

R
H



**Rechnungshof
Österreich**

Unabhängig und objektiv für Sie.

Reihe BUND 2020/8

Reihe BURGENLAND 2020/1

Reihe KÄRNTEN 2020/2

Reihe NIEDERÖSTERREICH 2020/2

Reihe OBERÖSTERREICH 2020/1

Reihe SALZBURG 2020/2

Reihe STEIERMARK 2020/3

Reihe TIROL 2020/1

Reihe VORARLBERG 2020/1

Reihe WIEN 2020/1

Landtag von Niederösterreich

Landtagsdirektion

Eing.: 14.02.2020

Ltg.-1011/B-2/27-2020

RH-Ausschuss

Pflege in Österreich

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz und den Landtagen der Länder Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes-Verfassungsgesetz sowie dem Gemeinderat der Stadt Wien gemäß Art. 127 Abs. 6 in Verbindung mit Art. 127 Abs. 8 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1031 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Februar 2020

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E-Mail info@rechnungshof.gv.at
[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
Prüfungsziel	9
Kurzfassung	9
Zentrale Empfehlungen	13
Zahlen und Fakten zur Prüfung	15
Prüfungsablauf und –gegenstand	17
Ausgangslage, Definition, Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung	19
Ausgangslage	19
Definition des Pflegebedarfs und einzelner Pflegedienstleistungen	23
Zuständigkeiten	27
Aufgabenverteilung in den Ländern	31
Finanzierung	33
Datengrundlagen	33
Gebarungsvolumen	34
Instrumente der Pflegefinanzierung	37
Ausgaben– bzw. Kostendämpfungspfad	42
Abschaffung des Pflegeregresses	46
Bedarfs– und Angebotsplanung	59
Individuelle Bedarfsfeststellung	59
Stand und Steuerung der Versorgung	62
Bedarfs– und Entwicklungspläne der Länder	66
Bedarfs– und Entwicklungspläne	69
Studien zur Entwicklung der Pflegeaufwendung in Österreich	72
Einschätzung des künftigen Bedarfs an Pflegedienstleistungen	76
Kosten und Tarife in der stationären Pflege	79
Kosten eines Verrechnungstages	79
Wesentliche Kostenbestandteile	85
Tarifsysteme der Länder	89
Alternative Tarif– und Abrechnungsmodelle	95
Qualität in der stationären Pflege	97
Allgemeine Vorgaben	97

Ziele, Pflegequalität und Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner	101
Detaillierung am Beispiel Ernährung	103
Aufsicht	107
Weitere Formen der Qualitätsarbeit	112
Personal im stationären Bereich	117
Rechtsgrundlagen	117
Personalschlüssel	120
Details zur Personalausstattung	124
Mindestpersonalausstattung im Vergleich	125
Verfügbarkeit von Personal	126
Mobile Dienste	129
Gebbarungsvolumen, Stundenzahl und Rolle im Gesamtsystem	129
Organisation	132
Kosten	135
Finanzierung	140
Aufsicht	143
Zusammenfassung	145
Versorgung und Kosten je Land	145
Zusammenfassende Beurteilung	149
Schlussempfehlungen	153
Anhang	160

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anstieg des Bevölkerungsanteils an Personen ab 80 Jahren _____	20
Tabelle 2:	Wesentliche Steuerungselemente der stationären Pflege _____	22
Tabelle 3:	Aufgabenverteilung im Bereich der stationären Pflege je Land____	31
Tabelle 4:	Kostendämpfungspfad – erwartete Kostensteigerungen in der Pflege _____	42
Tabelle 5:	Pflegeregress – Rahmenbedingungen bis Ende 2017 _____	46
Tabelle 6:	Folgen der Abschaffung des Pflegeregresses im Jahr 2018 _____	49
Tabelle 7:	Vorläufig ausbezahlte Mittel zur Kompensation des Pflegeregressentfalls für das Jahr 2018 _____	53
Tabelle 8:	Gegenüberstellung der geleisteten Ausgleichszahlungen und anerkannten Beträge für das Jahr 2018 _____	58
Tabelle 9:	Organisation der Entscheidung über die Aufnahme in ein Pflegeheim und Gewährung von Sozialhilfe oder Mindestsicherung _____	59
Tabelle 10:	Anteil der Personen mit Pflegegeldstufen 0 bis 2 in Pflegeheimen _	60
Tabelle 11:	Anteile der vollen Versorgung im Jahr 2016 _____	63
Tabelle 12:	Bedarfs– und Entwicklungspläne der Länder _____	67
Tabelle 13:	Studienergebnisse zur Entwicklung der Pflegeaufwendungen in Österreich _____	74
Tabelle 14:	Durchschnittliche Kosten je Verrechnungstag für stationäre Pflege im Jahr 2016 _____	80
Tabelle 15:	Durchschnittliche Anzahl der Plätze je Pflegeheim im Jahr 2018 ____	87
Tabelle 16:	Merkmale der Tarifsysteme für Pflegeheime je Land im Jahr 2018 _	90
Tabelle 17:	Vorgaben zur Häufigkeit der Überprüfungen der Pflegeheime durch die Heimaufsicht _____	107

Tabelle 18: Heimaufsicht der Länder – Ressourcen und Anzahl der Kontrollen im Jahr 2017 _____	108
Tabelle 19: Rechtsgrundlagen zur Personalausstattung in Pflegeheimen im Jahr 2018 _____	117
Tabelle 20: Personalschlüssel der Länder für Pflegeheime _____	120
Tabelle 21: Jahr der letzten Änderung der Personalschlüssel für Pflegeheime__	122
Tabelle 22: Mindestpersonalausstattung für ein Musterheim im Jahr 2018 _	125
Tabelle 23: Mobile und teilstationäre Dienste – Kennzahlen zur Versorgung im Jahr 2016 _____	129
Tabelle 24: Zuständigkeit zur Festlegung des Leistungsvolumens bei mobilen Diensten in den Ländern im Jahr 2018 _____	133
Tabelle 25: Durchschnittliche Kosten mobiler Dienste (ohne Hospiz- und Palliativleistungen) im Jahr 2016 _____	135
Tabelle 26: Mobile Dienste – Stunden je betreute Person nach Qualifikationsgruppe im Jahr 2016 _____	136
Tabelle 27: (Norm-)Kosten je Stunde für mobile Dienste _____	137
Tabelle 28: Finanzierung der mobilen Dienste im Jahr 2016 je Stunde _____	140
Tabelle 29: Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen für mobile Dienste am Beispiel eines Musterfalls _____	141
Tabelle 30: Pflegekosten im Jahr 2016 _____	145
Tabelle 31: Kennzahlen zur Versorgung mit Pflegedienstleistungen _____	146
Tabelle 32: Detaillierung der Pflegekosten je pflegegeldbeziehende Person für das Jahr 2016 _____	147

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Demografische Veränderungen der österreichischen Gesamtbevölkerung _____	19
Abbildung 2:	Steuerung der Pflege _____	21
Abbildung 3:	Mittelherkunft und Mittelverwendung der Pflege für das Jahr 2016 _____	35
Abbildung 4:	Personen ab 80 Jahren je Pflegeheimplatz auf Bezirksebene _	64
Abbildung 5:	Durchschnittlicher Heimtarif je Tag für Pflegegeldstufe 4 im Jahr 2018 _____	91
Abbildung 6:	Spanne zwischen dem minimalen und maximalen Heimtarif je Tag für Pflegegeldstufe 4 im Jahr 2018 _____	92

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
bspw.	beispielsweise
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
FAG 2017	Finanzausgleichsgesetz 2017
(f)f.	folgend(e)
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
inkl.	inklusive
ISO	International Organization for Standardization (Internationale Organisation für Normung)
LGBl.	Landesgesetzblatt
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
NÖ	Niederösterreichisch(es)

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
OGH	Oberster Gerichtshof
Oö.	Oberösterreichisches
OPCAT	Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe)
PFG	Pflegefondsgesetz
rd.	rund
RGBl.	Reichsgesetzblatt
RH	Rechnungshof
S.	Seite
SHG	Steiermärkisches Sozialhilfegesetz
Stmk.	Steiermärkisches
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Bundesministerium für Finanzen
- alle Länder und Stadt Wien

Pflege in Österreich

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von September bis Dezember 2018 das System der Pflege auf Ebene des Bundes und der Länder. Ziel war es, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit von Angebot und Steuerung der Pflegedienstleistungen zu beurteilen. Besonderen Fokus legte der RH dabei auf die Verteilung der Zuständigkeiten, die Finanzierung und die Abschaffung des Pflegeregresses, die Bedarfs- und Entwicklungsplanung, auf die Tarife, das Personal und die Qualität sowie auf mobile Dienste.

Kurzfassung

Aus demografischen Gründen war mittelfristig ein wesentlicher Anstieg des Bedarfs an Pflegeheimplätzen und mobilen Diensten prognostiziert, was zusätzliche Ressourcen (Personal, Sach- und Finanzmittel) erfordern wird. Wesentliche Parameter der Steuerung der Pflegedienstleistungen und ihres Ausbaus waren jedoch unklar: So unterschied sich die Heimdichte je nach Bezirk um bis zu einem Faktor von rd. 5,7. Die durchschnittlichen Kosten je Heimplatz und Verrechnungstag lagen zwischen rd. 91 EUR in Kärnten und rd. 161 EUR in Wien. Die Personalvorgaben in Pflegeheimen wichen um über 100 % je nach Land voneinander ab. Zu wesentlichen Bereichen fehlten Daten. ([TZ 2](#), [TZ 6](#), [TZ 14](#), [TZ 19](#), [TZ 32](#))

Bereits die Definition der Pflege war hinsichtlich der betroffenen Personen, der einzelnen Dienstleistungen und der Abgrenzung zu hauswirtschaftlichen Dienstleistungen und sozialer Betreuung unklar. ([TZ 3](#))

Die Kompetenzverteilung schuf für die Pflege eine gemischte Zuständigkeit, weshalb der Bund das Pflegegeld und die Länder die Sachleistungen regelten. Unter Mitberücksichtigung von Zweckzuschüssen des Bundes aus dem „Pflegefonds“, Förderungen für die 24-Stunden-Betreuung und berufsrechtlichen Regelungen entstand so eine hohe wechselseitige Abhängigkeit der Gebietskörperschaften voneinander bei der Regelung der Pflegevorsorge. ([TZ 4](#))

Auch zwischen den Ländern waren die Organisationsformen sehr unterschiedlich: Während in Salzburg, Tirol und Vorarlberg die stationäre Pflege weitgehend bei den Gemeinden lag, oblag sie in Kärnten, Oberösterreich und der Steiermark den Sozialhilfverbänden. Im Burgenland, in Wien und in Niederösterreich war jeweils insbesondere das Land maßgeblich, wobei dieses in Wien und Niederösterreich auch als wichtiger Anbieter von Dienstleistungen auftrat. (TZ 5)

Es fehlte eine österreichweite, vollständige Statistik zu den Gesamtaufwendungen für Pflege sowie zur Herkunft und zur Verwendung der Mittel. Unterschiedliche Auswertungen wiesen unterschiedliche Teilmengen aus. Es fehlten Teile der Eigenbeiträge und der Investitionen, die informelle (private) Pflege oder Informationen zur Verwendung des Pflegegeldes. (TZ 6)

Der RH ermittelte für das Jahr 2016 Gesamtkosten von rd. 7,9 Mrd. EUR, von denen rd. 2,9 Mrd. EUR vom Bund, rd. 2,1 Mrd. EUR von Ländern und Gemeinden und rd. 2,9 Mrd. EUR von Privaten stammten. Diesen Mitteln standen Leistungen im Wert von rd. 3,4 Mrd. EUR für Pflegeheime, von rd. 3,1 Mrd. EUR für die Arbeitsleistung informeller Pflege, von rd. 0,7 Mrd. EUR für mobile Dienste und von rd. 0,6 Mrd. EUR für die 24–Stunden–Betreuung gegenüber.¹ (TZ 7)

Im System zur Finanzierung der Pflege fehlten wichtige Informationen, etwa zur Schnittstelle Pflege und Gesundheit sowie zu Investitionen. Dadurch war auch keine übergeordnete Steuerung möglich. Es gab weder eine klare Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung noch klare Steuerungsgesichtspunkte für die Einbindung der Pflegebedürftigen in die Finanzierung. Die Eigenbeiträge innerhalb und außerhalb der stationären Pflege waren unterschiedlich und es gab keine Anreize für eine individuelle finanzielle Vorsorge. (TZ 8)

Im Jahr 2017 legten Bund und Länder erstmals einen Kostendämpfungspfad für die Pflege fest. Die Ausgabenobergrenze war jedoch nicht nachvollziehbar begründet, die Kostentreiber – die Entwicklung der Heimplätze und der Tarife – waren nicht festgelegt. Nach einer Studie des Fiskalrates sei der Ausgaben– und Kostendämpfungspfad bis 2021 ohne begleitende Maßnahmen nicht einhaltbar. (TZ 9)

Bis 2018 hatten Pflegebedürftige bei stationärer Unterbringung ihr Vermögen einzusetzen, wobei die Regelungen nicht einheitlich waren, etwa bei den Freibeträgen und den Vermögensübertragungen. Im Sommer 2017 schaffte der Bundesgesetzgeber den Pflegeregress ab, normierte aber keine Übergangsbestimmungen. Daher gingen die Länder unterschiedlich vor, was zu Ungleichbehandlungen der Betroffene

¹ Werte enthalten Rundungsdifferenzen

nen führte. Die Kosten der Abschaffung des Pflegeregresses und deren Finanzierung waren zur Zeit der Gebarungüberprüfung noch unklar. ([TZ 10](#), [TZ 11](#), [TZ 12](#))

Der Entscheidungsprozess über Heimaufnahmen und dafür gewährte öffentliche Mittel war länderweise uneinheitlich. Teilweise erfolgte eine pflegfachliche Begutachtung, teilweise eine Entscheidung über die Dringlichkeit durch die Bezirksverwaltungsbehörden, teilweise auch nur eine Überprüfung der finanziellen Hilfsbedürftigkeit. Die durchschnittliche Pflegegeldstufe der Heimbewohnerin und des –bewohners lag unter Berücksichtigung der Personen in Pflegegeldstufe 0 im Jahr 2016 zwischen rd. 3,95 (Vorarlberg) und rd. 4,68 (Wien). Der mit dem Pflegefonds eingeführte Richtversorgungsgrad war mangels Unterscheidung der Leistungsarten nicht zur Steuerung geeignet. Die Bezirke glichen die unterschiedliche Heimdichte mitunter durch Leistungen im Rahmen der 24–Stunden–Betreuung aus. ([TZ 13](#), [TZ 19](#), [TZ 39](#))

Die Planungen waren im Hinblick auf Planungszeitpunkt, Planungshorizont und Inhalte uneinheitlich und nicht vergleichbar. Häufig erfolgte zwar eine Prognose von Heimplätzen, aber keine damit abgestimmte Planung von Personal– und Finanzbedarf. Eine bundesweite Studie zur weiteren Entwicklung wich erheblich von den Einschätzungen der Länder ab. Die Länder sahen den Ausbaubedarf deutlich geringer. ([TZ 15](#), [TZ 16](#), [TZ 17](#), [TZ 18](#))

Die durchschnittlichen Kosten je Verrechnungstag lagen im Jahr 2016 bei Pflegeheimen zwischen rd. 91 EUR in Kärnten und rd. 161 EUR in Wien. Vergleichbare Daten aus der Kostenrechnung, um diese Unterschiede zu analysieren, lagen überwiegend nicht vor. Mögliche Ursachen der Kostenunterschiede lagen in strukturellen Rahmenbedingungen wie Heimgrößen, in unterschiedlichen Qualitätsvorgaben und bei der Effizienz. Die Preise und Tarife unterschieden sich in wesentlichen Elementen: Einige Länder finanzierten alle Kostenbestandteile über die Tarife, andere ergänzten diese um Förderungen und Zuschüsse. Manche Länder hatten für alle Heimträger dieselben Tarife festgelegt, andere differenzierten je nach Träger, wobei die Unterschiede im Tarif für die Pflegegeldstufe 4 im gleichen Land bis zu rd. 59 EUR betragen. Auch die Tarifunterschiede je nach Pflegebedarf divergierten zwischen den Ländern mitunter erheblich. ([TZ 19](#), [TZ 20](#), [TZ 21](#))

Eine grundlegende, länderübergreifende Festlegung der Pflegequalität war weitgehend nicht erfolgt. Die Verteilung von Regelungen auf Gesetze, Verordnungen, Pflegekonzepte und Heimverträge erschwerte eine Übersicht. In der Folge war für die Betroffenen nicht klar, welches konkrete Leistungsniveau in welchen Heimen und in welchen Ländern tatsächlich erwartet werden konnte. Ohne eine solche Definition fehlte ein Maßstab zur Beurteilung der vorgegebenen und tatsächlich erbrachten Leistungen. Einheitliche Kriterien und Indikatoren fehlten ebenso wie eine einheitliche, vergleichbare und öffentlich zugängliche Qualitätsmessung. ([TZ 23](#), [TZ 24](#))

Die Vorgaben für die Intervalle der Überprüfungen durch die Heimaufsicht lagen zwischen „zweimal jährlich“ in der Steiermark und „alle fünf Jahre“ in Tirol. Ob die Länder das Prüfintervall einhielten, hing oft von den verfügbaren Ressourcen ab. Die zuständigen Stellen in Niederösterreich und Tirol wiesen darauf hin, dass die Einhaltung der Intervalle nicht sichergestellt sei. Struktur und Aufbau der Aufsichtsberichte sowie die Prüfkriterien und die Ausführlichkeit der Berichterstattung waren unterschiedlich, eine länderübergreifende Vergleichbarkeit war erschwert. (TZ 26, TZ 27)

Aufgrund der beschränkten Ressourcen, der Prüfintervale und inhaltlichen Möglichkeiten der behördlichen Aufsicht entwickelten sich auf Bundesebene und in den Ländern zusätzliche Prozesse und Institutionen zur Qualitätsarbeit. Dies erfolgte jedoch ohne ein übergeordnetes Konzept und unter jeweils eigenen Gesichtspunkten wie Menschenrechts- oder Arbeitnehmerschutz oder aus bestimmten Anlässen. So erweiterte etwa das Land Niederösterreich nach einem Missbrauchsfall den Aufgabenbereich der Pflegeanwaltschaft. Die Kontrollen der Pflegeheime waren somit zwar vielfältig, aber zwischen den verschiedenen Kontrolleinrichtungen wenig koordiniert und sehr unregelmäßig. Die Kriterien und Ergebnisse dieser Kontrollen waren wenig vergleichbar und insgesamt bestand hinsichtlich der Ergebnisse für einzelne Pflegeheime wenig Transparenz. Ein systematisches, risikoorientiertes und koordiniertes Vorgehen unter Nutzung aller den Ländern zugänglichen Informationen war nicht sichergestellt. (TZ 28)

Die Mindestpersonalausstattung lag in einem vom RH definierten Musterheim mit 71 Betten – gerechnet in Vollzeitäquivalenten – zwischen rd. 46 Personen in Wien und rd. 22 im Burgenland. Die Personalvorgaben waren nur teilweise rechtlich verbindlich und öffentlich zugänglich. Ihre letzte Anpassung lag mitunter mehr als 20 Jahre zurück, obwohl seither wesentliche Änderungen erfolgten wie höhere Pflegegeldstufen und berufsrechtliche Vorgaben. Neben der Regelung angemessener Sollvorgaben war zunehmend auch die tatsächliche Verfügbarkeit von Pflegepersonal eine wichtige Herausforderung. (TZ 29, TZ 30, TZ 31, TZ 32, TZ 33)

Die Leistungen der mobilen Dienste unterschieden sich zwischen den Ländern sowohl hinsichtlich der Betreuungsdichte, des Betreuungsumfangs, der Betreuungsintensität als auch der Qualifikation des eingesetzten Personals erheblich. Im Schnitt aller Länder entfielen auf eine betreute Person rund zwei Stunden in der Woche. Die Bandbreite lag zwischen rund einer Stunde pro Woche im Burgenland sowie in der Steiermark und rund vier Stunden in Wien. Die durchschnittlichen Kosten einer Stunde mobiler Dienste gemäß Pflegedienstleistungsstatistik lagen im Schnitt zwischen rd. 30 EUR in Vorarlberg und rd. 60 EUR in der Steiermark. Die Eigenbeiträge betragen zwischen rd. 11 EUR pro Stunde in Wien und rd. 22 EUR pro Stunde in der Steiermark. (TZ 34, TZ 35, TZ 36, TZ 37)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, alle Länder und die Stadt Wien hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Das erforderliche zwischen Bund und Ländern koordinierte Vorgehen im Bereich der Pflege durch zur Steuerung geeignete Gremien und Instrumente, wie z.B. Finanzpläne, Bedarfs- und Entwicklungspläne, sollte sichergestellt werden. (TZ 4)
- Es sollte ein nachhaltiges Finanzierungssystem entwickelt werden und dabei sollten insbesondere die Anforderungen
 - einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie
 - einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) berücksichtigt werden. (TZ 8)
- Die wesentlichen Kostenbestandteile der stationären Pflege (Pflegepersonal, Gebäude etc.) sollten nach einheitlichen Kriterien erfasst und – z.B. im Arbeitskreis Pflegevorsorge – regelmäßig verglichen werden; daraus wären Best Practice-Beispiele zu entwickeln. (TZ 20)
- Es sollte ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche (z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung) erarbeitet werden; dafür wären
 - eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“),
 - Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie
 - Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Überprüfung, Transparenz der Ergebnisse)festzulegen. (TZ 23)
- Auf Basis von verbesserten Datengrundlagen im Bereich Leistungen, Kosten und Qualität sollten fachliche Festlegungen (Personalschlüssel, Qualitätsstandards) und die für eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen nötigen Entscheidungen über die Gestaltung des Angebots und dessen Finanzierung getroffen werden. (TZ 40)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Pflege in Österreich						
Art. 15a B–VG Vereinbarungen	Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B–VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen, BGBl. 866/1993 Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG zwischen dem Bund und den Ländern über die gemeinsame Förderung der 24–Stunden–Betreuung, BGBl. I 59/2009					
bundesrechtliche Grundlagen	Bundespflegegeldgesetz, BGBl. 110/1993 i.d.g.F. Pflegefondsgesetz (PFG), BGBl. I 57/2011 i.d.g.F. Pflegedienstleistungsstatistik–Verordnung 2012, BGBl. II 302/2012 Gesundheits– und Krankenpflegegesetz, BGBl. I 108/1997 i.d.g.F. Sozialversicherungs–Zuordnungsgesetz, BGBl. I 125/2017 Bundesgesetz über einen Zweckzuschuss aufgrund der Abschaffung des Zugriffs auf Vermögen bei Unterbringung von Personen in stationären Pflegeeinrichtungen und Änderung des Finanzausgleichsgesetzes 2017, BGBl. I 85/2018					
Landesgesetze	Burgenländisches Sozialhilfegesetz 2000, LGBl. 5/2000 i.d.g.F., Burgenländisches Altenwohn– und Pflegeheimgesetz, LGBl. 61/1996 i.d.g.F. Kärntner Mindestsicherungsgesetz, LGBl. 15/2007 i.d.g.F., Kärntner Heimgesetz, LGBl. 7/1996 i.d.g.F. NÖ Sozialhilfegesetz 2000, LGBl. 9200–0 i.d.g.F. Oö. Sozialhilfegesetz 1998, LGBl. 82/1998 i.d.g.F. Salzburger Sozialhilfegesetz, LGBl. 19/1975 i.d.g.F., Salzburger Pflegegesetz, LGBl. 52/2000 i.d.g.F. Steiermärkisches Sozialhilfegesetz, LGBl. 29/1998 i.d.g.F., Stmk. Pflegeheimgesetz 2003, LGBl. 77/2003 i.d.g.F. Tiroler Mindestsicherungsgesetz, LGBl. 99/2010 i.d.g.F., Tiroler Heimgesetz 2005, LGBl. 23/2005 i.d.g.F. (Vorarlberger) Mindestsicherungsgesetz, LGBl. 64/2010 i.d.g.F., (Vorarlberger) Pflegeheimgesetz, LGBl. 16/2002 i.d.g.F. Wiener Sozialhilfegesetz, LGBl. 11/1973 i.d.g.F., Wiener Wohn– und Pflegeheimgesetz, LGBl. 15/2005 i.d.g.F.					
Gebarung 2016						
Mittelherkunft	Bund		Länder/ Gemeinden		Private	Summe
	in Mrd. EUR					
	2,9		2,1		2,9	7,9
Mittelverwendung	stationäre Pflege	24–Stunden– Betreuung	mobile Pflege		informelle (private) Pflege	
	3,4	0,6	0,7		3,1	7,9
Personen 2016						
	Anzahl					
Pflegegeldbeziehende	452.688					
	stationär		mobil		Summe	
betreute Personen	74.710		147.037		221.747	
Pflege– und Betreuungspersonal (Vollzeitäquivalente)	33.012		12.302		45.314	

Quellen: Länder; Pflegedienstleistungsstatistik 2016;
Pflegevorsorgebericht 2016; Berechnung: RH

Rundungsdifferenzen möglich

Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von September bis Dezember 2018 die Pflege in Österreich in allen Ländern² sowie beim Bundesministerium für Finanzen (in der Folge: **Finanzministerium**) und beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Die Angelegenheiten der Pflege ressortierten bis zur Bundesministeriengesetz–Novelle 2017³ zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, bis zur Bundesministeriengesetz–Novelle 2020⁴ zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sowie seit Jänner 2020 zum Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, seine Empfehlungen richtete er aber an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge alle: **Sozialministerium**).

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung von Angebot und Steuerung der Pflegedienstleistungen in Österreich. Besonderen Fokus legte der RH dabei auf die Verteilung der Zuständigkeiten, die Finanzierung und die Abschaffung des Pflegeregresses, die Bedarfs– und Entwicklungsplanung, Tarife, Personal und Qualität sowie mobile Dienste. Da Aspekte des Bürgernutzens einen Prüfungsschwerpunkt des RH im Zeitraum 2018 bis 2020 bildeten, legte der RH auch Augenmerk auf die Beurteilung des Themas aus Sicht der Pflegebedürftigen.

- (2) Der RH stellte die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Rechtslage bzw. die letztverfügbaren Zahlen (Abrechnung 2016, Tarife 2018) dar. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere Entwicklungen Bezug.

- (3) Die Angelegenheiten der Pflege oblagen dem Bund und den Ländern, wobei die Gesetzgebungskompetenz und die Finanzierungsverantwortung teilweise auseinanderfielen. Häufig konnten Bund und Länder daher wesentliche Maßnahmen nur im Zusammenspiel umsetzen (**TZ 4, TZ 8**). Der RH richtete gebietskörperschaftenübergreifende Empfehlungen daher gemeinsam an das Sozial– bzw. Finanzministerium und die Länder, Empfehlungen zu Einzelmaßnahmen an den jeweils zuständigen Rechtsträger.

- (4) Der RH hatte sich bereits mehrfach mit dem Thema Pflege beschäftigt. Er verwies dazu insbesondere auf seine Berichte „Vollzug des Pflegegeldes“ (Reihe Bund 2010/3), „Altenbetreuung in Kärnten und Tirol; Entwicklungen unter Berücksichtigung der

² einschließlich der Stadt Wien, die aufgrund ihrer Stellung sowohl als Land als auch als Stadt im Bericht mitunter als Land bezeichnet wird

³ BGBl. I 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

⁴ BGBl. I 8/2020 vom 28. Jänner 2020, in Kraft getreten am 29. Jänner 2020

Pflegereform 2011/2012“ (Reihe Bund 2014/7) und „Förderung der 24–Stunden–Betreuung in Oberösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2018/21) sowie die darin enthaltenen Empfehlungen. Auch die Landesrechnungshöfe bzw. der Stadtrechnungshof Wien hatten sich bereits mehrfach mit dem Thema Pflege befasst.⁵

(5) Zu dem im August 2019 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Sozialministerium, das Finanzministerium, die Länder und die Stadt Wien im September, Oktober und November 2019 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Februar 2020.

(6) Das Sozialministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es einer koordinierten Vorgangsweise positiv gegenüberstehe und die angeregten Abstimmungen mit den Ländern beginnen werde. Die konkrete Ausgestaltung hänge von der gemeinsamen Weiterentwicklung des Systems der Pflegevorsorge ab.

Das Finanzministerium wertete in seiner Stellungnahme die Empfehlungen des RH positiv und sagte zu, diese laufend in künftige Überlegungen und Vorhaben einfließen zu lassen.

Das Land Tirol merkte in seiner Stellungnahme zu den zentralen Empfehlungen betreffend die bundeseinheitlichen Standards an, dass diese auch den Vorstellungen des Landes Tirol entsprechen würden, soweit dadurch keine Verschlechterung z.B. für die Pflege und Betreuung eintrete.

⁵ bspw. Burgenland: Stationäre Pflege im Burgenland; Planungs– und Kostenstruktur, LRH–320–12/28–2017; Kärnten: Versorgungsstrukturen im Pflegebereich, LRH–GUE–9–2017; Niederösterreich: Finanzierung der stationären Pflege in NÖ, Bericht 3/2010; Oberösterreich: Vergleichende Prüfung von Gemeinde–Alten– und Pflegeheimen, LRH–150000–5/18–2017–HRV; Salzburg: Gemeindeverband Seniorenwohnheim Uttendorf, 003–3/194/18–2019; Steiermark: Pflege – Folgeprüfung Teil 1, LH 20 P 2/2012–38; Tirol: Amtsärztliche Versorgung in Tirol, LR–0530/16; Vorarlberg: Prüfbericht über die Vorarlberger Pflegeheime, Mai 2008; Wien: Fonds Soziales Wien, Prüfung der Kostenbeitragsverrechnung für mobile Pflege– und Betreuungsleistungen, StRH II – FSW–1/15

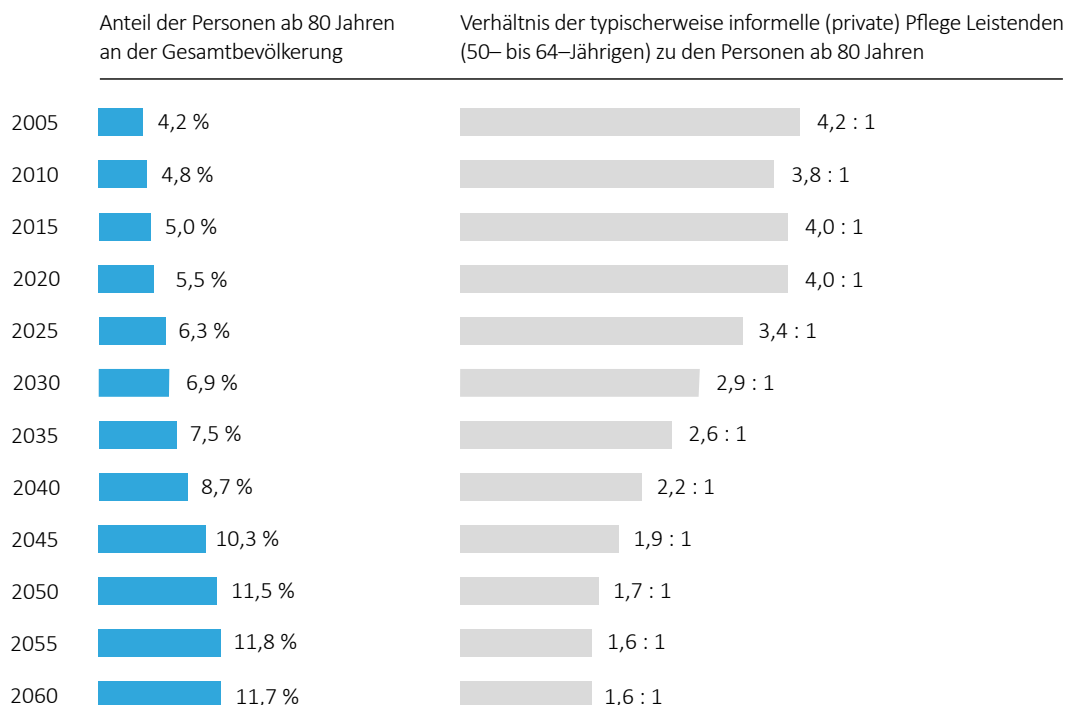
Ausgangslage, Definition, Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung

Ausgangslage

2.1 (1) Laut Prognose der Statistik Austria stand die österreichische Bevölkerung zur Zeit der Gebärungsüberprüfung – wie nachfolgende Abbildung zeigt – vor einer wesentlichen Veränderung hinsichtlich ihrer Alterszusammensetzung:

- Der Anteil der Personen ab 80 Jahren an der österreichischen Gesamtbevölkerung, bei denen Pflegebedarf häufig auftritt, würde demnach von rd. 5 % im Jahr 2015 (rd. 0,43 Mio. Personen) zunächst auf rd. 7 % im Jahr 2030 (rd. 0,63 Mio. Personen) und weiter auf rd. 12 % im Jahr 2060 (rd. 1,10 Mio. Personen) steigen.
- Das Verhältnis der Personen, die typischerweise informelle (private) Pflege⁶ leisten (50– bis 64–Jährige), gegenüber jenen ab 80 Jahren würde von 4 im Jahr 2015 auf 1,6 im Jahr 2060 sinken.

Abbildung 1: Demografische Veränderungen der österreichischen Gesamtbevölkerung



Quelle: Statistik Austria; Darstellung: RH

⁶ Informelle Pflege ist gekennzeichnet durch ein Naheverhältnis der pflegenden Personen (z.B. Verwandtschaft) zur bzw. zum Pflegebedürftigen und – im Unterschied zur formellen Pflege – durch das Fehlen von Vorgaben für eine pflegerische Ausbildung und von staatlichen Regelungen (z.B. hinsichtlich Entlohnung und Arbeitszeiten).

Neben den demografischen Veränderungen werden auch andere Entwicklungen, z.B. eine erwartete höhere Frauenerwerbsquote, ein Anstieg der Single-Haushalte, eine höhere Mobilität der Arbeitskräfte und Veränderungen im Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung, Auswirkungen auf die informelle Pflege haben.

Wie die folgende Tabelle zeigt, stagnierte die Entwicklung des Anteils der Personen ab 80 Jahren in den Jahren 2012 bis 2017, somit in der letzten Finanzausgleichsperiode und jener Phase, für die Daten aus der 2012 geschaffenen Pflegedienstleistungsstatistik verfügbar waren. Die folgenden Jahre würden jedoch wieder von einem deutlichen Wachstum der älteren Bevölkerung gekennzeichnet sein.

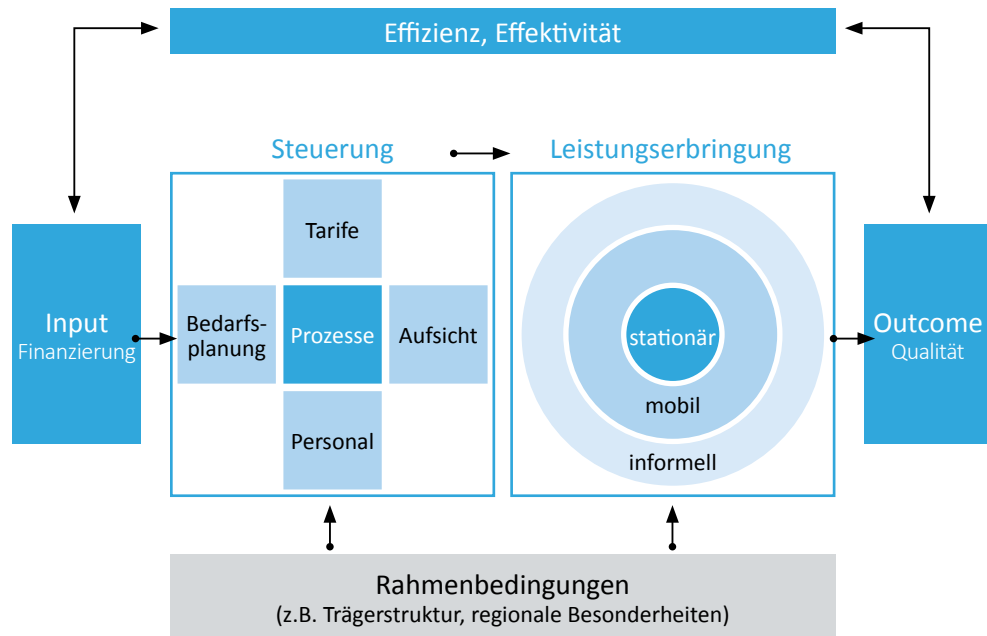
Tabelle 1: Anstieg des Bevölkerungsanteils an Personen ab 80 Jahren

Zeiträume	2002 bis 2007	2007 bis 2012	2012 bis 2017	2017 bis 2022	2022 bis 2027	2027 bis 2032
	in %					
Veränderung des Anteils der Personen ab 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung	18,6	10,7	-0,4	20,4	6,5	9,4

Quelle: Statistik Austria; Berechnung: RH

(2) Diese voraussichtlichen Veränderungen würden erhebliche Herausforderungen (neue Ressourcen, Steuerung der Leistungen und Überprüfung der Ergebnisse) für die öffentliche Hand mit sich bringen. Die folgende Darstellung zeigt schematisch, wie die Steuerung, die Leistungserbringung und die Rahmenbedingungen der Pflege zusammenhängen und wie diese hinsichtlich Effizienz und Effektivität insbesondere im Hinblick auf eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen beurteilt werden können.

Abbildung 2: Steuerung der Pflege



Quelle: RH

- Die Steuerung umfasst insbesondere die Definition von Prozessen (z.B. zur Entscheidung über Förderungen für bestimmte Leistungen), die Planung des Bedarfs, die Festlegung von Strukturqualitätskriterien, wie der Personalausstattung, die Vereinbarung von Tarifen und die Definition von behördlichen Aufsichtspflichten.
- Auf Basis dieser Steuerungsvorgaben erfolgt die eigentliche Leistungserbringung in stationären Einrichtungen, durch mobile Dienste und durch die informelle Pflege.
- Dabei sind als Rahmenbedingungen insbesondere die Trägerstruktur (z.B. Größe und wirtschaftliche Ausrichtung der Einrichtungen) und regionale Besonderheiten (z.B. die räumliche Verteilung der Pflegebedürftigen) zu berücksichtigen.
- Übergeordnet sind die notwendigen Inputfaktoren (finanzielle Mittel, Personal) zur Verfügung zu stellen und die Ergebnisse (Outcome) zu messen und zu überprüfen. Eine Messung der Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung erfordert den Vergleich des Inputs mit dem Outcome.

(3) Wie die folgende Tabelle zeigt, bestanden bei wichtigen Steuerungselementen für Pflegedienstleistungen im stationären Bereich, insbesondere bei der Anzahl von Pflegeheimplätzen und bei den Kosten je Verrechnungstag, wesentliche Unterschiede zwischen den Ländern:

Tabelle 2: Wesentliche Steuerungselemente der stationären Pflege

Thema	Kennzahl	Minimum	Maximum	Darstellung im Bericht
Pflegeheimdichte (2018)	Personen ab 80 Jahren je Heimplatz je Bezirk (Anzahl)	17	3	<u>TZ 14</u>
Kosten der stationären Versorgung (2016)	bereinigte durchschnittliche Kosten je Verrechnungstag (in EUR)	91	161	<u>TZ 19</u>

Quellen: Länder; Berechnung: RH

Je nach Zugrundelegung der minimalen bzw. maximalen Werte würden sich folgende finanzielle Auswirkungen für das Jahr 2030 ergeben: Ein Ausbau der stationären Versorgung für den prognostizierten Anstieg an Personen ab 80 Jahren auf Basis der maximalen Werte (Heimdichte je Bezirk und Kosten je Verrechnungstag) im Vergleich zu den minimalen Werten würde zu jährlichen Mehrkosten von rd. 3,5 Mrd. EUR führen.

Im Jahr 2014 hatte der RH bei einer Überprüfung in Kärnten und Tirol festgestellt, dass geeignete Instrumente zur Steuerung, insbesondere zur Prüfung des Bedarfs und zur nachvollziehbaren Festlegung von Preisen, gefehlt hatten. Er hatte auf dieser Basis die Einschätzung getroffen, dass Österreich nicht ausreichend auf die kommende demografische Herausforderung vorbereitet war.⁷

(4) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung arbeiteten mehrere Länder an der Umgestaltung der Steuerung der Pflegedienstleistungen, z.B.

- beabsichtigte das Land Burgenland, durch die Anstellung pflegender Angehöriger einen Anreiz für häusliche Pflege zu schaffen,
- beabsichtigte das Land Niederösterreich, durch die Einbringung der landeseigenen Pflegeheime in die NÖ Landeskliniken– Holding eine engere Anbindung zum Gesundheitssystem zu erreichen,
- führte das Land Tirol ein Pilotprojekt durch, in dem es eine wesentliche Erhöhung des Personalschlüssels und der Tarife erprobte, und
- führte das Land Steiermark ein neues Tarif– bzw. Normkostenmodell ein.

⁷ RH–Bericht „Altenbetreuung in Kärnten und Tirol; Entwicklungen unter Berücksichtigung der Pflege-reform 2011/2012“ (Reihe Bund 2014/7, TZ 38)

Eine übergreifende Koordination dieser Reformprojekte war nicht eingerichtet. Die Bundesregierung hatte jedoch im Jahr 2018 angekündigt, gemeinsam mit den Ländern bis Ende 2019 grundlegende Reformen zu überprüfen.

- 2.2 Der RH anerkannte ausdrücklich die Leistungen der Betreuungspersonen in der täglichen Arbeit. Der RH wies darauf hin, dass aufgrund der demografischen Prognose mittelfristig deutliche Erweiterungen in den Pflegeangeboten erforderlich sein würden. Er hielt es daher für wesentlich, dafür rechtzeitig Planungsmaßnahmen zu treffen, um eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellen zu können.

Der RH merkte jedoch an, dass die aktuelle Versorgung österreichweit durch sehr unterschiedliche Pflegeheimdichten und Kosten der Leistungserbringung gekennzeichnet war. Dies wäre bei der künftigen Steuerung von und Versorgung mit Pflegedienstleistungen zu berücksichtigen.

- 2.3 Das Land Tirol hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Aussage, wonach es im Jahr 2014 über keine geeigneten Steuerungsinstrumente – insbesondere zur Prüfung des Bedarfs – verfügt habe, nicht zutreffe. Es bestehe bereits ab 1996 ein Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Pflege und Behindertenhilfe. Seit 2002 gebe es ein eigenes Prognosemodell für die regionale Bevölkerungsentwicklung und den Pflegebedarf, seit 2012 den Strukturplan Pflege 2012 bis 2022. Die derzeit evaluierten Heimtarife würden seit 2014 fortgeschrieben und valorisiert.

Definition des Pflegebedarfs und einzelner Pflegedienstleistungen

- 3.1 (1) Zur Erfassung des Pflegebedarfs zog das Sozialministerium die Anzahl der Pflegegeldbeziehenden – im Jahr 2016 rd. 5,2 % der Bevölkerung – heran. Dazu zählten einerseits auch Menschen mit bestimmten Behinderungen (z.B. Blindheit, Querschnittslähmung) unabhängig von einem konkreten Betreuungsbedarf, andererseits waren nur Personen erfasst, die voraussichtlich mehr als sechs Monate pflegebedürftig sein würden. Es flossen nicht nur pflegfachliche Bedarfe, sondern auch soziale, hauswirtschaftliche Erfordernisse (z.B. Kochen oder Wohnungsreinigung), die bei niedrigen Pflegegeldstufen auch überwiegen konnten, in die Betrachtung mit ein.

Demgegenüber versuchten die Länder teilweise in ihren Planungen, den Bedarf einzelner Leistungen zu ermitteln. Manche Statistiken erfassten auch mitbetreute Angehörige (z.B. bei Hospizdiensten).

(2) Die einzelnen Pflegedienstleistungen waren nach der im Jahr 2012 eingeführten Pflegedienstleistungsstatistik in sechs Kategorien eingeteilt: stationäre Pflege und Betreuung, alternative Wohnformen, Kurzzeitpflege, teilstationäre Angebote, mobile Dienste und Case- und Caremanagement. Die Länder verwendeten teilweise unterschiedliche Begriffsdefinitionen:

- Unter stationärer Pflege und Betreuung war in der Pflegedienstleistungsstatistik ganz allgemein die Erbringung von Hotel-, Pflege- und Betreuungsleistungen für bedürftige Personen in speziellen Einrichtungen mit durchgehender Präsenz von Betreuungs- und Pflegepersonal zu verstehen.
Demgegenüber verwendete insbesondere die Stadt Wien analog zu einem von der Gesundheit Österreich GmbH im Jahr 2008 entwickelten Leistungskatalog stärker differenzierte Definitionen, bei denen z.B. Heime für allgemeine Pflege, Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften und Heime mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung gesondert hervorgehoben waren. Dieser Unterschied erschwerte länderübergreifende Vergleiche (TZ 19).
- Alternative Wohnformen waren Einrichtungen für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr allein wohnen konnten und keiner ständigen stationären Betreuung oder Pflege bedurften. Die Länder erfassten hier Leistungen mit sehr unterschiedlich intensiver Betreuung bzw. Pflege. In Wien, Kärnten und Vorarlberg waren dabei Angebote mit einem relativ dichten Leistungsspektrum, in den übrigen Ländern (z.B. in der Steiermark) teilweise eher mietähnliche Verträge erfasst.
- Die Kurzzeitpflege diente nach der Pflegedienstleistungsstatistik vor allem der Entlastung von Angehörigen (z.B. Urlaubsbetreuung) und war als solche auf einen Aufenthalt von bis zu drei Monaten beschränkt. Teilweise waren jedoch in den Ländern auch (häufig besonders hochwertige) Leistungen der Übergangspflege nach Spitalsaufenthalten als Kurzzeitpflege erfasst. Manche Länder erfassten die Kurzzeitpflege gemeinsam mit der stationären Pflege.
- Mobile Dienste umfassten die Unterstützung bei der Haushaltsführung, pflegerische Dienste, soziale Betreuung sowie Hospiz- und Palliativbetreuung. Die Länder grenzten die erfassten Leistungen u.a. hinsichtlich Haushaltshilfen, Besuchsdiensten, Pflegevisiten, aber auch zum Case- und Caremanagement unterschiedlich ab. Letzteres sollte die Planung der Sozial-, Betreuungs- und Pflegedienstleistungen auf Basis des individuellen Betreuungsbedarfs, die Organisation der entsprechenden Dienstleistungen und die Zielgenauigkeit der Versorgung gewährleisten und als Schnittstelle zwischen den unterschiedlichen Professionen und Sektoren der Versorgung fungieren.
- Die teilstationäre Betreuung sah eine zumindest halbtägige Betreuung in eigenen Einrichtungen (z.B. in Tagesheimstätten, geriatrischen Tageskliniken) vor.

(3) Die 24-Stunden-Betreuung war in der Pflegedienstleistungsstatistik nicht erfasst. Über sie berichtete das Sozialministerium in seinem Pflegevorsorgebericht.

3.2 Der RH merkte kritisch an, dass der Begriff Pflege hinsichtlich

- des erfassten Personenkreises (nur Altenbetreuung oder auch Personen mit Behinderung),
- des relevanten Betreuungsbedarfs (Fachpflege oder auch hauswirtschaftliche Dienstleistungen und soziale Betreuung) und
- der Abgrenzung der einzelnen Dienstleistungen (z.B. stationäre Unterbringung, Betreutes Wohnen und alternative Wohnformen) unterschiedlich interpretiert wurde.

Daraus resultierten Verzerrungen bei länderübergreifenden Vergleichen und unterschiedliche Ausgangspunkte für Steuerungsmaßnahmen.

Der RH knüpfte in seiner Darstellung grundsätzlich an die Systematik der Pflegedienstleistungsstatistik an. Soweit für Gegenüberstellungen Bereinigungen oder eine andere Zuordnung erforderlich waren, wurde dies gesondert angemerkt. Der RH fasste weiters die Leistungsformen in zwei Gruppen zusammen:

- Dienstleistungen zur Unterstützung der informellen Pflege durch mobile und teilstationäre Dienste, die in Verrechnungstunden quantifiziert werden können, sowie
- Maßnahmen zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung der betroffenen Personen (stationäre Dienste, diesen vergleichbare alternative Wohnformen, Kurzzeitpflege und 24-Stunden-Betreuung), die in Verrechnungstagen quantifiziert werden können.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, die Definitionen im Bereich der Pflegedienstleistungen hinsichtlich der betroffenen Personen und der Dienstleistungen abzustimmen und die Begriffe präziser zu definieren, um über ausreichend genaue Daten für Vergleiche und Steuerungsmaßnahmen verfügen zu können.

3.3 (1) Das Sozialministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, unter Einbeziehung der Länder und der Statistik Austria Schritte zu setzen, um die Definitionen im Bereich der Pflegedienstleistungen hinsichtlich der betroffenen Personen und der Dienstleistungen zu präzisieren und abzustimmen. Sollte mit den Ländern ein Konsens gefunden werden, seien in der Folge die erforderlichen Präzisierungen in der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012 vorzunehmen.

(2) Das Land Burgenland pflichtete dem RH in seiner Stellungnahme bei, dass die Vergleichbarkeit von Leistungen und Daten im Bereich der Pflege nur eingeschränkt möglich sei. Dies erschwere auch österreichweit einheitliche Standards und Kalkulationsgrundlagen. Es sei gerne bereit, sich in derartige Prozesse einzubringen.

(3) Das Land Kärnten stimmte der Empfehlung in seiner Stellungnahme grundsätzlich zu, verwies jedoch hinsichtlich einer österreichweiten Vergleichbarkeit auch auf

die Problematik der verschiedenen, zum Teil historisch gewachsenen Ausgestaltungen der Leistungsangebote.

(4) Das Land Niederösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass das Sozialministerium und die Länder die dem Pflegefondsgesetz (**PFG**)⁸ und der Pflegedienstleistungsstatistik zugrunde liegenden Daten und Kriterien gemeinsam erarbeitet hätten und diese in § 3 PFG definiert seien. Die Kriterien der Erhebung seien in der Pflegedienstleistungsstatistik–Verordnung 2012 definiert; unter diesem Aspekt seien die Ausführungen des RH, insbesondere zur Kurzzeitpflege, nicht nachvollziehbar.

(5) Die Stadt Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, einer genaueren Definition der Pflegedienstleistungen sehr positiv gegenüberzustehen. Sie befürworte eine flächendeckende Verwendung dieser festgelegten Definitionen (z.B. den verwendeten Leistungskatalog der Gesundheit Österreich GmbH bzw. die Überarbeitung dieses Katalogs gemäß Kategorien des PFG). Diese einheitliche Leistungsdefinition stelle aus Sicht des Fonds Soziales Wien die Basis für alle weiterführenden Maßnahmen (Planung, Prognose, Finanzierung etc.) dar.

Es sei jedoch nicht nachvollziehbar, warum der RH die genauere Definition der Leistungen des Fonds Soziales Wien negativ bewerte.

- 3.4 Der RH bekräftigte gegenüber dem Land Niederösterreich die vom RH festgestellten Definitionsprobleme zur stationären Pflege, zu alternativen Wohnformen, zur Kurzzeitpflege und zu den mobilen Diensten. Er wies auf die zu den einzelnen Leistungen – wie bspw. zu den mobilen Diensten (TZ 34 ff.) – angemerkten Vergleichsprobleme hin.

Der RH wertete positiv, dass die Stadt Wien einer genaueren Definition zustimmte, und stellte klar, dass die Ausführung über die in Wien verwendeten Begriffe keine Kritik enthielt, sondern lediglich der Beschreibung der unterschiedlichen Interpretationen und Vorgangsweisen der Länder diene.

⁸ BGBl. I 57/2011 i.d.g.F.

Zuständigkeiten

- 4.1 (1) Das Bundes–Verfassungsgesetz (**B–VG**) ordnete das Pflegegeldwesen dem Bund zu (Art. 10 Abs. 1 Z 11 B–VG). Die übrigen Angelegenheiten der Pflege fielen in den allgemeinen Kompetenztatbestand der Länder nach Art. 15 B–VG. Dementsprechend übernahm der Bund nach der im Jahr 1993 abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen (**Art. 15a B–VG Vereinbarung 1993**)⁹ die Geldleistungen (Pflegegeld) und die Länder stellten Sachleistungen zur Verfügung. Zur Abstimmung der Vorgehensweise richteten Bund und Länder einen gemeinsam beschickten Arbeitskreis Pflegevorsorge¹⁰ ein.
- (2) Die Länder regelten in Sozialhilfe–, Mindestsicherungs– bzw. Heimgesetzen die Rahmenbedingungen für die einzelnen Sachleistungen (Heimunterbringung, mobile Dienste etc.). Sie betrieben in unterschiedlichem Ausmaß auch selbst Pflegeeinrichtungen. Teilweise delegierten sie dabei Aufgaben an Sozialhilfeverbände, eigens geschaffene Fonds oder an Gemeinden.
- (3) Der Bund regelte die gesetzlichen Voraussetzungen für die Gewährung von Pflegegeld und die sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger (z.B. durch Pflegekarenz und Pflegezeit).
- (4) In mehreren Bereichen waren sowohl der Bund als auch die Länder aktiv:
- Der Bund regelte mit dem Hausbetreuungsgesetz sowie einer Änderung der Gewerbeordnung im Jahr 2007¹¹ die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die 24–Stunden–Betreuung. Er wickelte auch den überwiegenden Teil der Förderungen dafür ab. Die Finanzierung war aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG zwischen dem Bund und den Ländern über die gemeinsame Förderung der 24–Stunden–Betreuung im Verhältnis 60 zu 40 zwischen dem Bund und den Ländern geteilt.¹² Unabhängig davon gewährten einzelne Länder (z.B. Niederösterreich sowie ab 2018 das Burgenland und ab 2019 Vorarlberg) eine zusätzliche Förderung für die 24–Stunden–Betreuung.

⁹ BGBl. 866/1993 i.d.g.F.

¹⁰ gemäß Art. 12 der Art. 15a B–VG Vereinbarung 1993 zusammengesetzt aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes, der Länder, des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger und von Interessenvertretungen; der Arbeitskreis hatte u.a. zur Aufgabe, Empfehlungen über gemeinsame Ziele und Grundsätze für die Pflegevorsorge abzugeben oder Vorschläge für ihre Weiterentwicklung zu machen.

¹¹ beide: BGBl. I 33/2007

¹² BGBl. I 59/2009 i.d.g.F.

- Der Bund regelte berufsrechtliche Vorgaben im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz¹³, weil für Pflegedienstleistungen grundsätzlich Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verantwortlich waren. Eine Unterstützung dieser diplomierten Pflegefachkräfte erfolgte durch Pflegeassistentinnen und –assistenten bzw. Pflegefachassistentinnen und –assistenten. Gemäß der Art. 15a B-VG Vereinbarung über die Sozialbetreuungsberufe¹⁴ hatten die Länder die Berufe Heimhelferinnen und –helfer, Fach-Sozialbetreuerinnen und –betreuer, Diplom-Sozialbetreuerinnen und –betreuer nach den gleichen Grundsätzen zu regeln. Nach PFG hatten die Länder weiters für ausreichend fachlich qualifiziertes Personal der Gesundheits- und Krankenpflege und der Sozialbetreuungsberufe zu sorgen.

(5) Der Bund arbeitete mit den Ländern wie folgt zusammen:

a) Im Jahr 1993 erfolgte eine Abstimmung durch eine Art. 15a B-VG Vereinbarung, die grundlegende Regelungen zu einem Mindeststandard an Leistungen vorsah. Eine laufende Aktualisierung bzw. Weiterentwicklung dieser Regelungen fanden nicht statt.

b) Im Jahr 2011 richtete der Bund einen Pflegefonds zur Sicherung des Angebots der Länder und zur Harmonisierung der Pflegedienstleistungen ein.¹⁵ Die Verteilung der Mittel auf die Länder erfolgte in Form von Zweckzuschüssen, die der Bund von der Erreichung bestimmter Vorgaben (z.B. Richtversorgungsgraden) abhängig machte. So konnte der Bund auch Themenbereiche mitgestalten, die nach der Kompetenzverteilung den Ländern zugeordnet waren. Eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Regelungen gelang auch auf diesem Weg nicht.

c) Im Jahr 2017 griff der Bundesgesetzgeber durch eine Verfassungsbestimmung zur Abschaffung des Pflegeregresses in die Finanzierung der Sachleistungen ein (**TZ 11**). Mehrere Länder arbeiteten an der grundlegenden Umgestaltung ihres Pflegesystems (**TZ 2**). Im Rahmen eines Vorhabens der Bundesregierung (Vortrag im Ministerrat vom Dezember 2018, „Masterplan Pflege“) diskutierten Vertreterinnen und Vertreter des Bundes und der Länder Reformvorschläge. Dauerhaft eingerichtete Gremien zur Zusammenarbeit analog zur Gesundheit, wie z.B. Bundesgesundheitsagentur und Bundes-Zielsteuerungskommission, bzw. verpflichtende Koordinierungs- und Planungsinstrumente, wie z.B. die Strukturpläne Gesundheit, waren im Bereich der Pflege nicht eingerichtet.

¹³ BGBl. I 108/1997 i.d.g.F.

¹⁴ BGBl. I 55/2005 i.d.g.F.

¹⁵ BGBl. I 57/2011

Der Finanzausgleich 2017 verlängerte die Regelung um fünf Jahre bis 2021 mit einer Dotierung von insgesamt 1.914 Mio. EUR.

(6) Der RH hatte bereits mehrfach Vereinfachungen der Zuständigkeiten und eine Verstärkung zentraler Steuerung im Bereich der Pflege angeregt, welche die Bundes- bzw. Landesgesetzgeber teilweise auch umsetzten:

- Nach einem RH-Bericht aus dem Jahr 2010¹⁶ wurde der neue Kompetenztatbestand Pflegegeldwesen geschaffen und die Zahl der über das Pflegegeld entscheidenden Stellen von mehr als 300 auf sieben reduziert.
- Ein RH-Bericht zur stationären Betreuung in Kärnten und Tirol aus dem Jahr 2011¹⁷ zeigte wesentlichen Koordinationsbedarf zwischen dem Bund und den Ländern auf; die Pflegedienstleistungsstatistik bzw. ein Richtversorgungsgrad im Zusammenhang mit der Einrichtung des Pflegefonds wurden eingeführt.

Nach erneuter Kritik des RH im Jahr 2014¹⁸ an mangelnder zentraler Steuerung sah eine Novelle des PFG im Jahr 2017 u.a. einen Ausgaben- bzw. Kostendämpfungspfad (**TZ 9**), Vorgaben für mittelfristige Planungen der Länder (**TZ 15**) und eine Harmonisierung einzelner Rahmenbedingungen vor. Dies betraf z.B. eine Aufnahme in stationäre Einrichtungen grundsätzlich erst ab der Pflegegeldstufe 4, die verpflichtende Verfügbarkeit von qualifiziertem Heimpersonal während der Nachtstunden sowie Vorgaben zu Qualitätssicherungssystemen.

- 4.2 Der RH wies darauf hin, dass für die Pflege sowohl bundes- als auch landesrechtliche Vorgaben maßgeblich waren: Während der Bund das Pflegegeld regelte, normierten die Länder die Sachleistungen. Im Berufsrecht und bei der 24-Stunden-Betreuung legten beide Ebenen Vorgaben fest. Der Bund machte weiters im Rahmen des PFG Zweckzuschüsse von bestimmten Vorgaben abhängig und griff 2017 durch die Abschaffung des Pflegeregresses in die Sachleistungen ein. Der RH hob hervor, dass wegen der zwischen Bund und Ländern aufgeteilten Zuständigkeiten im Bereich der Pflege ein koordiniertes Vorgehen zur Steuerung erforderlich war.

Der RH stellte kritisch fest, dass dieses koordinierte Vorgehen trotz unterschiedlicher Versuche (Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993, Zweckzuschüsse unter bestimmten Voraussetzungen) bislang nur eingeschränkt umgesetzt war und sowohl Bund als auch Länder immer wieder einseitig wesentliche Veränderungen vornahmen (zuletzt z.B. durch Abschaffung des Pflegeregresses, **TZ 11**).

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, das erforderliche zwischen Bund und Ländern koordinierte Vorgehen im Bereich der Pflege durch zur Steuerung geeignete Gremien und Instrumente, wie z.B. Finanzpläne, Bedarfs- und Entwicklungspläne (**TZ 18**), sicherzustellen.

¹⁶ „Vollzug des Pflegegeldes“ (Reihe Bund 2010/3)

¹⁷ „Altenbetreuung in Kärnten und Tirol“ (Reihe Bund 2011/2)

¹⁸ „Altenbetreuung in Kärnten und Tirol; Entwicklungen unter Berücksichtigung der Pflegereform 2011/2012“ (Reihe Bund 2014/7)

4.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es einem koordinierten Vorgehen im Bereich der Pflege positiv gegenüberstehe, wenngleich ein solches durch die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung erschwert sei. Das Sozialministerium hielt fest, dass es als ersten Schritt den Arbeitskreis für Pflegevorsorge mit der Empfehlung des RH befassen wolle und sich zudem bemühen werde, geeignete Steuerungsinstrumente, wie z.B. im Bereich der Zielsteuerung, zu entwickeln.

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung grundsätzlich zu, weil ein koordiniertes Vorgehen anhand gemeinsamer Planung bzw. Schwerpunktsetzung vom Bund und von den Ländern die Bereitstellung vergleichbarer Leistungsangebote ermögliche, was wiederum die Voraussetzung für bundesweite Vergleiche und Steuerungsmaßnahmen sei.

(3) Das Land Oberösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, die Planung der Pflege und das Berichtswesen der Länder seien im PFG umfassend geregelt. Darüber hinausgehende Regelungen und Vorgaben durch den Bund seien nicht erforderlich und im Hinblick auf weitere Eingriffe in die Kompetenz der Länder abzulehnen. Aus fachlicher Sicht sei auch kein finanzieller oder qualitativer Mehrwert durch detailliertere Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern erkennbar.

(4) Das Land Salzburg merkte in seiner Stellungnahme an, dass sich die Länder bereits im Jahr 2012 zu einer Vereinheitlichung der Planungsgrundlagen bekannt hätten, ohne auf das in der Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 festgesetzte Recht der Länder, Bedarfs- und Entwicklungspläne (Ziele, Bereiche, Eckpunkte) selbstständig zu erarbeiten, zu verzichten. Dabei seien auch regionale Besonderheiten und historisch gewachsene Standards in den Ländern zu respektieren.

(5) Die Stadt Wien führte in ihrer Stellungnahme zur Sicherstellung eines koordinierten Vorgehens durch geeignete Gremien und Instrumente aus, sie werde sich mit den vom Fonds Soziales Wien regelmäßig erstellten Plänen, Prognosen sowie mit dem vorhandenen Datenmaterial in entsprechende Vorhaben einbringen. Für die vom Bund einberufenen Arbeitsgruppen biete die Stadt Wien ihre Mitarbeit und Expertise an.

4.4 Der RH hob gegenüber dem Land Oberösterreich erneut die dargestellten Interdependenzen zwischen den Gebietskörperschaften hervor und sah im Gegensatz zum Land Oberösterreich finanzielle und qualitative Vorteile einer stärkeren Abstimmung zwischen Bund und Ländern. Er verwies dazu z.B. auf die in diesem Bericht dargestellten Abstimmungsprobleme bei der Abschaffung des Pflegeregresses (TZ 11).

Gegenüber dem Land Salzburg führte der RH aus, dass die bestehende Koordination der Planung seiner Ansicht nach nicht ausreichte, um eine abgestimmte, schlüssige Planung für das gesamte Bundesgebiet sicherzustellen. Er verwies auf seine Ausführungen zu TZ 16 bis TZ 18 und verblieb bei seiner Empfehlung.

Aufgabenverteilung in den Ländern

- 5.1 Die Länder teilten ihre Steuerungsverantwortung und die Leistungserbringung in unterschiedlicher Weise auf mehrere Rechtsträger (Länder, Fonds, Sozialhilfeverbände, Gemeinden, private Betreiber) auf. Sowohl die Rahmenbedingungen (regionale Verteilung der Bevölkerung), die historisch gewachsenen Strukturen (private oder öffentliche Heime) als auch die rechtliche Zuständigkeit trugen zu einer unterschiedlichen Aufgabenverteilung im Bereich der stationären Pflege bei.

Tabelle 3: Aufgabenverteilung im Bereich der stationären Pflege je Land

Land	Steuerungsverantwortung	Leistungserbringung (privat, öffentlich)	wirtschaftliche Ausrichtung der Träger	Besonderheiten
Burgenland	Land	44 Pflegeheime, davon 41 privat, drei mit Landesbeteiligung	überwiegend gemeinnützig	Betriebsführung der Landesheime an einen privaten Betreiber ausgelagert
Kärnten	Land, SHV	78 Pflegeheime, davon 37 privat, 19 konfessionell, 22 öffentlich	gemeinnützig oder gewinnorientiert	keine
Niederösterreich	Land	106 Pflegeheime, davon 48 vom Land, drei von Gemeinden und 55 privat	gemeinnützig oder gewinnorientiert	Land als größter Betreiber von Pflegeheimen, Verbindung mit der NÖ Landeskliniken– Holding geplant
Oberösterreich	Land, SHV, Statutarstädte	133 Pflegeheime, davon 85 von SHV und Statutarstädten, 21 von Gemeinden und 27 privat	verpflichtend gemeinnützig	SHV spielten große Rolle als Heimbetreiber; keine Landespflegeheime
Salzburg	Land	74 Pflegeheime, davon 63 öffentlich (Gemeinden, Gemeindeverbände), elf privat	überwiegend gemeinnützig	Pflegeheime überwiegend von Gemeinden betrieben
Steiermark	Land, SHV	219 Pflegeheime, davon 184 privat und 35 öffentlich (Gemeinden und Gemeindeverbände)	hoher gewinnorientierter Anteil	bundesweit größter Anteil an gewinnorientierten Betreibern
Tirol	Land, Gemeinden	98 Pflegeheime, überwiegend von Gemeinden, Gemeindeverbänden oder Gemeinde–GmbH, eine Landes–GmbH, vereinzelt Orden und Stiftungen	verpflichtend gemeinnützig ¹	Heimträger finanzierten Errichtung und Einrichtung der Pflegeheime (teilweise mit Unterstützung des Landes)
Vorarlberg	Land, Fonds	51 Pflegeheime, davon 20 privat, 17 Gemeinde–GmbH, elf von Gemeinden, drei konfessionelle Heime	überwiegend gemeinnützig	durch Vorarlberger Sozialfonds hohes Maß an Mitbestimmung der Gemeinden
Wien	Fonds	91 Pflegeheime des Kuratoriums Wiener Pensionisten–Wohnhäuser und KAV sowie anderer gemeinnütziger Träger	verpflichtend gemeinnützig	zentrale Rolle des Fonds Soziales Wien; zwei Institutionen der Stadt Wien (KAV, Kuratorium Wiener Pensionisten–Wohnhäuser) als große Anbieter

GmbH = Gesellschaft mit beschränkter Haftung

KAV = Wiener Krankenanstaltenverbund

SHV = Sozialhilfeverbände

Stand: 2018

¹ bei Abschluss einer Leistungsvereinbarung mit dem Land Tirol

Quellen: Länder

Der RH wies auf folgende Besonderheiten hin:

- Im Burgenland führte das Land die ehemals von der Burgenländischen Krankenanstalten–Gesellschaft m.b.H. betriebenen drei Heime im Rahmen einer Public–Private–Partnership gemeinsam mit einem privaten Betreiber.
- In Kärnten, Oberösterreich und der Steiermark waren Sozialhilfverbände in der Pflege tätig, wobei sie in Kärnten überwiegend als Heimträger, in der Steiermark vor allem zur Abrechnung und in Oberösterreich auch in der Planung und Steuerung (z.B. bei der Tarifvereinbarung) tätig wurden. Das Land Steiermark hatte bundesweit den größten Anteil (rd. 53 %) an privaten gewinnorientierten Heimbetreibern.
- Das Land Niederösterreich war mit 48 Landespflegeheimen wichtigster Anbieter stationärer Pflege; es hatte historisch von Gemeinden bzw. auf Bezirksebene betriebene Heime übernommen und führte diese nunmehr mit einheitlicher Steuerung. Auch in Wien war die Stadt über den Wiener Krankenanstaltenverbund bzw. das Kuratorium Wiener Pensionisten–Wohnhäuser ein wichtiger Betreiber von Pflegeeinrichtungen.
- In Salzburg, Tirol und Vorarlberg spielten die Gemeinden als Heimbetreiber eine große Rolle. In Tirol waren sie insbesondere verpflichtet, Heime zu errichten.
- Das Land Vorarlberg hatte für die Abwicklung der Finanzierung (aus Mitteln des Landes und der Gemeinden) und für die Steuerung (z.B. Tarifgestaltung) den Vorarlberger Sozialfonds¹⁹ eingerichtet. Dem Kuratorium des Vorarlberger Sozialfonds gehörten Land und Gemeinden paritätisch an. Das Land trat im stationären Bereich nicht als Leistungserbringer auf; die Gemeinden waren sowohl in der Finanzierung als auch in der Leistungserbringung aktiv.
- Auch die Stadt Wien richtete einen Fonds ein (Fonds Soziales Wien). Zu seinen Aufgaben gehörten insbesondere das Erstellen von Leitlinien und Qualitätskriterien sowie die Förderung von Einzelpersonen.

5.2 Der RH hob die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der stationären Pflege in den Ländern hervor. Vor diesem Hintergrund war der RH der Auffassung, dass zur strategischen Steuerung zwischen dem Bund und den Ländern eine operative Steuerung auf Länderebene hinzutreten sollte. Die einzelnen Steuerungselemente (Tarife, Aufsicht, Prozesse etc.) wären aufeinander abzustimmen und an die jeweiligen Rahmenbedingungen anzupassen (TZ 2).

Der RH merkte weiters an, dass in den Ländern die stationäre Pflege teils bei den Gemeinden, teils bei den Sozialhilfverbänden und teils beim jeweiligen Land selbst lag. Für eine vergleichende Beurteilung der Effektivität und Effizienz der Aufgabenverteilung in der stationären Pflege wäre eine vergleichbare Input– und Outcome–Messung erforderlich (TZ 2). Aufgrund der unzureichenden Verfügbarkeit entsprechender Daten (TZ 8) war dies zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht möglich.

¹⁹ Der Sozialfonds wurde mit Wirkung vom 1. Jänner 1998 als selbstständiger Landesfonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet.

Finanzierung

Datengrundlagen

6.1 In Österreich bestand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Statistik zu den Gesamtaufwendungen für die Pflege. Unterschiedliche Auswertungen wiesen verschiedene Teilmengen aus:

- Das „System of Health Accounts“ erhob nur Ausgaben für gesundheitsbezogene Maßnahmen.²⁰ Das betraf sowohl private als auch öffentliche Aufwendungen (2015: rd. 4,1 Mrd. EUR).
- Das Europäische System integrierter Sozialschutzstatistiken erhob gesundheits- und sozialbezogene Daten, aber nur öffentliche Aufwendungen (2015: rd. 4 Mrd. EUR).
- Die Pflegedienstleistungsstatistik erhob grundsätzlich nur Aufwendungen im Zusammenhang mit der Sozialhilfe (2015: rd. 3,4 Mrd. EUR).

Am Beispiel der 24-Stunden-Betreuung bedeutete dies, dass das Europäische System integrierter Sozialschutzstatistiken nur öffentliche Förderungen berücksichtigte, diese aber vollständig. Das System of Health Accounts schätzte auch die privaten Aufwendungen anhand einer Hochrechnung, teilte dann jedoch die Gesamtaufwendungen in gesundheitsbezogene (Pflege) und sozialbezogene Aufwendungen (Betreuung) und berücksichtigte nur erstere. Da die öffentlichen Mittel für die 24-Stunden-Betreuung eine Förderung und keine Sozialhilfeleistung darstellten, blieben sie in der Pflegedienstleistungsstatistik unberücksichtigt. Mobile Dienste waren dagegen aufgrund der gesetzlichen Regelung in der Pflegedienstleistungsstatistik enthalten.

Private Aufwendungen für die informelle Pflege und Betreuung waren in keiner dieser Statistiken enthalten. Die diesbezüglichen Einschätzungen verschiedener Studien basierten auf einer Befragung des Mikrozensus aus dem Jahr 2002 und wurden seither hochgerechnet. Die Darstellung der Pflegeaufwendungen erfolgte nur teilweise nach Mittelherkunft und Mittelverwendung.

6.2 Der RH hielt aufgrund der großen finanziellen Bedeutung und der demografischen Entwicklung eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege für notwendig und kritisierte, dass ein dafür geeignetes Regelwerk (Erfassung öffentlicher und privater Aufwendungen sowie nach Mittelherkunft und Mittelverwendung) nicht bestand.

²⁰ Das Handbuch von OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition unterscheidet zwischen „health care“ und „social care“ und führt aus: „many activities that may accompany or follow the provision of health care services such as long-term social care or activities related to enhancing the social integration and participation of disabled persons are not counted as health care functions.“ (S. 53)

Er empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege sicherzustellen und dabei Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen.

- 6.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine Ausweitung der in die Pflegedienstleistungsstatistik einzuspeisenden Daten (wie z.B. 24–Stunden–Betreuung und Pflegegeld) ein denkbarer Weg zur (weitestgehend) statistischen Erfassung der Gesamtaufwendungen sei und durch eine Novelle der Pflegedienstleistungsstatistik–Verordnung 2012 veranlasst werden könne. Bei diesem Ansatz seien allerdings die privaten Aufwendungen für die informelle Pflege und Betreuung auszunehmen, da sie als bloße Schätzgröße nicht in die Systematik der Pflegedienstleistungsstatistik passen würden. Ob die Trennung der Pflegeaufwendungen nach Mittelherkunft und –verwendung ohne unverhältnismäßigen Aufwand umsetzbar sei, könne das Sozialministerium derzeit nicht beurteilen. Es werde aber die Empfehlung in einer Sitzung mit den Ländern eingehend diskutieren.
- (2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme einer gesamtheitlichen Erfassung der öffentlichen und privaten Ausgaben und Einnahmen im Pflegewesen – wenn möglich in einer Datenquelle – zu.
- (3) Das Land Niederösterreich regte an, vor einer statistischen Erfassung der Gesamtaufwendungen für die Pflege eine Kosten–Nutzen–Analyse durchzuführen.
- (4) Die Stadt Wien sagte in ihrer Stellungnahme zu, sich in entsprechende Vorhaben einzubringen und dafür ihre Mitarbeit und Expertise anzubieten.

Gebarungsvolumen

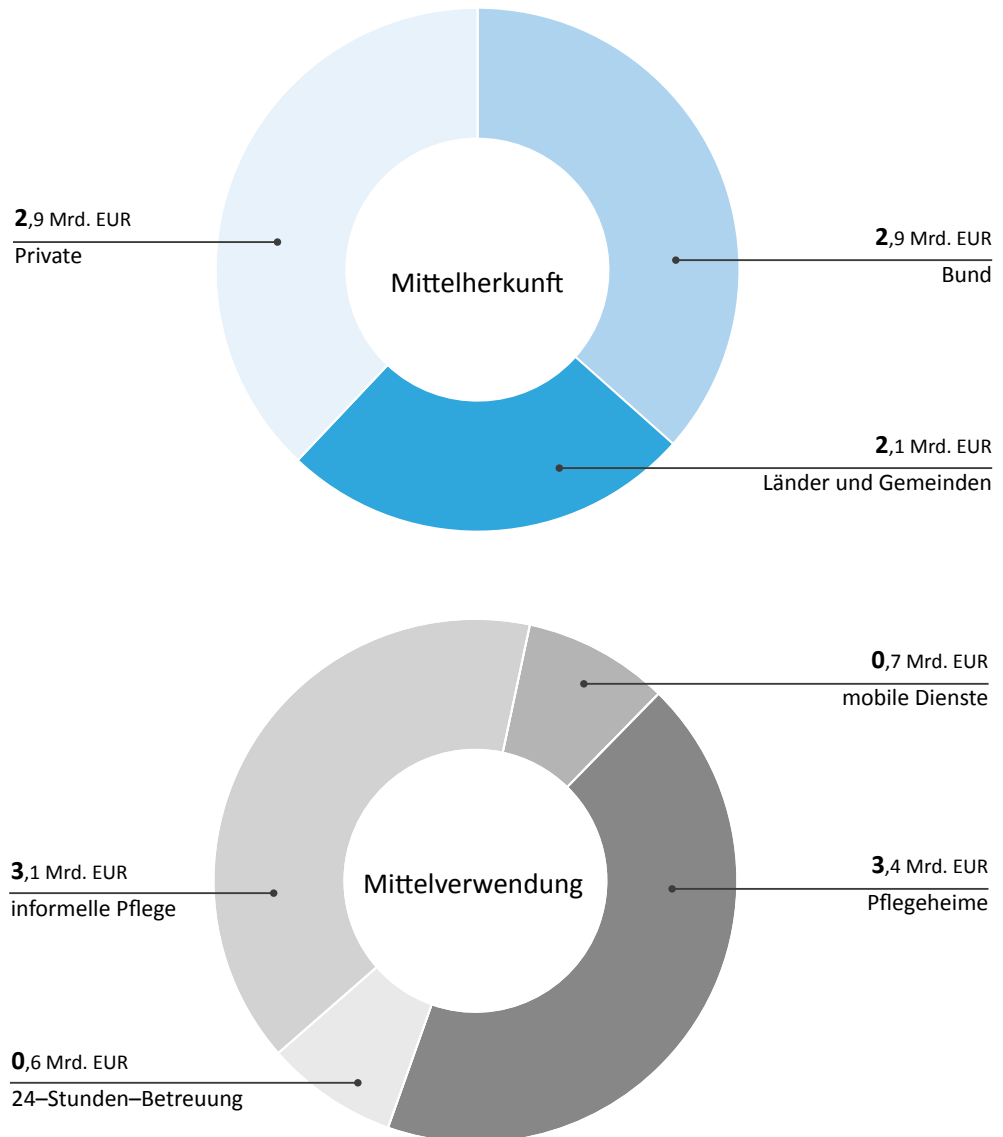
- 7.1 Der RH erstellte auf Grundlage der Pflegedienstleistungsstatistik, zusätzlicher Angaben der Länder und Hochrechnungen sowohl der Statistik Austria für die 24–Stunden–Betreuung bzw. für die Selbstzahlenden als auch des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (**WIFO**) für die informelle Pflege die Gesamtkosten für Pflege hinsichtlich Mittelherkunft und Mittelverwendung.

Dabei ergaben sich für das Jahr 2016 Gesamtkosten von rd. 7,9 Mrd. EUR, von denen rd. 2,9 Mrd. EUR vom Bund, rd. 2,1 Mrd. EUR von den Ländern und Gemeinden sowie rd. 2,9 Mrd. EUR von Privaten stammten (darunter die Eigenbeiträge zu Pflegedienstleistungen, aber auch die in Geld bewerteten informellen Pflegedienstleistungen abzüglich des vom Bund finanzierten Pflegegeldes).²¹ Somit ergab sich ein Finanzierungsvolumen für die öffentliche Hand von rd. 5 Mrd. EUR.

²¹ Nicht berücksichtigt sind dabei die Ausgaben der Krankenversorgung von pflegebedürftigen Personen (z.B. Medikamente, Arzthonorare, Spitalsaufenthalte).

Diese Mittel wurden – unter Berücksichtigung von Rundungsdifferenzen – zu rd. 3,4 Mrd. EUR für Pflegeheime, zu rd. 3,1 Mrd. EUR für die Arbeitsleistung informeller Pflege, zu rd. 0,7 Mrd. EUR für mobile Dienste und zu rd. 0,6 Mrd. EUR für die 24-Stunden-Betreuung verwendet.

Abbildung 3: Mittelherkunft und Mittelverwendung der Pflege für das Jahr 2016



Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: siehe Anhang, Tabelle A; Darstellung: RH

Eine genauere Darstellung der berücksichtigten Quellen und Daten ist aus dem Anhang, Tabelle A, ersichtlich.

- 7.2 Der RH wies darauf hin, dass die Finanzierung der Pflege zwischen Privatpersonen (37 %), Bund (37 %) sowie Ländern und Gemeinden (26 %) aufgeteilt war. Obwohl die Zuständigkeit zur Regelung der Pflege überwiegend bei den Ländern lag (TZ 5), war der Finanzierungsanteil des Bundes bzw. der Privaten somit höher als jener der Länder. Der RH verwies dazu auf seine Empfehlung in TZ 4, das erforderliche koordinierte Vorgehen im Bereich der Pflege durch entsprechende dauerhaft eingerichtete Gremien und Instrumente, wie z.B. Finanzpläne sowie Bedarfs- und Entwicklungspläne, sicherzustellen.

Der RH hob weiters hervor, dass die Mittel im Rahmen der formellen Pflege vor allem in Pflegeheime flossen. Bei der Betreuung zu Hause lag der Schwerpunkt auf der informellen Pflege. Demgegenüber spielten die mobilen Dienste nur eine untergeordnete Rolle.

- 7.3 Zur Mittelverteilung der formellen Pflege wies das Land Niederösterreich in seiner Stellungnahme darauf hin, dass sich die Angebote sowohl inhaltlich als auch vom Umfang her unterscheiden würden, und dieser Sachverhalt bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen sei.

Instrumente der Pflegefinanzierung

8.1 (1) Grundsätzlich wurde die Pflege über fünf zentrale Instrumente finanziert:

- Der Bund gewährte den Pflegebedürftigen über die Pensionsversicherung Pflegegeld zur Finanzierung informeller oder formeller Pflegedienstleistungen.
- Im Falle der 24–Stunden–Betreuung erhielten die Pflegebedürftigen bei Erfüllung der Voraussetzungen Förderungen vom Sozialministeriumservice, finanziert im Verhältnis 60 zu 40 zwischen Bund und Ländern.
- Bei mobilen Diensten gewährten die Länder Förderungen.
- Im Fall der stationären Betreuung übernahmen die Länder (mitfinanziert von den Gemeinden) als Träger der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung jene Beträge, die von den Betroffenen nicht selbst finanziert werden konnten.
- Der Bund stellte den Ländern im Wege des allgemeinen Finanzausgleichs und zusätzlich aus dem Pflegefonds sowie seit 2018 als Ersatz des Pflegeregresses finanzielle Mittel zur Verfügung, um deren Leistungen mitzufinanzieren (TZ 12).

(2) In einigen Ländern galten diverse Besonderheiten: Zum Beispiel unterstützten Niederösterreich, das Burgenland und ab 2019 auch Vorarlberg die 24–Stunden–Betreuung mit zusätzlichen Förderungen. In der Steiermark konnte neben den Förderungen für mobile Dienste zur Abdeckung eines allfälligen weiteren Finanzierungsbedarfs für mobile Dienste auch Sozialhilfe bezogen werden. In Tirol finanzierten die Gemeinden die Errichtung von Pflegeheimen direkt. Im Übrigen wurden die Errichtungskosten meist über die Tarife durch die Betroffenen oder die Sozialhilfe finanziert; weiters flossen z.B. Wohnbaudarlehen oder Bedarfsmittel für die Errichtung von Heimen. Im Hintergrund erfolgten noch Zahlungsströme von geringerer Bedeutung für die Pflegebedürftigen: etwa der Ersatz der Vorsteuer oder die Mitfinanzierung von medizinischer Hauskrankenpflege durch die Krankenversicherungsträger oder die Gesundheitsfonds der Länder.

(3) Zu diesem System der Finanzierung war anzumerken:

a) Die Gesamtkosten und deren Entwicklung waren in keiner einheitlichen Übersicht erfasst und in keinem einheitlichen Prozess steuerbar. Es trafen die Einzelfallentscheidungen der Pensionsversicherungsträger, die Valorisierungsentscheidungen des Bundesgesetzgebers, Förderentscheidungen des Sozialministeriumservice und der Länder sowie die Investitions– und Tarifentscheidungen der Länder und Gemeinden zusammen.

Investitionen waren uneinheitlich erfasst. Obwohl die Entwicklung der Heimplätze ein wesentlicher Faktor für die Versorgung und die Kosten war, fand keine einheitliche Messung von Abschreibungen und Reinvestitionen statt. Teilweise wurden Investitionen direkt von Gebietskörperschaften übernommen, teilweise gefördert und teilweise

in durch Sozialhilfe, Pflegegeld und Eigenbeiträge finanzierten Tarifen über Tagsätze abgedeckt.

b) Die Finanzierung war unterschiedlich, je nachdem ob sie durch Pflegeeinrichtungen oder im Rahmen der Gesundheitsversorgung erfolgte. So konnte z.B. die Anstellung von medizinischem Personal in bestimmten Wiener Pflegeeinrichtungen zwar Spitalsaufenthalte und Transporte vermeiden, dafür fielen zusätzliche Kosten in den Pflegeheimen an. Umgekehrt verursachten Rehabilitationsmaßnahmen Kosten im Gesundheitssystem, allenfalls konnten diese aber weitere Kosten der Pflegebedürftigkeit vermeiden. Eine frühere Entlassung aus Spitälern in Pflegeheime entlastete die Spitäler, belastete jedoch wiederum die Heime. Eine gemeinsame Betrachtung fehlte trotz der vielfältigen Wechselwirkungen. Im Gegensatz dazu bestand z.B. in Deutschland für Personen in Pflegeheimen grundsätzlich eine Finanzierung von Krankenbehandlung und Pflege aus einer einzigen Quelle (Pflegeversicherung).

c) Die Verantwortung für die Finanzierung war unklar aufgeteilt: Der Bund trug aufgrund der Einnahme der Steuern und Abgaben eine Gesamtverantwortung zur Finanzierung (Finanzausgleich, Pflegegeld, Dotierung Pflegefonds), die Länder jedoch die Verantwortung für die wesentlichen Kostentreiber (Anzahl der Pflegeplätze, Tarife) und sie entschieden, in welchem Ausmaß die allgemeinen Mittel des Finanzausgleichs für die Pflege zu verwenden waren. Da die Geldleistungen bzw. Förderungen nicht automatisch valorisiert wurden,²² war die Dotierung des Pflegefonds laufend Gegenstand von Verhandlungen. Die länderweise Zuordnung der Mittel erfolgte dabei nach vier verschiedenen Kriterien, nämlich teilweise nach Pflegebedarf (Pflegegeld), teilweise nach einem Bevölkerungsschlüssel (Pflegefonds), teilweise nach den Kosten der Betreuung (Ersatz der Kosten infolge des Pflegeregressentfalls) und teilweise nach den Kriterien des allgemeinen Finanzausgleichs. Die Gemeinden trugen zwar insbesondere über die Sozialhilfeumlage zur Finanzierung bei (35 % in Tirol, je 40 % in Oberösterreich, Vorarlberg und in der Steiermark, je 50 % im Burgenland, in Kärnten, Niederösterreich und Salzburg), waren aber nur teilweise in die Planung und Steuerung eingebunden.

²² Im Juli 2019 beschloss das Parlament eine automatische Valorisierung des Pflegegeldes ab 2020.

d) Die Einbindung der Pflegebedürftigen in die Finanzierung folgte keinen klaren Steuerungsgesichtspunkten:

- Das gewährte Pflegegeld war nicht an einen Verwendungsnachweis geknüpft oder an der konkreten in Anspruch genommenen Leistung ausgerichtet. Von den rd. 2,6 Mrd. EUR Pflegegeld im Jahr 2016 flossen rd. 0,5 Mrd. EUR im Wege einer Legalzession für stationäre Unterbringung an die Länder. Selbst bei Hinzurechnung der Eigenbeiträge für mobile Dienste, 24–Stunden–Betreuung etc. lagen über die Verwendung (z.B. zur allgemeinen Lebensführung der Betroffenen, für konkrete Pflegebedarfe wie Hilfsmittel oder zur Abgeltung informeller Pflege durch Angehörige) eines erheblichen Teils des Pflegegeldes keine Informationen vor.
- Auch die einbehaltenen Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen waren nicht nach Steuerungsgesichtspunkten ausgerichtet. Da bei stationärer Unterbringung in der Regel das gesamte Einkommen herangezogen wurde, bei mobilen Diensten ein Eigenbeitrag je Stunde kalkuliert war und bei der 24–Stunden–Betreuung die Höhe der Eigenmittel letztlich durch freie Vereinbarung zwischen Betreuungspersonen, Agenturen und betreuten Personen festzulegen war, ergab sich erst im Einzelfall, welche finanziellen Folgen die Entscheidung zwischen bestimmten Leistungen hatte. Für die 24–Stunden–Betreuung und die mobilen Dienste war ohne entsprechende Eigenmittel teilweise die Inanspruchnahme wirtschaftlich unmöglich, bei Unterbringung in einem Pflegeheim konnten die Träger der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung Fehlbeträge ausgleichen. Durch das Abstellen auf das Einkommen zur Zeit der Pflegebedürftigkeit bestanden keine Anreize für eine individuelle finanzielle Vorsorge.

(4) Im Regierungsprogramm 2017 bis 2022 war die Ausarbeitung eines Konzepts zur langfristigen Finanzierung der Pflege unter Einbindung der betroffenen Institutionen und Gebietskörperschaften vorgesehen. Das Regierungsprogramm 2020 bis 2024 nannte im Hinblick auf die Sicherstellung der Pflegefinanzierung Maßnahmen wie Pflegeversicherung, Einrichtung einer Taskforce oder die Weiterentwicklung des Pflegegeldsystems.

8.2 Der RH hatte wiederholt eine nachhaltige Finanzierung der Pflege und eine Gesamtstrategie für alle Angebote empfohlen. Er befürwortete daher die im Regierungsprogramm 2017 bis 2022 vorgesehene Ausarbeitung eines Konzepts zur langfristigen Finanzierung der Pflege und verwies auf die im Regierungsprogramm 2020 bis 2024 angekündigten Finanzierungsänderungen. Der RH wies dazu auf vier grundsätzliche Schwächen des bestehenden Finanzierungssystems hin; es fehlten

- Informationen (z.B. hinsichtlich der Investitionen) und klare Prozesse für eine übergeordnete Steuerung,
- eine klare Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung,
- eine gemeinsame Betrachtung von Gesundheits- und Pflegesystem und
- klare Steuerungsgesichtspunkte für die Einbindung der Pflegebedürftigen in die Finanzierung (allfällige Zweckwidmung mit Verwendungsnachweis des Pflegegeldes, unterschiedliche Eigenbeiträge innerhalb und außerhalb der stationären Pflege, allfällige Anreize für eine individuelle finanzielle Vorsorge).

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, ein nachhaltiges Finanzierungssystem zu entwickeln und dabei insbesondere die Anforderungen

- einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie
- einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege

unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen.

8.3 (1) Das Sozialministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass sich aus den §§ 1 und 20 Bundespflegegeldgesetz und der Judikatur des Obersten Gerichtshofes eine Zweckwidmung des Pflegegeldes ergebe. Demnach habe das Pflegegeld den Zweck, in Form eines Beitrags pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten. Bei Nichterreichen des definierten Zwecks sei eine Umwandlung in eine Sachleistung vorgesehen. Werde die Annahme dieser Sachleistung ohne triftigen Grund verweigert, ruhe der Pflegegeldanspruch.

Nach Ansicht des Sozialministeriums sei aufgrund der demografischen Entwicklung und der längeren Lebenserwartung mit einer Zunahme von pflegebedürftigen Menschen und einer Kostensteigerung zu rechnen. Dies sei auch davon abhängig, wie z.B. präventive Maßnahmen greifen würden oder der technische Fortschritt in die Betreuung integriert werden könne.

Bezogen auf die Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wies das Sozialministerium darauf hin, dass eine bereits im Jahr 2011 eingerichtete Reformarbeitsgruppe „Pflege“ zum Ergebnis gekommen sei, die Pflege und Betreuung aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren und auch für die Zeit vor der Pflegebedürftigkeit eine nachhaltige Steuer- statt Beitragsfinanzierung zu überlegen. Darüber hinaus habe das Sozialministerium im Jahr 2019 eine Studie zur Pflegefinanzierung in Österreich im internationalen Vergleich an das Institut für Höhere Studien vergeben. Wie mit den voraussichtlich Ende 2019 vorliegenden Ergebnissen der Studie umzugehen sei, werde Teil einer politischen Diskussion sein. Darüber hinaus solle die Bedeutung der Prävention systematisch betrachtet werden. Diese Schritte würden der Vorbereitung dienen, damit eine zukünftige Regierung fundiert entscheiden könne.

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung grundsätzlich zu.

(3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 9.

(4) Das Land Salzburg merkte in seiner Stellungnahme an, dass die aktuelle Rechtslage der Empfehlung des RH widerspreche, ein nachhaltiges Finanzierungssystem mit einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung zu entwickeln.

(5) Das Land Tirol betonte in seiner Stellungnahme, dass die Berücksichtigung von Abschreibungen in den Heimtarifen wegen seines dualen Finanzierungssystems für die Errichtung und den Betrieb von Pflegeheimen nicht zulässig sei.

(6) Die Stadt Wien sagte in ihrer Stellungnahme zu, sich in entsprechende Vorhaben einzubringen und dafür ihre Mitarbeit und Expertise anzubieten. Sie fordere seit Jahren ein nachhaltiges Konzept zur Finanzierung der Langzeitpflege. Ihre Aufforderung an den Bund, die Befristung des Finanzierungsmodells des Pflegefonds aufzuheben, sei in mehreren Beschlüssen der Landessozialreferentenkonferenz dokumentiert.

8.4 Der RH stimmte dem Land Salzburg zu, dass eine Neuordnung der Finanzierung auch Änderungen in den Rechtsgrundlagen erfordert.

Ausgaben– bzw. Kostendämpfungspfad

- 9.1 (1) Im Paktum zum Finanzausgleichsgesetz 2017 (**FAG 2017**) vereinbarten die Finanzausgleichspartner nach dem Muster des Gesundheitsbereichs²³ einen Ausgaben– bzw. Kostendämpfungspfad, der die jährliche Kostensteigerung in der Langzeitpflege mit 4,6 % begrenzte. Ausgangsbasis dafür waren die Ausgaben inkl. Eigenbeiträge (Bruttoausgaben) der Länder gemäß Pflegedienstleistungsstatistik für das Jahr 2016 (rd. 3,5 Mrd. EUR). Dieser Wert sollte demnach bis 2021 auf maximal 4,5 Mrd. EUR ansteigen. Gleichzeitig betrug die jährliche Anhebung der Mittel aus dem Pflegefonds 4,5 %.

Im Rahmen der Verhandlungen zum Paktum zum FAG 2017 legten der Bund und die Länder Berechnungen zu den erwarteten Kostensteigerungen von 2017 bis 2021 ohne bzw. mit Maßnahmen zur Kostendämpfung vor. Die Länder berücksichtigten u.a. Mengeneffekte, die aus der Entwicklung der Bevölkerung ab 80 Jahren resultierten und Preiseffekte für Inflationsabgeltung bzw. Gehaltssteigerungen. Ohne Kostendämpfung ergaben sich jährliche Steigerungen zwischen 4,72 % (2017) und 11,05 % (2020). Mit umfangreichen Maßnahmen zur Kostendämpfung auf Länder– und auf Bundesebene sollten die jährlichen Steigerungen zwischen 4,72 % (2017) und 5,50 % (2020) liegen. Der Bund ging auf Basis seiner eigenen Annahmen zur demografischen Entwicklung und zu Preiseffekten für die Jahre 2017 bis 2021 von jährlichen Steigerungen der Bruttoausgaben zwischen 3,9 % (2017) und 4,8 % (2019) aus. In den Verhandlungen legten die Finanzausgleichspartner eine Obergrenze für die jährlichen Kostensteigerungen in Höhe von 4,6 % fest. Dieser Wert entsprach der durchschnittlichen Steigerung der Bruttoausgaben in den Jahren 2012 bis 2016 gemäß Pflegedienstleistungsstatistik²⁴ und gab weder die erwarteten Kostensteigerungen der Länder noch des Bundes wieder.

Tabelle 4: Kostendämpfungspfad – erwartete Kostensteigerungen in der Pflege

	2017	2018	2019	2020	2021
Kostensteigerungen	in %				
Prognose Länder ohne Kostendämpfung	4,72	5,88	8,47	11,05	9,95
Prognose Länder mit Kostendämpfung	4,72	5,47	5,17	5,50	5,40
Prognose Bund	3,9	4,7	4,8	4,7	4,2
Paktum zum Finanzausgleichsgesetz 2017 (Maximum)	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6

Quellen: Länder; BMASGK

²³ Für den Gesundheitsbereich erfolgte eine Steuerung durch Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) bereits seit der Gesundheitsreform 2012.

²⁴ Für die Jahre 2015 und 2016 zog das Sozialministerium mangels statistischer Daten eigene Hochrechnungen heran.

(2) Eine Aufteilung der zulässigen Kostensteigerungen auf die in den einzelnen Ländern möglichen Preis- und Mengenerhöhungen erfolgte nicht. Das Paktum zum FAG 2017 enthielt zur Kostendämpfung allerdings Vorhaben insbesondere im Hinblick auf einen möglichen Direktbezug von Medikamenten in Pflegeheimen, die Optimierung sicherheitstechnischer Überprüfungen von Medizinprodukten, Änderungen im Arbeitnehmerschutz, Änderungen der bei der Wohnbauförderung relevanten ÖNORMEN und bei Dokumentationsverpflichtungen. Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wurde lediglich eine Maßnahme im Bereich der ÖNORMEN umgesetzt sowie die Einsetzung einer Arbeitsgruppe zum Thema Direktbezug von Medikamenten in Pflegeheimen vereinbart. Laut einer im Jahr 2017 veröffentlichten Studie des Fiskalrates²⁵ erwartete dieser bis zum Jahr 2021 einen Kostenzuwachs zwischen insgesamt 8 Mio. EUR und 685 Mio. EUR über dem vereinbarten Kostendämpfungspfad.

(3) Gemäß § 1a Abs. 2 PFG war ein Monitoring der jährlichen Steigerungen der Bruttoausgaben aller Länder anhand der Pflegedienstleistungsstatistik durch das Finanzministerium vorgesehen. Für den Fall, dass aufgrund der demografischen Entwicklung oder außerordentlicher Ereignisse die vereinbarten 4,6 % jährlich nicht eingehalten werden konnten, waren erneute Verhandlungen der Finanzausgleichspartner vorgesehen. Die Länder gaben bei der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle überwiegend an, dass durch die Abschaffung des Pflegeregresses (**TZ 11**) die Vereinbarung des Kostendämpfungspfades nicht mehr einhaltbar sei.

- 9.2 Der RH befürwortete grundsätzlich das Vorhaben einer gebietskörperschaftenübergreifend abgestimmten Vorgehensweise in der Pflege unter Berücksichtigung der Kostenfolgen. Er kritisierte jedoch, dass die festgelegte Ausgabenobergrenze von 4,6 % nicht nachvollziehbar begründet war. Er vermisste eine Festlegung der Kostentreiber, nämlich der Entwicklung der Heimplätze und der Tarife je Land, als Basis für die Einhaltung der Planung.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems die Ausgabenentwicklung und dabei die Mengen- und Preisentwicklung je Land festzulegen.

- 9.3 (1) Das Sozialministerium wies in seiner Stellungnahme in formaler Hinsicht darauf hin, dass auch das Finanzministerium – ihm obliege die Überprüfung der Zielerreichung – Adressat der vorliegenden Empfehlung sein müsse, weshalb es von dessen Mitzuständigkeit ausgehe. In inhaltlicher Hinsicht führte das Sozialministerium aus, dass – für den Fall der Verlängerung des Pflegefonds über das Jahr 2021 hinaus – die Frage eines nachhaltigen Finanzierungssystems und die Berücksichtigung der Mengen- und Preisentwicklung in den nächsten Finanzausgleichsverhandlungen zu behandeln seien. Das Sozialministerium habe dazu eine Studie beauftragt, die Ende 2019 vorliegen solle.

²⁵ Grossmann/Schuster, Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung

(2) Laut Stellungnahme des Finanzministeriums seien alle Themen mit dem Ziel einer Kostendämpfung Gegenstand von Gesprächen in verschiedenen Gremien gewesen bzw. seien sie dies noch immer. Sofern sich in den Detaildiskussionen dazu kein Handlungsbedarf gezeigt habe, seien diese Themen bereits abgeschlossen:

- Der Medikamentenbezug in Pflegeheimen sei Diskussionsthema im ständigen Koordinierungsausschuss.
- Bei der Optimierung sicherheitstechnischer Überprüfungen von Medizinprodukten hätten Nationalstaaten aufgrund der europarechtlichen Regelungen nur geringe Regelungsmöglichkeiten, weshalb eine Umfrage bei den Ländern keinen akuten Handlungsbedarf ergeben habe.
- Weder die Länder noch die Organisationen im Pflegebereich hätten Änderungen im Arbeitnehmerschutz vornehmen wollen.
- Bezüglich der Dokumentationsverpflichtungen habe eine Länderumfrage ergeben, dass insbesondere im Hinblick auf die Letztfassung „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ durch das Sozialministerium eine Neuregelung der Dokumentationspflichten hinreichend erfolgt sei.

Zur Nachvollziehbarkeit der Höhe des Kostendämpfungspfades merkte das Finanzministerium an, dass mit dem Kostendämpfungspfad erstmals ein Instrument vorliege, um die Pflegekosten in einer transparenten Form zu beschränken. Es sei davon auszugehen, dass das Thema im Hinblick auf den Pflegeregress und angesichts der geänderten Rahmenbedingungen Gegenstand der nächsten Finanzausgleichsverhandlungen sein werde. Die Existenzberechtigung und Notwendigkeit dieses Instruments sowie die Koppelung der Kosten an ein ambitioniertes Ziel seien allerdings unumstritten.

Zur Einhaltung des Kostendämpfungspfades hielt das Finanzministerium fest, dass die Steigerungsrate der gesamten Bruttokosten laut Pflegedienstleistungsstatistik von 2016 auf 2017 österreichweit bei rd. 1,35 % gelegen sei.

(3) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung zu. Es erachte die differenzierte Betrachtung der Rahmenbedingungen, wie die demografische Entwicklung und den sich dadurch ergebenden Ausbaubedarf je Land sowie die daraus resultierende Festlegung der Ausgaben, zweckmäßiger als die starre Festlegung eines jährlichen Kostensteigerungsfaktors.

(4) Das Land Niederösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass infolge der Abschaffung des Pflegeregresses die Bruttoausgaben der vom PFG erfassten Leistungen in Niederösterreich von rd. 474 Mio. EUR im Jahr 2017 auf rd. 538 Mio. EUR im Jahr 2018 (+13 %) gestiegen seien. Ebenso würden hohe Gehaltsabschlüsse der Pflegeberufe und zusätzliche Änderungen in den Rahmenbedingungen zu erhöhten Personalkosten

führen, die durch Valorisierung von Pensionen und Pflegegeld nicht ausgeglichen und zu Mehraufwendungen bei den Ländern und Gemeinden führen würden.

Das Land Niederösterreich verschließe sich nicht einer Diskussion über ein nachhaltiges Finanzierungssystem. Da die Länder (und Gemeinden) letztendlich die Kosten der Pflegedienstleistungen aus den Ertragsanteilen zu tragen hätten, müsse ihnen weiterhin eine maßgebliche Steuerungsfunktion zukommen und die Mittelausstattung diesen Anforderungen entsprechend gewährleistet sein. Laut Ansicht von Niederösterreich seien daher sämtliche finanzielle Auswirkungen den Ländern zu ersetzen.

(5) Das Land Salzburg merkte in seiner Stellungnahme grundsätzlich an, dass die Ausgabenentwicklung im Bereich der Sozialhilfe bspw. von der Anzahl der Klientinnen und Klienten, der Entwicklung des Pflege- und Betreuungsbedarfs, der Einkommenssituation oder der Pflegemöglichkeit durch Angehörige abhängen. Manche Änderungen, z.B. im Verhalten der Bevölkerung oder durch politische Entscheidungen ausgelöste neue Tendenzen (z.B. Abschaffung des Pflegeregresses), seien nicht vorhersehbar. Die Anpassung der Tarife erfolge im Land Salzburg jährlich auf Basis eines gesetzlich geregelten Anpassungsfaktors, worin Gehaltserhöhungen und die Inflation berücksichtigt seien.

(6) Die Stadt Wien sagte in ihrer Stellungnahme zu, sich in entsprechende Vorhaben einzubringen und dafür ihre Mitarbeit und Expertise anzubieten. Sie führte weiters aus, dass nicht nur die Ausgabenentwicklung nach Menge und Preis, sondern vor allem auch die Qualität der Leistungsangebote – insbesondere betreffend Personalqualifikation und Personalausstattung – festzulegen seien.

- 9.4 Der RH entgegnete dem Finanzministerium, dass die Periode von 2012 bis 2017 von einem Rückgang des Anteils der Personen ab 80 Jahren an der Gesamtbevölkerung gekennzeichnet war, in den folgenden fünf Jahren jedoch ein Anstieg um rd. 20 % erwartet wird (Tabelle 1). Er wies weiters darauf hin, dass die Kostensteigerungsraten auch von 2016 auf 2017 je Land mit einer Bandbreite zwischen 0 % (Wien), 1 % (Niederösterreich und Salzburg) und über 6 % (Burgenland und Vorarlberg) stark divergierten. Der RH hielt daher eine je Land differenzierte Analyse als Grundlage für die finanzielle Steuerung im Bereich der Pflege für erforderlich.

Der RH verkannte gegenüber dem Land Salzburg nicht die Schwierigkeit, auf unvorhergesehene Ereignisse zu reagieren. Dennoch hielt er eine Planung der Mengenentwicklung für nötig, um die erforderlichen Vorkehrungen (Infrastruktur, Personal etc.) rechtzeitig treffen und die erforderliche Finanzierung abschätzen zu können.

Der RH teilte die Ansicht der Stadt Wien, dass neben der Finanzierung auch Festlegungen zur Qualität der Leistungsangebote erforderlich waren, und verwies auf seine Empfehlungen zu TZ 23.

Abschaffung des Pflegeregresses

Regelung bis Ende 2017

- 10.1 Nach Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG oblag auf dem Gebiet des Armenwesens die Gesetzgebung über Grundsätze dem Bund, für die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung waren die Länder zuständig. Mangels eines entsprechenden Grundsatzgesetzes regelten die Länder diese Angelegenheit bis zur Gebarungüberprüfung. Der Rückgriff auf Vermögen bei Inanspruchnahme stationärer Pflege unter Kostenbeteiligung der Länder (Pflegeregress) fiel unter diesen Kompetenztatbestand und war daher bis zu seiner Abschaffung im Jänner 2018 in den einzelnen Ländern unterschiedlich geregelt. Dies betraf z.B. die Frage, wann die öffentliche Hand auf Schenkungen (insbesondere bei Immobilien) zurückgreifen konnte bzw. welcher Freibetrag von einem Kostenersatz ausgenommen war.

Tabelle 5: Pflegeregress – Rahmenbedingungen bis Ende 2017

Land	Frist für Rückgriff auf Geschenknehmende	Freibetrag für Hilfeempfangende
		in EUR
Burgenland	fünf Jahre vor bis drei Jahre nach Hilfeleistung	8.450
Kärnten	drei Jahre vor bis drei Jahre nach Hilfeleistung	4.222,30
Niederösterreich	fünf Jahre vor bis drei Jahre nach Hilfeleistung	12.666,90
Oberösterreich	fünf Jahre vor bis drei Jahre nach Hilfeleistung	7.300
Salzburg	fünf Jahre vor bis fünf Jahre nach Hilfeleistung	5.235
Steiermark	fünf Jahre vor bis fünf Jahre nach Hilfeleistung	7.000; bei Abschluss einer Versicherung für Begräbniskosten 4.230
Tirol	zwei bzw. zehn Jahre nach Schenkung ¹ ; zusätzlich fünf Jahre ab Eigentumsübergang keine Mindestsicherung an Geschenkgebende	7.000
Vorarlberg	zwei bzw. zehn Jahre nach Schenkung ¹ ; zusätzlich bis zu zehn Jahre Kürzung der Mindestsicherung für Geschenkgebende im Ausmaß der Schenkungszinsen (4 %)	10.000; zusätzlich Eigenheim bei Wohn- bedarf bestimmter Angehöriger und zur Pensionsvorsorge des Ehepartners angespartes Vermögen im Ausmaß unter- haltsrechtlicher Ansprüche
Wien	zwei bzw. zehn Jahre nach Schenkung ¹	4.000

¹ laut Anfechtungsordnung, RGBl. 337/1914 i.d.g.F. (keine eigene Landesregelung)

Quellen: Anfechtungsordnung; Länder

- 10.2 Der RH wies auf die bis Ende 2017 bestehenden unterschiedlichen Regelungen zum Pflegeregress in den Ländern hin. So war damals etwa der Freibetrag für Hilfeempfangende in Niederösterreich rund dreimal höher als in Wien. In Vorarlberg konnte auch ein Eigenheim vom Pflegeregress ausgenommen sein. Der Zugriff auf übertragenes Vermögen war bei gleichem Sachverhalt aufgrund unterschiedlicher Rückgriffsfristen in den Ländern uneinheitlich.

Verbot des Pflegeregresses

- 11.1 (1) Im Juni 2017 legte der Bundesgesetzgeber fest, dass ab 1. Jänner 2018 ein Zugriff auf das Vermögen von in stationären Pflegeeinrichtungen aufgenommenen Personen, deren Angehörigen, Erbinnen und Erben sowie Geschenknehmenden im Rahmen der Sozialhilfe zur Abdeckung der Pflegekosten unzulässig war. Die Sozialhilfe– bzw. Mindestsicherungsträger durften ab dem 1. Jänner 2018 keine Ersatzansprüche mehr geltend machen, laufende Verfahren waren einzustellen und entgegenstehende landesgesetzliche Regelungen traten mit Inkrafttreten der bundesgesetzlichen Regelungen außer Kraft.²⁶

(2) Die Regelung wies mehrere legislative Besonderheiten auf: Um noch vor den unmittelbar folgenden Wahlen eine parlamentarische Beschlussfassung zu ermöglichen, erfolgte die Regelung mittels Abänderungsantrags zu einer ohnehin geplanten Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (**ASVG**)²⁷ ohne Begutachtungsverfahren und wirkungsorientierte Folgenabschätzung, obwohl Angelegenheiten der Pflege bis dahin in anderen Materiengesetzen geregelt waren. Da die Zuständigkeit für den Pflegeregress bei den Ländern lag, traf der Bundesgesetzgeber die Regelung mittels Verfassungsbestimmung.

(3) Die Verfassungsbestimmung im ASVG sah vor, dass der Bund per Gesetz und darauf basierenden Durchführungsverordnungen nähere Bestimmungen über den Übergang zur neuen Rechtslage treffen konnte. In der Folge trugen die Länder mehrere offene Fragestellungen dazu an das Sozialministerium heran. Der Bundesgesetzgeber erließ keine Übergangsregelungen. Die Länder trafen daher unterschiedliche Entscheidungen im Vollzug, wobei landesgesetzliche Änderungen zwischen Jänner und Dezember 2018 im Burgenland, in Kärnten, in Salzburg und in Wien nicht erfolgten (Anhang, Tabelle G).

²⁶ BGBl. I 125/2017

²⁷ BGBl. 189/1955 i.d.F. BGBl. I 66/2017

(4) Die folgende Tabelle stellt für das Jahr 2018 dar, ob die Länder die Betroffenen über den Wegfall der Zahlungsverpflichtung informierten, ob sie – ohne Rechtspflicht weiterhin bezahlte – Beträge noch entgegennahmen (oder zurückzahlten), ob sie weiter Forderungen vorschrieben (z.B. bei bereits abgeschlossenen Ratenzahlungsvereinbarungen), wie sie bei Verlassenschafts- und Exekutionsverfahren vorgingen und wie die Länder mit Anträgen auf Löschung von Grundbucheinträgen bei bestehenden Forderungen umgingen. Wichtige Entscheidungsgrundlagen waren dabei zwei Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes (**OGH**) vom April bzw. Oktober 2018 und ein Beschluss des Verfassungsgerichtshofes (**VfGH**) vom Oktober 2018.²⁸

²⁸ So stellte der OGH in seinem Urteil vom 30. April 2018, 1 Ob 62/18a, klar, dass das Verbot des Pflegeregresses auch bereits vor dem 1. Jänner 2018 verwirklichte Sachverhalte erfasste und von Amts wegen auch im Rechtsmittelverfahren anzuwenden war. Der VfGH sprach in seinem Beschluss vom 10. Oktober 2018, E 229/2018, aus, dass ein Zugriff auf das Vermögen – selbst bei Vorliegen einer rechtskräftigen Entscheidung, die vor dem 1. Jänner 2018 ergangen war – jedenfalls unzulässig war. In seinem Beschluss vom 24. Oktober 2018, 3 Ob 206/18t, entschied der OGH, dass Exekutionsverfahren, denen ein 2017 entstandener rechtskräftiger Exekutionstitel zugrunde lag, einzustellen und eingetragene Pfandrechte zu löschen waren.

Tabelle 6: Folgen der Abschaffung des Pflegeregresses im Jahr 2018

Land	Information an Verpflichtete über Zahlungseinstellung	Vorschreibung von Zahlungen (z.B. bei Ratenzahlungsvereinbarung vor 1. Jänner 2018)	Entgegennahme von Zahlungen ¹	Beantragung von Exekutionen (für Forderungen vor 1. Jänner 2018)
Burgenland	nein	nein	ja	nein
Kärnten	ab Juli 2018	bis 31. Juli 2018	bis Mitte 2018	nein
Niederösterreich	nein	nein	ja	nein
Oberösterreich	nein	ja	ja	ja
Salzburg	ab 13. März 2018	nein	ja	nein
Steiermark	nein	ja	ja	ja
Tirol	ja	nein	ja	nein
Vorarlberg	nein	bei exekutionsfähigem Titel bis 10. Oktober 2018	ja; bei exekutionsfähigem Titel bis 10. Oktober 2018	nein
Wien	jeweils nach 30. April 2018 und 10. Oktober 2018	bis 30. April 2018; bei rechtskräftigem Exekutionstitel oder Pfandrecht bis 10. Oktober 2018		nein

Land	Betreibung anhängiger Exekutionsverfahren	Forderungsanmeldung in Verlassenschaftsverfahren	Rechtsmittel bei Nichtberücksichtigung in Verlassenschaftsverfahren	Zustimmung zur Löschung von Grundbucheinträgen
Burgenland	nein	bis 30. April 2018	nein	ab 10. Oktober 2018
Kärnten	nein	bis 5. Juli 2018	bis 30. April 2018	ab 10. Oktober 2018
Niederösterreich	nein	nein	nein	ab 30. Jänner 2019
Oberösterreich	ja	ja	ja	ab Ende 2018
Salzburg	nein	bis 13. März 2018	bis 13. März 2018	nein
Steiermark	ja	nein	ja	ab 17. Dezember 2018
Tirol	nein	bis 30. April 2018	bis 30. April 2018	ab 30. April 2018
Vorarlberg	nein	bis Juli 2018	nein	ab Juli 2018; bei exekutionsfähigem Titel ab 10. Oktober 2018
Wien	bis 10. Oktober 2018	bis 30. April 2018; bei rechtskräftigem Exekutionstitel oder Pfandrecht bis 10. Oktober 2018		ab 10. Oktober 2018

¹ Ab dem Beschluss VfGH E 229/2018 erfolgten in Vorarlberg bei Vorliegen eines exekutionsfähigen Titels Rückzahlungen für den Zeitraum vom 1. Jänner 2018 bis zum Beschluss VfGH E 229/2018. Der Fonds Soziales Wien nahm ab dem Urteil OGH 1 Ob 62/18a Rückzahlungen vor, bei Vorliegen eines rechtskräftigen Titels oder Pfandrechts ab dem Beschluss VfGH E 229/2018. In der Steiermark wurden ab dem 17. Dezember 2018 Rückzahlungen geleistet.

(5) Das Fehlen von Übergangsbestimmungen führte dazu, dass die Betroffenen je nach Informationsstand und Verhaltensweise unterschiedlich von der Abschaffung des Pflegeregresses profitierten. Beispielsweise war in Tirol eine im Jahr 2017 verstorbene Heimbewohnerin Eigentümerin einer Liegenschaft gewesen, an der – aufgrund von vom Land getragenen Heimkosten – ein Pfandrecht zugunsten des Landes Tirol eingetragen war. Die beiden Töchter erben die Immobilie. Das Land Tirol meldete die aufgrund des Heimaufenthalts entstandene offene Forderung im Verlassenschaftsverfahren an. Die beiden Töchter wurden in die Verlassenschaft jeweils zur Hälfte eingetragener und sohin ging auch die offene Forderung jeweils zur Hälfte auf die Erbinnen über. Eine Tochter bezahlte noch im November 2017 einen Großteil ihrer offenen Forderung, die zweite Tochter leistete keine Zahlungen. Mit Inkrafttreten des Verbots des Pflegeregresses forderte das Land Tirol keine weiteren Zahlungen. Den von einer Tochter bereits geleisteten Betrag konnte das Land Tirol aufgrund der zum Zeitpunkt der Zahlung geltenden Rechtslage nicht mehr zurückzahlen.

- 11.2 Der RH stellte fest, dass der Bundesgesetzgeber keine Übergangsbestimmungen zur Abschaffung des Pflegeregresses erlassen hatte, obwohl die Verfassungsbestimmung die Möglichkeit ausdrücklich vorsah. Die daraus resultierenden Unklarheiten führten dazu, dass Verpflichtete, die 2017 noch Zahlungen geleistet hatten, gegenüber Verpflichteten, die 2017 ihre Zahlungen eingestellt hatten, benachteiligt waren. Weiters kam es zu Unterschieden zwischen den Ländern, z.B. hinsichtlich der Betreuung von Exekutionen oder des Umgangs mit Anträgen auf Löschung von Grundbucheinträgen.

Der RH kritisierte, dass die Länder Burgenland, Kärnten, Salzburg und Wien zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ihre jeweiligen landesgesetzlichen Bestimmungen nicht angepasst hatten. Dies führte zu einer intransparenten Rechtslage, weil zum Teil nur schwer nachvollziehbar war, in welchem Umfang die landesrechtlichen Vorschriften außer Kraft getreten waren.

Der RH empfahl den Ländern Burgenland, Kärnten und Salzburg sowie der Stadt Wien, die jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen an das verfassungsgesetzlich normierte Verbot des Pflegeregresses im Rahmen der stationären Pflege anzupassen, um Rechtssicherheit zu gewährleisten.

- 11.3 (1) Das Land Burgenland teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die empfohlene Rechtsbereinigung mit der Novelle des Burgenländischen Sozialhilfegesetzes 2000²⁹ erfolgt sei. Auch im mobilen Bereich unterbleibe zukünftig ein Pflegeregress.
- (2) Laut Stellungnahmen der Länder Kärnten und Salzburg sei die Empfehlung bereits in Umsetzung.
- (3) Das Land Tirol führte in seiner Stellungnahme hinsichtlich des angeführten Beispiels aus, dass es mit Inkrafttreten des Verbots des Pflegeregresses keine weiteren Zahlungen habe einfordern können.
- (4) Laut Stellungnahme der Stadt Wien sei die Rechtsunsicherheit grundsätzlich deswegen entstanden, weil der Bund keine Übergangsbestimmungen zur Abschaffung des Pflegeregresses erlassen habe. Um österreichweit eine einheitliche Umsetzung des Pflegeregresses zu gewährleisten, seien gesetzliche Klarstellungen durch den Bundesgesetzgeber vorzunehmen, soweit sie nicht ohnedies bereits durch die Entscheidungen der Höchstgerichte erfolgt seien.
- 11.4 Der RH nahm die Ausführungen der Stadt Wien zur Kenntnis. Unabhängig von den höchstgerichtlichen Entscheidungen hielt er jedoch eine Anpassung der landesgesetzlichen Regelungen an das verfassungsgesetzlich normierte Verbot des Pflegeregresses im Rahmen der stationären Pflege für zweckmäßig, um Rechtssicherheit zu gewährleisten.

Finanzielle Folgen

- 12.1 (1) Im Zuge der Abschaffung des Pflegeregresses sah der Bundesgesetzgeber in § 330b ASVG vor, dass der Bund zur Abdeckung des Einnahmenentfalls der Länder in der stationären Pflege 100 Mio. EUR jährlich zusätzlich zur Verfügung zu stellen und den Ländern nach dem Schlüssel der Wohnbevölkerung aus dem Pflegefonds zuzuweisen hatte. Diese Zahlung erfolgte erstmals im Mai 2018. Weitere Regelungen gab es nicht.

Die Landesfinanzreferentenkonferenz forderte die Bundesregierung im Oktober 2017 im Hinblick auf die Ersatzpflicht im Sinne des Art. 5 der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaften³⁰ auf, die durch das Verbot des Pflegeregresses entstehenden Einnahmenentfälle vollständig zu kompensieren, dazu eine Art. 15a B-VG Vereinbarung abzuschließen und als

²⁹ LGBl. 64/2019

³⁰ Art. 5 der Vereinbarung zwischen dem Bund, den Ländern und den Gemeinden über einen Konsultationsmechanismus und einen künftigen Stabilitätspakt der Gebietskörperschaften, BGBl. I 35/1999 i.d.g.F., sah eine Ersatzpflicht für die durch die Verwirklichung eines Vorhabens zusätzlich verursachten finanziellen Ausgaben vor.

ersten Schritt die in Aussicht gestellten 100 Mio. EUR zumindest zu verdoppeln. Im Februar 2018 ging die damalige Vorsitzende der Landesfinanzreferentenkonferenz in einem Schreiben an den Bundesminister für Finanzen von finanziellen Folgen in Höhe von 531,84 Mio. EUR bis 653,69 Mio. EUR für 2018 aus.³¹ Der Bundesminister für Finanzen schlug vor, eine Arbeitsgruppe zur Erhebung des tatsächlichen Einnahmentfalls bzw. zur Feststellung der notwendigen Methoden und Berechnungsparameter einzurichten. Die Länder sollten dem Bund die notwendigen Daten bis zum 10. Juni 2018 übermitteln.

(2) In der Folge meldeten die Länder mittels eines akkordierten Formulars u.a. die Einnahmen aus dem Pflegeregress für verschiedene Leistungsarten, die Anzahl der Selbstzahlenden sowie ihre durchschnittlichen Kosten für den Betrieb von Pflegeplätzen. Nähere Regelungen, welche Elemente in den Kosten enthalten sein sollten und wie diese zu kalkulieren waren, legte der Bund damals nicht fest. Überlegungen, wie eine stärkere Inanspruchnahme stationärer Leistungen (z.B. durch Anpassung der Tarifsysteme, zusätzliche Förderungen von mobilen Diensten oder eine stärkere Bedarfsprüfung bei Heimaufnahmen) hintangehalten werden könnte, erfolgten bei Beschlussfassung über die Abschaffung des Pflegeregresses nicht.

Am 18. Mai 2018 einigten sich die Landeshauptleutekonferenz und der Bundesminister für Finanzen auf Basis der vorliegenden Daten darauf, dass der Bund den Ländern die direkten Einnahmentfälle im Pflege- und Behindertenbereich sowie die Mehrkosten für den Umstieg von Selbstzahlenden in Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung gemäß Endabrechnung der tatsächlichen Kosten pro Land ersetzen sollte. Zum damaligen Zeitpunkt wurde von einem Betrag von 340 Mio. EUR ausgegangen. Ob es sich um eine vorläufige Einschätzung oder einen Höchstbetrag handelte, blieb offen. Ab 2019 sollten die tatsächlich für 2018 ermittelten Kosten (Mindereinnahmen und Mehrausgaben) die Grundlage für die weitere Abgeltung bilden.

(3) Im November 2018 beschloss der Nationalrat zur Umsetzung dieser Vereinbarung ein Bundesgesetz und eine Änderung des FAG 2017.³² Damit stellte der Bund den Ländern für das Jahr 2018 einen Höchstbetrag von 340 Mio. EUR im Wege des Pflegefonds bereit. Im Dezember 2018 erfolgte die vorläufige Auszahlung dieser Mittel unter Anrechnung der bereits an die Länder ausbezahlten 100 Mio. EUR.

³¹ Die Schätzung basierte auf einer Aufstellung der Länder, in denen diese jeweils ein „real case“- und ein „worst case“-Szenario zugrunde gelegt hatten.

³² Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über einen Zweckzuschuss aufgrund der Abschaffung des Zugriffs auf Vermögen bei Unterbringung von Personen in stationären Pflegeeinrichtungen erlassen wird und mit dem das FAG 2017 geändert wird, BGBl. I 85/2018

Tabelle 7: Vorläufig ausbezahlte Mittel zur Kompensation des Pflegeregressentfalls für das Jahr 2018

Land	Einnahmenfall Langzeitpflege		Einnahmenfall Behindertenbereich		Mehrkosten durch Umstieg von Selbstzahlenden		Summe laut Gesetz		für Vergleichszwecke			
	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	in %	Aufteilung gemäß Bevölkerungs- schlüssel 2016		Aufteilung nach Pflegegeld- beziehenden je Land per 31. Dezember 2016	
									in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	in %
Burgenland	5,66	4,88	0,54	3,63	3,34	1,60	9,55	2,81	11,32	3,33	13,94	4,10
Kärnten	0,73	0,63	0,47	3,12	11,89	5,69	13,09	3,85	21,76	6,40	26,18	7,70
Niederösterreich	19,63	16,92	4,08	27,19	32,90	15,74	56,60	16,65	64,63	19,01	67,75	19,93
Oberösterreich	23,23	20,03	5,26	35,06	30,43	14,56	58,92	17,33	56,81	16,71	52,68	15,49
Salzburg	3,39	2,92	0,48	3,20	19,71	9,43	23,58	6,93	21,28	6,26	19,30	5,68
Steiermark	20,18	17,40	0,32	2,12	40,13	19,20	60,63	17,83	48,01	14,12	60,01	17,65
Tirol	7,13	6,15	2,27	15,10	36,14	17,29	45,54	13,39	28,90	8,50	23,47	6,90
Vorarlberg	3,03	2,61	0,48	3,18	12,12	5,80	15,63	4,60	15,06	4,43	12,96	3,81
Wien	33,01	28,46	1,11	7,40	22,34	10,69	56,47	16,61	72,22	21,24	63,71	18,74
Summe	116,00	100,00	15,00	100,00	209,00	100,00	340,00	100,00	340,00	100,00	340,00	100,00

Rundungsdifferenzen möglich
Stand: Dezember 2018

Quellen: BGBl. I 85/2018; Statistik Austria; Pflegevorsorgebericht 2016; Berechnung: RH

Die gesetzlich vorgesehene vorläufige Aufteilung sah z.B. für Tirol rd. 16,64 Mio. EUR mehr, für Wien hingegen um 15,75 Mio. EUR weniger vor, als sich bei einer Aufteilung nach Bevölkerung ergeben würde.

(4) Die vorläufige Verteilung der Mittel wies mehrere Besonderheiten auf:

- Im Bereich der Selbstzahlenden wichen die von den Ländern (ohne konkrete Berechnungsvorgaben) genannten Kosten deutlich von jenen der Pflegedienstleistungsstatistik und auch von den vom RH hochgerechneten Kosten (**TZ 19**) ab. Manche Länder gaben höhere, andere niedrigere Kosten an, als sich aus dieser Statistik ergaben.

- Für Wien war für den Ausgleich des Einnahmenentfalls im Behindertenbereich ein Betrag von rd. 1,11 Mio. EUR vorgesehen, obwohl dieses im Behindertenbereich keinen Rückgriff auf das Vermögen genommen hatte. Andererseits war für den Bereich der alternativen Wohnformen, die in Wien vor allem durch das Kuratorium Wiener Pensionisten–Wohnhäuser große Bedeutung hatten, kein Ersatz vorgesehen, obwohl Wien alternative Wohnformen als stationäre Pflege gewertet und in diesem Bereich Regress genommen hatte. Zudem wies die Stadt Wien darauf hin, dass somit für eine insgesamt günstigere und niederschwelligere Betreuungsform das Vermögen heranzuziehen wäre, für die Unterbringung in klassischen Pflegeheimen jedoch nicht.
- Die Länder ermittelten den Einnahmenentfall in einem kameralem Buchhaltungsverfahren, während der Fonds Soziales Wien nach doppischen Grundsätzen bilanzierte. Das führte dazu, dass in Wien etwa auch Forderungen berücksichtigt waren, die mangels Einbringlichkeit nicht zu einer tatsächlichen Zahlung führten.
- Die Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Tirol berücksichtigten auch Investitionskosten, die zum Teil unabhängig vom Verbot des Pflegeregresses anfielen. Eine direkte Kausalität von Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses bestand somit nicht.

(5) Die Länder hatten die tatsächlichen Kosten für 2018 bis spätestens 31. März 2019 an die Buchhaltungsagentur des Bundes zu übermitteln. Diese hatte die Endabrechnung der Länder zu überprüfen und darüber dem Finanzministerium und dem Sozialministerium bis 30. Juni 2019 zu berichten. Die Entscheidung über die endgültige Gewährung der Mittel oblag dem Sozialministerium im Einvernehmen mit dem Finanzministerium. Die Abrechnung war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht erfolgt. Dabei war Folgendes zu beachten:

- Für die Berechnung des Einnahmenentfalls für das Jahr 2018 waren die Einnahmen aus dem Pflegeregress für das 1. Halbjahr 2017 zu melden und auf das Gesamtjahr 2017 hochzurechnen. Damit sollte das geänderte Zahlungsverhalten im 2. Halbjahr 2017 infolge des ab Jänner 2018 abgeschafften Pflegeregresses berücksichtigt werden.
- Im Einzelfall war nicht feststellbar, welche Personen 2018 bei Fortbestehen des Pflegeregresses Selbstzahlende gewesen wären; dies deshalb, weil weder das aktuelle Vermögen bei bereits länger andauerndem Heimaufenthalt bekannt war noch bei einem Wechsel der Heimbewohnerinnen und –bewohner durch Tod bzw. Neuaufnahme das Vermögen der Neueintretenden erhoben wurde. Ebenso wenig war die Höhe der erforderlichen Zuzahlungen klar. Die Berechnung basierte somit nicht auf Einzelfallabrechnungen, sondern sie war eine Modellrechnung auf Basis von Durchschnittswerten.

Der Umstieg der Selbstzahlenden zu Teilzahlenden wurde mit den Nettokosten pro Tag bewertet. Die Länder hatten diese laut Gesetz – ohne nähere Definition – in geeigneter Weise mit allen erforderlichen Unterlagen nachzuweisen. Die Länder kalkulierten unterschiedlich (z.B. Veränderungen bei Einzelzimmerquote, höhere Teilzahlertarife als Verhandlungsergebnis bei Wegfall von Selbstzahlertarifen) (TZ 20). Im Zuge der Endabrechnung verwendete die Buchhaltungsagentur des Bundes die durchschnittlichen Nettokosten pro Verrechnungstag laut Pflegedienstleistungsstatistik 2017.

(6) Der Bundesgesetzgeber verpflichtete die Länder, den Gemeinden, Städten, Sozialfonds und Sozialhilfeverbänden jedenfalls die durch die Abschaffung des Pflegeregresses entstandenen tatsächlichen zusätzlichen Ausgaben zu ersetzen. Diese Regelung galt unabhängig davon, ob die den Ländern gewährten Mittel alle Mehrkosten abdeckten.

- 12.2 Der RH kritisierte, dass der Pflegeregress ohne umfassendes Konzept zur Steuerung der Leistungsarten („mobil vor stationär“) und ohne ausreichende Vorbereitung (Erhebung von validen Daten, Anpassung von Tarifsystemen) abgeschafft wurde. Er vermerkte kritisch, dass dem ursprünglich festgelegten Betrag von 100 Mio. EUR, den der Bund den Ländern entsprechend dem Bevölkerungsschlüssel zur Verfügung gestellt hatte, keine umfassende Betrachtung sämtlicher Folgekosten zugrunde lag. So waren bspw. Faktoren, wie der Entfall des Pflegeregresses im Behindertenbereich oder die Mehrkosten durch den Umstieg von Selbstzahlenden in Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung, nicht berücksichtigt.

Der RH kritisierte, dass in der Einigung zwischen den Landeshauptleuten und dem Bundesminister für Finanzen vom Mai 2018 unklar blieb, ob der Betrag von 340 Mio. EUR als Höchstgrenze zu verstehen war. Weiters wies er darauf hin, dass der Bund die Länder gesetzlich verpflichtete, den Gemeinden, Städten, Sozialfonds und Sozialhilfeverbänden die tatsächlich entstandenen zusätzlichen Ausgaben (ohne Obergrenze) zu ersetzen. Die weitere Finanzierung für 2019 und die Folgejahre blieb unklar.

Der RH kritisierte weiters, dass die gesetzlich vorgesehene vorläufige Aufteilung der bereits überwiesenen 340 Mio. EUR auf die einzelnen Länder auf Grundlage von deren Meldungen nicht transparent war, weil sie die Kosten je Verrechnungstag ohne einheitliche Berechnungsmethodik gemeldet hatten und die gemeldeten Kosten von den Durchschnittskosten gemäß Pflegedienstleistungsstatistik erheblich abwichen. Weiters war festzuhalten, dass Wien zwar einen Ersatz für den Behindertenbereich trotz Fehlens von Regresseinnahmen erhielt, aber keine Mittel für alternative Wohnformen vorgesehen waren.

Der RH wies darauf hin, dass die vorgesehene Endabrechnung eine Modellrechnung anhand bestimmter Annahmen darstellte. Dies ergab sich aus der Pauschalierung der Kostensätze je Verrechnungstag, der durchschnittlichen Berücksichtigung von Selbstfinanzierungsanteilen und der Annahme, dass die Einnahmen aus Vermögen in der stationären Langzeitpflege und im Behindertenbereich im Jahr 2018 ohne Abschaffung des Pflegeregresses den Werten des ersten Halbjahres 2017 entsprechen hätten.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und dem Finanzministerium, in Hinkunft darauf hinzuwirken, dass geplante bundesgesetzliche Änderungen mit wesentlichen Auswirkungen auf die Finanzierung und Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen mit ausreichender Vorausplanung und Vorbereitung entsprechender Maßnahmen im Bereich der Länder erfolgen.

Er empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems auch die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen.

12.3 (1) Das Sozialministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, stets bestrebt zu sein, bei Begutachtungen von Gesetzesvorhaben in seinem Zuständigkeitsbereich auf eine zeitgerechte Vorbereitung und Befassung der Länder zu achten. Derartige Abstimmungen seien jedoch bei Initiativen des Nationalrates, wie dem Entfall des Pflegeregresses, wegen der oft zu kurzen verfügbaren Zeit zwischen Einbringung und Beschluss nicht möglich. Im Ausgaben- bzw. Kostendämpfungspfad ab 2017 sei der gegen Ende des 1. Halbjahres 2017 beschlossene Entfall des Pflegeregresses nicht berücksichtigt worden, weil die Verhandlungen zum Finanzausgleich bereits im Dezember 2016 abgeschlossen gewesen seien. Nach Ansicht des Sozialministeriums sei es sinnvoll, die durch die Abschaffung des Pflegeregresses entstehenden Kosten künftig zu berücksichtigen.

(2) Das Finanzministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, die Empfehlung laufend in künftige Überlegungen und Vorhaben einfließen zu lassen. Da auch das Sozialministerium und die Länder betroffen seien, werde die Empfehlung Gegenstand der nächsten Finanzausgleichsverhandlungen sein.

Das Finanzministerium führte weiters aus, dass es die vom RH erwähnten Unklarheiten im Zusammenhang mit den Kosten der Abschaffung des Pflegeregresses und der Finanzierung habe beseitigen können. Der im Jahr 2018 gewährte Zweckzuschuss in Höhe von maximal 340 Mio. EUR sei endabgerechnet. Im Zuge der Endabrechnung habe die Buchhaltungsagentur des Bundes eingehend die Abrechnungen geprüft und die tatsächlichen Kosten des Einnahmentfalls der Länder konkret ermittelt. Tatsächlich seien rd. 295,5 Mio. EUR anerkannt worden.

Für die Folgejahre habe der Gesetzgeber mittlerweile Zweckzuschüsse von je 300 Mio. EUR für 2019 und 2020 beschlossen, die sich damit am Prüfergebnis der Buchhaltungsagentur des Bundes orientieren würden.

(3) Das Land Burgenland stimmte in seiner Stellungnahme der Kritik des RH im Zusammenhang mit der Abgeltung der finanziellen Mehrbelastung der Länder durch die Abschaffung des Pflegeregresses inhaltlich zu. Es hoffe, dass bundesgesetzliche Änderungen mit wesentlichen Auswirkungen auf die Finanzierung und Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen künftig ohne ausreichende Vorausplanung und Vorbereitung entsprechender Maßnahmen im Bereich der Länder nicht mehr stattfinden würden.

(4) Das Land Kärnten führte in seiner Stellungnahme aus, dass auch die Folgen der Abschaffung des Pflegeregresses in einem nachhaltig gestaltetem Finanzierungssystem zu berücksichtigen seien. Die dadurch verursachten Mehrausgaben bzw. Mindereinnahmen der Länder seien auch in den Folgejahren zu bedenken.

(5) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich sei die vom Bund verwendete Methodik der Endabrechnung (insbesondere hinsichtlich der durchschnittlichen Nettokosten pro Verrechnungstag laut Pflegedienstleistungsstatistik 2017) nicht mit den Ländern akkordiert gewesen. Diese Nettokosten würden auch Vermögenseinnahmen bisheriger Teilzahlender berücksichtigen, die den Aufwand der Sozialhilfe reduziert hätten. Das Land wies weiters darauf hin, dass aus der Übernahme bisheriger Selbstzahlender auch strukturelle Änderungen (mehr Einzelzimmer) resultieren würden.

Der Empfehlung des RH, die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen, stimmte das Land Niederösterreich zu. Allerdings sollte dies nicht nur „im Rahmen der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems“ erfolgen, sondern zu einem Ersatz sämtlicher finanzieller Auswirkungen für die Länder führen.

(6) Laut Stellungnahme des Landes Salzburg unterstütze es die Empfehlung ausdrücklich.

(7) Die Stadt Wien erachtete in ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH als selbstverständlich. Sie unterstütze die Forderung nach entsprechender Vorausplanung bei bundesgesetzlichen Änderungen und erachte eine inhaltliche Vorabstimmung zwischen dem Bund und den Ländern als erforderlich.

12.4 Der RH merkte gegenüber dem Finanzministerium an, dass der Nationalrat nach Übermittlung des Prüfungsergebnisses des RH an die Länder im September 2019 beschloss, den Ländern für die Jahre 2019 und 2020 einen Fixbetrag aus dem

Pflegefonds von jeweils 300 Mio. EUR zur Verfügung zu stellen.³³ Der auszahlende Betrag sollte auf Basis des Ergebnisses der Endabrechnung für das Jahr 2018 auf die Länder aufgeteilt werden. Die Endabrechnung für das Jahr 2018 ergab anerkannte Beträge in Höhe von insgesamt 295,53 Mio. EUR, die sich wie folgt auf die Länder verteilen:

Tabelle 8: Gegenüberstellung der geleisteten Ausgleichszahlungen und anerkannten Beträge für das Jahr 2018

Land	geleistete Ausgleichszahlung laut Gesetz		anerkannter Betrag	
	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	Differenz zum geleisteten Betrag in Mio. EUR
Burgenland	9,55	2,81	8,10	-1,45
Kärnten	13,09	3,85	17,32	4,23
Niederösterreich	56,60	16,65	55,38	-1,23
Oberösterreich	58,92	17,33	52,51	-6,41
Salzburg	23,58	6,93	20,39	-3,18
Steiermark	60,63	17,83	44,89	-15,74
Tirol	45,54	13,39	40,49	-5,05
Vorarlberg	15,63	4,60	16,18	0,55
Wien	56,47	16,61	40,28	-16,18
Summe	340,00	100,00	295,53	-44,47

Rundungsdifferenzen möglich Quellen: BGBl. I 85/2018; Buchhaltungsagentur des Bundes; Berechnung: RH

Die Landeshauptleutekonferenz betrachtete die getroffenen Maßnahmen im November 2019 als nicht ausreichend.

Der RH verwies gegenüber dem Finanzministerium und dem Land Niederösterreich nochmals darauf, dass die genaue Berechnung der Auswirkungen des Entfalls des Pflegeregresses eine Modellrechnung darstellte und auf bestimmten Annahmen beruhte. Dies traf auch für die ab 2019 geltende Pauschalierung ohne weitere Detailabrechnung zu. Der RH hielt daher auch im Lichte der nach der Endabrechnung anhaltenden Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Bund und den Ländern eine abgestimmte Vorgehensweise und eine Integration der Finanzierung in ein Gesamtfinanzierungssystem für erforderlich und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

³³ Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über einen Zweckzuschuss aufgrund der Abschaffung des Zugriffs auf Vermögen bei Unterbringung von Personen in stationären Pflegeeinrichtungen für die Jahre 2019 und 2020 erlassen wird, BGBl. I 95/2019

Bedarfs– und Angebotsplanung

Individuelle Bedarfsfeststellung

- 13.1 (1) Die Entscheidung über die Gewährung von Pflegedienstleistungen, wie z.B. die Aufnahme in ein Pflegeheim, erfolgte in den Ländern durch unterschiedliche Stellen und nach unterschiedlichen Kriterien.

Tabelle 9: Organisation der Entscheidung über die Aufnahme in ein Pflegeheim und Gewährung von Sozialhilfe oder Mindestsicherung

Land	Entscheidungsablauf
Burgenland	Heimaufnahme durch Heimleitung, danach Entscheidung über Sozialhilfe bei der Bezirksverwaltungsbehörde
Kärnten	seit 2010 stationäre Aufnahme unter Pflegegeldstufe 4 nur über ein Case– und Caremanagement des Landes; darüber Heimaufnahme durch die Heimleitung, danach Entscheidung über Sozialhilfe beim Amt der Landesregierung
Niederösterreich	Antragstellung und Entscheidung bei den Bezirksverwaltungsbehörden vor Heimaufnahme (Punktesystem, Wartelisten)
Oberösterreich	Koordinatorinnen und Koordinatoren für Betreuung und Pflege bei den Magistraten der Statutarstädte bzw. bei den Sozialhilfeverbänden
Salzburg	Heimaufnahme durch Heimleitung, danach Entscheidung über Sozialhilfe bei der Bezirksverwaltungsbehörde
Steiermark	Heimaufnahme durch Heimleitung, danach Entscheidung über Sozialhilfe bei der Bezirksverwaltungsbehörde
Tirol	Heimaufnahme durch Heimleitung, danach Entscheidung über Sozialhilfe beim Amt der Landesregierung
Vorarlberg	optionales Case– und Caremanagement bei Gemeinden und Sozialsprengeln in den 19 Planungsregionen; dazu „übergeordnete“ Koordination beim Land für komplexere Fälle und bei stationärer Aufnahme
Wien	Entscheidung über Sozialhilfe und Heimunterbringung beim Fonds Soziales Wien, basierend auf Beurteilung durch zentrales Case– und Caremanagement

Stand: Ende 2018

Quellen: Länder

Im Wesentlichen wurde über eine Heimaufnahme in drei Grundformen entschieden:

- eine Vereinbarung zwischen Betroffenen und Heimbetreiber mit nachträglichem Antrag auf finanzielle Unterstützung,
- eine Genehmigung durch eine Behörde (z.B. Bezirksverwaltungsbehörde) vor Heimaufnahme,
- eine Entscheidung nach Beurteilung durch Sachverständige eines Case– und Caremanagements. Nur in Wien war diese Variante für alle Fälle (im Fonds Soziales Wien) umgesetzt.

Ein standardisierter, länderübergreifender Kriterienkatalog für die Erfassung des Pflegebedarfs (**TZ 19**) und für die Zuordnung zu den jeweils verfügbaren bedarfsgerechten Leistungsformen bzw. letztlich zur Heimaufnahme bestand nicht.

(2) Das PFG gab der mobilen Betreuung zu Hause den Vorrang vor einer Betreuung in stationären Einrichtungen. Die Länder sollten die Zweckzuschüsse aus dem Pflegefonds vorrangig für Maßnahmen außerhalb des stationären Bereichs verwenden (§ 3 PFG). Ab 1. Jänner 2017 sah das PFG – nach Möglichkeit – eine Aufnahme von Personen in stationäre Pflege erst ab Pflegegeldstufe 4 vor.³⁴ Je nach Ausgangssituation und Vorgehen der Länder ergaben sich dadurch Änderungen in der Belegung der Heime. In den Jahren 2014 bis 2017 erhöhte sich die durchschnittliche Pflegegeldstufe von Personen in Pflegeheimen österreichweit von 4,30 auf 4,37 (Anhang, Tabelle H). Maßgeblich trug dazu eine Verringerung des Anteils der Personen in den Pflegegeldstufen 0 bis 2 bei, wie in der folgenden Tabelle ersichtlich ist.

Tabelle 10: Anteil der Personen mit Pflegegeldstufen 0 bis 2 in Pflegeheimen

Land	2014	2015	2016	2017	Veränderung von 2014 bis 2017	
	in %				in Prozentpunkten	relative Veränderung in %
Österreich	11,3	10,1	9,3	8,7	-2,6	-24
Burgenland	10,6	8,0	6,3	5,4	-5,2	-49
Kärnten	13,7	11,6	10,7	10,8	-2,9	-21
Niederösterreich	10,8	7,1	8,8	8,2	-2,6	-24
Oberösterreich	9,9	9,6	8,4	7,5	-2,4	-24
Salzburg	19,7	10,2	7,9	7,3	-12,4	-63
Steiermark ¹	11,0	12,3	10,7	9,5	-1,5	-14
Tirol	17,6	16,5	15,3	14,8	-2,8	-16
Vorarlberg	20,2	18,1	16,3	14,3	-5,9	-29
Wien	3,8	4,3	3,9	3,9	0,1	3

Rundungsdifferenzen möglich

¹ einschließlich Kurzzeitpflege

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik; Berechnung: RH

Österreichweit sank der Anteil der Personen in Pflegeheimen mit Pflegegeldstufen 0 bis 2 von 11,3 % im Jahr 2014 auf 8,7 % im Jahr 2017 (um rd. 2,6 Prozentpunkte). Der stärkste Rückgang erfolgte in Salzburg von 19,7 % auf 7,3 % im selben Zeitraum.

³⁴ Gemäß § 3a Abs. 6 PFG hatten die Länder darauf hinzuwirken, dass eine Aufnahme in stationäre Einrichtungen möglichst erst bei Vorliegen ab der Pflegegeldstufe 4 erfolgt. In allen anderen Fällen war die pflegerische Notwendigkeit oder soziale Indikation vor Aufnahme gesondert zu prüfen.

- 13.2 Der RH wies darauf hin, dass der Beurteilung des Pflegebedarfs eine große Bedeutung zukam. Er kritisierte, dass weder eine österreichweit standardisierte Bedarfsfeststellungsmethode noch ein flächendeckendes Case- und Caremanagement für die Heimaufnahme entwickelt waren. Dies erschwerte aus Sicht des RH eine harmonisierte, individuelle Bedarfsfeststellung, was einerseits die Orientierung und Information der Pflegebedürftigen und andererseits die Planung der Ressourcen beeinträchtigte.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, eine einheitliche Vorgangsweise sowie Kriterien für die Erhebung des Pflegebedarfs (z.B. durch Case- und Caremanagement) und für die Zuordnung der bedarfsgerechten Pflegedienstleistungen, insbesondere die Aufnahme in Pflegeheime, zu entwickeln.

- 13.3 (1) Laut Stellungnahme des Sozialministeriums habe der Bund im Bundespflegegeldgesetz eine Definition des Pflegebedarfs vorgenommen, während die Entscheidung über die Gewährung und Zuordnung von Pflegedienstleistungen in die Zuständigkeit der Länder falle. Es obliege daher den Ländern, Kriterien für die Zuordnung der Pflegedienstleistungen festzulegen. Das Sozialministerium stehe einer Harmonisierung der betreffenden Regelungen positiv gegenüber und sei bereit, hierbei eine koordinierende Rolle zu übernehmen (TZ 18).

(2) Das Land Kärnten wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass in einem ersten Schritt der nicht mehr zeitgemäße Kriterienkatalog zur Pflegegeldeinstufung (vor allem im Hinblick auf demenziell erkrankte Personen) zu aktualisieren sei, da die bedarfsgerechten Pflegedienstleistungen mit der Pflegegeldeinstufung nicht mehr kompatibel seien. In einem weiteren Schritt erachte es die Entwicklung einer einheitlichen Bedarfsfeststellung und ein darauf angepasstes Case- und Caremanagement als zweckmäßig.

(3) Die Länder Niederösterreich und Oberösterreich verwiesen in ihren Stellungnahmen auf das PFG, wonach eine Aufnahme in stationäre Einrichtungen erst bei Vorliegen zumindest der Pflegegeldstufe 4 erfolgen solle bzw. ansonsten die pflegerische Notwendigkeit oder soziale Indikation gesondert zu prüfen sei.

(4) Das Land Salzburg teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es Aufgabe der Pflegeberatung des Landes sei, Lösungen zur Abdeckung des Pflegebedarfs im bestehenden System unter Einbeziehung der eigenen Ressourcen (inkl. Angehörigen) zu finden. Die Empfehlung, das Case- und Caremanagement bzw. die Pflegeberatung zu stärken, um zu einer zielgenaueren Steuerung zu kommen, sei Inhalt des aktuellen Koalitionsabkommens der Salzburger Landesregierung.

(5) Die Stadt Wien wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie bereits für die Beurteilung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs ein zentrales Case-management installiert habe.

- 13.4 Der RH entgegnete gegenüber den Ländern Niederösterreich und Oberösterreich, dass die durchschnittlichen Pflegegeldstufen in den Heimen trotz der gesetzlichen Regelung zur Heimaufnahme ab Pflegegeldstufe 4 sehr unterschiedlich waren. Grund war das Fehlen einheitlicher standardisierter länderübergreifender Kriterien für die Erfassung des Pflegebedarfs und für die Zuordnung zu den jeweils verfügbaren bedarfsgerechten Leistungsformen bzw. letztlich zur Heimaufnahme. Er blieb daher bei seiner Empfehlung.

Stand und Steuerung der Versorgung

- 14.1 (1) Die Art. 15a B–VG Vereinbarung 1993 verpflichtete die Länder, dezentral und flächendeckend einen Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten für pflegebedürftige Personen zu gewährleisten. Eine Konkretisierung erfolgte zunächst nicht. Erst mit 1. Jänner 2013 legte der Bund im PFG einen Richtversorgungsgrad fest, das heißt einen Zielwert für das Verhältnis der in einem Jahr betreuten Personen zu jenen mit Anspruch auf Pflegegeld im Jahresdurchschnitt. Jede Betreuungsform floss dabei gleichermaßen in die Berechnung ein. Der Zielwert für die Jahre 2017 bis 2021 lag bei 60 %. Bereits 2016 wiesen die Länder Ist–Werte zwischen 63 % (Burgenland) und 86 % (Vorarlberg) aus. Das Sozialministerium zahlte die Mittel des Pflegefonds unabhängig vom Erreichen des Richtwerts aus. In den aktuellen Bedarfs– und Entwicklungsplänen nahmen die Länder – ausgenommen das Land Tirol – nicht explizit Bezug auf den Richtversorgungsgrad. Der RH hatte bereits im Jahr 2014³⁵ und erneut im Jahr 2018³⁶ kritisiert, dass der Richtversorgungsgrad mangels Unterscheidung der Leistungsarten nicht zur Steuerung geeignet war, bzw. dass die Mittel des Pflegefonds jedenfalls ausbezahlt wurden und daher auch keine Steuerungswirkung hatten.

(2) Im Zuge der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung ermittelte der RH eine Versorgungskennzahl. Er ging dabei davon aus, dass zwischen mobilen und teilstationären Diensten u.a. zur Unterstützung der informellen Pflege und einer grundsätzlich vollen Versorgung der Pflegebedürftigen durch stationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen und 24–Stunden–Betreuung zu unterscheiden war. Er berücksichtigte auch Daten über Selbstzahlende bei den stationären Diensten. Die volle Versorgung ermittelte der RH anhand der Verrechnungstage, um Verzerrungen durch unterschiedliche Dauer der Betreuung und Auslastungsunterschiede auszuschließen. Dabei ergab sich folgendes Bild:

³⁵ RH–Bericht „Altenbetreuung in Kärnten und Tirol; Entwicklungen unter Berücksichtigung der Pflege-reform 2011/2012“ (Reihe Bund 2014/7, TZ 7): Der RH hatte dem Sozialministerium u.a. empfohlen, im Einvernehmen mit den Ländern eine mittelfristige, abgestimmte und regional differenzierte Versorgungs-planung und dabei eine Gesamtstrategie für die Pflege mit allen Angeboten zu entwickeln.

³⁶ RH–Bericht „Förderung der 24–Stunden–Betreuung in Oberösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2018/21, TZ 30)

Tabelle 11: Anteile der vollen Versorgung im Jahr 2016

Land	stationäre Dienste			Kurzzeit- pflege	alternative Wohnformen	Zwischen- summe	24–Stunden– Betreuung	Summe
	Teil- zahlende	Selbst- zahlende	Summe					
	Anteil der Personen an allen Pflegegeldbeziehenden, welche die angegebene Versorgungsform umgerechnet ein Jahr lang in Anspruch nahmen							
	in %							
Burgenland	9	2	11	0	n.v.	11	10	21
Kärnten	14	2	16	0	0	16	5	20
Niederösterreich	9	1	10	0	n.v.	10	7	18
Oberösterreich	14	3	17	0	n.v.	17	5	22
Salzburg	14	5	19	0	n.v.	19	4	22
Steiermark	14	3	17	n.v.	n.v.	17	6	23
Tirol	14	4	18	0	n.v.	18	4	22
Vorarlberg	10	2	12	0	1	13	7	21
Wien	11	1	12	0	8	21	3	23
Österreich	12	2	14	0	2	16	5	21

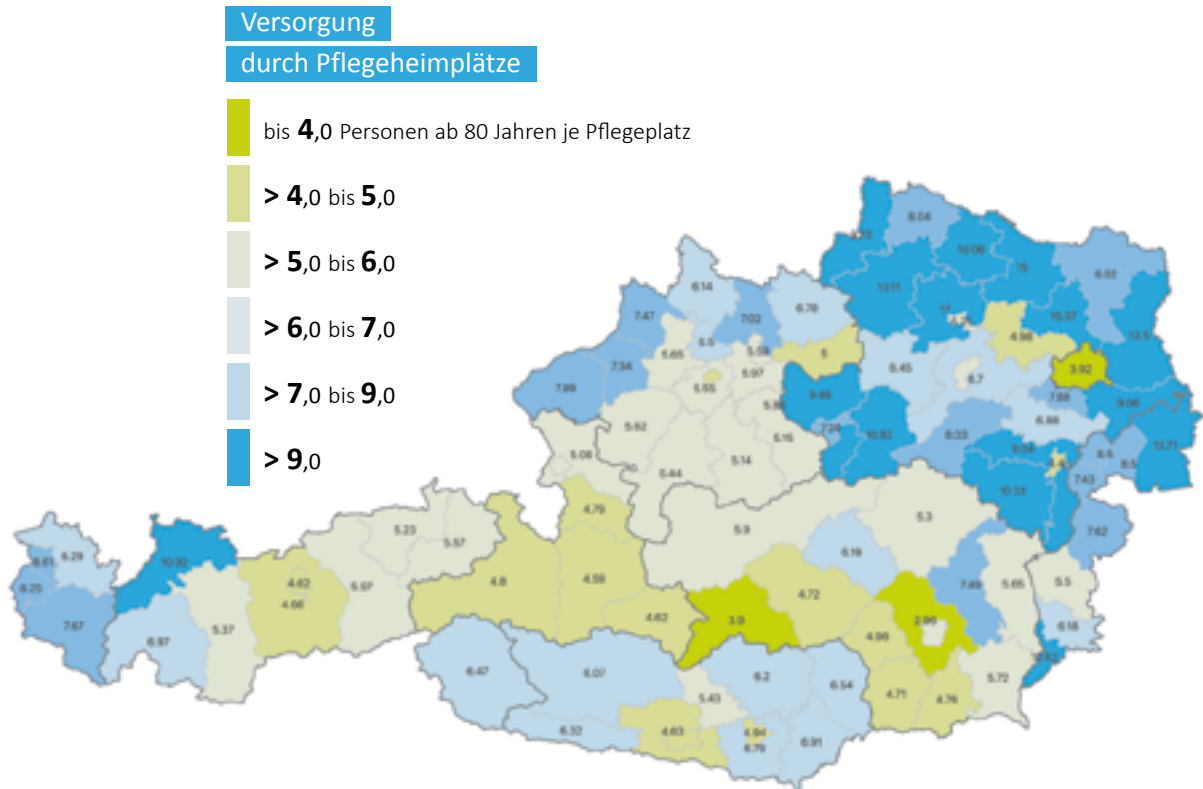
Rundungsdifferenzen möglich
höchste und niedrigste Werte jeweils grau hinterlegt
n.v. = nicht vorhanden

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik; Berechnung: RH

Wie die Tabelle zeigt, lag der Anteil der mit stationären Diensten versorgten Personen inkl. Selbstzahlenden zwischen 10 % in Niederösterreich und 19 % in Salzburg. Bei Berücksichtigung von Kurzzeitpflege und alternativen Wohnformen lag der Wiener Wert infolge der Wiener Pensionisten–Wohnhäuser mit 21 % noch einmal deutlich über jenem von Salzburg. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der 24–Stunden–Betreuung näherten sich die Kennzahlen an und lagen nunmehr zwischen 18 % in Niederösterreich und 23 % in Wien bzw. in der Steiermark.

(3) Eine bezirkswise Analyse der vorhandenen Pflegeheimplätze³⁷ zeigte ebenfalls große Unterschiede. Das Angebot stellte sich bezogen auf die Bevölkerung ab 80 Jahren wie folgt dar:

Abbildung 4: Personen ab 80 Jahren je Pflegeheimplatz auf Bezirksebene



Stand: Ende 2018; für Oberösterreich und Salzburg: 2017

Quellen: erstellt mit dem Rauminformationssystem des RH;
 Datengrundlagen: Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen;
 Statistik Austria; Länder

Die Bandbreite reichte von einer eher dichten Versorgung mit rund drei Personen ab 80 Jahren pro Pflegeheimplatz im Bezirk Graz–Umgebung bis zu rd. 17 Personen ab 80 Jahren pro Pflegeheimplatz in Krems–Land. Die Dichte an Heimplätzen unterschied sich somit um einen Faktor von rd. 5,7.

Ein österreichweites systematisches Vorgehen zur Beurteilung der unterschiedlichen regionalen Versorgung konnte der RH nicht feststellen.

³⁷ in Wien: inkl. Heime mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Versorgung, Betreutes Wohnen und Hausgemeinschaften

- 14.2 Der RH kritisierte, dass bei der Berechnung des Richtversorgungsgrades nach dem PFG die betreuten Pflegebedürftigen aus allen Pflegedienstleistungen – unabhängig vom Ausmaß der Betreuung – gleichermaßen einfließen. Die Einhaltung des Richtversorgungsgrades war somit wenig aussagekräftig und aus Sicht des RH nicht geeignet, um Schlussfolgerungen über die tatsächliche bedarfsorientierte Versorgung zu ziehen. Da keine sonstigen länderübergreifenden Kennzahlen vorgegeben oder definiert waren, fehlte ein geeigneter Indikator zur Bewertung der Versorgung.

Der RH hielt bspw. eine Trennung in Angebote für die Vollversorgung bzw. für die Unterstützung von informeller Pflege sowie die Berechnung nach Verrechnungseinheiten für geeigneter als den Richtversorgungsgrad laut PFG.

Er wies weiters auf die regional sehr unterschiedliche Dichte an Heimplätzen hin, wonach je nach Bezirk zwischen rund drei und rd. 17 Personen ab 80 Jahren auf einen Pflegeheimplatz entfielen. Er kritisierte, dass dazu keine systematische, länderübergreifende Evaluierung erfolgte.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, für den Pflegebereich geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung in Art und Umfang zu entwickeln und diese für Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung zu nutzen.

- 14.3 (1) Das Sozialministerium verwies in seiner Stellungnahme auf den Versorgungsgrad gemäß PFG und die Erfüllung des Richtversorgungsgrades durch alle Länder. Es führte aus, dass eine Novellierung der Regelung über den Richtversorgungsgrad vorstellbar sei, sofern eine Evaluierung dies als erforderlich erkenne. Da das Sozialministerium keinen Einblick in die Daten der Länder habe, sei eine Entwicklung von Kennzahlen zur Messung der Versorgung nach Art und Umfang nur durch die Länder selbst möglich. Das Sozialministerium biete dabei seine Unterstützung an und werde die Thematik zusammen mit jener der einheitlichen Bedarfs- und Entwicklungspläne in einer Sitzung mit den Ländern erörtern.

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung zu.

(3) Das Land Niederösterreich führte zur Bandbreite der Versorgung von Personen ab 80 Jahren in seiner Stellungnahme aus, dass die unterschiedlichen Angebote in starker Wechselwirkung zueinander stünden.

(4) Das Land Salzburg hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es regelmäßig umfassende Daten zu allen Leistungen des Bereichs Pflege sammle und entsprechende Kennzahlen ermittle. Diese Kennzahlen würden sowohl der Evaluierung der Leistungen als auch als Grundlage für Bedarfs- und Entwicklungspläne und letztlich der Steuerung im Bereich der Pflege und Betreuung (bspw. bei Tarifverhandlungen mit

Trägern) dienen. Zahlreiche Daten seien im jährlich erscheinenden Sozialbericht enthalten, weitere würden der internen Steuerung dienen.

(5) Laut Stellungnahme der Stadt Wien werde sie sich in entsprechende Vorhaben einbringen und biete dafür ihre Mitarbeit und Expertise an.

Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder

- 15.1 (1) Alle Länder erstellten oder beauftragten Planungen zum erforderlichen Ausbau des Leistungsangebots in der Pflege. Diese enthielten grundsätzlich Analysen zum jeweiligen Ist-Stand des Pflege- und Betreuungsangebots sowie Prognosen zum künftigen Bedarf und zum geplanten Ausbau des Leistungsangebots unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen strategischen Zielsetzungen. Die Ergebnisse dienten u.a. als Grundlage für sozialpolitische Entscheidungen (Neu-, Um- oder Ausbauten von Pflegeheimen), als Vorgabe zur konkreten Umsetzung (z.B. regionale Vorgaben für die Versorgung mit Heimplätzen, mit Plätzen für Kurzzeitpflege oder mit mobilen Diensten in Oberösterreich) oder als Voraussetzung für die Bewilligung und Förderung von Pflegeheimen (z.B. in Tirol).

Die Länder verpflichteten sich erstmals in der Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993, innerhalb von drei Jahren Bedarfs- und Entwicklungspläne zu erstellen. Bis zum Jahr 2010 hatten die Länder das festgestellte Versorgungsdefizit in allen Bereichen abzudecken. Eine weitere Regelung für den Zeitraum nach 2010 erfolgte zunächst nicht.

Erst mit dem PFG hatten die Länder dem Sozialministerium ab Oktober 2011 jährlich bis 31. Oktober des Folgejahres Planungsdaten zu übermitteln. Mangels Form- und Inhaltsvorgaben beschrieben die Länder ihre jeweils geplanten Vorhaben in sehr unterschiedlichem Ausmaß und gaben in der Regel Zahlen nur für das unmittelbar folgende Jahr an. Mit der Änderung im Jänner 2017 verlangte das PFG im Oktober 2019 und im Oktober 2021 für die Berichtsjahre ab 2018 Planungsunterlagen über einen Zeitraum von zumindest fünf Jahren. Ergänzend dazu hatten die Länder ab 2018 jedes zweite Jahr im Arbeitskreis für Pflegevorsorge über die Ergebnisse dieser Planungen zu berichten.

(2) Mit Ausnahme von Wien und Salzburg sahen die Länder die Erstellung von Bedarfs- und Entwicklungsplänen in ihren Landesgesetzen vor. Die zur Zeit der Gebarungüberprüfung verfügbaren Pläne der Länder sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 12: Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder

Land	Bedarfs- und Entwicklungspläne	Prognosezeitraum
Burgenland	Sozialbericht 2013/2014 des Landes Burgenland einschließlich Bedarfs- und Entwicklungsplanung für die Pflegevorsorge (Bedarfs- und Entwicklungsplan 2016/2017)	2016 bis 2017
Kärnten	Bedarfs- und Entwicklungsplan für Pflege – Kärnten 2030; Empfehlungen bis 2030	2017 bis 2030
Niederösterreich	NÖ Altersalmanach 2016	2016 bis 2030
Oberösterreich	Bedarfs- und Entwicklungsplan 2015; Pflegevorsorge für ältere Menschen in Oberösterreich	2015 bis 2021
Salzburg	Bedarfsplan 2025; Planung des Bedarfs an Plätzen in SeniorInnen-Wohnhäusern	2015 bis 2025
Steiermark	Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen; Steiermark 2025	2014 bis 2025
Tirol	Strukturplan Pflege 2012 bis 2022; Planungsgrundlage für die Versorgung betreuungs- und pflegebedürftiger Personen in Tirol	2012 bis 2022
Vorarlberg	2016; Prognose des Bedarfs von Pflegeheimplätzen mit Einbeziehung der Entwicklung der 24-Stunden-Betreuung	2016 bis 2025
Wien	Magistratsabteilung 24: Strategiekonzept – Pflege und Betreuung in Wien 2030, Fonds Soziales Wien: Prognosen zur Pflege und Betreuung bis 2030	2015 bis 2030

NÖ = Niederösterreich
Stand: Dezember 2018

Quellen: Länder

(3) Die Erstellungszeitpunkte der jeweiligen Bedarfs- und Entwicklungspläne lagen zwischen 2012 und 2017, die Prognosezeiträume zwischen zwei Jahren im Burgenland und 15 Jahren in Wien. Das Land Burgenland verfügte Ende 2018 über keinen gültigen Bedarfs- und Entwicklungsplan; dieser wurde im März 2019 vorgelegt.³⁸ Aufgrund der Änderungen, die mit der Abschaffung des Pflegeregresses zu erwarten waren, planten alle Länder eine Überarbeitung ihrer Bedarfs- und Entwicklungspläne.

³⁸ Den diesbezüglichen Bedarfs- und Entwicklungsplan („Zukunftsplan Pflege“) für den Zeitraum 2018 bis 2030 präsentierte die Burgenländische Landesregierung am 25. März 2019.

- 15.2 Der RH bemängelte, dass aufgrund der unterschiedlichen Planungsperioden die Ergebnisse aus den Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Länder im Bereich der Pflege nur schwer vergleichbar waren. Eine Abschätzung des österreichweiten Bedarfs war dadurch kaum bzw. über einen mittelfristigen Horizont nicht möglich.

Zu den jährlichen Planungsdaten der Länder gemäß PFG hatte das Sozialministerium von 2011 bis 2017 weder formale noch konkrete inhaltliche Vorgaben gemacht. Die Beschreibungen der Länder über ihre jeweiligen Planungsabsichten waren kaum vergleichbar. Für die ab dem Berichtsjahr 2018 von den Ländern zu übermittelnden Planungsdaten entwickelte das Sozialministerium zwar ein Formular, definierte jedoch keine Anforderungen für die zugrunde liegenden Prognosen. Damit waren aus Sicht des RH die Daten der Länder weiterhin nur bedingt vergleichbar und reichten nicht für eine harmonisierte Gesamtinformation aus.

[Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, die Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und die Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich zu harmonisieren.](#)

Der RH wies diesbezüglich auf die Steuerungsinstrumente im Gesundheitsbereich, wie den Österreichischen Strukturplan Gesundheit bzw. die entsprechenden Regionalen Strukturpläne Gesundheit der Länder und die Vereinbarung von Finanzzielen und Maßnahmen gemäß Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz³⁹ hin.

- 15.3 (1) Das Sozialministerium verwies auf seine Stellungnahme zu [TZ 18](#) und sah die empfohlene Harmonisierung positiv. Es plane diesbezüglich eine gemeinsame Sitzung mit den Ländern und eine etwaige Adaptierung des § 4 Abs. 1 PFG zu prüfen. Die Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie ihre Ausgestaltung würden jedoch in die Kompetenz der Länder fallen.

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung zu.

(3) Das Land Niederösterreich hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es nach Abschaffung des Pflegeregresses die Evaluierung des Altersalmanachs 2016 beauftragt habe, der im Mai 2019 veröffentlicht worden sei. Niederösterreich erstelle den Altersalmanach seit 1994 regelmäßig und plane bzw. prognostiziere die Angebote der mobilen Dienste, der stationären Pflege bzw. seit 2012 auch der 24-Stunden-Betreuung gemeinsam. Prognosen zum Personalbedarf und zur Kostenentwicklung seien im Altersalmanach nicht enthalten. Im Rahmen des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds sei 2019 eine sektorenübergreifende Personalbedarfserhebung erfolgt, auf deren Ergebnissen eine zukünftige Bedarfsprognose erstellt werde. Derzeit bereite Niederösterreich die Ergebnisse des Altersalmanachs auf und prüfe diese

³⁹ BGBl. I 26/2017

vor dem Hintergrund der Neuorganisation des Gesundheits- und Pflegewesens in Niederösterreich. Das Land Niederösterreich erstelle seit 1994 regelmäßig Bedarfs- und Entwicklungspläne und passe die Erfordernisse der Bedarfsplanung auch an aktuelle Entwicklungen an (bspw. zuletzt an die Auswirkungen des Entfalls des Pflegeregresses). Bei einer Harmonisierung der Bedarfs- und Entwicklungspläne seien die regionalen Besonderheiten zu berücksichtigen.

(4) Das Land Salzburg hielt in seiner Stellungnahme fest, dass der RH nicht ausgeführt habe, welchen Vorteil eine Harmonisierung der Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungspläne für das Land Salzburg hätte. Außerdem seien für Bedarfs- und Entwicklungspläne die Länder zuständig.

(5) Die Stadt Wien werde sich laut ihrer Stellungnahme in entsprechende Vorhaben einbringen und biete dafür ihre Mitarbeit und Expertise an.

- 15.4 Der RH verwies gegenüber dem Land Salzburg darauf, dass eine Harmonisierung der Bedarfs- und Entwicklungspläne eine bessere Einschätzung des österreichweiten Pflegebedarfs ermöglichen würde. Dadurch würden sich auch bessere Steuerungsmöglichkeiten ergeben. Er wiederholte, dass im überprüften Zeitraum keine Berücksichtigung der Länderplanungen bei den Budgetprognosen des Bundes gegenüber der EU (TZ 16) möglich war. Der RH wies darauf hin, dass die Unterschiede zwischen den Ländern auch bei der Abgeltung der finanziellen Mehrbelastung infolge des Entfalls des Pflegeregresses erschwerend wirkten und Studien zum Pflegeaufwand beeinträchtigten (TZ 17). Eine Mitfinanzierung der Pflege durch den Bund sollte eine plausible vergleichbare Planung der Länder voraussetzen.

Bedarfs- und Entwicklungspläne

- 16.1 (1) Die Bedarfs- und Entwicklungspläne im Pflegebereich nach der Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 hatten neben Bestandsaufnahmen, Strukturanalysen und Entwicklungstendenzen auch den Personalbedarf und Kostenkalkulationen zum mobilen, teilstationären und stationären Bereich unter Beachtung der regionalen Verteilung zu enthalten.

Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung verfügbaren Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder umfassten generell eine Darstellung des Ist-Stands an erbrachten Pflegedienstleistungen sowie Prognoseberechnungen unter maßgeblicher Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, der voraussichtlichen Inanspruchnahme bestimmter Pflegeformen sowie strategischer Zielsetzungen der Länder.

Einige Länder prognostizierten den künftigen Bedarf nur eingeschränkt auf bestimmte Betreuungs- und Pflegedienstleistungen. So berechneten die Länder Salzburg und

Burgenland bis 2019 den voraussichtlichen Bedarf lediglich für die stationären Dienste. Die Prognosen anderer Länder umfassten auch den mobilen und teilstationären Bereich sowie in Kärnten, Vorarlberg und Wien auch die 24–Stunden–Betreuung.

(2) Die Stadt Wien inkludierte in ihrem Bedarfs– und Entwicklungsplan im Pflegebereich auch Prognosen zum voraussichtlich benötigten Pflegepersonal. Die Länder Salzburg und Vorarlberg erstellten Personalbedarfsprognosen zusammen mit dem Gesundheitsbereich. Das Land Oberösterreich nahm im Zuge von Arbeiten für das Projekt „Sozialressort 2021+“ eine Personalbedarfseinschätzung vor. Andere Länder hatten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Personalbedarfserhebungen durchgeführt oder begannen damit.

(3) Mit Ausnahme der Länder Burgenland, Tirol und Wien enthielten die Bedarfs– und Entwicklungspläne keine Schätzung zur voraussichtlichen Ausgabenentwicklung. Der Bund hatte aber regelmäßig für die langfristige Budgetprognose gemäß Bundeshaushaltsgesetz 2013 bzw. für die EU–weiten fiskalpolitischen Maßnahmen Prognosen auch zu den Ausgaben für die Pflege zu erstellen. Wie sich das ab 1. Jänner 2018 geltende Verbot des Pflegeregresses auf die Einhaltung des Ausgaben– bzw. Kostendämpfungspfads (TZ 9) auswirken würde, blieb offen.

- 16.2 Der RH kritisierte, dass die Bedarfs– und Entwicklungspläne der Länder im Pflegebereich teilweise nicht alle Pflege– und Betreuungsangebote umfassten, vermerkte jedoch positiv, dass die Länder Kärnten, Vorarlberg und Wien neben den stationären Diensten auch die mobilen und teilstationären Dienste sowie die 24–Stunden–Betreuung in die Prognosen einbezogen.

Der RH verwies auf seine Empfehlungen an das Sozialministerium im Bericht „Altenbetreuung in Kärnten und Tirol; Entwicklungen unter Berücksichtigung der Pflegereform 2011/2012“ (Reihe Bund 2014/7), im Einvernehmen mit den Ländern eine mittelfristige, abgestimmte und regional differenzierte Versorgungsplanung zu entwickeln und dabei eine Gesamtstrategie für die Pflege mit allen Angeboten (24–Stunden–Betreuung, mobile Dienste, stationäre Dienste) zu entwickeln.

Der RH empfahl den Ländern, bei der Erstellung der Bedarfs– und Entwicklungspläne im Pflegebereich alle Formen der Betreuungs– und Pflegedienstleistungen zu berücksichtigen und in den Bedarfsprognosen darzustellen, um eine nach Pflegeformen differenzierte Versorgungsplanung gewährleisten zu können.

Der RH hielt fest, dass nur der Bedarfs– und Entwicklungsplan für den Pflegebereich in Wien Prognosen zum voraussichtlich benötigten Pflegepersonal enthielt. Er wies darauf hin, dass die Länder Salzburg und Vorarlberg Personalbedarfsprognosen zusammen mit dem Gesundheitsbereich erstellten, das Land Oberösterreich eine im Zuge von Arbeiten für ein Sozialprojekt erstellte und andere Länder zwar mit Perso-

nalbedarfserhebungen begannen, aber in ihren aktuellen Bedarfs- und Entwicklungsplänen im Pflegebereich das Ausmaß der erforderlichen Pflegekräfte nicht ausreichend berücksichtigten.

Der RH kritisierte, dass dadurch die Bedarfs- und Entwicklungspläne als wesentliches Steuerungselement nur eingeschränkt geeignet waren, rechtzeitig strategische Maßnahmen gegen einen allfälligen Pflegekräftemangel einzuleiten. Zudem bestand das Risiko von Versorgungsengpässen, wenn ein stationärer Pflegeplatz mangels ausreichenden, qualifizierten Personals nicht belegt oder der Bedarf an mobilen Diensten nicht gedeckt werden konnte.

Der RH kritisierte, dass die meisten Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder keine Kostenprognosen zu den prognostizierten Bedarfen enthielten. Die Länder hatten dadurch keinen Überblick über den damit im Zusammenhang stehenden, zu erwartenden Finanzierungsaufwand. Der RH verwies demgegenüber auf die Verpflichtung des Bundes, für die langfristigen Budgetprognosen und die EU-weiten fiskalpolitischen Steuerungsinstrumente entsprechende Berichte zu erstatten. Ohne einheitliche und vollständige Länderplanungen war dies nur schwer und isoliert von den einzelnen strategischen Vorhaben der Länder möglich.

Der RH empfahl den Ländern, die Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen um eine Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und –qualifikationen sowie Ausgabenschätzungen zu ergänzen.

- 16.3 (1) Laut Stellungnahme des Landes Burgenland erfülle sein im Frühjahr 2019 fertiggestellter Bedarfs- und Entwicklungsplan bereits die Empfehlung. Basierend auf einem regelmäßigen „Personal-Monitoring“ habe es eine Datenbasis für Hochrechnungen über zukünftigen Personalbedarf geschaffen.
- (2) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten sei die Empfehlung, alle Formen der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen zu berücksichtigen und in den Bedarfsprognosen darzustellen, im Bedarfs- und Entwicklungsplan – Pflege Kärnten 2030 bereits umgesetzt. Die Empfehlung, die Bedarfsprognosen um eine Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und –qualifikationen sowie Ausgabenschätzungen zu ergänzen, berücksichtige es bei der nächsten Bedarfsplanung.
- (3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu [TZ 15](#).
- (4) Das Land Oberösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass seine Bedarfs- und Entwicklungspläne alle Betreuungs- und Pflegedienstleistungen berücksichtigen würden. Zudem werde es diese auch um eine Abschätzung der benötigten Personalressourcen und –qualifikationen ergänzen. Eine weitere Ergänzung um die Ausgabenschätzungen sei Teil des Projekts „Sozialressort 2021+“.

(5) Das Land Salzburg führte in seiner Stellungnahme aus, dass es von einer Bedarfs- und Entwicklungsplanung in den Bereichen Kurzzeitpflege und Pflegeberatung bisher abgesehen habe, da deren Bedarfsentwicklung im Verlauf der letzten Jahre relativ stabil gewesen sei und die beiden Bereiche vergleichsweise geringe Ausgaben verursacht hätten. Zukünftig werde die Bedarfs- und Entwicklungsplanung für alle Formen der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen für mindestens fünf Jahre erfolgen. Eine Personalbedarfsschätzung (Ressourcen und Qualifikationen) auf Basis des Bedarfs- und Entwicklungsplans sei im Zuge der Plattform Pflege beauftragt worden und liege zwischenzeitlich für die stationäre und mobile Pflege vor.

(6) Die Stadt Wien sagte in ihrer Stellungnahme eine Evaluierung der bestehenden Bedarfs- und Entwicklungspläne zu und wies darauf hin, den Empfehlungen des RH mit den ausführlichen Prognosen des Fonds Soziales Wien bereits zu entsprechen.

- 16.4 Der RH wies das Land Oberösterreich darauf hin, dass die empfohlene Darstellung von Bedarfsprognosen über eine ausschließliche Mitberücksichtigung hinausging und verwies dabei z.B. auf die 24-Stunden-Betreuung.

Studien zur Entwicklung der Pflegeaufwendung in Österreich

- 17.1 (1) Da einzelne Teilbereiche der Pflegefinanzierung zeitlich befristet waren (z.B. Dotierung des Pflegefonds) bzw. unterschiedliche Wachstumsraten aufwiesen (geringere Valorisierung des Pflegegeldes als Steigerung der Aufwendungen für Sachleistungen), war eine rechtzeitige Vorsorge für die Sicherstellung der Pflegefinanzierung von großer Bedeutung. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung standen für Österreich von mehreren Institutionen Studien und Prognosen über die Entwicklung von Pflegeaufwendungen zur Verfügung (Tabelle 13).

(2) Die unterschiedliche Ausgestaltung der Pflegesysteme der Länder (TZ 3), die Unsicherheit in der Abgrenzung und Verschiedenheit der Definition der Pflege (TZ 5), die Ungenauigkeiten in der Erfassung der Ist-Daten und Lücken in der Pflegedienstleistungsstatistik (TZ 6) stellten auch für diese Prognosen große Herausforderungen dar und konnten die Aussagekraft der Ergebnisse einschränken.⁴⁰

⁴⁰ Im Fall des EU-Ageing Berichts 2018 verwendete die Europäische Kommission Daten aus dem Europäischen System integrierter Sozialschutzstatistiken und aus dem System of Health Accounts, ohne die in beiden Systemen enthaltenen Elemente zu bereinigen.

a) Da die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder nicht in einheitlicher Form vorlagen, nahmen die Studienautoren die einzelnen Steuerungsvorhaben der Länder (z.B. konkrete Ausbaupläne, Ersatz stationärer Betreuung durch teilstationäre oder mobile Dienste) in ihre Betrachtungen nicht auf.

Die Berechnungen basierten maßgeblich auf den Bevölkerungsprognosen und gingen weitgehend von der Annahme grundsätzlich unveränderter Rahmenbedingungen in der Pflege aus. Gesonderte Annahmen betrafen z.B.

- das spätere Eintreten von Pflegebedürftigkeit bei zunehmender Lebensdauer,
- ein stärkeres Wachstum der formellen als der informellen Pflege und
- einen Anstieg der Kosten je Pflegeeinheit (Heimplatz, mobile Dienste) insbesondere aufgrund zunehmender Personalknappheit.

Wesentliche qualitative Veränderungen (z.B. Anpassungen des Personalschlüssels in Pflegeheimen, geänderte Vorgaben bei Erneuerung der Bausubstanz) waren nicht berücksichtigt.

b) Die Studien umfassten unterschiedliche Teilbereiche der Pflege und enthielten

- teilweise nur öffentliche Mittel, teilweise auch private Mittel (insbesondere Eigenbeiträge),
- teilweise nur Sachleistungen, teilweise auch Geldleistungen,
- teilweise die in der Pflegedienstleistungsstatistik nicht enthaltenen Werte (z.B. 24-Stunden-Betreuung, Pflegekarenz, Investitionen) und
- keine bzw. teilweise eine implizite Bewertung der informellen Pflege.

c) Die Studien unterschieden sich auch hinsichtlich der Aussagen zu den jeweiligen Teilbereichen. So wichen z.B. die Bewertungen der öffentlichen Ausgaben für Sachleistungen für das Jahr 2015 um rd. 137 Mio. EUR voneinander ab.

(3) Wie die folgende Tabelle zeigt, gingen die Studien für den Zeitraum 2015 bis 2030 von relativen Veränderungen der Pflegeaufwendungen gemessen am Bruttoinlandsprodukt (**BIP**) zwischen rd. 13 % und rd. 26 % (für Pflegegeld) und zwischen rd. 37 % und rd. 57 % (für die öffentlichen Mittel für Sachleistungen) aus. In den Prognosen waren die Auswirkungen durch den Entfall des Pflegeregresses noch nicht berücksichtigt. Eine finanzielle Bewertung der informellen Pflege nahm lediglich das WIFO⁴¹ vor, zuletzt 2006.

⁴¹ Das WIFO hatte in einer Studie die Kosten durch informelle Pflegedienstleistungen (rd. 2,60 Mrd. EUR) und Eigenbeiträge (0,53 Mrd. EUR) für 2006 errechnet. Grundlage war die Anzahl der Stunden, die laut einer Mikrozensusbefragung im September 2002 für Pflege geleistet wurden, bewertet zum durchschnittlichen Bruttostundenlohn. Danach erfolgte eine Fortschreibung mit der Entwicklung der Bruttoentgelte.

Die folgende Tabelle stellt die wesentlichen Studien der Jahre 2015 bis 2018 und ihre Ergebnisse dar:

Tabelle 13: Studienergebnisse zur Entwicklung der Pflegeaufwendungen in Österreich

Studie	Jahr der Studie	prognostizierte Steigerung des Anteils der Pflegeaufwendungen am BIP			
		öffentliche Mittel gesamt	öffentliche Mittel gesamt	davon Geldleistungen ¹	davon Sachleistungen ²
		in % am BIP	relative Veränderung in %		
Europäische Kommission, Ageing Bericht 2015	2015	von 1,4 (2013) auf 1,8 (2030)	29	n.v.	n.v.
Finanzministerium, Langfristige Budgetprognose gemäß § 15 Abs. 2 Bundeshaushaltsgesetz 2013	2016	von 1,8 (2015) auf 2,1 bis 2,2 (2030)	17 bis 22	n.v.	n.v.
WIFO, Langfristige Prognose des Aufwands für Langzeitpflege	2016	von 1,38 (2015) auf 1,61 (2030)	17	-13	57
Fiskalrat, Langzeitpflege in Österreich	2017	von 1,23 (2015) auf 1,62 (2030)	32	26	37
Europäische Kommission, Ageing Bericht 2018	2018	von 1,9 (2016) auf 2,3 (2030)	21	n.v.	n.v.
Eco Austria, Pflegefinanzierung in Österreich	2018	von 1,2 (2016) auf 1,5 (2030)	25	n.v.	n.v.
WIFO, Versorgungsfunktion der mobilen Dienste	2018	n.v.	n.v.	n.v.	40

Rundungsdifferenzen möglich

n.v. = nicht vorhanden

BIP = Bruttoinlandsprodukt

WIFO = Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

¹ im Wesentlichen Pflegegeld

² mobile Dienste und Pflegeheime abzüglich der Eigenbeiträge

Quellen: zitierte Studien

17.2 Der RH wies auf die erhebliche Bandbreite in den erwarteten Steigerungen des Anteils der Pflegeaufwendungen am BIP zwischen rd. 17 % und rd. 32 % hin.

Er merkte kritisch an, dass die unklare Definition des Begriffs Pflege, die unzureichenden Datengrundlagen und die kaum vergleichbaren Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder auch die Qualität der mittel- und langfristigen Prognosen auf Bundesebene beeinträchtigten.

Der RH hob hervor, dass die vorliegenden Prognosen für die Pflegeaufwendungen von einem beträchtlichen Anstieg der öffentlichen Mittel ausgingen, die informelle Pflege jedoch gar nicht bzw. nur implizit bewerteten.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, dem Finanzministerium und den Ländern, bei der Erstellung mittel- und langfristiger Prognosen für Pflegeaufwendungen zusammenzuwirken, bei Beauftragung von Studien alle wesentlichen Teilbereiche der Pflege mitzubedenken und die Datengrundlagen klarzustellen.

17.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass Definitionspräzisierungen bspw. in der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012 möglich seien und in einer Sitzung mit den Ländern thematisiert würden. Eine derartige Festlegung garantiere jedoch keine einheitliche Umsetzung in den Ländern, wie dies bspw. die alternativen Wohnformen gezeigt hätten. Auch sehe das Sozialministerium die Berücksichtigung aller wesentlichen Teilbereiche der Pflege bei der Beauftragung von Studien als vorteilhaft an, wies jedoch gleichzeitig darauf hin, dass es diesbezüglich keinen Einfluss auf die Länder oder allfällige „dritte“ Auftraggeber habe.

(2) Das Finanzministerium befürwortete in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH und teilte mit, es werde sie laufend in künftige Überlegungen und Vorhaben einfließen lassen. Es wies darauf hin, dass mit der Pflegedienstleistungsstatistik bereits ein wichtiger Schritt gesetzt worden sei, die Datenqualität im Bereich der Pflege zu verbessern. Trotz der inhaltlichen Zuständigkeit des Sozialministeriums nehme es den vom RH aufgezeigten Handlungsbedarf im Hinblick auf

- die Definition der Pflege,
- eine österreichweite, vollständige Statistik zu den Gesamtkosten, zur Herkunft und zur Verwendung der Mittel,
- fehlende Bedarfsprognosen und
- die wesentlichen Parameter der Steuerung

als Basis einer Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zur Kenntnis. Es werde gemeinsam mit dem Sozialministerium und unter dessen Federführung Umsetzungsmaßnahmen auch in Vorbereitung des nächsten Finanzausgleichs diskutieren. Da die Empfehlung des RH auch die Länder betreffe, werde sie Gegenstand der nächsten Finanzausgleichsverhandlungen sein.

(3) Das Land Burgenland führte in seiner Stellungnahme aus, es sei selbstverständlich zu einer Mitwirkung bereit. Es solle jedoch im Rahmen koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne Raum für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und Bedürfnisse sein.

(4) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung grundsätzlich zu, verwies jedoch auf die dafür nötige Voraussetzung einer einheitlichen Definition im Bereich der Pflegedienstleistungen.

(5) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

(6) Das Land Salzburg verwies in seiner Stellungnahme auf den von der Landessozialreferentenkonferenz gefassten Beschluss vom 14. Juni 2019, in dem diese sich grundsätzlich zu Harmonisierungsmaßnahmen im Bereich der Pflegesachleistungen bekenne, soweit die Angebotsstruktur betroffen sei. Regionale Besonderheiten und historisch gewachsene Standards in den Ländern müssten respektiert werden und die Bedürfnis- und Bedarfsorientierung der Angebote sichergestellt sein. Dabei gelte der grundsätzliche Vorrang ambulanter Leistungen.

(7) Die Stadt Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde sich in entsprechende Vorhaben einbringen und biete dafür ihre Mitarbeit und Expertise an.

Einschätzung des künftigen Bedarfs an Pflegedienstleistungen

- 18.1 Der RH stellte im Zuge der Gebarungüberprüfung die Prognosen aus den jeweiligen Bedarfs- und Entwicklungsplänen der Länder per Ende 2018 einer – auf Länderebene verfügbaren – aktuellen Prognose aus einer bundesweiten Studie⁴² gegenüber. Aufgrund unterschiedlicher Ausgangsdaten, Annahmen oder auch Bezugsgrößen (Personen, Betten, Leistungsstunden) verglich der RH die prozentuelle Steigerung der jeweils verfügbaren Kennzahlen.⁴³ Die Länder erwarteten in ihren Berechnungen insbesondere im stationären Bereich deutlich geringere Steigerungen des künftigen Bedarfs als die österreichweite Studie. Die Unterschiede der prognostizierten Steigerungen zwischen der Studie und den Länderplanungen betragen bis zu rd. 31 Prozentpunkte (2015 bis 2030 in Kärnten). Für das gesamte Bundesgebiet betrug der Unterschied bei den jeweils verfügbaren Zeiträumen rd. 18 Prozentpunkte. Umgerechnet auf die bereits 2016 bestehenden rd. 66.500 Heimplätze würde dieser Unterschied in den Steigerungsraten rd. 12.000 Heimplätze ausmachen.

Dieser Unterschied war nicht durch einen geplanten stärkeren Ausbau der mobilen Dienste seitens der Länder erklärbar. Das Land Salzburg wies nur im stationären Bereich Daten aus. Für das Land Burgenland war per Ende 2018 kein aktueller Bedarfs- und Entwicklungsplan verfügbar.

⁴² WIFO Studie (Juni 2017) „Österreich 2025: Pflegevorsorge – Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen“

⁴³ Die demografische Entwicklung und die verfügbaren österreichweiten Daten (zu den jeweils unterschiedlichen Zeitpunkten) lagen allen Berechnungen zugrunde. Daneben berücksichtigten die Länder auch länderspezifische Daten und ihre jeweiligen strategischen Zielsetzungen, während die Studie von einer „no policy change“ ausging. Die Studie und mehrere Länder bezogen die Bedarfsentwicklung in der stationären Pflege auf Personen, während die Länder Niederösterreich, Salzburg, Steiermark und Vorarlberg erforderliche Kapazitäten, Betten oder Plätze prognostizierten.

- 18.2 Der RH wies darauf hin, dass die Prognosen einer österreichweiten Studie auf Landesebene und die Prognosen der Länder deutlich voneinander abwichen.

Der RH erachtete eine regionale Planung unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Umfelds gerade im Bereich der Pflege als zweckmäßig. Er hielt jedoch eine zentrale Koordinierung und einheitliche analytische Vorgehensweise aus folgenden Gründen für wesentlich:

a) Die prognostizierte demografische Entwicklung in Verbindung mit den unterschiedlichen Finanzierungsinstrumenten erfordert eine gemeinsame mittelfristige Planung und Steuerung der Pflegefinanzierung. Wie die Erfahrungen zum Ausgaben- bzw. Kostendämpfungspfad 2017 bis 2021 zeigten (TZ 9), war dieser nur auf Basis einer konkret abgestimmten Planung möglich.

b) Da der Bund das Pflegegeld, die 24-Stunden-Betreuung und das Berufsrecht des Pflegepersonals regelte (TZ 4), war ein zwischen Bund und Ländern koordiniertes Vorgehen wesentlich.

c) Aufgrund der hohen Unterschiede in der Versorgungsdichte (TZ 14) und den Kosten je Leistungseinheit (TZ 19) hielt der RH ein systematisches Benchmarking für wesentlich, um den künftig erforderlichen Ausbau von Pflegedienstleistungen zweckmäßig zu gestalten.

Der RH wies darauf hin, dass im Gesundheitsbereich langjährige Erfahrung zu einer Rahmenplanung auf Bundesebene und einer detaillierten Ausgestaltung der Planung auf Landesebene vorlag.

Der RH empfahl dem Sozialministerium, dem Finanzministerium und den Ländern, auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne eine österreichweite abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten.

Er verwies dazu auf die Empfehlungen zu harmonisierten Erstellungszeitpunkten, Planungshorizonten und Inhalten (TZ 15), zur umfassenden Planung für alle Betreuungsformen, Personal und Finanzen (TZ 16) sowie zur Entwicklung geeigneter Kennzahlen zur Bewertung der Versorgung (TZ 14).

- 18.3 (1) Das Sozialministerium räumte in seiner Stellungnahme ein, dass sich die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder trotz Vorgaben in der Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 im Laufe der Jahre höchst unterschiedlich entwickelt hätten. Da dem Sozialministerium eine Harmonisierung im Bereich der Pflege generell ein Anliegen sei, die Kompetenz des Bundes im Bereich Pflege aber eingeschränkt sei, habe es

bereits in der Vergangenheit versucht, Maßnahmen für eine bessere Vergleichbarkeit der Bedarfs- und Entwicklungspläne zu setzen. Aus diesem Grund sei mit BGBl. I 22/2017 in § 4 Abs. 2 PFG eine Bestimmung aufgenommen worden, welche die Länder zur Vorlage von Planungsunterlagen mit einem bestimmten vorgegebenen Inhalt verpflichtet habe. Für die Zukunft werde das Sozialministerium Überlegungen anstellen, ob § 4 PFG in Bezug auf die angeregten Steuerungsinstrumente im Gesundheitsbereich zu novellieren sei. Auch sei geplant, die Empfehlung in einer Sitzung mit den Ländern zu thematisieren.

(2) Das Finanzministerium verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 17 und führte weiters aus, dass es die Empfehlung befürworte und sie laufend in künftige Überlegungen und Vorhaben einfließen lassen werde. Auch werde sie Gegenstand der nächsten Finanzausgleichsverhandlungen sein.

(3) Die Länder Burgenland und Kärnten verwiesen auf ihre Stellungnahmen zu TZ 17.

(4) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 15 und hielt weiters fest, dass beim Vergleich der Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder mit der Studie des WIFO aus 2017 zu berücksichtigen sei, dass die WIFO-Studie von Jahresdaten aus der Pflegedienstleistungsstatistik ausgehe und nicht von Daten zu bestimmten Stichtagen, weshalb die Studie einen deutlich höheren Bedarf ausweise. Bei der Entwicklung von geeigneten Kennzahlen zur Bewertung der Versorgung sei die Wechselwirkung von Angeboten zu berücksichtigen.

(5) Das Land Salzburg verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 17.

(6) Das Land Vorarlberg hielt in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH für grundsätzlich sinnvoll. Ob der als Benchmark angeführte Gesundheitsbereich tatsächlich ein Maßstab für eine erfolgreiche länder- und gebietskörperschaften-übergreifende Planung und Steuerung sei, könne es nicht abschließend beurteilen. Es wies weiters auf die föderale gewachsene Struktur hin.

(7) Die Stadt Wien wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass der Fonds Soziales Wien bereits jetzt ausführliche jährliche Prognosen erstelle, die als gute Grundlage für eine gemeinsame Weiterarbeit geeignet seien. Auch die Pflegestrategie 2030 sei bei der Entwicklung einer Gesamtstrategie von Nutzen.

Kosten und Tarife in der stationären Pflege

Kosten eines Verrechnungstages

19.1 (1) Die Anzahl und Kosten der Heimplätze waren die entscheidenden Parameter für die Steuerung der stationären Versorgung von Pflegebedürftigen. Wie in Tabelle 14 dargestellt, lagen die durchschnittlichen Kosten je Verrechnungstag für die stationäre Pflege nach der Pflegedienstleistungsstatistik 2016 zwischen rd. 90 EUR in Kärnten und Salzburg sowie rd. 223 EUR in Wien; sie unterschieden sich somit um mehr als 100 %. Bezogen auf die rd. 78.000 Heimplätze in Österreich im Jahr 2018 würde diese Differenz einem jährlichen Gebarungsvolumen von bis zu rd. 3,7 Mrd. EUR entsprechen. Die Interpretation der Kostenunterschiede war daher wesentlich für die Steuerung der Pflegedienstleistungen. Studien interpretierten diese Unterschiede im Hinblick auf mögliche Effizienzgewinne, Probleme in der Vergleichbarkeit oder auf Unterschiede bei bestimmten Strukturmerkmalen (z.B. Personalschlüssel).

(2) Ein Vergleich der Kosten je Verrechnungstag zwischen den Ländern stand vor zwei wesentlichen Herausforderungen:

a) unterschiedliche Kosten: Die Länder (und weitere Rechtsträger) trugen die Kosten über verschiedene Finanzierungsinstrumente (z.B. Sozialhilfe, Förderungen, Bedarfszuweisungen, Abgangsdeckungen) und erfassten meist nur (unterschiedliche) Teilmengen der Kosten (z.B. nur den laufenden Betrieb oder auch Investitionen). Zur Bewertung der Kosten setzten sie zudem unterschiedliche Methoden ein (z.B. kamerale oder doppische Erfassung von Investitionen bzw. Abschreibungen).

b) unterschiedliche Leistungen: Dies betraf

- die Art der Leistung: Die Länder erbrachten im stationären Bereich unterschiedliche Leistungen (z.B. mit Schwerpunkt auf Unterbringung, auf Unterbringung und Pflege oder auf Unterbringung, Pflege und ärztliche Versorgung), ohne diese in der Pflegedienstleistungsstatistik getrennt zu erfassen.
- das Ausmaß der Leistung: Die Länder erbrachten die Leistungen an Personen mit unterschiedlichem Pflegebedarf.
- die Strukturmerkmale der Leistung: Die Leistungen selbst unterschieden sich in wesentlichen Strukturmerkmalen (z.B. Personalintensität).

(3) Im Zuge seiner Gebarungsüberprüfung führte der RH eine Bereinigung der Kosten, Verrechnungstage und der Leistungen durch und stellte zur besseren Interpretierbarkeit neben den Kosten auch die durchschnittliche Pflegegeldstufe der betreuten Personen dar. Inwieweit die verbleibenden Unterschiede auf einzelne Strukturmerkmale zurückführbar waren, wird in [TZ 20](#) behandelt. Die folgende

Tabelle zeigt die durchschnittlichen Kosten⁴⁴ eines Verrechnungstages für stationäre Pflege je Land auf Basis der Pflegedienstleistungsstatistik sowie nach den vorgenommenen Bereinigungen. Im Anschluss stellt der RH die einzelnen Bereinigungs Schritte und verbleibende Probleme der Vergleichbarkeit dar.

Tabelle 14: Durchschnittliche Kosten je Verrechnungstag für stationäre Pflege im Jahr 2016

	Burgenland	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
Kosten	in Mio. EUR									
laut Pflegedienstleistungs- statistik („Bruttokosten stationäre Dienste“)	73,7	156,8	362,0	392,9	117,1	450,2	167,3	101,9	763,4	2.585,2
nach Kostenbereinigungen	73,7	159,9	408,0	414,1	131,3	450,2	205,3	101,9	763,4	2.707,7
nach Kosten- und Leistungsbereinigungen	75,5	162,9	429,5	421,0	131,8	450,2	205,9	106,3	963,8	2.946,8
Verrechnungstage Teilzahlende	in Mio. Tagen									
laut Pflegedienstleistungs- statistik	0,6	1,7	3,1	3,5	1,3	4,0	1,6	0,7	3,4	20,0
nach Leistungsbereinigungen	0,6	1,8	3,2	3,6	1,3	4,0	1,6	0,7	6,0	22,9
Kosten je Verrechnungstag	in EUR									
laut Pflegedienstleistungs- statistik	116,2	90,2	117,4	111,0	90,0	113,1	102,8	155,7	222,8	129,3
nach Kostenbereinigungen	116,2	92,0	131,9	117,0	101,0	113,1	126,1	155,7	222,8	135,4
nach Kosten- und Leistungsbereinigungen	116,2	91,4	132,2	117,0	100,9	113,1	126,1	150,9	160,6	128,7
	durchschnittliche Pflegegeldstufe (inkl. Pflegegeldstufe 0)									
für Leistungen laut Pflege- dienstleistungsstatistik	4,35	4,15	4,44	4,23	4,17	4,34	4,00	3,95	4,68	4,31
nach Leistungsbereinigungen	4,35	4,10	4,44	4,23	4,17	4,34	4,00	3,85	3,32	3,97

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

⁴⁴ Es handelt sich um die Gesamtkosten unabhängig davon, wer sie trägt (das heißt ohne Abzug von Eigenbeiträgen der Pflegebedürftigen, inkl. Investitionskosten), soweit sie über Informationen des jeweiligen Landes ermittelbar waren. Die Darstellung erfolgt nur für Teilzahlende (in die Gesamtberechnung unter TZ 7 rechnete der RH auf gesondertem Wege auch die Selbstzahlerkosten mit ein).

(4) Die Kostenbereinigungen umfassten insgesamt rd. 122,5 Mio. EUR und machten in einzelnen Ländern (z.B. Tirol) bis zu 23 % der in der Pflegedienstleistungsstatistik genannten Kosten aus.

- Im Burgenland war eine Hinzurechnung von rd. 45.000 Verrechnungstagen erforderlich, die an andere Länder für burgenländische Heimbewohnerinnen und –bewohner bezahlt worden waren.
- In Kärnten waren Zahlungen der Gemeinden zur Abgangsfinanzierung der Sozialhilfeverbände hinzuzurechnen.
- In Niederösterreich war jener Teil der Investitionskosten zu ergänzen, der bei Landesheimen direkt über das Landesbudget bzw. bei privaten Heimen aus einem dafür geschaffenen Fonds finanziert war.
- In Oberösterreich waren direkt von den Heimträgern finanzierte Investitionskosten zu ergänzen.
- In Salzburg leisteten Gemeinden Abgangsdeckungen, von denen der auf die stationäre Pflege entfallende Anteil hinzuzurechnen war.
- In Tirol waren die Investitionen der Gemeinden und die Eigenbeiträge von Personen in Pflegegeldstufen 0 bis 2 zu ergänzen.⁴⁵ Weiters korrigierte das Land Tirol die Verrechnungstage.
- In der Steiermark, in Vorarlberg und in Wien waren keine Kostenbereinigungen erforderlich. Eine Besonderheit war, dass die Stadt Wien Zahlungen an das Kuratorium Wiener Pensionisten–Wohnhäuser (2016: 52,4 Mio. EUR) und an den Wiener Krankenanstaltenverbund (2016: 143,8 Mio. EUR) unabhängig von den Tarifen leistete. Diese waren bereits in der Pflegedienstleistungsstatistik enthalten.

Der RH nutzte für die Kostenbereinigungen die jeweils verfügbaren Daten der Länder. Diese erfassten allerdings die Objektkosten unterschiedlich (teils anhand von Abschreibungen nach Wiederbeschaffungswerten oder nach historischen Anschaffungskosten und teils anhand von kameral ermittelten Investitionen eines bestimmten Jahres).⁴⁶

⁴⁵ Hier waren die Gemeinden für die Bezahlung der Bruttokosten und die Einhebung der Eigenbeiträge zuständig. Sie meldeten dem Land Tirol nur die Nettokosten. Daher flossen auch nur diese in die Pflegedienstleistungsstatistik ein. Um die Bruttokosten zu ermitteln, waren daher die Eigenbeiträge wieder hinzuzurechnen.

⁴⁶ Die Investitionen machten in Niederösterreich 2016 rd. 37 Mio. EUR aus, die Abschreibungen rd. 46 Mio. EUR. Dabei waren Errichtungskosten von rd. 140.000 EUR pro Heimplatz exklusive Ausstattung zugrunde gelegt. Das Land Oberösterreich bezifferte die über die Pflegedienstleistungsstatistik hinausgehenden Aufwendungen mit rd. 21,2 Mio. EUR, wobei es von Errichtungskosten von 105.000 EUR pro Platz inkl. Ausstattung und 30-jähriger Nutzungsdauer ausging. Das Land Tirol kalkulierte die Investitionskosten anhand von Wiederbeschaffungswerten von 130.000 EUR pro Heimplatz exklusive Ausstattung und 25-jähriger Nutzungsdauer mit rd. 30,9 Mio. EUR.

(5) Für die Leistungsbereinigung waren die Kurzzeitpflege (teilweise gemeinsam mit den stationären Diensten erfasst), die Abgrenzung der stationären Pflege von alternativen Wohnformen und bestimmte Besonderheiten in Wien zu berücksichtigen:

- Da nicht alle Länder Langzeit- und Kurzzeitpflege in der Erfassung trennten, stellte der RH die beiden Leistungen gemeinsam dar. Die in der Pflegedienstleistungsstatistik als alternative Wohnformen kategorisierten Leistungen ordnete der RH, sofern diese in erheblichem Umfang Betreuungsleistungen enthielten, im Einvernehmen mit den betroffenen Ländern der stationären Pflege zu. Soweit die Unterbringung überwog, schloss der RH diese Leistungen aus der Betrachtung aus.
- Das Angebot in Wien wies gegenüber jenen der anderen Länder zwei Besonderheiten auf: Zu den rd. 5.600 Heimplätzen der allgemeinen Pflege kamen 2016 rd. 3.500 mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung und rd. 7.600 Plätze im Betreuten Wohnen hinzu.⁴⁷ Heime mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung gab es in den anderen Ländern nicht, die Nutzung von Krankenanstalten für entsprechende Fälle machte einen wesentlich kleineren Anteil aus. Ab dem Jahr 2017 ordnete Wien das Betreute Wohnen nicht mehr den alternativen Wohnformen, sondern der stationären Pflege zu. Alternative Wohnformen machten in den anderen Ländern maximal ein Zehntel der Heimplätze aus. Die Kosten je Verrechnungstag für die Pflegeheime der allgemeinen Pflege in Wien lagen im Durchschnitt bei rd. 169 EUR, der Durchschnitt aller stationären Pflegeformen bei rd. 161 EUR. Da dieser Vergleich den Großteil der stationären Pflegeformen in Wien berücksichtigte, verwendete der RH für den Vergleich die Durchschnittskosten von rd. 161 EUR.

(6) Die Pflegebedürftigkeit ist in Tabelle 14 durch die durchschnittliche Pflegegeldstufe abgebildet.⁴⁸ Die PflegegeldEinstufung war jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig für den tatsächlichen Pflegeaufwand. Dieser hing auch von den konkreten Funktionseinschränkungen und den erforderlichen Maßnahmen im Heimkontext ab. Insbesondere Personen mit demenziellen oder psychiatrischen Krankheitsbildern konnten bei gleicher PflegegeldEinstufung sehr unterschiedlichen Betreuungsbedarf aufweisen. Mehrere Länder berücksichtigten den besonderen Bedarf in Form von Zuschlägen, das Land Vorarlberg richtete sich in den Tarifen – unabhängig von der PflegegeldEinstufung – nach einer eigenen Bewertung des konkreten Betreuungsbedarfs.

⁴⁷ Wie in TZ 3 ausgeführt, verwendete die Stadt Wien eine von der Pflegedienstleistungsstatistik abweichende Terminologie und ordnete den alternativen Wohnformen (9.078 Plätze) verschiedene Leistungen (insbesondere Betreutes Wohnen, Hausgemeinschaften und Wohngemeinschaften sowie sozial betreutes Wohnen) zu. Mit den stationären Diensten im Sinne der Pflegedienstleistungsstatistik vergleichbar (und ab 2017 auch dort zugeordnet) waren das Betreute Wohnen und die Hausgemeinschaften.

⁴⁸ Für die Länder Kärnten, Vorarlberg und Wien sind in der bereinigten Pflegegeldstufe auch Werte für Bewohnerinnen und Bewohner der alternativen Wohnformen enthalten.

- 19.2 Der RH wies darauf hin, dass die Kosten für die stationäre Pflege auch nach Kosten- und Leistungsvereinbarungen je Verrechnungstag im Jahr 2016 von rd. 91 EUR (Kärnten) bis rd. 161 EUR (Wien) eine sehr große Bandbreite aufwiesen. Bei rd. 20 Mio. Verrechnungstagen für Teilzahlende im Jahr 2016 hatten schon kleine Veränderungen in den Kosten je Tag eine große Auswirkung auf die öffentlichen Finanzen. Der RH hielt es daher für entscheidend, die Ursachen dieser Unterschiede zu klären und die Ergebnisse in die Überlegungen über einen weiteren Ausbau der stationären Pflege einfließen zu lassen.

Der RH kritisierte, dass die Länder wesentliche Daten zu Kosten, Leistungen und Pflegebedarf nicht in einer Form erhoben, die eine systematische Gegenüberstellung ohne Bereinigungen ermöglichte.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, die in der Pflegedienstleistungsstatistik erfassten Kosten stationärer Pflege – insbesondere auch die Investitionskosten – einheitlich und vollständig zu erheben.

Der RH verwies weiters auf seine Empfehlung in [TZ 3](#), die Definition der Leistungen im stationären Bereich zu präzisieren, um eine bessere Vergleichbarkeit zu gewährleisten.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern zu prüfen, inwieweit die Pflegegeldeinstufung insbesondere ab der Stufe 4 den tatsächlichen Leistungsaufwand in Pflegeheimen abbildet, und gegebenenfalls eine alternative Form der Kategorisierung zu definieren.

Der RH wies darauf hin, dass im Österreichvergleich in Wien die Zahl der Plätze mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung und der Plätze im Betreuten Wohnen im Verhältnis zu den Pflegeheimplätzen sehr hoch war.

Der RH empfahl der Stadt Wien, die Anzahl der verfügbaren Plätze in Heimen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung und für Betreutes Wohnen zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen.

- 19.3 (1) Das Sozialministerium betonte in seiner Stellungnahme, dass ihm die Harmonisierung der in der Pflegedienstleistungsstatistik erfassten Kosten ein wesentliches Anliegen sei. Es befürwortete daher eine legislative Änderung, derzufolge auch die Investitionskosten von den Ländern in die Pflegedienstleistungsstatistik einzumelden seien, und sagte zu, diese Änderung sobald als möglich anzustreben. Es sei ein Anliegen des Sozialministeriums, eine systematische Gegenüberstellung von Daten zu Kosten, Leistungen und Pflegebedarf zu ermöglichen, weshalb in dieser Hinsicht ein Abstimmungsprozess mit den Ländern geplant sei.

Hinsichtlich der PflegegeldEinstufung führte das Sozialministerium aus, dass gemäß § 3a Abs. 6 PFG Aufnahmen in stationäre Einrichtungen erst ab der Pflegegeldstufe 4 erfolgen sollten, sofern die pflegerische Notwendigkeit und die soziale Indikation nicht eine Aufnahme bei Pflegegeldstufe 1 bis 3 erfordern würden. Es gehöre zu den wichtigsten Grundsätzen des österreichischen Pflegegeldsystems, dass die konkrete personelle Betreuungssituation für die PflegegeldEinstufung nicht maßgeblich sei. Auch seien die Vorschriften des Bundespflegegeldgesetzes nicht darauf ausgerichtet, den konkreten Pflegeaufwand eines Pflegeheims abzubilden. Bei demenziellen bzw. psychiatrischen Krankheitsbildern gelange zur Ermittlung des Pflegebedarfs ein sogenannter „Erschwerniszuschlag“ zur Anwendung.

Zur Frage, inwiefern die PflegegeldEinstufung den tatsächlichen Leistungsaufwand im Pflegeheim abbilde, verwies das Sozialministerium auf seine Stellungnahme zu TZ 13.

(2) Das Land Kärnten führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Entwicklung eines abgestimmten, einheitlichen Finanzierungssystems die Vereinheitlichung der zu erfassenden Kostenbereiche voraussetze. Der Empfehlung zur PflegegeldEinstufung stimme das Land Kärnten grundsätzlich zu. Es merkte aber an, dass der Leistungsaufwand im Pflegeheim je nach Land unterschiedlich sei, womit diese Prüfung für jedes Land differenziert zu betrachten sei.

(3) Das Land Niederösterreich hielt in seiner Stellungnahme fest, dass sich die Meldungen gemäß Pflegedienstleistungsstatistik–Verordnung 2012 auf die Kosten der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung beziehen würden. Eine Umsetzung der Empfehlung zur Kostenerfassung und insbesondere auch zu den Investitionskosten würde die bisherige Logik der Zuschüsse aus dem Pflegefonds grundsätzlich ändern.

(4) Laut Stellungnahme des Landes Salzburg habe es bis 2002 mit einem von der PflegegeldEinstufung unabhängigen Einstufungsmodell gearbeitet. Die Evaluierung des Tariffsystems habe gezeigt, dass der individuelle Ansatz bei der Zuerkennung der Tarifstufe viele Nachteile berge. Das Land Salzburg verwies weiters auf die vor einigen Jahren erfolgten Änderungen in der PflegegeldEinstufungsverordnung im Zusammenhang mit Personen mit demenziellen Erkrankungen.

(5) Die Stadt Wien wies in ihrer Stellungnahme nochmals darauf hin, dass bei der Kostenerfassung für die stationäre Pflege keine Kostenbereinigungen (auch hinsichtlich der Investitionskosten) erforderlich seien. Sie führe dies auf das in Wien nicht angewandte Normkostenmodell zurück.

Hinsichtlich der PflegegeldEinstufung unterstütze Wien das Festhalten am Leistungsaufwand im Rahmen des Bundespflegegeldgesetzes, um damit eine österreichweit einheitliche Pflegegeldebegutachtung zu garantieren. Jedenfalls

werde sich die Stadt Wien in entsprechende Vorhaben einbringen und biete dafür ihre Mitarbeit und Expertise an.

Der Empfehlung, die Anzahl der verfügbaren Plätze in Heimen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung und für Betreutes Wohnen zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen, werde die Stadt Wien im Rahmen der Kapazitätsplanung entsprechen.

- 19.4 Gegenüber dem Land Salzburg regte der RH an, seine Erfahrungen aus der Zeit vor 2002 in die Diskussion um eine alternative Bewertung des Pflegebedarfs einzubringen, um die damals festgestellten, aber nicht näher ausgeführten Nachteile in Zukunft vermeiden zu können.

Der RH entgegnete der Stadt Wien, dass auch bei Ländern mit Normkostenmodellen, wie z.B. dem Land Steiermark, eine vollständige Erfassung in der Pflegedienstleistungstatistik erfolgte und keine Bereinigungen notwendig waren.

Wesentliche Kostenbestandteile

- 20.1 (1) Während im Krankenanstaltenbereich nach dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen⁴⁹ bundesweit einheitliche Vorgaben für die Kostenrechnung sowie entsprechende Meldepflichten bestanden und diese die Gegenüberstellungen einzelner Kostenbestandteile ermöglichten, existierten derartige Vorgaben im Pflegebereich nicht. Sowohl die Pflegereform 2012 als auch die Novelle des PFG im Jahr 2017 und der „Masterplan Pflege“ vom Dezember 2018 enthielten das Ziel einer Harmonisierung von Pflegedienstleistungen und ihrer Finanzierung.

(2) Nicht alle Länder verfügten über eine Kalkulation, die eine Aufteilung der Kosten auf bestimmte Positionen (z.B. Pflegepersonal, Küche, Wäsche, Gebäude) ermöglichte. Auch soweit Kalkulationen erfolgten, waren diese nur eingeschränkt vergleichbar (z.B. waren Vergleiche zwischen Eigenerbringung der Leistungen und zugekauften Leistungen etwa bei Küche, Wäsche oder Reinigung mangels einheitlicher Kostenstellen schwierig).

- Die Länder Burgenland, Salzburg und Vorarlberg legten derartige Kalkulationen nicht vor. Dort war die Tarifhöhe das Ergebnis von Verhandlungen.
- Das Land Kärnten verfügte über Gutachten zur Vorbereitung von bereits im Jahr 2013 erfolgten Tarifverhandlungen. Eine Erklärung für die 2018 geltenden Tarife ließ sich daraus nicht ableiten.

⁴⁹ BGBl. 745/1996 i.d.g.F.

- Die Länder Niederösterreich (für die Landesheime) und Oberösterreich (aus einem Controlling aller Anbieter) verfügten über Daten aus – jeweils unterschiedlich strukturierten – Kostenrechnungssystemen. So konnten sie darstellen, welche Aufwendungen für welche Kostenbestandteile im Schnitt anfielen.
- In den Ländern Tirol und Wien lagen Berechnungsgrundlagen aus den Tarifverhandlungen mit den einzelnen Anbietern vor; diese stellten eine Mischung aus budgetierten Kosten, historischen Ist–Werten und Normkosten dar.
- Das Land Steiermark verwendete seit 2006 ein Normkostenmodell, bei dem – unabhängig von den tatsächlichen Kosten der Leistungserbringer – bestimmten Kategorien normativ bestimmte Kosten zugeordnet waren. Gutachten dazu zeigten, dass eine Unterschreitung der Kosten möglich war bzw. nicht sichergestellt war, dass die Heime alle Leistungen auch tatsächlich wie kalkuliert erbrachten. Wesentliche Problemfelder betrafen zu geringe Abschreibungsdauern, zu hohe angenommene Errichtungskosten, die Overhead–Kosten (z.B. Buchhaltung, Heimleitung) und Kosten für fremdvergebene Leistungen (z.B. Küche, Wäsche, Reinigung). Dem Land Steiermark dazu vorliegenden Kalkulationen zufolge würden die Tarifzahlungen gemäß dem Normkostenmodell 2006 über den tatsächlichen Kosten der Heimbetreiber liegen. Eine systematische Analyse des Landes darüber fehlte, u.a. weil die Heimbetreiber dem Land keine Gebarungsdaten bereitzustellen hatten. In der Folge valorisierte die Steiermark die Tarife nicht; ab dem 1. Jänner 2019 galt ein neues Modell. Dabei erreichte die Steiermark keine Tarifreduktion, verpflichtete jedoch die Heimträger, regelmäßig und anonymisiert ihre Ist–Kosten bekannt zu geben. Weiters beschrieb das Land detaillierter die zu erbringenden Leistungen. Betriebswirtschaftlich waren im Verhandlungsergebnis einige Besonderheiten enthalten (z.B. eine Vergütung der Kommunalsteuer auch für jene Heimbetreiber, die diese gar nicht zu bezahlen hatten, oder eine Vergütung von flächenbezogenen Kosten auf Basis einer Mindestgröße, selbst wenn diese nicht eingehalten war). Der RH hatte 2012 im Bereich der Förderungen für Menschen mit Behinderungen festgestellt, dass die Festsetzung von Normkosten grundsätzlich sinnvoll, eine regelmäßige Evaluierung anhand der Ist–Kosten jedoch unabdingbar war.⁵⁰

⁵⁰ RH–Bericht „Sozialabteilung der Landesregierung Steiermark und Bundessozialamt – Koordination und Parallelität“ (Reihe Bund 2012/12, TZ 25)

(3) Zu den Kostenbestandteilen war Folgendes anzumerken:

- Ein wichtiger Faktor für die Kosten waren personelle Vorgaben (Anzahl der Bediensteten, TZ 31). Die beiden Länder mit dem höchsten Personalschlüssel (die Länder Vorarlberg und Wien) hatten auch die höchsten Kosten bzw. Tarife. Die Länder mit hohem Personalschlüssel betrachteten dies als Qualitätskriterium, andere Länder lehnten diese Betrachtung ab. Das Land Burgenland hatte trotz niedrigstem Personalschlüssel nicht die niedrigsten Kosten je Verrechnungstag und evaluierte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Höhe von Kosten und Tarifen.
- Die Kosten waren unterschiedlich auf Unterbringung und Verpflegung sowie den Bereich Pflege verteilt. Zum Beispiel lag der Kostenanteil für Pflegepersonal in Oberösterreich bei rd. 60 %, in der Steiermark bei etwa vergleichbaren Gesamtkosten bei rd. 47 %.
- Die Länder gingen von unterschiedlichen Errichtungskosten je Heimplatz aus. Die Bandbreite lag dabei zwischen rd. 105.000 EUR (Oberösterreich, Steiermark) und rd. 194.000 EUR je Heimplatz (Vorarlberg).
- Insbesondere bei sprungfixen Kosten (wie z.B. der Besetzung von Nachtdiensten) war eine höhere Anzahl von Plätzen je Pflegeheim ein Faktor, der zu einer höheren Effizienz und zur Reduktion der Kosten beitragen konnte. Ein Verlust von Wohnortnähe oder Übersichtlichkeit der Wohnverhältnisse konnte bei größeren Heimen auch als qualitativer Nachteil angesehen werden.

(4) Die durchschnittliche Pflegeheimgröße je Land lag zwischen rd. 47 Plätzen in Vorarlberg und rd. 191 Plätzen in Wien und stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 15: Durchschnittliche Anzahl der Plätze je Pflegeheim im Jahr 2018

Land	durchschnittliche Anzahl der Plätze je Pflegeheim
Burgenland	52
Kärnten	71
Niederösterreich	102
Oberösterreich	94
Salzburg	70
Steiermark	64
Tirol	70
Vorarlberg	47
Wien	191
Österreich	86

Quellen: Länder; Berechnung: RH

- 20.2 Der RH kritisierte, dass für die stationäre Pflege keine vergleichbaren Kostenrechnungsergebnisse vorlagen, die eine Zuordnung der unterschiedlichen Kosten der Länder auf bestimmte Positionen (z.B. Pflegepersonal, Gebäude) zuließen. Der RH hielt im Hinblick auf die vom Bundesgesetzgeber bzw. von der Bundesregierung mehrfach als Ziel formulierte Harmonisierung von Pflegedienstleistungen eine Vergleichbarkeit der Kosten der einzelnen Leistungen für unabdingbar.

Der RH hielt auf Basis der vorliegenden Unterlagen den Pflegebedarf der Heimbewohnerinnen und –bewohner und die Personalausstattung der Heime für die wichtigsten Kostenfaktoren, erachtete jedoch auch die bauliche Ausgestaltung der Heime und die Heimgröße als maßgeblich. Der RH wies auch auf unterbliebene bzw. nicht geeignete Kalkulationen von Tarifen hin, die gegenüber den tatsächlich erbrachten Leistungen überhöht sein könnten.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, die wesentlichen Kostenbestandteile der stationären Pflege (Pflegepersonal, Gebäude etc.) nach einheitlichen Kriterien zu erfassen und – z.B. im Arbeitskreis Pflegevorsorge – regelmäßig zu vergleichen sowie daraus Best Practice–Beispiele zu entwickeln.

- 20.3 (1) Das Sozialministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass dem Bund im Bereich Gesundheit eine wesentlich weitere Regelungskompetenz als im Bereich Pflege zukomme. Ob die gemeinsam akkordierte Vorgangsweise im Bereich Gesundheit auch für die Pflege möglich sei, könne das Sozialministerium nicht allein entscheiden. Abgesehen davon wies es auf die Wichtigkeit von Harmonisierungsschritten hin und führte aus, dass es die Thematik der Erfassung der wesentlichen Kostenbestandteile nach einheitlichen Kriterien mit den Ländern eingehend diskutieren würde. Auch sei vorstellbar, den Arbeitskreis Pflegevorsorge als Gremium für regelmäßige Vergleiche zu installieren.

(2) Das Land Kärnten führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Entwicklung eines abgestimmten, einheitlichen Finanzierungssystems die Vereinheitlichung der zu erfassenden Kostenbereiche voraussetze.

(3) Das Land Niederösterreich hielt in seiner Stellungnahme fest, dass eine Entwicklung einheitlicher Grundsätze zur Tarifgestaltung bzw. einheitlicher Kalkulationsmodelle in die bisherige Struktur der Leistungserbringung und Finanzierung der Länder eingreife. Es sei im Vorfeld ein allfälliger Nutzen der Vereinheitlichung gegen etwaige Mehraufwendungen abzuwägen.

Zur Verbesserung der Datenqualität und zum Umfang der zu erhebenden Daten führte das Land Niederösterreich aus, dass aus verwaltungsökonomischen Gründen vorerst eine Konkretisierung der gewünschten Daten und deren Notwendigkeit bzw. Zweckmäßigkeit für die Planung und Steuerung der Pflegedienstleistungen zu prüfen seien.

Zur empfohlenen österreichweit abgestimmten Gesamtstrategie zur Pflegevorsorge bzw. Harmonisierung von Leistungen wies das Land Niederösterreich auf Beschlüsse der Landessozialreferentenkonferenz hin, wonach Harmonisierungsmaßnahmen bei der Angebotsstruktur unterstützt würden, sofern regionale Besonderheiten und historisch gewachsene Standards respektiert und die Veränderungen für die jeweiligen Länder kostenneutral erfolgen würden. Eine Harmonisierung setze eine schrittweise Umsetzung in einem längerfristigen Zeitrahmen voraus, zumal dies auch Veränderungen und Weiterentwicklungen von bestehenden Standards unter Einbindung der Sozialpartner bedeute. Keinesfalls solle eine Harmonisierung das informelle Pflegepotenzial schwächen.

(4) Laut Stellungnahme des Landes Salzburg dürfe diese Maßnahme nicht zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand führen.

(5) Die Stadt Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde sich in entsprechende Vorhaben einbringen und biete dafür ihre Mitarbeit und Expertise an.

- 20.4 Der RH wies die Länder Niederösterreich und Salzburg darauf hin, dass seiner Ansicht nach ein Volumen von rd. 3,4 Mrd. EUR für stationäre Pflege in Österreich einen Vergleich der Kosten und eine Analyse damit verbundener Optimierungspotenziale rechtfertigt.

Tarifsysteme der Länder

- 21.1 (1) Grundlage für die Vergütung der stationären Pflege und für die Zahlungsströme zwischen Heimbetreibern, Ländern und Pflegebedürftigen war die Festlegung von Tarifen. Weder die Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 noch das PFG oder die Landesgesetze enthielten Ziele oder Kriterien für die Gestaltung der Tarifsysteme für stationäre Pflege. Dementsprechend regelten die Länder die Tarife sehr unterschiedlich:
- Manche Länder legten die Tarife durch Vertrag fest, andere einseitig durch Verordnung oder in einer Förderrichtlinie.
 - Manche Länder legten für jeden einzelnen Heimbetreiber oder nach Standort eigene Tarife fest, andere bildeten bestimmte Kategorien. Wieder andere regelten einheitliche Tarife für alle Heimbetreiber.
 - Manche Länder versuchten, alle Kostenbestandteile in die von den Heimbewohnerinnen und -bewohnern zu zahlenden Tarife einzurechnen, andere legten insbesondere für Investitionen andere Zahlungsströme (z.B. Förderungen im Anlassfall oder eine direkte Finanzierung durch Gebietskörperschaften bzw. Gemeindeverbände) fest.
 - Weiters unterschied sich die Art, wie die Länder die Tarife nach dem Pflegebedarf abstuften.

Nachstehende Tabelle zeigt die Unterschiede der Tarifsysteme für Pflegeheime:

Tabelle 16: Merkmale der Tarifsysteme für Pflegeheime je Land im Jahr 2018

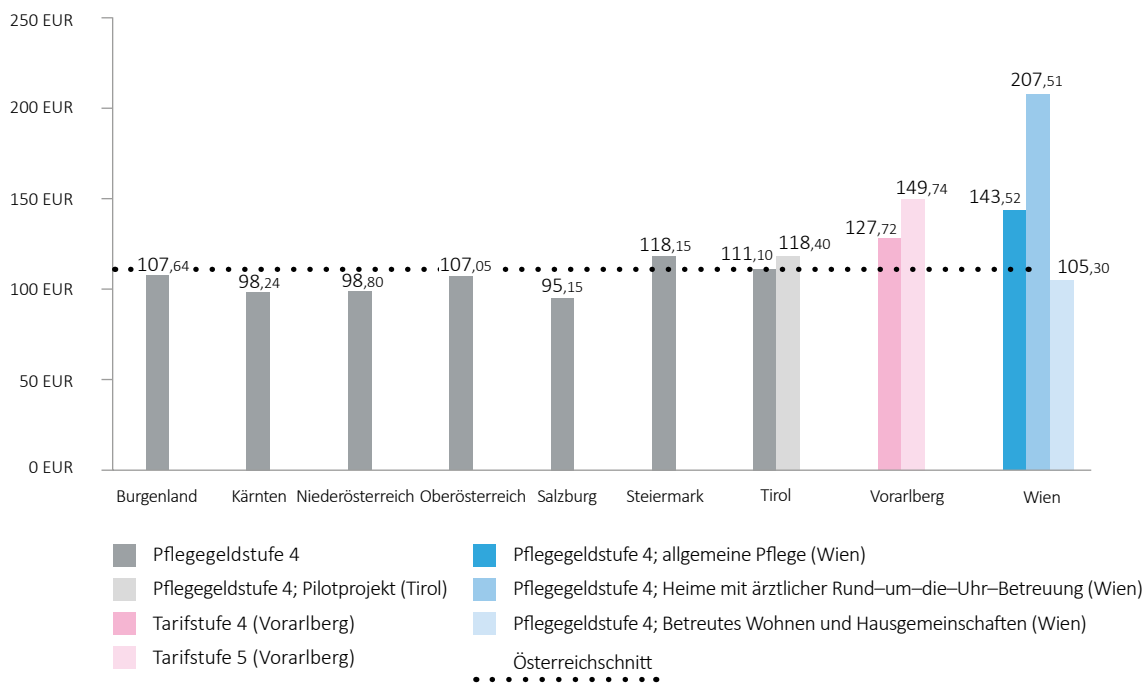
Land	Art der Festlegung	Differenzierung nach Heimbetreiber	erfasste Kostenbestandteile	Differenzierung nach Pflegebedarf
Burgenland	Verträge	gleiche Tarife für alle Heime (Ausnahme: Heime mit Landesbeteiligung)	alle	nach Pflegegeldstufen; Einzelvereinbarungen bei besonderem Pflegebedarf
Kärnten	Verträge	mehrere Tarifkategorien (nach Heimgröße und Belegung)	ohne Gemeindeumlagen	nach Pflegegeldstufen; Zuschläge (z.B. für Blisterung von Medikamenten oder Animation)
Niederösterreich	Landesvorgabe	gleiche Tarife für alle Heime (Ausnahme: Reduktion für bestimmte alte Gebäude)	Investitionskosten nur teilweise	nach Pflegegeldstufen; Zuschlag für Hospiz und Psychiatrie; Einzelzimmerzuschlag
Oberösterreich	Verträge	Einzeltarife je Heim (ggf. innerhalb der Sozialhilfeverbände einheitlich)	Investitionskosten nur teilweise	nach Pflegegeldstufen
Salzburg	Verordnung	mehrere Tarifkategorien (je nach Unterstützung für Investitionen)	ohne Abgangsdeckung	nach Pflegegeldstufen
Steiermark	Verordnung und Verträge	gleiche Tarife für alle Heime	alle	nach Pflegegeldstufen
Tirol	Verträge	Einzeltarife je Heim (jedoch Versuch einer Annäherung an einen Standardtarif)	ohne Investitionskosten	grundsätzlich nach Pflegegeldstufen; jedoch einheitlich für Stufe 5 bis 7 (nicht im Pilotprojekt)
Vorarlberg	Verträge	grundsätzlich gleiche Tarife für alle Heime (ergänzende Förderung nach Heimgröße)	alle	eigene Einstufung des Pflegebedarfs (abweichend von Pflegegeldeinstufung)
Wien	Richtlinie	Einzeltarife je Heim (nach Kostendeckung)	alle (bei Altkunden ergänzende Förderungen)	nach Pflegegeldstufen und Sonderleistungen

Quellen: Länder

Die Tarife waren grundsätzlich zwischen den Heimbewohnerinnen und –bewohnern und dem Heimbetreiber vereinbart. Soweit eine Landesleistung wegen zu geringer Eigenmittel erforderlich war, regelte das Land durch Verordnung oder durch Vereinbarung mit Heimbetreibern, bis zu welchem Tarif eine solche Ergänzungsleistung erfolgte.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Höhe der Heimtarife je Tag am Beispiel der Pflegegeldstufe 4 anhand des durchschnittlichen Tarifs je Land im Jahr 2018.

Abbildung 5: Durchschnittlicher Heimtarif je Tag für Pflegegeldstufe 4 im Jahr 2018



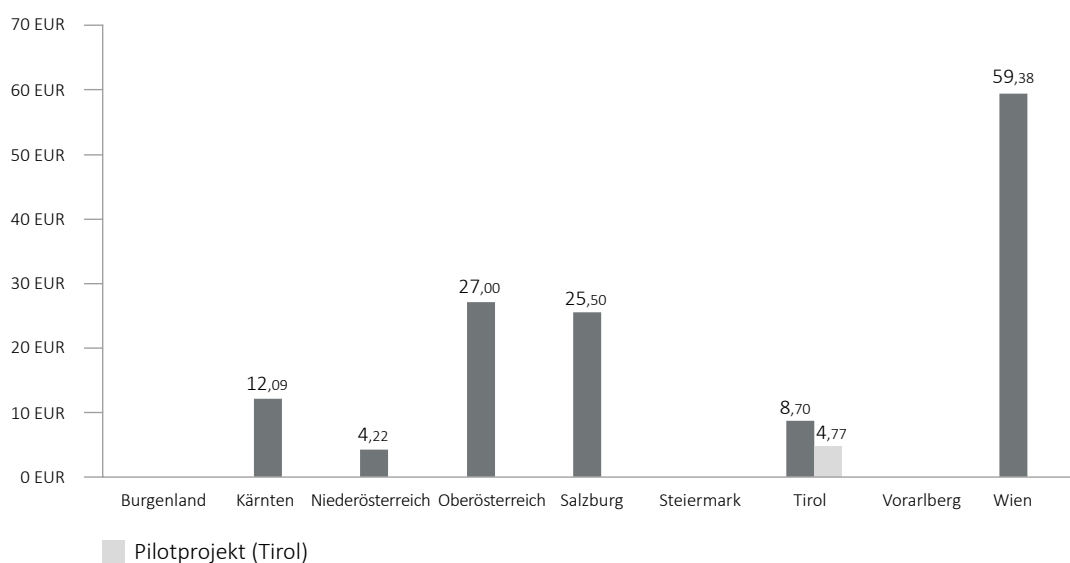
Quellen: Länder; Berechnung: RH

Die durchschnittlichen Heimtarife je Land für Pflegegeldstufe 4 lagen zwischen 95,15 EUR pro Tag in Salzburg und 143,52 EUR pro Tag in Wien.

Nach Abschaffung des Pflegeregresses übernahm für die überwiegende Anzahl der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen die öffentliche Hand einen Teil des Tarifs. Das heißt, dass die Betroffenen größtenteils ihre Pension und das Pflegegeld abtraten und eine allenfalls verbleibende Differenz das jeweilige Land aus dem Titel der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung zahlte. Für die Betroffenen war daher die Höhe des Tarifs häufig nicht entscheidend. Dies unterschied sich z.B. vom System in Deutschland, wo die Pflegebedürftigen die Unterbringung und Verpflegung überwiegend ohne Inanspruchnahme von Sozialhilfe finanzierten und die Pflege überwiegend die Pflegeversicherung zahlte.

(3) Die folgende Abbildung zeigt die Tarifunterschiede zwischen den Heimbetreibern in den einzelnen Ländern am Beispiel der Pflegegeldstufe 4.

Abbildung 6: Spanne zwischen dem minimalen und maximalen Heimtarif je Tag für Pflegegeldstufe 4 im Jahr 2018



Anmerkung: Für das Land Tirol sind die derzeit geltende Rechtslage und ein aktuell laufendes Pilotprojekt ausgewiesen.

Quellen: Länder; Berechnung: RH

Während in den Ländern Burgenland, Steiermark und Vorarlberg landesweit einheitliche Heimtarife verrechnet wurden, lagen in den übrigen Ländern die Unterschiede zwischen den Anbietern zwischen rd. 4 EUR (Niederösterreich) und rd. 59 EUR (Wien, für allgemeine Pflege) je Tag. Wesentliche Gründe für die Abweichungen betrafen unterschiedliche Gehaltsniveaus infolge verschiedener Dienstrechte, unterschiedliche Investitionskosten und deren Finanzierung (Förderungen oder Eigenfinanzierung) sowie unterschiedliche Heimgrößen bzw. Synergien zwischen mehreren Heimen eines Trägers (z.B. bei Buchhaltung oder Führung). Die Länder Tirol und Niederösterreich strebten grundsätzlich eine Vereinheitlichung der Tarife an. In Salzburg galt für den Großteil der Heime der gleiche Tarif, lediglich für einzelne private Heime mit historisch höheren Investitionskosten waren höhere Tarife vorgesehen.

Aufgrund der hohen Unterschiede in Wien untersuchte der RH diese näher:

- Bei Pflegeheimen für allgemeine Pflege boten in Wien 42 verschiedene Anbieter Tarife für die Pflegegeldstufe 4 von 127,41 EUR bis 186,79 EUR je Verrechnungstag an. Die vier höchsten Tarife galten für Einrichtungen des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser.
- Bei Heimen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung lagen die Tarife je Tag für die Pflegegeldstufe 4 zwischen 173,49 EUR bei einem privaten Anbieter und 247,41 EUR beim Wiener Krankenanstaltenverbund. Darüber hinaus bot die Stadt Wien auch Pflegeplätze mit speziellen Leistungen (z.B. Pflegeplätze bei Demenz, Blindheit, neurologischer Betreuung bzw. „Milieubetreuung“) zu höheren Tarifen an.

(4) Auch die Differenzierung der Tarife nach Pflegegeldstufen war je Land unterschiedlich: Die Tarife zwischen Pflegegeldstufe 3 und 7 unterschieden sich in Oberösterreich nur um rd. 33 EUR je Tag, in Niederösterreich hingegen um rd. 93 EUR je Tag (Anhang, Tabelle C). Oberösterreich setzte einen höheren Grundtarif an und erhöhte die Tarife bei steigender Pflegegeldstufe im Wesentlichen analog zum Pflegegeld. So mussten die Bewohnerinnen und Bewohner bei Verschlechterungen ihres Zustands keine zusätzliche finanzielle Belastung tragen. Dadurch kam es jedoch zu Querfinanzierungen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit niedrigeren zu jenen mit höheren Pflegegeldstufen. Das Land Niederösterreich sah im Unterschied zu Oberösterreich bei relativ niedrigem Grundtarif höhere Steigerungen bei steigendem Pflegebedarf vor.

- 21.2 Der RH merkte an, dass keine österreichweit einheitlichen Vorgaben zur Tarifgestaltung für die stationäre Pflege bestanden und die Länder ihre Tarifmodelle nach Anbieter, erfassten Kostenbestandteilen und Pflegebedarf differenzierten.

[Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, einheitliche Grundsätze für die Tarifgestaltung festzulegen.](#)

- 21.3 (1) Das Sozialministerium wies in seiner Stellungnahme auf die Wichtigkeit einer einheitlichen Tarifgestaltung hin und sagte zu, diese Thematik mit den Ländern eingehend diskutieren zu wollen.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten setze die Festlegung von Grundsätzen für die einheitliche Tarifgestaltung sowohl einheitliche Leistungsdefinitionen als auch einheitlich geregelte Finanzierungsstrukturen voraus.

Zum durchschnittlichen Tarif in Pflegegeldstufe 4 wies das Land Kärnten darauf hin, dass bei Berücksichtigung von Zuschlägen (z.B. Blistiergebühr oder Einzelzimmerzuschlag sowie ab 2018 die Personalkosten von 0,5 Vollzeitäquivalenten (**VZÄ**) Animationspersonal je Einrichtung) noch 1,50 EUR aufzuschlagen seien und sich damit ein Tarif von 99,74 EUR pro Tag ergebe.

(3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 20.

(4) Das Land Oberösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung kostendeckende Heimentgelte vorsehe. Bei der überwiegenden Mehrheit der Sozialhilfeverbände würden Tarife im Heimverbund gelten und seien damit innerhalb eines Bezirks weitgehend einheitlich.

(5) Das Land Salzburg wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Landesregierung durch Verordnung nähere Festlegungen zum Salzburger Sozialhilfegesetz und somit auch über zu erbringende Leistungen in den Pflegeheimen und die Entgelte dafür treffen könne.

(6) Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, die vom RH empfohlene einheitliche Tarifgestaltung und die regelmäßige Überprüfung der Ist-Kosten durch ihr Tarifmodell zu erfüllen. Das Modell sei leistungsorientiert und im Sinne der Kostentransparenz gestaltet. Es ermögliche die bedarfsgerechte und auf verschiedene Leistungen und Standorte abgestimmte Finanzierung und stelle eine entsprechende Qualität der Leistungen samt erforderlicher Personalausstattung sicher. Auch der Stadtrechnungshof Wien habe zum Fördersystem des Fonds Soziales Wien im Jahr 2006 festgestellt, dass dieses die Aufrechterhaltung der Versorgungslandschaft sowie eine wirtschaftliche und sparsame Gebarung ermögliche.

Hinsichtlich der angezeigten Tarifspannen zwischen den Ländern wies die Stadt Wien darauf hin, dass der Bericht des RH keine ausreichende Differenzierung der heterogenen Leistungslandschaft in Wien enthalte. Die in Wien angebotene bedarfsgerechte Versorgung umfasse differenzierte Leistungen vom Betreuten Wohnen bis hin zu Einrichtungen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung, die in dieser Form in anderen Ländern nicht bestehe. Die gemeinsame Darstellung von Hausgemeinschaften und Betreutem Wohnen sei aufgrund der unterschiedlichen Leistungsinhalte nicht nachvollziehbar. Weiters gehe der RH nicht auf darüber hinausgehende Einflussfaktoren (z.B. Mietpreisindex) ein.

Der Stadtrechnungshof Wien habe die Versorgung auf Basis des Fördersystems des Fonds Soziales Wien als wirtschaftlich und sparsam beurteilt und die damals geplante und mittlerweile umgesetzte Einheitlichkeit der Tarifikalkulationsmodelle als positiv eingestuft.

21.4 Der RH entgegnete der Stadt Wien, dass er bei der Berechnung des durchschnittlichen Heimtarifs die unterschiedlichen Pflegeangebote berücksichtigte (Abbildung 5) bzw. sich auf Vergleiche innerhalb einzelner Leistungsarten beschränkte (Abbildung 6).

Weiters wies der RH gegenüber Wien darauf hin, dass sich seine Empfehlung auf länderübergreifend einheitliche Grundsätze der Tariffestlegung bezog. Einen Widerspruch zu den Feststellungen des Stadtrechnungshofes Wien aus dem Jahr 2006 konnte der RH nicht erkennen. Die gemeinsame Darstellung von Hausgemeinschaften und Betreutem Wohnen wählte der RH, da im Jahr 2017 die Anzahl der Hausgemeinschaften mit 365 Plätzen gegenüber dem Betreuten Wohnen mit 7.210 Plätzen deutlich geringer war und den dargestellten gemeinsamen Tarif somit nur geringfügig beeinflusste.

Alternative Tarif- und Abrechnungsmodelle

- 22.1 (1) Im Bereich der Krankenversicherung zahlten die Betroffenen einen leistungsunabhängigen Versicherungsbeitrag an die Krankenversicherungsträger und einen (relativ geringen) Verpflegungskostensatz bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Krankenversicherungsträger zahlten von diesen Beiträgen einen leistungsunabhängigen fixen Finanzierungsbeitrag, der nach einem festen Schlüssel auf die Länder aufgeteilt wurde. Die Abgeltung gegenüber den Krankenanstalten erfolgte nach dem Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung. Dabei wurden die Leistungen anhand von Durchschnittskosten gewichtet und mit Punkten versehen. Die Länder bestimmten, welchen Finanzierungswert ein Punkt hatte und regelten den restlichen Finanzierungsbedarf über Abgangsdeckungen. Investitionen wurden überwiegend getrennt von den laufenden Kosten finanziert.
- (2) Die Pflegefinanzierung in Deutschland basierte auf dem Grundsatz, dass ein Wettbewerb zwischen den Heimen gewünscht war. Es bestand daher für jedes Heim ein eigener, in mehrere Bestandteile gegliederter Tarif. Dabei sollte die Pflege durch die Pflegeversicherung abgegolten und sollten die Unterbringung und Verpflegung durch die Betroffenen und die Investitionen von den Gebietskörperschaften finanziert werden. Für jedes Heim erfolgte eine jährlich aktualisierte, öffentlich zugängliche Qualitätsbeurteilung.
- (3) Die Literatur zur Gesundheitsökonomie stellte in ihren Aussagen zur Preisbildung auf mehrere Kriterien ab. Soweit die Leistungsqualität gut beschreib- und kontrollierbar war, bevorzugte sie Pauschalen, um die Anbieter zu effizientem Handeln zu motivieren. Andernfalls sollten, um Verschlechterungen der Qualität zu vermeiden, kostenbasierte Preise vereinbart werden. Die Querfinanzierung von Leistungen bzw. betreuten Personen war möglichst zu vermeiden, um keinen Anreiz für Patientenselektion zu schaffen. Die Informations- und Steuerungsfunktion von Preisen würde nur Wirkung zeigen, wenn die Betroffenen die Preise auch finanzieren müssten und eine realistische Wahlmöglichkeit hätten.

(4) Aus juristischer Sicht waren insbesondere die Grundsätze der Transparenz und Nichtdiskriminierung relevant. Eine Preisdifferenzierung musste sachlich gerechtfertigt sein und durfte keine Anbieter diskriminieren.

22.2 Nach Ansicht des RH sprachen die Erfahrungen aus den bisherigen Pflgetariffestellungen in der Pflege sowie die Erkenntnisse aus dem Krankenanstaltenbereich für eine getrennte Finanzierung von Betrieb und Investitionen, für eine Orientierung der Tarife an abgestuften Normkosten und für eine möglichst am Prinzip der Kostenwahrheit orientierte Abstufung nach Pflegebedarf. Der RH hob folgende Überlegungen hervor:

- Die Investitionskosten für die Errichtung von Pflegeheimen fielen in großen zeitlichen Abständen an. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten errichtete Heime hatten dabei in der Regel unterschiedliche bauliche Vorgaben zu berücksichtigen. Eine Abdeckung über einen einheitlichen Tagsatz war daher schwierig und konnte zu wesentlichen Verzerrungen führen, wie dies z.B. in der Steiermark aufgezeigt wurde (TZ 20). Der RH hielt daher eine getrennte Finanzierung von Betrieb und Errichtung von Pflegeheimen für sinnvoll.
- Für die Beurteilung der Angemessenheit von Tarifen waren die regelmäßige Erhebung von Ist-Kosten und die exakte Erfassung der damit erbrachten Leistungen unabdingbar. Ein jährliches Abstellen auf die Werte jedes einzelnen Heims war dabei sehr aufwendig und schwer überprüfbar. Weiters konnte die Abgeltung von Ist-Kosten ineffiziente Vorgehensweisen verfestigen. Der RH hielt daher die Festlegung von Normkosten – auf Basis einer regelmäßigen Erhebung von Ist-Werten – grundsätzlich für sinnvoll. Dabei konnte ein Eingehen auf wesentliche strukturelle Unterschiede zweckmäßig sein, um Versorgungsziele, wie bspw. die Sicherstellung eines flächendeckenden Angebots durch dezentrale kleine Heime, zu erreichen.
- Anreize zu einer Selektion der Bewohnerinnen und Bewohner sollten vermieden werden. Dazu war es erforderlich, die tatsächlichen Kostentreiber in der Tarifgestaltung zu berücksichtigen. Der RH wies diesbezüglich darauf hin, dass nur noch wenige Länder eine Tarifgestaltung alleine auf Basis von Pflegegeldstufen vornahmen und stattdessen bspw. Zuschläge für Demenz, psychiatrischen Bedarf oder Hospizleistungen vorsahen bzw. Vorarlberg eine andere Tarifgestaltung nutzte.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, bei der Entwicklung einheitlicher Grundsätze für die Tarifgestaltung regelmäßige Überprüfungen der Ist-Kosten vorzusehen und sich dabei an Normkosten zu orientieren sowie den Pflegebedarf und eine getrennte Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb zu berücksichtigen.

22.3 (1) Das Sozialministerium betonte die Wichtigkeit einer einheitlichen Tarifgestaltung und verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 21.

(2) Das Land Kärnten wiederholte in seiner Stellungnahme, dass die Festlegung von Grundsätzen sowohl einheitliche Leistungsdefinitionen als auch einheitlich geregelte Finanzierungsstrukturen für die einheitliche Tarifgestaltung voraussetze.

(3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 20.

(4) Das Land Salzburg verwies in seiner Stellungnahme auf den vom RH durchgeführten Tarifvergleich, wonach Salzburg den zweitgünstigsten Tarif österreichweit habe. Eine Vereinheitlichung dürfe nicht zur Verteuerung der Tarife für jene Länder führen, die sparsam wirtschaften würden.

(5) Die Stadt Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie die empfohlene Umstellung auf ein Normkostenmodell nicht befürworte. Die Empfehlung stehe im Widerspruch zu dem – in ihrer Stellungnahme zu TZ 21 erläuterten – Wiener Tarifmodell. Mit einem Wechsel auf ein Normkostenmodell sei das Prinzip der individuellen, auf Leistung und Standort differenzierten, qualitätsgesicherten Finanzierung nicht mehr gegeben. Es käme zu einer Überdeckung bzw. Unterdeckung der tatsächlichen Kosten der Organisationen. Dies sei mit einer vielfältigen, heterogenen sowie gemeinnützig strukturierten Pflegelandschaft schwer vereinbar.

22.4 Der RH führte gegenüber der Stadt Wien aus, dass die Preisfestlegung öffentlicher Leistungen im Spannungsfeld zwischen tatsächlichen Ist-Kosten je Anbieter (Vorteil: Eingehen auf besondere Umstände) und Normkosten (Vorteil: Vorgabe für abzugeladene Kosten und Gleichbehandlung aller Anbieter) stand. Der RH hatte daher eine Orientierung an Normkosten bei gleichzeitiger regelmäßiger Überprüfung der Ist-Kosten empfohlen. Bei der Ausgestaltung der empfohlenen Festlegung einheitlicher Grundsätze wären diese beiden Prinzipien angemessen zu berücksichtigen.

Qualität in der stationären Pflege

Allgemeine Vorgaben

23.1 (1) In der Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 verpflichteten sich die Länder, für die Qualität der Sachleistungen und die Kontrolle bzw. die Aufsicht zu sorgen. Der Mindeststandard der Sachleistungen hatte bestimmten Qualitätskriterien für die ambulanten, teilstationären und stationären Dienste zu entsprechen. Diese 1993 festgelegten Qualitätskriterien für Heime betrafen im Wesentlichen Strukturkriterien, wie bspw. (übersichtliche) Heimgröße, (ausreichende) Zimmergröße, Besuchsrecht, Infrastruktur, Standort und Umgebung, Personal und ärztliche Versorgung. Weiters hatten die Länder Regelungen für die Aufsicht von Alten- und Pflegeheimen zu erlassen, die auch den rechtlichen Schutz der Heimbewohnerinnen und -bewohner gewährleisteten.

Im Jahr 2017 erfolgte in § 3a PFG eine weitere Regelung zur Qualität, nach der im Jahr 2021 mindestens die Hälfte der stationären Einrichtungen über Qualitätssicherungssysteme verfügen sollte. Bundesweite Regelungen zur Prozess- oder Ergebnisqualität waren nicht vorgesehen, ebenso wenig wie eine Definition von Zielen oder der angestrebten Pflegequalität, eine Auflistung von Bewohnerrechten oder Indikatoren zur Qualitätsmessung.

(2) Im Vergleich dazu regelte der Gesetzgeber in Deutschland mehr: Er verpflichtete die Finanzierer und die Heimbetreiber zur Sicherstellung der Pflegequalität und zu einer Vereinbarung über die Konkretisierung der Qualität. Diese Vereinbarung hatte auf wissenschaftlich fundierten und fachlich abgestimmten Expertenstandards zu basieren. Weiters waren indikatorengestützte Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im stationären Bereich vorgesehen, die auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglichen. In der Folge entstand in Deutschland eine entsprechende Vereinbarung zwischen Heimbetreibern und Finanzierern mit einer Liste von rd. 80 Kriterien, welche die Finanzierer jährlich in allen Pflegeheimen prüften. Die Vereinbarung enthielt auch ein Verfahren zur Prüfung und Veröffentlichung der Ergebnisse dieser Prüfungen.

(3) Im Bereich der Gesundheit machte der Gesetzgeber in Österreich Vorgaben, die weiter gingen als bei der Pflege. Mit Erlassung des Gesundheitsqualitätsgesetzes 2004⁵¹ hob er die Bedeutung der Ergebnisqualität hervor und schuf Voraussetzungen für die Erstellung von Qualitätsstandards. Mit der Gesundheitsreform 2013 verankerte er weiters eine Teilnahmeverpflichtung an einer bundesweiten Ergebnisqualitätsmessung (Austrian Inpatient Quality Indicators).

(4) Unabhängige Einrichtungen in Österreich merkten in ihren Publikationen an, dass eine Festlegung der zu erbringenden Pflegedienstleistungen bzw. deren Qualität in Österreich in mehreren Aspekten offen blieb. Qualität könne sich z.B. an einem primär pflegefachlichen Maßstab orientieren oder an einem umfassenden Konzept der Lebensqualität. Weiters könne sie lediglich direkt vom Heimträger beeinflussbare Größen berücksichtigen oder ein Gesamtsystem (inkl. Angehörigen und ärztlicher Versorgung) einbeziehen. Subjektive (Kundenzufriedenheit) und objektivierbare Kriterien (z.B. gesundheitliche Verbesserungen oder Verschlechterungen bei den Pflegebedürftigen) seien zueinander in Beziehung zu setzen. Das Fehlen konkreter Vorgaben habe zu einer großen Bandbreite von Definitionen und Konzepten sowie wenig Transparenz hinsichtlich der tatsächlich erbrachten Leistungen bzw. deren Qualität geführt.

⁵¹ BGBl. I 179/2004 i.d.g.F.

- 23.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass in Österreich im Pflegebereich im Unterschied zu Deutschland bzw. im Unterschied zum Gesundheitsbereich eine grundlegende, österreichweite Festlegung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie von Zielen weitgehend fehlte. Dies wäre für eine Sicherstellung der guten Betreuung der Heimbewohnerinnen und -bewohner, aber auch für eine vergleichbare Qualitätsmessung und für die Nutzung von Effizienzkriterien eine grundlegende Voraussetzung.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche (z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung) zu erarbeiten und dafür

- eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“),
- Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie
- Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Überprüfung, Transparenz der Ergebnisse)

festzulegen.

Der RH überprüfte in der Folge die Regelungen der einzelnen Länder. Er behandelte dabei zunächst die grundsätzlichen Festlegungen (**TZ 24**) und im Anschluss anhand eines ausgewählten Beispiels (Ernährung, **TZ 25**) die detaillierten Vorgaben, Indikatoren und Kontrollen in den einzelnen Ländern.

- 23.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es einem einheitlichen Verständnis von Qualität in Pflegeheimen positiv gegenüberstehe und in der Vergangenheit bereits einige Maßnahmen dazu gesetzt habe, z.B. durch die Novelle des PFG im Jahr 2017 oder mit dem Nationalen Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime. So sehe das Nationale Qualitätszertifikat bundesweit einheitliche Regelungen zur Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Definition von Zielen und Sollwerten (z.B. für die angestrebte Pflegequalität) vor. Es beruhe auf einem einheitlichen Fremdbewertungsverfahren für Alten- und Pflegeheime, die ein Qualitätsmanagement-System eingeführt hätten und sich mit Zustimmung des jeweiligen Landes freiwillig zur Zertifizierung anmelden würden.

Der Fokus liege auf fünf Bereichen (insbesondere der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch der Bewertung der Arbeitsplatzqualität der Bediensteten oder der Führungsqualität) mit je 30 Qualitätsfeldern und 30 Ergebnisfeldern. Die Häuser würden zu den Qualitätsfeldern ihr systematisches Vorgehen (Strukturen und Prozesse) beschreiben und zu mindestens zehn (bei Rezertifizierungen 15) ausgewählten Ergebnisfeldern Kennzahlen einreichen sowie den Bezug der von ihnen eingereichten Kennzahlen zur Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und -bewohner herstellen. Die jeweilige Zertifizierung erfolge durch speziell ausgebildete Führungskräfte aus der Branche, wodurch Wissen aus der Branche generiert werde und mit den Zertifizierungen wieder in die Branche zurückfließe. Unter

Einbindung der Branche und der Länder entwickle sich das Nationale Qualitätszertifikat laufend weiter.

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung grundsätzlich zu. Es verwies jedoch darauf, dass es in der Folge zu einheitlichen gesetzlichen Regelungen kommen müsse und vertrat die Ansicht, dass damit einhergehende Kostensteigerungen vom Bund (im Rahmen des Pflegefonds) zu berücksichtigen seien.

(3) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung unter Hinweis auf die dafür notwendige Berücksichtigung der bestehenden Kompetenzlage und der konzeptbezogenen Unterschiede zur Kenntnis.

(4) Das Land Salzburg verwies in seiner Stellungnahme auf die Mindeststandards für alle Pflegeeinrichtungen gemäß Salzburger Pflegegesetz. Es führte aus, dass die vom RH empfohlene „fachliche Detaillierung“ in Form von „Pflegestandards“ in vielen Bereichen dem Prinzip einer individuellen und angemessenen Gesundheits- und Krankenpflege widerspreche. „Pflegestandards“ seien in Akutkrankenhäusern state of the art, würden jedoch im Langzeitpflegebereich aufgrund der multiplen Aufgabenstellungen und unterschiedlichsten Pflegebedarfe einer individuellen Lebensqualität entgegenstehen.

Das Land Salzburg erhebe regelmäßig zumindest einmal jährlich von allen Pflegeeinrichtungen Indikatoren zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Frequenz der Überprüfungen habe sich sowohl durch die Akzeptanz der Pflegeeinrichtungen als auch durch die häufige Inanspruchnahme der Heimaufsicht für Beschwerden durch Pflegebedürftige, Personal und Angehörige als ausreichend erwiesen.

(5) Die Stadt Wien unterstütze laut ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH. Die fachliche Auseinandersetzung dazu habe in Wien mit der Erstellung der evidenzbasierten Handlungsleitlinien (Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen) bereits stattgefunden. Bei der Weiterentwicklung von Kontrollaspekten wies die Stadt Wien darauf hin, dass bei der Art der Erhebung eine professionelle Fremdeinschätzung einer Selbsteinschätzung durch die Leistungsanbieter vorzuziehen sei.

23.4 Der RH erwiderte dem Land Salzburg, dass die von ihm empfohlenen Pflegestandards auch eine individuell optimierte Lebensführung unterstützen würden, und verwies auf die in den Ländern teilweise bereits im Einsatz befindlichen Regelungen. Da bei Fehlen von Pflegestandards eine individuell optimierte Pflegesituation nicht garantiert werden kann, erachtete der RH Pflegestandards als zweckmäßig und merkte an, dass eine Planung (z.B. von Personal und Kosten) von bestimmten Vorgaben zur Pflegequalität ausgehen muss.

Ziele, Pflegequalität und Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner

24.1 (1) Mangels bundeseinheitlicher Regelung normierten die Länder in ihren Rechtsgrundlagen die Pflegequalität unterschiedlich. Meist waren dazu drei Regelungsbereiche festgelegt:

- Ziele,
- eine Definition der geschuldeten Pflegequalität sowie
- Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner.

In allen Ländern enthielten die Landesgesetze bzw. Verordnungen Zieldefinitionen. Acht Länder regelten dabei den Schutz der Menschenwürde und die Erhaltung der Selbstständigkeit der Heimbewohnerinnen und –bewohner, sieben den allgemeinen Schutz ihrer Interessen (Anhang, Tabelle D). Ein ausdrücklicher Bezug auf die Lebensqualität der Heimbewohnerinnen und –bewohner war in keinem Land vorhanden.

Weiters enthielten die Gesetze bzw. Verordnungen der Länder Ansätze von Definitionen der zu erbringenden Pflegequalität in Heimen (Anhang, Tabelle E) mit im Wesentlichen drei unterschiedlichen Regelungstiefen:

- Die Länder Burgenland und Steiermark legten lediglich fest, dass die Heimbewohnerinnen und –bewohner ein Recht auf Pflege und Betreuung im Umfang der Leistungsangebote hatten. In der Steiermark waren diese in einer Verordnung relativ detailliert beschrieben.
- Die Länder Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg normierten eine Verpflichtung zur „angemessenen“ Pflege. Diesem Begriff liegt eine Unterscheidung von gefährlicher, sicherer, angemessener und optimaler Pflege zugrunde.
- Die Länder Tirol und Wien und verwiesen in ihren Landesgesetzen auf eine fachgerechten und zeitgemäßen Standards entsprechende Pflege.
- In Kärnten gab es keine abstrakte Regelung zur geschuldeten Pflegequalität.

(2) Die Länder regelten auch die Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner. Diese waren hinsichtlich Art, Anzahl und Ausgestaltung sehr unterschiedlich; Wien regelte 21, Kärnten und Vorarlberg dagegen nur acht Rechte. Die Inhalte reichten z.B. von einem Recht auf Zugang zu einem Telefon über das Recht, Besuche zu empfangen, das Recht auf religiöse Betreuung bis zum Recht auf Ruhezeiten. Seit 2004 regelte das Konsumentenschutzgesetz⁵² in § 27d Abs. 3, dass Heimverträge Feststellungen hinsichtlich bestimmter Persönlichkeitsrechte zu enthalten haben, darunter z.B. das Recht auf Wahrung des Briefgeheimnisses, auf persönliche Klei-

⁵² BGBl. 140/1979 i.d.F. BGBl. I 12/2004

derung oder auf zeitgemäße ärztliche Versorgung. Im Gesundheitsbereich gab es seit 1999 eine Art. 15a B–VG Vereinbarung über eine Patientencharta. Eine vergleichbare Regelung im Pflegebereich war nicht vorhanden.

(3) In den Gesetzen bzw. Verordnungen der Länder waren teilweise zu verschiedenen Bereichen unterschiedlich detaillierte Leistungsbeschreibungen enthalten. Dies betraf einerseits Strukturmerkmale, wie insbesondere die personelle Ausstattung der Heime (TZ 29), und andererseits einzelne Leistungsbereiche (TZ 25).

(4) Meist war bei Beginn des Heimbetriebs von den Heimbetreibern ein Pflegekonzept mit Beschreibungen der Heimleistungen vorzulegen. Das von Pflegesachverständigen geprüfte, aber in der Regel nicht öffentliche Konzept war Bestandteil des Bewilligungsverfahrens für Pflegeheime. Bei Aufnahme einer Person war ein Heimvertrag mit einer allgemeinen Leistungsbeschreibung abzuschließen.

24.2 Der RH stellte fest, dass die Länder für Heimbewohnerinnen und –bewohner umfassende Ziele (Menschenwürde, Interessenschutz und Erhaltung der Selbstständigkeit) formuliert hatten, jedoch sehr unterschiedliche und meist nicht ausreichende Festlegungen der konkret zu erbringenden Pflegequalität und der Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner trafen. Die Verteilung von Regelungen auf Gesetze, Verordnungen, (nicht öffentliche) Pflegekonzepte und Heimverträge erschwerte eine Übersicht. In der Folge war für die Betroffenen nicht klar, welches konkrete Leistungsniveau in welchen Heimen bzw. welchen Ländern tatsächlich erwartet werden konnte. Der RH beschrieb dies in der Folge anhand der Beispiele Ernährung (TZ 25) und Personal (TZ 29) im Detail. Aus Sicht des RH war neben diesen Einzeldetails die grundsätzliche Festlegung der zu erbringenden Qualität von großer Bedeutung. Ohne eine solche Definition fehlte ein Maßstab zur Beurteilung der vorgegebenen und der tatsächlich erbrachten Leistungen.

Der RH hielt einen Verweis auf die angebotenen Leistungen für unzureichend. Vielmehr wäre eine Berücksichtigung von Strukturqualitätskriterien (z.B. Personalausstattung) und Prozess– bzw. Ergebnisqualitätsbeschreibungen (z.B. Hilfe bei Nahrungsaufnahme und Bewertung des Ernährungszustands) auf Basis aktueller pflegewissenschaftlicher Grundlagen essentiell.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlung in TZ 23.

Detailierung am Beispiel Ernährung

- 25.1 (1) Die Ernährung der Heimbewohnerinnen und –bewohner war eine der Aufgaben der Pflegeheime. Verschiedene Studien in Krankenanstalten und Pflegeheimen zeigten, dass ein schlechter Ernährungszustand (europaweit) ein wesentliches Problem darstellte. Je nach Methodik, Studie und untersuchten Einrichtungen erreichten die Fälle von Mangelernährung bis zu 38 %.⁵³

Bundesweit galt die berufsrechtliche Verpflichtung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, dass Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe das Wohl und die Gesundheit der pflegebedürftigen Menschen unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren haben und sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden haben.

(2) Die Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner wurden im Wesentlichen einerseits als ein Recht auf bestimmte Essenszeiten und andererseits (in vier Ländern) als ein Recht auf bedarfsgerechte Ernährung bzw. Diäten beschrieben. Nur in Wien und in Salzburg war ein Recht auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme gesetzlich normiert. Die Essenszeiten hatten überwiegend den allgemein üblichen Lebensverhältnissen, teilweise aber auch dem individuellen Lebensrhythmus (Vorarlberg, Tirol, teilweise Salzburg) der Heimbewohnerinnen und –bewohner zu entsprechen. Eine detaillierte Auflistung der Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner zum Thema Ernährung findet sich im Anhang in Tabelle F.

(3) Ausdrückliche und spezifische Pflegestandards bzw. Handlungsleitlinien bestanden in Wien. Zum Thema Ernährung umfassten diese rd. 62 Seiten u.a. zu den Themen Risikofaktoren, Erfassung des Ernährungsstatus, ernährungswissenschaftliche Aspekte, Grundlagen der Nährstoffversorgung und Interventionen. Das Land Niederösterreich übermittelte eine Pflegerichtlinie zum Thema Sondenernährung und teilte mit, dass zur „Grundpflege“ (inkl. Ernährung) davon ausgegangen werde, dass diese Tätigkeiten als Basiswissen aufgrund der gesetzlich geregelten Ausbildungsinhalte vorausgesetzt werden könnten. Entsprechende Handlungsleitlinien würden daher nicht erarbeitet. In Tirol galt ein genereller Verweis auf nicht näher definierte Expertenstandards. Die übrigen Länder hatten dazu keine ausdrückliche Regelung im Sinne von Leitlinien erstellt.

⁵³ Niederhametner (2016), Verletzungen von Menschenrechten vermeiden – Prävention am Beispiel von Pflegeheimen und psychiatrischen Abteilungen, S. 102

(4) Mehrere Länder sahen in ihren Gesetzen, Verordnungen oder Richtlinien Teilaspekte der Verpflegung vor:

- Das Land Steiermark regelte in der Anlage „Leistungskatalog für Pflegeheime“ zur SHG–Leistungs– und Entgeltverordnung 2017⁵⁴ in einer Bestimmung Details zur Verpflegung: Demnach waren täglich fünf angemessene Mahlzeiten zur Verfügung zu stellen, Schon- und Diätkost im erforderlichen Ausmaß anzubieten und geeignete Räumlichkeiten zur Nahrungsaufnahme bereit zu stellen. Pflegespezifische Elemente (z.B. Methoden zum Risikoassessment und Interventionen bei Mangelernährung) waren nicht geregelt.
- Das Land Oberösterreich fasste Erfahrungswerte der Aufsichtsbehörde zum Thema Verpflegung auf zwei Seiten in einem „Themenkatalog“ zusammen, den es den Heimen zur Kenntnis brachte. Darin fanden sich z.B. Ausführungen zur geschmacklichen und optischen Ausrichtung bzw. zur Zusammenstellung eines „Ernährungsteams“.
- Das Land Salzburg regelte in einem Paragraphen seines Pflegegesetzes die Verpflegung. Es führte z.B. aus, dass die Speisepläne den Heimbewohnerinnen und –bewohnern in geeigneter Form zur Kenntnis zu bringen seien.

(5) Mehrere Länder verlangten im Zuge des Bewilligungsverfahrens für Pflegeheime die Vorlage eines Pflegekonzepts, in dem in der Regel auch Angaben zur Ernährung enthalten waren. Eine positive Beurteilung dieser Konzepte durch Sachverständige bzw. die Bewilligungsbehörde war Voraussetzung für die Betriebsbewilligung. Mindestvorgaben zum Thema Ernährung konnte der RH nicht feststellen.

(6) Die Länder Oberösterreich und Vorarlberg erhoben jährlich in systematischer Form bei allen Heimen Kennzahlen zum Ernährungszustand ihrer Heimbewohnerinnen und –bewohner. Rund 90 % der Heime in Oberösterreich wendeten einen Qualitätsstandard zum Thema Ernährung an, der auch eine Risikoabschätzung vorsah; bei rd. 26 % der Heimbewohnerinnen und –bewohner führten die Heime eine solche Risikoabschätzung durch, bei rd. 5 % kam es zu einer starken unbeabsichtigten Gewichtsveränderung. Auf einzelne Heime bezogen variierte der Anteil zwischen rd. 1 % und rd. 19 %. In Vorarlberg erhoben die Heime die Heimbewohnerinnen und –bewohner mit kritischem Untergewicht; der Anteil dieser Personen lag – ohne Personen im unmittelbaren Sterbeprozess – bei rd. 6,3 %. Die erhobenen Kennzahlen in Oberösterreich und Vorarlberg waren nicht öffentlich zugänglich.

Im Rahmen ihrer aufsichtsbehördlichen Kontrollen berichteten die Länder Burgenland, Salzburg und Steiermark in ihren Aufsichtsberichten z.B. sowohl über die Art des Risikoassessments als auch über die tatsächlich festgestellten Kennzahlen zu Mangelernährung. In den übrigen Ländern enthielten die Berichte nur teilweise Anmerkungen dazu. Die Berichte bezogen sich nur auf die jeweils überprüften Heime und waren nicht öffentlich zugänglich.

⁵⁴ LGBl. 22/2017 i.d.g.F.

(7) Ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen den Qualitätsvorgaben zur Ernährung und den in Tarifen vorgesehenen Aufwendungen für die Ernährung war nicht feststellbar. Dazu fehlten einheitliche Kostenstellen (z.B. Einkauf fertiger Mahlzeiten bzw. eigene Küche).

In fünf Ländern waren die Kosten für die Nahrungsmittel bekannt: Sie lagen im Jahr 2017 zwischen 3,56 EUR und 5,98 EUR je Heimbewohnerin bzw. –bewohner und Verrechnungstag (Bandbreite rd. 68 %). Der Durchschnitt der Nahrungsmittelaufwendungen der österreichischen Justizanstalten lag bei rd. 3,88 EUR pro Belagstag. Inwieweit diese Werte auf Qualitäts-, Mengen- oder Effizienzunterschiede zurückzuführen waren, blieb offen.

(8) Das Thema Ernährung floss auch in verschiedene freiwillige Qualitätszertifizierungen ein. Zum Beispiel bewertete das Nationale Qualitätszertifikat Maßnahmen, die über die von den Ländern vorgegebenen Regelungen hinausgingen. Diese betrafen z.B. regionspezifische und dem Jahresrhythmus entsprechende Speisen und die Berücksichtigung individueller Essgewohnheiten, nicht jedoch Indikatoren zur Gewichtsentwicklung oder zum Risikoassessment.

25.2 Der RH hielt fest, dass auf Basis der bestehenden Vorgaben kaum transparent war, welche konkreten Leistungen im Bereich der Ernährung zu erbringen waren. Die rechtlichen Vorgaben für Ernährung erschöpften sich teilweise in allgemeinen Ausführungen oder der Beschreibung von pflegeunspezifischen Einzelheiten. Ein systematisch geregelter Qualitätsstandard (Handlungsleitlinie) zur Ernährung bestand nur in Wien. Aus den in der Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 geforderten Festlegungen in den Landesgesetzen (**TZ 23**) war keine einheitliche bzw. vergleichbare und transparente Festlegung der Pflegequalität gefolgt und auch die im PFG vorgesehenen Qualitätsmanagementmaßnahmen blieben sehr allgemein. Einheitliche Kriterien und Indikatoren zur Ernährung fehlten ebenso wie eine einheitliche, vergleichbare und öffentlich zugängliche Qualitätsmessung. Somit bestand aus Sicht des RH auch im Bereich Ernährung keine Transparenz über die vorgegebene und tatsächlich erbrachte Pflegequalität in den Heimen.

Der RH hob positiv hervor, dass in Oberösterreich und Vorarlberg ein systematischer Überblick zur Ergebnisqualität im Bereich Ernährung bestand. Er wies jedoch darauf hin, dass die dafür verwendeten Indikatoren unterschiedlich definiert waren (z.B. Risikobereinigung hinsichtlich Sterbeprozess), sodass ein Ergebnisvergleich schwierig war. Der RH hob weiters positiv hervor, dass Wien einen Pflegestandard zur Ernährung einsetzte.

Auch die bei aufsichtsbehördlichen Kontrollen überprüften Kriterien waren nicht einheitlich. Nur in drei Ländern (Burgenland, Salzburg, Steiermark) erfolgten systematisch bei jedem aufsichtsbehördlichen Besuch eine Beurteilung des Risikoassessments und eine Darstellung der entsprechenden Indikatoren im Bereich Ernährung.

Der RH räumte ein, dass die Definition und die Festlegung der jeweiligen Qualitätsstandards, die Definition von Indikatoren und die Festlegung eines Kontroll- und Berichtswesens generell komplexe Aufgaben waren. Er wies jedoch darauf hin, dass angesichts der demografischen Herausforderungen eine zeitnahe Einrichtung eines österreichweiten und funktionierenden Qualitätssicherungssystems wesentlich war.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlung in TZ 23.

Aufsicht

Zuständigkeiten, Kontrollintervalle und Ressourcen

- 26.1 (1) Gemäß der Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 hatten die Länder Regelungen für die Aufsicht von Alten- und Pflegeheimen zu erlassen. Die Heimgesetze der Länder sahen dementsprechend eine Aufsichtspflicht vor, deren Ausgestaltung jedoch unterschiedlich war.

In den Ländern Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg war jeweils die Landesregierung Aufsichtsbehörde, in Wien der Magistrat. Das Land Vorarlberg verlagerte die Aufsicht mit 1. Jänner 2018 von der Bezirksverwaltungsbehörde zur Landesregierung, das Land Tirol mit 1. Jänner 2019. In der Steiermark lag die Aufsicht für öffentliche Heime bei der Landesregierung, für private Heime und Pflegeplätze bei den Bezirksverwaltungsbehörden, im Burgenland für Kleinrichtungen bei den Bezirksverwaltungsbehörden, ansonsten bei der Landesregierung. Durch die Bündelung bei der Landesregierung bestand eine bessere Übersicht über die durchgeführten Kontrollen, die regionale Prüffrequenz sowie die Kriterien und Ergebnisse der Überprüfung. Teilweise bestand jedoch eine organisatorische Verflechtung zwischen der Trägerschaft von Heimen im Land (Niederösterreich, Wien) und der Aufsicht (z.B. dieselbe politische Zuständigkeit bzw. dieselben Vorgesetzten).

- (2) Die Vorgaben zur Häufigkeit der Überprüfungen waren unterschiedlich:

Tabelle 17: Vorgaben zur Häufigkeit der Überprüfungen der Pflegeheime durch die Heimaufsicht

Prüfintervall	Burgenland	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salzburg	Steier- mark	Tirol	Vorarlberg	Wien
gesetzliche Vorgaben	keine	„mindestens alle zwei Jahre“	keine	keine	keine	keine	keine	keine	„längstens ein Jahr“
sonstige Vorgaben	alle zwei Jahre (Technik alle fünf Jahre)	–	alle zwei Jahre (kommissionell alle vier bis sieben Jahre)	keine ¹	alle zwei Jahre	zweimal im Jahr	alle fünf Jahre (Ziel: alle drei Jahre)	alle drei Jahre	–

¹ In Oberösterreich waren seitens der Heimaufsicht 50 bis 70 Aufsichtsbesuche pro Jahr als Ziel definiert, aber kein bestimmtes Prüfintervall festgelegt.

Stand: 2018

Quellen: Länder

Eine gesetzlich festgelegte Aufsichtsfrequenz sahen nur zwei Länder vor: In Kärnten war ein Heim mindestens alle zwei Jahre zu überprüfen, in Wien längstens in Abständen von einem Jahr. In Oberösterreich war kein Prüfintervall vorgegeben, seitens der Heimaufsicht war jedoch eine bestimmte Anzahl an Aufsichtsbesuchen pro Jahr als Ziel definiert. Die übrigen Länder regelten die Prüfintervalle in internen Dokumenten. Die Bandbreite der Prüfintervalle bewegte sich hierbei zwischen zweimal jährlich (Steier-

mark) über alle zwei Jahre (Burgenland, Niederösterreich, Salzburg) bzw. alle drei Jahre (Vorarlberg) bis alle fünf Jahre (Tirol). In Deutschland hatte eine Qualitätsprüfung im Abstand von grundsätzlich höchstens einem Jahr stattzufinden.

Die Einhaltung des Prüfindtervals hing oft von den verfügbaren Ressourcen ab. Laut Auskunft der zuständigen Stellen in Tirol hätten sie in der Vergangenheit die Intervalle nicht immer einhalten können. Das Land Niederösterreich äußerte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Bedenken, ob es die Aufsicht mangels Ressourcen zukünftig vollständig erfüllen könne.

(3) Die folgende Übersicht stellt verschiedene Kennzahlen zu den Ressourcen der Heimaufsicht dar:

Tabelle 18: Heimaufsicht der Länder – Ressourcen und Anzahl der Kontrollen im Jahr 2017

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
	in VZÄ								
Bedienstete	1,5	2,5	3,6	2,2	1,8	21	1,4	1,2 ¹	5
	Anzahl								
Heime je VZÄ	30	31	32	60	42	10	69	43	16
Plätze je VZÄ	1.479	2.262	2.628	5.691	2.961	633	4.735	1.992	1.864
Kontrollen	56	94	57	50	43	519	18	17	105
Kontrollen je VZÄ	37	38	16	23	25	25	13	14	21
Kontrollen je Heim	1,2	1,2	0,5	0,4	0,6	2,4	0,2	0,3	1,3
geprüfte Plätze je Kontrolle	40	60	166	250	121	26	374	141	89

VZÄ = Vollzeitäquivalent(e)

¹ Daten 2018

Quellen: Länder; Berechnung: RH

Wie die Tabelle zeigt, war im Jahr 2017 1 VZÄ für die Aufsicht über zehn (Steiermark) bis 69 (Tirol) Heime bzw. über rd. 600 (Steiermark) bis rd. 5.700 (Oberösterreich) Plätze zuständig. Die Aufsichtsbehörden führten zwischen rd. 20 (Tirol, Vorarlberg) und rd. 500 (Steiermark) Kontrollen durch. Die Heimaufsichten der Länder verfügten über 1,2 (Vorarlberg) bis 21 (Steiermark) VZÄ. Somit prüfte die Heimaufsicht in der Steiermark die Heime mehr als zweimal jährlich, in Tirol dagegen nur rund alle fünf Jahre.

Eine Nutzung aller den Ländern vorliegenden Daten (Meldungen zur wirtschaftlichen Lage aus Tarifverhandlungen, Abrechnungsdaten, systematische Übersicht über Beschwerden) für eine risikoorientierte Auswahl der Heime war nicht in allen Ländern sichergestellt.

- 26.2 Der RH hielt eine Bündelung der Heimaufsicht bei der Landesregierung gegenüber einer Zuständigkeit der Bezirksverwaltungsbehörden grundsätzlich für zweckmäßig, weil dies landesweit eine gezielte Auswahl der überprüften Heime sowie eine Übersicht über Kriterien, Durchführung und Ergebnisse der Kontrollen erleichterte. Er bewertete daher die Verschiebung der Zuständigkeit in Tirol und Vorarlberg positiv.

Der RH empfahl auch den Ländern Burgenland und Steiermark, eine Bündelung der Heimaufsicht beim Amt der Landesregierung vorzunehmen.

Der RH kritisierte die österreichweit stark unterschiedliche Bandbreite der Aufsichtsintervalle für Pflegeheime von „zweimal jährlich“ bis zu „alle fünf Jahre“. Dem RH schien es zweckmäßig, in allen Ländern die Aufsichtsintervalle transparent in den Landesgesetzen festzulegen, wobei aufgrund der besonderen Schutzbedürftigkeit der Heimbewohnerinnen und –bewohner regelmäßige, von den Trägerorganisationen unabhängige und – wenn erforderlich – unangemeldete Überprüfungen aller Pflegeheime mindestens einmal im Jahr empfehlenswert schienen.

Der RH verwies diesbezüglich auf seine Empfehlung in TZ 28.

Der RH stellte kritisch fest, dass laut Auskunft der Länder Niederösterreich und Tirol die Einhaltung der vorgegebenen Aufsichtsintervalle aus Ressourcengründen nicht immer sichergestellt sei.

Der RH empfahl den Ländern, eine ausreichende Ressourcenausstattung der Heimaufsicht sicherzustellen.

- 26.3 (1) Das Land Burgenland führte in seiner Stellungnahme aus, es habe die Ressourcen der Heimaufsicht im Jahr 2019 durch Aufnahme einer Amtssachverständigen für Pflege erhöht. Bis voraussichtlich Ende 2019 sei eine Erweiterung um eine zusätzliche Arbeitskraft geplant. Eine Bündelung der Aufgabe beim Amt der Landesregierung sei bereits erfolgt.

(2) Das Land Kärnten führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Heimbetreiber mit der Novelle zum Kärntner Heimgesetz im Oktober 2017 verpflichtet worden seien, Daten über die „Pflegeplatzbörse“ an das Land Kärnten zu übermitteln. Damit könnten die pflegefachlichen Kontrollen im Hinblick auf die Einhaltung des Personalschlüssels effizienter und rascher erfolgen. Zudem sei im Jahr 2014 in Kärnten die Pflegeanwaltschaft als weitere Beschwerde– bzw. Kontrollinstanz eingerichtet worden.

(3) Das Land Niederösterreich vertrat in seiner Stellungnahme die Ansicht, dass die vom RH aufgezeigte Bandbreite der Aufsichtsintervalle nicht dazu führen solle, diese in den Landesgesetzen (einheitlich) festzulegen. Die derzeitige Regelung ermögliche

eine flexible Handhabung. Sofern bei einer Einrichtung keine Mängel festgestellt würden, werde das Prüfintervall ausgedehnt. Eine gesetzliche Normierung würde der Vollziehung diesen sinnvollen Spielraum nehmen.

Derzeit stünden für die Aufsicht über die 106 Pflegeheime in Niederösterreich drei Sachverständige für Pflege zur Verfügung. Weiters sei auch die Patienten- und Pflegeanwaltschaft mit der Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen befasst. Deren Tätigkeit erstrecke sich wesentlich auf präventive und proaktive Maßnahmen sowie auf die Bearbeitung von Beschwerden, sofern ein behördliches Einschreiten (noch) nicht erforderlich erscheine. Im Zusammenhang mit der Gründung der neuen Landesgesundheitsagentur laufe aktuell ein Organisationsprojekt.

(4) Das Land Salzburg verwies in seiner Stellungnahme auf positive Erfahrungen mit den bisherigen Aufsichtsgepflogenheiten.

(5) Die Stadt Wien erklärte in ihrer Stellungnahme, es seien in Wien ausreichend Ressourcen für die Heimaufsicht vorhanden.

- 26.4 Der RH entgegnete dem Land Niederösterreich, dass eine risikoorientierte Anpassung der Prüfintervalle grundsätzlich zweckmäßig erschien, jedoch ein Mindestprüfintervall und seine Einhaltung durch die Sicherstellung ausreichender personeller Ressourcen zur Qualitätssicherung erforderlich sind. Der RH hielt eine transparente Regelung für wesentlich.

Vorgehen der Aufsichtsorgane

- 27.1 (1) Die Aufsichtsmaßnahmen der Länder bzw. Bezirksverwaltungsbehörden waren hinsichtlich der überprüften Kriterien, des Prüfvorgehens und der Struktur der Berichte sehr unterschiedlich.

Während in Oberösterreich der Aufsichtsbericht nur eine Mängelliste enthielt, beschrieben die Behörden in den anderen Ländern die festgestellten Sachverhalte unabhängig von etwaigem Verbesserungsbedarf. Die Berichte waren unterschiedlich ausführlich und ließen nur teilweise die von den Aufsichtsorganen kontrollierten Punkte erkennen. Teilweise arbeiteten die Aufsichtsorgane detaillierte Checklisten ab und verfassten zu jedem Punkt (z.B. Ernährung, Dekubitus, Katheterwechsel) eine Sachverhaltsdarstellung (Kärnten, Salzburg), teilweise erfolgte eine freie Beschreibung zu wesentlichen Eckpunkten (z.B. Vorarlberg). Eine länderübergreifende Vergleichbarkeit war somit nicht sichergestellt.

(2) Ein weiterer Aspekt der Aufsichtskontrollen lag bei der Überprüfung der Pflegequalität bei einzelnen Heimbewohnerinnen und –bewohnern anhand einer vertiefenden Analyse der Pflegedokumentation und von Pflegevisiten vor Ort. In fünf

Ländern war aus den Aufsichtsberichten erkennbar, welche und wie viele Heimbewohnerinnen und –bewohner die Aufsicht auswählte und welche Feststellungen sie dabei im Detail traf. In den Ländern Burgenland, Kärnten⁵⁵, Oberösterreich⁵⁶ und Salzburg waren die Ergebnisse dieser stichprobenartigen Überprüfungen nicht in den Aufsichtsberichten abgebildet. Diese Länder gaben an, dass nur bei Pflegemängeln eine ausführlichere Beschreibung erfolge.

Gemäß den Berichten mit Angaben zur Anzahl der Stichproben je Aufsichtsbesuch errechnete der RH eine Abdeckung von 0,3 % (Tirol) bis 5,6 % (Wien) aller Heimplätze.

(3) Ein länderübergreifender fachlich–inhaltlicher Austausch der Heimaufsichtsbehörden war nicht institutionalisiert.

- 27.2 Der RH stellte kritisch fest, dass das unterschiedliche Vorgehen der Heimaufsicht hinsichtlich der Prüfkriterien sowie die unterschiedliche Struktur der Aufsichtsberichte einen länderübergreifenden Vergleich erschwerten und kein fachlicher Austausch institutionalisiert war.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, – im Sinne der Transparenz und der Vergleichbarkeit der Aufsichtsberichte – einen fachlichen Austausch der Aufsichtsbehörden zu institutionalisieren und dabei einheitliche Prüfkriterien und Berichtsstrukturen zu entwickeln.

- 27.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die vom RH aufgezeigten Unterschiede in der Aufsicht auf die verfassungsrechtliche Zuständigkeit der Länder für Errichtung, Erhaltung und Betrieb von Pflegeheimen zurückzuführen sei. Die Institutionalisierung eines fachlichen Austausches der Aufsichtsbehörden erscheine begrüßenswert. Mangels umfassenden Einblicks in die Aufsichtsberichte der Länder seien die Prüfkriterien und Berichtsstrukturen von den Ländern zu erarbeiten, wobei das Sozialministerium seine Unterstützung anbiete.

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung grundsätzlich zu. Es verwies jedoch darauf, dass die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen vereinheitlicht werden müssten, und vertrat die Ansicht, dass die damit einhergehende Kostensteigerung vom Bund (im Rahmen des Pflegefonds) zu berücksichtigen sei.

⁵⁵ Im Rahmen der Routineüberprüfungen zog die Aufsicht in Kärnten nach eigener Angabe grundsätzlich zwei Stichproben zur Analyse der Pflegedokumentation heran; zusätzlich analysierte sie ein bis zwei Stichproben aus der Wunddokumentation.

⁵⁶ In Oberösterreich analysierte die Heimaufsicht laut eigener Angabe je Heimaufsichtsbesuch zwischen drei und fünf Pflegedokumentationen und überprüfte sie bei betroffenen Heimbewohnerinnen und –bewohnern.

(3) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung unter Hinweis auf die bestehende Kompetenzlage und die Unterschiede zwischen den Ländern zur Kenntnis.

(4) Das Land Salzburg verwies auf die innerhalb von Salzburg einheitlichen Prüfkriterien und die klare Berichtsstruktur auf Grundlage des Salzburger Pflegegesetzes sowie auf einen jährlichen Erfahrungsaustausch aller Heimaufsichtsorgane.

(5) Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, der Empfehlung des RH positiv gegenüberzustehen.

27.4 Der RH hob gegenüber dem Land Salzburg hervor, dass eine österreichweit länderübergreifende Vergleichbarkeit Inhalt seiner Empfehlung war.

Weitere Formen der Qualitätsarbeit

28.1 (1) Neben der in der Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 vorgesehenen Heimaufsicht hatten sich weitere Kontrollmechanismen entwickelt.

Das Heimaufenthaltsgesetz⁵⁷ aus dem Jahr 2004 sah eigene Kontrollmechanismen für freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z.B. Versperren von Türen, Fixierung mit Gurten oder Verabreichung sedierender Medikamente) vor. Derartige Maßnahmen waren der Bewohnervertretung zu melden. Diese hatte das Recht auf unangemeldete Besuche und Überprüfung der Maßnahmen.

Auf Basis des Fakultativprotokolls zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (**OPCAT**) beauftragte der Bundesgesetzgeber im Jahr 2012 die Volksanwaltschaft bzw. von ihr eingesetzte Expertenkommissionen mit Maßnahmen zum Schutz der Menschenrechte in Pflegeheimen. Seither führten diese Heimbesuche durch und berichteten darüber.

Die Länder hatten weitere Organisationen mit Qualitätsarbeit beauftragt. Beispielsweise überprüfte der Fonds Soziales Wien im Rahmen der Anerkennung jener Pflegeheime, bei denen Personen geförderte Leistungen beanspruchten, die Einhaltung von bestimmten, eigens festgelegten Qualitätskriterien („Qualitätsaudits“). Weiters prüfte er die Umsetzung der vereinbarten Leistungen bei den Heimbewohnerinnen und -bewohnern und hielt dies in sogenannten Monitoringberichten fest.

(2) Im Oktober 2016 meldeten mehrere Mitarbeiterinnen der Leitung eines Pflegeheims in Niederösterreich, das die Heimaufsicht acht Monate zuvor ohne wesentliche Auffälligkeiten überprüft hatte, Vorfälle von Pflegemissbrauch. Dabei ging es

⁵⁷ Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen, BGBl. I 11/2004

um strafrechtlich relevante Gewaltanwendung. Die Heimleitung zeigte die Vorwürfe an, meldete sie der Aufsichtsbehörde und entließ die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Seitdem erfolgten weitere Kontrollen durch die Aufsichtsbehörde.

Das Land Niederösterreich erweiterte in der Folge den Aufgabenbereich der Pflegeanwaltschaft und verschob im April 2017 Personalressourcen von der Aufsicht zur Pflegeanwaltschaft. Diese Änderung basierte auf der Überlegung, dass solche Vorfälle vor allem die Belegschaft aufzeigen könne. Daher sollte die Pflegeanwaltschaft auch informelle Aspekte, wie z.B. das allgemeine Kommunikationsklima, besonders beachten. Die Aufsicht machte darauf aufmerksam, dass sie aufgrund der Ressourcenverschiebung nunmehr die Aufsicht in der von ihr als notwendig erachteten Dichte nicht mehr wahrnehmen könne. Sie führte eine Liste mit Pflegeheimen, bei denen sie eine vertiefte Überprüfung für notwendig hielt. Gesetzlich war die Prüfdichte nicht normiert.

Eine Pflegeanwaltschaft war grundsätzlich in allen Ländern – teilweise gemeinsam mit der Patienten-anwaltschaft – eingerichtet. Ihre Schwerpunkte waren in den einzelnen Ländern unterschiedlich und reichten von regelmäßigen Sprechstunden in allen Heimen bis zu einer Beschränkung auf die Behandlung spezifischer Beschwerden.

(3) Das Land Oberösterreich führte ein umfassendes jährliches Controlling zu verschiedenen von den Heimen gemeldeten Prozess- und Ergebnisqualitätskennzahlen. Auch in Vorarlberg erfolgten Auswertungen aus Routinedaten der Pflegeeinstufung bei Heimaufnahme.

Manche Länder führten Befragungen von Heimbewohnerinnen und –bewohnern und Angehörigen durch. Durchgängig über alle Heime und einheitlich ausgewertet war dies nur in Wien vorgesehen.

Mehrere Länder führten auch Gebarungskontrollen (z.B. zur Abrechnung) durch, aus denen sich wesentliche Strukturdaten ergaben (z.B. Anzahl der Heimbewohnerinnen und –bewohner und deren Pflegegeldstufen, Anzahl der Beschäftigten). Eine systematische Nutzung dieser Daten für eine risikoorientierte Überprüfung der Pflegequalität war nicht sichergestellt.

(4) Als weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung existierten unterschiedliche Zertifizierungssysteme (z.B. ISO-Zertifizierungen oder das Nationale Qualitätszertifikat). Diese waren freiwillig und basierten überwiegend auf der Überprüfung der von den jeweiligen Heimbetreibern selbst festgelegten Soll-Prozesse. In § 3a PFG war seit 2017 verankert, dass die Länder auf die stationären Einrichtungen hinzuwirken hatten, über Qualitätssicherungssysteme zu verfügen, deren Anteil im Jahr 2021 einen Zielwert von mindestens 50 % erreicht. Welche Systeme dies sein sollten, war nicht näher geregelt.

Während die Heimaufsicht bescheidmäßig Auflagen erteilen bzw. Heime bei Bedarf sogar schließen konnte, waren andere mit der Kontrolle bzw. Qualitätssicherung befasste Organisationseinheiten mit unterschiedlichen Befugnissen ausgestattet. So hatte z.B. die OPCAT ein Zutrittsrecht und die Möglichkeit, Berichte zu verfassen. Eine gemeinsame bzw. koordinierte Vorgehensweise hinsichtlich der Prüfzeitpunkte, der Auswahl der Prüfobjekte und der Prüfkriterien war nicht sichergestellt.

- 28.2 Der RH wies darauf hin, dass sich auf Bundesebene und in den jeweiligen Ländern neben der Heimaufsicht zusätzliche Prozesse und Institutionen zur Qualitätsarbeit und Kontrolle der Pflegeheime entwickelt hatten. Dies erfolgte jedoch aus spezifischen Perspektiven (z.B. Menschenrechtsschutz, Kontrolle bestimmter Maßnahmen) oder bestimmten Anlässen (z.B. Erweiterung des Aufgabenbereichs der Pflegeanwaltschaft Niederösterreich infolge eines Missbrauchsfalls) ohne ein übergeordnetes Konzept.

Der RH stellte fest, dass die Kontrollen der Pflegeheime und Qualitätssicherungsmaßnahmen von unterschiedlichen Einrichtungen zwar vielfältig, aber wenig koordiniert waren. Die Kriterien und Ergebnisse der Kontrollen waren wenig vergleichbar und insgesamt bestand hinsichtlich der Ergebnisse für einzelne Pflegeheime wenig Transparenz. Ein systematisches, risikoorientiertes und koordiniertes Vorgehen unter Nutzung aller den Ländern zugänglichen Informationen (Abrechnungsdaten, Beschwerden etc.) war nicht sichergestellt.

Nach Ansicht des RH war die Heimaufsicht mit der Möglichkeit bescheidmäßiger Auflagen bzw. letztlich der Schließung von Heimen zwar ein notwendiges Element der Qualitätssicherung, aber nicht ausreichend. Ein Verweis auf inhaltlich nicht näher determinierte Qualitätssicherungssysteme wie im PFG war zu unbestimmt.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, auf Basis der zu entwickelnden Definition von Pflegequalität ([TZ 23](#)) ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das

- die Nutzung aller verfügbaren Informationen,
- ein koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Kontrolleinrichtungen (z.B. interne und externe Qualitätssicherung, Heimaufsicht),
- eine klare und transparente Festlegung der Prüfkriterien (z.B. Förderbedingungen, Menschenrechtsschutz) und –ergebnisse sowie
- mindestens eine externe Qualitätskontrolle (z.B. durch die Heimaufsicht) vor Ort jährlich

sicherstellt.

Weiters wies der RH das Land Niederösterreich auf seine Empfehlung in [TZ 26](#) über ausreichende Personalressourcen für die Heimaufsicht hin.

- 28.3 (1) Das Sozialministerium verwies in seiner Stellungnahme neuerlich auf die in die Kompetenz der Länder fallende Umsetzung der Empfehlung. Es führte aus, dass Qualitätssicherungskonzepte für Alten- und Pflegeheime begrüßt würden und es geplant sei, die Thematik mit den Ländern zu erörtern. Weiters wies es auf die den Ländern und Gemeinden aus dem Pflegefonds gewährten Zweckzuschüsse hin, die auch für qualitätssichernde Maßnahmen eingesetzt werden könnten. Überdies sei der Pflegefonds in den letzten Jahren sowohl im Personalbereich, bei den Aufnahmekriterien, bei der Transparenz als auch in der Qualitätssicherung weiterentwickelt worden.

Das Sozialministerium führte zur häuslichen Pflege aus, dass das Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege seit dem Jahr 2005 Hausbesuche bei Pflegegeldbeziehenden aller Pflegegeldstufen durchführe und seit 2009 auch bei Beziehenden einer Förderung zur 24-Stunden-Betreuung. Im Bedarfsfall würden Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation eingeleitet (intensivere Beratung, häufigere Hausbesuche oder Gewährung von Sachleistungen statt Pflegegeld). Diese Hausbesuche könnten auf Wunsch der Pflegegeldbeziehenden oder deren pflegenden Angehörigen auch vereinbart werden.

Das Sozialministerium sei bestrebt, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Hausbesuchen besser bekannt zu machen. So könne am Antrag auf Zuerkennung und Erhöhung des Pflegegeldes eine „kostenlose Beratung zu Hause“ beantragt werden. Gegenwärtig führe das Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern ein Pilotprojekt für unangekündigte Hausbesuche durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Wien und Tirol durch. Mit 1. Oktober 2019 seien die Hausbesuche im Fall von demenziell beeinträchtigten Pflegebedürftigen ausgeweitet worden (um jährlich etwa 5.000). Auch die Hausbesuche zur Qualitätssicherung bei Beziehenden einer Förderung der 24-Stunden-Betreuung seien auf alle Förderwerbenden ausgeweitet worden. Zudem gebe es mittlerweile ein Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen in der 24-Stunden-Betreuung, wobei mit ersten Zertifikatsverleihungen im Herbst 2019 zu rechnen sei.

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung grundsätzlich zu. Es verwies ergänzend darauf, dass bspw. die Prüfkriterien der OPCAT den Ländern nicht bekannt seien und teilweise in den Berichten nicht nachvollziehbare Punkte moniert würden. Es müsse daher ein koordiniertes Vorgehen nicht nur länderintern, sondern auch mit den länderübergreifenden Kontrollinstanzen stattfinden.

(3) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung unter Hinweis auf die Kompetenzlage und die konzeptbezogenen Unterschiede zwischen den Ländern zur Kenntnis.

(4) Das Land Oberösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, die Forderung nach einer mindestens jährlich stattfindenden externen Qualitätskontrolle vor Ort scheinbar schwer nachvollziehbar, insbesondere im Vergleich mit entsprechenden Kontrollpflichten in anderen Bereichen, wie bspw. jenem der Kinder- und Jugendhilfe, in dem die Aufsicht in zweijährigen Abständen zu erfolgen habe.

(5) Das Land Salzburg führte in seiner Stellungnahme aus, dass die gesetzlich festgelegten Mindeststandards strukturiert durch jährliche Erhebungen der Strukturqualitätsmerkmale sowie regelmäßige unangemeldete Aufsichtsbesuche überprüft würden. Diese Maßnahmen würden dem Land Salzburg ausreichend erscheinen und hätten sowohl bei den Heimbewohnerinnen und –bewohnern als auch bei den Pflegeeinrichtungen eine unverändert hohe Akzeptanz. Zudem bestehe eine zufriedenstellende Kenntnis über die Qualitäten und deren Entwicklung in den Pflegeeinrichtungen. Die Koordination mit anderen Kontrolleinrichtungen sei aufgrund der unangemeldeten Vorgangsweise nicht möglich. Mit Bewohnervertretung und Volksanwaltschaft würden jedoch Berichte und Erfahrungen ausgetauscht. Eine jährliche Kontrolle vor Ort erscheine nicht in allen Einrichtungen notwendig, sei aber vor dem Hintergrund einer beratenden Qualitätskontrolle begrüßenswert.

(6) Die Stadt Wien verwies in ihrer Stellungnahme auf die im Bereich der koordinierten Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren im Pflege- und Betreuungsbereich gut gelebte Praxis: Der Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen biete eine langjährig etablierte und strukturierte Austausch- und Qualitätsplattform. Ein koordiniertes Vorgehen zwischen der Heimaufsicht und dem Fonds Soziales Wien sei im Anlassfall (Beschwerden, Gewaltvorwürfe etc.) etabliert. Darüber hinaus sei die Qualitätsarbeit des Fonds Soziales Wien durch Richtlinien und darin angeführte Dokumente transparent.

28.4 Der RH wies das Land Oberösterreich auf die besondere Vulnerabilität der Heimbewohnerinnen und –bewohner und ihre oft eingeschränkten Außenkontakte hin und hielt daher eine externe jährliche Kontrolle für angemessen.

Gegenüber dem Land Salzburg wies der RH darauf hin, dass das Prinzip einer unangemeldeten Überprüfung einer Koordination zwischen den prüfenden Stellen im Hinblick auf Termine und Inhalte nicht entgegensteht.

Personal im stationären Bereich

Rechtsgrundlagen

- 29.1 Seit 1. Jänner 2017 bestimmte § 3a Abs. 3 PFG, dass die Länder die Personalausstattung in stationären Pflegeeinrichtungen für die Heimbewohnerinnen und –bewohner transparent und nachvollziehbar zu regeln hatten.

Tabelle 19: Rechtsgrundlagen zur Personalausstattung in Pflegeheimen im Jahr 2018

	Verpflichtung für ausreichendes Personal geregelt in	Regelung des Personalschlüssels als
Burgenland	Gesetz	Verordnung
Kärnten	Gesetz	Verordnung oder Weisung
Niederösterreich	Verordnung	Handbuch
Oberösterreich	keine	Verordnung oder Erlass
Salzburg	Gesetz	interner Richtwert
Steiermark	Gesetz	Verordnung
Tirol	Gesetz	Sozialpaktum
Vorarlberg	Gesetz	Erlass
Wien	Gesetz	Verordnung

Quellen: Länder

Die meisten Länder normierten auf gesetzlicher Ebene oder im Verordnungsweg eine allgemeine Verpflichtung, ausreichend Personal für die Pflege und Betreuung der Heimbewohnerinnen und –bewohner bereitzustellen. Die Länder Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Steiermark und Wien verordneten einen Personalschlüssel; das Land Kärnten ergänzte diese Verordnung durch eine Weisung, das Land Oberösterreich durch einen Erlass. Die Länder Niederösterreich, Tirol und Vorarlberg legten ihre Personalschlüssel in einem Handbuch, im sogenannten Sozialpaktum oder in einem Erlass fest. Soweit die Regelung nicht in Verordnungsform erfolgte, waren eine Einsichtnahme durch die Betroffenen und eine allgemeine Verbindlichkeit nicht sichergestellt.

Die Personalschlüssel der Länder waren überwiegend als Mindestschlüssel konzipiert. Die Länder Steiermark und Wien ließen eine Unterschreitung um bis zu 10 % unter bestimmten Voraussetzungen zu. In Salzburg war der Personalschlüssel als Richtwert konzipiert, dessen Unterschreitung nur bei festgestellten Qualitätsmängeln unzulässig war. Zum 31. Dezember 2017 wurde dieser Richtwert im Schnitt um rd. 7 % unterschritten ([TZ 32](#)).

- 29.2 Der RH erachtete die Festlegung der Personalschlüssel in Handbüchern (Niederösterreich), Sozialpakten (Tirol), Erlässen (Vorarlberg) und anderen internen Richtlinien als mit § 3a Abs. 3 PFG („transparent und nachvollziehbar“) unvereinbar, weil sie für die Heimbewohnerinnen und –bewohner weder einsichtig noch in ihrer Rechtswirkung verbindlich waren. Der RH kritisierte die Salzburger Regelung, da sie keine verbindliche Mindestpersonalbesetzung vorsah, und wies auf die zulässigen Unterschreitungen der Personalschlüssel in Wien und der Steiermark hin. In Kärnten bzw. in Oberösterreich war das tatsächlich erforderliche Personal teilweise nur in Verbindung mit einer Weisung bzw. einem Erlass ermittelbar.

Der RH empfahl den Ländern, einen verbindlichen, vollständigen Mindestpersonalschlüssel in Verordnungsform festzulegen.

- 29.3 (1) Das Land Burgenland verwies in seiner Stellungnahme auf einen bereits bestehenden verbindlichen Mindestpersonalschlüssel. Dieser werde in einer geplanten Verordnung zum neuen Sozialeinrichtungsgesetz in neuer Form verankert.

(2) Das Land Kärnten verwies in seiner Stellungnahme auf die Kärntner Heimverordnung aus dem Jahr 2005, die das Land immer wieder an die sich verändernden Rahmenbedingungen (Pflegebedürftigkeit etc.) angepasst habe, zuletzt im Jahr 2017 mit der Novelle zur Verbesserung des Personalschlüssels von 1:2,5 auf 1:2,4 und der Vorgabe einer zusätzlichen Animationsfachkraft im Ausmaß von 0,5 VZÄ.

(3) Das Land Niederösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass die NÖ Pflegeheim Verordnung bewusst keinen expliziten Personalschlüssel vorsehe, weil sich immer wieder sowohl die einzelnen Berufsbilder als auch die Arbeitsmarktlage stark ändern würden. Zudem würden sich die Pflege- und Betreuungskonzepte sowie die Strukturen der Pflegeeinrichtungen ständig weiterentwickeln, weshalb die Kodifizierung eines Personalschlüssels immer der Realität nachhinke und die Flexibilität wesentlich einschränke bzw. die gesetzliche Grundlage laufend angepasst werden müsse. Das idente Personalberechnungsmodell des Landes gelte für alle Träger, auf dessen Grundlage konkret im Bewilligungsbescheid die Personalausstattung vorgeschrieben werde.

(4) Das Land Oberösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass in der Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung ein Mindestpersonalschlüssel festgelegt sei.

(5) Das Land Salzburg hielt in seiner Stellungnahme fest, dass im österreichweiten Vergleich die Personalausstattung der Pflegeheime in Salzburg sehr gut sei. Eine Harmonisierung dürfe nicht dazu führen, dass in Zukunft weniger Personal in den Einrichtungen zur Verfügung stehe.

(6) Die Stadt Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, dass die „Verordnung der Wiener Landesregierung betreffend Mindeststandards von Pflegeheimen und Pflegestationen (Durchführungsverordnung zum Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz)“ einen verbindlichen Mindestpersonalschlüssel enthalte.

- 29.4 Der RH merkte zur Stellungnahme des Landes Kärnten an, dass die Verordnung zwar einen Mindestpersonalschlüssel in Verordnungsform regelte, dieser Schlüssel aber zusätzliche Bestimmungen im Hinblick auf die Anwendung auf Heime mit Personen in Pflegegeldstufen 0 bis 2 erforderte.

Der RH wies gegenüber dem Land Niederösterreich erneut darauf hin, dass eine Regelung des Personalschlüssels in Form eines Handbuchs für die Heimbewohnerinnen und –bewohner weder einsichtig noch in seiner Rechtswirkung verbindlich war. Sich laufend ändernde Rahmenbedingungen für den Personaleinsatz waren nach Ansicht des RH kein Grund dafür, von der Rechtsform der Verordnung abzusehen. Im Übrigen bestand die Notwendigkeit, den Personalschlüssel in regelmäßigen Abständen an die tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen, nicht nur bei einer Regelung in Verordnungsform, sondern gleichermaßen bei Festlegungen in Form eines Handbuchs.

Gegenüber dem Land Oberösterreich merkte der RH an, dass in Oberösterreich zwar ein Mindestpersonalschlüssel in Verordnungsform geregelt war, dieser aber zusätzlich Bestimmungen für die Pflegedienstleitung erforderte. Insbesondere für Heime außerhalb der Sozialhilfeverbände war das erforderliche Personal – in Hinblick auf die Einrechnung der Pflegedienstleitung – nicht eindeutig aus Verordnungen ableitbar. Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung.

Der RH wies gegenüber dem Land Salzburg darauf hin, dass gemäß der Stellungnahme des Landes Salzburg zu TZ 22 eine Harmonisierung nicht zu Mehrkosten führen dürfe. Wenn diese auch nicht zu einer Verringerung des Personals führen darf, sah der RH nur einen geringen Spielraum für eine Harmonisierung. Der RH verwies jedoch darauf, dass die Personalvorgaben meist nur einen Mindestpersonalschlüssel vorsahen und aufgrund von Änderungen im Pflegebedarf bzw. im Berufsrecht ohnehin laufend anzupassen waren.

Personalschlüssel

- 30.1 (1) Während in Oberösterreich, Salzburg, der Steiermark, in Tirol und in Wien die Personalschlüssel durch Verhältniszahlen in Abhängigkeit von der Pflegegeldstufe bestimmt waren, erfolgte dies im Burgenland, in Niederösterreich und in Vorarlberg durch komplexere Formeln und in Kärnten durch eine Mischform.

Tabelle 20: Personalschlüssel der Länder für Pflegeheime

Personalschlüssel							
Pflegegeldstufe	1	2	3	4	5	6	7
	Anzahl der Heimbewohnerinnen und –bewohner je Vollzeitäquivalent						
Burgenland	Verhältnisformel						
Kärnten	Verhältnisformel ¹	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Niederösterreich	Verhältnisformel						
Oberösterreich	12	7,5	4	2,5	2	1,5	1,5
Salzburg	12	5,5	2,25	1,8	1,5	1,4	1,35
Steiermark	13,2	8,2	4,3	2,6	2,2	1,7	1,6
Tirol	10,52	5,84	3,46	2,46	1,93	1,93	1,93
Vorarlberg ²	Verhältnisformel						
Wien	20	7	2	1,75	1,5	1,25	1

¹ ab sechs Heimbewohnerinnen und –bewohnern je Heim, darunter 2,4

² kein Bezug auf die Pflegegeldstufe, sondern auf eine eigene siebenstufige Skalierung („Pflegestufe“)

Stand: 2018

Quellen: Länder

Im Burgenland war die Anzahl der belegten Betten mit den erforderlichen Pflege-
minuten⁵⁸ pro Heimbewohnerin bzw. –bewohner und Tag und einem Wochenfaktor
von 6,3 zu multiplizieren; das Ergebnis war sodann durch die Wochenarbeitszeit in
Minuten minus 20 % Arbeitsausfall zu dividieren. Tatsächlich wandte das Burgen-
land aber einen Wochenfaktor von 7 an.

Das Land Kärnten sah ab Pflegegeldstufe 3 für Pflegeeinrichtungen Verhältniszahlen
vor. In den unteren Stufen – sofern sie mit mehr als sechs Personen pro Heim belegt
waren – war für bis zu zwölf Heimbewohnerinnen und –bewohner Betreuungspersonal
im Ausmaß von mindestens 2 VZÄ und für jedes weitere angefangene Dutzend
ein weiteres VZÄ bereitzustellen.

⁵⁸ Diese bestimmten sich nach dem Pflegebedarf: Für selbstständige Heimbewohnerinnen und –bewohner waren 20 Minuten, für Heimbewohnerinnen und –bewohner mit geringem Pflegeaufwand 40 Minuten und für pflegeabhängige Heimbewohnerinnen und –bewohner 80 Minuten pro Tag vorgesehen.

Das Land Niederösterreich definierte neben einem fixen auch einen variablen Personalbedarf und legte zunächst die Kennzahl des „gewichteten Bewohners“ fest, die sich an den kostendeckenden Durchschnittseinnahmen für eine Heimbewohnerin bzw. einen –bewohner je Tag orientierte. (Darin gingen neben den Pflegegeldstufen auch Parameter wie z.B. der Einzelzimmerzuschlag ein.) Diese Kennzahl war in weiterer Folge mit 0,36 VZÄ zu multiplizieren.

In Vorarlberg waren für jeweils 20 Heimbewohnerinnen und –bewohner im zwölfstündigen Tagdienst mindestens 36 Personalleistungsstunden sicherzustellen. Dies galt aber nur, wenn die durchschnittliche Pflegeeinstufung der Heimbewohnerinnen und –bewohner einen Wert bis 5,3 erreichte. Ansonsten war der erforderliche Personalbedarf für das diplomierte Personal mithilfe des Deutschen–Krankenhaus–Index zu ermitteln, der mittels Verhältniszahlen⁵⁹ festgelegt war.

Bei den Pflegeheimen des Wiener Krankenanstaltenverbunds mit ärztlicher Rund–um–die–Uhr–Betreuung sollten auf 1 VZÄ 1,49 Heimbewohnerinnen bzw. –bewohner kommen.

(2) Der Zusammenhang zwischen Betreuungs– und Personalbedarf war in den Personalschlüsseln der Länder meist über die Pflegegeldstufen abgebildet. Tirol fasste die Stufen 5 bis 7 zu einer einheitlichen Stufe („Vollpflege“) zusammen, Kärnten wiederum die Pflegegeldstufen 0 bis 2 sowie 3 bis 7. Auch andere Kriterien, z.B. psychiatrischer Betreuungsbedarf oder Mehraufwand durch Einzelzimmer (Niederösterreich), spielten eine Rolle. Vorarlberg hatte ein von den Pflegegeldstufen unabhängiges System.

(3) Kein Land leitete die Personalvorgaben analytisch nachvollziehbar aus dem Pflegebedarf und einer vordefinierten Qualität ab. Die Länder Burgenland, Salzburg und Tirol führten die konkreten Verhältniszahlen in ihren Schlüsseln auf bestimmte Minutenwerte für durchzuführende Pflegedienstleistungen zurück (sogenanntes Minutenmodell). Auch bei veränderten Rahmenbedingungen erfolgten keine regelmäßigen Aktualisierungen der Personalschlüssel; in Oberösterreich erfolgte die letzte Änderung im Jahr 1996. Seither hatten sich wesentliche Änderungen hinsichtlich der Bewohnerstruktur (vermehrt demenzielle Erkrankungen, allgemein deutlich höhere Pflegegeldstufen), der berufsrechtlichen Vorgaben sowie der sonstigen Rahmenbedingungen (z.B. raschere Entlassungen aus Krankenanstalten, Neuregelung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen) ergeben.

⁵⁹ Heimbewohnerinnen und –bewohner pro VZÄ: Grundversorgung: 60; Stufe 1: 30; Stufe 2: 18; Stufe 3: 12; Stufe 4: 4; Stufe 5: 2,5; Stufe 6: 2; Stufe 7: 1,5.

Tabelle 21: Jahr der letzten Änderung der Personalschlüssel für Pflegeheime

	aktuelle Projekte zur Anpassung der Personalschlüssel	letzte Änderung
Burgenland	ja	1998
Kärnten	nein	2017
Niederösterreich	nein	2016
Oberösterreich	ja	1996
Salzburg	nein	2006
Steiermark	ja	2017
Tirol	ja	1998
Vorarlberg	ja	2014
Wien	nein	2009

Stand: 2018

Quellen: Länder

Fünf der neun Länder führten zur Zeit der Gebärungsüberprüfung Projekte zur Evaluierung bzw. Neufestlegung von Personalschlüsseln durch.⁶⁰ Tirol führte ab 1. Jänner 2018 in mehreren Heimen ein Pilotprojekt zur Neukalkulation der Tarife je Tag durch. Dabei legte es die Anzahl der erforderlichen Pflegeminuten und damit auch den Personalschlüssel erstmals für alle sieben Pflegegeldstufen fest und schrieb den teilnehmenden Heimen einen abgeänderten Qualifikationsmix vor. Eine länderübergreifende Koordinierung dieser Projekte erfolgte nicht. Ebenso wenig bestand eine Vereinbarung über eine Annäherung der Personalschlüssel.

(4) Der deutsche Bundesgesetzgeber normierte im Jahr 2015, ein „wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen“ zu entwickeln und zu erproben. Dazu waren fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige einzusetzen.

30.2 Der RH kritisierte, dass die Länder die Personalschlüssel für Pflegeheime nicht analytisch aus dem Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität ableiteten und diese teilweise ohne Anpassungen an die geänderten Rahmenbedingungen über 20 Jahre unverändert waren. Er anerkannte, dass fünf Länder zur Zeit der Gebärungsüberprüfung an neuen Regelungen arbeiteten, wies jedoch darauf hin, dass dies ohne Koordination bzw. Harmonisierungsauftrag erfolgte.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, die Regelungen über die Personalausstattung zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen.

⁶⁰ Mit 1. Jänner 2019 wurde § 16 Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung an das Berufsbild der Pflegefachassistenz angepasst (LGBl. 43/2018).

30.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass Regelungen zur Personalausstattung in die Zuständigkeit der Länder fallen würden. Zudem setze ein bundesweit einheitlicher Personalschlüssel die Verfügbarkeit von entsprechend qualifiziertem Personal am Arbeitsmarkt voraus. Ergänzend verwies das Sozialministerium auf seine Stellungnahme zu TZ 33.

(2) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die zuletzt 2017 beschlossene Novelle der Kärntner Heimverordnung den veränderten Pflegebedarf in den Einrichtungen (mehr höhere Pflegegeldstufen) berücksichtigt habe. Eine Harmonisierung des Pflegeschlüssels sehe das Land Kärnten grundsätzlich positiv, die damit einhergehende Kostensteigerung müsse jedoch der Bund (im Rahmen des Pflegefonds) berücksichtigen.

(3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 29.

(4) Das Land Salzburg verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 29 und hielt fest, dass gemäß Salzburger Pflegegesetz alle erforderlichen Pflegeleistungen durch qualifiziertes Personal erbracht würden. Die Träger seien verpflichtet, ausreichend Personal einzustellen, was nach Erfahrungen des Landes Salzburg zutreffe.

(5) Die Stadt Wien schloss sich in ihrer Stellungnahme der Empfehlung des RH, die Personalausstattung am tatsächlichen Pflegebedarf auszurichten, an. Eine Nivellierung der Personalausstattung dürfe jedoch nicht zulasten von Wien stattfinden. Multimorbidität und Pflegebedarf würden in den kommenden Jahren steigen. Für die vom Bund einberufenen Arbeitsgruppen biete die Stadt Wien gerne ihre Mitarbeit und Expertise an.

30.4 Der RH führte gegenüber dem Sozialministerium aus, dass das Personal als wesentlichster Kostenfaktor eine wichtige Grundlage für die Tarifikalkulation war und somit die Kosten der Pflege und ihre Finanzierung beeinflusste. Da der Bund wesentlich zur Finanzierung der Pflege beitrug und auch laufend diesbezügliche Änderungen vornahm (z.B. bei der Abgeltung der finanziellen Folgen aufgrund der Abschaffung des Pflegeregresses), hielt es der RH für zweckmäßig, dass sich der Bund (bspw. im Rahmen der Neugestaltung der Finanzierung, TZ 8) auch zu den Personalvorgaben einbringt.

Gegenüber Salzburg verwies er auf seine Gegenäußerung in TZ 29.

Details zur Personalausstattung

- 31.1 In einigen Ländern inkludierten die Personalschlüssel die Nachtdienste, womit die Verteilung des Personals auf Tag- und Nachtdienste überwiegend den Heimbetreibern überlassen war. In anderen Ländern gaben bereits die Personalschlüssel diese Verteilung vor (Anhang, Tabelle I).

In Salzburg war die Pflegedienstleitung im Schlüssel enthalten. Im Übrigen legten die Länder neben dem allgemeinen Schlüssel ganz oder (in unterschiedlichen Prozentsätzen) teilweise zusätzliche Dienstposten dafür fest (Anhang, Tabelle J).

Meist waren im Pflegeschlüssel alle Betreuungspersonen enthalten. Zusätzlichen Personalbedarf für die Animation von Heimbewohnerinnen und –bewohnern legten die Länder Kärnten und Niederösterreich fest; das Land Niederösterreich hatte einen Bedarf für Physiotherapie, das Land Tirol für Ergotherapie.

Manche Länder bezogen die Personalschlüssel nicht nur auf die vorzuhaltenden Personalressourcen, sondern auch auf die tatsächliche Personalpräsenz. Dies konnte sich auf einen Stichtag (z.B. bei einer Kontrolle) oder auf einen Durchschnitt (z.B. monatlich) beziehen.

- 31.2 Der RH stellte fest, dass die Personalvorgaben der Länder für Nachtdienste sowie ihre Regelungen für Pflegedienstleitungen, zusätzliches Fachbetreuungspersonal und zur tatsächlichen Personalpräsenz (Stichtag oder Durchschnittszeiten) uneinheitlich waren.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, bei der Harmonisierung der Personalschlüssel auch die Nachtdienste, Pflegedienstleitungen, zusätzliches Fachpersonal und die tatsächliche Personalanwesenheit zu berücksichtigen.

- 31.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass Regelungen zur Personalausstattung in die Zuständigkeit der Länder fallen würden. Zudem setze ein bundesweit einheitlicher Personalschlüssel die Verfügbarkeit von entsprechend qualifiziertem Personal am Arbeitsmarkt voraus. Ergänzend verwies das Sozialministerium auf seine Stellungnahme zu [TZ 33](#).

(2) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Empfehlung in der Kärntner Heimverordnung bereits umgesetzt sei.

(3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu [TZ 29](#).

(4) Das Land Salzburg verwies auf seine Stellungnahmen zu [TZ 29](#) und [TZ 30](#).

(5) Die Stadt Wien unterstütze laut ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH, um eine tatsächliche Vergleichbarkeit herstellen zu können.

Mindestpersonalausstattung im Vergleich

32.1 Der RH definierte ein Musterheim mit 71 Betten⁶¹ und ermittelte dafür den Mindestpersonalstand für Pflege und Betreuung in den einzelnen Ländern:

Tabelle 22: Mindestpersonalausstattung für ein Musterheim im Jahr 2018

	diplomiertes Personal	Pflegeassistenten-berufe ¹	Heimhilfe bzw. Hilfspersonal	Personal gesamt
	in Vollzeitäquivalenten			
Burgenland	10,9	10,9		21,9
Kärnten ²	5,9	20,7	3,0	30,1
Niederösterreich	11,1	17,6	5,7	34,4
Oberösterreich ³	6,7	23,3	3,3	33,3
Salzburg ⁴	(9,7)	(25,3)	(4,0)	(39,0)
Steiermark	6,4	19,3	6,4	32,2
Tirol ⁵	(4,6)	(17,1)	(11,1)	32,7
Vorarlberg ⁶	13,75	18,0	3,1	35,4
Wien	13,7	22,8	9,1	45,7

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Pflegehelferinnen und –helfer, Pflege(fach)assistent, Diplom– oder Fachsozialbetreuerinnen und –betreuer

² davon 0,5 Vollzeitäquivalente für Animation

³ Ab 2019 galt, dass diplomiertes Personal und Pflegefachassistent gemeinsam 25 % bis 30 % ausmachen sollten, wovon mindestens 15 % diplomiertes Personal sein sollte.

⁴ Der Personalschlüssel war ein interner Richtwert und wurde nach Angaben des Landes tatsächlich im Schnitt um rd. 7 % unterschritten.

⁵ Die Verteilung auf Qualifikationsgruppen war nur im Bedarfs– und Entwicklungsplan 1996 festgelegt und hatte lediglich Empfehlungscharakter. Im Pilotprojekt wären 2018 42 Vollzeitäquivalente vorgesehen, davon 9,7 diplomiertes Pflegepersonal, 27,3 Pflegeassistent und fünf Heimhilfe.

⁶ Der RH ging davon aus, dass die in Vorarlberg verwendete Pflegestufe der um eins erhöhten entsprechenden Pflegegeldstufe entsprach. Im Gesamtwert sind weiters 0,57 Vollzeitäquivalente für Fortbildung enthalten.

Quellen: Länder

Das Ergebnis für das insgesamt vorzuhaltende Pflegepersonal lag zwischen rd. 22 VZÄ im Burgenland und rd. 46 VZÄ in Wien. Ohne Berücksichtigung der Länder Wien und Burgenland war die Bandbreite erheblich enger und lag – ohne Berücksichtigung des Pilotprojekts in Tirol – zwischen rd. 30 VZÄ und rd. 39 VZÄ. Auch die Mindestausstattung mit diplomiertem Personal war sehr unterschiedlich (Anhang, Tabelle K).

⁶¹ Die durchschnittliche Pflegegeldstufe lag bei 4,7. Der RH definierte weitere Szenarien, die sich nach der Pflegegeldstufenverteilung und der Heimgröße unterschieden. Das Ergebnis im Ländervergleich blieb jedoch ähnlich.

Das Land Burgenland legte dar, dass in seiner Vorgabe für die Mindestpersonalausstattung das Qualifikationsbild der Heimhilfen nicht inkludiert war. Der durchschnittliche, im Personalschlüssel nicht normierte Anteil von Heimhilfen am sonstigen Pflegepersonal betrug rd. 10 %.

- 32.2 Der RH hielt fest, dass die für das Musterheim vorgesehene Mindestpersonalausstattung und ihre Qualifikation in den einzelnen Ländern erheblich voneinander abwichen.

Der RH verwies auf seine Empfehlung in TZ 30.

- 32.3 Das Land Kärnten führte in seiner Stellungnahme zum Personalschlüsselvergleich zwischen den Ländern aus, dass frühere Studien anderer Einrichtungen jeweils zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt hätten, da aufgrund der unterschiedlichen strukturellen und gesetzlichen Bedingungen ein verlässlicher Vergleich nur sehr schwer möglich sei. Dies insbesondere, weil einige Länder über keine konkreten Vorgaben für die Personalausstattung in den Pflegeheimen verfügen würden. Das Land Kärnten gebe als einziges Land einen Personalschlüssel nach dem Pflegeaufwand und der Personalqualifikation vor und sehe für Animation Ressourcen vor.

Der RH habe den Personalschlüsselvergleich anhand von Musterheim–Szenarien, die jedes Land berechnete, durchgeführt. Aus diesen Berechnungen gehe jedoch nicht hervor, ob die Länder Heimleitungen und Pflegedienstleitungen in den Personalschlüssel miteinbezogen hätten oder nicht. Eine diesbezügliche Klarstellung bei den Berechnungen der einzelnen Länder könne mögliche Diskrepanzen aufklären. Außerdem würden Hilfskräfte und Zivildienstler im Rahmen der Personalstandsberechnung außer Betracht bleiben.

- 32.4 Der RH hielt gegenüber dem Land Kärnten fest, dass er in dem von ihm vorgenommenen Personalvergleich sämtliche und damit auch interne, nicht öffentlich verfügbare Regelungen der Länder berücksichtigte. Die Pflegedienstleitungen berücksichtigte der RH entsprechend den Landesvorgaben und verwies dazu auf die Angaben in den Tabellen I bis K im Anhang, die diesbezüglich Auskunft geben.

Verfügbarkeit von Personal

- 33.1 Eine Studie des WIFO prognostizierte bis 2030 einen zusätzlichen Personalbedarf von rd. 18.000 VZÄ. Nach Auskunft mehrerer Länder war es zunehmend schwieriger, Personal für den Pflegesektor zu rekrutieren.

Maßnahmen zur Bekämpfung dieses Personal Mangels setzte zunächst der Bund, indem er für die Dauer bestimmter Ausbildungen an Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Schulen für Sozialbetreuungsberufe ein sogenanntes

Fachkräftestipendium gewährte.⁶² Im Jahr 2018 trat ferner das sogenannte Gesundheitsberuferegister–Gesetz⁶³ vollständig in Kraft, das erstmalig eine Registrierung von Angehörigen der Gesundheits– und Krankenpflegeberufe vorsah und damit eine Personalstandsfeststellung ermöglichte. Ergänzend dazu adaptierte der Bundesgesetzgeber das System der qualifizierten Zuwanderung von Arbeitskräften und ließ ausländische Fachkräfte in Mangelberufen auch dann für den österreichischen Arbeitsmarkt zu, wenn ein Bedarf nach ihnen nicht auf Bundes–, sondern nur auf regionaler Ebene bestand.⁶⁴ Die Fachkräfteverordnung 2019⁶⁵ sah in Entsprechung dieser Vorgaben für die Länder Salzburg und Tirol nicht diplomiertes Pflegepersonal und verwandte Berufe als Mangelberufe vor.

Zuletzt beauftragte das Sozialministerium im Rahmen des Masterplans Pflege die Gesundheit Österreich GmbH mit einer Studie zum Pflegepersonalmangel und beabsichtigte, eine Imagekampagne zur Attraktivierung des Pflegeberufs durchzuführen.

Auch die Länder verfügten teilweise über Konzepte zur Bekämpfung des Personalmangels und setzten einzelne Maßnahmen auch bereits um. Dies beinhaltete u.a. die Errichtung von sogenannten Pflegeplattformen, konkrete Personalbedarfserhebungen, mehr Ausbildungsplätze, Förderungen bzw. Stiftungen für die Ausbildung in Pflegeberufen, die Abschaffung des Schulgeldes in Sozialbetreuungsschulen, die Einführung einer Fachsozialbetreuungs–Ausbildung nach dem Pflichtschulabschluss und eine Angleichung der Gehälter von Bediensteten in Pflegeheimen an jene in Krankenanstalten.

- 33.2 Der RH hielt fest, dass der Personalmangel im Pflegebereich in den nächsten Jahren prioritär zu behandeln ist.

Der RH verwies auf seine Empfehlung in **TZ 16**, die Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen in den Bedarfs– und Entwicklungsplänen um eine Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und –qualifikationen sowie Ausgabenschätzungen zu ergänzen.

Darüber hinaus empfahl er dem Sozialministerium und den Ländern, rechtzeitig Maßnahmen (z.B. Ausbildungsplätze, Entlohnung) zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals sicherzustellen.

- 33.3 (1) Das Sozialministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es sich – gleich wie einzelne Länder – zur Aufgabe gemacht habe, an der Verbesserung der Personalsituation mitzuwirken. Aus diesem Grund habe es die Gesundheit Österreich GmbH damit beauftragt, eine bundesweite Studie zum Pflegepersonalbedarf

⁶² § 34b Arbeitsmarktservicegesetz, BGBl. 313/1994 i.d.g.F.

⁶³ BGBl. I 87/2016 i.d.g.F.

⁶⁴ § 13 Ausländerbeschäftigungsgesetz, BGBl. 218/1975 i.d.F. BGBl. I 94/2018

⁶⁵ BGBl. II 3/2019

durchzuführen, um einen etwaigen Mangel an ausgebildetem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal quantifizieren zu können. Durch diese Studie, die Ende 2019 vorliegen werde, solle es möglich sein, valide Aussagen zur personellen Situation der Berufsangehörigen der Pflegeberufe zu tätigen und eine Prognose zum Personalbedarf durchzuführen. In weiterer Folge könnten gemeinsam mit den Ländern Strategien entwickelt werden, um den Personalbedarf zu decken.

(2) Das Land Kärnten führte in seiner Stellungnahme aus, dass mittlerweile bundesweit ein Fachkräftemangel im Bereich der Pflege bestehe. Es sei sehr bemüht, sowohl mit Maßnahmen auf Ebene der Ausbildungen als auch mit Maßnahmen zur Attraktivierung des Pflegeberufs möglichst rasch Lösungen zu finden. Im April 2019 sei eine „Kampagne für Pflegekräfte“ gestartet, die Personen motivieren solle, einen Pflegeberuf zu ergreifen.

Der Bund und auch die Länder müssten auf mehreren Ebenen Maßnahmen ergreifen. Beispielsweise sei

- die Pflegeausbildung in berufsbildenden höheren Schulen zu implementieren (das Land Kärnten arbeite aktuell ein entsprechendes Ausbildungskonzept an berufsbildenden höheren Schulen aus, das noch der Genehmigung durch das Bildungsministerium bedürfe);
- der Wiedereinstieg zu erleichtern, um Wissen und Erfahrung von „älteren“ Beschäftigten zu nützen und wertzuschätzen;
- die Berufsausbildung z.B. mittels Fachkräftestipendiums oder Qualifizierungsförderung zu fördern.

(3) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

(4) Das Land Salzburg bestätigte in seiner Stellungnahme, dass die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals die größte Herausforderung in der Pflege sei. Es habe entsprechende Maßnahmen mit der im Jahr 2018 ins Leben gerufenen Plattform Pflege erarbeitet.

(5) Die Stadt Wien unterstütze laut ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH. Sie erklärte, dass der Fonds Soziales Wien gerne seine Expertise und die des Aus- und Weiterbildungszentrums Soziales Wien einbringen werde. Dieses werde aufgrund der bestehenden Problematik seine Ausbildungsplätze für Pflegeberufe bereits im Jahr 2020 erhöhen.

Mobile Dienste

Gebarungsvolumen, Stundenzahl und Rolle im Gesamtsystem

34.1 (1) Mobile Dienste erbrachten in Österreich im Jahr 2016 Leistungen im Wert von rd. 712 Mio. EUR für rd. 147.000 Personen. Dabei trug die öffentliche Hand rd. 486 Mio. EUR; rd. 226 Mio. EUR finanzierten die Betroffenen (zum Teil unter Nutzung des Pflegegeldes). Im Vergleich dazu kosteten die Pflegeheime rd. 3,4 Mrd. EUR für die Betreuung von rd. 75.000 Personen. Seit 2012 betonte der Bund im PFG die Strategie „ambulant vor stationär“: Wenn möglich, sollte die Betreuung pflegebedürftiger Personen durch mobile Dienste oder teilstationäre Angebote erfolgen und die Betreuung in Pflegeheimen vermieden werden.

(2) Die folgende Tabelle zeigt verschiedene Kennzahlen zur Versorgung durch mobile Dienste bzw. teilstationäre Leistungen 2016 im Ländervergleich.⁶⁶

Tabelle 23: Mobile und teilstationäre Dienste – Kennzahlen zur Versorgung im Jahr 2016

	Burgenland	Kärnten	Nieder- österreich	Ober- österreich	Salz- burg	Steier- mark	Tirol	Vorarl- berg	Wien	Öster- reich
	Anzahl									
mobil betreute Personen	4.782	9.825	26.493	19.796	7.031	16.975	10.487	7.211	27.568	130.168
Betreuungsdichte	in %									
Anteil der mobil betreuten Personen an allen Pflegegeldbeziehenden	26	28	29	28	28	21	34	42	32	29
Betreuungsumfang und –intensität	in 1.000 Stunden									
mobile Dienste	301	974	3.429	1.722	718	1.140	946	896	5.746	15.872
	in Stunden									
mobile Dienste pro betreuter Person und Woche	1,2	1,9	2,5	1,7	2,0	1,3	1,7	2,4	4,0	2,3
	in 1.000 Stunden									
teilstationäre Dienste	106	96	267	565	301	369	216	94	1.385	3.398
mobile und teilstationäre Dienste	408	1.070	3.695	2.287	1.020	1.509	1.161	990	7.131	19.270
	in Stunden pro Woche									
mobile und teilstationäre Dienste je pflegegeldbeziehende Person außerhalb einer Versorgung in Heimen oder 24–Stunden–Betreuung	0,5	0,7	1,0	0,8	1,0	0,5	0,9	1,4	2,1	1,0

alle Werte ohne Hospiz- und Palliativleistungen und Fahrtzeiten
Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

⁶⁶ Dabei rechnete der RH Leistungen der Hospiz- und Palliativversorgung heraus, da diese einem jeweils besonderen System folgten und in Art und Umfang unterschiedlich waren. Teilstationäre Leistungen rechnete der RH aus den Verrechnungstagen mit einem Faktor 8 in Stunden um. In Tirol und Salzburg erfolgte eine Bereinigung um enthaltene Fahrtzeiten, sodass nunmehr lediglich die Zeit bei der Kundin bzw. beim Kunden abgebildet ist.

Die mobilen Dienste unterschieden sich zwischen den Ländern sowohl hinsichtlich der Betreuungsdichte, des –umfangs und der –intensität:

- Der Anteil der betreuten Personen an allen Pflegegeldbeziehenden (Betreuungsdichte) lag zwischen rd. 21 % (Steiermark) und rd. 34 % (Tirol), in Vorarlberg bei rd. 42 %.
- Im Österreichschnitt entfielen auf eine mobil betreute Person rd. 2,3 Leistungsstunden je Woche, wobei die Bandbreite zwischen rd. 1,2 Leistungsstunden (Burgenland) und rd. 4 Leistungsstunden (Wien) lag (Betreuungsintensität).
- Die teilstationären Dienste (z.B. Tagesbetreuungscentren) umfassten im Jahr 2016 insgesamt weitere 3,4 Mio. Betreuungsstunden, sodass insgesamt österreichweit rd. 19,3 Mio. Stunden mobile und teilstationäre Pflege geleistet wurden.
- Auf eine pflegegeldbeziehende Person, die nicht bereits in einem Pflegeheim oder durch 24–Stunden–Betreuung versorgt war, entfiel somit im Österreichschnitt je Woche rund eine Stunde mobile und teilstationäre Leistungen (zwischen 0,5 Stunden im Burgenland und der Steiermark und rund zwei Stunden in Wien).

(3) Die Länder begründeten die dargestellten Differenzen durch Unterschiede im Bedarf und Angebot, in der Bereitschaft der betreuten Personen zur Zahlung von Eigenbeiträgen, in verfügbaren Alternativen (wie der 24–Stunden–Betreuung) oder in der Abrechnung. Die Länder definierten eine Leistungsstunde nicht einheitlich. Sie rechneten ihre Leistungseinheiten zum Teil minutengenau ab, zum Teil rundeten sie die tatsächlich bei der Kundin bzw. beim Kunden erbrachte Leistungszeit auf fünf oder 15 Minuten auf.

(4) Die Verteilung der mobil geleisteten Stunden auf die betreuten Personen war in der Pflegedienstleistungsstatistik nicht enthalten; die Länder erhoben diese auch nicht einheitlich. Dies galt auch für die Art der Pflegedienstleistungen (z.B. Verbandswechsel, Körperpflege) und deren Abdeckung durch die mobilen Dienste. Weiters waren die Leistungsarten nach Qualifikationsgruppen (diplomierte Pflege, Pflegeassistentenberufe, Heimhilfe bzw. Hilfspersonal) nicht erfasst.

34.2 Der RH wies darauf hin, dass die mobilen Dienste nach den Zielsetzungen des Bundes große Bedeutung im Hinblick auf die Vermeidung stationärer Aufenthalte hatten.

Er hielt fest, dass das Angebot an mobilen Diensten in den Ländern hinsichtlich Betreuungsintensität und –dichte sehr unterschiedlich ausgebaut war. Er hielt die in der Pflegedienstleistungsstatistik erhobenen Daten nicht für ausreichend, um eine Einschätzung der Bedarfsdeckung zu treffen. Er kritisierte insbesondere, dass keine Informationen über die Verteilung der Stunden auf die betreuten Personen bzw. nach Art der Leistung und Personalqualifikation vorlagen. Dies schränkte die Aussagekraft zur Versorgungswirkung der mobilen Dienste deutlich ein. Insbesondere war nicht erkennbar, in welchem Umfang die mobilen Dienste tatsächlich stationäre Versorgung ersetzen.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, eine vollständige Information zu den mobilen Diensten sicherzustellen, und zwar insbesondere zur Art der Personalqualifikation und zur Verteilung der Leistungsstunden auf betreute Personen.

Er empfahl weiters dem Sozialministerium und den Ländern, die Ursachen für die Unterschiede in Betreuungsdichte, Betreuungsumfang und Betreuungsintensität der mobilen Leistungen zu analysieren.

Darüber hinaus verwies er auf seine analoge Empfehlung zu den stationären Angeboten in TZ 14.

- 34.3 (1) Das Sozialministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung 2012 die Erhebung der Leistungsstunden sowie der Klientenanzahl je Leistungserbringer vorsehe. Daraus lasse sich die Verteilung der Leistungsstunden auf die betreuten Personen ermitteln. Das Sozialministerium wies darauf hin, dass es einer Präzisierung von Erhebungsmerkmalen als Voraussetzung für die Generierung valider Daten positiv gegenüberstehe. Gewisse Unterschiede in Betreuungsdichte, –umfang und –intensität könnten durch regionale Gegebenheiten und Unterschiede im Bedarf erklärt werden. Es stehe einer bundesweiten Harmonisierung der mobilen Leistungen in enger Absprache mit den Ländern und unter Berücksichtigung der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung grundsätzlich positiv gegenüber.
- (2) Das Land Kärnten führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Kennzahlen zu den mobilen Diensten durch die in den Ländern unterschiedlich abgerechneten Zeiteinheiten – von minutengenauer Erfassung bis hin zu viertelstündlichen Aufrundungen – beeinflusst seien. Es seien daher eine detaillierte Analyse und differenzierte Darstellung der verschiedenen Systeme unabdingbar.
- (3) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlungen zur Kenntnis. Zur Rolle der mobilen Dienste im Gesamtsystem wies es darauf hin, dass die Strategie „ambulant vor stationär“ nicht absolut, sondern in Abhängigkeit von Betreuungs- und Pflegebedarf gesehen werden könne. Auch das familiäre Umfeld und die baulichen Gegebenheiten seien zu berücksichtigen. Die Kosten für ambulante Pflege und Betreuung würden ab einem bestimmten Umfang der Betreuung und Pflege die Kosten für stationäre Pflege und Betreuung übersteigen. Ein direkter Vergleich der öffentlichen Ausgaben für die stationäre und mobile Betreuung und Pflege sei aufgrund der unterschiedlichen Leistungsumfänge und Rahmenbedingungen nicht aussagekräftig.
- (4) Das Land Salzburg wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass Daten zu den in den mobilen Diensten beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nach Personalqualifikation und zur Verteilung der Leistungsstunden auf die betreuten Personen

vorhanden seien. Die Pflegedienstleistungsstatistik habe diese nicht erhoben und der RH auch nicht nachgefragt.

(5) Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, die Empfehlung, die Ursachen für die Unterschiede in Betreuungsdichte, –umfang und –intensität der mobilen Leistungen zu analysieren, zu unterstützen. Sie wies dabei darauf hin, dass Unterschiede zwischen urbanen und ruralen Bedarfen zu bedenken seien, und bot ihre Mitarbeit und Expertise in vom Bund einberufenen Arbeitsgruppen an. Die vom RH beschriebenen Informationen zu den mobilen Diensten (Art der Personalqualifikation und Verteilung der Leistungsstunden) seien vorhanden.

- 34.4 Der RH entgegnete dem Sozialministerium und dem Land Salzburg, dass die derzeitige Datenerhebung gemäß Pflegedienstleistungsstatistik–Verordnung 2012 zwar Durchschnittsangaben zu den Leistungsstunden je betreute Person zuließ, aber keine Aussagen zu deren Verteilung. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Organisation

- 35.1 Grundsätzlich regelten die Länder die Rahmenbedingungen für mobile Dienste (z.B. Förder- und Tarifvereinbarungen, Kostenbeitragsrichtlinien). Die Landesgesetze enthielten auch eine Verpflichtung, Vorsorge für eine tatsächliche Leistungserbringung zu treffen. Diese Verpflichtung traf teils die Länder selbst (Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg), teils auch die regionalen Träger sozialer Hilfe (Sozialhilfverbände und Statutarstädte in Oberösterreich) und die Gemeinden (Steiermark) bzw. den Fonds Soziales Wien. Zur Leistungserbringung zogen die meisten Länder private Organisationen in unterschiedlicher Anzahl heran:

- In Niederösterreich und der Steiermark erbrachten fünf, in Kärnten zwölf private Anbieter mobile Dienste. Das Land Burgenland setzte 13 private Anbieter für die mobilen Dienste ein, wovon acht dem Dachverband der mobilen Dienste angehörten und besondere Rechte sowie Verpflichtungen hatten.
- Die Länder Salzburg und Oberösterreich zogen 14 bzw. zwölf private Anbieter heran, nahmen die Agenden der mobilen Dienste aber zum Teil auch durch öffentliche Rechtsträger wahr. In Wien erbrachten 17 private Anbieter und ein Tochterunternehmen des Fonds Soziales Wien mobile Dienste.
- Das Land Tirol nutzte rd. 70 Pflege- und Betreuungsorganisationen, wovon rd. 60 als Vereine organisiert waren, deren Mitglieder meist die jeweiligen Gemeinden waren (sogenannte Sozialsprengel).
- Das Land Vorarlberg sah rd. 50 Anbieter für die mobilen Hilfsdienste vor, die meist an einen bestimmten Träger (örtlicher Krankenpflegeverein, Sozialsprengel, Gemeinde) angeschlossen und nur selten als Vereine organisiert waren. Für die Hauskrankenpflege setzte das Land Vorarlberg 66 Anbieter (Krankenpflegevereine) ein.

Der räumliche Wirkungsbereich einzelner Organisationen unterschied sich in den einzelnen Ländern stark. Teilweise war die Leistungserbringung auf räumlich abgegrenzte Gebiete eingeschränkt.

Die folgende Tabelle zeigt, welche Stellen in den einzelnen Ländern zur Festlegung des gewährten Leistungsvolumens im Bereich der mobilen Dienste zuständig waren:

Tabelle 24: Zuständigkeit zur Festlegung des Leistungsvolumens bei mobilen Diensten in den Ländern im Jahr 2018

Land	Zuständigkeit
Burgenland	bis 31. Dezember 2018: Anbieter mobiler Dienste; ab 1. Jänner 2019: Unterstützung durch Case- und Caremanager bei den Bezirksverwaltungsbehörden
Kärnten	Anbieter mobiler Dienste
Niederösterreich	Anbieter mobiler Dienste
Oberösterreich	Anbieter mobiler Dienste (in komplexen Fällen Sozialhilfeverbände bzw. Statutarstädte)
Salzburg	Bezirksverwaltungsbehörden; für die Stadt Salzburg: Amt der Landesregierung
Steiermark	Anbieter mobiler Dienste (einheitliches Assessment Tool von den Trägern verpflichtend eingesetzt); Case- und Caremanagement als Pilotprojekt eingerichtet
Tirol	Sozial- und Gesundheitssprengel und weitere mobile Pflege- und Betreuungsorganisationen als Anbieter mobiler Dienste
Vorarlberg	Anbieter mobiler Dienste; teilweise Case- und Caremanagement bei Gemeinden und Sozialsprengeln
Wien	zentrales Case- und Caremanagement beim Fonds Soziales Wien

Quellen: Länder

Die Zuständigkeit für die Festlegung des Leistungsvolumens im Einzelfall lag teilweise bei Landeseinrichtungen (in Salzburg und Wien) und teilweise bei den Anbietern selbst. Die Länder Steiermark und Burgenland verstärkten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung den Einfluss der öffentlichen Rechtsträger auf die Festlegung des Leistungsvolumens durch die Einführung bzw. Intensivierung von Case- und Caremanagement.

Dabei bestanden unterschiedliche Vorgaben, u.a. zu Qualifikationsanforderungen, Kriterien bzw. Assessment Tools (Steiermark), oder besondere organisatorische Vorkehrungen (z.B. Bündelung der Bedarfsprüfung in Sozialstationen⁶⁷ in Niederösterreich).

Auch die Berechnung des Eigenbeitrags für mobile Dienste war – auf Basis inhaltlicher Vorgaben der Länder – häufig an die einzelnen Anbieter ausgelagert. In Oberösterreich, Salzburg und Wien war dies Aufgabe öffentlicher Einrichtungen.

⁶⁷ Sozialstationen waren dezentrale Standorte, an denen sozialmedizinische und soziale Betreuungsdienste integriert für einen bestimmten Sprengel anzubieten waren.

35.2 Der RH merkte an, dass bei den mobilen Diensten die Vorsorge für die Leistungen, die Anzahl und die räumliche Aufteilung der Anbieter unterschiedlich gestaltet waren. Er wies darauf hin, dass dies die Wirtschaftlichkeit des Angebots (z.B. durch Fahrtzeiten und Auslastung), aber auch die Wahlmöglichkeiten der Betroffenen beeinflussen konnte.

Der RH wies weiters darauf hin, dass in einigen Ländern die Bedarfsfestlegung und die Berechnung des Eigenbeitrags privaten Anbietern oblagen. Er merkte kritisch an, dass sie dadurch auf ein wesentliches Steuerungsinstrument verzichteten. Er beurteilte positiv, dass die Länder Burgenland, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Wien zumindest teilweise ein Case- und Caremanagement bzw. Kriterien für die Bedarfsprüfung eingeführt hatten.

Der RH empfahl den Ländern, darauf zu achten, dass die Festlegung des Leistungsvolumens und die Berechnung der Eigenbeiträge klar definierten, bedarfsgerechten, einheitlichen und regelmäßig kontrollierten Kriterien folgen.

35.3 (1) Das Land Burgenland erachtete in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH als bereits umgesetzt. Im Zuge einer geplanten Adaptierung der Förderrichtlinie der mobilen Dienste werde es im Sinne der Empfehlung voraussichtlich weitere Anpassungen geben.

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung zu.

(3) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

(4) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich sei bei der Berechnung der Eigenbeiträge die Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung anzuwenden, die kostendeckende Heimentgelte vorsehe.

(5) Das Land Salzburg wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Höhe des bezuschussten Stundenausmaßes und des Eigenbeitrags von der Behörde geprüft und entschieden werde. Damit habe es die diesbezügliche Empfehlung des RH bereits umgesetzt. Die Soziale Dienste Verordnung aus dem Jahr 2003 regle die Leistungen der Hauskrankenpflege und der Haushaltshilfe.

(6) Die Stadt Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, dass das flächendeckende Caremanagement des Fonds Soziales Wien das Leistungsvolumen festlege. Bei diesen Erhebungen würden (u.a. bei Hausbesuchen) mit den Kundinnen und Kunden individuelle Bedarfe erhoben und in Folge abgedeckt. Die Berechnung der Eigenbeiträge regle eine Richtlinie des Fonds Soziales Wien.

- 35.4 Der RH führte gegenüber den Ländern Oberösterreich und Salzburg aus, dass seine Empfehlung auf länderübergreifend vergleichbare Kriterien abzielte, die noch nicht gewährleistet waren.

Kosten

- 36.1 (1) Der RH ermittelte die Kosten je Stunde für die Leistungen der mobilen Dienste auf Basis der Pflegedienstleistungsstatistik (Einnahmen der öffentlichen Haushalte) und ergänzte diese um Eigenbeiträge⁶⁸. Weiters bereinigte der RH die Werte um Hospiz- und Palliativleistungen, da diese aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsmodelle kaum vergleichbar waren. Schließlich korrigierte der RH die unterschiedliche Berücksichtigung von Fahrtzeiten. Die nachfolgende Tabelle enthält die durchschnittlichen Kosten je Stunde vor Ort, wobei die Fahrtzeiten als Gemeinkostenzuschläge enthalten sind:

Tabelle 25: Durchschnittliche Kosten mobiler Dienste (ohne Hospiz- und Palliativleistungen) im Jahr 2016

	Kosten laut Pflegedienstleistungs- statistik 2016	Bereinigung	bereinigte Kosten	Stunden	Kosten je Stunde
	in Mio. EUR			Anzahl	in EUR
Burgenland	10,21	5,49	15,70	301.202	52,13
Kärnten	32,43	18,26	50,69	974.198	52,03
Niederösterreich	93,64	59,70	153,34	3.428.551	44,72
Oberösterreich ¹	73,61	–	73,61	1.721.887	42,75
Salzburg	24,14	12,60	36,74	718.418	51,14
Steiermark	67,85	–	67,85	1.139.920	59,52
Tirol	44,14	–	44,14	945.574 ²	46,68
Vorarlberg	26,69	–	26,69	896.216	29,78
Wien	232,51	–	232,51	5.745.984	40,46
Österreich	604,81	96,05	701,27	15.871.951	44,18

¹ inkl. Selbstzahlende

² ohne Wegzeiten

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

Die durchschnittlichen Kosten für mobile Dienste je Stunde lagen zwischen 29,78 EUR in Vorarlberg und 59,52 EUR in der Steiermark.

⁶⁸ In der Regel waren die Daten bei den Ländern verfügbar. Für das Land Kärnten erfolgte eine Hochrechnung anhand der Normkosten je Stunde nach Qualifikationsstufe.

Für die Unterschiede waren mehrere Faktoren relevant:

- a) Die Länder definierten eine Leistungsstunde nicht einheitlich (**TZ 34**).
- b) Die Qualifikation des für mobile Dienste eingesetzten Personals war unterschiedlich:

Tabelle 26: Mobile Dienste – Stunden je betreute Person nach Qualifikationsgruppe im Jahr 2016

	Burgen-land	Kärnten	Nieder-österreich	Ober-österreich	Salz-burg	Steier-mark	Tirol	Vorarl-berg	Wien	Österreich
	in Stunden ¹									
insgesamt	63	99	129	87	102	67	90	124	208	125
<i>davon diplomiertes Personal</i>	12	14	28	25	24	15	30	35	15	22
<i>davon Pflegeassistentenberufe</i>	19	43	35	42	18	24	33	7	44	34
<i>davon Heimhilfe bzw. Hilfspersonal</i>	32	42	68	20	52	27	26	82	135	63

Rundungsdifferenzen möglich

¹ ohne Hospiz- und Palliativleistungen und Fahrtzeiten

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

So entfiel z.B. in Wien der überwiegende Anteil, in Oberösterreich der kleinste Teil der erbrachten Leistungsstunden auf Heimhilfe bzw. Hilfspersonal.

- c) Die meisten Länder setzten die Tarife im Bereich der mobilen Dienste anhand einer Kalkulation von Personal- und Sachkosten fest. Diese Berechnungen differenzierten in allen Ländern nach der Personalqualifikation, zum Teil auch nach dem Leistungszeitpunkt (reguläre Arbeitszeit, Sonn- und Feiertage bzw. Nachtzeit).

Tabelle 27: (Norm-)Kosten je Stunde für mobile Dienste

	diplomiertes Personal	Pflegeassistentenberufe ¹	Heimhilfe bzw. Hilfspersonal
	in EUR ²		
Burgenland (2018)	74,47	54,84	46,22
Kärnten (ab Oktober 2018)	76,53	53,89	38,91
Niederösterreich (2018)	59,16	44,82	39,37
Oberösterreich (2017)	56,83	46,39	37,19
Salzburg (2017)	60,72	51,77	40,14
Steiermark (2018)	80,32	59,67	49,53
Tirol (2018)	56,59	50,05	44,44
Vorarlberg	nicht vorhanden		
Wien (2017)	45,54		32,14

¹ Pflegehelferinnen und –helfer, Pflege(fach)assistenz, Diplom- und Fachsozialbetreuerinnen und –betreuer

² Die Kosten beziehen sich auf die Leistungszeit vor Ort (in Salzburg und Tirol erfolgte dazu eine Bereinigung zu Fahrtkosten, in Tirol anhand des durchschnittlichen Fahrtkostenanteils von 20 % und der jeweiligen Tarife für die Wegzeiten).

In Wien handelte es sich nicht um Normkosten, sondern um Durchschnittstarife über mehrere Anbieter. In Oberösterreich war ein Teil der Kosten als Normkosten, ein Teil als historische Durchschnittskosten erfasst.

Bei den grau markierten Ländern handelt es sich um Werte zu regulären Arbeitszeiten (mit gesonderten Sätzen für Wochenend- und Feiertagsleistungen), ansonsten um Mischsätze.

Quellen: Länder; Berechnung: RH

Die Vergleichbarkeit der Normkosten war erschwert. Der hier abgebildete Normkostensatz galt im Burgenland nur für Organisationen, die im Dachverband der mobilen Dienste zusammengeschlossen waren. Diese hatten sich zur Einhaltung bestimmter Qualitätserfordernisse verpflichtet und erhielten daher einen etwas höheren Stundensatz als die übrigen Anbieter. Das Land Salzburg differenzierte die mobilen Dienste danach, ob eine ASVG-Beschäftigung oder eine geringfügige Beschäftigung vorlag⁶⁹ und sah keine Heimhilfen, sondern Haushaltshilfen vor.⁷⁰ Das Land Tirol teilte seine Normkostensätze nicht nur nach Personalqualifikationen, sondern auch nach einzelnen Tätigkeiten auf.⁷¹ Die Fahrtkosten waren in den meisten Ländern in den Normkosten der bei Pflegebedürftigen erbrachten Leistungen inkludiert, ansonsten ermittelte der RH einen Zuschlag dafür. Weiters waren abgerechnete Zeiteinheiten (minutengenaue Abrechnung bzw. Aufrundung auf Viertelstunden) unterschiedlich.

⁶⁹ Der RH ging in der vorliegenden Darstellung von einer ASVG-Beschäftigung im Gebiet der Stadt Salzburg aus.

⁷⁰ Diese Haushaltshilfen wiesen nur zum Teil die Ausbildung zu Heimhilfen auf.

⁷¹ Für die vorliegende Berechnung stellte der RH die Kategorien „Hauskrankenpflege, erbracht durch diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal“, „Hauskrankenpflege, erbracht durch Pflegeassistenten und/oder Altenfachbetreuer“ und „Heimhilfe, erbracht durch Heimhilfen“ dar.

Die Länder Vorarlberg und Wien legten keine Normkostensätze fest. In Vorarlberg war dies auf einen hohen Anteil von atypisch Beschäftigten (z.B. neue Selbstständige oder freie Dienstnehmer) zurückzuführen. Wien sah – wie im stationären Bereich – einen eigenen Tarif pro Anbieter vor, sodass die vorliegende Darstellung Durchschnittstarife zeigt. Für Hauskrankenpflege wählte Wien einen Mischtarif aus diplomiertem Personal und Pflegeassistenz.

(2) Die Länder interpretierten die aufgezeigten Differenzen in den (Norm-)Kosten je Stunde unterschiedlich: In Vorarlberg sei ein hoher Anteil atypisch Beschäftigter bzw. auch eine Mitfinanzierung über Spenden oder Vereinsbeiträge wesentlich. Das Land Steiermark könne durch eine hochwertige Bedarfsprüfung sehr effizient arbeiten und erziele daher mit wenigen Stunden eine hohe Versorgungswirkung. Andere Länder wiesen auf Effizienzunterschiede aufgrund der Auslastung und in den Fahrtzeiten (z.B. aufgrund dezentraler Strukturen und hoher Leistungsdurchdringung) hin. Eine nicht auf Zeiteinheiten beruhende Messung der Versorgungseffekte der mobilen Dienste unterblieb.

(3) Ein standardisiertes Normkostenmodell mit einheitlichen Parametern (z.B. Auslastung, Fahrtzeitenbewertung, Gemeinkosten, einheitliche Abrechnungsgenauigkeit) existierte nicht.

- 36.2 Der RH stellte fest, dass die Durchschnittskosten der mobilen Dienste in den Ländern erheblich divergierten. Er bewertete kritisch, dass nur eine auf Zeiteinheiten beruhende Messung der Versorgungseffekte erfolgte und kein einheitliches Kalkulationsmodell vorlag.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, einheitliche Kalkulationsmodelle für die mobilen Dienste zu erstellen, ein Benchmarking der wesentlichen Kostenfaktoren (z.B. Auslastung, Fahrtkostenanteil, Gemeinkosten) durchzuführen und für Effizienzsteigerungen (z.B. durch optimierte Routenplanung oder Auslastung) zu nutzen.

- 36.3 (1) Das Sozialministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Kritik des RH bezogen auf die Unterschiedlichkeiten des Dienstleistungsangebots der Länder nachvollziehen könne und deshalb die Wichtigkeit von Harmonisierungsschritten betone. Auch das Sozialministerium habe in der Vergangenheit das Ziel verfolgt, die im Bereich der mobilen Dienste zur Anwendung gelangenden Parameter als Grundlage für die Berechnung der Kostenbeiträge zu vereinheitlichen. Zu diesem Zweck habe es die Länder auf Basis einer Übersichtsliste um deren Stellungnahme ersucht; der Prozess sei allerdings noch nicht abgeschlossen. Das Sozialministerium verwies neuerlich auf die Kompetenzlage im Bereich Pflege und beabsichtige, die Thematik eingehend mit den Ländern zu erörtern.

(2) Das Land Kärnten führte in seiner Stellungnahme aus, dass der Normkostenvergleich in Tabelle 27 nicht zweckmäßig sei, weil die unterschiedlich abgerechneten Zeiteinheiten, die unterschiedlich erfassten Feiertags- und Wochenendzuschläge sowie die unterschiedlich herangezogenen Abrechnungsjahre einem aussagekräftigen Vergleich entgegenstünden. Das Land Kärnten erachte daher eine detaillierte Analyse und differenzierte Darstellung der verschiedenen Systeme als unabdingbar.

(3) Das Land Niederösterreich wiederholte seine Stellungnahme zu TZ 20 und teilte weiters mit, es verfüge seit über 20 Jahren über ein Normkostenmodell für die mobilen Dienste, das auf die Rahmenbedingungen und die regionalen Bedingungen abgestimmt sei. Ein österreichweites Benchmarking erfordere die Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten und historisch gewachsenen Standards.

(4) Das Land Salzburg führte in seiner Stellungnahme aus, dass es über ein im Jahr 2019 evaluiertes Kalkulationsmodell für Soziale Dienste verfüge. Dieses Modell sehe vor, dass nur erbrachte Leistungen abgerechnet werden könnten. Auslastungsprobleme seien daher nicht bekannt. Bei der Ermittlung des Stundensatzes würden Zeiten, wie z.B. Urlaub, Krankenstand, Teambesprechungen oder Weiterbildung, als sogenannte Nichtleistungszeiten berücksichtigt. Der Verwaltungskostenanteil sei mit einem Betrag pro Stunde bemessen. Der Fahrtkostenanteil betrage pro bewilligtem Einsatz 20 Minuten. Der Wert zwingt die Träger zur optimalen Routenplanung. Das Land Salzburg wies darauf hin, dass eine flächendeckende Versorgung mit mobilen Diensten sichergestellt sei.

(5) Das Land Steiermark teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die durchschnittlichen Kosten pro Stunde (Tabelle 25) in der Steiermark von 59,52 EUR auf 53,26 EUR sinken würden, sofern dort wie bei den anderen Ländern auf die nächste Viertelstunde aufgerundet würde. Die analoge Berechnung der Normkosten – auf Basis von 11,75 % höheren verrechenbaren Leistungsstunden bei Aufrundung auf die nächste 15 Minuten-Einheit und nach Bereinigung der Kosten für Wochenend- und Feiertagsleistungen – würde zu niedrigeren Normkosten je Stunde mobile Dienste (z.B. 60,75 EUR anstatt 80,32 EUR für diplomiertes Pflegepersonal) führen.

(6) Die Stadt Wien unterstütze laut ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH. In Wien sei die Tarifgestaltung für alle Anbieter mittels einer Richtlinie geregelt. Grundsätzlich seien bei der Betrachtung der mobilen Dienste viele Faktoren im Hinblick auf die großen Unterschiede zwischen Stadt und Land (Fahrtzeiten, Auslastung, Möglichkeit der Mischeinsätze, Routenplanung etc.) zu berücksichtigen.

36.4 Der RH stimmte dem Land Kärnten zu, dass eine genauere Erfassung der mobilen Dienste in Hinblick auf die vom Land Kärnten genannten Punkte Abrechnungseinheiten und Abrechnungszeiten (Wochenend- und Feiertagszeiten) sowie die vom RH dargestellten Aspekte (Fahrtkosten, Gemeinkosten, Auslastung) eine wesentliche

Verbesserung der Aussagekraft von Vergleichen darstellen würde. Er unterstützte daher die vom Land Kärnten angeregte detailliertere Analyse und verwies auf seine entsprechenden Empfehlungen zu **TZ 34** und **TZ 36**. Die vom RH durchgeführten Vergleiche basierten auf den vorhandenen Datengrundlagen und waren nach Ansicht des RH durchaus geeignet, die Größenordnung der Unterschiede aufzuzeigen und Hinweise auf Potenzial für Optimierung zu geben. Konkrete Schlussfolgerungen z.B. zu einer Erhöhung oder Absenkung von Tarifen in bestimmten Ländern erforderten das vom RH empfohlene Benchmarking.

Finanzierung

37.1 Die folgende Tabelle zeigt, wie die Länder die durchschnittlichen Kosten je Stunde mobiler Dienste im Jahr 2016 finanzierten:

Tabelle 28: Finanzierung der mobilen Dienste im Jahr 2016 je Stunde

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
	in EUR ¹									
durchschnittliche Kosten je Stunde	52,13	52,03	44,72	42,75	51,14	59,52	46,68	29,78	40,46	44,18
Eigenbeiträge	18,67	18,75	17,41	11,81	17,72	21,75	11,87	14,27	10,59	14,26
Förderungen der Länder	29,13	30,13	18,08	21,53	26,10	36,21	33,84	13,48	26,57	24,82
sonstige Finanzierung	4,32	3,15	9,23	9,40	7,32	1,56	0,97	2,03	3,30	5,10

Rundungsdifferenzen möglich

¹ ohne Hospiz- und Palliativleistungen und Fahrtzeiten

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

Alle Länder schrieben Personen, die mobile Dienste beanspruchten, Eigenbeiträge vor. Die Art. 15a B-VG Vereinbarung 1993 und das PFG verpflichteten die Länder, dabei soziale Gesichtspunkte bzw. die wirtschaftlichen Verhältnisse der Betroffenen zu beachten.

Die Länder berücksichtigten bei der Festlegung der Eigenbeiträge verschiedenste Parameter in unterschiedlichem Ausmaß. Bis auf das Land Vorarlberg stellten sie dabei auf das Nettoeinkommen ab; das Land Vorarlberg legte Fixbeiträge fest. Die Länder Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Wien stellten u.a. auch auf das Pflegegeld ab. Die Länder Burgenland, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Wien berücksichtigten bestimmte (teils unterschiedliche) Ausgaben der Pflegebedürftigen, wie z.B. Wohnkosten, das Land Niederösterreich einen Absetzbetrag. Nur in Wien sanken die Eigenbeiträge je Stunde bei steigender Inanspruchnahme („Mengenrabatt“).

Die folgende Tabelle zeigt die Eigenbeiträge für einen vom RH definierten Musterfall.

Tabelle 29: Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen für mobile Dienste am Beispiel eines Musterfalls

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
	in EUR								
Eigenbeitrag je Monat	385,20	340,20	333,36	159,90	156,00	400,23	183,60	214,20	251,64
Eigenbeitrag je Stunde	21,40	18,90	18,52	8,88	10,40	22,24	10,20	11,90	13,98

Musterfall: Eine alleinstehende Person mit Pflegegeldstufe 3, einem Nettoeinkommen von 1.331 EUR, Kosten für Wohnen von 550 EUR und sonstigen Ausgaben von 730 EUR, die monatlich neun Stunden Hauskrankenpflege und neun Stunden Heimhilfe beanspruchte. In sieben Ländern waren die Fahrtzeiten pauschal mitberechnet. Das Land Salzburg verrechnete sie separat und schrieb auch Eigenbeiträge vor. Der RH berücksichtigte diese mit rd. 21 % (dem Landesschnitt). In Tirol waren die Fahrtzeiten nicht im Stundensatz enthalten, veränderten aber die Eigenbeiträge nicht.

Quellen: Länder

Die Eigenbeiträge für mobile Dienste pro Stunde lagen zwischen rd. 9 EUR in Oberösterreich und rd. 22 EUR in der Steiermark. Der Masterplan Pflege enthielt das Ziel, die Kostenbeiträge zu vereinheitlichen.

Andere Rechtsträger beteiligten sich mit rd. 2 % (Tirol) bis rd. 22 % der Kosten (Oberösterreich) an der Finanzierung der mobilen Dienste („sonstige Finanzierung“). Dies betraf insbesondere die Krankenversicherung (in bestimmten Fällen der Hauskrankenpflege) und die Gesundheitsfonds (soweit mobile Dienste auch krankenhausersetzend wirkten).

Schließlich förderten die Länder die Inanspruchnahme der mobilen Dienste. In den Ländern Burgenland, Kärnten und in der Steiermark war dies ein fixer Betrag je Stunde.⁷² Demgegenüber bemaß sich die Höhe der Förderung in den Ländern Niederösterreich, Salzburg, Tirol und in Wien als Differenz der Normkosten je Stunde und der eingehobenen (sozial gestaffelten) Eigenbeiträge und der sonstigen Finanzierung. In Wien hing die Förderung außerdem von den für einzelne Anbieter im Tarifprozess bewilligten Kosten ab. In Oberösterreich übernahm das Land einen bestimmten Teil der nicht durch Eigenbeiträge und sonstige Einnahmen gedeckten Gesamtkosten. In Vorarlberg gewährte der Sozialfonds den Anbietern Objekt- und Projektförderungen, förderte aber nicht die Leistungsstunde selbst.⁷³

⁷² Dieser war in manchen Ländern (z.B. Kärnten) für bestimmte im gesamten Land tätige Anbieter um einen Flächendeckungszuschlag erhöht.

⁷³ Für Hauskrankenpflege gewährte der Sozialfonds Förderungen z.B. für Fahrzeuge oder als Personalbezuschussung; für mobile Hilfsdienste bezog sich die Förderung auch auf die Einrichtung (nicht auf die gepflegten Personen), orientierte sich aber der Höhe nach an den erbrachten Leistungsstunden und einem Stundensatz.

- 37.2 Der RH hielt fest, dass die Finanzierung der mobilen Dienste (Eigenbeiträge, Förderungen, sonstige Finanzierung) in den Ländern sehr unterschiedlich war. Er merkte kritisch an, dass die Ursachen für die festgestellten Unterschiede offen blieben und verwies auf das im Masterplan Pflege festgelegte Ziel einheitlicher Eigenbeiträge.
- 37.3 (1) Die Länder Kärnten und die Steiermark merkten in ihren Stellungnahmen an, dass ein geeigneter Vergleich der Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen für mobile Dienste eine Berücksichtigung von drei weiteren Elementen bedürfte: Dies seien der „Zeitrundungsfaktor“ (Abrechnung der Leistungsstunden minutengenau, auf fünf Minuten oder auf 15 Minuten gerundet), die Art der Berücksichtigung von Kostenersätzen für Medizinische Hauskrankenpflege seitens der Sozialversicherungsträger und verschiedene Konstellationen von Art und Höhe des Einkommens in der Familie.
- (2) Das Land Niederösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine österreichweite Vereinheitlichung der Kostenbeiträge nur unter dem Aspekt der Kostenneutralität für die Länder möglich sei.
- 37.4 Der RH entgegnete den Ländern Kärnten und Steiermark, dass in Tabelle 29 ein genau definierter Musterfall gegenübergestellt wird, bei dem das Einkommen und die erbrachte Leistungszeit exakt vorgegeben wurde. Hinsichtlich der Kostenersätze durch die Sozialversicherung merkte der RH an, dass diese nur für anstelle von Anstaltspflege beanspruchte Leistungen erfolgen. Dies war im gegenständlichen Musterfall nicht vorgegeben. Der RH wies auf die Größenordnung der Unterschiede zwischen rd. 9 EUR bis rd. 10 EUR (Oberösterreich, Salzburg und Tirol) und rd. 20 EUR (Burgenland und Steiermark) hin, wobei eine weitere Differenzierung von unterschiedlichen Musterfällen zu einem noch besseren Verständnis für die unterschiedliche Finanzierung beitragen könnte. Er verwies daher auf seine Empfehlungen bezüglich eines Benchmarkings und eines einheitlichen Kalkulationsmodells in TZ 36.

Aufsicht

- 38.1 Alle Länder sahen hinsichtlich der mobilen Dienste grundsätzlich Aufsichtsbesuche bei den Trägerorganisationen (insbesondere hinsichtlich der Einhaltung der Förderbedingungen) und gegebenenfalls anlassfallbezogene Kontrollen bei den betreuten Personen vor. Regelmäßige Kontrollen der Pflegequalität mit Besuchen bei den Pflegebedürftigen fanden lediglich in Oberösterreich und in Wien (stichprobenartig) statt. Mehrere Länder gaben an, dass Rückmeldungen aus Krankenhäusern bzw. von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten effektive Hinweise auf Qualitätsprobleme im Einzelfall darstellten. Eine Auswertung darüber legte kein Land vor. Qualitätskontrollen zur häuslichen Pflege fanden auch im Rahmen der Gewährung von Pflegegeld bzw. der Förderung der 24–Stunden–Betreuung im Auftrag des Sozialministeriums durch die Sozialversicherungsanstalt der Bauern statt.⁷⁴ Eine Zusammenarbeit zwischen dieser Sozialversicherungsanstalt und den Ländern im Rahmen ihrer Förderkontrollen erfolgte dabei nicht.
- 38.2 Der RH wies darauf hin, dass – insbesondere auch im Hinblick auf den beabsichtigten Ausbau der mobilen Dienste („ambulant vor stationär“) – die Qualität der Betreuung der Pflegebedürftigen zu Hause sicherzustellen war. Der RH kritisierte, dass derzeit in den meisten Ländern noch keine routinemäßigen Kontrollbesuche bei den mobil betreuten Pflegebedürftigen vorgesehen waren.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, zur Qualitätssicherung der Pflege zu Hause die bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24–Stunden–Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung zu koordinieren.

- 38.3 (1) Das Sozialministerium verwies in seiner Stellungnahme auf seine Ausführungen zu TZ 28 und ergänzte, dass seit Bestehen des Kompetenzzentrums Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege bereits über 283.500 Hausbesuche bei Pflegegeldbeziehenden durchgeführt worden seien, wobei davon rd. 40.700 (Stand Ende 2018) auf die Pflichthausbesuche im Rahmen der 24–Stunden–Betreuung entfallen seien. Das Sozialministerium führte weiters aus, dass es einem einheitlichen Verständnis zur Qualität positiv gegenüberstehe. Es sehe einheitliche und koordinierte Kontrollmechanismen eng mit den einheitlichen Qualitätskriterien verknüpft. Es wies aber ebenso darauf hin, dass eingehend geprüft werden müsse, inwieweit es im Rahmen der bestehenden Kompetenzverteilung dazu beitragen könne. Für das Sozialministerium sei eine Zusammenarbeit zur Senkung des Aufwands zwischen der Sozialversicherung und den Ländern im Rahmen ihrer Förderkontrollen durchaus vorstellbar, sofern eine Institution mit der Koordinierung beauftragt werde. Dies sei allenfalls mit den Ländern eingehend zu erörtern.

⁷⁴ RH–Bericht „Förderung der 24–Stunden–Betreuung in Oberösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2018/21, TZ 20)

(2) Das Land Kärnten stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung grundsätzlich zu, merkte jedoch ergänzend an, dass es sich – mit Ausnahme der Kontrollen der mobilen sozialen Dienste – nicht um Länderkompetenzen handle.

(3) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Kenntnis.

(4) Die Stadt Wien unterstütze laut ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH und erklärte ihre Bereitschaft, vorhandene Expertise einzubringen. Ebenso bot sie ihre Mitarbeit und Expertise in vom Bund einberufenen Arbeitsgruppen an.

38.4 Der RH bewertete die Bemühungen des Sozialministeriums zur Qualitätssicherung positiv, wies jedoch darauf hin, dass seine Empfehlung auf die Koordination der Maßnahmen der Länder und des Bundes aus den unterschiedlichen Bereichen (24–Stunden–Betreuung, ärztliche Versorgung, mobile Dienste der Länder, Pflegegeld) abzielte.

Zusammenfassung

Versorgung und Kosten je Land

- 39.1 (1) Die folgende Tabelle stellt die Pflegekosten für das Jahr 2016 auf Landesebene, pro Einwohnerin bzw. Einwohner sowie je pflegegeldbeziehende Person gegenüber (Anhang, Tabelle B):

Tabelle 30: Pflegekosten im Jahr 2016

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
	in Mrd. EUR									
Gesamtkosten	0,277	0,522	1,447	1,170	0,425	1,320	0,561	0,307	1,876	7,904
	in EUR									
Gesamtkosten je Einwohnerin bzw. Einwohner	947	930	869	799	774	1.067	751	789	1.004	901
	in %									
Anteil der Pflegegeldbeziehenden an der Bevölkerung	6,3	6,2	5,4	4,9	4,6	6,4	4,2	4,4	4,6	5,2
	in 1.000 EUR									
Gesamtkosten je pflegegeldbeziehende Person	15,1	15,0	16,0	16,5	16,7	16,6	18,1	18,0	22,0	17,4

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

- Österreichweit bezogen rd. 5,2 % der österreichischen Bevölkerung Pflegegeld. Die Pflegekosten betragen insgesamt rd. 7,904 Mrd. EUR (**TZ 7**) bzw. rd. 900 EUR je Einwohnerin bzw. Einwohner. Die Pflegekosten je Einwohnerin bzw. Einwohner waren in der Steiermark um rd. 40 % höher als in Tirol; je pflegegeldbeziehende Person lagen sie – österreichweit – bei rd. 17.400 EUR.
- Der Bevölkerungsanteil an Pflegegeldbeziehenden war in der Steiermark (6,4 %), im Burgenland (6,3 %) und in Kärnten (6,2 %) höher als im österreichischen Durchschnitt, in Tirol (4,2 %), in Vorarlberg (4,4 %), in Wien (4,6 %) und in Salzburg (4,6 %) niedriger. In Tirol war der Anteil der pflegebedürftigen Personen an der Bevölkerung um rd. 50 % niedriger als in der Steiermark.
- Die Kosten je pflegegeldbeziehende Person unterschieden sich zwischen den Ländern um bis zu 50 % und reichten von rd. 15.000 EUR in Kärnten bis rd. 22.000 EUR in Wien.

(2) Die folgende Tabelle stellt die Versorgung der Pflegebedürftigen – umgerechnet auf ein Jahr auf Basis der Werte für das Jahr 2016 – im Überblick dar:

Tabelle 31: Kennzahlen zur Versorgung mit Pflegedienstleistungen

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
Anteil der ein Jahr lang versorgten Pflegegeldbeziehenden										
in %										
stationäre Versorgung ¹	11,7	15,6	10,6	16,6	18,6	16,9	18,4	13,7	20,6	16,0
24-Stunden-Betreuung	11,5	5,6	8,5	6,4	4,5	6,9	3,9	9,5	0,6	6,3
Summe	23,2	21,2	19,1	23,0	23,1	23,8	22,3	23,2	21,2	22,3
in Stunden pro Woche										
mobile und teilstationäre Versorgung je pflegegeldbeziehende Person außerhalb einer Versorgung in Heimen oder 24-Stunden-Betreuung	0,5	0,7	1,0	0,8	1,0	0,5	0,9	1,4	2,1	1,0

¹ Summe der Verrechnungstage aller Pflegegeldbeziehenden für stationäre Betreuung, Kurzzeitpflege und alternative Wohnformen (Kärnten, Vorarlberg, Wien) durch 365

Basis: Jahr 2016

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

16 % der Pflegegeldbeziehenden waren österreichweit stationär versorgt, weitere 6,3 % in 24-Stunden-Betreuung (insgesamt 22,3 %). Für die verbleibenden Pflegegeldbeziehenden (77,7 %) stand im Schnitt eine Stunde mobiler Dienste in der Woche zur Verfügung.

Die Bandbreite des Anteils der stationären Versorgung (inkl. alternativer Wohnformen) reichte von 10,6 % in Niederösterreich bis 20,6 % in Wien und betrug somit zehn Prozentpunkte. Der Anteil an der 24-Stunden-Betreuung lag in Wien nur bei 0,6 %, im Burgenland bei 11,5 % und erreichte damit eine ähnlich hohe Bandbreite wie der Anteil der stationären Versorgung. Bei der gemeinsamen Betrachtung dieser Leistungen ergab sich hingegen eine Spanne von 19,1 % (Niederösterreich) bis 23,8 % (Steiermark) und damit von knapp fünf Prozentpunkten.

Das Angebot an mobilen Diensten variierte zwischen den Ländern erheblich. Bezogen auf die nicht bereits durch stationäre Leistungen oder 24-Stunden-Betreuung versorgten Pflegegeldbeziehenden lag das Leistungsvolumen zwischen rd. 0,5 Stunden (Burgenland) und rund zwei Stunden pro Woche (Wien).

Eine Bewertung der Abdeckung des Pflegebedarfs der Bevölkerung übergreifend über die verschiedenen Leistungsarten (z.B. durch Kundenbefragungen oder statistische Verfahren, **TZ 14**) bzw. eine übergreifende Qualitätsmessung fand nicht statt.

(3) Die folgende Darstellung untergliedert die Kosten je pflegegeldbeziehende Person für das Jahr 2016:

Tabelle 32: Detaillierung der Pflegekosten je pflegegeldbeziehende Person für das Jahr 2016

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Österreich
Kosten für	in 1.000 EUR									
Pflegeheim	5,0	5,2	5,1	6,9	7,2	7,0	8,7	7,5	12,2	7,5
24–Stunden–Betreuung	2,0	1,2	2,0	1,5	1,0	1,6	1,0	2,1	0,7	1,4
mobile Dienste	0,9	1,5	1,7	1,0	1,5	0,9	1,4	1,6	2,8	1,6
Summe formelle Pflege	7,9	7,8	8,8	9,5	9,7	9,5	11,1	11,2	15,7	10,5
informelle Pflege	7,2	7,1	7,3	6,9	7,0	7,1	6,9	6,9	6,4	6,9
Summe gesamt	15,1	15,0	16,0	16,5	16,7	16,6	18,1	18,0	22,0	17,4

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

Die Darstellung zeigt, dass die Unterschiede in den Pflegekosten im Wesentlichen durch die Unterschiede bei den Pflegeheimen erklärbar sind.

(4) Für die Länder war Folgendes festzuhalten:

- Das Land Burgenland hatte überdurchschnittlich viele Pflegegeldbeziehende und einen hohen Anteil an der 24–Stunden–Betreuung, was insgesamt durchschnittlich hohe Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner bewirkte.
- In Kärnten gab es bei überdurchschnittlich vielen Pflegegeldbeziehenden und einem durchschnittlichen stationären Versorgungsgrad sehr niedrige Kosten für stationäre Pflege je Verrechnungstag (**TZ 19**). Daraus ergaben sich durchschnittlich hohe Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner.
- Niederösterreich hatte bei leicht überdurchschnittlich vielen Pflegegeldbeziehenden einen sehr niedrigen stationären Versorgungsanteil, was zu relativ niedrigen Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner führte.
- Oberösterreich verfügte über einen leicht unterdurchschnittlichen Anteil an Pflegegeldbeziehenden und unterdurchschnittliche Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner sowie einen leicht überdurchschnittlichen Versorgungsgrad trotz unterdurchschnittlicher Kosten für stationäre Pflege je Verrechnungstag (**TZ 19**).
- Salzburg hatte einen niedrigen Anteil an Pflegegeldbeziehenden und niedrige Kosten für stationäre Pflege je Verrechnungstag. Es hatte daher trotz relativ hohem stationärem Versorgungsgrad niedrige Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner.
- In der Steiermark führten die höchste Anzahl von Pflegegeldbeziehenden und ein relativ hoher stationärer Versorgungsgrad trotz leicht unterdurchschnittlicher Kosten für stationäre Pflege je Verrechnungstag zu den höchsten Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner.

- Tirol hatte den geringsten Anteil der Pflegegeldbeziehenden an der Bevölkerung. Daher waren die Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner trotz relativ hohem stationärem Versorgungsgrad bei durchschnittlichen Kosten für stationäre Pflege je Verrechnungstag am niedrigsten.
- Vorarlberg hatte unterdurchschnittlich viele Pflegegeldbeziehende und erreichte deshalb trotz relativ hoher Kosten je pflegegeldbeziehende Person relativ niedrige Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner. Ein wichtiger Faktor dafür war ein hoher Anteil an der 24–Stunden–Betreuung.
- Wien hatte einen unterdurchschnittlichen Anteil an Pflegegeldbeziehenden zu versorgen. Aufgrund des hohen Anteils an stationärer Versorgung, des gut ausgebauten Angebots an mobilen Diensten sowie den hohen Kosten für stationäre Pflege je Verrechnungstag lagen die Kosten je pflegegeldbeziehende Person deutlich über dem Durchschnitt.

39.2 Der RH wies darauf hin, dass sich die Gesamtkosten der Länder für die Pflege je Einwohnerin bzw. Einwohner um bis zu rd. 40 % unterschieden. Dies war einerseits auf einen bis zu rd. 50 % unterschiedlich hohen Anteil von Pflegegeldbeziehenden an der Bevölkerung und andererseits auf um bis zu rd. 50 % unterschiedliche Kosten je pflegegeldbeziehende Person zurückzuführen.

Die Kosten je pflegegeldbeziehende Person hingen einerseits stark von der Zusammensetzung der Leistungen (stationär, 24–Stunden–Betreuung, mobile Dienste) ab, andererseits von den jeweiligen Kosten dafür. Während z.B. das Land Burgenland durch einen hohen Anteil der 24–Stunden–Betreuung insgesamt günstige Kosten je pflegegeldbeziehende Person aufwies, erreichte das Land Kärnten einen ähnlichen Effekt durch niedrige Kosten für stationäre Pflege je Verrechnungstag. Insgesamt war unter Kostengesichtspunkten die Gestaltung der stationären Pflege (Anzahl der Betten und Kosten je Verrechnungstag) am bedeutendsten.

Der RH sah kritisch, dass es weder eine leistungsübergreifende Beurteilung der Abdeckung des Pflegebedarfs noch eine leistungsübergreifende Qualitätsbeurteilung gab. Somit fehlten Kriterien, um die verschiedenen Anteile der einzelnen Leistungsarten zu bewerten und Qualitäts– sowie Kosteneffekte abzuwägen.

Er wies darauf hin, dass die Bedeutung der Versorgungsformen, insbesondere die Anteile von stationärer Versorgung und 24–Stunden–Betreuung, einerseits von den äußeren Rahmenbedingungen (z.B. Wohnsituation, Einkommensverhältnisse) abhingen, ihr aber andererseits auch Präferenzen der Betroffenen und Steuerungsentscheidungen der Länder (z.B. Bedarfspläne) zugrunde lagen. Dies spiegelte sich in den unterschiedlichen Versorgungsformen der Länder wider.

Für eine zweckmäßige Gestaltung der Pflegedienstleistungen hielt der RH eine vergleichbare Messung der Pflegequalität (TZ 23) sowie eine vollständige und

einheitliche Betrachtung der Kosten und der Bedarfsdeckung (TZ 6) für unabdingbar. Er verwies auf seine Empfehlungen zur Qualitätsmessung (TZ 23), Kostenerfassung (TZ 6, TZ 19) und Angebotsplanung (TZ 14).

Zusammenfassende Beurteilung

- 40.1 Zusammenfassend hielt der RH folgende Punkte für besonders wesentlich:
- a) Aus demografischen Gründen (TZ 2) war bis 2060 eine wesentliche Steigerung der Pflegedienstleistungen prognostiziert.
 - b) Ein einheitliches Verständnis, wann Heimaufnahmen erfolgen sollten, und zum Bedarf an erforderlichen Pflegeplätzen fehlte. Dies führte zu Unterschieden um einen Faktor von rd. 5,7 in der Heimdichte zwischen den Bezirken. Die Bedarfs- und Entwicklungspläne der Länder wichen von der Prognose einer österreichweiten Studie wesentlich ab. (TZ 13 ff.)
 - c) Die Kosten je Verrechnungstag für stationäre Pflege lagen zwischen rd. 91 EUR und rd. 161 EUR am Tag. Die Ursachen dafür waren offen. Auch die wesentlichen Elemente der Tarifgestaltung (Differenzierung nach Pflegebedarf, nach Anbietern und Kostenbestandteilen) waren uneinheitlich. (TZ 19 ff.)
 - d) Die zu erbringende Prozess- und Ergebnisqualität in Pflegeheimen wurde weder klar definiert noch nach einheitlichen Kriterien gemessen; sie blieb im Ländervergleich weitgehend intransparent. (TZ 23 ff.) Es bestanden Unterschiede von über 100 % hinsichtlich der vorgeschriebenen Pflegepersonalausstattung in Heimen, die Regelungen dazu waren teils weder aktuell noch rechtlich verbindlich und transparent. (TZ 29 ff.)
 - e) Auf eine pflegegeldbeziehende Person außerhalb eines Pflegeheims oder der 24-Stunden-Betreuung entfiel im Schnitt nur rund eine Stunde mobiler Dienste pro Woche. Dieser Betreuungsumfang war zu gering, um eine echte Alternative in der Versorgung darzustellen. Ein umfassendes Konzept zur Qualitätssicherung in der Pflege zu Hause fehlte. (TZ 34 ff.)
 - f) Die Kompetenzverteilung bzw. das Finanzierungssystem im Bereich Pflege erforderten ein koordiniertes Vorgehen von Bund und Ländern (TZ 4) unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten (TZ 5). Es fehlten jedoch eine gesamthafte Steuerung, eine gemeinsame Betrachtung von Gesundheits- und Pflegesystem und eine gezielte Einbindung der Pflegebedürftigen in die Finanzierung (TZ 8). Das im FAG 2017 vorgesehene Ziel, die Pflegekosten zu steuern, war durch die Abschaffung des Pflegeregresses nicht mehr wirksam. (TZ 9)

- 40.2 Der RH hielt zusammenfassend seine Einschätzung aus dem Jahr 2014, wonach Österreich auf die demografischen Veränderungen im Bereich der Pflege nicht ausreichend vorbereitet war, aufrecht (TZ 2). Der RH anerkannte ausdrücklich die Leistungen der Betreuungspersonen in der täglichen Arbeit, beurteilte aber die Steuerungsinstrumente für die künftige Entwicklung sehr kritisch.

Der RH war der Ansicht, dass eine zeitnahe Umsetzung seiner Empfehlungen zur Vervollständigung der Datengrundlagen (Verbesserung der Statistik (TZ 6), Erfassung der wesentlichen Kostenbestandteile im stationären und mobilen Bereich (TZ 20) und zur Entwicklung von Qualitätsindikatoren für Pflegeheime (TZ 23) eine Voraussetzung für die notwendigen Ausbau- und Finanzierungsentscheidungen darstellte. Diese sollten auf sachlichen Entscheidungen über die angestrebte Pflegequalität, die angestrebte Versorgung und die dafür nötigen Ressourcen (Personalschlüssel) basieren.

Der RH empfahl dem Sozialministerium und den Ländern, auf Basis von verbesserten Datengrundlagen im Bereich Leistungen, Kosten und Qualität fachliche Festlegungen (Personalschlüssel, Qualitätsstandards) und die für eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen nötigen Entscheidungen über die Gestaltung des Angebots und dessen Finanzierung zu treffen.

- 40.3 (1) Das Sozialministerium wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es laufend bemüht sei, fachliche Festlegungen und die nötigen Entscheidungen über die Gestaltung des Angebots und dessen Finanzierung im Sinne der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu treffen. Es verwies auch an dieser Stelle auf die Kompetenzverteilung, die in vielen Bereichen für die teilweise stark divergierenden Regelungen im Bereich des österreichischen Pflegevorsorgesystems verantwortlich sei.

(2) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es die Empfehlung mit dem am 1. Jänner 2019 in Kraft getretenen Kärntner Soziales – Zielsteuerungsgesetz umgesetzt habe. In diesem Gesetz würden die Planung, Koordination und Zielsteuerung des Sozialbereiches in Kärnten im Wege von Zielsteuerungsübereinkommen und Jahresarbeitsprogrammen geregelt. Die Zielsteuerung intendiere die Einbindung der Finanzierungspartner sowie der maßgeblichen Leistungserbringer und Betroffenenkreise des Sozialbereichs, die Festlegung bedarfsorientierter Versorgungsziele und Ergebnis- und Qualitätsparameter, die Koordination der Leistungsangebote im Sozialbereich in Kärnten und die Berücksichtigung sonstiger, nicht in die Zuständigkeit des Landes fallender Angebote und Maßnahmen sowie letztendlich die Sicherstellung der Finanzierbarkeit des Sozialbereichs und die Abschwächung von Ausgabensteigerungen.

(3) Das Land Niederösterreich nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung unter Hinweis auf seine Ausführungen zur verbesserten Datenlage, zu den Leistungen, zu den Kosten, zum Personalschlüssel und zu den Qualitätsstandards zur Kenntnis.

Das Land Niederösterreich wies generell darauf hin, dass die Angebote im Rahmen der Pflegevorsorge untereinander in starken Wechselwirkungen stünden. Aufgrund der unterschiedlichen Überlegungen und Prioritäten der Länder hätten sich die Angebote in unterschiedlichem Ausmaß entwickelt. Das Land Niederösterreich lege bereits seit Anfang der 1990er Jahre einen Schwerpunkt auf den Ausbau der mobilen Dienste, daher habe es in Relation zur Bevölkerung bzw. zu den Pflegegeldbeziehenden weniger Pflegeplätze als andere Länder. In der Folge würden in den Pflege- und Betreuungszentren überwiegend Personen mit umfassenderem Pflege- und Betreuungsbedarf betreut. Bereits seit 1994 würden in Niederösterreich regelmäßig Bedarfs- und Entwicklungspläne erstellt und in diesen die Wechselwirkungen der Angebote berücksichtigt. Aufgrund dieser vorausschauenden und treffsicheren Planung schneide das Land Niederösterreich im Ländervergleich hinsichtlich Effizienz und Treffsicherheit der angebotenen Leistungen sehr gut ab.

(4) Das Land Oberösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, die Planung der Pflege und das Berichtswesen der Länder seien im PFG umfassend geregelt. Darüber hinausgehende Regelungen und Vorgaben durch den Bund seien nicht erforderlich und im Hinblick auf weitere Eingriffe in die Kompetenz der Länder abzulehnen. Aus fachlicher Sicht sei auch kein finanzieller oder qualitativer Mehrwert durch detailliertere Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern erkennbar.

(5) Das Land Salzburg verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 14 und teilte weiters mit, dass die Heimdichte in Salzburg in jedem Bezirk gleich hoch sei sowie für die überwiegende Anzahl an Seniorenheimplätzen die Tarife einheitlich geregelt und im österreichischen Vergleich am zweitgünstigsten seien. Die Tarife für Leistungen der Haushaltshilfe und der Hauskrankenpflege seien für alle Leistungserbringer gleich hoch. Betreffend Qualität verwies es auf die Mindeststandards im Salzburger Pflegegesetz und regelmäßige Überprüfungen von der Heimaufsicht.

Das Land Salzburg hielt fest, dass die vom RH eingemahnte verbesserte Datengrundlage und Statistik die Entscheidungsgrundlagen für eine Weiterentwicklung von Pflegeangeboten und Qualitätsstandards verbessern würden. Unverzichtbar für das Erstellen von Entscheidungsgrundlagen sei umfassendes Wissen über die Strukturen, Grundlagen und fachlichen Zusammenhänge in der Pflege. Diese Fachkompetenz sei im Land Salzburg vorhanden.

(6) Das Land Tirol hielt in seiner Stellungnahme zusammenfassend fest, dass die Empfehlungen des RH als konstruktiv anzusehen seien und in die Überlegungen zur Preis- bzw. Tarifgestaltung bzw. auch zum zukünftigen Personalmix aufgenommen würden. Eine vermehrte Abstimmung der Länder untereinander unter Einbeziehung des Bundes sehe es als sinnvoll an, um die Pflege auf lange Sicht bewältig- und finanzierbar zu machen. Nichtsdestotrotz dürfe den Ländern die Eigenständigkeit und Individualität in der Gestaltung nicht genommen werden.

(7) Das Land Vorarlberg führte in seiner Stellungnahme aus, Konflikte zwischen den Ländern und deren Beharren auf länderspezifischen administrativen Besonderheiten hätten in der Vergangenheit zu keiner Stärkung der Länderposition beigetragen. Für das Land Vorarlberg gelte es, die Besonderheit und bundesweit alleinstehende Struktur der Hauskrankenpflege und der mobilen Dienste zu schützen und zu unterstützen. Obwohl das Land Vorarlberg den Großteil der Empfehlungen des RH als sinnvoll erachte, sollten sich die Länder auf der politischen Ebene deutlich gegen zu detaillierte Harmonisierungsbestrebungen positionieren.

(8) Die Stadt Wien unterstütze laut ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH und werde gerne ihre vorhandene Expertise, insbesondere auch durch eigene Datenerhebungen, Kennzahlen etc., einbringen.

40.4 Der RH sah im Gegensatz zum Land Oberösterreich durchaus finanzielle und qualitative Vorteile einer stärkeren Abstimmung zwischen Bund und Ländern. Er verwies z.B. auf die in diesem Bericht dargestellten Abstimmungsprobleme bei der Abschaffung des Pflegeregresses und die unter **TZ 4** ausführlich dargestellten Interdependenzen zwischen den Gebietskörperschaften.

Der RH wies gegenüber den Ländern Tirol und Vorarlberg darauf hin, dass im Hinblick auf die demografische Entwicklung und Interdependenzen zwischen den Gebietskörperschaften der Finanzierungsbedarf bezogen auf die wesentlichen Steuerungselemente – Qualität, Tarife, Anzahl der Heimplätze, erforderliches Personal – auch im Vergleich zwischen den Gebietskörperschaften begründbar sein sollte. Innerhalb dieses Rahmens getroffene Maßnahmen zur Abdeckung des gegebenenfalls spezifisch regionalen Bedarfs wären dadurch nicht ausgeschlossen.

Schlussempfehlungen

41 Zusammenfassend empfahl der RH:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Bundesministerium für Finanzen; alle Länder; Stadt Wien

- (1) Bei der Erstellung mittel- und langfristiger Prognosen für Pflegeaufwendungen wäre zusammenzuwirken, bei Beauftragung von Studien wären alle wesentlichen Teilbereiche der Pflege mitzubedenken und die Datengrundlagen klarzustellen. (TZ 17)
- (2) Auf Basis koordinierter Bedarfs- und Entwicklungspläne wäre eine österreichweite, abgestimmte Bedarfsprognose für Pflegedienstleistungen zu erstellen und darauf aufbauend eine Gesamtstrategie zur Weiterentwicklung der Pflegedienstleistungen zu erarbeiten. (TZ 18)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Bundesministerium für Finanzen

- (3) In Zukunft wäre darauf hinzuwirken, dass geplante bundesgesetzliche Änderungen mit wesentlichen Auswirkungen auf die Finanzierung und Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen mit ausreichender Vorausplanung und Vorbereitung entsprechender Maßnahmen im Bereich der Länder erfolgen. (TZ 12)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; alle Länder; Stadt Wien

- (4) Die Definitionen im Bereich der Pflegedienstleistungen wären hinsichtlich der betroffenen Personen und der Dienstleistungen abzustimmen und die Begriffe präziser zu definieren, um über ausreichend genaue Daten für Vergleiche und Steuerungsmaßnahmen verfügen zu können. (TZ 3)
- (5) Das erforderliche zwischen Bund und Ländern koordinierte Vorgehen im Bereich der Pflege wäre durch zur Steuerung geeignete Gremien und Instrumente, wie z.B. Finanzpläne, Bedarfs- und Entwicklungspläne, sicherzustellen. (TZ 4)

- (6) Eine statistische Erfassung der Gesamtaufwendungen für Pflege wäre sicherzustellen und dabei Mittelherkunft und Mittelverwendung zu berücksichtigen. (TZ 6)
- (7) Es wäre ein nachhaltiges Finanzierungssystem zu entwickeln und dabei insbesondere die Anforderungen
- einer koordinierten Gesamtsteuerung und einer klaren Zuordnung der Verantwortung über die Gesamtkosten der Pflege und der damit verbundenen Mittelherkunft und Mittelverwendung sowie
 - einer Schnittstelle zwischen Gesundheit und Pflege
- unter Einbeziehung der Pflegebedürftigen (Pflegegeld, Eigenbeiträge) zu berücksichtigen. (TZ 8)
- (8) Bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wären die Ausgabenentwicklung und dabei die Mengen- und Preisentwicklung je Land festzulegen. (TZ 9)
- (9) Bei der Entwicklung eines nachhaltigen Finanzierungssystems wären auch die Mehrkosten durch die Abschaffung des Pflegeregresses zu berücksichtigen. (TZ 12)
- (10) Eine einheitliche Vorgangsweise sowie Kriterien für die Erhebung des Pflegebedarfs (z.B. durch Case- und Caremanagement) und für die Zuordnung der bedarfsgerechten Pflegedienstleistungen, insbesondere die Aufnahme in Pflegeheime, wären zu entwickeln. (TZ 13)
- (11) Für den Pflegebereich wären geeignete Kennzahlen zur Messung der Versorgung in Art und Umfang zu entwickeln und diese für Bedarfs- und Entwicklungspläne sowie für die Steuerung und Evaluierung der Versorgung zu nutzen. (TZ 14)
- (12) Die Erstellungszeitpunkte, Planungshorizonte und die Inhalte der Bedarfs- und Entwicklungsplanungen im Pflegebereich wären zu harmonisieren. (TZ 15)
- (13) Die in der Pflegedienstleistungsstatistik erfassten Kosten stationärer Pflege – insbesondere auch die Investitionskosten – wären einheitlich und vollständig zu erheben. (TZ 19)
- (14) Es wäre zu prüfen, inwieweit die Pflegegeldeinstufung insbesondere ab der Stufe 4 den tatsächlichen Leistungsaufwand in Pflegeheimen abbildet, und gegebenenfalls eine alternative Form der Kategorisierung zu definieren. (TZ 19)

- (15) Die wesentlichen Kostenbestandteile der stationären Pflege (Pflegepersonal, Gebäude etc.) wären nach einheitlichen Kriterien zu erfassen und – z.B. im Arbeitskreis Pflegevorsorge – regelmäßig zu vergleichen; daraus wären Best Practice–Beispiele zu entwickeln. (TZ 20)
- (16) Es wären einheitliche Grundsätze für die Tarifgestaltung festzulegen. (TZ 21)
- (17) Bei der Entwicklung einheitlicher Grundsätze für die Tarifgestaltung wären regelmäßige Überprüfungen der Ist–Kosten vorzusehen und dabei eine Orientierung an den Normkosten sowie der Pflegebedarf und eine getrennte Finanzierung von Investitionen und laufendem Betrieb zu berücksichtigen. (TZ 22)
- (18) Ein einheitliches Verständnis zur Qualität in Pflegeheimen für die wesentlichen Bereiche (z.B. Fachpflege, Lebensqualität, ärztliche oder soziale Betreuung) wäre zu erarbeiten; dafür wären
- eine fachliche Detaillierung („Pflegestandards“),
 - Indikatoren zur Messung der Struktur–, Prozess– und Ergebnisqualität sowie
 - Kontrollaspekte (z.B. Art und Häufigkeit der Überprüfung, Transparenz der Ergebnisse)
- festzulegen. (TZ 23)
- (19) Im Sinne der Transparenz und der Vergleichbarkeit der Aufsichtsberichte wäre ein fachlicher Austausch der Aufsichtsbehörden zu institutionalisieren; dabei wären einheitliche Prüfkriterien und Berichtsstrukturen zu entwickeln. (TZ 27)
- (20) Auf Basis der zu entwickelnden Definition von Pflegequalität wäre ein Qualitätssicherungskonzept zu entwickeln, das
- die Nutzung aller verfügbaren Informationen,
 - ein koordiniertes Vorgehen der unterschiedlichen Kontrolleinrichtungen (z.B. interne und externe Qualitätssicherung, Heimaufsicht),
 - eine klare und transparente Festlegung der Prüfkriterien (z.B. Förderbedingungen, Menschenrechtsschutz) und –ergebnisse sowie
 - mindestens eine externe Qualitätskontrolle vor Ort (z.B. durch die Heimaufsicht) jährlich sicherstellt. (TZ 28)

- (21) Die Regelungen über die Personalausstattung wären zu harmonisieren, am tatsächlichen Pflegebedarf und der angestrebten Pflegequalität auszurichten und regelmäßig (z.B. alle fünf Jahre) an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen. (TZ 30)
- (22) Bei der Harmonisierung der Personalschlüssel wären auch die Nachtdienste, Pflegedienstleitungen, zusätzliches Fachpersonal und die tatsächliche Personalanwesenheit zu berücksichtigen. (TZ 31)
- (23) Es wären rechtzeitig Maßnahmen (z.B. Ausbildungsplätze, Entlohnung) zu setzen, um die Verfügbarkeit des erforderlichen Pflegepersonals sicherzustellen. (TZ 33)
- (24) Eine vollständige Information zu den mobilen Diensten wäre sicherzustellen, und zwar insbesondere zur Art der Personalqualifikation und zur Verteilung der Leistungsstunden auf betreute Personen. (TZ 34)
- (25) Die Ursachen für die Unterschiede in Betreuungsdichte, Betreuungsintensität und Betreuungsumfang der mobilen Leistungen wären zu analysieren. (TZ 34)
- (26) Es wären einheitliche Kalkulationsmodelle für die mobilen Dienste zu erstellen, ein Benchmarking der wesentlichen Kostenfaktoren (z.B. Auslastung, Fahrtkostenanteil, Gemeinkosten) durchzuführen und für Effizienzsteigerungen (z.B. durch optimierte Routenplanung oder Auslastung) zu nutzen. (TZ 36)
- (27) Zur Qualitätssicherung der Pflege zu Hause wären die bestehenden Kontrollen im Bereich des Pflegegeldes, der 24–Stunden–Betreuung und der Aufsicht über mobile Dienste unter Berücksichtigung der Rückmeldungen aus der ärztlichen Versorgung zu koordinieren. (TZ 38)
- (28) Auf Basis von verbesserten Datengrundlagen im Bereich Leistungen, Kosten und Qualität wären fachliche Festlegungen (Personalschlüssel, Qualitätsstandards) und die für eine gute Versorgung der Pflegebedürftigen nötigen Entscheidungen über die Gestaltung des Angebots und dessen Finanzierung zu treffen. (TZ 40)

Alle Länder; Stadt Wien

- (29) Bei der Erstellung der Bedarfs- und Entwicklungspläne im Pflegebereich sollten alle Formen der Betreuungs- und Pflegedienstleistungen berücksichtigt und in den Bedarfsprognosen dargestellt werden, um eine nach Pflegeformen differenzierte Versorgungsplanung gewährleisten zu können. [\(TZ 16\)](#)
- (30) Die Bedarfsprognosen für Pflegedienstleistungen sollten in den Bedarfs- und Entwicklungsplänen um eine Abschätzung der dafür benötigten Personalressourcen und -qualifikationen sowie Ausgabenschätzungen ergänzt werden. [\(TZ 16\)](#)
- (31) Eine ausreichende Ressourcenausstattung der Heimaufsicht wäre sicherzustellen. [\(TZ 26\)](#)
- (32) Ein verbindlicher, vollständiger Mindestpersonalschlüssel wäre in Verordnungsform festzulegen. [\(TZ 29\)](#)
- (33) Es wäre darauf zu achten, dass die Festlegung des Leistungsvolumens und die Berechnung der Eigenbeiträge klar definierten, bedarfsgerechten, einheitlichen und regelmäßig kontrollierten Kriterien folgen. [\(TZ 35\)](#)

Länder Burgenland, Kärnten, Salzburg; Stadt Wien

- (34) Die jeweiligen landesgesetzlichen Regelungen wären an das verfassungsgesetzlich normierte Verbot des Pflegeregresses im Rahmen der stationären Pflege anzupassen, um Rechtssicherheit zu gewährleisten. [\(TZ 11\)](#)

Länder Burgenland und Steiermark

- (35) Eine Bündelung der Heimaufsicht beim Amt der Landesregierung wäre vorzunehmen. [\(TZ 26\)](#)

Stadt Wien

- (36) Die Anzahl der verfügbaren Plätze in Heimen mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung und für Betreutes Wohnen wäre zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen. [\(TZ 19\)](#)



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im Februar 2020

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Anhang

Gesamtkosten Pflege

Wie in TZ 7 erwähnt, erforderte eine Hochrechnung der Gesamtkosten der Pflege die Verknüpfung mehrerer unterschiedlicher Datenquellen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die verwendeten Datenquellen und eine Einschätzung ihrer Genauigkeit.

Tabelle A: Pflegekosten – Datenquellen

Thema	Datenquellen/Methodik	Umfang (in Mrd. EUR)	Plausibilisierung	Bewertung
Inhalte der Pflegedienstleistungsstatistik	Pflegedienstleistungsstatistik 2016	3,5	Statistik Austria	grundsätzlich vorhandene Daten
Investitionen stationäre Dienste	Hochrechnung aus Errichtungskosten und Nutzungsdauer bzw. Aufzeichnungen über Investitionen	0,1	Angaben der Länder (teils Abschreibungen, teils Investitionen)	teilweise vorhandene Daten, teilweise Hochrechnungen der Länder
Abgangsdeckungen	Angaben der Länder	0,0	Länder	Abschätzung (hinsichtlich Zuordnung der Abgänge)
Eigenbeiträge	teilweise Angaben der Länder, teilweise Hochrechnung RH	0,0	Länder	teilweise vorhandene Daten, teilweise Hochrechnung
Förderungen für 24-Stunden-Betreuung	Pflegevorsorgebericht	0,2	BMASGK	vorhandene Daten
Selbstzahlende (Pflegeheime)	Hochrechnung aus Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (Umsatz der Heime abzüglich Teilzahlende)	0,5	Statistik Austria (Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung)	Abschätzung, Bewertung strittig im Zusammenhang mit Abgeltung Pflegeregress
private Ausgaben für 24-Stunden-Betreuung	Hochrechnung aus Förderfällen und Marktrecherche der Preise	0,5	Statistik Austria	Abschätzung
informelle Pflege	Umfrage aus 2002 im Rahmen des Mikrozensus, Hochrechnung mit aktuellen Bruttolöhnen	3,1	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung	Grobschätzung
Pflegegeld	Pflegevorsorgebericht 2016	2,6	BMASGK	vorhandene Daten

BMASGK = Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Quelle: RH

Verflechtungen: Die Darstellung des RH geht davon aus, dass das Pflegegeld für die Finanzierung des Pflegebedarfs (formelle und informelle Pflege) herangezogen wird. Die Summe der privaten Kosten für Pflege stellt daher eine Nettogröße aus den Kosten für informelle Pflege (erbrachte Leistungsstunden multipliziert mit einem durchschnittlichen Lohn) plus den Eigenbeiträgen für stationäre und mobile Dienste abzüglich der erhaltenen Mittel aus dem Pflegegeld sowie der Mittel für Pflegekarenz, Ersatzpflege und Pflegekarenzgeld dar.

Für die länderspezifische Darstellung (**TZ 39**) ordnete der RH die informelle Pflege nach dem Anteil der Pflegegeldbeziehenden, die weder in Heimen noch durch 24-Stunden-Betreuung versorgt wurden, den einzelnen Ländern zu.

Tabelle B: Pflegekosten je pflegegeldbeziehende Person und Land im Jahr 2016

	Burgen-land	Kärnten	Nieder-österreich	Ober-österreich	Salz-burg	Steier-mark	Tirol	Vorarl-berg	Wien	Österreich
	in 1.000 EUR									
Mittelverwendung										
Pflegeheime	5,0	5,2	5,1	6,9	7,2	7,0	8,7	7,5	12,2	7,5
24-Stunden-Betreuung	2,0	1,2	2,0	1,5	1,0	1,6	1,0	2,1	0,7	1,4
mobil	0,9	1,5	1,7	1,0	1,5	0,9	1,4	1,6	2,8	1,6
Summe formelle Pflege	7,9	7,8	8,8	9,5	9,7	9,5	11,1	11,2	15,7	10,5
informelle Pflege	7,2	7,1	7,3	6,9	7,0	7,1	6,9	6,9	6,4	6,9
Summe	15,1	15,0	16,0	16,5	16,7	16,6	18,1	18,0	22,0	17,4
Mittelherkunft										
informelle Pflege	7,2	7,1	7,3	6,9	7,0	7,1	6,9	6,9	6,4	6,9
Eigenbeiträge	4,7	4,2	4,6	5,4	5,6	5,3	6,1	6,1	6,3	5,4
abzüglich Pflegegeld	-6,0	-5,4	-5,8	-5,6	-5,6	-6,2	-5,9	-6,0	-5,2	-5,7
private Mittel	5,8	5,9	5,9	6,5	6,8	6,1	7,0	6,7	7,3	6,4
Sozialhilfe, Förderungen	3,3	3,7	4,3	4,3	4,2	4,3	5,2	5,3	9,5	5,3
Pflegegeld	6,0	5,4	5,8	5,6	5,6	6,2	5,9	6,0	5,2	5,7
öffentliche Mittel	9,3	9,1	10,1	9,9	9,9	10,4	11,1	11,3	14,7	11,0
Summe	15,1	15,0	16,0	16,5	16,7	16,6	18,1	18,0	22,0	17,4
	in %									
Anteil öffentlicher Mittel	61	61	63	60	59	63	61	63	67	63

Quellen: Pflegedienstleistungsstatistik; Länder; Berechnung: RH

Pflegeheimtarife

Die folgende Tabelle stellt die Ausgangsdaten zu den Auswertungen in **TZ 21** dar.

Tabelle C: Heimtarife 2018

Pflegegeldstufe		Tarif für Pflegegeldstufe							
		0	1	2	3	4	5	6	7
		in EUR							
Burgenland	einheitlich	65,12	69,87	76,20	87,06	107,64	115,45	122,25	128,32
Kärnten	Minimum	57,65	62,89	67,32	81,24	88,77	96,86	109,02	122,48
	Durchschnitt	75,65	80,89	85,32	90,71	98,24	106,33	118,49	131,95
	Maximum	78,27	83,51	87,94	93,33	100,86	108,95	121,11	134,57
Niederösterreich	Minimum	63,37	68,39	72,44	77,85	97,26	117,47	134,74	171,06
	Durchschnitt	64,91	69,93	73,98	79,39	98,80	119,01	136,28	172,60
	Maximum	67,59	72,61	76,66	82,07	101,48	121,69	138,96	175,28
Oberösterreich	Minimum	79,00	82,74	86,73	91,05	97,07	103,54	113,27	124,04
	Durchschnitt	88,98	92,72	96,71	101,03	107,05	113,52	123,25	134,02
	Maximum	106,00	109,74	113,73	118,05	124,07	130,54	140,27	151,04
Steiermark	einheitlich	65,91	76,20	82,48	97,50	118,15	127,65	145,81	150,81
Salzburg	Minimum	29,75	40,15	51,65	81,75	95,15	107,55	113,75	116,75
	Durchschnitt ¹	29,75	40,15	51,65	81,75	95,15	107,55	113,75	116,75
	Maximum	55,25	65,65	77,15	107,25	120,65	133,05	139,25	142,25
Tirol	Minimum	41,70	52,70	61,30	85,90	106,20	123,80	123,80	123,80
	Durchschnitt	44,79	58,62	71,38	91,92	111,10	129,35	129,35	129,35
	Maximum	48,50	64,10	78,20	96,80	114,90	132,80	132,80	132,80
Tirol – Pilotprojekt	Minimum	46,16	58,68	75,46	95,65	115,84	130,82	143,84	150,35
	Durchschnitt	48,52	61,07	77,90	98,15	118,40	133,42	146,48	153,01
	Maximum	50,43	62,95	79,73	100,11	120,61	135,82	149,05	155,67
Vorarlberg	einheitlich	59,14	75,20	96,53	127,72	149,74	166,95	183,73	183,73
Wien ²	Minimum			98,03	117,69	127,41	139,19	153,66	175,40
	Durchschnitt			112,95	133,59	143,52	156,72	175,14	202,81
	Maximum			126,46	176,74	186,79	200,26	218,99	247,15

¹ Das Land Salzburg gab an, dass die überwiegende Mehrzahl der Heime den Minimumtarif verrechnete, und hielt daher die Angabe dieses Wertes auch als Durchschnitt für am zutreffendsten.

² In Wien sind die Tarife für die Pflegeheime angegeben (nicht für Heime mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung oder Betreutes Wohnen).

Quellen: Länder; Berechnung: RH

Qualität in der stationären Pflege

Die folgende Tabelle stellt zu **TZ 24** die Zieldefinitionen in den Landesgesetzen gegenüber:

Tabelle D: Qualität – Zieldefinitionen in den Gesetzen bzw. Verordnungen der Länder (auszugsweise Darstellung)

Land	Ziele
Burgenland	„Einrichtungen derart zu gestalten, dass die Menschenwürde der Heimbewohner geschützt, ihren Interessen und Bedürfnissen Rechnung getragen, ihre Selbstständigkeit und Mobilität erhalten und eine bedarfsgerechte Struktur von Baulichkeiten und Dienstleistungen sichergestellt wird.“
Kärnten	„Die Interessen und Bedürfnisse der Bewohner von Einrichtungen – insbesondere ihre Menschenwürde, ihre Selbstständigkeit und Individualität – so weit als möglich vor Beeinträchtigungen zu schützen und die Qualität dieser Einrichtungen zu sichern.“
Niederösterreich	„Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner“
Oberösterreich	„Aufgabe sozialer Hilfe ist die Ermöglichung und Sicherstellung eines menschenwürdigen Lebens für jene, die dazu der Hilfe der Gemeinschaft bedürfen.“
Salzburg	„Schutz der Interessen von Kunden, insbesondere der Menschenwürde und der sozialen, wirtschaftlichen und pflegebezogenen Interessen, der Wahrung der Individualität und einer möglichst weitgehenden Selbstständigkeit der Person und den Schutz vor Beeinträchtigungen und Gefährdungen im Pflegeverhältnis.“
Steiermark	„Interessen, Bedürfnisse und Menschenwürde der Heimbewohner zu achten, die Selbstständigkeit der Heimbewohner in Pflegeheimen zu gewährleisten und auf die Sterbebegleitung und einen würdevollen Tod Rücksicht zu nehmen.“
Tirol	„Schutz der Rechte und Interessen von Heimbewohnern; Wahrung der Menschenwürde, Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Heimbewohner sowie Sicherung der Pflegequalität.“
Vorarlberg	„Schutz der Rechte und Interessen der Bewohner von Pflegeheimen. Wahrung der Menschenwürde, Schutz der persönlichen Freiheit, Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner und Sicherung der Pflegequalität.“
Wien	„Gewährleistung der angemessenen Betreuung und im Bedarfsfall der angemessenen Pflege; Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner; Schutz vor Beeinträchtigung der persönlichen, physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse der Bewohner; Sicherstellung der personellen und ausstattungsmäßigen Strukturen der Heime, Berücksichtigung der spezifischen Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer.“

Quellen: Gesetze bzw. Verordnungen der Länder

Tabelle E: Qualitätsdefinitionen in den Gesetzen bzw. Verordnungen der Länder (auszugsweise Darstellung)

Land	Qualitätsregelung
Burgenland	„Recht der Heimbewohner auf Pflege und Betreuung im Umfang der Leistungsangebote“
Kärnten	keine
Niederösterreich	„Gewährleistung einer angemessenen Pflege, die der Wahrung und Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung der Bewohner dient“
Oberösterreich	„Heime haben eine angemessene, zielorientierte und planmäßige Betreuung und Pflege sicherzustellen.“
Salzburg	„Die Träger von Pflegeeinrichtungen haben eine angemessene, zielorientierte und planmäßige Pflege sicherzustellen, die an einer möglichst weitgehenden Erhaltung und Wiedererlangung von Fähigkeiten und der Selbstständigkeit des Kunden orientiert ist.“
Steiermark	„Heimbewohner haben jedenfalls ein Recht auf Pflege und Betreuung im Umfang der Leistungsangebote“
Tirol	„Der Heimträger hat für eine fachgerechte und zeitgemäßen Standards entsprechende Betreuung und Pflege der Heimbewohner zu sorgen sowie ihre Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung bestmöglich zu wahren und zu fördern. Dabei sind die vertraglichen Rechte der Heimbewohner zu wahren.“
Vorarlberg	„Der Träger eines Pflegeheimes hat für die angemessene Pflege der Bewohner zu sorgen. Der Träger eines Pflegeheimes hat ... sicherzustellen, dass die Bewohner entsprechend ihren Bedürfnissen und unter Beachtung ihrer vertraglichen Rechte gepflegt werden.“
Wien	„Recht der Bewohner auf respektvolle, fachgerechte und an aktuellen Standards ausgerichtete Betreuung und Pflege. Die vom Fonds Soziales Wien anerkannten Trägerorganisationen verpflichten sich, die Handlungsleitlinien des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen umzusetzen.“

Quellen: Gesetze bzw. Verordnungen der Länder

Tabelle F: Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner in den Gesetzen bzw. Verordnungen der Länder (auszugsweise Darstellung)

Rechte der Heimbewohnerinnen und –bewohner zur Ernährung	
Burgenland	„Mahl- und Ruhezeiten, die den üblichen Lebensverhältnissen entsprechen, sowie Speisepläne (Verpflegungsmöglichkeiten), die dem Pflegebedürftigen angepasst sind und den ärztlichen Anweisungen entsprechen (Schonkost, Reduktionskost, Diabetikerkost, etc.)“
Kärnten	„In Verträgen sind jedenfalls nachstehende Inhalte vorzusehen: Das Recht des Bewohners auf Mahl- und Ruhezeiten, die den üblichen Lebensgewohnheiten entsprechen.“
Niederösterreich	„Anpassung der Organisations-, Behandlungs- und Pflegeabläufe an den allgemein üblichen Lebensrhythmus, insbesondere hinsichtlich Essens- und Ruhezeiten“
Oberösterreich	Keine Bewohnerrechte, aber eine Verpflichtung der Küchen zum Angebot folgender Verpflegungsvarianten: 1. Normalkost mit mindestens zwei Menüs zur Auswahl 2. Schonkost (geeignet für Leber, Galle, Magen und Darm) 3. Zuckerdiät 4. Reduktionskost und 5. Breikost
Salzburg	„Die Bewohner ihren persönlichen Lebensrhythmus nach Möglichkeit fortführen können, insbesondere Essens- und Ruhezeiten vorfinden, die den üblichen Lebensgewohnheiten entsprechen“ „Die Träger haben sicherzustellen, dass den Bewohnern den medizinischen Erkenntnissen über altersgerechte Ernährung entsprechende Normal- und Diät Kost angeboten wird. Über ärztliche Anordnung ist auch eine für schwer kranke Personen geeignete Kost anzubieten.“ Weiters war ein Recht auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme normiert.
Steiermark	„Mahlzeiten inklusive besonderer Ernährungsformen und Diäten sowie Ruhezeiten, die den üblichen Lebensverhältnissen der Pflegeheimbewohner entsprechen“
Tirol	„Der Heimträger hat sicherzustellen, dass die Heimbewohner ihren individuellen Lebensrhythmus so weit wie möglich fortführen können“
Vorarlberg	„Der Träger eines Pflegeheimes hat ... insbesondere sicherzustellen, dass die Bewohner ihren individuellen Lebensrhythmus nach Möglichkeit fortführen können“
Wien	„Recht auf Mahl- und Ruhezeiten, die den allgemein üblichen Lebensverhältnissen entsprechen“ „Recht auf bedarfsgerechte Ernährung oder Diät sowie erforderlichenfalls auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme“

Quellen: Gesetze bzw. Verordnungen der Länder

Landesgesetzliche Regelungen zum Pflegeregress

Tabelle G: Änderungen der landesgesetzlichen Bestimmungen anlässlich der Abschaffung des Pflegeregresses

Land	Änderung der landesgesetzlichen Bestimmungen
Burgenland	keine Änderung
Kärnten	keine Änderung
Niederösterreich	Änderungen mit Landtagsbeschluss vom 28. Juni 2018, LGBl. 40/2018, und Landtagsbeschluss vom 13. Dezember 2018, LGBl. 8/2019
Oberösterreich	Änderung mit Landtagsbeschluss vom 17. Mai 2018, LGBl. 39/2018
Salzburg	keine Änderung
Steiermark	Änderung mit Landtagsbeschluss vom 8. Mai 2018, LGBl. 47/2018
Tirol	Änderung mit Landtagsbeschluss vom 13. Dezember 2018, LGBl. 15/2019
Vorarlberg	Änderung mit Landtagsbeschluss vom 31. Jänner 2018, LGBl. 17/2018
Wien	keine Änderung

Stand: Dezember 2018

Quellen: Länder

Entwicklung der durchschnittlichen Pflegegeldstufe von Heimbewohnerinnen und –bewohnern

Tabelle H: Veränderungen der Pflegegeldstufen in Pflegeheimen in den Jahren 2014 und 2017

Land	durchschnittliche Pflegegeldstufe 2014	durchschnittliche Pflegegeldstufe 2017	Veränderung in %
Österreich	4,30	4,37	1,74
Burgenland	4,25	4,42	4,01
Kärnten	4,04	4,22	4,58
Niederösterreich	4,48	4,50	0,46
Oberösterreich	4,20	4,26	1,41
Salzburg	3,72	4,20	12,69
Steiermark ¹	4,38	4,40	0,46
Tirol	4,01	4,04	0,78
Vorarlberg	4,18	4,24	1,53
Wien	4,69	4,73	0,86

Daten bezogen auf Dienste der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege gemäß § 3 PFG, soweit ihre (Mit-) Finanzierung aus Mitteln der Sozialhilfe/Mindestsicherung bzw. sonstigen öffentlichen Mitteln erfolgt; ohne Leistungen der Behindertenhilfe und der Grundversorgung; Personen in Pflegegeldstufe 0 sind nicht miteingerechnet

¹ einschließlich Kurzzeitpflege

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2017; Berechnung: RH

Personal

Tabelle I: Nachtdienstregelungen

Land	Art der Regelung	Inhalt
Burgenland	Sonderregelung ¹	bis zu 30 Betten eine Person, darüber je nach Pflegeintensität eine weitere Person
Kärnten	im allgemeinen Personenschlüssel	Vorgabe: mindestens zwei Vollzeitäquivalente
Niederösterreich	Sonderregelung ¹	zusätzlicher sprungfixer Personalbedarf: pro 43 Heimbewohnerinnen bzw. –bewohnern eine Person im Nachtdienst; unter bestimmten Umständen zusätzlich eine Person im Springernachtdienst
Oberösterreich	im allgemeinen Personenschlüssel	
Salzburg	im allgemeinen Personenschlüssel	
Steiermark	im allgemeinen Personenschlüssel	
Tirol	Sonderregelung ¹	Modell alt: pro 30 Heimbewohnerinnen und –bewohnern eine Person im Nachtdienst bzw. je nach abweichendem Bedarf; Pilotprojekt 2018/2019: Aufschlag von 30 % der Tagdienstzeit
Vorarlberg	Sonderregelung ¹	bis 35 Heimbewohnerinnen und –bewohner: eine Person im Nachtdienst; 36 bis 53 Heimbewohnerinnen und –bewohner: zusätzlicher Spätdienst; 54 bis 69 Heimbewohnerinnen und –bewohner: zusätzliche Nachtbereitschaft; ab 70 Heimbewohnerinnen und –bewohnern: zwei Personen im Nachtdienst; 71 bis 88 Heimbewohnerinnen und –bewohner: zusätzlicher Spätdienst; 89 bis 104 Heimbewohnerinnen und –bewohner: zusätzliche Nachtbereitschaft; ab 105 Heimbewohnerinnen und –bewohnern: drei Personen im Nachtdienst
Wien	im allgemeinen Personenschlüssel	

¹ zum allgemeinen Personenschlüssel

Quellen: Länder

Waren die Nachtdienste im allgemeinen Personenschlüssel geregelt, oblag die Einteilung nach Tag- bzw. Nachtdienst grundsätzlich der Personaleinsatzplanung vor Ort. Erfolgte eine gesonderte Regelung, war diese in der Regel sprungfix nach Bewohneranzahl festgelegt.

Tabelle J: Regelungen zur Pflegedienstleitung

Land	Inhalt der Regelung
Burgenland	Pflegedienstleitung im Personalschlüssel enthalten, sofern sie selbst auch pflegerisch tätig war (abhängig von Heimgröße)
Kärnten	Bei bis zu 60 Betten konnte die Pflegedienstleitung in Vollzeitäquivalenz zu 50 % dem Pflegepersonal zugerechnet werden.
Niederösterreich	Eine Pflegedienstleitung war unabhängig von der Heimgröße vorzusehen.
Oberösterreich	Einrechnung der Pflegedienstleitung in den Personalschlüssel: 0 bis 59 Plätze: 75 %, 60 bis 89 Plätze: 50 %; 90 bis 119 Plätze: 25 %; ab 120 Plätzen: 0 %
Salzburg	Pflegedienstleitung gänzlich im Personalschlüssel enthalten
Steiermark	Anstellungsverhältnis: ab 70 Betten 100 %, darunter aliquot; bis zu 21 Betten jedenfalls 30 %
Tirol	Freistellung der Pflegedienstleitung für Leitung: bis zu zehn Personen: 0 %, 11 bis 30 Personen: 10 %; 31 bis 50 Personen: 20 %; 51 bis 80 Personen: 40 %; 81 bis 110 Personen: 70 %. Über 111 Personen: 100 %
Vorarlberg	Ein Vollzeitäquivalent je 40 Heimbewohnerinnen und –bewohner
Wien	keine Angabe

Quellen: Länder

Tabelle K: Qualifikationsmixin im Sinne der Personalschlüssel

Land	diplombiertes Personal	Pflegeassistentenberufe	Heimhilfe bzw. Hilfspersonal
Burgenland ¹	50 %	50 %	keine Angabe
Kärnten ²	20 %	70 %	10 %
Niederösterreich ³	32,3 %	51,2 %	16,5 %
Oberösterreich ⁴	20 bis 25 %	60 bis 70 %	10 bis 15 %
Salzburg	25 %	65 %	10 %
Steiermark	mindestens 20 %	mindestens 60 %	maximal 20 %
Tirol ⁵	23 %	65 %	12 %
Vorarlberg ⁶	31 %	58 %	11 %
Wien	mindestens 30 %	keine Angabe	maximal 20 %

¹ Schlüssel galt in Heimen mit überwiegend pflegeintensiven Heimbewohnerinnen und –bewohnern (= mehr als 55 % in Pflegegeldstufen 5, 6 und 7).

² Schlüssel für Pflegeeinrichtungen

Für Altenwohnheime (= Pflegegeldstufen 0, 1, 2) galt ein eigener Schlüssel.

³ Für den variablen Personalbedarf (Tagdienst) galt ein Qualifikationsmixin von 20 % diplomiertes Personal, 57,5 % Pflegeassistentenberufe, 22,5 % Heimhilfe bzw. Hilfspersonal. Hinzu kam noch ein fixer Anteil (z.B. Pflegedienstleitung, Nachtdienste). Die in der Tabelle angegebenen Werte beziehen sich auf das vom RH vorgegebene Musterheim (TZ 32).

⁴ Seit 1. Jänner 2019 gilt ein neuer Schlüssel.

⁵ Qualifikationsmixin im Jahr 2018 (Pilotprojekt)

Bis zum Jahr 2018 existierte eine nicht verbindliche Vorgabe im Bedarfs- und Entwicklungsplan, dass bei Pflegeplätzen (Pflegegeldstufen 3 bis 7) der Anteil der diplomierten Pflegekräfte sowie Altenhilfen/Pflegehilfen 50 % zu betragen hatte. Seit dem Jahr 2019 gilt wiederum ein neuer Qualifikationsmixin, der abhängig von der jeweiligen Heimgröße ist. Bis 135 Betten lautet er wie folgt: 23 % diplomiertes Personal, 67 % Pflegeassistenz, 10 % Heimhilfe.

⁶ Ab einer durchschnittlichen Pflegegeldstufen-Verteilung von 5,3 galt für diplomiertes Personal ein höherer Prozentsatz.

Quellen: Länder; Berechnung: RH

R
I
H

