
Angebotsstrukturen von stationären Pflegeleistungen in Österreich: Eine empirische Bestandsaufnahme¹

Romy Müller, Engelbert Theurl

1. Einleitende Bemerkungen

Die Bereitstellung (Angebot/Finanzierung) von Pflegeleistungen ist derzeit in vielen europäischen Staaten im Umbruch. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Ordnungspolitisch hat die Diskussion der Binnenmarktregelungen der EU für die Bereiche Soziale Dienstleistungen bzw. Öffentliche Auftragsvergabe die Perspektive auf mögliche institutionelle Designs in diesem Sektor erweitert. Zeitlich schon wesentlich früher hat das Konzept des „*Internal Market*“ im National Health Service Großbritanniens zu einer Änderung der Sichtweisen über geeignete *Governance*-Strukturen auch bei den übrigen Sozialleistungen – insbesondere im Pflegesektor – geführt.² Anstöße in eine ähnliche Richtung hat in den USA das Enthoven'sche Konzept des „*Managed Care*“ bzw. der „*Managed Competition*“ gegeben.

Darüber hinaus haben grundlegende gesellschaftliche Paradigmenwechsel (z. B. Veränderung der Geschlechterrollen, Substitution von religiös bzw. ideologisch fundiertem Vertrauen durch Vertrauen in die professionelle Qualität von Leistungsanbietern, gleichzeitig sinkendes Vertrauen in die Selbststeuerungskraft von professionellen Systemen und Substitution der Selbststeuerung durch auf externe Experten gestützte Evaluierung [Stichwort: *Evidence Based Nursing*]) die Pflegedebatte befruchtet und den Rahmen der Leistungsbereitstellung verändert.³

Diese ordnungs- und gesellschaftspolitischen Anstöße sind zumindest teilweise auch Ausfluss fundamentaler Änderungen in den sozio-ökonomischen und sozio-demografischen Rahmenbedingungen der Bereitstellung/Finanzierung von Pflegeleistungen. Es sind dies: die säkular linear ansteigende Lebenserwartung, der Rückgang in den Geburtenraten, Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung, ein geändertes ökonomisches Umfeld mit gestiegenen Mobilitätsanforderungen am Arbeitsmarkt, geänderte Familien-, Haushalts-, Geschlechter- und Wohnstrukturen. Diese Veränderungen haben wichtige Konsequenzen für das

Angebot und die Finanzierung von Pflegeleistungen und zeigten in vielen Staaten die Brüchigkeit bisher praktizierter Konzepte auf und machten es notwendig die bisherige Arbeitsteilung zwischen Familie, Nonprofit-Organisationen, dem Staat sowie kommerziellen Anbietern zu hinterfragen.⁴

Die Bereitstellung von Pflegeleistungen erfolgt teilweise in einem Dreiecksverhältnis. Der marktübliche duale Austausch „Leistung gegen Entgelt“ zwischen dem Leistungsanbieter und dem Leistungsnutzer ist zumindest partiell durchbrochen bzw. modifiziert. Diese Dreiecksbeziehung entsteht durch das Einschalten eines „Finanzintermediärs“. Sind Individuen risikoavers, dann wirkt dies prinzipiell wohlfahrtssteigernd, weil der Finanzintermediär Ausgabenschocks, die durch das individuell nicht vorhersehbare Ereignis Pflegebedürftigkeit entstehen, abmildert und dadurch zu einer Glättung des Konsumpfades beiträgt. Diese Erweiterung der Transaktionspartner um den Finanzintermediär hat auch zur Konsequenz, dass Pflegevorsorge in zwei – wenngleich interdependente – Aufgaben zerfällt, die auch unterschiedlichen ordnungspolitischen Ausgestaltungsoptionen zugänglich sind:

- i. die Absicherung/Finanzierung des Pflegerisikos und
- ii. die Organisation/Produktion/Remuneration von Pflegeleistungen (Pflegeeinrichtungen).

Der folgende Beitrag spart Aufgabe (i) weitgehend aus und konzentriert sich auf ausgewählte Aspekte von Aufgabe (ii) in Österreich. Trotzdem ist es notwendig, kurz auf das „historische Erbe“ in Aufgabe (i) einzugehen, weil damit wesentliche Einsichten in die bestehenden Strukturen in Aufgabe (ii) gewonnen werden können. Das Absicherungssystem von Pflegerisiken in Österreich beruht historisch auf einer Finanzierungspartnerschaft „Privat/Öffentlich“. Allerdings erscheint diese Finanzierungspartnerschaft ökonomisch suboptimal. Diese Suboptimalität, die sich insbesondere in der Zeit vor dem Pflegegeldsystem 1993 überdeutlich manifestierte,⁵ leitet sich einerseits aus der polit-ökonomischen Gründungskonstellation bzw. -rationalität der Sozialsysteme vom Bismarck-Typ und andererseits aus der historischen Entwicklung der Armenfürsorge ab. Wichtige Weichenstellungen sind dabei: die Fokussierung der Leistungserbringung im Gesundheitswesen auf die Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit und Gesundheit und daraus folgend die Nachrangigkeit der Pflege, die Schnittstellenproblematik zwischen Gesundheits- und Pflegeabsicherung, der starke Verweis des Pflegerisikos auf das familiäre System und – subsidiär dazu – auf das System der Sozialhilfe, welches sich seinerseits aus der dezentral organisierten Armenfürsorge des Mittelalters bzw. des Absolutismus entwickelte.⁶ Mit der starken Zunahme der Nachfrage nach extrafamiliärer Pflege in den 80er-Jahren des letzten Jahrhunderts führte diese Weichenstellung zwangsläufig zu einer Transformation der Aufgabe der Sozialhilfe. Diese war als unterstes Netz der sozialen Absicherung konzi-

piert, wurde aber aufgrund familiärer Überforderungen zunehmend für die Abdeckung eines „Normalrisikos“ herangezogen. Angesichts der vielfach katastrophalen ökonomischen Auswirkungen des Pflegerisikos, der nur eingeschränkten Risikostreuung der auf einem Bedürftigkeitsnachweis (*means test*) beruhenden Sozialhilfe und der durch eben diesen induzierten negativen Spar- und Vermögensbildungsanreize konnte dieses System die Aufgabe der „Absicherung“ nur unzureichend erfüllen. Suboptimal war die Finanzierungspartnerschaft „Privat/Öffentlich“ damit letztlich deswegen, weil sie dem individuellen und familiären Bedürfnis auf Glättung des Konsumpfades nur sehr eingeschränkt Rechnung getragen hat. Diese negativen Effekte wurden durch den im Pensionsversicherungssystem implementierten „Hilflosenzuschuss“ nur unzureichend kompensiert.

Das Pflegegeldsystem 1993 sowie wichtige flankierende und weiterführende Maßnahmen sozialrechtlicher Natur in den Folgejahren haben einen Teil dieser Mängel beseitigt.⁷ Im Pflegegeldsystem wurden die bestehenden organisatorische Infrastrukturen genutzt, die Institutionen-Neutralität und damit die Wahlfreiheit in der Pflegeversorgung durch das Prinzip des „Geldtransfers“ verwirklicht, Unterschiede in den Ansprüchen durch das Finalprinzip weitgehend beseitigt, der Bedürftigkeitsnachweis zumindest im Bereich der Geldtransfers abgeschafft und gleichzeitig die Gefahr der moralischen Versuchung (*moral hazard*) durch die Verwirklichung eines rigorosen Idemnitätsprinzip⁸ in der Leistungsgewährung wirksam eingeschränkt.

Die historische Entwicklung der Pflegevorsorge in enger Verzahnung mit der auf der Bundesländerebene gesteuerten Sozialhilfe bzw. Armenfürsorge hat aber dazu geführt, dass im Angebot von stationären Pflegeleistungen kommunale Institutionen eine gewichtige Rolle spielen und große Unterschiede in den Angebotsstrukturen und -dichten zwischen den Bundesländern existieren. Die dezentrale Steuerung der Pflege auf der Bundesländerebene ist auch ein Grund dafür, dass österreichweite Informationen über wichtige Dimensionen der stationären Pflege (z. B. das Pflegeangebot differenziert nach Rechtsträgern und disaggregiert nach Regionen, Informationen über Preise bzw. Preisbildungsformen in Pflegeheimen, Inputintensitäten und -strukturen, Indikatoren für Pflegequalität auf einer intermediären und finalen Ebene) in der Vergangenheit nicht systematisch erhoben wurde.⁹

Der nachfolgende Beitrag hat es sich zum Ziel gesetzt, diese Informationslücke zu verkleinern. Aufgabe des Beitrages ist es das stationären Pflegeangebotes in Österreich darzustellen. Die Schwerpunkte liegen dabei auf einer Bestandsaufnahme der stationären Pflegekapazitäten, der Struktur der Rechtsträger und der regionalen Differenzierung des Pflegeangebotes. Der Beitrag stellt einen Querschnitt für das Jahr 2010 in den Mittelpunkt. Entwicklungen des Pflegeangebotes über die Zeit werden aus

Gründen der eingeschränkten Datenverfügbarkeit bzw. -vergleichbarkeit nur partiell präsentiert. Der Beitrag konzentriert sich auf das stationäre Pflegeangebot und blendet semi-stationäre bzw. ambulante Pflegeangebote sowie Angebote im informellen Sektor (Familie, Nachbarschaftshilfe) aus. Unberücksichtigt bleiben dabei auch die Pflegeangebote in Krankenanstalten. Aufbauend auf der Darstellung des Status quo werden ausgewählte Dimensionen des Pflegeangebotes einer vertieften Analyse/Diskussion unterworfen.

Dies gilt insbesondere für die regionalen Unterschiede in der bereitgestellten Pflegekapazität in Verknüpfung mit der Rechtsträgerstruktur von Pflegeeinrichtungen. Erst die Verknüpfung von bereitgestellter Pflegekapazität und Rechtsträgerstruktur in regional sinnvoll abgegrenzten Einheiten macht es möglich, Aussagen über die Auswirkungen von Rechtsträgerstrukturen zu formulieren. Österreichweit – mit Einschränkungen aber auch bundesländerweit – aggregierte Informationen verschleiern die großen regionalen Unterschiede im Pflegeangebot. Sie sind daher auch zur Analyse der Auswirkungen von Rechtsträger- bzw. Angebotsstruktur (z. B. Wettbewerbsintensität am „Pflegemarkt“) auf verschiedene Leistungsindikatoren der Pflege ungeeignet.

Diese Feststellung ist im Lichte der aktuellen internationalen wissenschaftlichen Diskussion über die Pflege zu sehen. In den Pflegewissenschaften – vor allem in deren ökonomischer Ausrichtung – hat sich nämlich in den letzten Jahren eine äußerst intensive Diskussion darüber entwickelt, (i) welche Effekte die Art der Eigentümerschaft (öffentlich, privat-gemeinnützig, privat-gewinnorientiert) an stationären Pflegeeinrichtungen auf die Leistung von Pflegeheimen – dabei insbesondere auf die Pflegequalität – hat,¹⁰ (ii) ob es im Hinblick auf die Pflegequalität einen optimalen Mix in der Eigentümerstruktur auf dem „relevanten Markt“ gibt¹¹ und (iii) welche Rolle der Wettbewerb bzw. die Arbeitsteilung zwischen Pflegeheimen auf die Pflegequalität hat.¹² Im Lichte dieser Erkenntnisinteressen und der empirischen Ergebnisse dieser Literatur verfolgt der nachfolgende Beitrag ein eingeschränktes Anliegen. Im Vordergrund steht die Bestandsaufnahme wichtiger Dimensionen des stationären Pflegeangebotes in Österreich. Eine durch normative Kriterien geleitete Evaluierung dieser Strukturen erfolgt nur partiell. Ebenso wenig ist die Identifikation bestehender und zukünftiger Versorgungslücken intendiert. Die skizzierten Fragestellungen (i)-(iii), die Teil einer solchen Evaluierung sein sollten, lassen sich für stationäre Pflegeeinrichtungen in Österreich auch nicht beantworten. Dazu fehlt derzeit eine adäquate Informationsgrundlage, konkret mangelt es an Daten zu verschiedenen Dimensionen der Leistung von Pflegeheimen – insbesondere Indikatoren für die Pflegequalität – auf der Ebene einzelner Einrichtungen (Mikrodaten) in einer ausreichenden Stichprobengröße.

Der Beitrag gliedert sich wie folgt. In Gliederungspunkt 2.1 werden die wichtigsten ordnungspolitischen Regelungen, die für das Pflegeangebot relevant sind, dargestellt. In Gliederungspunkt 2.2 wird die Vorgangsweise in der Datenerhebung kurz beschrieben und werden wichtige Abgrenzungen vorgenommen. In Gliederungspunkt 2.3 wird die Angebotsstruktur nach verschiedenen Trägern und Regionen disaggregiert analysiert und evaluiert. In Gliederungspunkt 2.4 werden ausgewählte Implikationen des empirischen Befundes detaillierter diskutiert. In Gliederungspunkt 3 werden weiterführende Forschungsfragen und Schlussfolgerungen aufgezeigt.

2. Das Angebot an stationärer Pflege in Österreich

2.1 Ordnungspolitische Rahmenbedingungen des Pflegeangebotes in Österreich

Die Darstellung des Angebots stationärer Pflegeleistungen kann sich nicht in einer rein quantitativen Darstellung von Pflegekapazitäten (z. B. geordnet nach Regionen und nach Rechtsträgern) erschöpfen. Vielmehr gilt es, auch den Ordnungsrahmen, innerhalb dessen stationäre Pflegeleistungen angeboten werden, zu beschreiben. Bis in die frühen 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts gab es in keinem österreichischen Bundesland generelle und explizite Richtlinien über wichtige Parameter für den Marktzutritt von Anbietern im Bereich der stationären Pflege¹³ (z. B. Errichtungs- und Betriebsvoraussetzungen, Qualitätsstandards, Trägereigenschaften). Vereinzelt fanden sich Regelungen in den Sozialhilfegesetzen oder Verordnungen, wie zum Beispiel in einer Verordnung zum Salzburger Sozialhilfegesetz, die bereits 1978 Richtlinien für die Errichtung und den Betrieb von Alten- und Pflegeheimen fixierte¹⁴ – jedoch war man auch hier von umfassenden Vorgaben weit entfernt. Erst durch das Bekanntwerden der Vorfälle im Krankenhaus Lainz (1989) erkannte man den dringenden Handlungsbedarf und unternahm ernsthafte Schritte für eine österreichweite gesetzliche Regelung eines allgemeinen „Heimrechtes“ bzw. „Heimvertragsrechtes“ unabhängig vom Status der zu Pflegenden (Selbstzahler vs. Sozialhilfeempfänger) und unabhängig vom Einrichtungsbetreiber. Ein erster Schritt war die Ausarbeitung eines Entwurfs zu einem Bundespflegeheimgesetz (1990), eine Initiative, die 1992 letztlich an der fehlenden Bundeszuständigkeit in dieser Materie scheiterte. Im Rahmen der Pflegevorsorgereform 1993 verpflichteten sich der Bund und die Bundesländer „im Rahmen der ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche ein umfassendes Pflegeleistungssystem an Geld- und Sachleistungen zu schaffen“ (Art.1 [2]) und „die Vorsorge [...] bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen zu regeln“ (Art. 1 [1]).

Dabei sind neben der Rechtsmaterie „Pflegegeld“ im Wesentlichen zwei Rechtsbereiche von besonderer Relevanz: (i) das Heimrecht (inklusive dem Heimvertragsrecht) und (ii) das Sozialhilferecht bzw. das Recht der bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS). Das Heimrecht umfasst in erster Linie Regelungen für die Errichtung, den Betrieb und die Aufsicht von stationären Pflegeheimen und Pflegeeinrichtungen.¹⁵ Diese Regelungen sind (mittlerweile) in eigenen Heimverordnungen (OÖ, NÖ) oder Heimgesetzen der Bundesländer verankert und legen qualitative und quantitative Mindeststandards für Pflegeeinrichtungen fest.¹⁶ Zudem werden darin die Bewilligungspflicht und die Anerkennung von Pflegeeinrichtungen geregelt, wodurch öffentlichen Organen (Ländern oder Bezirksverwaltungsbehörden) teilweise das Recht zur bedarfsorientierten Angebotssteuerung übertragen wird. Das Angebot im Pflegesektor wird daher nicht umfassend durch den Markt reguliert, sondern teilweise direkt durch die Bundesländer kontrolliert. Diese entscheiden über die Bewilligung/Anerkennung von Einrichtungen, und deren Entscheidungen orientieren sich – nach Bundesländern allerdings stark differenziert – an den aktuellen Bedarfs- und Entwicklungsplänen (BEP) der Länder. In den Heimgesetzen und Heimverordnungen finden sich zum Teil auch Regelungen hinsichtlich der Arten von Trägern, die im jeweiligen Bundesland Anerkennung finden, wodurch direkt auf die Trägerstruktur Einfluss genommen wird.¹⁷

Das Sozialhilferecht bzw. in Nachfolge das Recht der BMS regelt den Anspruch auf finanzielle Unterstützung bei stationärem Pflegebedarf, wenn die dadurch entstehenden Kosten nicht in vollem Umfang von den Pflegebedürftigen (inklusive Pflegegeld) und deren Angehörigen gedeckt werden können. Es beeinflusst damit über den Umstand, dass die große Mehrheit der Pflegebedürftigen solche Mittel in Anspruch nehmen, indirekt die Angebotsstruktur. Prinzipiell wird Unterstützung nur für die Pflege in von den Ländern anerkannten Einrichtungen, mit denen eine Tarifvereinbarung besteht, gewährt. Dabei sind die Detailregelungen bezüglich der Anerkennung privater gewinnorientierter Träger österreichweit sehr inhomogen und aufgrund der zum Teil unpräzisen Gesetzesformulierungen auch nicht immer eindeutig. Aus detaillierten Recherchen bei den zuständigen Landesregierungen ergibt sich, dass in drei von neun Bundesländern private gewinnorientierte Träger von Pflegeheimen von der Refundierung über die Sozialhilfe/Mindestsicherung ausgeschlossen sind. In Oberösterreich, Wien und Tirol wird (zumindest) der Status der privaten Gemeinnützigkeit für Zuzahlungen vorausgesetzt. In allen anderen Bundesländern haben, nach Auskunft der Landesregierungen, private gewinnorientierte Träger zumindest die Möglichkeit, anerkannt zu werden – jedoch müssen die Einrichtungen die qualitativen und quantitativen Voraussetzungen nach dem jeweiligen Heimrecht erfüllen, von Seiten der Landesregierung bzw. Bezirksverwaltungsbehörde bewilligt sein und mit

diesen einen privatrechtlichen Vertrag abschließen. Der Vertragsabschluss beinhaltet zumeist auch Vereinbarungen hinsichtlich der Heimtarife. In den meisten Bundesländern dürfen die in privaten kommerziellen Einrichtungen verrechneten Tarife nicht höher sein als jene in gemeinnützigen Einrichtungen. In welchem Umfang private gewinnorientierte Träger im jeweiligen Bundesland im Endeffekt an der Bereitstellung stationärer Pflegedienstleistungen beteiligt werden, ist jedoch von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich und hängt von den jeweiligen Strategien der Landesregierungen ab.

Hinsichtlich der Qualität der Angebote unterliegen alle anerkannten Einrichtungen den Qualitätskontrollen der Landesregierungen bzw. Bezirksverwaltungen. Damit wird ein gewisser qualitativer und quantitativer Mindeststandard bei der Bereitstellung stationärer Pflege gewährleistet.¹⁸ Zusätzlich wurde nach einer ersten Pilotphase 2009 das Nationale Qualitätszertifikat (NQZ) eingeführt. Es ist ein „österreichweit einheitliches [...] Fremdbewertungsverfahren zur objektiven Bewertung der Qualität der Leistungserbringung von Alten- und Pflegeheimen in Österreich“¹⁹ und hat zum Ziel, Anreize für eine über die gesetzlichen Mindestvorgaben hinausgehende Qualität in der Leistungserbringung zu setzen. Damit soll die Qualität von Alten- und Pflegeheimen für die Klienten sichtbar und besser vergleichbar gemacht werden.

Aus einer ordnungspolitischen Warte lässt sich zusammenfassend konstatieren, dass es durch die gesetzlichen Änderungen in den letzten zwanzig Jahren gelungen ist,

- i. das Angebot von stationären Pflegeleistungen – wenngleich nach Bundesländern stark differenziert – teilweise aus der „Welt der Sozialhilfe“²⁰ herauszulösen,
- ii. die Rolle/Verpflichtung der Bundesländer für die Organisation des Angebots an Pflegekapazitäten expliziter zu machen,
- iii. die Rechte der Klienten im Sinne des Konsumentenrechts zu verankern und zu stärken,
- iv. die Auswahlverfahren zur Bereitstellung der öffentlich benötigten Pflegekapazitäten zwischen potenziellen Leistungsanbietern (z. B. öffentliche vs. private gemeinnützige vs. private gewinnorientierte) „offener bzw. neutraler“ zu gestalten. Letzteres impliziert eine stärkere Trennung der öffentlichen Verantwortlichkeit für das Pflegeangebot und die Ausgestaltung der Eigentümerschaft an den Ressourcen, die für die Produktion von Pflegeleistungen notwendig sind.

Die Preise für stationäre Pflegeplätze variieren stark zwischen dem Segment der Selbstzahler (eigene finanzielle Mittel + Pflegegeld) auf der einen Seite und jenen Pflegebedürftigen, die auf Mittel aus der Sozialhilfe (bzw. dem BMS) angewiesen sind. Im Bereich der Selbstzahler (insgesamt ca. 25% der Pflegebedürftigen im österreichischen Durchschnitt) sind die

Preise nicht reguliert. Preisdifferenzierungen zwischen dem Segment der Selbstzahler und dem jener Pflegebedürftigen, die auf zusätzliche öffentliche Mittel zurückgreifen müssen, finden sich grundsätzlich in allen Formen von Heimträgerschaften. Systematische und österreichweite Informationen über Preise für Selbstzahler existieren derzeit nicht. Für öffentliche bzw. öffentlich finanzierte Heimplätze sind die Preise reguliert und orientieren sich an gesetzlichen Tarifvorgaben in den einzelnen Bundesländern. Die Tarifvorgaben der Bundesländer folgen aber keiner einheitlichen Systematik. Unterschiede lassen sich vor allem in folgenden Punkten feststellen: (i) in der Differenzierung/Nichtdifferenzierung zwischen Selbstzahlern und Pflegebedürftigen mit öffentlicher Unterstützung, (ii) im Geltungsbereich und in den Orientierungsindikatoren der Tarife (z. B. einheitliche Tarife für alle Leistungsanbieter vs. diskretionäre Spielräume in Abhängigkeit von regionalen Spezifika, Abstufung der Tarife nach der Pflegeintensität), (iii) in der Stringenz der Fixierung der Tarife durch die öffentliche Regulierungsbehörde.

Tabelle 1 gibt über die tarifliche Situation in den Bundesländern für Heimbewohner mit öffentlicher Unterstützung in stationären Einrichtungen für das Jahr 2010 Auskunft. In Tabelle 1 sind die selbst errechneten durchschnittlichen Nettotarife in der stationären Pflege differenziert nach Pflegestufe 1-7 auf Monatsbasis dargestellt. Die Tarife setzen sich zumeist aus einem von der Pflegestufe unabhängigen Grundtarif und einem Zuschlag abhängig von der Pflegestufe zusammen. Es sei betont, dass es sich dabei um Durchschnittswerte handelt. Tabelle 1 zeigt, dass die Tarifniveaus im Durchschnitt stark streuen (Spreizung: höchster Wert [Wien] zu niedrigstem Wert [Salzburg]: 1,56) und dass die Zuschläge für die Pflegeintensität sehr unterschiedlich sind z. B. niedrige Zuschläge in Wien (Spreizung Pflegestufe 7 zu Pflegestufe 2: 1,5), hohe Zuschläge in Tirol, Salzburg, Vorarlberg, Niederösterreich (z. B. Spreizung Pflegestufe 7 zu Pflegestufe 2 in Niederösterreich: 2,2). Zudem unterscheiden sich die Tarife innerhalb der Bundesländer zwischen den Einrichtungen relativ stark (z. B. sehr geringe Variation der Tarife beispielsweise in Vorarlberg, Salzburg, Steiermark, Niederösterreich; große Variationen der Tarife u. a. in Tirol, Kärnten, Wien).²¹

2.2 Zur Vorgangsweise bei der Datenerhebung

Da die Organisation der Pflege in Österreich in den Kompetenzbereich der Bundesländer fällt, gibt es bis heute keine zentral durchgeführte, bundesländerübergreifende Pflegestatistik, aus der das Pflegeangebot, differenziert nach Trägern und nach Regionen, ersichtlich wird.²² Vereinzelt finden sich Informationen auf der Ebene der Länder, jedoch ist auf Basis dieser Zahlen ein Vergleich zwischen den Bundesländern und über ver-

Tabelle 1: Tarifliche Vorgaben der Länder für HeimbewohnerInnen mit öffentlicher Unterstützung in stationären Einrichtungen – Monatssätze (netto) für 2010

	VBG ¹	T ²	SBG ³	KNT ⁴	STMK ⁵	OÖ ⁶	NÖ ⁷	BGL ⁸	W ⁹
Pflegestufe 1	€ 1.520	€ 1.610	€ 1.060	€ 2.020	€ 2.160	€ 2.030	€ 1.840	€ 2.540	
Pflegestufe 2	€ 1.940	€ 1.940	€ 1.360	€ 2.150	€ 2.300	€ 2.200	€ 1.940	€ 2.560	€ 3.440
Pflegestufe 3	€ 2.490	€ 2.440	€ 2.160	€ 2.310	€ 2.490	€ 2.320	€ 2.080	€ 2.620	€ 3.640
Pflegestufe 4	€ 3.290	€ 2.950	€ 2.520	€ 2.530	€ 2.750	€ 2.500	€ 2.570	€ 2.680	€ 3.890
Pflegestufe 5	€ 3.860	€ 3.430	€ 2.850	€ 2.770	€ 2.980	€ 2.690	€ 3.080	€ 2.740	€ 4.160
Pflegestufe 6	€ 4.300	€ 3.430	€ 3.010	€ 3.110	€ 3.300	€ 2.970	€ 3.510	€ 2.900	€ 4.590
Pflegestufe 7	€ 4.730	€ 3.430	€ 3.010	€ 3.520	€ 3.730	€ 3.300	€ 4.430	€ 3.040	€ 5.270
Durchschnitt	€ 3.160	€ 2.750	€ 2.280	€ 2.630	€ 2.820	€ 2.570	€ 2.780	€ 2.730	€ 3.570

¹ BMASK (2010c).

² BMASK (2010c).

³ Salzburger Sozialhilfe-Leistungs- und Tarifobergrenzen-Verordnung für Senioren- und Seniorenpflegeheime (LGBI 5/2010); online: http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Lgbl/LGBL_SA_20100115_5/LGBL_SA_20100115_5.pdf.

⁴ BMASK (2010c).

⁵ LEVO-SHG; LGBI 68/2007 idF. 6/2009 und 25/2010;

online: <http://www.pflegerecht.at/Sozialrecht/Steiermark/LEVO-SHG%20mit%20Anlagen.pdf>.

⁶ Eigene Berechnung auf Basis von BMASK, 2010b; Oö. Alten- und Pflegeheimverordnung.

⁷ Niederösterreichische Landesregierung, 2010; online: http://www.noel.gv.at/bilder/d43/Jahrespreisliste_2010.pdf.

⁸ BMASK (2010a).

⁹ Eigene Berechnungen auf Basis von BMASK (2010a).

schiedene Jahre hinweg kaum möglich, da in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Kategorisierungen und Erhebungsmethoden zur Anwendung kommen und keine Kontinuität in den Statistiken feststellbar ist. Aus diesem Grunde wurden, wenn nicht anders vermerkt, die Informationen zur Angebotsstruktur in Österreich selbst erhoben. Durch die exakte geografische Verortung der einzelnen Einrichtungen können die Angebotsstrukturen bis auf die Gemeindeebene heruntergebrochen werden. Im Folgenden werden die Angebots- und Trägerstrukturen aber auf Bezirksniveau aggregiert. Ausgangsdokument der Datenerhebung sind Informationen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK). In den vom BMASK veröffentlichten Broschüren „Altenheime und Pflegeheime in Österreich“ (zitiert als 2010a, b, c) finden sich nach Bundesländern geordnet alle stationären geriatrischen Pflegeeinrichtungen mit jeweils einem zweiseitigen Datenblatt zu den Eigenschaften der Einrichtung. Stichtag des Abschlusses der Datenerhebung war der 1.8.2010. Nach dem BMASK gelten als Heime im Sinne der Publikation solche, die Wohnmöglichkeiten und/oder Pflege für ältere Menschen anbieten. Die Informationen des BMASK basieren auf Selbstauskunft der Heimverwaltungen. Hinsichtlich der Trägerschaft wird in den Informationen des BMASK ausschließlich zwischen öffentlichen und privaten Einrichtungen unterschieden, die weitere Unterscheidung zwischen privaten gemeinnützigen und privaten gewinnorientierten Einrichtungen fehlt. Alle privaten Einrichtungen, bei denen keine eindeutige Zuordnung zu einer der beiden Kategorien möglich war, wurden daher persönlich kontaktiert. Mögliche Fehlerquellen in den nachfolgenden Darstellungen ergeben sich daher durch falsche telefonische Auskünfte von Seiten der Einrichtungsleitung bzw. auch durch falsche Angaben in den Broschüren des BMASK, die ebenfalls auf Selbstauskunft der Heimverwaltungen beruhen.²³

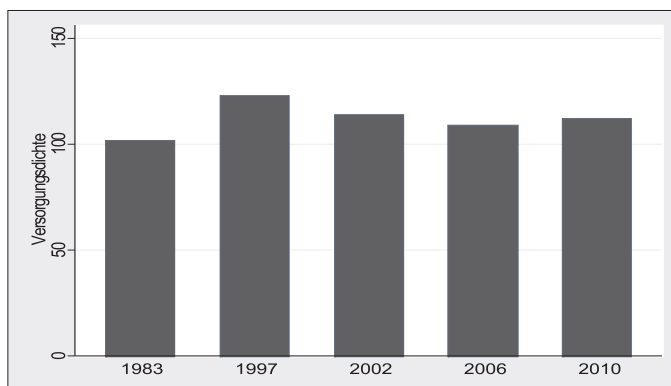
Die Heimplätze lt. Definition des BMASK lassen sich je nach Ausmaß des Pflegeangebotes in unterschiedliche Subkategorien unterteilen, und zwar in Pflegeplätze, Pflegewohnplätze und reine Wohnplätze. Unter Wohnplätzen versteht man Wohnangebote für SeniorInnen, die eine bei Bedarf anfallende intensivere Pflege (meist über Pflegestufe 3 lt. Pflegegeldregelung) ausschließen. Zumeist ist in der Folge eine Übersiedelung in ein Pflegeheim oder eine Pflegestation notwendig. Unter Pflegeplätzen versteht man Wohn- und Pflegeangebote, für deren Inanspruchnahme das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit (meist über Pflegestufe 3) Voraussetzung ist. Wohnplätze mit Pflege sind Wohnangebote, für die der Träger Vorkehrungen getroffen hat, um im Bedarfsfall die notwendige Pflege und Betreuung in derselben Wohneinheit durchführen zu können. Im Zuge der Datenerhebung ergaben sich deutliche Hinweise, dass die obigen Kategorisierungen aus unterschiedlichen Gründen in den empirischen Erhebun-

gen Unschärfen aufweisen, insbesondere in der Abgrenzung von Wohnplätzen mit Pflege.²⁴ Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurden in der statistischen Auswertung die Pflegewohnplätze den Pflegeplätzen zugerechnet. Pflegekapazitäten, die von Krankenanstalten angeboten werden, sind in dieser Auswertung nicht erfasst.²⁵ Die Darstellung betont den Querschnitt im Jahre 2010, Informationen über die Entwicklung über die Zeit stehen nur sehr lückenhaft zur Verfügung und werden daher nur am Rande präsentiert.²⁶ Dies gilt insbesondere für regional (z. B. auf Bezirksebene) und strukturell (z. B. für die Trägerstruktur) vertiefte Aussagen.

2.3 Stationäre Pflegekapazitäten – Ein Überblick über Entwicklung und Struktur

Empirische Untersuchungen von mehreren Autoren bzw. die eigene Erhebung lassen den Schluss zu, dass die Pflegekapazitäten (Zahl der Heimplätze)²⁷ im Zeitraum 1983-2010 um ca. 54% gestiegen sind, und zwar von 48.800 auf 75.000 Heimplätze. Im Vergleich dazu vergrößerte sich die Bevölkerungsgruppe der über 74-Jährigen²⁸ um 30%. Abbildung 1 zeigt die Veränderung der Versorgungsdichte im Zeitraum 1997-2010.

Abbildung 1: Die Entwicklung der Versorgungsdichte (Heimplätze/1.000 Einwohner im Alter >74) in Österreich 1983-2010



Quellen: eigene Berechnungen auf Basis von Badelt (1989) für 1983; Schmid (2002) für 1997; Schaffenberger/Pochobradsky (2004) für 2002; Riedel/Kraus (2010) für 2006 und eigener Erhebungen für 2010; Bevölkerungszahlen: Statistik Austria (2012).

Die Versorgungsdichte in Österreich hat sich zwischen 1983 und 2002 von 102 auf 123 Heimplätze pro 1.000 EinwohnerInnen im Alter über 74 erhöht, sinkt dann im Jahr 2006 und steigt dann im Jahr 2010 wiederum auf 112 Heimplätze an. Die Verringerung seit 1997 kann zum einen mit der demografischen Entwicklung und dem starken Wachstum der Bevölkerungsgruppe über 74 erklärt werden. Zum anderen sind die generelle Um-

strukturierung im Pflegesektor und die Schwerpunktverlagerung von stationären hin zu ambulanten und mobilen Pflegeangeboten dafür verantwortlich. Das kritische Symptommiveau, welches zur Inanspruchnahme stationärer Pflegeangebote führt, ist im Zeitverlauf gestiegen. Teilweise finden sich die rechtlichen Grundlagen für diesen Anstieg explizit in den Sozialhilfe/Mindestsicherungsregelungen der einzelnen Bundesländer. In Niederösterreich beispielsweise werden Pflegebedürftige erst ab Pflegestufe 3 in stationäre Einrichtungen aufgenommen; in der Steiermark, in Oberösterreich und im Burgenland sogar erst ab Pflegestufe 4. In niedrigeren Pflegestufen wird der Bedarf vor allem durch kostengünstigere ambulante und mobile Pflegeangebote gedeckt.

Empirisch lässt sich diese Entwicklung auch an der Verschiebung in der Typologie der Heimplätze ablesen. Im Jahr 2010 waren 83% aller Heimplätze Pflegeplätze (inklusive Wohnplätze mit Pflege), und nur 17% wurden als Wohnplätze (mit Option auf geringfügige Pflegeleistungen meist bis zur Pflegestufe 3) geführt. Im Jahr 1997 betrug das Verhältnis „Pflegeplätze : Wohnplätze“ noch 72% : 28%.²⁹

Tabelle 2 zeigt einen Vergleich der Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegeplätze disaggregiert nach Rechtsträger in den Jahren 1983 und 2010. Die Datenquellen, die beiden Jahren zugrunde liegen, erscheinen prinzipiell vergleichbar, trotzdem ist in der Interpretation aus den bereits genannten Gründen Vorsicht angebracht. Insgesamt zeigt sich ein absoluter Anstieg der Kapazitäten sowohl hinsichtlich der Zahl der Pflegeeinrichtungen als auch hinsichtlich der Pflegeplätze. Die Daten signalisieren zudem, dass die durchschnittliche Einrichtungsgröße leicht gesunken ist. In der Trägerstruktur ergeben sich deutliche Verschiebungen im Zeitablauf. Der Anteil der öffentlichen Träger ist im Zeitraum 1983-2010 sowohl hinsichtlich der Pflegeeinrichtungen (67% → 51%) als auch hinsichtlich der Platzkapazi-

Tabelle 2: Trägerstruktur von Pflegeeinrichtungen in Österreich – Vergleich der Jahre 1983 und 2010

Trägerschaft	Anzahl der Einrichtungen 1983	% 1983	Plätze 1983	% 1983	Anzahl der Einrichtungen 2010	% 2010	Plätze 2010	% 2010
Öffentlich	343	67	37.130	76	434	51	45.585	61
Privat gemeinnützig	137	27	9.601	20	250	30	20.385	27
Privat gewinnorientiert	30	6	1.876	4	163	19	9.168	12
Total	510	100	48.807	100	847	100	75.136	100

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis eigener Erhebungen und auf Basis von Badelt (1989) 168.

tät (76% → 61%) deutlich gesunken. Dieser Reduktion stehen steigende Anteile einerseits privater gemeinnütziger Träger (Pflegeeinrichtungen 27% → 30%; Platzkapazität (20% → 27%) und privater-gewinnorientierter Träger (Pflegeeinrichtungen 6% → 19%; Platzkapazität (4% → 12%) gegenüber. Insgesamt zeigt sich im betrachteten Zeitraum in der aggregierten Betrachtung eine substantielle Verschiebung des Angebots in seiner Eigentümerstruktur. Die derzeitige Datenlage erlaubt es nicht, diese Verschiebungen auf regionaler Ebene zu präsentieren. Die Daten für 2010 lassen aber den eindeutigen Schluss zu, dass insbesondere die steigenden Anteile des privaten gewinnorientierten Angebots regionsbezogen sind (insbesondere Steiermark, teilweise Kärnten und Burgenland), während sich in der Mehrheit der Bundesländer im Anteil des privaten gewinnorientierten Angebots kaum substantielle Änderungen ergeben haben. Anekdotische Evidenz für einzelne Bundesländer (Bezirke) zeigt zudem eine geringfügige Substitution kommunaler Angebote durch säkulare, private gemeinnützige Träger in diesem Zeitraum.

Die Differenzierung der Einrichtungen nach der „Art der Heimplätze“ und damit nach dem „Zielklientel“ gestaltet sich schwierig, weil wie bereits betont (i) in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Terminologien verwendet werden und sich (ii) die Strukturen im Umbruch befinden. So wird in einigen Bundesländern die Unterscheidung von Pflegeplätzen und Wohnplätzen mit Pflege nicht mehr vorgenommen. Die empirischen Befunde messen also teilweise nur Unterschiede in den Etiketten. Im bundesweiten Durchschnitt wurden 2010 nach eigenen Berechnungen 83% aller Heimplätze als Pflegeplätze (Pflegeplätze im engeren Sinne + Wohnplätze mit Pflege) eingeordnet, 17% waren Wohnplätze (mit Option auf geringfügige Pflegeleistungen). Eine Disaggregation nach Bundesländern ergibt ein deutlich differenzierteres Bild. In allen Bundesländern außer in Wien (52%) stellen Pflegeplätze (inklusive Wohnplätze mit Pflege) über 88% der Heimkapazitäten dar, der Rest entfällt auf reine Wohnplätze (Schwankungsbreite in den Bundesländern ohne Wien zwischen 12% (Tirol) und 2,5% (Oberösterreich). Die Kategorie „Wohnplätze mit Pflege“ schwankt in ihrem Anteil zwischen 5% in Wien und 63% in Salzburg.

Eine weitere Einsicht gewinnt man, wenn man die einzelnen Einrichtungen nach ihrem Prozentanteil an den einzelnen Heimplatzkategorien unterteilt. In Tabelle 3 sind die diesbezüglichen Informationen dargestellt. Der Anteil der jeweiligen Heimplatzkategorie ist in %-Intervallen (0, 1-33, 34-66, 67-99, 100) gemessen, wobei die Werte nicht nach der Kapazität der Einrichtungen (Zahl der Heimplätze) gewichtet werden. 79% der Heime bieten keine reinen Wohnplätze an, während 2,7% der Heime als reine Wohnheime zu klassifizieren sind. 43% der Heime sind als reine Pflegeheime zu klassifizieren, während ca. 60% der Heime nur Wohnpflege anbieten.

Tabelle 3: Klassifizierung der Einrichtungen nach der Art der „Heimplätze“ 2010

	Pflegeplätze	Wohnpflege	Pflege gesamt	Wohnplätze
0%	32,9	59,5	2,7	79,2
1-33%	7,2	6,7	4,9	8,4
34-66%	6,6	2,0	4,8	4,8
67-99%	9,9	2,0	8,4	4,9
100%	43,4	29,4	79,2	2,7

Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen.

Hinsichtlich der Größe der Einrichtungen ergeben sich im Vergleich der Jahre 2010 und 1983 nur geringfügige Verschiebungen. Öffentliche Einrichtungen bieten mit 105 Betten (1983: 108 Betten) die höchste Kapazität im Durchschnitt an, gefolgt von privaten gemeinnützigen Trägern (2010: 82 Betten, 1983: 70 Betten) und privaten gewinnorientierten Trägern (2010: 56 Betten, 1983: 62 Betten). Die Durchschnittsbettenzahl über alle Einrichtungen ist von 96 im Jahr 2010 auf 89 Betten gesunken.

2.4 Das Pflegeangebot im regionalen Quervergleich

Abbildung 2 zeigt den Rohbefund der stationären Pflegeeinrichtungen für das Jahr 2010 in einer österreichweiten Perspektive und in einer exakten geografischen Verortung der Einrichtungen. Die Darstellung ist differenziert nach Rechtsträgern, die Größe der Kreise gibt die Pflegekapazitäten gemessen in Heimplätzen an. Der Rohbefund lässt bereits einige auffällige regionale Muster erkennen, die aber erst später analysiert werden sollen. Tabelle 4 zeigt einerseits die Versorgungsdichte (Heimplätze pro 1000 Einwohner >74) differenziert nach Bundesländern (letzte Zeile). Es ergibt sich ein differenziertes Bild mit der größten Versorgungsdichte in Wien (151) und der geringsten im Burgenland (73). Tabelle 4 informiert auch über die Rechtsträgerstruktur (als Anteil an der Heimplatzkapazität), gegliedert nach Bundesländern.

Die Eigentümerstruktur erweist sich zwischen den Bundesländern als äußerst heterogen, wobei sich andererseits auch Bundesländer-Cluster abzeichnen. In Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Oberösterreich und Wien spielen private gewinnorientierte Einrichtungen keine bzw. eine nur sehr eingeschränkte Rolle (Zeile 3). In Tirol, Salzburg und Oberösterreich wird das nicht gewinnorientierte Kapazitätsangebot durch öffentliche (Gemeinden, Gemeindeverbände) Träger (rd. 80%) dominiert, während in Vorarlberg (49%) und Wien (31%) das private gemeinnützige Angebot substanzielle Ausmaße erreicht. Insbesondere in der Steiermark (36%), aber auch in Kärnten (22%), in Niederösterreich (22%) und mit Abstrichen im Burgen-

land (13%) ist das private gewinnorientierte Angebot erheblich. Im Burgenland sticht die große Bedeutung des privaten gemeinnützigen Sektors (69%) und des privaten Sektors insgesamt (82%) hervor. Die Steiermark weist auf der Landesebene ein sehr „ausgewogenes“ Verhältnis in der Eigentümerstruktur auf.

Tabelle 4: Versorgungsdichte und Eigentümerstruktur stationärer Pflegeeinrichtungen differenziert nach Bundesländern – 2010

	B	K	OÖ	NÖ	S	ST	T	V	W
(1) Öffentlich	17	34	82	59	81	33	81	51	65
(2) Privat gemeinnützig	69	44	16	18	18	31	19	49	31
(3) Privat gewinnorientiert	13	22	2	22	1	36	0	0	4
(4) Nicht gewinnorientiert (1) + (2)	86	78	98	78	99	64	100	100	96
(5) Privat (2) + (3)	82	66	18	41	19	67	19	49	35
(6) Versorgungsdichte	73	95	113	85	139	109	114	94	151

Legende:

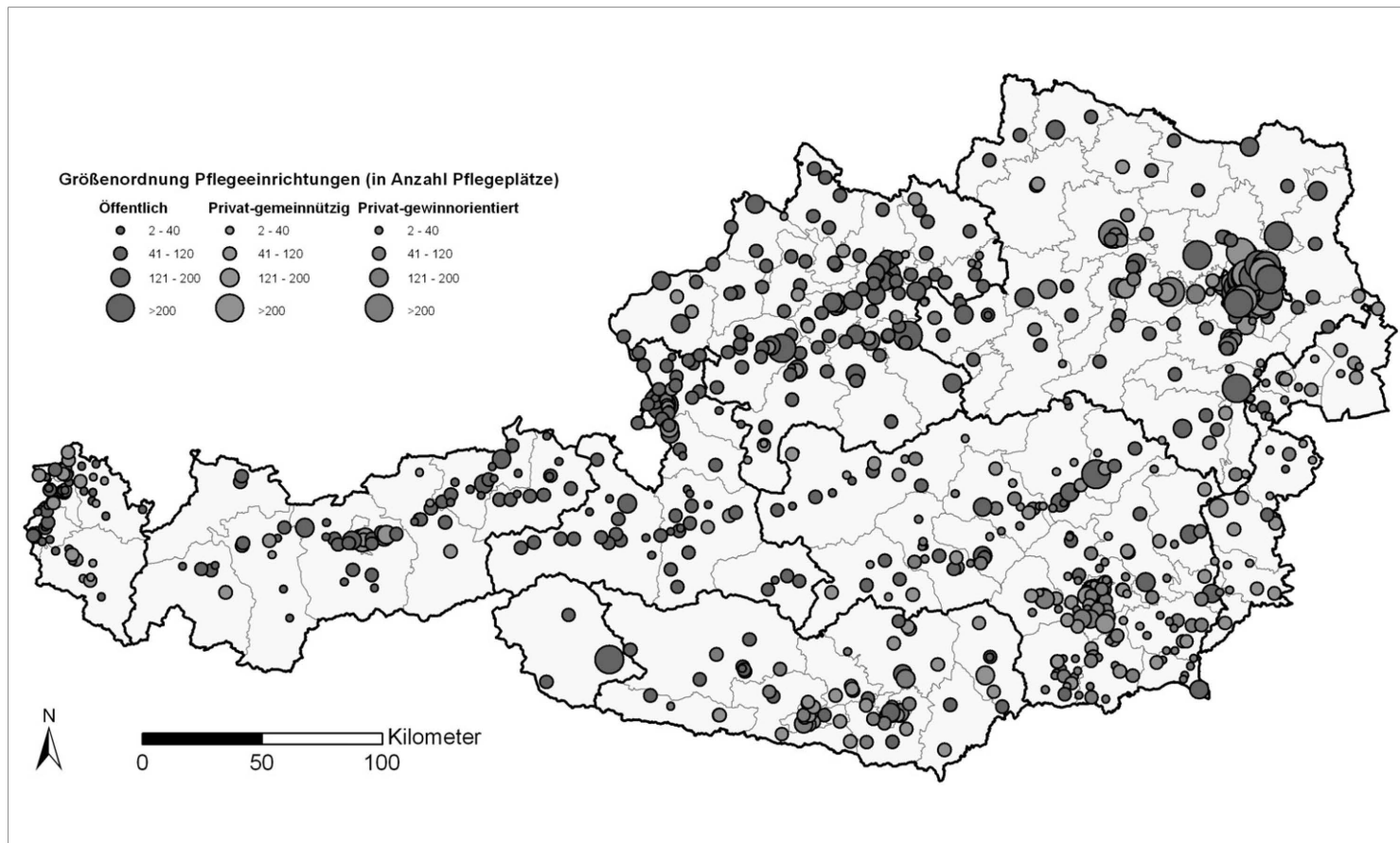
(1)-(5) Versorgungsstruktur: Prozentanteil an den Heimplätzen.

(6) Versorgungsdichte: Heimplätze/1.000 Einwohner über 74 Jahren.

Die Darstellung auf der Bundesländerebene enthüllt eine Reihe interessanter Spezifika des stationären Pflegeangebots in Österreich. Für Aussagen über räumliche Unterschiede in der Versorgung mit stationären Pflegeleistungen und für gehaltvolle Aussagen über die Auswirkungen der Eigentümerstruktur auf die wichtige Indikatoren der Pflegeleistung erscheint das Aggregationsniveau aber zu hoch. Deswegen werden in der Folge die Pflegedichte und die Eigentümerstrukturen auf der Ebene der Bezirke³⁰ analysiert.

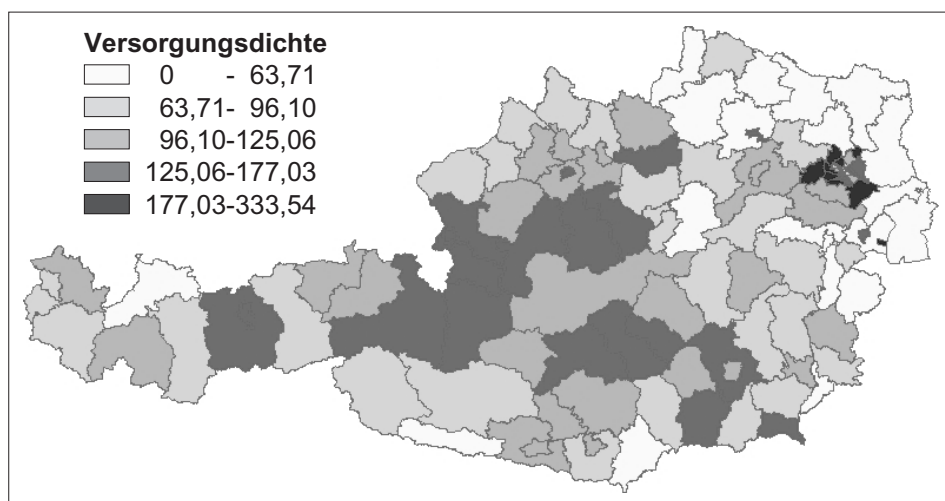
Die empirische Analyse (vgl. Abbildung 3) zeigt große Unterschiede in der Versorgungsdichte (Heimplätze/1.000 Einwohner >74 auf Bezirksebene) mit Pflegeheimbetten in einem österreichweiten Vergleich. Die beobachteten Unterschiede sollen einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Im ersten Schritt soll analysiert werden, ob die beobachteten Unterschiede in erster Linie zwischen den Bundesländern auftreten oder ob sie Reflex einer großen Heterogenität im Versorgungsangebot innerhalb der Bundesländer sind. Diese Zerlegung der Heterogenität in eine „Innerhalb-Bundesländer-Komponente“ und eine „Zwischen-Bundesländer-Komponente“ ist angesichts der großen Bedeutung der Bundesländer als Steuerungsinstanz von stationären Pflegeleistungen von großer sozialpolitischer Aussagekraft. Im Rahmen von statistischen Konzepten zur Beschreibung von Ungleichheit werden Maßzahlen angeboten, um die Zerlegung in diese beiden Komponenten vorzunehmen. Die nachfolgende Dekomposition folgt dem Theil-Index.³¹ Wien wurde im Rahmen der Ana-

Abbildung 2: Standorte von stationären Pflegeeinrichtungen in Österreich, 2010



lyse nicht berücksichtigt, weil Versorgungsunterschiede zwischen den Bezirken des Bundeslandes Wien aus mehreren Gründen nicht mit Versorgungsunterschieden in Bundesländern mit großer Flächenausdehnung (z. B. Niederösterreich, Steiermark) verglichen werden können. Die empirische Analyse ergibt, dass rd. 71,5% der bundesweit konstatierten Unterschiede in der Versorgungsdichte auf bundesländerinterne Unterschiede und 28,5% auf Unterschiede zwischen den Bundesländern zurückzuführen ist. Angesichts der großen Bedeutung der Bundesländer in der Steuerung der stationären Pflegeleistungen sind die großen Unterschiede innerhalb der Bundesländer zumindest bemerkenswert.

Abbildung 3: Versorgungsdichte (Heimplätze/1.000 Einwohner >74), Aggregationsniveau: Politische Bezirke, 2010



Quelle: eigene Erhebungen und Berechnungen.

In einem zweiten Schritt soll analysiert werden, welche Faktoren die Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen den Bezirken erklären können. Die nachfolgende empirische Analyse soll auf Basis von Aggregatsdaten auf Bezirksebene erste Anhaltspunkte dafür geben. Sie kann aber eine fundierte empirische Analyse, die auf mikroökonomisch basierten Verhaltensmodellen von Angebot und Nachfrage nach stationären Pflegekapazitäten und auf Mikroinformationen über einzelne Einrichtungen bzw. Klienten beruht, nicht ersetzen. Die Ergebnisse (Koeffizienten) aus der aggregierten Betrachtung dürfen auch nicht ohne Weiteres auf die Mikroebene übertragen werden. Im Folgenden stellt die absolute Zahl der bereitgestellten Pflegekapazitäten gemessen in Heimplätzen (*bedtotal*) auf der Bezirksebene die zu erklärende Variable. Als Variablen, die Unterschiede in den Pflegekapazitäten erklären können, werden verwendet:

- Die Zahl der Personen mit einem Lebensalter über 74 (*pop75*): Diese Größe wird als ein wichtiger Indikator für den Bedarf an stationären Pflegeleistungen angesehen.
- Anteil der privat (gewinnorientiert und gemeinnützig) angebotenen Heimplätze (*shareprivate*): Es wird unterstellt, dass die Anzahl der privat angebotenen Heimplätze positiv mit der Zahl der Heimplätze korreliert ist. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass die Richtung der Kausalbeziehung nicht eindeutig ist.
- Haushaltsstrukturen und Lebensformen (*family01*): Es gibt eine breite Übereinstimmung, dass die Nachfrage nach stationären Heimplätzen von einer Reihe von sozio-ökonomischen Größen abhängen, die nichts mit dem „Pflegebedarf“ im engeren Sinne zu tun haben. Eine solche einflussreiche Größe sind Haushaltsstrukturen bzw. Einstellungen zu Haushalt/Familie. Um für diese Faktoren zu kontrollieren, sind wir wie folgt vorgegangen: Aus der Volkszählung 2001 wurde eine Reihe von haushaltsbezogenen Variablen ausgewählt (z. B. Haushaltsgröße, Anteil von Einpersonenhaushalten, Alleinerzieherhaushalte, Kinderzahl pro Haushalt, Anteil der Geschiedenen etc.). Da zwischen diesen Variablen eine hohe Korrelation besteht, wurde eine Prinzipal-Komponenten-Analyse angewandt um Haushaltstypen bzw. Einstellungen dazu zu entwickeln. Aus der Analyse wurde ein eindimensionaler Indikator abgeleitet. Hohe Werte dieses Indikators stehen für „traditionelle Familien- bzw. Haushaltsstrukturen“. Haushalte, für die die Eigenschaften Einpersonenhaushalt, kinderlose Ehepaare, Alleinerzieher, hoher Anteil von Geschiedenen zutreffen, weisen in diesem Indikator niedrige Werte auf.³²
- Bildungsniveau (*Education*): Plausible Hypothesen für einen eindeutigen Zusammenhang von regionalem Bildungsniveau und der Zahl der Heimplätze gibt es nicht. Das Bildungsniveau könnte als Proxy für andere sozioökonomische Eigenschaften stehen, es könnte auch als ein Indiz für die Opportunitätskosten der familiären Pflege gedeutet werden.
- Dummy für das Bundesland: Die österreichischen Bundesländer unterscheiden sich in eine Reihe von Faktoren, die für das Niveau der Pflegekapazitäten relevant sein könnten. Solche Faktoren sind: die Existenz von offenen und versteckten Pflegekapazitäten im Krankenhaus, die Möglichkeit des Abschlusses von Kontrakten mit privaten gewinnorientierten Anbietern für Klienten mit öffentlicher Unterstützung, die Möglichkeit des intrafamiliären Pflegeregresses, das Niveau an ambulanten und semi-stationären Pflege- und Betreuungskapazitäten, die Anbindung an öffentliche Nahverkehrsmittel und die Nahversorgung etc. Diese Unterschiede werden im Folgenden nicht durch Einzelindikatoren, sondern gesamthaft durch eine Bundesländer-

Dummy abgebildet. Für sich selbst kann die Dummy keine kausale Erklärungskraft beanspruchen.

Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse einer gewichteten OLS-Querschnittsregression (Gewichtungsfaktor: Bevölkerung >74 im Bezirk). Die Bevölkerung über 75 ist ein sehr wichtiger Erklärungsfaktor für die Unterschiede in der bereitgestellten Pflegekapazität. Die empirische Evidenz zeigt aber andererseits, dass erhebliche Unterschiede in der Kapazitätsdichte bestehen, sodass die Bevölkerung über 75 nur ein Einflussfaktor unter mehreren ist. Der Anteil der Heimplätze in privater Trägerschaft hat einen positiven und signifikanten Einfluss auf die Heimkapazitäten. Die Variable „family01“, die die Haushaltsstrukturen abbilden soll, hat zwar das erwartete Vorzeichen – in Bezirken mit traditionellen Familienstrukturen ist die angebotene Heimkapazität geringer –, der Zusammenhang erweist sich aber als nicht signifikant.³³ Das Erziehungsniveau im Bezirk hat einen positiven und signifikanten Einfluss auf das Niveau der Heimkapazitäten. Für die Bundesländer-Dummy wurde Burgenland als Referenz ausgewählt. Insgesamt zeigt sich für alle anderen Bundesländer ein positives Vorzeichen, was bedeutet, dass die um sonstige Einflussfaktoren korrigierten Niveaus der Heimplätze in diesen Bundesländern höher sind, die Zusammenhänge sind aber für die Steiermark, Vorarlberg und Niederösterreich nicht signifikant.³⁴

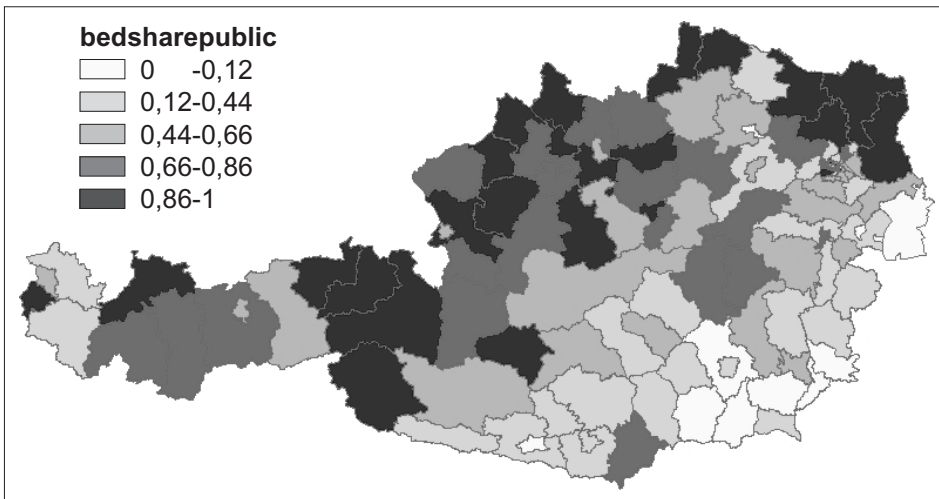
Tabelle 5: Determinanten der regionalen Pflegekapazitäten (Heimplätze) – Querschnitt 2010

	bedtotal
Pop75	0.114 (15.26) **
bedshareprivate	374.347 (3.44) **
fam01	-57.897 (1.14)
K	96.352 (0.71)
NOE	130.200 (0.99)
OOE	426.252 (2.94) **
S	582.547 (3.61) **
ST	164.388 (1.30)
T	457.698 (2.98) **
V	208.327 (1.29)
W	578.326 (3.95) **
education	651.940 (3.62) **
_cons	-2,465.790 (4.32) **
R2	0.84
N	121

* p<0.05; ** p<0.01

Neben den Unterschieden in der Pflegedichte sind die regionalen Unterschiede in der Eigentümerstruktur von stationären Pflegeeinrichtungen für die Charakterisierung des Pflegeangebots von großer Bedeutung. Die Abbildungen 4-6 zeigen die Anteile der Heimplatzkapazität im öffentlichen Eigentum (Abbildung 4), im Eigentum von privaten gemeinnützigen Trägern (Abbildung 5) und im Eigentum von privaten gewinnorientierten Trägern (Abbildung 6). In Tirol, Salzburg und Oberösterreich zeigt sich ein sehr homogenes Bild eines sehr starken Anteils von Heimkapazitäten in öffentlicher Trägerschaft, während die Bundesländer Niederösterreich und Vorarlberg bei einer großen Bedeutung des öffentlichen Eigentums große Unterschiede zwischen den Bezirken aufweisen. Sehr homogen, aber auf deutlich niedrigerem Niveau, zeigt sich das öffentliche Eigentum in Kärnten, während in der Steiermark bei gleichem öffentlichen Anteil eine deutlich größere Heterogenität in den Anteilswerten zu konstatieren ist. Das Burgenland zeigt ein homogenes Bild einer niedrigen Bedeutung öffentlicher Einrichtungen.

Abbildung 4: Der Anteil der Heimplatzkapazität im öffentlichem Eigentum – Anteile auf Bezirksebene (*bedsharepublic*)



Hinsichtlich des Anteils privater gemeinnütziger Träger (Abbildung 5) zeigt sich im Burgenland ein homogenes Bild eines hohen Anteils derselben. Äußerst heterogen bei einem hohen Anteil privater gemeinnütziger Träger zeigt sich das Bild in Vorarlberg und Kärnten, während in den übrigen Bundesländern die Anteilswerte auf niedrigem Niveau wenig streuen.

Sehr heterogen ist das Bild beim Anteil der Heimplatzkapazität mit privatem gewinnorientierten Träger (Abbildung 6). In den Bundesländern Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Oberösterreich und Wien spielen private gewinn-

orientierte Träger in keinem Bezirk eine erwähnenswerte Rolle. In den übrigen Bundesländern lässt sich bei substanziellen Anteilen privater gewinnorientierter Träger im Landesdurchschnitt eine ausgeprägte Heterogenität in den Bezirksanteilswerten (insbesondere Niederösterreich, Steiermark, Burgenland) feststellen. Erwähnenswert erscheint, dass im Bezirk

Abbildung 5: Der Anteil der Heimplatzkapazität im Eigentum von privaten gemeinnützigen Organisationen – Anteile auf Bezirksebene (*bedsharenonprof*)

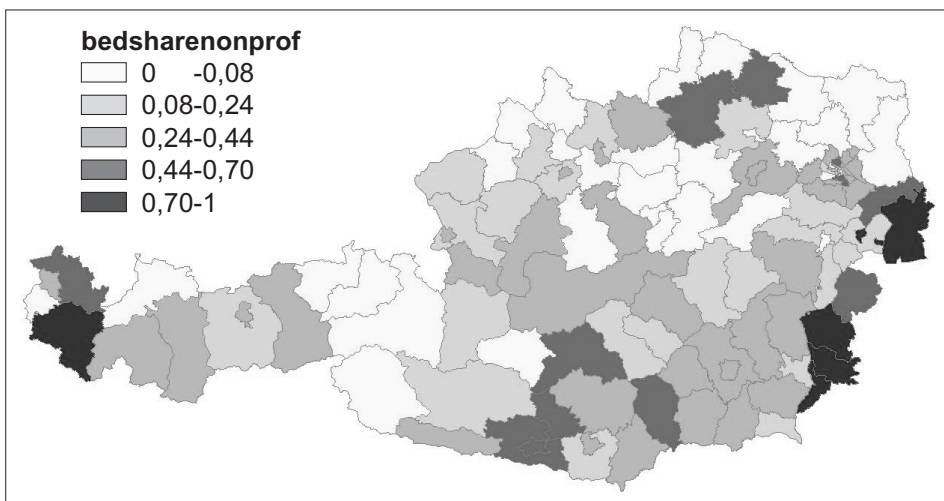
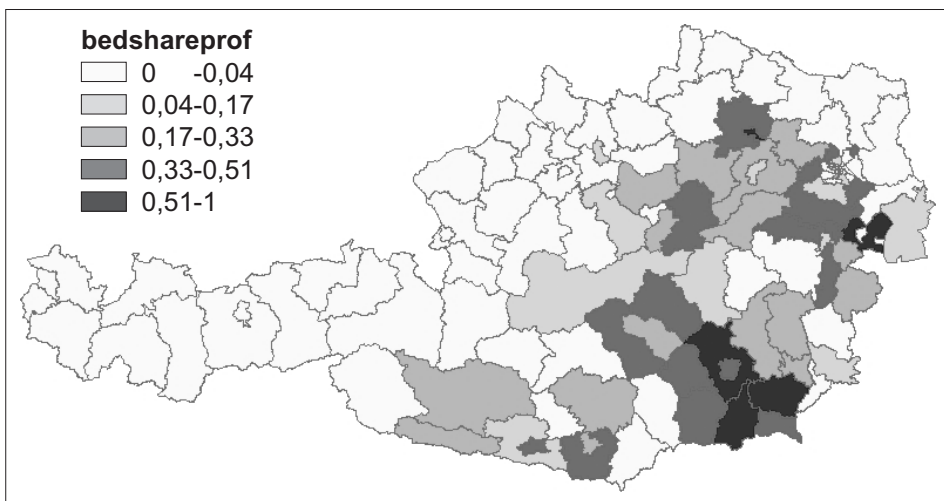


Abbildung 6: Der Anteil der Heimplatzkapazität im Eigentum von privaten gewinnorientierten Organisationen – Anteile auf Bezirksebene (*bedshareprof*)



Krems der Marktanteil privater gewinnorientierter Träger am gesamten Heimplatzangebot 100% beträgt.

Die nach Bezirken differenzierte Analyse der Marktanteile der verschiedenen Arten von Eigentümern (öffentlich, privat gemeinnützig, privat gewinnorientiert) gibt wichtige Informationen über die Angebotsstruktur bzw. über die Wahlmöglichkeiten (Optionen) zwischen verschiedenen Einrichtungstypen, die für die Klienten stationärer Pflegeleistungen existieren.³⁵ Die „Marktanteile“ sagen aber nichts darüber aus, wie konzentriert das Angebot innerhalb eines „Eigentumstyps“ ist und welche Rolle Organisationsketten (Unternehmensketten) im Rahmen des Angebots spielen. Beide Phänomene werden in der pflegeökonomischen Literatur in erster Linie für private gewinnorientierte Anbieter diskutiert, mit Abstrichen ist diese Frage aber auch für öffentliche und vor allem für private gemeinnützige Anbieter relevant. Organisationsketten bzw. Unternehmensketten im Angebot stationärer Pflegeleistungen erscheinen in der angesprochenen Literatur ambivalent, ein empirisch gestütztes eindeutiges Urteil über deren Effekte auf wichtige Dimensionen der Pflegeleistung ist derzeit nicht möglich. Organisationsketten ermöglichen es einerseits, Größen- und Verbundvorteile (Lerneffekte, starke Position auf Inputmärkten, Aufbau von Reputation, Vorteile in der Qualitätssicherung) zu nutzen, andererseits ist aber zu erwarten, dass Organisationsketten monopolistische Praktiken begünstigen und zu höheren Preisen bzw. niedriger Qualität führen können. Zudem kann die Pflegequalität unter divergierenden Interessen von Eigentümern und Management leiden.³⁶

Das öffentliche Angebot an stationären Pflegeleistungen in Österreich ist – unabhängig davon, wer im Einzelfall der Träger ist – als regionales Monopol zu klassifizieren.³⁷ Eine Wahlmöglichkeit innerhalb des öffentlichen Angebotes gibt es nur für bestimmte Dimensionen (z. B. Standort, Zusatzleistungen). Die öffentliche Trägerschaft ist in Österreich sehr unterschiedlich ausgestaltet. In Wien, Niederösterreich und dem Bundesland spielen das Bundesland bzw. ausgegliederte Institutionen des Bundeslandes im öffentlichen Angebot eine überragende Rolle. In Oberösterreich stehen auf der Bezirksebene angesiedelte Sozialhilfeverbände im Vordergrund. In Vorarlberg, Tirol, Salzburg, Kärnten und der Steiermark dominieren Gemeinden bzw. Gemeindeverbände als Anbieter.

Das private gemeinnützige Angebot weist eine äußerst geringe Marktkonzentration auf. Organisationsketten spielen eine untergeordnete Rolle. Anbieter mit überregionaler Bedeutung sind die kirchlichen Träger Caritas (in 7 Bundesländern) und Diakonie (in 6 Bundesländern) sowie der säkulare Anbieter SeneCura GmbH (in 6 Bundesländern). Daneben hat die Volkshilfe in der Steiermark eine starke Marktposition (1/3 des privaten gemeinnützigen Angebots). Über die Angebotskonzentration im private-gemeinnützigen Sektor gibt Tabelle 6 Auskunft.

Tabelle 6: Marktanteil der größten privaten gemeinnützigen (privaten gewinnorientierten) Anbieterorganisation als %-Anteil am gesamten privaten gemeinnützigen (privaten gewinnorientiertem) Angebot

Marktanteil	% -Anteil der Bezirke (gewichtet nach Bevölkerung >74)	
	privat gemeinnützig	privat gewinnorientiert
0%	27	60
1-33%	13	8
34-66%	31	10
67-99%	4	5
100%	25	17

Quelle: eigene Berechnungen.

In dieser Tabelle ist der Marktanteil der größten privaten gemeinnützigen Anbieterorganisation (*bshfirstprof*) als Prozentanteil am gesamten privaten gemeinnützigen Angebot auf der Ebene der Bezirke dargestellt. Spalte 1 enthält die Marktanteilsintervalle. In Spalte 2 sind die Prozentanteile der Bezirke (gewichtet nach der Bevölkerung >74) angegeben, die in die jeweiligen Marktanteilsintervalle fallen. In 27% der Bezirke existiert kein privates gemeinnütziges Angebot, während in 25% der Bezirke die private gemeinnützige Anbieterorganisation in ihrem Bereich ein Monopolist ist. In 48% der Bezirke besteht also innerhalb des privaten gemeinnützigen Angebots eine Wahlmöglichkeit.

Der private, auf Gewinn ausgerichtete Sektor in Österreich lässt sich aufgrund der vielen verschiedenartigen Anbieter nur schwer strukturiert darstellen. Nur wenige private Einrichtungen sind Unternehmensgruppen oder einer Holding-Gesellschaft zuzuordnen. Die meisten Anbieter sind eigenständige Unternehmen, die Größenstruktur ist sehr heterogen, reicht von „Pflege am Bauernhof“ mit zwei Pflegeplätzen bis hin zu professionellen Unternehmen mit über 200 Pflegeplätzen. Die österreichweite Präsenz von Unternehmensketten ist derzeit äußerst beschränkt. Insgesamt gibt es in Österreich sieben private gewinnorientierte Unternehmensketten, die drei oder mehr Einrichtungen betreiben. Das Angebot konzentriert sich dabei im Wesentlichen auf die Bundesländer Steiermark und Niederösterreich. Über die Marktmacht von Unternehmensketten und die Konzentration der regionalen Märkte gibt Tabelle 6, Spalte 3 Auskunft. In 60% der Bezirke (gewichtet nach der Bevölkerung >74) existiert kein privates gewinnorientiertes Angebot, während in 17% der Bezirke die private gewinnorientierte Anbieterorganisation in ihrem Bereich ein Monopolist ist. In 23% der Bezirke besteht also innerhalb des privaten-gewinnorientierten Angebots eine Wahlmöglichkeit. Die Marktkonzentration in jenen Bezir-

ken, in denen der Anteil des privaten gewinnorientierten Angebotes am Gesamtangebot hoch ist (Graz, Graz-Umgebung, Krems, Wien-Umgebung) variiert sehr stark. Während die Marktkonzentration (gemessen durch den Herfindahl-Hirschman-Index) in Graz, Graz-Umgebung und Wien-Umgebung gering ist und diese Märkte daher als sehr kompetitiv bezeichnet werden können, existiert im Bezirk Krems eine Monopolstellung in Bezug auf das Gesamtangebot.

3. Ausblick

Dieser Beitrag untersucht die Strukturen des stationären Pflegeangebots in Österreich im Jahr 2010. Dabei stehen regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte und in der Struktur der Rechtsträger (öffentlich, privat gemeinnützig, privat gewinnorientiert) im Vordergrund der Betrachtung. Österreichweit konstatieren wir im Zeitraum 1983-2010 (i) einen leichten Rückgang der Versorgungsdichte, (ii) eine stärkere Fokussierung der Einrichtungen auf die Aufgabe „Pflege“ und (iii) eine deutliche Verschiebung der Rechtsträgerstruktur zugunsten privater gemeinnütziger und insbesondere privater gewinnorientierter Träger. Der Grad der Marktkonzentration bei den privaten Trägern und die Rolle von Unternehmensketten sind allerdings insgesamt gering. Es gibt zahlreiche Anzeichen dafür, dass sich die Verschiebung in der Rechtsträgerstruktur in Zukunft fortsetzen wird, dabei aber Unternehmensketten eine größere Rolle spielen werden, weil Anbieter in regionalen Unternehmensverbünden gegenüber einzelnen Pflegeheimen deutliche Vorteile haben.

Der aggregierte Befund für Österreich verdeckt aber die großen räumlichen Unterschiede, sowohl auf der Ebene der Bezirke als auch auf der Ebene der Bundesländer. Diese Unterschiede gelten sowohl für die Versorgungsdichte als auch für die Eigentümerstruktur. Wenngleich das Problem der Unterversorgung nicht im Vordergrund der Analyse steht, so lassen sich in den peripheren Regionen – insbesondere Niederösterreichs und des Burgenlandes – Versorgungsdefizite vermuten.

Aus dem empirischen Befund lassen sich wichtige politikrelevante Schlussfolgerungen ableiten. Hier seien nur einige herausgegriffen. Die regional disaggregierte Darstellung der Angebotsstrukturen ist ein erster Baustein für eine zielführende sozialwissenschaftlich Analyse dieses Sektors, die in Österreich in vielen Bereichen noch aussteht. Eine Angebotsanalyse reicht aber nicht aus, um wichtige Fragen der Organisation des Pflegeangebotes empirisch zu analysieren. Eine solche Themenstellung ist beispielsweise die optimale Mischung in der Rechtsträgerstruktur von stationären Pflegeeinrichtungen eine Fragestellung, die in der internationalen pflegewissenschaftlichen Literatur in den letzten Jahrzehnten viel

Aufmerksamkeit gefunden hat. Wir konstatieren im sozioökonomisch vergleichsweise homogenen Staat Österreich eine sehr große Heterogenität in den Rechtsträgerstrukturen von Pflegeeinrichtungen. Von hoher sozialpolitischer Relevanz ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob diese Heterogenität im Rechtsträgermix vor dem Hintergrund einer auch nur in Ansätzen evidenzbasierten Pflegepolitik rational ist. Diese Frage ist derzeit für Österreich weitgehend unbeantwortet. Dabei genügt es – wie die verfügbare empirische Literatur zeigt – nicht, Hypothesen zu bilden und empirisch zu testen, worin die spezifischen Vorteile/Nachteile von Einrichtungen im Eigentum von öffentlichen, von privaten gemeinnützigen und von privaten gewinnorientierten Institutionen liegen. Es ist notwendig, die engen Wechselwirkungen (i) von staatlicher Regulierung und Eigentümerstruktur und (ii) die Interdependenzen zwischen Anbietern mit unterschiedlichen Rechtsträgern (Stichwort: *Spill-Over-Hypothese*) herauszuarbeiten. Unabdingbare Voraussetzungen dafür sind österreichweite, aber disaggregierte Informationen über wichtige Dimensionen der Leistungen von Pflegeinstitutionen (Pflegequalität, Kosten, Inputkombinationen etc.), die derzeit nicht zur Verfügung stehen.

Anmerkungen

- ¹ Dieser Beitrag beruht auf der Dissertation von Müller, Romy *Pflegemärkte im Umbau: Veränderte Trägerstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Qualität in der Leistungsbe-
reitstellung stationärer Pflegedienstleistungen – mit besonderer Berücksichtigung der
Situation in Österreich*, Unveröffentlichte Dissertation, Innsbruck (2013). Wir danken
Georg Weber für die Unterstützung bei der Erstellung der Karten.
- ² Die Auswirkungen auf die Eigentümerstruktur des Pflegeangebotes in Großbritannien
waren sehr weitreichend. Während im Jahre 1975 rd. 66% der stationären Pflegekapazi-
tät von der öffentlichen Hand – insbesondere von kommunalen Trägern – angeboten
wurde, 21% in privater gemeinnütziger Trägerschaft war und 13% von privaten kommer-
ziellen Institutionen bereitgestellt wurden, ist heute das Pflegeangebot zu 81% in der
Hand privater gewinnorientierter Träger, zu 13% in privater-gemeinnütziger Eigentü-
merschaft und nur zu 6% in öffentlicher Hand. Für empirische Details siehe Müller
(2013). Zur grundlegenden Konzeption des „*Internal Market*“ im Sozialbereich vgl. Le
Grand/Bartlett (1993); Zu den Auswirkungen von Privatisierung und intensiviertem
Wettbewerb auf die Pflegequalität in Großbritannien siehe ausführlich Forder/Allen
(2011). Forder/Allan finden einen statistisch robusten negativen Effekt des Wettbe-
werbs auf die Pflegequalität, wobei als Transmissionsmechanismus dafür der Druck auf
die Preise identifiziert wird. Die Politikimplikationen dieses Befundes hängen damit aus
der Sicht der Autoren entscheidend davon ab, ob es der staatlichen Regulierung gelingt,
eine akzeptable Mindestqualität in der Pflege zu sichern.
- ³ Vgl. zu ausgewählten Aspekten die Beiträge in Appelt et al. (2010).
- ⁴ Vgl. dazu beispielsweise Colombo (2011), Pavolini/Ranci (2008), Fernandez/Forder
(2012), die Beiträge in Costa-Font/Courbage (2012) und in Ranci/Pavolini (2013).
- ⁵ Vgl. ausführlich dazu Theurl (2010).
- ⁶ Für eine nach wie vor äußerst lesenswerte Darstellung der Herausbildung dieser Duali-
tät in den kontinentaleuropäischen Sozialsystemen vgl. de Swaan (1992).

- ⁷ Für Details und die Änderungen im Zeitraum 1993-2011 vgl. Österle 2013, 164 ff.
- ⁸ Idemnitätsprinzip bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Leistungsanspruch des Klienten nicht im Ersatz der tatsächlich entstandenen Kosten der Pflege besteht, sondern sich ex ante durch die geldmäßige Bewertung der Pflegestufen und durch die individuelle Einstufung in dieser Pflegebedürftigkeitsskala ergibt.
- ⁹ Diese Situation ändert sich durch das Pflegefondsgesetz 2013 nur geringfügig. § 5 des Pflegefondsgesetzes normiert zwar, dass Statistik Austria im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz eine Pflegedienstleistungsdatenbank zum Zwecke der Erstellung von Pflegedienstleistungsstatistiken zu führen hat. Die Länder haben für jeden einzelnen Leistungserbringer aufgeschlüsselt Informationen über die Anzahl der betreuten Personen, Leistungseinheiten, Kostenarten, Betreuungs- und Pflegepersonen zu übermitteln. Allerdings sind diese Daten für die Öffentlichkeit (z. B. für die Pflegewissenschaften) lt. Auskunft von Statistik Austria nur auf Länderebene aggregiert zugänglich und damit für wissenschaftliche Analysen weitgehend wertlos. Zentrale Fragestellungen der Pflegeökonomik, wie z. B. der Zusammenhang von Eigentümerschaft (öffentlich, privat gemeinnützig, privat gewinnorientiert) und Pflegequalität oder der Zusammenhang zwischen Wettbewerbsintensität und Pflegequalität bleiben damit einer objektiven wissenschaftlichen Untersuchungen in Österreich weiterhin unzugänglich.
- ¹⁰ Die diesbezügliche Forschung orientiert sich relativ stark an den Unterschieden zwischen privaten gemeinnützigen und privaten gewinnorientierten Trägern von Pflegeeinrichtungen. Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft werden nur vereinzelt in den Vergleich einbezogen. Vgl. die Metastudie von Comondore et al. (2009), Grabowski et al. (2013), Konetzka (2009), Stevenson et al. (2009). Vgl. auch die Zusammenfassung neuerer Studien bei Müller 2013. Ben-Ner/Ren (2010) beziehen auch öffentliche Träger in ihre vergleichende Analyse ein.
- ¹¹ Als richtungsweisend ist in diesem Zusammenhang die Studie von Grabowski/Hirth (2003) zu erwähnen. Sie zeigen mit Hilfe von US-amerikanischen Daten, dass Pflegeeinrichtungen in privater gemeinnütziger Trägerschaft nicht nur eine höhere Pflegequalität haben, sondern auch einen positiven *Spill-Over*-Effekt auf die Pflegequalität in privaten gewinnorientierten Einrichtungen haben.
- ¹² Die Rolle des Wettbewerbs für die Pflegequalität wurde insbesondere von Forder/Allan (2011) für Großbritannien untersucht. Sie zeigen, dass die Intensivierung zwar geeignet ist, X-Ineffizienzen zu beseitigen und damit die Angebotspreise zu senken. Dies wird aber mit einer sinkenden Pflegequalität erkauft.
- ¹³ Das explizite und implizite (versteckte) Pflegeangebot von Krankenanstalten ist in dieser Betrachtung ausgeschlossen. In den Krankenhauskapazitätsplänen der Bundesländer werden explizite Pflegeangebote in Krankenanstalten in Kärnten (290 Betten), Salzburg (22 Betten), Steiermark (1019 Betten) und Wien (627 Betten) ausgewiesen.
- ¹⁴ Vgl. Ganner (2000).
- ¹⁵ Ausnahme ist das Bundesland Salzburg, das im Rahmen des Heimrechts auch Regelungen für ambulante (nicht-stationäre) Pflegedienste vorsieht.
- ¹⁶ Für eine juristische Würdigung dieser Regelungen vgl. Ganner (2008).
- ¹⁷ Hinsichtlich der Details wird auf die einschlägige Gesetzgebung der Bundesländer bzw. auf die Ausführungen in Müller (2013) verwiesen.
- ¹⁸ Die Bedeutung des Konsumentenrechtes für die Aufrechterhaltung der Pflegequalität soll hier nicht weiter beleuchtet werden. Vgl. dazu Ganner (2008).
- ¹⁹ Vgl. Steuerungsgruppe NQZ (2010). Das Instrumentarium des NQZ wurde in den Folgejahren weiter entwickelt.
- ²⁰ Die Charakterisierung „Welt der Sozialhilfe“ ist als Chiffre für ein Bündel von Einstellungen gegenüber Pflegebedürftigen gedacht. Es beinhaltet die Rolle der Sozialhilfe als

- Quelle der Finanzierung ebenso wie Fragen der Stigmatisierung von Pflegebedürftigen, der vertragliche Stellung des Pflegebedürftigen etc.
- 21 Die Variation der Tarife zwischen den Einrichtungen ist nicht per se als problematisch zu bezeichnen. Eine solche Einschätzung setzt die Kenntnis der Differenzierungskriterien voraus.
 - 22 Zur Neuordnung in diesem Bereich im Rahmen des Pflegefondsgesetzes vgl. Endnote 7.
 - 23 Entwicklungen seit dem Jahre 2010 bleiben in der statistischen Auswertung der Pflegekapazitäten unberücksichtigt. Anekdotische Evidenz zeigt, dass es in diesem Zeitraum in einigen Fällen zu einem Wechsel in der Eigentümerschaft gekommen ist.
 - 24 Zu den Details siehe Müller (2013).
 - 25 Einen ersten Hinweis für die Pflegekapazitäten in Krankenanstalten geben die Kapazitätspläne der Krankenanstalten.
 - 26 Es besteht keine Möglichkeit, die historische Entwicklung des Pflegeangebots, disaggregiert nach Bezirken und nach Heimtypen nachzuzeichnen.
 - 27 Wir sind uns der Verkürzung, die entsteht, wenn „Pflegekapazitäten“ über „Heimplätze“ gemessen werden, bewusst. Mögliche Verzerrungen ergeben sich dabei sowohl im Querschnitt als auch im Längsschnitt.
 - 28 Die Bevölkerung 74 wird hier als Proxy für „die zu versorgende Bevölkerung“ angesehen.
 - 29 Die diesbezüglichen statistischen Angaben sind mit Vorsicht zu interpretieren, weil die Abgrenzungsregelungen in den einzelnen Bundesländern nicht homogen sind.
 - 30 Die Wahl des Bezirkes als Aggregationsebene der Analyse ist nicht zwingend. Letztlich sollte das Aggregationsniveau vom untersuchten Erkenntnisinteresse abhängig sein, in der Realität dominieren aber Praktikabilitätsüberlegungen.
 - 31 Auf die ausführliche Darstellung der technischen Details der Dekompositionsanalyse wird hier verzichtet. Vgl. beispielsweise Cowell (1985).
 - 32 Vgl. ausführlich für die Details dieser Analyse Gächter/Theurl (2011).
 - 33 Die Zusammenhänge ändern sich in der Grundaussage nicht, wenn man anstatt der Familienstruktur 2001 die Familienstruktur früherer Volkszählungen (1971, 1981, 1991) als Erklärungsfaktor heranzieht.
 - 34 Zusätzlich wurden das regionale Durchschnittseinkommen und die regionale Erwerbsbeteiligung (weiblich) als Erklärungsfaktoren herangezogen. Für beide Größen ergeben sich keinerlei signifikante Zusammenhänge mit der Heimkapazität.
 - 35 Die Informationen über die Marktanteile unterschiedlicher Angebotstypen dürfen als „Indiz“ für die individuellen Wahlmöglichkeiten nicht isoliert betrachtet. Sie sind nur in Kombination mit Informationen über die Zugänglichkeit verschiedener Anbietertypen für verschiedene Klientengruppen (z. B. Selbstzahler vs. Klienten mit öffentlicher Unterstützung) interpretiert werden. Empirisch zeigt sich aber, dass die Zugänglichkeit auch sehr wesentlich die Marktanteile determiniert.
 - 36 Für eine ausführliche Würdigung dieser Argumente siehe Baum (1999), Bnaszak-Holl et al. (2002).
 - 37 Das bedeutet natürlich keineswegs, dass es in öffentlichen Einrichtungen keine Produktdifferenzierung gibt, die auch unterschiedliche Klienteninteressen abbilden können.

Literatur

- Appelt, Erna; et al. (Hrsg.), *Who Cares? Betreuung und Pflege in Österreich – Eine geschlechterkritische Perspektive* (Innsbruck – Wien – Bozen 2010).
- Avner, Ben-Ner; Ting, Ren, *Ownership and Performance in Markets with Asymmetric Information: Evidence from Nursing Homes* (= Working Paper des Industrial Relations Center, Carlson School of Management University of Minnesota-Twin Cities, Minneapolis – St. Paul 2010).
- Badelt, Christoph, *Government versus Private Provision of Social Services: The Case of Austria*, in: James, Estelle (Hrsg.), *Nonprofit Organisations in International Perspective* (Oxford 1989) 162-176.
- Banaszak-Holl, Jane; et al., *Comparing Service and Quality among Chain and Independent U.S. Nursing Homes During the 1990s* (= Working Paper der University of Michigan School of Public Health, Ann Arbor 2002).
- Bartlett, Will; Le Grand, Julian, *The theory of quasi-markets*, in: Le Grand, Julian; Bartlett, Will (Hrsg.), *Quasi-markets and social policy* (Basingstoke 1993) 13-34.
- Baum, Joan, *The Rise of Chain Nursing Homes in Ontario, 1971-1996*, in: *Social Forces* 78/2 (1999) 543-584.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Alten- und Pflegeheime in Österreich. Ost. Burgenland, Niederösterreich und Wien* (Wien 2010a).
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Alten- und Pflegeheime in Österreich. Mitte. Oberösterreich und Steiermark* (Wien 2010b).
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Alten- und Pflegeheime in Österreich. Süd-West. Kärnten, Salzburg, Tirol und Vorarlberg* (Wien 2010c).
- Colombo, Francesca; et al., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies (Paris 2011).
- Comondore, Vikram; et al., *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis*, in: *British Medical Journal* 339 (2009) 1-15.
- Costa-Font, Joan; Courbage, Christophe (Hrsg.), *Financing Long-Term Care in Europe – Institutions, Markets and Models* (Basingstoke 2012).
- Cowell, Frank, *Multilevel decomposition of Theil's index in inequality*, in: *Review of Income and Wealth* 31 (1985) 201-205.
- De Swaan, Abraham, *Der sorgende Staat – Wohlfahrt, Gesundheit und Bildung in Europa und den USA in der Neuzeit* (Frankfurt 1993).
- Fernandez, Jose-Luis; Forder, Julien, *Reforming Long-Term Care Funding Arrangements in England: International Lessons*, in: *Applied Economic Perspectives and Policy* 34/2 (2012) 346-362.
- Forder, Julien; Stephen, Allan, *Competition in the English nursing homes market* (= Discussion Paper 2820, Personal Social Service Research Unit, 2011).
- Gächter, Martin; Theurl, Engelbert, *Health Status Convergence at the Local Level: Empirical Evidence from Austria*, in: *International Journal for Equity in Health* 34/10 (2011) 1-13; <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/34>.
- Ganner, Michael, *Das Heimrecht der österreichischen Bundesländer. Rechtsnachrichten des Vereins für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft* (Wien 2000); <http://www.uibk.ac.at/zivilrecht/mitarbeiter/ganner/publikationen.html> (letzter Zugriff 31.1.2012).
- Ganner, Michael, 19. *Rechtliche Aspekte*, in: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), *Hochaltrigkeit in Österreich – Eine Bestandsaufnahme* (Wien 2008) 427-446.
- Grabowski, David; et al., *Effect of nursing home ownership on the quality of post-acute care: An instrumental variables approach*, in: *Journal of Health Economics* 32 (2013) 12-21.

- Grabowski, David; Hirth, Richard, Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes, in: *Journal of Health Economics* 22 (2003) 1-22.
- Konetzka, Tamara, Do not-for-profit homes provide better quality? Possibly, but current evidence is too weak to prove a causal association, in: *British Medical Journal* 339 (2009) 356-357.
- Müller, Romy, Pflegemärkte im Umbau: Veränderte Trägerstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Qualität in der Leistungsbereitstellung stationärer Pflegedienstleistungen – mit besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich (= unveröffentlichte Dissertation, Innsbruck 2013).
- Österle, August, Long-Term Care Reform in Austria: Emergence and Development of a New Welfare State Pillar, in: Ranci, Costanzo; Pavolini, Emmanuele (Hrsg.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* (New York 2013) 159-177.
- Österle, August; Hammer, Elisabeth, Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen – Politikansätze – Entwicklungsperspektiven (Wien 2004).
- Pavolini, Emmanuele; Ranci, Costanzo, Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-Term Care in Western European Countries, in: *Journal of European Social Policy* 18/3 (2008) 246-259.
- Ranci, Costanzo; Pavolini, Emmanuele (Hrsg.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* (New York 2013).
- Riedel, Monika; Kraus, Markus, The Long-Term Care System for the Elderly in Austria (= ENEPRI Research Report 69/2010); [http://aei-pitt.edu/14689/1/Austria\[1\].pdf](http://aei-pitt.edu/14689/1/Austria[1].pdf) (Zugriff: 5.8.2012).
- Schaffenberger, Eva; Pochobradsky, Elisabeth, Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz. Endbericht (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien 2004).
- Schmid, Tom, Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Sozialökonomische Forschungsstelle (SFS), Wien 2002).
- Schneider, Ursula; et al., Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung (Institut für Sozialpolitik der Wirtschaftsuniversität Wien, Wien 2006).
- Steuerungsgruppe NQZ, 2. Zwischenbericht der Gruppe NQZ. Bericht über die NQZ Pilotphase 2008/2009; http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/8/6/9/CH2228/CMS1314964702913/2._zwischenbericht_nqz_stand_10.9.2010.pdf (letzter Zugriff 8.8.2012).
- Stevenson, David; et al., Nursing Home Ownership Trends and Their Impact on Quality of Care, Prepared for Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy (U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D. C., 2009).
- Theurl, Engelbert, Pflegefinanzierung in Österreich: Bestandsaufnahme und ausgewählte Reformperspektiven aus ökonomischer Sicht, in: Appelt, Erna; et al. (Hrsg.), „Who Cares?“ Pflege und Betreuung in Österreich – eine geschlechterkritische Perspektive (Innsbruck 2010) 197-205.

Zusammenfassung

Der Beitrag hat es sich zum Ziel gesetzt, die Angebotsstruktur in der stationären Pflege in Österreich – regional und nach Rechtsträgern – disaggregiert darzustellen. Dabei steht der Querschnitt des Jahres 2010 im Vordergrund der empirischen Betrachtung. Der Beitrag verkleinert damit eine erhebliche Lücke in der sozialstatistischen Berichterstattung für Österreich, da Darstellungen der Angebotsstrukturen disaggregiert nach Bezirken und Rechtsträgern für Österreich nur in Fragmenten existieren. Österreichweit konstatieren wir im Zeitraum 1983-2010 (i) einen leichten Rückgang der Versorgungsdichte, (ii) eine stärkere Fokussierung der Einrichtungen auf die Aufgabe „Pflege“ und (iii) eine deutliche Verschiebung der Rechtsträgerstruktur zugunsten der privaten gemeinnützigen und insbesondere der privaten gewinnorientierten Träger. Der Grad der Marktkonzentration bei den privaten Trägern und die Rolle von Unternehmensketten sind insgesamt gering. Es gibt zahlreiche Anzeichen dafür, dass sich die Verschiebung in der Rechtsträgerstruktur in Zukunft fortsetzen wird und dabei Unternehmensketten eine größere Rolle spielen werden, weil Anbieter in regionalen Unternehmensverbänden gegenüber einzelnen Pflegeheimen deutliche Vorteile haben. Der aggregierte Befund für Österreich verdeckt die großen räumlichen Unterschiede sowohl auf der Ebene der Bezirke als auch auf der Ebene der Bundesländer. Diese Unterschiede gelten sowohl für die Versorgungsdichte als auch für die Eigentümerstruktur.

Abstract

In this paper we study the supply of long-term care in Austria. We focus on the regional structure and on the ownership of long-term care institutions in the year 2010. Thereby we exclude long-term care provided by hospitals and within the family from our analysis. Until now disaggregated empirical information on long-term care institutions in Austria is very scanty. Our paper reduces a substantial gap in the statistics of this important sector of social services. Looking at the time period 1983-2010 in an aggregated perspective of Austria we find (i) a small decrease in the density of long-term institutions, a shift to the „care role“ and a reduction of the „housing role“ of these institutions and a shift in the ownership from public ownership to privat-non-profit and private-for-profit ownership. The degree of market concentration of private ownership and the role of supplier chains/networks is small. There exists evidence that this change in the ownership structure will go on in the near future. But this shift will be accompanied by a stronger role of supplier chains because suppliers acting in regional networks have a substantial advantage compared to single long-term institutions. We find quite big differences in the density of long-term care institutions and the ownership structure on the district level, but also on the level of the provinces.