

Mühlberger, Ulrike; Knittler, Käthe; Guger, Alois; Schratzenstaller, Margit

Research Report

Finanzierung der Pflegevorsorge

Sozialpolitische Studienreihe, No. 3

Provided in Cooperation with:

Government of Austria, Federal Ministry of Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection, Vienna

Suggested Citation: Mühlberger, Ulrike; Knittler, Käthe; Guger, Alois; Schratzenstaller, Margit (2010) : Finanzierung der Pflegevorsorge, Sozialpolitische Studienreihe, No. 3, ISBN 978-3-99046-000-9, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/226664>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>



bmask.gv.at

BUNDESMINISTERIUM FÜR
ARBEIT, SOZIALES UND
KONSUMENTENSCHUTZ

SOZIALPOLITISCHE STUDIENREIHE

BAND 3

Finanzierung der Pflegevorsorge

Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge
Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung im Auftrag des BMASK

FINANZIERUNG DER PFLEGEVORSORGE

Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge

Ulrike Mühlberger, Käthe Knittler, Alois Guger

Wissenschaftliche Assistenz: Stefan Fuchs, Andrea Sutrich

Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge

Ulrike Mühlberger, Alois Guger, Käthe Knittler, Margit Schratzenstaller

Wissenschaftliche Assistenz: Andrea Sutrich

INHALTSVERZEICHNIS

MITTEL- UND LANGFRISTIGE FINANZIERUNG DER PFLEGEVORSORGE

1.	Einleitung	13
2.	Erhebung des Status quo	17
3.	Mittel- und langfristige Entwicklung der Kosten der Pflegevorsorge aufgrund der derzeit geltenden gesetzlichen Regelungen	27
4.	Pflegefinanzierung internationaler Vergleich	52
5.	Schlussfolgerungen	74
6.	Literaturverzeichnis	77
7.	Anhang	82

ALTERNATIVE FINANZIERUNGSFORMEN DER PFLEGEVORSORGE

1.	Kurzfassung - Executive Summary	101
2.	Einleitung	114
3.	Öffentliche und private Kosten der Pflegevorsorge	117
4.	Unterschiedliche Organisationsvarianten der Pflegevorsorge	121
5.	Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge	133
6.	Schlussfolgerungen	196
7.	Literaturhinweise	205

MITTEL- UND LANGFRISTIGE FINANZIERUNG DER PFLEGEVORSORGE

Ulrike Mühlberger, Käthe Knittler, Alois Guger

Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung

Begutachtung: Franz Sinabell, Ewald Walterskirchen

Wissenschaftliche Assistenz: Stefan Fuchs, Andrea Sutrich

März 2008

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	13
1.1.	Problemstellung und Zielsetzung	13
1.2.	Datenrestriktionen – Grenzen der Studie	14
1.3.	Zur Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege	16
2.	Erhebung des Status quo	17
2.1.	Die Pflegevorsorge in Österreich	17
2.2.	Finanzierungsaufwand und Finanzierungsstruktur der Langzeitpflege in Österreich	18
2.3.	Die Verteilungswirkung des derzeitigen Finanzierungsmodells	25
3.	Mittel- und langfristige Entwicklung der Pflegevorsorge	27
3.1.	Bestimmende Faktoren der Kostenentwicklung	27
3.1.1.	Demografische Faktoren	29
3.1.2.	Nicht-demografische Faktoren	33
3.2.	Prognoseszenarien	37
3.2.1.	Modelldesign und Methoden	37
3.2.2.	Basisszenario: demografische Entwicklung	40
3.2.3.	Szenario mit steigender Gesundheit und sinkendem Pflegerisiko	42
3.2.4.	Szenario mit erhöhter Nachfrage nach formeller Pflege	44
3.2.5.	Szenario mit Kostenanstieg der Sachleistungen	45
3.2.6.	Gesamtszenarien	46
4.	Pflegefinanzierung internationaler Vergleich	52
4.1.	Einleitung	52
4.2.	Deutschland	54

4.2.1.	Pflegesystem und Finanzierungsstruktur	55
4.2.2.	Pflegereform 2008	58
4.2.3.	Probleme und aktuelle Diskussion	59
4.3.	Niederlande	60
4.3.1.	Pflegesystem und Finanzierungsstruktur	61
4.3.2.	Gesundheitsreform 2006	64
4.3.3.	Diskussion und Probleme	67
4.4.	Dänemark	68
4.4.1.	Pflegesystem und Finanzierungsstruktur	69
4.4.2.	Probleme und aktuelle Diskussionen	72
5.	Schlussfolgerungen	74
6.	Literaturverzeichnis	77
7.	Anhang	82

VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN

Übersicht 1:	Verteilung des Bundes- und Landespflegegeldes nach Pflegestufen, 2006	19
Übersicht 2:	Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen, 1995 bis 2006	21
Übersicht 3:	Übersicht Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld, 1996 bis 2006	21
Übersicht 4:	Geld- und Sachleistungen der Pflegevorsorge, Bund und Länder, 1994 bis 2006	24
Übersicht 5:	Veränderungsraten der Geld- und Sachleistungen, 1994 bis 2006	25
Übersicht 6:	Stand der Bevölkerung nach Altersgruppen gemäß Bevölkerungsprognose	31
Übersicht 7:	Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit	32
Übersicht 8:	Stand der Bevölkerung sowie Frauenanteil nach Altersgruppen	34
Übersicht 9:	Entwicklung der Erwerbsquoten von Frauen nach Altersgruppen	35
Übersicht 10:	Anteil weiblicher Erwerbspersonen nach Altersgruppen in Prozent	36
Übersicht 11:	Mittel- und langfristige Kostenentwicklung der Langzeitpflege: zugrunde liegende Annahmen der unterschiedlichen Szenarien	39
Übersicht 12:	Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 – Basisszenario	40

Übersicht 13:	Prognose des Bundes- und Landespflegegeldaufwandes in Mio. € bis 2030 – Basisszenario	41
Übersicht 14:	Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Basisszenario	41
Übersicht 15:	Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit	42
Übersicht 16:	Prognose des Bundes- und Landespflegegeldaufwandes in Mio. € bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit	43
Übersicht 17:	Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit	44
Übersicht 18:	Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Szenario mehr formelle Pflege	45
Übersicht 19:	Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen Mio. € bis 2030 – Szenario Kostenanstieg	46
Übersicht 20:	Prozentuelle Abweichungen der tatsächlichen Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen 2006 mit den projektierten Werten auf Basis der Bundespflegegeld- bezieherInnen 1996	48
Übersicht 21:	Prognose der Bundes- und Landespflegegeld- bezieherInnen bis 2030 – Gesamtszenario	49
Übersicht 22:	Zusammenfassung der drei Szenarien Kosten und prozentuelle Veränderung gegenüber 2006	51
Übersicht 23:	Leistungsart und Höhe je nach Pflegestufe	57
Übersicht 24:	Internationaler Vergleich der Pflegesicherung	73
Übersicht A1:	Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld, 1994 bis 2006	83
Übersicht A2:	LandespflegegeldbezieherInnen nach Geschlecht und Bundesland, 1994 bis 2006	84
Übersicht A3:	Finanzierung der Altenpflege (über 60 Jahre) durch Gebietskörperschaften, 2005	85

Übersicht A4:	Nettoaufwand ambulante Dienste, 2000 bis 2006	86
Übersicht A5:	Nettoaufwand stationäre Dienste, 2000 bis 2006	87
Übersicht A6:	Nettoaufwand ambulante Dienste, 1994 bis 2006	88
Übersicht A7:	Nettoaufwand teilstationäre Dienste, 1994 bis 2006	88
Übersicht A8:	Nettoaufwand stationäre Dienste, 1994 bis 2006	89
Übersicht A9:	Nettoaufwand Gesamt, 1994 bis 2006	89
Übersicht A10:	Zuordnung des Kostenausweises für teilstationäre Dienste	90
Übersicht A11:	Zuordnung des Kostenausweises für stationäre Dienste	90

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abbildung 1:	Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen in den jeweiligen Altersgruppen (Stichtag 31.12.2006)	20
Abbildung 2:	Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppen, 1995 bis 2006	22
Abbildung 3:	Bundes- und Landespflegegeld in Prozent des BIP, 1994 bis 2006	23
Abbildung 4:	Im WIFO-Modell berücksichtigte Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege	28
Abbildung 5:	Entwicklung der Bevölkerung in Österreich	30

1. EINLEITUNG

1.1. Problemstellung und Zielsetzung

Das österreichische Modell der Pflegevorsorge steht durch den demografischen Wandel sowie die verstärkte Individualisierung der Gesellschaft vor einer immer dringlicher werdenden Herausforderung. Einerseits ist durch die steigende Alterung der Bevölkerung eine wachsende Belastung der öffentlichen Budgets zu erwarten - auch wenn dies durch einen prognostizierten Anstieg der Lebensjahre in Gesundheit und der Effizienzsteigerungen der Pflegeleistungen etwas abgeschwächt werden wird. Andererseits kann durch die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen sowie aufgrund des Rückgangs der Kinderanzahl eine Erhöhung der Nachfrage nach außerfamiliären Pflegeleistungen erwartet werden.

Pflegebedürftig zu werden, stellt ein Risiko dar, welches vor allem BezieherInnen von geringeren Pensionen finanziell überfordern kann. Die Daten über die soziale Struktur der PflegegeldbezieherInnen zeigen, dass das Pflegegeld vor allem an BezieherInnen niedriger Pensionen ausgezahlt wird. Um jedoch Aussagen über die Verteilungswirkung des österreichischen Pflegesystems machen zu können, muss auch die Finanzierungsseite und deren Verteilungswirkung beleuchtet werden, da auch das Aufkommen betrachtet werden muss.

Diese Studie zielt auf die Analyse der Finanzströme der österreichischen Pflegevorsorge ab. Der erste Teil stellt eine Status-quo-Erhebung des österreichischen Pflegesystems dar. Dabei werden der Finanzierungsaufwand sowie die Finanzierungsstruktur der Langzeitpflege in Österreich erfasst (Bund, Länder, Geld- und Sachleistungen). Darüber hinaus wird die distributive Wirkung des derzeitigen Finanzierungsmodells beleuchtet. Der zweite Teil der Studie beschäftigt sich mit der mittel- und langfristigen Kostenentwicklung der Pflegevorsorge aufgrund der derzeit geltenden Regelungen.

Es wird ein Modell präsentiert, welches auf Basis von demografischen (Änderungen der Bevölkerungsstruktur, Entwicklung des Gesundheitszustandes) und nicht-demografischen (Arbeitsmarktentwicklung, Kostenentwicklung im Pflegebereich) Faktoren die notwendigen Mittel für die Pflegevorsorge bis zum Jahr 2030 prognostiziert. Im dritten und letzten Teil der Studie werden Pflegesysteme dreier europäischer Länder untersucht: Deutschland, Dänemark und die Niederlande. Diese drei Länder wurden ausgewählt, da sie unterschiedliche Systeme repräsentieren: In Deutschland wurde 1995 eine Pflegeversicherung eingeführt (Beitragssystem), in Dänemark wird die Pflege über allgemeine Steuermittel finanziert (Steuersystem) und in den Niederlanden wird die Pflegevorsorge zwar auch über Beiträge finanziert, diese Beiträge haben jedoch eine wesentlich breitere Einzahlungsbasis als nur jene der Beschäftigten, da z. B. auch Vermögenssteuern inkludiert sind. Das niederländische System repräsentiert also ein Mischsystem.

1.2. Datenrestriktionen – Grenzen der Studie

Während das Bundes- und Landespflegegeld durch die jährlichen Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge gut dokumentiert sind, gestaltet sich die Erfassung der Sachausgaben der Länder als problematisch. Grund dafür ist die uneinheitliche und teilweise lückenhafte Berichterstattung der Länder über ihre Finanzaufwände für stationäre, teilstationäre und mobile Dienste. Dadurch ergibt sich in den jährlichen Berichten des Arbeitskreises für Pflegevorsorge eine unvollständige Zusammenstellung der Sachleistungen der Länder. Für diese Studie wurde versucht, fehlende Daten zu ergänzen – im Speziellen für das Jahr 2006 –, das relevante Jahr für die Prognosen über den künftigen Finanzaufwand der Pflegevorsorge in Österreich.

Die wesentlichen Probleme, die die Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern laut den Angaben der jährlichen Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge erschweren, sind folgende: (1) keine einheitliche Aufteilung zwischen den Leistungen für Alte und

Behinderte, (2) keine einheitliche Abgrenzung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen (so werden in einigen Bundesländern die teilstationären Dienste nicht explizit erfasst), (3) unterschiedliche Kostenerfassung nach BezieherInnenkreis – manche Bundesländer weisen nur die Kosten für PflegegeldbezieherInnen aus, manche die für Pflege und Nicht-PflegegeldbezieherInnen, (4) auch innerhalb der Bundesländer gibt es Datenbrüche zwischen den Jahren (Beispiele aus einzelnen Bundesländern: ab 2006 Datenübermittlung nur für PflegegeldbezieherInnen, davor auch für andere; ab 2005 im stationären Bereich auch die teilstationären Leistungen enthalten, davor getrennt).

Im Anhang dieser Studie werden die Daten der Ausgaben für die Pflegevorsorge in Österreich bestmöglich erfasst. Die Übersicht A1 gibt einen Überblick über die Anzahl der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen zwischen 1994 und 2006. Übersicht A2 unterteilt die Anzahl der LandespflegegeldbezieherInnen weiter nach Bundesländern, getrennt nach Geschlecht, im Zeitverlauf 1994 bis 2006. Übersichten A4 und A5 stellen die Sachleistungen der Bundesländer im stationären und ambulanten Bereich zwischen 1994 und 2006 zusammen. Diese Übersichten sind dem Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006 entnommen. Allerdings handelt es sich hier nicht um vollständige Daten, da aus Gründen der Vergleichbarkeit nicht alle gemeldeten Daten aus den vorhandenen Arbeitskreisberichten übernommen wurden. Übersichten A6 bis A11 präsentieren den Versuch, auf Basis der problematischen Datenlage, die Kosten in stationäre, teilstationäre und ambulante zu unterscheiden. Ein wesentlicher Unterschied der Übersichten A4 und A5 im Gegensatz zu den Übersichten A6 bis A11 ist auch, dass erstere nur die Kosten für die Altenpflege aufweisen, während letztere auch die Nettoaufwände für Behindertenheime berücksichtigen. Darüber hinaus wurden die Daten in Übersichten A6 bis A11 so weit wie möglich ergänzt (z. B. um die Daten der Wiener Städtischen Pflegeheime 2005 und 2006 und um die Daten des Kuratoriums Wiener Pensionisten Wohnhäuser 2004 bis 2006).

Summa summarum ist die Aufstellung der Kosten für die Langzeitpflege aufgrund der Heterogenität der Erfassung und Berichterstattung der Bundesländer äußerst problematisch. Für genaue Analysen der tatsächlichen Kosten der Langzeitpflege – bzw. um diese in die Zukunft zu prognostizieren – ist eine kohärente Zusammenstellung der Bundesländer unumgänglich.

1.3. Zur Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege

Ein weiteres Problem für die Datenerfassung der Aufwände für die Pflegevorsorge in Österreich sind die teils verschwimmenden Grenzen zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesektor. Die für diese Studie relevante Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege konzentriert sich im Wesentlichen auf zwei Bereiche: (1) Die Problematik, dass aufgrund der fehlenden Pflegeversorgung nach Krankenhausentlassung die Zeit des Krankenhausaufenthaltes verlängert wird und dadurch zusätzliche Ausgaben für den Gesundheitsbereich anfallen. (2) Die Problematik, dass aufgrund der fehlenden Pflegeversorgung im privaten Bereich voreilige Pflegeheimweisungen stattfinden, die mit einem koordinierten Entlassungsmanagement – im Speziellen die Vermittlung ambulanter und mobiler Betreuung - vermieden werden könnte.

Um diese Probleme zu reduzieren, wurden in den letzten Jahren in vielen Bundesländern ein Konzept des Entlassungsmanagements entworfen und speziell geschulte EntlassungsmanagerInnen ausgebildet. Ein Beispiel ist das Projekt „PIK“ (PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung) – ein Projekt der Stadt Wien gemeinsam mit den Wiener Sozialversicherungsträgern, durch welches eigens trainierte EntlassungsmanagerInnen ausgebildet wurden und werden.

Laut einer empirischen Feldstudie zur Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege in Oberösterreich (Lehner – Mayr, 2007) sind im Entlassungsmanagement folgende Prioritäten zu setzen: Informationsfluss bei Entlassungen; Schulung und

Begleitung von pflegenden Angehörigen nach Krankenhausentlassung; Möglichkeit, PatientInnen auch kurzfristig in stationäre Betreuung zu geben um die häusliche 24-Stunden-Pflege zu entlasten; Versorgungslücke nach Krankenhausentlassung; mehr Vernetzung von stationärer, ambulanter und mobiler Versorgung.

2. ERHEBUNG DES STATUS QUO

2.1. Die Pflegevorsorge in Österreich

Pflegebedürftige Menschen werden in Österreich von der öffentlichen Hand durch Geldleistungen (steuerfinanziertes Pflegegeld seit 1993) und durch Sachleistungen (Pflege und Altenheime, soziale Dienste) unterstützt. Für Geldleistungen kommen der Bund (Bundespflegegeld) und die Länder (Landespflegegeld), für Sachleistungen kommen die Länder und die Gemeinden auf. Während das Pflegegeld durch das Bundespflegegeldgesetz und neun – im Prinzip gleich lautende – Landespflegegeldgesetze bundesweit einheitlich geregelt ist, ist die Erbringung von Sachleistungen je nach Bundesland unterschiedlich geregelt, wodurch es bei der formellen Pflegebetreuung zu unterschiedlichen Standards im Bundesgebiet kommt. Der überwiegende Teil der effektiven Pflegeleistung wird jedoch informell, meist im familiären Kontext und unterstützt durch das Bundes- bzw. Landespflegegeld, erbracht. Laut Badelt et al. (1997) werden ca. 80% der Pflegeleistungen durch die Familie erbracht.

Mit dem 1. Juli 1993 wurde in Österreich ein einheitliches, bedarfsorientiertes – jedoch nicht notwendigerweise bedarfsdeckendes – Pflegegeld in 7 Leistungsstufen eingeführt, auf welches ein Rechtsanspruch besteht – und zwar unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Diese Neuregelung der Pflegevorsorge in Österreich basiert erstens auf einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen und zweitens auf dem Bundespflegegeldgesetz und den korrespondierenden

Pflegegeldgesetzen der Länder. Das sozialpolitische Ziel dieser Neuregelung war die gesellschaftliche Absicherung des Risikos, pflegebedürftig zu werden. Das Pflegegeld wird durch das allgemeine Steueraufkommen finanziert.

2.2. Finanzierungsaufwand und Finanzierungsstruktur der Langzeitpflege in Österreich

In Österreich unterstützt die öffentliche Hand – Bund, Länder, Gemeinden – die privaten Haushalte durch Geld- und Sachleistungen. Seit Einführung des Bundes- und Landespflegegelds im Jahr 1993 haben Personen, die einen ständigen Pflegebedarf von mehr als 50 Stunden im Monat nachweisen können (und der voraussichtlich mehr als 6 Monate andauern wird), einen gesetzlichen Anspruch auf die Zuerkennung des Bundes- bzw. Landespflegegeldes. Dieses ist je nach notwendiger Pflegeintensität in 7 Stufen unterteilt mit einem monatlichen Auszahlungsbetrag von € 148,3 Euro in der ersten Stufe bis zu € 1.562,1 in der siebten Stufe. Per Stichtag 31.12.2006 wurde an insgesamt 398.293 Personen Pflegegeld ausbezahlt (337.322 Bundespflegegeld, 60.971 Landespflegegeld). Im Vergleich zu 1996 hat sich die Anzahl der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen um rund 26% erhöht. Der größte Teil wurde 2006 an BezieherInnen der Pflegestufe 2 (Pflegebedarf zwischen über 75 und 120 Stunden) ausbezahlt. Mehr als die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen sind in Stufe 1 und 2, während nur ca. 5% in die obersten beiden Kategorien (Stufe 6 und 7) fallen. Geschlechtsspezifisch zeigt sich, dass zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen Frauen sind, was vor allem an der demografischen Entwicklung liegt (geringere Männeranzahl in den Kohorten durch die beiden Weltkriege sowie längere Lebenserwartung von Frauen).

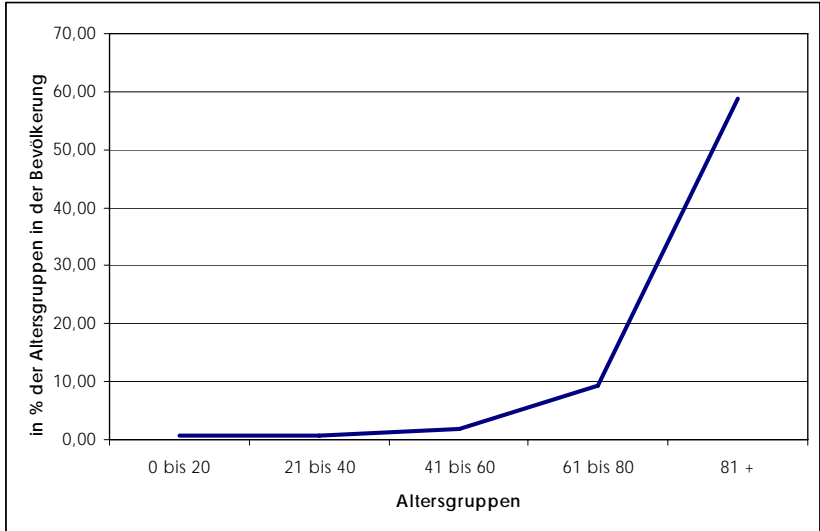
Übersicht 1: Verteilung des Bundes- und Landespflegegeldes nach Pflegestufen, 2006

Pflegegeld	Pflegebedarf in Stunden/Monat	Monatlicher Betrag 2006 (\$5 BPGG)	Anzahl der BezieherInnen (per Stichtag 31.12.2006; Bundes- und Landespflegegeld)		
			Frauen	Männer	Insgesamt
Stufe 1	Über 50 Stunden	148,3	62.009	23.851	85.860
Stufe 2	Über 75 Stunden	273,4	88.514	44.638	133.152
Stufe 3	Über 120 Stunden	421,8	43.750	22.002	65.752
Stufe 4	Über 160 Stunden	632,7	38.597	20.093	58.690
Stufe 5	Über 180 Stunden und außergewöhnlicher Pflegebedarf	859,3	20.767	10.179	30.946
Stufe 6	Über 180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	1.171,7	7.277	4.604	11.881
Stufe 7	Über 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	1.562,1	4.928	2.549	7.477
Summe			265.842	127.916	396.817 ¹⁾

Q: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006. - ¹⁾ Erfasster Personenkreis in den sieben Pflegestufen. Darüber hinaus erhalten 1.476 Personen Leistungen aus dem Landespflegegeld (Ausgleichszahlungen o. ä.), sodass insgesamt 398.293 Personen Bundes- und Landespflegegeld beziehen. Die Abweichung zwischen der ausgewiesenen Summe der Männer und Frauen ergibt 3.059 Personen. Diese Diskrepanz kommt zustande, da 3.059 BundespflegegeldbezieherInnen nicht geschlechtsspezifisch ausgewiesen sind.

Nach Altersgruppen betrachtet zeigt sich, dass das Risiko pflegebedürftig zu sein mit zunehmendem Alter stark ansteigt. Der Anteil der PflegegeldbezieherInnen steigt dementsprechend in den älteren Kohorten an. 2006 bezogen 59% der Über-81-Jährigen in Österreich Pflegegeld. Im Vergleich dazu bezogen nur gut 9% der 61- bis 80-Jährigen Pflegegeld.

Abbildung 1: Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen in den jeweiligen Altersgruppen (Stichtag 31.12.2006)



Q: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006.

In einer 10jährigen Betrachtung zeigt sich weiters, dass sich das Pflegerisiko in den einzelnen Kohorten kaum verändert hat. Interessant ist, dass sich bei den Über-81-Jährigen zwischen 1995 und 2000 ein Aufwärtstrend zeigt – welcher sich unter anderem wohl durch einen Informationseffekt erklären lässt – ab 2000 ist der Anteil der PflegegeldbezieherInnen unter den Über-81-Jährigen allerdings wieder rückläufig (mit einem neuerlichen Anstieg von 2005 auf 2006).

Übersicht 2: Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen, 1995 bis 2006

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0 bis 20	0,39	0,48	0,43	0,41	0,55	0,53	0,57	0,57	0,59	0,62	0,63	0,64
21 bis 40	0,57	0,65	0,62	0,61	0,73	0,73	0,74	0,74	0,74	0,77	0,78	0,79
41 bis 60	1,26	1,34	1,35	1,36	1,50	1,53	1,53	1,56	1,58	1,65	1,69	1,79
61 bis 80	7,55	8,11	8,31	8,58	9,45	9,58	9,44	9,37	9,11	9,23	9,19	9,41
81 +	61,97	56,87	57,83	57,67	60,19	62,07	61,00	61,13	60,36	60,35	57,71	58,87

Q: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006.

Insgesamt zeigt die Entwicklung der letzten 10 Jahre einen kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen. 1996 bezogen 316.080 Menschen in Österreich Pflegegeld, 2006 waren es 398.293, was einer Steigerung von rund 26% entspricht. Wie bereits weiter oben erwähnt, sind der Großteil der PflegegeldbezieherInnen Frauen, wobei Männer eine höhere Steigerungsrate als Frauen aufweisen. Dies ist erstens dadurch begründet, dass Männer ab dem Geburtsjahrgang 1930 (welche nicht am 2. Weltkrieg teilgenommen haben) bereits in das pflegebedürftige Alter kommen sowie durch die beobachtete Angleichung der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen.

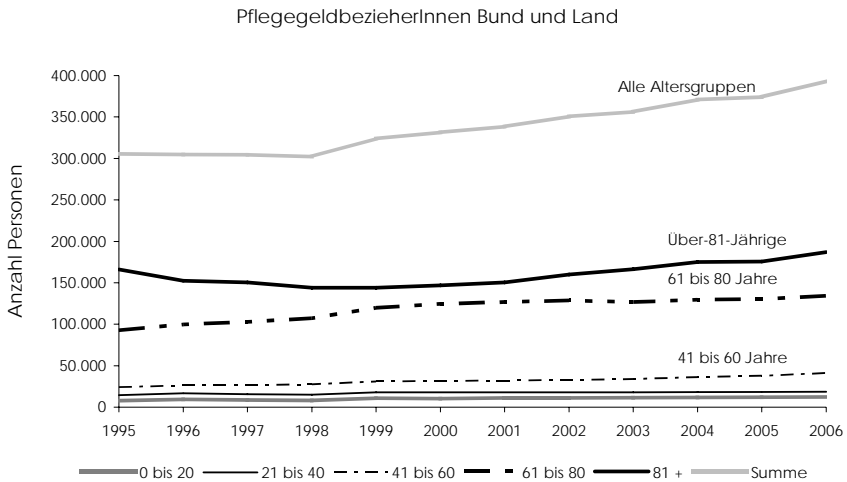
Übersicht 3: Übersicht Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld, 1996 bis 2006

Jahresende	Insgesamt	Anzahl BezieherInnen von	
		Bundespflegegeld	Landespflegegeld
		Insgesamt	
1996 ¹⁾	316.080	262.220	53.860
2006	398.293	337.322	60.971
		Frauen	
1996 ¹⁾	216.108	181.100	35.008
2006	262.554	226.540	36.014
		Männer	
1996 ¹⁾	99.669	81.120	18.549
2006	132.680	107.723	24.957
	Veränderungsraten 1996-2006 (Bundes- und Landespflegegeld)		
Insgesamt		+ 26,0%	
Frauen		+ 21,5%	
Männer		+ 33,1%	

Q: Statistik Austria, BMSK, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Die Summe aus Frauen und Männern weicht von Insgesamt ab, weil die Aufgliederung nach Geschlecht nicht für alle Bundesländer vorliegt; 1996: 303 Personen, 2006: 3.059 Personen.

In Bezug auf die Altersstrukturen zeigt Abbildung 2, dass der Gesamtanstieg in den letzten 5 Jahren vorwiegend durch den Anstieg der Über-81-Jährigen begründet ist, während in den Jahren 1996 bis 2000 der Anstieg der 61- bis 80-Jährigen maßgeblich an der Gesamtentwicklung war, was sich durch die Verschiebung der Alterskohorte ergibt.

Abbildung 2: Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppen, 1995 bis 2006

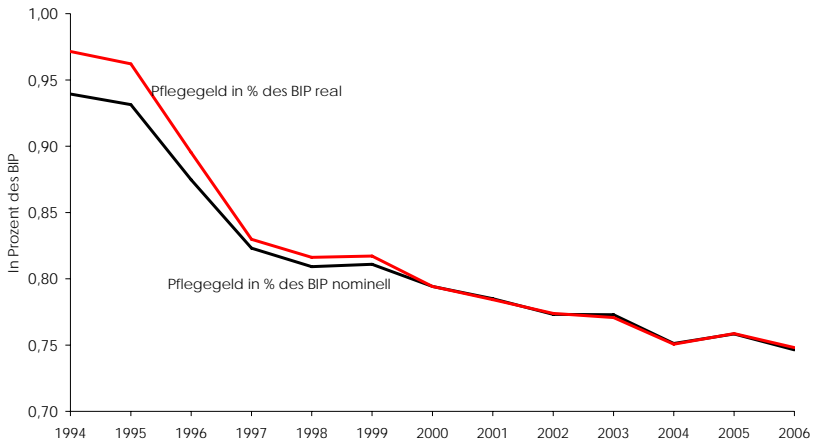


Q: Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1995 bis 2006.

Im Jahr 2006 wurde ein Gesamtbetrag (Bund und Länder) von rund 1,93 Mrd. Euro an Pflegebedürftige im Rahmen des Bundespflegegeldgesetzes sowie der Landespflegegeldgesetze ausbezahlt (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2006). Zwischen 1994 und 2006 haben sich die Kosten für das Bundes- und Landespflegegeld um rund 21,3% erhöht (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2006). Um die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Pflegevorsorge beurteilen zu können, müssen diese Zahlen allerdings in Bezug auf die Entwicklung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Österreichs gesetzt werden. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt hat

sich der Anteil des Pflegegeldes verringert (Abbildung 4). In anderen Worten hat sich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit seit 1994 stärker entwickelt als die Ausgaben für das Pflegegeld. Ein wesentlicher Faktor hierfür ist allerdings, dass seit der Einführung des Pflegegeldes der Betrag nur drei Mal valorisiert wurde¹.

Abbildung 3: Bundes- und Landespflegegeld in Prozent des BIP, 1994 bis 2006



Q: Statistik Austria, WIFO.

Zusätzlich zum Landespflegegeld kommen die Bundesländer auch für Sachleistungen im Bereich der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege auf. Da die Ausgestaltung der Sachleistungen sowie deren Aufwandserfassung in den neun Bundesländern unterschiedlich gehandhabt werden, ist eine lückenlose Zusammenstellung der Aufwände der Sachleistungen nicht möglich. Übersicht 4 zeigt die Geldleistungen der Pflegevorsorge sowie eine Zusammenstellung der Sachleistungen mit Einschrän-

¹ 1994 und 1995 wurde auf Basis des Bundespflegegeldgesetzes und der Landespflegegeldgesetze von 1993 valorisiert, danach erst wieder durch das Budgetbegleitgesetz 2004 (BGBl I Nr. 136/2004) um 2% (ab 1.1.2005).

kungen (siehe Kapitel 0.2. zu Datenrestriktionen). Die Daten für die Sachleistungen der Bundesländer sind hier inklusive der Pflege von Behinderten und bestmöglichen Ergänzungen der Daten laut den Berichten des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (siehe Kapitel 0.2. für Details). Unter Berücksichtigung dieser Dateneinschränkungen erfasst Übersicht 4 die Geld- und Sachleistungen für die Pflegevorsorge in Österreich zwischen 1994 und 2006.

Übersicht 4: Geld- und Sachleistungen der Pflegevorsorge, Bund und Länder, 1994 bis 2006

	Insgesamt	Geldleistungen		Sachleistungen		
		Bund Bundespflge geld ³⁾	Länder Landespflge geld ³⁾	Länder ambulante Dienste ⁴⁾	Länder teilstationäre Dienste	Länder stationäre Dienste ⁵⁾
1994	2.110,38	1.340,89	246,23	123,41	23,92	375,92
1995	2.216,11	1.379,40	255,35	127,92	27,60	425,82
1996	2.344,02	1.321,56	269,26	139,11	53,71	560,38
1997	2.299,37	1.266,25	257,45	129,11	27,95	618,61
1998	2.430,97	1.299,54	257,01	147,12	32,79	694,52
1999	2.595,09	1.355,64	266,44	164,66	37,00	771,36
2000	2.693,56	1.397,57	273,32	197,41	31,56	793,69
2001	2.729,04	1.426,93	267,53	179,88	45,80	808,91
2002	2.821,94	1.433,00	274,33	181,14	64,21	869,26
2003	2.858,04	1.470,60	277,27	187,34	64,81	858,02
2004	3.073,25	1.489,30	284,60	199,54	72,94	1.026,87
2005	3.247,80	1.566,40	293,97	213,44	79,70	1.094,29
2006	3.257,38	1.621,40	303,64	237,12	89,70	1.005,52

Q: Statistik Austria, BMSK, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. - ¹⁾ 1995 bis 1999 Gesamtsumme ohne Sachleistungen; diese erst ab 2000 vergleichbar, Burgenland erst ab 2002 verfügbar. - ²⁾ Nettoaufwand ergibt sich aus dem Aufwand zu Vollkosten abzüglich der Einnahmen durch Kostenbeiträge, Mittel des Landesgesundheitsfonds sowie sonstiger Einnahmen. - ³⁾ Inklusive sonstiger/vorläufiger Leistungen, AuslandsbezieherInnen und Ausgleichszahlungen. - ⁴⁾ Ohne Steiermark; einnahmeseitig keine Daten vorhanden; Salzburg ab 2001 Rückgang aufgrund von Tarifänderungen. - ⁵⁾ Kärnten: Einnahmen für Psychiatrische Pflegestellen im Wert für Pflegeheime enthalten, bereinigter Wert laut BMSK. Siehe auch Kapitel A.2. zur Problematik der Daten sowie Anhänge.

Insgesamt haben sich die Aufwände für die Langzeitpflege zwischen 1994 und 2006 um 54,4% erhöht, wobei sich die Aufwände für die Sachleistungen deutlich stärker entwickelt haben als die Geldleistungen.

Übersicht 5: Veränderungsdaten der Geld- und Sachleistungen, 1994 bis 2006

	Insgesamt	Geldleistungen		Sachleistungen		
		Bund Bundspflege geld	Länder Landespflege geld	Länder ambulante Dienste	Länder teilstationäre Dienste	Länder stationäre Dienste
Veränderung in Prozent						
1994 bis 2006	54,4	20,9	23,3	92,1	275,0	167,5

Q: WIFO-Berechnungen.

Die Gemeinden finanzieren einerseits einen Teil des Landespflegegeldes und andererseits einen Teil der Sachkosten der formellen Pflege. Die Erfassung der Gemeindeausgaben für Pflege ist allerdings aufgrund von Zuordnungs- und Abgrenzungsschwierigkeiten nicht möglich. Quantum (2007) hat versucht, die Finanzierungsmittel der Gemeinden für die Pflegevorsorge von Personen über 60 Jahre zu erfassen und kam zum Schluss, dass ein beträchtlicher Teil der Aufwände nicht zuordenbar bzw. abgrenzbar sind. Während 2005 326,1 Mio. Euro gemäß Umlage/Ausgleichsschlüssel von den Gemeinden an die Länder gezahlt wurden und weitere 57,8 Mio. Euro als direkt zuordenbare Gemeindeausgaben für Pflege erfasst werden konnten, stellte Quantum (2007) fest, dass 442 Mio. Euro den Pflegeausgaben nicht eindeutig zuordenbar waren (siehe Übersicht A3 im Anhang).

2.3. Die Verteilungswirkung des derzeitigen Finanzierungsmodells

Die öffentlichen Pflegeleistungen – sowohl das Pflegegeld als auch die Sachleistungen in Form der stationären Pflege und der sozialen Dienste – werden in Österreich aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert. Da im Gefolge der Einführung des Pflegegeldes zum einen die Krankenversicherungsbeiträge angehoben wurden und zum anderen die Grenzen zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesektor sehr unscharf sind (siehe Kapitel 0.3.), muss man eher von einer Finanzierung aus dem allgemeinen Abgabenaufkommen (also Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) sprechen.

Die Studien (Guger et al., 1987, Guger et al., 1996) über die Umverteilungswirkungen der Staatsaktivitäten in Österreich zeigen, dass über das Abgabensystem kaum umverteilt wird². Unter Berücksichtigung der Lohnsteuer, der Sozialversicherungsbeiträge und der indirekten Steuern auf den Konsum ist die Abgabensleistung des unteren Drittels der unselbständigen Haushalte mit 36,7% des Bruttoeinkommens nur um 1 Prozentpunkt niedriger als die des obersten Drittels (37,7%). Das mittlere Drittel trägt mit 37,8% die höchste Abgabenlast.

Die Finanzierung der öffentlichen Pflegeleistungen erfolgt damit in Österreich im Großen und Ganzen proportional, d. h. alle Einkommensschichten leisten in Relation zu ihrem Einkommen in etwa den gleichen relativen Finanzierungsbeitrag. Von Seiten der Mittelaufbringung gehen damit keine Umverteilungseffekte aus, obwohl natürlich in Absolutbeträgen die Finanzierungsbeiträge mit der Einkommenshöhe steigen.

Eine erhebliche Umverteilung erfolgt aber über die Ausgabenseite. Nach den Daten der Konsumerhebung 1999/2000, in denen das Pflegegeld separat ausgewiesen wird, aber PflegegeldbezieherInnen mit rund 43% der Fälle unterrepräsentiert sind³, entfallen 17% der PflegegeldbezieherInnen in das 1. Quartil und 42% in das 2. Quartil in der Verteilung der Nettopersoneneinkommen; ohne Pflegegeldbezug würden sich aber rund 50% dieser Personen im 1. Quartil und 32% im 2. Quartil, also über 80% in der unteren Hälfte der Einkommenshierarchie, finden.

Obwohl die Pflegegeldleistung nicht „means-tested“ – also von der Einkommenssituation der Pflegebedürftigen unabhängig ist – kommt damit dem Pflegegeld für niedrige Einkommen große Bedeutung zu. Über 40% der PflegegeldbezieherInnen finden sich in der oberen Hälfte der Verteilung – ohne Pflegegeldbezug wären es

² Nach den bisher vorliegenden Ergebnisse der in Arbeit befindlichen Umverteilungsstudie ergeben sich für das Jahr 2000 sehr ähnliche Ergebnisse: Das gesamte Abgabensystem wirkt weiterhin proportional auf die Verteilung.

³ So werden in der Konsumerhebung nur Personen erfasst, die zum Zeitpunkt der Erhebung in privaten Haushalten leben und keine Personen in Anstalten erfasst.

weniger als 20%. Durch den Pflegegeldbezug wird das mittlere Nettoeinkommen der PflegegeldbezieherInnen in der unteren Hälfte der Verteilung um rund 10% erhöht, im 3. Quartil um 7 1/2 % und im obersten um gut 3%.

Ein ähnliches Bild der Umverteilung ergibt sich in der Haushaltsbetrachtung: Rund 60% der Pflegegeldleistungen fließen in die Hälfte der Haushalte mit niedrigem Einkommen und rund 40% in die obere Hälfte.

Während also die Finanzierung des Pflegegeldes im Wesentlichen proportional erfolgt und daher nicht umverteilend wirkt, gehen von der Leistungsseite eindeutig egalisierend wirkende Verteilungseffekte aus. Das Pflegegeld trägt einerseits wesentlich zur Verringerung des Armutsrisikos bei und verbessert die Position der PflegegeldbezieherInnen in der Einkommenshierarchie, andererseits hat das Pflegegeld in der unteren Hälfte der Verteilung eine wesentlich größere relative Bedeutung als in den oberen Quartilen.

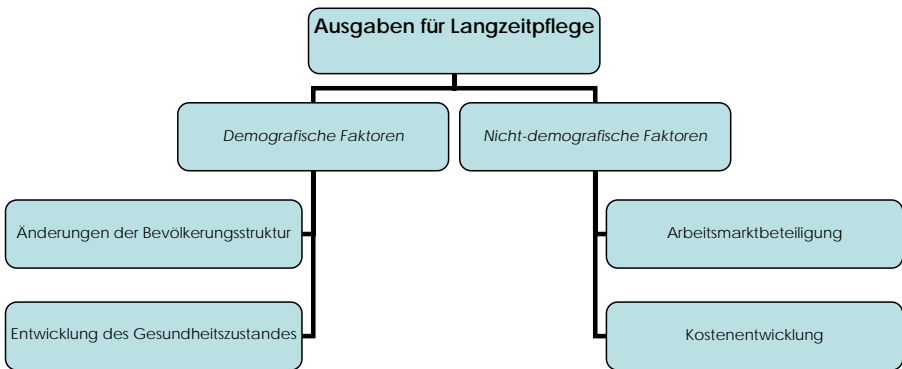
3. MITTEL- UND LANGFRISTIGE ENTWICKLUNG DER PFLEGEVORSORGE AUFGRUND DER DERZEIT GELTENDEN GESETZLICHEN BESTIMMUNGEN

3.1. Bestimmende Faktoren der Kostenentwicklung

Die Faktoren, die die Höhe der Pflegekosten sowie deren Entwicklung bestimmen, können in nachfrage- und angebotsseitige Faktoren unterteilt werden. Die Nachfrageseite wird durch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen, die notwendige Pflegeintensität (inklusive Qualitätsansprüche), die Dauer der Pflegebedürftigkeit sowie das Ausmaß der informellen Pflege bestimmt. Auf der Angebotsseite sind die Arbeitskosten im Pflegesektor, der technologische Wandel sowie die unterschiedliche Kostenstruktur der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege zu berücksichtigen. Das Ausmaß der informellen Pflege beeinflusst allerdings nicht nur die Nachfrage-, sondern auch die Angebotsseite.

Ein weiterer Blickwinkel für die Ausgaben der Langzeitpflege ist die Unterteilung in demografische und nicht-demografische Faktoren. Die demografischen Faktoren beziehen sich auf die Änderung der Bevölkerungsstruktur (Alter, Geschlecht, Haushaltsstruktur) und die Entwicklung des Gesundheitszustandes. In unseren Berechnungen über die mittel- und langfristigen Kostenentwicklungen unterstellen wir die aktuelle Bevölkerungsprognose (November 2007) von Statistik Austria sowie Prognosen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung (Jacobzone et al., 1999; Doblhammer – Kytir, 2001). Als nicht-demografische Faktoren gehen die Arbeitsmarktbeteiligungsrate (als Approximation für das Ausmaß der informellen Pflege) und die Kostenentwicklung im Pflegesektor ein. Im Folgenden wird die Entwicklung dieser einzelnen Faktoren im Detail beschrieben, um so die Annahmen hinter den im Kapitel 2.2. berechneten Szenarien zu begründen.

Abbildung 4: Im WIFO-Modell berücksichtigte Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege



Q: WIFO.

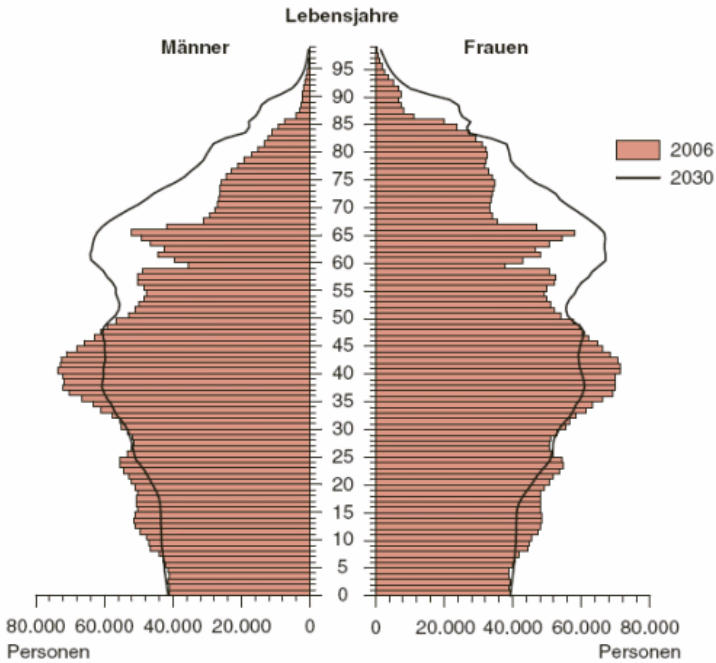
3.1.1. Demografische Faktoren

ÄNDERUNG DER BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Bevölkerungsprognosen werden durch drei Variablen bestimmt: Fertilitätsraten, Migrationsströme und Sterblichkeitsraten. Um den mittel- und langfristigen Pflegebedarf bis 2030 zu eruieren, spielen (gegenwärtige und zukünftige) Fertilität und Migration eine geringe Rolle. Migration ist allerdings ein wichtiger Faktor in der Bestimmung des Arbeitskräfteangebots im Pflegesektor.

Die demografische Vorausschau von Statistik Austria zeigt, dass der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunehmen wird, was zu einem Anstieg der öffentlichen Ausgaben für Pflege führen wird. Die Bevölkerungspyramide für Österreich im Jahr 2006 im Vergleich mit dem Jahr 2030 verdeutlicht den starken Zuwachs der Bevölkerung über 50 Jahre (Abbildung 5).

Abbildung 5: Entwicklung der Bevölkerung in Österreich



Q: STATISTIK AUSTRIA. Erstellt am: 05.11.2007.

Jene Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein – nämlich jene der Über-80-Jährigen – wird bis 2030 am stärksten anwachsen. Während die Gruppe der 60- bis 79-Jährigen zwischen 2006 und 2030 um 50% und jene der Über-60-Jährigen um 55% wachsen werden, wird sich die Alterskohorte der Über-80-Jährigen im gleichen Zeitraum um 73% erhöhen. Im Vergleich dazu wird sich die Bevölkerung unter 60 Jahre um 5% reduzieren (Übersicht 6).

Übersicht 6: Stand der Bevölkerung nach Altersgruppen gemäß Bevölkerungsprognose

	2006	2020	2030	2006/2020	2006/2030
	Personen Gesamt			Veränderung in Prozent	
Unter 60 Jahre	6.464.955	6.409.109	6.171.068	-0,9	-4,5
60 bis 79 Jahre	1.449.574	1.797.329	2.172.010	+24,0	+49,8
Über 60 Jahre	1.816.993	2.280.338	2.807.447	+25,5	+54,5
Über 80 Jahre	367.419	483.009	635.443	+31,5	+72,9

Q: Statistik Austria, WIFO.

Die in Kapitel 2.2. berechneten Szenarien der Kostenentwicklung des Pflegesektors berücksichtigen diese demografische Entwicklung. Als Ausgangsbasis diente die Bevölkerungsprognose von Statistik Austria vom November 2007 (mittlere Prognose).

ENTWICKLUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES

Mit einer Erhöhung der Lebenserwartung stellt sich die Frage, in welchem Gesundheitszustand die zusätzlichen Lebensjahre verbracht werden. Hierzu gibt es verschiedene Ansätze in der Sozialmedizin (siehe Übersicht 7). Ausgehend von einem Status quo der Lebenserwartung (1), kann es zu einer Expansion der Morbidität (2) kommen, was bedeutet, dass alle zusätzlichen Lebensjahre in schlechter Gesundheit verbracht werden. Eine Rechtsverschiebung (3) bringt zum Ausdruck, dass alle gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit erlebt werden. Das Szenario einer Kompression der Morbidität (4), dass ein Teil der zusätzlichen Lebensjahre in guter Gesundheit und ein anderer Teil in schlechter Gesundheit verbracht werden.

Übersicht 7: Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit

(1) *Vor einer Veränderung der Lebenserwartung*

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(2) *Expansion der Morbidität*

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(3) *Rechtsverschiebung*

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(4) *Kompression der Morbidität*

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

Q: Comas-Herrera et al. (2003, Seite168).

Studien zum Zusammenhang von Lebenserwartung und Gesundheitszustand zeigen Unterstützung für das Szenario der Kompression der Morbidität, nämlich, dass mit steigender Lebenserwartung das Risiko zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Pflegefall zu werden, sinkt. Wird also – wie oben bereits ausgeführt – eine steigende Lebenserwartung prognostiziert, dann muss auch berücksichtigt werden, dass sich der Pflegebedarf zeitlich verschiebt. Anhand österreichischer Daten zeigen Doblhammer – Kytir (2001), dass nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die „gesunde“ Lebenserwartung zwischen 1978 and 1998 gestiegen ist. Das bedeutet, dass das Verhältnis der gesunden Lebensjahre zur Lebenserwartung in dieser Zeitperiode gestiegen ist. Relativ zur Lebensdauer verbringen also Menschen heute mehr Jahre in Gesundheit. Alters-bedingte Krankheit hingegen komprimiert sich zunehmend auf die letzten Lebensjahre („Kompression der Morbidität“).

Diese sozialmedizinische Erkenntnis zeigt auf, dass man bei der Projektion der zukünftigen Pflegekosten die Bevölkerungsprognosen mit einem Faktor, der dieses verbesserte Verhältnis „Lebenserwartung – gesunde Lebenserwartung“ zum Ausdruck bringt,

gewichten muss. Dementsprechend werden in Kapitel 2.2. zwei Szenarien berechnet: (1) das lower-bound Szenario, welches das Risiko, Pflegegeld zu beantragen, in den Jahren 2015 und 2030 um jeweils ein Jahr verschiebt und das (2) upper-bound Szenario, welches das Risiko, Pflegegeld zu beantragen, im Jahr 2025 um ein Jahr verschiebt.

3.1.2. Nicht-demografische Faktoren

STEIGENDE ARBEITSMARKTBETEILIGUNG VON FRAUEN

Der überwiegende Teil der Pflegeleistung in Österreich wird informell erbracht. In ca. 80% aller Langzeitpflegefälle sind nahe Angehörige die Hauptbetreuungspersonen (Badelt et al., 1997), wobei wiederum 80% dieser informellen Pflegeleistung von Frauen erbracht werden (Partnerinnen, Töchter und Schwiegertöchter). Diese Zahlen beziehen sich auf eine quantitative Erhebung aus dem Jahr 1995, neuere Daten sind nicht erhältlich. Diese Größenverhältnisse sind auch in anderen europäischen Ländern zu finden, mit einer stärkeren Tendenz zur informellen Pflege in Südeuropa aufgrund der geringen Frauenerwerbsquote (Comas-Herrera et al., 2003: 18off). Allerdings wird in den meisten europäischen Ländern ein Trend hin zu einer Verstärkung der mobilen Betreuungsangebote beobachtet, um die informelle Pflege zu entlasten (Österle – Meichenitsch, 2007).

Im Gegensatz zu pflegenden Männern sind pflegende Frauen zum Großteil noch im erwerbsfähigen Alter. Laut Badelt et al. (1997) sind mehr als die Hälfte der pflegenden Frauen zwischen 40 und 60 Jahre alt, ca. 37% sind über 60 Jahre. Dies bedeutet auch, dass ältere Menschen nicht nur Pflege empfangen, sondern auch zu einem wichtigen Teil PflegegeberInnen sind.

Dieses „Pflegepotenzial“ von Frauen kommt jedoch zunehmend unter Druck. Zum einen hat und wird sich das Verhältnis zwischen Frauen im Alter zwischen 40 und 59

Jahren und Menschen über 70 Jahre bzw. Menschen über 80 Jahre drastisch verändern. Stehen im Jahr 2006 1.183.971 Frauen zwischen 40 und 59 Jahren 949.704 Menschen über 70 Jahre sowie 367.419 über 80 Jahre gegenüber, werden im Jahr 2030 1.182.490 Frauen zwischen 40 und 59 Jahren 1.534.546 Über-70-Jährigen bzw. 635.433 Über-80-Jährigen gegenüber stehen (Übersicht 8).

Übersicht 8: Stand der Bevölkerung sowie Frauenanteil nach Altersgruppen

	2006	2020	2030
Frauen 40 bis 59	1.183.971	1.269.253	1.182.490
Personen Gesamt 70+	949.704	1.254.317	1.534.546
Personen Gesamt 80+	367.419	483.009	635.433
Verhältnis Frauen 40 bis 59 Jahre an			
... Personen Gesamt 70+	1,2	1,0	0,8
... Personen Gesamt 80+	3,2	2,6	1,9

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Studien zeigen, dass familiäre Pflege- und Betreuungsverpflichtungen eine negative Auswirkung auf die (bzw. auf das Ausmaß der) Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen haben. Andererseits hat der Arbeitsmarktstatus auch einen Einfluss auf die Pflegebereitschaft. Evandrou (1995) zeigt, dass die Beziehung zwischen Pflege und Arbeitsmarktbeteiligung von Faktoren wie der notwendigen Betreuungsintensität, der Charakteristika der betreuenden Personen und der sozialen Beziehung zwischen der pflegenden und der zu pflegenden Person beeinflusst wird.

Die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen hat sich in Österreich – wie auch in der gesamten EU – in den letzten Dekaden stark erhöht. Verbesserte Ausbildung von Frauen, höhere Löhne, abnehmende Diskriminierung, die Ausweitung des Dienstleistungssektors und der Teilzeitbeschäftigung⁴ sowie sich ändernde Präferenzen und Familienstrukturen

⁴ Während 1995 27,4% der beschäftigten Frauen Teilzeit gearbeitet haben, stieg dieser Wert bis 2006 auf 40,2% an. Im Jahr 2006 arbeiteten also 40,2% der beschäftigten Frauen Teilzeit.

sind in der langfristigen Betrachtung die wesentlichsten Gründe dafür (Mühlberger, 2004). Die nachhaltige Finanzierung des Sozialstaates – vor allem der Pensionen – hängt im Wesentlichen von einer Verbreiterung der Einzahlungsbasis ab, wobei die Ausweitung der Beschäftigung von Frauen (neben einer längeren Beschäftigungsdauer von älteren ArbeitnehmerInnen und Migration) eine tragende Rolle spielen muss, wie beispielsweise von der OECD oder der EU (z. B. ausgedrückt in den Lissabon Zielen) stets eingefordert.

Laut den Erwerbsprognosen von Statistik Austria werden die Erwerbsquoten von Frauen in höheren Altersgruppen stark ansteigen (Übersicht 9). Die Begründung liegt vor allem darin, dass zum einen die jüngeren Kohorten von heute im Durchschnitt eine höhere Ausbildung aufweisen als die älteren Kohorten und dadurch auch eine stärkere Anbindung an den Arbeitsmarkt haben. Diese höheren Erwerbsquoten manifestieren sich im Jahr 2020 und 2030 in den älteren Kohorten. Zum anderen werden politische Maßnahmen wie die Erhöhung des Pensionsantrittsalters von Frauen langfristig zu höheren Erwerbsquoten älterer Frauen führen.

Übersicht 9: Entwicklung der Erwerbsquoten von Frauen nach Altersgruppen

In Prozent der weiblichen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

	2006	2020	2030
15 bis 29 Jahre	61	62	61
30 bis 44 Jahre	79	83	84
45 bis 59 Jahre	60	66	72
45 bis 64 Jahre	48	54	60
15 bis 64 Jahre	62	65	68

Q: Statistik Austria.

Die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung älterer Frauen sowie die demografische Verschiebungen werden dazu führen, dass sich die Struktur der Frauen am Arbeitsmarkt stark verändern wird. So wird prognostiziert, dass im Jahr 2030 9% (5%) der weiblichen Erwerbspersonen zwischen 55 und 59 Jahre (60 und 64 Jahre) sein werden (Übersicht 10).

Übersicht 10: Anteil weiblicher Erwerbspersonen nach Altersgruppen in Prozent

	2006	2020	2030
55 bis 59 Jahre	4,7	8,6	9,0
60 bis 64 Jahre	0,6	1,8	4,8

Q: Statistik Austria, WIFO.

Die Reduktion des familiären Pflegepotenzials wird sich langfristig in einer Erhöhung der Nachfrage nach Pflege ausdrücken. Obwohl es keine neueren Erhebungen zum Umfang der informellen Pflege gibt, können wir davon ausgehen, dass diese seit 1995 abgenommen hat. Badelt et al. (1997) berichten, dass 1995 ca. 80% der Pflegeleistungen informell erbracht wurden. Zwischen 1995 und 2006 hat sich die Erwerbsquote der Frauen um ca. 5 Prozentpunkte erhöht, aber auch der Anteil der Teilzeitbeschäftigung hat sich vergrößert. Darüber hinaus gibt es Anhaltspunkte, dass vermehrt illegal beschäftigtes Pflegepersonal aus den neuen EU-Ländern in Österreich tätig ist, was wiederum ein Ausdruck des Rückgangs der informellen häuslichen Pflege ist. Dies berücksichtigend, wird von einem leichten Rückgang der informellen Pflege im weiteren Familienkontext von 5 Prozentpunkten zwischen 1995 (80% informelle Pflegeleistungen) und 2006 (75%) ausgegangen.

Auf Basis des weiteren Rückgangs der informellen Pflege und der sich dadurch erhöhenden Nachfrage nach sozialen Diensten werden in Kapitel 2.2.5. zwei Szenarien berechnet, welche eine Verschiebung hin zu mehr Nachfrage nach Sachleistungen beachten. Die Erfahrungen der letzten 10 Jahre fortschreibend, wird in diesen Szenarien davon ausgegangen, dass sich der Anteil der informellen Pflege jedes Jahr um (1) 0,5 Prozentpunkte (lower-bound Szenario) bzw. um (2) 1 Prozentpunkt (upper-bound Szenario) verringert und sich die Nachfrage nach professioneller Pflege dementsprechend erhöhen wird.

ENTWICKLUNG DER KOSTEN IM PFLEGESEKTOR

Die Kostenentwicklung der Pflege ist zu einem gewichtigen Teil von der Lohnentwicklung des Pflegepersonals bestimmt. Der Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter und der gleichzeitige Anstieg der Personen über 65 Jahre führt zu einer relativen Verknappung des Pflegepersonals (siehe Übersicht 8), was zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Einkommen von Pflegepersonal führen kann. Darüber hinaus ist hier die Baumol'sche Kostenkrankheit von Bedeutung: Die relativen Preise bzw. die Kosten der Pflege (d. h. relativ zu anderen Gütern und Dienstleistungen) steigen, da die Produktivitätssteigerungen im Pflegebereich aufgrund der Arbeitsintensität der Pflege geringer als in anderen Wirtschaftsbereichen sind (trotz der sich verbessernden Technologie im Pflegesektor). Ein weiterer Kostenanstiegsfaktor ist die Qualitätsänderung der Pflegedienste. Mit steigendem Einkommen werden Pflegebedürftige eine höhere Pflegequalität nachfragen, die mit höheren Kosten verbunden ist.

Diesen Entwicklungen wird im folgenden Kapitel der Prognoseszenarien insofern Rechnung getragen, als dass (1) ein Szenario mit einem Kostenanstieg von real – also inflationsbereinigt – 1% pro Jahr (lower-bound Szenario) sowie (2) ein Szenario mit einem Kostenanstieg von real 2% pro Jahr berechnet wird.

3.2. Prognoseszenarien

3.2.1. Modelldesign und Methoden

Die Projektionen basieren auf den oben diskutierten Annahmen bezüglich der demografischen Entwicklung, der Gesundheits- und Arbeitsmarktentwicklung sowie der Kosten für Pflege. Das erste Szenario (2.2.2.) dient als Basis für die weiteren Szenarien und berechnet die Zunahme der PflegegeldbezieherInnen sowie die Kosten für Geld- und Sachleistungen rein aufgrund der demografischen Entwicklung. Es kalkuliert die Anzahl

der Personen in den unterschiedlichen Pflegestufen auf Basis von demografischen Projektionen der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten. Es wird also davon ausgegangen, dass die Struktur der PflegegeldbezieherInnen gleich bleibt und dass es keine Veränderungen des Risikos, Pflegegeld oder Sachleistungen zu beziehen, gibt. Darüber hinaus werden das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen, die Arbeitsmarktbeteiligung und die Kosten im Pflegebereich als konstant angenommen.

Um die Effekte von den oben diskutierten Veränderungen zu berücksichtigen, werden in der Folge weitere Szenarien berechnet, die als Bausteine für die Gesamtszenarien (siehe 2.2.5.) verstanden werden können: Die Szenarien der sich verbessernden Gesundheit (Kompression der Morbidität) (2.2.3.), welche die Effekte des sich verzögernden Risikos der Pflege berechnen, die Szenarien der Nachfragesteigerung nach formeller Pflege (2.2.4.), welche die steigende Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen beachten, und die Kostensteigerungsszenarien (2.2.5.), die die Kostensteigerung der Sachleistungen berücksichtigen.

Die unterschiedlichen Einflussfaktoren gehen anhand von empirisch gestützten Annahmen in die Prognoseszenarien ein. Um die Sensitivität dieser Annahmen zu überprüfen wurde jeweils ein lower-bound und upper-bound Szenario berechnet, um eine Bandbreite der möglichen Finanzaufwände darzustellen.

Die Szenarien isolieren die jeweiligen Effekte, was bedeutet, dass sie die Kostensteigerungen rein aufgrund der jeweiligen Effekte erfassen. Um jedoch eine Aussage über den zu erwartenden Gesamtanstieg der Pflegekosten treffen zu können, werden die einzelnen Szenarien in einem Gesamtszenario zusammengeführt (2.2.6). Alle Zahlen beziehen sich auf reale, also inflationsbereinigte, Werte.

Die Datengrundlage der Prognoseszenarien sind für die BundespflegegeldbezieherInnen übermittelte Daten des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK). Diese weichen von den Angaben für 2006 von den in dieser Studie genannten Zahlen geringfügig ab. Für diese Studie wurde eine genaue Altersauflistung der BundespflegegeldbezieherInnen benötigt, die nur die vom BMSK übermittelten Daten beinhalten. Für die LandespflegegeldbezieherInnen musste aufgrund des Datenmangels eine Auflistung von groben Altersgruppen herangezogen werden, was die Prognosen für die LandespflegegeldbezieherInnen etwas unterschätzt. Als Datenausgangsbasis für die Sachleistungen der Länder für 2006 dient die in Übersicht 4 genannte Zahl (siehe Anmerkungen der Übersicht 4 für eine Datendiskussion).

Auf Basis der demografischen und nicht-demografischen Faktoren berechnen wir also folgende Szenarien, die verschiedene Faktorenkombinationen und –entwicklungen abbilden (Übersicht 11).

Übersicht 11: Mittel- und langfristige Kostenentwicklung der Langzeitpflege: zugrunde liegende Annahmen der unterschiedlichen Szenarien

Szenarien	Gesundheit	Arbeitsmarktbeteiligung	Kosteneffekte
<i>Demografischer Effekt</i> (C.2.2)	Konstant	Konstant	Konstant
<i>Kompression der Morbidität</i> (C.2.3.)	Bessere Gesundheit	Konstant	Konstant
<i>Erhöhte Nachfrage nach formeller Pflege</i> (C.2.4.)	Konstant	Steigende Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen	Konstant
<i>Kostensteigerung der Sachleistungen</i> (C.2.5.)	Konstant	Konstant	Steigend
<i>Gesamtszenarien</i> (C.2.6.)	Bessere Gesundheit	Steigende Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen	Steigend

Q: WIFO.

3.2.2. Basisszenario: demografische Entwicklung

Die Berechnungen rein auf Basis der demografischen Entwicklungen zeigen einen starken Anstieg der PflegegeldbezieherInnen bis 2030. In diesem Szenario werden die Struktur der PflegegeldbezieherInnen (also der Anteil der Personen in den jeweiligen Altersgruppen und Pflegestufen an der Gesamtbevölkerung) sowie die Struktur der Pflegeleistungen (formell versus informell) konstant gehalten. Darüber hinaus wird kein Kostenanstieg angenommen und der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird als gleich bleibend vorgegeben. Aufgrund der unterschiedlichen Datenqualität von BundespflegegeldbezieherInnen (nach genauem Alter und Pflegestufen) und LandespflegegeldbezieherInnen (nach groben Altersgruppen und Pflegestufen) wurden die Berechnungen getrennt für Bundes- und Landespflegegeld durchgeführt (Übersicht 12).

Übersicht 12: Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 – Basisszenario

Jahr	Bundespflegegeld bezieherInnen	Veränderung in % gg. Basisjahr 2006	Landespflegegeld bezieherInnen	Veränderung in % gg. Basisjahr 2006
2006	334.162		58.958	
2010	367.953	10,1	60.682	2,9
2015	402.647	20,5	63.254	7,3
2020	441.081	32,0	66.225	12,3
2025	497.243	48,8	71.754	21,7
2030	556.200	66,5	75.226	27,6

Q: WIFO-Berechnungen.

Während die Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen zwischen 2006 und 2030 um 66,5% ansteigen wird, ist diese Steigerungsrate für das Landespflegegeld um einiges geringer (27,6%), was zum einen durch die unterschiedliche Datengenauigkeit, aber auch durch die unterschiedliche Altersstruktur erklärbar ist, da LandespflegegeldbezieherInnen im Durchschnitt jünger sind als BundespflegegeldbezieherInnen.

Übersicht 13: Prognose des Bundes- und Landespflegegeldaufwandes in Mio. € bis 2030 Basisszenario

Jahr	Aufwand Bundespflegegeld In Mio. Euro (zu Preisen 2006)	Aufwand Landespflegegeld In Mio. Euro (zu Preisen 2006)	Summe der Aufwände In Mio. Euro (zu Preisen 2006)
2006	1.621,4	301,5	1.922,9
2010	1.785,4	310,3	2.095,6
2015	1.953,7	323,4	2.277,1
2020	2.140,2	338,6	2.478,8
2025	2.412,7	366,9	2.779,6
2030	2.698,8	384,6	3.083,4

Q: WIFO-Berechnungen.

In Bezug auf den Finanzaufwand bedeutet dies, dass der Aufwand für das Bundespflegegeld von € 1.621,4 Mio. im Jahr 2006 auf € 2.698,8 Mio. im Jahr 2030 ansteigen wird und das Landespflegegeld von € 301,5 Mio. (2006) auf € 384,6 Mio. (2030). Insgesamt wird der Finanzaufwand für das Bundes- und Landespflegegeld bis zum Jahr 2030 um ca. 60,4% steigen (von € 1.922,9 Mio. auf € 3.083,4 Mio.) (Übersicht 13).

Werden die Steigerungsraten der BundespflegegeldbezieherInnen auf die Aufwände der Sachleistungen übertragen, dann ergibt sich bei den Sachleistungen der Länder laut den vom WIFO zusammengestellten Sachausgaben der Länder (siehe Übersicht 4) eine Ausgabensteigerung von € 885,3 Mio. (von € 1.332,3 Mio. im Jahr 2006 auf € 2.217,6 Mio. im Jahr 2030) (Übersicht 14).

Übersicht 14: Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Basisszenario

Jahr	Sachleistungen Länder in Mio. Euro (zu Preisen 2006)	Veränderung in Prozent (Basis 2006)
2006	1.332,3	
2010	1.467,1	10,1
2015	1.605,4	20,5
2020	1.758,6	32,0
2025	1.982,6	48,8
2030	2.217,6	66,4

Q: WIFO-Berechnungen.

3.2.3. Szenario mit steigender Gesundheit und sinkendem Pflegerisiko

Wie bereits oben diskutiert, ist das Verhältnis der gesunden Lebensjahre zur Lebenserwartung langfristig gestiegen. Anders ausgedrückt, hat sich der Anteil der Jahre in guter Gesundheit relativ zum Anteil der Jahre in schlechter Gesundheit erhöht. Die „gewonnenen“ Lebensjahre durch die gestiegene Lebenserwartung werden also zum Teil in guter Gesundheit verbracht. Diese „Kompression der Morbidität“ führt zu einer Verschiebung des Risikos pflegebedürftig zu werden. Es werden zwei Szenarien berechnet: (1) das lower-bound Szenario, welches das Risiko, Pflegegeld zu beantragen in den Jahren 2015 und 2030 um jeweils ein Jahr verschiebt und das (2) upper-bound Szenario, welches das Risiko, Pflegegeld zu beantragen im Jahr 2025 um ein Jahr verschiebt.

Die Verteilung zwischen formeller und informeller Pflege sowie die Kostenentwicklung werden in diesen Szenarien konstant gehalten. Aufgrund der unterschiedlichen Datenqualität von BundespflegegeldbezieherInnen (nach genauem Alter und Pflegestufen) und LandespflegegeldbezieherInnen (nach groben Altersgruppen und Pflegestufen), wurden die Berechnungen getrennt für Bundes- und Landespflegegeld durchgeführt (Übersicht 15).

Übersicht 15: Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit

Jahr	Bundespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006		Landespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006	
	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)
2006	334.162	334.162			58.958	58.958		
2010	367.953	367.953	10,1	10,1	60.682	58.958	2,9	0,0
2015	384.861	402.647	15,2	20,5	60.460	60.682	2,5	2,9
2020	402.471	441.081	20,4	32,0	60.428	63.254	2,5	7,3
2025	435.226	493.752	30,2	47,8	62.805	65.760	6,5	11,5
2030	472.179	551.886	41,3	65,2	63.862	71.197	8,3	20,8

Q: WIFO-Berechnungen.

Auch unter der Annahme einer sich verbessernden Gesundheit wird die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen ansteigen, wenn auch zu einem geringeren Umfang als im rein demografischen Basisszenario. Während die Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen zwischen 2006 und 2030 im lower-bound Szenario um 41,3% und im upper-bound Szenario um 65,2% ansteigen wird (Basisszenario: 66,5%), ist diese Steigerungsrate für das Landespflegegeld um einiges geringer (8,3% lower-bound Szenario und 20,8% im upper-bound Szenario) (Basisszenario: 27,6%).

Übersicht 16: Prognose des Bundes- und Landespflegegeldaufwandes in Mio. € bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit

Jahr	Aufwand Bundespflegegeld (zu Preisen 2006)		Aufwand Landespflegegeld (zu Preisen 2006)		Summe der Aufwände (zu Preisen 2006)	
	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	In Mio. €		Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)
			Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)		
2006	1.621,4	1.621,4	301,5	301,5	1.922,9	1.922,9
2010	1.785,4	1.785,4	310,3	301,5	2.095,6	2.086,8
2015	1.867,4	1.953,7	309,1	310,3	2.176,5	2.264,0
2020	1.952,8	2.140,2	309,0	323,4	2.261,8	2.463,6
2025	2.111,8	2.395,8	321,1	336,2	2.432,9	2.732,0
2030	2.291,1	2.677,8	326,5	364,1	2.617,6	3.041,9

Q: WIFO-Berechnungen.

In Bezug auf den Finanzaufwand bedeutet dies, dass der Aufwand für das Bundespflegegeld von € 1.621,4 Mio. im Jahr 2006 auf € 2.291,1 Mio. (lower-bound Szenario) bzw. € 2.677,8 Mio. (upper-bound Szenario) im Jahr 2030 ansteigen wird und das Landespflegegeld von € 301,5 Mio. (2006) auf € 326,5 Mio. (lower-bound Szenario) bzw. € 364,1 Mio. (upper-bound Szenario) im Jahr 2030. Insgesamt wird der Finanzaufwand für das Bundes- und Landespflegegeld bis zum Jahr 2030 um ca. 36% (lower-bound Szenario) bzw. 55% (upper-bound Szenario) steigen (von € 1.922,86 Mio. auf € 2.617,62 Mio. bzw. € 3.041,9 Mio.) (Übersicht 16).

Werden die Steigerungsraten der BundespflegegeldbezieherInnen auf die Aufwände der Sachleistungen übertragen, dann ergibt sich bei den Sachleistungen der Länder

laut den Angaben der Übersicht 4 eine Ausgabensteigerung von € 1.332,3 Mio. im Jahr 2006 auf €1.882,6 Mio. (lower-bound Szenario) bzw. € 2.200,4 Mio. (upper-bound Szenario) im Jahr 2030) (Übersicht 17).

Übersicht 17: Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 Szenario Bessere Gesundheit

Jahr	Sachleistungen Länder in Mio. Euro (zu Preisen 2006)		Veränderung in Prozent (Basis 2006)			
	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
2006	1.332,3	1.332,3				
2010	1.467,1	1.467,1	10,1		10,1	
2015	1.534,5	1.605,4	15,2		20,5	
2020	1.604,7	1.758,6	20,4		32,0	
2025	1.735,3	1.968,6	30,2		47,8	
2030	1.882,6	2.200,4	41,3		65,2	

Q: WIFO-Berechnungen.

3.2.4. Szenario mit erhöhter Nachfrage nach formeller Pflege

Der weitere Anstieg der Erwerbsquoten von Frauen wird zu einem Rückgang der informellen Pflege führen. Dementsprechend wird sich die Nachfrage nach formeller Pflege ausweiten. Auf Basis der oben angestellten Überlegungen wird in den folgenden Szenarien davon ausgegangen, dass die informelle Pflegebetreuung um (1) 0,5 Prozentpunkte pro Jahr (lowerbound Szenario) und (2) um 1 Prozentpunkt pro Jahr (upper-bound Szenario) abnehmen wird und die Nachfrage nach formeller Pflege in diesem Ausmaß steigen wird.

In diesen Szenarien gehen wir von einer konstanten Gesundheitsstruktur aus, d.h. die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen wird sich wie im Basisszenario – also rein aufgrund der demografischen Veränderungen – entwickeln. Zusätzlich werden die realen Kosten der Sachleistungen als gleich bleibend betrachtet.

Durch den prognostizierten Anstieg der Nachfrage nach formeller Pflege erhöhen sich die Sachleistungen der Länder stark. Auf Basis der Angaben der Übersicht 4 wird eine Ausgabensteigerung von € 1.332,3 Mio. im Jahr 2006 auf € 3.282,1 Mio. (lower-bound Szenario) bzw. € 4.346,5 Mio. im Jahr 2030 berechnet (Übersicht 18). Dies bedeutet eine Ausgabensteigerung von 146,3% bzw. 226,2%.

Übersicht 18: Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Szenario mehr formelle Pflege

Jahr	Sachleistungen Länder in Mio. Euro (zu Preisen 2006)				Veränderung in Prozent (Basis 2006)			
	Lower-bound Szenario		Upper-bound Szenario		Lower-bound Szenario		Upper-bound Szenario	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
2006	1.332,3	1.332,3						
2010	1.584,4	1.701,8	18,9	27,7				
2015	1.894,4	2.183,3	42,2	63,9				
2020	2.251,1	2.743,5	69,0	105,9				
2025	2.735,9	3.489,3	105,4	161,9				
2030	3.282,1	4.346,5	146,3	226,2				

Q: WIFO-Berechnungen.

3.2.5. Szenario mit Kostenanstieg der Sachleistungen

In den Szenarien mit einem angenommenen Kostenanstieg der Sachleistungen wird von einer jährlichen realen (also inflationsbereinigten) Kostensteigerung von (1) 1% (lower-bound Szenario) bzw. (2) 2% (upper-bound Szenario) ausgegangen. Unter dieser Annahme steigen die Kosten für die Sachleistungen von € 1.332,3 Mio. im Jahr 2006 auf € 2.815,9 Mio. (111,4%) (lower-bound Szenario) bzw. auf € 3.567,0 Mio. (167,7%) (upper-bound Szenario) (Übersicht 19).

Übersicht 19: Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen Mio. € bis 2030

Szenario Kostenanstieg

Jahr	Sachleistungen Länder in Mio. Euro (zu Preisen 2006)				Veränderung in Prozent (Basis 2006)				
	Lower-bound Szenario		Upper-bound Szenario		Lower-bound Szenario		Upper-bound Szenario		
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	
2006	1.332,3		1.332,3						
2010	1.526,6		1.588,0		14,6		19,2		
2015	1.755,8		1.918,6		31,8		44,0		
2020	2.021,5		2.320,5		51,7		76,2		
2025	2.395,1		2.888,2		79,8		116,8		
2030	2.815,9		3.567,0		111,4		167,7		

Q: WIFO-Berechnungen.

3.2.6. Gesamtszenarien

Die folgenden Szenarien führen die unterschiedlichen Faktoren, die den künftigen Finanzaufwand bestimmen, zusammen, um so den Finanzmittelbedarf für die Pflegevorsorge in Österreich bis 2030 abzuschätzen. Es werden drei unterschiedliche Gesamtszenarien berechnet: (1) ein Szenario mit den lower-bound Werten der obigen Szenarien, (2) ein Szenario mit den upper-bound Werten der obigen Szenarien und (3) ein Mittelszenario. Nochmals zusammenfassend, gehen die Gesamtszenarien von folgenden Annahmen aus:

- » Demografische Prognose: Statistik Austria (vom November 2007)
- » Kompression der Morbidität: Lower-bound Szenario: Die Wahrscheinlichkeit, Pflegegeld zu erhalten, sinkt ab 2015 und ab 2030 – mit gleitenden Übergängen um jeweils ein Jahr. Ein Erklärungsbeispiel: Hat eine Person beispielsweise im Jahr 2006 mit 70 Jahren Pflegegeld erhalten, steigt dies 2015 auf 71 Jahre und 2030 auf 72 Jahre. Upper-bound Szenario: Die Wahrscheinlichkeit, Pflegegeld zu erhalten, sinkt ab 2025 um ein Jahr. Für das Mittelszenario wurde das upper-bound Szenario verwendet.

- » Erhöhte Nachfrage nach formeller Pflege: aus den oben diskutierten Veränderungen der Frauenbeschäftigung ist eine Reduktion des familiären Pflegepotenzials anzunehmen, was die Nachfrage nach formeller Pflege erhöhen wird. Es wird davon ausgegangen, dass sich die informelle Pflegebetreuung um 0,5 Prozentpunkte (lowerbound Szenario) und 1 Prozentpunkt (upper-bound Szenario) pro Jahr abnehmen wird und die Nachfrage nach formeller Pflege dementsprechend steigen wird. Dem Mittelszenario unterliegt ein Rückgang der informellen Pflegeleistung von 0,75 Prozentpunkten pro Jahr.
- » Kostensteigerung der Sachleistungen: Die Kostensteigerungen im Pflegebereich gehen auf zwei wesentliche Faktoren zurück. Erstens wird eine relative Verknappung des Pflegepersonals (d. h. immer mehr alte Menschen pro Pflegekraft) zu höheren Löhnen im Pflegebereich führen. Zweitens wird die Produktivitätsentwicklung im Pflegebereich aufgrund der Arbeitsintensität unter der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung liegen, was weiters zu einem Anstieg der (relativen) Kosten führen wird. In den folgenden Szenarien wird von einem realen (inflationbereinigten) Kostenanstieg von 1% (lower-bound Szenario), 2% (upper-bound Szenario) und 1,5% (Mittelszenario) pro Jahr ausgegangen.

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Annahmen werden in den Gesamtszenarien allerdings auch Struktureffekte berücksichtigt. Eine retrospektive Gegenüberstellung der tatsächlichen Entwicklung der Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen zwischen 1996 und 2006 und der auf Basis der Daten aus dem Jahr 1996 auf das Jahr 2006 prognostizierten Anzahl zeigt eine Steigerung von 10,4 Prozent. Wird der Anteil der BundespflegegeldbezieherInnen 1996 an der Bevölkerung 1996 mit den Bevölkerungsdaten von 2006 multipliziert, ergibt sich die durch die demografische Entwicklung erklärbare Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen im Jahr 2006. Diese Berechnung zeigt allerdings, dass die tatsächliche Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen um 10,4% höher liegt als der projektierte Wert (Übersicht 20). Diese Steigerung kann also

nicht durch demografische Effekte erklärt werden, sondern ist durch verschiedene Struktureffekte bedingt.

Übersicht 20: Prozentuelle Abweichungen der tatsächlichen Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen 2006 mit den projektierten Werten auf Basis der BundespflegegeldbezieherInnen 1996

Stufe	1	2	3	4	5	6	7	Gesamt
bis 10	-28,3	-43,5	54,9	-13,8	-8,8	-50,0	-63,6	8,9
11 bis 20	92,2	-48,8	12,3	12,7	-52,8	-14,5	-17,2	39,8
21 bis 30	115,8	22,1	-61,2	7,4	-9,7	-3,2	-44,4	-2,6
31 bis 40	156,6	18,4	-68,7	33,0	-16,9	-12,9	-28,1	7,9
41 bis 50	172,3	-3,5	-56,2	-5,2	-16,8	-25,2	-17,4	26,8
51 bis 60	211,2	-7,6	-51,9	-3,9	-22,7	-39,9	-5,9	40,2
61 bis 70	145,5	8,6	-59,0	17,8	-29,5	-41,4	-13,9	22,3
71 bis 80	90,2	36,5	-68,5	26,7	-31,4	-44,8	-12,6	4,6
81 bis 90	123,0	47,0	-67,9	11,0	-16,1	-50,4	-1,4	4,8
91 u. älter	315,8	51,6	-48,6	-5,3	41,5	-57,4	40,9	19,4
Gesamt	124,3	-71,7	-25,8	179,5	-10,4	16,7	92,7	10,4

Quelle: WIFO-Berechnungen.

So wurde in der Novelle zum Bundespflegegeldgesetz (BGBl I Nr. 111/98) mit Wirkung per 1.1.1999 die Bandbreite der notwendigen Pflegestunden für die Einteilung der Pflegestufen verändert (z. B. in Pflegestufe 4 waren nur noch 160 statt 180 Pflegestunden notwendig), was zu einer Erweiterung der BundespflegegeldbezieherInnen in der Pflegestufe 4 und einer Verringerung der BundespflegegeldbezieherInnen in der Pflegestufe 3 geführt hat. In der gleichen Novelle wurden die Pflegestufen 3 bis 7 präziser definiert und der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert (dieser wurde ebenso mit der Einbeziehungsverordnung 2001, BGBl II Nr. 481/2001, erweitert). Ein weiterer wichtiger Effekt liegt sicherlich auch an der sich stetig verbessernden Informationslage in der Bevölkerung über das Recht, Pflegegeld zu beantragen (take-up-Effekt). Dies zeigt sich auch darin, dass zwischen 2006 und 2007 ein überproportionaler Anstieg der BundespflegegeldbezieherInnen (+4,08%) registriert wurde, was vermutlich auch durch die ‚informationsschaffende‘ Mediendebatte über die Pflegevorsorge beeinflusst

war; zwischen 2005 und 2006 wurde ein Anstieg der BundespflegegeldbezieherInnen von 4,3% verzeichnet.

Die Effekte der verschiedenen Novellen zum Bundespflegegesetz werden im Gesamtszenario nicht berücksichtigt, da das Ziel dieser Studie die Prognose des Status quo ist und so etwaige zukünftige Novellen keinen Eingang finden. Allerdings wird der take-up-Effekt berücksichtigt. Dabei wird in allen drei Szenarien davon ausgegangen, dass sich die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen bis 2015 um einen Prozentpunkt und zwischen 2015 und 2020 um einen halben Prozentpunkt aufgrund der sich verbessernden Informationslage über das Recht, Pflegegeld zu beantragen, zusätzlich erhöht.

Die Anzahl der PflegegeldebezieherInnen in den Gesamtszenarien wird sich also gemäß dem Szenario Bessere Gesundheit zuzüglich des take-up-Effekts entwickeln. Die Effekte der verstärkten Nachfrage nach formeller Pflege sowie der Kostenanstiegseffekte verändern nur den Aufwand für die Sachleistungen. Es ergeben sich folgende Gesamtprognosen für den Anstieg der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen (Übersicht 21).

Übersicht 21: Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 Gesamtszenario

Jahr	Bundespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006		Landespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006	
	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)
2006	334.162	334.162			58.958	58.958		
2010	381.319	381.319	14,1	14,1	60.682	60.137	2,9	2,0
2015	401.569	419.355	20,2	25,5	60.460	62.156	2,6	5,4
2020	410.825	449.435	22,9	34,5	60.428	63.991	2,5	8,5
2025	435.226	493.752	30,2	47,8	62.805	65.760	6,5	11,5
2030	472.179	551.886	41,3	65,2	63.862	71.197	8,3	20,8

Q: WIFO-Berechnungen.

Während 2006 334.162 Personen Bundespflegegeld und 58.958 Personen Landespflegegeld bezogen, werden sich diese Werte bis 2030 um 41,3% (lower-bound Szenario) bzw. 8,3% (lower-bound Szenario) erhöhen (auf 472.179 bzw. 63.862). In den upper-bound Szenarien steigen die Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen um 65,2% bzw. 20,8%. Das Mittelszenario entspricht hier dem upper-bound Szenario.

Ausgedrückt in den Kostensteigerungen bis 2030 zeigt sich folgendes Bild (Übersicht 22):

Im lower-bound Szenario wird der Anstieg der Geldleistungen zwischen 2006 und 2030 rund 36% betragen, während die Kosten der Sachleistungen um ca. 109% steigen. Gemessen an den Gesamtkosten weist dieses Szenario – mit relativ moderaten Annahmen in Bezug auf den Rückgang der informellen Pflege und der realen Kostensteigerungen im Pflegesektor – eine Steigerung von 66,0% auf. Während 2006 rund 1,13% des realen BIP für die Pflegevorsorge aufgewendet wird, steigt dieser Anteil bis 2030 auf 1,25%.

Das upper-bound Szenario – mit höher quantifizierten Annahmen – weist eine Gesamtsteigerung der Pflegekosten zwischen 2006 und 2030 von rund 206,5% aus. Während die Geldausgaben um rund 58,2% steigen, erhöhen sich die Ausgaben für die Sachleistungen um rund 420,7% im gleichen Zeitraum. Gemessen am Anteil des realen BIP wird ein Anstieg von 1,13% (2006) auf 2,31% (2030) prognostiziert.

Das Mittelszenario - mit Annahmen, die quantitativ zwischen den beiden vorigen Szenarien liegen – zeigt eine Gesamtausgabensteigerung von rund 159,7%. Auch hier überwiegt der Effekt der Sachkostensteigerung mit rund 306,1% zwischen 2006 und 2030 (Geldleistungen: 58,2%). Der Anteil der Pflegekosten am realen BIP wird in diesem Szenario zwischen 2006 und 2030 von 1,13% auf 1,96% steigen.

Übersicht 22: Zusammenfassung der drei Szenarien Kosten und prozentuelle Veränderung gegenüber 2006

Jahr	Aufwand in Mio. Euro				Gesamt Geld- und Sach- leistungen	Gesamt- kosten in % des realen BIP	Prozentueller Anstieg (Basis 2006)		
	Bundes- pflegegeld	Landes- pflegegeld	Bundes- und Landes- pflegegeld	Sach- leistungen			Geld- leistungen	Sach- leistungen	Gesamt- kosten
Lower-bound Szenario									
2006	1.621,4	301,5	1.922,9	1.332,3	3.255,2	1,13			
2010	1.850,2	316,3	2.166,5	1.642,0	3.808,5	1,24	12,7	23,2	17,0
2015	1.948,5	316,7	2.265,1	1.889,3	4.154,4	1,25	17,8	41,8	27,6
2020	1.993,4	312,7	2.306,1	2.096,6	4.402,8	1,22	19,9	57,4	35,3
2025	2.111,8	321,1	2.432,9	2.394,7	4.827,6	1,22	26,5	79,7	48,3
2030	2.291,1	326,5	2.617,6	2.786,3	5.403,9	1,25	36,1	109,1	66,0
Upper-bound Szenario									
2006	1.621,4	301,5	1.922,9	1.332,3	3.255,2	1,13			
2010	1.850,2	307,5	2.157,7	1.909,0	4.066,7	1,32	12,2	43,3	24,9
2015	2.034,8	317,8	2.352,6	2.717,6	5.070,1	1,52	22,3	104,0	55,8
2020	2.180,7	327,2	2.507,9	3.688,5	6.196,4	1,71	30,4	176,8	90,4
2025	2.395,8	336,2	2.732,0	5.047,6	7.779,6	1,97	42,1	278,9	139,0
2030	2.677,8	364,0	3.041,9	6.936,9	9.978,8	2,31	58,2	420,7	206,5
Mittelszenario									
2006	1.621,4	301,5	1.922,9	1.332,3	3.255,2	1,13			
2010	1.850,2	307,5	2.157,7	1.807,3	3.965,0	1,29	12,2	35,6	21,8
2015	2.034,8	317,8	2.352,6	2.427,9	4.780,5	1,43	22,3	82,2	46,9
2020	2.180,7	327,2	2.507,9	3.134,3	5.642,2	1,56	30,4	135,2	73,3
2025	2.395,8	336,2	2.732,0	4.101,3	6.833,3	1,73	42,1	207,8	109,9
2030	2.677,8	364,0	3.041,9	5.410,3	8.452,1	1,96	58,2	306,1	159,7

Q: WIFO-Berechnungen

4. PFLEGEFINANZIERUNG INTERNATIONALER VERGLEICH

4.1. Einleitung

Dieses Kapitel gibt anhand dreier Länder einen vergleichenden Überblick über verschiedene Pflegesicherungssysteme in Europa. Vorab wird ein kurzer Überblick über Ausgabenhöhe und Kostenentwicklung im Bereich der Langzeitpflege für die EU 15 gegeben. Alle Länder der EU 15 sind mit einem steigenden Pflege- und Betreuungsbedarf für ältere Menschen und damit einhergehend mit steigenden Kosten im Bereich der Langzeitpflege konfrontiert. Hinsichtlich des Versorgungsgrades für langzeitpflegebedürftige Menschen von staatlicher Seite als auch für die prognostizierten Mehrausgaben bis zum Jahr 2050 bestehen zwischen den Länder allerdings markante Unterschiede. Für die zuerst genannte Kategorie bietet die Studie „The impact of aging on public expenditure“ des Economic Policy Committee (2006) geeignete Berechnungen, da die Ausgaben für die Langzeitpflege als Anteil des Bruttoinlandproduktes pro Kopf unterschieden nach Alter und Geschlecht untersucht werden. Für alle untersuchten Länder⁵ gilt, dass die Ausgaben für Frauen wesentlich höher ausfallen als für gleichaltrige Männer sowie dass die Kosten mit steigendem Alter beträchtlich zunehmen. Das Ausgabenniveau selbst schwankt zwischen den Ländern allerdings beträchtlich. Die niedrigsten Ausgaben pro Kopf in Prozent des Bruttoinlandprodukts für die Alterskohorte 90- bis 94-Jährigen entfallen mit 20,8% für Frauen und 12,6% für Männer auf Belgien. Die entsprechenden Werte für die 80- bis 84-Jährigen sind mit 6,7% und 3,7% wesentlich geringer und nehmen in den jüngeren Kohorten weiter ab. Deutschland liegt mit 22,4% für die 90- bis 94-Jährigen – hier wurde nicht zwischen den Geschlechtern unterschieden – leicht über dem belgischen Ausgabenniveau. Die Niederlande und Dänemark sind jene beiden Länder, in denen am meisten für langzeitpflegebedürft-

⁵ Aufgrund der schwierigen Datenlage war es für einige Länder nicht möglich dementsprechende Berechnungen durchzuführen und auch für die verbleibenden Länder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Spanien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Finnland, Schweden und Großbritannien) musste für einige Bereiche auf Durchschnittswerte und Schätzungen zurückgegriffen werden, sodass die vorgestellten Zahlen lediglich als Näherungswerte zu verstehen sind.

tige ältere Menschen von staatlicher Seite ausgegeben wird. Die Ausgaben für eine Frau in Dänemark im Alter zwischen 90 und 94 Jahren belaufen sich auf 61,9% (für einen Mann auf 41,85%) des Bruttoinlandproduktes pro Kopf und in den Niederlanden auf 68,7% (hier liegen ebenfalls keine geschlechtsspezifischen Zahlen vor). In dieser Studie werden auch verschiedene Kostenszenarien für die Langzeitpflege der verschiedenen Länder bis zum Jahr 2050 berechnet. Die durchschnittlichen Kosten⁶ für die Langzeitpflege der EU 15 werden sich im Jahr 2050 auf 1,5% des Bruttoinlandproduktes belaufen und damit um 0,6 Prozentpunkte höher sein als im Jahr 2004. Allerdings zeigen sich starke nationale Unterschiede. In Spanien, beispielsweise, wird der Anteil am Bruttoinlandprodukt nur um 0,2 Prozentpunkte anwachsen, während in Finnland der Anteil um 1,8 Prozentpunkte steigen wird. Für Schweden und Dänemark wird ein Anstieg von 1,7 Prozentpunkten bzw. 1,1 Prozentpunkten prognostiziert. Für Deutschland und die Niederlande liegen die Prognosewerte bei einem zusätzlichen Prozentpunkt bzw. bei 0,6 Prozentpunkten des Bruttoinlandproduktes. Für die vorliegende Studie wurden die Pflegesysteme von drei europäischen Ländern genauer analysiert: Deutschland, Dänemark und die Niederlande. Diese drei Länder wurden ausgewählt, da sie unterschiedliche Systeme repräsentieren: in Deutschland wurde 1995 eine Pflegeversicherung eingeführt (Beitragsystem), in Dänemark wird die Pflege über allgemeine Steuermittel finanziert (Steuersystem) und in den Niederlanden wird die Pflegevorsorge zwar auch über Beiträge finanziert, diese Beiträge haben jedoch eine wesentlich breitere Einzahlungsbasis als nur jene der Beschäftigten, da z. B. auch vermögensbezogene Einkommen inkludiert sind. Das niederländische System, welches derzeit starke Privatisierungstendenzen aufweist, präsentiert also ein Mischsystem. Im Folgenden wird das Pflegesystem der einzelnen Länder mit besonderem Augenmerk auf die jeweilige Finanzierungsstruktur vorgestellt sowie auf die länderspezifischen Probleme, aktuellen Diskussionen und Reformen eingegangen.

⁶ Die hier vorgestellten Prognosewerte beziehen sich auf das AWG (Aging Working Group) – reference model, in dem verschiedene kostentreibende Faktoren der Langzeitpflege integriert werden. Die Prognosewerte liegen zwischen den Ergebnissen des constant disability scenario und dem pure aging scenario.

4.2. Deutschland

Deutschland zählt - wie auch Österreich - zu den Wohlfahrtsstaaten des konservativkontinentaleuropäischen Typs, auch „Bismarcktyp“ genannt. Die Hauptrisiken des Lebens, Krankheit, Alter, Arbeitslosigkeit und Unfall werden über die Sozialversicherung abgedeckt und aus einkommensabhängigen Beiträgen finanziert. Dem Fürsorgeprinzip, hierzu zählt vor allem die aus Steuern finanzierte Sozialhilfe, und dem Versorgungsprinzip (Sozialleistungen für Beamte und Entschädigungsleistungen) kommt zwar eine wichtige, gemessen am Gesamtumfang der vom Versicherungsprinzip geprägten Leistungen für soziale Sicherheit, aber untergeordnete Rolle zu. Das Sozialversicherungssystem in Österreich und Deutschland ähnelt sich in weiten Bereichen, dennoch unterscheiden sich die Lösungen, die für die Pflegeversorgung gefunden worden sind, erheblich. Nach einer fast zwanzig Jahre andauernden „Pflegedebatte“ in Deutschland wurde 1995 die Pflegeversicherung als fünfte Säule in der Sozialversicherung im Rahmen des 11. Sozialgesetzbuches (SGB XI) eingeführt. In Österreich wurde der Pflegebereich nicht in die bestehende Sozialversicherung integriert, sondern über Steuern finanziert.

Innerhalb der Krankenversicherung Deutschlands findet sich, dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit folgend, ein solidarisches Moment, da Leistungen rein bedarfsorientiert erbracht werden und sich nicht nach der gezahlten Beitragshöhe richten (wie etwa in der Pensions- und Arbeitslosenversicherung). Das deutsche System der Pflegeversicherung ist von seiner Konzeption her darauf ausgerichtet Kostensteigerungen zu vermeiden – was, wie sich zeigen wird, nur teilweise gelang. Zu den kostendämpfenden Eigenschaften zählen: (1) Das im Gegensatz zur Krankenversicherung vorherrschende Subsidiaritätsprinzip und damit die Einbeziehung der Familie in die Pflegearbeit. (2) Die enge Begriffsdefinition von Pflegebedürftigkeit. (3) Die Deckelung der Leistungen. Die erhaltene Leistung richtet sich nicht, wie in der Krankenversicherung, nach dem Bedarf, sondern entspricht einer vordefinierten Höhe. Die deutsche Pflegeversicherung ist folglich als „Teilkaskoversicherung“ konzipiert, da kein bedarfsorientierter Leis-

tungsanspruch wie beispielsweise in den Niederlanden und in Dänemark besteht und ihr Umfang von vornherein gedeckelt ist (Skuban, 2004, Ungerson – Yeandle, 2007). Das deutsche Pflegesystem ist ob der Fragen nach seiner Finanzierbarkeit und des bestehenden Leistungsumfangs beständiger Bestandteil der öffentlichen Debatte und Kritik. Im Zuge der 2008 in Kraft tretenden Pflegereform wurden die Beiträge erhöht und die Leistungen in Teilbereichen ausgebaut, die Grundzüge des Versicherungssystems wurden aber beibehalten. Auf die genauen Änderungen der Reform wird im Abschnitt Pflegereform 2008 eingegangen.

4.2.1. Pflegesystem und Finanzierungsstruktur

Die Pflegeversicherung finanziert sich, wie auch die anderen Säulen der Sozialversicherung, aus Beiträgen. Versichert sind alle versicherungspflichtigen Mitglieder, im Wesentlichen also alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie deren mitversicherte Angehörige. Rund 8% der Bevölkerung haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, aus dem allgemeinen System hinaus zu optieren und sind privat versichert. Für die staatliche Pflegeversicherung sind Abgaben in der Höhe von 1,7% des Bruttolohns – eine Erhöhung erfolgte mit der Reform 2008 – bis zur Beitragsbemessungsgrenze (€ 3.562,5, 2006) der Krankenversicherung paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu entrichten (Bundesministerium für Gesundheit (D), 2007b). Diese Beitragsparität als konstitutives Element des „Bismarck’schen“ Sozialstaates wurde insoweit durchbrochen, als die Belastung der Arbeitgeberseite durch die Streichung eines Feiertags kompensiert wurde⁷. Im Jahr 2005 wurde für kinderlose Erwachsene ein zusätzlicher Beitragssatz in der Höhe von 0,25% eingeführt.

⁷ Das Bundesland Sachsen wählte einen Sonderweg bei der Finanzierung der Pflegeversicherung. Der Buß- und Bettfeiertag wurde beibehalten und die Finanzierungslast ist alleine von den ArbeitnehmerInnen zu tragen. Eine einseitige Beitragsfinanzierung findet auch im Bereich der Unfallversicherung statt. Hier haben allein die Arbeitgeber die Finanzierung zu tragen. Diese Ausgestaltung findet sich in Deutschland wie auch in Österreich.

Im Gegensatz zu den Niederlanden und Dänemark gibt es in Deutschland einen eigenständigen, sich von Krankheit unterscheidenden Begriff der Pflegebedürftigkeit, der relativ eng gefasst wird und sich vor allem auf körperliche Beeinträchtigungen bezieht. Ausgeschlossen werden dadurch in weiten Bereichen Demenzkranke und behinderte Menschen. Die enge Begriffsdefinition spiegelt auch finanzpolitische Aspekte wieder, denn durch sie soll einem Leistungsausbau und daraus folgenden Kostensteigerungen vorgebeugt werden.

Während der ersten fünf Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung war die Finanzierungslage stabil. Bedingt durch die beitragspflichtige, jedoch leistungsfreie Anlaufzeit von drei Monaten und dadurch, dass die Leistungsauszahlung für die stationäre Pflege erst ab Mitte 1996 erfolgte, konnten vorerst sogar Überschüsse erwirtschaftet werden. Ab 1997 begann aufgrund der zunehmenden Ausgaben eine Trendumkehr. Bereits 1999 ergab sich erstmals ein Defizit von etwa 200 Mio. Euro, welches sich in den Folgejahren weiter vergrößerte. Diese Entwicklung ist vor allem auf die Altersstruktur in Deutschland und den daraus resultierenden beständigen Anstieg der LeistungsbezieherInnen zurückzuführen. Parallel zur zunehmenden Finanzkrise in der Pflegeversicherung fand eine erhebliche monetäre Entlastung – die Nettoausgaben waren 1997 im Vergleich zu 1994 um rund € 4 Mrd. niedriger – in den Haushalten der Sozialbeihilfe statt (Skuban, 2004, Bundesministerium für Gesundheit (D), 2007a).

Deutschland ist unter den hier untersuchten Ländern das einzige, in dem sowohl Sachleistungen wie auch Geldleistungen ein großes Gewicht einnehmen und auch eine Kombination von beidem in Anspruch genommen werden kann. Die Leistungshöhe ist abhängig von der Schwere des Pflegefalls – es gibt drei Pflegestufen – und von der gewählten Leistungsart. Für die Pflege im stationären Rahmen fallen die Unterstützungsleistungen wesentlich höher aus.

Übersicht 23: Leistungsart und Höhe je nach Pflegestufe

Leistungen bei häuslicher Pflege	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegegeld monatlich	€ 205	€ 410	€ 665
Pflegesachleistung monatlich	€ 384	€ 921	€ 1.432
in besonderen Härtefällen			€ 1.918
Leistungen bei stationärer Pflege	€ 1.023	€ 1.279	€ 1.432

Q: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2007a.

Die Beträge der einzelnen Pflegestufen wurden seit ihrer Einführung im Jahr 1995 bis zur Pflegereform 2008 nicht angehoben; dadurch wurden die ohnehin schon relativ niedrig angesetzten Beträge weiter entwertet und die Belastungen der privaten Haushalte erhöht. Diese Nichtanpassung der Pflegesätze war unter ständiger Kritik in der Pflegedebatte. Im Zuge der Pflegereform wurde dieser Kritik nachgegeben und die Pflegesätze erhöht (siehe Abschnitt Pflegereform 2008).

Im Vergleich zu den Niederlanden und Dänemark sind die Leistungen für Pflegebedürftige in Deutschland, selbst wenn die Leistungen aus Pflegeversicherung und Sozialhilfe zusammengezählt werden, verhältnismäßig niedrig (Stand 1998, vgl.: Skuban, 2004). Die Leistungen, die im familiären Bereich erbracht werden, nehmen ebenfalls einen viel größeren Stellenwert als in den beiden anderen hier untersuchten Ländern ein. Im Bericht Soziale Sicherung im Überblick des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wird festgehalten, dass die Familie nach wie vor der „größte Pflegedienst der Nation“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (D), 2007) sei. Von den rund 2 Mio. langzeitpflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden etwa ein Viertel (0,68 Mio.) in Pflegeheimen versorgt, die restlichen drei Viertel zu Hause.

4.2.2. Pflegereform 2008

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2007 werden die Leistungen weiter ausgebaut, ein stärkeres Gewicht auf die ambulante Pflege gelegt, die Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen der Pflegebedürftigen sollen Unterstützung in einem größeren Umfang erhalten und weiters soll eine bedarfsgerechtere Leistungsausgestaltung sichergestellt werden. Die aktuell erfolgte Pflegereform in Deutschland stellt zum Teil auch eine Antwort auf die geäußerten Kritikpunkte am Pflegesicherungssystem, in dem die Leistungen seit ihrer Einführung 1995 nicht mehr erhöht wurden und Demenzkranke weitgehend ausgeschlossen geblieben sind, dar. Finanziert werden die entstehenden Mehrausgaben durch Beitragserhöhungen.

Mit der Reform werden sowohl die Sachleistungsbeträge als auch das Pflegegeld stufenweise bis 2012 angehoben⁸. Ab dem Jahr 2015 sollen die Leistungen in drei Jahresrhythmen dynamisiert – d.h. im Wesentlichen an die Inflation angepasst⁹ – werden.

Demenzranke und Menschen mit geistigen Behinderungen werden erstmals in die Pflegeversicherung einbezogen, davor waren sie aufgrund des stark an körperlichen Beeinträchtigungen ausgerichteten Pflegebegriffs weitgehend davon ausgeschlossen. Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wurde beträchtlich angehoben, nämlich von € 460 auf € 2.400 pro Jahr.

Für die Neuerungen im Bereich der ambulanten Versorgung werden Modellansätze übernommen, die in den Niederlanden und in Dänemark schon länger Systembestandteil

8 Ambulante Pflege: Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden in den Jahren 2008, 2010 und 2012 in der Pflegestufe 1 von derzeit 384 auf 420, 440 und 450 Euro angehoben, in der Pflegestufe 2 von 921 auf 980, 1.040 und 1100 Euro, in der Pflegestufe 3 von 1.432 auf 1.470, 1.510 und 1.550 Euro. Häusliche Pflege: Das Pflegegeld steigt in den Jahren 2008, 2010 und 2012 in der Stufe 1 von 205 auf 215, 225 und 235 Euro, in der Stufe 2 von 410 auf 420, 430 und 440 Euro, in der Stufe 3 von 665 auf 675, 685 und 700 Euro. Vollstationäre Versorgung: Die Sachleistungsbeträge der Stufen 1 und 2 bleiben bis zum Jahr 2015 unverändert. Die Leistungen der Stufe 3 steigen 2008, 2010 und 2012 von 1.432 auf 1.470, 1.510 und 1.550 Euro, in Härtefällen von 1.688 auf 1.750, 1.825 und 1.918 Euro (Bundesministerium für Gesundheit (D), 2007b).

9 In welcher Höhe die Valorisierung erfolgen soll wird nicht genau festgelegt; es wird lediglich festgehalten, dass sie nicht höher als die Bruttolohnentwicklung im entsprechenden Zeitraum sein soll.

sind: Alternative Wohnformen, wie beispielsweise betreute Wohngemeinschaften sollen gefördert werden und ermöglichen, dass Pflegebedürftige Leistungen auch gemeinsam in Anspruch nehmen können. Durch die Einrichtung quartiersbezogener Pflegestützpunkte soll ein wohnortnaher und niederschwelliger Leistungszugang ermöglicht werden. Um individuelle und bedarfsgerechte Pflege zu erleichtern, soll es für die Pflegekassen einfacher werden, Verträge mit Einzelpflegekräften abzuschließen.

Zur Finanzierung der Mehrleistungen wird der Beitragssatz ab 1. Juli 2008, um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95% – der Kinderlosenbeitrag bleibt unverändert – angehoben¹⁰. Die Erhöhung bringt erwartete Mehreinnahmen von € 2,5 Mrd. jährlich und soll damit die Finanzierung der Pflegeversicherungsleistungen bis 2014 sicherstellen (Bundesministerium für Gesundheit (D), 2007b). Ob die daraus gewonnenen Mehreinnahmen tatsächlich ausreichend sind, gilt als umstritten.

4.2.3. Probleme und aktuelle Diskussion

Die Diskussion in Deutschland konzentriert sich vor allem auf die nachhaltige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung. Daraus folgen unterschiedlich weit gehende Reformansätze, die sich in zwei Hauptkategorien unterscheiden lassen: 1. Reformen innerhalb des bestehenden Systems oder 2. ein Systemausstieg. Zu den Vorschlägen innerhalb der zuletzt genannten Kategorie gehören die Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung, der Umstieg auf eine kapitalfundierte verpflichtende Privatversicherung (Abschaffung der Umlagefinanzierung) oder die Einführung einer Bürgerpauschale. Hierbei handelt es sich um einkommensunabhängige Pauschalen, die pro Kopf gezahlt werden (Kopfprämienmodell) und die bei zu geringen Einkommen gegebenenfalls durch steuerfinanzierte Zuschüsse gestützt werden können. Zu den systemerhaltenden bzw. –ausbauenden Maßnahmen zählen die partielle Steuer-

¹⁰ Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung wird im Gegenzug dazu um 0,3 Prozentpunkte auf 3,9% gesenkt. Für Pensionistinnen wird von der Koalition als Ausgleich eine Rentenerhöhung für 2008 in Aussicht gestellt.

finanzierung im Rahmen der Sozialversicherung, Beitragssteigerungen, ergänzende Kapitalfundierung oder ergänzende private Pflegeversicherungen. Die verschiedenen Reformvorschläge haben unterschiedliche Implikationen auf die Finanzierbarkeit, Verteilungsgerechtigkeit und Qualitätssicherung. Diskutiert wurde und wird eine breites Maßnahmenpektrum, die konkreten Umsetzungen verbleiben aber im Rahmen des bestehenden Systems (Deutscher Industrie- und Handelskammertag, 2007, Rothgang, 2006, Stiftung Marktwirtschaft, 2006).

4.3. Niederlande

Die Niederlande wie auch Dänemark weisen eine lange Tradition einer eigenständigen Regelung des Pflegesicherungssystems auf. Bereits seit 1967 besteht das Allgemeine Gesetz gegen besondere Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten, AWBZ). Im Rahmen der Systematisierung der Wohlfahrtsstaaten zählen die Niederlande zu einem Mischtyp. Sie weisen sowohl Merkmale des Bismarck'schen Systems (einkommensabhängige Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung) als auch des skandinavischen Typs (hoher Grad an Institutionalisierung, universeller Leistungszugang) auf. Sowohl das Gesundheitssystem als auch die Pflegesicherung sind von dieser Typen-Mischung geprägt. Nach langen Debatten, konzentriert um die Stichwörter „Finanzierbarkeit“, „Transparenz“ und „Wahlmöglichkeit“, wurde 2006 das Gesundheitssystem grundlegend reformiert. Die genauen Auswirkungen der Privatisierung des Versicherungsmarktes hinsichtlich Verteilungsgerechtigkeit, Qualitätssicherung und Wettbewerbssituation sind noch nicht bekannt. Am Ende dieses Abschnittes werden die Grundzüge der Reform wie auch deren Auswirkung auf die Pflegesicherung dargestellt; die zu Beginn dieses Kapitels vorgenommene Beschreibung des Pflegesicherungssystems bezieht sich allerdings auf die Zeit vor der Reform.

4.3.1. Pflegesystem und Finanzierungsstruktur

Die niederländische Pflegesicherung ist seit ihrer Gründung 1967 durch das AWBZ Teil des allgemeinen Krankenversicherungssystems Ziekenfondswet – ZFW und nicht im eigentlichen Sinn eine eigenständige Versicherung. Pflegebedürftigkeit wird sozialrechtlich nicht von „Krankheit“ unterschieden, unter diesen formalrechtlichen Gesichtspunkten entspricht sie viel mehr einer lang andauernden Krankheit.

In den Niederlanden besteht eine allgemeine Versicherungspflicht, die sowohl für das ZFW als auch für das AWBZ gilt; die Leistungsberechtigung erstreckt sich über alle Personen mit Wohnsitz in den Niederlanden. Liegt das Einkommen allerdings oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, besteht keine Möglichkeit sich im Rahmen der AWBZ zu versichern, mit der Folge, dass ein relevanter Bevölkerungsanteil – ca. ein Drittel – privat versichert ist.

Das AWBZ wie auch die Krankenversicherung finanzieren sich aus einkommensabhängigen Beiträgen, wobei sich die Bemessungsgrundlage – vergleichbar mit der dänischen Einkommenssteuer – auf alle steuerpflichtigen Einkommensbestandteile bezieht. Im Gegensatz zu Deutschland und Österreich werden nicht nur arbeitsbezogene Einkommen als Finanzierungsgrundlage für die Krankenversicherung herangezogen, sondern auch vermögensbezogene (Zinsen, Dividenden). Diese Bemessungsgrundlage ist demnach viel breiter als in Deutschland und Österreich, die Beitragsbemessungsgrenze hingegen ist im Vergleich relativ niedrig. Eine weitere Besonderheit des niederländischen Systems liegt darin, dass ausschließlich Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen Beiträge einzahlen, insofern besteht eine Ähnlichkeit zum deutschen System. Dort hat zwar formal betrachtet die Arbeitgeberseite ebenfalls Beiträge zu entrichten, diese wurde aber real durch die Streichung eines Feiertages kompensiert. Die einseitige Beitragsfinanzierung in den Niederlanden gilt allerdings nur für die Pflegesicherung, in die allgemeine Krankenversicherung zahlen beide Seiten paritätisch ein.

Der Beginn der niederländischen Pflegesicherung in den 1970er und dem Anfang der 1980er Jahre war, wie auch in Dänemark, stark durch institutionelle Einrichtungen geprägt. Seit Mitte der 1980er Jahre findet jedoch ein bis heute andauernder Ausbau der ambulanten Pflegeeinrichtungen statt, einerseits um den individuellen Bedürfnissen nach häuslicher Pflege entgegen zu kommen und andererseits um den starken Kostendruck der stationären Pflegeeinrichtungen abzdämpfen. Der Leistungsschwerpunkt liegt auf der Bereitstellung von Sachleistungen, wobei seit Mitte der 1990er Jahre auch Geldleistungen in Form der Persönlichen Budgets (siehe nächster Abschnitt) eine zunehmende Rolle spielen. Der Leistungskatalog des AWBZ wurde zunehmend erweitert und ist bis vor der Reform 2006 sehr umfangreich geworden. Der die Altenpflege betreffenden Teil des AWBZ umfasst beispielsweise die spezielle Betreuung in geschützten Einrichtungen, Tagespflege in Tagesstätten, häusliche Pflege sowie häusliche Intensivpflege Sterbender, Rehabilitation sowie verschiedene Pflegehilfsmittel. Das Leistungsangebot für die Behindertenversorgung ist ebenfalls sehr umfassend (für eine genaue Auflistung siehe: Skuban, 2004). Insgesamt werden ca. 41% (2004) der nationalen Gesundheitsausgaben über das AWBZ finanziert.

PERSÖNLICHE BUDGETS – GELDLEISTUNGEN

Bis Mitte der 1990er Jahre war das niederländische Pflegesystem fast ausschließlich von der Bereitstellung von Sachleistungen geprägt. 1996 wurde als Folge eines als erfolgreich bewerteten Modellversuchs mit dem Ziel, das Ausmaß der Selbstbestimmung der Hilfsbedürftigen zu erhöhen, die so genannten Persönlichen Budgets Persoonsgebondenen Budgets – PGB als zweckgebundene Geldleistung eingeführt. Seit Einführung der PGB gab es einen kontinuierlichen Anstieg an Leistungsbeziehenden: 1999, also vier Jahre nach Einführung, waren es ca. 12.000 Personen, von da stieg die Anzahl stetig bis auf 78.315 im Jahr 2006 (Boer, 2006). Die Beziehenden der Persönlichen Budgets können frei wählen, welchen der staatlich zugelassenen Leistungsanbieter sie in Anspruch nehmen wollen oder ob sie eine von ihnen

bestimmte private Person (diese Möglichkeit schließt Familienangehörige mit ein) für ihre Pflegeleistungen anstellen wollen. Der Umfang und Zweck des persönlichen Budgets richtet sich nach dem Bedarf der pflegebedürftigen Person und wird, der jeweiligen Indikation entsprechend, von einem interdisziplinären Team im Rahmen des zuständigen regionalen Indikation-Organs (RIO) festgelegt. Eine vordefinierte Obergrenze gibt es für die Budgets nicht, sodass sie gegebenenfalls eine beträchtliche Höhe erreichen können. Somit unterscheidet sich der niederländische Modellansatz vom deutschen Finanzierungsmodell, das von vornherein als „Teilkaskoversicherung“ angelegt ist und nicht - wie das niederländische - auf eine, zumindest anzustrebende angemessene und hinreichende Pflegeversorgung abzielt. Von den Geldleistungen wird insgesamt über ein Drittel (38%, 2005) für die informelle Pflege im familiären Bereich ausgegeben (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), 2006). Für die Verwaltung der Budgets ist die sogenannte Sozialversicherungsbank zuständig¹¹. Durch die starke Regulierung konnte sichergestellt werden, dass die in Privataushalten beschäftigten Pflegepersonen eine verhältnismäßig starke rechtliche Stellung und Anspruch auf Sozialversicherung haben sowie Einkommen beziehen, die zumindest dem Mindestlohn entsprechen (Pijl – Ramakers, 2007). Auch wenn keine Zahlen über den illegalen Pflegemarkt vorliegen, ist davon auszugehen, dass dieser in den Niederlanden zumindest beträchtlich kleiner als in anderen europäischen Ländern ist und die bestehenden Beschäftigungsverhältnisse eine höhere Qualität aufweisen. Ähnliche Konzepte persönlicher Budgets gibt es in Großbritannien und in Schweden, in beiden Fällen seit Mitte der 1990er Jahre.

Durch den zunehmenden Ausbau des AWBZ, dieser umfasst sowohl die Sachleistungen als auch die Persönlichen Budgets, ist die Anzahl der LeistungsbezieherInnen ständig gestiegen und damit einhergehend auch die Kosten. Um weitere Kostensteigerungen im Bereich der Langzeitpflege zu vermeiden, wurden die Zugangsbestimmungen

¹¹ Diese Regelung wurde später gelockert und auf Wunsch konnte der Betrag auf das eigene Konto überweisen werden. Die Leistungsempfangende Person ist aber zur Rechnungsvorlegung verpflichtet.

zusehends verschärft: So wurde beispielsweise die informelle Pflege von Familienmitgliedern in die Anspruchsvoraussetzungen mit einbezogen. Sind Familienmitglieder vorhanden, die Pflege in einem „üblichen“ Ausmaß leisten können, reduzieren sich dadurch die Leistungen des AWBZ oder sie entfallen zur Gänze. Weiters wurden die Selbstbehalte erhöht, was zur Folge hatte, dass die Leistungen des AWBZ vor allem für Einkommensschwache zum Teil nicht mehr leistbar sind (Schreuder Goedheijt – Visser-Jansen, 2004, Pijl – Ramackers, 2007).

Nach einer sich über Jahrzehnte hinziehenden Debatten über die Reformierbarkeit des niederländischen Gesundheitssystems wurde 2006 ein Reform durchgeführt, die einen Kompromiss zwischen sozialen Grundlagen und Marktdynamik verwirklichen soll (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), o.J.). Im Folgenden wird die Gesundheitsreform 2006 dargestellt und im Anschluss daran die Auswirkungen auf das Pflegesystem dargelegt.

4.3.2. Gesundheitsreform 2006

Mit der am 1.1. 2006 in Kraft getretenen Gesundheitsreform stiegen die Niederlande auf ein vollständig privatisiertes Versicherungssystem mit starker staatlicher Kontrolle um. Alle in den Niederlanden arbeitenden oder lebenden Personen müssen im Rahmen der Versicherungspflicht eine Basisversicherung bei einer der privatrechtlich organisierten Krankenversicherungen – denen Gewinnerzielung erlaubt ist – abschließen, andernfalls drohen Nach- und Strafzahlungen. Die Krankenversicherungen unterliegen einem Kontrahierungszwang, der sie verpflichtet alle Personen unabhängig von deren Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand im Umfang der staatlich festgeschriebenen Basisversicherung unter Vertrag zu nehmen (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), o.J.). Bereits vor der Reform bestand ein Risikostrukturausgleich zwischen den verschiedenen Krankenversicherungen. Mit diesem Ausgleichsmechanismus sollte die aufgrund der jeweiligen Kundenzusammensetzung unterschiedliche Risikostruktur

ausgeglichen werden. Dieser Risikoausgleich bleibt auch im Rahmen des neuen Gesundheitssystems erhalten um zu verhindern, dass Versicherungen mit einem hohen Anteil an alten oder kranken Kunden und Kundinnen schlechter gestellt sind. Die Finanzierung erfolgt über den Ausgleichsfonds, der von Arbeitgeberbeiträgen und staatlichen Zuschüssen gespeist wird (Lass, 2006).

Die niederländischen Versicherungen basieren vor und auch nach der Reform auf einem umlagefinanzierten System. Die Beiträge setzen sich seit der Reform aus zwei Bestandteilen zusammen: einem Pauschalbeitrag für die Basisversicherung – dieser lag ersten Erfahrungen folgend im Jahr 2006 zwischen € 82 und € 95 im Monat – und einem einkommensabhängigen Anteil. Dieser beträgt für alle Versicherten 6,5% des Einkommens bis zu einer Bemessungsgrundlage von € 30.015 jährlich und muss vom Arbeitgeber finanziert werden (Verband der privaten Krankenversicherung, 2006). Steuerfinanzierte Transferzahlungen an einkommensschwache Versicherte sollen die durch den Pauschalbeitrag entstehenden finanziellen Belastungen sowie deren regressive Verteilungswirkung abmildern. Die Beiträge für Kinder unter 18 Jahren werden ebenfalls von staatlicher Seite übernommen und über allgemeine Steuermittel finanziert. Für Versicherungsleistungen, die nicht über die Basisversicherung abgedeckt sind, wie beispielsweise die zahnärztliche Versorgung für Erwachsene, Brillen und Physiotherapien, müssen entsprechende Zusatzversicherungen abgeschlossen werden (Brouwer – Rutten, 2005). Die Versicherungen unterliegen in diesem Bereich keinem Kontrahierungszwang.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE LANGZEITPFLEGE

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Langzeitpflege sind im Vergleich zur tiefgehenden Umgestaltung der Gesundheitsversicherung verhältnismäßig gering. Die Langzeitpflege für Behinderte und alte Personen bleibt, da sie in den Niederlanden als unversicherbare Leistung eingestuft wurde, von der Umstellung auf einen privatisierten

Versicherungsmarkt ausgenommen. Dennoch gibt es Veränderungen, die die gesetzlichen Regelungen und institutionellen Zuständigkeiten zur Langzeitpflege betreffen. Parallel zum in Kraft treten der Gesundheitsreform wurde das Gesetz zur sozialen Unterstützung (Social Support Act, Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo) erlassen, das die Gemeinden (gemeenten) zur Bereitstellung sozialer Leistungen verpflichtet. Das Wmo, auf dessen Basis ein neues Versorgungssystem für alle EinwohnerInnen der Niederlande für die Bereiche Pflege sowie in Fällen von Langzeitpflege, Invalidität oder geriatrischen Krankheiten geschaffen wurde, ist in Zusammenhang mit der Reformierung des Gesundheitssystems zu sehen. Aufgaben, die zuvor über das AWBZ oder über das „Behindertengesetz“ (Disabled Act, WVG) geregelt waren, sollen vom Wmo übernommen werden und dabei helfen, die Regelungsvielfalt für ältere und behinderte Personen zu vereinfachen. Die Leistungsverschiebung von AWBZ zu Wmo betrifft vor allem jene Leistungen, die darauf abzielen ein eigenständiges Leben von Pflegebedürftigen zu ermöglichen, zu diesen zählen beispielsweise die Bereitstellung von Haushaltshilfen, die Anpassungen der Wohnung an behinderten- bzw. altengerechte Standards, die Bereitstellung von Rollstühlen und Ähnliches (Ministerie van Financiën (NL), 2006).

Im Fall von Neuantragstellungen für derartige Leistungen müssen diese bei den entsprechenden Care Assessment Centre (CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg) beantragt werden. Leistungen aus dem Wmo stellen keine Versicherungsleistung – es muss auch keine private Zusatzversicherung dafür abgeschlossen werden –, sondern eine Fürsorgeleistung dar, ob Leistungen gewährt werden, obliegt der Maßgabe der CIZ. Deren Bewilligung erfolgt, so ersichtlicher Bedarf besteht und die Hilfestellung über Familie und aus dem privaten Bereich nicht gegeben ist bzw. eine Überforderung für diese darstellen würde. Selbstbehalte sind in einigen Fällen (im Fall von Amsterdam beispielsweise für Haushaltshilfen (Household assistance)) in Abhängigkeit von Einkommen und Umfang der benötigten Leistungen bis zu einer Höchstgrenze vorgesehen (Municipality of Amsterdam, o.J.). Im Rahmen des AWBZ verbleiben Pflegeheime, Spitalsaufenthalte und die ambulante medizinische Versorgung. Ein bedeutender Unterschied zwischen

dem Leistungsbezug aus AWBZ und Wmo liegt darin, dass bei ersterem – als Teil der Sozialversicherung – ein rechtlicher Anspruch bestand (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), 2004), der mit der neuen Regelung über das Wmo entfällt, allerdings kann gegebenenfalls Einspruch gegen die Entscheidung der CIZ erhoben werden. In welchem Umfang und mit welchen qualitativen Veränderungen diese Verschiebung zwischen Wmo und AWBZ verbunden ist, lässt sich aber zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht abschätzen.

4.3.3. Diskussion und Probleme

Die Schwierigkeiten des Niederländischen Pflegesystems konzentrieren sich zum einen auf bestehende Versorgungsschwierigkeiten: Im ambulanten und stationären Pflegebereich bestehen lange Wartelisten, auch wenn in den letzten Jahren Verbesserungen in diesem Bereich erzielt werden konnten (Boer, 2006). Weiters ist das niederländische System von Personalknappheit geprägt, wobei befürchtet wird, dass dieser Mangel mit steigendem Pflegebedarf weiter zunehmen wird. Selbst vorsichtigen Prognosen zufolge wird der Personalaufwand im Pflegebereich bzw. im AWBZ-Sektor von 309.000 Vollzeitbeschäftigten im Jahr 2003 auf mehr als das Doppelte (625.000) im Jahr 2020 steigen. Das Arbeitskräftepotenzial nimmt im selben Zeitraum hingegen kaum zu. Der Anteil der Erwerbsbevölkerung, die im Rahmen des AWBZ beschäftigt ist, würde diesen Berechnungen folgend von 5,6% im Jahr 2003 auf 11,6% knappe zwanzig Jahre später steigen (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), 2004). Die Lösungsansätze um den drohenden Personalmangel zu entgegnen bewegen sich zwischen Vorschlägen, die Anreizwirkung in diesem Bereich zu erhöhen, indem Arbeits-, Ausbildungs- sowie Bezahlungsbedingungen verbessert werden, bzw. den steigenden Bedarf durch Arbeitsmigration abzudecken. In Bezug auf die persönlichen Budgets wird beklagt, dass trotz zehnjährigen Bestehens der Informationsgrad über die Existenz dieser Leistungsmöglichkeit unter den Pflegebedürftigen immer noch unzureichend ist (Boer, 2006). Aufgrund der Erhöhung der Selbstbehalte und

Leistungskürzungen im Rahmen des AWBZ wird befürchtet, dass der Pflegeaufwand im informellen Bereich und damit die Belastungen – vor allem für die Frauen – im Rahmen der familiären Versorgung zunehmen wird (Schreuder Goedheijt – Visser-Jansen, 2004, Pijl – Ramackers, 2007). Die Autoren Tjadens et al. (2005) setzen sich in ihrer Studie mit einem Ländervergleich der Langzeitpflege auseinander und schließen daraus für die Niederlande, dass, nicht zuletzt aufgrund der soeben angesprochenen zunehmenden Belastungen im Rahmen der informellen Pflege und des bestehenden Personalmangels, mit der Herausbildung eines illegalen Pflegemarktes zu rechnen ist: The most important lesson for the Netherlands therefore seems to be not so much whether an illegal supply for care labour provision will emerge, but rather when and how much (Tjadens et al., 2005).

4.4. Dänemark

Das Pflegesystem in Dänemark ist Teil des allgemeinen Gesundheitswesens und lässt sich nicht unabhängig von diesem analysieren. Dänemark gehört zu den Wohlfahrtsstaaten des skandinavischen Typs, der durch allgemeine Steuerfinanzierung und universale Leistungen – die Leistungen sollen allen Bürgern und Bürgerinnen kostenfrei und im gleichen Umfang zur Verfügung stehen – charakterisiert ist. Die Merkmale, die für das Sozialsystem insgesamt prägend sind, finden sich auch im Gesundheitssystem und ebenso in der Pflegeversorgung wieder. Pflegerische Dienstleistungen werden nach Bedarf und unabhängig von geleisteten finanziellen Beiträgen gewährt. Insgesamt hat das dänische Wohlfahrtssystem eine stärker umverteilende Wirkung als beitragsfinanzierte oder konservativ-korporatistische Systeme.

4.4.1. Pflegesystem und Finanzierungsstruktur

Eine formale Begriffsdefinition der Pflege wie in Deutschland ist in Dänemark nicht notwendig, da die Pflegeleistungen im Rahmen des Gesundheitssystems erbracht werden. Für die Pflegeversorgung relevante Grundlagen bilden das Sozialfürsorgegesetz, das Gesetz der häuslichen Krankenpflege sowie das Gesetz über Wohnen für Ältere und Behinderte (Skuban, 2004).

In Bezug auf die Finanzierung unterscheidet sich Dänemark wesentlich von allen anderen hier beschriebenen Ländern. Die Finanzierung der Sozialausgaben und auch des allgemeinen Gesundheitssystems beruht auf Steuern. Fast die gesamte Abgabensumme – diese setzt sich aus Steuern und Beiträgen zusammen – entfällt in Dänemark auf direkte und zu einem geringeren Anteil auf indirekte Steuern. Der extrem niedrige Anteil an Sozialbeiträgen¹² stellt unter den Ländern der EU 15 einen Sonderfall dar. Die indirekten Steuern belaufen sich hingegen in etwa auf ein Drittel der Abgaben und entsprechen damit dem Durchschnitt der EU 15; auch der Anteil der Mehrwertsteuer, als wichtigste unter den indirekten Steuern, ist mit jenem von Österreich oder den Niederlanden vergleichbar. Den Einnahmenausgleich zu dem niedrigen Beitragsanteil stellen somit die direkten Steuern dar, die mit rund 65% am Abgabenaufkommen verhältnismäßig hoch sind.

Im Pflegebereich stammt der überwiegende Finanzierungsanteil aus kommunalen Steuern und in geringerem Ausmaß aus zentralstaatlichen Zuschüssen an die Gemeinden. Dänemark ist ein Einheitsstaat mit stark dezentralisierter Verwaltung; vor allem den Gemeinden kommt, neben den Regionen, für den gesamten Gesundheitsbereich - und damit auch für die Langzeitpflege - eine bedeutende Rolle zu. Sie sind seit der Verwal-

12 Die Höhe der Sozialbeiträge unterscheidet sich je nachdem welche Definition dazu herangezogen wird, ist aber in beiden Fällen weit unter dem EU-15-Durchschnitt. Nach den Daten des ESGV 95 belaufen sie sich – inklusive der unterstellten Sozialbeiträge – auf 1,9% des BIP im Jahr 2005, nach der weiter gefassten Definition von ESSOSS betragen sie 9,9% (2005).

tungsreform Anfang der 1970er Jahre für die Erstellung der Leistungen im Gesundheits- und Pflegebereich selbst verantwortlich und in Folge dieser Autonomie auch für deren Finanzierung. Jedes Jahr wird zwischen Regierung, Regionalrat und Gemeinderat festgelegt, welche Höhe die zu entrichtenden Steuern maximal erreichen dürfen (Ministry of the Interior and Health, o.J.). Die Gesamtbelastung einer steuerzahlenden Person darf allerdings nicht mehr als 59% des Einkommens ausmachen. Die Einkommenssteuer ist auf alle, inklusive vermögensbezogener, Einkommensarten zu entrichten. Die Gemeinden können die Höhe ihrer eigenen Steuern und damit einhergehend ihr Leistungsangebot, das zumindest den zentralstaatlich vorgeschriebenen Qualitätsvorgaben entsprechen muss, selbst festlegen. Diese hohe Gemeindeautonomie hat zu erheblichen Unterschieden im Leistungsangebot zwischen den Gemeinden geführt.

Einkommensabhängige Eigenleistungen spielen auch im Bereich der Pflege eine gewisse Rolle, hierbei vor allem bei der vorübergehenden häuslichen Pflege. Dänemark ist, vor allem im Vergleich zu Deutschland, durch einen stark institutionalisierten Pflegebereich charakterisiert. Die informelle Pflege durch familiäre Angehörige spielt zwar auch in Dänemark eine wichtige, im internationalen Vergleich aber untergeordnete, Rolle.

Der Großteil der Leistungen wird als Sachleistungen gewährt, Geldleistungen bilden die Ausnahme. In den 1970er und 80er Jahren dominierten, ähnlich wie in den Niederlanden, die stationären Pflegeeinrichtungen, ab Mitte der 1980er Jahre begann eine verstärkte Orientierung auf die mobile und ambulante Pflege sowie alternative Wohnformen. Die Errichtung von neuen stationären Einrichtungen wurde eingestellt und bestehende wurden zum Teil abgebaut. Dies führt längerfristig allerdings zu langen Wartezeiten für die stationäre Betreuung (Ministry of the Interior and Health, Ministry of Social Affairs (DK), 2005). Der Leistungskatalog für die häusliche Pflege, der im Wesentlichen von den Gemeinden finanziert wird, ist sehr umfangreich und umfasst Hilfestellungen bei Hausarbeit und Haushaltsführung, bei einfacher medizinischer Versorgung und Pflege sowie auch die Bereitstellung von Besuchsdiensten sowie Kontaktpersonen.

In der Regel werden diese Dienste von Gemeindebediensteten bzw. gemeindeeigenen Einrichtungen erbracht. Seit den 1990er Jahren spielen auch zunehmend private Dienstleister eine bedeutende Rolle, da die zu Pflegenden freie Wahlmöglichkeit zwischen den verschiedenen Anbietern haben. Die Langzeitpflege kann in diesem Bereich von den Pflegebedürftigen kostenlos bezogen werden, für die kurzfristige Pflege sind Selbstbehalte zu entrichten. Auch die teilstationäre Pflege bietet eine Alternative zu den überlasteten stationären Einrichtungen und wird meist in Form von Tageszentren angeboten. Im Gegensatz zu den übrigen staatlich dominierten Pflegebereichen sind diese zu ca. einem Viertel privat oder gemeinnützig organisiert. Im Jahr 2006 waren in Dänemark 718.000 Personen über 66 Jahren alt, von diesen erhielten 174.000 Heimhilfe und 65.500 Personen lebten in betreuten Wohneinrichtungen, geschützten Heimen oder Pflegeheimen (Statistics Denmark, 2007).

Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege, die sowohl Ausgaben für Behinderten als auch für Altenpflege umfassen, belaufen sich im Jahre 2003 auf 8,3% des BIP. Der Ausgabenanstieg in den letzten zehn Jahren wird vor allem auf die demografischen Entwicklungen zurückgeführt. Wie auch die anderen europäischen Länder sieht sich Dänemark einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft gegenüber. Die geschätzte Kostensteigerung für Gesundheit und Langzeitpflege wird mit einer Erhöhung von 2,7% des BIP bis zum Jahr 2050 angeführt (Ministry of the Interior and Health, Ministry of Social Affairs (DK), 2005).

4.4.2. Probleme und aktuelle Diskussionen

Die aktuellste Reform, von der das System der Langzeitpflege, wenn auch nur im geringen Ausmaß, betroffen war, ist die Verwaltungsreform 2007. Im Zuge der Umstrukturierung des öffentlichen Sektors mit dem Ziel die Verwaltungsstruktur zu vereinfachen und damit effizienter zu gestalten, wurden die bis dahin bestehenden 14 Landeskreise aufgelöst und durch fünf Regionen ersetzt sowie die Anzahl der Gemeinden von 273 auf 99 reduziert und dadurch vergrößert. Den Regionen wird aufverwaltungstechnischer Ebene ein weites Aufgabenfeld eingeräumt, so obliegt ihnen im Gesundheits- und Krankenhauswesen eine planende und koordinierende Funktion, eine Steuerhoheit besitzen sie hingegen – im Gegensatz zu den davor bestehenden Landeskreisen – nicht. Die Steuerhoheit auf Gemeindeebene wird in Folge weiter ausgebaut sowie auch deren kommunale Selbstverwaltung und damit einhergehend deren Zuständigkeiten im Bereich des Gesundheits- und Pflegesystems. Ob sich durch diese Umstrukturierungen die Angebots- und Qualitätsunterschiede zwischen den Regionen weiter verstärken werden, ist noch nicht absehbar. Interessant ist, dass die aktuelle Debatte um die Langzeitpflege in der öffentlichen Diskussion, zumindest derzeit, keinen vergleichbaren Stellenwert wie in Deutschland und Österreich oder auch den Niederlanden einnimmt.

Übersicht 24: Internationaler Vergleich der Pflegesicherung

	Österreich	Deutschland	Dänemark	Niederlande
seit wann	seit 1993 "Bundespflegegesetz"	seit 1995, 5. Säule in der Sozialversicherung, "Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit", "Pflegeteilerweiterungsgesetz 2007"	seit Anfang der 1970er Jahre; Sozialfürsorgegesetz, "Gesetz über Wohnungen für Ältere und Behinderte"	seit den 1960er Jahren: 1967 "Allgemeines Gesetz gegen besondere Krankheitskosten" (AWBZ), 2007 "Social Support Act"
Finanzierung	allgemeine Steuermittel (Bund und Länder)	Sozialversicherungsbeiträge (Bismarck'sches System), 1,7% (1,95% ab 2008) des Einkommens, seit 2005 erhöhter Satz (0,25%) für kinderlose Personen	kommunale Steuern (EKSt) und staatliche Zuschüsse	Beiträge (auf alle steuerpflichtigen Einkommensarten)
Geldleistungen/ Sachleistungen	Sachleistungen, seit 1993 ungebundene Geldleistungen	Geld und Sachleistung, als auch eine Kombination von beiden	Schwerpunkt auf Sachleistungen; Geldleistungen nur in Ausnahmefällen	Sachleistungen und seit 1996 zweckgebundene Geldleistungen (Persönliche Budgets)
Leistungsumfang	abhängig von der Pflegestufe (1 – 7), gedeckelt	Pflegestufe (1 – 3) gedeckelt ¹³⁾ , Geldleistungen bis zur Reform 2008 nicht angepasst (-> reale Entwertung)	sehr umfassende staatliche Leistungen	Höhe richtet sich nach Bedarf; keine Obergrenze (Indikationsprüfung)
Anspruchs berechtigung	Wohnort in Österreich und bei gegebener Pflegebedürftigkeit	alle versicherungspflichtigen Mitglieder und Mitversicherte, ca. 8% sind privat versichert (opting out)	Wohnort in DK und bei gegebener Pflegebedürftigkeit	Wohnort in den NL und bei gegebener Pflegebedürftigkeit
Stationäre-/ Mobile-Pflege	beides	beides	ab 1987 verstärkte Orientierung an der mobilen Pflege, starker Abbau der stationären Einrichtungen	Schwerpunkt auf stationäre Pflege, ab 1990er verstärkte Orientierung an der mobilen Pflege
Probleme	Finanzierung informeller/illegaler Pflegemarkt	Finanzierung, geringer Leistungsumfang, bis zur Reform 2008 fehlende Versorgung Demenzkranker	Finanzierung, lange Wartezeiten im stationären Bereich, Personalknappheit im Pflegebereich	Finanzierung, lange Wartezeiten, Personalknappheit im Pflegebereich

Q: WIFO.

13 Die jeweilige Pflegestufe wird in Abhängigkeit von der Schwere des Pflegefalls zugeteilt. Die erhaltene Leistung ist, dem Konzept der „Teilkaskoversicherung“ folgend, gedeckelt und entspricht nicht dem vollständigen Bedarf der pflegebedürftigen Person. Insofern besteht hinsichtlich des Leistungsumfanges ein bedeutender Unterschied zu den Niederlanden und Dänemark.

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ziel dieser Studie war es, eine Bestandsaufnahme und eine Prognose der Kostenentwicklung der Langzeitpflege in Österreich zu präsentieren. Aufgrund der eingangs diskutierten Datenproblematik müssen die Ergebnisse der Studie unter den Prämissen der zugrunde liegenden Datenrestriktionen im Sachleistungsbereich gesehen werden. Darüber hinaus wurde darauf verwiesen, dass aufgrund der Nahtstellenproblematik zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesystem letzteres nicht eindeutig abgrenzbar ist und sicherlich Teile der Pflegekosten im enger definierten Gesundheitssystem beinhaltet sind.

In Österreich wurde das (steuerfinanzierte) Pflegegeld 1993 eingeführt. Im Jahr 2006 wurde an knapp 400.000 Personen in Österreich Pflegegeld ausbezahlt. Seit 1994 wurde ein Anstieg von rund 25% verzeichnet. Zusätzlich zu den Geldleistungen werden von den Bundesländern und den Gemeinden Sachleistungen (Pflegeheime, soziale Dienste) für die Pflegevorsorge zur Verfügung gestellt. Das gesamte Ausgabenvolumen (Geld- und Sachleistungen) betrug 2006 rund 3,3 Mrd. Euro, allerdings sei hier nochmals auf die Datenproblematik hingewiesen. Zwischen 1994 und 2006 haben sich die Aufwände für die Langzeitpflege in Österreich um rund 50% erhöht.

Eine Analyse der Verteilungswirkung des Pflegesystems in Österreich zeigt, dass die Finanzierung des Pflegegeldes im Wesentlichen proportional erfolgt und daher nicht umverteilend wirkt, allerdings gehen von der Leistungsseite eindeutig egalisierend wirkende Verteilungseffekte aus.

Die Finanzierung der Pflegevorsorge gerät zunehmend unter Druck. Einerseits zeigt die demografische Entwicklung eine fortschreitende Alterung der Gesellschaft und andererseits wird das Pflegepotenzial der Familie durch den gesellschaftlichen Wandel reduziert werden. Auf Basis von unterschiedlichen Annahmen über das Ausmaß

dieser Effekte wurden in dieser Studie Prognosemodelle berechnet, die die Wirkung dieser Effekte isoliert betrachten, aber auch Gesamtszenarien, die das Zusammenspiel der unterschiedlichen Effekte quantifizieren. Die drei Gesamtszenarien gehen von (1) moderaten, (2) hohen und (3) mittelstarken Effekten der Annahmen aus. Summa summarum zeigt sich zwischen 2006 und 2030 eine Kostensteigerung des österreichischen Pflegesystems zwischen (1) 66% und (2) 207%. Das mittlere Szenario weist einen Kostenanstieg von rund 160% aus. Gemessen am Anteil des realen BIP werden die Kosten des Pflegesystems in allen drei Varianten steigen.

Der letzte Teil der Studie gibt einen Überblick über verschiedene Pflegesysteme in Europa. Alle Länder der EU 15 sehen sich in den folgenden Jahrzehnten aufgrund der demografischen Verschiebungen mit steigenden Kosten im Bereich der Langzeitpflege konfrontiert. Die vorliegende Studie analysiert die Pflegemodelle Deutschlands, der Niederlande und Dänemarks genauer. Die Finanzierungsmodelle sowie die Versorgungsaufteilung zwischen Staat, Markt und Familie sind in den in dieser Studie untersuchten Ländern unterschiedlich organisiert. Deutschland hat die Pflegesicherung in das bestehende System der Sozialversicherung als eigenständige Versicherungssäule, die dem Subsidiaritätsprinzip unterliegt, integriert (beitragsfinanziert). Die Niederlande finanzieren ihr umfangreiches bedarfsorientiertes System der Langzeitpflege ebenfalls über Beiträge, allerdings werden diese im Gegensatz zu Deutschland auf alle steuerpflichtigen Einkommensarten erhoben. Die Finanzierungsbasis in Dänemark erfolgt zum Großteil über kommunale Einkommenssteuern sowie über steuerfinanzierte staatliche Zuschüsse. Neben den Finanzierungsschwierigkeiten aufgrund des steigenden Bedarfs mit dem – wenn auch in unterschiedlichen Ausmaß – alle Länder konfrontiert sind, bestehen ebenfalls prognostizierte Engpässe im Bereich des Pflegepersonals. Die Versorgung langzeitpflegebedürftiger Menschen über den halblegalen oder illegalen Pflegemarkt spielt vor allem in Deutschland und Österreich eine bedeutende Rolle, aber weniger in Dänemark und den Niederlanden, da in diesen Ländern die staatliche Versorgung wesentlich umfassender ist. Deutschland hat im

Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes 2007 die Beiträge erhöht um die Finanzierung zumindest bis zum Jahr 2014 zu sichern. In den Niederlanden wurde versucht, diesem Kostendruck - neben der verstärkten Orientierung auf mobile Pflegeleistungen und Präventivmaßnahmen - durch Leistungskürzungen zu begegnen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Niederlande zu den Ländern mit den höchsten Ausgaben pro Kopf als Anteil des Bruttoinlandproduktes zählen.

Im internationalen Vergleich lassen sich hinsichtlich der staatlichen Versorgungsleistungen im Bereich der Langzeitpflege zwei Trends feststellen: 1) In den meisten Ländern dominierten am Beginn der Herausbildung eigenständiger Pflegesicherungssysteme Sachleistungen, die je nach Land in unterschiedlichem Ausmaß um Geldleistungen ergänzt werden. In Deutschland erfolgte die Versorgung älterer langzeitpflegebedürftiger Menschen vor dem Einbezug der Pflegeversicherung in die Sozialversicherung über Sachleistungen im Rahmen der Krankenversicherung. 2) Es zeigt sich eine Trendverschiebung von der stationären hin zur mobilen bzw. ambulanten Pflege. In Dänemark und in den Niederlanden erfolgte diese Schwerpunktverschiebung bereits Mitte der 1980er Jahre. Diese Umorientierung ist zweifach motiviert: Erstens ist die ambulante Pflegeversorgung in Fällen, die keine vollstationäre Betreuung benötigen, meistens kostengünstiger als die stationäre und zweitens ist sie besser dazu geeignet ein Leben der Pflegebedürftigen in Unabhängigkeit zu ermöglichen. Für Österreich ergeben sich verschiedene Alternativen, wobei eine Orientierung an dem deutschen Modell aufgrund der ohnehin schon hohen Belastung des Faktors Arbeit mit Skepsis zu betrachten wäre. Die Niederlande und Dänemark bieten aufgrund ihrer langen Tradition der Langzeitpflege viele unterschiedliche Modelle der mobilen, ambulanten und teilstationären Versorgung, die auch für Österreich überlegenswert sein könnten.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- » Badelt, C., Holzmann-Jenkins, A., Matul, C., Österle, A., Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien, 1997.
- » Boer, Report on the Elderly, Changes in the lives and living situation of elderly persons in the Netherlands, Hague, 2006.
- » Brouwer, W., Rutten, F., Die Gesundheitsreform in Holland, Änderungen in Holland – kann Deutschland daraus lernen?, 2005.
- » Bundesministerium für Arbeit u. Soziales (D), http://www.bmas.de/portal/10118/soziale_sicherung_im_ueber_blick.html, http://www.bmg.bund.de/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegereformdownload,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pflegereform-download.pdf (Stand 15.1.2008)
- » Bundesministerium für Arbeit und Soziales (D), Soziale Sicherung im Überblick, 2007
- » Bundesministerium für Arbeit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1. Jänner 1994 bis Dezember 1995, Wien.
- » Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1996, Wien.
- » Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1997, Wien.
- » Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1998, Wien.
- » Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1999, Wien.
- » Bundesministerium für Gesundheit (D): Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 2007a.

- » Bundesministerium für Gesundheit (D): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (12/07), 2007b, http://www.bmg.bund.de/nn_604244/Shared-Docs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/ZahlenFakten,templated=raw,property=publicationFile.pdf/ZahlenFakten.pdf
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2000, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2001, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2002, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2003, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005, Wien.
- » Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006, Wien.
- » Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H., Wittenberg, R., European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs, Personal Social Services Research Unit (PSSRU), Discussion Paper, 2003, (1840), http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/ltc_study_en.pdf.
- » Deutscher Industrie- und Handelskammertag, Zukunftsfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Wettbewerb, Beschluss des DIHK-Vorstandes, Berlin, 2007.
- » Doblhammer, G., Kytir, J., Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and

- 1998, *Social Science and Medicine*, 2001, 52, p. 385-391.
- » Economic Policy Committee, The impact of aging on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pension, health care, long-term care, education und unemployment, (2004-2050), 2006, http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_publications_en.htm
 - » Evandrou, M. Employment and Care, Paid and Unpaid Work: The Socio-Economic Position of Informal Carers, in: Philips, J., ed., *Working Carers*, Avebury, Aldershot, 1995.
 - » Fuchs, M., Non-Take-Up Sozialhilfe (HLU 2003) und Schlussfolgerungen für Mindestsicherung, Präsentation im Rahmen des WIFO-Jour-Fixe Budget- und Steuerpolitik, Dezember 2007.
 - » Guger, A., Walterskirchen, E., Busch, G., Czerny, M., Puwein, W., Mooslechner, P., Umverteilung durch öffentliche Haushalte in Österreich, Studie, WIFO, Wien, 1987.
 - » Guger, A., Umverteilung durch den Staat in Österreich, WIFO-Monatsberichte 69(10) 1996, Wien, S- 635-652.
 - » Hanika, A., Vorausschätzung der Privathaushalte und Familien Österreichs bis 2050, *Statistische Nachrichten*, 2006, (11), S. 1004-1018.
 - » Jacobzone, S., Cambois E., Chaplain, E. & Robine, J., 'The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?', *Labour Market and Social Policy Occasional Papers No 37*, OECD. Paris, 1999
 - » Lass, K., Die Gesundheitsreform in den Niederlanden – ein Vorbild für Deutschland?, *Internationale Politikanalyse, Politikinfo*, August 2006.
 - » Lehner, M., Mayr, M., Nahtstelle Krankenhaus – Ambulante Pflege, Schritte zur systemübergreifenden Prozessoptimierung, Linz, 2007.
 - » Ministerie van Financien, *Policy spearheads for 2006*.
 - » Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), *Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden*, o.J.

- » Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), En Route to a sustainable System of long-term care and social support, 2004.
- » Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), Fact sheet Personal budget AWBZ, 2006, http://www.minvws.nl/en/folders/zzoude_directies/dvvo/2005/fact-sheet-personal-budget-awbz.asp .
- » Ministry of the Interior and Health , Ministry of Social Affairs (DK), Report on health and long-term care in Denmark, 2005.
- » Ministry of the Interior and Health, Health care in Denmark, 2005, <http://eng.social.dk/index.aspx?id=6c69ba60-5ac5-49c7-bda8-c719fc5230>.
- » Mühlberger, U., Wege aus der Frauenarmut durch Arbeitsmarktpartizipation, in: Heitzmann, K., Schmidt, A., Auswege aus der Frauenarmut, Frankfurt, 2004.
- » Municipality of Amsterdam, Social Support Act, Amsterdam cares, <http://www.zuidoost.amsterdam.nl>.
- » Österle, A., Meichenitsch, K., Pflegesicherungssysteme in Europa, Soziale Sicherheit, 2007, (11), S. 536-544.
- » Pijl, M., Ramackers, C., Contracting Ones's Family Members: The Dutch Care Allowance, in: Ungerson, C., Yeandle, S., (Eds.) Cash for Care in Developed Welfare States, 2007, S. 81-104.
- » Quantum, Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH, Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, 2007.
- » Rothgang, H., Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung, Bremen, 2006.
- » Schreuder Goedheijt, T., Visser-Jansen, G., Mantelzorg in the Netherlands, Family care: characteristics, care policies, support and research, Utrecht, 2004.
- » Skuban, R., Pflegesicherung in Europa, Sozialpolitik im Binnenmarkt, Wiesbaden, 2004.
- » Statistics Denmark, Statistical Yearbook, 2007, <http://www.dst.dk/HomeUK/Statistics/of/Publications/Yearbook.aspx>.

- » Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2004, 2006, http://www.armut.at/Bdl_S_h_leistungen_2004.pdf.
- » Stiftung Marktwirtschaft, Zukunftsfeste Pflegeversicherung, Tagungsbericht, Berlin, 2006.
- » Tjadens, F., Goris, A., Pim de Graaf, Kraakman, T., Slijkhuis, B., Long term care in other countries – Lessons for the Netherlands, 2005.
- » Ungerson, C., Yeandle, S., (Eds.) Cash for Care in Developed Welfare States, 2007.
- » Verband der privaten Krankenversicherung (DE), Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht, Berlin, 2006.

7.ANHANG

Übersicht A1: Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld, 1994 bis 2006

per 31.12.	Insgesamt		Bundespflegegeld		Landespflegegeld	
	Personen	In % gg. Vorjahr	Personen	In % gg. Vorjahr	Personen	In % gg. Vorjahr
Frauen und Männer insgesamt						
1994 ¹⁾	317.231		266.498		50.733	
1995 ¹⁾	324.548	2,3	271.253	1,8	53.295	5,0
1996 ¹⁾	316.080	-2,6	262.220	-3,3	53.860	1,1
1997	320.496	1,4	268.995	2,6	51.501	-4,4
1998 ³⁾	323.528	0,9	273.020	1,5	50.508	-1,9
1999 ³⁾	333.109	3,0	278.887	2,1	54.222	7,4
2000 ³⁾	340.415	2,2	285.500	2,4	54.915	1,3
2001 ³⁾	346.447	1,8	292.019	2,3	54.428	-0,9
2002 ³⁾	359.166	3,7	303.528	3,9	55.638	2,2
2003 ³⁾	364.719	1,5	307.999	1,5	56.720	1,9
2004 ³⁾	378.943	3,9	320.258	4,0	58.685	3,5
2005 ^{2) 3)}	382.821	1,0	323.288	0,9	59.533	1,4
2006 ³⁾	398.293	4,0	337.322	4,3	60.971	2,4
Frauen						
1994 ¹⁾	197.820		168.113		29.707	
1995 ¹⁾	215.092	8,7	184.769	9,9	30.323	2,1
1996 ¹⁾	216.108	0,5	181.100	-2,0	35.008	15,5
1997	219.605	1,6	185.704	2,5	33.901	-3,2
1998 ³⁾	218.887	-0,3	185.819	0,1	33.068	-2,5
1999 ³⁾	225.639	3,1	189.903	2,2	35.736	8,1
2000 ³⁾	230.350	2,1	194.078	2,2	36.272	1,5
2001 ³⁾	233.486	1,4	197.728	1,9	35.758	-1,4
2002 ³⁾	241.592	3,5	205.150	3,8	36.442	1,9
2003 ³⁾	244.698	1,3	207.714	1,2	36.984	1,5
2004 ³⁾	254.533	4,0	216.195	4,1	38.338	3,7
2005 ^{2) 3)}	256.752	0,9	217.794	0,7	38.958	1,6
2006 ³⁾	262.554	2,3	226.540	4,0	36.014	-7,6
Männer						
1994 ¹⁾	88.032		73.624		14.408	
1995 ¹⁾	101.560	15,4	86.484	17,5	15.076	4,6
1996 ¹⁾	99.669	-1,9	81.120	-6,2	18.549	23,0
1997	100.891	1,2	83.291	2,7	17.600	-5,1
1998 ³⁾	102.266	1,4	84.826	1,8	17.440	-0,9
1999 ³⁾	105.021	2,7	86.535	2,0	18.486	6,0
2000 ³⁾	107.560	2,4	88.917	2,8	18.643	0,8
2001 ³⁾	110.436	2,7	91.766	3,2	18.670	0,1
2002 ³⁾	114.904	4,0	95.708	4,3	19.196	2,8
2003 ³⁾	117.274	2,1	97.538	1,9	19.736	2,8
2004 ³⁾	121.484	3,6	101.137	3,7	20.347	3,1
2005 ^{2) 3)}	123.057	1,3	102.482	1,3	20.575	1,1
2006 ³⁾	132.680	7,8	107.723	5,1	24.957	21,3

Q: Statistik Austria, BMSK, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Die Summe aus Frauen und Männern weicht von insgesamt ab, weil die Aufgliederung nach Geschlecht nicht für alle Bundesländer bzw. nicht von allen Bundesträgern (1994) vorliegt; Differenz 1994: insgesamt 31.379 Personen, davon 24.761 Bundespflegegeld, 6.681 Landespflegegeld, 1995: 7.898 Personen, 1996: 303 Personen. – ²⁾ Die Angaben für Salzburg beziehen sich auf Jänner 2006. – ³⁾ Darin enthalten auch OFG und LandeslehrerInnen, die nicht nach Geschlecht getrennt geführt werden. Für 1998: +2.375 Personen, 1999: +2.449 Personen, 2000: +2.505 Personen, 2001: +2.525 Personen, 2002: +2.670 Personen, 2003: +2.747 Personen, 2004: +2.926 Personen, 2005: +3.012 Personen, 2006: +3.059 Personen.

Übersicht A2: LandespflegegeldbezieherInnen nach Geschlecht und Bundesland, 1994 bis 2006

per 31.12.	Anzahl der LandespflegegeldbezieherInnen im Bundesgebiet ¹⁾									
	Österreich	Bgld	Ktn	NÖ	OO	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien
	Insgesamt									
1994 ¹⁾	50.733	1.410	4.898	9.533	8.693	3.148	6.618	5.756	1.789	8.888
1995 ¹⁾	53.295	1.613	4.880	9.615	8.591	3.148	7.896	6.603	1.757	9.192
1996 ¹⁾	53.860	1.579	4.718	9.312	8.207	3.235	8.036	3.870	1.942	12.961
1997	51.501	1.605	4.575	9.449	8.272	3.010	8.187	3.816	1.819	10.768
1998	50.508	1.605	4.365	8.831	8.466	3.081	8.214	3.467	1.774	10.705
1999	54.222	1.632	5.216	9.993	8.358	3.049	8.588	3.493	1.784	12.109
2000	54.915	1.633	5.606	9.553	8.370	3.011	8.792	3.611	1.783	12.556
2001	54.428	1.641	5.119	10.130	8.554	3.046	8.859	3.447	1.778	11.854
2002	55.638	1.658	5.253	10.352	8.508	3.038	9.027	3.596	1.849	12.357
2003	56.720	1.681	5.174	10.218	8.648	3.109	9.324	3.737	1.925	12.904
2004	58.685	1.716	5.589	10.878	8.703	3.100	9.506	3.829	1.931	13.433
2005 ²⁾	59.533	1.770	5.584	11.061	8.789	3.151	9.580	4.024	2.037	13.537
2006	60.971	1.846	5.629	11.382	9.138	3.227	10.268	4.577	2.144	12.760
	Frauen									
1994 ¹⁾	29.707	979	3.485	6.708	5.814	2.050	.	3.932	1.116	5.623
1995 ¹⁾	30.323	1.113	3.474	6.715	5.662	2.018	.	4.534	1.093	5.714
1996 ¹⁾	35.008	1.073	3.369	6.413	5.356	2.031	5.568	2.438	1.191	7.569
1997	33.901	1.082	3.252	6.504	5.379	1.897	5.689	2.523	1.098	6.477
1998	33.068	1.082	3.119	6.045	5.525	1.939	5.695	2.267	1.056	6.340
1999	35.736	1.105	3.779	6.782	5.541	1.913	5.975	2.269	1.070	7.302
2000	36.272	1.115	4.102	6.568	5.505	1.879	6.141	2.340	1.068	7.554
2001	35.758	1.115	3.820	6.876	5.707	1.881	6.196	2.265	1.040	6.858
2002	36.442	1.140	3.929	7.038	5.588	1.886	6.357	2.387	1.092	7.025
2003	36.984	1.164	3.828	6.850	5.672	1.943	6.596	2.468	1.154	7.309
2004	38.338	1.176	4.135	7.316	5.715	1.935	6.753	2.523	1.179	7.606
2005 ²⁾	38.958	1.233	4.145	7.511	5.762	1.969	6.801	2.671	1.236	7.630
2006	36.014	1.297	4.193	3.658	6.038	2.034	7.346	3.043	1.343	7.062
	Männer									
1994 ¹⁾	14.408	431	1.413	2.825	2.879	1.098	.	1.824	673	3.265
1995 ¹⁾	15.076	500	1.406	2.900	2.929	1.130	.	2.069	664	3.478
1996 ¹⁾	18.549	506	1.349	2.899	2.851	1.204	2.468	1.432	751	5.089
1997	17.600	523	1.323	2.945	2.893	1.113	2.498	1.293	721	4.291
1998	17.440	523	1.246	2.786	2.941	1.142	2.519	1.200	718	4.365
1999	18.486	527	1.437	3.211	2.817	1.136	2.613	1.224	714	4.807
2000	18.643	518	1.504	2.985	2.865	1.132	2.651	1.271	715	5.002
2001	18.670	526	1.299	3.254	2.847	1.165	2.663	1.182	738	4.996
2002	19.196	518	1.324	3.314	2.920	1.152	2.670	1.209	757	5.332
2003	19.736	517	1.346	3.368	2.976	1.166	2.728	1.269	771	5.595
2004	20.347	540	1.454	3.562	2.988	1.165	2.753	1.306	752	5.827
2005 ²⁾	20.575	537	1.439	3.550	3.027	1.182	2.779	1.353	801	5.907
2006	24.957	549	1.436	7.724	3.100	1.193	2.922	1.534	801	5.698

Q: Statistik Austria, BMSK, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. – 1) Die Summe aus Frauen und Männern weicht von Insgesamt ab, weil die Aufgliederung nach Geschlecht nicht für alle Bundesländer vorliegt; Differenz 1995: 7.898 Personen, 1996: 303 Personen. – 2) Die Angaben für Salzburg beziehen sich auf Jänner 2006. – 3) OFG und LandeslehrerInnen nicht nach Geschlecht gegliedert. – 4) 1995 bis 1997 Anzahl ohne OFG und LandeslehrerInnen.

Übersicht A3: Finanzierung der Altenpflege (über 60 Jahre) durch Gebietskörperschaften, 2005

	Aufwand Bundespflegegeld	Aufwand Landesmittel	Zuordenbarer Aufwand Gemeinden (nicht zuordenbar/abgrenzbar EUR 442 Mio.)			Summe Gemeinden	Gesamt 2005	In Prozent
			Zahlungen an Land	zuordenbare Ausgaben	Direkt zuordenbare Ausgaben			
In Euro								
Burgenland	53.728.586	8.668.233	7.089.333	2.700.729	9.790.062	81.976.942	4%	
Kärnten	100.223.534	23.530.913	19.665.822	1.075.103	20.740.925	165.236.295	8%	
NÖ	234.039.241	82.187.346	75.646.746	7.312.074	82.958.820	482.144.226	22%	
OO	201.905.477	106.113.930	12.475.757	7.788.834	20.264.591	348.548.590	16%	
Salzburg	61.562.208	28.429.185	31.606.701	13.469.953	45.076.654	180.144.701	8%	
Steiermark	216.817.138	75.817.196	43.630.429	7.103.532	50.733.960	394.102.254	18%	
Tirol	80.231.420	82.812.475	31.605.612	12.742.019	44.347.631	251.739.157	11%	
Vorarlberg	40.725.311	31.687.207	12.298.281	5.579.689	17.877.970	108.168.458	5%	
Wien	212.482.994	171.010.541	92.082.599	n.a.	92.082.599	567.658.734	26%	
Gesamt	1.201.715.909	610.257.026	326.101.280	57.771.932	383.873.212	2.195.846.146	100%	
Prozentanteil	54,7%	27,8%	14,9%	2,6%	17,5%	100%		

Q: Quantum, 2007.

Übersicht A4: Nettoaufwand ambulante Dienste, 2000 bis 2006

Nettoaufwand für ambulante Dienste von 2000 bis 2006

BUNDESLAND	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Veränderung absolut	Veränd. in %
BURGENLAND	751.146	866.391	1.029.700	1.502.000	2.157.900	2.191.300	3.923.490 ¹	3.172.344	422,3%
KÄRNTEN	7.164.168	5.895.090	7.863.100	8.925.587	9.212.700	11.070.800	12.969.482	5.805.314	81,0%
NIEDERÖSTERREICH	18.663.984	19.325.538	20.263.286	21.597.219	23.226.537	24.528.433	27.563.869	8.899.884	47,7%
OBERÖSTERREICH	21.980.117	23.735.238	25.828.928	28.712.731	32.388.016	34.736.680	39.176.625	17.196.508	78,2%
SALZBURG ²⁾	12.733.283	10.925.312	8.852.810	8.967.537	8.012.290	7.943.757	8.737.142	-3.996.141	-31,4%
STEIERMARK									
TIROL	4.848.559	4.265.132	6.376.748	6.382.167	6.576.633	7.230.080	7.587.581	2.739.022	56,5%
VORARLBERG	17.740.272	20.040.869	21.106.235	20.037.980	23.035.697	23.995.838	26.604.922	8.864.650	50,0%
WIEN	113.527.873	94.803.800	89.814.301	91.209.835	94.933.078	101.743.024	110.552.587	-2.975.286	-2,6%
ÖSTERREICH (ohne Steiermark)	197.409.402	179.877.368	181.135.108	187.335.056	199.542.851	213.439.912	237.115.688	39.706.295	20,1%

¹⁾ Ab 2006 Wegfall der Einnahmen aus den Strukturfonds

²⁾ Rückgang ab dem Jahr 2001 aufgrund von Tarifänderungen. Ein Vergleich mit den Vorjahren ist daher nicht möglich.

O. Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 2006. "Dabei ist zu beachten, dass aus Gründen der Vergleichbarkeit nicht alle gemeldeten Daten aus den vorhandenen Arbeitskreisberichten übernommen wurden. Es wurden nur jene Erhebten eines Landes über die Jahre hinweg dargestellt, für die ein Vergleich plausibel erschien. Für jedes Land sind zusätzlich die absoluten und prozentuellen Veränderungen des jeweiligen Vergleichszeitraumes dargestellt. Eine Vergleichbarkeit der Erhebten und der Kosten zwischen den einzelnen Bundesländern ist aufgrund unterschiedlicher Bezeichnungen der Dienste bzw. unterschiedlicher Inhalte bei gleicher Bezeichnung nur sehr eingeschränkt gegeben." (Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 2006, S. 140).

Übersicht A5: Nettoaufwand stationäre Dienste, 2000 bis 2006

Nettoaufwand für stationäre Dienste von 2000 bis 2006

BUNDESLAND	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Veränderung absolut	Veränd. in %
BURGENLAND			6.540.000	6.260.800	6.755.900	10.901.500	9.941.081	3.401.081 ¹⁾	52,0% ¹⁾
KÄRNTEN	19.489.864	19.225.651	22.117.892	22.359.128	24.294.351	24.716.714	34.278.729	14.788.865	75,9%
NIEDERÖSTERREICH	65.640.502	65.568.251	73.697.391	76.349.180	80.797.107	92.175.991	99.745.069	34.104.567	52,0%
OBERSÖSTERREICH	47.784.133 ²⁾	52.484.394 ²⁾	58.874.000 ²⁾	64.889.550 ²⁾	73.954.400 ²⁾	83.972.504	97.146.339 ²⁾	49.362.206	103,3%
SALZBURG	31.717.102	20.837.351	20.064.210	20.847.524	23.706.745	25.610.250	30.481.914	-1.235.188	-3,9%
STEIERMARK	65.742.647	67.107.143	80.008.056	82.118.567	80.981.548	82.697.412	94.711.352	28.968.705	44,1%
TIROL	20.441.923	31.114.125	29.165.148	27.040.857	33.145.428	34.711.272	35.592.907	15.150.985	74,1%
VORARLBERG	24.647.663	26.684.993	29.049.378	27.995.270	21.849.549	26.804.339	24.920.088	272.425	1,1%
WIEN	287.512.918	308.447.781	298.143.659	277.789.296	324.448.913 ³⁾	74.971.549 ⁴⁾	88.735.094 ⁴⁾		
ÖSTERREICH (ohne Burgenland und Wien)	275.463.833,09	283.021.908,00	312.976.075	321.000.076	338.729.128	370.688.482	416.876.398	141.412.565	51,3%
2000 - 2006									

1) Ab dem Jahr 2002

2) Ausgaben nur für Pflegegeldbezieher

3) Ab 2004 ohne Kuratorium Wiener Pensionistenheime

4) Ohne städtische Pflegeheime

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 2006. Ad Vergleichbarkeit der Daten siehe Fußnote Übersicht A4.

Übersicht A6: Nettoaufwand ambulante Dienste, 1994 bis 2006

Nettoaufwand für ambulante Dienste von 1994 bis 2006

BUNDESLAND	nach PCB	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BGD	✓	7.396.397	7.415.585	1.965.748	5.017.516	5.182.185	6.119.269	7.141.174	8.659.379	10.059.793	11.569.978	13.175.028	14.775.028	16.375.028
BY	✓	11.427.718	12.573.061	12.990.718	13.670.827	14.179.268	15.707.269	18.663.884	19.325.538	20.262.386	21.597.219	23.226.531	24.528.433	25.962.434
NO	✓	11.713.865	12.534.438	13.407.748	14.866.178	17.175.656	19.837.813	21.980.117	23.735.238	25.829.928	28.712.711	32.488.016	34.736.680	37.176.629
SG	✓	8.519.021	7.866.121	11.297.449	4.841.617	9.939.659	15.549.989	12.733.282	10.925.314	8.852.816	8.960.537	8.012.298	7.942.371	8.217.142
SH	✓	3.371.718	3.319.135	3.565.305	3.582.745	3.585.305	3.615.111	3.645.111	3.675.111	3.705.111	3.735.111	3.765.111	3.795.111	3.825.111
NI	✓	11.370.714	11.423.987	14.481.555	15.720.896	17.203.996	17.203.996	17.203.996	20.040.848	21.106.278	20.073.986	21.035.697	21.995.838	26.409.472
HE	✓	72.629.582	78.323.375	81.374.401	71.135.885	83.347.668	86.773.422	113.271.275	113.271.275	89.813.302	91.298.835	94.933.078	101.743.024	110.552.587
ÖSTERREICH		122.413.924	127.922.269	139.110.497	129.105.094	147.715.278	164.651.714	197.409.402	179.877.348	181.135.108	187.235.056	199.242.851	213.489.912	227.115.698

- 1) 1994-1998: Daten vorhanden, Nettoaufwand 0.
- 2) 1999: Daten plausibel? Siehe Fußnote 3, teilweise große Abweichungen.
- 3) Ab 2006: Wegfall der Ernahmen aus dem Statistikfonds.
- 4) 1996: kein Nettoaufwand ausgewiesen. Wert von WIFO eingestuft 0,60245-Mittel abgezogen, wie in 1995).
- 5) 1994-1995: keine Daten ausgewiesen. Wert von WIFO eingestuft 0,60245-Mittel abgezogen, wie in 1995).
- 6) 1999: Hausanerkennung von 1,9 Mio. ab 230,95 Mio. ab.
- 7) Nur für Pflegeheimbetriebe. Essen auf Böden (EBR) auch für Nicht-Pflegeheimbetriebe.
- 8) 1994-1995: unklar, da Summe Nettoaufwand (ent).
- 9) 1996: Daten unklar, da ausgewiesener Nettoaufwand stimmt nicht mit errechnetem Südo. überein.
- 10) 1996: Unterschied zu 1995, durch neue Leistungsfamilienhilfe bedingt.
- 11) 1999: Daten plausibel?
- 12) 1994-1996: unklar, kein Nettoaufwand ausgewiesen - 190045 Mittel?
- 13) 1998-2003 sowie 2006: keine Daten ausgewiesen.
- 14) 1998-2003 sowie 2006: keine Daten ausgewiesen, nur Aufwände in G.u. Volkshilfe.
- 15) 1998: Daten plausibel? Sozial U. Gesundheitsamt Statistikdatenbank, nur Aufwände in G.u. Volkshilfe.
- 16) 1997: aufteilung einer extrem hohen Befürdnerangabeanteil für Hausanerkennung.
- 17) 2000: auffällig hohe sonstige ambulante Dienste.

O. Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A7: Nettoaufwand teilstationäre Dienste, 1994 bis 2006

Nettoaufwand für teilstationäre Dienste von 1994 bis 2006 inklusive Behindernten-Tagesheime

BUNDESLAND	nach PCB	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BGD	✓	6.464.138	8.286.531	7.608.978	6.701.599	8.280.704	8.536.773	-	-	13.276.300	18.813.800	14.807.200	16.145.740	20.124.729
BY	✓	381.282	469.990	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NO	✓	10.720.116	11.308.439	12.336.274	13.034.527	15.435.201	17.074.337	18.496.326	32.272.611	36.541.765	34.589.931	37.977.594	41.610.258	45.827.360
SG	✓	729.758	493.037	493.037	436.037	436.037	436.037	436.037	436.037	436.037	436.037	436.037	436.037	436.037
SH	✓	24.701.490	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NI	✓	6.464.336	6.468.926	6.218.527	6.464.336	6.468.926	6.464.336	6.468.926	6.464.336	6.468.926	6.464.336	6.468.926	6.464.336	6.468.926
HE	✓	6.407.744	8.828.205	1.659.426	1.559.225	1.916.315	3.746.022	4.531.543	4.621.712	4.946.727	6.079.946	9.259.333	9.362.045	8.883.018
ÖSTERREICH		23.920.924	27.601.222	53.713.297	27.944.914	32.791.888	37.003.882	31.562.894	45.862.148	64.211.915	64.813.714	72.938.788	79.703.958	89.694.640

- 1) Behindertenhilfe - kein Aufw. für Ato.
- 2) 2000-2001 nicht verfügbar
- 3) 1994-1995: keine Daten ausgewiesen, nur WIFO-Berechnungen
- 4) 1994-1995: keine Daten ausgewiesen, nur WIFO-Berechnungen
- 5) Keine teilstationären Dienste ausgewiesen, für Behinderte sind die teilstationären Dienste in den stationären Diensten enthalten.
- 6) teilstationäre Dienste differenziert ausgewiesen, überwiegend Teil (d. 9%) für Behinderte und psychisch Behinderte.
- 7) teilstationäre Dienste nur landesausch. ausgewiesen - Daten zu lären - Leistungen überwiegend für Senioren.
- 8) Nettoaufwand teilstationäre Dienste im stationären eintragen. 1996: tagelohnm. Heilpädagogische Kindergärten.
- 9) Kosten für Tagesheime (Behinderte). Daten 2004 vom 01.03.2008 erhalten (nach Berechnung im BMSK eingeleitet)
- 10) Werte nur für geriatrische Tageszentren. Keine Nettoausgaben für Beschäftigungstherapie für Behinderte angegeben.
- 11) Werte nur für geriatrische Tageszentren. Keine Nettoausgaben für Beschäftigungstherapie für Behinderte angegeben.

O. Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A8: Nettoaufwand stationäre Dienste, 1994 bis 2006

Nettoaufwand für stationäre Dienste (Alten-, Pflege-, Behinderteneinrichtungen) von 1994 bis 2006 (Alten-, Pflege-, Behinderteneinrichtungen)

BUNDESLAND	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BRD (3,3)	8.284,828	10.319,231	12.108,474	10.783,340	10.957,828	10.574,913	6.540,000	6.262,800	6.753,900	10.901,300	10.901,300	10.901,300	9.941,081
BE	27.662,808	27.662,808	39.760,608	26.903,697	30.667,633	33.023,138	36.646,261	35.368,436	43.009,701	42.474,633	47.330,039	47.330,254	60.472,358
BY	57.111,381	75.976,166	61.504,515	66.442,225	99.709,683	109.239,692	116.212,154	114.925,339	126.970,671	132.087,886	141.000,852	158.349,584	169.996,590
HE	74.979,929	85.351,176	97.724,055	97.724,055	107.665,098	129.626,832	132.161,401	104.842,046	126.065,814	123.591,783	158.058,338	174.463,333	97.146,339
NI	22.076,936	22.076,936	34.174,500	34.174,500	37.008,412	39.948,470	47.038,154	43.726,973	44.694,310	46.389,490	46.389,490	47.300,951	64.452,265
NO	1.807,558	19.643,838	17.121,178	21.644,657	22.069,938	27.750,894	20.441,923	31.114,125	29.145,146	27.040,857	33.145,428	34.711,237	35.492,907
SH	22.832,931	25.420,957	24.882,914	30.311,050	30.311,050	31.279,418	32.622,156	38.470,127	42.971,407	39.922,097	31.292,658	37.540,172	47.001,434
WV	103.281,396	104.418,644	189,676,927	223,523,941	251,402,019	278,100,695	287,312,016	299,344,781	299,344,659	277,789,296	391,102,246	414,814,444	427,265,372
ÖSTERREICH	379.758,614	425.816,107	560.276,699	618.617,238	644.575,762	771.386,074	793.692,861	808.305,238	869.242,501	858.071,981	1.026.972,714	1.094.288,772	1.065.522,648

- 1) 1994-1999: Ausgaben für Alte und Behinderte, psychische Patienten, Suchtkranke, etc.
- 2) Keine Angaben.
- 3) Ab 2002: Ausgaben für Alten- und Pflegeheime. Ernahmen nicht nur auf Unterbringungen in Alten- und Pflegeheimen
- 4) Unterbringung in Pflege-, Behinderteneinrichtungen und psychiatrische Pflegeeinrichtungen. Ernahmen für psychiatrische
- 5) 1999-2001 nur für Pflegeheimleistungen, 2002-2006, unbek. ob auch für Nicht-Pflegeheimleistungen
- 6) 1996 Ernahmen vom Einkommen nicht enthalten. Daten nicht vergleichbar mit Pflegeheimen
- 7) Werte inklusive Behinderteneinrichtungen und teilstationäre Dienste für Behinderte, Pflege-, Pensionisten und Altenheime für Pflegeheimleistungen. Altenheime ohne Pflegegeld extra ausgewiesen.
- 8) Ausgaben für Pflegeheimleistungen, 2008 ohne Behinderteneinrichtungen, ohne Heime psychisch Behinderte.
- 9) 2006 Nettoaufwand ohne Behinderteneinrichtungen (stationär und teilstationär). Nicht mit Vorjahren vergleichbar.
- 10) Nur Werte für Alten/Pflegeheime, OHNE Behinderteneinr.
- 11) Wert 2003 stark abweichungen zu Vor. Folgtjahr.
- 12) Werte für Pflege-, Pensionisten-, Alten-, Behinderteneinrichtungen sowie Investitionsförderung für Alterspflegeheime.
- 13) 1994-1996 ohne private und stationäre Pflegeheime.

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A9: Nettoaufwand Gesamt, 1994 bis 2006

Gesamter Nettoaufwand für Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen von 1994 bis 2006

BUNDESLAND	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BRD (3,3)	141.740,964	18.604,782	19.717,452	17.484,938	19.238,518	19.268,112	75.114,64	886,321	20.796,000	21.576,000	21.421.000	29.338,846	33.989,299
BE	25.424,974	25.782,994	36.449,818	34.493,207	36.449,818	39.172,255	44.011,098	41.763,520	50.971,801	51.347,220	58.517,739	58.517,739	73.398,800
BY	96.809,971	99.167,656	115.760,606	105.642,785	140.572,556	162.517,256	172.677,526	168.126,507	188.526,507	188.694,185	220.427,946	260.107,248	183.130,733
HE	30.197,664	29.844,377	34.621,927	34.022,23	46.483,116	50.022,498	60.207,484	55.171,297	53.979,194	56.583,765	61.682,294	67.182,842	72.913,842
NI	59.978,377	59.969,628	98.730,231	97.775,995	98.733,094	112.708,008	119.586,821	132.001,632	151.460,160	162.014,168	164.700,991	160.891,122	94.711,352
NO	16.680,782	27.027,662	21.199,281	25.318,991	24.052,259	32.566,007	25.315,519	35.461,772	35.857,096	33.146,000	39.753,461	41.979,331	45.198,695
SH	40.671,299	45.713,232	47.614,722	51.797,337	52.100,014	58.197,868	59.348,982	66.790,009	73.088,922	69.010,994	67.648,877	73.357,827	87.279,273
WV	119.313,622	181.889,871	272.939,868	285.220,328	324.698,021	368.620,123	405.372,334	408.073,323	392.640,623	315.000,071	493.334,681	523.919,523	546.103,271
ÖSTERREICH	522.250,647	581.339,638	753.199,694	874.427,658	973.074,381	1.022.665,248	1.022.665,248	1.022.665,248	1.114.609,624	1.110.164,753	1.299.358,353	1.387.432,842	1.332.335,005

- 1) 1994-1999: Ausgaben für Alte und Behinderte, psychiatrische Patienten, Suchtkranke, etc..
- 2) Keine Angaben.
- 3) Ab 2002: Ausgaben für Alten- und Pflegeheime. Ernahmen nicht nur auf Unterbringungen in Alten- und Pflegeheimen.
- 4) Unterbringung in Pflege-, Behinderteneinrichtungen und psychiatrische Pflegeeinrichtungen. Ernahmen für psychiatrische Pflegeeinrichtungen bei "Pflegeheimen" enthalten.
- 5) 1999-2001 nur für Pflegeheimleistungen, 2002-2006, unbek. ob auch für Nicht-Pflegeheimleistungen.
- 6) 1996 inklusive Behinderteneinrichtungen und teilstationäre Dienste für Behinderte, Pflege-, Pensionisten und Altenheime für Pflegeheimleistungen. Altenheime ohne Pflegegeld extra ausgewiesen.
- 7) Werte inklusive Behinderteneinrichtungen und teilstationäre Dienste für Behinderte, Pflege-, Pensionisten und Altenheime für Pflegeheimleistungen. Altenheime ohne Pflegegeld extra ausgewiesen.
- 8) Ausgaben für Pflegeheimleistungen, 2008 ohne Behinderteneinrichtungen, ohne Heime psychisch Behinderte.
- 9) 2006 Nettoaufwand ohne Behinderteneinrichtungen (stationär und teilstationär). Nicht mit Vorjahren vergleichbar.
- 10) Nur Werte für Alten/Pflegeheime, OHNE Behinderteneinr.
- 11) Wert 2003 stark abweichungen zu Vor. Folgtjahr.
- 12) Werte für Pflege-, Pensionisten-, Alten-, Behinderteneinrichtungen sowie Investitionsförderung für Alterspflegeheime.
- 13) 1994-1996 ohne private und stationäre Pflegeheime.

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A10: Zuordnung des Kostenausweises für teilstationäre Dienste

	Teilstationäre Dienste	
	Geriatrische Tagesheime	Behinderten-Tagesheime
Burgenland	-	X
Kärnten	-	-
Niederösterreich ¹⁾	-	-
Oberösterreich ²⁾	X	X
Salzburg ²⁾³⁾	X	-
Steiermark ¹⁾	-	-
Tirol ²⁾³⁾	X	-
Vorarlberg	-	X
Wien	X	-

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006. – ¹⁾ In stationären Diensten enthalten. – ²⁾ Geriatrische Tagesheime 3%, Behinderten-Tagesheime 97% des ausgewiesenen Nettoaufwandes. – ³⁾ Nur Landeszuschuß ausgewiesen.

Übersicht A11: Zuordnung des Kostenausweises für stationäre Dienste

	Stationäre Dienste		
	Pflege-, Penionisten-Altersheime	Behinderten-Wohnheime	Teilstationäre Dienste enthalten
Burgenland	X	¹⁾	
Kärnten	X	X	
Niederösterreich	X	X	X
Oberösterreich	X	X	
Salzburg	X	X	
Steiermark	X	X ²⁾	
Tirol	X		
Vorarlberg	X	X	
Wien	X	X	

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006. – ¹⁾ Bis 1999. – ²⁾ In 2006 Steiermark keine Daten für Behindertenheime ausgewiesen.

ALTERNATIVE FINANZIERUNGSFORMEN DER PFLEGEVORSORGE

Ulrike Mühlberger, Käthe Knittler, Alois Guger, Margit Schratzenstaller

Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung

Begutachtung: Hans Pitlik, Ewald Walterskirchen

Wissenschaftliche Assistenz: Andrea Sutrich

Juni 2008

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Kurzfassung – Executive Summary	101
2.	Einleitung	114
3.	Öffentliche und private Kosten der Pflegevorsorge	117
4.	Unterschiedliche Organisationsvarianten der Pflegevorsorge	121
4.1.	Pflegevorsorge über allgemeine Steuermittel	121
4.2.	Pflegeversicherung	122
4.2.1.	Allgemeines	122
4.2.2.	Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren	125
4.3.	Fonds und Mischformen	129
5.	Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge	133
5.1.	Allgemeines	133
5.2.	Steuer- versus Beitragsfinanzierung	134
5.3.	Berechnungsvariationen der Beiträge	142
5.3.1.	Eigenständiger Pflegebeitrag oder Anhebung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung auf der Grundlage der bestehenden Finanzierung der Sozialversicherung	144
5.3.2.	Neugestaltung einer beitragsfinanzierten Pflegevorsorge	146
5.3.3.	Verbreiterung der Beitragsgrundlage um Vermögenserträge	151
5.3.4.	Wertschöpfungsabgabe	158
5.3.5.	Prämienfinanzierung	161
5.4.	Eine Analyse der Eignung einzelner Steuern als Basis einer Steuerfinanzierung der Pflegevorsorge in Österreich	163
5.4.1.	Einführung	163
5.4.2.	Steuern auf die Einkommensentstehung	177
5.4.3.	Steuern auf die Einkommensverwendung (Verbrauch)	181
5.4.4.	Steuern auf das Vermögen	188
6.	Schlussfolgerungen	196

6.1.	Die Problematik des Fürsorgeprinzips bei Sachleistungen	196
6.2.	Steuerfinanzierung oder Pflegeversicherung?	200
6.3.	Verteilungsaspekte	201
6.4.	Organisatorische Aspekte	203
7.	Literaturhinweise	205

VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN

Übersicht 1:	Private Kostenbeiträge zur Pflegevorsorge 2006 in Mio. €	118
Übersicht 2:	Wirkungsweise von Steuern und Beiträgen in Österreich	142
Übersicht 3:	Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung	148
Übersicht 4:	Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Geld- und Sachleistungen)	149
Übersicht 5:	Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Geldleistungen)	150
Übersicht 6:	Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Sachleistungen)	150
Übersicht 7:	Krankenversicherungsbeiträge aus Vermögenserträgen, 2005	153
Übersicht 8:	Krankenversicherungsbeiträge aus KEST-pflichtigen Zins- und Dividendenerträgen	154
Übersicht 9:	Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Geld- und Sachleistungen)	155
Übersicht 10:	Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Geldleistungen)	156
Übersicht 11:	Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Sachleistungen)	156

Übersicht 12:	Finanzierung von 1 Mrd. € Pflegekosten durch Beiträge zur Pflegeversicherung	160
Übersicht 13:	Kurz- und mittelfristige Effekte der Erhöhung ausgewählter Abgaben um 1 Mrd. € pro Jahr (Simulation mit WIFO-Macromod), kumulierte Abweichungen von der Basislösung in %	167
Übersicht 14:	Langfristige Effekte der Erhöhung ausgewählter Maßnahmen um 1 Mrd. € pro Jahr (Simulation mit WIFO-A-LMM; Ø 2016/2020), kumulierte Abweichung von der Basislösung in %	168
Übersicht 15:	BIP-Elastizitäten nach unterschiedlichen Studien im Vergleich	171
Übersicht 16:	BIP-Elastizitäten für ausgewählte Einzelsteuern 1989 bis 2007	172
Übersicht 17:	Entwicklung ausgewählter Steuerarten 1989 bis 2007	174
Übersicht 18:	BIP-Elastizität der Lohnsteuer	178
Übersicht 19:	BIP-Elastizität der veranlagten Einkommensteuer	178
Übersicht 20:	Verteilungswirkungen der Lohn- und Einkommensteuer	179
Übersicht 21:	BIP-Elastizität der Körperschaftsteuer	180
Übersicht 22:	BIP-Elastizität der Kapitalertragsteuern	181
Übersicht 23:	BIP-Elastizität der Umsatzsteuer	182
Übersicht 24:	Verteilungswirkungen der Umsatzsteuer	183
Übersicht 25:	Ausgaben für Tabak, alkoholische Getränke und Mineralöle nach Einkommensterzilen, 2001	184
Übersicht 26:	BIP-Elastizität der Tabaksteuer	184
Übersicht 27:	BIP-Elastizität der Steuern auf Alkohol	186
Übersicht 28:	BIP-Elastizität der Tabaksteuer	187
Übersicht 29:	BIP-Elastizität der Grundsteuer	190
Übersicht 30:	BIP-Elastizität der Grunderwerbsteuer	191

Übersicht 31:	BIP-Elastizität der Kapitalverkehrsteuern	192
Übersicht 32:	BIP-Elastizität der Erbschafts- und Schenkungssteuer	193

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abbildung 1:	Lohnquote, Arbeitnehmerentgelte in % des Volkseinkommens	135
Abbildung 2:	Abgabenstruktur Österreichs im Vergleich mit der EU 15 1980 und 2006 – Anteile unterschiedlicher Abgabekategorien an den Gesamtabgaben in %	175
Abbildung 3:	Abgabenstruktur Österreichs im Vergleich mit der EU 15 1980 und 2006 – Anteile unterschiedlicher Abgabekategorien am BIP in %	176

1. KURZFASSUNG – EXECUTIVE SUMMARY

Die Studie diskutiert unterschiedliche Organisations- und Finanzierungsvarianten für die Pflegevorsorge in Österreich. Die Analyse der ökonomischen Wirkungen einer Steuer- versus einer Beitragslösung zeigt, dass sowohl die Verteilungswirkungen als auch die Wirkungen auf Wachstum und Beschäftigung eine Steuerlösung nahe legen. Bei einer unzureichenden Ergiebigkeit der Steuerfinanzierung wäre ein Mischsystem denkbar. Aus organisatorischer Sicht wird auf die Notwendigkeit einer weiteren Angleichung der unterschiedlichen Systeme in den Bundesländern hingewiesen. Die verwaltungstechnische Problematik der Heranziehung des Vermögens der zu Pflegenden könnte mit vermögensbezogenen Steuern ausgeglichen werden. Können sich Bund und Länder auf eine Vereinfachung der Organisation einigen und werden unterschiedliche Kanäle der Finanzierung herangezogen, bietet sich als organisatorischer Überbau für Geld- und Sachleistungen eine Fondslösung an, die hinsichtlich Ergiebigkeit, Volatilität, Verteilungseffekte und anderer ökonomischer Effekte optimiert und an sich ändernden Bedingungen angepasst werden kann.

Die Finanzierung der Pflege älterer Menschen gewinnt im politischen Diskurs zunehmend an Bedeutung. In Österreich wurde 1993 ein steuerfinanziertes Pflegegeld eingeführt. Im Jahr 2006 wurde an knapp 400.000 Personen (also an rund 5% der Gesamtbevölkerung) Pflegegeld ausbezahlt. Zwischen 1994 und 2006 stieg die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen um rund 25%. Zusätzlich zu den Geldleistungen im Rahmen der Bundes- und Landespflegegeldgesetze werden von den Bundesländern und den Gemeinden Sachleistungen (Pflegeheime, soziale Dienste) für die Pflegevorsorge zur Verfügung gestellt. Unter Verweis auf die problematische Datenerfassung dieser Ausgaben hat das WIFO für das Jahr 2006 ein Gesamtausgabenvolumen (Geld- und Sachleistungen) von rund 3,3 Mrd. € berechnet. Zwischen 1994 und 2006 haben sich die Gesamtaufwände für die Langzeitpflege in Österreich um rund 50% erhöht. Je nach Prognosevariante sind bis zum Jahr 2030 Kostensteigerungen im Bereich

der Pflegevorsorge zwischen 66% und 207% zu erwarten. Die vorliegende Studie analysiert alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge und deren ökonomische Auswirkungen.

Neben den öffentlichen Kosten sind auch noch die privaten Kosten der Pflegevorsorge zu bedenken. Private Kosten umfassen (1) direkte (monetäre private Leistungen wie Eigenbeteiligungen, Selbstbehalte und Selbstzahlungen) und (2) indirekte (entgangenes Einkommen der pflegenden Personen) Kosten. (ad 1) Die erfassten Daten der Kostenbeiträge der Pflegebedürftigen im Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (2006) zeigen, dass Pflegebedürftige Kostenbeiträge von mindestens 525,26 Mio. € zahlen. (ad 2) Mindestens 75% aller Pflegeleistungen werden informell, meist von Frauen, erbracht. Berechnet man die geleisteten Arbeitsstunden der informellen Pflege (lt. den Daten des Mikrozensus 09/2002) auf Basis der durchschnittlichen Bruttostundenlöhne, ergibt sich ein jährlicher Wert der informellen Pflegeleistung von 2,58 Mrd. € (Frauen: 1,67 Mrd. €, Männer: 0,91 Mrd. €). Wird die Pflegevorsorge – wie in Österreich – über allgemeine Steuermittel finanziert, so ist eine eindeutige Zuordnung der Finanzierungslast nicht möglich, da aufgrund des Non-Affektationsprinzips eine Ex-ante-Zweckbindung von Steuer einnahmen grundsätzlich ausgeschlossen ist. Sämtliche Steuereinnahmen werden ohne Zweckbindung zur Deckung sämtlicher öffentlicher Ausgaben, darunter die Ausgaben für die Pflegevorsorge, herangezogen.

Eine Pflegeversicherung – wie in Deutschland – organisiert das Pflegesystem als Teil der staatlichen Sozialversicherung. Durch die Zahlung von Beiträgen erwerben die Einzahlenden Ansprüche auf Gegenleistungen und dadurch wird die Kreis der Versicherten nicht über das Staatsbürgerschaftsprinzip (wie in der Versicherungs-lösung), sondern über die Beteiligung am Arbeitsmarkt und Familienangehörigkeit bestimmt. Eine Pflegeversicherung kann entweder über das Kapitaldeckungs- oder das Umlageverfahren finanziert werden.

Weitere Organisationsvarianten sind Mischformen und Fonds. Wird die Pflegesicherung über eine Versicherungslösung organisiert und über Beiträge finanziert, so können Bundeszuschüsse (also Steuermittel) auch weiterhin einen bedeutenden Beitrag zur Finanzierung leisten oder es werden nur die Sachleistungen in ein Versicherungssystem umgewandelt und die Geldleistungen werden weiterhin über Steuern finanziert oder vice versa. Die Ausgestaltung des Pflegesystems im Rahmen eines Fonds lässt eine Vielzahl von Finanzierungsvarianten offen: Steuern, Beiträge, Vermögenserlöse oder eine Mischung derselben. Für die organisatorischen Gestaltungsmöglichkeiten ergibt sich somit zumindest die Möglichkeit einer Mischfinanzierung.

Ökonomische Wirkungen einer Steuer- bzw. einer Beitragsfinanzierung

	Steuern	Sozialbeiträge
Personelle Verteilungswirkung	Je nach Tarif und in Abhängigkeit der weiteren Ausgestaltung (Freibeträge, Absetzbeträge): Direkte Steuern (progressiv) Indirekte Steuern (regressiv)	Trotz proportionalen Tarifes degressive Verteilungswirkung aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage.
Langfristige Ergiebigkeit/ Aufkommenselastizität	Steuern bieten eine breite Bemessungsgrundlage und breiten Gestaltungsspielraum: verschiedene Steuerobjekte.	Beitragsgrundlage bilden in Österreich die Erwerbseinkommen. Erosion der Beitragsgrundlage aufgrund 1) der sinkenden Lohnquote und 2) der zunehmenden ungleichen Einkommensverteilung.
Wirkung auf Wachstum und Beschäftigung	Abhängig von Steuerart und Ausgestaltung. Es können sowohl positive als auch negative Effekte hervorgehen -> es lassen sich keine allgemeinen Aussagen treffen.	Bei hoher Belastung des Faktors Arbeit: Tendenziell eher negative Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung.
Steuerwiderstand bzw. Akzeptanz	Da kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Steuerleistung und der finanzierten Leistung erkennbar ist -> eher höherer Widerstand als bei Beiträgen.	Aufgrund der Zweckbindung dürfte die Akzeptanz höher sein als bei Steuern.
Zweckbindung	Gestaltbar	Ja
Rechtlicher Anspruch/ Rechtssicherheit	Je nach Leistungsart: universelle: ja Fürsorgeleistungen: nein	Ja: Beitragszahlungen begründen in der Regel einen rechtlichen Anspruch.

Q: WIFO.

BERECHNUNGSVARIATIONEN VON BEITRÄGEN (VERSICHERUNGSLÖSUNG)

Wird ein eigenständiger Pflegebeitrag eingehoben oder der Beitragssatz zur Krankenversicherung auf der Grundlage der bestehenden Finanzierung der Sozialversicherung eingehoben angehoben, so ergibt sich folgendes Bild: Eine Anhebung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung für alle krankenversicherten Personen in Österreich um 1 Prozentpunkt – bzw. die Einhebung eines Pflegebeitrags auf der Beitragsgrundlage der bestehenden Krankenversicherungen in der Höhe von 1% - brächte heuer (2008) ein jährliches Beitragsaufkommen von rund 1,4 Mrd. €. Umgekehrt: Um 1 Mrd. € an Finanzierungsvolumen aufzubringen, wäre auf Basis der bestehenden institutionellen Bedingungen der Krankenversicherungen in Österreich ein Beitragssatz von 0,7% bzw. eine Erhöhung der bestehenden KV-Beitragssätze um 0,7 Prozentpunkte notwendig.

Die wesentlichen ökonomischen Probleme dieser Variante sind (1) die fallende Lohnquote, die die Beitragsgrundlage aushöhlt, (2) die regressive Verteilungswirkung aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage und (3) die Erhöhung der Lohnnebenkostenbelastung. Eine Versicherungslösung könnte allerdings für eine Neugestaltung des Sozialversicherungssystems genutzt werden. Möglichkeiten wären eine Ausweitung der Beitragsgrundlage durch eine stufenweise Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage oder eine Verbreiterung der Beitragsgrundlage über die Erwerbseinkommen hinaus, also auch um Vermögenserträge, die derzeit in der Sozialversicherung beitragsfrei sind. Berechnungen zur Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage (für alle dem ASVG unterliegenden ArbeitnehmerInnen um 25% – also von 3.750 € auf 4.688 € – bzw. um 50% – also auf 5.625 € pro Monat): Die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 25% bringt auf Basis der Lohnsteuerstatistik 2006 bei einem Beitragssatz von 1% zusätzliche Mehreinnahmen von gut 37 Mio. € bzw. bei einer 50%-igen Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage rund 47 Mio. € an Arbeitnehmer- und ArbeitgeberInnenbeiträgen. Wird die Höchstbeitragsgrundlage zur Gänze aufgehoben, steigt das Beitragsaufkommen um 78,5 Mio. €.

Wird der Aufwand für die Pflegevorsorge über eine Versicherungslösung finanziert, zeigt sich folgendes Bild: Bei einem vorgegebenen Ausgabenvolumen von 4,23 Mrd. € (prognostizierte Geld- und Sachleistungen der Pflegevorsorge im Jahr 2010), bzw. 2,42 Mrd. € (nur Geldleistungen), bzw. 1,81 Mrd. € (nur Sachleistungen), ergäbe sich bei den aktuellen Beitragsgrundlagen für alle KV-Versicherten ein Beitragssatz von 2,79% (würden nur Sachleistungen über Beiträge finanziert werden, ergibt sich ein Beitragssatz von 1,20% und im Falle der Geldleistungen ein Beitragssatz von 1,60%). Durch eine An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage könnte der Beitragssatz um rund 0,1 Prozentpunkt gesenkt werden und bei ihrer gänzlichen Aufhebung um 0,36 Prozentpunkte auf 3,77%, um im Jahr 2010 ein Beitragsaufkommen von 4,23 Mrd. € zu erzielen. Werden alle Vermögenserträge in die Beitragsbasis miteinbezogen und die Höchstbeitragsgrundlage gänzlich aufgehoben, würde unter den hier getroffenen Annahmen ein Beitragssatz von 2,19% genügen (im Gegensatz zu 2,79% ohne Einbeziehung von Vermögenserträgen).

DIE EIGNUNG EINZELNER STEUERN ALS BASIS EINER STEUERFINANZIERUNG DER PFLEGEVORSORGE

Die Option für eine teilweise oder ausschließliche Steuerfinanzierung der Pflegevorsorge aus Steuermitteln impliziert, dass ein der zu erwartenden Kostenentwicklung entsprechender Teil der gesamten Steuermittel in das Pflegesystem gespeist werden müsste. Ein steigender Finanzierungsbedarf der Pflegevorsorge erfordert somit *ceteris paribus* eine entsprechende Steigerung der Dynamik des gesamten Steueraufkommens.

Die österreichische Abgabenstruktur weicht deutlich – und mit steigender Tendenz – von jener in der EU 15 ab. In Österreich ist der Anteil der lohnbezogenen Steuern (Sozialversicherungsbeiträge sowie weitere lohnabhängige Steuern, z. B. Kommunalsteuer, Wohnbauförderungs- oder Familienlastenausgleichsfonds-Beiträge) an den Gesamtabgaben zwischen 1980 und 2006 von 37,9% auf 40,4% merklich gestiegen,

während er im Durchschnitt der EU 15 von 30,6% auf 29,3% leicht gefallen ist. Die Anteile der Steuern auf Einkommen und Gewinne sowie der Steuern vom Verbrauch liegen 2006 dagegen mit 29,1% in Österreich versus 33,8% in der EU 15 bzw. 27,6% in Österreich versus 30,2% in der EU 15 unter dem EU-15- Durchschnitt. Der stärkste längerfristige Bedeutungsverlust hat in Österreich jedoch mit Bezug auf die Steuern auf Vermögen stattgefunden: Ihr Anteil ist hier im Betrachtungszeitraum von 2,9% auf 1,4% der Gesamtabgaben gesunken. In der EU 15 dagegen hat der Anteil der vermögensbezogenen Steuern an den Gesamtabgaben von 4,2% auf 5,5% zugenommen.

Die Lohnsteuer ist nach der Umsatzsteuer die Steuer mit dem höchsten Aufkommen. Das Lohnsteueraufkommen erreichte 2007 19,664 Mrd. €, das sind 30,4% des Gesamtvolumens der gemeinschaftlichen Bundesabgaben. Gemessen an den gesamten gemeinschaftlichen Bundesabgaben (BIP-Elastizität 1,36) weist die Lohnsteuer mit einer BIP-Elastizität von 1,48 für den gesamten Zeitraum 1989 bis 2007 eine überdurchschnittliche Ergiebigkeit auf. Die veranlagte Einkommensteuer dagegen weist – als Gewinnsteuer – eine höhere Konjunkturreakibilität und damit kurzfristige Volatilität auf. Ihre langfristige BIP-Elastizität und damit Ergiebigkeit ist mit 0,19 ausgesprochen gering. Die Verteilungseffekte von Lohn- und Einkommensteuer sind deutlich progressiv.

2007 erbrachte die Kapitalertragsteuer I auf Dividenden 1,294 Mrd. € und die Kapitalertragsteuer II auf Zinsen 1,879 Mrd. €; das sind insgesamt 3,173 Mrd. € bzw. 4,9% des Gesamtaufkommens an gemeinschaftlichen Bundesabgaben. Bezogen auf die Bemessungsgrundlage wirken die Kapitalertragsteuern proportional, da ein einheitlicher proportionaler Steuersatz angewendet wird und Freibeträge nicht vorgesehen sind. Allerdings ist angesichts der ungleichen Verteilung von Finanzvermögen die Annahme plausibel, dass sich auch die Steuerlast entsprechend ungleich auf die Einkommensschichten verteilt. Die Umsatzsteuer, die im Prinzip den gesamten privaten Konsum erfasst, ist die gewichtigste Einzelsteuer im österreichischen Steuersystem. Sie erbrachte 2007 mit 20,832 Mrd. € 32,2% der gesamten gemeinschaftlichen

Bundesabgaben; laut BVA 2008 wird ihr Aufkommen auf 21,7 Mrd. € bzw. 32,9% der gemeinschaftlichen Bundesabgaben prognostiziert. Die Umsatzsteuer hat insgesamt regressive Verteilungswirkungen. Untere Einkommen wenden ihr gesamtes Einkommen für Konsum auf, während der Anteil der unbesteuerbleibenden Ersparnisse mit zunehmendem Einkommen steigt.

Vermögensbezogene Steuern spielen in Österreich eine immer geringere Rolle; sowohl gemessen an ihrem Beitrag zum gesamten Abgabenaufkommen als auch im Verhältnis zum BIP. Dies geht im Wesentlichen auf die Abschaffung diverser vermögensbezogener Steuern während der vergangenen zwei Jahrzehnte sowie auf die Erosion bestehender vermögensabhängiger Steuern durch Ausnahmeregelungen bzw. die Unterbewertung von Grund- und Immobilienvermögen im Rahmen von Grundsteuer, Grunderwerbsteuer sowie Erbschafts- und Schenkungssteuer zurück.

Die mit Abstand wichtigste in Österreich auf den Vermögensbestand erhobene Steuer ist die Grundsteuer, die auf Grund- und Immobilienvermögen erhoben wird (Gesamtaufkommen 2006: ca. 550 Mio. €). Aufgrund der nur geringfügigen Anpassungen der Verkehrswertfeststellungen weicht inzwischen die steuerlich relevante Bemessungsgrundlage von Liegenschaften zunehmend von deren tatsächlichem Verkehrswert ab. Bei einer stärker auf den tatsächlichen Marktwerten von Grund- und Immobilienvermögen beruhenden Grundsteuer wäre angesichts des zu erwartenden langfristigen Zuwachses an Grund- und Immobilienvermögen von einer hohen langfristigen Ergiebigkeit auszugehen. Eine Erhöhung der Grundsteuer würde verteilungspolitisch progressiv wirken. Die Grunderwerbsteuer betrifft die entgeltliche Übertragung von Liegenschaften. Mit einem Aufkommen von 644 Mio. € in 2007 erreichte sie einen Anteil von 1% an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben; für 2008 wird mit Einnahmen von 650 Mio. € gerechnet. Was die Verteilungswirkungen der Grundsteuer anbelangt, so dürfte dasselbe gelten wie für die Grundsteuer; also ein insgesamt wohl progressiver Effekt.

Die Kapitalverkehrsteuern umfassen nach der Abschaffung der Wertpapiersteuer 1995 und der Börsenumsatzsteuer 2000 nur mehr die Gesellschaftssteuer, die auf die Einbringung von Eigenkapital in Kapitalgesellschaften erhoben wird. 2007 belief sich ihr Aufkommen auf 147 Mio. € (0,2% des BIP). Die langfristige Ergiebigkeit der Kapitalverkehrsteuern ist eher gering und es zeigt sich eine hohe Volatilität.

Die Erbschafts- und Schenkungssteuer erbrachte 2007 155 Mio. € (0,2% des BIP); ab August 2008 wird sie voraussichtlich auslaufen, da auf eine verfassungsgemäße Reform wohl verzichtet werden wird. Die BIP-Elastizität der Erbschafts- und Schenkungssteuer ist langfristig mit 0,85 nur mäßig, was auf die umfangreichen Ausnahmeregelungen sowie auf die Untererfassung von Grund- und Immobilienvermögen durch die (wenn auch 2001 verdreifachten) veralteten Einheitswerte zurückzuführen ist. Eine verfassungskonforme Reform des Bewertungsverfahrens würde die langfristige Ergiebigkeit der Erbschafts- und Schenkungssteuer deutlich erhöhen, zumal mittelfristig ein steigendes Volumen von Erbschaften zu erwarten ist.

Mit Ausnahme von innerhalb der Spekulationsfristen (ein Jahr bei Wertpapieren, 10 Jahre bei Immobilien, 2 Jahre bei selbst genutztem Wohneigentum) erzielten Veräußerungsgewinnen sind durch Verkauf realisierte Vermögenszuwächse in Österreich nicht steuerpflichtig. Eine Ausdehnung der Vermögenszuwachsbesteuerung – angelehnt etwa an die deutsche Regelung, die einen Abgeltungssteuersatz von 25% für Veräußerungsgewinne aus Wertpapierverkäufen vorsieht – würde angesichts der bestehenden Ungleichverteilung der Vermögen zu einer progressiven Steuerbelastung führen. Wertzuwächse von Vermögen, die durch Verkauf realisiert werden (Veräußerungsgewinne), sind in Österreich – im Gegensatz zu der überwiegenden Mehrheit der OECD-Ländern - außerhalb von so genannten Spekulationsfristen (ein Jahr bei Wertpapieren, 10 Jahre bei Immobilien, zwei Jahre bei selbst genutztem Wohneigentum) nicht steuerpflichtig. Die Ausweitung der Besteuerung von realisierten Vermögensgewinnen erscheint aus mehreren Gründen gerechtfertigt. Erstens wird damit der Grundsatz der

Gleichmäßigkeit der Besteuerung erfüllt: Derzeit werden Zins- und Dividendeneinkünfte mit einer Kapitalertragsteuer von 25% belegt, während Veräußerungsgewinne – die ebenfalls als Erträge aus der Vermögensveranlagung interpretiert werden können und die steuerliche Leistungsfähigkeit erhöhen – weitgehend steuerfrei bleiben. Zweitens würde eine umfassende Veräußerungsgewinnbesteuerung allokativen Verzerrungen beseitigen: Denn derzeit gibt das Steuersystem Anreize dafür, in Anlagen zu investieren, bei denen die Erträge in Form von weitgehend steuerfreien Wertzuwächsen anfallen. Um unerwünschte Verteilungseffekte bzw. sonstige wirtschaftspolitische Wirkungen zu vermeiden, wären Ausnahmen vorzusehen (z. B. selbst genutztes Wohneigentum, Veräußerungsgewinne von KleinsparerInnen, Pensionsvorsorgevermögen). Angesichts der bestehenden Vermögenskonzentration verbliebe dennoch eine beträchtliche potentielle Steuerbasis.

Ein zentrales Thema der Neuorganisation der Pflegevorsorge in Österreich ist das Kosteneinsparungspotenzial durch eine effizientere Gestaltung des Systems. Aus organisatorischer Sicht ist eine wesentliche Notwendigkeit die Angleichung der unterschiedlichen Systeme in den Bundesländern. Wie in dieser Studie aufgezeigt, kommt es bei der Erbringung von Sachleistungen aufgrund der unterschiedlichen Regelungen zu sehr unterschiedlichen Standards in Bezug auf Zugang, Leistungen und Kosten. Für diese unterschiedlichen Standards gibt es keine ökonomischen Begründungen und sie sind aus verteilungspolitischer Perspektive durchaus problematisch. Außerdem würde eine Angleichung der Standards – auch im Bereich der privaten Kostenbeiträge und der Leistungsqualität - die Transparenz für die BürgerInnen steigern. Zusätzlich zur Angleichung der Standards sollte eine Vereinfachung der Kompetenzen erwogen werden, um die organisatorische Effizienz zu steigern.

Während mit der Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 die Geldleistungen innerhalb der Pflegevorsorge ein Recht auf Pflegegeld – und zwar unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit – begründet wurde, besteht auf die

Erbringung von Sachleistungen nach wie vor kein Rechtsanspruch (Fürsorgeprinzip), in einigen Bundesländern wird auf das Vermögen zurückgegriffen sowie Regressansprüche gegenüber Angehörigen (im Speziellen Kinder und EhepartnerInnen) geltend gemacht. Das Heranziehen von Vermögen bei der Erbringung von Sachleistungen bringt jedoch eine Reihe von Problemen mit sich. Erstens bewirkt die Berücksichtigung des Vermögens der zu Pflegenden einen positiven Anreiz auf das Ausmaß der informellen Pflege innerhalb der Familien. Erbberechtigte Familienangehörige – im Speziellen Töchter und Schwiegertöchter – haben dadurch einen Anreiz, sich aus dem Arbeitsmarkt zurückzuziehen bzw. die Arbeitsstunden zu reduzieren, um teure stationäre Pflege zu vermeiden. Zweitens wird das Heranziehen von Vermögen zu Umgehungen führen – wie z. B. frühzeitige Schenkungen und Übergaben sowie Vermögenstransferierung ins Ausland. Drittens ist die Heranziehung von Vermögen zur Berechnung von Ersatzansprüchen mit administrativen Kosten verbunden. Schlussendlich bringt die unterschiedliche Handhabung der Vermögensberücksichtigung in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche soziale Standards mit sich, die aus ökonomischer Sicht nicht begründbar sind und verteilungspolitisch als kritisch angesehen werden müssen.

Ist es das (erklärte) politische Ziel, dass Sozialpolitik nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip finanziert werden und damit umverteilend wirken soll, ist eine Nicht-Heranziehung des Vermögens der zu Pflegenden selbstverständlich problematisch. Deshalb müsste eine Lösung gefunden werden, die die oben genannten Probleme der Vermögenseinbeziehung reduziert, aber gleichzeitig Vermögen bzw. Vermögenszuwächse in einer anderen Form berücksichtigt. Eine mögliche Lösung wäre der bundesweite Verzicht auf Vermögenszugriffe bei der Erbringung von Sachleistungen bei einer gleichzeitigen Einführung von vermögensbezogenen Steuern, die für die Pflegevorsorge zweckgewidmet sein müssten. Der Verzicht auf Vermögenszugriffe und Regressrechte in der Pflegevorsorge würde einen kausalen Zusammenhang zwischen vermögensbezogenen Steuern und der Pflegevorsorge etablieren.

Ein weiterer argumentativer Zusammenhang kann in der zunehmenden Bedeutung beider Phänomene – Vermögenszuwachs und Pflegebedürftigkeit – gesehen werden.

Es gibt eine Reihe von Argumenten für die Heranziehung von vermögensbezogenen Steuern. Erstens beobachten wir in den letzten Jahrzehnten – wie in dieser Studie dargestellt – eine Reduktion des Lohnanteils am Volkseinkommen, aber gleichzeitig eine Erhöhung des Anteils an Vermögenseinkommen. Zweitens wurden Lohneinkommen stärker besteuert, während sich die staatlichen Einkünfte aus vermögensbezogenen Steuern stark reduziert haben. Drittens zählt Österreich im internationalen Vergleich bei den vermögensbezogenen Steuern zu den Niedrigsteuereändern. Viertens kann davon ausgegangen werden, dass sich die Lohnquote weiterhin zugunsten der Vermögenseinkommen verschlechtert, da in nächster Zukunft steigende Vermögen vererbt werden (Erbengeneration). Fünftens kann die Besteuerung von Vermögen und Vermögenszuwächsen auch in Hinblick auf Steuer- und Verteilungsgerechtigkeit gesehen werden. Sechstens könnte mit dieser Lösung der Abschaffung von Vermögenszugriffen bei der Erbringung von Sachleistungen und der gleichzeitigen Einführung von zweckgebundenen vermögensbezogenen Steuern auch die diesbezüglich unterschiedlichen Standards zwischen den Bundesländern vermieden werden. Siebentens kann davon ausgegangen werden, dass Pflegebedürftige mit Kindern eher Vermögen ansparen als jene ohne Kinder, um ihren Nachkommen Vermögen zu vererben, was bedeutet, dass Pflegebedürftige mit Kinder gegenüber jenen ohne Kinder schlechter gestellt werden.

Die Gegenargumente für vermögensbezogene Steuern sind die Verschlechterung der wettbewerbspolitischen Bedingungen sowie die internationale Kapitalmobilität, die durch die internationalen Finanzmärkte auch schon im kleineren Rahmen stattfinden kann. Allerdings muss hier hinzugefügt werden, dass Österreich im Gegensatz zu anderen Finanzmärkten einen beachtlichen „Spielraum“ hat aufgrund der hohen Differenz an Vermögensbesteuerung.

In dieser Studie wurde argumentiert, dass eine Finanzierung der Pflegevorsorge über allgemeine Steuermittel eine breitere Möglichkeit der Finanzierungsgestaltung ermöglicht als eine Versicherungslösung. Damit wird auch dem Umstand Ausdruck verliehen, dass Pflege ein allgemeines soziales Risiko ist und nicht primär mit einer Erwerbstätigkeit in Verbindung steht. Die Vorteile einer Versicherungslösung liegen wiederum in der klaren Zuordnung von Beiträgen und Leistungen, was meist mit einem höheren Identifikationsgrad und einer höheren Zahlungsbereitschaft der Versicherten einhergeht. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Systeme bedeutet das Versicherungssystem oft auch eine höhere Rechtssicherheit. Unter Einbeziehung aller in dieser Studie berücksichtigten Faktoren hinsichtlich der Verteilungswirkungen, der arbeitsmarktpolitischen Auswirkungen und der Nachhaltigkeit der Finanzierung und auch unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen in Deutschland kann ein Systemwechsel auf eine reine Versicherungslösung nicht empfohlen werden. Denkbare Varianten wären bei einer unzureichenden Ergiebigkeit der Steuerfinanzierung ein Mischsystem. So könnten Mehreinnahmen einer Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage durch die Reduzierung der Bundesbeiträge zur Sozialversicherung Mittel für die Pflegevorsorge frei machen. Eine andere Möglichkeit wäre die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch den Einbezug von Vermögensbestandteilen in das Sozialversicherungssystem (wie beispielsweise in den Niederlanden). Beide Maßnahmen erhöhen die Gesamtabgabenquote, wenn nicht andere Staatsausgaben eingeschränkt werden. Diese bestimmt auch die Höhe des privaten Konsums und der Konkurrenzfähigkeit, gemeinsam mit der Struktur der Ausgaben und Einnahmen.

Wie in dieser Studie ausgeführt, bringen Sozialversicherungsbeiträge in der derzeitigen Ausgestaltung eine regressive Wirkung mit sich. Die personelle Verteilungswirkung von Abgaben ist einerseits von der Tarifgestaltung und andererseits von der Ausgestaltung der Bemessungsgrundlage abhängig. Aufgrund der proportionalen Tarifgestaltung und der Höchstbeitragsgrundlage ergibt sich in Österreich eine regressive Wirkung, da obere Einkommensgruppen gemessen an ihrem Einkommen relativ geringere

Sozialversicherungsbeiträge als untere Einkommensgruppen einzahlen. Eine mögliche Variante diese regressive Wirkung im Falle einer Pflegeversicherung zu reduzieren, wäre eine Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage.

Eine Steuerfinanzierung der Pflegevorsorge hat unterschiedliche Wirkungen. Jene Teile, die indirekt über die Mehrwertsteuer finanziert werden, haben ebenfalls eine regressive Wirkung, da untere Einkommensgruppen relativ stärker belastet werden als obere Einkommensgruppen. Die progressiv ausgestaltete Lohn- und Einkommensteuer hingegen belastet höhere EinkommensbezieherInnen anteilmäßig stärker.

Eine engere Verknüpfung des Geld- und Sachleistungssystems wie z. B. in Deutschland könnte eine stärkere Komplementarität zwischen Geld- und Sachleistungen mit sich bringen. Beispielsweise könnte eine ärztliche Beurteilung eines Pflegebedarfs nicht nur eine Geldleistung nach sich ziehen, sondern auch die Grundlage für gewisse rechtliche Sachleistungsansprüche sein.

Können sich der Bund und die Länder auf eine Vereinfachung der Organisation nach den oben beschriebenen Kriterien einigen und werden darüber hinaus unterschiedliche Kanäle der Finanzierung herangezogen, bietet sich als organisatorischer Überbau für Geld- sowie Sachleistungen eine Fondslösung an. Ein Fonds kann aus unterschiedlichen Quellen gespeist und hinsichtlich der Ergiebigkeit, Volatilität, Verteilungseffekte oder anderer ökonomischer Effekte optimiert und an sich ändernden Bedingungen angepasst werden. Ein Pflegefonds könnte auch dazu dienen, die unterschiedlichen Pflegestandards in den einzelnen Bundesländern anzuleichen.

2. EINLEITUNG

Die Finanzierung der Pflege¹ älterer Menschen gewinnt im politischen Diskurs zunehmend an Bedeutung. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die demographische Entwicklung den Anteil der pflegebedürftigen Menschen an der Gesamtbevölkerung gravierend erhöhen wird, aber zum anderen auch darauf, dass dies ein sozialpolitisches Thema ist, welches den überwiegenden Teil der Bevölkerung entweder direkt (Pflegebedürftigkeit) oder indirekt (Angehörige von Pflegebedürftigen) gegenwärtig oder in Zukunft betrifft bzw. betreffen wird. Mit dem Schlagwort „Altern in Würde“ wird und wurde das Thema emotional besetzt, was auch die erstaunliche Medienpräsenz zum Teil erklärt. Ein Blick auf die Daten verdeutlicht in der Tat, dass die Finanzierung der Pflege älterer Menschen sowie die effiziente Gestaltung der Pflegeleistungen ein zentrales sozialpolitisches Thema ist.

Unterschiedliche Sozialstaatstraditionen reflektierend, haben europäische Staaten mannigfach auf das stets wichtiger werdende Thema der Altenpflege, deren Finanzierung und effiziente Gestaltung reagiert. In Österreich wurde 1993 ein steuerfinanziertes Pflegegeld eingeführt. Im Jahr 2006 wurde an knapp 400.000 Personen (also an rund 5% der Gesamtbevölkerung) Pflegegeld ausbezahlt. Zwischen 1994 und 2006 stieg die Anzahl der PflegegeldempfängerInnen um rund 25%. Zusätzlich zu den Geldleistungen im Rahmen der Bundes- und Landespflegegeldgesetze werden von den Bundesländern und den Gemeinden Sachleistungen (Pflegeheime, soziale Dienste) für die Pflegevorsorge zur Verfügung gestellt. Unter Verweis auf die problematische Datenerfassung dieser Ausgaben hat das WIFO für das Jahr 2006 ein Gesamtausgabenvolumen (Geld- und Sachleistungen) von rund 3,3 Mrd. € berechnet. Zwischen 1994 und 2006 haben sich die Gesamtaufwände für die Langzeitpflege in Österreich um rund 50% erhöht.

¹ In dieser Studie wird der Begriff der Betreuung unter dem Begriff der Pflege subsumiert, die sozialrechtliche Unterscheidung dieser beiden Begriffe abstrahierend.

Die WIFO-Studie „Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge“ vom März 2008 (Mühlberger et al., 2008) hat dargelegt, dass die Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich zunehmend unter Druck gerät. Einerseits zeigt die demographische Entwicklung eine fortschreitende Alterung der Gesellschaft und andererseits wird das Pflegepotenzial der Familie durch den gesellschaftlichen Wandel reduziert werden. Auf Basis von unterschiedlichen Annahmen über das Ausmaß dieser Effekte wurden in dieser Studie Prognosemodelle berechnet, die die Wirkung dieser Effekte isoliert betrachten, aber auch Gesamtszenarien, die das Zusammenspiel der unterschiedlichen Effekte quantifizieren. Die drei Gesamtszenarien gehen von (1) moderaten, (2) hohen und (3) mittelstarken Effekten der Annahmen aus. Summa summarum zeigt sich zwischen 2006 und 2030 eine Kostensteigerung des österreichischen Pflegesystems zwischen (1) 66% und (2) 207%. Das mittlere Szenario (3) weist einen Kostenanstieg von rund 160% aus. Gemessen am Anteil des realen BIP werden die Kosten des Pflegesystems in allen drei Varianten steigen.

Mühlberger et al. (2008) haben darüber hinaus gezeigt, dass alle Mitgliedsstaaten der EU 15 in den folgenden Jahrzehnten mit steigenden Kosten im Bereich der Langzeitpflege konfrontiert sein werden. Ein internationaler Vergleich der Pflegemodelle Deutschlands, der Niederlande und Dänemarks demonstriert exemplarisch die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle sowie die unterschiedliche Versorgungsaufteilung zwischen Staat, Markt und Familie in Europa. Deutschland hat die Pflegesicherung in das bestehende System der Sozialversicherung als eigenständige Versicherungssäule, die dem Subsidiaritätsprinzip unterliegt, integriert (beitragsfinanziert). Die Niederlande finanzieren ihr umfangreiches bedarfsorientiertes System der Langzeitpflege ebenfalls über Beiträge, allerdings werden diese im Gegensatz zu Deutschland auf alle steuerpflichtigen Einkommensarten erhoben. Die Finanzierungsbasis in Dänemark erfolgt zum Großteil über kommunale Einkommensteuern sowie über steuerfinanzierte staatliche Zuschüsse. Neben den Finanzierungsschwierigkeiten aufgrund des steigenden Bedarfs mit dem – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – alle Länder konfrontiert sind,

bestehen ebenfalls prognostizierte Engpässe im Bereich des Pflegepersonals. Die Versorgung langzeitpflegebedürftiger Menschen über den halblegalen oder illegalen Pflegemarkt spielt vor allem in Deutschland und Österreich eine bedeutende Rolle, aber weniger in Dänemark und den Niederlanden, da in diesen Ländern die staatliche Versorgung wesentlich umfassender ist.

Die vergleichende Analyse demonstriert zwei Trends in der Langzeitpflege in Europa: 1) In den meisten Ländern dominierten am Beginn der Herausbildung eigenständiger Pflegesicherungssysteme Sachleistungen, die je nach Land in unterschiedlichem Ausmaß um Geldleistungen ergänzt werden. 2) Es zeigt sich eine Trendverschiebung von der stationären hin zur mobilen bzw. ambulanten Pflege. Dies wird meist mit Kostenargumenten sowie mit den Präferenzen der zu Pflegenden begründet.

Die vorliegende Studie analysiert auf Basis der Erkenntnisgewinne von Mühlberger et al. (2008) alternative Finanzierungsmodelle und deren ökonomische Auswirkungen. Kapitel 2 diskutiert öffentliche und direkte sowie indirekte private Kosten der Pflegevorsorge, wobei deren Verteilungswirkungen nochmals im Schlusskapitel aufgegriffen werden. Kapitel 3 stellt die unterschiedlichen organisatorischen Varianten der Pflegesicherung dar. Im Speziellen werden dabei die Vor- und Nachteile der Formen der Steuerfinanzierung, Beitragsfinanzierung, Fonds und etwaige Mischformen analysiert. Kapitel 4 untersucht die ökonomischen Auswirkungen der Steuer- und der Beitragsfinanzierung. Dabei wird auf Verteilungswirkungen und die Nachhaltigkeit der Finanzierung (in Bezug auf kurzfristige Stabilität und langfristige Ergiebigkeit) eingegangen. Darüber hinaus werden konkrete Berechnungen der Ergiebigkeit von unterschiedlichen Finanzierungsformen präsentiert. Das Schlusskapitel (Kapitel 5) thematisiert konkrete Politikvorschläge.

3. ÖFFENTLICHE UND PRIVATE KOSTEN DER PFLEGEVORSORGE

Für die Leistungserstellung im Bereich der Langzeitpflege lassen sich prinzipiell zwei Finanzierungsformen unterscheiden: öffentliche und private. Der Fokus dieser Studie liegt auf der Analyse der öffentlichen Finanzierungsmöglichkeiten. Dennoch soll hier vorab, auch aus Gründen der thematischen Abgrenzung, kurz auf die privaten Kosten der Pflegevorsorge eingegangen werden.

Private Kosten lassen sich in direkte und indirekte unterteilen. Die direkten umfassen monetäre private Leistungen wie Eigenbeteiligungen, Selbstbehalte und Selbstzahlungen, die entweder aus dem laufenden Einkommen (meist Pensionen), durch das Vermögen oder durch das erhaltene Pflegegeld geleistet werden. Wenn staatliche Sicherungssysteme im Bereich der Langzeitpflege fehlen oder bei Leistungssystemen, die dem Fürsorgeprinzip folgen und an Bedarfsprüfung geknüpft sind, besteht ein Armutsrisiko für pflegebedürftige Personen. Nicht zuletzt deshalb wurde in Deutschland und Österreich ein – wenn auch unterschiedlich finanziertes und organisiertes – Pflegesystem mit starker öffentlicher Beteiligung eingeführt. Private Pflegeversicherungen haben sich in Europa noch kaum etabliert (Österle – Hammer, 2004).

Direkte Kostenbeiträge der zu Pflegenden sind mit den derzeit erfassten Daten in Österreich nicht zu eruieren. Der Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (2006) hält fest, dass es in den Bereichen der stationären und teilstationären Dienste nicht möglich ist, vollständige Informationen über die Kostenbeiträge zu erhalten: „Die Erfassung jener Personen, die auf Grund ihrer Einkommenssituation für ihren Aufenthalt in einer stationären Einrichtung selbst aufkommen, also keine Sozialhilfe oder sonstige Unterstützung beziehen, ist praktisch unmöglich. Auch Informationen aus privat geführten stationären Einrichtungen sind schwer bis gar nicht zu bekommen. Bei jenen Personen, die ausschließlich private Vereine beauftragen oder im Rahmen der Familien- und Nachbarschaftshilfe gepflegt werden, ist es praktisch unmöglich,

die notwendigen Informationen zu erhalten.“ (S. 74). Aufgrund der mangelnden Datenerfassung sowie der unterschiedlichen Erfassungsmethoden der Bundesländer sind also die im Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (2006) angegebenen privaten Kostenbeiträge der Pflegebedürftigen nur beschränkt aussagekräftig. Die erfassten Daten der Kostenbeiträge der Pflegebedürftigen im Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (2006) zeigen, dass Pflegebedürftige Kostenbeiträge von mindestens 525,26 Mio. € zahlen.

Übersicht 1: Private Kostenbeiträge zur Pflegevorsorge 2006 in Mio. €

	Ambulante Dienste	Teilstationäre Dienste	Stationäre Dienste
Burgenland	0,06	4,39	k.A.
Kärnten	k.A.	k. A.	39,22
Niederösterreich	41,95	k. A.	138,78
Oberösterreich	7,62	1,06	k.A.
Salzburg	7,07	k. A.	16,28
Steiermark	k.A.	k. A.	k.A.
Tirol	8,80	k. A.	48,32
Vorarlberg	k.A.	k. A.	23,51
Wien	40,15	1,19	146,87
Gesamt		525,26	

Q: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006. Diese Zahlen beziehen sich nur auf dokumentierte Kostenbeiträge. Diese geben aufgrund der Datenproblematik kein vollständiges Bild der privaten Kostenbeiträge.

Laut den Daten der Sozialhilfeleistungen der Bundesländer 2005 nahmen Altenwohn- und Pflegeheime in Österreich 594,59 Mio. € durch Beiträge ein. Dem stehen Ausgaben von 1.170,29 Mio. € gegenüber, was einem Deckungsgrad von 50,91% gleichkommt.

Neben den direkten Kosten sind die indirekten Kosten in Form der informellen Pflege ein wesentlicher Faktor. Die privaten Kosten der informellen Pflege bestehen im Wesentlichen aus a) den Kosten durch das entgangene Einkommen der pflegenden Personen, den Opportunitätskosten (bei Nicht-Erwerbsbeteiligung bzw. Stundenreduktion auf-

grund einer Pflegeverpflichtung), b) den Kosten durch Arbeitsmarktdiskriminierung (in Form von Karriereentwicklung und geringerem Einkommen) von pflegenden Personen. Politische Entscheidungsträger sehen sich im Bereich der informellen Pflege einem Dilemma gegenüber. Einerseits ist informelle Pflege für den Staat die kostengünstigere Variante. Andererseits wird von allen europäischen Regierungen sowie der EU eine Erhöhung der Frauenbeschäftigung angestrebt – nicht nur um die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern zu erhöhen, sondern um die Finanzierung des Wohlfahrtsstaates langfristig zu sichern.

Mindestens 75% aller Pflegeleistungen werden informell erbracht. In der überwiegenden Mehrzahl sind es Frauen, die meist ihre Angehörigen, manchmal auch Nachbarn oder Bekannte pflegen. In einer Sondererhebung des Mikrozensus vom September 2002 wurden die Pflegeleistungen der österreichischen Bevölkerung erhoben. Dabei hat sich gezeigt, dass 281.900 Frauen und 144.000 Männer eine durchschnittliche wöchentliche Pflegeleistung für Alte und Hilfsbedürftige von 11,4 Stunden (Frauen) bzw. 9 Stunden (Männer) erbringen. Multipliziert mit den durchschnittlichen Bruttostundenlöhnen für Frauen (9,96 €) und Männer (13,53 €) auf Basis der Verdienststrukturerhebung aus dem Jahr 2002 ergibt sich ein jährlicher Wert der informellen Pflegeleistung von 2,58 Mrd. € (Frauen: 1,67 Mrd. €, Männer: 0,91 Mrd. €). Dieser Wert korrespondiert mit den Schätzungen von Schneider et al. (2006: S. 13), die eine Spanne zwischen 2 und 3 Mrd. € angeben.

Im Jahr 2002 haben der Bund und die Länder zusammen rund 1,71 Mrd. € an Pflegegeld ausbezahlt. Nur gemessen am Wert der Opportunitätskosten der informellen Pflege (also 2,58 Mrd. € im Jahr 2002) kann also argumentiert werden, dass der Staat in der Makroperspektive für einen Großteil (ca. zwei Drittel) dieser Kosten aufkommt. 0,87 Mrd. € der Opportunitätskosten der informellen Pflege wurden im Jahr 2002 von den BürgerInnen (Pflegerinnen und/oder zu Pflegenden) getragen.

Der überwiegende Teil der geleisteten Pflegestunden – nämlich 63,4% – wird von Personen im erwerbsfähigen Alter (zwischen 18 und 59 Jahren) erbracht. Zu den Opportunitätskosten der informellen Pflege kommen also auch noch jene Kosten, die durch die Arbeitsmarktdiskriminierung von informell pflegenden ArbeitnehmerInnen in Form von geringerem Einkommen und Karriereebenen entstehen. Empirische Forschung zeigt, dass Pflegeverpflichtungen den Reservationslohn erhöhen – also jenen Lohn, der mindestens bezahlt werden muss, damit eine pflegende Person am Arbeitsmarkt teilnimmt (Heitmueller – Inglis, 2007; Heitmueller – Michaud, 2006; Carmichael – Charles, 1998; 2003). Dadurch wird das Arbeitsangebot von pflegenden Frauen reduziert. Darüber hinaus wirkt sich eine eventuelle Teilzeitarbeit in geringeren Löhnen aus. Ein weiterer Aspekt ist der Einfluss auf die Arbeitsmarktkarriere. Empirische Forschung weist außerdem darauf hin, dass Personen, die neben der bezahlten Arbeit eine Pflegeverpflichtung haben, Lohndiskriminierung am Arbeitsmarkt erfahren (Heitmueller – Inglis, 2007). Auf Basis von britischen Individualdaten demonstrieren Heitmueller – Inglis (2007), dass pflegende ArbeitnehmerInnen im Gegensatz zu vergleichbaren (d. h. mit denselben Arbeitsmarktcharakteristika ausgestatteten) nicht-pflegenden ArbeitnehmerInnen einen geringeren Stundenlohn aufweisen. Dieser Diskriminierungseffekt nahm zwischen 1993 und 2002 zu und ist für Frauen wesentlich höher als für Männer. Im Jahr 2002 konnten 10% des Stundenlohnunterschiedes zwischen pflegenden und nicht-pflegenden Frauen nicht durch die üblichen Arbeitsmarktcharakteristika erklärt werden (Stundenlohnunterschied zwischen pflegenden und nicht-pflegenden Männern: 4%, Männer und Frauen insgesamt: 8%). Dieser nicht durch unterschiedliche Arbeitsmarktcharakteristika erklärbare Unterschied geht also auf eine Diskriminierung von pflegenden Personen am Arbeitsmarkt zurück. Ein wesentlicher Grund für diese Diskriminierung könnte unter anderem die geringere Flexibilität von pflegenden Personen sein.

4. UNTERSCHIEDLICHE ORGANISATIONSVARIANTEN DER PFLEGEVORSORGE

Die Entscheidung darüber, wie das Pflegesystem organisiert wird – also über steuerfinanzierte Regelungen, über eine Versicherung oder einen Fonds – und wie es finanziert sein soll, stehen in einem Zusammenhang, allerdings in keinem unmittelbaren. Wird die Pflegesicherung beispielsweise über eine Versicherungslösung organisiert und über Beiträge finanziert, so können Bundeszuschüsse (also Steuermittel) auch weiterhin einen bedeutenden Beitrag zur Finanzierung leisten oder es werden nur die Sachleistungen in ein Versicherungssystem umgewandelt und die Geldleistungen werden weiterhin über Steuern finanziert oder vice versa. In beiden Fällen ergäbe sich eine Mischfinanzierung aus Steuern und Beiträgen. Die Ausgestaltung des Pflegesystems in Rahmen eines Fonds lässt eine Vielzahl von Finanzierungsvarianten offen: Steuern, Beiträge, Vermögenserlöse oder eine Mischung derselben. Für die organisatorischen Gestaltungsmöglichkeiten ergibt sich somit zumindest die Möglichkeit einer Mischfinanzierung. Aus diesem Grund werden Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in dieser Studie in jeweils eigenen Kapiteln behandelt, um Überschneidungen und Wiederholungen zu vermeiden. In diesem Kapitel werden Möglichkeiten sowie Vor- und Nachteile des Pflegesystems auf organisatorischer Ebene erörtert. Im darauf folgenden Kapitel werden die verschiedenen Finanzierungsmöglichkeiten – Steuer- oder Beitragsfinanzierung – behandelt.

4.1. Pflegevorsorge über allgemeine Steuermittel

Wird die Pflegevorsorge – wie in Österreich – über allgemeine Steuermittel finanziert, so ist eine eindeutige Zuordnung der Finanzierungslast nicht möglich, da aufgrund des Non-Affektationsprinzips eine Ex-ante-Zweckbindung von Steuereinnahmen grundsätzlich ausgeschlossen ist. Sämtliche Steuereinnahmen werden ohne Zweckbindung zur Deckung sämtlicher öffentlicher Ausgaben, darunter die Ausgaben für die Pflegevorsorge, herangezogen. Die fortlaufende Finanzierung der Pflegevorsorge

wird durch die laufenden Einnahmen aus Steuern gedeckt. Somit wird die Pflegevorsorge als allgemeine Sozialleistung determiniert und je nach Leistungsart (Geld- oder Sachleistungen) einem unterschiedlichen BezieherInnenkreis unter in den jeweiligen Gesetzen definierten Zugangsbestimmungen zur Verfügung gestellt. Im Gegensatz zur Beitragsfinanzierung ist eine Steuerfinanzierung dadurch gekennzeichnet, dass alle AkteurInnen einer Gesellschaft an der Finanzierung teilhaben. Kapitel 4 diskutiert die Vor- und Nachteile der Steuerfinanzierung der Pflegevorsorge.

4.2. Pflegeversicherung

4.2.1. Allgemeines

Die Abdeckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit über die Sozialversicherung stellt eine weitere Lösungsvariante dar; bestehende Verwaltungs- und Organisationsstrukturen könnten für die Pflegesicherung nutzbar gemacht werden.

In Deutschland und in den Niederlanden, beides Länder, in denen die sozialen Risiken über Sozialversicherungen – in weiten Bereichen ähnlich wie in Österreich – abgedeckt sind, ist auch das Pflegesystem Teil der staatlichen Sozialversicherung. In den Niederlanden war die Pflegevorsorge bis zur Privatisierung des Gesundheitssystems im Jahr 2006 Teil des allgemeinen Krankenversicherungssystems und blieb auch danach über die Beibehaltung des Allgemeinen Gesetz gegen besondere Krankheiten (ABWZ) eine beitragsfinanzierte Versicherung. In Deutschland wurde das Pflegegeld, welches 1995 eingeführt wurde, nicht in die Krankenversicherung integriert, sondern als eigenständige Versicherungssäule im Rahmen des 11. Sozialgesetzbuches (SGB XI) etabliert (Skuban, 2004).

In den Niederlanden und den skandinavischen Ländern ist Pflegebedürftigkeit keine sozialrechtlich eigenständige Kategorie (wie etwa in Österreich und Deutschland),

sondern wird unter dem Begriff der Krankheit subsumiert. Wird die Pflegeversicherung in die Krankenversicherung integriert, so ergeben sich daraus möglicherweise positive Effekte auf die derzeit bestehende Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege (siehe Mühlberger et al., 2008: S. 3f). Zur Zeit existierende Probleme – wie z. B., dass bei fehlender Pflegeversorgung der Krankenhausaufenthalt verlängert wird oder auch voreilige Einweisungen in Pflegeheime aufgrund von kurzfristigen privaten Versorgungsproblemen – würden sich zwar durch ein die Pflege einbeziehendes Gesundheitssystem nicht gänzlich verhindern lassen, aber vermutlich reduziert werden. Dabei würden allerdings die Probleme der Finanzierung des Gesundheitswesens automatisch in das Pflegesystem inkorporiert werden und vermutlich bereits bestehende strittige Fragen der Zuständigkeiten und Verteilung der Ressourcen (zwischen Kranken- und Pflegeleistungen) verschärft werden. Eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem Kranken- und Pflegesystem wäre jedenfalls sinnvoll, um die Nahtstellenproblematik zu reduzieren.

Beide Versicherungsvarianten – also die Gründung einer eigenständigen Pflegeversicherung bzw. die Integration der Pflegesicherung in die Krankenversicherung – würden die Kosten des Faktors Arbeit – aufgrund der derzeitigen Beitragsgrundlage – erhöhen und hätten sowohl verteilungspolitisch als auch makroökonomisch nachteilige Effekte (siehe Diskussion weiter unten). Aufgrund der geringen Aufkommenselastizität der lohn- und gehaltsbasierten Beiträge würden angesichts des steigenden Finanzbedarfs der Pflege weitere Beitragserhöhungen langfristig kaum zu vermeiden sein. Die Entscheidung für eine Versicherungslösung könnte aber auch dazu genützt werden, die gesamte Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung neu zu gestalten. Auch hierfür besteht wieder die Möglichkeit, lediglich den Pflegebeitrag selbst oder auch die Beiträge zur Krankenversicherung umzugestalten. Die verschiedenen Ausgestaltungsvarianten der Beitragsfinanzierung inklusive eines möglichen Prämienmodells sowie deren jeweilige Vor- und Nachteile werden im Kapitel 4.3 behandelt.

Ein wesentliches Prinzip von Versicherungen ist, dass durch die Zahlung von Beiträgen Ansprüche auf Gegenleistungen erworben werden. Ein oft diskutiertes Problem von Sozialversicherungen ist die Bestimmung der Bemessungsgrundlage der Beiträge und somit des Kreises der Versicherten. In Österreich werden die Sozialversicherungsbeiträge auf Basis der Lohn- und Gehaltssumme bezahlt. Dies bedeutet, dass alle unselbständig und selbständig Erwerbstätigen ab einer gewissen Einkommenshöhe (oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze) sowie deren mitversicherten Familienangehörigen versichert sind. Wird die Bemessungsgrundlage der Beiträge erweitert und andere Einkommensarten wie beispielsweise Miet-, Pacht-, Zins- und Vermögenseinkommen mit einberechnet, so vergrößert sich in der Regel auch der Kreis der Anspruchsberechtigten. In Zeiten unsteter Erwerbs- und Familienbiografien, die einen ausreichenden Versicherungsschutz für Teile der Bevölkerung oft schwierig machen, könnte durch eine Ausweitung der Bemessungsgrundlage eine soziale Absicherung sowohl im Fall der Pflegebedürftigkeit als auch gegebenenfalls für andere Risiken erleichtert werden.

Das Pflegegeld ist als universelle Leistung ausgestaltet, sodass alle Pflegebedürftigen in Abhängigkeit von Schwere und Umfang des Pflegebedarfs Anspruch darauf haben. Wird der Anspruch auf Pflegegeld nach derzeitiger Regelung aufrechterhalten, obwohl die Beiträge nur von einem Teil der Bevölkerung aufgebracht würden, käme es zu einer stärkeren Umverteilung zwischen diesen beiden Gruppen. Eine Umgestaltung der Bemessungsgrundlage müsste also auch aus verteilungspolitischer Sicht bewertet werden. Werden nicht nur das Pflegegeld, sondern auch Sachleistungen in die Versicherung – die einen rechtlichen Anspruch für die Versicherten begründet – mit aufgenommen, stünde eine umfassende soziale Absicherung des Pflegerisikos höheren Sozialversicherungsausgaben gegenüber.

4.2.2. Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren

Staatliche Sozialversicherungen oder Fonds können entweder durch ein Kapitaldeckungs- oder ein Umlageverfahren organisiert werden. Staatliche Sozialversicherungen in Europa basieren überwiegend auf dem Umlageverfahren. Der Familienlastenausgleichsfonds sowie der Gesundheitsfonds sind beide umlagefinanziert. Fonds könnten aber auch zur Gänze oder zu einem Teil kapitalgedeckt sein. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick der Vor- und Nachteile beider Verfahren gegeben, wobei im Speziellen auf die Kriterien der Umstellungsproblematik, Demographie, Renditenentwicklung und des Kapitalmarktrisikos sowie auf die makroökonomischen Effekte eingegangen wird (Barr, 2003).

Beim Umlageverfahren, das in Österreich bei allen vier Zweigen der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- und Pensionsversicherung) angewendet wird, werden die laufenden Einzahlungen der Versicherten an die LeistungsbezieherInnen ausbezahlt (bzw. „umgelegt“). Der Volkswirtschaft wird kein Konsum entzogen, er wird lediglich von einer Bevölkerungsgruppe zu einer anderen transferiert. Im Kapitaldeckungsverfahren wird hingegen für jede/n Versicherte/n ein Kapitalstock gebildet und für die zukünftigen Leistungen angespart, d. h. jede Generation zahlt ihre Leistungen selbst.

UMSTELLUNGSPROBLEMATIK

Bei Einführung einer kapitalgedeckten Versicherung wäre die erste Generation doppelt belastet, da sie einerseits für sich selbst den eigenen Kapitalstock ansparen muss und zugleich sind die Mittel (also Steuern) für jene Personen, die bereits jetzt pflegebedürftig sind, aufzubringen. Durch einen langen Übergangszeitraum könnten die Belastungen gering gehalten und auf mehrere Kohorten aufgeteilt werden. Bei einer sofortigen Umstellung müssten die Defizite aus Steuern oder eventuellen Vermö-

gensveräußerungen finanziert werden. Im Fall des Umlageverfahrens wäre hingegen die erste Generation der Pflegebedürftigen im Vorteil. Sie würde Leistungen aus dem Umlageverfahren beziehen, ohne davor Beiträge einbezahlt zu haben. Die Leistungen für jene Generation, die als erste Beiträge in die Versicherung einspeist, würden dann von der nächsten Generation finanziert werden.

DEMOGRAPHISCHE PROBLEME

Sowohl das Kapitaldeckungsverfahren als auch das Umlageverfahren – bzw. deren Finanzierbarkeit und Renditeaussichten – müssen im Kontext der demographischen Veränderungen beleuchtet werden. Für das Umlageverfahren stellt sich die Problematik folgendermaßen dar: Ein geringer werdender Anteil der jüngeren Generation muss die Leistungen (Pflegeleistungen, Pensionen) für eine größer werdende ältere Generation aufbringen. Durch diese demographischen Verschiebungen müssten entweder die Beiträge erhöht oder die Leistungen gekürzt werden. Das Verhältnis von Personen im erwerbsfähigen Alter zu Pflegebedürftigen bzw. Pensionsbeziehern ist allerdings nicht die einzige Bestimmungsgröße für die Finanzierbarkeit des Umlageverfahrens. Zu den weiteren Einflussfaktoren zählen:

- » das Wirtschaftswachstum, also die Erwartungen darüber, wie sich das BIP in den nächsten Jahren entwickeln wird,
- » die Erwerbsquoten und damit die Anzahl der BeitragszahlerInnen und weiters
- » die Reallohnentwicklung bzw. die Produktivitätsentwicklung des privaten Sektors (die ihrerseits Einfluss auf die Lohnentwicklung hat).

Bei günstiger Entwicklung dieser Einflussgrößen kann die demographisch bedingte Belastung des Umlageverfahrens wesentlich gemildert und die Finanzierbarkeit der Leistungen aufrechterhalten werden. Die Verbreiterung der Beitragsgrundlage auf weitere Einkommensarten (Miet-, Zins- und andere vermögensbasierende Einkünfte)

würde ebenfalls dazu beitragen, ein umlagefinanziertes Sozialversicherungssystem abzusichern.

Das Kapitaldeckungsverfahren ist ebenfalls von demographischen Veränderungen beeinflusst bzw. von der Relation zwischen Sparern (die jüngere Generation) und Entsparern (die ältere Generation) abhängig. Während der Aufbauphase des Kapitalstocks würden sich demographische Verschiebungen noch kaum bemerkbar machen. Die VersicherungsnehmerInnen fragen Anlagemöglichkeiten am Kapitalmarkt in Form von Anleihen und Wertpapieren nach. Durch die erhöhte Nachfrage ist mit steigenden Preisen und Renditen zu rechnen. Diese Situation kehrt sich jedoch um, wenn die erste Generation der Versicherten bzw. ein geburtenstarker Jahrgang ihre (Pflege-)Leistungen in Anspruch nimmt und den angesparten Kapitalstock verwerten (entsparen) möchte. Der geburtenstarken Generation der „Babyboomer“ steht dann eine zahlenmäßig geringere Generation und daher auch weniger potentielle AnlegerInnen gegenüber. Aufgrund des in Folge steigenden Angebots am Kapitalmarkt und der niedrigeren Nachfrage würden die Renditen und damit die Versicherungserlöse sinken. Eine mögliche Lösung wäre, Anlagemöglichkeiten nicht nur am heimischen, sondern auch am internationalen Kapitalmarkt zu suchen – vor allem in Ländern mit einer günstigeren Altersstruktur. Untersuchungen der OECD zeigen aber, dass sich die Altersstrukturen im OECD-Raum kaum unterscheiden (Tichy, 2004).

RENDITENHÖHE

Die mögliche Renditen- bzw. Leistungshöhe ist unter anderem wiederum von demographischen Verschiebungen, aber noch wesentlicher, von der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung abhängig. Das Kapitaldeckungsverfahren ist nur dann ertragreicher, wenn die Kapitalrenditen stärker wachsen als die Lohnsumme, aus der das Umlageverfahren gespeist wird.

Das Kapitaldeckungsverfahren ist immer mit dem Risiko von möglichen Fehlspekulationen, Kursverlusten oder Finanzmarktkrisen verbunden, die zu einer Entwertung der Versicherungserlöse führen können. Die Ertragserlöse von Kapitalanlagen bestimmen sich auch durch das mit ihnen verbundene Risiko – je niedriger das Risiko, desto geringer die zu erwartende Rendite und vice versa. Im Regelfall wird zur Finanzierung sozialer Risiken eine relativ sichere Anlageform mit vergleichsweise geringen Renditen gewählt, um die damit zu finanzierenden Leistungsansprüche nicht zu riskieren. Im Vergleich dazu ist das Umlageverfahren hauptsächlich mit kalkulierbaren Risiken (der Altersstruktur einer Gesellschaft) und der wirtschaftlichen Entwicklung einer Volkswirtschaft verbunden, aber weniger direkt mit Finanzmarktrisiken. Staatliche wie auch private Versicherungen sind mit Verwaltungskosten verbunden. Ob diese Kosten bei privaten oder staatlichen Versicherungen höher sind, ist umstritten. Die Effizianreize sind im privaten Sektor eventuell größer, zugleich haben aber private Versicherungen zusätzlich zu den reinen Verwaltungskosten beispielsweise auch Marketingkosten zu tragen.

MAKROÖKONOMISCHE EFFEKTE

Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren haben unterschiedliche Wirkungen auf makroökonomische Größen wie die Konsum-, Spar- oder Investitionsquote und darüber hinaus auch Einfluss auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Beim Umlageverfahren werden aus den laufenden Einzahlungen der Versicherten die Leistungsansprüche der Versicherten bezahlt. Im Fall der Pflegeversicherung würde, wenn sowohl Sach- als auch Geldleistungen durch sie finanziert werden sollen, ein Teil der Beiträge in Form von Pflegegeld als zusätzliches Einkommen an die Pflegebedürftigen fließen und ein anderer Teil zur Finanzierung der Sachleistungen, die wiederum zu einem großen Teil aus Löhnen und Gehältern des Pflegepersonals bestehen, verwendet werden. Dies bedeutet, dass einem Teil der Bevölkerung Einkommen entzogen wird, einem anderen Teil der Bevölkerung jedoch Einkommen zufließt. Das Umlageverfah-

ren stärkt die Nachfrage, hat einen positiven Effekt auf die Konsumquote² und setzt dadurch wachstumsfördernde Impulse. Vom Kapitaldeckungsverfahren gehen andere makroökonomische Effekte aus. Es beruht darauf, dass für zukünftige Leistungen angespart wird. Die einbezahlten Beträge werden in Form von Aktien und festverzinslichen Wertpapieren auf dem Kapitalmarkt angelegt. Diese Finanzierungsvariante fördert den Anstieg der gesamtgesellschaftlichen Sparquote und erhöht damit das am Kapitalmarkt verfügbare Finanzvolumen. Ob dieses von Unternehmen angenommen und in Investitionen umgesetzt wird, ist von den Gewinnerwartungen der Unternehmen sowie deren Kapazitätsauslastung und Absatzaussichten abhängig. Diese bestimmen sich unter anderem über die Konsumquote, die durch das Kapitaldeckungsverfahren aber eher gedämpft wird. In Ländern mit einer niedrigen Sparquote können von einer über das Kapitaldeckungsverfahren induzierten Erhöhung der Sparquote (Zwangssparen) wirtschaftlich fördernde Effekte ausgehen. Die Investitionen würden insbesondere dann angeregt, wenn es Engpässe an Finanzierungsmitteln gäbe (Guger, 2003).

4.3. Fonds und Mischformen

Ein Fonds ist primär dadurch charakterisiert, dass verschiedene Finanzströme zur Finanzierung eines Zwecks zusammengeführt werden. Die Ausgestaltung eines Fonds lässt zahlreiche Möglichkeiten offen: Er kann als Teil des Bundesbudgets konzipiert sein und somit keiner eigenständigen Verwaltung unterliegen (wie beispielsweise der Familienlastenausgleichsfonds) oder auch mit einer eigenständigen Rechtspersönlichkeit ausgestaltet werden (wie die Gesundheitsfonds).

Durch die Bündelung der Finanzströme in einem Fonds erhöht sich die Transparenz der Finanzierung. Dies wäre jedenfalls ein Vorteil zur jetzigen Situation der Pflegefinanzierung, in der sich durch die Mischfinanzierung im Bereich der Sachleistungen

² Diese von Martin Feldstein (1974) vertretene These ist empirisch umstritten und konnte für Österreich nicht bestätigt werden (Busch – Wüger, 1981; Holzmann, 1981).

von Bund, Ländern und Gemeinden nur schwer feststellen lässt, welche Körperschaft zur Finanzierung welcher Leistungen und in welchem Umfang beiträgt.

Fonds sind im Prinzip eine spezielle Ausgestaltungsform zweckgebundener Mittel zur Finanzierung bestimmter Aufgaben. Durch die Finanzbündelung kommt den spezifischen Aufgabenbereichen meist eine erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit und größeres politisches Gewicht zu. Die Dotierung von Fonds kann sowohl über Steuern, über Beiträge sowie durch die Einbringung von Vermögen oder einer Mischung von allen dreien erfolgen. Die mit einem Fonds einhergehenden Vor- und Nachteile decken sich in weiten Bereichen mit jenen der Zweckbindung von Steuern. Eine Zweckbindung kann zu Über- oder Unterversorgung und damit zu Ineffizienzen führen, da der Mittelumfang des Fonds vom Abgabenaufkommen abhängt und nicht direkt an den benötigten Finanzbedarf geknüpft ist. Die Vorteile einer Zweckbindung liegen zum einen darin, dass mit einem geringeren Steuerwiderstand zu rechnen ist und zum anderen stellt sie einen gewissen „Schutz“ vor Ausgabenkürzungen dar. Im Gegensatz zur Zweckbindung einzelner Steuern kann ein Fonds allerdings aus verschiedenen Quellen gespeist und damit die jeweiligen Vorteile der unterschiedlichen Einnahmearten (direkte, indirekte oder vermögensbezogene Steuern und Beiträge) hinsichtlich deren Ergiebigkeit, Volatilität, Verteilungswirkung sowie weiterer makroökonomischer Effekte optimiert werden (vergleiche hierzu Kapitel 4.4). Der Familienlastenausgleichsfonds (FLAF) wird oft als Beispiel für einen möglichen Pflegefonds herangezogen. Durch den FLAF wird ein horizontaler Ausgleich zwischen kinderlosen Personen und jenen mit Kindern geschaffen. Im Fall eines Pflegefonds käme es analog zu einem Ausgleich zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Die Finanzierung des FLAF erfolgt zum Großteil über den Dienstgeberanteil (4,5%) zum FLAF (3,5 Mrd. €, 2005), also einer Abgabe auf die Bruttolohnsumme und über staatliche Zuschüsse (665 Mio. €, 2005)³ (BMSK, 2008). Durch den FLAF werden im Wesentlichen die

³ Die Beiträge der Selbständigen und der Bauern sind mit 6,3 Mio. € vergleichsweise gering (BMSK, 2008).

Familienbeihilfe und das Kinderbetreuungsgeld finanziert. Folglich ist der Kreis der potentiellen LeistungsbezieherInnen größer als jener der BeitragszahlerInnen – es erfolgt also eine Umverteilung von ArbeitnehmerInnen zu den übrigen Gruppen der Gesellschaft. Pflegebedürftigkeit ist ein Risiko, das alle treffen kann, insofern ist es aus verteilungspolitischen Überlegungen gerechtfertigt, dass auch die Finanzierung ausgewogen erfolgt und nicht, dass – wie im Fall des FLAF – von einer Bevölkerungsgruppe zu einer anderen umverteilt wird (Korpi – Palme, 1998).

Die Geschichte des FLAF zeigt, dass in Zeiten, in denen Überschüsse erwirtschaftet wurden, Teile davon zur Abdeckung anderer Defizite herangezogen (Zuschüsse zur Pensionsversicherung) oder Leistungen weiter ausgebaut wurden (Kinderbetreuungsgeld). Umgekehrt wurden und werden etwaige Defizite durch Bundeszuschüsse abgedeckt. Das Finanzvolumen des FLAF ergibt sich durch die Einnahmen, diese bestimmen allerdings nicht die Ausgaben, da Kindergeld und Familienbeihilfe universelle Leistungen sind, auf die ein rechtlicher Anspruch besteht und die unabhängig von der Einkommenshöhe gewährt werden. Der benötigte Finanzbedarf ist somit von demographischen Entwicklungen – der Anzahl der geborenen Kinder – abhängig. Eine vergleichbare Situation ergäbe sich für ein fondsfinanziertes Pflegegeld. Unter der Annahme von gleich bleibenden Leistungen bestimmt sich das Ausgabenvolumen durch die Zahl der AntragstellerInnen und ist damit ebenfalls von demographischen und gesundheitlichen Entwicklungen geprägt. Die zuvor angesprochenen Nachteile einer möglichen Über- oder Unterfinanzierung von zweckgebundenen Steuern respektive Fonds relativieren sich durch die gängige Praxis der Umwidmung von Überschüssen und der budgetären Abdeckung von Defiziten. Der Leistungsumfang wie auch die Leistungshöhe bleiben letztlich von der politischen Willensbildung abhängig und sind nicht primär durch deren Ausgestaltung in Form eines Fonds vorherbestimmt. Der Familienlastenausgleichsfonds und die Gesundheitsfonds sind umlagefinanziert. Fonds bieten sich aber auch – wie Versicherungen – für kapitalgedeckte Finanzierungsformen als Instrument an. Die Phase der Doppelbelastung – Kapitalbildung (Ansparen)

und gleichzeitige Finanzierung der aktuell Pflegebedürftigen (Kapitel 3.2.2.) – könnte dabei durch Einbringung von Vermögen in den Fonds vermieden werden. Allerdings dürften nur die Erträge aus dem eingebrachten Vermögen zur Pflegefinanzierung herangezogen werden, um eine nachhaltige, kapitalgedeckte Lösung zu erzielen. Ob damit ein wesentlicher Anteil des Finanzierungsbedarfs aufgebracht werden kann, hängt vom Umfang der realisierbaren Vermögenswerte ab. Vor allem für eine Mischfinanzierung aus Beiträgen, Steuermitteln und Erträgen aus Fondsvermögen würde sich eine solche Lösung anbieten. Die Entscheidung darüber, wie die Ausgestaltung der Pflegeleistungen sein soll – universell oder bedarfsorientiert, gedeckelt oder bedarfsdeckend –, stellt sich unabhängig von der Entscheidung darüber, ob über einen Fonds finanziert werden soll oder nicht. Leistungen können sowohl universell – wie im FLAF – als auch als bedarfsorientierte ohne Rechtsanspruch – wie im Fall des Härteausgleichsfonds – ausgestaltet sein. Die Frage nach den Zugangsbestimmungen von Pflegeleistungen sowie deren Art und Umfang stellt sich folglich unabhängig von der Finanzierung über einen Fonds.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Einführung eines Pflegefonds viele Ausgestaltungsmöglichkeiten sowohl in Bezug auf die Finanzierungsart (Steuern, Beiträge oder eine Mischfinanzierung mit Einbringung von Vermögen) als auch hinsichtlich der Art der Anspruchsberechtigungen für die Pflegeleistungen (universelle oder bedarfsorientierte Leistungen) offen lässt. Darin liegt sicherlich einer der Vorteile dieser organisatorischen Ausgestaltungsvariante. Allerdings können viele dieser Vorteile auch ohne die Errichtung eines Fonds genutzt werden. Werden nicht nur das Pflegegeld, sondern auch alle Sachleistungen über einen Fonds organisiert, so würde sich die Transparenz der Finanzierungsleistungen wesentlich erhöhen. Zu diesem Zweck könnte ein Bundespflegefonds und/oder – in Anlehnung an die Gesundheitsfonds – neun Landespflegefonds errichtet werden. Durch die Ausgestaltung der Pflegesicherung in Form eines Pflegefonds wird die Notwendigkeit dieser sozialen Absicherung sicht- und für die Öffentlichkeit wahrnehmbarer.

5. ALTERNATIVE FINANZIERUNGSFORMEN DER PFLEGEVORSORGE

5.1. Allgemeines

Die Finanzierung der Pflegeleistungen wird aufgrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft besonders gefordert, was eine Analyse der möglichen Finanzierungsquellen auch im Hinblick auf deren langfristige Ergiebigkeit notwendig macht. Diese Studie konzentriert sich auf die Erschließung von Finanzierungsspielräumen auf der Einnahmenseite. Daneben können Finanzierungsspielräume auch auf der Ausgabenseite durch die Realisierung von Effizienz- und Kostendämpfungspotentialen gewonnen werden. Zum Umfang dieser möglichen Effizienzgewinne gibt es allerdings keine Untersuchungen. Bestrebungen in diese Richtung sind keinesfalls zu vernachlässigen, im Fall der Langzeitpflege ist allerdings davon auszugehen, dass der prognostizierte zusätzliche Finanzbedarf bestehende Einsparpotentiale übersteigt.

In diesem Abschnitt der Studie folgt eine Darstellung unterschiedlicher öffentlicher Finanzierungskonzepte. Zur Problematik der öffentlichen versus der privaten Finanzierung sei auf das Kapitel 2 hingewiesen. Im Schlusskapitel wird auf diese Unterscheidung nochmals im Speziellen aus verteilungspolitischer Sicht eingegangen. Es ist allerdings wichtig zu berücksichtigen, dass Entscheidungen über Art und Umfang der öffentlichen Finanzierung Rückwirkungen auf die private Finanzierung – sowohl auf die direkte als auch die indirekte – und damit auf die Verteilung von bezahlter und unbezahlter Arbeit und somit nicht zuletzt auch auf die gesamte Arbeitsbelastung von Frauen haben.

Am Beginn dieses Kapitels steht eine allgemeine Erörterung verschiedener Vor- und Nachteile der Steuer- bzw. der Beitragsfinanzierung der langfristigen Pflegevorsorge ausgehend vom Status Quo in Österreich. Es folgt eine differenzierte Betrachtung einzelner Steuerarten sowie der Möglichkeiten zur Umgestaltung der Beitragsfinan-

zierung. Das Schlusskapitel der Studie behandelt die unterschiedlichen Finanzierungsarten zusammenfassend aus verteilungspolitischer Sicht.

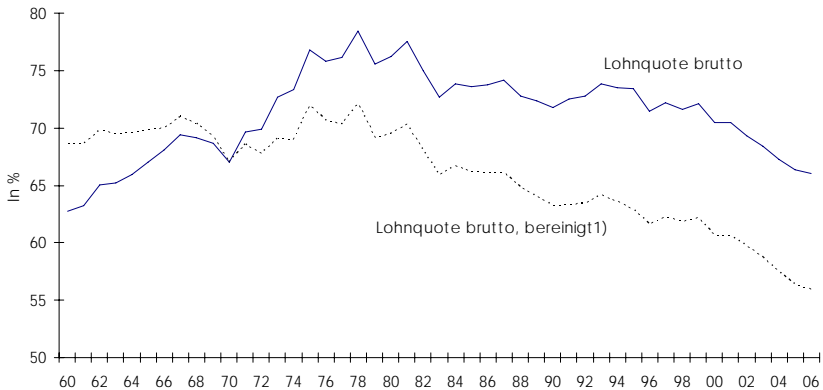
5.2. Steuer- versus Beitragsfinanzierung

Im Folgenden werden die Vor- und Nachteile von steuer- versus beitragsfinanzierten Systemen anhand mehrerer Bewertungskriterien untersucht: (1) Die Verteilungswirkung, (2) die langfristige Ergiebigkeit der Einnahmequelle sowie (3) die damit im Zusammenhang stehende Aufkommenselastizität. Weiters wird kurz auf mögliche Wachstums- und Beschäftigungswirkungen sowie auf die gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber den einzelnen Finanzierungsformen eingegangen. Die Vor- bzw. Nachteile von Zweckbindungen sowie die Frage der Rechtssicherheit für die LeistungsempfängerInnen stellen ebenfalls relevante Kriterien dar.

NACHHALTIGE FINANZIERUNG UND LANGFRISTIGE ERGIEBIGKEIT

Die langfristige Ergiebigkeit stellt sich für Beiträge und Steuern unterschiedlich dar. Die Sozialversicherungsbeiträge werden in Österreich (wie auch in Deutschland) auf Basis von Erwerbseinkommen erhoben: Unselbständige zahlen Beiträge auf Basis ihrer Bruttolöhne und -gehälter, Selbständige auf Basis ihres steuerbaren Gewinns. Strukturelle Verschiebungen sowohl der funktionellen als auch der personellen Einkommensverteilung führen allerdings zu einer zunehmenden Aushöhlung der Beitragsgrundlage.

Abbildung 1: Lohnquote, Arbeitnehmerentgelte in % des Volkseinkommens



Q: Statistik Austria, WIFO. – 1) Bereinigt um die Veränderung des Anteils der unselbständig Beschäftigten an den Erwerbstätigen gegenüber dem Basisjahr 1970.

Die Lohnquote – sowohl die bereinigte als auch die unbereinigte – sinkt, wenn auch leichten Schwankungen unterworfen, seit Ende der 1970er Jahre kontinuierlich und seit Ende der neunziger Jahre stark. Im selben Zeitraum kam es folglich zu einer absoluten wie auch relativen Zunahme der Gewinn- und Vermögenseinkommen, wobei insbesondere die Vermögenseinkommen aus Vermietung und Verpachtung sowie die Kapitalerträge anstiegen. Diese Einkommensarten bilden in Österreich jedoch keine Beitragsgrundlage zur Sozialversicherung. Die Folge daraus ist, dass ein immer kleiner werdender Anteil des Volkseinkommens als Beitragsgrundlage für die Sozialversicherung herangezogen wird. Die Veränderungen der personellen Einkommensverteilung bzw. die zunehmend ungleiche Verteilung der Lohneinkommen (Guger – Marterbauer, 2007) führen ebenfalls zu einer Erosion der Beitragsgrundlage, da Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage sowie Einkommen unterhalb der Geringfügigkeitsgrenze nicht beitragspflichtig sind. Weiters bietet eine hohe Differenz zwischen vom Unternehmen gezahlten Bruttoentgelt und dem ausbezahlten Nettoentgelt der ArbeitnehmerInnen (Steuerkeil) sowohl einen Anreiz zur Beitragshinterziehung als auch zur Schwarzarbeit.

Beides wirkt sich ebenfalls negativ auf das Beitragsaufkommen aus. Die genannten Faktoren stellen eine langfristig anhaltende Ergiebigkeit des Beitragsaufkommens im Rahmen der derzeitigen Ausgestaltung der Sozialversicherungsbeiträge in Frage. Die Einbeziehung der Pflegesicherung in die Sozialversicherung und daraus resultierende Beitragserhöhungen würden derartige nachteilige Effekte weiter verstärken.

Abgesehen von einer Umgestaltung der Beitragsfinanzierung (siehe Kapitel 4.3), haben folgende Faktoren eine positive Wirkung auf die Sicherung der Beitragsgrundlage: eine zunehmende Erwerbsbeteiligung (2007: 70,6%), steigende Frauenerwerbsquoten (2007: 63,8%) sowie eine gleichmäßigere Einkommensverteilung. Steigende Bruttogehälter stärken ebenfalls die Finanzierungsbasis der Sozialversicherung.

Eine Steuerfinanzierung bietet im Vergleich – zumindest in der derzeitigen Ausgestaltung – den Vorteil, dass hinsichtlich der zur Verfügung stehenden steuerlichen Bemessungsgrundlagen (Steuergegenstände) wesentlich mehr Gestaltungsspielraum vorhanden ist und daher die Nachteile einer erwerbszentrierten Beitragsfinanzierung vermieden werden können. Zwischen den verschiedenen Steuern bestehen allerdings Unterschiede hinsichtlich ihrer Aufkommenselastizität, sodass nicht jede Steuerart im gleichen Maße dazu geeignet ist, eine langfristige Ergiebigkeit der Finanzierung zu garantieren (siehe Kapitel 4.4.).

VERTEILUNGSWIRKUNG

Die Verteilungswirkung staatlicher Abgaben ist zum einen aus der Perspektive sozialer Gerechtigkeitsvorstellungen relevant, zum anderen hat sie aber auch Rückwirkungen auf die Nachhaltigkeit möglicher Finanzierungsbasen und in Folge auf die Stabilität der verschiedenen Finanzierungsalternativen. Die personelle Verteilungswirkung von Abgaben ist einerseits von der Tarifgestaltung und andererseits von der Ausgestaltung der Bemessungsgrundlage (Höchstbemessungsgrundlagen, Freigrenzen, Absetz- und

Freibeträge) abhängig. Die Sozialversicherungsbeiträge in Österreich haben aufgrund der proportionalen Tarifgestaltung und vor allem im Zusammenhang mit der Höchstbeitragsgrundlage eine regressive Verteilungswirkung: Obere Einkommensgruppen zahlen gemessen an ihrem Einkommen relativ weniger Sozialversicherungsbeiträge als untere Einkommensgruppen. Neben den Beitragszahlungen zur Sozialversicherung kommt vor allem den Verbrauchssteuern eine regressive Wirkung zu, durch die untere Einkommensgruppen ebenfalls stärker belastet werden als obere Einkommensgruppen. Beispielsweise zahlt das untere Einkommensdrittel 18% seines Einkommens für die Mehrwertsteuer – die aufkommensstärkste unter den Verbrauchssteuern –, das obere Einkommensdrittel hingegen nur rund 13% (Guger – Marterbauer, 2007).

Eine umverteilende Wirkung zugunsten der unteren Einkommensgruppen findet hingegen durch die progressiv ausgestaltete Lohn- und Einkommensteuer statt, da BezieherInnen höherer Einkommen anteilmäßig stärker belastet werden. Das Aufkommen der Sozialversicherungsbeiträge ist allerdings doppelt so hoch wie jenes der Einkommensteuer. Insgesamt beläuft sich der Anteil der regressiv wirkenden Verbrauchssteuern (28,4%) und der Sozialbeiträge (34,5%) auf knappe 63% des gesamten Abgabenaufkommens (OECD, 2007). In Summe geht vom österreichischen Abgabensystem keine umverteilende Wirkung aus. Eine beitragsbasierte Finanzierung der Pflegevorsorge würde, unter Beibehaltung der derzeitigen Ausgestaltung, den regressiven Charakter des Abgabensystems weiter verstärken.

Wie bereits erwähnt, sinken die Lohneinkommen anteilmäßig am Volkseinkommen und die Gewinn- und insbesondere die Vermögenseinkommen gewinnen an relativer Bedeutung. Die Koppelung der Beiträge an Erwerbseinkommen wird der individuellen Leistungsfähigkeit immer weniger gerecht. Aus der Perspektive der personellen Einkommensverteilung könnte also argumentiert werden, dass eine stärkere Einbeziehung der anteilmäßig wichtiger werdenden Einkommensarten gerecht erscheint, zumal Vermögenseinkommen wesentlich ungleicher als Erwerbseinkommen verteilt

sind. Welche Steuern im Detail diesen verteilungstheoretischen Überlegungen entsprechen, wird im Kapitel 4.4 erörtert. Beitragssatzerhöhungen bzw. -senkungen und die Verteilung zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen haben Auswirkung auf die funktionelle Verteilungswirkung. Eine einseitige Beitragserhöhung auf Seiten der ArbeitgeberInnen entspricht einer impliziten Lohnerhöhung und damit einer Verteilung zugunsten der Erwerbseinkommen (Erhöhung der Lohnquote), da mit den Beiträgen Leistungen der Erwerbstätigen finanziert werden. Umgekehrt entspricht eine entsprechende Beitragssenkung einer impliziten Lohnkürzung, die eine Verteilungswirkung zugunsten der Gewinn- und Vermögenseinkommen bedeuten würde (Senkung der Lohnquote). Die langfristigen Inzidenzwirkungen sind nicht eindeutig, sie hängen unter anderem von der Knappheitssituation am Arbeitsmarkt ab und können je nach Qualifikationsniveau unterschiedlich sein.

WIRKUNG AUF WACHSTUM UND BESCHÄFTIGUNG

Brutto- bzw. Nettolöhne und -gehälter sind wesentliche, wenn auch nicht die einzigen, Determinanten von Arbeitsangebot und -nachfrage. In Österreich ist die Belastung des Faktors Arbeit aufgrund der zu leistenden Sozialversicherungsbeiträge und der in Summe hohen Lohnnebenkosten sowie durch weitere lohnsummenbezogene Steuern im internationalen Vergleich relativ hoch (siehe Kapitel 4.4.). In der Regel wird davon ausgegangen, dass hohe Arbeitskosten bzw. ein hoher Steuerkeil negative Auswirkungen auf das Arbeitsangebot und die Arbeitsnachfrage haben und sich in Folge auch hemmend auf das Wirtschaftswachstum auswirken (Daveri – Tabellini, 2000). Bei einer Pflegefinanzierung über Beiträge ist davon auszugehen, dass sich diese makroökonomisch nachteiligen Wirkungen verstärken, da eine paritätische Erhöhung der Sozialbeiträge – also eine Anhebung der ArbeitgeberInnen- wie auch der ArbeitnehmerInnenbeiträge – sich unmittelbar auf die Arbeitskosten auswirkt.

Ein wesentlicher Vorteil der Finanzierung über Steuern besteht demgegenüber darin, dass zusätzliche Belastungen des Faktors Arbeit vermieden werden können, wobei auch hierbei die Wahl des Steuergegenstandes wesentlichen Einfluss auf mögliche Wirkungen bezüglich Verteilung, Wachstum und Beschäftigung hat. Höhere Lohn- und Einkommensteuern hätten ebenfalls negative Anreize auf das Arbeitsangebot, eine stärkere Belastung auf Vermögenserträge hätte dämpfende Effekte auf die Sparbereitschaft, aber belebende auf die Konsumneigung und somit auch positiven Einfluss auf die makroökonomische Entwicklung, solange dadurch das Vermögen nicht ins Ausland abgezogen wird. Steuern bieten zwar einen größeren Gestaltungsspielraum, ob deren Auswirkung auf Wachstum und Beschäftigung positiv oder negativ ist, lässt sich aber nicht allgemein bestimmen. Die von ihnen ausgehenden Impulse sind abhängig von Art, Umfang und konkreter Ausgestaltung (siehe Kapitel 4.4).

STEUERWIDERSTAND UND -AKZEPTANZ

Inwieweit Abgaben bzw. deren Erhöhung auf gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung stoßen, hängt stark vom Vertrauen in die staatliche Auf- und Ausgabentätigkeit ab. Wenn breite Bevölkerungsschichten von staatlich bereitgestellter sozialer Sicherung profitieren, ist die Ablehnung gegenüber Abgabenerhöhungen meist geringer (Korpi – Palme, 1998). Akzeptanz oder Ablehnung sind somit politisch beeinfluss- und wandelbar. Dennoch lassen sich einige generelle Aussagen über die unterschiedliche Akzeptanz von Steuern und Beiträgen treffen. Sozialbeiträge sind zweckgebunden und begründen für die Beitragszahlerin bzw. den Beitragszahler unmittelbar sozialrechtliche Ansprüche. Der Zusammenhang zwischen Beitragszahlung und Beitragsleistung sowie der daraus resultierende individuelle Nutzen sind direkt ersichtlich, folglich stoßen Beitragszahlungen und eventuelle Erhöhungen in der Regel auf höhere Akzeptanz als Steuern bzw. deren Erhöhungen. Bei Steuern wird davon ausgegangen, dass der mögliche Widerstand gegenüber direkten Steuern höher ist als bei indirekten, da der „Einkommensverlust“ direkt merkbar ist. Die Wirkungsweise indirekter Steuern bzw. von

Verbrauchssteuern ist unterschwelliger, da sich die Steuer für KonsumentInnen in einem höheren Preis, aber nicht in einer direkten höheren Steuerleistung bemerkbar macht (Fiskalillusion) (Zimmermann – Henke, 2001). Im Spezialfall von zweckgebundenen Steuern ist die Akzeptanz – in Abhängigkeit davon, wie viel Zustimmung der zu finanzierende Zweck findet – möglicherweise gleich ausgeprägt wie bei Beitragszahlungen.

Bei einem zu hohen Steuerwiderstand ist mit (legaler oder illegaler) Steuervermeidung zu rechnen, die sich wiederum negativ auf Aufkommen und nachhaltige Ergiebigkeit auswirkt.

RECHTLICHER ANSPRUCH UND RECHTSSICHERHEIT

Ob ein rechtlicher Anspruch gegenüber staatlichen Leistungen besteht, ist abhängig von der Ausgestaltung der Sozialleistungen und nicht primär von der Finanzierungsart. Ein beitragsfinanziertes Versicherungsprinzip begründet allerdings in der Regel für die BeitragszahlerInnen immer einen rechtlichen Anspruch. Der gewährte Leistungsumfang kann entweder dem Äquivalenzprinzip entsprechen, d. h. die Leistungshöhe korreliert mit der gezahlten Beitragshöhe (Pensions- und Arbeitslosenversicherung), oder sie orientiert sich an dem benötigten Bedarf (Bedarfsorientierung), um eine umfassende Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen (Krankenversicherung).

Leistungen, die aus allgemeinen Steuermitteln finanziert werden, können entweder als Fürsorgeleistung oder als Versorgungsleistungen ausgestaltet werden. Fürsorgeleistungen (unter diesen nimmt in Österreich die Sozialhilfe die bedeutendste Rolle ein) sind an eine Bedarfsprüfung gekoppelt, d. h. eine Gewährung erfolgt erst nach Überprüfung der jeweiligen Einkommens-, Vermögens- und meistens auch Familienverhältnisse. Im Gegensatz dazu werden universelle Leistungen (94% der Sozialleistungen in Österreich, auch das Pflegegeld) ohne Bedarfsprüfung (im Sinne von means-tested) und unabhängig vom Einkommen gewährt. Ein weiterer

Vorteil universeller Leistungen liegt darin, dass sie weniger stigmatisierend als Fürsorgeleistungen wirken und mit geringerem Verwaltungsaufwand verbunden sind. Übersteigen jedoch die pflegebedingten Ausgaben einer pflegebedürftigen Person das Pflegegeld und reichen die privaten Mittel nicht aus, um den Bedarf zu decken, spielen die Sozialhilfe oder andere sozialpolitische Maßnahmen (wie z. B. der Härteausgleichsfonds für PensionsbezieherInnen) in Österreich eine zusätzliche Rolle. Durch die Einführung des Pflegegeldes als universelle Leistung konnte die Rechtssicherheit erhöht und die Armutgefährdung sowie der von Fürsorgeleistungen abhängige Personenkreis reduziert werden.

ZWECKBINDUNG

Beiträge sind in der Regel zweckgebundene Abgaben, die einen Anspruch auf Gegenleistung begründen. Steuern sind im Gegensatz dazu weder zweckgebunden (Non-afektationsprinzip), noch begründen sie unmittelbar rechtliche Ansprüche. Im obigen Abschnitt wurde bereits angesprochen, dass aufgrund der Zweckbindung Beiträge bzw. Beitragserhöhungen auf einen geringeren Steuerwiderstand stoßen als Steuern bzw. Steuererhöhungen. Werden Steuern zweckgebunden, können sie hinsichtlich der Akzeptanz die ihnen entgegengebracht wird, Beiträgen gleichgestellt werden. Allerdings ist diese Zweckbindung auch mit Nachteilen verbunden – Unterfinanzierung bzw. Überfinanzierung sind mögliche Folgen. Diese möglichen Ineffizienzen beruhen darauf, dass die Ausgabenhöhe – zumindest vorerst – durch das Steueraufkommen bestimmt ist. Weiters stellen Zweckbindungen einen gewissen Schutz vor Ausgabenkürzungen dar. Nicht zuletzt aufgrund der Vorteile werden, wie ein internationaler Überblick zeigt, zweckgebundene Steuern auch zur Finanzierung sozialer Aufgaben herangezogen (Guger et al., 2008)

Übersicht 2: Wirkungsweise von Steuern und Beiträgen in Österreich

	Steuern	Sozialbeiträge
Personelle Verteilungswirkung	Je nach Tarif und in Abhängigkeit der weiteren Ausgestaltung (Freibeträge, Absetzbeträge): Direkte Steuern (progressiv) Indirekte Steuern (regressiv)	Trotz proportionalen Tarifes degressive Verteilungswirkung aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage.
Langfristige Ergiebigkeit/ Aufkommenselastizität	Steuern bieten eine breite Bemessungsgrundlage und breiten Gestaltungsspielraum: verschiedene Steuerobjekte.	Beitragsgrundlage bilden in Österreich die Erwerbseinkommen. Erosion der Beitragsgrundlage aufgrund 1) der sinkenden Lohnquote und 2) der zunehmenden ungleichen Einkommensverteilung.
Wirkung auf Wachstum und Beschäftigung	Abhängig von Steuerart und Ausgestaltung. Es können sowohl positive als auch negative Effekte hervorgehen -> es lassen sich keine allgemeinen Aussagen treffen.	Bei hoher Belastung des Faktors Arbeit: Tendenziell eher negative Auswirkungen auf Wachstum und Beschäftigung.
Steuerwiderstand bzw. Akzeptanz	Da kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Steuerleistung und der finanzierten Leistung erkennbar ist -> eher höherer Widerstand als bei Beiträgen.	Aufgrund der Zweckbindung dürfte die Akzeptanz höher sein als bei Steuern.
Zweckbindung	Gestaltbar	Ja
Rechtlicher Anspruch/ Rechtssicherheit	Je nach Leistungsart: universelle: ja Fürsorgeleistungen: nein	Ja: Beitragszahlungen begründen in der Regel einen rechtlichen Anspruch.

Q: WIFO.

5.3. Berechnungsvariationen der Beiträge

Weitgehend unabhängig von der organisatorischen Ausgestaltung der Pflegevorsorge – die im Kapitel 3 behandelt wurde – ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten ihrer Finanzierung. Dieses Kapitel widmet sich den Ausgestaltungsvarianten von Beiträgen, das daran anschließende den verschiedenen Möglichkeiten der Steuerfinanzierung.

Für den Fall, dass die Finanzierung der Pflegesicherung zur Gänze oder zu einem Teil über Beiträge finanziert werden soll, ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten, wie durch die Ausgestaltung der Beiträge zusätzliche Einnahmen gewonnen werden können. Am Beginn steht die Anhebung von Beiträgen im bestehenden System der Sozialversicherung, die als finanztechnisch einfachste Variante die wenigsten organisationstechnischen Änderungen bewirken würde. Am ehesten bieten sich für

diese Variante eine eigene Pflegeversicherung nach dem Muster der Krankenversicherung, die Krankenversicherung selbst oder ein Beitrag in einen Pflegefonds an. Als zweite Variante folgt die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Möglichkeiten, Einnahmensteigerungen in den traditionellen Beitragssystemen über Anhebung bzw. Abschaffung der Höchstbeitragsgrundlage zu gewinnen. Diese Maßnahme hätte progressive Verteilungseffekte, würde also hohe Einkommen zusätzlich belasten. Beide Varianten bewegen sich innerhalb des lohnbasierten Beitragssystems und brächten daher nur eine geringe Steigerung der Aufkommenselastizität mit sich. Die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkunftsarten, als dritte Variante, hätte nicht nur Auswirkungen auf die Verteilung, sondern auch positive Effekte auf die Nachhaltigkeit der Finanzierungsbasis.

Im folgenden Abschnitt werden diese Varianten vorgestellt, deren unterschiedliche Beitragsaufkommen abgeschätzt und die Vor- und Nachteile sowie darüber hinaus deren ökonomische Wirkung dargelegt werden. Die Analyse erfolgt unabhängig davon, ob die Beiträge zur Finanzierung einer eigenständigen Pflegeversicherung im Rahmen der Sozialversicherung, als Teil der Krankenversicherung oder zur Dotierung eines Pflegefonds herangezogen werden sollen. Die Frage nach der organisatorischen Ausgestaltung der Pflegesicherung stellt sich losgelöst von den ökonomischen Implikationen der Beitragsgestaltung selbst und wurde deshalb im Kapitel 3 separat behandelt.

5.3.1. Eigenständiger Pflegebeitrag oder Anhebung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung auf der Grundlage der bestehenden Finanzierung der Sozialversicherung

Die finanztechnisch einfachste Möglichkeit zusätzliche Mittel für die Pflegesicherung zu lukrieren, besteht in der bloßen Anhebung der Beitragssätze in einem bereits bestehenden Sozialversicherungszweig. Im Fall der Pflegefinanzierung käme der Krankenversicherungsbeitrag oder die Schaffung eines neuen Pflegebeitrags nach dem Muster der Krankenversicherung dafür in Betracht. Diese beiden Varianten werden hier gemeinsam behandelt, da sich in Bezug auf das zusätzlich generierte Aufkommen, die Aufkommenselastizität und die ökonomischen Wirkungen keine Unterschiede ergeben.

Eine Anhebung des Beitragssatzes zur Krankenversicherung für alle krankenversicherten Personen in Österreich um 1 Prozentpunkt – bzw. die Einhebung eines Pflegebeitrags auf der Beitragsgrundlage der bestehenden Krankenversicherungen in der Höhe von 1% – brächte heuer (2008) ein jährliches Beitragsaufkommen von rund 1,4 Mrd. €. Umgekehrt: Um 1 Mrd. € an Finanzierungsvolumen aufzubringen, wäre auf Basis der bestehenden institutionellen Bedingungen der Krankenversicherungen in Österreich ein Beitragssatz von 0,7% bzw. eine Erhöhung der bestehenden KV-Beitragssätze um 0,7 Prozentpunkte notwendig.

Für die Berechnungen der Pflegevorsorge wird von drei Varianten ausgegangen. (1) Geld und Sachleistungen, (2) nur Geldleistungen, (3) nur Sachleistungen werden über Beiträge finanziert. Die Berechnungen beziehen sich auf das Jahr 2010 auf den Datengrundlagen von Mühlberger et al. (2008, S. 34) (wobei das Mittelszenario als Basis dient) sowie den Finanzaufwandsprognosen des BMSK im Rahmen der zurzeit in Ausarbeitung befindlichen Novelle des Bundespflegegeldgesetzes für 2009 und 2010. Unter Berücksichtigung dieser Daten ergibt sich für das Jahr 2010 ein Gesamtaufwand

von 4,23 Mrd. €, aufgeteilt in Sachleistungen (1,81 Mrd. €) und Geldleistungen (2,42 Mrd. €). Um im Jahr 2010 ein Finanzierungsvolumen von 4,23 Mrd. € aufzubringen, wäre bei einem angenommenen Wachstum der Beitragsgrundlage in den nächsten beiden Jahren um 4,0% pro Jahr ein Beitragssatz von 2,79% anzusetzen. Würden nur Sachleistungen über Beiträge finanziert werden, ergibt sich ein Beitragssatz von 1,20% und im Falle der Geldleistungen ein Beitragssatz von 1,60%.

Diese verwaltungstechnisch einfachste Variante ist allerdings mit allen Problemen behaftet, die heute in der Finanzierung der Krankenversicherung diskutiert werden:

- » Die Aushöhlung der Beitragsgrundlage durch die schwache Entwicklung der beitragspflichtigen Erwerbseinkommen wird den Bedarfssteigerungen nicht gerecht. Daraus resultieren längerfristige Finanzierungsprobleme, solange die Lohnquote fällt und sich die niedrigen und mittleren Einkommen deutlich schwächer entwickeln als die Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage. Die Lohnquote fiel seit 1978 um mehr als 10 Prozentpunkte und die beitragspflichtigen Lohneinkommen stiegen zwischen 1995 und 2006 pro Beschäftigten um rund 26%, während die beitragsfreien Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage doppelt so stark zunahmen.
- » Die regressive Verteilungswirkung der Beitragsleistung aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage belastet die niedrigen Lohneinkommen der Gering-Qualifizierten überproportional.
- » Die hohe Lohnnebenkostenbelastung verstärkt die Beschäftigungsprobleme der Gering-Qualifizierten.
- » Da die Sozialversicherungsbeiträge in der Einkommensteuer als Werbungskosten die Steuerbemessungsgrundlage verringern, sinkt die effektive Beitragslast mit steigendem Einkommen durch die Steuerprogression.

Trotzdem wurde in der Vergangenheit immer wieder auf Beitragserhöhungen zurückgegriffen, um Defizite abzudecken oder zusätzliche Finanzmittel für einen Leistungsausbau zur Verfügung zu haben, in Österreich beispielsweise bei der Einführung des Pflegegeldes und jüngst zur Verringerung der Krankenkassendefizite. Auch in Deutschland wurde im Zuge der Pflegereform 2008 der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95% erhöht mit dem Ziel, den steigenden Finanzbedarf bis zum Jahr 2014 zu sichern. Die erwarteten Mehreinnahmen belaufen sich auf 2,5 Mrd. € jährlich (Bundesministerium für Gesundheit (D), 2008).

5.3.2. Neugestaltung einer beitragsfinanzierten Pflegevorsorge

Eine Neugestaltung der Beitragsfinanzierung für die Pflegevorsorge böte die Gelegenheit eines konzeptuellen Neubeginns und Mängel in der bestehenden Beitragsfinanzierung zu vermeiden⁴. Im Folgenden wird zuerst von den institutionellen Bedingungen der bestehenden Krankenversicherung der unselbständig Beschäftigten⁵ ausgegangen und ein Beitragssatz von 1% unterstellt. Zum einen wird dann eine Ausweitung der Beitragsgrundlage durch eine stufenweise Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage vorgenommen und zum anderen eine Verbreiterung der Beitragsgrundlage über die Erwerbseinkommen hinaus, also auch um Vermögenserträge, die derzeit in der Sozialversicherung beitragsfrei sind.

Die Sozialversicherungsbeiträge werden in Österreich auf der Grundlage der erzielten Lohn und Erwerbseinkommen sowie der Pensionen errechnet. Allerdings bildet nicht das gesamte Einkommen die Beitragsgrundlage, sondern nur jenes zwischen der Geringfügigkeitsgrenze von derzeit 349,01 € und der Höchstbeitragsgrundlage von derzeit 3.930 € pro Monat. Einkommen unterhalb und oberhalb dieser Grenzen bleiben beitragsfrei.

4 Zu Reformalternativen vgl. Guger – Marterbauer – Walterskirchen, 2005; Guger et al., 2008.

5 Aus Datengründen beschränkt sich die Analyse auf unselbständige Erwerbstätige; in Relation zur geringen mengenmäßigen Bedeutung der selbständigen Einkommen wären die möglichen Schätzfehler zu groß.

Trotz proportionaler Tarifgestaltung geht daher von den Sozialversicherungsbeiträgen eine regressive Verteilungswirkung aus. Wird die Höchstbeitragsgrundlage angehoben, werden zusätzliche Einkommen zur Bemessung der Beitragshöhe herangezogen und damit das Gesamtaufkommen erhöht sowie die regressive Verteilungswirkung gemildert.

Für die Anhebung der Beitragsgrundlage werden folgende Optionen simuliert: Die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage um + 25% und + 50% und die gänzliche Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage. Dem schwedischen Beispiel folgend könnte die Höchstbeitragsgrundlage auch nur einseitig für den Arbeitgeberbeitrag aufgehoben werden. Schließlich sind die hohen Einkommen der Hoch-Qualifizierten durch die Höchstbeitragsgrundlage mit niedrigeren Lohnnebenkosten belastet als die niedrigen Einkommen, obwohl qualifizierte Beschäftigte am Arbeitsmarkt deutlich geringerem Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt sind.

Die Simulationen erfolgen unter der Annahme, dass es nicht zu Verhaltensänderungen bzw. Substitutionsprozessen kommt; d. h. es wird angenommen, dass beispielsweise auf eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage nicht mit geringerem Arbeitsangebot, mehr Schwarzarbeit oder mit Ausweichverhalten durch Änderungen im Rechtsverhältnis (Gesellschaftsgründung und Gewinnausschüttung statt Entlohnung) reagiert wird, wie das im Gefolge von Änderungen im Abgabenrecht immer wieder beobachtet werden kann. Die Ergebnisse sind also unter *ceteris paribus*-Annahmen geschätzt und entsprechend vorsichtig zu interpretieren. Als Grundlage für die Berechnungen wird die Lohnsteuerstatistik 2006 herangezogen.

In einem ersten Schritt wird die Höchstbeitragsgrundlage für alle dem ASVG unterliegenden ArbeitnehmerInnen um 25% – also von 3.750 € auf 4.688 € – und in einem zweiten Schritt um 50% – also auf 5.625 € pro Monat – angehoben. Die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 25% bringt auf Basis der Lohnsteuerstatistik 2006 bei einem Beitragssatz von 1% zusätzliche Mehreinnahmen von gut 37 Mio. €

bzw. bei einer 50%-igen Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage rund 47 Mio. € an Arbeitnehmer- und ArbeitgeberInnenbeiträgen. Wird die Höchstbeitragsgrundlage zur Gänze aufgehoben, steigt das Beitragsaufkommen um 78 ½ Mio. €. Eine einseitige arbeitgeber- oder arbeitnehmerseitige Aufhebung würde diese Mehreinnahmen in etwa halbieren (Übersicht 3).

Übersicht 3: Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung

ArbeitnehmerInnen insgesamt

Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge	2006	2010
	In 1.000 €	
Beitragsgrundlage der SV Status Quo	86.797.635	102.324.296
Beiträge im Status Quo bei 1% Beitragsatz	867.976	1.023.243
Szenarien bei 1% Beitragsatz		Zunahme in 1.000 €
Höchstbeitragsgrundlage + 25%	37.416	44.109
Höchstbeitragsgrundlage + 50%	47.425	55.909
keine Höchstbeitragsgrundlage	78.538	92.587

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Wenn mit der Einführung einer solchen beitragsbasierten Pflegeversicherung die An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage nicht nur auf die Krankenversicherung, sondern – um die Einheitlichkeit der Systeme zu wahren – auf alle Versicherungszweige angewendet werden soll, ohne dass in diesen Bereichen ein Bedarf an zusätzlichen Einnahmen besteht, könnten die Einnahmensteigerungen in Form von Beitragsatzsenkungen durch aufkommensneutrale niedrigere Beitragsätze an die BeitragszahlerInnen der entsprechenden Zweige der Sozialversicherung weitergegeben werden⁶.

Neben diesen hypothetischen Simulationen in Übersicht 3, die das Beitragsaufkommen bei einem 1%-igen Beitragsatz und Variationen mit der Höchstbeitragsgrundlage

⁶ Vgl. dazu Guger et al., 2008.

zeigt, gehen Übersichten 4 bis 6 von einem vorgegebenen Ausgabenvolumen von 4,23 Mrd. € (Geld- und Sachleistungen), bzw. 2,42 Mrd. € (nur Geldleistungen), bzw. 1,81 Mrd. € (nur Sachleistungen) aus, das 2010 zu finanzieren sein wird. Während bei den aktuellen Beitragsgrundlagen für alle KV-Versicherten dafür ein Beitragssatz von 2,79% (Übersicht 9 – Geld- und Sachleistungen) reichen würde, müsste für den eingeschränkten Kreis der unselbständig Beschäftigten als BeitragszahlerInnen für den gesamten Betrag (ArbeiterInnen, Angestellte und BeamtenInnen) dieser Beitragssatz 4,13% betragen, wenn Geld- und Sachleistungen über Beiträge finanziert werden würden (Übersicht 4). Diese Beiträge reduzieren sich auf 2,37% wenn nur die Geldleistungen finanziert werden würden (Übersicht 5) bzw. auf 1,77% bei den Sachleistungen (Übersicht 6).

Übersicht 4: Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Geld- und Sachleistungen)

ArbeitnehmerInnen insgesamt

Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge	Beitragssatz In %	2006	2010
		In 1.000 €	
Beitragsgrundlage der SV Status Quo		86.797.635	102.324.296
Beiträge im Status Quo	1,00	867.976	1.023.243
Beiträge im Status Quo 2010: 4,23 Mrd. €	4,13	3.588.141	4.230.000
Szenarien bei 1% Beitragssatz	In %	Zunahme in 1.000 €	
Höchstbeitragsgrundlage + 25%	3,95	156.483	184.475
Höchstbeitragsgrundlage + 50%	3,91	196.057	231.129
keine Höchstbeitragsgrundlage	3,77	313.443	369.513

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 5: Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Geldleistungen)

ArbeitnehmerInnen insgesamt

Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge	Beitragsatz In %	2006	2010
		In 1.000 €	
Beitragsgrundlage der SV Status Quo		86.797.635	102.324.296
Beiträge im Status Quo	1,00	867.976	1.023.243
Beiträge im Status Quo 2010: 2,42 Mrd. €	2,37	2.052.790	2.420.000
Szenarien bei 1% Beitragsatz		Zunahme in 1.000 €	
Höchstbeitragsgrundlage + 25%	2,26	89.524	105.539
Höchstbeitragsgrundlage + 50%	2,24	112.165	132.230
keine Höchstbeitragsgrundlage	2,16	179.322	211.400

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 6: Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Sachleistungen)

ArbeitnehmerInnen insgesamt

Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge	Beitragsatz In %	2006	2010
		In 1.000 €	
Beitragsgrundlage der SV Status Quo		86.797.635	102.324.296
Beiträge im Status Quo	1,00	867.976	1.023.243
Beiträge im Status Quo 2010: 1,81 Mrd. €	1,77	1.535.351	1.810.000
Szenarien bei 1% Beitragsatz		Zunahme in 1.000 €	
Höchstbeitragsgrundlage + 25%	1,69	66.958	78.936
Höchstbeitragsgrundlage + 50%	1,67	83.892	98.899
keine Höchstbeitragsgrundlage	1,61	134.121	158.113

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Durch eine An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage könnte der Beitragsatz im Szenario der Gesamtkosten für die Pflege (Geld- und Sachleistungen, also 4,23 Mrd. € im Jahr 2010) um rund 0,1 Prozentpunkt gesenkt werden und bei ihrer gänzlichen Aufhebung um 0,36 Prozentpunkte auf 3,77%, um im Jahr 2010 ein Beitragsaufkommen von 4,23 Mrd. € zu erzielen.

Die An- bzw. Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage würde zum einen die Aufkommenselastizität der Beiträge verbessern, da sich die hohen Einkommen über der Höchstbeitragsgrundlage dynamischer entwickeln als die niedrigen und mittleren

Einkommen, die die Beitragsgrundlage bilden. Zum anderen wirken – wie schon oben angesprochen – die Sozialversicherungsbeiträge im gegenwärtigen System aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage regressiv auf die Einkommensverteilung. Durch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 50% würde sich der regressive Effekt lediglich mildern, bei einer Aufhebung würde sich hingegen eine progressive Verteilung ergeben. Die durchschnittliche Beitragsbelastung der Krankenversicherungsbeiträge der ArbeitnehmerInnen ist im obersten Drittel der Einkommensverteilung um 12% niedriger als im mittleren Drittel und im untersten Drittel durch die Geringfügigkeitsgrenze etwa gleich hoch wie im obersten. Durch eine Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage würde die Beitragsbelastung im obersten Drittel um 18% höher sein als im untersten und rund 2% höher als im mittleren Drittel. Sowohl die Beitragssatzerhöhung als auch die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage sind Maßnahmen, auf die in der Vergangenheit bereits zurückgegriffen wurde, um Finanzierungsengpässe auszugleichen. Im Gegensatz zur Beitragssatzerhöhung, die die regressive Verteilungswirkung verstärkt, mildert die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage diese Wirkung bzw. kehrt sie im Fall der Aufhebung in einen leicht progressiven Belastungsverlauf um. Die Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage ist mit umfassenderen Veränderungen verbunden als dies bei Beitragsanhebung der Fall ist. Bei beiden Varianten bleibt aber die erwerbszentrierte Bemessungsgrundlage unberührt, der Faktor Arbeit wird weiterhin belastet und die damit verbundenen nachteiligen Effekte auf Arbeitsangebot und -nachfrage bleiben bestehen. Auch die Verbesserungen in Bezug auf die Nachhaltigkeit der Finanzierungsbasis halten sich in engen Grenzen.

5.3.3. Verbreiterung der Beitragsgrundlage um Vermögenserträge

Die Erwerbseinkommen bleiben seit drei Jahrzehnten deutlich hinter der Entwicklung der Vermögenseinkünften zurück. Eine Verbreiterung der Beitragsgrundlage unter Einbeziehung vermögensbezogener Einkünfte würde die Sozialversicherungsbeiträge auf eine ergiebiger Basis stellen und auch dem Leistungsfähigkeitsprinzip in der

Finanzierung des Sozialstaates in höherem Maße Rechnung tragen, als das derzeit der Fall ist.

Überlegungen, die Beitragsbasis um neue Einkommensarten zu verbreitern, sind mit der Frage der Höchstbeitragsgrundlage verknüpft. BezieherInnen von Einkommen, die bereits im geltenden System an die Höchstbeitragsgrundlage heranreichen, wären nämlich von einer Verbreiterung der Beitragsbasis nicht betroffen, da Einkommen oberhalb der Höchstbeitragsgrundlage nicht mehr herangezogen werden. Folglich würden nur Vermögenseinkommen von Personen mit Einkommen unterhalb der Höchstbeitragsgrundlage zusätzlich belastet. Dies hätte einerseits Verteilungseffekte, die nur niedrige und mittlere Einkommen belasten und andererseits eine einschränkende Wirkung auf das potentielle Beitragsaufkommen. Sollen auch hohe Einkommen in die Systemumstellung integriert werden, kann überlegt werden, die Höchstbeitragsgrundlage zu erhöhen bzw. gänzlich aufzuheben. Als dritte Variante bietet sich die Einführung eines Mehr-Säulen-Modells an, bei dem die Höchstbeitragsgrundlage auf jede der Einkommensarten separat angewendet wird.

Für die hier vorgenommenen Überlegungen zur Verbreiterung der Beitragsgrundlage wird in einem ersten Schritt angenommen, dass die durch die Verbreiterung der Beitragsgrundlage entstehenden zusätzlichen Einnahmen in der Krankenversicherung zur Finanzierung der Pflege verwendet werden.

Übersicht 7: Krankenversicherungsbeiträge aus Vermögenserträgen, 2005

	Veranlagtes Kapitalvermögen	Vermietung und Verpachtung In Mio. €	Summe
Potentielle Krankenversicherungsbeiträge bei aktueller Höchstbeitragsgrundlage	3,9	77,9	81,8
	Zusätzliches Beitragsaufkommen in Mio. €		
Höchstbeitragsgrundlage + 25%	0,2	2,9	3,1
Höchstbeitragsgrundlage + 50%	0,4	5,5	6,0
keine Höchstbeitragsgrundlage	2,5	15,6	18,0
Beitragssatz inklusive Zusatzbeitrag	7,5%	7,5%	

Q: Statistik Austria, Einkommensteuerstatistik 2005.

Durch die Einbeziehung der veranlagten Vermögenseinkünfte in die Krankenversicherungspflicht wäre nach den Daten der zuletzt verfügbaren Einkommensteuerstatistik im Jahr 2005 unter der Annahme, dass die Höchstbeitragsgrundlage getrennt angewandt wird, das Beitragsaufkommen im bestehenden System der Krankenversicherung um rund 82 Mill. € höher gewesen. Eine Abschaffung der Höchstbeitragsgrundlage hätte zusätzlich 18 Mill. € an Einnahmen gebracht, sodass dadurch 100 Mill. € zu erzielen gewesen wären⁷.

Seit der Einführung der Kapitalertragsteuer (KEST) mit einem proportionalen Steuersatz von 25% wird nur mehr ein verschwindender Teil der Zins- und Dividenderträge zur Einkommensteuer veranlagt. Der überwiegende Teil des Finanz- und Beteiligungskapitals wird mit 25% KEST an der Quelle versteuert. Damit ist keine individuelle Zurechnung und Berücksichtigung einer Höchstbeitragsgrundlage möglich. Ein Finanzierungsbeitrag aus kapitalertragsteuerpflichtigen Kapitalerträgen wäre am einfachsten als Pflegeabgabe zu gestalten und als solche auch einfach administrierbar⁸.

⁷ Zu den Annahmen und Berechnungsproblemen vgl. Guger et al., 2008, S. 25ff.

⁸ Da der KEST-Steuersatz derzeit mit dem halben höchsten Grenzsteuersatz in der Einkommensteuer begrenzt ist, wäre zu klären, ob vor der Anwendung der KEST eine andere Abgabe eingehoben werden darf – wie in der Einkommensteuer die SV-Beiträge.

Im Jahr 2006 betrug das Aufkommen an Kapitalertragsteuer 2.239 Mio. €. Daraus hätten sich Zins- bzw. Dividendenerträge von 8.956 Mio. € als Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherung ergeben. Bei dem 2006 gültigen Beitragssatz von 7,5% hätte das zusätzliche KV-Beitragsaufkommen daraus 672 Mill. € betragen.

Im BVA 2008 wird mit einem KEST-Aufkommen von 2,5 Mrd. € gerechnet, damit dürften sich heuer die Zins- und Dividendenerträge auf 10 Mrd. € belaufen. Da der Krankenversicherungsbeitrag nun 7,65% beträgt, ergäben sich daraus zusätzliche Einnahmen von 765 Mill. €.

Übersicht 8: Krankenversicherungsbeiträge aus KEST-pflichtigen Zins- und Dividendenerträgen

	2006	In Mio. €	BVA 2008
KEST-Aufkommen	2.238		2.500
Zins- und Dividendenertrag	8.956		10.000
Krankenversicherungsbeiträge ¹⁾	672		765

Q: BMF, BVA 2008. – 1) Beitragssatz 2006: 7,5%, 2008: 7,65%.

Eine Einbeziehung der Vermögenserträge in die Krankenversicherung zur Pflegefinanzierung würde unter vorsichtigen Annahmen hinsichtlich der Zunahme der veranlagten Vermögenserträge seit 2005 und der Annahme eigener Höchstbeitragsgrundlagen für jede Einkunftsart für das Jahr 2008 ein Finanzierungsvolumen allein aus dem Vermögensertrag von rund 850 Mill. € ergeben.

Im nächsten Schritt wird, wie in den ersten beiden Abschnitten, das Beitragsaufkommen bei einem Beitragssatzes von 1% auf Vermögenserträge abgeschätzt bzw. ausgerechnet, welcher Beitragssatz zur Aufbringung von einer 1 Mrd. € zur Pflegefinanzierung notwendig wäre. Unter den bisher getroffenen Annahmen bräuchte ein Pflegebeitrag von 1% auf Basis der Krankenversicherung und einer Ausdehnung der Beitragspflicht auf veranlagte Vermögenserträge laut Einkommenssteuerstatistik 2005 nur rund 13 Mill. €; obgleich sich die günstige makroökonomische Entwicklung der beiden vergangenen

Jahre auch in einer deutlichen Zunahme der Erträge aus Vermietung und Verpachtung niedergeschlagen haben dürfte. Die Beitragspflicht von kapitalertragsteuerpflichtigen Zins- und Dividenderträge brächte dagegen heuer rund 100 Mio. € Einnahmen; parallel dazu wäre allerdings mit einem KEST-Einnahmenausfall von 25 Mio. € zu rechnen.

Soll im Jahr 2010 ein Pflegeaufwand von 4,23 Mrd. € über Beiträge auf Basis der institutionellen Voraussetzungen aller heutigen Krankenversicherungen finanziert werden, so wäre unter der Annahme, dass die Beitragsgrundlagen der Unselbständigen bis dahin pro Jahr um 4% und die der Selbständigeneinkommen und Vermögenserträge jährlich um 5% wachsen, dafür ein Beitragsatz von 2,79% notwendig. Werden alle Vermögenserträge in die Beitragsbasis miteinbezogen und die Höchstbeitragsgrundlage gänzlich aufgehoben, würde unter den hier getroffenen Annahmen ein Beitragsatz von 2,19% genügen (Übersicht 9).

Übersicht 9: Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Geld- und Sachleistungen)

Alle Beiträge der Krankenversicherten	Beitragsatz In %	2008	2010
		In 1.000 €	
Beitragsgrundlage der SV Status Quo		140.000.000	151.424.000
Beiträge im Status Quo	1,00	1.400.000	1.514.240
Beiträge im Status Quo 2010: 4,23 Mrd. €	2,79	3.910.873	4.230.000
	In %	Zunahme in 1.000 €	
keine Höchstbeitragsgrundlage, inklusive Vermögenserträge	2,19	489.947	915.351

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Berechnet man nur die Ausgaben für Geld- bzw. Sachleistungen im Jahr 2010 unter den oben beschriebenen Bedingungen, so ergibt sich dafür ein Beitragsatz von 1,60% (nur Geldleistungen) bzw. 1,20% (nur Sachleistungen). Werden alle Vermögenserträge in die Beitragsbasis miteinbezogen und die Höchstbeitragsgrundlage gänzlich aufgehoben, würde unter den hier getroffenen Annahmen ein Beitragsatz von 1,25% (Geldleistungen) bzw. 0,94% (Sachleistungen) genügen (Übersichten 10 und 11).

Übersicht 10: Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Geldleistungen)

Alle Krankenversicherten

Alle Beiträge der Krankenversicherten	Beitragssatz In %	2008	2010
		In 1.000 €	
Beitragsgrundlage der SV Status Quo		140.000.000	151.424.000
Beiträge im Status Quo	1,00	1.400.000	1.514.240
Beiträge im Status Quo 2010: 2,42 Mrd. €	1,60	2.237.426	2.420.000
	In %	Zunahme in 1.000 €	
keine Höchstbeitragsgrundlage, inklusive Vermögenserträge	1,25	280.301	523.676

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 11: Aufkommenswirkung einer An-/Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung (Sachleistungen)

Alle Krankenversicherten

Alle Beiträge der Krankenversicherten	Beitragssatz In %	2008	2010
		In 1.000 €	
Beitragsgrundlage der SV Status Quo		140.000.000	151.424.000
Beiträge im Status Quo	1,00	1.400.000	1.514.240
Beiträge im Status Quo 2010: 1,81 Mrd. €	1,20	1.673.447	1.810.000
	In %	Zunahme in 1.000 €	
keine Höchstbeitragsgrundlage, inklusive Vermögenserträge	0,94	209.646	391.675

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Die hier durchgeführten Berechnungen beruhen auf der Ceteris-paribus-Annahme, d. h. es wurde unterstellt, dass es zu keinen Verhaltensänderungen seitens der SteuerzahlerInnen kommt. Derartige steuervermeidende Ausweichstrategien können zwar nicht ausgeschlossen werden, bleiben aber vor allem dann gering, wenn alle Einkunftsarten gleichmäßig belastet werden, sodass Substitutionsprozesse unattraktiv erscheinen.

ÖKONOMISCHE WIRKUNGEN DER AUSWEITUNG DER BEITRAGSGRUNDLAGE AUF VERMÖGENSERTRÄGE

Die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage und Einführung der Beitragspflicht auf Vermögenserträge würde nicht nur die Beitragsbasis erweitern und eventuell sogar Spielräume für Beitragssenkung eröffnen und damit Erwerbseinkommen entlasten, sondern auch die langfristige Ergiebigkeit des Systems verbessern, da der Fall der Lohnquote zum einen mit einer sehr dynamischen Entwicklung der Vermögenseinkommen und zum anderen mit einer beträchtlichen Spreizung der Lohneinkommen einhergeht. Die hohen Einkommen sind im letzten Jahrzehnt um ein Vielfaches stärker gewachsen als die niedrigen und durchschnittlichen Lohneinkommen (Guger – Marterbauer, 2007, S. 13).

Die Ausweitung der Beitragsgrundlage auf die Vermögenserträge würde wie die Anhebung oder Abschaffung der Höchstbeitragsgrundlage den regressiven Verteilungswirkungen der derzeitigen Ausgestaltung der Beitragsfinanzierung in der Sozialversicherung entgegenwirken. Dieser Effekt könnte durch einen Freibetrag für Beiträge auf Zinserträge noch verstärkt werden, damit würden nur Zins- und Dividendenerträge über einer bestimmten Höhe zusätzlich belastet werden (Guger et al., 2008, S. 27). Da Vermögen und damit auch Vermögenserträge in der Regel deutlich ungleicher verteilt sind als die übrigen Einkommen (Hahn – Magerl, 2006; Schürz, 2007, Schürz – Wagner, 2007), haben Beiträge auf Vermögenserträge eine noch stärkere progressive Wirkung als die An- oder Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage.

Die Wirkung der Ausweitung der Beitragsgrundlage ohne Änderung der Höchstbeitragsgrundlage wäre in der derzeitigen Regelung bei den veranlagten Vermögenserträgen besonders problematisch: Im Fall der veranlagten Einkünfte aus Kapitalvermögen entfallen auf das oberste Dezil 84% der Einkünfte, aufgrund der Höchstbeitragsgrenze würden sie aber lediglich 70% der Beiträge bezahlen. Die unteren 90% würden hin-

gegen mit 15% der Bezüge 30% der Beiträge entrichten. Ähnliche Verteilungseffekte ergeben sich bei den Einkommen aus Vermietung und Verpachtung: Auf die obersten 20% entfallen 90% der Miet- und Pachteinnahmen, sie hätten aber nur 30% des Beitragsaufkommens zu tragen. Die verbleibenden 80% der Fälle, hierbei sind allerdings Verlust- und Nullfälle miteinbezogen, beziehen 10% dieser Einnahmekategorie und hätten damit aber 30% der Beiträge zu finanzieren.

Durch die ungleichere Verteilung der Vermögen ist hier auch die regressive Verteilungswirkung der Höchstbeitragsgrundlage stärker als bei den Erwerbseinkommen. Wird hingegen die Höchstbeitragsgrundlage zur Gänze aufgehoben, sind die progressiven Verteilungseffekte bei einer breiten – Vermögenseinkommen inkludierenden – Bemessungsgrundlage stärker als bei einer rein erwerbsarbeitsbezogenen Bemessungsgrundlage.

Auf das Wirtschafts- und Beschäftigungswachstum hätte die Ausweitung der Beitragsgrundlage auf Vermögenserträge keine negativen Auswirkungen. Der Faktor Arbeit würde nicht zusätzlich belastet und in Bevölkerungsschichten, in denen Vermögenserträge eine größere Rolle spielen, würden Nettovermögenserträge eher die Sparquote weiter erhöhen als den Konsum beleben. Soweit durch eine Beitragspflicht für Vermögenseinkommen die Erwerbseinkommen entlastet werden könnten, wären die makroökonomischen Effekte auf jeden Fall positiv zu sehen⁹.

5.3.4. Wertschöpfungsabgabe

Die Wertschöpfungsabgabe, als Alternative zu den lohn- und gehaltsbezogenen Arbeitgeberbeiträgen, stellt die Beitragsvariante mit den umfassendsten Veränderungen gegenüber dem derzeitigen System dar. Die Bemessungsgrundlage bildet

⁹ Zu den Beschäftigungswirkungen von Änderungen der SV-Beiträge vgl. Guger et al., 2008, S. 22, und Breuss et al., 2007, S. 269.

hierbei nicht – wie im derzeitigen System – die Lohn- und Gehaltssumme, sondern die Bruttowertschöpfung eines Unternehmens, die sich aus Personalaufwand, Betriebsüberschuss, Zinsaufwand sowie den Abschreibungen zusammensetzt.

Wird als Beitragsgrundlage für einen Pflegebeitrag die Bruttowertschöpfung gewählt, so ergibt sich im Vergleich zu einem lohnbezogenen Beitragssystem eine breitere, solidere und beschäftigungsfreundlichere Finanzierungsbasis. Ein weiterer Vorteil liegt in der hohen Aufkommensdynamik¹⁰ der Wertschöpfungsabgabe, die auch dem steigenden Finanzbedarf für Pflegeleistungen entgegenkommen würde. Während die Beitragsfinanzierung in der Sozialversicherung arbeitsintensive Betriebe stärker belastet als kapitalintensive, würde die Wertschöpfungsabgabe alle Faktoren allokatonsneutral belasten¹¹.

Für ein Beitragsaufkommen von 1 Mrd. € für die Pflegesicherung wäre ein Beitragssatz von 0,6% notwendig. Ein Beitragssatz von 1% brächte folglich rund 1,56 Mrd. €. Ein Vergleich mit den Belastungen, die in einem lohn- und gehaltsbezogenen Beitragssystem anfielen, zeigt, welche Branchen und in welchem Umfang diese durch die Wertschöpfungsabgabe be- und welche entlastet werden. Ein wertschöpfungsbasierter Pflegebeitrag könnte zur Dotierung eines Pflegefonds herangezogen werden.

10 In den Jahren zwischen 2000 und 2005 ist die Wertschöpfung im privaten Sektor um 23% gestiegen, die Lohn- und Gehaltssumme hingegen um nur 16%. Bei aufkommensneutraler Ausgestaltung der Sozialversicherungsbeiträge hätte eine im Jahr 2000 eingeführte Wertschöpfungsabgabe, aufgrund ihrer dynamischen Entwicklung, fünf Jahre später zu Mehreinnahmen von ca. 900 Mio. € geführt (vgl. Guger et. al, 2008)

11 Für eine ausführliche Darstellung der Wertschöpfungsabgabe, ihrer Vor- und Nachteile und ihrer ökonomischen Wirkung vgl. Guger et al. (2008).

Übersicht 12: Finanzierung von 1 Mrd. € Pflegekosten durch Beiträge zur Pflegeversicherung

	Beiträge zur Pflegeversicherung auf Basis der					Bruttowertschöpfung	Lohn- und Gehaltssumme ohne HB(GI)	Bruttowertschöpfung
	lohnbezogenen Beitragsgrundlage	Lohn- und Gehaltssumme ohne HB(GI)	Bruttowertschöpfung	lohnbezogenen Beitragsgrundlage	In % der Bruttowertschöpfung			
	In Mio. €							
Land- und Forstwirtschaft	6,3	5,3	29,8	0,1	0,1	0,6	0,6	
Bergbau	3,2	3,4	5,9	0,3	0,4	0,6	0,6	
Sachgüterzeugung	270,0	288,3	267,2	0,6	0,7	0,6	0,6	
Energie- und Wasserversorgung	17,0	21,3	31,1	0,4	0,4	0,6	0,6	
Bauwesen	93,0	93,7	74,2	0,8	0,8	0,6	0,6	
Handel	194,4	178,8	161,8	0,8	0,7	0,6	0,6	
Beherbergungs- und Gaststättenwesen	48,0	41,2	38,2	0,8	0,7	0,6	0,6	
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	100,0	101,4	96,6	0,7	0,7	0,6	0,6	
Kredit- und Versicherungswesen	64,7	69,4	89,3	0,5	0,5	0,6	0,6	
Realitätenwesen, Unternehmensbezogene Dienstleistungen	124,6	130,8	151,2	0,5	0,6	0,6	0,6	
Sonstige Dienstleistungen	79,1	66,4	54,7	0,9	0,8	0,6	0,6	
Insgesamt²⁾	1.000,0	1.000,0	1.000,0	0,6	0,6	0,6	0,6	

O: Statistik Austria, Leistungs- und Strukturstatistik 2005, WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Höchstbeitragsgrundlage. – ²⁾ Ohne öffentlichen Dienst (auch ohne Vertragsbedienstete).

5.3.5. Prämienfinanzierung

Prämien sind ein einheitlicher Pauschalbetrag, den Versicherte unabhängig von ihrem Einkommen – Kopfprämie – für eine Versicherungsleistung zahlen. Diese Finanzierungsform kommt meist im Fall von privaten Versicherungen zur Anwendung, kann aber auch für staatliche Versicherungen herangezogen werden.

Die Verteilungswirkung von Prämien ist regressiv, da die relative Belastung mit steigendem Einkommen abnimmt. Weiters wären Prämienätze zur Abdeckung von Pflege- oder Gesundheitsrisiken aufgrund ihrer Höhe nicht für alle Einkommensschichten leistbar und somit ein Versicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung nicht gegeben. Aus diesem Grund werden Prämienmodelle im Rahmen staatlicher oder privatisierter, aber staatlich regulierter, Versicherungssysteme nicht in ihrer Reinform, sondern mit sozialen Ausgleichsmaßnahmen eingeführt. Der soziale Ausgleich erfolgt nicht innerhalb des Gesundheits- oder Pflegesystems, sondern außerhalb.

Die Prämienmodelle von Gesundheitssystemen können als Beispiele für mögliche prämiertenfinanzierte Pflegeversicherungen dienen. Im Hinblick auf die Verteilungswirkung wird hier das Schweizer und das niederländische Gesundheitssystem vorgestellt. Das Schweizer Modell der obligatorischen Krankenversicherung sieht reduzierte Prämien für Jugendliche und Kinder vor und weiters erhalten rund 30% der Haushalte aufgrund ihres geringen Einkommens Prämienverbilligungen. Diese Zuschüsse werden von den Kantonen finanziert und Haushalten gewährt, wenn die Prämienleistung einen bestimmten Prozentsatz ihres Einkommens übersteigt (vgl. Guger et al., 2008, Breyer, 2003). Im Zuge der Gesundheitsreform in den Niederlanden 2006 wurde ein privatisiertes und über Prämien finanziertes Krankenversicherungssystem eingeführt. Die staatliche Pflegeversicherung, die über das Allgemeine Gesetz gegen besondere Krankheitskosten (ABWZ) organisiert und weiterhin beitragsfinanziert ist, blieb von der Privatisierung ausgenommen (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL),

o.J.). Das niederländische Prämienmodell der Krankenversicherungen ist zweigeteilt, es besteht aus einer einkommensabhängigen Prämie – zu zahlen von den Arbeitgebern (6,5% des Bruttoeinkommens bis zu einer Höchstgrenze im Jahr 2006) – und einer einkommensunabhängigen, die von allen Versicherten zu zahlen ist. Ähnlich wie im Schweizer Modell erfolgt der soziale Ausgleich über staatliche Zuschüsse. Der Staat übernimmt die Prämienzahlungen für Kinder (rund 1,6 Mrd. €) und finanziert Prämienzuschüsse für einkommensschwache Personen aus allgemeinen Budgetmitteln. In den Niederlanden haben rund 60% der Bevölkerung Anspruch auf eine Prämienverbilligung (rund 2 Mrd. €)¹². Greß et al. kommen zu dem Schluss, dass die Reform insgesamt für den Staat kostenneutral ausfällt (Greß et al., 2006). Eine Studie im Auftrag des deutschen Verbandes der privaten Krankenversicherungen in Deutschland (o.J.) kommt zu dem Ergebnis, dass eine vergleichbare Prämiengestaltung in Deutschland nicht finanzierbar wäre, da die notwendigen Finanzmittel zur Finanzierung der Beiträge für Kinder (rund 14 Mrd. €) und der Steuertransfers für einkommensschwache Haushalte (rund 15 Mrd. €) den budgetären Rahmen überschreiten würden (Verband der privaten Krankenversicherungen, o.J.). Diese Prämienmodelle der Gesundheitsfinanzierung lassen sich auf eine prämienfinanzierte Pflegeversicherung umlegen; wenn ein Versicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung gewährleistet sein soll, sind hohe staatliche Transferzahlungen notwendig.

Private Pflegeversicherungen, wie sie beispielsweise in Deutschland, in der Schweiz und auch in Österreich in Form von Zusatzversicherungen abgeschlossen werden können, sind aufgrund der hohen Beiträge oft nur für die oberen Einkommensschichten leistbar. Eine staatliche Fördermöglichkeit privater Vorsorgeleistungen besteht darin, dass die Prämienzahlungen steuerlich geltend gemacht werden können. Die Privatversicherungen werden also indirekt über Steuern bzw. über die entgangenen

¹² Belastet werden vor allem AlleinverdienerInnen und Haushalte mit mittleren Einkommen, deren Einkommen zu hoch für Zuschüsse, aber zu niedrig sind, um von der regressiven Verteilungswirkung der Pauschale zu profitieren sowie Haushalte mit Kindern. Entlastungen ergeben sich einerseits durch die Senkung des einkommensabhängigen Arbeitgeberbeitrags und andererseits durch die Reduktion der Unternehmenssteuern (Greß et al., 2006).

Steuereinnahmen subventioniert. Diese Fördermaßnahme erreicht aber kaum untere Einkommenschichten.

5.4. Eine Analyse der Eignung einzelner Steuern als Basis einer Steuerfinanzierung der Pflegevorsorge in Österreich

5.4.1. Einführung

BETRACHTETE EINZELSTEUERN UND WIRKUNGEN/KRITERIEN ZUR BEURTEILUNG

Dieser Abschnitt der Studie widmet sich der Frage, welche Einzelsteuern sich besonders für eine verstärkte Nutzung eignen, wenn die Pflegevorsorge in Österreich ganz oder teilweise aus dem allgemeinen Steuertopf finanziert werden soll. Dabei werden die wichtigsten in Österreich existierenden Steuern auf die Einkommensentstehung (veranlagte Einkommensteuer, Lohnsteuer, Kapitalertragsteuern, Körperschaftsteuer), auf die Einkommensverwendung bzw. den Verbrauch (Umsatzsteuer, Mineralölsteuer, Steuern auf Alkohol, Tabaksteuer) und auf Vermögen (Grundsteuer, Grunderwerbsteuer, Kapitalverkehrsteuern, Erbschafts- und Schenkungssteuer, Wertzuwachssteuer) betrachtet. In Österreich nicht (mehr) existierende Steuern (z. B. Vermögensteuer oder Börsenumsatzsteuer) werden nicht betrachtet.

Zur Diskussion einzelner Steuerarten wird eine hierfür relevante Auswahl der in den theoretischen Ausführungen zur grundsätzlichen Beurteilung unterschiedlicher Finanzierungsmodelle für die Pflegevorsorge verwendeten Kriterien zugrunde gelegt: die Verteilungswirkungen, ökonomische Effekte sowie die Nachhaltigkeit der Finanzierung durch einzelne Steuern. Das Kriterium der Äquivalenz – d. h. das Bestehen eines sachlichen Zusammenhangs zwischen der Steuerzahlung einerseits und der Leistung aus der Pflegeversicherung andererseits – wird aus zwei Gründen nicht herangezogen. Erstens gilt für Steuern grundsätzlich das Nonaffektationsprinzip: Eine Zweckbindung

ist im Prinzip nicht vorgesehen, sondern sämtliche Steuereinnahmen werden für die Finanzierung öffentlicher Aufgaben herangezogen, ohne die Art der Steuerquellen einerseits und/oder den Verwendungszweck andererseits zu berücksichtigen. Zweitens ist es, mit Ausnahme der Erbschafts- und Schenkungssteuer, ohnehin kaum möglich, zwischen der Pflegevorsorge und den hier betrachteten Einzelsteuern eine sachliche Verknüpfung auf der Grundlage äquivalenztheoretischer Begründungen herzustellen.

Im Falle der Pflegefinanzierung würde dies bedeuten, dass nicht das Aufkommen aus bestimmten, ex ante definierten Einzelsteuern direkt an das Pflegesystem weitergeleitet werden würden, sondern dass ein angemessener Anteil an den gesamten Steuereinnahmen für die Abdeckung des bestehenden Finanzierungsbedarfs reserviert werden würde. Oder anders gesagt: Die Option für eine teilweise oder ausschließliche Steuerfinanzierung der Pflegevorsorge aus Steuermitteln impliziert, dass ein der zu erwartenden Kostenentwicklung entsprechender Teil der gesamten Steuermittel in das Pflegesystem gespeist werden müsste. Ein steigender Finanzierungsbedarf der Pflegevorsorge erfordert somit ceteris paribus eine entsprechende Steigerung der Dynamik des gesamten Steueraufkommens.

Wenn im Folgenden einzelne Steuern im Detail als mögliche Finanzierungsquellen für die Pflegevorsorge betrachtet werden, so soll dies also nicht die direkte Koppelung ihres Aufkommens an das Pflegesystem implizieren. Vielmehr erfolgt diese Diskussion aus einer übergreifenden Perspektive, aus der die Implikationen der verstärkten künftigen Nutzung von einzelnen der behandelten Steuern für die Abgabenstruktur insgesamt und somit für die Verteilungswirkungen, die ökonomischen Effekte sowie die Nachhaltigkeit der Finanzierung des Gesamtabgabensystems interessieren.

Auf die verwendeten Kriterien zur Beurteilung einzelner Steuern soll hier noch einmal kurz eingegangen werden.

VERTEILUNGSWIRKUNGEN

Bei der Darstellung der Verteilungswirkungen wird zunächst festgestellt, welchem Steuertyp die betrachtete Steuer entspricht, ob sie also progressiv (steigender Durchschnittssteuersatz bezogen auf die Bemessungsgrundlage), proportional (konstanter Durchschnittssteuersatz bezogen auf die Bemessungsgrundlage) oder regressiv (sinkender Durchschnittssteuersatz bezogen auf die Bemessungsgrundlage) ausgestaltet ist. Ein weiterer Anhaltspunkt für die Verteilungswirkungen einer bestimmten Steuer ist ihre (tatsächliche, vermutete oder erwartete) Verteilung auf die unterschiedlichen Einkommensschichten. Dabei kann mangels entsprechender empirischer Untersuchungen lediglich von der formalen Inzidenz ausgegangen werden, d. h. von der Ebene der Steuerpflichtigen. Denn die eigentlich relevante materielle Inzidenz, die die Verteilung der Steuerlast nach Abschluss aller Überwälzungsvorgänge angibt und somit aussagt, wer letztlich die Steuerlast tatsächlich trägt, ist nicht bekannt.

ÖKONOMISCHE EFFEKTE

Es würde den Rahmen dieser Studie sprengen, die ökonomischen Effekte der einzelnen Steuern in ihrer Gesamtheit zu behandeln. Daher werden an dieser Stelle sehr allgemein und in aller Kürze ausgewählte Charakteristika bzw. Aspekte von bestimmten Einzelsteuern angesprochen, die aus einer Sicht der Gesamtabgabenstruktur besonders relevant erscheinen. Dabei dienen – da die grundsätzliche Alternative für die Steuerfinanzierung der Pflegevorsorge in einer Beitragsfinanzierung besteht – als Referenzmaßstab für bestimmte ökonomische Wirkungen von Einzelsteuern jene von Sozialversicherungsbeiträgen¹³.

¹³ Vgl. zu den folgenden Ausführungen Schratzenstaller (2006).

Allgemein spricht die theoretische und empirische Literatur Sozialversicherungsbeiträgen negative beschäftigungspolitische Effekte zu, durch ihre dämpfende Wirkung auf Arbeitsnachfrage und -angebot. Auch Einkommensteuern können negative Anreizwirkungen auf das Arbeitsangebot entfalten. Anders als Sozialversicherungsbeiträge, die die unteren und mittleren Einkommensbereiche aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage besonders stark betreffen und indirekt regressiv wirken, dürfte allerdings die progressiv verlaufende Einkommensteuer negative Anreizwirkungen für das Arbeitsangebot tendenziell über sämtliche Einkommensbereiche hinweg ausüben.

Im Vergleich von Sozialversicherungsbeiträgen mit speziellen Verbrauchssteuern kommt eine mit letzteren verbundene „doppelte Dividende“ zum Tragen. Anders als Sozialversicherungsbeiträge beeinträchtigen sie nicht die Beschäftigung und sie sind außerdem mit positiven Lenkungswirkungen verbunden: der Eindämmung umweltschädlicher Produktions- und Konsumaktivitäten im Falle von Umweltsteuern oder der Einschränkung gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen (übermäßiger Alkohol- oder Tabakkonsum) im Falle von Steuern auf Genussgifte.

Auch vermögensbezogene Steuern sind beschäftigungsfreundlicher als Sozialversicherungsbeiträge. Die neoklassisch orientierte theoretische Literatur schreibt ihnen allerdings negative Wachstumseigenschaften zu, da sie zu einer Einschränkung des Vermögensaufbaus führen könnten. Empirisch sind solche Effekte vermögensbezogener Steuern allerdings umstritten.

Im WIFO-Weißbuch wurden die kurz- und mittelfristigen Wirkungen (mit dem Kurzfristmodell des WIFO, WIFO-Macromod) sowie die langfristigen Effekte (mit dem Langfristmodell des WIFO, WIFO-A-LMM) der Senkung ausgewählter Einzelsteuern sowie der Sozialversicherungsabgaben simuliert (Kaniowski – Breuss – Url, 2006). Unter Zugrundelegung der Annahme symmetrischer Wirkungen von Abgabensenkungen und -erhöhungen werden die ermittelten Ergebnisse in den Übersichten 13 und 14

übertragen auf eine Erhöhung von Lohnsteuer, Körperschaftsteuer und Umsatzsteuer sowie eine Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge um jeweils 1 Mrd. € pro Jahr.

Wie Übersicht 13 zeigt, hat eine Erhöhung der Sozialversicherungsbeiträge kurz- und mittelfristig die ausgeprägtesten negativen Effekte auf das reale BIP, die unselbständige aktive Beschäftigung sowie das Arbeitskräfteangebot, während eine Erhöhung der Umsatzsteuer das reale BIP kurz- und mittelfristig nur wenig dämpft und keine Auswirkungen auf Beschäftigung und Arbeitsangebot hat.

Übersicht 13: Kurz- und mittelfristige Effekte der Erhöhung ausgewählter Abgaben um 1 Mrd. € pro Jahr (Simulation mit WIFO-Macromod), kumulierte Abweichungen von der Basislösung in %

	2006	2007	2008	2009	2010	Ø 2006/2010
BIP, real						
Lohnsteuer	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Körperschaftsteuer	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,3	-0,2
Umsatzsteuer	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Sozialversicherungsbeiträge	-0,2	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3
unselbständig aktiv Beschäftigte						
Lohnsteuer	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Körperschaftsteuer	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2	-0,1
Umsatzsteuer	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,0
Sozialversicherungsbeiträge	-0,1	-0,2	-0,3	-0,4	-0,4	-0,3
Arbeitskräfteangebot						
Lohnsteuer	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Körperschaftsteuer	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Umsatzsteuer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sozialversicherungsbeiträge	0,0	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2

©: Kaniovski – Breuss – Uhl (2006).

Auch langfristig ist eine Erhöhung der Umsatzsteuer mit den geringsten Wirkungen auf den realen Potential Output, die unselbständige aktive Beschäftigung sowie die Arbeitslosigkeit verbunden (Übersicht 14). Lohnsteuer- und Sozialversicherungsbeitrags erhöhungen sind mit den stärksten Beschäftigungseffekten verbunden, während eine Erhöhung der Körperschaftsteuer den realen Potential Output langfristig am meisten dämpft.

Übersicht 14: Langfristige Effekte der Erhöhung ausgewählter Maßnahmen um 1 Mrd. € pro Jahr (Simulation mit WIFO-A-LMM; Ø 2016/2020), kumulierte Abweichung von der Basislösung in %

	Potential Output, real	unselbständig aktiv Beschäftigte	gleichgewichtige Arbeitslosenquote (NAIRU)
Lohnsteuer	-0,1	-8,2	+0,2
Körperschaftsteuer	-0,8	-2,7	0,0
Umsatzsteuer	0,0	-0,1	0,0
Sozialversicherungsbeiträge	-0,2	-6,6	+0,2

Q: Kaniovski – Breuss – Uri (2006).

NACHHALTIGKEIT DER FINANZIERUNG (KURZFRISTIGE STABILITÄT UND LANGFRISTIGE ERGIEBIGKEIT

Für die Nachhaltigkeit der Finanzierung spielen sowohl kurzfristige Stabilität als auch langfristige Ergiebigkeit des Steueraufkommens eine Rolle. Dabei steht, bezogen auf die hier behandelte Fragestellung, die langfristige Ergiebigkeit im Vordergrund. Denn eine hohe kurzfristige Volatilität wäre nur dann ein unmittelbares Problem aus Sicht der Finanzierung der Pflegevorsorge, wenn eine direkte Zweckwidmung einzelner Steuern vorgesehen wäre, was aber, wie bereits erörtert, als ökonomisch problematisch gilt.

Als Indikator für die langfristige Ergiebigkeit von Steuern wird im Folgenden bei den einzelnen Steuern die Aufkommenselastizität bezogen auf das nominelle BIP (BIP-Elastizität) herangezogen, die besagt, um wie viel Prozent sich das Aufkommen aus einer Steuer aufgrund einer 1%-igen Veränderung des BIP verändert. Dabei wird grundsätzlich der Betrachtungszeitraum 1989 bis 2007 zugrunde gelegt: zum einen, weil 1989 das Jahr des Inkrafttretens der sehr umfangreichen Einkommensteuerreform 1988 war; zum zweiten, weil auf diese Weise ein fast vollständiger 20-Jahres-Zeitraum abgedeckt wird. Bei den Steuern, bei denen seit 1989 steuerrechtliche Veränderungen vorgenommen wurden (z. B. Steuersatzveränderungen), wird dieser Zeitraum in Zeitabschnitte mit jeweils konstanten steuerlichen Regelungen eingeteilt.

Gegenüber der Berechnung differenzierter Aufkommenselastizitäten, die das Aufkommen einer Steuer jeweils auf die zugrunde liegende(n) makroökonomische(n) Variable(n) (z. B. durchschnittliche Löhne und Gehälter oder Beschäftigung für Sozialversicherungsbeiträge oder Lohnsteuer; privater Konsum für Umsatzsteuer) beziehen¹⁴, stellt dies eine stark vereinfachte Herangehensweise dar. Sie kann jedoch damit gerechtfertigt werden, dass für zumindest grobe Prognosen der künftigen Ertragskraft einzelner Steuern das BIP eine leicht und schnell verfügbare einheitliche Bestimmungsgröße darstellt. Zudem sind letztlich auch die makroökonomischen Determinanten von Aufkommenselastizitäten mehr oder weniger stark abhängig von der Entwicklung des BIP.

Im Rahmen der vorliegenden Studie erfolgt eine Neuberechnung der längerfristigen BIP-Elastizitäten der einzelnen in die Analyse einbezogenen Steuern und Abgaben, da aus mehreren Gründen auf vorliegende Ergebnisse nicht zurückgegriffen werden kann. Brandner et al. (2004) schätzen (für den Schätzzeitraum 1970 bis 2002) die BIP-Elastizitäten diverser Steuerkategorien. Da diese allerdings recht grobe Zusammenfassungen der Einzelsteuern darstellen (indirekte Steuern, direkte Steuern der Haushalte bzw. der Unternehmen, Sozialversicherungsbeiträge und Gesamtabgaben), sind sie für die folgende differenzierte Betrachtung nicht geeignet. Die von Lehner (2002) berechneten BIP-Elastizitäten für einzelne Steuerarten umfassen relativ kurze Zeiträume (1995 bis 2000 bzw. Projektionen für 2005 bis 2010) und sind im Falle der geschätzten Elastizitäten veraltet. Außerdem werden bei der Bildung der betrachteten Perioden auch nicht zwischendurch stattgefundenene steuerliche Veränderungen berücksichtigt.

Zum Vergleich werden die in den genannten beiden Studien ermittelten Elastizitäten dennoch in Übersicht 15 im Überblick angeführt. Danach weisen – in Übereinstimmung mit theoretischen Erwartungen – die direkten Steuern (Lohnsteuer, gewinnabhängige

¹⁴ Vgl. für einen Überblick über ökonometrische Schätzungen von Aufkommenselastizitäten für Einzelsteuern bzw. Steuerkategorien Kaniovski et al. (2008).

Steuern, Kapitalertragsteuern) die höchsten BIP-Elastizitäten auf, gefolgt von den Sozialversicherungsbeiträgen und den indirekten Steuern (Umsatzsteuer, spezielle Verbrauchssteuern). Am wenigsten BIP-reagibel sind gemäß den Ergebnissen von Lehner (2002) Landes- bzw. Gemeindeabgaben.

Weiterhin fällt zweierlei auf: Erstens sind die Gesamtabgabenelastizitäten laut Lehner (2002) deutlich höher als jene laut Brandner et al. (2004), wobei ergänzend festgehalten werden soll, dass auch letztere auf der Grundlage eines alternativen Schätzverfahrens (Fehlerkorrektur- Modell) Gesamtabgabenelastizitäten in ähnlicher Größenordnung schätzen, nämlich von 1,21 (kurzfristig) bzw. 1,64 (langfristig). Zweitens differieren die von Lehner (2002) präsentierten Ergebnisse für die beiden gewählten Betrachtungsperioden für einige Steuern (insbesondere die Kapitalertragsteuern, die Umsatzsteuer, die speziellen Verbrauchssteuern sowie die Landes-/ Gemeindeabgaben) sehr stark. Dies dürfte nur zum geringeren Teil diskretionären Steueränderungen innerhalb der beiden Perioden geschuldet sein: Im Zeitraum 1995 bis 2000 fanden die Einkommensteuerreform 2000 sowie ab 1997 laufend Tabaksteuererhöhungen statt. In den Prognosezeitraum 2000 bis 2005 fällt lediglich die Einkommensteuerreform 2000, die zudem die BIP-Elastizität von Lohnsteuer und gewinnabhängigen Steuern kaum dämpft¹⁵.

Somit könnten diese Differenzen auf eine relativ hohe kurzfristige Volatilität und/ oder zunehmende Entkopplung der betrachteten Steuern vom BIP hinweisen.

¹⁵ Dies dürfte wiederum auf einen Sondereffekt zurückzuführen sein, nämlich die Einführung der Anspruchsverzinsung in Einkommen- und Körperschaftsteuer im Jahr 2001, die in zeitlichen Verschiebungen des Aufkommens an veranlagter Einkommensteuer und Körperschaftsteuer in diesem sowie den folgenden Jahren resultierte.

Übersicht 15: BIP-Elastizitäten nach unterschiedlichen Studien im Vergleich

Studie	Zeitraum	untersuchte Steuer(kategorie)	BIP-Elastizität
Brandner et al. (2004)	1970 bis 2002	indirekte Steuern	0,88
		direkte Steuern Haushalte	1,06
		direkte Steuern Unternehmen	0,95
		Sozialversicherungsbeiträge	0,89
		Gesamtabgaben	0,93
Lehner (2002)	1995 bis 2000/2000 bis 2005	Lohnsteuer	1,64 / 1,58
		gewinnabhängige Steuern ¹⁾	1,73 / 1,67
		Kapitalertragsteuern	0,41 / 1,44
		Umsatzsteuer	1,55 / 0,86
		spezielle Verbrauchssteuern ²⁾	1,25 / 0,82
		FLAF-Beitrag	0,79 / 0,96
		Sozialversicherungsbeiträge	0,93 / 0,94
		Landes-/Gemeindeabgaben	0,15 / 0,40
		Gesamtabgaben	1,20 / 1,05

Q: WIFO-Zusammenstellung. – ¹⁾ Veranlagte Einkommensteuer und Körperschaftsteuer. – ²⁾ Tabaksteuer, Biersteuer, Mineralölsteuer, Alkoholsteuer, Schaumweinsteuer.

Übersicht 16 enthält schließlich die für diese Studie vorgenommenen eigenen Berechnungen der BIP-Elastizitäten für die betrachteten einzelnen Steuern für den gesamten Betrachtungszeitraum 1989 bis 2007 im Überblick. Auch wird diese Gesamtperiode in zwei Subperioden – 1989 bis 1999 sowie 2000 bis 2007 – unterteilt.

Mit einer Elastizität von 3,45 bezogen auf das BIP ist die Kapitalertragsteuer I auf Dividenden mit Abstand am ergiebigsten, gefolgt von der Körperschaftsteuer mit 2,29 und der Lohnsteuer mit 1,48. Nur diese drei Einzelsteuern haben eine im Vergleich zur Elastizität der gesamten gemeinschaftlichen Bundesabgaben, die 1,36 erreichte, überdurchschnittlich hohe Ergiebigkeit. Eine BIP-Elastizität von über 1 weisen neben diesen Steuern auch die Mineralölsteuer sowie die Grunderwerbsteuer auf. Als am wenigsten ergiebig erweisen sich die Steuern auf Alkohol mit einer BIP-Elastizität von 0,17 sowie die veranlagte Einkommensteuer mit 0,19. Zum Vergleich: Die BIP-Elastizität der Sozialversicherungsbeiträge betrug für den Zeitraum 1989 bis 2007 1,09; sie war damit weniger ergiebig als die Lohnsteuer, die Körperschaftsteuer, die Kapitalertragsteuer I auf Dividenden, die Mineralölsteuer sowie die Grunderwerbsteuer.

Bei der Betrachtung der BIP-Elastizitäten einzelner Steuern gilt es jedoch, wie bereits erwähnt, zu beachten, dass bei den meisten der berücksichtigten Einzelsteuern

Steuer(satz)variationen einen nicht unbeträchtlichen Teil der langfristigen Gesamtentwicklung erklären: sowohl aufgrund ihrer unmittelbaren Auswirkungen auf das Steueraufkommen als auch ihrer längerfristigen Einflüsse über veränderte Tarife bzw. Regelungen zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage. Dies ist eine der Ursachen für die den bei den meisten Einzelsteuern zu beobachtenden erheblichen Differenzen zwischen den beiden Subperioden. Lediglich die Grunderwerbsteuer und die Tabaksteuer weisen relativ konstante BIP-Elastizitäten auf: erstere, weil über den gesamten Betrachtungszeitraum hinweg keine das Aufkommen nennenswert beeinflussende Steueränderung stattfand¹⁶; zweitere, weil seit 1997 laufend Steuererhöhungen vorgenommen wurden.

Übersicht 16: BIP-Elastizitäten für ausgewählte Einzelsteuern 1989 bis 2007

Einzelsteuer	1989 bis 1999	2000 bis 2007	1989 bis 2007
Lohnsteuer	1,86	1,19	1,48
veranlagte Einkommensteuer	0,52	-0,26	0,19
Körperschaftsteuer	2,58	1,54	2,29
Kapitalertragsteuer I ¹⁾	-	4,10	3,45
Kapitalertragsteuer II ¹⁾	-	0,94	0,31
Kapitalertragsteuern gesamt ¹⁾	-	1,92	1,16
Umsatzsteuer	0,98	0,77	0,89
Mineralölsteuer	1,48	1,17	1,29
Grundsteuer	1,07	0,66	0,89
Grunderwerbsteuer	1,29	1,37	1,34
Kapitalverkehrsteuern	0,10	0,93	0,42
Steuern auf Alkohol	-0,23	0,08	0,17
Tabaksteuer	0,80	0,73	0,77
Erbschafts- und Schenkungssteuer	0,87	1,29	0,85
Sozialversicherungsbeiträge	1,28	0,87	1,09
Gemeinschaftliche Bundesabgaben gesamt	1,50	1,28	1,36

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) 1997 bis 2007.

Die BIP-Elastizitäten dienen als Orientierung für die Beantwortung der Frage nach der längerfristigen Ergiebigkeit der individuellen Steuerarten, die im Folgenden detaillierter bei der Behandlung der einzelnen Steuerarten erfolgen soll. Dabei werden bei der

¹⁶ Die Regelung, dass bei Nichtvorhandensein bzw. Nichtermittelbarkeit eines Verkaufspreises seit 2001 ersatzweise nicht mehr der einfache, sondern der dreifache Einheitswert als steuerliche Bemessungsgrundlage zugrunde zu legen ist, hat kaum Einfluss auf das Aufkommen, da in den meisten Fällen ein Verkaufspreis vorhanden ist.

Diskussion der Einzelsteuern jeweils auch die BIP-Elastizitäten für sämtliche Perioden mit jeweils unveränderter Rechtslage angegeben. Da in den vergangenen beiden Jahrzehnten bei den einzelnen Steuerarten zu unterschiedlichen Zeitpunkten Reformen implementiert worden sind, bedeutet dies, dass der gesamte Betrachtungszeitraum bei den einzelnen Steuern in jeweils unterschiedliche Zeitabschnitte eingeteilt wird.

ÜBERBLICK ÜBER DIE ÖSTERREICHISCHE ABGABENSTRUKTUR

Vor der detaillierten Analyse der einzelnen Steuerarten anhand der genannten Beurteilungskriterien wird einleitend ein Überblick über die österreichische Abgabenstruktur – auch im EU-Vergleich – gegeben.

Übersicht 17 sind zunächst die absoluten Aufkommensdaten für die betrachteten Steuern, die zu den gemeinschaftlichen Bundesabgaben zählen (das sind alle mit Ausnahme der Grundsteuer) sowie ihre prozentualen Anteile an sämtlichen gemeinschaftlichen Bundesabgaben zu entnehmen. Der Beitrag der betrachteten Steuern auf die Einkommensentstehung zu den gemeinschaftlichen Bundesabgaben hat sich von 36,2% 1989 auf 48,3% 2007 erhöht. Dies ist primär zurückzuführen auf eine beträchtliche Zunahme des Gewichts der Lohnsteuer (von 22,7% auf 30,4%) sowie der Körperschaftsteuer (von 3,7% auf 8,9%), während die Kapitalverkehrsteuern ihren Anteil nur leicht steigerten und die veranlagte Einkommensteuer an Gewicht verlor. Der Anteil der betrachteten verbrauchsabhängigen Steuern ist im selben Zeitraum von 45,5% auf 40,6% zurückgegangen, was hauptsächlich einem deutlichen Rückgang der Umsatzsteuer (von 37,4% auf 32,2%) geschuldet ist. Der Finanzierungsbeitrag der vermögensbezogenen Steuern ist konstant gering bei etwa 1,5% der gesamten gemeinschaftlichen Bundesabgaben.

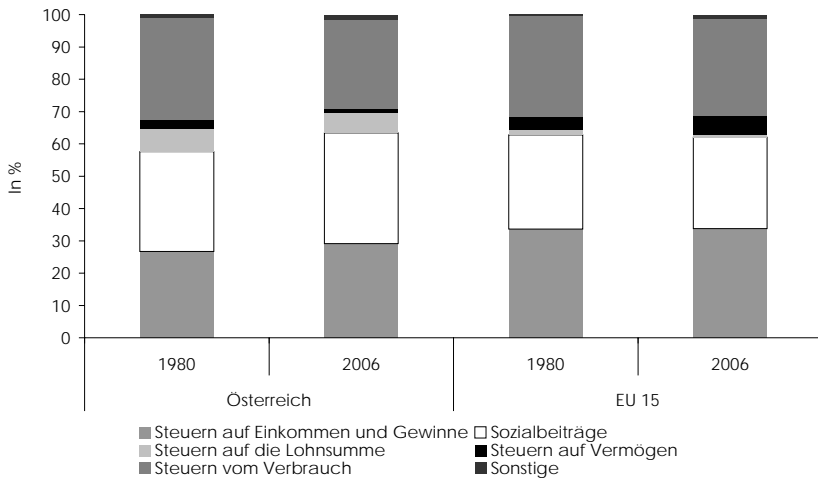
Übersicht 17: Entwicklung ausgewählter Steuerarten 1989 bis 2007

	1989	1995	2000	2005	2006	2007	1989 bis 2007
	In Mio. Euro						In % ¹⁾
Veranlagte Einkommensteuer	2.271	2.180	2.818	2.539	2.525	2.629	0,8
Lohnsteuer	6.398	10.917	14.468	16.930	18.092	19.664	6,4
Kapitalertragsteuer I	230	296	471	792	863	1.294	10,1
Kapitalertragsteuer II auf Zinsen	243	1.515	1.474	1.280	1.376	1.879	12,0
Kapitalertragsteuern gesamt							11,1
Körperschaftsteuer	1.035	2.041	3.865	4.418	4.833	5.742	10,0
Umsatzsteuer insgesamt	10.525	13.077	17.056	19.442	20.171	20.832	3,9
Tabaksteuer	799	890	1.197	1.340	1.408	1.446	3,3
Mineralölsteuern	1.380	2.286	2.726	3.565	3.553	3.689	5,6
Steuern Alkohol	283	245	316	331	312	323	0,7
Erbschafts- und Schenkungssteuer	80	82	111	140	132	155	3,7
Kapitalverkehrssteuern	106	89	115	81	146	147	1,8
Grunderwerbsteuer	231	393	452	548	619	644	5,9
Brutto-Gesamteinnahmen gemeinschaftliche Bundesabgaben	28.142	37.876	50.387	57.156	60.398	64.695	6,0
	In % der Brutto-Gesamteinnahmen gemeinschaftliche Bundesabgaben ²⁾						
Veranlagte Einkommensteuer	8,1	5,8	5,6	4,4	4,2	4,1	-
Lohnsteuer	22,7	28,8	28,7	29,6	30,0	30,4	-
Kapitalertragsteuer I	0,8	0,8	0,9	1,4	1,4	2,0	-
Kapitalertragsteuer II auf Zinsen	0,9	4,0	2,9	2,2	2,3	2,9	-
Kapitalertragsteuern gesamt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	-
Körperschaftsteuer	3,7	5,4	7,7	7,7	8,0	8,9	-
Umsatzsteuer insgesamt	37,4	34,5	33,9	34,0	33,4	32,2	-
Tabaksteuer	2,8	2,3	2,4	2,3	2,3	2,2	-
Mineralölsteuern	4,9	6,0	5,4	6,2	5,9	5,7	-
Alkoholsteuern	1,0	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	-
Schaumweinsteuer	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Erbschafts- und Schenkungssteuer	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	-
Kapitalverkehrssteuern	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	-
Grunderwerbsteuer	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	-
Brutto-Gesamteinnahmen gemeinschaftliche Bundesabgaben	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-

Q: Bundesministerium für Finanzen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %. – 2) Die Anteile addieren sich nicht auf 100, weil jene der sonstigen Steuern hier nicht angegeben sind.

Abbildung 2 zeigt, dass die österreichische Abgabenstruktur deutlich – und mit steigender Tendenz – von jener in der EU 15 abweicht. In Österreich ist der Anteil der lohnbezogenen Steuern (Sozialversicherungsbeiträge sowie weitere lohnabhängige Steuern, z. B. Kommunalsteuer, Wohnbauförderungs- oder Familienlastenausgleichsfonds-Beiträge) an den Gesamtabgaben zwischen 1980 und 2006 von 37,9% auf 40,4% merklich gestiegen, während er im Durchschnitt der EU 15 von 30,6% auf 29,3% leicht gefallen ist. Die Anteile der Steuern auf Einkommen und Gewinne sowie der Steuern vom Verbrauch liegen 2006 dagegen mit 29,1% in Österreich versus 33,8% in der EU 15 bzw. 27,6% in Österreich versus 30,2% in der EU 15 unter dem EU-15-Durchschnitt. Der stärkste längerfristige Bedeutungsverlust hat in Österreich jedoch mit Bezug auf die Steuern auf Vermögen stattgefunden: Ihr Anteil ist hier im Betrachtungszeitraum von 2,9% auf 1,4% der Gesamtabgaben gesunken. In der EU 15 dagegen hat der Anteil der vermögensbezogenen Steuern an den Gesamtabgaben von 4,2% auf 5,5% zugenommen.

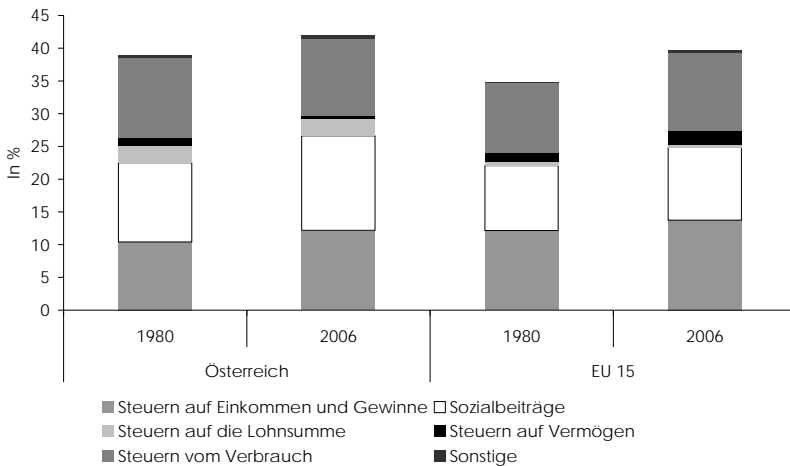
Abbildung 2: Abgabenstruktur Österreichs im Vergleich mit der EU 15 1980 und 2006 – Anteile unterschiedlicher Abgabenkategorien an den Gesamtabgaben in %



Q: OECD.

Dieser Trend spiegelt sich auch in den Anteilen der einzelnen Abgabekategorien am BIP wider (vgl. Abbildung 3): Steuern auf Einkommen und Gewinne, auf Vermögen und den Verbrauch werden in Österreich unterdurchschnittlich für die Finanzierung der öffentlichen Haushalte genutzt, lohnabhängige Abgaben (Sozialbeiträge und Steuern auf die Lohnsumme) dagegen weit überdurchschnittlich.

Abbildung 3: Abgabenstruktur Österreichs im Vergleich mit der EU 15 1980 und 2006 – Anteile unterschiedlicher Abgabekategorien am BIP in %



Q: OECD.

Somit befindet sich erstens die Abgabenbelastung des Faktors Arbeit bereits jetzt auf einem – auch im internationalen Vergleich – sehr hohen und weiter steigenden Niveau, das nicht nur verteilungs-, sondern auch beschäftigungspolitisch als problematisch anzusehen ist. Zweitens basiert das österreichische Abgabensystem damit stark und in zunehmendem Maße auf Abgaben mit einer unterdurchschnittlichen langfristigen Aufkommensdynamik.

5.4.2. Steuern auf die Einkommensentstehung

Im Folgenden werden mit der Einkommen- und Lohnsteuer, der Körperschaftsteuer und den Kapitalertragsteuern die wichtigsten Steuern auf die Einkommensentstehung betrachtet.

EINKOMMEN- UND LOHNSTEUER

Die Lohnsteuer ist nach der Umsatzsteuer die Steuer mit dem höchsten Aufkommen. Das Lohnsteueraufkommen erreichte 2007 19,664 Mrd. €, das sind 30,4% des Gesamtvolumens der gemeinschaftlichen Bundesabgaben. Für 2008 wird mit Einnahmen von 20 Mrd. € (ebenfalls 30,4% aller gemeinschaftlichen Bundesabgaben) gerechnet.

Reformen in der Einkommen- und Lohnsteuer fanden in den Jahren 1989, 1994, 2000 und 2004/05 statt. Dementsprechend wird der gesamte Betrachtungszeitraum 1989 bis 2007 in vier Subperioden eingeteilt. Gemessen an den gesamten gemeinschaftlichen Bundesabgaben (BIP-Elastizität 1,36) weist die Lohnsteuer mit einer BIP-Elastizität von 1,48 für den gesamten Zeitraum 1989 bis 2007 eine überdurchschnittliche Ergiebigkeit auf. Die Betrachtung der einzelnen Subperioden, zwischen denen Steuerreformen stattfanden, legt tendenziell eine sinkende BIP-Elastizität nahe (wobei für den Zeitraum 2004 bis 2007 berücksichtigt werden muss, dass der größere Teil der Entlastung durch die Steuerreform 2004/2005 in das Jahr 2005 fiel). Diese längerfristige Tendenz dürfte der sinkenden Lohnquote sowie dem steigenden Beitrag der Pensionisten zum Lohnsteueraufkommen (inzwischen etwa ein Viertel) zuzurechnen sein.

Übersicht 18: BIP-Elastizität der Lohnsteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 1993	1994 bis 1999	2000 bis 2003	2004 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	6,1	3,4	2,4	4,9
Lohnsteueraufkommen ¹⁾	6,4	12,1	8,5	5,4	4,7
BIP-Elastizität	1,48	1,99	2,49	2,22	0,96

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Die veranlagte Einkommensteuer dagegen weist – als Gewinnsteuer – eine höhere Konjunkturreagibilität und damit kurzfristige Volatilität auf. Ihre langfristige BIP-Elastizität und damit Ergiebigkeit ist mit 0,19 ausgesprochen gering (vgl. Übersicht 19). Die negativen Werte in den beiden Subperioden ab 2000 sind nicht nur auf allgemeine Einkommensteuersenkungen, sondern auch auf weitere diskretionäre Änderungen – konkret: spezielle Steuererleichterungen – zurückzuführen: etwa in Form der seit 2000 mehrfach ausgeweiteten Forschungs- bzw. Weiterbildungsfreibeträgen und -prämien, der befristeten Investitionszuwachsprämie in den Jahren 2002 bis 2004, der Einführung der Eigenkapitalbegünstigung für Einzel- und Mitunternehmer 2004 und seit 2007 auch für die Selbständigen sowie einer längerfristigen, mit der starken Körperschaftsteuersatzsenkung 2005 verstärkten Tendenz der Umwandlung von einkommensteuerpflichtigen Personen- in körperschaftsteuerpflichtige Kapitalgesellschaften.

Übersicht 19: BIP-Elastizität der veranlagten Einkommensteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 1993	1994 bis 1999	2000 bis 2003	2004 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	6,1	3,4	2,4	4,9
Einkommensteueraufkommen ¹⁾	6,4	1,1	4,8	-1,7	-2,3
BIP-Elastizität	0,19	0,18	1,38	-0,69	-0,47

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Die Verteilungseffekte von Lohn- und Einkommensteuer sind deutlich progressiv, wie ein Vergleich der durchschnittlichen Belastung der steuerpflichtigen Einkommen nach Einkommensterzilen auf der Basis der integrierten Lohn- und Einkommensteuerstatistik für das Jahr 2001 zeigt (vgl. Übersicht 20). Das unterste Einkommensdrittel, das gut

7% der steuerpflichtigen Einkommen bezieht, trägt mit lediglich 0,3% zum gesamten Steueraufkommen bei; es ist mit einem effektiven Steuersatz von 0,8% belastet. Das mittlere Terzil vereint 25,9% der gesamten steuerpflichtigen Einkommen und 11,9% des Steueraufkommens auf sich; womit sich eine effektive Belastung von 8% ergibt. Auf das oberste Einkommensdrittel kommen etwa zwei Drittel der steuerpflichtigen Einkommen und knapp 88% des Steueraufkommens; sein durchschnittlicher Steuersatz erreicht somit 22,8%.

Übersicht 20: Verteilungswirkungen der Lohn- und Einkommensteuer

	1. Terzil	2. Terzil In %	3. Terzil
Steuerpflichtige Einkommen	7,1	25,9	67,0
Steueraufkommen	0,3	11,9	87,8
Durchschnittlicher Steuersatz	0,8	8,0	22,8

Q: Integrierte Statistik der Lohn- und Einkommensteuer 2001, Statistik Austria 2004, WIFO-Berechnungen.

KÖRPERSCHAFTSTEUER

Das Aufkommen aus der Körperschaftsteuer belief sich 2007 auf 5,742 Mrd. € (8,9% der gemeinschaftlichen Bundesabgaben) und soll 2008 auf 5,9 Mrd. € (9% der gemeinschaftlichen Bundesabgaben) steigen. Im Zeitraum 1989 bis 2007 erreichte der jahresdurchschnittliche Zuwachs 10%.

Der Körperschaftsteuersatz wurde im Betrachtungszeitraum zwei Mal geändert. 1994 wurde er von 30% auf 34% erhöht, 2005 auf 25% gesenkt. Mit einer BIP-Elastizität von 2,29 ist die Körperschaftsteuer nach der Kapitalertragsteuer I die im betrachteten Zwanzigjahreszeitraum ergiebigste Steuer (vgl. Übersicht 21). Ihre BIP-Elastizität war in der Subperiode 1994 bis 2004 am höchsten (3,31); hier dürfte sich die Einbeziehung der Notenbankgewinne in die Körperschaftsteuerpflicht (1992) sowie die mit Verzögerung wirkende Erhöhung des Steuersatzes von 30% auf 34% (1994) niederschlagen. Die

hohe BIP-Elastizität zwischen 2005 und 2007 (2,57) dürfte unter anderem Ergebnis der hohen Unternehmensgewinne sowie der bereits erwähnten Tendenz zur Umwandlung von einkommensteuerpflichtigen Unternehmen in Kapitalgesellschaften sein, die eine Verschiebung der gewinnabhängigen Steuern hin zur Körperschaftsteuer impliziert.

Übersicht 21: BIP-Elastizität der Körperschaftsteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 1993	1994 bis 2004	2005 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	6,1	3,4	5,4
Körperschaftsteueraufkommen ¹⁾	10,0	6,9	11,3	14,0
BIP-Elastizität	2,29	1,13	3,31	2,57

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

KAPITALERTRAGSTEUERN

2007 erbrachte die Kapitalertragsteuer I auf Dividenden 1,294 Mrd. € und die Kapitalertragsteuer II auf Zinsen 1,879 Mrd. €; das sind insgesamt 3,173 Mrd. € bzw. 4,9% des Gesamtaufkommens an gemeinschaftlichen Bundesabgaben.

Die Kapitalertragsteuer I wurde 1994 und die Kapitalertragsteuer II 1993 mit einem Steuersatz von jeweils 22% eingeführt, der 1997 auf den bis heute geltenden Satz von 25% erhöht wurde. Daher wird für die Kapitalertragsteuern nur der Zeitraum 1997 bis 2007 berücksichtigt. Die Aufkommensdynamik der beiden Kapitalertragsteuern ist sehr unterschiedlich. Während jene auf Dividenden im Jahresdurchschnitt mit 13,6% wuchs, wies jene auf Zinsen eine jahresdurchschnittliche Wachstumsrate von lediglich 1,2% auf. Entsprechend hoch war mit 3,45 die BIP-Elastizität der Kapitalertragsteuer I; bei der Kapitalertragsteuer II erreichte sie nur 0,31. Hierin schlägt sich unter anderem die unterschiedliche Konjunkturreagibilität der beiden Steuern nieder. Beide Kapitalertragsteuern zusammen weisen für den Zeitraum 1997 bis 2007 eine BIP-Elastizität von 1,16 auf.

Übersicht 22: BIP-Elastizität der Kapitalertragsteuern

	1997 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,0
Aufkommen Kapitalertragsteuer I auf Dividenden ¹⁾	13,6
Aufkommen Kapitalertragsteuer II auf Zinsen ¹⁾	1,2
Aufkommen Kapitalertragsteuern insgesamt ¹⁾	4,6
BIP-Elastizität Kapitalertragsteuer I auf Dividenden	3,45
BIP-Elastizität Kapitalertragsteuer II auf Zinsen	0,31
BIP-Elastizität Kapitalertragsteuern insgesamt	1,16

Q: WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Bezogen auf die Bemessungsgrundlage wirken die Kapitalertragsteuern proportional, da ein einheitlicher proportionaler Steuersatz angewendet wird und Freibeträge nicht vorgesehen sind. Allerdings ist angesichts der ungleichen Verteilung von Finanzvermögen die Annahme plausibel, dass sich auch die Steuerlast entsprechend ungleich auf die Einkommensschichten verteilt. Genaue und umfassende Daten zur Verteilung von Zins tragenden Wertpapieren bzw. Dividenden abwerfenden Unternehmensbeteiligungen liegen für Österreich nicht vor. Mooslechner et al. (2007) werten die OeNB-Haushaltsbefragung 2004 (Befragung einer repräsentativen Querschnittsstichprobe repräsentativer Privathaushalte) aus. Danach besitzen beispielsweise 0,44% der Haushalte 23% des gesamten Nettogeldvermögens der Stichprobe. Lediglich 16% der ÖsterreicherInnen halten Aktien, die sehr ungleich auf die Einkommensschichten verteilt sind: So besitzen nur ein Zehntel der Haushalte mit einem Nettoeinkommen zwischen 1.350 € und 2.250 € Aktien, während es bei einem Nettoeinkommen von 3.000 € schon ein Drittel der betreffenden Haushalte sind (John, 2008).

5.4.3. Steuern auf die Einkommensverwendung (Verbrauch)

Unter diese Kategorie fallen die Umsatzsteuer als allgemeine Verbrauchssteuer sowie spezielle Verbrauchssteuern. Bei letzteren erfolgt hier eine Beschränkung auf die Besteuerung des Konsums von Alkohol und Zigaretten sowie von Mineralöl.

UMSATZSTEUER

Die Umsatzsteuer, die im Prinzip den gesamten privaten Konsum erfasst, ist die gewichtigste Einzelsteuer im österreichischen Steuersystem. Sie erbrachte 2007 mit 20,832 Mrd. € 32,2% der gesamten gemeinschaftlichen Bundesabgaben; laut BVA 2008 wird ihr Aufkommen auf 21,7 Mrd. € bzw. 32,9% der gemeinschaftlichen Bundesabgaben prognostiziert.

Die Umsatzsteuersätze (normal und ermäßigt) sind in der hier berücksichtigten Periode nicht verändert worden. Allerdings wird die Aufkommensentwicklung durch eine Reihe von institutionellen Faktoren sowie durch mehrere einmalige Änderungen (Umstellung von der Einfuhrumsatzsteuer auf die Erwerbsteuer 1995, Wegfall der echten Befreiung im Gesundheits und Sozialbereich 1997, Einführung des Reverse-Charge-Verfahrens im Bau- und Baunebengewerbe 2002, Abschaffung der 13. Umsatzsteuervorauszahlung 2003) beeinflusst (vgl. zu Details auch Lehner, 2002). Die Umsatzsteuer wies in den vergangenen beiden Jahrzehnten eine mit insgesamt 0,89 mäßige und – vergleicht man die BIP-Elastizitäten der Subperioden 1989 bis 1999 (0,98) und 2000 bis 2007 (0,77) – sinkende BIP-Elastizität und damit langfristige Ergiebigkeit auf (vgl. Übersicht 23).

Übersicht 23: BIP-Elastizität der Umsatzsteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 1999	2000 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	4,7	3,8
Umsatzsteueraufkommen ¹⁾	3,9	4,6	2,9
BIP-Elastizität	0,89	0,98	0,77

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Die Umsatzsteuer hat insgesamt regressive Verteilungswirkungen. Untere Einkommen wenden ihr gesamtes Einkommen für Konsum auf, während der Anteil der unbesteuert bleibenden Ersparnisse mit zunehmendem Einkommen steigt. Die regressive Wirkung der Umsatzsteuer zeigt Übersicht 24. Beim untersten Einkommensdrittel (Konsum-

neigung 1,222) wird der Gesamtkonsum mit 14,1% und das verfügbare Einkommen mit 17,2% belastet. Wegen des mit steigendem Einkommen wachsenden Gewichts der mit dem regulären Umsatzsteuersatz besteuerten Güter im Warenkorb der Konsumenten ist die effektive steuerliche Belastung des Gesamtkonsums bei den oberen Einkommen etwas höher (14,7% im obersten Einkommensterzil). Dagegen sinkt die effektive steuerliche Belastung des verfügbaren Einkommens mit zunehmenden Einkommen: So beläuft sie sich beim mittleren Einkommensdrittel auf 14,7% und beim obersten Einkommensdrittel nur noch auf 12,1%.

Übersicht 24: Verteilungswirkungen der Umsatzsteuer

	1. Terzil	2. Terzil ln %	3. Terzil
in % des Gesamtkonsums	14,1	14,4	14,7
in % des Einkommens	17,2	14,7	12,1
langfristige Konsumneigung	1,222	1,025	0,824

Q: Statistik Austria, Konsumerhebung 2004/2005, WIFO-Berechnungen.

SPEZIELLE VERBRAUCHSSTEUERN

Neben der Umsatzsteuer als umfassender Steuer auf den gesamten privaten Konsum sind noch einige weitere spezielle Verbrauchssteuern von Interesse, die teilweise bereits jetzt ein nicht unbeträchtliches Aufkommen erbringen. Im Folgenden werden die Mineralölsteuer, die Steuern auf Alkohol sowie die Tabaksteuer näher betrachtet. Sämtliche dieser Steuern eint, dass mit ihnen nicht nur fiskalische Zwecke, sondern auch allokatiospolitische Ziele verfolgt werden (Einschränkung des Verbrauchs der besteuerten Güter), von ihnen also eine „doppelte Dividende“ erwartet wird.

Übersicht 25 zeigt zusammenfassend die Ausgaben für Tabak, alkoholische Getränke und Mineralöle nach Einkommensterzilen für das Jahr 2001, auf die bei den einzelnen Steuern im Rahmen der Ausführungen zu den Verteilungswirkungen zurückgegriffen wird.

Übersicht 25: Ausgaben für Tabak, alkoholische Getränke und Mineralöle nach Einkommensterzilen, 2001

	1. Terzil	2. Terzil	3. Terzil
	In % der verfügbaren Einkommen		
Tabak	2,86	1,76	1,11
Alkoholische Getränke	1,54	1,16	0,91
Bier	0,69	0,55	0,37
Wein	0,49	0,35	0,33
Mineralöle	4,56	4,94	3,80
Treibstoff, Schmiermittel	3,76	4,07	3,20
flüssige Brennstoffe	0,80	0,87	0,60

Q: Statistik Austria, Konsumerhebung 2004/2005, WIFO-Berechnungen.

MINERALÖLSTEUER

Das Aufkommen der Mineralölsteuer erreichte 2007 3,689 Mrd. € oder 5,7% der gemeinschaftlichen Bundesabgaben und ist damit die aufkommensstärkste spezielle Verbrauchssteuer; mit prognostizierten Einnahmen von 3,8 Mrd. € 2008 soll ihr Gewicht leicht auf 5,8% der gemeinschaftlichen Bundesabgaben zunehmen.

Die Mineralölsteuer wurde seit 1989 mehrfach erhöht (1992, 1994, 1995, 2004, 2007), sodass darauf verzichtet wurde, den Gesamtzeitraum in die entsprechenden Subperioden zu unterteilen. Insgesamt belief sich die BIP-Elastizität der Mineralölsteuer auf 1,29. Ihr Aufkommen wächst somit schneller als das BIP, was neben dem steigenden Verbrauch auch den laufenden Steuererhöhungen geschuldet ist.

Übersicht 26: BIP-Elastizität der Tabaksteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 1999	2000 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	4,7	3,8
Mineralölsteueraufkommen ¹⁾	5,6	6,9	4,4
BIP-Elastizität	1,29	1,48	1,17

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Die Verteilungswirkungen aus der Mineralölsteuer sind weniger regressiv als bei anderen speziellen Verbrauchssteuern. Der Verbrauch der unteren Haushalte ist unterdurchschnittlich hoch, weil sie entweder keine oder relativ kleine Autos besitzen, deren Treibstoffverbrauch entsprechend gering ist bzw. in unterdurchschnittlich großen Wohnungen/Häusern leben, für deren Heizung vergleichsweise wenig Brennstoffe erforderlich sind. Insgesamt folgen die Anteile der Ausgaben für Treibstoffe und flüssige Brennstoffe und somit die durchschnittliche Steuerbelastung nach Einkommensterzilen einem umgekehrt U-förmigen Verlauf: Das erste Einkommensterzil wendet für Treibstoffe bzw. flüssige Brennstoffe 3,8% bzw. 0,8% des Einkommens auf, im mittleren Einkommensdrittel sind es 4,1% bzw. 0,9% und im obersten Einkommensterzil 3,2% bzw. 0,6%.

Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Nachfrage nach Treibstoff eine gewisse Preiselastizität aufweist (vgl. z. B. Dahl, 1995, European Commission, 2002). Mineralölsteuererhöhungen sind somit ein effektives Instrument zur Verbrauchsreduktion. Ihre verstärkte Ausschöpfung erfüllt somit neben der rein fiskalischen auch eine bedeutende Lenkungsfunktion.

STEUERN AUF ALKOHOL

323 Mio. € bzw. 0,5% der gemeinschaftlichen Bundesabgaben erbrachten die Steuern auf Alkohol (Alkoholsteuer, Biersteuer, Schaumweinsteuer) im vergangenen Jahr 2007; mit 311 Mio. € wird für 2008 ein annähernd konstanter Anteil erwartet.

Im betrachteten Zwanzig-Jahres-Zeitraum wurden die Steuern auf Alkohol mehrfach verändert. 1992 wurde die Abgabe auf alkoholische Getränke abgeschafft. Die Biersteuer wurde 2001 erhöht und 2005 wieder gesenkt. Die Schaumweinsteuer wird seit 2005 nicht mehr erhoben. Diese diskretionären Veränderungen, die lediglich durch eine mehrfache Steuersatzerhöhung bei der Alkoholsteuer (Branntwein) abgedeckt wurden,

sorgen zusammen mit einer Stagnation des realen Konsums alkoholischer Getränke für eine langfristig geringe Ergiebigkeit der mengenabhängigen Alkoholsteuern. Die BIP-Elastizität der Steuern auf Alkohol liegt zwischen 1989 und 2007 bei insgesamt 0,17. Aufgrund der Vielzahl von Steueränderungen wurde für diese Gruppe von Steuern auf die Bildung von Subperioden entsprechend der vorgenommenen Steuer(satz)variationen verzichtet und der betrachtete Zwanzig-Jahres-Zeitraum lediglich in zwei Zeitabschnitte unterteilt.

Übersicht 27: BIP-Elastizität der Steuern auf Alkohol

	1989 bis 2007	1989 bis 1999	2000 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	4,7	3,8
Alkoholsteueraufkommen ¹⁾	0,7	-1,1	0,3
BIP-Elastizität	0,17	-0,23	0,08

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Steuern auf den Alkoholkonsum werden nicht nur aus budgetären Gründen erhoben, sondern sollen auch den Konsum dämpfen, verfolgen also auch gesundheitspolitische Ziele. In der empirischen Literatur besteht grundsätzlich Einigkeit über einen negativen Zusammenhang zwischen Preisen für alkoholische Getränke – deren Höhe auch von alkoholbezogenen Steuern bestimmt wird – und dem Ausmaß des Alkoholkonsums bzw. damit verbundenen negativen Effekten wie Verkehrs- und Arbeitsunfälle, Gewalttaten, etc. (vgl. etwa Sewell, 2002, Babor, 2003, Koski et al., 2007). Darüber hinaus legt die (wenige) empirische Evidenz nahe, dass sich die Preis- und damit Steuerelastizität des Alkoholkonsums nach dessen Häufigkeit unterscheidet (Manning – Blumberg – Moulton, 1995, Sewell, 2002): Bei Konsumenten, die sehr wenig oder sehr viel Alkohol konsumieren, reagiert die Nachfrage weit weniger empfindlich auf Preis-/Steuervariationen als bei Individuen mit mäßigem Alkoholkonsum. Interessant für die Steuergestaltung ist schließlich der Befund, dass der gesamte Alkoholkonsum am meisten reduziert wird, wenn hochprozentige Alkoholika am höchsten, Bier niedriger und Wein am niedrigsten besteuert wird (Saffer, 1989).

Auch für Steuern auf Alkohol gilt, dass sie regressiv wirken. In besonderem Maße trifft dies auf die Biersteuer zu, da das unterste Einkommensdrittel 0,69% des Einkommens für Bier aufwendet, während es beim mittleren Einkommensterzil 0,55% und beim obersten Einkommensterzil nur 0,37% sind. Wesentlich weniger ausgeprägt ist der regressive Verlauf bei – in Österreich unbesteuerter – Wein: Die unteren Einkommen geben 0,49% des Einkommens für Wein aus, die mittleren Einkommen 0,35% und die oberen Einkommen 0,33%. Vor diesem Hintergrund erscheint auch aus einer verteilungspolitischen Perspektive die Einführung einer Weinsteuern in Österreich gut begründbar.

TABAKSTEUER

Das Aufkommen aus der Tabaksteuer lag 2007 bei 1,446 Mrd. € (2,2% der gesamten gemeinschaftlichen Bundesabgaben) und soll 2008 auf 1,35 Mrd. € (2% der gemeinschaftlichen Bundesabgaben) zurückgehen.

Die Tabaksteuer wurde seit 1997 laufend erhöht, sodass auch hier der Gesamtbetrachtungszeitraum lediglich in die Subperioden 1989 bis 1999 und 2000 bis 2007 unterteilt wurde. Für den gesamten Zeitraum beläuft sich die BIP-Elastizität auf 0,77; sie wäre ohne die vorgenommenen Steuererhöhungen wesentlich geringer ausgefallen. Die längerfristige Ergiebigkeit der Tabaksteuer ist somit begrenzt, auch wenn der mengenmäßige Zigarettenabsatz im vergangenen Jahrzehnt leicht angestiegen ist.

Übersicht 28: BIP-Elastizität der Tabaksteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 1999	2000 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	4,7	3,8
Tabaksteueraufkommen ¹⁾	3,3	3,8	2,7
BIP-Elastizität	0,77	0,80	0,73

Q: WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Auch der Tabaksteuer liegt ein gesundheitspolitisches Motiv zugrunde. Wie empirische Analysen belegen, ist zwischen Tabakkonsum und Preis- bzw. Steuerniveau eine negative Korrelation gegeben (vgl. z. B. Lee et al., 2004, Lee et al., 2005, Hanewinkel – Isensee, 2007): wenn auch die ermittelten Elastizitäten eine relativ große Bandbreite aufweisen und auch vom Entwicklungsstand des betreffenden Landes abhängen (vgl. z. B. Becker – Grossman – Murphy, 1994, Chaloupka – Warner, 2000). Steuern auf Tabakprodukte können daher als ein wichtiges und effektives Element im gesamten Instrumentarium zur Eindämmung des Tabakkonsums betrachtet werden (vgl. z. B. Sung – Hu – Keeler, 1994, Lanoie – Leclair, 1998).

5.4.4. Steuern auf das Vermögen

Vermögensbezogene Steuern spielen in Österreich eine immer geringere Rolle; sowohl gemessen an ihrem Beitrag zum gesamten Abgabenaufkommen als auch im Verhältnis zum BIP. Dies geht im Wesentlichen auf die Abschaffung diverser vermögensbezogener Steuern während der vergangenen zwei Jahrzehnte (Gewerbekapitalsteuer Mitte der achtziger Jahre, Vermögensteuer 1994, Wertpapiersteuer 1995, Börsenumsatzsteuer 2000; Erbschafts und Schenkungssteuer Juli 2008) sowie auf die Erosion bestehender vermögensabhängiger Steuern durch Ausnahmeregelungen (Abgeltungswirkung der Kapitalertragsteuer für Finanzvermögen in der Erbschaftssteuer seit 1993/1994, Grundsteuerbefreiung von neu erstelltem Wohneigentum bis zu 20 Jahre) bzw. die Unterbewertung von Grund- und Immobilienvermögen im Rahmen von Grundsteuer, Grunderwerbsteuer sowie Erbschafts- und Schenkungssteuer zurück.

Vermögensbezogene Steuern haben im Wesentlichen drei Ansatzpunkte: den Bestand, die Übertragung und die Wertsteigerung von Vermögen. Wenngleich die Besteuerung von Vermögenszuwächsen steuersystematisch auch der Einkommensteuer zugerechnet werden kann (als weitere Kapitaleinkunftsart neben Zins- und Dividendeneinkünften) und Vermögenszuwächse in der überwiegenden Mehrheit der bestehenden Steuer-

systeme nur als realisierte Veräußerungsgewinne in der Einkommensteuer erfasst werden, wird sie in der vorliegenden Studie im Rahmen der vermögensbezogenen Steuern behandelt.

STEUERN AUF DEN BESTAND VON VERMÖGEN

Die mit Abstand wichtigste in Österreich auf den Vermögensbestand erhobene Steuer ist die Grundsteuer, die auf Grund- und Immobilienvermögen erhoben wird¹⁷. Vom gesamten Aufkommen der Grundsteuer von knapp 550 Mio. € 2006 entfallen etwa 5% auf die Grundsteuer A (für land- und forstwirtschaftliches Vermögen), der Rest auf die Grundsteuer B (nicht land- und forstwirtschaftlich genutzte Betriebsgrundstücke sowie Grundvermögen). Die Einheitswerte, die die Bemessungsgrundlage für die Grundsteuer bilden, wurden für die Grundsteuer B zum letzten Mal 1973 in einer Hauptfeststellung festgelegt und seither mehrfach pauschal erhöht. Die letzte Hauptfeststellung für die Grundsteuer A datiert zurück auf das Jahr 1988. Aufgrund des Verzichts auf weitere Hauptfeststellungen weicht inzwischen die steuerlich relevante Bemessungsgrundlage von Liegenschaften zunehmend von deren tatsächlichem Verkehrswert ab. Dementsprechend begrenzt und langfristig sinkend ist die langfristige Ergiebigkeit der Grundsteuer in ihrer jetzigen Ausgestaltung. Für den Gesamtzeitraum 1989 bis 2007 betrug ihre BIP-Elastizität 0,89; sie ging von 1,07 in der Periode 1989 bis 1999 auf 0,66 in der Periode 2000 bis 2007 zurück. Bei einer stärker auf den tatsächlichen Marktwerten von Grund- und Immobilienvermögen beruhenden Grundsteuer wäre dagegen angesichts des zu erwartenden langfristigen Zuwachses an Grund- und Immobilienvermögen von einer hohen langfristigen Ergiebigkeit auszugehen.

¹⁷ Daneben gibt es einige weitere, allerdings quantitativ unbedeutende Steuern, die ebenfalls am Grund- und Immobilienvermögen ansetzen, wie die Bodenwertabgabe, die land- und forstwirtschaftliche Abgabe, die Beiträge der Landwirtschaft zum Familienlastenausgleichsfonds oder die Kammerbeiträge.

Übersicht 29: BIP-Elastizität der Grundsteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 1999	2000 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	4,7	3,8
Grundsteueraufkommen ¹⁾	3,9	5,0	2,5
BIP-Elastizität	0,89	1,07	0,66

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Zur Verteilung der Grund- und Immobilienvermögen gibt es keine Daten oder Schätzungen. Es ist allerdings von einer relativ ausgeprägten und vermutlich zunehmenden Ungleichverteilung auszugehen. Eine Erhöhung der Grundsteuer würde somit progressiv wirken. Dies ist weniger eindeutig bei vermieteten Wohnimmobilien: Gelingt den Vermietern die Überwälzung auf die Mieter – die wenigen vorhandenen empirischen Studien liefern Anhaltspunkte dafür, dass dies zumindest teilweise der Fall sein dürfte –, so ist mit einer eher regressiven Verteilungswirkung zu rechnen: Denn der Anteil der Mieten an den Einkommen sinkt mit zunehmender Einkommenshöhe.

Bei der Beurteilung der Grundsteuer als mögliche Finanzierungsquelle für die Pflegevorsorge ist zu beachten, dass es sich bei ihr – anders als bei fast allen hier betrachteten Steuern – um eine Gemeindesteuer handelt, deren Aufkommen ausschließlich in die kommunalen Haushalte fließt. Allerdings werden (steigende) Pflegeausgaben nicht nur den Bundeshaushalt, sondern auch die Gemeindehaushalte belasten, sodass für eine ganz oder zum Teil aus Steuermittel finanzierte Pflegevorsorge auch die Stärkung der Gemeindefinanzen sinnvoll sein kann als Alternative zu einer Erhöhung der Ertragsanteile der Kommunen an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben.

STEUERN AUF DIE ÜBERTRAGUNG VON VERMÖGEN

GRUNDERWERBSTEUER

Die Grunderwerbsteuer betrifft die entgeltliche Übertragung von Liegenschaften. Steuerliche Bemessungsgrundlage ist der Verkaufspreis; ist ein solcher ausnahmsweise nicht vorhanden, so wird seit 2001 der 3-fache Einheitswert (vorher der einfache Einheitswert) zugrunde gelegt. Mit einem Aufkommen von 644 Mio. € in 2007 erreichte sie einen Anteil von 1% an den gemeinschaftlichen Bundesabgaben; für 2008 wird mit Einnahmen von 650 Mio. € gerechnet.

Außer der Verdreifachung des Einheitswertes im Jahre 2001 haben bei der Grunderwerbsteuer in den vergangenen beiden Jahrzehnten keine Änderungen stattgefunden. Die langfristige Ergiebigkeit der Grunderwerbsteuer ist mit 1,34 relativ hoch, wenn auch die BIPElastizität im Zeitraum 2001 bis 2007 mit 1,16 deutlich geringer ist als in der Periode 1989 bis 2000 (1,33).

Was die Verteilungswirkungen der Grundsteuer anbelangt, so dürfte dasselbe gelten wie für die Grundsteuer; also ein insgesamt wohl progressiver Effekt.

Übersicht 30: BIP-Elastizität der Grunderwerbsteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 2000	2001 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	4,7	4,0
Grunderwerbsteueraufkommen ¹⁾	5,9	6,3	4,6
BIP-Elastizität	1,34	1,33	1,16

Q: WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

KAPITALVERKEHRSTEUERN

Die Kapitalverkehrsteuern umfassen nach der Abschaffung der Wertpapiersteuer 1995 und der Börsenumsatzsteuer 2000 nur mehr die Gesellschaftssteuer, die auf die Einbringung von Eigenkapital in Kapitalgesellschaften erhoben wird. 2007 belief sich ihr Aufkommen auf 147 Mio. € (0,2% des BIP). Es hat sich damit gegenüber 2004 fast verdreifacht, was vermutlich maßgeblich darauf zurückzuführen ist, dass sich aufgrund der starken Körperschaftsteuersenkung 2005 die Tendenz zur Umwandlung von einkommensteuerpflichtigen Unternehmen in körperschaftsteuerpflichtige Kapitalgesellschaften verstärkt hat.

Die langfristige Ergiebigkeit der Kapitalverkehrsteuern war – ausgehend von der BIP-Elastizität – im Zeitraum 1989 bis 2007 mit 0,42 eher gering. Die BIP-Elastizitäten der betrachteten Subperioden, die den Einfluss diskretionärer Steueränderungen ausschalten, schwanken stark und weisen auf eine hohe Volatilität der Kapitalverkehrsteuern hin.

Übersicht 31: BIP-Elastizität der Kapitalverkehrsteuern

	1989 bis 2007	1989 bis 1994	1995 bis 1999	2000 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	6,0	3,3	3,8
Kapitalverkehrsteueraufkommen ¹⁾	1,8	0,7	5,6	3,5
BIP-Elastizität	0,42	0,13	1,70	0,93

Q: WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

ERBSCHAFTS- UND SCHENKUNGSSTEUER

Die Erbschafts- und Schenkungssteuer erbrachte 2007 155 Mio. € (0,2% des BIP); ab August 2008 wird sie voraussichtlich auslaufen, da auf eine verfassungsgemäße Reform wohl verzichtet werden wird.

Die BIP-Elastizität der Erbschafts- und Schenkungssteuer ist langfristig mit 0,85 nur mäßig, was auf die umfangreichen Ausnahmeregelungen sowie auf die Untererfassung von Grund- und Immobilienvermögen durch die (wenn auch 2001 verdreifachten) veralteten Einheitswerte zurückzuführen ist. Eine verfassungskonforme Reform des Bewertungsverfahrens würde die langfristige Ergiebigkeit der Erbschafts- und Schenkungssteuer deutlich erhöhen, zumal mittelfristig ein steigendes Volumen von Erbschaften zu erwarten ist.

Übersicht 32: BIP-Elastizität der Erbschafts- und Schenkungssteuer

	1989 bis 2007	1989 bis 2000	2001 bis 2007
BIP nominell ¹⁾	4,4	4,7	4,0
Erbschafts- und Schenkungssteueraufkommen ¹⁾	3,7	3,0	-1,1
BIP-Elastizität	0,85	0,63	-0,27

Q: WIFO-Berechnungen. – 1) Durchschnittliche jährliche Veränderung in %.

Die relative Belastung mit Erbschafts- und Schenkungssteuer dürfte angesichts der bestehenden Vermögensungleichverteilung positiv korrelieren, mithin die Wirkung der Steuer progressiv sein.

STEUERN AUF DEN WERTZUWACHS VON VERMÖGEN

Mit Ausnahme von innerhalb der Spekulationsfristen (ein Jahr bei Wertpapieren, 10 Jahre bei Immobilien, zwei Jahre bei selbst genutztem Wohneigentum) erzielten Veräußerungsgewinnen sind durch Verkauf realisierte Vermögenszuwächse in Österreich nicht steuerpflichtig. Eine Ausdehnung der Vermögenszuwachsbesteuerung – angelehnt etwa an die deutsche Regelung, die einen Abgeltungssteuersatz von 25% für Veräußerungsgewinne aus Wertpapierverkäufen vorsieht – würde angesichts der bestehenden Ungleichverteilung der Vermögen zu einer progressiven Steuerbelastung führen. Auf eine Aufkommensschätzung soll hier verzichtet werden, da diese von einer Reihe von Parametern (Höhe des Steuersatzes, einbezogene Vermögensgegenstände,

Stichtag bezüglich der Geltung) sowie auch von den (vor allem im Falle von Finanzanlagen) schwankenden Entwicklungen auf den betreffenden Kapitalmärkten abhängt.

Wertzuwächse von Vermögen, die durch Verkauf realisiert werden (Veräußerungsgewinne), sind in Österreich außerhalb von so genannten Spekulationsfristen (ein Jahr bei Wertpapieren, 10 Jahre bei Immobilien, zwei Jahre bei selbst genutztem Wohneigentum) nicht steuerpflichtig. In vielen OECD-Staaten werden Veräußerungsgewinne stärker besteuert als in Österreich: häufig mit einem relativ niedrigen proportionalen Steuersatz und zeitlich unbefristet. Gewinne aus der Veräußerung von selbst genutztem Wohneigentum sind in der überwiegenden Mehrheit der OECD-Länder entweder vollständig oder nach Ablauf von sehr kurzen Spekulationsfristen (oft zwei Jahre) von der Besteuerung ausgenommen.

Die Ausweitung der Besteuerung von realisierten Vermögensgewinnen erscheint aus mehreren Gründen gerechtfertigt. Erstens wird damit der Grundsatz der Gleichmäßigkeit der Besteuerung erfüllt: Derzeit werden Zins- und Dividendeneinkünfte mit einer Kapitalertragsteuer von 25% belegt, während Veräußerungsgewinne – die ebenfalls als Erträge aus der Vermögensveranlagung interpretiert werden können und die steuerliche Leistungsfähigkeit erhöhen – weitgehend steuerfrei bleiben. Zweitens würde eine umfassende Veräußerungsgewinnbesteuerung allokativer Verzerrungen beseitigen: Denn derzeit gibt das Steuersystem Anreize dafür, in Anlagen zu investieren, bei denen die Erträge in Form von weitgehend steuerfreien Wertzuwächsen anfallen.

Eine Ausdehnung der Vermögenszuwachsbesteuerung – angelehnt etwa an die deutsche Neuregelung, die ab 2009 einen Abgeltungssteuersatz von 25% für Veräußerungsgewinne aus Wertpapierverkäufen vorsieht – würde angesichts der bestehenden Ungleichverteilung der Vermögen zu einer progressiven Steuerbelastung führen. Die oberen Einkommenschichten würden aufgrund der ungleichen Verteilung der Finanzvermögen von einer solchen Besteuerung der Veräußerungsgewinne bezogen auf ihr

Gesamteinkommen überdurchschnittlich belastet. So zeigen jüngere Erhebungen der Oesterreichischen Nationalbank, dass auf das oberste 1% der BesitzerInnen von Finanzvermögen 18% der Finanzvermögen entfallen, auf die obersten 5% entfallen 38% der Finanzvermögen (Schürz, 2008). Nur 16% der ÖsterreicherInnen verfügen über Aktienbesitz. Diese sind zudem sehr ungleich verteilt. So besitzen nur 10% der Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen zwischen 1.350 € und 2.250 € Aktien, während es ab einem Nettoeinkommen von 3.000 € ein Drittel der betreffenden Haushalte sind (John, 2008).

Um unerwünschte Verteilungseffekte bzw. sonstige wirtschaftspolitische Wirkungen zu vermeiden, wären Ausnahmen vorzusehen. Diese sollten insbesondere selbst genutztes Wohneigentum betreffen sowie die Veräußerungsgewinne von KleinsparerInnen, die durch angemessene Freibeträge von der Besteuerung ausgenommen werden könnten. Auch Pensionsvorsorgevermögen in angemessener Höhe sollte steuerlich verschont bleiben. Angesichts der bestehenden Vermögenskonzentration verbliebe dennoch eine beträchtliche potentielle Steuerbasis.

Das potentielle Aufkommen einer Ausdehnung der Besteuerung von Veräußerungsgewinnen hängt von einer Reihe von Parametern ab; insbesondere von der Höhe des Steuersatzes, den einbezogenen Vermögensgegenständen sowie dem Stichtag bezüglich der Geltung. Auch ist – vor allem bei Finanzanlagen – die schwankende Entwicklung auf den betreffenden Kapitalmärkten zu berücksichtigen, die die Steuer insgesamt eher zu einer kurzfristig volatilen Einnahmenquelle macht. Langfristig dürfte die Ergiebigkeit einer solchen Steuer angesichts der steigenden Vermögensbestände in Österreich hoch sein.

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

6.1. Die Problematik des Fürsorgeprinzips bei Sachleistungen

Die Pflegevorsorge in Österreich ist durch eine große Anzahl an AkteurInnen gekennzeichnet. Mit der Einführung des Pflegegeldes wurde die Pflegevorsorge als sozialpolitisches Feld definiert und Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten teilweise geklärt. Dennoch sind bis dato weite Teile der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten diffizil und vor allem über die Bundesländergrenzen hinweg sehr unterschiedlich. Dieser organisatorische Status Quo macht die Durchsetzung von Reformen sehr schwierig, da die einzelnen Institutionen und Gebietskörperschaften unterschiedliche Interessen vertreten.

Während die Erbringung von Geldleistungen im Pflegebereich (also das Pflegegeld) hinsichtlich Leistungs- und Finanzierungsstrukturen von Bund und Ländern klar definiert ist, ist dies im Sachleistungsbereich nicht der Fall. Die Zielvorgaben hinsichtlich der Leistungen im stationären und ambulanten und mobilen Bereich der Pflege sind nur sehr vage formuliert, was den Trägern Spielraum bei der Erfüllung der entsprechenden Aufgaben lässt. Dazu kommen beträchtliche regionale und bundesländerspezifische Unterschiede bei der Leistungserfüllung (hinsichtlich Verfügbarkeit, Preisgestaltung und Leistungsqualität). Darüber hinaus bedeuten komplexe Zuständigkeitsregelungen für die Leistungserstellung und -finanzierung einen Informations- und Koordinationsaufwand der beteiligten Akteure, der zu beträchtlichen Effizienzverlusten führen kann.

Die stationären Pflegeleistungen in den Pflegeheimen der wohlfahrtsstaatlichen Institutionen werden in Österreich auf Basis des Fürsorgeprinzips (auch Sozialhilfeprozips genannt) erbracht. Dies bedeutet, dass die Leistungserbringung durch den Staat nur im Falle der Bedürftigkeit, also unter Ausschöpfung aller möglichen Eigenbeitragsleistungen gewährt wird. Die zu pflegenden Personen müssen Eigenbeiträge durch

das eigene Einkommen (meist Pensionen), das Pflegegeld oder durch den Abbau des eigenen Vermögens leisten (Subsidiaritätsprinzip). Das Pflegegeld stellt hier also eine öffentliche Ko-Finanzierung dar. Der Differenzbetrag zwischen den Pflegeheimkosten und den Eigenbeiträgen wird durch die Sozialhilfeträger aufgebracht, wobei in einigen Bundesländern die Möglichkeit des Regresses einen Teil dieser Ausgaben wieder einbringt. Zusätzlich gilt in einigen Bundesländern die Verpflichtung der privaten Zuzahlungen auch für die Angehörigen der zu Pflegenden.

Im ambulanten und mobilen Bereich der Pflege und Betreuung kommt das Fürsorgeprinzip in einer abgeschwächten Form zum Tragen. Ambulante Pflegeinstitutionen werden einerseits durch Eigenbeiträge der Betroffenen und andererseits durch die Sozialhilfeträger finanziert. Die Eigenbeiträge orientieren sich in der Regel am Einkommen bzw. an der Höhe des Pflegegeldes in Form von einkommensorientierten Selbstbeteiligungsregelungen.

Im Gegensatz zum Fürsorgeprinzip bei der Erbringung von Sachleistungen in der Pflegevorsorge, herrscht in weiten Teilen der Sozialpolitik das Versicherungsprinzip vor. Die staatliche Kranken-, Pensions- oder Arbeitslosenversicherung basiert auf dem Prinzip der sozialen Absicherung von individuellen Risiken. Dem Versicherungsprinzip unterliegt die Annahme der Äquivalenz zwischen den Prämieinzahlungen und dem Erwartungswert der Auszahlungen beim Eintritt des Schadens. Die Auszahlung hängt jedoch nicht von der Bedürftigkeit der Betroffenen ab, sondern nur von einem gültigen Versicherungsschutz bei Eintritt des Schadens.

Während mit der Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 die Geldleistungen innerhalb der Pflegevorsorge ein Recht auf Pflegegeld – und zwar unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit – begründet wurde, besteht auf die Erbringung von Sachleistungen nach wie vor kein Rechtsanspruch, in einigen Bundesländern wird auf das Vermögen zurückgegriffen sowie Regressansprüche

gegenüber Angehörigen (im Speziellen Kinder und EhepartnerInnen) geltend gemacht.

Das Heranziehen von Vermögen bei der Erbringung von Sachleistungen bringt jedoch eine Reihe von Problemen mit sich. Erstens bewirkt die Berücksichtigung des Vermögens der zu Pflegenden einen positiven Anreiz auf das Ausmaß der informellen Pflege innerhalb der Familien. Erbberechtigte Familienangehörige – im Speziellen Töchter und Schwiegertöchter – haben dadurch einen Anreiz, sich aus dem Arbeitsmarkt zurückzuziehen bzw. die Arbeitsstunden zu reduzieren, um teure stationäre Pflege zu vermeiden. Zweitens wird das Heranziehen von Vermögen zu Umgehungen führen – wie z. B. frühzeitige Schenkungen und Übergaben sowie Vermögenstransferierung ins Ausland. Drittens ist die Heranziehung von Vermögen zur Berechnung von Ersatzansprüchen mit administrativen Kosten verbunden. Schlussendlich bringt die unterschiedliche Handhabung der Vermögensberücksichtigung in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche soziale Standards mit sich, die aus ökonomischer Sicht nicht begründbar sind und verteilungspolitisch als kritisch angesehen werden müssen.

Ist es das (erklärte) politische Ziel, dass Sozialpolitik nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip finanziert werden und damit umverteilend wirken soll, ist eine Nicht-Heranziehung des Vermögens der zu Pflegenden selbstverständlich problematisch. Deshalb müsste eine Lösung gefunden werden, die die oben genannten Probleme der Vermögenseinbeziehung reduziert, aber gleichzeitig Vermögen bzw. Vermögenszuwächse in einer anderen Form berücksichtigt. Eine mögliche Lösung wäre der bundesweite Verzicht auf Vermögenszugriffe bei der Erbringung von Sachleistungen bei einer gleichzeitigen Einführung von vermögensbezogenen Steuern, die für die Pflegevorsorge zweckgewidmet sein müssten. Der Verzicht auf Vermögenszugriffe und Regressrechte in der Pflegevorsorge würde einen kausalen Zusammenhang zwischen vermögensbezogenen Steuern und der Pflegevorsorge etablieren.

Ein weiterer argumentativer Zusammenhang kann in der zunehmenden Bedeutung beider Phänomene – Vermögenszuwachs und Pflegebedürftigkeit – gesehen werden.

Es gibt eine Reihe von Argumenten für die Heranziehung von vermögensbezogenen Steuern. Erstens beobachten wir in den letzten Jahrzehnten – wie in dieser Studie dargestellt – eine Reduktion des Lohnanteils am Volkseinkommen, aber gleichzeitig eine Erhöhung des Anteils an Vermögenseinkommen. Zweitens wurden Lohneinkommen stärker besteuert, während sich die staatlichen Einkünfte aus vermögensbezogenen Steuern stark reduziert haben. Drittens zählt Österreich im internationalen Vergleich bei den vermögensbezogenen Steuern zu den Niedrigsteuereändern. Viertens kann davon ausgegangen werden, dass sich die Lohnquote weiterhin zugunsten der Vermögenseinkommen verschlechtert, da in nächster Zukunft steigende Vermögen vererbt werden (Erbengeneration). Fünftens kann die Besteuerung von Vermögen und Vermögenszuwächsen auch in Hinblick auf Steuer- und Verteilungsgerechtigkeit gesehen werden. Sechstens könnten mit dieser Lösung der Abschaffung von Vermögenszugriffen bei der Erbringung von Sachleistungen und der gleichzeitigen Einführung von zweckgebundenen vermögensbezogenen Steuern auch die diesbezüglich unterschiedlichen Standards zwischen den Bundesländern vermieden werden. Siebentens kann davon ausgegangen werden, dass Pflegebedürftige mit Kindern eher Vermögen ansparen als jene ohne Kinder, um ihren Nachkommen Vermögen zu vererben, was bedeutet, dass Pflegebedürftige mit Kinder gegenüber jenen ohne Kinder schlechter gestellt werden. Die Gegenargumente für vermögensbezogene Steuern sind die Verschlechterung der wettbewerbsspolitischen Bedingungen sowie die internationale Kapitalmobilität, die durch die internationalen Finanzmärkte auch schon im kleineren Rahmen stattfinden kann. Allerdings muss hier hinzugefügt werden, dass Österreich im Gegensatz zu anderen Finanzmärkten einen beachtlichen „Spielraum“ hat aufgrund der hohen Differenz an Vermögensbesteuerung.

6.2. Steuerfinanzierung oder Pflegeversicherung?

Prinzipiell ist das österreichische Pflegesystem derzeit über das allgemeine Steueraufkommen finanziert. Allerdings wurden bei der Einführung des Pflegegeldes die Beiträge zur Krankenversicherung für ArbeitgeberInnen und –nehmerInnen um 0,4 Prozentpunkte erhöht (Selbständige und Bauern: 0,8, PensionistInnen: 0,5 Prozentpunkte) und die Krankenversicherung für PensionistInnen neu geregelt, was eine Verringerung der Bundeszuweisungen zur Pensionsversicherung ermöglichte.

In dieser Studie wurde argumentiert, dass eine Finanzierung der Pflegevorsorge über allgemeine Steuermittel eine breitere Möglichkeit der Finanzierungsgestaltung ermöglicht als eine Versicherungslösung. Damit wird auch dem Umstand Ausdruck verliehen, dass Pflege ein allgemeines soziales Risiko ist und nicht primär mit einer Erwerbstätigkeit in Verbindung steht. Die Vorteile einer Versicherungslösung liegen wiederum in der klaren Zuordnung von Beiträgen und Leistungen, was meist mit einem höheren Identifikationsgrad und einer höheren Zahlungsbereitschaft der Versicherten einhergeht. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Systeme bedeutet das Versicherungssystem oft auch eine höhere Rechtssicherheit. Darüber hinaus kann argumentiert werden, dass es eine Ähnlichkeit des Pflegerisikos mit den Risiken Krankheit und Alter gibt und eine Versicherungslösung eine konsequente organisatorische Fortführung darstellt und dass auch bestehende Strukturen genutzt werden könnten.

Unter Einbeziehung aller in dieser Studie berücksichtigten Faktoren hinsichtlich der Verteilungswirkungen, der arbeitsmarktpolitischen Auswirkungen und der Nachhaltigkeit der Finanzierung und auch unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen in Deutschland kann ein Systemwechsel auf eine reine Versicherungs-lösung nicht empfohlen werden. Denkbare Varianten wären bei einer unzureichenden Ergiebigkeit der Steuerfinanzierung ein Mischsystem. So könnten Mehreinnahmen einer Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage durch die Reduzierung der Bundesbeiträge

zur Sozialversicherung Mittel für die Pflegevorsorge frei machen. Eine andere Möglichkeit wäre die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch den Einbezug von Vermögensbestandteilen in das Sozialversicherungssystem (wie beispielsweise in den Niederlanden). Beide Maßnahmen erhöhen die Gesamtabgabenquote, wenn nicht andere Staatsausgaben eingeschränkt werden. Diese bestimmt auch die Höhe des privaten Konsums und der Konkurrenzfähigkeit, gemeinsam mit der Struktur der Ausgaben und Einnahmen.

6.3. Verteilungsaspekte

Prinzipiell handelt es sich bei der Pflegevorsorge um eine Umverteilung von Nicht-Pflegebedürftigen zu Pflegebedürftigen. Durch die enge Beziehung zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit bewirkt die Pflegevorsorge auch einen Umverteilungseffekt von der jüngeren zur älteren Generation.

Wie in dieser Studie ausgeführt, bringen Sozialversicherungsbeiträge in der derzeitigen Ausgestaltung eine regressive Wirkung mit sich. Die personelle Verteilungswirkung von Abgaben ist einerseits von der Tarifgestaltung und andererseits von der Ausgestaltung der Bemessungsgrundlage abhängig.

Aufgrund der proportionalen Tarifgestaltung und der Höchstbeitragsgrundlage ergibt sich in Österreich eine regressive Wirkung, da obere Einkommensgruppen gemessen an ihrem Einkommen relativ geringere Sozialversicherungsbeiträge als untere Einkommensgruppen einzahlen. Eine mögliche Variante diese regressive Wirkung im Falle einer Pflegeversicherung zu reduzieren, wäre eine Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage.

Eine Steuerfinanzierung der Pflegevorsorge hat unterschiedliche Wirkungen. Jene Teile, die indirekt über die Mehrwertsteuer finanziert werden, haben ebenfalls eine regressive Wirkung, da untere Einkommensgruppen relativ stärker belastet werden als

obere Einkommensgruppen. Die progressiv ausgestaltete Lohn- und Einkommensteuer hingegen belastet höhere EinkommensbezieherInnen anteilmäßig stärker.

Die Verteilungswirkungen auf der Ausgabenseite zeigen ein sehr eindeutiges Bild. Die Daten des Berichtes des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (2006) verdeutlichen, dass das Pflegegeld vor allem den unteren Einkommensgruppen zugute kommt. 27% der PflegegeldbezieherInnen erhielten eine Pension unter 570 € im Monat, 60% bekamen weniger als 860 € und nur knapp 2% erhielten Pensionen über 2.860 € im Monat. Wie in Mühlberger et al. (2008) ausgeführt, kommt dem Pflegegeld für niedrige Einkommen große Bedeutung zu. Über 40% der PflegegeldbezieherInnen finden sich in der oberen Hälfte der Verteilung – ohne Pflegegeldbezug wären es weniger als 20%. Durch den Pflegegeldbezug wird das mittlere Nettoeinkommen der PflegegeldbezieherInnen in der unteren Hälfte der Verteilung um rund 10% erhöht, im 3. Quartil um 7,5% und im obersten um gut 3%. Die Haushaltsbetrachtung zeigt ein ähnliches Bild. Rund 60% der Pflegegeldleistungen fließen in die Hälfte der Haushalte mit niedrigem Einkommen und rund 40% in die obere Hälfte.

Ein weiterer Verteilungsaspekt ist die Arbeitsbelastung von Frauen durch die informelle Pflege. Eine Arbeitsstundenreduktion bzw. ein Rückzug aus dem Arbeitsmarkt aufgrund von Betreuungsverpflichtungen hat auch – wie in dieser Studie argumentiert – langfristige Effekte auf das Lebenseinkommen und erhöht das Risiko der Armutsgefährdung von heute pflegenden Frauen. In diesem Zusammenhang muss überlegt werden, ob ein stärkerer Ausbau der zweckgebundenen Geldleistungen dieses Problem reduzieren könnte. Das gleiche Argument kann gegen die Schwarzarbeit im privaten Pflegebereich angeführt werden. Anhand des Beispiels der Niederlande – wo wir einen höheren Versorgungsgrad an Sachleistungen, aber geringere Probleme mit Schwarzarbeit beobachten – kann argumentiert werden, dass zweckgebundene Geldleistungen informelle Pflegearbeit positiv unterstützen und Schwarzarbeit zurückdrängen können.

6.4. Organisatorische Aspekte

Ein zentrales Thema der Neuorganisation der Pflegevorsorge in Österreich ist das Kosteneinsparungspotenzial durch eine effizientere Gestaltung des Systems. Aus organisatorischer Sicht ist eine wesentliche Notwendigkeit die Angleichung der unterschiedlichen Systeme in den Bundesländern. Wie in dieser Studie und in Mühlberger et al. (2008) aufgezeigt, kommt es bei der Erbringung von Sachleistungen aufgrund der unterschiedlichen Regelungen zu sehr unterschiedlichen Standards in Bezug auf Zugang, Leistungen und Kosten. Für diese unterschiedlichen Standards gibt es keine ökonomischen Begründungen und sie sind aus verteilungspolitischer Perspektive durchaus problematisch. Außerdem würde eine Angleichung der Standards – auch im Bereich der privaten Kostenbeiträge und der Leistungsqualität – die Transparenz für die BürgerInnen steigern. Zusätzlich zur Angleichung der Standards sollte eine Vereinfachung der Kompetenzen erwogen werden, um die organisatorische Effizienz zu steigern.

Eine engere Verknüpfung des Geld- und Sachleistungssystems wie z. B. in Deutschland könnte eine stärkere Komplementarität zwischen Geld- und Sachleistungen mit sich bringen. Beispielsweise könnte eine ärztliche Beurteilung eines Pflegebedarfs nicht nur eine Geldleistung nach sich ziehen, sondern auch die Grundlage für gewisse rechtliche Sachleistungsansprüche sein.

Können sich der Bund und die Länder auf eine Vereinfachung der Organisation nach den oben beschriebenen Kriterien einigen und werden darüber hinaus unterschiedliche Kanäle der Finanzierung herangezogen, bietet sich als organisatorischer Überbau für Geld- sowie Sachleistungen eine Fondslösung an. Ein Fonds kann aus unterschiedlichen Quellen gespeist und hinsichtlich der Ergiebigkeit, Volatilität, Verteilungseffekte oder anderer ökonomischer Effekte optimiert und an sich ändernden Bedingungen angepasst werden. Ein Pflegefonds könnte auch dazu dienen, die unterschiedlichen

Pflegestandards in den einzelnen Bundesländern anzugleichen. Eine engere Verknüpfung zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesystem könnte die in Mühlberger et al. (2008) diskutierte Nahtstellenproblematik entschärfen und eventuell zu Effizienzgewinnen führen. Österle – Hammer (2004) argumentieren außerdem, dass neue, vor allem im Alter auftretende Krankheiten eine klare Abgrenzung zwischen den beiden Systemen als fraglich erscheinen lassen. Allerdings muss dabei bedacht werden, dass mit einer Integration des Pflegesystems in das Gesundheitssystem die Problematik der Finanzierung des Gesundheitswesens automatisch in das Pflegesystem inkorporiert werden würde und vermutlich bereits bestehende strittige Fragen der Zuständigkeiten und Verteilung verschärfen würde.

7. LITERATURHINWEISE

- » Babor, T., *Alcohol – No Ordinary Commodity*, Oxford, 2003.
- » Badelt, Ch. und Österle, A., *Grundzüge der Sozialpolitik*, 2001, Wien.
- » Barr, N., *The Welfare State as Piggy Bank. Information, Risk, Uncertainty and the Role of the State*, Oxford University Press, London, 2003.
- » Becker, G.S., Grossman, M., Murphy, K.M., *An Empirical Analysis of Cigarette Addiction*, *American Economic Review*, 1994, 84, S. 396-418.
- » Brandner, P., Frisch, H., Grossmann, B., Hauth, E., *Eine Schuldenbremse für Österreich*, Wien, 2004.
- » Breuss, F., Kaniovsky, S., Url, T., *WIFO-Weißbuch: Modellsimulationen wirtschaftlicher Maßnahmen zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung*, *WIFO-Monatsberichte*, 2007(3), S. 263-274.
- » Breyer, F., *Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung*, *DIW-Diskussionspapier 330*, DIW, Berlin, Februar 2003.
- » Bundesministerium für Gesundheit (D): *Was bringt die Pflegereform 2008*, http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn604244/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Das-bringt-die-Pflegeversicherung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Das-bringt-die-Pflegeversicherung.pdf (Stand: 14.3.2008).
- » Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK): *Schema 18: Familienlastenausgleichs fonds*, <http://www.bmsk.gv.at/cms/site/detail.htm?channel=CHo629&doc=CMS1143118553994> (Stand: 15.5.2008).
- » Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, (Hrsg.), *Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006*, Wien.
- » Busch, G., Wüger, M., *Social Security and Saving – A Critical Note on the Feldstein Hypothesis*, *Empirica*, 2/1981, S. 223-240.
- » Carmichael, F. und Charles, S., *The labour market costs of community care*, *Journal of Health Economics* 17 (1998), S. 747-765.

- » Carmichael, F. und Charles, S., The opportunity costs of informal care: does gender matter? *Journal of Health Economics* 22 (2003), S. 781-803.
- » Chaloupka, F.J., Warner, K.E., The Economics of Smoking, in: Culyer, A.J., Newhouse, J.P. (Hrsg.), *The Handbook of Health Economics*, New York, 2000.
- » Dahl, C., Demand for Transportation Fuels: A Survey of Demand Elasticities and Their Components, *Journal of Energy Literature*, 1995, 1(2), S. 3-27.
- » Daveri, F., Tabellini, G., Unemployment, growth and taxation in industrial countries, *Economic Policy*, 2000, 15, S. 47- 104.
- » European Commission, *Study on Vehicle Taxation in the Member States of the European Union*, Brüssel, 2002.
- » Feldstein, M., Social Security, Induced Retirement, and Aggregate Capital Accumulation, *Journal of Political Economy*, 82, 1974, S. 905-926.
- » Greß, S., Manouguian, M., Wasem, J., *Krankenversicherungsreform in den Niederlanden, Vorbild für einen Kompromiss zwischen Bürgerversicherung, und Pauschalprämie in Deutschland?*, Expertise für die Hans-Böckler- Stiftung, 2006.
- » Guger, A., *Investment-Based Pension Reform in Austria – Or Boosting Employment and Growth? ÖNB-Focus on Austria*, 1/2003.
- » Guger, A., Knittler, K., Marterbauer, M., Schratzenstaller, M., Walterskirchen, E., *Analyse alternativer Finanzierungsformen der sozialen Sicherungssysteme*, WIFO-Studie im Auftrag des BMSK, Wien, 2008.
- » Guger, A., Marterbauer, M., *Langfristige Tendenzen der Einkommensverteilung in Österreich – ein Update. Die Verteilung von Einkommen und Vermögen*, WIFO-Working Paper 307/2007.
- » Guger, A., Marterbauer, M., Walterskirchen, E., *Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens in Österreich*, WIFOMonatsberichte 2006(7), S. 523-546.
- » Hahn, F., Magerl, C., „Vermögen in Österreich“, *WIFO-Monatsberichte*, 2006, 79 (1).

- » Hanewinkel, R., Isensee, B., Five in a Row – Reactions of Smokers to Tobacco Tax Increases: Population-based Crosssectional Studies in Germany 2001-2006, *Tobacco Control*, 2007, 16, S. 34-37.
- » Heitmueller, A. Inglis, K., The earning of informal careers: Wage differentials and opportunity costs, *Journal of Health Economics* 26 (2007), S. 821-841.
- » Heitmueller, A. Michaud, P.-C., Informal care and employment in England: evidence from the British Household Panel Survey, IZA Discussion Paper 2010.
- » Holzmann, R., Public Finance and Private Saving in Austria: The Effects of Social Security, *Empirica*, 2/1981, S. 187-216.
- » John, G., Nationalbank: Vermögenssteuer trifft Reichere, *Der Standard* vom 02.04.2008, S. 19.
- » Kaniowski, S., Breuss, F., Url, T., WIFO-Weißbuch: Mehr Beschäftigung durch Wachstum auf Basis von Innovation und Qualifikation, Teilstudie 22: Modellsimulationen ausgewählter wirtschaftspolitischer Maßnahmen, Wien, 2006.
- » Kaniowski, S., Pitlik, H., Steindl, S., Url, T., A Decomposition of Austria's General Government Budget into Structural and Cyclical Components, WIFO Working Paper, 2008, (316).
- » Korpi, W., Palme, J., The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review*, 63 (February), 1998.
- » Koski, A., Sirén, R., Vuori, E., Poikolainen, K., Alcohol Tax Cuts and Increase in Alcohol-positive Sudden Deaths – A Time-series Intervention Analyses, *Addiction*, 2007, 102, S. 362-368.
- » Lanoie, P., Leclair, P., Taxation or Regulation: Looking for a Good Anti-smoking Policy, *Economics Letters*, 1998, 58, S. 85-89.
- » Lee, J.-M., Hwang, T.-C., Ye, C.-Y., Chen, S.-H., The Effect of Cigarette Price Increase on the Cigarette Consumption in Taiwan: Evidence from the National Health Interview Surveys on Cigarette Consumption, *BMC Public Health*, 2004, 4.

- » Lee, J.-M., Liao, D.-S., Ye, C.-Y., Liao, W.-Z., Effect of Cigarette Tax Increase on Cigarette Consumption in Taiwan, *Tobacco Control*, 2005, 14, S. 71-75.
- » Lehner, G., Längerfristige Entwicklung der Steuern und Abgaben in Österreich, Studie des WIFO im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich, Wien, 2002.
- » Manning, W.G., Blumberg, L., Moulton, L.H., The Demand for Alcohol: The Differential Response to Price, *Health Economics*, 1995, 14(2), S. 123-148.
- » Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden, o.J.
- » Mooslechner, P., Schürz, M., Wagner, K., Geldvermögensverteilung in Österreich – Ergebnisse der OeNBHaushaltsbefragung 2004, Diskussionspapier, Wien, 2007.
- » Mühlberger, U., Knittler, K., Guger, A., Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, WIFO-Studie im Auftrag des BMSK, Wien, 2008.
- » OECD, Revenue Statistics 1965 – 2006, 2007.
- » Österle, A., Hammer, E., Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen, Rahmenbedingungen – Politikansätze, Entwicklungsperspektiven, Wien, 2004.
- » Saffer, H., Alcohol Consumption and Tax Differentials between Beer, Wine and Spirits, National Bureau of Economic Research Working Paper, 1989, (W3200).
- » Schneider, U., Österle, A., Schober, D., Schober, C., Die Kosten der Pflege in Österreich, Forschungsbericht, Wien, 2006.
- » Schratzenstaller, M., WIFO-Weißbuch: Mehr Beschäftigung durch Wachstum auf Basis von Innovation und Qualifikation, Teilstudie 12: Wachstumsimpulse durch die öffentliche Hand, Wien, 2006.
- » Schürz, M., „Erbchaften und Vermögensungleichheit in Österreich“, *Wirtschaft und Gesellschaft*, 2007, 33 (2).
- » Schürz, M., Auf der Suche nach dem verschwiegenen Reichtum, *Intervention*, 2008, 5(1) S. 62-75.

- » Schürz, M., Wagner, K., Distribution of Financial Assets in Austria. Results of a survey conducted on household's financial wealth in 2004“, Discussion paper, 2007.
- » Sewell, K., International Alcohol Policies: A Selected Literature Review, Scottish Executive Central Research Unit, Health and Community Research Programme, Research Findings, 2002, (15).
- » Skuban, R., Pflegesicherung in Europa, Sozialpolitik im Binnenmarkt, Wiesbaden, 2004.
- » Statistik Austria, Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege, Ergebnisse des Mikrozensus September 2002, Wien 2003.
- » Sung, H.Y., Hu, T.W., Keeler, T.E., Cigarette Taxation and Demand: An Empirical Model, Contemporary Economic Policy, 1994, 12(3), S. 91-100.
- » Tichy, G., Der hochgespielte Generationenkonflikt – Ein Spiel mit dem Feuer, in: Generationen Konflikt oder Harmonie, Wien, 2004.
- » Verband der privaten Krankenversicherung (De), Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht, Berlin, o.J.
- » Zimmermann, H., Henke, K-D., Finanzwissenschaften, München, 2001.

