

**Die Bedeutung der
24-Stunden-Betreuung für die
Altenbetreuung in Österreich**

Ulrike Famira-Mühlberger

Wissenschaftliche Assistenz: Anna Albert, Stefan Fuchs,
Christoph Lorenz



Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich

Ulrike Famira-Mühlberger

Juli 2017

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag des Instituts für angewandte Gewerbeforschung

Begutachtung: Christoph Badelt, Matthias Firgo • Wissenschaftliche Assistenz: Anna Albert, Stefan Fuchs, Christoph Lorenz

Inhalt

Seit Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 stieg die Zahl der Pflegegeldempfängerinnen und Pflegegeldempfänger kontinuierlich. Zur Zeit erhalten rund 5% der österreichischen Bevölkerung Pflegegeld. Zusätzlich zu Geldleistungen können Pflegebedürftige Sachleistungen in Form von stationärer, mobiler, teilstationärer und Kurzzeitpflege erhalten, wobei der stationäre Bereich mit 74% der Nettoausgaben für Sachleistungen den größten Anteil der Mittel bindet. Zur Entlastung der Ausgaben für stationäre Pflege – aber auch um den Wünschen der Betroffenen gerecht zu werden – wurde und wird die mobile Pflege ausgebaut und ein Fördermodell der 24-Stunden-Betreuung zu Hause etabliert. Letzteres erfreut sich wachsender Beliebtheit: Waren im Jahr 2008 durchschnittlich 3.200 Förderfälle pro Monat verzeichnet worden, so erreichte ihre Zahl im Jahr 2015 bereits 21.900. Es gibt Hinweise, dass die 24-Stunden-Betreuung den Bedarf an stationärer bzw. auch mobiler Pflege hinauschiebt und etwas verringert. Damit das Modell der 24-Stunden-Betreuung allerdings zu einem nachhaltigen Modell werden kann, sind qualitätsfördernde Maßnahmen unabdingbar.

Rückfragen: ulrike.famira-muehlberger@wifo.ac.at, anna.albert@wifo.ac.at, stefan.fuchs@wifo.ac.at, christoph.lorenz@wifo.ac.at

2017/183-2/A/WIFO-Projektnummer: 4016

© 2017 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| 1. Einleitung | 3 |
| MODUL 1: Pflegebedürftigkeit in Österreich | 4 |
| 2. Pflegebedürftigkeit in Österreich und ihre Finanzierung | 4 |
| 3. Die Betreuungsstruktur der pflegebedürftigen Menschen und ihre Hauptpflegepersonen | 10 |
| 4. Die Entwicklung des Pflegepotenzials und Pflegebedarfs in Österreich | 11 |
| 4.1. <i>Die Veränderung des Pflegepotenzials von Familien durch veränderte Haushaltsstrukturen</i> | 13 |
| 4.2. <i>Der Rückgang informeller Pflege aufgrund der Erhöhung der Frauenbeschäftigung</i> | 15 |
| 4.3. <i>Die Entwicklung des Gesundheitszustandes älterer Personen</i> | 16 |
| 5. Projektionen über den zu erwartenden Finanzaufwand für Pflege | 19 |
| MODUL 2: Die 24-Stunden-Betreuung | 23 |
| 6. Die Regelungen der 24-Stunden-Betreuung in Österreich | 23 |
| 7. Die Entwicklung der Inanspruchnahme der Förderung der 24-Stunden-Betreuung und der selbständigen Betreuungskräfte | 26 |
| 8. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der 24-Stunden-Betreuung | 30 |
| 9. Die Kosten der 24-Stunden-Betreuung für betreuungsbedürftige Personen: Unterschiedliche Modelle im Vergleich | 32 |
| 9.1 <i>Die individuellen Kosten der 24-Stunden-Betreuung</i> | 32 |
| 9.2 <i>Die Kosten des Selbständigen-Modells und des Unselbständigen-Modells im Vergleich</i> | 33 |
| 9.3 <i>Stationäre Betreuung und 24-Stunden-Betreuung im Kostenvergleich</i> | 38 |

| | |
|--|-----------|
| 10. Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenpflege in Österreich aus ökonomischer Perspektive | 39 |
| 11. Schlussfolgerungen und Ausblick | 42 |
| Verzeichnis der Abbildungen | 46 |
| Verzeichnis der Übersichten | 46 |
| Literatur | 48 |

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit den grundlegenden Entwicklungen in der Altenpflege in Österreich sowie im speziellen mit der 24-Stunden-Betreuung. Neben der Darstellung der Organisation und Finanzierung der Langzeitpflege werden die jüngsten gesellschaftlichen und demografischen Entwicklungen und ihr Einfluss auf die zukünftige Altenpflege diskutiert (Modul 1 – Kapitel 2 bis 5). Das zweite Modul (Kapitel 6 bis 10) setzt sich näher mit der Ausgestaltung der 24-Stunden-Betreuung und deren Potenzial für die künftige Entwicklung der Langzeitpflege auseinander. Zur Analyse der 24-Stunden-Betreuung wurden Hintergrundgespräche mit folgenden ExpertInnen des Pflegebereichs geführt:

- *Anton Kellner, MBA* (CEO SeneCura, gewinnorientierter Pflegedienstleistungsanbieter, u.a. Vermittlungstätigkeit im Bereich der 24-h-Betreuung)
- *Bibiana Kudziova* (Teamleiterin bei Sensivita, Vermittlungsagentur, zugleich Berufsgruppensprecherin der selbständigen PersonenbetreuerInnen, WKO Wien)
- *SC Mag. Manfred Pallinger* (Sektionsleiter für den Bereich Pflege, BMASK)
- *Dr. Irene Pichler* (Caritas, Geschäftsführerin Caritas Rundum Zuhause betreut, Vermittlungstätigkeit im Bereich der 24-h-Betreuung)
- *Irma Steinbauer* (Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, Sozialversicherungsanstalt der Bauern).

Kapitel 2 stellt die Finanzierung der Langzeitpflege in Österreich dar. Kapitel 3 befasst sich mit der Betreuungsstruktur der pflegebedürftigen Personen und damit, wer private Pflege leistet. Kapitel 4 diskutiert die Entwicklung des Pflegepotenzials und zeigt die Gründe, warum private, informelle Pflege in Zukunft in geringerem Umfang angeboten werden könnte. Kapitel 5 stellt Projektionen über den zu erwartenden Finanzaufwand für Pflege auf Basis einer WIFO-Studie aus dem Jahr 2014 vor. Kapitel 6 gibt einen Überblick über die rechtliche Ausgestaltung der 24-Stunden-Betreuung. Kapitel 7 wiederum zeigt die jüngsten Entwicklungen hinsichtlich der Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung. Kapitel 8 analysiert existierende Qualitätssicherungsmaßnahmen rund um die 24-Stunden-Betreuung. Kapitel 9 zeigt die Kosten der 24-Stunden-Betreuung für KundInnen auf und Kapitel 10 geht auf die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Langzeitpflege in Österreich ein. Kapitel 11 zieht Schlussfolgerungen aus dieser Arbeit.

Ziel der österreichischen Pflegepolitik ist unter anderem, dass pflegebedürftige Personen, sofern gewünscht, möglichst lange im eigenen Privathaushalt verbleiben können und ihre vertraute Umgebung möglichst nicht verlassen müssen. Um dieses Ziel zu verfolgen, wurde und wird zum einen die mobile Pflege ausgebaut (vgl. *Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018*)¹⁾ und zum anderen wurde ein Fördermodell für die 24-Stunden-Betreuung entwickelt. Die vorliegende Arbeit untersucht u. a., inwieweit bzw. unter welchen Bedingungen die 24-Stunden-Betreuung ein nachhaltiges Modell zur Unterstützung des Systems der Langzeitpflege in Österreich sein kann.

¹⁾ Der Grundsatz „mobil vor stationär“ wurde auch im Pflegefondsgesetz 2011 festgehalten.

MODUL 1: Pflegebedürftigkeit in Österreich

2. Pflegebedürftigkeit in Österreich und ihre Finanzierung

Pflegebedürftige Menschen werden in Österreich von der öffentlichen Hand durch Geldleistungen (Pflegegeld) und durch Sachleistungen (Pflege- und Altenheime, soziale Dienste) unterstützt. 1993 wurde in Österreich ein einheitliches, bedarfsorientiertes Pflegegeld in sieben Pflegegeldstufen eingeführt, auf welches ein Rechtsanspruch besteht – und zwar unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Das sozialpolitische Ziel ist die finanzielle Unterstützung von pflegebedürftigen Personen. Das Pflegegeld wird durch das allgemeine Steueraufkommen finanziert.

Sofern PflegegeldempfängerInnen Sachleistungen beziehen, dient das Pflegegeld zur Finanzierung von Eigenbeträgen bzw. Zuzahlungen, im Fall der stationären Pflege wird das Pflegegeld direkt an das jeweilige Bundesland weitergeleitet. Befragungsdaten zeigen jedoch, dass im Jahr 2010 knapp mehr als die Hälfte der PflegegeldempfängerInnen keine formellen Betreuungsangebote in Anspruch nahmen, sondern informell von Angehörigen oder Bekannten gepflegt wurden (BMASK, 2012). Da das Pflegegeld nicht an Sachleistungsbezug gebunden ist, können die Mittel entweder für informelle Pflege oder sonstige Transfers/private Zwecke verwendet werden – eine Nachweispflicht der Mittelverwendung existiert nicht.

Seit der Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 stieg die Zahl der PflegegeldempfängerInnen von 299.000 auf 458.000 Personen im Jahr 2014 an (BMASK, 2015A). Das entspricht einer Steigerung von insgesamt 53% bzw. einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 2%.

Übersicht 1 zeigt die Entwicklung der PflegegeldbezieherInnen nach Pflegestufe seit 1993. Seit 2012 wird das Landespflegegeld auch vom Bund ausbezahlt, sodass beide Werte ab diesem Jahr als Reihe „Bund“ ausgewiesen wurden. Am stärksten nahm die Anzahl der PflegegeldempfängerInnen der Stufe 1 zu, die Anzahl in der zweiten Stufe ist leicht gesunken, die Stufen 3 bis 7 nahmen moderat zu, wobei letztere geringe Fallzahlen aufweisen.²⁾ Insgesamt empfangen zurzeit rund 5% der österreichischen Bevölkerung Pflegegeld.

²⁾ Die relativ konstanten Raten in den Jahren 2011 und 2012 sind einerseits einer demografischen Alterungspause geschuldet, andererseits aber auch, weil die Länder auch PflegegeldbezieherInnen angaben, deren Pflegegeldanspruch aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes ruhte oder die Abfrage zu einem anderen Stichtag durchgeführt wurde (BMASK, 2015A).

Übersicht 1: Entwicklung der PflegegeldbezieherInnen, Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres

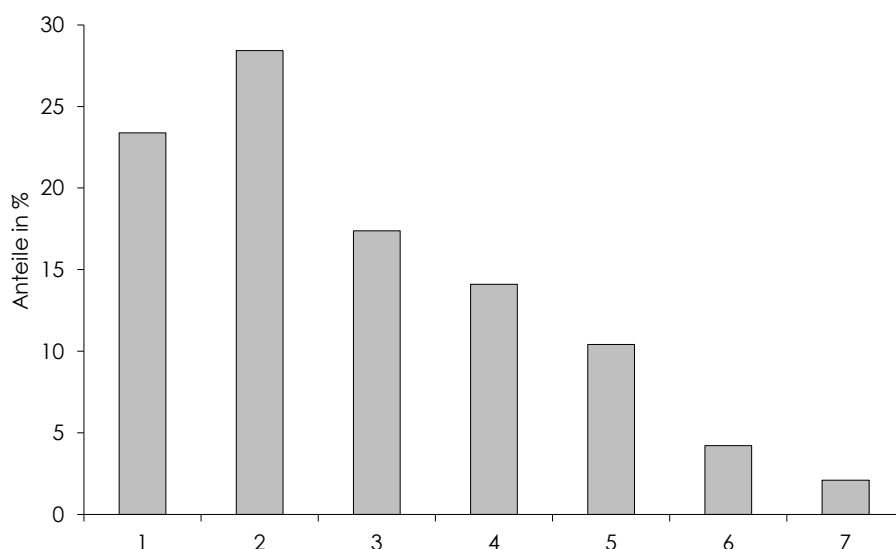
| | Pflegestufe | | | | | | | Insgesamt | | |
|------|-------------------|-----|----|----|----|----|----|-----------|--------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Bund | Länder | Summe |
| | In 1.000 Personen | | | | | | | | | |
| 1993 | 3 | 199 | 26 | 15 | 13 | 3 | 2 | 259 | 40 | 299 |
| 1994 | 13 | 162 | 45 | 21 | 19 | 4 | 2 | 266 | 43 | 309 |
| 1995 | 23 | 146 | 52 | 24 | 20 | 4 | 3 | 271 | 45 | 317 |
| 1996 | 28 | 133 | 53 | 23 | 18 | 4 | 3 | 262 | 48 | 310 |
| 1997 | 34 | 125 | 57 | 25 | 20 | 4 | 3 | 269 | 46 | 315 |
| 1998 | 40 | 119 | 59 | 26 | 21 | 5 | 3 | 273 | 46 | 319 |
| 1999 | 46 | 113 | 49 | 41 | 22 | 6 | 4 | 279 | 50 | 329 |
| 2000 | 50 | 111 | 50 | 42 | 23 | 6 | 4 | 286 | 51 | 337 |
| 2001 | 54 | 110 | 50 | 44 | 23 | 6 | 4 | 292 | 52 | 344 |
| 2002 | 59 | 110 | 52 | 46 | 25 | 7 | 5 | 304 | 53 | 357 |
| 2003 | 62 | 110 | 53 | 46 | 25 | 7 | 5 | 308 | 54 | 362 |
| 2004 | 67 | 112 | 53 | 49 | 26 | 8 | 5 | 320 | 57 | 377 |
| 2005 | 70 | 112 | 53 | 49 | 25 | 8 | 5 | 323 | 58 | 381 |
| 2006 | 74 | 115 | 55 | 51 | 27 | 9 | 6 | 337 | 59 | 397 |
| 2007 | 76 | 119 | 57 | 54 | 28 | 10 | 6 | 351 | 61 | 412 |
| 2008 | 78 | 122 | 59 | 55 | 29 | 10 | 6 | 359 | 64 | 422 |
| 2009 | 77 | 121 | 61 | 54 | 33 | 13 | 7 | 366 | 67 | 433 |
| 2010 | 79 | 125 | 62 | 54 | 34 | 13 | 7 | 373 | 70 | 442 |
| 2011 | 81 | 118 | 63 | 54 | 36 | 14 | 7 | 371 | 70 | 441 |
| 2012 | 99 | 132 | 76 | 63 | 44 | 18 | 9 | 441 | - | 441 |
| 2013 | 104 | 131 | 78 | 63 | 46 | 19 | 9 | 451 | - | 451 |
| 2014 | 107 | 130 | 80 | 65 | 48 | 19 | 10 | 458 | - | 458 |

Q: BMASK (2015A)

Abbildung 1 zeigt eine eindeutig schiefe Verteilung der PflegegeldbezieherInnen über die sieben Pflegestufen im Jahr 2014: Mehr als die Hälfte der Beziehenden befindet sich in den ersten beiden Stufen, ein Sechstel in der dritten und ein weiteres Siebtel in der vierten Pflegestufe. In der höchsten Pflegestufe befanden sich im Jahr 2014 nur 2% der Fälle. Per 1.1.2015 wurde für Neuanträge die notwendige Stundenanzahl des durchschnittlichen monatlichen Pflegebedarfs in der Stufe 1 von 60 auf 65 Stunden und jene der Stufe 2 von 85 auf 95 Stunden erhöht (BMASK, 2015A). Diese Maßnahme erhöht einerseits die Zugangsbarriere³⁾ und andererseits verbleiben pflegebedürftige Personen länger in Stufe 1. Übersicht 2 stellt die Entwicklung der Anspruchsvoraussetzungen für die einzelnen Pflegegeldstufen seit 1993 dar.

³⁾ Das BMASK rechnete mit einem Rückgang der Neuzuerkennungen im Jahr 2015 von 5.000 Personen (Der Standard vom 5.11.2015).

Abbildung 1: Verteilung der Pflegegeldbezieher auf die sieben Pflegestufen, 2014



Q: BMASK (2015A: 84) - Zahl der gesamten Pflegegeldbezieher: 457.576 Personen.

Übersicht 2: Entwicklung der Anspruchsvoraussetzungen für die einzelnen Pflegegeldstufen seit Einführung des Pflegegeldes

| Anforderungsprofil: Pflegebedarf pro Monat je Pflegegeldstufe (PS) | | | | |
|--|--|--|-------------------------|------------------------------|
| PS | 01.07.1993 – 31.12.1998 | 01.01.1999 – 31.12.2010 | 01.01.2011 – 31.12.2014 | Ab 01.01.2015 für Neuanträge |
| 1 | Mehr als 50 Stunden | | Mehr als 60 Stunden | Mehr als 65 Stunden |
| 2 | Mehr als 75 Stunden | | Mehr als 85 Stunden | Mehr als 95 Stunden |
| 3 | Mehr als 120 Stunden | | | |
| 4 | Mehr als 180 Stunden | | Mehr als 160 Stunden | |
| 5 | Mehr als 180 Stunden und Vorliegen von außergewöhnlichem Pflegeaufwand | | | |
| 6 | Mehr als 180 Stunden und Erfordernis dauernder Beaufsichtigung oder gleichzeitiger Pflegeaufwand | Mehr als 180 Stunden und 1. Erfordernis zeitlich unkoordinierter Betreuungsmaßnahmen oder 2. Erfordernis dauernder Beaufsichtigung aufgrund Eigen- oder Fremdgefährdung | | |
| 7 | Mehr als 180 Stunden und Vorliegen praktischer Bewegungsunfähigkeit oder gleichzeitiger Zustand | Mehr als 180 Stunden und 1. wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder 2. ein gleichzeitiger Zustand vorliegt | | |

Q: Bundespflegegeldgesetz 1993 in der jeweils geltenden Fassung. Übernommen von Rainer – Theurl (2015).

Die Kosten für Pflegeleistungen werden von Bund, Ländern und privaten Haushalten finanziert, wobei private Haushalte den größten Teil der Ausgaben selbst tragen (Übersicht 3, siehe auch Kapitel 4). Der Bund zahlt den zweitgrößten Anteil zur Finanzierung von Pflegeleistungen in Form des Pflegegeldes an Privathaushalte aus (bzw. bei stationärer Pflege an die Länder). Im Jahr 2014 wurden rund 2,5 Mrd. € an Pflegegeld ausbezahlt. Zusätzlich stellt der Bund im Rahmen des Pflegefonds den Ländern für den Ausbau der Pflegesachleistungen Mittel zur Verfügung (2014: 235 Mio. €). Weitere Bundesgelder fließen in die finanzielle Unterstützung der

Pflegekarenz und der 24-Stundenbetreuung (2014: 123 Mio. €). Die Länder haben 2014 mehr als 1,8 Mrd. € für die Zurverfügungstellung von Pflegesachleistungen aufgewendet (Nettoaussgaben). Die Berechnung für die privaten Pflegeausgaben leiten sich aus einer Schätzung auf Basis der direkten (Eigenbeiträge) und der indirekten Kosten (Opportunitätskosten durch nicht bezogene Löhne von Pflegenden) aus dem Jahr 2008 ab (Mühlberger – Knittler – Guger, 2008), wobei die Werte der nachfolgenden Jahre mittels Fortschreibung auf Basis der Veränderungsrate der Bruttolohnsumme pro Kopf berechnet wurden.

Übersicht 3: Ausgaben des Bundes und der Länder für Geld- und Sachleistungen bzw. Eigenleistungen privater Haushalte im Bereich der Pflege

| | Pflegegeld | | Pflegefonds ¹⁾ | Pflegekarenz und 24-Stunden-Betreuung | Sach- und Eigenleistungen | |
|------|------------|---------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| | Länder | Bund | | | Länder ²⁾ | Private Haushalte ³⁾ |
| | Mio. € | | | | | |
| 1994 | 246,2 | 1.340,9 | - | - | 523,3 | - |
| 1995 | 255,4 | 1.379,4 | - | - | 581,3 | - |
| 1996 | 269,3 | 1.321,6 | - | - | 753,2 | - |
| 1997 | 257,5 | 1.266,3 | - | - | 775,7 | - |
| 1998 | 257,0 | 1.299,5 | - | - | 874,4 | - |
| 1999 | 266,4 | 1.355,6 | - | - | 973,0 | - |
| 2000 | 273,3 | 1.397,6 | - | - | 1.022,7 | - |
| 2001 | 267,5 | 1.426,9 | - | - | 1.034,6 | - |
| 2002 | 274,3 | 1.432,5 | - | - | 1.114,6 | - |
| 2003 | 277,3 | 1.470,6 | - | - | 1.110,2 | - |
| 2004 | 284,6 | 1.489,3 | - | - | 1.299,4 | - |
| 2005 | 294,0 | 1.566,4 | - | - | 1.387,4 | - |
| 2006 | 303,6 | 1.621,4 | - | - | 1.375,0 | 3.125,0 |
| 2007 | 312,5 | 1.691,5 | - | - | 1.535,1 | 3.221,4 |
| 2008 | 326,8 | 1.774,3 | - | 9,1 | 1.825,8 | 3.323,4 |
| 2009 | 361,7 | 1.943,1 | - | 41,2 | 1.786,8 | 3.374,9 |
| 2010 | 374,1 | 2.002,2 | - | 58,5 | 1.613,2 | 3.409,8 |
| 2011 | 379,1 | 2.070,6 | 100,0 | 73,5 | 1.550,5 | 3.472,2 |
| 2012 | - | 2.632,5 | 150,0 | 89,2 | 1.664,3 | 3.566,6 |
| 2013 | - | 2.477,2 | 200,0 | 105,4 | 1.706,5 | 3.623,4 |
| 2014 | - | 2.493,5 | 235,0 | 123,0 | 1.833,1 | 3.653,0 |

Q: BMASK (2015A), Mühlberger – Knittler – Guger (2008). - 1) Mittel des Pflegefonds dienen zur Finanzierung der Sachleistungen der Länder und sind in deren Nettoaussgaben nicht enthalten. - 2) Nettoaussgaben für Sachleistungen 2006 und davor aus Mühlberger – Knittler – Guger (2008) und 2008 geschätzt. - 3) Indirekte Kosten durch informelle Pflegeleistungen (2,6 Mrd. €) und Eigenbeiträge (0,53 Mrd. €) für 2006 aus Mühlberger – Knittler – Guger (2008) und danach mit der Entwicklung der nominellen Bruttoentgelte pro Kopf fortgeschrieben. Vgl. Url (2016).

Rainer – Theurl (2015) zeigen auf, dass die Entwicklung der Pflegegeldausgaben vorwiegend auf das Wachstum der Zahl der PflegegeldempfängerInnen zurückgeführt werden kann (rund 2/3 des Wachstums entfallen darauf). Gut ein Fünftel des Wachstums geht auf eine gestiegene Pflegeintensität zurück. Der Anstieg des Pflegegeldtarifs ist von geringerer Bedeutung (gut ein Zehntel des Wachstums). Darüber hinaus zeigt sich auch, dass das Preisniveau für Pflegeleistungen deutlich stärker steigt als der allgemeine Verbraucherpreisindex. Seit Einführung

des Pflegegeldes wurden die Tarife drei Mal angehoben, die letzte Anhebung war zu Beginn des Jahres 2016.⁴⁾ Es zeigt sich jedoch, dass die Anhebungen die Kaufkraft des Pflegegeldes nicht erhalten konnten. Je nach verwendetem Preisindex errechnen Rainer – Theurl (2015) einen realen Wertverlust des Pflegegeldes zwischen 25% (Referenz Verbraucherpreisindex) und 45% (Referenz ausgewählte Leistungen der Gesundheitspflege im Verbraucherpreisindex).

Die Bundesländer stellen pflegebedürftigen Menschen verschiedene Sachleistungen zur Verfügung. Das Ziel ist, in Abstimmung mit den Betroffenen und deren Pflegebedürfnis, ein weitgehend eigenständiges Leben im privaten Haushalt zu ermöglichen. Im Österreichischen Pflegevorsorgebericht wird zwischen mobilen sozialen Diensten, teilstationärer Hilfe, stationärer Hilfe, Kurzzeit- und Urlaubshilfe, betreuten Wohnformen und Pflegeberatungsleistungen (Case and Care Management) unterschieden. Die dafür aufgewendeten Beträge und eine nähere Beschreibung der Leistungen sind in Übersicht 4 zusammengefasst. Die Bruttoausgaben der Bundesländer werden durch Eigenbeiträge der Leistungsempfänger und sonstige Einnahmen im Ausmaß von 45% gedeckt, die verbleibenden Nettoausgaben von 1,8 Mrd. € (2014) finanzieren die Bundesländer aus den Landesbudgets.

Übersicht 4: Definition der Sachleistungen für Pflege und Betreuung, Brutto- und Nettoausgaben 2014

| Pflegedienstleistung | Beschreibung | Bruttoausgaben | Nettoausgaben | Eigenbeiträge und sonstige Einnahmen |
|------------------------------|--|----------------|---------------|--------------------------------------|
| | | Mio. € | | In % der Bruttoausgaben |
| Mobile soziale Dienste | Medizinische und soziale Hauskrankenpflege; Unterstützung bei der Haushaltsführung, soziale Betreuung - Differenzierung in „Mobile Pflege“ (bis inkl. Pflegehelfer) und „Heim- und Haushaltshilfe“ | 570,5 | 367,7 | 35,5 |
| Teilstationäre Einrichtungen | Tageszentren, Tagesbetreuung, Tagespflege für betreuungs-/pflegebedürftige Personen (ohne Seniorenclubs; keine Angebote für gesunde alte Menschen) | 28,9 | 22,5 | 22,2 |
| Stationäre 24-h Pflege | Alle Wohnformen mit einer 24 Stunden-Präsenz der Pflege und Betreuungskräfte (auch Wohngemeinschaften) | 2.486,1 | 1.356,5 | 45,4 |
| Kurzzeit- und Urlaubspflege | Befristete Pflege und Betreuung | 21,2 | 15,2 | 28,3 |
| Betreute Wohnformen | Alle Wohnformen mit einer nicht durchgehenden Präsenz von Pflege- und Betreuungskräften (ausgenommen Notrufwohnungen) | 195,2 | 60,3 | 69,1 |
| Beratung | Beratungsleistungen, die mobil oder ortsgebunden und „gesondert“ erbracht werden (nicht in mobilen Angeboten inkludiert) | 11,3 | 10,9 | 3,8 |
| Insgesamt | | 3.313,2 | 1.833,1 | 44,7 |

Q: BMASK (2015A).

⁴⁾ Während in den Jahren 1994 und 1995 eine Tarifierhöhung mit dem Anpassungsfaktor des § 108f ASVG (=Aufwertung um die durchschnittlichen zwölf Monatsinflationen bis zum Juli des Jahres, das dem Anpassungsjahr vorausgeht) beschlossen wurde, gab es in den folgenden Jahren keine solche Tarifierhöhung mehr. Zu den drei oben erwähnten Tarifierhöhungen kam es in den Jahren 2005, 2009 und 2016. Vgl. Rainer – Theurl (2015).

Übersicht 5 zeigt die Verteilung der Nettoausgaben für Sachleistungen auf die einzelnen Pflegedienste nach betreuten Personen und die entstandenen Nettoausgaben unter Berücksichtigung von Eigenbeiträgen und sonstigen Einnahmen. Dabei zeigt sich, dass auf die stationäre Pflege drei Viertel der Gesamtausgaben für Sachleistungen entfallen. Knapp ein Fünftel wurde 2014 für mobile soziale Dienste ausgegeben, die restlichen Bereiche spielen zurzeit eine untergeordnete Rolle. Der Pro-Kopf Aufwand der stationären Pflege ist selbstverständlich am höchsten (der Pflegeumfang bzw. die Pflegeintensität ist hier wesentlich umfassender als in den anderen Bereichen) und nahm während der letzten drei Jahre um durchschnittlich 5,2% pro Jahr zu (nominell).

Übersicht 5: Verteilung der Nettoausgaben für Sachleistungen auf die einzelnen Pflegedienste

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--------------------------|----------------------------------|---------|---------|---------|
| | Betreute Personen | | | |
| Mobile Dienste | 123.430 | 132.950 | 136.410 | 140.774 |
| Stationäre Dienste | 72.297 | 71.821 | 73.191 | 73.840 |
| Teilstationäre Dienste | 5.053 | 5.983 | 6.617 | 7.335 |
| Kurzzeitpflege | 5.513 | 4.916 | 6.345 | 8.388 |
| Alternative Wohnformen | 11.021 | 11.140 | 11.380 | 11.891 |
| Case and Care Management | 67.597 | 69.398 | 81.342 | 86.701 |
| | Mio. € | | | |
| Mobile Dienste | 305,4 | 320,0 | 341,3 | 367,7 |
| Stationäre Dienste | 1.141,9 | 1.227,2 | 1.256,6 | 1.356,5 |
| Teilstationäre Dienste | 19,3 | 21,6 | 20,6 | 22,5 |
| Kurzzeitpflege | 6,2 | 8,8 | 12,7 | 15,2 |
| Alternative Wohnformen | 68,1 | 76,5 | 64,4 | 60,3 |
| Case and Care Management | 9,6 | 10,1 | 10,9 | 10,9 |
| Insgesamt | 1.550,5 | 1.664,3 | 1.706,5 | 1.833,1 |
| | In % der gesamten Sachleistungen | | | |
| Mobile Dienste | 19,7 | 19,2 | 20,0 | 20,1 |
| Stationäre Dienste | 73,6 | 73,7 | 73,6 | 74,0 |
| Teilstationäre Dienste | 1,2 | 1,3 | 1,2 | 1,2 |
| Kurzzeitpflege | 0,4 | 0,5 | 0,7 | 0,8 |
| Alternative Wohnformen | 4,4 | 4,6 | 3,8 | 3,3 |
| Case and Care Management | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,6 |
| Insgesamt | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Pro Kopf in € | | | |
| Mobile Dienste | 2.474 | 2.407 | 2.502 | 2.612 |
| Stationäre Dienste | 15.794 | 17.087 | 17.169 | 18.371 |
| Teilstationäre Dienste | 3.818 | 3.618 | 3.117 | 3.064 |
| Kurzzeitpflege | 1.121 | 1.799 | 1.998 | 1.812 |
| Alternative Wohnformen | 6.181 | 6.866 | 5.658 | 5.070 |
| Case and Care Management | 142 | 145 | 134 | 126 |

Q: BMASK (2015A). - Betreute Personen umfassen nur Fälle mit einem öffentlichen Zuschuss zu den Bruttoausgaben, d. h. Selbstzahler sind nicht erfasst.

3. Die Betreuungsstruktur der pflegebedürftigen Menschen und ihre Hauptpflegepersonen

Das Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege befragt regelmäßig eine statistisch signifikante Anzahl von PflegegeldbezieherInnen über ihre Situation. Dabei zeigt sich, dass rund zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen von ihren nahen Angehörigen betreut werden: rund 30% von ihren PartnerInnen, 24% von den Töchtern und 12% von den Söhnen. Informelle Pflege in der Familie ist also das in Österreich noch vorherrschende Betreuungsmuster.

Übersicht 6: Bereitstellung privater Pflege und Betreuung für PflegegeldbezieherInnen 2014

| Hauptpflegeperson | ...% erhalten hauptsächlich Pflege und Betreuung durch |
|-------------------|--|
| (Ehe)Partner | 29,5 |
| Tochter | 24,4 |
| Sohn | 12,1 |
| Schwiegertochter | 7,7 |
| Mutter | 5,4 |
| Schwester | 2,1 |
| Andere Person | 11,9 |
| Keine | 7,0 |

Q: BMASK (2015A). Wenn keine Betreuung durch eine Privatperson stattfindet, erfolgt die Leistung durch einen professionellen Anbieter.

Korrespondierend dazu zeigte sich in einer Befragung aus dem Jahr 2010, dass mehr als die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen keine formelle Betreuungsform in Anspruch nahmen. 29% nahmen mobile Dienste in Anspruch, 16% waren in stationärer Pflege und 2% in 24-Stunden-Betreuung. Der Anstieg der Förderfälle der 24-Stunden-Betreuung seit 2010 lässt den Schluss zu, dass dieser Anteil heute beträchtlich höher ist. Dies bestätigt auch die jährliche Befragung unter PflegegeldbezieherInnen durch das Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, welche für 2015 ergab, dass 9,2% der PflegegeldbezieherInnen eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen.

Übersicht 7: Betreuungsform der PflegegeldbezieherInnen 2010

| Betreuungsform | Anteil in % |
|-------------------------------|-------------|
| Mobile Dienste | 29 |
| Stationäre Pflege | 16 |
| 24h-Betreuung | 2 |
| Keine dieser Betreuungsformen | 53 |

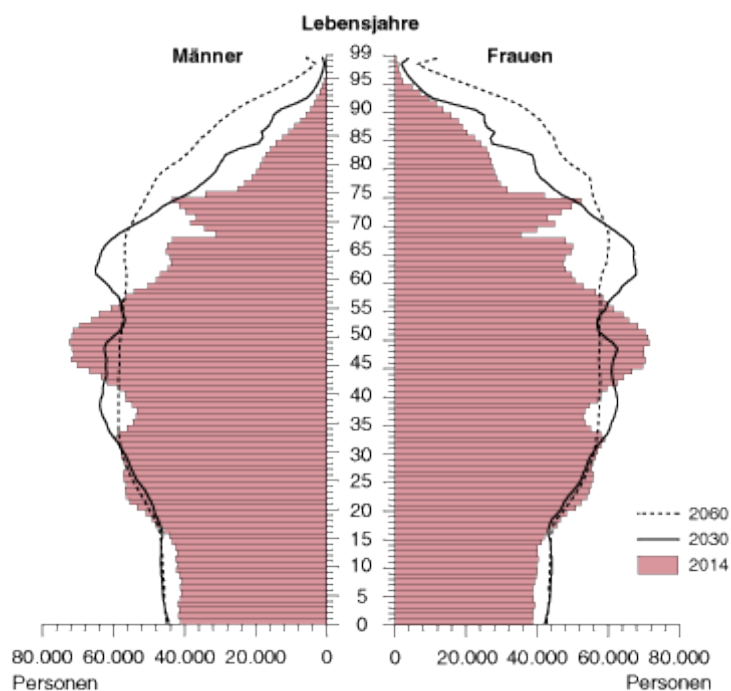
Q: BMASK 2012.

4. Die Entwicklung des Pflegepotenzials und Pflegebedarfs in Österreich

Weiter oben wurde festgestellt, dass informelle Pflege nach wie vor die dominante Pflegeform in Österreich darstellt. Im Weiteren werden Anhaltspunkte diskutiert, die untermauern, dass das informelle, private Pflegepotenzial vermehrt unter Druck kommen wird. Wesentliche Momente dabei sind die demografische Entwicklung, die Veränderungen von Haushaltsstrukturen, die Gesundheitsentwicklung und das veränderte Erwerbsverhalten von Frauen.

Bevölkerungsprognosen werden durch drei Variablen bestimmt: Fertilitätsraten, Zu- und Abwanderung sowie Sterblichkeitsraten. 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 2014, im Vergleich mit dem Jahr 2030, verdeutlicht den starken Zuwachs der Bevölkerung über 60 Jahre (Abbildung 2).⁵⁾

Abbildung 2: Bevölkerungspyramide Österreich 2014, 2030 und 2060 (Hauptvariante)



Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2015.

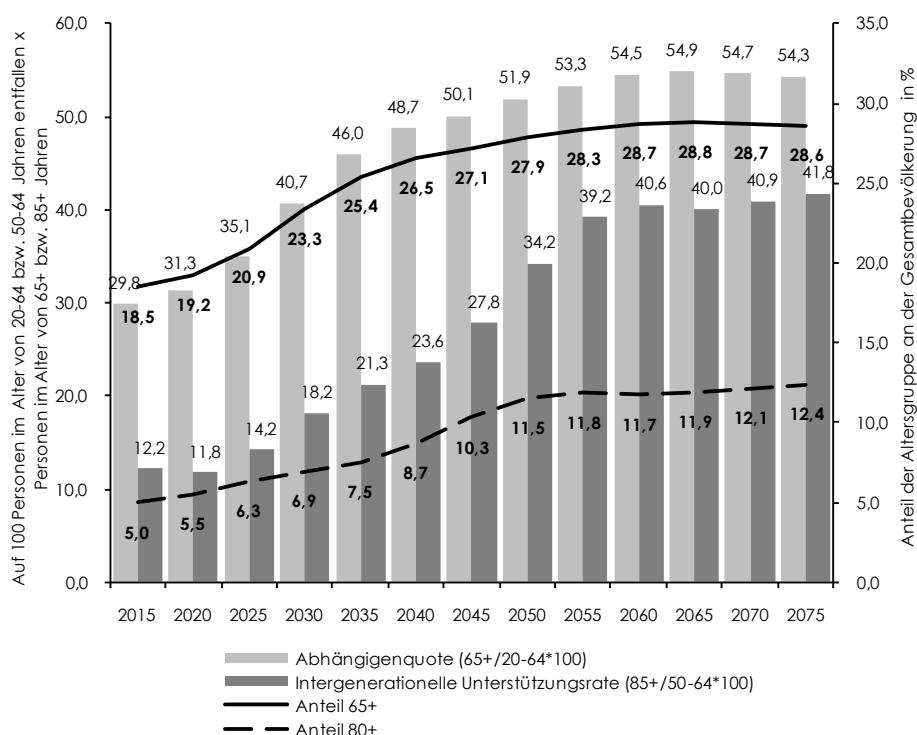
Eine längerfristige Betrachtung zeigt darüber hinaus, dass die Zunahme in den Jahren zwischen 2035 und 2050 noch stärker ausfallen wird. Während 2015 der Anteil der 80-Jährigen und älteren (in der Folge als 80+-Jährige bezeichnet) 5% der Bevölkerung ausmachte, wird er bis 2030 voraussichtlich auf 6,9% und bis 2050 auf 11,5% ansteigen. Zwischen 2050 und 2075

⁵⁾ Anzumerken ist, dass in der hier verwendeten Bevölkerungsprognose von Statistik Austria die aktuellen Migrationsströme noch nicht berücksichtigt sind, was eine leichte Überschätzung der Alterung bedeuten kann.

wird dieser Anteil zwar noch weiter steigen, nämlich auf 12,4%, aber mit einer deutlich niedrigeren Rate als in den Jahren zuvor (vgl. Abbildung 3). Dementsprechend früher, nämlich zwischen 2025 und 2040, wird ein starker Anstieg des Anteils der 65+-Jährigen an der Bevölkerung zu beobachten sein.

Zwei weitere Kennzahlen zeigen das Ausmaß der demografischen Entwicklung und deren Auswirkung auf Pflegekapazitäten eindringlich. Die *Abhängigenquote* gibt das Verhältnis der 65+-Jährigen zu den 20- bis 64-Jährigen an. Während im Jahr 2015 auf 100 20- bis 64-Jährige 29,8 65+-Jährige entfielen, wird dieser Wert bis zum Jahr 2065 voraussichtlich auf 54,9 ansteigen und bis 2075 etwa auf diesem Niveau bleiben. Die höchsten Steigerungsraten sind dabei zwischen 2020 und 2040 zu erwarten, wenn nämlich die Baby-Boomer-Generation der 1960er Jahre das pensionsfähige Alter erreicht. Die *intergenerationelle Unterstützungsrate* wiederum gibt das Verhältnis der 85+-Jährigen zu den 50- bis 64-Jährigen bzw. der zu pflegenden Hochaltrigen zu jenen Personen, die in der Regel die informelle Pflege übernehmen, an. Dieses Maß zeigt deutlich, dass sich die Kapazität der informellen Pflege reduzieren wird. Während 2015 auf 100 50- bis 64-Jährige 12,2 85+-Jährige entfielen, wird sich die intergenerationelle Unterstützungsrate bis 2040 voraussichtlich beinahe verdoppeln (100:23,6) und bis 2075 auf 41,8 anwachsen. Im Jahr 2075 werden also auf 100 50- bis 64-Jährige voraussichtlich 41,8 85+-Jährige entfallen (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Demografische Entwicklung in Österreich 2015-2075



Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2015 (Bevölkerung zur Jahresmitte, Hauptvariante); WIFO-Berechnungen.

Übersicht 8 zeigt den zu erwartenden relativen Zuwachs der 80+-Jährigen zwischen 2015 und 2040 bzw. 2015 und 2075 in den Bundesländern. Dabei wird deutlich, dass die einzelnen Bundesländer unterschiedliche Entwicklungen zu erwarten haben. Während der relative Zuwachs der 80+-Jährigen zwischen 2015 und 2040 in Wien voraussichtlich rund +82% betragen wird, wird diese Altersgruppe in Vorarlberg im selben Zeitraum um voraussichtlich rund +119% anwachsen. Vorarlberg und Tirol müssen sowohl bis 2040 als auch bis 2075 mit den höchsten Zuwächsen bei den 80+-Jährigen rechnen, was sich auch in den unterschiedlichen Kostenprojektionen für Pflege- und Betreuungsdienste widerspiegelt (Famira-Mühlberger – Firgo, 2014).

Übersicht 8: Zunahme der 80+-Jährigen in Österreich im Zeitraum 2015-2075

| | 2015/2040 | 2015/2075 |
|------------------|-----------------------------------|-----------|
| | Veränderung in % zum Ausgangsjahr | |
| Burgenland | +93,6 | +167,1 |
| Kärnten | +88,8 | +134,2 |
| Niederösterreich | +94,4 | +199,3 |
| Oberösterreich | +96,6 | +186,0 |
| Salzburg | +109,1 | +189,8 |
| Steiermark | +81,2 | +147,1 |
| Tirol | +110,8 | +223,2 |
| Vorarlberg | +118,9 | +243,2 |
| Wien | +81,5 | +189,6 |
| Österreich | +93,0 | +183,7 |

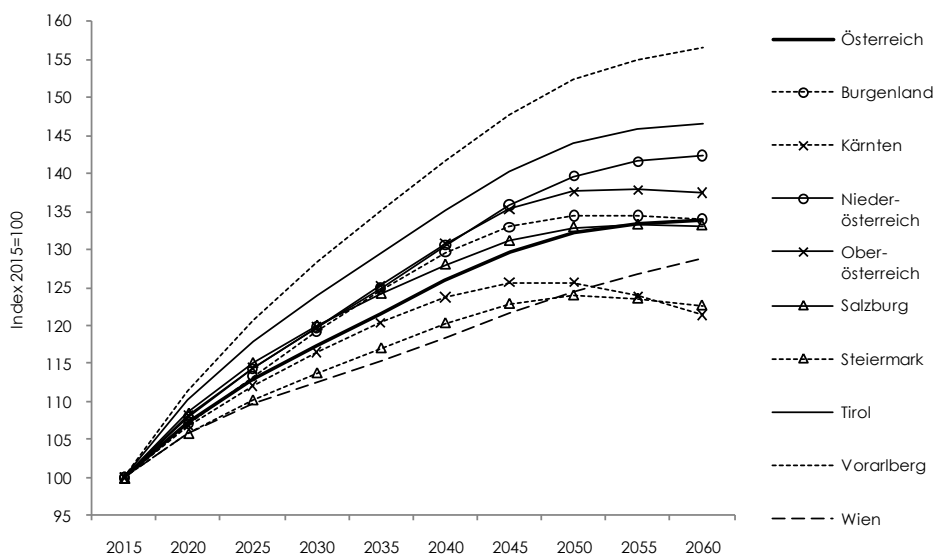
Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2015 (Jahresmitte, Hauptszenario), WIFO-Berechnungen.

4.1. Die Veränderung des Pflegepotenzials von Familien durch veränderte Haushaltsstrukturen

Das Pflegepotenzial wird jedoch nicht nur durch die Abhängigenquote bzw. durch die intergenerationellen Unterstützungsraten definiert, sondern wird auch beeinflusst von der Entwicklung der Haushaltsstrukturen. Die Prognosen der Haushaltsstruktur von Statistik Austria zeigen, dass die durchschnittliche Haushaltsgröße weiter abnehmen wird. Dabei ist ein überdurchschnittlicher Anstieg der Einpersonenhaushalte erkennbar. Die Gründe dafür liegen neben einer zunehmenden Individualisierung der Lebensentwürfe und der zunehmenden Trennungen von Paaren vor allem in der Alterung der Bevölkerung. Nach dem Tod des Partners bzw. der Partnerin sowie nach einer Trennung bleiben Personen vermehrt alleinstehend. Österreichweit wird die Anzahl der Einpersonenhaushalte zwischen 2015 und 2030 voraussichtlich um rund 17% steigen.

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).

Abbildung 4: Entwicklung der Einpersonenhaushalte 2015 bis 2060 nach Bundesland



Q: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2015.

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. Waren noch 2015 in 499.388 Einpersonenhaushalten die Haushaltsreferenzpersonen 65 Jahre oder älter, wird diese Zahl bis zum Jahr 2030 laut Haushaltsprognose voraussichtlich auf rund 692.000 steigen, was einen Anstieg von rund 39% bedeutet. Darüber hinaus zeigt sich, dass dieser Anstieg bei Männern stärker sein wird als bei Frauen.

Übersicht 9: Einpersonenhaushalte von Personen im Alter von 65 und mehr Jahren in Österreich (2015, 2020, 2030)

| | Insgesamt | Männer | Frauen |
|----------------------------|-----------|---------|---------|
| 2015 | 499.388 | 133.112 | 366.276 |
| 2020 | 546.186 | 152.421 | 393.765 |
| 2030 | 692.412 | 206.421 | 485.991 |
| Veränderung 2015/2030 in % | 38,7 | 55,1 | 32,7 |

Q: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2015; WIFO-Berechnungen.

4.2. Der Rückgang informeller Pflege aufgrund der Erhöhung der Frauenbeschäftigung

Der überwiegende Teil der Pflegeleistung wird informell im Familien- oder Bekanntenkreis erbracht. Die Mehrheit der Hauptbetreuungspersonen sind Frauen: Laut der Befragung des Kompetenzzentrums Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege waren 2015 rund 73% der Hauptbetreuungspersonen Frauen und nur 27% Männer. Im Durchschnitt sind die Hälfte der pflegenden Frauen (52%) und Männer (48%) im erwerbsfähigen Alter.⁶⁾ Diese Relationen 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, dass (ältere) Frauen im Vergleich zu Männern eine fast doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit aufweisen, informelle Pflege zu leisten.

Das "Pflegepotential" von Frauen kommt jedoch zunehmend unter Druck. Zum einen hat und wird sich das Verhältnis von Frauen im Alter zwischen 40 und 59 Jahren und Menschen im Alter von 70 oder mehr bzw. 80 oder mehr Jahren stark verändern. Standen im Jahr 2015 jeder Person im Alter von 80 oder mehr Jahren rund 3 Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren gegenüber, wird sich dieses Verhältnis bis 2030 voraussichtlich auf 1:1,9 reduzieren (Übersicht 10).

Übersicht 10: Projektion des Verhältnisses von Frauen und alten bzw. hochbetagten Menschen bis 2030

| | 2012 | 2020 | 2030 |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Frauen 40 bis 59 | 1.300.353 | 1.286.312 | 1.212.602 |
| Personen 70+ | 1.159.615 | 1.266.349 | 1.551.408 |
| Personen 80+ | 429.559 | 493.831 | 645.864 |
| Anzahl an Frauen 40 bis 59 Jahre je | | | |
| ... Person 70+ | 1,1 | 1,0 | 0,8 |
| ... Person 80+ | 3,0 | 2,6 | 1,9 |

Q: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2015; WIFO-Berechnungen.

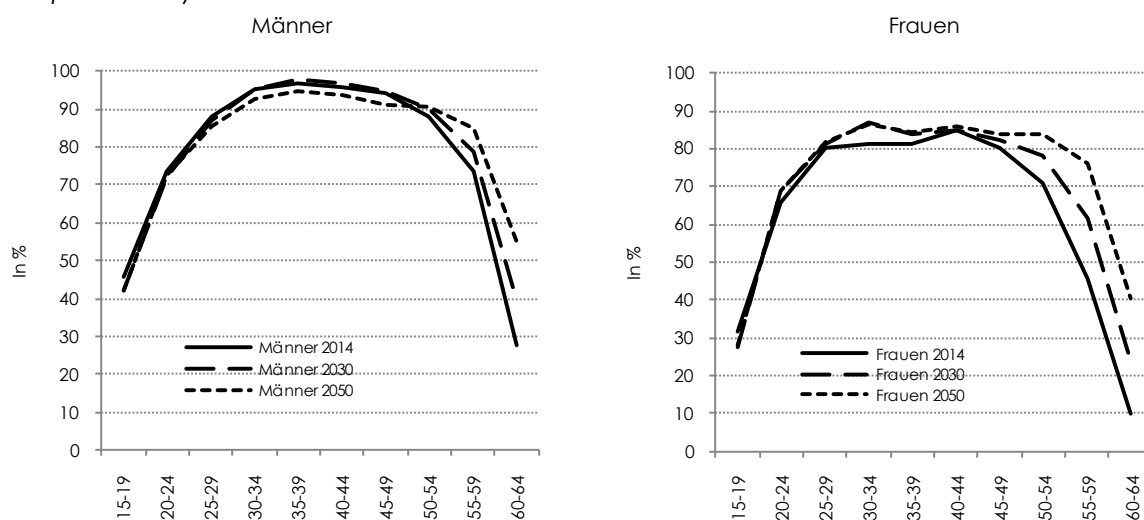
Neben den rein demografischen Faktoren haben auch gesellschaftliche Faktoren wie die Entwicklung der Haushaltsstruktur und der Erwerbsquote, insbesondere jene von Frauen, einen Einfluss auf die Erbringung von informeller Pflege. So hat sich die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen in Österreich – wie auch 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 wesentlich von einer Verbreiterung der Einzahlungsbasis ab, wobei die Ausweitung der Beschäftigung von Frauen (neben einer längeren Beschäftigungsdauer von älteren Arbeit-

⁶⁾ Bei dieser Befragung war von 19.448 besuchten PflegegeldbezieherInnen bei 10.977 (56,44 Prozent) eine Hauptbetreuungsperson anwesend; bei den restlichen 8.471 besuchten PflegegeldbezieherInnen wurden keine Angaben zur Hauptbetreuungsperson gemacht.

nehmerInnen und Migration) eine tragende Rolle spielen muss, wie beispielsweise von der OECD oder der Europäischen Kommission eingefordert.

Laut Erwerbsprognosen von Statistik Austria werden die Erwerbsquoten von Frauen – vor allem in höheren Altersgruppen – ansteigen (Abbildung 5). Die Begründung liegt vor allem darin, dass 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 5: Alters- und geschlechtsspezifische Erwerbsquoten 2014-2050 (laut Hauptszenario)



Q: Statistik Austria, Erwerbsprognose 2010 (Neudurchrechnung 2015).

4.3. Die Entwicklung des Gesundheitszustandes älterer Personen

Aber auch nicht-demografische Faktoren wie die Entwicklung des Gesundheitszustandes älterer Personen spielen eine wesentliche Rolle für die Entwicklung des Pflegebedarfs. 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 11). 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 11: 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 unterbauen 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 2014 nicht nur die Lebenserwartung (hier ausgedrückt in der Restlebenserwartung im Alter von 65), sondern auch die "gesunde" Lebenserwartung kontinuierlich gestiegen ist (Übersicht 12). 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 konzentrieren sich zunehmend auf die letzten Lebensjahre ("Kompression der Morbidität"). Übersicht 13 verdeutlicht, dass auch der Anteil der Jahre ohne funktionale Beeinträchtigung gemessen an der Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren gestiegen ist.

Übersicht 12: Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand), 1978-2014

| 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 |
| 2014 | 18,2 | 11,4 | 5,3 | 1,5 | 63 | 21,5 | 11,3 | 7,8 | 2,4 | 53 |

Q: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragungen 2006/07 und 2014. Fragestellung 1978-1999: "Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?" Fragestellung 2006-2014: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Antwortkategorien jeweils: "Sehr gut - Gut - Mittelmäßig - Schlecht - Sehr schlecht".

Übersicht 13: Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung, 2003-2015

| 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 |
| 2013 | 17,9 | 8,8 | 9,2 | 49 | 21,2 | 8,7 | 12,5 | 41 |
| 2014*) | 18,2 | 8,9 | 9,4 | 49 | 21,5 | 8,7 | 12,7 | 41 |
| 2015 | 17,9 | 8,8 | 9,2 | 49 | 21,2 | 8,7 | 12,5 | 41 |

Q: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. EU-SILC. Fragestellung 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 2008-2013: "Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?". Antwortkategorien 2008-2013: "Ja, stark eingeschränkt. - Ja, etwas eingeschränkt. - Nein, nicht eingeschränkt.". Fragestellung ab 2014: "Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind...". Antwortkategorien ab 2014: "stark eingeschränkt. - etwas eingeschränkt. - nicht eingeschränkt.". - *) Zeitreihenbruch.

Diese demografischen Daten zeigen auf, dass man bei der Projektion des zukünftigen Pflegebedarfs die Bevölkerungsprognosen mit einem Faktor, der dieses verbesserte Verhältnis "Lebenserwartung – gesunde Lebenserwartung" zum Ausdruck bringt, gewichten muss (siehe auch folgendes Kapitel).

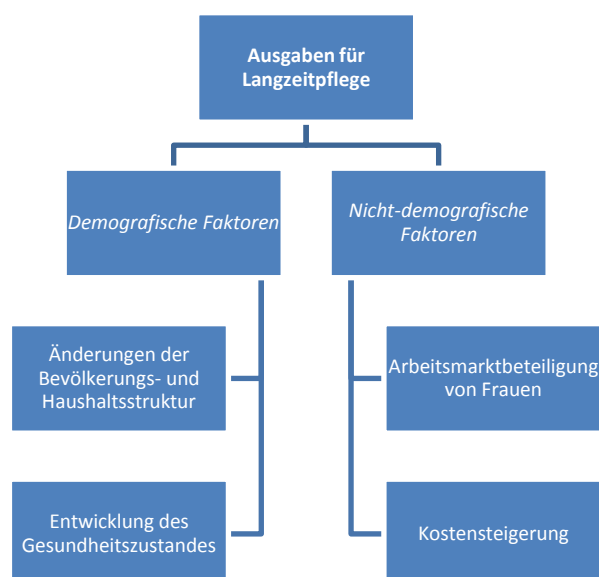
Zusätzlich zeigen diese Daten, dass sich auch der Gesundheitszustand der älteren Personen, die andere pflegen im Durchschnitt verbessert hat und diese eher fähig sind, Angehörige bzw. Bekannte informell zu betreuen.

5. Projektionen über den zu erwartenden Finanzaufwand für Pflege

Eine WIFO-Studie aus dem Jahr 2014 hat sich mit dem zu erwartenden Finanzaufwand für Pflegedienstleistungen in den österreichischen Bundesländern bis zum Jahr 2030 auseinandergesetzt (Firgo – Famira-Mühlberger, 2014; Famira-Mühlberger – Firgo, 2014). Die Berechnungen umfassen die öffentlichen Nettoausgaben für stationäre, teilstationäre und mobile Dienste, alternative Wohnformen, Kurzzeitpflege und Case- und Care-Management, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden. Das Folgende gibt das aktuelle Update mit Daten aus dem Jahr 2014 wieder (Url, 2016).

Dabei wurden die Kosten für Pflegedienstleistungen auf Basis demografischer (Änderung der Bevölkerungsstruktur, Entwicklung des Gesundheitszustands) und nicht-demografischer Faktoren (Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen und Haushaltsstruktur als Approximation für das Ausmaß der informellen Pflege, Kostenentwicklung im Pflegesektor) projiziert. Abbildung 6 stellt die wesentlichen Bestimmungsfaktoren für die Entwicklung der Ausgaben für Pflegedienstleistungen dar.

Abbildung 6: Wesentliche Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Pflegedienstleistungen



Q: WIFO-Darstellung.

Auf Basis der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria (Stand Oktober 2015) und den Annahmen einer Verbesserung der Gesundheit im Alter⁷⁾, eines Rückgangs der informellen Pflege⁸⁾ sowie einer Kostensteigerung⁹⁾ von real 2% pro Jahr ergab sich im Bundesländerdurchschnitt eine projizierte Kostensteigerung von rund 105% zwischen 2014 und 2030 bzw. von durchschnittlich 4,6% pro Jahr. Dabei zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle mit höheren Kostenanstiegen im Westen, welches nicht nur durch die Demografie, sondern auch durch höhere Versorgungsgrade im Westen im Ausgangsjahr 2014 begründet ist. So wird für Vorarlberg eine Steigerung von rund 134,1% berechnet (bzw. jährlich 5,5%), für das Burgenland hingegen eine Steigerung von nur rund 112% (bzw. jährlich 4,3%) und für Wien von rund 96,6% (bzw. jährlich 4,3%; hier vor allem aufgrund der günstigeren demografischen Entwicklung) (Übersicht 14 und Abbildung 7). Zur detaillierten Beschreibung der getroffenen Annahmen sowie zu den Projektionsmethoden siehe *Firgo – Famira-Mühlberger* (2014) sowie *Url* (2016).

Die zu erwartende Aufwände für Pflegedienstleistungen variieren nicht nur zwischen den einzelnen Bundesländern, sondern auch zwischen den einzelnen Pflegedienstleistungen. Dabei sind die höchsten Steigerungsraten im stationären Bereich zu erwarten. Der Aufwand für die stationäre Pflege steigt nach diesen Berechnungen zwischen 2014 und 2030 um 97,5% (Burgenland) bis 136,4% (Vorarlberg), jener für die mobile Pflege um 92,3% (Steiermark) bis 127,5% (Vorarlberg) und jener für teilstationäre Dienste um 92,6% (Burgenland) bis 138,8% (Vorarlberg). Die Kurzzeitpflege erfordert 2030 um 98,9% (Niederösterreich) bis 131,1% (Vorarlberg) höhere Mittel als 2014, alternative Wohnformen um 84,3% (Burgenland) bis 114,8% (Oberösterreich), und das Case- und Care-Management¹⁰⁾ um 19,3% (Tirol) bis 145,1% höheren Ausgaben (Niederösterreich).¹¹⁾ Insgesamt ergibt sich zwischen 2014 und 2030 eine Kostensteigerung um 95,2% (Steiermark) bis 134,1% (Vorarlberg).

⁷⁾ Auf Basis von retrospektiven Gesundheitsdaten wurde angenommen, dass sich das individuelle Risiko der über 65-Jährigen, Pflegedienstleistungen zu beziehen, ab dem Jahr 2025 um ein Jahr verschiebt (mittleres Szenario).

⁸⁾ Ausgehend von der Schätzung, dass im Jahr 2012 70% der Pflegeleistungen informell erbracht wurden, wurde angenommen, dass sich der Anteil der informellen Pflege jedes Jahr um 0,2 Prozentpunkte reduzieren wird (mittleres Szenario). Zur Analyse des zu schätzenden Rückgangs der informellen Pflege siehe auch Kapitel 5 der vorliegenden Studie.

⁹⁾ Im Wesentlichen durch Lohnsteigerungen und die Baumol'sche Kostenkrankheit verursacht (mittleres Szenario).

¹⁰⁾ Die Bundesländer haben zwar Daten zum Finanzaufwand für Case- und Care-Management übermittelt, mit wenigen Ausnahmen aber keine Angaben zu den betreuten Personen. Der künftige Finanzaufwand für das Case- und Care-Management wurde daher anhand der berechneten Veränderungsdaten der Zahl der Personen mit Pflegegeldbezug in den jeweiligen Bundesländern geschätzt.

¹¹⁾ Zur Definition der einzelnen Pflegedienstleistungsarten siehe *Firgo – Famira-Mühlberger*, 2014.

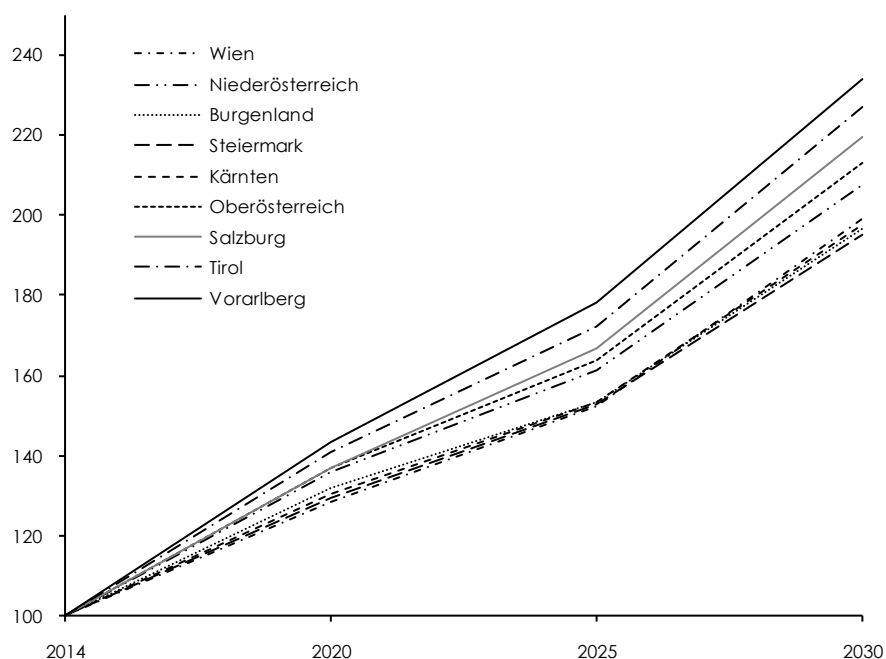
Übersicht 14: Gesamtnettoausgaben für alle Pflegeleistungen

| | 2014 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2014/2020 | 2014/2025 | 2014/2030 |
|------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|------------------|-----------|-----------|
| | Mio. € zu Preisen von 2014 | | | | | Veränderung in % | | |
| Wien | 704,3 | 735,8 | 903,6 | 1.072,2 | 1.404,2 | +28,3 | +52,2 | +99,4 |
| Niederösterreich | 238,9 | 252,2 | 325,0 | 385,3 | 495,4 | +36,0 | +61,3 | +107,4 |
| Burgenland | 37,8 | 39,7 | 49,9 | 57,9 | 74,3 | +32,1 | +53,2 | +96,6 |
| Steiermark | 269,1 | 279,2 | 348,4 | 410,8 | 525,2 | +29,5 | +52,7 | +95,2 |
| Kärnten | 121,6 | 127,4 | 158,8 | 186,2 | 240,3 | +30,6 | +53,2 | +97,7 |
| Oberösterreich | 209,6 | 221,7 | 286,6 | 343,3 | 446,7 | +36,7 | +63,8 | +113,1 |
| Salzburg | 76,1 | 80,3 | 104,3 | 127,0 | 167,2 | +37,0 | +66,8 | +119,6 |
| Tirol | 107,7 | 114,2 | 151,7 | 185,5 | 244,7 | +40,9 | +72,3 | +127,3 |
| Vorarlberg | 68,1 | 72,6 | 97,6 | 121,2 | 159,3 | +43,5 | +78,0 | +134,1 |
| Österreich | 1.833,1 | 1.923,1 | 2.426,0 | 2.889,4 | 3.757,1 | +32,3 | +57,6 | +105,0 |

Q: *Url* (2016).

Abbildung 7: Gesamtkosten nach Bundesländern

2014 = 100



Q: *Url* (2016), WIFO-Berechnungen.

Projektionsberechnungen zum Anstieg der PflegegeldbezieherInnen rein auf Basis der demografischen Veränderungen laut Bevölkerungsprognose zeigen, dass es 2030 rund 178.000 zusätzliche PflegegeldbezieherInnen geben wird, was einer Steigerung von 38,9% gleich kommt (2014-2030). Die damit verbunden Ausgaben steigen von 2.493,5 Mio. € (2014) auf 2.929,6 Mio. € (2030) (Übersicht 15).

Übersicht 15: Prognose der Pflegegeldbeziehenden und der Ausgaben für Pflegegeld, 2014 bis 2030

| | Pflegestufe | | | | | | | Insgesamt |
|------|---|---------|---------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| | Pflegegeldbeziehende | | | | | | | |
| 2014 | 106.621 | 129.904 | 79.584 | 64.347 | 47.696 | 19.300 | 9.606 | 457.058 |
| 2015 | 108.358 | 132.152 | 81.172 | 65.903 | 48.947 | 19.735 | 9.802 | 466.069 |
| 2016 | 110.153 | 134.464 | 82.797 | 67.348 | 50.184 | 20.163 | 9.989 | 475.097 |
| 2017 | 112.147 | 136.887 | 84.410 | 68.748 | 51.359 | 20.563 | 10.164 | 484.278 |
| 2018 | 114.334 | 139.460 | 85.984 | 70.133 | 52.503 | 20.976 | 10.352 | 493.742 |
| 2019 | 116.718 | 142.288 | 87.653 | 71.526 | 53.653 | 21.372 | 10.535 | 503.745 |
| 2020 | 119.239 | 145.250 | 89.459 | 72.991 | 54.838 | 21.760 | 10.724 | 514.261 |
| 2021 | 121.760 | 148.371 | 91.334 | 74.483 | 56.043 | 22.182 | 10.910 | 525.085 |
| 2022 | 124.355 | 151.728 | 93.248 | 76.153 | 57.234 | 22.598 | 11.097 | 536.413 |
| 2023 | 126.847 | 155.147 | 95.307 | 77.909 | 58.526 | 23.057 | 11.295 | 548.087 |
| 2024 | 129.344 | 158.611 | 97.544 | 79.764 | 59.961 | 23.516 | 11.492 | 560.232 |
| 2025 | 131.727 | 162.070 | 99.797 | 81.706 | 61.456 | 24.013 | 11.705 | 572.473 |
| 2030 | 142.288 | 178.440 | 111.708 | 92.625 | 70.160 | 26.788 | 12.858 | 634.867 |
| | Ausgaben für Pflegegeld in Mio. € zu Preisen von 2014 | | | | | | | |
| 2014 | 191,0 | 429,1 | 409,5 | 496,6 | 500,0 | 282,5 | 184,8 | 2.493,5 |
| 2015 | 194,1 | 436,5 | 417,7 | 508,6 | 513,1 | 288,9 | 188,6 | 2.547,5 |
| 2016 | 201,3 | 453,0 | 434,6 | 530,2 | 536,6 | 301,1 | 196,0 | 2.652,7 |
| 2017 | 204,9 | 461,2 | 443,1 | 541,2 | 549,1 | 307,0 | 199,4 | 2.706,0 |
| 2018 | 206,6 | 464,5 | 446,2 | 545,8 | 554,9 | 309,6 | 200,8 | 2.728,4 |
| 2019 | 208,2 | 468,0 | 449,2 | 549,7 | 560,0 | 311,5 | 201,8 | 2.748,5 |
| 2020 | 210,1 | 471,8 | 452,7 | 554,0 | 565,3 | 313,2 | 202,9 | 2.770,0 |
| 2021 | 211,4 | 475,0 | 455,5 | 557,2 | 569,4 | 314,7 | 203,4 | 2.786,6 |
| 2022 | 212,4 | 477,8 | 457,4 | 560,3 | 571,9 | 315,3 | 203,5 | 2.798,6 |
| 2023 | 213,1 | 480,5 | 459,9 | 563,8 | 575,2 | 316,5 | 203,7 | 2.812,6 |
| 2024 | 213,7 | 483,1 | 462,9 | 567,7 | 579,6 | 317,5 | 203,9 | 2.828,4 |
| 2025 | 214,1 | 485,6 | 465,8 | 572,0 | 584,3 | 318,8 | 204,2 | 2.844,8 |
| 2030 | 212,8 | 492,1 | 479,9 | 596,8 | 614,0 | 327,4 | 206,5 | 2.929,6 |

Q: Uri (2016).

MODUL 2: Die 24-Stunden-Betreuung

6. Die Regelungen der 24-Stunden-Betreuung in Österreich

Mit Wirkung vom 1.7.2007 wurde die legale Basis für die Inanspruchnahme einer 24-Stunden-Betreuung zu Hause geschaffen und eine entsprechende finanzielle Unterstützung durch den Bund beschlossen. Diese Novellierungen haben den bis dahin durchaus üblichen Rechtsverstößen gegen verschiedene gesetzliche Grundlagen wie z.B. das Ausländerbeschäftigungsrecht oder das Sozialversicherungsrecht Einhalt geboten und vielen illegalen Personenbetreuungsverhältnissen zu Rechtskonformität verholfen. Der Übergang wurde unterstützt durch eine Legalisierungsberatung.

Eine rechtliche Voraussetzung war das Inkrafttreten des Hausbetreuungsgesetzes am 1.7.2007, welches die Betreuung von Personen in deren Privathaushalten regelt. Dabei wird eine Betreuungstätigkeit folgendermaßen definiert: „Tätigkeiten für die zu betreuende Person, die in der Hilfestellung insbesondere bei der Haushaltsführung und der Lebensführung bestehen, sowie sonstige auf Grund der Betreuungsbedürftigkeit notwendige Anwesenheiten“ (§ 1 Abs. 3 HBeG). Gleichzeitig wurde die Gewerbeordnung geändert, indem die Personenbetreuung als freies Gewerbe aufgenommen wurde. Dabei wurden Betreuungstätigkeiten definiert, die im Rahmen des freien Gewerbes der Personenbetreuung ausgeübt werden dürfen, wie hausnahe Dienstleistungen, Unterstützung der zu betreuenden Person bei der Lebensführung und im Alltag und eine Gesellschafterfunktion. §§ 159 und 160 GewO 1994 zählen die einzelnen Tätigkeiten, die unter diese Kategorien fallen, auf. Die Gewerbeordnung setzt für PersonenbetreuerInnen auch die elementaren Regeln des Gewerbes fest, indem unternehmerische Regeln definiert werden: Angebotserstellung, Bruttopreise, Gewerbeanmeldung und Mitgliedschaft bei der WKO, Anmeldung bei der gewerblichen Sozialversicherung (SVA), schriftlicher Werkvertrag und die Möglichkeit, sich vertreten zu lassen (*Pichler – Bodmann, 2012*).

Bis vor kurzem umfasste die erlaubte Tätigkeit von PersonenbetreuerInnen auch die Organisation von Personenbetreuung, also die Vermittlung von selbständigen PersonenbetreuerInnen. Dies hat unter anderem dazu geführt, dass nicht bekannt war, wie viele Vermittlungsagenturen im Bereich der 24-Stunden-Betreuung aktiv sind. Im Jahr 2016 kam es zu einer gewerberechtlichen Trennung von PersonenbetreuerInnen und Vermittlungsagenturen (BGBl I 2015/81). In deren Zuge wurde der bisherige Tätigkeitsbereich der PersonenbetreuerInnen im Bereich der Vermittlung auf die Organisation einer eigenen Vertretung im Verhinderungsfall eingeschränkt. Vermittlungsagenturen sind nun ein eigenes freies Gewerbe („Organisation von Personenbetreuung“, § 161 GewO 1994). Zusätzlich wurden im Jahr 2015 die Standes- und Ausübungsregeln für Leistungen der Personenbetreuung (BGBl II 2007/278 idF BGBl II 2015/396) sowie die Standes- und Ausübungsregeln für die Organisation von Personenbetreuung (BGBl II 2015/397) erlassen, die Qualitätssicherungsmaßnahmen beinhalten, wie in Abschnitt 8 noch näher beschrieben.

Um eine 24-Stunden-Betreuungskraft für einen Privathaushalt zu engagieren, gibt es unterschiedliche rechtliche Wege. Die Haushalte bzw. die betreuungssuchenden Personen können entweder eine Betreuungskraft als ArbeitnehmerIn beschäftigen, eine Betreuungskraft engagieren, die bei einem Dienstleister angestellt ist, oder eine selbständige Betreuungskraft in Vertrag nehmen. Selbständige Betreuungskräfte müssen den Gewerbeschein der Personenbetreuung innehaben. In der Praxis wird fast ausschließlich das selbständige Modell gewählt (99,8%).¹²⁾

Das Hausbetreuungsgesetz sowie die Gewerbeordnung 1994 legen den inhaltlichen Umfang sowie die Grenzen von unselbständigen bzw. selbständigen Betreuungsverhältnissen fest. Im Wesentlichen umfasst die Betreuung alle Tätigkeiten, die der Hilfestellung in Haushalts- und Lebensführung dienen (z.B. Kochen, Besorgungen, Reinigung, Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen, Gesellschaft leisten, etc.). Da Betreuungskräfte durch die Bestimmungen des Hausbetreuungsgesetzes sowie der Gewerbeordnung 1994 keinerlei Qualifikationen nachweisen müssen, ist die Ausübung pflegerischer und ärztlicher Tätigkeiten durch die Betreuungskraft nur unter Einhaltung bestimmter Erfordernisse möglich. Sofern keine pflegerischen bzw. medizinischen Gründe dagegen sprechen, dürfen Betreuungskräfte auch gewisse pflegerische Tätigkeiten wie die Unterstützung bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Essen und Trinken, bei der Arzneimitteleinnahme, bei Benützung der Toilette oder bei der Motorik übernehmen. Ärztliche Tätigkeiten wie die Verabreichung von Arzneimitteln, das Anlegen von Verbänden, von subkutanen Insulinspritzen oder der Blutentnahme aus der Kapillare zur Blutzuckermessung können nur übernommen werden, sofern ärztlich oder vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege explizit delegiert und nur nach fachlicher Anleitung und Unterweisung (neben anderen eingrenzenden Bestimmungen).

Die Arbeitszeit von unselbständigen Betreuungskräften wird durch das Hausbetreuungsgesetz geregelt und ermöglicht erweiterte Arbeitszeiten außerhalb des durch das Arbeitszeitgesetz bestimmten Rahmens (für Details siehe *BMASK*, 2015B), sofern mindestens Pflegestufe 3 bzw. eine Demenzerkrankung vorliegt, die einen ständigen Betreuungsbedarf nach sich zieht. Ansonsten gelten die Arbeitszeitgrenzen des Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetzes. Selbständige Betreuungskräfte unterliegen hingegen naturgemäß keinen Arbeitszeitbestimmungen.

Unter bestimmten Voraussetzungen können betreuungssuchende Personen eine Förderung beantragen: (1) Das Betreuungsverhältnis muss im Sinne des Hausbetreuungsgesetzes sein, (2) es muss zumindest Pflegegeldstufe 3 vorliegen (in Niederösterreich auch Pflegestufe 1 und 2 bei nachgewiesener Demenz), (3) das Nettoeinkommen darf € 2.500 nicht übersteigen, wobei das Pflegegeld, Sonderzahlungen, Familienbeihilfen, Kinderbetreuungsgeld und Wohnbeihilfen nicht zum Einkommen zählen¹³⁾, (4) Nachweis der Notwendigkeit einer 24-Stunden-

¹²⁾ In diesem Bericht wird aufgrund der verfügbaren Daten nur zwischen selbständigen und unselbständigen PersonenbetreuerInnen unterschieden.

¹³⁾ Für jeden unterhaltsberechtigten Angehörigen erhöht sich die Einkommensgrenze um € 400 bzw. um € 600 für behinderte unterhaltsberechtigten Angehörige. Die Förderung wird unabhängig vom Vermögen der pflegebedürftigen Person gewährt.

Betreuung durch einen Facharzt und (5) Nachweis eines Mindestmaßes an theoretischer Ausbildung oder praktischer Erfahrung der Betreuungskraft.

Hier zeigt sich eine gewisse Inkonsistenz der gesetzlichen Bestimmungen rund um die 24-Stunden-Betreuung. Einerseits wird die Förderung der 24-Stunden-Betreuung erst ab Pflegestufe 3 vergeben (außer in Niederösterreich ab Stufe 1 bei Demenz), was einen relativ hohen Pflegebedarf bedeutet, andererseits sind die Tätigkeitsbereiche von PersonenbetreuerInnen in den oben aufgeführten Gesetzen klar auf Betreuung (z.B. Unterstützung bei der Lebensführung, haushaltsnahe Tätigkeiten) fokussiert und nicht auf pflegerische Tätigkeiten (außer es gibt spezielle Delegationen von einzelnen Tätigkeiten). Hier wird also indirekt eine weitere Unterstützung durch die Familie bzw. Bekannte oder durch mobile Dienste (wie auch die Hauskrankenpflege) vorausgesetzt, damit auch die pflegerischen Notwendigkeiten abgedeckt sind. Andernfalls wäre eine pflegerische Unterversorgung die Konsequenz aus dieser rechtlichen Ausgestaltung der 24-Stunden-Betreuung. Die Daten der Befragungen des Kompetenzzentrums für die häusliche Pflege unter den Förderfällen der 24-Stunden-Betreuung zeigen jedoch, dass rund 86% der befragten betreuten Personen keine mobile Pflegedienste in Anspruch nehmen. Allerdings geben 95% der Befragten an, neben der 24-Stunden-Betreuungskraft noch durch Angehörige oder Bekannte betreut zu werden.

Die Höhe der Förderung hängt vom gewählten Modell (selbständige versus unselbständige Betreuung) ab. Für eine angestellte Betreuungskraft beträgt die Höhe der Förderung € 550 monatlich bei einer Betreuungskraft und € 1.100 bei zwei Betreuungskräften, für selbständige Betreuungskräfte hingegen € 275 pro Monat und Betreuungskraft (BMASK, 2015B). Das hauptsächlich praktizierte Modell – zwei selbständige Betreuungskräfte, die sich in einem 14-tägigen Rhythmus abwechseln – wird bei Erfüllung der oben beschriebenen Voraussetzungen mit € 550 pro Monat gefördert. Darüber hinaus können die Kosten für die 24-Stunden-Betreuung (abzüglich der Förderung und des Pflegegelds) von den zu betreuenden Personen oder ihren Angehörigen als außergewöhnliche Belastung steuerlich abgesetzt werden.

7. Die Entwicklung der Inanspruchnahme der Förderung der 24-Stunden-Betreuung und der selbständigen Betreuungskräfte

Gesicherte Daten zur Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung gibt es nur im Rahmen der geförderten Fälle. Die Förderung der 24-Stunden-Betreuung wird zunehmend in Anspruch genommen. Während im Jahr 2008 erst durchschnittlich 3.200 Beziehende pro Monat verzeichnet wurden, waren es im Jahr 2015 bereits 21.900.¹⁴⁾ Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 31,6%, wobei sich die Wachstumsrate in den letzten drei Jahren deutlich abgeschwächt hat (Übersicht 16). Dieses starke Wachstum nach Einführung der Förderung der 24-Stunden-Betreuung und die Abschwächung der Wachstumsrate in den letzten Jahren gehen sicherlich auch darauf zurück, dass sich die Angebotsstrukturen der 24-Stunden-Betreuung in Form von Vermittlungsagenturen erst nach und nach entwickelt haben.

Übersicht 16: 24-Stunden-Betreuung. Entwicklung der Förderfälle und des Finanzaufwands¹⁵⁾ 2008-2015

| | Beziehende einer Förderleistung | | Finanzaufwand Bund und Länder |
|------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | Ø Beziehende pro Monat | Veränderung gegen Vorjahr in % | in Mio. Euro |
| 2008 | 3.200 | | 9,1 |
| 2009 | 5.800 | 81,3 | 41,2 |
| 2010 | 8.600 | 48,3 | 58,5 |
| 2011 | 11.200 | 30,2 | 73,5 |
| 2012 | 14.100 | 25,9 | 89,2 |
| 2013 | 16.600 | 17,7 | 105,4 |
| 2014 | 19.300 | 16,3 | 122,9 |
| 2015 | 21.900 | 13,5 | 138,6 |

Q: BMASK, Pflegevorsorgeberichte 2011 und 2015.

Weiters zeigen die Daten des BMASK, dass rund zwei Drittel der Beziehenden der Förderung der 24-Stunden-Betreuung Frauen sind und rund ein Drittel Männer. Das Durchschnittsalter beträgt rund 83 Jahre.

Übersicht 17 zeigt die Anzahl der Förderfälle der 24-Stunden-Betreuung nach den Pflegegeldstufen. Dabei ist ersichtlich, dass die Förderung der 24-Stunden-Betreuung auch in höheren Pflegegeldstufen bezogen wird. Nur rund ein Viertel der Beziehenden sind in der Pflegegeld-

¹⁴⁾ Schätzungen zufolge gab es mit Jahresende 2015 rund 27.000 Personen (rund 6% aller Pflegebedürftigen), die eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch genommen haben (geförderte und ungeförderte Fälle) (Landesrechnungshof Niederösterreich, 2016, Der Standard vom 17.11.2015). Nach dieser Schätzung, die sich auf Schätzungen von Hilfsorganisationen stützt, haben im Jahr 2015 also rund 5.100 Personen eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch genommen und dabei keine Förderung bezogen.

¹⁵⁾ Diese Daten beziehen sich auf die durchschnittlichen Förderungsbeziehende des Sozialministeriumsservice (SMS). Für Niederösterreich inkludieren diese Daten nur jene Fälle, die das SMS administriert. Jene Fälle, die das Land NÖ selbst administriert, sind nicht inkludiert. In Niederösterreich kann die Förderung entweder beim SMS oder beim Land Niederösterreich beantragt werden.

stufe 3. Ein knappes Drittel ist in Pflegestufe 4 und etwa ein weiteres Drittel in Pflegestufe 5. Personen mit Pflegestufe 6 und 7 beziehen zwar seltener die Förderung der 24-Stunden-Betreuung, aber auch hier gibt es Förderfälle. Gemessen am prozentuellen Anteil der Förderfälle der 24-Stunden-Betreuung an der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in den jeweiligen Pflegegeldstufen zeigt sich sogar, dass Personen in den Pflegestufen 4-7 das Instrument der 24-Stunden-Betreuung relativ häufiger nutzen als Personen in der Pflegestufe 3. Während 8% der PflegegeldempfängerInnen in der Pflegegeldstufe 3 zusätzlich eine Förderung für die 24-Stunden-Betreuung beziehen, sind dies in der Pflegegeldstufe 5 sogar 16,3%.

Übersicht 17: 24-Stunden-Betreuung, Förderfälle nach Pflegegeldstufe 2015¹⁶⁾

| | PG Stufe 3 | PG Stufe 4 | PG Stufe 5 | PG Stufe 6 | PG Stufe 7 | Summe |
|--|----------------------|------------|------------|------------|------------|--------|
| Pflegegeldbeziehende in den einzelnen Pflegegeldstufen | 79.919 | 64.479 | 48.121 | 19.212 | 9.200 | |
| Anzahl der Förderfälle 24-Stunden-Betreuung | 6.371 | 8.034 | 7.805 | 2.328 | 784 | 25.322 |
| Verteilung der Förderfälle nach Pflegegeldstufen | 25,2% ¹⁷⁾ | 31,7% | 30,8% | 9,2% | 3,1% | 100% |
| Anteil der Förderfälle 24-Stunden-Betreuung in % der PflegegeldbezieherInnen in den jeweiligen PG-Stufen | 8,0% ¹⁸⁾ | 12,5% | 16,3% | 12,2% | 8,5% | |

Q: BMASK (elektronische Übermittlung der Daten).

Stichtagsdaten aus dem Jahr 2016 deuten auf einen starken Wachstumstrend der Förderfälle hin (Übersicht 18). Zusätzlich erlauben diese Stichtagsdaten einen Einblick in die Verteilung zwischen selbständigen und unselbständigen 24-Stunden-Betreuungskräften sowie zwischen jenen Förderfällen, die eine Betreuungskraft und jenen, die zwei Betreuungskräfte engagiert haben. Zum einen zeigt sich, dass fast alle Förderfälle (99,8%) von selbständigen Kräften betreut werden. Das Modell der angestellten (unselbständigen) 24-Stunden-Betreuungskraft ist demnach ein Randphänomen. Zum anderen lassen die Daten erkennen, dass über zwei Drittel (68,8%) der zu pflegenden Personen zwei 24-Stunden-Betreuungskräfte engagiert haben, ein knappes Drittel (31,2%) nur eine Betreuungskraft.

¹⁶⁾ Erklärung der Diskrepanz der Daten zu jenen in Übersicht 16: Die Daten in Übersicht 17 beziehen sich auf die absoluten Zahlen der Förderungsbeziehenden des SMS nach Köpfen im Jahr 2015 und beinhalten sowohl Dauerbuchungen als auch Nachtragszahlungen ohne Dauerbuchungen (wenn z.B. eine Beziehende unterjährig eine Förderung bekommt) inklusive der Niederösterreich-Förderungen, die vom SMS administriert werden. Die Niederösterreich-Fälle, die das Land NÖ selbst administriert - per Stand Dezember 2015 handelt es sich um 5.548 Fälle - sind in diesen Zahlen nicht enthalten. Insgesamt gab es absolut 30.870 Förderungsbeziehende im Jahr 2015.

¹⁷⁾ Lesebeispiel: 25,2% der Förderungsbeziehenden für die 24-Stunden-Betreuung sind in PG-Stufe 3.

¹⁸⁾ Lesebeispiel: 8,0% der Pflegegeldbeziehenden der PG-Stufe 3 beziehen zusätzlich auch eine Förderung für die 24-Stunden-Betreuung.

Übersicht 18: Bestandsdaten der Förderfälle der 24-Stunden-Betreuung

| | 29. Sep. 2015 | 2. Jän. 2016 | 1. Apr. 2016 | 1. Juli 2016 | 1. Okt. 2016 |
|-----------------------------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Anzahl der Förderfälle | | | | |
| <i>Eine Betreuungskraft (BK)</i> | | | | | |
| BK selbstständig | 9.229 | 9.739 | 10.392 | 10.863 | 11.461 |
| BK unselbstständig | 35 | 36 | 38 | 43 | 46 |
| Gesamt | 9.264 | 9.775 | 10.430 | 10.906 | 11.507 |
| <i>Zwei Betreuungskräfte (BK)</i> | | | | | |
| BK selbstständig | 19.310 | 20.603 | 22.460 | 24.003 | 25.316 |
| BK unselbstständig | 17 | 18 | 18 | 29 | 20 |
| Gesamt | 19.327 | 20.621 | 22.478 | 24.032 | 25.336 |
| <i>Betreuungskräfte (BK) 1+2</i> | | | | | |
| BK selbstständig | 28.539 | 30.342 | 32.852 | 34.866 | 36.777 |
| BK unselbstständig | 52 | 54 | 56 | 72 | 66 |
| Gesamt | 28.591 | 30.396 | 32.908 | 34.938 | 36.843 |

Q: BMASK (elektronische Übermittlung der Daten). Anmerkung: Bei den Daten handelt es sich um Bestandsdaten zu Stichtagen, nicht um durchschnittliche Monatsbestände.

Mit der Anzahl der Förderfälle und der Anzahl jener Förderfälle, die zwei Betreuungskräfte engagieren, korrespondieren die Daten der Mitgliederstatistik der Wirtschaftskammern Österreichs im Bereich der selbständigen PersonenbetreuerInnen. Per Ende September 2016 waren österreichweit fast 83.000 selbständige PersonenbetreuerInnen bei den Wirtschaftskammern Österreichs als Mitglieder registriert, wovon knapp 60.000 als aktiv gemeldet waren. Wenn per Stichtag 1. Oktober 2016 11.461 Förderfälle mit einer selbständigen Betreuungskraft und 25.316 Förderfälle mit zwei selbständigen Betreuungskräften verzeichnet waren, ergab das in Summe gut 60.000 eingesetzte PersonenbetreuerInnen, was mit den rund 60.000 aktiv gemeldeten PersonenbetreuerInnen lt. WKO per Ende September 2016 beinahe vollständig übereinstimmt.

Übersicht 19: Anzahl der Berufszweigmitglieder „selbständige Personenbetreuung“ in den Wirtschaftskammern Österreichs (Stand 30.9.2016)

| | Anzahl |
|--------------------|--------|
| Aktive Mitglieder | 59.734 |
| Ruhende Mitglieder | 22.912 |
| Gesamt | 82.646 |

Q: WKO (direkte Übermittlung der Daten).

Die überwiegende Mehrheit der 24-h-Betreuungskräfte ist weiblich und kommt aus den östlichen EU-Staaten, vorrangig aus der Slowakischen Republik und Rumänien – knapp 85% der Betreuungskräfte kommen aus diesen beiden Staaten. Es zeigt sich ferner, dass es nicht vorrangig junge Personen sind, sondern ältere, also jene, deren Arbeitsmöglichkeiten in den Herkunftsländern vermutlich beschränkt sind. Übersicht 20 zeigt die Verteilung der bei der SVA gemeldeten 24-h-Betreuungskräfte nach Herkunftsland, Geschlecht und Alter (per Stichtag 31.12.2015).

Übersicht 20: 24-h-Betreuungskräfte nach Herkunft, Geschlecht und Alter (per 31.12.2015)

| | |
|--|-------|
| 24-h-Betreuungskräfte nach Herkunft | |
| Slowakische Republik | 47,1% |
| Rumänien | 37,0% |
| Ungarn | 5,6% |
| Bulgarien | 2,2% |
| Polen | 1,7% |
| Österreich | 1,4% |
| Tschechische Republik | 1,0% |
| Kroatien | 2,3% |
| Andere/unbekannt | 1,7% |
| 24-h-Betreuungskräfte nach Geschlecht | |
| Frauen | 94,8% |
| Männer | 5,2% |
| 24-h-Betreuungskräfte nach Alter | |
| Bis 30 Jahre | 6,8% |
| 31-40 Jahre | 17,4% |
| 41-50 Jahre | 31,3% |
| 51-60 Jahre | 33,9% |
| Über 61 Jahre | 7,6% |

Q: SVA (Daten elektronisch übermittelt).

Die Hauptmotivation, eine Arbeit in der 24-Stunden-Betreuung aufzunehmen, liegt vor allem in den schlechten Arbeitsmarktbedingungen der Herkunftsländer bzw. auch an den nicht mehr verwertbaren Ausbildungen der Betreuungskräfte begründet. Auch wenn das Einkommen einer 24-Stunden-Betreuungskraft im Verhältnis zum Arbeitsstundenpensum sehr niedrig ist, ist es für viele Personen die einzige Möglichkeit, einer geregelten Beschäftigung nachzugehen und mehr zu verdienen als z.B. in der Ostslowakei oder in Rumänien erzielbar wäre. Zusätzlich ermöglicht die weitverbreitete 14-tägige Rotation, vom Lohndifferential zu profitieren, da den Betreuungskräften während ihres Einsatzes Kost und Logis zur Verfügung gestellt werden und außerhalb ihrer Einsatzzeiten geringe Lebenserhaltungskosten in den Herkunftsländern anfallen. Zusätzlich profitieren (jüngere) 24-Stunden-Betreuungskräfte von Zahlungen der Familienbeihilfe für in den Herkunftsländern lebende Kinder (Möglichkeit der Aufstockung des Differenzbetrags zwischen der Familienbeihilfe in den Herkunftsländern und der österreichischen Familienbeihilfe) und etwaigen Pensionsansprüchen in der Zukunft (Stand Februar 2016). All dies berücksichtigend, bleibt die finanzielle Renumeration der 24-Stunden-Betreuungskräfte aufgrund der in Abschnitt 9.1 dargestellten Tagessätze gering.

Die Beweggründe für Familien eine 24-Stunden-Betreuungskraft zu engagieren, liegen vorwiegend in der Entlastung der Pflegeverpflichtung und gleichzeitig den Verbleib der pflege- und betreuungsbedürftigen Person im Haushalt zu ermöglichen. An der Schnittstelle zwischen

mobiler und stationärer Pflege gibt es in den meisten Regionen wenig Angebote und Möglichkeiten einer intensiveren Betreuung im eigenen Haushalt, die Betreuungsleerzeiten reduziert (Kolland et al., 2015). Mit anderen Worten, hier füllt die 24-Stunden-Betreuung eine Angebotslücke. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass 61% der betreuten Personen alleine leben und nicht auf eine vollflächige Betreuung von Familienmitgliedern zurückgreifen können (Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, 2016). Ein weiterer Beweggrund für die Inanspruchnahme der 24-Stunden-Betreuung können auch finanzielle Aspekte sein, da bei einer alternativen Lösung in stationärer Pflege das Vermögen des Betreuten zur Kostenabdeckung herangezogen wird (Eigenregress) (Stand Februar 2017).

8. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der 24-Stunden-Betreuung

Der Gesetzgeber hat über verschiedene Regelungen Maßnahmen vorgesehen, die die Qualität der Personenbetreuung fördern sollen. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der 24-Stunden-Betreuung sind nicht nur wichtig in Hinblick auf eine möglichst gute Betreuungsqualität für pflegebedürftige Menschen, sondern sind auch dadurch begründet, dass jährlich beträchtliche Fördersummen aus dem öffentlichen Haushalt ausbezahlt werden (2017: 138,6 Mio. Euro).

Im Hausbetreuungsgesetz (HBeG) sind die Vereinbarung von Handlungsleitlinien im Alltag und Notfall, die Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit anderen in die Pflege involvierten Personen und die Verschwiegenheitspflicht geregelt. Die Gewerbeordnung regelt darüber hinaus auch, dass PersonenbetreuerInnen ein Haushaltsbuch zu führen und die Belegsammlung zwei Jahre aufzubewahren haben. Die wichtigeren Qualitätssicherungsmaßnahmen entstammen jedoch der Verordnung über Standes- und Ausübungsregeln für Leistungen der Personenbetreuung (BGBl II 2007/278 idF BGBl II 2015/396), für deren Einhaltung die Bezirkshauptmannschaften bzw. Magistrate zuständig sind. Diese enthalten Punkte wie die Verpflichtung, auf das Wohl der zu Betreuenden zu achten und die berufliche Stellung nicht zur Erlangung persönlicher Vorteile zu missbrauchen, aber auch eine Dokumentationspflicht hinsichtlich der erbrachten Leistungen und eine Offenlegungspflicht hinsichtlich der Leistungsinhalte und des Preises vor Vertragsabschluss, darüber hinaus Mindestinhalte des Betreuungsvertrags, etc. Zusätzlich gibt es Qualitätssicherungsmaßnahmen im Ärztegesetz und im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Diese befassen sich mit den Voraussetzungen und Notwendigkeiten für den Fall, in dem ein Arzt oder eine Ärztin bzw. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege einzelne ärztliche bzw. pflegerische Tätigkeiten an PersonenbetreuerInnen übertragen. Diese Übertragung erfordert eine spezifische Delegation und eine fachliche Unterweisung in der zu erbringenden Leistung. Das Bundespflegegeldgesetz (BPGG §21b) hält fest, dass PersonenbetreuerInnen entweder eine sechsmonatige praktische Erfahrung nachweisen oder eine Ausbildung als Betreuungskraft im Ausmaß von rund 200 Stunden durchlaufen haben müssen, was im Wesentlichen der Qualifikation einer Heimhelferin entspricht.

Aufgrund der gewerberechtlichen Trennung von Personenbetreuung und Vermittlungstätigkeit wurde eine eigene Verordnung über die Standes- und Ausübungsregeln für das freie

Gewerbe „Organisation von Personenbetreuung“ erlassen (BGBl II 2015/397). Diese umfasst unter anderem die notwendigen Inhalte des Organisationsvertrags mit der PersonenbetreuerIn sowie jene des Vermittlungsvertrages mit der betreuungsbedürftigen Person, ebenso wie Aufklärungspflichten gegenüber der betreuungsbedürftigen Person und den PersonenbetreuerInnen und Transparenz der angebotenen Leistungen und des Preises, etc. Allerdings existieren keine Qualitätskontrollen des Vermittlungsprozesses, was zu einer gravierenden Variation in der Qualität der Vermittlung und letztendlich der Betreuung führt (Österle – Hasl – Bauer, 2013). Seit 2015 gibt es jedoch die bereits erwähnten Standes- und Ausübungsregeln des freien Gewerbes „Organisation von Personenbetreuung“, die Mindeststandards der Vermittlung festlegen.

Regelmäßige Überprüfungen der Betreuungsqualität in den Haushalten finden nicht statt. Allerdings wird jeder geförderte Haushalt rund sechs Monate nach Erteilung der Förderung – nach Ankündigung – von einem Mitglied des diplomierten Gesundheitsdienstes aufgesucht, sofern die Betreuungskraft keine fachliche Ausbildung aufweist. Diese Kontrollen führt das Kompetenzzentrum in der häuslichen Pflege durch, welches in der Sozialversicherungsanstalt der Bauern angesiedelt ist.

Zwischen Jänner und Juni 2016 wurden im diesem Rahmen 2.171 Hausbesuche bei Förderungsbeziehenden gemacht, um die Betreuungsqualität der 24-Stunden-Betreuung zu überprüfen (Kompetenzzentrum für die häusliche Pflege, 2016). Insgesamt wurde der Betreuungsqualität im Rahmen der geförderten 24-Stunden-Betreuung zu Hause ein gutes Zeugnis ausgestellt. Dabei wurden folgende Kriterien anhand von vier Bewertungsstufen (A, B, C+, C-) überprüft: funktionale Wohnsituation, Körperpflege, medizinisch-pflegerische Versorgung, Ernährung/Flüssigkeitszufuhr, hygienische Wohnsituation, Aktivitäten/Beschäftigung/Sozialleben.

Hinsichtlich all dieser Kriterien wurde in der überwiegenden Mehrheit der Fälle befunden, die Pflegebedürftigen werden vollständig und zuverlässig versorgt. Probleme gibt es am ehestens in den Bereichen der funktionalen Wohnsituation und der medizinisch-pflegerischen Versorgung. Im Bereich der funktionalen Wohnsituation fanden sich bei rund 15% der besuchten betreuten Personen Probleme (Bewertung B oder schlechter) und im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung bei rund 12%, wobei sich in der überwiegenden Mehrheit der Fälle Probleme auf „B“-Bewertungen bezogen und wenige Fälle auf schlechtere Bewertungen. Wenn bei Hausbesuchen zwei oder mehr Kriterien mit B oder schlechter bewertet werden, wird ein Aufklärungsgespräch geführt und der betreffende Haushalt zu einem späteren Zeitpunkt wieder kontrolliert bzw. bei einem sehr schlechten Befund dem Sozialministeriumsservice gemeldet.

Die Daten der Hausbesuche des Kompetenzzentrums für die häusliche Pflege enthalten auch Informationen über die familiäre Situation der betreuten Personen. So zeigt sich, dass rund 61% dieser Personen alleine leben (abgesehen von der Betreuungskraft) und rund 39% zusammen mit einer anderen Person. Von letzteren leben rund 52% mit dem oder der PartnerIn und 32% mit Kindern oder Schwiegerkindern zusammen. 95% der Befragten geben an, dass sie neben der 24-Stunden-Betreuungsperson auch noch von Angehörigen oder Bekannten

betreut werden. Die Betreuung wird neben der 24-Stunden-Betreuungsperson vorwiegend von den Kindern (Töchter: 34%, Söhne: 27%) und nur nachrangig von den PartnerInnen (12%) erbracht. Nur 5% der Befragten werden ausschließlich von der 24-Stunden-Betreuungskraft versorgt.

Unterschiedliche Studien, die qualitative Interviews mit 24-Stunden-BetreuerInnen bzw. mit betreuten Personen gemacht haben, geben einen Einblick in die Problemlagen der 24-Stunden-Betreuung in Österreich. Aufgrund des Forschungsdesigns sind dies keine repräsentativen Studien, sondern sollen exemplarisch die Problemlagen der 24-Stunden-Betreuung analysieren. *Österle – Bauer (2016)*¹⁹⁾ und *Schmidt – Leichsenring (2016)*²⁰⁾ heben hervor, dass 24-Stunden-Betreuungskräfte einem hohen Druck und starken Belastungen ausgesetzt sind. Trotz der Legalisierung ihrer Arbeit berichten die Betreuungskräfte von einer prekären Situation, oft verursacht durch fordernde KundInnen und Vermittlungsagenturen. Nach *Österle – Bauer (2016)* und *Schmidt et al. (2016)*²¹⁾ wurde mit der 24-Stunden-Betreuung zwar eine neue Säule der Altenpflege geschaffen, aber die Bedingungen der 24-Stunden-Betreuung in Bezug auf Bezahlung und Arbeitsbedingungen wird den KundInnen bzw. den Vermittlungsagenturen aufgrund fehlender gesetzlicher Ausgestaltung überlassen. Angemerkt sei, dass die 2015 eingeführten Standes- und Ausübungsregeln sowohl für PersonenbetreuerInnen als auch für Vermittlungsagenturen das Ziel verfolgen, Mindeststandard festzulegen.

9. Die Kosten der 24-Stunden-Betreuung für betreuungsbedürftige Personen: Unterschiedliche Modelle im Vergleich

9.1 Die individuellen Kosten der 24-Stunden-Betreuung

Die Kosten für eine 24-Stunden-Betreuung variieren beträchtlich je nach Leistungsumfang und Vermittlungsagentur. Aufgrund der großen Anzahl von Vermittlungsagenturen²²⁾ wird im Folgenden auf die Kostensätze der drei großen Non-Profit-Organisationen Caritas, Hilfswerk und Volkshilfe zurückgegriffen. Zu beachten ist, dass kleinere Vermittlungsagenturen zum Teil beträchtlich geringere Kostensätze angeben.

Die großen Non-Profit-Organisationen, die eigene Personaldienstleistungsagenturen für die Vermittlung von 24-Stunden-Betreuungskräften gegründet haben, geben relativ ähnliche laufende monatliche Kosten an. Unter der Annahme, dass eine betreuungsbedürftige Person in der Pflegestufe 3 zwei selbständige Betreuungskräfte engagiert, die sich in einem 14-tägigen Rhythmus abwechseln, belaufen sich die monatlichen Kosten auf rund € 2.400 - € 2.500 (Stand 2017). Diese Kosten umfassen die Tagessätze der Betreuungskräfte, die Fahrtkosten zwischen dem Heimatort der Betreuungskräfte und dem Arbeitseinsatzort sowie einen Monatsbeitrag

¹⁹⁾ Basierend auf 14 ausführlichen Interviews mit PersonenbetreuerInnen.

²⁰⁾ Basierend auf 8 ausführlichen Interviews mit PersonenbetreuerInnen sowie Interviews mit VertreterInnen von Vermittlungsagenturen und der öffentlichen Verwaltung (Anzahl nicht genauer spezifiziert).

²¹⁾ Basierend auf 9 ausführlichen Interviews mit PersonenbetreuerInnen.

²²⁾ Laut Infoportal der WKO Österreich - www.daheimbetreut.at - sind gegenwärtig rund 660 Vermittlungsagenturen am Markt (Stand Februar 2017).

für die Vermittlungsagentur. Letzterer schließt Leistungen wie eine regelmäßige fachliche Begleitung und Unterstützung des Betreuungspersonals oder die Vermittlung bei einem etwaigen Ausfall der Betreuungskraft ein. Abzüglich des Pflegegelds der Stufe 3 (= € 451,80) und der Förderung der 24-Stunden-Betreuung von – in diesem Beispiel – € 550 (falls die Förderkriterien erfüllt sind – siehe weiter oben), belaufen sich die monatlichen Nettokosten auf rund € 1.400 - € 1.500. Bei Pflegestufe 4 (Pflegegeldhöhe € 677,60 monatlich) reduzieren sich die monatlichen Nettokosten auf rund € 1.200 - € 1.300, bei Pflegestufe 5 (Pflegegeldhöhe € 920,30 monatlich) auf rund € 950 - € 1.050 und bei Pflegestufe 6 auf rund € 550 - € 650.²³⁾

Zusätzlich sind einmalige Gebühren für die Vermittlung von zwei Betreuungskräften von rund € 600 - 850 zu bezahlen.²⁴⁾ Außerdem muss den Betreuungskräften ein Zimmer zur Verfügung gestellt sowie für die Essenskosten aufgekomen werden. Die Kosten der 24-Stunden-Betreuung sind (abzüglich der Förderung und des Pflegegeldes) als außergewöhnliche Belastung unter bestimmten Umständen steuerlich absetzbar, wodurch sich eine Reduktion der angeführten Nettokosten ergeben kann.

Größere gewinnorientierte Vermittlungsagenturen (wie z. B. Senecura) weisen ähnliche Kostensätze aus, kleinere Vermittlungsagenturen unterschreiten die oben angegebenen Kosten teilweise beträchtlich, bieten jedoch oft ein kleineres Leistungspaket an (z. B. ohne inkludierte Fahrtkosten, ohne regelmäßige fachmäßige Unterstützung seitens des Anbieters), beschränken sich auf die reine Vermittlung und/oder stellen den PersonenbetreuerInnen einen prozentuellen oder absoluten Betrag pro Turnus oder Monat in Rechnung.²⁵⁾ Dies bedeutet, dass der von den Betroffenen durchschnittlich bezahlte monatliche Nettobetrag für eine 24-Stunden-Betreuung unter den oben angegebenen Nettokosten liegt, da kleinere Anbieter die ausgewiesenen Kosten der größeren Anbietern zum Teil beträchtlich unterbieten.²⁶⁾

9.2 Die Kosten des Selbständigen-Modells und des Unselbständigen-Modells im Vergleich

Die Daten der Förderfälle der 24-Stunden-Betreuung zeigen, dass das Modell der unselbständigen Beschäftigung nur in Einzelfällen genützt wird (0,18% der Förderfälle). Dies ist vor allem

²³⁾ Bei manchen Anbietern erhöht sich der tägliche Satz ab Pflegestufe 4 geringfügig, wodurch sich etwas höhere Kosten ergeben.

²⁴⁾ Diese Kostenbeispiele beziehen sich auf ausgewiesene Kosten von Caritas, Volkshilfe und Hilfswerk und nehmen einen Tagessatz von knapp € 70 und Reisekosten von € 180 an. Diese drei großen Anbieter von Pflegedienstleistungen bieten die Vermittlung von 24-Stunden-Betreuungskräften an. Dafür haben sie ein gemeinsames Label „24h Betreuung. Sicher. Kompetent. Fair“ gegründet, der einen gemeinsamen Qualitätsstandard festlegen soll (siehe beispielsweise http://www.pflegen.at/images/downloads/qualittskriterien_24-stunden-betreuung.pdf, abgerufen am 21.12.2016). Hinzufügen ist, dass diese drei Anbieter zwar eigene Vermittlungsagenturen geschaffen haben, aber einen relativ kleinen Marktanteil im Bereich der 24-Stunden-Betreuung haben, da die Kostensätze aufgrund des intensiveren Casemanagements in der Regel über den Kostensätzen von anderen Agenturen liegen.

²⁵⁾ Auch die oben genannten Non-Profit-Anbieter stellen den PersonenbetreuerInnen einen monatlichen Betrag (bzw. pro Turnus) in Rechnung um die Kosten der Supervision der BetreuerInnen abzudecken.

²⁶⁾ Im öffentlichen Diskurs werden von Nettokosten (also abzüglich Pflegegeld und Förderung) für die 24-Stunden-Betreuung (Pflegestufe 3) von rund € 800 gesprochen, das entspricht Bruttokosten in Höhe von rund € 1.800 (z.B. Der Standard vom 30.12.2015). Dies wurde durch eine Internetrecherche unter Vermittlungsagenturen bestätigt.

darauf zurückzuführen, dass im Falle einer unselbständigen Beschäftigung der Mindestlohntarif für im Haushalt Beschäftigte (BGBl. II Nr. 345/2016) zu tragen kommt und damit die Kosten (bzw. die Einkommen der Betreuungskräfte) beträchtlich über jenen des Selbständigen-Modells liegen.

Ein Kostenvergleich dieser beiden Modelle hat politische und ökonomische Relevanz, da das Selbständigen-Modell immer wieder in Frage gestellt wird, und „reguläre Beschäftigungsverhältnisse“ für die 24-Stunden-Betreuung gefordert werden: „Insbesondere aus der heutigen 24-Stunden-Betreuung, in der weitaus überwiegend Familienangehörige unbezahlt oder ausländische Frauen mit unangemessen niedriger Entlohnung und weitgehend in Scheinselbstständigkeit tätig sind, könnten neue Arbeitsplätze entstehen.“ (Sozialrechtexperte Wolfgang Mazal in „Der Standard“ vom 25.7.2017 - derstandard.at/2000061775586/Care-Work-und-Beschaeftigung). Die Umsetzung derartiger Forderungen kann jedoch nicht eine Umwandlung von selbständigen zu unselbständigen PersonenbetreuerInnen bedeuten, wie der nachstehende Kostenvergleich zeigt, sondern müsste auf einer umfassenden Neuausrichtung der regionalen Pflegedienstleistungen basieren.

Eine vereinfachte Kostenvergleichsrechnung des Unselbständigen- und Selbständigen-Modells auf Basis von Jahreswerten (um die Weihnachtsremuneration und den Urlaubszuschuss zu berücksichtigen) zeigt einerseits einen Kostenunterschied dieser beiden Modelle der 24-Stunden-Betreuung, aber auch, dass das Angestellten-Modell nach den Bestimmungen des Hausbetreuungsgesetzes aufgrund der beschränkten Arbeitszeiten de facto in dieser Form nicht durchführbar ist, um eine 24-Stunden-Betreuung zu gewährleisten.²⁷⁾

Laut Hausbetreuungsgesetz (HBeG) § 3 Abs. 2 – welches extra für in Privathaushalten angestellte, also unselbständig beschäftigte 24-Stunden-Betreuungskräfte geschaffen wurde, die sich im 14-tägigen Rhythmus abwechseln und für die Dauer der Arbeitsperiode im Haushalt der zu betreuenden Person leben – darf eine Betreuungskraft in zwei aufeinander folgenden Wochen die Arbeitszeit einschließlich der Zeiten der Arbeitsbereitschaft von 128 Stunden nicht überschreiten. Das ergibt in einem 14-tägigen Arbeitsrhythmus – und dieser ist eine allgemeine Bestimmung – durchschnittlich 9,15 mögliche Arbeitsstunden am Tag. Allerdings ist im HBeG § 3 Abs. 2 ebenso Folgendes geregelt: „Allfällige über diese Höchstgrenze hinausgehende Zeit der Arbeitsbereitschaft, die die Betreuungskraft vereinbarungsgemäß in ihrem Wohnraum oder in näherer häuslicher Umgebung verbringt und während der sie im Übrigen frei über ihre Zeit verfügen kann, gelten nicht als Arbeitszeit im Sinne dieses Bundesgesetzes“. Dies bedeutet, dass auch darüber hinaus gehende Arbeitsbereitschaft möglich ist, die nicht auf die 128 möglichen Stunden innerhalb von zwei Wochen angerechnet und auch nicht remuneriert werden. Dies ermöglicht eine weitgehende Betreuung bzw. Betreuungsbereitschaft. Einschränkend wirken jedoch die beiden folgenden Absätze des betreffenden Paragraphen. HBeG § 3 Abs. 3 besagt, dass die tägliche Arbeitszeit durch Ruhepausen von insgesamt mindestens drei Stunden zu unterbrechen ist, die auch frei von Arbeitsbereitschaft nach

²⁷⁾ Angemerkt sei, dass der Begriff der 24-Stunden-Betreuung etwas suggeriert, was auch von Selbständigen, für die rechtlich keine Arbeitszeitbeschränkungen gelten, aufgrund von notwendigen Erholungs- bzw. Schlafphasen in der Praxis nicht geleistet werden kann.

Abs. 2 bleiben müssen. Davon sind mindestens zwei Ruhephasen von 30 Minuten ununterbrochen zu gewähren. HBeG § 3 Abs. 4 bestimmt, dass ArbeitnehmerInnen während jedes Zeitraumes von 24 Stunden insgesamt weitere zehn Stunden nicht in Anspruch genommen werden dürfen. Soll eine lückenlose 24-Stunden-Betreuung gewährleistet werden, müssten für die restlichen notwendigen Betreuungszeiten mobile Dienste zugekauft werden (wenn diese nicht von Verwandten oder Bekannten abgedeckt werden können). Ob das Angestellten-Modell nach HBeG in der Praxis eine mögliche Variante darstellt, hängt also von der Intensität der Betreuungsnotwendigkeit ab.

Laut dem Mindestlohtarif für im Haushalt Beschäftigte für Österreich (BGBl. II Nr. 345/2016) beträgt der Mindestlohn für Kranken- und AltenbetreuerInnen zwischen dem ersten und fünften Berufsjahr € 1.382.²⁸⁾ Wenn Betreuungsarbeiten in der Nacht zwischen 22 Uhr und 6 Uhr zusätzlich zur Tagesbetreuung vereinbart werden, gebührt ein Zuschlag von monatlich € 531. Zusätzliche Kosten beinhalten Kost und Logis,²⁹⁾ Weihnachtsremuneration im Ausmaß von einem Monatsbezug (oder aliquot bei unterjähriger Beschäftigung), Urlaubszuschuss im Ausmaß von zwei monatlichen Bezügen (also 15 Monatsgehälter). Dieses Entgelt gebührt für eine Arbeitszeit von 238 Stunden monatlich – für eine niedrigere Stundenzahl gebührt der aliquote Teil. Wie oben beschrieben, darf laut dem Hausbetreuungsgesetz (HBeG) § 3 Abs. 2 die Arbeitszeit einschließlich der Zeiten der Arbeitsbereitschaft 128 Stunden in zwei aufeinander folgenden Wochen nicht überschreiten. Das ergibt in einem 14-tägigen Arbeitsrhythmus – und dieser ist eine allgemeine Bestimmung – durchschnittlich 9,15 mögliche Arbeitsstunden am Tag bzw. 128 Arbeitsstunden für zwei Wochen. Dies bedeutet, dass der aliquote Entgeltanteil der oben genannten Entgelte laut dem Mindestlohtarif für im Haushalt Beschäftigte für Österreich 58,2% pro Betreuungskraft beträgt.³⁰⁾

Unter der Annahme einer Betreuerin mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung sowie eines regelmäßigen Nachtzuschlages, der gebührenden Weihnachtsremuneration und des Urlaubszuschusses, aber ohne Überstunden, betragen die jährlichen Bruttokosten (inkl. Dienstgeberbeiträge) für die DienstgeberIn rund € 21.300 für eine Betreuungskraft. Da für eine zeitlich umfassende Betreuung zwei angestellte BetreuerInnen notwendig sind, belaufen sich die jährlichen Bruttokosten auf rund € 42.600. Abzüglich der monatlichen Förderung von € 1.100 und des monatlichen Pflegegeldes (für diese Vergleichsrechnung wird Pflegegeldstufe 3 angenommen) von € 451,8 ergeben sich für die betreute Person jährliche Nettokosten von rund € 24.000 (siehe Übersicht 21).³¹⁾

²⁸⁾ Ab dem 6. Berufsjahr € 1.501 und ab dem 11. Berufsjahr € 1.784.

²⁹⁾ Von diesen wird in der folgenden Vergleichsrechnung abgesehen, da diese auch beim Selbständigen-Modell anfallen.

³⁰⁾ Z.B. Berechnung bei Grundlohn: $(€1.382/238*128)/4*4,33$ (selbe Berechnung bei Zuschlag).

³¹⁾ Unter der Annahme, dass kein Nachtzuschlag anfallen sollte, belaufen sich die jährlichen Nettokosten auf rund € 33.600. Die Kosten für Kost und Logis sind in beiden Modellen der Einfachheit halber nicht mitgerechnet, da sie ja in beiden Modellen gleichermaßen anfallen und deshalb für eine Vergleichsrechnung irrelevant sind (abgesehen von der Besteuerung).

Wie weiter oben dargestellt, belaufen sich die Nettokosten im Selbständigen-Modell auf rund € 1.500 pro Monat (bei einem zugrundeliegenden Tageskostensatz von € 70) bzw. € 18.000 pro Jahr (Bruttokosten minus Pflegegeld und Förderung). Trotz der doppelt so hohen Förderung des Unselbständigen-Modells beläuft sich die Kostendifferenz in dieser vereinfachten Gegenüberstellung auf rund € 6.000 pro Jahr.

Zusätzlich ist zu bedenken, dass im Unselbständigen-Modell bzw. bei einer direkten Beschäftigung der Betreuungskraft höhere administrative Kosten als im Selbständigen-Modell anfallen. Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass diese vereinfachte Vergleichsrechnung in einem ersten Schritt keine eventuellen Krankenstände bzw. Ersatzkosten für Krankenstände und Urlaubszeiten berücksichtigt (abgesehen von den oben beschriebenen Arbeitszeitenbeschränkungen im Unselbständigen-Modell).

Übersicht 21: Vereinfachte Kostengegenüberstellung der 24-Stunden-Betreuung im Selbständigen-Modell und im Unselbständigen-Modell³²⁾

| | Modell 1 Selbständiges Modell – zwei Betreuungskräfte | Modell 2 Unselbständiges Modell (inkl. Nachtzuschlag) – zwei Betreuungskräfte |
|--|--|---|
| Bruttokosten pro Jahr | € 25.500 | € 42.600 |
| Nettokosten pro Jahr (=Bruttokosten abzüglich Pflegegeld und Förde- rung) | € 18.000 | € 24.000 |
| 24-Stunden- Betreuungsförderung pro Jahr (2 Betreuungskräfte) | € 6.600 | € 13.200 |
| Differenz der Nettokosten pro Jahr zum Selbständi- gen-Modell | | + € 6.000 |

Q: WIFO. Annahmen: Pflegestufe 3, Mindestlohntarif für im Haushalt Beschäftigte (BGBl. II Nr. 345/2016), Betreuungskraft mit bis zu fünf Jahren Erfahrung, Bruttotagesatz von selbständigen Betreuungskräften von € 70, Bruttokosten im Unselbständigen-Modell beinhaltet Dienstgeberbeiträge (Berechnungshilfe durch Brutto-Netto-Rechner des BMF), aber keine eventuellen Überstunden, Krankenstände und auch keine Ersatzkosten für Krankenstände und Urlaubsanspruch. Nicht berücksichtigt sind auch Unterschiede in den Arbeitszeiten (Arbeitszeitbeschränkungen gelten nur im Unselbständigen-Modell), da HBeG § 3 Abs. 2 im Unselbständigen-Modell eine große Flexibilität erlaubt (siehe Abschnitt 9.2). Auch von der Möglichkeit der steuerlichen Abschreibung der Pflegekosten (abzüglich der Förderung und des Pflegegeldes) wird hier abgesehen, da sich die steuerlichen Abschreibungsmöglichkeiten individuell gestalten.

Wie weiter oben bereits ausgeführt, müssen im Fall des Angestellten-Modells für die Ruhezeiten der Betreuungskräfte die Kosten für mobile Dienste hinzugerechnet werden, sofern der Bedarf nicht durch informelle Netzwerke abgedeckt werden kann. Diese Kosten sind jedoch von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich, hängen auch vom Einkommen der betreuungssuchenden Person ab sowie in manchen Bundesländern von den Lebensumständen

³²⁾ Berechnungsgrundlage für das Betreuungsausmaß sind 9,15 Stunden täglich. Nach HBeG 3 Abs. 2 darf eine Betreuungskraft in zwei aufeinander folgenden Wochen die Arbeitszeit von 128 Stunden nicht überschreiten. Allerdings erlaubt das HBeG § 3 Abs. 2 darüber hinausgehende Zeiten der Arbeitsbereitschaft, die nicht als Arbeitszeiten gelten. Siehe Abschnitt 9.2.

(Familienstand, Wohnbedingungen und -kosten).³³⁾ Im *theoretischen* Extremfall – wenn also eine relativ lückenlose 24-Stunden-Betreuung gewährleistet sein soll und dies nicht durch eine zusätzliche private Unterstützung abgedeckt werden kann, dann sind zusätzlich zu zwei angestellten BetreuerInnen nach HBeG – rund 180 Stunden mobile Dienste pro Monat notwendig (da nach einem 24-Stunden-Dienst zehn Stunden Ruhezeiten zu beachten sind). Unter der vereinfachten Annahme, dass im Durchschnitt 70 Monatsstunden von den Bundesländern gefördert werden und es sich um eine alleinstehende Person in einem Eigenheim und einem Einkommen von € 1.000 Euro handelt³⁴⁾ und alle notwendigen mobile Pflegestunden darüber hinaus zum ungeforderten Satz³⁵⁾ bezahlt werden müssen, dann entstehen zusätzliche Kosten von rund € 4.800 pro Monat.³⁶⁾ Etwaige Krankenstände der BetreuerInnen müssten ebenfalls, wenn nicht anders möglich, zu oben beschriebenen Kostensätzen durch mobile Pflege abgedeckt werden.

Berücksichtigt man zusätzlich auch die Ersatzkosten für den fünfwöchigen Urlaubsanspruch pro angestellter PersonenbetreuerIn muss außerdem Ersatzbetreuung für die Urlaubszeit finanziert werden, falls diese Zeit nicht durch informelle Betreuung überbrückt werden kann. Unter der Annahme, dass die beiden angestellten BetreuerInnen sequentiell Urlaub in Anspruch nehmen, muss für diese Zeit eine dritte PersonenbetreuerIn im Ausmaß von 18 Wochen im Jahr angestellt werden. Dies verursacht zusätzlich Bruttokosten von rund € 7.400 im Jahr.

Diese theoretischen Kalkulationen zeigen, dass eine durchgängige Betreuung im Angestelltenmodell die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen übersteigen. Auch wenn dieses Extrembeispiel in der Realität keine Bewandnis haben wird,³⁷⁾ zeigt es dennoch die hypothetische Kostendecke nach oben. Je nach Betreuungsbedarf und der familiären Situation würde sich die Kostendifferenz im Rahmen der in Übersicht 21 angegebenen Kostendifferenzen zwischen dem Selbständigen- und dem Unselbständigen-Modell manifestieren. Die Berechnung des Extrembeispiels zeigt auf, dass bei einem intensiveren Betreuungsbedarf das angestellte

³³⁾ So belaufen sich beispielsweise die geförderten Sätze des mobilen Pflegedienstes (Heimhilfe) für alleinstehende Personen mit einem Einkommen von € 1.000, die im Eigenheim wohnen, in Oberösterreich auf ca. € 11 pro Stunde (max. 80 Stunden pro Monat gefördert) und in Niederösterreich (max. 60 Stunden pro Monat gefördert) auf ca. € 15 pro Stunde.

³⁴⁾ Als vereinfachende Annahme wird hier davon ausgegangen, dass 70 Monatsstunden einer Heimhilfe zu einem Satz von € 12 bezogen werden können. Stunden darüber hinaus müssen ungefordert bezogen werden.

³⁵⁾ Als Berechnungsgrundlage wird hier der ungeforderte Satz des Hilfswerkes angenommen, welcher rund € 36 pro Stunde einer Heimhilfe beträgt.

³⁶⁾ Unter der Annahme, dass die Wohnraumbeschaffenheit der pflegebedürftigen Person es zulässt, könnten auch noch zusätzliche 24-Stunden-Betreuungskräfte in geringerem Stundenausmaß angestellt werden, was diese Kosten unter Umständen reduzieren würde. Die konkrete Ausgestaltung hängt vom individuellen Fall ab. Dieser Kostenvergleich bildet ein theoretisches Extremszenario ab.

³⁷⁾ Erstens wird eine pflegebedürftige Person bei einer tatsächlich notwendigen Aufsicht von 24 Stunden am Tag, jeden Tag die Woche, eher in einem Pflegeheim sein. Selbst bei der Pflegegeldzuerkennung ab Pflegegeldstufe 5 sind nur mindestens 180 Stunden im Monat, also durchschnittlich 6 Stunden pro Tag, nötig (siehe Übersicht 2). Zweitens zeigen die Befragungen des Kompetenzzentrums für die häusliche Pflege, dass 95% der befragten Förderungsbeziehenden der 24-Stunden-Betreuung angeben, neben der 24-Stunden-Betreuungskraft noch durch Angehörige oder Bekannte betreut zu werden (siehe Abschnitt 6). Ausfälle der 24-Stunden-Betreuungskraft werden also in der Praxis weitgehend von Angehörigen oder Bekannten übernommen.

Modell keine rationale Option ist, selbst bei der Annahme, dass der Betreuungsbedarf durch zwei sich 14-tägig abwechselnden angestellten BetreuerInnen ausreichend ist, ist für pflegebedürftige Menschen das Selbständigen-Modell das eindeutig kostengünstigere Modell.

Dieser Kostenvergleich zeigt aber auch auf, dass selbständige PersonenbetreuerInnen Teile der höheren Kosten im Angestellten-Modell internalisieren müssen. So müssen selbständige PersonenbetreuerInnen mehr Betreuungsstunden abdecken, haben keinen Anspruch auf einen bezahlten Urlaub und im Krankheitsfall kein bzw. nur ein geringeres Entgelt.³⁸⁾

9.3 Stationäre Betreuung und 24-Stunden-Betreuung im Kostenvergleich

Bei einem Kostenvergleich zwischen der 24-Stunden-Betreuung zu Hause und der Betreuung in einem Altenheim auf individueller Ebene, ergibt sich die Schwierigkeit, dass unterschiedliche Betreuungsleistungen miteinander verglichen werden (siehe nächster Abschnitt für Details) und deshalb nur beschränkte Aussagefähigkeit besteht. Wird von einem vereinfachten Beispiel ausgegangen, nämlich eine betreuungsbedürftige Person in der Pflegegeldstufe 3, die zwar Hilfe bei der täglichen Lebensführung, aber keine Pflegeleistungen im engeren Sinn benötigt, ergibt sich folgendes Bild.

Die Vollpreise für stationäre Betreuung in Altenheimen sind je nach Träger und Bundesland sehr unterschiedlich. Die meisten Angebote bewegen sich im Preissegment zwischen € 2.700 und € 4.700 (Grundleistung, Pflegezuschlag für Pflegestufe 3 und Einzelzimmerzuschlag). Bei einem angenommenen durchschnittlichen Vollpreis von € 3.700 sind das Pflegegeld der Pflegestufe 3 abzuziehen, was individuelle Nettokosten von rund € 3.250 ergibt. Kann dieser Betrag nicht (oder nur zum Teil) vom eigenen Einkommen bzw. Vermögen bestritten werden, wird der Differenzbetrag durch öffentliche Mittel (bedarfsorientierte Mindestsicherung) finanziert.³⁹⁾

Die Kosten für die 24-Stunden-Betreuung setzen sich hingegen zusammen aus den Wohnkosten, den Essenskosten und den Kosten für die 24-Stunden-Betreuung. Da in fast allen Fällen das Selbständigen-Modell gewählt wird, dient es in diesem Kostenvergleich als Basis (Nettokosten von € 1.500 pro Monat). Für die Berechnung der Wohnkosten dient der durchschnittliche Mietaufwand laut Mikrozensus. Dieser betrug im Jahr 2015 rund € 500 pro Monat (inklusive Heizung und Betriebskosten). Für die Berechnung der Essenskosten wird die Konsumerhebung 2014/2015 herangezogen: die Ausgaben für Lebensmittel eines durchschnittlichen Haushalts (mit rund 2 Personen im Durchschnitt) betragen rund € 350 pro Monat. Diese Kostenaufwände ergeben zusammen rund € 2.350, wobei hier das Pflegegeld der Stufe 3 sowie die Förderung für die 24-Stunden-Betreuung bereits abgezogen sind.

Dieser einfache Kostenvergleich mit durchschnittlichen Kostenannahmen zeigt, dass die Kostendifferenz zwischen einer stationären Betreuung im Altenheim und der 24-Stunden-Pflege zu

³⁸⁾ Selbständige mit einer freiwilligen Krankenversicherung haben ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Krankengeld von € 8/Tag für ein und dieselbe Krankheit.

³⁹⁾ Wobei der betreuten Person sowohl vom Pflegegeld, also auch vom Einkommen (Pension) und vom Vermögen ein geringer Anteil verbleibt.

Hause rund € 900 pro Monat betragen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen beiden Szenarien ist allerdings die Finanzierungsseite. Während im Fall einer stationären Betreuung für die aus eigenen Mitteln nicht bestreitbaren Kosten die öffentliche Hand aufkommt, ist dies bei der 24-Stunden-Betreuung nicht der Fall (aber es kann eine Förderung bezogen werden). Allerdings muss vor der Kostenübernahme der stationären Betreuung durch die öffentliche Hand das eigene Einkommen bzw. das eigene Vermögen (inkl. Liegenschaften) bis zu einem gewissen Betrag (der in den Bundesländern unterschiedlich hoch ist) aufgebraucht bzw. verwertet werden. Dies bedeutet, dass die Entscheidung des gewählten Betreuungsmodells auch dadurch beeinflusst sein könnte, dass im Falle der 24-Stunden-Betreuung eventuelle Liegenschaften wie Wohnungen oder Häuser nicht verwertet werden müssen. Ökonomisch rationales Handeln führt dazu, dass in der Praxis Vermögen und Liegenschaften vorzeitig übertragen werden, sodass kein Zugriff der öffentlichen Hand erfolgen kann (je nach Bundesland kann zwischen drei und zehn Jahren nach Übertragung jedoch ein Regress auf die begünstigte Partei erfolgen).

10. Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenpflege in Österreich aus ökonomischer Perspektive

Die 24-Stunden-Betreuung hat sich zu einer wichtigen Säule der Altenpflege in Österreich entwickelt. So erhalten beispielsweise 8% der Pflegegeldbeziehenden in der Pflegegeldstufe 3 zusätzlich Förderung für die 24-Stunden-Betreuung, in der Pflegestufe 5 sogar 16,3% (siehe Übersicht 17) mit einer steigenden Tendenz. Die 24-Stunden-Betreuung entlastet jedoch nicht nur die Familienangehörigen, sondern auch andere Bereiche der Pflege. Ob dies positive oder negative Konsequenzen für das System der Langzeitpflege mit sich bringt, hängt von unterschiedlichen Dimensionen ab, die weiter unten diskutiert werden. Unterschiedliche Anhaltspunkte geben einen Hinweis über mögliche Entlastungen der stationären sowie der mobilen Pflege durch die 24-Stunden-Betreuung:

- Übersicht 17 in Kapitel 7 zeigt die Verteilung der Förderfälle der 24-Stunden-Betreuung nach Pflegegeldstufen. Diese Darstellung verdeutlicht, dass die 24-Stunden-Betreuung nicht nur von „leichteren“ Pflegefällen gewählt wird, sondern auch von Personen, die einen hohen und intensiven Pflegeaufwand haben. Das legt den Schluss nahe, dass das Förderangebot für die 24-Stunden-Betreuung nicht nur komplementär zu den anderen Pflegedienstleistungen zu sehen ist, sondern durchaus auch substitutive Effekte hat (siehe auch *Landesrechnungshof Niederösterreich*, 2016).
- Die im Rahmen der Studie befragten ExpertInnen bestätigen eine aufschiebende Wirkung der 24-Stunden-Betreuung: durch die 24-Stunden-Betreuung kommen manche Pflegefälle mit einer zeitlichen Verzögerung in die stationäre Pflege.
- Die bereits weiter oben zitierte Befragung des Kompetenzzentrums Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege von Beziehenden der Förderung der 24-Stunden-Betreuung zeigt, dass die überwiegende Mehrheit (rund 86%) der Befragten nie soziale Dienste in Anspruch nimmt (*Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege*,

2016).⁴⁰⁾ Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die 24-Stunden-Betreuung in einem gewissen Umfang als Substitut zur mobilen Pflege fungiert.

- *Firgo – Famira-Mühlberger (2014)* führten eine österreichweite Befragung von Dienstleistern im Bereich mobiler Pflege- und Betreuungsdienste sowie stationärer Pflegeeinrichtungen durch. Insgesamt wurden knapp 650 Einrichtungen befragt. Dabei zeigt sich, dass zwar der überwiegende Teil der befragten Einrichtungen mit einer (starken) Ausweitung der Nachfrage ihrer Dienste in naher Zukunft rechnen, aber ein kleinerer Teil gab an, dass sie mit einer Stagnation bzw. mit einem Rückgang rechnen. Letztere begründeten dies unter anderem mit dem Ausbau der 24-Stunden-Betreuung.

Wie hoch diese Substitutions- bzw. Verzögerungseffekte sind, kann aufgrund von fehlenden Daten bzw. Befragungen nicht berechnet werden.

Eine Bewertung der Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenpflege in Österreich sollte verschiedene Dimensionen berücksichtigen. Eine erste Dimension bezieht sich auf die öffentlichen Kosten für die 24-Stunden-Betreuung bzw. auf einen Kostenvergleich mit der stationären Pflege. Hier ergibt sich das Problem, dass die Leistung der 24-Stunden-Betreuung nicht mit der Leistung eines Pflegeheimes verglichen werden kann. Die 24-Stunden-Betreuung ist, wie weiter oben dargestellt, im Hausbetreuungsgesetz so definiert, dass sie hauptsächlich alltägliche Versorgungs- und Betreuungsleistungen umfasst. Für weiterführende Tätigkeiten, die in den pflegerischen Bereich fallen, müssen einzelne Delegationen vorhanden sein und die Betreuungskraft fachlich unterwiesen werden. Es handelt sich also nicht um eine pflegerische Tätigkeit. Im Gegensatz dazu werden in Pflegeheimen pflegerische Dienste, zusätzlich zu den üblichen „Hotelleistungen“ abgedeckt. Darüber hinaus unterliegen Pflegeheime – im Gegensatz zur 24-Stunden-Betreuung – strengen qualitativen Standards, Kontrollen und laufenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die ebenfalls Kosten verursachen. Außerdem zeigen sich Unterschiede im durchschnittlichen Qualifikationsniveau der Beschäftigten in Pflegeheimen und den Betreuungskräften der 24-Stunden-Betreuung, was unterschiedliche Arbeitskosten bedeutet. Um Gleiches mit Gleichem zu vergleichen, müssen, genau genommen, zur 24-Stunden-Betreuung auch Besuche von Hauskrankenhilfen hinzugerechnet werden. Allerdings sind die Kostensätze von Hauskrankenhilfen von Fall zu Fall unterschiedlich je nach Bundesland, Pflegestufe, Einkommen und Bedarf, sodass eine Gegenüberstellung der Kosten nicht möglich ist. Aus diesen Gründen ist ein Kostenvergleich zwischen dem stationären Bereich und der 24-Stunden-Betreuung äußerst problematisch und sollte aus ökonomischer Sicht nicht angewandt werden.

Der *Landesrechnungshof Niederösterreich (2016)* hat in einem kürzlich veröffentlichten Bericht die Belastungen des Landes Niederösterreich und der Gemeinden für eine Förderung der 24-Stunden-Betreuung den öffentlichen Kosten in einem Pflegeheimplatz gegenüber gestellt. Bei diesem Kostenvergleich ergab sich eine Differenz von knapp € 1.400 pro Förderfall und Mo-

⁴⁰⁾ In der Bundesländerbetrachtung unterscheidet sich davon nur Vorarlberg, wo auch neben der 24-Stunden-Betreuung verstärkt mobile Dienste in Anspruch genommen werden. Dies geht u.a. darauf zurück, dass sich die Strukturen der mobilen Pflege in Vorarlberg stark von anderen Bundesländern unterscheiden (z. B. Pflegevereine, viele geringfügig Beschäftigte, etc.).

nat⁴¹⁾, was sich bei 500 hypothetisch eingesparten stationären Betten auf ein theoretisches Einsparungspotenzial von rund 8,3 Millionen Euro für das Land Niederösterreich pro Jahr belaufen würde. Hier wurde allerdings nicht auf die oben angesprochenen Punkte eingegangen, sodass dieser Kostenvergleich als kritisch zu bewerten ist.

Eine zweite Dimension, die es zu berücksichtigen gilt, bezieht sich auf einen Vergleich der Bedürfnisse der Betroffenen, nämlich dahin gehend, ob pflege- und betreuungsbedürftige Personen ausreichend versorgt sind oder ob vielleicht auch eine Überversorgung vorhanden ist. Ein wesentliches Kriterium für die Effizienz des Einsatzes öffentlicher Mittel bei Pflegeleistungen ist die Betreuung der pflegebedürftigen Personen durch die passenden Dienstleistungen. So entstehen allokativen Ineffizienzen, wenn z.B. eine Person in einer vollstationären Einrichtung lebt, der tatsächliche Pflegebedarf jedoch gering genug ist, sodass die Person auch adäquat durch alternative Betreuungsformen – wie z.B. der 24-Stunden-Betreuung – versorgt 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 öffentlichen 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 Pflegeformen übersteigen. *Firgo – Famira-Mühlberger (2014)* haben die allokativen (In)Effizienz in Bezug auf die Eignung der betreuten Personen für das jeweilige Angebot anhand eines Vergleichs der optimalen Struktur der betreuten Personen mit der tatsächlichen Struktur untersucht. Dabei zeigt sich im Bereich der stationären Pflege, dass ein beträchtlicher Anteil (jede 3. bis 4. Person) aller HeimbewohnerInnen in den niedrigen Pflegegeldstufen 1 oder 2, sowie Personen ohne Pflegegeld nach Einschätzung der befragten stationären Einrichtungen weniger als gut (Note 3 oder schlechter bei einem schulischen Bewertungssystem) für die jeweilige Einrichtung geeignet sind, in der sie leben. Ab Pflegegeldstufe 3 reduziert sich der Anteil an sub-optimal geeigneten Personen deutlich (7,5%). Am niedrigsten ist dieser in den Stufen 4 und 5 mit jeweils unter 5%. Für den Vergleich mit der 24-Stunden-Betreuung bedeutet dies jedoch, dass zwar einzelne Fälle der in Pflegeheime untergebrachten Personen vermutlich auch mit einer 24-Stunden-Betreuung gut versorgt werden können, aber das bezieht sich ab der Pflegegeldstufe 3 nur auf einen kleineren Teil der HeimbewohnerInnen. Mit anderen Worten, nach Einschätzung von VertreterInnen der stationären Einrichtungen sind die meisten Personen ab der Pflegegeldstufe 3 adäquat in Pflegeheimen versorgt, wobei hier strategisches Antwortverhalten nicht ausgeschlossen werden kann.⁴²⁾ Übersicht 17 hat allerdings gezeigt, dass auch in den oberen Pflegegeldstufen 5 und 6 ein nicht unbeträchtlicher Teil der Pflegebedürftigen zu Hause mit Unterstützung von 24-Stunden-

⁴¹⁾ Förderung monatlich für 2 Betreuungskräfte: € 550 abzüglich 60% Bundesanteil macht € 220 Kosten für das Land Niederösterreich. Ein Pflegeheimplatz wird - ohne Zuschuss des Pflegefonds gerechnet - mit rund € 1.600 beziffert, was zu einer monatlichen Differenz je Förderfall von rund € 1.380 führt.

⁴²⁾ Die Förderung der 24-Stunden-Betreuung kann erst ab der Pflegegeldstufe 3 bezogen werden (außer NÖ).

Betreuungskräften versorgt werden, da bei der überwiegenden Mehrzahl der betroffenen Personen der Wunsch besteht, so lange wie möglich zu Hause wohnen zu bleiben.

Eine *dritte* Dimension bezieht sich auf die Qualität der Leistung. Weiter oben wurde diskutiert, dass ein Vergleich 24-Stunden-Betreuung und stationäre Pflege wegen der Verschiedenartigkeit der Leistungen (Betreuung versus Pflege) hinkt. Getrennt davon ist die Qualität der Leistungen, wie auch schon weiter oben erwähnt. Hervorzuheben sind hier die qualitativen Standards und Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie das höhere durchschnittlichere Qualifikationsniveau im stationären Bereich im Vergleich zur 24-Stunden-Betreuung.

Dennoch bleibt festzuhalten, dass die 24-Stunden-Betreuung für den öffentlichen Sektor kostendämpfend wirkt, da es einige Anhaltspunkte für einen aufschiebenden Effekt im Bereich der kostenintensiven stationären Pflege gibt. Die oben dargestellten Dimensionen haben gezeigt, dass dies positive, aber auch negative Folgen für das System der Langzeitpflege in Österreich haben kann. Aus diesem Grund und für eine weitere Kostendämpfung durch die 24-Stunden-Betreuung ist es zielführend, zusätzliche qualitätssichernde Maßnahmen im Bereich der 24-Stunden-Betreuung zu forcieren.

11. Schlussfolgerungen und Ausblick

Diese Studie hat gezeigt, dass der Pflegebedarf und der damit einhergehende öffentliche Finanzaufwand mittel- und langfristig erheblich zunehmen werden. Der demografischen Alterung der Gesellschaft steht eine Verringerung des Pflegepotenzials der Familie gegenüber. Diese Verringerung ergibt sich vorwiegend durch geänderte Haushaltsstrukturen hin zu mehr Einpersonenhaushalten und die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen. Eine Verbesserung der Gesundheit von älteren Personen ist zwar belegt, wird aber die demografischen Effekte keinesfalls aufwiegen. Diese Entwicklungen heben die Notwendigkeit einer möglichst effektiven und effizienten Gestaltung der Pflegevorsorge hervor, die auch den Bedürfnissen pflegebedürftiger Personen entspricht. Erste Ansätze sind der Ausbau mobiler Pflege und die Einführung einer Förderung der 24-Stunden-Betreuung sowie deren Legalisierung. Firgo – Famira-Mühlberger (2014) haben argumentiert, dass der Ausbau der mobilen Pflege zwar notwendig, aber die Substituierbarkeit der stationären Pflege begrenzt ist, weshalb ein weiterer Ausbau der stationären Pflegemöglichkeiten unumgänglich ist. Eine Möglichkeit, den kostenintensiven Ausbau der stationären Pflege etwas abzufedern, könnte hingegen die Stärkung und qualitative Weiterentwicklung der 24-Stunden-Betreuung sein.

Durch die rechtliche Ermöglichung der 24-Stunden-Betreuung und ihrer Förderung wurden und werden Angehörige entlastet und den zu Betreuenden die Möglichkeit gegeben, (länger) in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben. Der bei der Legalisierung gewählte rechtliche Rahmen (u.a. die Möglichkeit der Selbständigkeit, geringe qualitative Erfordernisse) und die Förderung der 24-h-Betreuung zielen darauf ab, die Leistbarkeit der Betreuung zu Hause für Familien sicherzustellen und damit auch die öffentliche Finanzierung der Altenpflege in Österreich möglichst zu entlasten. Aus Umfragen (IFES, 2009) geht hervor, dass sich die überwiegende Mehrheit der pflegebedürftigen Personen wünschen, möglichst lange zu Hause be-

treut und gepflegt zu werden. Auch aus diesem Grund hat die österreichische Bundesregierung zum einen die Förderung der 24-h-Betreuung und zum anderen den weiteren Ausbau der mobilen Pflege beschlossen.

Damit die 24-h-Betreuung eine positive und nachhaltige Säule des österreichischen Pflegewesens sein kann, sollten aber strukturelle Schwächen des Systems ausgeglichen werden. Es sind dafür bereits wichtige Schritte gesetzt worden, allen voran die gewerberechtliche Trennung zwischen den PersonenbetreuerInnen und den Vermittlungsagenturen sowie die Schaffung von Standes- und Ausübungsregeln für beide Bereiche.

Diese Trennung hat ermöglicht, dass erstmals Information darüber besteht, wie viele Vermittlungsagenturen im Bereich der Personenbetreuung aktiv sind. Die Standes- und Ausübungsregeln geben den Vermittlungsagenturen erstmals notwendige Vertragsbestandteile sowie die Offenlegung von Preisen und Preisbestandteile im Vermittlungs- und Organisationsvertrag vor, was positiv auf eine Qualitätssteigerung wirkt. Die Agenturen sind zentral in der Qualitätssicherung der 24-Stunden-Betreuung, da sie die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen maßgebend mitbestimmen. Vermittlungsagenturen haben nicht nur eine wichtige soziale Funktion, sondern auch eine Informations- und Aufklärungsfunktion, damit sich Betreuungskräfte in ihrer Arbeitsausübung im gesetzlich zulässigen Rahmen befinden (z.B. die Einhaltung der Standes- und Ausübungsregeln).

Für betreuungsbedürftige Personen und ihre Familien kann es problematisch sein, Vermittlungsagenturen mit guter Kompetenz zu identifizieren, da der Wettbewerb stark über den Preis geführt wird. Oft geht aber eine kostengünstige Vermittlung mit einem geringeren Leistungsspektrum einher, vor allem dann, wenn keine laufende Qualitätsunterstützung seitens der Agenturen angeboten wird. Eine Lösung könnte die Vergabe eines Qualitätssiegels sein. *Schmidt – Leichsenring* (2016) schlagen eine Akkreditierung (ex ante) bzw. Zertifizierung (ex post) der Agenturen über eine unabhängige Behörde für eine weitere Qualitätssicherung vor.

Österle – Bauer (2016) argumentieren auf Basis einer qualitativen Studie, dass die Legalisierung der 24-Stunden-Betreuung zwar eine rechtliche Sicherheit für beide Vertragsparteien sowie eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung der PersonenbetreuerInnen gebracht hat, dass aber zu wenig Fokus auf Qualitätssicherung und einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen gelegt wurde. Ähnlich argumentieren *Schmidt – Leichsenring* (2016) und *Schmidt et al.* (2016), die anhand von Fallstudien zeigen, dass Qualitätssicherungsmaßnahmen zu kurz greifen und die rechtlichen Anforderungen an PersonenbetreuerInnen nach dem Pflegegeldgesetz recht gering sind und die Qualität der Betreuung beeinflussen können. *Österle – Bauer* (2016) argumentieren, dass drei Faktoren die Arbeit von 24-h-Betreuungskräften besonders problematisch machen: die Intimität eines Privathaushaltes als Arbeitsstätte, der Mangel an Austausch mit anderen Betreuungskräften oder Supervisoren und das Fehlen von entsprechenden Qualifikationserfordernissen. Die 2015 erlassenen Standes- und Ausübungsregeln sowohl für PersonenbetreuerInnen als auch für Vermittlungsagenturen verfolgen das Ziel, Mindeststandard festzulegen und die Qualität der 24-Stunden-Betreuung sowie deren Vermittlung zu erhöhen. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der 24-Stunden-Betreuung sind zent-

ral für die Sicherstellung einer möglichst guten Betreuungsqualität für pflegebedürftige Menschen und sind auch dadurch begründet, dass jährlich beträchtliche Fördersummen aus dem öffentlichen Haushalt ausbezahlt werden (2017: 138,6 Mio. Euro).

Wichtig wäre in diesem Zusammenhang die Etablierung einer externen, laufenden Qualitätsunterstützung durch spezielle Schulungen und Angebote (z. B. Demenzbetreuung⁴³), motorische Unterstützungstechniken, Altersdiäten, etc.), die für die PersonenbetreuerInnen entweder kostenfrei oder mit einem geringen Unkostenbeitrag angeboten werden. Denkbar ist auch, dass bei den Hausbesuchen des Kompetenzzentrums für die häusliche Pflege für die jeweiligen Betreuungsfälle abgestimmte Angebote vermittelt werden. Die Wirtschaftskammer Wien z.B. bietet bereits gemeinsam mit dem WIFI International Kurse mit den Schwerpunkten Demenz, Reduktion der körperlichen Belastung in der Ausübung der Tätigkeit oder Konfliktmanagement an. Ein weiteres positives Beispiel sind die kostenlosen Deutsch-Lernmaterialien für PersonenbetreuerInnen im Rahmen des EU-Projekts „BID - BetreuerInnenqualifizierung in Deutsch“.

Um dem Mangel an Austausch mit anderen Betreuungskräften zu begegnen, gibt es bereits positive Beispiele von verschieden-sprachigen Facebook-Gruppen von PersonenbetreuerInnen. Diese dienen zum Austausch und auch zur Informationsverbreitung und haben regen Zulauf, sind aber wohl nur für diejenigen PersonenbetreuerInnen interessant, die einen Zugang zu digitale Medien haben.

Wie in dieser Arbeit dargestellt, sind fast alle 24-Stunden-Betreuungskräfte selbständig (Ein-Personen-Unternehmen) und arbeiten auf Basis eines Werkvertrages mit den KundInnen (sequentiell, d.h. immer nur einen Kunden zu einem bestimmten Zeitpunkt). Die Form der Selbständigkeit bedeutet, dass PersonenbetreuerInnen nicht an das Arbeitszeitgesetz gebunden sind und sonst keinen Arbeitsschutzgesetzen unterliegen, was eine Diskussion über Arbeitsbedingungen verunmöglicht. Darüber hinaus bleibt anzumerken, dass „24-Stunden-Betreuung“ ein problematischer Begriff ist, da er Erwartungen weckt, die nur unter sehr hohen Belastungen seitens der PersonenbetreuerInnen erfüllt werden können. Das Unselbständigen-Modell ist aufgrund der höheren Kosten, aber auch der gesetzlich festgeschriebenen Ruhezeiten – die ohnehin durch das Hausbetreuungsgesetz schon weit über das Arbeitszeitgesetz und die Arbeitsruhebestimmungen sowie über die Arbeitszeitregelungen des Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetzes hinausgehen - de facto kein wählbares Modell für Familien, was sich auch darin zeigt, dass nur 0,18% der Fälle das Unselbständigen-Modell wählen (per Stichtag 1.10.2016). Dies zeigt die Problematik auf, dass es de facto kaum umsetzbar ist, einerseits eine 24-Stunden-Betreuung zu ermöglichen und andererseits dies mit den derzeitigen rechtlichen Rahmen von Arbeitszeit, Ruhezeit und ArbeitnehmerInnenschutz zu vereinbaren.

Die Gruppe der PersonenbetreuerInnen stellt allerdings ein potenzielles Arbeitskräftereservoir der formellen Langzeitpflege dar, was – mit gezielten Unterstützungsmaßnahmen – positiv für

⁴³ Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass 39% der vom Kompetenzzentrum für die häusliche Pflege befragten Förderbeziehenden angeben, dass eine fachärztliche Feststellung einer demenziellen Erkrankung vorliegt.

diesen Sektor, der unter Arbeitskräftemangel bzw. einer hohen Arbeitskräftefluktuation leidet, genutzt werden könnte (Schmidt – Leichsenring, 2016).

Diese Studie hat gezeigt, dass die 24-Stunden-Betreuung eine wichtige Säule der Altenbetreuung in Österreich ist und stationäre, mobile sowie informelle Pflege entlasten kann. Durch die finanzielle Förderung stellt sie für viele betroffene Familien ein finanzierbares Modell dar, ihre pflegebedürftigen Angehörigen daheim betreuen zu können. Allerdings gibt es im Bereich der Qualitätssteigerung noch Ausbaupotenzial um das Modell der 24-Stunden-Betreuung weiter zu entwickeln.

Verzeichnis der Abbildungen

| | | |
|--------------|---|----|
| Abbildung 1: | Verteilung der Pflegegeldbezieher auf die sieben Pflegestufen, 2014 | 6 |
| Abbildung 2: | Bevölkerungspyramide Österreich 2014, 2030 und 2060 (Hauptvariante) | 11 |
| Abbildung 3: | Demografische Entwicklung in Österreich 2015-2075 | 12 |
| Abbildung 4: | Entwicklung der Einpersonenhaushalte 2015 bis 2060 nach Bundesland | 14 |
| Abbildung 5: | Alters- und geschlechtsspezifische Erwerbsquoten 2014-2050 (laut Hauptszenario) | 16 |
| Abbildung 6: | Wesentliche Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Pflegedienstleistungen | 19 |
| Abbildung 7: | Gesamtkosten nach Bundesländern | 21 |

Verzeichnis der Übersichten

| | | |
|---------------|---|----|
| Übersicht 1: | Entwicklung der PflegegeldbezieherInnen, Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres | 5 |
| Übersicht 2: | Entwicklung der Anspruchsvoraussetzungen für die einzelnen Pflegegeldstufen seit Einführung des Pflegegeldes | 6 |
| Übersicht 3: | Ausgaben des Bundes und der Länder für Geld- und Sachleistungen bzw. Eigenleistungen privater Haushalte im Bereich der Pflege | 7 |
| Übersicht 4: | Definition der Sachleistungen für Pflege und Betreuung, Brutto- und Nettoausgaben 2014 | 8 |
| Übersicht 5: | Verteilung der Nettoausgaben für Sachleistungen auf die einzelnen Pflegedienste | 9 |
| Übersicht 6: | Bereitstellung privater Pflege und Betreuung für PflegegeldbezieherInnen 2014 | 10 |
| Übersicht 7: | Betreuungsform der PflegegeldbezieherInnen 2010 | 10 |
| Übersicht 8: | Zunahme der 80+-Jährigen in Österreich im Zeitraum 2015-2075 | 13 |
| Übersicht 9: | Einpersonenhaushalte von Personen im Alter von 65 und mehr Jahren in Österreich (2015, 2020, 2030) | 14 |
| Übersicht 10: | Projektion des Verhältnisses von Frauen und alten bzw. hochbetagten Menschen bis 2030 | 15 |
| Übersicht 11: | Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit | 17 |
| Übersicht 12: | Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren in Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand), 1978-2014 | 18 |
| Übersicht 13: | Restlebenserwartung im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung, 2003-2015 | 18 |
| Übersicht 14: | Gesamtnettoausgaben für alle Pflegeleistungen | 21 |
| Übersicht 15: | Prognose der Pflegegeldbeziehenden und der Ausgaben für Pflegegeld, 2014 bis 2030 | 22 |
| Übersicht 16: | 24-Stunden-Betreuung. Entwicklung der Förderfälle und des Finanzaufwands) | 26 |

| | | |
|---------------|---|----|
| Übersicht 17: | 24-Stunden-Betreuung, Förderfälle nach Pflegegeldstufe 2015) | 27 |
| Übersicht 18: | Bestandsdaten der Förderfälle der 24-Stunden-Betreuung | 28 |
| Übersicht 19: | Anzahl der Berufszweigmitglieder „selbständige Personenbetreuung“ in den Wirtschaftskammern Österreichs (Stand 30.9.2016) | 28 |
| Übersicht 20: | 24-h-Betreuungskräfte nach Herkunft, Geschlecht und Alter (per 31.12.2015) | 29 |
| Übersicht 21: | Vereinfachte Kostengegenüberstellung der 24-Stunden-Betreuung im Selbständigen-Modell und im Unselbständigen-Modell) | 36 |

Literatur

- BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2012.
- BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2014, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2015A.
- BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2016.
- BMASK, 24-Stunden-Betreuung zu Hause, Ein Überblick, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2015B.
- 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).
- Famira-Mühlberger, U., Firgo, M., Die Entwicklung des öffentlichen Aufwandes für Pflegedienstleistungen. Projektion für die österreichischen Bundesländer, WIFO-Monatsberichte, 2014, 87(9), 643-652.
- Firgo, M., Famira-Mühlberger, U., Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern. Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege, WIFO-Studie, Wien, 2014
- IFES, Älterwerden und Altsein in Wien. Wis/Sen, 24, 2-9, 2009.
- Kolland, F., Bischof, Ch., Bauer, G., Lerch, A., 24-Stunden-Betreuung in Niederösterreich. Praxis und Prognose, Institut für Soziologie der Universität Wien, 2015.
- Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, Bundespflegegeldgesetz Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, Auswertung der von den diplomierten Gesundheits-/Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum von Jänner bis Juni 2016, 2016.
- Landesrechnungshof Niederösterreich, Auslastung der NÖ Landespflegeheime im Kontext mit der 24-Stunden-Betreuung, Bericht 8/2016.
- Mühlberger, U., Knittler, K., Guger, A., Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO-Studie, Wien, 2008.
- Österle, A., Bauer, G., The Legalization of Rotational 24-hour Care Work in Austria: Implications for Migrant Care Workers, Social Politics, 23 (2), 2016, 192-213.
- Österle, A., Hasl, A., Bauer, G., Vermittlungsagenturen in der 24-h-Betreuung, WISO, 36 (1), 2013, 159-172.
- Österreichische Bundesregierung, Arbeitsprogramm der Österreichischen Bundesregierung 2013-2018, 2013, Wien.
- Pichler, I., Bodmann, A., Praxisbericht: Die 24-Stunden-Betreuung in Österreich, in: Hitzemann, A., Waldhausen, A., Schirilla, N., (Hg.), Pflege und Migration in Europa, Lambertus, 2012.
- Pickard, L., "The supply of informal care in Europe", ENEPRI Research Report No. 94, Centre for European Policy Studies, Brüssel, 2011.
- Rainer, L., Theurl, E., Zur Entwicklung der Pflegegeldausgaben in Österreich: Eine empirische Bestandsaufnahme, Wirtschaft und Gesellschaft, 2015, (41/4), 565-591.

Schmidt, A.E., Leichsenring, K., Der österreichische Weg der 24-Stunden-Betreuung und seine Wirkung auf Qualität und Qualitätssicherung, Soziale Sicherheit, 1/2016, 15-21.

Schmidt, A.E., Winkelmann, J., Rodrigues, R., Leichsenring, K., Lessons for regulating informal markets and implications for quality assurance - the case of migrant care workers in Austria, Ageing & Society, 36, 2016, 741-763.

Url, T., Langfristige Prognose des Aufwands für Langzeitpflege, WIFO-Studie, Wien, 2016.