

Projektionen des öffentlichen Pflegeaufwands bis 2050

Wien, 2024

Impressum

Medieninhaber:in und Herausgeber:in:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK),
Stubenring 1, 1010 Wien

Verlagsort: Wien

Wien, 2024. Stand: 19. Februar 2024

Autorin: Ulrike Famira-Mühlberger

Wissenschaftliche Assistenz: Paul Höfle, Marion Kogler, Stefan Weingärtner

Copyright und Haftung:

Ein auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Dies gilt insbesondere für jede Art der Vervielfältigung, der Übersetzung, der Speicherung auf Datenträgern zu kommerziellen Zwecken, sowie für die Verbreitung und Einspeicherung in elektronische Medien wie z. B. Internet oder CD Rom.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und der Autorin/des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin/des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgehen

Bestellinfos: Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Inhalt

Executive Summary	5
1 Einleitung	8
2 Die Einflussfaktoren der künftigen öffentlichen Aufwände für Pflege	10
2.1 Entwicklung der Demografie	10
2.2 Entwicklung des Gesundheitszustands älterer Personen.....	13
2.3 Die Veränderung des Pflegepotenzials von Familien	19
2.4 Kostensteigerungen im Pflegesektor.....	22
3 Projektionen der künftigen öffentlichen Aufwände für Pflege und des Arbeitskräftebedarfs	23
3.1 Pflegegeld	23
3.2 24-Stunden-Betreuung	27
3.3 Pflegedienstleistungen	29
3.4 Aus den Nachfrageprojektionen abgeleiteter Pflegekräftebedarf in den mobilen und stationären Pflegediensten	38
3.5 Szenarien "Ausbau Pflegedienstleistungen"	41
4 Grenzen der Projektionen und Schlussfolgerungen	45
4.1 Grenzen der Projektionen: Was aufgrund von mangelnden Daten unberücksichtigt bleiben muss.....	45
4.2 Schlussfolgerungen: Optionen für eine nachhaltige Pflegepolitik	46
Verlagerung zu mobiler Pflege dämpft den Kostenpfad moderat, Ausbau stationärer Pflege dennoch dringend	46
Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern, Beschäftigungspotenzial erschließen und Ausbildungskapazitäten schaffen	46
Verbesserte Koordination, um adäquate Bedarfs- und Entwicklungspläne zu erstellen	47
Harmonisierung der Leistungsstandard und der Finanzierung	47
Langfristige finanzielle Absicherung der Pflegevorsorge gewährleisten	47
Anhang	48
Anhang 1: Übersicht der Annahmen und der Datenbasis.....	48
Pflegegeld.....	48
24-Stunden-Betreuung.....	49
Pflegedienstleistungen.....	50
Anhang 2: Modelldesign, Methoden und Annahmen der Berechnungen der Entwicklung der Pflegedienstleistungen.....	51
Berechnungsmethode.....	51

Methodik des Modells.....	52
Anhang 3: Zusätzliche Daten	55
Tabellenverzeichnis.....	56
Abbildungsverzeichnis.....	58
Literaturverzeichnis	59
Abkürzungen.....	63

Executive Summary

In den kommenden Jahrzehnten wird sich die Zahl an alten Menschen in Österreich sowohl absolut als auch relativ zu jüngeren Menschen stark erhöhen. Der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird sich bis 2050 fast verdoppeln. Die Daten der Bevölkerungsprognose zeigen, dass die Zunahme in den Jahren zwischen 2035 und 2050 noch stärker als in den Jahren davor ausfallen wird. Die Nachfrage nach Pflegeleistungen wird deshalb in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmen.

Gut zusammengefasst wird diese Entwicklung durch die intergenerationelle Unterstützungsrate. Sie definiert das Verhältnis zwischen den 85-Jährigen und Älteren und 50- bis 64-Jährigen und ist ein Indikator für das Potenzial der informellen Pflege von Eltern durch ihre Kinder. Kommen im Jahr 2021 auf 100 Personen im Alter von 50 bis 64 Jahren 11,2 Personen im Alter von 85 Jahren und älter, erhöht sich deren Zahl 2030 auf 17,4 Personen und 2050 auf rund 34 Personen.

Zusätzlich zu den demografischen Faktoren werden auch gesellschaftliche Faktoren die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen erhöhen. Vor allem aufgrund der gestiegenen Bildungsabschlüsse von jüngeren Frauen, aber auch aufgrund sich ändernder Zugangsbestimmungen zur Pension, werden Frauen in Zukunft im höheren Alter stärker am Arbeitsmarkt tätig sein als das heute der Fall ist. Darüber hinaus wird ein Ansteigen der Ein-Personen-Haushalte, insbesondere unter Älteren, projiziert. Das gestiegene Alter von Frauen bei der ersten Geburt trägt dazu bei, dass sich der Altersunterschied zwischen den Generationen erhöht und Kinder in Zukunft noch im erwerbsfähigen Alter sind, wenn ihre pflegebedürftigen Eltern Hilfe brauchen werden. All diese gesellschaftlichen Faktoren tragen dazu bei, dass das Pflegepotenzial in der Familie zurückgehen wird.

Die Projektionen der zu erwartenden Nachfrage nach Pflegegeld, Pflegedienstleistungen und der Förderung der 24-Stunden-Betreuung zeigen bis 2050 einen deutlichen Anstieg. Die Anzahl der pflegegeldbeziehenden Personen wird im Projektionszeitraum 2021 bis 2050 in der mittleren Variante kontinuierlich steigen, von 467.000 auf über 730.000 (+57%). Die mit dieser Entwicklung verbundenen öffentlichen Kosten werden im Projektionszeitraum von 2,74 Mrd. € auf 9,17 Mrd. € steigen (zu Preisen von 2021, jährliche Valorisierung des Pflegegelds berücksichtigt). Dies entspricht einem durchschnittlichen Zuwachs von 4,3% pro Jahr.

Die öffentlichen Ausgaben für die Förderung der 24-Stunden-Betreuung steigen von 160 Mio. € im Jahr 2021 auf 226 Mio. € im Jahr 2030 und auf 378 Mio. € im Jahr 2050 (zu Preisen von 2021). Das entspricht einem durchschnittlichen Zuwachs von 3% pro Jahr.

Auch bei den Pflegedienstleistungen zeigen die Projektionen zwischen 2021 und 2050 einen klaren Anstieg der Nettoaufwände sowie der Zahl der betreuten Personen über alle Pflegedienstleistungsarten hinweg. Während im Jahr 2021 die Nettokosten der Länder und Gemeinden für alle Pflegedienstleistungen rund 2,71 Mrd. € betragen, werden sich diese bis zum Jahr 2030 auf 4,22 Mrd. € und bis 2050 auf 10,70 Mrd. € erhöhen (mittlere Variante, zu Preisen von 2021). Dies entspricht einem durchschnittlichen Zuwachs von 4,8% pro Jahr.

Entsprechend den zu erwartenden Steigerungen der Nachfrage nach Pflegedienstleistungen wird auch die Nachfrage nach Pflegekräften stark steigen. Ausgehend vom aktuellen Personalstand sind bis zum Jahr 2030 knapp 17.000 zusätzliche Pflegekräfte nötig (in Vollzeitäquivalente über 12.000), um das Personalverhältnis von heute aufrecht zu erhalten. Bis zum Jahr 2050 sind knapp 77.000 zusätzliche Pflegekräfte nötig (bzw. knapp 57.000 in Vollzeitäquivalenten). Ein notwendiger Ausbau aufgrund von etwaigen Unterversorgungen ist hier nicht berücksichtigt und würde den Pflegekräftebedarf nochmals erhöhen.

Die vorliegenden Projektionen beruhen auf den aktuellen Rahmenbedingungen im Pflegebereich: Sowohl die Pflegegeldinzidenz als auch die Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen sowie der aktuell in Anspruch genommene Versorgungsmix werden als konstant angenommen. Dies bedeutet, dass eine etwaige qualitative oder quantitative Unterversorgung, über die es für Österreich keine belastbaren Daten gibt, in den Projektionen fortgeschrieben wird und ist auch bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Aus den vorliegenden Projektionen und weiterer rezenter Pflegeforschung ergeben sich folgende Handlungsempfehlungen:

- Eine Verlagerung zu mobiler Pflege dämpft zwar den Kostenpfad moderat, ein Ausbau stationärer Pflege ist dennoch dringend nötig.
- Die steigende Nachfrage nach Pflegekräften erfordert eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege, das Erschließen von neuem

Beschäftigungspotenzial (z. B. Umsteiger:innen, Rückkehrer:innen) und die Schaffung von entsprechenden Ausbildungskapazitäten.

- Kommunikation und Informationsaustausch der politischen Akteur:innen innerhalb und zwischen den verschiedenen Entscheidungsträgern ist wesentlich für eine effiziente politische Gestaltung. Hierzu bedarf es einer verbesserten Koordination zwischen Bund, Ländern und Gemeinden, um adäquate Bedarfs- und Entwicklungspläne zu erstellen.
- Derzeitige föderale Strukturen begünstigen Unterschiede in den Leistungsstandards. Aufgrund des fehlenden Wettbewerbs und der geringen Mobilität wäre aus ökonomischer Sicht eine stärkere Harmonisierung der Leistungsstandard und der Finanzierung wünschenswert.
- Angesichts der demografischen Entwicklung ist eine längerfristige politische Planung zentral. Die Begrenzung der Abgabenbelastung künftiger Generationen muss in Einklang mit der Gewährleistung der langfristigen finanziellen Nachhaltigkeit der Pflegevorsorge gebracht werden.

1 Einleitung

Ziel dieser Studie ist die Darstellung der künftig zu erwartenden öffentlichen Ausgaben für Pflege in Österreich. Auf Basis von empirisch gestützten Annahmen über die demografische Entwicklung, die gesundheitliche Entwicklung, den zu erwartenden Rückgang des Pflegepotenzials der Familien und Kostensteigerungen im Pflegesektor werden Projektionen für

- Pflegegeldaufwände,
- Aufwände für die Förderung der 24-Stunden-Betreuung,
- Förderungen für Pflegedienstleistungen, sowie
- Leistungsstunden und Pflegekräftebedarf (Pflegedienstleistungen)

bis zum Jahr 2050 erstellt.

Die demografische Entwicklung ist der wesentliche Treiber für eine steigende Nachfrage nach Pflege (European Commission, 2021). Zusätzliche Effekte sind vom Rückgang des Pflegepotenzials der Familie aufgrund einer weiter steigenden Frauenerwerbsquote und von Kostensteigerungen im Pflegesektor zu erwarten. Die gesundheitliche Entwicklung von älteren Personen bringt einen etwas dämpfenden Effekt mit sich. Diese Studie führt die unterschiedlichen Effekte zusammen, um die zu erwartende Nachfrage im Bereich der Langzeitpflege und den daraus resultierenden Arbeitskräftebedarf bis zum Jahr 2050 abzuschätzen.

Kapitel 2 analysiert künftige demografische und gesellschaftliche Entwicklungen, die einen Effekt auf die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen nach sich ziehen. So reduzieren positive gesundheitliche Entwicklungen von älteren Menschen die Pflegeinzidenz und haben einen dämpfenden Effekt auf die Nachfrage nach Pflegegeld und Pflegedienstleistungen. Andererseits werden Entwicklungen wie eine höhere Frauenbeschäftigung und veränderte Haushaltsstrukturen in Richtung mehr Ein-Personen-Haushalte das Pflegepotenzial der Familie senken und die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen steigern. Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur zeigen auch, dass das Angebot an Arbeitskräften in der Pflege unter Druck kommen wird. Zusätzlich sind Stückkostensteigerungen durch steigende Reallöhne sowie einen steigenden Anteil

an pflegeintensiver Multimorbidität durch die absolute und relative Zunahme an Hochbetagten zu erwarten.

Kapitel 3 präsentiert Projektionen der Nachfrage- und Kostensteigerungen von Pflegedienstleistungen, der zu erwartenden Ausgaben für Pflegegeldleistungen und für die Förderung der 24-Stunden-Betreuung sowie des mit dem Nachfrageanstieg verbundenen, künftigen Personalbedarfs. Diese Projektionen werden in einer mittleren, unteren und oberen Variante erstellt, um eine Spannweite von möglichen Entwicklungen auf Basis unterschiedlicher Annahmen sowie deren Sensitivität zu zeigen.

Die Projektionen nehmen die aktuelle Pflegegeldinzidenz, die Inzidenz der Förderung der 24-Stunden-Betreuung sowie die aktuellen Strukturen im Versorgungsmix im Bereich der Pflegedienstleistungen als konstant an. Die effektive Nachfrage nach Pflegedienstleistungen gemäß Pflegedienstleistungsstatistik ist jedoch nicht deckungsgleich mit den existierenden Bedürfnissen von älteren Menschen. So kann es insbesondere bei finanzschwachen pflegebedürftigen Personen sein, dass sie eigentlich benötigte Pflegedienstleistungen aus Kostengründen nicht beziehen können. Diese eventuell vorliegende "Rationierung" von Pflegedienstleistungen kann in dieser Studie aufgrund von fehlenden Informationen über die existierenden Bedürfnisse nicht abgebildet werden. Basis der Projektionen in dieser Studie sind die Pflegeinzidenzen aus dem Jahr 2021. Weiters hat eine Studie für Deutschland gezeigt, dass der Pflegebedarf im stationären Sektor in qualitativer und quantitativer Dimension wesentlich höher ist als mit dem derzeitigen Pflegepersonal abgedeckt werden kann (Rothgang et al., 2020). Dasselbe trifft auch für den mobilen Sektor zu. Diese Situation der Unterversorgung wird in der Literatur als "missed care" bezeichnet. Belastbare Berechnungen liegen für die Langzeitpflege in Österreich allerdings nicht vor. Basis für die Berechnungen des künftigen Personalbedarfs ist die Personalabdeckung im Jahr 2021. Die bestehenden Lücken, über die es keine abgesicherten Daten gibt, werden also in den Projektionen fortgeschrieben. Diese Punkte sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

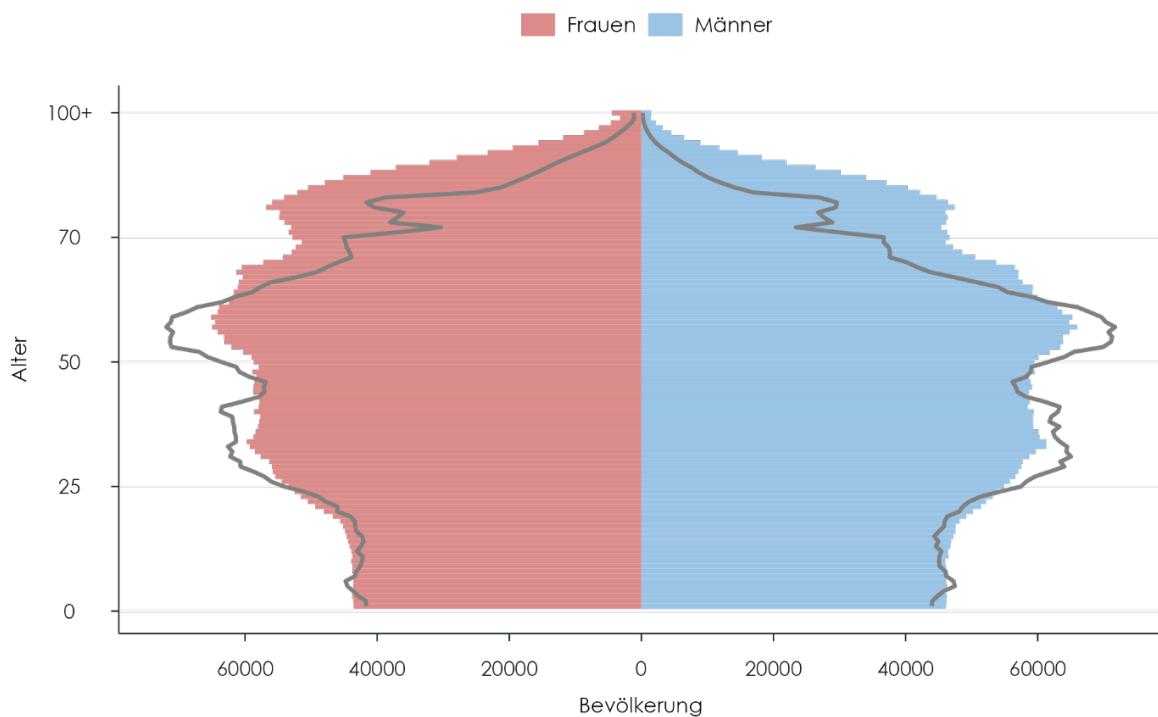
Kapitel 4 präsentiert evidenzbasierte Schlussfolgerungen und zeigt mögliche Handlungsfelder in der Pflegepolitik auf.

2 Die Einflussfaktoren der künftigen öffentlichen Aufwände für Pflege

2.1 Entwicklung der Demografie

Die demografische Vorausschau von Statistik Austria verdeutlicht in Form der Alterspyramide eindrucksvoll, dass der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunehmen wird (Abbildung 1). Vor allem durch das Vorrücken der Babyboomer-Generation der 1960er Jahre in das pflegebedürftige Alter wird die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen steigen.

Abbildung 1: Alterspyramide Österreich 2021 und 2050 im Vergleich

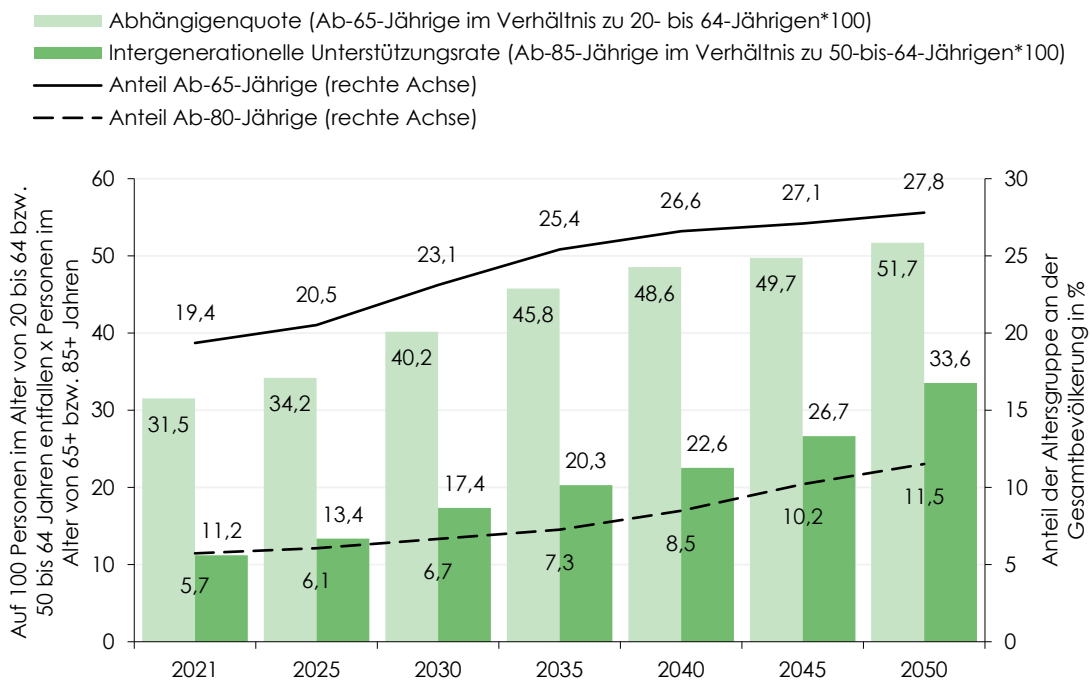


Anmerkung: Die graue Linie zeigt die Alterszusammensetzung der österreichischen Bevölkerung im Jahr 2021, während der farbige Bereich die Alterszusammensetzung (getrennt nach Geschlechtern) im Jahr 2050 zeigt. Es ist mit einer klaren Verschiebung hin zu einer älteren Bevölkerungsstruktur zu rechnen.

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose 2022 (Hauptvariante).

Die Daten der Bevölkerungsprognose zeigen, dass sich der Anstieg der Zahl der über 80-Jährigen besonders zwischen 2035 und 2050 beschleunigen wird. Während 2021 der Anteil der 80-Jährigen und Älteren 5,7% der Bevölkerung ausmachte, wird er bis 2030 voraussichtlich auf 6,7% und bis 2050 auf 11,5% ansteigen (Abbildung 2). Die Zahl der Personen im Alter von über 80 Jahren betrug 2021 rund 514.000 und wird im Jahr 2030 auf knapp 624.000 und im Jahr 2050 auf 1.136.000 anwachsen. Dementsprechend früher, nämlich zwischen 2025 und 2040, wird ein starker Anstieg des Anteils der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung zu beobachten sein.

Abbildung 2: Demografische Entwicklung in Österreich 2017–2050



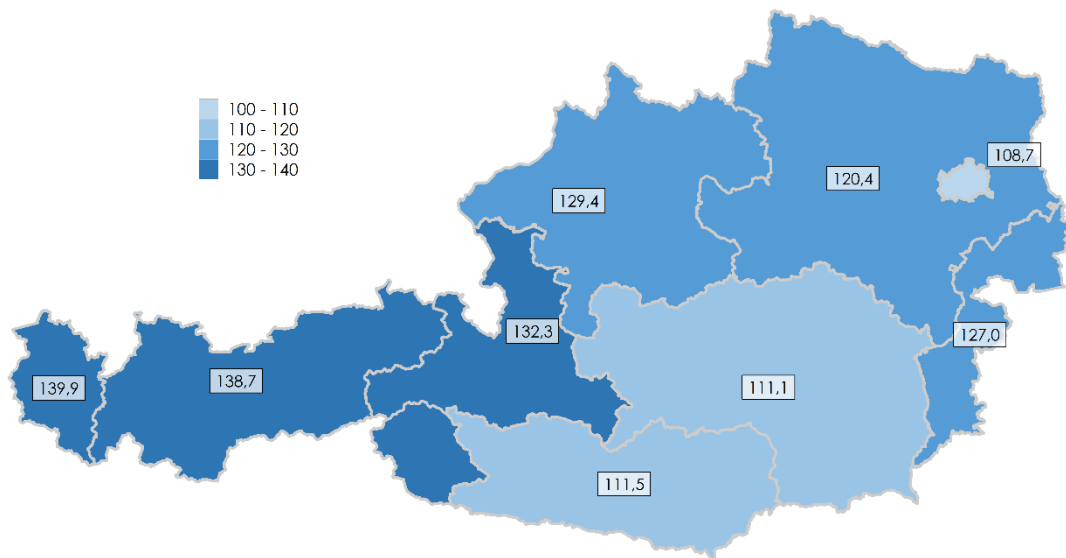
Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose Dezember 2022 (Hauptvariante); WIFO-Berechnungen.

Zwei weitere Kennzahlen zeigen das Ausmaß der demografischen Entwicklung und deren Auswirkung auf Pflegekapazitäten. Die **Abhängigenquote** gibt das Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zur Zahl der 20- bis 64-Jährigen an. Während im Jahr 2021 auf 100 20- bis 64-Jährige 31,5 65-Jährige und Ältere entfielen, wird dieser Wert bis zum Jahr 2050 voraussichtlich auf 51,7 ansteigen. Die höchsten Steigerungsraten sind dabei zwischen 2020 und 2040 zu erwarten, wenn die Babyboomer-Generation der 1960er-Jahre das pensionsfähige Alter erreicht.

Die **intergenerationelle Unterstützungsrate** wiederum gibt das Verhältnis der 85-Jährigen und Älteren zu den 50- bis 64-Jährigen bzw. der zu pflegenden Hochaltrigen zu jenen Personen, die in der Regel die informelle Pflege übernehmen, an. Dieses Maß zeigt deutlich, dass sich die Kapazität für informelle Pflege reduzieren wird. Während 2021 auf 100 50- bis 64-Jährige 11,2 85-Jährige und Ältere entfielen, wird die intergenerationelle Unterstützungsrate bis 2030 auf 17,4 ansteigen und bis 2050 sogar auf 33,6. Im Jahr 2050 werden also 100 50- bis 64-Jährigen rund 34 Personen im Alter von 85 oder mehr gegenüberstehen.

Abbildung 3 zeigt den zu erwartenden relativen Zuwachs der über 80-Jährigen zwischen 2021 und 2050 in den Bundesländern. Dabei wird deutlich, dass die Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich verlaufen, mit einer stärkeren Alterung der Gesellschaft im Westen. Während der relative Zuwachs der über 80-Jährigen zwischen 2021 und 2050 in Wien rund +108,7% betragen wird, wird diese Altersgruppe in Vorarlberg im selben Zeitraum um voraussichtlich rund +139,9% anwachsen.

Abbildung 3: Entwicklung der Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr in den österreichischen Bundesländern 2021-2050 (Veränderung in Prozent)



Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsprognose Dezember 2022 (Hauptszenario); WIFO-Berechnungen.

2.2 Entwicklung des Gesundheitszustands älterer Personen

Zusätzlich zur Demografie spielt auch die Entwicklung des Gesundheitszustands älterer Personen eine wesentliche Rolle für den Pflegebedarf. Menschen werden zunehmend älter, aber für die Abschätzung des künftigen Pflegebedarfs ist der Gesundheitszustand, in dem die zusätzlichen Lebensjahre verbracht werden, zentral.

Für viele Länder Europas zeigt sich eine Unterstützung der von Fries (1980) postulierten These der Kompression der Morbidität, wobei die Ergebnisse zwischen den Geschlechtern und den sozialen Schichten variieren. Diese These geht davon aus, dass immer mehr Menschen relativ gesund alt werden und sich erst in den letzten Lebensjahren der Bedarf an medizinischen Leistungen erhöht. Mit der Erhöhung der Lebenserwartung geht also eine Erhöhung der gesunden Jahre einher¹. Ein bereits älteres Forschungspapier bestätigt die Kompressionsthese für Österreich (Doblhammer/Kytir, 2001). Ein jüngeres Papier mit deutschen Daten unterstützt ebenso die Kompressionsthese, zeigt aber kaum Verbesserungen für Personen unter 65 Jahren, sodass hier künftig eine Änderung des Trends möglich ist (Klar et al., 2021).

Für Österreich zeigen Gesundheitsdaten einen kritischen Trend in der jüngeren Vergangenheit, vor allem auch im europäischen Vergleich. Auf Basis der regelmäßigen Gesundheitsbefragungen zeigt sich zwischen 2014 und 2019 ein Rückgang der Restlebenserwartung von Menschen im Alter von 65 Jahren, die in sehr guter oder guter Gesundheit verbracht wird. Während bei 65-jährigen Männern die Restlebenserwartung in sehr guter oder guter Gesundheit 2014 noch bei 11,4 Jahren lag, ging diese 2019 auf 9,3 Jahre zurück (Tabelle 1). Bei Frauen fällt der Rückgang zwischen 2014 und 2019 deutlich geringer aus und stellt seit 1978 einen erstmaligen Rückgang dar (Tabelle 2).

¹ Dem gegenüber steht die Medikalisierungsthese (oder Expansion der Mortalität), die von mit dem Alter kontinuierlich steigenden Gesundheitsausgaben ausgeht.

Tabelle 1: Restlebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren in Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand), 1978-2019

	Jahre insgesamt	Davon Jahre in subjektiv ... Gesundheit			Anteil der subjektiven gesunden Jahre in %
		(Sehr) guter	Mittelmäßiger	(Sehr) schlechter	
1978	12,5	4,1	5,3	3,1	
1983	13,1	5,0	5,8	2,3	38%
1991	14,4	6,0	5,9	2,6	41%
1999	15,6	6,9	5,9	2,8	44%
2006	17,2	8,7	6,0	2,5	51%
2014	18,2	11,4	5,3	1,5	63%
2019	18,3	9,3	6,5	2,5	51%

Quelle: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragungen 2006/07, 2014, 2019. Fragestellung 1978–1999: "Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?" Fragestellung 2006–2019: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Antwortkategorien jeweils: "Sehr gut – gut – mittelmäßig – schlecht – sehr schlecht".

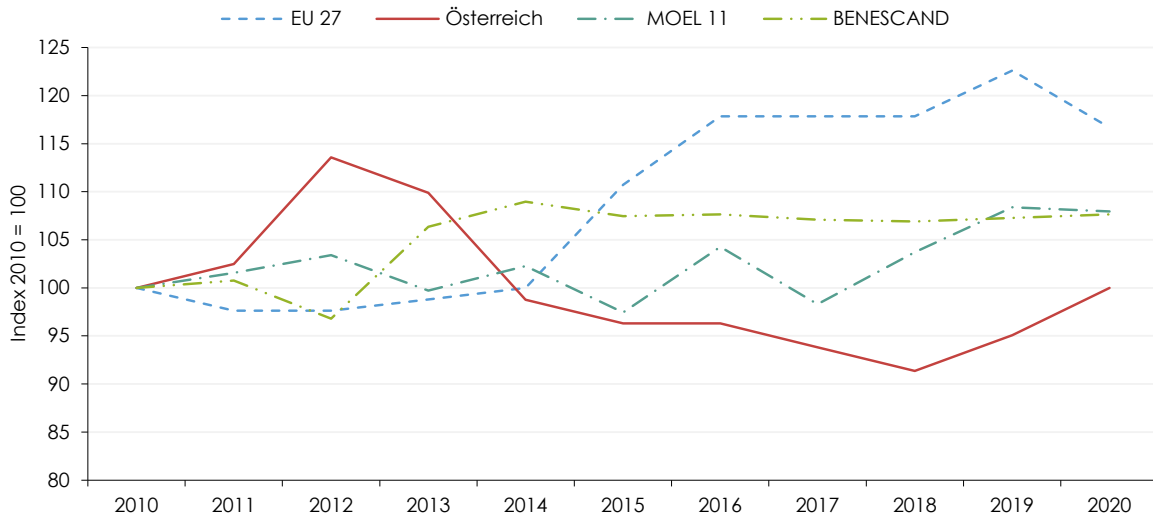
Tabelle 2: Restlebenserwartung von Frauen im Alter von 65 Jahren in Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand), 1978-2019

	Jahre insgesamt	Davon Jahre in subjektiv ... Gesundheit			Anteil der subjektiven gesunden Jahre in %
		(Sehr) guter	Mittelmäßiger	(Sehr) schlechter	
1978	15,9	3,6	7,6	4,7	23%
1983	16,5	4,9	8,2	3,5	29%
1991	18,0	6,0	8,3	3,7	34%
1999	19,3	7,4	8,2	3,7	38%
2006	20,5	8,9	8,4	3,2	44%
2014	21,5	11,3	7,8	2,4	53%
2019	21,5	10,2	7,8	3,4	47%

Quelle: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. Mikrozensus-Sonderprogramme 1978, 1983, 1991, 1999 und Gesundheitsbefragungen 2006/07, 2014, 2019. Fragestellung 1978–1999: "Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?" Fragestellung 2006–2019: "Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?". Antwortkategorien jeweils: "Sehr gut – gut – mittelmäßig – schlecht – sehr schlecht".

Im europäischen Vergleich zeigt Österreich eine recht unterdurchschnittliche Entwicklung seit 2010. Während in den Vergleichsländern bzw. -ländergruppen eine Erhöhung der Restlebenserwartung in guter gesundheitlicher Verfassung erwartet wird, ist dies für Österreich nicht der Fall. Nach einer anfänglichen Verbesserung des Indikators 2010–2012 zeigt sich danach ein Abfall und erst 2018–2020 wieder eine Erholung (Abbildung 4).

Abbildung 4: Entwicklung der gesunden Lebensjahre im Alter von 65 Jahren²



Quelle: Eurostat, EU-SILC, WIFO-Berechnungen. – MOEL 11 (Estland, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Slowenien, Slowakei, Tschechien, Ungarn), BENESCAND (Belgien, Niederlande, Dänemark, Schweden, Finnland): ungewichteter Durchschnitt. – Vereinigtes Königreich n. v. (Brexit).

Eine andere Einschätzung liefert eine Auswertung auf Basis von EU-SILC-Daten (Tabelle 3 und Tabelle 4). Hier wird auf die Restlebenserwartung von 65-jährigen Personen ohne (bzw. mit) funktionalen Beeinträchtigungen abgezielt. Es zeigen sich nur marginale Veränderungen in den letzten Jahren und eine leichte Erhöhung der Restlebenserwartung ohne funktionale Beeinträchtigung in der längeren Frist.

² "Der Indikator Gesunde Lebensjahre (GLJ) im Alter von 65 Jahren, gibt die Zahl der Jahre an, die eine Person im Alter von 65 Jahren erwartungsgemäß in guter gesundheitlicher Verfassung, leben wird. GLJ ist ein Indikator der Gesundheitserwartung, der Informationen zu Sterblichkeit und Krankheit miteinander verknüpft. Dazu werden Daten zur altersspezifischen Prävalenz (Anteile) der gesunden bzw. kranken Bevölkerung und Daten zur altersspezifischen Sterblichkeit benötigt. Gute gesundheitliche Verfassung wird über die Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Beschwerden definiert. [...] Der Indikator wird auch beschwerdefreie Lebenserwartung (BFLE) genannt."

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tepsr_sp320/default/table?lang=de (abgerufen am 15. 2. 2023)

Tabelle 3: Restlebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung, 2003–2017

	Insgesamt	Davon Jahre ...		Anteil der Jahre ohne funktionale Beeinträchtigungen in %
		Ohne funktionale Beeinträchtigungen	Mit funktionalen Beeinträchtigungen	
2003	16,4	6,8	9,6	41%
2004	16,8	7,2	9,6	43%
2005	16,9	6,7	10,2	40%
2006	17,2	7,0	10,2	40%
2007	17,4	7,2	10,1	42%
2008*	17,5	7,3	10,2	42%
2009	17,5	8,1	9,4	46%
2010	17,7	8,2	9,5	47%
2011	17,9	8,2	9,6	46%
2012	17,8	8,7	9,1	49%
2013	17,9	8,8	9,2	49%
2014*	18,2	8,2	10,0	45%
2015	17,9	7,8	10,1	44%
2016	18,3	8,1	10,2	44%
2017	18,3	7,6	10,7	41%
2018	18,3	7,4	10,9	40%
2019	18,5	7,6	10,9	41%
2020	17,9	7,9	10,0	44%

Quelle: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. EU-SILC, 17. 10. 2022. – Fragestellung 2003–2007: "Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch eine Behinderung oder eine sonstige gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten beeinträchtigt?". Antwortkategorien 2003–2007: "Ja, stark beeinträchtigt. – Ja, ein wenig beeinträchtigt. – Nein, nicht beeinträchtigt.". Fragestellung 2008–2013: "Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?". Antwortkategorien 2008–2013: "Ja, stark eingeschränkt. – Ja, etwas eingeschränkt. – Nein, nicht eingeschränkt.". Fragestellung ab 2014: "Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?"

Würden Sie sagen, Sie sind...". Antwortkategorien ab 2014: "stark eingeschränkt. – etwas eingeschränkt. – nicht eingeschränkt.". Da für die Bevölkerung unter 16 Jahren keine Daten vorliegen, wird in dieser Altersgruppe generell keine funktionale Beeinträchtigung unterstellt. – * Zeitreihenbruch.

Tabelle 4: Restlebenserwartung von Frauen im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung, 2003–2017

	Insgesamt	Davon Jahre ...		Anteil der Jahre ohne funktionale Beeinträchtigungen in %
		Ohne funktionale Beeinträchtigungen	Mit funktionalen Beeinträchtigungen	
2003	19,8	6,8	13,1	34%
2004	20,3	7,0	13,3	34%
2005	20,3	6,6	13,7	33%
2006	20,5	7,5	13,0	37%
2007	20,7	7,7	13,1	37%
2008*	20,8	7,2	13,5	35%
2009	20,8	8,0	12,8	38%
2010	21,0	7,6	13,4	36%
2011	21,2	8,1	13,1	38%
2012	21,0	9,3	11,7	44%
2013	21,2	8,7	12,5	41%
2014*	21,5	7,5	13,9	35%
2015	21,2	7,6	13,6	36%
2016	21,5	7,2	14,3	34%
2017	21,4	7,3	14,1	34%
2018	21,5	7,2	14,3	34%
2019	21,7	7,5	14,2	35%
2020	21,2	8,1	13,1	38%

Quelle: Statistik Austria, Sterbetafeln bzw. EU-SILC, 17. 10. 2022. – Fragestellung 2003–2007: "Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch eine Behinderung oder eine sonstige gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten beeinträchtigt?". Antwortkategorien 2003–2007: "Ja, stark

beeinträchtigt. – Ja, ein wenig beeinträchtigt. – Nein, nicht beeinträchtigt." Fragestellung 2008–2013: "Sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?". Antwortkategorien 2008–2013: "Ja, stark eingeschränkt. – Ja, etwas eingeschränkt. – Nein, nicht eingeschränkt.". Fragestellung ab 2014: "Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind...". Antwortkategorien ab 2014: "stark eingeschränkt. – etwas eingeschränkt. – nicht eingeschränkt.". Da für die Bevölkerung unter 16 Jahren keine Daten vorliegen, wird in dieser Altersgruppe generell keine funktionale Beeinträchtigung unterstellt. – * Zeitreihenbruch.

2.3 Die Veränderung des Pflegepotenzials von Familien

Der überwiegende Teil der Pflegeleistungen wird informell im Familien-, manchmal auch im Bekanntenkreis erbracht (Nagl-Cupal et al., 2018). Erhebungen aus dem Jahr 2021 zeigen, dass mehr als zwei Drittel der Hauptbetreuungspersonen Frauen waren. Knapp die Hälfte der pflegenden Angehörigen waren im erwerbsfähigen Alter, wobei die Mehrheit der befragten Angehörigen angaben, keiner Erwerbstätigkeit nachzugehen (Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege, 2021; ähnlich bei Nagl-Cupal et al., 2018).

Es ist davon auszugehen, dass sich das Pflegepotenzial von Frauen in Zukunft deutlich reduzieren wird. Zum einen wird sich das Verhältnis von Frauen im Alter zwischen 40 (50) und 64 Jahren und Menschen im Alter von 80 oder mehr Jahren stark verändern. Standen im Jahr 2021 jeder Person im Alter von 80 oder mehr Jahren rund 3 (1,9) Frauen im Alter von 40 (50) bis 64 Jahren gegenüber, wird sich dieses Verhältnis bis 2030 voraussichtlich auf 1:2,5 (1:1,5) und bis 2050 auf 1:1,3 (1:0,8) reduzieren (Tabelle 5).

Tabelle 5: Verhältnis von Frauen 40 bis 64 Jahre und 50 bis 64 Jahre zu Personen im Alter von 80 Jahren und älter

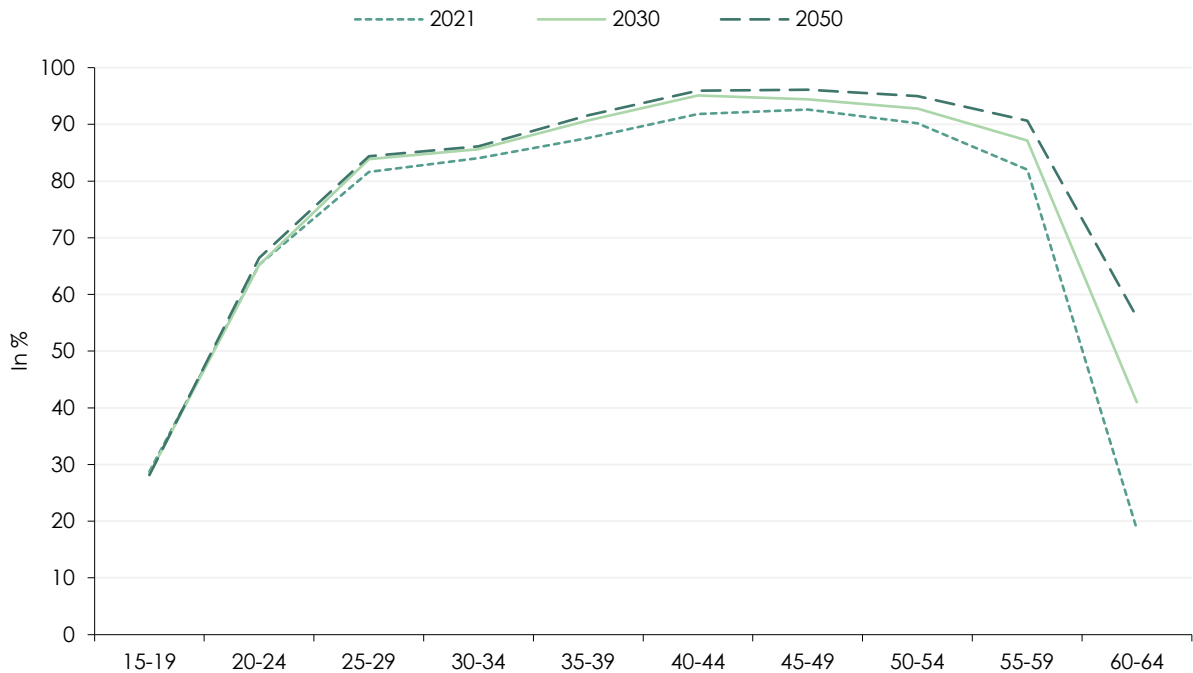
	2022	2030	2050
Frauen 40 bis 64 Jahre	1.594.730	1.581.267	1.522.792
Frauen 50 bis 64 Jahre	1.005.644	945.491	939.295
Personen im Alter von 80 Jahren und älter	524.214	629.464	1.142.332
Anzahl der Frauen im Alter zwischen 40 und 64 Jahren je Person im Alter von 80 Jahren und älter	3,0%	2,5%	1,3%
Anzahl der Frauen im Alter zwischen 50 und 64 Jahren je Person im Alter von 80 Jahren und älter	1,9%	1,5%	0,8%

Quelle: Bevölkerungsprognose Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen.

Aber auch gesellschaftliche Faktoren beeinflussen neben den demografischen Faktoren das künftige Pflegepotenzial der Familie. So hat sich die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen in Österreich in den letzten Jahrzehnten stark erhöht. Die bessere Ausbildung von Frauen, höhere Löhne, abnehmende Diskriminierung, die Ausweitung des Dienstleistungssektors und der Teilzeitbeschäftigung sowie sich ändernde Präferenzen und Familienstrukturen sind in der langfristigen Betrachtung die wesentlichsten Gründe dafür.

Gemäß den Ergebnissen einer dynamischen Mikrosimulierung des WIFO werden die Erwerbsquoten von Frauen – vor allem in höheren Jahrgängen – ansteigen (Abbildung 5, siehe auch Horvath et al., 2022). Die Begründung liegt vor allem darin, dass 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 der heutigen jüngeren Frauen manifestieren sich in Zukunft in einer höheren Erwerbsquote der älteren weiblichen Kohorten. Zum anderen werden politische Maßnahmen wie die Erhöhung des Pensionsantrittsalters von Frauen zu höheren Erwerbsquoten älterer Frauen führen.

Abbildung 5: Simulierte Erwerbsquoten von Frauen

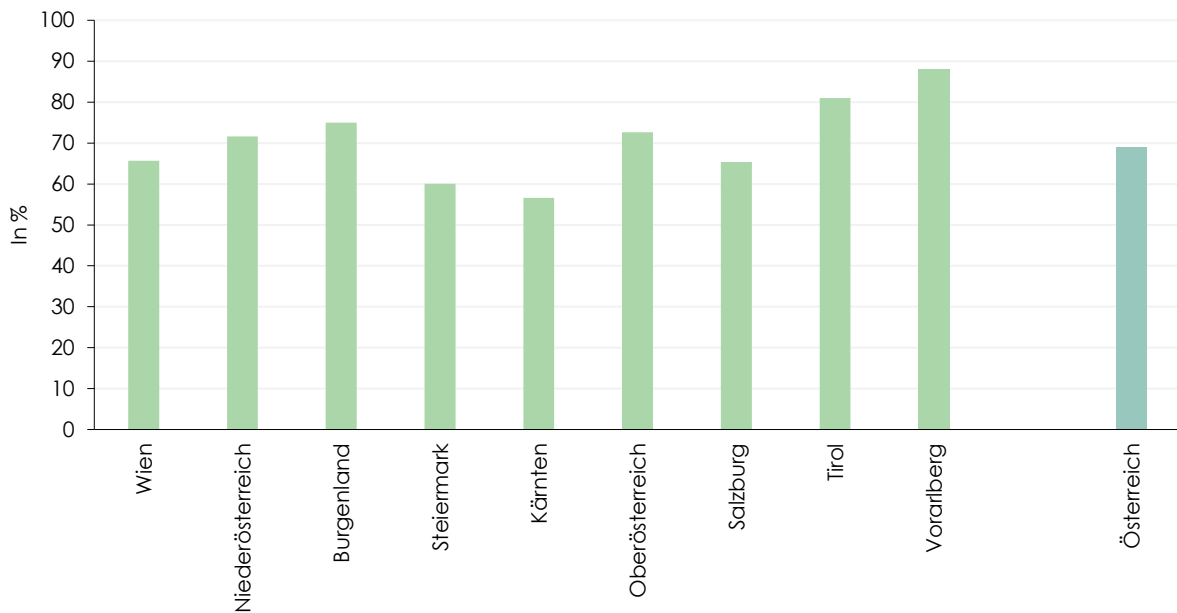


Quelle: WIFO.

Das Pflegepotenzial wird nicht nur durch die Abhängigenquote bzw. durch die intergenerationelle Unterstützungsrate definiert (vgl. Abbildung 2), sondern auch durch die Entwicklung der Haushaltsstrukturen. Die Prognosen der Haushaltsstruktur von Statistik Austria zeigen, dass die durchschnittliche Haushaltsgröße weiter abnehmen wird. Dabei ist ein überdurchschnittlicher Anstieg der Ein-Personen-Haushalte erkennbar. Die Gründe dafür liegen neben einer zunehmenden Individualisierung der Lebensentwürfe und der zunehmenden Trennungen von Paaren vor allem in der Alterung der Bevölkerung. Nach dem Tod des Partners bzw. der Partnerin sowie nach einer Trennung bleiben Personen oft alleinstehend.

Österreichweit wird die Anzahl der Ein-Personen-Haushalte von Personen im Alter von 65 oder mehr Jahren zwischen 2021 und 2050 voraussichtlich um rund 69% steigen (Abbildung 6). Waren 2021 noch in gut 550.000 Ein-Personen-Haushalten die Haushaltsreferenzpersonen 65 Jahre oder älter, wird diese Zahl bis zum Jahr 2050 laut Haushaltsprognose voraussichtlich auf rund 930.000 steigen.

Abbildung 6: Anstieg der Ein-Personen-Haushalte von Personen im Alter von 65 Jahren oder älter, 2021–2050



Quelle: Statistik Austria, Haushaltsprognose 2022.

2.4 Kostensteigerungen im Pflegesektor

Mehrere Faktoren dürften dazu führen, dass die Stückkosten im Pflegesektor künftig überproportional steigen:

1. Durch die relative Verknappung des Pflegepersonals (d. h. immer mehr alte Menschen pro potenzieller Pflegekraft) sollten die Reallöhne im Pflegesektor überdurchschnittlicher stark steigen.
2. Außerdem wird die Produktivitätsentwicklung im Pflegebereich aufgrund der Arbeitsintensität unter der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung liegen, was in der Folge zu einem Anstieg der (relativen) Kosten führen wird.
3. Zusätzlich ist von einer steigenden, kostenintensiveren Multimorbidität durch die starke Zunahme der Zahl an hochbetagten Personen auszugehen. Die demografische Alterung erhöht die Anzahl der Hochbetagten mit multimorbiden und dementiellen Erkrankungen, die eine intensivere Pflege benötigen (Kingston et al., 2018).

Projektionen der künftigen öffentlichen Aufwände für Pflege und des Arbeitskräftebedarfs berücksichtigen daher diese Kostensteigerungen.

3 Projektionen der künftigen öffentlichen Aufwände für Pflege und des Arbeitskräftebedarfs

3.1 Pflegegeld

Die Projektionen der öffentlichen Aufwände für Pflegegeldleistungen berücksichtigt die demografische Entwicklung sowie die gesundheitliche Entwicklung von älteren Personen. Folgende Annahmen unterliegen der Methodik:

Annahme 1: Die Projektion basiert auf der aktuellen demografischen Prognose der Statistik Austria von Dezember 2022. Der verwendeten Hauptvariante unterliegen die Annahmen einer mittleren Fertilitätsentwicklung, mittleren Migrationsentwicklung sowie mittleren Sterblichkeitsrate.

Annahme 2: In Konsistenz zu früheren Pflegeprojektionen des WIFO wird von einer Kompression der Morbidität ausgegangen, auch wenn die Daten am aktuellen Rand uneinheitlich sind (siehe Abschnitt 2.2). Die Kompression der Morbidität wird in der folgenden Projektion berücksichtigt, indem die Pflegeinzidenz der über 64-Jährigen im Jahr 2030 sowie im Jahr 2040 um ein Jahr verschoben wird. So wird beispielsweise die Pflegeinzidenz einer 65-Jährigen im Jahr 2030 als Pflegeinzidenz einer 66-Jährigen im Jahr 2029 definiert. Um Sprünge in den Jahren der Verschiebungen zu vermeiden, wurde der so errechnete Effekt über die gesamte Projektionsperiode gleichverteilt bzw. geglättet.

In einem ersten Schritt wird die Pflegeprävalenz berechnet. Das ist der Anteil der Pflegegeldbeziehenden in den sieben Pflegegeldstufen in jedem einzelnen Lebensjahr zwischen 0 und 99 Jahren oder älter für alle Bundesländer. Diese Prävalenzraten werden mit der demografischen Entwicklung laut Statistik Austria hochgerechnet (siehe Annahme 1). Dies bedeutet, dass die Struktur der Pflegegeldbeziehenden als konstant angenommen wird. Im zweiten Schritt wird um die bessere Gesundheit "korrigiert" (siehe Annahme 2). Da das Pflegegeld seit 2020 mit dem ASVG-Anpassungsfaktor valorisiert wird, wurde dieser mittels der letztgültigen Inflationsprognosen des WIFO eruiert

(Baumgartner, 2022; Baumgartner et al., 2022; Ederer/Glocker, 2022). Ab 2029 wurde der Anpassungsfaktor mit 1,02 angenommen.

Die jüngsten Änderungen des BPGG (BGBl. I Nr. 129/2022 und BGBl. I Nr. 213/2022) im Rahmen der Pflegereform wurde folgendermaßen berücksichtigt: Im Jahr 2023 wurden 94 Mio. Euro hinzugefügt, ab 2024 jeweils 144 Mio. Euro. Diese zusätzlichen Kosten werden im Rahmen der jährlichen Steigerungen durch die demografische Entwicklung und einer sich verbessernden Gesundheit in die Zukunft fortgeschrieben.

Die Anzahl der pflegegeldbeziehenden Personen wird im Projektionszeitraum 2021 bis 2050 kontinuierlich steigen und im Jahr 2050 mehr als 730.000 betragen (Tabelle 6). Die mit dieser Entwicklung verbunden öffentlichen Kosten werden im Projektionszeitraum von 2,74 Mrd. € auf 9,17 Mrd. € steigen (real) (Tabelle 7). Diese Zahlen beinhalten die pflegegeldbeziehenden Menschen in Österreich und im Ausland³. Dies bedeutet eine durchschnittliche jährliche Veränderung von 4,3% im Beobachtungszeitraum. Tabelle 8 zeigt die jährlichen Veränderungen bis 2030.

³ Bei den Beziehenden im Ausland wurde die demografische Entwicklung von Niederösterreich unterstellt. Niederösterreich hat eine durchschnittliche demografische Entwicklung.

Tabelle 6: Pflegegeld: Entwicklung der pflegegeldbeziehenden Personen (ASVG-Anpassungsfaktor berücksichtigt)

	Betreute Personen			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	466.757	466.757	466.757			
2025	478.904	487.956	497.007	2,6%	4,5%	6,5%
2030	506.467	526.830	547.194	8,5%	12,9%	17,2%
2035	532.771	564.446	596.121	14,1%	20,9%	27,7%
2040	568.856	611.845	654.834	21,9%	31,1%	40,3%
2050	665.945	731.550	797.155	42,7%	56,7%	70,8%

Quelle: BMSGPK, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

Tabelle 7: Pflegegeld: Entwicklung des Finanzaufwands (ASVG-Anpassungsfaktor berücksichtigt)

	Nettoausgaben in Mio. € zu Preisen von 2021			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	2.741,5	2.741,5	2.741,5			
2025	4.045,9	4.179,0	4.310,1	47,6%	52,4%	57,2%
2030	4.493,8	4.714,9	4.932,0	63,9%	72,0%	79,9%
2035	5.130,4	5.460,5	5.785,5	87,1%	99,2%	111,0%
2040	5.990,0	6.447,7	6.900,4	118,5%	135,2%	151,7%
2050	8.372,9	9.177,2	9.977,5	205,4%	234,8%	263,9%

Quelle: BMSGPK, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

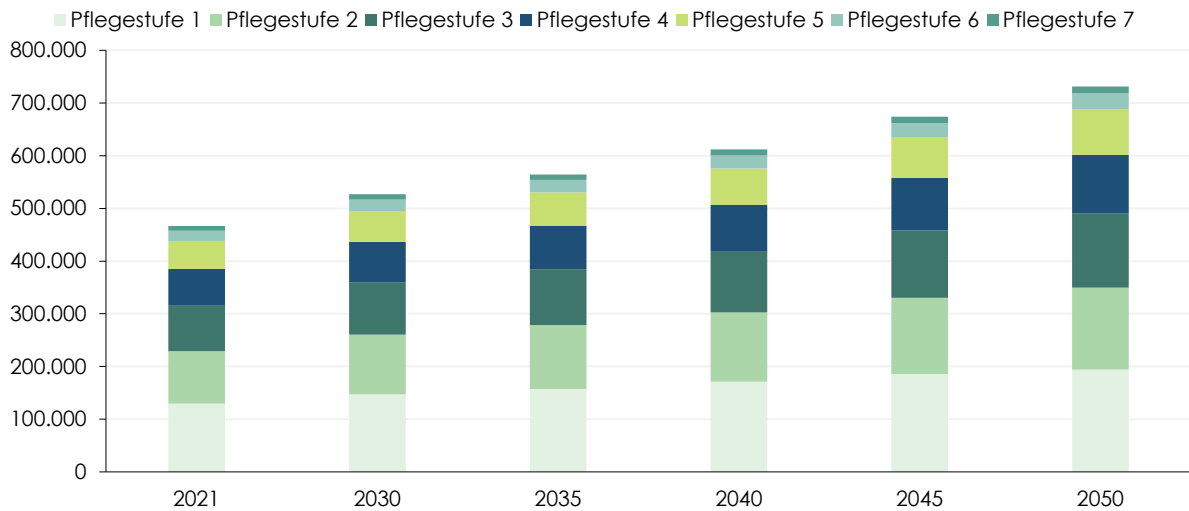
Tabelle 8: Prognose der Pflegegeldbeziehenden und der Ausgaben für Pflegegeld unter der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Annahme einer Verbesserung der Gesundheit (mittlere Variante)

	Personen	Ausgaben in Mrd. € (inkl. ASVG-Anpassungsfaktor)	Veränderung gegen 2021 in %
2021	466.757	2,74	
2022	471.681	2,82	2,9%
2023	476.445	3,11	13,4%
2024	482.199	4,43	61,4%
2025	487.956	4,18	52,4%
2026	494.979	4,23	54,3%
2027	502.952	4,38	59,6%
2028	511.131	4,48	63,4%
2029	519.112	4,58	67,2%
2030	526.830	4,71	72,0%
2035	564.446	5,46	99,2%
2040	611.845	6,45	135,2%
2045	673.863	7,78	183,6%
2050	731.550	9,18	234,8%

Quelle: BMSGPK, WIFO-Berechnungen. – Beziehende in Österreich und im Ausland.

Ausgehend von den Pflegeinzidenzen im Jahr 2021 zeigt sich in den Pflegestufen 3 bis 5 ein überproportionaler Anstieg bis zum Jahr 2050, während in den Stufen 1, 6 und 7 unterproportionale Anstiege erwartet werden (Abbildung 7, siehe auch Tabelle 21 im Anhang).

Abbildung 7: Projektion der Anzahl der Pflegegeldbeziehenden unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Annahme einer Verbesserung der Gesundheit



Quelle: BMSGPK, WIFO-Berechnungen. – Beziehende in Österreich und im Ausland.

3.2 24-Stunden-Betreuung

Für die Projektionen der Aufwandsentwicklung der öffentlichen Förderung der 24-Stunden-Betreuung seitens des Bundes wurden die Prävalenzen der Beziehenden der Förderung innerhalb der unterschiedlichen Pflegegeldstufen 3 bis 7 (Förderung durch den Bund erst ab PG-Stufe 3) berechnet und diese äquivalent zu den Projektionen der Pflegegeldbeziehenden unter Berücksichtigung einer verbesserten Gesundheit hochgerechnet. **Annahme 1** und **Annahme 2** aus Abschnitt 3.1 gelten auch für die 24-Stunden-Betreuung. Zusätzlich wurde ein zu erwartender Rückgang der informellen Pflege berücksichtigt:

Annahme 3: Durch die Steigerung der Erwerbsbeteiligung von Frauen, des Anstiegs der Ein-Personen-Haushalte von älteren Personen sowie aufgrund der Verschlechterung der Abhängigenquote und der intergenerationellen Unterstützungsrate ist das informelle Pflegepotenzial rückläufig. In Konsistenz mit den vergangenen Pflegeprojektionen des WIFO (Famira-Mühlberger, 2017; Famira-Mühlberger/Firgo, 2018; Firgo/Famira-Mühlberger, 2014) wird in den folgenden Projektionen davon ausgegangen, dass im Jahr 2012 informelle Pflegeleistungen im Ausmaß von 70% aller Pflegeleistungen erbracht wurden (vgl. Firgo/Famira-Mühlberger, 2014, S. 92ff.). Ausgehend vom Jahr 2012 nehmen

wir an, dass sich die informellen Pflegeleistungen seit 2012 jedes weitere Jahr um 0,2 Prozentpunkte reduziert haben bzw. weiter reduzieren werden.

Rückwirkend zum 1. 1. 2023 wurde die Höhe der Förderung für die 24-Stunden-Betreuung von 550 € im Monat im Selbständigen-Modell (Famira-Mühlberger, 2017) auf 640 € im Monat erhöht. Dies wurde in den Projektionen berücksichtigt.

Die auf diese Weise berechneten öffentlichen Ausgaben für die Förderung der 24-Stunden-Betreuung erhöhen sich im Projektionszeitraum 2021 bis 2050 um rund 136% (Tabelle 9, Tabelle 10).

Tabelle 9: 24-Stunden-Betreuung: Entwicklung der betreuten Personen

	Betreute Personen			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	23.300	23.300	23.300			
2025	24.063	24.823	25.577	3,3%	6,5%	9,8%
2030	26.330	28.145	29.975	13,0%	20,8%	28,6%
2035	28.575	31.547	34.589	22,6%	35,4%	48,5%
2040	31.383	35.637	40.044	34,7%	52,9%	71,9%
2050	39.623	47.105	55.014	70,1%	102,2%	136,1%

Quelle: BMSGPK, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

Tabelle 10: 24-Stunden-Betreuung: Entwicklung des Finanzaufwands

	Nettoausgaben in Mio. € zu Preisen von 2021			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	160,2	160,2	160,2			
2025	193,0	199,1	205,2	20,5%	24,3%	28,1%
2030	211,2	225,8	240,5	31,8%	40,9%	50,1%
2035	229,3	253,1	277,5	43,1%	58,0%	73,2%
2040	251,8	286,0	321,4	57,2%	78,5%	100,6%
2050	318,0	378,0	441,5	98,4%	135,9%	175,5%

Quelle: BMSGPK, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

3.3 Pflegedienstleistungen

Die folgenden Projektionen zeigen die zu erwartenden Entwicklungen der zu betreuenden Personen und der öffentlichen Ausgaben von Ländern und Gemeinden für Pflegedienstleistungen bis zum Jahr 2050. Diese Projektionen basieren auf der Methodologie von Mühlberger et al. (2008), Firgo und Famira-Mühlberger (2014), Famira-Mühlberger et al. (2017) und Famira-Mühlberger und Firgo (2018). Die Berechnungen umfassen die öffentlichen Nettoausgaben für stationäre, teilstationäre und mobile Dienste, alternative Wohnformen, Kurzzeitpflege, Case- und Care-Management und mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste, soweit sie aus Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden.

Die Kosten für Pflegedienstleistungen werden auf Basis demografischer (Änderung der Bevölkerungsstruktur; Entwicklung des Gesundheitszustands) und nicht-demografischer Faktoren (Veränderung der Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen und der Haushaltsstrukturen als Approximation für das Ausmaß der informellen Pflege; Kostenentwicklung im Pflegesektor) projiziert. Die untere Variante ist als kostengünstige Entwicklung und die obere Variante als kostenintensive Entwicklung zu verstehen.

Ausgehend von den Entwicklungen, die in Kapitel 2 diskutiert wurden (demografische Entwicklung, Gesundheitsentwicklung, Erwerbsquotenprognosen von Frauen, Entwicklung der Ein-Personen-Haushalte) und den oben beschriebenen Bestimmungsfaktoren für die Ausgabenentwicklung für Pflegedienstleistungen liegen den Projektionen folgende Annahmen zugrunde:

Annahme 1: Die Projektion basiert bei allen dargestellten Varianten (mittlere, untere, obere) auf der Hauptvariante der demografischen Prognose von Statistik Austria (Dezember 2022). Der Hauptvariante unterliegen die Annahmen einer mittleren Fertilitätsentwicklung, mittleren Migrationsentwicklung sowie mittleren Sterblichkeitsrate.

Annahme 2: Konsistent zu früheren Pflegeprojektionen des WIFO wird von einer Kompression der Morbidität ausgegangen, auch wenn die Daten in den jüngeren Jahren uneinheitlich sind (siehe Abschnitt 2.2). Die Kompression der Morbidität wird in der folgenden Projektion berücksichtigt, indem die Pflegeinzidenz der über 64-Jährigen im Jahr 2030 sowie im Jahr 2040 um ein Jahr verschoben wird (mittlere Variante). So wird beispielsweise die Pflegeinzidenz eines 65-Jährigen im Jahr 2030 als Pflegeinzidenz eines 66-Jährigen im Jahr 2029 definiert. Für die untere Variante wurde nur die Hälfte der Differenz zwischen der rein demografischen Berechnung und der Berechnung mit besserer Gesundheit (mV) abgezogen und für die obere Variante die Hälfte der Differenz zwischen der rein demografischen Berechnung und der Berechnung mit besserer Gesundheit (mV) hinzugerechnet. Um Sprünge in den Jahren der Verschiebungen zu vermeiden, wurde der so errechnete Effekt über die gesamte Projektionsperiode gleichverteilt bzw. geglättet.

Annahme 3: Durch die Steigerung der Erwerbsbeteiligung von Frauen, des Anstiegs der Ein-Personen-Haushalte von älteren Personen sowie aufgrund der Verschlechterung der Abhängigenquote und der intergenerationellen Unterstützungsrate ist das informelle Pflegepotenzial rückläufig. In Konsistenz mit den jüngsten Pflegeprojektionen des WIFO (Famira-Mühlberger/Firgo, 2018; Famira-Mühlberger, 2017; Firgo/Famira-Mühlberger, 2014) wird in den folgenden Projektionen davon ausgegangen, dass im Jahr 2012 informelle Pflegeleistungen im Ausmaß von 70% aller Pflegeleistungen erbracht wurden. Ausgehend vom Jahr 2012 nehmen wir an, dass sich die informellen Pflegeleistungen seit 2012 jedes weitere Jahr um 0,2 Prozentpunkte reduziert hat bzw. weiter reduzieren werden wird (mittlere Variante). Die untere Variante nimmt einen Rückgang von 0,1 Prozentpunkten pro Jahr an und die obere Variante einen Rückgang von 0,3 Prozentpunkten.

Annahme 4: In den Projektionen werden weiters reale Kostensteigerungen durch die Reallohnentwicklung im Pflegebereich angenommen. In der mittleren Variante wird von einer realen Stückkostensteigerung der Leistungserbringung von jährlich 2% ausgegangen. In der unteren Variante wird von einem realen Kostenanstieg im Ausmaß von jährlich 1,5% ausgegangen und in der oberen Variante von jährlich 2,5%.

Zusätzlich wurde die jüngste Pflegereform im Bereich der Pflegedienstleistungen berücksichtigt. Durch das Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz (EEGZ) werden insgesamt rund 570 Mio. € für 2022 (rückwirkend) und 2023 an Beschäftigte im pflegerischen und gesundheitlichen Bereich ausbezahlt. Rund 40% davon betrifft Pflegekräfte (davon wiederum rund 75% im stationären und 25% im mobilen Bereich). Ebenso wurden ab 2023 das verfügbare Budget für die Ersatzpflege um jährlich insgesamt 5 Mio. € erhöht. Beide Faktoren wurden in den Projektionen berücksichtigt.

Basis der Kostenprojektionen sind die öffentlichen Nettoausgaben für Pflegedienstleistungen – soweit sie aus den Mitteln der Sozialhilfe bzw. der Mindestsicherung (mit-)finanziert werden – laut Pflegedienstleistungsstatistik für das Jahr 2021 sowie die jahrgangsspezifischen Daten der Pflegegeldbeziehenden nach Bundesländern. Die so geschätzten künftigen Kostenentwicklungen sind keine Prognosen, sondern Projektionen, da sie mögliche künftige Politikänderungen **nicht** berücksichtigen. Für die Beschreibung des Modelldesigns und der Methoden wird auf Anhang 1 und 2 verwiesen.

Die Ergebnisse der Projektionen der Kostenentwicklung für Pflegedienstleistungen zeigen zwischen 2021 und 2050 eine klare Zunahme der Kosten sowie der Zahl der betreuten Personen über alle Pflegedienstleistungsarten hinweg. Während im Jahr 2021 (mittlere Variante) die Nettokosten der Länder und Gemeinden für alle Pflegedienstleistungen rund 2,71 Mrd. € betragen, werden sich diese Nettokosten bis zum Jahr 2030 auf rund 4,22 Mrd. € und bis 2050 auf 10,7 Mrd. € erhöhen (zu Preisen von 2021). Dies bedeutet eine durchschnittliche jährliche Veränderung von 4,8%. Die prozentuelle Steigerung der Nettoausgaben wird in der mittleren Variante im Zeitraum 2021 bis 2030 56% betragen und bis 2050 auf 294% ansteigen (zu Preisen von 2021; Tabelle 11).

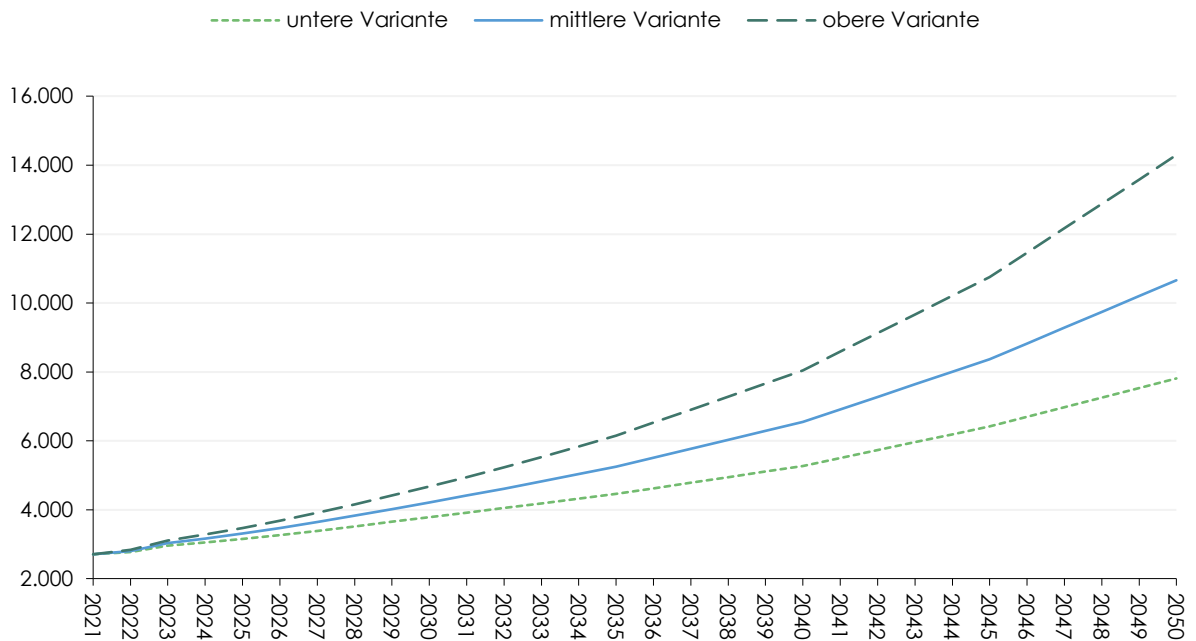
Tabelle 11: Entwicklung des Finanzaufwands der Pflegedienstleistungen gesamt

	Nettoausgaben in Mio. € zu Preisen von 2021			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	2.705,9	2.705,9	2.705,9			
2025	3.152,4	3.309,8	3.471,1	16,5%	22,3%	28,3%
2030	3.784,7	4.214,8	4.676,8	39,9%	55,8%	72,8%
2035	4.461,4	5.255,2	6.147,7	64,9%	94,2%	127,2%
2040	5.273,6	6.547,8	8.045,0	94,9%	142,0%	197,3%
2050	7.812,0	10.661,8	14.294,2	188,7%	294,0%	428,3%

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – Beinhaltet Ausgaben für stationäre, mobile, teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Case- und Care-Management sowie mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

Die untere und obere Variante, die die Annahmen einer besseren Gesundheit, des Rückgangs der informellen Pflege und der Stückkostensteigerungen im unterschiedlichen Ausmaß variieren (siehe weiter oben), zeigen eine Differenz von knapp 6,5 Mrd. €. Die Variabilität dieser Faktoren hat demnach einen entscheidenden Einfluss.

Abbildung 8: Entwicklung der Aufwände für Pflegedienstleistungen in drei Varianten (zu Preisen von 2021)



Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – Beinhaltet Ausgaben für stationäre, mobile, teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Case- und Care-Management sowie mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste.

Zwischen 2021 und 2030 wird in der mittleren Variante eine Steigerung von knapp 56% erwartet (für eine Aufteilung über die einzelnen Jahre 2021 bis 2030 siehe Tabelle 12).

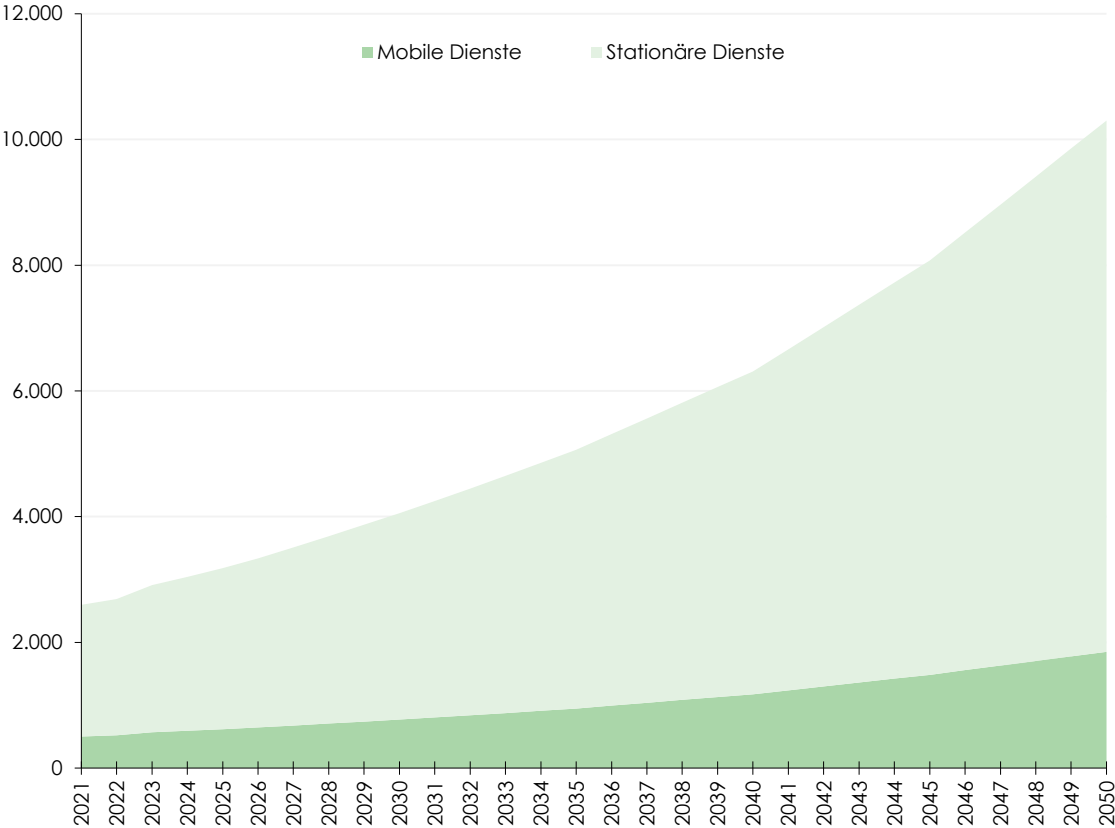
Tabelle 12: Entwicklung des Finanzaufwands für Pflegedienstleistungen bis 2030

	Nettoausgaben in Mio. € zu Preisen von 2021			Veränderung gegenüber dem Vorjahr in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	2.705,9	2.705,9	2.705,9			
2022	2.770,5	2.805,6	2.840,6	2,4%	3,7%	5,0%
2023	2.960,1	3.032,3	3.104,9	6,8%	8,1%	9,3%
2024	3.051,7	3.165,0	3.280,0	3,1%	4,4%	5,6%
2025	3.152,4	3.309,8	3.471,1	3,3%	4,6%	5,8%
2026	3.265,6	3.470,4	3.682,2	3,6%	4,9%	6,1%
2027	3.390,3	3.646,1	3.913,1	3,8%	5,1%	6,3%
2028	3.520,3	3.830,7	4.157,8	3,8%	5,1%	6,3%
2029	3.653,3	4.021,9	4.414,1	3,8%	5,0%	6,2%
2030	3.784,7	4.214,8	4.676,8	3,6%	4,8%	6,0%

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

Die zwei wesentlichen Bereiche – stationäre Pflege und mobile Dienste – zeigen dementsprechend hohe Veränderungsraten bis 2050, die anderen Pflegedienstleistungen (Kurzzeitpflege, teilstationäre Dienste, alternative Wohnformen, Case- und Care-Management, mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste) sind quantitativ dagegen kaum von Bedeutung (Abbildung 9). Die Aufwände für die stationäre Pflege (Tabelle 13, Tabelle 14) steigen zwischen 2021 und 2050 um 288%, während jene für mobile Dienste im selben Zeitraum um 249% steigen (Tabelle 15, Tabelle 16).

Abbildung 9: Entwicklung des Finanzaufwands (in Mio. € zu Preisen von 2021) – Gesamtszenario (mittel)



Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen.

Tabelle 13: Stationäre Pflegedienste: Entwicklung der betreuten Personen

	Betreute Personen			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	96.338	96.338	96.338			
2025	101.578	104.731	107.860	5,4%	8,7%	12,0%
2030	113.790	121.490	129.252	18,1%	26,1%	34,2%
2035	125.259	138.070	151.171	30,0%	43,3%	56,9%
2040	138.401	156.914	176.083	43,7%	62,9%	82,8%
2050	178.958	212.406	247.740	85,8%	120,5%	157,2%

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

Tabelle 14: Stationäre Pflegedienste: Entwicklung des Finanzaufwands

	Nettoaufgaben in Mio. € zu Preisen von 2021			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	2.093,8	2.093,8	2.093,8			
2025	2.438,9	2.560,8	2.685,7	16,5%	22,3%	28,3%
2030	2.948,9	3.284,3	3.644,4	40,8%	56,9%	74,1%
2035	3.492,6	4.114,3	4.813,4	66,8%	96,5%	129,9%
2040	4.135,5	5.135,1	6.309,7	97,5%	145,3%	201,4%
2050	6.192,8	8.452,5	11.332,8	195,8%	303,7%	441,3%

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

Tabelle 15: Mobile Pflegedienste: Entwicklung der betreuten Personen

	Betreute Personen			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	151.537	151.537	151.537			
2025	159.401	164.364	169.291	5,2%	8,5%	11,7%
2030	173.642	185.436	197.326	14,6%	22,4%	16,6%
2035	187.629	206.892	226.594	23,8%	36,5%	14,8%
2040	206.207	233.876	262.530	36,1%	54,3%	15,9%
2050	255.349	303.175	353.706	68,5%	100,1%	34,7%

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

Tabelle 16: Mobile Pflegedienste: Entwicklung des Finanzaufwands

	Nettoausgaben in Mio. € zu Preisen von 2021			Veränderung gegen 2021 in %		
	uV	mV	oV	uV	mV	oV
2021	501,3	501,3	501,3			
2025	591,1	620,4	650,5	17,9%	23,8%	29,8%
2030	693,7	772,4	857,0	38,4%	54,1%	70,9%
2035	804,9	948,0	1.108,9	60,6%	89,1%	121,2%
2040	946,6	1.175,2	1.443,8	88,8%	134,4%	188,0%
2050	1.353,5	1.847,3	2.476,5	170,0%	268,5%	394,0%

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen. – uV: untere Variante, mV: mittlere Variante, oV: obere Variante.

3.4 Aus den Nachfrageprojektionen abgeleiteter Pflegekräftebedarf in den mobilen und stationären Pflegediensten

Aus der projizierten Entwicklung der Anzahl der durch mobile und stationäre Dienste betreuten Personen lässt sich das für die Pflege und Betreuung notwendige Personal ceteris paribus hochrechnen (Famira-Mühlberger/Firgo, 2019). Die Datenbasis erlaubt jedoch keine Unterscheidung nach Berufsgruppen. Diese Hochrechnung wird ausschließlich aus der Zahl der betreuten Personen abgeleitet, während die Zahl der Leistungsstunden je betreuter Person (Pflegeintensität) als unverändert angenommen wird. Da sich mit der Alterung der Bevölkerung auch der durchschnittliche Betreuungsbedarf pro Person erhöhen wird, die Auswirkungen auf die Pflegeintensität jedoch mangels empirischer Befunde unberücksichtigt bleiben müssen, dürften die vorliegenden Berechnungen den tatsächlichen Personalbedarf tendenziell unterschätzen. Umgekehrt können technologische Entwicklungen im Bereich der medizinischen und pflegerischen Betreuung den Personalbedarf je betreuter Person (in einem derzeit nicht abschätzbaren Ausmaß) verringern.

Betont werden muss, dass mögliche bestehende Lücken in Quantität und Qualität in der mobilen und stationären Pflege in diesen Projektionen fortgeschrieben werden. Aufgrund von fehlenden belastbaren Daten zu bestehenden Lücken können diese hier keine Berücksichtigung finden. Eine wissenschaftliche Erhebung der Dimension der sogenannten "misted care" im Bereich der Langzeitpflege wäre zentral für evidenzbasierte Pflegepolitik.

Unter Annahme einer unveränderten Anzahl von Leistungsstunden je betreuter Person steigt die Zahl der betreuten Personen in der stationären Pflege von 96.338 im Jahr 2021 auf über 212.000 im Jahr 2050 (2030: rund 121.000) (Tabelle 17).

Mit diesem Nachfrageanstieg ist ein markanter Bedarf an Betreuungs- und Pflegepersonen verbunden. 2021 waren laut Pflegedienstleistungsstatistik durchschnittlich gut 46.000 Personen (bzw. knapp 37.000 Vollzeitäquivalente (VZÄ)) in der stationären Pflege beschäftigt. Unter Annahme eines unveränderten Betreuungsverhältnisses werden bereits 2030 rund 58.000 Personen bzw. 46.000 VZÄ notwendig sein, um die projizierte Nachfrage zu decken. 2050 erhöht sich die Zahl der benötigten Pflege- und Betreuungskräfte in der stationären Pflege entsprechend auf rund 102.000 Personen bzw. rund 81.000 VZÄ.

Der öffentliche Nettoaufwand für stationäre Dienste belief sich 2021 auf 2,1 Mrd. € und wird bis 2050 auf über 8 Mrd. € steigen (zu Preisen von 2021).

Tabelle 17: Projizierte Leistungen stationärer Dienste und abgeleiteter Personalbedarf, basierend auf der mittleren Variante

	2021	2030	2040	2050
Betreute/gepflegte Personen (Jahressummen)	96.338	121.490	156.914	212.406
Betreuungs-/Pflegepersonen (Köpfe)	46.183	58.241	75.222	101.824
Betreuungs-/Pflegepersonen VZÄ (Stand Jahresende)	36.567	46.114	59.560	80.623

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen.

Tabelle 18 stellt die entsprechenden Werte für die mobilen Dienste dar. Die Zahl der betreuten Personen in der mobilen Pflege steigt von rund 152.000 im Jahr 2021 auf gut 303.000 im Jahr 2050 (2030: 185.000). Wie im stationären Bereich ist mit diesem Nachfrageanstieg ein signifikanter Bedarf an Betreuungs- und Pflegepersonen verbunden. 2021 waren durchschnittlich rund 21.000 Personen (bzw. 13.000 VZÄ) in der mobilen Pflege beschäftigt. Unter Annahme unveränderter Leistungsstunden pro betreute Person werden bereits 2030 rund 26.000 Personen bzw. 16.000 VZÄ notwendig sein, um die projizierte Nachfrage zu decken. 2050 erhöht sich die Zahl der benötigten Pflege- und Betreuungskräfte in der mobilen Pflege entsprechend auf 43.000 Personen bzw. 26.000 VZÄ.

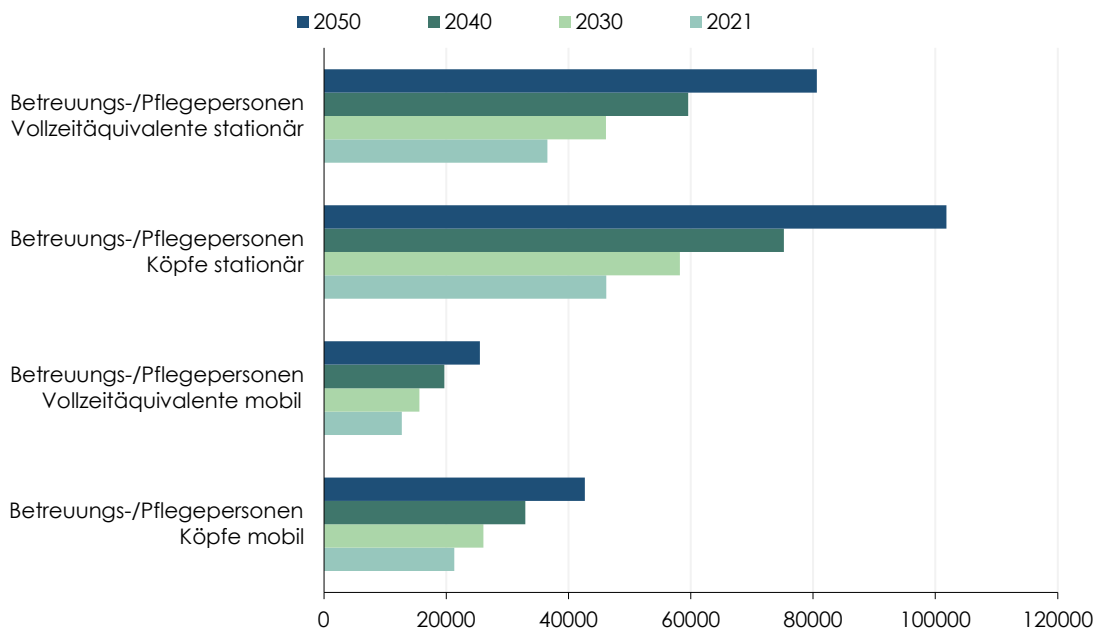
Der öffentliche Nettoaufwand für stationäre Dienste belief sich 2021 auf 501 Mio. € und wird bis 2050 auf rund 1,8 Mrd. € steigen (zu Preisen von 2021).

Tabelle 18: Projizierte Leistungen mobiler Dienste und abgeleiteter Personalbedarf, basierend auf der mittleren Variante

	2021	2030	2040	2050
Betreute/gepflegte Personen (Jahressummen)	151.537	185.436	233.876	303.175
Betreuungs-/Pflegepersonen (Köpfe)	21.328	26.099	32.917	42.670
Betreuungs-/Pflegepersonen VZÄ (Stand Jahresende)	12.752	15.604	19.680	25.512

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen.

Abbildung 10: Personalbedarf in der Pflege bis 2050



Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen.

Unter Annahme einer unveränderten Anzahl von Leistungsstunden je betreuter Person zeigt sich auf Basis der Projektionen ein starker Nachfrageanstieg an benötigtem Pflegepersonal. Unter den gegebenen Annahmen des Projektionsmodelles wird sich ein –

im Vergleich zum Jahr 2021 – zusätzlicher Personalbedarf im Pflegebereich (mobile und stationäre Dienste) von 17.000 Personen bis zum Jahr 2030 und 77.000 bis zum Jahr 2050 ergeben (2040: +41.000). Umgerechnet auf Vollzeitäquivalente (Basis 2021) ergibt sich ein zusätzlicher Personalbedarf von rund 12.000 Personen bis 2030 und 57.000 Personen bis 2050 (Tabelle 19).

Tabelle 19: Zusätzliche Betreuungs-/Pflegepersonen gegenüber 2021, basierend auf der mittleren Variante

	Mobile Dienste		Stationäre Dienste		Mobile und stationäre Dienste	
	Köpfe	VZÄ	Köpfe	VZÄ	Köpfe	VZÄ
2030	4.771	2.853	12.058	9.547	16.829	12.400
2040	11.589	6.929	29.039	22.993	40.628	29.922
2050	21.342	12.760	55.641	44.056	76.983	56.816

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

3.5 Szenarien "Ausbau Pflegedienstleistungen"

Die jüngste Pflegereform aus dem Jahr 2022 hat das Ziel, die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern. Für die Jahre 2022 und 2023 stellt der Bund rund 570 Mio. € zur Verfügung, um Pflegekräften einen Gehaltsbonus auszus zahlen. Weitere Maßnahmen, die Pflegekräfte direkt betreffen, sind eine zusätzliche Entlastungswoche für Pflegekräfte ab einem Alter von 43 Jahren und das Zeitguthaben von zwei Stunden pro Nachtdienst im stationären Bereich.

Diese Maßnahmen sind nötig, um die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften zu verbessern mit dem Ziel, dass sie im Pflegesektor verbleiben bzw. dass der Pflegesektor für neue Arbeitskräfte attraktiver wird. Der Personalmangel scheint sowohl im stationären als auch im mobilen Bereich bedeutend zu sein. Es gibt unterschiedliche Anhaltspunkte – jedoch keine umfassenden, belastbaren Daten – zur Frage der Leistungsreduktion aufgrund von Personalmangel im Pflegesektor:

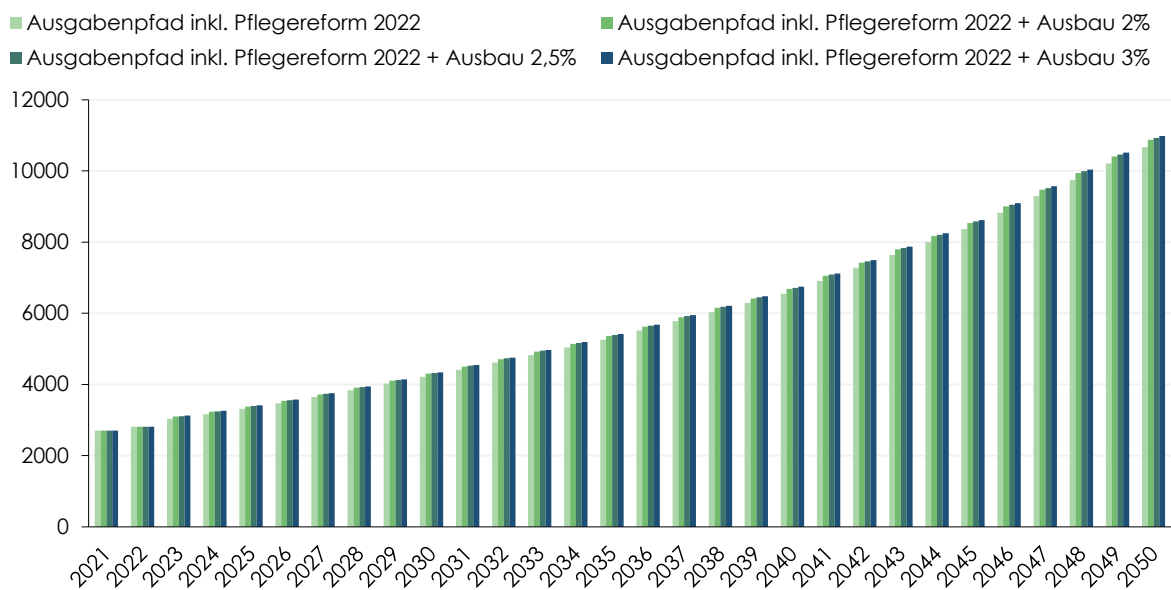
- Der Landesrechnungshof Oberösterreich hat erhoben, dass mit Jahresende 2021 871 Pflegebetten – das sind 7,1% aller Pflegebetten – in oberösterreichischen Alten- und Pflegeheimen aufgrund eines Personalmangels nicht belegt werden konnten. Im Jahr 2017 waren dies hingegen nur 54 Betten (bzw. 0,4%) (Oberösterreichischer Landesrechnungshof, 2022).
- Der Rechnungshof Österreich stellte in seinem Prüfbericht 2020 fest: "Nach Auskunft mehrerer Länder war es zunehmend schwieriger, Personal für den Pflegesektor zu rekrutieren" (Rechnungshof, 2020, S. 126). Es wird im Prüfbericht festgehalten, "dass der Personalmangel im Pflegebereich in den nächsten Jahren prioritär zu behandeln ist" (Rechnungshof, 2020, S. 127).
- Im Jahr 2018 adaptierte der Bundesgesetzgeber das System der qualifizierten Zuwanderung von Arbeitskräften und lässt ausländische Fachkräfte in Mangelberufen auch dann für den österreichischen Arbeitsmarkt zu, wenn ein Bedarf nach ihnen nicht auf Bundes-, sondern nur auf regionaler Ebene besteht (Rechnungshof, 2020, S. 127; siehe § 13 Ausländerbeschäftigungsgesetz, BGBl. 218/1975 i.d.F. BGBl. I 94/2018). Bereits 2019 wurden für die Bundesländer Salzburg und Tirol nicht-diplomiertes Pflegepersonal und verwandte Berufe als Mangelberufe angeführt. In der Fachkräfteverordnung 2023 sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und nicht-diplomierte Krankenpfleger:innen und verwandte Berufe auf der Mangelberufsliste für das gesamte Bundesgebiet (BGBl. II Nr. 488/2022). In der Fachkräfteverordnung 2022 waren im Spezifischen Pflegeassistent:innen und Pflegefachassistent:innen angeführt (BGBl. II Nr. 573/2021).
- In einer Studie aus dem Jahr 2018 wurde dokumentiert, wofür Arbeitskräfte in österreichischen Pflegeheimen ihre Arbeitszeit einsetzen (Glaser/Seubert, 2018). Dabei zeigte sich, dass rund 70% aller beobachteten Episoden mit Kommunikation verbunden waren. Gleichzeitig waren die festgestellten Zeitanteile, die für Betreuung im Sinne des ausschließlichen bzw. gemischten Fokus auf Kommunikation mit den Bewohner:innen aufgewendet wurden, bei nahezu allen Berufsgruppen sehr niedrig (zwischen 5% beim diplomierten Personal und bis zu 20% bei Heimhilfen). Jene Interaktionen, die sozioemotionalen Aspekten der Bewohner:innen gewidmet waren, nahmen bei allen Berufsgruppen weniger als 50% ein – d. h. verrichtungsbezogene Interaktionen standen klar im Vordergrund.
- Aus dem Tätigkeitsbericht der Volksanwaltschaft aus dem Jahr 2018 geht hervor, dass deren Menschenrechtskommissionen bei Besuchen in Alten- und Pflegeheimen einen massiven Personalmangel feststellten. In mehr als der Hälfte der Heime fehlte es im Nachtdienst an diplomiertem Personal, in 70% der Fälle erhielten überlastete

Pflegekräfte keine Supervision und häufig wurde zum Ausgleich von Personalmangel eine "bedenkliche Medikation" eingesetzt (Volksanwaltschaft, 2019).

- Rappold und Juraszovich (2019) verweisen auf die hohe Anzahl von Pensionierungen im Pflegesektor bis 2030 (41.500 Personen).

Eine weitere Attraktivierung des Pflegeberufes könnte das Arbeitskräfteangebot im Pflegesektor erhöhen, um den in dieser Studie aufgezeigten Personalbedarf künftig decken zu können. Da belastbare Daten fehlen, kann keine Abschätzung der dafür nötigen Mittel vorgenommen werden. In Abbildung 11 und Tabelle 20 werden Ausgabenentwicklungspfade bei einem Anstieg von 2%, 2,5% bzw. 3% der Ausgaben für Pflegedienstleistungen gezeigt (Basis 2023, also bereits inklusive der Pflegereform 2022).

Abbildung 11: Ausgabenpfad Pflegedienstleistungen in unterschiedlichen Ausbauszenarien (in Mio. € bis 2050)



Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen.

Tabelle 20: Entwicklung der Aufwände für Pflegedienstleistungen inklusive Ausbauvarianten (in Mio. € zu Preisen von 2021)

	Ausgabenpfad inkl. Pflegereform 2022	Ausgabenpfad inkl. Pflegereform 2022 + Ausbau 2%	Ausgabenpfad inkl. Pflegereform 2022 + Ausbau 2,5%	Ausgabenpfad inkl. Pflegereform 2022 + Ausbau 3%
2021	2.705,9	2.705,9	2.705,9	2.705,9
2022	2.805,6	2.805,6	2.805,6	2.805,6
2023	3.032,3	3.093,3	3.108,3	3.123,3
2024	3.165,0	3.228,7	3.244,4	3.260,0
2025	3.309,8	3.376,4	3.392,8	3.409,1
2026	3.470,4	3.540,2	3.557,4	3.574,6
2027	3.646,1	3.719,4	3.737,5	3.755,5
2028	3.830,7	3.907,7	3.926,7	3.945,6
2029	4.021,9	4.102,8	4.122,7	4.142,6
2030	4.214,8	4.299,6	4.320,4	4.341,3
2035	5.255,2	5.360,9	5.386,9	5.412,9
2040	6.547,8	6.679,5	6.711,9	6.744,3
2045	8.368,5	8.536,9	8.578,3	8.619,7
2050	10.661,8	10.876,3	10.929,0	10.981,7

Quelle: Pflegedienstleistungsstatistik 2021, Bevölkerungsprognose (Hauptvariante) Statistik Austria (Dezember 2022), WIFO-Berechnungen.

4 Grenzen der Projektionen und Schlussfolgerungen

4.1 Grenzen der Projektionen: Was aufgrund von mangelnden Daten unberücksichtigt bleiben muss

Wichtig ist abschließend zu betonen, dass die Projektionen die aktuelle Pflegegeldinzidenz, die Inzidenz der Förderung der 24-Stunden-Betreuung sowie die aktuellen Strukturen im Versorgungsmix im Bereich der Pflegedienstleistungen als konstant annehmen. Die effektive Nachfrage nach Pflegedienstleistungen gemäß Pflegedienstleistungsstatistik muss jedoch nicht deckungsgleich sein mit den existierenden Bedürfnissen von älteren Menschen. Da diesbezüglich belastbare Daten fehlen, können nur die heute bezogenen Förderleistungen im Pflegebereich berücksichtigt werden. Rothgang et al. (2020) zeigen beispielsweise für Deutschland eine signifikante Unterversorgung in qualitativer und quantitativer Hinsicht. Wie hoch eine eventuelle Unterversorgung sein könnte, ist für Österreich nicht erhoben. Basis für die Berechnungen des künftigen Personalbedarfs ist die Personalabdeckung im Jahr 2021. Die möglichen bestehenden Lücken, über die es keine belastbaren Daten gibt, werden also in den Projektionen fortgeschrieben. Diese Punkte sind bei der Interpretation der Ergebnisse unbedingt zu berücksichtigen.

Aufgrund dieses Defizits an empirischen Befunden wurde in dieser Studie ein anderer Weg gewählt, um die Ausgabeneffekte einer künftigen höheren Expansion von Pflegedienstleistungen darzustellen, nämlich die Darstellung von alternativen Ausgabenentwicklungspfaden bei einem Anstieg von 2%, 2,5% bzw. 3% der Ausgaben für Pflegedienstleistungen (Basis 2023, also bereits inklusive der Pflegereform 2022; siehe Abschnitt 3.5).

4.2 Schlussfolgerungen: Optionen für eine nachhaltige Pflegepolitik

Verlagerung zu mobiler Pflege dämpft den Kostenpfad moderat, Ausbau stationärer Pflege dennoch dringend

Diese Studie hat aufgezeigt, dass der öffentliche Sektor in den nächsten Jahrzehnten mit einer steigenden Nachfrage nach Pflegegeld und Pflegedienstleistungen konfrontiert sein wird. Dies wirft die Frage auf, welche politischen Maßnahmen kostendämpfend wirken können. WIFO-Studien sind der Frage nach dem Verlagerungspotenzial im Pflegebereich nachgegangen. Firgo und Famira-Mühlberger (2014) haben auf Basis einer Befragung unter Pflegedienstleister:innen gezeigt, dass das Verlagerungspotenzial von stationären zu mobilen Diensten begrenzt ist. Der Nachfrageanstieg in der stationären Pflege kann zwar durch den Ausbau alternativer Betreuungsformen gedämpft bzw. verzögert werden, ein zeitlich nachgelagerter, aber deutlicher Ausbau stationärer Pflege ist jedoch aufgrund der demografischen Entwicklung nötig. Famira-Mühlberger und Firgo (2018) haben gezeigt, dass eine Verlagerung des Pflegemix in Richtung mehr mobiler Pflege den öffentlichen Ausgabenpfad für Pflege zwar dämpfen, aber den nötigen Ausbau der stationären Pflege nicht wesentlich reduzieren kann.

Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern, Beschäftigungspotenzial erschließen und Ausbildungskapazitäten schaffen

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen einen hohen Personalbedarf in der Pflege in den nächsten Jahrzehnten. Das jüngste Pflegereformpaket der Bundesregierung setzt – unter anderem – an zwei wichtigen Ebenen an: Zum einen werden erste Maßnahmen gesetzt, die die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte verbessern, zum anderen wird die Pflegeausbildung finanziell besser unterstützt. Nur wenn sich die Arbeitsbedingungen nachhaltig ändern, werden mehr Menschen eine Pflegeausbildung beginnen. Da eine Pflegeausbildung von vielen Menschen zu einem späteren Zeitpunkt des beruflichen Karriereweges begonnen wird, ist eine bessere finanzielle Unterstützung während der Ausbildungsphase zentral, um private finanzielle Verpflichtungen weiter erfüllen zu können. Eine langfristige Planung der regionalisierten Ausbildungskapazitäten auf Basis von regionalisierten Bedarfs- und Entwicklungsplänen ist notwendig, um auch dem Nachfrageanstieg nach 2030 vorzubauen. Ein weiterer Baustein ist die Erschließung von Beschäftigungspotenzial mittels Fokussierung auf Umschulungen, Berufsrückkehrende, Teilzeitkräfte und Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland (inkl. adäquater Nostrifikationsbestimmungen).

Verbesserte Koordination, um adäquate Bedarfs- und Entwicklungspläne zu erstellen

Eine repräsentative Umfrage unter österreichischen Gemeinden zeigt auch die Notwendigkeit einer systematischen Herangehensweise bei der Abschätzung der künftigen Nachfrage sowie einer besseren Koordination zwischen Bund, Ländern und Gemeinden (Famira-Mühlberger, 2020). Eine stärkere Regionalisierung der Bedarfs- und Entwicklungspläne unter Einbindung der Gemeinden ist nötig. Die Intensivierung von Kommunikation und Informationsaustausch der politischen Akteur:innen innerhalb und zwischen den verschiedenen Entscheidungsträgern (Bund, Länder, Gemeinden, Sozialversicherungsträger) wird wesentlich sein, um den starken Anstieg der Nachfrage und des öffentlichen Aufwandes in den kommenden Jahrzehnten zu bewältigen.

Harmonisierung der Leistungsstandard und der Finanzierung

Die Bundesländer zeigen zum Teil sehr unterschiedliche Entwicklungen in der Demografie und in den zu erwartenden Aufwandsteigerungen für Pflegedienstleistungen. Außerdem bestehen zum Teil gravierende Unterschiede in Art und Umfang des geförderten Pflegeangebots mit deutlichen Unterschieden in den Tarifen und der individuellen bzw. familiären finanziellen Belastung. Ebenso sind erhebliche Qualitätsunterschiede hinsichtlich des Betreuungsverhältnisses bzw. Personalschlüssels bekannt. Die ökonomische Literatur zeigt, dass föderale Strukturen wohlfahrtssteigernd sein können, wenn dadurch Wettbewerb zwischen den Gebietskörperschaften gewährleistet ist. Jedoch sind dafür Leistungs- bzw. Informationstransparenz und die Mobilität der Betroffenen nötig, was im Fall der Pflegesysteme der Länder und Gemeinden nicht gegeben ist. Aus diesem Gesichtspunkt ist eine stärkere Harmonisierung der Leistungsstandards und der Finanzierung der Pflege nötig (siehe auch Famira-Mühlberger, 2020).

Langfristige finanzielle Absicherung der Pflegevorsorge gewährleisten

Angesichts der demografischen Entwicklung ist eine längerfristige politische Planung zentral. Der "Nachfrageschock" der Babyboomer-Generation muss rechtzeitig politisch gestaltet werden, um die Abgabenbelastung künftiger Generationen und der jetzt jüngeren Menschen in jenen Jahren zu begrenzen, in denen die geburtenstarken Jahrgänge das pflegebedürftige Alter erreichen. In Deutschland wurde beispielsweise bereits im Jahr 2015 einen Pflegevorsorgefonds in Form eines Sondervermögens etabliert, um übermäßige Kostensteigerungen durch das Eintreten der Babyboomer-Generation in das Pflegealter abzufedern.

Anhang

Anhang 1: Übersicht der Annahmen und der Datenbasis

Pflegegeld

Varianten	Annahmen	Datenbasis
Mittlere Variante (mV)	Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern. Bessere Gesundheit: Im Jahr 2030 und 2040 wird die Inzidenz, Pflegegeld zu beziehen, um ein Jahr nach unten verschoben. Der errechnete Effekt wird über die Jahre gleichverteilt.	Pflegegeldbeziehende 31.12.2021 nach Alter, Pflegegeldstufe und Bundesländern (vom BMSGPK übermittelt).
Untere Variante (uV)	Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern. Bessere Gesundheit: wie mV, aber nur halber Effekt von mV.	Pflegegeldbeziehende 31.12.2021 nach Alter, Pflegegeldstufe und Bundesländern (vom BMSGPK übermittelt).
Obere Variante (oV)	Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern. Bessere Gesundheit: wie mV, aber eineinhalbfacher Effekt von mV.	Pflegegeldbeziehende 31.12.2021 nach Alter, Pflegegeldstufe und Bundesländern (vom BMSGPK übermittelt).

24-Stunden-Betreuung

Varianten	Annahmen	Datenbasis
Mittlere Variante (mV)	<p>Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern.</p> <p>Bessere Gesundheit: Im Jahr 2030 und 2040 wird die Inzidenz, Pflegegeld zu beziehen, um ein Jahr nach unten verschoben. Der errechnete Effekt wird über die Jahre gleichverteilt.</p> <p>Informelle Pflege: Ausgehend von 70% informeller Pflege im Jahr 2012 wird das Ausmaß der informellen Pflege um 0,2 Prozentpunkte p. a. reduziert.</p>	Förderfälle 24-Stunden-Betreuung Dezember 2021 nach Bundesländern und Pflegegeldstufe.
Untere Variante (uV)	<p>Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern.</p> <p>Bessere Gesundheit: wie mV, aber nur halber Effekt von mV.</p> <p>Informelle Pflege: Ausgehend von 70% informeller Pflege im Jahr 2012 wird das Ausmaß der informellen Pflege um 0,1 Prozentpunkte p. a. reduziert.</p>	Förderfälle 24-Stunden-Betreuung Dezember 2021 nach Bundesländern und Pflegegeldstufe.
Obere Variante (oV)	<p>Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern.</p> <p>Bessere Gesundheit: wie mV, aber eineinhalbfacher Effekt von mV.</p> <p>Informelle Pflege: Ausgehend von 70% informeller Pflege im Jahr 2012 wird das Ausmaß der informellen Pflege um 0,3 Prozentpunkte p. a. reduziert.</p>	Förderfälle 24-Stunden-Betreuung Dezember 2021 nach Bundesländern und Pflegegeldstufe.

Pflegedienstleistungen

Varianten	Annahmen	Datenbasis
Mittlere Variante (mV)	<p>Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern.</p> <p>Bessere Gesundheit: Im Jahr 2030 und 2040 wird die Inzidenz, Pflegegeld zu beziehen, um ein Jahr nach unten verschoben. Der errechnete Effekt wird über die Jahre gleichverteilt.</p> <p>Informelle Pflege: Ausgehend von 70% informeller Pflege im Jahr 2012 wird das Ausmaß der informellen Pflege um 0,2 Prozentpunkte p. a. reduziert.</p> <p>Kostensteigerungen: +2% p. a.</p>	<p>Nettokosten der Pflegedienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik 2021: stationäre Dienste, mobile Dienste, teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Case- und Care-Management, mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste.</p>
Untere Variante (uV)	<p>Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern.</p> <p>Bessere Gesundheit: wie mV, aber nur halber Effekt von mV.</p> <p>Informelle Pflege: Ausgehend von 70% informeller Pflege im Jahr 2012 wird das Ausmaß der informellen Pflege um 0,1 Prozentpunkte p. a. reduziert.</p> <p>Kostensteigerungen: +1,5% p. a.</p>	<p>Nettokosten der Pflegedienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik 2021: stationäre Dienste, mobile Dienste, teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Case- und Care-Management, mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste.</p>
Obere Variante (oV)	<p>Bevölkerungsprognose Statistik Austria November 2022, Hauptvariante nach Bundesländern.</p> <p>Bessere Gesundheit: wie mV, aber eineinhalbfacher Effekt von mV.</p> <p>Informelle Pflege: Ausgehend von 70% informeller Pflege im Jahr 2012 wird das Ausmaß der informellen Pflege um 0,3 Prozentpunkte p. a. reduziert.</p> <p>Kostensteigerungen: +2,5% p. a.</p>	<p>Nettokosten der Pflegedienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik 2021: stationäre Dienste, mobile Dienste, teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Case- und Care-Management, mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste.</p>

Anhang 2: Modelldesign, Methoden und Annahmen der Berechnungen der Entwicklung der Pflegedienstleistungen

Berechnungsmethode

Berechnungen erfolgen getrennt nach Bundesländern (und bei den Pflegedienstleistungen zusätzlich nach Art der Pflegedienstleistung). Für Österreich werden die jeweiligen Bundesländerergebnisse aufsummiert. Bei den Pflegedienstleistungen werden für die Darstellung der Gesamtkosten die Kosten aller Pflegedienstleistungsarten summiert.

Demografische Veränderung

Der erste Schritt der Berechnungen, der als Basis für die weiteren Berechnungsschritte gilt, berechnet die Zunahme der Zahl der Personen, die Pflegeleistungen/Pflegegeld/Förderung für die 24-Stunden-Betreuung in Anspruch nehmen, ausschließlich aufgrund der demografischen Entwicklung. Dabei werden die Inzidenzen – also der Anteil der Personen in einer Altersstufe an den Pflegegeldbeziehenden nach den einzelnen Pflegegeldstufen in den jeweiligen Bundesländern – auf Basis der jeweiligen demografischen Bevölkerungsprognosen von Statistik Austria hochgerechnet. Es wird also davon ausgegangen, dass die Struktur der Pflegedienstleistungsbeziehenden/Pflegegeldbeziehenden/Beziehenden der Förderung für die 24-Stunden-Betreuung gleichbleibt und dass es keine Veränderungen des Risikos in einer bestimmten Altersgruppe, diese Leistungen zu beziehen, gibt. Bei den Pflegedienstleistungen werden darüber hinaus die relativen Nettokosten der einzelnen Pflegedienstleistungsarten als konstant angenommen (also ohne Kostensteigerung pro Kopf und Leistungsart).

Bessere Gesundheit, Rückgang informeller Pflege und Kostensteigerungen

Ausgehend von dieser rein demografischen Hochrechnung werden im Bereich der Pflegedienstleistungen die sich verbessernde Gesundheit (Kompression der Morbidität), die Nachfrageerhöhung nach formeller Pflege aufgrund der steigenden Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen und geringeren Haushaltsgrößen (entspricht einem Rückgang der informellen Pflege) sowie Kostensteigerungen im Pflegesektor berücksichtigt. Die unterschiedlichen Einflussfaktoren gehen anhand von empirisch gestützten Annahmen in die Projektionsszenarien ein. Um die Sensitivität dieser Annahmen zu überprüfen, wurde jeweils neben einer mittleren Variante eine untere und

obere Variante berechnet, um eine Bandbreite der möglichen Finanzaufwände darzustellen. Die untere Variante stellt die relativ kostengünstigste Variante dar, die obere Variante die relativ kostenintensivste.

Die Pflegegeldprojektionen berücksichtigen nur die demografische und die gesundheitliche Entwicklung, die Projektionen zur Förderung der 24-Stunden-Betreuung, die demografische, gesundheitliche Entwicklung sowie den Rückgang der informellen Pflege.

Methodik des Modells

Demografische Veränderung

Pflegedienstleistungen: Die Daten der Pflegedienstleistungsstatistik 2021 geben Aufschluss über die Personenstruktur der Pflegedienstleistungsbeziehenden nach Pflegegeldstufen, nach Alterskohorten und nach Dienstleistungsart (mobil, stationär, teilstationär, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Nettokosten der Pflegedienste aus der Pflegedienstleistungsstatistik 2021: stationäre Dienste, mobile Dienste, teilstationäre Dienste, Kurzzeitpflege, alternative Wohnformen, Case- und Care-Management, mehrstündige Alltagsbegleitungen und Entlastungsdienste, mehrstündige Alltagsbegleitung und Unterstützungsdienste). Die fehlende Verknüpfung der Altersstruktur der Pflegedienstleistungsbeziehenden mit jener der Pflegegeldstufen wurde mittels eines iterativen Randlösungsverfahrens (RAS-Algorithmus; Bacharach, 1970) auf Basis der vorhandenen alters- und pflegestufenspezifischen Daten der Pflegegeldbeziehenden berechnet. Dadurch stehen die Informationen über Pflegedienstleistungsbeziehenden verknüpft nach Altersgruppen (unter 60 Jahre, 60 bis 74 Jahre, 75 bis 85 Jahre, 85 Jahre und älter), Pflegegeldstufen und Pflegedienstleistungsart für alle neun Bundesländer zur Verfügung, die in weiterer Folge mit den Daten der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria vom Dezember 2022 für die einzelnen Bundesländer hochgerechnet werden. Daraus ergibt sich der erste Berechnungsschritt, der die Anzahl der Pflegedienstleistungsbeziehenden ausschließlich auf Basis der demografischen Entwicklung bis zum Jahr 2050 fortschreibt. Die daraus entstehenden Veränderungsdaten werden für die Berechnung der Entwicklung der dazugehörigen Kosten herangezogen.

Pflegegeld: Die vom BMSGPK übermittelten Pflegegelddaten vom Dezember 2021 geben Aufschluss über die Pflegegeldbeziehenden nach Alter, Pflegegeldstufe und Bundesländer. Daraus werden Inzidenzen berechnet, die mit der demografischen Entwicklung bis 2050 hochgerechnet werden.

Förderung der 24-Stunden-Betreuung: Die vom BMSGPK übermittelten Daten zur Förderung der 24-Stunden-Betreuung geben Aufschluss über Förderfälle nach Bundesländern und Pflegegeldstufen. Die Altersverteilung wurde auf Basis der Altersverteilung der Pflegegeldbeziehenden geschätzt. Die aus diesen Daten berechneten Inzidenzen werden mit der demografischen Entwicklung bis 2050 hochgerechnet.

Bessere Gesundheit

Pflegedienstleistungen: Im nächsten Schritt werden die Berechnungen um den Faktor der sich verbessernden Gesundheit älterer Menschen korrigiert. Methodisch herausfordernd dabei ist, dass für die Pflegedienstleistungen nur Informationen in groben Altersgruppen vorhanden sind (unter 60 Jahre, 60 bis 74 Jahre, 75 bis 84 Jahre, 85 Jahre und älter). Um den Effekt der sich verbessernden Gesundheit jedoch genauer schätzen zu können, wurden die Daten der Pflegegeldbeziehenden herangezogen, da diese für die einzelnen Altersjahre zur Verfügung stehen. Auf Basis des Jahres 2021 wurde die Anzahl der Pflegegeldbeziehenden mit der demografischen Bevölkerungsprognose bis 2050 hochgerechnet. Die so berechneten Anteile der Pflegegeldbeziehenden an der Bevölkerung (je nach Jahrgang) wurden ab dem Jahr 2030 für Personen ab 65 Jahren um ein Jahr versetzt und ab dem Jahr 2040 um ein weiteres Jahr. Dies drückt aus, dass sich das Risiko, ein Pflegefall zu werden, gut alle zehn Jahre um ein Jahr nach hinten verschiebt. Werden die in Abschnitt 2.2 dargestellten Daten über den Eintritt in die Lebensphase mit (sehr) schlechter Gesundheit bzw. in die Lebensphase mit funktionalen Beeinträchtigungen als Approximation für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit herangezogen, kann daraus abgeleitet werden, dass sich der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit retrospektiv alle zehn Jahre um zwei Jahre nach hinten verschoben hat. Am aktuellen Rand sehen wir jedoch eine uneinheitliche Datenlage. Es ist davon auszugehen, dass sich in Zukunft – ähnlich wie bei der Lebenserwartung – eine Abflachung der Entwicklung einstellen wird, weshalb nur der halbe Effekt unterstellt wird. Um der sich verbessernden Gesundheit in den Projektionen Rechnung zu tragen, wird also in der mittleren Variante davon ausgegangen, dass sich das individuelle Risiko der über 65-Jährigen, Pflegedienstleistungen zu beziehen, ab dem Jahr 2030 um ein Jahr verschiebt und ab dem Jahr 2040 um ein weiteres Jahr. Für die untere Variante wurde die Hälfte der

Differenz zwischen der rein demografischen Berechnung und der Berechnung mit besserer Gesundheit abgezogen und für die obere Variante die Hälfte der Differenz zwischen der rein demografischen Berechnung und der Berechnung mit besserer Gesundheit hinzugerechnet. Der auf diese Weise errechnete Effekt wird über die Jahre gleichverteilt bzw. geglättet.

Bei den Pflegegeldprojektionen und der Förderung der 24-Stunden-Betreuung wurde in äquivalenter Weise vorgegangen.

Rückgang der informellen Pflege

Pflegedienstleistungen: In einem nächsten Schritt werden die Szenarien der besseren Gesundheit um die voraussichtliche Abnahme der informellen Pflege korrigiert, um eine Verschiebung hin zu einer erhöhten Nachfrage nach formeller Pflege zu kalkulieren. Die Erfahrungen der letzten Jahre fortschreibend, wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2012 70% der Pflegeleistungen informell erbracht wurden (in Konsistenz zu Firgo/Famira-Mühlberger, 2014, und Famira-Mühlberger/Firgo, 2018). In den zu berechnenden Varianten wird davon ausgegangen, dass sich der Anteil der informellen Pflege jedes Jahr um 0,2 Prozentpunkte (mittlere Variante) bzw. 0,1 Prozentpunkte (untere Variante) bzw. 0,3 Prozentpunkte (obere Variante) verringert und sich die Nachfrage nach professioneller Pflege dementsprechend erhöhen wird.

Bei den Projektionen zur Förderung der 24-Stunden-Betreuung wurde in äquivalenter Weise vorgegangen. Bei den Projektionen des Pflegegelds ist der Rückgang der informellen Pflege nicht relevant.

Kostenanstieg im Pflegesektor

Pflegedienstleistungen: In einem letzten Schritt werden die Berechnungen um voraussichtliche Kostensteigerungen im Pflegesektor korrigiert. Dabei werden folgende Varianten berechnet: die mittlere Variante mit einem Kostenanstieg von real – also inflationsbereinigt – 2% pro Jahr, die untere Variante mit einem Kostenanstieg von real 1,5% pro Jahr und eine obere Variante mit einem Kostenanstieg von real 2,5% pro Jahr. Dieser letzte Berechnungsschritt ergibt das Endresultat der mittleren, unteren und oberen Variante.

Bei den Projektionen zur Förderung der 24-Stunden-Betreuung und des Pflegegelds ist der Kostenanstieg nicht relevant.

Anhang 3: Zusätzliche Daten

Tabelle 21: Prognose der Pflegegeldbeziehenden und der Ausgaben für Pflegegeld unter der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Annahme einer Verbesserung der Gesundheit (Österreich und Ausland)

	Pflegestufe							
	Gesamt	1	2	3	4	5	6	7
2021	466.757	129.524	99.856	87.336	68.314	52.368	20.136	9.223
2022	471.681	131.695	101.250	88.171	68.671	52.397	20.238	9.260
2023	476.445	133.587	102.577	89.020	69.099	52.549	20.331	9.282
2024	482.199	135.544	104.043	90.140	69.775	52.897	20.461	9.339
2025	487.956	137.213	105.509	91.308	70.525	53.394	20.613	9.393
2026	494.979	139.097	107.097	92.764	71.576	54.139	20.833	9.471
2027	502.952	141.118	108.801	94.472	72.817	55.057	21.113	9.573
2028	511.131	143.117	110.514	96.179	74.145	56.114	21.384	9.679
2029	519.112	145.045	112.161	97.765	75.488	57.213	21.649	9.791
2030	526.830	146.906	113.679	99.274	76.823	58.284	21.972	9.892
2035	564.446	157.403	121.269	106.162	82.626	63.003	23.505	10.478
2040	611.845	171.067	131.899	115.038	89.171	68.357	25.153	11.160
2045	673.863	185.574	144.896	127.885	99.446	76.504	27.522	12.035
2050	731.550	194.327	155.308	140.696	111.390	86.613	30.167	13.050
Veränderung 2021–2050 in %	57%	50%	56%	61%	63%	65%	50%	41%

Quelle: BMSGPK, WIFO-Berechnungen. – Beziehende in Österreich und im Ausland.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Restlebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren in Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand), 1978-2019	14
Tabelle 2: Restlebenserwartung von Frauen im Alter von 65 Jahren in Gesundheit (subjektiver Gesundheitszustand), 1978-2019	15
Tabelle 3: Restlebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung, 2003–2017	17
Tabelle 4: Restlebenserwartung von Frauen im Alter von 65 Jahren ohne funktionale Beeinträchtigung, 2003–2017	18
Tabelle 5: Verhältnis von Frauen 40 bis 64 Jahre und 50 bis 64 Jahre zu Personen im Alter von 80 Jahren und älter.....	20
Tabelle 6: Pflegegeld: Entwicklung der pflegegeldbeziehenden Personen (ASVG-Anpassungsfaktor berücksichtigt)	25
Tabelle 7: Pflegegeld: Entwicklung des Finanzaufwands (ASVG-Anpassungsfaktor berücksichtigt).....	25
Tabelle 8: Prognose der Pflegegeldbeziehenden und der Ausgaben für Pflegegeld unter der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Annahme einer Verbesserung der Gesundheit (mittlere Variante)	26
Tabelle 9: 24-Stunden-Betreuung: Entwicklung der betreuten Personen.....	28
Tabelle 10: 24-Stunden-Betreuung: Entwicklung des Finanzaufwands.....	29
Tabelle 11: Entwicklung des Finanzaufwands der Pflegedienstleistungen gesamt.....	32
Tabelle 12: Entwicklung des Finanzaufwands für Pflegedienstleistungen bis 2030.....	34
Tabelle 13: Stationäre Pflegedienste: Entwicklung der betreuten Personen.....	36
Tabelle 14: Stationäre Pflegedienste: Entwicklung des Finanzaufwands	36
Tabelle 15: Mobile Pflegedienste: Entwicklung der betreuten Personen	37
Tabelle 16: Mobile Pflegedienste: Entwicklung des Finanzaufwands	37
Tabelle 17: Projizierte Leistungen stationärer Dienste und abgeleiteter Personalbedarf, basierend auf der mittleren Variante.....	39
Tabelle 18: Projizierte Leistungen mobiler Dienste und abgeleiteter Personalbedarf, basierend auf der mittleren Variante.....	40
Tabelle 19: Zusätzliche Betreuungs-/Pflegepersonen gegenüber 2021, basierend auf der mittleren Variante	41
Tabelle 20: Entwicklung der Aufwände für Pflegedienstleistungen inklusive Ausbauvarianten (in Mio. € zu Preisen von 2021)	44

Tabelle 21: Prognose der Pflegegeldbeziehenden und der Ausgaben für Pflegegeld unter der Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Annahme einer Verbesserung der Gesundheit (Österreich und Ausland)	55
---	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alterspyramide Österreich 2021 und 2050 im Vergleich	10
Abbildung 2: Demografische Entwicklung in Österreich 2017–2050.....	11
Abbildung 3: Entwicklung der Bevölkerung im Alter von 80 Jahren und mehr in den österreichischen Bundesländern 2021-2050 (Veränderung in Prozent)	12
Abbildung 4: Entwicklung der gesunden Lebensjahre im Alter von 65 Jahren.....	16
Abbildung 5: Simulierte Erwerbsquoten von Frauen.....	21
Abbildung 6: Anstieg der Ein-Personen-Haushalte von Personen im Alter von 65 Jahren oder älter, 2021–2050.....	22
Abbildung 7: Projektion der Anzahl der Pflegegeldbeziehenden unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Annahme einer Verbesserung der Gesundheit	27
Abbildung 8: Entwicklung der Aufwände für Pflegedienstleistungen in drei Varianten (zu Preisen von 2021).....	33
Abbildung 9: Österreich – Entwicklung des Finanzaufwands (zu Preisen von 2021 in Mio. €) – Gesamtszenario (mittel).....	35
Abbildung 10: Personalbedarf in der Pflege bis 2050	40
Abbildung 11: Ausgabenpfad Pflegedienstleistungen in unterschiedlichen Ausbauszenarien (in Mio. € bis 2050).....	43

Literaturverzeichnis

Bacharach, Michael: Biproportional Matrices and Input-Output Change. London/New York: Cambridge University Press 1970.

Baumgartner, Josef: WIFO-Inflationsprognose 2022/2024 vom Dezember 2022. In: WIFO Research Briefs, 2022, Nr. 25. <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/70456>.

Baumgartner, Josef/Kaniovski, Serguei/Loretz, Simon: Energiepreisschock trübt auch mittelfristig die Wirtschaftsaussichten. Mittelfristige Prognose 2023 bis 2027. In: WIFO-Monatsberichte, 2022, Jg. 95, Nr. 10, S. 643–661. <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/69919>.

Doblhammer, Gabriele/Kytir, Josef: Compression or Expansion of Morbidity? Trends in Healthy-Life Expectancy in the Elderly Austrian Population Between 1978 and 1998. In: Social Science & Medicine, 2001, Jg. 52, Nr. 3, S. 385–391. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00141-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00141-6).

Ederer, Stefan/Glocker, Christian: Weltweiter Konjunkturabschwung erfasst Österreich. Prognose für 2022 bis 2024. In: WIFO-Konjunkturprognose, 2022, Nr. 4. <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/70406>.

European Commission: Long-Term Care Report – Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society. Volume I. Luxemburg: Publications Office of the European Union 2021. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/677726>.

Famira-Mühlberger, Ulrike: Die Bedeutung der 24-Stunden-Betreuung für die Altenbetreuung in Österreich. Wien: WIFO 2017. <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/60718>.

Famira-Mühlberger, Ulrike: Pflegevorsorge in Gemeinden. Wien: WIFO 2020. <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/66284>.

Famira-Mühlberger, Ulrike/Firgo, Matthias: Aktuelle und künftige Versorgungsfunktion der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in Österreich. Wien: WIFO 2018. <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/61563>.

Famira-Mühlberger, Ulrike/Firgo, Matthias: Zum künftigen Bedarf an Pflegepersonal in den stationären und mobilen Diensten. In: WIFO-Monatsberichte, 2019, Jg. 92, Nr. 3, S. 149–157. <https://www.wifo.ac.at/www/pubid/61700>.

Famira-Mühlberger, Ulrike/Firgo, Matthias/Fritz, Oliver/Streicher, Gerhard: Österreich 2025 – Pflegevorsorge – Künftiger Finanzierungsaufwand und regionalwirtschaftliche Verflechtungen. Wien: WIFO 2017. <https://www.wifo.ac.at/www/pubid/60469>.

Firgo, Matthias/Famira-Mühlberger, Ulrike: Ausbau der stationären Pflege in den Bundesländern. Quantitative und qualitative Effekte des Einsatzes öffentlicher Mittel im Vergleich zur mobilen Pflege. Wien: WIFO 2014. <https://www.wifo.ac.at/www/pubid/47447>.

Fries, James F.: Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity. In: New England Journal of Medicine, 1980, Nr. 303, S. 130–135. <https://doi.org/10.1056/nejm198007173030304>.

Glaser, Jürgen/Seubert, Christian: Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsrechte Personalbemessung. Innsbruck: Universität Innsbruck, Institut für Psychologie 2018.

Horvath, Thomas/Hyll, Walter/Mahringer, Helmut/Lutz, Hedwig/Spielauer, Martin: Ältere am Arbeitsmarkt: Eine Vorausschau bis 2040 als Grundlage für wirtschaftspolitische Maßnahmen. Wien: WIFO 2022. <https://www.wifo.ac.at/www/pubid/69701>.

Kingston, Andrew/Comas-Herrera, Adelina/Jagger, Carol: Forecasting the Care Needs of the Older Population in England over the Next 20 Years: Estimates from the Population Ageing and Care Simulation (PACSim) Modelling Study. In: The Lancet Public Health, 2018, Jg. 3, Nr. 9, S. e447–455. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30118-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30118-X).

Klar, Marie Kristin/Geyer, Siegfried/Safieddine, Batoul/Tetzlaff, Fabian/Tetzlaff, Juliane/Sperlich, Stefanie: Trends in Healthy Life Expectancy Between 2002 and 2018 in Germany – Compression or Expansion of Health-Related Quality of Life (HRQOL)? In: SSM Population Health, 2021, Nr. 13: 100758. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100758>.

Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege: Auswertung der von den diplomierten Gesundheits-/Krankenpflegepersonen durchgeführten Hausbesuche im Zeitraum von Jänner bis Dezember 2021. In:

<https://www.svs.at/cdscontent/load?contentid=10008.773240&version=1674134895>

(abgerufen am 14. 2. 2024).

Mühlberger, Ulrike/Knittler, Käthe/Guger, Alois: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Wien: WIFO 2008. <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/33621>.

Nagl-Cupal, Martin/Kolland, Franz/Zartler, Ulrike/Mayer, Hanna/Bittner, Marc/Koller, Martina Maria/Parisot, Viktoria/Stöhr, Doreen: Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) 2018.

Oberösterreichischer Landesrechnungshof: Pflege – Bedarf, Ausbildung, Strategie. Linz: Oberösterreichischer Landesrechnungshof 2022.

Rappold, Elisabeth/Juraszovich, Brigitte: Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) 2019.

Rechnungshof: Pflege in Österreich. Bericht des Rechnungshofes. Wien: Rechnungshof Österreich 2020.

Rothgang, Heinz/Cordes, Janet/Fünfstück, Mathias/Heinze, Franziska/Kalwitzki, Thomas/Stolle, Claudia/Kloep, Stephan/Krempa, Agata/Matzner, Lukas/Zenz, Cora/Sticht, Sarah/Görres, Stefan/Darmann-Finck, Ingrid/Wolf-Ostermann, Karin/Brannath, Werner/Becke, Guido: Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Bremen: Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik (SOCIUM)/Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)/Institut für Arbeit und Wirtschaft (IAW)/Kompetenzzentrum für Klinische Studien Bremen (KKSb) 2020.

<https://doi.org/10.26092/elib/294>.

Statistik Austria: Bevölkerungsprognose 2022. Wien: Statistik Austria 2022a.

Statistik Austria: Pflegedienstleistungsstatistik 2021. Wien: Statistik Austria 2022b.

Volksanwaltschaft: Präventive Menschenrechtskontrolle. Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat: Wien: Volksanwaltschaft 2019.

Abkürzungen

BENESCAND	Belgien, Niederlande und skandinavische Länder (Dänemark, Schweden, Finnland)
BFLE	Beschwerdefreie Lebenserwartung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
EEGZ	Entgelterhöhungs-Zweckzuschussgesetz
EU 27	27 Mitgliedsländer der Europäischen Union
EU-SILC	Europäische Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen
ff.	und die folgenden
GLJ	Gesunde Lebensjahre
MOEL 11	Mittel- und osteuropäische Länder (Estland, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Rumänien, Slowenien, Slowakei, Tschechien, Ungarn)
mV	Mittlere Variante
n. v.	Nicht vorhanden
oV	Obere Variante
p. a.	Pro Jahr
PG	Pflegegeld
uV	Untere Variante
vgl.	Vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
z. B.	Zum Beispiel

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

post@sozialministerium.at

sozialministerium.at