

Ulrike Schneider
August Österle
Doris Schober
Christian Schober

Die Kosten der Pflege in Österreich

Ausgabenstrukturen und Finanzierung

Forschungsbericht 02/2006



SP
Institut für
SOZIALPOLITIK

Institut für Sozialpolitik
Wirtschaftsuniversität Wien
Nordbergstraße 15
1090 Wien

Inhaltsübersicht

1	Pflegebedürftigkeit und Pflegepolitik Österreich	1
1.1	<i>Problemstellung: Die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit im Alter</i>	1
1.2	<i>Welche Faktoren beeinflussen die Höhe der Pflegekosten?</i>	2
2	Die Situation der Pflege und Betreuung heute	4
2.1	<i>Das österreichische Pflegesystem</i>	4
2.2	<i>Wer ist in welchem Ausmaß pflegebedürftig?</i>	5
2.3	<i>Die unterschiedlichen Betreuungsformen</i>	7
2.3.1	Alten- und Pflegeheime (Stationäre Betreuung)	8
2.3.2	Mobile soziale Dienste (Ambulante Betreuung)	10
2.3.3	Alternative formelle Betreuung	12
2.3.4	Private informelle Pflege	12
2.4	<i>Die Kosten der Pflege</i>	13
3	Pflegebedürftigkeit in der Zukunft	13
3.1	<i>Methodische Vorbemerkungen</i>	13
3.2	<i>Pflegebedürftige Personen in den kommenden Jahrzehnten</i>	14
3.2.1	Prognose nach Badelt et al.	14
3.2.2	Prognose nach Streissler	16
3.2.3	Zukünftige Entwicklungen	20
3.3	<i>Implikationen für die private Pflegeversicherung in Österreich</i>	22
4	Literaturverzeichnis	25
5	Anhang	27

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Zahlungsströme im Pflegesystem	5
Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die Kosten der Pflege	14
Abbildung 3: Prognosevarianten zur Zahl betreuungsbedürftiger Personen; Badelt et al. (1996)	15
Abbildung 4: Prognosevarianten zu den Pflegekosten (Minimalvariante); Badelt et al. (1996)	15
Abbildung 5: Prognosevarianten zu den Pflegekosten (Maximalvariante), Badelt et al. (1996)	16
Abbildung 6: Prognostiziertes Wachstum der formellen Kosten nach Streissler (2004)	19
Abbildung 7: Wachstum der formellen und informellen Kosten nach Streissler (2004)	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Basisinformationen zum Pflegegeld in Österreich	6
Tabelle 2: Anteil der PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung 2004	6
Tabelle 3: Bundespflegegeld. Pensionisten mit ganzjährigern und nicht	7
Tabelle 4: Pflege- und Betreuungspersonal in Alten- und Pflegeheimen in VZÄ (per 31.12.2002)	27
Tabelle 5: Aufwand, Einnahmen und Anzahl der BewohnerInnen in	27
Tabelle 6: Pflege- und Betreuungspersonal in den mobilen Diensten in VZÄ (per 31.12.2002)	28
Tabelle 7: Aufwand und Einnahmen in der mobilen Dienste 2004	28
Tabelle 8: Maximaler Kostenbeitrag für KundInnen/Einsatzstunde (= Selbstzahlerbeitrag) bei den mobilen Diensten (Stand 2004)	28
Tabelle 9: Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Personen bei gleich bleibender Bedürftigkeitsquote	29

1 Pflegebedürftigkeit und Pflegepolitik Österreich

1.1 Problemstellung: Die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit im Alter

Pflegebedürftigkeit verursacht eine Reihe von Kosten für die Betroffenen und deren Angehörige. Neben den direkten monetären Aufwendungen, die bei Beschaffung von Pflegehilfsmitteln oder der Beanspruchung von Pflegeleistungen der mobilen Dienste oder Pflegeeinrichtungen entstehen, sind indirekte monetäre Kosten (entgangene Verdienste der pflegenden Angehörigen), wie auch physische und psychische Belastungen zu nennen.

Zu den direkten Kosten der Pflegebedürftigkeit liegen Zahlen von verschiedener Seite vor: Die Kosten eines Einsatzes einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft konnten im Jahr 2004 mit 22,13 € bis 42,26 € pro Stunde beziffert werden¹. Als pflegebedürftig gilt in Österreich, wer monatlich mehr als 50 Stunden an Hilfeleistungen benötigt. Im Betreuungsbereich (Heimhilfe) liegen die Kosten einer Pflegestunde zwischen 14,2 € und 20,3 €. (Simsa et al. 2004: 231f; BMGS 2006: 68ff). Für die Betreuung in einem Pflegeheim sind – inklusive der „Hotelkosten“ für Übernachtung und Verpflegung je nach Pflegebedarf und Heimausstattung – von 1.000 € bis zu über 6.000 € monatlich zu veranschlagen.

Diese Kosten sind – in Relation zu Pension oder Pflegegeld gesetzt – erheblich. Im Jahr 2004 betrug die Medianpension bei Frauen 674,4 € und bei Männern 1.428,8 €² (Statistik Austria 2006: 245), die durchschnittliche monatliche Höhe des Pflegegeldes betrug zum Stichtag 31.12.2004 rund 408 € bei Frauen und 430 € bei Männern (BMGS 2006, eigene Berechnungen). Allein aus dem durchschnittlich verfügbaren Pflegegeld könnte sich demnach ein hilfsbedürftiger Mensch, der sich durch eine Heimhilfe unterstützen lassen möchte, maximal 1 Stunde täglich zukaufen. Qualifizierte Kräfte könnten im Durchschnitt nur etwa 4 Stunden pro Woche beansprucht werden, falls nicht andere Einkommens- oder Vermögensquellen eingesetzt werden. Im Vergleich dazu erfasst die Pflegegeldstatistik nur Personen mit einem Mindestbedarf von etwa 12 Stunden Pflege pro Woche.

Pflegebedürftigkeit ist ein Lebensrisiko, dessen finanzielle Konsequenzen die betroffenen Haushalte rasch überfordern kann. Kann der Grundaufwand für Pflegeleistungen nicht aus dem laufenden Einkommen inklusive des Pflegegeldes gedeckt werden, ist es erforderlich, Ersparnisse und Vermögenswerte aufzulösen oder um Hilfe von dritter Seite anzusuchen. Es überrascht daher nicht, dass auch nach Einführung des Pflegegeldes viele Pflegebedürftige auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Im Bereich der Alten- und Pflegeheime haben 2003 immerhin 52.864 Personen Sozialhilfe bezogen, was Ausgaben in der Höhe von 976.021.256 € verursachte (Pratscher 2005: 340). Im Vergleich dazu waren im selben Jahr insgesamt 61.532 Personen in Alten- und Pflegeheimen untergebracht (Pratscher 2003: 755). Im Bereich der sozialen Dienste wurden im selben Jahr 282.629.770 € an Sozialhilfe ausgegeben (Statistik Austria 2006: 223).

Zu den indirekten Kosten der Pflegebedürftigkeit zählen entgangene Erwerbs- und damit entgangene Verdienst- und Karrierechancen der pflegenden Angehörigen. Dem Fiskus gehen entsprechende

¹ Dabei handelt es sich um Kosten für SelbstzahlerInnen, wobei beträchtliche Unterschiede zwischen den Bundesländern bestehen.

² Die Mindestpension 2004 beträgt für Einzelpersonen 653,19 €, für Ehepaare 1.015,0 €.

Einnahmen aus der Lohnsteuer, den Arbeitgeber-Innen Arbeitstage und produktives Potenzial verloren. Hinzu kommen psychische und physische Belastungen von Pflegepersonen, die mit langfristigen Folgekosten für diese Personen einher gehen können. Vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung der Pflegekosten bzw. deren „Bezahlbarkeit“ auch für jene Gruppen von Bedeutung, die bislang unbezahlt einen großen Teil der Pflege übernommen haben.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die direkten, monetären Aufwendungen der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit, berücksichtigen jedoch soweit notwendig und möglich auch Schätzungen für indirekte Kosten. Ziel ist es, die aktuelle Kostensituation zu erfassen und die Kostenentwicklung für die Zukunft zu prognostizieren. In diesem Zusammenhang werden die wesentlichen Einflussgrößen für die weitere Kostenentwicklung veranschaulicht. Grundsätzlich muss darauf hingewiesen werden, dass Informationsmaterial zu den Kosten der stationären und der mobilen Betreuung nur beschränkt verfügbar ist bzw. gewisse Qualitätsmängel aufweist.

1.2 Welche Faktoren beeinflussen die Höhe der Pflegekosten?

Auf der Nachfrageseite spielen die Anzahl der pflegebedürftigen Personen, deren tägliche/wöchentliche Betreuungsintensität und die Dauer der Pflegebedürftigkeit eine Rolle. Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen ist ihrerseits ein Produkt aus dem durchschnittlichen Risiko der Individuen pflegebedürftig zu werden und des Umfangs der diesem Risiko ausgesetzten Bevölkerungsgruppe. Für die direkten, monetären Kosten der Pflege ist allerdings nur die marktwirksame Entwicklung der Nachfrage relevant. Letztere ist davon abhängig, welcher Anteil des Pflegebedarfs im eigenen Haushalt und welcher durch die AnbieterInnen von Pflegeleistungen am Markt mittels Dienstleistungen abgedeckt wird. Dafür sind einerseits die Verfügbarkeit und Pflegebereitschaft von Angehörigen und andererseits die Kaufkraft der Haushalte älterer Menschen ausschlaggebend. Gleichzeitig wird steigender Wohlstand und damit einhergehender Wertewandel der Bevölkerung zu höheren Qualitätsansprüchen führen.

Auf der Angebotsseite stellen die Arbeitskosten im Pflegesektor eine wesentliche Einflussdimension dar. Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist eine personalintensive Dienstleistung, so dass sich die weitere Entwicklung des Lohnniveaus in den Pflegeberufen und damit die Personalkosten der anbietenden Organisationen deutlich im Preis von Pflegeleistungen niederschlagen. Zudem kann auch von einer Baumol'schen Kostenkrankheit³ ausgegangen werden (Streissler 2004: 1). Zu beachten bleibt weiters die unterschiedliche Kostenstruktur in der ambulanten, teilstationären, und stationären Pflege. Welches dieser Angebote von den Betroffenen genutzt wird, ist erstens von den vorgenannten Nachfragefaktoren und zweitens von der Angebotspalette abhängig. Qualitätsverbesserungen, die meist auch mit höheren Kosten verbunden sind, können auch angebotsinduziert auftreten.

Hinter diesen primären angebots- und nachfrageseitigen Einflussdimensionen steht eine Reihe von weiteren Faktoren, die einen indirekten Einfluss ausüben:

Das individuelle Risiko der Pflegebedürftigkeit und letztlich die Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen in Österreich hängt von demographischen Gegebenheiten ab. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter deutlich. Zahlen für Deutschland (Meyer 2003: 331) zeigen,

³ Es wird erwartet, dass die Produktivität im Bereich der Pflege hinter der allgemeinen Produktivitätsentwicklung zurückbleiben wird.

dass die Pflegewahrscheinlichkeit bis zu einem Alter von 70 Jahren unter 3% liegt. Für die Gruppe der 80-85-jährigen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit auf 21,4%. Personen in der Gruppe der 85-90-jährigen müssen mit 38,4%er Wahrscheinlichkeit mit einer Pflegebedürftigkeit rechnen. Für über 90-jährige liegt die Wahrscheinlichkeit schon bei 60,2%. Berechnungen aus der Pflegegeldstatistik für Österreich (siehe Kapitel 2.2 und Tabelle 2) belegen, dass bereits 60% aller über 80-jährigen Personen Pflegegeld beziehen und daher als pflegebedürftig eingestuft werden können. Insbesondere hochbetagte Personen sind also „KundInnen“ von Pflegedienstleistungen. Daneben erhöht – wie eine schweizerische Studie zeigt – nicht nur das Alter die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein, sondern auch die zeitliche Nähe zum Tode eines Individuums (Felder et al. 2006).

Die Betreuungsintensität wird im Wesentlichen von der Pflegeanamnese und den daraus abgeleiteten Therapien und Pflegemaßnahmen beeinflusst. Demenzerkrankungen oder eine erhöhte Anzahl chronischer Leiden verlängern z.B. die Betreuungsdauer. Erhöhtes Gesundheitsbewusstsein kann wiederum dazu beitragen die Betreuungsdauer zu senken. Dies wird in einer geringeren Morbidität sichtbar.

Der Zugang zu unbezahlter, informeller Pflege ist demographisch, durch soziostrukturelle Entwicklungen und wertbasierte Einstellungen bestimmt. Informelle Pflege älterer Menschen wird vornehmlich von Töchtern und EhepartnerInnen geleistet. Aufgrund des Geburtenrückgangs, der steigenden Anzahl kinderloser Personen und hoher Scheidungsraten sinkt die Belastbarkeit familiärer Netzwerke.

Die Arbeitskosten der Pflege werden von der Arbeitsmarktentwicklung beeinflusst. Bereits heute herrscht ein Nachfrageüberhang auf dem Arbeitsmarkt für Pflegeberufe, der sich tendenziell vergrößern wird. Hierdurch wird die Position der Pflegekräfte auf dem Arbeitsmarkt gestärkt, wodurch ihre Chancen auf die Durchsetzung höherer Löhne zumindest mittelfristig steigen können. Allerdings können öffentliche ArbeitgeberInnen angesichts der schwierigen budgetären Situation höhere Lohnforderungen nur bedingt nachgeben, was derzeit die Entwicklung der Personalkosten dämpft.

Im ersten Teil des Berichts wird nun zunächst auf die aktuelle Situation im Bereich der Pflege und Betreuung älterer Menschen eingegangen. Es wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit dargestellt. Daneben ist aufzuzeigen, wie sich die pflegebedürftigen Personen auf die unterschiedlichen institutionellen Betreuungsformen verteilen und welche Kosten daraus resultieren. Im zweiten Teil des Berichts werden nach einer Darstellung der Bestimmungsfaktoren von Pflegebedarf Prognosen zur Entwicklung der Kosten in der Altenpflege präsentiert.

2 Die Situation der Pflege und Betreuung heute

2.1 Das österreichische Pflegesystem

Pflegebedürftige Menschen werden von der öffentlichen Hand durch Geldleistungen in Form eines Pflegegeldes und durch Sachleistungen in Form von Dienstleistungen (etwa soziale Dienste oder Pflegeheime) unterstützt.

Das österreichische Pflegesystem basiert seit 1993 auf einer Kombination von Geld- und Sachleistungen. Im Mittelpunkt steht dabei eine steuerfinanzierte Geldleistung, das Pflegegeld. Grundlage dafür sind Bundespflegegeldgesetz und neun im Wesentlichen gleich lautende Landespflegegeldgesetze. Auf das Pflegegeld besteht ein Rechtsanspruch. Die Geldleistung wird den pflegebedürftigen Personen als Pflegegeld zur Verfügung gestellt, wobei es den BezieherInnen überlassen bleibt, in welcher Weise sie das Geld einsetzen.

Die Erbringung der Sachleistungen ist bundesländerspezifisch unterschiedlich geregelt. In der Regel bestehen keine Rechtsansprüche auf Sachleistungen im ambulanten Pflegebereich (Simsa et al. 2004: 408ff). Zur Finanzierung dieser Sachleistungen können erstens das Pflegegeld, zweitens weitere private Geldmittel, drittens weitere öffentliche Gelder und viertens Spendengelder oder freiwillige Leistungen herangezogen werden. Der konkrete Finanzierungsmix hängt in Österreich von der Art der Dienstleistung, der Situation im konkreten Bundesland und dem Träger der Dienstleistungseinrichtung ab.

Das österreichische Pflegesystem finanziert sich somit im Wesentlichen erstens aus öffentlichen Mitteln, die sowohl vom Bund als auch von den Ländern bzw. Gemeinden stammen. Letztere finanzieren sowohl einen Teil des Pflegegeldes (Landespflegegeld) als auch einen Teil der Sachkosten in der formellen Pflege. Zweitens tragen private Haushalte über ihre Kostenbeiträge zur Finanzierung bei. Die Rolle der privaten Versicherungen ist in Österreich derzeit (noch) als unwesentlich einzustufen.

Folgende Graphik gibt in vereinfachter Form die wichtigsten Zahlungsströme im österreichischen Pflegesystem wieder.

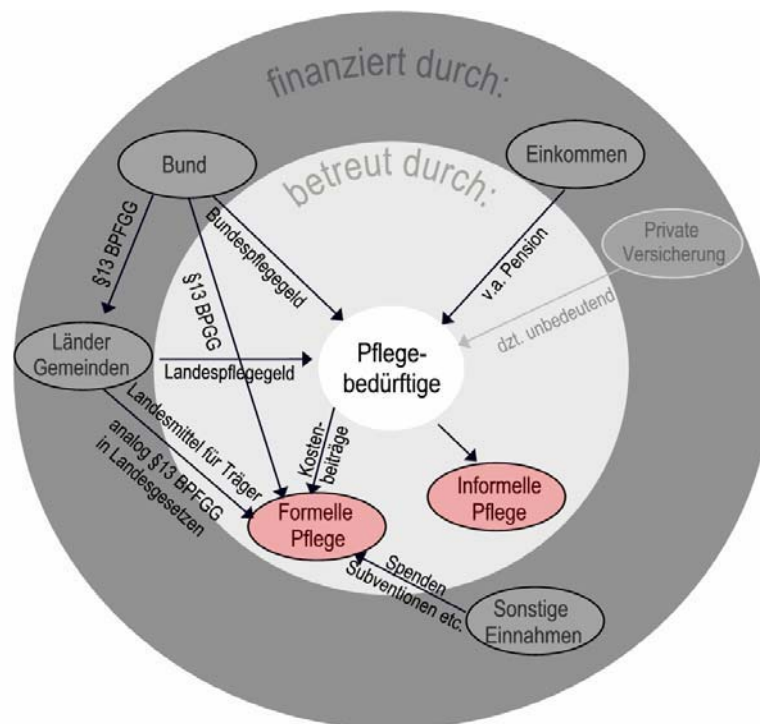


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Zahlungsströme im Pflegesystem⁴

2.2 Wer ist in welchem Ausmaß pflegebedürftig?

Im Jahr 2004 bezogen **371.067 Personen** Pflegegeld in Österreich. Badelt et al. (1996) schätzten die Zahl der hilfs- und betreuungsbedürftigen Personen jedoch schon 1992 deutlich höher, was hochgerechnet heute **541.000 Personen** ergibt.

Nach den zuletzt ausgewiesenen Zahlen bezogen am 31.12.2004 in Österreich insgesamt 371.067 Personen Pflegegeld, darunter befanden sich 317.332 Pflegegeldbezieher des Bundes (ohne OFG und Landeslehrer) und 53.735 Pflegebezieher der Länder (BMSG 2006: 33ff). Dem Bezug des Pflegegeldes liegt ein Pflegebedarf zu Grunde, der jedenfalls mehr als 50 Stunden pro Monat beträgt. Bei einer Definition von Betreuungsbedürftigkeit, die auch geringere Betreuungsbedarfe umfasst, ist von einer deutlich größeren Zahl auszugehen. Bei einer Hochrechnung der von Badelt et al. (1996: 43f) ermittelten Zahlen kann daher von bis zu 541.000 hilfs- und pflegebedürftigen Personen ausgegangen werden.

⁴ § 13 BPGG besagt, dass bei einem Aufenthalt in einer stationären Einrichtung der Anspruch auf das Pflegegeld bis auf ein Taschengeld an den Träger der Einrichtung übergeht. Entsprechend wird das Pflegegeld dann auch direkt ausgezahlt.

Tabelle 1: Basisinformationen zum Pflegegeld in Österreich

Pflegegeld	Pflegebedarf in Stunden/Monat	Betrag 2005 (§ 5 BPGG)	BezieherInnen (31.12.2004; Bundes- und Landespflegegeld)		
			Frauen	Männer	Gesamt
Stufe 1	Über 50 Stunden	€ 148,3	56.115	21.060	77.175
Stufe 2	Über 75 Stunden	€ 273,4	85.369	42.443	127.812
Stufe 3	Über 120 Stunden	€ 421,8	41.942	21.282	63.224
Stufe 4	Über 160 Stunden	€ 632,7	36.619	18.735	55.354
Stufe 5	Über 180 Stunden und außergewöhnlicher Pflegeaufwand	€ 859,3	20.247	9.801	30.048
Stufe 6	Über 180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	€ 1.171,7	6.395	4.162	10.557
Stufe 7	Über 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt.	€ 1.562,1	4.563	2.334	6.897
Summe			251.250	119.817	371.067*

*ohne OFG und Landeslehrer

Quelle: BMSG 2006: 33ff, BMSG 2005a, Petzl 2003, eigene Darstellung

Wie aus Tabelle 1 entnommen werden kann, konzentrieren sich die PflegegeldbezieherInnen in den Pflegestufen 1 bis 4. Bei 12,8% der BezieherInnen liegt der monatliche Pflege- und Betreuungsbedarf bei über 180 Stunden. Vielfach ist in diesen Fällen eine 24-h-Betreuung notwendig. Auch wenn sich das Pflegegeld in Österreich sehr gut etabliert hat, wird immer wieder Kritik an der Einstufungspraxis angebracht, da sehr stark auf physische Gebrechen Bezug genommen wird (Simsa et al. 2004). Psychische Erkrankungen, wie z.B. die wachsende Gruppe der demenziellen Erkrankungen, werden damit im Hinblick auf den tatsächlichen Pflegeaufwand häufig unterschätzt.

Tabelle 2: Anteil der PflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung 2004

Alter	Gesamtbevölkerung	PflegegeldbezieherInnen Absolut	PflegegeldbezieherInnen in %
Bis 60 Jahre	6.479.710	66.286	1,02
61-80 Jahre	1.404.899	129.695	9,23
Über 80 Jahre	290.124	175.086	60,35
Insgesamt	8.174.733	371.067*	4,54

*ohne OFG und Landeslehrer

Quelle: BMSG 2006: 40ff

Die **durchschnittliche monatliche Höhe des Pflegegeldes** betrug zum Stichtag 31.12.2004 rund 408 € bei Frauen und 430 € bei Männern (BMSG 2006, eigene Berechnungen). **Nach Altersklassen** und bezogen auf die Gesamtbevölkerung zeigt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**

die Konzentration der Pflegebedürftigkeit bei hochbetagten Menschen. Nur 17,9 % der PflegegeldbezieherInnen sind unter 60 Jahre alt.

Ein Auszug aus den Beiträgen zur österreichischen Lohnsteuerstatistik 2003 gibt darüber Hinaus Auskunft über die soziale Struktur der Pflegegeldbezieher. Wie Tabelle 3 zeigt, kommt das Pflegegeld vor allem unteren Einkommensgruppen zugute.

Tabelle 3: Bundespflegegeld. Pensionisten mit ganzjährigeren und nicht ganzjährigen Bezügen

Stufen der Bruttobezüge		Personen	in %
jährlich (in EUR)	monatlich (in EUR)		
bis unter 8.000		93.596	26,6 %
8.000 bis unter 12.000	570 bis unter 860	116.945	33,3 %
12.000 bis unter 25.000	860 bis unter 1.790	112.633	32,1 %
25.000 bis unter 40.000	1.790 bis unter 2.860	21.679	6,2 %
40.000 und mehr	2.860 und mehr	6.412	1,8 %
0 bis 45.800 (Höchstbe- itragsgrun- dlage)	0 bis 3.270	347.262	98,9 %
Insgesamt		531.265	100 %

Quelle: BMGS 2006, 19

2.3 Die unterschiedlichen Betreuungsformen

Primär kann zwischen informeller und formeller Pflege unterschieden werden. Im **informellen Bereich** findet einerseits Pflege und Betreuung im familiären bzw. freundschaftlichen Umfeld statt. Andererseits wird Schätzungen zufolge in den vergangenen Jahren ein wachsender Pflegeanteil durch Schwarzarbeit abgedeckt. Insbesondere Pflegepersonal aus den angrenzenden Nachbarstaaten im Osten Österreichs ist in diesem Bereich tätig⁵. Im **formellen Bereich** existiert erstens das traditionelle Alten- bzw. Pflegeheim als stationäre Form der Betreuung. Zweitens existieren die, seit einigen Jahren im Ausbau befindlichen und mittlerweile großteils gut etablierten, mobilen sozialen Dienste, die Pflege und Betreuung im Wohnbereich der KundInnen anbieten. Drittens wird am Aufbau alternativer Einrichtungen gearbeitet, die zwischen mobilen und stationären Institutionen angesiedelt sind (teilstationärer Bereich).

⁵ Ohne Nennung von Quellenangaben bzw. Schätzungsmodellen werden zwischen 10.000 und 60.000 Pflegekräfte im schwarzen/grauen Pflegemarkt aus den Nachbarländern kolportiert (Krajic et al. 2005: 9f).

2.3.1 Alten- und Pflegeheime (Stationäre Betreuung)

- Mit Stand 31.12.2002 gab es in Österreich rund 67.600 Heimplätze
- **Gesamtaufwand** für die stationäre Altenpflege in 2004: **etwa 1,32 Mrd. €**.
- Die **Kosten für einen Pflegeheimplatz** pro Monat liegen je nach Pflegebedarf und Ausstattung **zwischen** etwa **1.000 €** und über **6.000 €**
- 2004 liegt die Medianpension bei Frauen bei 674,4€, bei Männern bei 1.428,8€; die durchschnittliche monatliche Höhe des Pflegegeldes beträgt bei Frauen rund 408€ und bei Männern 430€
- Etwa 82% der Betroffenen sind auf Sozialhilfe angewiesen

In Summe wurden mit Stand 31.12.2002 in Österreich 78% der 67.700 Heimplätze als Pflegeplätze geführt. D.h. es waren **rund 52.800 der Plätze mit pflegebedürftigen Personen belegt** (BMGS 2006: 11; Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 34). In den letzten 10-15 Jahren hat sich die Inanspruchnahme der institutionellen Betreuungsangebote deutlich verändert. Ältere Menschen möchten möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben. Durch verbesserte Wohnsituationen und den Ausbau der mobilen Dienste wurde dafür eine Grundlage gelegt. Dies brachte mit sich, dass die traditionellen Altenheime für rüstige ältere Menschen ohne großen Pflegebedarf weniger nachgefragt wurden. Im Pflegebereich stieg die Nachfrage allerdings deutlich an. Diesem Wandel wurde in den meisten Bundesländern durch einen forcierten Umbau von Wohnplätzen in Pflegeplätze Rechnung getragen (Schaffenberger und Pochobradsky 2004). Es ist zu erwarten, dass in Zukunft nahezu alle Heimplätze als Pflegeplätze geführt werden⁶.

Zusätzlich sind im stationären Markt – im Unterschied zum ambulanten Markt – bereits heute eine Reihe von privat-gewerblichen, gewinnorientierten Unternehmen tätig. Diese betiteln ihre Einrichtungen meistens als Seniorenresidenzen und bieten, abgesehen von Pflege und Betreuung, umfangreiche Hoteldienstleistungen für ein entsprechend zahlungskräftiges Zielpublikum an. In den meisten Fällen besteht für solche Einrichtungen keine oder nur eine eingeschränkte Kostenübernahme durch die Sozialhilfe. Der Anteil der **gewerblichen, gewinnorientierten Heime** kann für das Jahr 2002 mit rund **21%** beziffert werden (eigene Berechnungen auf Basis BMSG 2003, 2003a und 2003b).⁷ Der überwiegende Teil der **stationären Einrichtungen wird von der öffentlichen Hand (55%)** betrieben. Die verbleibenden **24% können dem Nonprofit Sektor** zugerechnet werden.

Große strukturelle Unterschiede bestehen zwischen den einzelnen Bundesländern hinsichtlich der Größe und Ausstattung der Heime und der Beschäftigungsstrukturen im stationären Bereich (Tabelle 4 im Anhang). Insgesamt arbeiteten 21.254 VZÄ⁸ Pflege- und Betreuungspersonen zum Stichtag 31.12.2002 in Österreichs Alten- und Pflegeheimen (Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 39). In

⁶ In einigen Bundesländern (z.B. Oberösterreich und Burgenland) ist für Neu-, Um-, und Erweiterungsbauten vorgeschrieben, dass es sich um Pflegeplätze handelt.

⁷ Hier sind allerdings auch so genannte Pflegeplätze inkludiert. Diese werden von Privatpersonen angeboten, sind bundesländerunterschiedlich auf eine geringe Anzahl pro Träger beschränkt (unter 4 oder 5 Plätze) und unterliegen hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen nicht den strengen Vorschriften der Alten- bzw. Pflegeheime. Auch hier erfolgt nur selten eine Übernahme der Kosten durch die Sozialhilfe. Bezogen auf die Bettenanzahl reduziert sich der Anteil der gewinnorientierten Heime dadurch auf etwa 9%.

⁸ Vollzeitäquivalente auf Basis einer 40-Stunden Beschäftigung.

Wien wird dabei z.B. zu 43% diplomiertes Krankenpflegepersonal eingesetzt, in Tirol dagegen nur zu 20%. Entsprechende Variationen gibt es auch bei den Pflege- bzw. AltenhelferInnen und dem Hilfspersonal. Dies hat naturgemäß Auswirkungen auf die anfallenden **Kosten der Pflegeplätze**. Für die Kosten eines Pflegeheimplatzes sind die gesetzlichen Vorgaben für die Größe der Einrichtungen, die Personalschlüssel und die Personalstruktur von großer Relevanz. Auskunft über die unterschiedlichen Vorschriften geben die Pflegeheimgesetze bzw. dazugehörigen Verordnungen. Hier bestehen einmal mehr sehr heterogene Regelungen in Österreich (Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 53)⁹.

Der **Gesamtaufwand für die stationäre Altenpflege** belief sich auf Vollkostenbasis berechnet im Jahr 2004 auf eine Höhe von rund **1,32 Mrd. €**. Hiervon wurden etwa **35,9% von den BewohnerInnen** selbst aufgebracht. Dieser Teil wird über das Pflegegeld, das Einkommen (meist Pension) und andere Vermögenswerte finanziert. Der Pflegegeldanteil liegt, in jenen Bundesländern, die ihn getrennt ausweisen zwischen 2,4% und 12,1% (vgl. Tabelle 5 im Anhang).

Umgerechnet auf eine/n BewohnerIn ergibt sich ein Gesamtkostenaufwand von etwa 1.937 € pro Monat. Im Hinblick auf die von den Heimen verrechneten Tarife scheint dieser Wert allerdings **zu niedrig angesetzt** zu sein. Dies deutet darauf hin, dass in den offiziellen Statistiken diverse Strukturmittel bzw. Gemeindeausgaben oder Abschreibungen nicht vollständig erfasst sind. Eine genaue Darstellung gibt Tabelle 5 im Anhang. Tatsächlich variieren die **Kosten für einen Pflegeheimplatz pro Monat** je nach Pflegebedarf und Ausstattung zwischen etwa 1.000 € für reine Altenheime mit wenig Betreuung und 4.000 € für gut ausgestattete Pflegeheime und intensiver Betreuung¹⁰. Für die Betreuung dementer Personen kann je nach Zustand ein Aufschlag von bis zu 1.500 € gerechnet werden. Für den Bereich der Seniorenresidenzen gelten nochmals andere Preiskategorien. Hier beginnt die Preisspanne bei etwa 1.800 € für wenig Betreuung und reicht bis über 6.000 € für intensive Betreuung¹¹. Bei einer Medianalterspension bei Frauen von 674,4 €, bei Männern von 1.428,8 €¹² (Statistik Austria 2006: 245) und einem durchschnittlichen monatlichen Pflegegeldbezug von rund 408 € bei Frauen und 430 € bei Männern (BMGS 2006, eigene Berechnungen), reicht das eigene Einkommen daher oft nicht zur Deckung der Kosten. Sollte der Bezug von Sozialhilfe unvermeidlich werden¹³, verbleiben dem/der BewohnerIn 20% der Pension, die

⁹ In Kärnten existiert beispielsweise ein genereller Personalschlüssel von 1 VZÄ : 3 BewohnerInnen. In NÖ ist der so genannte Pflegeschlüssel hingegen unabhängig von den Pflegegeldstufen: Er liegt beispielsweise für die vierte Pflegegeldstufe bei 1:3,7. In der Steiermark im Vergleich für Stufe 4 1:3, in Oberösterreich für Stufe 4 1:2,5 und in Tirol für Stufe 4 1:2,4. Die vorgeschriebene Personalstruktur variiert ebenfalls zwischen z.B. 50% DGKP/S im Burgenland und 20% in der Steiermark bzw. Oberösterreich. Hier werden dafür verstärkt AltenfachbetreuerInnen eingesetzt, ein Berufsbild, das in anderen Bundesländern nicht existiert.

¹⁰ z.B. Caritas Socialis Pramergasse geriatrische Langzeitpflege im Einzelzimmer (EZ) 3.796,26€/Monat (<http://www.cs.or.at/default.asp>), z.B. NÖ-LPPH Retz - Pflegegeldstufe 1: 1.585,5€/Monat/EZ, Pflegegeldstufe 7: 3.350,7€/Monat/EZ (<http://www.bmsg.gv.at/cms/site/-liste.html?channel=CH0282>)

¹¹ z.B. Seniorenresidenz Bad Vöslau: 2.241€/Monat/EZ bei Pflegegehenden; 6.169,5€/Monat/EZ mit intensiven Pflegebedarf in Stufe VII (<http://www.residenzbadvoeslau.at/>).

¹² Die Mindestpension 2004 beträgt für Einzelpersonen 653,19€, für Ehepaare 1.015,0€.

¹³ In allen Bundesländern besteht die Möglichkeit, dass die verbleibenden Kosten eines Pflegeheimplatzes, wenn das Einkommen/Vermögen/Pflegegeld und in einigen Bundesländern die gesetzlich vorgeschriebenen Beiträge naher Verwandter nicht mehr ausreichen, von der Sozialhilfe übernommen werden. Dies gilt allerdings entweder nur für Einrichtungen mit denen das jeweilige Bundesland einen Vertrag hat oder es gibt bestimmte Höchstgrenzen für einen Pflegeheimplatz über die hinausgehend die Sozialhilfe keinesfalls zahlt (z.B. übernimmt das Land Salzburg verbleibende Kosten bis 628,5€ (ohne Pflegegeldbezug) und 2.515,5€ (Pflegegeldstufe 7) Land Salzburg (o.J.) Senioren-Pflegeheim (www.salzburg.gv.at/sen_pflegeheim.pdf) 07.02.2005

Sonderzahlungen und 10% des Pflegegeldsatzes der Stufe 3 als Taschengeld. Davon sind allerdings in der Regel Rezeptgebühren, Friseur, Maniküre, Pediküre etc. als Zusatzleistungen zu bezahlen.

Frau Maier ist 80 Jahre alt. Sie ist leicht inkontinent, hat Alzheimer im Anfangsstadium und Schwierigkeiten bei der Körperpflege. Sie hat vor zwei Jahren ihren Mann verloren und bezieht eine Mindestwitwenpension in der Höhe von 653,1 €. Zusätzlich erhält sie Pflegegeld Stufe 4 in der Höhe von 632,7 €. An Vermögen besitzt sie ein Sparbuch mit 25.000 € Einlage. Ihre Mietwohnung hat sie beim Umzug in ein Pflegeheim vor einem Jahr aufgegeben. Die monatlichen Kosten des öffentlichen Pflegeheims belaufen sich auf 1.760 €. Da ihr Einkommen zur Bezahlung des Heimplatzes nicht ausreicht, übernimmt die Sozialhilfe den Differenzbetrag. Ihr verbleiben monatlich die gesetzlich vorgeschriebenen 41,4 € vom Pflegegeld und 130,62 € von der Pension. Davon muss sie Ausgaben für Friseur, Fußpflege und Kleinigkeiten des täglichen Lebens bestreiten. Das Geld auf ihrem Sparbuch wird ebenfalls zur Deckung der Kosten herangezogen.

2.3.2 Mobile soziale Dienste (Ambulante Betreuung)

- Im Jahr 2002 wurden **80.000 KundInnen** von sozialen Diensten betreut
- **Gesamtaufwand** im mobilen Bereich im Jahr 2004: **444,7 Mio. €**
- **Durchschnittlicher Kostenbeitrag der KundInnen** von **mindestens 27%**
- Die **Kosten für eine Einsatzstunde** (keine Unterstützung durch die Sozialhilfe) variieren je nach Bundesland und Berufsgruppe **von 14,20 € bis 42,60 €**.

Herr Gruber lebt mit seiner Frau in Graz. Beide sind nicht mehr in der Lage regelmäßig Besorgungen zu erledigen und für sich zu kochen. Weiters ist Herr Gruber nicht in der Lage die Körperpflege alleine zu erledigen. Er benötigt zudem täglich eine Injektion. Zu seiner ASVG Höchstpension von 1.715 €/Netto erhält er Pflegegeld Stufe 3 in der Höhe von 421,80 €. Seine Frau erhält Pflegegeld Stufe 2 in der Höhe von 273,40 €. Für den täglichen Besuch einer Heimhilfe (1Std.) und einer Krankenschwester (1/2 Std.) werden ihm 1.159 € verrechnet.

Die Dienstleistungen der mobilen sozialen Dienste ermöglichen den betreuten Personen solange wie möglich zu Hause zu verbleiben, wobei das Angebot von qualifizierter Pflege über Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes bis zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte reicht. Der Kernbereich der Leistungen, die Hauskrankenpflege, die Heimhilfe und die Betreuung durch Alten/PflegehelferInnen bzw. AltenfachbetreuerInnen, wird durch Angebote wie Besuchsdienst, Essen auf Rädern und Fahrdienst ergänzt (Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 6f).

In einer Studie zur Situation pflegender Angehöriger vom Oktober 2005 kristallisierten sich zwei Gründe heraus, weshalb nicht ausreichend oder gar keine mobilen Dienste in Anspruch genommen werden. So wird zum einen eine grundsätzlich ablehnende Haltung (48%) und zum anderen das Unvermögen der Finanzierung (42%) genannt. Darüber hinaus zeigte die Studie, dass in ländlichen Gebieten die Verfügbarkeit von mobilen Diensten als ungenügend eingestuft wird. 12% der Befragten erklärten, dass in ihrer Umgebung gar kein Angebot an mobilen Diensten vorhanden ist (Bergman und Erkamp, 2005).

Mit 31.12.2002 waren in Österreich 7.810 VZÄ Pflege- und Betreuungspersonen tätig. Es wurden hauptsächlich HeimhelferInnen eingesetzt, wobei der Anteil in Wien bei mehr als 80%, im Burgenland, Niederösterreich und Vorarlberg bei etwa 60% und in Kärnten, der Steiermark und Tirol bei bis zu 25% liegt (Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 9 und Tabelle 6 im Anhang). Ein Jahr später waren insgesamt 13.821 Personen in unterschiedlichen Berufsgruppen bei 472 Einrichtungen mobiler Dienste beschäftigt. Davon waren rund 85% Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen, wobei darunter das Hilfspersonal (AltenhelferInnen, HeimhelferInnen und angelerntes Betreuungspersonal) mit 47% die bedeutendste Beschäftigungsgruppe darstellte. Von den 13.821 in den Einrichtungen mobiler Dienste tätigen Personen sind 72% Teilzeit beschäftigt, etwas mehr als 17% sind Vollzeitkräfte, 8% sind geringfügig angestellt und etwa 2,5% sind auf Grundlage eines freien Dienstvertrages beschäftigt (Bergman und Hlave, 2005: 23ff).

Die unterschiedlichen Qualifikationen und Beschäftigungsverhältnisse bringen auch sehr unterschiedliche Personalkosten mit sich. In Summe wurden in Österreich 2002¹⁴ etwa **80.000 KundInnen in etwa 10,6 Mio. Leistungsstunden** von mobilen Diensten betreut (Simsa et al. 2004: 192). Dies entspricht etwa 13% aller Personen über 75 Jahre. Die gesamten Aufwendungen liegen 2002 bei etwa 340 Mio. €. Diese Summe enthält allerdings nur teilweise die Kostenbeiträge der KundInnen. Weiters kann angenommen werden, dass Gemeindebeiträge sowie Strukturmittel, wenn überhaupt nur in zu geringem Ausmaß berücksichtigt sind. Leider ist die Qualität der Daten im Bereich der mobilen Dienste noch problematischer als im stationären Bereich, weshalb teilweise auf Schätzungen zurückgegriffen werden muss. Wir schätzen den **Gesamtaufwand im mobilen Bereich** im Jahr 2003 auf etwa **400 Mio. €**. Im Berichtszeitraum 2004 liegen die gesamten Aufwendungen (Vollkostenbasis) laut Angaben der einzelnen Bundesländer bei etwa 444,7 Mio. €. Diese Summe basiert allerdings auf einer sehr breiten Basis. So findet darin etwa Alten-, Heim-, Familien-, Dorfhilfe sowie die Hauskrankenpflege Berücksichtigung (BMGS, 2006). Der Beitrag der KundInnen variiert je nach Bundesland beträchtlich und liegt im Jahr 2004 etwa in Burgenland bei 3,6%, in Niederösterreich und Salzburg hingegen bei rund 59%. Der durchschnittliche **Kostenbeitrag der KundInnen ist daher auf mindestens 27%** zu veranschlagen. Gleichwohl verblieb den öffentlichen Händen ein Nettoaufwand in Höhe von etwa 295 Mio. € (siehe Tabelle 7 im Anhang und BMGS, 3006).

Die **durchschnittlichen Gesamtkosten einer Leistungsstunde** können 2002/2003 auf **etwa 37,7 €** geschätzt werden. Die Kosten für **eine Einsatzstunde** (ohne Unterstützung durch die Sozialhilfe) variieren je nach Bundesland und Berufsgruppe zwischen **14,2 € und 42,6 €**. Entsprechend einer sozialen Staffelung übernimmt die Sozialhilfe, nach Bundesländern unterschiedlich, einen Teil des Betrages oder auch den gesamten Betrag. Eine detaillierte Übersicht gibt Tabelle 8 im Anhang.

Insgesamt liegen die primär anfallenden Kosten der mobilen Betreuung deutlich unter jenen der stationären Betreuung, da geringere Investitionskosten in Gebäude u.ä. anfallen und zudem ein erheblicher Anteil der Betreuungsleistungen im informellen privaten Bereich verbleibt. Dazu gilt es allerdings anzumerken, dass auch den unbezahlten Pflegekräften Kosten entstehen, die selten thematisiert werden (vgl. 2.3.4.2).

¹⁴ Teilweise Daten aus 2003

2.3.3 Alternative formelle Betreuung

2.3.4 Teilstationäre Betreuung

Teilstationäre Dienste stellen ein Zwischenglied zwischen der Betreuung zu Hause und der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung dar, und finden sich in Form von Tageszentren, Tagespflege und Tagesbetreuung. Ziel dieser Betreuung ist der längstmögliche Verbleib in den eigenen vier Wänden bei einer tagsüber bereitgestellten aktivierenden Betreuung. Insgesamt ist das Angebot an teilstationärer Betreuung in Österreich noch sehr wenig verbreitet. Die Kosten für die teilstationäre Betreuung werden **für das Jahr 2003 mit 10,2 Mio. €** beziffert, wovon etwa 18% durch Kostenbeiträge der KundInnen gedeckt werden¹⁵ (BMSG 2005 und eigene Berechnung). Im darauf folgenden Jahr werden Kosten in Höhe von **insgesamt 297.458.346 €** ausgewiesen. Dazu ist anzumerken, dass in diesem Betrag sämtliche teilstationäre Betreuungseinrichtungen wie etwa auch teilstationäre Behinderteneinrichtungen auf Vollkostenbasis erfasst werden. Nach Abzug aller Einnahmen verblieb den öffentlichen Händen im Jahr 2004 ein Nettoaufwand in Höhe von 71,2 Mio. € (BMSG 2006 und eigene Berechnung). Zum Stichtag 31.12.2002 wurden in Österreich (ohne Burgenland) 1070 Plätze in der teilstationären Betreuung für ältere Menschen angeboten (BMGS 2006: 11). Deklariertes Ziel ist es, bis 2010 das teilstationäre Angebot vor allem im städtischen Bereich auszubauen (Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 26f).

2.3.4.1 Betreute Wohnformen

Bei betreuten Wohnformen handelt es sich um Seniorenwohnungen, die barrierefrei ausgestattet sind und den Betroffenen einen Verbleib im eigenen Haushalt bei gleichzeitiger Unterstützung durch Pflege- und Betreuungspersonen ermöglichen. Sie sind in der Regel in der Nähe von Einsatzstellen mobiler Dienste oder Alten- und Pflegeheimen angesiedelt. Mit 31.12.2002 wurden in Österreich (ohne Niederösterreich, Salzburg und Tirol) **1.880 Seniorenwohnungen** angeboten (Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 63f). Hierzu gibt es noch keine Angabe von Kosten.

2.3.4.2 Private informelle Pflege

- **80%** der Pflegebedürftigen werden im familiären Umfeld gepflegt.
- Die Kosten der informell erbrachten Pflegearbeit liegen bei etwa **2 - 3 Mrd. €** pro Jahr.

Mit Bezug auf Erfahrungen in anderen Ländern wie auch für Österreich ist davon auszugehen, dass etwa **80%** der pflegebedürftigen Menschen überwiegend **informell** durch nahe Angehörige gepflegt werden, wobei etwa 80% der Pflegenden Frauen sind (Österle und Hammer 2004: 36). Im Gegensatz zu den Kosten der formellen Pflege sind die Kosten der informellen Pflege kaum bekannt, hierzu liegen nur grobe Schätzungen aus dem wissenschaftlichen Bereich vor, die sich im Bereich von **2 bis 3 Mrd. €** bewegen (siehe unten, 2.4).

¹⁵ Da keine Angaben zur Anzahl der KundInnen zu Verfügung standen, erfolgt keine Berechnung auf individueller Ebene.

2.4 Die Kosten der Pflege

Im Jahr **2004** wurden in Österreich **1,77 Mrd. €** für **Pflegegeld** aufgewendet, wobei 1,489 Mrd. € auf das Bundespflegegeld und 248,6 Mio. € auf die Landespflegegelder entfallen (BMSG 2006: 17). Die Gesamtkosten für **Alten- und Pflegeheime** beliefen sich in diesem Jahr auf etwa **1,32 Mrd. €**, die Gesamtkosten für **mobile Dienste** betragen **0,445 Mrd. €**, der Sachaufwand für teilstationäre Einrichtungen etwa **0,297 Mrd. €** (BMSG 2006: 17f und eigene Berechnungen). Diese Kosten werden durch Mittel der NutzerInnen, durch Pflegegeldanteile und durch verschiedene öffentliche Mittel abgedeckt. Unterschiede in den Finanzierungsmechanismen und eine mangelhafte Vergleichbarkeit in der Dokumentation erschweren eine exakte Feststellung der öffentlichen Aufwendungen. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass sich der Nettoaufwand der **öffentlichen Hände** auf rund **2,7 Mrd. €** beläuft.

Über die private Finanzierung von stationärer und ambulanter Betreuung außerhalb des öffentlich ko-finanzierten Systems liegen keine offiziellen Informationen vor. Dies gilt auch für die private Finanzierung von Pflegehilfsmitteln. Der Wert der **informell erbrachten Betreuungsarbeit** wird auf rund **2 bis 3 Mrd. €** pro Jahr beziffert. Diese Schätzung beruht auf einem Gedankenexperiment, in dem bislang unbezahlt erbrachte, informelle Pflegeleistungen durch vom Markt bezogene Dienstleistungen ersetzt werden. Dabei wird der Zeiteinsatz in der informellen Pflege mit fiktiven Löhnen, die für Haushaltshilfen bzw. PflegehelferInnen bezahlt müssten, bewertet (Schneider und Österle 2003: 235f).

3 Pflegebedürftigkeit in der Zukunft

3.1 Methodische Vorbemerkungen

Nachdem im ersten Teil des Berichts auf die derzeitige Situation in der Pflege eingegangen wurde, werden in diesem Teil zwei Studien vorgestellt, die sich mit der Prognose der Pflegebedürftigkeit und den damit verbundenen Kosten beschäftigt haben. Die etwas ältere Studie von Badelt et al. (1996) geht von einer umfangreichen Definition der Pflegebedürftigkeit aus und liefert Prognosen bis 2030. Die zweite aktuellere Prognoserechnung stammt von Streissler (2004 und 2004a), die von der Pflegegeldstatistik und von aggregierten Aufwandssummen einzelner Teilbereiche der formellen Pflege ausgeht. Sie bezieht die prognostizierten Werte zudem auf ein zukünftig zu erwartendes BIP, um das Verhältnis zur gesamten Wirtschaftsleistung darzustellen. Außerdem berücksichtigt sie zumindest teilweise indirekt anfallende Kosten in der informellen Pflege. Zusätzlich zu den Prognosen werden in Kapitel 3.2.3 Ergebnisse von anderen Studien dargestellt, die sich zwar nicht unmittelbar mit den zukünftigen Kosten der Pflege auseinandersetzen aber, unter Berücksichtigung der in Kapitel 1.2 genannten und in nachfolgender Graphik dargestellten Einflussfaktoren, wichtige Anhaltspunkte zur Kostenberechnung geben können.



Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die Kosten der Pflege

Der Bericht schließt in Kapitel 3.3 mit einer Diskussion der künftigen Herausforderungen für die Pflegevorsorge, insbesondere im Hinblick auf die Rolle der privaten Versicherer. Auf eine Erläuterung der internationalen Entwicklungen kann hier nicht weiter eingegangen werden. Diesbezüglich sei auf die Publikationen von Österle und Hammer (2004), Brodsky et al. (2002), Pacolet et al. (2000) oder Eisen und Mager (1999) verwiesen.

3.2 Pflegebedürftige Personen in den kommenden Jahrzehnten

3.2.1 Prognose nach Badelt et al.

Badelt et al. (1996: 104ff) haben drei Szenarien zur Entwicklung der Betreuungsbedürftigkeit in Österreich entwickelt: Das Szenario ‚Status Quo‘ geht von gleich bleibenden Pflegehäufigkeiten und Pflegeintensitäten aus. Veränderungen sind in der Zahl und im Umfang der Betreuungsbedürftigkeit sind nur demographisch bedingt. Das Szenario ‚Long Life‘ geht von einer Expansion der Pflegebedürftigkeit aus, während das Szenario ‚Better Health‘ von einer Kompression der Pflegebedürftigkeit ausgeht. Die Untersuchung kann nicht unmittelbar mit der im Folgenden noch zu präsentierenden Studie von Streissler verglichen werden, da sich sowohl die Definition der Betreuungsbedürftigkeit wie auch die Festlegung der Kostenspezifikationen wesentlich unterscheiden.

Eine graphische Gegenüberstellung (vgl. Abbildung 3) der Prognosen zur Zahl betreuungsbedürftiger Personen in den drei Szenarien zeigt anschaulich, wie empfindlich die Ergebnisse auf die unterschiedlichen Annahmen Veränderungen reagieren. Ausgehend von rund 500.000 pflegebedürftigen Menschen im Jahr 1992 steigt deren Zahl im ‚Better Health‘ Szenario auf rund 650.000 im Jahr 2030 bzw. auf fast 1.000.000 im ‚Long Life‘ Szenario.

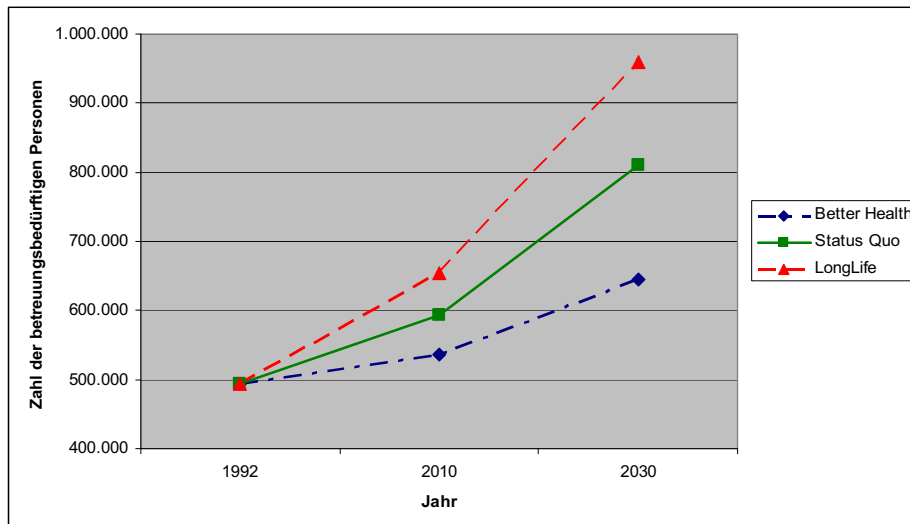


Abbildung 3: Prognosevarianten zur Zahl betreuungsbedürftiger Personen; Badelt et al. (1996) (Eigene Darstellung)

Ein ähnliches Bild ergibt die Untersuchung bei den Kosten der Pflege (vgl. Abbildungen 4 und 5). In den Minimalkostenvarianten ergibt sich eine deutliche Reihung der Szenarien: Egal ob ein stationärer oder ambulanter Ausbau verfolgt wird, das Better Health Szenario ist jeweils kostengünstiger als die Status Quo Variante und diese wiederum günstiger als die Long Life Variante.

Betrachtet man die im Maximum prognostizierten Kosten zeigt sich, dass das Szenario ‚Status Quo, Ausbau stationär‘ teilweise teurer ist, als das Szenario ‚Long Life, Ausbau ambulant‘. Weiters ist das Szenario ‚Status Quo, Ausbau ambulant‘ günstiger als das Szenario ‚Better Health‘ mit verstärkt stationärem Ausbau.

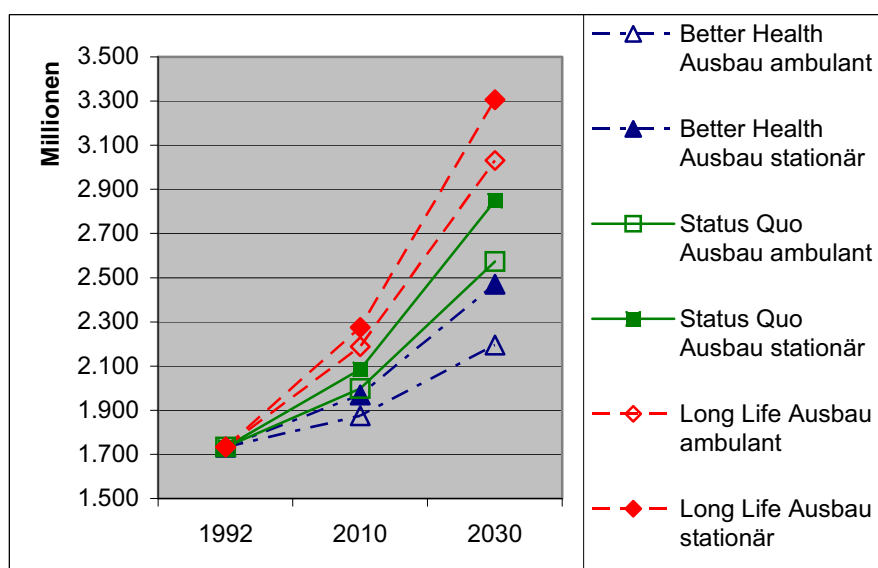


Abbildung 4: Prognosevarianten zu den Pflegekosten (Minimalvariante); Badelt et al. (1996) (Eigene Darstellung)

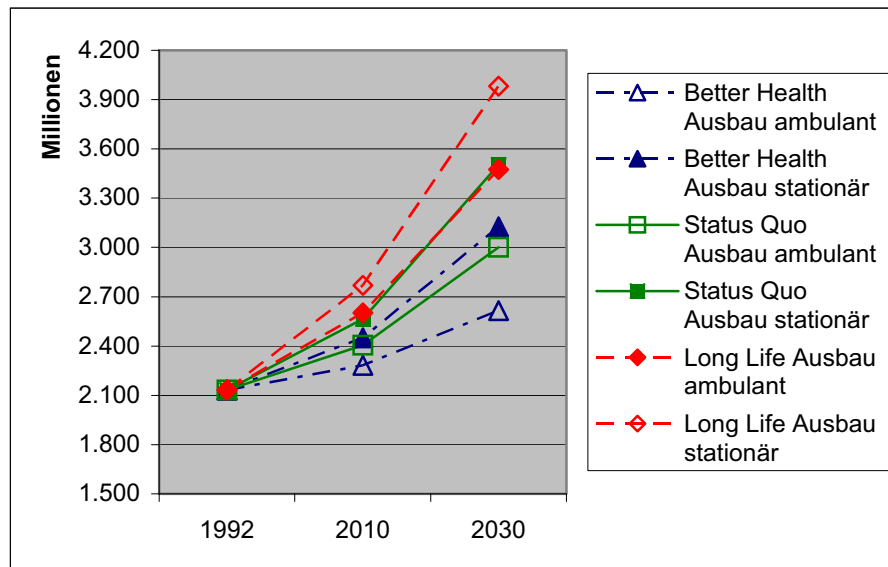


Abbildung 5: Prognosevarianten zu den Pflegekosten (Maximalvariante), Badelt et al. (1996) (Eigene Darstellung)

3.2.2 Prognose nach Streissler

Streissler (2004: 30ff) berechnet – teilweise in Anlehnung an die European Study of Long Term Care (Herrera-Comas et al. 2003) mit Prognosen für Deutschland, Großbritannien, Italien und Spanien – unterschiedliche Szenarien für Österreich und stellt eine Prognose der geriatrischen Langzeitpflegekosten vor. Ausgehend von einem Basisszenario, in dem sie im ‚Status Quo‘ Szenario, von einer in Zukunft gleich bleibenden Pflegestruktur¹⁶ ausgeht, analysiert sie vergleichend Änderungen einzelner Annahmen. Ausgangspunkt für Streisslers Analysen ist die Anzahl von 300.000 PflegegeldbezieherInnen über 60 Jahre und die Kostenstruktur 2001 bzw. 2003 (Streissler 2004). Von den 300.000 pflegebedürftigen Personen werden den Annahmen entsprechend 15% oder 45.000 Personen stationär betreut. Die verbleibenden Personen werden zu etwa 6% durch formelle ambulante Dienste versorgt.

„Basisszenario“

- Berücksichtigung des demographisch bedingten Anstiegs betreuter Personen
- Gleichbleibende Pflegeinzidenz

Wie aus Tabelle 11 im Anhang ersichtlich ist, prognostiziert Streissler für 2010 ein Wachstum der Pflegefälle um etwa 15% auf etwa 346.000 Personen und für 2030 um etwa 66% auf etwa 500.000 Personen. Hievon würden 51.900 Personen im Jahr 2010 und etwa 75.000 Personen im Jahr 2030 stationär betreut werden. Die Kosten der formellen Pflege steigen um etwa 22% bis 2010 und etwa 110% bis 2030 rascher an. Dabei wurde ein Lohnwachstum von 1,5% pro Jahr angenommen. In Bezug auf das BIP würde der Anteil der Pflegekosten 2010 etwa 1,47% und im Jahr 2030 etwa 1,70% ausmachen. Hier wurde ein BIP-Wachstum von 2% pro Jahr angenommen.

¹⁶ Es werden unveränderte altersspezifische Pflegekosten und unveränderte Angebotsstrukturen angenommen.

Szenario „Besserer Gesundheitszustand“

- Steigende Lebenserwartung bei besserer Gesundheit wird berücksichtigt
- Kosten deutlich gedämpft

Aus Tabelle 11 im Anhang ist weiter ersichtlich, dass Streissler bei dieser Variante für das Jahr 2010 einen Rückgang der Pflegefälle um etwa 2,5% und einen Anstieg für 2030 um etwa 28% prognostiziert. Ausgehend von den 300.000 pflegebedürftigen Personen im Jahr 2003 würde dies etwa 292.500 Personen 2010 und etwa 384.000 Personen 2030 bedeuten. Davon würden etwa 43.875 Personen im Jahr 2010 und 57600 Personen im Jahr 2030 stationär betreut werden. Die Kostensteigerung im Bereich der formellen Pflege und Betreuung beträgt etwa 3% bis 2010 und etwa 61% bis 2030. In Bezug auf das BIP würde, bei einem jährlichen 2%-igen BIP Wachstum, der Anteil der Pflegekosten 2010 etwa 1,24% und im Jahr 2030 etwa 1,31% ausmachen. Beide Werte liegen unter dem heutigen Ausgangswert von 1,39%. Ein besserer Gesundheitszustand würde somit deutlich dämpfende Auswirkungen auf die Kostenentwicklung haben.

Szenario „Erhöhung des ambulanten Bereichs“

- Ausbau der ambulanten Pflege
- Rückgang der informellen Pflege, dadurch Anstieg der formellen Kosten um jährlich 1%
- Bis 2030 nahezu eine Vervierfachung der Kosten

Die Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen und der im stationären Bereich untergebrachten Personen entspricht dem Basisszenario. Die Kostensteigerung im Bereich der ambulanten und stationären Pflege beträgt etwa 46% bis 2010 und etwa 292% bis 2030. In Bezug auf das BIP würde, bei einem jährlichen 2%-igen BIP Wachstum, der Anteil der Pflegekosten 2010 etwa 1,76% und im Jahr 2030 etwa 3,18% ausmachen. Bis 2030 wird mit nahezu einer Vervierfachung der Kosten einer Betreuung durch soziale Dienste und/oder stationäre Anbieter gerechnet.

Szenario „Vollversorgung Ambulant“

- Höhere Anzahl der notwendigen Betreuungsstunden im ambulanten Bereich
- Bis 2030 nahezu einer Verfünffachung der Kosten

Dieses Szenario modifiziert das vorherige Szenario indem es berücksichtigt, dass die dem Pflegegeld zugrunde liegende Betreuungsstundenanzahl zu niedrig angesetzt ist. Dies ist eine plausible Annahme, die durch die Fallstudienenerhebung von Badelt et al. (1996) gestützt wird. In diesem Modell steigen die Kosten an, da der Bedarf für ambulante Pflege wesentlich höher angesetzt wird. Es wird ein Pflegeaufwand von 214 Stunden bei Pflegegeldstufe 3 (gegenüber derzeit definierten 140 Stunden) angenommen. Die Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen entspricht hier ebenfalls dem Basisszenario. Die Kostensteigerung in der formellen Pflege beträgt allerdings etwa 59% bis 2010 und etwa 388% bis 2030. Der Anteil der Pflegekosten am BIP würde, bei einem jährlichen 2%igen BIP Wachstum, bis 2010 bei etwa 1,92% und im Jahr 2030 etwa 3,79% ausmachen. Bis 2030 ist hierbei mit nahezu einer Verfünffachung der Kosten ambulanter mobiler Dienste und stationärer Betreuung zu rechnen. **Szenario „Verteuerung des stationären Bereichs“**

- Höhere Investitionen in stationären Bereich

Als letzte Variante berechnet Streissler eine „Verteuerung des stationären Bereichs“. Hierbei erhöht sie die derzeit angenommen 70€ pro Tag in einer stationären Einrichtung auf 80€ am Tag im Jahr 2005 und 95€ am Tag im Jahr 2010. Diese Erhöhung soll die Kosten für den verstärkten Ausbau und höhere Personalkosten, durch gestiegene Qualitätsanforderungen, abgelten. Zusätzlich werden wie gehabt Lohnsteigerungen im Ausmaß von 1,5% jährlich angenommen. Die Entwicklung der Anzahl der pflegebedürftigen Menschen und der stationär betreuten Personen entspricht hier dem Basisszenario. Die Kostensteigerung der formellen Kosten beträgt etwa 32%

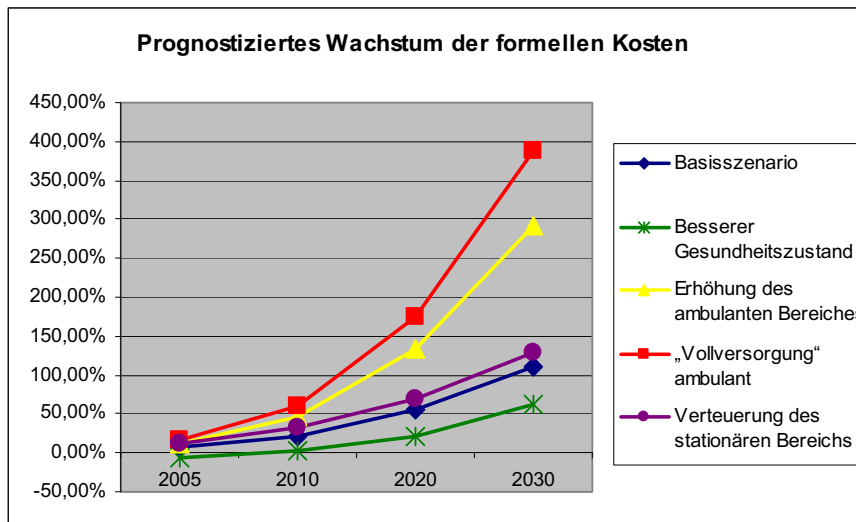


Abbildung 6: Prognostiziertes Wachstum der formellen Kosten nach Streissler (2004) (Eigene Darstellung)

bis 2010 und etwa 130% bis 2030. Der Anteil der Pflegekosten am BIP würde, bei einem jährlichen 2%igen BIP Wachstum, bis 2010 bei etwa 1,6% und im Jahr 2030 etwa 1,87% ausmachen.

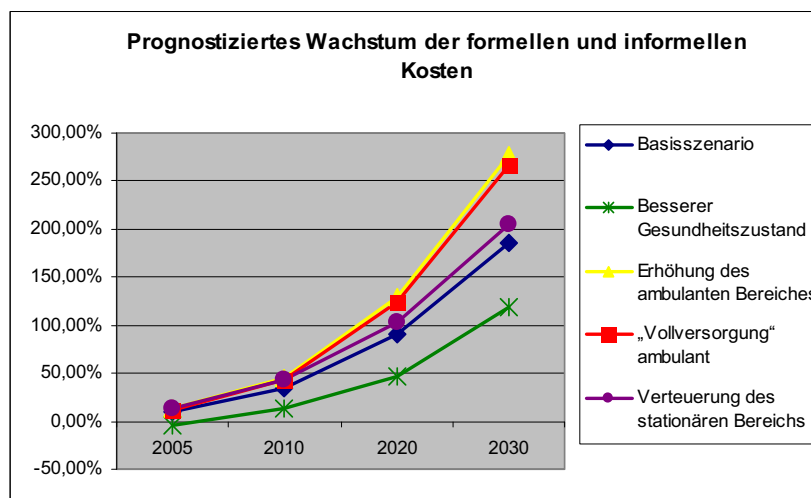


Abbildung 7: Wachstum der formellen und informellen Kosten nach Streissler (2004) (Eigene Darstellung)

Vergleich der Szenarien: Auch die Studie von Streissler unterstreicht die große Bedeutung der Annahmen über den künftigen Gesundheitszustand der Bevölkerung für die zu erwartenden Kosten der Betreuung. Ein verbesserter Gesundheitszustand reduziert das Risiko einer langen Pflegebedürftigkeit und die damit verbundenen Kosten erheblich.

3.2.3 Zukünftige Entwicklungen

- Steigende Lebenserwartung
- Zunahme der Zahl älterer Menschen und des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung
- Abnahme des Anteils der erwerbstätigen Personen an der Gesamtbevölkerung
- Rückgang der informellen Pflege
- Verbesserter Gesundheitszustand?
- Höhere Qualität (und höhere Kosten) der Pflegedienstleistungen?
- Geringere staatliche Pension

Steigende Lebenserwartung: Beträgt die Lebenserwartung für Frauen 2002 noch 81,7 Jahre und für Männer 75,8 Jahre, wird 2050 von einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 85,6 Jahren für Frauen und 80,2 Jahren für Männer ausgegangen (Statistik Austria 2003: 35).

Zunahme der Bevölkerung über 60 Jahren: Während 2002 der Anteil der über 60-jährigen an der Gesamtbevölkerung bei 21,5% liegt, wird für das Jahr 2030 ein Prozentsatz von 32,1% prognostiziert (Statistik Austria 2003: 38).

Abnahme der erwerbstätigen Personen: Gleichzeitig wird aber der Anteil der erwerbstätigen Personen deutlich sinken: Von 61,8% im Jahr 2002 gegenüber 54,7% im Jahr 2030. Der ‚Altenquotient‘ steigt daher von 34,1% auf 58,6% im Jahr 2030 (Statistik Austria 2003: 38).

Rückgang der informellen Pflege: Aufgrund von demographischen und sozialen Entwicklungen ist ein drastischer **Rückgang der informellen Pflegeleistungen zu erwarten**. Gründe dafür sind etwa Veränderungen in den Familien- und Haushaltsstrukturen, die niedrige Fertilität oder die geringere Heiratsneigung (Schneider und Österle 2003: 238). Rubisch et.al. (2004: 6) weisen darauf hin, dass die Erwerbsquote der Frauen zwischen 15 und 64 Jahren in der Zeit von 1981 bis 2001 von 54% auf 65% gestiegen ist. Weiters ist die Zahl der Einpersonenhaushalte im gleichen Zeitraum von 782.000 auf 1.051.000 gestiegen. Insgesamt wird ein zunehmender Trend zur ‚Singularisierung‘ festgestellt, womit absehbar wird, dass informelle familiäre Unterstützungsnetzwerke unter nahen Angehörigen ‚dünner‘ werden (Kytir und Schrittwieser 2003).

Es kann allerdings argumentiert werden, dass gerade durch unstete familiäre Lebensverläufe der Pool an potenziellen Betreuungspersonen größer ist und somit **neue Unterstützungspotenziale** aufgebaut werden. Selbst mit abnehmender Anzahl eigener (biologischer) Kinder kann über Stiefkinder sowie Enkel und Stiefenkel informelles Betreuungspotential gegeben sein (Wachter 1995). Weiters kann auch ein steigender Männeranteil in der informellen Pflege, bedingt durch Wertewandel und Aufholprozess in der Lebenserwartung, den Rückgang des informellen Betreuungspotenzials abfedern.

Laut Eurobarometer geben nur etwas über 60% der befragten Personen in Österreich an, dass sie es befürworten würden, wenn sich **arbeitende Erwachsene um ihre pflegebedürftigen Eltern kümmern sollen** (Alber und Köhler 2004 S.61ff). Dies liegt in etwa im EU-15 Durchschnitt, aber deutlich unter den Werten für die „neuen“ EU-Länder und die Beitrittskandidatenländer. Hieraus könnte, vorausgesetzt genügend formelle finanzierbare Betreuungsangebote existieren, ein durch Werteinstellungen bedingter Rückgang informeller Pflegeleistungen argumentiert werden. Dieselbe Studie zeigt auch auf, dass **jüngere Personen in Österreich die familiäre Pflege deutlich geringer befürworten, als ältere Menschen**. Insgesamt befinden knapp 20% der befragten ÖsterreicherInnen die formelle Versorgung (mobil und stationär) der pflegebedürftigen Personen als die gegenüber informeller Pflege bessere Lösung. In Bezug auf die Finanzierung der Pflege der Eltern halten 44% der befragten Personen die Finanzierung durch die Kinder, 22,8% die Finanzierung durch die öffentliche Hand, 20,7% eine gleichverteilte Finanzierung durch alle und 11,3% die Finanzierung durch die Eltern selbst, für die beste Variante. In Summe lässt dies den Schluss zu, dass in Österreich eine **hohe geäußerte Bereitschaft seitens der Kinder besteht, die Pflege der Eltern zu finanzieren**. Ein Rückgang der informellen Pflegeleistungen bedingt bei gleichzeitiger Zunahme oder auch nur Beständigkeit der Pflegebedürftigkeit eine **Verlagerung in den formellen Bereich**, was die monetären Aufwendungen in diesem Bereich in die Höhe treiben wird (siehe Kapitel 3.2.2).

Verbesserter Gesundheitszustand? Wie die vorgestellten Prognoserechnungen gezeigt haben, werden die zu erwartenden Kosten der Pflegebedürftigkeit vor allem durch die zu erwartende Dauer und Intensität der Pflegebedürftigkeit bestimmt. Dabei werden in der Literatur zwei Theorien unterschieden (Doblhammer und Kytir 2001). Ausgangspunkt sind Morbiditätsraten, die den Anteil der ‚ungesunden Jahre‘ an der Lebenserwartung berechnen. Der erste Ansatz geht von einer Vergrößerung der Morbidität aus. Bei gleich bleibender oder steigender Lebenserwartung wird mit einer steigenden bzw. stärker steigenden Anzahl von Jahren mit eingeschränkter Gesundheit gerechnet (Expansion der Morbidität). Der zweite Ansatz geht von einer Verringerung der Morbidität bei gleich bleibender oder steigender Lebenserwartung aus (Kompression der Morbidität). **Für Österreich** haben Doblhammer und Kytir den Trend von 1978 bis 1998 berechnet (Doblhammer und Kytir 2001) und kommen zum Ergebnis, dass nicht nur die Lebenserwartung gestiegen ist, sondern auch die absolute Anzahl der Jahre, die ein Mensch in schlechtem Gesundheitszustand verbringen muss, gesunken ist. Eine 60-jährige Frau konnte demnach 1998 mit lediglich 2 Jahren in schlechter Gesundheit rechnen (ein 60-jähriger Mann mit 2,8 Jahren). Die Autoren ziehen den Schluss, dass auch in Zukunft die Menschen nicht nur länger, sondern auch länger in guter Gesundheit leben können (Doblhammer und Kytir 2001 S.391).

Andere Argumente sprechen auch gegen die These einer sich verringernden Morbiditätsrate. So können etwa verlängerte Arbeitszeiten, eine längere Lebensarbeitszeit, höherer psychischer und physischer Druck auch in einem verbesserten medizinisch-technischen Umfeld und bei gesundheitsbewussterem Verhalten zu einem verstärkten Auftreten chronischer Krankheiten und vermehrter Pflegebedürftigkeit führen. Zusätzlich könnten, aufgrund der erhöhten Lebenserwartung, die altersbedingten Demenzen stark zunehmen. Demente Personen bedürfen einer besonderen Betreuungsintensität, die in fortgeschrittenem Stadium mit einem sehr hohen Betreuungsaufwand verbunden ist.

Steigende Qualität in der Langzeitpflege? Das Thema Qualität wurde im österreichischen Pflegesektor erst in den letzten Jahren stärker thematisiert. Immer noch herrschen teilweise starke strukturelle, wie auch inhaltliche Qualitätsunterschiede sowohl im stationären als auch im mobilen Bereich. In einigen Bundesländern sind für Neubauten im stationären Bereich bereits Einzelzimmer vorgeschrieben. In anderen Bundesländern gibt es allerdings nach wie vor eine hohe Anzahl an Zwei- und Mehrbettzimmern. Die unterschiedlichen Anforderungen an die Qualität und Quantität des Personals, sowohl in stationären Einrichtungen wie auch in ambulanten Diensten, wurde bereits in Kapitel 2.3 erläutert. Steigendes Qualitätsbewusstsein und erhöhte Anspruchsniveaus in der Bevölkerung werden in Zukunft vermutlich dazu führen, dass ein Nachfragedruck nach qualitativ höherwertigen Pflegedienstleistungen und verbesserter struktureller Qualität in Pflegeeinrichtungen entsteht. Auf der Angebotsseite wird diesem Trend Rechnung getragen werden. Andererseits werden etwa neue Pflegekonzepte auch angebotsinduziert zu erhöhter Qualität und damit verbunden vielfach auch zu einem größeren finanziellen Aufwand führen.

Geringere staatliche Pensionen: Durch die „Pensionssicherungsreform 2003“ werden sich die staatlichen Pensionen zukünftig reduzieren. Erstens werden, anstatt wie bisher die besten 15 Verdienstjahre, die besten 40 Verdienstjahre zur Berechnung herangezogen, wodurch sich die durchschnittliche Pension deutlich senken wird. Ergebnis wäre nicht selten eine Pensionskürzung im Ausmaß eines Drittels der Pension, in etlichen Fällen wären es sogar mehr als 40 Prozent. Besonders dramatisch betroffen wären Frauen mit einer Mischung von Vollzeit- und Teilzeitjahren (Wöss 2003). Zweitens bedarf es künftig 45 statt 40 Versicherungsjahre um Anspruch auf die volle Pensionsleistung zu haben, womit eine Pflegebedürftigkeit vielleicht bereits während der Erwerbstätigkeit eintritt. Weiters ist der Zugang zu Frühpensionen stark gekürzt worden. Insgesamt kann eine abnehmende Kaufkraft durch die öffentlichen Pensionen erwartet werden. Ob dieser Rückgang durch alternative Pensionssicherungen (privaten oder betriebliche Pensionsvorsorge) ausgeglichen werden kann bleibt zum jetzigen Zeitpunkt offen. Die jüngsten Entwicklungen lassen darauf schließen, dass die Einkommens- und Vermögenssituation der älteren pflegebedürftigen Menschen in Zukunft wesentlich stärker variieren werden als diese heute der Fall ist.

3.3 Implikationen für die private Pflegeversicherung in Österreich

Für die Anbieter privater Pflegeversicherungen ergeben sich aus den Ausführungen eine Reihe von Aspekten, die bei der Gestaltung von Versicherungspaketen bedacht werden müssen.

Zunächst stellen sich Fragen nach den **zu erwartenden Versicherungsfällen und Schadenskosten**. Für die vergangenen Jahrzehnte konnte für Österreich eine Kompression der Morbidität nachgewiesen werden. Ob daraus auf eine weitere Reduktion der altersspezifischen **Pflegerisiken** und auf kürzere **Episoden der Pflegebedürftigkeit** geschlossen werden kann, bleibt offen. Wie die Prognoserechnungen von Badelt et al. und von Streissler zeigen, haben Annahmen über die Verbesserung des Gesundheitszustandes einen enormen Einfluss auf die zu erwartenden Kosten der Pflege.

Neben der Höhe und Verteilung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zu werden und der durchschnittlichen Dauer der Pflegebedürftigkeit wäre zu prüfen, ab welchem **Grad der Pflegebedürftigkeit** eine Versicherungsleistung angeboten werden soll. Für das Pflegegeld in Österreich ist der Mindestbedarf gegenwärtig bei einem monatlichen Pflegebedarf von 50 Stunden festgelegt. Eine relativ große Zahl an Menschen, die einen geringeren Betreuungsbedarf haben (der sich vor allem auf den hauswirtschaftlichen Bereich erstreckt), wird damit nicht erfasst.

Weiters ist zu fragen, **welche Pflege- und Betreuungsangebote** in das Versicherungspaket hineingeschnürt werden. Bereits heute besteht ein großes Spektrum unterschiedlicher Leistungen im ambulanten und stationären Bereich. Verpflichtet sich die private Pflegeversicherung nur zur Übernahme der Kosten, die aus der Unterbringung in einer stationären Einrichtung bzw. durch die Inanspruchnahme ambulanter Betreuung entstehen, oder übernimmt sie auch Aufwandsentschädigungen oder Urlaubsvertretungen für Personen, die grundsätzlich informell pflegen?

Weiters stellt sich die Frage, ob ein pauschales **Pflegetagegeld** oder eher ein **prozentualer Kostenersatz** mit Selbstbehalten in Frage kommt. Die öffentlichen Träger als Teilfinanziers des heutigen Systems halten ihre Kosten dadurch im Rahmen, dass sie entweder nur Verträge mit einzelnen Einrichtungen abschließen oder indem sie Leistungen nur bis zu einer bestimmten Höchstgrenze bezahlen.

Wesentlichen Einfluss auf das Potenzial privater Pflegeversicherungen wird die **Höhe des zukünftigen Einkommens pflegebedürftiger Personen** nehmen. Im Hinblick auf jüngste Pensionssicherungsreformen ist von sinkenden staatlichen Pensionen auszugehen. Inwiefern der hier entstehende Verlust über private Zusatzversicherungen gedeckt wird, ist zum heutigen Zeitpunkt schwer abzusehen. Grundsätzlich deuten jüngste Einkommens- und Vermögensentwicklungen darauf hin, dass Einkommens- und Vermögenssituationen in Zukunft stärker differieren als dies heute der Fall ist.

Auf Grund veränderter sozio-struktureller und kultureller Bedingungen ist in den kommenden Jahrzehnten mit einer **Abnahme der informellen Pflegeleistungen** zu rechnen. Damit wird in größerem Umfang formelle Pflege notwendig, die für die betroffenen pflegebedürftigen Menschen mit einem deutlich höheren monetären Aufwand verbunden ist. Gleichzeitig rücken in den nächsten Jahrzehnten Generationen in das höhere Alter vor, die einen **höheren Anspruch an Art und Qualität von Dienstleistungen** haben werden, als dies bei den heute pflegebedürftigen Personen der Fall ist – sofern sie sich diesen leisten können.

Langzeitpflege wird für die kommenden Jahrzehnte zu einer der wichtigsten gesellschaftspolitischen Herausforderungen. Pflege ist für die betroffenen Menschen mit einem enormen finanziellen Aufwand verbunden. Dieser Aufwand wird durch private finanzielle Mittel, durch Pflegegeldleistungen, durch die staatliche Ko-Finanzierung sozialer Diensten und Pflegeheimplätzen, vor allem aber durch ein großes Maß an privater unbezahlter Pflegearbeit abgedeckt. Für die kommenden vier Jahrzehnte ist mit einem wachsenden Pflegebedarf, gleichzeitig aber mit einer Abnahme privater informeller Betreuungsmöglichkeiten zu rechnen. Der wachsende Finanzierungsbedarf wird nur zu einem Teil durch öffentliche Mittel abgedeckt. Private Pflegeversicherungen können eine Option darstellen, sich frühzeitig gegen die mit Pflegebedürftigkeit einhergehenden finanziellen Risiken abzusichern bzw. auf diesem Weg die Betreuung im Falle chronischer Erkrankungen sicherzustellen.

4 Literaturverzeichnis

- Alber, J. und U. Köhler (2004). Health and care in an enlarged Europe. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Badelt, C., A. Holzmann-Jenkins, et al. (1996). Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Wien, Böhlau Verlag.
- Berman, F., H. Erfkamp, et al. (2005), Situation pflegender Angehöriger. Wien, Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.
- Bergman, F., A. Hlava, et al. (2005), Beschäftigung im Alten- und Behindertenbereich. Wien, Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.
- BMSG (2003). Alten- und Pflegeheime in Österreich. Ost. Burgenland, Niederösterreich, Wien. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- BMSG (2003a). Alten- und Pflegeheime in Österreich. Mitte. Kärnten, Oberösterreich, Steiermark. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- BMSG (2003b). Alten- und Pflegeheime in Österreich. West. Salzburg, Tirol, Vorarlberg. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- BMSG (2006). Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- Brodsky, J., J. Habib und I. Mizrahi (eds) (2002). Long-Term Care Laws in Five Developed Countries. A Review. World Health Organization.
- Doblhammer, G. und J. Kytir (2001). "Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and 1998." Social Science and Medicine 52.
- Eisen, R. und H.C. Mager (Hrsg.) (1999). Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern. Opladen : Leske + Budrich.
- Felder, S., A. Werblow und P. Zweifel (2006). Population ageing and health care expenditure: Is long-term care different? Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik (im Erscheinen 2006).
- Herrera-Comas, A., J. Costa-Font, et al. (2003). Long-Term Care Expenditure in an Ageing Society, The London School of Economics.
- Krajic, K., P. Nowak und E. Rappold (2005). Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB.
- Kytir, J. und K. Schrittwieser (2003). Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege, Ergebnisse des Mikrozensus September 2002. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- Land-Salzburg (o.J.). Senioren-Pflegeheim www.salzburg.gv.at/sen_pflegeheim.pdf 07.02 2005
- Land Vorarlberg (2001). Regionaler Bedarfs- und Entwicklungsplan 2000-2020. Bregenz, Vorarlberger Landesregierung.
- Meyer, D. (2003). "Eine Prognose zum zukünftigen Bedarf in der stationären Altenhilfe." Zeitschrift für Sozialreform 49.

- Österle, A. und E. Hammer (2004). Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen - Politikansätze - Entwicklungsperspektiven. Wien, Kardinal König Akademie.
- Pacolet, J., R. Bouten et al. (2000). Social protection for dependency in old age: a study of the fifteen EU member states and Norway. Aldershot: Ashgate.
- Petzl, D. (2003). "10 Jahre Bundespflegegeld. Pflegevorsorge - ein statistischer Überblick." Soziale Sicherheit 5.
- Pratscher, K. (2003). "Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2000 und 2001." Statistische Nachrichten 2003.
- Pratscher, K. (2005). "Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2003 und im Jahrzehnt 1944-2003." Statistische Nachrichten April 2005.
- Rubisch, M., S. Philipp, et al. (2004). Pflegevorsorge in Österreich. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.
- Schaffnerberger, E. und E. Pochobradsky (2004). Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Wien, Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.
- Schneider, U. und A. Österle (2003). Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive. Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. L. Rosenmayr und F. Böhmer. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, WUV Universitätsverlag.
- Simsa, R., C. Schober, et al. (2004). Nonprofit Organisationen im sozialen Dienstleistungsbereich - Rahmenbedingungen, Bedeutung, Perspektiven. Wien, NPO-Institut Wirtschaftsuniversität Wien - unveröffentlichter Projektbericht.
- Statistik Austria (2003). Demographisches Handbuch 2001/2002. Wien, Statistik Austria.
- Statistik Austria (2006). Statistisches Jahrbuch Österreichs 2005. Wien, Statistik Austria.
- Streissler, A. (2004). Geriatrie Langzeitpflege. Situation und Entwicklungsperspektiven. Wien, Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien.
- Streissler, A. (2004a). "Geriatrie Langzeitpflege. Eine Analyse aus österreichischer Sicht." Wirtschaft und Gesellschaft 30(2).
- Wachter, K. (1995). 2030s Seniors: Kin and Step-Kin. Presented at the annual meeting of the Population Association of America, San Francisco.
- Wöss, J. (2003). "Bruch des Generationenvertrags." Arbeit und Wirtschaft 57(3).

5 Anhang

Tabelle 4: Pflege- und Betreuungspersonal in Alten- und Pflegeheimen in VZÄ (per 31.12.2002)

	DGKP	AP/PH/AFB	Hilfspersonal	MTD	Gesamt
Burgenland*	193	232	84	0	509
Kärnten**	196	508	166	k.A.	870
Niederösterreich	1.779	1.786		52	3.617
Oberösterreich	810	2.550	268	0	3.628
Salzburg	389	780	204	0	1.373
Steiermark***	535	1.477	282	k.A.	2.294
Tirol	362	1.090	333	9	1.794
Vorarlberg	235	454	180	k.A.	869
Wien****	2.624	2.749	712	215	6.300
Österreich	7.123	9.840*****	2.229*****	276	21.254

* per 31.12.2000, ** per 05.2002, *** hochgerechnet von 31.03.2003,

**** Zahlen tlw. 31.12.1999 und 31.12.2000, ***** exklusive Niederösterreich

Quelle: Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 39

Tabelle 5: Aufwand, Einnahmen und Anzahl der BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen 2004

Bundesland	Aufwand (Vollkosten)	Einnahmen (Kostensätze der KundInnen)			Verbleibender öff. Aufwand	Anzahl Personen	Anzahl Pflegeplätze
		Kostenbeiträge der KundInnen	davon Pflegegeld	Sonstige Einnahmen			
Burgenland	20.206.100,0	k.A.	2.057.912,2	k.A.	k.A.	1.494*	1.698
Kärnten	42.513.023,8	33.596.584,7	k.A.	381.000,0	3.582.097,0	2.788	2.900
Niederösterreich	209.471.053,0	128.673.946,0	6.246.500,0	10.436.500,0	73.954.400,0	10.974	k.A.
Oberösterreich	263.307.500,0	116.451.600,0	k.A.	k.A.	23.706.745,0	11.197	10.894
Salzburg	39.021.547,0	15.314.802,0	k.A.	234.935,0	80.981.548,0	3.049	5.082
Steiermark	172.953.946,0	91.737.463,0	k.A.	k.A.	33.145.428,0	8.720	10.380**
Tirol	79.071.252,0	k.A.	k.A.	k.A.	21.849.549,0	4.733	k.A.
Vorarlberg	49.141.292,0	21.066.652,0	53.942.039,5	k.A.	324.448.913,0	2.710	1.982
Wien	445.375.509,0	66.984.556,5	2.057.912,2	k.A.	k.A.	11.176	7.918
Summe	1.321.061.222,8	473.825.604,2	62.246.451,7	11.052.435,0	561.668.680,0	56.841	40.854

* zum Stichtag Oktober 2004 ** Stand 1.6.2005

Quelle: BMSG 2006 und eigene Berechnungen

Tabelle 6: Pflege- und Betreuungspersonal in den mobilen Diensten in VZÄ (per 31.12.2002)

	DGKP	AP/PH/AFB	HH	Gesamt
Burgenland	48	27	112	187
Kärnten	89	189,1	122,7	400,8
Niederösterreich	492	312	1.122	1926
Oberösterreich	179	390	0	569
Salzburg	168	102	270	540
Steiermark	252	239	300	791
Tirol	133	150	90,8	373,8
Vorarlberg	116	12,5	200	328,5
Wien	257	243	2193,8	2694,5
Österreich	1.734	1.665	4.411	7810,6

Quelle: Schaffenberger und Pochobradsky 2004: 10

Tabelle 7: Aufwand und Einnahmen in der mobilen Dienste 2004

Bundesland	Aufwand (Vollkosten)	Einnahmen			Verbleibender öff. Aufwand*	geleistete Einheiten
		Kostenbeiträge der KundInnen	davon Pflegegeld	Sonstige Kostenbeiträge*		
Burgenland	3.544.800	128.000	k.A.	1.258.900**	2.157.900	260.300
Kärnten	12.662.597	werden beim Anbieter direkt vereinnahmt	k.A.	3.449.879	9.212.700	765.600
Niederösterreich (Normkosten)	90.117.336	38.573.679	k.A.	19.692.867	23.226.537	5.559.870
Oberösterreich	39.105.419	6.717.403	k.A.	k.A.	32.388.016	1.030.011
Salzburg	11.424.501	6.732.000	0	3.412.211	8.012.290	638.639
Steiermark***	10.514.839	k.A.	k.A.	1.000.000	k.A.	866.875
Tirol ***	k.A.	14.524.443	k.A.	11.729.450	13.153.266	1.247.584
Vorarlberg	23.035.697	k.A.	k.A.	1.903.255	23.035.697	963.146
Wien	254.304.748	27.579.166	21.530.560	k.A.	183.664.463	38.886.323
Summe	444.709.937	94.254.691	21.530.560	42.446.562	294.850.869	50.218.348

* inklusive Landesfondsmittel ** davon Pauschale d. Krankenkassen f. med. HKP iHv 45.300 €

Quelle: BMSG 2006 und eigene Berechnungen

Tabelle 8: Maximaler Kostenbeitrag für KundInnen/Einsatzstunde (= Selbstzahlerbeitrag) bei den mobilen Diensten (Stand 2004)

Bundesländer	Dipl. Gesundheits- und KrankenpflegerInnen	Alten- und PflegehelferInnen	HeimhelferInnen
Burgenland	24,8 € med. HKP bis 8,8 € pro Tag entgeltfrei.	19,7 €	Max. 14,2€; bis dazu kalkulieren Orgs. selbst
Kärnten	40€ (inkl. 5,82€ Pflegegeldanteil);(med.HKP) 29,1€ (inkl. 5,82€ Pflegegeldanteil);(HKP)	29,1€ (inkl. 5,82€ Pflegegeldanteil)	18,66€
Niederösterreich	27,00€ (inkl. 5,45€ Pflegegeldanteil)	22,00€ (inkl. 5,45€ Pflegegeldanteil)	19,00€ (inkl. 5,45€ Pflegegeldanteil)
Oberösterreich	22,41€ (inkl. 3,85 € Pflegegeldanteil) für Personen, die über 1.743,19 € bzw. Ehepaare oder Lebensgemeinschaften, die über 2.105,00 € monatliches Einkommen haben		
Salzburg	23,98 €	23,98 €	k.A.
Steiermark (in Graz etwas andere Sätze)	42,26€ (inkl. 6€ Pflegegeldanteil)	31,28€ (inkl. 4,9€ Pflegegeldanteil)	20,3€ (inkl. 3,8€ Pflegegeldanteil)
Tirol/Vorarlberg	Unterschiedlich je nach Träger		
Wien	22,13€	22,13€	16,86€

Quelle: Simsa et al. 2004: 231.

Tabelle 9: Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Personen bei gleich bleibender Bedürftigkeitsquote

Intensität des Betreuungsbedarfes	1992	2010	2030
Leicht betreuungsbedürftig	358.223	430.783	589.011
Mittel betreuungsbedürftig	78.215	94.058	128.606
Schwer betreuungsbedürftig	56.890	68.414	93.543
Gesamt	493.328	593.256	811.159

Quelle: Badelt et al. 1996: 106

Tabelle 9: Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Personen bei erhöhter Lebenserwartung

Intensität des Betreuungsbedarfes	1992	2010	2030
Leicht betreuungsbedürftig	358.223	465.748	678.313
Mittel betreuungsbedürftig	78.215	107.932	160.865
Schwer betreuungsbedürftig	56.890	80.363	120.673
Gesamt	493.328	654.043	959.851

Quelle: Badelt et al. 1996: 108

Tabelle 10: Prognose der Zahl betreuungsbedürftiger Personen bei verbesserter medizinischer Prävention

Intensität des Betreuungsbedarfes	1992	2010	2030
Leicht betreuungsbedürftig	358.223	378.580	449.225
Mittel betreuungsbedürftig	78.215	89.705	111.125
Schwer betreuungsbedürftig	56.890	67.228	84.704
Gesamt	493.328	535.513	645.054

Quelle: Badelt et al. 1996: 110

Tabelle 11: Vergleich der unterschiedlichen Szenarien nach Streissler

	2005	2010	2020	2030
Basisszenario				
Wachstum Pflegefälle	5,01%	15,33%	34,09%	66,46%
Wachstum Kosten rein formell	6,99%	22,01%	54,43%	109,85%
Inklusive informell	9,60%	33,62%	89,84%	185,36%
Pflege in % des BIP rein formell	1,42%	1,47%	1,53%	1,70%
Inklusive informell	1,56%	1,72%	2,00%	2,47%
Besserer Gesundheitszustand				
Wachstum Pflegefälle	-7,81%	-2,48%	4,17%	27,99%
Wachstum Kosten rein formell	-6,34%	3,17%	19,98%	61,63%
Inklusive informell	-3,79%	12,99%	47,48%	119,42%
Pflege in % des BIP rein formell	1,25%	1,24%	1,19%	1,31%
Inklusive informell	1,37%	1,45%	1,56%	1,90%
Erhöhung des ambulanten Bereiches				
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	1,50%	1,76%	2,32%	3,18%
Inklusive informell	1,60%	1,87%	2,42%	3,26%
„Vollversorgung“ ambulant				
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	1,54%	1,92%	2,74%	3,97%
Inklusive informell	2,40%	2,79%	3,57%	4,76%
„Verteuerung des stationären Bereichs“				
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	1,48%	1,60%	1,67%	1,87%
Inklusive informell	1,61%	1,84%	2,14%	2,63%

Quelle: Streissler 2004: 32

Das Institut für Sozialpolitik veröffentlicht "Forschungsberichte" sowie "Working paper", um neue Forschungsergebnisse Fachkollegen wie auch einer breiten Öffentlichkeit rasch zugänglich zu machen.

Forschungsberichte stellen überwiegend Design, Methodik und Datenmaterial empirischer Untersuchungen des Instituts vor. Sie informieren Fördergeber, ProjektpartnerInnen und die interessierte Öffentlichkeit sehr detailliert über den Fortschritt von Forschungsprojekten bzw. dokumentieren deren Ergebnisse in ausführlicher Form. Auch diese Papiere wurden nicht extern begutachtet. Doch sind die Forschungsprojekte, aus denen berichtet wird, häufig über ein kompetitives Verfahren zur Vergabe von Drittmitteln finanziert. In den Forschungsberichten finden sich entsprechende Förderhinweise.



Institut für
SOZIALPOLITIK

Nordbergstraße 15, A-1090 Wien, Tel 0043(0)1/31336-5871, Fax 0043(0)1/31336-5879, e-mail: sp@wu-wien.ac.at