



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Eine Betrachtung der prognostizierten Entwicklung  
der Pflegeausgaben in Österreich“

Verfasser

Johannes Schimmerl

angestrebter akademischer Grad

Magister der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften  
(Mag.rer.soc.oec)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienbuchblatt:  
Studienrichtung lt. Studienbuchblatt:  
Betreuer:

A 140  
Diplomstudium Volkswirtschaftslehre  
Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Peter Rosner

## **Vorwort**

In dieser Diplomarbeit versuche ich eines der in meinen Augen medial und politisch meistdiskutierten und gleichzeitig wissenschaftlich zum Teil unterbeleuchteten Sozialpolitikfelder näher zu betrachten. Die Höhe der künftigen Pflegeausgaben sorgt vor allem angesichts angespannter Budgets für Aufsehen. Dennoch kann derzeit in Österreich nicht genau beziffert werden, in welcher Höhe öffentliche finanzielle Mittel in diesen Politikbereich fließen. Ein helleres Licht kann auch ich nicht in diese „Black Box“ bringen, diese Arbeit stellt allerdings den Versuch dar, einerseits die vorhandene Datenlage zusammenzutragen und somit hoffentlich einen Anstoß zur Verbesserung derselben zu geben. Andererseits erscheint es notwendig, die Annahmen und Methodik der bisher vorliegenden Prognosen zur künftigen Entwicklung der Pflegeausgaben kritisch zu bewerten um zu einem realistischeren Bild dieser Thematik zu kommen.

Das Zustandekommen dieser Arbeit ist einer Vielzahl von Personen zu verdanken, die mir sowohl in wissenschaftlicher als auch persönlicher Hinsicht wertvolle Unterstützung zu Teil werden haben lassen. Eine Aufzählung all dieser Personen würde jedoch den Rahmen sprengen.

Mein Dank gilt ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Rosner, der diese Arbeit geduldig betreut hat, wiederholt wertvolle Anregungen gab und stets zu Diskussionen zur Diplomarbeit bereit war; MMag.<sup>a</sup> Maria Hofmarcher, die zum Zeitpunkt der Konzepterstellung im IHS tätig war und die mir den Anstoß zur Auseinandersetzung mit dieser Thematik gegeben hat; Mag.<sup>a</sup> Susanne Haslinger für zahlreiche inhaltliche Anmerkungen und ihre Hilfe bei der Letztkorrektur der Arbeit; Nina Abrahamczik für ihre Anmerkungen bei der Letztkorrektur sowie den Beteiligten des Lern- und Schreibkollektives „Studierzimmer“, die vor allem in der Endphase der Fertigung dieser Diplomarbeit meine Motivation hochhielten und jederzeit für inhaltliche, sprachliche und grammatikalische Fragen zugänglich waren.

Zuletzt ist ein besonderer Dank an meine Eltern zu richten, die mir einerseits das Studium der Wirtschaftswissenschaften ermöglichten, mich jederzeit unterstützten und somit den Grundstein zum Gelingen dieser Arbeit legten.

# Inhaltsverzeichnis:

VORWORT .....	I
<b>1. EINLEITUNG.....</b>	<b>4</b>
1.1. MOTIVATION .....	4
1.2. STRUKTUR DER DIPLOMARBEIT .....	5
<b>2. BETRACHTUNG DER DIE PFLEGEAUSGABEN BEEINFLUSSENDEN FAKTOREN .....</b>	<b>8</b>
<b>3. ERHEBUNG DES IST-ZUSTANDES DES ÖSTERREICHISCHEN PFLEGESYSTEMS .....</b>	<b>10</b>
3.1. GRUNDLAGEN DES ÖSTERREICHISCHEN PFLEGESYSTEMS .....	10
3.1.1. Hintergrund des österreichischen Pflegesystems .....	10
3.1.2. Definition der Pflegebedürftigkeit .....	11
3.1.3. Rechtliche Grundlagen und Ausgestaltung des österreichischen Pflegegeldsystems .....	12
3.1.4. Kompetenzverteilung .....	13
3.2. MONETÄRE DIMENSION DES ÖSTERREICHISCHEN PFLEGESYSTEMS .....	15
3.2.1. Öffentliche Ausgaben für Geldleistungen .....	16
3.2.2. Öffentliche Ausgaben für Sachleistungen .....	17
3.2.3. private Pflegeausgaben .....	20
3.2.4. Geldleistungen vs. Sachleistungen .....	21
3.2.4.1. Exkurs zur Baumol'schen Kostenkrankheit .....	23
3.2.5. Opportunitätskosten .....	23
3.2.6. Verteilungswirkung der öffentlichen Leistungen .....	24
3.3. NICHT-MONETÄRE DIMENSION DES ÖSTERREICHISCHEN PFLEGESYSTEMS .....	26
3.3.1. Anzahl der Pflegebedürftigen .....	26
3.3.2. Grad der Pflegebedürftigkeit .....	27
3.3.3. Entwicklung der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen .....	27
3.3.4. Altersstruktur der Pflegebedürftigen .....	29
3.3.5. Risiko der Pflegebedürftigkeit .....	29
3.3.6. Demographische Entwicklung.....	30
3.3.7. Entwicklung des Gesundheitszustands bei steigender Lebenserwartung.....	31
3.3.8. Umfang der informellen und der formellen Pflege.....	33
3.3.9. Altersstruktur der informell Pflegenden .....	36
3.3.10. Betreuungssituation im Bereich der informellen Pflege .....	37
3.3.11. Betreuungsverhältnisse .....	38
3.3.12. Die zukünftige Bedeutung der informellen Pflege.....	39
3.3.13. Gesellschaftliche Relevanz der informellen Pflege.....	41
<b>4. PROGNOSESZENARIEN ÜBER DIE ENTWICKLUNG DER PFLEGEAUSGABEN IN ÖSTERREICH .....</b>	<b>44</b>
4.1. METHODIK UND ANNAHMEN DER STUDIEN.....	44
4.1.1. WIFO-Studie (Mühlberger / Knittler / Guger).....	44
4.1.2. Studie der AK Wien (Streissler) .....	48
4.1.3. IHS-Studie (Riedel / Hofmarcher).....	51
4.1.4. Studie der Universität Linz (Buchegger / Brunner).....	53
4.1.5. Studie der Europäischen Kommission.....	56
4.1.6. OECD-Studie .....	60
4.2. VERGLEICH DER PROGNOSEN ÜBER DIE ENTWICKLUNG DER KÜNFTIGEN ÖSTERREICHISCHEN PFLEGEAUSGABEN .....	63
4.2.1. Ergebnisse der WIFO-Studie.....	63
4.2.2. Ergebnisse der Studie der AK Wien.....	65
4.2.3. Ergebnisse der IHS-Studie.....	66
4.2.4. Ergebnisse der Studie der Universität Linz .....	68
4.2.5. Ergebnisse der Studie der Europäischen Kommission .....	70
4.2.6. Ergebnisse der OECD-Studie .....	70
4.3. VERGLEICH DER METHODIK UND DER EINGEHENDEN FAKTOREN .....	71

4.3.1. Art der betrachteten Pflegeausgaben.....	76
4.3.2. Demographische Veränderungen.....	76
4.3.3. Kostenentwicklung im Pflegebereich.....	77
4.3.4. Entwicklung des Gesundheitszustandes.....	78
4.3.5. Rückgang der informellen Pflege.....	79
4.3.6. Weitere Faktoren.....	80
4.3.7. Kritikpunkte an den Studien.....	81
4.4. EINSCHÄTZUNG DER PROGNOSEFÄHIGKEIT DER STUDIEN.....	82
4.4.1. Prognosefähigkeit der WIFO-Studie.....	82
4.4.2. Prognosefähigkeit der Studie der AK-Wien.....	84
4.4.3. Prognosefähigkeit der IHS-Studie.....	85
4.4.4. Prognosefähigkeit der Studie der Universität Linz.....	86
4.4.5. Prognosefähigkeit der Studie der Europäischen Kommission.....	86
4.4.6. Prognosefähigkeit der OECD-Studie.....	87
<b>5. DISKUSSION ÜBER REFORMANSÄTZE UND MÖGLICHKEITEN DER ABDECKUNG DES ZUSÄTZLICHEN FINANZIERUNGSBEDARFES IM ÖSTERREICHISCHEN PFLEGESYSTEM.....</b>	<b>88</b>
<b>6. CONCLUSIO.....</b>	<b>93</b>
<b>7. LITERATUR:.....</b>	<b>97</b>
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	II
CURRICULUM VITAE.....	III
ABSTRACT.....	IV

## Tabellenverzeichnis:

TABELLE 1 – LEISTUNGSSTUFEN DES BUNDESPFLEGEgeldGESETZES.....	13
TABELLE 2: AUFWAND UND EINNAHMEN DER LÄNDER FÜR MOBILE, TEILSTATIONÄRE UND STATIONÄRE DIENSTE.....	18
TABELLE 3: PFLEGE- UND SOZIALAUSGABEN DER GEMEINDEN.....	18
TABELLE 4: NETTOAUSGABEN DER GEMEINDEN NACH BUNDESLÄNDERN.....	19
TABELLE 5: ANZAHL DER PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN.....	26
TABELLE 6: ANTEIL DER PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN NACH PFLEGESTUFEN.....	27
TABELLE 7: ANTEIL DER PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN NACH ALTERSGRUPPEN UND PFLEGESTUFEN .....	29
TABELLE 8: STAND DER BEVÖLKERUNG NACH ALTERSGRUPPEN.....	31
TABELLE 9: ZUSAMMENFASSUNG DER DREI GESAMTSZENARIEN DES WIFO.....	64
TABELLE 10: PROGNOSESZENARIEN DER PFLEGEKOSTEN NACH STREISSLER.....	65
TABELLE 11: IHS BERECHNUNGEN: ENTWICKLUNG DER AUSGABEN FÜR DAS BUNDESPFLEGEgeld .....	67
TABELLE 12: IHS SENSITIVITÄTSANALYSEN: BUNDESPFLEGEgeld.....	68
TABELLE 13: EUROPÄISCHE KOMMISSION: PROJEKTION DER ÖFFENTLICHEN PFLEGEAUSGABEN IN ÖSTERREICH UNTER VERSCHIEDENEN SZENARIEN.....	70
TABELLE 14: OECD - PROJEKTIONSSZENARIEN DER ÖFFENTLICHEN PFLEGEAUSGABEN IN ÖSTERREICH.....	71

## Abbildungsverzeichnis:

<b>ABBILDUNG 1: KOSTEN DES ÖSTERREICHISCHEN PFLEGEgeldES 1994-2008</b> .....	16
<b>ABBILDUNG 2: ENTWICKLUNG DER PFLEGEgeldBEZIEHERINNEN</b> .....	28
<b>ABBILDUNG 3: ANTEIL DER BUNDES- UND LANDESPFLEGEgeldBEZIEHERINNEN IN DEN JEWELIGEN ALTERSGRUPPEN</b> .....	29
<b>ABBILDUNG 4: ENTWICKLUNG DER BEVÖLKERUNG IN ÖSTERREICH 2008 - 2030</b> .....	30
<b>ABBILDUNG 5: DIE UNTERSCHIEDLICHEN ANNAHMEN ÜBER DIE ENTWICKLUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES BEI STEIGENDER LEBENSERWARTUNG</b> .....	32
<b>ABBILDUNG 6: WIFO GESAMTSZENARIEN: PFLEGEgesAMTAUFWENDUNGEN</b> .....	64
<b>ABBILDUNG 7: IHS BEVÖLKERUNGSSZENARIEN: PFLEGEaufWENDUNGEN IN % DES BIP</b> .....	67
<b>ABBILDUNG 8: IHS SENSITIVITÄTSANALYSEN: PFLEGEaufWENDUNGEN</b> .....	68
<b>ABBILDUNG 9: UNIVERSITÄT LINZ: BUNDESPFLEGEgeld NACH MORBIDITÄTSVARIANTE - HAUPTVARIANTE BEVÖLKERUNGSSCHÄTZUNG</b> .....	69
<b>ABBILDUNG 10: UNIVERSITÄT LINZ: BUNDESPFLEGEgeld NACH MORBIDITÄTSVARIANTE – HOHE LEBENSERWARTUNG</b> .....	69

## 1. Einleitung

### 1.1. Motivation

Die Pflegedebatte ist in den letzten Jahren zu einem wesentlichen Thema in der sozialpolitischen Diskussion geworden und gewinnt ständig an Bedeutung. Hauptgründe hierfür sind neben der steigenden Lebenserwartung vor allem Änderungen in der sozialen Struktur der Gesellschaft und medizinische Fortschritte. Im Bezug auf Änderungen der sozialen Strukturen wird in der Pflegedebatte in erster Linie auf die abnehmende Fertilitätsrate in westlichen Gesellschaften fokussiert. Durch die geringere Kinderzahl sinken die potentiellen AnbieterInnen von Pflegetätigkeiten innerhalb der Familie. Verschärft wird dieser Umstand durch die zunehmende regionale Mobilität, die räumliche Distanz innerhalb der Familie hat sich stark vergrößert. Ein weiterer Faktor ist die zunehmende Erwerbstätigkeit von Frauen, die die Anzahl der „klassischen“ Bereitstellerinnen von Pflegeleistungen ebenfalls verringert. Nicht zu unterschätzen sind auch Fortschritte im medizinischen Bereich, die es erlauben auch mit schweren Krankheiten und Fehlfunktionen zu überleben. Während Personen mit solchen Defiziten früher relativ rasch verstarben, sind sie durch den medizinischen Fortschritt und durch den gesteigerten Wohlstand in der Lage eine beträchtliche Zeit zu überleben und sind somit häufig auf Pflege angewiesen. Rosner meint demnach auch: „care is a cause of extending life expectancy“ (Rosner 2003: 187).

Auch haben sich die Präferenzen der Bevölkerung in Hinsicht auf die institutionelle Organisation der Pflege geändert. War es früher durchaus akzeptiert, Pflegefälle in Heimen zu betreuen, nimmt die Akzeptanz dieser Form der Pflege tendenziell ab. Stattdessen setzt sich allmählich der gesellschaftliche Konsens durch, dass Menschen auch dann in möglichst großer Autonomie leben sollen, wenn sie bei Tätigkeiten des Alltags auf Hilfe und/oder Betreuung angewiesen sind. Zudem wird die Pflege in Heimen einerseits durch die Verteuerung des Kostenfaktors Arbeit teurer (Baumol'sche Kostenkrankheit, siehe detaillierte Diskussion in Kapitel 3.2.4.1.). Andererseits sind die Qualitätsansprüche an Pflegeheime stark gestiegen, Mehrbettzimmer mit großer Belegung sind heutzutage gesellschaftlich nicht mehr tragfähig (vgl. Rosner 2003: 187f).

All diese Faktoren führen zu Debatten über die künftige Finanzierbarkeit des österreichischen Pflegesystems. Über den konkreten zu erwartenden Finanzierungsbedarf herrscht in der Literatur Uneinigkeit. Je nachdem welche Faktoren in die Schätzungen einbezogen werden bzw. welche Annahmen über die Entwicklung verschiedener Kenngrößen des Pflegesystems zu Grunde gelegt werden, entwickeln sich die prognostizierten Pflegekosten unterschiedlich rasch. Unstrittig ist jedenfalls, dass die Finanzierung des österreichischen Pflegesystems in Zukunft eine beträchtliche Herausforderung darstellen wird.

## **1.2. Struktur der Diplomarbeit**

Im Mittelpunkt meiner Diplomarbeit steht die Betrachtung der von verschiedenen AutorInnen prognostizierten Entwicklung der Pflegeausgaben in Österreich. Betrachtet werden dabei insgesamt sechs unterschiedliche Studien, die alle der Frage nachgehen, wie sich die finanziellen Belastungen aufgrund des zu erwartenden erhöhten Pflegebedarfs in Österreich unter spezifischen Annahmen entwickeln werden. Ein besonderer Schwerpunkt meiner Arbeit liegt in der Analyse der verwendeten Methoden dieser Studien, der in die Berechnungen eingeflossenen Faktoren und der unterstellten Annahmen über die Entwicklung dieser Faktoren, sowie darauf aufbauend auf einer Einschätzung der Prognosefähigkeit der verschiedenen Studien. Zu diesem Zwecke soll das österreichische Pflegesystem in seiner derzeitigen Ausformung und die derzeitige Situation in einigen die Pflegekosten beeinflussenden Bereichen dargestellt werden.

Der erste Teil der Arbeit widmet sich Überlegungen zu jenen Faktoren, die die Höhe und Entwicklung der Pflegeausgaben beeinflussen. Betrachtet werden dabei sowohl die relevanten angebots- als auch nachfrageseitigen Faktoren.

Im zweiten Teil der Arbeit soll der Status quo des österreichischen Pflegesystems in Bezug auf die im ersten Teil der Arbeit genannten Faktoren und Kenngrößen erhoben werden. Zu diesem Zweck werden zuerst die Grundzüge und Hintergründe des österreichischen Pflegesystems dargestellt. Von besonderem Interesse sind dabei die Regelungen des Bundes- bzw. der neun Landespflegegeldgesetze, die Definition der

Pflegebedürftigkeit im österreichischen Pflegesystem sowie die Kompetenzaufteilungen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden.

Danach soll die monetäre Dimension des österreichischen Pflegesystems erfasst werden. Hierzu wird – soweit Daten vorhanden sind – sowohl auf die öffentlichen als auch die (geschätzten) privaten Pflegeausgaben eingegangen. Darüber hinaus wird eine nähere Betrachtung der öffentlichen Geld- und Sachleistungen vorgenommen. In diesem Zusammenhang wird in einem kurzen theoretischen Exkurs auf die Baumol'sche Kostenkrankheit eingegangen, die für die Entwicklung der Kosten der Sachleistungen eine bedeutende theoretische Rolle einnimmt.

Zudem werden einige der bedeutendsten nicht-monetären Kenngrößen und Einflussfaktoren betrachtet. Dazu zählen unter anderem die Anzahl und die Altersstruktur der Pflegebedürftigen sowie der Grad und die Dauer der Pflegebedürftigkeit. Außerdem werden die demographische Entwicklung in Österreich und der Umfang der informellen Pflege dargestellt. Ein besonderes Augenmerk wird in diesem Zusammenhang auf den Bereich der informellen Pflege gelegt, der ausführlicher und unter verschiedenen Blickwinkeln diskutiert wird. Ein Exkurs über Theorien der Morbidität bei steigender Lebenserwartung bzw. der Entwicklung des Gesundheitszustandes bei steigender Lebenserwartung wird ebenfalls Teil dieses Abschnitts sein.

Im dritten und zentralen Teil der Diplomarbeit sollen verschiedene Studien und deren Prognoseszenarien über die Entwicklung der Pflegeausgaben in Österreich betrachtet werden. Neben dem Vergleich der prognostizierten Pflegeausgaben werden die untersuchten Studien sowie deren Methodik und Modelle kurz dargestellt. Betrachtet werden eine Studie des Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO) (Mühlberger / Knittler / Guger 2008), eine Studie der Arbeiterkammer Wien (Streissler 2004), eine Studie des Instituts für Höhere Studien (IHS) im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen (BMSG) (Riedel / Hofmarcher 2002) und eine ebenfalls im Auftrag des BMSG erstellte, die IHS-Studie ergänzende und daher auch im zweiten Teil des Forschungsberichts des IHS veröffentlichte Berechnung von Buchegger und Brunner von der Universität Linz (Riedel et al. 2002). Weiters sollen zwei Studien internationaler Organisationen betrachtet werden: Einerseits die Projektionen der Europäischen Kommission im Rahmen des „2009 Ageing Reports“

(European Commission 2009) und eine Studie der OECD zu den kostentreibenden Faktoren der Langzeitpflege (OECD 2006). Zudem wird eine weitere europäische Studie (Comas-Herrera et al. 2003) vorgestellt, die als Referenzrahmen für die weitere Analyse dient.

Anschließend werden die in den jeweiligen Studien berücksichtigten bestimmenden Faktoren daraufhin untersucht, inwieweit die im ersten Teil der Arbeit erarbeiteten bestimmenden Faktoren in diese Studien eingeflossen sind. Zudem sollen die Methodik der einzelnen Studien und ihre Annahmen einer kritischen Analyse und einem Vergleich unterzogen werden. Als Abschluss des Hauptteils der Diplomarbeit wird die Prognosefähigkeit der betrachteten Studien kritisch bewertet.

In einem weiteren Kapitel wird abschließend auf verschiedene in der Literatur diskutierte Reformvorschläge für das österreichische Pflegesystem bzw. dessen Finanzierung eingegangen.

## **2. Betrachtung der die Pflegeausgaben beeinflussenden Faktoren**

In diesem Abschnitt sollen jene Faktoren diskutiert werden, die die Pflegeausgaben beeinflussen. Sie können in nachfrage- und angebotsseitige Einflussfaktoren unterschieden werden.

Nachfrageseitig spielen in erster Linie die Anzahl der als pflegebedürftig eingestuften Personen sowie die Dauer und Intensität der Betreuung dieser Personen eine Rolle. Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen hängt wiederum vom individuellen Risiko der Pflegebedürftigkeit und von der Altersstruktur der Bevölkerung ab.

Für die Betrachtung der Pflegeausgaben, insbesondere jene der öffentlichen Hand, sind nur jene Pflegeverhältnisse von Interesse, die marktgängig realisiert werden. Das Verhältnis zwischen formeller, d.h. über den Markt bezogener, und informeller Pflege wird entscheidend von der Kaufkraft der Pflegebedürftigen, den Einstellungen der Betroffenen zu den verschiedenen Formen der Pflege und der Verfügbarkeit informeller Betreuungspersonen beeinflusst. Der letzte Faktor wird wiederum von zahlreichen weiteren Faktoren beeinflusst, u.a. der Haushaltszusammensetzung, der Altersstruktur und Erwerbstätigkeit der Angehörigen sowie den durch eine allfällige Übernahme von Betreuungspflichten anfallenden Opportunitätskosten (vgl. Schneider et al. 2006: 2f.). Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass informelle Pflege in erster Linie von Töchtern und EhepartnerInnen geleistet wird. Diese familiären Netzwerke sind allerdings durch den sich vollziehenden gesellschaftlichen Wandel (Geburtenrückgang, hohe Scheidungsraten, Zunahme kinderloser Personen etc.) im Schwinden begriffen (vgl. Schneider et al. 2006: 3).

Schneider und Österle führen noch einen weiteren Nachfragefaktor an, indem sie darauf verweisen, dass „ein steigender Lebensstandard mit wachsenden Ansprüchen an das Gesundheitssystem einher geht“ (Schneider / Österle 2006: 226). Dieser Punkt ist allerdings in erster Linie beim Vergleich der Pflegeausgaben zwischen Ländern mit verschiedenen Entwicklungsniveaus relevant. Dennoch kann argumentiert werden, dass ein weiteres reales Wachstum des Bruttoinlandsproduktes auch die Ansprüche an das österreichische Pflegesystem verändern könnte. Für die Prognose der Pflegeausgaben stellt dieser Faktor insofern ein Problem dar, als eine solche Veränderung der Anforderungen nur sehr grob geschätzt werden kann.

Angebotsseitig spielen die Preise und die eingesetzten Mengen der wesentlichen Inputs eine tragende Rolle für den Umfang der Gesundheitsausgaben. Entscheidend für die Gesamthöhe der Ausgaben im Pflegebereich sind die daher die jeweilige Höhe der Stückpreiskosten der verschiedenen formellen Pflegeangebote und die Nachfragestruktur eben jener Pflegeformen. Anzumerken ist, dass aufgrund der Personalintensivität des Pflegesektors vor allem die Personalkosten kostentreibend sind (vgl. Schneider / Österle 2006: 225f.). Weiters spielt für die Höhe der öffentlichen Pflegeausgaben die Höhe des in Österreich unabhängig von der tatsächlichen Betreuungsform gewährten Pflegegeldes eine entscheidende Rolle.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von weiteren indirekten Faktoren, die hier der Vollständigkeit halber angeführt werden sollen, aber im weiteren Verlauf dieser Diplomarbeit nicht näher betrachtet werden.

So steigt das Risiko pflegebedürftig zu werden mit zunehmendem Alter und insbesondere in den letzten Lebensjahren stark an. Gleichzeitig kann die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit ebenso wie die Betreuungsdauer und zum Teil die -intensität durch gesundheitspolitische Vorsorgemaßnahmen gesenkt werden. Auf der Angebotsseite werden die Arbeitskosten der Pflege stark von der Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt beeinflusst. So ist schon seit längerer Zeit ein Mangel an Arbeitskräften im Pflegesektor festzustellen. Diese Entwicklung stärkt mittelfristig die Position der Pflegekräfte und erhöht ihre Chancen auf die Durchsetzung höherer Löhne. Konterkariert wird dieser Effekt allerdings durch den Druck auf die öffentlichen Budgets, der dem durch die Angebotsseite entstehenden Lohndruck aufgrund der engen Vernetzung des Pflegesektors mit dem öffentlichen Sektor entgegenwirkt und die Kostenentwicklung dämpft (vgl. Schneider et. al 2006: 3). Dem Nachfrageüberhang für Pflegeberufe wird in den letzten Jahren allerdings mit gezielten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen entgegengesteuert<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> So werden vom Arbeitsmarktservice (AMS) vermehrt Ausbildungen und Umschulungen für Pflegeberufe bezahlt.

### **3. Erhebung des Ist-Zustandes des österreichischen Pflegesystems**

In diesem Abschnitt wird der Status quo des österreichischen Pflegesystems einer genaueren Betrachtung unterzogen. Neben der Darstellung der rechtlichen und faktischen Grundzüge sollen – so weit möglich und Daten vorhanden sind – die wesentlichen der in Kapitel 2 dargestellten Faktoren für das österreichische Pflegesystem untersucht werden.

#### **3.1. Grundlagen des österreichischen Pflegesystems**

##### **3.1.1. Hintergrund des österreichischen Pflegesystems**

Das öffentliche Pflegesystem in Österreich ist eine Mischform aus direkten Geldleistungen und Sachleistungen. Kernstück dieses Systems ist jedoch das Geldleistungssystem, welches im Wesentlichen aus dem Bundes- und dem Landespflegegeld besteht. Im Bereich der Sachleistungen sind die neun Bundesländer verpflichtet, dafür zu sorgen, dass Pflegeheimplätze sowie teilstationäre und ambulante Pflegedienste angeboten werden. Auch die Sozialhilfe bzw. die mit Anfang 2011 neu geschaffene bedarfsorientierte Mindestsicherung spielen im Rahmen des Pflegesystems eine Rolle. Ist die/der Pflegebedürftige nicht in der Lage, durch ihr/sein Einkommen (inkl. Pflegegeld) die benötigten Pflegedienstleistungen zu beziehen, übernehmen diese Sozialleistungen den fehlenden Differenzbetrag (vgl. Riedel / Kraus 2010: 1).

Mit 1. Juli 1993 trat in Österreich das Bundespflegegeldgesetz in Kraft. Es löste zahlreiche punktuelle Regelungen ab, die durchaus als „unstrukturiertes und unüberschaubares Angebot an Geld- und Sachleistungen“ (Pock 2004: 16) bezeichnet werden können. Als zweite Säule der Geldleistungen verabschiedeten die Bundesländer jeweils eigene Landespflegegeldgesetze, die allerdings nur subsidiär zum Bundespflegegeld zur Anwendung kommen<sup>2</sup> und vor allem in Bezug auf die Einstufung in die jeweiligen Pflegestufen und die Höhe des Pflegegeldes mit den

---

<sup>2</sup> Als grundlegende Voraussetzung für den Bezug des Bundespflegegeldes gilt der Bezug einer bundesgesetzlichen Grundleistung (z.B. einer Bundespension). Besitzen pflegebedürftige Personen keinen Anspruch auf bundesgesetzliche Grundleistungen kommen die Landespflegegeldgesetze zum Tragen. Originär sollten die Landespflegegesetze den Pflegegeldanspruch vor allem für Gemeinde- und LandesbeamInnen regeln (vgl. Eggbauer 2006: 25ff).

Bestimmungen des Bundespflegegeldgesetzes deckungsgleich sind. Für die Gewährleistung der Sachleistungen und der Qualität der Pflegevorsorge wurde zwischen Bund und Ländern eine Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz getroffen.

### **3.1.2. Definition der Pflegebedürftigkeit**

Die Zielsetzung des Bundespflegegeldgesetzes besteht darin, pflegebedingte Mehraufwendungen pauschal durch einen finanziellen Beitrag abzugelten, „um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“ (§ 1 BPGG). Festzuhalten ist, dass die entstehenden Mehrkosten durch das Pflegegeld in der Regel nicht vollständig sondern nur zum Teil kompensiert werden. Eine exakte und umfassende Definition des Pflegebegriffes findet sich im Bundespflegegeldgesetz allerdings nicht (vgl. Petter 2005: 18). Abseits der fehlenden genauen Definition im Bundespflegegeldgesetz kann Pflegebedürftigkeit „als eine Situation verstanden [werden], bei der Menschen auf Grund von gesundheitlichen und/oder psychischen Problemen auf Dauer auf externe Unterstützung angewiesen sind“ (Österle / Hammer 2004: 8). Die Voraussetzungen für den Bezug des Pflegegeldes lassen darauf schließen, dass diese formelle Definition den Vorstellungen des Gesetzgebers relativ nahe kommt.

Laut Badelt et al. lassen sich neben den bundesweit einheitlichen Geldleistungen unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit folgende weitere Zielsetzungen des Pflegegeldes festhalten:

- der Verbleib von pflegebedürftigen Menschen in ihrer gewohnten Umgebung
- eine Steigerung der Attraktivität der Rahmenbedingung für pflegende Angehörige um zusätzliche Pflegekräfte in der Bevölkerung zu aktivieren
- die Vernetzung aller Pflegeleistungen von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern
- die Sicherstellung einer grundlegenden Ausstattung an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten für pflegebedürftige Personen durch die Länder (vgl. Badelt et al. 1997: 2f)

### 3.1.3. Rechtliche Grundlagen und Ausgestaltung des österreichischen Pflegegeldsystems

Der Anspruch auf Pflegegeld besteht unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Anspruchsberechtigt sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung einen ständigen Betreuungs- und Hilfsbedarf von mindestens 60 Stunden monatlich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten aufweisen (vgl. § 4 BPGG). Österle und Hammer merken an, dass das österreichische Pflegegeldsystem dadurch einen in hohem Maße universellen und gleichen Zugang zu dieser Leistung sicherstellt (vgl. Österle / Hammer 2004: 49).

Das Pflegegeld wird in 7 Leistungsstufen (siehe Tabelle 1) unterteilt und aus dem allgemeinen Steuertopf finanziert. Die Auszahlung erfolgt zwölf Mal im Jahr, das Pflegegeld unterliegt außerdem nicht der Einkommenssteuer. Die Höhe der Geldleistung richtet sich nach der Pflegestufe und kann somit als „bedarfsorientiertes – jedoch nicht notwendigerweise bedarfsdeckendes – Pflegegeld“ (Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 4) charakterisiert werden. Durch die zweckgebundene Auszahlung des Pflegegeldes besteht für die pflegebedürftigen Personen prinzipiell die Wahlfreiheit, in welcher Form und in welchem Ausmaß ihre Betreuung durchgeführt wird (vgl. Badelt et al. 1997: 83). Grundsätzlich ist eine funktionsbezogene Einstufung in die einzelnen Pflegestufen anhand des tatsächlich entstehenden zeitlichen Pflegeaufwands vorgesehen. Zusätzlich wird allerdings bei Vorliegen bestimmter Diagnosen<sup>3</sup> auch eine diagnosebezogene Einstufung vorgenommen.

Die Einstufung in die jeweilige Pflegestufe erfolgt mittels ärztlichem Gutachten. Erforderlichenfalls sind auch Fachleute aus anderen Bereichen wie Pflegepersonal, PsychologInnen oder SozialarbeiterInnen beratend beizuziehen (vgl. Streissler 2004: 21). Die Einstufung der Pflegebedürftigen entscheidet nicht nur über die Höhe des gewährten Pflegegeldes, auch bei Nachfrageüberschüssen bei Sachleistungen wird

---

<sup>3</sup> Im Wesentlichen der Gebrauch eines Rollstuhls bei Personen über 14 Jahren sowie bei stark sehbehinderten Personen.

meist die Pflegestufe als Kriterium zur Vergabe der knappen Plätze herangezogen (vgl. Riedel / Kraus 2010: 3).

**Tabelle 1 – Leistungsstufen des Bundespflegegeldgesetzes<sup>4</sup>**

Stufe	Pflegebedarf (durchschnittlich) bei funktionsbezogener Einstufung	Diagnosebezogene Einstufung	Höhe Pflegegeld
1	mehr als 60 h / Monat		€ 154,20
2	mehr als 85 h / Monat		€ 284,30
3	mehr als 120 h / Monat	Gebrauch eines Rollstuhles notwendig oder hochgradig sehbehinderte Person	€ 442,90
4	mehr als 160 h / Monat	Gebrauch eines Rollstuhles aufgrund Inkontinenz oder Blasen-/Darm-lähmung notwendig oder blinde Person	€ 664,30
5	mehr als 180 h / Monat wenn außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	Gebrauch eines Rollstuhles aufgrund Ausfall der oberen Extremitäten notwendig oder Taubblinde Person	€ 902,30
6	mehr als 180 h / Monat wenn 1) zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und regelmäßig während des Tages und in der Nacht zu erbringen sind oder 2) die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages oder der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist		€ 1.260,00
7	mehr als 180 h / Monat wenn 1) keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder 2) ein gleich zu achtender Zustand vorliegt		€ 1.655,80

Quelle: § 4 BPGG (Anspruchsvoraussetzungen), § 4a (Mindesteinstufungen) und § 5 (Höhe des Pflegegeldes)

Stand: 15. April 2011

Bei Krankenhausaufenthalten der/des PflegegeldbezieherIn ruht das Pflegegeld in der Regel. Ist die/der Pflegebedürftige in einer von Ländern, Gemeinden oder Sozialversicherungsträgern betriebenen stationären Pflegeeinrichtung untergebracht, geht der Anspruch auf Pflegegeld bis zur Höhe der Verpflegungskosten im Ausmaß von maximal 80% auf den Kostenträger über. Die verbleibenden 20% werden zwischen pflegebedürftiger Person und dem Bund aufgeteilt, wobei die/der Anspruchsberechtigte ein Taschengeld in der Höhe von 10% der Pflegestufe 3 erhält (vgl. § 13 BPGG).

### 3.1.4. Kompetenzverteilung

Zusätzlich zu dem durch das Bundespflegegeldgesetz und die neun Landespflegegeldgesetze geregelten Pflegegeld sind die einzelnen Bundesländer dazu verpflichtet, für die Versorgung mit Sachleistungen (dezentralisierte Pflegeheime, teilstationäre und ambulante Dienste) im Bereich der Pflegevorsorge und für

<sup>4</sup> Durch das Budgetbegleitgesetz werden für die Jahre 2011 und 2012 die Anspruchsvoraussetzungen des Pflegegeldes in den Stufen 1 und 2 verschärft. Für den Bezug der Pflegestufe 1 muss demnach ein Pflegebedarf von mindestens 60 (statt bisher 50) Stunden pro Monat vorliegen, für die Pflegestufe 2 erhöht sich dieser Wert von 75 auf 85 Stunden.

qualitative Mindeststandards dieser Dienste zu sorgen. Durch diese Kompetenzaufteilung entsteht in Österreich ein äußerst uneinheitliches Pflegesystem: „Generally, the provision of social services is characterised by a widely fragmented system with different providers (most of them non profit), various forms of provisions and different regulations regarding financing“ (Riedel / Kraus 2010: 4). Teilweise treten die Länder und vor allem die Gemeinden auch als AnbieterInnen von Pflegedienstleistungen auf. Für die meisten Pflegedienstleistungen werden Beiträge der Betroffenen eingefordert, deren Höhe allerdings in der Regel bedarfsorientiert ist. Das heißt, soziale Aspekte und das Vermögen bzw. Einkommen der Betroffenen werden bei der Festlegung der Beiträge berücksichtigt. Die konkrete Ausformung dieser bedarfsorientierten Beiträge und die Kriterien der Bewertung variieren jedoch nach Bundesland (vgl. Riedel / Kraus 2010: 6).

Ebenso sind der Umfang der Sachleistungen sowie die Anspruchsvoraussetzungen in den einzelnen Bundesländern jeweils unterschiedlich geregelt. Eigene Regelungen gibt es zudem für öffentlich Bedienstete sowie für MitarbeiterInnen bei ÖBB, Post und Bundessozialamt (vgl. Streissler 2004: 20). Dadurch kommt „es bei der formellen Pflegebetreuung zu unterschiedlichen Standards im Bundesgebiet“ (Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 4). Zu den wesentlichsten Sachleistungen im Pflegebereich zählen die institutionellen Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime, Tagesbetreuungscentren, Nachtbetreuungscentren, Altenheime), mobile Pflegedienste (Heimpflege, Hauskrankenpflege, mobile therapeutische Dienste, Essen auf Rädern), Transportdienste, Putz- und Waschkdienste und Wochenendhilfe. Darüber hinaus bestehen auch öffentliche Angebote für die pflegenden Angehörigen, wie die begünstigte Selbst-/Weiterversicherung in der Pensionsversicherung, die Ersatzpflege und die Familienhospizkarenz (vgl. Riedel / Kraus 2010: 5).

Im Bereich der Sachleistungen bestehen in der Regel keine Rechtsansprüche (vgl. Schneider et al. 2006: 4). Die Sachleistungen werden durch einen Mix aus Zugriff auf Teile des Pflegegeldes, weitere private Mittel (Selbstbehalte, Zugriff auf das private Vermögen / Regressforderungen<sup>5</sup> im Bereich der Pflegeheime, etc.), öffentliche Gelder, Spendengelder und freiwillige Beiträge finanziert. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die konkrete Ausgestaltung der Finanzierung der Sachleistungen

---

<sup>5</sup> Von dieser Möglichkeit wurde je nach Bundesland in unterschiedlichem Maße (bezüglich Höhe des Regress und Art der Verwandtschaft) Gebrauch gemacht, seit 2009 können nur noch EhepartnerInnen für den Regress herangezogen werden. In Kärnten, Niederösterreich und der Steiermark wurde der Regress auch für EhepartnerInnen abgeschafft, in der Steiermark wird eine Wiedereinführung des Regresses diskutiert.

in Österreich „von der Art der Dienstleistung, der Situation im konkreten Bundesland und dem Träger der Dienstleistungseinrichtung“ (Schneider et al. 2006: 4) abhängt.

### **3.2. Monetäre Dimension des österreichischen Pflegesystems**

In diesem Kapitel der Diplomarbeit werden die wesentlichen monetären Kenngrößen des österreichischen Pflegesystems dargestellt. Zudem wird im Hinblick auf die Entwicklung der Pflegeausgaben kurz auf die Baumol'sche Kostenkrankheit eingegangen.

Das österreichische Pflegesystem basiert grundsätzlich auf einer Kombination von öffentlichen Geld- und Sachleistungen und privaten Leistungen. Die öffentlichen Geldleistungen werden durch das im Kapitel 3.1.3. beschriebene Pflegegeld abgedeckt. Die Sachleistungen liegen in der Kompetenz der Bundesländer und sind dementsprechend nicht bundesweit einheitlich geregelt. Ein beträchtlicher Teil der Pflegeaufwendungen stammt aus öffentlichen Mitteln von Bund, Ländern und Gemeinden. Über die privaten Kosten, sowohl die direkten monetären<sup>6</sup> als auch die indirekten, wie sie etwa bei der Erbringung von informellen unbezahlten Pflegeleistungen entstehen, gibt es in Österreich keine verlässlichen Daten. Noch schwieriger wird die Einschätzung der privaten Ausgaben, wenn auch die „illegale“ Pflege, d.h. jene Pflege, die über den „Schwarzmarkt“ bezogen wird, berücksichtigt wird. Im Abschnitt 3.2.3. werden trotz dieser Schwierigkeiten verschiedene Schätzungen über die privaten Pflegeausgaben in Österreich präsentiert. Diese sind allerdings aufgrund der bereits erwähnten schlechten Datenlage mit Vorsicht zu genießen.

Das IHS geht für das Jahr 2005 von tatsächlichen Pflegeausgaben in der Höhe von 3,664 Mrd. Euro aus, davon stammen 2,826 Mrd. Euro aus öffentlichen Mitteln und 0,838 Mrd. Euro aus privaten Mitteln. 55% der öffentlichen Ausgaben entfielen dabei auf das Bundespflegegeld, 10% auf das Landespflegegeld und 33% der öffentlichen Ausgaben wurden für Sachleistungen aufgewendet (vgl. Riedel / Kraus 2010: 9). Die

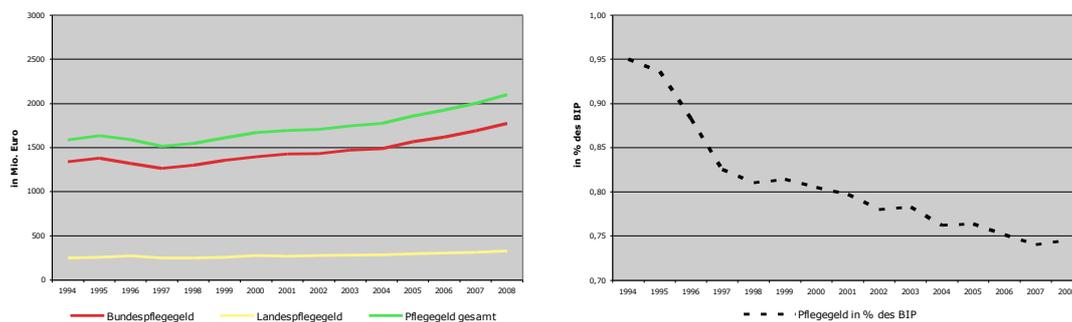
---

<sup>6</sup> Hierzu zählen z.B. Ausgaben für Pflegehilfsmittel, Medikamente, Mobilitätshilfen, Anpassungen der Wohnumgebung, spezifische Ernährungsbedürfnisse, Selbstbeteiligungen bei sozialen Diensten oder privat finanzierte außerhäusliche Hilfen im offiziellen oder grauen Pflegedienstleistungsmarkt.

in den folgenden Kapiteln dargestellten Zahlen weichen von diesen Zahlen insofern ab, als die präsentierten Zahlen für Geld- und Sachleistungen aktueller sind und speziell im Bereich der privaten Ausgaben unterschiedliche Ansätze zur Erhebung der Daten angewendet wurden<sup>7</sup>.

### 3.2.1. Öffentliche Ausgaben für Geldleistungen

**Abbildung 1: Kosten des österreichischen Pflegegeldes 1994-2008 (in Mio. Euro bzw. in % des BIP)**



Quelle: BMASK 2009 – Österreichischer Pflegevorsorgebericht, Statistik Austria, eigene Berechnungen

Im Jahr 2008 wandte die öffentliche Hand laut Österreichischem Pflegevorsorgebericht knapp über 2,1 Mrd. Euro für das Pflegegeld auf, wovon 1,78 Mrd. Euro auf das Bundespflegegeld entfallen. Zwar sind die Kosten des Pflegegeldes seit 1994 nominell um 32,4% gestiegen, real als Anteile am BIP gemessen sanken die Aufwendungen für das Bundespflegegeld jedoch relativ deutlich. Wurden 1994 noch 0,95% des BIP für das Pflegegeld aufgewandt, so betrug der Anteil 2008 nur noch 0,75% des BIP. Einer der Hauptgründe für das Zurückbleiben des Kostenanstieges der Pflege hinter der Entwicklung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist, dass das Pflegegeld zwischen 1994 und 2008 nur dreimal valorisiert wurde<sup>8</sup> (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 9).

<sup>7</sup> Das IHS hat die realen privaten Ausgaben für Pflege erhoben, Schneider et. al schätzen die fiktiven Kosten einer vollständigen monetären Bewertung des informellen Pflegebereichs.

<sup>8</sup> Valorisationen des Pflegegeldes wurden 1994 und 1995 auf Basis des Bundespflegegeldgesetzes und der Landespflegegeldgesetzes und 2005 auf Basis des Budgetbegleitgesetzes 2004 (um 2%) durchgeführt. Eine weitere Valorisierung wurde mit 1.1.2009 durchgeführt (gestaffelt nach Pflegestufen zwischen 4-6%), diese ist in den Daten jedoch noch nicht abgebildet.

### 3.2.2. Öffentliche Ausgaben für Sachleistungen

Während der Umfang der Geldleistungen durch die bundesweit einheitliche Regelung relativ gut dokumentiert und erfasst ist, lassen sich genaue und vor allem über die Bundesländer hinweg vergleichbare Daten über die Sachleistungen nur schwer erheben. Grund hierfür ist in erster Linie die Tatsache, dass die Erbringung und Organisation der Sachleistungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt ist (für einen detaillierteren Überblick über die Regelungen in den Bundesländern zum Stand 2006 siehe Quantum 2007). Hinzu kommt, dass ein Teil der Sachleistungen von den Gemeinden erbracht wird. Zudem werden Dienstleistungen von privaten oder gemeinnützigen TrägerInnen angeboten und von Ländern und Gemeinden teilweise subventioniert bzw. bezuschusst. Die Erhebung der Ausgaben für alle 2.358 Gemeinden Österreichs stellt daher sowohl den Autor dieser Diplomarbeit als auch zahlreiche andere AutorInnen, die sich mit dem Feld der Pflegeausgaben beschäftigen, vor unlösbare Aufgaben.

Laut Biwald et. al auf Basis des Berichts des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005 belaufen sich die Landesausgaben im Jahr 2005 für die stationäre Pflege auf 1,44 Mrd. Euro, für den teilstationären Bereich auf rund 130 Mio. Euro und für mobile Pflege auf ca. 360 Mio. Euro<sup>9</sup>. Demgegenüber stehen Einnahmen aus Kostenbeiträgen, Mitteln der Landesgesundheitsfonds und Transferzahlungen der Gemeinden, die im mobilen und stationären Bereich rund 40% und im teilstationären Bereich rund 50% der Kosten decken (vgl. Biwald et al. 2007: 20f., Aufschlüsselung nach Ländern siehe Tabelle 2). Zu einer leicht anderen Aufteilung der Kosten kommen Riedel und Kraus für den stationären Bereich. Laut ihrer Studie stammen 2006 in diesem Pflegesegment rund die Hälfte der Ausgaben aus öffentlichen Mitteln, etwas mehr als 40% der Pflegeausgaben werden durch die Einkommen der Pflegebedürftigen (in der Regel Pension und Pflegegeld) bestritten. Die Verwertung von Vermögen der Pflegebedürftigen und Regresse an Angehörige decken 7% der Kosten der stationären Pflege. Landespflegegeld und andere Einkommensarten spielen hierbei lediglich eine untergeordnete Rolle. Fast 80% aller institutionellen Pflegeplätze werden durch öffentliche Mittel zumindest mitfinanziert (vgl. Riedel /

---

<sup>9</sup> Schneider et al. gehen für 2004 gar von Ausgaben für mobile Pflege in der Höhe von 445 Mio. Euro aus.

Kraus 2010: 10ff.).

**Tabelle 2: Aufwand und Einnahmen der Länder für mobile, teilstationäre und stationäre Dienste – Einnahmen inkl. Gemeindebeiträge, 2005**

Bundesland	mobile Dienste			teilstationäre Dienste			stationäre Dienste		
	Aufwand in €	Einnahmen in €	Netto-Aufwand in €	Aufwand in €	Einnahmen in €	Netto-Aufwand in €	Aufwand in €	Einnahmen in €	Netto-Aufwand in €
Bgld	3.503.750	1.312.450	2.191.300	22.177.600	20.353.840	1.823.760	26.350.100	15.448.600	10.901.500
Ktn	14.384.513	3.313.713	11.070.800				90511863	43126209	47385654
NÖ	93.865.777	69.337.344	24.528.433				321094648	165245064	155849584
OÖ	42.151.943	7.415.263	34.736.680	45.537.042	3.926.787	41.610.255	300.976.056	126.512.723	174.463.333
Sbg	11.370.158	3.426.401	7.943.757	726.435	726.435	0	81.848.204	24.117.253	57.730.951
Stmk	10.042.368						267.073.222	106.201.500	160.871.722
Tir	21.394.816	14.164.736	7.230.080			37.979	82.446.672	47.735.400	34.711.272
Vbg	24.504.195	508.357	23.995.838	12.662.240	840.753	11.821.487	74.258.536	36.718.224	37.540.312
Wien	139.546.439	37.803.415	101.743.024	52.477.659	43.115.597	9.362.062	200.274.155	125.302.606	74.971.549
<b>Summe</b>	<b>360.763.959</b>	<b>147.324.047</b>	<b>213.439.912</b>	<b>133.580.976</b>	<b>68.925.433</b>	<b>64.655.543</b>	<b>1.444.833.456</b>	<b>690.407.579</b>	<b>754.425.877</b>
Deckung des Aufwandes	40,80%			51,60%			47,80%		

Quelle: Biwald 2007: 21, Berechnungen auf Basis des Berichts des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005

**Tabelle 3: Pflege- und Sozialausgaben der Gemeinden 2000 und 2005**

	Bruttoausgaben			Nettoausgaben		
	2000	2005	%uelle Veränderung	2000	2005	%uelle Veränderung
<b>Maßnahmen d. allg. Sozialhilfe *</b>	228.325.897	285.529.489	25%	189.446.601	226.259.796	19%
<b>Pflegesicherung</b>	26.695.940	27.824.769	4%	25.883.915	27.350.418	6%
<b>Sozialhilfverbandsumlage **</b>	314.977.819	478.221.210	52%	284.130.912	436.138.016	53%
<b>Altenheime</b>	169.791.989	125.669.456	-26%	27.480.692	24.098.048	-12%
<b>Pflegeheime</b>	12.592.621	22.421.429	78%	2.963.864	3.864.781	30%
<b>Tagesheimstätten</b>	7.680.663	5.481.182	-29%	4.316.438	3.837.319	-11%
<b>Essen auf Rädern</b>	17.070.094	17.568.717	3%	3.850.218	3.702.731	-4%
<b>Heimhilfe</b>	8.970.146	14.700.768	64%	5.471.171	8.593.844	57%
<b>Gesamt</b>	<b>786.105.169</b>	<b>977.417.020</b>	<b>24%</b>	<b>543.543.811</b>	<b>733.844.953</b>	<b>35%</b>

\* Unter allgemeine Sozialhilfe fallen Hilfeleistungen zur Sicherung des Lebensbedarfs sozial Bedürftiger. Die Bandbreite der Leistungen erstreckt sich über Leistungen zur Sicherung von Unterkunft, Nahrung und Bekleidung, aber auch Altenpflege und Krankenhilfe. Auch hier sind regionale Unterschiede in der Struktur der Leistungserbringung zu verzeichnen. Unter dieser Position wird auch die verpflichtende kostenmäßige Beteiligung der Gemeinde, deren Ausmaß von Bundesland zu Bundesland verschieden ist, ausgewiesen.

\*\* Die Sozialhilfe(verbands)umlage dient hauptsächlich der Finanzierung der Alten- und Pflegeheime. Die allgemeine Sozialhilfe ist hauptsächlich für die Finanzierung der Leistungen der Länder vorgesehen.

Quelle: Detailtabellen des Gemeindebundes (Rechnungsabschlüsse der Gemeinden), übernommen aus: Quantum 2007: 210

Laut einer Studie des damaligen Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz wurden im Jahr 2005 von den Gemeinden ca. 735 Mio. Euro an Nettoausgaben für den Pflege- und Sozialbereich ausgewiesen (siehe Tabelle 3). Festzuhalten ist, dass dieser Betrag auch Aufwendungen der Gemeinden für die Sozialhilfe enthält. Es handelt sich also hierbei nicht ausschließlich um direkte Pflegeausgaben. Die Studie weist auch darauf hin, dass gerade im kommunalen Bereich die seriöse Erhebung dieser Daten extrem schwierig ist. Vor allem die unterschiedlichen

Verbuchungspraktiken der Gemeinden und das kamerale System der Buchführung<sup>10</sup> verunmöglichen eine exakte Zuordnung und Abgrenzung der Pflegeausgaben (vgl. Quantum 2007: 208ff.). An direkt und eindeutig zuordenbaren Ausgaben für den Pflegebereich geben die AutorInnen der Studie einen Betrag von 292 Mio. Euro an. Die Differenz auf den Gesamtbetrag von ca. 735 Mio. Euro kann nicht exakt von anderen Sozialausgaben abgegrenzt werden, ein Teil dieser Ausgaben ist jedoch ebenfalls der Altenpflege gewidmet (vgl. Quantum 2007: 226).

Eine Aufschlüsselung der Nettoausgaben der Gemeinden nach Bundesländern zeigt deutliche Struktur- und Schwerpunktsetzungsunterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern auf (siehe Tabelle 4). Diese Strukturunterschiede sind zum Großteil durch die Unterschiede in der Organisation des Pflegewesens in den einzelnen Bundesländern zu erklären.

**Tabelle 4: Nettoausgaben der Gemeinden nach Bundesländern (ohne Wien) 2005**

	Gesamt	Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.
Maßnahmen d. allg. Sozialhilfe	226.259.796	4.501.149	63.401.270	2.266.448	41.572.466	39.469.459	5.964.510	23.977.472	45.107.022
Pflegesicherung	27.350.418	5.442.340	1.090.378	5.301	4.026.544	7.290.614	5.463.749	0	4.031.492
Sozialhilfeverbandsumlage	436.138.016	33.708	13.592.799	138.450.904	181.282.979	151.305	102.625.600	0	721
Altenheime	24.098.048	294.757	16.033	2.012.272	132.479	8.794.888	1.418.696	10.572.549	856.374
Pflegeheime	3.864.781	-566.032	-62.337	692.290	658.576	118.640	398.727	956.250	1.668.667
Tagesheimstätten	3.837.319	118.733	13.703	349.938	1.695.987	662.484	969.570	26.904	0
Essen auf Rädern	3.702.731	24.116	569.300	1.295.953	643.930	194.132	625.168	24.209	325.923
Heimhilfe	8.593.844	107.985	-6.785	2.958.970	2.644.590	54.502	959.496	1.162.107	712.979
Gesamt	733.844.953	9.956.756	78.614.361	148.032.076	232.657.551	56.736.024	118.425.516	36.719.491	52.703.178

Quelle: Quantum 2007: 211

Ein bei der Betrachtung der Ausgaben für Sachleistungen zu beachtender Faktor ist die regionale Differenzierung der AnbieterInnenstruktur. So kritisieren Riedel und Kraus, dass manche der (privaten) AnbieterInnen von Pflegedienstleistungen in einigen Regionen quasi eine Monopolstellung innehaben (vgl. Riedel / Kraus 2010: 4). Diese Monopolstellung ist tendenziell dazu geeignet, die Kosten der Sachleistungen zu erhöhen.

<sup>10</sup> So werden z.B. etwaige von der Gemeinde für den Bau eines Pflegeheims unentgeltlich zur Verfügung gestellte Grundstücke nicht in ihren Rechnungsabschlüssen bewertet.

### 3.2.3. private Pflegeausgaben

Aussagekräftige Angaben über die privaten Pflegeausgaben sind in Österreich nicht vorhanden. Einige AutorInnen haben allerdings versucht, diese Ausgaben zu schätzen. Die privaten Pflegeausgaben beliefen sich 2005 laut IHS in Österreich auf 838 Mio. Euro (vgl. Riedel / Kraus 2010: 9). Diese Zahlen sind allerdings auf tatsächlich geleistete private Beiträge für Pflege beschränkt, sie geben keine Angabe über den gesamten Wert der privaten Pflegeleistungen. Zu berücksichtigen wären hierbei auch jene Kosten, die durch informelle Pflege entstehen.

So zählen Schneider und Österle etwa jene Kosten auf, die bei einer Erfassung der privaten Pflegeausgaben zu berücksichtigen seien. Zu diesen Faktoren zählen u.a.:

- nicht durch Kostenersatz abgedeckte pflegebedingte Ausgaben für Pflegehilfsmittel, Medikation und Mobilität
- langfristige gesundheitliche Folgekosten der informellen Pflege für die Betreuungspersonen
- indirekte Kosten für informelle Pflegepersonen durch entgangene Verdienste und Karrierechancen
- durch das erhöhte Armutsrisiko der Pflegepersonen entstehender erhöhter Sozialaufwand
- indirekte Kosten für Unternehmen durch die Übernahme von Betreuungsaufgaben durch ArbeitnehmerInnen
- nicht-monetäre, psychologische und soziale Kosten für Pflegebedürftige und Angehörige (vgl. Schneider / Österle 2006: 234).

Darüber hinaus entstehen auch nicht erfasste indirekte Kosten für die öffentliche Hand, etwa durch entgangene Lohnsteuereinnahmen aufgrund des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben bzw. der Reduzierung des Erwerbsumfanges (vgl. Schneider et al. 2006: 1f.). Schneider und Österle schätzen für Ende der 1990er Jahre welche monetären Kosten entstehen würden, „wenn die Summe der in der Volkswirtschaft unbezahlt geleisteten Pflegestunden ersatzweise im Rahmen von bezahlter Erwerbstätigkeit erbracht würde“ (Schneider / Österle 2006: 235). In diesem „replacement costs“ genannten Ansatz wird der Zeiteinsatz der unbezahlten Pflegeleistungen aufgrund des Europäischen Haushaltspanels von 1994-1996, der

auch Angaben über geleistete Pflegeleistungen enthält, auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet. Dieser Zeiteinsatz wird dann mit Marktlohnsätzen<sup>11</sup> zum Stand 1999 multipliziert. Die AutorInnen kommen durch eine Schätzung mittels des „replacement costs“-Ansatzes auf ein Volumen der privaten Pflegeausgaben nur für ältere Menschen von 1,6 bis 2,4 Mrd. Euro. Der gesamte Wert der informellen Pflege, das heißt inklusive der Pflege von jüngeren Menschen mit Behinderungen, wird auf 2 bis 3 Mrd. Euro geschätzt (vgl. Schneider / Österle 2006: 236).

### **3.2.4. Geldleistungen vs. Sachleistungen**

Die Frage, ob staatliche Leistungen als Sach- oder Geldleistungen zur Verfügung gestellt werden sollen, wird auch in der Debatte um die bestmögliche Organisation des Pflegesystems diskutiert. Ökonomisch wird meist argumentiert, dass die Vergabe von Kaufkraft, also Geldleistungen, aufgrund der höheren Effizienz und der geringeren Wohlfahrtsverluste der Vergabe von Sachleistungen vorzuziehen sei. Kernpunkt dieser Argumentation ist, dass Geldleistungen die relativen Preise der Güter nicht verändern und daher zu keinem Substitutionseffekt führen (vgl. Rosner 2003: 61ff.). Als weiteres Argument für Geldleistungen wird die Wahlfreiheit der Individuen ins Treffen geführt (vgl. Österle / Hammer 2004: 49). In der theoretischen Diskussion gibt es dennoch auch Gründe für die Vergabe von Sachleistungen: Angeführt werden hierbei einerseits die Annahme des Fehlens von rationalem Verhalten der EmpfängerInnen der staatlichen Unterstützungen, die fehlende Autonomie der EmpfängerInnen (bspw. Kinder oder Demenzkranke) oder das Vorhandensein von meritorischen Gütern. Bei meritorischen Gütern besteht ein gesellschaftliches Anliegen, dass Personen mehr von einem bestimmten Gut konsumieren sollen als sie aufgrund ihrer individuellen Präferenzen bereit sind zu konsumieren, da entweder positive externe Effekte auftreten oder die Güter von den Personen nicht richtig bewertet werden. Andere Gründe können die Unmöglichkeit einer Substitution bei gleichzeitigem Vorliegen einer objektiven Notwendigkeit oder das Vorliegen des so genannten „Samaritan’s dilemma“ sein. Unter dem „Samaritan’s dilemma“ wird verstanden, dass sich Personen nicht gegen zukünftige Risiken versichern, weil sie im Falle des Eintretens des Schadenfalles auf die Unterstützung

---

<sup>11</sup> Herangezogen wurden dabei die Brutto-Stundenlöhne für Hausangestellte bzw. der Mindestlohntarif der Berufsgruppe „PflegehelferInnen und AltenbetreuerInnen mit einjähriger Berufsausbildung“.

der Gesellschaft bzw. des Staates bauen und daher stattdessen ihren unmittelbaren Nutzen heute vergrößern. Als Ausweg aus diesem Dilemma wird für eine gesetzliche Versicherungspflicht plädiert (vgl. Rosner 2003: 65f.).

Als tatsächliche Hauptargumente für Sachleistungen in der Pflege werden in der Literatur deren höhere „Treffsicherheit“ und deren größeres Potential zur Qualitätssicherung ins Feld geführt (vgl. Österle / Hammer 2004: 49).

Österle und Hammer zeigen aufbauend auf dem Vergleich europäischer Pflegesysteme, dass durch die Einführung eines wohlfahrtstaatlichen Geldleistungssystems bzw. eines Sachleistungssystems eine „*Neuverteilung zwischen Familie, Staat, Nonprofit- und Forprofit-Sektor*“ initiiert wird“ (Österle / Hammer 2004: 65, Anm.: Hervorhebung im Orig.). Die genaue Form dieser Neuverteilung hängt neben der Wahl des Grundsystems auch von der Ausgestaltung dieses Systems ab. Durch ein Sachleistungssystem wird „eine Struktur an privaten und/oder öffentlichen Anbietern geschaffen bzw. ausgebaut“ (Österle / Hammer 2004: 65). Daher führen reine Sachleistungssysteme im Regelfall zu einem höheren Grad an Formalisierung. Ein Geldleistungssystem wiederum kann je nach Ausgestaltung sowohl formelle Einrichtungen fördern als auch die Familienpflege in den Vordergrund stellen. Ist das Geldleistungssystem derart gestaltet, dass die monetären Transfers in Kombination mit anderen Einkommensquellen eine umfassende Finanzierung formeller Pflege ermöglichen, so wird diese auch vermehrt nachgefragt. Ist das Pflegegeld allerdings zu gering, um den Ankauf von formeller Pflege in ausreichendem Maße zu gewähren, bleibt als Alternative nur die Inanspruchnahme von informellen Netzwerken zur Erbringung von Pflegeleistungen. Andererseits können geringere Geldleistungen auch zu einer Verschiebung der Pflege von familiären Netzwerken hin zur Betreuung in stationären Einrichtungen führen, da formelle Pflege im häuslichen Umfeld schwer leistbar ist. Ein zusätzliches Steuerungsinstrument bei Geldleistungssystemen ist die Möglichkeit diese Leistungen zu regulieren, d.h. an den Kauf von bestimmten Dienstleistungen zu koppeln. Neben der finanziellen Leistbarkeit der Dienstleistungen spielt in beiden Systemen auch das Angebot der jeweiligen Dienste eine große Rolle. Kann bei Sachleistungssystemen das Angebot an Diensten relativ einfach direkt gesteuert werden, ist bei Geldleistungssystemen das Angebot seitens privater oder gemeinnütziger Dienste für

dessen Inanspruchnahme von entscheidender Bedeutung (vgl. Österle / Hammer 2004: 65ff.).

#### **3.2.4.1. Exkurs zur Baumol'schen Kostenkrankheit**

Ein wichtiger Faktor für die Einschätzung künftiger Pflegeausgaben ist der Umstand, dass Pflege als Dienstleistungssektor ein arbeitsintensiver Sektor ist. Gerade der Pflegebereich zeichnet sich dadurch aus, dass manuelle Tätigkeiten kaum durch den Einsatz von technischen Geräten ersetzt werden können. Wenn das generelle Einkommen aufgrund technischen Fortschritts steigt, wird arbeitsintensive Produktion relativ zu kapitalintensiver Produktion teurer. Wenn nun in einem Sektor der Inputfaktor Arbeit nur schwer bis gar nicht durch den Inputfaktor Kapital substituiert werden kann, werden die Güter und Dienstleistungen in diesem Sektor relativ zu anderen Gütern und Dienstleistungen teurer. Dieser Umstand wird in der Literatur die Baumol'sche Kostenkrankheit („Baumol's disease“) genannt (vgl. Rosner 2003: 117).

#### **3.2.5. Opportunitätskosten**

Unter Opportunitätskosten werden ökonomisch jene Kosten verstanden, die bei der Ausführung einer Aktivität entstehen, weil der Nutzen der nächstbesten Aktivität nicht ausgeschöpft werden kann. Im Bereich der Pflege werden darunter klassischerweise die Lohnentgänge verstanden, die informell pflegende Angehörige durch die Übernahme von Betreuungstätigkeiten zu verzeichnen haben. Streissler nimmt in ihrer Prognoseberechnung für Österreich einen fiktiven Stundenlohn von 9,33 Euro als Opportunitätskosten für die Pflege an. Dieser Stundenlohn entsprach zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie dem durchschnittlichen Stundenlohn der unselbständig beschäftigten Frauen im Alter zwischen 45 und 55 Jahren und somit jenem der Hauptbetreuungsgruppe im informellen Pflegesektor (vgl. Streissler 2004: 31). Schneider und Österle geben für Deutschland für das Jahr 2000 Opportunitätskosten der Pflege in Form entgangener Verdienste im Alter zwischen 16 und 60 Jahren von jährlich 1.890 Euro (entspricht ca. 2,56 Euro pro Pflegestunde) für beschäftigte Pflegepersonen und jährlich 6.136 Euro (ca. 6,14 Euro pro Pflegestunde)

für nicht-beschäftigte informelle Pflegepersonen an (vgl. Schneider / Österle 2006: 236).

### **3.2.6. Verteilungswirkung der öffentlichen Leistungen**

Aufgrund der Anhebung der Krankenversicherungsbeiträge im Zuge der Einführung des Pflegegeldes und der unscharfen Abgrenzung zwischen Pflege- und Gesundheitssektor muss man in Österreich eher von einer Finanzierung der Pflege aus dem allgemeinen Abgabenaufkommen (Steuern und Sozialversicherungsbeiträge) sprechen als von einer rein steuerfinanzierten Finanzierung (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 11). Da verschiedene Studien zum Schluss kommen, dass das österreichische Abgabensystem kaum umverteilende Wirkung erzielt (vgl. z.B. Guger et al. 2009), erfolgt die Finanzierung der Pflege in Österreich im Prinzip proportional, „d.h. alle Einkommensschichten leisten in Relation zu ihrem Einkommen in etwa den gleichen relativen Finanzierungsbeitrag“ (Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 11). Die Mittelaufbringung für die Finanzierung der Pflege führt also innerhalb eines Jahres zu keinen nennenswerten vertikalen Umverteilungseffekten.

Allerdings findet laut WIFO über die Ausgabenseite eine nicht unerhebliche Umverteilung statt. So befinden sich nach Erhebungen des WIFO 17% der PflegegeldbezieherInnen im 1. Quartil und 42% im 2. Quartil der Verteilung der Nettopersoneneinkommen. Würde kein Pflegegeld ausbezahlt werden, würden sich demgegenüber ca. 50% dieser Personen im 1. Quartil und 32% im 2. Quartil befinden (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 11). „Obwohl die Pflegegeldleistung nicht „means-tested“ – also von der Einkommenssituation der Pflegebedürftigen unabhängig ist – (sic!) kommt damit dem Pflegegeld für niedrige Einkommen große Bedeutung zu“ (Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 11).

Rosner (vgl. Rosner 2010) kritisiert in einer Diskussion der Umverteilungsstudie von Guger (vgl. Guger et al. 2009) die auch in der hier angeführten Analyse des WIFO vorhandene Fokussierung auf die vertikale Umverteilung in einem spezifischen Jahr. In seinen Augen müssten Umverteilungsanalysen die langfristigen Einkommen und damit verbunden die intertemporale Umverteilung berücksichtigen, da sowohl die Einkommenssituation (und somit die individuelle Steuer- und Abgabenlast) als auch die von staatlicher Seite erhaltenen Transferleistungen im Laufe des Lebens

Schwankungen unterworfen sind<sup>12</sup>. Dementsprechend zielen die meisten Transferleistungen in Österreich auch darauf ab, kurzfristige, vorübergehende Einkommenseinbußen bzw. höhere Bedürfnisse abzudecken und führen dazu, „dass viele Haushalte zwischen den Positionen Nettoempfänger und Nettozahler wechseln“ (Rosner 2010: 97). Im Gesundheitssektor vermutet Rosner, dass bei einer Betrachtung der intertemporalen Umverteilung die Ausgabenprofile zwischen den einzelnen Einkommensdezilen langfristig (auf das ganze Leben betrachtet) keine starken Unterschiede aufweisen. Einnahmenseitig gilt trotz Abschwächung durch die Höchstbemessungsgrundlage und die regressive Mehrwertsteuer der Grundsatz, dass höhere Einkommen mehr zur Finanzierung des Gesundheitssystems beitragen als niedrigere Einkommen. Rosner sieht somit zumindest im Gesundheitssystem eine langfristige vertikale Umverteilung, die im Gegensatz zu den Erkenntnissen von Guger eher einnahmenseitig denn ausgabenseitig bedingt ist (vgl. Rosner 2010).

Das WIFO kommt nichtsdestotrotz zum Schluss, dass durch die Umverteilungswirkung auf der Ausgabenseite das Pflegegeld zu egalisierend wirkenden Verteilungseffekten führt. Laut WIFO trägt das Pflegegeld „einerseits wesentlich zur Verringerung des Armutrisikos bei und verbessert die Position der PflegegeldbezieherInnen in der Einkommenshierarchie, andererseits hat das Pflegegeld in der unteren Hälfte der Verteilung eine wesentlich größere Bedeutung als in den oberen Quartilen“ (Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 12). Der Arbeitskreis für Pflegevorsorge bestätigt diese Aussage, indem er in seinem Bericht für 2008 unter anderem anführt, dass ca. 23% der PflegegeldbezieherInnen eine Pension von unter 570 Euro im Monat beziehen und 54% der PflegegeldbezieherInnen über eine Pension von weniger als 860 Euro im Monat verfügen. Zudem bezieht nur rund 1% aller PflegegeldbezieherInnen eine Pension über der Höchstbeitragsgrundlage (vgl. BMASK 2009: 11).

---

<sup>12</sup> Als Beispiele sind kurze Zeiten der Arbeitslosigkeit, Reduzierung der Erwerbstätigkeit wegen der Übernahme von Betreuungstätigkeiten, Ausbildungsphasen oder Pensionierung zu nennen.

### 3.3. Nicht-monetäre Dimension des österreichischen Pflegesystems

#### 3.3.1. Anzahl der Pflegebedürftigen

Für die Anzahl der Pflegebedürftigen in Österreich wird in diesem Abschnitt die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen herangezogen. Der Bezug des Pflegegeldes ist an die in den Kapiteln 3.1.2. und 3.1.3. dargestellten Voraussetzungen der Pflegegeldgesetze gebunden, allerdings ist es wahrscheinlich, dass auch Personen, die die eher strikten Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllen, einen gewissen Betreuungsbedarf aufweisen. Schätzungen über die Anzahl der Pflegebedürftigen unter einem weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff liegen jedoch für die jüngste Zeit nicht vor. In Österreich beträgt der Anteil der Personen, die Pflegegeld von der öffentlichen Hand beziehen (sowohl Bundes- als auch Landespflegegeld) rund 5% der Gesamtbevölkerung, das waren in absoluten Zahlen zum Stichtag 31. Dezember 2008 ca. 425.000 Personen. Festzuhalten ist, dass es sich bei der von den öffentlichen Stellen ausgewiesenen Anzahl der PflegegeldbezieherInnen stets um Stichtagsdaten handelt<sup>13</sup>. Es kann aus diesen Daten weder beurteilt werden, ob die Anzahl der Pflegebedürftigen zeitlichen Schwankungen unterliegt bzw. wie die Dynamik des Pflegegeldbezuges konkret aussieht, noch können Rückschlüsse auf die Dauer der Pflegebedürftigkeit der einzelnen Personen gezogen werden.

**Tabelle 5: Anzahl der PflegegeldbezieherInnen (Stichtag 31.12.2008)**

	Bundespflegegeld	Landespflegegeld	Insgesamt
Frauen	241.278	42.513	283.791
Männer	111.267	22.423	139.690
<b>Gesamt</b>	<b>358.545</b>	<b>64.936</b>	<b>423.481</b>

Quelle: BMASK 2009 – Österreichischer Pflegevorsorgebericht, eigene Berechnungen

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich ist, beziehen nur rund 15% aller BezieherInnen von Pflegegeld Landespflegegeld. Auffallend ist in erster Linie der Umstand, dass zwei Drittel aller PflegegeldbezieherInnen Frauen sind. Dieser hohe Anteil ist vor allem durch demographische Entwicklungen zu erklären. Einerseits führt die höhere Lebenserwartung von Frauen im Vergleich zu Männern dazu, andererseits ist der Anteil der Männer in den heute betroffenen Alterskohorten durch den Zweiten

<sup>13</sup> jeweils zum 31.12. des betreffenden Jahres

Weltkrieg deutlich geringer als jener der Frauen (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 7).

### 3.3.2. Grad der Pflegebedürftigkeit

**Tabelle 6: Anteil der PflegegeldbezieherInnen nach Pflegestufen (Stichtag 31.12.2008)**

Stufe	Bundespflegegeld	Landespflegegeld	Gesamt
1	21,76%	20,78%	21,61%
2	33,91%	31,31%	33,51%
3	16,48%	17,95%	16,71%
4	15,31%	12,23%	14,83%
5	7,96%	7,24%	7,85%
6	2,85%	5,36%	3,23%
7	1,74%	3,19%	1,96%
Ausland	0,00%	0,03%	0,00%
Ausgleichszahlungen	0,00%	1,91%	0,29%
<b>Gesamt</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Quelle: BMASK 2009 – Österreichischer Pflegevorsorgebericht, eigene Berechnungen

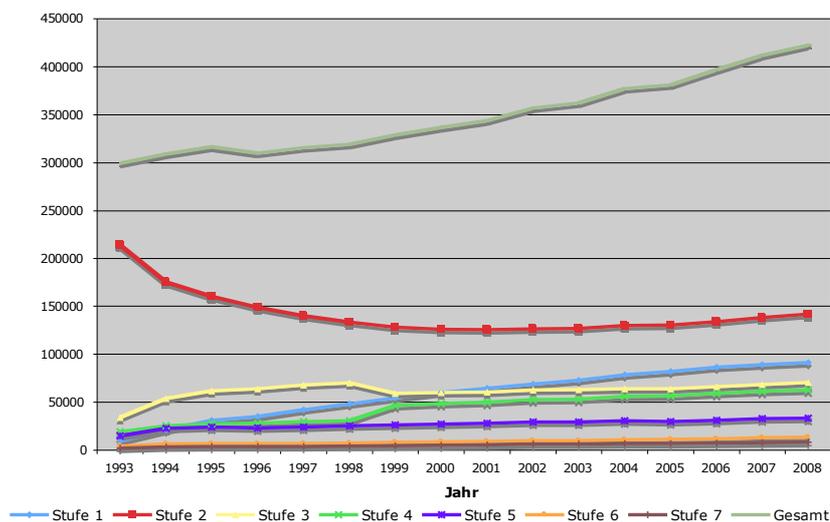
Mehr als die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen ist in den Stufen 1 bzw. 2 eingestuft (vgl. Tabelle 6). Anzumerken ist hierbei, dass mit der Einführung des Pflegegeldes 1993 sämtliche Personen, die bereits vor dem Inkrafttreten der Pflegegeldgesetze öffentliche Leistungen erhalten haben, automatisch in Pflegestufe 2 eingestuft wurden (vgl. Riedel et al. 2002: 65). Wie groß der Anteil dieser Personen 16 Jahre nach Inkrafttreten der Pflegegeldgesetze noch ist, kann aufgrund mangelnder Daten nicht beurteilt werden. Generell weisen die Anteile an den einzelnen Pflegestufen zwischen Bundespflegegeld- und LandespflegegeldbezieherInnen vor allem in den unteren Stufen keine gravierenden Abweichungen auf. Auffällig ist jedoch, dass in den Stufen 6 bzw. 7 der Anteil der LandespflegegeldbezieherInnen deutlich höher ist als jener der BundespflegegeldbezieherInnen. Abgesehen von einem Anstieg der PflegegeldbezieherInnen von Stufe 1 auf Stufe 2 nimmt der Anteil der PflegegeldbezieherInnen mit höherer Pflegegeldstufe ab.

### 3.3.3. Entwicklung der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen

Die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen ist in Österreich seit 1993 kontinuierlich von knapp 300.000 Personen auf ca. 425.000 Personen im Jahr 2008 angestiegen. Der in Abbildung 2 ersichtliche leichte Rückgang der PflegegeldbezieherInnen im Jahr 1996

kann zum Teil durch die geänderten Regelungen zu den Ruhensbestimmungen im Bundespflegegeldgesetz im Mai 1996 erklärt werden (vgl. BMASK 2009: 64). Die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in Stufe 2 ging bis 2001 merklich auf ca. 60% des Niveaus von 1993 zurück, steigt aber seit diesem Zeitpunkt wieder leicht an. Der Rückgang kann durch die oben geschilderte Umstufungsregelung bei Einführung des Pflegegeldes erklärt werden. Die betroffenen Personen sind aufgrund von Genesung, Gesundheitsverschlechterungen und damit verbundener Einstufung in höhere Stufen oder ihren Tod allmählich aus dieser Gruppe ausgeschieden, neu hinzukommende BezieherInnen wurden gemäß den Kriterien der Pflegegeldgesetze eingestuft. Die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen in Stufe 1 hat sich seit 1993 fast verzehnfacht, wobei sich der Zuwachs in den letzten Jahren verlangsamt hat. Eine mögliche Erklärung für diesen starken Anstieg sind ein über die Zeit erhöhtes Informationsniveau, das auch Personen mit geringen Beeinträchtigungen zu einem Antrag auf Pflegegeld veranlasst und eine restriktivere Gewährungspraxis bei höheren Stufen. Alle anderen Pflegegeldstufen verzeichnen seit 1999 in absoluten Zahlen lediglich moderate Zuwächse (vgl. Abbildung 2).

**Abbildung 2: Entwicklung der PflegegeldbezieherInnen (Bund & Länder) 1993 – 2008 (Stichtag jeweils 31.12. des jeweiligen Jahres)**



Quelle: BMASK 2009 – Österreichischer Pflegevorsorgebericht, eigene Berechnungen

### 3.3.4. Altersstruktur der Pflegebedürftigen

Fast die Hälfte der österreichischen PflegegeldbezieherInnen ist älter als 81 Jahre, weitere ca. 34% entfallen auf die Altersgruppe der 61- bis 80-Jährigen. Der Anteil der 41- bis 60-Jährigen an den gesamten PflegegeldbezieherInnen beträgt nur knapp 11%. In den beiden jüngsten Altersgruppen befinden sich großteils Menschen mit Behinderungen. Sie haben ebenfalls Anspruch auf Pflegegeld, da es sich bei der österreichischen Variante des Pflegegeldes nicht ausschließlich um ein Pflegegeld im Alter handelt.

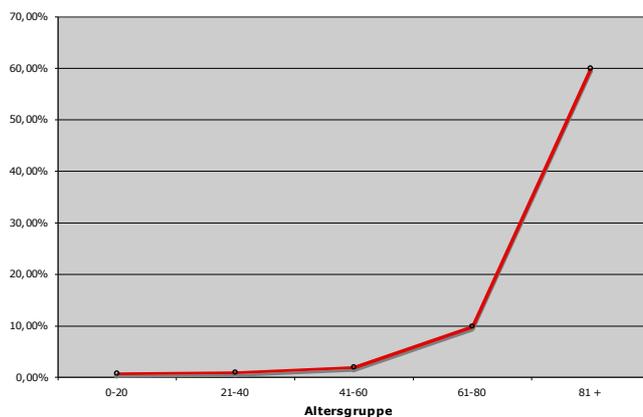
**Tabelle 7: Anteil der PflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppen und Pflegestufen (Bund und Länder; Stichtag 31.12.2008)**

Stufe	0-20 Jahre	21-40 Jahre	41-60 Jahre	61-80 Jahre	81+ Jahre
1	0,59%	0,98%	2,93%	8,79%	8,36%
2	0,84%	1,38%	3,69%	11,85%	15,83%
3	0,64%	0,72%	1,66%	5,20%	8,55%
4	0,35%	0,55%	1,24%	4,30%	8,45%
5	0,17%	0,39%	0,68%	2,13%	4,51%
6	0,21%	0,39%	0,38%	0,82%	1,45%
7	0,17%	0,22%	0,26%	0,50%	0,82%
<b>Gesamt</b>	<b>2,98%</b>	<b>4,62%</b>	<b>10,84%</b>	<b>33,58%</b>	<b>47,97%</b>

Quelle: BMASK 2009 – Österreichischer Pflegevorsorgebericht, eigene Berechnungen

### 3.3.5. Risiko der Pflegebedürftigkeit

**Abbildung 3: Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen in den jeweiligen Altersgruppen (Stichtag 31.12.2008)**

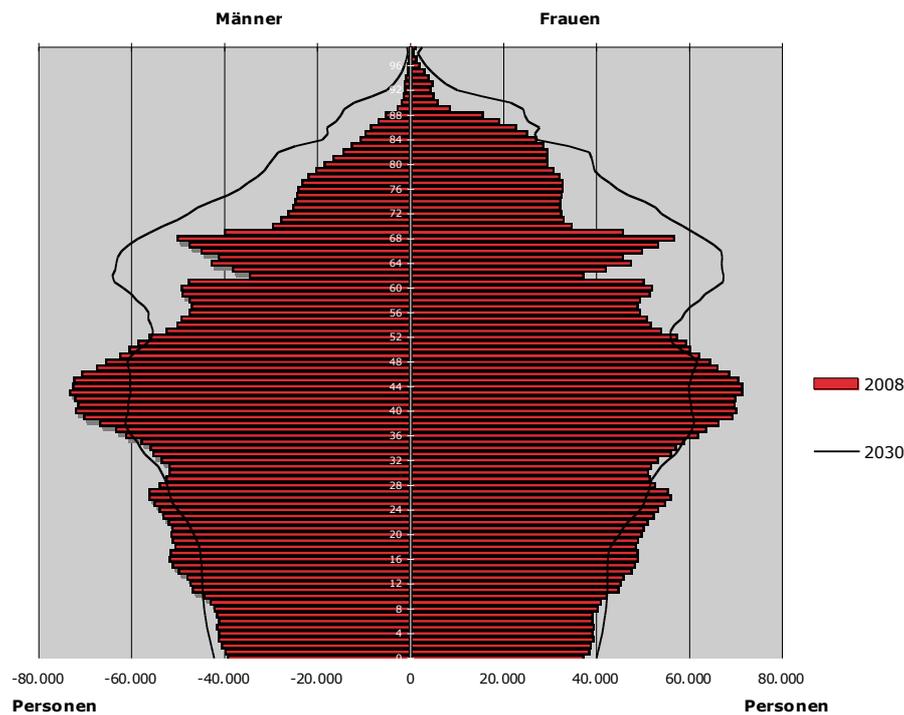


Quelle: BMASK 2009 – Österreichischer Pflegevorsorgebericht, Statistik Austria, eigene Berechnungen

Wie aus Abbildung 3 ersichtlich steigt das Risiko pflegebedürftig zu werden mit zunehmendem Alter signifikant an. Laut den Berechnungen des WIFO hat sich das Pflegerisiko zwischen 1995 und 2006 in den einzelnen Kohorten kaum verändert. Zudem kommen die AutorInnen zu dem Schluss, dass der leichte Anstieg der Pflegebedürftigen zwischen 2001 und 2006 in erster Linie durch den Anstieg der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe der über 81-Jährigen bedingt ist. Im Zeitraum zwischen 1996 und 2000 hingegen wurde der Gesamtanstieg der Pflegebedürftigen vorwiegend durch die Alterskohorte der 61- bis 80-Jährigen verursacht. Als Ursache für diese unterschiedlichen Trends wird in der Studie des WIFO die Verschiebung der Alterskohorten angeführt (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 6f.).

### 3.3.6. Demographische Entwicklung

Abbildung 4: Entwicklung der Bevölkerung in Österreich 2008 – 2030



Quelle: Statistik Austria Bevölkerungsprognose März 2010 (Basisszenario), eigene Darstellung

Aus Abbildung 4 und Tabelle 8 ist ersichtlich, dass sich die Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung bis 2030 einem deutlichen Wandel unterziehen wird. Vor allem der Bevölkerungsanteil von über 55-Jährigen wird laut dem Basisszenario der Statistik Austria stark zunehmen. Die geburtenstarken Jahrgänge der so genannten

Babyboom-Generation werden bis 2030 in ein Alter kommen, in dem die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit merklich ansteigt. Die Anzahl der Männer in höherem Alter wird sich in Einklang mit internationalen Trends bis 2030 der Anzahl der Frauen für die einzelnen Lebensalter tendenziell annähern.

**Tabelle 8: Stand der Bevölkerung nach Altersgruppen**

Altersgruppe	Personen			Veränderung in %	
	2008	2020	2030	2006/2020	2006/2030
Unter 60 Jahre	6.456.067	6.468.972	6.240.749	0,20	-3,34
60-79 Jahre	1.494.421	1.799.212	2.176.405	20,40	45,64
Über 60 Jahre	1.880.482	2.279.945	2.807.616	21,24	49,30
Über 80 Jahre	386.061	480.733	631.211	24,52	63,50

Quelle: Statistik Austria Bevölkerungsprognose März 2010 (Basisszenario), eigene Berechnungen

### 3.3.7. Entwicklung des Gesundheitszustands bei steigender Lebenserwartung

Wie weiter oben bereits beschrieben werden für die meisten Industriestaaten sowohl eine steigende Lebenserwartung als auch sinkende Sterbewahrscheinlichkeiten<sup>14</sup> prognostiziert. Für die Prognose der künftigen Pflegeausgaben ist darüber hinaus von Bedeutung, in welchem Gesundheitszustand diese zusätzlichen Lebensjahre verbracht werden, um die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit im Alter abschätzen zu können.

Eine Erhöhung der Lebenserwartung führt nicht zwangsläufig zu einer Verlängerung der Periode der Pflegebedürftigkeit: In der Sozialmedizin gibt es prinzipiell vier verschiedene Ansätze zur Frage, in welchem Gesundheitszustand zusätzliche Lebensjahre verbracht werden (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 167f.).

Der erste Ansatz geht davon aus, dass alle durch die steigende Lebenserwartung gewonnenen Lebensjahre in schlechter Gesundheit verbracht werden (Expansion der Morbidität<sup>15</sup>). Dahinter steckt im Wesentlichen die Überlegung, dass durch den medizinischen Fortschritt chronische Krankheiten zwar besser und öfter behandelt werden und dadurch die Lebenserwartung steigt, der Ausbruch dieser chronischen Krankheiten jedoch nicht verschoben oder gar verhindert wird (vgl. Gruenberg 1977).

<sup>14</sup> Die Sterblichkeitsrate wird im Allgemeinen als die Anzahl der Todesfälle pro 1.000 Personen definiert. Diese Rate bestimmt im Wesentlichen die Anzahl der Lebensjahre, die eine Person erwartungsgemäß über ein bestimmtes Alter hinaus leben wird (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 148).

<sup>15</sup> Morbidität bezeichnet die Krankheitshäufigkeit einer bestimmten Bevölkerungsgruppe.

Ein weiterer Ansatz postuliert, dass alle zusätzlich gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit verbracht werden (Rechtsverschiebung der Morbidität). Dabei wird angenommen, dass die Anzahl der in schlechter Gesundheit verbrachten Jahre auch bei einer Erhöhung der Lebenserwartung konstant bleibt (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 167). Der Ausbruch von altersbedingten Krankheiten wird zwar nach hinten verschoben, die durchschnittliche Dauer dieser Krankheiten bleibt allerdings konstant.

Ein dritter Ansatz (Kompression der Morbidität) geht davon aus, dass die altersbedingte Krankhaftigkeit mit steigender Lebenserwartung zurückgehen wird (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 167). Laut dieser These wird der Ausbruch altersbedingter Krankheiten durch den medizinischen Fortschritt und vor allem durch vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen gegen chronische Krankheiten auf die letzten Lebensjahre komprimiert (vgl. Fries 1989). Das Verhältnis der Lebensjahre, die in schlechter Gesundheit verbracht werden, zu jenen Lebensjahren, die in guter Gesundheit verbracht werden, sinkt.

Als eine Art Kompromissvariante kann die vierte in der Literatur diskutierte Variante (Bi-Modality) bezeichnet werden. Im Rahmen dieser These wird angenommen, dass für einen Großteil der Bevölkerung die altersbedingte Morbidität abnimmt, jedoch nicht für alle. Mit steigender Lebenserwartung verlängert sich somit die Lebensperiode, in der das Risiko pflegebedürftig zu werden besteht. Als Ergebnis steigt die Anzahl der älteren Personen mit schlechtem Gesundheitszustand (Kane et al. 1990, zit. nach Comas-Herrera et al. 2003: 167).

**Abbildung 5: Die unterschiedlichen Annahmen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes bei steigender Lebenserwartung**

<b>Vor einer Veränderung der Lebenserwartung</b>	Lebenserwartung in guter Gesundheit	Lebenserwartung in schlechter Gesundheit
<b>Expansion der Morbidität</b>	Lebenserwartung in guter Gesundheit	Lebenserwartung in schlechter Gesundheit
<b>Rechtsverschiebung der Morbidität</b>	Lebenserwartung in guter Gesundheit	Lebenserwartung in schlechter Gesundheit
<b>Kompression der Morbidität</b>	Lebenserwartung in guter Gesundheit	Lebenserwartung in schlechter Gesundheit
<b>Bi-modality</b>	Lebenserwartung in guter Gesundheit	Lebenserwartung in schlechter Gesundheit

Quelle: Comas-Herrera et al. 2003: 168

Doblhammer und Kytir haben in einer empirischen Untersuchung für Österreich für den Zeitraum 1978 bis 1998 festgestellt, dass sowohl die erwarteten Jahre in guter Gesundheit („healthy-life expectancy“) als auch das Verhältnis der gesunden Jahre zur Lebenserwartung im Beobachtungszeitraum gestiegen sind. Die AutorInnen haben somit für Österreich im Beobachtungszeitraum eine Tendenz zur Kompression der Morbidität festgestellt (vgl. Doblhammer / Kytir 2001).

Von enormer politischer Bedeutung für die Entwicklung der künftigen Pflegeausgaben sind in diesem Zusammenhang auch gesundheitspolitische Maßnahmen. Je nach Ausgestaltung haben sie das Potential, „Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu mindern oder zeitlich in ein späteres Lebensalter zu verlagern“ (Österle / Hammer 2004: 36). Konkret sollte im Bereich der Gesundheitspolitik vermehrt auf Vorsorgemaßnahmen gesetzt werden um den Anstieg der Pflegeausgaben zu dämpfen.

### **3.3.8. Umfang der informellen und der formellen Pflege**

Ausgehend von einer Definition der informellen Pflege soll an dieser Stelle der Umfang dieses Sektors diskutiert werden. Ich werde dabei sowohl auf die Pflege durch Angehörige als auch kurz auf den in den letzten Jahren vermehrt in der medialen Debatte stehenden Bereich der „illegalen“ Pflege eingehen.

Österle und Hammer definieren den formellen Pflegebereich als jenen Sektor, in dem „Pflegearbeit bezahlt und auf der Basis der geltenden arbeits- und sozialrechtlichen Bedingungen erbracht werden“ (Österle / Hammer 2004: 66). Der informelle Sektor ist demnach in Abgrenzung zum formellen Sektor jener Sektor, in dem Pflegeleistungen unreguliert und oft auch unbezahlt erbracht werden. Alternativ wird unter informeller Pflege „die grundsätzlich unbezahlte, d.h. nicht auf Erwerb ausgerichtete und nicht auf einer vertraglichen Basis geleistete dauernde Hilfe und Pflege durch Menschen verstanden, die für diese Tätigkeiten kein Ausbildungszertifikat erworben haben“ (Hörl 2008: 351). Während bei der Definition nach Österle/Hammer Pflege, die am schwarzen bzw. grauen Markt zugekauft wird, ebenfalls als informelle Pflege bezeichnet werden könnte, fallen diese

Pflegekonstellationen nach der Definition von Hörl nicht in den Bereich der informellen Pflege sondern bilden einen zusätzlichen dritten Pflegesektor.

Der Großteil der effektiven Pflegeleistungen wird in informeller Weise in der Familie erbracht (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 4). Empirische Untersuchungen zeigen, dass Mitte der 1990er Jahre bei über 88% aller Pflegefälle Familienangehörige als Hauptbetreuungspersonen fungierten (vgl. Badelt et al. 1997: 111), wobei damals 80% der Betreuungsleistungen von Frauen durchgeführt wurden (vgl. Badelt et al. 1997: 109). Laut Mikrozensus der Statistik Austria wurden 2002 nur zwei Drittel aller informellen Pflegeleistungen von Frauen erbracht (vgl. Statistik Austria 2003: 44). Pochobradsky et al. geben den Anteil der von Frauen durchgeführten informellen Pflegeleistungen in einer im Auftrag des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz erstellten Studie aus dem Jahr 2005 hingegen nach wie vor mit 80% an (vgl. Pochobradsky et al. 2005).

Der Arbeitskreis für Pflegevorsorge geht davon aus, dass der Prozentsatz der durch nahe Angehörige gepflegten Personen im Jahr 2008 noch immer bei ca. 80% liegt (vgl. BMASK 2009: 4). Allerdings wird in der Literatur angeführt, dass seit der Untersuchung von Badelt et al. in Österreich keine genauen Untersuchungen zu diesem Thema mehr durchgeführt wurden (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 16). Eine genaue Erhebung dieser Daten scheitert laut Hörl zum einen daran, dass die statistische Erhebung der verschiedenen Pflegeformen in den Bundesländern unterschiedlich erfolgt und darüber hinaus Lücken aufweist. Zum anderen gibt es in Österreich bislang keine repräsentativen Untersuchungen über die Überschneidungen von formeller und informeller Pflege (Doppelbetreuungen) (vgl. Hörl 2008: 351).

Bei dem in der Literatur immer wieder genannten Anteil der informellen Pflegeleistungen von 80% der gesamten Pflegeleistungen dürfte es sich also um Schätzungen auf Grundlage der Untersuchung von Badelt et al. handeln. Diese Schätzungen sind insofern mit etwas Vorsicht zu genießen, als die AutorInnen in ihrer Studie betonen, dass sich zum Zeitpunkt der Erstellung ihrer Studie der Aufbau von sozialen Diensten erst im Anfangsstadium befand und daher keine langfristigen Aussagen zum Ausmaß der Inanspruchnahme derselben getroffen werden können (vgl. Badelt et al. 1997: 75f.). Diese Aussage kann auch auf das Ausmaß der informellen Pflege umgelegt werden, da erwartungsgemäß eine verstärkte

Inanspruchnahme von sozialen Diensten den Anteil der informellen Pflege an der gesamten Pflegeleistung verringern sollte.

Der dennoch auch im europäischen Vergleich relativ hohe Anteil an informeller Pflege wird zum Teil durch Geldleistungen (konkret das Pflegegeld) kompensiert (vgl. Streissler 2004: 4). In der Literatur wird diese Ausformung des Pflegesystems auch als „publicly facilitated, private care model“ (Bettio / Plantenga 2004: 101) betrachtet, da zwar systematisch auf die Familie als Ressource der Pflege gesetzt wird, jedoch gleichzeitig durch die finanziellen Transfers ein Anreiz für die Familien gesetzt wird, diese Pflegeaufgaben auch tatsächlich zu übernehmen.

Über den Umfang der über den Schwarzmarkt organisierten Pflege liegen in Österreich nur äußerst grobe Schätzungen vor. Dieser der Literatur zufolge hauptsächlich von PflegerInnen aus den angrenzenden Nachbarstaaten bediente Markt ist laut verschiedenen Schätzungen und Einschätzungen relativ stark im Wachstum begriffen. Grob geschätzt werden in Österreich ohne Nennung von Quellenangaben bzw. Schätzmodellen 10.000 bis 60.000 PflegerInnen im schwarzen bzw. grauen Markt kolportiert. Krajic, Nowak und Rappold gehen ausgehend von diesen – auch nach ihrer Meinung – problematischen Schätzungen von ca. 1.000 bis 6.000 Vollzeitäquivalenten, die im schwarzen bzw. grauen Markt beschäftigt sind, aus (vgl. Krajic / Nowak / Rappold 2005: 9f.).

Rund 66.000 Personen nahmen 2007 in Österreich stationäre Pflege in Anspruch. Seit 2001 ist dabei ein Anstieg von 13,6% zu beobachten. Scholta geht für 2006 von einem „Institutionalisierungsgrad“<sup>16</sup> von 21% bei den über 85-Jährigen aus, gibt jedoch zu bedenken, dass dieser „Institutionalisierungsgrad“ real höher sein dürfte, da 20-30% aller Heimplätze während eines Jahres neu vergeben werden und vor allem Hochbetagte in solche Institutionen ziehen (vgl. Scholta 2008: 390). Einige Bundesländer berichten jedoch über Platzmangel in den Pflegeheimen, der Bedarf an Heimplätzen wäre also höher. Vor allem mit der Abschaffung bzw. Einschränkung des Regresses ist eine Erhöhung der Nachfrage nach Heimplätzen einhergegangen (vgl. Riedel / Kraus 2010: 21). In den letzten Jahren ist weiters ein Trend zu einer späteren Übersiedelung in Heime, bezogen sowohl auf das Alter der übersiedelnden

---

<sup>16</sup> = der Anteil einer Altersgruppe, der in Pflege- oder Altersheimen lebt

Personen als auch auf den Gesundheitszustand zu beobachten. Das heißt die Übersiedelung findet erst in einem stärker beeinträchtigten Gesundheitszustand als in früheren Jahren statt (vgl. Scholta 2008: 390). Stark im Rückgang befinden sich Heimplätze für Personen ohne bzw. mit nur geringem Pflegebedarf (unter Stufe 3). Diese Entwicklung ist Ausdruck der geänderten Strategie der öffentlichen Pflegeplanung, die reine Altenheimplätze allmählich in Pflegeplätze umwandeln will. Die aufgelösten bzw. umgewandelten Plätze sollen durch ein verstärktes Angebot an betreutem Wohnen aufgefangen werden (vgl. Riedel / Kraus 2010: 23).

Auch das Angebot an mobilen Pflegeleistungen ist stark im Wachsen begriffen (vgl. Riedel / Kraus 2010: 24f.; Biwald et al. 2007: 22). Der Bereich der mobilen Pflege wird in Österreich in erster Linie von überregionalen gemeinnützigen Organisationen angeboten. Rund 80.000 Menschen nahmen 2002/03 diese Angebote wahr, dies entspricht rund 23% aller PflegegeldbezieherInnen, wobei es starke regionale Unterschiede bei der Annahme dieser Angebote gibt (vgl. Rappold et al. 2008: 374).

Im Bereich der teilstationären Pflegedienste werden vor allem Tages- bzw. Nachtbetreuungscentren, Angebote zur Kurzzeitpflege zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und betreutes Wohnen angeboten. 2002 standen in diesem Bereich österreichweit 1.070 Betreuungsplätze zur Verfügung, der Großteil davon konzentrierte sich auf den städtischen Bereich (vgl. Biwald et. al 2007: 24). Die aktuelle Datenlage über Angebot und Nachfrage für diese Dienste ist äußerst schlecht, einige Bundesländer stellen keine Angaben über diesen Bereich zur Verfügung (vgl. Riedel / Kraus 2010: 26). Biwald et al. konstatieren jedoch auf Basis des Berichts des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005, dass in jenen Bundesländern, über die in diesem Bereich Daten ausgewiesen wurden, Steigerungsraten zwischen 7,6% und 185% innerhalb von fünf Jahren zu verzeichnen waren (vgl. Biwald et. al 2007: 23).

### **3.3.9. Altersstruktur der informell Pflegenden**

Auffallend ist, dass vor allem Personen in mittlerem und höherem Alter informelle Pflegeaufgaben übernehmen. Laut Mikrozensus erbringen fast 10% aller 50- bis 64-Jährigen informelle Pflegeleistungen, während nur 1% der 18- bis 24-Jährigen nahe

Angehörige oder Bekannte betreuen. Fast 50% aller Personen, die Angehörige oder Bekannte pflegen, sind älter als 55 Jahre. Erklärt werden diese Zahlen durch den Umstand, dass „in der Regel Angehörige der eigenen Generation oder der Elterngenerationen betreut werden, nicht aber die Generation der Großeltern“ (Statistik Austria 2003: 46). Pflegeleistungen werden also vorwiegend erst erbracht, wenn die eigenen Eltern pflegebedürftig werden oder der/die LebenspartnerIn Pflegeleistungen benötigt. Zu ähnlichen Ergebnissen kam die Studie von Pochobradsky et al. Die informellen Betreuungspersonen sind laut dieser Erhebung im Schnitt 58 Jahre alt. Fast drei Viertel der pflegenden Angehörigen sind älter als 50 Jahre und 45% aller Hauptpflegepersonen sind älter als 60 Jahre. Auf der anderen Seite sind 60% der pflegenden Frauen jünger als 60 Jahre, bei den Männern liegt dieser Anteil bei 52%. Die StudienautorInnen kommen zu dem Schluss, dass Männer ihre Betreuungstätigkeit weniger gut mit der Berufstätigkeit vereinbaren können (oder wollen) und erst ab dem Pensionsantritt als Betreuungspersonen zur Verfügung stehen (vgl. Pochobradsky et al. 2005: 12).

### **3.3.10. Betreuungssituation im Bereich der informellen Pflege**

Fast zwei Drittel der informellen Pflege wird von Angehörigen, die im selben Haushalt wie die zu pflegende Person leben, wahrgenommen (vgl. Statistik Austria 2003: 45; Pochobradsky et al. 2005: 16). In der überwiegenden Mehrheit werden die Betreuungsaufgaben von Verwandten, und hier vor allem Töchtern und Ehefrauen bzw. Lebensgefährtinnen, übernommen. Statistik Austria erklärt die geschlechtsspezifischen Differenzen in der informellen Pflege in erster Linie durch die unterschiedlichen Lebenserwartungen der Geschlechter und den Altersunterschied zwischen den EhepartnerInnen. Ausgehend von der Annahme, dass Ehemänner im Durchschnitt älter als ihre Ehepartnerinnen sind, wird gefolgert, dass diese Männer im Falle einer Pflegebedürftigkeit von ihren – meist jüngeren – Ehefrauen gepflegt werden. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer aufweisen, überleben die Ehefrauen meist ihre Männer und sind somit im Falle der Pflegebedürftigkeit auf die Hilfe von jüngeren Verwandten angewiesen (vgl. Statistik Austria 2003: 45). Als weitere Gründe für die Übernahme von Pflgetätigkeiten geben Frauen immer wieder

Selbstverständlichkeit und Pflichtgefühl als zentrale Motive an (vgl. Pochobradsky et al. 2005: 14).

Besondere Probleme ergeben sich für die Betreuungspersonen im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit der Pflege mit einer Berufstätigkeit. So gingen 2004 nur ca. 30% aller Hauptpflegepersonen einer bezahlten Erwerbstätigkeit nach. Im Vergleich dazu geben rund 55% der Befragten an, dass sie vor der Übernahme von Pflegeleistungen voll im Erwerbsleben standen. Anzumerken bleibt, dass vor allem Frauen, und hier insbesondere verheiratete Frauen, durch die Übernahme von Pflegeaufgaben keine eigenen Einkommen lukrieren (vgl. Pochobradsky et al. 2005: 19f.).

### **3.3.11. Betreuungsverhältnisse**

Einen weiteren Ansatz für die Betrachtung der Betreuungsverhältnisse stellt die so genannte „potential support ratio“ dar. Sie gibt das Verhältnis von Personen im Erwerbsalter zu Personen im hohen Alter an. Kytir zeigt, dass derzeit auf jede Person im Alter von 65 Jahren 4,2 Personen im Erwerbsalter kommen. Diese 4,2 Personen stellen also das durchschnittliche potentielle Unterstützungsnetzwerk einer älteren Person dar. Die „potential support ratio“ wird sich bis 2050 halbieren, auf jede Person über 65 kommen dann nur noch knapp über 2 Personen im Erwerbsalter (vgl. Kytir 2008: 53).

Für die Pflegedebatte spannender ist jedoch die so genannte „parent support rate“. Dieser Indikator gibt das Verhältnis der über 80-Jährigen zu ihrer Kindergeneration, den Personen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren, an. Da es sich bei der zweiten Gruppe um die HaupterbringerInnen der informellen Pflegeleistungen handelt, ist dieses Verhältnis für Prognosen der Entwicklung der informellen Pflege und damit auch der Pflegeausgaben von entscheidender Bedeutung. Laut Kytir verändert sich die „parent support rate“ bis 2020 kaum und wird auf einem Niveau von 25 über 80-Jährigen pro 100 Angehörigen ihrer Kindergeneration konstant bleiben. Bis 2050 verschlechtert sich diese Rate allerdings auf ein Verhältnis von 60 zu 100 (vgl. Kytir 2008: 53).

Comas-Herrera et al. folgen in ihrer europäischen Studie einem noch stärker detaillierten Ansatz. Sie setzen die Anzahl der Frauen im Alter zwischen 46 und 69 Jahren mit allen Personen über 70 Jahren ins Verhältnis, um das „female care-giving

potential“ für die betrachteten Länder UK, Deutschland, Italien und Spanien zu ermitteln. Für die Jahre 1960-1990 können für alle betrachteten Länder beträchtliche Rückgänge dieses „female care-giving potential“ beobachtet werden. Für Deutschland beispielsweise sank dieses Verhältnis bis 1990 auf ca. 60% des Wertes von 1960. Ein weiterer Rückgang des „female care-giving potential“ wird von den AutorInnen für alle betrachteten Länder als sehr wahrscheinlich eingestuft (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 184f.). Diese Entwicklung kann auch für Österreich in ähnlichem Ausmaß angenommen werden.

### **3.3.12. Die zukünftige Bedeutung der informellen Pflege**

In diesem Abschnitt wird die zukünftige Bedeutung der informellen Pflege diskutiert. Informelle Pflege weist derzeit in allen europäischen Staaten einen vergleichsweise großen Umfang auf und nimmt eine bedeutende Rolle ein. Die Literatur geht jedoch übereinstimmend davon aus, dass der Anteil der informellen Pflege in Zukunft zurückgehen wird. Verantwortlich gemacht werden hierfür vor allem die demographischen Entwicklungen in den Industriestaaten – insbesondere die Veränderung des Verhältnisses zwischen pflegebedürftigen Personen und Personen im potentiellen Hauptpflegealter –, die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen und die sich verändernde Haushaltszusammensetzung. Ein weiterer den zukünftigen Umfang der informellen Pflege bestimmender Faktor sind die Wiedereinstiegsmöglichkeiten ins Berufsleben für Personen die sich um Angehörige gekümmert haben (vor allem Frauen).

Statistik Austria geht wie zahlreiche andere AutorInnen davon aus, dass in Österreich in Zukunft „informelle familiäre Unterstützungsnetzwerke unter nahen Angehörigen „dünnere“ werden“ (Statistik Austria 2003: 44). Als Grund hierfür wird neben der demographischen Alterung vor allem die „Singularisierung“ der Lebensformen (erhöhte Scheidungsraten und sinkende Heiratshäufigkeiten bzw. sinkende Kinderzahlen) angeführt. Weitere Gründe für den zu erwartenden Rückgang der informellen Pflege sind die steigende regionale Mobilität und die Zunahme der Frauenerwerbsquote. Weiters spielt die Anhebung des realen Pensionsantrittsalters eine Rolle, da hierdurch die für die informelle Pflegeerbringung bedeutende Gruppe

der heute 55- bis 60-Jährigen länger im Erwerbsleben verweilt und somit als Ressource für die informelle Pflege verknappt wird. Zudem wird in der Literatur darauf verwiesen, dass es die „Individualisierung und das Streben nach Selbständigkeit und Selbstverwirklichung häufig sowohl für Betreuungspersonen als auch für die Pflegebedürftigen schwer [machen], die gegenseitigen Abhängigkeiten auf der traditionellen Basis zu akzeptieren“ (Pochobradsky et al. 2005: 11). Als zusätzlicher Faktor für die weitere Entwicklung der informellen Pflege werden in der Literatur auch die Kosten für außerfamiliäre Pflege angeführt, ambulante Pflege wird hierbei als kostengünstiger als stationäre Betreuung eingestuft. Österle und Hammer weisen allerdings darauf hin, dass durch ambulante Dienste häufig nicht der gesamte Pflegebedarf abgedeckt wird sondern zusätzlich auch auf informelle Pflege zurückgegriffen wird. Die postulierte Kostengünstigkeit der ambulanten Pflege besteht daher in Wahrheit nur in eingeschränktem Maße (vgl. Österle / Hammer 2004: 75f.). Alle diese „Faktoren wirken dahingehend, dass sich das Angebot an informeller Pflege verringern wird“ (Streissler 2004: 14), während gleichzeitig die Nachfrage nach Pflegeleistungen aufgrund der demographischen Alterung steigen wird.

Streissler rechnet trotz eines Rückgangs der Bedeutung der informellen Pflege aufgrund der genannten Faktoren dennoch damit, dass in Österreich der Anteil der informellen Pflege mittelfristig relativ hoch bleiben wird. Als Grund führt sie unter anderem die Lohnstruktur an, da durch die hohe Arbeitsintensität von Pflegeleistungen ihre Verfügbarkeit eher von Einkommensunterschieden als vom Niveau der Einkommen abhängt. In Ländern mit geringem Einkommensniveau können sich laut Rosner relativ viele Menschen mit moderatem Einkommen solche Dienstleistungen leisten, da es in diesen Ländern relativ viele Menschen gibt, die bereit sind nur für Kost und Logie zu arbeiten und die Kosten der Pflege bzw. die Löhne der PflegerInnen daher dementsprechend niedrig sind (vgl. Rosner 2003: 187). Als weiteren Grund gegen einen starken Rückgang der informellen Pflege führt Streissler die Einstellungen der Bevölkerung zu den verschiedenen Pflegeformen an. So bevorzugt ein Großteil der ÖsterreicherInnen Pflege im gewohnten Umfeld. Der Wunsch nach Betreuung durch nahe Angehörige ist ebenfalls nach wie vor sehr stark ausgeprägt (vgl. Gisser 2003 und European Commission 2007 für Detailergebnisse über die Einstellung zu Pflegeformen in Österreich). Weitere Entwicklungen, die der

„Ausdünnung“ des Pools für die informelle Pflege entgegenwirken könnten, sind die sich ändernden gesellschaftlichen Werthaltungen und der durch das Aufholen in der Lebenserwartung bedingte potentiell steigende Männeranteil in der informellen Pflege. Zudem wird argumentiert, dass gerade durch die Zunahme unsteter familiärer Lebensläufe „der Pool an potentiellen Betreuungspersonen größer ist und somit **neue Unterstützungspotentiale** aufgebaut werden“ (Schneider et al. 2006: 20, Anm.: Hervorhebung im Orig.).

### 3.3.13. Gesellschaftliche Relevanz der informellen Pflege

Streissler konstatiert aufbauend auf Daten aus dem Mikrozensus 2002, dass „erhöhter informeller Pflegebedarf einen ernst zu nehmenden Erwerbshinderungsgrund darstellt“ (Streissler 2004: 12). Für Personen, die (noch) im Berufsleben stehen, sieht Streissler eine „Vereinbarungsproblematik, die deutlich schwieriger als im Fall der Kinderbetreuung ist“ (Streissler 2004: 13). Österle und Hammer weisen darauf hin, dass viele der als Betreuerinnen fungierenden Frauen sich nicht nur um ältere Angehörige kümmern, sondern parallel dazu auch noch eigene Kinder betreuen (vgl. Österle / Hammer 2004: 40) und somit häufig mit Doppel- und Mehrfachbelastungen konfrontiert sind. Die Vereinbarungsproblematik für Berufstätige entsteht einerseits durch die häufig erforderlichen kürzeren Arbeitszeiten und die dadurch entstehenden beruflichen Nachteile wie der Einschränkung von Entwicklungs- und Aufstiegsmöglichkeiten im Berufsleben. Zudem sind die Einkommenseinbußen durch verkürzte Arbeitszeiten bzw. ein – vorübergehendes oder dauerhaftes – Ausscheiden aus dem Erwerbsleben eine weitere Herausforderung für die pflegenden Personen. Darüber hinaus stellen auch durch die Betreuung auftretende psychische und physische Probleme ein nicht zu vernachlässigendes Problem dar.

Auch durch die fehlende soziale Absicherung für jene Personen, die aufgrund der Übernahme von informellen Pfllegetätigkeiten vorübergehend oder dauerhaft aus dem Erwerbsleben aussteigen, ergeben sich nicht zu unterschätzende Schwierigkeiten. „Die Möglichkeiten der freiwilligen Selbstversicherung sind beschränkt und werden oft auch als zu teuer angesehen bzw. sind sie gemeinsam mit dem Pflegegeld nur ein Teil der materiellen Bedürfnisse pflegender Angehöriger“ (Streissler 2004: 13). Die Übernahme von Betreuungsverpflichtungen hat zudem negative Auswirkungen auf

Pensionsansprüche, da diese in Österreich an Erwerbszeiten und Erwerbsausmaß (bzw. Einkommenshöhe) gekoppelt sind. Österle und Hammer konstatieren, dass die insbesondere im korporatistischen bzw. kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaat im Vordergrund stehende Koppelung der Sozialleistungen an die bezahlte Erwerbsarbeit einen ökonomischen Anreiz für bezahlte Erwerbsarbeit darstellt. Eine Verringerung der unbezahlten Betreuungsarbeit zu Gunsten von bezahlter Erwerbsarbeit ist daher aus individueller Sicht ökonomisch rational (vgl. Österle / Hammer 2004: 40).

Einen wesentlichen Faktor für die weitere Entwicklung der informellen Pflege stellt zudem die Wiedereinstiegsmöglichkeit von pflegenden Personen in den Arbeitsmarkt dar. Ein grundsätzliches Problem ergibt sich in diesem Zusammenhang daraus, dass „die „Karenz“zeiten in ihrer Dauer von vornherein sehr oft nicht absehbar“ sind (Streissler 2004: 13). Andererseits werden wie weiter oben bereits beschrieben informelle Pflegeleistungen hauptsächlich von Frauen im Alter ab 45 Jahren geleistet. Für diese Gruppe von ArbeitnehmerInnen ist ein Wiedereinstieg in das Erwerbsleben nach längerer Absenz deutlich schwieriger als für andere Gruppen.

Aufgrund der von Badelt et al. konstatierten expliziten Zielsetzung des österreichischen Pflegegelds einen Anreiz für die hauptamtliche Übernahme der Pflege durch Angehörige zu setzen bzw. im weiteren Sinn „die familiären Betreuungsressourcen zu sichern“ (Badelt et al 1997: 10), drängt das Pflegegeld tendenziell Frauen aus dem Erwerbsleben und hilft so, traditionelle Rollenbilder fort zu schreiben. An diesem Punkt setzen auch KritikerInnen aus einer feministischen ökonomischen Perspektive an. In Ländern, die stark auf informelle Pflege setzen, besteht in ihren Augen die Gefahr, dass die Frauenerwerbsquote niedrig bleibt bzw. niedrig gehalten wird oder der Anteil der Teilzeitarbeitsplätze für Frauen hoch ist bzw. ansteigt. Auf der anderen Seite wird durch den Fokus auf die informelle Pflege der Ausbau des Arbeitsmarktsektors Pflege gehemmt. Da dieser Sektor tendenziell einen Arbeitsmarkt für weibliche Beschäftigte darstellt, könnten durch den Ausbau dieses Sektors neben der Erhöhung der Frauenerwerbsquote auch durchgängigere Erwerbsbiographien für Frauen entstehen (vgl. Bettio / Plantenga 2004: 103). Dieses Argument wird durch die Betrachtung der potentiell durch das Verharren auf informellen Pflegestrukturen nicht geschaffenen Arbeitsplätze erhärtet. So gehen

Schneider und Österle davon aus, dass unter der Annahme einer 40-Stunden-Woche und einer effektiven Arbeitsleistung von 200 Tagen pro ArbeitnehmerIn 1997 in Österreich der alleine im informellen Pflegesektor geleistete zeitliche Pflegeaufwand 261.075 fiktiven Vollzeitarbeitsplätzen entsprochen hätte. Der Pflegeaufwand der Personen im Alter von 16-60 Jahren entspricht dabei 182.000 Vollzeitäquivalenten (vgl. Schneider / Österle 2006: 242).

## **4. Prognoseszenarien über die Entwicklung der Pflegeausgaben in Österreich**

In diesem zentralen Abschnitt der Arbeit werden die sechs betrachteten Studien, ihre Methodik, Annahmen und Ergebnisse kurz vorgestellt. Zudem wird eine Studie von Comas-Herrera et al., die die Pflegeausgaben für Großbritannien, Deutschland, Italien und Spanien prognostiziert, als Referenzstudie für die Bewertung der anderen analysierten Studien vorgestellt. Abschließend werden die Annahmen der einzelnen Studien einer kritischen Bewertung unterzogen und die Studien hinsichtlich ihrer Prognosefähigkeit eingeschätzt.

### **4.1. Methodik und Annahmen der Studien**

#### **4.1.1. WIFO-Studie (Mühlberger / Knittler / Guger)**

Mühlberger, Knittler und Guger berechnen in ihrer Studie für das Österreichische Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO) die zu erwartenden öffentlichen Pflegeausgaben im Jahr 2030 auf Basis der Situation des österreichischen Pflegesektors in den Jahren 2006 bzw. 2007. Dabei werden einerseits verschiedene Szenarien entwickelt, in denen ausgehend von einem Basisszenario mehrere Faktoren als veränderbar in das Modell eingefügt werden. Andererseits berechnet das WIFO für jedes Szenario ein so genanntes „lower bound“ bzw. „upper bound“ Szenario um den möglichen Schwankungsbereich der erwarteten Änderung der Pflegeausgaben abzubilden.

Die AutorInnen unterscheiden für das Modell zwischen demographischen und nicht-demographischen Faktoren. Das WIFO-Modell beinhaltet als demographische Faktoren die Änderungen der Bevölkerungsstruktur im Hinblick auf Alter, Geschlecht und Haushaltsstruktur sowie die erwartete Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung bei allgemein steigender Lebenserwartung. Als nicht-demographische Faktoren werden die Arbeitsmarktteiligungsquote von Frauen (als möglicher Proxy für das Ausmaß der informellen Pflege) und die Kostenentwicklungen im Pflegesektor identifiziert (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 12f.).

Die AutorInnen nennen als wesentlichste Datenrestriktion die lückenhafte und uneinheitliche Erfassung der Sachleistungen seitens der Bundesländer. Die größten

Probleme stellen dabei die unterschiedliche Abgrenzung zwischen den Ausgaben für Alte und Behinderte und die uneinheitliche Erfassung der Ausgaben für stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegeleistungen dar. Zudem ist die Kostenerfassung nach BezieherInnenkreisen nicht vereinheitlicht<sup>17</sup> und es bestehen Datenbrüche innerhalb der Bundesländer, die durch Umstellungen der Erfassungsmethoden entstanden sind und einen Vergleich der Ausgaben über die Zeit erheblich erschweren (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 2f.).

Die AutorInnen treffen für die vier in das Modell eingehenden Faktoren begründete Datenannahmen über deren künftige Entwicklung. Für die Änderung der Bevölkerungsstruktur wird die mittlere Bevölkerungsprognose der Statistik Austria vom November 2007 herangezogen. Für die Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustandes wird eine Verschiebung des auf den Beobachtungen des Jahres 2006 basierenden Risikos Pflegegeld zu beantragen um ein Lebensjahr in den Jahren 2015 und 2030 („lower bound Szenario“) bzw. im Jahr 2025 („upper bound Szenario“) angenommen. Im Bereich der informellen Pflege gehen die AutorInnen von einer Verringerung des Ausmaßes der informellen Pflege von 0,5 („lower bound“) bzw. 1 („upper bound“) Prozentpunkten aus. Als Referenzwert für den Umfang der informellen Pflege für das Jahr 2006 werden 75% festgelegt. Die Rückgangsraten der informellen Pflege begründen Mühlberger, Knittler und Guger einerseits mit dem angenommenen Rückgang der informellen Pflege zwischen 1995 und 2006 von 80% auf 75% aller Pflegeleistungen. Der Wert von 80% für das Jahr 1995 wird der Untersuchung von Badelt et al. 1996 entnommen. Andererseits wird die Annahme eines Rückganges der informellen Pflege um fünf Prozentpunkte mit der Erhöhung der Frauenerwerbsquote um genau jenen Wert im Zeitraum zwischen 1995 und 2006 begründet. Diese Veränderungsdaten werden für die künftigen Jahre unter Berücksichtigung der verstärkten Teilzeitarbeit, der sich abzeichnenden geänderten Betreuungsverhältnisse<sup>18</sup> und dem Wachsen des illegalen Pflegesektors in den oben beschriebenen Schwankungsbreiten fortgeschrieben (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 16ff.). Im Bereich der Entwicklung der Kosten im Pflegesektor nehmen die AutorInnen durchschnittliche reale Kostensteigerungen von 1% bzw. 2 % pro Jahr an. Diese eher überdurchschnittlichen Annahmen begründen sie einerseits mit der

---

<sup>17</sup> In manchen Ländern werden nur Kosten für PflegegeldbezieherInnen ausgewiesen, in anderen auch Pflegekosten für Personen, die kein Pflegegeld beziehen.

<sup>18</sup> Dies bezieht sich vor allem auf das Verhältnis zwischen der Gruppe der HauptpflegerInnen – Frauen zwischen 40 und 59 Jahren – und den Personen im potentiell pflegebedürftigen Alter.

starken Abhängigkeit der Pflegekosten von der Entwicklung der Lohnkosten und der aufgrund des demographischen Wandels zu erwartenden Verknappung des Pflegepersonals<sup>19</sup>. Andererseits führen die WIFO-AutorInnen die weiter oben beschriebene Baumol'sche Kostenkrankheit als weiteren Kostentreiber im Pflegebereich an (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 19). Datengrundlage für die Berechnungen der Kosten bilden in erster Linie die BundespflegegeldbezieherInnen des Jahres 2006 nach Pflegestufen mit genauen Altersangaben. Aus den Altersangaben und den Fallzahlen kann im Vergleich zur Gesamtbevölkerung das Pflegerisiko abgeleitet werden. Für LandespflegegeldbezieherInnen stand nur eine grobe Alterseinteilung zur Verfügung, weshalb die Berechnung des Pflegerisikos und der genauen Altersgruppen nur grob durchgeführt werden konnte. Die AutorInnen merken auch an, dass durch diese Datenrestriktion die Ausgaben für das Landespflegegeld unterschätzt werden (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 21). Für die Geldleistungen wird eine Fortschreibung der Höhe des Pflegegeldes in den einzelnen Stufen angenommen, für die Sachleistungen werden ebenfalls die Aufwendungen des Jahres 2006 als Basis herangezogen. Die Kosten der informellen Pflege und private Pflegeaufwendungen werden in diesem Modell nicht berücksichtigt, da nur Kosten der öffentlichen Hand Eingang in die Studie finden.

Ausgehend von einem Basisszenario berücksichtigen die AutorInnen in weiteren Szenarien jeweils den isolierten Einfluss eines der genannten Faktoren auf die Entwicklung der realen Pflegeausgaben im Modell. Dabei berechnen sie wie bereits erwähnt jeweils ein „lower bound“ bzw. ein „upper bound“ Szenario. Diese Einzelszenarien geben somit immer nur darüber Auskunft, wie die angenommenen bzw. erwarteten Veränderungen eines der betrachteten Faktoren die Entwicklung der Pflegeausgaben beeinflussen. Abschließend wird ein Gesamtszenario mit den Auswirkungen aller betrachteten Faktoren entwickelt (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 19f.).

Im ersten Szenario, dem Basisszenario, wird die Entwicklung der künftigen Pflegeausgaben nur auf Basis der demographischen Entwicklungen berechnet. Dabei wird die Anzahl der Personen in den unterschiedlichen Pflegestufen basierend auf der

---

<sup>19</sup> In erster Linie ist hier der Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter bei einem gleichzeitigen Anstieg älterer Personen zu nennen.

Bevölkerungsprognose der Statistik Austria und der bestehenden altersbedingten Pflegewahrscheinlichkeiten für die kommenden Jahre hochgerechnet. Die AutorInnen nehmen zudem an, dass sowohl die Struktur der PflegegeldbezieherInnen, das Pflegerisiko, das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen, die Arbeitsmarktbeteiligungsrate als auch die Kosten im Pflegesektor konstant (und somit auf dem Stand von 2006) bleiben (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 21f.).

Im Szenario 2 wird die steigende Gesundheit bzw. das sinkende Pflegerisiko ausgehend von einer „Kompression der Morbidität“ (siehe Kapitel 3.3.7.) isoliert betrachtet. Die WIFO-Studie berücksichtigt dabei auch die Bevölkerungsszenarien des Basisszenarios, das Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege sowie die Kostenentwicklungen des Pflegesektors werden allerdings weiterhin konstant gehalten. Im Zusammenhang mit der These der Kompression der Morbidität wird eine Verschiebung des Risikos Pflegegeld zu beantragen in den Jahren 2015 und 2030 jeweils um ein Jahr („lower bound Szenario“) bzw. im Jahr 2025 ebenfalls um ein Jahr nach rechts verschoben (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 22f.).

Das dritte Szenario betrachtet eine mögliche erhöhte Nachfrage nach formeller Pflege bzw. den Rückgang der informellen Pflege. Wiederum aufbauend auf dem Basisszenario werden die realen Kosten der Sachleistungen sowie die Gesundheitsstruktur konstant gehalten. Im „lower bound Szenario“ nehmen die StudienautorInnen an, dass der Anteil der formellen Pflege an den gesamten Pflegeleistungen um 0,5 Prozentpunkte pro Jahr zunimmt. Im „upper bound Szenario“ wird von einer Zunahme der formellen Pflege im Ausmaß von einem Prozentpunkt pro Jahr ausgegangen (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 24f.).

Im Szenario 4 wird der Kostenanstieg der Sachleistungen isoliert betrachtet. Die Bevölkerungsentwicklung wird berücksichtigt, alle anderen Faktoren werden wiederum konstant gehalten. Die AutorInnen legen die realen Kostensteigerungen der Sachleistungen mit 1% im „lower bound Szenario“ und mit 2% im „upper bound Szenario“ fest (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 25f.).

Im Szenario 5 berechnen Mühlberger, Knittler und Guger Gesamtszenarien, die gleichzeitige Änderungen in allen vier betrachteten Faktoren im Modell berücksichtigen. Dabei werden drei verschiedene Szenarien über den geschätzten Finanzierungsbedarf für die öffentliche Pflegevorsorge in Österreich bis zum Jahre

2030 berechnet. Im „lower bound Szenario“ werden die jeweiligen Annahmen der „lower bound Szenarien“ der bisher beschriebenen isolierten Szenarien herangezogen. Im „upper bound“ Szenario werden die jeweiligen „upper bound“ Annahmen der bisher vorgestellten Szenarien betrachtet. Zudem wird ein Mittelszenario betrachtet, das im Bezug auf die Kompression der Morbidität das „upper bound Szenario“ des isolierten Szenarios 2 (die Wahrscheinlichkeit Pflegegeld zu beziehen sinkt ab 2025 um ein Jahr) annimmt. Das WIFO legt den Anstieg der Nachfrage nach formeller Pflege mit 0,75 Prozentpunkten pro Jahr und den realen Kostenanstieg der Sachleistungen mit 1,5% jährlich fest. Zusätzlich zu den bisher angeführten Annahmen über die Veränderungen der Basisfaktoren betrachten die AutorInnen im Rahmen der Gesamtszenarien zusätzlich einige Struktureffekte. Insbesondere wird ein take-up Effekt aufgrund verbesserter Informationen über die Anspruchsberechtigungen des Pflegegeldes in der Bevölkerung unterstellt. So wird für alle drei Gesamtszenarien unterstellt, dass sich die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen aufgrund der Informationseffekte bis 2015 um einen Prozentpunkt und zwischen 2015 und 2020 um einen halben Prozentpunkt erhöht (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 26ff.).

#### **4.1.2. Studie der AK Wien (Streissler)**

Streissler betrachtet in ihrer Studie aus dem Jahr 2004 nur die geriatrische Langzeitpflege und versucht die Aufwendungen für die Pflege von Menschen mit Behinderungen im erwerbsfähigen Alter nicht zu berücksichtigen. Im Prognoseeteil ihrer Arbeit stellt Streissler zunächst die Ergebnisse der von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebenen „European Study of Long-Term Care Expenditure“ (Comas-Herrera et al. 2003) vor. Angelehnt an die Methodik dieser Studie nimmt Streissler nach eigenen Worten „eine Grobschätzung für die **Pflegeausgaben in Österreich in kurz- (2006), mittel- (2015) und langfristiger Perspektive (2030)**“ (Streissler 2004: 2, Anm.: Hervorhebung im Orig.) vor.

Ausgangspunkt für die Prognosen dieser Studie sind die offiziellen Angaben über die öffentlichen Geldleistungen im Pflegebereich (Bundespflegegeld plus Landespflegegelder) aus dem Jahr 2002 sowie die offiziellen Angaben über die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen im selben Jahr. Die öffentlichen Sachleistungen

werden aufgrund der Datenrestriktionen in diesem Bereich als österreichweite durchschnittliche Kosten einer Betreuungsstunde in der jeweiligen Pflegeart (ambulant bzw. stationär) geschätzt. Dabei werden Nettokosten für die öffentliche Hand von 20 Euro pro ambulanter Betreuungsstunde und von 70 Euro pro Tag in stationärer Pflege veranschlagt. Weiters nimmt die Autorin an, dass 15% aller Pflegefälle stationär betreut werden. Pflegefälle, die zu Hause betreut werden, werden mit einem durchschnittlichen Pflegebedarf von 140 Stunden pro Monat (entspricht 2003 der Pflegestufe 3) angesetzt, „wobei angenommen wird, dass 6% dieses Pflegebedarfs über ambulante professionelle Dienstleister erbracht werden“ (Streissler 2004: 31).

Die Kosten der informellen Pflege bewertet Streissler mittels des Opportunitätslohns. Die Argumentation für diesen Proxy ist, dass durch die Übernahme von Betreuungspflichten und der damit verbundenen Reduzierung von bzw. dem Verzicht auf Arbeitszeit weniger Arbeitseinkommen erzielt wird und es somit zu einer rechnerischen Reduzierung des BIP kommt. Für ihre Berechnungen unterstellt Streissler einen fiktiven Stundenlohn von 9,33 Euro, der dem durchschnittlichen Stundenlohn unselbständiger Frauen zwischen 45 und 55 Jahren – also der HauptträgerInnen informeller Pflege – im Ausgangsjahr der Prognose entspricht. Zudem nimmt sie an, dass ca. 80% der Pflege informell erfolgt. Durch den Vergleich mit den im formellen Sektor Beschäftigten geht Streissler daher von 160.000 vollzeitäquivalenten Arbeitsplätzen im informellen Pflegesektor aus.

Aufgrund der im Kapitel 3.2.4.1. dargestellten Baumol'schen Kostenkrankheit stellt sich laut Streissler das Problem, dass für eine sinnvolle längerfristige Prognose die Effekte der Preisentwicklung im Allgemeinen und die Kostenentwicklung im Pflegebereich im Besonderen in einem komplexen Makromodell berücksichtigt werden müssten. Die Autorin wählt daher eine reale Rechnung, in der von der Kostenstruktur des Jahres 2003 ausgegangen wird und die reale Entwicklung der Pflegeausgaben im Vergleich zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes herangezogen wird. Angenommen wird dabei ein reales durchschnittliches BIP-Wachstum von 2% pro Jahr und ein reales Lohnwachstum von jährlich 1,5%.

Die Berechnungen Streisslers beruhen auf der Schätzung der Summe der formellen Kosten (Sachleistungen im ambulanten und stationären Bereich sowie das Pflegegeld)

und der Summe der Pflegekosten inklusive der informellen Kosten (Sachleistungen plus informelle Opportunitätskosten minus Pflegegeld)<sup>20</sup>.

Analog zur „European Study of Long-Term Care Expenditure“ berechnet Streissler in einem ersten Schritt ein Basisszenario, in dem angenommen wird, dass die Pflegestruktur in Zukunft gleich bleibt. Die einzige sich verändernde Variable stellt die demographische Entwicklung dar, wobei angenommen wird, dass auch das Risiko pflegebedürftig zu werden für jede Altersgruppe konstant bleibt.

Darüber hinaus modifiziert die Autorin das Basisszenario in einzelnen Punkten und führt realistischere Annahmen ein. So weicht sie im Szenario „Steigende Lebenserwartung – bessere Gesundheit“ im Vergleich zum Basisszenario die Annahme der konstanten Pflegeinzidenz auf. Basierend auf der in dieser Arbeit in Kapitel 3.3.7. diskutierten Beobachtung, dass das Risiko zum Pflegefall zu werden mit steigender Lebenserwartung sinkt, und unter Berücksichtigung der Lebenserwartungsprognosen der Statistik Austria wird angenommen, „dass jeweils in den Jahren 2005, 2015 und 2030 (mit leicht gleitenden Übergängen) jeweils eine Jahrgangspopulation von der Gruppe mit hoher Pflegeinzidenz in die Gruppe mit niedriger Pflegeinzidenz hinuntergenommen wird (anders gesagt: es wird jeweils angenommen, dass die **Altersgrenze des hohen Pflegerisikos um ein Jahr steigt**)“ (Streissler 2004: 33f., Anm.: Hervorhebung im Orig.).

Im Szenario „Erhöhung des ambulanten Bereichs“ wird der zu erwartende Rückgang der informellen Pflege, der mit einem Ausbau der ambulanten Pflege abgefangen werden soll, in das Basisszenario eingebaut. In diesem Szenario nimmt die Autorin an, dass sich der Anteil der ambulanten Pflege jährlich um einen Prozentpunkt erhöht bzw. der Anteil der informellen Pflege jährlich um diesen einen Prozentpunkt sinkt.

Das Szenario „Ambulante Vollversorgung“ geht davon aus, dass die vom Pflegegeld eingeschätzte Betreuungsintensität zu niedrig angesetzt ist. Zusätzlich zu den in das Szenario „Erhöhung des ambulanten Bereichs“ eingeflossenen Annahmen wird in diesem Szenario der durchschnittliche Pflegebedarf anstelle der gesetzlichen Betreuungsanforderung in Pflegestufe 3 (140 Stunden/Monat) mit dem von Badelt et al. erhobenen tatsächlichen durchschnittlichen Betreuungsbedarf für Personen der Stufe 3 (nämlich 214 Stunden/Monat) angesetzt (vgl. Badelt et al. 1997: 68).

---

<sup>20</sup> Das Pflegegeld wird in diesem Ansatz als teilweise Kompensation für die entgangenen Opportunitätskosten bzw. als teilweise Bezahlung der informellen Pflege betrachtet.

Abschließend betrachtet Streissler im Szenario „Verteuerung des stationären Bereichs“ die erhöhten Anforderungen an den stationären Bereich. Sie geht dabei einerseits von einem Ausbau der Pflegeheime und andererseits von steigenden Anforderungen an die Qualität stationärer Einrichtungen und damit verbunden höheren Personalkosten (aufgrund des erhöhten Bedarfs an qualifiziertem Pflegepersonal und besserer Betreuungsverhältnisse) aus. Das Lohnwachstum selbst setzt die Studienautorin jedoch wie im Basisszenario mit 1,5% jährlichem Wachstum an, ebenso wird im Vergleich zum Basisszenario keine Änderung am Institutionalierungsgrad von 15% angenommen. Allerdings wird davon ausgegangen, dass sich die im Basisszenario angenommenen durchschnittlichen Kosten für einen stationären Betreuungsplatz von 70 Euro pro Tag auf 80 Euro im Jahr 2005 und auf 95 Euro im Jahr 2010 erhöhen. Ab 2010 bleiben die Tagsätze konstant bzw. wachsen nur mehr um die im Basisszenario inkludierten jährlichen Lohnzuwachsrate.

#### **4.1.3. IHS-Studie (Riedel / Hofmarcher)**

Riedel und Hofmarcher erstellten 2001 im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen im Rahmen des EU-Projekts „Forecasting the effects of ageing on health expenditure“ eine Studie über die künftige Entwicklung der österreichischen Gesundheitsausgaben im Angesicht einer älter werdenden Bevölkerung. Ein Teil dieser Studie befasst sich explizit mit der Prognose der öffentlichen Pflegeausgaben bis zum Jahr 2050. Berücksichtigt werden dabei jedoch lediglich die Ausgaben für das Bundespflegegeld und dessen künftige Entwicklung. Als Grund dieser eingeschränkten Betrachtungsweise führen die AutorInnen einerseits die explizite Fokussierung des EU-Projektes auf öffentliche Ausgaben an. Andererseits war zum Zeitpunkt der Studiererstellung in Österreich das OECD System of Health Accounts noch nicht implementiert. Dies verunmöglichte eine klare Abgrenzung der Pflegeausgaben von jenen, die im regulären Gesundheitssystem (bspw. in Krankenanstalten) anfallen. Die Nichtberücksichtigung des Landespflegegeldes wird vom IHS nicht begründet, allerdings merken Buchegger und Brunner in ihrer als österreich-spezifische Berechnung dienenden Nachfolgestudie an, dass die Datenlage beim

Landespflegegeld eher schlecht ist. Insbesondere die Erfassung der LandespflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppen lag nur in sehr grober Form vor. Methodisch gehen die AutorInnen von einer Berechnung der altersbezogenen Pflegeausgabenprofile aus. Dazu schätzen sie ausgehend von der Anzahl der BezieherInnen des Bundespflegegeldes im Jahr 2001 die Pro-Kopf-Ausgaben für Pflege pro Altersgruppe und getrennt nach Geschlecht. In einem zweiten Schritt werden diese Ausgabenprofile in realen Werten, d.h. als Anteil der Ausgaben pro Kopf am BIP, dargestellt.

Für die Prognose werden die jeweiligen Ausgabenprofile deflationiert und gemäß der Bevölkerungsprognosen der Statistik Austria für die Jahre bis 2050 berechnet und aufsummiert. Abschließend werden die so berechneten Summen pro Alterskohorte durch die entsprechende prognostizierte Anzahl der Personen in der Gesamtbevölkerung dividiert um altersspezifische reale Ausgabenprofile zu erhalten (vgl. Riedel / Hofmarcher 2002: 8).

Für die Bevölkerungsentwicklung ziehen die AutorInnen die Bevölkerungsprognose der Statistik Austria aus dem Herbst 2001 heran. Riedel / Hofmarcher verwenden dabei einerseits das Hauptszenario sowie das Szenario „hohe Bevölkerung“ (= hohe Fertilität und hohe Migration) als auch das Szenario „hohe Lebenserwartung“ (= hohe Lebenserwartung, mittlere Fertilität und mittlere Migration). Beim Pflegegeld ziehen sie die Anzahl der Personen in den jeweiligen Stufen und die Höhe des Pflegegeldes zum Jahresende 2000 heran. Die BezieherInnen des Bundespflegegeldes werden in Altersgruppen zu je 5 Jahren eingeteilt, wobei die Personen von 0-29 Jahren in eine Altersgruppe zusammengefasst werden und die älteste männliche Gruppe jene der über 90-Jährigen ist. Die älteste weibliche Gruppe stellt jene der über 95-Jährigen dar. Zudem werden die Personen in den Pflegegeldstufen 6 bzw. 7 in 10-Jahresgruppen eingeteilt, da sonst die Fallzahlen zu gering für aussagekräftige Berechnungen wären (vgl. Riedel / Hofmarcher 2002: 20).

Berechnet werden die durchschnittlichen jährlichen Pflegeausgaben je Altersgruppe jeweils getrennt nach Geschlecht. Formal stellt sich das Modell wie folgt dar:

$$LTC_i = \frac{\sum_j (12 * b_j * B_{ji})}{P_i}$$

wobei

$LTC_i$  durchschnittliche Pflegeausgaben für Altersgruppe i

- $b_j$  monatlicher Pflegegeldanspruch für Stufe  $j$
- $B_{ji}$  Anzahl der Personen in Altersgruppe  $i$ , die Anspruch auf Bundespflegegeld der Stufe  $j$  haben
- $P_i$  Bevölkerung in Altersgruppe  $i$

Die AutorInnen berechnen dieses Modell unter den Annahmen, dass die Verteilung der Pflegestufen und das Verhältnis der PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung konstant bleiben, für die Jahre bis 2050 mit der jeweils prognostizierten Bevölkerungskohorte. Zudem wird angenommen, dass die Preissteigerungen im Pflegesektor den gesamtwirtschaftlichen Preissteigerungen entsprechen. Als zusätzliche Variante wird die Annahme, dass die Steigerungsraten dem BIP/Erwerbstätigen entsprechen, betrachtet (vgl. Riedel / Hofmarcher 2002: 26). Zusätzlich wird in der Studie von Riedel und Hofmarcher eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt. Für diese Berechnung wird die Annahme derselben Preissteigerung im Pflegesektor wie in der Gesamtwirtschaft gelockert. Konkret wird im ersten Sensitivitätsszenario von einer um einen Viertel Prozentpunkt stärkeren Preissteigerung im Gesundheitssektor als in der Gesamtwirtschaft ausgegangen. Im zweiten Szenario wird eine um einen Viertel Prozentpunkt geringere Preissteigerung angenommen. Die AutorInnen gehen daher von einer Inflationsrate von 1,75% bzw. 2,25% im Vergleich zu 2% des Basisszenarios aus (vgl. Riedel / Hofmarcher 2002: 28).

#### **4.1.4. Studie der Universität Linz (Buechegger / Brunner)**

Buechegger und Brunner haben im Rahmen der IHS-Studie für das EU-Projekt „Forecasting the effects of ageing on health expenditure“ eine alternative Prognose der österreichischen Pflegeausgaben bis 2050 erstellt. Der Ansatz fußt auf dem Versuch, aus den öffentlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Pflege (bzw. das Bundespflegegeld) in den Jahren 1996-2001 einen Trend zu erkennen und diesen Trend in die Zukunft zu projizieren. Im Gegensatz zum IHS-Modell berechnen die Autoren zusätzlich zu einem rein auf der erwarteten Änderung der Bevölkerungsstruktur basierenden Modell auch zwei Varianten, die die These der „Kompression der Morbidität“ berücksichtigen.

Im Basisszenario werden analog zum IHS-Modell eine auch in Zukunft unveränderte Morbidität und konstante altersspezifische Betreuungsbedürftigkeitsquoten, d.h. gleich bleibende Pflegehäufigkeiten und -intensitäten, in den jeweiligen Altersgruppen angenommen. Diese Kenngrößen werden anhand der Bevölkerungsschätzung der Statistik Austria in die Zukunft extrapoliert (vgl. Riedel et al 2002: 61). Als zusätzliche Varianten berechnen Buchegger und Brunner eine starke bzw. eine geringe Verschiebung der Morbidität.

Der Ansatz von Buchegger und Brunner besteht im Wesentlichen darin, dass sie die öffentlichen Pro-Kopf-Pflegeausgaben verschiedener Alterskohorten getrennt nach Geschlecht auf Basis der Pro-Kopf-Ausgaben der Jahre 1996-2001 für die darauf folgenden 50 Jahre prognostizieren. Berücksichtigt werden dabei wie im IHS-Modell nur die Ausgaben der öffentlichen Hand für das Bundespflegegeld. Die Berechnung erfolgt real als Anteil der Ausgaben am BIP. Das Landespflegegeld wird aufgrund der schlechten Datenlage und des Vorliegens dieser Daten in nur sehr groben Altersgruppen nicht berücksichtigt. Der Beobachtungszeitraum ab 1996 anstelle einer Betrachtung seit Einführung des Bundespflegegeldes 1993 ist der Problematik der Übergangsregelungen geschuldet. Wie bereits erwähnt, wurden 1993 jene Personen, die bereits Leistungen bezogen, in der Regel in die Pflegestufe 2 eingestuft. Erst im Laufe der Zeit wurden sie umgestuft bzw. sank der überproportional hohe Anteil der BezieherInnen der Pflegegeldstufe 2 durch „natürlichen Abgang“. Eine Betrachtung dieser ersten Jahre des Bundespflegegeldes hätte also zu einer Verzerrung des ermittelten Trends und daher zu einer ebenfalls verzerrten Prognose der künftigen Jahre geführt (vgl. Riedel et al. 2002: 65).

Die demographische Grundlage der Studie bilden die von der Statistik Austria erstellten Bevölkerungsfortschreibungen für die Jahre 1996-2002 auf Basis der Volkszählung 1991. Herangezogen werden dabei für jedes Jahr die geschätzten Bevölkerungsstände zum Jahresende. Die Einteilung der Kohorten erfolgt getrennt nach Geschlecht und in 5-Jahres-Altersgruppen, wobei die unter 29-Jährigen zu einer Gruppe zusammengefasst werden. Die älteste Gruppe bilden für beide Geschlechter die über 90-Jährigen. Da die Bevölkerungsfortschreibungen mit dem Abstand zum Erhebungsjahr ungenauer werden und den Autoren zum Zeitpunkt der Erstellung der Studie die offiziell revidierten Bevölkerungsvorschreibungen noch nicht vorlagen,

revidierten sie diese mittels der vorläufigen Ergebnisse der Volkszählung 2001 selbst (vgl. Riedel et al. 2002: 67ff.).

Für die Berechnung der Pflegegeldausgaben wird die vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger übermittelte Anzahl der PflegegeldbezieherInnen der Jahre 1996-2001 (jeweils Dezemberdaten) nach Alter, Geschlecht und Pflegegeldstufe betrachtet. Aus diesen beiden Datensätzen werden in einem ersten Schritt die Anteile der PflegegeldbezieherInnen an den jeweiligen Alterskohorten sowie die Pro-Kopf-Pflegeausgaben für die einzelnen Kohorten getrennt nach Geschlecht berechnet (vgl. Riedel et al. 2002: 69).

Zur Trendermittlung merken die Autoren an, dass diese lediglich einen Versuch darstellt, da die Daten nur für einen extrem kurzen Zeitraum vorliegen. Es soll trotzdem eine Methode auf ihre Sinnhaftigkeit überprüft werden, um sie unter Umständen in kommenden Jahren (bei Vorliegen einer ausreichenden Anzahl von Beobachtungen) sinnvoller einsetzen zu können. Formal werden nicht-lineare Trends ausgewählt, die sich asymptotisch einer Obergrenze nähern. Aufgrund gesetzlicher Änderungen zwischen 1998 und 1999 wird eine Dummy-Variable verwendet, die diese Änderungen auffangen soll. Formal wird letztendlich folgendes ökonomisches Modell zur Berechnung des Trends herangezogen:

$$Y = a + b * 1/t + c * D,$$

wobei  $t$  die Zeit,  $D$  die Dummy-Variable und  $a$ ,  $b$  und  $c$  die zu schätzenden Koeffizienten darstellen (vgl. Riedel et al. 2002: 70f.).

Auf Basis dieses Trends schätzen die Autoren, ohne genauere Angaben über die Spezifikationen der Schätzmethode zu machen, die Pro-Kopf-Pflegeausgaben bis zum Jahr 2050.

In den alternativ berechneten Szenarien unter Einbeziehung der Kompression der Morbidität gehen Buchegger und Brunner davon aus, dass die höheren Aufwendungen für Pflege in spätere Kohorten verlagert werden und sich das Risiko pflegebedürftig zu werden ins höhere Alter verlagert. Im ersten Alternativszenario gehen sie davon aus, dass sich das Risiko der Pflegebedürftigkeit alle 25 Jahre um eine Alterskohorte verschiebt. Die Verschiebung wird dabei als linear verteilt angenommen, d.h. dass sich die Pro-Kopf-Ausgaben beispielsweise im Jahr 2001 für Kohorte A zu  $24/25$  aus den prognostizierten Ausgaben der Kohorte A und zu  $1/25$  aus den prognostizierten Ausgaben der um eine Altersgruppe jüngeren Kohorte

zusammensetzen. Für die Altersgruppen unter 35 Jahren werden konstante Pro-Kopf-Ausgaben angenommen. Das Problem dieser Methode besteht darin, dass die tatsächlich berechneten (im Vergleich höheren) Pro-Kopf-Ausgaben der beiden ältesten Kohorten im Laufe der Zeit aus der Schätzung heraus fallen, diese Methode unterschätzt somit die Pflegeausgaben (vgl. Riedel et al. 2002: 76).

Im zweiten Alternativszenario nehmen die Autoren eine (ebenfalls lineare) Verschiebung des Pflegerisikos alle 50 Jahre um eine Alterskohorte an. Prinzipiell wird nach derselben Methode wie zuvor beschrieben vorgegangen, mit dem Unterschied der Gewichtung von 1/50 pro Jahr anstelle 1/25. Um die Unterschätzung der Pflegeausgaben zu umgehen, wird die Gruppe der über 90-Jährigen in zwei Sub-Gruppen (90-94 und 95+) aufgeteilt, wobei die Pro-Kopf-Ausgaben als gewichteter Durchschnitt dieser beiden Gruppen gebildet wird. Die Gruppe der 90 bis 94-Jährigen wird in der allgemeinen Methode dieser Berechnung im Laufe der Zeit nach unten gewichtet, die Ausgaben der über 95-Jährigen werden konstant gehalten. So werden zwar die Pro-Kopf-Pflegeausgaben der über 95-Jährigen unterschätzt, diese Unterschätzung wird allerdings dadurch kompensiert, dass die Pro-Kopf-Ausgaben dieser Gruppe nicht gesenkt werden (vgl. Riedel et al. 2002: 81).

Zur Schätzung der gesamten öffentlichen Pflegeausgaben werden die geschätzten Pro-Kopf-Ausgaben für alle drei Szenarien anhand der Bevölkerungsprognosen auf die Gesamtbevölkerung hochgerechnet und mit denselben wirtschaftlichen Entwicklungsannahmen wie jener der IHS-Studie verknüpft<sup>21</sup> (siehe Kapitel 4.1.3.). Die auf realer Basis erfolgte Berechnung wird dabei sowohl für die Hauptvariante der Bevölkerungsvorausschätzung als auch für die Variante der hohen Lebenserwartung durchgeführt (vgl. Riedel et al. 2002: 95).

#### **4.1.5. Studie der Europäischen Kommission**

Die Europäische Kommission beschäftigt sich im „2009 Ageing Report“ mit den Auswirkungen der zunehmenden Alterung der europäischen Gesellschaften auf die öffentlichen Budgets (vgl. European Commission 2009). Dabei werden auch Projektionen für die Entwicklung der Pflegeausgaben in den 27 Mitgliedsstaaten durchgeführt.

---

<sup>21</sup> vor allem der angenommen selbe Verlauf der Preis- und Produktivitätssteigerungen wie die gesamtwirtschaftliche Entwicklung

Methodisch orientiert sich die Kommission dabei an dem von Comas-Herrera et al. entwickelten Projektionsmodell, das für die Abschätzungen der Pflegeausgaben in vier europäischen Ländern (Deutschland, Großbritannien, Italien und Spanien) entwickelt wurde (vgl. Comas-Herrera et al. 2003, zur genauen Beschreibung des ursprünglichen Modells siehe Kapitel 4.3.). Bei diesem Modell handelt es sich um ein Makro-Simulations-Modell, das in einem ersten Schritt die geschlechts- und altersspezifischen Abhängigkeitsraten des Basisjahres auf die zugrunde gelegte Bevölkerungsprognose in die Zukunft fortschreibt und somit eine Projektion der Anzahl der pflegebedürftigen bzw. nicht-pflegebedürftigen Personen erstellt. In einem zweiten Schritt werden die pflegebedürftige Gruppe nach Geschlecht, Alter und der Pflegeform aufgeteilt und die geschlechts- und altersspezifischen Raten der Inanspruchnahme der jeweiligen Pflegeformen fortgeschrieben. Daten sind hierbei für die beiden formellen Pflegeformen vorhanden, die informelle Pflege wird als Restkategorie (Pflegebedürftige – formell Gepflegte) berechnet. Im dritten Schritt werden die öffentlichen Ausgaben für ambulante und stationäre Pflege berechnet indem die Anzahl der Personen, die die jeweilige Pflegeform beanspruchen, mit den altersspezifischen Stückpreiskosten multipliziert wird. Für das Basisjahr werden die Stückkosten als Ausgaben für die jeweilige Pflegeform dividiert durch die Anzahl der BeansprucherInnen der jeweiligen Pflegeform errechnet. Für die Fortschreibung sind zwei Annahmen notwendig: Erstens müssen die Stückpreiskosten des Basisjahres den langfristigen durchschnittlichen Pflegekosten entsprechen. Zweitens wird angenommen, dass die Pflegeausgaben mit zunehmendem Alter ansteigen. Die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeausgaben lagen den AutorInnen jedoch nur für die gesamte formelle Pflege vor. Sie nehmen daher an, dass der Anstieg der altersspezifischen Kosten für die ambulante und für die stationäre Pflege im gleichen Ausmaß erfolgt. Im vierten und letzten Schritt addieren die AutorInnen die Ausgaben für ambulante und stationäre Pflege sowie die Ausgaben für Geldleistungen. Die Geldleistungen werden getrennt von den beiden Pflegeformen berechnet, wobei angenommen wird, dass die Höhe der Geldleistungen pro Person künftig konstant auf dem Niveau des Basisjahres bleibt (vgl. European Commission 2009: 225ff.).

Die Europäische Kommission betrachtet in ihrer Projektion ausschließlich die öffentlichen Pflegeausgaben, hier aber sowohl Geld- als auch Sachleistungen, die sie getrennt voneinander berechnet. Ähnlich wie Comas-Herrera et. al und Streissler für

Österreich erstellen die AutorInnen ausgehend von einem Basisszenario, das nur die Auswirkungen der demographischen Veränderung auf die Pflegeausgaben erfasst, verschiedene Sensitivitätsanalysen über unterschiedliche, die Pflegeausgaben beeinflussende Faktoren. Ein Gesamtszenario, das die Entwicklung aller betrachteten Faktoren gleichzeitig beinhaltet, wird nicht erstellt.

Die Daten über die Abhängigkeitsraten („disability rates“) im Basisjahr werden für Österreich aus der SHARE-Umfrage<sup>22</sup> bezogen, als pflegebedürftig werden Personen eingestuft, die Hilfestellungen bei mehr als 1 ADL<sup>23</sup> benötigen.

Die wesentlichen in die Untersuchung eingegangenen variablen Faktoren sind die künftige Anzahl älterer Personen (Bevölkerungsentwicklung), die erwartete Anzahl der Pflegebedürftigen, das Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege und das Verhältnis zwischen Pflege im eigenen Heim bzw. in Pflegeeinrichtungen sowie die Entwicklung der Stückpreiskosten („unit costs“) der Pflegedienstleistungen. Als Pflegeformen werden formelle Pflege im eigenen Heim, formelle Pflege in Pflegeeinrichtungen und informelle Pflege unterschieden und für die beiden Formen der formellen Pflege separat Pflegekosten prognostiziert. Da sich die Untersuchung auf die öffentlichen Ausgaben beschränkt, wird die informelle Pflege nicht monetär bewertet. Der Umfang der informellen Pflege wird allerdings als variabler Faktor in einigen der Sensitivitätsanalysen behandelt, da ein Rückgang der informellen Pflege einen Anstieg der formellen zur Folge hat und somit zusätzliche Ausgaben für das öffentliche Pflegesystem generiert.

Die Europäische Kommission erstellt im ersten Schritt ein Basisszenario, das „pure demographic scenario“, in dem nur Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung abgebildet werden. Dabei nehmen die AutorInnen an, dass das Verhältnis zwischen den einzelnen Pflegeformen sowie die Abhängigkeitsraten der jeweiligen Alterskohorte konstant auf dem Niveau des Basisjahres bleiben. Das Wachstum der Stückpreiskosten wird in diesem Szenario im Ausmaß des Wachstums des BIP/Erwerbstätige angenommen. Begründet wird diese Annahme mit dem sich abzeichnenden Mangel an Arbeitsangebot im Bereich der formellen Pflege und dem arbeitsintensiven Charakter der Pflege. Dadurch seien die Kosten der Pflege eher

---

<sup>22</sup> The Survey of Health, Age and Retirement in Europe, nähere Informationen unter [www.share-project.org](http://www.share-project.org). Daten für elf weitere Länder wurden ebenfalls aus der SHARE-Umfrage bezogen, die Abhängigkeitsraten für die anderen Mitgliedsländer wurden dem Survey on Income and Living Conditions (SILC) entnommen.

<sup>23</sup> ADL = basic activity of daily living, dazu zählen etwa Essen, Körperhygiene, Ankleiden, selbständige Toilettenbesuche, selbständiges Hinsetzen bzw. Hinlegen und Aufstehen oder selbständiges Bewegen in der eigenen Wohnung (vgl. European Commission 2009: 132).

angebots- denn nachfragegetrieben. Das BIP/Erwerbstätige soll Änderungen in der Arbeitsproduktivität und gleichzeitig die Entwicklung der Löhne im Pflegesektor reflektieren (vgl. European Commission 2009: 134).

Aufbauend auf dem Basismodell führen die StudienautorInnen verschiedene Sensitivitätsanalysen durch, die die Änderung weiterer Faktoren isoliert betrachten. Für jedes dieser Szenarien wird ein wesentlicher Faktor mit Annahmen über die künftige Entwicklung versehen und die Pflegeausgaben für dieses Szenario in die Zukunft projiziert (vgl. European Commission 2009: 139). Im ersten Szenario, dem „constant disability scenario“, nimmt die Europäische Kommission eine Rechtsverschiebung der Morbidität an. Jedes zusätzliche Jahr an Lebenserwartung verschiebt die Abhängigkeitsraten um ein Lebensjahr, das Pflegerisiko mit ursprünglich 80 Jahren trifft somit bei einer um 1 Jahr längeren Lebenserwartung auf die Gruppe der Personen im Alter von 81 Jahren zu. Im zweiten Szenario wird von einer Veränderung der Pflegepolicy, konkret von einer Verlagerung von der informellen Pflege hin zur formellen Pflege, ausgegangen. Der Rückgang der informellen bzw. der Anstieg der formellen Pflege wird dabei mit 1% pro Jahr in den ersten 10 Jahren der Projektion angenommen, danach bleibt das Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege konstant. Berechnet werden dabei drei verschiedene Unterszenarien: Zunächst wird angenommen, dass der Rückgang der informellen Pflege ausschließlich über formelle stationäre Pflege substituiert wird. Das zweite Unterszenario geht von einer Substituierung der informellen Pflege durch formelle Pflege im eigenen Heim aus. Im dritten Unterszenario wird der Rückgang der informellen Pflege zu gleichen Teilen durch ambulante bzw. stationäre Pflege substituiert.

Das dritte Szenario betrachtet eine Veränderung der Stückpreiskosten. Dabei berechnen die AutorInnen einerseits ein „demand driven scenario“, in dem das Wachstum der Stückpreiskosten dem Wachstum des BIP/Kopf – statt wie im Basisszenario dem BIP/Erwerbstätige – entspricht. Andererseits wird ein schnelles bzw. langsames Wachstum der Stückpreiskosten betrachtet, bei dem angenommen wird, dass die Stückpreiskosten zwischen 2008 und 2017 um 1% schneller bzw. langsamer wachsen als das BIP/Erwerbstätige. Nach 2017 wird ein dem Wachstum des BIP/Erwerbstätige entsprechendes Wachstum der Stückpreiskosten angenommen. Als letztes Szenario wird das „AWG scenario“ berechnet. Hier nehmen die

AutorInnen an, dass sich die Abhängigkeitsraten um die Hälfte der zusätzlichen Lebenserwartung verlagern und die Stückpreiskosten für Sachleistungen im Ausmaß des BIP/Erwerbstätige bzw. die Stückpreiskosten für Geldleistungen wie das BIP/Kopf wachsen.

#### 4.1.6. OECD-Studie

Die OECD versucht in ihrer Studie die Gesundheits- und Pflegeausgaben angesichts der älter werdenden Bevölkerung in 11 OECD-Ländern, darunter auch Österreich, zu prognostizieren. Prinzipiell berechnet sie für den Pflegesektor dabei drei Hauptszenarien: Ein reines Demographieszenario, ein cost-pressure scenario, das annimmt, dass keine Politikeingriffe in die Pflegesysteme vorgenommen werden und ein cost-containment scenario, das von nicht näher spezifizierten Politikveränderungen in der Langzeitpflege ausgeht (vgl. OECD 2006: 18ff.).

In einem ersten Schritt wird jede Altersgruppe in pflegebedürftige und nicht-pflegebedürftige Personen eingeteilt, um das Pflegerisiko pro Alterskohorte zu ermitteln. Die AutorInnen nehmen dabei an, dass dieses Pflegerisiko über die Länder relativ konstant ist und greifen daher auf den Durchschnitt der von Comas-Herrera et al. für Deutschland, Großbritannien, Italien und Spanien veröffentlichten Werte zurück. Für jüngere, in dieser Studie nicht angegebene Alterskohorten wird eine Abhängigkeitsrate von 2% angenommen. Zudem werden altersspezifische Kostenkurven der Pflege für jedes betrachtete Land aus dem AGIR-Datenset entnommen (vgl. OECD 2006: 52ff.). Aus diesen beiden Informationen werden die altersspezifischen Pflegeausgaben pro Pflegebedürftigem/r folgendermaßen berechnet:

$$\left( \frac{LTC}{dependant} \right)_{agegroup} = \left( \frac{LTC}{population} \right)_{agegroup} * \left( \frac{1}{dependencyratio} \right)_{agegroup}$$

$$\text{wobei } dependencyratio = \left( \frac{numberofdependants}{totalpopulation} \right)_{agegroup}$$

Eine weitere Annahme besteht darin, dass jedes zusätzliche Lebensjahr das Pflegerisiko um ein halbes Jahr verschiebt, die Hälfte des Zugewinnes an Lebensjahren wird daher in eine Reduktion der Pflegebedürftigkeit übersetzt.

In einem zweiten Schritt betrachten die AutorInnen die nicht-demographischen Faktoren, die die Pflegekosten beeinflussen. Dabei werden das Verhältnis zwischen

formeller und informeller Pflege, die Lohnrends der PflegerInnen (bzw. die relative Verteuerung der Preise für Pflege gegenüber anderen Gütern und Dienstleistungen aufgrund der Baumol'schen Kostenkrankheit) und der Effekt von Einkommenszuwächsen auf die Pflegeausgaben betrachtet. Konkret führen die StudienautorInnen eine ökonometrische Schätzung des Einflusses der nicht-demographischen Kostentreiberfaktoren auf die Pflegekosten für 11 OECD-Länder und 20 Altersgruppen durch:

$$\log\left(\frac{LTC}{ND}\right) = \alpha + \beta_1 * Age + \beta_2 * Z + \beta_3 * W + u$$

LTC...gesamte Pflegeausgaben

ND...Anzahl der Pflegebedürftigen

Age...Alter

Z...Proxy für informelle Pflege

W...Proxy für andere Effekte (relative Preise und Einkommen)

Als Proxy für die informelle Pflege testen die AutorInnen mehrere Größen, als beste Annäherung stellt sich dabei die Beschäftigungsquote der 50- bis 64-Jährigen heraus. Das Niveau des BIP ist in der Regressionsberechnung nicht signifikant, die AutorInnen schließen daraus, dass die Einkommenselastizitäten relativ klein sind. Die relativen Preiseffekte können aufgrund von Ko-Linearitätsproblemen nicht geschätzt werden (vgl. OECD 2006: 21).

Der Anteil der Pflegeausgaben wird aus einer weiteren OECD-Studie kalibriert. Für Länder, die nicht von dieser Studie erfasst wurden, werden Benchmark-Länder ausgewählt. Schließlich werden die demographischen und die nicht-demographischen Faktoren kombiniert um das logarithmische Wachstum der Pflegeausgaben als Anteil am BIP zu berechnen:

$$\Delta \log\left(\frac{LTC}{Y}\right) = \Delta \log(\text{adjustedagefactor}) + (\varphi - 1) * \Delta \log\left(\frac{Y}{N}\right) + \gamma * \log(\text{Baumoleffect}) + \Delta \log(\text{effectofparticipation})$$

Y...Einkommen

N...Bevölkerung

$\varphi$ ...Einkommenselastizität der Pflegeausgaben

$\gamma$ ...Elastizität, die den Baumol-Effekt darstellt (Anteil, um den der Anstieg der durchschnittlichen Arbeitsproduktivität die Pflegekosten pro Person erhöht = Proxy für Lohnwachstum)

Für die Projektionen werden ausgehend von einer gemeinsamen Basis (= Durchschnitt der Pflegeausgaben in den OECD-Ländern 2005) die länderspezifischen Wachstumsraten hinzugerechnet. Die Wahl der gemeinsamen Basis soll die Veränderungen weniger vom Ausgangsniveau abhängig machen und erlaubt einen gewissen catch-up Effekt der Pflegeausgaben zwischen den Ländern. Der Unterschied der Pflegeausgaben zwischen beispielsweise 2005 und 2050 für Land j wird folgendermaßen berechnet:

$$\Delta \left[ \left( \frac{\text{Expenditure}}{\text{GDP}} \right)_{\text{countryj}}^{2050-2005} \right] = \exp \left[ \Delta \log(\text{Drivers})_{\text{countryj}}^{2050-2005} + \log \left( \frac{\text{Expenditure}}{\text{GDP}} \right)_{\text{averageOECD}}^{\text{year}=2005} \right] - \left( \frac{\text{Expenditure}}{\text{GDP}} \right)_{\text{averageOECD}}^{\text{year}=2005}$$

Für das Basisszenario (reine Demographie) nehmen die AutorInnen an, dass ein zusätzliches Jahr Lebenserwartung die Abhängigkeitskurve um ein halbes Jahr verschiebt. Weiters werden ein Baumol-Effekt von  $\gamma=0,5$  und eine Einkommenselastizität von  $\phi=0$  angenommen. Die Beschäftigungsquoten der 50- bis 64-Jährigen werden für die Zukunft als konstant auf dem Niveau von 2000 bleibend angenommen. Beim cost-pressure Szenario nehmen die AutorInnen einen vollen Baumol-Effekt sowie eine Erhöhung der relativen Preise der Pflege an. Letzteres wird mit der Annahme, dass die Pflegeausgaben mit der generellen Arbeitsproduktivität steigen, in das Modell eingeführt. Für das cost-containment scenario wird der Baumol-Effekt eingedämmt, die informelle Pflege geht nur leicht zurück, da angenommen wird, dass die Anzahl der Bevölkerung zwischen 50 und 64 Jahren größer wird und diese nur leichte Anstiege in der Beschäftigungsquote verzeichnen.

Darüber hinaus berechnet die OECD einige Sensitivitätsanalysen. Einerseits wird dabei ein Szenario mit höheren Einkommenseffekten berechnet, das die Einkommenselastizität mit  $\phi=1$  annimmt. Ein weiteres Szenario geht von einer Kompression der Pflegebedürftigkeit aus. Hier nehmen die AutorInnen an, dass jedes zusätzliche Jahr an Lebenserwartung die Abhängigkeitsraten um 2 Jahre verschiebt. Das gegenteilige Szenario geht von einer Expansion des Pflegebedarfs aus, bei dem das Pflegerisiko für die einzelnen Altersgruppen konstant bleibt. Ein Anstieg der Lebenserwartung verschiebt das Pflegerisiko in diesem Szenario nicht. Ein weiteres Szenario geht von einer Erhöhung des Pflegerisikos von 0,5% pro Jahr aus. Darüber hinaus wird ein Szenario mit erhöhter Erwerbsbeteiligung der 50- bis 64-Jährigen,

also ein Rückgang der informellen Pflege, berechnet. Es wird dabei angenommen, dass die Beschäftigungsquoten der 50- bis 64-Jährigen bis 2050 gegen 70% konvergieren. In Ländern, die bereits im Basisjahr höhere Beschäftigungsquoten dieser Gruppen aufweisen, bleiben diese Quoten konstant auf dem Niveau des Basisjahres (vgl. OECD 2006: 23f.).

## **4.2. Vergleich der Prognosen über die Entwicklung der künftigen österreichischen Pflegeausgaben**

Die Ergebnisse der Prognoserechnungen der einzelnen Studien lassen sich nicht direkt vergleichen. Einerseits werden verschiedene Detailbereiche der Pflegeausgaben betrachtet. So versuchen das WIFO, die Europäische Kommission und die OECD alle öffentlichen Ausgaben zu berechnen, während sowohl die IHS-Studie als auch die mit dieser verknüpfte Berechnung der Uni Linz nur die Entwicklung der Ausgaben für das Bundespflegegeld betrachten. Streissler versucht, auch die informellen Pflegekosten miteinzubeziehen, untersucht allerdings nur den kostentreibenden Effekt einzelner Faktoren und entwickelt kein integriertes Modell, das alle Faktoren zugleich miteinbezieht. Dieselbe Einschränkung gilt auch für die Projektionen der Europäischen Kommission und der OECD. Andererseits erschweren die verschiedenen Zeithorizonte und die verschiedenen Berechnungsmethoden den Vergleich der einzelnen Studien. Daher werden in diesem Kapitel nur die Ergebnisse der einzelnen Studien kurz dargestellt.

### **4.2.1. Ergebnisse der WIFO-Studie**

Die AutorInnen des WIFO gehen in ihrer Prognoserechnung von einem Anstieg der öffentlichen Pflegeausgaben bis 2030 um 66% („lower bound Szenario“) bzw. 160% („Mittelszenario“) und 206% („upper bound Szenario“) im Vergleich zum Jahr 2006 aus (vgl. Tabelle 9).

Hauptverantwortlich für den Kostenanstieg ist in allen drei Szenarien der Anstieg der Ausgaben für Sachleistungen. Als Anteile am BIP gemessen steigen die öffentlichen Pflegeausgaben von 1,1% im Jahr 2006 auf 1,3% („lower bound Szenario“) bis 2,3%

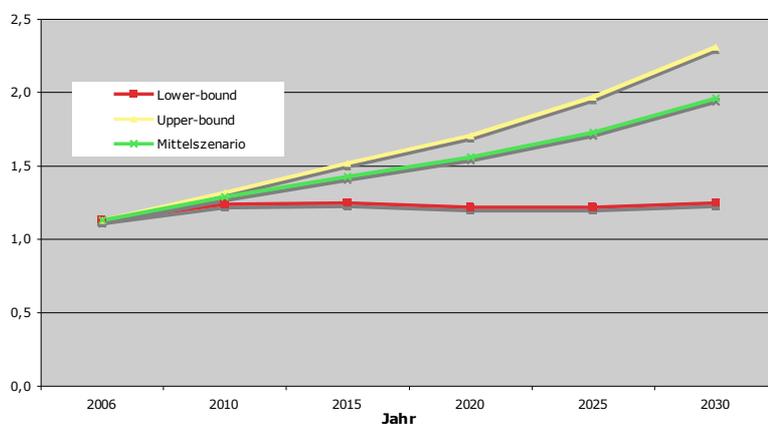
(„upper bound Szenario“) im Jahr 2030 an. Im Mittelszenario wird von öffentlichen Pflegeausgaben in der Höhe von 2% des BIP im Jahre 2030 ausgegangen. Die prognostizierte Entwicklung der öffentlichen Pflegeausgaben als Anteil am BIP wird in Abbildung 6 graphisch dargestellt.

**Tabelle 9: Zusammenfassung der drei Gesamtszenarien des WIFO: Kosten und prozentuelle Änderungen gegenüber 2006**

Jahr	Aufwand in Mio. €					Gesamtkosten in % des realen BIP	prozentueller Anstieg (Basis 2006)		
	Bundespflegegeld	Landespflegegeld	Bundes- und Landespflegegeld	Sachleistungen	Gesamt Geld- und Sachleistungen		Geldleistungen	Sachleistungen	Gesamtkosten
<b>Lower-bound Szenario</b>									
2006	1621,4	301,5	1922,9	1332,3	3255,2	1,1			
2010	1850,2	316,3	2166,5	1642,0	3808,5	1,2	12,7	23,2	17,0
2015	1948,5	316,7	2265,1	1889,3	4154,4	1,3	17,8	41,8	27,6
2020	1993,4	312,7	2306,1	2096,6	4402,8	1,2	19,9	57,4	35,3
2025	2111,8	321,1	2432,9	2394,7	4827,6	1,2	26,5	79,7	48,3
2030	2291,1	326,5	2617,6	2786,3	5403,9	1,3	36,1	109,1	66,0
<b>Upper-bound Szenario</b>									
2006	1621,4	301,5	1922,9	1332,3	3255,2	1,1			
2010	1850,2	307,5	2157,7	1909,0	4066,7	1,3	12,2	43,3	24,9
2015	2034,8	317,8	2352,6	2717,6	5070,1	1,5	22,3	104,0	55,8
2020	2180,7	327,2	2507,9	3688,5	6194,4	1,7	30,4	176,8	90,4
2025	2395,8	336,2	2732,0	5047,6	7779,6	2,0	42,1	278,9	139,0
2030	2677,8	364,0	3041,9	6936,9	9978,8	2,3	58,2	420,7	206,5
<b>Mittelszenario</b>									
2006	1621,4	301,5	1922,9	1332,3	3255,2	1,1			
2010	1850,2	307,5	2157,7	1807,3	3965,0	1,3	12,2	35,6	21,8
2015	2034,8	317,8	2352,6	2427,9	4780,5	1,4	22,3	82,2	46,9
2020	2180,7	327,2	2507,9	3134,3	5642,2	1,6	30,4	135,2	73,3
2025	2395,8	336,2	2732,0	4101,3	6833,3	1,7	42,1	207,8	109,9
2030	2677,8	364,0	3041,9	5410,3	8452,1	2,0	58,2	306,1	159,7

Quelle: Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 29

**Abbildung 6: WIFO Gesamtszenarien: Pflegegesamtaufwendungen (als % des BIP)**



Quelle: Mühlberger / Knittler / Guger 2008, eigene Darstellung

## 4.2.2. Ergebnisse der Studie der AK Wien

Tabelle 10: Prognoseszenarien der Pflegekosten nach Streissler

	2003	2005	2010	2020	2030
<b>Basisszenario</b>					
Wachstum Pflegefälle		5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten					
rein formell		6,69%	22,01%	54,43%	109,85%
inklusive informell		9,60%	33,62%	89,84%	185,36%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,42%	1,47%	1,53%	1,70%
inklusive informell	1,48%	1,56%	1,72%	2,00%	2,47%
<b>besserer Gesundheitszustand</b>					
Wachstum Pflegefälle		-7,81%	-2,48%	4,17%	27,99%
Wachstum Kosten					
rein formell		-6,34%	3,17%	19,98%	61,36%
inklusive informell		-3,79%	12,99%	47,48%	119,42%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,25%	1,24%	1,19%	1,31%
inklusive informell	1,48%	1,37%	1,45%	1,56%	1,90%
<b>Erhöhung des ambulanten Bereichs</b>					
Wachstum Pflegefälle		5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten					
rein formell		12,56%	46,32%	134,09%	292,13%
inklusive informell		12,53%	45,78%	129,69%	276,55%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,50%	1,76%	2,32%	3,18%
inklusive informell	1,48%	1,60%	1,87%	2,42%	3,26%
<b>„Vollversorgung“ ambulant</b>					
Wachstum Pflegefälle		5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten					
rein formell		15,64%	59,07%	175,88%	387,74%
inklusive informell		12,11%	44,09%	124,57%	265,73%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,54%	1,92%	2,74%	3,97%
inklusive informell	2,22%	2,40%	2,79%	3,57%	4,76%
<b>Verteuerung des stationären Bereichs</b>					
Wachstum Pflegefälle		5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten					
rein formell		10,99%	32,39%	68,44%	130,04%
inklusive informell		13,63%	43,36%	102,98%	204,29%
Pflege in % des BIP					
rein formell	1,39%	1,48%	1,60%	1,67%	1,87%
inklusive informell	1,48%	1,61%	1,84%	2,14%	2,63%

Quelle: Streissler 2004: 32

Streissler berechnet nur den isolierten Effekt einzelner ausgewählter Faktoren auf den Anstieg der Pflegeausgaben, gibt allerdings kein Gesamtszenario wieder. Daher

können aus diesen Berechnungen keine direkten Aussagen über die Entwicklung der Pflegeausgaben getroffen werden.

Im Basisszenario geht die Autorin von einem Kostenanstieg zwischen 2003 und 2030 von 110% nur im formellen Pflegesektor und von 185% im gesamten Pflegebereich (inklusive dem informellen Sektor) aus. Die Pflegeausgaben in Prozent des BIP werden allein aufgrund des erwarteten Bevölkerungswachstums von 1,39% (formell) bzw. 1,48% (inkl. informell) im Jahr 2003 auf 1,7% (formell) bzw. 2,47% (inkl. informell) des BIP ansteigen (vgl. Tabelle 10).

Im Szenario des besseren Gesundheitszustandes fallen die Wachstumsraten der Pflegeausgaben moderater aus. Die formellen Kosten würden bis 2030 um 60% (auf 1,31% des BIP) ansteigen, alle Pflegekosten inklusive der informellen Pflege um 120% (auf 1,9% des BIP).

Die Ausweitung des ambulanten Bereichs hätte im formellen Bereich enorme Kostensteigerungen zur Folge. Die formellen Kosten würden sich bis 2030 auf knapp 3,2% des BIP fast vervierfachen. Der Anteil aller Pflegeausgaben am BIP wäre aufgrund der angenommenen Zurückdrängung der informellen Pflege nur unwesentlich höher.

Im Szenario der „ambulanten Vollversorgung“ wird diese Dynamik sogar noch weiter verschärft. Die formellen Pflegeausgaben würden sich zwischen 2003 und 2030 fast verfünffachen, ihr Anteil am BIP würde die 4% Marke fast übersteigen. Inklusive der informellen Pflege würden hier 2030 sogar 4,75% des BIP in Pflege investiert werden müssen.

Die Verteuerung des stationären Bereichs hätte ebenfalls deutliche Kostensteigerungen zur Folge, wobei in diesem Szenario die Kostensteigerungen im informellen Sektor stärker ausfallen würden als im formellen Sektor. Die gesamten Pflegeausgaben würden sich bis 2030 verdreifachen, der Anteil der Pflegeausgaben würde im Jahr 2030 1,87% (nur formell) bzw. 2,63% (inkl. informell) betragen.

#### **4.2.3. Ergebnisse der IHS-Studie**

Das IHS berechnet nur die Entwicklung der Ausgaben für das Bundespflegegeld bis zum Jahr 2050. Im Basisszenario unter Berücksichtigung der Hauptvariante der Bevölkerungsentwicklung wird ein Anstieg der Ausgaben für das Bundespflegegeld

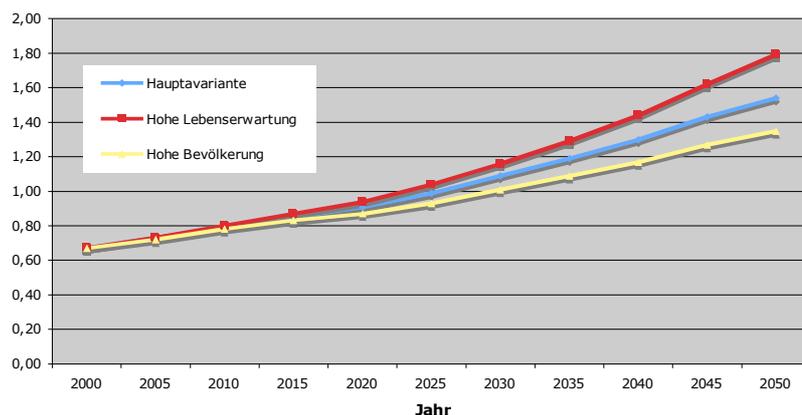
von 0,67% des BIP im Jahr 2000 auf 1,54% des BIP im Jahr 2050 errechnet. Im Szenario „hohe Lebenserwartung“ erhöht sich der Anteil der Ausgaben für das Bundespflegegeld bis 2030 auf 1,79% des BIP. Unter dem Szenario „hohe Bevölkerung“ wird ein Anstieg auf nur 1,35% des BIP prognostiziert (vgl. Tabelle 11). In Abbildung 7 wird der prognostizierte Anstieg der Ausgaben für das Bundespflegegeld graphisch dargestellt.

**Tabelle 11: IHS Berechnungen: Entwicklung der Ausgaben für das Bundespflegegeld (in Prozent des BIP, Preiswachstum wie BIP pro Kopf, 3 Bevölkerungsszenarien)**

Szenario	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Hauptvariante	0,67	0,73	0,79	0,85	0,91	0,99	1,09	1,19	1,30	1,43	1,54
Hohe Lebenserwartung	0,67	0,73	0,80	0,87	0,94	1,04	1,16	1,29	1,44	1,62	1,79
Hohe Bevölkerung	0,67	0,72	0,78	0,83	0,87	0,93	1,01	1,09	1,17	1,27	1,35

Quelle: Riedel / Hofmarcher 2002: 42

**Abbildung 7: IHS Bevölkerungsszenarien: Pflegeaufwendungen (in % des BIP)**



Quelle: Riedel / Hofmarcher 2002: 42, eigene Darstellung

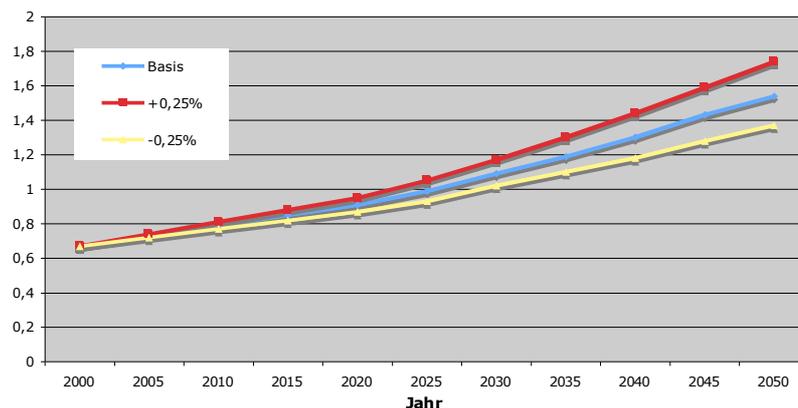
Die Sensitivitätsanalysen bezüglich der Preisentwicklung zeigen deutliche Abweichungen zum Basisszenario auf. Die Annahmen über die künftige Preisentwicklung haben somit relativ großen Einfluss auf die Prognose der künftigen Pflegeausgaben. Im Szenario mit einer Inflation von 2,25% im Gesundheitssektor im Vergleich zur Inflation von 2% in der Gesamtwirtschaft steigen die Ausgaben für das Bundespflegegeld auf 1,74% des BIP im Jahr 2050 an. Wird hingegen eine um 0,25% niedrigere Inflation als in der Gesamtwirtschaft angenommen, steigen die Bundespflegegeldausgaben bis 2050 auf 1,37% des BIP an.

**Tabelle 12: IHS Sensitivitätsanalysen: Bundespflegegeld (in Prozent des BIP, Hauptszenario)**

Szenario	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Basis	0,67	0,73	0,79	0,85	0,91	0,99	1,09	1,19	1,3	1,43	1,54
+0,25%	0,67	0,74	0,81	0,88	0,95	1,05	1,17	1,3	1,44	1,59	1,74
-0,25%	0,67	0,72	0,77	0,82	0,87	0,93	1,02	1,1	1,18	1,28	1,37

Quelle: Riedel / Hofmarcher 2002: 42, 45, 47

**Abbildung 8: IHS Sensitivitätsanalysen: Pflegeaufwendungen (in % des BIP)**

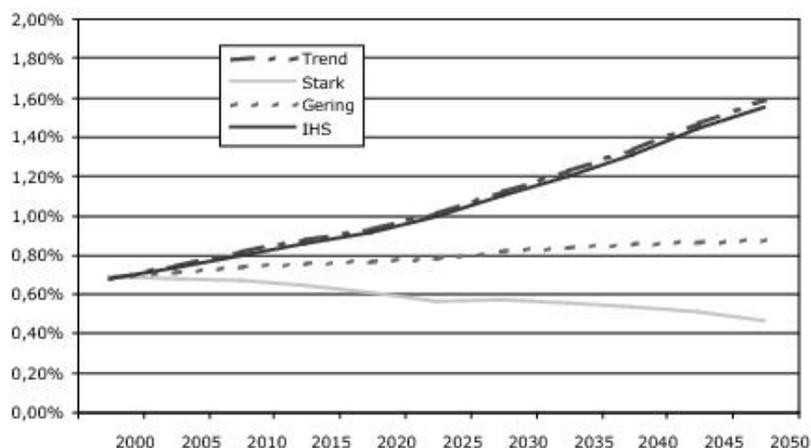


Quelle: Riedel / Hofmarcher 2002: 42, 45, 47, eigene Darstellung

#### 4.2.4. Ergebnisse der Studie der Universität Linz

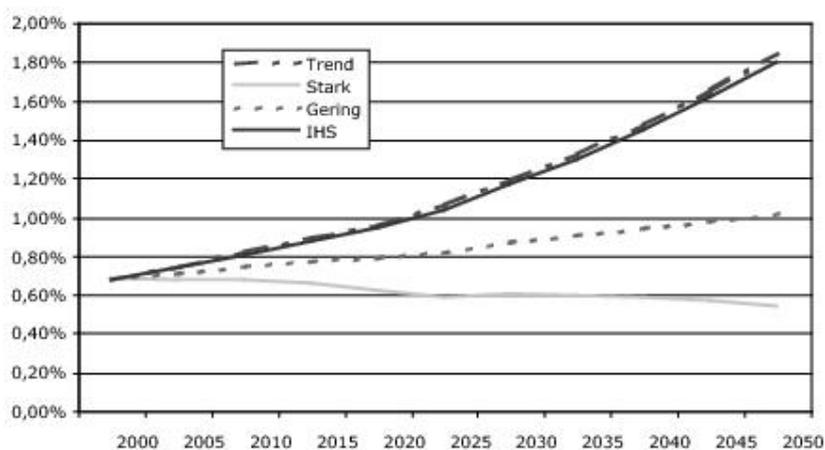
Die Studie von Buchegger und Brunner prognostiziert ausgehend von Ausgaben für das Bundespflegegeld in der Höhe von 0,68% des BIP im Jahr 2000 einen Anstieg dieser Ausgaben auf 1,59% des BIP im Jahr 2050. Im Szenario mit einer starken Verschiebung der Morbidität sinken die Ausgaben für das Bundespflegegeld gemessen am BIP bis 2050 auf unter 0,5% des BIP im Jahr 2050 und somit um rund ein Drittel im Vergleich zum Basisjahr 2000 (vgl. Riedel et al. 2002: 95). Im Szenario mit einer geringen Verschiebung der Morbidität steigen die Bundespflegegeldausgaben bis 2050 leicht und relativ konstant auf 0,87% des BIP im Jahr 2050 an. In Abbildung 9 ist zusätzlich noch die Prognose der Entwicklung der Bundespflegegeldausgaben des IHS als Vergleichswert zur Berechnung von Buchegger und Brunner eingetragen. Es zeigt sich, dass die Trendanalyse von Buchegger und Brunner mit nur geringen Abweichungen zum selben Ergebnis wie die Berechnung des IHS kommt.

**Abbildung 9: Universität Linz: Bundespflegegeld nach Morbiditätsvariante – Hauptvariante Bevölkerungsschätzung (in Prozent des BIP)**



Quelle: Riedel et al. 2002: 95

**Abbildung 10: Universität Linz: Bundespflegegeld nach Morbiditätsvariante – hohe Lebenserwartung (in Prozent des BIP)**



Quelle: Riedel et al. 2002: 96

Im Bevölkerungsszenario mit hoher Lebenserwartung sind die Berechnungen von Buchegger und Brunner und jene des IHS einmal mehr fast ident. Die Bundespflegegeldaussgaben steigen bis 2050 auf ca. 1,8% des BIP an. Im Szenario mit einer geringen Verschiebung der Morbidität sind analog zur Hauptvariante ebenfalls leichte Steigerungen der Bundespflegegeldaussgaben auf knapp über 1% des BIP im Jahr 2050 zu erwarten. Im Szenario mit einer starken Verschiebung der Morbidität wird wie in der Studie des IHS ebenfalls ein Rückgang der Pflegegeldaussgaben auf ca. 0,57% des BIP bis 2050 prognostiziert. Die angenommene Verbesserung des Gesundheitszustandes wirkt sich so stark aus, dass auch ein unterstelltes starkes

Bevölkerungswachstum keine Erhöhung der Pflegeausgaben zur Folge hat (vgl. Riedel et al. 2002: 96).

#### 4.2.5. Ergebnisse der Studie der Europäischen Kommission

Die Europäische Kommission berechnet – mit Ausnahme des AWG-Referenzszenarios – ebenfalls nur Szenarien, in denen jeweils nur ein Faktor variiert wird, ein Gesamtszenario wird nicht entwickelt. Sie kommt in ihren Projektionen im Basisszenario auf eine Verdoppelung der öffentlichen Pflegeausgaben in Österreich bis zum Jahr 2060 im Vergleich zu 2007. In den Szenarien des Rückgangs der informellen Pflege und im Szenario des stärkeren Wachstums der Stückpreiskosten würden die Pflegeausgaben sogar noch um eine Spur stärker auf 2,7 bis 2,9% des BIP im Jahr 2060 wachsen. In den Szenarien „constant disability“, dem Szenario „demand driven unit cost growth“ und dem Szenario des langsameren Wachstums der Stückpreiskosten würde der Anteil der öffentlichen Pflegekosten 2060 bei 2,3 bis 2,4% des BIP liegen. Das AWG-Referenzszenario nimmt eine Mittelposition ein und prognostiziert einen Anstieg der Pflegekosten um 1,2 Prozentpunkte bis 2060.

**Tabelle 13: Europäische Kommission: Projektion der öffentlichen Pflegeausgaben in Österreich unter verschiedenen Szenarien**

Szenario		Pflegeausgaben in Österreich (% BIP)		
Hauptszenario	Unterszenario	2007	2060	Anstieg zw. 2007-2060
Basis	pure demographic	1,3	2,6	1,3
Änderungen der Morbidität	constant disability	1,3	2,3	1,1
Rückgang der informellen Pflege	Subst. Infor. durch ambul.	1,3	2,8	1,5
	Subst. Infor. durch stat.	1,3	2,7	1,4
	Subst. Infor. durch Mix ambul. & stat.	1,3	2,8	1,5
Wachstum der unit costs	demand driven	1,3	2,3	1,1
	fast growth	1,3	2,9	1,6
	slow growth	1,3	2,4	1,1
AWG-Referenz	AWG	1,3	2,5	1,2

Quelle: European Commission 2009, eigene Darstellung

#### 4.2.6. Ergebnisse der OECD-Studie

Im „demographic scenario“ und im „cost-containment“ Szenario prognostiziert die OECD für Österreich einen Anstieg der öffentlichen Pflegeausgaben von 1,3% des

BIP 2005 auf 2,5% des BIP im Jahr 2050. Im Szenario der „compression of disability“ wird ein geringer Anstieg auf lediglich 2% des BIP berechnet. Ohne Politikeingriffe würden die Pflegeausgaben in diesem Modell jedoch auf 3,3% des BIP ansteigen. Vor besondere Probleme würde Österreich ein Anstieg der Erwerbsquote der 50- bis 64-Jährigen auf 70% und der damit verbundene Rückgang der informellen Pflege stellen (vgl. Tabelle 14).

**Tabelle 14: OECD – Projektionsszenarien der öffentlichen Pflegeausgaben in Österreich (in % des BIP)**

Szenario	2005	2050
demographic effect	1,3	2,5
cost-pressure	1,3	3,3
cost-containment	1,3	2,5
unitary income elasticity	1,3	3,0
compression of disability	1,3	2,0
expansion of disability	1,3	2,9
increase in dependency	1,3	3,6
increased participation	1,3	5,4

Anm.: Levels of 2005 are estimates, take into account observed expenditure growth between 2000 and 2003 (or 2002 if not available)

Quelle: OECD 2006, eigene Darstellung

### 4.3. Vergleich der Methodik und der eingehenden Faktoren

Bevor auf die Annahmen bezüglich der verschiedenen Faktoren näher eingegangen wird, wird an dieser Stelle die Projektionsmethodik von Comas-Herrera et al. als internationale Vergleichsstudie vorgestellt.

„State of the Art“ der Prognose der Pflegeausgaben ist zumindest für Europa derzeit der von Comas-Herrera et al. 2003 erstmals auf europäischer Ebene angewandte Ansatz eines Makro-Simulations-Modells, der seinerseits von Wittenberg et al. ursprünglich für die Analyse des britischen Pflegesystems entwickelt wurde (vgl. Wittenberg et al. 1998, 2003). Die AutorInnen verweisen jedoch darauf, dass es sich bei dem Modell nicht um ein Vorhersage- sondern vielmehr um ein Projektionsmodell handelt, das die zukünftigen Pflegeausgaben basierend auf spezifischen Annahmen über die Trends der einzelnen Einflussfaktoren einzuschätzen versucht (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 126). Die für Deutschland, Großbritannien, Italien und Spanien durchgeführten und an die Gegebenheiten der jeweiligen Pflegesysteme angepassten Projektionen berücksichtigen den Einfluss der demographischen Entwicklung, des

Pflegerisikos (der Abhängigkeitsraten bzw. „dependency rates“), der Verfügbarkeit der informellen Pflege, der Struktur und des Nachfragemusters der formellen Pflegeleistungen und der realen Inflation der Preise im Pflegesektor (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 20). Berücksichtigt werden dabei sowohl öffentliche als auch private Pflegeausgaben, die Opportunitätskosten der Pflege sind jedoch nicht im Modell integriert. Prinzipiell werden aufgrund der Struktur der betrachteten Pflegesysteme nur die Aufwendungen für Sachleistungen berechnet, für Deutschland wird aufgrund der im dortigen Pflegesystem vorgesehenen Wahlmöglichkeit zwischen Geld- und Sachleistungen auch die Entwicklung der Geldleistungen projiziert, wobei angenommen wird, dass die BezieherInnen von Geldleistungen ausschließlich durch informelle Pflege betreute Personen sind<sup>24</sup>.

Methodisch gehen die AutorInnen bei der Analyse in drei Schritten vor: Im ersten Schritt teilen sie die aufgrund der EUROSTAT-Bevölkerungsprognose 1999 geschätzte Anzahl der Personen über 65 Jahren in Gruppen nach Alter, Geschlecht, Pflegebedarf und – im Falle Großbritanniens – Haushaltszusammensetzung<sup>25</sup> und Wohnform<sup>26</sup> ein. Der Anteil der jeweiligen Gruppen an der Gesamtbevölkerung wird für das Basisszenario für die prognostizierten künftigen Jahre als konstant eingeschätzt.

Im zweiten Schritt ermitteln Comas-Herrera et al. den Umfang der benötigten Pflegedienstleistungen, indem sie der Anzahl der künftigen pflegebedürftigen Personen die Wahrscheinlichkeiten informelle Pflege, ambulante Pflege oder stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen zuordnen. Zumindest für Großbritannien wurde für die Ermittlung der Raten der Inanspruchnahme der einzelnen Pflegeformen eine „multivariate (logistic regression) analysis“ (Comas-Herrera et al. 2003: 121) herangezogen. Für die anderen Länder geht aus der Studie nicht klar hervor, ob ebenfalls eine Regression berechnet oder die Raten der Inanspruchnahme zum Startzeitpunkt der Analyse verwendet wurden. Unterschieden wird, ob staatliche oder

---

<sup>24</sup> Da der Wert der Sachleistungen in Deutschland höher ist als jener der Geldleistungen, wird unterstellt, dass die Geldleistungen nicht für den Zukauf von externen formellen Pflegeleistungen verwendet werden, da aus rationaler Sicht bei der Inanspruchnahme formeller Pflegeformen direkt die Sachleistungen gewählt werden würden (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 101). In den anderen Pflegesystemen werden die Geldleistungen meist für den Zukauf von privaten Pflegeleistungen verwendet und daher nicht gesondert berücksichtigt (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 90).

<sup>25</sup> Die Informationen über die Wohnsituation sind mit der informellen Pflege korreliert und so wurde angenommen, dass Pflegebedürftige, die mit anderen Personen in einem Haushalt wohnen, BezieherInnen informeller Pflege sind.

<sup>26</sup> Miete oder Eigentum: Diese Daten werden als Proxy für den sozio-ökonomischen Status verwendet. Für PflegeheimbewohnerInnen wurde zudem die Information über die Wohnsituation vor der Übersiedelung in das Pflegeheim verwendet.

private Leistungen in Anspruch genommen werden. Im Basisszenario gehen die AutorInnen von einer konstanten Aufteilung zwischen den verschiedenen Pflegeformen aus. Eine weitere Annahme besteht darin, dass sich das Angebot an Pflegediensten der Nachfrage vollständig anpasst. Für Deutschland wird für die Berechnung anstatt der gewählten Pflegeformen die gewählte Sach- bzw. Geldleistung herangezogen.

Im dritten Schritt werden die Ausgaben für diese Dienstleistungen berechnet, wobei angenommen wird, dass sowohl die „unit costs“ der Pflegeleistungen als auch das BIP in der gleichen Höhe wie die allgemeine Produktivität wachsen werden. Zur Ermittlung dieser Ausgaben werden jeder Pflegeform „unit costs“ zugewiesen. Für die deutschen Berechnungen werden die Kosten der gewählten Geld- bzw. Sachleistungen und die Kosten der privat bezogenen Pflegedienste als Berechnungsgrundlage verwendet (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 91). Die Daten über den Grad der Pflegebedürftigkeit und die Art der erhaltenen Pflegeform werden für Deutschland aus den Daten des öffentlichen Pflegesystems, für die anderen Länder aus Umfragedaten gewonnen.

Als erstes Szenario berechnen Comas-Herrera et al. ein Basisszenario („base case scenario“) für alle Länder. Für die Berechnung dieses Basisszenarios ziehen sie die Basisbevölkerungsprognose von EUROSTAT heran. Die AutorInnen nehmen an, dass das Pflegerisiko, die Haushaltszusammensetzung und das Verhältnis der Pflegeformen über die Zeit konstant sind. Weiters gehen sie davon aus, dass sich das Angebot der Nachfrage anpasst und dass die Nachfrage durch das Angebot nicht stärker beschränkt ist als im Basisjahr. Das Wachstum der „unit costs“ und somit das Produktivitätswachstum wird in der Höhe des BIP-Wachstums angenommen (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 126ff.).

Zur besseren Vergleichbarkeit zwischen den betrachteten Ländern wird das „comparative base case“ herangezogen. In diesem Szenario wird ein reales BIP-Wachstum von 0% und ein Anstieg der „unit costs“ in der Höhe des generellen Inflationsanstieges angenommen (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 128f.).

Die beiden bisher dargestellten Szenarien berücksichtigen nur den demographischen Druck auf die Pflegesysteme. Um die finanziellen Auswirkungen von Veränderungen in weiteren Faktoren zu untersuchen, führen die AutorInnen verschiedene

Sensitivitätsanalysen durch, die einige der ursprünglichen, strikten Annahmen lockern.

Die erste Sensitivitätsanalyse bezieht sich auf die Annahmen bezüglich des ökonomischen Wachstums und der realen „unit costs“. Durch den arbeitsintensiven Charakter der Pflegedienste tritt einerseits die bereits beschriebene Baumol'sche Kostenkrankheit auf. Andererseits gehen die AutorInnen von einer Angebotsverknappung der PflegerInnen in der Zukunft aus, die vor allem durch einen generell höheren Bildungsstand ausgelöst wird. Für das „base case scenario“ wurden die Annahmen zur Entwicklung des BIP und der Produktivität vom European Policy Committee übernommen. Für die Sensitivitätsanalyse wird nun ein um 0,5% höheres bzw. niedrigeres Wachstum der „unit costs“ angenommen. Das BIP-Wachstum wird konstant gehalten (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 140ff.).

Als Sensitivitätsanalysen für die Bevölkerungsentwicklung werden zum Basisszenario der EUROSTAT auch das Szenario „hohes Bevölkerungswachstum“ und das Szenario „niedriges Bevölkerungswachstum“ und somit unterschiedliche Annahmen über Migration, künftige Fertilität und Lebenserwartung herangezogen. Zudem werden national erstellte Bevölkerungsprognosen berücksichtigt (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 148ff.). Eine weitere Sensitivitätsanalyse geht auf die Annahmen bezüglich der Abhängigkeitsraten („dependency rates“) und der Gesundheitsentwicklung bei zunehmender Lebenserwartung ein. In einem Szenario gehen die AutorInnen dabei davon aus, dass sich mit jedem zusätzlichen Lebensjahr die Abhängigkeitsraten um ein Lebensjahr verschieben. In einem zweiten Szenario verschieben sich die Abhängigkeitsraten bei zwei zusätzlichen Jahren Lebenserwartung um ein Jahr. Angewandt werden diese beiden alternativen Annahmen nur auf die Basis-Bevölkerungsprognose, die Verschiebung der Abhängigkeitsraten erfolgt nur diskret (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 160ff.). Betrachtet werden auch Änderungen im Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege. Als Gründe für einen Rückgang der informellen Pflege führen Comas-Herrera et al. die Änderungen der Haushaltszusammensetzung, den prognostizierten Rückgang des weiblichen Pflegereservoirs und höhere Beschäftigungsquoten der Hauptpflegepersonen an. Berechnet werden zwei Szenarien, in denen von einem Rückgang der informellen Pflege in der Höhe von 0,5% pro Jahr ausgegangen wird, wobei die informelle Pflege in einem Szenario

durch stationäre Pflege und im zweiten Szenario durch ambulante Pflege substituiert wird. In einem dritten Szenario wird ein Rückgang der informellen Pflege von 1% pro Jahr angenommen, die Hälfte der Pflegeleistungen wird stationär, die andere Hälfte ambulant substituiert. Darüber hinaus werden für Großbritannien und Spanien länderspezifische Szenarien entwickelt. In Großbritannien wird beobachtet, dass die Anzahl der verheirateten älteren Personen schneller steigt als die Anzahl der älteren Singles, das informelle Pflegepotential ist somit leicht im Steigen begriffen. Für die Sensitivitätsanalyse wird die Haushaltszusammensetzung auf Grundlag der GAD „marital status and cohabitation projections“ von 1996 bis 2020 variiert, danach wird die Haushaltszusammensetzung konstant auf den Verhältnissen von 2020 weitergeführt. Für Spanien wird ein stetiger Rückgang der informellen Pflege von derzeit 75% auf das Niveau der informellen Pflege in Großbritannien (45%) angenommen. Die informelle Pflege wird dabei durch 5 Wochenstunden ambulante Pflege substituiert. Die letzten Sensitivitätsanalysen beziehen sich auf Trends in der formellen Pflege, konkret auf die Finanzierung der Pflege und das Verhältnis zwischen stationärer und ambulanter Pflege. Für das „core formal scenario“ wird eine Übernahme des in Deutschland bestehenden Anspruchs auf staatliche Pflegeleistungen auf die anderen untersuchten Länder angenommen. Der rechtliche Anspruch besteht annahmengenmäßig nur auf Sachleistungen im Bereich der ambulanten Pflege, es wird eine take-up Rate von 100% angenommen. Die Rate der Inanspruchnahme der anderen Pflegeformen und -leistungen wird durch diese Änderungen ebenso wenig verändert wie sämtliche gewährten Geldleistungen. Für die Pflege in Pflegeheimen ändert sich durch diese Annahmen nichts, als Konsequenz dieser Änderungen wird angenommen, dass sich die informelle Pflege bis 2050 stetig reduziert und 2050 praktisch nicht mehr als Pflegeform aufscheint. Darüber hinaus werden auch hier zwei länderspezifische Szenarien berechnet. Für Großbritannien wird eine Verschiebung von stationärer zu ambulanter Pflege im Ausmaß von 10% bis 2020 ausgegangen. Die Auswirkungen dieser Änderung hängen stark von der genauen Ausgestaltung der ambulanten Pflege ab. Für Spanien wird von einer stärkeren Nutzung der stationären Pflege durch höhere Pflegegrade ausgegangen. Personen mit niedrigen Pflegegraden, die derzeit in stationären Einrichtungen betreut werden, werden künftig mittels ambulanter Pflege betreut, die frei werdenden

Heimplätze werden durch Personen mit hohem Pflegebedarf aufgefüllt (vgl. Comas-Herrera et al. 2003: 206ff.).

Von den sich mit der Entwicklung der Pflegeausgaben in Österreich beschäftigenden Studien beziehen sich jene der Europäischen Kommission und jene von Streissler explizit auf die Methodik der Studie von Comas-Herrera et al. Die Methodik der Studie der Europäischen Kommission ist eine direkte Weiterentwicklung dieses Modells. Die Studie des WIFO orientiert sich ebenfalls an dieser Methodik, ohne jedoch direkt auf sie zu verweisen.

#### **4.3.1. Art der betrachteten Pflegeausgaben**

Die Studien unterscheiden sich einerseits in der Art der betrachteten Pflegeausgaben. So berücksichtigen die Europäische Kommission, das WIFO und die OECD nur die öffentlichen Ausgaben für Pflege, dafür aber im Gegensatz zu Comas-Herrera et al. generell auch alle Geldleistungen. Streissler betrachtet sowohl die öffentlichen (Sach- und Geldleistungen) als auch die privaten Ausgaben und bezieht im Gegensatz zu allen anderen in dieser Diplomarbeit betrachteten Studien auch die Opportunitätskosten in ihre Analyse mit ein. Das IHS und Buchegger / Brunner betrachten dagegen nur die öffentlichen Ausgaben für Geldleistungen (und dabei auch nur die Ausgaben für das Bundespflegegeld, das Landespflegegeld wurde aufgrund der schlechten Datenlage nicht berücksichtigt).

#### **4.3.2. Demographische Veränderungen**

Demographische Veränderungen werden von allen im Rahmen dieser Arbeit betrachteten Studien berücksichtigt. Einerseits wird auf unterschiedliche zugrunde liegende Bevölkerungsprognosen zurückgegriffen und andererseits bestehen Unterschiede bezüglich der Analyse alternativer Bevölkerungsentwicklungsszenarien. Die Europäische Kommission entwickelt ebenso wie Streissler und das WIFO im Gegensatz zu Comas-Herrera et al. keine alternativen Analysen für die prognostizierte Bevölkerungsentwicklung. Das IHS berücksichtigt als Alternativszenarien die Bevölkerungsszenarien „hohe Lebenserwartung“ und „hohe Bevölkerung“ der Statistik Austria, die Studie von Buchegger und Brunner nur jenes

der „hohen Lebenserwartung“. Die OECD nimmt in zwei ihrer Sensitivitätsanalysen (allerdings nur für 5 OECD Länder ohne Österreich) eine um ein Jahr pro Dekade stärker steigende Lebenserwartung als im Basisszenario an und verknüpft diese Annahme mit einer Expansion bzw. einer Kompression der Morbidität.

#### **4.3.3. Kostenentwicklung im Pflegebereich**

Die Entwicklung der „unit costs“ im Pflegebereich wird ebenfalls von allen Studien in der einen oder anderen Form berücksichtigt. Unterschiedlich sind dabei in erster Linie die Annahmen über die Entwicklung der „unit costs“ im Vergleich zur Preissteigerung in der Gesamtwirtschaft. Die Europäische Kommission nimmt für ihr Basisszenario ebenso wie für den Großteil der Sensitivitätsanalysen im Gegensatz zu Comas-Herrera et al. an, dass die Stückpreiskosten der Pflege im gleichen Ausmaß wie das BIP/Erwerbstätige wachsen. Die Europäische Kommission geht damit im Unterschied zu Comas-Herrera et al. von einer angebotsgetriebenen Inflation der Preise im Pflegesektor aus. Als Sensitivitätsanalyse berechnet die Europäische Kommission allerdings auch ein „demand driven scenario“, das das Wachstum der Stückpreiskosten analog zum Basisszenario von Comas-Herrera et al. in der Höhe des Wachstums des BIP/Kopf ansetzt. Im „AWG-Szenario“ werden beide Annahmen verknüpft, indem ein Wachstum der „unit costs“ für Sachleistungen in der Höhe des Wachstums des BIP/Erwerbstätige und ein Wachstum der „unit costs“ für Geldleistungen in der Höhe des Wachstums des BIP/Kopf angenommen werden. Das IHS berechnet ebenfalls ein Szenario mit der Annahme der Kostensteigerung in der Höhe des BIP/Erwerbstätige. Streissler geht von einem um einen halben Prozentpunkt unter dem Wachstum des BIP liegenden Wachstum der Lohnkosten aus. Die OECD geht in ihrem Basisszenario von einem Baumol-Effekt von 0,5 (Wachstum der Pflegekosten pro Pflegebedürftigen im Ausmaß der Hälfte der Produktivitätssteigerung) und somit von einer Verteuerung der relativen Preise im Pflegesektor aus. Alle anderen Studien nehmen für das Basisszenario so wie Comas-Herrera et al. eine Inflation der „unit costs“ im Ausmaß der allgemeinen Inflation an. Alternative Annahmen über die Entwicklung der Stückpreiskosten werden in allen Studien außer jener von Buchegger und Brunner getroffen, die den Trend der Entwicklung der Preise aus der Vergangenheit ableiten und in die Zukunft projizieren.

Die Kommission geht dabei im „fast/slow unit cost growth scenario“ von einer Veränderung der Wachstumsraten der Stückpreiskosten in Höhe von 1% mehr bzw. weniger als im Basisszenario aus, wohingegen Comas-Herrera et al. Veränderungen von +/- 0,5% analysieren. Comas-Herrera et al. gehen allerdings von einer höheren Inflation der „unit costs“ im gesamten Projektionszeitraum aus, während die Europäische Kommission den externen Schock nur für die ersten zehn Projektionsjahre annimmt. Die OECD geht in ihrem „cost pressure“ Szenario von einem vollen Baumol-Effekt aus (d.h. die Pflegekosten steigen mit der generellen Produktivitätsentwicklung und die relativen Preise der Pflege pro Pflegebedürftigen erhöhen sich). Das IHS nimmt in seinen Sensitivitätsanalysen Abweichungen der Kostenentwicklung im Pflegebereich im Vergleich zur allgemeinen Kostenentwicklung in der Höhe von +/- 0,25% an. Das WIFO nimmt reale Kostensteigerungen im Bereich der Sachleistungen in der Höhe von 1 bzw. 2% für die Berechnung der „lower bounds“ bzw. „upper bounds“ an und liegt somit deutlich über den Annahmen der restlichen Studien. Ein Szenario mit einem realen Kostenrückgang wird vom WIFO ebenso wie von Streissler und der OECD im Gegensatz zu den anderen Studien nicht berechnet. Streissler wählt als Sensitivitätsanalyse für den Anstieg der realen „unit costs“ im Unterschied zu den anderen betrachteten Studien ein Szenario, in dem sich nur die Kosten im stationären Bereich erhöhen. Der angenommene reale Kostenanstieg wird hier allerdings nicht durch ein erhöhtes Lohnwachstum im Pflegebereich ausgelöst sondern durch den Ausbau der Pflegeheime und erhöhte Qualitätsanforderungen an eben diese. Zudem wird von einer Erhöhung der Kosten um Absolutbeträge im Abstand von jeweils fünf Jahren zwischen 2000 und 2010 ausgegangen, die jährlichen Lohnzuwachsrate werden wie im Basisszenario angenommen.

#### **4.3.4. Entwicklung des Gesundheitszustandes**

Die möglichen Entwicklungen des Gesundheitszustandes bei einer Verlängerung der Lebenserwartung werden ebenfalls von allen Studien außer jener des IHS in die Analyse einbezogen. Als Sensitivitätsanalyse für die Verschiebung der Morbidität wird von der Europäischen Kommission nur der Fall einer Verschiebung der Abhängigkeitsrate um ein Jahr mit jedem zusätzlichen Jahr Lebenserwartung

berücksichtigt. Im „AWG-Szenario“ wird eine Verschiebung der Abhängigkeitsraten um die Hälfte der zusätzlichen Lebenserwartung angenommen. Streissler geht von einer Verschiebung des Pflegerisikos um je ein Jahr (mit leicht gleitenden Übergängen) in den Jahren 2005, 2015 und 2030 und somit ebenso von einer Verschiebung des Pflegerisikos um ein Jahr pro zusätzlichem Lebensjahr aus. Das WIFO geht von einer Verschiebung des Pflegerisikos um je ein Jahr in den Jahren 2015 und 2030 („lower bound“) bzw. 2025 („upper bound“) aus. Buchegger und Brunner nehmen für ihre Sensitivitätsanalysen eine linear verteilte Verschiebung des Pflegerisikos um fünf Jahre alle 25 bzw. alle 50 Jahre an. Die OECD entwickelt ebenfalls einige alternative Annahmen über die Kompression der Morbidität. Im Basisszenario wird wie im AWG-Szenario der Europäischen Kommission von einer Verschiebung der Abhängigkeitsraten um die Hälfte der zusätzlichen Lebenserwartung ausgegangen. Als alternatives Szenario wird so wie beim Basisszenario der Europäischen Kommission oder bei Streissler eine Verschiebung des Pflegerisikos um ein Jahr pro Dekade<sup>27</sup> berechnet. Außerdem wird im Gegensatz zu allen anderen Studien im Szenario „Increase in dependency“ von einer Erhöhung des Pflegerisikos um 0,5% pro Jahr bei einer Verschiebung des Pflegerisikos um ein halbes Jahr pro Dekade ausgegangen. Zudem berechnet die OECD als einzige Studie explizit ein Szenario mit der Annahme einer Expansion der Morbidität, die auch in eines der beiden alternativen Bevölkerungsszenarien eingeht. Das IHS geht – da kein Szenario über die Verschiebung des Pflegerisikos erstellt wird – ebenfalls implizit von einer Expansion der Morbidität aus.

#### **4.3.5. Rückgang der informellen Pflege**

Ein Großteil der Studien behandelt den Rückgang der informellen Pflege zumindest als Sensitivitätsanalyse. Die Europäische Kommission nimmt einerseits einen Rückgang der informellen Pflege um 1% pro Jahr in den ersten zehn Projektionsjahren an, wobei in einem Szenario die informelle Pflege durch ambulante und im anderen Szenario durch stationäre Pflege substituiert wird. In einem dritten Szenario wird ebenfalls von einem Rückgang um 1% pro Jahr in den ersten zehn Projektionsjahren und einer Substituierung der Hälfte der informellen durch

---

<sup>27</sup> Dies entspricht in etwa dem Anstieg der Lebenserwartung um ein zusätzliches Lebensjahr, da von einer Zunahme der Lebenserwartung von einem Jahr pro Dekade ausgegangen wird.

ambulante und der anderen Hälfte durch stationäre Pflege ausgegangen. Comas-Herrera et al. gehen im Vergleich dazu bei der Substituierung durch eine Pflegeform von einem Rückgang der informellen Pflege um 0,5% pro Jahr und bei der Substituierung durch beide Pflegeformen von einem Rückgang der informellen Pflege in der Höhe von 1% pro Jahr aus, wobei der Rückgang über den gesamten Projektionszeitraum angenommen wird. Streissler geht von einem Rückgang der informellen Pflege um einen Prozentpunkt pro Jahr aus, wobei sie annimmt, dass die informelle Pflege ausschließlich durch ambulante Pflege ersetzt wird. Zusätzlich entwickelt Streissler ein weiteres Szenario, jenes der „ambulanten Vollversorgung“, das zusätzlich zu den Annahmen der Sensitivitätsanalyse bezüglich des Rückgangs der informellen Pflege einen höheren tatsächlichen Pflegebedarf als den gesetzlich definierten annimmt und somit den Umfang der informellen Pflege im Basisjahr erhöht. Das WIFO nimmt einen Rückgang der informellen Pflege je nach Szenario zwischen 0,5 und einem Prozentpunkt an, wobei nicht spezifiziert wird, ob die informelle Pflege durch ambulante oder stationäre Pflege substituiert wird. Die OECD berechnet ähnlich wie Comas-Herrera et al. ein Konvergenzszenario, in dem angenommen wird, dass sich der Umfang der informellen Pflege einem bestimmten Wert – bei Comas-Herrera et al. für Spanien dem Umfang der informellen Pflege in Großbritannien, bei der OECD die Erwerbsquoten der 50- bis 64-Jährigen an 70% – annähert.

#### **4.3.6. Weitere Faktoren**

Das IHS und Buchegger / Brunner berücksichtigen weder einen Rückgang der informellen Pflege noch eine Verschiebung des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Aufgrund des ausschließlichen Fokus auf die Entwicklung der Ausgaben für das Bundespflegegeld und der Vergabe desselben unabhängig von der Pflegeform konnten diese Faktoren nicht in das Modell integriert werden und würden bei einer Integration auch keine abweichenden Ergebnisse produzieren. Eine Veränderung des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Pflege wird im Gegensatz zur Studie von Comas-Herrera et al. auch von keiner der anderen auf Österreich bezogenen Studien durchgeführt. Im Falle der WIFO-Studie ist eine solche Spezifikation aufgrund der fehlenden Abgrenzung von ambulanten und stationären

Pflegekosten nicht möglich. Die Studie berücksichtigt ebenso wie jene von Streissler keine geschlechts- und altersspezifischen Ausgabenprofile sondern basiert in ihren Berechnungen nur auf den durchschnittlichen Pflegeausgaben für Sachleistungen. Alle anderen Studien bauen demgegenüber ihre Prognosen auf alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofilen auf. Die von Comas-Herrera et al. für Großbritannien herangezogene Berücksichtigung der Haushaltszusammensetzung und der Eigentumsverhältnisse bei der Wohnform fand in keine der Österreich betreffenden Studien Eingang. Hauptgrund hierfür dürften Datenrestriktionen sein. Das WIFO berücksichtigt im Gegensatz zu allen anderen Studien im Gesamtszenario auch eine Ausweitung des Bezugs des österreichischen Pflegegeldes aufgrund einer angenommenen verbesserten Informationslage in der Bevölkerung. Die OECD wiederum versucht als einzige der betrachteten Studien Einkommenseffekte in Form der Einkommenselastizität in ihre Analyse einfließen zu lassen.

#### **4.3.7. Kritikpunkte an den Studien**

Aufgrund der schlechten Datenlage in Österreich sind sowohl die Projektionen Streisslers als auch jene des WIFO mit Vorsicht zu genießen. Der in beiden Studien angenommene Umfang der informellen Pflege in Höhe von 80% aller Pflegefälle beruht auf Schätzungen und Hochrechnungen relativ alter Erhebungen (vgl. Kapitel 3.3.8.). Da die Sachleistungen in Österreich zwischen den Bundesländern stark variieren, würde sich für beide Studien eine gesonderte Berechnung nach Bundesländern anbieten. Diese ist jedoch aufgrund der schlechten Datenlage bezüglich der Sachleistungen nur teilweise möglich.

Die IHS-Studie und die Studie von Buchegger und Brunner unterteilen ebenso wie die Studie von Streissler und die Studie des WIFO – bei letzterer allerdings nur im Bereich der LandespflegegeldbezieherInnen – die Pflegebedürftigen äußerst grob in 5-Jahres-Gruppen und arbeiten damit im internationalen Vergleich mit sehr ungenauen Abhängigkeitsraten. Das WIFO unterscheidet im Bereich der formellen Pflege nicht nach ambulanter und stationärer Pflege und nimmt für beide Bereiche dieselben „unit costs“ an. Hauptkritikpunkt an der OECD-Studie ist die Annahme der konstanten Pflegerisikoraten über Länder hinweg und die Berechnung der zukünftigen

Trends unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Pflegeausgaben in den OECD-Ländern.

#### **4.4. Einschätzung der Prognosefähigkeit der Studien**

Die Abschätzung, ob die einzelnen betrachteten Studien – ausgehend von den verwendeten Modellen, den berücksichtigten Einflussfaktoren und den Annahmen über die künftige Entwicklung der Einflussfaktoren – die Entwicklung der Pflegekosten über- oder unterschätzen, gestaltet sich in einer ganzheitlichen Perspektive schwierig. Daher wird in diesem Kapitel versucht darzulegen, in welchen Bereichen die jeweiligen Studien eher zu einer Über- oder Unterschätzung der künftigen Pflegekosten neigen. Anzumerken sei an dieser Stelle noch einmal, dass einige der Studien keine Prognosen über die Entwicklung der Pflegeausgaben treffen wollen sondern lediglich Szenarien unter sehr spezifischen Annahmen entwickeln.

Die Dauer der Pflegebedürftigkeit wird von keiner der Studien berücksichtigt. Die Studien gehen alle von Bestandsdaten aus und nehmen an, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen innerhalb eines Jahres konstant bleibt und aus dem System ausscheidende Personen sofort durch eine zusätzliche Person mit gleichem Pflegegrad ersetzt wird. Der Effekt dieser Annahme auf die Prognosefähigkeit der Studien ist unklar und hängt stark davon ab, ob zum Bestandsstichtag ein vergleichsweise hoher oder niedriger Bestand an Pflegebedürftigen vorliegt. Andererseits dürften die Auswirkungen dieser Annahme auch nicht allzu groß sein, da die Schwankungen bei der Anzahl der Pflegebedürftigen innerhalb eines Jahres als eher gering angesehen werden können.

##### **4.4.1. Prognosefähigkeit der WIFO-Studie**

Die Studie des WIFO nimmt bei allen betrachteten Faktoren ein „best“ und ein „worst case“ Szenario an, indem sie Szenarien für relativ starke Schwankungen der einzelnen Einflussfaktoren erstellt. Folgende Faktoren tragen in dieser Studie zu einer Überschätzung der Entwicklung der Pflegekosten bei: Die realen Kostensteigerungen bei den Sachleistungen werden im Vergleich zu den anderen betrachteten Studien

eher hoch angesetzt. Zudem wird für die Berechnung der Geldleistungen angenommen, dass diese in Zukunft inflationsangepasst werden. Die Vergangenheit zeigt allerdings, dass diese Annahme für Österreich eher unrealistisch ist, da die Höhe des Pflegegeldes nicht indexiert ist und in den letzten Jahrzehnten real auch zurückging. Der in das Gesamtszenario eingegangene „take-up“ Effekt (höhere Fallzahlen an PflegegeldbezieherInnen aufgrund verbesserter Informationslage in der Bevölkerung über den Bezug des Pflegegeldes) ist ebenfalls als zu hoch einzuschätzen. Der Informationsgrad über die Anspruchsvoraussetzungen dürfte inzwischen ausreichend hoch sein. Die Differenz der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen zu den beispielsweise von Badelt et al. (1996) oder der Statistik Austria (2003) erhobenen Anzahl von Pflegebedürftigen, die dieser Annahme zu Grunde liegen, dürfte eher mit den strengen Anspruchsvoraussetzungen des Pflegegeldes als mit Informationsdefiziten zusammenhängen. Bei den Sachleistungen unterscheidet das WIFO nicht zwischen ambulanter und stationärer Pflege sondern geht von allgemeinen Durchschnittskosten für die formelle Pflege aus und berücksichtigt dementsprechend auch keine potentiellen Änderungen des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Da der Trend in Österreich derzeit – auch politisch gewollt – verstärkt zu ambulanter und teilstationärer Pflege geht und diese Pflegeformen in der Regel auch kostengünstiger als die stationäre Pflege sind, kann von einem kostendämpfenden Effekt dieser Entwicklung ausgegangen werden.

Zu einer Unterschätzung der Entwicklung der Pflegekosten führt unter anderem die ausschließliche Verwendung des altersspezifischen Pflegerisikos anstelle des alters- und geschlechtsspezifischen Risikos. Wie Streissler ausführt, weisen Männer ein höheres Pflegerisiko auf als Frauen. Der prognostizierte Anstieg der Lebenserwartung bei Männern würde damit zu einer höheren Anzahl von pflegebedürftigen Männern und gleichzeitig zum Anstieg des Anteils der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung führen (vgl. Streissler 2004: 36). Wie bereits erwähnt liegt bei den Sachleistungen in Österreich eine äußerst schlechte Datenlage vor. In den Pflegeberichten sind die Angaben der Länder über die Ausgaben für Pflegeleistungen teilweise lückenhaft. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die tatsächlichen Ausgaben für Sachleistungen höher sind als jene die publiziert werden. Eine weitere Unterschätzung ergibt sich im Bereich der Betrachtung der Ausgaben für

das Landespflegegeld. Das WIFO kann hier nur auf eine Einteilung der BezieherInnen in 5-Jahres-Gruppen zurückgreifen. Das WIFO geht hier selbst von einer Unterschätzung der Ausgaben aus (vgl. Mühlberger / Knittler / Guger 2008: 20). Zudem kann daraus geschlussfolgert werden, dass in der WIFO-Studie nicht berücksichtigte Einkommenseffekte und damit verbundene höhere Qualitätsanforderungen an die Pflege ebenfalls zu einer Steigerung der Pflegekosten beitragen können.

Unklar sind die Auswirkungen der Annahmen bezüglich der informellen Pflege. Der vom WIFO verwendete Ausgangspunkt eines Anteils der informellen Pflege von 75% ist aufgrund der schlechten Datenlage in Österreich eine reine Schätzung, der tatsächliche Umfang der informellen Pflege kann nicht quantifiziert werden. Die Verknüpfung des Rückgangs der informellen Pflege mit dem Anstieg der Erwerbsquote der Frauen zwischen 1995 und 2006 sowie die Fortschreibung dieses Trends in die Zukunft ist nicht unbedingt der am besten geeignete Proxy. Die OECD kommt beispielsweise in ihrer Studie durch den Einsatz verschiedener Proxy auf internationaler Ebene auf die Beschäftigungsquote der 50- bis 64-Jährigen als den am besten geeigneten Proxy. Welche Effekte die Verwendung eines alternativen Proxys auf die Entwicklung der Pflegeausgaben haben würde, kann an dieser Stelle nicht eingeschätzt werden. Ebenfalls unklar bleibt der Effekt der Verwendung durchschnittlicher Pflegeausgaben bei den Sachleistungen anstelle alters- und geschlechtsspezifischer Kostenprofile.

#### **4.4.2. Prognosefähigkeit der Studie der AK-Wien**

Streissler entwickelt keine Gesamtszenarien, daher ist auch keine gesamtheitliche Betrachtung der Über- bzw. Unterschätzung möglich. Zudem berechnet Streissler in ihren Szenarien jeweils nur einen einzigen Fall, ohne Annahmen zu den Schwankungsbreiten der jeweiligen Einflussfaktoren einzubauen. Dies führt zu einer starken Abhängigkeit der Prognosen von den Annahmen über die Entwicklung der Einflussfaktoren. Diese Annahmen bewegen sich allerdings alle im Bereich der anderen betrachteten Studien und können daher als plausibel angesehen werden. Streissler geht selbst davon aus, dass ihre Schätzungen eher vorsichtig sind und die Entwicklung der Pflegeausgaben eher unterschätzen, da einige kostentreibende

Faktoren nicht berücksichtigt wurden. Zu einer Überschätzung dürfte die bereits bei der WIFO-Studie erwähnte Annahme des indexierten Pflegegeldes führen. Zu einer Unterschätzung der Pflegeausgaben führt die Annahme des Anteils der informellen Pflege von 80%, der auf Untersuchungen aus der Mitte der 1990er basiert und daher inzwischen als zu hoch angesehen werden kann. Weitere unterschätzende Effekte ergeben sich wie bei der WIFO-Studie aufgrund der groben Einteilung des altersspezifischen Pflegerisikos für beide Pflegegeldarten, der Negierung der Einkommenseffekte, der Problematik der Datenlage bei den Sachleistungen und der Außerachtlassung des geschlechtsspezifischen Pflegerisikos. Unklarheit über die Effekte herrscht wie beim WIFO in Bezug auf die Nicht-Berücksichtigung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile. Bei den Sachleistungen verwendet Streissler bundesweite Durchschnittskosten für ambulante bzw. stationäre Pflege. Hier wäre interessant, inwieweit eine nach Bundesländern getrennte Schätzung das Gesamtergebnis beeinflussen würde, da die Stückpreiskosten der Sachleistungen zwischen den Bundesländern doch deutlich variieren.

#### **4.4.3. Prognosefähigkeit der IHS-Studie**

Die Nicht-Berücksichtigung von Annahmen über die Entwicklung der Gesundheit bei zunehmender Lebenserwartung und der damit verbundenen impliziten Annahme der Expansion der Morbidität führt in der IHS-Studie zu einer Überschätzung der Entwicklung der Pflegeausgaben. Zudem wird im Basisszenario ebenfalls von einer als eher unrealistisch einzustufenden Annahme einer Indexierung des Bundespflegegeldes ausgegangen. In den Sensitivitätsanalysen kann demzufolge auch das Szenario mit über der allgemeinen Preisentwicklung liegenden Wachstumsraten des Pflegegeldes als überschätzend eingestuft werden. Unterschätzend wirkt in der IHS-Studie ähnlich wie bei der Studie von Streissler und der WIFO-Studie die grobe Einteilung der Altersgruppen in 5-Jahres-Intervalle, die bei der jüngsten Gruppe und bei der ältesten Gruppe sogar noch größer sind (30 Jahre im ersten Fall, 10 Jahre im zweiten Fall).

#### **4.4.4. Prognosefähigkeit der Studie der Universität Linz**

Buchegger und Brunner haben wie alle anderen bisher betrachteten Studien das Problem der Annahme der Indexierung des Bundespflegegeldes. Zudem überschätzen sie die Entwicklung der Pflegeausgaben in ihrem Basisszenario, da sie in diesem Szenario keine Annahmen über eine Kompression der Morbidität berücksichtigen. Allerdings werden in den beiden Sensitivitätsanalysen zwei Szenarien zur Veranschaulichung der möglichen Bandbreite dieser Effekte modelliert, die vor allem gegenüber anderen Studien den Vorteil haben, dass sie die Verschiebung linear verteilen und somit realistischere Annahmen treffen. Die Verschiebung des Pflegerisikos führt allerdings zumindest im Szenario der Verschiebung alle 25 Jahre auch zur Unterschätzung der Pflegeausgaben. Durch die lineare Verteilung der Verschiebungen fallen die Pro-Kopf-Ausgaben der ältesten Gruppe allmählich aus den Berechnungen raus, die Pro-Kopf-Pflegeausgaben sinken somit über die Zeit tendenziell. Im zweiten Szenario, dem einer Verschiebungen alle 50 Jahre, wird dieser Umstand deutlich abgeschwächt (vgl. Riedel et al. 2002: 76). Zudem besteht auch bei dieser Studie das schon mehrfach erwähnte Problem der groben Einteilung des Pflegerisikos in 5-Jahres-Gruppen. Wie Buchegger und Brunner selbst anmerken, ist unklar ob die ermittelten Trends der Ausgabenprofile aus der Vergangenheit aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraums valide sind und Rückschlüsse auf die Entwicklung der künftigen Ausgabenprofile zulassen. Es stellt sich die prinzipielle Frage, ob wie hier angenommen zukünftige Preisentwicklungen im Bereich der Pflege aus alten Preisentwicklungen abgeleitet werden können, vor allem dann, wenn nur das Bundespflegegeld und damit ein nicht gänzlich der Marktlogik unterworfenen Preis betrachtet wird.

#### **4.4.5. Prognosefähigkeit der Studie der Europäischen Kommission**

Die Europäische Kommission entwickelt wie Streissler keine Gesamtszenarien sondern nur Projektionen der Pflegeausgaben aufgrund spezifischer Annahmen. Diese Annahmen über die Entwicklung der jeweiligen Einflussfaktoren werden von den AutorInnen der Studie in einer relativ großen Bandbreite vorgenommen und orientieren sich durchgehend an den Annahmen aller anderen Studien. Die

Entwicklung der Pflegeausgaben sollte daher durchaus innerhalb der von der Europäischen Kommission ermittelten Bandbreiten liegen. Einzig die fehlende Berücksichtigung von Einkommenseffekten dürfte zu einer Unterschätzung der Pflegeausgaben führen.

#### **4.4.6. Prognosefähigkeit der OECD-Studie**

Auch die Studie der OECD nimmt relative große Bandbreiten in den Annahmen über die Entwicklung der verschiedenen Einflussfaktoren an. Zu einer Überschätzung führt die Nicht-Berücksichtigung der dem derzeitigen Trend folgenden Verschiebung der Pflege vom stationären in den kostengünstigeren ambulanten Sektor. Unterschätzt werden die Pflegekosten für Österreich durch den Aufschlag der länderspezifischen Wachstumsraten auf den OECD-Schnitt, da die Pflegeausgaben in Österreich im Basisjahr leicht über dem OECD-Schnitt lagen. Die Berechnungen gehen also für Österreich von einem niedrigerem Niveau der Pflegeausgaben aus als dieses tatsächlich zu beobachten war, eine Aufrechnung der länderspezifischen Wachstumsraten auf das österreichische Ausgangsniveau hätte höhere künftige Pflegekosten zur Folge. Unklar bleibt der Effekt auf die Entwicklung der Pflegekosten, den die Annahme der konstanten Abhängigkeitsraten auf Basis des Durchschnitts von Großbritannien, Deutschland, Italien und Spanien über alle beobachteten Länder hinweg mit sich bringt. Der Effekt hängt davon ab, ob die altersspezifischen Abhängigkeitsraten in Österreich höher oder niedriger sind als der besagte Durchschnitt und wie die Abweichungen auf die Altersgruppen verteilt sind. Unklar ist außerdem, ob die mangelnde Unterscheidung zwischen den Sach- und Geldleistungen zu einem Über- oder Unterschätzen der künftigen Pflegeausgaben führt.

## **5. Diskussion über Reformansätze und Möglichkeiten der Abdeckung des zusätzlichen Finanzierungsbedarfes im österreichischen Pflegesystem**

Ausgehend von der Analyse, dass alleine aufgrund der demographischen Entwicklung und bei einer Aufrechterhaltung des derzeitigen Versorgungsniveaus ein erhöhter Finanzierungsbedarf im Pflegebereich bestehen wird, sind verschiedene Formen der künftigen Finanzierung der Pflege denkbar. Grundsätzlich sind dabei sowohl zusätzliche öffentliche als auch private Finanzierungsformen sowie Mischformen aus diesen beiden Finanzierungsquellen denkbar. Zudem können im bestehenden System existierende Effizienz- oder Kostendämpfungspotentiale gesucht werden, die laut Österle und Hammer in Österreich vor allem im organisatorischen Bereich und auf der Systemebene bestehen. Optimierungspotential gibt es vor allem im Bereich der unklaren Zuständigkeitsregelungen für die Produktion und Finanzierung von Leistungen, die derzeit für alle AkteurInnen im Pflegebereich einen erheblichen Informations- und Koordinationsaufwand bedeuten (vgl. Österle / Hammer 2004: 121f.). Sinnvoll wäre in diesem Zusammenhang eine Verringerung der Anzahl der öffentlichen Leistungsgeber (vgl. Biwald et al. 2007: 28f.). Eine Kompetenzbereinigung hinsichtlich der derzeit über mehrere Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) verteilten Mittelherkünfte könnte Doppelgleisigkeiten beseitigen und Effizienzsteigerungen mit sich bringen. Schratzenstaller schlägt außerdem vor, die Kompetenzen für Pflege- und Altenbetreuung auf dezentraler und kommunaler Ebene anzusiedeln. Dadurch würde einerseits die Struktureffizienz gesteigert und andererseits eine bessere Ausschöpfung des Innovationspotentials ermöglicht. Einschränkend merkt sie allerdings an, dass die zu schaffenden dezentralen Einheiten über eine bestimmte Mindestgröße verfügen müssen um eine optimale Kosteneffizienz zu erreichen (vgl. Schratzenstaller 2007: 49). Die Kostendämpfungspotentiale sind allerdings beschränkt, da Produktivitätssteigerungen im Pflegebereich aufgrund seiner Arbeitsintensität nur schwer zu realisieren sind.

Als eine weitere kostensparende Alternative erscheint die Substitution der teureren stationären durch die billigeren ambulanten und teil-stationären Pflegeleistungen. Österle und Hammer weisen allerdings darauf hin, dass die prinzipielle Einschätzung der Kostendifferenz zwischen diesen beiden Bereichen zwar zutrifft, dass aber

andererseits bei der Bewertung dieser Differenz die Gefahr besteht, „dass bestimmte Kostenkategorien vor allem im ambulanten Bereich nicht berücksichtigt oder unterbewertet werden.“ (Österle / Hammer 2004: 122).

Umschichtungen innerhalb des Pflegegeldsystems, beispielsweise die Anhebung der Anspruchsvoraussetzungen des Pflegegeldes, werden in der Literatur ebenfalls immer wieder als Einsparungsmöglichkeit diskutiert. Durch die im Rahmen der Budgeterstellung für 2011 und 2012 vollzogene Verschärfung der Anspruchsvoraussetzungen in den Pflegestufen 1 und 2 wurden in diesem Bereich Maßnahmen gesetzt. Eine weitere Verschärfung bzw. anders gelagerte Umschichtungen sind zwar denkmöglich, dürften aber zumindest kurzfristig politisch nicht durchsetzbar sein. Zudem wird in der Literatur angeführt, dass die Streichung von individuellen Leistungen gerade in den unteren Pflegestufen den Nachteil aufweist, dass ein frühzeitiger Kontakt mit dem Pflegesystem, insbesondere mit einem professionellen Unterstützungssystem, auch aus präventiven Gründen wünschenswert ist. Zudem betreffen diese Maßnahme in starkem Maß demenzkranke Personen, die in der Pflegegeldstufe 1 relativ stark vertreten sind (vgl. Österle / Hammer 2004: 132f.). Ein weiterer Vorschlag besteht darin, den Bezug des Pflegegelds an den Nachweis der Verwendung des Pflegegeldes zu koppeln (vgl. Biwald et al. 2007: 37). Beispielsweise gab Sozialminister Hundstorfer in der Sitzung des Nationalrates vom 21.12.2010 an, dass 58% der PflegegeldbezieherInnen keine Leistungen zukaufen. Es kann zwar davon ausgegangen werden, dass zumindest ein Teil dieser Personen die Kosten der erhaltenen informellen Pflege mit dem Pflegegeld kompensiert (etwa in der Form von Weiterleitung des Pflegegeldes an die betreuenden Angehörigen) bzw. das Pflegegeld einsetzt um den Sach- oder Medikamentenaufwand abzudecken. Die Kritik, dass das Pflegegeld zumindest teilweise als reiner Einkommenstransfer angesehen und nicht für Pflegeaufgaben verwendet wird, ist dennoch nicht ganz von der Hand zu weisen.

Einnahmenseitig wird in der Literatur immer wieder eine Verbreiterung der Einnahmenbasis diskutiert. Im Mittelpunkt stehen dabei die Forderung nach einer stärkeren Besteuerung der in Österreich im internationalen Vergleich gering besteuerten Faktoren Vermögen und Gewinne, etwa in Form einer

Vermögenszuwachs- oder Vermögenssteuer, der Wiedereinführung der Erbschafts- und Schenkungssteuer, der Reform der Grundsteuer oder einem Abbau der Steuerprivilegien für Stiftungen. Die so eingenommenen zusätzlichen Mittel könnten unter anderem für die Finanzierung des Pflegesystems eingesetzt werden. Mühlberger et al. argumentieren, dass die Einführung von für die Pflegevorsorge zweckgewidmeten vermögensbezogenen Steuern bei einem gleichzeitigen Abbau des Zugriffs auf individuelle Vermögenswerte „einen kausalen Zusammenhang zwischen vermögensbezogenen Steuern und der Pflegevorsorge etablieren“ (Mühlberger et al. 2008: 8) würde. In Verknüpfung mit dem bestehenden Sozialversicherungssystem diskutieren Österle und Hammer auch die Möglichkeit der Erhöhung der Höchstbemessungsgrundlage. Die dadurch frei werdenden Bundesmittel könnten in diesem Ansatz entweder ins Pflegesystem umgeschichtet oder genutzt werden, um innerhalb des Sozialversicherungssystems spezifische pflegerische Leistungen anzubieten (vgl. Österle / Hammer 2004: 131). Mühlberger et al. ziehen in diesem Zusammenhang auch die Einbeziehung von Vermögenserträgen in die Sozialversicherungsbeiträge in Erwägung, dies jedoch primär im Rahmen der Diskussion über eine Organisation des Pflegesystems als Sozialversicherung (vgl. Mühlberger et al. 2008: 31f.).

Mühlberger et al. schlagen zudem einen Pflegefonds als weitere Finanzierungsalternative vor. Vorteile eines solchen Fonds bestehen vor allem darin, dass die Finanzierung aus mehreren Quellen (beispielsweise aus direkten, indirekten und vermögensbezogenen Steuermitteln, Beiträgen und der Einbringung von Vermögen) erfolgen kann. Dadurch könnte ein solcher Fonds „hinsichtlich der Ergiebigkeit, Volatilität, Verteilungseffekte oder anderer ökonomischer Effekte optimiert und an sich ändernden (sic!) Bedingungen angepasst werden. Ein Pflegefonds könnte auch dazu dienen, die unterschiedlichen Pflegestandards in den einzelnen Bundesländern anzugleichen.“ (Mühlberger et al. 2008: 71) Der Aufbau und die Ausgestaltung eines solchen Pflegefonds werden derzeit politisch diskutiert.

Im Bereich der Sachleistungen wird in einigen Bundesländern der Ausbau der privaten Beiträge in Form der erneuten Ausweitung des Regresses auf einen größeren Angehörigenbereich als die EhepartnerInnen diskutiert. Auch andere private

Beitragsarten aus Eigenmitteln sind denkbar, lassen allerdings Verteilungs- und Nachhaltigkeitsziele außer Acht und könnten zu einer Stärkung des informellen Bereichs führen (vgl. Österle / Hammer 2004: 125f.). Einsparungspotential wird auch in der Schaffung eines integrierten Gesundheits- und Pflegesystems und der Einbeziehung der Sachleistungen in ein solches System gesehen. Insbesondere der Unterschied zwischen der regionalen Verwaltung der Sachleistungen und der bundesweiten Finanzierung des Gesundheits- und auch des Pflegegeldsystems führen laut einigen AutorInnen zu Ineffizienzen (vgl. Streissler 2004: 24).

Als alternatives Finanzierungssystem wird auch eine Umstellung auf eine Pflegeversicherung nach deutschem Vorbild diskutiert. Die Finanzierung des Pflegesystems würde damit nicht mehr aus Steuermitteln sondern aus Sozialversicherungsbeiträgen erfolgen. Auf die Herausforderungen der künftigen Deckung des Finanzierungsbedarfs hätte eine solche Reform allerdings nicht per se Auswirkungen, da die reine Umstellung der Finanzierungsform keine Einsparungspotentiale mit sich bringen würde. Es könnte sogar argumentiert werden, dass die Umstellung auf im deutschsprachigen Raum traditionell an den Faktor Arbeit gebundene Sozialversicherungsbeiträge die Einnahmenbasis im Vergleich zum derzeit steuerfinanzierten System einschränken würde, da Einkommen aus Kapitalerträgen in einem solchen System noch geringere Beiträge als derzeit leisten würden.

Eine weitere bei Geldleistungssystemen relativ beliebte Einsparungsoption besteht in der unterlassenen Inflationsanpassung der Leistungen. Der Kostendruck kann so zwar zum Teil abgemildert werden, die Qualität der Pflege leidet allerdings darunter. Zudem bauen stark ausgeprägte Geldleistungssysteme wie das österreichische Pflegegeldsystem stark auf informelle Betreuung. Wie im Rahmen dieser Diplomarbeit mehrfach ausgeführt wurde, ist davon auszugehen, dass das informelle Betreuungspotential im Rückgang begriffen ist. Es ist daher zu erwarten, dass einerseits die Sachleistungen in Zukunft eine größere Rolle einnehmen werden müssen und andererseits die Geldleistungen nicht zu stark entwertet werden können um ein funktionierendes Pflegesystem aufrecht zu erhalten.

Als private Finanzierungsoption werden in der einschlägigen Literatur immer wieder private Versicherungslösungen als alternative oder zusätzliche individuelle Pflegevorsorgemodelle diskutiert (vgl. Schneider et al. 2006: 24). Diese sind in Österreich derzeit noch sehr schwach ausgeprägt. In diesem Zusammenhang steht unter anderem die Einführung steuerlicher Anreize für eine private Pflegevorsorge im Raum (vgl. Schratzenstaller 2007: 52).

Dämpfende Kosteneffekte für das Pflegesystem hätten auch präventive Gesundheitsmaßnahmen, die die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit verringern. Allerdings sind solche Maßnahmen im österreichischen Gesundheitssystem bisher eher schwach verankert.

## 6. Conclusio

Die Höhe der prognostizierten künftigen Pflegeausgaben hängt stark von den gewählten Annahmen über die verschiedenen gesellschaftlichen Trends und Entwicklungen innerhalb des Pflegesystems ab. Daraus resultierend kann in den sechs betrachteten Studien eine doch relativ große Bandbreite an prognostizierten Pflegeausgaben festgestellt werden. Einschränkend muss aber einmal mehr festgehalten werden, dass die betrachteten Studien einerseits aufgrund der unterschiedlichen Prognosezeiträume und andererseits aufgrund der unterschiedlichen betrachteten Arten der Pflegeausgaben (öffentliche vs. private, Geldleistungen vs. Sachleistungen) nicht direkt vergleichbar sind. Zwar wurde bereits innerhalb der einzelnen Studien gezeigt, welche Bandbreite unterschiedliche Annahmen über die Einflussfaktoren auslösen können. Die tatsächliche Entwicklung der Pflegeausgaben in Österreich bleibt dennoch unklar und wird sich wohl erst im Laufe der Zeit erschließen. Festzuhalten bleibt, dass der Großteil der betrachteten Studien von einem unveränderten und unreformierten künftigen Pflegesystem ausgeht. Im Kapitel 5 dieser Diplomarbeit wurden einige derzeit diskutierte Reformvorschläge kurz dargestellt. Angesichts des vorhandenen und wahrscheinlich noch wachsenden Kostendrucks insbesondere auf das öffentliche Pflegesystem kann davon ausgegangen werden, dass über kurz oder lang eine oder mehrere dieser Reformen auch umgesetzt werden. Die Bewertung der künftigen Pflegeausgaben müsste in diesem Falle einer Revision unterzogen werden.

Der vieldiskutierte demographische Wandel wird die künftige Entwicklung der Pflegeausgaben unzweifelhaft stark beeinflussen. Er ist aber, im Gegensatz zur Darstellung in der medialen Diskussion, bei Weitem nicht der einzige relevante Faktor, der die künftigen Pflegeausgaben beeinflusst. Einige der relevanten Faktoren, wie die anzunehmende im Vergleich zur Gesamtwirtschaft höhere Kostensteigerung im Pflegebereich oder der Rückgang der informellen Pflege, werden den Kostendruck zusätzlich erhöhen. Andere Entwicklungen, wie die zwar nicht unumstrittene, aber empirisch feststellbare Verbesserung des Gesundheitszustands der alternden Bevölkerung oder der auch politisch forcierte Trend hin zur billigeren ambulanten

Pflege könnten allerdings imstand sein, diesen Kostendruck zumindest etwas abzuschwächen.

Die Beantwortung der Frage, inwieweit die Prognosen der einzelnen Studien die tatsächlichen künftigen Pflegeausgaben realistisch einzuschätzen vermögen, stellt sich als schwierig dar. Einerseits baut ein Teil der Studien (Streissler, Europäische Kommission) nur auf der Betrachtung der Auswirkung der Änderung einzelner Faktoren auf und gibt keine integrierten Gesamtszenarien wieder. Für diese Studien kann also nur festgestellt werden, inwieweit die einzelnen Annahmen für diese Szenarien realistisch sind. Für beide Studien bleibt festzuhalten, dass die Annahmen sich jeweils im Bereich der Annahmen anderer Studien bewegen und die Entwicklung der Pflegeausgaben daher in der von den Studien prognostizierten Spannweite liegen dürften. Insbesondere bei Streissler finden sich aufgrund der schlechten Datenlage einige Annahmen, die dennoch über- bzw. unterschätzende Wirkung haben. Zu nennen wären hier die Annahme der indexierten Geldleistungen, die Verwendung von altersspezifischen anstatt von alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofilen, die grobe Einteilung des Pflegerisikos in 5-Jahres-Altersgruppen für LandespflegegeldbezieherInnen, die schlechte Datenlage bei den Sachleistungen und die Annahme des Umfangs der informellen Pflege in der Höhe von 80%.

Andere Studien betrachten nur die öffentlichen Geldleistungen (IHS, Brunner / Buchegger) und schließen somit einige der für die Betrachtung der Geldleistungen irrelevanten Faktoren aus. Es finden sich jedoch auch in diesen Studien Annahmen, die zu einer Über- bzw. Unterschätzung der künftigen Pflegeausgaben führen. Genannt seien hier die vom IHS und von Brunner / Buchegger in ihrem Basisszenario unterstellte Expansion der Morbidität, die angenommene Indexierung der Geldleistungen, die Einteilung des Pflegerisikos in 5-Jahres-Altersgruppen sowie für die Studie von Brunner und Buchegger die in der Sensitivitätsanalyse vorhandene Problematik der Verschiebung des Pflegerisikos.

Die Studie des WIFO und jene der OECD entwickeln integrierte Gesamtszenarien. Bei der Studie des WIFO führen neben der angenommenen Indexierung der Geldleistungen die im Vergleich zu anderen Studien als relativ hoch angesetzte reale Kostensteigerung zu einer Überschätzung der Studie. Außerdem führt die fehlende Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Pflege bei der Substitution der

informellen Pflege zu einer Überschätzung. Zu einer Unterschätzung der künftigen Pflegeausgaben führen einige der bereits bei Streissler genannten Annahmen (nur altersspezifische Kostenprofile, schlechte Datenlage bezüglich der Sachleistungen, grobe Einteilung des Pflegerisikos für LandespflegegeldbezieherInnen). Die OECD-Studie unterstellt eine Konstanz des Verhältnisses zwischen stationärer und ambulanter Pflege und weist somit eine Tendenz zur Überschätzung der künftigen Pflegekosten auf. Andererseits führt der Aufschlag der länderspezifischen Wachstumsraten auf den OECD-Schnitt zu einer Unterschätzung.

Einkommenseffekte wurden in keiner der Studien außer jener der OECD berücksichtigt. Da diese Effekte geneigt sind, die künftigen Pflegeausgaben zu steigern, liegt in diesem Aspekt eine Tendenz zur Unterschätzung der künftigen Pflegeausgaben.

Für alle Studien gilt daher zusammenfassend: Sie tendieren aufgrund der gewählten Annahmen für ihre jeweiligen Szenarien teilweise zu einer Unter- bzw. Überschätzung der künftigen Pflegeausgaben. Welcher der beiden Trends (Über- bzw. Unterschätzung) im Endeffekt überwiegt, kann für keine der betrachteten Studien eindeutig und seriös eingeschätzt werden.

Alles in allem stellt die Analyse der künftigen Pflegeausgaben, vor allem auch aufgrund der politischen Brisanz dieses Themas, ein Forschungsgebiet dar, das noch unzählige Möglichkeiten und Ansatzpunkte zur Vertiefung bietet. Für eine weiterführende Analyse der künftigen Pflegeausgaben in Österreich wäre jedoch vordergründig eine bessere Datenlage erforderlich. Die unklare Zuordnung der Ausgaben zu den einzelnen Budgetposten, die zerklüftete Kompetenzaufteilungen und das zum Teil als mangelhaft zu bezeichnende Berichtswesen der verschiedenen Gebietskörperschaften verunmöglichen es zum derzeitigen Zeitpunkt eindeutige Aussagen über das gegenwärtige Niveau der Pflegeausgaben, insbesondere jener für Sachleistungen, zu treffen. Prognosen der künftigen Entwicklung weisen daher bereits in ihrem Ausgangspunkt bedeutende Unschärfen auf, die durch eine bessere Erfassung der öffentlichen Leistungen teilweise bereinigt werden könnten. Weiters wäre eine genauere Erfassung der privaten Pflegeausgaben für eine Gesamtbetrachtung aller Pflegeausgaben notwendig. In diesem Bereich wurde in

Österreich bisher kaum Forschung betrieben, eine umfassende Auseinandersetzung mit dieser Thematik könnte ebenfalls etwas mehr Licht in die „Black Box“ Pflegeausgaben bringen. Als dritter Punkt wäre eine neuerliche Erfassung der beanspruchten Pflegeformen wünschenswert. Der Umfang der informellen Pflege wird in den meisten der betrachteten Studien auf Basis einer repräsentativen Umfrage aus der Mitte der 1990er Jahre geschätzt. Das Verhältnis zwischen den verschiedenen formalen Pflegeleistungen (grob: stationäre, ambulante und teilambulante Pflege) ist aufgrund der bereits geschilderten Unklarheiten im Bereich der Sachleistungen ebenfalls nicht exakt zu eruieren. Seriöse Prognosen sind allerdings auf diese Daten angewiesen. Demnach wäre eine Verbesserung der Datenlage im Bereich der Pflegeleistungen auch im Sinne der Planbarkeit künftiger Pflegepolitik unumgänglich.

Mit einer verbesserten Datenlage könnten eventuell auch verbesserte Prognosemodelle entwickelt werden, die insbesondere auch in den betrachteten Studien kaum beachtete Faktoren einbeziehen könnten. Zu nennen wären hier insbesondere die nur von der OECD berücksichtigten Einkommenseffekte. Vorstellbar wären auch Modelle, die verschiedene Szenarien einer geänderten Pflegepolitik oder der Umsetzung einiger der Reformvorschläge durchspielen.

## 7. Literatur:

Badelt, Christoph, / Holzmann, Andrea / Matul, Christian / Österle, August (1996): Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Sozialpolitische Schriften Band 4. 2., verbesserte Auflage. Wien: Böhlau Verlag.

Badelt, Christoph / Holzmann-Jenkins, Andrea / Matul, Christian / Österle, August (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Wien: BMAGS.

Bettio, Francesca / Plantenga, Janneke (2004): Comparing Care Regimes in Europe. In: Feminist Economics 10/1, pp. 85-113.

Biwald, Peter / Malz, Bernadette / Mitterer, Karoline (2007): Neuorganisation der Altenpflege und -betreuung aus kommunaler Sicht. Grundlagenpapier zum Arbeitskreis I. Österreichischer Städtetag 2007. Wien: KDZ - Zentrum für Verwaltungsforschung.

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2009): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008. Wien: BMASK.

BPGG – Bundespflegegeldgesetz in der novellierten Fassung vom 25. Jänner 2011.

Comas-Herrera, Adelina / Costa-Font, Joan / Gori, Cristiano / di Maio, Alessandra / Patxot, Concepció / Pickard, Linda / Pozzi, Alessandro / Rothgang, Wolfgang / Wittenberg, Raphael (2003): European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care and unit costs. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU Discussion Paper 1840.

Doblhammer, Gabriele / Kytir, Josef (2001): Compression or expansion of morbidity?

Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998. In: *Social Science and Medicine*, Vol. 52, Issue 3, pp. 385-391.

Eggbauer, Yvonne (2006): *Der Anspruch auf Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz*. Graz: Universität Graz. Diplomarbeit.

European Commission (2007): *Special Eurobarometer 283. Health and long-term care in the European Union. Report. Special Eurobarometer 283 / Wave 67.3 – TNS Opinion & Social*. Brussels.

European Commission (2009): *The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG)*. Brussels: *European Economy* 2/2009.

Fries, James F. (1989): *The Compression of Morbidity: Near or Far?* In: *The Milbank Quarterly*, Vol. 67, No. 2, pp. 208-232.

Gisser, Richard (Hg.) (2003): *Familie, Geschlechterverhältnisse, Alter und Migration: Wissen, Einstellungen und Wünsche der Österreicherinnen und Österreicher. Population Policy Acceptance Survey 2001 (PPA II). Tabellenband und Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse. Forschungsbericht Nr. 25*. Wien: Österreichische Akademie der Wissenschaften – Institut für Demographie.

Gruenberg, Ernest M. (1977): *The Failures of Success*. In: *The Milbank Quarterly*, Vol. 55, No. 1, pp. 3-24.

Guger, Alois / Agwi, Martina / Buxbaum, Adolf / Festl, Eva / Knittler, Käthe / Halsmayer, Verena / Pitlik, Hans / Sturn, Simon / Wüger, Michael (2009): *Umverteilung durch den Staat in Österreich*. Wien: WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

Hörl, Josef (2008): Pflege und Betreuung. I. Informelle Pflege. In: Hörl, Josef / Kolland, Franz / Majce, Gerald (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. pp. 351-372.

Krajic, Karl / Nowak, Peter / Rappold, Elisabeth (2005): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Endbericht. Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Zusammenarbeit mit dem Institut für Pflegewissenschaften der Universität Wien.

Kytir, Josef (2008): Demographische Entwicklung. In: Hörl, Josef / Kolland, Franz / Majce, Gerald (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. pp. 45-74.

Mühlberger, Ulrike / Knittler, Käthe / Guger, Alois (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wien: WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

Mühlberger, Ulrike / Guger, Alois / Knittler, Käthe / Schratzenstaller, Margit (2008): Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge. Wien: WIFO – Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.

OECD (2006): Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? Paris: OECD - Economics Department Working Papers No. 477. ECO/WKP(2006)5.

Österle, August / Hammer, Elisabeth (2004): Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen – Politikansätze – Entwicklungsperspektiven. Wien: Kardinal König Akademie.

Petter, Carina (2005): Zur Einordnung der Pflegebedürftigen in die einzelnen Pflegegeldstufen nach dem Bundespflegegeldgesetz. Innsbruck: Universität Innsbruck. Diplomarbeit.

Pochobradsky, Elisabeth / Bergmann, Franz / Brix-Samoylenko, Harald / Erfkamp, Henning / Laub, Renate (2005): Situation pflegender Angehöriger. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Endbericht. ÖBIG Projektzahl 4488. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen – ÖBIG.

Pock, Peter (2004): Das Pflegegeld. Aktuelle Sachlagen und Problemfelder. Innsbruck: Universität Innsbruck. Diplomarbeit.

Quantum – Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH (2007): Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich. Auftraggeber: Republik Österreich, vertreten durch das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK). Wien: BMSK.

Rappold, Elisabeth / Nagl-Cupal, Martin / Dolhaniuk, Ingrid / Seidl, Elisabeth (2008): Pflege und Betreuung. II. Die formelle ambulante Pflege. In: Hörl, Josef / Kolland, Franz / Majce, Gerald (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. pp. 373-388.

Riedel, Monika / Hofmarcher, Maria M. (2002): Nachfragemodell Gesundheitswesen, Teil I. Die Schätzung der Gesundheitsausgaben aufgrund der demographischen Entwicklung. Endbericht Teil I. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. IHS Projektbericht. Inhaltlich unveränderter Nachdruck 2007. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

Riedel, Monika / Hofmarcher, Maria M. / Buchegger, Reiner / Brunner, Johann (2002): Nachfragemodell Gesundheitswesen, Teil II. Determinanten der Gesundheitsausgaben sowie Schätzungen der österreichischen Gesundheitsausgaben bis 2050. Endbericht Teil II. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale

Sicherheit und Generationen. IHS Projektbericht. Inhaltlich unveränderter Nachdruck 2008. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

Riedel, Monika / Kraus, Markus (2010): The Austrian long-term care system. Research Report. Final Report. Vienna: Institute for Advanced Studies (IHS).

Rosner, Peter (2003): The Economics of Social Policy. Cheltenham, UK / Northampton, MA, USA: Edward Elgar.

Rosner, Peter (2010): Diskussion der Umverteilungsstudie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung. In: Wirtschaft und Gesellschaft. 36.Jahrgang (2010), Heft 1, pp. 95-99.

Schneider, Ulrike / Österle, August (2006): Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive. In: Rosenmayr, Leopold / Böhmer, Franz (Hg.): Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. 2.Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG WUV, pp. 225-245.

Schneider, Ulrike / Österle, August / Schober, Doris / Schober, Christian (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstruktur und Finanzierung. Forschungsbericht 02/2006. Wien: Wirtschaftsuniversität Wien – Institut für Sozialpolitik.

Scholta, Margit (2008): Pflege und Betreuung. Vom Armenasyl zur Hausgemeinschaft: Gemeinschaftliches Wohnen bei Betreuungs- und Pflegebedarf. In: Hörl, Josef / Kolland, Franz / Majce, Gerald (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. pp. 389-412.

Schratzenstaller, Margit (2007): Die demographische Entwicklung und ihre Auswirkung auf die Gemeinden. In: Kommunalkredit Austria AG, Österreichischer Gemeindebund und Österreichischer Städtebund (Hg.): Gemeindefinanzbericht 2006. Wien, pp. 43-56.

Statistik Austria (2003): Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege. Ergebnisse des Mikrozensus September 2002. Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Streissler, Agnes (2004): Geriatrische Langzeitpflege. Situation und Entwicklungsperspektiven. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft Nr. 87. Wien: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien.

Wittenberg, Raphael / Pickard, Linda / Comas-Herrera, Adelina / Davies, Bleddyn / Darton, Robin (1998): Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people. University of Kent: PSSRU.

Wittenberg, Raphael / Comas-Herrera, Adelina / Pickard, Linda / Davies, Bleddyn / Darton, Robin (2003): Future Demand for Long-Term Care, 2001 to 2031. Projections of Demand for Long-Term Care for Older People in England. London School of Economics and Political Science: PSSRU. Discussion Paper 1980.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, im Mai 2011

Johannes Schimmerl

## Curriculum Vitae – Johannes Schimmerl

Geboren in: Braunau/Inn, 27.01.1983  
Staatsbürgerschaft: Österreich  
Adresse: 1090 Wien, Mariannengasse 24/2/7  
Familienstand: ledig  
e-mail: johannes.schimmerl[at]reflex.at

---

Bildungsweg	1989-1993	Volksschule Lochen
	1993-1997	Hauptschule Munderfing
	1997-2001	Bundesoberstufenrealgymnasium Salzburg- Nonntal (ORG unter besonderer Berücksichtigung der Informatik)
	2002-2011	Diplomstudium Volkswirtschaftslehre, Universität Wien
	seit 2003	Individuelles Diplomstudium Internationale Entwicklung, Universität Wien

---

### bisherige Tätigkeiten

Seit Dezember 2008:	Dataselect Marketing Ges.m.b.H: Projektassistent
Juli 2005 - Juni 2007	Bundesvertretung der Österreichischen HochschülerInnenschaft (ÖH): Mandatar
Juli 2003 - Juni 2005	Bundesvertretung der Österreichischen HochschülerInnenschaft (ÖH) - Referat für Internationale Angelegenheiten: Sachbearbeiter

---

### Publikation

Prausmüller, Oliver / Schimmerl, Johannes / Striedinger Angelika (2005): Fit für den Standort? Zur Ökonomisierung von Bildung im europäischen Integrationsprozess. In: Paulo Freire Zentrum / Österreichische HochschülerInnenschaft (Hg.): Ökonomisierung der Bildung. Tendenzen, Strategien, Alternativen. Wien.

## **Abstract**

Die zukünftigen Pflegeausgaben sind angesichts des demographischen Wandels und des steigenden Drucks auf die öffentlichen Budgets eines der wichtigsten sozialpolitischen Zukunftsthemen. Im Rahmen dieser Diplomarbeit werden sechs verschiedene Studien analysiert, die die Entwicklung der Pflegeausgaben in Österreich zu prognostizieren versuchen. Neben einer Darstellung der wichtigsten die Pflegeausgaben beeinflussenden Faktoren und der wichtigsten Kennziffern des österreichischen Pflegesystems werden die Methodik und die Annahmen der sechs betrachteten Studien einer kritischen Analyse unterzogen. Abschließend wird versucht, die Prognosefähigkeit der einzelnen Studien zu bewerten.

Vorausgeschickt werden muss, dass aufgrund der schlechten Datenlage zu den Pflegeausgaben in Österreich und der nicht gegebenen Vergleichbarkeit der einzelnen betrachteten Studien eine Einschätzung der tatsächlich zu erwartenden künftigen Pflegeausgaben in Österreich nicht möglich ist. Die Studien beinhalten jeweils sowohl Annahmen, die zu einer Über- als auch zu einer Unterschätzung der künftigen Pflegeausgaben führen. Welcher der beiden Trends jeweils überwiegt kann nicht seriös eingeschätzt werden.

---

Due to the expected demographic change and the growing pressure on the public budgets, the future expenditures for long-term care are one of the most important future socio-political topics. This thesis analyses six different studies that try to forecast the prospective long-term care expenditures in Austria. Despite an examination of the most important factors that influence the prospective long-term care expenditures and of the most important indicators of the Austrian long-term care system this thesis tries to critically analyse the methods and assumptions of the six studies observed. Finally, this thesis tries to evaluate the accuracy and reliability of each of these projections.

Because of the poor data of the expenditures for long-term care in Austria and due to the fact that the forecasts of the different studies are not comparable, an exact estimation of the actual expected future expenditures for long-term care in Austria is not possible. The different studies include both, assumptions that are leading to an over- as well as to an underestimation of the prospective long-term care expenditures. Which of these effects outweighs the other one cannot be estimated seriously.