
Geriatrische Langzeitpflege

Eine Analyse aus österreichischer Sicht

Agnes Streissler

1. Einleitung

Bei vorliegendem Artikel handelt es sich um eine gekürzte Version des Bandes 87 der Reihe ‚Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft‘. Dieser enthält vor allem zusätzlich noch einen internationalen Vergleich von Pflegemodellen, sowohl in den derzeitigen EU-Ländern als auch kursorisch zu Ungarn und Tschechien. Außerdem sind die Informationen des Mikrozensus sowie die Situation von ArbeitnehmerInnen in der Pflege etwas ausführlicher dargestellt.

1.1 Problemstellung

Eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens in den kommenden Jahren ist demographisch bedingt: Die Zahl alter, insbesondere hochbetagter Menschen wird bis 2050 stark anwachsen. Selbst wenn diese Alten von morgen gesünder sein werden als die Alten von heute, ist dennoch mit höheren Gesundheitsausgaben zu rechnen.

Dies liegt einerseits daran, dass durch das erfolgreiche Zurückdrängen so genannter Zivilisationskrankheiten – insbesondere Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Menschen nicht nur älter werden, sondern im Alter auch eine längere Zeit an chronisch-degenerativen Erkrankungen leiden werden.¹ Auch die Europäische Kommission geht von steigenden Ausgaben aus, einerseits auf Grund medizinisch-technischer Fortschritte, die die Behandlungsmöglichkeiten erweitern, andererseits auf Grund steigenden Wohlstandes der Bevölkerung, der auch ein anderes Anspruchsdenken mit sich bringt.²

Gleichzeitig dünnen auf Grund gesunkener Kinderzahlen, gesunkener Heiratshäufigkeit und steigender Scheidungsraten die familiären Netzwerke aus, die bislang unentgeltlich (wenn auch nicht kostenlos, wie zu zeigen sein wird) Pflegeleistungen erbracht haben. An ihre Stelle muss professionelle Pflege treten.

Hinzu kommt die Problematik der zurückbleibenden Produktivität (Baumol'sche Kostenkrankheit): Da es sich bei Pflegetätigkeiten um sehr personalintensive Tätigkeiten handelt, ist nicht damit zu rechnen, dass höhere Anforderungen durch Produktivitätsfortschritte wettgemacht werden können, im Gegenteil, die Produktivität in diesem Bereich wird hinter der allgemeinen Produktivitätsentwicklung zurückbleiben.

Die vorliegende Arbeit wird sich mit diesem Themenkomplex beschäftigen. Unter Pflege wird damit lediglich die geriatrische Langzeitpflege und nicht die Pflege von behinderten Menschen im erwerbsfähigen Alter verstanden.

1.2 Gliederung der Arbeit

Betrachtet man den Pflegesektor in Österreich, so ist dieser von zwei Gegensatzpaaren gekennzeichnet. Zum einen muss ermittelt werden, ob Pflege informell oder formell erbracht wird. 80% der Pflegeleistungen finden noch innerhalb der Familien statt, was eine neue Herausforderung im Bereich der Vereinbarkeit von Beruf und Familie darstellt. Wie wirken hier die bestehenden Pflegeleistungen, welche Herausforderungen stellen sich durch die steigende Frauenerwerbstätigkeit? Im formellen Bereich ist allerdings noch weiter zu unterscheiden zwischen ambulantem, teilstationärem und stationärem Bereich. Die Form der formellen Pflegeerbringung wirkt sich auf die Zufriedenheit der KundInnen, auf die Situation der ArbeitnehmerInnen und selbstverständlich auf die Kostenstruktur aus. Was können hier zukunftsweisende Konzepte sein, die die verschiedenen Zielsetzungen möglichst gut vereinen?

Und schließlich sollte doch ein Ausblick in die Zukunft gegeben werden. Die Europäische Kommission hat für ausgewählte EU-Staaten (Deutschland, Spanien, Italien und Großbritannien) eine Studie in Auftrag gegeben,³ die die Ausgaben bis 2050 prognostiziert, wobei ein besonderes Augenmerk darauf gelegt wird, wie sensibel diese Prognosen auf bestimmte Annahmenänderungen reagieren. Diese Studie soll in ihren wesentlichsten Ergebnissen kurz dargestellt werden, um darauf aufbauend eine Grobschätzung für die Pflegeausgaben in Österreich in kurz- (2005), mittel- (2010) und langfristiger Perspektive (2030) zu machen.

2. Pflegestrukturen

2.1 Informell – formell

Im September 2002 wurden im Rahmen einer Mikrozensus-Sondererhebung Daten über Hausarbeit, Kinderbetreuung und auch privater Pflegetätigkeit erhoben.⁴ Die AutorInnen weisen dabei in ihrer Zusammenfassung darauf hin, dass sich seit Mitte der Neunziger Jahre (der letzte Mikrozensus dieser Art stammt aus 1995) trotz einer weiteren Veränderung der

Arbeitsmarktstrukturen wenig an den grundlegenden Mustern familiärer Arbeitsteilung geändert hat. Nach wie vor sind Frauen zu einem größeren Teil für die informelle Arbeit zuständig. Dies zeigt sich auch im Bereich der Pflege.

Die AutorInnen stellen weiter fest, dass auf Grund sinkender Heiratshäufigkeit, sinkender Kinderzahlen und steigender Scheidungshäufigkeit eine zunehmende „Singularisierung“ unserer Lebensformen stattfindet und dass es somit absehbar sei, dass informelle familiäre Unterstützungsnetzwerke unter nahen Angehörigen „dünner“ werden.

Es ist anzunehmen, dass jedenfalls in mittelfristiger Perspektive der Anteil der informellen Pflege in Österreich hoch bleiben wird. Dies liegt zum einen an der Lohnstruktur:

„Note that due to the very high labour intensity of their production the ability to buy these services depends to a great extent on income differences rather than on the level of income.“⁵

Ebenso wichtig dürfte aber auch die Einstellung der Menschen zur informellen Pflege sein. Gisser hat erhoben, dass in erster Linie EhepartnerInnen (94% Zustimmung) und Kinder (81% Zustimmung) genannt werden, wenn es um die Frage geht, wer älteren Menschen in ihrem täglichen Leben helfen soll. Staatliche Einrichtungen haben einen Zustimmungsgang von 77%.⁶

Die Wichtigkeit der informellen Pflege macht es notwendig, über die Situation und die Probleme pflegender Angehöriger nachzudenken und auch hier Reformperspektiven zu entwickeln. Denkbare Instrumente wären daher ein besserer Sozialversicherungsschutz, die Möglichkeit des Pflegeurlaubs und eine bessere Zusammenarbeit zwischen formellen und informellen Pflegepersonen.

Insgesamt ist damit zu rechnen, dass der Anteil der informellen Pflege in den kommenden Jahren abnehmen wird. Dies hat nicht unmittelbar mit einer sinkenden Bereitschaft innerhalb der Familien zu tun, Pflege zu erbringen, sondern mit einer Änderung der demografischen und Lebensformstrukturen. Die Familien werden kleiner, die regionale Mobilität steigt, die Frauenerwerbstätigkeit nimmt zu und das Pensionsantrittsalter wird angehoben (die Zahl der heute 55- bis 60-jährigen Pensionistinnen stellt eine wichtige Gruppe in der informellen Pflege dar) – alle Faktoren wirken dahingehend, dass sich das Angebot an informeller familiärer Pflege verringern wird.

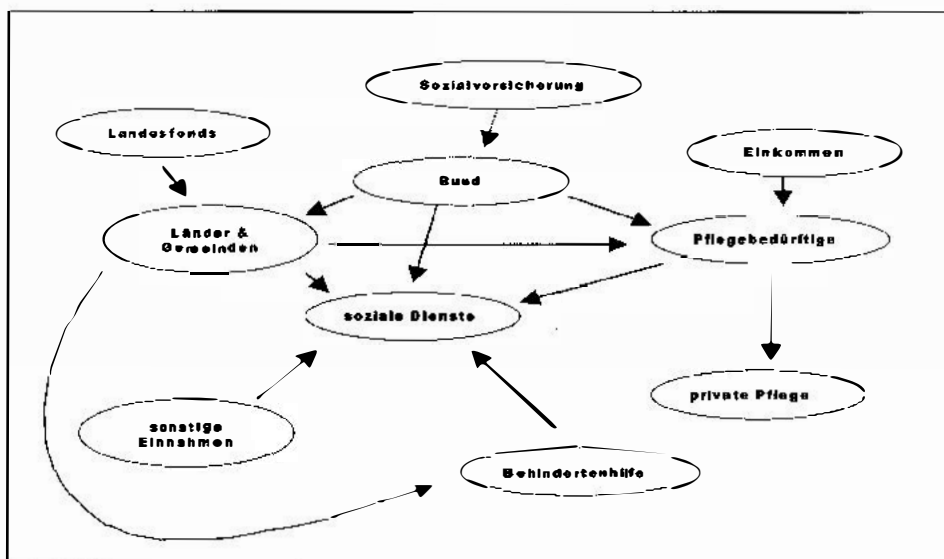
2.2 Ambulant – stationär

Auf Grund einer Art 15a-Vereinbarung haben sich 1994 die Länder verpflichtet, für einen dezentralen und flächendeckenden Auf- und Ausbau der ambulanten, teilstationären und stationären Dienste zu sorgen. Zu diesem Zweck sind in der Vereinbarung ein Leistungskatalog und Qualitäts-

kriterien für soziale Dienste enthalten. Die Zielsetzungen sind dabei neben der Entlastung der pflegenden Angehörigen die Wahlfreiheit der Pflegefälle zwischen den angebotenen Diensten, eine Priorisierung der ambulanten Versorgung und eine deutliche Qualitätsverbesserung der stationären Einrichtungen. Die dafür notwendigen Bedarfs- und Entwicklungspläne sollen bis 2010 in allen Bundesländern erfüllt werden.

Die folgende Abbildung 1 soll dabei eines der grundlegenden Probleme im Sachleistungsbereich illustrieren, nämlich die Unübersichtlichkeit und Uneinheitlichkeit der Trägerschaft. Dies hat zur Folge, dass weder die derzeitige Kostenstruktur genau bekannt ist geschweige denn genauere Projektionen in die Zukunft anhand dieser Daten möglich sind.

Abbildung 1: Zahlungsströme für Pflegesachleistungen in Österreich



Quelle: BMSG (2001) 23.

Die folgende Tabelle 1 zeigt für das Jahr 2001, wie viel laut Sozialhilfestatistik in den einzelnen Bundesländern für Altenpflege ausgegeben wurde. Dabei ist zu beachten, dass insbesondere die Fall- bzw. Personen-zahlen unvollständig erhoben sind, inwieweit dies auch auf die Kosten zu-trifft, kann nicht beurteilt werden. Auch der Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge betont die Uneinheitlichkeit und mangelnde Vergleichbar-keit der Daten zwischen den Bundesländern.

Laut der Sozialhilfestatistik wurden im Jahr 2001 also insgesamt knapp 1.150 Mio. Euro für Altenpflege ausgegeben, davon gingen über 70% in den stationären Bereich. Diese Zahlen unterschätzen allerdings den An-

teil der ambulanten Pflege, da er in den Bundesländern außer Wien zu einem Großteil von den Gemeinden erbracht wird.⁷

Es lassen sich zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede feststellen – während im Burgenland und der Steiermark das Land fast ausschließlich stationäre Einrichtungen finanziert, gehen beispielsweise 60% der Pflegeausgaben des Landes Kärnten in die ambulante Pflege. In Wien beträgt der Ausgabenanteil der ambulanten Einrichtungen 40%.

Da diese Zahlen nur die Ausgaben der Länder darstellen, muss man noch ein wenig hinzufügen, um die gesamten Kosten für die öffentliche Hand zu schätzen. Für die sozialen Dienste wurden anhand der Anteile von Wien die Ausgaben der anderen Bundesländer geschätzt, für den stationären Bereich wurde auf Schätzungen von Schneider (2003) zurückgegriffen.

Für die stationäre Pflege beträgt die Schätzung somit 1.160 Mio. Euro und für die ambulante Pflege ca. 500 Mio. Euro, insgesamt also 1.660 Mio. Euro.

Tabelle 1: Altenwohn- und Pflegeheime und soziale Dienste nach Bundesländern 2001

	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich
Altenwohn- und Pflegeheime (landeseigene und private)					
Ausgaben	832.510.815	13.241.649	2.606.636	180.194.595	169.727.589
Personen	50.286	820	314	9.557	8.850
Soziale Dienste					
Ausgaben	304.782.664	353.847	4.256.181	43.406.846	54.570.380
	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Altenwohn- und Pflegeheime (landeseigene und private)					
Ausgaben	37.110.414	88.568.493	75.228.235	40.948.862	224.884.341
Personen	3.720	3.917	94	2.466	20.548
Soziale Dienste					
Ausgaben	13.121.461	7.240.876	35.850.963	9.538.645	136.443.465

Quelle: Pratscher (2003) 755 (wobei vorliegende Tabelle die Zahlen für das Burgenland korrigiert hat, die in der ursprünglichen Tabelle fehlerhaft dargestellt sind).

2.2.1 Der stationäre Sektor

Trotz der auch in den Länder-Leistungskatalogen festgelegten Priorisierung der ambulanten Pflege gibt es immer wieder Fälle, wo eine stationäre Aufnahme fast unerlässlich ist: Es gibt Krankheiten, wie insbesondere Alzheimer oder andere Demenzformen, wo eine intensive Pflege und ständige Überwachung notwendig sind. Die stationären Einrichtungen leiden aber vielfach unter Personalengpässen, was dazu führt,

dass ältere Menschen länger als notwendig die für die Akutversorgung vorgesehenen Betten in den Krankenhäusern besetzen.⁸

Tabelle 2: OECD-Vergleich der Struktur der professionellen Altenpflege 1998

	Gesamt- ausgaben	Öffentliche Ausgaben	Ältere Bevölkerung in stationärer Betreuung	Private Betten in Institutionen	Anteil der öffentl. Gelder für Institutionen
Schweden	2,70%	2,70%	8,70%	n. a.	n. a.
Dänemark	n. a.	2,24%	7,00%	n. a.	80,00%
Niederlande	2,70%	1,80%	8,80%	n. a.	76,00%
Deutschland	n. a.	0,82%	6,80%	33,00%	48,00%
Österreich	1,40%	n. a.	4,90%	n. a.	n. a.
Italien	0,58%	n. a.	3,90%	33,00%	n. a.
Frankreich	n. a.	0,50%	6,50%	32,00%	59,00%
Großbritannien	1,30%	1,00%	5,10%	44,00%	70,00%
USA	1,32%	0,70%	5,70%	100,00%	67,00%

Quelle: OECD (1998) 52.

Das Heimwesen in Österreich ist Landessache, daher sind auch Informationen darüber höchst unterschiedlich und uneinheitlich. Bislang hatte der Bund folglich auch keinerlei Handhabe in Bezug auf Mangelzustände in den Heimen. Dies könnte sich nun teilweise durch das derzeit in Diskussion befindliche Bundesheimvertragsgesetz ändern. Dieses konnte mit folgender Begründung eingebracht werden: Zwar sind die Heime Ländersache, aber die Verträge zwischen dem einzelnen Heimträger und seinen BewohnerInnen sind zivilrechtlicher Natur, damit aber der Bundesgesetzgebung unterworfen. Über den Umweg über das Konsumentenschutzgesetz konnte argumentiert werden, dass Mindestvereinbarungen festgelegt werden können und dass es vor allem genaue Bestimmungen zum Schutz des schwächeren Vertragspartners (sprich der HeimbewohnerInnen) geben darf. Neben der Möglichkeit der Einzelklage hat der Seniorenrat auf Grund des Konsumentenschutzgesetzes die Möglichkeit der Verbandsklage bei sittenwidrigen Verträgen.

Das Bundesheimvertragsgesetz beinhaltet nun ab 2005 für alle seit Juli 2004 geschlossenen Verträge⁹ an wichtigsten Punkten:

- Heime sind Einrichtungen, die mindestens drei Personen auf Dauer beherbergen und im Bedarfsfall Betreuungsleistungen erbringen
- Zweck des Gesetzes ist es, die Interessen und Bedürfnisse der HeimbewohnerInnen zu schützen.

- Der Heimträger hat sämtliche Leistungen und die dafür eingehobenen Beiträge genau darzulegen, wobei Leistungen der so genannten Grundversorgung ohne zusätzliche Entgeltleistung zu erbringen sind.
- Der Persönlichkeitsschutz und die Achtung der Intimsphäre der BewohnerInnen sind besonders zu beachten.

Insbesondere aus diesem letzten Punkt kann geschlossen werden, dass in naher Zukunft eine große Anzahl von Heimen mit Mängelklagen bedacht werden (Achtbett-Zimmer können nicht als Achtung der Intimsphäre gesehen werden). Daraus wird aber eine enorme finanzielle Belastung für die Länder bzw. für die Sozialfonds entstehen. Zum ersten wird es baulicher Renovierungen und Erweiterungen bedürfen, zum zweiten ist der Großteil der Mängel auf Personalengpässe zurückzuführen. (In einer Erhebung der WU-Wien gaben 75% aller HeimleiterInnen an, dass sie Personalprobleme hätten.¹⁰⁾ Es muss daher mehr Personal eingestellt werden, dieses wird aber nur bei deutlich besserer Bezahlung zur Verfügung stehen. (Es ist nicht übertrieben, davon auszugehen, dass für geriatrische Langzeitpflege ähnliche Löhne bezahlt werden müssten wie auf Intensivstationen – davon ist man bislang aber weit entfernt.) Schließlich wird sich auf Grund dieser Einzel- und Verbandsklagen für eine Reihe heute kommerziell geführter Heime der weitere Betrieb nicht mehr auszahlen. Die HeimbewohnerInnen dieser Heime werden dann von öffentlichen Heimen aufgenommen werden müssen (dies ist zwar im Gesetz nicht vorgesehen, kann aber wohl aus humanitären Gründen kaum anders gehandhabt werden), was den Kostendruck weiter erhöht.

Die VertreterInnen des Seniorenrats setzen dabei (zu Recht) den budgetären Restriktionen das Argument entgegen: „Menschenwürdige Pflege setzt voraus, dass man dafür mehr Geld in die Hand nimmt.“

2.2.2 Der ambulante Sektor

Im vorigen Abschnitt wurde der Kostendruck im stationären Sektor thematisiert. Wäre es nun möglich, hier Druck wegzunehmen, indem in den ambulanten Sektor umgeschichtet wird? Dagegen sprechen zwei Argumente: Einerseits wird es wie erwähnt immer Menschen geben, die besser im stationären Bereich aufgehoben sind. Der österreichische Institutionalisierungsgrad von 15% ist nicht so hoch, dass hier ein weiterer Abbau anzunehmen ist. Daher ist von dieser Seite nicht an eine Umschichtung zu denken. Andererseits ist die Forderung nach Ausbau des ambulanten Sektors nicht durch die Kostenfrage zu rechtfertigen. Es gibt nämlich die Faustregel, dass ein Pflegefall, der mehr als vier Pflegestunden am Tag benötigt, billiger kommt, wenn er/sie in stationärer Betreuung ist.

In den letzten Jahren wurde dennoch in den meisten Ländern und auch in Österreich verstärktes Augenmerk auf die ambulante Pflege gelegt. Dies hängt mit der Auffassung zusammen, dass PatientInnen sich in ihrer

angestammten Umgebung wohler fühlen und auch länger ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben führen können.

Es gibt eine aktuelle Studie der FORBA,¹¹ die die Arbeitssituation von Beschäftigten in der ambulanten Pflege untersucht hat. Dabei werden an arbeitsbehindernden Widrigkeiten unter anderem genannt, dass die Haushalte nicht wirklich für die Betreuung eingerichtet sind, dass das Pflegepersonal häufig mit mangelnder Hygiene, Geruchsbelästigung und vor allem sozial gestörtem Verhalten zu kämpfen haben. Manche der Pflegefälle sind Alkoholiker, Demente, Verwahrloste. Hinzu kommt die bekannte Alterssturheit – es gibt Schwierigkeiten, wenn nicht der „Lieblingspfleger“ kommt oder wenn Tagesabläufe in anderer als gewohnter Reihenfolge geschehen. Und nicht zu vernachlässigen ist die Rolle der Angehörigen: Es wäre weit gefehlt zu glauben, dass diese unterstützend für das Pflegepersonal seien. Im Gegenteil: Von Besserwisserei bis zur Nichteinhaltung von Pflegevorschriften und der Verweigerung von Ressourcen reichen die Reaktionen der Angehörigen. Kostentreibend wirkt auch, dass ambulante Pflege ja fast immer nur tagsüber erfolgt: Rund-um-die-Uhr-Betreuung ist zu teuer und wird daher fast nur schwarz angeboten. Das führt dazu, dass sich der Gesundheitszustand über Nacht oft schlagartig verschlechtern kann und die Situation, die der Morgendienst übernimmt, eine unerwartet neue ist. Hinzu kommen noch aufwändige Dokumentationsvorschriften, Wegzeiten etc.

Auch nicht unerwähnt bleiben sollte die Konkurrenz aus den Beitrittsländern. ExpertInnen vermuten zwischen 10.000 und 40.000 ausländische Pflegekräfte in Österreich, die meist schwarz arbeiten und damit natürlich wesentlich billiger sind als offizielle Arbeitskräfte. Es ist zu erwarten, dass der Bedarf an ausländischen Arbeitskräften noch zunehmen wird.

Die Volkshilfen von Nieder- und Oberösterreich versuchen bereits Kooperationsmodelle mit privaten Pflegeeinrichtungen in Tschechien und der Slowakei, um zu verhindern, dass überhaupt nur schwarz gepflegt wird. Auch hier bedürfte es wesentlich breiterer grenzübergreifender Kooperation, um das Pflegeniveau hoch halten zu können mit adäquaten Löhnen und einheitlichen Ausbildungs- und Berufsvorschriften. Dazu gehört auch, dass die Rund-um-die-Uhr-Betreuung zu Hause gesetzlich ermöglicht und finanzierbar wird.

Es steht zu erwarten, dass der derzeit bestehende Lohnunterschied zwischen Österreich und den Beitrittsländern sich zumindest mittelfristig deutlich verringern wird, so dass Unternehmen wie z. B. die südböhmische Volkshilfe kaum mehr reüssieren können. (Bei der südböhmischen Volkshilfe handelt es sich um eine „Stiftung“ mit Sitz in Budweis, die „ehrenamtliche“ PflegerInnen für eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für ein „Taschengeld“ von 40 bis 60 Euro am Tag anbietet.) So sehr eine Lohnangleichung für die ArbeitnehmerInnen dies- und jenseits der Grenze wün-

schenswert ist, so sehr muss einem klar sein, dass dies mittelfristig zu einer deutlichen Unterversorgung insbesondere im extramuralen Bereich führen wird. Vor allem die gemeinnützigen Einrichtungen sehen auf Grund der Unterschiede in der Reglementierung auch gewisse Wettbewerbsvorteile der gewinnorientierten Privatunternehmen.¹²

2.3 Sachleistungen – Geldleistungen

Neben den besprochenen Sachleistungen gibt es seit 1993 für Pflegefälle in Österreich das steuerfinanzierte Pflegegeld, wobei es neben dem Bundespflegegeld auch neun verschiedene Landespflegegeld-Gesetze gibt. Zusätzlich gibt es eigene Regelungen für die öffentlich Bediensteten, für die MitarbeiterInnen bei ÖBB und Post und beim Bundessozialamt.

Im Jahr 2002 bezogen ca. 350.000 Personen Pflegegeld, davon waren 290.000 über 60 Jahre alt. Die Tabellen 3 und 4 zeigen einige Fakten über die Verteilung des Pflegegelds.

Die Zuordnung zu den einzelnen Pflegegeldstufen erfolgt auf Grund ärztlicher Gutachten, wobei erforderlichenfalls auch Personen aus anderen Fachbereichen, z. B. Pflegepersonal, Psychologen oder Sozialarbeiter, beizuziehen sind. Eine häufig wiederkehrende Forderung hierbei ist, dass erstens nicht-ärztliche Personen verpflichtend hinzugezogen werden sollten und dass zweitens eine regelmäßige Wiederbeurteilung des Pflegebedarfs zu erfolgen hat.

Das Pflegegeld wurde bei seiner Einführung als großartige Errungenschaft gepriesen, es zeigten sich aber bald einige Schwierigkeiten. Zum einen stiegen die Preise der Pflegedienste deutlich an – mehr Geld im Pflegebereich wirkte einfach inflationär auf die Preise. Zum zweiten reicht das Pflegegeld bei weitem nicht aus, sich Pflege professionell zu kaufen. Es wird offensichtlich implizit vorausgesetzt, dass der Großteil der Pflege informell bzw. schwarz erfolgt. Und schließlich wurde das Pflegegeld auf Grund der allgemeinen knappen Finanzlage der (Sozial-)Budgets zu selten valorisiert, womit seine Finanzierungsfunktion noch mehr in Frage gestellt wurde. Badelt et al. (1997) haben festgestellt, dass seit Einführung des Pflegegeldes ein Drittel aller PflegegeldbezieherInnen mehr soziale Dienste bezieht als bisher. Dies wird vom Bundesministerium für Soziales als Erfolg eingeschätzt, kann aber auch als eher ärmliches Zeugnis gesehen werden – schließlich hat sich demnach für zwei Drittel die Versorgungslage nicht verbessert. Hinzu kommt, dass die starke Ausrichtung auf die Geldleistung keine ausreichende Triebkraft für die Vereinheitlichung der Pflegedienste in den Ländern ausübt, da bei mangelndem Angebot an offiziellen Dienstleistern die KonsumentInnen es sich eben „irgendwie“ organisieren.

Auch aus ökonomisch-feministischer Sicht gibt es Vorbehalte gegen das Pflegegeld: So regt Lewis (2003, 24f) an, dass Pflegesysteme es Frauen

Tabelle 3: Stufen und Träger des Pflegegeldes

	Betrag	Betreuungsbedarf	Bundes- pflegegeld	Landes- pflegegeld	gesamt	in %
Stufe 1	145,40	mehr als 50 Std.	58.830	10.306	69.136	19,38%
Stufe 2	268,00	mehr als 75 Std.	109.891	16.558	126.449	35,44%
Stufe 3	413,50	mehr als 120 Std.	52.285	10.349	62.634	17,55%
Stufe 4	620,30	mehr als 160 Std. plus außergewöhnl.	45.720	6.864	52.584	14,74%
Stufe 5	842,40	Pflegeaufwand plus Rund-um-die-Uhr	24.960	4.550	29.510	8,27%
Stufe 6	1.148,70	Betreuung plus Unmöglichkt.	7.092	3.001	10.093	2,83%
Stufe 7	1.531,50	zielgerichteter Bewegungen	4.750	1.641	6.391	1,79%
			303.528	53.269	356.797	100,00%

Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2002 (Entwurf).

Tabelle 4: Pflegegeld nach Alter und Geschlecht

	Männer	Frauen	Unter 60 Jahre	60 bis 80 Jahre	Über 80 Jahre	Über 60 Jahre
Stufe 1	18.643	50.007	12.233	30.451	25.175	55.626
Stufe 2	41.629	83.977	20.051	47.349	56.791	104.140
Stufe 3	20.567	41.572	10.947	21.457	29.349	50.806
Stufe 4	17.489	34.718	7.801	16.779	27.338	44.117
Stufe 5	9.470	19.753	5.308	8.578	15.056	23.634
Stufe 6	3.936	6.040	3.538	2.503	3.766	6.269
Stufe 7	2.149	4.177	2.083	1.767	2.389	4.156
	113.883	240.244	61.961	128.884	159.864	288.748

Quelle: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2002 (Entwurf).

ermöglichen sollten, aus der Altruismus-Verpflichtung auszubrechen und Pflegearbeit aus den Familien auszulagern. Dies wird auch von ExpertInnen in Bezug auf die österreichische Situation ähnlich gesehen:

„Long-term care allowance is paid to the person in need of care, without any obligation to pay for informal care or to use care services. Most of long-term carers only get symbolic payments from long-term care allowance receivers. These payments contribute more to increase inequalities than to improve the situation of carers, because of the inherent trend to get „cheap“ informal care and care services from the black market, especially from migrants. Social rights derived from care work are limited to a small group of carers and accessible only for those with extra resources. Regarding the situation of the carers, the long-term allowance fits into the traditional breadwinner model. A development into the direction of a Caregiving Parity Model does not take place. [...] Carers don't have the choice how to do care work and how to combine it with paid work, and the conditions for each form of caring are not satisfying.“¹³

Ähnlich wird dies von Hammer und Österle eingeschätzt:

„As social service provision is not adequate and female access to paid work often hindered, freedom of choice not to provide informal care has still a long way to go. Overall, the 1993 long-term care programme and processes set in train by this programme are upholding existing gender structures and are shaping new stratification processes among women as carers along the lines of income, space, education and employment opportunities.“¹⁴

Da das Pflegegeld ja doch einiges kostet, stellt sich die Frage, ob eine qualitätsvolle Versorgung insbesondere der Alten nicht effizienter und effektiver durch einen Umbau in Richtung Sachleistungen erreicht werden könnte. Einstweilen bescheinigen die ExpertInnen in den sozialen Diensten noch keinen zu starken Problemdruck, es ist aber abzusehen, dass die Herausforderungen der kommenden Jahre das sehr labile Gleichgewicht in diesem Bereich zum Kippen bringen könnten und der Pflegenotstand zum Dauerzustand wird (siehe auch Prognose).

Die politische Erfahrung zeigt, dass insbesondere jüngere Pflegefälle ein hohes Interesse an der Geldleistung haben, da sie sich ihre Pflege selbst und vielfältig organisieren wollen. In anderen europäischen Staaten (z. B. Schweden oder Dänemark) trägt man diesem Umstand dadurch Rechnung, dass es Altersgrenzen gibt, ab denen statt der Geldleistung ein Sachleistungspaket zur Verfügung gestellt wird. Derartige Altersgrenzen stoßen aber natürlich an die Problematik, dass es immer Menschen geben wird, die sich damit „zum alten Eisen“ gestempelt sehen und politischen Widerstand leisten werden. Ebenso dürfte es nicht sinnvoll sein, die Pflegestufe als Kriterium für Geld- oder Sachleistung heranzuziehen.

(Beispielsweise haben Querschnittgelähmte meist sehr hohe Pflegestufen, gehören aber eindeutig jener Gruppe an, die ein Interesse an Selbstorganisation haben.) Am zielführendsten dürfte es daher sein, die Diagnose von ExpertInnen im Pflegebereich (also nicht nur ÄrztInnen) als Kriterium heranzuziehen (geriatrischer Pflegefall).

Die Forderung nach reinen Sachleistungen ist sicherlich unrealistisch. Man hätte, je nach Einschätzung der Kosten eines Pflegefalls, mit in etwa einer Verdreifachung der derzeitigen Ausgaben der öffentlichen Hand zu rechnen (10 bis 12 Mrd. Euro im Jahr). Sinnvoller erschiene daher ein Mix mit einem Schwergewicht bei den Sachleistungen (teilweise in Form von zweckgebundenen Geldleistungen, um zwischen verschiedenen Anbietern wählen zu können) und einer besseren Absicherung der pflegenden Angehörigen, um nach wie vor auch informelle Pflege zu haben.

Insgesamt geht es aber in der Debatte um Geld- oder Sachleistungen darum, sich zwischen dem liberalen Konzept der Wahlfreiheit und einem gesteuerten System der Qualitätssicherung und der Professionalisierung zu entscheiden. Und diese Debatte ist noch in keiner Weise entschieden. Solange in Österreich die Geldleistung so stark betont bleibt, heißt dies implizit, dass Pflege vorrangig als private, innerfamiliäre Angelegenheit gesehen wird und nicht als gesamtgesellschaftliche Verantwortung, womit der Druck auf die Frauen zunehmen, die Qualität leiden und der Pflegenotstand weiter ausgerufen werden wird.

3. Prognose der Pflegekosten bis 2030

3.1 Studie der Europäischen Kommission

Die Europäische Kommission beschäftigt sich schon seit einiger Zeit mit den budgetären Herausforderungen, die sich auf Grund der ändernden Demografie für die Gesundheitssysteme und die Altersvorsorge ergeben.¹⁵ Im Winter 2003 kam eine Studie heraus, die die Kosten der langfristigen Altenpflege im Hinblick auf ihre Sensitivität bezüglich der Annahmen für vier verschiedene Länder untersuchte. Diese *European Study of Long Term Care Expenditure* betrachtet Deutschland, Spanien, Italien und Großbritannien. Die Annahmen, die kritisch hinterfragt wurden, waren die Demografie, die Abhängigkeitsraten (Pflegeinzidenz), die Verfügbarkeit informeller Pflege, die Struktur der formellen Pflegedienstleistungen und die Entwicklung der Personalkosten in der Pflege. Es lassen sich dabei keine einheitlichen Ergebnisse für die betrachteten Länder ablesen, da die Entwicklung allgemein ebenso wie die Sensitivität bezüglich der Annahmen sehr stark vom zugrunde liegenden System abhängt: Wie hoch ist bereits heute der formelle Anteil? Wie groß ist der stationäre/ambulante Bereich? Wie schaut die Lohn- und Einkommensentwicklung insgesamt in diesem Land aus?

Es handelt sich also nicht um eine Prognose im eigentlichen Sinn, sondern eine sehr annahmenabhängige Projektion. Dafür wird zunächst ein Basisszenario entwickelt, dessen wichtigste Variable die sich ändernde Altersstruktur der Bevölkerung laut der Eurostat-Demografieprognosen ist. Die Tabelle 5 zeigt die Wachstumsraten zwischen 2000 und 2050.

Tabelle 5: Projektierter Steigerung der Pflegefälle und ihrer Kosten (Wachstum von 2000 bis 2050 in %) im Basisszenario

	Deutschland	Spanien	Italien	Großbritannien
Personen über 65 Jahre	64%	76%	56%	67%
Personen über 85 Jahre	168%	194%	168%	152%
Ältere Pflegefälle	121%	102%	107%	87%
Pflegefälle in nur informeller Pflege	119%	100%	109%	72%
Pflegefälle in ambulanter Pflege	119%	99%	119%	92%
Pflegefälle in stationärer Pflege	127%	120%	81%	111%
Gesamtkosten	437%	509%	378%	392%
Gesamtkosten als % des BIP	168%	149%	138%	112%
Anteil am BIP 2050	3,32%	1,62%	2,36%	2,89%

Quelle: Comas-Herrera (2003) 8.

Wie man sieht, wird in allen Ländern mit in etwa einer Verdoppelung der „alten“ Pflegefälle bis 2050 gerechnet. Je nach vorherrschender Struktur bedeutet diese demografische Veränderung zwischen einer knappen Vervierfachung (Italien) bis zu einer Verfünffachung (Spanien) der nominalen Kosten.

Ohne alle Zahlen der weiteren Berechnungen wiedergeben zu wollen, zeigen sich folgende Ergebnisse bei Änderung der Annahmen:

- Die Modelle sind hoch sensitiv in Bezug auf die Annahmen der Lohnstückkosten. Allerdings sind die Prognosen über die Entwicklung der Löhne im Pflegebereich äußerst ambivalent je nachdem, wie man die Produktivitätsentwicklung in diesem Sektor relativ zur gesamtwirtschaftlichen Produktivität einschätzt.¹⁶
- Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass trotz einer Zunahme der Gruppe der Alten auch die Pflegefälle in gleichem Ausmaß zunehmen. Auch hier unterscheiden sich die Prognosen massiv. Es gibt pessimistische Prognosen, die davon ausgehen, dass die chronisch-degenerativen Erkrankungen relativ zunehmen werden und damit die Zahl der alten Pflegefälle steigen wird. Auf der anderen Seite gibt es optimistische Prognosen, die einen allgemein verbesserten Gesundheitszustand als Ursache dafür sehen, dass auch die Alten später zu Pflegefällen werden.

Dies wurde auch in der oben erwähnten europäischen Studie unterstellt – die Pflegeinzidenz sinkt mit steigender Lebenserwartung. Die Änderung dieser Annahme hat massive Auswirkung auf die Entwicklung der Pflegefälle und damit auf die Kosten – der Anteil der Pflegekosten am BIP 2050 sinkt je nach Land um bis zu 0,6 Prozentpunkte.

- Auch die EU geht davon aus, dass der informelle Sektor insgesamt im Abnehmen begriffen ist. Nicht nur wird er nicht in der Lage sein, die gestiegenen Erfordernisse aufzufangen, sondern er wird auch gegenüber dem Status quo an Bedeutung verlieren. Die Annahme, dass die Gruppe der informell Betreuenden jährlich um ein Prozent sinken und dementsprechend zu gleichen Maßen die stationäre und die ambulante Pflege steigen würde, führt dazu, dass der Anteil der Pflege am BIP 2050 um bis zu 0,8 Prozentpunkte höher sein würde. Die Studie kommt dabei für alle betrachteten Länder zu dem Ergebnis, dass eine reine Verlagerung in den stationären Sektor teurer käme als die reine Verlagerung in den ambulanten Bereich, ein Ergebnis, das aus österreichischer Sicht skeptisch zu beurteilen ist. Dieses unterschiedliche Ergebnis resultiert schlicht und einfach daraus, dass in der Heimpflege nicht von einem umfassenden Pflegepaket ausgegangen wird, implizit also die Defizite in der ambulanten Pflege weiterhin dem informellen Sektor angelastet werden.

3.2 Szenarienberechnung für Österreich

Der Aufwand für das Bundespflegegeld betrug im Jahr 2002 1,3 Mrd. Euro. Hinzu kamen für die Länder neben den ca. 275 Mio. Euro Landespflegegeld vor allem die Ausgaben für die sozialen Dienste. Die offiziellen Quellen halten sich mit Abschätzungen bezüglich des Finanzbedarfs in den kommenden Jahren eher zurück und verweisen rein qualitativ auf Demografie und Änderungen am Arbeitsmarkt.¹⁷

Diese Zurückhaltung hat selbstverständlich mit der sehr komplexen Leistungs- und Organisationsstruktur zu tun, die bereits ausführlich beschrieben wurde. Im Folgenden wird dennoch versucht, eine Abschätzung der Entwicklung in den kommenden Jahren zu machen. Diese wird sich teilweise an die *Long Term Care Expenditure*-Studie anlehnen, vorrangig werden aber die in Österreich bestehenden Strukturprobleme berücksichtigt. Analog zur *Long Term Care Expenditure*-Studie wird ein Basisszenario berechnet, und damit vergleichend werden Änderungen einzelner Annahmen analysiert.

3.2.1 Reale Kosten

Bereits eingangs wurde auf die Problematik der Baumol'schen Kostenkrankheit hingewiesen: Es ist anzunehmen, dass sich die Produktivität im Pflegesektor wesentlich langsamer entwickelt als die Gesamtproduktivität. Wollte man diese Effekte ebenso wie die Effekte der Preisentwicklung in

eine Prognose einbeziehen, bedürfte es eines komplexen Makromodells, um sinnvolle mittel- und längerfristige Prognosen zu machen.

Hier wurde daher einer realen Rechnung der Vorzug gegeben. Es wird daher (mit Ausnahme des Szenarios „stationäre Verteuerung“) von der derzeitigen Kostenstruktur ausgegangen. Neben der Berechnung von Wachstumsraten über die Zeit eignet sich gerade für längerfristige Prognosen die Entwicklung des Anteils der Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Dafür müssen aber gewisse Annahmen über die generelle Wirtschaftsentwicklung getroffen werden. So wurde angenommen, dass das jährliche reale BIP-Wachstum im Durchschnitt 2% beträgt, das jährliche reale Lohnwachstum 1,5%. Eine derartige Prognose ist aber seriöserweise nur bis 2030 berechenbar, da derzeit nicht abzuschätzen ist, wie sich die letztlich schrumpfende Bevölkerung auf die BIP-Entwicklung auswirken wird.

In der Prognose wurde dabei zunächst von der Zahl der PflegegeldbezieherInnen ausgegangen: Es gibt heute etwa 300.000 PflegegeldbezieherInnen über 60 Jahre. Dies ist eine sehr vorsichtige Schätzung des tatsächlichen Bedarfs, ist aber eine der wenigen „harten“ Zahlen in der Prognose. Andere Quellen (Badelt 1997 oder Schneider 2003) gehen von bis zu 500.000 Betreuungsbedürftigen aus, hier sind allerdings auch die jüngeren Pflegefälle dabei.

Die erste Schwierigkeit ist bereits die Schätzung der derzeitigen Kosten der Sachleistungen im Pflegebereich. Auf Grund der unterschiedlichen und uneinheitlichen Informationen aus den Bundesländern ist es nicht möglich, einen echten Österreich-Durchschnitt einer ambulanten Pflegestunde oder eines Pfl egetags in einer stationären Einrichtung zu definieren. Wie in Abschnitt 3.2 ausgeführt, kann man schätzen, dass etwa 500 Mio. Euro für die ambulante Pflege und 1,1 Mrd. Euro für die stationäre Pflege ausgegeben werden. Es erscheint realistisch, in etwa 20 Euro Nettokosten für die öffentliche Hand für eine ambulante Pflegestunde und 70 Euro Nettokosten für einen Tag in stationärer Pflege anzunehmen. (Das würde einerseits der Faustregel genügen, dass ab vier Pflegeeinsätzen am Tag die stationäre Pflege kostengünstiger ist, andererseits kommt man so durch Multiplikation mit realistischen Pflegeaufwänden auf die geschätzten Kostenaggregate.) 15% der Pflegefälle werden dabei der stationären Pflege zugeschrieben. Jene, die zu Hause betreut werden, werden mit einem Pflegebedarf von durchschnittlich 140 Stunden (das ist Pflegestufe 3) angesetzt, wobei angenommen wird, dass 6% dieses Pflegebedarfs über ambulante professionelle Dienstleister erbracht werden. (Diese Zahl ist insofern realistisch, da ja nur in etwa 25% der Pflegefälle überhaupt ambulante Dienste in Anspruch nehmen.)

Daneben fallen aber auch informelle Kosten an – Personen, die Pflegefälle betreuen, müssen in der Regel ihre Arbeitszeit zumindest reduzie-

ren. Das bedeutet weniger Arbeitseinkommen und daher eine rechnerische Reduzierung des Bruttoinlandsproduktes. Diese Differenz kann nur behoben werden, wenn die unentgeltlich erbrachte Arbeit fiktiv mit einem Opportunitätslohn bewertet wird. Im vorliegenden Fall wurde als fiktiver Stundenlohn Euro 9,33 angenommen, da dies der durchschnittliche Stundenlohn unselbstständig beschäftigter Frauen zwischen 45 und 55 Jahren ist. (Das ist jene Population, aus der sich pflegende Angehörige am häufigsten rekrutieren.)

Versucht man zu eruieren, wie viele Stunden informell erbracht werden, so kann man vorsichtigerweise davon ausgehen, dass 80% des vom Pflegegeld vorgesehenen häuslichen Pflegeaufwands dem informellen Bereich zuzurechnen sind. Dabei kommt man derzeit auf 160.000 vollzeitäquivalente Arbeitsplätze. Dass diese Rechnung nicht übertrieben ist, bestätigt sich daran, dass Schneider (2003) 260.000 vollzeitäquivalente Arbeitsplätze in diesem Bereich schätzt.

In der vorliegenden Rechnung wurde nun folgendermaßen summiert: Zum einen wurde die Summe der formellen Kosten geschätzt – dies sind die Sachleistungen im ambulanten und im stationären Bereich plus das Pflegegeld, zum anderen wurden die Kosten inklusive der informellen Pflege geschätzt –, dafür wurden die Sachleistungen plus die informellen Opportunitätskosten minus das Pflegegeld gerechnet (da in diesem Fall das Pflegegeld ja als teilweise Entschädigung der informellen Pflege gesehen werden kann).

3.2.2 Basisszenario – demographischer Effekt

Heute machen die formellen Pflegekosten 1,39% des BIP aus, unter Berücksichtigung der informellen Kosten sind es 1,48%. Im Basisszenario wurde nun angenommen, dass die Pflegestruktur über die kommenden Jahre gleich bleibt. Lediglich die Demographie mit der Prognose, dass die entsprechenden Altersgruppen größer werden (wobei die Pflegeinzidenz ebenfalls konstant angenommen wurde), führt zu einem Kostenwachstum. Hinzu kommt nur das angenommene Lohnwachstum von 1,5% im Jahr.

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass dieser demografische Effekt insbesondere in den nächsten Jahren die größten Wachstumsraten generieren wird. Bis 2010 steigen die Kosten um 22%. Das sind jährliche reale Wachstumsraten von 2,88%, wodurch der Anteil am BIP auch geringfügig auf 1,47% (bzw. 1,72% inklusive der informellen Kosten) ansteigt. Bis 2020 ist dann mit einer leichten Entspannung zu rechnen (durchschnittliche jährliche Wachstumsraten von 2,38%), während zwischen 2020 und 2030 die Dynamik auf Grund der sich ändernden Demographie nochmals zunimmt (die stark besetzten Jahreshkohorten kommen ins Pflegealter, was jährliche Wachstumsraten von im Durchschnitt 3,11% bedeuten wird). Bis 2030 werden sich daher die formellen Pflegekosten auf Grund des demo-

Tabelle 6: Zusammenfassung der Ergebnisse der Prognose der Pflegekosten

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

Quelle: Eigene Berechnungen

graphischen Effekts in etwa real verdoppeln, was einem BIP-Anteil von 1,7% entspräche.

Die Schätzung der Entwicklung der Pflegefälle dürfte relativ realistisch sein, zumindest entspricht sie in etwa auch den prognostizierten Entwicklungstrends der *Long Term Care Expenditures*-Studie (Verdoppelung bis 2050) bzw. auch dem *longlife*-Szenario in Badelt (1997).

3.2.3 Steigende Lebenserwartung – bessere Gesundheit

Im Basisszenario wird angenommen, dass für jede Altersgruppe die Pflegeinzidenz konstant bleibt. Trotz steigender Anzahl der Personen in jeder Altersgruppe würden also nach wie vor 9% der zwischen 60- und 80-jährigen und 51% aller über 80-jährigen Pflegefälle werden.

Analog zur *Long Term Care Expenditures*-Studie wurde diese Annahme nun modifiziert: Mit steigender Lebenserwartung sinkt das Risiko, frühzeitig ein Pflegefall zu werden. Laut Statistik Austria wird die Lebenserwartung von Frauen zwischen 2002 und 2005 um ein Jahr steigen, zwischen 2005 und 2015 kommt ein weiteres Jahr hinzu, und nochmals ein Jahr kommt bis 2030 hinzu. Analog dieser Entwicklung wurde die Annahme des Basisszenario dahingehend modifiziert, dass jeweils in den Jahren 2005, 2015 und 2030 (mit leicht gleitenden Übergängen) jeweils eine Jahrgangspopulation von der Gruppe mit hoher Pflegeinzidenz in die Gruppe mit niedriger Pflegeinzidenz hinuntergenommen wird. Anders gesagt: Es wird jeweils angenommen, dass die Altersgrenze des hohen Pflegerisikos um ein Jahr steigt. Auch für dieses Entwicklungsszenario findet sich ein ähnlicher Trend in Badelt (1997).

Diese Annahmenänderung wirkt sich deutlich dämpfend auf die Kostenentwicklung aus – nach diesem Szenario würde bis 2015 die Zahl der Pflegefälle abnehmen, danach überwiegt der demografische Druck. Die Pflegekosten wären bis 2005/2006 rückläufig, danach gäbe es positive Wachstumsraten. 2030 wären die Kosten um rund 60% höher als heute. Die Anteile am BIP sind allerdings über die gesamte Berechnungszeit niedriger als heute und kämen erst gegen Ende des Prognosezeitraums wieder auf ein ähnliches Niveau wie 2003.

3.2.4 Ausbau des ambulanten Bereichs

Nach dem kostendämpfenden Faktor der besseren Gesundheit werden nun drei Faktoren untersucht, die sich kostenerhöhend auswirken würden. Da sind zunächst einmal der mit ziemlicher Sicherheit stattfindende Rückgang der informellen Pflege und der gleichzeitige Ausbau der ambulanten Pflege. Heute werden wie erwähnt 80% des Pflegebedarfs häuslicher Pflegefälle informell erbracht und 6% durch professionelle ambulante Dienstleister. Es wurde nun angenommen, dass diese Anteile sich pro Jahr um einen Prozentpunkt verändern, so dass z. B. 2010 nur mehr 73% des

häuslichen Pflegebedarfs informell erbracht werden und 13% professionell.

In diesem Szenario steigt also die Zahl der Pflegefälle analog dem Basisszenario, die Kosten steigen aber deutlich stärker an, wobei auf Grund der zunehmenden Professionalisierung die Dynamik der rein formellen Kosten noch größer ist als unter Berücksichtigung der informellen Kosten. Bis 2020 wäre mit mehr als der Verdoppelung der formellen Kosten zu rechnen, bis 2030 mit fast einer Vervielfachung. Die realen Anteile am BIP der formellen Kosten stiegen bis 2010 auf 1,76% an, bis 2020 auf 2,32% und bis 2030 auf 3,18%.

3.2.5 Ambulante „Vollversorgung“

Das vorhergehende Szenario wird noch weiter dahingehend modifiziert, dass berücksichtigt wird, dass die vom Pflegegeld vorgesehenen Stundenzahlen an Pflegebedarf als zu niedrig eingeschätzt werden. Dieser von Badelt (1997) erhobene Bedarf an höherer Pflege bestätigt sich auch in einer Mikrozensus-erhebung aus 1998: Damals gaben 16% der über 60-jährigen an, die bereits private oder professionelle Pflege erhielten, dass sie noch weitere Hilfe benötigten. Dieses Szenario erhält auch durch die oben erwähnte vorsichtige Schätzung der Pflegefälle seine Berechtigung: Liegt die Zahl der Pflegefälle tatsächlich wesentlich höher (die von Badelt (1997) und Schneider (2003) genannten 500.000 Pflegebedürftigen seien in Erinnerung gerufen), so kann man auch von dieser Seite von einer Unterschätzung des Bedarfs an ambulanten Diensten ausgehen.

Statt der durchschnittlich 140 Stunden Pflegebedarf in Pflegestufe 3 wurden nun die von Badelt erhobenen 214 Stunden eingesetzt. Dies erhöht natürlich bereits 2003 die informellen Kosten – der Anteil der informellen Kosten am BIP läge dann statt bei 1,48% (Basisszenario) bei 2,22%. Die heute erbrachten ambulanten professionellen Pflegeleistungen würden dann nur mehr 4% aller Pflegestunden ausmachen.

Die Annahme über die zukünftige Entwicklung lautet wiederum, dass dieser Anteil jährlich um einen Prozentpunkt erhöht wird und gleichzeitig der Anteil der informellen Pflege sinkt. Zu beachten ist, dass auch dieses Szenario keine vollständige Flächendeckung aller Pflegefälle daheim annimmt – es bleiben auch hier jedes Jahr ein Teil der Pflegefälle unbetreut. Der Unterschied zum vorherigen Szenario ist daher lediglich, dass die Stundenzahl für die ohnehin bereits betreuten Pflegefälle erhöht wird.

Da in diesem Szenario von einem höheren Niveau der informellen Pflege bereits 2003 ausgegangen wird, liegen die Wachstumsraten der informellen Kosten etwas unterhalb des vorigen Szenarios. Die rein formellen Kosten steigen allerdings deutlich stärker, da der Bedarf für ambulante Pflege wesentlich höher eingeschätzt wird: Bis 2015 kommt es bereits zu einer Verdoppelung der realen Kosten gegenüber heute, bis 2030 werden

sich die Kosten fast verfünffachen. Auch der Anteil am BIP liegt deutlich höher. Bereits 2010 ist die 2%-Grenze fast erreicht, 2030 werden fast 4% BIP-Anteil erreicht.

3.2.6 Verteuerung des stationären Bereichs

Die Analyse hat gezeigt, dass neben einem deutlich steigenden Bedarf an ambulanter Pflege auch der stationäre Bereich vor großen Herausforderungen steht. Im Basisszenario wurde der stationäre Pfl egetag mit 70 Euro Nettokosten für die öffentliche Hand gerechnet. Der erforderliche Ausbau der Pflegeheime sowie die sehr realistische Annahme, dass die höheren Anforderungen an die Pflegequalität mit höheren Personalkosten verbunden sein werden (zusätzlich zu den angenommen 1,5% Lohnwachstum im Jahr), werden diesen Betrag in den kommenden Jahren erhöhen. Es wurde daher angenommen, dass der Betrag 2005 80 Euro am Tag sein wird und 2010 95 Euro. Danach wachsen die Tagsätze nur mehr mit den allgemeinen 1,5% Lohnwachstum. Ohne also den Institutionalisierungsgrad von 15% zu ändern, werden die Kosten der stationären Pflege insbesondere in den kommenden Jahren deutlich steigen.

Diese Annahme wirkt sich folgendermaßen aus: Das Ausgabenwachstum bis 2010 liegt deutlich über dem Basisszenario, erreicht aber nicht die Wachstumsraten der Ausweitung im ambulanten Bereich, danach gleichen sich die Wachstumsraten wieder dem Basisszenario an: Im jährlichen Durchschnitt betragen die Wachstumsraten von 2003 bis 2010 4,09%, 2010 bis 2020 gehen sie zurück auf 2,44%, um dann zwischen 2020 und 2030 wieder auf 3,17% anzusteigen.

3.2.7 Weitere Kostenfaktoren

Die hier dargestellte Prognose kann als eher vorsichtig eingeschätzt werden. Es gibt nämlich noch eine Anzahl weiterer Faktoren, von denen eine Kostensteigerung zu erwarten ist.

Dies betrifft zum ersten die geschlechtsspezifische Pflegeinzidenz, die noch nicht berücksichtigt wurde. Männer haben tendenziell ein höheres Risiko, ein Pflegefall zu werden. Da auf Grund aufholender Lebenserwartung in Zukunft der Anteil der Männer an der älteren Bevölkerung steigen wird, kann sich das erhöhend auf die Zahl der Pflegefälle auswirken.

Auch der steigende Wohlstand kann ebenso wie im Gesundheitswesen als Kostenfaktor gesehen werden: Mit steigendem Einkommen erhöhen sich die Ansprüche, was sich in steigenden Qualitätsanforderungen an das Pflegewesen auswirken wird.

Auch der Vorschlag, in der Altenpflege vom Pflegegeld weg stärker in den Sachleistungsbereich zu gehen, würde kostenerhöhend wirken. Wie ausgeführt, würden umfassende Sachleistungspakete die heutigen Kosten real in etwa verdreifachen, und die internationalen Erfahrungen (ins-

besondere der skandinavischen Länder) lassen vermuten, dass die Kostendynamik insgesamt höher wäre, als hier angenommen.

Ein Faktor, der in den meisten Pflegesystemen zu wenig beachtet wird, sind die Anreize zur Verbesserung des Pflegezustandes des Patienten. Selbst in der geriatrischen Langzeitpflege können mit geeigneten Therapien gesundheitliche Verbesserungen und daher ein geringerer Pflegebedarf erreicht werden. Dies würde selbstverständlich kostensenkend wirken. Hier muss insbesondere in der professionellen Pflege über geeignete Anreize zur Herstellung einer solchen Situation nachgedacht werden.

3.2.8 Zusammenfassung der Prognose

Auch wenn die Ergebnisse der Prognose insgesamt als eher vage zu bezeichnen sind, so haben die Berechnungen und Analysen doch eines gezeigt: Sollte nur der demografische Effekt zum Tragen kommen, dann können die Wachstumsraten im Pflegebereich als moderat bezeichnet werden. Mit rund 2,8% Wachstum real im Jahr würde die Pflege als Anteil am BIP nur geringfügig steigen. Dies würde allerdings bedeuten, dass die Strukturprobleme und der Pflegenotstand, die es heute gibt, weiter bestehen blieben bzw. sich unter Umständen verschärfen würden.

Es wird notwendig sein, den ambulanten Bereich auszubauen, um die Pflege innerhalb der Familie zu entlasten und mehr Professionalität in die Pflege zu Hause zu bringen. Ebenso wird es notwendig sein, den stationären Bereich auszubauen. Selbst bei gleichem Institutionalisierungsgrad werden mehr Betten notwendig sein und die Schlagzeilen der vergangenen Monate zeigen deutlich, dass die bestehenden Institutionen dringend verbessert werden müssen. (So hat beispielsweise Lainz einen Ausbauplan bis 2005, spätestens bis 2010 zu erfüllen, der unter anderem vorsieht, dass wesentlich mehr Zimmer zur Verfügung stehen, um von der menschenunwürdigen Praxis von Achtbettzimmern wegzukommen.) Entlastend könnte der verbesserte Gesundheitszustand wirken, wobei hier wie erwähnt die Prognosen durchaus auseinandergehen, wie sich dies konkret auf die Zahl der Pflegefälle auswirken wird.

Wie bedeutsam genau die einzelnen Strukturänderungen sich bei der Entwicklung der Pflegekosten auswirken werden, ist aus heutiger Sicht nicht abschätzbar. Tatsache ist aber, dass die dringend notwendige Verbesserung der Pflegequalität sich deutlich in den Kosten dieses Bereichs niederschlagen wird, da die kostensteigernden Faktoren bei weitem die kostensenkenden Faktoren überwiegen. Außerdem weist die Prognose darauf hin, dass insbesondere der Ausbau der ambulanten Dienstleistungen die Kostendynamik erhöhen wird, da hierbei die bislang unsichtbare und daher unbewertete informelle Arbeit sichtbar und damit bewertet wird.

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Pflege als ein wichtiger Bereich der sozialen Dienste sieht sich derzeit im Spannungsfeld zwischen demografischen Herausforderungen und budgetären Engpässen. Diese Problematik gilt für Österreich ebenso wie für andere westeuropäische Länder. Mit dem hohen Anteil an nicht zweckgebundenen Geldleistungen unterscheidet sich Österreich dabei aber deutlich von anderen Ländern. Im internationalen Vergleich überwiegen nämlich in den meisten Staaten die Sachleistungen. Allerdings kann man in vielen Ländern in den letzten Jahren einen Trend dahingehend bemerken, dass zweckgebundene Geldleistungen zunehmen, um den Pflegefällen zu ermöglichen, auf einem Wettbewerbsmarkt die von ihnen gewünschte Pflege zu kaufen. Nicht zweckgebundene Leistungen gibt es in größerem Ausmaß nur in Deutschland und in Österreich, wobei auch in Deutschland der Bezug von Sachleistungen klar bevorzugt wird.

Der vielfach bereits heute zitierte Pflegenotstand in Österreich wirkt derzeit noch nicht so brisant, weil der Anteil an informeller (familiärer) Pflege sehr hoch ist, ebenso wie der Anteil von Schwarzarbeit. Zweitere kommt, insbesondere in Ostösterreich, sehr häufig aus den Beitrittsländern Tschechien und Slowakei. Es ist anzunehmen, dass nach der Erweiterung der Anteil kurzfristig noch zunehmen könnte, mittelfristig ist aber eher mit einer Reduktion dieses Arbeitsangebotes zu rechnen. In den betreffenden Ländern gibt es (trotz relativ junger Bevölkerung) bereits heute Engpässe im Pflegebereich, die sich sicher in den kommenden Jahren mit einer gewissen Verzögerung noch verstärken werden. Die Angleichung der Lohnniveaus wird dazu führen, dass die offizielle Arbeit im eigenen Land attraktiver wird. Abgesehen davon ist aus gewerkschaftlicher Sicht Schwarzarbeit jedenfalls abzulehnen, trotz des Wissens, dass Pflege heute nicht machbar wäre ohne Schwarzarbeit. Geänderte Familienstrukturen, gestiegene Mobilität und sinkende Fertilität werden aber auch den Bereich der familiären Pflege in den kommenden Jahren schrumpfen lassen.

Um hier gegenzusteuern, bedarf es des Ausbaus insbesondere der ambulanten Pflege. Diese ist zwar in vielen Fällen teurer als die stationäre Pflege, spricht aber mehr den Bedürfnissen der Menschen. Daneben wird aber auch bereits in nächster Zukunft eine Verbesserung des stationären Bereichs notwendig sein. Um in den professionellen Pflegediensten (ambulant wie stationär) Verbesserungen und Erweiterungen zu ermöglichen, müssen die Pflegeberufe aufgewertet werden. Es handelt sich dabei nämlich um Tätigkeiten mit einem sehr hohen Anforderungsprofil, das heute vollkommen unzureichend honoriert wird. Die gewerkschaftlichen Forderungen nach besserer Entlohnung, umfassenderer Ausbildung und durchlässigeren Berufsbildern sind jedenfalls zu unterstützen.

Um dies alles zu erreichen, wird die Pflege in den kommenden Jahren deutlich mehr kosten müssen als heute. Die vorsichtige Prognose hat ge-

zeigt, dass sich in diesem Fall der Anteil der Pflegekosten der öffentlichen Hand am BIP bis 2030 real jedenfalls mehr als verdoppelte, wenn lediglich die Defizite im stationären Bereich beseitigt würden. Soll gleichzeitig auch der ambulante Bereich ausgebaut werden, so würden die Kosten auf das Vier- bis Fünffache der heutigen Ausgaben steigen. Internationale Berechnungen zeigen darüber hinaus, dass unter Berücksichtigung der notwendigen Lohnveränderungen das nominelle Wachstum noch eine deutlich stärkere Dynamik aufweisen würde.

Das zusätzliche Geld sollte dabei größtenteils direkt in die sozialen Dienste und nicht den „Umweg“ über den Pflegefall nehmen. Selbstverständlich wird man auch über eine bessere Absicherung pflegender Angehöriger nachdenken müssen, das Hauptaugenmerk sollte aber sowohl organisatorisch als auch finanziell auf die formelle Pflege gelegt werden, und dies besser heute als morgen.

Anmerkungen

- ¹ Statistik Austria (2003) 30.
- ² Europäische Kommission (2003) 3f.
- ³ Europäische Kommission (2003).
- ⁴ Statistik Austria (2003b).
- ⁵ Rosner (2003) 187.
- ⁶ Gisser (2003) 46f.
- ⁷ Pratscher (2003) 754.
- ⁸ Rat der Europäischen Union (2003) 15.
- ⁹ Beide dieser Zeitvorgaben werden von SPÖ-Seite heftigst kritisiert, da dadurch die Möglichkeiten des Eingreifens stark verzögert wurden. Es wird abzuwarten sein, inwieweit das Gesetz hier noch modifiziert wird.
- ¹⁰ Nam (2003) 9.
- ¹¹ Krenn, Papouschek (2003).
- ¹² Mayerhofer (2001) 26.
- ¹³ Kreimer, Schiffbaenker (2003) 15ff.
- ¹⁴ Hammer, Österle (2003) 51.
- ¹⁵ Siehe z. B. Economic Policy Committee (2001).
- ¹⁶ Für Details siehe Comas-Herrera (2003) 141ff.
- ¹⁷ Republik Österreich (2002) 29.

Literatur

- Badelt, Christoph; et al., Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems (Wien 1997).
- Bahle, Thomas; Pfenning, Astrid, Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste im westeuropäischen Vergleich (Frankfurt am Main 2001).
- Bettio, Francesca; Plantenga, Janneke, Comparing Care Regimes in Europe. in: *Feminist Economics* 1 (2004) 85-113.
- Comas-Herrera, Adelina; et al., European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission (=PSSRU Discussion Paper 1840, 2003).
- Dachverband der Wiener Pflege- und Sozialdienste, Situation des Pflegepersonals in am-

- bulanten und stationären Einrichtungen (Wien 2002).
- Economic Policy Committee, Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances (=Europäische Kommission, EPC/ECFIN/655/01-EN final, Brüssel 2001)
- Europäische Kommission, MISSOC – Gegenseitiges Informationssystem der sozialen Sicherheit in den Mitgliedstaaten der EU und des EWR (online, Brüssel 2003a); http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index-de.html (heruntergeladen Januar 2004).
- Europäische Kommission, Die soziale Lage in der Europäischen Union 2003 (Luxemburg 2003b).
- European Observatory on Health Care systems, Health Care Systems in Transition – Czech Republic (Kopenhagen 2002) (www.observatory.dk).
- Gisser, Richard (Hrsg.), Familie, Geschlechterverhältnis, Alter und Migration: Wissen, Einstellungen und Wünsche der Österreicherinnen und Österreicher (Wien 2003).
- Hammer, Elisabeth; Österle, August, Welfare State Policy and Informal Long-Term Care Giving in Austria: Old Gender Divisions and New Stratification Processes Among Women, in: *Journal of Social Policy* 32/1 (2003) 37-53.
- Krajc, Karl; et al., Pflegenotstand in Österreich? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten mit einem Schwerpunkt auf Entwicklung der Arbeitsbedingungen des diplomierten Pflegepersonals (Wien 2003).
- Kreimer, Margarete; Schiffbaenker, Helene, A New Austrian Care System? Theoretical Approaches (=InTeReg Working Paper 07, Graz 2003).
- Krenn, Manfred; Papouschek, Ulrike, Mobile Pflege und Betreuung als interaktive Arbeit: Anforderungen und Belastungen (Wien 2003).
- Lewis, Jane, Social Care Services: The Informal Sector, in: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (Hrsg.), *Social services in transition – towards a European social services information system* (Frankfurt 2002).
- Mayerhofer, Friedrich, Die Auswirkungen der Freizügigkeit aus österreichischer Sicht, in: *Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste, Die EU-Erweiterung: Chancen und Risiken für die sozialen Dienste. Eine deutsche Positionsbestimmung* (Berlin 2001).
- Misconiová, Blanka, Comprehensive Home Care in Czech Republic – Past-Present-Future (online, Prag 1998); <http://www.cs-ch.ch/Europa/homecarecz.htm> (heruntergeladen Jänner 2004).
- Münz, Rainer; Fassmann, Heinz, Demographische Entwicklungstendenzen im östlichen Europa (on-line, Berlin 2003); http://www.berlin-institut.org/pages/fs/fs_bev_entw_fertilitaet_osteuropa.html (heruntergeladen Jänner 2004).
- Nam, Hyun-Joo, Alten- und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung (Wien 2003).
- OECD, Long Term Care Services to Older People, a Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons (=OECD Working Paper AWP 4.2, Paris 1998).
- Pratscher, Kurt, Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2000 und 2001, in: *Statistische Nachrichten* 10 (2003) 749-759.
- Rat der Europäischen Union, Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die Unterstützung nationaler Strategien für die Zukunft der Gesundheitsversorgung und der Altenpflege (=Vermerk des Rates ECOFIN 77, 7166, Brüssel 2003).
- Republik Österreich, Beantwortung des Fragebogens zur Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege älterer Menschen (=Dokument SPC/2002/APR/01 DE/Rev.1 (2002)).
- Rosner, Peter, *The Economics of Social Policy* (Cheltenham 2003).

- Schmid, Tom, Pflege im Spannungsfeld zwischen Angehörigen und Beschäftigten (=Vorläufiger Studienbericht, Wien 2004).
- Schneider, Ulrike, Aktuelle Herausforderungen im mobilen Pflege- und Betreuungssektor (=Vortrag im Rahmen der Veranstaltung/Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung – ein Gesundheitsrisiko?, veranstaltet von der Stadt Wien (MA 47 – Pflege und Betreuung) und dem Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes, Wien, 14. Oktober 2003).
- Schöberl, Susanne, Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über Sozialbetreuungsberufe: Einbindung der Ausbildung in das österreichische Bildungssystem (=AK-interne Aktennotiz, Wien 2004).
- Statistik Austria, Die Bevölkerung Österreichs im 21. Jahrhundert (online, Wien 2003a); ftp://www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/bev21jhd_t_web.pdf (heruntergeladen Oktober 2003).
- Statistik Austria, Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege (online, Wien 2003b); <ftp://www.statistik.at/pub/neuerscheinungen/kinderbetreuung1.pdf> (heruntergeladen Oktober 2003).
- Streissler, Agnes, Frauen als Leistungsträgerinnen im Gesundheitswesen. in: *Wirtschaft und Gesellschaft* 2 (2003) 247-285.
- Streissler, Agnes, Geriatrische Langzeitpflege (=Materialien zu *Wirtschaft und Gesellschaft* 87, Wien 2004).

Zusammenfassung

Die geriatrische Langzeitpflege befindet sich im Spannungsfeld zwischen demografischen Herausforderungen und budgetären Engpässen. Die vorliegende Arbeit versucht, die wesentlichen Probleme und Entwicklungsperspektiven herauszuarbeiten. So wird es in Österreich notwendig sein, verstärkt in Richtung Sachleistungen bzw. zweckgebundener Geldleistungen zu gehen. Für die kommenden Jahre ist mit einem deutlichen Abnehmen der informellen, familiären Pflege zu rechnen. Dieser Strukturwandel hin zur professionellen Pflege, insbesondere der ambulanten sozialen Dienste, wird einen deutlichen Ausgaben- druck erzeugen. Die Arbeit zeigt anhand einer Projektion, welche Strukturänderungen die höchsten Dynamiken erzeugen werden und wie stark längerfristige Prognosen von den dahinterstehenden Annahmen abhängig sind.