

STUDIE IM AUFTRAG DES FISKALRATES



Langzeitpflege in Österreich: Determinanten der staatlichen Kostenentwicklung

Bernhard Grossmann
Philip Schuster

Wien, Juni 2017

LANGZEITPFLEGE IN ÖSTERREICH: DETERMINANTEN DER STAATLICHEN KOSTENENTWICKLUNG

Bernhard Grossmann und Philip Schuster*)

Studie im Auftrag des Fiskalrates)**

Auch verfügbar im Internet unter: <https://www.fiskalrat.at>

*) Die Autoren danken Kurt Pratscher (Statistik Austria), Andrea Roskosch-Schenker und Martin Herburger (Amt der Vorarlberger Landesregierung) für wertvolle Informationen und Eva Hauth (Büro des Fiskalrates) für wertvolle Anregungen.

***) Die von den Autoren in der Studie zum Ausdruck gebrachte Meinung gibt nicht notwendigerweise die Meinung des Fiskalrates wider.

Medieninhaber und
Herausgeber:

Fiskalrat

Anschrift:

c/o Oesterreichische Nationalbank
Büro des Fiskalrates
Otto-Wagner-Platz 3, 1090 Wien
Postfach 61, 1011 Wien

Telefon:

+43-1-404 20-DW 7472 (Bestellung der Studie)
+43-1-404 20-DW 7471 und DW 7473 (Anfragen)

Internet:

<https://www.fiskalrat.at>

Redaktion:

Büro des Fiskalrates

Druck und Herstellung:

Oesterreichische Nationalbank
Abteilung Informationsmanagement und Services

Verlags- und Herstellungsort: Wien

© Fiskalrat, 2017. Alle Rechte vorbehalten.

Im vorliegenden Bericht wurde im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich der Text immer sowohl auf Frauen als auch auf Männer bezieht. Rundungen können in allen Tabellen Rechendifferenzen ergeben. Reproduktionen für nicht kommerzielle Verwendung, wissenschaftliche Zwecke und Lehrtätigkeiten sind unter Nennung der Quelle freigegeben.

Redaktionsschluss: 19. Juni 2017.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
1.1. Motivation.....	1
1.2. Einleitende Bemerkungen zur Datenbasis.....	2
1.3. Aufbau der Studie.....	3
2. Pflegeeinrichtungen und deren Finanzierung	5
2.1. Regelungskompetenz und Zuständigkeiten im Pflegebereich	5
2.2. Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden für institutionelle Langzeitpflege	6
2.3. Staatliche und private Pflegedienstleistungsanbieter	7
2.4. Finanzierungsformen und -ströme im Bereich der Langzeitpflege	9
3. Pflegekosten des Staates: Struktur und Entwicklung	14
3.1. Abgrenzung der Pflegekosten in verschiedenen statistischen Systemen	14
3.2. Bedeutung und Entwicklung der Staatsausgaben für Langzeitpflege.....	21
3.3. Kennzahlen zur budgetären Belastung durch Langzeitpflege im Vergleich der Bundesländer	24
4. Bestimmungsfaktoren der Pflegekostenentwicklung	30
4.1. Demografische und nicht-demografische Determinanten der Pflegekosten	30
4.2. Exkurs: Ergebnisse der parlamentarischen Enquete zum Thema Pflege.....	33
5. Eigene Projektionen der Pflegekosten für 2015 bis 2060	36
5.1. Methode und Annahmen.....	36
5.2. Resultate	43
6. Evaluierung des Kostendämpfungspfads laut Paktum Finanzausgleich 2017	55
6.1. Vereinbarungen im Rahmen des Paktums Finanzausgleich 2017 im Kontext der Langzeitpflege.....	55
6.2. Evaluierung des Kostendämpfungspfads 2017 bis 2021	55
7. Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen	59
8. Literatur.....	63
9. Anhang.....	65

VERZEICHNIS DER TABELLEN

Tabelle 1	Stationäre Pflege- und Betreuungsdienste 2015	11
Tabelle 2	Pflegekosten nach unterschiedlichen statistischen Systemen	15
Tabelle 3	Staatliche Ausgaben für Langzeitpflege in Österreich	21
Tabelle 4	Betreute Personen in der Altenpflege 2011 bis 2015.....	22
Tabelle 5	Grad der Pflegebedürftigkeit anhand des Pflegegelds 2015	25
Tabelle 6	Betreute Personen in der Altenpflege nach Betreuungsform 2015.....	25
Tabelle 7	Versorgungsgrad – Stationär betreute Personen gemessen an der Zahl der Pflegegeldbezieher 2015	26

VERZEICHNIS DER TABELLEN (Fortsetzung)

Tabelle 8	Pro-Kopf-Aufwand (brutto) für Pflegedienste der Länder und Gemeinden unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit 2015	27
Tabelle 9	Bruttoaufwand pro Bewohntag im stationären Pflege- und Betreuungsbereich 2015	28
Tabelle 10	Personalschlüssel in der stationären Langzeitpflege Österreichs	29
Tabelle 11	Entwicklung der Bestimmungsfaktoren informeller Pflege 2015 bis 2030	33
Tabelle 12	Überblick der simulierten Szenarien	43
Tabelle 13	Entwicklung der Pflegekosten für verschiedene Szenarien	47
Tabelle 14	Vergleich der Auswirkung unterschiedlicher Indexierungsannahmen	52
Tabelle 15	Vergleich unterschiedlicher Projektionen zur Entwicklung der Pflegebezieher	54
Tabelle 16	Vergleich unterschiedlicher Projektionen zu Pflegekosten in % des BIP	54
Tabelle 17	Evaluierung des Kostendeckungspfads laut Paktum Finanzausgleich 2017 anhand von FISK-Projektionen	56
Tabelle A1	Staatliche Sozialleistungen Österreichs	65
Tabelle A2	Pro-Kopf-Aufwand für Betreuungs- und Pflegedienste der Länder und Gemeinden	66
Tabelle A3	Detailergebnisse für Szenario FISK_AWG	68
Tabelle A4	Detailergebnisse für Szenario FISK_S1	69
Tabelle A5	Detailergebnisse für Szenario FISK_S2	70
Tabelle A6	Detailergebnisse für Szenario FISK_LEB_ERW+	71
Tabelle A7	Detailergebnisse für Szenario FISK_EPOP13	72
Tabelle A8	Detailergebnisse für Szenario FISK_STAT16	73

VERZEICHNIS DER GRAFIKEN

Grafik 1	Pflegedienstleistungsanbieter in Österreich	8
Grafik 2	Finanzströme im Kontext der stationären Pflege im Jahr 2015	10
Grafik 3	Finanzströme zwischen Staatseinheiten im Bereich der Altenpflege im Jahr 2015	12
Grafik 4	Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege	30
Grafik 5	Österreichische Alterspyramide 2015, 2030 und 2060	31
Grafik 6	Entwicklung der Anzahl der Personen pro Altersgruppe	31
Grafik 7	Prävalenzraten nach Alter	37
Grafik 8	Schematische Darstellung der Langfristprojektion der Pflegekosten	38
Grafik 9	Anteil der formellen Pflegedienstleistungen und Abhängigkeitsraten	39
Grafik 10	Pflegegeldbezugs- und Abhängigkeitsraten	41
Grafik 11	Kurzfristige Entwicklung der Bezieher des Zuschusses zur 24-Stunden-Pflege	42
Grafik 12	Entwicklung des durchschnittlichen Anteils formeller Pflege	44
Grafik 13	Entwicklung der Anzahl an Pflege	45
Grafik 14	Entwicklung der staatlichen Pflegekosten in % des BIP	46
Grafik 15	Jährliches Wachstum der Pflegekosten	48
Grafik 16	Komponenten der Zunahme der Pflegekosten in % des BIP	50
Grafik 17	Komponenten des jährlichen Pflegekostenwachstums in Prozentpunkten	51
Grafik 18	Zuwachs der Pflegekosten und Dotierung des Pflegefonds 2016 bis 2021	57

1. EINLEITUNG

1.1 Motivation

Je nach Lebensphase oder Lebenssituation unterstützt der Sozialstaat Anspruchsberechtigte durch gezielte Leistungen, um die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen (Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft). Diese Leistungen werden unter dem **Begriff der Pflege** zusammengefasst. Dabei kann die Pflegedienstleistung einerseits **informell** durch direkte Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung (z.B. Angehörige, Nachbarn oder Freunde) erfolgen, indem Tätigkeiten, die der Pflegebedürftige allein nicht mehr ausüben kann, übernommen werden. In Österreich werden in dieser Form etwa 80% aller Pflegeleistungen erbracht (Riedel et al., 2015). Andererseits besteht die Möglichkeit der **formellen bzw. institutionellen** Pflege durch professionelles Pflegepersonal und spezialisierte Betreuungseinrichtungen. Vor dem Hintergrund der Alterung der Bevölkerung, des Anstiegs der Erwerbsquote von Frauen – die bislang den größten Teil der informellen Pflege leisten – und des Wandels der Familien- und Haushaltsstruktur (Rückgang der Haushaltsgröße, höhere räumliche Mobilität jüngerer Generationen) ist mit einer partiellen Verschiebung von der informellen Pflege zu mobilen und stationären Pflegeleistungen zu rechnen.

Die **steigende Nachfrage nach institutionalisierten Dienstleistungen der Langzeitpflege** geht mit einem **höheren Finanzierungsaufwand der öffentlichen Haushalte** einher. Zwar weist Österreich auf der Grundlage des aktuellen Ageing Reports im Jahr 2013 unterdurchschnittliche Staatsausgaben für Langzeitpflege aus, allerdings werden sich diese bis zum Jahr 2060 nahezu verdoppeln (Europäische Kommission, 2015). Vor diesem Hintergrund wurde im **Paktum Finanzausgleich 2017–2021** zwischen Bund, Ländern und Gemeinden einerseits eine Valorisierung der Zweckzuschüsse aus dem Pflegefonds, andererseits ein Kostendämpfungspfad für den Pflegebereich vereinbart. Mobile, ambulante und stationäre **Betreuungs- und Pflegedienste** fallen in den Zuständigkeitsbereich der **Bundesländer** (bei Kofinanzierung der Gemeinden), der **Bund** zeichnet für **monetäre Sozialtransfers** („Pflegegeld“) und den Großteil der Dotierung des **Pflegefonds** (Zweckzuschüsse zur Sicherung sowie zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebots der Länder und Gemeinden) verantwortlich.

Die **vorliegende Studie** versucht zunächst die **Verantwortungsbereiche und institutionellen Strukturen** der langfristigen Pflege mit Fokus auf den Altersleistungen¹ – insbesondere das Zusammenwirken von Gebietskörperschaften und außerbudgetären Einheiten wie Sozialfonds – einschließlich finanzieller **Volumina und Ströme** untereinander und an die privaten Haushalte bzw. privatrechtlichen Pflegeeinrichtungen darzustellen. Besonderes Augenmerk gilt der **Abgrenzung verfügbarer statistischer Informationen** unterschiedlicher Quellen und Erfassungssystematiken mit dem Endziel, ein **Aggregat der gesamtstaatlichen Pflegekosten herzuleiten**. Die gesamtstaatlichen Pflegekosten bilden sodann die Grundlage für die Beantwortung der beiden **zentralen Fragestellungen** dieser Studie:

- Welche **Faktoren** bestimmen die **zukünftige Entwicklung der Pflegekosten** in Österreich?
- In welchem **Ausmaß** erfordert der im Rahmen des Paktums Finanzausgleich 2017 vereinbarte **Kostendämpfungspfad Einsparungen** im Pflegebereich?

Die Aufgliederung nach den wichtigsten Kostentreibern im Pflegebereich sowie die Evaluierung der Vereinbarungen im Rahmen des Paktums FAG 2017 erfolgen auf Basis **eigener Projektionen** zum

¹ Pflegeleistungen werden bei körperlicher und/oder geistiger Behinderung bereits im erwerbsfähigen Alter angeboten (Pflegegeld für unter 60-Jährige, Leistungen der Behindertenhilfe der Länder und Gemeinden).

Einleitung

zukünftigen Finanzierungsaufwand für Langzeitpflege, die mit Hilfe eines auf Einzelkohorten basierenden Projektionsmodells erstellt wurden.

Als **Bestimmungsfaktoren** der langfristigen Pflegekostenentwicklung gehen in das Projektionsmodell die Demografie, der Gesundheitsstatus, der Anteil formeller Pflege und die Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen, des Pflegegelds sowie der Förderung der 24-Stunden-Pflege ein. Die Projektionen stützen sich in erster Linie auf **drei Szenarien**: Als Ausgangspunkt dient das Szenario **FISK_AWG**, in welchem die gleichen Annahmen wie im Referenzszenario des **Ageing Reports 2015** getroffen werden. Davon ausgehend wurden zwei Alternativszenarien entworfen, bei welchen Abweichungen von einzelnen AWG-Annahmen vorgenommen wurden, die speziell im Fall Österreich plausibel erscheinen. **FISK_S1** spiegelt das optimistische Szenario wider mit positiven Abweichungen bei den Annahmen, die eine geringere Kostenentwicklung zur Folge haben, während **FISK_S2** auch pessimistische Annahmen enthält, die die Kostenentwicklung erhöhen.

1.2 Einleitende Bemerkungen zur Datenbasis

Die statistische Erfassung von Kennzahlen über staatlich erbrachte Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich wurde in den letzten Jahren wesentlich verbessert: So existierte eine weitgehend heterogene Datenvielfalt, bis im Rahmen des Pflegefondsgesetzes 2011 die Etablierung einer **Pflegedienstleistungsstatistik** vereinbart wurde, die vor allem eine einheitliche – im Sinne von Erhebungsmerkmalen und Merkmalsausprägungen – und umfassende statistische Erfassung von Kennzahlen aus dem Bereich der **Pflege- und Betreuungsdienste der Länder und Gemeinden** gewährleisten soll.

Seit Herbst 2012 wird die Pflegedienstleistungsstatistik auf Basis von Datenmeldungen der Länder und Gemeinden seitens Statistik Austria erstellt. Seither stehen Zeitreihen ab dem Berichtsjahr 2011 für sechs Kategorien einzelner Pflege- und Betreuungsdienste (mobile, teilstationäre und stationäre Dienste sowie Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, alternative Wohnformen und Case- und Caremanagement) zur Verfügung. Dennoch ist festzustellen, dass diese Statistik aus verschiedenen Gründen **weiterhin Vergleichshemmnisse und Erfassungslücken** aufweist. So lassen die Begriffsbestimmungen unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten zu. Zudem ergeben sich aus den unterschiedlichen Förderungsstrukturen (z. B. Objektförderung vs. Subjektförderung, institutionelle Ausgestaltung) und je nach **Trennbarkeit verwandter Budgetbereiche wie dem Gesundheitswesen** auch unterschiedliche Voraussetzungen und Möglichkeiten, die tatsächlichen Pflegekosten zu erfassen.

Vergleichshemmnisse werden bei der **gesamtstaatlichen Dimension** des Pflegeaufwands noch verschärft: Es existiert nach wie vor **keine einheitliche, konsistente statistische Erhebung**, die ein umfassendes Bild über das **gesamtstaatliche Leistungs- bzw. Ausgabenspektrum sowie dessen Finanzierung** im Bereich der Langzeitpflege liefert. Dies dürfte darauf zurückzuführen sein, dass in keinem statistischen System der Begriff „Pflege“ eigens abgegrenzt wird, sodass für den Zweck der gegenständlichen Studie eine **Zusammenführung und Abstimmung von Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen erforderlich** ist. Im Rahmen des **Ageing Reports der Europäischen Kommission**, der gemeinsam mit der „Ageing Working Group“ des Wirtschaftspolitischen Ausschusses (WFA) erstellt wird, werden zwar gesamtstaatliche Ausgaben für Langzeitpflege ausgewiesen. Allerdings setzen sich diese Gesamtausgaben aus zahlreichen Komponenten zusammen, die aus unterschiedlichen Quellen zusammengeführt werden.

Bei dem Versuch, eine umfassende, konsistente Datenbasis zu erstellen, sollten aus dem **Blickwinkel des Gesamtaufwands für Staatshaushalte** im Bereich der Langzeitpflege neben den erfassten **Ausgaben der Länder und Gemeinden für Betreuungs- und Pflegedienste** zusätzlich das **Bundespflegegeld** (einschließlich des Landespflegegelds, das per 1. Jänner 2012 auf den Bund übertragen wurde),

Überbrückungshilfen für Angehörige (Pflegekarenz, Ersatzleistungen) sowie die **Fördermittel der 24-Stunden-Betreuung** noch hinzugerechnet werden. Die Zusammenführung dieser Komponenten erfolgt damit nicht ausschließlich aus der Perspektive der zu betreuenden Personen als Leistungsempfänger, sondern schließt auch Förderungen an betreuende Personen, die informelle, unentgeltliche Pflegedienstleistungen erbringen, ein.

Während das Bundespflegegeld auf Basis des **Europäischen Systems der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS)** – das auch im Rahmen des aktuellen Sozialberichts 2015/16 des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK, 2017) als Datenquelle verwendet wird – herangezogen wird, beruhen die Informationen über die Fördermittel der 24-Stunden-Betreuung auf den **Pflegevorsorgeberichten des BMASK**. Die Kombination dieser Quellen ermöglicht eine weitgehend konsistente Abgrenzung der untersuchten Pflegekosten, die zugleich die **begriffliche Festlegung für die gegenständliche Studie** bestimmt: Die dargestellten **Pflegekosten** beschränken sich auf jene, die **im Zusammenhang mit Altersleistungen** stehen. Folglich bleiben Ausgaben der Länder und Gemeinden für die Behindertenhilfe sowie der Teil des Pflegegelds des Bundes für Invalidität und Gebrechen außer Ansatz.²

1.3 Aufbau der Studie

Im **Kapitel 2** werden die Grundlagen des heimischen Pflegewesens skizziert. Dazu zählen die **Regelungskompetenz und Zuständigkeiten** (Abschnitt 2.1) einschließlich der bedeutendsten Rechtsquellen, die die einzelnen Säulen des Pflegesystems Österreichs rechtlich verankern (z. B. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen, Bundespflegegeldgesetz). Ferner werden die einzelnen **Dienstleistungsbereiche** der Länder und Gemeinden im Bereich der institutionellen Langzeitpflege (Abschnitt 2.2) und staatliche und private **Betreiberstrukturen** von Pflegeeinrichtungen (Abschnitt 2.3) vorgestellt. Im Abschnitt 2.4 werden die entsprechenden **Finanzierungsformen und -ströme** abgebildet.

Die Struktur und Entwicklung der **staatlichen Pflegekosten** sind Gegenstand von **Kapitel 3**. Auf Basis einer **Zusammenschau einschlägiger Statistiken**, die wertvolle Informationen zum Pflegebereich enthalten (Abschnitt 3.1), werden **gesamtstaatliche Pflegekosten** aus einzelnen Förderungskomponenten von Bund, Ländern und Gemeinden zusammengeführt (Abschnitt 3.2). Im Abschnitt 3.3 liegt der Fokus auf der **budgetären Belastung der Bundesländer im Vergleich**. Dabei wird die Bandbreite der Resultate für den Pro-Kopf-Aufwand und einzelne diesbezügliche Bestimmungsgrößen (z. B. Personalschlüssel im stationären Bereich) dargestellt.

Kapitel 4 gibt einen Überblick über die **Determinanten der Pflegekostenentwicklung**. Dazu werden theoretische Einflussfaktoren mit empirischen Ergebnissen unterlegt (Abschnitt 4.1). Die Ausführungen umfassen Aspekte der **Verschiebung von der informellen Pflege** zu mobilen und stationären Pflegeleistungen und Projektionsergebnisse von Eurostat zur Entwicklung der **Pflegenachfrage** und des **potenziellen Pflegeangebots** auf Basis der demografischen Entwicklungen. Schließlich werden die **Herausforderungen und Handlungserfordernisse** für die Zukunft der Langzeitpflege auf Basis der Erkenntnisse einer parlamentarischen Enquete zu diesem Thema (April 2017) zusammengestellt (Abschnitt 4.2).

Die **eigens durchgeführten Projektionen** zur langfristigen Entwicklung der staatlichen Pflegekosten in Österreich werden in **Kapitel 5** vorgestellt. Nach einem konzeptiven Teil zur **Methode** und zu den **Annahmen** (Abschnitt 5.1) werden die wichtigsten **Resultate** in Abschnitt 5.2 präsentiert. Im Zentrum

² Zur Trennung zwischen den Funktionen Alter und Invalidität/Gebrechen wird im Rahmen von ESSOSS das Alter der Leistungsempfänger herangezogen; die Schwelle wird durch das Regelpensionsalter bestimmt.

Einleitung

dieses Kapitels steht die **Aufgliederung der Pflegekostenentwicklung** nach den bedeutendsten **Einflussfaktoren** über die Zeit. Die Ergebnisse werden im Rahmen einer **vergleichenden Darstellung** mit den aktuellen Resultaten des Ageing Reports 2015 sowie Studien des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (2014, 2015, 2017) plausibilisiert.

Im **Kapitel 6** wird eine **Evaluierung** des im Rahmen des Paktums Finanzausgleich 2017 vereinbarten **Kostendämpfungspfads** – die wichtigsten **Bestimmungen des Paktums** im Kontext der Pflege werden im Abschnitt 6.1 erläutert – vorgenommen. Dazu werden **Einsparungserfordernisse** aus der Gegenüberstellung des Kostendämpfungspfads mit der projizierten Kostenentwicklung aus Kapitel 5 (gemäß drei Szenarien) abgeleitet. Zudem wird untersucht, inwiefern die **Valorisierung des Pflegefonds** ausreicht, um die zukünftige Kostendynamik abzufangen (Abschnitt 6.2).

Die **Hauptergebnisse** der vorliegenden Studie sowie **Schlussfolgerungen** befinden sich in **Kapitel 7**.

Die **Literatur** wird in **Kapitel 8** zusammengestellt, **Kapitel 9** bietet einen weiterführenden **tabellarischen Anhang**.

2. PFLEGEEINRICHTUNGEN UND DEREN FINANZIERUNG

Unter dem **Begriff Pflege** werden alle unterstützenden Maßnahmen, die der Erhaltung, Wiederherstellung oder Anpassung von physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens dienen, zusammengefasst. Dabei kann die Pflegedienstleistung einerseits **informell** durch direkte Bezugspersonen ohne pflegerische Ausbildung (z. B. Angehörige, Nachbarn oder Freunde) erfolgen, indem Tätigkeiten, die der Pflegebedürftige allein nicht mehr ausüben kann, übernommen werden. In Österreich werden in dieser Form etwa 80% aller Pflegeleistungen erbracht (Riedel et al., 2015). Andererseits besteht die Möglichkeit der **formellen bzw. institutionellen** Pflege durch professionelles Pflegepersonal und spezialisierte Betreuungseinrichtungen.

In **Österreich** wurde seit dem Jahr 1993 ein **umfassendes Pflegesystem** mit der Schaffung eines **bundesweiten Pflegegelds** und einer **Vereinbarung** gemäß Art. 15a B-VG von Bund und Ländern über die **Pflegevorsorge** aufgebaut, das durch Geldleistungen für freie und selbstbestimmte Wahl der Pflege und Betreuung sowie einen kontinuierlichen Ausbau von vielfältigen (mobilen und stationären) Pflegediensten vor Ort gekennzeichnet ist. Um das österreichische Pflegevorsorgesystem gemeinsam von Bund, Ländern und Gemeinden weiterzuentwickeln, Optimierungspotenziale aufzuzeigen und Vorschläge zur nachhaltigen Finanzierung zu erarbeiten, wurde die „**Reformarbeitsgruppe Pflege**“ etabliert (Reformarbeitsgruppe Pflege, 2012). So wurde den Empfehlungen der Arbeitsgruppe folgend z. B. österreichweit vom Regress an Kindern abgegangen und die Möglichkeit einer Pflegekarenz sowie -teilzeit geschaffen. Der Empfehlung, die Pflege und Betreuung auf breitestmöglicher Basis und daher aus allgemeinen Steuermitteln anstatt durch ein (Gemeinde-)Umlageverfahren mittels Beiträgen zu finanzieren, wurde bislang nur teilweise – etwa durch die Dotierung des Pflegefonds aus gemeinschaftlichen Bundesabgaben – entsprochen.

2.1 Regelungskompetenz und Zuständigkeiten im Pflegebereich

Der **Aufgabenbereich Pflege** fällt in die **Zuständigkeit der Länder**. Dies ergibt sich aus der Generalklausel zugunsten der Länder auf Basis Artikel 15 Abs. 1 B-VG, wonach jene Angelegenheiten, die nicht ausdrücklich der Gesetzgebung oder Vollziehung des Bundes übertragen sind, in die Zuständigkeit der Länder fallen. Um ein Mindestmaß an Homogenität und Mindeststandards bei den jeweiligen Pflegedienstleistungssystemen der Länder hinsichtlich Leistungsangebot, Qualität, Zugangskriterien etc. sicherzustellen, wurden **Vereinbarungen zur Abstimmung zwischen den Ländern und dem Bund** getroffen, insbesondere:

- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame **Maßnahmen für pflegebedürftige Personen** (BGBl. 866/1993), um die Vorsorge für pflegebedürftige Personen bundesweit nach **gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen** sowie unter Anwendung von **Minimumstandards** für Pflegedienstleistungen zu regeln.
- Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über **Sozialbetreuungsberufe** (BGBl. 55/2005), um das Berufsbild, die **Tätigkeit** und die **Ausbildung** der Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen zu regeln.

Zudem existieren mehrere **Rechtsquellen**, die die (monetären) **Leistungen des Bundes** als zweite wichtige Säule – neben den Agenden der Länder – im Bereich der Langzeitpflege (gerichtet an Pflegebedürftige oder an pflegende Angehörige) definieren und/oder die **Zusammenarbeit und Kofinanzierung** zwischen Bund und Ländern regeln:

Pflegeeinrichtungen und Finanzierung

- **Bundespflegegeldgesetz** (BGBl. I Nr. 110/1993): Pflegebedingte Mehraufwendungen sollen damit in Form eines Beitrags pauschaliert abgegolten werden. Mit dem **Pflegegeldreformgesetz** (BGBl. I Nr. 58/2011) ging die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz hinsichtlich des vormaligen Landespflegegelds per 1.1.2012 von den Ländern auf den Bund über.
- **Pflegekarenz und Pflegezeit** (BGBl. I Nr. 138/2013): Pflegekarenzgeld des Bundes steht gegen (teilweisen) Entfall des Arbeitsentgeltes jenen Personen zu, die die Pflege oder Betreuung eines nahen Angehörigen, dem zum Zeitpunkt des Antritts der Pflegekarenz zumindest Pflegegeld ab der Stufe 3 gebührt, für die Dauer von (zumindest) einem Monat bis zu drei Monaten übernehmen.
- Zur **24-Stunden-Betreuung** (BGBl. I Nr. 59/2009) stehen Fördermittel zur Bedeckung eines unselbstständigen oder selbstständigen Betreuungsverhältnisses in privaten Haushalten zur Verfügung, die im Verhältnis 60:40 vom Bund und den Ländern getragen werden.
- **Pflegefondsgesetz** (BGBl. I Nr. 173/2013), das Zweckzuschüsse des Bundes an die Länder und Gemeinden zur Sicherung sowie zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebots vorsieht, die auch zur österreichweiten Harmonisierung der Dienstleistungen im Bereich der Langzeitpflege beitragen sollen.
- **Pflegedienstleistungsverordnung** (BGBl. II Nr. 302/2012), die den Umfang und die Art der von den Ländern an die Bundesanstalt Statistik Österreich zu übermittelnden Daten zur Einrichtung und Führung einer Pflegedienstleistungsdatenbank regelt.
- **Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz** (GSBG, BGBl. I Nr. 746/1996), das Refundierungen seitens des Bundes im Ausmaß nicht abzugsfähiger Vorsteuern für Träger des öffentlichen Fürsorgewesens vorsieht.

2.2 Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden für institutionelle Langzeitpflege

Das **Spektrum der Pflege- und Betreuungsdienstleistungen** ist weit gefasst und schließt stationäre und ambulante Einrichtungen (z. B. in Form von Alten- und Pflegeheimen), häusliche Pflegedienste vor Ort bei pflege- und betreuungsbedürftigen Personen (z. B. mobile Heimhilfen) sowie Unterstützungsleistungen in Form von Beratung oder Organisation notwendiger Betreuungs- und Pflegedienste (Case- und Caremanagement) ein.

Die folgende Gliederung und begriffliche Abgrenzung einzelner **Dienstleistungsbereiche der Länder und Gemeinden in der Langzeitpflege** orientieren sich an der Auflistung gemäß § 3 Abs (1) Pflegefondsgesetz (PFG), die auch als Merkmalskatalog der Pflege- und Betreuungsdienste für die einheitliche Datenerfassung auf Basis der Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung (PDStV) 2012 fungiert:

Mobile Betreuungs- und Pflegedienste

Dies umfasst soziale Betreuung oder Pflege sowie Hospiz- und Palliativbetreuung³ zu Hause bei der hilfsbedürftigen Person sowie die Unterstützung bei der Haushaltsführung (z. B. Heimhilfe, Hauskrankenpflege oder „Essen auf Rädern“).

Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste

Darunter wird die Erbringung von Hotelleistungen (Wohnung und Verpflegung) und Pflege- sowie Betreuungsleistungen (einschließlich tagesstrukturierender Leistungen) für betreuungs- bzw. pflegebe-

³ Palliativbetreuung ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen (z. B. Schmerzlinderung, psychologische oder spirituelle Begleitung).

dürftige Personen in eigens dafür errichteten Einrichtungen (einschließlich Hausgemeinschaften) mit durchgehender Präsenz von Betreuungs- und Pflegepersonal verstanden.

Teilstationäre Tagesbetreuung

Unter diese Betreuungsform fallen Angebote einer ganz oder zumindest halbtägigen betreuten Tagesstruktur für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen leben. Sie wird in eigens dafür errichteten Einrichtungen erbracht und umfasst Pflege und soziale Betreuung, Verpflegung, Aktivierungs- und Therapieangebote (gegebenenfalls inklusive Transportleistungen zwischen Wohnort und Betreuungseinrichtung).

Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen

Hierzu zählen Angebote einer zeitlich bis zu drei Monaten befristeten Wohnunterbringung mit Verpflegung, Betreuung und Pflege v. a. zur Entlastung von Angehörigen, die zu Hause Pflege- und Betreuungsarbeit leisten, während ihrer vorübergehenden Abwesenheit (z. B. Urlaub oder Krankheit).

Alternative Wohnformen

Das sind Einrichtungen für betreuungs- bzw. pflegebedürftige Personen, die aus sozialen, psychischen oder physischen Gründen nicht mehr alleine wohnen können oder wollen, aber keiner ständigen stationären Betreuung oder Pflege bedürfen. Meist wird mit Unterstützung durch ambulante soziale Dienste und Betreuung durch Sozialarbeiter versucht, ehemalige Pflegepatienten wieder an ein selbstbestimmtes Leben heranzuführen.

Case- und Caremanagement

Dieser Dienstleistungsbereich deckt Angebote der Sozial-, Betreuungs- und Pflegeplanung auf Basis einer individuellen Bedarfsfeststellung, der Organisation notwendiger Betreuungs- und Pflegedienste und des Nahtstellenmanagements ab.

2.3 Staatliche und private Pflegedienstleistungsanbieter

Durch die landesspezifischen Regelungen im Bereich der Pflege und Betreuung ergeben sich **unterschiedliche Betreiberstrukturen** in den Ländern, die sowohl staatliche als auch private Anbieter umfassen (Grafik 1):

In Österreich gibt es laut Infoservice des BMASK⁴ gegenwärtig rund **900 Alten- und Pflegeheime** mit knapp **78.000 Betreuungsplätzen** (Wohn- und Pflegeplätze). Davon sind etwas mehr als 400 staatliche Einrichtungen, deren Träger Bundesländer, Gemeinden oder Gemeinde- und Sozialhilfeverbände sind. Rund 500 Alten- und Pflegeheime haben private Träger – meist gemeinnützige Vereine wie z. B. Hilfswerk, Volkshilfe und Samariterbund oder konfessionelle Träger wie z. B. Caritas, Diakonie oder Orden (Johanniter, Barmherzige Schwestern etc.). Bei den **stationären Einrichtungen mit staatlicher Trägerschaft** ist besonders das **Land Niederösterreich**, das rund die Hälfte aller niederösterreichischen Alten- und Pflegeheime betreibt, und die **Stadt Wien**, die im Rahmen des gemeinnützigen Fonds „Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser“ 30 Wohn- und Pflegehäuser betreibt, ein bedeutender Leistungsträger. In Oberösterreich⁵ und Vorarlberg bestehen keine Landespflegeheime zur Altenbetreu-

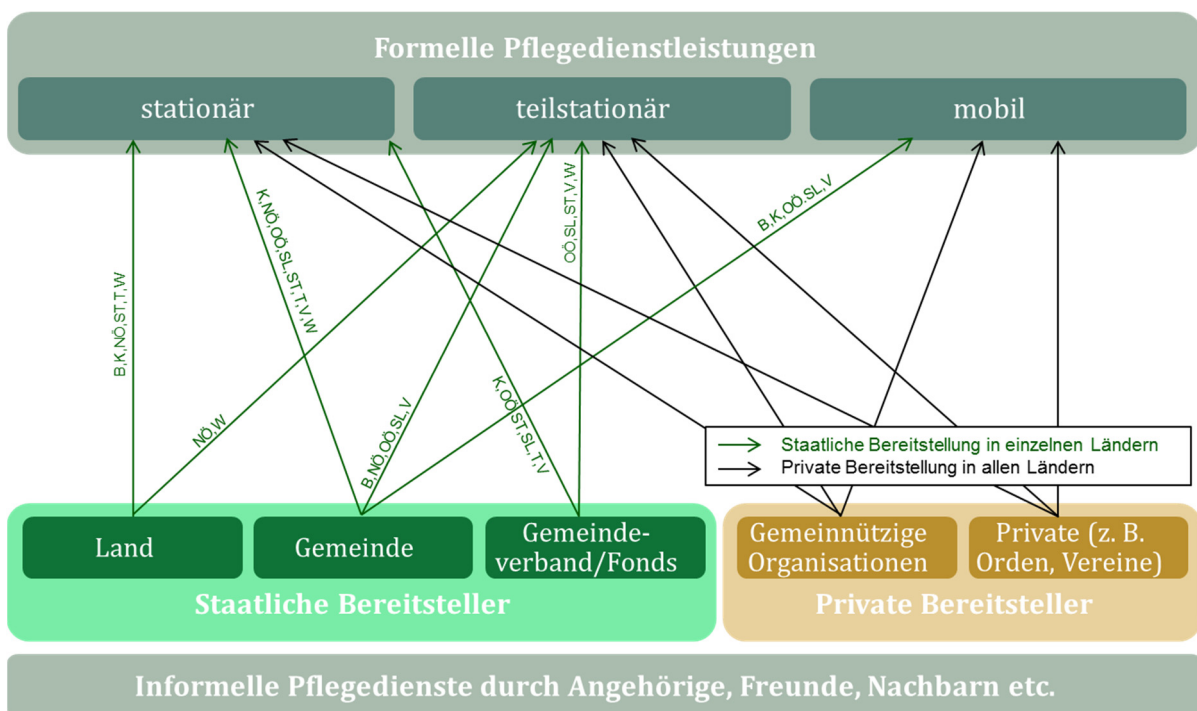
4 Die Meldungen erfolgen auf freiwilliger Basis, sodass diese Informationen nicht notwendigerweise die tatsächliche Grundgesamtheit abdecken.

5 Das Land Oberösterreich ist Träger von vier Pflege- und Betreuungszentren (Christkindl, Schloss Cumberland, Schloss Gschwendt und Schloss Haus), die der Betreuung psychisch kranker Menschen dienen.

Pflegeeinrichtungen und Finanzierung

ung, in den restlichen Bundesländern hat das Land nur bei einer geringen Anzahl stationärer Einrichtungen die Trägerschaft inne. In Oberösterreich betreiben vor allem die **regionalen Sozialhilfeträger** (das sind Sozialhilfeverbände der Gemeinden und die Städte mit eigenem Statut) und einzelne **Gemeinden** stationäre Pflegeeinrichtungen, die zusammen mehr als drei Viertel des stationären Angebots abdecken. Sozialhilfe- und Gemeindeverbände spielen auch in Kärnten, Salzburg, Steiermark und Tirol als Betreiber von Alten- und Pflegeheimen eine wichtige Rolle, die Gemeinden sind – neben Oberösterreich – in Salzburg, Tirol und Vorarlberg bedeutende Betreiber von Alten- und Pflegeheimen. Lediglich im Burgenland und Niederösterreich treten Gemeindeverbände nicht als Betreiber von stationären Einrichtungen auf. **Private Heimbetreiber** sind vor allem im Burgenland und in der Steiermark stark verbreitet tätig, die rund 90% bzw. 75% der stationären Wohn- und Betreuungsplätze stellen. Privaten Einrichtungen kommt aber auch in allen anderen Bundesländern eine wichtige Rolle zu.

Grafik 1: Pflegedienstleistungsanbieter in Österreich



Quelle: Sozialberichte der Länder, KDZ (2011) und eigene Darstellung.

Teilstationäre Einrichtungen bzw. Tageszentren werden häufig in direktem Zusammenhang mit einem Alten- oder Pflegeheim betrieben (angebundene Tageszentren, integrierte Tagesbetreuung). Vor diesem Hintergrund sind die Betreiberstrukturen jenen der stationären Einrichtungen sehr ähnlich. So bieten beispielsweise sämtliche Landespflegeheime Niederösterreichs auch eine integrierte Tagesbetreuung an. Seitens der Stadt Wien wird diese Pflegedienstleistung durch die FSW-Wiener Pflege- und Betreuungsdienste GmbH, eine Tochtergesellschaft des Fonds Soziales Wien, bereitgestellt. Eigenständige Tageszentren (ohne direkte Koppelung an stationäre Einrichtungen) werden beinahe ausschließlich durch private Vereine oder konfessionelle Institutionen geführt (KDZ, 2011).

Die **mobilen Dienste** werden hauptsächlich von österreichweit tätigen **gemeinnützigen Organisationen** (v. a. Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe) übernommen, aber auch von privaten Vereinen und Orden. Das mobile Service „Essen auf Rädern“ erbringt im Regelfall die Gemeinde, in Wien wird auch diese Dienstleistung durch die gemeinnützigen Organisationen abgedeckt.

2.4 Finanzierungsformen und -ströme im Bereich der Langzeitpflege

In Österreich werden Pflegeleistungen grundsätzlich durch **Kostenbeiträge** vom jeweiligen Leistungsempfänger bezahlt, dessen Einkommen bei Pflegebedürftigkeit neben der Pension und sonstigem Einkommen auch das Pflegegeld umfasst. Reicht dieses persönliche Einkommen nicht aus, die besonderen finanziellen Lasten im Pflegefall (Pflegedienstleistungen und einen angemessenen Lebensunterhalt) zu finanzieren, wird auf (verwertbare) Vermögenswerte des Leistungsempfängers Regress genommen. Für einen allenfalls bestehenden Restbetrag kommen meist die Länder im Rahmen der **Sozialhilfe** bzw. als **Träger der Mindestsicherung** – in Form von Sachleistungen („Pflege“) – auf. Die Bundesländer haben verschiedene Kostenersatzansprüche (Pflegeresse) für den stationären Bereich gegenüber Dritten vorgesehen, um ihre Aufwendungen ersetzt zu bekommen. Diese sind insbesondere an Ehegatten oder Geschenknehmer, die innerhalb bestimmter Fristen vom Pflegeleistungsempfänger Vermögenswerte übertragen bekommen haben, gerichtet.⁶

2.4.1 Komponenten der Pflegefinanzierung

Im Detail setzt sich die **Finanzierung der Langzeitpflege** aus unterschiedlichen Komponenten zusammen, die sich im Wesentlichen nach der allgemein gültigen **Klassifikation der Einnahmen** von Sozialschutzsystemen gemäß ESSOSS⁷ gliedern lassen:

- Direkte Zahlungen von Leistungsempfängern in Form von **Selbstbehalten und Eigenbeiträgen**, die v. a. aus dem **Pensions- und Pflegegeldeinkommen**, aber auch aus dem Regress auf verwertbare Vermögenswerte, geleistet werden.
- **Tatsächliche (und unterstellte) Sozialbeiträge:**
 - **Sozialbeiträge der Arbeitgeber** sind die vom Arbeitgeber erbrachten Aufwendungen (z. B. Zahlungen an Sozialversicherungskassen) zur Begründung der Anspruchsberechtigung der Arbeitnehmer und deren Angehörigen auf Sozialleistungen.
 - **Eigene Sozialbeiträge** geschützter Personen sind Zahlungen von Einzelpersonen und privaten Haushalten an Sozialschutzsysteme zur Erlangung oder Sicherung ihres Anspruchs auf Sozialleistungen.
- Staatliche Zuweisungen aus **allgemeinen und zweckgebundenen Steuermitteln**. Beispielsweise werden das Bundespflegegeld, die Fördermittel zur 24-Stunden-Betreuung (zu 60% Bund und 40% Länder) sowie die Förderung des Bundes von Projekten gemeinnütziger Organisationen der Pflegevorsorge aus allgemeinen Steuermitteln gedeckt. Die Dotierung des Pflegefonds erfolgt zweckgebunden durch Vorwegabzüge bei der Umsatzsteuer, bevor sie als gemeinschaftliche Bundesabgabe der Verteilung unterworfen wird.
- **Übertragungen aus anderen Sozialschutzsystemen:**
 - **Umgeleitete Sozialbeiträge** sind Zahlungen eines Sozialschutzsystems an ein anderes System (z. B. Kostenersätze für Behelfe zur Inkontinenzversorgung wie Betteinlagen in Landesheimen, die von den Krankenkassen getragen werden).
 - **Sonstige Übertragungen** aus anderen Systemen, wie z. B. Beitragsleistungen der Gemeinden und Sozialhilfeverbände an die Länder (Sozialhilfeumlage) bzw. von Ländern und Landesfonds an die Gemeinden, aber auch Beiträge eines Systems zur Verringerung der

⁶ Seit 1. Juli 2014 sind österreichweit Kinder zur Zahlung offener Pflegekosten ihrer Eltern im stationären Bereich ausgenommen.

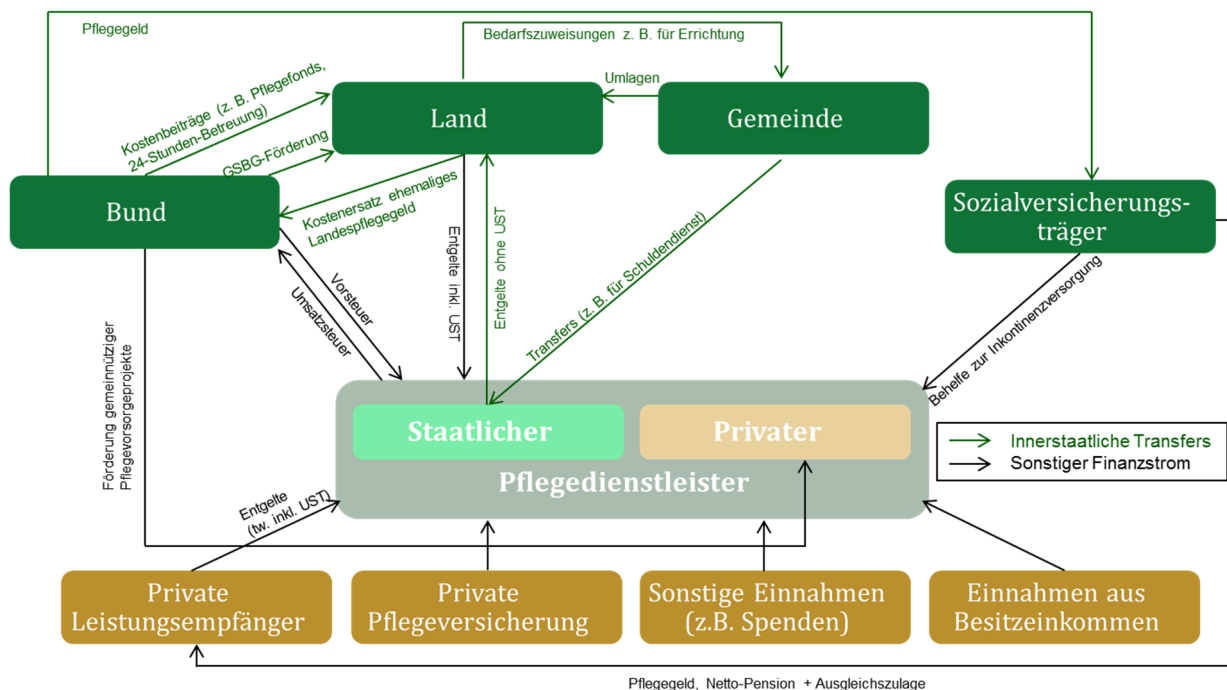
⁷ Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik.

Pflegeeinrichtungen und Finanzierung

Verluste eines anderen Systems.

- **Sonstige Einnahmen**, wie z. B. **Spenden**, Strafgelder, Verlassenschaften sowie **Einnahmen aus Besitzeinkommen** durch Veräußerungen von Liegenschaften, Zinserträge etc.

Grafik 2: Finanzströme im Kontext der stationären Pflege im Jahr 2015



Quelle: Eigene Darstellung.

Grafik 2 veranschaulicht die laufenden **Finanzströme** im Kontext der **stationären Langzeitpflege** aus dem Blickwinkel eines staatlichen (z. B. Gemeindeverband als Träger eines Alten- und Pflegeheims) bzw. privaten **Pflegedienstleistungsbereitstellers**. Wesentlich sind die **Eigenleistungen des Leistungsempfängers** bzw. Heimbewohners (Entgelte als Selbst- oder Teilzahler), die üblicherweise zum Großteil aus der Pension sowie dem Bundespflegegeld und in manchen Fällen durch Beiträge einer privaten Pflegeversicherung gedeckt werden. Das **Pflegegeld** (2015: 2,5 Mrd EUR)⁸ des Bundes wird über die Sozialversicherungsträger an die Anspruchsberechtigten ausbezahlt. Die (verbleibenden) **Entgelte bzw. Restbeträge** werden **vom Land** im Rahmen der Mindestsicherung und Sozialhilfe **getragen** (intergovernmentale Finanzströme siehe Abschnitt 2.4.2).

Gemäß Pflegedienstleistungsstatistik (STAT) beliefen sich die **Bruttoausgaben für stationäre Betreuungs- und Pflegedienste der Länder und Gemeinden** auf 2,6 Mrd EUR im Jahr 2015 (Tabelle 1), die im Wesentlichen die Entgelte (inkl. USt) repräsentieren. In diesem Bereich der **staatlichen Alten- und Pflegeheime** betrug der Finanzierungsanteil aus **Beiträgen und Ersätzen** seitens der Leistungsempfänger oder Drittverpflichteter rund 1,1 Mrd EUR oder 42% der Bruttoausgaben 2015. Der Finanzierungsanteil der Länder und Gemeinden (**Nettoausgaben**) lag bei 1,4 Mrd EUR oder rund 56% der Bruttoausgaben im Jahr 2015. Im Rahmen der vorliegenden Studie setzt sich die „Nettogröße“ – abweichend zur Darstellung in der Pflegedienstleistungsstatistik – durch den Blickwinkel der Gesamtbelas-

8 Inklusive Pflegegeld für Personen mit Behinderung.

tung der Staatshaushalte aus den Nettoausgaben und den „sonstigen Einnahmen“, die im Wesentlichen Mittel aus Landes(gesundheits)fonds und Ausgaben des Bundes (USt-Refundierung) repräsentieren, zusammen (siehe Kapitel 3).

Tabelle 1: Stationäre Pflege- und Betreuungsdienste 2015

Bundesland	Bruttoausgaben	Beiträge und Ersätze ¹⁾	Sonstige Einnahmen ²⁾	Nettoausgaben ³⁾
Jahressummen in EUR				
Burgenland	70.859.321	32.887.298	5.464.500	32.507.523
Kärnten	187.459.133	82.656.205	3.645.880	101.157.048
Niederösterreich	363.034.968	182.683.972	-	180.350.996
Oberösterreich	378.450.831	188.114.869	9.950.819	180.385.143
Salzburg	112.751.973	54.858.526	802.090	57.091.357
Steiermark	427.714.619	185.192.351	461.169	242.061.099
Tirol ⁴⁾	160.078.535	78.477.183	-	81.601.353
Vorarlberg	96.934.207	34.553.309	5.764.927	56.615.971
Wien	759.914.871	226.490.521	33.661.518	499.762.832
Gesamt	2.557.198.458	1.065.914.233	59.750.902	1.431.533.323
Anteil in % der Bruttoausgaben				
Burgenland	100	46	8	46
Kärnten	100	44	2	54
Niederösterreich	100	50	-	50
Oberösterreich	100	50	3	48
Salzburg	100	49	1	51
Steiermark	100	43	0	57
Tirol	100	49	-	51
Vorarlberg	100	36	6	58
Wien	100	30	4	66
Gesamt	100	42	2	56

1) Von betreuten Personen, unterhaltspflichtigen Angehörigen und Drittverpflichteten (z. B. Erben).

2) Z. B. Mittel aus Landesgesundheits-Fonds.

3) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze und sonstige Einnahmen.

4) Einschließlich Selbstzahler; ohne Abschreibungen und ohne Umsatzsteuer.

Quelle: STAT (Pflegedienstleistungsstatistik) und eigene Berechnungen.

2.4.2 Finanzströme zwischen Staatseinheiten im Bereich der Altenpflege

Die **Finanzierung der Sachleistungen der Länder und Gemeinden** – die Sachleistungen umfassen gemäß Pflegedienstleistungsstatistik neben der stationären Betreuungs- und Pflegedienstleistungen (Tabelle 1) v. a. auch mobile und ambulante Dienstleistungen – von insgesamt 3,4 Mrd EUR brutto im Jahr 2015 basierte mehrheitlich auf allgemeinen und zweckgebundenen **Steuermitteln bzw. intergovernmentalen Transferleistungen** (Anteil rund 60%). Der Finanzierungsanteil aus **Beiträgen und Ersätzen seitens der Leistungsempfänger** oder Drittverpflichteter betrug 1,3 Mrd EUR oder rund 40%, sodass sich als „Nettogröße“ eine staatliche Budgetbelastung von 2,1 Mrd EUR ergibt.

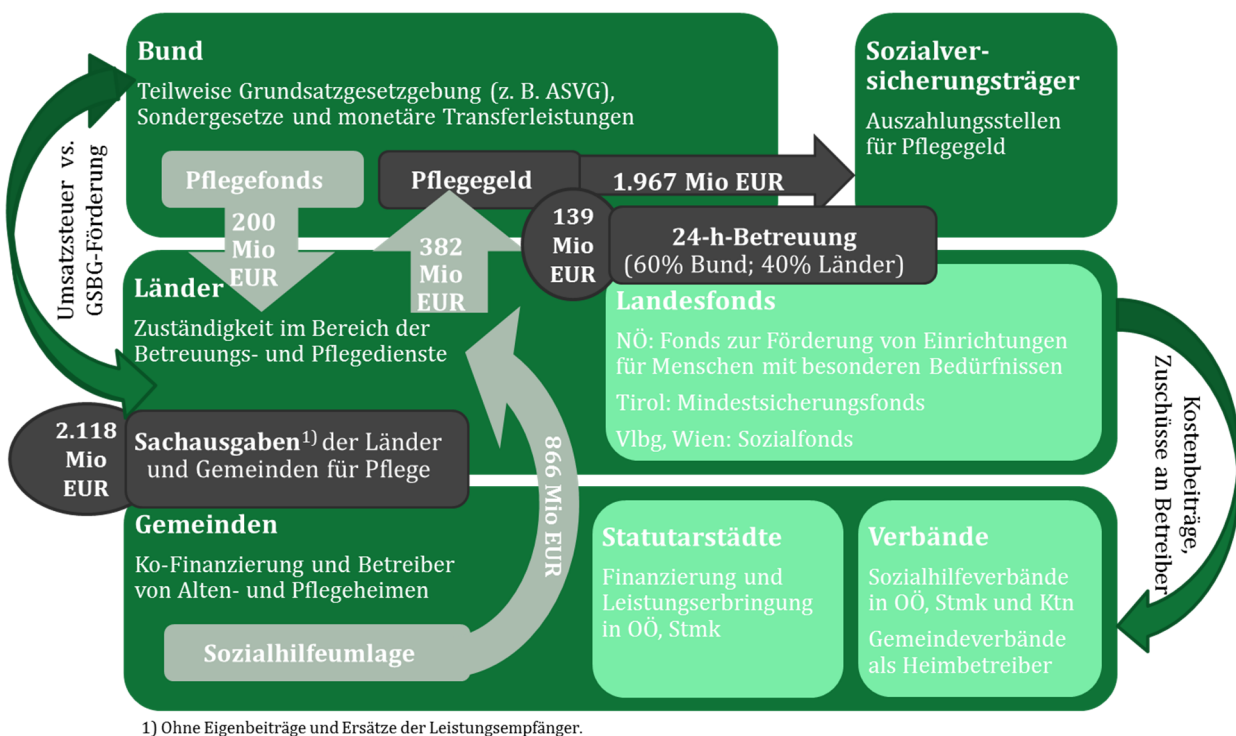
Bei der **Verteilung der Finanzierungslast zwischen den Ländern und Gemeinden** (Grafik 3) gelten Bestimmungen, die die Gemeinden verpflichten, sich an der Finanzierung der Nettoausgaben der Länder zu beteiligen (Umlagesystem). Die **Sozialhilfeumlage** (2015: 0,9 Mrd EUR), die zwar größtenteils

Pflegeeinrichtungen und Finanzierung

dem Pflegebereich zukommt, aber auch Finanzierungsbeiträge der Gemeinden für Behindertenhilfe, bedarfsorientierte Mindestsicherung und Jugendwohlfahrt abdeckt, führt zu einer Kostenträgung im Sozialbereich durch die Gemeinden zwischen 35% (Tirol) und 50% (Burgenland, Kärnten, Niederösterreich und Salzburg). In Oberösterreich und in der Steiermark wird die Umlage direkt an die Sozialhilfeverbände, in Vorarlberg direkt an den Sozialfonds überwiesen (KDZ, 2016). Es fließen aber auch Landesmittel in Form von **Kostensätzen oder Zuschüssen** (z. B. Bedarfszuweisungen für die Errichtung von Heimen) wieder an Gemeinden und Gemeindeverbände in ihrer Funktion als Betreiber von Alten- und Pflegeheimen.

Zwischen dem Bund und den Ländern bestehen im Bereich der Altenpflege im Wesentlichen vier finanzielle Verflechtungen (Grafik 3):

Grafik 3: Finanzströme zwischen Staatseinheiten im Bereich der Altenpflege im Jahr 2015 (vereinfachte Darstellung)



Quelle: Statistik Austria, BMF, KDZ (2016) und eigene Darstellung.

- Im Zuge der Übertragung der Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz auf den Bund hinsichtlich des **Landespflegegelds** wurde eine **Kostenerstattung der Länder an den Bund** – eingefroren in Höhe des Jahresaufwands 2010 (382 Mio EUR) – vereinbart.
- Zur Unterstützung der **Länder und Gemeinden** im Bereich der Langzeitpflege fließen **Bundesmittel über den Pflegefonds**. Der Bundesanteil entspricht zwei Drittel der Dotierung und erreichte 200 Mio EUR im Jahr 2015.
- **Kofinanzierung** im Bereich der **24-Stunden-Pflege** im Verhältnis 60:40 zwischen Bund und Ländern (2015: in Summe 139 Mio EUR).
- Refundierungen seitens des Bundes im Ausmaß nicht abzugsfähiger Vorsteuern für Träger des öffentlichen Fürsorgewesens: So bezahlt das Land den **Heimtarif inkl. USt** z. B. an einen Gemeinde-

verband, der die Umsatzsteuer an den Bund abführt.⁹ Dieser gewährt im gleichen Ausmaß der Umsatzsteuerleistung eine **Förderung nach dem Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz (GSBG) an das Land**. Das Beihilfevolumen nach GSBG für öffentliche Fürsorgeträger wird nicht gesondert für den Pflegebereich, sondern nur insgesamt für alle Leistungsbereiche (u. a. für Sachleistungen an Mindestsicherungsbezieher, im Bereich der Mutter-, Säuglings- und Jugendfürsorge) erfasst und erreichte im Jahr 2015 in Summe 0,4 Mrd EUR.

Das **Bundespflegegeld** wird über Auszahlungsstellen der Sozialversicherungsträger an die Pflegegeldempfänger ausbezahlt, sodass im Kontext der Altenpflege ein intergovernmentaler Strom von rund 2 Mrd EUR (2015)¹⁰ vom **Bund** an jene fünf **Entscheidungsträger der Sozialversicherung** erfolgte, die für die Vollziehung des Bundespflegegeldgesetzes verantwortlich sind (Pensionsversicherungsanstalt, Sozialversicherungsanstalt für Bauern, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau sowie Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter).¹¹

Die Vielzahl der Finanzströme zwischen staatlichen Einheiten im **Pflegebereich** spiegelt **beispielhaft** die **Komplexität der österreichischen Finanzierungsarchitektur der öffentlichen Haushalte** und ein Kernproblem der föderalen Staatsarchitektur Österreichs wider. Die daraus folgende Intransparenz trägt zu Ineffizienzen und Steuerungsproblemen bei (Grossmann, 2017). Die Komplexität der intergovernmentalen Verflechtungen, die mit der Finanzierung eines Heimplatzes für pflegebedürftige Personen verbunden sind, wurde bereits vom Rechnungshof am Beispiel des Tiroler Altenwohnheims Telfs dargestellt (Rechnungshof, 2011). Damals identifizierte der Rechnungshof 19 Zahlungsströme (inkl. der Entgeltzahlung des Heimbewohners an den Gemeindeverband) mit einem Gesamtvolumen von rund 10.000 EUR zur Finanzierung der monatlichen Kosten eines Heimbetreuungsplatzes von rund 3.200 EUR.

Ausgehend von den Finanzströmen gemäß Grafik 3 ergibt eine ähnlich vereinfachte Rechnung – die sich auf die beiden Hauptaspekte der Kofinanzierungen und des Kreislaufs des Bundespflegegelds beschränkt – folgendes **Transfervolumen in Höhe von 6,8 Mrd EUR im Pflegebereich**, das sich hinter der **Nettobelastung der Länder und Gemeinden** für Betreuungs- und Pflegedienste in Höhe von **2,1 Mrd EUR im Jahr** verbirgt:

- **Kofinanzierungsvolumen** in Höhe von 1,5 Mrd EUR, das sich aus der Sozialhilfeumlage seitens der Gemeinden (0,9 Mrd EUR) und dem Bundesanteil aus dem Pflegefonds (0,2 Mrd EUR) jeweils an die Länder sowie dem Ersatz der Länder an den Bund für das ehemalige Landespflegegeld (0,4 Mrd EUR) zusammensetzt;
- **Kreislauf des Bundespflegegelds** (2,0 Mrd EUR), das über die Auszahlungsstellen der Sozialversicherungsträger an die Pflegegeldbezieher überwiesen und von diesen teilweise zur Abdeckung der Selbstbehalte im Bereich der Altenwohn- und Pflegeheime (1,3 Mrd EUR) verwendet und folglich an die Länder bzw. Gemeinden als Betreiber weitergeleitet wird. Vor diesem Hintergrund ergeben sich in einer sequenziellen Betrachtung der Finanzströme in Summe 5,3 Mrd EUR.

9 Die umsatzsteuerrechtliche Relevanz von Betreuungsleistungen ist sehr komplex. So besteht z. B. Umsatzsteuerpflicht bei Selbstzahlern in Abhängigkeit davon, ob die Leistung eines Heimes vertraglich an den Heimbewohner oder den Sozialhilfeträger (Land, Gemeinde oder Gemeindeverband) erbracht wird (Rechnungshof, 2011).

10 Zusätzlich betrug das Bundespflegegeld für die Funktion „Invalidität/Gebrechen“ im Jahr 2015 0,5 Mrd EUR.

11 Vor Inkrafttreten des Pflegegeldreformgesetzes 2012 lag die Zahl der Entscheidungsträger bei mehr als 280 Landesträgern und 23 Bundeisträgern.

3. PFLEGEKOSTEN DES STAATES: STRUKTUR UND ENTWICKLUNG

In diesem Kapitel wird das **Ziel** verfolgt, den **Gesamtaufwand des Staates im Bereich der Langzeitpflege** im Zusammenhang mit Altersleistungen darzustellen, um die **Grundlagen für Projektionen** zur zukünftigen Entwicklung der gesamtstaatlichen Pflegekosten (Kapitel 5) sowie zur Evaluierung des vereinbarten Kostendämpfungspfads gemäß Paktum Finanzausgleich 2017 (Kapitel 6) zu schaffen. Dazu ist es notwendig, Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen, deren spezifischer Fokus, Beschaffenheit und Informationsgehalt im Abschnitt 3.1 erläutert werden, zusammenzuführen.

Die **Pflegekosten**, deren Struktur und Entwicklung in weiterer Folge untersucht werden, umfassen die Ausgaben der Länder und Gemeinden für Betreuungs- und Pflegedienste (Statistik Austria, Pflegedienstleistungsstatistik), das Bundespflegegeld und Überbrückungshilfen für Personen, die informell und unentgeltlich Pflegedienstleistungen übernehmen (Pflegekarenz, Ersatzleistungen; Statistik Austria, ESSOSS) sowie die Fördermittel der 24-Stunden-Betreuung (BMASK). Die Zusammenführung dieser Komponenten erfolgt grundsätzlich aus der **Perspektive der Staatshaushalte** und stellt aus Sicht der Autoren den **Gesamtaufwand des Staates für Langzeitpflege** (inklusive Verwaltungskosten) dar.¹²

Wenngleich die gängige Darstellung der Pflegekosten in Form von Sachleistungen der Konzeption der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung gemäß ESVG 2010 folgt, erscheint es für eine gesamtstaatliche Betrachtung zweckmäßig, nicht nur die Gesamtkosten brutto, sondern die „**Netto-Finanzierungslast**“ **des Staates** darzustellen. In den Bruttoausgaben für Sachleistungen sind die Selbstbehalte der Pflegebedürftigen (Beiträge, Ersätze) inkludiert. Die Selbstbehalte werden – soweit möglich – aus dem Einkommen der Pflegebedürftigen gedeckt, das sich im Regelfall aus dem Pensionseinkommen und dem Bundespflegegeld zusammensetzt (Abschnitt 3.2).

Schließlich werden die **Pflegekosten nach Bundesländern** anhand **ausgewählter Kennzahlen** verglichen (Abschnitt 3.3).

3.1 Abgrenzung der Pflegekosten in verschiedenen statistischen Systemen

Es existiert eine Vielzahl von statistischen Systematiken und Quellen, die Informationen über staatlich und/oder privat getätigte Pflegeaufwendungen enthalten. Allerdings steht **keine einheitliche, konsistente statistische Erhebung** zur Verfügung, die ein umfassendes Bild über das gesamtstaatliche Leistungs- bzw. Ausgabenpektrum im Bereich der Langzeitpflege liefert, da dieser Ausgabenbereich in großen statistischen Systemen keinen eigens abgegrenzten Teilbereich darstellt, oder spezifische Statistiken – je nach Intention und Schwerpunktsetzung – im Regelfall nur einzelne Förderkomponenten erfassen.

Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Abschnitt Spezifika und Informationsgehalt unterschiedlicher Statistiken beleuchtet (Tabelle 2), sodass für den Zweck der gegenständlichen Studie eine **Zusammenführung von Informationen aus verschiedenen Datenquellen** ermöglicht wird, die einen weitgehend abgestimmten Datensatz generiert.

¹² Da der Pflegebereich mit Gesundheitsleistungen eng verwoben ist, ist eine scharfe Trennung dieser Ausgabenbereiche nicht immer vollständig möglich. Zudem besteht ein Trade-off: Höhere Maßnahmen der Gesundheitsprävention sollten den Pflegeaufwand im Alter dämpfen, hohe Qualität der Pflegedienstleistungen sollte das Krankenwesen entlasten.

Tabelle 2: Pflegekosten nach unterschiedlichen statistischen Systemen

	ESSOSS	PDL-STAT	SHA	COFOG	Ageing Report
"Pflegekosten" ¹⁾ im Jahr 2015 (Mrd EUR)	4,0	3,4/2,0	4,1	-	4,9
	Bundespflegegeld und Sachleistungen der Länder und Gemeinden, Landesanteil der 24-Stunden-Betreuung	Sachleistungen der Länder und Gemeinden, ohne 24-Stunden-Betreuung	Sachleistungen medizinischer oder krankenpflegerischer Natur, Bundespflegegeld, 24-Stunden-Betreuung	in den Gruppen "Stationäre Behandlung" (7.3), "Alter" (10.2) und "Soziale Hilfe" (10.7) enthalten; keine Einzelkomponenten extrahierbar	projizierter Wert (realisierte Werte bis 2013); Sachleistungen der Länder und Gemeinden, Bundespflegegeld
Merkmale der dargestellten Pflegekosten					
Brutto/Nettodarstellung ²⁾	grundsätzlich brutto, Sachleistungen der Länder und Gemeinden netto	brutto/netto	grundsätzlich netto (auch Sachleistungen der Länder und Gemeinden)	brutto	grundsätzlich brutto, Sachleistungen der Länder und Gemeinden netto
Altersleistungen/Behindertenhilfe	ohne Behindertenhilfe, aber verfügbar	ohne Behindertenhilfe	keine Unterscheidung	Gruppe 7.3 z. T. inkl. Behindertenhilfe	grundsätzlich inkl. Behindertenhilfe; in AT allerdings nur beim Pflegegeld enthalten
Geld- und Sachleistungen	ja	nur Sachleistungen	ja	ja	ja
Investitionen	nein; aber in Form von Abschreibungen	nein; aber in Form von Abschreibungen	nein; separater Ausweis von Investitionen möglich	ja; separater Ausweis von Investitionen	nein
Verwaltungskosten	grundsätzlich inkl., aber nicht bei den pflegespezifischen Daten verfügbar; nicht für kollektive Dienstleistungen	grundsätzlich inkl., auch teilweise für kollektive Dienstleistungen	grundsätzlich inkl., bei pflegespezifischen Daten nur zum Teil und nicht isolierbar	grundsätzlich inkl., aber teilweise unter Abt. 01 "allgemeine Verwaltung" erfasst	grundsätzlich inkl., auch teilweise für kollektive Dienstleistungen
Sonstiges	inkl. Abschreibungen, inkl. USt; erweiterbar um Förderungen an pflegende Angehörige (Pflegekarengeld und Ersatzleistungen)	inkl. Abschreibungen für Herstellungs- und Instandhaltungskosten, inkl. USt, ohne Rückstellungen	inkl. Abschreibungen	Bundespflegegeld in Gruppe 10.2 enthalten, aber nicht isolierbar	Zusammensetzung laut Manual: SHA Daten ergänzt um ESSOSS; in AT Sachleistungen aus PDSt

1) In der jeweils unterschiedlichen Abgrenzung.
2) Gegenrechnung von Eigenbeiträgen.
Quelle: STAT, Eurostat, EK, OECD und eigene Berechnungen.

Europäisches System der Integrierten Sozialschutzstatistik – ESSOSS

Das **Europäische System der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS)** dient einer umfassenden und international vergleichbaren Beschreibung des Sozialschutzes in den EU-Mitgliedstaaten (Eurostat, 2008 und 2016), die Sozialleistungen und deren Finanzierung abdeckt.¹³ **Sozialschutz** sind alle Eingriffe öffentlicher oder privater Stellen (ohne individuelle Vereinbarungen), um die Lasten privater Haushalte und Einzelpersonen zu decken, die ihnen durch bestimmte Risiken oder Bedürfnisse entstehen. Die Risiken oder Bedürfnisse, die den Sozialschutz begründen können, werden in acht „Funktionen“ erfasst: Krankheit/Gesundheitsversorgung, Invalidität/Gebrechen, Alter, Hinterbliebene, Familie/Kinder, Arbeitslosigkeit, Wohnen, soziale Ausgrenzung. Wengleich ESSOSS den Begriff bzw. die Leistungskategorie „Langzeitpflege“ (wohl aber den Begriff des Pflegegelds) nicht kennt, werden **Pflegedienstleistungen** nach dieser Klassifikation sowohl in der **Funktion „Invalidität/Gebrechen“** als auch **„Alter“** erfasst. Medizinische Hauskrankenpflege wird in ESSOSS in der Funktion „Krankheit/Gesundheitsversorgung“ verbucht. Zur Trennung zwischen den Funktionen „Alter“ und „Invalidität/Gebrechen“ wird im Rahmen von ESSOSS bei Geldleistungen das Alter der Leistungsempfänger

13 ESSOSS wird auf Basis der Rechnungsabschlüsse der Länder und Gemeinden bzw. des Fonds Soziales Wien erstellt.

Pflegekosten

herangezogen, die Schwelle wird durch das Regelpensionsalter bestimmt.¹⁴ Die Bundesanstalt Statistik Austria (STAT) bietet eine feinere Untergliederung der staatlich verwalteten Sozialschutzsysteme an, die eine Darstellung der Sozialleistungen der Länder (inklusive Wien) und Gemeinden sowie des Bundespflegegelds erlaubt.

Im Jahr 2015 beliefen sich die **Ausgaben des Staates für die Langzeitpflege** im Bereich der Funktion „Alter“ gemäß ESSOSS auf **4,0 Mrd EUR** (Tabelle 2). Dieser Wert setzte sich je zur Hälfte aus dem **Bundespflegegeld** und den **Sachleistungen der Länder und Gemeinden** (Unterbringung und ambulante soziale Dienste im Rahmen der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung) zusammen. Diese Angaben finden sich auch im Rahmen des aktuellen Sozialberichts 2015/16 des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMASK, 2017), der ESSOSS als Datenquelle für die Darstellung der Sozialausgaben des Staates verwendet. Hinsichtlich der Ausgaben für die **24-Stunden-Betreuung** (2015: 139 Mio EUR zzgl. Zusatzleistungen aus einem eigenständigen Modell Niederösterreichs) ist in diesem Betrag nur der Landesanteil (40%) enthalten, jener des Bundes wird derzeit unter dem Schema 27 „Diverse Hilfsfonds“ erfasst, ist aber nicht isoliert ausweisbar.

ESSOSS geht vom **Standpunkt des Leistungsempfängers** aus. Daraus folgt im Rahmen der Ausgaben der Länder und Gemeinden die **Gegenrechnung mit den Eigenbeiträgen** des Leistungsempfängers (**Netto-Betrachtung**). Die Ausgaben der einzelnen Sozialschutzsysteme umfassen Geld- und Sachleistungen (= Sozialleistungen), grundsätzlich aber auch sonstige Ausgaben (Verwaltungskosten und alle nicht anderweitig einzuordnenden Ausgaben, die aber unmittelbar mit der Bereitstellung einer individuellen Dienstleistung einhergehen)¹⁵ sowie die Transfers zwischen den Sozialschutzsystemen (umgeleitete Sozialbeiträge, sonstige Transfers). Die sonstigen Ausgaben lassen sich allerdings für die Länder (2015: 36 Mio EUR) und Gemeinden (2015: 85 Mio EUR) nicht auf die einzelnen Funktionen bzw. auf den Pflegedienstleistungsbereich aufteilen, ebenso wird das Bundespflegegeld¹⁶ ohne sonstige Ausgaben ausgewiesen, sodass die **Verwaltungskosten in den pflegespezifischen ESSOSS-Daten nicht enthalten** sind. Schließt die Perspektive – neben Gütern und Dienstleistungen, die direkt an Pflegebedürftige gerichtet sind – auch **Förderungen für pflegende Angehörige** ein (Pflegekarenzgeld, Ersatzleistungen und Qualitätssicherung in Form von Hausbesuchen und Beratung), erhöhen sich die Pflegekosten des Bundes um 16 Mio EUR (2015).¹⁷

Gemäß ESSOSS werden ferner **Pflegeleistungen im Sozialschutzsystem „Invalidität/Gebrechen“** eigens ausgewiesen. Im Jahr 2015 beliefen sich die Sach- und Geldleistungen der Länder und Gemeinden für die **Behindertenhilfe** auf **1,4 Mrd EUR**, das **Bundespflegegeld** erreichte in dieser Funktion **0,5 Mrd EUR**.

Pflegedienstleistungsstatistik – PDSt

STAT etablierte im Auftrag des BMASK eine **Pflegedienstleistungsdatenbank** gemäß § 5 Pflegefondsgesetz 2011, die sich auf jährliche Datenmeldungen der Länder stützt. Art und Umfang der zu übermittelnden Daten wurde durch die Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung (PDSt-V) 2012 geregelt. Auf dieser Grundlage werden zahlreiche Kennzahlen (z. B. Leistungsstunden, Anzahl der Klienten

14 Bei Sachleistungen erfolgt die Zuordnung näherungsweise nach der Zugehörigkeit zu den jeweiligen Systemen der Behinderten-, Integrations- bzw. Chancengleichheitshilfe einerseits (Invalidität/Gebrechen) und jenen der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung (Alter).

15 Nicht anrechenbare Verwaltungskosten sind kollektive Dienstleistungen (z. B. allgemeine Aufgaben der Sozialpolitik, Aufsichtsagenden), die etwa im Amt der Landesregierung in der Abteilung Soziales/Gesundheit erbracht werden.

16 Laut Pflegegeldstatistik des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger betragen die Verwaltungskosten knapp 70 Mio EUR (2015).

17 Übertragungen an andere Sozialschutzsysteme – z. B. von den Gemeinden an die Länder – werden in ESSOSS grundsätzlich abgebildet, aber keiner speziellen Funktion zugeordnet. So wird zwar die Sozialhilfeumlage der Gemeinden an die Länder, die v. a. der Kofinanzierung von Pflegeleistungen dient, erfasst. Sie scheint allerdings nicht im Zusammenhang mit den Pflegeausgaben im Rahmen der Funktion „Alter“ auf.

und Betreuungspersonen, Brutto- und Nettoausgaben) ab dem Berichtsjahr 2011 nach einheitlichen Erhebungsmerkmalen und Merkmalsausprägungen aus dem Bereich der **Pflege- und Betreuungsdiens-te von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Trägern** erfasst, die nach folgenden sechs Dienstleistungsbereichen erhoben werden: mobile, teilstationäre und stationäre Dienste, Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, alternative Wohnformen sowie Case- und Caremanagement. Für die Länder und Gemeinden werden jene Ausgaben erfasst und separat veröffentlicht, die im Rahmen der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung für Pflegedienstleistungen getätigt werden.¹⁸ Dennoch bestehen **Vergleichshemmnisse** und **Erfassungslücken**. So lassen die Begriffsbestimmungen unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten zu. Zudem ergeben sich aus den unterschiedlichen Förderungsstrukturen (z. B. Objektförderung vs. Subjektförderung, institutionelle Ausgestaltung) und je nach Trennbarkeit verwandter Budgetbereiche wie dem Gesundheitswesen auch unterschiedliche Voraussetzungen und Möglichkeiten, die tatsächlichen Pflegekosten zu erfassen.

Die **Ausgaben für Betreuungs- und Pflegedienste der Länder und Gemeinden** betragen im Jahr 2015 gemäß PDSSt **brutto 3,4 Mrd EUR** (Tabelle 2). Nach Abzug der Beiträge und Ersätze (2015: 1,3 Mrd EUR) durch betreute Personen, unterhaltspflichtige Angehörige oder Drittverpflichtete (z. B. Erben) sowie sonstiger Einnahmen (z. B. Mittel aus Landes-Gesundheitsfonds; 2015: 0,2 Mrd EUR) ergaben sich im Jahr 2015 **Nettoausgaben von 2,0 Mrd EUR**. Die Ausgaben für die **24-Stunden-Betreuung** (2015: 139 Mio EUR zzgl. Zusatzleistung des niederösterreichischen Modells) sind **nicht enthalten**.

Die **Abgrenzung der Ausgaben** in der Bruttodarstellung zeigt einerseits den Gesamtaufwand, der über die Staatshaushalte abgewickelt wird und entspricht konzeptuell der Vorgangsweise im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (ESVG 2010). Zur Ermittlung der tatsächlichen finanziellen Belastung des Staatshaushalts ist eine Nettodarstellung zweckmäßig. Abweichend zu den Nettoausgaben gemäß PDSSt wird im Abschnitt 3.2 eine Nettogröße ausschließlich durch Abzug der Eigenleistung der betreuten Personen aus den Bruttoausgaben abgeleitet, da die „sonstigen Einnahmen“ ebenfalls Staatsausgaben (z. B. Mittel aus Landes-Gesundheitsfonds) repräsentieren.

Die PDSSt enthält **keine Daten zur Behindertenhilfe**. Die Bruttoausgaben umfassen sowohl die Umsatzsteuer als auch Investitionen in Form von jährlichen Abschreibungen für Herstellungs- und Instandhaltungskosten der Einrichtungen, nicht jedoch die **Investitionsausgaben** des jeweiligen Jahres. **Verwaltungskosten**, die unmittelbar mit der Erstellung individueller Dienstleistungen einhergehen, sind ebenfalls in den Bruttoausgaben enthalten. Da der Verwaltungsaufwand für die Bereitstellung kollektiver Güter und Dienstleistungen schwer davon zu trennen ist, dürfte vereinzelt auch dieser enthalten sein.

System of Health Accounts – SHA

Das **System of Health Accounts (SHA)** stellt einen standardisierten Rahmen zur **systematischen Erfassung von Gesundheitsausgaben** mit dem Zweck bereit, international vergleichbare Informationen zu generieren und komparative Analysen der Gesundheitssysteme zu ermöglichen. Das SHA wurde in Zusammenarbeit der OECD, Eurostat und der Weltgesundheitsorganisation (WHO)¹⁹ im Jahr 2000 entwickelt und im Jahr 2011 in einer umfassend überarbeiteten Version etabliert (SHA, 2011). Das seitens STAT erfasste Ausgabenspektrum umfasst unterschiedliche Gesundheitsleistungen und -güter (z. B. stationäre und ambulante Behandlung, Hauskrankenpflege, Langzeitpflege), die jeweils nach Finanzierungssystemen (staatlich/privat) und den Erbringern von Gesundheitsleistungen dargestellt werden können (Statistik Austria, 2016). Die Darstellung folgt dem Leitprinzip, sämtliche Gesundheits-

18 Die diesbezüglichen Bruttoausgaben bilden auch die Grundlage für den im Rahmen des Paktum Finanzausgleich 2017 vereinbarten Kostendämpfungspfad (Kapitel 6).

19 Die WHO ist im Rahmen der Vereinten Nationen für die öffentliche Gesundheit zuständig.

Pflegekosten

leistungen aus der **Sicht des Leistungsempfängers** zu erfassen, unabhängig davon, wie die Finanzierung und die Bereitstellung erfolgen. Die Gesundheitsausgaben nach SHA setzen sich aus den **laufenden Gesundheitsausgaben** („Nachfrage nach Gesundheitsgütern und -dienstleistungen“ der privaten Haushalte) und den **Investitionen** („Nachfrage nach Investitionsgütern“ durch Bereitsteller von Gesundheitsdiensten) im Gesundheitsbereich zusammen.

Langzeitpflege wird im SHA nur dann erfasst, sofern es sich um **unmittelbar körperbezogene Dienstleistungen bzw. medizinische Hilfsdienste** – und damit um einen Teil des „SHA-Kernsystems“ – handelt. Folglich werden soziale Betreuungsdienste²⁰ wie Haushaltstätigkeiten durch Betreuungskräfte nicht eingerechnet. Das **Bundespflegegeld** und Fördermittel der **24-Stunden Betreuung** gehen größtenteils in die Ausgabenkategorie der Hauskrankenpflege (HC.3.4) ein.²¹ Diese Mittel werden damit auch zur Bewertung jenes Teils der Pflegeleistungen, die im Haushalt des Pflegebedürftigen selbst erbracht (informelle Pflege) und durch den Staat finanziert werden, herangezogen. Durch den Blickwinkel des individuellen Leistungsempfängers werden kollektiv erbrachte (Gesundheits- und) Sozialleistungen nicht im Rahmen der Langzeitpflege, sondern in eigenen Funktionen (z. B. HC.6 Prävention) erfasst. Vor dem Hintergrund, dass Haushaltstätigkeiten durch Betreuungskräfte als (soziale Dienstleistungen) außer Ansatz bleiben, stellen die im SHA erfassten **Ausgaben einen Teilbereich der Langzeitpflege** dar.

Die laufenden **öffentlichen Gesundheitsausgaben für Langzeitpflege** (HC.3), die sich aus dem SHA ableiten lassen, beliefen sich im Jahr 2015 auf **4,1 Mrd EUR**. Dieser Betrag setzte sich aus **1,8 Mrd EUR** der Kategorien stationäre (HC.3.1) und tagesklinische (HC.3.2) Langzeitpflege zusammen. Der Großteil dieser Ausgaben wurde für stationäre Langzeitpflegeleistungen aufgewendet, während die tagesklinische Langzeitpflege rund 2% dieser Mittel beanspruchte. Pflegedienstleistungen, die beim Leistungsempfänger zuhause erbracht werden (HC.3.4 „Long-term nursing care: home care“) und neben staatlichen Sachleistungen (z.B. für Hauskrankenpflege) auch große Teile der staatlichen Geldleistungen (Bundespflegegeld, Fördermittel der 24-Stunden-Betreuung) widerspiegeln, wurden für das Jahr 2015 mit **2,3 Mrd EUR** ausgewiesen.

Die Erfassung der Gesundheitsausgaben im Rahmen des SHA folgt grundsätzlich dem **Nettoprinzip**. So werden auch im Bereich der Pflegeleistungen die Eigenbeiträge der pflegebedürftigen Personen gegengerechnet (Nettodarstellung). **Verwaltungskosten** werden grundsätzlich im SHA in einer eigenen Kategorie (HC.7) dargestellt. Im Bereich der Pflege ist eine eindeutige Isolierung der Verwaltungskosten für Pflege nicht immer möglich, diese sind zum Teil auch in den Ausgaben für Langzeitpflege (HC.3) inkludiert.

Bei den Pflegedienstleistungen wird keine systematische Unterscheidung zwischen **Altersleistungen** und **Behindertenhilfe** vorgenommen.

Ageing Report

Im Rahmen des **Ageing Reports der Europäischen Kommission**, der gemeinsam mit der „Ageing Working Group“ des Wirtschaftspolitischen Ausschusses (WFA) erstellt wird, werden Daten mit dem Ziel zusammengestellt, die langfristige Tragfähigkeit der Staatsfinanzen in der EU auf Basis von international vergleichbaren Langfrist-Projektionen überprüfen zu können. Derzeit liegt der Ageing Report des Jahres 2015 vor, der auf realisierten Daten bis zum Jahr 2013 beruht und Projektionen bis zum Jahr

20 Das SHA sieht dafür eine eigene Kategorie vor („Social services on long-term care“; HC.R.1), die aber im Regelfall – wie auch für Österreich – nicht befüllt wird.

21 Bundespflegegeld abzüglich jenes Teils, der direkt an die Träger der Sozialhilfe übergeht; Fördermittel der 24-Stunden-Betreuung ohne Mittel für Unterstützung bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) sowie soziale Leistungskomponenten.

2060 enthält.²² Dabei gilt den demografischen Herausforderungen bei den **altersabhängigen Ausgabenbereichen** besonderes Augenmerk, die – neben Pensionen, Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Bildung – auch den Bereich der **Langzeitpflege** (Long-term care – LTC) einschließen.

Diese **Gesamtausgaben der Langzeitpflege** setzen sich aus **Geld- und Sachleistungen** zusammen, die aus unterschiedlichen Quellen zusammengeführt werden. Grundsätzlich basiert der Ageing Report auf Daten des SHA.²³ Im Bedarfsfall werden diese um Schätzungen ergänzt, die auf Informationen aus ESSOSS beruhen. Für Österreich stammen Daten zu den Sachleistungen aus der **Pflegedienstleistungsstatistik**. Die Sachleistungen setzen sich aus institutioneller Pflege (stationäre und tagesklinische Betreuung), Heimpflege sowie sozialen Betreuungsdiensten zusammen. Die Geldleistungen umfassen das Pflegegeld. Analog zum SHA schließen die Gesamtausgaben des Staates für Langzeitpflege – neben den Altersleistungen – auch den Kreis der **Leistungsempfänger mit Behinderung** ein.

Der **Ageing Report** weist für Österreich im Jahr 2015 (Projektion) **Staatsausgaben für Langzeitpflege** in Höhe von **4,9 Mrd EUR** aus (Hauptszenario).²⁴ Darin sind im Wesentlichen die Sachleistungen der Länder und Gemeinden in Netto-Darstellung²⁵ und das Pflegegeld des Bundes (für Alter und Behinderung) enthalten. Da die Pflegedienstleistungsstatistik keine Leistungen der Behindertenhilfe einschließt, erscheint dieses Ergebnis im Sinne der methodologischen Abgrenzung des Ageing Reports zu niedrig: Die Geld- und Sachleistungen der Länder und Gemeinden für Behindertenhilfe beliefen sich im Jahr 2015 laut ESSOSS auf 1,4 Mrd EUR, sodass in der Abgrenzung des Ageing Reports in Summe eine **Größenordnung von mehr als 6 Mrd EUR** für staatlich finanzierte Langzeitpflege **zu erwarten** wäre.

Durch die Verwendung der Sachausgaben gemäß Pflegedienstleistungsstatistik ist davon auszugehen, dass **Verwaltungskosten** grundsätzlich enthalten sind, **Investitionsausgaben** nur in Form der jährlichen Abschreibungen.

Klassifikation der Aufgabenbereiche des Staates – COFOG

Die **Klassifikation der Aufgabenbereiche des Staates (COFOG)**, die eine funktionale Gliederung anknüpfend an Daten des ESVG 2010 darstellt, wurde von der OECD erarbeitet und von den Vereinten Nationen als Standardklassifikation veröffentlicht, um eine international vergleichbare Datenbasis zur Analyse staatlicher Aktivitäten bzw. von Ausgabenstrukturen bereitzustellen. Innerhalb der zehn erfassten Ausgabenbereiche (Abteilungen) fallen Pflegeleistungen unter die **COFOG-Abteilungen 07. „Gesundheit“** und **10. „Soziale Sicherung“**. Als niedrigste Aggregatsstufe auf Ebene der 2-Steller stehen im Bereich der sozialen Sicherung die Gruppen „Alter“ (10.2) und „Soziale Hilfe“ (10.7) zur Verfügung, die **keine Isolierung der Ausgaben für Langzeitpflege** zulassen. In diesen Gruppen dürften beispielsweise mobile Pflegedienste und das Case- und Caremanagement, aber auch das Bundespflegegeld (10.2) erfasst werden. Stationäre Behandlungsleistungen werden in der Abteilung Gesundheit unter der Gruppe „Stationäre Behandlung“ (07.3) erfasst, die auch Sachleistungen der Länder und Gemeinden im Bereich der stationären Pflege widerspiegeln sollten. Innerhalb dieser COFOG-Gruppe fließen aber v. a. Ausgaben für Gesundheits(dienst)leistungen ein.

Einzelne Ausgabenkomponenten der Langzeitpflege, insbesondere das Bundespflegegeld, Fördermittel der 24-Stunden Betreuung sowie stationäre, ambulante und mobile Pflege- und Betreuungsdienste der Länder und Gemeinden, können aus der COFOG-Gliederung **nicht extrahiert** werden. Vor diesem

22 Der Ageing-Report wird in regelmäßigen Abständen von drei Jahren erstellt.

23 Aufgrund des Zeitpunkts der Erstellung noch entsprechend der Klassifikations-Version 1.0 aus dem Jahr 2000.

24 Dieser Wert wurde anhand der aktuell verfügbaren BIP-Rechnung ermittelt und stellt folglich einen Näherungswert dar. Die Angaben im Ageing Report erfolgen in Prozent des BIP, ohne dass das zugrunde gelegte nominelle BIP für den Projektionszeitraum angegeben wird.

25 Dadurch werden Doppelzählungen insofern vermieden, als ein wesentlicher Teil des Pflegegelds als Eigenbeitrag der Leistungsempfänger in den Bruttoausgaben der Länder und Gemeinden enthalten ist.

Pflegekosten

Hintergrund ist diese statistische **Datenbasis für eine Ausgabenanalyse im Bereich der Langzeitpflege ungeeignet**.

Die COFOG-Kategorien enthalten grundsätzlich sämtliche Ausgaben, die mit dem jeweiligen Aufgabenbereich im Zusammenhang stehen. Dazu zählen – neben den eigentlichen (monetären) Transferleistungen und sozialen Sachleistungen an die privaten Haushalte, die auch die Gemeinkosten für die Verwaltung und den Betrieb von Heimen umfassen – der **Verwaltungsaufwand** für die Erstellung kollektiver Güter und Dienstleistungen (z. B. Leistungen des Amtes der Landesregierung ohne individuelle Zuordnungsmöglichkeit wie die Festlegung und Umsetzung von Qualitätsstandards), der sich z. B. im Rahmen von Arbeitnehmerentgelten und Vorleistungen niederschlägt, aber auch Subventionen oder Investitionsausgaben. Demzufolge werden der **gesamte öffentliche Konsum und Investitionsausgaben** erfasst, während z. B. im Rahmen vom SHA nur der individuelle Konsum der Sozialleistungsempfänger eingerechnet wird.²⁶ Einschränkend ist festzuhalten, dass auch Teile des Verwaltungsaufwands in der COFOG-Abteilung 01. „Allgemeine öffentliche Verwaltung“ erfasst wird.

Pflegeleistungen und Förderungen für **Menschen mit Behinderung** werden in der Gruppe „Krankheit und Erwerbsunfähigkeit“ (10.1) verbucht.

Zwischenresümee

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass **die verfügbaren Statistiken im Bereich der Pflege** sich v. a. in der Abgrenzung des dargestellten Aufgabenbereichs (z. B. Soziales/Gesundheit, Alter/Behinderung), der Festlegung der einbezogenen Merkmale (laufende Ausgaben, Verwaltungsaufwand, Investitionen) und dem spezifischen Blickwinkel (individueller Leistungsempfänger, Ausgabenbelastung staatlicher Einheiten) deutlich voneinander unterscheiden.

Um ein **Gesamtbild** über alle **Staatsausgaben für den Bereich der Langzeitpflege** zu erhalten, erscheint die Zusammenführung einzelner **Komponenten aus der jeweils geeignetsten Quelle** – im Hinblick auf Validität, Nachvollziehbarkeit und Aktualität – nach möglichst einheitlichen, festzulegenden Kriterien notwendig. Es wäre zwar naheliegend, an COFOG – mit dem klaren Fokus der funktionalen Zuordnung von Staatsausgaben auf der Grundlage des ESVG 2010 – anzuknüpfen, allerdings ist der Bereich der Langzeitpflege in dieser Klassifikation nicht isoliert darstellbar. Vor diesem Hintergrund liegt es nahe, als Ausgangspunkt die **Pflegedienstleistungsstatistik** (trotz weiterhin bestehender Erfassungslücken und Vergleichshemmnissen) zu wählen, die die **Sachleistungen der Länder und Gemeinden** für die Langzeitpflege erfasst und sich über zahlreiche Einrichtungen, Ausgabenbereiche und Finanzströme erstreckt. Da die Pflegedienstleistungsstatistik keine Betreuungsdienste für Personen mit Behinderung umfasst, bleibt analog dazu das Bundespflegegeld für die ESSOSS-Funktion Invalidität/Gebrechen (2015: 0,5 Mrd EUR) außer Ansatz, um ein weitgehend konsistentes Gesamtausgabenvolumen zu generieren.

Abschließend ist zu bemerken, dass sämtliche **statistischen Systeme laufend weiterentwickelt** werden (z. B. aktualisierte Version des ESSOSS-Handbuchs aus dem Jahr 2016) und die Vergleichbarkeit, die Aussagekraft sowie der Informationsgehalt der erfassten Daten sukzessive erhöht wird. Zudem ist es naheliegend, dass mit zunehmender Bedeutung einzelner Bereiche – wie z. B. Langzeitpflege – auch eine entsprechende (Neu-)Ausrichtung bei der Erhebung erfolgen wird, die in Zukunft eine verbesserte Datenbasis im Bereich der Langzeitpflege ermöglicht.

²⁶ Zudem werden im ESVG 2010/COFOG Dienstleistungen erfasst, die im Inland von Ausländern konsumiert werden, während im Vergleich dazu im SHA nur der Konsum von Sach- und Dienstleistungen durch Inländer betrachtet wird (Inlands- versus Inländerprinzip).

3.2 Bedeutung und Entwicklung der Staatsausgaben für Langzeitpflege

Tabelle 3: Staatliche Ausgaben für Langzeitpflege¹⁾ in Österreich

	2011	2012	2013	2014	2015
	in Mio EUR				
Bundespflegegeld²⁾	1.939	2.105	1.980	1.992	2.021
24-Stunden-Betreuung³⁾	74	89	105	123	139
Burgenland	.	.	.	7	8
Kärnten	.	.	.	8	9
Niederösterreich	.	.	.	34	38
Oberösterreich	.	.	.	22	24
Salzburg	.	.	.	5	6
Steiermark	.	.	.	23	26
Tirol	.	.	.	6	7
Vorarlberg	.	.	.	6	8
Wien	.	.	.	12	14
Überbrückungshilfen (Pflegekarenz, Ersatzleistungen)⁴⁾	8	9	10	12	16
Betreuungs- und Pflegedienste der Länder und Gemeinden	2.876	3.042	3.144	3.313	3.421
Burgenland	58	62	71	75	82
Kärnten	164	184	193	212	220
Niederösterreich	393	414	437	460	467
Oberösterreich	396	429	432	442	456
Salzburg	110	116	120	134	138
Steiermark	424	432	452	484	505
Tirol	159	173	182	194	206
Vorarlberg	100	107	112	122	128
Wien	1.071	1.125	1.143	1.191	1.219
Staatliche Gesamtausgaben (brutto)	4.896	5.244	5.239	5.440	5.596
<i>in % des BIP</i>	<i>1,6</i>	<i>1,7</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>	<i>1,6</i>
Staatliche Gesamtausgaben (netto)⁵⁾	3.710	4.011	3.975	4.152	4.294
<i>in % des BIP</i>	<i>1,2</i>	<i>1,3</i>	<i>1,2</i>	<i>1,3</i>	<i>1,3</i>

	2011	2012	2013	2014	2015	Ø 2011/15
	Veränderung in %					
Bundespflegegeld	.	8,5	-5,9	0,6	1,4	1,0
24-Stunden-Betreuung	.	21,4	18,2	16,6	12,8	17,2
Betreuungs- und Pflegedienste der Länder und Gemeinden	.	5,8	3,3	5,4	3,3	4,4
Überbrückungshilfen (Pflegekarenz, Ersatzleistungen) ⁴⁾	.	11,9	12,9	17,0	36,3	19,1
Staatliche Gesamtausgaben (brutto)	.	7,1	-0,1	3,8	2,9	3,4
Staatliche Gesamtausgaben (netto)	.	8,1	-0,9	4,5	3,4	3,7

1) Bruttoausgaben ohne Leistungen der Behindertenhilfe und Grundversorgung sowie ohne Selbstzahler.

2) Für über 60/65-Jährige (entspricht der Abgrenzung zur ESSOSS-Funktion Invaliddität/Gebrechen anhand des Regelpensionsalters); inkl. Landespflegegeld bis zum Jahr 2011. Inkl. anteiliger Verwaltungskosten.

3) 60% der Ausgaben werden vom Bund und 40% von den Ländern bedeckt. Landesanteil nicht in der Pflegedienstleistungsstatistik erfasst.

4) Für die Dauer informell erbrachter Pflegeleistungen als Ersatzleistung für pflegende Angehörige bei Entfall von Arbeitsentgelt oder bei vorübergehender Verhinderung (z. B. bei Krankheit oder Urlaub).

5) Bruttoausgaben abzüglich Beiträge/Ersätze privater Haushalte.

Quelle: Statistik Austria (Pflegedienstleistungsstatistik, ESSOSS), BMASK, Hauptverband der SV-Träger und eigene Berechnungen.

Die **Sozialquote Österreichs** – Anteil der Sozialausgaben gemäß Europäischem System der Integrierten Sozialschutzstatistik am Bruttoinlandsprodukt – betrug im Jahr 2015 **29,4% des BIP** (2014: 29,2% des BIP). Die **gesamtstaatlichen Ausgaben für Langzeitpflege** fallen unter die **Funktion „Alter“** im Rahmen der ESSOSS-Systematik und damit – aus finanzieller Sicht – in den größten Teilbereich der staatlichen Sozialschutzsysteme (siehe Anhang, Tabelle A1): Die **Staatsausgaben für soziale Altersleistungen** erreichten im Jahr **2015 in Summe 44,2 Mrd EUR** und damit beinahe die Hälfte der gesamtstaatlichen **Sozialausgaben Österreichs** (2015: 99,9 Mrd EUR).

Pflegekosten

Die Ausgaben für Langzeitpflege repräsentieren rund 10% der Ausgaben im Rahmen der Funktion „Alter“, die vor allem die Alterspensionen, aber auch Invaliditätspensionen der über 60-/65-Jährigen²⁷ umfasst: Im Jahr 2015 lagen die **gesamtstaatlichen Ausgaben für Langzeitpflege in Summe** bei **5,6 Mrd EUR oder 1,6% des BIP** (2014: 5,4 Mrd EUR oder 1,6% des BIP). Dieser Teilbereich der Sozialausgaben setzt sich aus den Ausgaben der Länder und Gemeinden für ambulante und stationäre Alters- und Pflegedienste, dem Bundespflegegeld, Pflegekarengeld und Ersatzleistungen (Überbrückungshilfen) sowie den Fördermitteln der 24-Stunden-Betreuung zusammen (Tabelle 3).²⁸ Die Gesamtkosten der Pflege sollten keine Kosten des Gesundheitswesens enthalten, allerdings besteht ein „Graubereich“, der eine exakte Trennung und Zuordnung erschwert.

Die **Ausgaben der Länder und Gemeinden für Betreuungs- und Pflegedienste** in Höhe von (brutto) **3,4 Mrd EUR im Jahr 2015** (2014: 3,3 Mrd EUR) spiegeln die Summe der Sozialhilfe- und Mindestsicherungsausgaben für mobile, teilstationäre und stationäre Dienste sowie Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen, alternative Wohnformen und Case- und Caremanagement wider. Die Ausgaben werden brutto, d. h. ohne Abzug von vereinnahmten Beiträgen, Ersätzen oder sonstigen Einnahmen und inklusive Umsatzsteuer, dargestellt. Diesen Sachausgaben der Länder und Gemeinden in Höhe von 3,4 Mrd EUR standen im Jahr 2015 knapp **338.000 Betreuungsverhältnisse** gegenüber (Tabelle 4).²⁹

Tabelle 4: Betreute Personen¹⁾ in der Altenpflege 2011 bis 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Mobile Dienste	123.430	132.950	136.410	140.774	145.723
Stationäre Dienste	72.297	71.821	73.191	73.840	75.632
Teilstationäre Dienste	5.053	5.983	6.617	7.335	7.426
Kurzzeitpflege ²⁾	5.513	4.916	6.345	8.388	8.303
Alternative Wohnformen	11.021	11.140	11.380	11.891	12.019
Case- und Caremanagement	68.160	69.398	81.342	86.702	88.614
Betreuungsverhältnisse	285.474	296.208	315.285	328.930	337.717

1) Da betreute Personen auch mehrere Dienste in Anspruch nehmen, stellt die Gesamtsumme Betreuungsverhältnisse dar.

2) Ohne Burgenland und Steiermark; Steiermark ist bereits in den stationären Betreuungsdiensten enthalten.

Quelle: STAT (Pflegedienstleistungsstatistik).

Das **Pflegegeld** in Höhe von **2,0 Mrd EUR** (inkl. Verwaltungsaufwand) im Jahr 2015 (2014: 2,0 Mrd EUR) ist eine monetäre **Transferleistung des Bundes**³⁰ an pflegebedürftige Personen, die pflegebedingte Mehraufwendungen pauschal abgelten soll. Für die Höhe des Pflegegelds, das je nach Zuordnung in die 7 Pflegestufen monatlich zwischen 157,30 EUR und 1.688,90 EUR variiert, ist ausschließlich der konkrete Betreuungs- und Hilfsbedarf ausschlaggebend, der mindestens 6 Monate andauern und durchschnittlich mehr als 65 Stunden pro Monat betragen muss. Im Jahr 2015 erhielten laut Pflegevorsorgebericht (BMASK, 2016) rund **453.00 Personen Pflegegeld**, davon erreichten etwa 80% bereits das

27 In der ESSOSS-Systematik werden all jene Pensionsleistungen der Funktion „Alter“ zugerechnet, sobald der Leistungsempfänger das Regelpensionsalter (Frauen: 60 Jahre; Männer: 65 Jahre) erreicht hat.

28 Im Rahmen des aktuellen Sozialberichts 2015/16 (BMASK, 2017) beliefen sich die Pflegekosten auf 4,0 Mrd EUR im Jahr 2015 und setzten sich je zur Hälfte aus den Ausgaben der Länder und Gemeinden für ambulante und stationäre Alters- und Pflegedienste sowie dem Bundespflegegeld zusammen (jeweils nach ESSOSS). Im Kontext der Länder und Gemeinden wurde auf die Nettoausgaben – Bruttoausgaben abzüglich vom Bundesland vereinnahmte Beiträge und Ersätze – abgestellt.

29 Da es sich um unbereinigte Daten handelt, sind etwaige Abweichungen zu den Erhebungsvorgaben und Mehrfachzählungen enthalten (BMASK, 2016). Während Tabelle 4 Jahressummen ausweist, lag die Zahl der betreuten Personen zum Jahresende 2015 bei 188.000.

30 Per 1.1.2012 wurde die Gesetzgebungs- und Vollziehungskompetenz der Länder hinsichtlich des Landespflegegelds (Ende 2011: 71.053 Pflegegeldbezieher auf Basis der Pflegegeldgesetze der Bundesländer; Ausgaben für das Landespflegegeld rund 379 Mio EUR) auf den Bund übertragen.

Regelpensionsalter von 60 Jahren (Frauen) bzw. 65 Jahren (Männer). Die erratische Entwicklung zu Beginn des Betrachtungszeitraums hängt mit Vorlaufzahlungen in Höhe von 150 Mio EUR zusammen, die im Jahr 2012 einmalig geleistet wurden.³¹

Die **Fördermittel der 24-Stunden-Betreuung** betragen **2015 0,1 Mrd EUR** (2014: 0,1 Mrd EUR) und werden monatlich zur Bedeckung eines unselbstständigen oder selbstständigen Betreuungsverhältnisses in privaten Haushalten ausbezahlt. Die Förderung kann bei Vorliegen eines unselbstständigen Betreuungsverhältnisses bis zu 1.100 EUR und bei Vorliegen eines selbstständigen Betreuungsverhältnisses bis zu 550 EUR betragen und ist an bestimmte Kriterien (Einkommenshöhe, Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3, Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung) geknüpft. Im Jahr 2015 bezogen knapp **22.000 Personen eine Förderleistung** für die 24-Stunden-Betreuung (BMASK, 2016).³²

Während das **Pflegekarengeld** für die Dauer informell erbrachter Pflegeleistungen als Ersatzleistung bei Entfall von Arbeitsentgelt für pflegende Angehörige ausgebezahlt wird, können nahen Angehörigen auch **finanzielle Zuwendungen bei vorübergehender Verhinderung** (z. B. durch Krankheit oder Urlaub) gewährt werden. Dieser Zuschuss dient als Beitrag zur Abdeckung der Kosten einer **Ersatzpflege**. Im Jahr 2015 erreichte das Auszahlungsvolumen dieser **Überbrückungshilfen 16 Mio EUR**.

Die **Dotierung des Pflegefonds** wird nicht zu den Gesamtausgaben der Langzeitpflege hinzugerechnet, da es sich im vorliegenden Kontext um eine Einnahme bzw. Finanzierungsquelle zur partiellen Abdeckung der Pflegekosten handelt.

Die **Ausgaben für Langzeitpflege stiegen um durchschnittlich 3,4% (brutto) bzw. 3,7% (netto)** in den Jahren 2011 bis 2015. Dies entsprach etwa dem Durchschnitt der Ausgabendynamik aller Sozialschutzsysteme, der im gleichen Zeitraum bei 3,5% lag. Allerdings wiesen die Durchschnittswerte der einzelnen Ausgabenkomponenten der Langzeitpflege beträchtliche Unterschiede auf: Während das Pflegegeld im Durchschnitt der letzten 5 Jahre um 1,0% anstieg, nahmen die Ausgaben der Länder und Gemeinden für Betreuungs- und Pflegedienste im 5-Jahres-Durchschnitt um 4,4% zu.³³

Die **Bruttodarstellung** bringt im Kontext einer **gesamstaatlichen Betrachtung** der Ausgaben für Langzeitpflege durch die Besonderheiten der spezifischen Finanzströme zwei **Aspekte** mit sich:

- Die Bruttoausgaben für **Sachleistungen der Länder und Gemeinden** leiten sich im Wesentlichen aus den länderspezifischen Tagessätzen für die Pflege (i. A. inklusive Umsatzsteuer) ab, denen **private Beiträge** der Pflegebedürftigen oder Dritter und **intergovernmentale Transferströme** gegenüberstehen. In der Pflegedienstleistungsstatistik werden die USt-Refundierung durch den Bund und die Kofinanzierung der Landesgesundheitsfonds³⁴ als „sonstige Einnahmen“ dargestellt. Diese werden – analog zu den privaten Beiträgen – bei der Ermittlung der **Nettoausgaben laut Pflegedienstleistungsstatistik** von den Bruttoausgaben abgezogen. Sie stellen allerdings Ausgaben anderer Staatseinheiten (v. a. Bund und Sozialversicherungsträger) dar und werden in der gegenständlichen Studie – im Gegensatz zur Pflegedienstleistungsstatistik – bei der „**Nettobetrachtung**“ außer Acht gelassen.
- Das **Bundespflegegeld** ist Teil des Einkommens betreuter Personen, woraus Leistungsempfänger – bei Inanspruchnahme staatlicher Betreuungsdienste – ihre Eigenbeiträge und Ersätze (partiell) finanzieren. Die reine Bruttodarstellung würde Ausgaben, die von den privaten Leistungsempfängern

31 Das Maastricht-Defizit blieb davon unberührt, da diese Auszahlungen bereits periodengerecht dem Jahr 2013 zugerechnet wurden.

32 Eine Unterscheidung, ob die Förderung für Pflegebedürftigkeit infolge von Alter oder Behinderung bezogen wird, ist nicht möglich.

33 Die Ausgaben für die volumensmäßig geringeren Förderkomponenten der 24-Stunden-Betreuung stiegen um 17,2%, jene der Überbrückungshilfen um 19,1%.

34 Die Dotierung der Landesgesundheitsfonds erfolgt vorrangig über einen Pauschalbetrag der Sozialversicherung, Mittel der Länder zur Spitalsfinanzierung sowie Mittel der Bundesgesundheitsagentur.

Pflegekosten

selbst getragen werden, enthalten und folglich nicht die tatsächliche finanzielle Belastung des Staates widerspiegeln. Diese Situation kann durch Gegenrechnung der „privaten Beiträge und Ersätze“ aus der Pflegedienstleistungsstatistik bereinigt werden.

Vor diesem Hintergrund – und je nach Fragestellung – ist es zweckmäßig, die „**tatsächliche**“ **Finanzierungslast des Staates** bzw. die **staatlichen Gesamtausgaben** der Langzeitpflege für den Bereich der Sachleistungen der Länder und Gemeinden **netto** darzustellen. Im **Jahr 2015** lagen die gesamtstaatlichen **Nettoausgaben** für Langzeitpflege **in Summe** bei **4,3 Mrd EUR oder 1,3% des BIP** (2014: 4,2 Mrd EUR oder 1,3% des BIP). Der Wert 2015 errechnete sich aus den Bruttoausgaben abzüglich der privaten Beiträge und Ersätze von betreuten Personen, deren Angehörigen oder Dritten (z. B. Erben) in Höhe von 1,3 Mrd EUR.

3.3 Kennzahlen zur budgetären Belastung durch Langzeitpflege im Vergleich der Bundesländer

Die derzeitige Ausgestaltung der **föderalen Pflegesysteme** dürfte – trotz Bestrebungen, Pflegebedürftigen unabhängig von Landesgrenzen harmonisierte Rahmenbedingungen und Mindeststandards für die Qualität der Pflegedienstleistungen zu gewährleisten – zu **deutlichen Unterschieden** im Versorgungsgrad der verschiedenen Dienstleistungen sowie in Qualität und Art des Angebots führen (Firgo und Famira-Mühlberger, 2014). Zudem unterscheiden sich die regionalen Systeme beispielsweise hinsichtlich der formalen Zugangskriterien (u. a. durch unterschiedliche Pflegestufen als Voraussetzung für die stationäre Aufnahme) und des Ausmaßes der Beteiligung der Leistungsempfänger durch Eigenleistungen oder Dritter an den Pflegekosten. Schließlich bestehen Unterschiede im Hinblick auf das Alter und die Pflegebedürftigkeit der betreuten Personen. Alle diese Faktoren beeinflussen die **budgetäre Belastung der Länder und Gemeinden** für die Bereitstellung von Pflege- und Betreuungsleistungen.

Die folgende **vergleichende Darstellung regionaler Systeme** soll anhand von Kennzahlen die **Bandbreite der Ergebnisse** für Österreich aufzeigen. Für eine verlässliche Interpretation und Beurteilung von Effizienzpotenzialen wäre eine weiterführende und tiefere „Benchmarking-Analyse“ mit sehr detaillierten regionalen Informationen erforderlich, die hier nicht erfolgt. Die gegenständlichen Kennzahlen spiegeln einerseits Faktoren, deren budgetäre Auswirkungen selbstbestimmt sind (z. B. Personalschlüssel als Beispiel für die unterschiedliche Ausgestaltung der Normsetzungen), andererseits demografische, nicht oder nur bedingt beeinflussbare Faktoren (z. B. Grad der Pflegebedürftigkeit, Inanspruchnahme unterschiedlicher Betreuungsformen) wider.

Mit dem „**Grad der Pflegebedürftigkeit**“ bzw. dem Ausmaß der Beeinträchtigung einer Person nimmt die Intensität sowie der zeitliche und technische Betreuungsaufwand zu. Zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit nach Bundesländern eignet sich das Bundespflegegeld, das der Höhe nach gestaffelt in 7 Pflegestufen in Abhängigkeit von der Pflegebedürftigkeit ausbezahlt wird. Aus dem durchschnittlichen Pflegegeldaufwand pro Pflegegeldbezieher eines Landes lässt sich im Vergleich zum österreichweiten Durchschnittswert ableiten, welche Länder mit einem höheren Grad der Pflegebedürftigkeit konfrontiert sind und folglich ein höherer Pro-Kopf-Aufwand zumindest teilweise gerechtfertigt sein kann. Dieser relative Grad der Pflegebedürftigkeit lag im Jahr 2015 zwischen 92% (Wien) und 107% (Steiermark) des österreichweiten Durchschnittswerts (Tabelle 5). Die Pflegegeldbezieher wiesen in Wien, Kärnten und Salzburg einen unterdurchschnittlichen Grad der Pflegebedürftigkeit auf. In Ober- und Niederösterreich entsprach der Grad der Pflegebedürftigkeit etwa dem Durchschnittswert Österreichs, in Tirol, Burgenland, Vorarlberg und Steiermark lag er darüber.

Tabelle 5: Grad der Pflegebedürftigkeit anhand des Pflegegelds 2015

Bundesland	Pflegegeld Anspruchs- berechtigte ¹⁾ (in Personen)	Pflegegeld- aufwand (in EUR)	Durchschnittl. Aufwand pro Anspruchs- berechtigtem (in EUR)	Relativer Grad der Pflege- bedürftigkeit
Burgenland	18.308	105.897.161	5.784	1,04
Kärnten	34.889	181.887.774	5.213	0,94
Niederösterreich	90.367	509.261.359	5.635	1,01
Oberösterreich	71.138	393.405.865	5.530	1,00
Salzburg	25.475	138.482.053	5.436	0,98
Steiermark	79.611	474.278.988	5.957	1,07
Tirol	31.033	177.066.808	5.706	1,03
Vorarlberg	16.999	99.972.571	5.881	1,06
Wien	85.219	436.192.644	5.118	0,92
Ausland	2.259	13.774.584	6.098	1,10
Gesamt	455.298	2.530.219.807	5.557	1,00

1) Jahresdurchschnitte.

Quelle: BMASK (Pflegevorsorgebericht 2015), eigene Berechnungen.

Tabelle 6: Betreute Personen in der Altenpflege nach Betreuungsform 2015

Bundesland	Mobile Dienste	Stationäre Dienste	Teilstationäre Dienste	Kurzzeit- pflege	Alternative Wohnformen	Case- und Care- management	Summe
Betreute Personen (Jahressummen)							
Burgenland	5.007	2.212	221	203	163	-	7.806
Kärnten	10.402	7.066	256	460	111	1.918	20.213
Niederösterreich	30.784	12.195	549	3.852	-	21.565	68.945
Oberösterreich	20.791	12.810	1.362	1.567	43	10.849	47.422
Salzburg	7.250	4.446	846	465	-	3.268	16.275
Steiermark	23.313	14.514	833	.	1.338	2.313	42.311
Tirol	10.646	6.554	658	237	-	6.570	24.665
Vorarlberg	8.340	2.345	511	439	114	1.471	13.220
Wien	29.190	13.490	2.190	1.080	10.250	40.660	96.860
Betreuungsverhältnisse¹⁾	145.723	75.632	7.426	(8.303)	12.019	88.614	337.717
Anteil an der Zahl betreuer Personen (in %)							
Burgenland	64,1	28,3	2,8	2,6	2,1	-	100,0
Kärnten	51,5	35,0	1,3	2,3	0,5	9,5	100,0
Niederösterreich	44,7	17,7	0,8	5,6	-	31,3	100,0
Oberösterreich	43,8	27,0	2,9	3,3	0,1	22,9	100,0
Salzburg	44,5	27,3	5,2	2,9	-	20,1	100,0
Steiermark	55,1	34,3	2,0	-	3,2	5,5	100,0
Tirol	43,2	26,6	2,7	1,0	-	26,6	100,0
Vorarlberg	63,1	17,7	3,9	3,3	0,9	11,1	100,0
Wien	30,1	13,9	2,3	1,1	10,6	42,0	100,0
Gesamt	43,1	22,4	2,2	2,5	3,6	26,2	100,0
Anteil an der Landesbevölkerung (in %)							
Burgenland	1,7	0,8	0,1	0,1	0,1	-	2,7
Kärnten	1,9	1,3	0,0	0,1	0,0	0,3	3,6
Niederösterreich	1,9	0,7	0,0	0,2	-	1,3	4,2
Oberösterreich	1,4	0,9	0,1	0,1	0,0	0,8	3,3
Salzburg	1,3	0,8	0,2	0,1	-	0,6	3,0
Steiermark	1,9	1,2	0,1	.	0,1	0,2	3,5
Tirol	1,5	0,9	0,1	0,0	-	0,9	3,4
Vorarlberg	2,2	0,6	0,1	0,1	0,0	0,4	3,5
Wien	1,6	0,7	0,1	0,1	0,6	2,2	5,3
Gesamt	1,7	0,9	0,1	0,1	0,1	1,0	3,9

"." Werte liegen nicht vor (Summen werden in Klammern gesetzt), "-" Betreuungsform existiert nicht.

1) Da betreute Personen auch mehrere Dienste in Anspruch nehmen, stellt die Gesamtsumme Betreuungsverhältnisse dar.

Quelle: STAT (Pflegedienstleistungsstatistik), eigene Berechnungen.

Pflegekosten

In Summe bestanden im Jahr 2015 knapp **338.000 Betreuungsverhältnisse³⁵**, die sich aus der Summe der betreuten Personen einzelner Betreuungsformen zusammensetzt (Tabelle 6). Der Großteil pflegebedürftiger Personen wurde im Rahmen mobiler Dienste (146.000 oder 43% der Betreuungsverhältnisse), gefolgt von Case- und Caremanagement (89.000 oder 26%) sowie stationärer Dienste (76.000 oder 22%) betreut. Während in Vorarlberg³⁶ und im Burgenland beinahe zwei Drittel der betreuten Personen auf mobile Dienste entfielen, nahmen in Wien nur 30% der Pflegebedürftigen mobile Dienste in Anspruch. Im stationären Bereich wiesen Kärnten (35%) und die Steiermark (34%) die höchsten Anteile auf, in Wien wurden 14% der Pflegebedürftigen stationär betreut. 42% der betreuten Personen durch die Stadt Wien fielen in den Bereich des Case- und Caremanagements – eine Betreuungsform, die im Burgenland gar nicht existiert. Wien wies auch insgesamt mit 5,3% den höchsten **Anteil formell betreuter Personen an der Bevölkerung** aus, im Burgenland lag dieser Anteil bei 2,7% (Durchschnittswert: 3,9%).

Tabelle 7: Versorgungsgrad – Stationär betreute Personen gemessen an der Zahl der Pflegegeldbezieher 2015

Bundesland	Betreute Personen		Betreute Personen in % der Pflegegeldbezieher	
	Mobile Dienste	Stationäre Dienste	Mobile Dienste	Stationäre Dienste
Burgenland	5.007	2.212	27,3	12,1
Kärnten	10.402	7.066	29,8	20,3
Niederösterreich	30.784	12.195	34,1	13,5
Oberösterreich	20.791	12.810	29,2	18,0
Salzburg	7.250	4.446	28,5	17,5
Steiermark	23.313	14.514	29,3	18,2
Tirol	10.646	6.554	34,3	21,1
Vorarlberg	8.340	2.345	49,1	13,8
Wien	29.190	13.490	34,3	15,8
Betreuungsverhältnisse¹⁾	145.723	75.632	32,0	16,6

Quelle: BMASK (Pflegevorsorgebericht 2015), STAT (Pflegedienstleistungsstatistik) und eigene Berechnungen.

Unterschiede in der Höhe des Angebots bzw. der Nachfrage nach mobilen und stationären Diensten werden neben demografischen Faktoren v. a. durch das Ausmaß informeller Pflege bestimmt, das wiederum wesentlich durch die Haushaltsstruktur und Frauenerwerbsquote determiniert wird (Abschnitt 4.1). Vor diesem Hintergrund sollten urbane Gebiete vergleichsweise hohe **Versorgungsgrade**, ländliche Regionen vergleichsweise geringe Anteile aufweisen. Die Ergebnisse auf Basis der aktuellen Pflegedienstleistungsstatistik spiegeln dies – im Gegensatz zu Firgo und Famira-Mühlberger, 2014 – nur zum Teil wider (Tabelle 7): So errechnen sich für Wien und Vorarlberg, die üblicherweise einen hohen Versorgungsgrad (gemessen anhand der Anzahl betreuter Personen in Prozent der Pflegegeldbezieher) haben, unterdurchschnittliche Werte von 15,8% bzw. 13,8% (Durchschnitt: 16,6%), während Tirol und Kärnten mit hohen Quoten herausstechen (21,1% bzw. 20,3%).

35 Da eine betreute Person mehrere Dienste in einem Jahr in Anspruch nehmen kann, liegt die Zahl der Betreuungsverhältnisse über jener der effektiven Zahl betreuter Personen. Hinsichtlich der Verlässlichkeit der zugrunde gelegten Daten siehe Abschnitt 3.1.

36 In Vorarlberg trägt die weit verbreitete Mitgliedschaft bei einem privaten Träger der Hauskrankenhilfe als wichtige Komponente des stark eigenverantwortlich ausgerichteten Pflegesystems dazu bei, dass der Fokus auf mobile statt stationäre Pflegedienstleistungen ausgerichtet ist.

Tabelle 8: Pro-Kopf-Aufwand (brutto) für Pflegedienste der Länder und Gemeinden unter Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit 2015

Bundesland	Relativer Grad der Pflegebedürftigkeit ¹⁾	Bruttoaufwand für Betreuungs- und Pflegedienste (in Mio EUR)	Anzahl der Betreuungsverhältnisse ²⁾	Durchschnittl. Bruttoaufwand pro Anspruchsberechtigtem (in EUR)	Bereinigter, durchschnittl. Bruttoaufwand pro Anspruchsberechtigtem ³⁾ (in EUR)
Burgenland	1,04	82	7.806	10.516	10.103
Kärnten	0,94	220	20.213	10.894	11.613
Niederösterreich	1,01	467	68.945	6.766	6.672
Oberösterreich	1,00	456	47.422	9.617	9.665
Salzburg	0,98	138	16.275	8.486	8.676
Steiermark	1,07	505	42.311	11.926	11.125
Tirol	1,03	206	24.665	8.352	8.134
Vorarlberg	1,06	128	13.220	9.686	9.152
Wien	0,92	1.219	96.860	12.589	13.668
Gesamt	1,00	3.421	337.717	10.130	10.130

1) Durchschnittlicher Pflegegeldaufwand pro Anspruchsberechtigtem eines Landes in Relation zum Durchschnittswert Österreichs.

2) Betreuungsverhältnisse, da betreute Personen auch mehrere Dienste in Anspruch nehmen.

3) Berücksichtigt den relativen Grad der Pflegebedürftigkeit.

Quelle: STAT (Pflegedienstleistungsstatistik), BMASK (Pflegevorsorgebericht 2015), eigene Berechnungen.

Der **Pro-Kopf-Aufwand in den Bundesländern** (Tabelle 8) für betreute Personen in der Altenpflege lag im Jahr 2015 **zwischen 6.672 EUR in Niederösterreich und 13.668 EUR in Wien** (Durchschnittswert Österreichs: 10.130 EUR). Bei diesen Werten wurde zur besseren Vergleichbarkeit bereits der unterschiedliche Grad der Pflegebedürftigkeit der Länder berücksichtigt. Die Werte sollten stark mit der relativen Bedeutung stationärer Pflegedienste korreliert sein, die im Regelfall mit den höchsten Kosten verbunden sind. Allerdings zählt auch Wien zu jenen Ländern mit den niedrigsten Anteilen betreuer Personen im stationären Bereich, das Land Niederösterreich ist hingegen ein wichtiger Betreiber stationärer Einrichtungen. Im Fall Kärntens und der Steiermark dürfte der vermutete Zusammenhang bestehen, da in diesen Ländern jeweils ein überdurchschnittlich hoher Pro-Kopf-Aufwand verzeichnet wurde. Die unterschiedlichen Resultate könnten sich aus der abweichenden **durchschnittlichen Verweildauer** einer betreuten Person in stationärer Betreuung erklären: So wäre der **Pro-Kopf-Aufwand** – selbst bei gleichen Kosten für eine bestimmte Betreuungsperiode – in jenem Land geringer, wo mehrere Personen hintereinander mit kürzeren Aufhalten stationär betreut werden.

Diese **Verzerrung** kann vermieden werden, wenn der Bruttoaufwand auf die Zahl der Bewohntage bezogen wird (Tabelle 9). In diesem Fall lag die Bandbreite des **Bruttoaufwands pro Bewohntag** (wiederum unter Berücksichtigung des relativen Grades der Pflegebedürftigkeit) zwischen 74 EUR (Tirol) und 238 EUR (Wien). Allerdings stellt Tirol insofern einen „Ausreißer“ dar, als in den erfassten Bewohntagen auch die Selbstzahler – die das Entgelt ohne staatlichen Zuschuss entrichten – enthalten sind. Mit Ausnahme Wiens und Vorarlbergs (147 EUR) blieben alle Länder unter dem durchschnittlichen Bruttoaufwand pro Bewohntag in Höhe von 127 EUR.

Pflegekosten

Tabelle 9: Bruttoaufwand pro Bewohntag im stationären Pflege- und Betreuungsbereich 2015

Bundesland	Verrechnete Bewohntage ¹⁾	Bruttoaufwand ¹⁾ (in EUR)	Bruttoaufwand pro Bewohntag (in EUR)	Bereinigter Bruttoaufwand pro Bewohntag ²⁾ (in EUR)
Burgenland	582.845	70.859.321	122	117
Kärnten	1.677.346	187.459.133	112	119
Niederösterreich	3.168.108	363.034.968	115	113
Oberösterreich	3.413.316	378.450.831	111	111
Salzburg	1.267.020	112.751.973	89	91
Steiermark	3.895.578	427.714.619	110	102
Tirol ³⁾	2.097.425	160.078.535	76	74
Vorarlberg	622.895	96.934.207	156	147
Wien	3.464.077	759.914.871	219	238
Gesamt	20.188.610	2.557.198.458	127	127

1) Jahressummen.

2) Berücksichtigt den relativen Grad der Pflegebedürftigkeit.

3) Einschließlich Selbstzahler; ohne Abschreibungen und ohne Umsatzsteuer.

Quelle: STAT (Pflegedienstleistungsstatistik), eigene Berechnungen.

Als wichtiger Indikator für die unterschiedliche Ausgestaltung regionaler Normensetzungen im Bereich der Pflegedienstleistungen, die unmittelbar entsprechend differenzierte Budgeteffekte für die Länder und Gemeinden auslösen, können stellvertretend die landesgesetzlich geregelten **Personal- und Qualifikationsschlüssel in der stationären Langzeitpflege** herangezogen werden. Der Personalschlüssel im stationären Pflegebereich beschreibt üblicherweise das Verhältnis zwischen einzusetzendem Personal (in Vollzeitäquivalenten) und zu betreuenden Heimbewohnern. Qualifikationsschlüssel regeln den Anteil einzelner Berufsgruppen (z. B. diplomierte Krankenpfleger, Fachsozialbetreuer, Heimhilfen etc.) an der gesamten Personalausstattung. Allerdings weisen nicht alle Alten- und Pflegeheimverordnungen der Länder quantifizierte Personal- und Qualifikationsschlüssel aus, sodass sich die Ausführungen auf die Länder Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg und Wien beschränken (Tabelle 10). Die Personalschlüssel werden in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit, der in diesen Ländern an die Pflegestufen des Pflegegelds geknüpft ist, festgelegt.³⁷ Die Personalschlüssel reichen in der Pflegestufe 0 von einem Betreuer für 60 Heimbewohner (Vorarlberg) bis zu einem Betreuer für 20 Heimbewohner (Wien) und im Bereich der Pflegestufe 7 von einem Betreuer für 1,7 Heimbewohner (Steiermark) bis zu einem Betreuungsverhältnis von 1:1 in Wien. Hinsichtlich der Qualifizierungsvorgaben müssen in Wien zumindest 30%, in der Steiermark zumindest 20% der Personalausstattung zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege abgedeckt werden, in Oberösterreich soll diese Berufsgruppe zwischen 20% und 25% des Personals abdecken. Der Anteil der Pflege- und Heimhilfen soll in Wien und in der Steiermark maximal 20% der Personalausstattung erreichen, in Oberösterreich zwischen 10% und 15%. Die höheren Personal- und Qualifizierungsschlüssel Wiens erklären einen Teil des vergleichsweise hohen Bruttoaufwandes pro Kopf und pro Bewohntag.

37 Die Berechnung der Personalschlüssel könnte sich aber z. B. auch an der Anzahl der Betreuungsplätze, Anzahl der Maßnahmen und Untersuchungen oder nach Zeiteinheiten orientieren (Staflinger, 2016).

Tabelle 10: Personal- und Qualifikationsschlüssel in der stationären Langzeitpflege Österreichs¹⁾

	Oberösterreich	Steiermark	Vorarlberg	Wien
Pflegestufe	Personalschlüssel			
0	1:24	-	1:60	1:20
1	1:12	1:13,4	1:30	1:20
2	1:7,5	1:8,4	1:18	1:7
3	1:4	1:4,5	1:12	1:2
4	1:2,5	1:2,6	1:4	1:1,75
5	1:2	1:2,3	1:2,5	1:1,5
6	1:1,5	1:1,7	1:2	1:1,25
7	1:1,5	1:1,7	1:1,5	1:1
	Qualifikationsschlüssel			
	20-25% DGKP	mind. 20% DGKP	-	mind. 30% DGKP
	60-70% FSB/DSB	mind. 60% FSB/PH	-	max. 20% PH/HH
	10-15% HH	max. 20% HH	-	
DGKP ... Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger				
FSB ... Fachsozialbetreuer				
DSB ... Diplomsozialbetreuer				
PH ... Pflegehilfe				
HH ... Heimhilfe				
1) Nur jene Länder erfasst, die quantifizierte Personalschlüssel ausweisen.				
Quelle: Staflinger, 2016 (Forschungsbericht der Arbeiterkammer Oberösterreich).				

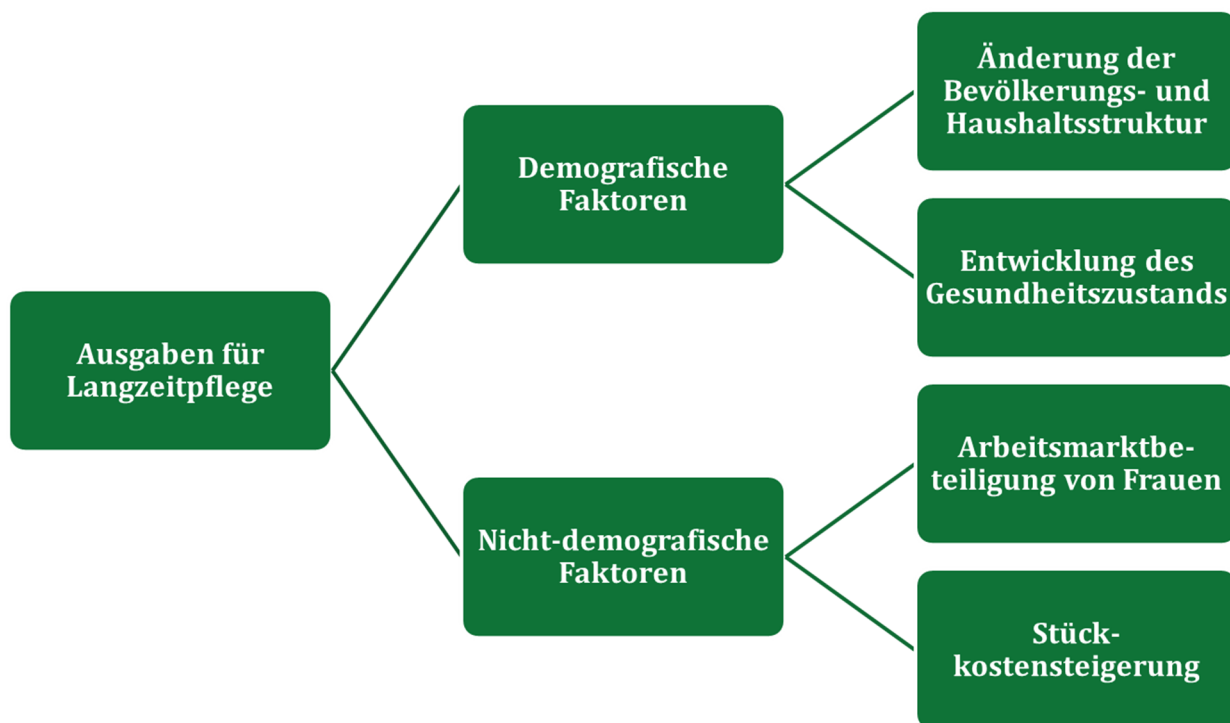
Abschließend ist festzuhalten, dass die Ergebnisse zwar beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern hinsichtlich budgetrelevanter Kennzahlen aufzeigen, Erklärungen hierfür aus dem verwendeten Datenmaterial aber nur vereinzelt (z. B. auf Basis der unterschiedlichen Personalschlüssel) abgeleitet werden können und vergleichbare regionale Detailinformationen insbesondere über qualitative Merkmale und deren Kosten fehlen. Auch weist die vermeintlich homogene Datenbasis der **Pflegedienstleistungsstatistik** weiterhin **Vergleichshemmnisse** und **Erfassungslücken** auf. So lassen die Begriffsbestimmungen unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten zu. Zudem ergeben sich aus den unterschiedlichen Förderungsstrukturen (z. B. Objektförderung vs. Subjektförderung, institutionelle Ausgestaltung) und je nach **Trennbarkeit verwandter Budgetbereiche wie dem Gesundheitswesen** auch unterschiedliche Voraussetzungen und Möglichkeiten, die tatsächlichen Pflegekosten zu erfassen. Um als Beispiel in Vorarlberg Mehrfachzählungen mangels Einzeldaten über die Leistungsempfänger (bedingt durch die ausgeprägte Objektförderungskomponente) zu vermeiden, werden nur die betreuten Personen eines bedeutenden Heimhilfeträgers in die Statistik aufgenommen. Dadurch wird die tatsächliche Zahl der betreuten Personen nach unten, Pro-Kopf-Darstellungen entsprechend nach oben verzerrt.

4. BESTIMMUNGSFAKTOREN DER PFLEGEKOSTEN-ENTWICKLUNG

4.1 Demografische und nicht-demografische Determinanten der Pflegekosten

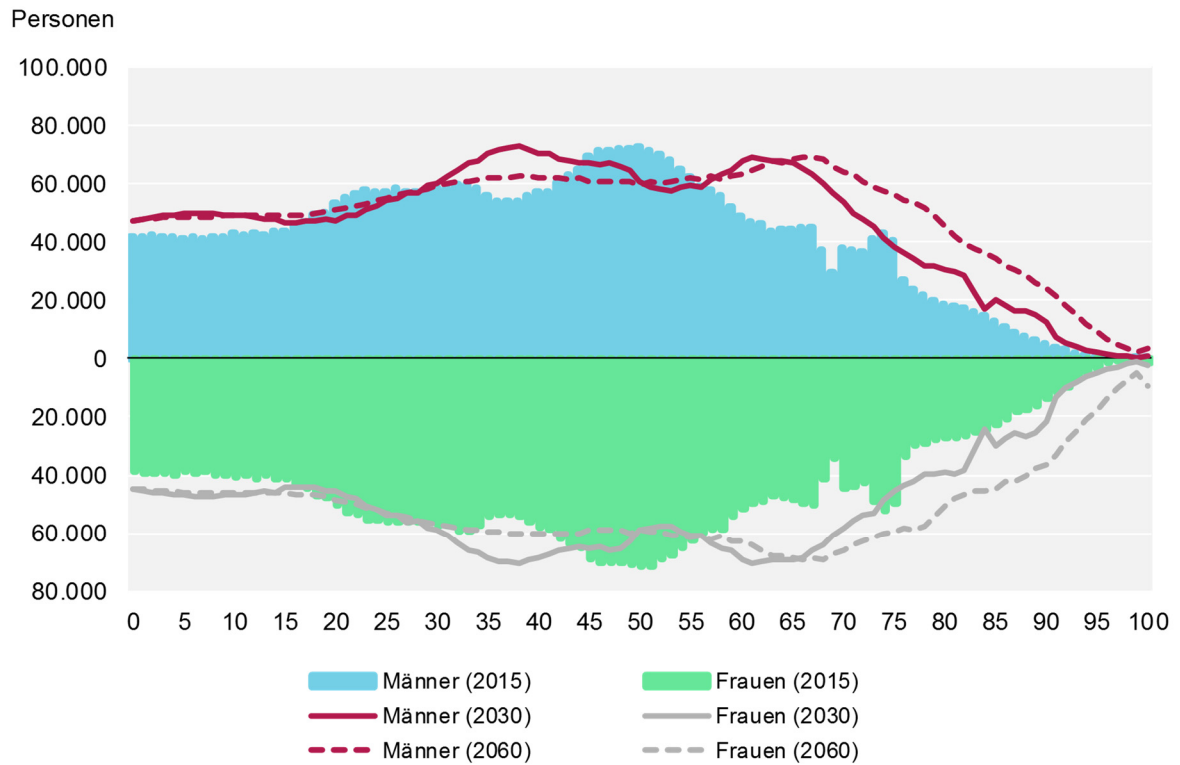
Die Entwicklung der gesamtstaatlichen Pflegekosten ist durch demografische und nicht-demografische Einflussfaktoren bestimmt (Grafik 4). **Demografische Faktoren** beziehen sich auf die Änderung der **Bevölkerungsstruktur** in Richtung einer alternden Gesellschaft, die durch Fertilität, Migrationsströme und Sterblichkeitsraten bestimmt wird. Zu den demografischen Faktoren zählen ferner die Änderung der **Haushaltsstruktur** (z. B. Verschiebungen von Mehr- zu Einpersonenhaushalten als Approximation für die Entwicklung informeller Pflege) sowie die Entwicklung des **Gesundheitszustands** (Pflegejahre in Relation zur steigenden Lebenserwartung). **Nicht-demografische Faktoren** spiegeln im Wesentlichen die **Arbeitsmarktbeitteilung von Frauen** (als Determinante für die informelle Pflege) sowie die **Stückkostenentwicklung** („Preiseffekte“) im Pflegesektor wider. Letztere ist vorrangig durch die Lohnentwicklung des Pflegepersonals, aber auch durch Qualitätsstandards wie den Betreuungsschlüssel (Anzahl der zu Pflegenden pro Pflegepersonal) bestimmt. So dürften die relative Verknappung des Pflegepersonals („relativer“ Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter bei gleichzeitigem Anstieg der über 65-Jährigen) und diskretionäre Maßnahmen – wie z. B. die Einführung einer Erschwerniszulage oder die Erhöhung der Qualifizierungsstandards für Pflegeberufe – zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Pflegekosten führen. Diskretionäre Maßnahmen können aber auch direkt bei den Sozialleistungen ansetzen, indem beispielsweise eine Valorisierung des Pflegegelds beschlossen oder die Zugangskriterien für das Pflegegeld neu definiert werden.

Grafik 4: Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege



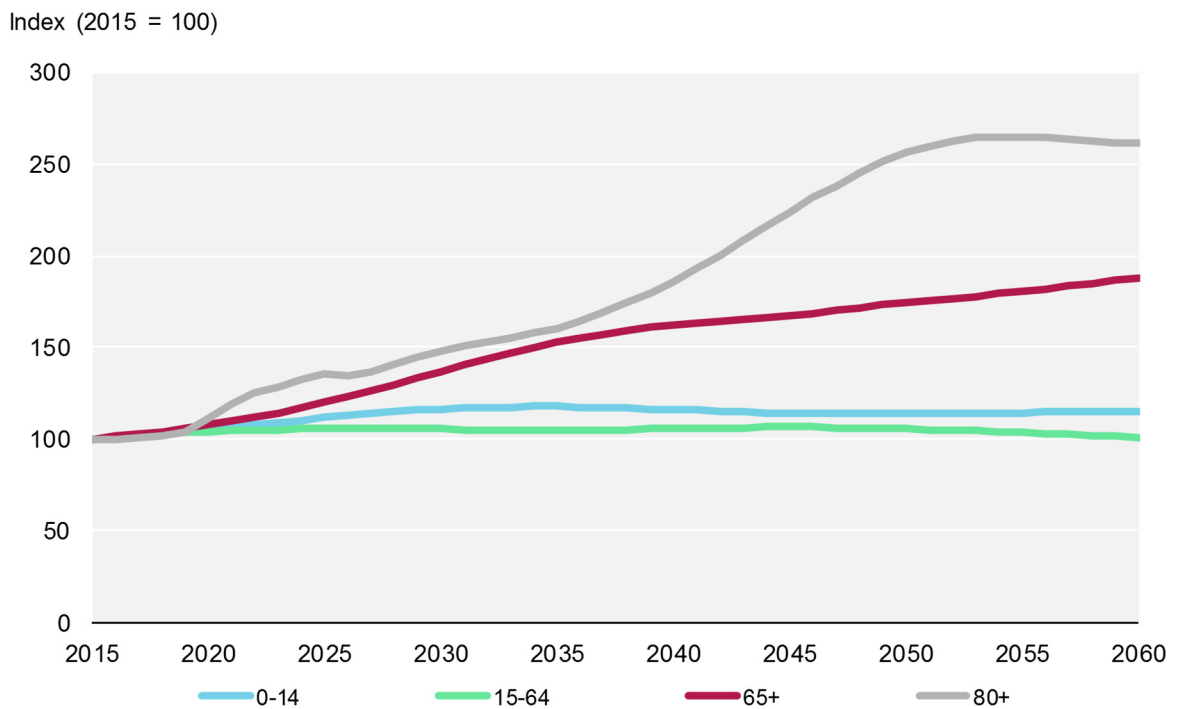
Quelle: Firgo und Famira-Mühlberger (2014), eigene Darstellung.

Grafik 5: Österreichische Alterspyramide 2015, 2030 und 2060



Quelle: Eurostat (EUROPOP2015), eigene Darstellung.

Grafik 6: Entwicklung der Anzahl der Personen pro Altersgruppe



Quelle: Eurostat (EUROPOP2015), eigene Darstellung.

Bestimmungsfaktoren der Pflegekosten

Die **Entwicklung des Pflegebedarfs** ist in erster Linie durch die **demografische Entwicklung** determiniert, die durch einen markanten Anstieg des Anteils älteren Personen an der Gesamtbevölkerung in Österreich charakterisiert ist (Näheres Abschnitt 5.2). Die Bevölkerungspyramide im Jahr 2015 veranschaulicht diesen Sachverhalt im Vergleich zu jener des Jahres 2030 und 2060 (Grafik 5): In den Jahren 2025 bis 2030 erreicht die „Baby-Boomer“-Generation die Altersgrenze von 60 Jahren. Der Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung steigt von 24,0% im Jahr 2015 auf 29,5% (2030) bzw. 35,5% (2060) an (Eurostat: EUROPOP2015). Mehr als die Hälfte der Männer und zwei Drittel der Frauen aus der Generation der „Baby-Boomer“ werden ihren 85. Geburtstag erleben (Famira-Mühlberger et al., 2017), sodass ab dem Jahr 2035 der Anteil der über 80-Jährigen deutlich ansteigen wird (Grafik 6). Im Jahr 2015 repräsentierte die Gruppe der über 80-Jährigen 5,0% der Gesamtbevölkerung. Bis zum Jahr 2030 wird sich dieser Anteil auf 6,6%, bis zum Jahr 2060 auf 11,0% erhöhen. Die Anzahl der über 80-Jährigen steigt auf das 1,5-Fache bis zum Jahr 2030 bzw. auf das über 2,5-Fache bis zum Jahr 2060.

Im Gegensatz dazu stagniert das Potenzial der Erwerbstätigen (Anzahl der 15- bis 64-Jährigen), das auch das (inländische) **Pflegepotenzial** repräsentiert: Der Index bezüglich dieser Altersgruppe (2015=100) erhöht sich bis zum Jahr 2030 nur geringfügig auf 105 und fällt bis zum Jahr 2060 auf 101 ab (Grafik 6). So belief sich der Anteil der 15- bis 64-Jährigen im Jahr 2015 auf 67,2% der Gesamtbevölkerung. Auf Basis der Bevölkerungsprognose von Eurostat geht der Anteil dieser Altersgruppe kontinuierlich auf 62,8% bis zum Jahr 2030 und auf 57,1% im Jahr 2060 zurück.

Diese gegenläufige Entwicklung zwischen demografisch bedingtem Anstieg des Pflegebedarfs und (relativem) Rückgang der Pflegekapazitäten kommt anhand der **Abhängigenquote**, die das Verhältnis der über 65-Jährigen zu den 15- bis 64-Jährigen angibt, besonders klar zum Ausdruck. Während im Jahr 2015 auf 100 Personen des Alterssegments der 15- bis 64-Jährigen 27 Personen der über 65-Jährigen kamen, werden im Jahr 2030 bereits 36 und im Jahr 2060 51 über 65-Jährige auf 100 15- bis 64-Jährige entfallen.

Die Entwicklung des **Gesundheitszustands** geht im Rahmen von Projektionen üblicherweise über die Festlegung bestimmter Relationen zwischen der Anzahl gesunder Jahre und der steigenden Lebenserwartung ein. Das bedeutet, dass der Einfluss des Gesundheitszustands auf die Pflegekosten losgelöst von der Extrapolierung eines bestimmten „Gesundheitsmaßes“ bestimmt wird.

Die **gegenwärtig** beobachtbare **Verschiebung von der informellen Pflege zu mobilen und stationären Pflegeleistungen** erhöht die Nachfrage nach institutionalisierten Dienstleistungen der Langzeitpflege, die Teil der staatlichen Sozialschutzsysteme sind. Folglich geht diese Verlagerung mit einem **höheren Finanzierungsaufwand für die Staatshaushalte** etwa durch den bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebots der Länder einher. Die **Hauptursache** für den relativen Rückgang der informellen Pflege, die bislang vorrangig von Frauen geleistet wurde, kann aus folgenden, sich abzeichnenden Trends abgeleitet werden (Tabelle 11):

- **Steigende Erwerbsbeteiligung** von Frauen infolge von verbesserter Ausbildung, höherer Löhne, abnehmender Diskriminierung, Ausweitung des Dienstleistungssektors und der Teilzeitbeschäftigung sowie geänderte Präferenzen und Familienstrukturen. Gemäß Erwerbsprognose 2016 von Statistik Austria nimmt die Frauenerwerbsquote von 65,3% (2015) auf 67,4% (2030) zu.
- **Relativer Rückgang des Frauenanteils im Alter von 40 bis 59 Jahren** (informelles Betreuungsangebot) im Vergleich zum Anteil der potenziell pflegebedürftigen Menschen im Alter von 70+ (Pflegenachfrage): Während laut Bevölkerungsprognose 2016 von Statistik Austria der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von 13,4% (2015) auf 16,2% (2030) ansteigen wird, geht der Anteil der Frauen an der weiblichen Gesamtbevölkerung im Alter von 40 bis 59 Jahren von 29,6% (2015) auf 25,8% (2030) zurück. Daraus folgt ein markanter Rückgang des Anteils der Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren in Relation zur Bevölkerung 70+ von 112,1% (2015) auf 81,1% (2030).

- **Abnahme der durchschnittlichen Haushaltsgröße** bzw. überdurchschnittlicher **Anstieg der Einpersonenhaushalte** bedingt durch die Alterung, steigende Scheidungsraten und Individualisierung der Lebensentwürfe. Dies wird durch den Rückgang des intergenerativen Zusammenlebens und den damit verbundenen größeren Distanzen zwischen den Wohnorten von Kindern und Eltern verstärkt (Gannon und Davin, 2010). Auf Basis der Haushaltsprognose 2016 von Statistik Austria erhöht sich der Anteil jener Personen an der Gesamtbevölkerung, die in Einpersonenhaushalten leben, von 16,4% (2015) auf 17,6% bis zum Jahr 2030. Die durchschnittliche Haushaltsgröße nimmt von 2,24 Personen pro Haushalt (2015) auf 2,18 Personen pro Haushalt (2030) ab. Ebenso ist die Anzahl der Familien mit Kindern im Haushalt rückläufig (1995: 1.456 Familien; 2016: 1.403 Familien), während die Zahl der Familien ohne Kinder im Haushalt steigt (1995: 767 Familien; 2016: 1.018 Familien).

Tabelle 11: Entwicklung der Bestimmungsfaktoren informeller Pflege 2015 bis 2030

Jahr	Bevölkerung			Haushaltsgröße			Frauenerwerbsquote ²⁾
	Insgesamt	Männer und Frauen über 70	Frauen von 40 bis 59	Einpersonenhaushalte	Mehrpersonenhaushalte	Anstalts-haushalte ¹⁾	
absolut							
2015	8.629.519	1.159.615	1.300.353	1.413.285	7.083.963	132.271	65,3
2020	9.010.815	1.255.857	1.293.974	1.515.345	7.353.721	141.749	65,8
2025	9.258.903	1.359.010	1.265.439	1.594.569	7.513.261	151.073	66,3
2030	9.432.086	1.526.255	1.237.037	1.656.898	7.613.016	162.172	67,4
in % der Gesamtbevölkerung							
2015	.	13,4	15,1	16,4	82,1	1,5	.
2020	.	13,9	14,4	16,8	81,6	1,6	.
2025	.	14,7	13,7	17,2	81,1	1,6	.
2030	.	16,2	13,1	17,6	80,7	1,7	.

1) Einrichtungen, die der – in der Regel längerfristigen – Unterbringung und Versorgung einer Gruppe von Personen dienen.

2) Weibliche Erwerbspersonen im Alter von 15 bis 64 bezogen auf die weibliche Bevölkerung derselben Altersgruppe.

Quelle: Statistik Austria (Bevölkerungs-, Haushalts- und Erwerbsprognose 2016), eigene Berechnungen.

Nicht feststellbar ist eine Substituierbarkeit informeller Pflegeleistungen durch mobile und stationäre Betreuung und vice versa. So decken informelle und institutionelle Pflege unterschiedliche Bedürfnisse ab, wodurch sich eher eine komplementäre Beziehung zueinander ergibt, die je nach Stadium der Pflegebedürftigkeit sequenziell durchlaufen wird (Firgo und Famira-Mühlberger, 2014).³⁸ Für den Eintritt einer pflegebedürftigen Person in eine stationäre Pflegeeinrichtung sind vorrangig demenzielle Erkrankungen verantwortlich, da diese sowohl zu kognitiven als auch funktionellen Einschränkungen führen.

4.2 Exkurs: Ergebnisse der parlamentarischen Enquete zum Thema Pflege

Aus den demografischen und nicht-demografischen Einflussfaktoren (Abschnitt 4.1) ergibt sich ein breites Spektrum an Herausforderungen für das österreichische Pflegesystem, die sowohl durch die **steigende Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsdiensten** und die damit einhergehenden steigenden (staatlichen) **Finanzierungserfordernisse** als auch durch die **Verknappung der Pflegepersonalressourcen** und in weiterer Folge des **Angebots an Pflegedienstleistungen** bestehen. Vor diesem Hintergrund wurde im April 2017 eine parlamentarische Enquete zum Thema „Die Zukunft der Pflege: Schaffbar, sichtbar, leistbar“³⁹ seitens des Bundesrates veranstaltet, um im Kreise von Politikern und Experten die besonderen

38 Im Bereich der 24-Stunden-Betreuung ist von einer substituierenden Wirkung auszugehen: So ermöglicht dieses Förderungsmodell eine professionelle Betreuung zu Hause, die eine (vorübergehende) stationäre Aufnahme nur noch im Krankheitsfall erfordern sollte.

39 Siehe https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2017/PK0404/index.shtml

Bestimmungsfaktoren der Pflegekosten

Herausforderungen des Pflegewesens zu identifizieren und **Vorschläge** zu dessen **Weiterentwicklung** zu diskutieren.

Die folgenden Ausführungen fassen die **Vorschläge zur Weiterentwicklung** und die **Handlungserfordernisse** auf Basis dieser parlamentarischen Enquete zusammen:

- Erarbeitung einer **Gesamtstrategie** auf Basis einer politischen „Vision“ zur Entwicklung eines **langfristig tragfähigen Pflegesystems**, das zugleich ein **adäquates Versorgungsniveau** für alle Pflegebedürftigen gewährleistet. Dabei könnten Elemente wie der Pflegefonds verstärkt als Instrument zur Steuerung, Finanzierung und Qualitätssicherung eingesetzt werden.
- Finanzielle Absicherung und **Unterstützung informell pflegender Angehöriger**, die eine tragende Säule des Pflegesystems sind
- **Entflechtung der Verantwortlichkeiten** und intergovernmentalen **Finanzströme** zwischen Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherungsträgern
- **Nachhaltige Finanzierung** des Pflegesystems, da der gegenwärtige Pflegefonds per Ende 2021 ausläuft:
 - Solidarische Mittelaufbringung aus allgemeinen Steuermitteln, um im Pflegefall individuelle finanzielle Überforderung zu vermeiden,
 - Überführung von Pflegeinitiativen sowie Maßnahmen der Palliativ- und Hospizversorgung in die Regelfinanzierung, um weitgehende Unabhängigkeit von Spendengeldern zu erreichen,
 - Zusatzmittel über eine Pflegeversicherung in Form eines Umlagesystems.
- **Deckung des Personalressourcenbedarfs** in den Pflegeberufen:
 - Attraktivierung und Aufwertung des Berufsbilds durch Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für Pflegepersonal (z. B. durch Verbesserung des Images der Pflegeberufe, der Entlohnung und Arbeitszeiten),
 - Vereinheitlichte Ausbildung zur Gewährleistung einheitlicher Qualifikationsprofile und zur Erhöhung der Durchlässigkeit für einen Aufstieg innerhalb des Berufsstands,
 - Lehrberufsausbildung, um „Abwanderung“ Interessierter in andere Berufsgruppen zu vermeiden.
- **Prävention und Gesundheitsförderung** zur Erhöhung der Anzahl gesunder Lebensjahre.
- Österreichweit harmonisierte **Mindestanforderungen und -standards für die Qualität der Pflegedienstleistungen** sowie **Erhebung und Messung** der Pflegequalität.
- **Einheitliche Personalbedarfsberechnung** zur Etablierung österreichweit einheitlicher **Mindestpersonalschlüssel und -qualifikationsschlüssel**, die eine ausreichende, durchgehende Besetzung der Pflegeeinrichtungen gewährleisten.
- **Abbau von bürokratischen Hürden** und **Erhöhung der Transparenz** für Förderungswerber.
- Verbesserte **Koordination des stationären und ambulanten Bereichs** bereits bei der Planung der Versorgungserfordernisse und Verschränkung der Angebote (z. B. Neugestaltung der Primärversorgung als wichtige Säule für ambulante Pflegeleistungen, interdisziplinäres Zusammenwirken der Gesundheits- und Pflegeberufe).

- Forcierte **Zusammenarbeit** zwischen **mobilen Diensten und 24-Stunden-Betreuung**, um Synergieeffekte zu lukrieren.
- Klärung und **Reduktion der beträchtlichen Kostendifferenz im stationären Bereich** zwischen Bundesländern.
- **Weiterentwicklung des Gesundheits- und Pflegesystems** für Demenzpatienten und traumatisierte Menschen wie z. B. Flüchtlinge.
- Laufende **Valorisierung des Pflegegelds**.

Die dargestellten Aspekte zeigen das breite Spektrum der Herausforderungen und des Handlungsbedarfs auf, das sich aus den **verschiedenen Blickwinkeln** der involvierten Akteure im Pflegewesen (Politik, private und staatliche Betreiber von Pflegeeinrichtungen, karitative Dienstleister, Ausbildungsstätten für Pflege- und Gesundheitsberufe, Leistungsempfänger und Angehörige) ergibt. Eine **akkordierte Gesamtstrategie für Österreich fehlt** bislang.

5. EIGENE PROJEKTIONEN DER PFLEGEKOSTEN FÜR 2015–2060

In diesem Kapitel werden die eigenen Abschätzungen zur Entwicklung der staatlichen Pflegekosten für die Jahre 2015 bis 2060 präsentiert. Die Abschätzungen sollten nicht als eine Prognose, die etwaige Politikreaktionen und -maßnahmen prognostiziert und berücksichtigt, verstanden werden, sondern als möglichst transparente Projektionen mit unterschiedlichen Annahmen, die einander gegenübergestellt werden. Die angewandte Methode ist ähnlich jener im Ageing Report 2015 (basierend auf Comas-Herrera et al., 2003) sowie der Studie des WIFO (Firgo und Famira-Mühlberger, 2014). Der Beitrag der vorliegenden Analyse konzentriert sich im Besonderen auf zwei Aspekte. Einerseits sollen die aktuellen Projektionen dem im Rahmen des Paktums Finanzausgleich 2017 vereinbarten Kostendämpfungspfad bis 2021 gegenübergestellt werden. Die Evaluierung in diesem Sinne erfolgt in Kapitel 6. Andererseits wird eine Quantifizierung des Beitrags der einzelnen Determinanten zur Kostenentwicklung präsentiert.

5.1 Methode und Annahmen

Die Projektion der staatlichen Langfristkosten der altersbedingten Pflege erfolgt mit einem auf Einzelkohorten basierendem Projektionsmodell, welches auf der letzten Bevölkerungsprognose von Eurostat (EUROPOP2015) aufbaut. Das letzte Jahr, für das alle relevanten Datenquellen komplett vorhanden sind, ist das Jahr 2015, welches als Basisjahr fungiert. Der Projektionshorizont reicht wie im Ageing Report 2015 bis 2060. Für die Projektion wird eine No-Policy-Change-Annahme getroffen, d. h. ohne zusätzliche Maßnahmen zur Kostendämpfung zu unterstellen. Die staatlichen Kosten setzen sich in der Projektion aus drei Teilen zusammen: Nettokosten der Pflegedienstleistungen der Länder (geschlechts- und altersspezifisch, 7 Pflegestufen sowie 6 Pflgetypen), Pflegegeld des Bundes (geschlechts- und altersspezifisch, 7 Pflegestufen) sowie Förderung der 24-Stunden-Pflege⁴⁰.

Grafik 8 gibt einen schematischen Überblick über die Projektion dieser drei Komponenten, welche im Folgenden genauer ausgeführt wird. In der methodischen Ausführung werden die drei Kostenkomponenten zur kompakteren Darstellung häufig mit L , G , 24 für Pflegeleistung, Pflegegeld und Zuschuss zur 24-Stunden-Pflege abgekürzt. Neben der Zeit, welche mit t indexiert wird, wird zwischen vier weiteren Dimensionen unterschieden: Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegeart). Ausprägungen dieser Dimensionen werden wie folgt beschrieben $a \in \{0,1, \dots, 99,100\}$, $g \in \{F, M\}$, $s \in \{1,2,3,4,5,6,7\}$ sowie p , welches eine der 6 Pflegearten (mobile Pflege, stationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen und Case- und Caremanagement) bezeichnet.

5.1.1 Bevölkerungsmodell

Für die Projektion wird ein eigenes, simples Bevölkerungsmodell verwendet, mit welchem die aktuelle Bevölkerungsprognose von Eurostat (EUROPOP2015) repliziert wird. Der Vorteil dieser Vorgangsweise ist, dass die Auswirkung selbstgewählter Schocks auf die Bevölkerungsentwicklung simuliert werden kann, ohne rein auf vorgegebene Sensitivitätsszenarien beschränkt zu sein. Das Bevölkerungsmodell untergliedert die Bevölkerung nach Alter, in Einzeljahren und nach Geschlecht. Die Bevölkerungsgröße mit Geschlecht g und Alter a zum Zeitpunkt t , bezeichnet mit $N_t^{a,g}$, entwickelt sich gemäß folgender rekursiver Gleichungen:

$$N_{t+1}^{a+1,g} = N_t^{a,g} \gamma_t^{a,g} + M_t^{a,g}, \quad 1 \leq a < 100,$$

40 Der in Kapitel 3 angeführte zusätzliche Kostenpunkt der Überbrückungshilfen wurde aufgrund des geringen Volumens in der Langfristprojektion nicht berücksichtigt.

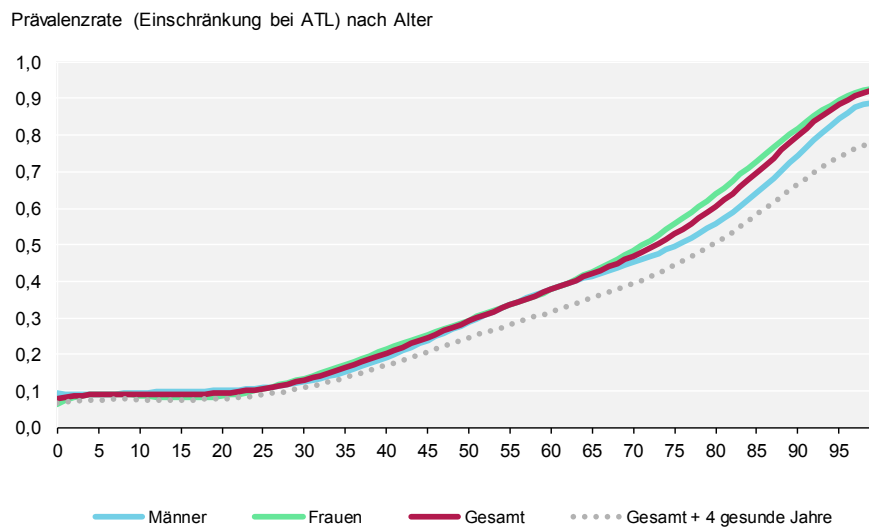
$$N_{t+1}^{1,g} = N_t^{0,g} \gamma_t^{0,g} + M_t^{0,g} + B_t^g,$$

$$B_t^g = \alpha_t^g \sum_{a=15}^{50} N_t^{a,F} \mu_t^a, \quad \text{mit} \quad \sum_g \alpha_t^g = 1.$$

wobei $\gamma_t^{a,g}$ die Überlebenswahrscheinlichkeit (d. h. 1 minus der Mortalitätsrate) und $M_t^{0,g}$ die Nettomigration darstellen. Die Geburten B sind abhängig von der Anzahl von Frauen im Alter von 15 bis 50 Jahren sowie den altersspezifischen Fertilitätsraten μ_t^a . Der Parameter α erfasst den Geschlechteranteil der Geburten. Alle beschriebenen Parameter können für den Projektionshorizont aus der Bevölkerungsprognose von Eurostat direkt übernommen oder abgeleitet werden und erlauben darüberhinaus die Berechnung von Kennzahlen wie der altersabhängigen Lebenserwartung, etc.

Im nächsten Schritt wird der Anteil der potenziell pflegebedürftigen Bevölkerung („Prävalenzrate“) approximiert. Der Anteil der potenziell pflegebedürftigen Bevölkerung wird wie im Ageing Report mit Hilfe des EU-SILC (2012-2014) approximiert. Als Indikator wird die Frage zu den **Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)** durch gesundheitliche Probleme, für welche die Antwortmöglichkeiten „stark eingeschränkt“, „etwas eingeschränkt“ und „nicht eingeschränkt“ zur Verfügung stehen, herangezogen. Da der Anteil **formell gepflegter Personen** an der **Bevölkerung** im Basisjahr („**Abhängigkeitsrate**“) bekannt ist, scheint dies zunächst überflüssig. Dies erlaubt jedoch eine Zerlegung der **Abhängigkeitsrate** in gesundheitliche Faktoren („**Prävalenz**“) und den Anteil der **formellen Pflege** innerhalb der **ATL-eingeschränkten Personen**, der residual berechnet wird.⁴¹ Der Anteil der formellen Pflege ist daher innerhalb der Gruppe der ATL-eingeschränkten Personen von der Definition der Prävalenz abhängig. In der Studie wird Prävalenz als „etwas oder stark beeinträchtigt“ definiert.⁴² Aufgrund der teilweise geringen Fallzahlen wurden die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzraten mit einem Polynom höherer Ordnung approximiert (Grafik 7).

Grafik 7: Prävalenzraten nach Alter



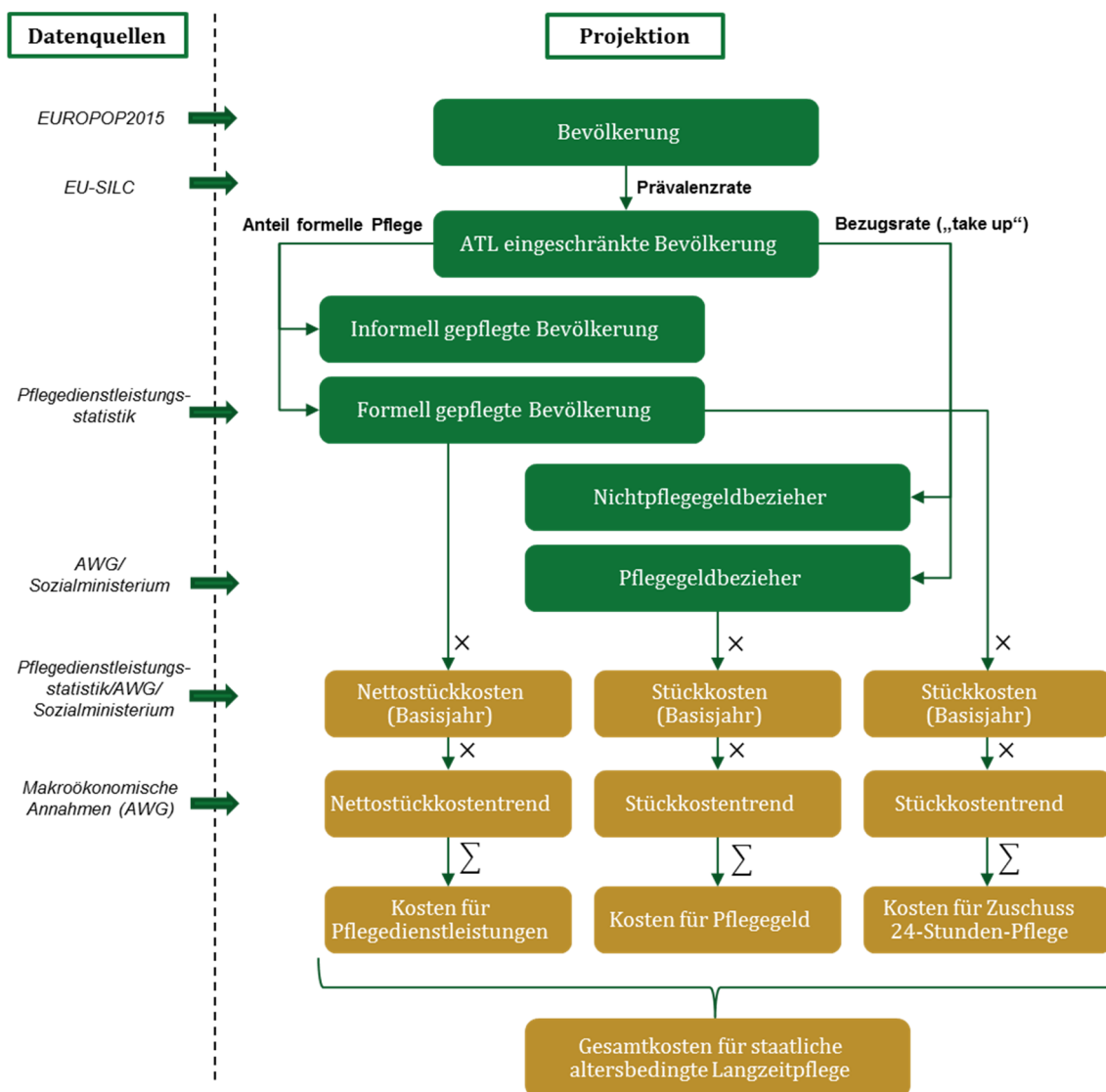
Quelle: eigene Berechnungen. Anmerkung: +4 gesunde Jahre bemessen an der Lebenserwartung 2060.

41 Jene ATL-eingeschränkten Personen, die nicht formell gepflegt werden, werden informell oder im Rahmen der 24-Stunden-Pflege gepflegt.
 42 Alternativ hätte eine Definition von Prävalenz lediglich als „stark eingeschränkt“ keine entscheidenden Auswirkungen auf das Gesamtergebnis, da die residual berechneten Anteile der formellen Pflege (bzw. Bezugsraten von Pflegegeld) entsprechend höher ausfallen würden. Jedoch würde dies in einigen Altersgruppen Anteile der formellen Pflege und Bezugsraten von deutlich über 100% implizieren.

Eigene Projektion der Pflegekosten

Unterschiedliche Entwicklungen der Prävalenzraten über die Zeit spiegeln unterschiedliche Annahmen bezüglich der Veränderung des **Gesundheitszustands** wider. Als Indikator werden die **erwarteten gesunden Lebensjahre** herangezogen. Diese werden ähnlich wie die **Lebenserwartung** berechnet, jedoch mit zusätzlicher Gewichtung anhand der Prävalenzraten.⁴³ In der Studie werden drei verschiedene Annahmen verwendet. Einerseits werden die altersspezifischen Prävalenzraten, wie im Referenzszenario des Ageing Reports 2015, konstant gehalten. Aufgrund der sinkenden Mortalitätsraten über die Zeit, die einen Anstieg der Lebenserwartung zur Folge haben, resultiert dies in einer Zunahme an zu erwartender gesunder Lebensjahre. Da im Vergleich zur Lebenserwartung die zu erwartenden gesunden Lebensjahre jedoch nicht im gleichen relativen Ausmaß zunehmen, sinkt deren Anteil an den gesamten zu erwartenden Lebensjahren. In den beiden weiteren Annahmen werden die altersabhängigen Prävalenzraten skaliert, um einen linearen Anstieg der zu erwartenden gesunden Lebensjahre um zusätzliche 2 bzw. 4 Jahre bis 2060 zu replizieren. Ersteres entspricht ungefähr dem Fall, in dem der relative Anteil an zu erwartenden gesunden Lebensjahren über die Zeit konstant bleibt. Der lineare Anstieg um 4 Jahre bedeutet in etwa eine konstante absolute Anzahl von nicht gesunden Lebensjahren, d. h. einen Anstieg des relativen Anteils von gesunden Lebensjahren („**Kompression der Morbidität**“).

Grafik 8: Schematische Darstellung der Langfristprojektion der Pflegekosten



43 Siehe WHO (2015) für eine weiterführende Diskussion zur Messung der gesundheitsangepassten Lebenserwartung. Im Besonderen ist darauf hinzuweisen, dass die Berechnung der zu erwartenden gesunden Lebensjahre von der Wahl des Indikators zur Approximation des Gesundheitszustands abhängt.

5.1.2 Pflegedienstleistungen der Länder und Gemeinden

Grundlage für die Projektion der Pflegedienstleistungskosten ist die Pflegedienstleistungsstatistik. Es liegen Informationen zur Anzahl der Bezieher⁴⁴ nach Art der Pflegedienstleistung (mobile Pflege, stationäre Pflege, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen und Case- und Caremanagement), Pflegestufe, Geschlecht und Altersgruppen und Bundesland vor. Da der Fokus der Studie auf dem besseren Verständnis der Determinanten der Gesamtkostenentwicklung liegt, wurde von einer bundeslandspezifischen Projektion abgesehen (im Gegensatz zu den Studien des WIFO: Firgo und Famira-Mühlberger, 2014, Famira-Mühlberger und Mayrhuber, 2015, und Famira-Mühlberger et al., 2017). Da die Daten der Pflegedienstleistungsstatistik nur unvollständig verkreuzt vorliegen, wurde die fehlende Verknüpfung wie in Firgo und Famira-Mühlberger (2014) mittels eines iterativen proportionalen Anpassungsverfahrens (RAS, siehe Bacharach, 1965) geschätzt. Die Aufteilung der Personen nach Altersgruppen auf Alter nach Einzeljahren basiert auf dem Altersprofil der Pflegegeldbezieher. Das Verhältnis der Pflegedienstleistungsbezieher zur **Gesamtbevölkerung** ergibt die **Abhängigkeitsraten** ($abhaengigL_t^{a,g,s,p}$) und jenes Verhältnis zur **ATL-beeinträchtigten Bevölkerung** den **Anteil an formellen Pflegedienstleistungen** ($formPD_t^{a,g,s,p}$), die in Grafik 9 für das Basisjahr 2015 dargestellt sind und funktional wie folgt zusammenhängen:

$$abhaengigL_t^{a,g,s,p} = prae_v_t^{a,g} \times formPD_t^{a,g,s,p}.$$

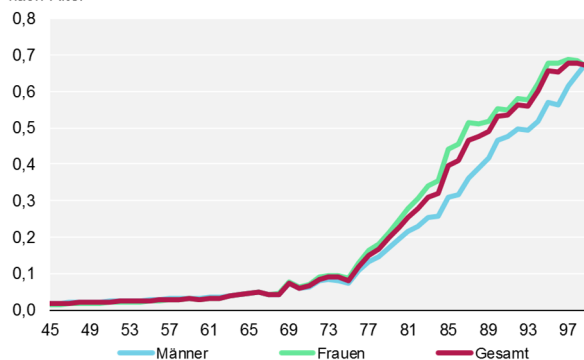
Dabei ist zu beachten, dass der Term $formPD_t^{a,g,s,p}$ die Wahrscheinlichkeit darstellt formelle Pflegedienstleistungen der Länder und Gemeinden (laut Pflegedienstleistungsstatistik) zu beziehen, d.h. ohne geförderter 24-Stunden-Betreuung. Dies kann wie folgt ausgedrückt werden:

$$formPD_t^{a,g,s,p} = form_t^{a,g,s,p} \times (1 - Anteil24h_t^{a,g,s,p}),$$

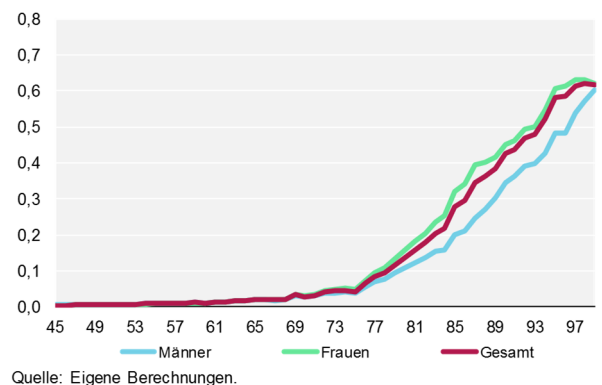
wobei $form_t^{a,g,s,p}$ die Wahrscheinlichkeit ist irgendeine Form der formellen Pflege zu beziehen. Der Anteil an 24-Stunden-Betreuung ($Anteil24h_t^{a,g,s,p}$) wird in 5.1.4 noch genau definiert.

Grafik 9: Anteil der formellen Pflegedienstleistungen und Abhängigkeitsraten

Durchschnittlicher Anteil formeller Pflege in ATL-eingeschränkter Bevölkerung nach Alter



Durchschnittliche Abhängigkeitsrate (Anteil Pflegegeldbezieher in Bevölkerung) nach Alter



Die Anzahl der Pflegedienstleistungsbezieher wird in der Projektion in folgende drei Faktoren zerlegt: $N_t^{a,g} \times prae_v_t^{a,g} \times formPD_t^{a,g,s,p}$, d. h. **Bevölkerungsentwicklung, Gesundheitsentwicklung und Entwicklung der formellen Pflege**. Dabei ist zu beachten, dass die durchschnittliche Prävalenz oder der durchschnittliche Anteil der formellen Pflege selbst im Fall, dass $prae_v_t^{a,g}$, $form_t^{a,g,s,p}$ und $Anteil24h_t^{a,g,s,p}$ zeitinvariant angenommen werden, sich aufgrund von Kompositionseffekten durch die

44 Die Projektion der Anzahl an Pflegedienstleistungsbeziehern setzt auf den Angaben der Pflegedienstleistungsstatistik per Jahresende auf, anstelle der in Abschnitt 3 angeführten Jahressummen an Betreuungsverhältnissen.

Eigene Projektion der Pflegekosten

Bevölkerungsentwicklung über die Zeit ändern können. Beispielsweise nimmt der Anteil formell gepflegter Personen über 60 Jahren, wie in Grafik 12 im nächsten Abschnitt dargestellt, trotz altersspezifisch konstanter Raten über die Zeit zu, da der relative Anteil sehr alter Personen wächst und Prävalenz sowie die Neigung, formelle Pflege zu beziehen, mit dem Alter steigt. $form^{a,g,s,p}$ wird in den Projektionen, abhängig vom gewählten Szenario, zeitinvariant oder ansteigend im Laufe der Zeit angenommen. Auch für letzteren Fall gilt allerdings, dass die Struktur per Annahme konstant gehalten wird, d.h. es werden beispielsweise keine langfristigen, systematischen Verschiebungen zwischen Pflegearten, etc. unterstellt. Dies leitet sich aus der Idee ab, dass verschiedene Pflegearten nur in geringem Ausmaß Substitute darstellen, sondern eher passend der individuellen Pflegebedürftigkeit gewählt werden und somit im Laufe einer Pflegehistorie sequentiell durchlaufen werden.

Die **Nettokosten** der Pflegedienstleistungen der Länder und Gemeinden ergeben sich aus der Anzahl der formell gepflegten Personen, die nicht eine geförderte, den aus den Daten des Basisjahrs 2015 abgeleiteten Nettostückkosten ($StkKostenL^{a,g,s,p}$) und Annahmen zur langfristigen Entwicklung dieser Stückkosten ($StkKostenTrendL_t$).⁴⁵

$$KostenL_t^{a,g,s,p} = N_t^{a,g} \times prae_v_t^{a,g} \times formPD_t^{a,g,s,p} \times StkKostenL^{a,g,s,p} \times StkKostenTrendL_t.$$

Die gesamten Nettokosten der Pflegedienstleistungen pro Jahr ergeben sich durch simple Aggregation: $KostenL_t = \sum_{a,g,s,p} KostenL_t^{a,g,s,p}$. Für die Fortschreibung der Entwicklung der Nettostückkosten ist deren Zusammensetzung von Bedeutung. Im Konkreten können – analog zu den Daten der Pflegedienstleistungsstatistik – die Nettokosten in **Bruttokosten** abzüglich **Beiträge** zerlegt werden.⁴⁶

$$StkKostenL_t^{a,g,s,p} = BruttoStkKostenL_t^{a,g,s,p} - Beiträge_t^{a,g,s}.$$

Die vorgeschriebenen Beiträge basieren auf dem laufenden Einkommen (Pensionen, Pflegegeld) sowie bundeslandspezifisch auf bestehenden Vermögenswerten. Solange unterstellt wird, dass Bruttostückkosten und Beiträge im gleichen Ausmaß wachsen, können die Nettostückkosten direkt mit dem entsprechenden Trendwachstum fortgeschrieben werden. In der Projektion wird unterstellt, dass dies mit der Ausnahme von zwei Pflegearten, nämlich für stationäre Dienste und alternative Wohnformen, der Fall ist. Diese beiden Pflegearten kennzeichnen sich durch vergleichsweise hohe Bruttostückkosten, bei denen die vorgeschriebenen Beiträge deutlich das erhaltene Pflegegeld überschreiten, d. h. ein hoher Eigenbeitrag zusätzlich zum Pflegegeld zu leisten ist.

$$Beiträge_t^{a,g,s} = StkKostenG_t^{a,g,s} + Eigenbeitrag_t^{a,g,s}$$

In der Vergangenheit lag die Valorisierung des Pflegegelds unterhalb der kumulierten Inflation sowie des Anstiegs der Bruttostückkosten. Unter der Annahme, dass das Wachstum des Eigenbeitrags aufgrund der Einkommensentwicklung begrenzt ist (Budgetrestriktion der gepflegten Personen), führt eine geringe Valorisierung des Pflegegelds zu einem schwächeren Wachstum der Beiträge im Vergleich zu den Bruttostückkosten und somit zu einem stärkeren Anstieg der Nettostückkosten. Das bedeutet, dass aus gesamtstaatlicher Sicht die Einsparung aufgrund einer realen Kürzung des Pflegegelds durch eine höhere staatliche Übernahme der Pflegedienstleistungskosten teilweise abgeschwächt wird. Dieser Effekt wird für die beiden angeführten Pflegearten in der Projektion berücksichtigt.

45 Für die Multiplikation von unterschiedlich dimensionalen Termen gilt, dass Terme mit niedriger Dimension entsprechend ergänzt werden. Zum Beispiel bedeutet die Multiplikation mit einem nicht geschlechtsspezifischen Trend, dass Männer und Frauen mit dem gleichen Trend fortgeschrieben werden.

46 Im Gegensatz zur Darstellung in der Pflegedienstleistungsstatistik wurden Einnahmen aus Fondsmitteln nicht bei der Berechnung der Nettoausgaben berücksichtigt, da diese ebenfalls öffentlich gespeist werden.

5.1.3 Pflegegeld des Bundes

Ausgangslage für die Projektion des Pflegegelds ist die Pflegegeldstatistik, die Bezieher und Ausgaben nach Pflegestufe ausweist, jedoch unabhängig von der Funktion („Alter“ versus „Invalidität“). Zusätzlich liegt die alters- und geschlechtsspezifische Anzahl von Beziehern, wie sie vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz für den Ageing Report erstellt wird, vor. Die Verknüpfung von Pflegestufen einerseits und Geschlecht und Alter andererseits wird aus der für die Pflegedienstleistungen geschätzten Verkreuzung abgeleitet. Die Aufteilung der Pflegegeldausgaben nach den Funktionen „Alter“ und „Invalidität“ laut ESSOSS erfolgt, in Ermangelung eines geeigneten Indikators, anhand des gesetzlichen Pensionsantrittsalters. Da es im Projektionshorizont zu einer Änderung des Regelpensionsantrittsalters der Frauen kommt und somit eine definitionsbedingte Verschiebung der Personenabgrenzung, wurde in der Studie eine leicht abweichende, jedoch symmetrische Abgrenzung gewählt. Als alterungsbedingte Ausgaben für Pflegegeld fließen die erhaltenen Pflegegeldtransfers aller Bezieher im Alter von 60 Jahren und darüber in die Projektion ein.⁴⁷

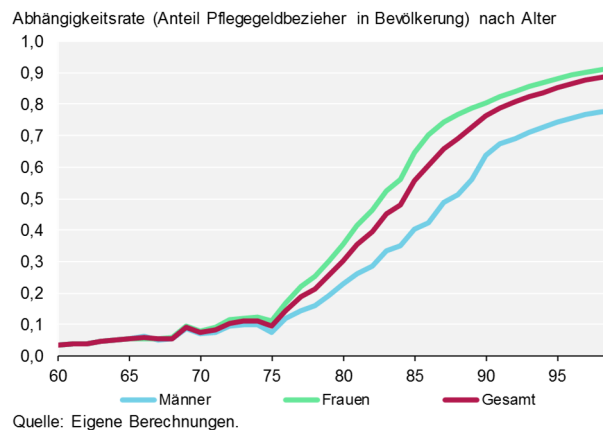
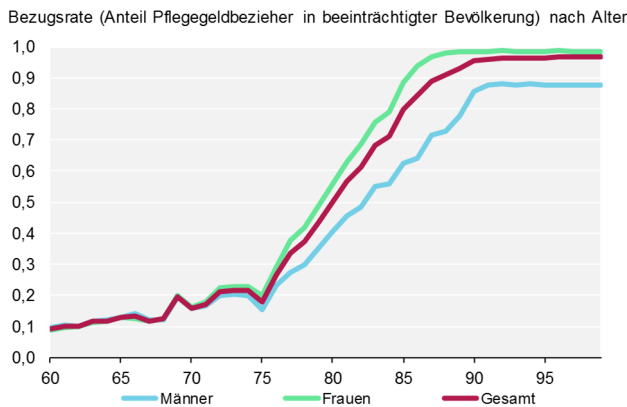
Ähnlich der Vorgangsweise für die Pflegedienstleistungen kann die **Abhängigkeitsrate** (Anteil der Pflegegeldbezieher in der Bevölkerung) in **Prävalenz** und **Bezugsrate** („take-up“) zerlegt werden, wobei Letztere residual ermittelt wird.

$$abhaengigG_t^{a,g} = praev_t^{a,g} \times bezug_t^{a,g,s}.$$

Grafik 10 illustriert die durchschnittlichen Raten für das Basisjahr 2015.⁴⁸ Die Gesamtausgaben für das Pflegegeld ergeben sich aus der Anzahl der Bezieher ($N_t^{a,g} \times praev_t^{a,g} \times bezug_t^{a,g,s}$), den Stückkosten ($StkKostenG^{a,g,s}$) und den Annahmen über die Anpassung der Pflegegeldsätze über die Zeit ($StkKostenTrendG_t$).

$$KostenG_t^{a,g,s} = N_t^{a,g} \times praev_t^{a,g} \times bezug_t^{a,g,s} \times StkKostenG^{a,g,s} \times StkKostenTrendG_t.$$

Grafik 10: Pflegegeldbezugs- und Abhängigkeitsraten



47 Dies erklärt den leicht höheren Startwert für die alterungsbedingten Ausgaben für Pflegegeld in der Projektion im Vergleich zu den präsentierten Zahlen in Kapitel 3.

48 Aufgrund von Inkonsistenzen der altersspezifischen Daten zu Pflegebeziehern einerseits und dem Bevölkerungsstand nach Alter andererseits, welche zur Bezugs- und Abhängigkeitsrate für sehr alte Personen (90+) von über 1 führen, wurden zusätzliche Anpassungen vorgenommen. Grund für die Inkonsistenzen könnte u. a. die unterschiedliche Berücksichtigung der österreichischen Pflegegeldbezieher im Ausland sein (2015 bezogen 2.259 im Ausland wohnhafte Personen Pflegegeld). Die altersspezifischen Bezugsraten wurden daher für sehr alte Personen (90+) geglättet und umgewichtet, um einerseits unter 1 zu liegen und andererseits die Gesamtanzahl von Pflegegeldbeziehern zu replizieren.

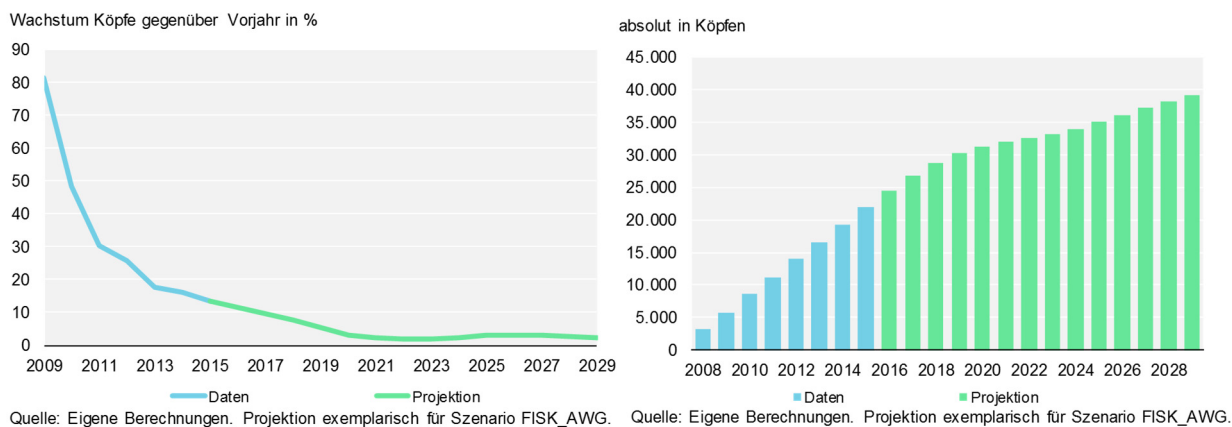
Eigene Projektion der Pflegekosten

5.1.4 Zuschuss zur 24-Stunden-Pflege

Aufgrund der geringen Detailinformationen zur Bezuschussung der 24-Stunden-Pflege muss dieser Teil der Pflegekosten vergleichsweise simpel fortgeschrieben werden. Es stehen lediglich Daten zur Gesamtanzahl von Beziehern sowie den jährlichen Gesamtausgaben zur Verfügung. Da eine Bezuschussung erst ab Pflegestufe 3 erfolgt, wurde die Anzahl von Beziehern mit der Entwicklung der mindestens auf Pflegestufe 3 eingestuften ($s \geq 3$) und stationär gepflegten Personen ($p = 2$) fortgeschrieben. Das bedeutet, dass für die geförderte 24-Stunden-Betreuung und die stationäre Pflege ein Substitutionsverhältnis unterstellt wurde. Es wurde angenommen, dass die Nachfrage in diesem Fall von den individuellen Präferenzen abhängt, welche durch den Term $Anteil24h_t^{a,g,s,p}$ abgebildet ist. Das bedeutet, dass $Anteil24h_t^{a,g,s,p}$ für den Fall $s \geq 3$ und $p = 2$ einen Wert zwischen 0 und 1 einnimmt und für alle anderen Fälle 0 ist. Der Anteil wurde abgesehen von den ersten Jahren des Projektionshorizonts zeitinvariant angenommen. Für die kurze Frist wurde versucht die Dynamik in Zusammenhang mit dem Ausbau der 24-Stunden-Betreuung einzufangen. Die angenommene Anpassungsdynamik des 2007 etablierten Fördermodells ist in Grafik 11 (linke Abbildung) dargestellt. Die jährlichen Wachstumsraten sind seither von hohem Niveau von Jahr zu Jahr gesunken. Dieser Trend wurde für die nächsten fünf Jahre extrapoliert, bis das jährliche Wachstum wie angenommen nur mehr durch die Entwicklung der stationär gepflegten Personen getrieben wird. Dies wurde durch einen entsprechenden Anstieg von $Anteil24h_t^{a,g,s,p}$ zwischen 2016 und 2020 repliziert. In dieser Zeit wirkt die Anpassung konsequenterweise dämpfend auf die Entwicklung der stationären Pflege. Anschließend wurde $Anteil24h_t^{a,g,s,p}$ konstant gehalten. Die Gesamtausgaben für die staatliche 24-Stunden-Pflege berechnen sich daher wie folgt:

$$Kosten24_t^{a,g} = N_t^{a,g} \times prae_v_t^{a,g} \times form_t^{a,g,s,p} \times Anteil24h_t^{a,g,s,p} \times StkKosten24_t \times StkKostenTrend24_t.$$

Grafik 11: Kurzfristige Entwicklung der Bezieher des Zuschusses zur 24-Stunden-Pflege



5.1.5 Makroökonomische Annahmen

Die Annahmen zur makroökonomischen Entwicklung sind einerseits als Determinanten des Trendwachstums der Stückkosten von Relevanz und andererseits aufgrund des Nennereffekts, da die Kosten in Prozent des BIP dargestellt werden. Die makroökonomischen Annahmen wurden mit zwei wichtigen Ausnahmen aus dem Ageing Report übernommen. Erstens wurde die Periode bis 2020 durch die aktuelle Mittelfristprognose des WIFO (Baumgartner und Kaniovski, 2017) ergänzt. Zweitens wurde die makroökonomische Entwicklung aufgrund der aktualisierten Bevölkerungsprognose korrigiert. Der Ageing Report 2015 basiert auf EUROPOP2013, während die aktuellste Prognose (EUROPOP2015) ein vergleichsweise stärkeres Bevölkerungswachstum vorsieht. Die Korrektur erfolgt dadurch, dass lediglich die

Wachstumsraten des BIP pro Person im erwerbsfähigen Alter (15–64 Jahre) aus dem Ageing Report übernommen wurden und das BIP-Wachstum, abhängig von der prognostizierten Entwicklung der Anzahl von Personen im erwerbsfähigen Alter, welche je nach Szenario und Wahl der Bevölkerungsprognose variieren kann, angepasst wurde. Für den BIP-Deflator wird unterstellt, dass dieser nach 2020 mit einer jährlichen Rate von 2% wächst.

5.2 Resultate

In diesem Abschnitt werden die Resultate der eigenen Langfristprojektionen präsentiert. Dabei wird mit verschiedenen Szenarien gearbeitet, die unterschiedliche Annahmen zur Entwicklung der im vorigen Abschnitt beschriebenen Determinanten kombinieren. Tabelle 12 zeigt eine Übersicht der gewählten Szenarien. Ausgangspunkt sind die Annahmen des Referenzszenarios des Ageing Reports 2015. Dabei werden die alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzrate und Anteile formell geleisteter Pflege konstant gehalten. Die Indexierung der Stückkosten erfolgt im Referenzszenario des Ageing Reports 2015 anhand des nominellen BIP pro Arbeitsstunde für die Pflegedienstleistungen, sowie anhand des nominellen BIP pro Kopf für das Pflegegeld. Im Gegensatz zum Ageing Report 2015 basiert die vorliegende Projektion bereits auf der aktualisierten EUROPOP2015-Bevölkerungsprognose (anstelle von EUROPOP2013). Das entsprechende Szenario heißt **FISK_AWG**. Zwei zusätzliche Annahmen betreffen die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegegeldbezugsraten, welche in allen Szenarien konstant gehalten werden, und die Indexierung der Stückkosten für die Förderung der 24-Stunden-Pflege, welche mit dem nominellen BIP pro Kopf fortgeschrieben werden.

Tabelle 12: Überblick der simulierten Szenarien

Szenarien	FISK_AWG	FISK_S1	FISK_S2	FISK_LEB_ERW+	FISK_EPOP13	FISK_STAT16
Bevölkerungsprognose	EUROPOP2015	EUROPOP2015	EUROPOP2015	EUROPOP2015 + 2 Jahre Lebenswart. (linear bis 2060)	EUROPOP2013	STAT Herbst 2016
Prävalenz	alters-/geschlechts- spez. konstant	+ 4 gesunde Jahre (linear bis 2060)	+ 2 gesunde Jahre (linear bis 2060)	alters-/geschlechts- spez. konstant	alters-/geschlechts- spez. konstant	alters-/geschlechts- spez. konstant
Formelle Pflege	alters-/geschlechts- spez. konstant	alters-/geschlechts- spez. konstant	+0,2% pro Jahr	alters-/geschlechts- spez. konstant	alters-/geschlechts- spez. konstant	alters-/geschlechts- spez. konstant
Stückkosten Pflegeleistung	nom. BIP/Arbeitsstunde	nom. BIP/Arbeitsstunde	nom. BIP/Arbeitsstunde + 0,3% pro Jahr	nom. BIP/Arbeitsstunde	nom. BIP/Arbeitsstunde	nom. BIP/Arbeitsstunde
Stückkosten Pflegegeld	nom. BIP/Kopf	historisch	Inflation	nom. BIP/Kopf	nom. BIP/Kopf	nom. BIP/Kopf

Quelle: Eigene Annahmen.

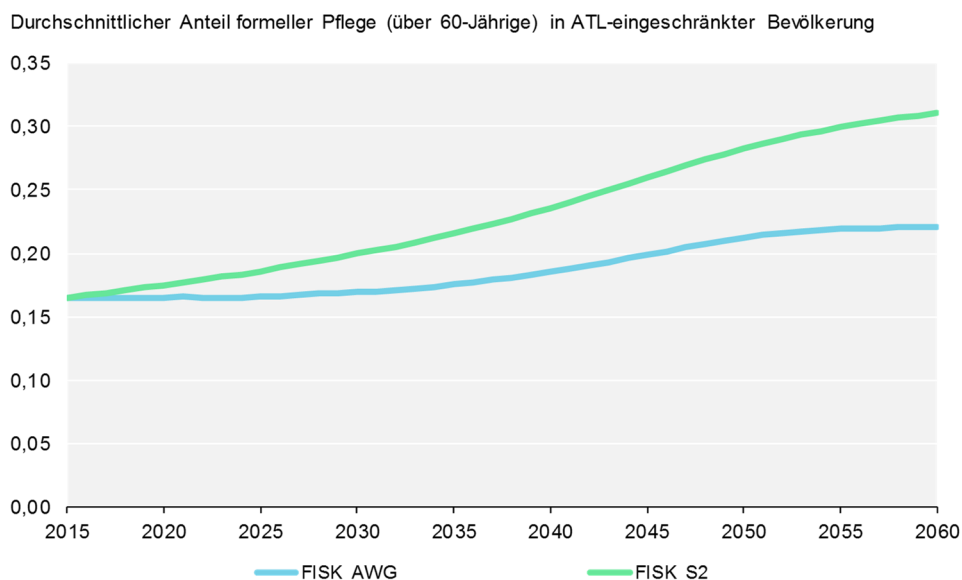
FISK_AWG dient als Ausgangspunkt, von dem in den weiteren Szenarien in einer oder mehreren Annahmen abgewichen wird. Basierend auf der Diskussion der Bestimmungsfaktoren in Kapitel 4 kann davon ausgegangen werden, dass Abweichungen von den AWG-Annahmen in eine Richtung deutlich plausibler erscheinen als in die andere. Im Konkreten scheinen die Annahmen alters- und geschlechtsspezifisch konstanter Prävalenzraten als pessimistisch und im Widerspruch mit der z. B. in Firgo und Famira-Mühlberger (2014) präsentierten Evidenz, welche eher für eine Kompression der Morbidität sprechen. Andererseits wirkt die Annahme eines konstanten Anteils formeller Pflege (bei gegebenem Alter und Geschlecht) zu optimistisch, da aus verschiedenen Gründen (zunehmende Partizipation von Frauen am Arbeitsmarkt, Rückgang der durchschnittlichen Haushaltsgröße, etc.) ein Rückgang an informeller Pflege zu erwarten ist. Die Indexierung der Stückkosten der Pflegedienstleistungen, welche zum Großteil aus Arbeitskosten bestehen, mit dem nominellen BIP pro Arbeitsstunde erscheint aus zwei Gründen als optimistisch. Das nominelle BIP pro Arbeitsstunde dient als Approximation für den durchschnittlichen

Eigene Projektion der Pflegekosten

Lohnsatz. Eine relative Verknappung des Pflegepersonals hätte eine überdurchschnittliche Lohnentwicklung im Pflegesektor zur Folge. Zudem hätte eine unterdurchschnittlich zu erwartende Produktivitätsentwicklung im Pflegesektor einen Anstieg des relativen Preises zur Folge („Baumol’sche Kostenkrankheit“). Beide Annahmen erscheinen durchwegs plausibel. Die Annahme der Indexierung des Pflegegelds anhand der nominellen BIP-Pro-Kopf-Entwicklung steht im Widerspruch zur historischen Praxis. Zwischen 1993 und 2016 wurden die Pflegegeldsätze um durchschnittlich 0,55% p. a. und somit unterhalb sowohl der nominellen BIP pro Kopf Entwicklung als auch der Inflation valorisiert.⁴⁹ Dies entspricht einer Anhebung um 2,8% alle fünf Jahre. Aus diesen Gründen wurden zwei Alternativszenarien entworfen (**FISK_S1** und **FISK_S2**), welche in den Annahmen wie folgt von **FISK_AWG** abweichen, wobei **FISK_S1** die positiven Abweichungen betont, während **FISK_S2** zusätzlich noch die pessimistischeren Annahmen inkludiert.

In **FISK_S1** wird daher einerseits ein Rückgang der altersspezifischen Prävalenz als Resultat der rückläufigen Mortalität unterstellt, der der Annahme einer konstanten Anzahl von nicht gesunden Lebensjahren entspricht. Zusätzlich wird das Pflegegeld im Ausmaß der historischen Erfahrung valorisiert (durchschnittlich 2,8% alle 5 Jahre⁵⁰). **FISK_S2** schwächt diese beiden Annahmen etwas ab. Es wird von einem konstanten relativen Anteil von nicht gesunden Lebensjahren ausgegangen. Zudem wird das Pflegegeld mit der Inflation indexiert. Zusätzlich wird ein stetiger Anstieg des Anteils formeller Pflege um 0,2 Prozentpunkte p. a. (folgend Firgo und Famira-Mühlberger, 2014 bzw. Famira-Mühlberger et al., 2017) angenommen. Grafik 12 illustriert die Auswirkung dieser Annahme auf den durchschnittlichen Anteil formeller Pflege für Personen ab 60 Jahren. Der Unterschied im Vergleich zu den anderen Szenarien beträgt 2030 rund 3 bzw. 2060 rund 9 Prozentpunkte. Um den Druck auf die Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen abzubilden, wurde ein Wachstumsaufschlag um 0,3% p. a. unterstellt.⁵¹ In Tabelle 12 sind darüber hinaus Sensitivitäten des **FISK_AWG**-Szenarios bezüglich der Lebenserwartung (**FISK_LEB_ERW+**: linear +2 Jahre bis 2060) sowie alternativer Bevölkerungsprognosen (EUROPOP2013: **FISK_EPOP13** und Statistik-Austria-Hauptvariante, Herbst 2016: **FISK_STAT16**) dargestellt.

Grafik 12: Entwicklung des durchschnittlichen Anteils formeller Pflege



Quelle: Eigene Berechnungen.

49 Siehe Rainer und Theurl (2015) zu einer weiterführenden Diskussion.

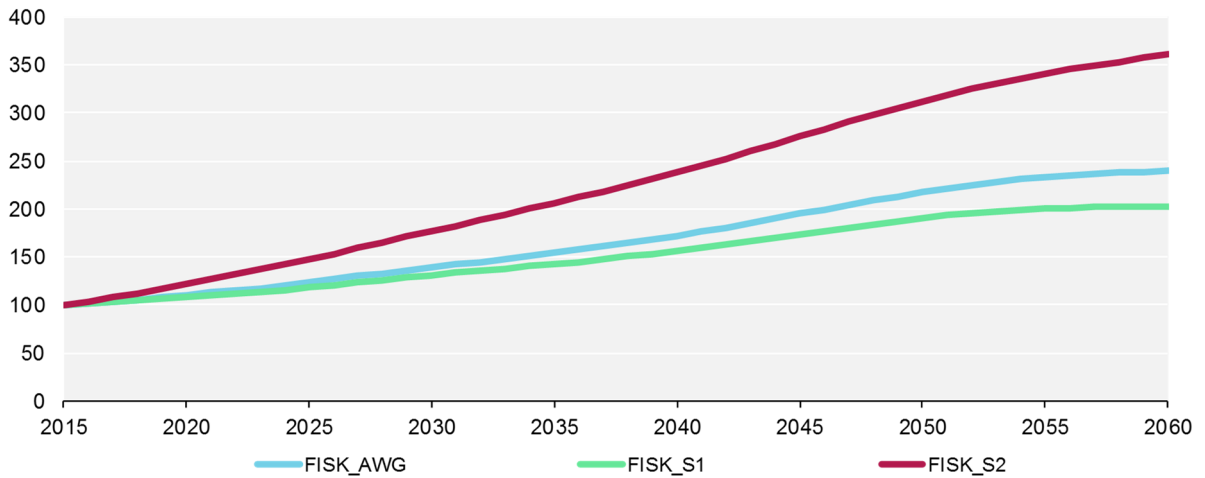
50 2016 wurde die umgesetzte Valorisierung um 2% berücksichtigt. Weitere Valorisierungen in der Projektion erfolgen daher annahmegemäß 2021, 2026, 2031, 2036, 2041, 2046, 2051 und 2056 um jeweils 2,8%.

51 Der Aufschlag entspricht etwa der durchschnittlichen Überschreitung des Wachstums der Nettokosten pro betreuter Person (gewichtet für die beiden ausgabenintensivsten Pflegearten: mobile und stationäre Dienste) über dem Wachstum des nominellen BIP pro Arbeitsstunde für die Jahre 2011 bis 2015.

Grafik 13: Entwicklung der Anzahl an Pflege

Anzahl der Pflegeleistungsempfänger

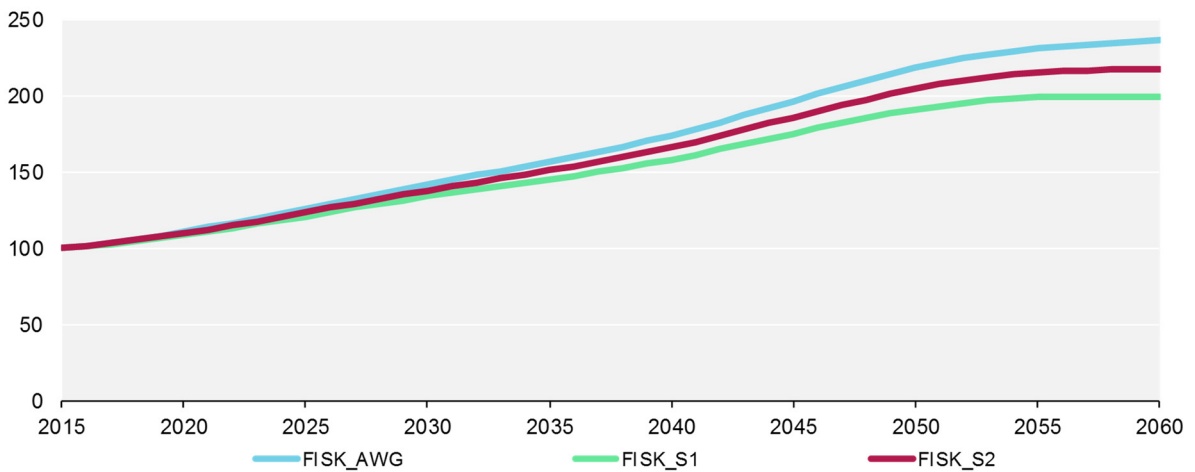
Index (2015 = 100)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Anzahl der Pflegegeldempfänger

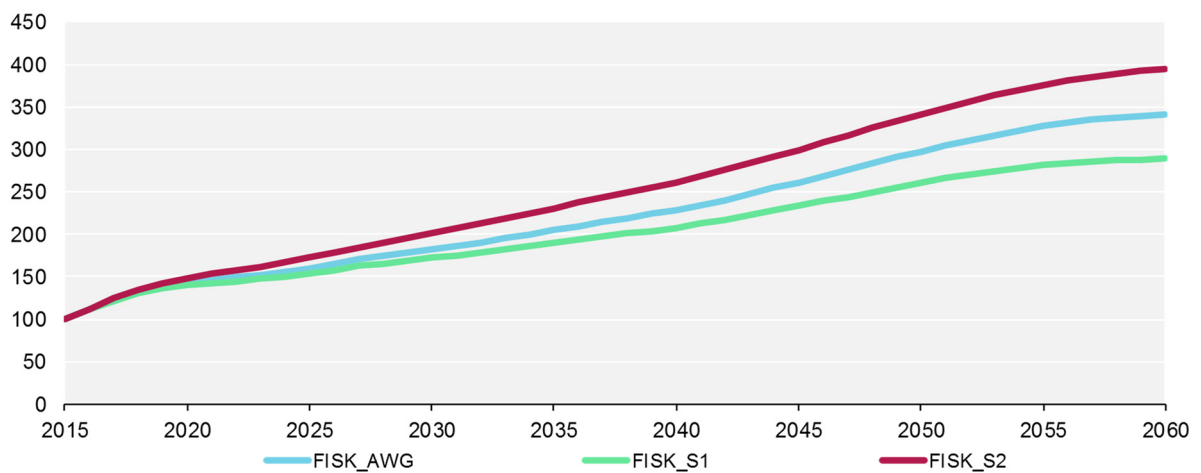
Index (2015 = 100)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Anzahl der Empfänger des Zuschusses zur 24-Stunden-Pflege

Index (2015 = 100)



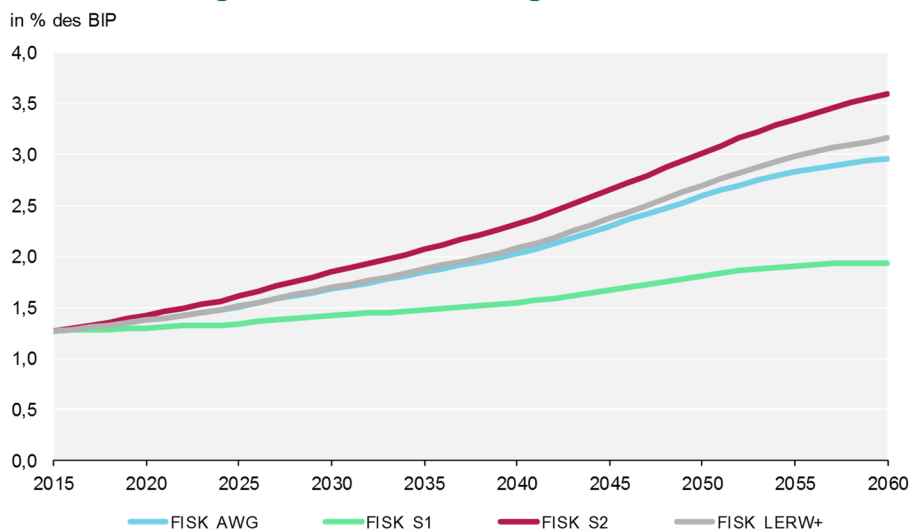
Quelle: Eigene Berechnungen.

5.2.1 Entwicklung der Pflegebezieher und -kosten

In diesem Abschnitt werden die Projektionsergebnisse für die angeführten Szenarien präsentiert. In einem ersten Schritt wird die Entwicklung der **Anzahl von Pflegebezieher**n von staatlich bereitgestellter Pflege betrachtet. Grafik 13 zeigt die relative Veränderung. Besonders deutlich wirken sich die unterschiedlichen Annahmen der Szenarien auf die Anzahl der Bezieher von Pflegedienstleistungen der Länder und Gemeinden aus. Bis 2030 liegt der Anstieg zwischen 30,9% (FISK_S1) und 76,6% (FISK_S2), bis 2060 zwischen 102,3% (FISK_S1) und 260,5% (FISK_S2). Hauptverantwortlich für die unterschiedliche Entwicklung ist die angenommene Zunahme des Anteils der formellen Pflege sowie die geringere Ausdehnung an gesunden Lebensjahren in FISK_S2. Die Zunahme an Pflegegeldbezieher n variiert vergleichsweise weniger. Bis 2030 liegt der Anstieg zwischen 34,1% (FISK_S1) und 42,1% (FISK_AWG), bis 2060 zwischen 99,4% (FISK_S1) und 136,1% (FISK_AWG). Die Dynamik der Anzahl von Bezieher n einer Förderung zur 24-Stunden-Pflege ist mit +188,5% (FISK_S1) bis +295,1% (FISK_S2) bis 2060 besonders stark ausgeprägt. Der Grund liegt in der Koppelung an die Entwicklung der stationär gepflegten Personen sowie des ungewöhnlichen Wachstums in den ersten fünf Jahren (Anpassungsdynamik).

Tabelle 13 präsentiert die Ergebnisse der Projektion der staatlichen **Pflegekosten** in Prozent des BIP. Detailergebnisse zu allen Szenarien sind im Anhang zu finden. Als Referenz können zunächst die Resultate unter Annahmen des Ageing Reports (FISK_AWG) mit den Ergebnissen des Ageing Reports verglichen werden. Von 2015 bis 2060 wird ein Anstieg der Pflegekosten von 1,27% auf 2,96% des BIP errechnet. Abzüglich der 24-Stunden-Pflege, welche im Ageing Report keine Berücksichtigung findet, kommt dies dem Anstieg bis 2060 auf 2,71% des BIP laut Ageing Report nahe.⁵² Prinzipiell gilt, dass die Wahl der Bevölkerungsprognose (FISK_EPOP13 bzw. FISK_STAT16) und die Kostenentwicklung im Verhältnis zum BIP kaum eine Rolle spielen (2060: 2,96% bis 2,98%), während die Bevölkerungsstände zum Teil beträchtlich abweichen (2060: 9,7 Mio (EUROPOP13) vs. 10,2 Mio (EUROPOP15)). Eine lineare Erhöhung der Lebenserwartung um 2 Jahre bis 2060 bei konstanter altersspezifischer Prävalenz erhöht die Pflegekosten im Jahr 2060 um rund 0,2% des BIP (FISK_LEB_ERW+).

Grafik 14: Entwicklung der staatlichen Pflegekosten in % des BIP



Quelle: Eigene Berechnungen.

In allen Szenarien verschiebt sich die Dynamik der Kosten in Richtung der Pflegedienstleistungen. Dies gilt im Besonderen für die zwei Alternativszenarien FISK_S1 und FISK_S2, in welchen von einer vergleichsweise moderaten Valorisierung des Pflegegelds ausgegangen wird. In FISK_S1 setzt sich der Anstieg der Pflegekosten um 0,67 Prozentpunkte des BIP aus einem Anstieg um 0,95 Prozentpunkte für

52 Ein ausführlicher Vergleich der vorliegenden Projektionen mit anderen Studien findet sich in Abschnitt 5.2.3.

Pflegedienstleistungen und einem Rückgang der Ausgaben für Pflegegeld sowie für die Förderung der 24-Stunden-Pflege von 0,29 Prozentpunkten zusammen. Noch deutlicher ist dies in Szenario FISK_S2, bei welchem u. a. aufgrund der Zunahme an formeller Pflege der Anstieg der Kosten für Pflegedienstleistungen 2,22 von einem Gesamtanstieg von 2,32 Prozentpunkten bis 2060 erklärt. Bei bestehender innerstaatlicher Verantwortlichkeit deutet dies auf eine stärkere finanzielle Belastung der Länder und Gemeinden im Vergleich zum Bund verglichen mit den Ageing-Report-Annahmen hin. Sowohl in FISK_S1 als auch FISK_S2 sinkt der Anteil der vom Bund zu tragenden Pflegekosten von rund 50% auf ca. 40% (2030) bzw. ca. 20% (2060). Insgesamt ist FISK_S1 mit einem Anstieg der gesamten staatlichen Pflegekosten auf 1,42% des BIP (2030) bzw. 1,94% des BIP (2060) deutlich optimistischer als FISK_AWG. In diesem Szenario wurden jedoch ausschließlich die plausiblen Abweichungen von den Annahmen des Referenzszenarios des Ageing Reports betont, die zu geringeren Kosten führen. In FISK_S2, in welchem zusätzlich auch potenziell kostenerhöhende Abweichungen von den Ageing-Report-Annahmen unterstellt werden, steigen die Pflegekosten auf 1,85% (2030) bzw. 3,59% (2060) des BIP. Grafik 14 visualisiert die Entwicklung der staatlichen Pflegekosten in Prozent des BIP über die Zeit für verschiedene Szenarien.

Tabelle 13: Entwicklung der Pflegekosten für verschiedene Szenarien

Kosten in % des BIP		2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Szenario	Kostenart							
FISK_AWG	Pflegedienstleistung	0,62	0,68	0,85	1,05	1,37	1,62	1,00
	Pflegegeld	0,61	0,64	0,77	0,90	1,12	1,22	0,62
	24-Stunden-Pflege	0,04	0,06	0,07	0,08	0,10	0,12	0,08
	Gesamt	1,27	1,37	1,68	2,03	2,59	2,96	1,69
FISK_S1	Pflegedienstleistung	0,62	0,68	0,86	1,05	1,36	1,58	0,95
	Pflegegeld	0,61	0,57	0,52	0,45	0,41	0,33	-0,28
	24-Stunden-Pflege	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03	-0,01
	Gesamt	1,27	1,30	1,42	1,54	1,81	1,94	0,67
FISK_S2	Pflegedienstleistung	0,62	0,76	1,13	1,59	2,23	2,84	2,22
	Pflegegeld	0,61	0,61	0,65	0,66	0,71	0,67	0,07
	24-Stunden-Pflege	0,04	0,06	0,06	0,07	0,08	0,08	0,04
	Gesamt	1,27	1,42	1,85	2,32	3,02	3,59	2,32
FISK_LEB_ERW+	Pflegedienstleistung	0,62	0,68	0,86	1,08	1,44	1,75	1,13
	Pflegegeld	0,61	0,64	0,77	0,92	1,16	1,29	0,68
	24-Stunden-Pflege	0,04	0,06	0,07	0,08	0,11	0,12	0,08
	Gesamt	1,27	1,37	1,70	2,08	2,70	3,16	1,89
FISK_EPOP13	Pflegedienstleistung	0,62	0,69	0,88	1,10	1,42	1,63	1,01
	Pflegegeld	0,61	0,65	0,79	0,93	1,15	1,23	0,62
	24-Stunden-Pflege	0,04	0,06	0,07	0,08	0,10	0,12	0,08
	Gesamt	1,27	1,40	1,74	2,11	2,68	2,98	1,71
FISK_STAT16	Pflegedienstleistung	0,62	0,67	0,86	1,09	1,42	1,62	1,00
	Pflegegeld	0,61	0,64	0,77	0,93	1,14	1,23	0,63
	24-Stunden-Pflege	0,04	0,05	0,07	0,08	0,10	0,12	0,08
	Gesamt	1,27	1,36	1,70	2,09	2,66	2,97	1,70

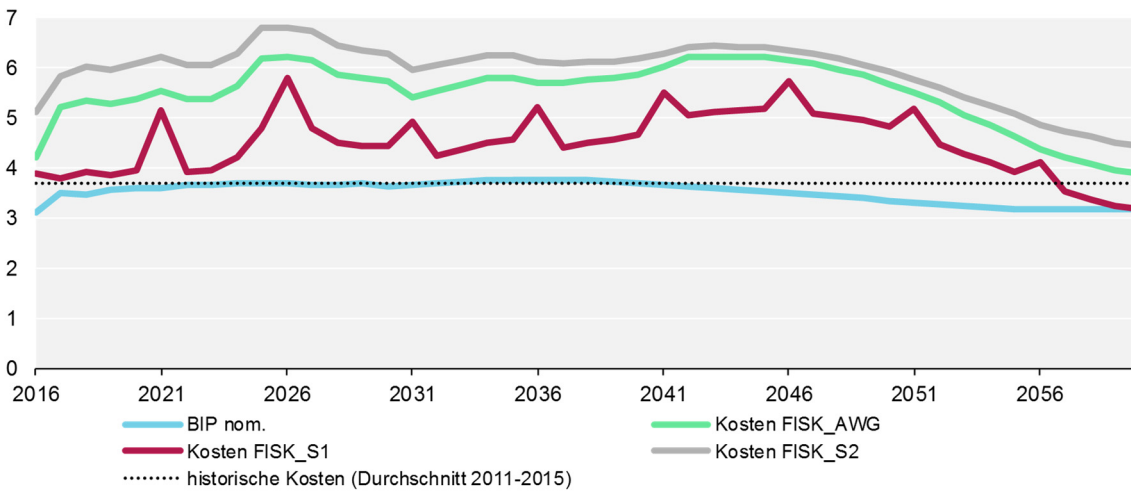
Quelle: Eigene Berechnungen.

Eigene Projektion der Pflegekosten

Grafik 15: Jährliches Wachstum der Pflegekosten

Kostenentwicklung der staatlichen Pflege

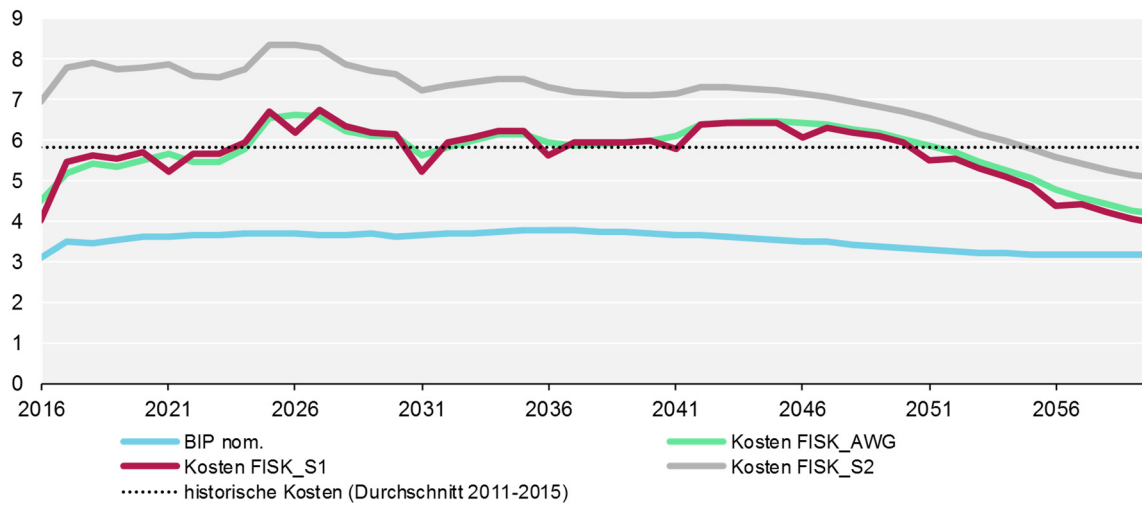
jährliches Wachstum in %



Quelle: Eigene Berechnungen.

Nettokostenentwicklung der Pflegedienstleistungen der Länder

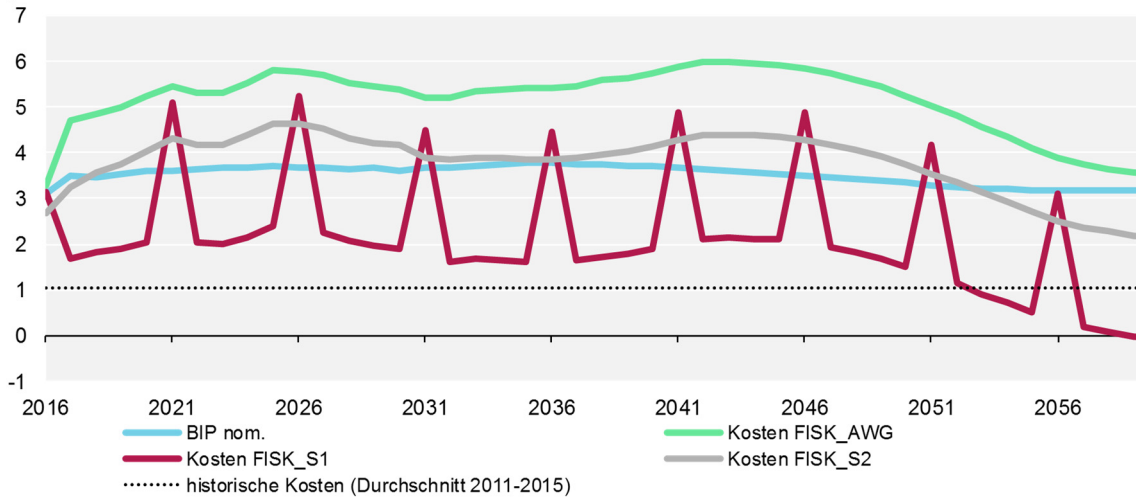
jährliches Wachstum in %



Quelle: Eigene Berechnungen.

Kostenentwicklung des Pflegegeldes des Bundes

jährliches Wachstum in %



Quelle: Eigene Berechnungen.

Zur besseren Illustration der Änderung der zeitlichen Dynamik der staatlichen Pflegekosten zeigt Grafik 15 die jährlichen Wachstumsraten der einzelnen Kostenkomponenten für verschiedene Szenarien. Speziell die 2020er sowie die 2040er zeichnen sich in den Projektionen durch ein verstärktes Wachstum aus. Bei Betrachtung der gesamten Pflegekosten ist erkennbar, dass die errechneten Wachstumsraten in allen Szenarien fast durchgängig über dem durchschnittlichen Wachstum der Jahre 2011 bis 2015 zu liegen kommen. Das Sägezahnprofil bei der Entwicklung in Szenario FISK_S1 folgt aus der Annahme, dass eine Valorisierung des Pflegegelds nur alle fünf Jahre erfolgt.⁵³ Ein ähnliches, jedoch abgeschwächtes und negativ gerichtetes Profil, ist in FISK_S1 für die Pflegedienstleistungen zu erkennen.

Dies liegt an dem in Abschnitt 5.1.2 unterstellten Mechanismus, dass eine Erhöhung des Pflegegelds – die eine Ausdehnung der individuellen Budgetrestriktionen zur Folge hat – zu teilweise höheren Vorschriften der Pflegeanstalten führt, welche somit ihren Zuschuss entsprechend reduzieren. Eine Evaluierung der Kostenentwicklung der Pflegedienstleistungen im Sinne des bis 2021 geltenden Kostendämpfungspfads erfolgt in Kapitel 6. Zum tieferen Verständnis der Kostendynamik werden im nächsten Abschnitt die Beiträge der einzelnen Komponenten der Pflegekostenentwicklung betrachtet.

5.2.2 Komponenten der Pflegekostenentwicklung

Entscheidend für die Interpretation der Ergebnisse und Ableitung von wirtschaftspolitischen Schlussfolgerungen ist das detaillierte Verständnis der Zusammensetzung und der relative Anteil der Determinanten, die die Entwicklungen bei Pflegebeziehern und –kosten über die Zeit treiben. Das Projektionsmodell erlaubt eine **Zerlegung des Kostenzuwachses** in folgende Faktoren:⁵⁴ Demografie, Gesundheit, Anteil an formeller Pflege, Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen sowie Stückkostenentwicklung des Pflegegelds (und der Förderung der 24-Stunden-Pflege). Grafik 16 zeigt die Komponenten des Kostenzuwachses in Prozent des BIP für die Jahre 2030 und 2060 für verschiedene Szenarien. Für FISK_AWG ist ersichtlich, dass der Kostenanstieg fast ausschließlich von der Änderung der Bevölkerungsstruktur getrieben ist. 1,38 Prozentpunkte des Gesamtanstiegs von 1,69 Prozentpunkten erklären sich rein durch den demografischen Effekt. Da die Pflegegeldsätze in diesem Szenario mit dem nominellen BIP pro Kopf indiziert werden, ist der Beitrag zum Anstieg der Pflegekosten im Verhältnis zum nominellen BIP gleich null. Eine kostenerhöhende Auswirkung ist auf die Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen zurückzuführen, da diese annahmegemäß an die Entwicklung des nominellen BIP pro Arbeitsstunde gekoppelt ist, welche über jener des nominellen BIP pro Kopf liegt. Im Gegensatz zu FISK_AWG ist in dem ersten Alternativszenario FISK_S1 der Kostenanstieg hauptsächlich aus zwei Gründen verringert. Die Verbesserung der Gesundheit (lineare Zunahme der gesunden Lebensjahre bis 2060 um 4 Jahre) reduziert den Anstieg der Pflegekosten in % des BIP 2060 um 0,41 Prozentpunkte. Die Valorisierung des Pflegegelds lediglich gemäß historischer Praxis reduziert den Anstieg der Pflegekostenquote um weitere 0,55 Prozentpunkte. Beide kostenreduzierende Faktoren wirken in FISK_S2 annahmegemäß schwächer (zusammen –0,48 Prozentpunkte für das Jahr 2060). Dafür wirken sich die Zunahme des durchschnittlichen Anteils der formell gepflegten Personen (60+) um 9 Prozentpunkte sowie die dynamischere Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen (+0,3% p. a. gegenüber FISK_AWG) mit +0,64 bzw. +0,79 Prozentpunkte deutlich kostentreibend aus. Die Aufgliederung des Kostenanstiegs sieht für das Jahr 2030 ähnlich aus, auch wenn der Anstieg in Summe bedeutend kleiner ausfällt. Dieser annähernd proportionale Zusammenhang steht klarerweise in direktem Zusammenhang mit der Annahme, die Zunahme der formellen Pflege sowie die Verbesserung der Gesundheit linear über die Zeit ansteigen zu lassen.

53 Dabei ist in der untersten Abbildung von Grafik 15 zu beachten, dass das abgebildete durchschnittliche Wachstum der Pflegegeldaussgaben der Jahre 2011–2015 auch deshalb so niedrig ausfällt, weil in dieser Periode keine Valorisierung stattgefunden hat (mit Ausnahme der einmaligen Erhöhung der Pflegegeldstufe 6 um 1,45% im Jahr 2011).

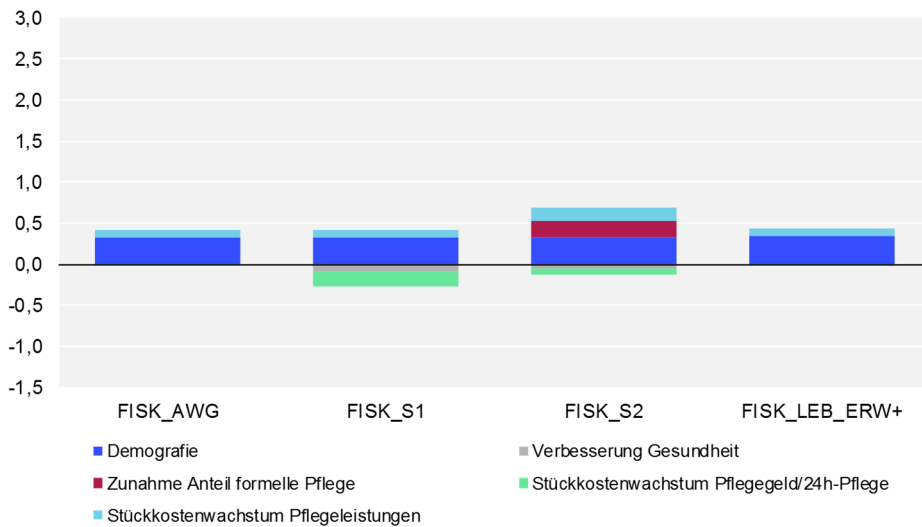
54 Methodisch erfolgt die Aufgliederung durch die sequenzielle Projektion konterfaktischer Szenarien, bei welchen jeweils eine Annahme ergänzt wird, und der Unterschied im Gesamtergebnis als Beitrag dieser Annahme interpretiert wird.

Eigene Projektion der Pflegekosten

Grafik 16: Komponenten der Zunahme der Pflegekosten In % des BIP

Zerlegung der Zunahme der Pflegekosten 2030 vs. 2015

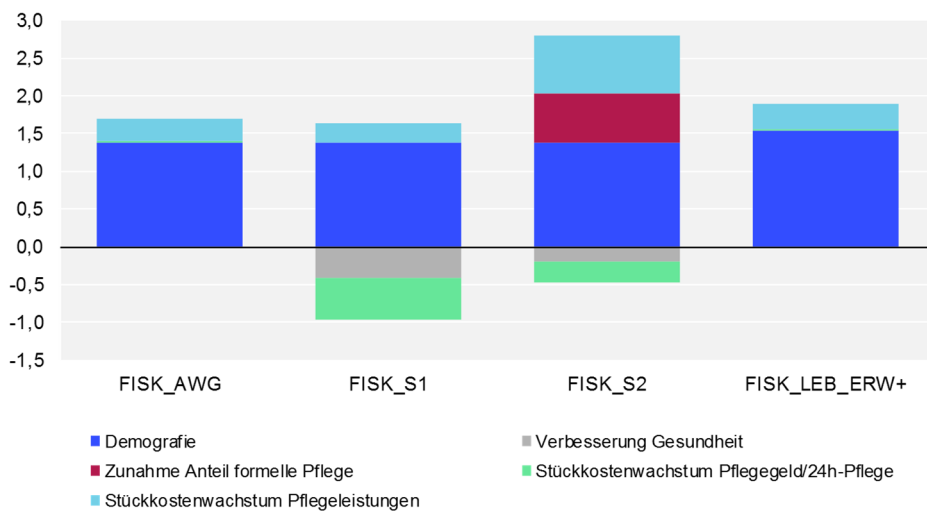
in % des BIP 2030



Quelle: Eigene Berechnungen.

Zerlegung der Zunahme der Pflegekosten 2060 vs. 2015

in % des BIP 2060



Quelle: Eigene Berechnungen.

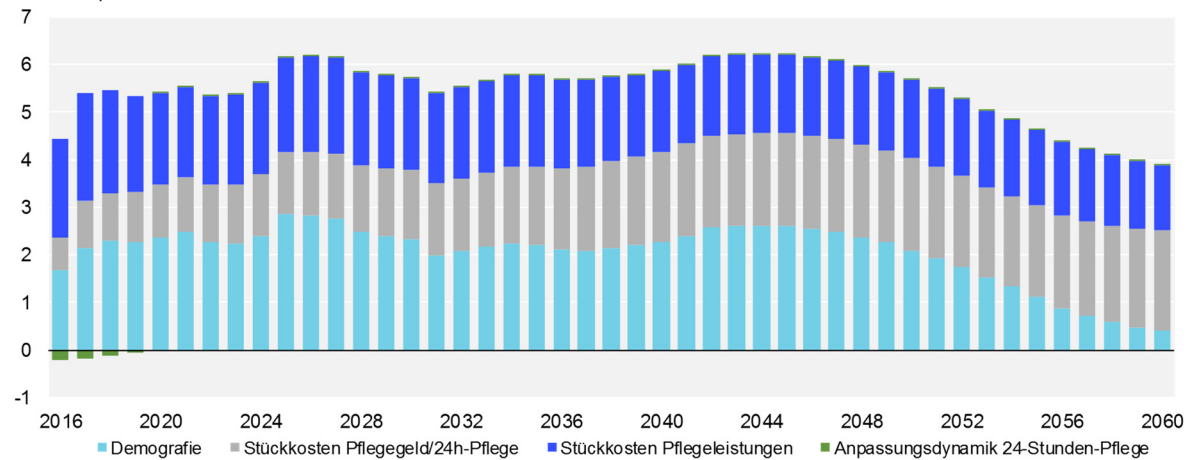
Eine weitere aufschlussreiche **Aufgliederung** ist jene **nach jährlichen Wachstumsraten**, wie in Grafik 17 dargestellt.⁵⁵ Der Beitrag der Demografie zum jährlichen Wachstum ist in den drei dargestellten Szenarien (FISK_AWG, FISK_S1, FISK_S2) gleich. Die Dynamik der Demografie ist speziell in den 2020ern und den 2040ern mit jährlichen Wachstumsbeiträgen von über 2 Prozentpunkten stark, während sie gegen Ende des Projektionshorizonts nachlässt.

⁵⁵ Ein wichtiger methodischer Unterschied bei den Komponenten der Kostenzunahme einerseits, gemessen in der Pflegekostenquote (Grafik 16) und andererseits, gemessen an den jährlichen Wachstumsraten (Grafik 17), ist die Status-quo-Annahme. In Grafik 16 ist die Zerlegung dargestellt, sodass ohne Impuls der Determinanten die Pflegekostenquote konstant bleiben würde. In Grafik 17 würden die Kosten ohne Impuls in absoluten Zahlen konstant bleiben.

Grafik 17: Komponenten des jährlichen Pflegekostenwachstums in Prozentpunkten

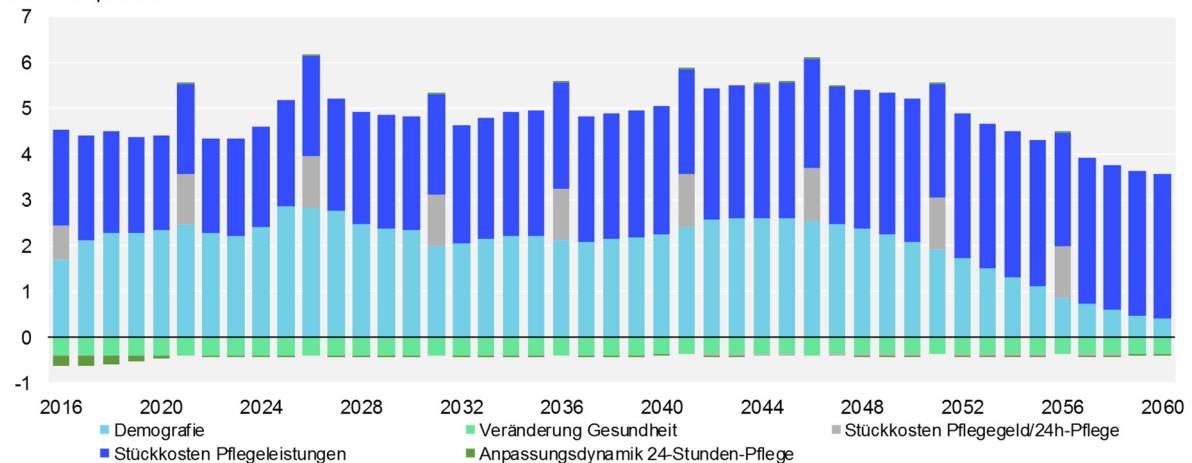
Zerlegung des jährlichen Pflegekostenwachstums (FISK_AWG)

in Prozentpunkten



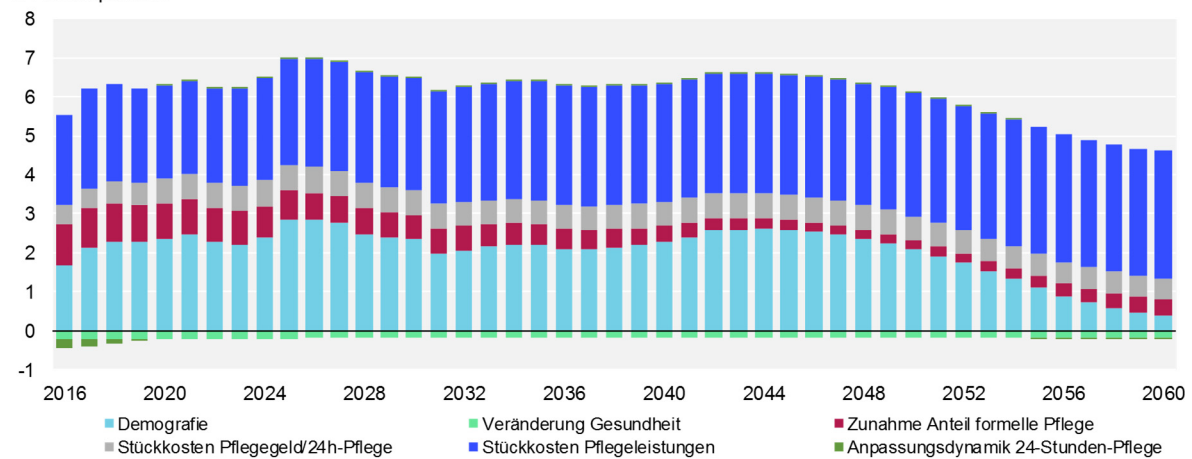
Zerlegung des jährlichen Pflegekostenwachstums (FISK_S1)

in Prozentpunkten



Zerlegung des jährlichen Pflegekostenwachstums (FISK_S2)

in Prozentpunkten



Eigene Projektion der Pflegekosten

Deutlich erkennbar ist der geringe Wachstumsbeitrag der Pflegegeldvalorisierung speziell in FISK_S1 (sowie FISK_S2) im Vergleich zu FISK_AWG, welcher jedoch aufgrund der Schwächung der Beitragsentwicklung zum Teil durch eine höhere Dynamik der Nettostückkosten für Pflegedienstleistungen kompensiert wird. Zusätzlich zu den bereits erwähnten Determinanten wurde in Grafik 17 der Beitrag der Annahme bezüglich der Anpassungsdynamik der Förderung der 24-Stunden-Pflege explizit dargestellt. Aufgrund der hohen, aber sinkenden Wachstumsraten in der Periode 2009 bis 2015 wurden kurzfristig weiterhin erhöhte aber schrittweise zur gewählten Fortschreibungsrate konvergierende Wachstumsraten unterstellt. Gleichzeitig wurde ein leicht dämpfender Effekt auf die Zunahme der formellen Pflegedienstleistungen in diesem Zeitraum angenommen. Aufgrund der bedeutend höheren Stückkosten der betroffenen formellen Pflegedienstleistungen im Vergleich zur Förderung der 24-Stunden-Pflege wirkt sich die unterstellte Anpassungsdynamik im Nettoeffekt leicht kostendämpfend aus. Das **durchschnittliche jährliche Wachstum** der gesamten **staatlichen Pflegekosten** für den Zeitraum 2015 bis 2030 liegt, abhängig vom Szenario, zwischen 4,4% und 6,2%. Während die Ausgaben für das Pflegegeld mit durchschnittlich 2,5% bis 5,2% p. a. wachsen, entwickeln sich die Nettoausgaben für Pflegedienstleistungen mit 5,8% bis 7,8% p. a. deutlich dynamischer. Ebenso überdurchschnittlich entwickeln sich die Kosten der geförderten 24-Stunden-Pflege mit 4,2 bis 7,0% p. a. In FISK_S1 setzt sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der Pflegekosten in Höhe von 4,4% zusammen aus 2,4 Prozentpunkten aufgrund der demografischen Entwicklung, 2,2 Prozentpunkten getrieben durch die Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen sowie 0,2 Prozentpunkten aus jener des Pflegegelds und -0,4 Prozentpunkten aufgrund der Verbesserung der Gesundheit.

In FISK_S2 ergibt sich das durchschnittliche Jahreswachstum der Pflegekosten von 6,2% wie folgt: 2,4 Prozentpunkte basieren auf der demografischen Entwicklung, 2,6 Prozentpunkte erklären sich durch die Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen und 0,6 Prozentpunkte aus jener des Pflegegelds. Der Anstieg des Anteils von formeller Pflege trägt 0,8 Prozentpunkte bei, während die Verbesserung der Gesundheit das Wachstum um durchschnittlich 0,2 Prozentpunkte p. a. dämpft.

Tabelle 14: Vergleich der Auswirkung unterschiedlicher Indexierungsannahmen

Pflegekosten in % des BIP im Jahr 2030					
		Indexierung Pflegeleistungen			
		Inflation	BIP/Kopf	BIP/Stunde	BIP/Stunde+0,3%
Indexierung Pflegegeld u. 24h-Pflege	konstant	1,26	1,39	1,47	1,52
	Inflation	1,39	1,52	1,60	1,65
	BIP/Kopf	1,47	1,60	1,68	1,73
	historisch	1,29	1,42	1,51	1,55
Pflegekosten in % des BIP im Jahr 2060					
		Indexierung Pflegeleistungen			
		Inflation	BIP/Kopf	BIP/Stunde	BIP/Stunde+0,3%
Indexierung Pflegegeld u. 24h-Pflege	konstant	1,22	1,92	2,23	2,52
	Inflation	1,56	2,26	2,57	2,86
	BIP/Kopf	1,95	2,65	2,96	3,25
	historisch	1,29	1,99	2,30	2,59

Anmerkung: Annahmen zu formeller Pflege und Gesundheit wie in FISK_AWG.

Quelle: eigene Berechnungen.

Abschließend wird noch auf die **Rolle der Indexierungsannahmen** für die Projektion der Pflegekosten eingegangen. Für diese Übung ist die Anzahl der Pflegebezieher jeweils gleich entsprechend der Berech-

nung des FISK_AWG-Szenarios. Tabelle 14 zeigt Möglichkeiten an, die sich aus der Kombination verschiedener Indexierungsannahmen ergeben. Für das Jahr 2030 ist die Bandbreite noch vergleichsweise gering. Im besten Fall (keine Valorisierung des Pflegegelds, Wachstum der Stückkosten für Pflegeleistungen mit Inflation) liegen die Pflegekosten bei 1,26% des BIP und im schlechtesten Fall (Valorisierung des Pflegegelds mit nominellem BIP pro Kopf, Wachstum der Pflegedienstleistungskosten mit BIP pro Arbeitsstunde plus 0,3% Aufschlag) bei 1,73% des BIP. Im Jahr 2060 ist der Unterschied bei den Kosten zwischen dem besten Fall mit 1,22% des BIP sowie dem schlechtesten Fall mit 3,25% des BIP schon bedeutend größer.

5.2.3 Vergleich mit anderen Projektionsergebnissen zur Langzeitpflege

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse der eigenen Projektionen mit jenen aus anderen Studien gegenübergestellt. Dies betrifft im Speziellen die Österreich-Projektion des Ageing Reports 2015 sowie zwei rezente Studien des WIFO: Famira-Mühlberger und Mayrhuber (2015) sowie Famira-Mühlberger et al. (2017). Die Projektionen unterscheiden sich nicht nur in den zugrundeliegenden Annahmen und im methodischen Detail der Fortschreibung, sondern zum Teil auch in der Definition der Pflegekosten und Präsentation der Resultate. Im Folgenden wurde versucht, die Ergebnisse so gut wie möglich vergleichbar zu machen und die Unterschiede, die sich aus unterschiedlichen Annahmen und methodischen Ansätzen erklären, zu isolieren. Die Annahmen des Referenzszenarios des Ageing Reports 2015 sind in Tabelle 12 zusammengefasst.

Der Fokus in Famira-Mühlberger und Mayrhuber (2015) liegt auf dem demografischen Einfluss hinsichtlich des zukünftigen Pflegebedarfs. Es wird angenommen, dass – die altersabhängigen Abhängigkeitsraten (laut Terminologie der vorliegenden Studie) über die Zeit konstant gehalten werden. In Famira-Mühlberger et al. (2017) werden vier ergänzende Annahmen getroffen. Die altersabhängigen Abhängigkeitsraten ab dem Alter von 65 Jahren werden 2025 und 2040 um jeweils ein Lebensjahr nach hinten verschoben („Kompression der Morbidität“). Der Anteil an informeller Pflege reduziert sich um 0,2 Prozentpunkte p. a. Die Stückkosten der Pflegedienstleistungen wachsen real mit 2% p. a. Dies entspricht einem Aufschlag von 0,4 Prozentpunkten p. a. über der langfristigen Reallohnentwicklung laut WIFO. Die Pflegegeldsätze bleiben real konstant, d. h. indexiert mit der Inflation. Dabei ist zu beachten, dass ähnlich lautende Annahmen nicht zwingend den gleichen Einfluss auf die Resultate haben. Beispielsweise führt eine Verschiebung der altersspezifischen Wahrscheinlichkeiten, pflegebedürftig zu werden, um zwei Lebensjahre nach hinten, zu einer Erhöhung der zu erwartenden gesunden Lebensjahre um weniger als zwei Jahre.⁵⁶ Weiters ist die Wirkung einer additiven Erhöhung des Anteils der formellen Pflege im Zeitablauf abhängig vom Startwert. Die kumulierte Erhöhung um rund 9 Prozentpunkte (+0,2 Prozentpunkte p. a. für 2016 bis 2060) ist bei einem Startwert für den Anteil der formellen Pflege von rund 30% (Famira-Mühlberger et al., 2017) relativ betrachtet ein kleinerer Schock als in der vorliegenden Studie, in der von einem Startwert von 17% ausgegangen wird.⁵⁷ Da die Schätzung des aktuellen Anteils der formellen Pflege nicht direkt, sondern residual erfolgt, hängt sie von der Wahl der Indikatoren bezüglich gesundheitlicher Einschränkungen ab.

Tabelle 15 vergleicht zuerst die unterschiedlichen Projektionen bezüglich der Anzahl von Pflegebeziehern. Es zeigt sich, dass das optimistische FISK_S1-Szenario meist den geringsten Anstieg innerhalb der

56 Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass bei der Berechnung der zu erwartenden gesunden Lebensjahre nicht nur die Prävalenz-, sondern auch die Mortalitätsraten eine Rolle spielen. D. h., eine Erhöhung der Prävalenzraten über 65 ist nur für den Fall von Relevanz, in dem eine Person das 65. Lebensjahr erreicht, etc.

57 Eine jährliche Zunahme des Anteils von formeller Pflege um 0,11 anstelle von 0,2 Prozentpunkten hätte den gleichen relativen Anstieg wie in Famira-Mühlberger et al. (2017) angenommen zur Folge und würde die Anzahl der Pflegedienstleistungsbezieher in FISK_S2 bis 2050 um 158% anstelle von 212% anwachsen lassen.

Eigene Projektion der Pflegekosten

Auswahl projiziert, während FISK_S2 auch im Vergleich zu den anderen Projektionen am pessimistischsten ist, speziell bei der Anzahl von Pflegedienstleistungsbeziehern. Auffällig bei der Projektion der Pflegegeldbezieher ist, dass die eigenen Steigerungsraten tendenziell über jenen des Ageing Reports sowie der WIFO-Studien liegen. Dies erklärt sich zum Teil aus der unterschiedlichen Abgrenzung der Pflegegeldbezieher: Im Gegensatz zu den Vergleichsstudien, die alle Pflegegeldbezieher projizieren, wurden in der vorliegenden Studie nur Pflegegeldbezieher mit Funktion „Alter“ projiziert, die sich aufgrund der demografischen Veränderung dynamischer entwickeln.

Tabelle 15: Vergleich unterschiedlicher Projektionen zur Entwicklung der Pflegebezieher

	Ageing Report	WIFO	WIFO	FISK	FISK	FISK
Steigerung 2015-2030 in %	2015*)	2015	2017**)	AWG	S1	S2
Pflegedienstleistungen	35,1	38,9	42,0	38,9	30,9	76,6
Pflegegeld	34,9	35,7	24,1	42,1	34,1	38,1
24-Stunden-Pflege	-	-	22,7	83,2	72,8	102,0
Steigerung 2015-2050 in %						
Pflegedienstleistungen	101,4	128,0	127,0	117,4	90,2	212,0
Pflegegeld	91,7	110,7	67,0	117,9	90,8	104,4
24-Stunden-Pflege	-	-	70,8	197,7	160,9	241,5

Anmerkungen: *) Steigerung von 2013-2030 bzw. 2013-2050. **) Pflegedienstleistungen ohne Case- und Caremanagement.
Quelle: Famira-Mühlberger und Mayrhuber (WIFO, 2015), Famira-Mühlberger et al. (WIFO, 2017), Ageing Report 2015 und eigene Berechnungen.

Tabelle 16 zeigt den Vergleich der unterschiedlichen Entwicklung der Pflegekosten in Prozent des BIP. Die zwei Alternativszenarien FISK_S1 und FISK_S2 sind wieder die Projektionen mit dem geringsten bzw. dem höchsten Anstieg. Die Projektion von Famira-Mühlberger et al. (2017) ist bezüglich der getroffenen Annahmen am ehesten mit FISK_S2 vergleichbar, wobei sich eine Differenz der projizierten Pflegekosten von rund 0,7 Prozentpunkten für das Jahr 2050 (gemessen am BIP) ergibt. Rund die Hälfte der Abweichung erklärt sich durch die unterschiedliche Auswirkung der vermeintlich gleichen Annahme bezüglich des Trends der stetigen Verschiebung von informeller zu formeller Pflege (siehe Fußnote 55). Der Rest dürfte in methodischen Unterschieden in der Fortschreibung der Anzahl der Pflegebezieher begründet sein, die speziell im Fall der Pflegegeldbezieher in Famira-Mühlberger et al. (2017) deutlich langsamer wachsen als in den anderen (in Tabelle 15) angeführten Vergleichsszenarien. Dies dürfte auch der Grund für die bedeutend geringere Dynamik der Bezieher von geförderter 24-Stunden-Pflege in Famira-Mühlberger et al. (2017) sein, da diese an die Entwicklung der Pflegegeldbezieher gekoppelt wurde, während in der vorliegenden Studie das Wachstum der stationären Pflege ausschlaggebend ist.

Tabelle 16: Vergleich unterschiedlicher Projektionen zu Pflegekosten in % des BIP

Pflegekosten in % des BIP	2020	2030	2040	2050	2060
Ageing Report 2015	1,51	1,76	2,05	2,49	2,71
WIFO 2017*)	-	1,65	1,85	2,36	-
FISK_AWG	1,37	1,68	2,03	2,59	2,96
FISK_AWG (ohne 24-Stunden-Pflege)	1,32	1,62	1,95	2,49	2,84
FISK_S1	1,30	1,42	1,54	1,81	1,94
FISK_S2	1,42	1,85	2,32	3,02	3,59

Anmerkung: *) Da WIFO 2017 keine BIP-Fortschreibung enthält, wurde die Quote selbst anhand der BIP-Entwicklung aus FISK_STAT16 berechnet.

Quelle: Famira-Mühlberger et al. (WIFO, 2017), Ageing Report 2015 und eigene Berechnungen.

6. EVALUIERUNG DES KOSTENDÄMPFUNGSPFADS LAUT PAKTUM FINANZAUSGLEICH 2017

In diesem Kapitel werden der im Rahmen des Pakts Finanzausgleich 2017 vereinbarte Kostendämpfungspfad, der die Kostendynamik im Pflegebereich in Grenzen halten soll, sowie die Adäquanz der Mittelausstattung des Pflegefonds beleuchtet.

6.1 Vereinbarungen im Rahmen des Pakts Finanzausgleich 2017 im Kontext der Langzeitpflege

Im neuen **Finanzausgleich für die Jahre 2017 bis 2021** (BGBl. I Nr. 116/2016) wurde im Rahmen eines mehrere Themenbereiche umfassenden **Pakts**⁵⁸ zwischen Bund, Ländern und Gemeinden für den Pflegebereich beschlossen, dass ein **Kostendämpfungspfad** sowie die Weiterführung und **Valorisierung des Pflegefonds** erfolgen soll. Dabei wurde im Detail Folgendes vorgesehen:

- **Begrenzung der Kostendynamik** im Pflegebereich ab 2017 mit einem maximalen Zuwachs von jährlich 4,6%; Ausgangsbasis stellen die Bruttoausgaben des Jahres 2016 der Länder und Gemeinden gemäß Pflegedienstleistungsstatistik dar.
- **Weiterführung des Pflegefonds** mit einer jährlichen Dotierung durch Bund und Länder in Höhe von 350 Mio EUR p. a. bis zum Jahr 2017 und **Valorisierung** der Dotierung mit 4,5% ab dem Jahr 2018. Die Dotierung erfolgt im Verhältnis 2:1 zwischen Bund und Ländern.
- **Maßnahmen zur Einhaltung des Kostendämpfungspfads**: u. a. sektorenübergreifende Medikamentenbewirtschaftung, Optimierung im Verbrauch medizinischer Produkte, Überarbeitung von Normen im Bereich der Krankenanstalten und Pflege, Redimensionierung von Dokumentationspflichten sowie Folgekostenabschätzung bei Erstellung von Qualitätsleitlinien.
- **Jährliche Zusatzmittel** für Länder und Gemeinden in Höhe von 300 Mio EUR zur Sicherstellung einer nachhaltigen Haushaltsführung, insbesondere in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Soziales.

Die Beschränkung der Kostendynamik im Pflegebereich mit einem maximalen Zuwachs von 4,6% p. a. dürfte sich im Wesentlichen durch die bisherige Dynamik der Bruttoausgaben (Durchschnitt 2011/2015: 4,4% p. a.) sowie die seitens Statistik Austria prognostizierte **demografische Entwicklung** der Jahre 2019 bis 2021 hinsichtlich der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen, der überwiegend potenziell pflegebedürftige Personen angehören, ableiten. Laut Projektion der Statistik Austria liegen die Zuwächse der Anzahl der über 80-Jährigen zwischen 4,4% und 6,9% p. a. (Hauptvariante, Jahressummen zu Jahresmitte).

6.2 Evaluierung des Kostendämpfungspfads 2017 bis 2021 anhand von FISK-Projektionen

Ausgehend von den **Bruttoausgaben** 2016 der Länder und Gemeinden für Pflegedienstleistungen laut Pflegedienstleistungsstatistik in Höhe von 3,6 Mrd EUR⁵⁹ ergibt sich unter Zugrundelegung des vereinbarten Kostendämpfungspfads ein **(zulässiger) Anstieg auf maximal 4,5 Mrd EUR bis zum Jahr 2021** (Tabelle 17).

58 Siehe <https://www.bmf.gv.at/budget/finanzbeziehungen-zu-laendern-und-gemeinden/paktum-zum-finanzausgleich-ab-2017.html>.

59 Dieser Wert ergibt sich aus der Fortschreibung der Bruttoausgaben 2015 (aktuell verfügbares Jahr) mit dem Durchschnittswert der Jahre 2011/2015 in Höhe von 4,4%.

Evaluierung des FAG-Kostendämpfungspfads

Dieser Kostenpfad wird in weiterer Folge den **FISK-Projektionen zur Pflegekostenentwicklung** im Bereich der Pflegedienste der Länder und Gemeinden gegenübergestellt, um Hinweise über die Plausibilität dieses Pfads zu erhalten.

Tabelle 17: Evaluierung des Kostendeckungspfads laut Paktum Finanzausgleich 2017 anhand von FISK-Projektionen

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Entwicklung der Pflegekosten der Länder und Gemeinden:						
	in Mio EUR					
Vorgabe: FAG 2017¹⁾	3.572	3.736	3.908	4.087	4.275	4.472
Szenario: FISK_AWG ²⁾	3.558	3.731	3.924	4.126	4.348	4.590
Szenario: FISK_S1 ³⁾	3.544	3.701	3.876	4.059	4.261	4.480
Szenario: FISK_S2 ⁴⁾	3.633	3.888	4.171	4.471	4.800	5.157
	in Mio EUR					
Zuwachs: FAG 2017	151	164	172	180	188	197
Zuwachs: FISK_AWG	137	173	192	202	222	242
Zuwachs: FISK_S1	123	157	175	183	201	220
Zuwachs: FISK_S2	212	255	283	300	328	357
	in %					
Zuwachs: FAG 2017	4,4	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6
Zuwachs: FISK_AWG	4,0	4,9	5,2	5,2	5,4	5,6
Zuwachs: FISK_S1	3,6	4,4	4,7	4,7	5,0	5,2
Zuwachs: FISK_S2	6,2	7,0	7,3	7,2	7,3	7,4
	in Mio EUR					
Dotierung Pflegefonds:	350	350	366	382	399	417
Dotierung des Pflegefonds, Bundesanteil	233	233	244	255	266	278
Dotierung des Pflegefonds, Landes- und Gemeindeanteil	117	117	122	127	133	139
	in Mio EUR					
Differenz der Pflegefonds-Mittel gegenüber Kostenzuwachs:						
FAG 2017	199	186	194	202	211	221
Szenario: FISK_AWG	213	177	173	180	177	175
Szenario: FISK_S1	227	193	191	199	198	198
Szenario: FISK_S2	138	95	83	82	71	60
	in Mio EUR					
Vergleich: Kostenzuwachs vs Valorisierung des Pflegefonds						
max. zulässiger Kostenzuwachs gemäß FAG 2017	151	164	172	180	188	197
Valorisierung der Pflegefonds-Mittel	50	0	16	16	17	18
Differenz:	-101	-164	-156	-163	-171	-179
	in Mio EUR					
Finanzierungsbeiträge (inkl. Pflegefonds)⁵⁾						
Bund	2.473	2.521	2.583	2.646	2.713	2.855
Länder und Gemeinden	2.383	2.508	2.649	2.794	2.949	3.102
	Anteile in %					
Bund	51	50	49	49	48	48
Länder und Gemeinden	49	50	51	51	52	52

"+" ... Überdeckung; "-" ... Unterdeckung

1) 2016: Basisjahr für den Kostendämpfungspfad; Fortschreibung mit dem 5-Jahresdurchschnitt der Jahre 2011-15 in Höhe von 4,4%. Zuwachs entsprechend Kostendämpfungspfad gemäß Paktum Finanzausgleich 2017 (+4,6% p.a.)

2) Bevölkerungsprognose: EUROPOP2015; Prävalenz: alters/geschlechtsspezifisch konstant; formelle Pflege: konstant; Stückkosten Pflegeleistung: nominelles BIP/Arbeitsstunde.

3) Wie FISK-AWG, allerdings erhöht sich der relative Anteil gesunder Lebensjahre.

4) Wie FISK-AWG, allerdings bleibt der relative Anteil der zu erwartenden gesunden Lebensjahre konstant und werden Stückkosten zusätzlich um 0,3% p. a. erhöht.

5) Gesamtkosten der Langzeitpflege für Altersleistungen inkl. Dotierung des Pflegefonds auf Basis des Szenarios FISK_S1.

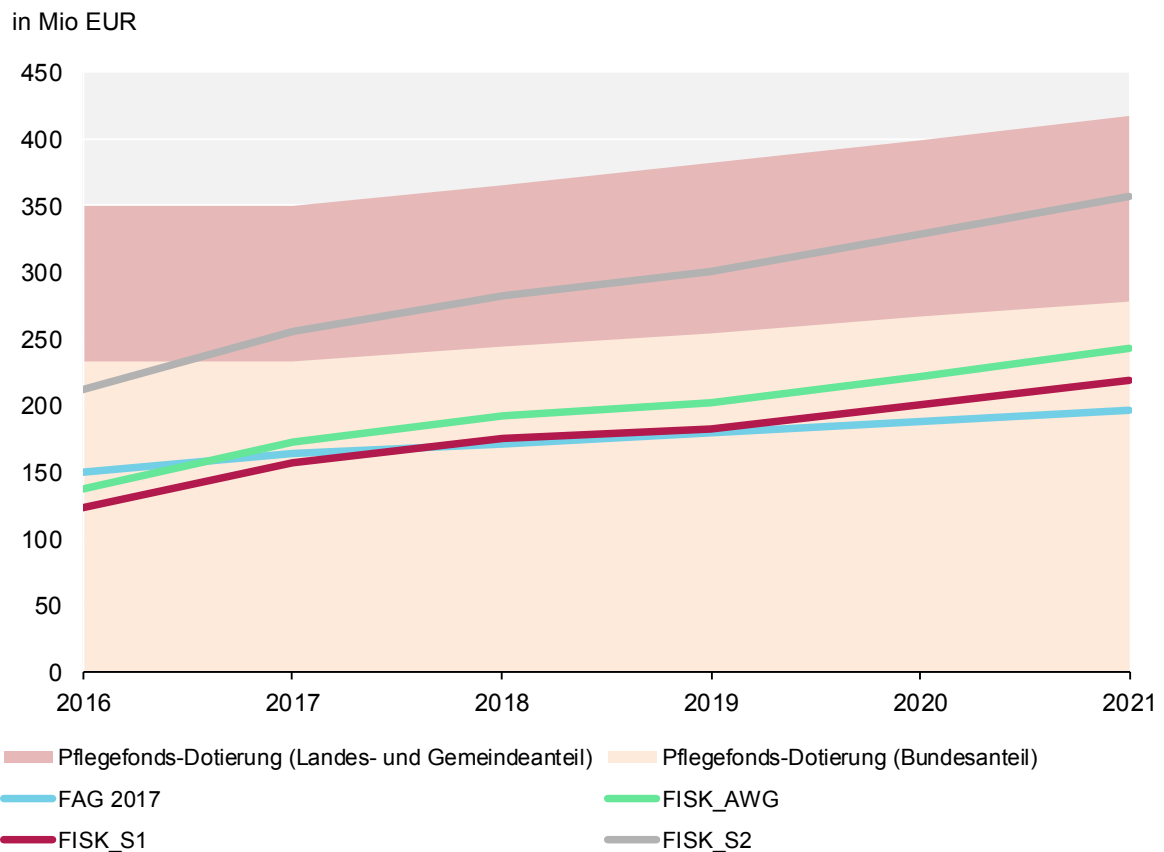
Quelle: STAT (Pflegedienstleistungsstatistik) und eigene Berechnungen.

Analog zu den Ausführungen in Kapitel 5 werden drei FISK-Projektionen für den relevanten Teilbereich der Länder- und Gemeindeausgaben herangezogen:

Evaluierung des FAG-Kostendämpfungspfads

- **FISK_AWG:** Diesem Szenario liegt die Bevölkerungsprognose EUROPOP2015 von Eurostat zugrunde, die nur unwesentlich von der demografischen Entwicklung laut Statistik Austria abweicht. Das Verhältnis der Bevölkerung mit altersbedingter Beeinträchtigung (Prävalenz) wird nach Alter und Geschlecht konstant gehalten.⁶⁰ Ebenso bleibt der Anteil der informell gepflegten Personen alters- und geschlechtsspezifisch konstant. Die Entwicklung der Stückkosten für Pflegeleistungen wird aus der Entwicklung des nominellen BIP pro geleistete Arbeitsstunde approximiert.
- **FISK_S1:** Analog zu Szenario FISK_AWG, allerdings erhöht sich der relative Anteil gesunder Lebensjahre („Kompression der Mortalität“).
- **FISK_S2:** Analog zu Szenario FISK_AWG, allerdings bleibt der relative Anteil der zu erwartenden gesunden Lebensjahre über die Zeit konstant und es werden die Stückkosten der Pflege zusätzlich um 0,3 Prozentpunkte p. a. erhöht.

Grafik 18: Zuwachs der Pflegekosten und Dotierung des Pflegefonds 2016–2021



Auf der Grundlage dieser **FISK-Szenarien** steigen die **Pflegekosten** der Länder und Gemeinden von 3,6 Mrd EUR (2016) auf **4,5 bis 5,2 Mrd EUR im Jahr 2021**. Folglich liegt der projizierte Kostenzuwachs in den Szenarien FISK_AWG und FISK_S2 durchwegs und relativ deutlich über den zulässigen Werten des Kostendämpfungspfads. Im Szenario FISK_S1 verläuft die Kostenentwicklung bis zum Jahr 2020 knapp unterhalb des Kostendämpfungspfads, im Jahr 2021 übersteigen auch in diesem Szenario

⁶⁰ Aufgrund der sinkenden Mortalitätsraten über die Zeit steigen in diesem Fall die zu erwartenden gesunden Lebensjahre, jedoch sinkt ihr Anteil an den gesamten zu erwartenden Lebensjahren.

Evaluierung des FAG-Kostendämpfungspfads

die projizierten Kosten das zulässige Maximalausmaß gemäß Kostendämpfungspfad. Das bedeutet, dass die vereinbarte **Beschränkung der Kostendynamik** im Pflegebereich eine verhältnismäßig starke **Einsparung** im Vergleich zur erwarteten Kostenentwicklung (ohne Gegenmaßnahmen) – **im Jahr 2021** je nach Szenario **zwischen 8 und 685 Mio EUR** – erfordern kann.

Um die **Gegenfinanzierung der Kostendynamik** im Pflegebereich sicherzustellen, wurde im Jahr 2011 der Pflegefonds etabliert und dessen Dotierung in mehreren Schritten erhöht (Abschnitt 3). Im Folgenden wird überprüft, ob die Valorisierung des Pflegefonds ausreicht, um die erwartete Kostendynamik vollständig abzudecken (Tabelle 17). Ausgehend von **Pflegefondsmitteln** in Höhe von **350 Mio EUR in den Jahren 2016 und 2017** steigt die Dotierung bei einer jährlichen Valorisierung von 4,5% schrittweise auf **417 Mio EUR bis zum Jahr 2021** an. Je nach Ausgabenzenario (Kostendämpfungspfad laut Paktum Finanzausgleich, drei FISK-Szenarien) liegt der Ausgabenzuwachs bei den Pflegediensten der Länder und Gemeinden im Jahr 2016 zwischen 123 Mio EUR (FISK_S1) und 212 Mio EUR (FISK_S2), jener des Jahres 2021 zwischen 197 Mio EUR (FAG 2017) und 357 Mio EUR (FISK_S2). Unter dem Blickwinkel, dass sämtliche Mittel des Pflegefonds zur Abdeckung der jährlichen Zusatzkosten im Pflegebereich vorgesehen sind, ist die Dotierung des Pflegefonds ausreichend, um den erwarteten Ausgabenzuwachs der Länder und Gemeinden im Pflegebereich zu kompensieren (Grafik 18). Mit Ausnahme des Szenarios FISK_S2 reicht sogar bereits der Bundesanteil (zwei Drittel der Pflegefonds-Dotierung) aus. Stellt man den mit den Ländern und Gemeinden im Pflegebereich vereinbarten Kostendämpfungspfad der jährlichen Valorisierung der Pflegefonds-Mittel gegenüber, so decken die Zusatzmittel des Pflegefonds die Kostendynamik nicht zur Gänze ab (Tabelle 17). Dies führt dazu, dass sich im Bereich der Pflegedienstleistungen die anteiligen **Finanzierungsbeiträge der Länder und Gemeinden** am Gesamtaufwand (inkl. Dotierung des Pflegefonds) sukzessive erhöhen: So betrug der Finanzierungsbeitrag der Länder und Gemeinden am Gesamtaufwand 49% (Bund: 51%) im Jahr 2016, im Jahr 2021 wird auf Basis des Szenarios FISK_S1 von einem Anteil in Höhe von 52% (Bund: 48%) ausgegangen.⁶¹ Vor dem Hintergrund besonders dynamischer Ausgabenbereiche der Länder und Gemeinden wurden auch die Zusatzmittel seitens des Bundes von jährlich 300 Mio EUR im Rahmen des Finanzausgleichs 2017 gewährt.

Zusammenfassend ist Folgendes festzuhalten:

- Der zulässige Wachstumspfad gemäß Paktum FAG 2017 verläuft im Vergleich zu den FISK-Projektionen – mit Ausnahme der ersten Jahre im Szenario FISK_S1 – restriktiver, sodass die Umsetzung des vereinbarten Kostendämpfungspfads Maßnahmen der Länder und Gemeinden zur Eindämmung der Kostendynamik erforderlich machen dürfte.
- Die jährliche Dotierung des Pflegefonds ist ausreichend, um die erwarteten Zusatzkosten im Pflegebereich bis zum Jahr 2021 abzufangen. Dabei wird die gesamte jährliche Dotierung des Pflegefonds dem zu erwartenden Kostenzuwachs gegenübergestellt.
- Der Bund trägt etwa die Hälfte des Gesamtaufwandes des staatlichen Pflegewesens, das in den Zuständigkeitsbereich der Länder fällt. Infolge der Kostendynamik im Bereich der Pflegedienstleistungen erfolgt in den Jahren 2017 bis 2021 – trotz Valorisierung des Pflegefonds – eine Lastenverschiebung in Richtung der Länder und Gemeinden, die nur teilweise durch weitere im Paktum FAG 2017 vereinbarte Zusatzmittel abgefangen werden dürfte.
- Ob die im Paktum FAG 2017 in Aussicht gestellten Einsparungsmaßnahmen (z. B. Bürokratieabbau, Optimierung im Verbrauch medizinischer Produkte und bei der Medikamentenbewirtschaftung) geeignet sind, um die erforderliche Kostendämpfung im Pflegebereich zu erzielen, müsste separat untersucht werden. Eine Abschätzung der Budgeteffekte der vereinbarten Maßnahmen seitens der Gebietskörperschaften liegt nicht vor.

⁶¹ Auf Basis des Szenarios FISK_S2 ergeben sich für das Jahr 2021 54% (Länder und Gemeinden) und 46% (Bund).

7. HAUPTERGEBNISSE UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Im Jahr 2015 lagen die **gesamtstaatlichen Bruttoausgaben für Langzeitpflege in Summe** bei **5,6 Mrd EUR oder 1,6% des BIP**. Dieser Teilbereich der Sozialausgaben setzt sich aus den Ausgaben der Länder und Gemeinden für ambulante und stationäre Alters- und Pflegedienste (3,4 Mrd EUR), dem Bundespflegegeld (2,0 Mrd EUR), Pflegekarenzgeld und Ersatzleistungen (Überbrückungshilfen) sowie den Fördermitteln der 24-Stunden-Betreuung (in Summe 0,2 Mrd EUR) zusammen. Die gesamtstaatlichen **Nettoausgaben** für Langzeitpflege lagen 2015 **in Summe bei 4,3 Mrd EUR oder 1,3% des BIP** (Bruttogesamtausgaben **abzüglich der privaten Beiträge und Ersätze** von den betreuten Personen in Höhe von 1,3 Mrd EUR).
- Da der Pflegebereich mit **Gesundheitsleistungen** eng verwoben ist, ist eine **Unterscheidung und scharfe Trennung** dieser Ausgabenbereiche **nicht immer vollständig möglich**. Zudem besteht ein Trade-off: Maßnahmen der Gesundheitsprävention sollten den Pflegeaufwand im Alter dämpfen, hohe Qualität der Pflegedienstleistungen sollte das Krankenwesen entlasten.
- Die **Entwicklung des Pflegebedarfs** ist in erster Linie durch die **demografische Entwicklung** determiniert, die durch einen markanten Anstieg des Anteils älterer Personen an der Gesamtbevölkerung in Österreich charakterisiert ist. Im Jahr 2015 repräsentierte die Gruppe der über 80-Jährigen – jene Personengruppe, die potenziell Pflege- und Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen muss – 5,0% der Gesamtbevölkerung. Bis zum Jahr 2030 wird sich dieser Anteil auf 6,6%, bis zum Jahr 2060 auf 11,0% erhöhen. Die Anzahl der über 80-Jährigen steigt auf das 1,5-Fache bis zum Jahr 2030 bzw. auf das über 2,5-Fache bis zum Jahr 2060.
- Die **demografische und gesellschaftliche Entwicklung** dämpft das Potenzial **informeller Pflege**, die bislang vorrangig von Frauen geleistet wurde. So nimmt die Frauenerwerbsquote von 65,3% (2015) auf 67,4% (2030) zu. Zudem geht der relative Anteil der Bevölkerungsgruppe der Frauen im Alter von 40 bis 59 Jahren, die den wesentlichen Teil des informellen Betreuungsangebots derzeit stellt, zurück. Schließlich steigt die Zahl der Einpersonenhaushalte (z. B. infolge Alterung, steigender Scheidungsraten, Rückgang des intergenerativen Zusammenlebens). Vor diesen Hintergrund werden professionelle häusliche Pflege und institutionelle Pflege- und Betreuungsleistungen wichtiger. Diese Verlagerung geht mit einem **höheren Finanzierungsaufwand für die Staatshaushalte** einher, da die institutionalisierten Pflegedienstleistungen Teil der staatlichen Sozialschutzsysteme sind.
- Die Zahl der Erwerbstätigen (Anzahl der 15- bis 64-Jährigen), die auch das (inländische) **Pflegepotenzial** repräsentiert, stagniert: Der Index bezüglich dieser Altersgruppe (2015=100) erhöht sich bis zum Jahr 2030 nur geringfügig auf 105 und fällt bis zum Jahr 2060 auf 101 ab. Der Anteil der 15-bis 64-Jährigen belief sich im Jahr 2015 auf 67,2% der Gesamtbevölkerung und geht kontinuierlich auf 62,8% bis zum Jahr 2030 und auf 57,1% im Jahr 2060 zurück. Diese demografisch bedingte **Verknappung der Pflegepersonalressourcen** und in weiterer Folge des Angebots an Pflegedienstleistungen könnte teilweise durch **Attraktivierung und Aufwertung der Pflegeberufe** kompensiert werden. Dazu könnten folgende Maßnahmen beitragen:
 - Verbesserung der **Rahmenbedingungen für Pflegepersonal** hinsichtlich Entlohnung, Arbeitszeitenregelungen etc.;
 - **Vereinheitlichung der Ausbildung**, die zur Erhöhung der Durchlässigkeit und der Aufstiegsmöglichkeiten zwischen Ausbildungsstufen und Berufstypen führen könnte;
 - **Frühzeitige Bindung Interessierter**, etwa durch das Angebot einschlägiger Lehrberufe.
 - Ferner könnte die **Migration für Personen mit diesbezüglichen Kenntnissen** erleichtert werden.
- Zur Abschätzung der **langfristigen Entwicklung** der gesamtstaatlichen Kosten der Pflege, bestehend

Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen

aus den Nettoausgaben für **Pflegesachleistungen**, dem **Pflegegeld** (nur Funktion „Alter“) sowie der Förderung der **24-Stunden-Pflege**, wurden **eigenen Projektionen** durchgeführt. In den Projektionen kommen drei Hauptvarianten zum Einsatz. Ausgehend von den Annahmen des Referenzszenarios des Ageing Reports 2015 (FISK_AWG) wurden zwei Alternativszenarien (FISK_S1 und FISK_S2) mit plausiblen Annahmeabweichungen entworfen. Einerseits sollten eine realistischere Valorisierung des Pflegegelds sowie eine Zunahme an gesunden Lebensjahren vergleichsweise kostendämpfend wirken. Andererseits wirken die Berücksichtigung des Trends zur formellen Pflege sowie ein überproportionales Wachstum der Stückkosten der Pflegesachleistungen – verglichen mit dem Referenzszenario des Ageing Reports – kostenerhöhend.

- Im optimistischeren FISK_S1 Szenario steigt die **Anzahl an Pflegedienstleistungsbeziehern** (im Jahresdurchschnitt) von knapp 190.000 (2015) auf rund 380.000 Personen (2060). Die **Zahl der Pflegegeldbezieher** (nur Funktion „Alter“) steigt im gleichen Zeitraum von rund 370.000 auf 740.000 Personen. Beides entspricht einem Wachstum von rund 100%. Im pessimistischeren FISK_S2 Szenario beträgt das Wachstum +260% (Pflegedienstleistungsbezieher) bzw. +120% (Pflegegeldbezieher). Das starke Wachstum der Pflegedienstleistungsbezieher basiert auf der Annahme einer Zunahme des Anteils von formeller Pflege von 0,2 Prozentpunkten p. a.
- Die Quote der **gesamstaatlichen Pflegekosten** in % des BIP steigt laut Projektion, abhängig vom gewählten Szenario, von 1,27% (2015) zum Teil deutlich auf 1,42 bis 1,85% (2030) bzw. auf 1,94 bis 3,59% (2060). Die **Wahl** der zugrundeliegenden, rezenten **Bevölkerungsprognosen** (EUROPOP2013 vs. EUROPOP2015, Statistik Austria 2016) hat **vernachlässigbare Auswirkungen** auf die Resultate. Unterschiedliche Annahmen bezüglich **Morbidität**, Ausmaßes des Trends zur **formellen Pflege** sowie die **Indexierung der Stückkosten** treiben die Abweichungen in den Resultaten verschiedener Projektionsszenarien.
- Das **durchschnittliche jährliche Wachstum der Pflegekosten** für den Zeitraum 2015 bis 2030 liegt, abhängig vom Szenario, zwischen 4,4 und 6,2%. Während die Ausgaben für das Pflegegeld mit durchschnittlich 2,5 bis 5,2% p. a. wachsen, entwickeln sich die Nettoausgaben für Pflegedienstleistungen mit 5,8 bis 7,8% p. a. deutlich dynamischer. Ebenso überdurchschnittlich entwickeln sich die Kosten der geförderten 24-Stunden-Pflege mit 4,2 bis 7,0% p. a. Im optimistischeren FISK_S1-Szenario setzt sich das durchschnittliche jährliche Wachstum der Pflegekosten in Höhe von 4,4% aus 2,4 Prozentpunkten aufgrund der demografischen Entwicklung, 2,2 Prozentpunkten getrieben durch die Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen sowie 0,2 Prozentpunkten aus jener des Pflegegelds und –0,4 Prozentpunkten aufgrund der Verbesserung der Gesundheit zusammen. Im pessimistischeren FISK_S2-Szenario ergibt sich das durchschnittliche Jahreswachstum der Pflegekosten von 6,2% wie folgt: 2,4 Prozentpunkte basieren auf der demografischen Entwicklung, 2,6 Prozentpunkte erklären sich durch die Stückkostenentwicklung der Pflegedienstleistungen sowie 0,6 Prozentpunkte aus jener des Pflegegelds. Der Anstieg des Anteils von formeller Pflege trägt 0,8 Prozentpunkte bei, während die Verbesserung der Gesundheit das Wachstum um durchschnittlich 0,2 Prozentpunkte p. a. dämpft.
- Mobile, ambulante und stationäre **Betreuungs- und Pflegedienste** fallen in den Zuständigkeitsbereich der **Bundesländer** (bei Kofinanzierung der Gemeinden), der **Bund** zeichnet für **monetäre Sozialtransfers** (v. a. „Pflegegeld“) und den Großteil der Dotierung des **Pflegefonds** (Zweckzuschüsse zur Sicherung sowie zum bedarfsgerechten Aus- und Aufbau des Betreuungs- und Pflegedienstleistungsangebots der Länder und Gemeinden) verantwortlich. Der Pflegefonds läuft in der derzeitigen Form Ende 2021 aus, sodass eine **nachhaltige Finanzierungslösung nach 2021** erforderlich ist.
- Maßnahmen zum gezielten Ausbau der **Prävention und Gesundheitsförderung**, zur **Vereinfachung der Bürokratie** und **Bündelung der Strukturen** sowie eine bessere **Vernetzung von ambulantem und stationärem Bereich** („Primärversorgung“) könnten insgesamt zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung beitragen.

- Die **Vielzahl der Finanzströme** zwischen staatlichen Einheiten **im Pflegebereich** spiegelt beispielhaft die **Komplexität der österreichischen Finanzierungsarchitektur der öffentlichen Haushalte** und ein Kernproblem der föderalen Staatsarchitektur Österreichs wider. Die daraus folgende **Intransparenz** trägt zu **Ineffizienzen und Steuerungsproblemen** bei. Hinter der **Nettobelastung der Länder und Gemeinden** für Betreuungs- und Pflegedienste in Höhe von **2,1 Mrd EUR** verbirgt sich im Jahr 2015 ein **Transfervolumen in Höhe von 6,8 Mrd EUR im Pflegebereich** (Kofinanzierungen und Kreislauf des Bundespflegegelds).
- **Pflegekosten** weisen **im Bundesländervergleich** große Unterschiede auf, die aus dem öffentlich verfügbaren Datenmaterial nur vereinzelt (z. B. auf Basis der unterschiedlichen Personalschlüssel) erklärt werden können. Vergleichbare regionale Detailinformationen, insbesondere über qualitative Merkmale und deren Kosten, fehlen. Die Bandbreite des **Bruttoaufwands pro Bewohntag** (unter Berücksichtigung des relativen Grads der Pflegebedürftigkeit), der im Gegensatz zum Pro-Kopf-Aufwand die abweichende **durchschnittliche Verweildauer** einer betreuten Person in stationärer Betreuung berücksichtigt, lag im Jahr 2015 zwischen 74 EUR (Tirol) und 238 EUR (Wien) bzw. im Durchschnitt bei 127 EUR. Allerdings stellt Tirol insofern einen „Ausreißer“ dar, als in den erfassten Bewohntagen auch die Selbstzahler – die das Entgelt ohne staatlichen Zuschuss entrichten – enthalten sind. Hier wären detaillierte Vergleichsstudien zwischen den Ländern wichtig, bei denen Best-Practice-Erfahrungen gesammelt werden können.
- Die landesgesetzlich unterschiedlich geregelten **Personal- und Qualifikationsschlüssel in der stationären Langzeitpflege** lösen **differenzierte Budgeteffekte** für die Länder und Gemeinden aus und liefern einen **wichtigen Erklärungsansatz** für die große Bandbreite des Bruttoaufwands pro Bewohntag. Die Personalschlüssel reichen in der Pflegestufe 0 von einem Betreuer für 60 Heimbewohner (Vorarlberg) bis zu einem Betreuer für 20 Heimbewohner (Wien) und im Bereich der Pflegestufe 7 von einem Betreuer für 1,7 Heimbewohner (Steiermark) bis zu einem Betreuungsverhältnis von 1:1 in Wien. In Wien müssen zumindest 30%, in der Steiermark zumindest 20% der Personalausstattung zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege abgedeckt werden. In diesem Zusammenhang bieten sich folgende Maßnahmen an:
 - Arbeitswissenschaftliche **Bewertung der Tätigkeiten und Anforderungen** an die Arbeit der Pflege- und Betreuungsberufe als Grundlage für die Festlegung der Personalschlüssel.
 - Bundesweit **einheitliche Personalbedarfsberechnung**, die den Betreibern von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen die **Mindestanzahl und die Qualifikation** der Mitarbeiter vorschreibt. Dies könnte in manchen Ländern zu einer Anhebung der Kosten führen;
- Im **Paktum Finanzausgleich 2017–2021** wurde zwischen Bund, Ländern und Gemeinden eine **Valorisierung der Zweckzuschüsse aus dem Pflegefonds** und jährliche **Zusatzmittel** für Länder und Gemeinden in Höhe von 300 Mio EUR (um eine nachhaltige Haushaltsführung in den Bereichen Gesundheit, Pflege und Soziales sicherzustellen), andererseits ein **Kostendämpfungspfad** für den Pflegebereich vereinbart, der einen **Anstieg der Bruttoausgaben der Länder und Gemeinden auf maximal 4,5 Mrd EUR** bis zum Jahr 2021 als zulässig definiert. Auf der Grundlage der **FISK-Szenarien** steigen die **Pflegekosten** der Länder und Gemeinden von 3,6 Mrd EUR (2016) auf **4,5 bis 5,2 Mrd EUR im Jahr 2021**. Der in der gegenständlichen Studie projizierte Kostenzuwachs liegt – je nach Szenario – zum Teil relativ deutlich über den zulässigen Werten des Kostendämpfungspfads. Dies hat folgende Implikationen:
 - Die vereinbarte Beschränkung der Kostendynamik im Pflegebereich erfordert **Einsparungen** im Vergleich zur erwarteten Kostenentwicklung (ohne Gegenmaßnahmen) – **im Jahr 2021** je nach Szenario **zwischen 8 und 685 Mio EUR**.
 - Ob die im Paktum FAG 2017 **in Aussicht gestellten Einsparungsmaßnahmen** (z. B. Bürokratieabbau, Optimierung im Verbrauch medizinischer Produkte und bei der Medikamentenbewirtschaftung) geeignet sind, um die erforderliche Kostendämpfung im Pflegebereich zu

Hauptergebnisse und Schlussfolgerungen

erzielen, müsste separat untersucht werden. Eine Abschätzung der Budgeteffekte der vereinbarten Maßnahmen seitens der Gebietskörperschaften liegt nicht vor.

- Ausgehend von **Pflegefondsmitteln** in Höhe von **350 Mio EUR in den Jahren 2016 und 2017** steigt die Dotierung bei einer jährlichen Valorisierung von 4,5% schrittweise auf **417 Mio EUR bis zum Jahr 2021** an. Die jährlichen Pflegefondsmittel reichen aus, um die erwartete Kostendynamik im Pflegebereich abzufangen. Dabei wird die gesamte jährliche Dotierung des Pflegefonds dem zu erwartenden Kostenzuwachs gegenübergestellt.
- Der Bund trägt gegenwärtig etwa die Hälfte des Gesamtaufwandes des staatlichen Pflegewesens, das in den Zuständigkeitsbereich der Länder fällt. Infolge der Dynamik im Bereich der Pflegedienstleistungen erfolgt in den Jahren 2017 bis 2021– trotz Valorisierung des Pflegefonds – eine **Lastenverschiebung in Richtung der Länder und Gemeinden**, die eventuell nur teilweise durch weitere im Paktum FAG 2017 vereinbarte Zusatzmittel abgefangen werden dürfte.
- Die **Pflegedienstleistungsstatistik** lässt trotz einheitlicher Vorgaben und Definitionen unterschiedliche Interpretationen zu. Zudem ergeben sich aus den **unterschiedlichen Förderungsstrukturen** (z. B. Objektförderung vs. Subjektförderung, institutionelle Organisation) und aus **unklaren sowie schwer realisierbaren Trennlinien zu verwandten Bereichen** wie dem Gesundheitswesen **unterschiedliche Erfassungsgrade der Pflegekosten**. So sind Mehrfachzählungen etwa in jenen Ländern, wo keine Einzeldaten im Zuge von Subjektförderungen vorliegen, unvermeidbar. Durch das Entwickeln eines besseren Verständnisses bezüglich des statistischen Konzepts einerseits und der Möglichkeiten zur Datenmeldung andererseits hinsichtlich zu erfassender Kosten und korrespondierender Leistungsempfänger sollten die existierenden Vergleichshemmnisse reduziert werden können.

8. LITERATUR

Bacharach, M. (1965). „Estimating Nonnegative Matrices from Marginal Data“. *International Economic Review* 6 (3), 294–310.

Baumgartner, J. und Kaniovski, S. (2007). „Update der mittelfristigen Prognose der österreichischen Wirtschaft 2017 bis 2021“, *WIFO-Monatsberichte* 90(4), 269–275.

BGBI. I Nr. 55/2005. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe.

BGBI. I Nr. 138/2013. Pflegekarenz und Pflegezeit.

BGBI. I Nr. 110/1993. Bundespflegegeldgesetz.

BGBI. I Nr. 116/2016. Finanzausgleich für die Jahre 2017 bis 2021.

BGBI. I Nr. 173/2013. Pflegefondsgesetz.

BGBI. I Nr. 59/2009. 24-Stunden-Betreuung.

BGBI. I Nr. 746/1996. Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz.

BGBI. I Nr. 58/2011. Pflegegeldreformgesetz.

BGBI. II Nr. 302/2012. Pflegedienstleistungsverordnung.

BGBI. 866/1993. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen.

Biwald, P., Hochholdinger, N., Köfel, M., Gencgel, M. und A. Haindl (2011). *Pflege und Betreuung in Österreichs Städten. Status Quo, Entwicklung und Reformoptionen. Endbericht des KDZ. Wien.*

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumerschutz (2016). *Sozialstaat Österreich. Leistungen, Ausgaben und Finanzierung 2016. Wien.*

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumerschutz (2016). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2015. Wien.*

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumerschutz (2017). *Sozialbericht. Sozialpolitische Entwicklungen und Maßnahmen 2015-16. Sozialpolitische Analysen. Wien.*

Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H. und Wittenberg, R. (2003). „European Study of Long-Term Care Expenditure“ Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, PSSRU Discussion Paper 1840.

Europäische Kommission (2014). *The 2015 Ageing Report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies. European Economy 8/2014. Brussels.*

Europäische Kommission (2015). „The 2015 Ageing Report“, *European Economy 3/2015, Luxemburg.*

Eurostat (2008). *ESSOSS-Handbuch. Das Europäische System der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS). Ausgabe 2008. Luxemburg.*

Literatur

Eurostat (2011). Manual on sources and methods for the compilation of COFOG. Classification of the Functions of Government (COFOG). 2011 Edition. Luxembourg.

Eurostat (2016). European system of integrated social protection statistics – ESSPROS. Manual and user guidelines. 2016 Edition. Luxembourg.

Famira-Mühlberger, U. und Mayrhuber, C. (2015). „Strukturveränderung als Folge demographischer Veränderungen“, Österreichisches Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO), Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien.

Famira-Mühlberger, U., Firgo, M., Fritz, O., Streicher, G. (2017). „Österreich 2025: Pflegevorsorge – Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen“, Österreichisches Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO), Wien.

Firgo, M. und Famira-Mühlberger, U. (2014). „Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern“, Österreichisches Wirtschaftsforschungsinstitut (WIFO), Studie im Auftrag der Verbindungsstelle der Österreichischen Bundesländer, Wien.

Grossmann, B. (2017). Paktum Finanzausgleich 2017–2021 im Spiegel aktueller Empfehlungen des Fiskalrates. In: Bauer, H., Biwald, P. und K. Mitterer (Hrsg.). Finanzausgleich 2017: Ein Handbuch. Mit Kommentar zum FAG 2017. KDZ-Schriftenreihe „Öffentliches Management und Finanzwirtschaft“, Band 19, 378-380. Wien.

Mitterer, K., Biwald, P. und A. Haindl (2016). Länder-Gemeinden-Transferverflechtungen. Status und Reformoptionen der Transferbeziehungen zwischen Ländern und Gemeinden. KDZ-Endbericht. Wien.

OECD (2000). A System of Health Accounts. Health. OECD Publishing. Paris.

OECD, Eurostat and WHO (2011). A System of Health Accounts. 2011 Edition. OECD Publishing. Paris.

Rainer, L. und Theurl, E. (2015). „Zur Entwicklung der Pflegegeldausgaben in Österreich: Eine empirische Bestandsaufnahme“, Wirtschaft und Gesellschaft 41(4), 565-591. Wien.

Rechnungshof (2010). Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Vollzug des Pflegegeldes. RH-Bericht Bund 2010/3. Wien.

Rechnungshof (2011). Altenbetreuung in Kärnten und Tirol. RH-Bericht Kärnten 2011/1. Wien.

Reformarbeitsgruppe Pflege (2012). Empfehlungen der Reformarbeitsgruppe Pflege zur Verbesserung des Pflegeangebots, Attraktivierung der Pflegeberufe, Optimierungen und Finanzierung in Österreich. Wien.

Riedel, M., Davoine, T., Poyntner, P. und G. Titelbach (2015). Optionen zur Deckung des zukünftigen Finanzierungsbedarfs in der Pflege. IHS-Projektbericht. Wien.

Staflinger, H. (2016). Der öö. Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand. Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf. Forschungsbericht der AK OÖ. Linz.

Statistik Austria (2016). Standard-Dokumentation Metainformationen (Definitionen, Erläuterungen, Methoden, Qualität) zu Gesundheitsausgaben nach System of Health Accounts für Österreich. Wien.

WHO (2014). „WHO methods for life expectancy and healthy life expectancy“, Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HSI/GHE/2014.5. Genf.

9. ANHANG

Tabelle A1: Staatliche Sozialleistungen Österreichs

	2011	2012	2013	2014	2015	
in Mio EUR						
Ausgaben für Sozialleistungen nach Funktionen¹⁾						
Krankheit/Gesundheitsversorgung	22.258	23.119	23.643	24.411	25.417	
Invalidity/Gebrechen	6.554	6.663	6.663	6.737	6.703	
Alter	37.642	39.597	41.218	43.021	44.226	
Hinterbliebene	5.631	5.801	5.888	5.991	6.046	
Familie/Kinder	8.834	8.848	9.034	9.149	9.621	
Arbeitslosigkeit	4.514	4.649	5.095	5.391	5.636	
Wohnen und Soziale Ausgrenzung	1.639	1.735	1.798	1.929	2.290	
Summe der Ausgaben	87.071	90.412	93.339	96.627	99.940	
<i>in % des BIP</i>	28,2	28,5	28,9	29,2	29,4	
Finanzierung der Sozialausgaben						
Arbeitgeber-Sozialbeiträge	32.656	33.689	34.871	35.687	36.701	
Arbeitnehmer-Sozialbeiträge	23.160	23.976	24.995	25.761	26.687	
Allgemeine Steuermittel	31.728	33.696	34.262	35.921	36.816	
Sonstige Einnahmen	1.376	1.345	1.541	1.260	1.229	
Transfers	12.298	12.509	13.087	13.920	14.856	
Summe der Einnahmen²⁾	88.920	92.707	95.670	98.629	101.432	
<i>in % des BIP</i>	28,8	29,2	29,7	29,8	29,8	
	2011	2012	2013	2014	2015	? 2011/15
Veränderung in %						
Ausgaben für Sozialleistungen nach Funktionen						
Krankheit/Gesundheitsversorgung	3,2	3,9	2,3	3,2	4,1	3,4
Invalidity/Gebrechen	3,4	1,7	0,0	1,1	-0,5	0,6
Alter	3,7	5,2	4,1	4,4	2,8	4,1
Hinterbliebene	0,3	3,0	1,5	1,7	0,9	1,8
Familie/Kinder	-4,0	0,2	2,1	1,3	5,2	2,2
Arbeitslosigkeit	-6,0	3,0	9,6	5,8	4,5	5,7
Wohnen und Soziale Ausgrenzung	3,5	5,9	3,6	7,2	18,8	8,7
Summe der Ausgaben	2,0	3,8	3,2	3,5	3,4	3,5
Finanzierung der Sozialausgaben						
Arbeitgeber-Sozialbeiträge	4,3	3,2	3,5	2,3	2,8	3,0
Arbeitnehmer-Sozialbeiträge	3,9	3,5	4,3	3,1	3,6	3,6
Allgemeine Steuermittel	2,5	6,2	1,7	4,8	2,5	3,8
Sonstige Einnahmen	-4,1	-2,2	14,6	-18,2	-2,5	-2,8
Transfers	1,5	1,7	4,6	6,4	6,7	4,8
Summe der Einnahmen	3,4	4,3	3,2	3,1	2,8	3,3

1) Geld- und Sachleistungen von Sozialschutzsystemen an private Haushalte und Einzelpersonen; ohne Transfers zwischen den Sozialschutzsystemen und Verwaltungskosten.

2) Analog zur Definition von Sozialausgaben ohne Transfers aus anderen Sozialschutzsystemen.

Quelle: Statistik Austria - ESSOSS und eigene Berechnungen.

Tabelle A2: Pro-Kopf-Aufwand für Betreuungs- und Pflegedienste der Länder und Gemeinden

Bundesland	Relativer Grad der Pflegebedürftigkeit ¹⁾	Bruttoaufwand für Betreuungs- und Pflegedienste (in Mio EUR)	Anzahl der Betreuungsverhältnisse ²⁾	Durchschnittl. Bruttoaufwand pro Anspruchsberechtigtem (in EUR)	Bereinigter, durchschnittl. Bruttoaufwand pro Anspruchsberechtigtem ³⁾ (in EUR)
Mobile Pflege- und Betreuungsdienste					
Burgenland	1,04	10	5.007	2.020	1.941
Kärnten	0,94	29	10.402	2.786	2.970
Niederösterreich	1,01	90	30.784	2.932	2.891
Oberösterreich	1,00	72	20.791	3.486	3.503
Salzburg	0,98	23	7.250	3.185	3.256
Steiermark	1,07	68	23.313	2.932	2.735
Tirol	1,03	42	10.646	3.974	3.871
Vorarlberg	1,06	26	8.340	3.090	2.920
Wien	0,92	231	29.190	7.905	8.582
Gesamt	1,00	592	145.723	4.063	4.063
Stationäre Pflege- und Betreuungsdienste					
Burgenland	1,04	71	2.212	32.034	30.777
Kärnten	0,94	187	7.066	26.530	28.280
Niederösterreich	1,01	363	12.195	29.769	29.356
Oberösterreich	1,00	378	12.810	29.543	29.688
Salzburg	0,98	113	4.446	25.360	25.926
Steiermark	1,07	428	14.514	29.469	27.490
Tirol	1,03	160	6.554	24.425	23.789
Vorarlberg	1,06	97	2.345	41.337	39.061
Wien	0,92	760	13.490	56.332	61.161
Gesamt	1,00	2.557	75.632	33.811	33.811
Teilstationäre Pflege- und Betreuungsdienste					
Burgenland	1,04	1	221	2.517	2.418
Kärnten	0,94	0	256	1.568	1.672
Niederösterreich	1,01	1	549	1.769	1.744
Oberösterreich	1,00	2	1.362	1.729	1.738
Salzburg	0,98	1	846	1.343	1.373
Steiermark	1,07	4	833	5.101	4.758
Tirol	1,03	2	658	3.126	3.045
Vorarlberg	1,06	0	511	538	508
Wien	0,92	18	2.190	8.380	9.099
Gesamt	1,00	30	7.426	4.087	4.087
Kurzzeitpflege					
Burgenland	1,04	0	203	1.908	1.833
Kärnten	0,94	1	460	1.844	1.966
Niederösterreich	1,01	10	3.852	2.696	2.658
Oberösterreich	1,00	0	1.567	147	147
Salzburg	0,98	0	465	550	562
Steiermark	1,07
Tirol	1,03	1	237	4.432	4.317
Vorarlberg	1,06	1	439	2.932	2.770
Wien	0,92	10	1.080	8.948	9.715
Gesamt	1,00	24	8.303	2.903	2.903

(Fortsetzung)

Tabelle A2: Pro-Kopf-Aufwand für Betreuungs- und Pflegedienste der Länder und Gemeinden (Fortsetzung)

Bundesland	Relativer Grad der Pflegebedürftigkeit ¹⁾	Bruttoaufwand für Betreuungs- und Pflegedienste (in Mio EUR)	Anzahl der Betreuungsverhältnisse ²⁾	Durchschnittl. Bruttoaufwand pro Anspruchsberechtigtem (in EUR)	Bereinigter, durchschnittl. Bruttoaufwand pro Anspruchsberechtigtem ³⁾ (in EUR)
Alternative Wohnformen					
Burgenland	1,04	0	163	1.028	988
Kärnten	0,94	2	111	18.675	19.907
Niederösterreich	1,01	-	-	-	-
Oberösterreich	1,00	1	43	14.155	14.224
Salzburg	0,98	-	-	-	-
Steiermark	1,07	4	1.338	3.005	2.803
Tirol	1,03	-	-	-	-
Vorarlberg	1,06	2	114	19.143	18.089
Wien	0,92	195	10.250	19.047	20.680
Gesamt	1,00	204	12.019	16.997	16.997
Case- und Caremanagement					
Burgenland	1,04	-	-	-	-
Kärnten	0,94	0	1.918	232	247
Niederösterreich	1,01	2	21.565	87	86
Oberösterreich	1,00	2	10.849	181	182
Salzburg	0,98	1	3.268	270	276
Steiermark	1,07	0	2.313	118	111
Tirol	1,03	0	6.570	76	74
Vorarlberg	1,06	2	1.471	1.083	1.023
Wien	0,92	5	40.660	135	146
Gesamt	1,00	13	88.614	147	147
Betreuungs- und Pflegedienste gesamt					
Burgenland	1,04	82	7.806	10.516	10.103
Kärnten	0,94	220	20.213	10.894	11.613
Niederösterreich	1,01	467	68.945	6.766	6.672
Oberösterreich	1,00	456	47.422	9.617	9.665
Salzburg	0,98	138	16.275	8.486	8.676
Steiermark	1,07	505	42.311	11.926	11.125
Tirol	1,03	206	24.665	8.352	8.134
Vorarlberg	1,06	128	13.220	9.686	9.152
Wien	0,92	1.219	96.860	12.589	13.668
Gesamt	1,00	3.421	337.717	10.130	10.130

1) Durchschnittlicher Pflegegeldaufwand pro Anspruchsberechtigten eines Landes in Relation zum Durchschnittswert Österreichs.

2) Betreuungsverhältnisse, da betreute Personen auch mehrere Dienste in Anspruch nehmen.

3) Berücksichtigt den relativen Grad der Pflegebedürftigkeit.

Quelle: BMASK (Pflegevorsorgebericht 2015), STAT (Pflegedienstleistungsstatistik) und eigene Berechnungen.

Tabelle A3: Detailergebnisse für Szenario FISK_AWG

<i>Personen in 1.000</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Bevölkerung	8.576	9.005	9.676	10.088	10.248	10.231	19,3%
- Alter 75+	732	859	1.018	1.356	1.621	1.678	129,1%
- Alter 75+ und weiblich	452	513	596	772	916	942	108,3%
eingeschränkte Personen (ATL)	2.248	2.400	2.688	2.929	3.101	3.163	40,7%
- Alter 75+	470	548	661	872	1.069	1.123	138,7%
- Alter 75+ und weiblich	308	347	409	527	640	669	117,2%
Pflegeleistungsbezieher	188	207	261	323	409	451	139,7%
- Alter 75+	142	159	205	264	351	390	175,2%
- Alter 75+ und weiblich	105	114	142	179	236	260	148,3%
- Mobile Dienste	92	102	127	157	196	212	131,6%
- Stationäre Dienste	55	58	76	95	125	143	162,3%
- Teilstationäre Dienste	5	5	7	8	10	11	125,7%
- Kurzzeitpflege	2	3	3	4	5	6	142,8%
- Alternative Wohnformen	10	11	14	17	22	24	134,2%
- Case- und Caremanagement	25	27	34	42	52	55	124,3%
Pflegegeldbezieher	371	412	527	646	809	876	136,1%
- Alter 75+	284	323	411	525	693	747	163,0%
- Alter 75+ und weiblich	210	230	285	358	466	498	137,4%
- Pflegestufen 1-2	191	212	271	331	412	442	130,9%
- Pflegestufen 3-5	156	174	223	274	345	376	140,5%
- Pflegestufen 6-7	23	26	33	41	52	58	149,0%
24-Stunden-Pflegebezieher	22	31	40	50	65	75	241,2%

<i>Kosten in % des BIP</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Pflegeleistung	0,62	0,68	0,85	1,05	1,37	1,62	1,00
- Mobile Dienste	0,14	0,15	0,18	0,22	0,28	0,31	0,18
- Stationäre Dienste	0,44	0,47	0,60	0,75	0,99	1,20	0,76
- Teilstationäre Dienste	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01
- Kurzzeitpflege	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
- Alternative Wohnformen	0,03	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,04
- Case- und Caremanagement	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
Pflegegeld	0,61	0,64	0,77	0,90	1,12	1,22	0,62
- Pflegestufen 1-2	0,15	0,16	0,19	0,22	0,27	0,29	0,14
- Pflegestufen 3-5	0,35	0,36	0,44	0,51	0,64	0,70	0,35
- Pflegestufen 6-7	0,11	0,12	0,14	0,17	0,21	0,24	0,12
24-Stunden-Pflege	0,04	0,06	0,07	0,08	0,10	0,12	0,08
Gesamt	1,27	1,37	1,68	2,03	2,59	2,96	1,69

Quelle: Eigene Berechnungen. Szenario-Definition laut Tabelle 12.

Tabelle A4: Detailergebnisse für Szenario FISK_S1

<i>Personen in 1.000</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Bevölkerung	8.576	9.005	9.676	10.088	10.248	10.231	19,3%
- Alter 75+	732	859	1.018	1.356	1.621	1.678	129,1%
- Alter 75+ und weiblich	452	513	596	772	916	942	108,3%
eingeschränkte Personen (ATL)	2.248	2.352	2.532	2.655	2.708	2.662	18,4%
- Alter 75+	470	537	623	791	935	947	101,2%
- Alter 75+ und weiblich	308	341	387	481	565	571	85,4%
Pflegeleistungsbezieher	188	203	246	293	358	381	102,3%
- Alter 75+	142	156	193	239	308	329	132,3%
- Alter 75+ und weiblich	105	111	134	163	208	222	111,7%
- Mobile Dienste	92	100	120	142	171	179	95,5%
- Stationäre Dienste	55	57	71	86	109	121	121,1%
- Teilstationäre Dienste	5	5	6	7	9	9	90,6%
- Kurzzeitpflege	2	3	3	4	4	5	105,0%
- Alternative Wohnformen	10	11	13	16	19	20	98,3%
- Case- und Caremanagement	25	27	32	38	45	46	89,1%
Pflegegeldbezieher	371	404	497	587	708	740	99,4%
- Alter 75+	284	317	387	478	607	632	122,3%
- Alter 75+ und weiblich	210	226	270	327	411	425	102,6%
- Pflegestufen 1-2	191	208	256	301	360	373	95,1%
- Pflegestufen 3-5	156	170	210	249	302	318	103,1%
- Pflegestufen 6-7	23	25	32	37	46	49	110,1%
24-Stunden-Pflegebezieher	22	31	38	46	57	63	188,5%

<i>Kosten in % des BIP</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Pflegeleistung	0,62	0,68	0,86	1,05	1,36	1,58	0,95
- Mobile Dienste	0,14	0,15	0,17	0,20	0,24	0,27	0,13
- Stationäre Dienste	0,44	0,48	0,62	0,77	1,02	1,20	0,76
- Teilstationäre Dienste	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
- Kurzzeitpflege	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
- Alternative Wohnformen	0,03	0,03	0,04	0,05	0,07	0,08	0,05
- Case- und Caremanagement	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00
Pflegegeld	0,61	0,57	0,52	0,45	0,41	0,33	-0,28
- Pflegestufen 1-2	0,15	0,14	0,13	0,11	0,10	0,08	-0,07
- Pflegestufen 3-5	0,35	0,32	0,30	0,26	0,23	0,19	-0,16
- Pflegestufen 6-7	0,11	0,11	0,10	0,08	0,08	0,06	-0,05
24-Stunden-Pflege	0,04	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03	-0,01
Gesamt	1,27	1,30	1,42	1,54	1,81	1,94	0,67

Quelle: Eigene Berechnungen. Szenario-Definition laut Tabelle 12.

Anhang

Tabelle A5: Detailergebnisse für Szenario FISK_S2

<i>Personen in 1.000</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Bevölkerung	8.576	9.005	9.676	10.088	10.248	10.231	19,3%
- Alter 75+	732	859	1.018	1.356	1.621	1.678	129,1%
- Alter 75+ und weiblich	452	513	596	772	916	942	108,3%
eingeschränkte Personen (ATL)	2.248	2.376	2.610	2.792	2.905	2.912	29,6%
- Alter 75+	470	543	642	831	1.002	1.035	120,0%
- Alter 75+ und weiblich	308	344	398	504	603	620	101,3%
Pflegeleistungsbezieher	188	229	332	448	587	678	260,5%
- Alter 75+	142	163	219	293	400	453	219,7%
- Alter 75+ und weiblich	105	116	150	197	264	297	183,5%
- Mobile Dienste	92	105	137	173	217	239	161,3%
- Stationäre Dienste	55	62	87	114	151	176	222,3%
- Teilstationäre Dienste	5	9	20	31	43	54	1014,1%
- Kurzzeitpflege	2	7	16	27	39	49	2022,5%
- Alternative Wohnformen	10	15	27	40	54	66	542,1%
- Case- und Caremanagement	25	31	46	63	82	94	284,9%
Pflegegeldbezieher	371	408	512	617	758	808	117,8%
- Alter 75+	284	320	399	501	650	689	142,7%
- Alter 75+ und weiblich	210	228	278	343	439	462	120,0%
- Pflegestufen 1-2	191	210	263	316	386	408	113,0%
- Pflegestufen 3-5	156	172	217	261	323	347	121,8%
- Pflegestufen 6-7	23	26	32	39	49	53	129,6%
24-Stunden-Pflegebezieher	22	32	44	57	75	87	295,1%

<i>Kosten in % des BIP</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Pflegeleistung	0,62	0,76	1,13	1,59	2,23	2,84	2,22
- Mobile Dienste	0,14	0,16	0,20	0,25	0,31	0,36	0,22
- Stationäre Dienste	0,44	0,52	0,77	1,08	1,53	1,97	1,54
- Teilstationäre Dienste	0,01	0,01	0,03	0,04	0,06	0,08	0,07
- Kurzzeitpflege	0,01	0,02	0,04	0,07	0,10	0,13	0,13
- Alternative Wohnformen	0,03	0,05	0,09	0,15	0,23	0,31	0,28
- Case- und Caremanagement	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,01	-0,01	-0,02
Pflegegeld	0,61	0,61	0,65	0,66	0,71	0,67	0,07
- Pflegestufen 1-2	0,15	0,15	0,16	0,16	0,17	0,16	0,01
- Pflegestufen 3-5	0,35	0,35	0,37	0,38	0,40	0,39	0,04
- Pflegestufen 6-7	0,11	0,11	0,12	0,12	0,13	0,13	0,02
24-Stunden-Pflege	0,04	0,06	0,06	0,07	0,08	0,08	0,04
Gesamt	1,27	1,42	1,85	2,32	3,02	3,59	2,32

Quelle: Eigene Berechnungen. Szenario-Definition laut Tabelle 12.

Tabelle A6: Detailergebnisse für Szenario FISK_LEB_ERW+

<i>Personen in 1.000</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Bevölkerung	8.576	9.006	9.686	10.119	10.310	10.327	20,4%
- Alter 75+	732	860	1.026	1.380	1.671	1.757	140,0%
- Alter 75+ und weiblich	452	513	600	785	943	984	117,7%
eingeschränkte Personen (ATL)	2.248	2.400	2.695	2.949	3.143	3.230	43,7%
- Alter 75+	470	548	666	889	1.106	1.184	151,6%
- Alter 75+ und weiblich	308	347	412	537	661	704	128,4%
Pflegeleistungsbezieher	188	207	264	331	426	482	155,9%
- Alter 75+	142	159	207	271	368	420	196,4%
- Alter 75+ und weiblich	105	114	144	184	247	279	166,5%
- Mobile Dienste	92	102	128	160	203	225	145,8%
- Stationäre Dienste	55	59	77	98	131	155	184,1%
- Teilstationäre Dienste	5	5	7	8	11	11	138,2%
- Kurzzeitpflege	2	3	3	4	5	6	158,7%
- Alternative Wohnformen	10	11	14	18	23	26	149,8%
- Case- und Caremanagement	25	27	34	42	53	58	136,7%
Pflegegeldbezieher	371	412	532	660	839	928	150,1%
- Alter 75+	284	323	415	539	723	798	181,0%
- Alter 75+ und weiblich	210	231	288	367	485	530	152,6%
- Pflegestufen 1-2	191	212	273	338	426	467	143,9%
- Pflegestufen 3-5	156	174	225	280	358	400	155,5%
- Pflegestufen 6-7	23	26	34	42	55	62	165,6%
24-Stunden-Pflegebezieher	22	31	41	52	68	81	268,9%

<i>Kosten in % des BIP</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Pflegeleistung	0,62	0,68	0,86	1,08	1,44	1,75	1,13
- Mobile Dienste	0,14	0,15	0,19	0,23	0,29	0,33	0,20
- Stationäre Dienste	0,44	0,47	0,61	0,77	1,05	1,30	0,86
- Teilstationäre Dienste	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01
- Kurzzeitpflege	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
- Alternative Wohnformen	0,03	0,03	0,04	0,05	0,07	0,08	0,05
- Case- und Caremanagement	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Pflegegeld	0,61	0,64	0,77	0,92	1,16	1,29	0,68
- Pflegestufen 1-2	0,15	0,16	0,19	0,22	0,28	0,30	0,15
- Pflegestufen 3-5	0,35	0,37	0,44	0,52	0,66	0,74	0,39
- Pflegestufen 6-7	0,11	0,12	0,15	0,17	0,22	0,25	0,14
24-Stunden-Pflege	0,04	0,06	0,07	0,08	0,11	0,12	0,08
Gesamt	1,27	1,37	1,70	2,08	2,70	3,16	1,89

Quelle: Eigene Berechnungen. Szenario-Definition laut Tabelle 12.

Anhang

Tabelle A7: Detailergebnisse für Szenario FISK_EPOP13

<i>Personen in 1.000</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Bevölkerung	8.551	8.794	9.272	9.606	9.747	9.699	13,4%
- Alter 75+	731	853	1.010	1.345	1.588	1.601	119,2%
- Alter 75+ und weiblich	451	510	593	770	906	911	101,9%
eingeschränkte Personen (ATL)	2.243	2.363	2.605	2.811	2.953	2.984	33,0%
- Alter 75+	469	544	654	864	1.047	1.074	128,8%
- Alter 75+ und weiblich	307	345	406	525	633	647	110,8%
Pflegeleistungsbezieher	188	205	257	318	400	433	129,9%
- Alter 75+	142	158	202	261	346	376	165,4%
- Alter 75+ und weiblich	105	112	140	178	234	253	141,9%
- Mobile Dienste	92	101	126	154	191	203	121,9%
- Stationäre Dienste	55	58	74	94	122	138	152,1%
- Teilstationäre Dienste	5	5	7	8	10	10	116,1%
- Kurzzeitpflege	2	3	3	4	5	5	132,7%
- Alternative Wohnformen	10	11	14	17	21	23	125,0%
- Case- und Caremanagement	25	27	33	41	50	53	114,6%
Pflegegeldbezieher	371	409	522	639	792	839	126,1%
- Alter 75+	284	320	405	521	682	721	153,8%
- Alter 75+ und weiblich	210	229	282	357	462	486	131,3%
- Pflegestufen 1-2	191	211	268	327	403	423	121,1%
- Pflegestufen 3-5	156	173	220	271	338	361	130,4%
- Pflegestufen 6-7	23	26	33	41	51	55	138,5%
24-Stunden-Pflegebezieher	22	31	39	49	64	72	228,0%

<i>Kosten in % des BIP</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Pflegeleistung	0,62	0,69	0,88	1,10	1,42	1,63	1,01
- Mobile Dienste	0,14	0,15	0,19	0,23	0,29	0,32	0,18
- Stationäre Dienste	0,44	0,48	0,62	0,78	1,03	1,20	0,76
- Teilstationäre Dienste	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01
- Kurzzeitpflege	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01
- Alternative Wohnformen	0,03	0,03	0,04	0,05	0,07	0,07	0,04
- Case- und Caremanagement	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
Pflegegeld	0,61	0,65	0,79	0,93	1,15	1,23	0,62
- Pflegestufen 1-2	0,15	0,16	0,19	0,23	0,27	0,29	0,14
- Pflegestufen 3-5	0,35	0,37	0,45	0,53	0,66	0,70	0,36
- Pflegestufen 6-7	0,11	0,12	0,15	0,18	0,22	0,24	0,12
24-Stunden-Pflege	0,04	0,06	0,07	0,08	0,10	0,12	0,08
Gesamt	1,27	1,40	1,74	2,11	2,68	2,98	1,71

Quelle: Eigene Berechnungen. Szenario-Definition laut Tabelle 12.

Tabelle A8: Detailergebnisse für Szenario FISK_STAT16

<i>Personen in 1.000</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Bevölkerung	8.585	8.981	9.418	9.639	9.767	9.823	14,4%
- Alter 75+	732	852	1.007	1.328	1.579	1.628	122,3%
- Alter 75+ und weiblich	452	510	590	760	898	922	103,9%
eingeschränkte Personen (ATL)	2.249	2.389	2.624	2.809	2.952	3.009	33,8%
- Alter 75+	470	543	652	855	1.042	1.092	132,2%
- Alter 75+ und weiblich	308	344	405	518	627	655	112,7%
Pflegeleistungsbezieher	188	204	256	316	398	437	132,4%
- Alter 75+	142	157	201	259	343	382	169,3%
- Alter 75+ und weiblich	105	112	139	176	231	255	143,4%
- Mobile Dienste	92	101	125	153	190	206	124,6%
- Stationäre Dienste	55	58	74	93	121	139	154,4%
- Teilstationäre Dienste	5	5	7	8	10	11	118,7%
- Kurzzeitpflege	2	3	3	4	5	5	135,4%
- Alternative Wohnformen	10	11	14	17	21	23	127,2%
- Case- und Caremanagement	25	27	33	41	50	53	117,3%
Pflegegeldbezieher	371	408	518	634	788	849	128,7%
- Alter 75+	284	319	404	517	678	733	158,0%
- Alter 75+ und weiblich	210	228	281	354	457	490	133,3%
- Pflegestufen 1-2	191	210	266	325	401	428	123,6%
- Pflegestufen 3-5	156	172	219	269	336	365	133,0%
- Pflegestufen 6-7	23	26	33	40	51	56	141,2%
24-Stunden-Pflegebezieher	22	31	39	49	63	72	231,0%

<i>Kosten in % des BIP</i>	2015	2020	2030	2040	2050	2060	Veränd. 2015-2060
Pflegeleistung	0,62	0,67	0,86	1,09	1,42	1,62	1,00
- Mobile Dienste	0,14	0,15	0,19	0,23	0,29	0,31	0,18
- Stationäre Dienste	0,44	0,47	0,61	0,77	1,03	1,19	0,76
- Teilstationäre Dienste	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,01
- Kurzzeitpflege	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
- Alternative Wohnformen	0,03	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,04
- Case- und Caremanagement	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
Pflegegeld	0,61	0,64	0,77	0,93	1,14	1,23	0,63
- Pflegestufen 1-2	0,15	0,16	0,19	0,22	0,27	0,29	0,14
- Pflegestufen 3-5	0,35	0,36	0,44	0,53	0,65	0,71	0,36
- Pflegestufen 6-7	0,11	0,12	0,15	0,18	0,22	0,24	0,12
24-Stunden-Pflege	0,04	0,05	0,07	0,08	0,10	0,12	0,08
Gesamt	1,27	1,36	1,70	2,09	2,66	2,97	1,70

Quelle: Eigene Berechnungen. Szenario-Definition laut Tabelle 12.