

MOMENTUM 2010 – Solidarität:

Ein solidarisches Modell für die Versorgung der älteren, pflegebedürftigen Menschen in Österreich mit Angeboten der Pflege und Betreuung

Von Peter Binder¹

1. Vorbemerkung:

Die österreichische Soziallandschaft kennt im Bereich der Angebote und Leistungen der Altenpflege und –betreuung unterschiedlichste Ausprägungen in den Bundesländern hinsichtlich Qualität und Quantität. Anfang der 1990er-Jahre hat es Bestrebungen und Maßnahmen zur bundesweiten Harmonisierung der Finanzierung und damit verbunden einer ausreichenden Bedarfsplanung gegeben. Trotzdem gibt es nach wie vor unterschiedlich große Lücken in der Versorgung. Aber obwohl die Bedarfsplanungen kaum erfüllt und die größte Verantwortung in der Pflege und Betreuung immer noch zu einem überwiegenden Teil von den Familien der Betroffenen wahrgenommen wird, reichen die für diesen Zweck zur Verfügung gestellten Finanzmittel bei weitem nicht aus. Deshalb klagen Länder und/oder Gemeinden über den zunehmenden Finanzierungsdruck, dem sie aufgrund der Kompetenzlage ausgesetzt werden. In der politischen Diskussion werden die Kompetenzlage und die ungenügende und deshalb unsolidarische Finanzierung zwar angesprochen, allerdings nie konsequent in Frage gestellt. Dabei ist es aufgrund der gesellschaftlichen Entwicklungen dringend notwendig, sich mehr auf die Weiterentwicklung und den Ausbau außerfamiliärer Altenbetreuungsstrukturen zu konzentrieren – mit den damit verbundenen Finanzierungsfragen.

In diesem Beitrag sollte ursprünglich das österreichische Modell und seine Problemstellungen vorgestellt und – ausschließlich - mit dem dänischen Modell verglichen werden. Dieses Grundvorhaben wird nun aber noch um einen Exkurs nach Schweden ergänzt, um die Einzigartigkeit des dänischen Modells selbst innerhalb der Wohlfahrtsstaaten sozialdemokratischen Typs hervorzuheben und die Notwendigkeit der Orientierung an diesem Modell bei einem Paradigmenwechsel in der Altenhilfe zu betonen, will man eine wirklich solidarisch finanzierte Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen mit Angeboten der Pflege und Betreuung verwirklichen. Dieser Paradigmenwechsel soll hier schließlich für Österreich skizziert werden, wobei einige Widersprüche in der derzeitigen öffentlichen Debatte aufgezeigt werden sollen. Dieser Vorbemerkung zum Abschluss sei hinzugefügt, dass die Darstellung der Modelle und der Problemstellungen aufgrund des Umfangs keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

¹ Peter Binder, geboren 1973, war von 2005 bis 2009 Pressesprecher und ist seit Ende 2009 Büroleiter des Sozialreferenten der oberösterreichischen Landesregierung, Landeshauptmann-Stellvertreter Josef Ackerl.

2. Altenhilfestrukturen im Vergleich

2.1. Altenhilfestrukturen in Österreich

Ausformung und Gestaltung von Altenhilfestrukturen sind unter anderem stark vom wohlfahrtsstaatlichen Typus abhängig. Österreich wird demnach dem konservativ/korporatistischen (Esping-Andersen) oder dem kontinentaleuropäischen (Prisching, Aiginger) Typus zugeordnet. Aus der sozialhistorischen Entwicklung heraus hat in Österreich die Familie eine moralische, vor allem aber auch eine rechtliche Verpflichtung zur Pflege von hilfsbedürftigen Familienmitgliedern. Nur vor dem Hintergrund, dass diese Verpflichtung zu keiner Verarmung der Betroffenen oder ihrer Familien führen soll, gibt es auch eine öffentliche Verantwortung für Altenhilfestrukturen. Maßnahmen zur Bekämpfung der Armut sind Angelegenheit der Bundesländer und Gemeinden ("Fürsorgepflicht"), weshalb auch der Bereich der Pflegevorsorge für vorwiegend aus Altersgründen pflegebedürftige Menschen grundsätzlich in die Zuständigkeit der neun Bundesländer fällt. Daher sind wesentliche Bestimmungen in diesem Bereich in den jeweiligen Sozialhilfegesetzen und damit korrespondierenden weiteren Gesetzen bzw. Rechtsvorschriften geregelt. Daraus ergeben sich unterschiedliche Finanzierungsstrukturen und die unterschiedlichen quantitativen und qualitativen Ausprägungen der Leistungen. Mit der Unterzeichnung der Europäischen Sozialcharta 1969 fanden in den 1970er Jahren nach und nach die sozialen Dienste ihre rechtliche Verankerung in den Sozialhilfegesetzen. Damit einhergehend fand in inhaltlicher Hinsicht eine Weiterentwicklung des Fürsorgerechts zum Sozialhilferecht statt, weil im Zusammenhang mit der Gewährung einer Hilfeleistung nicht mehr nur die reine Existenzsicherung, sondern die Befriedigung gleichartiger, regelmäßig auftretender persönlicher, familiärer oder sozialer Bedürfnisse über die Sicherung des Lebensbedarfs hinaus im Mittelpunkt steht. Dieses allgemeine Angebot ist aber grundsätzlich nicht mit einem Rechtsanspruch verbunden. Die sozialen Dienste der Pflegevorsorge werden auch materiell nicht bedürftigen Personen gewährt, weshalb in allen Bundesländern Beitragsleistungen der Empfänger entsprechend ihren Einkommens- und Vermögensverhältnissen vorgesehen sind. Neben den sozialen Diensten zählt auch die Unterbringung in Heimen zum Leistungsspektrum sozialer Hilfe.

Seit 1993 ist die Pflegevorsorge auch auf Bundesebene einheitlich geregelt. Diese Regelung besteht aus einer gemeinsamen Vereinbarung des Bundes und der neun Bundesländer nach Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG), einem Bundespflegegeldgesetz und neun gleichlautenden Landespflegegeldgesetzen. Die "15a-Vereinbarung" enthält unter anderem den Auftrag, bis zum Jahr 2010 in drei Etappen (2000, 2005, 2010) eine flächendeckende Versorgung mit stationären, teilstationären und mobilen Diensten aufzubauen, sowie die Verpflichtung zur regelmäßigen Berichterstattung, unter anderem durch die Erstellung und Evaluierung von Bedarfs- und Entwicklungsplänen.

Demnach lässt sich für das österreichische Pflegesystem festhalten, dass pflegebedürftige Menschen seitens der öffentlichen Hand durch Geldleistungen in Form eines Pflegegeldes und durch Sachleistungen in Form sozialer Dienstleistungen – zum Beispiel mobile Dienste oder Altenheime – unterstützt werden. Dabei wird das Pflegegeld in sieben Stufen – abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit, unabhängig aber vom Einkommen und Vermögen der Empfängerinnen bzw. Empfänger – ausbezahlt. Die Sachleistungen hingegen werden auf Basis der Sozialhilfegesetze einem Fürsorgeprinzip folgend bereitgestellt, das darauf aufbaut, dass individuelle Leistungen zum einen nur in einer Notlage und zum anderen nur nach Ausschöpfung aller anderen Quellen der Unterhaltssicherung gewährt werden. Daraus ergibt sich, dass eine Unterstützung durch den Wohlfahrtsstaat erst nach Überprüfung der Bedürftigkeit geleistet wird. Zusätzlich wird dabei dem Subsidiaritätsprinzip gefolgt, nach dem im konkreten Fall der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zuerst die Betroffenen zur Finanzierung der Pflege verpflichtet sind – durch eigenes Einkommen und Vermögen – und in weiterer Folge auch die Unterhaltsverpflichtungen durch Angehörige (Ehepartner/-in, Eltern, Kinder, bis hin zu Großeltern oder Enkelkindern) herangezogen werden können.

Daraus ergibt sich hinsichtlich der Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge folgendes Bild: Bundesweit gibt es einen Mindeststandard hinsichtlich einer flächendeckenden Versorgung mit stationären, teilstationären und mobilen Angeboten der Pflegevorsorge – festgehalten in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Bundesländer. Pflegebedürftige Personen erhalten ein Pflegegeld, um die Inanspruchnahme sozialer Dienste finanzieren zu können. Dieses Pflegegeld reicht in der Regel allerdings nicht aus, um die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken. Die Kostenbeiträge bei den mobilen Diensten sind bundesländerweise unterschiedlich gestaltet, in der Regel nach sozialen Gesichtspunkten gestaffelt und leisten demnach einen unterschiedlich hohen Deckungsbeitrag zu den Vollkosten. Sie sind jedoch in keinem Bundesland zur Gänze kostendeckend. Die verantwortlichen Gebietskörperschaften – Länder, Gemeinden – haben die entstehenden Abgänge auszugleichen. Im stationären Bereich werden Tagsätze für das Wohnen, die Verpflegung und die Betreuung bzw. Pflege verrechnet. Dabei wird das den Bewohnerinnen und Bewohnern zustehende Pflegegeld zum überwiegenden Teil direkt dem Heimträger ausbezahlt. Das monatliche Pflegegeld reicht aber auch hier in der Regel bei weitem nicht aus, um die monatliche Summe der Tagsätze zu bestreiten. Daher müssen auch hier das eigene Einkommen der Bewohnerinnen und Bewohner (Pensionen,...) und deren Vermögen zur Finanzierung der Kosten herangezogen werden, wobei es unterschiedliche Länderbestimmungen gibt, bis zu welcher Höhe das Vermögen (Definition von Freibeträgen) eingebracht werden muss und ob ein Regress gegenüber Angehörige (siehe oben: Unterhaltspflichten) durchgeführt wird. Die aus diesen Titeln nicht zu bestreitenden Restkosten müssen von Ländern und/oder Gemeinden erbracht werden.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass das Pflegerisiko auf den Schultern der einzelnen Betroffenen und ihrer Angehörigen, weniger auf den Schultern der Gemeinschaft

lastet. Unterschiedlichen Schätzungen zufolge werden deshalb immer noch zwischen 75 und 80 Prozent der pflegebedürftigen Personen in Österreich von ihren Angehörigen gepflegt. In der Regel handelt es sich dabei um Frauen (Ehefrau, Tochter, Schwiegertochter), die deshalb selber nicht im Erwerbsleben stehen, dadurch starke Einbußen im Lebensinkommen hinnehmen müssen und deshalb in weiterer Folge oft selbst von Altersarmut bedroht sind. Darüber hinaus nehmen eher Menschen mit geringen Einkommen und eventuell kleinen Vermögen die Dienstleistungen der öffentlichen Hand in Anspruch, während die Bezieherinnen und Bezieher hoher Einkommen bzw. Besitzerinnen und Besitzer großer Vermögen sich diesem Angebot entziehen (so beträgt der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner in oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen, deren Eigenbeiträge und Pflegegeld kostendeckend sind – so genannte "Selbstzahler/-innen" – nur annähernd 20 Prozent, bei sinkender Tendenz). Dadurch reichen die Kostenbeiträge aus dem ohnehin zu niedrig angesetzten Pflegegeld und den Einkommen bzw. Vermögen jener, die wohlfahrtsstaatliche Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, bei weitem nicht aus, die Sozialhilfeträger haben immer größere Finanzierungslücken zu schließen.

Die länderspezifisch unterschiedlichen Bestimmungen, die differierenden Definitionen der Sachleistungen (beispielsweise wird nicht immer klar zwischen Pflegeleistungen für altersbedingt pflegebedürftige Personen und für Menschen mit Beeinträchtigungen unterschieden) machen es außerdem schwierig, Leistungen der Altenpflege und -betreuung zwischen den Bundesländern zu vergleichen und eine durchgehende Gesamtübersicht für Österreich zu verfassen (diese Problematik erwähnt auch das Wirtschaftsforschungsinstitut in seiner 2008 verfassten Studie über die mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge). Ein Versuch einer solchen Übersicht ist der Pflegevorsorgebericht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Aus diesem geht hervor, dass 2008 rund 2,101 Mrd. Euro an Bundes- und Landespflegegeldern ausgeschüttet wurden sowie die Nettokosten (Vollkosten abzüglich Kostenbeiträge der "Klient/-innen" der sozialen Dienstleistungen) für Pflegeeinrichtungen bzw. –dienstleistungen in den Ländern mit rund 1,488 Mrd. Euro zu Buche schlagen. Somit wurden seitens der öffentlichen Hand 2008 rund 3,589 Mrd. Euro für Pflege im weiteren Sinne (Altenpflege, Pflege und Betreuung für Menschen mit Beeinträchtigung) aufgewendet. Für 2010 werden bereits 4,2 Milliarden Euro prognostiziert.

Zur Komplexität der rechtlichen Zuständigkeiten und der Finanzierungsströme sei für diesen Ländervergleich noch das österreichische Spezifikum der Leistungserbringung durch private Träger (Hilfsorganisationen) erwähnt. Angesprochen sei auch noch das 2007 bundesweit (über eine weitere 15a-BVG-Vereinbarung) eingeführte Modell der 24-Stunden-Betreuung zu Hause. Auf dieses Modell wird in diesem Beitrag allerdings nicht näher eingegangen, da sich eine Rahmenbedingung dieser 15a-Vereinbarung entscheidend geändert hat, wodurch der Bund aus seiner Mitfinanzierungsverantwortung aussteigen könnte (und voraussichtlich auch wird) – mit (derzeit) unabsehbaren Konsequenzen der Bundesländer und dementsprechend nicht abschätzbaren Auswirkungen auf das Modell der 24-Stunden-Betreuung.

2.2. Altenhilfe in Dänemark

Zum Beginn dieses Kapitels sei auf wenigstens eine Gemeinsamkeit hingewiesen: auch in Dänemark liegt die Verantwortlichkeit für Sozialdienste (und auch Gesundheitsdienste) dezentral bei den Regionen und Kommunen, die nationale Politik und Regulierung der Betreuung alter Menschen sind beim Parlament bzw. der zentralen Regierung angesiedelt. Damit enden aber schon die Gemeinsamkeiten. Ein erster zentraler Unterschied betrifft die grundlegende Einstellung. In Dänemark besteht keine rechtliche Verpflichtung zur Pflege von Angehörigen, es ist dies eine Aufgabe des Staates. Darum wurde auch bereits vor mehr als 30 Jahren die Steuerfinanzierung der sozialen Leistungen eingeführt – ein weiterer gravierender Unterschied. So wie auch das System der Steueraufbringung. Im Gegensatz zu Österreich, in dem in erster Linie der Bund die Steuerhoheit hat und nur Teile der Steuereinnahmen über den Finanzausgleich an Länder und Gemeinden weitergegeben werden, heben in Dänemark die Kommunen, Regionen und der Bund Steuern ein. Dadurch erscheint die persönliche Steuerbelastung auf den ersten Blick extrem hoch: der Spitzensteuersatz ab einem Jahreseinkommen von umgerechnet rund 43.900 Euro (Wert aus 2007) liegt bei 59,8 Prozent (Maximum der auf den drei genannten Ebenen eingehobenen direkten Steuern). Diese Höhe relativiert sich allerdings dadurch, dass darin sowohl Kranken- als auch Arbeitslosen- und Rentenversicherung enthalten sind.

Im Vergleich zu Österreich steht den Kommunen in Dänemark damit aber ein bei weitem größerer Anteil am gesamten Steuerkuchen zu Verfügung:

	Steuer- und Abgabenquote	Anteil Bund	Anteil Länder & Gemeinden*	Anteil Soz.vers.
Dänemark	49,4	64,9	32	3,1
Österreich	44,1	52,7	19,5	27,8

Zahlen 2004; *Dänemark: nur Kommunen, Österreich: Gemeinden 10,2, Länder 9,3.

Mit diesem Anteil aus eigenen Einnahmen aus allgemeinen Steuern - und geringen Zuschüssen der Zentralregierung und möglicher Ausgleichszahlungen anderer Körperschaften oder Behörden - finanzieren die Kommunen eine integrierte Gesundheits- und Sozialbetreuung. Das Pflegesystem in Dänemark ist Teil des allgemeinen Gesundheitswesens.

Ein weiteres wesentliches Element des dänischen Modells ist die Zielsetzung, ältere Menschen so lange wie möglich in ihrem eigenen Zuhause zu belassen. Im Vordergrund steht dabei das persönliche Bedürfnis, die Sicherstellung der individuellen Lebenskontinuität und Autonomie. Demnach wird bereits seit Anfang der 1980er der Ansatz einer starken mobilen Betreuung durch soziale Dienste verfolgt. Der Leistungskatalog dieser Dienste ist

sehr umfangreich, von einfachen Hilfestellungen bei der Hausarbeit bis hin zu einfacher medizinischer Versorgung und Pflege und auch die Bereitstellung von Besuchsdiensten.

Im stationären Bereich wurde 1987 der Paradigmenwechsel weg vom Pflegeheim zur Seniorenwohnung vollzogen. Per Gesetz wurden die Gemeinden zur Errichtung solch speziell ausgestatteter (barrierefrei, Notrufsystem), den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohnern entsprechend differenzierter (beispielsweise für Menschen mit demenziellen Erkrankungen) und im Rahmen häuslicher Krankenpflege betreuter Wohnungen verpflichtet. Seitdem wurden keine neuen Pflegeheime mehr errichtet, wobei seit 1989 die integrierte Pflege eingeführt wurde: das Personal der häuslichen Krankenpflege, des Pflegeheims und der hauswirtschaftlichen Versorgung arbeitet zusammen und stellt so für die älteren Menschen eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung sicher.

Um die beschriebene Zielsetzung bestmöglich umsetzen zu können, wurden vor mehr als einem Jahrzehnt präventive Hausbesuche durch speziell geschultes Personal gesetzlich vorgeschrieben. Dadurch sind die Gemeinden verpflichtet, die Situation ihrer Gemeindegewohnerinnen und Gemeindegewohner im Alter von 75 und mehr Jahren zumindest einmal jährlich zu evaluieren, wobei die Bürgerinnen und Bürger den Besuch auch ablehnen können. Bei festgestellten Problemen werden Vorschläge für geeignete Maßnahmen unterbreitet, vom Arztbesuch über Ernährungsanregungen oder Ausgestaltung des Wohnraums. Die Unterstützung durch die integrierte Gesundheits- und Sozialbetreuung folgt dabei der Prämisse, dass auch bei Unterstützungsbedarf die Selbstbestimmung der älteren Person im Vordergrund steht, die Angebote verfolgen das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Seit 2005 werden Haushalte, die bereits eine Unterstützung erhalten, nicht mehr in die präventiven Hausbesuche einbezogen, damit die dafür gegebenen beschränkten Ressourcen in höherem Ausmaß den anderen Haushalten gewidmet werden können.

Aus der Evaluierung der Hausbesuche in der Einführungsphase ergab sich, dass es zu

- 19 Prozent weniger Spitalweisungen
- 31 Prozent weniger Einweisungen in Altenheimen
- und 50 Prozent weniger Akutbesuchen beim Arzt kam.

Auch die Sterblichkeitsrate war geringer als bei einer Kontrollgruppe.

Die Finanzierung dieser Angebote der Altenhilfe erfolgt, wie bereits erwähnt, zur Gänze aus allgemeinen Steuermitteln. Die Inanspruchnahme der Langzeitpflege ist unabhängig vom Einkommen kostenlos, nur Miete und Lebenshaltungskosten sind selbst zu entrichten; nur bei kurzzeitiger Inanspruchnahme sind auch für Pflegeleistungen Selbstbehalte zu entrichten. Eine Herausforderung für Dänemark sind sicher die – aufgrund der Tatsache, dass entgegen der mit anderen Ländern vergleichbaren Entwicklungen im Bereich der schwer Pflegebedürftigen hier kein weiterer Ausbau erfolgt ist - überlasteten stationären Bereiche. Ebenfalls gibt es – eine Parallele zu Österreich – deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Qualität und Quantität der Angebote. Und natürlich stellt sich angesichts des

Umfangs des Leistungsangebots auch in Dänemark die Frage der künftigen Finanzierungsmöglichkeit, wobei diese aufgrund der gesellschaftlich-philosophischen Unterschiede bei weitem nicht so heftig diskutiert wird wie etwa in Österreich oder Deutschland. Fest steht, dass in Dänemark bereits 2001 die Pflegeausgaben über 3 Milliarden Euro betragen – bei einer kleineren Bevölkerungszahl als Österreich.

2.3. Exkurs: Altenhilfe in Schweden

Schweden wird gemeinsam mit Dänemark und Norwegen einem eigenen, nach Esping-Andersen dem sozialdemokratischen Typus eines Wohlfahrtsstaates zugeordnet. Die größte Zäsur in der Altenhilfe stellt in Schweden die Ädel-Reform (von "Äldrelegation" – Delegation der Zuständigkeit für die Versorgung älterer Menschen) von 1992 dar. Seit damals sind die Kommunen gesetzlich dazu verpflichtet, die erforderlichen sozialen Dienste und Wohneinrichtungen für alte Menschen zur Verfügung zu stellen. Die Provinzen sind für die medizinische Versorgung zuständig, während auf Bundesebene die gesetzlichen Bestimmungen und politische Vorgaben gefasst werden. Ähnlich wie in Dänemark wird Altenhilfe in Schweden als öffentliche Verantwortung gesehen, deshalb hat die Familie keinerlei Verpflichtung, Angehörige zu pflegen oder einen finanziellen Beitrag zu deren Pflege zu leisten. Im Gegensatz zu Dänemark müssen die Klientinnen und Klienten in Schweden einen vom Einkommen abhängigen Beitrag leisten, wobei diese Beiträge insgesamt rund 5 bis 6 Prozent der Kosten für die Altenhilfe aufbringen, hingegen 82 bis 85 Prozent durch Gemeindesteuern finanziert werden. Bei der Steuerhebung bestehen wieder Parallelen zu Dänemark, Kommunen und Provinzen, die eine große Autonomie gegenüber der Bundesebene haben, heben selber Steuern zur Finanzierung ihrer Aufgaben ein. Mit der Ädel-Reform wurden die bestehenden stationären Wohneinrichtungen unter dem Begriff "spezielle Wohnformen" zusammengefasst und den Kommunen übertragen. Zusätzlich zu den bis zu diesem Zeitpunkt getätigten Ausgaben der Provinziallandtage – rund 20 Millionen Schwedische Kronen (entspricht etwa 2,1 Mio. Euro) – wurden den Kommunen auch noch drei Milliarden Schwedische Kronen (rund 318 Mio. Euro) seitens des Staates zur Verfügung gestellt für die Entwicklung und Erneuerung der speziellen Wohnformen.

Durch das grundlegende "Sozialdienstegesetz" ist sichergestellt, dass allen in Schweden lebenden Menschen das gleiche Recht auf den gleichen Wert an sozialer und ökonomischer Sicherheit, Pflege und Betreuung zusteht. Dabei können die Kommunen die "Sozialdienste" nach regionalen Gegebenheiten gestalten, das Gesetz garantiert aber ein angemessenes Lebensniveau – und ein einklagbares Recht auf die zugestandene Leistung. Jeder in Schweden lebende Mensch kann sich also an den sozialen Dienst der Kommune wenden und seinen/ihren Bedarf an Unterstützung/Beistand anmelden. Im Rahmen einer "Beistandsprüfung"/Bedarfsprüfung entscheiden kommunale Gesundheits- und Sozialausschüsse über diese individuellen Ansuchen, wobei der Beistand derart gewährt werden soll, dass die individuelle Möglichkeit, ein selbständiges, selbstbestimmtes Leben geführt werden kann, gestärkt werden soll – eine deutliche Parallele in der Philosophie zu

Dänemark. Diese Bedarfsprüfungen erfolgen – auch unter Maßgabe der vorhandenen Ressourcen – vergleichsweise restriktiv, wobei gegen die Entscheidung mittels einer Verwaltungsbeschwerde bei einem Bezirksgericht berufen werden kann – die Entscheidungen des Bezirksgerichts sind für die Kommune bindend.

Angeboten werden in erster Linie Sachleistungen: Heimhilfen (zur Unterstützung der Haushaltsweiterführung und persönliche Körperhygiene), Hauskrankenpflege (medizinisch-pflegerische Leistung), teilstationäre Angebote (Tagesbetreuung) Unterbringung in speziellen Wohnformen (Servicewohnungen, Wohngemeinschaften, Wohnheimen), spezielle Abend- und Nachtpatrouillen ("dygnet-runt"). Vor allem letztere Maßnahme, die einer 24-Stunden-Bereitschaft ähnlich dem dänischen Modell entspricht (daher nicht mit der in Österreich praktizierten und diskutierten 24-h-Betreuung vergleichbar ist), hat seit Anfang der 1990er stark zugenommen, ermöglicht sie doch einen Verbleib in der eigenen Wohnung. Deshalb hat unter budgetären Gesichtspunkten eine stärkere Umverteilung zu Personen, die alleine leben, stattgefunden – Lebenspartner im gemeinsamen Haushalt müssen daher gezwungenermaßen stärker als früher Unterstützung leisten. Im Rahmen der Sozialversicherung zweckgebundene Geldleistungen erhalten nur Personen, die jünger als 65 Jahre sind, damit sie sich gewünschte Betreuung selbst organisieren können.

3. Ein solidarisch finanziertes Modell der Altenpflege und –betreuung für Österreich

Die Analyse des bisherigen österreichischen Weges in der Altenpflege und –betreuung im Vergleich mit Wohlfahrtsstaaten sozialdemokratischen Typs zeigt

- dass die praktizierte Mischung aus Geld- und Sachleistungen verteilungspolitisch kritisch zu sehen ist
- dass die Zielsetzung, durch die gewährte Unterstützung Armut durch altersbedingte Pflegebedürftigkeit zu verhindern, durch die Verpflichtung der Familie zur Leistung von Pflege konterkariert wird, da pflegende Familienangehörige Einkommen und damit in weiterer Folge die eigene Alterssicherung zumindest teilweise verlieren, wodurch die pflegenden Angehörigen selbst von Altersarmut bedroht sind
- dass die Verantwortlichkeit bei den Ländern und Gemeinden generell zu einem qualitativ und quantitativ ungleichen Leistungsangebot führt, insbesondere auch durch die unzureichenden Finanzmittel aufgrund des zu niedrigen Pflegegelds und des Mangels an eigenen Einnahmequellen (Steuerhoheit).

In der Debatte um die finanziellen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen in den österreichischen Kommunen von verschiedener Seite wird oft die Zusammenlegung von Gemeinden gefordert. Hintergrund dieser Forderung ist die These, dass die dann größeren Gemeinden die Aufgaben mit der gleichen finanziellen Ausstattung weiterhin und gar besser bewältigen können, weil gleichzeitig in anderen Aufgabenbereichen gespart werden würde. Diese These führt sich anhand des Vergleichs mit Dänemark und Schweden ad absurdum. Zwar hat es dort diese Zusammenlegung auf weniger Gemeinden in mehreren Stufen

gegeben, ausschlaggebend ist aber weniger die Zahl der Gemeinden, sondern deren Möglichkeit, selbst die Einnahmen zu schöpfen, die sie zur Bewältigung der Aufgaben benötigen.

Ein sehr weitreichender Paradigmenwechsel in Österreich könnte auch die "Umkehrung" der bisherigen Steuerpolitik in Österreich beinhalten: kleinere oder im Zuge einer großen Verwaltungsreform zusammengelegte Gemeinden könnten selber Steuern einheben und damit die ihnen zugewiesenen Aufgaben selbst finanzieren.

Ein enger gefasster und daher wahrscheinlich realistischerer Paradigmenwechsel könnte so aussehen:

- Auf Basis der Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder sollten bedarfsgerechte Sachleistungen definiert, entwickelt und bedarfsdeckend ausgebaut werden, Geldleistungen sollten nicht mehr zur Anwendung gelangen.
- Die Sachleistungen sollten allen in Österreich lebenden Menschen unabhängig vom Einkommen und Vermögen zugänglich sein. Da dadurch und vor allem mit der Abschaffung der Geldleistung eine drastische Zunahme der Nachfrage früher als prognostiziert zu erwarten ist, muss zuvor in den Ausbau der Mobilen Dienste mittels einer Ausbildungs-offensive investiert werden. Im Zusammenhang damit wäre zu überprüfen, ob diese Angebote künftig weiterhin im gleichen Ausmaß von privaten Trägern erbracht werden sollen oder ob mehr Beschäftigung bei der öffentlichen Hand – analog zu Dänemark und Schweden, wo die Leistungen überwiegend vom Staat als Anbieter erbracht werden - sinnvoll erscheint. Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sollen das Image des Pflegeberufs heben und somit zu einer ausreichenden Nachfrage nach Ausbildungsplätzen und in weiterer Folge zu einem ausreichenden Angebot an Pflegekräften führen. Wie in den skandinavischen Ländern wäre die Beschäftigung in diesem Bereich ein wichtiger Beitrag zur Vollbeschäftigung, die wiederum eine wichtige Voraussetzung für einen gut aufgestellten Staatshaushalt ist.
- Die bisher eingesetzten finanziellen Mittel aus Pflegegeld und Abgangsdeckungen (rund 4 Milliarden Euro) sollten in einen Pflegefonds eingebracht werden, aus dem die Sachleistungen finanziert werden. Da auf individuelle Vermögenszugriffe im Falle der Inanspruchnahme sozialer Dienste verzichtet werden soll, wäre die Einführung allgemeiner, vermögensbezogener Steuern zu weiteren Speisung dieses Fonds notwendig, sinnvoll und gerecht. Die Einführung einer Pflegeversicherung ist einerseits abzulehnen, weil sie wieder nur ausschließlich Einkommen aus Erwerbsarbeit belasten würde. Andererseits geht diese auch von einer Generationengerechtigkeit aus, bei der Jung für Alt aufkommt, was im Widerspruch zu bisheriger Zielsetzung steht. Diese Zielsetzung geht, wie ausgeführt, von der Vermeidung von Armut im Alter und Pflegefall aus – komplementär wäre also Reichtum zur solidarischen Finanzierung dieser Maßnahme heranzuziehen. Berechnungen zufolge könnten durch die Anhebung der Vermögenssteuern in

Österreich auf den EU-Schnitt bis zu 4 Milliarden Euro eingenommen werden – das würde die bisher eingesetzten Finanzmittel im Pflegefonds auf bis zu 8 Milliarden Euro verdoppeln. Dadurch könnte eine ausreichende Angebotspalette mit Betreuungs- und Pflegeleistungen finanzierbar sein, die weiterhin von Ländern und Gemeinden erbracht werden könnte.

Literatur:

Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, www.bmask.gv.at

Ulrike Mühlberger et al.: Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge, WIFO, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Juni 2008, www.bmask.gv.at

Ulrike Mühlberger et al.: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, März 2008, www.bmask.gv.at

Reiner Buchegger, Anita Buchegger-Traxler: Ermittlung der Kosten eines verstärkten Paradigmenwechsels in der Altenhilfe Oberösterreich, Studie im Auftrag des Sozialressorts des Amtes der Oö. Landesregierung, September 2007

Daniela Palk: Altenhilfestrukturen in Österreich und Schweden, Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften, 2008

Veronika Adensamer, Dr. Andreas Höferl: Steuern in der EU, Österreichische Gesellschaft für Politikberatung und Politikentwicklung, Mai 2004.

"Jetzt sollen die Reichen zahlen" – ÖGB-Kampagne "fair teilen", www.fairteilen.at