



Das österreichische Pflegesystem: Ein europäischer Sonderfall

Ass. Prof. Dr. Ernest G. Pichlbauer



European Bureau
for Policy Consulting
and Social Research
Vienna

| BertelsmannStiftung

Länderkürzel

BE	Belgien	GR	Griechenland	MT	Malta	SI	Slowenien
BG	Bulgarien	IE	Irland	NL	Niederlande	ES	Spanien
DK	Dänemark	IT	Italien	AT	Österreich	SE	Schweden
DE	Deutschland	HR	Kroatien	PL	Polen	CZ	Tschechische Republik
EE	Estland	LV	Lettland	PT	Portugal	HU	Ungarn
FI	Finnland	LT	Litauen	RO	Rumänien	UK	Vereinigtes Königreich
FR	Frankreich	LU	Luxemburg	SK	Slowakei	CY	Zypern

Das österreichische Pflegesystem: Ein europäischer Sonderfall

Ass. Prof. Dr. Ernest G. Pichlbauer

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
Hintergrund	7
Pflege-Settings in Österreich	13
1 Informelle Pflege durch Angehörige und/oder 24-Stunden-Betreuung durch Personenbetreuer	13
2 Mobile Dienste (dazu gehören Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Familienhilfe, Essen auf Rädern, Besuchsdienst oder Beratungsdienste)	14
3 Tagesstrukturierende Pflege und alternative Wohnformen	15
4 Stationäre Pflege in Pflegeheimen	16
Analyse der Abschaffung des Regresses	17
Empfehlungen	23
Literatur	24

Einleitung

Die Integration des Pflegewesens in die Gesundheitssysteme ist international eine große Aufgabe. Bis vor einigen Jahrzehnten litt der typische Patient des Gesundheitssystems an einer akuten und heilbaren Krankheit. Heute leidet er an chronischen Krankheiten und altersentsprechenden Einschränkungen seiner Gesundheit. Damit stehen die Gesundheitssysteme vor neuen Herausforderungen.

Nahezu alle Regierungen sind bestrebt, die Pflege in die Gesundheitssysteme zu integrieren. Der Grund dafür liegt in der Erkenntnis, dass die Progression der Pflegebedürftigkeit nicht nur die Lebensqualität reduziert, sondern auch mit einer verstärkten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems einhergeht. Es gibt jedoch Möglichkeiten, das Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit zu verlangsamen: Die Gesundheitsversorgung sollte altersfreundlicher gestaltet sein, indem Gesundheitserhaltung und Krankheitsvermeidung verstärkt werden („gesundes Altern“). Voraussetzung dafür ist eine „moderne“ Definition der Pflege, die aktivierend statt kompensatorisch ist und eine feste Säule des Gesundheitssystems bildet.

Europaweit werden die Gesundheitssysteme in diesem Sinne neu ausgerichtet. Österreich jedoch reagiert auf diese Entwicklung kaum und hat nun sogar Schritte unternommen, die in die Gegenrichtung zeigen.

Hintergrund

Das Pflegewesen in Österreich ist Teil des Sozialsystems (vgl. Bundeskanzleramt Österreich 20017), das sich vom Gesundheitssystem dadurch unterscheidet, dass es keine persönlich konsumierbaren Sachleistungen anbietet. Vielmehr erbringt es bei nachgewiesener Bedürftigkeit Geldleistungen: zum einen das sogenannte Pflegegeld (PG), das dem Patienten zwölf Mal pro Jahr ausbezahlt wird, zum anderen aber auch Zuschüsse für definierte Leistungen. Sachleistungen kommen indirekt zur Anwendung, indem etwa Pflegeheime aus Steuermitteln errichtet werden können, aber die Errichtungskosten nicht auf die Kosten eines Pflegeheimplatzes aufgeschlagen werden. Generell jedoch besteht ein Geldleistungsprinzip, durch das die Organisation der Pflege dem Patienten bzw. seinen pflegenden Angehörigen obliegt.

Die Idee des Geldleistungsprinzips ist nicht, die Pflegeleistungen auszufinanzieren, sondern lediglich einen Kostenzuschuss zu bezahlen. Das wird deutlich, wenn man die zuerkannten Beträge den aufzuwendenden Pflege- bzw. Betreuungsstunden gegenüberstellt (die Einstufung erfolgt durch die Behörden auf Basis eines ärztlichen bzw. pflegerischen Gutachtens entsprechend der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz – BGBl. II Nr. 453/2011).

Tabelle 1
Pflegegeld

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Pflegestufe	Betrag pro Monat (netto)
> 65 h	1	157,30 Euro
> 95 h	2	290,00 Euro
> 120 h	3	451,80 Euro
> 160 h	4	677,60 Euro
> 180h, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	920,30 Euro
> 180h, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdführung gegeben ist	6	1.285,20 Euro
> 180h, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktionaler Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	7	1.688,90 Euro

Anmerkung: Die Leistungsstunden mobiler Dienste werden regional oft sozial gestaffelt über Steuergelder subventioniert.

Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird
(Bundespflegegeldgesetz – BPGG); Fassung vom 6.12.2017

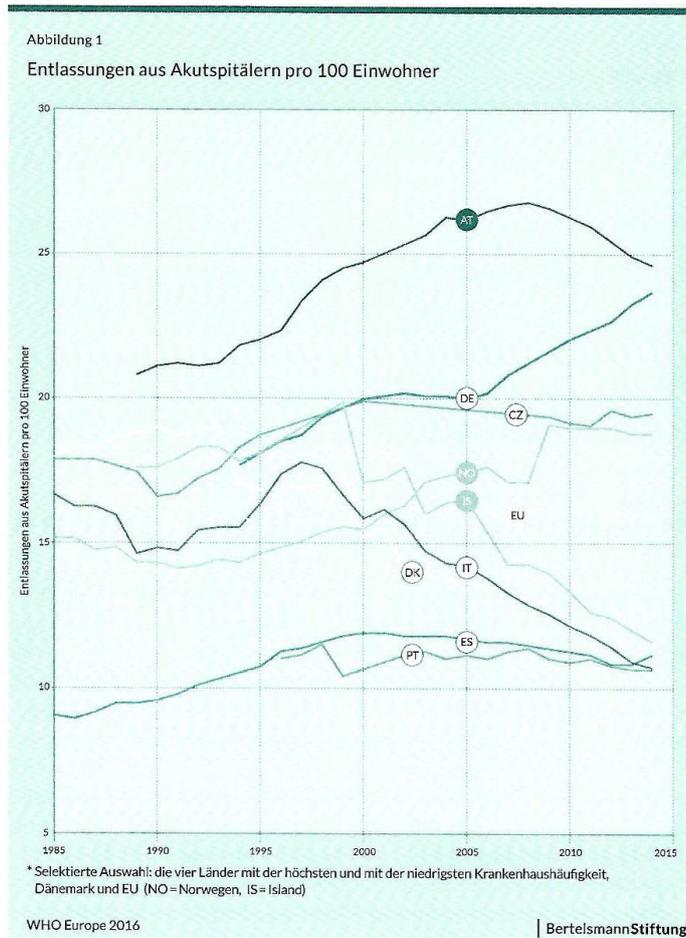
| BertelsmannStiftung

Interessanterweise ist zwar ein ärztliches bzw. pflegerisches Gutachten nötig, das über den Pflegebedarf Aussagen treffen soll. In der Verordnung findet man jedoch, neben klar der Pflege zuzuordnenden Leistungen (etwa Einnehmen von Medikamenten, Katheter-Pflege etc.), auch die Leistung „Zubereitung von Mahlzeiten“, die klar eine Betreuungsleistung ist. Hintergrund dieser unsauberen Abgrenzung zwischen Pflege- und Betreuungsleistungen ist die generell fehlende Abgrenzung zwischen Pflege und Betreuung. Dieses Fehlen führt in der gesamten Pflegediskussion zu erheblichen Schwierigkeiten, da damit alle Leistungen (von Essen auf Rädern, Heimhilfen, Besuchsdiensten bis zur Hauskrankenpflege durch diplomierte Pflegekräfte) unter einem Titel geführt werden, und eine Abgrenzung der gesundheitsrelevanten Bestandteile von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen

von den sogenannten instrumentellen (sozialen) Aktivitäten des täglichen Lebens (dazu gehört etwa Kochen für den Patienten) nicht möglich ist.

Durch die sehr rigide Abgrenzung zwischen dem Sachleistungsprinzip des Gesundheitssystems, das relativ geringe Selbstbehalte aufweist, und dem Geldleistungsprinzip des Pflegesystems, mit dem ein sehr hoher Selbstbehalt verbunden ist, entstehen Anreize, Patienten in das Gesundheitssystem zu verdrängen.

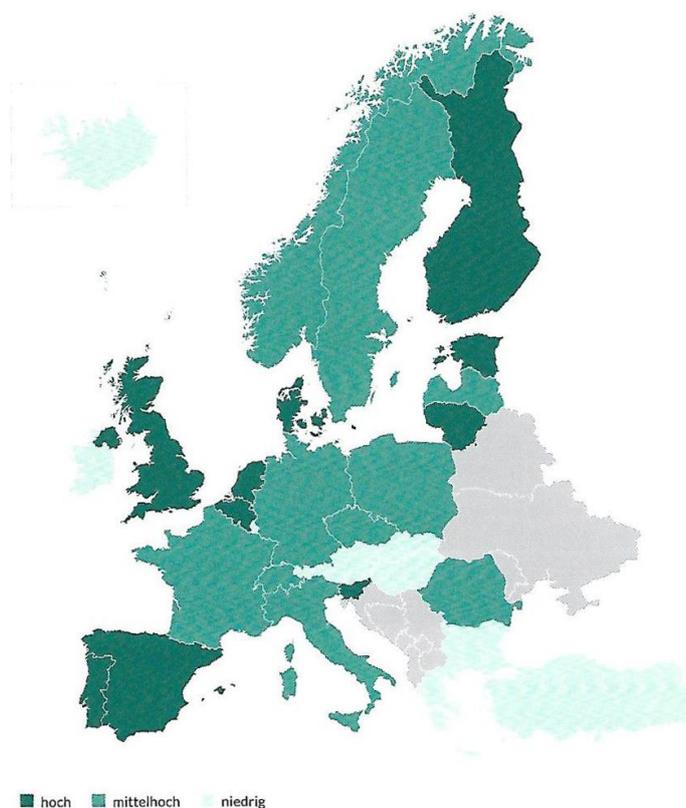
Bei mindestens 460.000 oder 35 Prozent aller Spitalsaufnahmen von Patienten über 65 mit einer Belagsdauer von weit über vier Millionen Spitalstagen (das sind mehr als 25 Prozent aller Spitalstage) lassen die Gründe der Hospitalisierung anhand der Entlassungsdiagnosen (Statistik Austria 2016c) – Rücken- oder Gelenkschmerzen, Dehydrierung, Kreislaufschwäche, kleine Verletzungen etc. – den Schluss zu, dass der Großteil der Patienten eigentlich keiner hoch spezialisierten stationären Versorgung in einem Akutspital bedurfte. Diese Patienten sind ein wesentlicher, allerdings bei weitem nicht der einzige Grund für die im EU-Vergleich extrem hohe Krankenhaushäufigkeit (als weitere Gründe sind hier zu nennen: eine vertikal und horizontal fragmentierte, unkoordinierte ambulante ärztliche Versorgung, finanzielle Anreize zur stationären statt ambulanten Versorgung).



Um solche Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, müsste auf der Primärversorgungsebene, die ohnehin in Österreich schlecht entwickelt ist (WHO 2015), das Pflegesystem, und hier vor allem die mobilen Dienste (wenigstens die gesundheitsrelevanten), in das Gesundheitssystem (und damit als Sachleistung) integriert werden. Dies ist jedoch durch die verfassungsrechtlich abgesicherte Trennung der beiden Systeme nicht möglich.

Abbildung 2

Unterschiede im Ausbau von Primary Health Care in Europa



Kingros et al. 2015

| BertelsmannStiftung

Die Verfassungsbestimmungen (Ganner 1997), die diese Trennung provozieren, führen auch zu einem „gewachsenen“ Kompetenz-Wirrwarr, das zwar zwischen 1969 (WHO 1969) und 2010 (Arbeitsgruppe Verwaltung Neu 2010) nachweislich durch Experten kritisiert, aber bis dato kaum bereinigt wurde.

Seit 2010 wurden einige Reformen zur Harmonisierung im Bereich Betreuung- und Pflegedienstleistungen der Langzeitpflege auf den Weg gebracht, die bis dato praktisch aber nur die Finanzierungsstrukturen etwas bereinigt haben. Es ging hier vor allem um die Abschaffung des Landespflegegeldes und die Einführung eines Pflegefonds auf Bundesebene (Pflegefondsgesetz BGBl. I Nr. 57/2011).

Wie komplex die Strukturen weiterhin sind, lässt sich anhand einer Dar-

stellung der Finanzierungstöpfe des Sozialministeriums vom 10. Mai 2017 ersehen. Obwohl das Ministerium über die aktuellsten Daten verfügen sollte, muss es auf veraltete Daten zurückgreifen, weil es zwei und mehr Jahre dauert, bis aktuelle Daten vorliegen.

Abbildung 3
Die österreichische Pflegevorsorge

Art. 15a B-VG Vereinbarung			
Bund		Länder	
Pflegefonds – 350 Mio. Euro (2016) 2011–2017 insgesamt 1,69 Mrd. Euro			
Pflegegeld (e 454.000 Anspruchsberechtigte) 2,5 Mrd. Euro (2016) [2,5 Mrd. Euro (2015)]		Stationäre Dienste 1,43 Mrd. Euro (2015) [1,33 Mrd. Euro (2014)]	
Maßnahmen für pflegende Angehörige 72,8 Mio. Euro (2016) 71,9 Mio. Euro (2015)		Mobile Dienste 386,4 Mio. Euro (2015) [367,7 Mio. Euro (2014)]	
		Sozialversicherung 49,2 Mio. Euro (2016) 49,2 Mio. Euro (2015)	Teilstationär 23,7 Mio. Euro (2015) 22,5 Mio. Euro (2014)
		Ersatzpflege 11,0 Mio. Euro (2016) 11,0 Mio. Euro (2015)	Kurzzeitpflege 17,6 Mio. Euro (2015) 15,2 Mio. Euro (2014)
		Pflegekarenzgeld + Versicherung 7,3 Mio. + 3,4 Mio. Euro (2016) 6,5 Mio. + 3,3 Mio. Euro (2015)	Sonstige soziale Dienste 140,6 Mio. Euro (2015) 131,9 Mio. Euro (2014)
		Qualitätssicherung 1,9 Mio. Euro (2016) 1,9 Mio. Euro (2015)	Alternative WF 86,8 Mio. Euro (2015) 83,3 Mio. Euro (2014)
		C&C Management 12,5 Mio. Euro (2015) 10,9 Mio. Euro (2014)	
24-Stunden-Betreuung 90,4 Mio. Euro (2016) [83,2 Mio. Euro (2015)]		24-Stunden-Betreuung 60,2 Mio. Euro (2015) [55,5 Mio. Euro (2014)]	
5,03 Mrd. Euro (2016) 4,84 Mrd. Euro (2015)			

Schrank 2015

BertelsmannStiftung

Die dargestellten etwa fünf Milliarden Euro entsprechen den der OECD gemeldeten öffentlichen Ausgaben für Langzeitpflege.

Das ist insofern interessant, als das dahinterstehende Personal offenbar nicht gemeldet wird. In den OECD-Angaben über das praktizierende Pflegepersonal findet man für Österreich genau 8/1.000 Einwohner – eine außergewöhnliche Zahl, da die anderen OECD-Länder hier Daten auf wenigstens zwei Komastellen angeben. In der Fußnote wird festgehalten, dass Österreich nur jenes Pflegepersonal meldet, das in Spitälern arbeitet. Die anderen fallen offenbar aus der Statistik.

„8“ würde bedeuten, dass in den Spitälern etwa 68.000 „Nurses“ praktizieren. Wie diese Zahl zustande kommt, ist aus öffentlichen Daten nicht eruiert, da in den öffentlichen Spitälern nur etwa 44.000 diplomierte Pflegekräfte und 11.000 soziale Hilfsdienste arbeiten (Ministerium Frauen Gesundheit 2016). Der Rest (13.000) müsste daher in Privatspitälern oder vielleicht auch in Sonderkrankenanstalten arbeiten – oder es wurden auch andere Berufsgruppen eingerechnet.

Klar ist, dass der OECD weder die 24-Stunden-Betreuer noch das Personal der mobilen und stationären Pflegedienste gemeldet wurden – hier finden sich jedoch weitere 100.000 direkt am oder mit dem Patienten arbeitende Kräfte (s. Kapitel Setting), die wohl zu einem Gutteil ebenfalls dem Gesundheitswesen zuzurechnen wären.

Grund für diese fehlende Meldung sind zwei Definitionsprobleme: (1) Die Abgrenzung zwischen Gesundheitssystem und Sozialsystem und (2) eindeutige Berufsbeschreibungen für die pflegenden und betreuenden Berufe. Das Fehlen dieser Definitionen macht es schwierig, OECD-konforme Daten zu melden.

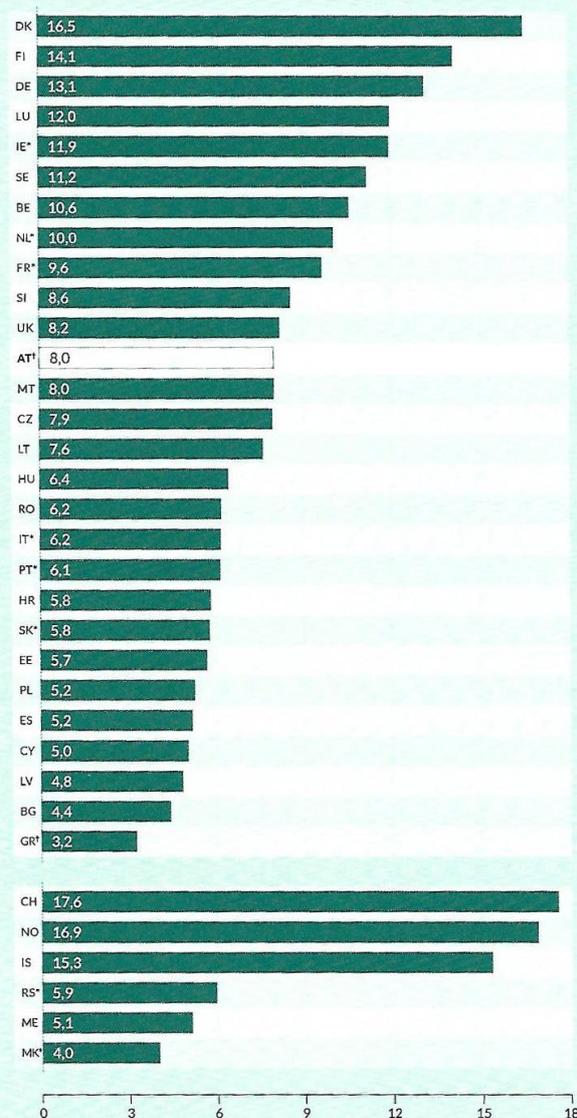
Laut OECD werden nur Teile der Pflege dem Gesundheitssystem zugerechnet:

„Als gesundheitsrelevante Bestandteile von Pflege- und Betreuungsdienstleistern zählen gemäß System of Health Accounts (SHA) der OECD zum einen die medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten sowie die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living – ADL). Im Unterschied dazu werden instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) wie Einkaufen, Kochen und weitere Haushaltstätigkeiten durch Betreuungskräfte als soziale Dienstleistungen betrachtet, die außerhalb des SHA-Kernbereichs liegen“ (Statistik Austria 2016d).

Diese Trennung ist in Österreich gleich auf mehreren Ebenen nicht möglich. Daten über das Pflegesystem gibt es ohnehin erst seit 2012 (Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung PDSStV 2012, BGBl. II Nr. 302/2012). In dieser Statistik fehlt jedoch die Zuordnung der Leistungen zu definierten Berufsgruppen oder eine Aufteilung der Leistungen entsprechend dem SHA. Der Grund dafür ist, wie bereits oben erwähnt, dass die Definitionen der pflegenden Berufe in Österreich mangelhaft, vor allem aber österreichweit nicht einheitlich sind. Zudem bestehen keine klaren Trennlinien zwischen (sozialen) Betreuungs- und (gesundheitsrelevanten) Pflegeleistungen. Zwar sind die damit verbundenen Planungsprobleme der Politik¹ seit wenigstens 20 Jahren bewusst, sie wurden jedoch nicht gelöst.

Abbildung 4

Pflegefachkräfte pro 1.000 Einwohner 2014
(oder letztes verfügbares Jahr)



* Daten enthalten nicht nur Pflegefachkräfte, die Patienten direkt versorgen, sondern auch jene, die in Verwaltung, Lehre und Forschung arbeiten.

† Österreich und Griechenland melden nur Pflegefachkräfte, die in Spitälern angestellt sind.

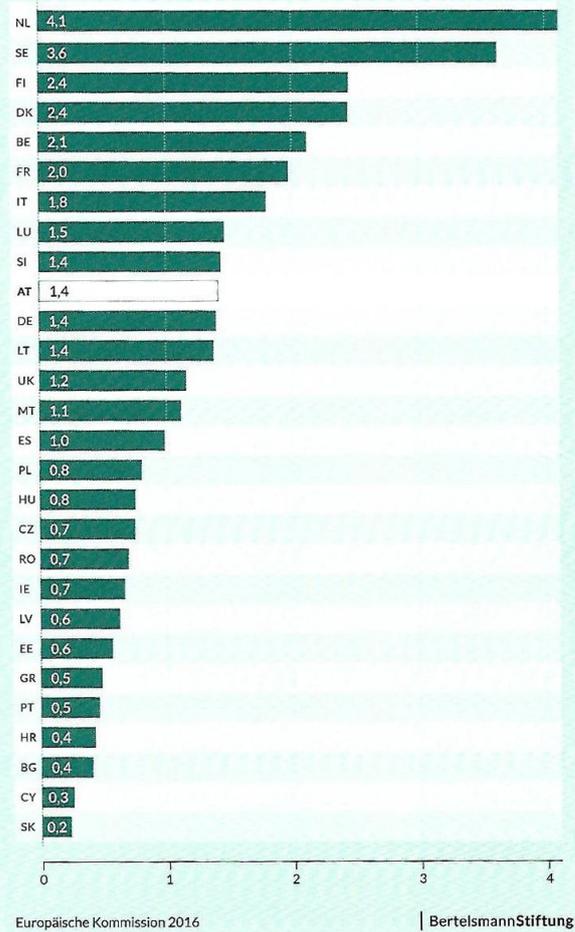
CH=Schweiz, NO=Norwegen, IS=Island, RS=Serbien, ME=Montenegro, MK=Mazedonien

Europäische Kommission 2016

BertelsmannStiftung

¹ KRAZAF-Vereinbarung (Bund – Länder) gem. Art. 15a B-VG BGBl. I Nr. 111/1997: „Ein österreichweiter Gesundheitsplan bestehend aus einem Österr. Krankenanstaltenplan einschließlich eines Großgeräteplanes, einem Spitalsambulanzplan, einem Niederlassungsplan für Kassenvertragsärzte, einem Pflegebereichsplan und einem Rehabilitationsplan ist zu erstellen.“

Abbildung 5
Staatliche Ausgaben für Langzeitpflege in % des BIP 2013



Erst 2017 wurden, nach schier endlosen Diskussionen (Parlamentarische Enquete des Bundesrates 2017) entsprechende Reformen eingeleitet (Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes – GuKG vom 2.8.2017). Wie und wann sich diese Reformen in der Realität niederschlagen werden, ist nicht absehbar – denn es geht bei einheitlichen Berufsdefinitionen vor allem um Aus- und Fortbildung und bis hier Veränderungen in der Arbeit am Patienten beobachtet werden können, dauert es viele Jahre. Und selbst wenn es jetzt im Bereich der Berufsgruppen größere Klarheit gibt, wird es wohl noch weitere Jahre dauern, bis klar wird, welche Kräfte jetzt welchem System zugeordnet werden – sei es rechtlich oder eben im internationalen Vergleich. Dabei ist zu beachten, dass hier ausschließlich Gesundheitsberufe definiert wurden; ob und wenn ja, wie hier eine Grenze zu den Betreuungsberufen gefunden wird, bleibt weiter unklar. Aktuell ist jedenfalls unbekannt, welche Skills die im Pflegewesen eingesetzten Arbeitskräfte (quantitativ und qualitativ) benötigen oder aufweisen.

Pflege-Settings in Österreich

Die Pflege erfolgt in folgenden Settings:

- Informelle Pflege durch Angehörige und/oder 24-Stunden-Betreuung durch Personenbetreuer
- Mobile Dienste (dazu gehören Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Familienhilfe, Essen auf Rädern, Besuchsdienst oder Beratungsdienste)
- Tagesstrukturierende Pflege
- Alternative Wohnformen
- Stationäre Pflege in Pflegeheimen

Tabelle 2
Settings nach Pflegestufen (2015)

	Σ	Pflegestufe 1	Pflegestufe 2	Pflegestufe 3	Pflegestufe 4	Pflegestufe 5	Pflegestufe 6	Pflegestufe 7
Pflegegeld-Bezieher	454.291	115.373	115.543	80.732	64.932	48.827	19.552	9.363
informell betreut	313.249	96.856	85.893	52.513	37.504	24.668	10.903	5.227
formell betreut	141.041	18.836	29.649	28.218	27.428	24.159	8.619	4.136
Anteil formell betreuter	31%	16%	26%	35%	42%	49%	44%	44%
mobil	73.966	14.891	21.872	15.768	11.564	6.587	2.019	1.265
stationär	54.298	1.026	3.896	9.381	14.133	16.783	6.259	2.820
stationärer Anteil	42%	6%	15%	37%	55%	72%	76%	69%
tagesstrukturierend	4.310	519	1.096	1.115	806	491	258	25
alternative Wohnformen	8.467	2.400	2.785	1.954	924	297	82	25

Statistik Austria 2016b

BertelsmannStiftung

1 Informelle Pflege durch Angehörige und/oder 24-Stunden-Betreuung durch Personenbetreuer

Österreich setzt primär auf informelle Pflege durch Familienangehörige. Be trägt der Pflege- und Betreuungsbedarf weniger als 65 Stunden pro Monat, ist dieser gänzlich durch Angehörige zu decken. Müssen pflegende Angehörige mehr Zeit aufwenden, dann besteht die Möglichkeit, den Aufwand begutachten zu lassen. Ab einem amtlich anerkannten Bedarf von 65 Pflege- bzw. Betreuungsstunden pro Monat entsteht ein Anspruch auf Pflegegeld (PG), das jedoch nur Bruchteile der Kosten abdecken kann, die eine professionelle Betreuung kosten würde.

2015 gab es etwa 313.000 Pflegegeldbezieher, die nach amtlichen Statistiken gänzlich informell versorgt (oder auch nicht versorgt) wurden. Bis zu einem bestimmten Grad ist das aus versorgungswissenschaftlicher Sicht eventuell zu vertreten. Allerdings ist die rein informelle Pflege spätestens ab Pflegestufe (PGST) 5 sehr kritisch zu sehen.

Durch den Wunsch, möglichst lange zu Hause gepflegt zu werden, die Veränderung der Familienstrukturen – steigende Frauen-Erwerbstätigenquote (Statistik Austria 2016a), steigender Abhängigkeitsquotient (Statistik Austria 2016e) der älteren Bevölkerung – sowie das weitgehend fehlende Angebot ta-

gesstrukturierender Pflege und alternativer Wohnformen hat sich seit den 1990er-Jahren ein großer Schwarzmarkt für 24-Stunden-Betreuung entwickelt. Um diesem zu begegnen, wurde 2008 über ein Verfassungsgesetz (BGBl. I Nr. 43/2008) jedem Straffreiheit gewährt, der diese Tätigkeit beendet. Parallel wurde mit dem „Personenbetreuer“ ein neuer Beruf geschaffen (Hausbetreuungsgesetz, BGBl. I Nr. 33/2007), der eine legale Möglichkeit für eine 24-Stunden-Betreuung bieten sollte. Zudem wurde ein Fördermodell eingerichtet, das einen Teil der Gesamtkosten (etwa 1.500 Euro pro Monat) übernehmen soll (je nach Variante zwischen 20 und 30 Prozent, sodass man mit monatlichen Kosten von 1.000 Euro Out-of-Pocket rechnen muss). Ab der PGST 3 können nun, wenn der Bedarf dazu festgestellt wurde, informell gepflegte Patienten um eine Förderung für eine 24-Stunden-Betreuung ansuchen. 2015 nahmen 21.900 Personen (Sozialministerium 2015) dieses Angebot wahr. Auch wenn diese Zahl amtlich veröffentlicht ist, handelt es sich wohl um eine gerundete Zahl. Wie viele Patienten eine solche Betreuung haben, ist nicht klar. Es gibt etwa **60.000 aktive Personenbetreuer**. Da normalerweise pro Patient zwei Personenbetreuer abwechselnd tätig sind, dürften einige tausend Patienten diese zur Gänze aus eigener Tasche finanzieren.

Die Betreuung der über 130.000 Patienten ab PGST 3 (mehr als vier Stunden Betreuungsbedarf pro Tag), ist kaum mehr „nebenbei“ machbar. Pflegende Angehörige können daher immer schwerer einem Beruf nachgehen. Selbst wenn wir, um die Zahl möglichst niedrig zu rechnen, annehmen, dass jene Patienten, die 24-Stunden-Betreuung erhalten, keinerlei formelle Pflegeleistungen beziehen (nicht einmal Essen auf Rädern o. ä.), alle aktiven Personenbetreuer eingesetzt werden und so die Zahl der betreuten Personen 30.000 beträgt, bleiben immer noch 100.000 Patienten ab PGST 3 (mehr als vier Stunden Betreuungsbedarf pro Tag) übrig, die ausschließlich durch Angehörige betreut werden. Es werden daher viele Tausende pflegende Angehörige dem Arbeitsmarkt entzogen und möglicherweise in die Langzeitarbeitslosigkeit verdrängt (pflegende Angehörige sind oft älter und können, wenn sie für die Pflege ihren Arbeitsplatz aufgegeben haben, nach dem Tod des zu pflegenden Patienten nicht mehr in den Arbeitsmarkt zurückkehren). Diese indirekten Kosten werden genau so wenig offiziell erfasst oder geschätzt, wie die Folgekosten insuffizienter Pflege (weil eben Laien mit der Pflege überfordert sind) – also die vermehrte, aber vermeidbare Inanspruchnahme des Akutversorgungssystems, hier v. a. der Spitäler.

Ebenfalls unzureichend erfasst werden die direkten Out-of-Pocket-Ausgaben.

² *Mobile Dienste (dazu gehören Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Familienhilfe, Essen auf Rädern, Besuchsdienst oder Beratungsdienste)*

Laut den offiziellen Statistiken wurden 2015 etwa 145.000 Personen durch rund **12.000 Betreuungs- und Pflegepersonen** (Vollzeitäquivalente) mit etwa 16 Millionen verrechenbaren Stunden mobil versorgt. Stichtagsbezogen (31.12.2015) waren das täglich etwa 91.000 Patienten, von denen jedoch nur 74.000 Pflegegeld bezogen. Pro Patient werden also im Schnitt 15 Stunden pro Monat professionelle Betreuungsleistungen erbracht.

Geht man in einer fiktiven und vorsichtigen Annäherung davon aus, dass alle ca. 20.000 nicht stationär betreuten Patienten der PGST 6 und 7 eine

24-Stunden-Betreuung haben, die viel Arbeit abnehmen kann und senkt daher deren rechnerischen Betreuungsbedarf von 720 Stunden (24 Stunden pro Tag) pro Monat arbiträr auf jenen der PGST 5, und geht man bei allen PGST vom Betreuungsbedarf entsprechend der Einstufungsverordnung (mit Stundenvorgaben von–bis) aus, dann liegt der so ermittelte Betreuungsbedarf pro Patient im Schnitt bei 120 bis 140 Stunden pro Monat.

Das bedeutet, dass der Betreuungsbedarf nur zu etwas mehr als zehn Prozent professionell gedeckt wird. 80 bis 90 Prozent dieser Betreuungsleistung werden informell oder eben **nicht** erbracht. Mobile Dienste sind daher im besten Fall als Unterstützung für pflegende Angehörige, die die Hauptlast tragen, zu werten. Die damit verbundenen indirekten Kosten (Angehörige werden dem Arbeitsmarkt entzogen und möglicherweise in Langzeitarbeitslosigkeit verdrängt) oder Folgekosten aufgrund insuffizienter Pflege (v. a. vermeidbare Spitalsaufenthalte) werden offiziell nicht erfasst oder geschätzt. Ebenfalls unzureichend erfasst werden die direkten Out-of-Pocket-Ausgaben. Anzumerken ist, dass die Finanzierung der mobilen Dienste, sofern es sich um patientennahe Tätigkeiten handelt, durch regionale (meist auf Gemeindeebene), sozial gestaffelte Förderungen aus den Sozialbudgets (i. d. R. auf Stundenbasis) subventioniert wird. Nichtsdestotrotz sind die Selbstbehalte bei den mobilen Diensten substanziell.

³ *Tagesstrukturierende Pflege² und alternative Wohnformen*

Diese beiden Angebote sind quantitativ nicht bedeutend. Beide Angebote gibt es praktisch nur in Wien.

Hintergrund des mangelnden Ausbaus dieser international sehr erfolgreichen Pflegemodelle ist wiederum die Gesetzeslage. (Verfassungs-)Rechtlich haben Länder (und Gemeinden) für die stationäre Pflege zu sorgen. Ambulante Pflegeformen oder auch betreutes Wohnen sind rechtlich nicht ausreichend normiert. Daher sehen die meisten Kommunen und Bundesländer keine Veranlassung, hierfür Vorhaltungen aufzubauen, sodass kaum eine indirekte Sachleistung zur Verfügung steht. In der Folge wären solche Angebote ausschließlich betriebswirtschaftlich zu kalkulieren und würden über hohe Preise bei Patienten zu einem hohen Selbstbehalt führen. In der Realität würden Patienten bzw. deren Angehörige daher wohl zuerst versuchen, über mobile Dienste Hilfen zu finden, und erst, wenn diese nicht mehr ausreichen, direkt auf den subventionierten stationären Bereich ausweichen. Dies bedenkend gibt es praktisch keine privaten Anbieter, da der wirtschaftliche Erfolg eines solchen Unternehmens fraglich ist. In der Folge gibt es – mit Ausnahme von Wien, das hier subventionierend eintritt – praktisch keine Angebote.

4 Stationäre Pflege in Pflegeheimen

Es gibt etwa 69.000 Pflegeheimplätze (davon etwa 3.000 für Kurzzeitpflege und teilstationäre Betreuungs- und Pflegedienste, die daher quantitativ unbedeutend sind – im Grunde aus den gleichen, betriebswirtschaftlichen Argumenten, die oben auch für tagesstrukturierende Pflege angemerkt wurden). Die vollstationären Plätze erreichen österreichweit eine Auslastung von 81 Prozent. Über die regionalen Auslastungen werden keine Statistiken geführt, womit nicht auszuschließen ist, dass es neben überversorgten auch unterversorgte Regionen gibt. Anekdotisch werden immer wieder Wartezeiten auf einen Heimplatz kolportiert. Laut den offiziellen Statistiken wurden – bezogen auf das Jahr 2015 – etwa 76.000 Personen durch rund **32.000 Betreuungs- und Pflegepersonen** (Vollzeitäquivalente) versorgt. Stichtagsbezogen (31.12.2015) waren das täglich etwa 55.000 Patienten, die praktisch alle Pflegegeld bezogen.

Bis vor einigen Jahren wurden die Betriebskosten der Pflegeheime folgendermaßen finanziert:

Zuerst wurden die Einkommen der Patienten (i. d. R. Pensionsbezüge, bis maximal 80 Prozent) und das Pflegegeld herangezogen. Genügte dies nicht zur Deckung der Heimkosten (was die Regel war), wurde das Vermögen der Patienten verwertet. Sollte auch dieses nicht ausreichen, sahen die Bundesländer verschiedene Kostenersatzansprüche (Pflegeregress) gegenüber Dritten vor (z. B. Ehepartner, Kinder). Bestand weiterhin ein Finanzierungsbedarf, wurde die Differenz über Steuergelder aus der Sozialhilfe gedeckt.

Vor einigen Jahren wurde der „Kinder-Regress“ wohl endgültig abgeschafft (da die Bundesländer zuständig sind, wurde der Regress zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgeschafft, vereinzelt wieder eingeführt und dann wieder abgeschafft. Fallweise wird darüber diskutiert, ihn wieder einzuführen).

Neu ist die Abschaffung des Patienten-Regresses (Republik Österreich 2017). Bis zur Abschaffung entgingen viele diesem Regress, indem sie ihr Vermögen (etwa eine Immobilie) zeitgerecht verschenkt hatten. Vor der Abschaffung des Kinder-Regresses konnte die öffentliche Hand eine Schenkung zur Umgehung des Patienten-Regresses rückgängig machen, wenn die Schenkung nicht mehrere Jahre vor der Pflegebedürftigkeit erfolgte.

Der Ehepartner-Regress besteht in unterschiedlicher Form weiter.

Welche finanziellen Folgen die Abschaffung des Patienten-Regresses hat, ist völlig intransparent und aktuell Grund für politische Auseinandersetzungen. Über die versorgungswissenschaftlichen Folgen gibt es weder Aussagen noch Diskussionen.

Analyse der Abschaffung des Regresses

Das Schlagwort vom „gesunden Altern“ wird gern zitiert, wenn es darum geht, die Gesundheitsausgaben schönzurechnen. Dann wird gern gesagt, dass alles nicht so schlimm wird, wie Experten prognostizieren (Famira-Mühlberger et al. 2017: 639–648), weil ja alle länger gesund bleiben.

Diese Haltung ist in Österreich zynisch, weil sie davon ausgeht, dass „gesundes Altern“ automatisch eintritt – und ganz ohne Zutun des Gesundheitssystems. Dies wird jedoch nicht geschehen, denn um „gesundes Altern“ zu ermöglichen, müsste die Tertiär-Prävention (TP)², die in diesem Zusammenhang etwa Pflegeprävention bedeutet, integraler Bestandteil des Gesundheitswesens sein.

Prävention ist in Österreich jedoch allgemein unterentwickelt, da dafür praktisch niemand zuständig ist. Im Falle der TP ist die Situation unlösbar, da diese offiziell gar nicht bekannt ist. TP wird mit Rehabilitation gleichgesetzt, da sich die Maßnahmen oft ähneln – doch das ist eben falsch.

TP verhält sich zu Rehabilitation wie Gesundheitsförderung zu Primärprävention. Die eine ist ressourcenorientiert und versucht, die vorhandene Gesundheit so zu stärken, dass eine Krankheit (ein nicht erwünschter Zustand) nicht eintritt (z. B. mehr Bewegung gegen Zivilisationskrankheiten), die andere ist krankheitsorientiert und versucht, (die Auswirkungen von) definierten Risikofaktoren einer definierten Krankheit (z. B. Rauchen / Lungenkrebs) zu reduzieren. Das ist ähnlich, aber eben nicht gleich. In der TP wird darauf abgezielt, Ressourcen – etwa den eigenen Lebenswillen, den Wunsch nach Mobilität und Selbstständigkeit, die familiären Beziehungen, die bestehenden sozialen Kontakte etc. – zu stärken, um die Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit (Gebrechlichkeit) hintanzuhalten. In der Reha muss man in Österreich eine spezifische Krankheit (etwa einen Herzinfarkt) durchgemacht haben, deren „behindernde“ Folgen reduziert werden sollen. Geriatriische Rehabilitation wird in Österreich öffentlich nicht angeboten.

Aber welche Krankheit führt immer zur Pflegebedürftigkeit und ist deren Hauptursache? Das Altern! Für das Altern gibt es aber im österreichischen Gesundheitswesen, das eher ein hochkomplexes Krankheitsverwaltungssystem ist, keinerlei Zuständigkeiten, weil Gebrechlichkeit keine Krankheit ist. „Gesundes Altern“, also die Alterserscheinung der Gebrechlichkeit zu verlangsamen, ist daher in Österreich Privatangelegenheit.

Wir alle werden alt und gebrechlich. Unsere Muskeln werden schwächer, wir werden immobil, instabil, unser Gang wird unsicher, wir werden uns immer erschöpfter fühlen und die einfachsten Alltagsaktivitäten werden immer mühsamer. Chronische Krankheiten und Multimorbidität schreiten voran. Um das zu kompensieren, werden wir immer abhängiger von fremder

² In der *Gesundheitsförderung* geht es um den Erhalt der Gesundheit durch Stärkung der Gesundheit, indem Gesundheitsbewusstsein, gesundes Verhalten und auch „gesunder“ Umgang mit einer Krankheit gefördert werden. In der *Primärprävention* geht es um den Erhalt der Gesundheit durch Vorbeugung von Krankheiten, indem Risikofaktoren adressiert werden, bevor eine Krankheit eintritt. In der *Sekundärprävention* geht es um die Verhinderung der Progredienz einer eingetretenen Krankheit, in dem diese frühzeitig erkannt wird, bevor ihr Verlauf sich verschlimmert bzw. chronifiziert. In der *Tertiärprävention* geht es um die Verlangsamung der Progredienz oder des Eintritts von Komplikationen einer manifesten und chronischen Krankheit, indem die vorhandene Gesundheit derart gestärkt wird, dass die Defizite durch die chronische Krankheit mit dem Ziel der Erhöhung der Lebensqualität kompensiert werden können.

Hilfe und medizinischer Versorgung. Das ist der Lauf der Dinge – und nur der Tod beendet diesen Lauf. Die Frage ist jedoch, wie lange und wie schwer die Gebrechlichkeit unser Leben bestimmen wird.

Es gibt eine Fülle von Risikofaktoren. Viele sind nicht beeinflussbar, etwa die Altersweitsichtigkeit. Andere hingegen sind es wohl – und genau dort setzt die TP an. Es sind vor allem zwei Ressourcen, die, wenn sie gestärkt werden, „gesundes Altern“ ermöglichen: körperliche und soziale Aktivität.

Körperliche Aktivität kann helfen, das Risiko für Demenz, Depression, degenerative Krankheiten, Typ 2-Diabetes, Bluthochdruck und Fettleibigkeit bis ins hohe Alter senken. Weil der Alterungsprozess mit Abbau von Muskelmasse, schlechterer Beweglichkeit und mentaler Erschöpfung einhergeht, muss man körperliche Aktivität aktiv adressieren – und zwar durch das Gesundheitssystem, das sich nicht nur mit Krankheit und Heilung beschäftigen sollte, sondern auch mit der Erhaltung eines möglichst langen behinderungsfreien Lebens – dem gesunden Altern.

Frühzeitig und wohnortnah (Wohnortnähe beginnt im Wohnzimmer) müssen leicht zugängliche und attraktive Aktivitätsprogramme angeboten werden – Programme, die an den Patienten über geeignete Vertriebswege herangetragen werden. Wie die Literatur zeigt, sind dafür präventive Hausbesuche sehr gut geeignet. Hausbesuche, die durch das hierzulande weitgehend unbekannte Primary Health Care (PHC)-Team absolviert werden müssen. Dazu gehören die präventive physiotherapeutische, die präventive psychologische, die präventive pflegerische und die präventive ärztliche Visite. Dies alles bietet das österreichische Gesundheitssystem bislang nicht, weil es weder PHC noch TP kennt.

Wenn TP nicht mehr ausreicht, weil das Altern nicht aufhaltbar, sondern nur verlangsambbar ist, sind spezifische geriatrische Rehabilitationsangebote einzurichten, die sich auf eine Reihe gesundheitlicher Folgen bei älteren Menschen mit verschiedenen Graden der funktionellen Beschränkung positiv auswirken. Auch diese Maßnahmen kennt das österreichische Gesundheitssystem nicht, da Anspruch auf Rehabilitation grundsätzlich nur für jene besteht, die im Berufsleben stehen (Rehabilitation vor Pensionierung) und nur dann, wenn sie spezifisch ist, also die Folgen einer bestimmten Krankheit (Schlaganfall, Herz-Operationen, Hüft- oder Bandscheiben-Operationen etc.) adressiert. Alt und gebrechlich sein ist jedoch keine Krankheit im Sinne des Systems.

Gelingt es, die Mobilität der alternden Menschen zu erhöhen und lange zu erhalten, indem man sie motiviert, ihre körperliche Aktivität nicht einzuschränken, dann können die Menschen auch ihre sozialen Aktivitäten aufrechterhalten. Ebenso kann damit Vereinsamung vermieden werden. Zudem würden viele Menschen, die heute zahlreiche unnötige Arztbesuche absolvieren und dort auf Ärzte treffen, die aufgrund der Gesetzeslage und Honorarkataloge keine präventiven Aktivitäten verordnen können, dann mit anderen Gymnastik machen, sich in Nordic-Walking-Gruppen zusammenschließen, gemeinsam Essen gehen, Clubs bilden oder sich gegenseitig besuchen. Das mag romantisch oder gar naiv klingen, ist jedoch versorgungswissenschaftlich abgesichert. Denn alt, gebrechlich und einsam sein ist für keinen eine schöne Perspektive – und Patienten nehmen Angebote, wenn sie zeitgerecht bestehen, gern an.

Die Idee ist also, die Gesundheitsversorgung altersfreundlicher zu gestalten, in dem die Gesundheitskompetenz der Patienten gestärkt wird. Dies führt zu Gesundheitserhaltung und Krankheitsvermeidung und ermöglicht die (unterstützte) Selbstversorgung und auch Selbstbehandlung sowie eine bessere

Koordinierung der Versorgung. Sowohl die Zuweisung an Spitäler als auch das Entlassungsmanagement können so gestaltet werden, dass sie zum Alter und der Gebrechlichkeit des Patienten passen.

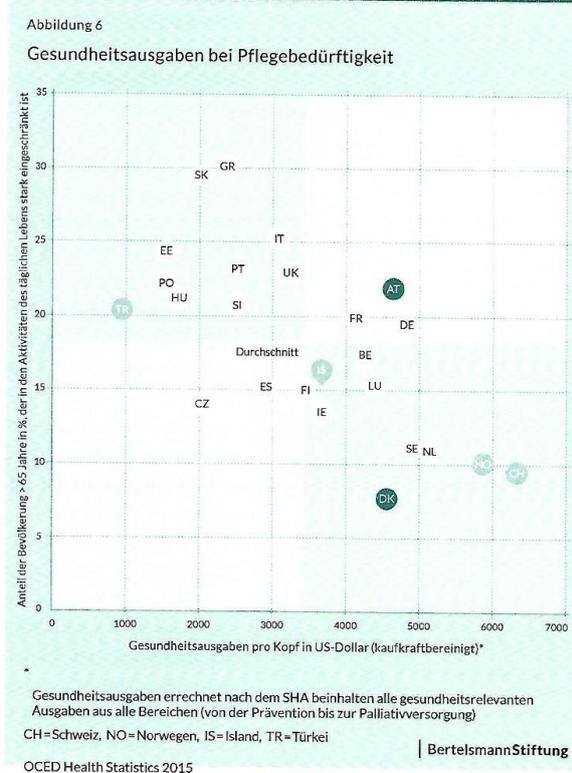
Ein Blick in die OECD-Daten zeigt, dass 2013 die Dänen (pro Kopf und kaufkraftbereinigt) exakt gleich viel für Gesundheit und Pflege ausgegeben haben wie die Österreicher. Setzt man das in Relation zum Anteil der Bevölkerung über 65, der in seinen täglichen Aktivitäten stark eingeschränkt, also pflegebedürftig, ist, beträgt der Anteil in Österreich 22, in Dänemark acht Prozent. Dänemark hat es also geschafft, „gesundes Altern“ zu ermöglichen, Österreich nicht.

Doch was machen die Dänen anders? Die Antwort ist einfach:

Weil es nicht einfach ist, Pflege vom Gesundheitswesen abzugrenzen, wurde in Dänemark das gesamte Pflegewesen, also sowohl die gesundheitsrelevanten als auch die instrumentellen Aktivitäten, ins Gesundheitssystem integriert und professionalisiert (und werden auch zur Gänze so der OECD gemeldet). In Dänemark bezieht man von der Einkaufshilfe bis zur Herztransplantation alles als Sachleistung. Der sinnvolle Einsatz von Profis führt zudem zu besseren Ergebnissen.

An dieser Stelle ist zu betonen, dass die dänische Vorgehensweise zu einem sehr teuren Pflegesystem führt (in etwa doppelt so teuer wie in Österreich), allerdings fallen die Gesamtausgaben (nach dem „System of Health Accounts“ der OECD) nicht höher aus. Langzeitversorgung und Akutversorgung können also kommunizierende Gefäße sein – vorausgesetzt, die Ressourcenallokation funktioniert im Sinne eines integrierten Gesundheitssystems. Oder anders ausgedrückt: Dänemark investiert die Ressourcen in der Langzeitversorgung unter tertiärpräventiven Aspekten und reduziert damit die Folgekosten im Bereich der Akutversorgung, sodass über die Gesamtausgaben betrachtet, bei Kostenneutralität, mehr gesunde Lebensjahre erzielt werden.

Österreich hat einen komplett anderen Zugang. Es beginnt damit, dass Österreich das Pflegesystem gänzlich vom Gesundheitssystem trennt. Das Gesundheitssystem setzt dazu noch stark auf Akutversorgung und hier v. a. auf die Spitalsversorgung von Krankheiten – unter Vernachlässigung praktisch aller anderen Bereiche (Prävention, Rehabilitation, Palliativversorgung). Zudem wird der Sektor Pflege viel zu stark auf die Berufsgruppe der diplomierten Pfleger reduziert, anstatt Pflege- und Betreuungsleistungen, etwa auch das Einkaufen mit einem Patienten, als zielgerichtete Prozesse zu sehen. Praktisch nie wird in den Pflege- und Betreuungsleistungen der tertiärpräventive Zweck diskutiert. Einkaufshilfen, sei es professionell oder durch Angehörige, gehen i. d. R. für den Patienten einkaufen, weil es schneller geht und weniger Zeit oder Geld kostet; das Gleiche gilt für den Einsatz der kom-



pensatorischen statt der aktivierenden Pflege – womit Patienten zunehmend „ins Bett betreut“ werden. Dieses Verhalten wird noch durch die Auszahlung des Pflegegelds ohne Zweckwidmung angereizt. Österreich fordert also massiv die informelle Pflege, vor allem in den unteren Pflegestufen ein. Denn betrachtet man die Selbstbehalte (seien sie finanzieller Art oder eben Zeit), so sind sie dort am höchsten, wo man noch am ehesten tertiärpräventiv ansetzen könnte (also noch bevor überhaupt Anspruch auf Pflegegeld besteht – bei Patienten unter zwei Stunden Pflege- und Betreuungsbedarf pro Tag), und dort am niedrigsten, wo tertiärpräventive Maßnahmen am wenigsten erreichen können – im Pflegeheim. Zudem ist dort der Kostendruck so hoch, dass wegen der Personalausstattung (Volksanwaltschaft 2017b) TP überhaupt nicht umgesetzt werden könnten. Es ist vielmehr üblich (Volksanwaltschaft 2017a), Patienten im Pflegeheim „ins Bett zu pflegen“. Die Anreize gehen also in die Richtung, Pflegefälle zu produzieren statt zu vermeiden.

Es ist daher nicht verwunderlich, dass Österreich über 450.000 amtlich anerkannte Pflegefälle hat, die die täglichen Aktivitäten nicht mehr allein schaffen und über zwei Stunden täglich Hilfe benötigen. Das entspricht einer Pflegequote von 5,2 Prozent. Zum Vergleich: In Deutschland liegt die Pflegequote nur bei 2,6 Prozent, obwohl die Bevölkerung älter ist und man schon ab 1,5 Stunden täglicher Hilfe als Pflegefall gilt.

In Österreich besteht also das Problem, dass die Menschen nicht gesund altern, sondern sehr früh durch Immobilität zu Pflegefällen werden (die in der Folge eine sehr hohe Inanspruchnahme des – hypertrophen – akutversorgenden Gesundheitssystems aufweisen). Dieser Befund sollte aufhorchen lassen; stattdessen wird die Situation politisch schöngefärbt. So hat der ehemalige Sozialminister Rudolf Hundstorfer in einer Rede vor dem Bundesrat am 26. Februar 2014 eingemahnt: „Seien Sie stolz darauf, in einem Land zu leben, wo 5,2 Prozent der Bevölkerung Pflegegeld bekommen! Sie finden kein Land der Welt – kein Land der Welt! –, wo 5,2 Prozent der Bevölkerung Pflegegeld bekommen.“ Der Ausspruch, Österreich sei „beim Pflegegeld Weltmeister“, wird im Übrigen seit mindestens 2010 regelmäßig bemüht.

Nun wurde der Patienten-Regress abgeschafft. Es ist zutreffend, dass viele Bürger ihr Vermögen zeitgerecht entweder konsumiert oder verschenkt haben, um dem Regress zu entgehen. Dort, wo dies nicht möglich oder erwünscht war, war es angesichts der enormen Kosten im Pflegeheim nicht selten der Fall, dass am Ende alle Mittel aufgebraucht waren. Insofern ist die politische Argumentation, der Regress sei für viele eine „100-%-Erb-schaftssteuer“, nachvollziehbar, wobei die Abschaffung wohl auch nicht zufällig vor den Neuwahlen im Oktober 2017 stattfand. Ob der Regress ungerecht war, wie die Politik behauptet, soll hier nicht erwogen werden.

Die Abschaffung des Regresses dürfte jedoch das Anreizsystem verstärken, möglichst schnell in eine hohe Pflegestufe zu gelangen, um unentgeltlich stationäre Pflege gegen die mit hohem Selbstbehalt belastete (entweder Geld oder Zeit) mobile Pflege zu tauschen. Statt also das System so umzubauen, dass gesundes Altern erleichtert wird, werden nun Anreize gesetzt, möglichst schnell und früh ein öffentlich finanziertes stationäres Angebot zu erreichen. Ein vernünftiges Konzept sollte genau anders herum sein – geringer Pflege- und Betreuungsbedarf sollte als Sachleistung öffentlich finanziert werden (das Angebot muss jedoch, um Nachfrager und Anbieter zu trennen, privatwirtschaftlich organisiert sein). Erst wenn das nicht mehr funktioniert, kann über Selbstbehalte eine Ko-Finanzierung der stationären Pflege angedacht werden.

Die Folgen dieser jetzigen Finanzierungsreform werden in der nächsten Zeit erhebliche Probleme aufwerfen.

Die regionale Ausstattung mit Pflegeheimplätzen obliegt weitgehend den regionalen Politikern – je nachdem, ob sich eine Region Pflegeheimplätze leisten will oder kann, ist daher das regionale Angebot unterschiedlich. Und obwohl die Steuer- und Abgabenlast österreichweit einheitlich ist, kommt es dadurch schon heute zu uneinheitlichen und daher ungerechten Zugängen. So dürfte es der Fall sein, dass in manchen Bundesländern der Zugang zu Pflegeheimen ab PGST 3 besteht, in anderen erst ab PGST 4. Da die Finanzierung der jetzigen Reform nicht gesichert ist, wird diese Schieflage wohl verstärkt werden. Und selbst wenn es zu ausreichend zusätzlichen Geldmitteln kommt, stellt sich die Frage, woher das Personal stammen soll. Unter Ceteris-paribus-Annahmen ist mit einer Verstärkung der bereits heute beklagten Verknappung des Arbeitskräfteangebotes zu rechnen.

Denkbar ist zwar, entgegen der politischen Idee, mobile statt stationäre Pflege zu ermöglichen und jene Betreuungs- und Pflegekräfte, die heute im mobilen Bereich tätig sind, in der stationären Versorgung einzusetzen. Wegen der fehlenden Statistiken ist aber völlig unklar, ob die Qualifikation dieser Kräfte den künftigen Aufgaben entspricht. Die Aus- und Fortbildung für Pflegeberufe ist in Österreich praktisch noch völlig unstrukturiert. Es ist daher anzunehmen, dass es zu einem Arbeitskräftemangel kommt bzw. ein wegen des fehlenden Datenmaterials gerüchteweise bestehender Mangel verstärkt wird, der dann durch weiter verstärkten Zuzug aus dem Ausland kompensiert werden müsste. Diesem Zuzug widerspricht jedoch der globale Verhaltenskodex der WHO für die internationale Anwerbung von Gesundheitsfachkräften.

Alles in allem ist die Abschaffung des Regresses eine tagespolitisch motivierte Tat, sie ist versorgungswissenschaftlich nicht sinnvoll und auch kein Schritt in Richtung einer vernünftigen Pflegereform, die sich die Pflegevermeidung und nicht die Pflegeversorgung zum Ziel setzt.

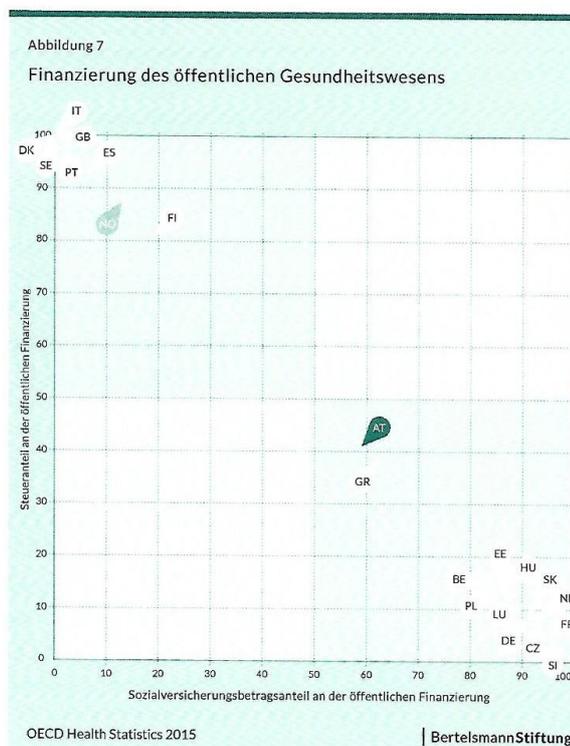
Empfehlungen

Viele Länder haben ein Problem, die Langzeitversorgung sinnvoll mit dem Gesundheitswesen abzustimmen bzw. diese ins Gesundheitssystem zu integrieren – am meisten jene, deren öffentliches System von einem Bismarck-Modell geprägt ist (Wagstaff 2009). In Österreich liegen ganz besondere Verhältnisse vor, da es sonst kein Land gibt, dessen Gesundheitswesen bereits von einer ausgeprägten horizontalen und vertikalen Fragmentierung geprägt ist und das Pflegewesen gänzlich vom Gesundheitswesen trennt.

Das Pflegewesen wird, anders als das Gesundheitswesen, durch erhebliche und substanzielle Selbstbehalte (in Form informeller Pflege und von Out-of-Pocket-Ausgaben) getragen. Die Selbstbehalte sind hier vor allem bei jenen Patienten am höchsten, die noch wenig Hilfe brauchen. Damit besteht der Anreiz, Patienten zuerst „ins Bett zu betreuen“ und dann „ins Bett zu pflegen“. Dieses Anreizsystem wird durch die jetzige Reform, in der die Selbstbehalte für Patienten im Pflegeheim drastisch reduziert werden (Abschaffung von Regressen) noch weiter verstärkt.

Eine Pflegereform müsste genau das Gegenteil anstreben. Die Selbstbehalte in niedrigen Pflegestufen sollten niedrig sein. Hier sollte sogar angedacht werden, diese gänzlich abzuschaffen und mobile bzw. ambulante Pflegeleistungen als Sachleistung über das Gesundheitssystem beziehen zu können – etwa im Rahmen der gerade im Aufbau begriffenen PHC-Einrichtungen. Inwieweit alle – also nicht nur die gesundheitsrelevanten – Pflegeleistungen einbezogen werden sollten, ist noch zu diskutieren. Allerdings sollte diese Diskussion unter dem Aspekt der Tertiärprävention geführt werden, nicht unter dem Aspekt der Finanzierung. Zudem müssten ambulante Pflegeleistungen als im Wesentlichen tagesstrukturierende Pflege massiv ausgebaut werden.

Das Ziel einer Pflegereform muss es sein, den Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre, der bei den Aktivitäten des täglichen Lebens stark eingeschränkt und auf fremde Hilfe angewiesen ist, von 22 auf arbiträr 15 Prozent zu senken – das wäre die Mitte zwischen unserem heutigen Wert und dem Wert, den Dänemark erzielt. Möglich ist dies nur durch unentgeltlich angebotene, konsequente und wohnortnahe Adressierung der altersbedingten Gebrechlichkeit in all seinen bio-psycho-sozialen Dimensionen. Die dafür notwendigen rechtlichen und verfassungsrechtlichen Gesetzesänderungen werden dabei die größte Hürde darstellen.



Literatur

- Arbeitsgruppe Verwaltung Neu (2010). *Arbeitspaket 10: Gesundheit und Pflege*. Expertengruppe aus Rechnungshof, WIFO, IHS, StA und KDZ, im Auftrag der Bundesregierung. 31.5.2010.
- Bundeskanzleramt Österreich (2017). *HELP.gv.at*. Kapitel Soziales/Pflege. Wien. www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360000.html.
- Europäische Kommission (2016). *Health at a Glance*. https://ec.europa.eu/health/state/glance_en.
- Famira-Mühlberger, U. et al. (2017). „Österreich 2025 – Herausforderungen und volkswirtschaftliche Effekte der Pflegevorsorge“. *WIFO-Monatsberichte* 2017 90 (8). 639–648.
- Ganner, M. (1997). „Die Kompetenzlage in der Alten- und Pflegebetreuung“. *Soziale Sicherheit* 10/1997.
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (2017). Novelle 2.8.2017. https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/II/I_01518/index.shtml#tab-Uebersicht
- Hausbetreuungsgesetz (2007). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 29.7.2007. Teil I 33. Bundesgesetz: Hausbetreuungsgesetz – HBeG und Änderung der Gewerbeordnung 1994 (NR: GP XXIII RV 78 AB 117 S. 25. BR: AB 7693 S. 746). www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2007_I_33/BGBLA_2007_I_33.pdf.
- Kingros, D. S. et al. (2015). *Building primary care in a changing Europe*. World Health Organization 2015 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies).
- Ministerium Frauen Gesundheit (2016). *Krankenanstalten in Zahlen. Überregionale Auswertung der Dokumentation der landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten – Österreich*. Wien, Oktober 2016.
- OECD (2015). *Health at a Glance 2015*. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-62-en und http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
- OECD Health Statistics (2015). www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2015-country-notes.htm.
- Parlamentarische Enquete des Bundesrates (2017). „Die Zukunft der Pflege: Schaffbar, sichtbar, leistbar“. 5.4.2017. www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/BR/VER-BR/VER-BR_00036/fnameorig_628448.html.
- Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung (2012). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 12.9.2012. Teil II 302. Verordnung: Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012 – PDStV 2012. www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2012_II_302/BGBLA_2012_II_302.pdf.
- Pflegefondsgesetz (2011). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. 29.7.2011. Teil I 57. Bundesgesetz: Pflegefondsgesetz – PFG (NR: GP XXIV RV 1207 AB 1286 S. 114. BR: AB 8553 S. 799). www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2011_I_57/BGBLA_2011_I_57.pdf.
- Pflegeverfassungsgesetz (2008). BGBl. I 43/2008. 43. Bundesverfassungsgesetz. https://rdb.manz.at/document/ris.c.BGBl_I_Nr_43_2008
- Republik Österreich (2017). „Nationalrat stimmt mit breiter Mehrheit für Abschaffung des Pflegeregresses“. *Parlamentskorrespondenz* Nr. 838 vom 29.6.2017. www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2017/PK0838/index.shtml.

- Schrank, S. (2015). „Das österreichische Langzeitpflegesystem: aktuelle Herausforderungen und Reformen im Bereich der Pflege und Betreuung zu Hause“. Vortrag beim Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung am 10.5.2017.
- Sozialministerium (2015). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien 2016.
- Statistik Austria (2016a). Gender-Statistik: Entwicklung der aktiven Erwerbs- und Teilzeitquoten (ILO) der 25- bis 49-Jährigen nach Familientyp und Geschlecht, 1994–2015; Erwerbstätigenquoten nach Alter und Geschlecht seit 1994 www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/erwerbstaetigkeit/index.html.
- Statistik Austria (2016b). Pflegedienstleistungsstatistik. 13.12.2016. www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/080309.html.
- Statistik Austria (2016c). *Spitalsentlassungsstatistik*. Spitalsentlassungen nach ausgewählten Diagnosen. www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/stationaere_aufenthalte/spitalsentlassungen_nach_ausgewaehlten_diagnosen/index.html.
- Statistik Austria (2016d). Standard-Dokumentation: Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts für Österreich 30.11.2016. www.statistik.at/web_de/dokumentationen/menschen_und_gesellschaft/Gesundheit/index.html.
- Statistik Austria (2016e). Statistik des Bevölkerungsstandes: Jahresdurchschnittsbevölkerung 1981–2016 nach breiten Altersgruppen und demographischen Abhängigkeitsquotienten. www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/index.html
- Volksanwaltschaft (2017a). *Präventive Empfehlungen zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte in Alten- und Pflegeheimen und in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung*. Schriftenreihe der Volksanwaltschaft. Band V 2017. Wien. https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/6gq48/praeventive_empfehlungen_pflege_bandv.pdf.
- Volksanwaltschaft (2017b). *Präventive Menschenrechtskontrolle*. Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat. März 2017. Wien. <https://volksanwaltschaft.gv.at/praeventive-menschenrechtskontrolle>.
- Global Health Expenditure Database (2015). <http://apps.who.int/nha/database>.
- WHO Europe 2016. *European health for all database (HFA-DB)*. Juli 2016.
- WHO-Regionalbüro für Europa (1969). *Besprechung des Spitalswesens in Österreich mit Empfehlung für künftige Entwicklungen*. Kopenhagen.
- WHO Regional Office for Europe (2015). *Building primary care in a changing Europe*. Kopenhagen.
- Wagstaff, A. (2009). *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD*. Policy Research Working Paper 4821. The World Bank. Development Research Group, Human Development and Public Services Team. Januar 2009. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.628.5428&rep=rep1&type=pdf>.

Alle Links wurden am 18. Januar 2018 überprüft.

Über den Autor



Dr. Ernest G. Pichlbauer, geb. 1969, arbeitete, bevor er sich der Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsversorgungsforschung zuwandte, als Universitätsassistent an der Pathologie des Wiener AKH. Während seiner Zeit am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) war er u. a. maßgeblich an den Arbeiten zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beteiligt und verfasste für die deutsche Bundesregierung mehrere HTA-Berichte. 2007 veröffentlichte er gemeinsam mit Ingrid Korosec die gesundheitspolitische Diskussionsgrundlage „Gesunde Zukunft – Österreichs Gesundheitsversorgung NEU“. Seit 2008 ist er unabhängiger Experte, Blogger (www.rezeptblog.at) und Publizist, u. a. schreibt er gesundheitspolitische Kolumnen in der Wiener Zeitung („Rezeptblock“).

Impressum

© März 2018
Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Vertrieb: Bertelsmann Stiftung (BSt),
Europäisches Bureau für Politikberatung
und Sozialforschung Wien (eb)

Autor: Ass. Prof. Dr. Ernest G. Pichlbauer
Verantwortlich: Thorsten Hellmann
Lektorat: Sibylle Reiter

Bildnachweis (Cover): liukovmaksym | stock.adobe.com

Design: Lucid. Berlin
Druckerei: Matthiesen Druck, Bielefeld

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung (BSt)
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Deutschland

Dr. Thorsten Hellmann (BSt)
Project Manager
thorsten.hellmann@bertelsmann-stiftung.de
Telefon +49 5241 8181236

Europäisches Bureau für Politikberatung
und Sozialforschung Wien (eb)
Schottenring 19/9
1010 Wien
Österreich

Prof. Dr. Bernd Marin (eb)
Direktor
marin@europeanbureau.net
Telefon +43 664 1002617

www.social-inclusion-monitor.eu

www.bertelsmann-stiftung.de

| BertelsmannStiftung