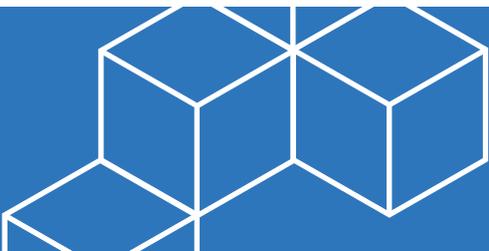


Altern in Südtirol.

Bausteine für die
nachhaltige Sicherung
einer qualitätsvollen
Pflege

von
Gottfried Tappeiner
Giulia Cavrini
Elisa Cisotto
Ulrike Loch
Nadia Paone
Federica Viganò
Alex Weissensteiner



An Stelle eines Vorworts

Diese Publikation ist das Ergebnis einer interdisziplinären Arbeit, die verschiedene Perspektiven vereint hat. Für die ökonomische Analyse wurde die demografische Entwicklung mit sozialwissenschaftlichen Methoden kombiniert.

Dieses kurze Vorwort dient als Anleitung zur Studie und soll potenzielle Missverständnisse bei der Interpretation durch den Leser vermeiden:

- Die Arbeit legt ein großes Gewicht auf die finanziellen Aspekte der Pflege. Dies bedeutet keinesfalls, dass Geld bei der Sicherung der Pflege der wichtigste Aspekt ist. Engagierte Pflegekräfte, gute Infrastrukturen und ein tragfähiges lokales und familiäres Netz sind deutlich wichtiger. In dieser Studie wird der Fokus auf die Finanzierung der Pflege gelegt, weil sich viele qualitative Elemente in einem Pflegesystem einfacher verwirklichen lassen, wenn die Finanzierung gesichert ist. Geld pflegt nicht, aber mit den notwendigen finanziellen Ressourcen kann man qualitative Pflege leichter organisieren.
- Die Arbeit wurde im Laufe von zwei Jahren (2021-2023) durchgeführt und basiert auf den damals verfügbaren Daten. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass diese Studie einen Zeithorizont bis 2035 ins Auge fasst, daher

sind die Daten und qualitativen Überlegungen weiterhin gültig. Die vorliegende Studie will die finanzielle Herausforderung im Bereich der Pflege quantifizieren und potenzielle Lösungsinstrumente andeuten.

- Die Arbeit beinhaltet viele Aspekte, die aus anderen Studien und regelmäßigen Berichten bereits bekannt sind. Diese wurden durch einige Aspekte ergänzt (Befragung pflegender Menschen, Befragung zu unterschiedlichen Finanzierungsmodellen der Pflege). Das Hauptziel der Arbeit ist es aber, die Ergebnisse der verschiedenen Studien in Beziehung zu setzen und sie dadurch zu valorisieren.
- Die Arbeit ist nicht als Kochbuch für die Lösung des Pflegeproblems nach dem Motto „man nehme...“ zu verstehen. Für jeden Problembereich gibt es unterschiedliche Lösungsansätze, und die Entscheidung welchen Weg man wählt, beinhaltet Werturteile. Werturteile für die Gesellschaft sind in einer Demokratie die Aufgabe der durch Wahlen legitimierten Politiker:innen - nicht von Expert:innen. Es lässt sich nicht vermeiden, dass aus dem Text manchmal klar wird, dass die Autor:innen eine Lösung gegenüber einer anderen bevorzugen. Es ist jedoch wichtig, dass die Entscheidung, bestimmte Richtlinien in der Sozialpolitik zu verfolgen, von der Politik getroffen wird.



Nach dieser Rekontextualisierung der vorliegenden Arbeit kann man sich zu Recht fragen, was zur Lösung des Pflegeproblems getan werden kann. Hier einige Punkte, die die Autor:innen für wichtig halten:

- Wenn man über die Kosten der Pflege spricht, denkt man häufig an die Kosten des Pflegegeldes, die mit deutlich mehr als 200 Mio. € auch schon bedeutsam sind. Das ist aber viel zu eng gefasst: nimmt man die Kosten des Sanitätswesens, die Kosten für die Errichtung der Infrastrukturen, die Kosten bezahlter Hauspflege und den materiellen Wert (der immaterielle ist noch viel größer) der familiären Pflege dazu, sprechen wir über den 3 bis 4-fachen Betrag. Diese Gesamtbetrachtung ist wichtig, wenn man abschätzen will, wie viel für die Pflege (bei Beibehaltung der derzeitigen Rahmenbedingungen) aufgebracht werden muss.
- Dass Pflege teurer wird, ist jedem klar. Als wichtigster Faktor wird dabei meist der demografische Wandel genannt. Tatsächlich sind die Wirkungen, die durch einen Mangel an Pflegekräften und durch fragilere Familienstrukturen mit der einhergehenden geringeren Möglichkeit der familiären Pflege ausgehen, tatsächlich noch wichtiger.
- Pflegesituation ist nicht gleich Pflegesituation. Aus dieser trivialen Feststellung folgt aber, dass es kein einzelnes Instrument zur Bewältigung dieses Problems geben kann. Daher ist jede Diskussion nach dem Motto „Da gibt es doch schon das Model ...“ bereichernd, weil man von anderen lernen kann, aber eben auch stark verkürzend. Jede Region benötigt einen „Werkzeugkasten der Pflege“, der auf die Situation zugeschnitten ist.
- Es wird immer wieder die behauptet,

dass man Wähler:innen nichts zumuten darf, weil man sonst sofort abgestraft wird. Die vorliegende Arbeit enthält einige Ergebnisse einer kleinen Umfrage zu Fragen der Pflegefinanzierung. Obwohl nicht repräsentativ stellt sich ein Punkt klar heraus: Bürger:innen erklären sich durchaus bereit, sich mit einem Problem auseinanderzusetzen, das sie aus nächster Nähe kennen und bei dem sie oft als familiäre Pflegepersonen direkt involviert sind. Das Ergebnis ist, dass sie klarsehen, dass die Lösung der Langzeitpflege Ressourcen erfordert. Mit einer transparenten Kommunikation ist die Gesellschaft viel offener für Veränderungen, als es ihr manche Autoren zuschreiben.

Vielleicht helfen diese Punkte bei der Lektüre und machen neugierig. Für Leser:innen, die die Zeit einfach nicht aufbringen können noch ein Insider Tipp: mit den Kapiteln 3.7 und 10 erhält man schon einen guten Überblick über die Ergebnisse.

Dank

Die vorliegende Arbeit wäre ohne die selbstlose Unterstützung vieler Menschen und Institutionen nicht denkbar gewesen. Es ist den Autor:innen ein besonderes Anliegen, den Familienangehörigen zu danken, die sich um die Pflege ihrer Angehörigen kümmern und die in bewegender Weise bereit waren, über ihre Situation Auskunft zu geben.

Es wäre uns nicht möglich gewesen, mit diesen im wahrsten Sinn des Wortes „Leistungsträger:innen“ Kontakt aufzunehmen, wenn uns nicht die Leiterin der Hauskrankenpflege und der Leiter des Hauspflegedienstes über das Vertrauen, das ihre Mitarbeiter:innen zu den Familien aufgebaut haben, den Zugang ermöglicht hätten. Diesen Menschen, die wir nicht alle namentlich erwähnen können, möchten wir ganz besonders danken.

Die telefonische Befragung der pflegenden Familienmitglieder wurde durch Mitarbeiter:innen der Firma Apollis geleistet. Es war keine gewöhnliche Befragung, und die teils emotionalen Interviews waren für diese Mitarbeiter:innen sicher nicht immer einfach zu handhaben. Danke!

Die Meinungserhebung zu möglichen Finanzierungsalternativen wurde im Rahmen eines Panels der Firma RCM-Solutions durchgeführt. Auch diesen Befragten sei an dieser Stelle gedankt.

Ein besonderer Dank gilt auch den Studierenden des Studiengangs Bachelor Sozialarbeit der Freien Universität Bozen, die im Rahmen der Lehrveranstaltung Einführung in wissenschaftliches Arbeiten und qualitative Sozialforschung die qualitative Befragung bei den pflegenden Familienangehörigen vorbereitet und mit großem Engagement durchgeführt haben.

Viele wichtige Inputs haben wir von Institutionen und Mitarbeiter:innen von Einrichtungen erhalten, die seit Jahrzehnten in diesem Bereich arbeiten. Stellvertretend seien hier der Dachverband der Heime und der Dachverband für Soziales genannt. Auch Kolleg:innen, die zum Thema dieser Broschüre wissenschaftlich gearbeitet haben haben uns unterstützt. Überall haben wir offene Türen gefunden.

Ganz besonders waren wir auf die Hilfe von Mitarbeiter:innen des Landes Südtirol, besonders der Abteilungen Soziales und Gesundheit, angewiesen. Ob es dabei um Daten, um rechtliche Grundlagen, die Zuverlässigkeit bestimmter Eckdaten oder um die Praxis der Pflegeeinstufung ging, wir fanden immer ein offenes Ohr. Es ist uns bewusst, dass unsere Nachfragen manchmal naiv geklungen haben und mit Sicherheit auch lästig waren. Daher ein ganz besonderes Danke.

Wir sind zuversichtlich, dass wir mit der Unterstützung der genannten und noch vieler anderer Helfer:innen einen Beitrag zur Erreichung eines gemeinsamen Zieles leisten: möglichst optimale Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung von Senior:innen, die hierauf angewiesen sind.

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Die Ausgangssituation und die demografische Entwicklung	10
3. Die Kostenstruktur und ihre Entwicklung	14
3.1 Kostenstruktur der Heime	14
3.2 Kosten des Pflegegeldes	16
3.3 Hauspflege und Hauskrankenpflege	17
3.4 Diverse öffentliche Dienste	17
3.5 Die informelle Pflege zu Hause	18
3.6 Opportunitätskosten der familiären Pflege	19
3.7 Überblick und Hochrechnung	20
4. Finanzierung der Pflege: Wünsche der Bevölkerung	24
5. Pflegeversicherung	26
6. Die Situation der pflegenden Familienangehörigen	30
7. Die finanziellen Aspekte der Pflege	38
8. Internationale Impulse und Perspektiven für Südtirol	50
8.1 Dänemark	50
8.2 Niederlande	51
8.3 Österreich	52
9. Grenzen der Studie	54
10. Kernergebnisse und Ausblick	56

1 Einleitung

Dank vieler Faktoren, wie einer besseren Ernährung, verbesserten hygienischen Verhältnissen und natürlich auch einer viel besseren medizinischen Versorgung, steigt die durchschnittliche Lebenserwartung an. Daran wird auch der kurze Einbruch durch die Corona-Pandemie nichts ändern. Erfreulicherweise wächst auch die durchschnittliche Zahl der Lebensjahre, die ein Mensch in guten gesundheitlichen Verhältnissen leben kann. Trotzdem steigt durch diese demografische Entwicklung der Bedarf an unterschiedlichen Betreuungsleistungen erheblich an.



Diese Entwicklung ist außerordentlich gut erforscht. Allein im Jahre 2022 sind mehr als 5000 wissenschaftliche Publikationen und insgesamt fast 10.000 Überblicksartikel zum Thema Altenpflege im weitesten Sinn erschienen (siehe Clarivate, Abfrage Mai 2023). Auch speziell über Südtirol gibt es eine ganze Reihe wissenschaftlicher Publikationen, statistischer Unterlagen und Planungsdokumente (u.a. EURAC 2021; Bernhard et al. 2014; Gudauner 2023; ASTAT 2021; Untermarzoneer 2016; OECD 2017; OECD 2019), die den Status quo umfassend beschreiben. In diesem Kontext will die vorliegende Arbeit die folgenden Bereiche aufbereiten, um ein umfassenderes Gesamtbild zu liefern und damit politische Entscheidungen zu erleichtern:

- Aus den vorhandenen Quellen soll die aktuelle Situation sowohl bei der Pflege zuhause als auch bei der Pflege in stationären Einrichtungen (und den wenigen Versuchen im Übergangsbereich) sowohl mengenmäßig (Pflegegeldempfänger:innen, Pflegeplätze etc.) als auch monetär durch die Abschätzung der öffentlichen und privaten Kosten für die Pflege gesamtseitlich dargestellt werden. Besonders die monetäre Seite ist derzeit noch nicht umfassend untersucht worden, weil „Altenpflege“ zurecht als Grundrecht angesehen wird. Daraus wird jedoch manchmal der falsche Schluss gezogen, dass „es sich nicht gehört“, in diesem Zusammenhang über Geld zu sprechen. Das ist gefährlich, weil qualitativ hochwertige Pflege – gleich von wem sie geleistet wird – immer Ressourcen benötigt. Nur wenn man die Tatsache

frühzeitig berücksichtigt, dass mehr Ressourcen benötigt werden, kann qualitativ hochwertige Pflege jetzt und in Zukunft geleistet und gesichert werden. Eine Vorstellung davon, was passiert, wenn man das nicht tut, erhalten wir gerade in Europa und auch in Südtirol, wenn beispielsweise ein offensichtlicher Mangel an Fachkräften dazu führt, dass wertvolle Pflegebetten unbelegt bleiben müssen.

- Um von dieser Ist-Situation Szenarien für die Zukunft abzuleiten, sind drei Treiber von Bedeutung: a) die demografische Entwicklung, b) die Entwicklung der wichtigsten Kostenbestandteile für die Pflege und Betreuung, besonders die Personalkosten, sowie c) die Entwicklung der gesellschaftlichen und familiären Strukturen.

Die Demografie ist dabei die sicherste Komponente, besonders weil die Zahl der Pflegebedürftigen kaum von der unsichersten Komponente der Bevölkerungsentwicklung, der Migration, abhängt. Migration spielt allerdings eine große Rolle, wenn man der Frage nachgeht, wie groß das zukünftige Arbeitskräftepotenzial für professionelle Fachkräfte in der Pflege und Betreuung sein wird. Die vorliegende Arbeit stützt sich zentral auf die Prognose der demografischen Entwicklung, welche aus dem Datenarchiv des Landesinstituts für Statistik (ASTAT 2023) und dem Datenarchiv des Nationalen Instituts für Statistik (ISTAT 2023) zur Verfügung gestellt werden. Diese wurde durch interne Berechnungen ergänzt, um die Belastbarkeit der Ergebnisse zu überprüfen.

Klar ist, dass wir uns bereits heute in einem Wettbewerb um Pflegekräfte befinden. Dies betrifft sowohl den Wettbewerb mit anderen Berufsfeldern als auch den Wettbewerb mit anderen Staaten. Neben den qualitativen Voraussetzungen, die es benötigt, um in diesem Wettbewerb zu bestehen, wird die Knappheit an Pflegekräften zwangsläufig dazu führen, dass die Reallöhne (also der Lohn nach Berücksichtigung der Inflation) dieser Berufsgruppe überdurchschnittlich steigen werden. Wie stark dieser Anstieg sein wird, lässt sich nicht mit Sicherheit vorhersagen. Wir werden daher nur ein plausibles Szenario und seine Wirkung auf die Pflegekosten vorstellen. Das Szenario lässt sich leicht modifizieren und damit an Entwicklungen anpassen, wenn sich diese klarer abzeichnen.

- Mit rund 70% der Pflegeleistung (das ergibt sich aus der Statistik zu den Empfänger:innen des Pflegegeldes) decken die Angehörigen, teilweise unterstützt durch Hilfspflegerkräfte, den Löwenanteil der Pflege ab. Die generell sinkende Familiengröße, die Zunahme von Patchwork-Familien und die geografische Streuung der Lebensmittelpunkte von Familienmitgliedern werden dazu führen, dass selbst unter guten Rahmenbedingungen dieser Anteil sinken wird. Auch für diesen Teil wird ein grobes Szenario in dieser Arbeit entworfen.
- Zusammen sollen diese Komponenten eine Abschätzung des zunehmenden Finanzierungsbedarfs für die formelle und informelle Pflege und Betreuung von Senior:innen ermöglichen.
- Wenn man die Möglichkeit einer markanten Verschlechterung der Pflegeleistungen ausschließen möchte, müssen diese Ressourcen entweder durch unbezahlte Pflegeleistungen oder durch bezahlte Pflegeleistungen aufgebracht werden. Welche Finanzierung oder genauer welcher Finanzierungsmix gesellschaftlich angestrebt wird, ist letztlich ein Werturteil. Was die Bevölkerung in diesem Zusammenhang denkt und wünscht, wurde bisher nicht erforscht. Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit

die ersten Ergebnisse einer Befragung einer Stichprobe der Südtiroler Bevölkerung vorgestellt. Die Ergebnisse ermöglichen zumindest eine Diskussion, die sich auf eine etwas breitere Basis von Fakten stützen kann, als es derzeit möglich ist. Die Ergebnisse verstehen sich als Impuls für eine vertiefende Diskussion – nicht als Lösung des Ressourcenproblems.

- Eine Möglichkeit der Finanzierung der Pflege ist auch ein Versicherungsmodell. Dies bietet sich besonders an, weil niemand weiß, ob und in welchem Umfang sie oder er Pflege notwendig haben wird. Versicherungen sind allerdings abstrakte Produkte und können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Um auch hier die notwendige gesellschaftliche Diskussion zu unterstützen, werden die wichtigsten Eckdaten für ein solches Modell (Umfang der Leistungen, Kosten der Polize, Zahlungsmodalitäten etc.) berechnet und kommentiert. Die Daten geben eine recht robuste Abschätzung (auch hier wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt), sie ersetzen aber natürlich keinesfalls eine Berechnung durch eine(n) Akteur:in. Eine solche müsste, falls ein Versicherungsmodell in die nähere politische Wahl für einen Finanzierungsmix käme, als technische Vorbereitung erstellt werden.

- Es wurde bereits erwähnt, dass die Pflege durch Familienmitglieder die Hauptsäule der Pflegeleistung in Südtirol ist. Aus der Literatur ist bekannt (Batchelder et al. 2019; Grässel et al. 2003; Grässel et al. 2014), dass Pflegeleistungen für die pflegenden Menschen erhebliche psychische, physische und auch finanzielle Belastungen mit sich bringen können (Wilz & Pfeifer 2019). Eine Befragung von pflegenden Familienmitgliedern soll einen Einblick in deren Belastungssituation, in die Faktoren, welche diese Belastung beeinflussen, und in Maßnahmen, welche die Betroffenen als hilfreich ansehen, geben. Die Säule der familiären Pflege zu stützen, ist im unmittelbaren Interesse der Pflegebedürftigen. Es ist eine klare Verpflichtung der Gesellschaft gegenüber den Pflegenden und natürlich ist es auch für das Funktionieren der Systeme Pflege und Betreuung von zentraler Bedeutung. Dieser Teil wird auch zeigen, dass es nicht „generelle Unterstützungsmaßnahmen“ gibt, die alle Bedürfnisse abdecken, sondern dass es einen Mix braucht, der an die jeweilige Situation angepasst werden kann.
- Mit den Fakten aus den bisher beschriebenen Bereichen soll ein Einblick in internationale Pflegemodelle gegeben werden, um eine Diskussion zu ermöglichen, woher man Komponenten von Best Practices, welche sich für die Südtiroler Realität eignen würden, übernehmen kann.

Aus den bereits vorliegenden Ergebnissen der verschiedenen einschlägigen Publikationen

und auf der Grundlage der zusätzlichen Fakten dieser Arbeit sollen Vorschläge erarbeitet werden, welche einen Beitrag dazu leisten sollen, die Pflegepolitik rational strategisch auszurichten.

Selbstverständlich ist diese Arbeit kein Schlusspunkt zur wissenschaftlichen Diskussion zur Pflege und Betreuung in Südtirol, sondern höchstens ein Zwischenschritt. Vier Punkte, die wichtig sind, und die durch diese Arbeit nicht abgedeckt werden, sollen besonders hervorgehoben werden: **Erstens** fehlt eine Erhebung der Situation und der Bedürfnisse der professionell Pflegenden, ähnlich wie sie hier für die familiäre Pflege versucht wurde. Dies betrifft sowohl die derzeit in der Pflege professionell tätigen Menschen als auch die Perspektiven derjenigen, die aus verschiedenen Gründen den Pflegeberuf verlassen haben, und die Perspektiven derjenigen (jungen) Menschen, die vor der Entscheidung stehen, ob sie ihre berufliche Zukunft im Bereich der Pflege sehen könnten oder nicht.

Der zweite Punkt, der fehlt, geht darauf zurück, dass sich die Analysen stark auf das klassisch zweipolige System: Pflege durch die Familie versus Pflege in einer stationären Einrichtung konzentriert. Es gibt umfangreiche Literatur zu der Frage, wie man den Pflegebedarf verhindern oder verzögern kann (u.a. Claßen et al. 2014; Geyer

et al. 2016; Maino & Longo 2021; Paone 2022; Wilz & Pfeiffer 2019), es gibt interessante Modelle, die entweder begleitend zu den beiden beschriebenen Polen oder als eigenständige Pflegemodelle positioniert werden können. Welche Modelle für Südtirol interessant wären, wie sie sich in eine „Pflegephilosophie Südtirol“ eingliedern würden und wie deren Akzeptanz bei der Südtiroler Bevölkerung ist, ist eine noch offene Frage, der man wissenschaftlich systematisch nachgehen sollte.



Der dritte Punkt betrifft die Menschen, die auf Pflege und Betreuung angewiesen sind. Diese wurden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Dies nicht deshalb, weil sie nicht als wichtig erachtet würden, sondern im Gegenteil, weil sie so wichtig sind, dass man ihre Erfahrungen getrennt und auch mit speziell für sie geeigneten Methoden erheben muss.

Der vierte Punkt bezieht sich auf die betrachtete Altersgruppe: Die Arbeit konzentriert sich auf den Pflegebedarf durch das fortschreitende Alter. Zwar lassen sich manche Ergebnisse auch auf den Pflegebedarf junger Menschen übertragen, aber der gesellschaftliche Anspruch, was Pflege, Rehabilitation und Assistenz leisten muss, ist bei jungen Menschen doch erheblich höher und auch qualitativ verschieden. Auch dieser Bereich braucht eine eigenständige Analyse. Am Ende dieser Einleitung noch eine Bemerkung zum Stil der folgenden Ausführungen. Das wichtigste Ziel dieser Arbeit ist es, sowohl den Entscheidungsträger:innen als auch allen Stakeholder:innen eine Hilfestellung für

ihre Arbeit zu geben. In einer Demokratie ist es selbstverständlich, dass ein politisch relevanter Text für alle Bürger:innen, die sich das Thema wirklich erarbeiten wollen, auch lesbar sein muss. Dies hat mehrere Konsequenzen für diese Arbeit: die Sprache soll möglichst einfach gehalten werden, der Text soll eine überschaubare Länge haben, Quellen und Zitate sollen auf das absolute Minimum reduziert werden. Für alle, die tiefer in die Materie einsteigen wollen oder die genauer nachvollziehen wollen, auf welcher Grundlage zentrale Aussagen getroffen werden, wird online das entsprechende ergänzende Material zur Verfügung gestellt.

Auch bei den Tabellen und Zahlen wird dem Rechnung getragen, sie werden nach Möglichkeit gerundet. Dies ist gerechtfertigt, weil für eine grundsätzliche Diskussion nur Größenordnungen relevant sind; es soll aber auch verhindert werden, eine falsche Genauigkeit vorzutäuschen, weil Zahlen in den Sozialwissenschaften generell und natürlich auch im Bereich der Pflege und Betreuung nie ganz fehlerfrei sind.

2 Die Ausgangssituation und die demografische Entwicklung

Dieser Teil soll relativ kurz gehalten werden, da vieles davon aus anderen Arbeiten bereits bekannt ist. Südtirol hatte im Jahr 2020 eine Bevölkerung von 535.000 Personen (265.000 Männer und 270.000 Frauen), davon waren fast 20% älter als 65 Jahre und gut 6% älter als 80 Jahre. Dies sind die Altersgruppen, in denen die Alterspflegebedürftigkeit gehäuft auftritt (ASTAT 2022).



Von dieser Bevölkerung werden rund 11.900 Personen unter Bezug von Pflegegeld zuhause gepflegt und rund 4400 Personen werden in Heimen betreut. Andere Unterbringungsformen werden nicht explizit ausgewiesen, da sie aufgrund der geringen Anzahl finanziell bisher kaum relevant sind.

Die zuhause gepflegten Personen sind zu 53% in Pflegestufe 1, zu 30% in Pflegestufe 2, zu 13% in Pflegestufe 3 und zu 4% in Pflegestufe 4. Welche Pflegestufe die Bewohner:innen der Heime haben, ist aktuell nicht bekannt, da eine Einstufung nicht mehr vorgenommen wird und der Landeszuschuss mit einem einheitlichen Satz abgegolten wird. Aus den Daten bis zum Jahre 2013 ist bekannt, dass in den Heimen, wie zu erwarten, ein viel geringerer Anteil von Personen in Pflegestufe 1 und ein deutlich höherer Anteil von Personen in Pflegestufe 3 und 4 betreut werden.

Neben den Pflegeleistungen durch die Familien und in den Heimen gibt es noch eine ganze Reihe von Diensten, die sich der Betreuung der pflegebedürftigen Menschen widmen. Die wichtigsten sind die Hauspflege, die Hauskrankenpflege, die Tagespflege, die Kurzzeitpflege, betreutes und begleitetes Wohnen, Wohngemeinschaften und Seniorenwohnungen. Diese Leistungen sind einmal zur Entlastung der informell pflegenden Personen wichtig. Sie erhöhen durch ihre Leistung auch die Qualität der gesamten Pflegeleistung und nicht zuletzt sind sie ein wichtiger Beitrag dazu, dass eine stationäre Pflege – die niemand herbeiwünscht – zeitlich erheblich hinausgezögert und damit erst später

notwendig wird. Ihr Umfang ist dagegen derzeit, bezogen auf die Pflegeleistung durch die Familien und in den Heimen, verhältnismäßig klein.

Deutlich größer ist die Pflegeleistung durch Hilfspflegerkräfte (die sogenannten Badante), zu denen allerdings nur bruchstückhafte Daten vorliegen. Dies hat mehrere Gründe: Einmal gibt es bei diesen Pflegekräften einen sehr raschen Wechsel, zweitens ist nicht klar, welcher Anteil dieser „Haushaltshilfen“ in der Pflege von Senior:innen eingesetzt wird und drittens wird sogar von offizieller Seite der Verdacht geäußert, dass ein erheblicher Teil der Hilfspfleger:innen nicht regulär sozialversichert ist. Nimmt man als

Näherungswert alle in Südtirol offiziell gemeldeten Haushaltshilfen und unterstellt, dass alle diese Kräfte in der Pflege arbeiten, kommt man für das Jahr 2020 auf 6600 Personen (Luca 2020; Barbagallo 2020).

Will man die Herausforderungen abschätzen, die auf Südtirol durch die Pflege und Betreuung älterer Menschen zukommen, muss man die wichtigsten Zahlen, basierend auf der demografischen Entwicklung, hochrechnen. Bei jeder Hochrechnung werden Annahmen getroffen, die man für eine korrekte Interpretation der Zahlen berücksichtigen muss. Die erste Annahme ist die der demografischen Entwicklung, die allerdings gerade für den oberen Teil der Bevölkerungspyramide sehr robust ist, weil einerseits die betroffenen Personen bereits geboren sind und andererseits in diesen Altersgruppen die Migration verhältnismäßig gering ist. Die zweite Annahme ist gravierender: Sie geht davon aus, dass sich die altersabhängige Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, im Zeitablauf nicht verändert. Gäbe es große Veränderungen im Lebensstil oder entsprechende medizinische Fortschritte, oder umgekehrt auch

unerwartete Risiken wie Pandemien, könnten sich diese Werte natürlich ändern. Die dritte Annahme betrifft den Ort der Pflege und die Pflegeform, also ob vorwiegend Pflege zuhause angestrebt wird oder in einer Seniorenresidenz oder in anderen existierenden Einrichtungen (wie betreutes Wohnen oder Pflegefamilien) oder in noch zu entwickelnden Formen. Dieser Prozentsatz kann sich durch soziokulturelle Veränderungen (u.a. Familienstrukturen), durch veränderte institutionelle Angebote, durch materielle Anreize oder nicht zuletzt durch die Wünsche der Betroffenen, erheblich verändern. Insofern sind die folgenden Zahlen eine Projektion des Status quo. Er eignet sich als Grundlage für die politische Diskussion mit dem Ziel, politische Maßnahmen zu setzen, um unerwünschte Aspekte zu mildern oder zu verhindern.

Die folgende Tabelle zeigt die so ermittelten Zahlen für das Jahr 2035 sowie die prozentuellen Veränderungen einmal in einer wahrscheinlichen Schätzung (Medianschätzung) und einmal in einer pessimistischen Variante. Das ist eine Variante, die mit 95% Wahrscheinlichkeit nicht überschritten werden sollte.

Pflege	A	B	C	D	E
	Jahr 2020	2035 mittlere Schätzung	2035 pess. Schätzung	Veränderung von 2020 zu B in %	Veränderung von 2020 zu C in %
zuhause Pflegestufe 1	6.380	8.360	8.906	31	40
zuhause Pflegestufe 2	3.927	5.273	5.716	34	46
zuhause Pflegestufe 3	1.699	2.258	2.426	33	43
zuhause Pflegestufe 4	584	688	730	18	25
im Heim	4.430	6.160	7.259	39	64
gesamt	17.028	22.739	25.037	34	47

Tabelle 1: Szenarien für die Entwicklung der Personen in der Pflege zuhause getrennt nach Pflegestufen und der Personen mit einem Heimplatz Stand 2020, wahrscheinliche Schätzung für 2035, pessimistische Schätzung für 2035 und die prozentuellen Veränderungen gegenüber dem Ausgangszustand. Die Zahl für das Jahr 2020 inkludiert alle Personen, die im Laufe des Jahres (zumindest eine Zeitlang) Pflegegeld erhalten haben.

Diese Zahlen ziehen die derzeitigen Prozentsätze der pflegebedürftigen Personen je Altersstufe heran. In früheren Prognosen hat sich gezeigt, dass diese Prozentsätze, vermutlich durch den besseren Gesundheitszustand der nachkommenden Kohorten, eine Obergrenze darstellen.

Die Daten sind aber nicht hinreichend stabil, dass sie die Hochrechnung beeinflussen könnten. Es ist aber Fakt, dass, wenn diese Entwicklung andauert, die gesellschaftlichen Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel ergeben, gemildert werden könnten.

Ein zweiter wichtiger Punkt für die Interpretation der Zahlen ist, dass sie davon ausgehen, dass das derzeitige System weitgehend unverändert bleibt. Dies betrifft besonders die Zahl der Personen, die für die Heime geschätzt werden. Diese Zahl bedeutet nicht, dass so viele Heimplätze gebraucht werden. Ganz im Gegenteil bedeutet die Zahl von 6160 Heimplätzen: Wenn wir sozial- und gesundheitspolitisch nichts unternehmen, muss mit einem solchen Bedarf an Heimplätzen gerechnet werden. In diesem Sinn ist die Zahl eine Aufforderung, durch die Stützung der familiären Pflege, durch zusätzliche ambulante Pflegedienste und durch andere vorgelagerte (teil-)stationäre Formen der Betreuung (zum Beispiel betreutes Wohnen) darauf hinzuwirken, dass deutlich weniger Heimplätze

gebraucht werden. Dies ist schon aus Kostengründen und wegen der langen Realisierungsdauern von Heimen unbedingt notwendig. Der wichtigste Grund ist aber, dass damit die Lebensqualität der pflegebedürftigen Menschen positiv beeinflusst wird. Es muss nochmals betont werden: Die Zahlen sagen, wohin die Entwicklung ohne Interventionen gehen kann, sie sind keinesfalls als Grundlage für die quantitative Planung der zu errichtenden Infrastrukturen geeignet.

Die Zahlen, auch in der mittleren Variante, von welchen wir im Folgenden ausgehen, machen die Dimension des Problems klar: Insgesamt werden wahrscheinlich rund 5700 Senior:innen mehr als heute Pflege und Betreuung brauchen, dies ist eine Steigerung von 33%. Wenn wir das heutige Verhältnis zwischen Pflege zuhause und Pflege in einer Seniorenresidenz beibehalten, braucht es rund 1700 zusätzliche Heimplätze (das sind 115 zusätzliche Heimplätze jedes Jahr). Die vielleicht größte Herausforderung ist, dass wir zwischen 30% und 40% mehr Menschen brauchen werden, die bereit sind, diese Pflege zu leisten. Das trifft sowohl auf die familiäre Pflege, die Hilfspflegerkräfte in den Familien und die professionell Pflegenden, sei es in den Residenzen, der Hauskrankenpflege oder der Hauspflege zu. Um eine Vorstellung von der personellen Herausforderung zu haben, muss man in Betracht ziehen,

dass wir beispielsweise in den Pflegeheimen ein Betreuungsverhältnis nahe bei 1:1, also eine Person in Vollzeit pro Pflegeplatz, haben. Das bedeutet, dass jedes Jahr das ausscheidende Personal ersetzt und zusätzlich 120 Pflegekräfte für den Pflegedienst in den Heimen gewonnen werden müssen. Da dieses Problem durch eine veränderte Vorstellung der Menschen hinsichtlich der Work-Life-Balance noch größer wird, wird es in der Zusammenschau der Ergebnisse noch einmal aufgegriffen.

Es ist absehbar, dass ein Teil dieses Bedarfs durch andere Formen der ambulanten und der stationären Betreuung gedeckt werden kann. Ob dadurch nur eine Entlastung bei den Infrastrukturen oder auch einer beim Personalbedarf möglich ist, muss für jede neue Form von Pflegeleistungen einzeln geprüft werden.

Diese Kurze Illustration hat gezeigt, dass der Pflegebedarf nicht ausschließlich, ja mit Sicherheit nicht einmal überwiegend ein Finanzierungsproblem ist. Organisatorische Aspekte, Personalausstattung, die Stütze der informell Pflegenden und gesellschaftliche Aufwertung der Pflege- und Sozialberufe sind wahrscheinlich wichtiger. Dennoch benötigen alle strategischen Initiativen auch Geld. Daher setzt sich das folgende Kapitel etwas eingehender mit diesem Aspekt auseinander.

FAZIT

- Allein durch die demografische Entwicklung wird die Zahl der Pflegebedürftigen voraussichtlich bis zum Jahr 2035 um 5700 Menschen oder 33% steigen.
- Dafür braucht es, nach dem heutigen Schlüssel zwischen Pflege und Betreuung zuhause und in einer Seniorenresidenz 1700 zusätzliche Heimplätze (jährlich also 115 Plätze).
- Es ist wichtig, durch die Entwicklung innovativer Pflegeangebote darauf hinzuwirken, dass diese Nachfrage nach Heimplätzen deutlich reduziert wird.
- Auch die Zahl der pflegenden Personen sollte zumindest um diesen Prozentsatz (33%) steigen. Für die professionelle Pflege bedeutet dies, dass jedes Jahr neben dem altersbedingten Personalwechsel 120 zusätzliche Kräfte gewonnen werden müssen.



3 Die Kostenstruktur und ihre Entwicklung

Obwohl die Pflege auch volkswirtschaftlich eine bedeutende Rolle spielt, gibt es derzeit keinen belastbaren Gesamtüberblick und auch diese Arbeit kann nur die wichtigsten Teilaspekte in der Zusammenschau erfassen. Für dieses Problem gibt es eine ganze Reihe von Ursachen.

Es gibt in diesem Bereich sehr heterogene Akteure mit sehr unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten. Hauptakteure sind das Resort für Soziales, der Südtiroler Sanitätsbetrieb und die Bezirksgemeinschaften auf der Seite der öffentlichen Hand. Auf der anderen Seite sind es die Betroffenen und ihre Familien beziehungsweise im Notfall die Gemeinden. Dazu kommen als bereichsübergreifende Themen die verschiedenen Träger der Pflegeeinrichtungen und sonstiger sozialer Dienste.

Es versteht sich von selbst, dass gerade für die finanziellen Belastungen und die Opportunitätskosten – das sind aufgrund von Pflege entgangene Einkommen, weil man beispielsweise nur in Teilzeit arbeitet oder gar nicht berufstätig sein kann – der Pflegebedürftigen und ihrer Familien keine umfassende Übersicht besteht. Dennoch muss man sie, wenn man die notwendigen Ressourcen abschätzen will, berücksichtigen. Um den Bereich übersichtlich zu halten, beschränken wir die Analysen auf die Kosten der Pflegeheime, auf das Pflegegeld, auf die Hauspflege und die Hauskrankenpflege sowie auf eine grobe Schätzung für die Ausgaben für Hilfspflegerkräfte sowie für die Opportunitätskosten der informellen Pflege.



3.1 Kostenstruktur der Heime

Die Kostenstruktur für die Seniorenheime wurde auf der Grundlage der veröffentlichten Bilanzen von 18 Trägern, die insgesamt 22 Heime betreiben, ermittelt. Da die Bilanzen in einigen Punkten nicht sehr detailliert sind, wurden sie durch andere Quellen, besonders was die Struktur der Einnahmen betrifft, ergänzt.

Für die leichtere Lesbarkeit wurden im Anschluss die mit der jeweiligen Bettenzahl gewichteten Werte als Kosten pro Heimplatz ausgewiesen. Diese kann man dann leicht mit den im vorhergehenden Kapitel berechneten Szenarien bis auf das Jahr 2035 projizieren.

Die Werte aus den Bilanzen müssen, besonders was die Abschreibungen betrifft, deutlich korrigiert werden. Wie im öffentlichen und Non-profit-Bereich üblich, werden Investitionskosten teilweise mit Investitionszuschüssen der öffentlichen Hand direkt verrechnet, sodass nur ein Bruchteil der Investitionen tatsächlich abgeschrieben wird. Im vorliegenden Fall wurde daher eine grobe Schätzung für die tatsächlichen Kosten und nicht für die buchhalterischen oder steuerlichen Abschreibungen vorgenommen. Dabei wurde eine Gesamtinvestitionssumme von 200.000€ pro Bett unterstellt, die sich aus 140.000€ für den baulichen Teil und 60.000€ für Inventar zusammensetzt. Hier ist zu beachten, dass es sich dabei um Beträge bezogen auf das Jahr 2020 handelt. Von 2020 bis heute (2023) sind die Preise in Südtirol um über 17% gestiegen. Die Kosten im Bausektor und im Baunebengewerbe sind noch einmal deutlich stärker gestiegen. Weil sich alle monetären Beträge auf das Jahr 2020 beziehen, haben wir auf eine Anpassung verzichtet. Das ist vertretbar, weil die Abschreibungen, wie die folgende Tabelle zeigt, nur rund 10.000€ ausmachen. Eine Unterschätzung dieser Position wirkt sich daher nicht gravierend auf die Gesamtkosten aus. Für den Bau wurde eine Abschreibungsdauer von 30 Jahren, für die Einrichtung eine Abschreibungsdauer von 10 Jahren unterstellt. Gerade der letzte Teil ist angesichts der medizinischen Komponente bei Pflegebetten eher zu lange geschätzt. Verwendet man diesen Ansatz, so ergeben sich die folgenden Werte:

Kosten	Investitionskosten pro Bett 2020	Abschreibungs-dauer in Jahren	Abschreibungen pro Jahr
Gesamtkosten	€ 200.000		
davon für den Bau	€ 140.000	30	€ 4.667
davon für die Einrichtung	€ 60.000	10	€ 6.000
Summe	€ 200.000		€ 10.667

Tabelle 2: Angenommene Investitionskosten, Abschreibungsdauer und die resultierenden jährlichen Abschreibungen für Abnutzung.

Die folgende Tabelle gibt die Bilanzwerte je Bett in der modifizierten Form wieder:

Kosten	Kosten/Bett	Erträge	Erträge/Bett
Personalkosten	€ 44.924	Tagegeld	€ 19.710
Roh- Hilfs- und Betriebsstoffe	€ 3.205	Pflegegeld	€ 21.600
Dienstleistungen Dritter	€ 6.031	Kostenersatz SABES	€ 10.429
Mieten, Pachten, Leasing	€ 142	Investitionszuschüsse	€ 2.556
Abschreibungen	€ 10.667	andere Zuschüsse	€ 2.743
sonstige Kosten	€ 506		
gesamt	€ 65.475		€ 57.038

Tabelle 3: Gewinn- und Verlustrechnung pro Bett in den Pflegeheimen, ergänzt um zusätzliche Informationen wie Zahlungen durch das Land oder kalkulatorische Abschreibungen

Der zentrale Wert für die Berücksichtigung bei der Abschätzung der Kostenentwicklung sind die Kosten

pro Heimplatz und Jahr von mehr als 65.000 €. Bis auf das Taggeld von 19.710 € wird dieser Betrag derzeit von der öffentlichen Hand aufgebracht. Diese Differenz von rund 45.000 € sind die Kosten der öffentlichen Hand für die Unterbringung eines Menschen in einem Heim. Natürlich würde für eine Person, die weiter zuhause betreut wird, dort das Pflegegeld und auch ein Teil der medizinischen Leistungen anfallen, sodass für Zusatzdienste eine Differenz von rund 15.000 € verbleibt.

Rein ökonomisch bedeutet das, dass für alternative Betreuungsformen, welche eine Heimunterbringung ersetzen, ein Betrag von 45.000 € einschließlich Pflegegeld und Kosten für die medizinische Betreuung ausgegeben werden kann, ohne dadurch Zusatzkosten zu generieren. Darauf muss besonders hingewiesen werden, weil in der gesellschaftlichen Debatte oftmals nur auf die Kosten neuer Angebote geschaut wird, ohne dass man die dadurch möglichen Einsparungen berücksichtigt. Eine solche inkludierende Sichtweise ist unerlässlich, wenn es darum geht, ein umfassendes Pflegesystem auf eine moderne Grundlage zu stellen.

3.2 Kosten des Pflegegeldes

Die Kosten des Pflegegeldes ergeben sich aus der Zahl der bezugsberechtigten Menschen, multipliziert mit den jeweiligen Sätzen differenziert nach Pflegestufe. Es gibt genaue Zahlen für die ausbezahlten Pflegegelder, getrennt nach Pflegestufe und Monat. Wir greifen hier aber auf Durchschnittswerte zurück, weil sie für den vorliegenden Zweck einer Abschätzung der Veränderung der Ausgaben aufgrund der Demografie, der Reallohnsteigerungen und der zu erwartenden höheren Steigerungen der Löhne in den Pflegeberufen, sowohl wegen der Konkurrenz um Arbeitskräfte mit anderen Berufen als auch wegen der Konkurrenz um Pflegekräfte mit dem europäischen Ausland, absolut ausreichend sind.

Nimmt man die Zahlen aus Tabelle 1 und multipliziert sie mit den Sätzen für das Pflegegeld und mit 12 (für die 12 Monate), um sie auf Jahresbasis zu heben, so ergeben sich die nachfolgenden Zahlen:

Pflege	Personen	Pflegegeld pro Person und Monat	Pflegegeld pro Person und Jahr	Gesamttrag pro Jahr
zuhause Pflegestufe 1	6.380	€ 555	€ 6.660	€ 42.490.800
zuhause Pflegestufe 2	3.927	€ 900	€ 10.800	€ 42.411.600
zuhause Pflegestufe 3	1.699	€ 1.350	€ 16.200	€ 27.523.800
zuhause Pflegestufe 4	584	€ 1.800	€ 21.600	€ 12.614.400
im Heim	4.430	€ 1.800	€ 21.600	€ 95.688.000
gesamt	17.028			€ 220.728.600

Tabelle 4: Pflegegeld 2020 nach Pflegestufen und Pflegegeld an die Heime (der Betrag von 1800 € für die Heime ist eine grobe Näherung, siehe den folgenden Absatz)

Die Summe von gerundet 221 Mio. € weicht von der in diversen Berichten ausgewiesenen Summe von rund 245 Mio. ab. Der Grund sind die Kosten für die Heime, welche im Jahre 2020 durch Rechnungsabgrenzungen, Beiträge für „leere“ Betten und einen Sonderzuschuss an die Heime zum Ausgleich der Kostensteigerung durch die Anpassung des bereichsübergreifenden Vertrages, welcher die Lohnstruktur im Pflegebereich regelt, erhöht wurden. Legt man diese Kosten auf die belegten Betten um, kommt man auf einen Betrag von 2.200 €. Dies sind allerdings teilweise Sonderzahlungen, weshalb wir sie nicht in die Tabelle 4 übernommen haben.

Für die Hochrechnung der Kosten für das Jahr 2035 werden für die Pflege zuhause die hier wiedergegebenen Zahlen herangezogen, während die Hochrechnung für die Heimbewohner:innen auf der Grundlage der Bilanzdaten erfolgt, weil diese weniger von den oben genannten Unschärfen betroffen sind.

3.3 Hauspflege und Hauskrankenpflege

Im Verhältnis zu den Kosten der Heime und des Pflegegeldes für die häusliche Pflege sind die hier angeführten Positionen verhältnismäßig klein, besonders da über die Selbstbeteiligung der zu Pflegenden nur ein Teil öffentlich zu finanzieren ist. Dennoch sind die Beträge nicht vernachlässigbar.

Die Hauspflegedienste bieten Beratung, Vorbeugung und Unterstützung im Zuhause der betreuten Menschen und in den Tagesstätten an. Dies umfasst die Grundpflege (Körperpflege, Anziehen, Wäsche waschen etc.), Haushaltshilfe, Aktivierungsmaßnahmen und Mahlzeiten zuhause (Südtiroler Landesverwaltung 2022). Die Hauspflege wird von den Sozialsprengeln (der Bezirksgemeinschaften) und dem Betrieb für Sozialdienste geleistet und von 22 Einrichtungen mit insgesamt 311 Beschäftigten geleistet, die insgesamt über 300.000 Pflegestunden erbringen. Der Zuschuss der öffentlichen Hand für diese Leistung beläuft sich auf rund 9,5 Mio. € jährlich.

Neben der häuslichen Pflege durch die

Sozialsprengel bietet der Sanitätsbetrieb den Hauskrankenpflegedienst an, der Menschen mit gesundheitlichen Problemen entweder in ihrem eigenen Wohnumfeld oder in den Gesundheitssprengeln durch Fachpersonal betreut und behandelt.

Die Ziele des Pflegedienstes sind die Pflege in der eigenen Wohnumgebung, die Unterstützung der Patient:innen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, die Betreuung von Palliativpatient:innen und die Sicherstellung einer optimalen ambulanten Versorgung. Der Dienst wird kostenlos und von den örtlichen Gesundheitsbezirken angeboten (Südtiroler Sanitätsbetrieb 2022).

Im Jahr 2020 wurden in der programmierten und der integrierten Hauspflege rund 2300 Patient:innen durch mehr als 16.000 Hausbesuche betreut. Dafür sind Personalkosten von rund 18 Mio. € angefallen.

In diesem Betrag sind weder die Fahrtkosten noch die Kosten für das eingesetzte Material enthalten.

3.4 Diverse öffentliche Dienste

Neben den bisher angeführten Angeboten gibt es noch eine ganze Reihe von wichtigen Diensten, die allerdings aus nachvollziehbaren Gründen nur teilweise buchhalterisch getrennt erfasst werden. Dies beruht auf zwei Faktoren: Einmal werden viele Leistungen von Heimen oder anderen Einrichtungen erbracht, die die Kosten für die spezifischen Leistungen nicht mit einem vertretbaren Aufwand getrennt ausweisen können, und zum anderen sind wir in der glücklichen Lage, dass relevante Leistungen auf freiwilliger Basis durch die Zivilgesellschaft erbracht werden. Dennoch sollen die Dienste hier kurz aufgeführt werden, einmal, weil sie mittelfristig eine deutlich bedeutendere Rolle einnehmen könnten, und dann, weil wir nicht automatisch als selbstverständlich annehmen sollten, dass das enorme Volumen freiwilliger Arbeit auch in Zukunft in diesem Ausmaß zur Verfügung stehen wird. Die wichtigsten Komponenten in diesem Bereich sind:

- Es existieren derzeit 208 Plätze für Kurzzeitpflege in den bestehenden Strukturen. Diese Dienstleistung wird im Zusammenhang mit der gefühlten Belastung der pflegenden Angehörigen und der Frage, wie man diese vermindern kann, relevant.
- Für einen zeitlich kürzeren Pflegebedarf bieten 13 Institutionen 157 Plätze mit Kosten von knapp 2 Mio. € an.

- Jährlich werden rund 2900 Personen mit fast 400.000 Essen jährlich durch „Essen auf Rädern“ versorgt. Dazu kommen 11 Seniorenmenschen mit zusammen 463 Plätzen.

Nicht in diese Aufzählung einbezogen, aber gleichwohl von großer Wichtigkeit, sind 20 Anlaufstellen für Pflege und Betreuung, die eine umfassende Beratung und verwaltungsmäßige Betreuung der zu pflegenden Personen und ihres Umfeldes sicherstellen sollen.

3.5 Die informelle Pflege zu Hause

Dies ist eine wesentliche Komponente der Betreuung pflegebedürftiger Menschen, aber belastbare Informationen dazu sind aus diversen Gründen kaum verfügbar. Selbst das Gesundheitsministerium schätzt, dass 60% der Hilfspflegerkräfte irregulär beschäftigt sind (Barbagallo 2020). Das nationale Beobachtungszentrum DOMINA sul Lavoro domestico (Luca 2020) weist für Südtirol 4463 Arbeitskräfte (ohne Unterscheidung zwischen regulären oder irregulären Kräften) aus, das Ministerium geht von 2900 regulär und 4360 irregulär Beschäftigten, zusammen also 7260 Personen, in diesem Tätigkeitsbereich aus. Die Hochrechnung ist allerdings mit einer pauschal angenommenen Quote von 60% irregulären Arbeitsverhältnissen nicht wirklich belastbar.

Spezielle Daten zur Situation in Südtirol liegen durch eine Studie des ASTAT für das Jahr 2013 (Bernhard et al. 2014) vor. Rechnet man den damals erhobenen Pflegebedarf mit der aktuellen Demografie hoch, so kommt man auf eine Zahl von 5500 Pflegekräften (Gudauner 2023). Von dieser, mit Sicherheit sehr vorsichtigen, Schätzung gehen wir in der Folge aus. Natürlich sind bei dieser Basis auch die Kosten für diesen Teil des Pflegedienstes ungenau. Zieht man hier die Zahlen des Beobachtungszentrums DOMINA heran, die für die Region Trentino-Südtirol Kosten von 117 Mio. € ausweisen (Lohn, Abgaben, Abfertigung), so kommt man auf monatliche Kosten von rund 2100 € pro pflegebedürftiger Person. Für Südtirol ergibt die Schätzung also $2100 \cdot 12 \cdot 5500 = 145$ Mio. €. Um eine Vorstellung von der Größenordnung zu bekommen: dies ist mehr als das gesamte Pflegegeld, das für die Pflege zuhause ausgegeben wird.



3.6 Opportunitätskosten der familiären Pflege

Opportunitätskosten sind in diesem Zusammenhang die Kosten, die seitens des öffentlichen Gesundheits- und Sozialsystems vermieden werden, da Familienangehörige einen wesentlichen Teil der Pflege leisten. Natürlich verursacht diese Position keine unmittelbaren Ausgaben und verständlicherweise bevorzugen die meisten Menschen diese beziehungsorientierte Pflege durch Familienangehörige gegenüber zugekaufter Pflege. Es wäre aber falsch, diese Kosten überhaupt nicht zu berücksichtigen, weil dieser Teil ohnehin ökonomisch gerne übersehen wird. Zudem geben Opportunitätskosten zumindest einen ersten Hinweis darauf, welche Kosten zu erwarten wären, wenn diese Hauptsäule der Pflege wesentlich schwächer werden würde. Auch wenn man zustimmt, dass die familiäre Pflege berücksichtigt werden soll, muss man zwei Fragen entscheiden: Von welchem Umfang (in Stunden)

geht man dabei aus und mit welchem Stundensatz soll sie bewertet werden? Hier wird ein vorsichtiger Ansatz gewählt, der den Wert dieser Arbeit mit Sicherheit weit unterschätzt.

Bei der PflegegeldEinstufung wird jede Stufe mit einer Spannweite des geschätzten Pflegebedarfs in Stunden versehen (z.B. 60–120 Stunden pro Monat für die Stufe 1), nimmt man jeweils den Mittelwert jeder Pflegestufe und unterstellt für die offene Stufe 4 ein Volumen von 300 Stunden, so bekommt man einen ersten Näherungswert für die Stunden. Dieser ist deshalb zu niedrig, weil die Stunden nur den Pflegebedarf und keinesfalls auch den Betreuungsbedarf der Personen abbilden. Besonders gravierend wird diese Differenz bei Demenz- und psychischen Erkrankungen. Nimmt man für diese Stunden einen minimalen Wert für die Monetarisierung von 15 € pro Stunde an, so ergeben sich die Werte der folgenden Tabelle.

Pflege	betreute Personen	Pflegebedarf pro Person im Durchschnitt: Stunden/Monat	Gesamt-stunden pro Jahr	Kosten pro Jahr (bei 15€/Stunde)
zuhause Pflegestufe 1	6.380	90	6.890.400	€ 103.356.000
zuhause Pflegestufe 2	3.927	150	7.068.600	€ 106.029.000
zuhause Pflegestufe 3	1.699	210	4.281.480	€ 64.222.200
zuhause Pflegestufe 4	584	300	2.102.400	€ 31.536.000
Gesamt	12.590		20.342.880	€ 305.143.200

Tabelle 5: Bewertung der häuslichen Pflege in Geld (absolute Untergrenze!), betreuter Personen, Stunden pro Person und Monat, Gesamtstunden pro Jahr, Kosten pro Jahr bei einem Stundensatz von 15€. Für den monatlichen Pflegebedarf pro Person wurde jeweils ein Mittelwert zugrunde gelegt.

Nach dieser Berechnung fallen zuhause Pflegeleistungen im Wert von mindestens 305 Mio. € an. Diese werden durch Hilfspflegerkräfte und durch Familienangehörige erbracht. Im Kapitel 3.5 wurden die Kosten für Hilfspflegerkräfte auf 145 Mio. € geschätzt. Damit kommt man für die familiäre Pflege auf einen Wert von 305 Mio. € abzüglich 145 Mio. €, also auf 160 Mio. €. Die Summe unterschätzt den tatsächlichen Wert aus den angeführten Gründen sicher bei Weitem. Sie wird aber im Weiteren herangezogen, weil keine besseren Daten vorliegen und dieser Einsatz keinesfalls vergessen werden darf, auch weil er wegen der gesellschaftlichen Entwicklungen in Zukunft unter Druck geraten kann.

Zusammenfassung der Eckdaten:

- Die Kosten eines Pflegeplatzes im Heim liegen bei rund 65.000 €, davon trägt derzeit 45.000 € die öffentliche Hand.
- Ebenfalls rund 45.000 € (pro Pflegeplatz) machen die Personalkosten in den Heimen aus, die in den nächsten Jahren überproportional steigen werden.
- Die Kosten für das Pflegegeld belaufen sich auf rund 220 Mio. €, davon fallen 125 Mio. € für die Pflege zuhause an.
- Das deckt nicht einmal die Kosten für die Hilfspfleger:innen, die grob geschätzt 145 Mio. € ausmachen.
- Eine äußerst grobe und vorsichtige Schätzung der familiären Pflegeleistung kommt auf einen Wert von 160 Mio. € (Opportunitätskosten).

Damit sind die wichtigsten Kosten der Pflege für Senior:innen in Südtirol zumindest grob erfasst. Das nächste Kapitel fasst diese Positionen übersichtlich zusammen und rechnet sie mit unterschiedlichen Szenarien bis zum Jahr 2035 hoch.

3.7 Überblick und Hochrechnung

Für die Hochrechnung werden drei Szenarien verwendet: Im ersten Szenario wird nur die demografische Entwicklung berücksichtigt. Dabei werden die Daten aus Kapitel 2 / Tabelle 1 verwendet, und zwar lediglich das Medianszenario (also das eher vorsichtige Szenario im Sinne einer Kostenuntergrenze). Im zweiten Szenario wird angenommen, dass die Kostenkomponenten, die überwiegend Arbeitskosten enthalten, mit einem durchschnittlichen Reallohnzuwachs von 1% pro Jahr steigen (also Inflationsrate zuzüglich einem Prozentpunkt). Schließlich wird im dritten Szenario der sich abzeichnenden Tatsache Rechnung getragen, dass in ganz Europa ein enormer Wettbewerb um Pflegekräfte entstehen wird. Wir unterstellen, dass dies einen zusätzlichen Zuwachs von zwei Prozentpunkten jährlich ausmachen kann. Insgesamt ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen, dass alle Zahlen in Kaufkraft des Jahres 2020 gerechnet sind, dass also die Inflation nicht berücksichtigt ist. Das ist deshalb vertretbar, weil auch die wichtigsten Einnahmen der öffentlichen Hand mit der Inflation steigen (wenn auch um 1–1,5 Jahre verzögert), sodass die Relation Einnahmen-Ausgaben einigermaßen stabil bleibt.

Die Zahlen sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, weil sie eine Reihe von Annahmen enthalten, die so nicht zutreffen werden, auch nicht zutreffen sollen und in vielen Punkten Gegenstand politischer Entscheidungen sein müssen. Auf die speziell zu berücksichtigenden Punkte wird bei der Interpretation der Zahlen eingegangen. Hier sind die wichtigsten Punkte angeführt, die für die gesamte Tabelle zu berücksichtigen sind:

- Die Tabelle gibt nicht an, wie es sein wird, und schon gar nicht, wie es sein soll. Sie ist nur eine Extrapolation, was passieren würde, wenn die Gesellschaft die absehbaren Veränderungen einfach über sich ergehen lassen würde. Ihr Ziel ist daher, Maßnahmen anzuregen, die die Entwicklung in die von der Gesellschaft gewollte Richtung lenken.

- Natürlich ist die Extrapolation der Demografie mit bestimmten Unsicherheiten behaftet, diese sind aber überschaubar. Weniger sicher ist, ob der Gesundheitszustand der Bevölkerung und damit der Pflegebedarf so fortgeschrieben werden kann.
- Die Daten beruhen zudem auf der Annahme, dass der Anteil der Pflege zuhause konstant bleibt. Dies ist eine sehr optimistische Variante, da sich dieser Anteil aufgrund von gesellschaftlichen Veränderungen wie kleineren Familien, neuen Familienstrukturen, einer weitaus größeren geografischen Streuung der Familienmitglieder und einer deutlich höheren Erwerbsquote der Frauen tendenziell verkleinern wird.

Alle diese Faktoren müssen bei der Interpretation der Zahlen mitgedacht werden. Trotz dieser Unschärfe zeigen die Ergebnisse deutlich, wo Handlungsbedarf besteht und welche Ansatzpunkte für die Gestaltung des gesamten Bereichs der Pflege und der Betreuung existieren.

Typ	Kosten	Betrag in Mio. 2020	Wachstum bis 2035 in %	Wert 2035 Szenario 1	Veränder-ung Szenario 1	Wert 2035 Szenario 2	Veränder-ung Szenario 2	Wert 2035 Szenario 3	Veränder-ung Szenario 3
Heime									
	Personal	202	39	280	79	325	123	436	234
	Rohstoffe*	14	39	20	6	20	6	20	6
	Dienstleistungen	27	39	38	11	44	17	44	17
	sonstiges	3	39	4	1	4	1	4	1
	Abschreibungen	48	30	62	14	62	14	62	14
	Summe 1	294		404	110	455	161	566	272
	davon privat	88		122	33	136	48	170	82
	davon öffentlich	205		283	77	318	113	396	190
Pflege zuhause									
	Stufe 1	42	31	55	13	64	22	86	44
	Stufe 2	42	34	56	14	65	23	87	45
	Stufe 3	27	33	36	9	42	15	56	29
	Stufe 4	12	18	14	2	16	4	22	10
	Summe 2	123		161	38	187	64	251	128
Hauspflege + Hauskrankenpflege		28	32	37	9	43	15	58	30
Hilfspfleger:innen		145	32	191	46	222	77	298	153
Opportunitätskosten		160	32	211	51	245	85	245	85
	Summe 3	333		439	106	510	177	600	267
Gesamtsumme		750		1005	255	1152	402	1417	667

Tabelle 6: Kosten der Pflege bis 2035 in 3 Szenarien basierend auf der Medianschätzung für die demografische Entwicklung (Rohstoffe* = Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe)

Einige Punkte fallen mit Bezug zum Jahr 2020 unmittelbar ins Auge:

- Vielfach hat man den Eindruck, dass die Kosten der öffentlichen Hand gleich seien der Summe des Pflegegeldes für die Pflege zuhause und in den Heimen, also etwa 245 Mio. €. Nehmen wir aus der Tabelle den öffentlichen Zuschuss für die Heime, das Pflegegeld für die familiäre Pflege und die Hauspflege bzw. Hauskrankenpflege, so ergibt sich ein Betrag von 356 Mio. €. Die Differenz geht auf in der öffentlichen Diskussion vernachlässigte Ausgaben (wie Hauspflege), Sonderzahlungen an die Heime (leere Betten, Kollektivvertrag) und besonders auf die in den Abschreibungen nicht berücksichtigten Zuschüsse für Investitionen und außerordentliche Instandhaltungen zurück.

- Diese Summe muss man, auch im Hinblick auf das nächste Kapitel, in Relation zu dem Betrag sehen, welchen die betroffenen Personen, ihre Familien oder in seltenen Fällen die Gemeinden tragen. Diese Summe ergibt sich näherungsweise aus der Differenz der Gesamtkosten von ca. 750 Mio. € und dem öffentlichen Anteil von 356 Mio. € (750-356=394). Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass dieser Betrag besonders wegen der Annahmen bei der Berechnung der Opportunitätskosten deutlich unterschätzt ist.

- Aus der Sicht der öffentlichen Hand sieht man, wie „kosteneffizient“ die Pflege zuhause ist. Den öffentlichen Kosten für die Pflege in den Heimen (205 Mio.) steht ein Betrag von 151 Mio. für das Pflegegeld zuhause und die Hauspflege gegenüber. Allerdings stehen den rund 4500 Heimplätzen 12.500 Personen, die zuhause gepflegt werden, gegenüber. Dies gibt eine Vorstellung, welchen wirtschaftlichen Aufwand man betreiben kann, um die Pflege zuhause zu unterstützen, abgesehen von der in der Regel weit höheren Lebensqualität für den zu pflegenden Menschen. Unabhängig davon wird es natürlich immer Menschen geben, die weder zuhause noch in einer anderen Betreuungsform (z.B. betreutes Wohnen) fachgerecht betreut werden können und damit notwendigerweise auf einen Heimplatz angewiesen sind.

Wechseln wir zu **Szenario 1**, das eine Schätzung der Situation für das Jahr 2035 ausschließlich unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung versucht. Als Erstes fällt auf, dass die Gesamtkosten in Preisen von 2020 um 255 Mio. € steigen. Für die öffentliche Hand ergibt sich eine Steigerung von 124 Mio. €. (Das stimmt gut mit den Schätzungen von EURAC, wiedergegeben im Landessozialplan 2030 (Gudauner 2023) überein). In diesem Szenario ist noch nicht die finanzielle Komponente das Hauptproblem, sondern die Verfügbarkeit von Menschen für die Pflege. Die Steigerung von 32% bedeutet 32% mehr Personal in den Heimen, 32% mehr Hauspfleger:innen und Hauskrankenpfleger:innen und ebenso 32% mehr Pflegeleistung durch Familienangehörige. Während Letztere stark von sozialen und kulturellen Entwicklungen beeinflusst wird – obwohl man die Veränderung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen nicht unterschätzen darf –, hängt die Zahl der Menschen, die bereit sind, beruflich in der Pflege zu arbeiten, auch mit den Arbeitsbedingungen und damit auch mit der Entlohnung zusammen.

In **Szenario 2** wird eine Grundkomponente der Kosten für die Löhne und Gehälter modelliert, die davon ausgeht, dass die Löhne langfristig real gleich wachsen wie die Arbeitsproduktivität. Die Arbeitsproduktivität steigt grob mit rund 1% pro Jahr, sodass sich daraus über die 15 Jahre von 2020 bis 2035 eine Steigerung von 16% ergibt. Die Zahlen an sich sind robust, es stellt sich aber die Frage, wie die Kosten zwischen den einzelnen Akteur:innen aufgeteilt werden. Möglich wäre, dass die öffentlichen Ausgaben real konstant gehalten werden. Dann würde dies bedeuten, dass die Heime die gestiegenen Kosten durch die Erhöhung der Tagessätze oder durch andere Einnahmen ausgleichen müssten. Jede Lohnsteigerung, die über die Inflation hinausgeht, und die ist wegen des Mangels an Arbeitskräften im Pflegebereich zu erwarten, muss bei diesem Modell vollständig durch die betroffenen Senior:innen und ihre Familien getragen werden. Das ist nur ein Extremszenario und auch rechtlich nicht ohne Weiteres umzusetzen. Kosten für gesundheitliche Leistungen an die Heime unterliegen, genauso wie die Abgabe von Leistungen durch die Hauskrankenpflege, weitgehend der nationalen Gesetzgebung. Was bleibt, ist, dass im Jahr 2035 für ein Szenario mit Preisen von 2020 rund 400 Mio. mehr an effektiven Ausgaben und an Opportunitätskosten zu tragen sind als heute.

Das Szenario 3 ist das „spekulativste“ der drei Szenarien, auch wenn wir die Indizien, die es stützen, schon deutlich erkennen können. Es zeichnet sich bereits jetzt ein starker Wettbewerb um Pflege- und Betreuungskräfte aller Qualifikationen in Europa ab. Dies bedeutet zwangsläufig, dass einerseits die Löhne

der Pflege- und Betreuungskräfte deutlich stärker steigen werden als das durchschnittliche Lohnniveau und dass andererseits Arbeitsbedingungen geschaffen werden müssen, die den Bedürfnissen der Pflege- und Betreuungskräfte entgegenkommen. Ob dies kürzere Arbeitszeiten, zusätzliche Urlaubstage oder zusätzliche Möglichkeiten der Fortbildung sein werden, kann man derzeit noch nicht abschätzen. Wahrscheinlich ist, dass ein Mix dieser Ansätze und sicher noch weitere Maßnahmen die Arbeitsbedingungen der Zukunft beschreiben werden. Inhaltlich bedeutet das im Hinblick auf die Kostenentwicklung, dass diese durch einen monetären Teil und durch einen Arbeitsplatzqualitätsteil bestimmt werden wird. Die zusätzliche Steigerung (zusätzlich zur Steigerung des durchschnittlichen Reallohns) wurde mit 2% jährlich, somit insgesamt 3% angenommen. Dies ist eine sehr grobe Abschätzung, daher sollten die daraus resultierenden Zahlen eher als „Merkposten“ denn als belastbare Prognose interpretiert werden. Die wichtigsten Ergebnisse dieses Szenarios sind einmal zusätzliche jährliche Kosten von rund 667 Mio. gegenüber dem Status quo. Allein die geschätzten Mehrkosten für das Personal in den Heimen liegen bei 230 Mio. Das Szenario zeigt nur die Kostenentwicklung der einzelnen Positionen. Wie schon beim vorherigen Szenario erwähnt, ist die Frage, wie viel davon die öffentliche Hand übernimmt, offen und kann nur politisch geklärt werden.

Werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Hochrechnung zusammengefasst, kommt man zu den folgenden Punkten:

- Die Ressourcen, die bereits heute für die Pflege von Senior:innen (alle anderen pflegebedürftigen Menschen wurden nicht betrachtet) eingesetzt werden, liegen bei 750 Mio. €. Sie sind damit ein Vielfaches der Aufwendungen für das Pflegegeld.
- Die Demografie und die erwartbaren Reallohnsteigerungen (Szenario 2) lassen diesen Betrag auf eine Mrd. und 152 Mio. € also um 402 Mio. € steigen. Zwar ist nicht die ganze Steigerung öffentlich zu tragen, aber sie kommt in dieser Höhe auf die Südtiroler Gesellschaft zu.
- Diese Gesamtsumme ist insgesamt ein Betrag, den man nicht einfach aus dem Landshaushalt oder aus den Budgets der Privathaushalte decken kann. Es braucht für die Bewältigung eine ausgefeilte Strategie.
- Es wird ersichtlich, dass die Heimplätze weitaus die teuerste Form der Pflege sind. Das bedeutet, man kann erhebliche finanzielle Ressourcen einsetzen, um alternative Pflegeformen zu organisieren, welche eine Heimbetreuung hinauszögern und zugleich qualitativ hochwertige Pflege kostengünstiger realisieren.
- Angesichts der Summen, die anfallen, braucht es einen politischen Diskurs darüber, wie die Lasten zwischen öffentlicher Hand und den privaten Haushalten, aber auch zwischen privaten Haushalten mit unterschiedlichen wirtschaftlichen Möglichkeiten, verteilt werden sollen. Diese Diskussion sollte man rechtzeitig und faktenbasiert führen, bevor man von der Kostendynamik überrollt und zu sozial- und gesundheitspolitisch schwierigen Notlösungen gezwungen wird.

Dieser Bericht setzt den Schwerpunkt auf die notwendigen finanziellen Mittel. Diese sind aber nur der Unterbau für eine qualitativ hochwertige Pflege. Die Organisation und Unterstützung von Menschen, die Pflege und Betreuung leisten, ist die deutlich größere Herausforderung, aber sie wird etwas leichter anzunehmen, wenn finanzielle Ressourcen verfügbar sind. In diesem Licht wird im nächsten Kapitel basierend auf einer Umfrage dargestellt, wie sich die Bürger:innen die Finanzierung von Pflege vorstellen und welche finanziellen Modelle mehrheitsfähig sein könnten.

4 Finanzierung der Pflege: Wünsche der Bevölkerung

Die folgenden Aussagen beruhen auf einer Online-Umfrage mit einer Stichprobengröße von n=390 Personen der Südtiroler Bevölkerung (keine volle Zufallsstichprobe), welche im Dezember 2022 durchgeführt wurde (Technische Durchführung der Befragung: RCM-Solutions GmbH. in Terenten/Südtirol). Die Befragung bezog sich auf die Einschätzung des Pflege- und Finanzbedarfs sowie auf den bevorzugten Mix aus öffentlicher und privater Finanzierung sowie weiters auf verschiedene Zahlungsmodalitäten für den privaten Finanzierungsanteil. Die zentralen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:



Das Problem „Pflege im Alter“ wird, aus nachvollziehbaren Gründen, tendenziell verdrängt. Nur rund 20% der Befragten geben auf die Frage, ob sie schon darüber nachgedacht haben, wer sie im Alter unterstützen wird, an, dass dies ein wichtiges Thema sei. 38% sagen, dass sie noch nie darüber nachgedacht haben und 40% geben zwar an, dass sie schon darüber nachgedacht hätten, aber nur ganz flüchtig. Dies ist wichtig, weil man mit der Vorsorge sowohl organisatorisch als auch finanziell rechtzeitig im Leben beginnen muss.

Dabei ist das Bewusstsein, dass die Pflege älterer Menschen ein Problem ist, durchaus gegeben. Aus einer Liste mit 7 möglichen Problemfeldern (Inflation, Arbeitslosigkeit, Fachkräftemangel, Staatsverschuldung, Pflege und Migration) liegt die Pflege auf Rang 4, übertroffen von der Inflation und etwa gleichauf mit Fachkräftemangel und dem Klimawandel. Dies erweckt den Eindruck, dass zwar das Problem erkannt, aber nur ungern auf die persönliche Situation bezogen wird.

Fragt man konkret nach Personen und Institutionen, die Pflegeleistungen erbringen könnten, liegt die Partnerin/der Partner mit 55% gleichauf mit Institutionen wie Hauskrankenpflege, Hauspflege, betreutes Wohnen und Hilfskrankenpfleger:innen (Badante). Das Pflegeheim (47%) und die eigenen Kinder (39%) werden auch als bedeutsam eingeschätzt, aber

schon deutlich weniger oft genannt.

Auch der Stand der Information zur derzeitigen Situation ist gut: Rund 70% schätzen die Zahl der Pflegegeldempfänger:innen einigermaßen korrekt ein und gleich viele sind über die Zahl der Menschen in Alters- und Pflegeheimen richtig informiert. Insgesamt bedeutet das, dass die Pflege – zumindest als abstraktes Thema – in der Gesellschaft angekommen ist. Nicht ganz so gut ist der Informationsstand zu den Kosten der Pflege in einem Heim, die von rund der Hälfte der Bevölkerung deutlich unterschätzt werden. Das hängt sicher damit zusammen, dass in der Öffentlichkeit nur jene Kosten wahrgenommen werden, die privat getragen werden müssen.

Nun zu den Vorstellungen über die Finanzierung der Pflege.

Auf die Frage, wer für die Kosten der Pflege aufkommen soll, sind zwei Drittel der Meinung, dass diese teilweise privat und zu einem Teil von der öffentlichen Hand getragen werden sollen. 29% sehen ausschließlich die öffentliche Hand in der Pflicht, ein sehr kleiner Anteil ist der Meinung, das sollte jeder privat oder die Familie tragen. Fragt man danach, wie viel davon der private Anteil sein sollte, kommt man auf einen Mittelwert von 45%, das entspricht überraschend gut der derzeitigen Situation. Schaut man sich die Zahlen unter dem Gesichtspunkt der Mehrheitsmeinung an, so sind 50% der Bevölkerung der Meinung, dass die Hälfte oder mehr der Pflegekosten privat getragen werden kann. Im Gegenzug bedeutet dies, dass die anderen 50% einen privaten Anteil, der weniger als die Hälfte der Kosten ausmacht, bevorzugen. Dieses Ergebnis wird dadurch etwas relativiert, dass 47% der Bevölkerung es als sehr gerecht oder gerecht empfinden, dass der private Anteil sich an der Einkommens- und Vermögenslage orientiert. Aber immerhin 34% halten die Einbeziehung der wirtschaftlichen Situation der Betroffenen für ungerecht oder sehr ungerecht.

Die Antworten auf die Frage danach, wie man die finanziellen Ressourcen aufbringen soll, kann man in die folgende Reihenfolge bringen: 45% plädieren für eine Pflegeversicherung, 38% für eine Erbschaftssteuer, 34% für eine fixe Pflegesteuer und ebenso 34% für Umschichtungen aus anderen Haushaltskapiteln. Am wenigsten Zustimmung bekommt ein Aufschlag auf die Einkommenssteuer mit 24%.

Immerhin 36% würden die Pflegeversicherung als verpflichtend sehen, 51% möchten sie als freiwillige Option implementiert haben.

Was die Zahlungsbereitschaft anbelangt, wurde, um den Befragten eine klare Vorstellung zu bieten, eine monatliche, fixe Prämie für einen Zeitraum über 30 Jahre vorgeschlagen. 44% wären bereit, 30€ monatlich (den geringsten vorgeschlagenen Betrag) zu bezahlen, fast 33% könnten sich immerhin 60€ monatlich vorstellen. Nur 23% könnten sich einen höheren Beitrag vorstellen. Geht man von einem Optimalfall von 60€ pro Monat und 40 Dienstjahren aus, kommt man auf einen Betrag (ohne Verzinsung) von $60 \cdot 12 \cdot 40 = 28.800\text{€}$. Inwiefern dies ausreicht oder welche Leistungen damit möglich sind, wird im folgenden Kapitel noch einmal aufgegriffen. Wie schon bei einer vorhergehenden Frage wurde auch hier dafür plädiert, dass die Versicherungsprämien sozial gestaffelt werden. Immerhin 56% würden einen solchen sozialen Ausgleich als wünschenswert oder sehr wünschenswert erachten.

Was die Zahlungsmodalitäten betrifft, gibt es eine klare Präferenz für regelmäßige, aber flexibel gestaltbare Einzahlungen. Gemeinsam mit den Überlegungen des folgenden Kapitels lassen sich daraus Komponenten eines strategischen Finanzierungsmodells gewinnen.

Die wichtigsten Punkte im Überblick, wobei nur mehrheitsfähige Ergebnisse wiedergegeben werden:

- Zwei Drittel der Bevölkerung finden es richtig, dass die Kosten für die Pflege zwischen den Betroffenen und der öffentlichen Hand geteilt werden. Von den übrigen glauben 29%, dass alles die öffentliche Hand tragen soll.
- Die Bevölkerung würde eine Aufteilung von 45% privat und 55% öffentlich am ehesten akzeptieren.
- Als Finanzierungsquelle steht eine Pflegeversicherung mit 45% Nennungen an erster Stelle, 34% sind der Meinung, man sollte sie durch Einsparungen in anderen Haushaltskapiteln finanzieren, der Rest plädiert für unterschiedliche Formen der Besteuerung.
- 51% der Bevölkerung würden die Pflegeversicherung aber als freiwillige Versicherung ohne Verpflichtung sehen.
- Eine klare Mehrheit ist dafür, dass die Kosten der Polize für die Pflegeversicherung sozial gestaffelt sein sollten, dass also die Belastung für die Familie nach ihren finanziellen Möglichkeiten differenziert werden sollte. Umgekehrt bedeutet das, dass die Kosten der Versicherung für Menschen, die sich eine solche nicht leisten können, subventioniert werden sollten.

5 Pflegeversicherung

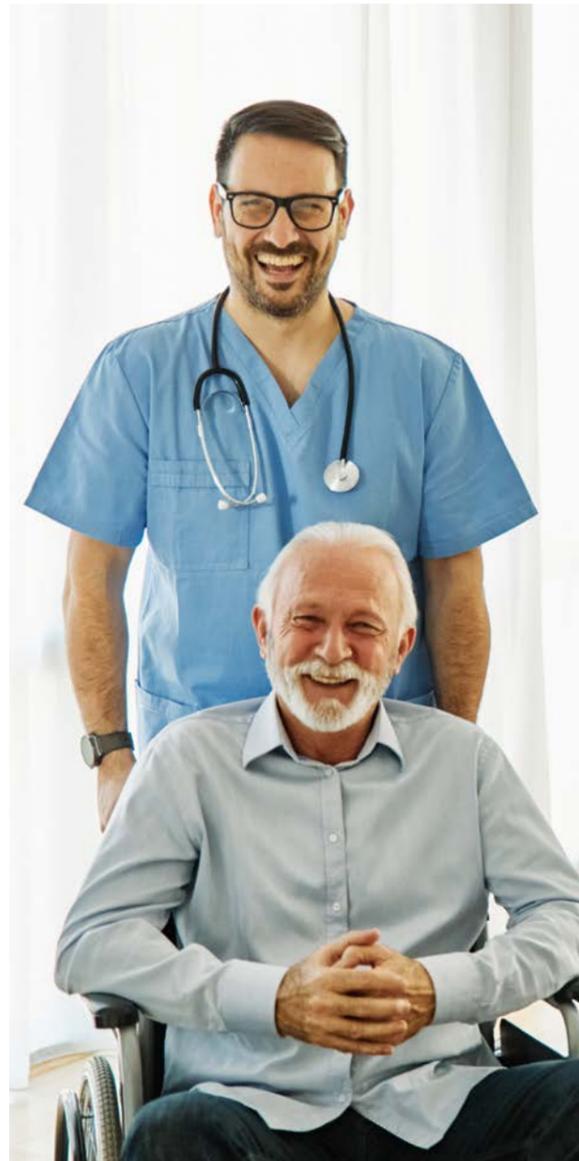
Der Pflegebedarf ist ein Risiko, das den einzelnen Menschen sehr unterschiedlich hart und lange trifft. Solche Risiken sind typisch für Versicherungsleistungen: Durch das Teilen des Risikos werden zumindest die finanziellen Risiken für die einzelne Person berechenbar. Natürlich können Versicherungen nach den abgedeckten Risiken, der Höhe der Leistungen oder dem Zeitpunkt des Abschlusses sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Auch die Zugehörigkeit zu einzelnen Risikogruppen kann einen erheblichen Einfluss auf die Höhe der Prämie oder sogar auf die prinzipielle Versicherbarkeit von Risiken haben.

In diesem Kapitel wird ein Modell vorgestellt, das möglichst gut auf die Gegebenheiten in Südtirol abgestimmt ist und auch die bereits bestehende Infrastruktur in diesem Bereich nutzt. Die Eckdaten dieses ersten Vorschlages für eine vertiefende Diskussion sind:

- Versicherbar sind alle Personen, die zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung in Südtirol ihren Hauptwohnsitz haben.
- Die Versicherung muss spätestens mit dem 65. Lebensjahr abgeschlossen werden, um zu vermeiden, dass jemand erst dann eine Versicherung abschließt, wenn er/sie absehen kann, dass ein erheblicher Pflegebedarf anfallen wird (die sogenannte adverse Selektion).
- Der Versicherungsfall wird mit dem gleichen Verfahren und durch dieselben Personen festgestellt, die die Einstufung in eine der (heute) vier aktuellen Pflegestufen vornimmt.
- Die Leistung der Versicherung beim Eintreten des Versicherungsfalles besteht in der Verdoppelung des aktuellen (Juni 2023) Pflegegeldes. Dieses Pflegegeld wird, genau wie die Kosten der Polize, an die italienische Inflationsrate angepasst.
- Aufgrund des Diskriminierungsverbotes wird die faire Prämie einheitlich, das bedeutet, nicht getrennt nach dem Geschlecht, berechnet. Eine anschließende, sozial gestaffelte Bezuschussung der Prämie ist dadurch nicht ausgeschlossen.

Natürlich können alle diese Parameter im Laufe der sozialpolitischen Diskussion entsprechend angepasst werden.

Die folgenden Berechnungen beruhen auf den Daten zur demografischen Entwicklung des Landesinstituts für Statistik (ASTAT 2023) sowie auf einer Auswertung der Statistik zum Pflegegeld für die Periode 2008–2019



(interne Daten der Abteilung 24 der Südtiroler Landesverwaltung). Daraus kann man bestimmen, wie hoch das Risiko ist, mit einem Alter von x Jahren überhaupt eine Pflege (nach der Definition des Pflegegeldes) zu benötigen, und wie lange die durchschnittliche Verweildauer in den einzelnen Pflegestufen ist. Grundlage dafür sind für den gesamten Zeitraum mehr als 58.000 Personen, an welche insgesamt 1,7 Mio. € Zahlungen geleistet wurden.

Zur Berechnung des fairen Preises der Polize wurde ein Modell verwendet, das nach Altersklassen bestimmt, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Person von einem „Zustand“ in einen anderen Zustand innerhalb eines Jahres wechselt. Die fünf berücksichtigten Zustände sind: 0=gesund, 1=Pflegestufe 1, ...4=Pflegestufe 4, 5=verzogen oder verstorben. Für alle Heimbewohner:innen wurde die Pflegestufe 4 angenommen, da diese derzeit pauschal auch für die Höhe des Pflegegeldes herangezogen wird.

Die folgenden beiden Grafiken zeigen einmal die durchschnittliche Verweildauer in den Heimen und einmal die durchschnittliche Verweildauer in den Pflegestufen 1 bis 4.

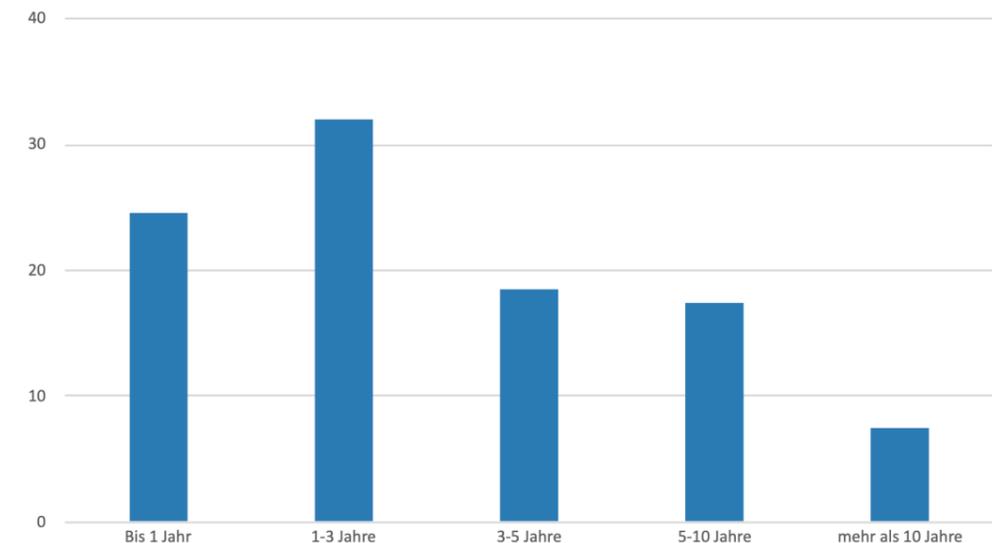


Abbildung 1: Verweildauer in den Pflegeheimen (prozentuelle Verteilung, Jahr 2020). Quelle: Autonome Provinz Bozen, Abteilung Soziales, Sozialstatistiken 2021 (<http://www.provinz.bz.it/sozialwesen/service/publikationen.asp>)

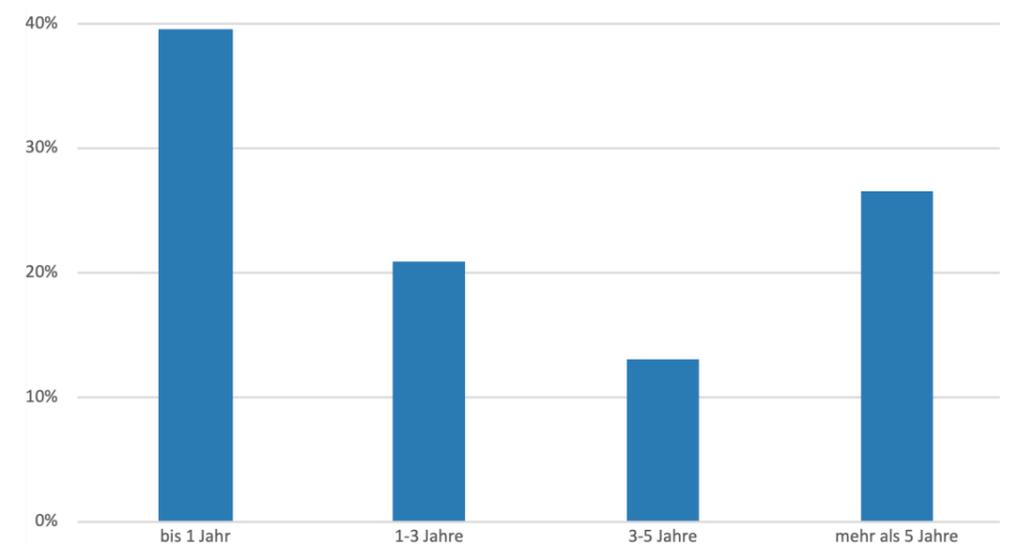


Abbildung 2: Verweildauer in der Pflege zuhause (prozentuelle Verteilung, Basis: Bezugsjahre 2010–2012)

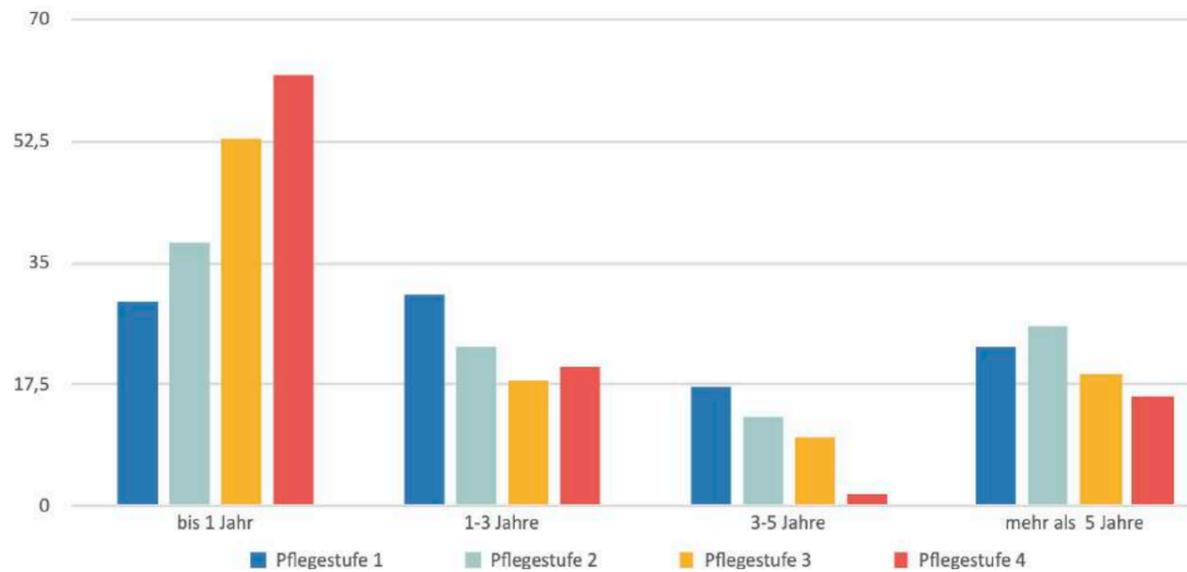


Abbildung 3: Verweildauer in einzelnen Pflegestufen zuhause (prozentuelle Verteilung, Basis: Bezugsjahre 2010–2012)

Die Grafik macht noch einmal deutlich, wie unterschiedlich der Grad der Betroffenheit für die einzelne Person sein kann: Obwohl 40% nur auf ein Jahr oder weniger auf Pflege zuhause angewiesen sind, benötigt immerhin jede vierte Person fünf Jahre oder mehr eine solche Betreuung und Pflege. Es ist damit offensichtlich, dass eine entsprechende Versicherung außerordentlich sinnvoll ist.

Für die Abschätzung der durchschnittlichen Pflegekosten des Einzelnen sind mehrere Faktoren zu berücksichtigen:

- die Lebenserwartung der Person mit (potenziell genderspezifisch) bedingten Überlebenswahrscheinlichkeiten,
- die (altersabhängige) bedingte Wahrscheinlichkeit, Pflege zu benötigen,
- die Verweildauer in den einzelnen Stufen und
- die Kosten in den einzelnen Stufen.

Als Kostensätze (monatlich) werden hier die derzeit ausbezahlten Pflegegelder für die einzelnen Pflegestufen 1 bis 4 (555€, 900€, 1350€ und 1800€) verwendet. Für Pflege im Heim wurde unabhängig vom Pflegegrad die Stufe 4 auch kostenmäßig unterstellt. Potenziell würden die Daten eine getrennte Kostenberechnung für Männer und Frauen erlauben. Davon wird in der Folge aber abgesehen.

Aus den Berechnungen ergibt sich, dass für eine Pflegeversicherung in der derzeitigen Höhe eine Einmalprämie von ca. 39.000€ notwendig ist. Falls die zusätzlichen Pflegegelder erst ab der Pflegestufe 2 bezahlt werden, reduziert sich der notwendige Betrag auf ca. 33.000€.

Dieser Betrag ist erheblich und übersteigt die Zahlungsbereitschaft aus der Bürger:innenbefragung, besonders wenn man berücksichtigt, dass die dort angenommenen Jahre der Erwerbstätigkeit mit 40 sehr optimistisch angesetzt wurden. Dort wurden 60€ pro Monat über 40 Jahre angegeben, was einen Gesamtbetrag von $40 \cdot 12 \cdot 60 = 28.800$ € ergibt. Ginge man aber davon aus, dass diese Einzahlungen steuerbegünstigt in einen Fonds (zum Beispiel in einen Zusatzrentenfonds wie Laborfonds, Plurifonds, den Raiffeisen offenen Pensionsfonds oder einen sonstigen Pensionsfonds) erfolgen würden, und unterstellt man einen Grenzsteuersatz von 27% oder alternativ von 38%, käme man bei einer Nettoeinzahlung von 28.800€ auf einen Betrag von $28.800 \cdot 1,27 = 36.576$ € beziehungsweise auf $10.800 \cdot 1,38 = 39.744$ €. Das würde ausreichen, die Polize zu finanzieren. Wenn man davon ausgeht, dass die Prämie für Personen mit geringem Einkommen „subventioniert“ wird, könnten die technischen Rahmenbedingungen mit den Vorstellungen der Bevölkerung zusammenpassen.

Die Zahlen und deren Einbettung sind aus mehreren Gründen wichtig:

- Eine Prämie von durchschnittlich 60 € pro Monat reicht, um das derzeitige Pflegegeld zu verdoppeln.
- Das liegt noch im Bereich dessen, was sich Bürger:innen im Durchschnitt, aber eben nur im Durchschnitt, vorstellen können.
- Es ist klar, dass ein derart breites und neues Finanzierungsinstrument viel Information und viel Diskussion benötigt. Wichtig ist, dass allen Beteiligten klar ist, dass es um die langfristige Absicherung einer wichtigen Grundversorgungsleistung geht. Für viele Menschen sind solche Instrumente und auch solche Beträge nur schwer vorstellbar, daher ist es wichtig, die genannten Zahlen in einen breiteren Rahmen zu stellen.
- Zuerst ist wahrscheinlich vielen Bürger:innen nicht bewusst, dass das Land Südtirol pro Person über das Pflegegeld einen Transfer von knapp 40.000€ leistet (Geburtsjahrgangsstärke = 6000, multipliziert mit 40.000 ergibt das die bereits erwähnten 240 Mio. €). Das ist eine erhebliche Leistung einer Solidargemeinschaft, die es wert ist, sie auch einmal sichtbar zu machen.
- Zum Zweiten sind in diversen Medien und politischen Diskussionen immer wieder Beträge für eine Pflegeversicherung kolportiert worden, die erheblich unter dem Betrag von 60€ pro Monat gelegen haben. Es ist wichtig, dass sich eine Diskussion darüber, was eine Gesellschaft will, auf Zahlen stützt, die auch realistisch und belastbar sind.
- Die noch bestehende Divergenz zwischen der Zahlungsbereitschaft und den notwendigen Mitteln kann auf unterschiedliche Weise geschlossen werden: Man kann durch Überzeugungsarbeit und Kommunikation die Zahlungsbereitschaft erhöhen, man kann dasselbe Ziel auch durch eine soziale Staffelung der Tarife (z.B. von 20€ monatlich bis 80€ monatlich), durch attraktive Zahlungsmodelle oder durch eine Reduktion der Leistungen (z.B. nur 50% der derzeitigen Pflegegeldtarife) schließen.



6 Die Situation der pflegenden Familienangehörigen

Bevor auf die möglichen Finanzierungsmodelle aus volkswirtschaftlicher Sicht eingegangen wird, soll die Situation der wichtigsten Säule der Pflege, der Pflege und Betreuung in der Familie, etwas näher betrachtet werden. Die informelle Pflege zuhause macht etwas mehr als 70% der gesamten Pflegeleistung aus und sie wird von den zu pflegenden Personen in vielen Erhebungen als die bevorzugte Pflegeform angegeben. Gleichzeitig wissen wir, dass diese Form der Pflege in vielen Fällen durch eine nicht unerhebliche Selbstaussbeutung der Pflegenden erbracht wird. Aus internationalen Studien ist bekannt (Grassel et al. 2014), dass die individuelle Belastung der familiär Pflegenden ein aussagekräftiger Prädiktor für die Verlegung einer pflegebedürftigen Person in ein Heim ist. Im Unterschied zu der genauso wichtigen professionellen Pflege, die besser sichtbar organisiert ist, ist das Wissen über die Situation in der informellen Pflege deutlich begrenzter.

Mehr darüber zu wissen, ist aus vielen Gründen wünschenswert, die wichtigsten davon sind: die Lebensqualität der pflegenden Menschen, die Lebensqualität der gepflegten Menschen, der potenzielle Druck auf Heime, falls die Pflege zuhause erodiert, und natürlich auch ein erheblicher Kostenschub, der bei einer Substitution der informellen Pflege durch die Pflege in Heimen auftritt (siehe Tabelle 3).

Um zu diesem Bereich erste Informationen zu erhalten, wurden im Kontext dieser Studie zwei Erhebungen durchgeführt. Die erste Erhebung wurde im Rahmen von zwei thematisch einschlägigen Lehrveranstaltungen in den sozialen Studienfächern (BA-Studiengänge Sozialarbeit und Sozialpädagogik) an der Freien Universität Bozen durchgeführt. Für die qualitative Erhebung wurde in zwei Schritten vorgegangen. Zunächst setzten sich die Studierenden innerhalb der Lehrveranstaltung „Einführung in wissenschaftliches Arbeiten und qualitative Sozialforschung“ (Loch, Studienjahr 2021/2022) in Arbeitsgruppen mit ihren eigenen Pflegeerfahrungen auseinander. Im nächsten Schritt wurde auf Basis der reflektierten Erfahrungen und der Ergebnisse von Literaturrecherchen ein Leitfaden für thematisch fokussierte qualitative Interviews mit pflegenden Angehörigen entwickelt.



Diese qualitativen Interviews enthielten Erzählaufforderungen zu drei Bereichen: (a) narrative Erzählaufforderung mit der Bitte, die eigene Pflegegeschichte zu erzählen, (b) erzählgenerierende Nachfragen zu den eigenen Erfahrungen und (c) externe Nachfragen zu nachfolgenden Themen: Zeiteinteilung und Koordination, Pflegebedarf der gepflegten Angehörigen sowie Merkmale des Pflegealltags. Insgesamt wurden zwischen Dezember 2021 und Februar 2022 zwölf Interviews mit Angehörigen von Pflegegeldempfänger:innen geführt, die zuhause gepflegt und betreut werden. Die Durchführung der Interviews sowie die erhebliche Zahl der Absagen bzw. Verschiebungen von Befragungsterminen zeigen, dass die pflegenden Familienmitglieder tendenziell sehr belastet sind und dass ein Wechseln von direkten Befragungen zu Online-Befragungen (wegen der Pandemie) mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Gründe für Letztgenanntes sind die niedrige Verfügbarkeit von digitaler Technik sowie digitaler Kompetenzen (digitale literacy) bei den pflegenden Angehörigen. Dies ist von Bedeutung, weil in der wissenschaftlichen Diskussion zu Pflege diverse digitale Instrumente stark diskutiert werden.

In den qualitativen Interviews wurden fünf Teilbereiche besonders stark thematisiert:

- a. Verstärkung von Armutrisiko und Folgen von Armut durch die Pflegesituation,
- b. soziale Kontakte, Netzwerke und Freizeitgestaltung,
- c. soziale Erwartungen an pflegende Frauen und Männer,
- d. Pflege, Pflegebedürftigkeit und Neuausrichtung der Beziehungen sowie
- e. Kritik an der aktuellen Pflegesituation und Veränderungsvorschläge.

Die durch diese Vorstudie erzielten Erkenntnisse dienen, gemeinsam mit Ergebnissen aus der wissenschaftlichen Literatur, dazu, einen strukturierten Fragebogen zu entwickeln und sie bilden den notwendigen qualitativen Rahmen, um die Ergebnisse der quantitativen Studie zu interpretieren.

Die quantitative Untersuchung wurde im Frühjahr und Herbst 2022 durchgeführt. Die Kontaktaufnahme erfolgte durch die Mitarbeiter:innen der Hauspflegedienste und der Hauskrankenpflege, welche auch die schriftliche Zustimmung für eine Kontaktaufnahme (telefonisch oder via Internet) einholten. Ohne die Unterstützung der Mitarbeiter:innen dieser Dienste wäre dieser Teil der Studie nicht möglich gewesen, weil durch das bestehende Vertrauensverhältnis zu den pflegenden Familienmitgliedern und zu den gepflegten Personen die Verweigerungsrate gering und damit die Verzerrung durch Antwortverweigerung klein gehalten werden konnte. Allerdings ist die Stichprobe insofern nicht repräsentativ, als nur Familien angesprochen wurden, die einen der beiden Dienste in Anspruch nehmen.

Insgesamt wurden von Juni bis November 2022 127 telefonische Interviews und 137 Online-Befragungen durchgeführt (Durchführung Apollis / Bozen Südtirol; der Fragebogen wurde von Frau Elisabeth Feilhauer redigiert und in die Software Lighthouse Studio der Firma Sawtooth implementiert). Es ist uns wichtig festzuhalten, dass in beiden Erhebungsformen der Befund aus der qualitativen Befragung voll bestätigt wurde. Viele der pflegenden Familienangehörigen stehen unter erheblichem physischem, psychischem, sozialem und finanziellem Druck und brauchen Unterstützung. Nur anekdotisch sei erwähnt, dass ein Interview, das im Durchschnitt mit 20 Minuten kalkuliert war, tatsächlich im Schnitt 45 Minuten gedauert hat, und dass ein Maximalwert von 2 Stunden und 10 Minuten erreicht wurde.

In diesem Bericht soll, neben einigen deskriptiven Statistiken, nur auf drei Hauptfragen eingegangen werden: Wie sieht die Belastung der familiär Pflegenden aus? Welche Komponenten sind besonders belastend? Und welche Unterstützungsmaßnahmen werden von den Betroffenen (und damit Expert:innen) als besonders hilfreich angesehen? Der Fragebogen bietet Material, das weit über diese beiden Bereiche hinausgeht und das für die Gestaltung der einschlägigen Dienstleistungen hilfreich sein kann.

Von den befragten Pflegenden waren 25% Männer und 75% Frauen, 68% führten das Interview auf Deutsch und 32% auf Italienisch. Das Durchschnittsalter betrug 60 Jahre. Rund 43% waren schon pensioniert, 14% vollzeitbeschäftigt, 18% teilzeitbeschäftigt und 6% selbstständig. 4% waren vorübergehend nicht beschäftigt (z.B. Pflegeurlaub) und 10% waren dauerhaft nicht beschäftigt, 5% in Ausbildung.

Bei den gepflegten Personen waren praktisch zu gleichen Teilen Männer und Frauen mit einem Durchschnittsalter von 80 Jahren vertreten. Rund 33% waren in Pflegestufe 1, 27% in Pflegestufe 2, 24% in Pflegestufe 3 und 16% in Pflegestufe 4. Vergleicht man diese Verteilung mit der Verteilung der Pflegegeldberechtigten insgesamt, so sieht man, dass die Stufe 1 unterrepräsentiert ist und die Stufen 3 und 4 überrepräsentiert sind. Das geht auf die Art der Kontaktaufnahme zurück, weil die Hauskrankenpflege und die Hauspflege überproportional von Personen mit einem höheren Pflegebedarf in Anspruch genommen wird. Dies muss man bei der Interpretation der weiteren Ergebnisse mitberücksichtigen.

Fragt man nach der verwandtschaftlichen Beziehung der pflegenden Person zur gepflegten, sieht man, dass die Kinder (Tochter/Sohn) mit 53% gefolgt vom Partner oder der Partnerin mit 31% den Löwenanteil der familiären Pflege leisten. Eltern (6%) und Schwiegerkinder (4%) runden das Bild ab.

Um die Belastung der pflegenden Personen zu messen, wurde auf ein international verwendetes Instrument, den „Burden Scale for Family Caregivers“ (BSFC), welcher in 20 Sprachen vorliegt, zurückgegriffen (Grassel et al., 2014). Er besteht aus 28 Fragen, welche durch einfache Addition (nach Berücksichtigung der Polung) zu einem Belastungsindex verrechnet werden können. Für die Beurteilung werden zwei unterschiedliche Schlüssel verwendet, je nachdem, ob es sich um eine Pflege aufgrund einer Demenzerkrankung handelt oder nicht.

Für Demenz (die Werte für die Pflege nicht Demenzkranker werden jeweils in Klammern angegeben) gilt ein Wert unter 36 (42) Punkte als minimale Belastung (auch wenn es in der familiären Pflege eine minimale Belastung kaum gibt), zwischen 36 (42) und 45 (55) Punkten als mittlere Belastung und zwischen 46 (56) und 84 (84) als starke bis sehr starke Belastung. Die folgende Grafik zeigt die in unserer Stichprobe gemessene Belastung:

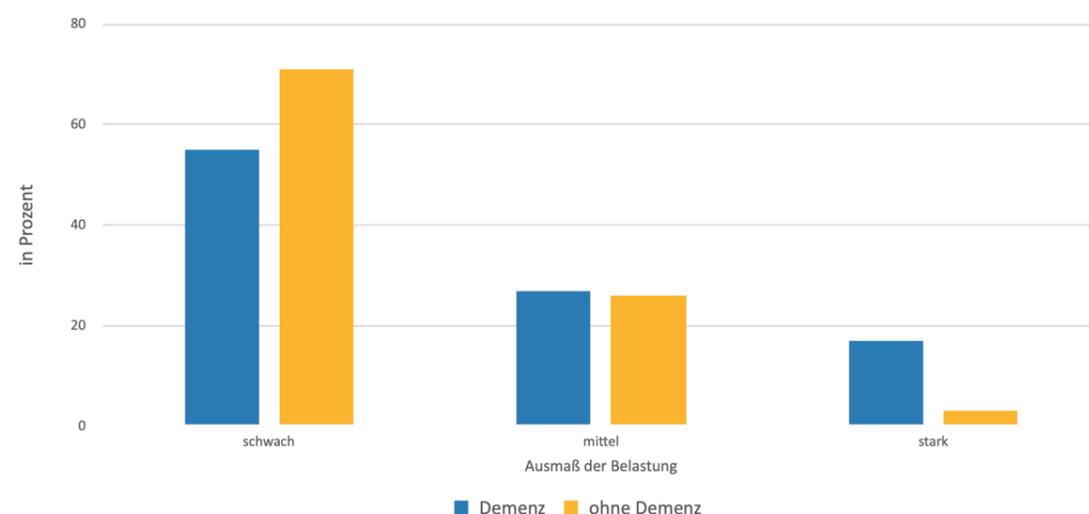


Abbildung 4: Prozentuelle Verteilung nach Belastungskategorien einmal nach der Kategorisierung für den sonstigen Pflegebedarf und einmal für Demenzerkrankungen.

Vergleicht man diese Verteilungen mit der für die Standardisierung des BSFC herangezogenen Stichprobe (siehe BSFC_german_o.pdf), so kann man die Werte mit den in der Literatur wiedergegebenen Werten vergleichen. Als Referenzwert gilt ein Prozentsatz von 38% der Pfleger:innen mit einer mittleren oder starken Belastung (falls keine Demenz vorliegt). Im vorliegenden Fall finden wir mit 28% zwar einen deutlich niedrigeren Wert, aber dass mehr als ein Viertel sich mittel oder stark belastet fühlt, ist sicher bedenklich. Unsere Stichprobe ist nicht ausreichend, um tatsächlich die Belastung durch die Betreuung von Senior:innen mit unterschiedlichen Formen der Demenz getrennt auszuweisen. International gilt ein Prozentsatz von 66% mittel oder stark belasteter familiär Pflegenden als Bezugswert. Hier liegen wir mit 44% deutlich darunter. Aber die Werte sind, wegen der kleinen Stichprobe, nur indikativ. Was dennoch sehr klar ist, mit fast 30% belasteten oder sehr belasteten pflegenden Familienangehörigen ist hier sicher Handlungsbedarf gegeben. In einer vertiefenden Analyse werden die wichtigsten Treiber für den Grad der Belastung gesucht werden.

Führt man auf der Grundlage der BSFC-Skala eine Hauptkomponentenanalyse durch, sieht man mehrere unabhängige Faktoren für die empfundene Belastung: Der Mangel an Zeit für sich selbst, effektiv negative Folgen für die eigene Gesundheit und den eigenen Lebensstandard, die Zeit zur Pflege eigener

sozialer Kontakte, die Möglichkeit der Abgrenzung von Pflege und „restlichem Leben“, die Beziehung zur zu pflegenden Person, die Anerkennung und das familiäre Netz. Alle diese Faktoren treten statistisch unabhängig auf und beeinflussen in Kombination die

Belastung für die Pflegenden. Diese Punkte müssen mit Spezialist:innen weiter vertieft werden, weil sie wahrscheinlich die Instrumente bestimmen, mit denen die größte Reduktion der Belastung erzielt werden kann.

Zum Abschluss der Belastung noch zwei Aspekte, welche auch in großen Zensuserhebungen abgefragt werden, sodass der Vergleich zwischen pflegenden Familienangehörigen und der Gesamtbevölkerung möglich wird.

Die Grafik zeigt den Prozentsatz der befragten pflegenden Familienangehörigen nach Zufriedenheitsgrad bezogen auf die folgenden beiden Fragen:

- Alles in allem, wie zufrieden sind Sie heute insgesamt mit Ihrem Leben? 1 bedeutet unzufrieden, 5 bedeutet zufrieden
- Und wie kommen Sie mit Ihrem gegenwärtigen Einkommen zurecht? 1 bedeutet sehr schwer, 5 bedeutet sehr gut

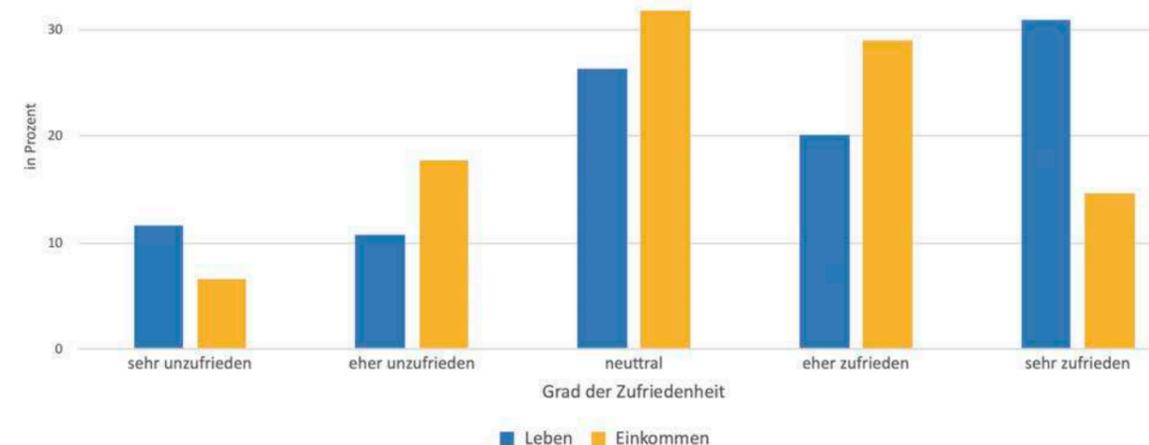


Abbildung 5: Lebenszufriedenheit und finanzielle Situation der pflegenden Angehörigen

Nur zwei Eckdaten: Rund ein Viertel kommt nur schwer oder sehr schwer mit seinem Einkommen zurecht und jede/jeder fünfte Pflegendende ist mit seinem/ihrem Leben unzufrieden oder sehr unzufrieden. Beides ist ein klarer Ruf nach Unterstützung. Wie die aussehen sollte, wurde im nächsten Block abgefragt.

Dafür wurden insgesamt 35 mögliche Unterstützungsmaßnahmen (Geld, Beratung, soziale Kontakte, Tagespflege etc.) nach einer fünfteiligen Likert-Skala abgefragt (1 = würde überhaupt nicht helfen bis 5 = würde sehr helfen). Die Unterstützungsmaßnahmen wurden sehr unterschiedlich ausgewählt: von sehr umfassenden Maßnahmen wie einer Erhöhung des Pflegegeldes bis hin zu einfachen technischen Maßnahmen wie dem Anbringen von Haltegriffen. Mit dieser Heterogenität sollte die Möglichkeit zu einer klaren Abstufung der Alternativen geboten werden. Die folgende Tabelle gibt für die einzelnen Unterstützungsmaßnahmen den Prozentsatz der Befragten an, die diese für sehr hilfreich, sowie den Prozentsatz derer, die sie als sehr hilfreich und eher hilfreich angesehen haben. Zur leichteren Vergleichbarkeit wird auch der Rang der entsprechenden Unterstützungsmaßnahme für beide Indikatoren angegeben.

Art der Unterstützung	Prozent sehr hilfreich	Rang sehr hilfreich	Prozent sehr hilfreich und eher hilfreich	Rang sehr hilfreich und eher hilfreich
Hauskrankenpflege bei Bedarf	72,4	1	87,1	1
Pflegebett	64,6	2	74,3	4
Gespräch mit Fachkraft zur Pflege	59,6	3	76,0	3
Transport und Begleitung zu Ärzten	56,9	4	76,1	2
Notdienst bei dringenden Verpflichtungen	55,4	5	72,1	6
Gesicherte Betreuung am Wochenende	55,3	6	73,8	5
Unterstützungshilfen Baden (Badekran, Einstiegshilfe, Duschhocker)	54,4	7	70,4	9
Mobilitätshilfen	53,1	8	66,7	13
Gesicherte Betreuung bei Urlaub	52,2	9	63,3	17
Strukturierte und ausführliche Beratung vor Krankenhausentlassungen	51,9	10	69,9	10
Haltegriffe an der Wand	51,9	11	65,9	15
Urlaub für die zu pflegende Person	49,8	12	66,0	14
Beratung zur eigenen Pflegebelastung	49,5	13	71,4	8
Mobile Angebote (z.B. aufsuchende Ärzte, Ergotherapeuten, Friseur)	46,6	14	65,0	16
Mehr finanzielle Mittel (z.B. höheres Pflegegeld)	45,5	15	72,0	7
Sozialversicherungspflichtige Anstellung als pflegende Angehörige	44,5	16	61,2	19
Regelmäßiger Hauspflegedienst	44,1	17	59,7	21
Gelegentliche Entlastung durch Besuche von Freiwilligen	43,7	18	68,9	11
Unterstützung bei der Bürokratie (z.B. Anträge stellen)	43,1	19	67,9	12
Tagesbetreuung	42,1	20	62,7	18
Finanzielle Unterstützung bei Wohnungsanpassung	40,5	21	60,0	20
Sturzalarm	38,1	22	49,5	29
Zusätzliche Einzahlung in eine Pensionsversicherung	37,6	23	53,0	26
Unterstützung zum (Wieder)Herstellen von sozialen Kontakten in der Gemeinde	37,0	24	56,3	24
Hotline für akute Beratung (z.B. medizinisch/psychologisch/zur Pflege)	36,7	25	54,3	25
Nachtpflege (z.B. zu Hause oder im Heim)	36,5	26	49,8	28
Einkaufsdienst	36,0	27	52,6	27
Anlaufstelle für Tagesbetreuung und Pflegestützpunkt	35,9	28	57,8	22
Austausch mit anderen Pflegenden	33,2	29	57,2	23
Finanzielle Unterstützung für den Ankauf von technischen Hilfsmitteln	32,5	30	48,3	30
Computer	31,7	31	40,5	32
Freizeitangebote für Menschen mit Pflegebedarf	24,9	32	37,6	33
Fernbetreuung	23,3	33	34,2	34
Treffen des ganzen Pflegeumfeldes mit Moderation (Familienkonferenz)	21,4	34	43,3	31
Bürgertreffs+2:36	19,4	35	34,0	35

Tabelle 7: Präferenzen (subjektive Einschätzungen der Betroffenen) für unterschiedliche Unterstützungsmaßnahmen (gesamte Stichprobe)

Die Tabelle zeigt eine klare Abstufung der Präferenzen für die einzelnen Unterstützungsmaßnahmen, wobei die beiden Indikatoren in den meisten Fällen gut übereinstimmen. Es gibt allerdings auch einige Abweichungen wie bei den Mobilitätshilfen, der Betreuung der zu pflegenden Senior:innen während des Urlaubs ihrer Angehörigen oder auch bei der Erhöhung des Pflegegeldes.

Die Tabelle spiegelt die momentane Einschätzung der pflegenden Menschen wider. Das bedeutet, dass Maßnahmen, die man noch nicht aus der Praxis kennt, wie beispielsweise eine Fernbetreuung, in ihrem Potenzial unterschätzt werden. Insofern ist diese Reihung ein Input für die Diskussion zur Ausgestaltung des gesamten Komplexes der Pflege von älteren Menschen, der in der Diskussion durch qualitative Aspekte ergänzt werden muss. Allerdings ist die hier ausgewertete Befragung eine der wenigen, wo pflegende Menschen direkt und nicht durch Repräsentanten ihrer Stakeholdergruppe zu Wort kommen.

An dieser Stelle beschränken wir uns, gerade weil die Daten der weiteren fachlichen Diskussion bedürfen, auf einige wenige Aspekte:

- Mit der Hauskrankenpflege bei Bedarf, Notdienst bei dringenden Verpflichtungen, der gesicherten Betreuung am Wochenende und der gesicherten Betreuung bei Urlaub haben wir klare Maßnahmen, die die Pflegeleistung bei ungeplantem oder auch bei geplantem „Ausfall“ der familiären Pflege ersetzen und so Stresssituationen mildern können.
- Der Transport und die Begleitung zu Ärzten, Unterstützungshilfe beim Baden und die mobilen Angebote zielen auf eine begleitende Entlastung in der Pflege.
- Die Gespräche mit Fachkräften, die Beratung vor der Entlassung aus dem Krankenhaus oder die Beratung zur eigenen Pflegebelastung sollen die eigene Kompetenz stärken und Unsicherheit – die bekanntermaßen zu Stress führt – abbauen.
- Vielleicht etwas überraschend ist es, dass eine finanzielle Unterstützung erst im Mittelfeld (Rang 15) auftaucht. Allerdings haben wir hier eine erhebliche Differenz zwischen „würde sehr helfen“ und dem zusammengefassten Indikator (sehr helfen, helfen) (Rang 7). Dieser Indikator ist in Linie mit den Ergebnissen zur finanziellen Situation, die für ein Fünftel der Befragten prekär, für 35% aber befriedigend ist. Der Indikator muss auch in Zusammenhang mit der Frage gesehen werden, ob die stärker bevorzugten Dienste kostenlos, zu einer geringen Gebühr oder zu Vollkosten angeboten werden.

Die beiden letzten Punkte machen deutlich, dass die „optimale“ Unterstützung nicht für alle pflegenden Gruppen gleich ist, sondern von ihrer jeweiligen ökonomischen und sozialen Situation abhängig. Daher wird dieser Punkt in vertiefenden Analysen wieder aufgenommen werden. Von besonderer Bedeutung ist die Frage, was sich die Pflegenden wünschen, die eine hohe oder sehr hohe Belastung durch die Pflege empfinden. Die folgende Tabelle zeigt die entsprechenden Präferenzen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Stichprobe mit rund 50 Personen klein ist. Die Zahlen geben daher nur einen ersten Hinweis, ohne dass sie statistisch voll belastbar sind.

Art der Unterstützung	Prozent sehr hilfreich	Rang sehr hilfreich	Prozent sehr hilfreich und eher hilfreich	Rang sehr hilfreich und eher hilfreich
Gesicherte Betreuung am Wochenende	78,6	1	87,5	2
Hauskrankenpflege bei Bedarf	73,2	2	91,1	1
Urlaub für die zu pflegende Person	67,9	3	80,4	7
Notdienst bei dringenden Verpflichtungen	65,5	4	87,3	3
Pflegebett	63,6	5	80,0	9
Transport und Begleitung zu Ärzten	60,7	6	80,4	8
Beratung zur eigenen Pflegebelastung	59,3	7	81,5	6
Mehr finanzielle Mittel (z.B. höheres Pflegegeld)	58,9	8	83,9	4
Gesicherte Betreuung bei Urlaub	58,9	9	66,1	15
Strukturierte und ausführliche Beratung vor Krankenhausentlassungen	56,4	10	70,9	13
Gespräch mit Fachkraft zur Pflege	56,4	11	72,7	12
Gelegentliche Entlastung durch Besuche von Freiwilligen	56,4	12	76,4	10
Haltegriffe an der Wand	56,4	13	74,5	11
Tagesbetreuung	55,4	14	82,1	5
Unterstützungshilfen Baden (Badekran, Einstiegshilfe, Duschhocker)	54,5	15	69,1	14

Tabelle 8: Präferenzen für unterschiedliche Unterstützungsmaßnahmen für Menschen, die eine hohe oder sehr hohe Belastung durch die Pflege haben

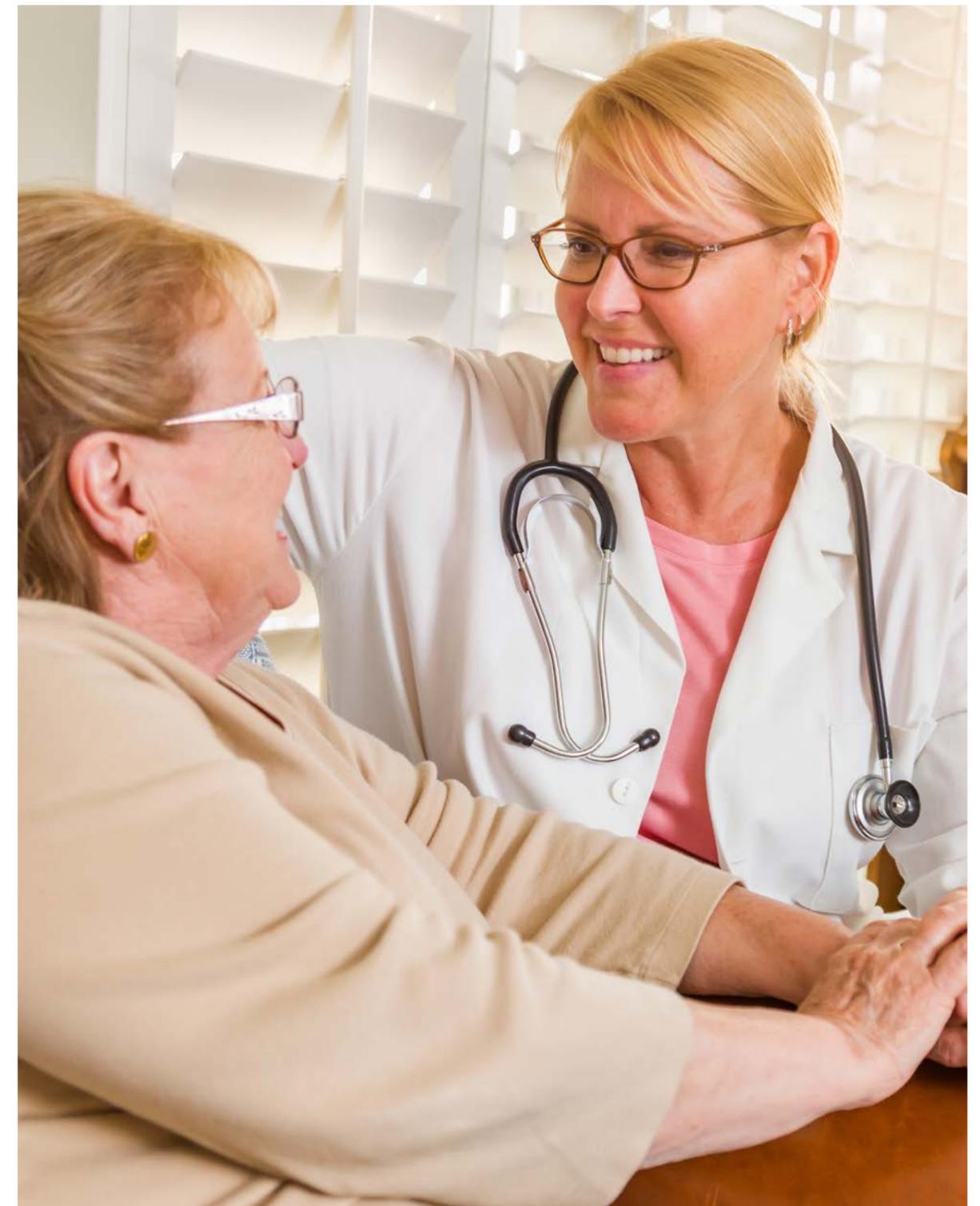
Tatsächlich gibt es ein paar wesentliche Verschiebungen: An erster Stelle steht die Betreuung am Wochenende (Rang 6 im gesamten Sample), an dritter Stelle der Urlaub für die pflegende Person (Rang 12), auf Rang 7 die Beratung zur eigenen Pflegebelastung (Rang 13) und auf Rang 8 mehr finanzielle Mittel (Rang 15). Die Hauskrankenpflege bei Bedarf, der Notdienst bei dringenden Verpflichtungen, das Pflegebett und der Transport und die Begleitung zum Arzt werden von beiden Gruppen (gesamte Stichprobe und Menschen mit erheblicher Pflegebelastung) gleichermaßen als wichtig angesehen.

Die sozialpolitisch wichtigsten Ergebnisse kann man in den folgenden Punkten zusammenfassen:

- Die familiäre Pflege wird schwerpunktmäßig vom engsten Familienkreis (Partner:in, Kinder) getragen.
- Rund 43% sind bereits pensioniert, aber immerhin 18% sind in Teilzeit und 14% sind vorübergehend oder dauerhaft nicht beschäftigt. Dass dies durch die Pflege bedingt ist, ist zumindest naheliegend. Damit schafft hier die Pflege ein Potenzial für eine Rentenlücke, die gemeinsam mit Perioden der Familienarbeit auch eine Gefahr für Altersarmut darstellen kann.
- Dass ein Fünftel der Befragten mit ihrer Lebenssituation unzufrieden oder eher unzufrieden ist, und dass ein Viertel erhebliche finanzielle Probleme hat, ist problematisch. Beides hat das Potenzial, die familiäre Pflege zu schwächen. Die Tatsache, dass etwas mehr als die Hälfte keine großen finanziellen Probleme hat, zeigt aber auch, dass es hier um ein Verteilungsproblem geht. Das derzeitige Instrument des Pflegegeldes wirkt hier nicht gezielt, sondern eher wie eine Gießkanne.
- Es gibt aber eine beachtliche Zahl von möglichen Unterstützungsmaßnahmen, die nach der Einschätzung der Betroffenen eine große Hilfe und damit eine Entlastung darstellen würden. Was dabei die höchste Priorität hat, unterscheidet sich entsprechend der persönlichen Situation der Pflegenden. Dies bedeutet, ein modernes sozialstaatliches Pflegesystem muss durch eine beträchtliche Vielfalt gekennzeichnet sein, um qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Es ist klar, dass es zur Entlastung der familiären Pflege ergänzende oder substitutive Maßnahmen braucht. Dies soll die Lebensqualität der gepflegten Personen, aber natürlich auch der pflegenden Menschen verbessern. Als Nebeneffekt ist das auch ökonomisch wünschenswert, weil es die Nachfrage nach Heimplätzen und damit nach der teuersten Pflegeform reduziert.

Die Befragung zeigt auch, dass es zur Stützung der familiären Pflege einen Mix aus finanziellen Maßnahmen und verschiedenen unterstützenden Diensten braucht. Wie immer dieser Mix aussieht, wird er auch mehr professionell Pflegenden und mehr finanzielle Ressourcen benötigen. Daher soll im nächsten Kapitel eine Zusammenschau der finanziellen Aspekte dieser Arbeit versucht werden.



7 Die finanziellen Aspekte der Pflege

Die wichtigsten Eckdaten für die finanzielle Dynamik der Pflege wurden in Kapitel 3 erarbeitet. Für das Jahr 2020 haben wir bei einer sehr vorsichtigen Schätzung Gesamtkosten für die Pflege älterer Menschen (der Pflegebedarf für junge Menschen und Zivilinvaliden wurde in diese Studie nicht einbezogen) von 750 Mio. €. Diese tragen mit 337 Mio. zu 46% die öffentliche Hand. Nimmt man die Opportunitätskosten (also die Kosten der familiären Pflege, für die ja nicht direkt gezahlt wird) aus den 160 Mio. heraus, beträgt der Anteil der öffentlichen Hand fast 60%, die Verteilung entspricht damit sehr gut den Vorstellungen der Bürger:innen, wie sie sich aus der Umfrage ergeben haben.

Bei einer sehr vorsichtigen Schätzung der demografischen Entwicklung wird sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2035 um 34% erhöhen, bei einer pessimistischen Variante könnten es auch bis zu 47% sein (hier sei noch einmal auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Zahlen nur als grobe Richtwerte und nicht als genaue Prognosen zu interpretieren). Überträgt man dieses Wachstum auf die einzelnen Kostenpositionen, kommt man für das Jahr 2035 auf einen Wert von 980 Mio. €, also auf einen Anstieg um 250 Mio. €. Für die öffentliche Hand steigt der Betrag von 337 Mio. € auf 456 Mio. €, also um 119 Mio. € an. Der Anteil der öffentlichen Hand an den Gesamtkosten bleibt dabei unverändert, der Anteil der Pflegekosten im Landeshaushalt würde um zwei Prozentpunkte steigen. Da es sich dabei immer um reale Veränderungen handelt (die Inflationsrate kommt noch dazu), ist das aus der Sicht der betroffenen Haushalte vertretbar. Nachdem sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen als auch die Kosten steigen, bleiben die realen Kosten pro zu pflegender Person unverändert. Diese Überlegung setzt jedoch voraus, dass wir im Jahr 2035 um 35% (also mindestens 3500 Menschen) mehr Familienangehörige haben, die bereit und fähig sind, die Pflegeleistung

zu erbringen. Rein demografisch ist das eher unwahrscheinlich und es ist absehbar, dass es zu Mehrfachbelastungen (Tochter pflegt Vater und Schwiegervater) kommen würde. (Schon heute betreuen rund 15% der Familienangehörigen nicht nur Senior:innen, sondern gleichzeitig auch noch ihre Kinder.) Würde der notwendige Pflegebedarf extern gedeckt (sofern entsprechende Arbeitskräfte überhaupt verfügbar sind), würden diese Kosten die Belastung der Haushalte deutlich steigern. Wahrscheinlicher ist es, dass vermehrt Dienstleistungen extern angeboten werden müssen, die zumindest teilweise vom Land Südtirol organisiert und aus dem Landeshaushalt bezahlt werden müssen.

Die Löhne steigen normalerweise nicht nur mit der Inflation, sondern auch mit der gesamtwirtschaftlichen Produktivität. Diese wird in Szenario 2 mit einem Prozent pro Jahr angenommen. Dadurch steigen die Gesamtkosten auf 1123 Mio. € also um 392 Mio. € an. Die öffentliche Hand würde damit im derzeitigen Modell 519 Mio. € ausgeben. Diese Steigerung ist ökonomisch nicht besonders problematisch, weil mit der Produktivität auch die Steuereinnahmen, die Löhne und mit etwas Verzögerung auch die Renten steigen. Gemessen in der jeweiligen Kaufkraft bleibt die Situation im

Vergleich zu Szenario 1 weitgehend unverändert. Auch der Anteil der Ausgaben im Landeshaushalt verändert sich hierdurch nicht nennenswert. Durch den demografischen Wandel wird aber der Mangel an Pflegekräften die bedeutendste Kostensteigerung bewirken. Bereits jetzt ist ein intensiver Wettbewerb um Arbeitskräfte zwischen den einzelnen Wirtschaftsbereichen und speziell um Pflegekräfte quer durch ganz Europa zu spüren. Ob die Kosten durch tatsächliche Lohnsteigerungen getrieben werden oder ob alternative Arbeitszeit- und Karrieremodelle wirksam werden, ist finanziell nicht relevant; es bleibt die Tatsache, dass die Kosten für Pflegekräfte und deren Ausbildung deutlich schneller als die Produktivität der Gesamtwirtschaft steigen werden. In Szenario 3 haben wir eine zusätzliche jährliche Kostensteigerung von 2% unterstellt. Ob dieser Wert zu groß oder zu klein ist, kann man nicht seriös abschätzen. Zudem werden die Steigerungen nicht kontinuierlich, sondern eher sprunghaft eintreten. Daher sind gerade die folgenden Werte als Illustration mit einem plausiblen Hintergrund zu lesen.

In diesem Szenario steigen die Kosten für die Pflege auf 1368 Mrd. €, also um rund 650 Mio. € gegenüber dem Jahr 2020. Nimmt man die Opportunitätskosten heraus, so verbleibt eine Steigerung von 560 Mio. €. Teilt man das wie in den

vorhergehenden Szenarien zwischen den Privaten und der öffentlichen Hand auf, so kommt man für die Öffentliche Hand auf eine Steigerung von 327 Mio. €. Besonders in diesem letzten Szenario stellen sich aber eine ganze Reihe von politischen Fragen: Ist man bereit, die Pflegegelder im Umfang der realen Kostensteigerung des Pflegesektors steigen zu lassen? Ist es den privaten Haushalten zumutbar, dass die Tagessätze in den Heimen real jährlich um 3% steigen? Kann man die nicht durch das Pflegegeld gedeckten Kostensteigerungen für die Hilfspfleger:innen undifferenziert den Haushalten anlasten, oder bringt man sie damit in eine prekäre Lage und schafft damit gleichzeitig einen zusätzlichen Druck auf die Nachfrage nach Heimplätzen oder anderen stationären Angeboten?

Es gibt international eine große Vielfalt unterschiedlicher Modelle zur finanziellen Sicherung der Pflege. Jedes dieser Modelle ist Ausdruck einer gesellschaftlichen Werthaltung. Um die Diskussion transparent zu gestalten, ist es sinnvoll, die wichtigsten Werturteile, die den Überlegungen zugrunde liegen, offenzulegen. Dies ist klarerweise eine Aufgabe der Politik. Die in der Folge vorgestellten „Axiome“ sind daher nur Vorschläge, die sich aus dem politischen Diskurs und den bisher angewendeten Maßnahmen ergeben.

- Die derzeitige Qualität der Pflege (im umfassendsten Sinn) darf auch in Zukunft nicht unterschritten werden.
- Durch die Weiterentwicklung der diversen Leistungen und durch die Beachtung der Wünsche aller Betroffenen soll die Qualität der Pflegeleistung gesteigert werden.
- Die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass diese Leistungen allen Bürger:innen mit einer in ihrer wirtschaftlichen Situation zumutbaren Selbstbeteiligung auch zugänglich sind.
- Die Finanzierung der Pflegeleistung soll so wenig wie möglich auf die junge Generation abgewälzt werden.
- Ein Qualitätssicherungssystem sorgt dafür, dass diese garantierten Pflegeleistungen flächendeckend im ganzen Land in einer homogenen hochwertigen Qualität verfügbar sind.
- Inhaltliche, aber nicht qualitative Unterschiede je nach den Rahmenbedingungen (z.B. Stadt-Land) sind mit den oben genannten Bedingungen vereinbar.



Die Herausforderung der Modelle besteht darin, diese Rahmenbedingungen trotz der absehbaren Mengenentwicklung (Demografie) bei den Pflege- und Betreuungsleistungen sowie einem enormen Wettbewerb um Fachkräfte im Bereich Pflege und Soziales zu sichern.

Gegenstand der folgenden Überlegungen ist ausschließlich die finanzielle Sicherung der Pflege und Betreuung; klarerweise ist dies nur ein Teil des umfassenden gesellschaftlichen Themas Pflege.

Modell 0: Status quo

Dieses Modell geht davon aus, dass man nicht aktiv in das bestehende Modell eingreift, sondern die Regeln und Ansprüche unverändert fortführt. Das Pflegegeld würde nur mit der Inflationsrate valorisiert.

Die Pflegegeldsumme, welche nicht an Heimbewohner:innen ausbezahlt wird, steigt um die Mengenkompente aus Szenario 1, also um 38 Mio. €.

Die Kosten für die stationären und die ambulanten Dienste (Heimplätze, Hauskrankenpflege, Hauspflege ...) steigen mit Sicherheit um die Mengenkompente aus Szenario 1 und um die Lohnkomponente, welche mit 1% pro Jahr über der Inflationsrate angesetzt wurde. Das ergibt eine Kostensteigerung von 113 Mio. € in den Heimen und um 15 Mio. € bei der Hauspflege und Hauskrankenpflege, welche die öffentliche Hand trägt. Insgesamt ergibt das eine zusätzliche jährliche Belastung für den Landeshaushalt von real 128 Mio. €, was beträchtlich, aber verkraftbar wäre.

Daneben muss man bei diesem Modell aber berücksichtigen, was im privaten Bereich passiert. Da zumindest für die Haushalte, die externe Pflegeleistungen zukaufen, die Kosten deutlich über die Inflationsrate hinaus ansteigen werden (aber auch die Opportunitätskosten der familiären Pflege steigen), bedeutet dies eine De-facto-Abwertung des Pflegegeldes. Bei unveränderten Tagessätzen wird ein Heimplatz im Verhältnis zur Pflege zuhause finanziell immer attraktiver. Dies betrifft besonders finanziell bedürftige Familien, die sich die externe Pflege dann einfach nicht mehr leisten können. Das kann zu einem erheblichen Druck auf die stationären Strukturen führen. Wie groß diese Wirkung ist, kann man nicht wirklich zuverlässig schätzen. Geht man davon aus, dass derzeit bereits 25% der Pflegeleistung stationär abgedeckt wird, so würde dies, falls nur jede zehnte zu pflegende Person von der häuslichen Pflege in die Heimpflege wechselt, zu einer um 30% höheren „Nachfrage“ nach Heimplätzen führen. (Zur Erläuterung: Gehen wir von 100 Personen aus, wovon 25 in Heimen betreut werden und 75 zuhause. Würden nun 10%, also 7,5 Personen, statt zuhause im Heim gepflegt werden, dann würden insgesamt 32,5 Menschen von 100 oder um 30% mehr im Heim gepflegt und betreut.) Diese Entwicklung wäre sozial- und gesundheitspolitisch ein echtes Problem. Allerdings würde es in diesem Szenario den Heimen nicht möglich sein, die Tagessätze real gleich zu belassen, weil die Lohnkosten überproportional steigen. Es würde also auch über diese Achse ein Kostendruck auf die Familien zukommen. Zudem wird man mit dem Lohnzuwachs von nur 1% jährlich auch nicht genügend Pflegepersonal finden, sodass neben dem finanziellen Druck auf die Familien auch ein massiver Pflegekräftemangel zu erwarten wäre. Man kann „nichts tun“, also das System einfach weiterlaufen lassen, als die schlechteste Möglichkeit ansehen.



Modell 1: Alle über einen Kamm

Man steigert das Pflegegeld um die Inflation zuzüglich der erwarteten Steigerungen für die Kosten des Pflegepersonals und erhöht in gleichem Ausmaß auch die Investitionszuschüsse für die Heime und das Budget der diversen Pflegedienstleistungen. Das entspricht dem Szenario 3 und bedeutet für den öffentlichen Haushalt eine Kostensteigerung von 190 Mio. € in den Heimen und von 128 Mio. € beim Pflegegeld. Dazu kommen 28 Mio. € für die Hauspflege und Hauskrankenpflege. Zusammen sind das reale Mehrkosten von 347 Mio. €.

Finanziert wird dies durch eine Zusatzsteuer von 100 € pro Monat für alle (selbstständig und unselbstständig Erwerbstätigen). In dieser puren Form würde das Mehreinnahmen von rund 312 Mio. € bringen. Dieser Betrag würde ausreichen, um die Kosten weitgehend zu decken und das bisherige System weiterzuführen. Da der Betrag der 300 Mio. € erst am Ende unserer Beobachtungsperiode notwendig ist, könnte man mit einem monatlichen Betrag von 50 € starten und diesen jährlich um 5% anheben.

Der Ansatz ist einfach, aber er weist gravierende Schwächen auf: Einmal zahlen alle denselben Betrag, unabhängig davon, ob jemand 1500 € oder 5000 € im Monat verdient. Der zweite Punkt ist, dass es überwiegend ein Umlageverfahren ist. Das bedeutet, die jungen Menschen finanzieren die Senior:innen nicht nur über die Steuern wie bisher, sondern auch durch diese Zusatzsteuer. Es gäbe keine Individualposition: Wer das Territorium verlässt, „verliert“ seine Einzahlungen, wer erst später (z.B. mit 55 Jahren) zuzieht, erhält dieselben Leistungen wie jemand, der zu diesem Zeitpunkt bereits 35 Jahre Zahlungen geleistet hat. Das könnte theoretisch sogar ein Anreiz sein (speziell auch für AIRE-Südtiroler, also Personen, die im Register der Auslandsitaliener eingetragen sind), bei Pensionsantritt mit der – berechtigten – Erwartung zuzuwandern, dass der Pflegefall selten vor dem 70. Lebensjahr eintritt.



Modell 2: Sozial gestaffelte Selbstbehalte

Derzeit ist das Pflegegeld nicht an das Einkommen und Vermögen der Antragsteller:innen gebunden und die Kosten je Heimplatz sind mit rund 1800 € monatlich (bei mindestens 5000 € echten Kosten) extrem moderat gedeckelt.

Ein einfaches Modell könnte darin bestehen, dass man das Pflegegeld (mit Ausnahme der Stufe 1, welche staatlich vorgegeben ist), an die einheitliche Einkommens- und Vermögenserklärung (EEVS) koppelt und die Heimkosten – die ebenfalls an die EEVS gekoppelt werden – bei 2500 € deckelt. In einer nur beispielhaften Variante könnte man an alle Personen den Mindestbetrag (Stufe 1) auszahlen. Für Menschen mit einem Einkommen unterhalb des Medians (also 50% der Bevölkerung) würde sich nichts ändern. Die übrigen 50% bekämen das Pflegegeld der ersten Stufe zuzüglich der Hälfte der Differenz zwischen dem aktuellen Pflegegeld und dem Pflegegeld der ersten Stufe. Sie würden also deutlich weniger bekommen als derzeit.

Der neue Betrag ergibt sich aus den folgenden Komponenten:

- A** Für die Hälfte der Bevölkerung, welche die größten finanziellen Probleme hat, ändert sich nichts. Damit fällt die Hälfte des derzeitigen Pflegegeldes als Ausgaben an.
- B** Für die andere Hälfte der Bevölkerung wird jedenfalls das Pflegegeld der Stufe 1 ausbezahlt.
- C** Zudem fällt die Hälfte der Differenz zwischen dem derzeitigen Pflegegeld abzüglich des Pflegegeldes der Stufe 1 für die bessergestellte Hälfte der Bevölkerung an.

Wenn man davon ausgeht, dass der Pflegebedarf nicht mit dem EEVS-Status korreliert (was wahrscheinlich nicht der Fall ist, aber wir haben dazu keine belastbaren Daten), so würde dieses Modell die Kosten für das Pflegegeld um rund 19% reduzieren. Das wäre etwas mehr als die Hälfte der bis 2035 aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Steigerung.

Die Deckelung der Tagessätze bei 2500 € pro Monat bedeutet eine Steigerung um 38%. Zwar würden die Einnahmen der Heime nicht um diesen Prozentsatz steigen, weil bei Weitem nicht alle Heimbewohner:innen den vollen Tagessatz zahlen, aber es könnte einen Teil der steigenden Personalkosten auffangen. Wie viel das genau ist, hängt von der Ausgestaltung der möglichen Reduktionen des Tagessatzes nach EEVS ab. Die öffentlichen Pflegeausgaben würden aber trotzdem steigen, weil der Druck auf die stationären Einrichtungen durch den Rückgang der familiären Pflege und durch die steigenden Kosten für private Pflegekräfte bestehen bliebe.

Bei diesem Modell spielen die EEVS und mögliche vorgelagerte Vermögenstransfers eine große Rolle. Die Frage des Verwaltungsaufwandes und die der sozialen Gerechtigkeit sind daher zentral. Zudem ist fraglich, ob man ein solches Modell „auf einen Schlag“ einführen kann, oder ob es nur für Neuzugänge ab einem bestimmten Zeitpunkt angewendet werden soll.

Sowohl Modell 0 als auch Modell 2 sind extrem strukturkonservativ und geben wenig Impulse, neue Pflegeformen zu entwickeln. Gleichzeitig würden die Kosten für die Familien, welche private Pflege in Anspruch nehmen, deutlich steigen (Lohnkosten) und für die obere Hälfte der Einkommensverteilung ein deutlich geringeres Pflegegeld resultieren. Das Potenzial des Modells liegt bei ca. 36 Mio. €, ist also höchstens eine Teillösung.

Modell 3: Geld löst alles (oder doch nicht)

Dieses Modell geht davon aus, dass die Pflegeleistungen (real und monetär) an alle Personen in gleicher Weise – also ohne Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen – abgegeben werden. Es besteht inhaltlich aus den folgenden Komponenten:

- Das Pflegegeld für die Pflege zuhause wird deutlich erhöht, um einerseits den zu erwartenden Kostenanstieg durch den Wettbewerb am Arbeitsmarkt abzufangen und gleichzeitig den Druck auf die stationären Strukturen zu mindern (z.B. um 3% jährlich).
- Es werden nicht-stationäre und teilstationäre Dienste aufgebaut (Innovationskomponente), sodass ein transparentes und den Bedürfnissen der Bürger:innen entsprechendes Angebot besteht und der Druck auf die Heime geringer wird.

Damit man grob versteht, was das finanziell bedeutet, ein Beispiel für Pflegestufe 2. Hier geht man von einem Pflegebedarf von 120–180 Stunden pro Monat oder 4–6 Stunden täglich aus. Die geringsten Stundenkosten fallen durch private Betreuungskräfte (Badante) an. Hier liegen diese bei rund 20€ pro Stunde. Die Hauskrankenpflege verursacht dagegen Kosten von 50€ pro Stunde. Geht man von einem Mix von vier Einheiten Hilfspflege zu einer Einheit Krankenpflege aus, ergeben sich tägliche Kosten von $4 \cdot 20 + 1 \cdot 50 = 130€$ pro Tag oder $130 \cdot 30 = 3900€$ pro Monat. Die Kosten liegen damit immer noch deutlich unter den Kosten eines Heimplatzes (dies gilt aber nicht mehr bei Pflegestufe 3 und 4). Um diesen Betrag „sozialverträglich“ zu gestalten, müsste das Pflegegeld rund verdreifacht werden. Das wäre eine Kostenposition von 470 Mio. €. Zieht man davon die derzeitigen Ausgaben von 123 Mio. € ab, verbleiben 347 Mio. € oder bei rund 260.000 Erwerbstätigen rund 1330 € je Person und Jahr an Belastung.

- A** Der entscheidende Punkt ist, wie das Geld eingehoben wird: als Fixum pro Kopf (110€ pro Monat), proportional zum Einkommen (linearer Tarif) oder proportional zur Einkommenssteuer (progressiv). Da der Betrag der 300 Mio. € erst am Ende unserer Beobachtungsperiode notwendig ist, könnte man mit einem monatlichen Betrag von 50€ starten und diesen jährlich um 5% anheben.
- B** Natürlich ergibt sich hier die Frage nach der Steuergerechtigkeit praktisch gleich wie bei den nach Einkommen gestaffelten Selbstbehalten.
- C** Nachdem wir keine geschlossene Gesellschaft sind, erhebt sich die Frage nach Personen, welche das Territorium verlassen, nachdem sie z.B. bereits 30.000 € eingezahlt haben, und nach solchen, die erst ab 55 Jahren in Südtirol ansässig werden. Was passiert mit dem Geld von Personen, welche jung versterben? Soll das nach einem Rucksacksystem (man nimmt also die angesparten Beiträge mit ins Ausland oder im Todesfall gehen die Beträge an die Erben) funktionieren oder verfallen die Beiträge?
- D** Ein solches Verfahren hat natürlich auch Anreizwirkungen: Wer erst später (z.B. mit 55 Jahren) zuzieht, erhält dieselben Leistungen wie jemand, der zu diesem Zeitpunkt bereits 35 Jahre Zahlungen geleistet hat. Das könnte theoretisch sogar ein Anreiz sein (speziell auch für AIRE-Südtiroler), bei Pensionsantritt zuzuwandern, mit der berechtigten Erwartung, dass der Pflegefall selten vor einem Alter von 70 Jahren eintritt.

In diesem Modell würden die Heime nur die mit der Inflation aufgewerteten Pflegegeldsätze bekommen und daher wahrscheinlich deutlich höhere Tagessätze einheben müssen. Das würde die Pflege im Heim weniger attraktiv machen und die Nachfrage nach ambulanten oder teilambulanten Pflegeleistungen erhöhen. Welche Dienste man den Betroffenen anbieten kann und was diese kosten, wird hier (noch) nicht vertieft, auch nicht, was davon öffentlich und was davon privat sein sollte.

Modell 4: Volle Kostentransparenz

Dieses Modell geht davon aus, dass alle Dienste kaufmännisch zu Vollkosten kalkuliert und im Prinzip auch so verrechnet werden (Marktmodell). Zu diesen Preisen gibt es je nach wirtschaftlicher Lage der Betroffenen Abschläge (bei öffentlichen Leistungen) oder Zuschüsse (bei privaten Dienstleistungen).

Die derzeitigen Ausgaben des Landes würden verwendet, um diese Abschläge und Zuschüsse zu finanzieren. Für die Pflege im privaten Bereich würde das Pflegegeld sozial gestaffelt entweder reduziert oder erhöht.

Aus der Sicht des Landes könnte man, ausgehend von Mehrkosten (durch Demografie, veränderte Familienverhältnisse und Reallohnsteigerungen im Pflegebereich) von fast 100%, für ein Viertel der Bevölkerung mit dem geringsten Einkommen und Vermögen die Leistungen erhöhen und diese zu einem symbolischen Preis anbieten. Für ein weiteres Viertel könnte sich die Situation ähnlich wie heute darstellen und für die restliche Hälfte der Bevölkerung würde das Pflegegeld praktisch wegfallen und die bezogenen Leistungen deutlich teurer werden. Das Modell würde sowohl klare Knappheitssignale senden, als auch innovative Lösungen stimulieren.

Es gibt jedoch drei Probleme. Zum Ersten wäre der Verwaltungsaufwand sehr hoch, weil nicht nur die Einkommenssituation ständig geprüft, sondern auch die bezogenen Leistungen (ähnlich wie beim Ticketsystem im Gesundheitswesen) abgerechnet werden müssen.

Zweitens würde dieses System mit Sicherheit private Anbieter von Leistungen anziehen, die eventuell Kosten minimieren und gleichzeitig die Qualität mindern. Um dies zu vermeiden, bräuchte es eine umfassende Qualitätsentwicklung und -kontrolle, die einerseits kostenintensiv sein würde und von der andererseits nicht klar ist, wie gut solche Kontrollen wirklich funktionieren können.

Das dritte Problem ist, dass es zwei große Unsicherheiten für die Bevölkerung enthält: Niemand weiß, in welcher ökonomischen Situation er/sie im Alter sein wird und wie lange er/sie auf Pflege angewiesen sein wird (vielleicht gar nicht, aber vielleicht auch so lange, dass das gesamte Vermögen aufgebraucht wird). Daher braucht es für diesen Bereich auch für Wohlhabende – und als wohlhabend gelten hier bereits alle, die ein Einkommen über dem Medianwert beziehen – ein Versicherungsmodell oder zumindest ein Versicherungsangebot.



Modell 5: Pflegegeld 2

Das Modell ist nur als erster Nachdenkvorschlag zu verstehen und keinesfalls zur direkten Übernahme empfohlen. Es besteht aus den folgenden Komponenten:

- A** Das Pflegegeld wird nominal auf dem derzeitigen Niveau eingefroren, was de facto durch die Inflation eine Entwertung bedeutet. Für Neuzugänge wird der Betrag der Stufen 2–4 um jährlich 5% real bis maximal 30% reduziert. Da drei Viertel des Pflegegeldes für die Stufen 2–4 anfallen, bringt das eine Kostenentlastung von etwa 22% beim Pflegegeld.
- B** Die Tagessätze in den Pflegeheimen werden jedes Jahr um real 10% für Neuzugänge angehoben, bis zu 100% Gesamtsteigerung (hoch genug, um ambulante Dienste nicht zu verdrängen, und niedrig genug, um nicht massenhaft private Dienstleister anzulocken).
- C** Die Tarife für mobile Pflegeleistungen werden jährlich um die Inflationsrate zuzüglich 5% angehoben, bis kostendeckende Preise (zumindest Deckung der variablen Kosten) erreicht werden.
- D** Es wird ein Zusatzpflegegeld im Ausmaß des derzeitigen (Juni 2023 mit Inflationsanpassung) Pflegegeldes eingeführt (bei Stufe 2 wären das $900 \cdot 0,7 = 630$; 0,7 wegen der bereits eingerechneten Reduktion um 30%), allerdings nur bis zu einer EEVS, die einem Quartil der betroffenen Bevölkerungskohorte (60+) entspricht. Dadurch soll nicht-stationäre Pflege einen relativen Preisvorteil erhalten. Damit können einerseits die Kosten für nicht-stationäre, nicht-familiäre Pflege leichter getragen werden. Man kann bei pflegenden Familienangehörigen aber auch die Beiträge zur Pensionsversicherung zuzüglich einer kleinen finanziellen Anerkennung damit abdecken (Zusatzkosten: 25%; das wird durch die Einsparungen unter Punkt a) in etwa gedeckt).
- E** Es wird eine einfache Versicherungspolize angeboten, welche das Zusatzpflegegeld sowie den Selbstbehalt für den stationären Aufenthalt abdeckt. Eine absolut unverbindliche Abschätzung zeigt, dass dafür eine Einmalzahlung von rund 30.000€ bis 35.000€ notwendig wäre. (Grobe Kontrollrechnung: Das Pflegegeld sinkt um $30\% = 240 \cdot 0,7 = 168$ Mio. € jährlich, aufgeteilt auf einen Geburtsjahrgang von 5500 Personen ergäbe das Kosten von $168 \text{ Mio. €} / 5500 \text{ Personen} = 30.545\text{€}$ pro Person.) Diese Polize kann bis zum vollendeten 65. Lebensjahr abgeschlossen werden. Alternativ zur Quartilsgrenze beim Pflegegeld kann die Bezahlung der Polize auch durch den Landeshaushalt übernommen werden. Es werden flexible Bezahlungsmodalitäten für die Polize angeboten: Ansparplan, bei Abfertigung, aus den Ansprüchen einer Zusatzpension, durch hypothekarische Belastung einer Immobilie. (Alternativ zum vorhergehenden Punkt: Geburtsjahrgangsstärke 5500; davon das finanziell unterstützungsbedürftigste Viertel der Bevölkerung=1375, zu 30.000€ ergibt Kosten für den Landeshaushalt von 41,2 Mio. €.)

Das Modell erfordert keine Versicherungspflicht, bietet den Bürger:innen aber ein Instrument an, das ihr Risiko bezüglich der Variabilität des Pflegebedarfs abdeckt. Wenn man die Polize so organisiert, dass sie steuerlich geltend gemacht werden kann, wäre die Nettolast meist unter 20.000€.

Man muss zwar auch hierbei die Einkommens- und Vermögensverhältnisse prüfen, aber nur beim Abschluss der Polize. Diese müsste auch nicht unbedingt mit 65 abgeschlossen werden, sondern mit einem versicherungsmathematisch berechneten Aufschlag auch später.

Denkbar sind auch Modelle mit einem impliziten Selbstbehalt: Die Versicherung wird erst nach zwei Jahren nach Erreichung der Pflegestufe 2 (weil man davon ausgeht, zwei Jahre die Belastung selbst stemmen zu können) oder nach Erreichen der Pflegestufe 3 schlagend. Bis zum Abschluss der Polize bleibt das Geld, beispielsweise bei einem Ansparplan, als Individualposition erhalten. Zu- und Abwanderungen sind daher kein Problem.

Was wäre hier die Rolle des Landes: Erstens spart dieses Modell die Zivilinvaliden vollständig aus, weil diese

wie oben ausgeführt andere Unterstützungsformen benötigen. Das ist also unabhängig vom hier vorliegenden Vorschlag zu betrachten. Zweitens die Zahlung des Pflegegeldes 1, wenn auch in reduzierter Form. Drittens die Übernahme der Kosten der Polize für das am wenigsten begüterte Viertel der Bevölkerung. Viertens: Die Gewährleistung des Angebots attraktiver Pflegeleistungen und die Organisation einer umfassenden Qualitätssicherung auch im Bereich der privaten Pflege. Zudem würde der Landeshaushalt die statistischen Unsicherheiten aufgrund der Demografie und der Kostenentwicklung abdecken.

Als klares Synergiepotenzial sind das bestehende Einstufungssystem, die Abwesenheit von Vertriebskosten und diverse dezentrale Strukturen für die Beratung zu nennen. Dies spricht für eine öffentliche Lösung – eventuell in Kooperation mit zivilgesellschaftlichen Organisationen.

Modell 6: Die sanfte Variante

Das Modell geht davon aus, dass die Ausgaben für den Pflegebedarf im Landeshaushalt zwar steigen dürfen, dass ihr Anteil aber auf dem heutigen Niveau eingefroren wird.

Wichtige Annahmen: Die wichtigsten Annahmen in diesem Modell gehen davon aus, dass der Landeshaushalt durch die gestiegene Produktivität und die kalte Progression um real 1% steigt. Die Komponenten des Modells sind:

A Das Pflegegeld I wird um 2% unter dem Inflationsniveau aufgewertet und weiter ohne soziale Abstufung ausgezahlt. Dies entspricht bis zum Jahr 2035 einer realen Reduktion um 34%. Das reicht aus, um den Großteil der Mengenkomponekte abzudecken. Gleichzeitig ist es eine Absicherung, weil bisher für die Pflegestufen 2–4 überhaupt keine Anpassungsregel an die Inflationsrate besteht.

B Die Kosten für die Heime steigen für die bei Inkrafttreten der neuen Regelung bereits dort wohnenden Menschen jährlich um die Inflationsrate +2%. Für die neu aufzunehmenden Personen steigen die Preise um die Inflationsrate +4%. Dies reicht aus, um die steigenden Personalkosten der Heime zu decken.

C Die Kosten für die ambulanten Pflegeleistungen steigen um die Inflationsrate +3%.

Das bedeutet in diesem Szenario, dass die privaten Haushalte mit drei zusätzlichen Kostenkomponenten belastet werden:

- Sie bekommen de facto pro Kopf 35% weniger Pflegegeld,
- sie sind mit höheren Kosten der Pflegedienste konfrontiert und
- die Kosten für einen Heimplatz, die privat zu tragen sind, steigen über 15 Jahre erheblich.

Die Kostensteigerungen für die private Pflege gehen vollständig zulasten der privaten Haushalte.

Wie viel das an Belastung ausmacht, kann nur ganz grob abgeschätzt werden. Der Betrag liegt ungefähr auf dem Niveau des heutigen Pflegegeldes. Dies so zu belassen, ist sozialpolitisch unmöglich und auch nicht gerecht. Dies gilt umso mehr, weil die Belastung sich nicht gleichmäßig auf die ganze Bevölkerung verteilt, sondern mit Wucht bei den langen und stark pflegebedürftigen Personen anfällt. Schon aus diesem Grund braucht es Begleitmaßnahmen, die die oben angeführten Zusatzbelastungen mehr als kompensieren, die Kosten solidarisch auf alle und nicht nur auf die auf Pflege angewiesenen Personen verteilen und bei der Verteilung der Lasten auch die wirtschaftliche Situation der Betroffenen berücksichtigen:

- Ein Versicherungsangebot, das diese Risiken abdeckt. Die Höhe des Preises einer fairen Polize wurde in Kapitel 5 mit rund 39.000€ geschätzt.
- Eine „Subventionierung“ dieser Polizen entsprechend der Einkommens- und Vermögenssituation der Bürger:innen.

Je nachdem, wie stark diese Komponente subventioniert wird, entsteht dadurch eine unterschiedliche zusätzliche Belastung für den Landeshaushalt. Gehen wir von einer Geburtsjahrgangsstärke von 5500 Menschen aus und nehmen wir an, dass sich alle in die Versicherung einschreiben, gibt das Kosten von $5500 \times 39.000 = 214$ Mio. €. Nehmen wir an, für ein Fünftel übernimmt der Landeshaushalt die Kosten vollständig, für ein weiteres Fünftel zu 60% und für noch ein Fünftel zu 30%, so wären das Kosten von 81 Mio. €. Bei einem Wirtschaftswachstum von 1% jährlich würden, bezogen auf die heutigen Ausgaben von 245 Mio.€, rund 40 Mio. € kompensiert. Der reale Anstieg der Ausgaben für Pflege und Betreuung im Landeshaushalt bliebe mit 40 Mio. € überschaubar und es ist auch Spielraum für innovative Pflegeangebote, die auch die Notwendigkeit zusätzlicher Heimplätze reduzieren, denkbar.

Dieses Modell vereint einige Komponenten in sich, die für eine Beurteilung relevant sind:

A Das Modell führt bei allen zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung von 39.000€, die durch ein steuerbegünstigtes Ansparverfahren deutlich verringert werden kann.

B Die öffentlichen Kosten der Pflege werden zwar weiterhin Großteils von der Erwerbsbevölkerung über den Landeshaushalt getragen, die Zusatzkosten durch Demografie und Arbeitsmarkt werden aber genauer auf die betroffene Altersgruppe umgelegt.

C Durch das Versicherungsprinzip wird die Belastung gleichmäßiger auf die Menschen verteilt, welche Pflege brauchen, und solche, die ohne Pflege „davonkommen“.

D Durch den Versicherungsabschluss im Alter (von 60 oder 65 Jahren) steht diese der Mobilität der Bevölkerung nicht im Wege. Sie bietet auch keine Anreize zur pflegeinduzierten Zuwanderung.

E Durch die Bezuschussung der Polize werden diejenigen, die finanziell weniger Ressourcen zur Verfügung haben, entlastet, und diejenigen, denen es finanziell gut geht, werden nur in dem Umfang belastet, in dem sie versicherungsmathematisch Leistungen erwarten können. (Gleichzeitig fällt das Risiko für die Betroffenen durch die unterschiedliche Dauer des Pflegebedarfs weg.)

F Durch ein Pflegegeld II, das aus der Versicherung bezahlt wird, wird die Autonomie der Familien gestärkt und mögliche Pflegeinnovationen werden begünstigt.

G Das Modell funktioniert auch, wenn nicht alle Bürger:innen das System nutzen. Eine Pflicht, in welchem Sinn auch immer, braucht es daher nicht, auch weil durch das (bereits heute existierende) Pflegegeld I eine Minimalabsicherung besteht. (Dennoch wird man dramatische Pflegefälle, die die Versicherung nicht genutzt haben, sozial auffangen müssen.)

Vergleich der Modelle:

Die sieben Modelle unterscheiden sich hauptsächlich darin, welche Belastungen auf die Familien der pflegebedürftigen Menschen zukommen, a) ob dabei die wirtschaftliche Situation der Pflegebedürftigen berücksichtigt wird, b) ob die Last nur durch die pflegebedürftigen Menschen zu tragen ist oder c) ob sie solidarisch auf alle Bürger:innen verteilt wird und d) welche Belastungen durch den Landeshaushalt zu tragen sind. Fasst man die Modelle unter diesen Gesichtspunkten zusammen, so ergeben sich die folgenden Gruppen:

- Die Modelle 0 und 5 treffen die Familien am stärksten, bei allen anderen Modellen steigt die Belastung zwar auch, aber sie wird zumindest unter finanziellen Gesichtspunkten durch die Steuerzahler:innen oder durch die Solidargemeinschaft einer Versicherung getragen.
- Bei Modell 1 wird ein fixer Steuerbetrag angenommen. Dies bedeutet, dass die unteren Einkommen einen größeren Anteil ihres Einkommens für die Pflege aufbringen müssen. Prinzipiell gilt dies auch für das Modell 3, obschon unterschiedliche Steuermodelle angesprochen wurden.
- Beim Modell 0, 2 und 4 tragen die ganze Last jene Personen, welche Pflege brauchen, es gibt keine Teilung des Risikos zwischen Betroffenen und Nicht-Betroffenen.
- Bei den Modellen 0, 1 und 3 spielt die wirtschaftliche Situation der Betroffenen keine Rolle. Bei allen anderen Modellen wird dieser durch gestaffelte Preise, gestaffelte Pflegegelder oder die Unterstützung beim Erwerb der Versicherungspolize Rechnung getragen.

Einen kompakten Überblick über die sieben Finanzierungsmodelle für die Pflege gibt die folgende Tabelle. Dabei wurden die einzelnen Eigenschaften der Modelle auf ihre gesellschaftliche Erwünschtheit hin mit 1 (sehr hohe Erwünschtheit) bis hin zu 5 (sehr wenig akzeptiert) bewertet.

Aspekt	Modell 0	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4	Modell 5	Modell 6
Finanzielle Belastung Familien	4	1	3	1	3	4	3
Finanzielle Belastung Heime	3	1	1	4	2	2	2
Belastung Heime Mengen	4	2	2	2	4	2	1
Belastung Landeshaushalt	3	2	3	3	3	3	2
Soziale Ausgewogenheit	4	5	3	3	2	3	1
Belastung der Jugend	2	4	2	3	1	1	1
Verwaltungsaufwand	1	4	5	3	5	3	2
Innovationsanreize	5	2	5	1	1	2	2
Akzeptanz in der Bevölkerung	2	5	4	3	3	3	2
Durchschnitt	3,1	2,9	3,1	2,6	2,7	2,6	1,8

Tab 9: Gegenüberstellung der Modelle für eine nachhaltige Pflegesicherung (1 = sehr hohe gesellschaftliche Erwünschtheit, 2 = gesellschaftlich hohe Erwünschtheit, 3 = durchschnittliche Erwünschtheit, 4 = gesellschaftlich weniger gewünscht, 5 = nicht erwünscht)

Aus unserer Sicht gibt das eine deutliche Präferenz für Modell 6. Zu diesem Ergebnis kommt man auch, wenn man die wichtigsten Ergebnisse aus der Befragung der Bevölkerung über ein bevorzugtes Finanzierungsmodell berücksichtigt: Aufteilung der Kosten 55:45 öffentlich und privat, wenig Belastung der Jugend, sozialer Ausgleich, die bevorzugte Form der Pflegeversicherung und mit etwas Abschlag auch die Zahlungsbereitschaft.

Allerdings wurden dabei viele Parameter und Ausgestaltungsaspekte nicht oder nur grob behandelt. Selbst wenn man einem Modell 6 voll zustimmen würde, ist noch nicht klar, wie man vom derzeitigen Modell ohne problematische Verwerfungen zu einer Ergänzung des derzeitigen Systems durch eine Pflegeversicherung kommen sollte. Nicht zuletzt muss man auch vertiefen, wie die Ansparphase für diese nicht unerhebliche Belastung organisiert werden sollte. Dafür kommen verschiedene Varianten infrage:

- Man überlässt die Organisation vollständig den Betroffenen,
- man legt einen Ansparplan mit fixen Einzahlungen auf,
- man legt einen steuerbegünstigten Ansparplan im Rahmen von Zusatzrentenfonds auf,
- man verknüpft die Zahlung mit der Auszahlung der Abfertigung und/oder
- man bietet ein Modell an, das die Zahlung durch die Belastung einer Immobilie ermöglicht.

Alle diese Möglichkeiten haben Vorteile und Nachteile, die auch technisch vertieft werden müssen. Allgemein ist aber bekannt, dass die Zahlungsmodalitäten sowohl ihrer Art nach als auch hinsichtlich ihres Anfalls im Lebenszyklus möglichst vielfältig sein sollen, weil auch die Lebensumstände der Bürger:innen sehr heterogen sind.

Die notwendigen technischen Vertiefungen sollten ab dem Zeitpunkt gemacht werden, ab dem es einen politischen Konsens über die Ausrichtung der Pflegefinanzierung gibt.

Vorher macht es Sinn, einen Blick darauf zu werfen, was man inhaltlich an Pflege-Dienstleistungen entwickeln sollte, um das ganze System nicht nur finanziell, sondern auch personell, organisatorisch und damit auch qualitativ zukunftsfähig zu machen.



8 Internationale Impulse und Perspektiven für Südtirol

Die Herausforderungen der Pflege im Alter sind kein Spezifikum von Südtirol, sondern werden in praktisch allen entwickelten Ländern in ähnlicher Weise erlebt. Dies ist auch der Grund, warum die OECD diesem Thema durch eine Vielzahl von Publikationen besonders Rechnung trägt (OECD 2017; OECD 2019). So ähnlich die zugrundeliegenden Faktoren sind, so verschieden sind teilweise die gefundenen Lösungen. In diesem Kapitel sollen daher einige wichtige Ansätze aus drei Ländern – Dänemark, den Niederlanden und Österreich – vorgestellt werden, die als Anregungen für die Weiterentwicklung der Pflege in Südtirol wertvolle Impulse geben könnten.

8.1 Dänemark

Das dänische System ist dezentralisiert, was einer Bevölkerungsverteilung auf große ländliche Gebiete entgegenkommt. Die Verantwortung für die Pflege der Senior:innen liegt nämlich bei den Gemeinden. Das System bietet den Betroffenen zumindest theoretisch die Wahl, ob sie die Dienste von den öffentlichen oder von privaten Anbietern beziehen wollen. Auf diese Weise wird eine Konkurrenzsituation geschaffen und Monopolerscheinungen vorgebeugt (Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa 2012).

Schon im Jahr 1989 wurde das System der „integrierten Betreuung“ eingeführt. In diesem System arbeitet die Hauskrankenpflege mit einer Reihe anderer Dienste eng zusammen, um eine umfassende Betreuung zu gewährleisten (Häkkinen 2000). Das System bietet insgesamt ein sehr breites Set von Dienstleistungen an: Diese reichen von medizinischen Leistungen, Leistungen der Hauskrankenpflege, bis hin zu einfachen Leistungen zur Unterstützung im Haushalt oder generell bei der Bewältigung des täglichen Lebens. Da nach dänischem Recht ein Anspruch auf die Betreuung zuhause besteht, gibt es für jede Person eine verantwortliche Person (Home Care Manager), die einen Pflegeplan erstellt und die einzelnen Leistungen koordiniert (Geyer et al. 2016).

Wer älter als 75 Jahre ist und noch keine Unterstützung bekommt, hat das Anrecht auf einen präventiven



Hausbesuch durch einschlägiges Fachpersonal (Sozialarbeiter:innen, Krankenpflegekräfte, Ärzt:innen, Ergo- und Physiotherapeut:innen) bis zu zweimal im Jahr. Im Rahmen dieser Besuche werden die Betroffenen auch über alle Möglichkeiten der Unterstützung und Betreuung informiert.

Es gibt ein System des graduellen Übergangs vom selbstständigen Wohnen, über das Wohnen in altersgerechten Wohnungen (z.B. mit Notrufsystemen) über das betreute Wohnen bis hin zur stationären Pflege. Dieser Prozess wird proaktiv durch ein breites Beratungs- und Aktivierungsangebot begleitet.

Aus der Sicht Südtirols könnten hier folgende Aspekte interessant sein:

- Die Koordination der Dienste durch eine:n Casemanager:in unter Berücksichtigung der Bedarfe und Bedürfnisse der Senior:innen,
- die präventive Beratung sowie Unterstützung z.B. bei Verwaltungsabläufen,
- die differenziertere Begleitung im selbstständigen Wohnen bis hin zum Übergang zu anderen Wohnformen.

Die Informationen stammen im Wesentlichen aus der Literatur. Es könnte sich lohnen, sie zu vertiefen, und auch die entsprechenden Evaluierungen bezüglich der Wirksamkeit, der Zufriedenheit der Betroffenen und natürlich auch der Kosten anzuschauen.

8.2 Niederlande

Die Niederlande haben ein sehr weit entwickeltes System für die Betreuung alter Menschen. Man muss bei diesem Modell aber auch berücksichtigen, dass die Niederlande mit einer Bevölkerungsdichte von 521 Menschen je km² sehr urban geprägt sind. Zum Vergleich: Südtirol hat eine Bevölkerungsdichte von 71 Menschen je km².

Diese hohe Bevölkerungsdichte erlaubt es den

Niederlanden, die umfassenden Dienste sehr Stadtteil (Quartiere)-bezogen zu organisieren. Auf diese Weise erhalten sie die Anbindung der pflegebedürftigen Menschen an ihr Umfeld, wirken auch lokal auf eine barrierefreie Umgebung hin und bieten im Umfeld der Menschen umfassende Dienste ohne große Verluste durch An- und Abreisen an. Teilweise werden solche Quartiere auch speziell für ältere Menschen oder für das Zusammenleben mehrerer Generationen konzipiert und gebaut. Darüber hinaus sind die Angebote der Quartiere durch eine hohe Digitalisierung, u.a. bei der Informationsvermittlung und beim Zugang zu den Diensten, gekennzeichnet.

Interessant ist die Organisationsform der Dienste vor Ort: Die Dienste werden durch selbstorganisierte ambulante Pflegeteams mit hoher Autonomie angeboten und in der Folge mit der öffentlichen Hand abgerechnet.

Auch wenn die Situation in den Niederlanden mit der in Südtirol nicht vergleichbar ist, könnte das Konzept der quartierbezogenen Pflege für den städtischen Bereich wichtige Impulse geben.

Die Vorstellung, weitgehend autonom operierende Gruppen die Verantwortung für ganze Stadtteile oder für ganze Orte zu überlassen, widerspricht der italienischen Verwaltungskultur vollständig. Wenn man aber bedenkt, dass viele Pflegekräfte den Beruf verlassen, weil ihnen die dort gegebenen Rahmenbedingungen nicht entsprechen, ist zumindest zu prüfen, ob freiere Organisationsformen wie selbstverwaltete Genossenschaften im Auftrag der öffentlichen Hand nicht ein Potenzial von Pflegekräften reaktivieren könnte, das derzeit nicht genutzt wird. Im Lichte des großen und steigenden Mangels an Pflegekräften ist dieser Aspekt jedenfalls eine Vertiefung wert.



8.3 Österreich

Das österreichische Pflegesystem ist dem Südtiroler System nicht unähnlich: Auch dieses hat ein Pflegegeld, allerdings mit sieben Stufen und ist damit deutlich differenzierter als das in Südtirol. Zudem bietet dieses System eine freiwillige Betreuung durch Hausbesuche durch eine Pflegekraft an. Damit soll ein Austausch mit den Pflegenden und eine Beratung in Pflegebelangen sichergestellt werden. Für die 24-Stunden-Pflege sind Hausbesuche verpflichtend. Solche Hausbesuche könnten potenziell helfen, eine Überlastung der pflegenden Familienangehörigen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Unterstützung anzubieten. Ob dies tatsächlich so wirkt oder nur ein Potenzial darstellt, sollte durch den Kontakt mit den österreichischen Fachleuten geklärt werden.

Das vielleicht wichtigste Experiment im österreichischen Pflegewesen ist das sogenannte „Modell Burgenland“. Im Rahmen dieses Versuchs haben pflegende Familienangehörige von Menschen mit einer Pflegeeinstufung von mindestens Stufe 3 (von 7 Stufen) die Möglichkeit, sich von einer eigenen Gesellschaft („Pflege Service Burgenland“) anstellen zu lassen, sofern sie keiner anderen Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Kosten für die Anstellung werden vom Bundesland Burgenland und der pflegebedürftigen Person getragen. Der Selbstbehalt ist dabei ein Prozentsatz (80%–90%) des Pflegegeldes und des Einkommens, das über den Richtsatz für Sozialleistungen (für eine alleinstehende Person 1054€) hinausgeht. Im Rahmen dieses Beschäftigungsverhältnisses sind die Pflegenden kranken- und pensionsversichert, haben einen Urlaubsanspruch und im Falle von Krankheit Anspruch auf einen Ersatz.

Dieser Ansatz löst für Pflegende eine ganze Reihe von Problemen: Es gibt eine bestimmte, wenn auch eher bescheidene finanzielle Basis, es vermeidet Versicherungslücken, welche vielfach zu sehr niederen Renten führen, und

es stellt das Pflegeverhältnis in einen klaren organisatorischen Rahmen. Zudem tut dieses Modell auch noch eine andere Möglichkeit auf: Pflegende Familienangehörige können, sobald ihr:e Familienangehörige:r nicht mehr zu Hause betreut wird, überlegen, ob sie in Verbindung mit einer Ausbildung hauptberuflich als Pflegekraft arbeiten möchten. Diese Ausbildung wird innerhalb des Modells gefördert. Das Burgenländer-Modell soll aufgrund der Evaluation durch wohnortnahe Pflegestützpunkte erweitert werden, um zusätzliche Beratungskompetenz zur Verfügung zu stellen und eine bedürfnisorientierte Versorgung der zu pflegenden Menschen in ihrer Lebenswelt verstärkt zu unterstützen.

Das Potenzial dieses Modells ist groß, weil auch in Südtirol rund 40% der pflegenden Familienangehörigen weder pensioniert noch Vollzeit beschäftigt sind; es ist durchaus anzunehmen, dass es eventuell in modifizierter Form eine Lösung für einen Teilaspekt der Pflege und Betreuung liefern könnte.

Darüber hinaus weist wie bereits eingangs erwähnt das österreichische Pflegemodell (ebenso wie andere europäische Modelle) eine größere Differenzierung zwischen den Pflegestufen auf, sodass insbesondere betreuungsaufwendige Pflegesituationen besser bei der Einstufung berücksichtigt werden und in der Folge eine situations- bzw. bedarfsadäquatere finanzielle Unterstützung erhalten können.

In Kärnten werden im Rahmen von Modellprojekten (2021–2023) mobile psychosoziale Dienste für Senior:innen mit dem Ziel sozialer Integration und gesundes Älterwerden angeboten. Diese vom österreichischen Ministerium für Soziales geförderten Angebote sind für die Senior:innen und ihre Angehörigen kostenfrei; sie haben nachhaltig zur Entlastung der betreuten Senior:innen und ihrer pflegenden Angehörigen sowie der

Reduzierung von Erkrankungen, auch unter den Bedingungen der Pandemie, beigetragen, wie die Zwischenevaluation zeigte (Hilfswerk 2023).

Solche mobilen Angebote könnten auch in Südtirol zur Entlastung der pflegenden Angehörigen sowie zur Verlängerung der Zeit des selbstständigen Wohnens der Senior:innen beitragen.

Aus diesen wenigen Beispielen wird klar, dass man durch das Studium von Best Practices wichtige Impulse für die Entwicklung in Südtirol erhalten kann. Methodisch ist das allerdings mit zwei Problemen verbunden: Die vorhandene Literatur geht meist nicht hinreichend genau auf die interessierenden Aspekte des Pflegesystems ein, sodass vor einer Übertragung ein Besuch vor Ort notwendig ist. Das größere Problem ist das der Quellenkritik: Natürlich sind die direkt involvierten Stakeholder am besten informiert, aber sie sind praktisch immer auch Partei mit eigenen Interessen. Dies kann man nur ausgleichen, wenn man mit einer breiten Palette von Stakeholdern spricht, was wiederum aufwendig, aber der Mühe wert ist.

Trotz dieser Schwierigkeiten wird die Nutzung der Erfahrungen anderer Realitäten ein wichtiger Motor für die dynamische Entwicklung des Systems in Südtirol sein müssen.



9 Grenzen der Studie

Die Herausforderungen für die Pflege durch den demografischen Wandel sind seit längerem bekannt und auch für Südtirol gut untersucht (EURAC 2021; Bernhard et al. 2014; Gudauner 2023; ASTAT, Untermaurer 2016; OECD 2017; OECD 2019).

Die vorliegende Arbeit baut auf diesen Ergebnissen auf und leistet einen Beitrag zu den folgenden Aspekten:

- Sie versucht eine Zusammenschau der verschiedenen Kostenkomponenten, die mit der Altenpflege in Verbindung stehen. Diese Zusammenschau ist durch die Vielzahl der Akteur:innen (Betroffene, Familienangehörige, Bezirke, Träger der Heime, Sozialressort und Gesundheitsressort) nicht ganz einfach und auch die hier wiedergegebenen Zahlen sind keine präzisen Schätzungen, sondern grobe Richtwerte, die für strategische sozialpolitische Entscheidungen aber hinreichend sind.
- Viele der vorliegenden Arbeiten zur Pflege von Senior:innen legen einen Schwerpunkt auf zwei Komponenten: die demografische Entwicklung und den Bedarf an zusätzlichen professionellen Pflegekräften. Diese Arbeit ergänzt diese beiden Komponenten durch eine Abschätzung des Kostendrucks, der durch den Wettbewerb um Fachkräfte im Bereich Pflege und Soziales aller Qualifikationsstufen entstehen wird. Dieser Aspekt ist nicht nur aus finanzieller Sicht bedeutsam: Würden die öffentlichen Angebote durch einen entsprechenden Spardruck daran gehindert, attraktive Rahmenbedingungen für die dort arbeitenden Menschen zu schaffen, würde das zu einem Qualitätsverlust der öffentlichen Pflegeangebote führen. Die vermutliche Konsequenz wäre, dass ein breitgefächertes privates Angebot für die Menschen entstehen würde, die es sich finanziell leisten können. Damit wäre der Weg zu einer Mehrklassenpflege geebnet. Das Problem wird in dieser Studie aufgezeigt, sie muss aber um eine Strategie zur



Attraktivierung der professionellen Pflege und Betreuung ergänzt werden.

- Durch die in dieser Arbeit aufgegliederten Kosten der Pflege wird deutlich, dass die stationäre Pflege die teuerste Form der Betreuung ist. Die Studie unterstützt daher die im Landessozialplan 2030 formulierte Strategie, in neue Pflege- und Betreuungsformen zu investieren. Wie sehr diese angenommen werden, ist ein kulturelles Problem, allerdings dürfen die Anreizwirkungen, die durch die Kosten einzelner Pflegeangebote für die Familien entstehen, nicht unterschätzt werden. Auch dieses Thema wird im Kapitel über die Finanzierung nur angerissen und sollte quer über alle Pflegeleistungen analysiert werden. Die Modelle gehen vom derzeitigen vierstufigen Pflegegeld aus. Diese Modelle sind jedoch hinreichend flexibel, dass sie an eine etwaige Reform der Pflegestufen leicht angepasst werden können.
- Die quantitativ bedeutendste Pflegeleistung wird durch die informelle Pflege erbracht. Gleichzeitig ist diese durch den gesellschaftlichen Wandel besonders fragil. Die vorliegende Forschung hat gezeigt, dass die informelle Pflege für einen beträchtlichen Teil der Pflegenden eine erhebliche Belastung darstellt und dass diese

Pflegebelastung durch Unterstützungsmaßnahmen verringert werden kann. Hier sind die Daten dieser Arbeit lediglich ein erster Ansatz, weil die Bedürfnisse der Pflegenden, die bisher weder Hauspflege noch Hauskrankenpflege genutzt haben, noch nicht quantitativ erhoben wurden. Dies wird allerdings zeitnah durch eine zusätzliche Erhebung verbessert. Wichtiger ist eine Vertiefung der Daten, die Bündel von Pflegeleistungen identifiziert, die für bestimmte Zielgruppen besonders hilfreich wären. Es wurde gezeigt, dass zum Beispiel die Prioritäten der Pflegenden, die eine starke oder sehr starke Pflegebelastung erfahren, vom Durchschnitt der Pflegenden deutlich abweichen.

- Bisher wurde die Diskussion über die „richtige Form“ der Finanzierung der Pflege politisch und durch die Stakeholder geführt. Die Erhebung im Rahmen dieser Studie fragt erstmals die Einstellung der Bevölkerung dazu ab. Die Ergebnisse geben erste Hinweise für Finanzierungsmodelle, die potenziell mehrheitsfähig sind. Allerdings wurden die Präferenzen sehr allgemein abgefragt. Sobald man zwei oder drei Alternativen, die auch mehr Details enthalten, identifiziert hat, sollte eine ähnliche Erhebung mit einer etwas größeren Stichprobe wiederholt werden.
- Ein wichtiger Aspekt wurde in dieser Erhebung nicht beleuchtet: die Situation der professionellen Pflege. Die internationale Literatur zeigt, dass die Ansprüche an einen Arbeitsplatz in der Pflege sehr heterogen sind und dass man in der Zukunft vermutlich mit sehr differenzierten Arbeitsbedingungen konfrontiert sein wird, um die notwendige Zahl an Pflegekräften zu gewinnen. Dafür sollte man die Präferenzen der Menschen erheben, die derzeit bereits in der Pflege arbeiten, aber natürlich auch die Präferenzen der jungen Menschen, die gerade mit der Entscheidung konfrontiert

sind, in welchem Bereich sie ihre berufliche Zukunft sehen, sowie von Menschen, die einen Neueinstieg ins Berufsleben suchen, z.B. nach Kinderbetreuungszeiten.

- In dieser Arbeit werden die Präferenzen der Bevölkerung (zur Finanzierung der Pflege) und die Sichtweise der pflegenden Familienangehörigen zur Pflegesituation und zur Belastung durch die Pflege sowie zu möglichen Unterstützungsmaßnahmen abgefragt. Es fehlt vollständig die Sichtweise der gepflegten Personen. Dies ist ein Baustein, der nicht mit den hier verwendeten Methoden abgedeckt werden kann. Er sollte durch eine umfassende qualitative Erhebung untersucht werden. Das Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit und Sozialpolitik der Freien Universität Bozen hat im Herbst 2023 eine Pilotstudie gestartet, die nach den Pflegeerfahrungen der gepflegten Menschen in Südtirol fragt.
- Der Vollständigkeit halber muss hier noch angemerkt werden, dass die vorliegende Arbeit nur die Pflege von Senior:innen betrachtet und dies keinesfalls als Signal gewertet werden darf, dass die Assistenz jüngerer Menschen nicht zumindest die gleiche gesellschaftliche Aufmerksamkeit braucht. In Bezug auf die Assistenz jüngerer Menschen sind vielfach sowohl die Unterstützungsziele (wie Autonomie, Integration in den Arbeitsmarkt, Ausbildung und Studium) als auch die Pflegenotwendigkeiten so unterschiedlich, dass eine Vermischung der beiden Handlungsfelder nicht zielführend ist.

Diese Anmerkungen sollen dem:der Leser:in einzuordnen helfen, was die vorliegende Arbeit leisten kann, wo ihre Grenzen liegen und natürlich auch wo weiterführende Untersuchungen zur Fundierung politischer Entscheidungen hilfreich wären.



10 Kernergebnisse und Ausblick

In diesem Kapitel sollen die wichtigsten Ergebnisse, die sich aus dieser Arbeit und aus der Literatur für Südtirol ergeben, zusammengefasst werden.

- In Übereinstimmung mit vielen anderen Studien ist für Südtirol, ausgehend vom Jahr 2020 bis zum Jahr 2035, mit einem Zuwachs des Pflege- und Betreuungsbedarfs für Senior:innen von rund 35% zu rechnen. Wie stark der Pflegebedarf in den Heimen steigen wird, hängt von externen Einflussfaktoren (z.B. Familienstrukturen), aber auch von unterstützenden Maßnahmen und finanziellen Anreizen für Familien und dem Ausbau von ambulanten Angeboten ab.
Da die Pflege in Heimen die bei den Betroffenen und bei deren Familien unbeliebteste und mit rund 65.000€ pro Bett und Jahr die weitaus teuerste Variante ist, sind die Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen und „Übergangslösungen“ (Lösungen für den Übergang von der vollständigen Selbstständigkeit bis zur Vollpflege) aus humaner und aus ökonomischer Sicht von hoher Priorität.
- Die wichtigste Pflegesäule ist die informelle, familiäre Pflege. Es ist bekannt, dass diese ohnehin durch den gesellschaftlichen Wandel ein strukturelles Problem aufweist. Die Mengenkompente würde zudem bedeuten, dass rund 35% oder mindestens 3500 Personen mehr sich in der familiären Pflege im Jahr 2035 engagieren müssten. Studien zeigen, dass die Belastung für informell Pflegende recht hoch ist und die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass das natürlich auch in Südtirol der Fall ist. Unter diesem Vorzeichen müssen weitere Formen der Entlastung für die Familienmitglieder und Mischformen von familiärer und professioneller Pflege entwickelt werden.
- Die Frage, wie sehr einzelne unterstützende Maßnahmen eine Entlastung für die Pflegenden darstellen würden, zeigt, dass direkte Entlastungen bei der Pflege (Notfälle, Wochenende), Unterstützung und Beratung der Pflegenden, Verschaffung von Freiraum (wie Urlaub für Pflegenden), Verbesserung der sozialen Kontakte sowie die Entlastung von finanziellen Sorgen gefragt sind. Die Bedürfnisse sind unterschiedlich, man braucht also einen sozialpolitischen „Werkzeugkoffer“, um diesen Bedürfnissen gerecht werden zu können.
- Natürlich bedeutet jede dieser Maßnahmen einen höheren Personal- und/oder Finanzbedarf. Die Alternative ist allerdings der Heimplatz, der für die zu Pflegenden tendenziell weniger gewünscht, personalintensiver und teurer ist.
- Unmittelbar an die familiäre Pflege zuhause, unterstützt durch private Pflegekräfte und Hilfspfleger:innen, Hauspflege und Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern, Nachbarschaftsbesuche oder auch andere Dienste (siehe internationale Impulse, Kap. 8) schließen sich andere Pflege- und Betreuungsformen, wie das betreute Wohnen, an.
Zu diesem Bereich gibt es in Südtirol eine ganze Menge von Ideen und Impulse von mehr oder weniger ausgereiften Feldexperimenten. Es ist allerdings nicht leicht, einen vollständigen Überblick über diese Ansätze zu bekommen und auch Zugang zu den entsprechenden Evaluierungsdokumenten zu erlangen. Hier wäre eine zentralisierte Datenbank mit einem strukturierten



Berichtswesen außerordentlich nützlich. Die Erfassung ist zwar ein bestimmter „bürokratischer“ Aufwand, dieser wird aber dadurch überkompensiert, dass sich aus den Erfahrungen der notwendige Lernimpuls für eine dynamische Weiterentwicklung des Pflege- und Sozialsystems ergibt.

- Jede Weiterentwicklung, sowohl in der familiären Pflege als auch in der stationären Pflege und bei allen Übergangsformen, muss auch finanziell unterfüttert werden. Derzeit ist es extrem schwierig, einen Überblick – selbst nur über die öffentliche Finanzierung – zu erhalten, weil kein geeignetes Controllingsystem existiert. Das fängt damit an, dass die Kosten der Pflegeleistungen und der damit verbundenen Investitionen in unterschiedlichen Kapiteln verbucht werden. Es setzt sich darin fort, dass die wichtigsten Träger:innen für die professionellen Pflegeleistungen keinen einheitlichen Kontenrahmen benutzen und dass Nebenleistungen in der Kostenrechnung nicht getrennt ausgewiesen werden. Ein umfassendes einheitliches Controllingsystem zu den Pflegeleistungen wäre extrem wichtig, weil man dann auch die ökonomischen Effekte der oben angesprochenen innovativen Pflegeansätze leichter evaluieren könnte. Es geht dabei nicht um eine Kontrolle der Akteur:innen, sondern um einen Überblick über die unterschiedlichen Ansätze in der Pflege und Betreuung sowie um das zugehörige Qualitätsmanagement.
- Bezüglich des zusätzlichen Finanzierungsbedarfs sieht man, dass die reine Mengenkompente bei der Fortführung des bisherigen Systems – wenn politisch gewollt – auch ausschließlich aus dem Landeshaushalt finanziert werden könnte. Dieses Modell hätte aber zur Folge, dass man einerseits nicht die notwendigen finanziellen Mittel hätte, die Arbeitsqualität der Pflegenden entsprechend zu verbessern. Sehr wahrscheinlich würden hierdurch sowohl die Familien als auch die Heime unter einen erheblichen Druck kommen. Als Konsequenz würde es zu einer deutlichen Verringerung der Pflegequalität und zu unerwünschten Begleiterscheinungen wie einer Mehrklassenpflege und zu großem finanziellen Stress in den vulnerablen Familien führen. In Kapitel 7 wurden illustrativ einige mögliche Finanzierungsmodelle

vergleichend gegenübergestellt. Ihnen ist gemeinsam, dass die nachhaltige Finanzierung der Pflege einen leicht ansteigenden Anteil der Pflegekosten im Landeshaushalt und eine Zusatzfinanzierung benötigt. Für die Zusatzfinanzierung gibt es mehrere Modelle. Hier braucht es eine politische „Erstentscheidung“, sodass zwei oder drei Finanzierungsmodelle vertiefend analysiert werden können.

- Für eine solche Entscheidung ist es hilfreich, die Meinung der Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Befragung im Rahmen dieser Arbeit hat gezeigt, dass es zu wichtigen Eckpunkten einen mehrheitsfähigen Konsens gibt: Die Befragten sind der Meinung, dass die Kosten der Pflege etwa zu je der Hälfte von der öffentlichen Hand und von den Betroffenen beziehungsweise deren Familien getragen werden sollen, mit einem geringfügig höheren Kostenanteil auf der öffentlichen Seite (55%). Ferner legen die Befragten Wert darauf, dass der öffentliche Anteil der Finanzierung sozial gestaffelt wird und dass die Finanzierung möglichst wenig auf die junge Generation übergewälzt werden soll. Bei den präferierten Finanzierungsinstrumenten steht an erster Stelle eine Versicherung, gefolgt von einer Erbschaftssteuer. Denkt man an ein sozial gestaffeltes Finanzierungsmodell mit Einmalzahlung, kommt das diesem Konzept schon nahe. Gleichzeitig sieht man, dass möglichst wenig Zwang und ein hohes Ausmaß an Flexibilität gewünscht wird. Das oben beschriebene Modell 6 versucht diese Wünsche zumindest ansatzweise zu integrieren.

Diese Punkte reichen aus, um eine grobe langfristige Strategie zum Thema Pflege- und Betreuungssystem zu beschließen mit den Hauptpunkten: Ausdifferenzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen, Unterstützung der informellen Pflegenden sowie nachhaltige Finanzierung der Pflege und Betreuung. Damit können Arbeitsgruppen mit der Ausarbeitung konkreter Bausteine zu diesen Säulen beginnen, die dann stufenweise getestet und dann beschlossen werden könnten.

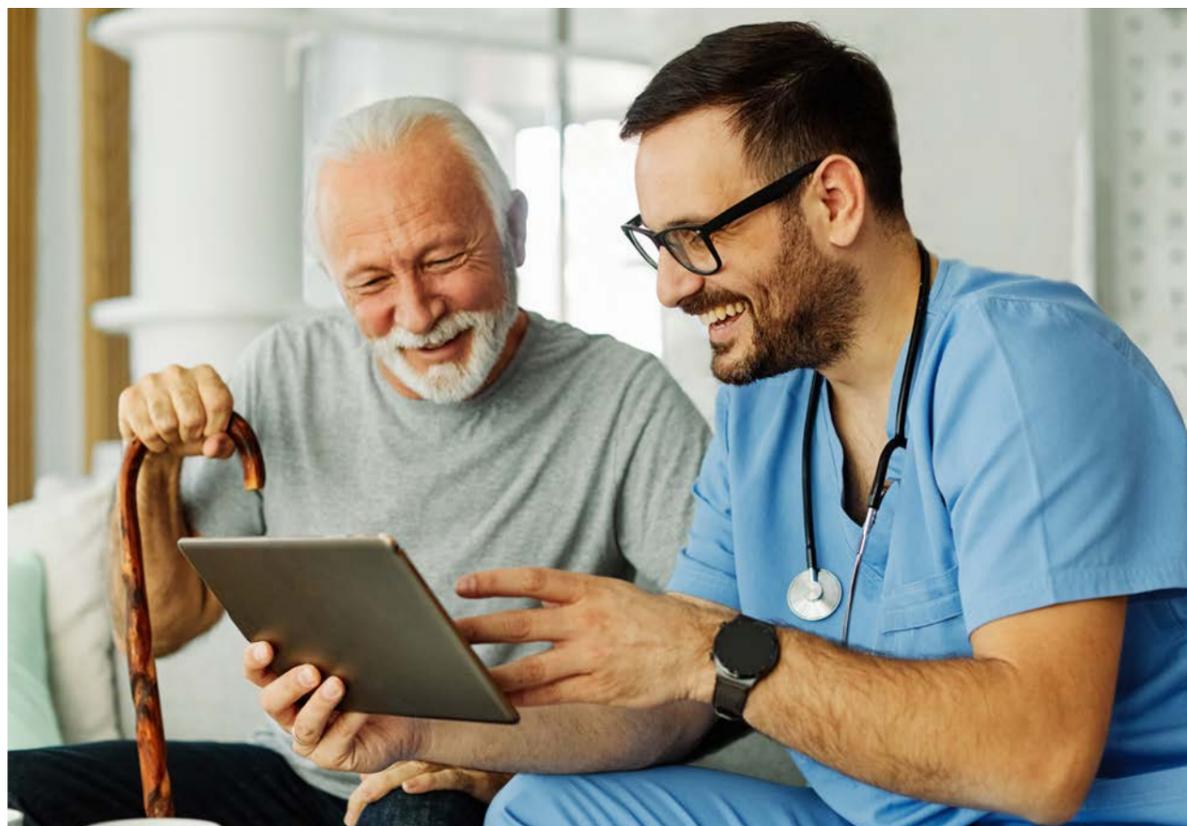
Was in diesem Dokument, bis auf den notwendigen Finanzierungsaspekt, vollständig fehlt, ist die

Frage der Personen, die professionelle Pflege leisten. Dieser Aspekt betrifft Fragen wie: Wie halte ich Menschen im Pflegeberuf oder in pflegenahen Berufen? Kann ich Personen mit Pflegeerfahrung (professionell und informell) noch einmal zu einer Rückkehr in die Pflege und Betreuung überzeugen? Wie bekomme ich genügend Kräfte für die Hilfspflege, wie kann ich sie begleiten und sie damit sowohl in ihrer beruflichen Entwicklung unterstützen als auch die Qualität des Pflegesystems sichern? Natürlich stellen sich auch die Fragen: Wie kann ich junge Menschen, die sich prinzipiell für einen Pflegeberuf eignen und interessieren, erreichen? Wie halte ich sie in der Ausbildung und wie unterstütze ich, dass sie nach ihrer Ausbildung auch einen Pflegeberuf ergreifen?

Diese Säule ist von zentraler Bedeutung und sollte unmittelbar in Angriff genommen werden. Dasselbe gilt auch für die in den Limitationen der Arbeit erwähnte Perspektive der gepflegten Personen. Diese ist besonders wichtig, schließlich geht es vor allem um deren Lebensqualität. Es ist jedoch möglich, die beiden anderen Strategieachsen – die Unterstützung der

pflegenden Familienmitglieder und den Aufbau eines belastbaren Finanzierungsmodells – zwischenzeitlich in Angriff zu nehmen.

Angesichts dieser Herausforderungen ist es vielleicht nützlich festzuhalten, dass Südtirol aus einer recht guten Position startet: Wir haben einen überdurchschnittlichen familiären Zusammenhalt und damit ein hohes Niveau in der informellen Pflege, wir haben viele sehr qualifizierte und motivierte Menschen in der professionellen Pflege (auch wenn ihre Loyalität und Belastbarkeit durch die Pandemie einer harten Probe unterworfen wurde), wir haben überdurchschnittlich moderne Infrastrukturen besonders bei den Heimen, wir haben durch das Pflegegeld und die Deckelung der Tagesbeiträge in den Heimen ein System der finanziellen Absicherung, das einen internationalen Vergleich nicht zu scheuen braucht. Eine gute Ausgangsposition ist aber keine Aufforderung, auf dieser Position zu bleiben, sondern sie kann nur die Überzeugung stärken, dass die Herausforderungen auch mit dem notwendigen gesellschaftlichen Rückhalt gemeistert werden können.



Literaturverzeichnis

ASTAT (2021). Aktives Altern und Lebensbedingungen älterer Menschen 2019/Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani 2019. Landesinstitut für Statistik, Bozen. https://astat.provincia.bz.it/it/news-pubblicazioni-info.asp?news_action=4&news_article_id=656412

ASTAT (2022). Statistisches Jahrbuch für Südtirol/Annuario statistico della Provincia di Bolzano. Landesinstitut für Statistik, Bozen.

ASTAT (2023). Daten interaktiv. Landesinstitut für Statistik. <https://astat.provinz.bz.it/de/datenbanken-gemeindedatenblatt.asp>

Barbagallo, M. (2020). Invecchiamento della popolazione e sostenibilità del SSN. Long Term Care. Ministero della Salute: Consiglio Superiore di Sanità. Rom.

Batchelder, L., Malley, J., Burge, P., Lu, H., Saloniki, E.-C., Linnosmaa, I. et al. (2019). Carer Social Care-Related Quality of Life Outcomes: Estimating English Preference Weights for the Adult Social Care Outcomes Toolkit for Carers. *Value in Health*, 22(12), 1427–1440. DOI: 10.1016/j.jval.2019.07.014

Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa (2012). Wohnen im Alter in Europa – Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen. Arbeitspapier Nr. 7. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/uploads/tx_aebgppublications/AP_7_DE.pdf (Stand: 26.03.2020).

Bernhard, A., Böhnisch, L., Lombardo, S., Oberkalmsteiner, G., Salzburger, V. & Schefold W. (2014). Seniorendasein in Südtirol 2013. Bozen: ASTAT.

Chen, G., Ratcliffe, J., Milte, R., Khadka, J. & Kaambwa, B. (2021). Quality of care experience in aged care: An Australia-Wide discrete choice experiment to elicit preference weights. *Social Science & Medicine*, 289. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114440.

Claßen, K., Oswald, F., Doh, M., Kleinemas, U. & Wahl, H.-W. (2014). Umwelten des Alterns: Wohnen, Mobilität, Technik und Medien. In der Reihe „Grundriss Gerontologie“. Stuttgart: Kohlhammer.

EURAC (2021). Wissenschaftliche Begleitstudie des Forschungsprojektes Sozialdienste Südtirol 2030. Bozen: EURAC.

Geyer, J., Thorben, K. & Schulz, E. (2016). Andere Länder, andere Wege: Pflege im internationalen Vergleich. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 70(1), 52–58. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2016-1-52>

Gudauner, K. (2023). Landessozialplan 2023. Autonome Provinz Bozen/Südtirol. Bozen: Abteilung Soziales. Landessozialplan 2030 by Land Südtirol – Provincia Bolzano – Issuu (Stand 28.09.2023). Italienische Version: Piano sociale provinciale 2030 by Land Südtirol – Provincia Bolzano – Issuu.

Gould, C. C. (2018). Solidarity and the problem of structural injustice in healthcare. *Bioethics*, 32(9, SI), 541–552. DOI: 10.1111/bioe.12474.

Gräsel E., Ciu T. & Oliver R. (2003). Development and validation of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC). Toronto (Canada).

Grässel, E., Berth, H., Lichte, T. & Grau, H. (2014). Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC geriatrics*, 14, 23. DOI: 10.1186/1471-2318-14-23.

Häkkinen, H. (2000). Altenhilfe in Dänemark und Finnland am Beispiel präventiver Hausbesuche in Dänemark und einem Servicehaus in Finnland. In U. Walter & T. Altgeld (Hrsg.), *Altern im ländlichen Raum. Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik* (S. 173–191). Campus Verlag.

Hilfswerk (2023). Gemeinsam gegen Alterseinsamkeit, Armut und Ausgrenzung! Unveröffentlichter Endbericht aus den Hilfswerk Landesverbänden. Wien.

ISTAT (2023). Demografische Statistiken. <https://demo.istat.it/>.

Jong, L. d., Ploethner, M., Stahmeyer, J. T., Eberhard, S., Zeidler, J. & Damm, K. (2019). Informal and formal care preferences and expected willingness of providing elderly care in Germany: protocol for a mixed-methods study. *BMJ open*, 9(1). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023253.

Lützenkirchen, A., Wittig, A., Moll, G. & Kunkel, K. (2014). Pflegende Angehörige besser pflegen. *Soziale Arbeit für eine hochbelastete Bevölkerungsgruppe*. Lage: Jacobs.

Luca, M. de (2020). Osservatorio DOMINA sul Lavoro Domestico. 2. Rapporto Annuale: Analisi, statistiche, trend nazionali e locali. Unter Mitarbeit von Chiara Tronchin, Enrico Di Pasqua. Rom.

Maino, F. & Longo, F. (2021). Platform Welfare. Nuove logiche per innovare i servizi locali. Egea.

Makai, P., Brouwer, W. B. F., Koopmanschap, M. A., Stolk, E. A. & Nieboer, A. P. (2014). Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 102, 83–93. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.11.050

OECD (2017). Economic support for non-self-sufficiency. Public and private responsibility in some alternative scenarios in the Region Trentino Alto Adige/Südtirol. Paris: OECDpublishing.

OECD (2019). Non Autosufficienza degli Anziani e Protezione sociale complementare per le Prestazioni di Assistenza a lungo Termine nelle Regioni e nelle Città. Riferimenti di policy per la Regione Trentino Alto Adige – Südtirol, Italia. Paris: OECD.

Paone, N. (2022). Wohnen im Alter. Welche Ermöglichungsstrukturen können das Altern im eigenen Zuhause in Südtirol sichern? Doctoral dissertation, Free University of Bozen-Bolzano. <https://bia.unibz.it/esploro/outputs/991006355998401241>.

Pflege Service Burgenland (2020). Gute Betreuung hat ein Zuhause. <https://www.pflegeserviceburgenland.at/> (Stand 29.05.2022).

Südtiroler Landesverwaltung (2022). Kurzzeitpflege. <https://www.provinz.bz.it/familie-soziales-gemeinschaft/senioren/seniorenwohnheime-betreutes-wohnen/kurzzeitpflege.asp>

Südtiroler Sanitätsbetrieb (2022). Landesgesundheitsbericht 2019 - Territoriale Versorgung <https://www.provincia.bz.it/salute-benessere/osservatorio-salute/pubblicazioni.asp>

Wilz, G. & Pfeiffer, K. (2019). Pflegende Angehörige. Göttingen: Hogrefe.

Untermarzoner, J. (2016). Welfare state: L'Assegno di cura in Alto Adige. Stato attuale, Sviluppo, Prospettive. Bozen: AFI/IPL.

Autoren

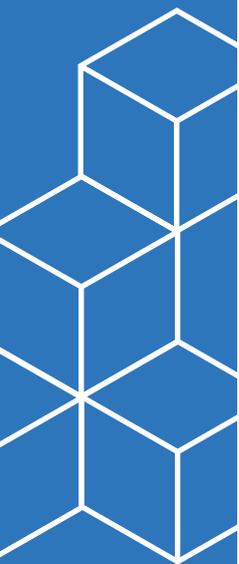
Prof. Gottfried Tappeiner (Universität Innsbruck/Università di Innsbruck)
Prof. ssa Giulia Cavrini (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Dr.ssa Elisa Cisotto (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Prof.ssa Ulrike Loch (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Dr.ssa Nadia Paone (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Dr.ssa Federica Viganò (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)
Prof. Alex Weissensteiner (Freie Universität Bozen/Libera Università di Bolzano)

Graphic Design

Vittoria Mannu
Logos Dolomiti
www.logosdolomiti

© 2024 authors All rights reserved
Bolzano/Bozen, Agosto 2024

Diese Veröffentlichung ist wie folgt zu zitieren:
Tappeiner G., Cavrini G., Cisotto E., Loch U., Paone N., Viganò F., Weissensteiner A. (2024), Altern
in Südtirol. Bausteine für die nachhaltige Sicherung einer qualitätsvollen Pflege, Bozen
ISBN 9788894764703



ISBN 9788894764703