
Zur Entwicklung der Pflegegeldausgaben in Österreich: Eine empirische Bestandsaufnahme*

Lukas Rainer, Engelbert Theurl

1. Einleitung

Das Jahr 1993 stellt einen Meilenstein der sozialpolitischen Entwicklung in Österreich dar. Während in den 1960er- und 1970er-Jahren eines der Kernanliegen der Sozialstaatsentwicklung, nämlich die öffentliche Absicherung der „alten“ sozialen Risiken Unfall, Alter und Krankheit für einen möglichst umfassenden Kreis der Bevölkerung verwirklicht wurde,¹ harnte die Absicherung des Risikos „Pflegebedürftigkeit“ noch lange Zeit einer befriedigenden Lösung. Das vor 1993 bestehende Absicherungssystem des Risikos Pflegebedürftigkeit in Österreich beruhte auf einer „Finanzierungspartnerschaft“ privat/öffentlich, im Wesentlichen bestehend aus: (i) individuellem Vermögen, (ii) Betreuung und finanzieller Unterstützung durch Familienmitglieder, (iii) Sozialhilfe, (iv) Hilflosenzuschuss des öffentlichen Pensionssystems und (v) Direktfinanzierung von Pflegeeinrichtungen (insbesondere von Investitionen durch Bundesländer und Gemeinden). Die starke Rückkoppelung der Absicherung des Pflegerisikos auf die Systeme (i) und (ii) und – subsidiär dazu – auf das auf einem Bedürftigkeitsnachweis (*means test*) beruhendem System (iii) führte zu einer unzureichenden Risikostreuung, implizierte negative Spar- und Vermögensbildungsanreize und konnte damit im Fall der Pflegebedürftigkeit dem individuellen Bedürfnis nach Stabilisierung bzw. Glättung des Konsumpfades oberhalb der Armutsgrenze nur eingeschränkt Rechnung tragen.

Das Pflegegeldsystem 1993 sowie wichtige flankierende Maßnahmen sozialrechtlicher Natur in den Folgejahren haben einen Teil dieser Mängel beseitigt.² Mit dem Pflegegeldsystem 1993 wurden

- die bestehenden organisatorischen Infrastrukturen genutzt (Zuständigkeit des Bundes für Pflegebedürftige im Rahmen des öffentlichen, bundesweiten Pensionsversicherungssystems; Zuständigkeit der

* Dieser Beitrag beruht auf der unveröffentlichten Bachelorarbeit „Die Entwicklung des Pflegegeldes in Österreich im Zeitraum 1993-2015“ von Lukas Rainer (Innsbruck 2015).

- Bundesländer für sonstige pflegebedürftige Gruppen – insbesondere für Sozialhilfeempfänger),
- die Institutionenneutralität im Pflegeangebot und die Wahlfreiheit in der Pflegeversorgung durch das Prinzip des Geldtransfers verwirklicht,
 - durch die Finanzierung aus allgemeinen Budgetmitteln grundsätzlich eine breite und dynamische Finanzierungsbasis geschaffen und damit eine direkte Abhängigkeit der Pflegefinanzierung von den Risiken des Arbeitsmarktes vermieden,
 - früher existierende gravierende Unterschiede in Umfang bzw. Qualität der Absicherung der Pflegebedürftigkeit – verursacht durch das Kausalprinzip³ – durch den Übergang auf das Finalprinzip reduziert,
 - die Bedürftigkeitsprüfung zumindest im Bereich der Geldtransfers abgeschafft und
 - die Gefahr von *moral hazard*⁴ einerseits durch die Verwirklichung des Indemnitätsprinzips⁵ in der Leistungsgewährung und andererseits durch einen hohen Selbstbehalt⁶ wirksam eingeschränkt.

Analysen aus dem Blickwinkel unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen stellen dem Pflegegeldsystem 1993 (inklusive seinen begleitenden Reformen) insgesamt ein positives Zeugnis aus.⁷ Als ein wesentlicher Schwachpunkt wird allerdings von verschiedenen Seiten immer wieder konstatiert, dass die jährliche Anpassung des Pflegegeldes unbefriedigend und dadurch der reale Wert des Pflegegeldes über die Zeit gesunken ist. Dies impliziert auch eine schleichende Verschiebung der finanziellen Lasten in der Finanzierungspartnerschaft zwischen Bund, Bundesländern und Gemeinden und im Verhältnis öffentlicher und privater Finanzierung. Empirisches Faktum ist, dass Anpassungen des Pflegegeldes im Zeitraum 1993-2015 nur vereinzelt und in kleinen Schritten stattgefunden haben. Trotz weitverbreiteter Klagen über den dadurch substantiell sinkenden realen Wert des Pflegegeldes ist systematische empirische Evidenz dazu rar. Es ist Aufgabe des nachfolgenden Beitrages, diesen Mangel zumindest in Teilen abzubauen. Die bestehende Datenlage im Beobachtungszeitraum schränkt ein solches Unterfangen allerdings erheblich ein. Letztlich ist es nur möglich, anhand verschiedener Referenzindikatoren Streubereiche für die Entwicklung des realen Wertes des Pflegegeldes abzustecken. Konkret beantwortet der Beitrag die zwei folgenden Fragenkomplexe:

1. Welche Bedeutung haben einzelne Komponenten für die Entwicklung der Pflegegeldausgaben im Beobachtungszeitraum?
2. Wie hat sich der reale Wert des Pflegegeldes in verschiedenen Referenzszenarien entwickelt?

Der Beitrag gliedert sich dabei wie folgt: In Abschnitt 2 werden die wichtigsten gesetzlichen Regelungen und Grundlagen, die für das Pflegegeld

relevant sind, dargestellt. In Abschnitt 3 werden die Ergebnisse einer Komponentenanalyse referiert. Abschnitt 4 analysiert die Entwicklung des realen Wertes des Pflegegeldes. In Abschnitt 5 werden sozialpolitische Konsequenzen aus der empirischen Analyse erörtert. Zur Einordnung der empirischen Ergebnisse ist – wie bereits erwähnt – zu berücksichtigen, dass die begleitende Gesetzgebung im betrachteten Zeitraum die ökonomische Situation der zu Pflegenden und der Pflegenden verändert, in vielen Fällen verbessert hat. Zu nennen sind hier insbesondere: die Verpflichtung der Bundesländer zum Ausbau/zur Finanzierung von Pflegeinfrastrukturen unterschiedlicher Intensitäten im Rahmen der 15a-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Bundesländern im Jahre 1993, die Förderung der 24-Stunden-Pflege, die sozialrechtliche Besserstellung der Pflegenden, die Abschwächung der Regressforderung für Angehörige, die Einführung der Pflegefonds. Diese begleitenden Maßnahmen bleiben in der folgenden empirischen Analyse unberücksichtigt.⁸ Es ist dezidiert auch nicht Aufgabe dieses Beitrages, das österreichische Finanzierungssystem von Pflegeleistungen im Lichte der gegenwärtigen und absehbaren zukünftigen sozio-ökonomischen und sozio-demografischen Entwicklungen einer gesamthaften Evaluierung zu unterziehen bzw. notwendige Weiterentwicklungen zu skizzieren (Stichworte: Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung, Rolle von privaten Pflegeversicherungen, Implementation von Anreizstrukturen zur Überwindung von *Beggar-my-neighbor-policies* zwischen den einzelnen Finanzierungsträgern, Pflegevorsorge und Erbrecht, Harmonisierung von Qualitätsstandards etc.).

2. Institutionelle Grundlagen

Mit der Verabschiedung des Bundespflegegeldgesetzes 1993 (BPGG 1993)⁹ mit Wirkung vom 1.7.1993 wurde in Österreich ein siebenstufiges, bedarfsorientiertes Pflegegeldsystem eingeführt. Personen, die nicht zum anspruchsberechtigten Personenkreis des Bundespflegegeldgesetzes gehören, wurden durch neun Landespflegegeldgesetze, die Pflegegeld in gleicher Höhe und nach gleichen Grundsätzen vorsehen, abgedeckt.¹⁰ Die Einteilung in die sieben Pflegestufen erfolgt durch fachärztliche Sachverständige nach den in Tabelle 1 dargestellten Anforderungsprofilen, die sich im Zeitverlauf leicht verändert haben.

Ständige Grundvoraussetzungen sind die Vollendung des dritten Lebensjahres und wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens 6 Monate andauern wird oder würde.¹¹ Hinzuweisen ist auf die Erhöhung der Anspruchsvoraussetzungen in den Stufen 1 und 2 in den Jahren 2011 und

Tabelle 1: Entwicklung der Anspruchsvoraussetzungen für die einzelnen Pflegegeldstufen im Zeitraum 1.7.1993-31.12.2015

Anforderungsprofil: Pflegebedarf pro Monat je Pflegegeldstufe (PS)				
PS	1.7.1993-31.12.1998	1.1.1999-31.12.2010	1.1.2011-31.12.2014	Ab 1.1.2015 Für Neuanträge
1	Mehr als 50 Stunden		Mehr als 60 Stunden	Mehr als 65 Stunden
2	Mehr als 75 Stunden		Mehr als 85 Stunden	Mehr als 95 Stunden
3	Mehr als 120 Stunden			
4	Mehr als 180 Stunden	Mehr als 160 Stunden		
5	Mehr als 180 Stunden und Vorliegen von außergewöhnlichem Pflegeaufwand			
6	Mehr als 180 Stunden und Erfordernis dauernder Beaufsichtigung oder gleichzuachtender Pflegeaufwand	Mehr als 180 Stunden und 1. Erfordernis zeitlich unkoordinierter Betreuungsmaßnahmen, oder 2. Erfordernis dauernder Beaufsichtigung aufgrund Eigen- oder Fremdgefährdung		
7	Mehr als 180 Stunden und Vorliegen praktischer Bewegungsunfähigkeit oder gleichzuachtender Zustand.	Mehr als 180 Stunden und 1. wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind, oder 2. ein gleichzuachtender Zustand vorliegt		

Quelle: Bundespflegegeldgesetz 1993 in der jeweils geltenden Fassung.

2015, während die quantitativen Voraussetzungen in den Stufen 3 bis 7, mit Ausnahme des verringerten Betreuungsbedarfes und somit erleichterten Zugangs zur Stufe 4, konstant blieben. Tabelle 2 zeigt die Entwicklung des Pflegegeldes pro Monat in den einzelnen Pflegegeldstufen. Mit der Verabschiedung des BPGG 1993 wurde für den 1.1.1994 und 1.1.1995 eine Steigerung der Pflegetarife mit dem Anpassungsfaktor des § 108f ASVG beschlossen, welcher eine Aufwertung um die durchschnittlichen

Tabelle 2: Entwicklung der Pflegegeldtarife für die einzelnen Pflegegeldstufen, 1993-2015, Werte pro Monat in €

Zeitraum	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7
1993	181,70	254,40	392,40	588,60	799,40	1.090,00	1.453,50
1994	186,30	260,80	402,20	603,40	819,40	1.117,30	1.489,80
1995	191,50	268,00	413,50	620,30	842,40	1.148,70	1.531,50
1996-2004	145,40	268,00	413,50	620,30	842,40	1.148,70	1.531,50
2005-2008	148,30	273,40	421,80	632,70	859,30	1.171,70	1.562,10
2009-2010	154,20	284,30	442,90	664,30	902,30	1.242,00	1.655,80
2011-2015	154,20	284,30	442,90	664,30	902,30	1.260,00	1.655,80

Quelle: Bundespflegegeldgesetz 1993 in der jeweils geltenden Fassung.

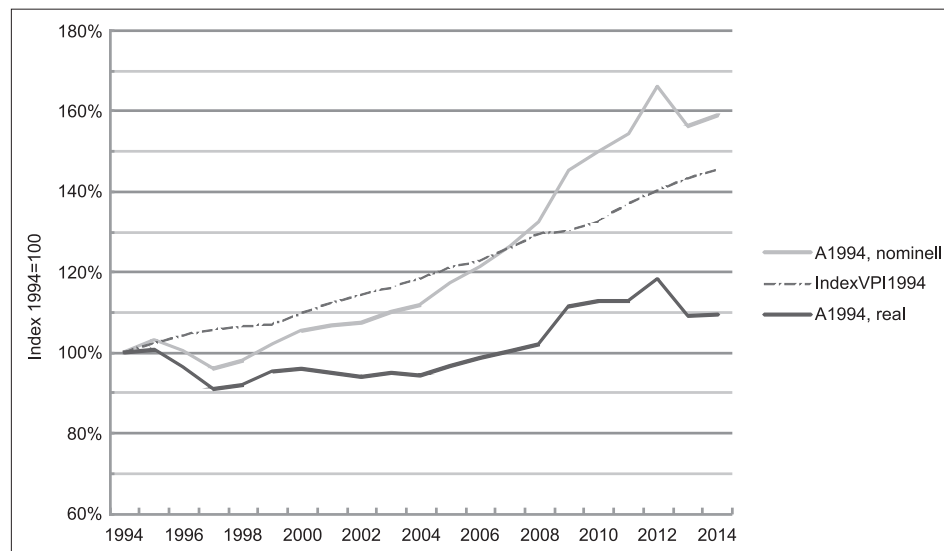
zwölf Monatsinflationen bis zum Juli des Jahres, das dem Anpassungsjahr vorangeht, vorsieht. Dieser Aufwertungsfaktor liefert den Richtwert für die jährlichen Pensionsanpassungen, womit in der Anfangsphase des Pflegegeldes eine periodische Anpassung wie bei den Pensionen vorgesehen war; ein Umstand der für die späteren Perioden nicht mehr gilt, wie Tabelle 2 zeigt.

3. Entwicklung der Pflegegeldausgaben und ihrer Komponenten

3.1 Entwicklung der Pflegegeldausgaben im Überblick

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der Pflegegeldausgaben (Bundes- und Landespflegegeld) nominell (A1994, nominell) und real (A1994, real) im Zeitraum 1994-2014. Dabei wurde 1994 mit 100 indexiert. Absolut betrug der Wert 1994 € 1,59 Mrd., während sich die Ausgaben 2014 auf € 2,52 Mrd. beliefen. Es zeigt sich ein beachtlicher Anstieg der nominellen Gesamtausgaben um 59%. Die Division der nominellen Ausgaben durch den Verbraucherpreisindex (IndexVPI1994), der in diesem Zeitraum um 45,5% angestiegen ist, relativiert diesen Befund deutlich. Bis 2007 lagen die realen Ausgaben unter dem Ausgangsniveau von 1994, trotz Zunahme der PflegegeldbezieherInnen in diesem Zeitraum um 33%. 2010 er-

Abbildung 1: Pflegegeldausgaben (Bund + Bundesländer), nominell, real, sowie Index VPI 1994, Zeitraum 1994-2014, Index 1994 = 100



Quellen: Eigene Berechnungen nach: BMASK (2014); Statistik Austria (2015a); Statistik Austria (2015b); Statistik Austria (2015c).

reichten die realen Ausgaben ihr bisheriges Maximum und waren um 13% höher als 1994, 2014 lagen die realen Ausgaben um 9,4% über dem Betrag von 1994, obwohl die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen um 49,4% zugenommen hatte.

Die Entwicklung der Pflegegeldausgaben wird auch relativiert, wenn man sie zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes (BIP) in Beziehung setzt. Der Anteil am BIP sank kontinuierlich von 0,94% im Jahr 1994 auf 0,71% im Jahr 2007, der Anteil stieg dann nicht-monoton auf 0,77% im Jahr 2014 an. Im internationalen Vergleich fällt auf, dass die Ausgaben in Österreich deutlich unter dem OECD-Schnitt liegen. Bemerkenswert dabei ist, dass dies trotz des mehr als doppelt so großen Anteils der erfassten Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in Relation zum OECD-Schnitt der Fall ist.¹²

3.2 Zerlegung der Ausgabenentwicklung in ihre Komponenten

Ein Zugang, um die Ausgabenentwicklung des Pflegegeldes zu klären, besteht in der Zerlegung des Gesamtausgabenwachstums in einzelne Wachstumskomponenten.¹³ Die Identifikation dieser Komponenten stellt (noch) keine kausale Analyse dar, sie erlaubt es aber, wichtige Ausgaben-treiber zu identifizieren.¹⁴ Die Pflegegeldausgaben A im Jahr t resultieren aus dem Produkt der Höhe des Pflegegeldes der Basisstufe G , der Pflegeintensität I sowie der Anzahl der BezieherInnen Z :

$$A_t = G_t \times I_t \times Z_t \quad (1).$$

Das Pflegegeld der Stufen 2 bis 7 wurde als Vielfaches der Pflegestufe 1 ausgedrückt. Stufe 1 wurde als Basisstufe definiert und als Maß der relativen Veränderung der Pflegegeldtarife herangezogen.¹⁵ Die Spreizung, der relative Unterschied der Tarife 1 bis 7, wurde mit 1.1.1996 deutlich erhöht und in der Folge weitgehend konstant gehalten. Neben anderen Besonderheiten der Einführungsphase, wie der automatischen Einstufung früherer Empfänger des Hilflosenzuschusses in die Stufe 2 oder der ansteigenden Rate der Inanspruchnahme, erscheint daher der Analysezeitraum 1996-2013 für die Komponentenanalyse sachgerecht. Für die Anzahl der BezieherInnen wurde der Mittelwert aus 31.12. des Vorjahres und 31.12. des Berichtsjahres gebildet, um eine Näherung für den Jahresdurchschnitt der Anzahl der BezieherInnen zu erhalten, der für den Pflegegeldaufwand eines Kalenderjahres maßgeblich ist, da genaue Angaben für den Jahresdurchschnitt nicht für den gesamten Zeitraum zur Verfügung stehen. Die Pflegeintensität I_t wurde wie folgt berechnet:

$$I_t = \sum_{i=1}^7 \left(\frac{Z_{PSi,t}}{Z_t} \times \frac{G_{PSi,t}}{G_{PS1,t}} \right) \quad (2).$$

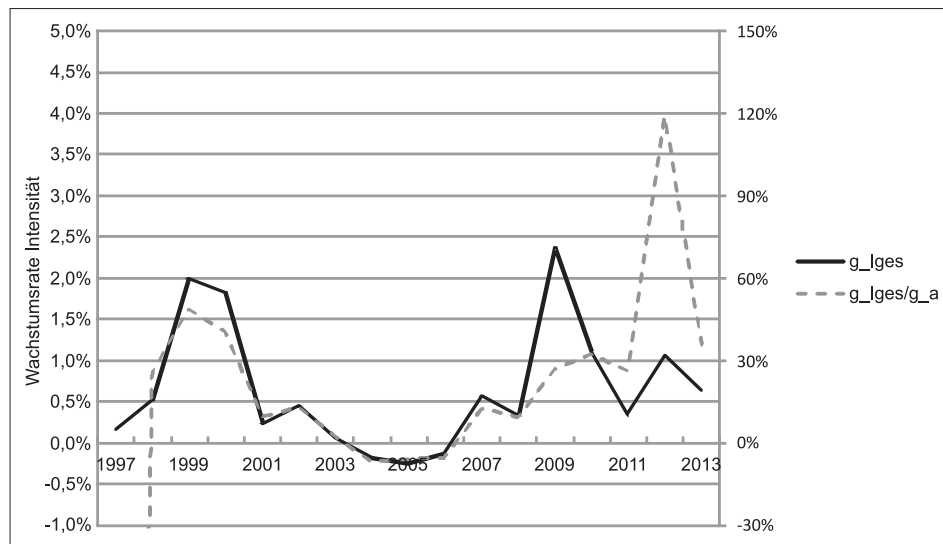
Es wurde also der Pflegegeldtarif der jeweiligen Stufe $G_{PSi,t}$ in Relation zur Stufe 1 $G_{PS1,t}$ gesetzt, gewichtet mit der relativen Belegung der jeweiligen Stufe $\frac{Z_{PSi,t}}{Z_t}$. Durch Multiplikation dieses gewichteten Mittelwertes mit dem absoluten Wert des Basistarifes kann die durchschnittliche Geldleistung pro Bezieher je Monat des jeweiligen Kalenderjahres berechnet werden. Durch Multiplikation der drei Komponenten mit 12 lassen sich fiktive jährliche Ausgaben berechnen. Diese weichen aus mehreren Gründen von den tatsächlich beobachteten Gesamtausgaben ab.¹⁶ Im Gegensatz zu den Komplikationen der absoluten Betrachtung kann die Komponentenanalyse die relative Entwicklung besser abbilden, da konstante Störfaktoren wie etwa Verwaltungskosten das Ergebnis nicht beeinflussen. Es lässt sich zeigen, dass die Wachstumsrate der Pflegegeldausgaben näherungsweise¹⁷ der Summe (i) der Wachstumsraten des Pflegegeldtarifes G , (ii) der Pflegeintensität I und (iii) der Anzahl der BezieherInnen Z entspricht. Mit dieser Einschränkung kann jetzt die Wachstumsrate der Gesamtausgaben anteilmäßig den drei Ausgabentreibern G , I und Z zugeordnet werden.

Die Wachstumsrate des Basistarifes G beträgt mit Ausnahme der Erhöhungen von 2% im Jahr 2005 und 4% im Jahr 2009 in allen anderen Jahren null. Der Anteil am Gesamtwachstum der Ausgaben beträgt in diesen beiden Jahren etwa 45% und ist in den übrigen Jahren null. Abbildung 2 zeigt die Wachstumsrate bzw. den Wachstumsbeitrag der Pflegeintensität. Die Wachstumsrate der Pflegeintensität g_{Iges} (linke Skala) ist mit Ausnahme des Zeitraumes 2004-2006 positiv. 1999 kam es zu einem Anstieg von 2%, was teilweise auf den erleichterten Zugang zur Pflegestufe 4 zurückgeführt werden kann. Der höchste relative Anstieg vollzog sich 2009 und betrug knapp 2,4%. Der Anteil des Wachstums der Pflegeintensität am Gesamtwachstum der Ausgaben g_{Iges}/g_a (rechte Skala) schwankt im betrachteten Zeitraum relativ stark. 1999 betrug der Wert knapp 50%, 2004-2006 –6% und 2012 knapp 120%. In absoluten Zahlen wurde 1996 im Durchschnitt das 2,7-Fache des Tarifes der Stufe 1 ausbezahlt, 2013 belief sich die durchschnittliche Leistung auf das 3,03-Fache der Basisstufe. Das entspricht einem Gesamtwachstum von 11,6% und einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 0,65%.

Da sich die Pflegeintensität aus der relativen Belegung der Pflegestufen (Pflegeintensität im eigentlichen Sinne) und der Pflegegeldspreizung in Relation zum Basistarif zusammensetzt, könnte eine weitere Aufspaltung den jeweiligen Anteil der beiden Komponenten am Gesamtanstieg der Pflegeintensität offenlegen. Da sich aber die Pflegegeldspreizung im Analysezeitraum kaum veränderte – zwischen 1996 und 2008 blieb sie konstant, 2009 und 2011 wurde sie nur leicht erhöht – ist der Informationsgewinn einer weiteren Zerlegung gering. Der Anstieg der Pflegeintensität kann – bis 2008 zur Gänze und ab diesem Zeitpunkt überwiegend – der

überproportional steigenden Belegung der höheren Pflegestufen zugeordnet werden.

Abbildung 2: Wachstumsrate und Wachstumsbeitrag der Pflegeintensität



Legende: g_lges ... jährliche Wachstumsraten der Pflegeintensität
 g_lges/g_a ... Anteil des Wachstums der Pflegeintensität am Wachstum der Pflegegeldaufgaben

Quellen: eigene Berechnungen nach: BMASK (2014); Statistik Austria (2015a); Statistik Austria (2015b).

Abbildung 3 zeigt die Wachstumsrate der PflegegeldbezieherInnen g_Z (linke Skala) sowie den Anteil dieser Komponente am Gesamtwachstum g_Z/g_a (rechte Skala). g_Z/g_a ist mit Ausnahme der Jahre 2009 und 2012 immer und meist deutlich über 50%, überdurchschnittlich hohe Steigerungsraten sind im Zeitraum 2000-2010 zu beobachten.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass der im Durchschnitt des betrachteten Zeitraums jährlich um 3,12% (Näherung 3,09%) steigende nominelle Pflegegeldaufwand in erster Linie auf die steigende Anzahl der BezieherInnen zurückzuführen ist. Der Anteil des Wachstums der BezieherInnen am Wachstum der Gesamtausgaben beträgt mit 68% über zwei Drittel. Die steigende Pflegeintensität trägt zu einem Fünftel (21%) zum Gesamtwachstum bei und ist somit fast doppelt so bedeutend wie der Anteil der nominellen Tarifierhöhungen, der nur zu einem Zehntel (11%) für den Anstieg der nominellen Ausgaben verantwortlich ist.

Wie bereits betont wurde, sind hochaggregierte Daten nur bedingt geeignet, Aussagen darüber zu treffen, welche Faktoren die beiden Kompo-

Abbildung 3: Wachstumsrate und Wachstumsbeitrag der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen



Legende: g_Z ... jährliche Wachstumsrate der PflegegeldbezieherInnen
 g_Z/g_a ... Anteil des Wachstums der PflegegeldbezieherInnen
am Wachstum der Pflegegeldaussgaben

Quellen: eigene Berechnungen nach: BMASK (2014); Statistik Austria (2015a); Statistik Austria (2015b).

nenten, das Wachstum der Bezieherinnen und die Pflegeintensität, beeinflussen. Zweifellos stellen demografische Verschiebungen aber wichtige Ursachen dafür dar. Aus Tabelle 3 ist ersichtlich, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der demografischen Struktur und der Zahl der PflegegeldbezieherInnen gibt. (1) zeigt die absolute Zahl der PflegegeldbezieherInnen in ausgewählten Jahren. (2) und (3) zeigen die Bevölkerung B über 80 Jahre und die Zahl der PflegegeldbezieherInnen Z in dieser Altersgruppe.

(5) zeigt, dass 1998 die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen über 80 Jahre alt ist. Dieser Anteil ist im Laufe der Zeit relativ stabil. (4) zeigt den Anteil der Pflegegeldbezieher 81+ an der Bevölkerung 81+. Dieser Wert betrug 1998 66%. Er sank bis 2005 um 11%-Punkte und stieg dann bis 2013 wieder kontinuierlich auf 58% an. Der Anteil der Altersgruppe 60-80 an der Anzahl der BezieherInnen blieb weitgehend konstant. Im Jahr 1998 betrug dieser 33% und sank bis 2013 lediglich auf 32%. Auch der Anteil der BezieherInnen an der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen blieb mit 9% praktisch konstant. Der restliche Anteil entfiel auf jüngere Altersgruppen, die für diese Betrachtung nicht sehr bedeutend sind. 1998 betrug der Anteil der unter 60-Jährigen 17%, und 2013 lag dieser bei 18%.

Tabelle 3: PflegegeldbezieherInnen und demografische Struktur

Jahr	(1) Z	(2) B_{81+}	(3) Z_{81+}	(4) Z_{81+}/B_{81+}	(5) Z_{81+}/Z	(6) B_{60-80}	(7) Z_{60-80}	(8) Z_{60-80}/B_{60-80}	(9) Z_{60-80}/Z
1998	323.528	244.136	161.764	66%	50%	1.336.919	106.764	8%	33%
2005	382.821	318.184	175.495	55%	46%	1.496.269	130.561	9%	34%
2008	423.481	352.955	202.533	57%	48%	1.552.992	141.783	9%	33%
2011	442.251	378.545	214.698	57%	49%	1.606.733	145.686	9%	33%
2013	451.159	388.095	225.142	58%	50%	1.647.621	143.599	9%	32%

Legende: Z ... Pflegegeldbezieher (insgesamt und in den Altersgruppen 81+ und 60-80)

B ... Bevölkerung (insgesamt und in den Altersgruppen 81+ und 60-80)

Quellen: eigene Berechnungen aus: BMAGS (1999); BMASK (2010); BMASK (2012); BMASK (2014); Statistik Austria (2014a); Statistik Austria (2015a); Statistik Austria (2015b).

In der Gesamtbetrachtung ist somit ein deutlicher Zusammenhang zwischen Alter und Pflegegeldbezug zu erkennen, welcher sich im Zeitverlauf nicht gravierend verändert hat. Eine detailliertere Auswertung könnte zusätzlich die Entwicklung der Pflegeintensität nach verschiedenen Altersklassen berücksichtigen. Das relativ stabile Bild der aggregierten Betrachtung soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Detail erhebliche Unterschiede bzw. Veränderungen gegeben sind, die teilweise auch schichtenspezifisch (z. B. nach sozioökonomischen Charakteristiken wie Einkommen, Bildung) sind. Auswirkungen der Multimorbiditätsthese auf den Pflegebedarf ließen sich wahrscheinlich ebenso beobachten wie die Folgen der Kompressionsthese.¹⁸

4. Die Entwicklung des realen Wertes des Pflegegeldes

4.1 Auswahl der Bezugsgrößen

Die Wahl der richtigen Bezugsgröße für die Bestimmung des realen Wertes des Pflegegeldes hängt von der Analyseperspektive ab. Primär kann das Pflegegeld als Kaufkraft für Pflegeleistungen interpretiert werden. In dieser Perspektive geht es darum, den nominellen Wert des Pflegegeldes mit einem pflegebezogenem Preissystem zu deflationieren. Pflegeausgaben, die durch das Pflegegeld (mit-)finanziert werden, stellen andererseits aber auch Einkommen für Pflegenden dar. Pflegetätigkeit steht dann in Konkurrenz mit anderen Formen der Einkommenserzielung (z. B. am offiziellen Arbeitsmarkt), und diese Alternativtätigkeiten stellen ökonomisch Opportunitätskosten der Pflegetätigkeit dar. Diese Perspektive dürfte vor allem im Rahmen der familiären Pflege von großer Relevanz sein. In der folgenden Analyse werden beide Aspekte berücksichtigt.

Eine geeignete Bezugsgröße für die Evaluierung der Wertentwicklung des Pflegegeldes wäre ein Index, der die Preise der verschiedenen Pflegeformen gewichtet mit dem jeweiligen Betreuungsanteil an den PflegegeldbezieherInnen enthält. Ähnlich der Anpassung des Warenkorb beim Verbraucherpreisindex sollte dieser Pflegeindex auch auf Nachfrageänderungen nach Betreuungsformen (familiäre Pflege, mobile Pflege, stationäre Pflege) im Zeitverlauf reagieren. Durch einen solchen Index könnte eine Beurteilung der Entwicklung des realen Wertes am genauesten erfolgen.

Ein solcher Zugang ist allerdings derzeit aufgrund der unzureichenden Datenlage nur ansatzweise möglich. Erst mit Wirkung vom 1. Juli 2012 sieht die Pflegedienstleistungsstatistik-Verordnung (PDStV 2012) eine systematische Erfassung der Pflegedienstleistungen durch die Länder und eine Weitergabe an Statistik Austria vor, die Basis für einen solchen repräsentativen Pflegeleistungskorb sein könnten. Leider sind die Qualität und Verfügbarkeit der Daten des Pflegeangebots vor 2012 stark eingeschränkt. Anfragen bei den zuständigen Ämtern der Landesregierungen, Daten über das stationäre Pflegeangebot (inklusive Preise) zu erhalten, konnten die Datengrundlage nur bedingt verbessern. Fünf Bundesländer stellten Daten über unterschiedlich lange Zeiträume zur Verfügung, wobei mit Ausnahme des Bundeslandes Vorarlberg verwendbare Zeitreihen erst sehr spät (erst ab 2006, 2008, 2010) beginnen. Deshalb konnte das Ziel einer österreichweiten Darstellung der Preisentwicklung des stationären Pflegeangebots nicht realisiert werden. Die Zeitreihe der Orientierungspreise für Pflegeheime in Vorarlberg ab 2002 stellt dennoch eine sinnvolle Bezugsgröße für die Einschätzung der Preisentwicklung dar. Tabelle 4 zeigt die Datengrundlagen, die in den folgenden empirischen Analysen verwendet werden.

Auch wenn die späte Einführung der PDStV 2012 eine strukturierte Analyse der gewählten Betreuungsformen der PflegegeldbezieherInnen im Zeitverlauf – und möglichen Verschiebungen – nicht zulässt, sind zumindest rudimentäre Informationen über die Betreuungssituation im Zeitvergleich verfügbar.¹⁹ Tabelle 5 zeigt die Bedeutung der Hauptbetreuungsformen im Vergleich der Jahre 1993, 2011 und 2013.

Bei Einführung des Pflegegeldes 1993 betrug der Anteil der stationären Pflege etwa 10%, der Anteil der familiären, informellen Pflege 80-85%, und nur ein sehr kleiner Anteil des Pflegebedarfes wurde von mobilen Diensten gedeckt. 2011 erfolgte 16% der Pflege stationär, 29% durch mobile Dienste und 2% in einer 24-Stunden-Betreuung. Die Mehrheit von 53% wurde von keinen formellen Diensten gepflegt.

Eine ausführliche statistische Basis für die Anteile der nachgefragten Betreuungs- und Pflegedienste ist für das Jahr 2013 verfügbar. Die Ausgaben beziehen sich auf Jahressummen, die Anzahl der Pflegegeldbezie-

Tabelle 4: Bezugsgrößen der Pflegegelddeflationierung

Bezugsgröße	Zeitraum	Räumlicher Bezug
Verbraucherpreisindex VPI	1993-2014	Österreich
VPI COICOP Hauptgruppe 6 Gesundheitspflege	1993-2014	Österreich
VPI Subgruppen Ambulante Gesundheits- (50%) und Krankenhausdienstleistungen (50%)	1993-2014	Österreich
VPI 2005 Subgruppe Pflegeheime (1993-2005 extrapoliert)	1993-2014	Österreich
„Pflegeindex“: eigene Berechnung: 75% VPI, 15% Pflegeheime, 10% ambulante Gesundheitsdienstleistungen	1993-2014	Österreich
Orientierungspreise für Pflegeheime	2002-2015	Vorarlberg
VPI COICOP 6, Gesundheitspflege: Subgruppe 6.3 Krankenhausdienstleistungen	2002-2014	Vorarlberg
VPI 2005 Subgruppe 6.3: Pflegeheime	2005-2014	Vorarlberg
BAGS KV (Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe)	2006-2015	Vorarlberg
Arbeitskosten nach ÖNACE Hauptgruppe N: Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen 6	2002-2013	Vorarlberg

Eigene Zusammenstellung aus folgenden Quellen: Statistik Austria (2015b); Statistik Austria (2015 c); Amt der Vorarlberger Landesregierung (2015); Statistik Austria (2015d); Statistik Austria (2015e).

Tabelle 5: Anteile der Hauptbetreuungsformen in %

Jahr	Informelle Pflege (ausschließlich)	Stationäre Pflege	Mobile Pflege	Andere
1993	80-85	10	5-10	–
2011	53	16	29	2
2013 (ohne Selbstzahler)	36	16	26	22

Quellen: eigene Berechnungen aus: BMAGS (1999) 142ff; BMASK (2012); Statistik Austria (2015f); BMASK (2014).

herInnen auf den Stichtag 31.12.2013, wobei nur Pflegedienstleistungen erfasst werden, die öffentliche Zuschüsse erhalten. Selbstzahler – Personen, die ihre Pflege eigenfinanzieren – sind somit nicht erfasst. Den 451.159 PflegegeldbezieherInnen stehen 314.867 mit öffentlichem Zuschuss betreute Personen gegenüber. Nach Abzug von Personen, die kein Pflegegeld beziehen – beziehungsweise nicht eingestuft wurden – verbleiben 289.600 betreute Personen, die mit Sicherheit Pflegegeld beziehen und deswegen Basis für die in Tabelle 5 beschriebenen Anteile für 2013 sind. Insgesamt lässt sich aus Tabelle 5 folgender Trend der Betreu-

ungssituation beschreiben: Mobile Pflege nimmt einen immer größeren Anteil an den betreuten Personen ein. Der Anteil der stationären Pflege ist ebenfalls deutlich gestiegen, scheint aber in der jüngsten Vergangenheit nur mehr leicht an Bedeutung zu gewinnen. Zudem kamen in den letzten Jahren neue Betreuungsformen hinzu. Die Steigerungsraten bei den professionellen Diensten sollen aber nicht zum Schluss der fortschreitenden Substitution der informellen Pflege verleiten. Mit Ausnahme der stationären Pflege ergänzen fast alle anderen Betreuungsformen die informelle Pflege und ersetzen diese in der Regel nicht vollständig. Auch für 2008 wurde der Anteil der familiären Pflege noch auf 80-85% geschätzt.²⁰ Beispielsweise stieg zwar die Anzahl der von mobilen Diensten betreuten Pflegebedürftigen 2011/2012 um 7,7% und 2012/2013 um 2,6%, die verrechneten Leistungsstunden jedoch nur um 2,3% und 1,3%.²¹ Die hinzukommenden Pflegebedürftigen werden somit im Durchschnitt weniger intensiv als die schon bestehenden Leistungsempfänger betreut. Deshalb kann argumentiert werden, dass die Rolle der informellen Pflege auch derzeit noch sehr bedeutend ist und wohl sehr langsam durch formelle Dienste substituiert wird.

4.2 Ergebnisse für Gesamtösterreich

Im Folgenden werden die empirischen Ergebnisse für die Entwicklung des realen Wertes des Pflegegeldes dargestellt. Dabei werden folgende Referenzgrößen herangezogen:

- der allgemeine Verbraucherpreisindex (VPI),
- der Preisindex für Gesundheitsleistungen (VPI Gesundheitspflege),
- ein stärker behandlungs- bzw. pflegeorientierter Preisindex für Gesundheitsleistungen (VPI Sub Gesundheitspflege),
- ein Preisindex für Pflegeheimpreise (VPI Pflegeheimpreise 93-05 extrapol),
- ein selbst konstruierter Pflegepreisindex (Pflegeindex).

Alle empirischen Ergebnisse sind in Abbildung 4 zusammengefasst.

Die Deflationierung der Pflegegeldtarife mit dem Verbraucherpreisindex (VPI) ist naheliegend, um einen ersten Eindruck über die Wertentwicklung des Pflegegeldes zu bekommen. Andererseits erscheint der VPI aber nicht repräsentativ für die Preisentwicklung der für die Pflege notwendigen Dienstleistungen, da diese im VPI mit einem vernachlässigbaren Gewicht eingehen. In Summe gehen pflegebezogene Dienstleistungen beim VPI 2000 zu 0,68% und beim VPI 2015 zu 1,54% ein. Beim VPI 2000 sind Pflegeheime in der COICOP-Hauptgruppe 6 (Classification of Individual Consumption by Purpose) „Gesundheitspflege“ zu 0,19%, Seniorenheime unter Dienstleistungen zu Sozialschutz zu 0,44% sowie Heimhilfen zu 0,05% gewichtet, was in Summe einem Anteil von 0,68% am VPI ent-

spricht. Beim VPI 2015 ist der Pflegeanteil in der Hauptgruppe „Gesundheitspflege“ als Pflegeplatz für Senioren mit einem Gewicht von 0,94% am Gesamtindex, unter Dienstleistungen zu Sozialschutz als Wohnplatz für Senioren mit einem Gewicht von 0,21%, als Heimhilfe, Pflege-/Altenhilfe mit einem Gewicht von 0,17% und als 24-Stunden-Betreuung mit einem Gewicht von 0,22% zu finden. In Summe beträgt der Anteil pflegebezogener Dienstleistungen am VPI 2015 somit 1,54%.

Da der Anteil der informellen Pflege auf etwa 80% geschätzt werden kann, nimmt die Rolle der familiären Pflege mit Abstand den größten Stellenwert ein. Mit Ausnahme der aktuell etwas sinkenden Bedeutung verliefen ältere Schätzungen über den Zeitverlauf konsistent. Bemerkenswert dabei ist der hohe Frauenanteil: 1997 wurde der Anteil der weiblichen Hauptbetreuungspersonen auf 80% geschätzt, 54% der Betreuungspersonen waren Frauen unter 61 Jahren, womit nach Abzug der pflegenden Minderjährigen mehr als 50% der Betreuungspersonen Frauen im erwerbsfähigen Alter sind.²² Dadurch stellt das Pflegegeld, wenn auch nur in beschränktem Ausmaß, eine Entlohnung der pflegenden Angehörigen dar. Wenn Erwerbsarbeit die Alternative zu familiärer Pflege ist, stellt die Lohnentwicklung die Opportunitätskosten des Pflegegeldes dar.²³ Daten für das Nettojahreseinkommen der unselbstständig Erwerbstätigen stehen von 1997 bis 2013 zur Verfügung.²⁴ In diesem Zeitraum hat sich das Medianeinkommen der Frauen um 37% erhöht. Der Verbraucherpreisindex entwickelte sich sehr ähnlich und stieg im gleichen Zeitraum um 36%. Unter der Annahme, dass dies im Zeitraum 1993-1997 auch der Fall war, gibt der VPI somit ziemlich genau die Opportunitätskosten der weiblichen, familiären Pflege an.

Im Zeitraum 1993-2014 stieg der VPI um 50% an. Der Pflegegeldtarif der Stufe 1 betrug 2014 nur mehr 85% des nominellen Tarifes, was vor allem auf die Kürzung 1996 zurückzuführen ist. Dementsprechend deutlich reduzierte sich der reale Wert des Tarifes der Stufe 1 auf nur mehr 57% des Ausgangsjahres. Die Tarife der Stufen 2-5 wurden nominell insgesamt um 13% erhöht und haben im Bezug zum VPI einen realen Wert von nur mehr 75%. Bei den Pflegestufen 6 und 7 fiel die nominelle Erhöhung der Tarife mit 16% (Stufe 6) und 14% (Stufe 7) etwas höher aus. Der reale Wert verringerte sich dennoch sehr ähnlich. Er beträgt heute 77% (Stufe 6) beziehungsweise 76% (Stufe 7).

Nach dem Vorbild des VPI wurde für die Pflegegeldtarife ein verketteter Laspeyres-Festbasisindex gebildet, der die Wertentwicklung der durchschnittlichen Pflegeleistung (Pflegeintensität im eigentlichen Sinne) abbildet. Äquivalent zu den Anpassungsjahren des VPI 1996, 2000, 2005 und 2010 wurde in diesen Jahren (mit Stichtag 31.12.) die relative Belegung der einzelnen Pflegestufen für die Berechnung der durchschnittlichen Leistung herangezogen und der Laspeyres-Index verkettet weitergeführt. Der

reale Wertverlust der durchschnittlichen Pflegeleistung, gemessen am VPI, beträgt somit 26% im Zeitraum 1993-2015. Abbildung 4 zeigt diese Entwicklung (VPI-Kurve).

Bei Verwendung der VPI-Hauptgruppe Gesundheitspflege als Referenz kann die Beurteilung der Wertentwicklung des Pflegegeldes schon etwas pflegespezifischer erfolgen. Gesundheitspflege ist die COICOP-Hauptgruppe 6 des VPI. Die Gewichtung dieser Hauptgruppe betrug beim VPI 2000 3,51% und beim VPI 2015 4,81%. Die Steigerung dieses Anteils um 37% trägt der zunehmenden Bedeutung der Pflege- und Gesundheitsausgaben Rechnung. Beim VPI 2000 haben Pflegeheime als einzig spezifische Pflegedienstleistung einen Anteil von 5,6% (Anteil der Pflegeheime am Gesamtindex 0,19%) in der Hauptgruppe Gesundheitspflege. Beim VPI 2015 ist der Anteil der Pflegeheime in derselben Hauptgruppe mit 20% fast viermal so hoch (Anteil der Pflegeheime am Gesamtindex 0,94%).²⁵

Der Index der Hauptgruppe Gesundheitspflege ist mit einer Steigerung im Zeitraum 1993-2014 von 64% deutlich höher als der Gesamtindex (50%). Das Pflegegeld der Stufe 1 hat anhand dieser Bezugsgröße aktuell nur mehr 52% seines ursprünglichen Wertes. Jenes der Stufe 2 hat derzeit einen Wert von nur mehr 68%. Die Tarife der Stufen 3-5 und 7 haben einen Wert von 69% und der Tarif der Stufe 6 von 70% des Ausgangstarifes. Anhand dieser Bezugsgröße beträgt der gewichtete Wertverlust im Schnitt 32% (siehe zum zeitlichen Verlauf die VPI-Gesundheitspflege-Kurve in Abbildung 4).

Um die Preisentwicklung pflegespezifischer darstellen zu können, wurden behandlungs- und pflegeferne Leistungen eliminiert und die verbleibenden Subgruppen ambulante Gesundheitsleistungen und Krankenhausdienstleistungen in einem Index zu jeweils 50% gewichtet. Da auch diese Subgruppen nicht ohne Weiteres Betreuungsformen zugeordnet werden können, wurde von einer spezielleren Gewichtung Abstand genommen, wodurch es sich um eine vereinfachte, geschätzte Zusammenstellung handelt. Mit einem Indexstand von 202 im Jahr 2014 ist die Preissteigerung dieses Indexes und somit der Wertverlust für das Pflegegeld am größten. Der Pflegegeldtarif der Stufe 1 hat 2014 nur mehr 42%, der Tarif der Stufe 2 nur mehr 55%, die Tarife der Stufen 3-5 und 7 nur mehr 56% und der Tarif der Stufe 6 noch 57% des ursprünglichen Wertes.

Der Wertverlust der durchschnittlichen Leistung beträgt im Bezug zu diesen VPI-Subgruppen 45% (siehe zum zeitlichen Verlauf die VPI-Subgruppe Gesundheitspflege-Kurve in Abbildung 4).

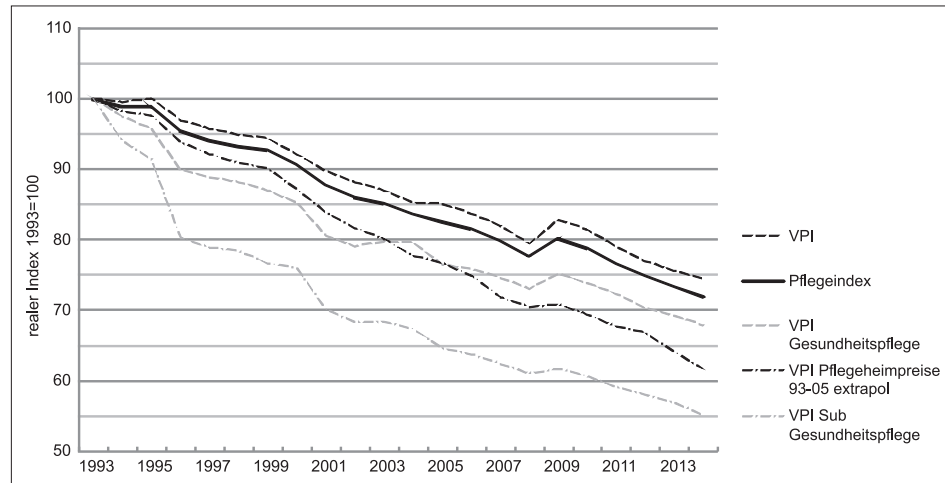
Seit 2005 ist eine eigene Subgruppe für Pflegeheime verfügbar, wo sich das Preisniveau bis 2014 um 31% und somit jährlich um durchschnittlich 3,01% erhöht hat. Der VPI ist in diesem Zeitraum um 20% gestiegen, was einer durchschnittlichen jährlichen Steigerungsrate von 2,05% entspricht. Somit erhöhten sich die Pflegeheimpreise im Schnitt jährlich um 47% stärker.

ker als das allgemeine Preisniveau. Unter der Annahme, dass sich die relativen Preise auch im Zeitraum 1993-2005 im gleichen Verhältnis entwickelten, kann eine Extrapolation folgende Entwicklung darstellen: Der Index für Pflegeheime stieg 1993-2014 um 81%, während der VPI um 50% anstieg. Der Tarif der Pflegestufe 1 ist nur mehr 47% seines Ausgangstari-fes wert, die Tarife der Stufen 2-5 besitzen noch 62%, der Tarif der Stufe 6 noch 64% und der Tarif der Stufe 7 noch 63% des Ausgangswertes. Unter Vorbehalt der möglichen Abweichungen aufgrund der Extrapolation haben die Pflegegeldtarife in Bezug zu den Pflegeheimpreisen im Durchschnitt 38% an Wert verloren (vgl. zum zeitlichen Verlauf die VPI Pflegeheimprei-se-Kurve in Abbildung 4).

Zum Abschluss der Betrachtung Gesamtösterreichs wird versucht, mit Hilfe eines zusammengesetzten Indexes den Anteilen der Betreuungsfor-men Rechnung zu tragen. Mit dieser Herangehensweise wird eine mög-lichst gesamthafte Darstellung der Wertentwicklung des Pflegegeldes an-gestrebt. Dieser Index wird als Pflegeindex bezeichnet. Die drei Hauptbe-treuungsformen, informelle, stationäre und mobile Pflege, werden anhand ihrer Betreuungsanteile gewichtet. Die informelle Pflege wurde aufgrund des Opportunitätskosten-Arguments mit dem VPI erfasst. Das Gewicht beträgt 75%, was zu Periodenanfang etwa 5 bis 10 Prozentpunkte zu ge-ting und zu Periodenende etwas zu hoch sein dürfte. Aufgrund der häufig komplementären Funktion dieser Betreuungsform sollte diese Annahme aber auch für die jüngste Vergangenheit repräsentativ sein. Für die statio-näre Pflege wurde die zuvor extrapolierte VPI-2005-Subgruppe Pflegehei-me verwendet. Das Gewicht beträgt 15%, was zu Periodenanfang 5 Pro-zentpunkte zu hoch, für die zweite Periodenhälfte aber eine plausible An-nahme und zu Periodenende durch die Daten gestützt wird. Die mobile Pflege wurde durch die Subgruppe Ambulante Gesundheitsdienstleistun-gen dargestellt. Das Gewicht beträgt 10%, was für die jüngste Vergangen-heit etwas niedrig erscheint. Aufgrund des komplementären Charakters zur informellen Pflege sollte der hohe Anteil aber nicht zu stark gewichtet werden, da mobile Pflege in der Regel keine Vollzeitpflege ist. Mit der Ein-schränkung der Nichtberücksichtigung möglicher Änderungen der Betreu-ungsanteile im Zeitverlauf aufgrund der begrenzten Datenlage können fol-gende Aussagen getroffen werden: Der Preisindex stieg mit 55% um 10 Prozentpunkte stärker als der VPI an. Der Tarif der Stufe 1 hat aktuell noch 55% seines Ausgangswertes. Die Tarife der Stufen 3-5 und 7 haben der-zeit noch 73% des ursprünglichen Wertes. Das Pflegegeld der Stufe 2 be-sitzt noch 72% und das der Stufe 6 noch 75% des Ausgangswertes.

Die durchschnittliche Leistung hat 28% des Ausgangswertes verloren (vgl. zum zeitlichen Verlauf die Pflegeindex-Kurve in Abbildung 4).

Abbildung 4: Pflegegeldindex mit unterschiedlichen Bezugsgrößen der Deflationierung



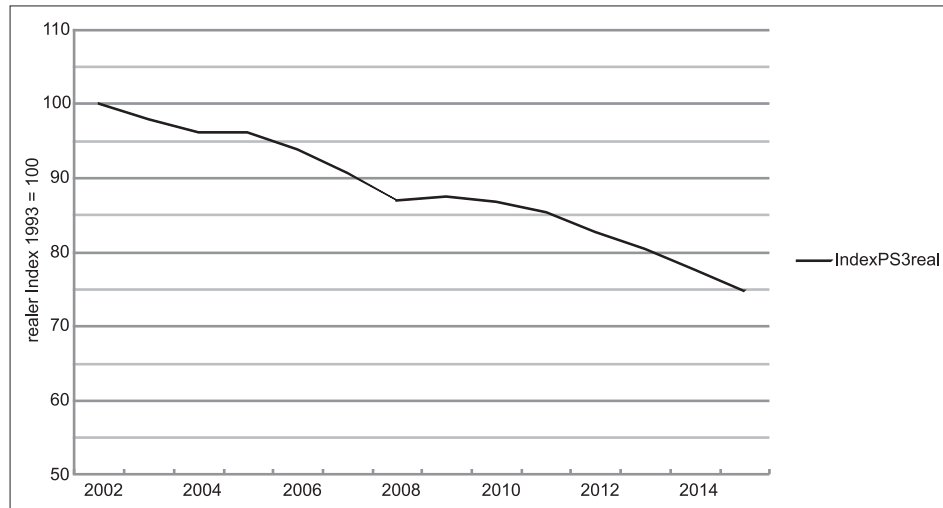
Legende: Berechnung von Zähler und Nenner nach dem Laspeyres Festbasisindex: Belegung 1996, 2000, 2005 und 2010 neu gewichtet. 1997, 2001, 2006 und 2011 verkettet weitergeführt, 1993-1995 mit Belegung 1996 gewichtet.

Quellen: eigene Zusammenstellung aus folgenden Quellen: Statistik Austria (2015b); Statistik Austria (2015 c); Statistik Austria (2015d); Statistik Austria (2015e).

4.3 Fallstudie Vorarlberg

Anhand der Orientierungspreise für Vorarlberger Pflegeheime erfolgt die Deflationierung explizit für die Verwendung des Pflegegeldes als Kostenbeitrag für Pflegeheime. 1993 betrug der Anteil der in Senioren- und Pflegeheimen betreuten Pflegebedürftigen etwa 10%. 2013 waren es exklusive Selbstzahler mit 16% deutlich mehr. Die Indexierung der Orientierungspreise wird zwischen dem Land Vorarlberg und dem Vorarlberger Gemeindeverband ausverhandelt. Pflegeheime, die über den Orientierungspreisen liegen, dürfen ihre Tarife nicht erhöhen. Jenen, die darunter liegen, ist es gestattet, die Tarife bis zu den Orientierungspreisen zu erhöhen, wenn sie bestimmte Maßnahmen, wie eine Erhöhung der Qualität, vorweisen. Den qualitativ hochwertigen Neubauten wird der Orientierungspreis genehmigt, und mittlerweile liegen die meisten Pflegeheime bei diesem Preis. Somit werden etwa 90% der Vorarlberger Pflegeheime abgedeckt. Folgende Berechnungen beziehen sich auf den Zeitraum 2002-2015. Mit den Orientierungspreisen wird ein Index mit dem Ausgangsjahr 2002 = 100 gebildet, Für jede Pflegestufe wird der Tarif durch den jeweiligen Index dividiert. Die Tarife der Stufen 1, 2, 4 und 5 haben 2015 nur mehr einen Wert von 74%, jene der Stufen 3 und 7 noch 75% und der Tarif der Stufe 6 noch 76% des Ausgangswertes.

Abbildung 5: Deflationierung des Pflegegeldtarifes der Stufe 3 mit Hilfe der Orientierungspreise für Vorarlberger Pflegeheime



Quellen: eigene Berechnungen nach: Vorarlberger Landesregierung (2015).

Leider sind keine Daten über die Belegung der Vorarlberger Pflegeheime verfügbar, weshalb ein verketteter Festbasisindex, wie er zuvor für Österreich verwendet wurde, nicht berechnet werden kann. Da die Stufe 3 für den Durchschnitt der BezieherInnen repräsentativ erscheint, wurde die Indexentwicklung des Pflegegeldtarifes für diese Stufe in Abbildung 5 dargestellt. Zudem ist die Preisentwicklung der Pflegeheime sehr homogen, weshalb die Abweichungen zum angestrebten Index vernachlässigbar sind.

Die Preisentwicklung der Orientierungspreise verläuft für die Pflegestufen 1-3, mit einer nominellen Preissteigerung von 43%, und die Pflegestufen 4-7, mit einer nominellen Preissteigerung von 45%, sehr ähnlich. Der Vergleich dieser Preisentwicklung mit dem VPI zeigt, dass die Preise von Pflegeheimen deutlich schneller als das allgemeine Preisniveau ansteigen. Während sich der VPI im Zeitraum 2002-2014 nur um 27% erhöhte, stieg der Index der Vorarlberger Pflegeheime mit 38% (Pflegestufen 1-3) bzw. 39,5% (Pflegestufen 4-7) etwa 45% stärker als der VPI an. Im Vergleich zur Subgruppe Krankenhausdienstleistungen fällt auf, dass es zumindest in diesem Zeitraum starke Ähnlichkeiten in der Preisentwicklung gibt. Von 2002 bis 2014 stiegen die Preise dieser Subgruppe mit 41% nur etwas mehr als die Orientierungspreise. Bei Verwendung der seit 2005 zur Verfügung stehenden Subgruppe Pflegeheime wird ersichtlich, dass zumindest ab diesem Zeitpunkt die Preisentwicklungen für Vorarlberg und Österreich sehr ähnlich waren. Für Österreich erhöhte sich der Index um

30,6% und für Vorarlberg um 30,2% (Pflegestufen 1-3) bzw. 30,1% (Pflegestufen 4-7), womit die Fallstudie auch für die Preisentwicklung Gesamtösterreichs durchaus repräsentativ zu sein scheint.

In einem weiteren Schritt wurde auf die Kosten von Pflegeheimen eingegangen, die für die Preisbildung zentral sind. Dabei dominieren offensichtlich die Personalkosten. Ausgehend von Erhebungen in 18 Tiroler Pflegeheimen im Jahr 2007 wurde festgestellt, dass die Personalkosten 81% der laufenden Kosten eines Pflegeheimes darstellen.²⁶ Der Kollektivvertrag der Berufsvereinigung von Arbeitgebern für Gesundheits- und Sozialberufe (BAGS) ist für die Entwicklung der Personalkosten von Pflegeheimen, die an diesen Kollektivvertrag gebunden sind, maßgeblich. Immerhin werden 2015 mehr als 100.000 Beschäftigte im privaten Sozial- und Gesundheitsbereich nach diesem KV entlohnt.

Strukturierte Daten für diesen Kollektivvertrag sind ab 2006 verfügbar.²⁷ Im Zeitraum 2006-2015 stieg der BAGS-KV um 29% und somit weniger als die Orientierungspreise, welche in diesem Zeitraum um 31,8% anstiegen. Auch bei Verwendung der ÖNACE-Arbeitskostenstatistik (Hauptgruppe N: Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen) ist der Anstieg geringer als jener der Orientierungspreise. Von 2002 bis 2013 stiegen die Arbeitskosten für diese, nicht ganz pflegespezifische, Hauptgruppe um 23% und somit deutlich geringer als die Orientierungspreise, die in diesem Zeitraum um 33,1% (Pflegestufen 1-3) bzw. 34,4% (Pflegestufen 4-7) anstiegen.²⁸

5. Pflege- und sozialpolitische Schlussfolgerungen

Unsere empirischen Analysen zeigen, dass die Entwicklung der Ausgaben für Pflegegeld in erster Linie auf das Wachstum der Zahl der Pflegegeldbezieher (ca. 2/3) zurückgeführt werden kann. 22% des Wachstums resultiert aus der Zunahme der Pflegeintensität, während der Anstieg des Pflegegeldtarifs von geringer Bedeutung ist. Die empirische Analyse zeigt auch klar, dass die Aufwertung des Pflegegeldtarifs in der Beobachtungsperiode bei Weitem nicht ausreichte, um die Kaufkraft des Pflegegeldes zu erhalten.²⁹ Es zeigt sich auch, dass das Preisniveau für Pflegeleistungen deutlich stärker steigt als der allgemeine Verbraucherpreisindex.

Aus diesen empirischen Fakten leiten sich wichtige pflege- und sozialpolitische Schlussfolgerungen ab. Die Neuordnung der Absicherung des Pflegerisikos im Jahr 1993 hatte das Ziel, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen über den Geldtransfer „Pflegegeld“ größtmöglichen Entscheidungsspielraum in der Wahl der Betreuungseinrichtungen zu geben. Die deutlichen Einbußen des realen Wertes des Pflegegeldes bedeuten für die Betroffenen, dass dieser Entscheidungsspielraum kleiner geworden ist und damit eine wesentliche Errungenschaft der Reform zu verschwinden

droht. Der Kaufkraftverlust des Pflegegeldes birgt auch die Gefahr in sich, dass das Mindestsicherungssystem – konzipiert als *lender of last resort* der sozialen Sicherung – wieder stärker dafür herangezogen werden muss, ein Risiko abzudecken, dass heute so wie Krankheit, Unfall und Alter ein Normalrisiko³⁰ und kein Randgruppenrisiko darstellt, und damit der 1993 begonnene Weg der Herauslösung der Pflege aus der „Welt der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung“ konterkariert wird.³¹ Die Charakterisierung „Welt der Sozialhilfe bzw. Mindestsicherung“ ist dabei als Chiffre für ein Bündel von Mechanismen bzw. Einstellungen gegenüber Pflegebedürftigen gedacht. Es beinhaltet die unzureichende Rolle der Mindestsicherung als Instrument der Risikostreuung ebenso wie Fragen der Stigmatisierung von Pflegebedürftigen und der vertraglichen Stellung des Pflegebedürftigen im Sinne des Konsumentenrechtes.³² Im Weiteren resultiert aus der Finanzierungsverschiebung eine partielle Rückkehr zum Kausalprinzip. Das Finalprinzip, das die Leistungsansprüche strikt bedarfsorientiert definiert, wird zurückgedrängt. Die empirisch gestützte Annahme, dass 80% der Pflege familiär und vor allem von Frauen geleistet wird, macht einen großen Verlierer dieser Entwicklung offensichtlich. Die tragende Rolle der informellen, familiären Pflege für die Funktionsfähigkeit des österreichischen Pflegesystems wird zwar betont, aber monetär immer geringer wertgeschätzt. Erklärungen für die Entstehung und Duldung dieses Faktums übersteigen den Horizont dieser Analyse. Politökonomische Ansätze, wie z. B. der niedrige Organisationsgrad der eigentlich sehr breiten Gesellschaftsgruppe der „informell Pflegenden“ könnten dies beleuchten. Neben dem Fairnessargument kann auch auf ein mögliches Finanzierungsparadoxon hingewiesen werden. Durch Veränderung der relativen Preise der informellen Pflege gegenüber Pflegeformen, die durch zusätzliche öffentliche Mittel finanziert werden, entsteht der Anreiz, erstere zunehmend zu substituieren.

Die Nichtanpassung des Pflegegeldes sorgt auch für eine Umschichtung der öffentlichen Gelder zwischen den Gebietskörperschaften. Real niedrigere Pflegegeldtarife sorgen beim Bund für Pro-Kopf-Einsparungen beim Pflegegeld, während sie bei den Ländern und Gemeinden höhere Nettoquoten bei den Betreuungseinrichtungen und somit höhere Zuschüsse verursachen. Implizit ist damit auch die Gefahr einer weiteren Finanzierungszer splitterung im Rahmen der Pflegefinanzierung mit ihren negativen Effekten auf die Effizienz des Angebots an Pflegeleistungen verknüpft. Die träge verlaufenden Reformen im österreichischen Gesundheitswesen sind ein starkes Indiz dafür, wie schwierig es ist, aus dem Zustand der Finanzierungszer splitterung herauszukommen und Elemente der „Finanzierung aus einer Hand“ zu implementieren. Eine kontinuierliche Anpassung des Pflegegeldes auf Basis eines pflegeorientierten Preisindikators könnte die dargestellten negativen Effekte vermeiden bzw. abschwächen.

Ein solcher pflegeorientierter Preisindikator sollte die neueren Erkenntnisse, die bei der Gestaltung von Preisindikatoren im Gesundheitswesen mittlerweile gewonnen wurden, aufgreifen. Während die offiziellen Statistischen Preisindikatoren im Gesundheitswesen noch weitgehend auf spezifische medizinische Inputs (Arztbesuche, Arzneimittel, Krankenhaustage) beziehen, hat die ökonomische Forschung mittlerweile eine alte Idee von A. Scitovsky aufgegriffen, die Preise im Gesundheitswesen stärker diagnose- bzw. krankheitsorientiert zu messen.³³ Diese Vorgangsweise hat die Vorteile, dass die Bezugsgrößen der Preise stärker outputorientiert sind und die Frage der Inputsubstitution und damit der Repräsentativität des Warenkorbbes wesentlich flexibler gehandhabt werden kann.³⁴ Eine Bezugsgröße, die dem krankheitsorientierten Ansatz im Gesundheitswesen sehr nahe kommt, könnte bei Pflegeleistungen die Pflegeintensität (gemessen z. B. durch die Pflegestufe) sein.

Eine langfristig orientierte Pflegepolitik muss sich auch des Umstandes bewusst sein, dass die überproportional starken Preissteigerungen für Pflegeleistungen keine kurzfristige bzw. vorübergehende Episode sein werden, sondern ein strukturelles Phänomen sind, das eng mit der Eigenschaft der Erbringung von Pflegeleistungen verknüpft ist.³⁵ Diese Schere in der Preisentwicklung bedeutet, dass selbst bei konstantem Niveau der Pflegebedürftigkeit (impliziert konstante Zahl der Pflegegeldbezieher und konstante Intensität der Pflegebedürftigkeit) steigende nominelle Ausgaben notwendig sind, um das reale Versorgungsniveau zu erhalten. Die Pflegepolitik steht daher in Zukunft vor einer doppelten Aufgabe. Sie muss einerseits die einmütig prognostizierte Erhöhung des Pflegebedarfs finanzieren und andererseits die Kaufkraft des Pflegegeldes durch entsprechend steigende nominelle Pflegegeldtarife sicherstellen.

Die Konsequenzen aus den Eigenschaften der Produktion von Pflegeleistungen für die Preisentwicklung sind in der Literatur als Baumol'sche Kostenkrankheit bekannt. Bereits 1966 begründeten Baumol und Bowen erstmals strukturiert, warum es in Wirtschaftsbereichen, in denen die menschliche Arbeitskraft sehr bedeutend ist, zu überdurchschnittlichen Kostensteigerungen kommt.³⁶ Ihre ersten Beispiele für diese Sektoren waren die darstellenden Künste wie Theater, Musik oder Tanz.

Weil menschliche Arbeit nicht oder nur sehr schwer ersetzbar ist, stagniert in diesen Bereichen die Produktivität, weshalb Baumol diese als stagnierende Bereiche bezeichnet. Denen stehen Sektoren mit laufenden Produktivitätsfortschritten, wie sie typischerweise in der erzeugenden Industrie erzielt werden, gegenüber, welche Baumol als progressive Sektoren bezeichnet. Bedingt durch ähnliche Lohnabschlüsse sind als Resultat in den stagnierenden Sektoren überdurchschnittliche und in den progressiven Sektoren unterdurchschnittliche Preissteigerungen zu beobachten.

Pflegedienstleistungen können dem stagnierenden Sektor bzw. dem

asymptotisch stagnierenden Sektor zugeordnet werden, da der persönliche Kontakt zwischen dem Klienten und dem Leistungserbringer zentral ist.³⁷ Neben durchaus möglichen Produktivitätssteigerungen bei Sekundärleistungen, wie beispielsweise im Bereich der Wäscherei von stationären Pflegeeinrichtungen, ist eine Erhöhung der Arbeitsproduktivität in der Pflege an sich höchstwahrscheinlich nur auf Kosten der Betreuungszeit und somit letztendlich der Betreuungsqualität möglich. Dazu Baumol generalisierend: „*If we try to speed up the work of surgeons, of teachers, of musicians, we are likely to get shoddy heart surgery, poorly trained students, or a very strange musical performance.*“³⁸

Für eine Würdigung der Effekte der Baumol'schen Kostenkrankheit für die Zukunft sozialstaatlicher Errungenschaften ist es aber notwendig, den janusköpfigen Charakter dieser Theorie zu begreifen. Triebkraft dieser Krankheit ist nämlich der Produktivitätsfortschritt, der in der Vergangenheit und in gewisser Weise auch in Zukunft die Wirtschaftsleistung erhöht.³⁹ Es kommt auf das Verständnis dieses Mechanismus an, um bewusst einen größeren Anteil in wichtige, stagnierende Sektoren zu investieren um die Qualität gesellschaftlich unverzichtbarer Dienstleistungen sicherzustellen. Die hohen Wachstumsraten der Arbeitsproduktivität verändern nicht nur die relativen Preise zuungunsten arbeitsintensiver Güter, sondern erhöhen vor allem auch das Finanzierungspotenzial. Da Produktivitäts- und somit Wirtschaftswachstum die Ursache der „Kostenkrankheit“ sind, sollte daher keinesfalls eine düstere Prognose über unfinanzierbare Pflegeausgaben gezeichnet werden, sondern die Verteilungsfrage der Ausgaben und die dadurch notwendigen Veränderungen in den Budgetstrukturen entsprechend offen diskutiert werden. Die Pflegepolitik muss in diesem Zusammenhang die Einsicht gewinnen, dass weder eine Leistungsrationierung noch eine Bindung der Pflegeausgaben an makroökonomische Indikatoren (z. B. das BIP) zielführend sind. Auch eine Veränderung in der Struktur der Leistungsanbieter (Substitution marktlicher durch staatliche oder privat-gemeinnützige Leistungsanbieter und *vice versa*) greift hier zu kurz.

Im konkreten Fall der Preisentwicklung für Pflegeleistungen in Österreich kommen zumindest mittelfristig einige Sonderfaktoren dazu, die zu Preisentwicklungen führen werden, die höher sind als jene, die die Baumol'schen Erkenntnisse erwarten lassen. Alle empirischen Analysen zeigen einen steigenden Bedarf an Pflegekapazitäten und damit an Pflegekräften. Dieser Bedarf wird nur deckbar sein, wenn Pflegearbeitsplätze hinreichend attraktiv sind, und die Lohnhöhe ist ein wichtiger Baustein dieser Attraktivität. Hinzu kommen Änderungen in den Ausbildungsprofilen im Pflegeberuf, die tendenziell Lohnerhöhungen induzieren könnten. Im Weiteren ist zu erwarten, dass die soziale Absicherung für Pflegende (inkludierend auch ausländische Arbeitskräfte) weiter verbessert wird, was

die Lohnkosten tendenziell steigen lassen wird. Schließlich ist zu erwarten, dass vor allem in den niedrigen Pflegestufen Formen der familien- bzw. haushaltsnahen Pflege mit steigender externer professioneller Unterstützung weiter ausgebaut werden, was zu Preiserhöhungen für Pflegeleistungen in diesem Segment führen wird.

Anmerkungen

- ¹ Vgl. Talos (2005).
- ² Für eine Systematisierung dieser Maßnahmen vgl. Österle (2013) 164ff; Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2013) 82ff.
- ³ Das Kausalprinzip bedeutet, dass die Art der Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit über Leistungshöhe/Leistungsqualität im Bedarfsfall entscheidet. Beim Finalprinzip steht dagegen der Pflegebedarf bei der Bemessung der Pflegeleistungen im Vordergrund.
- ⁴ *Moral hazard* (moralische Versuchung) bezeichnet Verhaltensänderungen der Versicherten (z. B. in der Prävention, in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen), die durch die Existenz von öffentlichem und privatem Versicherungsschutz auftreten können, vom Versicherungsträger aber nicht von der risikobedingten Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen getrennt werden können. Die Ursache von moralischer Versuchung liegt damit letztlich in asymmetrischer Information.
- ⁵ Indemnitätsprinzip bedeutet, dass die Zahlung an die Pflegebedürftigen nicht von den getätigten Ausgaben für Pflege, sondern vom Status der Pflegebedürftigkeit abhängt. *Moral hazard* (moralische Versuchung) in der Phase der Leistungsanspruchnahme ist damit weitgehend ausgeschlossen. Da die tatsächlichen Ausgaben für Pflege von der gewährten Zahlung abweichen können, trägt der Pflegebedürftige kurzfristig ein erhebliches Restrisiko. Mittel- bzw. langfristig wird dieses Risiko durch die Neueinstufungen der Pflegebedürftigkeit aber weitgehend eliminiert.
- ⁶ Aktuell sorgt beispielsweise der Tarif der Stufe 1 von € 154,20 bei einem Pflegeaufwand von 65 Stunden im Monat für einen Kostenbeitrag von € 2,37 pro Stunde.
- ⁷ Vgl. Österle/Hammer (2004); Theurl (2006); Kraus/Riedel (2010); Österle (2013).
- ⁸ So sind die Effizienzwirkungen und verteilungspolitischen Effekte der Abschwächung der Regressforderung für Angehörige nur sehr schwer prognostizierbar, systematische empirische Evidenz gibt es dazu unseres Wissens derzeit in Österreich nicht.
- ⁹ Vgl. Bundespflegegeldgesetz 1993, BGBl Nr. 110/1993.
- ¹⁰ In der Pflegegeldreform 2012 wurde die Vollziehungskompetenz beim Bund konzentriert, wodurch es zu einer Übernahme der LandespflegegeldbezieherInnen durch Träger des Bundes kam. Eine getrennte Betrachtung der Bezieher von Bundes- und Landespflegegeld ist deshalb nur bis 2011 möglich.
- ¹¹ Vgl. Bundespflegegeldgesetz 1993, § 3ff.
- ¹² Internationale Ausgabenvergleiche im Bereich der Pflege basieren auf einer äußerst prekären Datenbasis, weswegen sie hier nicht detailliert erörtert werden sollen. Eine OECD-Studie aus dem Jahr 2011 kommt zum Ergebnis, dass der Anteil der Bevölkerung mit institutioneller Pflege in Österreich 5,1% beträgt, was der Spitzenwert im Vergleich von 24 OECD-Staaten darstellt und um über 100% über dem OECD-Durchschnitt liegt. Andererseits liegt der Anteil der Pflegeausgaben am BIP bei einem Wert von 1,3%, was deutlich unterhalb des OECD-Wertes von 1,5% liegt. Von diesen 1,5% sind 1,2% öffentliche Ausgaben und 0,2% private Ausgaben. Der Anteil des Pflegegeldes an den öffentlichen Ausgaben liegt bei ca. 2/3, während 1/3 für Sachleistungen verwendet wird. Vgl. OECD (2011).

- ¹³ Zur Technik der Komponentenanalyse vgl. Pätzold (1989) 270ff., Theurl (1991) 243ff.
- ¹⁴ Eine befriedigende kausale Analyse von Determinanten der Pflegebedürftigkeit bzw. der zeitlichen Entwicklung derselben bedarf einer stark disaggregierten Informationsbasis, im Idealfall auf der Ebene von Mikrodaten. Eine solche Datenbasis steht derzeit in Österreich für wissenschaftliche Analysen nicht zur Verfügung.
- ¹⁵ Es ist evident, dass diese Festlegung normativ ist und in der Folge geringfügige Auswirkungen auf die empirische Bedeutung der Komponenten G und I hat.
- ¹⁶ Eine Ursache liegt in der für die Komponentenanalyse herangezogenen Näherung des Jahresdurchschnitts der Anzahl der BezieherInnen, welche vom tatsächlichen, ausgabenwirksamen Jahresdurchschnitt abweicht. Zudem sind in den tatsächlichen Ausgaben die Verwaltungskosten inkludiert. Ein weiterer Grund sind anfallende Nachzahlungen und Rückforderungen. Die tatsächlichen Ausgaben betrugen für das Bundes- und Landespflegegeld 1996 € 1,59 Mrd., und 2013 € 2,48 Mrd. Die fiktiven Ausgaben betragen für 1996 € 1,48 Mrd. und 2013 € 2,50 Mrd.
- ¹⁷ Näherungsweise deswegen, weil die exakte Zerlegung der Ausgabenwachstumsrate in die Komponenten auch die Wirkung der multiplikativen Verknüpfung aller Wachstumsraten der Komponenten berücksichtigen müsste. Auf die Näherungslösung wird deswegen zurückgegriffen, da ansonsten eine isolierte Betrachtung der Wirkungen der jeweiligen Komponenten nicht möglich ist. Der Genauigkeitsverlust der Näherung ist zudem klein.
- ¹⁸ Vgl. ausführlich dazu Nocera (1996).
- ¹⁹ Vgl. BMAGS (1999); Nemeth, Pochobradsky (2004); Hörl (2008); BMASK (2010).
- ²⁰ BMASK (Wien 2010) 21ff.
- ²¹ Statistik Austria (2015h).
- ²² Vgl. BMAGS (1999).
- ²³ Vgl. Kraus/Riedel (2010).
- ²⁴ Vgl. Statistik Austria (2014b).
- ²⁵ Für einen genaueren Index würden pflegespezifische Subgruppen benötigt. Da jedoch außer den gewählten lediglich die Subgruppen Medizinische Erzeugnisse, Geräte; Pharmazeutische Erzeugnisse; Therapeutische Geräte und Ausrüstung; Ärztliche Dienstleistungen sowie Zahnärztliche Dienstleistungen über den vollen Zeitraum zur Verfügung stehen, konnte kein pflegespezifischerer Index zusammengesetzt werden. Pflegespezifischere Subgruppen, wie Pflegeheime und Nichtärztliche Dienstleistungen, wurden erst im VPI 2005 aufgenommen.
- ²⁶ Vgl. Madritsch, Steixner, Ostermann, Staudinger (2008) 152ff.
- ²⁷ Vgl. Statistik Austria (2015e).
- ²⁸ Vgl. Statistik Austria (2015f).
- ²⁹ Begleitende Maßnahmen, die zu einer ökonomischen Besserstellung geführt haben, werden in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt. Insbesondere ist dabei an die 24-Stunden-Pflege zu denken, die in den höchsten Pflegestufen zu einer Besserstellung führt.
- ³⁰ Tabelle 3 zeigt eindrücklich den Charakter von Pflegebedürftigkeit als Normalrisiko. Ca. 10% der Altersgruppe 60-80 und 50% der Bevölkerung 81+ beziehen derzeit Pflegegeld.
- ³¹ Zur historischen Herausbildung der Affinität der Pflegefinanzierung mit der Sozialhilfe vgl. Müller, Theurl (2014) 121ff.
- ³² Vgl. dazu Ganner (2009).
- ³³ Vgl. Scitovsky (1976) 1182ff.
- ³⁴ Frank, Berndt, Busch wenden dieses Konzept beispielsweise auf den Preisindex für Depressionen an. Vgl. Frank, Berndt, Busch (1998). Aizcorbe/Nestoriak zeigen für die USA, dass im Zeitraum 2002-2006 ein inputorientierter Preisindex für Gesundheitsleis-

tungen im Durchschnitt um 2,7 Prozentpunkte über einem krankheitsbezogenen Index liegt (7,1% vs. 4,4%). Vgl. Aizcorbe, Nestoriak (2008).

³⁵ Kurzfristige Preisänderungen können sich beispielsweise aus der Veränderung von Marktstrukturen, Änderungen in der staatlichen Regulierung, Marktungleichgewichten etc. ergeben. So zeigt sich in Österreich im Zeitraum 1983-2010 eine deutliche Zunahme privater gewinnorientierter Anbieter (1983: 6% der Pflegeplätze, 2010: 19% der Pflegeplätze). Vgl. Müller, Theurl (2014) 132.

³⁶ Vgl. Baumol, Bowen (1967).

³⁷ Interessanterweise spielen Pflegeleistungen in der Diskussion der Baumol'schen Kostenkrankheit keine Rolle, obwohl sie unseres Erachtens viel stärker als Bildungs-, Gesundheits- und Kulturleistungen von diesem Phänomen betroffen sind. Trotz intensiver Recherchen konnten wir auch keine empirische Studie finden, die den Anteil der Baumol'schen Kostenkrankheit am Anstieg der Preise im Pflegesektor berechnet hat.

³⁸ Baumol (2013) 23.

³⁹ Für eine ökonomisch-theoretische Analyse dieses Zusammenhangs vgl. Andersen, Kreiner (2015).

Literatur

Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration IVa, Orientierungspreise für Pflegeheime, E-Mail-Information von Mag. Erich Gruber vom 25. 2. 2015.

Andersen, Torben; Kreiner, Claus, Baumol's Cost Disease and the Sustainability of the Welfare State (= EPRU Working Paper Series 02, 2015).

Badelt, Christoph; Holzmann-Jenkins, Andrea; Matul, Christian; Österle, August, Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems (= Forschungsbericht im Auftrag des BMAGS, Wien 2010).

Baumol, William; Bowen, William, Performing Arts – The Economic Dilemma: A Study of Problems Common to Theater, Opera, Music, and Dance (New York 1966).

Baumol, William, The Cost Disease: Why Computers get cheaper and Health-Care doesn't? (New Haven 2012).

Bundespflegegeldgesetz 1993, BGBl. Nr. 110/1993 in der jeweils geltenden Fassung.

BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008 (Wien 2010).

BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011 (Wien 2012).

BMASK, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2013 (Wien 2014).

BMAGS, Älter werden in Österreich (Wien 1999).

Frank, Richard; Berndt Ernst; Busch, Susan, Price Indexes for the Treatment of Depression (= National Bureau of Economic Research, Working Paper 6417, 1998); <http://www.nber.org/papers/w6417>.

Ganner, Michael, 19. Rechtliche Aspekte, in: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), Hochaltrigkeit in Österreich – Eine Bestandsaufnahme (Wien 2009) 427-446.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 20 Jahre Pflegegeld, Rechtsänderungen und ihre Auswirkungen auf Pflegebedürftige, in: Soziale Sicherheit 6 (2013) 82-95.

Hörl, Josef, Pflege und Betreuung: Informelle Pflege, in: Hörl, Josef; Kolland, Franz; Majice, Gerhard (Hrsg.), Hochaltrigkeit in Österreich, Eine Bestandsaufnahme (Wien 2008) 351-372.

Kraus, Markus; Riedel, Monika, The Austrian Long-Term Care System (= Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien 2010).

- Madritsch, Thomas; Steixner, David; Ostermann, Herwig; Staudinger, Roland, Operating Cost Analyses of Long-term Care Facilities, in: *Journal of Facilities Management*, 6/2 (2008) 152-170.
- Müller, Romy; Theurl, Engelbert, Angebotsstrukturen von stationären Pflegeleistungen in Österreich, in: *Wirtschaft und Gesellschaft* 40/1 (2014) 121-150.
- Nemeth, Claudia; Pochobradsky, Elisabeth, *Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege* (Wien 2004).
- Nocera, Sandra, Alterung und Gesundheit, in: Zweifel Peter; Felder Stephan (Hrsg), *Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses* (Bern 1996) 61-99.
- OECD, *Help Wanted? – Providing and Paying for Long-Term Care* (Paris 2011).
- Österle, August, Long-Term Care Reform in Austria: Emergence and Development of a New Welfare State Pillar, in: Ranci, Costanzo; Pavolini, Emmanuele (Hrsg.), *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe* (New York 2013) 159-177.
- Österle, August; Hammer, Elisabeth, *Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen, Rahmenbedingungen – Politikansätze – Entwicklungsperspektiven* (Wien 2004).
- Pätzold, Jörg, Tautologien und Theorien in den Wirtschaftswissenschaften – Das Beispiel der Beschäftigungspolitik, in: *Wirtschaftswissenschaftliches Studium* 6 (1989) 46-52.
- Riedel, Monika; Kraus, Markus, *The Long-Term Care System for the Elderly in Austria* (= ENEPRI Research Report 69, 2010); <http://ssrn.com/abstract=2033679>.
- Scitovsky, Anne, Changes in the Costs of Treatment of Selected Illnesses, 1951-65, in: *American Economic Review* 57/5 (1967) 1182-1195.
- Statistik Austria, *Bevölkerungsfortschreibung, Statistik des Bevölkerungsstandes, Demographische Indikatoren, Zeitreihen 1961-2013, Österreich*, abgefragt am 19.5.2015; http://statistik.gv.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html (zitiert als Statistik Austria 2014a).
- Statistik Austria, *Nettojahreseinkommen der unselbständig Erwerbstätigen 1997 bis 2013, Lohnsteuerdaten, Sozialstatistische Auswertungen* (zitiert als Statistik Austria 2014b).
- Statistik Austria, *Bundespflegegeldbezieherinnen und -bezieher 2014*, abgefragt am 10.6.2015 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/034778.html (zitiert als Statistik Austria 2015a).
- Statistik Austria, *Anzahl der Landespflegegeldbezieherinnen und -bezieher sowie Ausgaben für das Landespflegegeld*. Email von Kurt Pratscher, Direktion Bevölkerung, 29.1.2015 (zitiert als Statistik Austria 2015b).
- Statistik Austria, VPI 86 erstellt am 17.4.2015, Ab Jänner 1997 mit dem VPI 96, ab Jänner 2001 mit dem VPI 2000, ab Jänner 2006 mit dem VPI 2005 und ab Jänner 2011 mit dem VPI 2010 verkettet weitergeführt (zitiert als: Statistik Austria 2015c).
- Statistik Austria, Hauptgruppe COICOP 6: Gesundheitspflege, Email von Frau Schimper, am 6.5.2015, VPI 86: ab Jänner 1997 mit dem VPI 96, ab Jänner 2001 mit dem VPI 2000, ab Jänner 2006 mit dem VPI 2005 und ab Jänner 2011 mit dem VPI 2010 verkettet weitergeführt (zitiert als: Statistik Austria 2015d).
- Statistik Austria *Tariflohnindex 2010 nach Monatsgliederung und ausgewählten Kollektivverträgen*, BAGS (Basis: 2006 = 100), abgefragt am 4.5.2015 (zitiert als: Statistik Austria 2015e).
- Statistik Austria, *Arbeitskosten Hauptgruppe, N: Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen; ÖNACE 2003 und ÖNACE 2008*, abgefragt am 4.5.2015 (zitiert als: Statistik Austria 2015f).
- Statistik Austria, *Betreuungs- und Pflegedienste 2013, Pflegedienstleistungsstatistik*, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/index.html (zitiert als: Statistik Austria 2015g).

- Statistik Austria, Mobile Betreuungs- und Pflegedienste 2011-2013, abgefragt am 6.6. 2015, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_uf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/061950.html (zitiert als Statistik Austria 2015h).
- Talos, Emmerich, Vom Siegeszug zum partiellen Rückzug: Sozialstaat Österreich 1945-2005 (Innsbruck 2005).
- Theurl, Engelbert, Der Komponentenansatz im Rahmen der Budgetanalyse – dargestellt am Beispiel der Ausgabenentwicklung der sozialen Krankenversicherung, in: Gantner, Manfred (Hrsg.), Handbuch des öffentlichen Haushaltswesens (Wien 1991) 243-258.
- Theurl, Engelbert, Pflegefinanzierung in Österreich: Bestandsaufnahme und ausgewählte Reformperspektiven aus ökonomischer Sicht, in: Appelt, Erna; et al. (Hrsg.), „Who Cares?“ Pflege und Betreuung in Österreich – eine geschlechterkritische Perspektive (Innsbruck 2010) 197-205.

Zusammenfassung

Die Einführung des steuerfinanzierten Pflegegeldes im Jahr 1993 stellt einen Meilenstein in der sozialpolitischen Entwicklung in Österreich dar. Von verschiedenen Seiten wird allerdings eingewandt, dass die mangelnde Anpassung des Pflegegeldes an die Preisentwicklung dazu führt, dass der reale Wert des Pflegegeldes im Zeitraum 1993-2015 markant gesunken ist. Die Ausgaben für Pflegegeld haben sich im Beobachtungszeitraum um 57% erhöht. Rund 2/3 dieses Anstiegs kann mit dem Anstieg der Pflegegeldempfänger erklärt werden, 21% des Anstiegs resultieren aus dem Anstieg der Pflegeintensität, nur 11% des Anstiegs sind auf tarifliche Änderungen zurückzuführen. Für die Entwicklung des realen Wertes des Pflegegeldes können in Abhängigkeit vom verwendeten Preisindex nur Streubereiche angegeben werden. Die empirische Analyse ergibt einen realen Wertverlust des Pflegegeldes zwischen 25% (Referenz VPI) und 45% (Referenz VPI – ausgewählte Leistungen der Gesundheitspflege). Die Pflegepolitik bzw. -finanzierung steht in der Zukunft daher vor einer doppelten Aufgabe. Sie muss einerseits die in unmittelbarer Zukunft stark steigende Pflegebedürftigkeit alimentieren, und sie muss andererseits durch überdurchschnittliche Tarifierhöhungen des Pflegegeldes dafür Sorge tragen, dass die Kaufkraft des Pflegegeldes erhalten bleibt.

Abstract

The implementation of a tax financed and need based transfer system for long term care is a milestone in the development of social policy in Austria. As an important backlash politicians/scientists from different fields raise the objection, that the transfer is not accommodated to the development of prices in long term care. So the real value of the transfer declined distinctly in the period 1993-2015. Expenditures for long term transfer increased by 57% since 1996. Approximately 2/3 of this increase is caused by the growth of the recipients of long term care transfers, 21% of the expenditure growth can be dedicated to the increase of the intensity of long term care. Only 11% of the expenditure increases are caused by changes in the schedule of the transfer. The development of the real value of the long term care transfer depends on the reference scenario. The empirical picture shows a real loss between 25% (reference VPI) and 45% (reference VPI – selected health care services). Long term care financing therefore is confronted with two objectives. On the one hand the increasing need for long term care has to be financed and on the other hand it is necessary to increase prices for long term care sufficiently to cope with the Baumol's Disease in long term care.