

Peter Hackers Pflege- verständnis im **Faktencheck**

Warum moderne Versorgungspolitik Fachpflege nach *Qualität, Wirkung und Versorgungssicherheit* bewerten muss — und nicht nach Rechtsform oder Parteidogma.

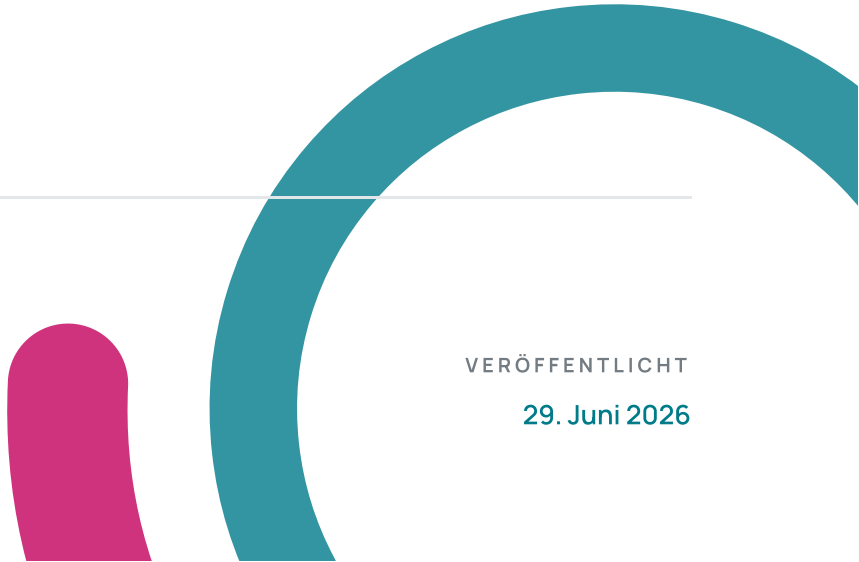
FOUNDER'S NOTE

Thomas Maximilian Lener

Co-Founder & CEO · pflege network®

VERÖFFENTLICHT

29. Juni 2026

A large, abstract graphic in the bottom right corner consisting of a thick teal arc and a smaller pink shape.

Es gibt Sätze, die klingen auf den ersten Blick gut. So ein Satz ist „Kein Profit mit der Pflege.“ Wer möchte da widersprechen?

Niemand will Ausbeutung. Niemand will Renditemodelle auf dem Rücken pflegebedürftiger Menschen. Niemand will, dass öffentliche Gelder in undurchsichtige Konzernstrukturen fließen, während Versorgung, Personal und Qualität leiden.

Aber genau hier beginnt eine interessante Unschärfe. Denn aus einem berechtigten Schutzgedanken ist in der politischen Praxis ein Dogma geworden:

Gemeinnützig ist gut. Privat ist schlecht.

Öffentlich ist moralisch. Unternehmerisch ist verdächtig.

Freiberufliche Fachpflege ist nicht Teil der Lösung, sondern ein Störfaktor.

Moderne Versorgungspolitik klingt anders.

Peter Hacker steht in Wien beispielhaft für diese politische Denkweise. Er ist amtsführender Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport. In seinem Bereich spielt der Fonds Soziales Wien eine zentrale Rolle für Pflege, Betreuung und soziale Versorgung.

Der FSW organisiert und finanziert Leistungen über anerkannte Einrichtungen. Menschen mit FSW-Förderung können Leistungen von diesen anerkannten Einrichtungen beziehen. In der mobilen Hauskrankenpflege listet der FSW eine begrenzte Zahl geförderter Partnerorganisationen auf. Gleichzeitig betont die Stadt Wien, dass Pflege- und Betreuungsleistungen über Partnerorganisationen erbracht werden.

Die öffentliche Hand entscheidet nicht nur, dass Menschen Unterstützung bekommen. Sie entscheidet auch, über welche Strukturen diese Unterstützung laufen darf. Und diese Tatsache ist nicht so harmlos, wie sie klingt.

Denn wenn der Staat Versorgung finanziert, aber unternehmerische Anbieter, Freiberufliche Fachpflege und neue Modelle nicht als gleichwertige Partner behandelt, entsteht kein gerechtes System.

Es entsteht ein geschützter Markt, in dem bestimmte Strukturen Zugang bekommen. Und andere draußen bleiben. Nicht wegen schlechter Qualität. Nicht wegen fehlender fachlicher Kompetenz. Nicht wegen fehlender Evidenz. Sondern wegen politischer Weltanschauung.

| Das Problem ist nicht Gewinn, sondern fehlende Kontrolle

Die politische Debatte erzeugt den Eindruck, als gäbe es nur zwei Möglichkeiten. Entweder gemeinnützig und gut. Oder privat und gefährlich.

Natürlich gibt es Risiken bei profitorientierten Modellen. Gerade im Gesundheits- und Sozialbereich muss man sehr genau hinschauen. Die OECD weist ausdrücklich darauf hin, dass

Gewinnziele Auswirkungen auf Qualität und Preise haben können und dass diese Frage für Regulierung und Wettbewerbspolitik relevant ist.

Aber daraus folgt nicht, dass private Anbieter ausgeschlossen werden müssen. Vielmehr ist es eine Aufforderung, dass Qualität klar definiert werden muss. Leistung muss transparent sein. Kontrolle muss funktionieren. Missbrauch muss verhindert werden. Finanzierung muss der tatsächlichen Versorgung folgen.

Ein Staat, der private Anbieter pauschal moralisch verdächtigt, löst kein Qualitätsproblem. Er ersetzt Qualitätssteuerung durch Ideologie. Und genau das schadet am Ende den Menschen.

Internationale Evidenz sagt nicht: „Privat ist immer besser.“

Sie sagt aber sehr klar: Auswahl, Wettbewerb, Transparenz und regulierte Öffnung können Versorgung verbessern.

Die OECD beschreibt im Gesundheitswesen, dass Anbieter bei staatlich festgelegten Preisen auf Qualität konkurrieren können. Die Evidenz zeigt laut OECD, dass Wettbewerb unter solchen Bedingungen bessere Qualität bringen kann. Gleichzeitig betont die OECD, dass Wettbewerb nicht Deregulierung bedeutet. Qualität, Zugang und Standards müssen reguliert und überprüft werden.

Es geht nicht um Wildwest.

Es geht nicht darum, die Fachpflege dem freien Markt auszuliefern.

Es geht darum, Versorgung so zu organisieren, dass qualitätsvolle Anbieter Zugang bekommen. Unabhängig davon, ob sie öffentlich, gemeinnützig, privat oder freiberuflich organisiert sind.

Entscheidend muss sein: Wer liefert Qualität? Wer ist verfügbar? Wer arbeitet fachlich korrekt? Wer erreicht Menschen zu Hause? Wer entlastet Spitäler? Wer kann Versorgungslücken schließen? Keine Rolle darf spielen: Welche Rechtsform passt besser zur Ideologie einer Partei?

Fehlender Wettbewerb hat konkrete Folgen

Wenn es zu wenige Anbieter gibt, entsteht gemäß Marktlogik Marktmacht. Die OECD beschreibt für Pflege- und Betreuungsmärkte, dass diese oft lokal sind. Wenn lokale Märkte unterversorgt sind und es wenig Wettbewerb gibt, können wenige Anbieter Marktmacht bekommen. Das kann negative Folgen für Preise und Qualität haben, wenn keine gute Regulierung vorhanden ist.

Das ist in der Fachpflege besonders relevant. Denn Fachpflege passiert nicht abstrakt. Sie passiert in Wohnungen. In Familien. Bei Menschen mit Wunden. Bei Menschen mit Kathetern. Bei Menschen nach Spitalsaufenthalten. Bei Menschen, die medizinische Fachpflege zu Hause brauchen.

Mobile Hauskrankenpflege kann laut FSW Spitalsaufenthalte vermeiden oder verkürzen. Medizinische Hauskrankenpflege wird von diplomierten Pflegefachpersonen erbracht. Wenn also Fachpflege zu Hause fehlt, ist das nicht einfach ein organisatorisches Problem, sondern ein Gesundheits- und Kostenproblem für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen.

Schweden zeigt: Wahlfreiheit in der mobilen Versorgung kann Qualität steigern

Ein besonders relevanter Blick geht nach Schweden. Dort wurde in vielen Gemeinden ein Modell mit Wahlfreiheit und freiem Marktzugang in der steuerfinanzierten mobilen Betreuung und Pflege eingeführt. Eine Studie von Bergman, Jordahl und Lundberg untersuchte genau diese Reform. Das Ergebnis: Die Einführung von Wahlfreiheit und freiem Eintritt erhöhte die wahrgenommene Qualität um etwa ein Viertel einer Standardabweichung, ohne die Kosten zu erhöhen.

In der Diskussion der Studie wird festgehalten: Die Reform führte zu höherer Nutzerzufriedenheit ohne signifikant steigende Kosten. Wichtig ist auch: Der Effekt kam offenbar stärker durch Wahlmöglichkeiten zustande als durch einen bloßen Vorteil privater Anbieter.

Das ist entscheidend: Die Evidenz sagt nicht platt „Privat ist besser“. Die Evidenz sagt: Wahlmöglichkeiten verbessern Versorgungserleben. Offene Systeme können Qualität erhöhen. Menschen profitieren, wenn Anbieter nicht künstlich verknappt werden.

Genau deshalb ist ein politischer Reflex gegen Freiberufliche Fachpflege so gefährlich. Denn er nimmt Menschen Wahlmöglichkeiten weg.

Auch Home-Health-Daten zeigen: Wettbewerb kann Qualität verbessern – wenn er klug gestaltet ist

Eine Studie zu Home Health Care in den USA untersuchte den Zusammenhang zwischen Wettbewerb und Qualität. Das Ergebnis war differenziert: Wettbewerb hatte in vielen Bereichen positive Effekte auf funktionelle Verbesserungen und die Anzahl der Besuche. In extrem wettbewerbsintensiven Märkten zeigten sich aber auch negative Effekte bei einzelnen Qualitätsmaßen.

Wer sauber argumentiert, darf also nicht behaupten: Je mehr Markt, desto besser. Die richtige Aussage lautet: Wettbewerb kann Qualität verbessern, wenn er reguliert, transparent und qualitätsorientiert gestaltet wird. Und genau das ist der politische Auftrag.

Nicht Ausschluss. Sondern Gestaltung.

Nicht Dogma. Sondern Steuerung.

Nicht „privat böse“. Sondern: Wer Qualität liefert, muss Teil der Versorgung sein können.

I Buurtzorg zeigt, wie moderne Fachpflege funktionieren kann

Ein weiteres Beispiel ist Buurtzorg in den Niederlanden. Buurtzorg arbeitet mit selbstorganisierten Pflegeteams, hoher professioneller Eigenverantwortung und starker Beziehungskontinuität. Das Modell wurde international beachtet, weil es hohe Patientenzufriedenheit, hohe Mitarbeiterzufriedenheit und offenbar hochwertige Versorgung bei niedrigeren Kosten erreichen konnte.

Es ist ein Beispiel dafür, dass professionelle Autonomie, kleine Teams und Verantwortung vor Ort funktionieren können. Also genau jene Prinzipien, die auch in der Freiberuflichen Fachpflege stark sind.

Nähe · Eigenverantwortung · Verbindlichkeit · Fachlichkeit · Regionale Versorgung · Direkter Kontakt zu Menschen

Wer moderne Fachpflege ernst nimmt, muss solche Modelle anschauen.

I Die SPÖ-Position ist politisch klar – aber fachlich zu dünn

Die SPÖ formuliert in ihrem Pflegeprogramm ausdrücklich: „Kein Profit mit der Pflege.“ Sie erklärt dort auch, dass alle Pflegeeinrichtungen mit Geld vom Staat gemeinnützig sein sollen und dass private Geldgeber in der Pflege nicht gewünscht seien.

Das ist eine klare politische Position. Aber sie löst das Versorgungsproblem nicht. Denn die zentrale Frage lautet nicht: Darf jemand Gewinn machen? Die zentrale Frage lautet: Bekommen Menschen rechtzeitig die Fachpflege, die sie brauchen?

Wenn ja: durch wen? Wenn nein: warum nicht? Wenn ein gemeinnütziger Anbieter verfügbar ist und gute Qualität liefert: sehr gut. Wenn ein öffentlicher Anbieter verfügbar ist und gute Qualität liefert: sehr gut. Wenn eine freiberufliche Pflegefachperson verfügbar ist und gute Qualität liefert: ebenfalls sehr gut. Wenn ein privater Anbieter verfügbar ist, qualitätsgesichert arbeitet, transparente Preise hat und Versorgungslücken schließt: ebenfalls sehr gut.

Der Mensch zu Hause interessiert sich nicht für politische Reinheitslehre. Er interessiert sich dafür, ob jemand kommt.

- Ob die Wunde versorgt wird.
- Ob der Katheter funktioniert.
- Ob Angehörige entlastet werden.
- Ob ein Spitalsaufenthalt verhindert wird.
- Ob Fachpflege erreichbar ist.

„Pflege ist kein Feld für Experimente“ klingt vernünftig – kann aber Stillstand bedeuten

Peter Hacker sagte 2019: „Die Pflege ist kein Feld für Experimente.“ Und er betonte zentrale Servicestellen, staatlich garantierte Finanzierung und bewährte Strategien.

Auch hier gilt: Auf den ersten Blick klingt das gut. Natürlich soll Fachpflege kein Experimentierfeld sein. Aber Fortschritt ist nicht automatisch ein Experiment.

Internationale Evidenz ist kein Experiment.

Freiberufliche Fachpflege ist kein Experiment.

Wahlfreiheit ist kein Experiment.

Qualitätswettbewerb ist kein Experiment.

Moderne Versorgungsmodelle sind kein Experiment.

Ein Experiment ist vielmehr, trotz wachsendem Bedarf an alten Strukturen festzuhalten und zu hoffen, dass es irgendwie gutgeht. Das ist das eigentliche Risiko.

Das politische Mittelalter beginnt dort, wo Dogmen wichtiger werden als Daten

Wir müssen in der Fachpflege endlich raus aus dieser moralischen Steinzeit. Raus aus dem Reflex: Privat gleich böse. Gemeinnützig gleich gut. Staatlich gleich sicher. Freiberuflich gleich gefährlich. Das ist kein fachlicher Kompass. Das ist politischer Aberglaube.

Moderne Versorgungspolitik muss anders denken. Sie muss fragen: Welche Modelle funktionieren international? Welche Qualitätsdaten liegen vor? Welche Anbieter erreichen Menschen tatsächlich? Welche Strukturen entlasten Spitäler? Welche Angebote schaffen Zugang? Welche Pflegefachpersonen bleiben im Beruf, wenn sie mehr Autonomie bekommen? Welche Rolle kann Freiberufliche Fachpflege in regionalen Versorgungslücken spielen?

Die Europäische Kommission weist darauf hin, dass der Bedarf an Langzeitpflege durch die demografische Entwicklung steigen wird und dass sich die Angebotsstrukturen in Europa verändern, unter anderem durch Privatisierung, Marktisierung und grenzüberschreitende Leistungserbringung. Wer diese Entwicklungen ignoriert, betreibt keine soziale Politik, sondern Realitätsverweigerung.

Gute Versorgung braucht Regeln – aber keine Mauern

Niemand fordert einen unkontrollierten Markt. Im Gegenteil. Gerade pflege network® sagt klar: Fachpflege braucht klare Qualitätsstandards. Fachpflege braucht klare Berufsrollen. Fachpflege braucht klare Finanzierung. Fachpflege braucht Transparenz. Fachpflege braucht Verantwortung.

Aber Qualität entsteht nicht dadurch, dass man bestimmte Anbietergruppen politisch aussperrt. Qualität entsteht durch klare Zulassungskriterien, fachliche Mindeststandards, messbare Ergebnisqualität, transparente Preise, öffentliche Vergleichbarkeit, Kontrolle, Sanktionen bei Verstößen und echte Wahlmöglichkeiten für Menschen.

Die OECD empfiehlt, Markteintritt und Expansion nicht unnötig durch belastende Verfahren zu bremsen. Eintrittsbarrieren können Kapazitäten begrenzen und Wettbewerb einschränken. Wenn der Staat Versorgung steuert, darf er nicht die bestehenden Strukturen vor neuen Lösungen schützen.

Die Bevölkerung zahlt den Preis für ideologische Versorgungspolitik

Wenn Freiberufliche Fachpflege nicht gleichwertig eingebunden wird, zahlen Menschen den Preis.

Angehörige zahlen ihn mit Überlastung.

Pflegebedürftige Menschen zahlen ihn mit Wartezeiten.

Spitäler zahlen ihn mit vermeidbaren Aufenthalten.

Pflegeschwestern zahlen ihn mit fehlender beruflicher Perspektive.

Die Sozialversicherung zahlt ihn mit höheren Folgekosten.

Und am Ende zahlt ihn die gesamte Bevölkerung.

Darum ist Politik nach Dogma eine Strafe für die Bevölkerung. Nicht, weil ein einzelner Politiker böse ist. Sondern weil eine politische Haltung Versorgung verengt. Weil sie Lösungen verhindert. Weil sie Daten ignoriert. Weil sie internationale Erkenntnisse ausblendet. Weil sie Fachpflege nicht nach Qualität bewertet, sondern nach politischer Passform.

Der richtige Satz lautet nicht: „Kein Profit mit Pflege“

**Der richtige Satz lautet:
Kein Missbrauch mit Fachpflege.**

Keine Ausbeutung. Keine Intransparenz. Keine Renditemodelle zulasten pflegebedürftiger Menschen.

Aber sehr wohl: Freiberufliche Fachpflege. Unternehmerische Verantwortung. Faire Verträge. Qualitätskontrolle. Wahlfreiheit. Transparente Finanzierung. Und Zugang für alle Anbieter, die fachlich sauber arbeiten.

Das ist moderne Versorgungspolitik. Alles andere ist Ideologie.

Und Ideologie versorgt keine Wunden.
Ideologie legt keinen Katheter.
Ideologie verhindert keinen Spitalsaufenthalt.
Ideologie entlastet keine Angehörigen.

Fachpflege tut das.

Darum braucht Österreich endlich eine Politik, die Fachpflege nicht nach Parteidogmen sortiert, sondern nach Qualität, Wirkung und Versorgungssicherheit.

Die Menschen haben sich ein System verdient, das hinschaut. Auf Daten. Auf Evidenz. Auf internationale Modelle. Und auf jene Pflegefachpersonen, die bereit sind, Verantwortung zu übernehmen. Auch freiberuflich. Gerade dort, wo Versorgung sonst nicht ankommt.

FOUNDER'S NOTE



Thomas Maximilian Lener

Co-Founder & CEO · pflege network®

Quellen und weiterführende Literatur

Die folgenden Quellen belegen die im Beitrag referenzierten Aussagen zu Funktion und Förderlogik in Wien, zur SPÖ-Position sowie die internationale Evidenz zu Wettbewerb, Wahlfreiheit und Regulierung in der Pflege- und Langzeitversorgung.

- 01** Stadt Wien / Rathauskorrespondenz: „Hacker: Pflege ist kein Feld für Experimente – SPÖ-Vorschlag einziger mit Weitblick“, 25.06.2019.
Relevanz: Originalquelle für die Aussage von Peter Hacker: „Die Pflege ist kein Feld für Experimente.“
- 02** Stadt Wien: „Peter Hacker – Amtsführender Stadtrat für Soziales, Gesundheit und Sport.“
Relevanz: Offizielle Funktionsbeschreibung von Peter Hacker in der Wiener Stadtregierung.
- 03** Fonds Soziales Wien: „Pflege und Betreuung.“
Relevanz: Der FSW stellt dar, dass Pflege- und Betreuungsleistungen in Wien im Auftrag der Stadt Wien organisiert und von Partnerorganisationen erbracht werden.
- 04** Fonds Soziales Wien: „Anerkannte Einrichtungen.“
Relevanz: Der FSW beschreibt, dass geförderte Leistungen von anerkannten Einrichtungen bezogen werden können und dass diese den FSW-Förderrichtlinien entsprechen müssen.

- 05** **Fonds Soziales Wien: „Medizinische Hauskrankenpflege.“**
Relevanz: Der FSW beschreibt medizinische Hauskrankenpflege als Leistung durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, die Spitalsaufenthalte verkürzen oder vermeiden kann; zudem werden die aktuellen Partnerorganisationen genannt.
- 06** **SPÖ: „Unser Plan für dein besseres Österreich“, Wahlprogramm 2024 — Abschnitt „Kein Profit mit der Pflege!“.**
Relevanz: Politische Primärquelle für die SPÖ-Position, wonach öffentlich mitfinanzierte Pflegeeinrichtungen gemeinnützig arbeiten sollen und Gewinne wieder in Pflege, Betreuung, Infrastruktur und Qualität fließen sollen.
- 07** **OECD: *Competition and regulation in the healthcare sector*, OECD Roundtables on Competition Policy Papers No. 334, 2026.**
Relevanz: Die OECD beschreibt, dass Wettbewerb im Gesundheitswesen Kosten kontrollieren und Effizienz fördern kann, warnt zugleich vor regulatorischen Eintrittsbarrieren, die Kapazität und Zugang begrenzen können.
- 08** **OECD: *Competition and regulation in the healthcare sector*, Abschnitt „Market characteristics and the introduction of competition“, 2026.**
Relevanz: Die OECD stellt klar, dass Wettbewerb Regulierung nicht ersetzt. Qualität, Markteintritt und Leistungsniveau müssen kontrolliert werden; Patient:innenwahl bei regulierten Preisen kann Anbieter zu höherer Qualität motivieren.
- 09** **OECD: *Competition and regulation in the care industry*, OECD Roundtables on Competition Policy Papers No. 315, 2024.**
Relevanz: Die OECD untersucht Wettbewerb und Regulierung in der Care Industry, darunter Langzeitpflege, und zeigt, dass beide Qualität, Zugang und Marktergebnisse beeinflussen können.
- 10** **OECD: *Competition and regulation in the care industry*, PDF-Fassung, 2024.**
Relevanz: Zentral für die Argumentation: Care-Märkte sind oft lokal. In unterversorgten lokalen Märkten können wenige Anbieter Marktmacht bekommen — mit negativen Folgen für Preise und Qualität, wenn Regulierung fehlt.
- 11** **OECD: *Competition and regulation in the care industry*, Abschnitt „Incentivising quality“, 2024.**
Relevanz: Wettbewerb in Langzeitpflege-Märkten kann Qualitätsanreize setzen, wenn Preise reguliert sind, Qualität gemessen wird und Konsument:innen informiert entscheiden können; die Wirkung hängt von Regulierung, Finanzierung und Qualitätsmessung ab.
- 12** **Bergman, Mats A.; Jordahl, Henrik; Lundberg, Sofia: *Choice and Competition in the Welfare State: Home Care as the Ideal Quasi-market*, IFN Working Paper No. 1213, 2018.**
Relevanz: Studie zu Schweden. Wahlfreiheit und freier Markteintritt in steuerfinanzierter häuslicher Versorgung erhöhten die wahrgenommene Qualität um etwa ein Viertel einer Standardabweichung, ohne die Kosten zu erhöhen — der Effekt wird eher mit neuen Wahlmöglichkeiten als mit einem generellen Vorteil privater Anbieter erklärt.
- 13** **Jung, Kyoungrae; Polsky, Daniel: *Competition and Quality in Home Health Care Markets*, Health Economics, 2014.**
Relevanz: Studie zur häuslichen Gesundheitsversorgung in den USA. Wettbewerb hatte in vielen Bereichen positive Effekte auf funktionelle Verbesserungen und Besuchszahlen, war aber nicht linear und in sehr stark wettbewerblichen Märkten teils negativ.
- 14** **The Commonwealth Fund — Gray, Bradford H.; Sarnak, Dana O.; Burgers, Jako: *Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model*, 2015.**
Relevanz: Fallstudie zum niederländischen Buurtzorg-Modell mit selbstorganisierten Pflgeteams; beschreibt hohe Patient:innen- und Mitarbeiter:innenzufriedenheit, weniger benötigte Stunden pro Patient:in und hohe professionelle Eigenverantwortung.
- 15** **Europäische Kommission / Publications Office of the EU: *Study on the long-term care supply and market in EU Member States*, Final Report, 2022.**
Relevanz: EU-Studie zu Angebotsstrukturen in der Langzeitpflege; beschreibt steigenden Bedarf durch demografische Entwicklung und untersucht Anbieterstrukturen in Wohnpflege, teilstationärer und häuslicher Versorgung.