopädie (45,9%), psychologische Betreuung (41,4%), Massage (38,6%) sind zumindest bei mehr als einem Drittel der Einrichtungen im Angebot. Als sonstige Angebote wurden in Einzelfällen vor allem Palliativpflege und Hospiz genannt, diese Dienste werden bei Bedarf angefordert und meist durch mobile Teams erbracht.

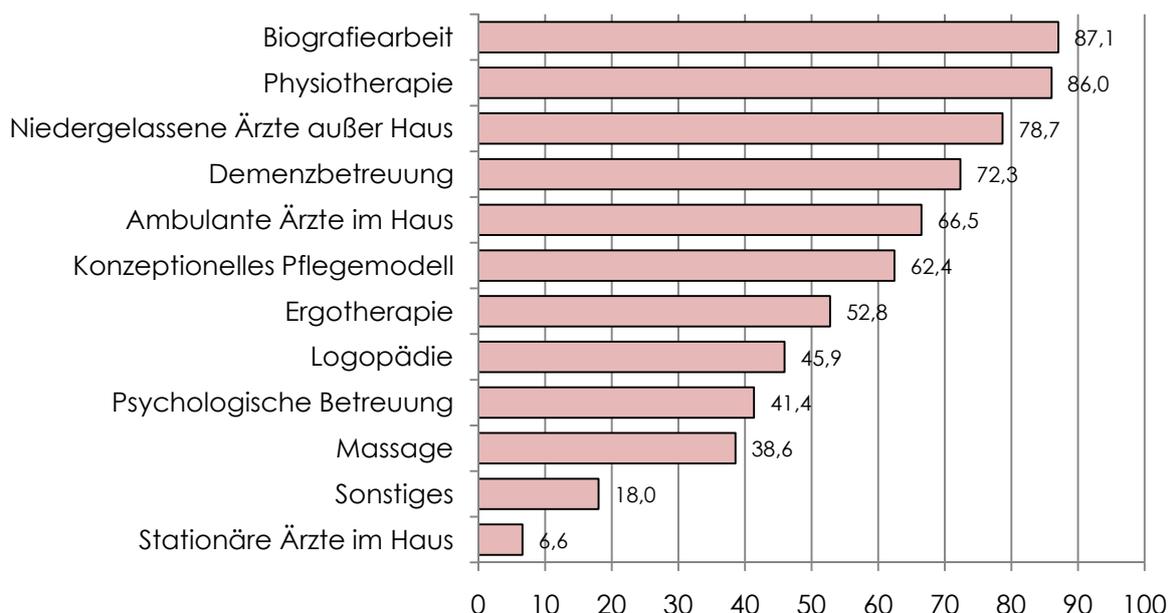
In Hinblick auf die ärztliche Versorgung der BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtung besteht jedoch insgesamt noch deutliches Verbesserungspotential. Wie Abbildung 3.10 verdeutlicht, stehen in etwa jedem 5. aller befragten Heime keine niedergelassenen ÄrztInnen außer Haus zur Verfügung, in einem Drittel aller Heime gibt es keine ambulante ärztliche Versorgung im Haus. Die Verfügbarkeit von niedergelassenen praktischen ÄrztInnen wie FachärztInnen wurde im Zuge der WIFO-Befragung von vielen teilnehmenden Einrichtungen als mangelhaft bzw. ausbaufähig bezeichnet. Als Hauptkritikpunkt wurden dabei unter anderem die

<sup>15)</sup> Am häufigsten wurden dabei Pflegemodelle nach Monika Krohwinkel, Dorothea Orem, Erwin Böhm, Nancy Roper und das Konzept der Mäeutik genannt.

mangelnde Bereitschaft zu Visiten bzw. die stark eingeschränkten Zeitfenster für Visiten und die fehlende Verfügbarkeit von ÄrztInnen außerhalb der Regelarbeitszeit (Nacht, Wochenende und Feiertage) genannt. Eine verbesserte ärztliche Versorgung der BewohnerInnen wird dabei von den BefragungsteilnehmerInnen nicht nur als qualitätssteigernd in Hinblick auf die stationäre Pflege insgesamt empfunden, sondern würde auch die Zahl an Spitalseinlieferungen der BewohnerInnen reduzieren (siehe Abschnitt 3.3.4) und damit wichtige Beiträge zur Entlastung der Krankenhäuser und Krankenkassen leisten. Auch im Bereich der häuslichen Pflege wird das Ausmaß an ärztlicher Versorgung kritisch gesehen und die Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und ÄrztInnen häufig als mangelhaft betrachtet (siehe Abschnitt 3.3.4).

Abbildung 3.10: Angebote an Pflege, medizinischer und therapeutischer Betreuung in stationären Einrichtungen

Anteil an Heimen, die über das jeweilige Angebot verfügen in %



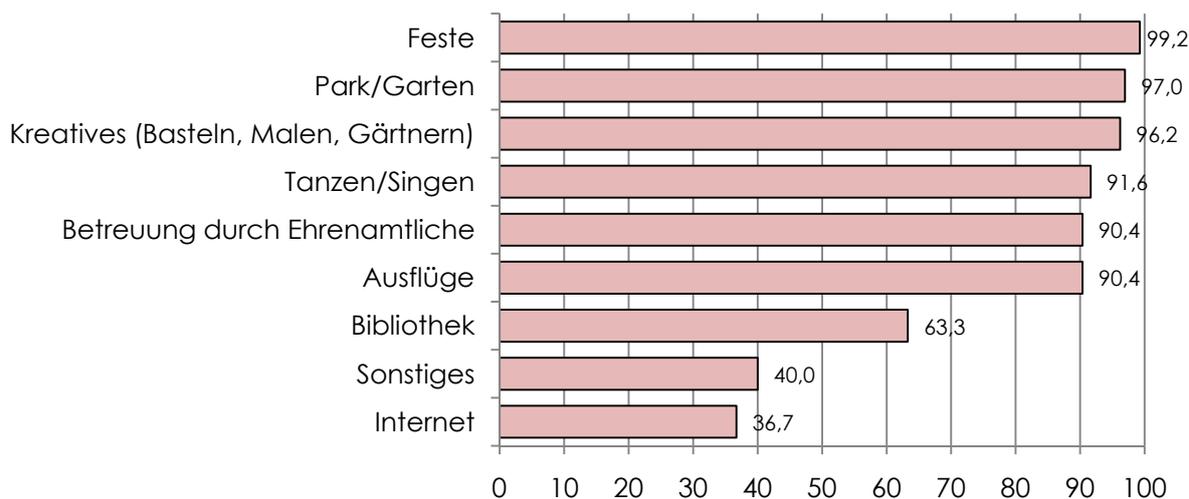
Q: WIFO-Befragung.

Neben der pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Betreuung kommt in stationären Pflegeeinrichtungen vor allem auch der Animation und Aktivierung der BewohnerInnen im Hinblick auf die alltägliche Lebensqualität eine große Bedeutung zu. Wie Abbildung 3.11 illustriert, bietet ein Großteil der stationären Einrichtungen in Österreich ein umfassendes Angebot zur Freizeitgestaltung der BewohnerInnen. Regelmäßige Feste, die Nutzung von Park- oder Gartenanlagen, Angebote zur kreativen Betätigung, musikalische Aktivitäten wie tanzen und singen, Ausflüge und die Betreuung durch Ehrenamtliche werden in 90% oder mehr der befragten Einrichtungen angeboten. Weitere 63,3% verfügen über eine eigene Bib-

liothek. Gut ein Drittel (36,7%) der Heime verfügt bereits über einen Internetzugang für BewohnerInnen. Neben den dargestellten nannten 40,0% der Einrichtungen noch weitere ("sonstige") Angebote.

Abbildung 3.11: Freizeitangebot in stationären Einrichtungen

Anteil an Heimen, die über das jeweilige Angebot verfügen in



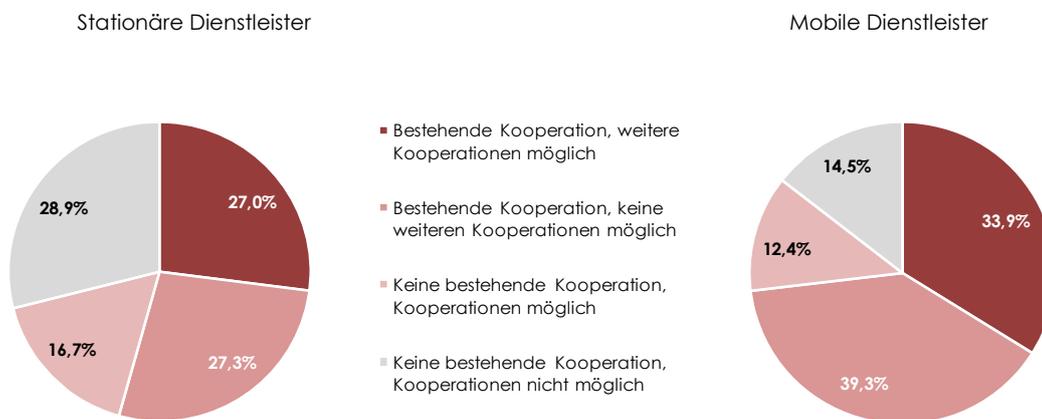
Q: WIFO-Befragung.

Die Ausführungen der letzten Seiten verdeutlichen, dass es eine Reihe von Schnittstellen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen mobilen Diensten und der stationären Pflege gibt. Diese bestehen einerseits in Form mobiler Teams zur therapeutischen und psychosozialen Betreuung der HeimbewohnerInnen. Der Kooperation zwischen mobiler und stationärer Pflege und Betreuung kommt aber insbesondere beim Übergang einer Person von der mobilen in die stationäre Betreuung und umgekehrt eine wichtige Rolle zu. Die Zusammenarbeit und der Informationsaustausch der Dienstleister steigert die Effizienz und Qualität der Betreuung, wenn Informationen über Pflege- und Behandlungsverläufe weitergegeben werden, wenn Plätze in passenden stationären Einrichtungen durch mobile Anbieter vermittelt werden können, wenn vorhandene Ressourcen gemeinsam genutzt werden können etc.

Im Zuge der WIFO-Befragung zur vorliegenden Studie wurden Anbieter mobiler wie stationärer Dienste zum Bestand und möglichen weiteren Kooperationen mit der jeweils anderen Dienstleistungsart (mobil, stationär) gefragt. Abbildung 3.12 stellt die Anteile an Einrichtungen in der mobilen bzw. stationären Pflege dar, die mit der jeweils anderen Dienstleistungsart kooperieren. 73,1% aller mobilen Dienstleister gaben an, mit stationären Einrichtungen zu kooperieren und 54,3% aller stationären Dienstleister gaben an, mit mobilen Diensten zu kooperieren. Während drei Viertel aller mobilen Dienstleister also bereits mit Wohn- oder Pflegeheimen zusammenarbeiten, ist dies nur bei etwas mehr der Hälfte aller stationären Einrichtungen der Fall. Während nur bei 14,5% aller mobilen Dienstleister weder aktuelle Kooperationen beste-

hen noch die Möglichkeit zukünftiger Kooperationen gesehen werden, ist dies bei mehr als einem Viertel (28,9%) aller stationären Dienstleister der Fall.

Abbildung 3.12: Kooperation zwischen mobilen und stationären Diensten



Q: WIFO-Befragung.

Die von den TeilnehmerInnen der Befragung am häufigsten genannten Kooperationsbereiche bestehen in der Vermittlung und Übergabe von KlientInnen, im Case-, Care- und Entlassungsmanagement, im regelmäßigen Informationsaustausch (z.B. Bedarfsplanung der Pflegebetten, Information über die Dringlichkeit der Aufnahme in stationäre Einrichtung einzelner Personen, Auswahl geeigneter Personen für stationäre/teilstationäre Pflege), sowie in gemeinsamen Fortbildungen, in der Kurzzeit- und Überleitungspflege, aber auch in regelmäßigen Einsätzen mobiler Dienste in stationären Einrichtungen, insbesondere therapeutische Visiten, mobile Palliativ- und/oder Hospizteams, sowie mobile Besuchs- und Begleitdienste. Etliche Teilnehmer der Befragung wiesen auf eine intensive Zusammenarbeit zwischen mobilen und stationären Diensten hin, wenn sich beide Pflegeformen im Angebot einer Organisation befinden oder eine stationäre Einrichtung gleichzeitig ein Stützpunkt für mobile Pflege- und Betreuungsdienste ist.

In Hinblick auf weitere, künftig mögliche Kooperationsbereiche wird deutlich, dass mobile und stationäre Pflegedienstleister unterschiedliche Prioritäten in der Intensivierung der Zusammenarbeit erkennen lassen. Während stationäre Einrichtungen neben einer Intensivierung des regelmäßigen Informationsaustauschs insbesondere den stärkeren Einsatz mobiler Teams im Rahmen der täglichen Betreuung der Bewohner (psychologische, therapeutische, sowie palliative Betreuung und Hospiz) und die Schaffung von gemeinsamen Personalpools als mögliche Kooperationsfelder sehen, nannten mobile Dienstleister neben einem intensiveren Informationsaustausch am häufigsten in der Tages- und Kurzzeitpflege und im Entlassungsmanagement weiter greifende Kooperationsmöglichkeiten. Mögliche Kooperationen im Bereich der Tagespflege wurden zwar auch von Anbietern stationärer Pflege genannt, allerdings in einer wesentlich geringeren Häufigkeit.

Vereinzelt nannten die BefragungsteilnehmerInnen auch weitere innovative Kooperationsmöglichkeiten, welche die Effizienz und/oder Qualität der angebotenen Dienstleistungen steigern können. Diese reichen von einer gemeinsam geführten elektronischen PatientInnen-Dokumentation um möglichst umfassende Daten zur Krankengeschichte einer betreuten Person beim Wechsel beim Übergang von mobiler und stationärer Pflege zu gewinnen, über die gemeinsame Nutzung von Infrastruktur und Hilfsmittel, bis hin zum Vorschlag Aktivitäten der Freizeitgestaltung für HeimbewohnerInnen auch für zu Hause betreute KlientInnen mobiler Dienste zu öffnen, um einer möglichen Vereinsamung allein lebender Personen entgegenzuwirken.

Auf Basis der Befragung der stationären Einrichtungen kann die Verbreitung der Kooperation zwischen mobilen und stationären Diensten auch auf Ebene der Bundesländer betrachtet werden. Dabei zeigen sich in den einzelnen Bundesländern teils deutliche Unterschiede im Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen, die bereits mit mobilen Diensten kooperieren. Spitzenreiter sind dabei stationäre Einrichtungen in Salzburg (73,0%), Tirol (70,2%) und Vorarlberg (65,4%). Am anderen Ende der Reihung befinden sich Wien und Kärnten, in diesen beiden Bundesländern gaben nur 28,0% (Kärnten) bzw. 36,8% (Wien) der Einrichtungen an, mit mobilen Diensten zu kooperieren.<sup>16)</sup>

Übersicht 3.4: Stationäre Dienste – Kooperation mit mobilen Diensten nach Bundesland

	Ja	Nein
Wien	36,8	63,2
Niederösterreich	61,5	38,5
Burgenland	43,8	56,3
Steiermark	46,7	53,3
Kärnten	28,0	72,0
Oberösterreich	51,9	48,1
Salzburg	73,0	27,0
Tirol	70,2	29,8
Vorarlberg	65,4	34,6
Insgesamt	54,5	45,6

Q: WIFO-Befragung.

### 3.2.5 Zusammenfassung

Wie die Ergebnisse der Befragung zeigen, herrscht im stationären Bereich in allen Bundesländern weitestgehend Vollaustattung. Die Auslastung liegt in allen neun Bundesländern im Mittel bei mindestens 94%, in vier Ländern sogar über 98%. Insgesamt betrachtet besteht in circa zwei Dritteln aller Heime eine Wartezeit bei der Aufnahme, in Vorarlberg und Salzburg liegt der Anteil von Heimen mit Wartezeit bei über 80%. Die längsten mittleren Wartezeiten in Hei-

---

<sup>16)</sup> Zum niedrigen Wert für Wien gilt es festzuhalten, dass lediglich 5% der befragten Heime öffentlichen Trägern angehören.

men mit Wartedauer bestehen in Tirol (50 Tage), Salzburg (60 Tage) und im Burgenland (90 Tage). Insgesamt lassen diese Ergebnisse darauf schließen, dass die Nachfrage nach Plätzen im Bereich der stationären Pflege das Angebot in allen Bundesländern übersteigt. Lange Wartezeiten können problematisch sein, wenn ein Platz schnell verfügbar sein muss. Der weitere Ausbau der stationären Übergangs- bzw. Kurzzeitpflege kann hier zum Teil Abhilfe schaffen. Im Bereich der mobilen Pflege bestehen in der Regel keine nennenswerten Wartezeiten für die Nutzung der jeweiligen Angebote.

Im mobilen Bereich werden in der Hälfte aller Einrichtungen weniger als 100 Personen von einem Stützpunkt aus betreut. In weniger als ¼ aller befragten mobilen Einrichtungen werden mehr als 200 Personen von einer Adresse aus betreut. Ein Großteil der mobilen Dienste bietet lediglich kleinräumig an, ca. 80% aller befragten Einrichtungen nur in einer oder mehreren Gemeinden innerhalb eines politischen Bezirks. Nur 1,2% aller Anbieter agieren in mehreren Bundesländern. Im stationären Bereich dominieren in Wien, Niederösterreich und Oberösterreich große Heime mit über 75 Plätzen in den restlichen fünf Bundesländern überwiegen kleine und mittelgroße Heime, die für 26 bis 75 Personen ausgelegt sind.

Etwa 50% aller gefördert mobil betreuten Personen gehören den Pflegegeldstufen 1-2 an, zwei Drittel bis drei Viertel den ersten drei Pflegegeldstufen. In der stationären Pflege hingegen stellen Personen in Pflegestufen 4-7 die Mehrheit, wobei im Gegensatz zur mobilen Pflege jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Struktur der BewohnerInnen deutlich werden. Länder ohne explizite Regelungen, die einen geförderten Heimzugang an eine bestimmte Pflegegeldeinstufung knüpfen, weisen im Schnitt höhere Anteile an Personen mit Pflegestufe 1-3 auf. Mehr als die Hälfte der stationär gepflegten Personen ist 85 Jahre und älter. Im internationalen Vergleich wird die stationäre Pflege in Österreich deutlich seltener von Personen unter 80 Jahren genutzt. Diese Altersstruktur führt dazu, dass die massiven Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die stationäre Langzeitpflege in Österreich vermutlich später einsetzen werden, als in den meisten anderen europäischen Ländern.

Bei der interdisziplinären Zusammenarbeit weisen mobile Dienste im Vergleich zu stationären Einrichtungen noch Verbesserungspotential auf. Zwar sind die Anbieter mobiler Dienste einhellig der Meinung, dass eine solche Kooperation wichtig ist, jedoch besteht lediglich bei 60% aller Anbieter eine Kooperation mit Berufsgruppen außerhalb des eigenen Angebots. Als hauptsächliches Hemmnis für eine (bessere) interdisziplinäre Zusammenarbeit wird das Fehlen zeitlicher Ressourcen, beispielsweise gesetzlich verankerte Zeitkontingente für Fallbesprechungen und einen institutionalisierten interdisziplinären Austausch, gesehen. Aufgrund höherer Anforderungen sind interdisziplinäre Kooperation und gesamtheitliche Pflegekonzepte im stationären Bereich bereits weit verbreitet, die ärztliche Versorgung wird hingegen häufig als mangelhaft bzw. verbesserungsfähig eingestuft. Demnach steht einem Fünftel aller Heime keine Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen außer Haus zur Verfügung, sogar ein Drittel gibt an, über keine ambulante ärztliche Versorgung im Haus zu verfügen. Auch im Bereich der häuslichen Pflege wird die Verfügbarkeit von und die Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen vielfach als ausbaufähig betrachtet.

Drei Viertel aller mobilen Dienstleister arbeiten bereits mit stationären Einrichtungen zusammen (Erbringung mobiler Dienste im Haus oder regelmäßiger Informationsaustausch und Schnittstellenmanagement, etc.), aber nur etwa die Hälfte aller Heime arbeitet mit mobilen Dienstleistern zusammen. Während nur an die 15% aller mobilen Dienstleister keine Kooperationsmöglichkeiten mit dem stationären Bereich sehen, gab fast ein Drittel aller Heime an, keine Möglichkeiten zur Kooperation mit mobilen Diensten zu sehen.

### **3.3 Effizienz und Potentiale**

Zur Deckung des steigenden Bedarfs an professionellen Pflege- und Betreuungsdiensten, bei gleichzeitig beschränkten öffentlichen Ressourcen, ist zur Sicherung einer hohen Qualität der Pflege und Betreuung eine effiziente Ausgestaltung derselben von enormer Bedeutung. Der Vergleich der verschiedenen System der einzelnen Bundesländer ist aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher Rahmenbedingungen nur eingeschränkt möglich, "best practice" Beispiele einzelner Bundesländer können daher nur schwer ausgearbeitet werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten jedoch zumindest einige Daten auf Ebene der einzelnen Dienstleister erhoben werden, welche Aufschluss über die Effizienz bzw. Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung geben. Dazu gehören der Zusammenhang zwischen der Arbeitszeit und dem Betreuungsverhältnis, Diskrepanzen zwischen dem Soll- und dem Ist-Zustand der Struktur der betreuten Personen, sowie die Tourenplanung im Bereich der mobilen Pflege. Diese Aspekte bilden dabei natürlich keinen vollständigen Überblick über mögliche Ansatzpunkte zum Effizienzvergleich bzw. zur Effizienzsteigerung, es handelt sich dabei vielmehr um ausgewählte Aspekte, die unabhängig von gesetzlichen Unterschieden Bestand haben und die sich im Rahmen einer Befragung vergleichsweise leicht erheben lassen.

#### *3.3.1 Arbeitszeit und Betreuungsverhältnis*

Der Arbeitszeit, d.h. dem durchschnittlichen Beschäftigungsausmaß des Pflegepersonals, kommt in der ökonomischen Analyse der mobilen und stationären Pflege eine wichtige Bedeutung zu, die weit über die Beurteilung der effizienten Bereitstellung des Angebots hinausgehen. Ein Vollzeit-Beschäftigungsverhältnis bedeutet für die beschäftigte Person in der Regel einerseits ein höheres Einkommen als bei einer Teilzeitbeschäftigung und somit mehr soziale Sicherheit, andererseits ist Teilzeitbeschäftigung, speziell für Personen mit Betreuungspflichten (v.a. von Kindern), häufig auch erwünscht. Eine höhere Teilzeitquote bietet somit einerseits mehr zeitliche Flexibilität für die beschäftigten Personen, birgt jedoch auch die Gefahr sozialer Probleme, sofern ein höheres Stundenausmaß seitens der beschäftigten Personen erwünscht wäre und/oder das Einkommen bzw. Beiträge zur Sozialversicherung ein kritisch niedriges Niveau erreichen.<sup>17)</sup> Die durchschnittliche Arbeitszeit ist aber auch für die Effizienz der Pflegesysteme von Bedeutung, insbesondere im Bereich der mobilen Dienste, sofern eine kürzere Arbeitszeit nicht eine geringere Anzahl an Arbeitstagen, sondern eine geringere

---

<sup>17)</sup> Für umfassende Beiträge zu den Vor- und Nachteilen von Teilzeitarbeit aus Sicht der Betroffenen siehe (O'Reilly – Fagan, 1998; Mühlberger, 2000).

Stundenanzahl pro Arbeitstag bedeutet. Ein kürzerer Arbeitstag kann bei mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten einen höheren Anteil an Wegzeit im Verhältnis zur Betreuungszeit bedeuten, was dazu führen würde, dass zur Pflege derselben Anzahl an Personen eine größere Zahl an beschäftigten Vollzeitäquivalenten (VZÄ) benötigt wird, als dies bei Vollzeit-Beschäftigung der Fall ist. Wie die Auswertungen in Abschnitt 3.3.2 zeigen, lässt sich diese Hypothese im Rahmen der Befragung jedoch nicht beschäftigt.

Übersicht 3.5 zeigt zunächst, dass die durchschnittliche Arbeitszeit gemäß der Zahlen des Österreichischen Pflegevorsorgeberichts (BMASK, 2013) für das Jahr 2012 im Bereich der mobilen Dienste deutlich unter jenem der stationären Pflege liegt. Österreichweit beträgt das durchschnittliche Beschäftigungsausmaß der Personen in den mobilen Diensten, berechnet als Quotient aus Vollzeitäquivalenten<sup>18)</sup> zur Zahl der beschäftigten Personen, lediglich 55,5%. Im stationären Bereich liegt dieser Quotient mit 80,8% zwar auch noch deutlich unter der Vollzeitbeschäftigung, ist jedoch um 25 Prozentpunkte höher, als in der mobilen Pflege. Deutlich zutage treten auch große regionale Unterschiede im durchschnittlichen Beschäftigungsausmaß, die in den mobilen Diensten deutlich höher ausfallen, als im stationären Bereich. Während die durchschnittliche Arbeitszeit stationär zwischen 71,0% in Vorarlberg und 86,8% in Wien liegt, schwankt diese in der mobilen Pflege in den meisten Bundesländern zwischen 42,2% (Steiermark) und 72,6% (Wien). Eine Ausnahme in der mobilen Pflege bildet Vorarlberg mit nur 7,7% durchschnittlichem Beschäftigungsausmaß. Dieser extrem niedrige Wert resultiert aus dem hohen Anteil an geringfügig Beschäftigten in den mobilen Hilfsdiensten. Neben Vorarlberg weisen über beide Dienstleistungsarten hinweg betrachtet vor allem Oberösterreich, Salzburg und Tirol die niedrigsten Quotienten auf, Kärnten, Niederösterreich und insbesondere Wien die höchsten.

Übersicht 3.5 stellt neben der durchschnittlichen Arbeitszeit auch Unterschiede in der Zahl der betreuten KlientInnen pro Vollzeitäquivalent (VZÄ) dar. Während ein Vergleich zwischen mobilen und stationären Diensten hier wenig sinnvoll erscheint, sind Bundesländervergleiche jedoch ungleich interessanter. In der mobilen Pflege und Betreuung werden dabei wieder deutliche Unterschiede in der Zahl der betreuten Personen während des Jahres 2012, gemessen an der Zahl der zum 31.12.2012 beschäftigten Personen, zwischen den einzelnen Ländern sichtbar. Die 76,0 KlientInnen pro VZÄ für Vorarlberg beinhalten Doppelzählungen und sollten deshalb nicht interpretiert werden. Auch die vergleichsweise hohe Zahl von 21,0 KlientInnen in der Steiermark sollte aufgrund der Tatsache, dass hier auch Personen inkludiert sind, die im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege betreut werden, nicht überinterpretiert werden. Zwischen den restlichen Bundesländern schwanken die Werte jedoch immer noch recht deutlich. Die Zahl betreuter Personen pro VZÄ reicht von 6,3 in Wien bis zu 18,2 im Burgenland und ist einerseits auf unterschiedliche Strukturen in den Schwerpunkten der Art der mobilen

---

<sup>18)</sup> Gemäß § 2 Z 11 der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung (PDSiV 2012) ist bei der Berechnung der Vollzeitäquivalente (VZÄ) von der bezahlten wöchentlichen Normalarbeitszeit der jeweiligen Beschäftigtenkategorie nach dem anzuwendenden Kollektivvertrag auszugehen. Teilzeitkräfte werden gemäß ihres Wochenstundenausmaßes aliquot berechnet.

Dienste in den einzelnen Ländern zurückzuführen, möglicherweise auch auf unterschiedliche Anteile an Personen, die Leistungen ohne öffentliche Zuschüsse beziehen und deshalb von der Pflegedienstleistungsstatistik nicht erfasst sind.

Übersicht 3.5: Arbeitszeit und Betreuungsverhältnis

	Mobile Dienstleister			Stationäre Dienstleister		
	Arbeitszeit in %	KlientInnen pro VZÄ	Mittlerer Anteil Pflegezeit des Pflegepersonals in %	Arbeitszeit in %	KlientInnen pro VZÄ	Mittlerer Anteil Pflegezeit des Pflegepersonals in %
W	72,6	6,3	-	86,8	1,4	70,0
N	67,7	9,6	-	81,6	2,7	80,0
B	58,9	18,2	-	84,4	2,4	80,0
ST <sup>1)</sup>	42,2	21,0	-	81,0	2,4	80,0
K	68,0	10,8	-	82,0	3,1	80,0
O	52,9	14,5	-	76,9	2,4	80,0
S	55,1	10,5	-	75,6	2,1	80,0
T	45,0	13,7	-	74,7	2,2	77,5
V <sup>2)</sup>	7,7	76,0	-	71,0	1,9	75,0
Ö	55,5	11,5	75,0	80,8	2,3	80,0

Q: BMASK (2013); WIFO-Befragung (Pflegezeit); WIFO-Berechnungen. – Anteil der Pflegezeit auf Ebene der Bundesländer für mobile Dienste aufgrund der Stichprobengröße nicht ausgewiesen. KlientInnen im Jahresverlauf 2012 je vollzeitbeschäftigter Person in Vollzeitäquivalenten zum Stichtag 31.12.2012. – <sup>1)</sup> Mobil betreute Personen inklusive medizinischer Hauskrankenpflege. <sup>2)</sup> Mehrfachzählung von KlientInnen mobiler Dienste bei Betreuung durch mehrere Träger.

Ähnlich deutliche Unterschiede im Betreuungsverhältnis, als Quotient der Zahl der 2012 betreuten Personen, dividiert durch die Anzahl der zum Stichtag beschäftigten Personen in VZÄ ausgedrückt, ergeben sich auch im Bereich der stationären Pflege. Während in Kärnten 3,1 und in Niederösterreich 2,7 öffentlich geförderte, betreute Personen im Jahr 2012 auf eine vollzeitbeschäftigte Pflegeperson zum Stichtag kommen, sind es in Vorarlberg 1,9 und in Wien 1,4 Personen. Diese Unterschiede folgen einerseits aus strukturellen Unterschieden in Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit der stationär betreuten Personen (vgl. Abbildung 3.8 in Abschnitt 3.2.3) und dem Anteil an SelbstzahlerInnen, die in der Zahl der betreuten Personen nicht erfasst sind, resultieren andererseits aber vor allem auch aus den teils deutlich unterschiedlich ausgestalteten Personalschlüsseln für das Pflegepersonal in der stationären Pflegen in den einzelnen Bundesländern.

Letztlich zeigt Übersicht 3.5 auch Unterschiede im Anteil der unmittelbaren Pflege- und Betreuungszeit zwischen mobilen und stationären Diensten, sowie zwischen den Bundesländern innerhalb der stationären Dienste basierend auf der Befragung im Zuge dieser Studie.<sup>19)</sup> Der Anteil an Pflege und Betreuung des Pflegepersonals liegt im Bereich der mobilen Dienste

<sup>19)</sup> Eine Auswertung der mobilen Dienste auf Ebene der Bundesländer ist aufgrund der geringen Anzahl an Trägern je Bundesland nicht möglich.

im Mittel bei 75% der gesamten Arbeitszeit, im stationären Bereich bei 80%. Die restlichen 25% bzw. 20% verteilen sich auf sonstige Tätigkeiten (Dokumentation, etc.), bei mobilen Diensten kommen noch Fahrzeiten hinzu. Da der Anteil der Wegzeit im Mittel mit 15% angegeben wurde (siehe Übersicht 3.6 in Abschnitt 3.3.2.), dürfte der Anteil für bürokratische Tätigkeiten im Bereich der mobilen Dienste folglich etwas niedriger sein, als im stationären Bereich. Regional lag der mittlere Anteil an Pflegezeit stationär meist bei 80%, lediglich in Tirol (77,5%), Vorarlberg (75%) und Wien (70%) resultierten aus der Befragung im Mittel niedrigere Werte.<sup>20)</sup>

Eine genauere Betrachtung des Zusammenhangs zwischen der Zahl der betreuten Personen pro VZÄ und der durchschnittlichen Arbeitszeit, der durchschnittlichen Betreuungszeit und der Anzahl an betreuten KlientInnen insgesamt, kann auch im Rahmen einer Korrelationsanalyse auch auf Ebene der einzelnen befragten Einrichtungen durchgeführt werden. Abbildung 3.13a bis 3.13c stellen diese Zusammenhänge für die mobilen Dienste dar, Abbildung 3.14a bis 3.14c für den Bereich der stationären Pflege. Für die mobilen Dienste zeigt Abbildung 3.13a dabei einen deutlich negativen Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Arbeitszeit in Prozent der Vollzeitbeschäftigung und der Zahl der betreuten KlientInnen je vollzeitäquivalenter Pflegeperson. Denselben Zusammenhang, sogar noch etwas stärker ausgeprägt, verdeutlicht Abbildung 3.14a für die stationäre Pflege. Dieser Zusammenhang ist insbesondere im Bereich der mobilen Pflege plausibel, da einerseits die Möglichkeiten eines kürzeren Arbeitstages sinken, je länger die Betreuungszeit am Stück ist, die eine einzelne Person in Anspruch nimmt. Andererseits scheint das Beobachten dieses Zusammenhangs auch darauf hinzudeuten, dass in jenen Bereichen der mobilen wie stationären Pflege, die eine intensivere Pflege einer einzelnen Person erfordern, weniger Möglichkeiten zur Teilzeitbeschäftigung bestehen.

Abbildung 3.13b veranschaulicht für mobile Dienste einen leicht positiven Zusammenhang in der Zahl der KlientInnen pro Vollzeitäquivalent und dem Anteil der Wegzeiten (Korrelationskoeffizient von 0,24). Eine höhere Zahl an betreuten Personen bedeutet einen häufigeren Ortswechsel und damit in Summe längere Wegstrecken. Insbesondere für den ländlichen Bereich und bei größeren Distanzen zwischen den einzelnen Adressen, impliziert dieser Zusammenhang eine hohe Bedeutung der Einsatz- und Tourenplanung bei Diensten, die durch eine kurze Betreuungszeit einzelner Personen und einen häufigen Ortswechsel innerhalb einer Tour charakterisiert sind, um die Effizienzverluste der Wegzeiten zu minimieren. Wie *Clausen* (2013) berechnet, sind die Kosten der Pfl egetätigkeit im stationären Bereich (ohne Hotelleistungen) aufgrund des Wegfalls an Wegzeiten niedriger als im mobilen Bereich, wobei die Differenz mit der Anzahl an betreuten KundInnen durch die Zunahme an Wegstrecken deutlich steigt. Der Faktor ambulante Kosten zu stationäre Kosten der Pflegeleistung (ohne Hotelkosten) verläuft nach *Clausen* (2013) zwischen 1,9 (bei 10 betreuten Personen) und 2,4 (bei 100 betreuten Personen).

---

<sup>20)</sup> Für Deutschland ermittelte das *Kuratorium Deutsche Altenhilfe* (2002) einen mittleren Anteil von 85% für direkte und indirekte Pflege. Die restlichen 15% verteilen sich demnach zu 7% auf bewohnerbezogene Kommunikation und auf zu 8% auf Wegstrecken.

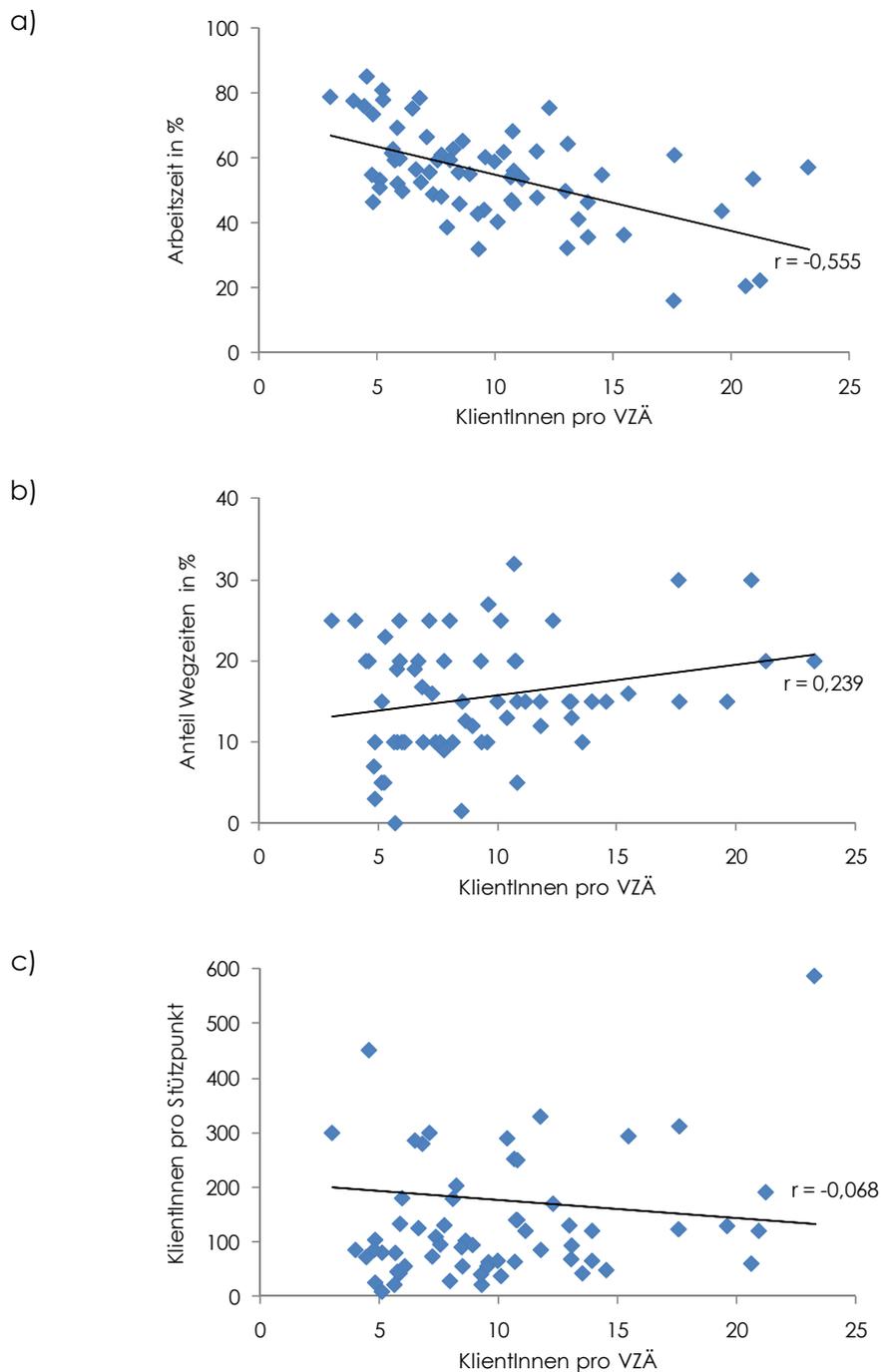
Im Bereich der stationären Pflege ist kaum ein Zusammenhang zwischen der Zahl der betreuten BewohnerInnen pro Vollzeitäquivalent und dem Anteil der Pflegezeit an der Gesamtarbeitszeit zu erkennen. Die in Abbildung 3.14b illustrierte Korrelation von  $-0,06$  hat zwar das erwartete Vorzeichen – niedrigere Anteile der Pflegezeit bei einer höheren Zahl an betreuten Personen pro VZÄ – ist aber nicht signifikant von null verschieden. Ein häufigerer Wechsel zwischen einzelnen betreuten Personen ist somit nicht mit einer überproportionalen Steigerung des Bürokratie- und Dokumentationsaufwandes für die Pflegepersonen im stationären Bereich verbunden.

Die jeweils unteren Paneele (c) in Abbildung 3.13 und 3.14 zeigen abschließend, dass zwischen der Zahl der betreuten Personen pro Vollzeitäquivalent und der Zahl der betreuten Personen insgesamt kaum erkennbare Zusammenhänge entstehen. Die Korrelation mit der Zahl der BewohnerInnen in stationären Einrichtungen beträgt  $-0,06$ , jene mit der Zahl an KlientInnen pro Stützpunkt in der mobilen Pflege  $-0,07$  und ist in beiden Fällen insignifikant. Es gibt somit keinerlei Anzeichen dafür, dass eine höhere Zahl an betreuten Personen zu Größenvorteilen in Hinblick auf das eingesetzte Personal und/oder zu einer Abnahme der Betreuungsintensität einzelner Personen führen bzw. falls doch, dass sich die beiden Effekte aufheben.<sup>21)</sup>

---

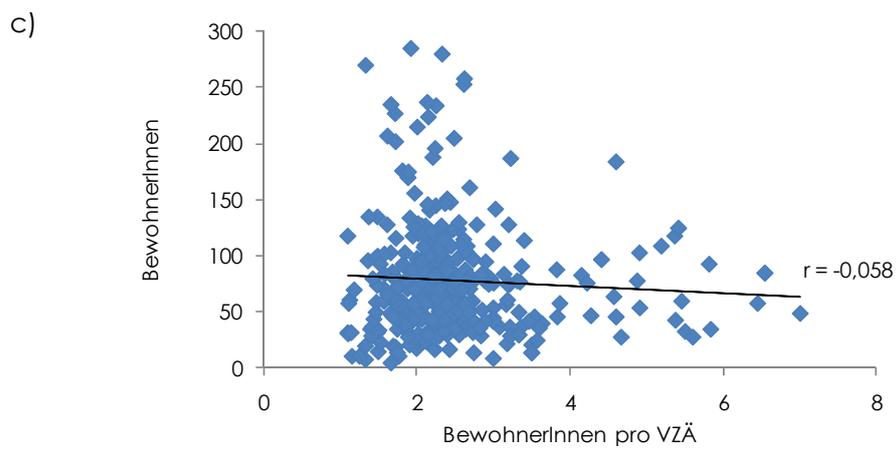
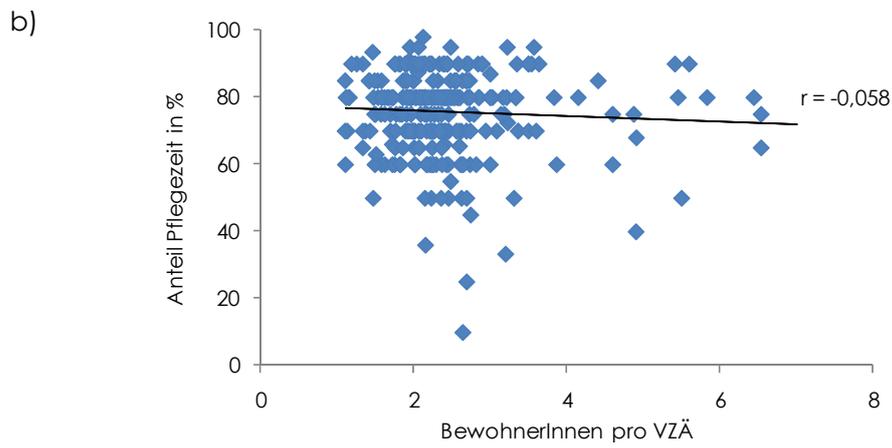
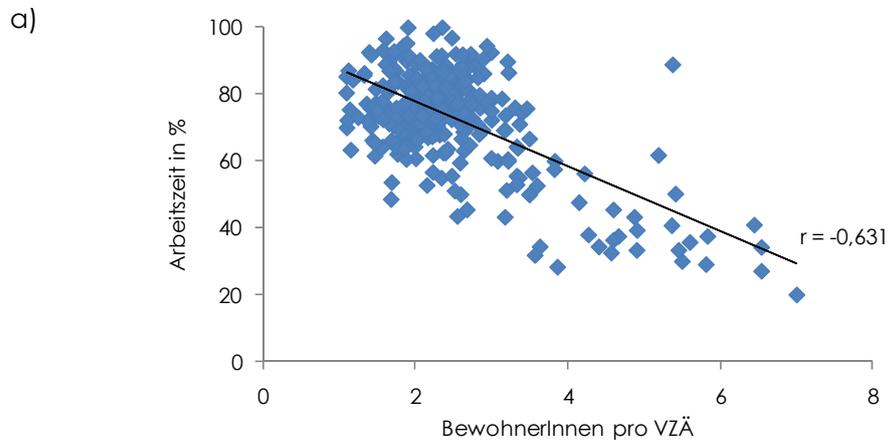
<sup>21)</sup> Diese Beobachtung deckt sich mit einer Auswertung für das deutsche Bundesland Nordrhein-Westfalen. Das *Kuratorium Deutsche Altenhilfe* (2000) beschreibt, dass die Anzahl an betreuten Personen pro Pflegekraft nicht signifikant mit der Heimgröße variiert.

Abbildung 3.13: Zusammenhang zwischen KlientInnen pro Vollzeitäquivalent, Arbeitszeit, Pflegezeit und Zahl der KlientInnen bei mobilen Diensten



Q: WIFO-Befragung. – VZÄ: Vollzeitäquivalent.

Abbildung 3.14: Zusammenhang zwischen BewohnerInnen pro Vollzeitäquivalent, Arbeitszeit, Pflegezeit und Zahl der BewohnerInnen bei stationärer Pflege



Q: WIFO-Befragung. – VZÄ: Vollzeitäquivalent.

### 3.3.2 Tourenplanung der mobilen Dienste

Wie im letzten Abschnitt bereits kurz diskutiert, kommt der Tourenplanung bei mobilen Diensten eine besondere Bedeutung in Bezug auf mögliche Effizienzverluste durch lange Wegzeiten zu, insbesondere bei jenen Diensten, die sich durch eine größere Anzahl an Adressen innerhalb einer Tour auszeichnen. Abbildung 3.13b hat gezeigt, dass der Anteil der Wegzeiten an der gesamten Arbeitszeit mit einer zunehmenden Anzahl an betreuten Personen pro Vollzeitäquivalent leicht ansteigt. Weiters wurde beschrieben, dass kürzere tägliche Arbeitszeiten ebenfalls zu einem Anstieg an Wegzeiten im Verhältnis zur Betreuungszeit führen können. Diese Hypothese wird jedoch durch die Ergebnisse in Übersicht 3.6 kaum bestätigt. Wie diese Übersicht verdeutlicht, nimmt der Anteil der Wegzeiten an der gesamten Arbeitszeit bei einem längeren durchschnittlichen Arbeitstag nicht systematisch ab, der mittlere Anteil liegt konstant um jene 15%, die auch als Mittel für die gesamte Stichprobe ermittelt wurden. Lediglich für 3- bzw. 7-stündige Arbeitstage liegen die mittleren Wegzeiten um jeweils 5 Prozentpunkte darüber bzw. darunter, in beiden Fällen sollten die Abweichungen jedoch nicht überinterpretiert werden.<sup>22)</sup>

Übersicht 3.6: Zusammenhang zwischen Wegzeiten und der Länge des Arbeitstages

Durchschnittliche Arbeitsstunden pro Arbeitstag	Mittlerer Anteil der Wegzeiten in %
<3 <sup>1)</sup>	5
3	20
4	15
5	15
6	17
7	10
8	16
>8	15
Insgesamt	15

Q: WIFO-Befragung. – 1) Ausprägung trifft ausschließlich auf mobile Hilfsdienste in Vorarlberg zu.

Einen positiver Zusammenhang zwischen dem durchschnittlichen Anteil an Wegzeiten lässt sich jedoch mit der Gebietsausdehnung der Trägerorganisation feststellen (Übersicht 3.7). Während Anbieter, die mobile Dienste lediglich innerhalb einer Gemeinde erbringen, einen mittleren Anteil von Wegzeiten von 10% an der Gesamtarbeitszeit nennen, steigt dieser bei

---

<sup>22)</sup> Auffällig ist hingegen die Abweichung bei Arbeitstagen von weniger als drei Stunden. In diese Kategorie fallen jedoch ausschließlich die lokalen mobilen Hilfsdienste in Vorarlberg, in denen die Pflegepersonen in der Regel lediglich geringfügig beschäftigt sind. Der niedrige Anteil an Wegzeiten resultiert einerseits aus dem hohen Grad an Lokalität des Angebots der jeweiligen Vereine und an der häufigen Nennung von 0% Wegzeiten der antwortenden Vereine. Letzteres legt den Schluss nahe, dass die Wegzeiten, sofern nur Personen an einer Adresse versorgt werden, nicht in die angegebene Arbeitszeit inkludiert werden.

Anbietern, die in mehreren Gemeinden innerhalb eines Bezirks tätig sind, auf 15% und beträgt bei Anbietern, die in einem ganzen oder mehreren Bezirken operieren (knapp) 20%. Auch wenn bei Anbietern mit größerer Gebietsausdehnung die Leistungen häufig von mehreren Stützpunkten aus erbracht werden, scheint eine Gebietsausdehnung auf mehrere Gemeinden auch mit weiteren Wegen verbunden zu sein.<sup>23)</sup>

### Übersicht 3.7: Zusammenhang zwischen Wegzeiten und Gebietsausdehnung

Mittlerer Anteil der Wegzeiten an der gesamten Arbeitszeit in %

Angebot	Insgesamt	Ohne lokale Stützpunkte größerer Träger	Nur lokale Stützpunkte größerer Träger
in der Gemeinde	10,0	10,0	15,0
in Teilen des Bezirks	15,0	15,0	15,0
im gesamten Bezirk	20,0	20,0	20,0
in mehreren Bezirken	19,0	17,0	20,0
im gesamten Bundesland	20,0	19,5	19,5
Insgesamt	15,0	15,0	15,0

Q: WIFO-Befragung. – Das abgedeckte Gebiet muss nicht zwangsläufig von einer Adresse aus angefahren werden. Auf Darstellung "in mehreren Bundesländern" wird verzichtet, da diese Ausprägung nur auf eine Beobachtung zutrifft.

Eine optimale Einsatzplanung und Optimierung der Wegzeiten erscheinen deshalb nicht nur bei einer größeren Zahl an betreuten Adressen innerhalb einer Tour wichtig, sondern auch bei einer größeren Gebietsausdehnung. Systeme zur elektronischen Einsatzplanung werden mittlerweile auch auf Betriebssystemen mobiler Geräte (Smart Phones, Tablets) unterstützt und können somit aus technischer Sicht bereits flächendeckend zur Anwendung kommen. Bei längeren Touren bzw. einer größeren Zahl an KlientInnen innerhalb einer Tour kann auch Software, welche nicht nur die schnellste Verbindung zwischen zwei Adressen errechnet, sondern auch die optimale Reihenfolge der einzelnen Adressen ermittelt, Effizienzverluste durch lange Wegzeiten reduzieren. Eine Frage im Fragebogen zum Einsatz letzterer Programme lässt allerdings darauf schließen, dass solche Programme bisher kaum bis gar nicht zur Anwendung kommen. Auch durch die zunehmende Verlängerung der Betreuungszeiten einzelner Personen am Stück, bedingt durch die steigende durchschnittliche Pflegebedürftigkeit der zu Hause gepflegten Personen, gewinnt die Einsatzplanung zunehmend an Bedeutung, da bei längerem individuellen Betreuungsbedarf auch die nicht teilbare "Rest-Zeit" am Ende eines Arbeitstages steigt. Clausen (2013) ermittelt anhand von Daten für Deutschland das Effizienz-Maximum mobiler Dienste bei einer durchschnittlichen Pflegedauer am Stück von 100 Minuten. Unter (durch höheren Anteil an Fahrzeiten) bzw. über (durch schlechter optimierbare Einsatzplanung bei größerer "Rest"-Zeit am Ende eines Arbeitstages) diesem Niveau sind die Gesamtkosten, ceteris paribus, jeweils höher.

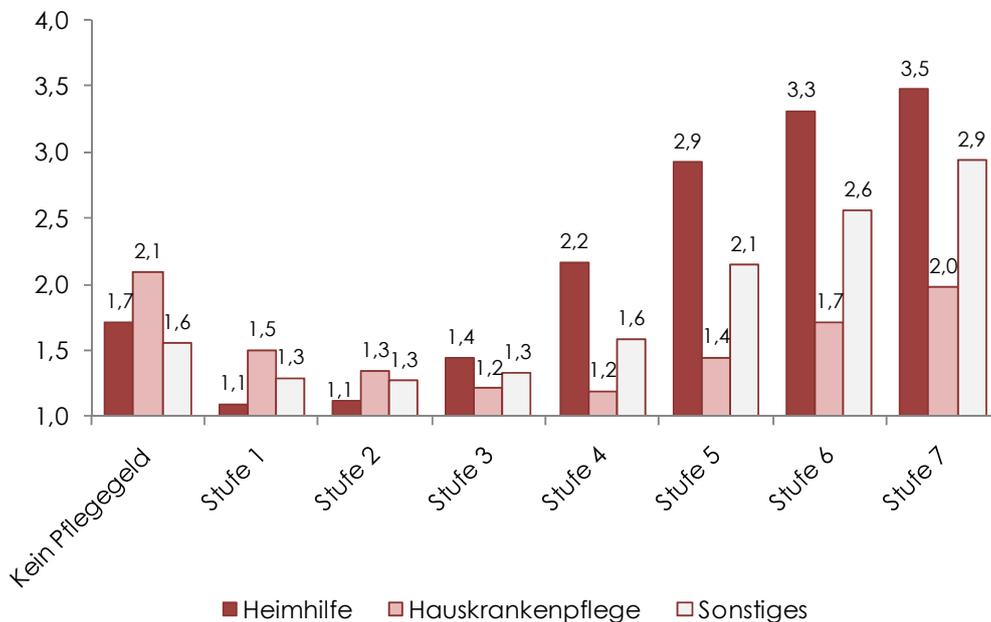
<sup>23)</sup> Ganz ähnliche Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Gebietsausdehnung und Wegzeiten werden auch bei getrennter Analyse von lokalen Stützpunkten großer Träger und eigenständigen Organisationen deutlich.

### 3.3.3 *Optimale und tatsächliche Struktur betreuter Personen*

Ein wesentliches Kriterium für die Effizienz des Einsatzes öffentlicher Mittel in Pflegesachleistungen ist die Betreuung der pflegebedürftigen Personen durch die passenden Dienstleistungen. Allokative Ineffizienzen entstehen im stationären Bereich, wenn eine Person in einer vollstationären Einrichtung lebt, der tatsächliche Pflegebedarf jedoch gering genug ist, sodass dass die Person auch adäquat in alternativen Betreuungsformen (betreubares Wohnen, SeniorInnen-WGs, mobil zu Hause, etc.) gepflegt werden könnte. Ineffizienzen entstehen in einem solchen Fall aus zweierlei Gründen: Erstens sind die Kosten der stationären Pflege die teuerste Form der Pflege und andere, ebenso adäquate Betreuungsformen wären für die öffentliche Hand günstiger; zweitens führt das Belegen des Heimplatzes durch die knappe Anzahl an stationären Pflegeplätzen dazu, dass eine Person, für die der Platz besser geeignet wäre, in einer weniger passenden Form gepflegt werden muss. Im Bereich der mobilen Pflege entstehen Ineffizienzen insbesondere dann, wenn ein hoher Pflegebedarf zu einer Anzahl an notwendigen Einsätzen führt, deren Kosten in Summe die Kosten alternativer (stationärer) Pflegeformen übersteigen.

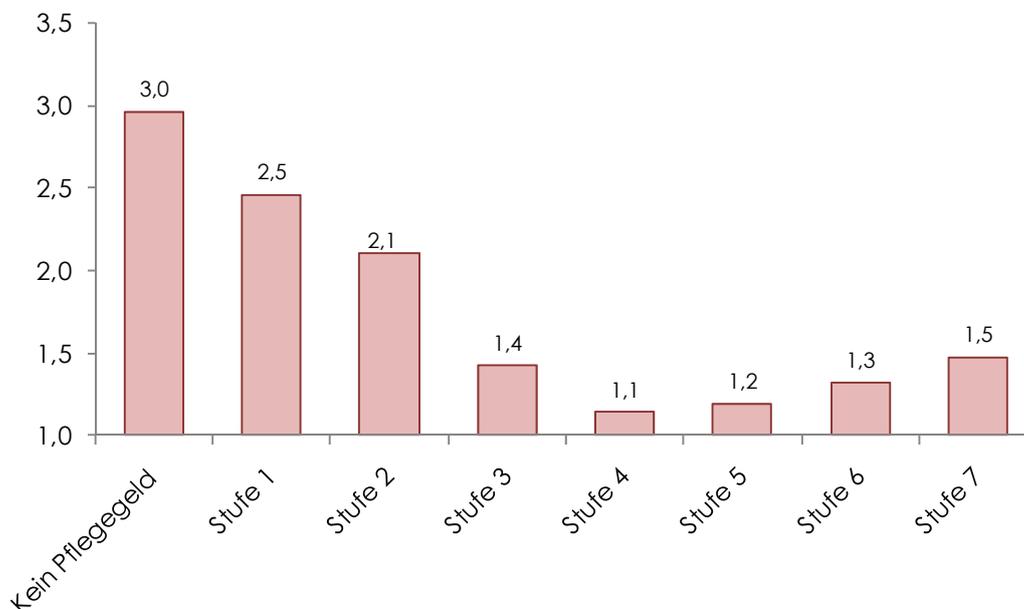
Zur Evaluierung der allokativen (In)Effizienz in Bezug auf die Eignung der betreuten Personen für das jeweilige Angebot, muss die optimale Struktur der betreuten Personen mit der tatsächlichen Struktur verglichen werden. Zu diesem Zweck wurden im Rahmen der WIFO-Befragung zu dieser Studie die Anbieter mobiler und stationärer Pflegedienste zunächst nach ihrer Einschätzung zur Eignung des eigenen Angebots für unterschiedliche Pflegeintensitäten (Pflegegeldstufen) durch die Vergabe von "Schulnoten" (1-5) befragt. Die Ergebnisse dieser Einschätzungen zeigen Abbildung 3.15 für mobile und Abbildung 3.16 für stationäre Dienste. Diese zeigen für die mobilen Dienste einen U-förmigen Verlauf der Eignung, wobei die besten Noten für die Heimhilfe für die Stufen 1-2, für die Hauskrankenpflege für die Stufen 3-4, sowie für sonstige Dienste für die Stufen 1-3 vergeben wurden. Die Eignung für die Heimhilfe in den höheren Pflegestufen nimmt dabei deutlich ab, während für die Hauskrankenpflege selbst für Stufe 7 noch die Durchschnittsnote 2,0 vergeben wurde. Für den stationären Bereich (Abbildung 3.16) ergibt sich ebenfalls ein U-förmiger Verlauf der Eignung. Die beste Eignung wird im Durchschnitt für die Pflegegeldstufen 4-5 erreicht, wobei für die höchsten Pflegestufen meist eine deutlich bessere Eignung attestiert wird, als für die niedrigen Stufen.

Abbildung 3.15: Durchschnittliche Eignung mobiler Dienste nach Pflegegeldstufen  
Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (gar nicht) geeignet



Q: WIFO-Befragung.

Abbildung 3.16: Durchschnittliche Eignung stationärer Dienste nach Pflegegeldstufen  
Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (gar nicht) geeignet



Q: WIFO-Befragung.

In einem zweiten Schritt wurden die Anbieter nach der Verteilung der betreuten Personen auf die einzelnen Pflegegeldstufen gefragt.<sup>24)</sup> Im Zuge der Auswertung konnten im Anschluss basierend auf diesen Daten die Anteile der betreuten Personen ermittelt werden, für welche die jeweiligen Dienstleistungen laut Einschätzung der jeweiligen Anbieter – gemäß Pflegegeldeinstufung und ohne Berücksichtigung von laufenden Erhöhungsanträgen – sub-optimal geeignet sind. Für die stationäre Pflege ist dabei ein Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern und Pflegegeldstufen möglich, im Bereich der mobilen Dienste können aufgrund der deutlich kleineren Stichprobe lediglich Unterschiede zwischen den einzelnen Dienstleistungsarten dargestellt werden. Wie Übersicht 3.8 verdeutlicht, liegt die Zahl der – im Bezug auf ihr Pflegebedürfnis – weniger als gut (Note 3 oder schlechter) versorgten Personen im Bereich der Heimhilfe bei 11,3%, in der Hauskrankenpflege bei 8,7%, und bei den sonstigen mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten bei 6,9%. Damit ist in der Heimhilfe österreichweit etwa jede 9. Person, in der Hauskrankenpflege jede 11. bis 12. Person gemäß ihrer Pflegebedürftigkeit nicht optimal durch den jeweiligen Dienst versorgt. Jedoch zeigt sich auch, dass die Anteile der Personen, die durch ihren Pflegebedarf nach Einschätzung der Dienstleister weniger als befriedigend (Note 4 oder schlechter) für das Angebot geeignet sind, das sie in Anspruch nehmen, deutlich niedriger sind. Nur für 4,0% der Personen wird die genutzte Heimhilfe, nur für 2,4% der Personen die genutzte Hauskrankenpflege seitens der Dienstleister als schlecht geeignet angesehen.

*Übersicht 3.8: KlientInnen mobiler Dienste mit suboptimaler Zuteilung in Bezug auf das Pflegebedürfnis*

*Anteil an KlientInnen je Organisation in %*

	Angebot weniger als gut geeignet	Angebot weniger als befriedigend geeignet
Heimhilfe	11,3	4,0
Hauskrankenpflege	8,7	2,4
Sonstiges	6,9	3,3

Q: WIFO-Befragung. – Anteil der Klientinnen, wenn die Eignung des jeweiligen Angebots für die Pflegegeldstufe, der sie angehören, mit weniger als "gut" (Note 2) bzw. "befriedigend" (Note 3) beurteilt wurde (Anteile nicht addierbar). Ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge. Ohne Oberösterreich, bedingt durch teilweise Nicht-Kompatibilität der Begrifflichkeiten für die jeweiligen Dienstleistungsarten.

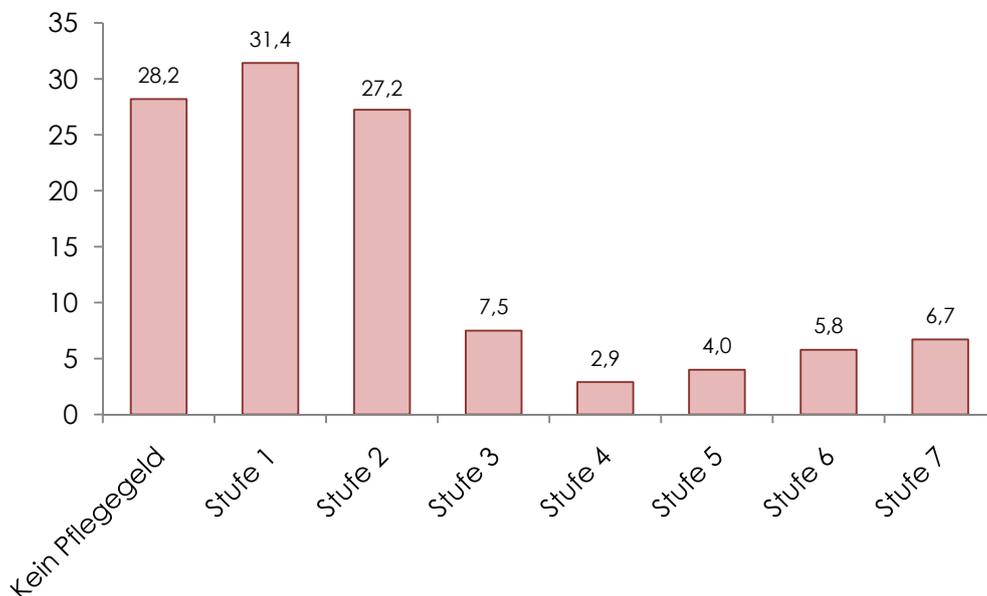
Im Bereich der stationären Pflege zeigt sich zunächst (Abbildung 3.17), dass ein beträchtlicher Anteil (jede 3. bis 4. Person) aller HeimbewohnerInnen in den niedrigen Pflegegeldstufen 1 und 2, sowie Personen ohne Pflegegeld nach Einschätzung der befragten stationären Einrichtungen weniger als gut (Note 3 oder schlechter) für die jeweilige Einrichtung geeignet sind, in der sie leben. Ab Pflegegeldstufe 3 reduziert sich der Anteil an sub-optimal geeigneten Personen deutlich. Am niedrigsten ist dieser in den Stufen 4 und 5 mit jeweils unter 5%.

---

<sup>24)</sup> Während die Verteilung der betreuten Personen auf die einzelnen Pflegegeldstufen in der Befragung der stationären Einrichtungen meist erhoben werden konnte, war der Anteil an auswertbaren Angaben aus der Befragung der mobilen Dienste deutlich geringer.

Abbildung 3.17: HeimbewohnerInnen mit suboptimaler Zuteilung nach Pflegegeldstufen

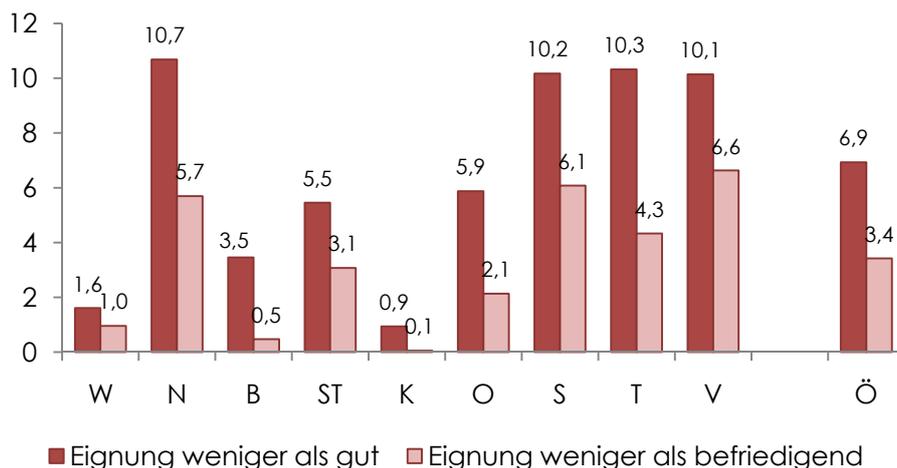
Anteile in %



Q: WIFO-Befragung. – Anteil an Personen in Wohn- und Pflegeheimen nach Pflegegeldstufen, für welche die Eignung des Heims für die Pflegegeldstufe mit weniger als "gut" angegeben wurde, an der gesamten Anzahl an Personen der Pflegegeldstufe in Pflegeheimen. Ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge. Bsp.: Für 31,4 aller Personen mit Pflegegeldstufe 1 wurde angegeben, dass die Eignung der stationären Einrichtung, in der sie wohnen, für diese Pflegestufe mit weniger als "gut" (Note 2) benotet wurde.

Abbildung 3.18: HeimbewohnerInnen mit suboptimaler Eignung nach Bundesland

Anteile in %



Q: WIFO-Befragung. – Anteil der BewohnerInnen, für welche die Eignung des jeweiligen Angebots für die Pflegegeldstufe, der sie angehören, mit weniger als "gut" (Note 2) bzw. "befriedigend" (Note 3) beurteilt wurde, gemessen an der Gesamtzahl der BewohnerInnen eines Heimes (Anteile nicht addierbar). Ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge.

Als interessant erweisen sich dabei die Unterschiede in der allokativen Effizienz in den einzelnen Bundesländern (Abbildung 3.18). In Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg sind aus Sicht der befragten Anbieter jeweils jede 9.-10. Person weniger als gut für die stationäre Pflegeeinrichtung geeignet, in der sie sich befinden. In Vorarlberg (jede 15.), Salzburg (jede 16.) und Niederösterreich (jede 18.) wird ein nicht unbeträchtlicher Teil an Personen sogar als schlecht oder sehr schlecht (Note 4-5) geeignet für die jeweilige Einrichtung erachtet. Die geringsten Anteile an Fehlallokationen weisen laut der Befragung Kärnten und Wien auf. In diesen beiden Ländern beträgt der Anteil an nicht gut geeigneten Personen lediglich 0,9% bzw. 1,6%. Ein Blick auf die Regelungen zur Mindest-Pflegegeldstufe für geförderte Heimplätze verdeutlicht, dass sich unter den Bundesländern mit über- bzw. unterdurchschnittlicher allokativer Effizienz jeweils Länder mit und ohne formale Koppelung geförderter Heimplätze an bestimmte Pflegegeldstufen befinden. Eine erfolgreiche Reduktion des Eignungs-Mismatches zwischen Angebot und Nachfrage mittels Zugangsregelungen, die formal an Pflegegeldstufen gekoppelt sind, lässt sich somit aus dieser Analyse nicht ableiten.

#### 3.3.4 Gesundheitsvorsorge

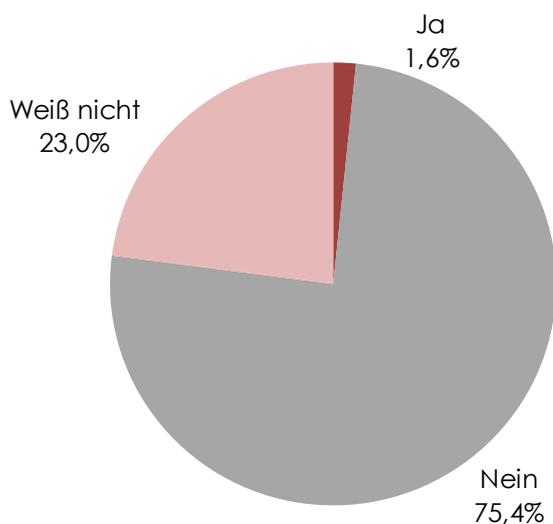
Neben den direkten Kosten für die Pflegeleistungen im mobilen und stationären Bereich, sind bei einer Betrachtung der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten der jeweiligen Pflegedienstleistungen auch Krankheitskosten zu inkludieren. Während es nicht Ziel der Studie ist, die Krankheitskosten je betreuter Person in mobiler bzw. stationärer Pflege gegenüberzustellen, soll in diesem Abschnitt jedoch diskutiert werden, welche Maßnahmen dazu führen können, Krankheitskosten zu reduzieren, die im Zuge einer professionellen Pflege und Betreuung zu Hause oder im Heim vermieden werden könnten. Im Zuge der WIFO-Befragung wurden Anbieter mobiler Dienste zu Ihrer Einschätzung bezüglich der Erkrankungshäufigkeit von häuslich gegenüber stationär gepflegten Personen befragt, stationäre Pflegedienstleister nach ihren Erfahrungen in Bezug auf vermeidbare Krankenhauseinweisungen. In beiden Fällen wurde auch nach Maßnahmen gefragt, welche die Zahl der Erkrankungen bzw. Spitalweisungen reduzieren können.

Abbildung 3.19 illustriert die Einschätzung mobiler Dienstleister über die Krankheitshäufigkeit von zu Hause gepflegten Personen gegenüber Personen in stationären Einrichtungen. Subjektiv sind 75,4% der befragten mobilen Dienstleister der Meinung, dass zu Hause betreute Personen nicht öfter erkranken als Personen in stationären Einrichtungen, lediglich 1,6% bejahen die Frage, 23,0% konnten bzw. wollten keine Einschätzung darüber geben. Die am häufigsten genannten Gründe bei der Verneinung der Frage sind neben der eigenen subjektiven Arbeitserfahrung (ca. 1/3 aller Nennungen) insbesondere der Verbleib im gewohnten Umfeld und das damit verbundene Ausbleiben psychischer Belastungen (etwa 25%) durch die Übersiedlung und Umstellung in ein völlig neues Umfeld ("relocation effect" bzw. "transfer trauma"; Kada – Janig, 2012a), die häufig zu Erkrankungen bzw. einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation während der ersten Wochen nach der Aufnahme in eine stationäre Einrichtung führen. Knapp 20% nannten auch die höhere Ansteckungsgefahr durch die Vielzahl

an BewohnerInnen bzw. die höhere Keimbelastung in stationären Einrichtungen als Grund für ihre Einschätzung. Weitere Nennungen beziehen sich auf die Qualität der Pflege und die individuelle Betreuung durch mobile Dienste, auf die längere Mobilität im häuslichen Umfeld und die subjektiv bessere Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen.

Abbildung 3.19: Erkrankungshäufigkeit zu Hause gegenüber stationären Einrichtungen nach Einschätzung mobiler Dienstleister

Erkranken zu Hause betreute Personen öfter als stationär betreute Personen?



Q: WIFO-Befragung.

78% aller Personen, welche diese Frage mit "Nein" beantworteten und 75% aller Befragten insgesamt, konnten jedoch auch eine oder mehrere Maßnahmen nennen, die das Risiko in häuslicher Pflege zu erkranken, reduzieren. Die am häufigsten genannten Maßnahmen lauten eine höhere Präsenz und kontinuierlichere Versorgung durch HausärztInnen, sowohl in Hinblick auf die Verfügbarkeit der ÄrztInnen und ihre Bereitschaft zu Visiten, als auch in Hinblick auf eine intensivere Kooperation zwischen ÄrztInnen und mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten. Als weitere wichtige Maßnahmen wurden eine bessere Zusammenarbeit mit und eine bessere fachliche Begleitung der Angehörigen, sowie eine bessere Sturzprophylaxe genannt.<sup>25)</sup>

Eine Reihe von Studien verdeutlicht, dass BewohnerInnen stationärer Einrichtungen zum Teil in Krankenhäuser gebracht werden, obwohl eine Behandlung vor Ort besser für die betroffene Personen wäre (Grabowski *et al.*, 2008; Kada – Janig, 2012a). Auch in Österreich kommt eine aktuelle Studie zu dem Schluss, dass etwa 20% der analysierten Transporte aus Alten- und

<sup>25)</sup> Laut Dörner – Riedel (2009) kommt es bei etwa 30% aller Personen über 70 Jahren, die zu Hause leben, mindestens einmal pro Jahr zu stürzen, bei Personen ab 80 Jahren steigt der Anteil sogar auf etwa 50%.

Pflegeheimen zur ambulanten oder stationären Behandlung als vermeidbar eingestuft wurden (Kada et al., 2011). Zwar verdeutlicht Abbildung 3.20, dass diese Ansicht nur von 12,8% der im Rahmen der vorliegenden Studie befragten stationären PflegedienstleisterInnen bestätigt wird, während 78,0% der Befragungsteilnehmer sie ablehnen, allerdings zeigt eine Studie aus den USA (Lamb et al., 2011), dass "die MitarbeiterInnen von Pflegeheimen den Anteil vermeidbarer Transporte im Vergleich zu publizierten Daten deutlich geringer einschätzen" (Kada – Janig, 2012a, S. 16). Allerdings warnen Kada – Janig (2012a) gleichzeitig davor, aufgrund der häufig komplexen Einweisungsumstände pauschal den Alten- und Pflegeheimen die Verantwortung für die hohen Transportraten zuzuschreiben.

Neben der subjektiven Erfahrung wurde als häufigste Antwort zur Begründung eines "Nein" auf die Frage nach vermeidbaren Krankenhaustransporten angegeben, das Pflegepersonal sei den Anforderungen bezüglich der Einschätzung einer notwendigen Einlieferung gewachsen. Auch aufgrund einer guten ärztlichen Versorgung im Heim durch Haus- oder HeimärztInnen würden nach Ansicht vieler BefragungsteilnehmerInnen Einlieferungen ausschließlich in Notfällen und/oder nur auf ärztliche Anordnung erfolgen. Unter jenen, welche die Frage bejahten, wurden hingegen häufig eine schlechte ärztliche Versorgung, insbesondere in der Nacht und am Wochenende, sowie der hohe Zeitdruck des vorhandenen bzw. ein Mangel an diplomiertem Pflegepersonal genannt. Auch Druck seitens der Angehörigen, aber insbesondere die Angst vor rechtlichen Konsequenzen würden sowohl bei HausärztInnen als auch beim Pflegepersonal dazu führen, dass Spitalseinlieferungen häufiger vorkommen, als notwendig.

Wie bei den mobilen Dienstleistern nannten jeweils 80% aller Befragten in den stationären Einrichtungen mindestens eine Maßnahme zur Reduktion der Zahl an Spitalseinlieferungen. Die häufigsten davon sind die Anstellung eines Heimarztes oder einer Heimgärtin, der Ausbau der Palliativversorgung, die Sicherstellung einer medizinischen Versorgung rund um die Uhr, eine bessere Kooperation mit und die Verfügbarkeit von HausärztInnen und niedergelassenen Fachärztinnen, aber auch eine bessere Kooperation mit den Angehörigen der betreuten Personen. Ebenso häufig wurden höhere Personalschlüssel und ein höherer Anteil an diplomierten Pflegekräften im Personalschlüssel als Maßnahme gegen vermeidbare Krankenhaustransporte genannt.

Im Rahmen eines Reformpoolprojekts des Landes Kärnten (Kada et al., 2012a) wurden in ausgewählten Pflegeheimen ("Interventionsheimen") die Auswirkungen eines Maßnahmenpakets, das mehrheitlich aus den eben genannten Ansatzpunkten bestand (konkret Kooperation der Pflege mit HausärztInnen, dem Krankenhaus, Angehörigen, sowie Fortbildungen<sup>26)</sup> der HausärztInnen und der Pflege), auf die Zahl an Krankenhauseinlieferungen im Vergleich zu Referenzheimen analysiert. Dabei zeigt sich in den "Interventionsheimen" eine signifikant niedrigere Rate an Krankenhaustransporten, die als vermeidbar eingestuft wurden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Kommunikation zwischen den einzelnen involvierten Berufs-

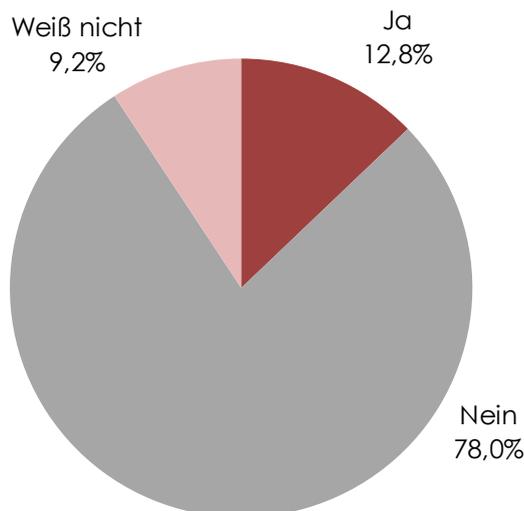
---

<sup>26)</sup> Konkret umfassten Fortbildungen die folgenden Bereiche: Schmerz, Sturz, psychiatrische Pflege, Wundmanagement, Lagerung, Katheterwechsel, Hygiene und Palliativpflege (Kada – Janig, 2012b).

gruppen und stationären Institutionen (Krankenhaus, Heim) den zentralen Erfolgsfaktor darstellt, weshalb intensiv an einer Vernetzung aller Beteiligten (Pflege, Krankenhaus, niedergelassene ÄrztInnen, Angehörige) Gruppen gearbeitet werden müsse (Kada et al., 2012b).

Abbildung 3.20: Häufigkeit der Spitalseinlieferungen von BewohnerInnen nach Einschätzung stationärer Dienstleister

Werden BewohnerInnen zu häufig in Spitäler eingeliefert?



Q: WIFO-Befragung.

### 3.3.5 Zusammenfassung

In diesem Abschnitt wurden einige ausgewählte Aspekte zur Beurteilung der Effizienz in mobilen und stationären Pflege- und Betreuungsdiensten analysiert und diskutiert. In Hinblick auf die Arbeitszeit werden beträchtliche Unterschiede zwischen den beiden Dienstleistungsarten bzw. den einzelnen Bundesländern deutlich. Die durchschnittliche Arbeitszeit der in mobilen Diensten beschäftigten Personen liegt lediglich bei 55%, in der stationären Pflege bei 80% der Vollzeitbeschäftigung. Regional betrachtet macht sich ein deutliches Ost-West-Gefälle bemerkbar: Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich weisen dabei die niedrigste durchschnittliche Arbeitszeit und somit die höchsten Anteile an Teilzeitbeschäftigung auf. Deutliche regionale Unterschiede zeigen sich auch in der Anzahl der betreuten Personen pro vollzeitbeschäftigter Person (in Vollzeitäquivalenten). Diese Varianz zwischen den Bundesländern liegt einerseits in unterschiedlichen Strukturen der betreuten Personen in Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit, ist aber auch durch teils stark unterschiedlich ausgestaltete Personalschlüssel bedingt.

Die WIFO-Befragung zeigt im mobilen wie im stationären Bereich einen positiven Zusammenhang zwischen der Pflegeintensität der betreuten Personen und der durchschnittlichen

Arbeitszeit. Je intensiver das Pflegebedürfnis, umso höher ist die durchschnittliche Arbeitszeit der beschäftigten Personen; Diese Beobachtung impliziert, dass bei einem Trend zu höheren Pflegeintensitäten der stationär betreuten Personen, der Anteil an Teilzeitbeschäftigung in der stationären Pflege mitunter zurückgehen wird. Gleichzeitig bietet der Ausbau der mobilen Dienste vermehrt Möglichkeiten zur Teilzeitbeschäftigung. Für die mobilen Dienste zeigen die Auswertungen einen positiven Zusammenhang zwischen der Zahl der KlientInnen pro Vollzeit-äquivalent (VZÄ) und dem Anteil an Wegzeiten an der Gesamtarbeitszeit, ebenso korreliert deren Anteil positiv mit der Größe des betreuten Gebiets. Der Anwendung elektronisch gestützter Einsatz- und Tourenplanung kommt somit bei Diensten mit häufigem Ortswechsel und bei einer weiten Gebietsausdehnung eine besondere Rolle zu, um die durch Wegzeiten entstehenden Ineffizienzen zu minimieren.

Dieser Abschnitt ermöglichte zudem einige interessante Einblicke in die alloкатive Effizienz der mobilen und stationären Dienste. Zunächst wurde sowohl bei allen Dienstleistungsarten ein U-förmiger Verlauf der Eignung des Angebots in Hinblick auf die einzelnen Pflegegeldstufen deutlich. Die beste Eignung attestierten die befragten ExpertInnen bei mobilen Diensten für die niedrigeren Pflegegeldstufen (Stufe 1-2 für die Heimhilfe, Stufe 3-4 für die Hauskrankenpflege) bzw. den mittleren Pflegegeldstufen (4-5) in der stationären Pflege. In den darunter bzw. darüber liegenden Pflegegeldstufen nimmt der Grad der Eignung jeweils wieder ab. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass in der mobilen Pflege ca. jede 9. (Heimhilfe) bzw. jede 11.-12. (Hauskrankenpflege) Person Dienste in Anspruch nimmt, die nach Einschätzung der jeweiligen Dienstleister weniger als gut (Note 3 oder schlechter) geeignet für das Pflegebedürfnis der betroffenen Person sind. Stationär lebt jede 3.-4. Person der Pflegegeldstufen 0 bis 2 in einer Einrichtung, die für den jeweiligen Betreuungsbedarf weniger als gut geeignet erachtet wird. Ab Pflegegeldstufe 3 reduziert sich dieser Anteil bis Stufe 5 auf unter 5%. Bei dieser Bewertung zeigen sich auch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern. In Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg sind laut Einschätzung der Anbieter jeweils jede 9.-10. Person weniger als gut für die stationäre Pflegeeinrichtung geeignet, in der sie sich befinden. In den Bundesländern Kärnten und Wien betrifft dieses Problem hingegen nur 0,9% bzw. 1,6% aller stationär gepflegten Personen.

Mit Blick auf die Krankheitskosten kristallisierten sich im mobilen wie im stationären Pflegebereich einige Maßnahmen deutlich heraus, die dazu beitragen können die Zahl der vermeidbaren Erkrankungen bzw. Krankenhauseinlieferungen zu reduzieren. Eine bessere Verfügbarkeit der niedergelassenen ÄrztInnen und eine höhere Bereitschaft zu Visiten, aber auch eine bessere Zusammenarbeit aller betroffenen Gruppen (ÄrztInnen, Krankenhäuser, Pflegedienste, Angehörige) könnte nach Einschätzung der Pflege-ExpertInnen die Krankheitskosten für die betreuten Personen reduzieren. Vor allem im stationären Bereich wurden in diesem Zusammenhang häufig auch ein höherer Personalschlüssel, sowie ein höherer Anteil an diplomierten Pflegekräften genannt.

### 3.4 Erwartungen über die Entwicklung der Nachfrage und Kosten

Es herrscht in Europa einhelliger Konsens darüber, dass die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen aufgrund der demografischen Entwicklung hin zu einer zunehmend alternden Gesellschaft und steigenden Erwerbsquoten künftig deutlich steigen wird. Etwas weniger offensichtlich ist – je nach Entwicklung der gesunden Lebenserwartung im Verhältnis zur gesamten Lebenserwartung – die Entwicklung der Gesamtkosten der Pflege. Wiederum weitgehender Konsens herrscht jedoch darüber, dass die Kosten der Erbringung einer Leistungseinheit im Gesundheits- und Pflegesektor langfristig über jenen der Inflation liegen. Die realen Kostensteigerungen – auch Baumol'sche Kostenkrankheit (*Baumol, 1967*) genannt – folgen aus dem hohen Grad an Arbeitsintensität und den damit verbundenen vergleichsweise geringen Möglichkeiten zu Produktivitätssteigerungen, die deutlich unter jenen der Gesamtwirtschaft liegen.<sup>27)</sup>

#### 3.4.1 Kostenentwicklung im mobilen und stationären Bereich

Die Befragung von Dienstleistern im Bereich der mobilen bzw. stationären Pflege im Zuge dieser Studie gibt Aufschluss darüber, wie sich die (nominellen) Kosten für die Erbringung einer Leistungseinheit in beiden betrachteten Pflegebereichen nach Aussage der befragten Einrichtungen während der vorangegangenen fünf Jahre entwickelt hat und wie die Entwicklung für die kommenden fünf Jahre eingeschätzt wird. In der mobilen Pflege lag die mittlere jährliche Kostensteigerung für eine Leistungsstunde in der österreichweiten Stichprobe jährlich bei 5,0%, bei stationären Pflegediensten bei 3,6% pro Verrechnungstag. Für die kommenden fünf Jahre wird von den befragten mobilen Dienstleistern eine mittlere jährliche Kostensteigerung von 6,0% angegeben, von stationären Pflegedienstleistern sind es im Mittel 4,0%. Bei einer erwarteten durchschnittlichen Inflationsrate von 2% entspricht dies für die kommenden Jahre einer jährlichen realen Kostensteigerung von 4,0% (mobil) bzw. 2,0% (stationär). Bei der Frage nach der Kostenentwicklung können strategische Überlegungen bei der angegebenen Zahl, zumindest bei einem Teil der BefragungsteilnehmerInnen, jedoch nicht ausgeschlossen werden.

#### 3.4.2 Nachfrageentwicklung und Ausbaupläne mobiler und stationärer Anbieter

Die Befragung zur Entwicklung der Nachfrage nach dem eigenen Angebot in den kommenden fünf Jahren bringt das erwartete Ergebnis. Sowohl im Bereich der mobilen als auch in jenem der stationären Dienste erwartet die überwältigende Mehrheit einen Anstieg der Nachfrage nach dem eigenen Angebot. Wie Übersicht 3.9 zeigt, rechnen die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in allen ihren Sparten mit Nachfrageanstiegen. In der Heimhilfe wie in der Hauskrankenpflege geht sogar jeweils knapp die Hälfte der befragten Anbieter von einem starken Anstieg aus. Insgesamt rechnen 83,1% aller Einrichtungen, die Heimhilfe anbieten, mit einem starken oder leichten Anstieg der Nachfrage nach diesem Angebot, in der

---

<sup>27)</sup> Für weitere Details zu diesem Thema siehe die Diskussion in Abschnitt 4.1.2.

Hauskrankenpflege sind es sogar 87,9%. Bei sonstigen Angeboten gehen 83,2% zumindest von einem leichten Anstieg aus. In der Hauskrankenpflege rechnen nur 4,3% mit einem Rückgang der Nachfrage, in der Heimhilfe sind es mit 8,2% etwas mehr Einrichtungen. Die demografische Entwicklung sowie Veränderungen in der Haushalts- und Gesellschaftsstruktur sind wenig überraschend die am häufigsten genannten Gründe für eine erwartete Zunahme der Nachfrage. Daneben wurden häufiger aber auch die vergleichsweise niedrigen Kosten für Heimhilfe bzw. Hauskrankenpflege, eine Zunahme an Multimorbidität, kürzere Krankenhausaufenthalte, die Kosten der stationären Pflege und ein Trend weg von der stationären Pflege, teils aber auch ein Platzmangel in vorhandenen Pflegeheimen, genannt. Die wenigen Anbieter, die eine rückläufige Nachfrage nach dem eigenen Angebot erwarten, nannten vorwiegend den Vormarsch der 24-Stunden-Betreuung zu Hause und hohe Tarife für das eigene Angebot als Hauptgründe.

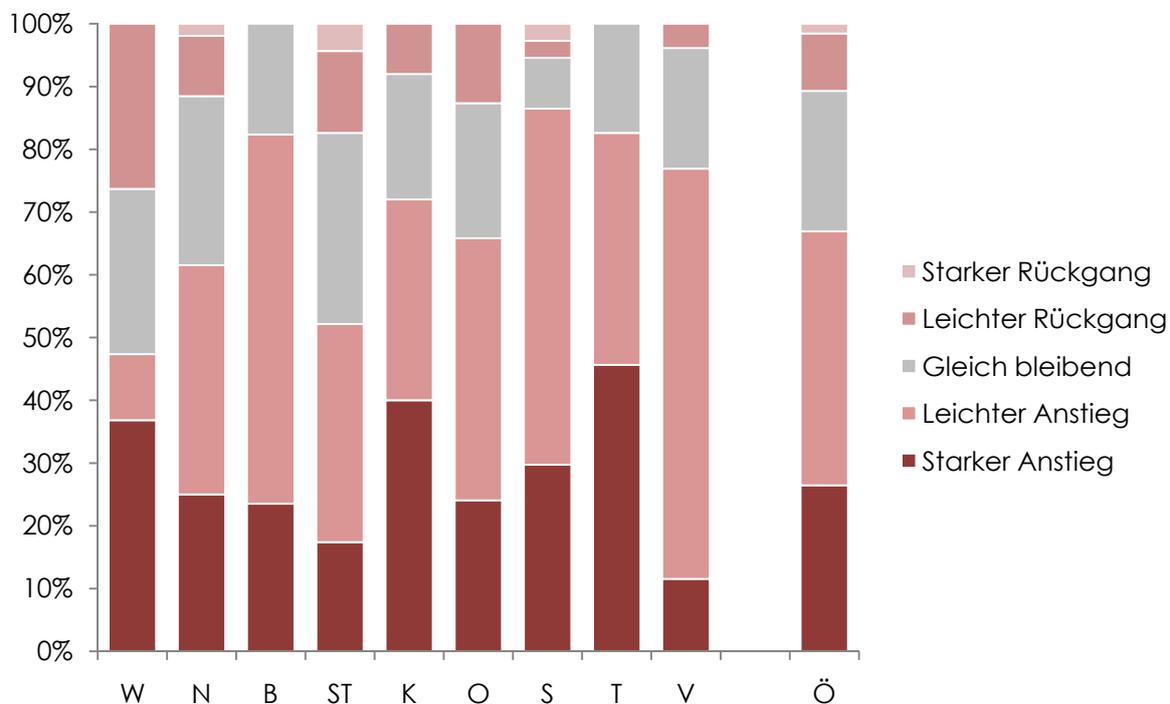
Übersicht 3.9: Einschätzungen über die künftige Nachfrage nach dem eigenen Angebot (mobile Dienste)

	Starker Anstieg	Leichter Anstieg	Gleich bleibend	Leichter Rückgang	Starker Rückgang
Heimhilfe	47,0	36,1	8,7	7,1	1,1
Hauskrankenpflege	48,7	39,2	7,9	2,7	1,6
Sonstiges	43,4	39,8	13,3	3,6	0,0

Q: WIFO-Befragung. – Ohne Oberösterreich, bedingt durch teilweise Nicht-Kompatibilität der Begrifflichkeiten für die jeweiligen Dienstleistungsarten.

Nicht ganz so deutlich fällt die Verteilung unter den stationären Diensten aus, dennoch erwarten ca. zwei Drittel (67,0%) aller teilnehmenden stationären Einrichtungen einen Anstieg in der Nachfrage nach dem eigenen Angebot. Der Anteil jener, die einen starken Anstieg erwarten, ist mit 26,5% geringer als jener für einen moderaten Anstieg (40,5%). Knapp ein Viertel (22,4%) geht von einer unveränderten Nachfrage aus, 10,7% glauben an einen Rückgang der Nachfrage am eigenen Angebot, jedoch nur 1,5% an einen starken. Regional sind die Einschätzungen teils stark unterschiedlich ausgeprägt. Während in Salzburg (86,5%), Tirol (82,6%) und im Burgenland (82,4%) über 80% mit einer steigenden Nachfrage nach dem eigenen Angebot rechnen, tun dies in Wien (47,4%) und in der Steiermark (52,2%) jeweils nur in etwa die Hälfte aller stationären Einrichtungen. An einen Nachfragerückgang glaubt im Burgenland und in Tirol jeweils keine einzige der befragten Einrichtungen, in Wien hingegen mehr als jede vierte (26,3%). Ein deutlicher Zusammenhang zwischen den regionalen Unterschieden in diesen Einschätzungen und dem bisherigen Versorgungsgrad an stationären Diensten (siehe Abschnitt 3.2.1.) ist dabei nicht zu erkennen. Neben der demografischen Entwicklung, sowie veränderten Familien- und Haushaltsstrukturen, wurden als Gründe für einen erwarteten Anstieg am häufigsten die Zunahme an Multimorbidität und dementiellen Erkrankungen genannt. Als häufigste Gründe für eine stagnierende oder sinkende Nachfrage nach dem eigenen Angebot schienen die zunehmende Verbreitung der 24-Stunden-Betreuung zu Hause, der Ausbau der mobilen Dienste, aber auch der Ausbau der stationären Pflege auf.

Abbildung 3.21: Einschätzungen über die künftige Nachfrage nach dem eigenen Angebot (stationäre Dienste)



Q: WIFO-Befragung.

Den überwiegend erwarteten Nachfragesteigerungen entsprechend, gibt es auch bei großen Teilen der Anbieter mobiler Dienste Ausbaupläne in verschiedenen Bereichen. Knapp 2/3 aller Befragungsteilnehmer gaben eine konkret geplante Ausweitung des Personals (63,5%) und/oder der Zahl der betreuten Personen (62,4%) an. Bei gut einem Drittel (35,3%) ist eine konkrete Ausweitung des Leistungsspektrums geplant. Lediglich 21,2% planen keinen Ausbau in einem oder mehreren der genannten Bereiche. Pläne zum Abbau von Personal, der Zahl der betreuten Personen oder des angebotenen Leistungsspektrums ist unter den mobilen Diensten liegen bei keiner der befragten Einrichtungen vor.

Deutlich höher ist der Anteil an stationären Einrichtungen, für die zum Zeitpunkt der Befragung keine konkreten Ausbaupläne vorliegen (48,9% in der Stichprobe insgesamt). Für jene Einrichtungen, in denen Ausbaupläne bestehen, handelt es sich bei diesen am häufigsten um Erweiterungen des Leistungsspektrums (30,2%). Lediglich 21,2% der Heime planen zusätzliches Personal aufzunehmen, nur 18,1% werden die Zahl der betreuten Personen erweitern. Im Vergleich zu mobilen Diensten fällt eine Erweiterung einer bestehenden Einrichtung im stationären Bereich aus baulichen Gründen jedoch deutlich schwerer, weshalb an Stelle eines Ausbaus bestehender Einrichtungen der Schaffung neuer Einrichtungen ein höheres Gewicht zukommen sollte, als bei mobilen Diensten. Ein Blick auf die einzelnen Bundesländer zeigt mit Ausnahme von Kärnten (60,0%) und Niederösterreich (32,7%) eine vergleichsweise geringe

Varianz im Anteil der Heime, die keinen Ausbau plant. Auch die gesamtösterreichische Beobachtung, dass der Ausbau des Leistungsspektrums häufiger genannt wird, als eine Aufstockung des Personals und/oder der Zahl der betreuten Personen, ist in den meisten Bundesländern zu beobachten. Die am häufigsten genannten Gründe für Personalaufstockungen und/oder Erweiterungen des Leistungsspektrums sind neben einer steigenden Nachfrage auch die steigende durchschnittliche Betreuungsintensität der BewohnerInnen. Für den Abbau von Personal-, BewohnerInnen oder angebotenen Leistungen wurden konkrete Pläne hingegen nur in Ausnahmefällen genannt. Personalkürzungen sind in fünf Bundesländern – Niederösterreich (7,7%), Steiermark (7,6%), Salzburg (5,4%), Oberösterreich (2,5%), Tirol (2,3%) – vereinzelt geplant, eine Reduktion der Plätze in zum Teil in Oberösterreich (10,0%), Tirol (4,3%), Steiermark (4,3%), Niederösterreich (3,9%), und Salzburg (2,7%). Pläne zur Reduktion des Leistungsangebots liegen in Einzelfällen lediglich in Niederösterreich (3,9%), der Steiermark (3,3%) und Salzburg (2,7%) vor.

*Übersicht 3.10: Ausbaupläne mobiler und stationärer Dienstleister  
Anteile in %, Mehrfachnennungen möglich*

	Personal	Betreute Personen	Leistungsspektrum	Kein Ausbau geplant
Mobil insgesamt	63,5	62,4	35,3	21,2
Stationär insgesamt	21,2	18,1	30,2	48,9
Stationär nach Bundesland				
Wien	10,5	15,8	52,6	41,2
Niederösterreich	32,7	26,9	44,2	32,7
Burgenland	17,7	17,7	29,4	52,9
Steiermark	14,0	15,1	29,0	51,6
Kärnten	12,0	4,0	28,0	60,0
Oberösterreich	21,3	11,3	27,5	53,8
Salzburg	29,7	27,0	16,2	51,4
Tirol	25,5	25,5	23,4	46,8
Vorarlberg	22,2	22,2	33,3	48,2

Q: WIFO-Befragung.

Im Zuge der Befragung mobiler und stationärer Anbieter wurde jedoch auch deutlich, dass der Ausbau des Angebots durch einen bereits jetzt von einigen Anbietern (insbesondere im Bereich der mobilen Dienste) beobachteten Personalmangel erschwert wird. Die zunehmende relative Verknappung des Arbeitskräfteangebots im Verhältnis zur Nachfrage (siehe Abschnitt 2.4) könnte sich somit als ernsthafte Hürde für den bedarfsgerechten Ausbau erweisen, sofern keine Maßnahmen getroffen werden, um diesem Mangel entgegenzuwirken. Als mögliche Maßnahmen nannten Anbieter mobiler Dienste am häufigsten eine Ausbildungs-offensive und eine Attraktivierung der mobilen Pflege für Arbeitskräfte, die jedoch nicht nur auf höhere Gehälter abzielen sollte, sondern auf die Arbeitsbedingungen im Allgemeinen.

Auch die Ausweitung der bestehenden Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen (diplomierte Personal, Pflegehilfe, Heimhilfe, etc.), höhere Personalschlüssel, höhere Förderungen und eine bessere Finanzierung durch die öffentliche Hand (auch bei Ausbildungen), sowie leistungsfähigere Tarife und weitere gesetzliche Reformen wurden häufig als notwendig genannt, um den Ausbau mobiler Dienste zu erleichtern. Unter den stationären Anbietern wurden eine gesetzliche Gleichstellung mit der Pflege im Krankenhausbetrieb und verstärkte Ausbildungsförderungen am häufigsten genannt, um dem drohenden Personalmangel entgegenzuwirken. Weiters wurde aber auch häufig eine Erhöhung der Personalschlüssel und eine Reduktion bzw. Lockerung der gesetzlichen Vorschriften für das Pflegepersonal für notwendig erachtet, um das stationäre Angebot weiter ausbauen zu können, sowie eine bessere Finanzierung des Angebots seitens der Öffentlichkeit.

### 3.4.3 Zusammenfassung

Wie in diesem Abschnitt deutlich wurde, rechnen die Anbieter stationärer und mobiler Pflege- und Betreuungsdienste mit höheren Kostensteigerungen je Leistungseinheit in den kommenden fünf, als in den vergangenen fünf Jahren. Dies dürfte vor allem an der steigenden durchschnittlichen Betreuungsintensität der jeweiligen KlientInnen liegen. Die überwiegende Mehrheit der Anbieter mobiler Dienste rechnet mit einem (starken) Anstieg der Nachfrage nach dem eigenen Angebot. Unter den stationären Diensten ist die Erwartung etwas zurückhaltender. Als Hauptgründe für die steigende Nachfrage wird in beiden Bereichen die demografische Entwicklung und zunehmende Multimorbidität durch Hochaltrigkeit sowie die veränderte Familien- und Haushaltsstruktur genannt. Mobile Dienstleister gaben darüber hinaus häufig die vergleichsweise niedrigen Kosten im Vergleich zur stationären Pflege an, stationäre Anbieter sehen eine Zunahme an dementiellen Erkrankungen als weiteren häufigen Grund für eine steigende Nachfrage nach dem eigenen Angebot. Die steigende Verbreitung der 24-Stunden-Betreuung zu Hause wird von beiden Dienstleistungstypen am häufigsten als Grund für eine stagnierende oder rückläufige Nachfrage genannt. Stationäre Pflegedienstleister nannten darüber hinaus auch häufig den Ausbau an mobilen Angeboten und die Konkurrenz durch andere stationäre Einrichtungen als nachfragemindernde Gründe. Etwa zwei Drittel der mobilen Dienstleister plant eine Aufstockung des Personals und/oder Zahl der betreuten Personen, ein Drittel gibt an das Leistungsspektrum erweitern zu wollen. Im stationären Bereich plant in etwa die Hälfte der Befragungsteilnehmer einen Ausbau, am häufigsten durch die Erweiterung des Leistungsspektrums. Nur ca. jedes 5. Heim plant eine Aufstockung des Personals und/oder der Zahl der betreuten Personen.

## 3.5 Zum Grad der Substituierbarkeit von stationären und mobilen Diensten

Eine zentrale Frage dieses Kapitels der Studie und des Studienauftrags insgesamt liegt in der Frage nach der Entwicklung des Bedarfs an stationärer Pflege unter den mit Einführung des Pflegefondsgesetzes 2011 geschaffenen gesetzlichen Voraussetzungen, die dem Ausbau aller Pflege- und Betreuungsdienste Vorrang gegenüber der stationären Pflege geben. Es ist ein

wichtiger Schritt vergleichsweise effiziente und günstige Betreuungsformen stärker auszubauen, insbesondere für Personen mit niedrigerer Pflegebedürftigkeit (niedrigen Pflegegeld-einstufungen). Wie stark der Bedarf an stationären Pflegeplätzen, bedingt durch die gestiegene Lebenserwartung und die damit verbundene Zunahme an Multimorbidität und demenziellen Erkrankungen dennoch ansteigen wird, hängt allerdings nicht nur von diesen gesetzlichen Rahmenbedingungen ab, sondern auch vom Grad der tatsächlichen Substituierbarkeit von stationärer Pflege durch mobile Dienste und alternative Betreuungsformen. Die in Kapitel 2 diskutierten Erkenntnisse aktueller Europäischer Forschungsprojekte legen jedenfalls den Schluss nahe, dass in den untersuchten Ländern mobile und stationäre Pflege kaum als Substitute betrachtet werden können, sondern als vorwiegend als komplementäre Pflegeformen anzusehen sind. Wie in *Laferrère et al.* (2013) beschrieben, erweist sich auf individueller Ebene die Nutzung mobiler Dienste sogar als statistisch signifikante Variable zur Vorhersage der späteren Nutzung stationärer Pflege. Eine substitutive Beziehung sieht die Literatur am ehesten zwischen der informellen und der professionellen mobilen Alltagsbetreuung im Haushalt (Heimhilfe). Im Zuge der Befragung mobiler und stationärer Pflegedienstleister wurden für Österreich Daten erhoben, die Aufschluss darüber geben sollen, in wie weit mobile und stationäre Pflege- und Betreuungsdienste hierzulande als Substitute bzw. Komplemente zu betrachten sind. Die gewonnenen Erkenntnisse sollten zu einer gezielteren Bedarfsplanung beitragen können und fließen auch in die Annahmen zu den Projektionsszenarien in Kapitel 4 dieser Studie ein.

### 3.5.1 *Motive für die Nutzung mobiler und stationärer Dienste*

Zunächst erscheint es für dieses Vorhaben sinnvoll, die wichtigsten Motive für die Nutzung der jeweiligen Dienstleistungsarten zu identifizieren, und zwar jeweils im Vergleich zur naheliegenden Alternative. Diese Alternative ist in der mobilen Pflege einerseits die ausschließlich informelle häusliche Pflege durch Angehörige und/oder Bekannte<sup>28)</sup>, andererseits die stationäre Pflege. Die Alternative zur stationären Pflege ist die häusliche Pflege, wobei eine Trennung zwischen häuslicher mobiler Pflege und informeller Pflege dabei wenig sinnvoll erscheint.<sup>29)</sup>

Abbildung 3.22 identifiziert schlechte physische wie psychische Zustände der pflegebedürftigen Personen und die damit verbundene Überlastung pflegender Angehöriger als Hauptgründe für die Nutzung mobiler Dienste gegenüber der (ausschließlichen) informellen Pflege. Der physische Zustand kristallisiert sich dabei als häufigeres Nutzungsmotiv (Durchschnittsnote 1,5) als der kognitive bzw. psychische Zustand (2,0) heraus. Die Überlastung pflegender Angehöriger (2,0) ist ein häufigerer Grund für die Wahl mobiler Dienste als das Ausbleiben der Pflege durch vorhandene Angehörige (2,3) bzw. das Fehlen von Angehörigen (2,4). Vergleichsweise seltener (2,9) passiert es, dass mobile Dienste freiwillig gewählt werden, weil eine

---

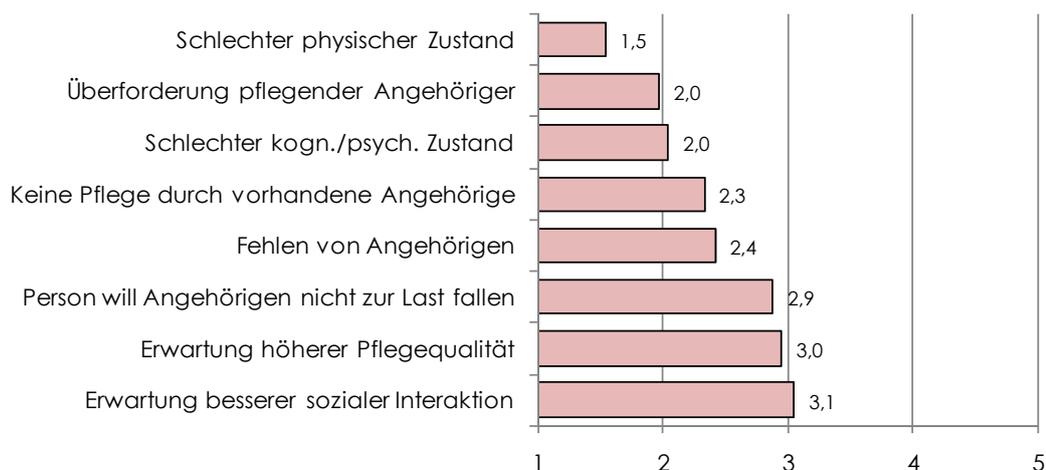
<sup>28)</sup> "Angehörige" wird in weiterer Folge synonym sowohl für Angehörige als auch für Bekannte verwendet.

<sup>29)</sup> Weitere Alternativen, wie etwa teilstationäre Pflege und alternative Wohnformen, werden in diesem Kapitel nicht berücksichtigt, zumal diese Angebote noch nicht flächendeckend verfügbar sind und deren Analyse nicht Teil des Studienauftrags ist.

Person den eigenen Angehörigen nicht zur Last fallen möchte. Ebenso ist die Erwartung einer höheren Pflegequalität (3,0) und die Erwartung einer besseren bzw. intensiveren sozialen Interaktion (3,1) für die Nutzung mobiler Dienste ein Motiv gegenüber der (ausschließlichen) Pflege durch Angehörige nur von nachrangiger Bedeutung.

Abbildung 3.22: Häufige Gründe für die Nutzung mobiler Dienste gegenüber der Angehörigenpflege

Durchschnittsnoten von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten)

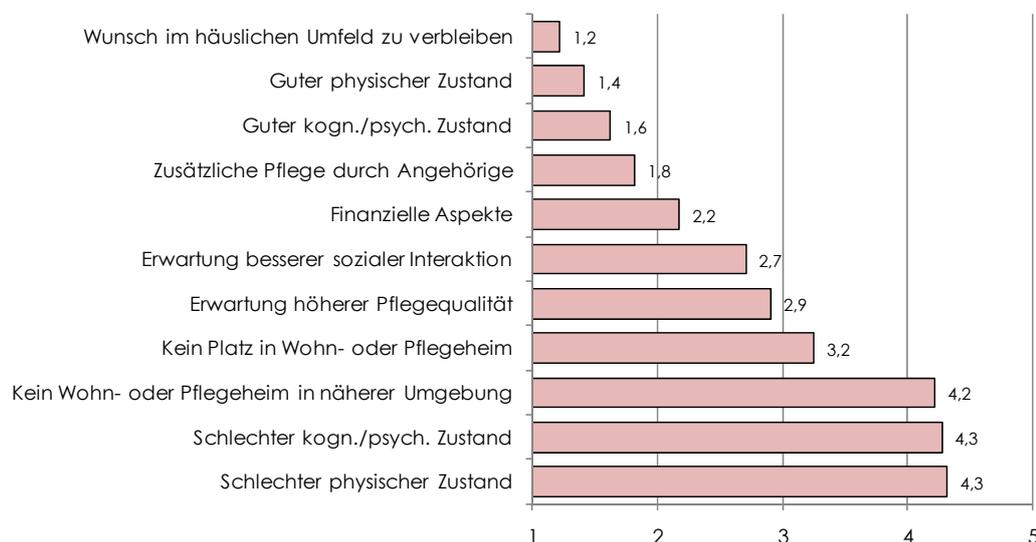


Q: WIFO-Befragung.

Die Frage nach den Motiven der Wahl mobiler Dienste gegenüber der Übersiedelung in ein Wohn- bzw. Pflegeheim (Abbildung 3.23) verdeutlicht, dass bei körperlich und physisch ausreichender Verfassung der Wunsch, im häuslichen Umfeld zu verbleiben, den am häufigsten genannten Grund darstellt (Durchschnittsnote 1,2). Ein guter physischer (1,4) und psychischer (1,6) Zustand folgen auf den Plätzen zwei und drei dieser Rangfolge. Fälle, in denen mobile Dienste in Anspruch genommen werden, weil die psychische und/oder körperliche Verfassung (bereits) zu schlecht für eine Aufnahme in die stationäre Pflege ist, bilden demnach hingegen die Ausnahme (je 4,3). Eine wichtige Voraussetzung für den Vorzug mobiler Dienste gegenüber der stationären Pflege scheint jedoch die zusätzliche Pflege durch Angehörige (1,8), die neben dem Zustand der pflegebedürftigen Person als häufigstes Entscheidungskriterium genannt wird und in der Reihung eine wichtigere Position einnimmt, als finanzielle Aspekte (2,2). Mit einigem Abstand zu diesen Motiven folgen im Mittelfeld die Erwartung einer besseren sozialen Interaktion (2,7) und die Erwartung einer höheren Pflegequalität (2,9) bei der Pflege durch mobile Dienste. Ein Platzmangel in vorhandenen Wohn- bzw. Pflegeheimen (3,2) oder das Fehlen eines Heimes (4,2) spielen laut Einschätzung der Anbieter hingegen keine bedeutende Rolle bei der Wahl von mobilen Diensten.

Abbildung 3.23: Häufige Gründe für die Nutzung mobiler Dienste gegenüber stationären Pflegeeinrichtungen

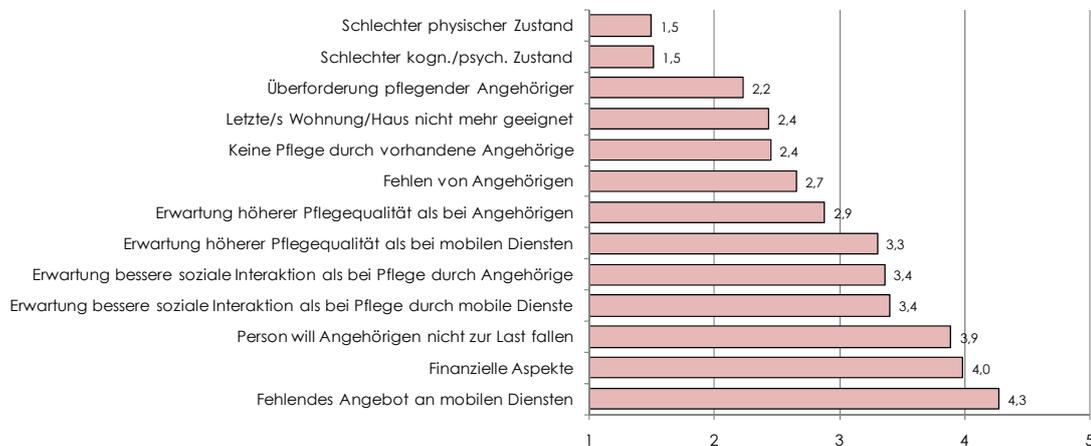
Durchschnittsnoten von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten)



Q: WIFO-Befragung.

Werden nun im Gegenzug die Gründe für die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung betrachtet (Abbildung 3.24), so bestätigt sich der physische bzw. psychische Zustand (jeweils 1,5) als dominantes Kriterium für die Wahl der Pflegeform auch aus Sicht der Anbieter stationärer Pflege. Die mit deutlichem Abstand folgende Überlastung pflegender Angehöriger (2,2) vervollständigt das Bild der wichtigsten Motive, das völlig konsistent mit der Betrachtung der mobilen Dienstleister ist. Ähnlich häufig wie das Fehlen von Pflege durch Angehörige (2,4) bzw. das Fehlen von Angehörigen selbst (2,7), ist die mangelnde Eignung des letzten Wohnortes für den Gesundheitszustand der betroffenen Person (2,4) ein Aufnahmegrund. Die Erwartung qualitativer Unterschiede zwischen der stationären und der häuslichen Pflege durch mobile Dienste oder Angehörige spielt nach Einschätzung der Heime vergleichsweise selten eine Rolle, ebenso altruistische Motive der pflegebedürftigen Person. Ein Mangel an Angeboten an mobiler Pflege und Betreuung scheint hingegen, falls überhaupt, nur in Ausnahmefällen zur Übersiedlung in stationäre Einrichtungen zu führen. Dieses Motiv weist mit 4,3 die höchste Durchschnittsnote von allen genannten Motiven auf. In Deutschland zeigte eine Befragung des Pflegepersonals eine ähnliche Reihung der wichtigsten Gründe für die Aufnahme in Pflegeheime (Schneekloth – von Törne, 2007).

Abbildung 3.24: Häufige Gründe für die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung  
Durchschnittsnoten von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten)



Q: WIFO-Befragung.

### 3.5.2 Substitution vs. Komplementarität von informeller, mobiler bzw. stationärer Pflege und Betreuung

Während die aktuelle Fachliteratur (siehe Kapitel 2) und die Ausführungen des vorangegangenen Abschnitts über die Motive zur Nutzung der jeweiligen Dienstleistungsarten bereits darauf hindeuten, dass mobile und stationäre Dienst vorwiegend als Komplemente betrachtet werden müssen, beinhalteten die Fragebögen zur vorliegenden Studie jeweils Fragen, welche direkt auf die Frage nach der Substitution bzw. Komplementarität von informeller, mobiler und stationärer Pflege und Betreuung abzielen. Übersicht 3.11 zeigt die diesbezüglichen Einschätzungen mobiler Dienstleister, Übersicht 3.12 jene der stationären. Lediglich 25,7% der mobilen und nur 2,5% der stationären Dienstleister sehen die jeweilige Dienstleistungsart als Substitut zur informellen Pflege und nur 13,8% der mobilen bzw. 6,2% der stationären empfinden die jeweils andere Dienstleistungsart als Substitut zur jeweils eigenen. Ergänzend wird in Bezug auf mobile Dienste und informelle Pflege deutlich, dass die Mehrheit (51,8%) der mobilen Anbieter letztere vor allem als inhaltliche Ergänzung sieht. Ergänzend zu den Motiven bei der Wahl der Pflege belegen diese Ergebnisse somit deutlich die Komplementarität der Pflegearten, nicht nur in Bezug auf mobile und stationäre Dienste, sondern auch (in etwas abgeschwächter Form) auf informelle Angehörigenpflege und mobile Dienste.

*Übersicht 3.11: Komplementarität vs. Substitution aus Sicht mobiler Dienstleister*

*Folgende Aussage trifft am häufigsten zu (Anteile in %)*

Mobile Dienste sind in Bezug auf	Informelle Pflege	Stationäre Pflege
Komplement (zeitlich)	20,2	81,8
Komplement (inhaltlich)	51,8	
Substitut	25,7	13,8
Sonstige	2,3	4,5
Insgesamt	100,0	100,0

Q: WIFO-Befragung. – Zeitliches Komplement: erbringen jeweils gleiche Aufgaben zu unterschiedlichen Tageszeiten; Inhaltliches Komplement: erbringen jeweils unterschiedliche Aufgaben; Unterteilung der Komplementarität in zeitliche und inhaltliche Komponenten per Definition nur bei häuslicher Pflege möglich.

*Übersicht 3.12: Komplementarität vs. Substitution aus Sicht stationärer Dienstleister*

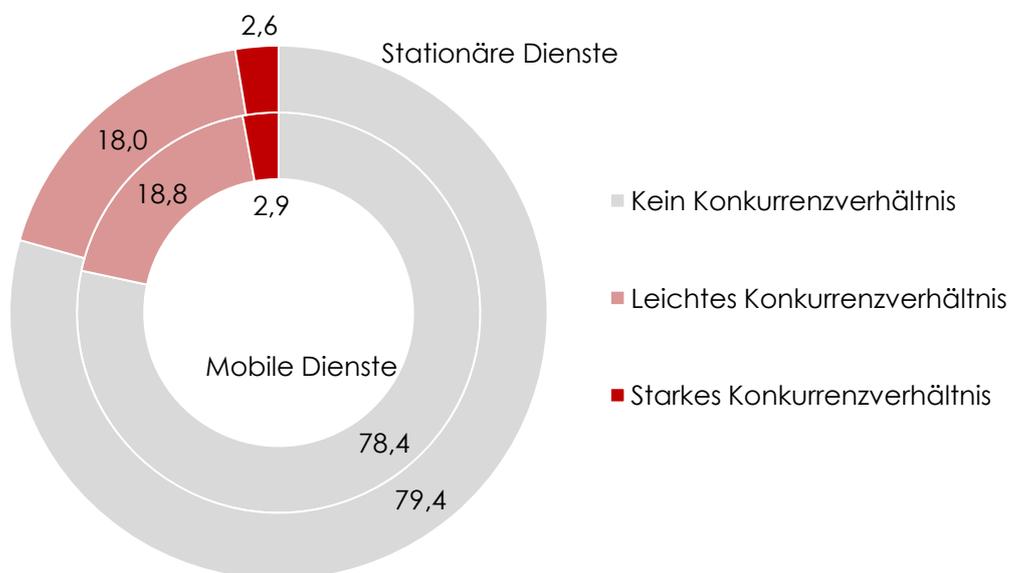
*Folgende Aussage trifft am häufigsten zu (Anteile in %)*

Stationäre Pflege ist in Bezug auf	Informelle Pflege	Mobile Dienste
Komplement	97,2	93,3
Substitut	2,5	6,2
Sonstiges	0,3	0,5
Insgesamt	100,0	100,0

Q: WIFO-Befragung.

Die Komplementaritätshypothese wird darüber hinaus auch durch ein weitgehendes Fehlen von Konkurrenzempfinden zwischen mobilen und stationären Diensten unterstützt. Wie Abbildung 3.25 veranschaulicht, sehen 79,4% der befragten stationären und 78,4% der mobilen Dienstleister kein Konkurrenzverhältnis zwischen dem eigenen Angebot und der jeweils alternativen Dienstleistungsart. Von den restlichen gut 20%, die ein solches Konkurrenzverhältnis sehen, empfinden dieses unter den mobilen Dienstleistern 18,8% als leicht und 2,9% als stark. Bei Anbietern stationärer Pflegeangebote sehen 18,0% ein leichtes und 2,6% ein starkes Konkurrenzverhältnis zwischen dem eigenen Angebot und mobilen Diensten. Zusätzlich zur Komplementarität der Dienste kann ein fehlendes Konkurrenzempfinden auch aus einem deutlichen Überhang der Nachfrage im Vergleich zu den vorhandenen Kapazitäten resultieren. Gemäß der Auswertungen über die häufigsten Gründe für die Nutzung der jeweiligen Angebote im vorangegangenen Abschnitt 3.5.1 scheint eine solche Begründung jedoch von nachrangiger Bedeutung.

Abbildung 3.25: Grad der Konkurrenz zwischen mobilen und stationären Diensten  
Anteile in %

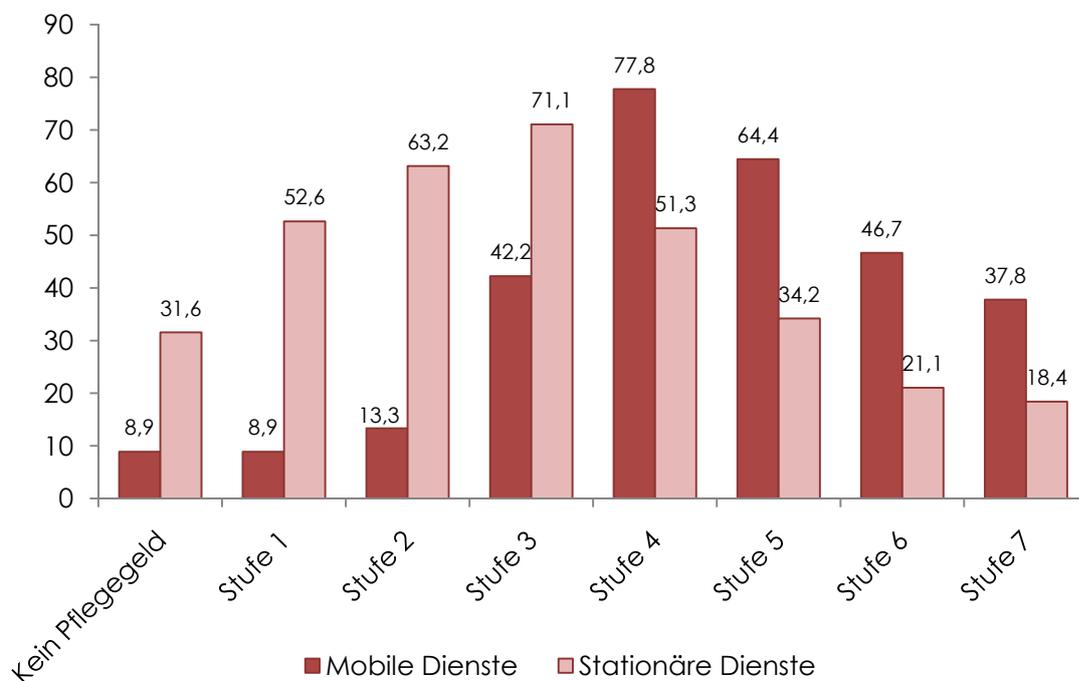


Q: WIFO-Befragung.

Bei welchen potentiellen KlientInnen sich mobile und stationäre Dienste schlussendlich teilweise doch als Konkurrenten wahrnehmen, illustriert Abbildung 3.26: Von allen stationären Anbietern, die mobile Dienste als leichte oder starke Konkurrenz zum eigenen Angebot sehen, gaben 71,1% Personen der Pflegegeldstufe 3 an, 63,2% Pflegegeldstufe 2, 52,6% Pflegegeldstufe 1, und 51,3% Pflegegeldstufe 4; Die Anteile für die restlichen Pflegegeldstufen nehmen mit ihrer "Entfernung" zur Stufe 3 weiter kontinuierlich ab. Bei mobilen Diensten liegen die höchsten Anteile mit 77,8% bzw. 64,4% bei den Pflegegeldstufe 4 bzw. 5, gefolgt von Personen in Stufe 6 (46,7%) und Stufe 3 (42,2%). Mobile Dienste nehmen Angebote an stationärer Pflege – sofern überhaupt – erst bei Personen ab Pflegegeldstufe 3 als Konkurrenz wahr, während stationäre Dienstleister auch – sofern überhaupt eine solche Konkurrenz empfunden wird – bereits bei Personen in niedrigeren Pflegegeldstufen bzw. bei Personen ohne Pflegegeld zu einem deutlich höheren Anteil Konkurrenz empfinden. Dies kann dahin gehend interpretiert werden, dass die Pflege von Personen in niedrigen Pflegegeldstufen aus Sicht der mobilen Dienstleister gänzlich in ihren Zuständigkeitsbereich fällt, während zumindest einige Anbieter stationärer Pflegedienste diese Personengruppe ebenso als Zielgruppe wahrnehmen. Aufgrund der geringen Anzahl an Einrichtungen, die überhaupt ein solches Konkurrenzverhältnis sehen, kann jedoch zusammenfassend festgehalten werden, dass sich ein beidseitiges Konkurrenzverhältnis hauptsächlich auf Personen der Pflegegeldstufen 3-5 beschränkt.

Abbildung 3.26: Konkurrenz zwischen mobilen und stationären Diensten nach Pflegegeldstufen

Falls Konkurrenzverhältnis wahrgenommen; Anteile in %



Q: WIFO-Befragung.

### 3.5.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die körperliche und psychische Verfassung einer pflegebedürftigen Person und die damit verbundene Überlastung pflegender Angehöriger die wichtigsten Motive bei der Wahl der Pflege- und Betreuungsform in Österreich bilden. Dieses Ergebnis ist konform mit den aktuellen Erkenntnissen der in Kapitel 2 beschriebenen internationalen Literatur. Überlegungen zu qualitativen Unterschieden der jeweiligen Dienste, ein Mangel an alternativen Angeboten oder finanzielle Aspekte scheinen eine vergleichsweise untergeordnete Rolle zu spielen. Weiters betrachtet lediglich eine Minderheit der mobilen und stationären Dienstleister das jeweils andere Angebot überhaupt als Konkurrenz, und falls überhaupt, auch lediglich als "leichte" Konkurrenz. Das beidseitige Konkurrenzempfinden beschränkt sich dabei vorwiegend auf Personen der Pflegegeldstufen 3 bis 5. Diese und weitere Befragungsergebnisse veranschaulichen deutlich sowohl die Komplementarität der untersuchten Pflegedienstleistungen zueinander als auch deren vorwiegende Komplementarität in Hinblick auf die informelle Pflege. Somit bestätigen sich in der Befragung für Österreich im Großen und Ganzen jene Ergebnisse, welche die aktuelle Literatur jeweils für die Beziehung zwischen der informellen, der mobilen und der stationären Pflege in einem internationalen Kontext beschreibt. Es scheint somit unausweichlich, dass die Baby-Boomer

Generationen – trotz des politischen Vorrangs der mobilen vor stationären Diensten – bei Erreichen der Alterskohorte 85+ ebenso massenhaft Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen benötigen werden, wie sie bereits einige Jahre zuvor die Nachfrage nach mobilen Diensten stark erhöht haben werden. Ein deutlicher Ausbau der stationären Pflege kann somit dem Ausbau der mobilen Dienste zwar zeitlich nachgelagert erfolgen, erscheint unter den genannten Aspekten jedoch unabdingbar.

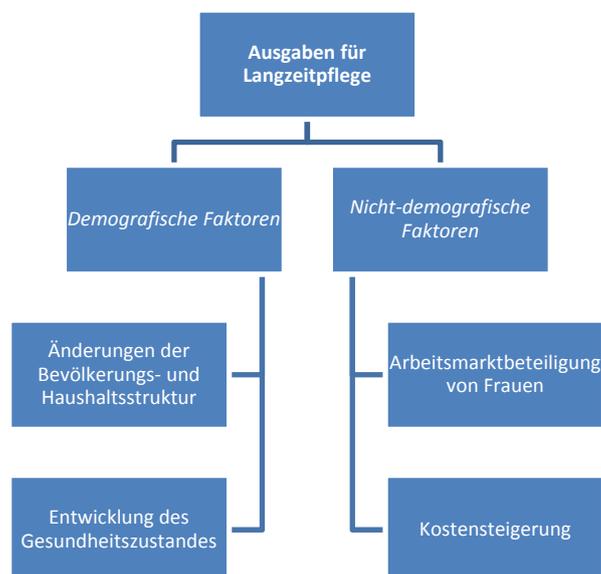
## **4. Projektionen des Bedarfs und der Entwicklung der öffentlichen Aufwände für Pflegedienstleistungen in den österreichischen Bundesländern**

Der folgende Teil der Studie berichtet über die Projektionsberechnungen der bundesländer-spezifischen, öffentlichen Nettoausgaben für Pflegesachleistungen (laut Pflegevorsorgebericht 2012), soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden sowie des Pflegebedarfs auf der Grundlage der Pflegedienstleistungsstatistik, die dem WIFO von den Bundesländern übermittelt wurde. Das zugrundegelegte Modell macht Projektionen auf Basis von spezifischen Annahmen über Trends von Variablen wie die Entwicklungen der Bevölkerung, der Gesundheit, der informellen Pflege und der Kosten im Pflegesektor. Das Modell berücksichtigt jedoch nicht zukünftige Politikänderungen im Bereich der Pflege. Dies bedeutet, dass die folgenden Projektionen darstellen, wie sich der Pflegedienstleistungsaufwand für die einzelnen Bundesländer entwickeln wird, unter der Annahme einer unveränderten Pflegepolitik und unter spezifischen Trendannahmen. Es werden also keine Prognosen im engeren Sinne dargestellt, da sich die Trends anders als angenommen entwickeln und eventuelle Politikmaßnahmen andere Bedingungen erzeugen können.

### **4.1 Bestimmende Faktoren der Kostenentwicklung**

Die Kosten für die Langzeitpflege werden durch demografische und nicht-demografische Faktoren bestimmt (Abbildung 4.1). Demografische Faktoren beziehen sich auf die Änderung der Bevölkerungsstruktur (Alter und Haushaltsstruktur) und die Entwicklung des Gesundheitszustandes. In den folgenden Berechnungen zu den Kostenentwicklungen werden die aktuelle Bevölkerungsprognose von Statistik Austria vom Oktober 2013 sowie Daten über die vergangene Entwicklung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung herangezogen. Als nicht-demografische Faktoren gehen die Entwicklungen der Arbeitsmarktteiligungsrate von Frauen und der Haushaltsstruktur (als Approximation für das Ausmaß der informellen Pflege) sowie die Kostenentwicklung im Pflegesektor ein. Im Folgenden wird die Entwicklung dieser einzelnen Faktoren im Detail beschrieben, um die Annahmen hinter den berechneten Szenarien zu begründen.

Abbildung 4.1: Berücksichtigte Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege



Q: WIFO-Darstellung.

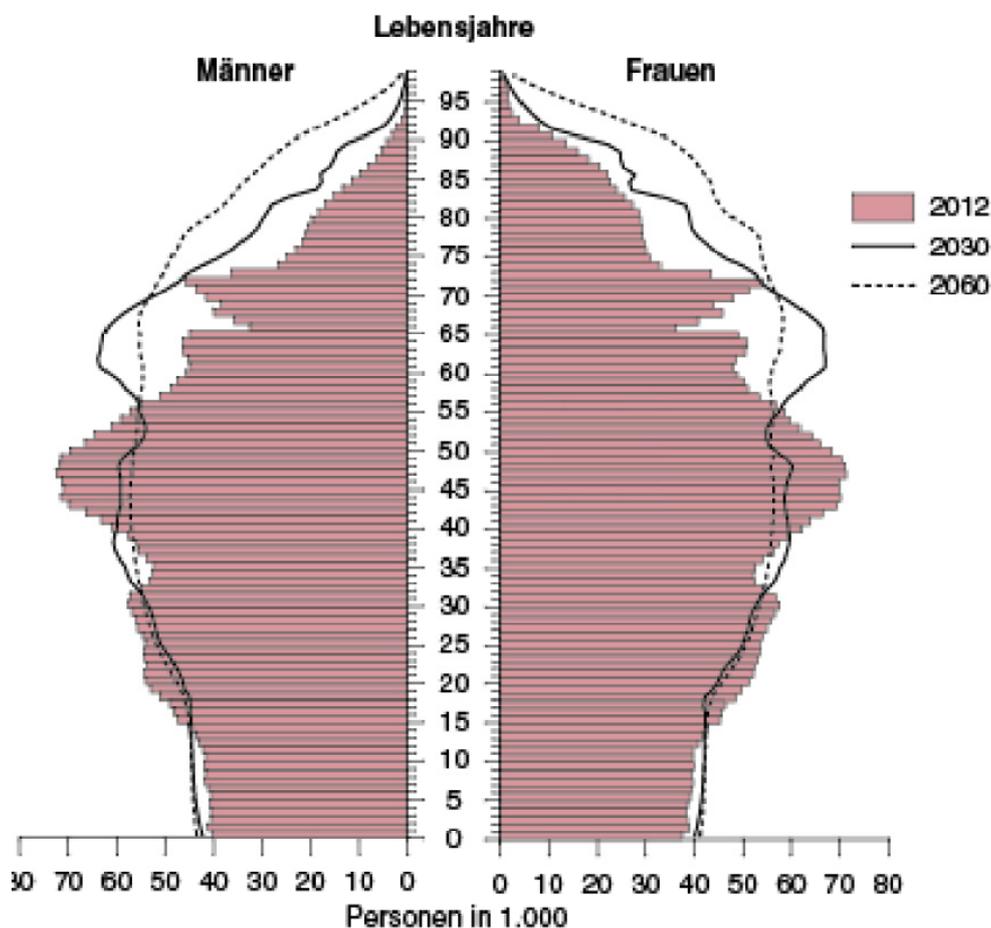
#### 4.1.1 Demografische Einflussfaktoren

##### **Demografische Verschiebung hin zu einer alternden Gesellschaft**

Bevölkerungsprognosen werden durch drei Variablen bestimmt: Fertilitätsraten, Migrationsströme und Sterblichkeitsraten. Um die Veränderung des Pflegebedarfs zwischen 2012 und 2030 zu prognostizieren, spielen gegenwärtige und zukünftige Fertilität und Migration eine untergeordnete Rolle. Migration ist allerdings ein wichtiger Faktor in der Bestimmung des Arbeitskräfteangebots im Pflegesektor.

Die demografische Vorausschau von Statistik Austria zeigt, dass der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunehmen wird, was zu einem Anstieg der öffentlichen Ausgaben für Pflege führen wird. Die Bevölkerungspyramide für Österreich im Jahr 2012, im Vergleich mit dem Jahr 2030, verdeutlicht den starken Zuwachs der Bevölkerung über 50 Jahre (Abbildung 4.2).

Abbildung 4.2: Bevölkerungspyramide Österreich 2012, 2030 und 2060 (mittlere Variante)



Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2013.

Jene Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein – nämlich jene der über 79-Jährigen – wird bis 2030 am stärksten anwachsen. Während die Gruppe der 60- bis 79-Jährigen zwischen 2012 und 2030 um 38,1% und jene der Personen mit 60 und mehr Jahren um 40,9% wachsen werden, wird sich die Alterskohorte der 80+ -Jährigen im gleichen Zeitraum um 47,1% erhöhen. Im Vergleich dazu wird sich die Bevölkerung unter 60 Jahre um 3,8% reduzieren (Übersicht 4.1). Dementsprechend wird sich der Anteil der älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung vergrößern. Während im Jahr 2012 23,5% (5,0%) der Gesamtbevölkerung 60 Jahre oder älter (80 Jahre oder älter) waren, wird sich dieser Anteil auf 31,0% (7,0%) im Jahr 2030 vergrößern. Die äquivalenten Daten der einzelnen Bundesländer (siehe Übersicht C1 in Anhang C) zeigen, dass insbesondere das Burgenland, die Steiermark und Kärnten über dem österreichischen Durchschnitt liegen und Wien um Einiges darunter.

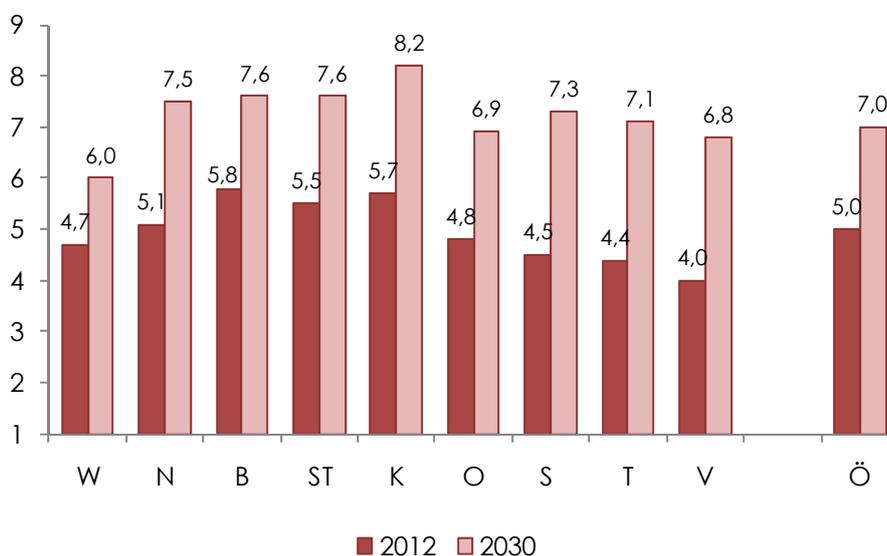
Übersicht 4.1: Österreichische Bevölkerung nach Altersgruppe gemäß Bevölkerungsprognose

	Personen			Veränderung in %	
	2012	2020	2030	2012/2020	2012/2030
Unter 60Jahre	6.433.180	6.425.257	6.189.348	- 0,1	- 3,8
60 bis 79 Jahre	1.557.992	1.781.014	2.151.774	+14,3	+38,1
60 Jahre und mehr	1.974.941	2.255.626	2.783.232	+14,2	+40,9
80 Jahre und mehr	416.949	474.612	631.458	+13,8	+47,1
Anteil der Bevölkerung 60 Jahre und mehr an der Gesamtbevölkerung in %	23,5	26,0	31,0		
Anteil der Bevölkerung 80 Jahre und mehr an der Gesamtbevölkerung in %	5,0	5,5	7,0		

Q: Statistik Austria; WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung des Anteils der Bevölkerung 80+ an der Gesamtbevölkerung in den einzelnen Bundesländern zeigt ebenso einen deutlichen Unterschied zwischen den Bundesländern (Abbildung 4.3). Für die Entwicklung der Pflegesysteme ist dabei nicht nur die Höhe des Anteils dieser Bevölkerungsgruppe von Bedeutung, sondern auch deren Zunahme. Dabei zeigt sich für Wien mit einer Veränderung des Anteils zwischen 2012 und 2030 von 1,3 Prozentpunkten (PP) die günstigste Entwicklung, für Tirol (+2,7 PP), Salzburg und Vorarlberg (jeweils +2,8 PP) die ungünstigste.

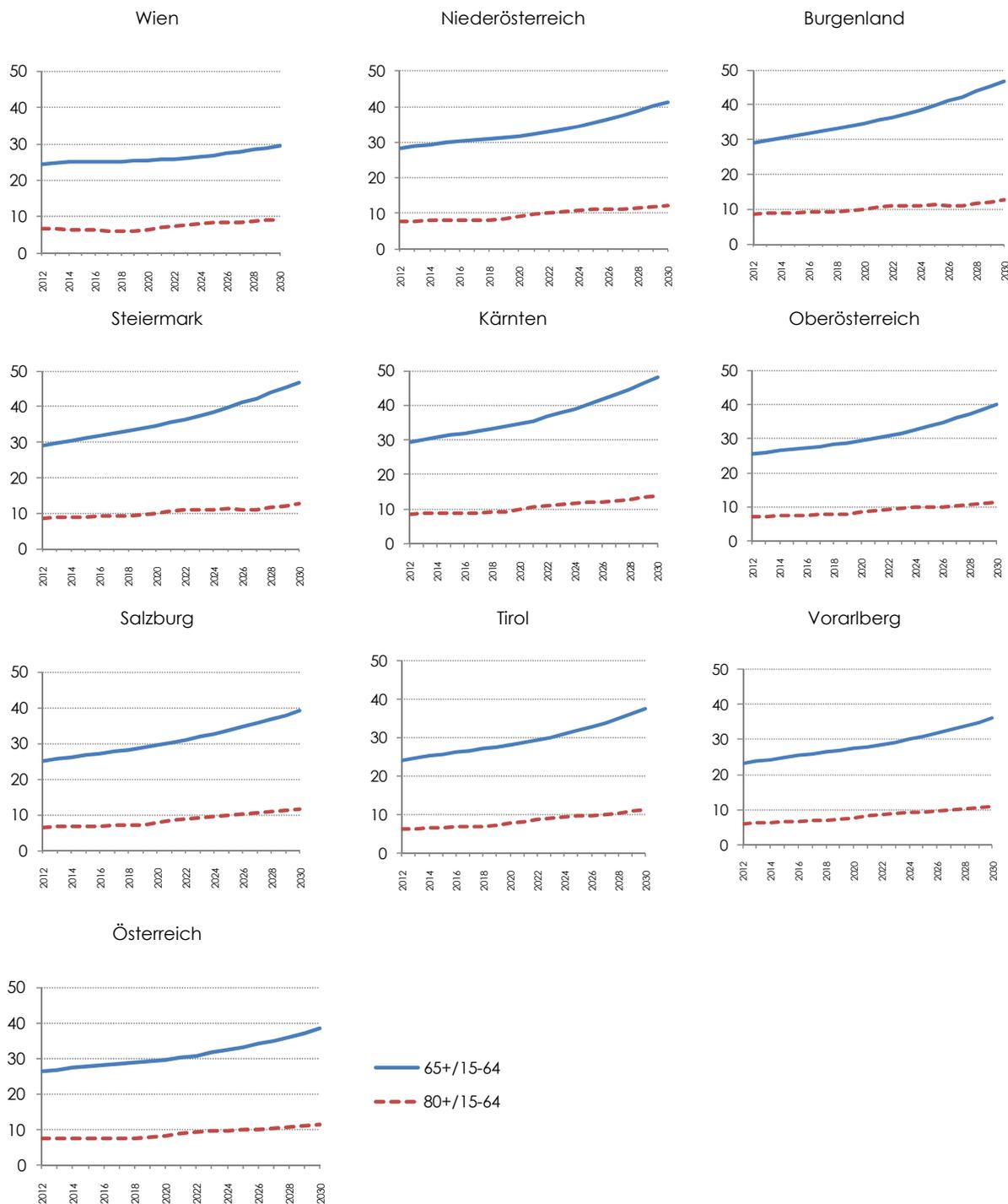
Abbildung 4.3: Anteil der Bevölkerung 80+ an der Gesamtbevölkerung in %, 2012 und 2030 im Vergleich



Q: Statistik Austria; WIFO.

Abbildung 4.4: Age-Dependency Ratios nach Bundesländern

Verhältnis der 65+ bzw. 80+ Jährigen zur Bevölkerung mit 15-64 Jahren in %



Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose Oktober 2013; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

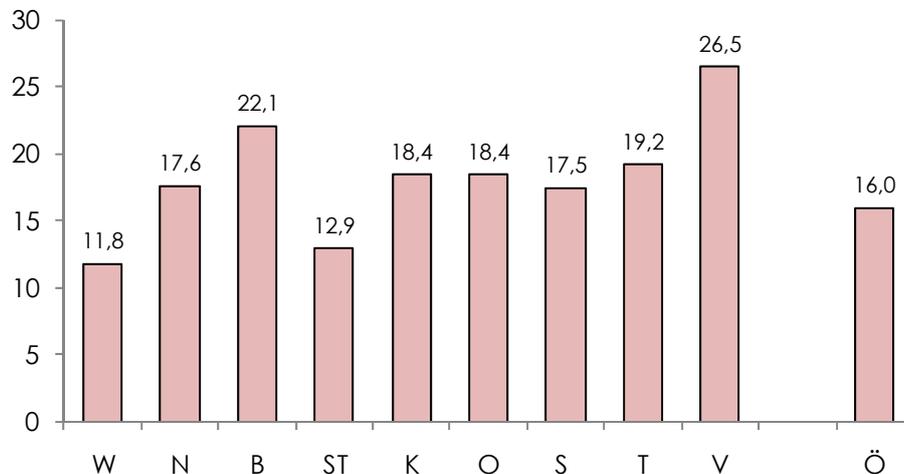
Ausgedrückt in der international üblichen Age-Dependency Ratios (Verhältnis der 15-64 zu den über 64 Jährigen bzw. über 79 Jährigen) zeigt sich ein eindeutiger Anstieg (Abbildung 4.3), der durch die Baby-Boom Generation der 1960er Jahre und den Rückgang der Fertilität seit den 1990er Jahren bedingt ist. Auch hier zeigt sich eine starke Variation zwischen den Bundesländern (siehe Abbildung 4.4).

### Mehr Einpersonenhaushalte

Die Prognosen der Haushaltsstruktur von Statistik Austria zeigen, dass die durchschnittliche Haushaltgröße weiter abnehmen wird. Dabei zeigt sich ein überdurchschnittlicher Anstieg der Einpersonenhaushalte. Die Gründe dafür liegen neben einer zunehmenden Individualisierung der Lebensentwürfe und der zunehmenden Trennungen von Paaren vor allem an der Alterung der Bevölkerung. Nach dem Tod des Partners bzw. der Partnerin sowie nach einer Trennung bleiben Personen vermehrt alleinstehend. Österreichweit steigt die Anzahl der Einpersonenhaushalte zwischen 2012 und 2030 um 16%. Allerdings sind klare Unterschiede in den Prognosen für die einzelnen Bundesländer zu erkennen. Während die Zahl der Einpersonenhaushalte absolut gemessen in Vorarlberg um 26,5% zunimmt, wird in Wien nur ein Anstieg von rund 12% prognostiziert (Abbildung 4.5, siehe auch Übersicht C2 in Anhang C).

Abbildung 4.5: Anstieg der Einpersonenhaushalte in den Bundesländern

Anstieg 2012-2030 in %

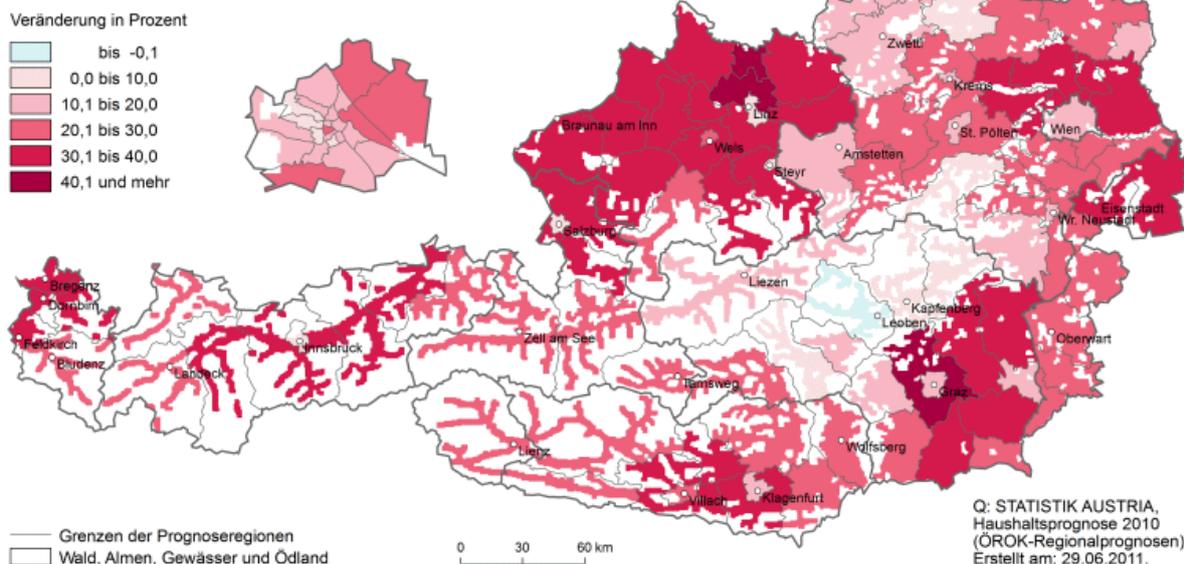


Q: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2012; WIFO-Berechnungen.

Eine grafische Darstellung des Anstiegs der Einpersonenhaushalte auf Bezirksebene zeigt folgendes Bild:

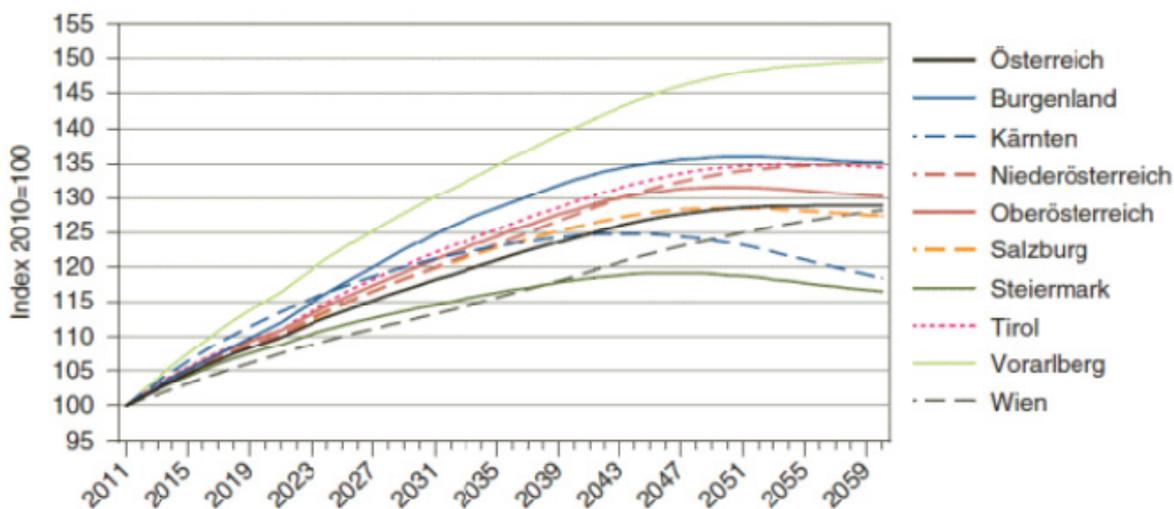
Abbildung 4.6: Veränderung Einpersonenhaushalte kleinräumig

**Veränderung der Einpersonenhaushalte 2009 bis 2030 nach Prognoseregionen**



Darüber hinaus prognostiziert Statistik Austria einen starken Anstieg der Einpersonenhaushalte in den Bundesländern auch über das Jahr 2030 hinaus, mit einer Abflachung des Trends ab 2050 (Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7: Entwicklung der Einpersonenhaushalte 2011 bis 2060 nach Bundesland



Q: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2012.

Der Gesamtentwicklung folgend steigt auch die Anzahl der Einpersonenhaushalte von Personen im Alter von 65 und mehr Jahren in den nächsten beiden Dekaden stark an (Übersicht 4.2). Betrafen 2012 475.528 Einpersonenhaushalte Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren, wird diese Zahl bis zum Jahr 2030 laut Haushaltsprognose auf 670.156 steigen, was einen Anstieg von über 40% bedeutet. Darüber hinaus zeigt sich, dass dieser Anstieg bei Männern stärker sein wird als bei Frauen. Die Bundesländerbetrachtung zeigt eine stark überdurchschnittliche Entwicklung in Salzburg, Tirol und Vorarlberg und eine stark unterdurchschnittliche Entwicklung in Wien (siehe Abbildung 4.8 und Übersicht C3 in Anhang C).

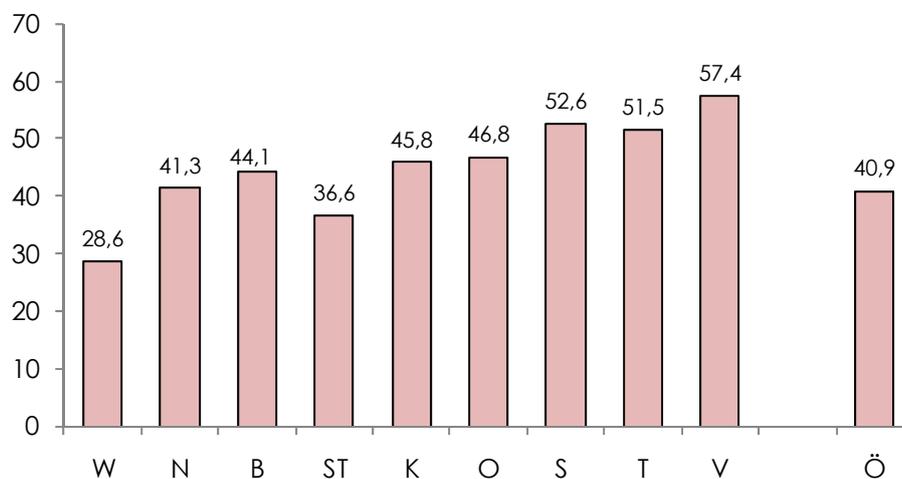
Übersicht 4.2: Einpersonenhaushalte von Personen im Alter von 65 und mehr Jahren in Österreich (2012, 2020, 2030)

	Insgesamt	Männer	Frauen
2012	475.528	112.401	363.127
2020	537.741	125.662	412.079
2030	670.156	165.481	504.675
Veränderung 2012/2030 in %	40,9	47,2	39,0

Q: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2012; WIFO-Berechnungen.

Abbildung 4.8: Anstieg der Einpersonenhaushalte von Personen im Alter von 65 und mehr Jahren nach Bundesland

Anstieg 2012-2030 in%



Q: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2012; WIFO-Berechnungen.

### Mehr Lebensjahre in Gesundheit

Eine weitere Erhöhung der Lebenserwartung wirft die Frage auf, in welchem Gesundheitszustand die zusätzlichen Lebensjahre verbracht werden. Hierzu gibt es verschiedene Ansätze in der Sozialmedizin (siehe Übersicht 4.3). Ausgehend von einem Status quo der Lebenserwartung (1), kann es zu einer Expansion der Morbidität (2) kommen, was bedeutet, dass alle

zusätzlichen Lebensjahre in schlechter Gesundheit verbracht werden. Eine Rechtsverschiebung (3) bringt zum Ausdruck, dass alle gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit erlebt werden. Das Szenario einer Kompression der Morbidität (4) bedeutet, dass ein Teil der zusätzlichen Lebensjahre in guter Gesundheit und ein anderer Teil in schlechter Gesundheit verbracht werden.

Übersicht 4.3: Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit

(1) Vor einer Veränderung der Lebenserwartung

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(2) Expansion der Morbidität

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(3) Rechtsverschiebung

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(4) Kompression der Morbidität

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

Q: Comas-Herrera et al. (2003, S. 168); WIFO-Darstellung.

Die österreichischen Daten zur Lebenserwartung in Gesundheit zeigen Unterstützung für das Szenario der Kompression der Morbidität: mit steigender Lebenserwartung sinkt das Risiko zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Pflegefall zu werden. Wird also eine steigende Lebenserwartung prognostiziert, dann muss auch berücksichtigt werden, dass sich der Pflegebedarf zeitlich nach hinten verschiebt. Die Daten von Statistik Austria zeigen, dass zwischen 1978 und 2006 nicht nur die Lebenserwartung (hier ausgedrückt in der Restlebenserwartung im Alter von 65), sondern auch die "gesunde" Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen ist (Übersicht 4.4). Dies bedeutet, dass das Verhältnis der gesunden Lebensjahre zur Lebenserwartung in dieser Zeitperiode gestiegen ist. Relativ zur Lebensdauer verbringen also Menschen heute mehr Jahre in Gesundheit. Altersbedingte Krankheiten hingegen komprimieren sich zunehmend auf die letzten Lebensjahre ("Kompression der Morbidität"). Übersicht 4.5 verdeutlicht, dass auch der Anteil der Jahre ohne funktionale Beeinträchtigung gemessen an der Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren gestiegen ist.

Übersicht 4.4: Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand), 1978-2006

Jahr	Männer					Frauen				
	Lebenserwartung in Jahren				Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%)	Lebenserwartung in Jahren				Anteil der subjektiv gesunden Jahre (%)
	Zusammen	davon in subjektiv ... Gesundheit				Zusammen	davon in subjektiv ... Gesundheit			
		(sehr) guter	mittel-mäßiger	(sehr) schlechter			(sehr) guter	mittel-mäßiger	(sehr) schlechter	
Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren										
1978	12,5	4,1	5,3	3,1	33	15,9	3,6	7,6	4,7	23
1983	13,1	5,0	5,8	2,3	38	16,5	4,9	8,2	3,5	29
1991	14,4	6,0	5,9	2,6	41	18,0	6,0	8,3	3,7	34
1999	15,6	6,9	5,9	2,8	44	19,3	7,4	8,2	3,7	38
2006	17,2	8,7	6,0	2,5	51	20,5	8,9	8,4	3,2	44

Q: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragung 2006/07. Fragestellung 1978-1999: "Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?" Fragestellung 2006: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Antwortkategorien jeweils: "Sehr gut - Gut - Mittelmäßig - Schlecht - Sehr schlecht". Da für die Bevölkerung unter 15 Jahren keine Daten vorliegen, wird in dieser Altersgruppe generell ein subjektiv guter Gesundheitszustand unterstellt.

Übersicht 4.5: Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung 2003-2012

Jahr	Männer				Frauen			
	Lebenserwartung in Jahren			Anteil der Jahre ohne funktionale Beeinträchtigungen (%)	Lebenserwartung in Jahren			Anteil der Jahre ohne funktionale Beeinträchtigungen (%)
	Zusammen	davon Jahre ...			Zusammen	davon Jahre ...		
		ohne funktionale Beeinträchtigungen	mit funktionalen Beeinträchtigungen			ohne funktionale Beeinträchtigungen	mit funktionalen Beeinträchtigungen	
Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren								
2003	16,4	6,8	9,6	41	19,8	6,8	13,1	34
2004	16,8	7,2	9,6	43	20,3	7,0	13,3	34
2005	16,9	6,7	10,2	40	20,3	6,6	13,7	33
2006	17,2	7,0	10,2	40	20,5	7,5	13,0	37
2007	17,4	7,2	10,1	42	20,7	7,7	13,1	37
2008*)	17,5	7,3	10,2	42	20,8	7,2	13,5	35
2009	17,5	8,1	9,4	46	20,8	8,0	12,8	38
2010	17,7	8,2	9,5	47	21,0	7,6	13,4	36
2011	17,9	8,2	9,6	46	21,2	8,1	13,1	38
2012	17,8	8,7	9,1	49	21,0	9,3	11,7	44

Q: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. EU-SILC. Erstellt am 04.10.2013. Fragestellung EU-SILC 2003-2007: "Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch eine Behinderung oder eine sonstige gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten beeinträchtigt?". Antwortkategorien 2003-2007: "Ja, stark beeinträchtigt. - Ja, ein wenig beeinträchtigt. - Nein, nicht beeinträchtigt.". Fragestellung ab 2008: "Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?". Antwortkategorien ab 2008: "Ja, stark eingeschränkt. - Ja, etwas eingeschränkt. - Nein, nicht eingeschränkt.". Da für die Bevölkerung unter 16 Jahren keine Daten vorliegen, wird in dieser Altersgruppe generell keine funktionale Beeinträchtigung unterstellt. - \*) Zeitreihenbruch.

Diese demografischen Daten zeigen auf, dass man bei der Projektion der zukünftigen Pflegekosten die Bevölkerungsprognosen mit einem Faktor, der dieses verbesserte Verhältnis

"Lebenserwartung – gesunde Lebenserwartung" zum Ausdruck bringt, gewichtet muss. Aus Übersicht 4.4 lässt sich ableiten, dass bei Männern im Jahre 1978 die Lebensjahre der schlechten oder sehr schlechten Gesundheit im Durchschnitt mit 74,8 Jahren begann und im Jahre 2006 – also 28 Jahre später – erst mit 79,7 Jahren (also +4,9 Jahre). Bei Frauen war der Eintritt in die Jahre der schlechten oder sehr schlechten Gesundheit im Jahr 1978 bei 76,2 Jahren und 2006 bei 82,3 Jahren (+6,1 Jahre). Aus Übersicht 4.5 hingegen lässt sich ableiten, dass Männer im Jahr 2003 mit 71,8 Jahren in die Lebensphase mit funktionalen Beeinträchtigungen kamen, wobei sich das bis zum Jahr 2012 – also 9 Jahre später – auf 73,7 Jahre hinausschob (+1,9 Jahre). Frauen gaben im Jahr 2003 durchschnittlich mit 71,8 Jahren eine funktionale Beeinträchtigung an und im Jahr 2012 im Alter von 74,3 Jahren (+2,5 Jahre).

Auch wenn die Daten die These der Kompression der Morbidität unterstützen, bedeutet dies allerdings nicht zwangsläufig geringere Gesundheitsausgaben. Vielmehr zeigt sich insbesondere in höheren Alterskohorten ein überdurchschnittlicher Ausgabenanstieg, da die Medikationskosten insbesondere vor dem Tod stark angestiegen sind. Damit weisen die Daten nicht auf eine Entlastung auf der Ausgabenseite durch eine Kompression der Morbidität hin (Zweifel *et al.*, 1999, Rorig – Wiesemann, 2004) (Medikationsthese). Aus diesem Grund wird zwar in den Projektionen ein "Gesundheitseffekt" berücksichtigt, aber nur in einem geringeren Ausmaß als die österreichischen Daten dies vorgeben. Während die Daten darauf hinweisen, dass sich der Eintritt in die Lebensphase mit schlechter und sehr schlechter Gesundheit bzw. in die Lebensphase mit funktionalen Beeinträchtigungen ungefähr alle 10 Jahre um 2 Jahre nach hinten verschiebt, wird bei den Projektionen angenommen, dass sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, ab dem Jahr 2025 um ein Jahr verschiebt.

#### 4.1.2 Nicht-demografische Einflussfaktoren

##### **Rückgang informeller Pflege**

Der überwiegende Teil der Pflegeleistung in Österreich wird informell erbracht. *Badelt et al.* (1997) stellten 1995 in einer repräsentativen Umfrage fest, dass rund 80% der Pflegeleistungen informell erbracht wurden – wobei wiederum 80% dieser informellen Pflegeleistungen von Frauen erbracht wurden (Partnerinnen, Töchter und Schwiegertöchter). Im Gegensatz zu pflegenden Männern sind pflegende Frauen zum Großteil noch im erwerbsfähigen Alter. Laut *Badelt et al.* (1997) waren 1995 mehr als die Hälfte der pflegenden Frauen zwischen 40 und 60 Jahre und rund 37% über 60 Jahre. Diese Größenverhältnisse sind auch in anderen europäischen Ländern zu finden, mit einer stärkeren Tendenz zur informellen Pflege in Südeuropa aufgrund der geringeren Frauenerwerbsquote (*Comas-Herrera et al.*, 2003). *Pickard* (2011) zeigt anhand von EU-weiten Daten des Eurobarometers (67.3), dass (ältere) Frauen im Vergleich zu Männern eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit aufweisen, informelle Pflege zu leisten. Allerdings wird in den meisten europäischen Ländern der Trend zu mehr mobiler Pflege beobachtet, um den Rückgang der informellen Pflege zu kompensieren (*Österle - Meichenitsch*, 2007).

Aufgrund der Erhöhung der Frauenbeschäftigung (Erwerbsquote der Frauen 1995: 61,6% und 2012: 70,3%) und der Zunahme der Einpersonenhaushalte (Anteil der Einpersonenhaushalte 1995: 28,9%, 2012: 36,5%) ist davon auszugehen, dass sich der Anteil der informellen Pflege seit 1995 reduziert hat. Im Pflegevorsorgebericht 2011 (BMASK, 2011) werden die Ergebnisse einer Umfrage zur Betreuungssituation der PflegegeldbezieherInnen vorgestellt: 16% der PflegegeldbezieherInnen befinden sich demnach in stationärer Pflege, 29% leben zu Hause und nutzen mobile Dienste und 2% leben zu Hause und nehmen eine 24-Stunden-Betreuung – teilweise in Kombination mit mobilen Pflegeleistungen – in Anspruch. 53% der PflegegeldbezieherInnen geben jedoch an, keine dieser Betreuungsangebote zu nutzen. Bei dieser Gruppe ist davon auszugehen, dass sie ausschließlich durch informelle Netzwerke (Familie, Nachbarschaft) unterstützt werden.

Das "Pflegepotential" von Frauen kommt jedoch zunehmend unter Druck. Zum einen hat und wird sich das Verhältnis zwischen Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren und Menschen über 70 Jahre bzw. Menschen über 80 Jahre stark verändern. Ständen im Jahr 2012 einer über 79-jährigen Person 3 Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren gegenüber, wird sich dieses Verhältnis bis 2030 auf 1,9 reduzieren (Übersicht 4.6).

Übersicht 4.6: Stand der Bevölkerung sowie Frauenanteil nach Altersgruppen in Österreich 2012, 2020, 2030

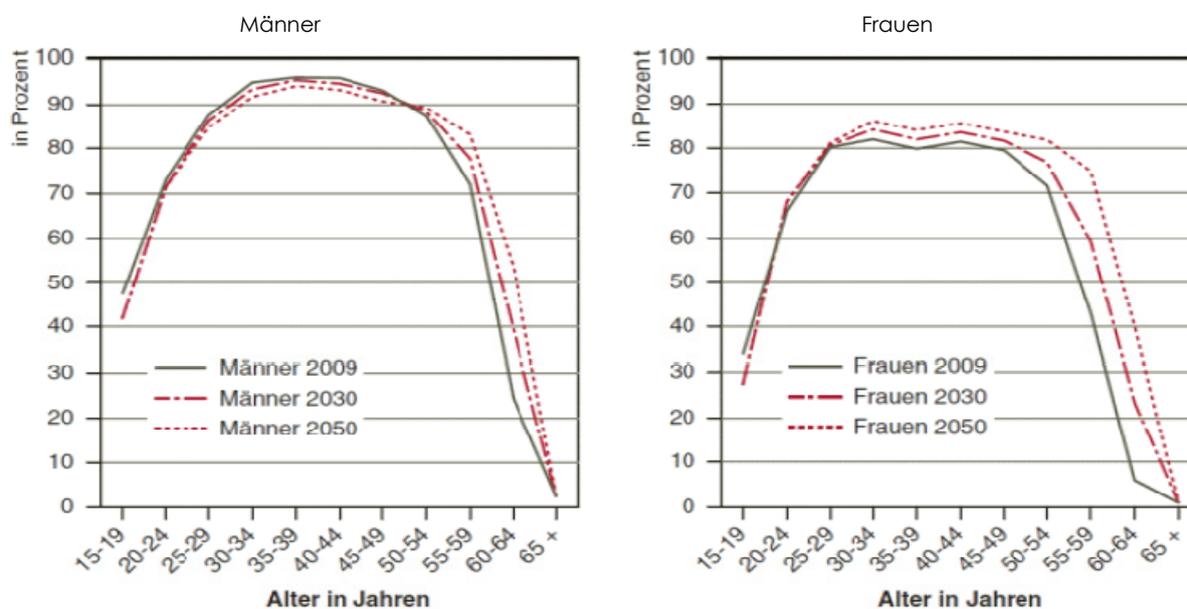
	2012	2020	2030
Frauen 40 bis 59	1.268.808	1.265.176	1.172.051
Personen 70+	1.093.445	1.248.829	1.513.834
Personen 80+	416.949	474.612	631.458
Anzahl an Frauen 40 bis 59 Jahre je			
... Person 70+	1,2	1,0	0,8
... Person 80+	3,0	2,7	1,9

Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose; WIFO-Berechnungen.

Neben den rein demografischen Faktoren haben auch gesellschaftliche Faktoren wie die Entwicklung der Haushaltsstruktur und die Erwerbsquote, insbesondere jene von Frauen, einen Einfluss auf die Erbringung von informeller Pflege. So hat sich die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen in Österreich – wie auch in der gesamten EU – in den letzten Dekaden stark erhöht. Verbesserte Ausbildung von Frauen, höhere Löhne, abnehmende Diskriminierung, die Ausweitung des Dienstleistungssektors und der Teilzeitbeschäftigung sowie sich ändernde Präferenzen und Familienstrukturen sind in der langfristigen Betrachtung die wesentlichsten Gründe dafür. Die nachhaltige Finanzierung des Sozialstaates – vor allem der Pensionen – hängt im Wesentlichen von einer Verbreiterung der Einzahlungsbasis ab, wobei die Ausweitung der Beschäftigung von Frauen (neben einer längeren Beschäftigungsdauer von älteren ArbeitnehmerInnen und Migration) eine tragende Rolle spielen muss, wie beispielsweise von der OECD oder der EU (z. B. ausgedrückt in den Europa 2020 Zielen) eingefordert.

Laut Erwerbsprognosen von Statistik Austria werden die Erwerbsquoten von Frauen – vor allem in höheren Altersgruppen – ansteigen (Abbildung 4.9). Dies gilt sowohl für Österreich gesamt, als auch für die einzelnen Bundesländer, wobei von einer Variation zwischen den Bundesländern auszugehen ist (siehe Übersicht C4 in Anhang C für Bundesländerprognosen). Die Begründung liegt vor allem darin, dass zum einen die jüngeren Kohorten von heute im Durchschnitt eine höhere Ausbildung aufweisen als die älteren Kohorten und dadurch auch eine stärkere Anbindung an den Arbeitsmarkt haben. Diese höheren Erwerbsquoten der heutigen jüngeren Frauen manifestieren sich in Zukunft in einer höheren Erwerbsquote der älteren weiblichen Kohorten. Zum anderen werden politische Maßnahmen wie die Erhöhung des Pensionsantrittsalters von Frauen langfristig zu höheren Erwerbsquoten älterer Frauen führen.

Abbildung 4.9: Alters- und geschlechtsspezifische Erwerbsquoten 2009-2050 (laut Hauptszenario)



Q: Statistik Austria, Erwerbsprognose 2010 (ÖROK-Regionalprognosen). Erstellt am: 29.06.2011.

### Kostensteigerungen im Pflegesektor

Die Kostenentwicklung der Pflege ist zu einem gewichtigen Teil von der Lohnentwicklung des Pflegepersonals bestimmt. Der Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter und der gleichzeitige Anstieg der Personen über 65 Jahre führt zu einer relativen Verknappung des Pflegepersonals, was zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Einkommen von Pflegepersonal führen dürfte, um den Bedarf an Arbeitskräften abzudecken. Wie die Ergebnisse der Befragung von Pflegedienstleistern in Kapitel 3.4.2 der vorliegenden Studie verdeutlichen, ist ein Mangel an Pflegepersonal vor allem im Bereich der mobilen Dienste bereits jetzt ein Hemmnis für den weiteren Ausbau des bestehenden Angebots. Abschnitt 3.4.3 zeigt außerdem, dass aufgrund der Kompression der Morbidität von einer steigenden durchschnittlichen

Kostenintensität vor allem im stationären Bereich ausgegangen werden kann. Darüber hinaus ist hier die Baumol'sche Kostenkrankheit (Baumol, 1967) von Bedeutung (siehe Kapitel 3.4.1): Die relativen Preise bzw. die Kosten der Pflege (d. h. relativ zu anderen Gütern und Dienstleistungen) steigen, da die Produktivitätssteigerungen im Pflegebereich aufgrund der Arbeitsintensität der Pflege geringer als in anderen Wirtschaftsbereichen sind (trotz der sich verbessernden Technologie im Pflegesektor).

## 4.2 Modelldesign, Methoden und Annahmen

Das Folgende präsentiert die Projektionen des zu erwartenden Anstiegs der Anzahl der PflegedienstleistungsbezieherInnen und die daraus resultierenden öffentlichen Nettoausgaben in allen neun Bundesländern für die Jahre 2015, 2020, 2025 und 2030. Die Projektionen basieren auf den Berechnungen von Statistik Austria zur demografischen Entwicklung (Oktober 2013) und Arbeitsmarktentwicklungen bis 2030 und den dargestellten Annahmen bezüglich der demografischen Entwicklung, der Gesundheits- und Arbeitsmarktentwicklung sowie der öffentlichen Nettoausgaben für Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden (laut Pflegevorsorgebericht 2012) (siehe Übersicht C5 in Anhang C). Allerdings muss hinzugefügt werden, dass das vorhandene Datenmaterial einen Vergleich zwischen den Bundesländern nur eingeschränkt zulässt, da aufgrund der teils unterschiedlichen Einheiten in der Leistungs- und Kostenberechnung (Normstundensätze vs. spezifische Vereinbarungen) der Analyse Grenzen gesetzt sind.

Das erste Szenario (4.3.1) dient als Basis für die weiteren Szenarien und berechnet die Zunahme der Personen, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, ausschließlich aufgrund der demografischen Entwicklung. Es kalkuliert die Anzahl der Personen in den unterschiedlichen Pflegestufen auf Basis von demografischen Projektionen der Pflegewahrscheinlichkeiten nach Altersgruppen. Es wird also davon ausgegangen, dass die Struktur der PflegeleistungsbezieherInnen gleich bleibt und dass es keine Veränderungen des Risikos in einer bestimmten Altersgruppe Pflegeleistungen zu beziehen gibt. Darüber hinaus werden die Arbeitsmarktbeiträge und die relativen Nettokosten der einzelnen Pflegedienstleistungsarten als konstant angenommen (also ohne Kostensteigerung pro Kopf und Leistungsart).

Ausgehend von diesem Basisszenario, das nur die demografischen Veränderungen berücksichtigt, werden die darauf folgenden Szenarien zusätzlich die sich verbessernde Gesundheit (Kompression der Morbidität), die Nachfrageerhöhung nach formeller Pflege aufgrund der steigenden Arbeitsmarktbeiträge von Frauen und geringeren Haushaltsgrößen, sowie Kostensteigerungen im Pflegesektor berücksichtigen. Die unterschiedlichen Einflussfaktoren gehen anhand von empirisch gestützten Annahmen in die Projektionsszenarien ein. Um die Sensitivität dieser Annahmen zu überprüfen, wurde jeweils neben einem mittleren "Hauptszenario" ein unteres und oberes Szenario berechnet, um eine Bandbreite der möglichen Finanzaufwände darzustellen.

Als Grundlage der Projektionen werden neben den Daten aus dem Österreichischen Pflegevorsorgebericht 2012 die Daten der Pflegedienstleistungsstatistik des Berichtsjahres 2012

herangezogen, welche die einzelnen Bundesländer an das WIFO übermittelt haben. Diese Daten geben Aufschluss über die Personenstruktur nach Pflegegeldstufen bzw. nach Alterskohorten, nach der die unterschiedlichen Pflegedienstleistungen (mobil, stationär, teilstationär, Kurzzeitpflege und alternative Wohnformen) zum Stichtag 31.12.2012 in Anspruch genommen wurden. Die fehlende Verknüpfung der Altersstruktur der PflegedienstleistungsbezieherInnen mit jener der Pflegegeldstufen wurde mittels eines iterativen Randlösungsverfahrens (RAS-Algorithmus; Bacharach, 1970) auf Basis der vorhandenen alters- und pflegestufenspezifischen Daten der PflegegeldbezieherInnen berechnet. Fehlende Daten zur Alters- oder Pflegegeldstufenstruktur für einzelne Dienstleistungsarten in einzelnen Bundesländern konnten entweder durch die aus den Fragebögen gewonnenen Daten ergänzt werden, oder wurden über die Verteilungen in Bundesländern mit einer ähnlichen Struktur in der Alters- und Pflegegeldstufenverteilung imputiert. Dadurch stehen die Informationen über PflegedienstleistungsbezieherInnen verknüpft nach Altersgruppen (unter 60, 60-74, 75-85, 85+), Pflegestufen und Dienstleistungsart für alle neun Bundesländer zur Verfügung, die in weiterer Folge mit den Daten der Bevölkerungsprognose für die einzelnen Bundesländer hochgerechnet werden.<sup>30)</sup> Daraus ergibt sich das Demografieszenario, das die Anzahl der PflegedienstleistungsbezieherInnen ausschließlich auf Basis der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2030 fortschreibt. Die daraus entstehenden Veränderungsdaten werden für die Berechnung der Entwicklung der dazugehörigen Kosten herangezogen. Dargestellt werden für jedes Szenario die Entwicklung der Anzahl der PflegedienstleistungsbezieherInnen, die Entwicklung der damit verbundenen Kosten sowie die Veränderungsdaten. Für die Ausgaben des Case- und Care-Managements wurden von den Bundesländern zwar Angaben zum Finanzaufwand übermittelt, jedoch – mit wenigen Ausnahmen – keine Angaben zu den betreuten Personen. Aus diesem Grund wurden die zukünftigen Finanzaufwände für das Case- und Care-Managements auf Basis der berechneten Steigerungsraten der Pflegegeldempfänger (Demografieszenario) in den jeweiligen Bundesländern berechnet.

In einem zweiten Schritt wird das Demografieszenario um das Faktum der sich verbessernden Gesundheit älterer Menschen korrigiert. Methodisch problematisch dabei ist, dass für die Pflegedienstleistungen nur Informationen in groben Altersgruppen vorhanden sind (unter 60, 60-74, 75-84, 85+). Um den Effekt der sich verbessernden Gesundheit jedoch genauer schätzen zu können, wurden die Daten der PflegegeldbezieherInnen herangezogen, da diese für die einzelnen Altersjahre zur Verfügung stehen. Auf Basis des Jahres 2012 wurde die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen mit den demografischen Prognosen bis 2030 hochgerechnet (=Demografieszenario der PflegegeldbezieherInnen). Die so berechneten Anteile der PflegegeldbezieherInnen an der Bevölkerung (je nach Altersstufe) wurden ab dem Jahr 2025 für

---

<sup>30)</sup> Unvollständige Erfassungen bzw. das Fehlen von Daten einzelner Einrichtungen bzw. Träger stellen dabei kein Problem dar, zumal lediglich die Anteile der jeweiligen Kohorten, nicht jedoch die Absolutwerte aus diesen Detailauswertungen der Pflegedienstleistungsstatistik verwendet werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei den vorhandenen Angaben zu Verteilung von Alter und Pflegegeldstufen der betreuten Personen um repräsentative Stichproben handelt. Dies bedeutet, dass einzelne Altersgruppen bzw. Pflegegeldstufen nicht systematisch unter- bzw. übererfasst sind.

Personen ab 65 Jahren um ein Jahr versetzt, um auszudrücken, dass sich das Risiko, ein Pflegefall zu werden, gut alle 10 Jahre um ein Jahr nach hinten verschiebt. Werden die oben diskutierten Daten über den Eintritt in die Lebensphase mit (sehr) schlechter Gesundheit bzw. in die Lebensphase mit funktionalen Beeinträchtigungen als Approximation für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit herangezogen, kann daraus angenommen werden, dass sich der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit retrospektiv alle 10 Jahre um zwei Jahre nach hinten verschoben hat. Jedoch ist davon auszugehen, dass sich – ähnlich wie bei der Lebenserwartung – eine Abflachung der Entwicklung in der Zukunft beobachten lassen wird, weshalb nur der halbe Effekt unterstellt wird. Außerdem zeigen Daten, dass die Kompression der Morbidität nicht notwendigerweise mit einer Kostenreduktion im Gesundheitsbereich einhergeht, aufgrund der überproportional gestiegenen Medikationskosten von alten Menschen, insbesondere vor dem Tod. Dementsprechend werden im Folgenden drei Szenarien berechnet: (1) das mittlere Szenario geht davon aus, dass sich das individuelle Risiko der über 65 Jährigen, Pflegedienstleistungen zu beziehen, ab dem Jahr 2025 um ein Jahr verschiebt, (2) das untere Szenario nimmt nur die Hälfte dieses Effektes an (0,5 Jahre), während (3) das obere Szenario das eineinhalbfache dieses Effektes berechnet (1,5 Jahre).

In einem dritten Schritt werden die Szenarien der besseren Gesundheit um die voraussichtliche Abnahme der informellen Pflege korrigiert, um eine Verschiebung hin zu einer erhöhten Nachfrage nach formeller Pflege zu kalkulieren. Die Erfahrungen der letzten Jahre fortschreibend und die oben zitierten Daten des Pflegevorsorgeberichts 2011 berücksichtigend, wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2012 70% der Pflegeleistungen informell erbracht wurden. In den zu berechnenden Szenarien wird davon ausgegangen, dass sich der Anteil der informellen Pflege jedes Jahr um (1) um 0,2 Prozentpunkte (mittleres Szenario, 2030: 66,4%), (2) 0,1 Prozentpunkte (unteres Szenario, 2030: 68,2%) und (3) um 0,3 Prozentpunkte (oberes Szenario, 2030: 64,6%) verringern und sich die Nachfrage nach professioneller Pflege dementsprechend erhöhen wird.

Schritte eins bis drei stellen gewissermaßen Zwischenschritte zum Gesamtergebnis dar. Um jedoch die Effekte der unterschiedlichen Annahmen explizit darzustellen, werden im Folgenden auch die Ergebnisse der Zwischenschritte präsentiert. Um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten, werden dabei jeweils nur die Mittelszenarien dargestellt. Die unteren und oberen Szenarien können auf Anfrage übermittelt werden.

In einem vierten Schritt wird das vorangegangene Szenario um voraussichtliche Kostensteigerungen im Pflegesektor korrigiert. Dabei werden folgende Szenarien berechnet: (1) ein mittleres Szenario mit einem Kostenanstieg von real – also inflationsbereinigt – 2% pro Jahr sowie (2) ein unteres Szenario mit einem Kostenanstieg von real 1% pro Jahr und (3) ein oberes Szenario mit einem Kostenanstieg von real 3% pro Jahr; Dieser letzte Berechnungsschritt ergibt die Gesamtszenarien, die wiederum als mittlere, untere und obere Variante präsentiert werden, wobei sich die beiden letzteren im Anhang befinden.

Zusätzlich zu diesen Gesamtszenarien werden "Politiksznarien" berechnet, welche die vorhandenen Ausbaupläne hin zu mehr mobilen und weniger stationären Diensten berücksichti-

gen. Eine Erläuterung der Annahmen und Methode in diesen Politiksznarien befindet sich vor der Darstellung der entsprechenden Ergebnisse in Abschnitt 4.3.3.

### **4.3 Ergebnisse der Projektionen**

#### *4.3.1 Projektionen der Anzahl der öffentlich unterstützten Personen und des öffentlichen Finanzaufwands auf Basis der demografischen Entwicklung (Demografieszenario)*

Die Berechnungen rein auf Basis der demografischen Entwicklungen zeigen bis 2030 in allen Bundesländern einen starken Anstieg der Anzahl der PflegeleistungsbezieherInnen, die Sachleistungen in Anspruch nehmen. In diesem Szenario werden die Struktur der PflegeleistungsbezieherInnen (also der Anteil der Personen in den jeweiligen Altersgruppen und Pflegestufen an der Gesamtbevölkerung) sowie die Struktur der Pflegeleistungen (stationär, mobil, teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Case- und Care-Management) konstant gehalten. Darüber hinaus wird kein Kostenanstieg angenommen und der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird als gleich bleibend vorgegeben.

Mit diesen Annahmen zeigt sich zwischen 2012 und 2030 ein Anstieg der Personen in stationärer Betreuung bzw. des Finanzaufwandes für stationäre Betreuung zwischen 42,7% in der Steiermark und 72,6% in Vorarlberg (Übersicht 4.7). Klar ersichtlich ist, dass die demografische Entwicklung in den Bundesländern sehr unterschiedliche Ausprägungen annimmt und sich dadurch die zukünftigen Finanzaufwände länderspezifisch unterschiedlich gestalten werden. Bei der mobilen Pflege zeigt sich im Demografieszenario ein etwas geringerer Anstieg. In Wien werden demnach die Personen mit mobiler Pflege bis 2030 um 38,4% ansteigen und in Vorarlberg um 69% (Übersicht 4.8). Auch bei den teilstationären Diensten (Übersicht 4.9) und der Kurzzeitpflege (Übersicht 4.10) sind hohe demografiebedingte Steigerungen zu erwarten – jedoch wiederum mit einem starken Gefälle zwischen den Bundesländern. Bei den alternativen Wohnformen zeigen sich bei den Bundesländern, die diese Art der Betreuung über Mittel der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung fördern, relativ hohe Steigerungsraten (Übersicht 4.11). Insgesamt zeigt sich ein vergleichsweise geringerer Anstieg der Kosten in Wien und höhere Kostensteigerungen in den westlichen Bundesländern Tirol und vor allem Vorarlberg.

### Übersicht 4.7: Stationäre Pflege – Demografieszenario

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	13.580	14.224	14.797	17.104	19.593	449.216	470.519	489.478	565.801	648.110
Niederösterreich	12.789	14.184	15.396	17.942	19.842	159.467	176.867	191.972	223.715	247.415
Burgenland	2.025	2.212	2.337	2.677	2.893	24.453	26.713	28.216	32.325	34.929
Steiermark	12.235	13.359	14.137	16.022	17.456	191.814	209.428	221.630	251.184	273.664
Kärnten	6.033	6.631	6.944	7.909	8.692	77.263	84.918	88.929	101.291	111.313
Oberösterreich	13.112	14.625	15.914	18.588	20.419	163.661	182.541	198.630	232.010	254.859
Salzburg	4.168	4.696	5.193	6.211	7.116	44.979	50.678	56.035	67.021	76.787
Tirol	5.823	6.615	7.381	8.753	9.839	69.763	79.252	88.429	104.867	117.875
Vorarlberg	2.151	2.466	2.802	3.316	3.712	46.615	53.438	60.716	71.854	80.452

#### Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	9,0	26,0	44,3
Niederösterreich	20,4	40,3	55,2
Burgenland	15,4	32,2	42,8
Steiermark	15,5	31,0	42,7
Kärnten	15,1	31,1	44,1
Oberösterreich	21,4	41,8	55,7
Salzburg	24,6	49,0	70,7
Tirol	26,8	50,3	69,0
Vorarlberg	30,3	54,1	72,6

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

### Übersicht 4.8: Mobile Pflege – Demografieszenario

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	26.900	28.342	30.290	33.833	37.229	133.040	140.171	149.804	167.329	184.125
Niederösterreich	26.342	29.419	32.088	36.938	40.725	43.967	49.103	53.558	61.653	67.974
Burgenland	4.455	4.852	5.106	5.810	6.302	5.231	5.696	5.995	6.822	7.400
Steiermark	21.499	23.388	24.875	27.791	30.189	31.898	34.701	36.907	41.233	44.791
Kärnten	11.128	12.165	12.838	14.422	15.802	22.261	24.335	25.682	28.851	31.611
Oberösterreich	19.542	21.591	23.426	26.714	29.302	35.750	39.499	42.856	48.871	53.605
Salzburg	6.235	6.910	7.654	8.776	9.749	15.693	17.392	19.264	22.088	24.539
Tirol	8.921	10.014	11.129	12.954	14.410	22.692	25.473	28.309	32.951	36.654
Vorarlberg	13.991	15.980	18.080	21.208	23.649	10.994	12.557	14.207	16.665	18.583

#### Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	12,6	25,8	38,4
Niederösterreich	21,8	40,2	54,6
Burgenland	14,6	30,4	41,5
Steiermark	15,7	29,3	40,4
Kärnten	15,4	29,6	42,0
Oberösterreich	19,9	36,7	49,9
Salzburg	22,8	40,7	56,4
Tirol	24,8	45,2	61,5
Vorarlberg	29,2	51,6	69,0

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.9: Teilstationäre Dienste – Demografieszenario

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	2.110	2.238	2.439	2.702	2.930	15.459	16.394	17.873	19.799	21.465
Niederösterreich	560	625	689	746	807	881	983	1.084	1.174	1.269
Burgenland	130	141	149	167	185	294	319	336	378	418
Steiermark	664	726	776	867	945	1.531	1.674	1.790	2.000	2.180
Kärnten	185	203	218	242	266	463	507	545	605	666
Oberösterreich	903	1.000	1.089	1.241	1.366	1.510	1.673	1.821	2.076	2.284
Salzburg	588	658	737	850	948	695	778	872	1.006	1.121
Tirol	385	431	483	563	627	550	616	690	804	896
Vorarlberg	458	522	593	695	777	261	297	338	396	443

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	15,6	28,1	38,8
Niederösterreich	23,1	33,3	44,1
Burgenland	14,5	28,8	42,4
Steiermark	16,9	30,6	42,4
Kärnten	17,8	30,8	43,9
Oberösterreich	20,6	37,4	51,3
Salzburg	25,4	44,6	61,2
Tirol	25,5	46,1	62,8
Vorarlberg	29,2	51,6	69,0

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.10: Anzahl der Personen in Kurzzeitpflege – Demografieszenario

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	867	917	987	1.110	1.227	3.910	4.133	4.449	5.006	5.533
Niederösterreich	2.377	2.687	2.933	3.442	3.821	3.220	3.639	3.973	4.661	5.176
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	412	450	471	533	583	666	727	761	861	942
Oberösterreich	73	80	86	96	105	21	23	25	28	31
Salzburg	415	465	504	625	735	232	259	281	349	410
Tirol	336	383	430	504	562	231	264	297	347	387
Vorarlberg	436	506	581	701	791	563	654	750	905	1.022

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	13,8	28,0	41,5
Niederösterreich	23,4	44,8	60,8
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	14,4	29,3	41,5
Oberösterreich	17,4	31,7	43,3
Salzburg	21,4	50,6	77,0
Tirol	28,1	49,9	67,2
Vorarlberg	29,2	51,6	69,0

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.11: Alternative Wohnformen – Demografieszenario

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	9.940	10.498	11.129	12.676	14.243	74.182	78.345	83.052	94.603	106.296
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	993	1.068	1.156	1.269	1.375	1.468	1.579	1.709	1.876	2.033
Kärnten	99	105	111	120	128	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Oberösterreich	46	52	56	65	72	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Vorarlberg	62	71	80	93	103	689	790	890	1.034	1.145

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	12,0	27,5	43,3
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	16,4	27,8	38,5
Kärnten	12,6	21,1	29,7
Oberösterreich	21,8	41,4	55,9
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.
Vorarlberg	29,0	50,0	66,1

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Aufgrund der fehlenden strukturellen Personenangaben für das Case- und Care-Management, wurden die zukünftigen Finanzaufwände auf Basis der berechneten Steigerungsraten der Pflegegeldempfänger (Demografieszenario) in den jeweiligen Bundesländern berechnet. Daraus ergibt sich künftig folgender projizierter Finanzaufwand für Case- und Care-Management:

Übersicht 4.12: Case und Care Management in Euro – Demografieszenario

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderungsraten in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	4.320	4.462	4.780	5.290	5.858	10,7	22,5	35,6
Niederösterreich	2.038	2.172	2.398	2.669	2.953	17,7	31,0	44,9
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	197	206	220	241	265	12,0	22,4	34,8
Oberösterreich	1.770	1.881	2.062	2.282	2.522	16,5	28,9	42,5
Salzburg	847	902	1.004	1.138	1.281	18,6	34,4	51,3
Tirol	243	262	293	330	369	20,4	35,7	51,8
Vorarlberg	680	739	838	946	1.056	23,2	39,1	55,3

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

#### 4.3.2 *Projektionen der Anzahl der öffentlich unterstützten PflegediensleistungsbezieherInnen und des öffentlichen Finanzaufwands auf Basis demografischer und nicht-demografischer Faktoren*

Die folgenden Szenarien führen die unterschiedlichen Faktoren, die den künftigen Finanzaufwand bestimmen, zusammen, um so den Finanzmittelbedarf für die Pflegedienstleistungen in den Bundesländern bis 2030 abzuschätzen. Es werden jeweils drei unterschiedliche Szenarien berechnet: (1) ein mittleres Szenario, das zwischen den beiden folgenden Extremszenarien liegt (mean case), (2) ein unteres Szenario, das von (kosten)günstigen Einflussfaktoren ausgeht (best case), und (3) ein oberes Szenario mit (kosten)intensiven Annahmen (worst case).

##### **Szenario Kompression der Morbidität – bessere Gesundheit**

Ausgehend von den Demografieszenarien wird nun die positive Gesundheitsentwicklung, wie im Abschnitt 4.1.1 diskutiert, einberechnet. Dies hat den Effekt, dass sich die in den Demografieszenarien berechneten Steigerungsraten etwas reduzieren, da ältere Menschen in Zukunft erst später Pflegedienstleistungen beanspruchen werden. Dem mittleren Szenario liegt die Annahme zu Grunde, dass sich das individuelle Risiko, Pflegedienstleistungen beziehen zu müssen, etwa alle 10 Jahre um ein Jahr verschiebt. Für das mittlere Szenario wurden die Anteile der über 65-jährigen PflegeleistungsbezieherInnen ab dem Jahr 2025 um ein Jahr verschoben. Für das untere Szenario wurde der halbe Effekt des mittleren Szenarios angenommen, für das obere Szenario der eineinhalbfache Effekt. Im Folgenden sind aufgrund der Übersichtlichkeit wiederum nur die Mittelszenarien angegeben, die Werte für das untere und obere Szenario können auf Anfrage übermittelt werden.

Im Vergleich zum Demografieszenario verringert das Szenario der besseren Gesundheit die Aufwendungen für Pflegedienstleistungen für die Jahre 2025 bis 2030. Während beispielsweise in Wien ein Anstieg von 44,3 % (2012/2030) bei der stationären Pflege im Demografieszenario projiziert wurde, reduziert sich dieser Anstieg auf 34,3 %. In Vorarlberg reduziert sich der Anstieg von 72,6% auf 60,3%.

Übersicht 4.13: Stationäre Pflege – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	13.580	14.224	14.797	15.903	18.232	449.216	470.519	489.478	526.059	603.085
Niederösterreich	12.789	14.184	15.396	16.530	18.288	159.467	176.867	191.972	206.118	228.033
Burgenland	2.025	2.212	2.337	2.462	2.652	24.453	26.713	28.216	29.729	32.027
Steiermark	12.235	13.359	14.137	14.872	16.183	191.814	209.428	221.630	233.152	253.710
Kärnten	6.033	6.631	6.944	7.283	8.003	77.263	84.918	88.929	93.274	102.489
Oberösterreich	13.112	14.625	15.914	17.109	18.794	163.661	182.541	198.630	213.556	234.587
Salzburg	4.168	4.696	5.193	5.715	6.542	44.979	50.678	56.035	61.672	70.602
Tirol	5.823	6.615	7.381	8.049	9.047	69.763	79.252	88.429	96.438	108.392
Vorarlberg	2.151	2.466	2.802	3.082	3.447	46.615	53.438	60.716	66.781	74.706

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	9,0	17,1	34,3
Niederösterreich	20,4	29,3	43,0
Burgenland	15,4	21,6	31,0
Steiermark	15,5	21,6	32,3
Kärnten	15,1	20,7	32,6
Oberösterreich	21,4	30,5	43,3
Salzburg	24,6	37,1	57,0
Tirol	26,8	38,2	55,4
Vorarlberg	30,3	43,3	60,3

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.14: Mobile Pflege – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	26.900	28.342	30.290	31.457	34.643	133.040	140.171	149.804	155.576	171.334
Niederösterreich	26.342	29.419	32.088	34.033	37.535	43.967	49.103	53.558	56.803	62.649
Burgenland	4.455	4.852	5.106	5.343	5.779	5.231	5.696	5.995	6.274	6.785
Steiermark	21.499	23.388	24.875	25.796	27.988	31.898	34.701	36.907	38.273	41.526
Kärnten	11.128	12.165	12.838	13.281	14.549	22.261	24.335	25.682	26.567	29.105
Oberösterreich	19.542	21.591	23.426	24.589	26.972	35.750	39.499	42.856	44.983	49.342
Salzburg	6.235	6.910	7.654	8.075	8.964	15.693	17.392	19.264	20.325	22.562
Tirol	8.921	10.014	11.129	11.913	13.251	22.692	25.473	28.309	30.303	33.705
Vorarlberg	13.991	15.980	18.080	19.711	21.960	10.994	12.557	14.207	15.488	17.256

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	12,6	16,9	28,8
Niederösterreich	21,8	29,2	42,5
Burgenland	14,6	19,9	29,7
Steiermark	15,7	20,0	30,2
Kärnten	15,4	19,3	30,7
Oberösterreich	19,9	25,8	38,0
Salzburg	22,8	29,5	43,8
Tirol	24,8	33,5	48,5
Vorarlberg	29,2	40,9	57,0

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.15: Teilstationäre Dienste – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2.012	2.015	2.020	2.025	2.030
Wien	2.110	2.238	2.439	2.512	2.726	15.459	16.394	17.873	18.408	19.974
Niederösterreich	560	625	689	688	744	881	983	1.084	1.082	1.170
Burgenland	130	141	149	154	170	294	319	336	348	383
Steiermark	664	726	776	805	876	1.531	1.674	1.790	1.857	2.021
Kärnten	185	203	218	223	245	463	507	545	557	613
Oberösterreich	903	1.000	1.089	1.142	1.257	1.510	1.673	1.821	1.911	2.103
Salzburg	588	658	737	782	871	695	778	872	925	1.031
Tirol	385	431	483	517	577	550	616	690	740	824
Vorarlberg	458	522	593	646	721	261	297	338	368	411

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	15,6	19,1	29,2
Niederösterreich	23,1	22,8	32,8
Burgenland	14,5	18,4	30,5
Steiermark	16,9	21,3	32,0
Kärnten	17,8	20,4	32,5
Oberösterreich	20,6	26,5	39,2
Salzburg	25,4	33,1	48,2
Tirol	25,5	34,4	49,7
Vorarlberg	29,4	41,0	57,5

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.16: Kurzzeitpflege – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	867	917	987	1.032	1.142	3.910	4.133	4.449	4.654	5.148
Niederösterreich	2.377	2.687	2.933	3.171	3.522	3.220	3.639	3.973	4.295	4.770
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	412	450	471	491	537	666	727	761	792	867
Oberösterreich	73	80	86	88	96	21	23	25	26	28
Salzburg	415	465	504	575	675	232	259	281	321	377
Tirol	336	383	430	463	517	231	264	297	319	356
Vorarlberg	436	506	581	651	735	563	654	750	841	949

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	13,8	19,0	31,7
Niederösterreich	23,4	33,4	48,2
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	14,4	19,1	30,3
Oberösterreich	17,4	21,2	31,9
Salzburg	21,4	38,6	62,7
Tirol	28,1	37,9	53,8
Vorarlberg	33,3	49,3	68,5

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.17: Alternativen Wohnformen – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	9.940	10.498	11.129	11.786	13.254	74.182	78.345	83.052	87.958	98.912
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	0	0	0	0
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	0	0	0	0
Steiermark	993	1.068	1.156	1.178	1.275	1.468	1.579	1.709	1.741	1.885
Kärnten	99	105	111	110	118	0	0	0	0	0
Oberösterreich	46	52	56	60	66	147	165	179	192	211
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	0	0	0	0
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	0	0	0	0
Vorarlberg	62	71	80	86	96	689	790	890	961	1.064

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	12,0	18,6	33,3
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	16,4	18,6	28,4
Kärnten	12,6	11,6	19,5
Oberösterreich	21,8	30,2	43,5
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.
Vorarlberg	29,0	39,4	54,3

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Analog zum Demografieszenario können aufgrund der fehlenden strukturellen Personenangaben für das Case- und Care Management nur die Szenarien für den Finanzaufwand angegeben werden.

Übersicht 4.18: Case- und Care-Management – bessere Gesundheit (mittleres Szenario)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderungsraten in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	4.320	4.462	4.780	4.918	5.451	10,7	13,9	26,2
Niederösterreich	2.038	2.172	2.398	2.459	2.722	17,7	20,7	33,6
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	197	206	220	222	244	12,0	12,7	24,1
Oberösterreich	1.770	1.881	2.062	2.100	2.321	16,5	18,7	31,2
Salzburg	847	902	1.004	1.048	1.178	18,6	23,7	39,1
Tirol	243	262	293	303	339	20,4	24,8	39,6
Vorarlberg	680	739	838	879	981	23,2	29,3	44,2

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

### Berücksichtigung des Rückgangs der informellen Pflege

Zusätzlich zu der sich verbessernden Gesundheit müssen die oben diskutierten Veränderungen der Frauenbeschäftigung und der Haushaltsstruktur berücksichtigt werden. Dabei wird eine Reduktion des familiären Pflegepotentials angenommen, was die Nachfrage nach formeller Pflege erhöhen wird. Wie weiter oben bereits diskutiert, wird im Folgenden davon ausgegangen, dass im Jahr 2012 70% der Pflegeleistungen informell erbracht wurden. In den folgenden Szenarien wird davon ausgegangen, dass sich der Anteil der informellen Pflege jedes Jahr um (1) um 0,2 Prozentpunkte (mittleres Szenario), (2) 0,1 Prozentpunkte (unteres Szenario) und (3) um 0,3 Prozentpunkte (oberes Szenario) verringern und sich die Nachfrage nach professioneller Pflege dementsprechend erhöhen wird. Diese Annahmen führen im mittleren Szenario zu einem Anteil an informeller Pflege im Jahr 2030 von 66,4%. Im Folgenden wird das mittlere Szenario dargestellt, die Daten für das untere und obere Szenario können auf Wunsch übermittelt werden).

Die Berücksichtigung des Rückgangs der informellen Pflege erhöht den Anstieg der öffentlichen Ausgaben für Pflegedienstleistungen eindeutig. Während im vorangegangenen Szenario (Demografie + bessere Gesundheit) beispielsweise zwischen 2012 und 2030 in Wien ein Anstieg der stationären Pflege von 34,3% projiziert wurde, erhöht sich dieser nun auf 52,6%, in Vorarlberg von 60,3% auf 82,1% im Mittelszenario. In den anderen Pflegedienstleistungen sind die Anstiege zwar jeweils geringer, liegen aber ebenfalls über jenen des vorigen Szenarios.

Übersicht 4.19: Stationäre Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	13.580	14.514	15.631	17.412	20.718	449.216	480.121	517.054	575.977	685.324
Niederösterreich	12.789	14.474	16.263	18.099	20.782	159.467	180.477	202.787	225.677	259.128
Burgenland	2.025	2.257	2.468	2.695	3.014	24.453	27.258	29.805	32.550	36.394
Steiermark	12.235	13.631	14.933	16.283	18.390	191.814	213.702	234.116	255.276	288.307
Kärnten	6.033	6.766	7.335	7.974	9.094	77.263	86.651	93.939	102.125	116.465
Oberösterreich	13.112	14.923	16.810	18.733	21.357	163.661	186.267	209.820	233.820	266.576
Salzburg	4.168	4.792	5.485	6.257	7.435	44.979	51.712	59.192	67.524	80.229
Tirol	5.823	6.750	7.797	8.813	10.281	69.763	80.870	93.410	105.589	123.172
Vorarlberg	2.151	2.516	2.960	3.374	3.917	46.615	54.529	64.137	73.118	84.893

#### Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	15,1	28,2	52,6
Niederösterreich	27,2	41,5	62,5
Burgenland	21,9	33,1	48,8
Steiermark	22,1	33,1	50,3
Kärnten	21,6	32,2	50,7
Oberösterreich	28,2	42,9	62,9
Salzburg	31,6	50,1	78,4
Tirol	33,9	51,4	76,6
Vorarlberg	37,6	56,9	82,1

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.20: Mobile Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	26.900	28.920	31.996	34.442	39.367	133.040	143.032	158.243	170.339	194.698
Niederösterreich	26.342	30.019	33.896	37.262	42.653	43.967	50.105	56.575	62.193	71.192
Burgenland	4.455	4.951	5.394	5.850	6.567	5.231	5.813	6.333	6.869	7.710
Steiermark	21.499	23.866	26.277	28.244	31.805	31.898	35.409	38.987	41.905	47.188
Kärnten	11.128	12.413	13.561	14.541	16.533	22.261	24.832	27.129	29.088	33.074
Oberösterreich	19.542	22.032	24.746	26.923	30.650	35.750	40.305	45.270	49.252	56.070
Salzburg	6.235	7.051	8.085	8.842	10.186	15.693	17.747	20.350	22.254	25.639
Tirol	8.921	10.219	11.756	13.044	15.057	22.692	25.993	29.903	33.178	38.301
Vorarlberg	13.991	16.306	19.099	21.581	24.954	10.994	12.813	15.007	16.958	19.609

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	18,9	28,0	46,3
Niederösterreich	28,7	41,5	61,9
Burgenland	21,1	31,3	47,4
Steiermark	22,2	31,4	47,9
Kärnten	21,9	30,7	48,6
Oberösterreich	26,6	37,8	56,8
Salzburg	29,7	41,8	63,4
Tirol	31,8	46,2	68,8
Vorarlberg	36,5	54,3	78,4

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.21: Teilstationäre Dienste - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	2.110	2.283	2.577	2.751	3.098	15.459	16.728	18.880	20.155	22.698
Niederösterreich	560	638	728	753	845	881	1.003	1.145	1.184	1.329
Burgenland	130	144	157	169	193	294	326	355	381	436
Steiermark	664	741	820	882	996	1.531	1.708	1.890	2.033	2.296
Kärnten	185	207	230	244	278	463	518	576	610	697
Oberösterreich	903	1.021	1.150	1.251	1.429	1.510	1.708	1.924	2.092	2.389
Salzburg	588	671	779	857	990	695	794	921	1.013	1.171
Tirol	385	440	510	567	655	550	629	729	810	936
Vorarlberg	458	532	626	707	820	261	303	357	403	467

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	22,1	30,4	46,8
Niederösterreich	30,0	34,5	50,9
Burgenland	20,9	29,7	48,3
Steiermark	23,5	32,8	50,0
Kärnten	24,4	31,9	50,5
Oberösterreich	27,4	38,5	58,2
Salzburg	32,5	45,7	68,4
Tirol	32,5	47,1	70,2
Vorarlberg	36,7	54,4	79,0

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.22: Kurzzeitpflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	867	935	1.042	1.130	1.297	3.910	4.217	4.700	5.096	5.851
Niederösterreich	2.377	2.741	3.098	3.472	4.002	3.220	3.713	4.197	4.702	5.421
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	0	0	0	0
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	0	0	0	0	0
Kärnten	412	459	498	537	610	666	742	804	868	985
Oberösterreich	73	81	91	97	109	21	24	26	28	32
Salzburg	415	474	532	630	767	232	265	297	351	428
Tirol	336	391	455	507	587	231	269	313	349	405
Vorarlberg	436	517	614	713	835	563	667	793	921	1.078

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	20,2	30,3	49,6
Niederösterreich	30,3	46,1	68,4
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	20,9	30,4	48,1
Oberösterreich	24,0	32,7	49,9
Salzburg	28,3	51,7	84,9
Tirol	35,3	50,9	74,7
Vorarlberg	40,8	63,5	91,5

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.23: Alternative Wohnformen - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)

	Personen					Finanzaufwand in 1.000 Euro				
	2012	2015	2020	2025	2030	2012	2015	2020	2025	2030
Wien	9.940	10.712	11.756	12.904	15.061	74.182	79.944	87.731	96.305	112.400
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	993	1.090	1.221	1.289	1.449	1.468	1.611	1.805	1.907	2.142
Kärnten	99	107	118	121	134	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Oberösterreich	46	53	59	66	75	147	168	189	210	240
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Vorarlberg	62	72	85	95	109	689	806	940	1.052	1.209

Änderungsraten Personen bzw. Finanzaufwand in %

	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	18,3	29,8	51,5
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	22,9	29,8	45,9
Kärnten	18,9	22,1	35,7
Oberösterreich	28,7	42,6	63,1
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.
Vorarlberg	36,3	52,6	75,3

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.24: *Finanzaufwand Case- und Care-Management - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege (mittleres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	4.320	4.553	5.049	5.385	6.195	16,9	24,7	43,4
Niederösterreich	2.038	2.216	2.533	2.693	3.093	24,3	32,1	51,8
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	197	210	233	243	277	18,3	23,4	41,0
Oberösterreich	1.770	1.919	2.178	2.300	2.638	23,1	29,9	49,0
Salzburg	847	921	1.061	1.147	1.339	25,2	35,4	58,1
Tirol	243	267	309	332	386	27,1	36,7	58,6
Vorarlberg	680	754	885	962	1.114	30,1	41,5	63,9

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

**Zusätzliche Berücksichtigung des Kostenanstiegs im Pflegesektor: Gesamtszenarien**

Kostensteigerungen im Pflegebereich gehen auf zwei wesentliche Faktoren zurück. Erstens sollte eine relative Verknappung des Pflegepersonals (d. h. immer mehr alte Menschen pro Pflegekraft) zu höheren Löhnen im Pflegebereich führen. Zweitens wird die Produktivitätsentwicklung im Pflegebereich aufgrund der Arbeitsintensität unter der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung liegen, was in der Folge zu einem Anstieg der (relativen) Kosten führen wird. In den folgenden Szenarien wird von einem realen (inflationbereinigten) Kostenanstieg von 2% (mittleres Szenario), 1% (unteres Szenario – in Anhang D1) und 3% (oberes Szenario – in Anhang D1) pro Jahr ausgegangen. Da die Projektion der Kostensteigerung nur den Finanzaufwand betrifft, nicht jedoch die Personen, die Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, werden im Folgenden nur die Szenarien in Bezug auf den Finanzaufwand dargestellt.

Der angenommene Kostenanstieg lässt die projizierten Werte nochmals ansteigen und wird als "Gesamtszenario" (Demografie + bessere Gesundheit + Rückgang informelle Pflege + Kostenanstieg) bezeichnet. Die Projektionen zeigen beträchtliche Unterschiede zwischen den Bundesländern, aber auch zwischen den einzelnen Pflegedienstleistungsarten. Die Finanzaufwände für die stationäre Pflege steigen unter den getroffenen Annahmen zwischen 2012 und 2030 zwischen 112,6% im Burgenland und 160,1% in Vorarlberg. Die mobile Pflege zwischen 109,0% in Wien und 154,7 % in Vorarlberg. Die Kurzzeitpflege zwischen 111,5% in Kärnten und 173,5% in Vorarlberg, die alternativen Wohnformen zwischen 108,3 % in der Steiermark und 150,4 % in Vorarlberg, die teilstationären Dienste zwischen 109,7 % in Wien und 155,6 in Vorarlberg und das Case- und Care-Management zwischen 101,4 % in Kärnten und 134,1 % in Vorarlberg; Werden die Kosten der einzelnen Pflegedienstleistungsarten addiert, so ergibt sich eine Kostensteigerung zwischen 2012 und 2030 von 112,2 % im Burgenland und 158,8 % in Vorarlberg. Die Daten weisen also auf ein eindeutiges West-Ost-Gefälle bei den zu erwartenden Kostensteigerungen hin. Dies ergibt sich einerseits aus den demografischen Verschiebungen, vor allem aber durch den derzeit hohen Versorgungsgrad in den westlichen Bundesländern. Übersichten sortiert nach Bundesländern befinden sich in Anhang D2 (Finanzaufwände) und in Anhang D3 (Personen).

*Übersicht 4.25: Finanzaufwand stationäre Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	449.216	509.508	605.811	745.088	978.811	34,9	65,9	117,9
Niederösterreich	159.467	191.523	237.597	291.937	370.099	49,0	83,1	132,1
Burgenland	24.453	28.926	34.922	42.106	51.979	42,8	72,2	112,6
Steiermark	191.814	226.782	274.305	330.226	411.773	43,0	72,2	114,7
Kärnten	77.263	91.955	110.064	132.110	166.340	42,5	71,0	115,3
Oberösterreich	163.661	197.668	245.837	302.471	380.736	50,2	84,8	132,6
Salzburg	44.979	54.877	69.353	87.349	114.587	54,2	94,2	154,8
Tirol	69.763	85.820	109.445	136.591	175.920	56,9	95,8	152,2
Vorarlberg	46.615	57.867	75.147	94.586	121.248	61,2	102,9	160,1

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht 4.26: Finanzaufwand mobile Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	133.040	151.787	185.407	220.351	278.076	39,4	65,6	109,0
Niederösterreich	43.967	53.172	66.287	80.454	101.680	50,8	83,0	131,3
Burgenland	5.231	6.168	7.420	8.886	11.012	41,9	69,9	110,5
Steiermark	31.898	37.577	45.679	54.208	67.396	43,2	69,9	111,3
Kärnten	22.261	26.352	31.785	37.629	47.238	42,8	69,0	112,2
Oberösterreich	35.750	42.772	53.041	63.712	80.082	48,4	78,2	124,0
Salzburg	15.693	18.834	23.843	28.788	36.618	51,9	83,4	133,3
Tirol	22.692	27.584	35.037	42.920	54.703	54,4	89,1	141,1
Vorarlberg	10.994	13.598	17.584	21.937	28.006	59,9	99,5	154,7

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht 4.27: Finanzaufwand teilstationäre Dienste - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	15.459	17.752	22.121	26.073	32.418	43,1	68,7	109,7
Niederösterreich	881	1.064	1.342	1.532	1.898	52,3	73,9	115,5
Burgenland	294	345	416	493	622	41,7	67,8	111,8
Steiermark	1.531	1.813	2.215	2.630	3.280	44,7	71,8	114,2
Kärnten	463	549	675	790	995	45,8	70,6	115,0
Oberösterreich	1.510	1.812	2.254	2.706	3.413	49,2	79,2	126,0
Salzburg	695	843	1.080	1.311	1.673	55,2	88,5	140,5
Tirol	550	667	854	1.047	1.337	55,3	90,4	143,0
Vorarlberg	261	322	418	521	667	60,2	99,8	155,6

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht 4.28: Finanzaufwand Kurzzeitpflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	3.910	4.476	5.506	6.592	8.356	40,8	68,6	113,7
Niederösterreich	3.220	3.941	4.917	6.083	7.743	52,7	88,9	140,5
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	666	787	942	1.122	1.407	41,6	68,7	111,5
Oberösterreich	21	25	31	37	46	45,3	71,7	114,0
Salzburg	232	281	348	455	612	50,3	96,2	164,1
Tirol	231	286	367	452	578	58,6	95,3	149,6
Vorarlberg	563	708	929	1.191	1.540	65,0	111,5	173,5

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht 4.29: Finanzaufwand alternative Wohnformen - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	74.182	84.837	102.791	124.580	160.535	38,6	67,9	116,4
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	1.468	1.710	2.115	2.466	3.059	44,0	68,0	108,3
Kärnten	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Oberösterreich	147	179	222	271	343	50,8	84,4	133,0
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Vorarlberg	689	855	1.101	1.361	1.726	59,7	97,5	150,4

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht 4.30: Finanzaufwand Case- und Care-Management - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (mittleres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	4.320	4.832	5.916	6.966	8.848	37,0	61,3	104,8
Niederösterreich	2.038	2.352	2.968	3.483	4.418	45,6	70,9	116,8
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	197	223	273	314	396	38,6	59,6	101,4
Oberösterreich	1.770	2.037	2.552	2.975	3.768	44,2	68,1	112,9
Salzburg	847	977	1.243	1.484	1.912	46,7	75,2	125,8
Tirol	243	283	362	430	551	49,0	76,8	126,6
Vorarlberg	680	800	1.037	1.245	1.592	52,5	83,1	134,1

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 4.31: Projektionen Finanzaufwand insgesamt - Gesamtszenario

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	680.126	773.191	927.553	1.129.651	1.467.044	36,4	66,1	115,7
Niederösterreich	209.572	252.051	313.111	383.489	485.838	49,4	83,0	131,8
Burgenland	29.978	35.440	42.758	51.485	63.614	42,6	71,7	112,2
Steiermark	226.711	267.881	324.313	389.530	485.508	43,1	71,8	114,2
Kärnten	100.849	119.866	143.740	171.964	216.376	42,5	70,5	114,6
Oberösterreich	202.859	244.492	303.938	372.172	468.387	49,8	83,5	130,9
Salzburg	62.447	75.811	95.866	119.386	155.402	53,5	91,2	148,9
Tirol	93.480	114.640	146.065	181.439	233.089	56,3	94,1	149,3
Vorarlberg	59.802	74.149	96.215	120.842	154.779	60,9	102,1	158,8

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

#### 4.3.3 "Mobil vor stationär": Politikszenerarien

Die bisherigen Szenarien sind von einer Beibehaltung des Verhältnisses zwischen den einzelnen Pflegedienstleistungen ausgegangen. Allerdings sind sowohl in den Ausbauplänen der meisten Bundesländer, als auch im Pflegefondsgesetz und im aktuellen Regierungsprogramm der Bundesregierung die Pläne des Ausbaus von mobilen und alternativen Pflegedienstleistungen als vorrangig festgehalten, um die stationären Plätze relativ zu den anderen Pflegedienstleistungen zu reduzieren (bzw. in einem geringeren Verhältnis auszubauen).

Die folgenden Szenarien berücksichtigen diese Pläne und berechnen die Effekte wenn der Ausbau der stationären Pflege zugunsten der anderen Pflegedienstleistungen nachrangig behandelt wird. Ausgehend vom mittleren Szenario, das die demografischen Veränderungen, die positiven Gesundheitsentwicklung und den Rückgang der informellen Pflege (nicht jedoch den Kostenanstieg) berücksichtigt, werden folgende Änderungen vorgenommen: Von der projizierten Personenanzahl in der stationären Pflege werden im Jahr 2015 5% abgezogen, im Jahr 2020 7,5%, im Jahr 2025 10% und im Jahr 2030 12,5%. Die Ergebnisse in Abschnitt 3.3.3 haben gezeigt, dass bis zu 10% der stationär gepflegten Personen nach ihrem Pflegebedürfnis diese Art der Pflege laut Einschätzung der Dienstleister nicht benötigen würden. Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass eine Reduktion dieses Anteils schrittweise und langsam erfolgt. Aus diesem Grund wird ein Erreichen des relativen Abbaus um 10% bis 2025 angenommen, bis 2030 eine weitere leichte Verbesserung der allokativen Effizienz.

Die so "freiwerdenden" Personen werden zu einem Drittel der mobilen Pflege hinzugerechnet. Die restlichen zwei Drittel werden je zu gleichen Teilen auf die übrigen Pflegedienstleistungsarten (teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen) aufgeteilt. In Bundesländern, die alle drei dieser Pflegedienstleistungen aufweisen (Wien, Kärnten, Oberösterreich, Vorarlberg) werden die zwei Drittel zu gleichen Teilen auf die Kurzzeitpflege, teilstationäre Dienste und alternative Wohnformen aufgeteilt. In Bundesländern, die nur ein oder zwei

andere Pflegedienstleistungsarten neben der stationären und der mobilen Pflege aufweisen, wurden die zwei Drittel auf eben jene eine oder zwei Pflegedienstleistungsarten aufgeteilt. Im Anschluss wurden – äquivalent zum Abschnitt 4.3.2. – die projizierten Kosten für das Case- und Care-Management hinzugerechnet und danach alle Dienstleistungsarten mit einem Kostenanstieg von jährlich 2% versehen um so die Politikgesamtszenarien zu berechnen.

Internationale Erfahrungen (Kapitel 2) und die Erhebungen für diese Studie (Kapitel 3) haben gezeigt, dass stationäre Dienste nur beschränkt durch mobile Dienste ersetzt werden können. Vielmehr zeigt sich, dass stationäre Dienste eher durch andere Formen wie teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege oder alternative Wohnformen substituierbar sind. Deshalb wurde im Politikscenario angenommen, dass nur ein Drittel der über eine höhere allokativen Effizienz "eingesparten" stationäre Plätze durch mobile Dienste ersetzt werden und der Rest von zwei Drittel durch andere Pflegedienstleistungsarten.

Die Berechnungen unter den oben diskutierten Annahmen zeigen folgende Ergebnisse (Übersichten der einzelnen Pflegedienstleistungen nach Bundesländern sortiert befinden sich in Anhang D4).

Übersicht 4.32: *Finanzaufwand insgesamt – Politikgesamtszenario*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Anstieg in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	680.126	752.288	890.272	1.068.515	1.366.653	30,9	57,1	100,9
Niederösterreich	209.572	243.652	297.481	357.883	445.260	41,9	70,8	112,5
Burgenland	29.978	34.221	40.551	47.936	58.137	35,3	59,9	93,9
Steiermark	226.711	257.813	306.045	360.207	439.802	35,0	58,9	94,0
Kärnten	100.849	115.901	136.620	160.570	198.443	35,5	59,2	96,8
Oberösterreich	202.859	236.000	288.096	346.184	427.496	42,0	70,7	110,7
Salzburg	62.447	73.404	91.304	111.725	142.839	46,2	78,9	128,7
Tirol	93.480	110.906	138.922	169.552	213.951	48,6	81,4	128,9
Vorarlberg	59.802	71.676	91.397	112.757	141.824	52,8	88,5	137,2

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Die Ergebnisse der Politikscenarios zeigen eindeutige Kostenreduktionen gegenüber den Gesamtszenarien in Abschnitt 4.3.2. In Absolutbeträgen würden im Jahr 2030 im Burgenland knapp 5,5 Mio. Euro und in Wien gut 100 Mio. Euro eingespart werden, wenn die Zahl der stationären Plätze um 12,5% reduziert und die anderen Pflegedienstleistungen dementsprechend erhöht werden würde (Übersicht 4.33). Die Kosten im Jahr 2030 würden sich beispielsweise in Wien daher nicht auf 1.467 Mio. Euro erhöhen, sondern nur auf 1.366 Mio. Euro. Prozentuell ergibt sich im Politikgesamtszenario im Gegensatz zum vorigen Gesamtszenario eine relative Kostenreduktion von 8,1% in Salzburg und 9,4% in der Steiermark als jeweilige Extremwerte. Eine Erhöhung der allokativen Effizienz würde demnach mit konkreten Einsparungen einher gehen.

Übersicht 4.33: *Einsparungen des Politikgesamtzenario gegenüber dem Gesamtzenario*

	Einsparungen in 1.000 Euro				Einsparungen in %			
	2015	2020	2025	2030	2015	2020	2025	2030
Wien	20.903	37.281	61.135	100.391	2,7	4,0	5,4	6,8
Niederösterreich	8.400	15.630	25.607	40.578	3,3	5,0	6,7	8,4
Burgenland	1.219	2.207	3.549	5.476	3,4	5,2	6,9	8,6
Steiermark	10.069	18.268	29.324	45.706	3,8	5,6	7,5	9,4
Kärnten	3.965	7.120	11.394	17.933	3,3	5,0	6,6	8,3
Oberösterreich	8.492	15.842	25.989	40.892	3,5	5,2	7,0	8,7
Salzburg	2.407	4.562	7.661	12.563	3,2	4,8	6,4	8,1
Tirol	3.734	7.144	11.887	19.138	3,3	4,9	6,6	8,2
Vorarlberg	2.473	4.818	8.085	12.955	3,3	5,0	6,7	8,4

Q: Statistik Austria; BMASK, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

#### 4.4 Zusammenfassung der Projektionen

Die Projektionen über den künftigen Pflegebedarf sowie den damit einhergehenden künftigen Finanzaufwand für Pflegedienstleistungen für die öffentlichen Haushalte der Bundesländer weisen auf eine klare Steigerung in der mittelbaren Zukunft hin. Einerseits zeigt die demografische Entwicklung eine fortschreitende Alterung der Gesellschaft und andererseits wird das Pflegepotential der Familie durch den gesellschaftlichen Wandel hin zu einer zunehmenden Individualisierung reduziert werden. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von älteren Menschen ist zwar belegt, hat aber auf die Projektionen nur geringe Effekte und kann keinesfalls die demografischen Effekte aufheben. Zusätzlicher Faktor ist ein zu erwartender Kostenanstieg im Pflegesektor, der vor allem durch die steigenden Löhne aufgrund der steigenden Nachfrage sowie durch eine steigende durchschnittliche Betreuungsintensität vor allem im stationären Bereich begründet ist.

Auf Grundlage der Analyse der empirischen Fakten in Österreich haben sich die Projektionen auf folgende Annahmen für die Berechnung des mittleren Szenarios gestützt: Erstens wurde von einem moderaten Effekt der sich verbessernden Gesundheit älterer Menschen ausgegangen: ab dem Jahr 2025 verschiebt sich das Risiko, pflegebedürftig zu werden, um ein Lebensjahr. Zweitens wird eine Abnahme der informellen Pflege um 0,2 Prozentpunkte pro Jahr angenommen. Drittens gehen wir von einer jährlichen Kostensteigerung für alle Pflegedienstleistungsarten von durchschnittlich 2% aus. Das Verhältnis der einzelnen Pflegedienstleistungsarten wird als konstant angenommen.

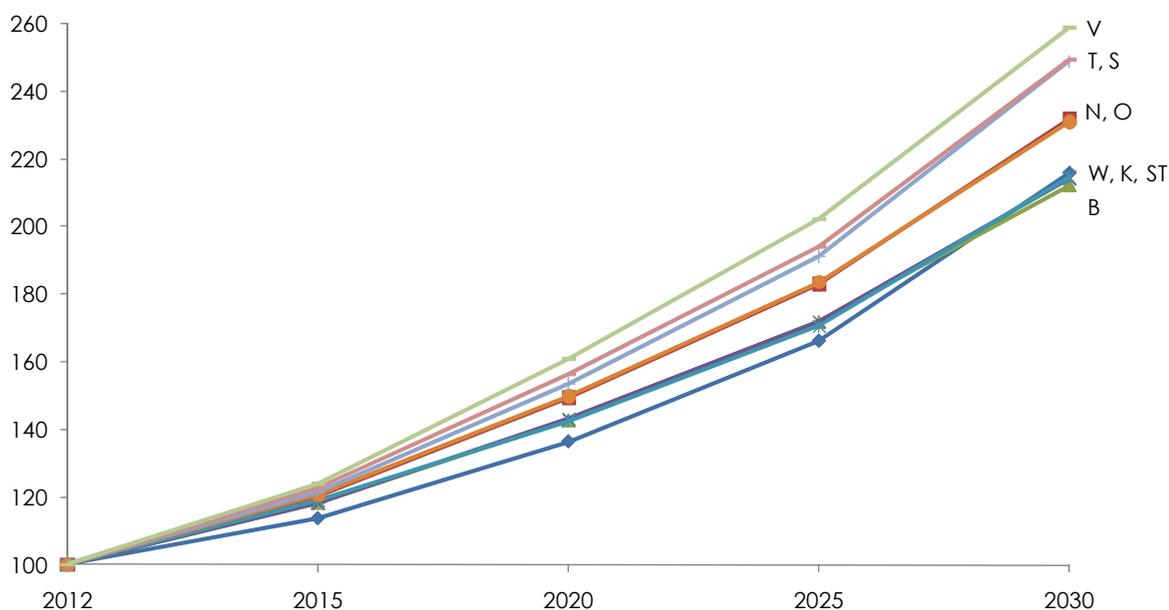
Als Datengrundlagen dienten die Bevölkerungsprognose und Erwerbsprognose von Statistik Austria (2013), die öffentlichen Nettoausgaben für Dienste der Langzeitpflege (soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden) (Pflegevorsorgebe-

richt 2012) und der Personenstatistik der Pflegedienstleistungsstatistik 2012, die dem WIFO von den Bundesländern übermittelt wurde.<sup>31)</sup>

Die Gesamtszenarien – also jene Szenarien, die sowohl die demografische Entwicklung wie auch eine sich verbessernde gesundheitliche Situation älterer Menschen, einen Rückgang der informellen Pflege und Kostensteigerungen im Pflegesektor berücksichtigen – zeigen eine deutliche Steigerung der Finanzaufwände für Pflegedienstleistungen in den einzelnen Bundesländern. Zwischen 2012 und 2030 wird eine Steigerung der Gesamtaufwände zwischen 112,2% (Burgenland) und 158,8% (Vorarlberg) berechnet, wobei die restlichen Bundesländer zwischen diesen beiden Bundesländern liegen. Das entspricht im Burgenland mehr als einer Verdopplung der Kosten in 18 Jahren und in Vorarlberg sogar einer Verzehneinhalbfachung. Eine grafische Darstellung der Kostenentwicklung zeigt ein eindeutiges Bild, aber auch die nicht unbeträchtlichen Variationen zwischen den Bundesländern. Diese Unterschiede in den Bundesländern kommen nicht nur durch die demografische Entwicklung zustande, sondern spiegeln auch den Versorgungsgrad aus dem Jahr 2012 wider, da dieser konstant gehalten wurde. In Bundesländern mit geringeren Versorgungsgraden kommen die demografischen Entwicklungen weniger zu Tragen als in Bundesländern mit einem hohen Versorgungsgrad. Weiters zeigt Abbildung 4.3 in Abschnitt 4.1.1, dass auch Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung in jenen Bundesländern mit den höchsten Anstiegen der Gesamtkosten (Vorarlberg, Tirol und Salzburg) bis 2030 am kräftigsten zunimmt.

Abbildung 4.10: Gesamtkosten im Gesamtszenario nach Bundesländern

Jahr 2012 = 100



Q: WIFO-Darstellung.

<sup>31)</sup> Für eine Diskussion zum Thema Datenqualität siehe Kapitel 5.3.

Aufgrund des politischen Willens, die mobile Pflege im Ausbau vorrangig gegenüber der stationären Pflege auszubauen ("mobil vor stationär) – wie im Pflegefondgesetz und auch im aktuellen Koalitionsvertrag der Bundesregierung festgehalten – wurden in dieser Studie auch Szenarien berechnet, die diese Pläne berücksichtigen. Wichtig ist jedoch festzuhalten, dass stationäre Pflege nur bedingt durch mobile Pflege ersetzt werden kann, wie in den Kapiteln 2.3 und 3.5 dieser Studie ausgeführt. Allerdings zeigt sich dennoch ein gewisser Spielraum, die allokativen Effizienz der stationären Pflege – also nur Personen in eine stationäre Pflege aufzunehmen, die diese Art der Betreuung auch tatsächlich benötigen – zu erhöhen. In diesem Sinn wurden sogenannte Politikszenerien berechnet, die davon ausgehen, dass der Anteil der Personen in der stationären Pflege schrittweise reduziert (2015: –5%, 2020: –7,5%, 2025: –10%, 2030: –12,5%) und anderen Pflegedienstleistungsarten (1/3 mobil, 2/3 andere Formen) hinzugerechnet werden.

Die Resultate dieser Politikszenerien zeigen einen eindeutigen Rückgang der Finanzaufwände für die Langzeitpflege bis 2030 von durchschnittlich mehr als 8% (Wien: 6,8%, Steiermark: 9,4%). Dieser Rückgang der Finanzaufwände ist – wenig verwunderlich – durch die geringe Kostenintensität von den anderen Pflegedienstleistungsarten im Vergleich zur stationären Pflege begründet.

## **5. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen**

### **5.1 Zielgerichtete Steuerung zur erfolgreichen Deckung des öffentlichen Bedarfs an stationärer Pflege notwendig**

Die Projektionen über die Nachfrage und die Kosten der Pflegedienste für die öffentlichen Haushalte in den Bundesländern weisen auf eine deutliche Steigerung in der mittelbaren Zukunft hin. Die demografische Entwicklung führt zu einer fortschreitenden Alterung der Gesellschaft und das Pflegepotential der Familie wird durch den gesellschaftlichen Wandel hin zu einer zunehmenden Individualisierung reduziert. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation von älteren Menschen ist zwar belegt, hat aber auf die Projektionen nur geringe Effekte und kann keinesfalls die demografischen Effekte aufheben. Zusätzlicher Faktor ist ein zu erwartender Kostenanstieg im Pflegesektor, der durch möglicherweise steigende Löhne aufgrund der höheren Nachfrage sowie durch eine steigende durchschnittliche Betreuungsintensität der betreuten Personen begründet ist.

Unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung wie auch einer sich verbessernden gesundheitlichen Situation älterer Menschen, eines Rückgangs der informellen Pflege und Kostensteigerungen im Pflegesektor, zeigen die Projektionen eine deutliche Steigerung der Finanzaufwände für Pflegedienstleistungen in den einzelnen Bundesländern. Zwischen 2012 und 2030 wird eine Steigerung der Gesamtaufwände zwischen 112% (Burgenland) und 159% (Vorarlberg) berechnet, wobei die Steigerungen in den restlichen Bundesländern zwischen diesen beiden Bundesländern liegen. Dies entspricht mindestens einer Verdopplung der Kosten der Pflege für die öffentlichen Haushalte der Bundesländer bis 2030.

Die bis 2030 prognostizierten Steigerungsraten stellen jedoch noch nicht den Höhepunkt der Nachfrage dar. Mehr als die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen aus der Generation der "Baby-Boomer" wird ihren 85. Geburtstag erleben (*Bonneux – van der Gaag – Bijwaart, 2012*), in Österreich wird dies ab 2040 der Fall sein. Die Steigerungsraten der öffentlichen Aufwände für Sachleistungen, wie in dieser Studie dargestellt, sind moderat im Vergleich zu jenem Aufwand, der zum Höhepunkt der Alterung dieser Generation erreicht wird. Ein zeitlich vorgelagerter, deutlicher Ausbau der mobilen Dienste und alternativen Betreuungsformen ist dringlich, ein späterer massiver Ausbau der stationären Pflege erscheint im Lichte der Entwicklungen ebenso notwendig. Im internationalen Vergleich hat Österreich im mobilen wie stationären Bereich noch Ausbaupotential. Vor allem beim Versorgungsgrad und den Ausgaben für die stationäre Pflege liegt Österreich im (unteren) europäischen Mittelfeld.

#### **Begrenzte Substituierbarkeit von stationärer Pflege durch mobile Dienste**

Sowohl die Ergebnisse der aktuellen Literatur als auch die Befragung von ExpertInnen in der mobilen und stationären Pflege verdeutlichen, dass diese beiden Bereiche nur sehr eingeschränkt als Substitute gesehen werden können und sich in Österreich der Verlauf der Pflege typischerweise wie folgt gestaltet: Bei einer geringen Pflegebedürftigkeit wird primär auf

informelle Netzwerke und/oder auf die Heimhilfe zurückgegriffen. Diese beiden Pflegearten – informelle Pflege und Heimhilfe – erweisen sich in der Analyse am ehesten als Substitute. Bei steigendem Pflegebedarf wird solange wie möglich der Verbleib in den eigenen vier Wänden angestrebt, zusätzlich zur informellen Pflege und/oder der Heimhilfe kommt häufig die mobile Hauskrankenpflege zum Einsatz, wenn die Möglichkeiten der informellen Pflegeperson erschöpft sind. Die Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt in der Regel erst, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind. Somit ist der politische Grundsatz "mobil vor stationär" vor allem in einer zeitlichen Dimension zu betrachten, denn mobile und stationäre Pflege erweisen sich vorwiegend als komplementäre Dienste, die zeitlich aufeinander folgen.

### **Nachfrageanstieg in der stationären Pflege durch den Ausbau von Alternativen reduzieren und verzögern**

Die Auswertung der Befragung im Rahmen dieser Studie hat einerseits gezeigt, dass im stationären Bereich bereits in weiten Teilen Österreichs (annähernd) Vollaustattung herrscht und bei den mobilen Diensten einerseits bereits von vielen Anbietern ein chronischer Mangel an qualifiziertem Personal beklagt wird, und andererseits mobile Dienste vor allem bei steigendem Pflegebedarf auch kein adäquates Substitut für stationäre Pflege darstellen. Um den bevorstehenden Nachfrageanstieg an stationären Diensten zu reduzieren bzw. zu verzögern, ist es somit notwendig, nicht nur mobile, sondern insbesondere die alternativen Pflege- und Betreuungsformen stark auszubauen. Gerade bei einem höheren Betreuungsbedarf können teilstationäre Dienste, alternative (betreubare) Wohnformen und größere Kapazitäten an Betten zur Kurzzeit- und Übergangspflege laut Einschätzung von ExpertInnen die Notwendigkeit einer oft nur noch schwer umkehrbaren Aufnahme in ein Pflegeheim eher verhindern bzw. verzögern, als dies mobile Dienste tun können. Auch der weitere Ausbau der 24-Stunden-Betreuung zu Hause kann – bei Sicherstellung entsprechender Arbeitsbedingungen und Pflegequalität – die Nachfrage nach stationärer Pflege entlasten. Im Rahmen der Befragungen von ExpertInnen wurde deutlich, dass die 24-Stunden-Betreuung sowohl von Anbietern mobiler Dienste als auch von der stationären Pflege als Konkurrenz, d.h. als Substitut, wahrgenommen wird.

### **Drohendem Arbeitskräftemangel entgegenwirken**

Gleichzeitig gilt es Maßnahmen zu treffen, die dem bereits jetzt im stationären Bereich vereinzelt berichteten und im mobilen Bereich bereits weiter verbreiteten Personalmangel 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 Arbeitskräfteangebots in der Pflege verbunden ist. Langzeitprognosen für ausgewählte Europäische Länder im Rahmen eines internationalen Projekts haben gezeigt, dass das Arbeitskräfteangebot im Pflegesektor bei Beibehalt des Status Quo bis 2050 im besten Fall stagniert, sich in drei von vier untersuchten Länder jedoch sogar um 15-20% reduzieren wird. Zwar wird das absolute Angebot an informeller Pflege durch eine längere

gesunde Lebenserwartung trotz höherer Erwerbsquoten laut internationalen Prognosen steigen, der Anstieg wird jedoch deutlich niedriger ausfallen, als jener der Nachfrage nach Pflege. Um den steigenden Bedarf an professionellen Pflegepersonen decken zu können, ist eine deutliche Attraktivierung der Pflegeberufe notwendig.

Eine höhere Attraktivität für Arbeitskräfte wurde von den ExpertInnen in der stationären Pflege häufig und von jenen der mobilen Dienste mit Abstand am häufigsten als Faktor genannt, der den Ausbau des Angebots erleichtern würde. Wenngleich höhere Einkommen einen wichtigen Faktor für die Attraktivität darstellen – insbesondere im Bereich der mobilen Dienste – sind gemäß den befragten ExpertInnen auch bessere Arbeitsbedingungen ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung der Attraktivität. Dazu gehören die psychosoziale Begleitung der Pflegepersonen und weitere Maßnahmen, die dazu beitragen können, dass ältere MitarbeiterInnen möglichst lange im Beruf bleiben können und nicht aufgrund körperlicher und/oder psychischer Probleme vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden (müssen). Dazu gehören auch eine Reduktion der Zahl an prekären Dienstverhältnissen, insbesondere im mobilen Bereich, sowie bessere Ausbildungsmöglichkeiten. Einerseits wurde häufig gefordert, die Ausbildung von Diplomkräften – wie in den meisten EU-Ländern bereits üblich – im tertiären Bildungssektor anzusiedeln, um die Qualität der Ausbildung und deren Attraktivität zu steigern. Andererseits wurden auch ein Ausbau des Angebots an berufsbegleitenden Ausbildungsmöglichkeiten, die Einführung von Lehrberufen im Bereich der Pflege, sowie die Förderung der Höherqualifizierung von HeimhelferInnen und Pflegehilfen genannt. Darüber hinaus gewinnt in Zeiten höherer Arbeitslosigkeit auch die vermehrte Förderung der Re- und Höherqualifizierung von arbeitslosen Personen für den Pflegebereich an Bedeutung. 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. Im Rahmen der Befragung wurden zur besseren Deckung des Personalbedarfs jedoch auch die Anhebung der Zuverdienstgrenze für Pfl egetätigkeiten bei Personen in Karenz und Arbeitslosen genannt.

## **5.2 Potentiale zur Effizienzsteigerung bestehen bei der Zuteilung und bei den Kosten**

### **Ausbau des Case- und Care-Managements und bedarfsorientierte Förderkriterien erhöhen die allokativen Effizienz der geförderten Sachleistungen im mobilen und stationären Bereich**

Die Analyse der allokativen Effizienz in der mobilen und stationären Pflege hat gezeigt, dass durch die bedarfsgerechtere Zuteilung von pflegebedürftigen Personen zu den unterschiedlichen Pflegeformen deutliche Effizienzgewinne möglich sind. Jede 3.-4. Person der Pflegegeldstufen 0-2, die in einer stationären Einrichtung lebt, ist gemäß ihrer PflegegeldEinstufung aus Sicht der DienstleisterInnen weniger als gut für die jeweilige Einrichtung geeignet. Insgesamt wurden im stationären Bereich in einigen Bundesländern mehr als 10% aller Personen laut PflegegeldEinstufung für weniger als gut geeignet für die Einrichtung erachtet,

in der sie sich befinden (jeweils ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge). Auch im mobilen Bereich ist nach Einschätzung der ExpertInnen das jeweilige Angebot für bis zu 10% aller betreuten Personen weniger als gut geeignet (ebenfalls ohne Berücksichtigung laufender Erhöhungsanträge). Als Konsequenz daraus kann einerseits abgeleitet werden, dass der flächendeckende Ausbau des Case- und Care-Managements sowie stärker bedarfsorientierte Förderkriterien die Zuteilung zu den jeweiligen Pflegeformen verbessern können. Andererseits bieten die Resultate der Studie die Möglichkeit von jenen Bundesländern zu lernen, in denen die allokativen Effizienz in der stationären Pflege im Rahmen der Befragung bereits sehr hoch ist. In Hinblick auf die allokativen Effizienz sollte vor allem die Zuerkennung von Heimplätzen nach stärker harmonisierten Assessment-Kriterien erfolgen. Hinsichtlich der Ausgestaltung dieser Zugangsregeln zeigt sich einerseits, dass jene Bundesländer mit Zugangsbeschränkungen, die im Regelfall an Mindest-Pflegegeldstufen 3 oder 4 geknüpft sind, im Durchschnitt geringere Anteile an öffentlich geförderten Personen in niedrigen Pflegestufen in der stationären Pflege aufweisen. Allerdings wurde von mehreren BefragungsteilnehmerInnen kritisch angemerkt, dass die Pflegegeldstufe allein nicht zwingend einen guten Indikator für den tatsächlichen Pflegebedarf darstellt und, dass insbesondere dementielle Erkrankungen stärker bei der Einstufung berücksichtigt werden müssten.

### **Nahtstellenmanagement und bessere medizinische Versorgung senkt Pflege- und Krankheitskosten**

Die Schnittstelle zwischen medizinischer Versorgung und Pflege, die durch die duale Finanzierung und die unterschiedlichen Zuständigkeiten entsteht, ist in Hinblick auf die Effizienz der Systeme nicht förderlich. Bei Fortbestand der Dualität gilt es ein Nahtstellenmanagement zu schaffen, das weit über das derzeitige Entlassungsmanagement der Krankenhäuser hinausgeht. Es sollten Maßnahmen gesetzt werden, die den Informationsaustausch, die Medikationsbegleitung, etc. zwischen allen Institutionen (Pflegedienste, niedergelassene ÄrztInnen, Krankenhäuser, Angehörige) verbessern. Beispielsweise würde die Einführung einer gemeinsamen, umfassenden elektronischen Dokumentation der Kranken- und Pflegegeschichte einer pflegebedürftigen Person – unter Berücksichtigung von Datenschutzbestimmungen – bestehende Ineffizienzen durch mangelhafte Information und Kommunikation zwischen den Institutionen beseitigen.

Die gesetzliche Sicherstellung einer adäquaten ärztlichen Versorgung sowie von regelmäßigen Hausbesuchen durch praktische ÄrztInnen und niedergelassene FachärztInnen, sowohl bei häuslicher als auch bei stationärer Pflege, würde die Zahl der Erkrankungen und Krankenhaustransporte reduzieren. Beispielsweise könnte auch ein Mindestkontingent an Anwesenheitszeit eines Heimarztes gesetzlich verankert werden, jedenfalls gilt es die – im Rahmen der Befragung häufig als mangelhaft beschriebene ärztliche Versorgung im Rahmen der Langzeitpflege – durch eine intensive Zusammenarbeit der Länder mit Krankenhausträgern, Krankenkassen und der Ärztekammer zu verbessern. Ebenso würde nach Einschätzung der ExpertInnen ein höherer Personalschlüssel, ein höherer Anteil an diplomierten Pflegekräften im

Berufsgruppenmix und festgeschriebene Zeitkontingente für Angehörigengespräche in der Pflege die Früherkennung und Vermeidung von Erkrankungen der gepflegten Personen fördern und die Zahl an vermeidbaren Krankenhaustransporten reduzieren.

### **Synergien zwischen Berufsgruppen und Pflegediensten nutzen**

Auch die verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Pflegediensten erhöht die Effizienz und steigert die Qualität der Betreuung, wenn dadurch die Bedürfnisse der betreuten Personen besser gestillt werden und/oder sich die interdisziplinäre Betreuung positiv auf deren Gesundheit auswirkt. Zwar sind die interdisziplinäre Zusammenarbeit und gesamtheitliche Pflegekonzepte vor allem im stationären Bereich bereits weit verbreitet, sie können jedoch weiter ausgebaut und intensiviert werden. Wiederum könnten größere Zeitkontingente zur Fallbesprechung zwischen einzelnen Berufsgruppen und/oder Pflegediensten (z.B. bei der „Übergabe“ von Personen) gesetzlich verankert werden und so die Effizienz der Betreuung erhöhen, Mindeststunden zur Fortbildung könnten eingeführt bzw. erhöht, Fortbildungen vor allem im geriatrischen bzw. gerontopsychologischen Bereich weiter gefördert werden. Weiters sollten Anreize zur Angebotserweiterung in Richtung Hospiz- und Palliativpflege, therapeutischer und psychosozialer Betreuung geschaffen werden. Die Integration von therapeutischem Personal in die Personalschlüssel für das Pflegepersonal würde den Ausbau der Angebote erleichtern.

Außerdem zeigte sich im Rahmen der Befragung, dass die räumliche und organisatorische Nähe die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Pflegediensten fördert. Die Kooperation ist insbesondere dann hoch, wenn verschiedene Pflegedienstleistungen innerhalb einer Organisation bzw. sogar an der gleichen Adresse angeboten werden. Dies führt automatisch zu einem höheren Kommunikationsniveau (und damit zu einer höheren allokativen Effizienz) zwischen den Diensten als bei getrennter Bereitstellung, schafft Möglichkeiten der gemeinsamen Nutzung von Fortbildungen, räumlichen Ressourcen und Hilfsmitteln, ermöglicht aber auch die Schaffung von Personalpools für unterschiedliche Dienste. Diese integrative Form des Angebots könnte sich gerade im ländlichen Bereich bei größeren Distanzen und einer geringeren Dichte an Nachfragern als effizient erweisen.

### **Elektronische Einsatzplanung hilft Weg- und Randzeiten zu minimieren**

Im Bereich der mobilen Dienste nimmt die Effizienz der Leistung mit dem Anteil der Wegzeiten an der Gesamtarbeitszeit ab. Kleinräumig bereitgestellte Angebote, wie in den meisten Fällen üblich, sind damit effizienter, als Angebote, welche einen größeren Radius von einer Adresse aus versorgen. Gerade im ländlichen Bereich, bedingt durch längere Wegstrecken, bei Diensten mit einem häufigen Ortswechsel, oder bei langen durchschnittlichen Betreuungszeiten einer Person am Stück, gilt es, die Einsätze möglichst effizient zu planen. Der elektronisch gestützten Einsatzplanung kommt somit in ebendiesen Situationen eine große Bedeutung zu.

### **5.3 Derzeitige föderale Strukturen begünstigen Unterschiede in den Leistungsstandards**

#### **Unterschiede bei Versorgungsgrad, Angebot, Tarifen und individueller finanzieller Belastung zwischen den Bundesländern**

Aufgrund der derzeitigen Ausgestaltung der föderalen Pflegesysteme zeigen die Studienergebnisse deutliche Unterschiede im Versorgungsgrad der verschiedenen Dienstleistungen und sogar in der Art des Angebots, das durch die Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung gefördert wird. Auch die Finanzierung und die Tarife weichen in den einzelnen Bundesländern deutlich voneinander ab, was teils zu deutlich unterschiedlichen finanziellen Belastungen für die betroffenen Personen und deren Angehörige führt. Die teils deutlich abweichenden Tarife für die stationäre Pflege in den jeweiligen Bundesländern sind dabei nicht nur durch Unterschiede im Angebot erklärbar (*Trukeschitz – Schneider – Czypionka, 2013*). Unterschiedliche Regresspflichten, verschiedene Höchstgrenzen in der Betreuungszeit, Unterschiede in der Feststellung des täglichen Bedarfs und in den Zugangskriterien (v.a. unterschiedliche Mindestpflegegeldstufen für stationäre Pflege) bedingen zudem weitere Ungleichbehandlungen für die betroffenen Personen, die lediglich auf Bundesländergrenzen zurückzuführen sind. Die verschiedenen Systeme führen auch zu Unterschieden in einigen qualitativen Aspekten, die in der Studie deutlich wurden (Auslastung, Betreuungsverhältnis bzw. Personalschlüssel, etc.). Eine stärkere Harmonisierung der Tarife und Personalschlüssel könnte dazu beitragen, die Qualität des Angebots in den einzelnen Bundesländern nach oben hin anzugleichen und die unterschiedlichen Grade der Ineffizienz, die beispielsweise vom Rechnungshof kritisiert wurden (*Rechnungshof, 2011*), zu reduzieren. Föderale Strukturen im Pflegebereich können wünschenswert und effizient sein, wenn dadurch regional unterschiedliche Präferenzen der Bevölkerung besser berücksichtigt werden können, wenn die föderalistische Organisation zu einem Wettbewerb („yardstick competition“) zwischen den Gebietskörperschaften führt, und sich die Effizienz des Mitteleinsatzes durch eine solche Struktur erhöht. *Trukeschitz – Schneider – Czypionka (2013)* halten jedoch fest, dass in den Pflegesystemen der österreichischen Bundesländer derzeit wenig Wettbewerb aufgrund fehlender Mobilität der nachfragenden Personen und wenig Transparenz – beides sind Grundvoraussetzung für Wettbewerb – herrscht. Die hohen Informations- und Transaktionskosten der unterschiedlichen Systeme erschweren zudem für größere Träger das bundesländerübergreifende Angebot (*Trukeschitz – Schneider – Czypionka, 2013*).

#### **Datengrundlagen für komparative Vergleiche und "best practice" Modelle schaffen**

Der Zugang zu Daten, die eine Analyse der Effizienz ermöglichen, erweist sich als schwierig. Auch das Datenmaterial, das seitens der Bundesländer für diese Studie zur Verfügung gestellt wurde, lässt einen Vergleich der Effizienz nur eingeschränkt zu, nicht zuletzt schon aufgrund der teils unterschiedlichen Einheiten in der Leistungs- und Kostenberechnung (Normstunden-

sätze vs. spezifische Vereinbarungen).<sup>32)</sup> Aus diesem Grund liegen auch kaum empirische Vergleiche der Pflegesysteme in den einzelnen Bundesländern vor. Eine Ausnahme bildet dabei ein Bericht des Rechnungshofs (*Rechnungshof*, 2011), der deutliche Unterschiede in der Kosteneffizienz in der stationären Pflege zwischen zwei Bundesländern illustriert.

Das Bestehen unterschiedlicher Systeme bietet für die einzelnen Länder prinzipiell auch gute Gelegenheiten um anhand von "best practice" Beispielen voneinander lernen zu können. Ein solcher Lernprozess wird allerdings aufgrund der intransparenten Datenlage und der teils mangelnden Vergleichbarkeit der Daten erschwert (*Trukeschitz – Schneider – Czypionka*, 2013). Selbst die Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung schafft hier nur bedingt Abhilfe: In dieser Datenbank werden

- die Leistungseinheiten in den einzelnen Bundesländern weiterhin unterschiedlich gemessen;
- einige Variablen nur im Berichtszeitraum (Kalenderjahr) ausgewiesen – beispielsweise der Leistungsumfang, die Anzahl der SelbstzahlerInnen – andere jedoch nur zum Stichtag, wie die Zahl der Beschäftigten, sowie Details zu Alter und Pflegegeldstufen der betreuten Personen;
- Personen nur in sehr groben Alterskohorten erfasst sowie das Alter nicht mit der Pflegebedürftigkeit verknüpft, was die Qualität der Daten für Projektionen zur Bedarfsplanung deutlich einschränkt;
- von einigen Ländern die Daten für jede Einrichtung (Adresse), von anderen aggregiert auf Basis der jeweiligen Trägerorganisationen übermittelt, was eine kleinräumige Analyse des Versorgungsgrades verhindert;
- Personen doppelt gezählt, die unterschiedliche Pflegeformen bzw. Leistungen von verschiedenen Trägern während eines Berichtsjahres in Anspruch nehmen;
- die Dienstleistungen, die beschäftigten Personen, sowie die Aufwände nicht in allen Bundesländern einheitlich voneinander abgegrenzt;

Somit können auch anhand der neu eingeführten Pflegedienstleistungsstatistik einige Variablen, die als wichtige Indikatoren für Qualitäts- und Effizienzunterschiede zwischen den Bundesländern herangezogen werden könnten, nicht oder nicht konsistent berechnet werden.

*Trukeschitz – Schneider – Czypionka* (2013) weisen darauf hin, dass angesichts der steigenden Nachfrage nach Pflegediensten eine höhere Leistungs- und Datentransparenz, die Intensivierung der Kommunikation und des Informationsaustauschs seitens der politischen Akteure innerhalb und zwischen den verschiedenen Ebenen (Bund, Länder, Gemeinden) wesentlich sein wird, um die jeweils besten Elemente aus den unterschiedlichen Systemen für die Entwicklung von gemeinsamen Strategien herauszunehmen. Die Sammlung und Bereitstellung von umfassenden Daten zum Angebot an und zur Nachfrage nach Pflegediensten für vergleichende Analysen bildet dabei ein wichtiges Instrument.

---

<sup>32)</sup> Selbst die Abgrenzungen der einzelnen Pflegedienste sind in den einzelnen Bundesländern teils abweichend.

Auch über das Problem der Vergleichbarkeit hinaus ist die Erstellung bedarfsgerechter Ausbaupläne und detaillierter Prognosen mit dem vorhandenen – hoch aggregierten – Datenmaterial schwierig. Der Ausbau der Datenbasis über die Anforderungen der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung hinaus und die Dokumentation von Individualdaten (z.B. letzte Haushaltsgröße, bisherige Pflegeformen, informelles Netzwerk, Bildung, Eigenheim, Anzahl der ADL-Einschränkungen einer Person) sind für die Einschätzung der Größenordnung der Parameter vieler Einflussvariablen des zukünftigen Bedarfs von zentraler Bedeutung. Auf Basis von Individualdaten könnten beispielsweise der Einfluss der Anzahl der ADL-Einschränkungen, des Single-Haushaltes, von Kindern in näherer Umgebung, etc. auf die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt in die stationäre Pflege mit Hilfe ökonomischer Methoden geschätzt werden. Im Rahmen der derzeit möglichen Makrosimulationen müssen für diese Variablen mehr ad-hoc als Evidenz-gestützte Annahmen darüber getroffen werden, wie sich die jeweiligen Variablen auf die Nachfrage und die öffentlichen Kosten für Pflegedienste auswirken.

#### **5.4 Aspekte der Finanzierung**

##### **Steigende Kosten durch Verknappung des Arbeitsangebots und steigende Betreuungsintensitäten**

Die in Abschnitt 5.1 beschriebene relative Verknappung des Angebots an Arbeitskräften im Pflegesektor könnte künftig zu deutlich höheren Löhnen des Pflegepersonals führen. Auch die steigende durchschnittliche Betreuungsintensität im mobilen wie im stationären Bereich wird über höhere Personalaufwände (höhere Personalschlüssel, höhere Anteile an diplomierten Pflegekräften) im Durchschnitt höhere Kosten der Leistungserbringung je betreuter Person verursachen. Daneben wird die notwendige Förderung von Ausbildungen, Kompetenzerweiterungen und Höherqualifizierung für das Personal zusätzliche finanzielle Belastungen für die öffentliche Hand bedeuten, um der höheren Betreuungsintensität einer alternden Bevölkerung gerecht zu werden.

##### **Fiskalisch gerechtere Finanzierung möglich**

Der Kostenanstieg wird die finanzielle Belastung der pflegebedürftigen Personen 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 Personen und ihre Angehörigen darstellt, sondern ein allgemeines soziales Risiko. Darüber hinaus erscheint auch die soziale Treffsicherheit des derzeitigen Systems fragwürdig, da es durch das Fehlen einer Erbschafts- bzw. Schenkungssteuer eine gängige Praxis darstellt, die Kosten der Pflegebedürftigkeit durch die rechtzeitige Weitergabe des eigenen Vermögens an nicht-regresspflichtige Angehörige auf die Öffentlichkeit zu überwälzen. Die (Teil)Finanzierung der Pflegedienste aus allgemeinen Steuern würde die Finanzierung besser an das tatsächliche Leistungsfähigkeitsprinzip der Bevölkerung anpassen. Dabei sollte jedoch ver-

mieden werden arbeitsbezogene Abgaben – auch in Hinblick auf die Lohnnebenkosten – weiter zu erhöhen (siehe auch Mühlberger *et al.*, 2008).

## **5.5 Zielkonflikte vermeiden**

### **Höhere (Transaktions)Kosten durch Dualität von Pflege und Gesundheit**

Durch die derzeitige Trennung der Pflege vom Gesundheitssystem und die Finanzierung aus unterschiedlichen Töpfen bzw. durch unterschiedliche Ebenen, entstehen neben den in Abschnitt 5.2 beschriebenen Ineffizienzen auch Zielkonflikte und externe Effekte, da die einzelnen Träger jeweils Anreize haben, die eigenen Kosten gering zu halten. Dies manifestiert sich beispielsweise durch – aus Sicht der befragten Pflege-ExpertInnen – häufig zu kurze Krankenhausaufenthalte pflegebedürftiger Personen, in der Pflege durch teils als zu niedrig wahrgenommene Anteile an diplomierten Pflegekräften. Diese Ausgestaltung führt insgesamt zu höheren Gesamtkosten, wenn die Versorgungsqualität darunter leidet und zu häufigeren bzw. schwereren Erkrankungen der betreuten Personen führt. Es gilt daher zu überlegen, aus Gründen der Effizienz – zumindest im stationären Bereich – die Kompetenzen der Pflege mit jenen des Gesundheitsbereichs zusammenführen.

### **Ausbau (teil)stationärer Dienste und alternativer Wohnformen begünstigt arbeitsmarktpolitische Ziele**

Wie die Befragung der ExpertInnen im mobilen und stationären Bereich gezeigt hat, wird die Qualität der Beschäftigung im stationären Bereich im Durchschnitt als höher wahrgenommen, als im mobilen Bereich. In Hinblick auf arbeitsmarktpolitische Ziele ist daher ein Ausbau der (teil)stationären Pflege und alternativer Wohnformen der mobilen Pflege vorzuziehen. Einerseits aufgrund der beschriebenen qualitativen Unterschiede der Beschäftigung (höhere Teilzeitquote, teils schlechtere arbeitsrechtliche Bedingungen und stärkere Verbreitung prekärer Arbeitsverhältnisse im mobilen Bereich), andererseits entlastet der Ausbau (teil)stationärer Dienste auch pflegende Angehörige stärker. Da die informelle Pflege nachwievor meist von Frauen erbracht wird, steht der Ausbau der (teil)stationären Pflege und alternativer Wohnformen besser im Einklang mit dem Ziel einer höheren Frauenerwerbsquote und eines späteren Pensionsantrittsalters, als dies bei einem vorrangigen Ausbau der mobilen Dienste der Fall ist.

## Literaturverzeichnis

- Angelini, V., Laferrère, A., "Residential Mobility of the European Elderly", CESifo Economic Studies, 58 (3), 2012, S. 544-569.
- Bacharach, M., "Biproportional matrices and input-output change", Cambridge, Cambridge University Press, 1970.
- Badelt, C., Holzmann-Jenkins, A., Matul, C., Österle, A., Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien, 1997.
- Baumol, W. J., Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, American Economic Review, 1967, 57, S. 415-26.
- Baumol, W., Bowen, W., "Performing Arts, The Economic Dilemma: a study of problems common to theater, opera, music, and dance", Twentieth Century Fund, New York, 1966.
- Biró, A., "Overall evaluation of performance", in: Mot, E., Faber, R., Geerts, J., Willemé, P. [Hrsg.], "Performance of Long-Term Care Systems in Europe", ENEPRI Research Report No. 117, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2012, S. 97-117.
- Bonneux, L., Van Der Gaag, N., Bijwaard, G., "Demographic Epidemiologic Projections of Long-Term Care Needs in Selected European Countries: Germany, Spain, The Netherlands and Poland", ENEPRI Research Report No. 112, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2012.
- Bonsang, E., "Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?", *Journal of health economics*, 28, 2009, S. 143-154.
- Brazil, K., Bedard, M., Willison, K., "Factors associated with home death for individuals who receive home support services: a retrospective cohort study", *BMC Palliative Care*, 1, 2002, DOI: 10.1186/1472-684X-1-2.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK), "Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2012", Wien, 2013.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, Wien, 2011.
- Cantwell, P., Turco, S., Brenneis, C., Hanson, J., Neumann, C., Bruera, E., "Predictors of home death in palliative care cancer patients", *Journal of Palliative Care*, 16, 2000, S. 23-28.
- Clausen, H., "Ambulant oder stationär – die ökonomische Vorteilhaftigkeit der Angebotsformen in der Pflege", Dissertation, Universität Hamburg, 2013.
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., Tjadens, F., "Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care", OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2011.
- Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H., Wittenberg, R., European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs, Personal Social Services Research Unit (PSSRU), Discussion Paper, 2003, (1840).
- Da Roit, B., Le Bihan, B., Österle, A., "Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes", *Social Policy and Administration*, 41, 2007, S. 653-671.
- Dorner, T., Rieder, A., "Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung bei Hochbetagten", in: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), "Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme", 2. Auflage, Wien, 2009, S. 325-361.
- 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", ENEPRI Research Report No. 117, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2012, S. 17-57.
- 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", ENEPRI Research Report No. 116, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2012, 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*, 9, 2012, S. 27-37.
- Geerts, J., Willemé, P., Comas-Herrera, A., "Long-term care use in Europe: Projection model and results for 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", ENEPRI Research Report No. 116, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2012, S. 30-75.
- Grabowski, D.C., Stewart, J.A., Broderick, S.M., Coots, L.A., "Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature", *Medical care research and review*, 65, 2008, S. 3-39.
- Jiménez-Martín, S., Vegas Sánchez, R., Vilaplana Prieto, C., "The Relationship between Formal and Informal Care in Europe and its Implications for the Number of Caregiving Hours", ENEPRI Research Report No. 100, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2011.
- Kada, O., Brunner, E., Likar, R., Pinter, G., Leutgeb, I., Francisci, N., Pfeiffer, B., Janig, H., "Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück ... Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen", *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105, 2011, S. 714-722.
- Kada, O., Janig, H., "Stand der Forschung", in: 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", Innsbruck, Studia Universitätsverlag, 2012a, S. 13-25.
- Kada, O., Janig, H., "Das Maßnahmenpaket", in: 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", Innsbruck, Studia Universitätsverlag, 2012b, S. 27-43.
- 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", Innsbruck, Studia Universitätsverlag, 2012a.
- Kada, O., Wiedermann, W., Hollerer, A., Isak, A., Janig, H., "Vermeidbare Krankenhaustransporte", in: 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", Innsbruck, Studia Universitätsverlag, 2012b, S. 69-88.
- Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G., Czypionka, T., "A Typology of Long-Term Care Systems in Europe", ENEPRI Research Report No. 91, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2010.
- Künn-Nele, A., Jürges, H., "Individual and social determinants of home death", 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. 265-274.
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe, "131 Minuten durchschnittlicher Pflegebedarf pro Tag", *Pro Alter*, 3, 2000, S. 30-34.
- Kuratorium Deutsche Altenhilfe, "Qualitative und quantitative Erfassung des erforderlichen Pflegezeit- und Personalbedarfs in deutschen Altenpflegeheimen", Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 225, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, 2002.
- 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.
- Lamb, G., Tappen, R., Diaz, S., Herndon, L., Ouslander, J.G., "Avoidability of hospital transfers of nursing home residents: perspectives of frontline staff", *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 2011, S. 1665-1672.
- 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*, 39, 2010, S. 31-38.
- Mayerhofer, P., Aigner, B., Döring, T., "Teilbericht 1: Räumliche Charakteristika des demographischen Wandels - Bevölkerung und Erwerbspotential", in: Mayerhofer, P., Huber, P. [Hrsg.]: "Demographischer Wandel als Herausforderung für Österreich und seine Regionen", WIFO-Studie im Auftrag der Verbindungsstelle der Bundesländer, Wien, 2010.
- 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", ENEPRI Research Report No. 116, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2012, S. 4-14.
- Mühlberger, U. "Neue Formen der Beschäftigung. Arbeitsflexibilisierung durch atypische Beschäftigung in Österreich", Braumüller, Wien, 2000.
- Mühlberger, U., Guger, A., Knittler, K., Schratzenstaller, M., "Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge", WIFO-Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2008.
- O'Reilly, J., Fagan, C. (Hrsg.), "Part-time Prospects: An International Comparison of Part-time Work in Europe, North America and the Pacific Rim", Routledge, London, 1998.
- OECD, "A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care", OECD Health Policy Studies, Paris, OECD Publishing, 2013.
- Österle, A., Meichenitsch, K., Pflegesicherungssysteme in Europa, Soziale Sicherheit, 11, 2007, S. 536-544.
- Pickard, L., "The supply of informal care in Europe", ENEPRI Research Report No. 94, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2011.
- Pickard, L., King, D., "Modelling the future supply of informal care for older people in Europe", in: Geerts, J., Willemé, P., Mot, E. (Hrsg.), "Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain, and Poland", ENEPRI Research Report No. 116, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2012, S. 76-106.
- Pommer, E., Woittiez, I., Stevens, J., "Comparing Care: The care of the elderly in ten EU countries", SCP-Publication 2007/32, The Netherlands Institute for Social Research, Den Haag, 2007.
- Rappold E. et al. (2009). "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 2011/2, 2011, S. 105-163.
- Riedel, M., Kraus, M., "The Organisation of Formal Long-Term Care for the Elderly. Results from the 21 European Country Studies in the ANCIEN Project", ENEPRI Research Report No. 95, Brüssel, 2011.
- Rischanek U., "Lebensformen und Wohnsituation der Hochbetagten in Österreich", in: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), "Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme", 2. Auflage, Wien, 2009, S. 71-87.
- Rodrig, S., Wiesemann, H.-O., "Der Einfluss des demographischen Wandels auf die Ausgaben der Krankenversicherung", Zeitschrift für die gesamte Versicherungswirtschaft, 93, 2004, S. 17-46.
- Schneekloth, U., von Törne, I., "Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativstudie", in: Schneekloth, U., Wahl, I. [Hrsg.]: "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MUG IV) – Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für ‚Good Practice‘, Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München, 2007, S. 53-168.
- Trukeschitz, B., "Informelle Pflege: Ansichten, Einsichten & Aussichten", in: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit [Hrsg.]: Finanzierung der Pflege in Österreich. Bedarf – Modelle – Perspektiven, St. Pölten, 2008, S. 27-54.
- Trukeschitz, B., Schneider, U., Cypionka, 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", Basingstoke, Palgrave Mcmillan, 2013, S. 154-189.
- Vilaplana Prieto, C., "Informal Care, Labour Force Participation and Unmet Needs for Formal Care in the EU-27, Croatia and Turkey", ENEPRI Research Report No. 97, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2011.
- WHO, "Key Policy Issues in Long-Term Care, World Health Organization Collection on Long-Term Care", Genf, 2003.
- Wittwer, J., Goltz, A., "Projections of the future long-term care workforce", in: Geerts, J., Willemé, P., Mot, E. (Hrsg.), "Long-Term Care Use and Supply in Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain, and Poland", ENEPRI Research Report No. 116, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2012, S. 107-113.
- Zweifel, P., Felder, S., Meier, M., "Aging of Population and Health Care Expenditure: A Reg Herring?", Health Economics, 8, 1999, S. 485-496.

## Anhang A – Details zum Befragungsrücklauf

Bereinigt um leer retournierte Fragebögen ergibt sich für die mobilen Dienste eine Rücklaufquote von 55,2% (Übersicht A1). Regional lag die Rücklaufquote dabei zwischen 36,0% im Burgenland und 62,2% in Tirol, wobei Vorarlberg mit einer Rücklaufquote von 81,0% nicht nur in diesem Aspekt als Ausnahme im Bereich der mobilen Dienste hervorgehoben werden muss. Durch die strukturelle Besonderheit der Dominanz lokaler Vereine wies Vorarlberg auch die meisten Adressen von allen Bundesländern unter den mobilen Diensten auf. Allerdings beschränkt sich diese große Zahl in Vorarlberg daher jedoch hauptsächlich auf die Kategorie "lokale Stützpunkte", die Langversion der Fragebögen wurde nur an die jeweiligen Landeszentralen der Vereine adressiert. Ähnlich hohe Anteile an lokalen Stützpunkten im Rücklauf erzielten neben Vorarlberg auch Niederösterreich (95,7%) und die Steiermark (80,0%). Hohe Anteile an übergeordneten Zentralen im Rücklauf verzeichneten Salzburg (27,3%) und Wien (16,7%). In Tirol ergibt sich ein Anteil an lokalen Stützpunkten von null aufgrund der Dominanz eigenständiger regionaler Sozial- und Gesundheitssprengel. Der Anteil leer retournierter Fragebögen ist mit Ausnahme Wiens (25,0%) in allen Bundesländern äußerst gering.

Übersicht A1: Details zum Rücklauf der Befragung mobiler Dienste

BL	Adressen	Antworten			Rücklaufquote		Anteil
		Insgesamt	Bereinigt	Davon Stützpunkte	In %	Bereinigt in %	Stützpunkte Bereinigt in %
W	36	16	12	2	44,4	33,3	16,7
N	42	24	23	22	57,1	54,8	95,7
B	25	9	9	6	36,0	36,0	66,7
ST	67	27	25	20	40,3	37,3	80,0
K	28	16	15	8	57,1	53,6	53,3
O	56	34	33	25	60,7	58,9	75,8
S	23	12	11	3	52,2	47,8	27,3
T	69	43	41	0	62,3	59,4	0,0
V	105	85	80	78	81,0	76,2	97,5
Ö	451	266	249	164	59,0	55,2	65,9

Q: WIFO-Befragung. – BL = Bundesland.

In der Stichprobe der mobilen Dienste befinden sich darüber hinaus lediglich Organisationen, die einen Vertrag mit dem jeweiligen Bundesland oder einer Gemeinde besitzen, sowie ausnahmslos nicht-gewinnorientierte Träger. Die Fragebögen wurden zu 48% von EinsatzleiterInnen, zu 27% von PflegedienstleiterInnen, jeweils zu 11% von der Geschäftsführung bzw. der Verwaltung beantwortet, 3% waren in sonstigen Bereichen tätig.<sup>33)</sup> 84% der antwortenden Einrichtungen bieten Hauskrankenpflege an, 81% Heimhilfe, 37% sonstige mobile Pflege- und

<sup>33)</sup> Bei Angabe mehrerer Funktionen wird an dieser Stelle nur die "ranghöhere" Funktion ausgewiesen.

Betreuungsdienste.<sup>34)</sup> Von den 33 teilnehmenden mobilen Diensten, die in Oberösterreich angesiedelt sind, bieten 26 (79%) die Landes-spezifische Fachsozialbetreuung Altenarbeit (FSB-A) an.

Unter den Dienstleistern im Bereich der stationären Pflege ist der Rücklauf insgesamt marginal niedriger als bei den mobilen Diensten (Übersicht A2). Die bereinigte Rücklaufquote beträgt 50,6%. Regional sind die Unterschiede weniger stark ausgeprägt als im mobilen Bereich. Im Gegensatz zum mobilen Bereich finden sich unter den Anbietern stationärer Pflege auch gewinnorientierte Unternehmen, ihr Anteil in der Stichprobe beträgt 16%. Von den restlichen Einrichtungen sind 48% öffentlich, 34% gemeinnützig privat oder kirchlich und 2% der teilnehmenden Einrichtungen machten keine Angaben zur Rechtsform. Von den nicht-öffentlichen Einrichtungen gaben etwa 10% an, in keinem Vertragsverhältnis mit einem öffentlich-rechtlichen Auftraggeber (Land, Gemeinde, Sozialhilfeverband) zu stehen.

*Übersicht A2: Details zum Rücklauf der Befragung stationärer Dienstleister*

BL	Adressen	Antworten		Rücklaufquote		Anteil öffentlich-rechtliche Träger
		Insgesamt	Bereinigt	In %	Bereinigt in %	Bereinigt in %
W	39	22	19	56,4	48,7	5,3
N	107	59	52	55,1	48,6	51,9
B	46	22	17	47,8	37,0	5,9
ST	194	109	93	56,2	47,9	22,6
K	62	27	25	43,5	40,3	32,0
O	127	86	80	67,7	63,0	75,0
S	73	40	37	54,8	50,7	78,4
T	86	52	47	60,5	54,7	68,1
V	50	29	27	58,0	54,0	37,0
Ö	784	446	397	56,9	50,6	47,6

Q: WIFO-Befragung. – BL = Bundesland.

Regional fällt der Anteil öffentlicher stationärer Einrichtungen in der Stichprobe stark unterschiedlich aus: Während etwa in Salzburg (78,4%) und Oberösterreich (75,0%) etwa drei Viertel der antwortenden Häuser öffentliche Einrichtungen sind, liegt deren Anteil in der Steiermark (22,6%), im Burgenland (5,9%) und in Wien (5,3%) teils (deutlich) unter einem Viertel. In Wien macht sich dabei insbesondere die fehlende Zustimmung zweier öffentlicher Träger zum Versand der Fragebögen an einzelnen die Häuser bemerkbar, die auch die niedrige Zahl an adressierten Häusern im Vergleich zu den anderen bevölkerungsstarken Bundeslän-

<sup>34)</sup> Unter den sonstigen Diensten wurde mit 10% Essen auf Rädern am häufigsten genannt, es finden sich aber auch Besuchs- und Begleitdienste und andere Sozialdienste, sowie therapeutische Angebote unter den Nennungen. Demenzbetreuung, palliative Versorgung und Hospiz bilden hingegen eher Ausnahmen.

dem erklärt. In der Steiermark ist die niedrige Quote öffentlicher Einrichtungen hingegen auf eine Vielzahl an kleinen privaten Heimen im Land zurückzuführen, welche auch die vergleichsweise hohe Zahl an Adressen im Vergleich zu ähnlich großen Bundesländern bedingen. Nach der beruflichen Funktion verteilen sich die teilnehmenden Personen der stationären Pflege auf die Heimleitung (62%), Pflegedienstleitung (31%), Geschäftsführung (4%), Personen der Verwaltung (2%) und aus sonstigen Bereichen (1%).<sup>35)</sup>

---

<sup>35)</sup> Bei Nennung mehrerer Funktionen wird an dieser Stelle wiederum nur die "ranghöhere" Funktion ausgewiesen.

## **Mobile Pflege und Betreuung im Bundesland {Name Bundesland}**

Eine Befragung im Auftrag des Landes {Name Bundesland} im Verbund mit allen Österreichischen Bundesländern

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten. Bitte beachten Sie: Unter „Pflege“ verstehen wir dabei nicht nur die medizinische Versorgung, Krankenpflege und Palliativbetreuung, sondern AUCH die unterstützende Betreuung im Alltag, wie Heimhilfe, Besuchs- und Begleitedienste, Essen auf Rädern. Alle Fragen zur Hauskrankenpflege beziehen sich auf soziale, nicht jedoch auf medizinische Hauskrankenpflege.**

**Einige Fragen nehmen auf Pflege durch Angehörige und/oder Bekannte bzw. weitere Dienstleistungen Bezug, wie z.B. stationäre Pflege. Auch in diesen Bereichen schließt der Begriff „Pflege“ immer die Betreuung im Alltag mit ein.**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst umgehend an:

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung  
Arsenal Objekt 20  
A-1030 Wien

Oder per Fax: (01) 798 93 86

Oder online: <https://survey.wifo.at/pflege>  
Passwort: «Passwort»

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Matthias Firgo (Projektleiter)  
Tel. (01) 798 26 01 - 471  
[matthias.firgo@wifo.ac.at](mailto:matthias.firgo@wifo.ac.at)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und keinesfalls an die Auftraggeber oder an Dritte weitergegeben. Es werden ausschließlich Ergebnisse veröffentlicht, die keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer zulassen. Wenn Sie an dieser Befragung nicht teilnehmen wollen, so lassen Sie uns das bitte wissen, indem Sie einfach den leeren Fragebogen im beiliegenden Kuvert an uns retournieren.

**1 Welche Rechtsform beschreibt Ihre Trägerorganisation?**

- Öffentlich-rechtlicher Träger (Land, Gemeinde, Sozialhilfeverband) → weiter zu Frage 3)
  - Nicht-gewinnorientierter privatrechtlicher Träger (Gemeinnützige GmbH, Verein, Stiftung, gemeinnützige Genossenschaft, etc.)
  - Gewinnorientierter privatrechtlicher Träger (Aktiengesellschaft, GmbH, KG, etc.)
  - Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**2 Besteht ein Vertrag mit einem öffentlich-rechtlichen Auftraggeber?**

- Ja
- Nein

**3 Welche Funktion üben Sie aus?**

Mehrfachnennungen möglich

- Einsatzleitung
  - Pflegedienstleitung
  - Bereichsleitung in der Verwaltung
  - Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**4 Führt Ihre Dienststelle lediglich die Planung bzw. Verwaltung von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten durch, während die Durchführung von anderen Stützpunkten aus erfolgt, oder dient Ihre Dienststelle auch als Stützpunkt für die Durchführung mobiler Pflege und Betreuung?**

- Unsere Dienststelle führt lediglich die Planung bzw. Verwaltung für andere Stützpunkte durch
- Unsere Dienststelle ist (auch) selbst ein Stützpunkt von dem aus mobile Pflege und Betreuung erbracht wird

**5 Wie viele Stützpunkte, von denen aus die mobilen Pflege- und Bestreungsdienste durchgeführt werden, verwaltet Ihre Dienststelle?**

Anm.: Werden Fahrten und Touren ausschließlich von den Wohnadressen der einzelnen MitarbeiterInnen aus und ohne weitere Stützpunkte durchgeführt, setzen Sie für die Zahl der Standorte bitte „0“ (null) ein.

Die Zahl der Stützpunkte beträgt: \_\_\_\_\_

**Der Begriff „Organisation“ bezieht sich in allen weiteren Fragen immer auf jene Dienststelle, an die dieser Fragebogen adressiert ist (z.B. auf den adressierten Landesverband, nicht auf den übergeordneten Bundesverband).**

**6 Welche Arten von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten bietet Ihre Organisation an?**

- Heimhilfe
  - Hauskrankenpflege
  - Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**7 Bitte nennen Sie das geografische Gebiet, in dem Ihre Organisation mobile Pflege- und Betreuungsdienste anbietet.**

- In der Gemeinde (nicht Wien)
- In Teilen des Bezirks
- Im gesamten Bezirk
- In mehreren Bezirken
- Im gesamten Bundesland
- In mehreren Bundesländern

**8 Wie viele Personen betreut Ihre Organisation derzeit (tagesaktuell oder zum letzten Stichtag) durch mobile Pflege- und Betreuungsdienste?**

Die Zahl betreuter Personen beträgt \_\_\_\_\_

**9 Besteht derzeit eine Wartezeit bei der Anmeldung für mobile Pflege oder Betreuung durch Ihre Organisation?**

- Ja, die Wartezeit beträgt in etwa \_\_\_\_\_ Tage
- Nein

**10 Wie viele Personen beschäftigt Ihre Organisation derzeit in der mobilen Pflege und Betreuung?**

Bitte geben Sie die Anzahl der Personen und die der Vollzeitäquivalente an

\_\_\_\_\_ Personen  
\_\_\_\_\_ Vollzeitäquivalente (VZÄ)

**11 Wie viele Stunden hat ein typischer Arbeitstag des Pflege- und Betreuungspersonals im Durchschnitt?**

- mehr als 8 Stunden
- 8 Stunden
- 7 Stunden
- 6 Stunden
- 5 Stunden
- 4 Stunden
- 3 Stunden
- weniger als 3 Stunden

**12** Wie viel Prozent eines solchen Arbeitstages entfallen dabei in etwa auf direkte Pflege- und Betreuungstätigkeit, wie viel auf Wegzeiten, wie viel auf sonstige Tätigkeiten?

Direkte Pflege und Betreuung \_\_\_\_\_ %  
 Wegzeiten \_\_\_\_\_ %  
 Sonstiges \_\_\_\_\_ %

**13** Setzt Ihre Organisation bei Einsätzen mit mehreren Zielen neben üblichen GPS-Navigationssystemen, welche die schnellste Verbindung zwischen zwei Zielen ermitteln, noch weitere Anwendungen ein, welche auch die optimale Reihenfolge der verschiedenen Ziele errechnen?

- Ja, folgende Anwendung(en):  
 \_\_\_\_\_  
 Nein

**14** Für welche Pflegegeldstufen ist das jeweilige Angebot Ihrer Organisation vorwiegend ausgelegt?

Bitte bewerten Sie die Eignung für jede Pflegegeldstufe von 1 (sehr gut) bis 5 (gar nicht) für alle Dienste, die Ihre Organisation anbietet.

	Heimhilfe	Haus- kranken- pflege	Sonstiges
Kein Pflegegeld	_____	_____	_____
Stufe 1	_____	_____	_____
Stufe 2	_____	_____	_____
Stufe 3	_____	_____	_____
Stufe 4	_____	_____	_____
Stufe 5	_____	_____	_____
Stufe 6	_____	_____	_____
Stufe 7	_____	_____	_____

**15** Wie verteilen sich Ihre KlientInnen in den jeweiligen Dienstleistungsarten?

Bitte verteilen Sie die Anteile auf die einzelnen Pflegegeldstufen so, dass sie für jede der Dienstleistungsarten, die Ihre Organisation anbietet, in Summe jeweils 100% ergeben.

	Heimhilfe	Haus- kranken- pflege	Sonstiges
Kein Pflegegeld	_____	_____	_____
Stufe 1	_____	_____	_____
Stufe 2	_____	_____	_____
Stufe 3	_____	_____	_____
Stufe 4	_____	_____	_____
Stufe 5	_____	_____	_____
Stufe 6	_____	_____	_____
Stufe 7	_____	_____	_____
Unbekannt bzw. laufender Antrag	_____	_____	_____

**16** Wie häufig spielen die folgenden Gründe eine entscheidende Rolle bei der Nutzung von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Ihrer Organisation gegenüber der ausschließlichen Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte?

Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten).

- \_\_\_\_\_ Kognitiver bzw. psychischer Gesundheitszustand macht professionelle Pflege notwendig
- \_\_\_\_\_ Körperlicher Gesundheitszustand macht professionelle Pflege notwendig
- \_\_\_\_\_ Pflegebedürftige Person will Angehörigen bzw. Bekannten nicht zur Last fallen
- \_\_\_\_\_ Überforderung pflegender Angehöriger bzw. Bekannter
- \_\_\_\_\_ Keine Pflege durch vorhandene Angehörige bzw. Bekannte
- \_\_\_\_\_ Fehlen von Angehörigen bzw. Bekannten
- \_\_\_\_\_ Erwartung höherer Qualität der Pflege als bei ausschließlicher Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte
- \_\_\_\_\_ Erwartung besserer sozialer Interaktion bzw. sozialer Betreuung als bei ausschließlicher Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte
- \_\_\_\_\_ Sonstiges (bitte ausführen):  
 \_\_\_\_\_

**17** Welche der folgenden Aussagen trifft Ihrer Einschätzung nach in Bezug auf Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte am häufigsten zu? Das Angebot Ihrer Organisation ist ...

Bitte nur eine Antwort

- eine zeitliche Ergänzung (pflegende Angehörige bzw. Bekannte übernehmen hauptsächlich die gleichen Pflege-Aufgaben)
- eine inhaltliche Ergänzung (pflegende Angehörige bzw. Bekannte übernehmen hauptsächlich andere Pflege-Aufgaben)
- ein Ersatz (pflegebedürftige Person wird ausschließlich bzw. vorwiegend über mobile Dienste gepflegt)
- Sonstiges (bitte ausführen):  
 \_\_\_\_\_

**18** Wie häufig spielen die folgenden Gründe eine entscheidende Rolle bei der Nutzung von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Ihrer Organisation gegenüber der Nutzung stationärer Einrichtungen (Wohn- oder Pflegeheime).

Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten).

- \_\_\_ Kognitiver bzw. psychischer Gesundheitszustand gut genug für den Verbleib im häuslichen Umfeld
- \_\_\_ Kognitiver bzw. psychischer Gesundheitszustand zu schlecht für die Übersiedelung in eine stationäre Einrichtung
- \_\_\_ Körperlicher Gesundheitszustand gut genug für den Verbleib im häuslichen Umfeld
- \_\_\_ Körperlicher Gesundheitszustand zu schlecht für die Übersiedelung in eine stationäre Einrichtung
- \_\_\_ Wunsch, so lange wie möglich im häuslichen Umfeld zu verbleiben
- \_\_\_ Zusätzliche Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte
- \_\_\_ Erwartung höherer Pflegequalität durch mobile Dienste als in stationären Einrichtungen
- \_\_\_ Erwartung höherer sozialer Interaktion bzw. besserer sozialer Betreuung durch mobile Dienste als in stationären Einrichtungen
- \_\_\_ Finanzielle Aspekte
- \_\_\_ Kein Pflegeplatz in vorhandenen Wohn- oder Pflegeheimen
- \_\_\_ Kein Wohn- oder Pflegeheim in der näheren Umgebung vorhanden
- \_\_\_ Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**19** Welche der folgenden Aussagen zur Entscheidung zwischen der Nutzung mobiler Pflege- und Betreuungsdienste Ihrer Organisation und der Übersiedelung in eine stationäre Einrichtung (Wohn- oder Pflegeheime) trifft Ihrer Einschätzung nach am häufigsten zu?

Bitte nur eine Antwort

- Die Übersiedelung erfolgt, wenn das Pflegeerfordernis die Möglichkeiten der angebotenen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste überstieg.
- Die Übersiedelung erfolgt aus anderen Gründen, die Pflege könnte alternativ auch zu Hause durch die angebotenen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste erfolgen.
- Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**20** Wie wird sich Ihrer Einschätzung nach die Nachfrage nach den jeweiligen Dienstleistungen in den nächsten 5 Jahren entwickeln?

Bitte kreuzen Sie für alle Dienstleistungen an, die Ihre Organisation anbietet.

	Starker Anstieg	Leichter Anstieg	Gleichbleibend	Leichter Rückgang	Starker Rückgang
Heimhilfe	<input type="checkbox"/>				
Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges	<input type="checkbox"/>				

**21** Worin sehen Sie den Hauptgrund für die jeweilige Entwicklung?

Heimhilfe:  
\_\_\_\_\_

Hauskrankenpflege:  
\_\_\_\_\_

Sonstiges:  
\_\_\_\_\_

**22** Wie sehr wirkt sich der Ausbau der folgenden Pflege- und Betreuungsformen auf die Nachfrage nach dem Angebot an mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Ihrer Organisation insgesamt aus?

Bitte kreuzen Sie jeweils an

	Starker Anstieg	Leichter Anstieg	Gleichbleibend	Leichter Rückgang	Starker Rückgang
24-Stunden Betreuung zu Hause	<input type="checkbox"/>				
Wohn- und Pflegeheime	<input type="checkbox"/>				
Alternative Wohnformen (z.B. betreute Wohngemeinschaften)	<input type="checkbox"/>				
Tageszentren	<input type="checkbox"/>				

**23** Gibt es für die mobile Pflege und Betreuung Ihrer Organisation konkrete Pläne zum Ausbau in den folgenden Bereichen?

Mehrfachnennungen möglich

- Personalaufstockung
- Erhöhung der Zahl betreuter Personen
- Ausweitung des Angebots auf bisher nicht erbrachte Leistungen
- Kein Ausbau geplant

Der Hauptgrund für diese Pläne lautet:  
\_\_\_\_\_

**24** Gibt es für die mobile Pflege und Betreuung Ihrer Organisation konkrete Pläne zum Abbau in den folgenden Bereichen?

Mehrfachnennungen möglich

- Personalabbau
- Reduktion der Zahl betreuter Personen
- Einschränkung der Angebotsvielfalt / Wegfall bestimmter Leistungen
- Kein Abbau geplant

Der Hauptgrund für diese Pläne lautet:

\_\_\_\_\_

**25** Unabhängig von einem eventuell geplanten Ausbau: Welche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, bzw. der Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt könnten den Ausbau des Angebots an mobiler Pflege und Betreuung Ihrer Organisation erleichtern?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**26** Welche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen bzw. der Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt könnten zu einer Verbesserung der Qualität des bestehenden Angebots an mobiler Pflege und Betreuung Ihrer Organisation beitragen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**27** Wie haben sich in Ihrer Organisation die Kosten für die mobile Pflege und Betreuung in den letzten fünf Jahren entwickelt?

Bitte geben Sie die durchschnittliche jährliche Kostenentwicklung bezogen auf eine Leistungseinheit an.

\_\_\_\_\_ % pro Jahr

**28** Wie schätzen Sie in den kommenden fünf Jahren die Entwicklung der Kosten für die mobile Pflege und Betreuung in Ihrer Organisation ein?

Bitte geben Sie die durchschnittliche jährliche Kostenentwicklung bezogen auf eine Leistungseinheit an.

\_\_\_\_\_ % pro Jahr

**29** Es wird häufig behauptet, dass pflegebedürftige Personen, die zu Hause gepflegt werden, häufiger erkranken, als pflegebedürftige Personen in Wohn- und Pflegeheimen. Teilen Sie diese Einschätzung?

- Ja
- Nein
- Kann ich nicht beurteilen → weiter zu Frage 31)

**30** Weshalb teilen Sie diese Einschätzung bzw. weshalb nicht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**31** Welche Maßnahmen könnten dazu beitragen, die Zahl an Spitalseinlieferungen von Personen, die zu Hause gepflegt werden, generell zu reduzieren?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**32** Wie beurteilen Sie die interdisziplinäre Kooperation von Dienstleistern der mobilen Pflege und Betreuung mit anderen Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen, niedergelassene Ärzte, Apotheken, Bandagisten, Handwerker, etc.)? Halten Sie diese für ...?

- sehr wichtig
- eher wichtig
- eher unwichtig
- völlig unwichtig

**33** Wie beurteilen Sie die Umsetzbarkeit solcher interdisziplinärer Kooperationen in der mobilen Pflege und Betreuung? Halten Sie diese für ...?

- leicht möglich
- eher möglich
- eher unmöglich
- völlig unmöglich

**34** Mit welchen anderen Berufsgruppen bestehen solche Kooperationen (siehe Frage 32) in der mobilen Pflege und Betreuung Ihrer Organisation?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**35** Besteht eine Kooperation zwischen den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Ihrer Organisation und stationären Pflegeeinrichtungen?

- Ja
- Nein → weiter zu Frage 37)

**36** Worin besteht diese Kooperation?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**37** In welchen Bereichen sehen Sie (weitere) Kooperationsmöglichkeiten mit stationären Pflegeeinrichtungen?

In folgenden (weiteren) Bereichen:

\_\_\_\_\_

Keine (weiteren) Kooperationsmöglichkeiten

**38** Wie sehr stehen stationäre Pflegeangebote in einem Konkurrenzverhältnis zum mobilen Angebot Ihrer Organisation?

- Kein Konkurrenzverhältnis → weiter zu Frage 40)
- Leichtes Konkurrenzverhältnis
- Starkes Konkurrenzverhältnis

**39** Hinsichtlich welcher Pflegegeldstufen besteht dieses Konkurrenzverhältnis?

Mehrfachnennungen möglich

- Kein Pflegegeld
- Stufe 1
- Stufe 2
- Stufe 3
- Stufe 4
- Stufe 5
- Stufe 6
- Stufe 7

**40** Worin sehen Sie die Vorteile Ihres Angebots an mobiler Pflege und Betreuung im Vergleich zu stationären Einrichtungen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**41** Worin sehen Sie die Vorteile stationärer Einrichtungen im Vergleich zum Angebot an mobiler Pflege und Betreuung Ihrer Organisation?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Möchten Sie nach Fertigstellung der Studie im Frühjahr 2014 gratis eine Kopie der Studie erhalten, wenn sie vom Auftraggeber freigegeben wurde.

- Ja → bitte unbedingt Emailadresse angeben
- Nein

Bitte nennen Sie uns noch eine Kontaktperson für etwaige Rückfragen:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## **Mobile Pflege und Betreuung im Bundesland {Name Bundesland}**

Eine Befragung im Auftrag des Landes {Name Bundesland} im Verbund mit allen Österreichischen Bundesländern

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten. Bitte beachten Sie: Unter „Pflege“ verstehen wir dabei nicht nur die medizinische Versorgung, Krankenpflege und Palliativbetreuung, sondern AUCH die unterstützende Betreuung im Alltag, wie Heimhilfe, Besuchs- und Begleitsdienste, Essen auf Rädern. Alle Fragen zur Hauskrankenpflege beziehen sich auf soziale, nicht jedoch auf medizinische Hauskrankenpflege.**

**Einige Fragen nehmen auf Pflege durch Angehörige und/oder Bekannte bzw. weitere Dienstleistungen Bezug, wie z.B. stationäre Pflege. Auch in diesen Bereichen schließt der Begriff „Pflege“ immer die Betreuung im Alltag mit ein.**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst umgehend an:

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung  
Arsenal Objekt 20  
A-1030 Wien

Oder per Fax: (01) 798 93 86

Oder online: <https://survey.wifo.at/pflege>  
Passwort: «Passwort»

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Matthias Firgo (Projektleiter)  
Tel. (01) 798 26 01 - 471  
[matthias.firgo@wifo.ac.at](mailto:matthias.firgo@wifo.ac.at)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und keinesfalls an die Auftraggeber oder an Dritte weitergegeben. Es werden ausschließlich Ergebnisse veröffentlicht, die keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer zulassen. Wenn Sie an dieser Befragung nicht teilnehmen wollen, so lassen Sie uns das bitte wissen, indem Sie einfach den leeren Fragebogen im beiliegenden Kuvert an uns retournieren.

**1 Welche Rechtsform beschreibt Ihre Trägerorganisation?**

- Öffentlich-rechtlicher Träger (Land, Gemeinde, Sozialhilfverband) → **weiter zu Frage 3**
  - Nicht-gewinnorientierter privatrechtlicher Träger (Gemeinnützige GmbH, Verein, Stiftung, gemeinnützige Genossenschaft, etc.)
  - Gewinnorientierter privatrechtlicher Träger (Aktiengesellschaft, GmbH, KG, etc.)
  - Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**2 Besteht ein Vertrag mit einem öffentlich-rechtlichen Auftraggeber?**

- Ja
- Nein

**3 Welche Funktion üben Sie aus?**

Mehrfachnennungen möglich

- Einsatzleitung
  - Pflegedienstleitung
  - Bereichsleitung in der Verwaltung
  - Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**Der Begriff „Stützpunkt“ bezieht sich in allen weiteren Fragen immer auf jene Dienststelle, an die dieser Fragebogen adressiert ist (z.B. auf lokalen Stützpunkt, nicht auf den übergeordneten Landesverband).**

**4 Welche Arten von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten bietet Ihr Stützpunkt an?**

- Heimhilfe
  - Hauskrankenpflege
  - Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**5 Bitte nennen Sie das geografische Gebiet, in dem Ihr Stützpunkt mobile Pflege- und Betreuungsdienste anbietet.**

- In der Gemeinde (nicht Wien)
- In Teilen des Bezirks
- Im gesamten Bezirk
- In mehreren Bezirken
- Im gesamten Bundesland
- In mehreren Bundesländern

**6 Wie viele Stunden hat ein typischer Arbeitstag des Pflege- und Betreuungspersonals im Durchschnitt?**

- mehr als 8 Stunden
- 8 Stunden
- 7 Stunden
- 6 Stunden
- 5 Stunden
- 4 Stunden
- 3 Stunden
- weniger als 3 Stunden

**7 Wie viel Prozent eines solchen Arbeitstages entfallen dabei in etwa auf direkte Pflege- und Betreuungstätigkeit, wie viel auf Wegzeiten, wie viel auf sonstige Tätigkeiten?**

Direkte Pflege und Betreuung \_\_\_\_\_ %  
Wegzeiten \_\_\_\_\_ %  
Sonstiges \_\_\_\_\_ %

**8 Setzt Ihr Stützpunkt bei Einsätzen mit mehreren Zielen neben üblichen GPS-Navigationssystemen, welche die schnellste Verbindung zwischen zwei Zielen ermitteln, noch weitere Anwendungen ein, welche auch die optimale Reihenfolge der verschiedenen Ziele errechnen?**

- Ja, folgende Anwendung(en):
- 

- Nein

**9 Für welche Pflegegeldstufen ist das jeweilige Angebot Ihres Stützpunktes vorwiegend ausgelegt?**

Bitte bewerten Sie die Eignung für jede Pflegegeldstufe von 1 (sehr gut) bis 5 (gar nicht) für alle Dienste, die Ihr Stützpunkt anbietet.

	Heimhilfe	Hauskrankenpflege	Sonstiges
Kein Pflegegeld	_____	_____	_____
Stufe 1	_____	_____	_____
Stufe 2	_____	_____	_____
Stufe 3	_____	_____	_____
Stufe 4	_____	_____	_____
Stufe 5	_____	_____	_____
Stufe 6	_____	_____	_____
Stufe 7	_____	_____	_____

**10** Wie häufig spielen die folgenden Gründe eine entscheidende Rolle bei der Nutzung von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Ihres Stützpunktes gegenüber der ausschließlichen Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte?

Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten).

- \_\_\_ Kognitiver bzw. psychischer Gesundheitszustand macht professionelle Pflege notwendig
- \_\_\_ Körperlicher Gesundheitszustand macht professionelle Pflege notwendig
- \_\_\_ Pflegebedürftige Person will Angehörigen bzw. Bekannten nicht zur Last fallen
- \_\_\_ Überforderung pflegender Angehöriger bzw. Bekannter
- \_\_\_ Keine Pflege durch vorhandene Angehörige bzw. Bekannte
- \_\_\_ Fehlen von Angehörigen bzw. Bekannten
- \_\_\_ Erwartung höherer Qualität der Pflege als bei ausschließlicher Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte
- \_\_\_ Erwartung besserer sozialer Interaktion bzw. sozialer Betreuung als bei ausschließlicher Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte
- \_\_\_ Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**11** Welche der folgenden Aussagen trifft Ihrer Einschätzung nach in Bezug auf Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte am häufigsten zu? Das Angebot Ihres Stützpunktes ist ...

Bitte nur eine Antwort

- eine zeitliche Ergänzung (pflegende Angehörige bzw. Bekannte übernehmen hauptsächlich die gleichen Pflege-Aufgaben)
- eine inhaltliche Ergänzung (pflegende Angehörige bzw. Bekannte übernehmen hauptsächlich andere Pflege-Aufgaben)
- ein Ersatz (pflegebedürftige Person wird ausschließlich bzw. vorwiegend über mobile Dienste gepflegt)
- Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**12** Wie häufig spielen die folgenden Gründe eine entscheidende Rolle bei der Nutzung von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Ihres Stützpunktes gegenüber der Nutzung stationärer Einrichtungen (Wohn- oder Pflegeheime).

Bitte beurteilen Sie auf einer Skala von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten).

- \_\_\_ Kognitiver bzw. psychischer Gesundheitszustand gut genug für den Verbleib im häuslichen Umfeld
- \_\_\_ Kognitiver bzw. psychischer Gesundheitszustand zu schlecht für die Übersiedelung in eine stationäre Einrichtung
- \_\_\_ Körperlicher Gesundheitszustand gut genug für den Verbleib im häuslichen Umfeld
- \_\_\_ Körperlicher Gesundheitszustand zu schlecht für die Übersiedelung in eine stationäre Einrichtung
- \_\_\_ Wunsch, so lange wie möglich im häuslichen Umfeld zu verbleiben
- \_\_\_ Zusätzliche Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte
- \_\_\_ Erwartung höherer Pflegequalität durch mobile Dienste als in stationären Einrichtungen
- \_\_\_ Erwartung höherer sozialer Interaktion bzw. besserer sozialer Betreuung durch mobile Dienste als in stationären Einrichtungen
- \_\_\_ Finanzielle Aspekte
- \_\_\_ Kein Pflegeplatz in vorhandenen Wohn- oder Pflegeheimen
- \_\_\_ Kein Wohn- oder Pflegeheim in der näheren Umgebung vorhanden
- \_\_\_ Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**13** Welche der folgenden Aussagen zur Entscheidung zwischen der Nutzung mobiler Pflege- und Betreuungsdienste Ihres Stützpunktes und der Übersiedelung in eine stationäre Einrichtung (Wohn- oder Pflegeheime) trifft Ihrer Einschätzung nach am häufigsten zu?

Bitte nur eine Antwort

- Die Übersiedelung erfolgt, wenn das Pflegeerfordernis die Möglichkeiten der angebotenen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste überstieg.
- Die Übersiedelung erfolgt aus anderen Gründen, die Pflege könnte alternativ auch zu Hause durch die angebotenen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste erfolgen.
- Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**14** Wie wird sich Ihrer Einschätzung nach die Nachfrage nach den jeweiligen Dienstleistungen in den nächsten 5 Jahren entwickeln?

Bitte kreuzen Sie für alle Dienstleistungen an, die Ihr Stützpunkt anbietet.

	Starker Anstieg	Leichter Anstieg	Gleichbleibend	Leichter Rückgang	Starker Rückgang
Heimhilfe	<input type="checkbox"/>				
Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges	<input type="checkbox"/>				

**15** Worin sehen Sie den Hauptgrund für die jeweilige Entwicklung?

Heimhilfe:

\_\_\_\_\_

Hauskrankenpflege:

\_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

**16** Wie sehr wirkt sich der Ausbau der folgenden Pflege- und Betreuungsformen auf die Nachfrage nach dem Angebot an mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Ihres Stützpunktes insgesamt aus?

Bitte kreuzen Sie jeweils an

	Starker Anstieg	Leichter Anstieg	Gleichbleibend	Leichter Rückgang	Starker Rückgang
24-Stunden Betreuung zu Hause	<input type="checkbox"/>				
Wohn- und Pflegeheime	<input type="checkbox"/>				
Alternative Wohnformen (z.B. betreute Wohngemeinschaften)	<input type="checkbox"/>				
Tageszentren	<input type="checkbox"/>				

**17** Unabhängig von einem eventuell geplanten Ausbau: Welche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen bzw. der Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt könnten den Ausbau des Angebots an mobiler Pflege und Betreuung Ihres Stützpunktes erleichtern?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**18** Welche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen bzw. der Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt könnten zu einer Verbesserung der Qualität des bestehenden Angebots an mobiler Pflege und Betreuung Ihres Stützpunktes beitragen?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**19** Es wird häufig behauptet, dass pflegebedürftige Personen, die zu Hause gepflegt werden, häufiger erkranken, als pflegebedürftige Personen in Wohn- und Pflegeheimen. Teilen Sie diese Einschätzung?

- Ja
- Nein
- Kann ich nicht beurteilen → weiter zu Frage 21)

**20** Weshalb teilen Sie diese Einschätzung bzw. weshalb nicht?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**21** Welche Maßnahmen könnten dazu beitragen, die Zahl an Spitalseinlieferungen von Personen, die zu Hause gepflegt werden, generell zu reduzieren?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**22** Wie beurteilen Sie die interdisziplinäre Kooperation von Dienstleistern der mobilen Pflege und Betreuung mit anderen Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen, niedergelassene Ärzte, Apotheken, Bandagisten, Handwerker, etc.)? Halten Sie diese für ...?

- sehr wichtig
- eher wichtig
- eher unwichtig
- völlig unwichtig

**23** Wie beurteilen Sie die Umsetzbarkeit solcher interdisziplinärer Kooperationen in der mobilen Pflege und Betreuung? Halten Sie diese für ...?

- leicht möglich
- eher möglich
- eher unmöglich
- völlig unmöglich

**24** Mit welchen anderen Berufsgruppen bestehen solche Kooperationen in der mobilen Pflege und Betreuung Ihres Stützpunktes?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**25** Besteht eine Kooperation zwischen den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Ihres Stützpunktes und stationären Pflegeeinrichtungen?

- Ja
- Nein → weiter zu Frage 27)

**26** Worin besteht diese Kooperation?

---

---

---

**27** In welchen Bereichen sehen Sie (weitere) Kooperationsmöglichkeiten mit stationären Pflegeeinrichtungen?

- In folgenden (weiteren) Bereichen:  

---
- Keine (weiteren) Kooperationsmöglichkeiten

**28** Wie sehr stehen stationäre Pflegeangebote in einem Konkurrenzverhältnis zum mobilen Angebot Ihres Stützpunktes?

- Kein Konkurrenzverhältnis → weiter zu Frage 30)
- Leichtes Konkurrenzverhältnis
- Starkes Konkurrenzverhältnis

**29** Hinsichtlich welcher Pflegegeldstufen besteht dieses Konkurrenzverhältnis?

Mehrfachnennungen möglich

- Kein Pflegegeld
- Stufe 1
- Stufe 2
- Stufe 3
- Stufe 4
- Stufe 5
- Stufe 6
- Stufe 7

**30** Worin sehen Sie die Vorteile Ihres Angebots an mobiler Pflege und Betreuung im Vergleich zu stationären Einrichtungen?

---

---

---

**31** Worin sehen Sie die Vorteile stationärer Einrichtungen im Vergleich zum Angebot an mobiler Pflege und Betreuung Ihres Stützpunktes?

---

---

---

## Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Möchten Sie nach Fertigstellung der Studie im Frühjahr 2014 gratis eine Kopie der Studie erhalten, wenn sie vom Auftraggeber freigegeben wurde.

- Ja → bitte unbedingt Emailadresse angeben
- Nein

Bitte nennen Sie uns noch eine Kontaktperson für etwaige Rückfragen:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## **Stationäre Pflege und Betreuung im Bundesland {Name Bundesland}**

Eine Befragung im Auftrag des Landes {Name Bundesland} im Verbund mit allen Österreichischen Bundesländern

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur stationären Pflege in Ihrem Haus. Bitte beachten Sie: Unter „Pflege“ verstehen wir dabei nicht nur die medizinische Versorgung, Krankenpflege und Palliativbetreuung, sondern AUCH die unterstützende und soziale Betreuung im Alltag. Alle Fragen beziehen sich auf die Langzeitpflege, nicht jedoch auf die Kurzzeit- und teilstationäre Pflege.

Einige Fragen nehmen auf Pflege durch Angehörige und/oder Bekannte bzw. auf weitere Dienstleistungen Bezug, wie z.B. mobile Pflege- und Betreuungsdienste. Auch in diesen Bereichen bezieht sich der Begriff „Pflege“ auf die Langzeitpflege und schließt auch immer die Betreuung im Alltag mit ein.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen möglichst umgehend an:

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung  
Arsenal Objekt 20  
A-1030 Wien

Oder per Fax: (01) 798 93 86

Oder online: <https://survey.wifo.at/pflege>  
Passwort: «Passwort»

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

Matthias Firgo (Projektleiter)  
Tel. (01) 798 26 01 – 471  
[matthias.firgo@wifo.ac.at](mailto:matthias.firgo@wifo.ac.at)

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und keinesfalls an die Auftraggeber oder an Dritte weitergegeben. Es werden ausschließlich Ergebnisse veröffentlicht, die keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Teilnehmer zulassen. Wenn Sie an dieser Befragung nicht teilnehmen wollen, so lassen Sie uns das bitte wissen, indem Sie einfach den leeren Fragebogen im beiliegenden Kuvert an uns retournieren.

**1 Welche Rechtsform beschreibt Ihre Trägerorganisation?**

- Öffentlich-rechtlicher Träger (Land, Gemeinde, Sozialhilfverband) → weiter zu Frage 3)
- Nicht-gewinnorientierter privatrechtlicher Träger (Gemeinnützige GmbH, Verein, Stiftung, gemeinnützige Genossenschaft, ect.)
- Gewinnorientierter privatrechtlicher Träger (Aktiengesellschaft, GmbH, KG, etc.)
- Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**2 Besteht ein Vertrag mit einem öffentlich-rechtlichen Auftraggeber?**

- Ja
- Nein

**3 Welche der folgenden Funktionen üben Sie aus?**

Mehrfachnennungen möglich

- Haus- bzw. Heimleitung
- Pflegedienstleitung
- Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**4 Welche Bezeichnung trifft auf Ihr Haus (am ehesten) zu?**

- Wohnheim
- Pflegeheim ohne 24h medizinischer Betreuung
- Pflegeheim mit 24h medizinischer Betreuung
- Sonstiges (bitte ausführen):  
\_\_\_\_\_

**5 Wie viele Heimplätze (Wohn- und Pflegeplätze) umfasst Ihr Haus derzeit?**

Die Zahl der Heimplätze beträgt: \_\_\_\_\_

**6 Wie viele BewohnerInnen leben derzeit (tagesaktuell oder zum letzten Stichtag) in Ihrem Haus?**

Die Zahl der BewohnerInnen beträgt: \_\_\_\_\_

**7 Besteht derzeit eine Wartezeit auf einen Heimplatz in Ihrem Haus?**

- Ja, die Wartezeit beträgt in etwa \_\_\_\_\_Tage
- Nein

**8 Wie viele Personen sind derzeit in Ihrem Haus in der Pflege beschäftigt?**

Bitte geben Sie die Anzahl der Personen UND die der Vollzeitäquivalente an.

\_\_\_\_\_ Personen  
\_\_\_\_\_ Vollzeitäquivalente (VZÄ)

**9 Wie viel Prozent eines typischen Arbeitstages des Pflegepersonals entfallen in etwa auf direkte Pflege und Betreuung?**

\_\_\_\_\_ %

**10 Für welche Pflegegeldstufen ist das Angebot in Ihrem Haus vorwiegend ausgelegt?**

Bitte bewerten Sie die Eignung für jede Pflegegeldstufe von 1 (sehr gut) bis 5 (gar nicht) geeignet.

- \_\_\_\_\_ Kein Pflegegeld
- \_\_\_\_\_ Stufe 1
- \_\_\_\_\_ Stufe 2
- \_\_\_\_\_ Stufe 3
- \_\_\_\_\_ Stufe 4
- \_\_\_\_\_ Stufe 5
- \_\_\_\_\_ Stufe 6
- \_\_\_\_\_ Stufe 7

**11 Wie verteilen sich die BewohnerInnen Ihres Hauses auf die einzelnen Pflegegeldstufen?**

Bitte verteilen Sie die Anteile so, dass sie in Summe 100% ergeben.

- \_\_\_\_\_ Kein Pflegegeld
- \_\_\_\_\_ Stufe 1
- \_\_\_\_\_ Stufe 2
- \_\_\_\_\_ Stufe 3
- \_\_\_\_\_ Stufe 4
- \_\_\_\_\_ Stufe 5
- \_\_\_\_\_ Stufe 6
- \_\_\_\_\_ Stufe 7
- \_\_\_\_\_ Unbekannt bzw. laufender Antrag

**12** Wie häufig spielen die folgenden Gründe eine entscheidende Rolle für die Übersiedelung von pflegebedürftigen Personen in Ihr Haus?

Bitte beurteilen Sie jeweils auf einer Skala von 1 (sehr häufig) bis 5 (sehr selten).

- \_\_\_\_\_ Kognitiver bzw. psychischer Gesundheitszustand zu schlecht für häusliche Pflege
  - \_\_\_\_\_ Körperlicher Gesundheitszustand zu schlecht für häusliche Pflege
  - \_\_\_\_\_ Pflegebedürftige Person will Angehörigen bzw. Bekannten nicht zur Last fallen
  - \_\_\_\_\_ Überforderung pflegender Angehöriger bzw. Bekannter
  - \_\_\_\_\_ Keine Pflege durch vorhandene Angehörige bzw. Bekannte
  - \_\_\_\_\_ Fehlen von Angehörigen bzw. Bekannten
  - \_\_\_\_\_ Fehlendes Angebot an mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten am letzten Wohnort
  - \_\_\_\_\_ Erwartung besserer sozialer Interaktion bzw. sozialer Betreuung als bei Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte
  - \_\_\_\_\_ Erwartung besserer sozialer Interaktion bzw. sozialer Betreuung als bei Pflege durch mobile Pflege- und Betreuungsdienste
  - \_\_\_\_\_ Erwartung höherer Qualität der Pflege als bei Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte
  - \_\_\_\_\_ Erwartung höherer Qualität der Pflege als bei Pflege durch mobile Pflege- und Betreuungsdienste
  - \_\_\_\_\_ Letzte Wohnung bzw. letztes Haus nicht mehr geeignet
  - \_\_\_\_\_ Finanzielle Aspekte
  - \_\_\_\_\_ Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**13** Welche der folgenden Aussagen zur Entscheidung zwischen der Übersiedelung in Ihr Haus und der häuslichen Pflege durch Angehörige bzw. Bekannte trifft Ihrer Einschätzung nach am häufigsten zu?

Bitte nur eine Antwort

- Die Übersiedelung erfolgt, wenn das Pflegeerfordernis die Möglichkeiten der vorhandenen Angehörigen bzw. Bekannten übersteigt.
  - Die Übersiedelung erfolgt aus anderen Gründen, die Pflege könnte alternativ auch zu Hause durch vorhandene Angehörige bzw. Bekannte erfolgen.
  - Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**14** Welche der folgenden Aussagen zur Entscheidung zwischen der Übersiedelung in Ihr Haus und der häuslichen Pflege durch mobile Pflege- und Betreuungsdienste trifft Ihrer Einschätzung nach am häufigsten zu?

Bitte nur eine Antwort

- Die Übersiedelung erfolgt, wenn das Pflegeerfordernis die Möglichkeiten der vorhandenen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste übersteigt.
  - Die Übersiedelung erfolgt aus anderen Gründen, die Pflege könnte alternativ auch zu Hause durch vorhandene mobile Pflege- und Betreuungsdienste erfolgen.
  - Sonstiges (bitte ausführen):
- 

**15** Wie wird sich Ihrer Einschätzung nach die Nachfrage nach Heimplätzen in Ihrem Haus in den nächsten 5 Jahren entwickeln?

- Starker Anstieg
- Leichter Anstieg
- Gleich bleibend
- Leichter Rückgang
- Starker Rückgang

**16** Worin sehen Sie den Hauptgrund für diese Entwicklung?

---



---



---

**17** Wie sehr wirkt sich der Ausbau der folgenden Pflege- und Betreuungsformen auf die Nachfrage nach Wohn- bzw. Pflegeplätzen Ihres Hauses aus?

Bitte kreuzen Sie jeweils an

	Starker Anstieg	Leichter Anstieg	Gleich bleibend	Leichter Rückgang	Starker Rückgang
24-Stunden Betreuung zu Hause	<input type="checkbox"/>				
Mobile Pflege und Betreuung	<input type="checkbox"/>				
Alternative Wohnformen (z.B. betreute Wohngemeinschaften)	<input type="checkbox"/>				
Tageszentren	<input type="checkbox"/>				

**18** Gibt es für Ihr Haus konkrete Pläne zum Ausbau in den folgenden Bereichen?

Mehrfachnennungen möglich

- Personalaufstockung
- Erhöhung der Zahl der Heimplätze
- Ausweitung des Angebots auf bisher nicht erbrachte Leistungen
- Kein Ausbau geplant

Der Hauptgrund für diese Pläne lautet:

\_\_\_\_\_

**19** Gibt es für Ihr Haus konkrete Pläne zum Abbau in den folgenden Bereichen?

Mehrfachnennungen möglich

- Personalabbau
- Reduktion der Zahl der Heimplätze
- Einschränkung der Angebotsvielfalt bzw. Wegfall bestimmter Leistungen
- Kein Abbau geplant

Der Hauptgrund für diese Pläne lautet:

\_\_\_\_\_

**20** Unabhängig von einem eventuell geplanten Ausbau: Welche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen bzw. der Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt könnten den Ausbau Ihres Angebots erleichtern?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**21** Welche Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen bzw. der Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt könnten zu einer Verbesserung der Qualität des bestehenden Angebots Ihres Hauses beitragen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**22** Wie haben sich in Ihrem Haus die Kosten der Pflege in den letzten fünf Jahren entwickelt?

Bitte geben Sie die durchschnittliche jährliche Kostenentwicklung bezogen auf eine Leistungseinheit an.

\_\_\_\_\_ % pro Jahr

**23** Wie schätzen Sie in den kommenden fünf Jahren die Entwicklung der Pflegekosten in Ihrem Haus ein?

Bitte geben Sie die durchschnittliche jährliche Kostenentwicklung bezogen auf eine Leistungseinheit an.

\_\_\_\_\_ % pro Jahr

**24** Es wird oft behauptet, dass BewohnerInnen von stationären Pflegeeinrichtungen häufiger in Spitäler eingeliefert werden, als zum Wohle der BewohnerInnen notwendig ist. Teilen Sie diese Einschätzung?

- Ja
- Nein
- Kann ich nicht beurteilen → weiter zu Frage 26)

**25** Weshalb teilen Sie diese Einschätzung bzw. weshalb nicht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**26** Welche Maßnahmen könnten dazu beitragen die Zahl an Spitälselieferungen von BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen generell zu reduzieren?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**27** Welche Angebote zur Gestaltung des Alltags stehen den BewohnerInnen Ihres Hauses zur Verfügung?

Mehrfachnennungen möglich

- Ausflüge (Spazierfahrten, Besuch von kulturellen Veranstaltungen und Einrichtungen, etc.)
- Park oder Garten
- Bibliothek
- Feste (Geburtstage, Grillfeste, etc.)
- Internet
- Kreatives (Basteln, Malen, Gärtnern, etc.)
- Tanzen und/oder Singen
- Betreuung durch Ehrenamtliche
- Sonstiges (bitte ausführen):

\_\_\_\_\_

**28** Welche Angebote an Pflege, medizinischer und therapeutischer Betreuung stehen den BewohnerInnen Ihres Hauses zur Verfügung?

Mehrfachnennungen möglich

- Ergotherapie
- Logopädie
- Massage
- Physiotherapie
- Psychologische Betreuung
- Demenzbetreuung
- Biografiearbeit
- Ambulante Ärzte im Haus
- Stationäre Ärzte im Haus
- Niedergelassene Ärzte außer Haus
- Konzeptionelles Pflegemodell (Name):

\_\_\_\_\_

- Sonstiges (bitte ausführen):

\_\_\_\_\_

**29** Wie beurteilen Sie die interdisziplinäre Kooperation von Pflege im stationären Bereich mit anderen Berufsgruppen (z.B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen, niedergelassenen Ärzten)? Halten Sie diese für ...?

- sehr wichtig
- eher wichtig
- eher unwichtig
- völlig unwichtig

**30** Wie beurteilen Sie die Umsetzbarkeit solcher interdisziplinärer Kooperationen in der stationären Pflege? Halten Sie diese für ...?

- leicht möglich
- eher möglich
- eher unmöglich
- völlig unmöglich

**31** Besteht eine Kooperation zwischen Ihrem Haus und mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten?

- Ja
- Nein → weiter zu Frage 33)

**32** Worin besteht diese Kooperation?

---

---

---

**33** In welchen Bereichen sehen Sie (weitere) Kooperationsmöglichkeiten für Ihr Haus mit mobilen Pflege – und Betreuungsdiensten?

- In folgenden (weiteren) Bereichen:

---

- Keine (weiteren) Kooperationsmöglichkeiten

**34** Wie sehr steht das stationäre Angebot Ihres Hauses in Konkurrenz zu mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten?

- Kein Konkurrenzverhältnis → weiter zu Frage 36)
- Leichtes Konkurrenzverhältnis
- Starkes Konkurrenzverhältnis

**35** Hinsichtlich welcher Pflegegeldstufen besteht dieses Konkurrenzverhältnis?

Mehrfachnennungen möglich

- Kein Pflegegeld
- Stufe 1
- Stufe 2
- Stufe 3
- Stufe 4
- Stufe 5
- Stufe 6
- Stufe 7

**36** Worin sehen Sie die Vorteile Ihres Angebots an stationärer Pflege im Vergleich zu mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten?

---

---

---

**37** Worin sehen Sie die Vorteile mobiler Pflege- und Betreuungsdienste im Vergleich zum stationären Angebot Ihres Hauses?

---

---

---

## Vielen Dank für Ihre Bemühungen!

Möchten Sie nach Fertigstellung der Studie im Frühjahr 2014 gratis eine Kopie der Studie erhalten, wenn sie vom Auftraggeber freigegeben wurde.

- Ja → bitte unbedingt Emailadresse angeben
- Nein

Bitte nennen Sie uns noch eine Kontaktperson für etwaige Rückfragen:

Name: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## Anhang C – Weitere Übersichten zu Kapitel 4

Übersicht C1: Bevölkerung nach Altersgruppe gemäß Bevölkerungsprognose

	2012	2020	2030	2012/2020	2012/2030
<b>Wien</b>					
Unter 60	1.333.006	1.426.310	1.470.038	+ 7,0	+ 10,3
60 bis 79	303.938	336.954	380.846	+ 10,9	+ 25,3
60 und mehr	384.078	417.918	498.125	+ 8,8	+ 29,7
80 und mehr	80.140	80.964	117.279	+ 1,0	+ 46,3
Anteil 60+ an insgesamt in %	22,4	22,7	25,3		
Anteil 80+ an insgesamt in %	4,7	4,4	6,0		
Insgesamt	1.717.084	1.844.228	1.968.163	+ 7,4	+ 14,6
<b>Niederösterreich</b>					
Unter 60	1.215.647	1.208.898	1.164.563	- 0,6	- 4,2
60 bis 79	315.766	356.825	440.271	+ 13,0	+ 39,4
60 und mehr	398.808	455.168	570.276	+ 14,1	+ 43,0
80 und mehr	83.042	98.343	130.005	+ 18,4	+ 56,6
Anteil 60+ an insgesamt in %	24,7	27,4	32,9		
Anteil 80+ an insgesamt in %	5,1	5,9	7,5		
Insgesamt	1.614.455	1.664.066	1.734.839	+ 3,1	+ 7,5
<b>Burgenland</b>					
Unter 60	210.859	204.253	193.707	- 3,1	- 8,1
60 bis 79	58.373	68.698	85.803	+ 17,7	+ 47,0
60 und mehr	74.923	87.682	108.794	+ 17,0	+ 45,2
80 und mehr	16.550	18.984	22.991	+ 14,7	+ 38,9
Anteil 60+ an insgesamt in %	26,2	30,0	36,0		
Anteil 80+ an insgesamt in %	5,8	6,5	7,6		
Insgesamt	285.782	291.935	302.501	+ 2,2	+ 5,9
<b>Steiermark</b>					
Unter 60	910.184	881.673	824.236	- 3,1	- 9,4
60 bis 79	231.553	263.776	316.810	+ 13,9	+ 36,8
60 und mehr	298.512	338.294	410.276	+ 13,3	+ 37,4
80 und mehr	66.959	74.518	93.466	+ 11,3	+ 39,6
Anteil 60+ an insgesamt in %	24,7	27,7	33,2		
Anteil 80+ an insgesamt in %	5,5	6,1	7,6		
Insgesamt	1.208.696	1.219.967	1.234.512	+ 0,9	+ 2,1
<b>Kärnten</b>					
Unter 60	413.410	386.988	346.873	- 6,4	- 16,1
60 bis 79	110.665	129.378	154.444	+ 16,9	+ 39,6
60 und mehr	142.617	164.140	199.045	+ 15,1	+ 39,6
80 und mehr	31.952	34.762	44.601	+ 8,8	+ 39,6
Anteil 60+ an insgesamt in %	25,6	29,8	36,5		
Anteil 80+ an insgesamt in %	5,7	6,3	8,2		
Insgesamt	556.027	551.128	545.918	- 0,9	- 1,8

Fortsetzung Übersicht C 1

**Oberösterreich**

Unter 60	1.092.412	1.071.969	1.011.534	- 1,9	- 7,4
60 bis 79	252.996	295.054	370.264	+ 16,6	+ 46,4
60 und mehr	321.454	375.863	472.730	+ 16,9	+ 47,1
80 und mehr	68.458	80.809	102.466	+ 18,0	+ 49,7
Anteil 60+ an insgesamt in %	22,7	26,0	31,8		
Anteil 80+ an insgesamt in %	4,8	5,6	6,9		
Insgesamt	1.413.866	1.447.832	1.484.264	+ 2,4	+ 5,0

**Salzburg**

Unter 60	409.640	402.560	378.687	- 1,7	- 7,6
60 bis 79	96.326	112.758	134.306	+ 17,1	+ 39,4
60 und mehr	120.064	140.896	174.713	+ 17,4	+ 45,5
80 und mehr	23.738	28.138	40.407	+ 18,5	+ 70,2
Anteil 60+ an insgesamt in %	22,7	25,9	31,6		
Anteil 80+ an insgesamt in %	4,5	5,2	7,3		
Insgesamt	529.704	543.456	553.400	+ 2,6	+ 4,5

**Tirol**

Unter 60	555.323	550.273	519.955	- 0,9	- 6,4
60 bis 79	125.083	144.442	178.392	+ 15,5	+ 42,6
60 und mehr	156.258	182.836	231.421	+ 17,0	+ 48,1
80 und mehr	31.175	38.394	53.029	+ 23,2	+ 70,1
Anteil 60+ an insgesamt in %	22,0	24,9	30,8		
Anteil 80+ an insgesamt in %	4,4	5,2	7,1		
Insgesamt	711.581	733.109	751.376	+ 3,0	+ 5,6

**Vorarlberg**

Unter 60	292.699	292.333	279.755	- 0,1	- 4,4
60 bis 79	63.292	73.129	90.638	+ 15,5	+ 43,2
60 und mehr	78.227	92.829	117.852	+ 18,7	+ 50,7
80 und mehr	14.935	19.700	27.214	+ 31,9	+ 82,2
Anteil 60+ an insgesamt in %	21,1	24,1	29,6		
Anteil 80+ an insgesamt in %	4,0	5,1	6,8		
Insgesamt	370.926	385.162	397.607	+ 3,8	+ 7,2

Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose Oktober 2013; Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht C2: Entwicklung der Einpersonenhaushalte in den Bundesländern 2012, 2020, 2030

	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
		<b>Wien</b>			<b>Niederösterreich</b>	
2012	398.204	158.541	239.663	220.208	82.932	137.276
2020	421.620	153.327	268.293	238.354	78.827	159.527
2030	445.086	156.546	288.540	258.968	82.186	176.782
Veränderung 2012/2030 in %	+11,8	-1,3	+20,4	+17,6	-0,9	+28,8
		<b>Burgenland</b>			<b>Steiermark</b>	
2012	32.402	11.750	20.652	172.997	68.646	104.351
2020	35.487	11.720	23.767	185.062	67.487	117.575
2030	39.563	12.604	26.959	195.253	69.524	125.729
Veränderung 2012/2030 in %	+22,1	+7,3	+30,5	+12,9	+1,3	+20,5
		<b>Kärnten</b>			<b>Oberösterreich</b>	
2012	86.449	33.921	52.528	202.727	81.806	120.921
2020	95.588	35.175	60.413	220.070	81.149	138.921
2030	102.387	37.343	65.044	240.032	87.080	152.952
Veränderung 2012/2030 in %	+18,4	+10,1	+23,8	+18,4	+6,4	+26,5
		<b>Salzburg</b>			<b>Tirol</b>	
2012	81.912	31.379	50.533	99.143	39.915	59.228
2020	88.325	30.191	58.134	107.650	39.178	68.472
2030	96.252	32.826	63.426	118.196	42.703	75.493
Veränderung 2012/2030 in %	+17,5	+4,6	+25,5	+19,2	+7,0	+27,5
		<b>Vorarlberg</b>			<b>Österreich</b>	
	50.793	21.482	29.311	1.344.835	530.372	814.463
2012	57.330	22.259	35.071	1.449.486	519.313	930.173
2020	64.229	24.775	39.454	1.559.966	545.587	1.014.379
2030	+26,5	+15,3	+34,6	+16,0	+2,9	+24,5

Q: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2012; Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht C3: Entwicklung der Einpersonenhaushalte von Personen im Alter von 65 und mehr Jahren in den Bundesländern 2012, 2020, 2030

	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
		<b>Wien</b>			<b>Niederösterreich</b>	
2012	112.062	24.712	87.350	92.055	22.269	69.786
2020	121.851	24.890	96.961	104.335	24.653	79.682
2030	144.124	30.503	113.621	130.057	31.679	98.378
Veränderung 2012/2030 in %	+28,6	+23,4	+30,1	+41,3	+42,3	+41,0
		<b>Burgenland</b>			<b>Steiermark</b>	
2012	15.862	3.711	12.151	65.937	15.787	50.150
2020	17.993	4.464	13.529	73.178	17.696	55.482
2030	22.861	5.917	16.944	90.044	23.032	67.012
Veränderung 2012/2030 in %	+44,1	+59,4	+39,4	+36,6	+45,9	+33,6
		<b>Kärnten</b>			<b>Oberösterreich</b>	
2012	34.480	8.365	26.115	75.878	17.919	57.959
2020	39.707	10.236	29.471	86.550	21.017	65.533
2030	50.266	13.930	36.336	111.405	28.971	82.434
Veränderung 2012/2030 in %	+45,8	+66,5	+39,1	+46,8	+61,7	+42,2
		<b>Salzburg</b>			<b>Tirol</b>	
2012	27.639	6.565	21.074	33.923	8.555	25.368
2020	32.904	7.375	25.529	39.795	9.774	30.021
2030	42.166	10.123	32.043	51.385	13.531	37.854
Veränderung 2012/2030 in %	+52,6	+54,2	+52,0	+51,5	+58,2	+49,2
		<b>Vorarlberg</b>				
2012	17.692	4.518	13.174			
2020	21.428	5.557	15.871			
2030	27.848	7.795	20.053			
Veränderung 2012/2030 in %	+57,4	+72,5	+52,2			

Q: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2012; Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht C4: Erwerbsprognosen Frauen in den Bundesländern 2012, 2030

Alter	Öster- reich	Burgen- land	Kärn- ten	Nieder- öster- reich	Ober- Öster- reich	Salz- burg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien
	2012									
15 bis 19 Jahre	31,6	21,5	26,7	28,7	34,9	30,8	32,0	39,5	32,9	30,9
20 bis 24 Jahre	65,1	72,8	67,4	68,9	73,0	70,6	65,0	69,7	76,9	50,3
25 bis 29 Jahre	80,7	85,1	81,7	83,1	83,9	82,0	81,3	81,5	84,0	74,7
30 bis 34 Jahre	80,3	84,2	80,6	85,2	80,4	80,5	80,5	74,9	74,8	79,0
35 bis 39 Jahre	82,3	83,7	81,2	86,3	81,4	82,5	80,8	77,9	70,2	84,8
ö0 bis 44 Jahre	83,4	84,7	82,9	85,6	82,7	84,4	84,4	76,2	72,6	86,3
45 bis 49 Jahre	79,3	82,8	73,2	83,6	79,6	81,5	75,8	73,4	71,5	82,5
50 bis 54 Jahre	70,4	71,5	64,9	72,7	71,1	71,2	67,3	61,0	70,7	75,4
55 bis 59 Jahre	43,8	42,9	38,7	46,5	40,9	45,9	39,1	45,9	39,5	48,7
60 bis 64 Jahre	8,4	3,1	7,1	8,1	6,5	11,1	7,5	11,7	8,3	10,2
	2030									
15 bis 19 Jahre	27,3	18,6	23,1	24,8	30,1	26,6	27,7	34,1	28,5	26,7
20 bis 24 Jahre	68,2	77,0	71,3	72,9	77,2	74,7	68,8	73,8	81,4	53,2
25 bis 29 Jahre	80,6	83,7	81,4	82,4	82,9	81,7	81,2	81,4	83,0	76,9
30 bis 34 Jahre	85,3	88,0	85,5	88,7	85,3	85,4	85,5	81,6	81,5	84,4
35 bis 39 Jahre	82,1	83,0	81,3	84,6	81,4	82,1	81,0	79,1	74,1	83,6
40 bis 44 Jahre	83,3	84,0	82,8	84,6	82,7	83,8	83,8	78,5	76,1	85,0
45 bis 49 Jahre	81,0	83,2	76,8	83,7	81,0	82,3	78,5	76,9	75,7	83,0
50 bis 54 Jahre	77,0	77,6	72,9	78,5	77,3	77,4	74,6	70,1	77,0	80,3
55 bis 59 Jahre	60,9	59,7	56,0	63,0	57,9	62,5	56,3	62,4	56,7	65,8
60 bis 64 Jahre	23,6	13,9	21,2	23,1	20,0	28,4	22,0	29,6	23,3	27,4

Q: Statistik Austria. Erwerbsprognose 2012, Hauptszenario.

*Übersicht C5: Nettoaussgaben für Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden*

*In 1.000 Euro, 2012*

	Mobile Pflege	Stationäre Pflege	Teilstationäre Dienste	Kurzzeit- pflege	Alternative Wohnformen	Case- und Care- Management
Wien	133.040	449.216	15.459	3.910	74.182	4.320
Niederösterreich	43.967	159.467	881	3.220		2.038
Burgenland	5.231	24.453	294			
Steiermark	31.898	191.814	1.531	1)	1.468	0
Kärnten	22.261	77.263	463	666		197
Oberösterreich	35.750	163.661	1.510	21	147	1.770
Salzburg	15.693	44.979	695	232		847
Tirol	22.692	69.763	550	231		243
Vorarlberg	10.994	46.615	261	563	689	680

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht 2012. – Anmerkung: Dienste der Langzeitpflege, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden; exkl. Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung. Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze (von betreuten Personen, Angehörigen, Drittverpflichteten) und sonstige Einnahmen (z.B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds). – 1) Bei den stationären Diensten enthalten.

## Anhang D1 – Gesamtszenarien (untere und obere Szenarien)

Übersicht D1.1: *Finanzaufwand stationäre Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (unteres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	449.216	489.673	544.556	602.184	738.777	21,2	34,1	64,5
Niederösterreich	159.467	184.067	213.573	234.740	277.840	33,9	47,2	74,2
Burgenland	24.453	27.800	31.391	33.822	38.907	28,4	38,3	59,1
Steiermark	191.814	217.953	246.569	266.642	310.150	28,5	39,0	61,7
Kärnten	77.263	88.375	98.935	106.194	124.803	28,1	37,4	61,5
Oberösterreich	163.661	189.972	220.980	243.078	285.613	35,0	48,5	74,5
Salzburg	44.979	52.741	62.340	70.186	85.905	38,6	56,0	91,0
Tirol	69.763	82.479	98.379	109.713	131.894	41,0	57,3	89,1
Vorarlberg	46.615	55.614	67.548	76.429	91.407	44,9	64,0	96,1

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D1.2: *Finanzaufwand stationäre Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (oberes Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	449.216	530.050	673.974	921.513	1.298.826	50,0	105,1	189,1
Niederösterreich	159.467	199.245	264.331	362.773	493.548	65,8	127,5	209,5
Burgenland	24.453	30.093	38.851	52.372	69.505	58,9	114,2	184,2
Steiermark	191.814	235.925	305.168	408.772	547.450	59,1	113,1	185,4
Kärnten	77.263	95.662	122.448	164.210	221.941	58,5	112,5	187,3
Oberösterreich	163.661	205.637	273.498	376.051	508.079	67,1	129,8	210,4
Salzburg	44.979	57.089	77.156	108.615	153.000	71,5	141,5	240,2
Tirol	69.763	89.280	121.759	169.898	234.881	74,5	143,5	236,7
Vorarlberg	46.615	60.200	83.602	117.006	161.065	79,3	151,0	245,5

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D1.3: *Finanzaufwand mobile Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (unteres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Wien	133.040	145.877	166.660	178.089	209.884	25,3	33,9	57,8
Niederösterreich	43.967	51.102	59.585	64.691	76.333	35,5	47,1	73,6
Burgenland	5.231	5.928	6.670	7.138	8.243	27,5	36,5	57,6
Steiermark	31.898	36.114	41.060	43.770	50.763	28,7	37,2	59,1
Kärnten	22.261	25.326	28.572	30.247	35.442	28,3	35,9	59,2
Oberösterreich	35.750	41.107	47.678	51.202	60.074	33,4	43,2	68,0
Salzburg	15.693	18.100	21.432	23.131	27.452	36,6	47,4	74,9
Tirol	22.692	26.510	31.494	34.474	41.013	38,8	51,9	80,7
Vorarlberg	10.994	13.068	15.806	17.726	21.113	43,8	61,2	92,0

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.4: Finanzaufwand mobile Pflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (oberes Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	133.040	157.906	206.268	272.527	368.991	55,0	104,8	177,4
Niederösterreich	43.967	55.315	73.745	99.975	135.596	67,7	127,4	208,4
Burgenland	5.231	6.417	8.255	11.052	14.725	57,8	111,3	181,5
Steiermark	31.898	39.091	50.819	67.102	89.603	59,3	110,4	180,9
Kärnten	22.261	27.414	35.362	46.772	63.027	58,8	110,1	183,1
Oberösterreich	35.750	44.496	59.009	79.211	106.866	65,1	121,6	198,9
Salzburg	15.693	19.593	26.526	35.796	48.894	69,0	128,1	211,6
Tirol	22.692	28.696	38.979	53.386	73.037	71,8	135,3	221,9
Vorarlberg	10.994	14.146	19.562	27.137	37.203	77,9	146,8	238,4

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.5: Finanzaufwand Teilstationäre Dienste - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (unteres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	15.459	17.061	19.884	21.072	24.468	28,6	36,3	58,3
Niederösterreich	881	1.023	1.206	1.232	1.425	36,9	39,9	61,8
Burgenland	294	332	374	396	466	27,4	34,8	58,6
Steiermark	1.531	1.742	1.991	2.123	2.470	30,0	38,7	61,3
Kärnten	463	528	606	635	746	31,0	37,1	61,3
Oberösterreich	1.510	1.742	2.026	2.175	2.560	34,1	44,0	69,5
Salzburg	695	810	970	1.053	1.254	39,5	51,4	80,3
Tirol	550	641	768	841	1.003	39,6	52,9	82,2
Vorarlberg	261	309	376	421	503	44,0	61,4	92,7

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.6: Finanzaufwand Teilstationäre Dienste - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (oberes Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	15.459	18.468	24.610	32.246	43.017	59,2	108,6	178,3
Niederösterreich	881	1.107	1.493	1.904	2.531	69,5	116,1	187,4
Burgenland	294	359	463	613	832	57,7	108,7	183,3
Steiermark	1.531	1.886	2.464	3.255	4.360	60,9	112,6	184,8
Kärnten	463	571	751	981	1.327	62,2	112,0	186,8
Oberösterreich	1.510	1.885	2.508	3.364	4.554	66,0	122,7	201,5
Salzburg	695	876	1.201	1.630	2.233	72,7	134,3	221,1
Tirol	550	694	951	1.303	1.786	72,7	136,8	224,5
Vorarlberg	261	335	465	645	886	78,2	147,1	239,6

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.7: Finanzaufwand Kurzzeitpflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (unteres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	3.910	4.301	4.950	5.328	6.307	26,6	36,3	61,3
Niederösterreich	3.220	3.787	4.420	4.891	5.812	37,3	51,9	80,5
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	666	757	847	902	1.056	27,3	35,6	58,7
Oberösterreich	21	24	28	29	34	30,6	38,0	60,6
Salzburg	232	270	313	365	459	35,1	57,7	98,0
Tirol	231	275	330	363	433	42,5	56,8	87,1
Vorarlberg	563	681	835	962	1.161	48,3	70,9	106,2

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.8: Finanzaufwand Kurzzeitpflege - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (oberes Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	3.910	4.656	6.126	8.153	11.088	56,7	108,5	183,6
Niederösterreich	3.220	4.099	5.470	7.559	10.325	69,9	134,8	220,7
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	666	819	1.048	1.395	1.878	57,5	109,6	182,1
Oberösterreich	21	26	34	46	61	61,7	113,5	185,6
Salzburg	232	292	387	565	817	67,2	144,0	252,7
Tirol	231	297	408	562	771	76,4	142,9	233,2
Vorarlberg	563	737	1.033	1.473	2.046	83,5	161,7	263,3

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.9: Finanzaufwand alternative Wohnformen - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (unteres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	74.182	81.534	92.398	100.686	121.167	24,6	35,7	63,3
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	1.468	1.644	1.901	1.991	2.304	29,5	35,6	56,9
Kärnten	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Oberösterreich	147	172	199	218	257	35,6	48,2	74,8
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Vorarlberg	689	822	990	1.100	1.301	43,6	59,5	88,7

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.10: Finanzaufwand alternative Wohnformen - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (oberes Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	74.182	88.257	114.357	154.079	213.020	54,2	107,7	187,2
Niederösterreich	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	1.468	1.779	2.353	3.053	4.067	60,2	107,9	177,0
Kärnten	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Oberösterreich	147	186	247	337	457	67,8	129,3	210,9
Salzburg	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Tirol	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Vorarlberg	689	889	1.225	1.684	2.293	77,7	144,3	232,6

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.11: Finanzaufwand Case- und Care-Management - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (unteres Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	4.320	4.644	5.318	5.630	6.678	23,1	30,3	54,6
Niederösterreich	2.038	2.260	2.668	2.801	3.317	30,9	37,4	62,7
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	197	214	245	252	297	24,6	28,3	51,1
Oberösterreich	1.770	1.957	2.294	2.391	2.826	29,6	35,1	59,7
Salzburg	847	939	1.117	1.192	1.434	31,9	40,8	69,3
Tirol	243	272	326	345	413	33,9	42,0	69,9
Vorarlberg	680	769	932	1.006	1.200	37,0	47,9	76,5

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

*Übersicht D1.2: Finanzaufwand Case- und Care-Management - bessere Gesundheit + weniger informelle Pflege + Kostensteigerungen (oberes Szenario)*

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Wien	4.320	5.027	6.582	8.616	11.740	52,4	99,4	171,8
Niederösterreich	2.038	2.447	3.302	4.329	5.892	62,0	112,4	189,1
Burgenland	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Steiermark	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Kärnten	197	232	303	390	529	54,2	98,4	168,7
Oberösterreich	1.770	2.119	2.839	3.699	5.028	60,4	109,0	184,1
Salzburg	847	1.016	1.382	1.845	2.553	63,2	117,9	201,5
Tirol	243	295	403	535	735	65,7	119,9	202,5
Vorarlberg	680	833	1.153	1.540	2.114	69,6	126,5	210,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

## Anhang D2 – Übersichten nach Bundesländern - Finanzaufwand (Gesamtszenario)

### Übersicht D2.1: Wien - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Stationäre Dienste	449.216	509.508	605.811	745.088	978.811	34,9	65,9	117,9
Mobile Dienste	133.040	151.787	185.407	220.351	278.076	39,4	65,6	109,0
Teilstationäre Dienste	15.459	17.752	22.121	26.073	32.418	43,1	68,7	109,7
Kurzzeitpflege	3.910	4.476	5.506	6.592	8.356	40,8	68,6	113,7
Alternative Wohnformen	74.182	84.837	102.791	124.580	160.535	38,6	67,9	116,4
CCM	4.320	4.832	5.916	6.966	8.848	37,0	61,3	104,8
Gesamt	680.126	773.191	927.553	1.129.651	1.467.044	36,4	66,1	115,7

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

### Übersicht D2.2: Niederösterreich - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Stationäre Dienste	159.467	191.523	237.597	291.937	370.099	49,0	83,1	132,1
Mobile Dienste	43.967	53.172	66.287	80.454	101.680	50,8	83,0	131,3
Teilstationäre Dienste	881	1.064	1.342	1.532	1.898	52,3	73,9	115,5
Kurzzeitpflege	3.220	3.941	4.917	6.083	7.743	52,7	88,9	140,5
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	2.038	2.352	2.968	3.483	4.418	45,6	70,9	116,8
Gesamt	209.572	252.051	313.111	383.489	485.838	49,4	83,0	131,8

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

### Übersicht D2.3: Burgenland - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	20012/2030
Stationäre Dienste	24.453	28.926	34.922	42.106	51.979	42,8	72,2	112,6
Mobile Dienste	5.231	6.168	7.420	8.886	11.012	41,9	69,9	110,5
Teilstationäre Dienste	294	345	416	493	622	41,7	67,8	111,8
Kurzzeitpflege	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	29.978	35.440	42.758	51.485	63.614	42,6	71,7	112,2

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D2.4: Steiermark - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	191.814	226.782	274.305	330.226	411.773	43,0	72,2	114,7
Mobile Dienste	31.898	37.577	45.679	54.208	67.396	43,2	69,9	111,3
Teilstationäre Dienste	1.531	1.813	2.215	2.630	3.280	44,7	71,8	114,2
Kurzzeitpflege	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Alternative Wohnformen	1.468	1.710	2.115	2.466	3.059	44,0	68,0	108,3
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	226.711	267.881	324.313	389.530	485.508	43,1	71,8	114,2

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D2.5: Kärnten - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	77.263	91.955	110.064	132.110	166.340	42,5	71,0	115,3
Mobile Dienste	22.261	26.352	31.785	37.629	47.238	42,8	69,0	112,2
Teilstationäre Dienste	463	549	675	790	995	45,8	70,6	115,0
Kurzzeitpflege	666	787	942	1.122	1.407	41,6	68,7	111,5
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	197	223	273	314	396	38,6	59,6	101,4
Gesamt	100.849	119.866	143.740	171.964	216.376	42,5	70,5	114,6

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D2.6: Oberösterreich - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	163.661	197.668	245.837	302.471	380.736	50,2	84,8	132,6
Mobile Dienste	35.750	42.772	53.041	63.712	80.082	48,4	78,2	124,0
Teilstationäre Dienste	1.510	1.812	2.254	2.706	3.413	49,2	79,2	126,0
Kurzzeitpflege	21	25	31	37	46	45,3	71,7	114,0
Alternative Wohnformen	147	179	222	271	343	50,8	84,4	133,0
CCM	1.770	2.037	2.552	2.975	3.768	44,2	68,1	112,9
Gesamt	202.859	244.492	303.938	372.172	468.387	49,8	83,5	130,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D2.7: Salzburg - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	44.979	54.877	69.353	87.349	114.587	54,2	94,2	154,8
Mobile Dienste	15.693	18.834	23.843	28.788	36.618	51,9	83,4	133,3
Teilstationäre Dienste	695	843	1.080	1.311	1.673	55,2	88,5	140,5
Kurzzeitpflege	232	281	348	455	612	50,3	96,2	164,1
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	847	977	1.243	1.484	1.912	46,7	75,2	125,8
Gesamt	62.447	75.811	95.866	119.386	155.402	53,5	91,2	148,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D2.8: Tirol - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	69.763	85.820	109.445	136.591	175.920	56,9	95,8	152,2
Mobile Dienste	22.692	27.584	35.037	42.920	54.703	54,4	89,1	141,1
Teilstationäre Dienste	550	667	854	1.047	1.337	55,3	90,4	143,0
Kurzzeitpflege	231	286	367	452	578	58,6	95,3	149,6
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	243	283	362	430	551	49,0	76,8	126,6
Gesamt	93.480	114.640	146.065	181.439	233.089	56,3	94,1	149,3

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D2.9: Vorarlberg - Entwicklung des Finanzaufwandes - Gesamtszenario (mittel)

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	46.615	57.867	75.147	94.586	121.248	61,2	102,9	160,1
Mobile Dienste	10.994	13.598	17.584	21.937	28.006	59,9	99,5	154,7
Teilstationäre Dienste	261	322	418	521	667	60,2	99,8	155,6
Kurzzeitpflege	563	708	929	1.191	1.540	65,0	111,5	173,5
Alternative Wohnformen	689	855	1.101	1.361	1.726	59,7	97,5	150,4
CCM	680	800	1.037	1.245	1.592	52,5	83,1	134,1
Gesamt	59.802	74.149	96.215	120.842	154.779	60,9	102,1	158,8

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

## Anhang D3 – Übersichten nach Bundesländern - Personen (Gesamtszenario)

### Übersicht D3.1: Wien - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	13.580	14.514	15.631	17.412	20.718	15,1	28,2	52,6
Mobile Dienste	26.900	28.920	31.996	34.442	39.367	18,9	28,0	46,3
Teilstationäre Dienste	2.110	2.283	2.577	2.751	3.098	22,1	30,4	46,8
Kurzzeitpflege	867	935	1.042	1.130	1.297	20,2	30,3	49,6
Alternative Wohnformen	9.940	10.712	11.756	12.904	15.061	18,3	29,8	51,5
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	53.397	57.365	63.001	68.639	79.541	18,0	28,5	49,0

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

### Übersicht D3.2: Niederösterreich - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtsszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	12.789	14.474	16.263	18.099	20.782	27,2	41,5	62,5
Mobile Dienste	26.342	30.019	33.896	37.262	42.653	28,7	41,5	61,9
Teilstationäre Dienste	560	638	728	753	845	30,0	34,5	50,9
Kurzzeitpflege	2.377	2.741	3.098	3.472	4.002	30,3	46,1	68,4
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	42.068	47.872	53.986	59.586	68.282	28,3	41,6	62,3

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

### Übersicht D3.3: Burgenland - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	2.025	2.257	2.468	2.695	3.014	21,9	33,1	48,8
Mobile Dienste	4.455	4.951	5.394	5.850	6.567	21,1	31,3	47,4
Teilstationäre Dienste	130	144	157	169	193	20,9	29,7	48,3
Kurzzeitpflege	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	6.610	7.352	8.019	8.714	9.773	21,3	31,8	47,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D3.4: Steiermark - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	12.235	13.631	14.933	16.283	18.390	22,1	33,1	50,3
Mobile Dienste	21.499	23.866	26.277	28.244	31.805	22,2	31,4	47,9
Teilstationäre Dienste	664	741	820	882	996	23,5	32,8	50,0
Kurzzeitpflege	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Alternative Wohnformen	993	1.090	1.221	1.289	1.449	22,9	29,8	45,9
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	35.391	39.327	43.251	46.697	52.639	22,2	31,9	48,7

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D3.5: Kärnten - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	6.033	6.766	7.335	7.974	9.094	21,6	32,2	50,7
Mobile Dienste	11.128	12.413	13.561	14.541	16.533	21,9	30,7	48,6
Teilstationäre Dienste	185	207	230	244	278	24,4	31,9	50,5
Kurzzeitpflege	412	459	498	537	610	20,9	30,4	48,1
Alternative Wohnformen	99	107	118	121	134	18,9	22,1	35,7
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	17.857	19.952	21.742	23.417	26.650	21,8	31,1	49,2

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D3.6: Oberösterreich - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	13.112	14.923	16.810	18.733	21.357	28,2	42,9	62,9
Mobile Dienste	19.542	22.032	24.746	26.923	30.650	26,6	37,8	56,8
Teilstationäre Dienste	903	1.021	1.150	1.251	1.429	27,4	38,5	58,2
Kurzzeitpflege	73	81	91	97	109	24,0	32,7	49,9
Alternative Wohnformen	46	53	59	66	75	28,7	42,6	63,1
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	33.676	38.110	42.856	47.069	53.620	27,3	39,8	59,2

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D3.7: Salzburg - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	4.168	4.792	5.485	6.257	7.435	31,6	50,1	78,4
Mobile Dienste	6.235	7.051	8.085	8.842	10.186	29,7	41,8	63,4
Teilstationäre Dienste	588	671	779	857	990	32,5	45,7	68,4
Kurzzeitpflege	415	474	532	630	767	28,3	51,7	84,9
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	11.406	12.988	14.882	16.585	19.379	30,5	45,4	69,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D3.8: Tirol - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	5.823	6.750	7.797	8.813	10.281	33,9	51,4	76,6
Mobile Dienste	8.921	10.219	11.756	13.044	15.057	31,8	46,2	68,8
Teilstationäre Dienste	385	440	510	567	655	32,5	47,1	70,2
Kurzzeitpflege	336	391	455	507	587	35,3	50,9	74,7
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	15.465	17.800	20.518	22.931	26.581	32,7	48,3	71,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D3.9: Vorarlberg - Entwicklung der Personenanzahl - Gesamtszenario (mittel)

	Personen					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	2.151	2.516	2.960	3.374	3.917	37,6	56,9	82,1
Mobile Dienste	13.991	16.306	19.099	21.581	24.954	36,5	54,3	78,4
Teilstationäre Dienste	458	532	626	707	820	36,7	54,4	79,0
Kurzzeitpflege	436	517	614	713	835	40,8	63,5	91,5
Alternative Wohnformen	62	72	85	95	109	36,3	52,6	75,3
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	17.098	19.872	23.298	26.375	30.526	36,3	54,3	78,5

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

## Anhang D4 – Übersichten PolitikszENARIO nach Bundesländern sortiert

### Übersicht D4.1: Wien - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	449.216	484.033	560.375	670.579	856.460	24,7	49,3	90,7
Mobile Dienste	133.040	153.056	187.672	224.065	284.174	41,1	68,4	113,6
Teilstationäre Dienste	15.459	19.006	24.357	29.740	38.440	57,6	92,4	148,7
Kurzzeitpflege	3.910	5.247	6.883	8.849	12.063	76,0	126,3	208,5
Alternative Wohnformen	74.182	86.114	105.069	128.316	166.669	41,6	73,0	124,7
CCM	4.320	4.832	5.916	6.966	8.848	37,0	61,3	104,8
Gesamt	680.126	752.288	890.272	1.068.515	1.366.653	30,9	57,1	100,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

### Übersicht D4.2: Niederösterreich - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	159.467	181.947	219.778	262.744	323.837	37,8	64,8	103,1
Mobile Dienste	43.967	53.599	67.082	81.756	103.744	52,6	85,9	136,0
Teilstationäre Dienste	881	1.467	2.091	2.759	3.843	137,4	213,3	336,4
Kurzzeitpflege	3.910	5.247	6.883	8.849	12.063	76,0	126,3	208,5
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	2.038	2.352	2.968	3.483	4.418	45,6	70,9	116,8
Gesamt	209.572	243.652	297.481	357.883	445.260	41,9	70,8	112,5

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

### Übersicht D4.3: Burgenland - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	24.453	27.480	32.303	37.896	45.482	32,1	55,0	86,0
Mobile Dienste	5.231	6.215	7.505	9.022	11.223	43,5	72,5	114,5
Teilstationäre Dienste	294	526	743	1.018	1.433	152,9	246,6	387,8
Kurzzeitpflege	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	29.978	34.221	40.551	47.936	58.137	35,3	59,9	93,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D4.4: Steiermark - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	191.814	215.443	253.732	297.204	360.302	32,3	54,9	87,8
Mobile Dienste	31.898	37.934	46.328	55.250	69.020	45,2	73,2	116,4
Teilstationäre Dienste	1.531	2.369	3.224	4.249	5.803	110,5	177,5	279,0
Kurzzeitpflege	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Alternative Wohnformen	1.468	2.067	2.762	3.505	4.678	88,1	138,7	218,6
CCM	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Gesamt	226.711	257.813	306.045	360.207	439.802	35,0	58,9	94,0

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D4.5: Kärnten - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	77.263	87.357	101.810	118.899	145.548	31,8	53,9	88,4
Mobile Dienste	31.898	37.934	46.328	55.250	69.020	45,2	73,2	116,4
Teilstationäre Dienste	463	749	1.033	1.363	1.897	123,2	194,5	310,0
Kurzzeitpflege	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	197	223	273	314	396	38,6	59,6	101,4
Gesamt	100.849	115.901	136.620	160.570	198.443	35,5	59,2	96,8

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D4.6: Oberösterreich - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	163.661	187.784	227.400	272.224	333.144	38,9	66,3	103,6
Mobile Dienste	35.750	43.255	53.942	65.190	82.407	50,9	82,4	130,5
Teilstationäre Dienste	1.510	2.106	2.803	3.607	4.830	85,6	138,8	219,8
Kurzzeitpflege	21	77	127	194	293	495,0	809,4	1.274,8
Alternative Wohnformen	147	742	1.272	1.994	3.053	764,4	1.255,1	1.975,0
CCM	1.770	2.037	2.552	2.975	3.768	44,2	68,1	112,9
Gesamt	202.859	236.000	288.096	346.184	427.496	42,0	70,7	110,7

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D4.7: Salzburg - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	44.979	52.133	64.151	78.614	100.264	42,6	74,8	122,9
Mobile Dienste	15.693	19.047	24.247	29.467	37.732	54,5	87,8	140,4
Teilstationäre Dienste	695	943	1.270	1.630	2.196	82,6	134,4	215,7
Kurzzeitpflege	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Alternative Wohnformen	232	305	393	530	735	69,6	128,8	217,4
CCM	847	977	1.243	1.484	1.912	46,7	75,2	125,8
Gesamt	62.447	73.404	91.304	111.725	142.839	46,2	78,9	128,7

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D4.8: Tirol - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	69.763	81.529	101.237	122.932	153.930	45,1	76,2	120,6
Mobile Dienste	22.692	27.887	35.617	43.886	56.259	57,0	93,4	147,9
Teilstationäre Dienste	550	838	1.181	1.591	2.212	114,6	189,1	302,0
Kurzzeitpflege	231	368	524	714	999	126,5	208,4	331,7
Alternative Wohnformen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
CCM	243	283	362	430	551	49,0	76,8	126,6
Gesamt	93.480	110.906	138.922	169.552	213.951	48,6	81,4	128,9

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.

Übersicht D4.9: Vorarlberg - Entwicklung des Finanzaufwandes – PolitikszENARIO

	Finanzaufwand in 1.000 Euro					Änderung in %		
	2012	2015	2020	2025	2030	2012/2020	2012/2025	2012/2030
Stationäre Dienste	46.615	54.973	69.511	85.128	106.092	49,1	82,6	127,6
Mobile Dienste	10.994	13.633	17.652	22.052	28.189	60,6	100,6	156,4
Teilstationäre Dienste	261	339	451	577	756	72,8	120,9	189,6
Kurzzeitpflege	563	746	1.004	1.316	1.741	78,2	133,8	209,1
Alternative Wohnformen	689	1.185	1.744	2.440	3.454	152,9	253,9	401,0
CCM	680	800	1.037	1.245	1.592	52,5	83,1	134,1
Gesamt	59.802	71.676	91.397	112.757	141.824	52,8	88,5	137,2

Q: Statistik Austria, Pflegevorsorgebericht; WIFO-Berechnungen.