

# Caring Cities

Pflege in zentraleuropäischen Hauptstädten

August Österle  
Lisa Mittendrein

**WU**  
WIRTSCHAFTS  
UNIVERSITÄT  
WIEN VIENNA  
UNIVERSITY OF  
ECONOMICS  
AND BUSINESS

 FORSCHUNGSINSTITUT  
**ALTERS ÖKONOMIE**

## **Herzlichen Dank!**

Wir möchten uns bei Gudrun Bauer, Csaba Kucsera, Paula Puskarova und Lucie Sedlackova bedanken, die uns bei der lokalen Datenerhebung in Bratislava, Budapest, Prag und in Wien unterstützt haben. Weiters danken wir all jenen, die uns für Interviews zur Verfügung standen. Vielen Dank an Monika Corso für die Layoutierung dieses Berichts.

Dieser Bericht wurde mit Mitteln der Stadt Wien gefördert





## **Über die AutorInnen:**

**Ao. Univ.Prof. Dr. August Österle** ist stellvertretender Leiter des Forschungsinstituts für Altersökonomie und außerordentlicher Universitätsprofessor am Institut für Sozialpolitik der WU Wien. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die international vergleichende Analyse von Gesundheits- und Langzeitpflegepolitik, jüngst vor allem auch im mittelost- und südosteuropäischen Raum, sowie die europäische Sozialpolitik.

**Lisa Mittendrein, BSc** war wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsinstitut für Altersökonomie der WU Wien. Ihr Arbeitsschwerpunkt lag dabei in der Analyse pflegepolitischer Ansätze in zentraleuropäischen Hauptstädten.



# Inhalt

ABSTRACT: Caring Cities: Pflege in zentraleuropäischen Hauptstädten .....	1
ABSTRACT: Caring Cities: Long-term Care in Central European Capital Cities .....	1
1. Einführung .....	2
1.1 Hintergrund.....	2
1.2 Forschungsfrage .....	2
1.3 Studiendesign und Aufbau .....	2
2. Die Bedeutung der lokalen Ebene in der Pflegepolitik.....	4
2.1 Pflegepolitik als „neues“ sozialpolitisches Handlungsfeld.....	4
2.2 Die lokale Ebene in der Pflegepolitik.....	4
3. Pflegepolitik im mittelosteuropäischen Raum .....	5
4. Analyse: Pflege und Pflegepolitik in zentraleuropäischen Hauptstädten.....	7
4.1 Der (urbane) Kontext der Langzeitpflege .....	7
4.2 Zuständigkeiten in der Langzeitpflege .....	9
4.3 Organisation der stationären Pflege und Betreuung .....	12
4.4 Organisation der mobilen Pflege und Betreuung.....	15
5. Zusammenfassung .....	17
6. Literatur .....	20

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Grundlegende Informationen zu Bratislava, Budapest, Prag, Wien	8
Tabelle 2: Ausgewählte pflegepolitische Zuständigkeiten nach administrativer Ebene im Sozialbereich	10
Tabelle 3: Stationäre Infrastrukturen für Pflege und Betreuung	12



### **ABSTRACT: Caring Cities: Pflege in zentraleuropäischen Hauptstädten**

Obwohl die lokale Ebene in der Pflegepolitik eine zentrale Rolle spielt, nehmen internationale vergleichende Studien dieses Feld bisher kaum in den Blick. Das Ziel von „Caring Cities“ besteht darin, am Beispiel von Bratislava, Budapest, Prag und Wien, die Rolle zentraleuropäischer Städte im Bereich der Pflege zu untersuchen. In der „pflegenden Stadt“ treffen die nationale und die lokale Ebene auf verschiedene Weise aufeinander. Einerseits manifestieren sich nationale Pflegeregime in einem spezifisch-urbanen Kontext. Andererseits sind lokale AkteurInnen selbst in die Regulierung, Organisation und Erbringung von Pflege involviert und verfügen so über einen eigenen gestalterischen Spielraum. Um dies zu analysieren, wurden quantitative Daten erhoben und Interviews mit ExpertInnen in den jeweiligen Städten geführt. Die Untersuchung bestätigt für alle vier Hauptstädte die große Bedeutung regionaler bzw. lokaler Akteure in der Pflegepolitik. Während Wien auf eine lange und relativ kontinuierliche Geschichte lokaler Sozialpolitik aufbaut, wurde in Tschechien, der Slowakei und in Ungarn Pflegepolitik mit der Transformation in den frühen 1990er Jahren verstärkt an die regionale und lokale Ebene übertragen. In diesen Ländern ist der Sektor aber auch durch ein hohes Maß an Fragmentierung und teilweise überlappende Verantwortlichkeiten charakterisiert. Dies wiederum ist Konsequenz einer vielfach fehlenden umfassenden und kohärenten Pflegepolitik. Angespannte öffentliche Budgets, vor allem in den jüngsten Krisenjahren, haben den Ausbau einer adäquaten Dienstleistungsinfrastruktur zusätzlich verschärft.

### **ABSTRACT: Caring Cities: Long-term Care in Central European Capital Cities**

While the regional and local level is playing an important role in long-term care policies, this is not adequately taken up in comparative long-term care research. The „Caring Cities“ study addresses this shortcoming in comparative long-term care policies and analyses the role of Central European capital cities in long-term care. The focus is on Bratislava, Budapest, Prague and Vienna. In the „caring“ city, national, regional and local levels interact in manifold ways. On the one hand, national care policies materialise on the local level. On the other hand, local actors themselves may have a role in regulating, financing and providing care services. The study combines existing quantitative data, data collected by the research group and interviews with stakeholders in all four cities. The results confirm the key role of Central European capital cities in long-term care. While Vienna has a long and strong history of local social policy, the Czech Republic, Hungary and Slovakia share decades of centralised approaches. With the transformation in the 1990s, long-term care policies became increasingly delegated to regional and local levels. However, fragmentation and overlapping competences are still characterising policies in these countries also hampering more coherent policy developments on the local level. A more comprehensive long-term care policy reform was only implemented in the Czech Republic. In recent years, the financial crisis and the related pressure on public budgets has largely limited attempts to expand long-term care infrastructure and has even led to retrenchment.

## **1. Einführung**

### **1.1 Hintergrund**

Die Pflegepolitik ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einem zentralen sozialpolitischen Thema geworden. Hintergrund dafür sind demographische und allgemeine sozio-ökonomische Entwicklungen, die einerseits steigende Pflege- und Betreuungsbedarfe erwarten lassen, andererseits aber auch eine Neuorganisation von Pflege und Betreuung notwendig machen. In vielen europäischen Ländern wurde in den vergangenen 20 Jahren begonnen, verstärkt auf diese Herausforderungen zu reagieren. Es wurde in vielen Ländern eine Neuorientierung der Pflegepolitik initiiert. Dies spiegelt sich auch darin wieder, dass Pflegepolitik in der sozialpolitischen Forschung vermehrt als Thema aufgegriffen wurde und wachsendes Interesse an international vergleichenden Studien entstand. In der Literatur zur Entwicklung von Pflegepolitik wird dabei regelmäßig auf die Bedeutung lokaler Akteure Bezug genommen. Lokale und regionale Politiken der Organisation und der Erbringung von Pflegeleistungen stehen auch im Mittelpunkt zahlreicher einzelstaatlicher Studien. In der international vergleichenden Literatur hingegen wird die lokale Ebene bisher kaum spezifisch in den Blick genommen.

Diesem Defizit widmet sich das Projekt „Caring Cities“. Ziel des Projektes ist es – am Beispiel von Bratislava, Budapest, Prag und Wien –, die Rolle zentraleuropäischer Städte in der Pflegepolitik zu untersuchen. In der „pflegenden Stadt“ treffen die nationale und die lokale Ebene, hier die Ebene der Hauptstadtregionen, auf verschiedene Weise aufeinander. Einerseits realisieren sich nationale Pflegeregime in einem spezifisch-urbanen Kontext. Andererseits sind lokale AkteurInnen selbst in die Regulierung, Organisation und Erbringung von Pflege involviert und verfügen so über einen eigenen, vielfach beträchtlichen, gestalterischen Spielraum.

### **1.2 Forschungsfrage**

Vor diesem Hintergrund widmet sich diese Forschungsarbeit folgenden Fragestellungen:

- Welche Rolle haben die zentraleuropäischen Hauptstädte in der Langzeitpflege?
- Wie realisiert sich die nationale Pflegepolitik auf der lokalen Ebene?
- Welche Parallelen und welche Unterschiede lassen sich in einer vergleichenden Perspektive identifizieren?

### **1.3 Studiendesign und Aufbau**

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen die vier zentraleuropäischen Hauptstädte Bratislava, Budapest, Prag und Wien. Diese vier Städte haben nicht nur den Status als Hauptstadt gemeinsam, sie teilen – bei allen noch zu thematisierenden Unterschieden – auch eine Reihe von demographischen und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen und Herausforderungen. Dies gilt vor allem für Bratislava, Budapest und Prag, die durch die gemeinsame Geschichte der kommunistischen Regierungen, die Gemeinsamkeiten im Transformationsprozess und den Beitritt

zur EU bedeutende Parallelitäten aufweisen, die auch für die Entwicklungen im Bereich der Langzeitpflege von Bedeutung sind.

Die hier vorgestellte Studie basiert auf umfassenden Literaturrecherchen und der Zusammenstellung bereits existierender oder neu erhobener Daten sowie Interviews mit ExpertInnen. Um den jeweiligen Kontext zu berücksichtigen und Zugang zu Materialien in tschechischer, slowakischer und ungarischer Sprache zu haben wurde eng mit KollegInnen in den vier Ländern kooperiert. Bei den Datenerhebungen wurden die jeweiligen Statistikämter, lokale und regionale Administrationen sowie Sozialversicherungsträger, aber auch Leistungserbringer kontaktiert. Die internationale Vergleichbarkeit von Daten zum Pflegebereich ist generell noch mit beträchtlichen Einschränkungen verbunden. Diese resultieren nicht nur aus einer vielfach beschränkten, systematischen Erhebung von Daten, sondern auch aus unterschiedlichen definitorischen Abgrenzungen und den regionalen und lokalen Zuständigkeiten im Pflegebereich. Teilweise ist die Vergleichbarkeit von Daten auch schon innerhalb einzelner Länder eingeschränkt. Bei allem Bemühen um größtmögliche Sorgfalt in der Erhebung der Daten, ist die Qualität der quantitativen Information trotzdem mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren. Wenn in diesem Bericht Absolutzahlen präsentiert werden, können diese daher vor allem ein generelles Bild der relativen Verhältnisse zeichnen. Um die Qualität der quantitativen Informationen besser einschätzen zu können und ein generelles Bild der pflegepolitischen Entwicklung – vor allem im Zusammenspiel von nationaler und lokaler Ebene – zu schaffen, wurden in allen vier Städten zwischen drei und fünf Interviews mit VertreterInnen des Pflegesektors geführt. Befragt wurden Personen der lokalen oder regionalen Verwaltungsebene sowie von öffentlichen und privaten Anbietern von stationären und mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen.

Im folgenden Abschnitt 2 wird zuerst ein kurzer Einblick in die potentielle Bedeutung der lokalen Ebene in der Pflegepolitik gegeben. Abschnitt 3 gibt dann einen Überblick zur Pflegepolitik im mittelosteuropäischen Raum. Die spezifische Analyse der Pflege und der Pflegepolitik in den vier zentraleuropäischen Hauptstädten – Bratislava, Budapest, Prag, Wien – erfolgt in Abschnitt 4. Neben einer kurzen Darstellung der demographischen, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen in den vier Städten, widmet sich der Abschnitt einer Untersuchung der Bedeutung der lokalen Ebene für die Pflegepolitik, wobei der stationäre und der mobile Bereich thematisiert werden. Dabei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der konkreten Pflegepolitik herausgearbeitet und die Möglichkeiten der regionalen Ebene in der Ausgestaltung von Pflegepolitik diskutiert. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie werden in Abschnitt 5 zusammenfassend diskutiert. Pflegepolitik wird in dieser Arbeit als Überbegriff für alle sozialpolitischen Maßnahmen verstanden, die Menschen mit pflege- und Betreuungsbedarf direkt oder indirekt unterstützen, sei es durch Geld- oder Sachleistungen, sei es durch Leistungen die sich direkt an die betroffenen Personen richten, Leistungen, die sich an informell Betreuende richten oder auch Leistungen, die zu einer Verbesserung der Infrastruktur beitragen sollen.

## **2. Die Bedeutung der lokalen Ebene in der Pflegepolitik**

### **2.1 Pflegepolitik als „neues“ sozialpolitisches Handlungsfeld**

Abgesehen von den nordeuropäischen Ländern war Pflegepolitik im 20. Jahrhundert in den meisten europäischen Ländern ein höchst fragmentiertes Politikfeld. Pflegepolitisch relevante Zuständigkeiten verteilten sich unter anderem auf Gesundheitspolitik, Pensionspolitik, Behindertenpolitik und vor allem Sozialhilfepolitik, und waren auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene verankert. In der Realität war Pflege und Betreuung vor allem aber durch ein sehr hohes Maß privater familiärer Verantwortung geprägt. In den vergangenen zwei Jahrzehnten ist Pflegepolitik dann aber in Europa zu einem bedeutenden und zunehmend auch eigenständigen Sozialpolitikfeld geworden. (Österle, Rothgang 2010) Ausschlaggebend dafür sind verschiedene Gründe, nicht zuletzt die wachsende Anerkennung demographischer Herausforderungen und die Veränderungen in den sozioökonomischen Bedingungen, etwa in Familien- und Haushaltsstrukturen oder dem Arbeitsmarkt. Zahlreiche Länder haben in dieser Periode neue pflegepolitische Konzepte entworfen und vielfach auch implementiert. Damit einher ging in vielen Ländern eine Neugestaltung des Pflegesektors und damit ein Übergang von einem höchst fragmentierten System von pflege- und betreuungsrelevanten Unterstützungsleistungen hin zu einem eigenständigen Sozialpolitikfeld.

Gleichzeitig hat sich auch die Forschung vermehrt mit Pflege und Pflegepolitik auseinandergesetzt. Nicht zuletzt führten die Reformen zu einem gesteigerten Interesse an einem internationalen Vergleich neuer pflegepolitischer Programme. Allerdings fokussieren diese vergleichenden Untersuchungen in der Regel auf die Länderebene. Wie noch gezeigt werden wird, spielt aber gerade in der Pflegepolitik die lokale und die regionale Ebene eine zentrale Rolle, die sich auf die Regulierung, die Finanzierung und die Bereitstellung von Pflege und Betreuung beziehen kann. Damit einher gehen vielfach beträchtliche Unterschiede in der Pflegepolitik innerhalb einzelner Länder, und damit auch beträchtliche Unterschiede in der Versorgungsdichte und der Versorgungsqualität für die Menschen in diesen Ländern. Diese Unterschiede werden in Ländervergleichen aber vielfach völlig unterbelichtet. Diese Studie versucht dieses Defizit auszugleichen und stellt die lokale Ebene der Pflegepolitik in den Mittelpunkt.

### **2.2 Die lokale Ebene in der Pflegepolitik**

Ein Fokus auf die lokale Ebene, oder in diesem Fall die Ebene der Hauptstädte, ist in zumindest drei Perspektiven relevant. Die Stadt ist (a) eine spezifische Umgebung, in der Pflege und Betreuung notwendig werden kann, (b) ein Raum, in dem nationale Pflegepolitik zum Ausdruck kommt, und (c) ein Akteur der Pflegepolitik. Diese drei Perspektiven sind Ausgangspunkt des Projekts „Caring Cities“.

Zuerst stellen Städte einen Raum dar, in dem pflege- und betreuungsbedürftige Menschen leben. Die spezifischen Charakteristika der Stadt schaffen Umweltbedingungen für das Leben und die Lebensqualität in einer Stadt, sie beeinflussen Bedarfe und die mögliche Deckung von Bedarfen.

Entsprechende Fragestellungen sind in den vergangenen Jahren von zahlreichen Initiativen und Studien aufgegriffen worden, so etwa vom WHO Programm „Age-friendly Cities“. Zahlreiche Studien haben sich mit Alter(n) und Gesundheit in der Stadt auseinandergesetzt, die für diese Studie eine wichtige Hintergrundinformation darstellen. (vgl. u.a. WHO 2007; Glouberman et al. 2007; Kresl, Ietri 2009; Heitzmann, Eiffe 2008)

Zweitens sind Städte Räume, in denen nationale Pflegepolitik realisiert wird. Ein Fokus auf die lokale oder regionale Ebene kann in diesem Zusammenhang unter anderem Auskunft über die Implikationen und Ergebnisse von Pflegepolitik geben. Da die Pflegepolitik in der Regel aber nicht nur nationale Politik ist, sind Ergebnisse auf der lokalen und regionalen Ebene auch Ausdruck des Zusammenspiels von nationalen, regionalen und lokalen Zugängen zur Pflegepolitik bzw. zur Umsetzung der politischen Ansätze.

Drittens ist die Stadt pflegepolitischer Akteur, sei es in der Regulierung des Sektors oder in der Finanzierung oder der Bereitstellung von Leistungen. Die Aufgaben können unterschiedlich starken Verpflichtungscharakter haben oder auch freiwillig erbracht werden. Gerade die Erbringung von Sachleistungen und hier vor allem von mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen ist in vielen Ländern auf der lokalen Ebene festgemacht. Dabei ist die lokale Ebene aber immer auch durch die regionale, die nationale und allenfalls auch die supranationale Ebene geprägt, sei es durch vielfach national geregelte Geldleistungssysteme, durch national gültige Vorgaben hinsichtlich der Organisation von persönlichen Dienstleistungen oder auch durch den Regulierungsrahmen der EU.

In den vergangenen Jahren wurden verstärkt Untersuchungen zur Bedeutung der lokalen Ebene in der Sozialpolitik durchgeführt. (z.B. Kazepov 2010) Faktoren die für regionale Unterschiede in der Sozialpolitik verantwortlich sind, können unter anderem nach der Nachfrageseite und nach der Angebotsseite differenziert werden. Im Bereich der Pflegepolitik geht es einerseits um demographische Entwicklungen, den Bedarf an Pflege und Betreuung oder bestehende Sozialleistungsstrukturen, die den Bedarf beeinflussen können. Andererseits können Unterschiede unter anderem durch die ökonomische Situation einer Region oder einer Stadt, durch politische Verhältnisse, die administrative Struktur von Hauptstädten oder auch durch kulturelle Werte geprägt sein.

### **3. Pflegepolitik im mittelosteuropäischen Raum**

In ganz Europa spielen Regionen und Gemeinden eine maßgebliche Rolle in der Pflegepolitik. Sie agieren als Regulatoren, Financiers und oft als Anbieter verschiedener Pflegedienstleistungen. Dies gilt auch für den mitteleuropäischen Raum. Ganz generell lässt sich folgende Charakterisierung föderaler Zuständigkeiten erkennen: Die staatliche Ebene ist einerseits für grundlegende Rahmenbedingungen der Pflegepolitik zuständig, vielfach sind auch Geldleistungssysteme national vereinheitlichte Systeme, während Zuständigkeiten für Sachleistungen häufig auf einer regionalen oder lokalen Ebene angesiedelt sind. Diese regionale und lokale Ebene ist vor allem in der Finanzierung und häufig auch in der Bereitstellung von Pflege- und Betreuungsleistungen aktiv. Nationale Zuständigkeiten finden sich aber auch dort, wo andere sozialpolitische Handlungsfelder

pflegepolitisch relevant sind. Dies gilt beispielsweise für die Gesundheitspolitik. Dabei geht es etwa um die definitorische Abgrenzung von Gesundheits- und Pflegeleistungen, aber auch um die Tatsache, dass Pflegeleistungen – auf Grund fehlender Infrastrukturen im Pflegebereich – vielfach im Gesundheitsbereich übernommen worden sind oder bis heute übernommen werden. Wie noch gezeigt wird, ist die Abgrenzung von Zuständigkeiten, die Verhinderung von Fragmentierung und gleichzeitig die Verhinderung einer desintegrierenden Wirkung von Abgrenzungen auch im mitteleuropäischen Raum eine der zentralen Herausforderungen der Pflegepolitik.

In Österreich, wie in vielen anderen europäischen Ländern, war Pflegepolitik bis zu den 1980er Jahren ein fragmentiertes Politikfeld, mit Zuständigkeiten auf nationaler, vor allem aber auf regionaler und lokaler Ebene, wobei bei zahlreichen Leistungen die Sozialhilfeorientierung galt. Nach langjährigen Diskussionen wurde die Pflegepolitik 1993 auf eine neue Grundlage gestellt. Dabei rückte eine Pflegegeldleistung in den Mittelpunkt, die auf der nationalen Ebene und für bestimmte Gruppen (bis Ende 2011) auf der Länderebene reguliert und administriert wurde. Gleichzeitig bestätigte diese Reform die Verantwortung der regionalen Ebene für die stationäre, teilstationäre und mobile Pflege- und Betreuungsinfrastruktur. In einer Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG haben die Länder zugestimmt, bis zum Jahr 2010 ein adäquates System der stationären, teil-stationären und mobilen Pflege und Betreuung zu entwickeln. Zusammen mit den Gemeinden und den Personen, die Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen, sind die Länder die Hauptfinanciers der entsprechenden Leistungen, während der öffentliche Sektor und der Nonprofit Sektor die bedeutendsten Anbieter der Leistungen sind. (Trukeschitz, Schneider, Cypionka 2012; Österle, Meichenitsch, Mittendrein 2011)

Im mittelosteuropäischen Raum gilt die oben erwähnte Charakterisierung eines fragmentierten Politikbereiches vielfach bis heute. (Österle 2010, 2011c) Im Transformationsprozess der 1990er Jahre kam es zu umfangreichen sozialpolitischen Reformen, etwa im Gesundheitsbereich oder im Pensionssystem. Der Pflegebereich wurde in dieser Zeit nicht als eigenständiger Politikbereich angesprochen. Während vor der Transformation ein relativ umfangreiches Netz an außerhäuslichen Kinderbetreuungseinrichtungen bestand, um Frauen die Beteiligung am Erwerbsleben zu ermöglichen, war dies im Bereich der Langzeitpflege nicht der Fall. Pflegepolitische Maßnahmen beschränkten sich vor allem auf stationäre Betreuungsangebote und auf gewisse Geldleistungssysteme zur Unterstützung informell Pflegenden. Im Transformationsprozess kam es in der Familienpolitik im mittelosteuropäischen Raum vielfach zu einer Re-Familisierung. Damit zusammenhängend gab es auch wenig Impulse für die Entwicklung einer umfassenderen Pflegepolitik. Andere im Transformationsprozess zentrale Orientierungen hingegen hatten durchaus Bedeutung für die weitere Entwicklung der Pflegepolitik, dies gilt vor allem für die Konzepte Dezentralisierung und Pluralisierung. (Österle 2011b) Dezentralisierung und eine stärkere Betonung regionaler und lokaler Kompetenzen prägte verschiedene sozialpolitische Reformvorhaben, vor allem auch die Neugestaltung der Sozialhilfepolitik, eine wesentliche Grundlage pflegepolitischer Leistungen in dieser Region. Pluralisierung hingegen blieb, zumindest in der Pflegepolitik, lange Zeit ein Schlagwort. Auch wenn in den 1990er Jahren und im vergangenen Jahrzehnt vermehrt private Akteure, vor allem Nonprofit Akteure, als Anbieter von Pflege- und

Betreuungsleistungen auftraten, waren diese im Zugang zu öffentlichen Fördermitteln gegenüber den öffentlichen Anbietern lange Zeit benachteiligt.

Erst im vergangenen Jahrzehnt wird Langzeitpflege zunehmend als eigenständiger Sozialsektor in Mitteleuropa anerkannt. Dies gilt vor allem für die Tschechische Republik, wo es 2006 bzw. 2007 zu einer bedeutenden Reform des Pflegesystems kam. (Barvíková 2011) Mit der Einführung eines Pflegegeldsystems – das sich stark am österreichischen Modell orientiert – und einer Reihe darüber hinausgehender Reformen im Bereich der Pflegedienstleistungen wurde die Pflegepolitik auf eine neue Basis gestellt. Pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf Pflegegeld in vier verschiedenen Stufen. Wie im österreichischen System zielt das System darauf ab, die Rolle der pflegebedürftigen Menschen zu stärken, mobile Pflege zu unterstützen und zu einer nutzergesteuerten Dienstleistungsentwicklung beizutragen. Wie in Österreich ist das Pflegegeld einheitlich geregelt. Die politische und finanzielle Verantwortung für die stationäre, teilstationäre und mobile Pflege und Betreuung liegt hingegen bei verschiedenen regionalen Ebenen. Im Unterschied zur Situation in Österreich gibt es allerdings eine stärkere nationale Kontrolle bei der Zulassung neuer Dienstleister. Im Bezug auf den Dienstleistungsanbieter dominiert der öffentliche Sektor die stationäre Pflege, während dem Nonprofit Sektor neben dem öffentlichen Sektor im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung eine große Bedeutung zukommt. Da die Umsetzung der Reformen im Bereich der sozialen Dienste vielfach nicht zufriedenstellend war, wird in Tschechien derzeit an einer weiteren Reform des Pflegesystems gearbeitet, um die bereits 2006 angepeilten Ziele zu erreichen.

Auch in Ungarn und in der Slowakei war die Pflegepolitik in den letzten zwei Jahrzehnten durch das Prinzip der Dezentralisierung und durch Sozialhilfereformen charakterisiert. (Gulácsi, Érsek, Mészáros 2011; Kuvíková et al. 2011) Diese Entwicklungen hatten bedeutende Auswirkungen auf die Organisation der Pflege, allerdings bleibt das System stark sozialhilfeorientiert und fragmentiert. In beiden Ländern wurden Vorschläge für umfassende Reformen entwickelt, wobei immer wieder auf die Idee einer Pflegeversicherung verwiesen wurde, allerdings kam es bislang nicht zu einer Umsetzung. In den vergangenen Jahren hat schließlich vor allem die Finanzkrise und der damit einhergehende Druck auf die öffentlichen Budgets jegliche Reformbemühungen bzw. deren Umsetzung verhindert. Es kam sogar zu Einschränkungen öffentlicher Leistungen im Bereich der Pflege und Betreuung.

## **4. Analyse: Pflege und Pflegepolitik in zentraleuropäischen Hauptstädten**

### **4.1 Der (urbane) Kontext der Langzeitpflege**

Die Länder des mitteleuropäischen Raumes weisen in den Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die Pflegepolitik zahlreiche Gemeinsamkeiten (etwa in den demographischen und sozialstrukturellen Entwicklungen) aber auch beträchtliche Unterschiede (etwa in den im vorigen Abschnitt kurz erläuterten aktuellen Pflegesystemen) auf. (Österle, Mittendrein, Meichenitsch 2011). Ähnliches gilt auch für die vier hier untersuchten Hauptstädte. (siehe Tabelle 1) Die Städte unterscheiden sich in der ökonomischen und sozialen Situation, wie

auch in deren Position und Rolle innerhalb der Staaten. Bevölkerungsmäßig sind Budapest und Wien mit jeweils etwa 1,7 Millionen Menschen die größten Städte, gefolgt von Prag und Bratislava. Bratislava, Budapest und Prag sind im Vergleich zum Gesamtstaat durch eine bessere ökonomische Situation, etwa ausgedrückt in Produktivität oder Einkommen, charakterisiert. Das kaufkraftbereinigte Bruttoinlandsprodukt pro Kopf liegt in Bratislava, Prag und Wien auf einem vergleichbaren Niveau, nur in Budapest ist das kaufkraftbereinigte Bruttoinlandsprodukt pro Kopf deutlich niedriger. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Kaufkraftbereinigung auf das Preisniveau im Gesamtstaat und nicht auf das Preisniveau in der Hauptstadtregion Bezug nimmt. In Bratislava, Budapest und Prag ist die Wirtschaftskraft damit auf einem sehr viel höheren Niveau als im jeweiligen Gesamtstaat. Dieses Muster bleibt für Bratislava, Budapest und Prag auch für andere Indikatoren bestehen. Die Städte zeigen etwa niedrigere Arbeitslosenzahlen oder eine höhere Lebenserwartung als der Landesdurchschnitt. Im Gegensatz dazu ist die Arbeitslosenquote in Wien höher und die Lebenserwartung etwas niedriger als im Landesdurchschnitt für Österreich.

**Tabelle 1: Grundlegende Informationen zu Bratislava, Budapest, Prag, Wien**

	Bratislava	Budapest	Prag	Wien
Bevölkerung <sup>2008/2009</sup>	428,791 <sup>1</sup>	1,712,210	1,249,026	1,698,957
BIP (€/pro Kopf) <sup>2007</sup>	€ 24,100	€ 21,900	€ 26,500	€ 43,300
BIP (PPP/ pro Kopf) <sup>2007</sup>	39,900	33,900	42,800	40,600
Arbeitslosenrate <sup>2008</sup>	3.4%	4.3%	1.9%	6.7%
Anteil der Bevölkerung 65+ <sup>2008</sup>	13.18%	18.50%	16.09%	16.56%
Prognostizierter Anteil der Bevölkerung 65+ <sup>2</sup>	23.5% <sup>2025</sup>	22.3% <sup>2021</sup>	21.9% <sup>2020</sup> 23.7% <sup>2025</sup>	17.7% <sup>2020</sup>
Prognostizierter Anstieg des Anteils der Bevölkerung 65+ <sup>2</sup>	77.4% <sup>2025</sup>	18.6% <sup>2021</sup>	34.6% <sup>2020</sup> 43.9% <sup>2025</sup>	15.7% <sup>2020</sup>

Quelle: Statistische Jahrbücher.

<sup>1</sup> In Bratislava wird von einem sehr hohen Anteil temporärer Bewohner ausgegangen. Bei deren Berücksichtigung wird die Bevölkerung auf rund 600.000 geschätzt.

<sup>2</sup> Die Projektionen beruhen auf unterschiedlichen nationalen Modellen und haben daher vor allem illustrativen Charakter.

Alle vier Städte sind mit den generellen Herausforderungen des demographischen Wandels konfrontiert, auf Grund der Unterschiede im Auftreten und im Ausmaß der Entwicklungen, aber auch auf Grund des unterschiedlichen Status-Quo in den Pflegesystemen, werden sie sich aber mit sehr spezifischen Problemen auseinandersetzen müssen. In den verfügbaren Prognosen wird erwartet, dass die Bevölkerung in Bratislava, Budapest und Prag in den nächsten Jahren stagnieren wird, wenn nicht sogar zurück gehen wird. Wie in vielen Regionen Mitteleuropas ist auch in diesen

Städten in den vergangenen zwei Jahrzehnten die Lebenserwartung angestiegen und die Fertilitätsrate zurückgegangen, was zu einem raschen Anstieg des Durchschnittsalters in der Bevölkerung führte. Nach nationalen Vorhersagen wird Bratislava in der hier untersuchte Gruppe den stärksten Alterungsprozess erleben. Die Zahl der über 65-jährigen soll sich innerhalb der nächsten 20 Jahre verdoppeln. Trotz unterschiedlicher Startprämissen wird erwartet, dass der Anteil der über 65-jährigen in Bratislava, Budapest und Prag bis Mitte der 2020er etwa 23% erreicht. (siehe Tabelle 1) Wiens demographische Entwicklung steht in starkem Kontrast zu diesen drei Städten. Die Stadt unterliegt einer beträchtlichen Bevölkerungsdynamik. Auch für die kommenden Jahre wird mit einem weiteren migrationsbedingten Bevölkerungswachstum gerechnet. Bezogen auf den Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung kommt es dabei nur zu einem relativ moderaten Anstieg von 16,5% im Jahr 2008 auf 17,7% im Jahr 2020.

Ein wesentliches Kriterium für die Sicherstellung notwendiger Pflege- und Betreuungsleistungen ist auch die Haushaltsstruktur. Während etwa in Mehrpersonenhaushalten ein beträchtlicher Teil der Betreuungsaufgaben informell innerhalb dieses Haushalts erbracht wird, nimmt bei Einpersonenhaushalten mit größerer Distanz zwischen Angehörigen diese Möglichkeit der informellen Betreuungsleistung ab. In der Untersuchungsgruppe weist Bratislava einen relativ geringen Anteil an alleinlebenden älteren Menschen (15%) auf, während dieser Anteil in Budapest (30%) und vor allem in Wien (45%) wesentlich höher ist.

Ein letzter wesentlicher Aspekt ist die ökonomische Situation der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede in der ökonomischen Situation älterer Menschen, zwischen den vier Städten aber auch innerhalb der vier Städte. In Bratislava, Budapest und Prag liegen die durchschnittlichen Pensionen bei etwa 300 bis 450 €, was die Möglichkeiten der privaten Finanzierung in dem für den jeweiligen nationalen Kontext relativ hochpreisigen städtischen Bereich deutlich einschränkt. Beeinflusst wird die ökonomische Situation aber auch durch Pflegegeldleistungen, die das verfügbare Haushaltseinkommen signifikant verbessern können. Auf Grund der bestehenden Pflegegeldregelungen ist dies vor allem in Wien und eingeschränkter in Prag der Fall, während Geldleistungssysteme in der Slowakei und in Ungarn restriktiver sind bzw. sich auf Grund der Einkommensabhängigkeit nur an die einkommensarme Bevölkerung richten.

## **4.2 Zuständigkeiten in der Langzeitpflege**

Die Definition der Zuständigkeiten in der Regulierung, Finanzierung und Bereitstellung von Langzeitpflege ist ein erster wichtiger Indikator für den lokalen Verantwortungsbereich der Städte und dient als Grundgerüst für dessen Analyse. Da Bratislava, Budapest und Prag Hauptstädte von Einheitsstaaten sind, ist die Trennung der Zuständigkeiten in diesen Ländern anders als in einem Bundesstaat wie Österreich. Was die Rollen der Städte noch weiter unterscheidet sind ihre verschiedenen Positionen in der administrativen Struktur der jeweiligen Länder. Prag und Wien haben sowohl den Status einer Region bzw. eines Landes und einer Gemeinde. Damit besitzen sie eine umfassendere und flächendeckendere Befugnis als dies in Budapest oder Bratislava der Fall ist. In Budapest decken sich Zuständigkeiten ebenfalls umfassender, während Bratislava nur den

Status als Gemeinde besitzt und in die Region Bratislava integriert ist. Einer Übersicht der Zuständigkeit auf staatlicher Ebene, regionaler Ebene, Gemeindeebene und Bezirksebene findet sich in Tabelle 2.

**Tabelle 2: Ausgewählte pflegepolitische Zuständigkeiten nach administrativer Ebene im Sozialbereich**

	<i>Bratislava</i>	<i>Budapest</i>	<i>Prag</i>	<i>Wien</i>
<i>Staat</i>	Geldleistungen; (teilweise) Basisfinanzierung für stationäre Einrichtungen	Geldleistungen; Basisfinanzierung für stationäre Einrichtungen; teilweise Refinanzierung von mobilen Dienstleistungen	Geldleistungen; Basisfinanzierung für stationäre Einrichtungen und mobile Dienstleistungen	Geldleistungen; Finanzierungsbeitra g für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen (über das Pflegegeld)
<i>Region</i>	Administration, Finanzierung und teilweise Bereitstellung spezialisierter stationärer Einrichtungen	-	Administration, Finanzierung und teilweise Bereitstellung stationärer Einrichtungen; teilweise Finanzierung von mobilen Dienstleistungen	Administration, Finanzierung und teilweise Bereitstellung von stationären Einrichtungen und mobilen Dienstleistungen
<i>Stadt</i>	Administration, Finanzierung und teilweise Bereitstellung stationärer Einrichtungen	Administration, Finanzierung und teilweise Bereitstellung stationärer Einrichtungen; teilweise Finanzierung bestimmter mobiler Dienstleistungen		
<i>Bezirk</i>	Administration, Finanzierung und Bereitstellung von mobilen Dienstleistungen; teilweise auch Förderung anderer Einrichtungen	Administration, Finanzierung und Bereitstellung von mobilen Dienstleistungen; teilweise auch Förderung anderer Einrichtungen	Administration, Finanzierung und Bereitstellung von bestimmten stationären Einrichtungen und von mobilen Dienstleistungen	-

Quelle: Eigene Erhebungen.

Die vielfach noch bestehende Fragmentierung von pflegepolitischen Zuständigkeiten im Gesundheits- und im Sozialbereich macht die entsprechende Grenzziehung in Ungarn, der Slowakei und Tschechien von Bedeutung. Nicht zuletzt auf Grund fehlender Leistungsstrukturen im Sozialbereich übernimmt der Gesundheitsbereich Aufgaben der Langzeitpflegepolitik. Allerdings ist auf Grund des wirtschaftlichen Druckes auch der Druck gestiegen, diese Aufgaben vermehrt in den Sozialbereich zu verlagern. Die Verantwortung des Gesundheitssektors liegt hauptsächlich auf nationaler Ebene, in finanzieller und administrativer Hinsicht bei den national tätigen Krankenversicherungsträgern. Nur bestimmte Aufgaben, wie die Verwaltung von Einrichtungen mit Langzeitpflegestationen, liegen auf regionaler oder lokaler Ebene. Auf Grund der Bund-Länder Architektur in Österreich ist der Sachleistungsbereich hier weniger getrennt, da Wien als Bundesland nicht nur für Pflegesachleistungen zuständig ist, sondern auch im Krankenanstaltenbereich eine zentrale Rolle spielt. Spezifische Problemlagen gibt es allerdings – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – in allen vier Städten, vor allem die Frage des Übergangs zwischen Gesundheits- und Pflegebereich (bzw. die Betreuung von Menschen die keinen Akutbedarf mehr haben, aber auf Grund fehlender Kapazitäten im Pflegebereich für eine Übergangsphase im Gesundheitsbereich betreut werden) und die Frage der Verortung von kurativen Leistungen für pflegebedürftige Menschen.

Die Zuständigkeiten im Bereich der Langzeitpflege sind in Bratislava, Budapest und Prag stärker differenziert als in Wien, vor allem weil in diesen Städten auch die Bezirke Steuerungsaufgaben übernehmen. Teilweise ist diese Delegation mit Verweis auf eine möglichst personenbezogene Pflege auch auf Initiative der Städte erfolgt. Typischerweise gilt in diesen Konstellationen, dass die Städte die Kompetenz im Bereich der stationären Pflege haben, während die Bezirke die mobile Pflege und Betreuung organisieren. Diese Aufteilung sieht in Budapest etwa so aus, dass die Bezirke für die sogenannten „basic social services“ verantwortlich sind, dabei aber teilweise auch von der Stadtverwaltung unterstützt werden. Die Stadt selbst finanziert (teilweise) und verwaltet Alten- und Pflegeheime (sogenannte „special social services“), obwohl auch einige Bezirke Altenheime führen. Die Situation in Prag ist recht ähnlich, wenn auch die Trennung weniger klar ist. In beiden Städten erfolgt die Basisfinanzierung des stationären Bereichs über den Staat, zusätzliche Investitionen werden von anderen Ebenen finanziert. Die mobile Pflege wird in der Regel von den Bezirken organisiert und mit zusätzlicher staatlicher und städtischer Unterstützung auch finanziert. Von den vier Städten zeigt vor allem Bratislava ein großes Maß an Zersplitterung der Zuständigkeiten. Die Zuständigkeit für die stationäre Pflege wird hier mit der Region geteilt, welche Einrichtungen für Menschen mit umfassenden Pflege- und Betreuungsbedarfen koordiniert, während die Stadt die allgemeinen Alten- und Pflegeheime teilweise finanziert, verwaltet und bereitstellt. Die Zuständigkeit für die mobilen Dienstleistungen liegt wieder bei den Bezirken. Im Gegensatz zu Budapest und Prag stellt der Staat in Bratislava keine generelle Finanzierung für die Einrichtungen zur Verfügung, sondern nur für bestimmte Institutionen, wobei die Unterscheidung vom Zeitpunkt der Dezentralisierung abhängt.

Diese beträchtliche Fragmentierung von Zuständigkeiten innerhalb eines einzigen Politikfeldes kann eine Vielzahl von Problemen hervorrufen. Erstens macht es die Entwicklung einer nachvollziehbaren systematischen Langzeitpflegestrategie schwer oder gar unmöglich. Auch wenn die (oft informelle)

Kooperation der unterschiedlichen staatlichen Dienstleister funktioniert, ist eine mittel- oder langfristige Planung schwierig. Zweitens bleiben die Dienstleistungen, auch wenn viele gut entwickelt und qualitativ hochwertig sind, zwangsläufig zersplittert. Drittens kann, aufgrund der Dezentralisierung, Verfügbarkeit und Zugang zu Dienstleistungen sogar innerhalb der Stadt sehr unterschiedlich sein.

### 4.3 Organisation der stationären Pflege und Betreuung

Generell gilt, dass die stationären Angebote der Langzeitpflege in allen vier Städten eine längere Geschichte haben, vielfach historisch die wichtigste pflegepolitische Maßnahme waren und in allen vier Städten „relativ“ gut etabliert sind. Nichtsdestotrotz unterscheiden sich die Strukturen in den vier Städten im Hinblick auf die Art der Einrichtungen, den Umfang und die Qualität der Angebote, die Finanzierung der Leistungen und den Zugang zu den Einrichtungen. Dabei kommt in Bratislava, Budapest und Prag dem Gesundheitsbereich mit spezifischen Einrichtungen der Langzeitpflege meist noch eine größere Bedeutung zu als dies in Wien heute der Fall ist.

**Tabelle 3: Stationäre Infrastrukturen für Pflege und Betreuung**

	Bratislava	Budapest	Prag	Wien
Gesamtzahl der Betten, je 1000 Personen 65+ <sup>1</sup>	49	40 <sup>2</sup>	24 <sup>3</sup>	75
Zusätzliche nicht als Pflegebetten gewidmete Betten, je 1000 Personen 65+ (Schätzungen)	5	10	4	- <sup>4</sup>
Durchschnittliche Bettenzahl je Einrichtung	67	80	87	180
Anteil der öffentlichen Einrichtungen, %	39%	42% <sup>3</sup>	66%	41%
Anteil der Betten in öffentlichen Einrichtungen, %	73%	49% <sup>5</sup>	81%	64%

Quelle: Nationale und regionale Berichte; eigene Erhebungen.

<sup>1</sup> Alle als Langzeitpflegebetten registrierte Betten, unabhängig davon ob diese dem Sozialbereich oder dem Gesundheitsbereich zugeordnet werden.

<sup>2</sup> Inkludiert auch Übergangsbetten in Krankenhäusern. Ohne diese Betten läge der Anteil bei 33 Betten je 1000 Personen 65+.

<sup>3</sup> Für Prag ist von einer höheren Bettendichte auszugehen, da bestimmte Infrastrukturen der Übergangspflege oder des betreuten Wohnens nicht berücksichtigt sind.

<sup>4</sup> Nach Schätzungen warten etwa 1.200 Personen in Krankenanstalten auf einen Platz in einer Pflegeheim Einrichtung.

<sup>5</sup> Dies inkludiert nur Einrichtungen des Sozialsektors.

In Bratislava, Budapest und Prag finden sich Langzeitpflegebetten des Gesundheitssektors vor allem in spezialisierten Stationen der Krankenhäuser. Etwa die Hälfte davon ist speziell für die Langzeitpflege älterer Menschen bestimmt, doch auch ein bedeutender Teil der für die Betreuung chronisch kranker Menschen bzw. der für Rehabilitation gewidmeten Betten wird faktisch dauerhaft von älteren pflegebedürftigen Menschen belegt. Darüber hinaus existieren in Prag spezialisierte Pflegeheime des Gesundheitswesens für ältere pflegebedürftige Menschen, ein Einrichtungstyp der auch in Bratislava diskutiert wird. Kleinere Hospize stellen in den drei Städten eine jüngere Entwicklung dar. All diese Langzeitpflegeeinrichtungen des Gesundheitssektors (Krankenhäuser, Pflegeheime und Hospize) werden von den jeweiligen Krankenversicherungen bzw. über staatliche Subventionen finanziert. Sie stehen den Pflegebedürftigen – im Unterschied zu den Einrichtungen des Sozialbereichs – entweder unentgeltlich oder gegen einen relativ geringen Selbstbehalt zur Verfügung. Es sind auch diese Finanzierungsstrukturen, die die besondere Attraktivität dieser Einrichtungen ausmachen.

Die Einrichtungen, die im Sozialbereich administriert und finanziert werden, sind in der Regel im Hinblick auf die NutzerInnenstruktur weniger stark vorbestimmt. Oft gibt es keine strikte Trennung zwischen Wohnheimen und Pflegeheimen, auch weil ein Übergang in einer Einrichtung ermöglicht werden soll. Allerdings verstärken alle Städte die Bemühungen, die Einrichtungen primär Personen zugänglich zu machen, die einen umfassenderen Pflege- und Betreuungsbedarf aufweisen. Träger der Einrichtungen sind in der Regel öffentliche Träger oder Nonprofit Einrichtungen. Bei den öffentlichen Trägern dominieren die Städte, in Bratislava sind aber auch die Regionen als Träger von Bedeutung. Die Nonprofit Träger bieten ihre Leistungen in der Regel in Einrichtungen mit einer kleineren Bettenzahl, teilweise auch in Einrichtungen mit mehreren Standorten und jeweils kleinen Bettenzahlen an. Die Zahl der gewinnorientierten Pflegeheime ist relativ klein, am höchsten in Prag mit einem Bettenanteil von 13%, gefolgt von Wien mit einem Bettenanteil von 7%. Im Vergleich zwischen den vier Städten weist Wien die größten Einrichtungen auf. Die durchschnittliche Bettenzahl ist doppelt so hoch wie in den anderen Städten, was sich vor allem durch die großen öffentlichen Pflegeheime in Wien ergibt. Alle vier Städte bieten neben den Plätzen in innerstädtischen Einrichtungen auch Plätze in öffentlichen Einrichtungen außerhalb der Stadt an. Während sich diese in Wien in Stadtnähe befinden, befinden sich einige Einrichtungen der anderen Städte teilweise sogar in anderen Landesteilen. Diese Strukturen sind ein Erbe der kommunistischen Ära, als ländliche Grundbesitze verstaatlicht und vielfach in Sozialeinrichtungen umgewandelt wurden. Diese Einrichtungen erfüllen meist nicht die (architektonischen) Grundvoraussetzungen einer Sozialeinrichtung und sind teilweise in einem sehr schlechten baulichen Zustand. Neben den offiziellen Einrichtungen wurde in den Interviews in Prag und Budapest auch auf nicht registrierte Pflegeheime verwiesen. Während es in Tschechien vor allem um Einrichtungen handelt, die nicht offiziell akkreditiert sind, trotzdem aber noch Zugang zu bestimmten öffentlichen Förderungen haben können, handelt es sich in Ungarn auch um illegale „Heime“. 2010 wurden mehrere dieser Heime mit katastrophalen Betreuungsbedingungen entdeckt und geschlossen.

Bezüglich der Finanzierungsstrukturen wird in Wien davon ausgegangen, dass etwa zwei Drittel der gesamten Ausgaben auf die öffentliche Hand entfallen, wobei der Anteil der öffentlichen Ausgaben

bei Alten- und Pflegeheimen größer ist als im Bereich des betreuten Wohnens. Die BewohnerInnen müssen in der Regel 80% ihrer monatlichen Pension, 90% des Pflegegeldes und einen Vermögensanteil für die Finanzierung eines Heimplatzes aufwenden. (Trukeschitz, Schneider 2012) In Bratislava, Budapest und Prag ist die öffentliche Finanzierung wesentlich stärker zwischen verschiedenen gebietskörperschaftlichen Ebenen aufgliedert. (Österle 2012) Im Bereich der öffentlichen Heime entfallen rund 70% bis 80% auf die öffentliche Finanzierung, während im Bereich der Nonprofit Einrichtungen teilweise nur etwa 30% der Ausgaben öffentlich finanziert werden. 20% bis 30% im Bereich der öffentlichen Heime bzw. 70% im Bereich der Nonprofit Heime sind durch die BewohnerInnen zu finanzieren. Bei der öffentlichen Finanzierung erhalten die Städte auch staatliche Mittel, die nach verfügbarer Betteninfrastruktur zugeteilt werden. Nonprofit Organisationen waren und sind teilweise bis heute im Zugang zu öffentlichen Mitteln allerdings benachteiligt. Mit Beginn der Finanzkrise hat sich die finanzielle Situation vieler öffentlicher und privater Einrichtungen wieder verschlechtert. Einrichtungen sind daher bemüht, „kreative“ Finanzierungsmöglichkeiten zu entwickeln. In Budapest versuchen Einrichtungen etwa durch die Vermietung von Parkplätzen, durch das Angebot von Wäscheservice oder von Seminarräumen ein gewisses Zusatzeinkommen zu erzielen. In anderen Einrichtungen wird durch die Einbindung von Freiwilligen eine Entlastung angestrebt.

Die Definition von Einrichtungstypen bestimmt auch darüber, welche Personen bzw. Personengruppen Zugang zu welchen Einrichtungen haben. In Wien werden die Plätze vom Fonds Soziales Wien verwaltet, wobei die Pflegestufe ein zentrales Zugangskriterium darstellt. In Bratislava kümmern sich die Bezirke um die Anmeldungen für allgemeine Pflegewohnheimplätze der BewohnerInnen des jeweiligen Bezirks, während die Region die Zuteilung für die spezialisierten Pflegewohneinrichtungen übernimmt. Die Anmeldungen beinhalten in der Regel das Gutachten eines Allgemeinmediziners, eine Beurteilung durch einen Amtsarzt und ein Gutachten eines Sozialarbeiters. Auf dieser Basis wird vom Bezirk bzw. von der Region eine grundsätzliche Entscheidung gefällt, die AntragstellerInnen können sich dann nach Verfügbarkeit einen Anbieter auswählen. In Budapest werden die Anfragen von den Wohnheimen seit 2010 selbst verwaltet. Daher kommt es durchaus vor, dass AntragstellerInnen mehrere Anmeldeverfahren laufen haben. Im Hinblick auf den Bedarf wird vorausgesetzt, dass der tägliche Pflege- und Betreuungsbedarf zumindest vier Stunden umfasst. Mit diesem Kriterium entwickeln sich die Einrichtungen immer mehr von einfachen Wohnheimen zu Pflegeheimen. So wie in Wien ist auch in Prag die Einstufung für das Pflegegeld eine wichtige Voraussetzung für die Bereitstellung eines Pflegeheimplatzes. Die Antragstellung wird vom Bezirk verwaltet und umfasst neben der Anmeldung, ein Gutachten eines Allgemeinmediziners sowie eines Sozialarbeiters. Die endgültige Zusage erfolgt durch den jeweiligen Sozialleistungsanbieter. Wohnheime verwalten Anmeldungen und Wartelisten selbständig. Allerdings bevorzugen auch sie aus finanziellen Gründen vielfach PflegegeldbezieherInnen.

Ein Unterschied zwischen den Ländern besteht schließlich auch in der Möglichkeit, medizinische Behandlungen in Pflegeeinrichtungen in Anspruch zu nehmen. In Wien hat dies in größeren Einrichtungen durchaus Tradition. Wo dies nicht der Fall ist, wird in vielen Einrichtungen der Transfer von BewohnerInnen zwischen Heimen und Krankenhäusern immer wieder als Problem

thematisiert. In Bratislava, Budapest und Prag wurden erst in jüngster Zeit die Möglichkeiten, medizinische Leistungen auch in Sozialeinrichtungen – wenn auch in der Regel in sehr begrenztem Rahmen – anzubieten, verstärkt. In Budapest können allgemeine medizinische Leistungen in Pflegeheimen angeboten werden, allerdings ohne jegliche Finanzierung seitens der Krankenkassen. Für komplexere medizinische Behandlungen müssen pflegebedürftige Menschen in ein Krankenhaus transportiert werden. In Bratislava können Pflegeeinrichtungen des Sozialwesens ebenfalls limitierte medizinische Leistungen anbieten. Sie können eigenes medizinisches Personal anstellen und Verträge mit den Krankenversicherungen abschließen oder Verträge mit Trägern abschließen, die über die notwendigen Lizenz- und Versicherungsverträge verfügen. In der Regel hat das Personal in Einrichtungen des Sozialwesens im Vergleich zu Einrichtungen des Gesundheitswesens beschränkte Kompetenzen und in der Regel auch ein niedrigeres Gehalt. Neben der Pflegekräftemigration nach Westeuropa ist dies auch der wichtigste Grund für die Fachpersonalknappheit in den slowakischen Pflegeeinrichtungen.

#### **4.4 Organisation der mobilen Pflege und Betreuung**

So wie der Bereich der stationären Pflegedienstleistungen zeigen sich auch im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung beträchtliche Unterschiede zwischen den vier Hauptstädten, vor allem aber zwischen Wien einerseits und Bratislava, Budapest und Prag andererseits. In Wien ist wiederum der Fonds Soziales Wien die zentrale Stelle für die Steuerung des Sektors. Allerdings wird im Unterschied zum stationären Bereich der überwiegende Teil der mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen durch Nonprofit Anbieter erbracht, auf die etwa 95% der Leistungen entfallen. Die Leistungen umfassen häusliche Pflege, Heimhilfe (allgemein und für Demenzkranke), Besuchs- und Reinigungsdienste sowie Wäscheservice, 24 Stunden Pflegedienste und Essen auf Rädern. Die Leistungen werden nach einem einheitlichen Schema verwaltet, wobei aber unterschiedliche Selbstbeteiligungsregelungen zur Anwendung kommen. Medizinische Hauskrankenpflege und die mobile Hospizbetreuung unterliegen als medizinische Leistungen anderen Finanzierungsmechanismen werden aber ebenfalls in diesem System verwaltet.

In Bratislava, Budapest und Prag ist wiederum die Differenzierung zwischen Leistungen des Gesundheits- und des Sozialwesens von zentraler Bedeutung. In allen drei Städten werden im Rahmen des Gesundheitssystems Hauskrankenpflegeleistungen und mobile Hospizbetreuung angeboten. So wie im stationären Bereich fallen auch bei diesen über das Gesundheitssystem organisierten Leistungen nur moderate Selbstbehalte an. Diese Leistungen sind in den drei Ländern vielfach die einzige mobile Pflege- und Betreuungsdienstleistung, die tatsächlich flächendeckend verfügbar ist. Im Vergleich der drei Städte ist das Angebotsnetz in Prag am dichtesten. In allen drei Städten wird häusliche Pflege im Gesundheitsbereich von spezialisierten Trägern angeboten, die bei der Stadtverwaltung registriert sind und Finanzierungsverträge mit den Krankenversicherungen abgeschlossen haben. Im Sozialwesen wird ein sehr breites Spektrum an Dienstleistungen angeboten. Allerdings variieren das konkrete Leistungsspektrum und auch die Dichte dieser Leistungen vielfach schon auf regionaler und lokaler Ebene. Die Dienstleistungen werden in der Regel auf der Bezirksebene verwaltet und entweder von den Bezirken selbst oder von Nonprofit Trägern angeboten. Während der Sektor der mobilen Dienstleistungen in Wien von den Nonprofit

Trägern mit einem Marktanteil von etwa 95% dominiert wird, schätzen InterviewpartnerInnen den Anteil des Nonprofit Sektors in Bratislava, Budapest und Prag auf etwa die Hälfte des Angebots. So wie in Wien ist der Nonprofit Sektor also im mobilen Dienstleistungsbereich wesentlich stärker vertreten als im stationären Bereich. In Prag finden sich auch Ansätze, bei denen öffentliche Träger und Nonprofit Träger Infrastrukturen gemeinsam nutzen, allerdings als getrennte Organisationen agieren. Gewinnorientierte Anbieter haben eine deutlich geringere Bedeutung. Ein höherer Anteil des Forprofit Sektors wurde nur für Bratislava berichtet. Hier entfallen schätzungsweise 15% bis 20% auf den Forprofit Sektor.

Die Finanzierung der Pflege- und Betreuungsleistungen des Sozialwesens basiert auf unterschiedlichen Kombinationen öffentlicher und privater Mittel. In Bratislava, Budapest und Prag umfasst die öffentliche Finanzierung einen Mix aus staatlichen und städtischen Mitteln sowie teilweise Zuwendungen der Bezirke. Die privaten Finanzierungsbeiträge sind als Selbstbehalte gestaltet, die in Prag durch Beiträge aus dem Pflegegeld ergänzt werden. Auch in Wien basiert die Finanzierung der mobilen Pflege- und Betreuungsleistungen aus privaten Selbstbeteiligungen, die sich am Einkommen und der Pflegestufe der NutzerInnen orientieren, wobei außerdem ein Maximalbeitrag zur Anwendung kommt. Vermögen wird bei den Selbstbeteiligungen für die mobilen Dienstleistungen nicht berücksichtigt. Einige Leistungen sind außerdem für Mindestrentner unentgeltlich. Die Höhe der öffentlichen und privaten Finanzierungsanteile unterscheidet sich in allen vier Städten stark nach der Art der Leistung, in Bratislava, Budapest und Prag zudem auch nach Bezirken. In diesen Städten entwickelten Bezirke ihre eigenen Finanzierungsschemata, was zu erheblichen Unterschieden innerhalb der Städte führt.

Grundlage für die Inanspruchnahme mobiler Pflegeleistungen des Gesundheitssystems sind in allen vier Städten Verordnungen durch einen Allgemeinmediziner. Die Dauer der Leistungsgewährung und die Anzahl der Pflegebesuche sind dabei beschränkt. Bei Leistungen im Sozialsystem folgen die vier Städte unterschiedlichen Zugangskriterien, die sich in Bratislava, Budapest und Prag teilweise sogar wieder von Bezirk zu Bezirk unterscheiden können. So wird in Bratislava die Einschätzung des Bedarfs vom Wohnbezirk übernommen. In Budapest wird die Einschätzung des Bedarfs direkt von der gewählten Einrichtung durchgeführt. Dabei gilt die Regel, dass mobile Dienstleistungen nur bis zu einem Bedarf von vier Stunden täglich gewährt werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit der stationären Aufnahme. In Prag bedürfen verschiedene Leistungen auch verschiedener Anmeldeverfahren, die dann aber auch nach Bezirk und Anbieter variieren können. Bei Leistungen mit einem stärkeren Pflegeaspekt ist vielfach ein Gutachten eines Allgemeinmediziners notwendig, bei anderen Leistungen ist lediglich eine Antragstellung bei einem Anbieter notwendig.

Generell attestieren ExpertInnen, dass es in der mobilen Pflege und Betreuung in Bratislava, Budapest und Prag einen enormen Nachhofbedarf gibt. Während medizinische Hauskrankenpflege flächendeckend angeboten wird, variieren die Angebote im Sozialbereich stark, teilweise werden bestimmte Leistungen nur in einzelnen Bezirken angeboten. Essenslieferungen und Notfallalarmsysteme sind jene Leistungen, die in den drei Städten den höchsten Deckungsgrad erreichen. Weitere Probleme ergeben sich aus der organisatorischen Trennung von mobilen

Leistungen des Gesundheits- und des Sozialwesens. Während in Wien der Zugang und die Administration der Leistungen von einer Stelle koordiniert wird (und nur die dahinterstehenden Finanzierungssysteme unterschiedlich sind), sind für den Zugang zu den entsprechenden Leistungen in Bratislava, Budapest und Prag unterschiedliche Wege notwendig, was eine Integration der Leistungen massiv erschwert. Die notwendige Integration wird vielfach nur auf informellen Wegen gewährleistet. Diese informellen Kooperationen können aber die sich aus den komplexen Parallelitäten ergebenden systematischen Probleme nicht lösen, sie können nur kurzfristig spezifische patientenorientierte Lösungen anbieten.

## 5. Zusammenfassung

Pflegepolitik ist durch ein Zusammenspiel von Zuständigkeiten verschiedener politischer Ebenen charakterisiert. Auch in den hier untersuchten Ländern Österreich, Slowakei, Tschechien und Ungarn kommt der lokalen Ebene eine zentrale Bedeutung zu, einerseits als Ebene die Verantwortung in Regulierung, Finanzierung und Bereitstellung trägt, andererseits im Zusammenspiel mit anderen Ebenen. In Österreich hat Pflegepolitik als vor allem auch lokale und regionale Verantwortung eine lange historische Tradition. Mit der großen Pflegereform 1993 wurden Verantwortlichkeiten geklärt, wobei dem Bund vor allem die Zuständigkeit im Bereich der Pflegegeldleistung und der sozialen Absicherung von informell Pflegenden, den Ländern die Zuständigkeit in der Sicherstellung der Pflegeinfrastruktur zukommt. Mit der letzten Pflegereform wurde die Bundeszuständigkeit für die Pflegegeldleistung auch auf jene Personen erweitert, für die bislang die Länder zuständig waren. In den mittelosteuropäischen Ländern waren sozialpolitische Entwicklungen im Allgemeinen, und vor allem auch pflegepolitisch relevante Bereiche der Sozialpolitik, in den vergangenen zwei Jahrzehnten durch Dezentralisierung geprägt. (Österle 2011a, 2010)

Im Vergleich der vier Hauptstädte wurde in Österreich mit den pflegepolitischen Reformen der vergangenen 20 Jahre eine relativ klare Differenzierung der staatlichen, regionalen und lokalen Zuständigkeiten geschaffen. Nichtsdestotrotz wird immer wieder eine stärkere Harmonisierung gewisser Rahmenbedingungen für die Bereitstellung von sozialen Dienstleistungen angeregt. Auch die Frage der Zuständigkeit zwischen Gesundheits- und Sozialbereich, etwa die Frage des Übergangs zwischen den beiden Bereichen oder die Frage der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen, sorgt immer wieder für Debatten. In Bratislava, Budapest und Prag schafft die Trennung zwischen den verschiedenen politischen Ebenen und dem Gesundheits- und Sozialbereich allerdings sehr viel weiter gehende Probleme und vielfach noch ungelöste Herausforderungen. Diese Untersuchung hat gezeigt, dass diese Fragmentierung vor allem auch beträchtliche Unterschiede in der Entwicklung entsprechender Infrastrukturen und damit in der Versorgung mit Pflegedienstleistungen bedingt. Bedarfserhebungen, der Zugang zu Leistungen und die Finanzierung von Leistungen können sich für einzelne Dienstleistungsangebote auch innerhalb der Städte teilweise massiv unterscheiden. Vor allem die Probleme die aus der Definition und der Praxis der Zuständigkeit von Gesundheitsbereich und Sozialbereich ausgehen wurden in den Interviews regelmäßig angesprochen. Dabei wird vor allem die mangelnde Sicherstellung von Pflegeleistungen im Sozialbereich und auf die starken finanziellen Anreize (für die NutzerInnen) zur

Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitsbereich hingewiesen. Eine Ursache für die Probleme die beiden Bereiche abzustimmen, liegt in den völlig getrennten Zuständigkeiten und den bislang nicht koordinierten Logiken der beiden Systembereiche. Eine verbesserte Integration der beiden Bereiche wird daher als zentrale Herausforderung für die Pflegepolitik betrachtet. Es sind heute vor allem die lokalen Akteure und damit auch die Städte, die versuchen bestehende Lücken zumindest teilweise zu füllen. Die Untersuchungen in diesem Projekt haben gezeigt, dass es vielfach informelle Kooperationen zwischen Akteuren sind, die für eine verbesserte Abstimmung von Angeboten sorgen. Städte können solche Entwicklungen unterstützen bzw. vor allem auch über die Einrichtung von lokalen Informations- und Koordinationszentren fördern. Letztlich ist eine systematische Verbesserung der Integration von Gesundheits- und Sozialbereich bei gegebener Kompetenzlage aber vor allem als staatliche Aufgabe wahrzunehmen.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt aktueller Pflegepolitik ist die wirtschaftliche Situation der vier Länder und auch der lokalen Einheiten in diesen Ländern. Während Kostenargument expansive pflegepolitische Maßnahmen immer wieder in Frage gestellt oder sogar verhindert haben, hat die Finanzkrise in den vergangenen Jahren zu beträchtlichen budgetären Einschränkungen geführt, die auch die lokale Ebene trifft. In Ungarn kam es in diesem Zusammenhang beispielsweise in den vergangenen fünf Jahren zu einer nominalen und realen Kürzung der staatlichen Unterstützungsleistungen für Pflegedienstleistungen. Auch in Prag oder Bratislava wurden staatliche Unterstützungsleistungen reduziert. In Österreich wurde das Pflegegeld seit dessen Einführung 1993 wiederholt nicht an die Preisentwicklung angepasst; jüngst führten Einschränkungen im Zugang zu den Pflegestufen 1 und 2 zu einer Einschränkung der Pflegegeldleistungen für diese beiden Gruppen. Die Ebene der Städte steht damit vor einer doppelten budgetären Herausforderungen. Einerseits kommen auch die lokalen Budgets unter Druck, andererseits wird vielfach erwartet, dass Sie die Kürzungen staatlicher Unterstützung oder restriktiver staatlicher pflegepolitischer Maßnahmen ausgleichen. Die aktuelle Situation zeigt die Bedeutung eines stabilen rechtlichen Rahmens für die Planung und Entwicklung lokaler pflegepolitischer Maßnahmen, die gerade in den mittelosteuropäischen Ländern vielfach noch nicht gegeben ist.

Die Definition von Zuständigkeiten für Pflegepolitik und die ökonomische Ausstattung der Akteure stellen den Rahmen für städtische Pflegepolitik dar. Die konkrete Ausgestaltung und das letztlich für pflege- und betreuungsbedürftige Menschen auch verfügbare Dienstleistungsangebot wird aber vor allem auch durch politische, soziale und kulturelle Aspekte bestimmt. Wien ist ein Beispiel für eine Stadt mit einer sehr ausgeprägten sozialpolitischen Kultur, die auf einer langen Tradition beruht. Bratislava, Budapest und Prag teilen bis 1989 eine längere Geschichte starker Zentralisierung. Erst danach haben Städte und Regionen begonnen sich sozialpolitisch stärker zu engagieren, sei es auf Grund der Dezentralisierungsbemühungen der jeweiligen Länder oder aber auch auf Grund von Initiativen, die von der lokalen Ebene ausgegangen sind. Je nach dem welche Bedeutung dem Thema Pflege gegeben wird und wie stark sich die Stadtpolitik (oder auch die Bezirkspolitik) in der Steuerung und Gestaltung dieses Politikbereiches engagiert, kann sich die bestehende Pflegeinfrastruktur zwischen Gemeinden innerhalb eines Landes wie auch innerhalb einzelner Städte beträchtlich unterscheiden. Die bestehende Fragmentierung und die vielfach

unklaren Zuständigkeiten tragen auch dazu bei, dass die pflegepolitische Strategie in Bratislava, Budapest und Prag weniger ausgeprägt ist, als dies in Wien der Fall ist. Auch in Bratislava, Budapest und Prag werden innovative Ansätze verfolgt, das Entwicklungspotential ist auf Grund der finanziellen Restriktionen aber weiter sehr beschränkt.

Für alle vier Städte gilt, dass die aktuelle Situation der pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen und ihrer Familien sowohl durch den gesamtstaatlichen Rahmen für die jeweiligen Pflegeregime wie auch durch die regionalen und lokalen Aktivitäten in diesem Bereich geprägt werden. Auch wenn die föderale Struktur in Österreich im wieder Ansatzpunkt für Kritik an der Pflegepolitik ist, so sind die Strukturen und Zuständigkeiten im Vergleich der vier Städte in Wien relativ klar definiert. Auch im Hinblick auf die Integration der verschiedenen pflegepolitisch relevanten Dienstleistungen wird ein vergleichsweise hohes Maß an systematischer Koordination und Kooperation erreicht. Während Bratislava, Budapest und Prag eine Reihe von Charakteristika in der Entwicklung und im Status der Pflegepolitik gemeinsam haben, sehen sich diese Städte gleichzeitig auch spezifischen Herausforderungen gegenüber. Vor allem für Bratislava wird etwa ein rascher Anstieg des Anteils der älteren Bevölkerung prognostiziert. Aus den Erhebungen im Rahmen dieses Projekts und den Interviews mit ExpertInnen lässt sich schließen, dass neben dem notwendigen Ausbau der Infrastruktur (insbesondere im Bereich der mobilen Dienstleistungen), vor allem eine weitere Diversifizierung der Dienstleistungen und vor allem eine verbesserte Integration der Leistungsangebote notwendig ist. Eine verbesserte Abstimmung und Koordination erfordert eine weitere Klärung der Zuständigkeiten zwischen den gebietskörperschaftlichen Ebenen, eine Abstimmung von Zugangskriterien und Förderungsbedingungen vor allem auch zwischen Leistungen des Gesundheits- und des Sozialbereichs sowie die Sicherstellung nachhaltiger Finanzierungssysteme.

## 6. Literatur

Barvíková, Jana (2011) Long-term Care in the Czech Republic: On the Threshold of Reform. In: Österle, August (Ed.) Long-term Care in Central and South Eastern Europe, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 81-103.

Czech Statistical Office: <http://www.czso.cz/xa/redakce.nsf/i/home>

Glouberman, Sholom, Gemar, Michael, Campsie, Philippa, Miller, Glenn, Armstrong, Jim, Newman, Chayim, Siotis, Ariadne, Groff, Philip (2007) A Framework for Improving Health in Cities: A Discussion Paper. In: Journal of Urban Health, Vol. 83, No. 2, 325-338.

Gulácsi, László, Érsek, Katalin, Mészáros, Kinga (2011) Long-term Care in Hungary: Between Health and Social Care. In: Österle, August (Ed.) Long-term Care in Central and South Eastern Europe, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 105-122.

Heitzmann, Karin, Eiffe, Franz (2008) Gibt es einen Großstadtfaktor in der Armutgefährdung und Deprivation älterer Menschen? Eine empirische Analyse für Österreich. Forschungsbericht des Forschungsinstituts für Altersökonomie, Nr. 3. Wien: Wirtschaftsuniversität.

Hungarian Central Statistical Office: <http://portal.ksh.hu/>

Hungarian Central Statistical Office (2008) Demographic Yearbook of Hungary. Budapest, Hungarian Central Statistical Office.

Kazepov, Yuri (Ed.) (2010) Rescaling Social Policies: Towards Multilevel Governance in Europe, Aldershot: Ashgate.

Kresl, Peter Karl, Ietri, Daniele (2009) Ageing of the Population: Good News for Cities. In: Local Economy, Vol. 24, No. 6-7, 625-636.

Kuvíková, Helena, Srangefeldová, Jana, Topinková, Vidlicková, Katarína (2011) Long-term Care in the Slovak Republic. In: Österle, August (Ed.) Long-term Care in Central and South Eastern Europe, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 175-188.

Österle, August. 2012. Long-term Care Financing in Central Eastern Europe. In: Costa-Font, Joan, Courbage, Christophe (Eds.): Financing Long-term Care in Europe. Institutions, Markets and Models, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 236-253.

Österle, August (ed.). 2011a. Long-term Care in Central and South-Eastern Europe, Frankfurt a.M.: Peter Lang.

Österle, August. 2011b. A Comparative Analysis of Long-term Care in Central and South Eastern Europe. In: Österle, August (Ed.) Long-term Care in Central and South Eastern Europe, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 213-242.

Österle, August. 2011c. Pflege- und Pflegepolitik in Mittelost- und Südosteuropa. In: Kontraste, September 2011, 7-10.

Österle, August, Meichenitsch, Katharina, Mittendrein, Lisa. 2011. Long-term Care in Austria: Between Family Orientation, Cash for Care and Service Provision. In: Österle, August (Ed.) Long-term Care in Central and South Eastern Europe, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 41-66.

Österle, August, Mittendrein, Lisa, Meichenitsch, Katharina. 2011. Providing Care for Growing Needs: The Context for Long-term Care in Central and South Eastern Europe. In: Österle, August (Ed.) Long-term Care in Central and South Eastern Europe, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 17-39.

Österle, August. 2010. Long-term care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Addressing a 'New' Social Risk. In: Social Policy & Administration, Vol. 44, No. 4, 461-480.

Österle, August, Rothgang, Heinz. 2010. Long-term Care. In: Castles, Francis G., Leibfried, Stephan, Lewis, Jane, Obinger, Herbert, Pierson, Christopher (Eds.) The Oxford Handbook of the Welfare State, Oxford: Oxford University Press, 405-417.

Statistical Office of the Slovak Republic: <http://app.statistics.sk/mosmis/eng/run.html>

Statistical Office of the Slovak Republic (2009) Statistical Yearbook of the Capital of the Slovak Republic Bratislava

[http://portal.statistics.sk/files/Sekcie/sek\\_300/330/rev\\_hdp/Reg\\_rev\\_hdp\\_1995-2007.pdf](http://portal.statistics.sk/files/Sekcie/sek_300/330/rev_hdp/Reg_rev_hdp_1995-2007.pdf)

Statistik Austria: <http://www.statistik.at>

Trukeschitz, Birgit, Schneider, Ulrike, Cypionka, Thomas. 2012. Federalism in Health and Social Care in Austria. In: Costa Font, Joan, Greer, Scott L. (Eds.): Federalism and Decentralization in European Health and Social Care: Competition, Innovation and Cohesion, Cambridge: Cambridge Univ. Press (Im Erscheinen).

Trukeschitz, Birgit, Schneider, Ulrike. 2012. Long-term Care Financing in Austria. In: Costa-Font, Joan, Courbage, Christophe (Eds.) Financing Long-term Care in Europe. Institutions, Markets and Models, Basingstoke: Palgrave Macmillan, 187-213.

Vienna Central Bureau of Statistics (2010) Vienna in Figures.

<http://www.wien.gv.at/english/politics/statistics/index.htm>

WHO (2007) Global Age-Friendly Cities: A Guide.

[http://www.who.int/entity/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/entity/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)

## **INFOS UND KONTAKT**

Forschungsinstitut Altersökonomie

Nordbergstraße 15

1090 Wien

T +43-1-313 36-5398

F +43-1-313 36-905398

**[altersoekonomie@wu.ac.at](mailto:altersoekonomie@wu.ac.at)**

**[www.wu.wien.ac.at/altersoekonomie](http://www.wu.wien.ac.at/altersoekonomie)**