

Wer soll für die Pflege zahlen?

von

Johann K. Brunner^{*)} und Vanessa Mühlböck

Arbeitspapier Nr. 0708
April 2007

**Johannes Kepler Universität Linz
Institut für Volkswirtschaftslehre
Altenberger Straße 69
A-4040 Linz - Auhof, Austria
www.econ.jku.at**

^{*)} Johann K. Brunner
johann.brunner@jku.at
Tel. +43 (0)70 2468 -8248, -9821 (Fax)

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	2
2	PFLEGEVORSORGE IN ÖSTERREICH.....	2
2.1	Geldleistungen	3
2.2	Sachleistungen	3
2.3	Sozialhilfeausgaben in Oberösterreich und deren Deckung.....	5
2.3.1	Sozial- und Sozialhilfeausgaben Oberösterreichs und im Vergleich.....	5
2.3.2	Einnahmen der Sozialhilfeverbände für stationäre Pflege.....	5
3	PROGNOSE DER PFLEGEKOSTEN.....	7
3.1	Basisszenario – demografischer Effekt.....	7
4	EINE MÖGLICHE PFLEGEVERSICHERUNG	9
5	PFLEGEFINANZIERUNG IN AUSGEWÄHLTEN LÄNDERN	10
5.1	Deutschland	10
5.2	Dänemark	11
6	WER SOLL FÜR DIE PFLEGE ZAHLEN?.....	12
6.1	Dominanz öffentlicher Mittel	12
6.2	Versicherungsprinzip statt Fürsorgeprinzip	12
6.3	Implikationen des Versicherungsprinzips.....	13
6.4	Finanzierung durch Steuern oder durch Sozialversicherungsbeiträge.....	14
6.5	Informelle Pflege	14
7	LITERATUR.....	15

1 Einleitung

Neben dem Pensions- und dem Gesundheitssystem ist der Pflegebereich das dritte Aufgabengebiet der Sozialpolitik, das stark von der demographischen Entwicklung geprägt ist. Schon derzeit sind die Budgets der Länder und Gemeinden durch die Mittel für die Pflege, vor allem für die in Alten- und Pflegeheimen geleistete, stark beansprucht und es ist zu erwarten, dass mit einer Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung ein wachsender Ausgabenanteil für diesen Bereich erforderlich sein wird. Angesichts dieser Entwicklung gewinnt die Frage nach der Finanzierung immer mehr an Bedeutung: wer soll für die Pflege zahlen?

Diese Fragestellung deutet die verteilungspolitische Dimension des Problems an, die ja bei allen staatlichen Maßnahmen, aber eben insbesondere im Bereich der Sozialpolitik eine große Rolle spielt. Im vorliegenden Beitrag¹ wird dazu aus der Sicht von Ökonomen versucht, verschiedene wichtige Aspekte herauszuarbeiten und mit ökonomischen Effizienzüberlegungen zu verknüpfen, wobei die Finanzierung der stationären Pflege im Mittelpunkt steht.² Faktische Lösungen können allerdings nur durch den politischen Entscheidungsprozess zustande kommen, auf der Basis von Wertvorstellungen, die über die ökonomische Sicht hinausgehen.

Bei der Finanzierung des Pflegebereichs stellt sich zunächst die typische Frage, die mit der Rolle des öffentlichen Sektors (des Staates) immer verknüpft ist: was soll individuelle Aufgabe der jeweiligen betroffenen Personen selbst sein und was soll als kollektive Aufgabe im öffentlichen Bereich angesiedelt sein? Im Vordergrund steht also das Verhältnis zwischen kollektivem Schutz (das heißt Kostenübernahme durch die öffentliche Hand) und eigenen Leistungen der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen. Weitere wichtige Aspekte betreffen die Verteilung der Lasten, sowohl innerhalb einer Generation als auch zwischen den Generationen, und auch die Risikoteilung zwischen von Pflegebedürftigkeit in unterschiedlichem Ausmaß Betroffenen, sowie die mit allen öffentlichen Maßnahmen verbundenen Anreizeffekte auf das Verhalten. Letztere berühren in erster Linie die Balance zwischen formeller und informeller, familiärer Pflege.

Die Überlegungen zu diesen Fragen werden vor allem im abschließenden Kapitel sechs dieses Beitrags formuliert, wobei die Leitidee ist, dass auch im Pflegesystem der Versicherungsgedanke mehr in den Vordergrund gerückt werden sollte, ähnlich wie es etwa im Gesundheitssystem der Fall ist. Zur Vorbereitung werden im folgenden Kapitel zwei die rechtlichen Grundlagen für die Finanzierung der Pflegeleistungen sowie die Höhe und Deckung der Ausgaben nach derzeitigem Stand dargestellt, wobei ein Schwerpunkt auf Oberösterreich gelegt wird. Die im Kapitel drei präsentierten Prognoserechnungen sollen auf gesamtwirtschaftlicher Ebene einen Eindruck von den in Zukunft erforderlichen Ausgaben aufgrund der Änderungen der demografischen Struktur vermitteln. Im Kapitel vier wird die Möglichkeit eines Risikoausgleichs durch eine eventuell im Rahmen der Sozialversicherung einzurichtende Pflegeversicherung aufgegriffen und es wird der Versuch unternommen, den dafür notwendigen Beitragssatz abzuschätzen. Alternativ zur Einrichtung einer eigenen Pflegeversicherung könnte, angesichts der schon bestehenden der Steuerfinanzierung des Pflegegeldes, auch deren Weiterentwicklung vorgenommen werden. Die Bandbreite der Möglichkeiten wird durch den in Kapitel fünf gegebenen Überblick über die Pflegesysteme in zwei ausgewählten europäischen Ländern verdeutlicht.

2 Pflegevorsorge in Österreich

Das österreichische System der Pflegevorsorge wird durch die seit 1. Juli 1993 in Kraft getretene Neuregelung bestimmt und besteht aus dem Bundespflegegeldgesetz, den neun Landespflegegeldgesetzen und der Pflegevereinbarung zwischen Bund und Ländern. Im Rahmen dieser Pflegevereinbarung übernimmt der Bund die Verantwortung

¹ Die Ausführungen in diesem Beitrag beruhen wesentlich auf den Ergebnissen einer Studie im Auftrag des Landes Oberösterreich (Brunner/Mühlböck 2006).

² Diese stellt natürlich nur einen Teilbereich - allerdings einen kostenintensiven - des Pflegesystems dar. Andere Bereiche, vor allem auch die Problematik der ganztägigen Betreuung und Pflege zu Hause bleiben weitgehend außer Betracht.

für die Finanzierung der Geldleistungen, welche in Form des nachfolgend erläuterten Pflegegeldes gewährt werden, für Pensionisten, Rentner und sonstige Personen, die Leistungen aufgrund bundesgesetzlicher Vorschriften beziehen. Die Länder sind im Gegenzug für die Finanzierung des Pflegegeldes für den auf Bundesebene nicht erfassten Personenkreis, und der sozialen Dienste, d. h. der stationären, teilstationären oder ambulanten Pflegedienste, sowie für deren koordinierten Auf- und Ausbau zuständig.³

Da die Landespflegegelder nach den gleichen Grundsätzen und in gleicher Höhe wie das Bundespflegegeldgesetz gewährt werden, ist bezüglich der Gewährung und Finanzierung der Geldleistungen eine bundesweit einheitliche Regelung vorhanden. Durch die Kompetenzübertragung der Sachleistungen, d. h. der sozialen Dienste, auf die einzelnen Länder kommt es in diesem Bereich jedoch zu teils erheblichen länderspezifischen Unterschieden in der Struktur dieser Leistungen und auch in der Finanzierung, welche darüber hinaus auch von der Art des sozialen Dienstes abhängig ist.⁴ Diese Unterschiede werden in der nachfolgenden Darstellung der Finanzierung von sozialen Diensten angedeutet.

2.1 Geldleistungen

Das Pflegegeld wurde im Rahmen der Pflegevorsorgeneuregelung als ungebundene Geldleistung zur pauschalisierten Abdeckung der pflegebedingten Mehraufwendungen der betroffenen Personen eingeführt. Um den individuellen Pflegebedürfnissen gerecht zu werden, gibt es 7 Pflegegeldstufen. Voraussetzung für die Gewährung ist ein ständiger Pflegebedarf von mindestens 50 Stunden monatlich für voraussichtlich mehr als 6 Monate und ein ständiger Aufenthalt in Österreich.⁵

Die Auszahlung des Pflegegeldes ist unabhängig von Einkommen, Vermögen und Ursache der Pflegebedürftigkeit⁶ und erfolgt an die pflegebedürftige Person selbst. Lediglich im Falle eines Aufenthaltes in einem Alten- oder Pflegeheim geht das Pflegegeld bis zur Höhe der Verpflegungskosten, aber maximal bis 80 % des gewährten Pflegegeldes direkt an den Kostenträger über. Bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt ruht für diesen Zeitraum das Pflegegeld zur Gänze, sofern ein Sozialversicherungsträger die dadurch entstehenden Kosten trägt.⁷

Die Finanzierung des Pflegegeldes erfolgt aus allgemeinen Steuermitteln über das Bundesbudget bzw. die Länderbudgets, in Abhängigkeit von der Zuordnung der betroffenen Person zum Bundes- bzw. Landespflegegeldgesetz. Allerdings ist hierbei zu erwähnen, dass mit der Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 gleichzeitig die Krankenversicherungsbeiträge erhöht wurden, und zwar um 0,4 Prozentpunkte für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, 0,5 Punkte für Pensionisten und 0,8 Prozentpunkte für Bauern und Selbständige. Die erhöhten Beiträge zur Krankenversicherung dienten der Reduktion der Überweisungen der Pensionsversicherungsanstalten an die Krankenversicherung der Pensionisten und in weiterer Folge der Verringerung des durch den Bund zu deckenden Abgangs der Pensionsversicherungsanstalten. Dadurch konnten Steuermittel eingespart und zur Finanzierung des Pflegegeldes gemäß dem Bundespflegegeldgesetz verwendet werden.⁸

2.2 Sachleistungen

Sachleistungen in Form von sozialen Diensten liegen in der Verantwortung der Länder. Die Kosten dieser Dienste werden zum Teil von den betroffenen Personen selbst getragen, wobei die Kostenbeiträge von Einkommen und Vermögen abhängig sind. Die nicht gedeckten Kosten fallen letztendlich bei den Sozialhilfeträgern an, womit ihre Finanzierung auf dem Sozialhilfeprinzip basiert. Besonders stark ausgeprägt ist dieses Prinzip für die stationären Pflegedienste, d. h. für die Pflege in Alten- und Pflegeheimen. Deren Finanzierung erfolgt zunächst aus dem privaten Ein-

³ Vgl. BMSG (2005) S. 7, Österle/Hammer (2004) S. 92f.

⁴ Vgl. Österle/Hammer (2004) S. 92f.

⁵ Vgl. BMSG (2005) S. 7f, S. 10.

⁶ Vgl. BMSG (2005) S. 8.

⁷ Vgl. Österle/Hammer (2004) S. 60, BMSG (2005) S. 10.

⁸ Vgl. BMSG (2005), S. 10.

kommen und Vermögen der pflegebedürftigen Personen. Nicht gedeckte Kosten werden von den zuständigen Sozialhilfeträgern übernommen, also letztlich von Ländern und Gemeinden aus allgemeinen Steuermitteln getragen.⁹ Dabei besteht allerdings die Möglichkeit, diese Sozialhilfeausgaben auf dem Regressweg (teilweise) wieder einzubringen oder von anderen Kostenersatzpflichtigen Personen einzufordern.¹⁰ Obwohl die Sozialhilfegesetze der einzelnen Länder erheblich divergieren, sind Kostenersatzpflichten für bestimmte Personen in allen Ländern vorgesehen.¹¹

Zum einen sind im gesamten Bundesgebiet die Erben eines Sozialhilfeempfängers für den Ersatz der Sozialhilfeausgaben bis zum Wert des Nachlasses verpflichtet, da der Kostenersatzanspruch der Sozialhilfeträger gleich einer anderen Schuld auf den Nachlass übergeht. Diese Bestimmung findet in allen neun Sozialhilfegesetzen Niederschlag, doch die Verjährungsfristen variieren zwischen den Ländern und reichen von 3 bis zehn Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Sozialhilfe gewährt wurde.¹² Darüber hinaus ist in allen Ländern eine Ersatzpflicht unterhaltspflichtiger Personen vorgesehen, wobei im Allgemeinen die gesetzliche Unterhaltspflicht nach dem Familienrecht maßgebend ist. Ausgenommen von dieser bundesweit einheitlichen Regelung sind Kinder des Hilfeempfängers in Wien, Salzburg und Oberösterreich und Enkelkinder in allen Ländern außer Vorarlberg.¹³

Auch sind in allen Bundesländern Rückgriffe auf Schenkungen möglich. Dies ist zwar lediglich in Oberösterreich, Niederösterreich, Salzburg, der Steiermark und im Burgenland gesetzlich geregelt, doch finden sich in den übrigen Sozialhilfegesetzen entsprechende Regelungen. In den fünf Ländern, in denen sich explizite Regelungen bezüglich der Kostenersatzpflicht von Geschenknehmern finden, wird jedoch auch ein Schenkungsfreibetrag definiert. Dieser variiert von 2.467,- € in Niederösterreich bis 5.322,- € in Oberösterreich. Im Allgemeinen sind die Geschenknehmer nur bis zur Höhe des Geschenkwertes kostenersatzpflichtig und es wird, mit Ausnahme von Tirol und Vorarlberg, eine zeitliche Nähe zwischen der Schenkung und der Hilfebedürftigkeit vorausgesetzt. Dies wird durch die kurzen Rückgriffsfristen deutlich, welche zwischen 2 und 5 Jahren liegen.¹⁴

Neben den ähnlich definierten Kostenersatzpflichten einzelner Personenkreise weisen die neun Sozialhilfegesetze auch einen weitgehend einheitlichen Einkommens- und Vermögensbegriff auf. So wird das Ausmaß der Sozialhilfe in allen Bundesländern vom tatsächlich verfügbaren Einkommen und dem gesamten verwertbaren Vermögen abhängig gemacht.¹⁵ Sofern das Einkommen der pflegebedürftigen Person betroffen ist, geht dieses im Falle eines stationären Aufenthalts bis auf ein fixiertes Taschengeld zur Gänze auf den Träger der Sozialhilfe über. Dieses Taschengeld besteht für Pensionisten gemäß dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz aus 20 % der Nettopension und den vollen Sonderzahlungen, d. h. den 13. und 14. Monatsbezügen.¹⁶ Bezieht die in einer stationären Einrichtung untergebrachte Person zusätzlich Pflegegeld, unabhängig davon, ob es sich hierbei um das Bundes- oder Landespflegegeld handelt, so wird hiervon ein Taschengeld in der Höhe von 10 % der Pflegestufe 3, d. h. €42,20, gewährt. Dem Sozialhilfeträger gebührt, wie schon angeführt, maximal 80% des Pflegegeldes (bis zur Höhe der Verpflegungskosten).¹⁷ Die Differenz zwischen dem gewährten Pflegegeld und der Auszahlung an die Sozialhilfeträger und an die pflegebedürftige Person dient der Finanzierung von allgemeinen sozialen Fonds für ganz Österreich.¹⁸ Darüber hinaus sind alle übrigen Einkommensarten der pflegebedürftigen Person zur Gänze an den Sozialhilfeträger abzuführen. Existiert kein eigenes Einkommen seitens der pflegebedürftigen Person, so sind die Kosten der stationären Pflege zur Gänze von der Sozialhilfe zu tragen. Des Weiteren ist in diesem Fall den Hilfeempfängern ein Taschengeld zur De-

9 Vgl. Österle/Hammer (2004) S. 93.

10 Vgl. BMSG (2005) S. 12; Österle/Hammer (2004) S. 93.

11 Vgl. Pfeil (2001) S. 293.

12 Vgl. Pfeil (2001) S. 338.

13 Vgl. Pfeil (2001) S. 312ff.

14 Vgl. Fries (2005).

15 Vgl. Pfeil (2001) S. 147f.

16 Vgl. ASVG § 324 Abs. 3.

17 Vgl. BPGG 1993 § 13 Abs. 1 Z. 5.

18 Auskunft der Pensionsversicherungsanstalt Wien.

ckung der persönlichen Bedürfnisse seitens der Sozialhilfeträger zu gewähren. Die Höhe dieser Taschengelder ist für die einzelnen Bundesländer verschieden und liegt zwischen 42,20 € in Oberösterreich und 138,-- € in Salzburg pro Monat.

Reicht das Einkommen der betroffenen Person zur Deckung der Kosten für stationäre Pflege nicht aus, so erfolgt auch eine Finanzierung der Heimkosten mittels des Vermögens, sofern dieses verwertbar ist.¹⁹ Dies ist ebenfalls in allen neun Sozialhilfegesetzen einheitlich definiert und es wird generell von keinem geschützten Vermögen ausgegangen. Vorarlberg macht hiervon eine Ausnahme und definiert als einziges Bundesland ein kleines Eigenheim oder eine Eigentumswohnung als geschütztes Vermögen, sofern dieses dem Ehepartner oder einem Kind als Unterkunft dient und nach dem Tod des Hilfeempfängers noch Kinder vorhanden sind und der festgesetzte Kostenersatz für die Sozialhilfeausgaben geleistet wird.²⁰ Dieses ist in weiterer Folge auch von einer grundbücherlichen Sicherstellung als Bedingung für die Gewährung von Sozialhilfe ausgenommen. In allen anderen Ländern sind solche Vermögenswerte als Schonvermögen deklariert und die Gewährung von Sozialhilfe kann demnach von der Sicherstellung dieses Vermögens abhängig gemacht werden,²¹ wodurch im Falle einer späteren Verwertbarkeit die Kosten der Sozialhilfe rückwirkend gedeckt werden können. Eine weitere Relativierung der Heranziehung von Vermögen zur Deckung der Kosten zur Sozialhilfe findet in allen Ländern durch die Gewährung von Vermögensfreibeträgen statt. Diese reichen von €2.200,-- im Burgenland bis €7.300,-- in Oberösterreich.²²

2.3 Sozialhilfeausgaben in Oberösterreich und deren Deckung

2.3.1 Sozial- und Sozialhilfeausgaben Oberösterreichs und im Vergleich

Im Jahr 2003 betragen die Sozialausgaben in Oberösterreich 456,5 Millionen Euro. 190,6 Mio. Euro, also 41 Prozent, gingen hiervon in die Finanzierung von Alten- und Pflegeheimen und weitere 62,3 Mio Euro (14 Prozent) bzw. 43,4 Mio. Euro (10 Prozent) wurden für Soziale Dienste und Pflegegelder gemäß dem Oberösterreichischen Landespflegegeldgesetz aufgewendet. Diese Dominanz der Sozialausgaben für Alten- und Pflegeheime ist jedoch kein oberösterreichisches Phänomen, sondern sie zeigt sich auch in allen anderen Bundesländern, wobei Oberösterreich diesbezüglich über dem bundesweiten Durchschnitt (ohne Kärnten) von knapp 38 % liegt.

Auch bei der Betrachtung der Pro-Kopf-Sozialausgaben für den Bereich der Alten- und Pflegeheime zeigt sich, dass Oberösterreich mit einem Wert von 137 Euro nach Wien (183 Euro, Gemeinde- und Landesausgaben zusammen), gemeinsam mit Tirol (138 Euro), einen Spitzenplatz aufweist (der österreichischen Durchschnitt liegt bei 128 Euro, ohne Kärnten).

2.3.2 Einnahmen der Sozialhilfeverbände für stationäre Pflege

Betrachtet man nun im Gegenzug die Einnahmenseite der Sozialhilfeträger, so kann festgestellt werden, dass in Oberösterreich im Jahr 2003 die Deckung von Sozialhilfeaufwendungen im Pflegebereich bei 59 % lag.²³ In den diesen Werten zugrunde liegenden Einnahmen sind jedoch auch sonstige Einnahmen enthalten, die nicht aus der Leistungserbringung für die stationär gepflegten Personen stammen, wie bspw. Kostenbeiträge für „Essen auf Rädern“. Auch inkludiert sind Heimentgelte von Selbstzahlern, d. h. jene Personen, die aufgrund hinreichenden Einkommens und Vermögens keine Sozialhilfe zur Finanzierung des Heimplatzes in Anspruch nehmen. Betrachtet man ausschließlich den wegen eines stationären Pflegebedarfs sozialhilfebedürftigen Personenkreis und jene Einnahmen,

¹⁹ Vgl. Pfeil (2001), S. 166.

²⁰ Vgl. Fries (2005), Vorarlberger Sozialhilfeverordnung § 8 Abs. 1 lit. c.

²¹ Vgl. Pfeil (2001) S. 167.

²² Vgl. Fries (2005).

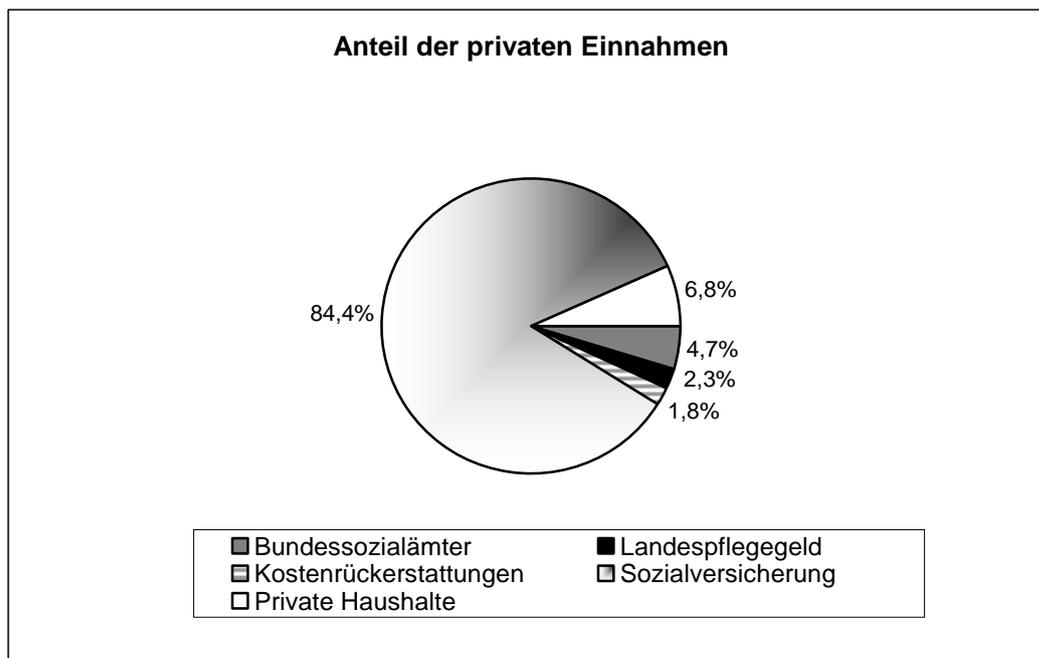
²³ Berechnung anhand der Daten aus Pratscher (2003).

die direkt der Pflegeleistung zuzurechnen sind, so liegt dafür die Kostendeckungsquote bei ca. 57 %, wenn man die Ergebnisse der Analyse der Rechnungsabschlüsse der Sozialhilfeverbände heranzieht.²⁴

Eine solche Analyse zeigt auch, dass sich diese Einnahmen aus den Pflegegeldern (Bundes- und Landespflegegelder), den Pensionen, Sozialentschädigungen, Kostenersatzes anderer Sozialhilfeträger für die Unterbringung in eigenen Anstalten und auch privaten Kostenersatzes zusammensetzen. Mit 84,4 % machen die Einnahmen von Sozialversicherungsträgern, welche aus den Bundespflegegeldern und den gesetzlichen Pensionen bestehen,²⁵ den größten Anteil aus. Weitere 4,7 Prozent stammen von den Bundessozialämtern für Renten, die aus der Sozialentschädigung stammen (bspw. Kriegsofopferpensionen). 2,3 % werden im Durchschnitt durch die Landespflegegelder eingenommen und mit 1,8 % machen Kostenrückerstattungen anderer Sozialhilfeverbände einen ebenfalls geringen Anteil der Sozialhilfeeinnahmen aus (Vgl. Abbildung 1).

Von besonderem Interesse sind nun die laufenden Zahlungen von privaten Haushalten, die anders als Pensionen und Pflegegelder nicht aus gesetzlichen Leistungsansprüchen der pflegebedürftigen Personen gegenüber öffentlichen Institutionen stammen. Sie umfassen alle Vermögensverwertungen und private Einkünfte wie Leibrenten, Kapitaleinkünfte, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie Kostenersatzleistungen der unterhaltspflichtigen Angehörigen der hilfebedürftigen Person. Wie aus Abbildung 5 ersichtlich, machen diese laufenden Zahlungen von privaten Haushalten insgesamt mit 6,8 %²⁶ nur einen relativ geringen Finanzierungsanteil bei den Einnahmen der Sozialhilfeträger aus.²⁷

Abbildung 1: Anteil der Einnahmen der Sozialhilfeträger nach Herkunft



Quelle: Eigene Darstellung, eigene Berechnung anhand der Rechnungsabschlüsse des Jahres 2005 der Sozialhilfeverbände.

Anmerkung: Es sind jene Einnahmen zusammengestellt, die aus der Pflegeleistungserbringung der Sozialhilfeträger stammen und auf die pflegebedürftigen Personen bezogen sind.

²⁴ Dieser Wert ist niedriger als der von der Sozialabteilung des Landes OÖ berechnete Wert von über 70 %. Grund dafür könnte eine divergierende Abgrenzung sowie die in dieser Studie nicht einbezogene Situation der Statutarstädte sein.

²⁵ Für die Auszahlung des Bundespflegegeldes ist jene Institution zuständig, die für die Auszahlung der Grundleistung, im Allgemeinen die Pension, verantwortlich ist.

²⁶ Dieser Durchschnittswert ist durch zwei besonders hohe Einzelwerte beeinflusst. Lässt man diese beiden weg, so ergibt sich für die Übrigen ein Durchschnittswert von 5,7 % der Einnahmen.

²⁷ Anzumerken ist, dass in diesen Zahlen keine Beiträge von so genannten Selbstzahlern (das sind stationär untergebrachte pflegebedürftige Personen, die den Aufenthalt selbst - ohne Inanspruchnahme von Sozialhilfe - bezahlen) enthalten sind. Zum Teil erfolgt diese Selbstzahlung nur vorübergehend bis zum Verstreichen der Frist, um Rückgriffe auf verschenktes Vermögen zu vermeiden, ist also auch als Folge des Rückgriffsrechts auf Schenkungen anzusehen.

Eine genaue Aufgliederung dieser Position ist durch die Analyse der Rechnungsabschlüsse der oberösterreichischen Sozialhilfeverbände nicht möglich. Den Großteil dürften solche Beiträge von privaten Haushalten ausmachen, die mit deren Vermögen in Zusammenhang stehen, vor allem solche aufgrund der Verwertung von Verlassenschaften (eher wenig die Rückgriffe auf Schenkungen). Der kleinere Teil dürfte auf laufende Einkünfte der pflegebedürftigen Person, wie bspw. Unterhaltsleistungen von Angehörigen oder Leibrenten, zurückzuführen sein.

Anhand dieser Darstellung wird ersichtlich, dass die derzeitige Finanzierung der Ausgaben für Pflege einerseits stark durch Sozialversicherungsleistungen in Form von durch die Heimträger einbehaltenen Pensionen und Pflegegelder geprägt ist und andererseits müssen, wie eingangs angemerkt, zur Finanzierung des großen durch diese Einnahmen nicht gedeckten Ausgabenteils beträchtliche allgemeine Steuermittel von Land und Gemeinden aufgewendet werden.

3 Prognose der Pflegekosten

Im Jahr 2003 betragen die Aufwendungen für das Bundespflegegeld 1.470,60 Mio. Euro. Dazu kamen Pflegegeldzahlungen aufgrund der Landespflegegeldgesetze i.H.v. 277,27 Mio. Euro und Sozialhilfearbeit für soziale Dienste im Ausmaß von 1.258,65 Mio. Euro. Demnach betragen die Sozialausgaben für Pflege in Summe 3.006,52 Mio. Euro, was 1,32 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) des Jahres 2003 entspricht.²⁸ Allerdings ist zu beachten, dass für das Burgenland keine Daten der Sozialhilfearbeit für ambulante Dienste und für Kärnten keine zu den Ausgaben für stationäre Dienste vorhanden sind. In Anlehnung an die Studie von Streissler (2004) ist daher die Sozialausgabenquote für Pflege auf 1,39 % des BIP für das Jahr 2003 zu erhöhen. In Streissler (2004) wurde eine Prognoserechnung vorgenommen, der zu entnehmen ist, dass sich die formellen Kosten der Pflege bis 2030 mehr als verdoppeln werden. Diese Kosten umfassen sowohl Ausgaben für soziale Dienste auf Ebene der Gemeinden, als auch die gesamten Pflegegeldzahlungen aufgrund bundes- und landesgesetzlicher Vorschriften.

Im Folgenden wird nun kurz eine eigene Prognoserechnung vorgestellt, welche in vereinfachter Form eine Abschätzung der Kostenentwicklung - zum Teil getrennt nach Pflegegeld- und Sozialhilfearbeit - liefern soll, wobei 2003 als Basisjahr herangezogen wird. Es wurden hierfür Daten von Statistik Austria (2007) und aus der Studie von Streissler (2004) verwendet. Die Kostenvorausschau wird für zwei mögliche Entwicklungen der Pflegebedürftigkeit durchgeführt. Zu Beginn wird das Basisszenario erläutert, gefolgt von der Darstellung des Szenarios mit steigender Lebenserwartung und besserem Gesundheitszustand.

3.1 Basisszenario – demografischer Effekt

Es wird explizit die Annahme getroffen, dass die Pflegestruktur, d. h. die Aufteilung in die stationäre und ambulante Pflege über die Jahre konstant bleibt und dass der demografische Effekt, der bewirkt, dass die Altersgruppe der über 60-Jährigen eine Zunahme in Relation zur übrigen Bevölkerung erfährt, zu einem Kostenwachstum führt. Zur Abschätzung dieses Kostenwachstums wird eine konstante Pflegeinzidenz, d. h. ein konstanter Anteil der pflegebedürftigen Personen innerhalb der Altersgruppen angenommen.²⁹ Die folgende Tabelle 1 zeigt die aus diesen Annahmen resultierenden Ausgabengrößen. Zu interpretieren sind sie auf folgende Weise: Welche Ausgaben (absolut bzw. im Prozent des BIP) wären im Jahr 2003 angefallen, wenn in diesem Jahr die altersmäßige Pflegebedürftigkeit geherrscht hätte, wie sie nach den demografischen Prognosen für die Jahre 2010, 2020 bzw. 2030 erwartet wird?

Die Werte bis 2030 in Tabelle 1 zeigen einen deutlichen Anstieg der gesamten Pflegekosten von 1,39% auf 2,31% des BIP aufgrund der Alterung.

²⁸ Daten von Statistik Austria (2007).

²⁹ Vgl. Streissler (2004) S. 33.

Tabelle 1: Prognose der Pflegeausgaben bis 2030 – Basisszenario ohne Kostenanstieg

	2003	2010	2020	2030
Erwartete Zunahme der Pflegefälle (Basis 2003)		15,33%	34,09%	66,46%
Öffentl. Ausgaben (in Mio €)	3.154,86	3.638,50	4.230,36	5.251,58
▪ Davon Pflegegeld (in Mio €)	1.747,87	2.015,82	2.343,72	2.909,50
▪ Davon Sozialhilfe (in Mio €)	1.406,99	1.622,68	1.886,64	2.342,07
Anteil am BIP 2003				
▪ Gesamtkosten	1,39%	1,60%	1,86%	2,31%
▪ Pflegegeldausgaben	0,77%	0,89%	1,03%	1,28%
▪ Sozialhilfeausgaben	0,62%	0,71%	0,83%	1,03%

Quelle: eigene Berechnung, Streissler (2004).

Zusätzlich wird für den Pflegebereich wegen des Dienstleistungscharakters häufig unterstellt, dass die Lohnsteigerungen nicht wie in anderen Sektoren – etwa in der Industrie – durch Produktivitätssteigerungen kompensiert werden können (Baumolsche Kostenkrankheit). Daraus ergibt sich voraussichtlich eine zusätzliche Kostensteigerung. In einer zweiten Variante des Basisszenarios wurde dieser Effekt bezüglich der Sozialhilfeausgaben einbezogen, indem ein Lohnkostenwachstum von einem Prozentpunkt über der Produktivitätssteigerung angenommen wurde. Dies hat zur Konsequenz (Tabelle 2), dass sich die gesamten Sozialausgaben für Pflege, also die Pflegegeldaufwendungen und die Ausgaben der Sozialhilfeträger, von 3.154,86 Mio. auf 5.973,43 Mio. Euro oder 2,63% des BIP erhöht hätten (also fast verdoppelt), wenn die Pflegebedürftigkeit im Jahr 2003 um 66,46 % höher gewesen wäre, also den erwarteten Wert des Jahres 2030 angenommen hätte.

Tabelle 2: Prognose der Pflegeausgaben bis 2030 – Basisszenario mit Kostenanstieg

	2003	2010	2020	2030
Erwartete Zunahme der Pflegefälle (Basis 2003)		15,33%	34,09%	66,46%
Öffentl. Ausgaben (in Mio €)	3.154,86	3.755,55	4.578,07	5.973,43
▪ Davon Pflegegeld (in Mio €)	1.747,87	2.015,82	2.343,72	2.909,50
▪ Davon Sozialhilfe (in Mio €)	1.406,99	1.739,74	2.234,35	3.063,92
Wachstumsraten				
▪ Gesamtkosten (Basis 2003)		19,04%	45,11%	89,34%
▪ Pflegegeldausgaben (Basis 2003)		15,33%	34,09%	66,46%
▪ Sozialhilfeausgaben (Basis 2003)		23,65%	58,80%	117,77%
Anteil am BIP 2003				
▪ Gesamtkosten	1,39%	1,65%	2,02%	2,63%
▪ Pflegegeldausgaben	0,77%	0,89%	1,03%	1,28%
▪ Sozialhilfeausgaben	0,62%	0,77%	0,98%	1,35%

Quelle: eigene Berechnung, Streissler (2004).

Der in Tabelle 2 berücksichtigte Kostensteigerungseffekt bewirkt, dass die Ausgaben der Sozialhilfeträger überproportional zu den Pflegegeldausgaben steigen. Allerdings beruht das Basisszenario auf einer pessimistischen Annahme bezüglich der Entwicklung der Pflegefälle, dass nämlich die Pflegefälle proportional zur Anzahl der über 60-Jährigen zunehmen werden. Es gibt jedoch guten Grund anzunehmen, dass mit steigender Lebenserwartung die Pflegebedürftigkeit in einem späteren Alter eintreten wird, wodurch ein unterproportionaler Anstieg der Pflegefälle zur Anzahl der über 60-Jährigen stattfinden wird. Um diese Erwartung einer günstigeren Pflegeinzidenz in der Gesamtbevölkerung zu berücksichtigen, wurden geringere Wachstumsraten der Pflegefälle gewählt, entsprechend der Vorgangsweise in Streissler (2004), hinter der die Annahme steht, dass im Jahr 2005, 2015 und 2030 die Altersgrenze des hohen Pflegerisikos um ein Jahr steigt. Die nachfolgenden Tabellen 3 und 4 zeigen die diesem Bedürftigkeitstrend entsprechende Entwicklung der Pflegeausgaben für die beiden Varianten bezüglich der Kostenentwicklung.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass im Basisszenario, welches den „worst case“ darstellt, die Gesamtausgaben um 89,34 % und die Sozialhilfeausgaben gar um knapp 117,77 % steigen dürften, wenn man bei der Berechnung ein jährliches Kostenwachstum von einem Prozent im Sozialhilfereich als Grundlage nimmt.

Tabelle 3: Prognose der Pflegeausgaben bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit ohne Kostenanstieg

	2003	2010	2020	2030
Erwartete Zunahme der Pflegefälle (Basis 2003)		-2,48%	4,17%	27,99%
Öffentl. Ausgaben (in Mio €)				
▪ Davon Pflegegeld (in Mio €)	3.154,86	3.076,62	3.286,41	4.037,90
▪ Davon Sozialhilfe (in Mio €)	1.747,87	1.704,52	1.820,76	2.237,10
	1.406,99	1.372,10	1.465,66	1.800,80
Anteil am BIP				
▪ Gesamtkosten	1,39%	1,36%	1,45%	1,78%
▪ Pflegegeldausgaben	0,77%	0,75%	0,80%	0,99%
▪ Sozialhilfeausgaben	0,62%	0,60%	0,65%	0,79%

Quelle: eigene Berechnung, Streissler (2004)

Tabelle 4: Prognose der Pflegeausgaben bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit mit Kostenanstieg

	2003	2010	2020	2030
Erwartete Zunahme der Pflegefälle (Basis 2003)		-2,48%	4,17%	27,99%
Öffentl. Ausgaben (in Mio €)				
▪ Davon Pflegegeld (in Mio €)	3.154,86	3.169,80	3.533,18	4.519,59
▪ Davon Sozialhilfe (in Mio €)	1.747,87	1.704,52	1.820,76	2.237,10
	1.406,99	1.465,28	1.712,42	2.282,49
Wachstumsraten				
▪ Gesamtkosten (Basis 2003)		0,47%	11,99%	43,26%
▪ Pflegegeldausgaben (Basis 2003)		-2,48%	4,17%	27,99%
▪ Sozialhilfeausgaben (Basis 2003)		4,14%	21,71%	62,23%
Anteil am BIP				
▪ Gesamtkosten	1,39%	1,40%	1,56%	1,99%
▪ Pflegegeldausgaben	0,77%	0,75%	0,80%	0,99%
▪ Sozialhilfeausgaben	0,62%	0,65%	0,75%	1,01%

Quelle: eigene Berechnung, Streissler (2004).

Im „better case“-Szenario, also in jenem mit einem besserem Gesundheitszustand der zukünftigen Bevölkerung, wäre immerhin noch ein Anstieg der gesamten öffentlichen Ausgaben für Pflege von 43,26 % und der Sozialhilfeausgaben von 62,23 % zu erwarten, ebenfalls unter der Annahme des spezifischen Kostenwachstums. Diese Zahlen zeigen, dass auf die Gemeinden und Länder große Belastungen bei der Finanzierung zukommen werden.

4 Eine mögliche Pflegeversicherung

Es wurde bereits erwähnt, dass Pflege grundsätzlich ein individuell versicherbares Risiko darstellt. Darüber hinaus ist das österreichische System der sozialen Sicherheit, anders als es in den skandinavischen Ländern der Fall ist, auf dem Sozialversicherungsprinzip aufgebaut und es werden Kosten für Krankheit, Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfälle und Alter mittels einkommensabhängiger Sozialversicherungsbeiträge finanziert. Aus dieser Sicht wäre es konsequent, auch das Risiko „Pflege“ in das Sozialversicherungssystem zu integrieren.

Tabelle 5: Versicherungsvolumen und Beitragssätze

Lohnsumme (in Mio €)		116.236,26	
Volumen	Pflegegeld	1.747,87	
	Sozialhilfe	Gesamt	1.406,99
		Bei Verzicht auf private Kostenbeiträge	1.479,33
Beitragssätze	Pflegegeld	1,50%	
	Sozialhilfe	Gesamt	1,21%
		Bei Verzicht auf private Kostenbeiträge	1,27%

Quelle: Eigene Berechnung.

Das nötige Aufkommen einer möglichen Pflegeversicherung ergibt sich aus den im vorigen Abschnitt ermittelten Werten der Sozialhilfe- und Pflegegeldausgaben. Die Sozialhilfeausgaben stellen die öffentlich zu tragenden Kosten für die gesamte Pflege dar, die nach der Einbehaltung von Pensionen, Pflegegeldern und privaten Kostenbeiträgen verbleiben. Die Beitragsbemessungsgrundlage wird von der derzeitigen sozialversicherungsrechtlichen Beitragsgrundlage (in erster Linie die Lohnsumme, aber auch andere Einkommen) aus dem Jahr 2003 gebildet.

Es zeigt sich, dass für die Finanzierung des Pflegegeldes im Jahr 2003 ein Beitragssatz von 1,5% erforderlich gewesen wäre, weitere 1,21% wären nötig gewesen, um auch die Sozialhilfeausgaben für Pflege zu finanzieren. Extra ausgewiesen wurde das Ausmaß der Zahlungen von privaten Haushalten, die aufgrund ihrer marginalen Rolle bei der Pflegefinanzierung lediglich eine Erhöhung des Beitragssatzes von 0,06 Prozentpunkten erfordern würde. Wie aus den Prognosen in Kapitel 3 ersichtlich, ist in Zukunft ein Anstieg der Sozialausgaben für Pflege zu erwarten, der auch höhere Versicherungseinnahmen bedingen müsste. In welchem Ausmaß sich das auf den zukünftigen Beitragssatz niederschlagen würde, hängt von der weiteren Entwicklung des Verhältnisses von BIP-Wachstum zum Wachstum der Beitragsgrundlagensumme ab. Bei identischem Wachstum kann je nach Szenario eine Erhöhung des Beitragssatzes um die Hälfte oder auch eine Verdoppelung notwendig sein.

5 Pflegefinanzierung in ausgewählten Ländern

Die Finanzierung der Langzeitpflege ist in der Europäischen Union sehr unterschiedlich geregelt, doch lassen sich die Länder grundsätzlich in zwei Gruppen einteilen: Länder mit nationalen Gesundheitssystemen und jene mit Krankenversicherungssystemen, wobei erstgenannte für gewöhnlich nicht scharf zwischen medizinischer Behandlung und Langzeitpflege unterscheiden. Dagegen kommt es in Ländern mit Pflegeversicherung (Deutschland und die Niederlande) im Allgemeinen zu einer klaren institutionellen Trennung zwischen diesen Leistungen, da jeweils andere Kostenträger zuständig sind. Allerdings übernehmen in Belgien und Frankreich - ebenfalls Länder mit Krankenversicherungssystemen - die Krankenversicherungsträger sowohl die Kosten von medizinischen Behandlungen als auch jene der Langzeitpflege.³⁰ In den nachfolgenden Abschnitten wird eine Darstellung der Finanzierungs- und Leistungsstrukturen zweier Länder gegeben, um das Instrumentarium zur Pflegefinanzierung beider Systeme zu veranschaulichen.

5.1 Deutschland

Seit 1995 existiert in Deutschland eine eigene Pflegeversicherung zur Finanzierung der Langzeitpflegeausgaben. Analog zur deutschen Krankenversicherung gibt es gesetzliche (soziale) und private Pflegeversicherungsträger, wobei gesetzlich Krankenversicherte auch den gesetzlichen Pflegeversicherungsanstalten angehören. Wer jedoch privat krankenversichert ist, ist zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet. Es besteht eine allgemeine Versicherungspflicht, wodurch beinahe die gesamte Bevölkerung pflegeversichert ist.

Die Pflegeversicherung wird durch einkommensabhängige Beiträge von 1,7 % des Bruttoverdienstes (bis zur Höchstgrenze von 3.562,50 Euro pro Monat im Jahr 2006) seitens der Arbeitnehmer und -geber (je zur Hälfte) finanziert. Kinderlose Personen haben seit 1. Jänner 2005 einen Beitragszuschlag von 0,25 % zu leisten, sofern sie das 23. Lebensjahr vollendet haben und nach dem 1. Jänner 1940 geboren wurden. Zur Entlastung der Arbeitgeber wurde mit der Einführung der Pflegeversicherung ein gesetzlicher Feiertag als Kompensation der Mehraufwendungen abgeschafft.³¹

Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung sind unabhängig vom Alter der/des Anspruchsberechtigten. Anspruchsvoraussetzung für Leistungen aus der Pflegeversicherung ist ein durch ein Gutachten vom medizinischen Dienst der Krankenkassen festgestellter Pflegebedarf von mindestens 6 Monaten und eine Vorversicherungszeit von 5 Jahren binnen der letzten 10 Jahre vor der Pflegebedürftigkeit. Die Leistungen sind im Allgemeinen gesetzlich

³⁰ Vgl. Bahle/Pfenning (2001) S. 9.

³¹ Vgl. Comas-Herrera et al. (2003) S. 24f, Bundesministerium für Gesundheit (2006) k. A.

festgeschrieben und folglich unabhängig von der Versicherungsanstalt. Des Weiteren werden sowohl Geld- als auch Sachleistungen erbracht, wobei die pflegebedürftigen Personen zwischen diesen Leistungsarten frei wählen können und Kombinationen von Geld- und Sachleistungen ebenfalls möglich sind.³² In diesem Zusammenhang bleibt auch festzuhalten, dass Versicherungsleistungen für vollstationäre Pflege lediglich Pauschalbeträge darstellen und die Hotelkosten, also Kosten für Verpflegung und Unterkunft, weiterhin von den pflegebedürftigen Personen selbst zu tragen sind. Darüber hinaus besteht das Problem, dass die Versicherungsleistungen nach oben hin begrenzt sind und diese Obergrenzen im Allgemeinen wesentlich niedriger sind als die tatsächlichen Heimgebühren, wodurch sich ein nicht unerheblicher Eigenleistungsbeitrag zur stationären Vollpflege seitens der pflegebedürftigen Personen ergibt.³³ Können diese nicht durch eigenes Einkommen oder Vermögen gedeckt werden, so kommt auch in Deutschland die Sozialhilfe zum Tragen.³⁴

5.2 Dänemark

Pflege wird in Dänemark als universelle, beitragsunabhängige (bzw. steuerfinanzierte) Leistung verstanden und ist Bestandteil des allgemeinen Systems des Gesundheitswesens.³⁵ Die gesetzlichen Grundlagen zur Pflegesicherung werden vor allem vom Sozialfürsorgegesetz und vom Gesetz über häusliche Pflege gebildet. Innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens wird die Gewährung häuslicher, teilstationärer und stationärer Pflege ermöglicht. Es findet keine formale Trennung zwischen dem Krankheits- und dem Pflegebegriff statt. Lediglich eine institutionelle Gliederung hinsichtlich der Leistungserbringung ist festzustellen: die Erbringung von Pflegeleistungen obliegt den Gemeinden, wohingegen die Regionen für die medizinische Versorgung zuständig sind.³⁶

Zur Deckung der pflegebezogenen Ausgaben erhalten die Gemeinden direkte Steuern ihrer Einwohner, nämlich proportionale Steuern auf Einkommen und Vermögen. Durch die Autonomie der Gemeinden variieren die Steuern zwischen den einzelnen Kommunen, wobei die Steuerverteilung jährlich zwischen der Regierung, dem Regionalrat und dem Gemeinderat vereinbart wird. Die Gesamtsteuerbelastung darf 59 % des Einkommens nicht übersteigen.³⁷ Zusätzlich zu den eigenen Steuereinnahmen erhalten die Gemeinden zur Finanzierung von Pflegeleistungen zentralstaatliche Zuschüsse, die vom Ausmaß der kommunalen Steuereinnahmen abhängig sind. Außerdem erhalten die Kommunen Finanzaufweisungen vom Zentralstaat, die der regionalen Umverteilung dienen, um Unterschiede zwischen den Gemeinden hinsichtlich der sozialen Struktur und der Steuerbasen zu kompensieren.³⁸ Neben der Steuerfinanzierung findet auch eine private Kofinanzierung der Pflege durch Selbstbehalte und freiwillige private Versicherungen statt. Diese spielen in der Pflegefinanzierung jedoch eine vergleichsweise geringe Rolle. Selbstbehalte spielen vor allem im stationären Pflegebereich eine Rolle, da die Verpflegungs- und Unterkunftskosten in Abhängigkeit von eigenem Einkommen und Vermögen selbst zu tragen sind.³⁹

Im Allgemeinen umfasst die Leistungspflicht der Gemeinden die persönliche Pflege und Betreuung, Unterstützung und Hilfe bei notwendigen häuslichen Arbeiten und die Unterstützung zur Erhaltung körperlicher und geistiger Fähigkeiten. Anspruch auf solche pflegerische Leistungen haben alle in einer Kommune ansässigen Personen, unabhängig von Staatsbürgerschaft, Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Person. Leistungen der Pflegesicherung können in Dänemark in Form von Sach- und Geldleistungen gewährt werden, obwohl grundsätzlich das Sachleistungsprinzip dominiert.⁴⁰

32 Vgl. Comas-Herrera et al. (2003) S. 25.

33 Vgl. Comas-Herrera et al. (2003) S. 38.

34 Vgl. Comas-Herrera et al. (2003) S. 38, Bundesministerium für Gesundheit (2006) k. A.

35 Vgl. Streissler (2004) S. 5, Skuban (2004) S. 180.

36 Vgl. Skuban (2004) S. 180.

37 Vgl. Skuban (2004) S. 183, S. 188f, European Observatory on Health Care Systems (2001) S. 27.

38 Vgl. European Observatory on Health Care Systems (2001) S. 27f.

39 Vgl. Skuban (2004) S. 187f, Streissler (2004) S. 5.

40 Vgl. Skuban (2004) S. 183ff.

6 Wer soll für die Pflege zahlen?

Mit den bisherigen Ausführungen wurde versucht, einen Überblick über das Pflegesystem, insbesondere über die Strategien zur Finanzierung der stationären Pflege, und über das dafür erforderliche Volumen zu vermitteln. Darauf aufbauend werden nun in einem abschließenden Kapitel einige ökonomische Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflegefinanzierung angestellt.

6.1 Dominanz öffentlicher Mittel

Die Darstellung der Situation in Österreich und in anderen Staaten hat gezeigt, dass die stationäre Pflege weitgehend eine Aufgabe der staatlichen Absicherung ist und der privat finanzierte Anteil keine sehr große Rolle spielt. Es würde eine gravierende Systemumstellung erfordern, wollte man diese Dominanz der öffentlichen Mittel ändern. Sie spiegelt die Tatsache wider, dass das Pflegesystem eine typische Aufgabe der Sozialpolitik darstellt, was auch die Bereitstellung entsprechender Mittel erfordert. Selbstbehalte der Pflegebedürftigen in der einen oder anderen Form werden daher – jedenfalls kurz- bis mittelfristig – nur einen beschränkten Beitrag leisten. Dies auch deshalb, weil alle von Privaten geforderten Zahlungen stets Ausweichreaktionen hervorrufen (etwa frühzeitige Weitergabe des Vermögens, sodass es nicht mehr herangezogen werden kann), die das Aufkommen verringern.

Wie die Prognoserechnungen in Kapitel drei gezeigt haben, wird das in Zukunft erforderliche Finanzierungsvolumen zwar deutlich größer sein als heutige, aber die Dramatik dieses Ergebnisses ist aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zu relativieren; das Pflegesystem wird nicht jener Bereich der Sozialpolitik sein, der die am schwierigsten zu lösenden Finanzierungsprobleme bereitet. Das lässt sich direkt aus dem Vergleich der Größenordnungen ersehen: als Anteil am Bruttoinlandsprodukt lagen die öffentlichen Pflegeausgaben im Jahr 2003 bei etwa 1,3%, während die Ausgaben der Kranken- und der Pensionsversicherung zusammen nahezu 16% des BIP erreichten. Offensichtlich werden diese letzteren Bereiche ebenfalls sehr stark von der demographischen Entwicklung betroffen sein; ihre langfristige Finanzierung zu sichern wird eine anspruchsvolle Aufgabe darstellen.

In der politischen Diskussion wird zu entscheiden sein, in welcher Form die öffentlichen Mittel für die Pflege aufgebracht werden und wie die zu leistenden Beiträge verteilt sein sollen.

6.2 Versicherungsprinzip statt Fürsorgeprinzip

Wie im zweiten Kapitel erörtert, ist die Betreuung der Pflegebedürftigen in Heimen der Sozialhilfeverbände derzeit nach dem Prinzip der Sozialhilfe, das auch als Fürsorgeprinzip bezeichnet wird, ausgerichtet. Es besagt, dass „... Leistungen nur in einer Notlage und nach Ausschöpfung aller anderen Quellen der Unterhaltssicherung ...“ (Baldel/Österle 2001, S.18) gewährt werden. Das bedeutet, dass eine Unterstützung durch wohlfahrtsstaatliche Einrichtungen nur nach einer Überprüfung der Bedürftigkeit geleistet wird. Zunächst sind – gemäß dem Subsidiaritätsprinzip – die Betroffenen selbst zur Finanzierung der Pflege verpflichtet, durch das eigene Einkommen und Vermögen. Weiters gehört dazu im Prinzip auch die Beachtung der Unterhaltsverpflichtung durch Angehörige (Ehepartner, Eltern, Kinder, ev. Großeltern, Enkelkinder), wie das auch bei anderen Formen der Sozialhilfe sowie (teilweise) auch bei der Notstandshilfe als Unterstützung bei längerer Arbeitslosigkeit der Fall ist. Bezüglich der Organisation bedeutet diese Anbindung an die Sozialhilfe, dass Länder und Gemeinden zuständig sind (die Gesetzgebung ist Angelegenheit der Länder, daher existieren in Österreich unterschiedliche Regelungen in den Bundesländern, siehe Kapitel zwei sowie Pfeil 2001), die Finanzierung erfolgt durch allgemeine Steuermittel.

Das in der Sozialhilfe vorherrschende Fürsorgeprinzip wird vielfach als für moderne Gesellschaften nicht adäquat angesehen (Lampert/Althammer 2001, S. 230); ihm steht (neben dem weniger relevanten „Versorgungsprinzip“ zur Absicherung spezieller Berufsgruppen wie Beamte) der als „Versicherungsprinzip“ bezeichnete Gedanke gegenüber. Es besagt, dass die Absicherung gegen bestimmte Belastungen, die zufällig in einer großen Zahl von potentiell Betroffenen auftreten, durch eine Versicherung geleistet werden kann.

Typisch sind Versicherungen gegen von der Natur verursachte Schäden (etwa Hagel, Blitzschlag, ...), sie werden auf privaten Märkten angeboten, wobei die von einem/r Versicherten bezahlten Prämien etwa dem Erwartungswert des Schadens entsprechen. Der Versicherungsgedanke spielt aber auch in der Sozialpolitik eine wichtige Rolle, eben bei

den Sozialversicherungen (in Österreich: Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pensionsversicherung). Es spricht einiges dafür, die Finanzierung der Pflegeausgaben durch eine Weiterentwicklung gemäß dem Versicherungsgedanken zu regeln:

(i) Ganz generell gilt, dass das Auftreten von Pflegebedürftigkeit große Ähnlichkeit mit dem Auftreten von Krankheit und Alter (im Sinn eines Verlusts der eigenen Erwerbsfähigkeit) aufweist und gegen beide Risiken wurde in allen entwickelten Staaten ein System der sozialen Absicherung eingerichtet. Pflegebedürftigkeit ist im Wesentlichen eine Konsequenz des Alters⁴¹, tritt aber bei den Menschen in unterschiedlicher Schwere und Dauer auf. Wenn sich Gesellschaften entschlossen haben, die Altersvorsorge von den persönlichen und familiären Umständen abzukoppeln und durch eine allgemeine Versicherung zu regeln, so erscheint es nur konsequent, dies auch für die Pflegenotwendigkeit zu tun.

(ii) Wie die Existenz eines - wenn auch nur gering ausgebildeten - privaten Versicherungsmarktes (siehe dazu Arbeiterkammer Wien 2005) bezeugt, ist Pflegebedürftigkeit ein versicherbares Risiko. Im Prinzip ist das Ausmaß der Betroffenheit - die Schwere und Dauer der Pflegebedürftigkeit - ein zufällig eintretendes Ereignis⁴². In solchen Fällen lässt sich aus Überlegungen zur ökonomischen Effizienz eindeutig der Schluss ziehen, dass die Konsequenzen aus dem Eintritt des „Schadensfalles“ durch eine Versicherung wenigstens weit gehend abgedeckt werden sollten. Auch wenn das im Prinzip über private Versicherungen möglich wäre, spricht vor allem das Verteilungsproblem sowie die Analogie mit den genannten Risiken wie Krankheit und Alter dafür, die Absicherung über eine öffentliche Einrichtung vorzunehmen.

6.3 Implikationen des Versicherungsprinzips

Aus dem Grundgedanken, dass auch in der Pflege das Versicherungsprinzip an die Stelle des Fürsorgeprinzips treten sollte, lassen sich einige Schritte ableiten, die das System in diese Richtung lenken können. Ganz allgemein ist klar, dass ein solcher Übergang tendenziell ein Abgehen von der Orientierung an der Bedürftigkeit (im Sinn von geringem Einkommen und Vermögen) der Betroffenen bedeutet, dass Eigenleistungen von ihnen bzw. ihren Angehörigen in geringerem Maße gefordert würden, auch wenn sie möglich wären. Das bedingt zwar im Prinzip geringere Kostenersätze für die Sozialhilfeträger und daher höhere Ausgaben des öffentlichen Sektors; in welchem Ausmaß das tatsächlich der Fall ist, hängt von den einzelnen Schritten ab, die gesetzt werden, und bedarf jeweils einer genaueren Untersuchung. Generell haben aber die Ausführungen im Kapitel zwei gezeigt, dass die direkt von privaten Haushalten stammenden Zahlungen nur einen geringen Teil zur Finanzierung der stationären Pflege beitragen.⁴³

Dem Versicherungsgedanken widerspricht offensichtlich die Heranziehung des Vermögens der Betroffenen ohne Einschränkung. Personen, die (zufällig) von der Notwendigkeit intensiver und andauernder (stationärer) Pflege betroffen sind, erleiden - zusätzlich zum persönlichen Leid - einen beträchtlichen materiellen Verlust. Sie sind durch die Manifestation des Pflegerisikos ungleich stärker belastet als vergleichbare andere Personen, die weniger oder keine Pflege benötigen. Wie erwähnt, erfordert ökonomische Effizienz, dass dieses Risiko durch eine Versicherung abgedeckt wird. Es kann angesichts der modernen Berufs- und Wohnumstände nicht als der selbstverständliche Normalfall angesehen werden, dass Kinder oder andere nahe Angehörige durch die Übernahme der Pflegetätigkeit die Kosten für fremde (stationäre) Pflege vermeiden können.

Letztlich trifft die Heranziehung des Vermögens Personen mit Kindern am deutlichsten. Eltern, die im Laufe der Erwerbstätigkeit ein gewisses Vermögen akkumuliert haben, haben dies vermutlich auch mit dem Motiv getan, ihren Kindern eine Erbschaft zu hinterlassen. Im Fall der Heranziehung (eines Teiles) des Vermögens wird diese Erbschaft reduziert oder sogar aufgebraucht, was sie selbst und klarerweise die Kinder negativ betrifft. Man kann annehmen, dass bei Personen ohne Kinder das Motiv, eine Erbschaft zu hinterlassen, eine geringere Rolle spielt und sie daher durch die Heranziehung des Vermögens zur Pflegefinanzierung deutlich weniger betroffen sind.

41 Auch Krankheitskosten nehmen mit dem Alter zu.

42 Allerdings gibt es natürlich Faktoren, die das Eintreten mehr oder weniger wahrscheinlich machen.

43 Zu berücksichtigen ist allerdings, dass auch die in Fußnote 27 beschriebenen Eigenbeiträge verringert würden.

Wie schon angeführt, löst insbesondere die Befristung des Rückgriffs auf Schenkungen bzw. Erbschaften vermutlich viele Anpassungsreaktionen aus. Diese widersprechen als solche der generellen ökonomischen Überlegung, dass staatliche Maßnahmen die individuellen Entscheidungen möglichst nicht verzerren sollten. Darüber hinaus erscheint es aus Gerechtigkeitsgründen problematisch, dass von der Heranziehung des Vermögens letztlich nur jene Personen betroffen sind, die nicht früh genug eine Ausweichreaktion gesetzt haben.

Als Konsequenz dieser Überlegungen erscheinen Schritte zu einem Verzicht auf die Heranziehung des Vermögens sinnvoll, das würde als erstes die Einrichtung einer prozentuellen oder absoluten Obergrenze oder eines erheblichen Freibetrags bedeuten.

Die Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 kann als ein erster und wichtiger Schritt in Richtung Versicherungsprinzip angesehen werden. Das Pflegegeld wird tatsächlich ohne Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögenssituation der Betroffenen gewährt, nur in Abhängigkeit vom Vorliegen der Pflegebedürftigkeit. Es liegt daher nahe, diese Einrichtung weiter auszubauen, vor allem da bekanntlich der reale Wert des Pflegegeldes aufgrund fehlender Valorisierungen inzwischen deutlich unter jenem im Jahr der Einführung liegt.⁴⁴ Wenn es in einer Höhe gewährt wird, die (zusammen mit der Pension) die tatsächlichen Kosten der stationären Pflege deckt, bedeutet dies automatisch eine Entlastung bei der Heranziehung der privaten Vermögen.

6.4 Finanzierung durch Steuern oder durch Sozialversicherungsbeiträge

Was die Finanzierung der öffentlichen Ausgaben für Pflege anlangt, so stehen im Wesentlichen zwei Wege zur Auswahl: Weiterer Ausbau der Steuerfinanzierung, wie sie schon jetzt für das Pflegegeld angewendet wird (wobei bei dessen Einführung allerdings, wie in Kapitel zwei angeführt, eine Erhöhung von Sozialversicherungsbeiträgen vorgenommen wurde), oder die Einführung einer eigenen Pflegeversicherung in Analogie zu den existierenden Sozialversicherungen, insbesondere als Ergänzung der Kranken- und der Pensionsversicherung. Für beide Vorschläge gibt es Argumente; für den ersten vor allem die Tatsache einer größeren Basis, von der die Steuern eingehoben werden. Sie ist nicht auf einige Einkommensarten (v. a. Löhne) beschränkt und es gibt keine Höchstbeitragsgrundlage wie bei den Sozialversicherungsbeiträgen. (Tatsächlich wird etwa in Dänemark die soziale Absicherung überhaupt durch Steuern finanziert, siehe auch Kapitel fünf.) Außerdem liegt es aus dieser Sicht nahe, das Pflegegeld entsprechend dem Versicherungsgedanken weiter zu entwickeln, ohne eine neue Institution zu schaffen. Für die Sozialversicherungslösung spricht andererseits, dass sie dem in Österreich vorherrschenden System der sozialen Absicherung durch eigene Versicherungsinstitutionen am besten entsprechen würde (allerdings entstünden dadurch zusätzliche Lohnnebenkosten). Insbesondere könnte dadurch eine bessere Abstimmung des Pflegebereichs mit der Krankenversicherung zustande kommen, was vielfach gefordert wird (z. B. Österle/Hammer 2004, S. 131) und was in anderen Staaten durch eine gemeinsame Einrichtung für beides gewährleistet wird.

Ganz generell gilt, dass eine stärkere Hinwendung zum Versicherungsprinzip, also ein Abgehen von der Orientierung an der Bedürftigkeit (geringere Heranziehung der Vermögen der Betroffenen) eine Maßnahme darstellt, die eher den mittleren und höheren Einkommensgruppen zugute kommt. Zur Kompensation erscheint es angemessen, die Aufbringung der öffentlichen Mittel einkommensabhängig zu gestalten, sodass Personen mit höheren Einkommen einen größeren Beitrag leisten

6.5 Informelle Pflege

Das Ausmaß der Heranziehung der Einkommen und Vermögen der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen (oder Erben) beeinflusst die Entscheidung, ob die Pflege zu Hause oder in einem Heim erfolgt. Offensichtlich stellt eine Verringerung der individuell zu tragenden Kosten einen Anreiz für eine Verlagerung der Pflege in Heime dar. Derzeit sind in rund 80% der Langzeitpflegesituationen nahe Angehörige die Hauptbetreuerpersonen (Österle/Hammer 2004, S. 36) und es ist offensichtlich, dass deren Leistungen nicht einfach auf den öffentlichen Sektor übertragen werden können und sollen. Wie preisreagibel die Entscheidung einer Verlagerung der Pflege in ein Heim ist, in wel-

⁴⁴ Dabei ist zu beachten, dass wegen der in Kapitel drei angesprochenen Personalintensität des Pflegesektors die Valorisierung näher beim Wachstum der Löhne als bei jenem der Verbraucherpreise angesiedelt sein sollte.

cher Höhe der angesprochene Effekt also eintritt, wenn die Heranziehung des Vermögens zur Finanzierung der Pflege in Heimen verringert oder abgeschafft wird, kann nicht einfach abgeschätzt werden, dazu bedürfte es einer tiefer gehenden Untersuchung.

Jedenfalls wird die Entscheidung über eine Inanspruchnahme von stationärer Pflege einerseits von der Schwere der Pflegebedürftigkeit, andererseits aber ganz wesentlich auch von den Lebensumständen der Angehörigen abhängen, die eventuell die Pflege zu Hause übernehmen könnten. Weiters sind es vermutlich soziale – nicht monetäre – Aspekte wie familiäre Bindungen, von denen die Entscheidung für die informelle Pflege abhängt. Es gibt, wie das deutsche Pflegeversicherungssystem zeigt, eine Reihe von Möglichkeiten, wie sie erleichtert und unterstützt werden könnte. Dazu dienen etwa eine bessere Beratung der informell pflegenden Personen, Pflegekurse, Ausbau der mobilen sozialen Dienste, Entlastungsmöglichkeiten durch mehr Kurzzeitpflegeangebote („Pflegeurlaub“), bis hin zu finanziellen und sozialrechtlichen Absicherung (Übernahme von Sozialversicherungsbeiträgen, gekoppelt an das Ausmaß der Pflegetätigkeit, vgl. auch Österle/Hammer 2004, S113ff). Mit solchen Angeboten kann versucht werden, die Balance zwischen der physischen und psychischen Belastung der Angehörigen im Fall der Pflegetätigkeit und den finanziellen Konsequenzen einer stationären Betreuung herzustellen.

7 Literatur

1. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 145/2003
2. Arbeiterkammer Wien (2005): Studie private Pflegegeldversicherungen.
3. Badelt C, Österle A. (2001): Grundzüge der Sozialpolitik, Wien: Manz.
4. Bahle T., Pfenning A. (2001): Angebotsformen und Trägerstrukturen sozialer Dienste im westeuropäischen Vergleich. Observatorium für die Entwicklung sozialer Dienste, Mannheim, Arbeitspapier Nr. 4.
5. Brunner J. K., Mühlböck V. (2006): Finanzierungsalternativen für die Pflegeausgaben zur Entlastung der Länder- und Gemeindebudgets. Linz.
6. Bundespflegegeldgesetz, BGBl. Nr. 110/1993 zuletzt geändert durch BGBl. Nr. 201/1996.
7. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2005): Pflegevorsorge in Österreich, Wien.
8. Bundesministerium für Gesundheit (2006): Pflegeversicherung, Berlin.
9. Comas-Herrera A., et al. (2003): European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission, PSSRU Discussion Paper 1840.
10. European Observatory on Health Care Systems (2001): Health Care Systems in Transition – Denmark, Kopenhagen.
11. Fries A. (2005): Verflissenes Erbe im Altersheim. Gewinn 9/05.
12. Lampert H., Althammer J. (2001): Lehrbuch der Sozialpolitik. Springer Verlag, Berlin.
13. Ministry of Health, Welfare and Sport (2004): Health Insurance in the Netherlands. International Publication Series Health, Welfare and Sport no. 1E, Den Haag.
14. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005): Health Insurance in the Netherlands – The new health insurance system from 200, Den Haag.
15. Österle A., Hammer E. (2004): Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen – Rahmenbedingungen-Politikansätze-Entwicklungsperspektiven. Kardinal König Akademie, Wien.
16. Pfeil W. (2001): Vergleich der Sozialhilfesysteme der österreichischen Bundesländer. Rechtswissenschaftliche Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien.
17. Pratscher K. (2003). Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2000 und 2001. Statistische Nachrichten 10/2003. S. 749 – 759.
18. Skuban R. (2004): Pflegesicherung in Europa – Sozialpolitik im Binnenmarkt. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
19. Statistik Austria (2007): Statistisches Jahrbuch 2006 – Soziale Sicherheit.
20. Streissler A. (2004): Geriatrische Langzeitpflege – Situation und Entwicklungsperspektiven. Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft Nr. 87.

21. Vorarlberger Sozialhilfeverordnung, LGBl. Nr. 14/2006.