

Sind Non-Profit-Organisationen die Guten?

Qualitätsunterschiede zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Alten- und Pflegeheimen

Michaela Neumayr, Katharina Meichenitsch

»Nursing homes care for many people who are too frail, too sick, too poor, and too powerless to choose or even protest their care. We believe that it is unwise to entrust such vulnerable patients to profit-seeking firms.«

(Harrington et al., 2001:1455)

Soziale Dienstleistungen im Bereich der Altenpflege: gute Non-Profits – schlechte For-Profits?

Den Markt um die rund 75.000 Plätze in Alten- und Pflegeheimen (APH) in Österreich teilen sich öffentliche, nicht gewinnorientierte (non-profit) und seit der Einführung des Pflegegeldes 1993 zunehmend auch gewinnorientierte, sogenannte for-profit Anbieter. Letztere stellten 2010 knapp 20% aller angebotenen Betten zur Verfügung (BMASK, 2011). For-profit APH stehen allerdings oft in der Kritik, ihren Gewinn auf Kosten der Qualität der erbrachten Pflegedienstleistungen zu erzielen. Die Argumentation dahinter lautet, dass das Management von for-profit APH in erster Linie seinen InvestorInnen verpflichtet wäre. Daher stünde die Ausschüttung von Gewinnen im Vordergrund, wofür Abstriche hinsichtlich der Qualität in Kauf genommen würden. Das Management von non-profit APH dagegen darf Gewinne gar nicht ausschütten und würde diese stattdessen in die Verbesserung der Leistungsqualität investieren (Hillmer et al., 2005: 139f). Die Qualität der Dienstleistungen in APH bestimmt aber in hohem Maß die Lebensqualität der BewohnerInnen. Ob ein APH als for-profit oder non-profit Einrichtung geführt wird, ist dabei besonders für gebrechliche Personen relevant, die sich aufgrund von physischen oder psychischen Beeinträchtigungen gegen Qualitätsmängel der Pflege kaum wehren können (Comondore et al., 2009: 1).

Inwiefern die Vermutung der geringeren Leistungsqualität für for-profit APH in Österreich zutrifft, lässt sich aufgrund fehlender Daten kaum untersuchen: Prüfberichte über die Einhaltung von Qualitätsstandards sind öffentlich schwer zugänglich und Studien, die einen Qualitätsvergleich anstellen, kaum vorhanden (Trukeschitz, 2009: 18). Die einzigen empirischen Anhaltspunkte geben Erfahrungsberichte und die Expertise von im Sektor tätigen Personen. Insofern können sich Interessierte – NPO-ManagerInnen, PolitikerInnen, aber auch Angehörige und KlientInnen – in der wichtigen Frage nach der Qualität der Pflege und Betreuung in APH meist nur auf mündliche Berichte und Vermutungen verlassen.

Im Gegensatz zu Österreich liegen für andere Staaten – insbesondere die USA – umfangreiche Daten über die Qualität der Leistungen in APH sowie zahlreiche empirische Studien, die einen Vergleich der Qualität zwischen non-profit und for-profit Heimen vornehmen, vor. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über die bislang

dazu durchgeführten Studien und fasst deren Ergebnisse zusammen, um die vorgebrachte These zu untermauern oder zu entkräften. Dazu wird zunächst der Status quo der Alten- und Pflegeheime in Österreich diskutiert. Anschließend werden die aus volkswirtschaftlichen Theorien abgeleiteten Erklärungen für die Vermutung der höheren Qualität von non-profit Einrichtungen dargestellt. Mittels eines systematischen Literaturüberblicks werden danach die Ergebnisse relevanter Fachartikel, nach einzelnen Qualitätsindikatoren gegliedert, zusammengefasst. Die Interpretation der Befunde sowie Möglichkeiten und Einschränkungen zur Übertragung auf die Situation in Österreich behandelt das letzte Kapitel.

Stationäre Pflege und Betreuung älterer Menschen in Österreich

Derzeit stehen in den 862 österreichischen APH insgesamt 74.870 Wohn- und Pflegeplätze zur Verfügung (Stichtag 1. 8. 2010, BMASK, 2010). Hinsichtlich der Auslastung der Heime liegen zwar keine Zahlen vor, Erfahrungsberichten zufolge dürfte sie aber so hoch sein, dass die Anzahl der angebotenen Plätze jener der betreuten Personen entspricht.¹ Daher kann gefolgert werden, dass fast die Hälfte aller BewohnerInnen von APH (47%) in öffentlichen Einrichtungen, ein Drittel (33%) in non-profit und knapp 20% in for-profit APH untergebracht sind (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Anzahl der Plätze in Alten- und Pflegeheimen in Österreich nach Trägerstruktur (1987–2010)

	Plätze gesamt	Plätze öffentlich absolut	Anteil öffentlich in %	Plätze non-profit absolut	Anteil non-profit in %	Plätze for-profit absolut	Anteil for-profit in %
1987	40.933	31.270	76,4	8.849	21,6	814	2,0
1998	64.914	35.920	55,33	23.214	35,76	5.780	8,9
2004	68.235	36.058	52,84	24.215	35,49	7.962	11,67
2006	70.034	36.544	52,18	25.235	36,03	8.255	11,79
2008	72.358	35.289	48,77	26.832	37,08	10.237	14,15
2010	74.870	35.525	47,45	24.993	33,21	14.352	19,34

Quellen: 1987: Badelt und Weiss (1990: 84); 1998: Badelt (2002: 83); 2004–2010: (BMSG, 2005; BMSK, 2007; BMSK, 2009; BMASK, 2010); eigene Berechnungen.

Die Entwicklung über den Zeitverlauf zeigt, dass sich die Zahl der Plätze zwischen 1987 und 2010 fast verdoppelt hat, nämlich von 40.900 auf rund 75.900. Dieser Ausbau hängt mit der zunehmenden Nachfrage und der Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 zusammen, im Zuge derer sich die Länder gegenüber dem Bund zu einem flächendeckenden Ausbau verschiedener sozialer Dienstleistungen für Pflege bis 2010 verpflichteten (inkl. stationäre, teilstationäre, mobile Dienste) (BGBl. Nr. 886/1993). Dabei müssen sie aber nicht selbst als Anbieter der Leistungen auftreten, sondern können Versorgungsaufträge mit nicht-staatlichen Anbietern abschließen. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, erfolgte dieser Ausbau der stationären Pflege nahezu ausschließlich über Plätze in for-profit APH, deren absolute Zahl sich von rund 6.000 im Jahr 1998 auf über 14.000 Plätze im Jahr 2010 mehr als verdoppelt hat. Dagegen

stagnierte die Anzahl der Plätze in öffentlichen Einrichtungen bei rund 35.000; in non-profit Einrichtungen war nur ein geringer Zuwachs um etwa 1.500 Plätze auf 25.000 zu verzeichnen.

Daraus ergibt sich, dass der Marktanteil von non-profit APH in den letzten Jahren unverändert blieb bzw. sogar leicht rückläufig war, während der Marktanteil von for-profit APH kontinuierlich zunahm. Konkret wuchs er von 2% im Jahr 1987 auf 9% im Jahr 1998, danach sprunghaft weiter auf 14% in 2008 und 19% in 2010. Diese rasante Zunahme kann u. a. mit der Implementierung des Pflegegeldes erklärt werden, die die Finanzierung von APH in Österreich völlig neu regelte. Während APH bis 1993 überwiegend über öffentliche Grundsubventionen finanziert wurden, wird seit der Einführung des Pflegegeldes allen pflegebedürftigen Personen gemäß ihres (in sieben Pflegestufen unterteilten) Pflegebedarfes ein monatlicher Geldbetrag zugewiesen. Damit können pflegebedürftige Personen selbst einen Platz in einer APH erwerben. Für die Bereitstellung von flächendeckenden Angeboten sind allerdings die Länder zuständig, die mit unterschiedlichen, meist privaten Anbietern, Versorgungsverträge abschließen, welche über Tagessätze abgegolten werden. Diese neue Regelung, die mit öffentlichen Ausschreibungen, Bieterverfahren usw. verbunden ist, ermöglichte es gewinnorientierten Anbietern vermehrt am Markt mitzumischen – und das offensichtlich sehr erfolgreich.

Die Entscheidung, wer den Zuschlag erhält, ein öffentliches, ein for-profit oder ein non-profit APH, liegt beim jeweiligen Fiancier (Länder und Gemeinden). Zu erfüllen sind Kriterien hinsichtlich der Bewilligung und der Zulassung, die sich u. a. auf die Personalausstattung, bauliche Gegebenheiten, das Dienstleistungsangebot oder die Gestaltung der Pflegedokumentation beziehen. Zwei Bundesländer, Oberösterreich und Tirol, beschränken die Förderungen für APH auf bestimmte institutionelle Formen, Oberösterreich schließt dabei gewinnorientierte Anbieter grundsätzlich aus (siehe dazu Trukeschitz & Buchinger, 2007: 145f).

Die dabei zur Anwendung kommenden Vertragsstrukturen unterliegen jedoch keiner einheitlichen Systematik, ob z. B. für die Errichtung eines Altenheimes eine Wohnbauförderung, eine Bedarfszuweisung oder Mittel aus dem Sozialbudget beantragt werden können, sowie welcher Tagsatz in welcher Höhe für den laufenden Betrieb ausbezahlt wird, hängt davon ab, in welchem Bundesland man tätig ist. Aber auch die variierenden Tagsätze innerhalb der einzelnen Bundesländer lassen auf vermehrten Wettbewerb zwischen den Anbietern sowie einen entsprechenden Verhandlungsspielraum schließen. Andere Entwicklungen, etwa das höchstgerichtliche Urteil in der Steiermark 2008, das die Anwendung des BAGS Kollektivvertrag auf alle privaten APH in Österreich, egal ob gewinnorientiert oder nicht, vorsieht, bringen wiederum einen einheitlichen Standard.

Volkswirtschaftliche Erklärungen für die höhere Qualität von Leistungen in non-profit APH

Die Annahme, dass als non-profit Einrichtung geführte APH qualitativ höherwertige Dienstleistungen erbringen als jene, die als for-profit Einrichtungen geführt werden, leitet sich aus volkswirtschaftlichen Theorien über die Entstehung von non-profit Organisationen ab.² Diese nennen als Begründung für die Existenz von non-profit Organisationen u. a. das *Kontraktversagen* (vgl. Badelt, 2007: 106). Die auf Hans-

mann (1980) zurückgehende Theorie des Kontraktversagens besagt, dass bei Gütern und Leistungen, deren Qualität schwer zu überprüfen ist, der Anbieter gegenüber dem Nachfragenden über Informationsvorteile verfügt. Da die Nachfragenden die tatsächliche Qualität des Produktes oder der Leistung nicht kennen und auch nicht prüfen können, und also dem Anbietenden blind vertrauen müssten – was bei einem auf Eigennutz orientierten for-profit Anbieter eventuell nicht klug wäre – kommt kein Vertragsabschluss zustande. Um Güter und Leistungen mit schwer prüfbarer Qualität dennoch handeln zu können, wurden non-profit Organisationen gegründet, die – da sie keine Gewinne ausschütten dürfen – vertrauensbildend wirken (vgl. auch Arrow, 1963). Die These der gegebenen Vertrauenswürdigkeit von non-profit Organisationen gilt allerdings nur unter der Bedingung, dass deren Management keinen Anreiz hat, das Vertrauen der KlientInnen zu missbrauchen (Badelt, 2007: 106f).

Die Theorie des Kontraktversagens kann auf die Leistungen von APH gut angewandt werden, da die Qualität der angebotenen sozialen Dienstleistungen tatsächlich schwer überprüfbar ist. Das liegt nicht nur daran, dass Dienstleistung generell schwer zu standardisieren sind, sondern auch, weil die betreuten Personen die täglich erhaltene Fürsorge, empathische Pflege und Betreuung aufgrund von Krankheit, Demenz etc. nicht immer beurteilen bzw. ihre Zufriedenheit nicht artikulieren können. Auch die Angehörigen können die Qualität der Leistungen nicht wirklich bewerten, da sie diese ja selbst nicht in Anspruch nehmen (Handy, 1997: 209; Hirth, 1999). Darüber hinaus ist die Wahl eines Altenheimes auch deshalb schwierig – und Vertrauen dafür nötig – weil es sich meist um einen »Ein-Für-Alle-Mal-Kauf« handelt. Ein Wechsel in ein anders APH ist angesichts der hohen Transaktionskosten, des hohen Alters bzw. der Gebrechlichkeit vieler KlientInnen sowie der begrenzten Anzahl an Alternativen in ländlichen Gebieten nicht immer möglich bzw. mit hohem Aufwand verbunden (Hirth, 1999).

Aus der Theorie leiten sich bestimmte Verhaltensmuster für unterschiedliche institutionelle Anbieter, also non-profit und for-profit APH, ab. So würden for-profit APH versuchen, bestehende Informationsasymmetrien zu ihren Gunsten zu nutzen und in jenen Bereichen, in denen die Leistungsqualität schwer überprüft werden kann, geringere Qualität als versprochen anbieten – also ihre Gewinne durch opportunistisches Verhalten maximieren (Chou, 2002: 295). Da die Personalkosten in APH einen gewichtigen Kostenpunkt darstellen, könnte eine Gewinnmaximierung über eine Reduktion der Personalkosten erfolgen – entweder durch den Einsatz von weniger oder schlechter ausgebildetem Personal oder durch geringere Entlohnung. Ebenfalls aus der Theorie abgeleitet werden kann, dass for-profit APH vor allem jene Zielgruppen umwerben, die einen relativ geringen Pflegebedarf haben und daher kostengünstiger betreut werden können (Badelt, 2007: 109ff).

Datengrundlage und Methodik zum Vergleich der Qualität der Dienstleistungen

Für den Vergleich der Qualität der Dienstleistungen von non-profit und for-profit APH wird ein systematischer Literaturüberblick erstellt. Dazu wurden sozialwissenschaftliche und medizinische Datenbanken nach den Schlagworten »nonprofit«, »nursing home« und »quality« durchsucht, um alle bis dato durchgeführten empirischen Studien, die einen Qualitätsvergleich zwischen for-profit und non-profit APH durchgeführt haben und deren Ergebnisse in deutsch- oder englischsprachigen, wis-

senschaftlichen Fachjournalen verfügbar sind, zu ermitteln. Nach Durchsicht der Abstracts der auf diese Weise identifizierten Artikel wurden all jene ausgeschieden, die sich entweder nicht auf APH beschränken sondern auch Krankenhäuser umfassen, die einen Vergleich von non-profit APH mit staatlichen oder kirchlichen APH anstellen oder die keine empirischen, quantitativen Untersuchungen beinhalten. Insgesamt wurden dadurch 110 relevante Artikel ermittelt, die die Datengrundlage für den folgenden Literaturüberblick bilden. Der überwiegende Teil dieser Arbeiten bezieht sich dabei auf Daten aus den USA bzw. aus Kanada.³

In fast allen identifizierten 110 Artikeln wird die Qualität von non-profit und for-profit APH anhand mehrerer Qualitätsindikatoren – meist über mehrere Regressionsanalysen – verglichen, wodurch in Summe 178 Einzelergebnisse vorliegen. Um die Ergebnisse nach Qualitätsindikatoren gegliedert darstellen zu können – und um zu sehen, ob sich signifikante Unterschiede eventuell nur für bestimmte Indikatoren zeigen – werden die 178 Einzelvergleiche als Datenbasis herangezogen.

Die Messung der Qualität der Dienstleistungen in APH

Für den Vergleich der Qualität der Leistungen von APH stellt die in den jeweiligen Studien vorgenommene Operationalisierung von Qualität das wesentliche Kriterium dar. Welche Indikatoren zur Qualitätsmessung von sozialen Dienstleistungen herangezogen werden sollen, ist wissenschaftlich und politisch nicht unumstritten.⁴ Für die folgende Analyse wird daher auf eine eigene Definition der Qualität der Pflegedienstleistungen in APH verzichtet und stattdessen auf die in den empirischen Studien verwendeten Indikatoren Bezug genommen. Grundsätzlich ist man sich darüber einig, dass zwischen Indikatoren zur Bewertung der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität unterschieden werden kann (vgl. z. B. Hillmer et al., 2005; Comondore et al., 2009; Trukeschitz, 2009). Die auf diesen drei Qualitätsebenen am häufigsten verwendeten Indikatoren sind:

- Die Bewertung der **Strukturqualität**, die sich auf die Rahmenbedingungen der Pflegesituation bezieht, wird hauptsächlich über personalbezogene Indikatoren gemessen. Als solche gelten der Betreuungsschlüssel, die Ausbildung des Personals (z. B. Verhältnis von diplomiertem Pflegepersonal je KlientIn) oder die Fluktuation des Personals (Linn et al., 1977; Harrington et al., 2000; Schnelle et al., 2004; McGregor et al., 2005:645). Diese Indikatoren können meist aus Personalstatistiken ermittelt werden, selbst wenn in den jeweiligen APH sonst keine Daten zur Evaluierung der Qualität vorliegen.
- Die Bewertung der **Prozessqualität** bezieht sich auf die zum Einsatz kommenden Betreuungs- und Behandlungsmethoden, wie die Verabreichung von Sedativen (Beruhigungsmitteln), der Einsatz von Kathedern, die Ernährung über Magensonden oder die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen. Operationalisiert werden diese Indikatoren meist über den Anteil aller KlientInnen eines APH, die eine solche Behandlung erfahren (vgl. z. B. Hillmer et al., 2005: 144).
- Unter **Ergebnisqualität** werden der Gesundheitszustand der KlientInnen, ihre körperlichen und kognitiven Fähigkeiten und der Grad ihrer Selbständigkeit zusammengefasst. Häufig angewandte und aussagekräftige Indikatoren dafür sind die Anzahl der Dekubiten, d. h. der wundgelegenen Druckstellen der KlientInnen, aber auch die Sterblichkeitsrate. Darüber hinaus werden die Anzahl der Unfälle

und Stürze, Infektionsraten – insbesondere Harnwegsinfekte – Gewichtsveränderungen, Dehydrierungen oder körperliche Einschränkungen als Indikatoren verwendet (Hillmer et al. 2005: 145).

Studien aus den USA, die lizenzierte non-profit und for-profit APH vergleichen, ziehen häufig auch die im *On-Line Survey Certification and Reporting* (OSCAR) System erfassten Indikatoren heran. Diese unterscheiden zwischen der Pflegequalität (z. B. Ernährung, Rehabilitation), der Lebensqualität (z. B. Ausstattung, Licht, Sauberkeit, soziale Aktivitäten) und Aspekten wie Personal, administrative Abläufe usw. (Harrington et al., 2001: 1452; Sloan et al., 2001). Die Ergebnisse der Studien werden nach den einzelnen Indikatoren gegliedert dargestellt.

Ergebnisse: Bieten gemeinnützige APH tatsächlich Leistungen mit höherer Qualität an als gewinnorientierte APH?

Der Indikator, der über alle Studien betrachtet am häufigsten eingesetzt wird, bezieht sich auf den Personaleinsatz und misst somit die Strukturqualität. Insgesamt liegen dazu 33 Untersuchungsergebnisse vor (siehe Tabelle 2). Davon zeigen rund 55%, dass for-profit APH im Vergleich zu non-profit APH signifikant weniger Einsatzstunden pro Aufenthaltstag oder signifikant geringer qualifiziertes Personals einsetzen (z. B. McGregor et al., 2005). Nur 3% der Ergebnisse belegen das Gegenteil, nämlich dass for-profit APH mehr Einsatzstunden oder höher qualifiziertes Personal beschäftigen. Für die verbleibenden 42% der Vergleiche zeigt sich, dass sich der Personaleinsatz von non- und for-profit APH nicht signifikant voneinander unterscheidet.

Auch in Bezug auf jene Indikatoren, die Prozessqualität messen, überwiegt die Anzahl der Befunde, die in non-profit APH eine höhere Qualität der Leistungen feststellen als in for-profit APH. Sowohl bezüglich des Einsatzes von Magensonden als auch von Sedativen kommen mehr als die Hälfte aller Untersuchungen zum Ergebnis, dass non-profit APH diese weniger oft einsetzen als for-profit APH; kein einziger Befund weist in die gegenteilige Richtung. Bezüglich des Einsatzes von Kathedern ergeben 40% der Untersuchungen, dass non-profit APH diese weniger verwenden, 10% der Untersuchungen, dass for-profit APH diese weniger verwenden. Die verbleibenden 50% der Untersuchungen stellen keine signifikanten Unterschiede fest. Ebenso ist der Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen in non-profit APH geringer als in for-profit APH (siehe Tabelle 2).

Für den Vergleich der Ergebnisqualität wurden am häufigsten die Anzahl der Druckstellen und die Sterblichkeitsrate herangezogen. Von 11 Einzelvergleichen zur Sterblichkeitsrate kommen 18% zum Schluss, dass diese in non-profit APH signifikant niedriger ist, eine Untersuchung stellt eine geringere Sterblichkeitsrate in for-profit APH fest. Alle anderen acht Einzelvergleiche weisen keine Unterschiede aus. Hinsichtlich der wundgelegenen Druckstellen liegen insgesamt 28 Untersuchungen vor. Davon sprechen 32% für non-profit APH, nur knappe 4% der Untersuchungen sprechen für for-profit APH. Der Anteil der Ergebnisse ohne nachweisbare Unterschiede, 64%, überwiegt aber auch hier.

Betrachtet man alle Indikatoren – inklusiv jener, die keiner der drei Qualitätsebenen zugeordnet werden können – zeigt sich von den 178 Einzelergebnissen, dass bei rund 49% keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Qualität zwischen den verschiedenen Eigentümerstrukturen festgestellt werden. 45% aller Ergebnisse

Tabelle 2: Empirische Befunde zur Qualität der Dienstleistungen von non-profit und for-profit APH

Qualitäts-ebene	Indikatoren	Anzahl der Einzelvergleiche (absolut)	Anteil der Vergleiche die eine höhere Qualität feststellen bei		
			non-profit APH (in %)	for-profit APH (in %)	weder/noch (in %)
<i>Struktur</i>	Personal (Qualifikation, Betreuungsschlüssel)	33	54,5	3,0	42,4
<i>Prozess</i>	Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen	23	47,8	17,4	34,8
	Anteil der KlientInnen mit Katheder	10	40,0	10,0	50,0
	Anteil der KlientInnen mit Magensonden	3	100,0	0,0	0,0
	Anteil der KlientInnen die Sedativa erhalten	7	57,1	0,0	42,9
<i>Ergebnis</i>	Sterblichkeitsrate	11	18,2	9,1	72,7
	Dekubiti (wundgelegene Stellen)	28	32,1	3,6	64,3
<i>Sonstige</i>	Gesamtbewertung nach OSCAR	22	54,5	0,0	45,5
	Alle anderen Indikatoren	41	41,5	4,9	53,7
	SUMME	178	44,9	5,6	49,4

Quelle: Davis (1991), Hillmer et al. (2005), Comondore et al. (2009), Chesteen et al. (2005), eigene Berechnungen

kommen zum Schluss, dass non-profit APH eine vergleichsweise höhere Qualität aufweisen als for-profits APH; 6% der Vergleiche zeigen, dass for-profit APH Dienstleistungen mit höherer Qualität erbringen.

Ergebnisdiskussion und Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Österreich

Als wesentliches Ergebnis der Analyse ist festzuhalten, dass in knapp der Hälfte aller Untersuchungen keine Qualitätsunterschiede der Dienstleistungen der verschiedenen institutionellen Anbieter festgestellt werden. Dieser Befund deckt sich auch mit den Schlussfolgerungen der drei vorliegenden Literaturüberblicke (Davis, 1991; Hillmer et al., 2005; Comondore et al., 2009). Die Vermutung, dass die Rechtsform in Zusammenhang mit der Qualität der angebotenen Dienstleistungen steht und non-profit APH bessere Qualität aufweisen, wird von mehr als 49% aller Einzelvergleiche zurückgewiesen.

Ein vergleichsweise hoher Anteil der Vergleiche, rund 45%, stellt aber sehr wohl Qualitätsunterschiede zugunsten gemeinnütziger APH fest – und unterstützt damit die vorgebrachte Vermutung. Das gilt sowohl für die Strukturqualität, als auch die Prozess- und die Ergebnisqualität. In die entgegengesetzte Richtung, nämlich dass gewinnorientierte APH Leistungen höherer Qualität anbieten, weisen nur knapp 6% aller Ergebnisse. Die sich aus der Theorie des Kontraktversagens abgeleitete Vermu-

tung, for-profit Einrichtungen würden ihren Informationsvorsprung zulasten der Qualität der erstellten Leistungen nutzen, wird dadurch untermauert. Besonders drastisch legt das die Untersuchung von Chou (2002) dar. Darin zeigt sich, dass in for-profit APH die Mortalitätsrate sowie das Auftreten von Harnwegsinfekten, Dekubiti und Dehydratationen bei KlientInnen, die im ersten Monat ihres Aufenthaltes keinen Besuch von Familienangehörigen bekommen, signifikant höher ist als in non-profit APH. Chou folgert, dass hier die Hilflosigkeit der KlientInnen ausgenutzt wird (ebd. 304). Bezüglich dem schlechteren Abschneiden von for-profit APH hinsichtlich Personalausstattung und Prozessqualität liegt die Vermutung nahe, dass gewinnorientierte APH durch den Einsatz personalsparender Betreuungsmaßnahmen, wie z. B. Katheder, Medikamente oder Magensonden, versuchen, Kosten zu verringern (Hillmer et al., 2005: 158).

Allerdings gibt der Zusammenhang zwischen institutionellem Anbieter und Qualität noch nicht ausreichend Aufschluss über die zugrundeliegende Kausalität, was bei der Interpretation der Befunde zu berücksichtigen ist. Die Unterschiede der Qualität – vor allem bei Prozessindikatoren, aber auch beim Personaleinsatz – können auch von der Zusammensetzung der KlientInnen nach Schwere des Pflegebedarfes herrühren. Während das in einigen Studien kontrolliert wird (z. B. McGregor et al., 2005), gehen andere von einer identischen Klientel in non-profit und for-profit APH aus. Ebenso wäre für die Preise der Angebote zu kontrollieren, ob die geringere Qualität in for-profit APH sich auch daraus ergeben könnte, dass diese systematisch niedrigere Preise verlangen und die KlientInnen bzw. ihre Angehörigen dann bewusst günstigere, aber qualitativ minderwertigere Pflegedienstleistungen erwerben (Hillmer et al., 2005: 159).

Für die Übertragung der internationalen Studienergebnisse auf die Situation der stationären Pflege von älteren Personen in Österreich sind einige länderspezifische Unterschiede zu beachten. Zunächst bezeichnet der Begriff der non-profit Organisation in den USA eine rechtlich definierte Organisationsform, die gegenüber anderen Organisationsformen steuerliche Vorteile genießt. Dagegen bilden non-profit Organisationen in Österreich wie in vielen anderen europäischen Ländern keine eigene Rechtsform, weshalb die Unterscheidung, ob eine Organisation gewinnorientiert oder gemeinnützig ist, nicht immer eindeutig ist. Zu einer weiteren Aufweichung der Grenzen zwischen den einzelnen Organisationsformen kam es in den letzten Jahren, da Mischformen immer häufiger anzutreffen sind, etwa wenn Muttergesellschaften gewinnorientierte Unternehmungen, die Töchter (einzelne APH) jedoch Gesellschaften mit Gemeinnützigkeitsstatus darstellen.⁵ Auch die Einführung der gemeinnützigen GmbH in Österreich, die ebenso wie andere non-profit Organisationen steuerrechtliche Vorteile genießen, löst die exakte Trennung teilweise auf.

Des Weiteren unterscheidet sich die Anbieterstruktur der Alten- und Pflegeheime: Während in den USA etwa zwei Drittel aller Plätze von for-profit APH angeboten werden (Harrington et al., 2001: 1453), sind es in Österreich nur ein Fünftel aller Plätze. Die Zusammensetzung ist insofern relevant, als von einem hohen Anteil an non-profit Anbietern ein Ausstrahlungseffekt ausgeht, der die Steigerung der Qualität im gesamten Sektor zur Folge hat (Grabowski & Hirth, 2003). Erklärt wird dieser Effekt damit, dass non-profit Einrichtungen Qualität signalisieren und for-profit Anbieter in Märkten mit hohen non-profit Anteilen höhere Qualität aufweisen, um konkurrenzfähig zu bleiben (Hillmer et al., 2005:160). Derzeit überwiegt

in Österreich das Angebot von Plätzen in non-profit Einrichtungen gegenüber jenen in for-profit Einrichtungen. Angesichts der Tatsache, dass der Ausbau der Plätze in den letzten 20 Jahren aber fast ausschließlich durch Plätze in for-profit Einrichtungen erfolgte – und der Bedarf an Betreuungsplätzen in APH in den nächsten Jahren zunehmen wird,⁶ stellt sich die Frage, ob auch in Zukunft in erster Linie Plätze in gewinnorientierten APH geschaffen werden und ob diese bei der Vergabe öffentlicher Ausschreibungen zum Zug kommen sollen. Niedrigere Preise könnten der Anreiz für die Länder und Gemeinden gewesen sein, for-profit Einrichtungen den Vorzug gegeben zu haben. Oder, dass die Anbieter den Informationsvorteil bezüglich der Qualität der Dienstleistungen auch gegenüber den Auftraggebern zu ihren Gunsten nutzen können.

Eine Evaluierung und Bewertung der Qualität der Pflege scheint unerlässlich, weil KlientInnen sich in APH selbst, wie bereits erwähnt, kaum gegen Mängel der Pflege wehren können. Zudem bestimmt die Qualität der Pflege in hohem Maß die Lebensqualität der BewohnerInnen (Harrington et al., 2001: 1452). Die Verpflichtung der Länder zum flächendeckenden Ausbau stationärer sozialer Dienstleistungen für Pflege muss daher inkludieren, dass die Dienstleistungen einem Mindeststandard entsprechen, der überprüft werden kann. Denn auch wenn die Ergebnisse internationaler Studien darauf hinweisen, dass in der Hälfte aller Vergleiche zwischen verschiedenen institutionellen Anbietern keine Qualitätsunterschiede gegeben sind, und wenn solche auftreten, sie zugunsten von non-profit APH entfallen, lassen sich daraus keine Rückschlüsse auf die Qualität eines einzelnen APH ziehen. Zur Beurteilung von APH aufgrund ihrer Qualität und nicht aufgrund von Vorurteilen, aber auch um Menschen mit Pflegebedarf gute Betreuung zu sichern, bedarf es öffentlich zugänglicher Daten, wofür ein passendes Qualitätsmess-Instrument in Österreich implementiert werden muss (siehe dazu den Artikel von Trukeschitz in diesem Heft). Die im Frühjahr 2011 beschlossene Pflegedienstleistungsstatistik, in deren Rahmen die Bundesländer dazu verpflichtet sind, Strukturdaten an den Bund in einheitlicher Form zu übermitteln, könnte erstmals eine, wenn auch geringe, Datengrundlage zur Verfügung stellen, um derartige Berechnungen zumindest auf Ebene des Personaleinsatzes vorzunehmen. Dennoch werden weitere Erhebungen insbesondere für Prozess- und Ergebnisqualitäten notwendig sein, um einerseits Financiers (z. B. Gemeinden, Länder) die Möglichkeit zu bieten, die Qualität von unterschiedlichen Anbietern im Vorfeld der Vergabe von APH zu evaluieren, und andererseits KlientInnen und deren Angehörigen die Möglichkeit zu bieten, sich für eine qualitativ hochwertige stationäre Pflege und Betreuung zu entscheiden.

Literatur

- Arrow, Kenneth (1963) Uncertainty and welfare economics of medical care. *The American Economic Review* 5 (53): 941-973.
- Badelt, Christoph/ Weiss, Peter (1990) Non-profit, for-profit and government organisations in social service provision: comparison of behavioral patterns for Austria. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations* 1 (1): 77-96.
- Badelt, Christoph (2002) Der Nonprofit Sektor in Österreich. In: Badelt, C. (Hrsg.) *Handbuch der Nonprofit Organisationen. Strukturen und Management*. S. 63-86. Stuttgart: Schäffer-Poeschl Verlag.
- Badelt, Christoph (2007) Zwischen Marktversagen und Staatsversagen? Nonprofit Organisationen

- aus sozioökonomischer Sicht. In: Badelt, C./ Meyer, M./ Simsa, R. (Hrsg.) Handbuch der Nonprofit Organisationen. S. 98-119. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Badelt, Christoph/ Meyer, Michael/ Simsa, Ruth (2007) Die Wiener Schule der NPO-Forschung In: Badelt, C./ Meyer, M./ Simsa, R. (Hrsg.) Handbuch der Nonprofit Organisationen. Strukturen und Management. S. 3-16. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- BMASK. (2011) Mehr Geld für die Pflege. Wichtige Neuerungen zum Pflegegeld im Nationalrat beschlossen!, <https://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel= CH0099>, abgerufen am 14.07.2011.
- BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010) Alten- und Pflegeheime in Österreich. Ost, Mitte, Süd-West.
- BMSG, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (2005) Alten- und Pflegeheime in Österreich. Ost, Mitte, Süd-West.
- BMSK, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007) Alten- und Pflegeheime in Österreich. Ost, Mitte, Süd-West.
- BMSK, Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2009) Alten- und Pflegeheime in Österreich. Ost, Mitte, Süd-West.
- Chesteen, S./ Helgheim, B./ Randall, T./ Wardell, D. (2005) Comparing quality of care in non-profit and for-profit nursing homes: a process perspective. *Journal of Operations Management* 23 (2) 229-242.
- Chou, Shin-Yi (2002) Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes. *Journal of Health Economics* 21 (2): 293-311.
- Comodore, Vikram R., Devereaux, P. J., Zhou, Qi, Stone, Samuel B., Busse, Jason W., Ravindran, Nikila C., Burns, Karen E., Haines, Ted, Stringer, Bernadette, Cook, Deborah J., Walter, Stephen D., Sullivan, Terrence, Berwanger, Otavio, Bhandari, Mohit, Banglawala, Sarfaraz, Lavis, John N., Petrisor, Brad, Schünemann, Holger, Walsh, Katie, Bhatnagar, Neera & Guyatt, Gordon H. (2009) Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 339: b2732.
- Davis, Mark A. (1991) On Nursing Home Quality: A Review and Analysis. *Medical Care Research and Review* 48 (2): 129-166.
- Grabowski, David C./ Hirth, Richard A. (2003) Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes. *Journal of Health Economics* 22 (1): 1-22.
- Handy, Femida (1997) Coexistence of nonprofit, for-profit and public sector institutions. *Annals of Public and Cooperative Economics* 68 (2): 201-223.
- Hansmann, Henry B. (1980) The Role of Nonprofit Enterprise. *Yale Law Journal* 89: 835-898.
- Harrington, C./ Zimmerman, D./ Karon, S.L./ Robinson, J./ Beutel, P (2000) Nursing home staffing and its relationship to deficiencies. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 55 (5): 278-287.
- Harrington, Charelene/ Woolhandler, Steffie/ Mullan, Joseph/ Helen, Carrillo/ Himmelstein, David U. (2001) Does Investor Ownership of Nursing Homes Compromise the Quality of Care. *American Journal of Public Health* 91 (9): 1452-1455.
- Hillmer, Michael P./ Wodchis, Walter P./ Gill, Sudeep S./ Anderson, Geoffrey M./ Rochon, Paula A. (2005) Nursing Home Profit Status and Quality of Care: Is There Any Evidence of an Association? *Medical Care Research and Review* 62 (2): 139-166.
- Hirth, Richard A. (1999) Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes. *Journal of Health Economics* 18 (2): 219-240.
- Linn, Margret W./ Gurel, Lee/ Linn, Bernard S. (1977) Patient outcome as a measure of quality of nursing home care. *American Journal of Public Health* 67 (4): 337-344.
- McGregor, Margaret J./ Cohen, Marcy/ McGrail, Kimberlyn/ Broemeling, Anne Marie/ Adler, Reva N./ Schulzer, Michael/ Ronald, Lisa/ Cvitkovich, Yuri/ Beck, Mary (2005) Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? *Canadian Medical Association Journal* 172 (5): 645-649.
- Schnelle, J.F./ Simmons, S.F./ Harrington, C./ Cadogan, M./ Garcia, E.M./ Bates-Jensen, B. (2004) Relationship of nursing home staffing to quality of care. *Health Serv Res* 39 (2): 225-250.
- Sloan, Frank A./ Picone, Gabriel A./ Taylor, Donald H./ Chou, Shin-Yi (2001) Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? *Journal of Health Economics* 20 (1): 1-21.

- Statistik Austria (2010) Bevölkerung insgesamt und in Anstaltshaushalten nach Alter, Geschlecht und Anstaltstyp, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/lebensformen/035113.html, abgerufen am 14.07.2010
- Trukeschitz, Birgit/ Buchinger, Clemens (2007) Öffentliche Förderung am Beispiel von Dienstleistungen der Altenpflege und -betreuung. In: Schneider, A.U./ Trukeschitz, B. (Hrsg.) Quasi-Märkte und Qualität. Die Qualität arbeitsmarktpolitischer und sozialer Dienstleistungen im Kontext öffentlicher Beschaffungspolitik. S. 127-166. Bade-Baden: Nomos.
- Trukeschitz, Birgit (2009) Safeguarding good quality in long-term care: The Austrian approach. *Eurohealth* 16(2): 17-20.

Anmerkungen

- 1 Verfügbar ist nur die Anzahl der in Heil- und Pflegeanstalten und Pensionisten- und Altersheimen mit Hauptwohnsitz gemeldeten Personen, die bei 58.900 liegt (Stichtag 1.1.2009, Statistik Austria, 2010). Personen die ihren Hauptwohnsitz nicht ins Heim verlegt haben sind darin nicht enthalten.
- 2 Non-profit Organisationen unterscheiden sich von for-profit Organisationen v. a. darin, dass sie (a) Gewinne nicht ausschütten dürfen, sondern wieder investieren müssen, sowie dass sie (b) freiwillige Elemente (z. B. ehrenamtliche Mitarbeit, Spendeneinnahmen) aufweisen. Zudem verfügen sie über die Autonomie, wichtige Entscheidungen innerhalb der Organisation zu fällen (Badelt et al., 2007: 7).
- 3 Ebenfalls aufgefunden wurden drei Überblicksartikel, in denen bereits die Ergebnisse von insgesamt 109 der 110 identifizierten Artikel zusammengefasst sind. Der erste stammt von Davis (1991), der einen Literaturüberblick über 20 Studien aus den Jahren 1968 bis 1988 gibt. Hillmer et al. (2005) fassen die Ergebnisse von 38 empirischen Studien der Jahre 1990 bis 2000 zusammen und Comondore et al. (2009) führen einen Literaturüberblick sowie teilweise auch Meta-Analysen über 82 empirische Studien der Jahre 1965 bis 2003 durch. Der vorliegende Beitrag stützt sich in erster Linie auf die Ergebnisse dieser drei Überblicksarbeiten, wobei jene empirischen Artikel, die in mehreren der Literaturüberblicke enthalten sind, nur einmal gewertet werden. Der einzige identifizierte empirische Artikel, der in keinem der drei Überblicksartikel erfasst wurde, ist aufgrund seines Erscheinungsdatum jener von Cheesteen et al. (2005).
- 4 Zur Diskussion von Qualität in APH in Österreich sowie den aktuellen Vorgaben siehe Trukeschitz (2009) und Artikel Trukeschitz in diesem Heft.
- 5 Dies lässt sich anhand von Firmenbuchauszügen nachweisen.
- 6 Der Bedarf erhöht sich aufgrund demografischer Veränderungen wie die Alterung der Babyboomer Generation, vermehrt dementielle Erkrankungen aufgrund des höheren Alters, das viele Menschen erreichen sowie aufgrund gesellschaftlicher und sozialer Umwälzungen (z. B. geringere Fertilitätsraten, höhere Erwerbsquoten von Frauen, Zunahme an Single-Haushalten).