DIGITALES ARCHIV

ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Hagedorn, Jonas

Book

Empirisches Material zum internationalen Vergleich der Pflegesysteme Deutschlands, Österreichs, Frankreichs und der Niederlande

Provided in Cooperation with:
Oswald-von-Nell-Breuning-Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen, Frankfurt am Main

Reference: Hagedorn, Jonas (2021). Empirisches Material zum internationalen Vergleich der Pflegesysteme Deutschlands, Österreichs, Frankreichs und der Niederlande. Frankfurt am Main : Oswald von Nell-Breuning-Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen.
https://nbi.sankt-georgen.de/assets/documents/fagsf-73.pdf.

This Version is available at:
http://hdl.handle.net/11159/12311

Kontakt/Contact
ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft/Leibniz Information Centre for Economics
Düsternbrooker Weg 120
24105 Kiel (Germany)
E-Mail: *rights[at]zbw.eu*
https://www.zbw.eu/

Standard-Nutzungsbedingungen:
Dieses Dokument darf zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Sofern für das Dokument eine Open-Content-Lizenz verwendet wurde, so gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der Lizenz gewährten Nutzungsrechte. Alle auf diesem Vorblatt angegebenen Informationen einschließlich der Rechteinformationen (z.B. Nennung einer Creative Commons Lizenz) wurden automatisch generiert und müssen durch Nutzer:innen vor einer Nachnutzung sorgfältig überprüft werden. Die Lizenzangaben stammen aus Publikationsmetadaten und können Fehler oder Ungenauigkeiten enthalten.

https://savearchive.zbw.eu/termsofuse

Terms of use:
This document may be saved and copied for your personal and scholarly purposes. You are not to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public. If the document is made available under a Creative Commons Licence you may exercise further usage rights as specified in the licence. All information provided on this publication cover sheet, including copyright details (e.g. indication of a Creative Commons license), was automatically generated and must be carefully reviewed by users prior to reuse. The license information is derived from publication metadata and may contain errors or inaccuracies.

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Frankfurter Arbeitspapiere

zur gesellschaftsethischen
und sozialwissenschaftlichen
Forschung

FAgsF Nr. 73

Jonas Hagedorn

Empirisches Material zum internationalen Vergleich der Pflegesysteme Deutschlands, Österreichs, Frankreichs und der Niederlande

Frankfurt am Main, Februar 2021

Oswald von Nell-Breuning
Institut
für Wirtschafts- und
Gesellschaftsethik
der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Sankt Georgen

Oswald von Nell-Breuning-Institut
für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik
der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Sankt Georgen

Telefon: 069 6061 230
Fax: 069 6061 559
Email: nbi@sankt-georgen.de
Internet: https://nbi.sankt-georgen.de/blog

ISSN 0940-0893

Letzte Aktualisierung der Daten: 25.02.2021

Alle neueren *Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftsethischen und sozialwissenschaftlichen Forschung* sind abrufbar unter:
https://nbi.sankt-georgen.de/forschung/frankfurter-arbeitspapiere

Inhalt

Einleitung 1

1 Daten zur Altenpflege in Deutschland 2

1.1 Ergänzende Daten zur Pflegesituation – unter besonderer Berücksichtigung der Pflegenden 2

1.2 Versorgungsdichte und Trägerstrukturen 14

2 Daten zur Altenpflege in Österreich 23

2.1 Ergänzende Daten zur Pflegesituation – unter besonderer Berücksichtigung der Pflegenden 23

2.2 Versorgungsdichte und Trägerstrukturen 32

3 Daten zur Altenpflege in Frankreich 35

3.1 Ergänzende Daten zur Pflegesituation – unter besonderer Berücksichtigung der Pflegenden 35

3.2 Versorgungsdichte und Trägerstrukturen 41

4 Daten zur Altenpflege in den Niederlanden 46

4.1 Ergänzende Daten zur Pflegesituation – unter besonderer Berücksichtigung der Pflegenden 46

4.2 Versorgungsdichte 50

5 International vergleichende Perspektive 54

6 Literatur-/Quellenverzeichnis 58

7 Abkürzungsverzeichnis 66

Einleitung

Im vorliegenden Arbeitspapier finden sich weitere statistische Daten und Belege zu den Pflegesystemen in Deutschland, Österreich, Frankreich und den Niederlanden, die im Rahmen des von der DFG finanzierten Projektes „Pflegearbeit in Privathaushalten. Eine Frage der Anerkennung. Sozialethische Analysen“ recherchiert und aufbereitet wurden.[1]

Das vorliegende Arbeitspapier mit seiner deskriptiv-statistischen Anlage soll lediglich eine ergänzende Funktion zu Kapitel 3 der veröffentlichten Studie „Pflegearbeit im Privathaushalt. Sozialethische Analysen“ erfüllen; es handelt sich um einen Annex.[2] Kapitel 3 steht unter dem Titel: „Pflegesysteme in Deutschland, Österreich, Frankreich und den Niederlanden in vergleichender Perspektive“, und analysiert die Pflegesysteme der vier genannten Wohlfahrtsstaaten in vergleichender Perspektive.[3]

Das vorliegende Papier beschränkt sich auf deskriptive Statistik, führt weitere Belege an und gibt Zusatzinformationen in Tabellen und Diagrammen, z. B. zum Arbeitsvolumen und zur Versorgungslage in der ambulanten und stationären Altenpflege nach Bundesländern (DE, AT), Regionen (FR) und Provinzen (NL) sowie zu den Trägerstrukturen (öffentlich, freigemeinnützig, privatgewerblich). Es stützt sich auf die Kenntnis der in Kapitel 3 dargelegten Informationen.

Einige der Daten wurden nach Veröffentlichung der „Pflegestatistik 2019“[4] im Dezember 2020 aktualisiert; sie sind nicht in Kapitel 3 eingeflossen.

In einem ersten Schritt werden ergänzende Daten zum deutschen Pflegesystem zur Verfügung gestellt (Abschnitt 1), unter Berücksichtigung der „Pflegestatistik 2019“. Anschließend fokussiert das Papier weiterführende statistische Daten für die Systeme der Altenpflege in Österreich (Abschnitt 2), Frankreich (Abschnitt 3) und den Niederlanden (Abschnitt 4). Abschließend dokumentiert das Arbeitspapier die Zahlen zum Ländervergleich (Abschnitt 5).

[1] Ich danke Sabrina Sieber und Simone Habel für Literaturrecherchen, Marius Retka für die Hilfe bei der graphischen Darstellung der empirischen Daten sowie Julian Degan für kritische Durchsicht des vorliegenden FAgsF.
[2] Die Studie wird 2021 als Band 18 in der Reihe „Gesellschaft – Ethik – Religion“ (Paderborn: Brill/Ferdinand Schöningh) veröffentlicht. Herausgeber*innen sind Bernhard Emunds, Jonas Hagedorn, Eva Hänselmann und Marianne Heimbach-Steins, unter Mitarbeit von Lea Quaing.
[3] An einigen Stellen kommen Doppelungen bzw. wörtliche Übernahmen vor, die auf für Kapitel 3 erarbeitete Textbausteine zurückgehen.
[4] Vgl. Statistisches Bundesamt 2020a.

1 Daten zur Altenpflege in Deutschland

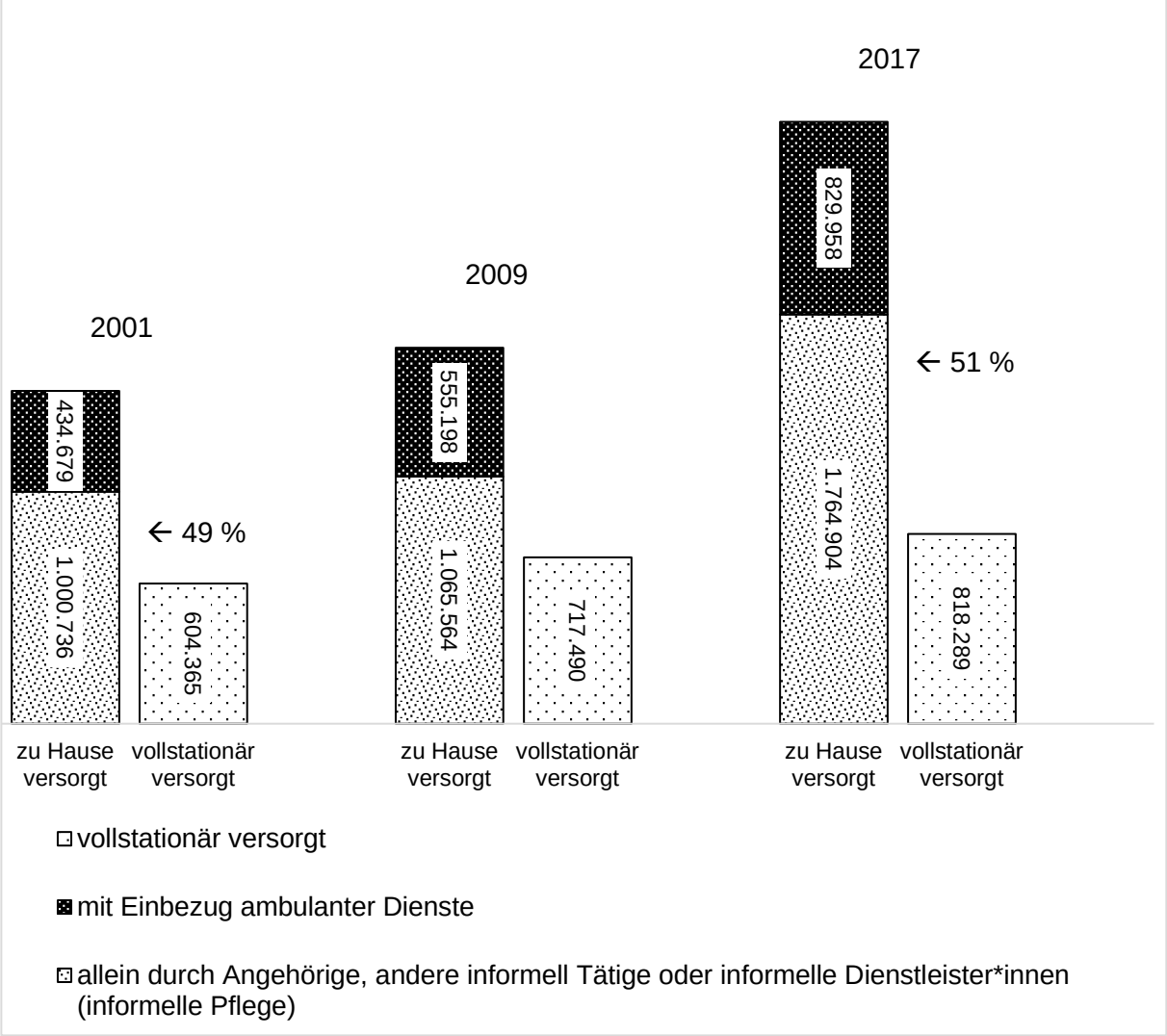
1.1 Ergänzende Daten zur Pflegesituation – unter besonderer Berücksichtigung der Pflegenden

Pflegende Angehörige

Die häusliche Pflege ist in Deutschland von zentraler Bedeutung für die Versorgung von Pflegebedürftigen. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die zu Hause von pflegenden Angehörigen mit und ohne Unterstützung ambulanter Pflegedienste versorgt werden, betrug im Jahr 2001 noch 70 Prozent. 2017 lag der Anteil bei 76 Prozent (2019 sogar bei 80,2 %; vgl. Statistisches Bundesamt 2020a: 19), wobei sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die in privaten Haushalten versorgt werden, von 2001 bis 2017 fast verdoppelt hat (vgl. Abb. 1.1).[5] Es lässt sich ein familialisierender und informalisierender Trend beobachten, da prozentual steigend Sorge- und Pflegearbeiten im privaten Verantwortungsbereich von Angehörigen und informellen Leistungserbringer*innen übernommen werden. Während 2009 die Mehrheit der häuslich und stationär versorgten Pflegebedürftigen eine Einbindung professioneller Pflegekräfte in die jeweiligen Pflegesettings aufwies (54,4 %), liegt der Anteil professioneller Pflegekräfte, die Pflegebedürftige regelmäßig aufsuchen und Teil des Pflegearrangements sind, in 2017 nur noch bei 48,3 %; in 2019 liegt dieser Anteil sogar nur noch bei 43,6 %.

[5] Seit 2003 haben sich die Einnahmen und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung ebenfalls mehr als verdoppelt. Die Einnahmen liegen 2018 bei circa 38 Milliarden EUR, die Ausgaben bei circa 39 Milliarden EUR (vgl. Auth 2019: 5).

Abb. 1.1: Häusliche und stationäre Pflege nach Versorgungsformen (im Vergleich der Jahre 2001, 2009, 2017).



Quelle: Statistisches Bundesamt 2003: 9; Statistisches Bundesamt 2011: 8; Statistisches Bundesamt 2018c: 18.

Die beitragsfinanzierte Pflegeversicherung[6] unterstützt mit einem breiten Spektrum an Transfer- und Sachleistungen die häuslichen Pflegearrangements. Die Leistungen der Pflegeversicherung erfolgen entweder als monatliche Regelleistung in Form des Pflegegeldes oder als professionelle Pflegesachleistungen bzw. als Kombination aus beidem.

Mit der Pflegeversicherung wurde „ein stark körper- und tätigkeitsbezogenes Pflegebedürftigkeitskonzept“ (Auth 2017: 311) institutionalisiert. Zunächst lag diesem Konzept eine dreistufige Struktur zugrunde: erheblich (Stufe 1) und schwer pflegebedürf-

[6] Der Arbeitgeberbeitrag wurde durch den Wegfall des Buß- und Bettags als arbeitsfreien Tag kompensiert.

tig (Stufe 2) sowie schwerstpflegebedürftig (Stufe 3). Die Einstufung der Pflegebedürftigen erfolgte nach der Häufigkeit des Hilfe- und Pflegebedarfs und der Zeit, welche benötigte grundpflegerische Verrichtungen in Anspruch nehmen (vgl. Schneider 1999: 52; Auth 2017: 311). Die drei Pflegestufen wurden ab dem 1. Januar 2017 von fünf Pflegegraden abgelöst. In Pflegegrade eingruppierte Leistungsempfänger*innen der Pflegeversicherung haben die Wahl zwischen häuslicher Pflege und teil-/vollstationärer Pflege. Bei der häuslichen Pflege kann zwischen der Auszahlung des unkonditionierten Pflegegeldes in voller Höhe an die pflegebedürftige Person und professionell erbrachten Pflegesachleistungen gewählt werden. Auch können diese kombiniert werden, wobei die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen anteilig das Pflegegeld verringert. Das Pflegegeld im höchsten Pflegegrad 5 beläuft sich monatlich auf 901,- EUR; die Pflegesachleistungen bei Nichtinanspruchnahme des Pflegegeldes belaufen sich auf 1.995,- EUR pro Monat (Pflegegrad 5) (vgl. Tab. 1.1). Wird das Budget für Sachleistungen nicht ausgeschöpft, kann anteilig Pflegegeld ausgezahlt werden (und umgekehrt). Mit der unkonditionierten *Cash-for-Care*-Leistung in Form des Pflegegeldes soll die informelle Pflege in privaten Haushalten gefördert werden (vgl. Behning 1999: 209; Lessenich 2003: 231; Auth 2017: 312). Werden die Motivlagen der Pflegebedürftigen erhoben, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, ohne formelle Pflegesachleistungen in Anspruch zu nehmen, dann wird deutlich, dass zwischen 43 und 54 Prozent dieser Pflegebedürftigen das Pflegegeld in voller Höhe benötigen, um die anfallenden Kosten zu decken (vgl. Schneekloth et al. 2017: 81).

Tab. 1.1: Leistungen zur Unterstützung häuslicher Pflegearrangements.

Pflegebedürftigkeit in Graden (PG)	Pflegegeld (max. Transferleistung pro Monat)	Pflegesachleistungen (max. Leistungen pro Monat)	Entlastungsbetrag pro Monat	Verhinderungspflege		Pflegeunterstützungsgeld (brutto) für Beschäftigte während einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung
				durch nahe Angehörige	durch sonstige Personen	
PG 1	*	*	125 EUR	*	*	betrifft Pflegegrade 1–5; als Lohnersatzleistung → begrenzt auf 10 Arbeitstage; 90 % des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem Arbeitsentgelt der Versicherten; 100% des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts aus beitragspflichtigem einmaligem Einkommen in den letzten 12 Monaten; Kappung auf 70% der Beitragsbemessungsgrenze
PG 2	316 EUR	689 EUR	125 EUR	474 EUR	1.612 EUR	
PG 3	545 EUR	1.298 EUR	125 EUR	817,50 EUR	1.612 EUR	
PG 4	728 EUR	1.612 EUR	125 EUR	1.092 EUR	1.612 EUR	
PG 5	901 EUR	1.995 EUR	125 EUR	1.351,50 EUR	1.612 EUR	

Pflegebedürftigkeit in Graden (PG)	Wohngruppenzuschlag	Anschubfinanzierung – Pflege-WGs	Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	Pflegehilfsmittel	Soziale Absicherung der Pflegeperson
PG 1	214 EUR	2.500 EUR pro Person 10.000 EUR pro Wohngruppe	4.000 EUR pro Person 16.000 EUR bei mehreren zus.wohnenden Anspruchsberechtigten	40 EUR	vgl. BMG 2019: 21
PG 2	214 EUR			40 EUR	
PG 3	214 EUR			40 EUR	
PG 4	214 EUR			40 EUR	
PG 5	214 EUR			40 EUR	

Quelle: BMG 2019.

Neben den in Tab. 1.1 aufgeführten Leistungen werden weitere Leistungskomplexe angeboten, darunter Pflegekurse sowie die Pflegezeit oder Familienpflegezeit, die auch über ein zinsloses Darlehen (BAFzA) finanziert werden kann.

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen werden nur in geringem Maße in Anspruch genommen (vgl. Schneekloth et al. 2017: 95). So wurden Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI, mit denen formelle hauswirtschaftliche bzw. haushaltsnahe Dienstleistungen in geringem Umfang finanziert werden können, in 2016 von nur einem Fünftel der Pflegehaushalte in Anspruch genommen.[7]

Wenn eine Pflegeperson regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden pro Woche Erwerbsarbeit nachgeht und eine oder mehrere zu Pflegende, eingestuft in den Pflegegrad 2 bis Pflegegrad 5, nicht erwerbsmäßig für mindestens zehn Stunden pro Woche pflegt, dann entrichtet die Pflegeversicherung Beiträge an die Rentenversicherung, um die soziale Sicherung der Pflegeperson zu verbessern (vgl. § 44 SGB XI). Bis Ende 2016 mussten 14 Stunden Pflege pro Woche nachgewiesen werden; diese Stundenzahl ist auf zehn Stunden abgesenkt worden. Der Beitragsanspruch ist daran gebunden, dass noch keine altersbedingte Vollrente bezogen wird und die Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung nicht berührt ist (vgl. Rothgang/Müller 2019: 87 f.). In Tab. 1.2 ist die Zahl der Pflegepersonen in der Rentenversicherung abgebildet, für die während eines Jahres entweder ganzjährig oder für einen Teil des Jahres Beiträge gezahlt wurden. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis wichtig, „dass anhand der Versichertenkonten natürlich nur ‚jüngere' Altersgruppen bis zum Rentenalter untersucht werden können und damit in erster Linie die Pflege durch die Kindergeneration abgebildet wird" (Rothgang et al. 2012, 83). Die zum Jahresende ermittelten Zahlen der pflichtversicherten Pflegepersonen schwanken in den Jahren 2000 bis 2016 geringfügig (vgl. Tab. 1.2). Ende 2017 wurden im Kontext der Umstellung auf Pflegegrade dann deutlich mehr pflichtversicherte Pflegepersonen registriert.

Tab. 1.2: Pflichtversichertenstruktur nach Geschlechtern – Pflegepersonen – 1995-2017.

	Pflichtversicherte Pflegepersonen		
Jahr	Frauen	Männer	Frauen-anteil
1995	109.577	3.555	96,9 %
2000	259.379	11.538	95,7 %
2005	287.454	23.308	92,5 %
2010	246.562	24.418	91,0 %
2015	271.347	29.886	90,1 %
2016	271.396	30.603	89,9 %
2017	466.128	61.247	88,4 %

Quelle: DRV 2013: 30-32; DRV 2019: 28-30.

Ab 2015 können sich Erwerbstätige auf einen Rechtsanspruch berufen, der eine teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten, die sog. Familienpflegezeit, gesetzlich festschreibt. „Hierbei ist die Reduktion der Arbeitszeit auf bis zu 15 Stunden pro Woche

[7] „Ein Fünftel aller pflegebedürftigen Personen in Privathaushalten nimmt die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen in Anspruch. 55 Prozent machen von ihrem Anspruch keinen Gebrauch, während fast ein Viertel der Pflegebedürftigen den Anspruch auf diese Leistung nicht kennt" (Schneekloth et al. 2017: 94).

möglich, um die Erwerbsarbeit mit der Pflege in häuslicher Umgebung besser vereinbaren zu können. Nach § 44a SGB XI besteht dazu ein Anspruch auf Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegezeit oder kurzzeitiger Arbeitsverhinderung durch die Pflegetätigkeit. Diese müssen allerdings beantragt werden. Die Inanspruchnahme dieser Beitragszahlungen ist in der Summe minimal. Beitragszahlungen zur Kranken- oder Pflegeversicherung erfolgen in den Jahren 2012 bis 2018 mit leicht steigender Tendenz für 140 bis 230 Personen im durchschnittlichen Monat. Insgesamt ist somit die Unterstützung durch die Leistungen nach dem Pflegezeitgesetz nicht so angenommen worden wie erhofft“ (Rothgang/Müller 2019, 89 f.). Deutlich wird, dass sich der Männeranteil an den pflichtversicherten Pflegepersonen in häuslicher Umgebung von 4 % in 2000 auf 10 % in 2016 gesteigert hat. Nach Umstellung auf die Pflegegrade liegt der Anteil pflichtversicherter pflegender Männer bei 12 % (2017). Zu den pflichtversicherten Pflegepersonen zählen zu 88 % Frauen; sie schultern (als pflichtversicherte Pflegepersonen) deutlich mehr unentgeltliche Pflegearbeit in privaten Haushalten als Männer.

Live-ins

Eine wachsende Zahl pflegebedürftiger Menschen, die informell in privaten Haushalten versorgt werden, wird aber nicht nur von Angehörigen versorgt, wie die offizielle Sprachregelung des Statistischen Bundesamtes „allein durch Angehörige“ insinuiert, sondern auch von migrantischen Live-in-Pflegekräften aus Mittel- und Osteuropa (zumeist Frauen) (vgl. Rossow/Leiber 2017; 2019).

Die mittel- und osteuropäischen Frauen übernehmen Tätigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung, Betreuung, Pflege, Aufsicht und Bereitschaft. Dabei leben sie mit den Pflegebedürftigen in deren Haushalten i. d. R. für vier bis 12 Wochen zusammen. Anders als in Österreich (vgl. Hagedorn 2021: 59-71) bilden häusliche Live-in-Pflegearrangements in Deutschland ein Dunkelfeld; es liegen keine gesicherten Daten vor, wie viele dieser informellen Dienstleister*innen in deutschen Pflegehaushalten tätig sind. Hielscher, Kirchen-Peters und Nock (2017: 95) geben in ihrer Studie 163.000 Pflegehaushalte an, in denen Live-ins beschäftigt sind; der VHBP geht von 250.000 Pflegehaushalten mit Live-in-Beschäftigten aus (vgl. Petermann et al. 2018: 1). Bei einem überwiegenden Teil dieser Pflegehaushalte liegt ein Rotationssystem vor, in das zwei Pendelmigrantinnen involviert sind, sodass die Zahl der in Deutschland regelmäßig tätigen Live-in-Pflegekräfte insgesamt höher ausfällt. In Rekurs u. a. auf Thomas Klie nimmt Helma Lutz (2018: 29) eine Schätzung von bis zu 600.000 sogenannten 24-Stunden-Pflegekräften vor. In Österreich waren im Jahr 2017 61.737 Personenbetreuerinnen bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft pflichtversichert (vgl. Aulenbacher et al. 2018: 49). Deutschlands Einwohnerzahl ist etwa zehnmal so groß wie die Österreichs. Insofern eine vergleichbare Altersstruktur, regressive familiale Pflegepotenziale, eine ähnliche Präferenz für häusliche Pflege usw. angenommen werden, ist es daher nicht unplausibel, die Zahl der Personenbetreuerinnen in Österreich mit dem Faktor 10 zu multiplizieren und für Deutschland die Zahl der Live-in-Pflegekräfte – wie u. a. Klie und Lutz – auf bis zu 600.000 zu schätzen. Andere Schätzungen gehen zurückhaltender von 300.000 bis 400.000 in Deutschland tätigen Live-ins aus, die zwischen Herkunfts- und Zielland pendeln (vgl. u. a. Satola/Schywalski 2016: 128; Emunds et al. 2021: Abschnitt 3.2.3).

Die Arbeitsmodelle der Live-in-Pflege changieren zwischen „Schwarzarbeit“ und Formen abhängiger Beschäftigungsverhältnisse sowie juristisch umstrittenen Konstrukten der Selbständigkeit, Entsendung und Arbeitnehmerüberlassung (vgl. Bucher 2018; Kocher 2019). Nach Auskunft der Agenturen liegt der Anteil der über Agenturen vermittelten Live-in-Betreuungs- und Pflegekräfte bei lediglich 10 % (vgl. Petermann et al. 2018: 1). Die Arbeitsmodelle der Live-in-Pflege kennzeichnen zumeist entgrenzte Arbeitszeit und niedrige Löhne; außerdem bleibt die Reichweite der sozialen Absicherung, etwa des Krankenversicherungsschutzes der Erwerbstätigen und der Altersvorsorge, unklar. Daher werden in Deutschland die meisten Live-in-Pflegesettings als irregulär eingestuft. Dennoch ist die Live-in-Pflege zu einer tragenden Säule des deutschen Pflegeerwerbsarbeitssystems geworden; vor dem Hintergrund einer zurückhaltenden Schätzung beläuft sich ihr Anteil an den bezahlten Arbeitsstunden in der Altenpflege auf ein Drittel (Vollzeitäquivalente [VZÄ][8]) (vgl. Tab. 1.3).

Tab. 1.3: Verteilung der Arbeitszeit in der bezahlten Altenpflege in Deutschland, unter Berücksichtigung unterschiedlicher Angaben zur Zahl Live-in-versorgter Pflegehaushalte (2019).[9]

	Bei Annahme von 105.000 Live-in-versorgten Pflegehaushalten		Bei Annahme von 163.000 Live-in-versorgten Pflegehaushalten		Bei Annahme von 200.000 Live-in-versorgten Pflegehaushalten		Bei Annahme von 300.000 Live-in-versorgten Pflegehaushalten	
	VZÄ	Anteil	VZÄ	Anteil	VZÄ	Anteil	VZÄ	Anteil
Live-in-Pflege[10]	209.300	23,0 %	325.000	31,7 %	398.700	36,3 %	598.000	46,1 %
Pflege durch ambulante Dienste	260.500	28,7 %	260.500	25,4 %	260.500	23,7 %	260.500	20,1 %
Pflege in stationären Einrichtungen	439.000	48,3 %	439.000	42,9 %	439.000	40,0 %	439.000	33,8 %
		100 %		100 %		100 %		100 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2020a: 29 f., 41 f.; Hielscher et al. 2017: 60, 95; Kantar 2019: 91 f.; Lutz 2018: 29; Satola/Schywalski 2016: 128 (eigene Berechnungen).

[8] Vollzeitäquivalente (VZÄ) sind eine Hilfsgröße, die der Vergleichbarkeit von verbrachter Arbeitszeit und Arbeitsstellen dient. Weil die Altenpflege in Deutschland durch Teilzeitbeschäftigung strukturiert ist, ist die Angabe der VZÄ relevant, um Entwicklungen z. B. der Beschäftigtenzahlen adäquat einordnen zu können. Seit 2003 werden in der Pflegestatistik die VZÄ in den ambulanten Diensten wie in den stationären Einrichtungen der Altenpflege eigens aufgeführt. Zur Berechnung der VZÄ in der Live-in-Pflege legen wir eine 40-Stunden-Woche bei 45 Wochen pro Jahr zugrunde.

[9] Bei der ambulanten Pflege wurde der Bereich der Verwaltung und Geschäftsführung sowie der sonstige Bereich nicht berücksichtigt; dagegen alle Beschäftigten (VZÄ) in der Pflegedienstleitung, in der körperbezogenen Pflege, in der Betreuung (§ 36 Absatz 2 Satz 3 SGB XI) und in der Haushaltsführung. Hinsichtlich der stationären Versorgung wurde das in der Pflege und Betreuung eingesetzte Personal berücksichtigt; die Vollzeitäquivalente im Hauswirtschaftsbereich, im haustechnischen Bereich, in der Verwaltung und Geschäftsführung sowie im sonstigen Bereich wurden nicht eingerechnet.

[10] Die Angaben zu den VZÄ der Live-ins basieren auf der Erhebung von Hielscher et al. (2017, 60), der zufolge eine Live-in im Durchschnitt eine wöchentliche Arbeitszeit von 69 Stunden hat; Zeiten der Bereitschaft, auch der vor Ort verbrachten Bereitschaft, die gemäß EU-Arbeitsrecht voll als Arbeitszeit zählen, sind dabei offenbar nicht mitgezählt. Zieht man zur Berechnung der VZÄ (auf Grundlage einer 40-Stunden-Woche und von 45 Kalenderwochen [52 Kalenderwochen abzüglich der Urlaubszeit von fünf Wochen und der gesetzlichen Feiertage]) diese wöchentliche Arbeitszeit von Live-in-Erwerbstätigen heran, so erhalten wir für Deutschland näherungsweise je nach Schätzung der Pflegehaushalte, in denen Live-ins arbeiten und leben, unterschiedliche VZÄ. Kantar 2019: 91 f., geht von 105.000 Pflegehaushalten aus; Hielscher et al. 2017: 95, von 163.000. Es werden aber auch höhere Schätzungen vorgenommen; so gehen u. a. Satola/Schywalski 2016: 128, von 400.000 Live-in-Arbeitskräften aus; und Lutz 2018: 29, von bis zu 600.000 Live-ins. Bei Halbierung der Zahlen (zwei Live-ins pro Pflegehaushalt), erhält man die Zahlen der Pflegehaushalte, die über das Jahr hinweg jeweils durchgehend eine Live-in-Kraft beschäftigen (200.000 bzw. 300.000).

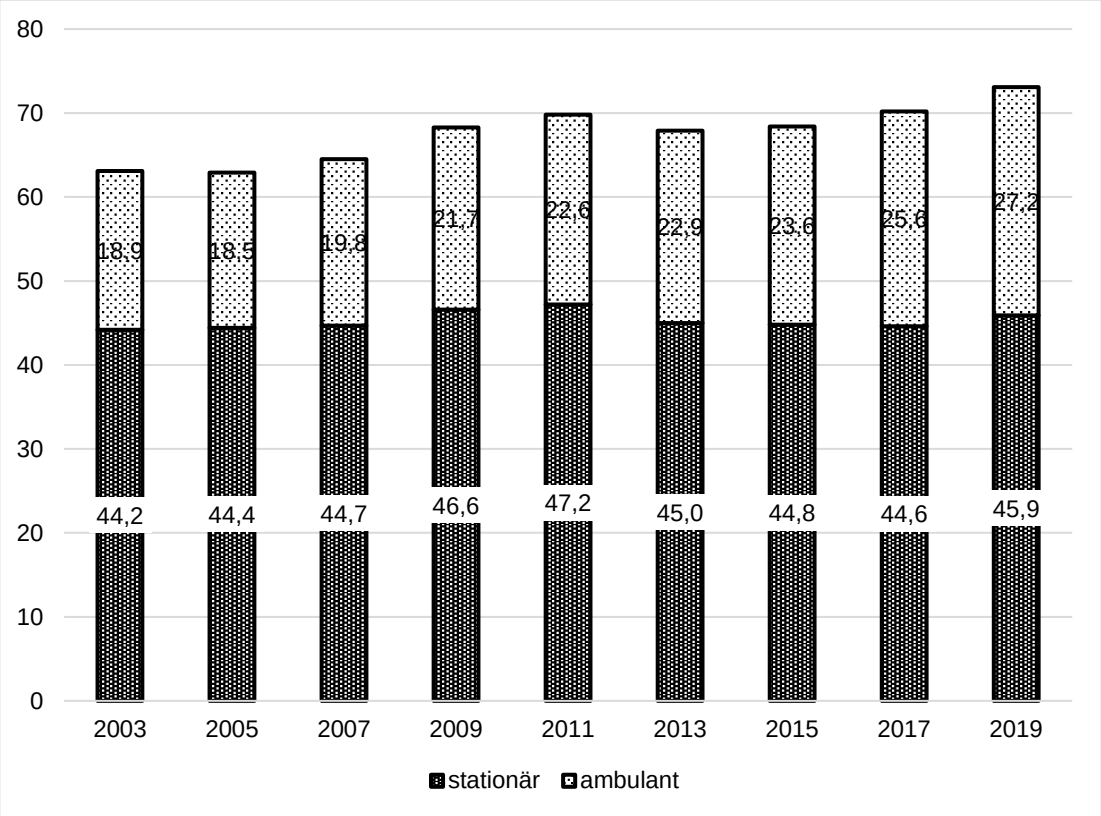
Zur Herkunft der Live-ins lassen sich nur eingeschränkte Aussagen machen. Ein für in Deutschland tätige Live-ins oft genanntes Herkunftsland ist Polen. Zwischen Deutschland und Polen ist im Kontext der Live-in-Pflege eine „Entsende-Industrie“ (Rossow/Leiber 2019: 41 [mit Verweis auf Krawietz 2014]) entstanden, wobei die in der Entsendung tätigen Agenturen eine Doppelstruktur aufweisen: eine Vermittlungsagentur (*local brokerage agency*) in Deutschland und eine Beschäftigungsagentur (*local employment agency*) in Polen (vgl. Leiber et al. 2019: 374). Jedoch werden seit der EU-Osterweiterung auch Live-ins aus Kroatien und anderen (süd-)osteuropäischen EU-Mitgliedstaaten rekrutiert. Die Zahl der privatgewerblichen Agenturen in Deutschland, die trotz juristisch umstrittener Arbeitsmodelle ein „legales Geschäftsmodell“ zu etablieren suchen, wird auf 300 geschätzt (vgl. Rossow/Leiber 2019: 41). Zwischen 2009 und 2016 wurde ein Anstieg um knapp 340 % auf 266 Agenturen konstatiert (vgl. Stiftung Warentest 2017: 88). Steiner et al. (2019: 5) geben für 2017 eine Zahl von 337 in Deutschland ansässigen Vermittlungsagenturen an, die allein „eine 24h-Betreuung nach Frankfurt und darüber hinaus bewarben“ (ebd.).

Ambulante und stationäre Kräfte

Gegenüber den im Jahr 1999 in Deutschland beschäftigten Pflegekräften in den ambulanten Diensten und (teil-)stationären Einrichtungen spiegeln die Zahlen für 2017 einen Anstieg um 85 Prozent wider (+112 % in den ambulanten Diensten; +73 % in den stationären Einrichtungen) (vgl. Statistisches Bundesamt 2001: 11, 17; Statistisches Bundesamt 2018c: 23, 35). Im selben Zeitraum nahm die Zahl der über 74-Jährigen, bei denen Pflegebedarfe wahrscheinlicher werden, um 62 % zu (vgl. Statistisches Bundesamt 2020b).

Seit 2003 ist ein steter Anstieg der VZÄ in der ambulanten Pflege pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre zu beobachten, von 2003 bis 2019 um 8 VZÄ (vgl. Abb. 1.2). In der stationären Pflege stagnierte dagegen die Zahl der VZÄ pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre von 2003 bis 2017 bei 44 bis 45 VZÄ (abgesehen von den Jahren 2009 und 2011, in denen die Zahl bei 46,6 bzw. 47,2 VZÄ lag). In 2019 waren knapp 46 VZÄ in der stationären Pflege beschäftigt.

Abb. 1.2: Formelle Beschäftigung (VZÄ) in der stationären und ambulanten Pflege pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre in Deutschland (2003-2019).



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistiken 2005-2020.[11]

Die VZÄ in der ambulanten wie stationären Pflege haben sich pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre zwischen den Jahren 2017 und 2019 noch einmal erhöht – ambulant um 6,3 %; und stationär um 2,9 % (vgl. Tab. 1.4). Während die Zahl der vollstationär versorgten Bezieher*innen von Leistungen aus der Pflegeversicherung im genannten Zeitraum stagnierte, erhöhte sich die Zahl der häuslich Versorgten um 27,5 %. Zudem nahm die Zahl derer zu, die in den Pflegegraden 3 bis 5 eingruppiert sind – ambulant um 18,8 %; und stationär um 2,5 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 18; Statistisches Bundesamt 2020a: 19 [eigene Berechnungen]).

[11] In der ambulanten Pflege wurden die VZÄ in der Pflegedienstleitung, der körperbezogenen Pflege, der Betreuung und Haushaltsführung berücksichtigt. In der stationären Pflege wurden die VZÄ in der körperbezogenen Pflege und der (zusätzlichen) Betreuung addiert; unberücksichtigt blieben u. a. die VZÄ im Hauswirtschafts- und haustechnischen Bereich sowie in der Verwaltung.

Tab. 1.4: Entwicklung der VZÄ pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre (2017-2019).

		VZÄ	Einwohner*innen über 74 Jahre	VZÄ pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre
2017	ambulant	240.061	9.386.108	25,6
	stationär	418.500	9.386.108	44,6
2019	ambulant	260.422	9.557.555	27,2
	stationär	438.852	9.557.555	45,9

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018c: 27 f., 39; Statistisches Bundesamt 2020a: 29 f., 41 f.; Statistisches Bundesamt 2020b (eigene Berechnungen).[12]

Tab. 1.5 beleuchtet die Qualifikationsniveaus der beruflich Pflegenden und Verschiebungen, die sich in den letzten 20 Jahren in Deutschland ergaben (es handelt sich nicht um VZÄ, sodass die Aussagekraft eingeschränkt ist; detailschärfer und mit Blick auf VZÄ vgl. Emunds et al. 2021: Abschnitt 3.2.3). Die körperbezogene Pflege in der stationären Versorgung wurde 1999 wie 2017 zu 44 % von dreijährig examinierten Alten- und Krankenpfleger*innen geleistet; in 2017 ist der Anteil staatlich anerkannter Altenpfleger*innen am Personal insgesamt deutlich gestiegen. Die Bedeutung der Alten- und Krankenpflegehelfer*innen hat leicht zugenommen; sie waren in 1999 zu 11 % und in 2017 zu 14 % in die körperbezogene Pflege involviert. Anders sieht es in der ambulanten Versorgung aus; bei den ambulanten Diensten wurde die körperbezogene Pflege in 1999 zu 57 % und in 2005 sogar zu 60 % von dreijährig examinierten Fachkräften der Alten- und Krankenpflege geleistet; dieser Anteil sank seit 2005 um sieben Prozentpunkte auf einen Anteil von 53 % in 2017. Sowohl im Bereich der stationären Versorgung als auch bei den ambulanten Diensten nimmt der Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen ab, während der Anteil der staatlich anerkannten Altenpfleger*innen zunimmt.[13] Die Bedeutung der Pflegehelfer*innen nimmt auch in der ambulanten Versorgung zu; darunter vor allem die Bedeutung der staatlich anerkannten Altenpflegehelfer*innen; während letztere in 1999 zu lediglich 3 % die körperbezogene Pflegearbeit leisteten, liegt ihr Anteil in 2017 bei 7 %. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung scheint der Anteil der dreijährig examinierten Fachkräfte, die in der körperbezogenen Pflege eingesetzt werden, abzunehmen. Akademisch professionalisiertes Personal spielt sowohl in der konkreten ambulanten als auch stationären Versorgung von Pflegebedürftigen keine Rolle. Anders als etwa in den Niederlanden (vgl. Hagedorn 2021: 83-95) wird dieses Personal in Deutschland zu einem geringen Anteil in der interaktiven Pflegearbeit eingesetzt. Das statistische Material legt die Vermutung nahe, dass Akademisierung in Deutschland bedeutet, den unmittelbaren pflegerischen Kontakt zu Pflegebedürftigen zu verlieren. Während in 1999 noch knapp ein Drittel des akademisierten Personals in der körperbezogenen ambulanten Pflege eingesetzt war (vgl. Statistisches Bundesamt 2001: 12 [132 von 420 Kräften]), liegt sein Anteil in 2017 bei nurmehr 15,5 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2018c: 25 [202 von 1.306 Kräften]) (bei nahezu konstant gebliebenem Anteil am Personal insgesamt, was mit der Einführung pflegewissenschaftlicher Ausbildungsgänge und mit deren deutlich gestiegener Nachfrage zusam-

[12] Vgl. Fn. 11.
[13] Vgl. in diesem Zusammenhang auch die Ergebnisse von Schneekloth et al. 2017: 335.

menhängt). In den stationären Einrichtungen ist der Einsatz akademisch professionalisierten Personals in der körperbezogenen Pflege von einem Anteil von 43 % in 1999 auf einen Anteil von 18 % zurückgegangen (bei gestiegener Bedeutung in der Personalstruktur; sein Anteil am Personal insgesamt verdoppelte sich zwischen 1999 und 2017).

Tab. 1.5: Entwicklung der Berufsabschlüsse und des berufsbezogenen *Care*-Anteils im ambulanten und stationären Sektor in Deutschland (1999, 2017).

		1999		*2017*	
		Anteil am Personal insgesamt	Anteil an der Grundpflege bzw. körperbezogenen Pflege insgesamt	Anteil am Personal insgesamt	Anteil an der Grundpflege bzw. körperbezogenen Pflege insgesamt
Ambulante Dienste	Staatl. anerkannte Altenpfleger*innen	14 %	19 %	24 %	30 %
	Staatl. anerkannte Altenpflegehelfer*innen	2 %	3 %	5 %	7 %
	Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	32 %	38 %	20 %	23 %
	Krankenpflegehelfer*innen	6 %	7 %	4 %	5 %
	Personal mit Abschluss einer pflegewissenschaftl. Ausbildung an einer (Fach-)Hochschule od. Uni	0,2 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
	Sonstiger pflegerischer Beruf	9 %	10 %	7 %	8 %
		63,2 %	***77,1 %***	***60,3 %***	***73,1 %***
Stationäre Einrichtungen	Staatl. anerkannte Altenpfleger*innen	19 %	28 %	23 %	35 %
	Staatl. anerkannte Altenpflegehelfer*innen	3 %	4 %	7 %	11 %
	Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	11 %	16 %	7 %	9 %
	Krankenpflegehelfer*innen	5 %	7 %	2 %	3 %
	Personal mit Abschluss einer pflegewissenschaftl. Ausbildung an einer (Fach-)Hochschule od. Uni	0,2 %	0,1 %	0,5 %	0,1 %
	Sonstiger pflegerischer Beruf	5 %	8 %	10 %	7 %
		43,2 %	***63,1 %***	***49,5 %***	***65,1 %***

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001: 12, 18; Statistisches Bundesamt 2018c: 25, 37.
(Für 1999 liegen keine VZÄ vor, daher wurden die Anteile auf Grundlage der angegebenen Köpfe/Stellen berechnet.)

Neben den festangestellten Mitarbeiter*innen weist die Personalstruktur von 33 % der stationären Pflegeeinrichtungen Beschäftigte auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis und/oder Leiharbeitskräfte auf. In großen Einrichtungen mit über 100 Bewohner*innen ist die Zahl der Mitarbeiter*innen auf Honorar- bzw. Abrechnungsbasis besonders

hoch; auf sie entfällt ein Anteil von 38 %. Bei freigemeinnützigen Trägern und in kleineren stationären Pflegeeinrichtungen (unter 50 Bewohner*innen) ist der Anteil von Honorarkräften geringer. Dagegen wird in gemeinnützigen Einrichtungen unabhängig von ihrer Größe etwas häufiger Pflegepersonal über Leiharbeitsfirmen beauftragt (vgl. Schneekloth et al. 2017: 331 f.). In 63 % der Einrichtungen erfolgt die Entlohnung der festangestellten Mitarbeiter*innen nach Tarif (bei 45 % gilt der Verbandstarifvertrag; bei 18 % ein Haustarifvertrag); der Rest entlohnt ohne tarifliche Bindung. Was die tarifliche Bindung angeht, bestehen zwischen gemeinnützigen und privatgewerblichen Einrichtungen erhebliche Unterschiede. Stationäre Einrichtungen in freigemeinnütziger oder öffentlicher Trägerschaft entlohnen ihre festangestellten Mitarbeiter*innen zu 89 Prozent nach Tarif (zumeist nach Verbandstarif).[14] Privatgewerbliche Einrichtungen dagegen weisen nur zu knapp einem Viertel eine tarifliche Bindung auf; 76 % bezahlen ihre Beschäftigten nicht nach Tarif. Wenn bei den Privaten nach Tarif entlohnt wird, dann zumeist nach Haustarif und nicht nach Verbandstarif (vgl. Schneekloth et al. 2017: 329 f.).

Zwischen 1999 und 2017 ist der Frauenanteil unter den Beschäftigten (Köpfe) in den stationären Einrichtungen mit 84 % konstant geblieben (vgl. Tab. 1.6). In den ambulanten Diensten hat er um 2 Prozentpunkte zugenommen; während er 1999 bei 85 % lag, betrug er 2017 87 %. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigung nahm sowohl in den ambulanten Diensten als auch in den stationären Einrichtungen erheblich zu; 2017 sind nur noch 28 % in der ambulanten und 29 % in der stationären Versorgung vollzeitbeschäftigt.

Tab. 1.6: Entwicklung des Frauenanteils und der Teilzeitbeschäftigung im ambulanten und stationären Sektor in Deutschland (Köpfe) (1999-2017).

		1999	***2017***
Ambulante Dienste	Personal insgesamt	183.782	390.322
	Frauenanteil	85 %	87 %
	Anteil in Teilzeit	69 %	72 %
Stationäre Einrichtungen	Personal insgesamt	440.940	764.648
	Frauenanteil	84 %	84 %
	Anteil in Teilzeit	52 %	71 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001: 11 f., 17 f.; Statistisches Bundesamt 2018c: 23, 26, 35, 38.

Wenn Auszubildende, FSJler*innen, Bundesfreiwilligendienstler*innen und Praktikant*innen herausgerechnet werden, betrug der Anteil des teilzeitbeschäftigten Personals in der ambulanten Versorgung in 2017 70,9 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2018a: 15). Bei den ambulanten Diensten waren die Teilzeitquoten in Baden-Württemberg und Bremen (jeweils 81 %) sowie Niedersachsen und Schleswig-Holstein (jeweils 78 %) besonders hoch. In den stationären Einrichtungen belief sich der Anteil des teilzeitbeschäftigten Personals (ausgenommen: Auszubildende, FSJler*innen, Bundesfreiwilligendienstler*innen und Praktikant*innen) in 2017 auf 68,7 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2018b: 17). Dabei waren die Teilzeitquoten bei den Beschäftigten in stationären Einrichtungen in Sachsen (78 %), Mecklenburg-Vorpommern (76 %) und Bremen (75 %) besonders hoch.

[14] Die ambulanten Pflegedienste, die nach Verbandstarif entlohnen, geben in der Erhebung von Schneekloth et al. (2017: 239) seltener an, „kostendeckend [zu] arbeiten, als solche, die nicht nach Tarif bzw. nach Haustarif bezahlen. Daneben tragen hohe Dokumentationspflichten und lange (teils unbezahlte) Anfahrtswege zu einer Kostenunterdeckung bei."

Zusammenschau der Versorgungsformen

Mit Blick auf die Verteilung der pflegebedürftigen Leistungsbezieher*innen nach Versorgungsformen ergibt sich folgendes Bild: In der bezahlten Altenpflege wurden die meisten Pflegebedürftigen zu Hause durch mobile Dienste und/oder Live-ins versorgt (vgl. Tab. 1.7). Anteile lassen sich hier zwar angeben, sind aber wenig aussagekräftig, weil Leistungsbezieher*innen in häuslichen Pflegearrangements Leistungen kombinieren konnten, z. B. die Live-in-Pflege und ambulante Pflegesachleistungen. Stationäre oder teilstationäre Versorgung nahmen zum Jahresende 2017 819.516 pflegebedürftige Personen in Anspruch (ein Anteil von 24 % an den in Pflegegrade eingruppierten Pflegebedürftigen insgesamt). In der Live-in-Pflege arbeitete eine Kraft für knapp zwei Vollzeitkräfte (ohne Berücksichtigung der Bereitschaftszeit). In den ambulanten Pflegediensten versorgte eine Pflegekraft (VZÄ) im Schnitt drei Pflegebedürftige.[15] In der (teil-)stationären Versorgung versorgten zwei Pflegekräfte (VZÄ) im Schnitt drei pflegebedürftige Personen.[16]

Tab. 1.7: Versorgte Personen und Pflegekräfte (VZÄ) nach Versorgungsformen (2017).

	2017 (Jahresende)		
	Versorgte Personen (nicht Jahressumme)	Pflegekräfte (VZÄ)	Pflegekräfte (VZÄ) pro Nutzer*innen
Live-in-Pflege und Betreuung	ca. 200.000	ca. 398.667	1,99
Ambulante Pflegedienste	829.958	266.041	0,32
(Teil-)Stationäre Versorgung	819.516	552.470	0,67
Insgesamt	*ca. 1.849.474*	*ca. 1.217.178*	

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018c: 18, 27, 39; zur Einordnung der Zahl zur Live-in-Pflege vgl. Fn. 10 (eigene Berechnungen).

Die geschätzte Gesamtzahl der (auch) erwerbsmäßig versorgten Personen (1.849.474) lässt Rückschlüsse auf die Zahl der Pflegegeldempfänger*innen zu, die tatsächlich allein durch Angehörige oder andere informell und ehrenamtlich Tätige versorgt werden. Diese Zahl beläuft sich auf ca. 1.564.904 Personen, was einem Anteil von 46 % an den Pflegebedürftigen insgesamt entspricht, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Der Anteil der pflegebedürftigen Leistungsbezieher*innen, die Live-in-Pflege in Anspruch nehmen, dürfte bei mindestens 6 % liegen. Mit Blick auf die häuslich versorgten Pflegebedürftigen in Deutschland dürfte etwa jeder 12. Pflegehaushalt ein Pflegearrangement aufweisen, in das eine oder mehrere Live-ins involviert sind.

1.2 Versorgungsdichte und Trägerstrukturen

Die Versorgungsdichte fällt in Deutschland je nach Bundesland sehr verschieden aus. Wird die Zahl der in den ambulanten Diensten beschäftigten Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre betrachtet (vgl. Tab. 1.8), so wird deutlich, dass in

[15] Vgl. die Übereinstimmung mit Theobald 2021: 404; und die Abweichung zu Schneekloth et al. 2017: 212.
[16] Vgl. Schneekloth et al. 2017: 324 f.

der ambulanten Versorgung in Berlin (23,45), Mecklenburg-Vorpommern (21,9) und Hamburg (21,5) die meisten Kräfte (VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 64 J. tätig sind. In allen drei Ländern dominieren in der ambulanten Versorgung private Träger – in Berlin und Hamburg sogar mit Anteilen über 70 %. Der Anteil der ambulant Versorgten an den über 64-Jährigen der jeweiligen Landesbevölkerung ist in Mecklenburg-Vorpommern (6,8 %), Hamburg (5,6 %) und Berlin (5,0 %) ebenfalls vergleichsweise hoch. Ein geringes ambulantes Arbeitskräftereservoir weisen die Länder Baden-Württemberg (9,3), das Saarland (9,9) und Rheinland-Pfalz (10,6) auf. Von den drei genannten Ländern dominieren in zwei Ländern freigemeinnützige Träger die ambulante Versorgungslandschaft; in Baden-Württemberg liegt der Anteil der Freigemeinnützigen bei 64,4 % und in Rheinland-Pfalz bei 56,6 %. Die Anteile der ambulant Versorgten an den über 64-Jährigen der jeweiligen Landesbevölkerung liegen in den drei genannten Ländern unter dem deutschlandweiten Anteil; in Baden-Württemberg fällt der Anteil am geringsten aus (3,4 %).

Tab. 1.8: Anteile der ambulant Versorgten und Beschäftigte in den ambulanten Pflegediensten pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre (nach Bundesländern, 2017).

	Dominate Träger (freigemeinnützig, privat) (in %)	Anteil der ambulant Versorgten an den Einwohner*innen über 64 Jahre (in %)	Voll- und teilzeitbeschäftigtes Personal pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre				Personal – gesamt[17] (geschätzte VZÄ pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre)
			Vollzeit	Teilzeit – über 50 %	Teilzeit – 50 % und weniger	Geringfügig beschäftigt	
Baden-Württemberg	f 64,4 %	*3,4 %*	*3*	*5*	**4**	4	*9,30*
Bayern	f 56,4 %	*3,7 %*	*5*	*6*	**4**	**5**	12,25
Berlin	p 70,5 %	5,0 %	**12**	**13**	3	4	**23,45**
Brandenburg	p 55,7 %	**6,4 %**	**10**	**15**	*1*	*2*	21,45
Bremen	f 51,6 %	**5,7 %**	6	14	**4**	**8**	19,60
Hamburg	p 70,7 %	5,6 %	**10**	11	**4**	**8**	**21,50**
Hessen	p 59,0 %	4,7 %	7	7	**4**	**5**	14,95
Meckl.-Vorpommern	p 54,8 %	**6,8 %**	**10**	**15**	*2*	*2*	**21,90**
Niedersachsen	p 52,4 %	5,6 %	*5*	9	**4**	**5**	14,35
Nordrhein-Westf.	p 54,5 %	4,9 %	6	7	3	4	13,25
Rheinland-Pfalz	f 56,6 %	4,1 %	*5*	*5*	3	3	*10,60*
Saarland	p 51,1 %	4,2 %	*5*	*4*	3	3	*9,90*
Sachsen	p 57,8 %	**5,7 %**	8	**13**	*2*	*2*	18,50
Sachsen-Anhalt	p 60,7 %	5,3 %	8	11	*1*	*1*	16,40
Schleswig-Holstein	p 49,8 %	*4,0 %*	*4*	7	3	4	11,25
Thüringen	f 50,6 %	5,3 %	8	10	*1*	*1*	15,70
Deutschland	p 51,6 %	4,7 %	6	8	3	4	13,95[18]

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018a: 11, 15; Statistisches Bundesamt 2019c: 32 (eigene Berechnungen).
Legende: Relativ hohe Werte in den Ländern sind durch Fettschrift hervorgehoben, relativ niedrige durch Grauton und Kursivsetzung.

[17] Auszubildende, Helfer*innen im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst sowie Praktikant*innen außerhalb einer Ausbildung sind nicht berücksichtigt.
[18] Hier stimmt die Zahl nahezu exakt mit der Zahl überein, die mit den offiziellen deutschlandweiten Zahlen errechnet werden können.

In der stationären Versorgung[19] weisen die norddeutschen Länder Niedersachsen (34,25), Schleswig-Holstein (33,55) und Bremen (30,6) die höchste Zahl an Kräften pro 1.000 Einwohner*innen über 64 J. auf (vgl. Tab. 1.9). In Niedersachsen und Schleswig-Holstein werden die meisten Plätze von Einrichtungen in privat(gewerblich)er Trägerschaft gestellt; ein relativ großer Anteil der über 64-Jährigen wird in den beiden Ländern stationär versorgt; in Niedersachsen 6,4 %, in Schleswig-Holstein 5,9 %; auch die Zahl der verfügbaren Plätze in stationären Einrichtungen ist in beiden Ländern am höchsten. Wenn wieder auf die Zahl der zur Verfügung stehenden Vollzeitkräfte pro 1.000 Einwohner*innen über 64 J. geblickt wird, belegen Brandenburg (23,45), Berlin (24,2) und Rheinland-Pfalz (25,25) die hinteren Plätze. Bei zwei der genannten Bundesländer ist die stationäre Versorgung dominiert von freigemeinnützigen Trägern. Was den stationären Versorgungsanteil an den Einwohner*innen über 64 Jahre angeht, liegen alle drei Länder unter dem deutschlandweiten Anteil von 5,2 %.

[19] Zum Leistungsspektrum der stationären Pflegeeinrichtungen zählen auch die Kurzzeitpflege (angeboten von 58 % der Einrichtungen), die Tagespflege (angeboten von 31 % der Einrichtungen) und die Nachtpflege (angeboten von nur 1 % der Einrichtungen) (vgl. Schneekloth et al. 2017: 301).

Tab. 1.9: Verfügbare Plätze, Anteile der stationär Versorgten und Beschäftigte in Pflegeheimen pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre (nach Bundesländern, 2017).

	Dominate Träger (*f*reigemeinnützig, *p*rivat) (in %)	Verfügbare Plätze in Pflegeheimen pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre	Anteil der stationär Versorgten (Dauer-, Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege) an den Einwohner*innen über 64 Jahre (in %)	Voll- und teilzeitbeschäftigtes Personal pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre				Personal – gesamt[20] (geschätzte VZÄ pro 1.000 Einwohner* innen über 64 Jahre)
				Vollzeit	Teilzeit – über 50 %	Teilzeit – 50 % und weniger	Geringfügig beschäftigt	
Baden-Württemberg	f 61,5 %	*50*	4,9 %	12	16	**8**	**5**	28,05
Bayern	f 56,9 %	52	*4,8 %*	14	16	6	3	28,65
Berlin	p 49,9 %	51	*4,6 %*	13	*14*	*2*	2	*24,20*
Brandenburg	f 59,9 %	*49*	5,0 %	*9*	19	*2*	*1*	*23,45*
Bremen	f 51,5 %	53	4,9 %	11	**23**	5	**5**	**30,60**
Hamburg	p 57,2 %	55	5,3 %	**16**	15	3	4	28,85
Hessen	f 48,0 %	*50*	*4,8 %*	13	*14*	6	4	26,50
Meckl.-Vorpommern	f 60,7 %	**61**	**6,2 %**	*9*	**25**	3	*1*	28,10
Niedersachsen	p 59,1 %	**65**	**6,4 %**	14	22	**8**	**5**	**34,25**
Nordrhein-Westf.	f 66,0 %	51	5,1 %	12	18	**9**	4	29,65
Rheinland-Pfalz	f 61,6 %	52	*4,6 %*	12	*13*	7	4	*25,25*
Saarland	f 65,6 %	59	5,5 %	**19**	*11*	6	3	30,15
Sachsen	f 52,2 %	55	5,5 %	*8*	**25**	*2*	*1*	26,65
Sachsen-Anhalt	f 49,2 %	59	5,8 %	11	**23**	*2*	*1*	28,25
Schleswig-Holstein	p 66,0 %	**62**	**5,9 %**	**17**	18	6	**5**	**33,55**
Thüringen	f 56,2 %	54	5,4 %	10	22	*2*	*1*	26,55
Deutschland	f 54,4 %	54	5,2 %	12	18	6	4	28,30[21]

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b: 11-13, 17; Statistisches Bundesamt 2019c: 32 (eigene Berechnungen).
Legende: Relativ hohe Werte in den Ländern sind durch Fettschrift hervorgehoben, relativ niedrige durch Kursivsetzung.

Auffällig ist, dass in der freigemeinnützig dominierten stationären Versorgung in Ostdeutschland (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen) die Zahl der in der Pflege Beschäftigten (VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre unter dem deutschlandweiten Trend liegt. Anders sieht es bei den (bis auf Thüringen) privatgewerblich dominierten ambulanten Diensten aus. Hier liegt die Beschäftigtenzahl (VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 64 Jahre in allen fünf Ländern über dem deutschlandweiten Trend.

[20] Auszubildende, Helfer*innen im freiwilligen sozialen Jahr oder im Bundesfreiwilligendienst sowie Praktikant*innen außerhalb einer Ausbildung sind nicht berücksichtigt.
[21] Hier gibt es eine deutliche Abweichung um vier VZÄ von den VZÄ (24), die mit den offiziellen deutschlandweiten Zahlen errechnet werden können.

Addiert man die geschätzten VZÄ in den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen, so erhält man für die Bundesländer Rheinland-Pfalz (35,85) und Baden-Württemberg (37,35) eine relativ geringe Zahl an Kräften pro 1.000 Einwohner*innen über 64 J., was darauf hindeutet, dass in diesen Ländern der Anteil der Angehörigen- und/oder Live-in-Pflege höher ausfällt als in anderen Ländern, in denen wie in Hamburg (50,35) und Bremen (50,2) deutlich mehr VZÄ zur Versorgung der älteren Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Durch die Einführung der Pflegeversicherung wurde ein Transformationsprozess der Trägerstrukturen eingeleitet, der einer „schleichende[n] Revolution“ (Rüb 2003: 276) gleichkam. Die Anbieterlandschaft in den Pflegedienstleistungen veränderte sich gravierend. Zwischen 1991 und 2017 hat sich die Zahl der ambulanten Pflegedienstleister von ca. 4.000 auf 14.100 mehr als verdreifacht (vgl. Theobald 2018: 121). Zwei Drittel der ambulanten Dienste befinden sich in privat(gewerblich)er Trägerschaft. Ein Drittel ist in der Hand von freigemeinnützigen Trägern (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 10).

Die in Tab. 1.10 dargestellten Zahlen können die These von Frank Nullmeier (2002: 273) empirisch belegen, dass das Pflegeversicherungsgesetz ein Marktschaffungsgesetz war, welches privat(gewerblich)en Anbietern – bei geringen Marktzugangsbeschränkungen – ermöglichte, in einen weitgehend ungesättigten Markt mit hohen Renditeerwartungen zu drängen. Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung zeigt sich der Vormarsch privater Leistungsanbieter deutlich. Bereits Ende der 1990er Jahre war die Anzahl der privaten Anbieter ambulanter Dienste höher als die Anzahl der freigemeinnützigen und öffentlichen Anbieter (vgl. Statistisches Bundesamt 2001: 9 [5.504 private Träger ggü. 5.103 freigemeinnützigen und 213 öffentlichen Trägern]). Jedoch lag die Zahl der Pflegebedürftigen pro Dienst bei den Privaten deutlich unter den Zahlen der zu Pflegenden, die in der Obhut von Diensten in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft ambulant versorgt wurden.

Tab. 1.10: Trägerstrukturen – Entwicklung deutschlandweit. Anteile bezogen auf die ambulant bzw. stationär versorgten Pflegebedürftigen (1999-2019).

	private Träger	freigemeinnützige Träger	öffentliche Träger
ambulante Versorgung 1999	35,7 %	62,4 %	1,9 %
⋮	⋮	⋮	⋮
ambulante Versorgung 2011	48,6 %	49,8 %	1,6 %
⋮	⋮	⋮	⋮
ambulante Versorgung 2017	51,4 %	46,9 %	1,7 %
ambulante Versorgung 2019	52,5 %	46,0 %	1,5 %
stationäre Versorgung 1999	25,2 %	63,6 %	11,2 %
⋮	⋮	⋮	⋮
stationäre Versorgung 2011	35,0 %	59,0 %	6,1 %
⋮	⋮	⋮	⋮
stationäre Versorgung 2017	38,7 %	55,4 %	5,9 %
stationäre Versorgung 2019	39,6 %	54,9 %	5,5 %

Quelle: Statistisches Bundes 2001: 10, 14; Statistisches Bundesamt 2013: 12, 18; Statistisches Bundesamt 2018: 22, 32; Statistisches Bundesamt 2020a: 24, 34 (eigene Berechnungen).

Berücksichtigt man die Zahlen der Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt wurden, ergibt sich für 1999 folgendes Bild: Die Privaten hatten einen Anteil von 36 % gegenüber den Anteilen der Freigemeinnützigen von 62 % und der Öffentlichen von lediglich 2 % (vgl. Statistisches Bundesamt 2001: 10). Mittlerweile haben die privaten Anbieter einen deutlich höheren Marktanteil und versorgen 425.178 Pflegebedürftige gegenüber 387.660 zu Pflegenden, die von freigemeinnützigen Diensten versorgt werden, und gegenüber der geringen Zahl von 14.400 Pflegebedürftigen, die von öffentlichen Diensten ambulant betreut werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 22). In absoluten Zahlen verdreifachten die Privatgewerblichen ihr Versorgungsangebot: von 148.608 Pflegebedürftigen, die sie in 1999 ambulant versorgten, auf 425.178 in 2017; bei den Öffentlichen verdoppelte sich die Zahl von 7.881 in 1999 auf 14.400; den geringsten Zuwachs weisen die Freigemeinnützigen auf (Faktor: 1,5).

Weniger stark ausgeprägt, aber dennoch deutlich ist die Zunahme privater Anbieter in der stationären Versorgung. Wird nur die Anzahl der Anbieter betrachtet, so liegt der Anteil der Privaten in 2017 bei 43 %, während der Anteil freigemeinnütziger und öffentlicher stationärer Einrichtungen in 2017 57 % ausmacht (vgl. Tab. 1.11). Vor

Einführung der Pflegeversicherung lag der Anteil der Pflegeheime in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft noch bei 72 %. Wenn die Zahlen der zur Verfügung stehenden Plätze bzw. versorgten Pflegebedürftigen pro Pflegeheim herangezogen werden, dann lassen sich für 1991 in der stationären Altenpflege nur wenige private Träger verzeichnen, die zusammengenommen eine sehr geringe Zahl an Plätzen zur Verfügung stellten. Unter Berücksichtigung ihrer Kapazitäten lag der Anteil der Privaten 1991 bei 15 % gegenüber den Anteilen der Freigemeinnützigen von 56 % und der öffentlichen Träger von 29 % (vgl. Erster Altenbericht der Bundesregierung 1993: 262). Für das Jahr 2017 lag der Anteil der Privaten in der stationären Versorgung – unter Hinzuziehung der Anzahl der Pflegebedürftigen pro Heim – bei 39 %.

Tab. 1.11: Entwicklung der Trägerstrukturen im ambulanten und stationären Sektor in Deutschland (1999-2019).

		1999		*2019*	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Ambulante Dienste	privat	5504	50,87 %	9770	66,52 %
	freigemeinnützig	5103	47,16 %	4720	32,14 %
	öffentlich	213	1,97 %	198	1,35 %
Stationäre Einrichtungen	privat	3092	34,90 %	6570	42,72 %
	freigemeinnützig	5017	56,63 %	8115	52,76 %
	öffentlich	750	8,47 %	695	4,52 %

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001: 9, 13; Statistisches Bundesamt 2020a: 23, 33 (eigene Berechnungen).

Wie deutlich wurde, legten die Privaten deutschlandweit sowohl bei den ambulanten Diensten wie in der stationären Versorgung deutlich zu, während die Anteile der Freigemeinnützigen in beiden Sektoren rückläufig sind. Wenn nach Bundesländern differenziert wird (vgl. Tab. 1.12), so fallen zwischen 2011 und 2017 die hohen Zuwächse der Privat(gewerblich)en bei den ambulanten Diensten in Rheinland-Pfalz (+ 6,9 Prozentpunkte) und Hessen (+ 5 Prozentpunkte) auf. Der Anteil der Privaten in der ambulanten Versorgung nimmt nur in Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen ab. In den vier Bundesländern, in denen die Anteile der Privaten abnehmen, steigen die Anteile der Freigemeinnützigen. In allen übrigen Ländern sind die Anteile der Freigemeinnützigen rückläufig – besonders stark in Rheinland-Pfalz (– 6,9 Prozentpunkte), Bayern (– 5,5 Prozentpunkte) und Schleswig-Holstein (– 5 Prozentpunkte). Bei den Öffentlichen in der ambulanten Versorgung bauen nur Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein ihre Kapazitäten leicht aus.

Die drei Bundesländer mit den höchsten Anteilen bei den Öffentlichen in 2017 waren Hessen (4,4 %), Baden-Württemberg (4,3 %) und Niedersachen bzw. Schleswig-Holstein (beide 2,7 %); die niedrigsten Anteile wiesen Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland auf (0,3 % oder niedriger). Bei den Freigemeinnützigen führten Baden-Württemberg (64,4 %), Rheinland-Pfalz (56,6 %) und Bayern (56,4 %); die niedrigsten Prozentwerte wiesen die lukrativen Metropolregionen Hamburg (28,9 %) und Berlin (29,4 %) auf, gefolgt von Hessen (36,6 %). Die Spitzenreiter bei den Privaten

waren die Bundesländer Hamburg (70,7 %), Berlin (70,5 %) und Sachsen-Anhalt (60,7 %); die am geringsten ausgebauten privatgewerblichen Kapazitäten in der ambulanten Versorgung fanden sich in Baden-Württemberg (31,2 %), Bayern (41,9 %) und Rheinland-Pfalz (42,6 %).

Bei den privatgewerblich geführten stationären Einrichtungen wurden zwischen 2011 und 2017 nur in den Bundesländern Berlin und Rheinland-Pfalz die Kapazitäten verringert. In allen anderen Ländern sind teils deutliche Zuwachsraten zu konstatieren; in Brandenburg, Bremen, Hessen und Thüringen lagen die Zuwächse bei über 4 Prozentpunkten. Die Kapazitäten der freigemeinnützigen stationären Einrichtungen wurden nur in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein leicht ausgebaut. In allen anderen Bundesländern verloren die Freigemeinnützigen Marktanteile; besonders deutlich wird dies in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, dem Saarland und Sachsen-Anhalt, wo jeweils Einbrüche von über 5 Prozentpunkten zu konstatieren sind. Beim Aus- bzw. Abbau der Kapazitäten stationärer Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft sind keine klaren Trends zu erkennen. Vier Bundesländer konnten wegen fehlender Daten nicht berücksichtigt werden; bei sechs Bundesländern war ein Ausbau, bei den restlichen sechs ein Abbau der Kapazitäten zu verzeichnen.

In der stationären Versorgung waren in Schleswig-Holstein (66 %), Niedersachsen (59,1 %) und Hamburg (57,2 %) die privaten Träger besonders dominant, während die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern die geringsten Anteile privater Träger aufwiesen. Freigemeinnützige Träger dominierten die stationäre Versorgung in den Ländern Nordrhein-Westfalen (66 %), dem Saarland (65,6) und Rheinland-Pfalz (61,6 %), dicht gefolgt von Bayern (61,5 %). Geringe Marktanteile wiesen die Freigemeinnützigen in Schleswig-Holstein (30,4 %), Niedersachsen (38 %) und Hamburg (42,8 %) auf. Stationäre Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft waren zu höheren Anteilen (über 8 %) in Bayern, Baden-Württemberg und Thüringen vorzufinden. Schlusslichter mit Anteilen von 3,3 % und niedriger waren Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Brandenburg.

Tab. 1.12: Ambulante Pflegedienste (Anteile der Versorgten) und stationäre Versorgung (Anteile verfügbarer Plätze) nach Trägern und Bundesländern, Prozentangaben im Vergleich der Jahre 2011 und 2017.

	Ambulante Pflegedienste						*Stationäre Versorgung*					
	2011			2017			2011			2017		
	öffentlich	freigemein-nützig	privat	öffentlich	freigemein-nützig	privat	öffentlich	freigemein-nützig	privat	öffentlich	freigemein-nützig	privat
Baden-Württemberg	**4,0**	**66,8**	*29,2*	**4,3**	**64,4**	*31,2*	**10,2**	61,1	*28,7*	↓**9,2**	61,5	*29,2*
Bayern	*0,5*	**61,9**	*37,5*	↑1,7	↓**56,4**	*41,9*	**10,8**	59,8	29,5	**11,2**	56,9	*31,9*
Berlin	*0,2*	*32,1*	**67,7**	*0,1*	*29,4*	**70,5**	3,4	45,7	50,9	↑6,2	44,0	↓49,9
Brandenburg	0,6	46,6	52,8	1,0	43,3	55,7	*2,6*	65,0	32,4	*3,3*	↓59,9	↑36,8
Bremen		49,2	50,8		↑51,6	↓48,4		56,3	43,7		51,5	↑48,5
Hamburg		*29,8*	**70,2**	0,4	*28,9*	**70,7**		*45,5*	**54,5**		*42,8*	**57,2**
Hessen	**5,6**	*40,4*	54,0	↓**4,4**	*36,6*	↑59,0	6,3	52,4	41,3	↓5,4	48,0	↑46,6
Meckl.-Vorpommern	*0,3*	44,6	55,1	*0,3*	44,9	↓54,8	3,9	**66,3**	29,8		↓60,7	
Niedersachsen	**3,1**	47,4	49,5	**2,7**	44,9	52,4	*2,6*	*41,9*	**55,5**	*2,9*	*38,0*	↑**59,1**
Nordrhein-Westfalen	0,6	48,1	51,3	0,6	44,9	54,5	6,4	**68,3**	*25,3*	↓5,2	**66,0**	*28,7*
Rheinland-Pfalz	0,8	**63,5**	*35,7*	0,8	↓**56,6**	↑*42,6*	*2,0*	60,1	37,8	*1,8*	↑**61,6**	↓36,6
Saarland	0,6	49,0	50,4	*0,3*	48,7	51,1	*1,0*	**72,0**	*27,0*		↓**65,6**	
Sachsen	*0,5*	*40,4*	**59,1**	1,0	↑41,2	↓57,8	3,8	55,1	41,0	4,7	52,2	43,1
Sachsen-Anhalt	0,7	41,9	57,4	↑2,1	37,2	**60,7**	4,1	54,4	41,5	↑6,8	↓49,2	44,0
Schleswig-Holstein	1,7	52,5	45,8	↑**2,7**	↓47,5	49,8	4,2	*30,3*	**65,5**	3,6	*30,4*	**66,0**
Thüringen	0,9	49,9	49,3	0,9	↑50,6	↓48,5	**10,0**	60,0	30,0	↓**8,3**	56,2	↑35,5
Deutschland	1,6	49,8	48,6	1,7	46,7	51,6	6,1	56,9	37,0	5,9	54,4	39,7

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013a: 6; Statistisches Bundesamt 2013b: 6; Statistisches Bundesamt 2018a: 11; Statistisches Bundesamt 2018b: 12.

Legende: Relativ hohe Werte in den Ländern sind durch Fettschrift hervorgehoben, relativ niedrige durch Kursivsetzung; die Pfeile bei einigen Werten (2017) weisen – im Vergleich zu 2011 – auf auffällige Aufwärts- und Abwärtstrends hin.

2 Daten zur Altenpflege in Österreich

2.1 Ergänzende Daten zur Pflegesituation – unter besonderer Berücksichtigung der Pflegenden

Pflegende Angehörige

Im Folgenden werden Strukturen der Ressourcenbereitstellung beleuchtet, wobei dargestellt wird, welche Instrumente zur Finanzierung der Betreuung und Pflege etabliert wurden und welche Akteure in die Finanzierung eingebunden sind. Dabei werden auch Kostenanteile einzelner Finanzierungsinstrumente an den öffentlichen Pflegeausgaben insgesamt abgeschätzt.

Die zentrale Struktur der Ressourcenbereitstellung in der österreichischen Langzeitpflege wird bestimmt durch das Pflegegeld, das nach sieben Stufen gestaffelt ist – von Pflegestufe 1 mit einem monatlichen Pflegegeld von 160,10 EUR bis zur höchsten Pflegestufe 7 mit einem monatlichen Pflegegeld von 1.719,30 EUR (Stand: Januar 2020) (vgl. Tab. 2.1). Es handelt sich dabei um eine versicherungsunabhängige Transferleistung, die steuerfinanziert ist und seitens des Bundes über die Sozialversicherungsträger an die österreichischen Bürger*innen – je nach Pflegeaufwand und Stufe – bedarfsorientiert und universell ausgezahlt wird. Zudem erfolgt die Transferleistung einkommensunabhängig (auch vermögende Bürger*innen werden bei Pflegebedürftigkeit zu Pflegegeldbezieher*innen), und sie ist unreguliert, d. h. nicht an ein formelles Sachleistungssystem gekoppelt.

Tab. 2.1: Höhe des Pflegegeldes (Januar 2020).

		Monatliches Pflegegeld (bedarfsorientiert, unreguliert, einkommensunabhängig)
Pflegestufe 1 – mehr als 65 Stunden pro Monat		160,10 EUR
Pflegestufe 2 – mehr als 95 Stunden pro Monat		295,20 EUR
Pflegestufe 3 – mehr als 120 Stunden pro Monat		459,90 EUR
Pflegestufe 4 – mehr als 160 Stunden pro Monat		689,80 EUR
Pflegestufe 5 – mehr als 180 Stunden pro Monat	außergewöhnlicher Pflegeaufwand für die Pflegeperson	936,90 EUR
Pflegestufe 6 – mehr als 180 Stunden pro Monat	zeitlich unkoordinierbare Betreuungs- u. Pflegemaßnahmen; dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson ist erforderlich (Tag + Nacht)	1.308,30 EUR
Pflegestufe 7 – mehr als 180 Stunden pro Monat	bettlägerig; keine zielgerichtete Bewegung der Extremitäten mehr möglich od. vergleichbarer Zustand	1.719,30 EUR

Quelle: https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4/Seite.360516.html (zuletzt abgerufen am 30.05.2020).

21 % der über 60-Jährigen beziehen Pflegegeld. Der Frauenanteil an den Pflegegeldbezieher*innen beträgt 63 % (vgl. BMASGK 2019: 125). 2018 liegt der Anteil der Pflegegeld-Anspruchsberechtigten, die den Stufen 5 bis 7 zugeordnet sind (mindestens 180 Stunden Pflegeaufwand pro Monat), bei 17 % (vgl. Tab. 2.2). Weitere 15 % der Pflegegeldbezieher*innen weisen einen Pflegeaufwand von mehr als 160 Stunden

auf (Stufe 4). Der Anteil der Anspruchsberechtigten in den Stufen 1 bis 3 liegt 2018 bei 68 % und ist gegenüber 2012 (70 %) leicht zurückgegangen.

Tab. 2.2: Pflegegeld-Anspruchsberechtigte nach Pflegestufen (2012, 2018).

	Stufe 1	*Stufe 2*	*Stufe 3*	*Stufe 4*	*Stufe 5*	*Stufe 6*	*Stufe 7*	*Gesamt*
2012	98.989	131.843	76.410	62.534	43.751	18.183	9.186	440.896
	23 %	30 %	17 %	14 %	10 %	4 %	2 %	100 %
2018	127.754	101.402	83.913	67.703	52.069	19.970	9.368	462.179
	28 %	22 %	18 %	15 %	11 %	4 %	2 %	100 %

Quelle: BMASK 2013: 65; BMASGK 2019: 125 (eigene Berechnungen).

Die unregulierte Transferleistung des Pflegegeldes macht gefolgt von den Ausgaben für stationäre Dienste (inkl. Kurzzeitpflege) den größten Posten aus. Der Anteil des Pflegegeldes an den Gesamtaufwendungen der öffentlichen Hand für die Langzeitpflege liegt bei 50 % (vgl. Tab. 2.3).[22]

Tab. 2.3: Öffentliche Mittel zur Finanzierung der Langzeitpflege für das Jahr 2018.

		in Mio. EUR
Pflegegeldaufwand		2.621,7
Aufwand: Pflegekarenz, Pflegeteilzeit, Sterbebegleitung		5,4
Aufwand: 24-Stunden-Betreuung (60 % Bund; 40 % Länder)		158,4
Aufwand hinsichtlich der Kernprodukte der Länder und Gemeinden f. Betreuung und Pflege (Nettoausgaben plus sonstige Einnahmen [z. B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds])	*Mobile Dienste*	508,3
	Stationäre Dienste (inkl. Kurzzeitpflege)	1.920,2
	Teilstationäre Dienste	27,5
	Alternative Wohnformen	20,9
	Case- und Caremanagement	15,2
	Mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste	4,4
Gesamt		**5.282,0**

Quelle: BMASGK 2019: 39, 130, 148, 217.

[22] Dabei ist das Pflegegeld kaum wertgesichert, sondern hat seit seiner Existenz an Kaufkraft eingebüßt; pro Jahr lassen sich immer weniger Pflegeleistungen über die an die Pflegestufen gekoppelten Pflegegeldsätze finanzieren (vgl. Köfel 2012: 4).

Live-ins

Neben dem Pflegegeld schüttet der Bund zusammen mit den Ländern staatliche Fördermittel zur 24-Stunden-Betreuung aus, im Jahr 2018 in Höhe von 158,4 Mio. EUR (der viertgrößte Ausgabenposten [öffentl. Mittel zur Finanzierung der Langzeitpflege]). Sofern zwei selbstständige, nach dem Hausbetreuungsgesetz beauftragte Personenbetreuer*innen eingesetzt werden, die pflegebedürftige Person mindestens in Pflegestufe 3 eingruppiert ist und über ein monatliches Nettoeinkommen von weniger als 2.500,- EUR verfügt, wird seitens des Bundessozialamts eine monatliche Förderung in Höhe von 550,- EUR gewährt. Die zunehmende Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für das österreichische Pflegesystem spiegelt sich in den steigenden Kosten wider, die der Bund zu 60 % und die Länder zu 40 % tragen. Von 89,2 Mio. EUR in 2012 stieg der Aufwand auf 150,6 Mio. EUR in 2016 (ein Zuwachs um 68,8 %) (vgl. Tab. 2.4). Ab 2016 scheint vorerst eine gewisse (Markt-)Sättigung eingetreten zu sein, was sich auch an den fortan nur noch geringen Zuwächsen an registrierten Personenbetreuer*innen zeigt.

Tab. 2.4: 24-Stunden-Betreuung – Aufwand Bund und Länder – Steigerungen zu den Vorjahren.

	2014	2016	2018
	37,9 %	22,4 %	5,2 %
(Gesamtförder-summe)	(123,0 Mio. EUR)	(150,6 Mio. EUR)	(158,4 Mio. EUR)

Quelle: BMASK 2017: 34; BMASGK 2019: 38 (eigene Berechnungen).

Mit dem Pflegegeld und den staatlichen Fördermitteln zur 24-Stunden-Betreuung war jedoch nur eine Teilabdeckung der im Rahmen der Live-in-Pflege entstehenden Kosten gegeben. Denn bei einer pflegebedürftigen Person, die Pflegestufe 4 aufwies und von Live-in-Personenbetreuer*innen versorgt wurde, beliefen sich die monatlichen Selbstkosten (bei Abzug der staatlichen Förderung und des Pflegegeldes) auf 1.600,- bis 1.800,- EUR, wobei ein branchenübliches Honorar von 80,- EUR pro 24 Stunden[23] veranschlagt und die der Live-in zustehende Kost und Logis nicht eingepreist sind.[24]

Wenn auf die Herkunft der Live-ins geblickt wird, so werden anteilsmäßige Verschiebungen hinsichtlich der Herkunftsländer deutlich (vgl. Tab. 2.5). Die Slowakei war lange Zeit das Land, aus dem die meisten Live-in-Personenbetreuer*innen kamen. 2008 lag der Anteil der slowakischstämmigen Live-ins bei 79,3 %, während Live-ins aus Rumänien lediglich einen Anteil von 6,6 % ausmachten (vgl. Prochazkova et al. 2008: 96 f.) – bei knapp 9.000 angemeldeten selbstständigen Betreuer*innen (vgl. ebd.: 94). Trotz einiger Unschärfen bei den beobachteten Trends, die infolge zeitverzögerten Anmeldeverhaltens einiger Live-in-Gruppen entstanden (vgl. Prochazkova et al. 2008: 96 f.), konstatieren Leiblfinger/Prieler (2018), Rumänien habe die Slowakei mittlerweile als wichtigstes Herkunftsland abgelöst. „Generell ist der Trend zu beobachten, dass sich die Herkunftsregionen der Betreuungskräfte immer weiter nach Osten verschieben. So stammt beispielsweise der Großteil der slowakischen BetreuerInnen mittlerweile aus dem ost- bzw. mittelslowakischen Raum und nicht mehr, wie

[23] Die Höhe des Honorars variiert je nach Betreuungs- und Pflegeaufwand zwischen 70,- EUR und 90,- EUR.
[24] Vgl. https://www.24hpflege.at/www/files/content/kosten/AIW_O%C3%96RK_Kostenblatt_01_05_202.pdf und https://www.24-stunden-betreuung.at/kosten/betreuungskosten/ (zuletzt abgerufen am 15.05.2020).

vor der Legalisierung, vorrangig aus den an Österreich angrenzenden Gebieten“ (ebd.: 13 f.).

Tab. 2.5: 24-Stunden-Betreuer*innen nach Herkunft (in Prozent).

	2013	2015	2017
Slowakei	56,0 %	47,1 %	39,3 %
Rumänien	30,1 %	36,9 %	42,5 %
Ungarn	5,4 %	5,6 %	5,8 %
Bulgarien	2,0 %	2,1 %	2,4 %
Polen	1,9 %	1,7 %	1,6 %
Kroatien	-	2,3 %	4,5 %

Quelle: Österle 2016: 255; Leiblfinger/Prieler 2018: 13.

Auch die Prozentwerte in Tab. 2.5 legen nahe, dass eine solche Verschiebung in entferntere östlich gelegene Länder erfolgt, in denen das West-Ost-Einkommensgefälle noch stärker ausgeprägt ist. Polen, das nach wie vor wichtigste Rekrutierungsland für die Live-in-Pflege in Deutschland, spielt für Österreich kaum eine Rolle. In Österreich nimmt der Anteil rumänischer und kroatischer Live-ins in den letzten Jahren deutlich zu.

Die Live-in-Pflege in Österreich ist keine Marginalie, sondern sie ist seit langem eine tragende Säule des Pflegesystems. Wenn Vollzeitäquivalente berechnet werden, so lässt sich zeigen, dass ca. 56 % der bezahlten Arbeitsstunden in der Altenpflege von selbstständigen Personenbetreuer*innen erbracht werden.[25] Auf die mobilen und stationären Dienste entfällt ein Anteil von 11 % bzw. 32 %. Entsprechend bilden die Live-ins in Österreich den größten und günstigsten entgeltlichen Pflegedienst (vgl. Tab. 2.6).

[25] Während Heimhelfer*innen bei einer 40-Stunden-Woche ein monatliches Bruttoeinstiegsgehalt von 1.670,- EUR bis 1.780,- EUR beziehen (vgl. https://www.berufslexikon.at), liegt das Honorar pro 24 Stunden bei selbstständigen Personenbetreuer*innen je nach Pflegeaufwand bei 70,- EUR bis 90,- EUR.

Tab. 2.6: Personal (VZÄ) in der bezahlten Altenpflege in Österreich (2018).

	VZÄ	Anteil
VZÄ in der Live-in-Pflege	62.834	56,2 %
VZÄ in den ambulanten Diensten	12.547	11,2 %
VZÄ in den stationären Einrichtungen (inkl. Kurzzeitpflege)	35.540	31,8 %
VZÄ in der teilstationären Versorgung sowie in sonstigen Wohnformen und Entlastungsdiensten	932	0,8 %
		100 %

Quelle: BMASGK 2019: 217; WKO Statistik 2019: 11 (eigene Berechnungen).

Legende: 2018 waren in Österreich 63.043 selbstständige Personenbetreuer*innen registriert (vgl. WKO Statistik 2019: 11). In der Regel sind zwei Kräfte pro Pflegehaushalt eingesetzt. Zur Abschätzung der VZÄ gehen wir folglich davon aus, dass 31.522 selbstständige Personenbetreuer*innen über das Jahr hinweg durchgehend aktiv sind. Zieht man zur Berechnung der VZÄ (auf Grundlage einer 40-Stunden-Woche und von 45 Kalenderwochen [52 Kalenderwochen abzüglich der Urlaubszeit von fünf Wochen und der gesetzlichen Feiertage]) die durch die Hielscher et al.-Studie (2017: 60) erfasste wöchentliche Arbeitszeit von Live-in-Erwerbstätigen in Deutschland in Höhe von 69 Stunden (ohne Bereitschaft) heran, so erhalten wir für Österreich näherungsweise eine erbrachte Arbeitsleistung der Personenbetreuer*innen von 62.834 Vollzeitäquivalenten (nochmals: ohne Erfassung der Bereitschaftszeit).[26]

Ambulante und stationäre Kräfte

Mit dem Pflegefonds, der zu 2/3 vom Bund und zu 1/3 von den Ländern getragen wird, unterstützt der Bund die Länder und Gemeinden dabei, die steigenden Kosten im Bereich der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen abzudecken, darunter die Kosten im Bereich der mobilen und (teil-)stationären Dienste, aber auch der mehrstündigen Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste. Gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll er dem Ziel dienen, häusliche Pflegearrangements zu stärken. Bei den in Tab. 2.7 angegebenen Geldsummen im Bereich der mobilen Dienste und stationären Versorgung (inkl. der Kurzzeitpflege [KZP]) handelt es sich um öffentliche Ausgaben, d. h. die Beiträge oder Ersätze von betreuten Personen, Angehörigen sowie Drittverpflichteten wurden abgezogen. Pro Leistungsnehmer*innen verteuerten sich die Dienste zwischen 2013 und 2018 – im ambulanten Bereich um 7 % und im stationären Bereich um 9 %.

[26] Erste, uns bekannte Versuche, die Zahl der Live-ins mit den Vollzeitäquivalenten in den mobilen und stationären Diensten in Österreich in Beziehung zu setzen, finden sich bei Prochazkova et al. 2008: 30; Schmid 2009: 63; Österle 2016: 256, jedoch ohne Berücksichtigung der VZÄ in der sog. 24-Stunden-Betreuung.

Tab. 2.7: Öffentliche Ausgaben in den mobilen und stationären Diensten pro Nutzer*innen (2013, 2018).

	Mobile Dienste		***Stationäre Versorgung (inkl. Kurzzeitpflege)***	
	2013	**2018**	**2013**	**2018**
Anzahl der versorgten Personen (Jahressumme)	136.410	153.486	79.066	104.971
Öffentliche Ausgaben = Nettoausgaben plus sonstige Einnahmen (z. B. Mittel aus Landesgesundheitsfonds) (Jahressumme)	420,6 Mio. EUR	508,3 Mio. EUR	1.325,7 Mio. EUR	1.920,2 Mio. EUR
Öffentliche Ausgaben pro Nutzer*in (p. a.)	3.083,- EUR	3.312,- EUR	16.767,- EUR	18.293,- EUR

Quelle: BMASK 2014: 107; BMASGK 2019: 217 (eigene Berechnungen).

Budgettechnisch ist in Österreich die Pflegefinanzierung auch im Kontext der Sozialhilfe angesiedelt. Die Sozialhilfe deckt die restlichen Kosten dann ab, wenn die zu pflegende Person aus eigenen Mitteln (Pflegegeld, Pension etc.) Pflegeleistungen, die sie benötigt, nicht finanzieren kann. Die Sozialhilfe ist im Wesentlichen Landesaufgabe. In den Bundesländern bestehen aber Regelungen, welche die Gemeinden über die Sozialhilfeumlage an die Länder an den Kosten beteiligen. Dabei kann die Verteilung der Ausgabenlast zwischen Land und Gemeinden je nach Bundesland divergieren (vgl. Köfel 2012: 5).

Die Lohnhöhen der in der Langzeitpflege beschäftigten Arbeitskräfte variierten nach Berufsgruppe und Kollektivvertrag. Für diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (DGKP) lag die Spanne des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinstiegsgehalts zwischen 2.070,- EUR bis 2.310,- EUR (vgl. Tab. 2.8). Die Einstiegsgehälter von Fachsozialbetreuer*innen (FSBs) und Diplomsozialbetreuer*innen (DSBs)[27] lagen bei 1.900,- EUR bis 2.120,- EUR pro Monat. Die Gehälter der Heimhelfer*innen lagen mit maximal 1.880,- EUR nur leicht unter denen der dreijährig examinierten Kräfte.

Tab. 2.8: Durchschnittliche monatliche Brutto(einstiegs)gehälter bzw. Honorarsumme bei Vollbeschäftigung in der Pflege bzw. Personenbetreuung (2017 od. verfügbares Jahr).

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen	Fachsozialbetreuer*innen für Altenarbeit / Diplomsozialbetreuer*innen für Altenarbeit	Heimhelfer*innen	Honorarsumme für zwei selbständige Personenbetreuer*innen (30 Tage, 24 Std.)
2.070,- EUR bis 2.310,- EUR	1.900,- EUR bis 2.120,- EUR	1.690,- EUR bis 1.880,- EUR	2.100,- EUR bis 2.700,- EUR

Quelle: Dammayr 2019: 143; zur Honorarspanne in der Personenbetreuung (je nach Pflegeaufwand 70,- bis 90,- EUR pro 24 Std.) vgl. https://www.24hpflege.at/www/files/content/kosten/AIW_O%C3%96RK_Kostenblatt_01_05_202.pdf und https://www.24-stunden-betreuung.at/kosten/betreuungskosten/ (zuletzt abgerufen am 15.05.2020).

Ein weiteres, für Österreich zu berücksichtigendes Moment der Ressourcenbereitstellung ist die Begünstigung der privatgemeinnützigen Träger. Diese erfolgt etwa im

[27] Vgl. Fn. 32.

Rahmen von Steuerbefreiungen. Mit dem Europäischen Wettbewerbsrecht und dem Beihilfenverbot, das steuerliche Privilegien als wettbewerbsverzerrend zurückweist, wurden Regularien etabliert, die den privatgewinnorientierten Trägern Rückenwind geben und die Privatgemeinnützigen unter weiteren Druck setzen (vgl. Dammayr 2019: 134; weiterführend zur Debatte: Schulte 2019; Welti 2019).

Zusammenschau der Versorgungsformen

Mit Blick auf die Verteilung der leistungsbeziehenden Personen (Pflegegeldanspruchsberechtigte) nach Diensten ergibt sich folgendes (vor dem Hintergrund des Dargestellten wenig überraschendes) Bild: In der bezahlten Altenpflege werden die meisten Pflegebedürftigen zu Hause durch mobile Dienste und/oder Live-in-Personenbetreuer*innen versorgt (vgl. Tab. 2.9). Anteile lassen sich hier zwar angeben, sind aber wenig aussagekräftig, weil Pflegegeldbezieher*innen in häuslichen Pflegearrangements Dienste kombinieren können, z. B. die 24-Stunden-Betreuung, mobile Dienste[28] sowie mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste. Stationäre Dienste (inkl. Kurzzeitpflege) nehmen 71.383 Personen in Anspruch (ein Anteil von 15 % an den Pflegegeldbezieher*innen, was sich in etwa mit der eingangs dargelegten prozentualen Verteilung zwischen häuslicher und außerhäuslicher Pflege deckt). Die Inanspruchnahme von teilstationären Diensten, alternativen Wohnformen und Entlastungsdiensten bewegt sich auf einem niedrigen Niveau; nur 2 % der Pflegegeldbezieher*innen nehmen einen dieser Dienste (zusätzlich) in Anspruch.

Tab. 2.9: Versorgte Personen und Pflegekräfte (VZÄ) nach Diensten (2018).

	2018 (Ende des Jahres)		
	Versorgte Personen (nicht Jahressumme)	Pflegekräfte (VZÄ)	Pflegekräfte (VZÄ) pro Nutzer*innen
24-Stunden-Betreuung („*Eins-zu-eins*"-Betreuung; selbstständige Live-ins)	ca. 31.522[29]	ca. 62.833,9	1,99
Mobile Dienste	94.039	12.547,4	0,13
Stationäre Dienste (inkl. KZP)	71.383	35.540,3	0,50
Teilstationäre Dienste	5.542	525,8	0,095
Alternative Wohnformen	3.095	295,9	0,096
Mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste	744	110,4	0,15
Insgesamt	*ca. 206.325*	*ca. 111.853,7*	

Quelle: BMASK 2014: 107; BMASGK 2019: 217, 220; WKO Statistik 2019: 11 (eigene Berechnungen).

[28] Jedoch „nehmen weniger als 14 Prozent der Haushalte zusätzlich zur 24-Stunden-Betreuung professionelle mobile (Pflege-)Dienste in Anspruch" (Leiblfinger 2020: 3).

[29] Die Zahl der Bezieher*innen einer staatlichen Förderungsleistung zur 24-Stunden-Betreuung belief sich im Jahr 2018 auf 24.692 (durchschnittliche Bezieher*innen pro Monat) (vgl. BMASGK 2019: 37). Die Diskrepanz zur angegebenen Anzahl der versorgten Personen kann – abgesehen von der zu berücksichtigenden Ungenauigkeit der Schätzung – vor dem Hintergrund vereinzelter Paarversorgungen durch eine Live-in, der Pflegestufe 3 (die erst zur Beziehung der Förderung berechtigt) wie der Überschreitung der festgelegten Einkommenshöhe von 2.500,- EUR pro Monat erklärt werden.

Die angegebene Gesamtzahl der erwerbsmäßig versorgten Personen (206.325) lässt Rückschlüsse auf die Zahl der Pflegegeldbezieher*innen zu, die ausschließlich durch pflegende Angehörige, Freund*innen etc. versorgt werden. Ende 2018 waren insgesamt 462.179 Personen anspruchsberechtigte Bezieher*innen des Pflegegeldes (davon 50 % in den niedrigen Pflegestufen 1 und 2) (vgl. BMASGK 2019: 125). Ausschließliche Pflege und Betreuung durch Angehörige, Freund*innen und/oder Nachbarn könnten demnach 55 % der Pflegegeldbezieher*innen erfahren haben.

Ende 2017 arbeiten in Österreich insgesamt 193 Tsd. Personen erwerbsmäßig in den Pflege- und Betreuungssegmenten der häuslichen und außerhäuslichen Langzeitpflege sowie der Krankenhäuser. Wird nur die häusliche und (teil-)stationäre Langzeitpflege fokussiert, sind es 122 Tsd. Erwerbstätige. Der überwiegende Teil der bezahlten Altenhilfe und -pflege wird von formal nicht qualifizierten Live-in-Kräften (selbstständigen Personenbetreuer*innen) in privaten Haushalten geleistet.[30] Heimhilfen, deren Ausbildung je 200 theoretische und praktische Unterrichtseinheiten umfasst (vgl. Dammayr 2019: 174)[31], werden nur in der ambulanten und stationären Versorgung der Langzeitpflege, nicht aber in Krankenhäusern eingesetzt. Bei den mobilen Diensten in der häuslichen Pflege liegt der Anteil der Heimhilfen bei 47 %, während der Anteil von Angehörigen der Pflegeassistenzberufe[32] bei 28 % liegt und diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP), deren Ausbildung insgesamt 4.600 Stunden in Theorie und Praxis umfasst, einen Anteil von 25 % ausmachen (vgl. Abb. 2.1).[33]

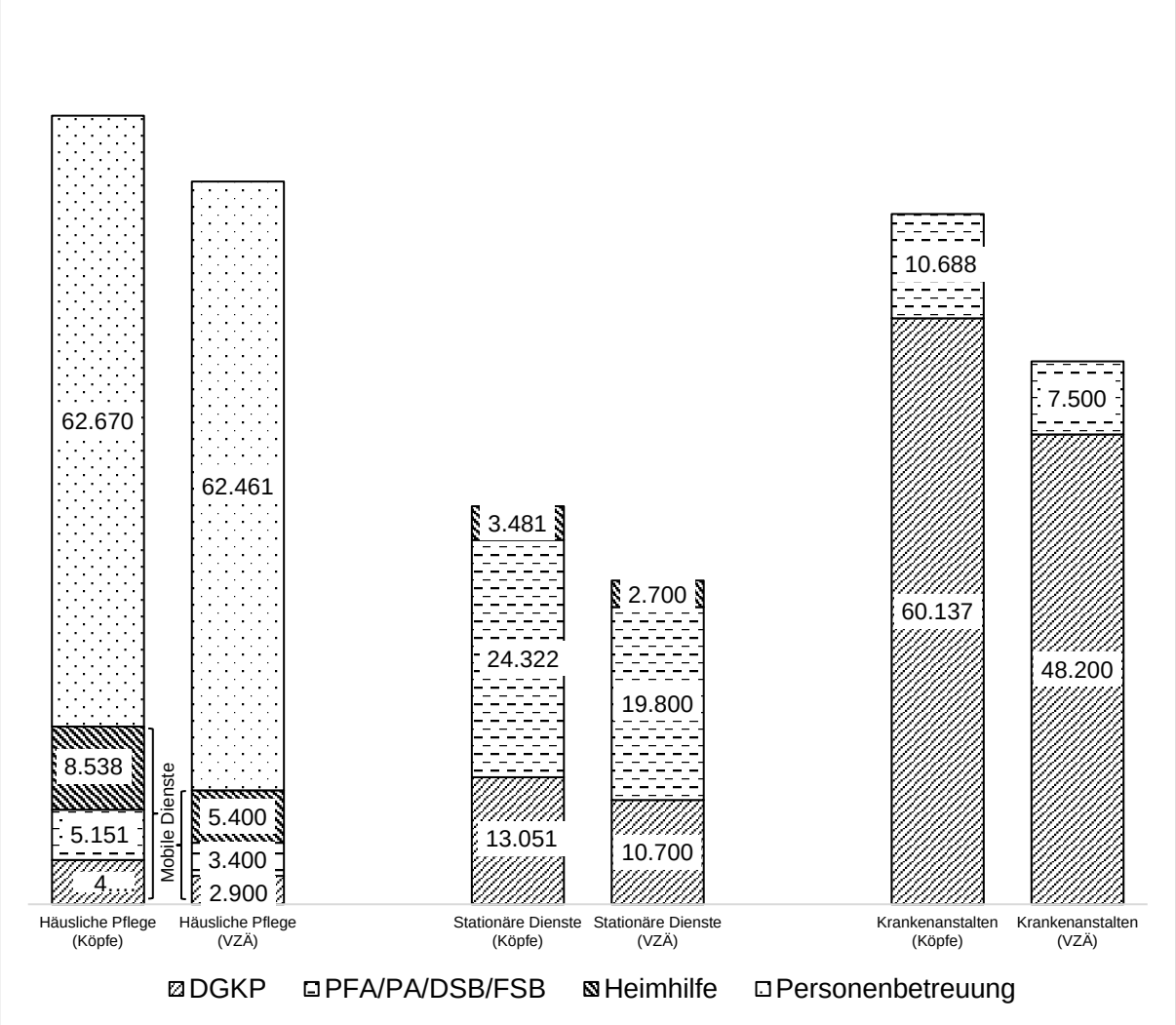
[30] Zur geringen Qualifikation bzw. zur formal weitgehend fehlenden Qualifikation bei den Personenbetreuer*innen vgl. Bachinger 2006: 3; Prochazkova et al. 2008: 32; Schmid 2009: 64 f.; Leiblfinger/Prieler 2018: 39; Steiner et al. 2019: 6.

[31] „Dieses Berufsbild […] wurde durch das Ausbildungsmodul ‚Unterstützung bei der Basisversorgung' (UBV) deutlich aufgewertet, indem sein Aufgabenbereich erweitert wurde" (Dammayr 2019: 174).

[32] Pflegefachassistent*innen (PFA) (ein Ausbildungsumfang von insgesamt 3.200 Stunden in Theorie und Praxis), Pflegeassistent*innen (PA) (insgesamt 1.600 Stunden in Theorie und Praxis, Diplomsozialbetreuer*innen (DSB) (je 1.800 Stunden in Theorie und Praxis) sowie Fachsozialbetreuer*innen (FSB) (je 1.200 Stunden in Theorie und Praxis).

[33] Die Angaben zum jeweiligen Ausbildungsumfang sind Dammayr (2019: 171-174) entnommen. Zu den Aufgabenbeschreibungen und den zentralen Charakteristika der genannten Berufe (Gesundheitsberufe nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz sowie Sozialberufe nach dem Sozialbetreuungsberufegesetz) vgl. ausführlich ebd. Bis zum Jahr 2014 ist eine vollständige Überführung des gehobenen Dienstes auf Fachhochschulniveau geplant.

Abb. 2.1: Pflege- und Betreuungspersonal nach Qualifikationsniveaus (Köpfe und VZÄ) (2017).



Quelle: BMASGK 2019: 29; BMASGK 2019c: 21; zur Zahl der aktiven selbstständigen Personenbetreuer*innen vgl. WKO Statistik 2018: 11 (eigene Berechnungen).

Wenn wir die bezahlte häusliche Pflege inkl. der Personenbetreuung betrachten, liegt der Pro-Kopf-Anteil des professionellen Personals, das in den privaten Haushalten tätig ist, bei lediglich 12 %, wobei das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie Personen erfasst sind, die eine abgeschlossene Ausbildung zur Pflege(fach)assistenz vorweisen können oder jenen Sozialbetreuungsberufen zugeordnet sind, in deren Ausbildungsgängen Pflegeassistenz enthalten ist (bei Berücksichtigung der VZÄ sind es sogar nur 8,5 %). Die Frequentierung professionellen Personals in der häuslichen Pflege ist gering (vgl. Leiblfinger 2020: 3; BMASGK 2019: 50). In häuslichen Pflegearrangements dominiert ein geringer Grad an Beruflichkeit. In der stationären Versorgung überwiegen die PFA/PA/DSB/FSB-Berufe; ihr Anteil beträgt 60 % gegenüber einem geringeren Anteil an diplomierten Gesundheits- und

Krankenpfleger*innen (32 %). Heimhilfen machen bei den stationären Diensten nur 8 % aus.[34]

Die Arbeitsfelder der Pflege und Betreuung – ausgenommen die sog. 24-Stunden-Betreuung durch Personenbetreuer*innen[35] – sind durch Teilzeitbeschäftigung geprägt. Dies wird deutlich, wenn man die Zahl der Beschäftigten mit den Vollzeitäquivalenten in Beziehung setzt (vgl. Abb. 2.1). Um 10 Vollzeitstellen in den mobilen Diensten zu besetzen, sind knapp 16 Personen erforderlich. In der stationären Versorgung und in den Krankenhäusern werden zur Besetzung von 10 Vollzeitstellen 12 bzw. 13 Personen benötigt. Ein Drittel des Pflege- und Betreuungspersonals ist 50 Jahre und älter, was aufgrund von Verrentung (AT: Pensionierung) bis zum Jahr 2030 viele Neueinstellungen nötig macht bzw. einen erheblichen Ersatzbedarf auslösen wird (vgl. BMASGK 2019c: 4).

2.2 Versorgungsdichte und Trägerstrukturen

Wenn wir auf die Versorgungsdichte in der Langzeitpflege blicken, ergibt sich ein nach Bundesländern differenziertes, durchaus disparates Bild. Die höchste Versorgungsdichte in der stationären wie ambulanten Versorgung findet sich in Wien (vgl. Tab. 2.10). Bei den stationären Diensten folgt die Steiermark mit 48 Vollzeit-Arbeitskräften (VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre, dicht gefolgt von Salzburg und Tirol (jeweils 46). Die Schlusslichter in der stationären Versorgung bilden Niederösterreich (29) und das Burgenland (32).[36] Im Burgenland wie in der Steiermark sind die mobilen Dienste mit einer geringen Zahl an Kräften ausgestattet. Im Unterschied zur Steiermark, wo die Verfügbarkeit in den stationären Diensten die geringe personelle Ausstattung in den mobilen Diensten kompensieren kann, ist im Burgenland auch der stationäre Sektor gering ausgebaut. Bei den teilstationären Diensten führen Tirol und das Burgenland das Ranking an, während Kärnten und Niederösterreich die hintersten Plätze belegen.

[34] Zu den qualitativen Mindestpflegepersonalschlüsseln in stationären Einrichtungen, betreffend der Qualifikationsniveaus und Berufsbezeichnungen DGKP, PFA, PA, FSB, DSB und Heimhilfen z. B. in Oberösterreich, vgl. Staflinger 2016: 47-49. „Die Berechnung des Personals bzw. des (Mindest-)Personalschlüssels variiert – aufgrund des föderalen Prinzips – zwischen den Bundesländern teils erheblich: Während manche ihr Personal in qualitativer und quantitativer Zusammensetzung in enger Anlehnung an die Pflegestufen kalkulieren, dienen sie in anderen Bundesländern als Richtwert. Geregelt werden die jeweiligen Berechnungsmodalitäten in den unterschiedlichen Alten- und Pflegeheimgesetzen bzw. Verordnungen zu den Sozialhilfegesetzen der Bundesländer. Neben räumlichen und baulichen Vorschriften werden darin auch die Aufgabenbereiche des Personals (Heimleitung, Pflege und sonstige Funktionsbereiche) sowie die quantitative und qualitative Zusammensetzung des Betreuungs- und Pflegepersonals definiert“ (Dammayr 2019: 179).

[35] Für Deutschland wurde die Wochenarbeitszeit einer Live-in-Kraft in Pflegehaushalten auf 69 Stunden beziffert (vgl. Hielscher et al. 2017: 60). Dabei wurde die Zeit, die sie mit Pflege, Betreuung, Aufsicht und hauswirtschaftlicher Versorgung verbringt, summiert; die Bereitschaftszeit wurde nicht berücksichtigt. Legt man zur VZÄ-Berechnung eine 40-Stunden-Woche, Urlaub und gesetzliche Feiertage zugrunde, so arbeitet eine Live-in für zwei Arbeitskräfte (Pflegekraft [VZÄ] pro Nutzer*in: 1,99) (ohne Berücksichtigung des Bereitschaftsdienstes).

[36] Ein Befund, der sich – bezogen auf das Jahr 2010 – mit den Heimplätzen pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre deckt, bei der die höchste Versorgungsdichte im stationären Bereich in Wien und Salzburg und die niedrigste Versorgungsdichte im Burgenland und in Niederösterreich festgestellt wurde (vgl. Müller/Theurl 2014: 135; Dammayr 2019: 140).

Tab. 2.10: Versorgungsdichte differenziert nach Bundesländern und Versorgungsformen (Arbeitskräfte [VZÄ] pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre) (2018).

	Burgenland	*Kärnten*	*Niederösterreich*	*Oberösterreich*	*Salzburg*	*Steiermark*	*Tirol*	*Vorarlberg*	*Wien*
Mobile Dienste	10	14	18	10	15	10	13	19	24
Stationäre Dienste (inkl. Kurzzeitpflege)	32	41	29	43	46	48	46	40	57
Teilstationäre Dienste	1,3	0,3	0,1	0,6	0,9	0,4	1,4	1,1	1,0
Selbstständige Personenbetreuer*innen	111	57	102	68	37	88	41	93	68

Quelle: BMASGK 2019: 154, 161, 168, 175, 182, 189, 196, 203, 210; Statistik Austria 2020; WKO Statistik 2019: 11 (eigene Berechnungen).

Die beiden Bundesländer, die die geringste Versorgungsdichte in den mobilen und stationären Diensten (inkl. Kurzzeitpflege) aufweisen (addierte VZÄ) – es handelt sich um das Burgenland und Niederösterreich –, weisen in der 24-Stunden-Betreuung die meisten Arbeitskräfte (VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre auf.

Offensichtlich stehen die addierten VZÄ in den mobilen und stationären Diensten (inkl. KZP) und die Zahl registrierter Personenbetreuer*innen in den genannten Ländern in einem Zusammenhang, wobei letztere die Versorgungslücke in den professionellen Diensten auffüllen. Addiert man die VZÄ aus den mobilen und stationären Diensten (inkl. Kurzzeitpflege) sowie der 24-Stunden-Betreuung, so weisen Salzburg und Tirol die geringsten Zahlen an Pflege(hilfs)kräften (VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre auf (98 bzw. 100 VZÄ), was darauf schließen lässt, dass Angehörige, Freund*innen und Nachbarn in diesen Ländern besonders oft Pflege- und Hilfstätigkeiten übernehmen.[37] In Vorarlberg und Wien[38] ebenso wie im Burgenland und in Niederösterreich[39] stehen in der bezahlten Altenpflege dagegen deutlich mehr Arbeitskräfte pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre zur Verfügung.

Zur Darstellung der Trägerstruktur von Pflegeeinrichtungen in Österreich muss aufgrund nicht verfügbarer statistischer Daten auf ältere Datensätze zurückgegriffen werden.[40] Bis 2010 sind die Kapazitäten an Pflegeplätzen in öffentlichen Einrichtungen zwar ausgebaut worden (absolute Zahlen); relativ hat der Anteil der Öffentlichen an

[37] Für Tirol lässt sich zeigen, dass pro 1.000 Pflegegeldbezieher*innen (Pflegestufen 4-7) 17,6 Personen Pflegekarenz, Pflegeteilzeit oder Sterbebegleitung angemeldet haben; österreichweit der zweithöchste Wert (vgl. BMASGK 2019: 133, 145; eigene Berechnungen). Zur Angehörigenpflege in Österreich vgl. Nagl-Cupal et al. 2018. Differenziert nach Bundesländern finden sich hier leider wenige statistische Daten.

[38] Vorarlberg: 152 VZÄ; Wien: 149 VZÄ. Davon in Vorarlberg ein hoher Anteil an Live-ins; in Wien dagegen ein hoher Anteil an Beschäftigten in mobilen und stationären Diensten.

[39] Zusammengenommen 153 bzw. 149 VZÄ, wobei der größte Anteil auf Live-ins entfällt.

[40] Nach Trägern differenzierte Daten werden in den Pflegestatistiken (anders als in Deutschland) nicht eigens aufgeführt, was kaum empirisch belastbare Aussagen über die nach Bundesländern erfolgten Verschiebungen der Kapazitäten zwischen den öffentlichen, privat-gemeinnützigen und privat-gewinnorientierten Segmenten zulässt.

der stationären Versorgung jedoch zwischen 1983 und 2010 um 15 Prozentpunkte abgenommen (vgl. Tab. 2.11). Die Privatgemeinnützigen haben ihre Kapazitäten zwischen 1983 und 2010 hingegen verdoppelt. Ihr Anteil an den verfügbaren Plätzen in der stationären Versorgung liegt nunmehr bei 27 Prozent (plus sieben Prozentpunkte). Die privatgewinnorientierten Akteure haben ihren Anteil bis 2010 verdreifacht; in den 1980er Jahren war ihr Anteil noch gering gewesen. Zusammengenommen weisen die öffentlichen und privatgemeinnützigen Träger – als nicht auf Gewinn hin orientierte Einrichtungen – in 2010 noch einen Anteil von insgesamt 88 % auf (gegenüber 96 % in 1983). Vieles deutet daraufhin, dass die privatgewinnorientierten und (weniger stark) die privatgemeinnützigen Träger stationärer Einrichtungen in den letzten Jahren ihre Anteile an der stationären Versorgung weiter ausbauen konnten. Die Anzahl der öffentlichen Pflegeeinrichtungen wird derzeit auf ca. 400 geschätzt und ist damit rückläufig (zu 2010 ist ein Rückgang um 8 % zu verzeichnen). Demgegenüber werden 500 Alten- und Pflegeheime in privater Trägerschaft angeführt (vgl. Grossmann/Schuster 2017: 7).

Tab. 2.11: Trägerstruktur von Pflegeeinrichtungen in Österreich – Vergleich der Jahre 1983 und 2010.

Trägerschaft	Anzahl der Einrichtungen 1983	Plätze 1983	Anteil an Plätzen insgesamt 1983	Anzahl der Einrichtungen 2010	Plätze 2010	Anteil an Plätzen insgesamt 2010
Öffentlich	343	37.130	76 %	434	45.585	61 %
Privatgemeinnützig	137	9.601	20 %	250	20.385	27 %
Privatgewinnorientiert	30	1.876	4 %	163	9.168	12 %
Gesamt	510	48.607	100 %	847	75.138	100 %

Quelle: Müller/Theurl 2014: 132; Dammayr 2019: 157.

3 Daten zur Altenpflege in Frankreich

3.1 Ergänzende Daten zur Pflegesituation – unter besonderer Berücksichtigung der Pflegenden

Das sogenannte Personalisierte Autonomiegeld (die APA / *Allocation personnalisée d'autonomie*) ist bei der Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen in Frankreich ein wichtiges Instrument.

Die APA beruht auf einer komplizierten Mischfinanzierung. Ihr Fonds speist sich aus vier Quellen: aus einer von den Arbeitgebern zu entrichtenden Solidaritätsabgabe, die durch Streichung eines Feiertags von den abhängig Beschäftigten „gegenfinanziert" ist (vgl. Bode 2009: 117); aus einem Beitrag der Rentner*innen und Pensionäre; aus einem Teil der allgemeinen Sozialsteuer CSG (*Contribution Sociale Généralisée*); und aus Zuwendungen des Staates, der *Départements* und der Sozialversicherungen. Die APA wird von einer gesonderten nationalen Pflegekasse (der CNSA / *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie*) verwaltet. Die Zahlungen sind gedeckelt. Im höchsten Pflegegrad GIR 1 erhält die Bezieherin maximal 1.737,14 EUR; in Pflegegrad 4 – dem niedrigsten Grad, in dem APA-Zahlungen erfolgen (GIR 5 u. 6 sind davon ausgenommen) – maximal 672,26 EUR (Zahlen für 2019). Die Zuweisung der Gelder erfolgt nach einer Einkommensprüfung. Die *Cash-for-Care*-Leistung darf – anders als in Deutschland – nicht zur Finanzierung von im Pflegehaushalt lebenden Angehörigen eingesetzt werden. Entsprechend gering ist in Frankreich der Anteil derer, die als pflegende Angehörige durch die APA vergütet werden.

Die Höhe der Zahlung hängt von dem Pflegegrad ab, der mittels eines national einheitlichen Katalogs an Begutachtungsrichtlinien bestimmt wird. Dieser Katalog nennt sich *Grille AGGIR* (*Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources* / AGGIR-Raster). Zehn körperliche und geistige Tätigkeiten werden begutachtet, darunter Orientierung und Körperpflege sowie Mobilität und Nutzung von Kommunikationsmitteln.[41] Zu diesen zehn Tätigkeiten treten weitere sieben hinzu, die es erlauben, detailschärfere Rückschlüsse auf die situative Handlungsfähigkeit der Person zu machen (Haushaltsführung, Einkauf, Kochen, Wäschereinigung, Transport, Freizeitgestaltung, Einhaltung der Behandlungsprozesse).

Die unterschiedlichen Niveaus, die bei den Tätigkeiten erreicht werden, wurden in Frankreich zu sechs Pflegegraden der Grille AGGIR aggregiert, die Groupes Iso-Ressources (GIR 1 bis 6; vgl. Zusammenstellung 3.1). Entlang der siebzehn Kriterien findet die Eingruppierung in die sechs Pflegegrade statt. GIR 1 ist der Pflegegrad mit der höchsten Pflegebedürftigkeit; GIR 6 der Grad mit den niedrigsten Unterstützungsbedarfen. Pflegebedürftige Personen, die 60 Jahre oder älter sind und die den Graden GIR 1 bis 4 zugeordnet wurden, können die APA beziehen.

[41] Weitere Fähigkeiten zur Durchführung von Tätigkeiten betreffen: (kognitive und motorische) Kohärenz, An- und Auskleiden, Nahrungsaufnahme, Toilettengang, Fortbewegen innerhalb sowie Fortbewegen außerhalb des Wohnorts oder einer Einrichtung.

Zusammenstellung 3.1: Sechs Pflegegrade (Groupes Iso-Ressources GIR 1 bis 6).

→ GIR 1: Ältere bettlägerige Personen, bei denen die geistigen Fähigkeiten stark eingeschränkt sind und die eine durchgehende und unerlässliche Anwesenheit von Pflegekräften benötigen, sowie Personen am Ende ihres Lebens.

→ GIR 2: Dieser Grad umfasst zwei Personengruppen von älteren Pflegebedürftigen:

- bettlägerige oder im Rollstuhl sitzende Personen, die bei den meisten Alltagsaktivitäten Pflege benötigen, deren geistige Fähigkeiten aber nicht vollständig eingeschränkt sind;
- Personen, deren geistige Fähigkeiten eingeschränkt sind, die sich aber selbstständig fortbewegen können.

→ GIR 3: Ältere Personen, deren geistige Selbständigkeit vollständig und deren Bewegungsfähigkeit teilweise gewährt ist, die aber täglich und mehrmals am Tag Hilfe bei körperlichen Aktivitäten benötigen. Die Mehrheit benötigt Unterstützung bei Toilettengängen.

→ GIR 4: Dieser Grad umfasst zwei Personengruppen von älteren Pflegebedürftigen:

- Personen, die nicht selbständig morgens aufstehen können, sich dann aber frei innerhalb der Wohnung fortbewegen können. Sie benötigen manchmal Hilfe bei der Körperpflege und beim An- und Auskleiden. Die Mehrheit benötigt keine Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme;
- Personen ohne eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, die aber Hilfe bei körperlichen Aktivitäten und den Mahlzeiten benötigen.

→ GIR 5: Personen, die sich selbstständig innerhalb der Wohnung fortbewegen, sich selbstständig ernähren und an-/auskleiden können. Sie benötigen punktuelle Hilfe bei der Körperpflege und bei Tätigkeiten im Haushalt.

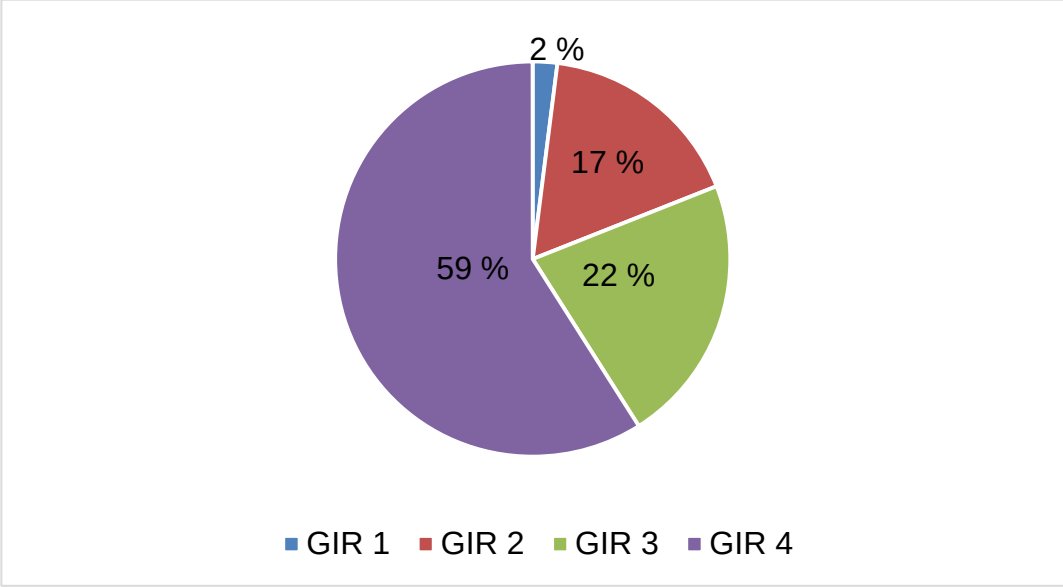
→ GIR 6: Personen, die ihre Handlungsautonomie im Alltag nicht verloren haben.

(Zitiert bzw. Übersetzung überprüft nach: TRISAN 2018: 26; Coutton 2001: 121 f.)

Frankreich hat kognitive Beeinträchtigungen von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarfen früh im System staatlicher Leistungen berücksichtigt (vgl. Geyer et al. 2016: 53).

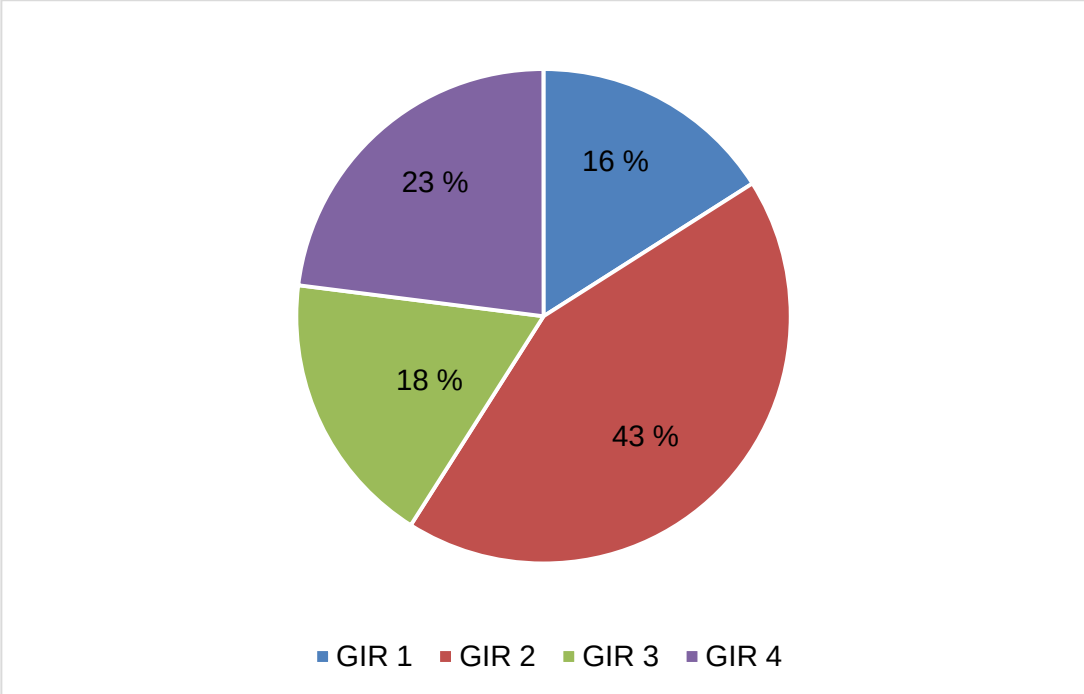
Die große Mehrheit der APA-Bezieher*innen mit sehr hohen oder hohen Pflege- und Unterstützungsbedarfen (GIR 1 und 2) leben in stationären Einrichtungen und werden nicht in privaten Haushalten versorgt (vgl. Abb. 3.1; Abb. 3.2).

Abb. 3.1: Bezieher*innen der APA in privaten Haushalten nach Pflegegrad, 2016, in Prozent.



Quelle: Tableaux de l'économie française (2015-2019): Collection Insee Références (Institut national de la statistique et des études économiques), (Répartition/Structure des) bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance.

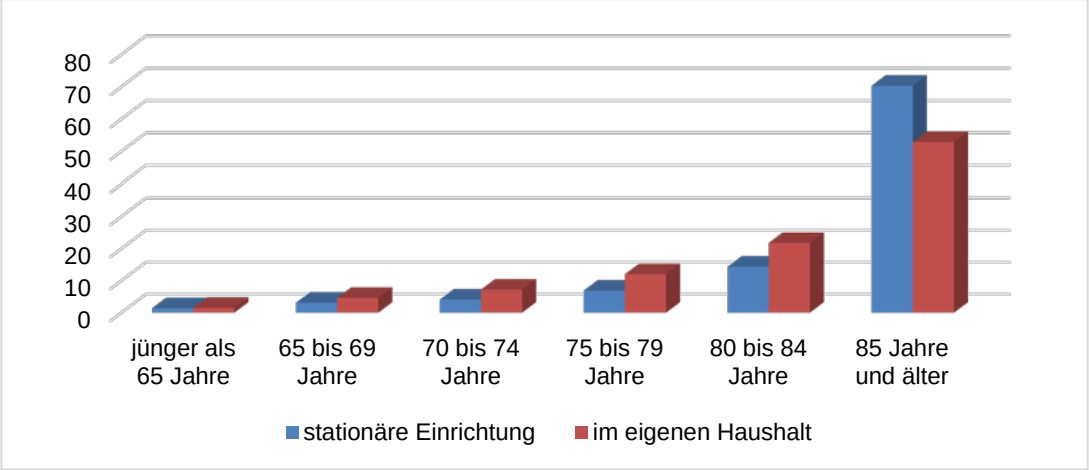
Abb. 3.2: Bezieher*innen der APA in stationären Einrichtungen nach Pflegegrad, 2016, in Prozent.



Quelle: Tableaux de l'économie française (2015-2019): Collection Insee Références (Institut national de la statistique et des études économiques), (Répartition/Structure des) bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance.

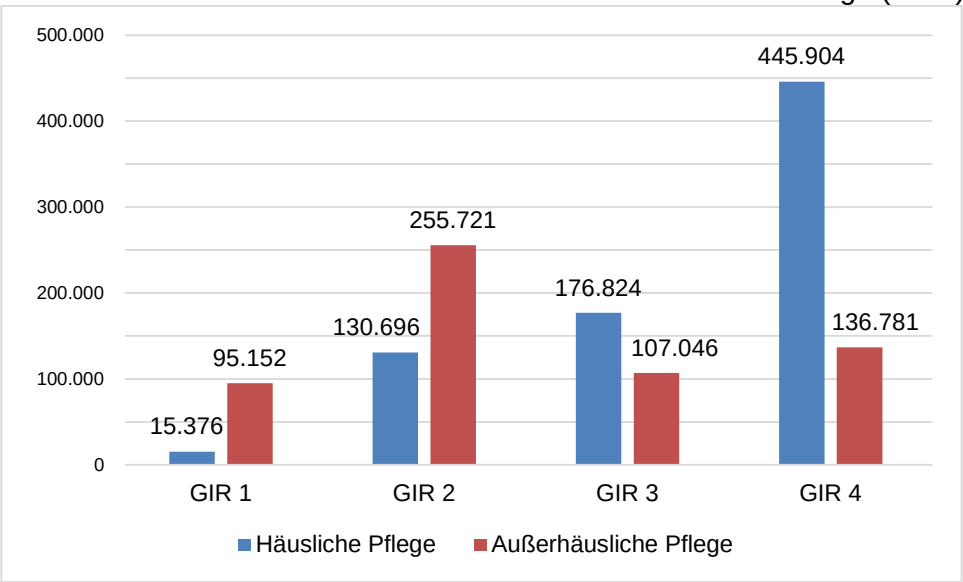
Die meisten hochaltrigen APA-Bezieher*innen mit hohen Pflegebedarfen (GIR 1 und 2) werden stationär versorgt (vgl. Abb. 3.3; Abb. 3.4; Abb. 3.5).

Abb. 3.3: Altersverteilung der APA-Bezieher*innen in Pflegeeinrichtungen und häuslicher Umgebung im Jahr 2016, in Prozent.



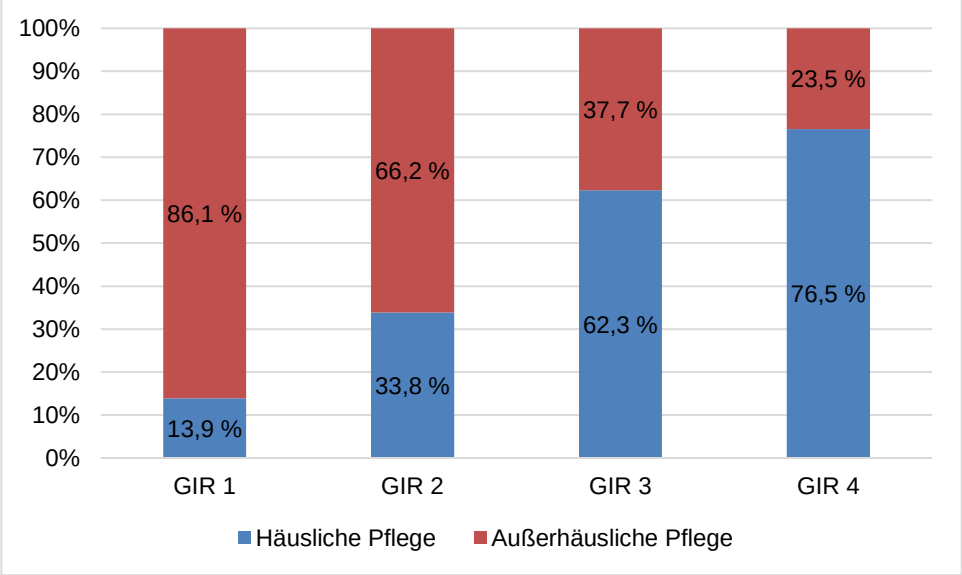
Quelle: Tableaux de l'économie française (2019): Collection Insee Références (Institut national de la statistique et des études économiques), Répartition des bénéficiaires de l'APA par âge en 2016: 97.

Abb. 3.4: APA-Bezieher*innen in häuslicher oder stationärer Pflege (2017).



Quelle: TEF édition 2020: 94 f. (eigene Berechnungen).

Abb. 3.5: APA-Bezieher*innen in häuslicher u. außerhäuslicher Pflege.



Quelle: TEF édition 2020: 94 f. (eigene Berechnungen).

Tab. 3.1 können die Ausgabenvolumina in den Bereichen häuslicher und außerhäuslicher Altenpflege im Vergleich der Jahre 2005 und 2017 entnommen werden. Für die häusliche Versorgung ist die APA zentral; die Zuschüsse für Haushaltshilfen (*Aides ménagères*) bilden einen zwischen 2005 und 2017 abnehmenden Ausgabenposten. Bei der Versorgung in stationären Einrichtungen bildet neben der APA die Wohn-/Aufenthaltsbeihilfe (*Aide sociale à l'hébergement* / ASH) eine große Finanzierungsquelle. Die Beihilfe für die Pflege in Gastfamilien (*Accueil chez des particuliers*) bewegt sich auf niedrigem Niveau. Pro Nutzer*innen sind die Ausgaben im Vergleich der Jahre 2005 und 2017 rückläufig.

Tab. 3.1: Ausgaben (‚Sozialhilfeausgaben') in den Bereichen häuslicher und außerhäuslicher Altenpflege (2005, 2017).

	Häusliche Pflege		Außerhäusliche Pflege	
	2005	2017	2005	2017
Anzahl der versorgten APA-Bezieher*innen	547.300	768.800	392.000	594.700
Öffentliche Ausgaben	2,8 Mrd. EUR (2,671 Mrd. EUR*+ 0,129 Mrd. EUR**)	3,558 Mrd. EUR (3,477 Mrd. EUR*+ 0,081 Mrd. EUR**)	3,214 Mrd. EUR (1,348 Mrd. EUR*+ 1,856 Mrd. EUR***+ 0,01 Mrd. EUR****)	3,723 Mrd. EUR (2,431 Mrd. EUR*+ 1,273 Mrd. EUR***+ 0,019 Mrd. EUR****)

Quelle: DREES 2017: 43; DREES 2019: 83, 91.

Legende: * APA; ** Zuschüsse für Haushaltshilfen (Aides ménagères); *** Wohn-/Aufenthaltsbeihilfe (Aide sociale à l'hébergement [ASH]); **** Beihilfe für die Pflege in Gastfamilien (Accueil chez des particuliers).

Die öffentlichen Zuzahlungen zum Dienstleistungsschecksystem CESU belaufen sich in 2018 auf 5,4 Mrd. EUR (im Jahr 2007 waren es 4,6 Mrd. EUR; vgl. Bode 2009: 118).[42] Diese öffentlichen Ausgaben zur Förderung formeller haushaltsnaher Dienstleistungen liegen deutlich über den in Tab. 3.2 angeführten öffentlichen Ausgaben im Bereich der Altenpflege.

Tab. 3.2: Ausgaben für die Langzeitpflege älterer Menschen (2008, 2017).[43]

	2008		2017	
	Mrd. EUR	Finanzierungsanteile in %	Mrd. EUR	Finanzierungsanteile in %
Häusliche Pflegedienste (Services de soins infirmiers à domicile [SSIAD])	1,211	16,2 %	1,641	14,9 %
Stationär: Öffentliche EHPA – EHPAD	2,813	37,7 %	4,44	40,4 %
Stationär: Privatgewerbliche od. privatgemeinnützige EHPA – EHPAD	2,115	28,4 %	3,932	35,8 %
Stationär: USLD	1,318	17,7 %	0,976	8,9 %
Gesamtausgaben	7,457	100 %	10,989	100 %

Quelle: TEF édition 2020: 95.

Tab. 3.3 können die Anteile bestimmter pflegerischer und betreuender Berufsgruppen und die Anteile der entsprechenden Qualifikationsniveaus nach Einrichtungstypen entnommen werden.

[42] Mit der CESU wurde beabsichtigt, „sowohl die […] Kostenträger der Haushaltshilfen als auch Arbeitgeber zur Ausgabe vorfinanzierter Schecks an mutmaßliche Nutznießer (und deren Familien) zu bewegen. Im Jahre 2008 haben immerhin gut 12.000 Unternehmen solche Schecks ausgegeben (an 635.000 Arbeitnehmer/innen) und die ihnen vom Staat dazu angebotenen Abgabenerleichterungen in Anspruch genommen. Die Schecks sollen und können auch von Empfänger/innen der Geldzuwendung (APA) verwendet werden und verkörpern damit die französische Variante der in anderen Ländern als ‚direct payment' bzw. Pflegebudgets bekannten Zuwendungsformen. Sie fördern somit eine stärker marktförmige Organisation der ambulanten Pflege im nicht-medizinischen Bereich. Jedenfalls ist bei niedrigschwelligen Versorgungsangeboten die Zahl kommerzieller Leistungsanbieter in den letzten Jahren signifikant angestiegen. Gleichzeitig haben gemeinnützige Anbieter vermehrt Anstrengungen unternommen, neue Leistungsdomänen (Gartenpflege, EDV-Unterstützung etc.) auch in bislang fremden Terrains zu erschließen und entsprechende Marketingstrategien zu fahren" (Bode 2009: 118).

[43] Altenheime (EHPA – *Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées*); Pflegeheime (EHPAD – *Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes*); Langzeitpflegeeinheiten (USLD – *Unités de Soins de Longue Durée*). Zu Struktur und Bezeichnungen vgl. Hagedorn 2021: 77.

Tab. 3.3: Anteile ausgewählter pflegerischer und betreuender Berufsgruppen (VZÄ) in der stationären Altenpflege (2015).

	EHPA	unabhängige Wohnungen (Résidences autonomie)	EHPAD	USLD	**Gesamt**
Cadre infirmier (Pflegedienstleistung)	0,7 %	0,4 %	1,5 %	1,9 %	**1,4** %
Infirmier diplômé d'État (staatlich anerkanntes Krankenpflegepersonal)	2,7 %	1,1 %	9,2 %	19,2 %	**9,7** %
Infirmier psychiatrique (psychiatrisches Krankenpflegepersonal)		< 0,1 %	< 0,1 %	0,2 %	**< 0,1** %
Aide-soignant non assistant de soins en gérontologie (Pflegefachkraft in der Gerontologie)	8,7 %	3,8 %	28,1 %	37,3 %	**27,9** %
Aide-soignant assistant de soins en gérontologie (Assistent*in für gerontologische Pflege)	2,7 %	1,6 %	4,9 %	9,8 %	**5,2** %
Autre personnel paramédical (sonstiges paramedizinisches Personal)	1,4 %	0,7 %	1,0 %	0,9 %	**1,0** %
Agent de service hospitalier ou agent de service (Pflegehilfskraft)	30,7 %	14,1 %	25,1 %	16,9 %	**24,1** %
Auxiliaire de vie sociale non assistante de soins en gérontologie (Helfer*in des sozialen Lebens)	9,9 %	4,7 %	2,5 %	0,4 %	**2,4** %
Gesamt	**56,9** %	**26,4** %	**72,4** %	**86,5** %	**71,9** %

Quelle: Muller (DREES) 2017: 18-21.

3.2 Versorgungsdichte und Trägerstrukturen

Im Jahr 2015 wiesen die Regionen *Bourgogne-Franche-Comté* und die *Bretagne* sowohl im EHPA- als auch im EHPAD-Segment relativ viele Plätze pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre auf (vgl. Tab. 3.4). Abgesehen von Korsika hatten die Regionen *Île-de-France* und *Provence-Alpes-Côte d'Azur* relativ wenige EHPAD-Plätze. Gleiches gilt, was das EHPA-Segment angeht für die Regionen *Île-de-France* und die Normandie.

Tab. 3.4: Verfügbare Plätze in außerhäuslichen (stationären) Pflegearrangements pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre (differenziert nach Regionen, 2015).

	Schwerpunkt auf außerhäuslichen Care-Leistungen		***Schwerpunkt auf stationären Cure-Leistungen***		
	EHPA	**Unabhängige Wohnungen (Résidences autonomie)**	**EHPAD**	**USLD**	*Gesamt*
Auvergne-Rhône-Alpes	1,5	18	106	**6**	131
Bourgogne-Franche-Comté	**1,8**	14	**111**	5	131
Bretagne	**2,1**	11	**118**	5	**136**
Centre-Val-de-Loire	1,1	13	105	5	124
Corse	1,2	–	54	5	60
Grand Est	1,1	21	108	**6**	**136**
Hauts-de-France	1,4	**23**	97	**7**	128
Île-de-France	0,9	**30**	77	**8**	115
Normandie	0,8	**34**	103	5	**143**
Nouvelle-Aquitaine	1,5	16	104	5	126
Occitanie	1,3	7	98	5	112
Pays de la Loire	1,0	19	**133**	5	**159**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	**1,7**	11	86	3	102
Gesamt (13 Regionen, France métropolitaine)	1,4	18	101	6	126

Quelle: DREES 2015.
Online verfügbar unter: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/159/e-stim.pop.nreg.sexe.gca.1975.2020.fr.xls (zuletzt abgerufen am 10.12.2020) (EHPA 2015: Activité et caractéristiques des structures [http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx]); http://www.data.drees.sante.gouv.fr (zuletzt abgerufen am 10.12.2020) / Rapports publics → Etablissements de santé, sociaux et médico-sociaux → L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) → Edition 2015 → EHPA 2015: Activité et caractéristiques des structures).

Die verfügbaren SSIAD-Kapazitäten wurden zwischen 2003 und 2013 in allen Regionen ausgebaut (vgl. Tab. 3.5). Über die meisten SSIAD-Kapazitäten verfügten in 2013 die Regionen *Hauts-de-France*, *Bourgogne-Franche-Comté* und *Nouvelle-Aquitaine*.

Tab. 3.5: Verfügbare SSIAD-Kapazitäten (*places installées*) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre (differenziert nach Regionen und im Vergleich der Jahre 2003 und 2013) (SSIAD = *Services de soins infirmiers à domicile*, ambulante Pflegedienste).

	2003	2013
Auvergne-Rhône-Alpes	14,7	17,2
Bourgogne-Franche-Comté	**16,5**	**20,5**
Bretagne	**18,3**	19
Centre-Val-de-Loire	14,6	19,4
Corse	12,6	15,3
Grand Est	15,1	18,2
Hauts-de-France	**18,9**	**24,9**
Île-de-France	14,6	20,3
Normandie	13,7	19,4
Nouvelle-Aquitaine	14,8	**19,9**
Occitanie	14,6	19,5
Pays de la Loire	16,4	18,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	14	17,9
Gesamt (13 Regionen, France métropolitaine)	*15,3*	*19,5*

Quelle: Ecosante 2014; Ined 2020.

Auch in Frankreich, wo die Wohlfahrtsorganisationen einen bedeutenden Anteil der sozialen Dienstleistungen erbringen, wurde eine Vermarktlichung der Altenpflege betrieben. In Folge des „Borloo Plans“ (2005) konnten fortan ambulante grundpflegerische Tätigkeiten in der Altenpflege und haushaltsorientierte Tätigkeiten gemeinsam als persönliche, haushaltsorientierte Dienstleistungen über einen privaten Markt angeboten werden (vgl. Le Bihan/Sopadzhiyan 2018), während die Grenze zwischen *Cure* (paramedizinische Behandlungspflege) und *Care* (Grundpflege und haushaltsnahe Dienstleistungen) deutlicher markiert wurde. „Dabei ist ein Markt entstanden, der durch eine Konkurrenz zwischen unterschiedlichen Arbeitgebern – Privathaushal-

ten, öffentlichen, gemeinnützigen und kommerziellen Anbietern – mit jeweils spezifischen Regelwerken und einer Konkurrenz zwischen ausgebildeten und unausgebildeten Kräften gekennzeichnet ist. Gerade diese Verknüpfung von Hausarbeit und Grundpflege auf der Basis der genannten Konkurrenzen erschwert die Professionalisierung der alltäglichen Pflegearbeit“ (Theobald 2019: 168).

Tab. 3.6 kann entnommen werden, dass im lukrativen EHPAD-Segment[44] die Privatgewerblichen anteilig leichte Zuwächse zu verzeichnen hatten; im Zeitraum zwischen 2011 und 2015 haben sie die Zahl der verfügbaren Plätze am deutlichsten gesteigert: um 12,4 % (die Privatgemeinnützigen dagegen nur um 7,6 % und die Öffentlichen sogar nur um 2,8 %). Dagegen bauten die Privatgemeinnützigen und Öffentlichen ihre Anteile im EHPA-Segment aus, während die Privatgewerblichen innerhalb von vier Jahren verfügbare Plätze deutlich abbauten (minus 8,5 Prozentpunkte). Im EHPA-Segment war jedoch ohnehin ein Abschmelzen verfügbarer Plätze zu beobachten: von insgesamt 9.570 Plätzen in 2011 auf 8.500 Plätze in 2015. Trotz eines Rückbaus der Plätze in absoluten Zahlen waren die Privatgemeinnützigen 2015 im EHPA-Segment noch immer weit vor den Öffentlichen, die an zweiter Stelle rangieren und als einzige Akteure Kapazitäten leicht ausgebaut bzw. übernommen haben. Der Anteil der Privatgemeinnützigen belief sich auf 58,9 %. Aber auch im stark von den Öffentlichen dominierten EHPAD-Segment lagen die Privatgewerblichen (trotz des Ausbaus verfügbarer Plätze) noch mit einem Abstand von 6,5 Prozentpunkten auf die Privatgemeinnützigen auf dem dritten Platz.

Tab. 3.6: Trägerstruktur der außerhäuslich-stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen (2011, 2015).

			2011		***2015***	
			Zahl der verf. Plätze	*Anteile*	*Zahl der verf. Plätze*	*Anteile*
Schwerpunkt auf außerhäuslichen Care-Leistungen	EHPA	privatgewerblich	2.710	28,3 %	1.680	↓ 19,8 %
		privatgemeinnützig	5.190	54,2 %	5.010	↑ 58,9 %
		öffentlich	1.670	17,5 %	1.810	↑ 21,3 %
	unabhängige Wohnungen (Résidences autonomie)	privatgewerblich	3.620	3,3 %	4.040	→ 3,7 %
		privatgemeinnützig	29.820	27,4 %	29.610	→ 27,1 %
		öffentlich	75.240	69,2 %	75.590	→ 69,2 %
Schwerpunkt auf stationären Cure-Leistungen	EHPAD	privatgewerblich	117.820	20,8 %	132.430	↑ 22,1 %
		privatgemeinnützig	159.610	28,2 %	171.750	→ 28,6 %
		öffentlich	288.110	50,9 %	296.200	↓ 49,3 %
	USLD		34.720		33.860	
	Gesamt		718.510		751.980	

Quelle: DREES 2019: 106; Muller (DREES) 2018: 57; Muller (DREES) 2017: 5.

[44] Vgl. Fn. 43.

Tab. 3.7 kann zum Stichtag 2015 Auskunft geben über die damals verfügbaren Vollzeitkräfte pro versorgter Person – nach Trägern und Segmenten (EHPA, EHPAD etc.).

Tab. 3.7: Mitarbeiter*innen (VZÄ) pro versorgten Pflegebedürftigen (2015).

			Zahl der versorgten Personen	*Pflegekräfte (VZÄ)*	*Pflegekräfte pro Leistungsempfänger*innen*
Schwerpunkt auf außerhäuslichen Care-Leistungen	EHPA	privatgewerblich	1.120	590	0,53
		privatgemeinnützig	4.790	1.910	0,40
		öffentlich	1.790	750	0,42
	unabhängige Wohnungen (Résidences autonomie)	privatgewerblich	3.790	500	0,13
		privatgemeinnützig	27.390	3.660	0,13
		öffentlich	70.700	10.300	0,15
Schwerpunkt auf stationären Cure-Leistungen	EHPAD	privatgewerblich	125.640	73.570	0,59
		privatgemeinnützig	169.030	101.880	0,60
		öffentlich	290.890	201.650	0,69
	USLD		32.790	34.960	1,07
	Gesamt		727.930	429.770	0,59

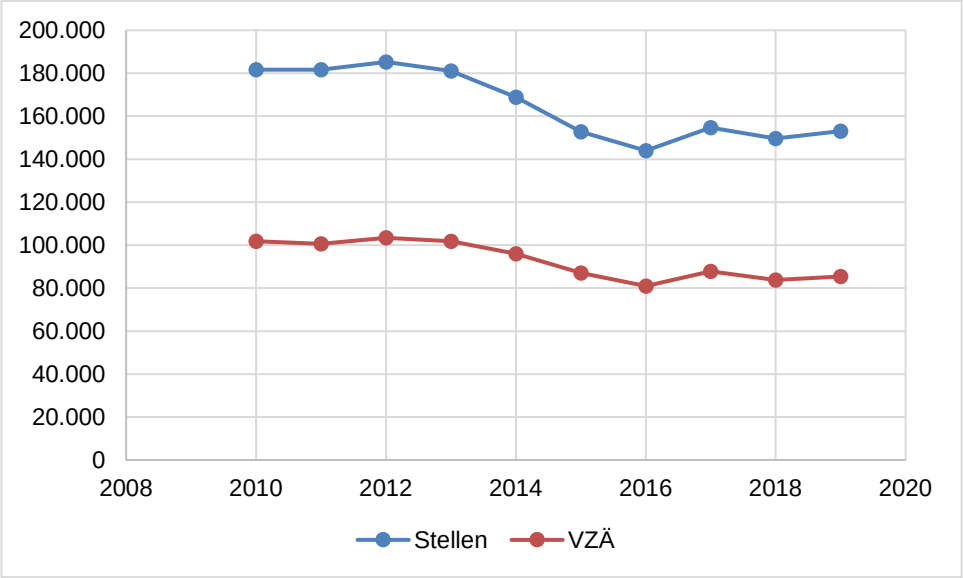
Quelle: DREES 2019: 106; Muller (DREES) 2017: 12.

4 Daten zur Altenpflege in den Niederlanden

4.1 Ergänzende Daten zur Pflegesituation – unter besonderer Berücksichtigung der Pflegenden

Abb. 4.1 ist die Entwicklung der Stellenanzahl und der Anzahl der VZÄ in der ambulanten Fachpflege (*Thuiszorg*) zwischen 2010 und 2019 zu entnehmen. Zwischen 2010 und 2019 kam es zu einem Abschmelzen der Stellenzahl (Köpfe) um 15,8 %; bei den Vollzeitäquivalenten war es ein Rückgang um 16,1 %, was auf eine leichte Zunahme der Teilzeitbeschäftigung schließen lässt. Insgesamt stehen in den Niederlanden in der professionellen ambulanten Altenpflege weniger Arbeitskräfte zur Verfügung, obwohl die Zahl der über 74-Jährigen zwischen 2010 und 2019 um 27 % gestiegen ist (von 1,19 Mio. in 2010 auf 1,51 Mio. in 2019).

Abb. 4.1: Anzahl der Stellen und VZÄ in der ambulanten Pflege (*Thuiszorg*), Entwicklung von 2010 bis 2019.

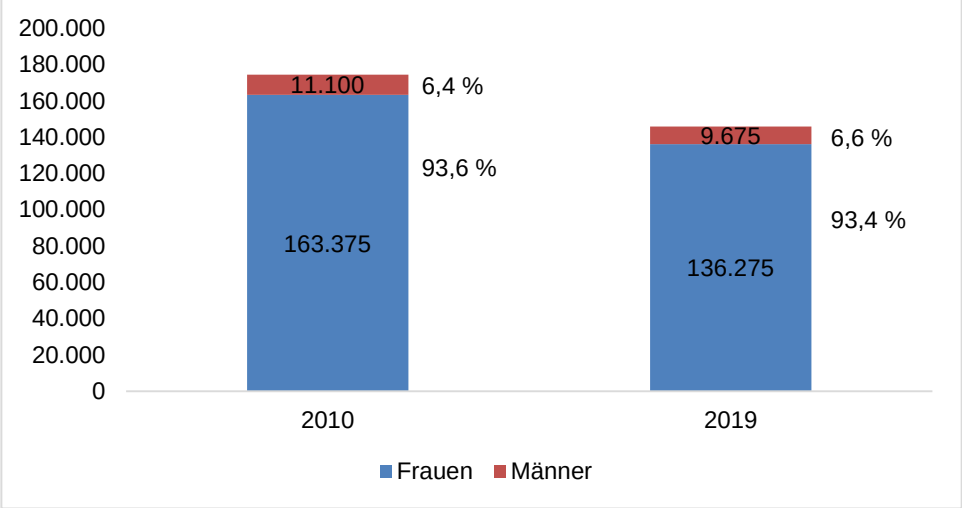


Quelle: CBS (Werkgelegenheid in de zorg en welzijn; baankenmerken, regio).

Abb. 4.1 ist auch zu entnehmen, dass die ambulante Pflege insgesamt stark von Teilzeitstrukturen durchzogen ist. Bezogen auf das Jahr 2019 werden in den Niederlanden in der ambulanten Fachpflege sieben Mitarbeiter*innen benötigt, um knapp vier Vollzeitstellen zu besetzen.

In der ambulanten Fachpflege arbeiten überwiegend Frauen (vgl. Abb. 4.2).

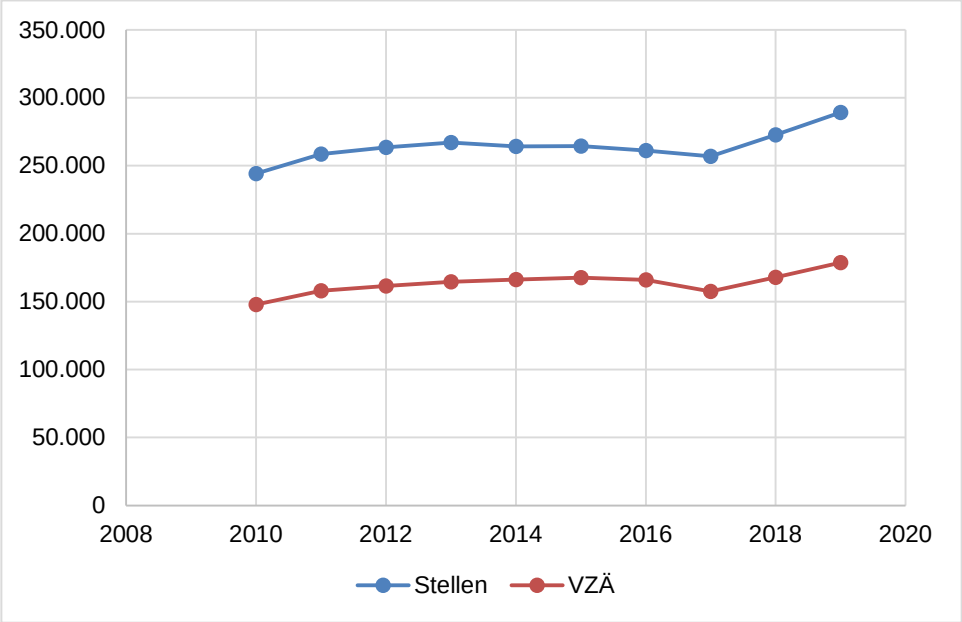
Abb. 4.2: Anteile der Frauen und Männer in der ambulanten Pflege (*Thuiszorg*), 2010, 2019 (Stellen, nicht VZÄ).



Quelle: CBS (Werknemers met een baan in de zorg en welzijn; persoonskenmerken, regio).

Die Wlz-finanzierten Sachleistungen, die die Pflege (*Care* und *Cure*) in stationären Einrichtungen betreffen, werden von einer wachsenden Anzahl an Pflege(fach)kräften erbracht (vgl. Abb. 4.3). Ihre Stellenzahl wuchs zwischen 2010 und 2019 von 244.200 auf 289.275 Beschäftigte (ein Zuwachs um 18 %); bei den VZÄ gab es im selben Zeitraum einen Zuwachs um 21 %. Der Zuwachs bei den Stellen und VZÄ ist im Vergleich zum Stellenabbau in der ambulanten Fachpflege recht auffällig und lässt – entgegen der Erwartung der Stärkung häuslicher Pflegearrangements, die an die AWBZ-Reformen geknüpft war – auf einen Ausbau der stationären Kapazitäten schließen.

Abb. 4.3: Anzahl der Stellen und VZÄ in der stationären Pflege (*Verpleging en verzorging*), Entwicklung von 2010 bis 2019.

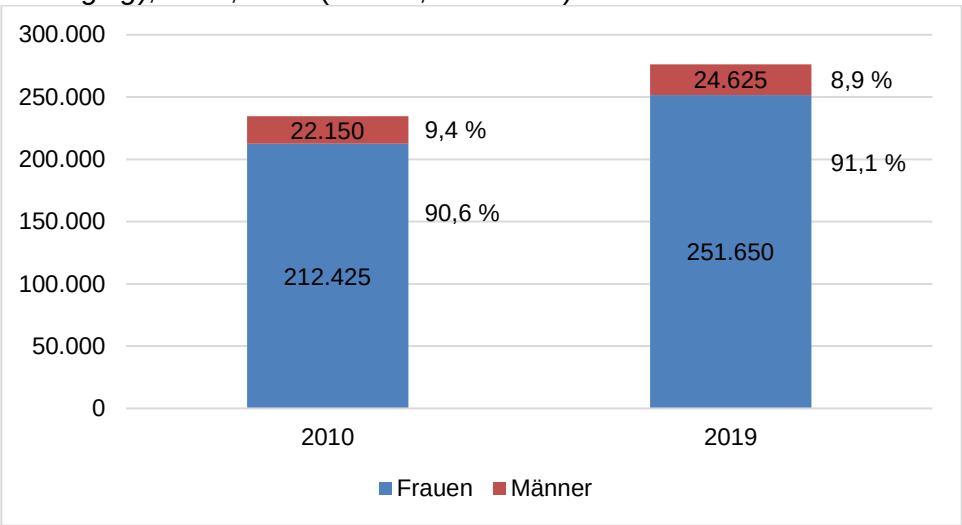


Quelle: CBS (Werkgelegenheid in de zorg en welzijn; baankenmerken, regio).

Auch in der Arbeitsorganisation der stationären Pflege sind Teilzeitstrukturen dominant. Bezogen auf das Jahr 2019 werden in der stationären Fachpflege 6,5 Mitarbeiter*innen benötigt, um 4 Vollzeitstellen zu besetzen.

Die stationäre Pflege ist von Frauen dominiert (vgl. Abb. 4.4).

Abb. 4.4: Anteile der Frauen und Männer in der stationären Pflege (*Verpleging en verzorging*), 2010, 2019 (Stellen, nicht VZÄ).



Quelle: CBS (Werknemers met een baan in de zorg en welzijn; persoonskenmerken, regio).

Der Grad der Verberuflichung in der Pflege ist in den Niederlanden noch relativ hoch. Die Mehrheit der Beschäftigten in der Pflege verfügt über VOV-Qualifikationen[45], die mit einer Ausbildung und einem Berufsabschluss als examinierte Kraft einhergehen (vgl. Tab. 4.1). 166.400 Beschäftige (40 %) in der Pflege verfügen über einen mbo-3-Abschluss. Knapp 20 % der in der ambulanten und stationären Pflege beschäftigten Arbeitskräfte verfügen über ein mbo-4-Niveau oder höher; darunter fallen auch die Beschäftigen, die akademische Abschlüsse vorweisen. Niedrige Berufsqualifikationen auf mbo-1- oder mbo-2-Niveau sind relativ selten (9 % in der Pflege).

[45] Unter das Akronym VOV fallen alle Pflege-, Sozial- und Fürsorgeberufe.

Tab. 4.1: Berufsbezeichnungen und Ausbildungsniveaus in der ambulanten und stationären Pflege sowie Anteile der jeweiligen Stellen (*Thuiszorg, Verpleging en verzorging*).

	Ambulante und stationäre Pflege (*Thuiszorg, Verpleging en verzorging*)
Total	416.000
Care-Hilfe (*Zorghulp*, mbo-1-Niveau)	2 %
Qualifizierte Hilfskraft (*Helpende*, mbo-2-Niveau)	7 %
Pflegekraft (*Verzorgende*, mbo-3-Niveau)	39 %
Alte Berufsbezeichnung (*Oud agogisch*, mbo-3-Niveau)	1 %
Krankenpfleger*in (*Verpleegkundige*, mbo-4-Niveau)	10 %
Alte Berufsbezeichnung (*Oud agogisch*, mbo-4-Niveau)	3 %
Krankenpfleger*in (*Verpleegkundige*, hbo-5-Niveau)	4 %
Sozialpädagogische Unterstützung (*Sociaal pedagogische hulpverlening*, hbo-5-Niveau)	1 %
Soziale Arbeit und Dienstleistung (*Maatschappelijk werk en dienstverlening*, hbo-5-Niveau)	1 %
Sonstige Qualifikationen (*Overige kwalificaties*)	32 %

Quelle: UWV 2015: 12.[46]

In 2016 bezogen 172.348 ältere pflegebedürftige Menschen vorübergehend ambulante Pflegeleistungen gegenüber 329.465 Personen, die kontinuierlich (*structureel*) auf pflegerische Leistungen in ihrer häuslichen Umgebung angewiesen waren (vgl. NZa 2018: 28).[47] Der Bereich der ambulanten Fachpflege (*Thuiszorg*) wies im Jahr 2016 81.350 Pflegekräfte (berechnet in VZÄ) auf, sodass jede Pflegekraft etwa sechs pflegebedürftige Personen (bei sehr disparaten Bedarfslagen) versorgte (vgl. Tab. 4.2). In der stationären Versorgung ist die Personaldecke weiterhin sehr gut: Sieben Vollzeitbeschäftigte kommen auf acht pflegebedürftige Bewohner*innen stationärer Einrichtungen.

[46] „Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie die Beschäftigung im Pflegesektor klassifiziert werden kann. Durch die Verwendung unterschiedlicher Quellen und Jahre kann keine genaue Übersicht erstellt werden“ (UWV 2015: 11).

[47] Da die niederländische Sorge- und Pflegestruktur im häuslichen Kontext sehr vielschichtig ist, viele Leistungen in häuslichen Pflegearrangements Wmo- und Zvw-finanziert bezogen werden können (vgl. https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik), wird hier, um Ungenauigkeiten zu vermeiden, auf die aufbereiteten Daten für 2016 zurückgegriffen (vgl. NZa 2018: 28).

Tab. 4.2: Versorgungslage in der ambulanten und stationären Pflege (*Thuiszorg, Verpleging en verzorging*): Pflegekräfte (VZÄ) pro Nutzer*innen[48], 2016.

	Häusliche Pflege (*Thuiszorg*)	Stationäre Versorgung (*Verpleging en verzorging*[49])
Versorgte Personen	501.813	188.863
Pflegekräfte (VZÄ)	81.350	167.000
Pflegekräfte (VZÄ) pro Nutzer*innen	0,162	0,884

Quelle: NZa 2018: 28; CBS – AZW (Werkgelegenheid in de zorg en welzijn; baankenmerken, regio).

4.2 Versorgungsdichte

Tab. 4.3 lassen sich die verfügbaren Pflegekräfte (als VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre entnehmen – im Zeitverlauf von 2010 bis 2020 und differenziert nach Provinzen. Während die Zahl der VZÄ in der ambulanten Pflege bis 2020 niederlandeweit rückläufig ist, steigt sie im stationären Bereich. Nimmt man eine detailschärfere Analyse vor und fokussiert die Versorgungslage in den einzelnen zwölf Provinzen, so entsteht ein sehr uneinheitliches Bild – im Zeitverlauf teils mit schwankenden Tendenzen. Was die ambulante Versorgung angeht, ist für Flevoland bis 2015 ein Anwachsen bzw. zwischen 2012 und 2014 ein konstantes Niveau hinsichtlich der Zahl der Pflegekräfte (VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre zu konstatieren; nach Abschluss der AWBZ-Reformen sinkt die Zahl bis 2020 (1. Quartal) auf 98 VZÄ, liegt aber immer noch deutlich über dem niederländischen Durchschnitt von 51 Vollzeitkräften. Für Noord-Holland ist seit 2010 ein kontinuierlicher Rückgang der Zahl der verfügbaren Kräfte zu beobachten; in 2020 (1. Quartal) kommen auf 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre in Noord-Holland 28 Vollzeitäquivalente, der niederlandeweit niedrigste Wert. Auffällig ist, dass niedrige oder hohe Zahlen in der ambulanten Versorgung nicht immer hohe oder niedrige Zahlen in der stationären Versorgung zur Folge haben. So ist die Spitzenreiterin unter den niederländischen Provinzen in der ambulanten Versorgung, Flevoland, auch die Provinz, die mit Abstand den höchsten Personalschlüssel in der stationären Versorgung aufweist; in 2020 (1. Quartal): 219 Kräfte pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre. Eine deutlich geringere Personaldecke in Relation zu den über 74-jährigen Einwohner*innen der jeweiligen Provinzen weisen Utrecht (109), Friesland und Zeeland (jeweils 113 Kräfte pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre) auf. Bei den Provinzen, in denen gegenwärtig niedrige

[48] Im Folgenden sind nicht alle pflegebedürftigen Personen erfasst, sondern nur ältere Personen, die ambulant wie stationär Pflegeleistungen beziehen und von der *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZa) in die dargestellten Zvw- und Wlz-finanzierten Gruppen eingeordnet wurden. Insgesamt wurde für das Jahr 2016 von 1,16 Mio. Menschen ausgegangen, die aufgrund von gesundheitlichen Problemen in ihren Lebensvollzügen stark eingeschränkt waren (vgl. European Commission 2019: 429).

[49] Vgl. die CBS-AZW-Klassifizierung: „Deze branche bestaat uit SBI 87100 Verpleeghuizen en 87302 Verzorgingshuizen"; diese Branche umfasst Alten- und Pflegeheime.

Zahlen (unter NL-Durchschnitt) in der ambulanten Pflege mit relativ hohen Personalzahlen (über NL-Durchschnitt) in der stationären Versorgung einhergehen, handelt es sich um Drenthe, Groningen, Noord-Brabant und Noord-Holland[50]. Limburg ist die Provinz, die seit 2018 sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung unter dem NL-Durchschnitt liegt.

Tab. 4.3: Pflegekräfte (Vollzeitäquivalente [VZÄ]) in der ambulanten Pflege und stationären Versorgung pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre (differenziert nach Provinzen, 2010 bis 2020).

	Pflegekräfte (VZÄ) in der ambulanten Pflege (*Thuiszorg*) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre						Pflegekräfte (VZÄ) in der (teil-)stationären Versorgung (*Verpleging en verzorging*) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre					
Jahre / *Provinzen*	*2010*	*2012*	*2014*	*2016*	*2018*	*2020*	*2010*	*2012*	*2014*	*2016*	*2018*	*2020*
Drenthe	120	98	97	66	113	30	105	111	106	95	85	168
Flevoland	159	176	175	136	118	98	210	231	227	207	205	219
Friesland	86	80	81	99	97	93	146	129	122	79	77	113
Gelderland	82	82	77	61	62	58	158	163	159	141	131	141
Groningen	78	74	70	40	86	49	181	181	167	159	121	160
Limburg	66	73	52	44	44	48	147	139	139	142	117	122
Noord-Brabant	80	66	62	41	38	37	129	151	132	139	134	141
Noord-Holland	111	103	88	68	53	28	93	123	130	114	114	136
Overijssel	114	121	118	100	84	80	121	122	119	115	119	135
Utrecht	82	98	96	69	65	58	110	92	111	104	105	109
Zeeland	68	75	70	55	55	59	136	144	140	128	110	113
Zuid-Holland	75	79	71	54	56	55	123	128	131	129	122	126
Niederlande (inkl. der nicht den Provinzen zugeordneten VZÄ)	88	87	79	62	61	51	130	138	136	128	121	135

Quelle: Bevölkerungszahlen: CBS (https://opendata.cbs.nl/statline); Daten zu den VZÄ: AZW (https://azwstatline.cbs.nl).

Legende: Die Zahlen der über 74-Jährigen beziehen sich auf den 1. Januar des angegebenen Jahres; die VZÄ beziehen sich auf das 1. Quartal des angegebenen Jahres.

Wenn der Fokus von den Provinzen auf die Gemeinden gerichtet wird, so fallen auch hier Unterschiede im Leistungsspektrum oder in der Versorgungsdichte auf. Im Rahmen der Wmo-finanzierten Leistungen sind die Gemeinden dazu angehalten, ältere Menschen mit Hilfebedarfen bei der Haushaltsführung zu unterstützen und sie zur gesellschaftlichen Teilhabe zu befähigen. Weil jede Gemeinde aber u. a. über einen Ermessensspielraum bei der Bedarfsermittlung verfügt, können ungleiche Zugangsvoraussetzungen bzw. disparate Inanspruchnahmen dieser Leistungen zwischen Gemeinden konstatiert werden (vgl. European Commission 2019: 433).

40 % der Pflegeausgaben entfallen auf den stationären Bereich (überwiegend Wlz-finanziert) (vgl. Tab. 4.4). Weitere 33 % der Ausgaben betreffen häusliche grundpflegerische *Care*- und *Cure*-Leistungen (u. a. Zvw-finanziert). Dieser Anteil von 73 % an

[50] 30,6 % der über 74-jährigen Niederländer*innen leben Anfang 2020 in den Provinzen Noord-Brabant und Noord-Holland. In Zuid-Holland leben 20 % und in Gelderland 12,5 % der niederländischen Bevölkerung über 74 Jahre.

den Gesamtausgaben korrespondiert mit einem Anteil von 23 % der pflegebedürftigen Leistungsempfänger*innen, wobei davon ca. ein Viertel stationär versorgt wird. Die überwiegende Mehrheit der niederländischen Leistungsbezieher*innen (77 %) erhält Grundversorgungsleistungen, medizinische Leistungen und hausärztliche Begleitung sowie Hilfestellungen bei der Haushaltsführung (zumeist Zvw- und Wmo-finanziert).

Tab. 4.4: Nutzer*innen von Sorge-, Pflege- und medizinischen Leistungen und korrespondierende Ausgaben der Altenhilfe und -pflege, 2016.

Pflegeschritte (zorgtreden)	Leistungs-empfänger*innen		Ausgaben	
	Zahl	Anteile	in Mrd. EUR	Anteile
Pflegeschritt 1: Inanspruchnahme von Grundversorgungsleistungen (Gebruik van eerstelijnszorg)	748.299	24 %	0,365	1 %
Pflegeschritt 2: Besuch bei einem Facharzt und / oder Krankenhausaufenthalt (Bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuis-opname)	1.582.508	51 %	6,7	24 %
Pflegeschritt 3: Wmo-Unterstützung (insbesondere Hilfe bei der Haushaltsführung) (Wmo-ondersteuning [vooral huishoudelijke hulp])	95.689	3 %	0,616	2 %
Pflegeschritt 4: Körperpflege oder häusliche Pflege (vorübergehend) und / oder Kurzzeitpflege zu Hause (Persoonlijke verzorging of verpleging thuis [tijdelijk] en/of korte opvang in tehuis)	172.348	6 %	2,2	8 %
Pflegeschritt 5: Körperpflege oder häusliche Pflege (regelmäßig) und / oder Kurzzeitpflege zu Hause (Persoonlijke verzorging of verpleging thuis [structureel] en/of korte opvang in tehuis)	329.465	11 %	7,1	25 %
Pflegeschritt 6: Stationäre Versorgung in einem Pflegeheim (Residentiele opname in verzorgings- of verpleeghuis)	188.863	6 %	11	40 %

Quelle: NZa 2018: 28.

Werden gesondert die ambulante und stationäre Fachpflege fokussiert, dann wird deutlich, dass die Niederlande in diesen Bereichen relativ hohe jährliche pro Kopf-Ausgaben aufweisen, d. h. im Vergleich zu anderen Wohlfahrtsstaaten erhebliche Ressourcen zur Verfügung stellen (vgl. Tab. 4.5). Die häusliche Fachpflege umfasst zudem eine relativ kleine Zahl an Personen, die ständige Intensivpflegebedarfe in großem Umfang benötigen. Denn die Gruppe zumeist hochaltriger, schwerstpflegebedürftiger Menschen mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird stationär versorgt.

Tab. 4.5: Finanzvolumen in der ambulanten und stationären Fachpflege (*Thuiszorg, Verpleging en verzorging*): Ausgaben pro Nutzer*innen[51], 2016.

	Häusliche Pflege (*Thuiszorg*)	Stationäre Versorgung (*Verpleging en verzorging*[52])
Versorgte Personen	501.813	188.863
Ausgaben	9,3 Mrd. EUR	11,0 Mrd. EUR
Ausgaben pro versorgter Person (p. a.)	18.533,- EUR	58.243,- EUR

Quelle: NZa 2018: 28; CBS – AZW (Werkgelegenheid in de zorg en welzijn; baankenmerken, regio).

Tab. 4.6 zeigt, dass mit den AWBZ-Reformen eine Verlagerung der Kosten in andere Versicherungssegmente vorgenommen wurde: Die Zvw-Ausgaben für *Care*- und *Cure*-Leistungen in der häuslichen Pflege bei Personen, die zwar pflegedürftig sind, aber noch nicht unter das Wlz fallen, haben sich zwischen 2009 und 2019 mehr als verzehnfacht. Die Ausgabenentwicklung im Rahmen des Wlz konnte abgebremst werden. Hier hatte der Zuwachs zwischen 2009 und 2014 (ein Jahr vor Inkrafttreten des Wlz) 14 % betragen. 2019 liegen die Wlz-Ausgaben bei insgesamt mehr Pflegebedürftigen auf nahezu gleichem Niveau wie im Jahr 2009. Die Staatsausgaben sanken zwischen 2009 und 2019 um 36 %. Die finanzielle Eigenbeteiligung hat sich ab 2009 über zehn Jahre hinweg fast verdreifacht.

Tab. 4.6: Entwicklung der Pflegeausgaben zwischen 2009 und 2019 (*Verpleeg-, verzorgingshuizen, thuiszorg*).

	Staat (Overheid) in Mrd. EUR	Langzeitpflegegesetz (Wlz, AWBZ) in Mrd. EUR	*davon Ausgaben für das personengebundene Budget (PGB) in Mrd. EUR*	Krankenversicherungsgesetz (Zvw) in Mrd. EUR	Direkte finanzielle Eigenbeteiligung (Directe eigen betalingen) in Mrd. EUR	Freiwillige Zusatzversicherungen (Eigen risico en bijdragen) in Mrd. EUR	Zahlungen ins Ausland (Buitenland; uitvoer) in Mrd. EUR	Ausgaben (gesamt) in Mrd. EUR
2009	0,284	10,622	2,176	0,427	0,020	1,171	0,005	12,529
2014	0,252	12,125	2,746	1,077	0,040	1,402	0,008	14,904
2019	0,182	10,600	2,413	4,420	0,056	1,163	0,011	16,432

Quelle: CBS.

[51] Im Folgenden sind nicht alle pflegebedürftigen Personen erfasst, sondern nur ältere Personen, die ambulant wie stationär Pflegeleistungen beziehen und von der *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZa) in die dargestellten Zvw- und Wlz-finanzierten Gruppen eingeordnet wurden. Insgesamt wurde für das Jahr 2016 von 1,16 Mio. Menschen ausgegangen, die aufgrund von gesundheitlichen Problemen in ihren Lebensvollzügen stark eingeschränkt waren (vgl. European Commission 2019: 429).

[52] Vgl. die CBS-AZW-Klassifizierung: „Deze branche bestaat uit SBI 87100 Verpleeghuizen en 87302 Verzorgingshuizen"; diese Branche umfasst Alten- und Pflegeheime.

5 International vergleichende Perspektive

Tab. 5.1: Versorgungsformen von (leistungsbeziehenden) Pflegebedürftigen im Ländervergleich (Anteile an der Bevölkerung ab 60 Jahren).

	Deutschland	Österreich	Frankreich	Niederlande
Häusliche (und teilstationäre) Versorgung	zu Hause versorgte Leistungsbezieher*innen der Pflegeversicherung: 2.594.862 *(DE) ***= 11,24 %*** davon: zusammen mit ambulanten Pflegediensten versorgte Personen: 829.958 *(DE) ***= 3,60 %*** in Live-in-Arrangements versorgte Personen: ca. 200.000[53] ***= 0,87 %*** teilstationär versorgte Personen: 103.589 *(DE) ***= 0,45 %***	zu Hause versorgte Pflegegeldbezieher*innen: 311.635 *(AT) ***= 14,36 %*** davon: zus. mit ambulanten Diensten versorgte Personen: 84.496 *(AT) ***= 3,89 %*** in Live-in-Arrangements (sog. 24-Stunden-Betreuung) versorgte Personen: ca. 31.000[54] *(AT) ***= 1,43 %*** teilstationär versorgte Personen: 4.835 *(AT) ***= 0,22 %***	von Angehörigen häuslich unterstützte ältere Personen mit Hilfebedarfen: 2.411.000 *(FR) ***= 15,10 %*** davon: häuslich versorgte APA-Leistungsempfänger*innen, die *Services à la personne* (SAAD, SSIAD+SPASAD) beziehen: 768.800 **(FR) ***= 4,64 %***	Wmo-unterstützte ältere Personen mit Hilfebedarfen: 95.689 *(NL) ***= 2,23 %*** u. a. Zvw-unterstützte Personen in Pflegeschritt 4 u. 5: 501.813 *(NL) ***= 11,68 %*** davon: Wlz-finanzierte ältere Personen mit besonders hohem Pflegebedarf: < 68.600[55] *(NL) ***= < 1,60 %***

[53] Dieser Zahl beruht auf einer zurückhaltenden Schätzung, die sich auf die Angaben der Studie von Hielscher et al. (2017: 95), die von 163.000 Pflegehaushalten mit Live-in-Arrangements ausgehen (Datenerhebung von November 2015 bis Juni 2016), aber auch auf höhere Schätzungen, die von 400.000 bis 600.000 in Deutschland tätigen Live-ins p. a. ausgehen (vgl. u. a. Satola/Schywalski 2016: 128; Lutz 2018: 29), stützen kann. Zwischen Dezember 2015 und Dezember 2017 ist die Zahl der Personen ab 80 Jahren um 9 % gestiegen, sodass allein bei Berücksichtigung dieser Alterung von einer Zunahme der Zahl der Pflegehaushalte, die Live-ins beschäftigen, ausgegangen werden kann. Wir übernehmen daher die niedrige und mit der Studie von Hielscher et al. vermittelbare Schätzung von 400.000 Live-ins. Daraus, dass in der Regel zwei Live-ins pro Pflegehaushalt eingesetzt sind und stark vereinfachend pro Pflegehaushalt eine zu pflegende Person angenommen wird, resultiert die Zahl der durch Live-ins versorgten Personen von ca. 200.000.

[54] Österle (2018: 132 f.) gibt für 2015 28.000 pflegebedürftige Menschen an, die von Live-ins versorgt werden.

[55] Unter diese Zahl fallen auch jüngere schwerstpflegebedürftige Personen, die in häuslicher Umgebung versorgt werden.

Stationäre Versorgung	permanent außerhäuslich versorgte Leistungsbezieher*innen der Pflegeversicherung: 818.289 *(DE) ***= 3,54 %*** davon: in stationärer Kurzzeitpflege versorgte Personen: 25.947 *(DE) ***= 0,11 %*** in stationärer Dauerpflege versorgte Personen: 792.342 *(DE) ***= 3,43 %*** nachrichtlich: Plätze in betreuten Wohnformen: zw. 163.540 u. 340.000 **(DE) ***= 0,71 %–1,47 %***	permanent außerhäuslich versorgte Pflegegeldbezieher*innen: 63.807 *(AT) ***= 2,94 %*** davon: in stationärer Kurzzeitpflege versorgte Personen: 2.048 *(AT) ***= 0,09*** in stationärer Dauerpflege versorgte Personen: 59.536 *(AT) ***= 2,74*** in alternativen Wohnformen versorgte Personen: 2.223 *(AT) ***= 0,10 %***	in stationären Einrichtungen versorgte Personen: 727.930 ***(FR) ***= 4,56 %*** davon: in EHPA: 7.700 ***= 0,05 %*** in *Résidences autonomie*: 101.880 ***= 0,64 %*** in EHPAD: 585.560 ***= 3,67 %*** in USLD: 32.790 ***= 0,21 %***	Personen, die Wlz-finanzierte stationäre *Verpleging en verzorging* erhalten: 188.863 *(NL) ***= 4,40 %***
	*(DE) Daten: 2017 (vgl. Statistisches Bundesamt 2018: 18, 34); **(DE) Daten: 2017 (vgl. Kremer-Preiß et al. 2019: 6).	*(AT) Daten: 2017 (vgl. BMASGK 2018: 100, 173; WKO Statistik 2018: 11).	*(FR) Daten: 2015/16 (vgl. Besnard et al. [DREES] 2019: 12; zur Berechnung wird die Zahl der Personen ab 60 Jahren für 2015 zugrunde gelegt: 15.968.411); **(FR) Daten: 2017 (vgl. DREES 2019: 91; zur Berechnung wird die Zahl der Personen ab 60 Jahren für 2017 zugrunde gelegt: 16.574.478); ***(FR) Daten: 2015 (vgl. DREES 2019: 106; zur Berechnung wird die Zahl der Personen ab 60 Jahren für 2015 zugrunde gelegt: 15.968.411).	*(NL) Daten: 2016 (vgl. NZa 2018: 26, 28; CBS 2019).

Tab. 5.2: Arbeitsvolumen (formelle Beschäftigung) in der ambulanten und stationären Pflege (VZÄ) pro 1.000 Einwohner*innen über 74 Jahre in Österreich, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden (2017 oder verfügbares Jahr).

	Österreich (2017) Bevölkerung – 75 Jahre und älter: 818.750 / Anteil an der Gesamtbevölkerung (8.822.267): 9,3 %	**Deutschland** (2017) Bevölkerung – 75 Jahre und älter: 9.386.108 / Anteil an der Gesamtbevölkerung (82.792.351): 11,3 %	**Frankreich** (2017 od. verf. Jahr) (France métropolitaine) Bevölkerung – 75 Jahre und älter: 6.032.981 / Anteil an der Gesamtbevölkerung (64.639.133): 9,3 %	**Niederlande** (2017) Bevölkerung – 75 Jahre und älter: 1.418.527 / Anteil an der Gesamtbevölkerung (17.131.296): 8,3 %
Ambulante Versorgung *Arbeitsvolumen (VZÄ) in der Altenhilfe und -pflege pro 1.000 Personen über 74 Jahre*	Mobile Dienste (12.464 VZÄ *): ***15,2***	Ambulante Pflegedienste (240.061 VZÄ **): ***25,6***	*Services à la personne* (256.400 VZÄ[56] ***): ***44,6*** SAAD (163.000 VZÄ[57] ***): ***28,3*** (SSIAD+SPASAD-Kapazitäten [keine VZÄ] pro 1.000 Personen über 74 Jahre: ***20,4***[58] ***)	*Thuis-zorg* (87.800 VZÄ ****): ***61,9***
Stationäre bzw. außerhäusliche Versorgung *Arbeitsvolumen (VZÄ) in der Altenpflege pro 1.000 Personen über 74 Jahre*	Stationäre Dienste (inkl. Kurzzeitpflege) (34.698 VZÄ *): ***42,4***	Pflegeheime (418.500 VZÄ **): ***44,6***	EHPA-*Résidences autonomie*-EHPAD-USLD (429.770 VZÄ[59] ***): ***72,0***	*Verpleging en verzorging* (157.550 VZÄ ****): ***111,1***

* Daten 2017 (vgl. Statistik Austria/Bundesanstalt Statistik Österreich 2018: 28; BMASGK 2018: 171);
** Daten 2017 (vgl. Statistisches Bundesamt 2020b; Statistisches Bundesamt 2018c: 27 f., 39);
*** Daten unterschiedlicher Jahre (vgl. Ined 2020; Cour des comptes 2014: 72 f., 117; DREES et al. 2019: 22; Drees 2019: 106);
**** Daten 2017 (vgl. CBS [Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio]; CBS – AZW [Werkgelegenheid in de zorg en welzijn; baankenmerken, regio]).

[56] Daten 2012; berechnet mit der für 2012 angegebenen Zahl der über 74-Jährigen: 5.751.652.
[57] Daten 2012; berechnet mit der für 2012 angegebenen Zahl der über 74-Jährigen: 5.751.652. Bezogen auf die Zahl der VZÄ werden 74 % der Arbeitskräfte freigemeinnützigen Organisationen, 16 % privat-gewerblichen Organisationen und 10 % öffentlichen Organisationen zugeordnet; vgl. Cour des comptes 2014: 117. Eine Studie jüngeren Datums gibt die Zahl der SAAD-VZÄ mit 120.000 an, jedoch auf Grundlage einer anderen Schätzung (vgl. El Khomri 2019: 52).
[58] Daten 2018.
[59] Daten 2015; berechnet mit der für 2015 angegebenen Zahl der über 74-Jährigen: 5.967.792.

Tab. 5.3: Arbeitsvolumen (formelle Beschäftigung) in der ambulanten und stationären Pflege (VZÄ) pro pflegebedürftiger*m Nutzer*in in Österreich, Deutschland, Frankreich und den Niederlanden (verfügbares Jahr).

	Österreich	**Deutschland**	**Frankreich**	**Niederlande**
Ambulante Versorgung *Erwerbsarbeitsvolumen (in VZÄ) pro Nutzer*in (Quotient)*	Mobile Dienste (12.464 VZÄ / 84.496 versorgte Personen *): ***0,15***	Ambulante Pflegedienste (240.061 VZÄ / 829.958 versorgte Personen *): ***0,29***	*Services à la personne* (256.400 VZÄ / 730.700 häuslich versorgte APA-Bezieher*innen **): ***0,35*** SAAD (163.000 VZÄ / 730.700 häuslich versorgte APA-Bezieher*innen **): ***0,22***	*Thuiszorg* (81.350 VZÄ / 501.813 versorgte Personen ****): ***0,16***
Stationäre bzw. außerhäusliche Versorgung *Erwerbsarbeitsvolumen (in VZÄ) pro Nutzer*in (Quotient)*	Stationäre Dienste (inkl. Kurzzeitpflege) (34.698 VZÄ / 61.584 versorgte Personen *): ***0,56***	Pflegeheime (418.500 VZÄ / 818.289 versorgte Personen *): ***0,51***	EHPA-*Résidences autonomie*-EHPAD-USLD (429.770 VZÄ / 727.930 versorgte Personen ***): ***0,59***	*Verpleging en verzorging* (167.000 VZÄ / 188.863 versorgte Personen ****): ***0,88***

* Daten 2017 (vgl. BMASGK 2018: 171, 173; Statistisches Bundesamt 2018c: 18, 27 f., 39); ** Daten 2012 (vgl. Cour des comptes 2014: 72 f., 117; Drees 2019: 91); *** Daten 2015 (vgl. Drees 2019: 106); **** Daten 2016 (vgl. NZa 2018: 28; CBS – AZW [Werkgelegenheid in de zorg en welzijn; baankenmerken, regio]).

6 Literatur-/Quellenverzeichnis

Aulenbacher, Brigitte; Leiblfinger, Michael; Prieler, Veronika (2018): Ein neuer Sorgemarkt im Wohlfahrtsstaat: 24-Stunden-Betreuung in Österreich und Dienstleistungsangebote von Wiener Vermittlungsagenturen. In: Ursula Filipič und Annika Schönauer (Hg.): Zur Zukunft von Arbeit und Wohlfahrtsstaat. Perspektiven aus der Sozialforschung. Wien: Arbeiterkammer (Sozialpolitik in Diskussion, Band 19), S. 47–56.

Auth, Diana (2017): Pflegearbeit in Zeit der Ökonomisierung. Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland. Münster: Westfälisches Dampfboot (Arbeit – Demokratie – Geschlecht, 23).

Auth, Diana (2019): Politikfeld „Pflege“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (33-34), S. 4–11.

Bachinger, Almut (2006): Vermittlungsorganisationen in der 24-Stunden-Betreuuung. In: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (ÖKSA) (Hg.): 24-Stundenbetreuung (Dokumentation einer internen Fachtagung des ÖKSA). Wien: Caritaszentrale, S. 1–4.

Behning, Ute (1999): Zum Wandel der Geschlechterrepräsentationen in der Sozialpolitik. Ein policy-analytischer Vergleich der Politikprozesse zum österreichischen Bundespflegegeldgesetz und zum bundesdeutschen Pflege-Versicherungsgesetz. Opladen: Leske + Budrich (Forschung Politikwissenschaft, Bd. 30).

Besnard, Xavier; Brunel, Mathieu; Couvert, Nadège; Roy, Delphine (DREES) (2019): Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l’aide apportée. Résultats des enquêtes «CARE» auprès des aidants (2015-2016). Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé (Les dossiers de la DREES, n° 45).

BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) (2018): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017. Wien.

BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) (2019): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2018. Wien.

BMASGK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) (2019c): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien.

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) / Sektion IV (2014): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013. Wien.

BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) (2017): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2016. Wien.

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2019): Pflegeleistungen zum Nachschlagen. 5. Aufl. Berlin.

Bode, Ingo (2009): Frankreich. In: Christa Larsen, Angela Joost und Sabine Heid (Hg.): Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München: Rainer Hampp, S. 116–122.

Bucher, Barbara (2018): Rechtliche Ausgestaltung der 24-h-Betreuung durch ausländische Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten. Eine kritische Analyse. Baden-Baden: Nomos (Nomos Universitätsschriften – Recht, Band 947).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumenten-schutz (BMASK) / Sektion IV (2014): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013. Wien.

CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) (2019): Langdurige zorg vaker thuis. Online lesbar unter: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/50/langdurige-zorg-vaker-thuis (zuletzt aufgerufen: 17.10.2020).

Cour des comptes (2014): Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Enquête demandée par le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale.

Coutton, Vincent (2001): Évaluer la dépendance à l'aide de Groupes Iso-Ressources (GIR): une tentative en France avec la grille AGGIR. In: Gérontologie et Société vol. 24 (n° 99), S. 111–129.

Dammayr, Maria (2019): Legitime Leistungspolitiken? Leistung, Gerechtigkeit und Kritik in der Altenpflege. Weinheim/Basel: Beltz Juventa (Arbeitsgesellschaft im Wandel).

DREES (2015): EHPA 2015. Online abrufbar unter: http://www.data.drees.sante.gouv.fr (zuletzt aufgerufen: 12.01.2021).

DREES (2017): L'aide et l'action sociales en France. Édition 2017.

DREES (2019): L'aide et l'action sociales en France. Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. Édition 2019.

DREES et al. (2019): Panorama Statistique – Jeunesse / Sports / Cohésion sociale. Les régions françaises 2019.

DRV (Deutsche Rentenversicherung) (2013): Rentenversicherung in Zeitreihen. Sonderausgabe der DRV (Oktober 2013) (DRV-Schriften).

DRV (Deutsche Rentenversicherung) (2019): Rentenversicherung in Zeitreihen. Sonderausgabe der DRV (Oktober 2019) (DRV-Schriften).

Ecosante (2014): Online abrufbar unter: https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/equipement-en-soins-infirmiers-a-domicile-ou-ssiad/ (zuletzt aufgerufen: 12.01.2021).

El Khomri, Myriam (2019): Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-age 2020-2024. Rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé (grand âge et autonomie).

Emunds, Bernhard; Hagedorn, Jonas; Heimbach-Steins, Marianne; Quaing, Lea (2021): Pflegearbeit gerecht organisieren. Weinheim/Basel: Beltz Juventa (Arbeitsgesellschaft im Wandel) (im Erscheinen).

Erster Altenbericht der Bundesregierung (1993): Deutscher Bundestag – Drucksache 12/5897 v. 28.09.1993.

European Commission (2019): Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Prepared by the Commission Services (Directorate-General for Economic and Financial Affairs), and the Economic Policy Committee (Ageing Working Group). Country Documents – 2019 Update. Luxembourg: Publications Office of the European Union (European Economy – Institutional Paper, 105).

Geyer, Johannes; Korfhage, Thorben; Schulz, Erika (2016): Andere Länder, andere Wege: Pflege im internationalen Vergleich. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 70 (1), S. 52–58.

Grossmann, Bernhard; Schuster, Philip (2017): Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung. Studie im Auftrag des Fiskalrates. Wien: Fiskalrat.

Hagedorn, Jonas (2021): Pflegesysteme in Deutschland, Österreich, Frankreich und den Niederlanden in vergleichender Perspektive. In: Bernhard Emunds, Jonas Hagedorn, Eva Hänselmann und Marianne Heimbach-Steins (Hg.): Pflegearbeit im Privathaushalt. Sozialethische Analysen. Unter Mitarbeit von Lea Quaing. Paderborn: Brill/Ferdinand Schöningh (Gesellschaft – Ethik – Religion, Bd. 18), S. 41-120.

Hielscher, Volker; Kirchen-Peters, Sabine; Nock, Lukas (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft (STUDY – Hans Böckler Stiftung, Nr. 363).

Ined (Institut national d'études démographiques) (2020): Estimation de population (par région, sexe et grande classe d'âge). Online abrufbar unter: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/159/estim.pop.nreg.sexe.gca.1975.2020.fr.xls (zuletzt aufgerufen: 12.01.2021).

Kantar (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). München: Kantar – Public Division Deutschland.

Kocher, Eva (2019): Der rechtliche Rahmen der 24-Stunden-Pflege in Deutschland. In: Clarissa Rudolph und Katja Schmidt (Hg.): Interessenvertretung und Care. Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen. Münster: Westfälisches Dampfboot (Arbeit – Demokratie – Geschlecht, Bd. 26), S. 195–211.

Köfel, Manuel (2012): Wer finanziert die Pflege? Pflegefinanzierung in Österreich aus kommunaler Perspektive. In: KDZ Forum Public Management (2), S. 4–7.

Krawietz, Johanna (2014): Pflege grenzüberschreitend organisieren. Eine Studie zur transnationalen Vermittlung von Care-Arbeit. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.

Kremer-Preiß, Ursula; Mehnert, Thorsten; Klemm, Britta (2019): Betreutes Seniorenwohnen. Entwicklungsstand und Anforderungen an eine zukunftsgerechte Weiterentwicklung. Ergebnisse einer empirischen Studie erstellt in Kooperation von BFS Service GmbH / Kuratorium Deutsche Altershilfe. Heidelberg: medhochzwei (ProAlter PraxisWissen).

Le Bihan, Blanche; Sopadzhiyan, Alis (2018): The development of an ambiguous care work sector in France. Between professionalization and fragmentation. In: Karen Christensen und Doria Pilling (Hg.): The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World. Abingdon/New York: Routledge, S. 102–115.

Leiber, Simone; Matuszczyk, Kamil; Rossow, Verena (2019): Private Labor Market Intermediaries in the Europeanized Live-in Care Market between Germany and Poland: A Typology. In: Zeitschrift für Sozialreform 65 (3), S. 365–392.

Leiblfinger, Michael (2020): „Wie liebevoll kümmernde Angehörige“: Die Vergeschlechtlichung von Care und deren Entnennung als Arbeit am Beispiel der 24-Stunden-Betreuung. In: Walter J. Pfeil, Astrid Reichel und Sabine Urnik (Hg.): Pflege und Betreuung – Who cares? Wien: Manz, S. 1–13.

Leiblfinger, Michael; Prieler, Veronika (2018): Elf Jahre 24-Stunden-Betreuung in Österreich. Eine Policy- und Regime-Analyse. Linz: Katholische Privat-Universität Linz (Linzer WiEGe-Reihe, Beiträge zu Wirtschaft – Ethik – Gesellschaft, Band 9).

Lessenich, Stephan (2003): Dynamischer Immobilismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell. Frankfurt a.M.: Campus.

Lutz, Helma (2018): Die Hinterbühne der Care-Arbeit. Transnationale Perspektiven auf Care-Migration im geteilten Europa. Weinheim: Beltz Juventa (Arbeitsgesellschaft im Wandel).

Muller, Marianne (DREES) (2017): L’accueil des personnes âgées en établissement: entre progression et diversification de l’offre. Résultats de l’enquête EHPA 2015 (Les dossiers de la DREES, Nº20).

Muller, Marianne (DREES) (2018): L’enquête EHPA 2015. Les différentes phases de l’enquête (Documents de travail – Série Sources et méthodes, N°67).

Müller, Romy; Theurl, Engelbert (2014): Angebotsstrukturen von stationären Pflegeleistungen in Österreich: Eine empirische Bestandsaufnahme. In: Wirtschaft und Gesellschaft 40 (Heft 1), S. 121–150.

Nagl-Cupal, Martin; Kolland, Franz; Zartler, Ulrike; Mayer, Hanna; Bittner, Marc; Koller, Martina Maria et al. (2018): Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Endbericht (Juni 2018). Hrsg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien: BMASGK.

Nullmeier, Frank (2002): Auf dem Weg zu Wohlfahrtsmärkten? In: Werner Süß (Hg.): Deutschland in den neunziger Jahren. Politik und Gesellschaft zwischen Wiedervereinigung und Globalisierung. Opladen: Leske + Budrich, S. 269–281.

NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) (2018): Monitor: Zorg voor ouderen 2018. Utrecht.

Österle, August (2016): 24-Stunden-Betreuung und die Transnationalisierung von Pflege und Betreuung: Aktuelle Dimensionen und wohlfahrtsstaatliche Implikationen. In: Bernhard Weicht und August Österle (Hg.): Im Ausland zu Hause pflegen. Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung. Wien: Lit, S. 247–269.

Österle, August (2018): Employing migrant care workers for 24-hour care in private households in Austria. Benefits and risks for the long-term care system. In: Karen Christensen und Doria Pilling (Hg.): The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World. Abingdon/New York: Routledge, S. 130–141.

Petermann, Arne; Bohl, Juliane; Brinkmann, Roman; Seebohm, Frederic (2018): Rechtliche Modelle für Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (sog. „24-Stunden-Betreuung“). Herausgegeben vom Verband für häusliche Betreuung und Pflege e. V. (VHBP).

Pflege zu Hause (2017): Trautes Heim, da will ich sein. Die besten Vermittler für Betreuungskräfte aus Osteuropa. In: test - Stiftung Warentest (5), S. 86–95.

Prochazkova, Lucie; Rupp, Bernhard; Schmid, Tom (2008): Evaluierung der 24-Stunden-Betreuung. Endbericht (SFS – Sozialökonomische Forschungsstelle).

Rossow, Verena; Leiber, Simone (2017): Zwischen Vermarktlichung und Europäisierung. Die wachsende Bedeutung transnational agierender Vermittlungsagenturen in der häuslichen Pflege in Deutschland. In: Sozialer Fortschritt 66 (3/4), S. 285–302.

Rossow, Verena; Leiber, Simone (2019): Entwicklungen auf dem Markt für „24-Stunden-Pflege“. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (33-34), S. 37–42.

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf (2019): Pflegereport 2019. Ambulantisierung der Pflege. Berlin: BARMER (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 20).

Rothgang, Heinz; Müller, Rolf; Unger, Rainer; Weiß, Christian; Wolter, Annika (2012): Pflegereport 2012 (BARMER GEK). Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 17).

Rüb, Friedbert W. (2003): Vom Wohlfahrtsstaat zum „manageriellen Staat“? Zum Wandel des Verhältnisses von Markt und Staat in der deutschen Sozialpolitik. In: Roland Czada und Reinhard Zintl (Hg.): Politik und Markt. Wiesbaden: VS Verlag fur Sozialwissenschaften (Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 34), S. 256–299.

Satola, Agnieszka; Schywalski, Beate (2016): "Live-in-Arrangements" in deutschen Haushalten: Zwischen arbeitsrechtlichen/-vertraglichen (Un-)Sicherheiten und Handlungsmöglichkeiten. In: Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus.

Herausgegeben von Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmey, Stefan Greß, Jürgen Klauber und Antje Schwinger. Stuttgart: Schattauer, S. 127–138.

Schmid, Tom (2009): Hausbetreuung – die Legalisierungs-Policy in Österreich. In: Christa Larsen, Angela Joost und Sabine Heid (Hg.): Illegale Beschäftigung in Europa. Die Situation in Privathaushalten älterer Personen. München: Rainer Hampp, S. 53–78.

Schneekloth, Ulrich; Geiss, Sabine; Pupeter, Monika; Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas; Müller, Rolf (2017): Abschlussbericht: Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München: TNS Infratest Sozialforschung.

Schneider, Ulrike (1999): Die soziale Pflegeversicherung in Deutschland. Gestaltung, Implementierung und erste Bewertung. In: Internationale Revue für Soziale Sicherheit 52 (H. 2), S. 37–89.

Schulte, Bernd (2019): Die Stellung der Wohlfahrtsverbände in Europa: Chancen und Risiken sozialer Dienstleistungserbringung. In: Joachim Rock und Joß Steinke (Hg.): Die Zukunft des Sozialen – in Europa? Soziale Dienste und die europäische Herausforderung. Baden-Baden: Nomos, S. 83–108.

Staflinger, Heidemarie (2016): Der oö. Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Forschungsbericht der Arbeiterkammer Oberösterreich – Abteilung Arbeitsbedingungen. Linz.

Statistik Austria (2020): Jahresdurchschnittsbevölkerung 1981-2019 nach breiten Altersgruppen sowie demographische Abhängigkeitsquotienten – Bundesländer.

Statistik Austria/Bundesanstalt Statistik Österreich (2018): Demographisches Jahrbuch 2017. Wien: Verlag Österreich GmbH.

Statistisches Bundesamt (2001): Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2003): Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2011): Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2013a): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (2013b): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (2018a): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (2018b): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (2018c): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2019c): Statistisches Jahrbuch 2019. Deutschland und Internationales. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (2020a): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Destatis.

Statistisches Bundesamt (2020b): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland (Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre). Online abrufbar unter: https://www-genesis.destatis.de/genesis/online. Ergebnis 12411-0005.

Steiner, Jennifer; Prieler, Veronika; Leiblfinger, Michael; Benazha, Aranka (2019): Völlig legal!? Rechtliche Rahmung und Legalitätsnarrative in der 24h-Betreuung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 44, S. 1–19.

TEF édition (Tableaux de l'économie française) (2020): Collection Insee Références. Édition (Institut national de la statistique et des études économiques).

Theobald, Hildegard (2018): Care provision inside and outside the professional care system. The case of long-term care insurance in Germany. In: Karen Christensen und Doria Pilling (Hg.): The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World. Abingdon/New York: Routledge, S. 116–129.

Theobald, Hildegard (2019): Politiken in der Altenpflege und die Entwicklung von Stratifikationen in Wechselwirkung von Geschlecht, sozialer Schicht und Migration: Eine internationale Perspektive. In: Clarissa Rudolph und Katja Schmidt (Hg.): Interessenvertretung und Care. Voraussetzungen, Akteure und Handlungsebenen. Münster: Westfälisches Dampfboot (Arbeit – Demokratie – Geschlecht, Bd. 26), S. 161–176.

Theobald, Hildegard (2021): Gute Arbeit in der Pflege? Staatliche Steuerungsversuche im internationalen Vergleich. In: Bernhard Emunds, Julian Degan, Simone Habel und Jonas Hagedorn (Hg.): Freiheit – Gleichheit – Selbstausbeutung. Zur Zukunft der Sorgearbeit in der Dienstleistungsgesellschaft. Marburg: Metropolis (Die Wirtschaft der Gesellschaft, Jahrbuch 6), S. 391–417.

TRISAN (2018): Die Pflege älterer Personen in Deutschland, Frankreich und der Schweiz. Kehl: Euro-Institut.

UWV (2015): Zorg: Sectorbeschrijving. Amsterdam: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Welti, Felix (2019): Der Einfluss des Europäischen Wettbewerbsrechts auf die Organisation des deutschen Gesundheitswesens. In: Joachim Rock und Joß Steinke (Hg.): Die Zukunft des Sozialen – in Europa? Soziale Dienste und die europäische Herausforderung. Baden-Baden: Nomos, S. 65–82.

WKO Statistik (2018): Personenberatung und Personenbetreuung: Branchendaten. Stabsabteilung Statistik (Februar 2018). Wien.

WKO Statistik (2019): Personenberatung und Personenbetreuung: Branchendaten. Abteilung für Statistik (Mai 2019). Wien.

7 Abkürzungsverzeichnis

APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie, personalisiertes Autonomiegeld (Frankreich)
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Gesetz über besondere Gesundheitsausgaben bzw. Krankheitskosten (Niederlande)
AZW	Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, Datenbank AZW StatLine (Niederlande); online abrufbar unter: https://azwstatline.cbs.nl
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek, Statistikbehörde (Niederlande); online abrufbar: https://opendata.cbs.nl/statline
CESU	Chèque Emploi Service Universel, Dienstleistungsscheck zur Förderung regulärer Beschäftigung in den haushaltsnahen Dienstleistungen (Frankreich)
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (Österreich)
DSB	Diplomsozialbetreuer*innen (Österreich)
EHPA	Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées (Frankreich)
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (Frankreich)
FSB	Fachsozialbetreuer*innen (Österreich)
KZP	Kurzzeitpflege
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
p. a.	per annum, für das Jahr
PA	Pflegeassistent*innen (Österreich)
PFA	Pflegefachassistent*innen (Österreich)
PGB	Persoonsgebonden Budget, personengebundenes Budget (Niederlande)
SAAD	Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile, ambulante Hilfsdienste (Frankreich)
SPASAD	Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile, kombinierte ambulante Hilfs- und Pflegedienste (Frankreich)

SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile, ambulante Pflegedienste (Frankreich)
Tsd.	Tausend
USLD	Unités de Soins de Longue Durée (Frankreich)
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
Wlz	Wet langdurige zorg, Langzeitpflegegesetz (Niederlande)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning, Sozialhilfegesetz (Niederlande)
Zvw	Zorgverzekeringswet, Krankenversicherungsgesetz (Niederlande)