

**Private Versicherungen als  
Finanzierungsquelle für den  
Pflegebedarf im Alter**

**Thomas Url**

Wissenschaftliche Assistenz: Ursula Glauninger

## Private Versicherungen als Finanzierungsquelle für den Pflegebedarf im Alter

Thomas Url

März 2011

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs

Begutachtung: Alois Guger, Ewald Walterskirchen • Wissenschaftliche Assistenz: Ursula Glauninger

### Inhalt

Privatversicherungen stehen im Bereich der Langzeitpflege wegen asymmetrischer Information, moralischen Risikos, aggregierter Risiken und vor allem wegen der Verdrängung von Versicherungsleistungen durch staatliche Transfers vor erheblichen versicherungstechnischen Problemen. Trotzdem sollte die Pflegeversicherung ein interessanter Versicherungsmarkt sein, weil der Risikoausgleich sowohl innerhalb des Versichertenkollektivs als auch zwischen der Ein- und Auszahlungsphase möglich ist und versicherungstechnische Instrumente zur Verringerung von moralischem Risiko und Negativselektion zur Verfügung stehen. Wegen der hohen aggregierten Risiken sollten die Leistungen einer privaten Pflegeversicherung aus festen Beträgen bestehen, die schrittweise mit dem Pflegebedarf steigen. Eine dauerhafte Entlastung der öffentlichen Haushalte von Pflegekosten durch eine Privatversicherung erscheint nur mit einer allgemeinen Versicherungspflicht möglich. Die Umsetzung einer Versicherungspflicht könnte mit der Einrichtung einer Versicherungsbörse verknüpft werden. Diese Börse kann auch das Prämieninkasso für die Versicherer übernehmen. Für Personen mit niedrigem Einkommen könnte die öffentliche Hand die Versicherungsprämie direkt an dieser Börse subventionieren. Durch Prämien-subsidien und den Betrieb der Versicherungsbörse entstehen zwar Kosten für die öffentliche Hand, sie sollten jedoch deutlich niedriger sein als die derzeitigen Ausgaben.

Rückfragen: [Thomas.Url@wifo.ac.at](mailto:Thomas.Url@wifo.ac.at), [Ursula.Glauninger@wifo.ac.at](mailto:Ursula.Glauninger@wifo.ac.at)

2011/052-1/S/WIFO-Projektnummer: 2109

© 2011 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung,  
1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • Fax (+43 1) 798 93 86 • <http://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 30,00 € • Download 24,00 €: [http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=41358&typeid=8&display\\_mode=2](http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=41358&typeid=8&display_mode=2)

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Die Langzeitpflege in Österreich.</b>	<b>3</b>
2.1	<i>Monetäre Transfers in der Langzeitpflege</i>	3
2.2	<i>Die Sachleistungen in der Langzeitpflege</i>	6
2.3	<i>Die Finanzierung der Langzeitpflege</i>	8
<b>3.</b>	<b>Die erwartete Entwicklung des Pflegeaufwands in Österreich.</b>	<b>13</b>
<b>4.</b>	<b>Mögliche Finanzierungsarten des Pflegeaufwands</b>	<b>19</b>
4.1	<i>Länder mit einer Steuerfinanzierung (Dänemark)</i>	19
4.2	<i>Länder mit privaten Pflegeversicherungen</i>	20
4.3	<i>Länder mit einem Umlageverfahren</i>	21
<b>5.</b>	<b>Das Potential für private Pflegeversicherungen</b>	<b>27</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</b>	<b>31</b>
<b>7.</b>	<b>Literaturhinweise</b>	<b>35</b>

## 1. Einleitung

Zurzeit teilen sich die öffentliche Hand und die privaten Haushalte die Finanzierung des Pflegebedarfs in Österreich etwa in einem Verhältnis von 1:1. Mit den vorhandenen Mitteln werden monetäre und Sachleistungen finanziert: (1) das Pflegegeld, (2) die Eigenvorsorge bzw. die Unterstützung durch pflegende Angehörige und (3) die Leistungen sozialer Dienste. Insgesamt gab die öffentliche Hand 4,1 Mrd. € (2008) für Pflegeleistungen aus; die privaten Haushalte trugen direkte Kosten aus Eigenleistungen, Selbstbehalten und Kostenbeiträgen von 550 Mio. € (2008) und indirekte Kosten durch informelle Pflegeleistungen im Ausmaß von 2,7 Mrd. € (2008). Der überwiegende Teil der informellen Pflegeleistung (80%; *Badelt et al., 1997*) wird von Frauen erbracht. Zudem besteht ein umfangreicher grauer Markt für Pflegeleistungen auf dem ausländische Arbeitskräfte 24-Stunden Betreuung anbieten.

Dieses System der Pflegeleistung steht vor großen Herausforderungen durch den erwarteten demographischen und sozialen Wandel. Die aktuelle demographische Prognose (*Hanika et al., 2009*) sagt einen Anstieg des Anteils der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren an der gesamten Bevölkerung von derzeit 17,6% (2009) auf 24,18% (2030) und 28,1% (2050) vorher. Für Pflegeleistungen ist die Altersgruppe der über 80-Jährigen wesentlich relevanter, weil in dieser Gruppe der Großteil der Pflegefälle anfällt, z. B. sind rund die Hälfte der Pflegegeldbezieher 81 Jahre und älter. Der Anteil der Personen im Alter von 80 und mehr Jahren wird von derzeit 4,8% (2009) der Bevölkerung auf 7% (2030) und 11,5% (2050) steigen. Da die Bevölkerung bis dahin weiter wächst, nimmt die Zahl der Personen in diesem Alter von 400.000 auf 1.090.000 noch deutlicher zu.

Diese Entwicklung der Bevölkerungsstruktur bringt selbst bei gleichbleibender Pflegeinzidenz einen steigenden Bedarf nach Pflegeleistungen mit sich. Der Anstieg der Erwerbsbeteiligung von Frauen erschwert zusätzlich die private Erbringung informeller Pflegeleistungen zwischen den Generationen, weil diese Leistungen derzeit überwiegend von Frauen erbracht werden und berufliche Aktivitäten schwieriger mit der Pflegetätigkeit zu vereinbaren sind. Diese Entwicklung dürfte zusammen mit der steigenden Häufigkeit von Einpersonenhaushalten das Angebot von Pflegeleistungen innerhalb der Familie in den nächsten Jahrzehnten schmälern.

Der demographische Wandel wirkt jedoch nicht voll kostensteigernd. Durch die höhere Lebenserwartung und die bessere medizinische Vorsorge werden die Lebensjahre, die in gesundem Zustand verbracht werden, zunehmen und die Lebensphase mit Pflegebedarf kürzer werden.

Die Finanzierung des Aufwands für Pflege wird derzeit intensiv diskutiert. Die Vorschläge reichen von einem Ausbau der Steuerfinanzierung über eine Ausweitung der Sozialversicherung bis zur Erweiterung der prämienbegünstigten Zukunftsvorsorge um Pflegeleistungen oder zur Einrichtung größerer Anreize zum Abschluss einer Pflegeversicherung. Das derzeit hohe Ausmaß an Eigenvorsorge auf individueller Basis von 45% des Aufwands erfolgt außerhalb von Versicherungssystemen in Form von Zahlungen aus

dem laufenden Einkommen oder aus individuell angespartem Vermögen. Diese Form der Eigenleistung ist tatsächlich ineffizient, weil Einzelpersonen in diesem Fall den gesamten Betrag des erwarteten Pflegeaufwands selbst ansparen müssen. Nur wenn diese Person tatsächlich im erwarteten Ausmaß zum Pflegefall wird, wird das angesparte Vermögen verbraucht. Falls kein Pflegebedarf auftritt, wäre das Vermögen umsonst angespart worden und es kommt zu einer ungeplanten Erbschaft. Durch den Beitritt in eine Versicherungsgemeinschaft kann ein Risikoausgleich zwischen den Mitgliedern mit und ohne Pflegebedarf stattfinden, der individuell niedrigere Ansparbeträge ermöglicht und damit Mittel für den persönlichen Konsum - bei gleichzeitigem Aufbau von Eigenleistungen zur Pflegefinanzierung - frei macht.

Diese Studie enthält in den folgenden Abschnitten eine Beschreibung des aktuellen und zukünftigen Aufwands für Pflegeleistungen, eine Diskussion der möglichen Finanzierungsformen mit einigen Länderbeispielen und eine Einschätzung der Möglichkeiten für eine privatwirtschaftliche Versicherungslösung für Österreich. Eine Zusammenfassung und Schlussfolgerungen bilden den Abschluss.

## **2. Die Langzeitpflege in Österreich.**

Für die Langzeitpflege werden in Österreich monetäre Transfers und Sachleistungen erbracht. Diese Mischung gilt sowohl für den privaten Bereich als auch für die öffentlichen Leistungen. Auf Bundesebene stellt das Pflegegeld das größte Programm dar. Die Bundesländer zahlen ebenfalls monetäre Transfers an Pflegebedürftige aus (Landespflegegeld), ihr finanzieller Umfang ist aber im Vergleich zu den Sachleistungen wesentlich geringer.

### **2.1 Monetäre Transfers in der Langzeitpflege**

Im Jahr 2008 bezogen etwa 400.000 Personen oder 5% der österreichischen Bevölkerung ein Pflegegeld nach einem der Bundes- oder Landespflegegeldgesetze (BMAK, 2010). Das Bundespflegegeld wird allen Personen zugesprochen, die einen Pflegebedarf haben und den Anforderungen der Bedarfsprüfung genügen. Pflegebedürftige Personen, die durch das Bundespflegegeld nicht erfasst sind, können innerhalb der Landespflegegesetze einen Antrag auf Landespflegegeld stellen. Die Geldleistungen der Länder werden vorwiegend an Behinderte und Sozialhilfeempfänger ausgezahlt. Das Besondere an der österreichischen Lösung ist die hohe Autonomie der Pflegegeldempfänger in ihrer Entscheidung über den Leistungserbringer und die Art der Leistungserbringung. Die starke Präferenz für den Verbleib in der eigenen Wohnung bzw. im Kreis der eigenen Familie zeigt sich im hohen Anteil der Pflegefälle, der eine informelle Pflege beansprucht (80%; Schneider *et al.*, 2006). Das Pflegegeld kann sowohl für die Kompensation familienintern erbrachter Leistungen als auch für von Hilfsorganisationen oder von privaten und öffentlichen Anbietern erbrachte Dienstleistungen verwendet werden. Der ohne Bedingungen ausgezahlte monetäre Transfer unterstützt auch Zukäufe vom grauen Markt für Pflegeleistungen auf dem ausländische Arbeitskräfte 24-Stunden Betreuung anbieten.

Das Pflegegeld soll die zusätzlichen Kosten abgelten, die durch den Pflegebedarf entstehen, und es unterliegt nicht der Einkommensteuer. Die Höhe des Pflegegelds wird durch den individuellen Pflegebedarf bestimmt und ist vom Alter und vom Anlass der Pflegebedürftigkeit unabhängig. Einkommen und Vermögen der pflegebedürftigen Person bleiben in der Berechnung des Anspruchs unberücksichtigt. Die Kriterien für die Einschätzung des Pflegebedarfs sind durch das Bundespflege- und die neun Landespflegegesetze bestimmt. Die Abwicklung der Untersuchung und der Auszahlung erfolgt innerhalb der Pensions-, der Unfallversicherung und den anderen Versorgungseinrichtungen des Bundes.

Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit erfolgt, anhand der Kriterien der Einstufungsverordnung über den Bedarf an persönlichen Dienstleistungen und Unterstützung, durch einen Arzt und Vertreter anderer Berufe im Pflegebereich, z. B. Pflegepersonal. Zusätzlich gibt es für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit Richtlinien des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger. Das Pflegegeld gebührt, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige

Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mehr als sechs Monate andauern wird (Bundespflegegeldgesetz, BPGG §4 Abs. 1). Die Untersuchung schätzt den individuellen Bedarf an Hilfsleistungen für einzelne Tätigkeiten (An- und Ausziehen der Kleidung, Körperpflege, Essenszubereitung, Essen, Mobilität) in Stunden ein. Der insgesamt erwartete Zeitaufwand für Pflege wird dann mit der in §5 BBPG definierten Stufeneinteilung verglichen und ergibt die Höhe des Pflegegelds (Übersicht 1). Die Untersuchung wird üblicherweise in der Wohnung der Pflegebedürftigen durchgeführt, und die Einschätzung mit einem Bescheid übermittelt. Gegen diesen Bescheid kann ein Einspruch am Arbeits- und Sozialgericht eingereicht werden. Mit Jahresbeginn 2011 soll der Zugang zu den Pflegestufen 1 und 2 erschwert werden; gleichzeitig steigt in der obersten Stufe das Pflegegeld.

Der Großteil der Bezieher von Pflegegeld wird von der Pensionsversicherung betreut (91%), weitere 9% von anderen Bundesträgern - wie dem Pensionservice der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, der Bundesbahn, der Post usw. - und 0,5% von der Unfallversicherung (BMASK, 2010). Insgesamt bezogen 360.000 Personen ein Bundespflegegeld (2008). Weitere 60.000 Personen erhielten 2008 ein Landespflegegeld. Im Vergleich zu den Beschäftigten stieg der Anteil der Pflegegeldbezieher von 8,5% (1993) auf 10,5% (2008). Die Verteilung zwischen den Geschlechtern zeigt eine deutliche Mehrheit der Frauen; sie stellen zwei Drittel der Pflegegeldbezieher. Dieser Vorsprung entsteht vor allem in der Altersgruppe der mehr als 80-Jährigen (Übersicht 2). Der Aufwand für das Bundespflegegeld betrug 1,8 Mrd. € (2008), einschließlich des Landespflegegeldes ergibt dies ein durchschnittliches Pflegegeld von monatlich 415 €. Wegen der schiefen Verteilung der Pflegefälle über die sieben Pflegestufen mit einer starken Häufung in der Pflegestufe 2 beträgt das mittlere ausgezahlte Pflegegeld nur 285 € (Median).

Die 60.000 Bezieher von Landespflegegeld erhielten 2008 in Summe 0,3 Mrd. €. Die Zunahme der Bezieher von Landespflegegeld war seit 1993 etwas dynamischer als die der Bundespflegegeldbezieher: Zwischen 1993 und 2008 stieg die Zahl der Landespflegegeldbezieher um durchschnittlich +3,1% jährlich.

Die Verteilung der Empfänger von Pflegegeld über Altersstufen in Übersicht 2 zeigt eine deutliche Konzentration der Pflegegeldbezieher in der höchsten Altersgruppe der mehr als 80-Jährigen. Knapp die Hälfte der Pflegegeldbezieher befindet sich in dieser Altersgruppe (Abbildung 1). Weitere 140.000 Pflegegeldbezieher sind zwischen 61 und 80 Jahre alt, sodass die Schlussfolgerung stark untermauert wird, dass der Pflegebedarf stark mit dem Alter zusammenhängt. Noch deutlicher wird dieser Eindruck bestätigt, wenn die Empfänger von Pflegegeld in Bezug zur Wohnbevölkerung gesetzt werden. In den jüngeren Altersgruppen erhielten etwa 1% bis 2% der Wohnbevölkerung ein Pflegegeld, während in den darüber liegenden Altersgruppen dieser Anteil stark zunimmt. In der höchsten Altersgruppe hatten knapp zwei Drittel der Wohnbevölkerung einen mehr oder weniger hohen Pflegebedarf, der den Bezug von Pflegegeld rechtfertigte. Im Vergleich zu den Beschäftigten ergeben sich in den Kohorten im erwerbsfähigen Alter ähnliche Pflegequoten von 1% (21 bis 40-Jährige) bis

**Übersicht 1: Kriterien für die Einstufung in das Bundespflegegeld**

	Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als .... Stunden monatlich beträgt	€ pro Monat
Stufe 1	50 Stunden	154,2
Stufe 2	75 Stunden	284,3
Stufe 3	120 Stunden	442,9
Stufe 4	160 Stunden	664,3
Stufe 5	180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist.	902,3
Stufe 6	180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder wenn die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist.	1.242,0
Stufe 7	180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder wenn ein gleichzuachtender Zustand vorliegt.	1.655,8

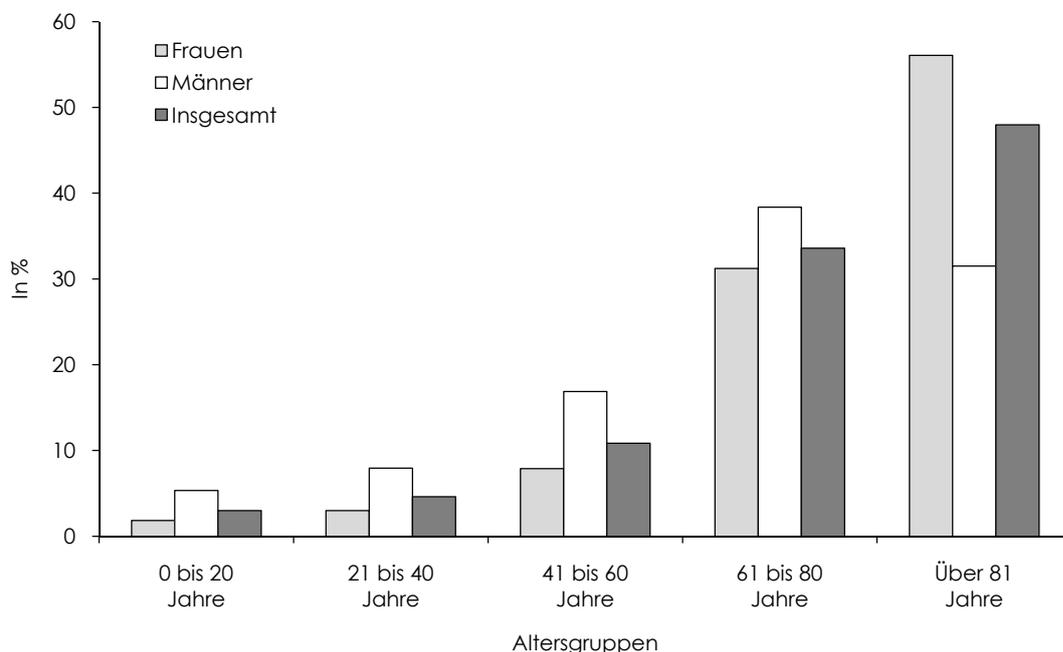
Anmerkung: Das Pflegegeld gebührt 12 Mal jährlich.

**Übersicht 2: Bezieher von Bundes- und Landespflegegeld nach Geschlecht und Altersgruppen 2008**

Alter	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
	1.000 Personen			In % der Bevölkerung		
0 bis 20 Jahre	5,189	7,407	12,596	0,6	0,8	0,7
21 bis 40 Jahre	8,467	11,029	19,496	0,7	1,0	0,9
41 bis 60 Jahre	22,308	23,457	45,765	1,9	2,0	1,9
61 bis 80 Jahre	88,423	53,357	141,780	11,3	8,1	9,8
Über 81 Jahre	158,745	43,791	202,536	66,2	44,6	60,0
Summe	283,132	139,041	422,173	6,6	3,4	5,1

Q: BMASK (2010), ST.AT.

**Abbildung 1: Verteilung der Pflegegeldbezieher über Altersgruppen 2008**



Q: BMASK, ST.AT.

3% (41 bis 60-Jährige). In den darüber liegenden Altersgruppen gibt es so wenige Beschäftigte, dass ein Vergleich nicht mehr sinnvoll ist.

## 2.2 Die Sachleistungen in der Langzeitpflege

Die Sachleistungen in der Langzeitpflege werden von einer Vielzahl dezentraler Organisationen innerhalb der Bundesländer erbracht. Dadurch bestehen nebeneinander neun unterschiedliche Ansätze zur Leistungserbringung durch institutionelle und nicht-institutionelle Anbieter sowie in der Heimhilfe. Diese Vielfalt erschwert eine zentrale Erfassung und die Vergleichbarkeit der Aufwendungen für Pflegeleistungen. Zusätzlich unterscheiden die Bundesländer kaum Pflegeleistungen für altersbedingte langfristige Pflegefälle von den Leistungen für Behinderte, daher ist auch im Folgenden der Pflegeaufwand für diese beiden Gruppen gemeinsam dargestellt.

Die Sachleistungen im Bereich der Pflege sind in Übersicht 3 nach der aktuellen Gliederung in BMASK (2010) aufgelistet. Sie reichen von der Betreuung im Rahmen mobiler sozialer Dienste, über teilstationäre Einrichtungen bis zur stationären 24-Stunden Pflege und Betreuung. Daneben bieten die Länder und Gemeinden auch die temporäre stationäre Pflege an, wenn die Angehörigen von Pflegebedürftigen kurzfristig nicht anwesend sind oder wenn Pflegebedürftige nach einem Krankenhausaufenthalt für kurze Zeit intensivere Pflege brauchen. Schließlich bieten die Gemeinden auch eine weniger intensive Pflege im Rahmen des betreuten Wohnens an; dort ist das Pflegepersonal nicht durchgehend anwesend. Beratungs- und Notrufdienste runden das Angebot ab.

**Übersicht 3: Definition der Kernprodukte der Länder für die Pflege und Betreuung, Vollkosten und Nettoaufwendungen 2008**

Produkt	Beschreibung	Vollkosten Mio. €	Nettoauf- wendungen	Kosten- beiträge In % der Vollkosten
Mobile soziale Dienste	Medizinische und soziale Hauskrankenpflege, Unterstützung bei der Haushaltsführung, soziale Betreuung - Differenzierung in „Mobile Pflege“ (bis inkl. Pflegehelfer) und „Heim- und Haushaltshilfe“	464,0	310,5	33,1
Teilstationäre Einrichtungen	Tageszentren, Tagesbetreuung, Tagespflege für betreuungs-/pflegebedürftige Personen (ohne Seniorenclubs; keine Angebote für gesunde alte Menschen)	289,8	190,1	34,4
Stationäre 24-h Pflege	Alle Wohnformen mit einer 24 Stunden-Präsenz der Pflege und Betreuungskräfte (auch Wohngemeinschaften)	1.912,8	1.177,8	38,4
Kurzzeit- und Urlaubspflege	Befristete Pflege und Betreuung	6,8	6,3	7,2
Übergangs- und Rehabilitationspflege	Befristete Pflege und Betreuung	176,9	12,0	93,2
Betreute Wohnformen	Alle Wohnformen mit einer nicht durchgehenden Präsenz von Pflege- und Betreuungskräften (ausgenommen Notrufwohnungen)	343,2	236,6	31,0
Beratung	Beratungsleistungen, die mobil oder ortsgebunden und „gesondert“ erbracht werden (nicht in mobilen Angeboten inkludiert)	62,5	57,8	7,6
Rufhilfe/Notruf	Notrufhilfe, Notruftelefon (eigenes Notruf/Hilfesystem)	1,6	1,6	0,0
Insgesamt		3.257,7	1.992,8	38,8

Q: BMASK (2010). - Vollkosten und Nettoaufwendungen sind für nicht meldende Bundesländer durch eigene Schätzungen ergänzt.

BMASK (2010) fasst nicht nur die Leistungen der Länder zusammen, sondern versucht auch eine Erhebung der Vollkosten, der Kostenbeiträge der Pflegebedürftigen (einschließlich des Pflegegelds) und des Nettoaufwands für die Länder und Gemeinden. Da die aktuelle Leistungsabgrenzung erst seit dem Pflegevorsorgebericht 2008 (BMASK, 2010) eingesetzt wird, sind noch nicht alle Daten auf die einheitliche Struktur abgestimmt. In Übersicht 3 sind Schätzwerte für die Vollkosten und den Nettoaufwand für Sachleistungen im Jahr 2008 angeführt. Insgesamt wurden etwa 3,3 Mrd. € für Sachleistungen ausgegeben, die zu knapp 40% durch Kostenbeiträge (einschließlich des Pflegegelds) finanziert wurden. Mit knapp zwei Drittel der Vollkosten bildete der stationäre Bereich der 24-Stundenpflege die aufwendigste Komponente. Etwa 14% der Vollkosten wurden durch mobile soziale Dienste verursacht. Die Aufwendungen für betreute Wohnformen und teilstationäre Einrichtungen bildeten jeweils etwa 10% der Vollkosten.

Die Kostenbeiträge (einschließlich des Pflegegelds) machen in der Übergangs- und Rehabilitationspflege den höchsten Anteil zur Finanzierung der Vollkosten aus. Das kann durch hohe Transfers der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung an die Erbringer der Pflegeleistungen erklärt werden; allerdings ist der hohe Satz nur durch wenige Beobachtungen getragen und daher statistisch schlecht abgesichert. Zusätzlich bestehen unter Umständen Abgrenzungsschwierigkeiten zur Kurzzeit- und Urlaubspflege mit einer unterdurchschnittlichen Kostenbeteiligung. In den anderen Sachleistungen liegt der Kostenbeitrag der Pflegebedürftigen zwischen 30% und 40% der Vollkosten. Die Bereiche Beratung und Notrufhilfe werden hingegen überwiegend durch öffentliche Zahlungen finanziert.

### **2.3 Die Finanzierung der Langzeitpflege**

Die Finanzierung der Langzeitpflege beruht in Österreich auf mehreren Säulen: Dem Bundes- und Landespflegegeld, den Nettoaufwendungen der Länder und Gemeinden für Sachleistungen, den Kostenbeiträgen der Pflegebedürftigen (nach Abzug des Pflegegelds), anderen Selbstbehalten und den indirekten Kosten durch innerhalb der Familien erbrachten Eigenleistungen der privaten Haushalte. Von diesen fünf Komponenten ist das Pflegegeld am besten erfasst. Seit der Einführung im Jahr 1994 bis zum Jahr 2008 sind die Auszahlungen sowohl für den Bund als auch für die Länder dokumentiert. In diesem Zeitraum nahm der Aufwand für Pflegegeld von 1,6 Mrd. € (1994) auf 2,1 Mrd. € zu (Übersicht 4). Dafür waren weniger Erhöhungen des Pflegegelds verantwortlich als eine Ausweitung der Anspruchsberechtigten (Abbildung 2) und eine Umgliederung von Pflegefällen (Demenz) im Jahr 1999 von Stufe 3 in Stufe 4 mit einem höheren Leistungsniveau. 2009 erfolgte erstmals eine nach Stufen unterschiedliche Anpassung des Pflegegelds, die den Aufwand des Bundes 2009 um 4,8% erhöht haben dürfte.

Mit Ausnahme des Pflegegeldes bestehen im Bereich der Pflegeversorgung keine Rechtsansprüche privater Haushalte an die öffentliche Hand. Die Finanzierung von Pflegedienstleistungen sollte aus dem Pflegegeld, dem laufenden Einkommen und eigener Vorsorge der privaten Haushalte erfolgen. Dennoch tragen die Länder mehr als die Hälfte der Kosten von Sachleistungen für Pflege über Zuschüsse und die Sozialhilfe. Der Grund für diese Transfers liegt in den hohen Kosten für die Betreuung pflegeintensiver Fälle, die das Einkommen der Pflegebedürftigen und deren Vermögen übersteigen. *Schneider et al.* (2006) geben für das Jahr 2004 monatliche Pflegegebühren für Seniorenheimplätze bzw. Altenpflegeheime zwischen 1.000 € und 6.000 € an. Die große Bandbreite entsteht durch die unterschiedliche Ausstattung und den Pflegebedarf der Bewohner. Wenn man für die Kosten von Pflegedienstleistungen die durchschnittliche Steigerung des Tariflohnindex der Beschäftigten in Krankenhäusern der Gemeinden von 2,7% jährlich unterstellt, lagen die Kosten für stationäre Betreuung 2008 zwischen 1.110 € und 6.670 € monatlich.

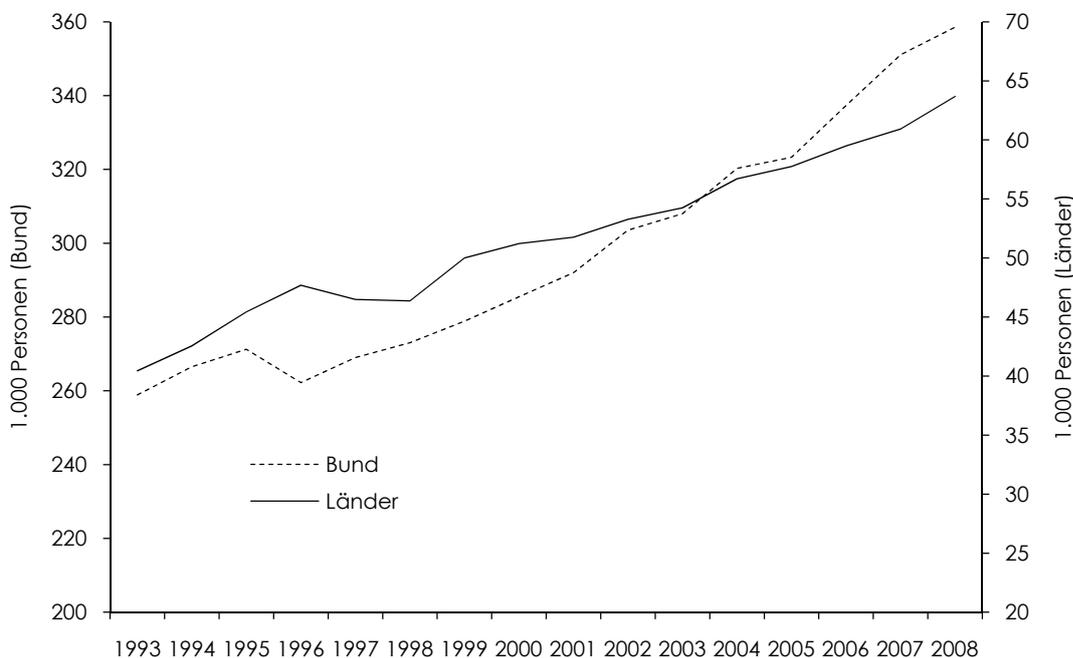
**Übersicht 4: Aufwand des Bundes und der Länder entsprechend der jeweiligen Gesetzeslage über das Pflegegeld**

	Länder	Pflegegeld		Sach- und Eigenleistungen		Insgesamt
		Bund	Insgesamt	Länder <sup>1)</sup>	Private Haushalte <sup>2)</sup>	
Mio. €						
1994	246,2	1.340,9	1.587,1	523,3	-	-
1995	255,4	1.379,4	1.634,8	581,3	-	-
1996	269,3	1.321,6	1.590,9	753,2	-	-
1997	248,2	1.266,3	1.514,5	775,7	-	-
1998	247,4	1.299,5	1.546,9	874,4	-	-
1999	256,9	1.355,6	1.612,5	973,0	-	-
2000	273,3	1.397,6	1.670,9	1.022,7	-	-
2001	267,5	1.426,9	1.694,4	1.034,6	-	-
2002	274,3	1.432,5	1.706,8	1.114,6	-	-
2003	277,3	1.470,6	1.747,9	1.110,2	-	-
2004	284,6	1.489,3	1.773,9	1.299,4	-	-
2005	294,0	1.566,4	1.860,4	1.387,4	-	-
2006	303,6	1.621,4	1.925,0	1.375,0	3.125,0	6.425,0
2007	312,5	1.691,5	2.004,0	-	3.215,6	-
2008	326,8	1.774,3	2.101,1	1.992,8	3.299,2	7.393,1

Q: BMASK (2010), Mühlberger et al. (2008). - 1) Nettoaufwendungen für Sachleistungen 2006 und dav or aus Mühlberger et al. (2008) und 2008 geschätzt (v gl. Übersicht 3). - 2) Indirekte Kosten durch indirekte Pflegeleistungen (2,6 Mrd.€) und Eigenbeiträge (0,53 Mrd. €) für 2006 aus Mühlberger et al. (2008) und danach mit der Entwicklung der nominellen Bruttoentgelte pro Kopf fortgeschrieben.

Die Höhe der Landeszuschüsse wird angesichts der Höhe von Pensionisteneinkommen und der Verteilung unter den Pensionisten verständlich. Im Dezember 2008 erhielten von den 2,15 Mio. Pensionsbeziehern 1,54 Mio. eine Pension von weniger als 1.200 € pro Monat (einschließlich der Zulagen und Zuschüsse und nach Abzug ruhender Beträge), das entspricht 71% der Pensionsbezieher (Übersicht 5). 1,75 Mio. Pensionsbezieher hatten einen Bezug von weniger als 1.500 € monatlich (81% der Pensionsbezieher), und 91% der Pensionsbezieher bezogen weniger als 1.950 € pro Monat. Selbst unter Berücksichtigung des Pflegegelds in der höchsten Stufe 7 von 1.656 € monatlich können daher nur etwa 10% der Pensionsbezieher Pflegekosten von 3.600 € monatlich aus dem laufenden Pensionseinkommen einschließlich des Pflegegelds bezahlen. Falls in diesen Fällen kein Vermögen zur Zahlung der Kostenbeiträge herangezogen werden kann, ersetzt die Sozialhilfe den Unterschied zwischen laufendem Einkommen und Pflegekosten. Durch die Anonymität von Finanzvermögen und

Abbildung 2: Entwicklung der Pflegegeldbezieher des Bundes, jeweils zum 31.12 des Jahres



Q: BMASK (2010).

die vorzeitige Vererbung von Immobilienvermögen können Privatpersonen den Zugriff von Ländern und Gemeinden auf vorhandenes Vermögen verhindern und erhöhen damit den Aufwand für die öffentliche Hand. Der Entfall von Regressmöglichkeiten auf nahe Verwandte mit Jahresbeginn 2009 verringerte die Einnahmen aus Kostenbeiträgen deutlich und könnte in der nächsten Zeit wieder rückgängig gemacht werden. Das Land Steiermark plant bereits die Wiedereinführung der erst im November 2008 abgeschafften Regressmöglichkeit (Der Standard, 11./12. Dezember 2010). Den Pflegebedürftigen wird in der Regel ein Taschengeld in der Höhe von 20% des Pensionsbezugs und etwa 10% des Pflegegelds gewährt, mit dem sie persönliche Ausgaben, Arzneimittelselbstbehalte usw. bestreiten können (Riedel – Kraus, 2010). Die Werte in Übersicht 5 berücksichtigen dieses Taschengeld nicht.

**Übersicht 5: Verteilung der Pensionseinkommen im Dezember 2008 zuzüglich Pflegegeld nach der Höhe des monatlichen Pensionsbetrags<sup>1)</sup>**

Monatlicher Pensionsbetrag	Pensionsbetrag einschließlich Pflegegeld der Stufe ...in €							Pensionsbezieher		
	1	2	3	4	5	6	7	Zahl	Zahl, kumuliert	In % aller Pensionsbezieher, kumuliert
	In €									
0 - 20 €	174	304	463	684	922	<b>1.262</b>	1.676	27.328	27.328	<b>1,3</b>
20 - 40 €	194	324	483	704	942	1.282	1.696	42.496	69.824	3,2
40 - 60 €	214	344	503	724	962	1.302	1.716	31.995	101.819	4,7
60 - 80 €	234	364	523	744	982	1.322	1.736	25.805	127.624	5,9
80 - 100 €	254	384	543	764	1.002	1.342	1.756	22.198	149.822	7,0
100 - 120 €	274	404	563	784	1.022	1.362	1.776	20.264	170.086	7,9
120 - 140 €	294	424	583	804	1.042	1.382	1.796	19.696	189.782	8,8
140 - 160 €	314	444	603	824	1.062	1.402	1.816	19.510	209.292	9,7
160 - 180 €	334	464	623	844	1.082	1.422	1.836	18.961	228.253	10,6
180 - 200 €	354	484	643	864	1.102	1.442	1.856	18.635	246.888	11,5
200 - 220 €	374	504	663	884	1.122	1.462	1.876	18.794	265.682	12,3
220 - 240 €	394	524	683	904	1.142	1.482	1.896	19.563	285.245	13,2
240 - 260 €	414	544	703	924	1.162	1.502	1.916	20.376	305.621	14,2
260 - 280 €	434	564	723	944	<b>1.182</b>	1.522	1.936	21.449	327.070	<b>15,2</b>
280 - 300 €	454	584	743	964	1.202	1.542	1.956	26.238	353.308	16,4
300 - 350 €	504	634	793	1.014	1.252	1.592	2.006	61.201	414.509	19,3
350 - 400 €	554	684	843	1.064	1.302	1.642	2.056	62.338	476.847	22,1
400 - 450 €	604	734	893	1.114	1.352	1.692	2.106	60.465	537.312	25,0
450 - 500 €	654	784	943	<b>1.164</b>	1.402	1.742	2.156	62.281	599.593	<b>27,9</b>
500 - 550 €	704	834	993	1.214	1.452	1.792	2.206	64.940	664.533	30,9
550 - 600 €	754	884	1.043	1.264	1.502	1.842	2.256	62.934	727.467	33,8
600 - 650 €	804	934	1.093	1.314	1.552	1.892	2.306	71.250	798.717	37,1
650 - 700 €	854	984	1.143	1.364	1.602	1.942	2.356	66.364	865.081	40,2
700 - 750 €	904	1.034	<b>1.193</b>	1.414	1.652	1.992	2.406	77.460	942.541	<b>43,8</b>
750 - 800 €	954	1.084	1.243	1.464	1.702	2.042	2.456	156.582	1.099.123	51,1
800 - 850 €	1.004	1.134	1.293	1.514	1.752	2.092	2.506	64.252	1.163.375	54,0
850 - 900 €	1.054	<b>1.184</b>	1.343	1.564	1.802	2.142	2.556	64.416	1.227.791	<b>57,0</b>
900 - 950 €	1.104	1.234	1.393	1.614	1.852	2.192	2.606	60.578	1.288.369	59,8
950 - 1.000 €	<b>1.154</b>	1.284	1.443	1.664	1.902	2.242	2.656	54.923	1.343.292	<b>62,4</b>
1.000 - 1.050 €	1.204	1.334	1.493	1.714	1.952	2.292	2.706	51.069	1.394.361	64,8
1.050 - 1.100 €	1.254	1.384	1.543	1.764	2.002	2.342	2.756	48.125	1.442.486	67,0
1.100 - 1.150 €	1.304	1.434	1.593	1.814	2.052	2.392	2.806	44.952	1.487.438	69,1
<b>1.150 - 1.200 €</b>	1.354	1.484	1.643	1.864	2.102	2.442	2.856	51.549	1.538.987	<b>71,5</b>
1.200 - 1.250 €	1.404	1.534	1.693	1.914	2.152	2.492	2.906	39.885	1.578.872	73,3
1.250 - 1.300 €	1.454	1.584	1.743	1.964	2.202	2.542	2.956	39.119	1.617.991	75,2
1.300 - 1.350 €	1.504	1.634	1.793	2.014	2.252	2.592	3.006	35.489	1.653.480	76,8
1.350 - 1.400 €	1.554	1.684	1.843	2.064	2.302	2.642	3.056	32.256	1.685.736	78,3
1.400 - 1.450 €	1.604	1.734	1.893	2.114	2.352	2.692	3.106	30.212	1.715.948	79,7
1.450 - 1.500 €	1.654	1.784	1.943	2.164	2.402	2.742	3.156	29.369	1.745.317	81,1
1.500 - 1.550 €	1.704	1.834	1.993	2.214	2.452	2.792	3.206	27.619	1.772.936	82,4
Über 1.550 €	-	-	-	-	-	-	-	379.874	2.152.810	100,0

Q: BMASK, Statistisches Handbuch der SV-träger Tabelle 3.20. - 1) Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit, des Alters und des Todes. Der Betrag einschließlich des Pflegegeldes wird aus der Obergrenze der jeweiligen Einkommensklasse und dem Pflegegeld berechnet. Die mit einem Rahmen gekennzeichneten Einkommensklassen zeigen die Grenzfälle bis zu denen das verbleibende Resteinkommen nach Abzug einer Versicherungsprämie von 500 Euro monatlich den Richtsatz für die Ausgleichszulage unterschreitet.



### 3. Die erwartete Entwicklung des Pflegeaufwands in Österreich.

Das WIFO erstellte bereits 2008 eine langfristige Prognose des in Österreich zu erwartenden Pflegebedarfs (*Mühlberger et al., 2008A*). Diese Studie umfasst die erwartete Entwicklung für den Aufwand der öffentlichen Hand, sodass Eigenleistungen bzw. familieninterne Transfers, sowie die innerhalb der Familie geleistete informelle Betreuung, nicht in den Schätzungen enthalten sind. Trotzdem wird die Rückkoppelung zwischen privater und öffentlicher Pflegeleistung berücksichtigt. Private Haushalte decken derzeit etwa 50% des Aufwands für Pflegeaufwand durch Eigenvorsorge bzw. durch Transfers von Geld oder Sachleistungen der Angehörigen.

Für eine langfristige Prognose des Pflegeaufwands müssen etliche Annahmen getroffen werden, die sich in der Entwicklung der Pflegekosten niederschlagen. Dazu zählt die Bevölkerungsentwicklung, die sowohl die Zusammensetzung der Bevölkerung nach dem Geschlecht als auch nach dem Alter vorgibt. Statistik Austria erstellt seit Jahren solche Prognosen und stellt sie der Öffentlichkeit zur Verfügung. *Hanika et al. (2009)* gehen davon aus, dass der Anteil der über 60-Jährigen während der nächsten 20 Jahre um die Hälfte von 23% auf 31,2% zunehmen wird. Der Anteil der über 80-Jährigen wird ebenfalls in diesem Ausmaß steigen. Da in diesem Zeitraum die Bevölkerung wächst, nimmt die Zahl der Personen in den jeweiligen Altersgruppen noch deutlicher zu.

Eine weitere wichtige Bestimmungsgröße für den Pflegeaufwand ist der Gesundheitszustand der relevanten Bevölkerungsgruppe. Der medizinische Fortschritt hat in vielen Bereichen tödliche Krankheiten in ernsthafte Krankheitsfälle verwandelt, die durch eine geeignete Behandlung wieder heilbar sind. Teilweise führen diese Eingriffe zu einem nachgelagerten Pflegeaufwand. Für eine langfristige Prognose stellt sich die Frage, wie weit der medizinische Fortschritt den Eintritt des Pflegefalls unterbinden bzw. die Dauer der Pflegebedürftigkeit verkürzen kann. Die entscheidende Frage ist sicherlich, ob ältere Personen in Zukunft eine kürzere, gleich lange oder längere Phase der Pflegebedürftigkeit erfahren werden. Medizinischer Fortschritt kann in eine verkürzende Richtung wirken, sofern die körperlichen Voraussetzungen für eine selbständige Lebensführung erhalten werden können. Er kann aber auch in eine verlängerte Richtung wirken, sofern lebenserhaltende Maßnahmen die Pflegephase in die Länge strecken. *Vaupel (2010)* zieht aus dem Vergleich mehrerer empirischer Studien den Schluss, dass die längere Lebenszeit keine Auswirkung auf die Zeitspanne der Pflegebedürftigkeit hat. Ein weiterer Unsicherheitsfaktor in diesem Bereich ist die Verbreitung von Demenzkrankheiten. Sie sind mit einer vergleichsweise hohen Betreuungsintensität verbunden und könnten in Zukunft häufiger auftreten. Schließlich kann der medizinische Fortschritt auch die Intensität der Pflege beeinflussen und dadurch die Besetzung der einzelnen Pflegegeldstufen zu den leichteren Fällen verschieben. Durch einen besseren Erhalt der körperlichen Fähigkeiten sinkt der Bedarf an Hilfe im täglichen Leben.

Die Annahmen über die Entwicklung der informellen Pflege innerhalb der Familie sind eine zentrale Größe für Langfristprognosen, weil Änderungen im Ausmaß der informellen Pflege direkte und umfangreiche Rückwirkungen auf den Bedarf an öffentlicher Pflege haben. Dasselbe gilt für den Graubereich der 24-Stundenpflege durch ausländische Betreuerinnen. Etwa 80% der Pflegeleistungen werden informell innerhalb der Familie erbracht (*Badelt et al., 1997*). Zwei langfristige Phänomene beeinflussen die Rahmenbedingungen für die informelle Pflege. Einerseits die Änderung der Haushaltsstruktur mit dem raschen Anstieg der Einpersonenhaushalte und andererseits die sinkenden bzw. niedrigen Geburtenzahlen. Familien können informelle Hilfeleistungen an alleinstehende Angehörige schwieriger organisieren als in einem Mehrpersonenhaushalt: Zusätzlich zur Pflegezeit müssen auch noch die An- und Abreise zum Haushalt der Pflegebedürftigen erfolgen. Unter Umständen verhindern zu große räumliche Entfernungen zwischen den Familienmitgliedern sogar die Erbringung informeller Pflegeleistungen. Neben steigender Mobilität wirkt sich auch das Sozialverhalten auf die Zahl der Einpersonenhaushalte aus. Eine niedrige Neigung zur Familiengründung und hohe Scheidungsraten erhöhen tendenziell die Zahl der Einpersonenhaushalte.

Eine zweite zentrale Annahme betrifft die zukünftige Entwicklung der Erwerbsquote in Österreich. Langfristig stieg die Erwerbsquote in Österreich. Internationale Beispiele – vor allem in den skandinavischen Ländern – zeigen, dass selbst auf dem derzeit hohen Niveau noch Potential für eine Ausweitung der Erwerbstätigkeit besteht. Vor allem unter den Frauen und in der Gruppe der über 55-jährigen Männer besteht ein erhebliches Potential zur Steigerung der Erwerbsquote. Langfristige Prognosen für die österreichische Wirtschaft gehen in der Regel von einer weiteren Zunahme der Erwerbstätigkeit aus (*Hofer et al., 2007*), die auch in Mehrpersonenhaushalten die Erbringung informeller Pflegeleistungen zwischen den Generationen erschweren wird. Insgesamt gibt es daher einige Argumente für einen Rückgang der informellen Pflege in Zukunft.

Die Bevölkerungsprognosen sagen schon seit Jahrzehnten eine Verknappung des Arbeitsangebotes vorher, die retrospektiv betrachtet nicht eintrat. Im Gegenteil, die Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 65 steigt in der aktuellen Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2020 und nimmt danach um etwa 200.000 Personen ab. Diese Prognose beruht jedoch auf der Annahme, dass über den gesamten Prognosehorizont eine Zuwanderung von etwa 30.000 Personen jährlich stattfindet. Dieser Wert könnte durchaus zu hoch gegriffen sein, weil einer dauernden Zuwanderung in diesem Umfang politischer Widerstand entgegengebracht wird, und weil das Migrationspotential aus dem vergleichsweise rascher alternden Osteuropa geringer als in den letzten Jahren sein wird (*Coleman, 2009*). Aus einem knapper werdenden Arbeitsangebot könnte im arbeitsintensiven Bereich Pflege erheblicher Druck auf die Lohnentwicklung und damit auf die Kosten der Leistungserstellung entstehen.

Schließlich kann die Angebotsstruktur aktiv beeinflusst werden, in dem Pflegefälle zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten verlagert werden, je nachdem, welcher Sektor günstigere Kosten aufweist. Im Bereich der 24-Stunden-Pflege könnte ebenfalls

durch eine Umschichtung von der vollständigen Betreuung am ursprünglichen Wohnort zu einer Betreuung in Seniorenwohnheimen einiges an Kosten eingespart werden, da das Personal in Heimen mehrere Personen gleichzeitig betreuen kann, während die Betreuung zu Hause zwangsläufig mit einer Person pro Pflegefall erfolgen muss. Schließlich ist die Qualitätskontrolle in Altersheimen leichter als in dezentralen Haushalten.

Zur Erstellung einer langfristigen Prognose ist es notwendig, die oben angesprochenen Teilbetrachtungen zu einem stimmigen Bild zusammen zu führen. Dieses Gesamtbild beruht auf den Annahmen über jene Teilbereiche, die als wesentliche Bestimmungsgrößen identifiziert werden, und erlaubt so die Einschätzung der Mengen und Preise von Pflegeleistungen. Alternative Kombinationen von Annahmen über einzelne Teilbereiche können zusätzlich in Szenarien miteinander kombiniert werden, z. B. hohe Erwerbsbeteiligung mit starkem medizinischen Fortschritt in Richtung Verkürzung der Pflegephase oder hohe Erwerbsbeteiligung mit gleichbleibender Länge der Pflegephase usw.

Die WIFO-Studie über den zukünftigen Pflegebedarf (*Mühlberger et al., 2008A*) erstellt ein Basisszenario, in dem in Zukunft das aktuelle Verhältnis zwischen monetären und Sachleistungen konstant bleibt und in den medizinischen, sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen keine Änderungen gegenüber dem Zustand des Jahres 2006 stattfinden. Die zukünftige Entwicklung des Pflegeaufwands im Basisszenario wird daher nur durch die Bevölkerungsprognose bestimmt. In diesem Szenario wird der öffentliche Pflegeaufwand zu konstanten Preisen (real) von 3,3 Mrd. € (2006) auf 5,3 Mrd. € (2030) steigen. Abbildung 3 zeigt die Verteilung dieser Gesamtsumme auf das Pflegegeld des Bundes, die Sachleistungen der Länder und das Landespflegegeld. Im Vergleich zu den beiden anderen Ausgabenkategorien wird das Landespflegegeld nur geringfügig zunehmen (Übersicht 6).

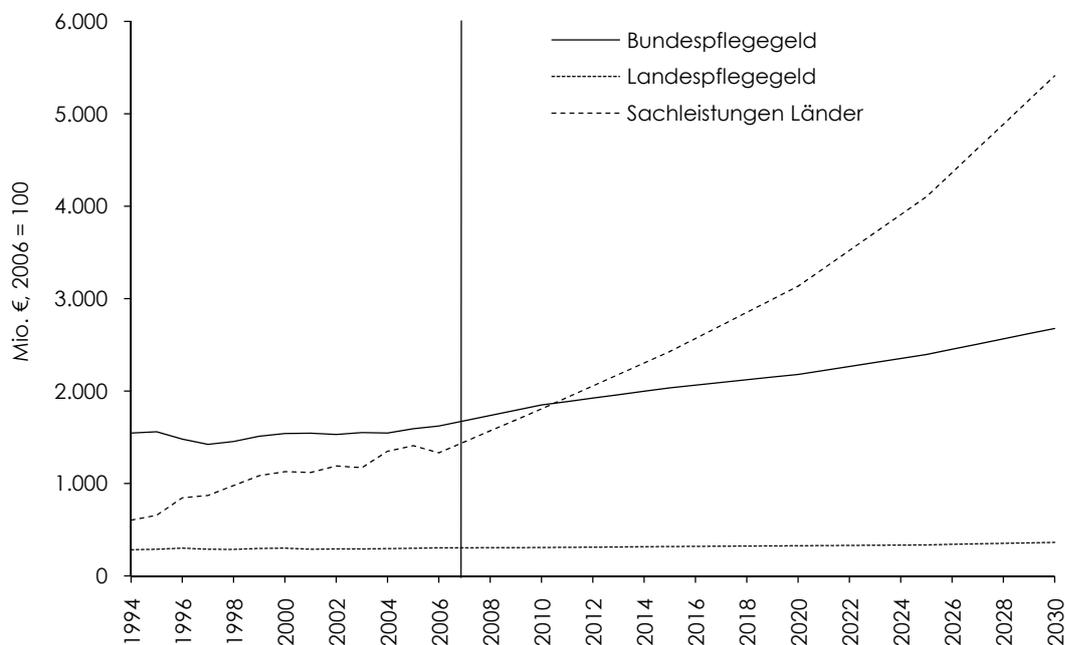
Die alternativen Szenarien dienen zum Abtasten des möglichen Zahlenraums und zeigen, auf welche Annahmen der erwartete Pflegebedarf besonders stark reagiert. Von der Abnahme der informellen Pflege innerhalb der Familie kann z. B. eine steigende Nachfrage nach öffentlichen Leistungen erwartet werden. Ein steigendes Erwerbseinkommen sollte die Nachfrage nach dem Luxusgut Pflege am Wohnort überproportional ausweiten (*Goda et al., 2010*). Mit dem höheren Grad an wirtschaftlicher Entwicklung steigen auch die Qualitätsansprüche an Pflegeleistungen, während die vergleichsweise niedrige Produktivitätssteigerung im Pflegebereich gleichzeitig die Arbeitskosten überproportional steigert. Die mögliche Verknappung des Pflegepersonals in der Zukunft kann ebenfalls in diese Richtung wirken. *Mühlberger et al. (2008A)* nehmen für alternative Szenarien an, dass die Phase der Pflegebedürftigkeit durch den medizinischen Fortschritt durchschnittlich um 1 bzw. um 2 Jahre kürzer wird. Die informelle Pflege wird im alternativen Szenario um 0,5% pro Jahr oder um 1% pro Jahr abnehmen und die Personalkosten für Pflege steigen pro Jahr um 1% oder sogar um 2% stärker als in der restlichen Wirtschaft. Im sogenannten Mittleren Gesamtszenario kombinieren *Mühlberger et al. (2008A)* folgende Annahmen: Die Phase der



(Übersicht 6). Die Sachleistungen der Länder werden entsprechend dieser Prognose ab etwa 2010 bereits höher sein als das Bundespflegegeld (Abbildung 4).

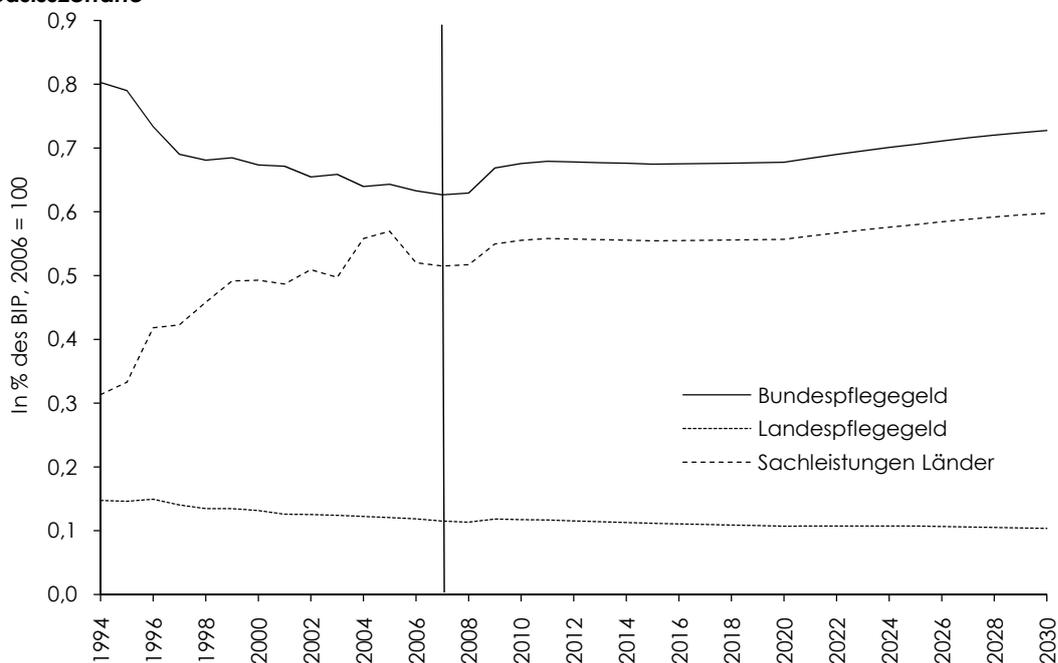
Diese, für sich betrachtet, enormen Zuwachsraten müssen jedoch zur besseren Vergleichbarkeit mit der Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Leistungskraft in einen Zusammenhang gebracht werden. Erst dadurch entsteht ein richtiges Bild über die tatsächliche Belastung der Wirtschaft. Dazu wird in den Abbildungen 5 und 6 im Basisszenario und im Mittleren Gesamtszenario der jeweilige Pflegeaufwand durch das reale Bruttoinlandsprodukt (BIP) dividiert und so als Anteil am BIP dargestellt. Diese Normierung macht sofort deutlich, dass die demographische Entwicklung bis 2030 noch stark durch die Ausweitung der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter geprägt ist und mit dem Anstieg des Arbeitskräftepotentials auch eine entsprechende Ausweitung von Erwerbstätigkeit und Wirtschaftsleistung zu erwarten ist. Mit dieser Zusatzinformation erscheint die Ausweitung des Pflegeaufwands im Basisszenario moderat (Abbildung 5) und im Einklang mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Unter den Annahmen des Mittleren Gesamtszenarios wirkt sich jedoch der enorme Anstieg der Sachleistungen im Bereich der Länder aus (Abbildung 6). Der Anteil der Sachleistungen am BIP steigt von 0,5% (2006) auf 1,5% des BIP (2030) und würde dementsprechend hohe Anforderungen an die Budgets der Bundesländer stellen.

**Abbildung 4: Historische und erwartete Entwicklung der Ausgaben für Pflege, Mittleres Gesamtszenario**



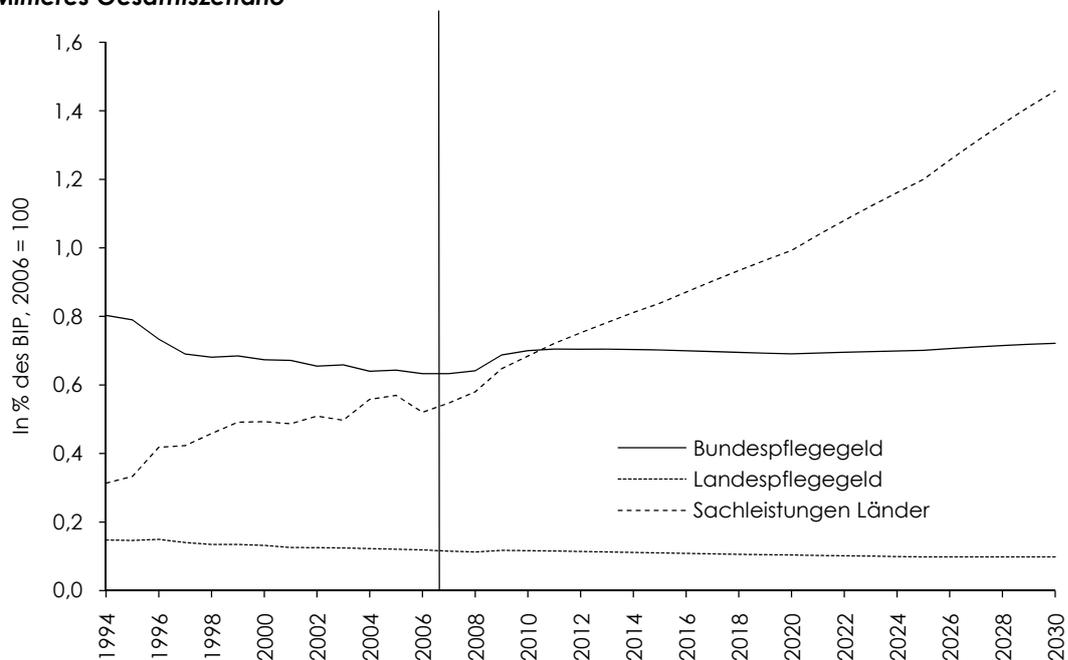
Q: Mühlberger et al. (2008).

**Abbildung 5: Historische und erwartete Entwicklung der Ausgaben für Pflege, Basisszenario**



Q: Hofer et al. (2008), Mühlberger et al. (2008).

**Abbildung 6: Historische und erwartete Entwicklung der Ausgaben für Pflege, Mittleres Gesamtszenario**



Q: Hofer et al. (2008), Mühlberger et al. (2008).

## **4. Mögliche Finanzierungsarten des Pflegeaufwands**

Die Finanzierung von Pflegeleistungen kann aus mehreren Quellen und über verschiedene Finanzierungsarten erfolgen. Auf der einen Seite liegt das Extrem der vollständigen Eigenfinanzierung durch die betroffenen Haushalte bzw. die ausschließliche Pflegeleistung durch nahe Angehörige. Die Pflege durch nahe Angehörige ist zwar kostengünstig, es besteht aber in Zukunft die Gefahr, dass familiäre Beziehungen zunehmend schwächer werden und eine Versorgung innerhalb der Familien in geringerem Ausmaß stattfinden wird. Die Eigenvorsorge hat auch den großen Nachteil, dass sie den möglichen Risikoausgleich zwischen pflegebedürftigen und nicht-pflegebedürftigen Personen nicht ausnützt. Durch die hohen Kosten externer Pflegeleistungen haben die unteren Einkommensschichten keinen Zugang zu Pflegeleistungen außerhalb der Familie und dieser Mangel wird als sozial ungerecht empfunden (*Department of Health, 2009A*). Es gibt keine entwickelte Wirtschaft, die ein solches System der ausschließlichen Eigenvorsorge privater Haushalte eingerichtet hat.

### **4.1 Länder mit einer Steuerfinanzierung (Dänemark)**

Auf der anderen extremen Seite liegt ein vollständig steuerfinanziertes Pflegesystem wie in Dänemark. Dieser Ansatz erlaubt die Integration der Pflegearbeit in das allgemeine Gesundheitssystem und bietet Pflegeleistungen universell für alle Personen mit Pflegebedarf an. Die Pflegearbeit wird in Dänemark auf der Gemeindeebene angeboten und durch kommunale Steuern finanziert. Die dezentrale Finanzierung und Leistungserstellung bewirkt unterschiedliche Leistungsangebote zwischen den Gemeinden. Der Großteil des Angebots wird in Form von Sachleistungen bereit gestellt, wobei es mit der Zeit zu einem Wandel von der Pflege in stationären Einrichtungen zur mobilen und ambulanten Pflege kam. Dieses System gewährleistet die Leistungserbringung durch reguläre Erwerbstätige und erzeugt damit messbare Beschäftigungseffekte. Steuerfinanzierte Systeme brauchen jedoch eine Zugangskontrolle zu den Pflegeleistungen, sonst leiden sie unter einer verstärkten Ausnutzung des Systems in Folge moralischen Risikos (*moral hazard*). In Dänemark erfolgt diese Kontrolle durch Gemeindebedienstete. *Mühlberger et al. (2008A)* beschreiben weitere Details des dänischen Pflegesystems.

Zwischen diesen beiden Extrembeispielen gibt es im internationalen Vergleich eine Vielzahl von Abstufungen. In Österreich erfolgt z. B. die Finanzierung durch einen teilweisen Selbstbehalt, der auf den festen Sätzen des steuerfinanzierten Pflegegeldes und den Sachleistungen der Länder und Gemeinden aufbaut. Trotzdem stammt etwa die Hälfte der Mittel für die Pflege aus dem privaten Bereich. In Großbritannien gibt es ein ähnliches System, das die Vermögenslage der Pflegebedürftigen in die Berechnung öffentlicher Pflegezuschüsse einbezieht. Das britische System ist der Sozialhilfe in Österreich ähnlich und zieht private Vermögensgegenstände zur Deckung der Sozialhilfeleistungen durch die Gemeinden heran.

*Mühlberger et al.* (2008B) schlagen für Österreich die Umstellung der Finanzierung von Pflegeleistungen auf ein steuerfinanziertes System vor. Dabei wird zweckgebundenen vermögensbezogenen Steuern der Vorzug gegeben, weil deren verteilungspolitische Wirkung progressiv ist, die Ergiebigkeit langfristig gesichert erscheint und die gesamtwirtschaftlichen Nebenwirkungen geringer eingeschätzt werden als für Beiträge zur Sozialversicherung. Die politische Durchsetzbarkeit dieses Vorschlag erscheint *Mühlberger et al.* (2008B) durch den Abtausch bestehender Regressmöglichkeiten der Bundesländer und Gemeinden auf das Vermögen von Pflegefällen gegen die zweckgebundene vermögensbezogene Steuer möglich.

#### **4.2 Länder mit privaten Pflegeversicherungen**

Staaten mit einer teilweise vorhandenen privaten Versicherungslösung sind selten. Beispiele dafür sind die USA (*Brown –Finkelstein*, 2009) und Frankreich (*Courbage –Roudat*, 2008), wobei selbst dort nur ein Bruchteil der Leistungen durch Versicherungen finanziert wird. In den USA werden nur 4% der Leistungen von Versicherungen bezahlt, während ein Drittel aus Eigenleistungen der privaten Haushalte stammt (*Brown –Finkelstein*, 2008). Im Bereich der Krankenversicherung werden in den USA hingegen 35% der Ausgaben von Krankenversicherungen gedeckt, während nur 17% durch Eigenleistungen der Privathaushalte erbracht werden. Die restlichen Pflegeleistungen werden von der öffentlichen Hand gedeckt, z. B. wird ein Drittel der Ausgaben von Medicaid der Langzeitpflege zugerechnet (*United States Congress*, 2004). In Frankreich haben knapp 5% der Bevölkerung eine Pflegeversicherung (*Kessler*, 2008).

In den USA wurde im Vorjahr mit dem Affordable Care Act (ACA) ein Versuch zur Ausweitung des Kreises der Krankenversicherten unternommen. Zurzeit sind in den USA knapp 50 Mio. Personen nicht durch eine private Krankenversicherung geschützt (*Cutler*, 2010). Die Langzeit-Pflegeversicherung war von dieser Reform zwar nicht betroffen, dennoch ermöglicht der US-Versuch interessante Rückschlüsse auf eine mögliche Reform der Finanzierung für die Langzeit-Pflege in Österreich. *Cutler* (2010) begründet den fehlenden privaten Versicherungsschutz in den USA durch hohe Preise und individuelle Schwierigkeiten bei der Suche nach einem geeigneten Versicherungsschutz. Zur Erhöhung der Zugänglichkeit von Krankenversicherungen sieht der ACA regionale Versicherungsbörsen vor, wie schon in Massachusetts und Utah bestehen. Privatpersonen und Kleinunternehmen können über diese Börse Versicherungsschutz kaufen. Die Aufgaben einer regionalen Versicherungsbörse bestehen in der Sicherstellung vergleichbarer Versicherungsprodukte, im Zertifizieren von Versicherungsverträgen, im Inkasso von Prämien und in der Weiterleitung von risikobereinigten Prämien an die privaten Versicherungsgesellschaften. Die Bereinigung der Prämien um unterschiedliche Gesundheitsrisiken zwischen den Versicherern soll jene Versicherungsunternehmen unterstützen, deren Tarif einen überproportional hohen Anteil an kranken Versicherten angelockt hat.

Durch die Einrichtung von Börsen bleiben für die Konsumenten Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Angeboten bestehen. Da durch Preis- und Produktgestaltung ausgezeichnete Möglichkeiten zur Selektion der Risiken in einer Versichertengemeinschaft bestehen, unterliegen alle über eine Versicherungsbörse vertriebenen Versicherungsverträge starken Einschränkungen, die eine weitgehende Vergleichbarkeit und eine gleichförmige Verteilung der Risiken über alle Versicherer gewährleisten sollen.

Private Haushalte mit unterdurchschnittlichen Einkommen erhalten eine Prämiensubvention, wenn Sie einen Krankenversicherungsvertrag über die Versicherungsbörse abschließen. Personen unter dem 26. Lebensjahr können mit dem Vertrag der Eltern mitversichert werden. Schließlich besteht eine Versicherungspflicht in Form einer Strafzahlung: Wenn jemand keinen Versicherungsvertrag zeichnet, muss eine Strafe von mindestens 695 USD oder 2,5% des Einkommens gezahlt werden.

### **4.3 Länder mit einem Umlageverfahren**

Deutschland setzt seit 1995 ein verpflichtendes Pflegeversicherungssystem ein. Die Finanzierung beruht auf paritätischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen von insgesamt 1,95% des Bruttolohns bis zur Beitragsbemessungsgrenze und erzeugt damit wesentlich größere Verzerrungen am Arbeitsmarkt als die in Großbritannien geplante Lösung. Der Finanzierungsbedarf wird in Deutschland durch die Einbeziehung der Familie in die Pflege, die enge Definition von Pflegebedürftigkeit und die Festlegung von Höchstbeträgen niedrig gehalten (Mühlberger et al., 2008A). Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit 2008 mit der Preisentwicklung indexiert und haben dadurch einen gewissen Schutz gegen Kaufkraftverluste. Das deutsche System wird jedoch nicht als finanziell nachhaltig eingeschätzt (Heinicke –Thomsen, 2010).

In Großbritannien wird eine interessante Reform des Pflegesystems angedacht, die mittlerweile in einer Reihe von Grün- und Weißbüchern diskutiert wurde (Department of Health, 2006, 2009A, 2009B). Da selbst in Großbritannien die Arbeitskosten durch Steuern und Abgaben in hohem Ausmaß belastet sind, wird eine weitere Belastung der Erwerbseinkommen mit Abgaben für die Pflegevorsorge nicht in Erwägung gezogen. Die Labour-Regierung schlug ein System der verpflichtenden staatlichen Umverteilung unter den über 65-Jährigen vor, in dem alle Personen in dieser Altersgruppe mit einem ausreichend hohen Einkommen verpflichtend Beiträge in ein öffentliches Umlageverfahren einzahlen sollen. Gleichzeitig sollten alle pflegebedürftigen Personen in dieser Altersgruppe Leistungen aus diesem System erhalten. Durch die verpflichtende Beitragszahlung wäre ein umfassendes Versichertenkollektiv ohne negative Risikoselektion gewährleistet, das keinem Verdrängungswettbewerb durch ähnliche öffentliche Leistungen unterliegen würde. Gleichzeitig könnte in Großbritannien das moralische Risiko (moral hazard) durch die Einbindung der Pflegeleistungen in das staatliche National Health System und die dort mögliche Zugangskontrolle gering gehalten werden.

Mayhew et al. (2010) diskutieren für das verpflichtende Umverteilungssystem zwischen den über 65-Jährigen alternative Finanzierungsformen, wovon die Partnership- und die Insurance-Lösung interessant erscheinen. Die Partnership-Lösung der Finanzierung entspricht dem typischen britischen wohlfahrtsstaatlichen Ansatz: Der Staat bietet eine Basislösung der Pflegekosten in Form eines staatlichen Anteils an den Grundkosten für Pflege an. Die darüber hinausgehenden Kosten müssten jedoch von den Pflegebedürftigen selbst finanziert werden. Die Versicherungslösung baut auf der Partnership-Lösung auf, weil darin ebenfalls ein Teil der Grundversorgung im Pflegefall öffentlich finanziert wäre, der Staat bietet aber gleichzeitig Anreize zur Versicherung in einer privaten oder öffentlichen Einrichtung. Mayhew et al. (2010) weisen auf die Beschränkungen einkommensbezogener Finanzierungssystemen hin: Die Finanzierung von Pflegeleistungen aus dem laufenden Einkommen der betroffenen Bevölkerung, z. B. der Gruppe im Alter von 65+, verringert unter Umständen das verfügbare Einkommen dieser Gruppe so stark, dass sie unter die Mindesteinkommensgrenze fallen. Zusätzlich sind Versicherungsprämien nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnet und vernachlässigen daher vollständig alle Fragen im Zusammenhang mit der Einkommensverteilung.

Diese Argumentation kann auch anhand der Verteilung österreichischer Pensionisteneinkommen in Übersicht 5 und dem gesamten zu finanzierenden Pflegeaufwand (Übersicht 4) veranschaulicht werden. Im Jahr 2008 lebten insgesamt 8,3 Mio. Menschen in Österreich, sodass eine verpflichtende Versicherungslösung unter allen über 60-Jährigen bei Gesamtkosten für die Langzeitpflege von 7,4 Mrd. € (Übersicht 4) zu einer durchschnittlichen Unisex-Prämie – d. h. einer nicht nach dem Geschlecht differenzierten Prämie – von 346 € pro Monat führen würde. Dieses Prämienniveau reicht nur zur Finanzierung der reinen Leistungszahlungen und beinhaltet keine Kostenzuschläge für die Verwaltung, den Aufbau von Rückstellungen für die besonders häufigen Pflegefälle unter den über 80-Jährigen oder Sicherheitszuschläge für etwa Preissteigerungen oder unerwartet intensivere Pflegeleistungen. Ein Vergleich mit der privaten Krankenversicherung zeigt, dass die Schadenquote in dieser Versicherungsabteilung bezogen auf die Prämien 73% ausmacht (Url, 2010), das impliziert einen Aufschlagsatz auf die Leistungen von 37%. Wenn die Aufschlagsätze in einer verpflichtenden Pflegeversicherung für die über 60-Jährigen in ähnlicher Höhe liegen, würde sich eine durchschnittliche Prämie von 474 € pro Monat ergeben, die durch die Versicherungssteuer weiter auf 493 € pro Monat ansteigen würde. Die Prämie pro Kopf würde im Lauf der Zeit sinken, weil die aufgebauten Rückstellungen im Anlassfall wieder abgebaut werden und weil durch den veranlagten Deckungsstock auch ein Überschuss aus der Finanzgebarung entstehen würde. Diese Entwicklung ist in den folgenden grob geschätzten durchschnittlichen Prämien allerdings nicht berücksichtigt.

Ein Vergleich mit Übersicht 5 zeigt, dass knapp 72% der Pensionsbezieher ein laufendes Pensionseinkommen von monatlich bis zu 1.200 € haben. Wenn von diesem Einkommen die hypothetische Versicherungsprämie von 500 € abgezogen werden würde, wäre das Einkommen der betreffenden Personen unter dem Richtsatz für die Ausgleichszulage 747 €

(2008). Nur 25% der Pensionsbezieher in der Pensionsversicherung würden nach Abzug der Versicherungsprämie ein Resteinkommen über 750 € verbleiben. Die vollständige Finanzierung des Pflegeaufwands durch einen Umverteilungsmechanismus unter den über 60-Jährigen erscheint daher in Österreich nicht durchführbar.

Die Möglichkeiten zur teilweisen Finanzierung des Pflegeaufwands durch eine Privatversicherung sind anhand einer ähnlichen Rechnung ersichtlich, in der das Pflegegeld aus der Finanzierung durch das Versicherungssystem ausgenommen wird. Durch die geringere Deckungssumme der Versicherung kann ein niedrigerer Beitrag veranschlagt werden. Anstelle von 7,4 Mrd. € wären dann nur mehr 5,3 Mrd. € im privaten Versicherungssystem aufzubringen, woraus eine monatliche Transfersumme pro Kopf von 248 € folgt. Unter Berücksichtigung des Aufschlagsatzes und der Versicherungssteuer würde sich dann eine durchschnittliche Prämie von 353 € ergeben. Übersicht 5 zeigt, dass 67% der Pensionisten ein Pensionseinkommen von 1.100 € monatlich erhalten; sie würden nach Zahlung der Prämie für eine Pflegeversicherung unter den Richtsatz für die Ausgleichszulage fallen; umgekehrt würde nur ein Drittel der Pensionisten nach Abzug der Prämie ein Einkommen über der Mindestpension beziehen, sodass weitere Einschränkungen der Versicherungsdeckung notwendig wären, damit eine verkraftbare Höhe der Prämie erreicht wird.

Eine weitere Verminderung der Deckung durch die Privatversicherung könnte erreicht werden, wenn zusätzlich die indirekten Kosten der Pflege durch Angehörige in Höhe von etwa 2,75 Mrd. € aus der Versicherung ausgenommen werden. Diese Ausnahme bietet sich nicht nur aus Kostengründen an, sondern auch wegen der erschwerten Beurteilung über Ausmaß und Qualität der erbrachten Pflegeleistung von Angehörigen. Durch den Ausschluss dieser Leistung könnte es aber auch zu einer vermehrten Inanspruchnahme öffentlicher Sachleistungen kommen, weil dafür ein Ersatz der Aufwendungen aus der Versicherungslösung gebühren würde, während indirekte Kosten durch familieninterne Sachleistungen nicht ersetzt werden. Diese Ausnahme aus der Deckung würde den zu finanzierenden Transferbetrag auf 2,55 Mrd. € senken und zu einer durchschnittlichen Prämie einschließlich der Aufschlagsätze und Versicherungssteuer von 170 € monatlich führen. Noch immer würden die Pensionseinkommen von etwa 57% der Pensionisten nach Abzug der Prämie für die Pflegeversicherung unter dem Richtsatz für Ausgleichszulagen liegen.

Eine alternative Vorgangsweise wäre die Verwendung der laufenden Pensionseinkommen als Beitragsgrundlage und ihre Belastung mit einem konstanten Beitragssatz. Diese Lösung ist in einer privaten Versicherungslösung nicht umsetzbar, weil ein privates Versicherungsunternehmen keinen Einblick in die Einkommenslage der Versicherten nehmen kann und daher keine Verbindung zwischen dem Beitragssatz und der Bemessungsgrundlage herstellen kann. Aus diesem Grund ist ein solches Beitragssystem praktisch nur innerhalb der Sozialversicherung möglich.

**Übersicht 7: Pensionszahlungen in Österreich**

	Insgesamt	Gesetzliche Pensions- versiche- rung	Pensionen öffentlicher Rechts- träger	Versorgungs- gesetze (Sozialent- schädigung)	Nacht- schwer- arbeits- gesetz	Pflegeaufwand		
						Insgesamt	Länder und private Haushalte ohne indirekte Kosten	
	Mio. €					In % der öffentlichen Pensionszahlungen		
1995	24.785,7	17.650,7	6.609,4	506,6	19,0	-	-	-
2000	29.358,6	21.473,0	7.457,6	403,1	24,9	-	-	-
2002	31.421,5	22.978,6	8.043,8	369,6	29,5	-	-	-
2003	32.510,5	23.728,7	8.406,3	346,8	28,7	-	-	-
2004	33.401,8	24.308,6	8.731,9	329,4	31,9	-	-	-
2005	34.291,2	25.116,4	8.830,2	311,1	33,5	-	-	-
2006	35.598,9	26.211,0	9.052,1	299,4	36,4	18,0	12,6	5,3
2007	36.984,5	27.419,8	9.242,3	285,7	36,7	-	-	-
2008	38.763,2	28.910,3	9.538,7	275,8	38,3	19,1	13,7	6,6

Q: ESSOSS, Übersicht 4.

Auf aggregierter Ebene können ähnlich wie zuvor durchschnittliche Beitragssätze berechnet werden, die einen unterschiedlichen Leistungsumfang berücksichtigen. Übersicht 7 zeigt die Pensionszahlungen aller bestehenden Altersversorgungssysteme in Österreich für die Jahre 1995 bis 2008. Zuletzt wurden in Österreich 38,8 Mrd. € für Pensionszahlungen ausgegeben, die zum Großteil aus der öffentlichen Pensionsversicherung stammen; die Zahlungen öffentlicher Rechtsträger bilden die zweite wichtige Quelle von Pensionszahlungen. Der durchschnittliche Beitragssatz ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen dem zu finanzierenden Pflegeaufwand und der Summe der Pensionszahlungen in Übersicht 7.

Wenn der gesamte Pflegeaufwand des Jahres 2008 von 7,4 Mrd. € (Übersicht 4) aus dem laufenden Einkommen der Pensionsbezieher finanziert werden soll, würde der durchschnittliche Beitragssatz 19,1% betragen. In dieser Berechnung würden die Bezieher einer Mindestpension ebenfalls den vollen Beitrag von knapp einem Fünftel ihres Pensionseinkommens entrichten. Damit läge ihr verfügbares Einkommen unter dem derzeit als Mindesteinkommen anerkannten Niveau. Das Resteinkommen würde bis zu einem Pensionseinkommen von 923 € monatlich unter dem Richtsatz liegen, sodass auch in diesem Modell etwa 59% der Pensionisten unter die Mindesteinkommensgrenze rutschen würden.

Selbst wenn das neue System nur die Nettoaufwendungen der Länder und die Zahlungen privater Haushalte decken würde, und das Pflegegeld als solches erhalten bliebe, müssten von allen Pensionisten im Durchschnitt knapp 14% des laufenden Pensionseinkommens für Zwecke der Pflegevorsorge in ein Versicherungssystem umgeleitet werden. Wiederum würde für etwa 56% der Pensionisten das Resteinkommen unter dem Richtsatz liegen.

Erst unter Ausschluss der indirekten Kosten der Pflege, d. h. unter Ausschluss der Kosten durch die Pflege Familienangehöriger, könnte der durchschnittliche Beitragssatz in einer Höhe von 6,6% fixiert werden. Selbst unter dieser Annahme würden 51% der Pensionisten weniger als den Richtsatz erhalten. Alle genannten Beitragssätze beinhalten nur die Transferzahlungen zwischen den Betroffenen und noch keine Transaktionskosten für die Verwaltung der Versicherungsgemeinschaft.

*Mayhew et al.* (2010) schließen aus der vergleichsweise hohen Belastung der laufenden Einkommen der über 60-Jährigen, dass neben deren Einkommen auch ihr Vermögen zur Finanzierung des Pflegebedarfs herangezogen werden muss. Dieser Vorschlag steht in der britischen Tradition des subsidiären Wohlfahrtsstaates und verbreitert die Finanzierungsbasis für die Pflegevorsorge, gleichzeitig steigen damit die Schwierigkeiten in der Verwaltung der Beitragszahlungen und der Anreiz für Umgehungsgeschäfte innerhalb der Familie. Im Fall Österreichs erschwert der weitgehend anonyme Charakter von Finanzvermögen zusätzlich die Bemessung der Beiträge zur Pflegevorsorge. *Mayhew et al.* (2010) untersuchen vor allem die Möglichkeiten zur Finanzierung des Pflegeaufwands durch Immobilienvermögen. Sie finden für Großbritannien, dass wegen des hohen Anteils von über 60-Jährigen mit einer Eigentumswohnung (70%) und der in der Vergangenheit überdurchschnittlichen Preissteigerung von Immobilien, vergleichsweise viele Haushalte Pflegeleistungen im Alter aus dem eigenen Vermögen und Einkommen finanzieren können. Für die Berücksichtigung selbstbewohnter Immobilien zur Beitragszahlung müssten in Österreich jedoch neue Finanzprodukte angeboten werden, die es älteren Personen ermöglicht, ihr Immobilienvermögen in einen Zahlungsstrom umzuwandeln, der im Bedarfsfall für die Deckung der Pflegekosten herangezogen werden kann.

Der Ausschluss von Vermögenswerten aus der laufenden Bemessungsgrundlage würde die Verwaltung der Pflegeversicherung vereinfachen, weil eine Kontrolle der Vermögensverhältnisse und eine Vorschreibung über die Umwandlung von Vermögen in Zahlungsströme unterbleiben könnten. Sowohl die vermögensgerechte Kostenvorschreibung als auch die verpflichtende Umwandlung von Vermögenswerten in Zahlungsströme sind juristisch komplex und schwer umsetzbar. Die Einbeziehung von Vermögenswerten in die Finanzierung von Pflegekosten erscheint im herkömmlichen Regressweg einfacher als in einem Versicherungssystem.

Ein gewichtiges Problem der Kostenbeiträge im aktuellen österreichischen System ist die vollständige Anrechnung eigenständiger Vorsorgemaßnahmen auf die Vollkosten der Pflegeleistungen, d. h. Haushalte, die über ein ausreichendes Vermögen verfügen oder eine freiwillige Pflegeversicherung abgeschlossen haben, verlieren im Ausmaß von 1:1 Ansprüche auf öffentliche Mittel, d. h. jeder durch eigene Vorsorgeaktivität aufgebrauchte Euro an Kostenbeiträgen ersetzt unmittelbar einen öffentlichen Zuschuss im selben Ausmaß. Dadurch entsteht eine implizite Besteuerung von Vorsorgeaktivitäten mit einem Steuersatz von 100%. Unter diesen Bedingungen unternehmen rationale Haushalte keine Vorsorgeaktivitäten. Nur die Regressrechte für Kostenbeiträge auf enge Verwandte vermindern diesen Anreiz wieder,

weil Personen in der Regel keine Belastung für eigene Familienmitglieder bilden wollen. Courbage –Roudat (2008) weisen auf Basis von Daten über französische Haushalte nach, dass deren Wunsch, die eigenen Verwandten nicht zu belasten, ein wichtiges Motiv für den Abschluss privater Pflegeversicherungen ist.

## 5. Das Potential für private Pflegeversicherungen

Ein erster Eindruck über das Potential von Pflegeversicherungen kann bereits aus der Entwicklung der österreichischen privaten Krankenversicherung in den letzten Jahren gewonnen werden. In diesem Versicherungszweig stagnieren die versicherten Risiken oder sie nehmen nur geringfügig zu, trotzdem steigen die vereinnahmten Prämien in der Regel stärker als der Verbraucherpreisindex. Diese Entwicklung wird durch drei Faktoren getragen. Erstens sind Krankenversicherungen durch die hohen Kosten von Gesundheitsdienstleistungen teuer, und der hohe Preis dämpft die Nachfrage. Zweitens sind die Versicherungsprämien wegen des Aufbaus der Altersrückstellung von Beginn an hoch, obwohl die Inanspruchnahme der Leistungen in der Regel erst in den späteren Lebensabschnitten anfällt. Im Umkehrschluss sind die Versicherungsprämien umso höher, je später sich jemand zum Abschluss einer Krankenversicherung entschließt. Von dieser Preisglättung über die Zeit entsteht ein weiterer nachfragedämpfender Effekt. Drittens deckt die private Krankenversicherung in Österreich vor allem die höheren Hotelkosten der Sonderklasse und die Möglichkeit zur freien Arztwahl, d. h. die medizinische Basisversorgung wird im Rahmen der Sozial- bzw. der Beamtenversicherung erbracht. Durch die Bereitstellung medizinischer Leistungen im Rahmen der Sozialversicherung entsteht ein beträchtlicher Verdrängungseffekt für private Krankenversicherungen. Für eine private Pflegeversicherung sind unter den gegenwärtigen Bedingungen ähnliche Preis- und Verdrängungseffekte zu erwarten.

Die Diskussion über die Pflegekostenvorsorge ist derzeit in Großbritannien am intensivsten. Die ausgeschiedene Regierung unter Gordon Brown ließ zu diesem Thema einige Grün- und Weißbücher erstellen, deren Inhalte bereits in der Erstellungsphase öffentlich diskutiert wurden (*Department of Health, 2006, 2009A, 2009B, 2010*). In diesen lokal abgehaltenen Diskussionen behaupteten viele Briten, dass sie eine vollständig auf Eigenvorsorge beruhende Finanzierung als unfair empfinden, weil einige Personen zu Pflegefällen werden, aber es gleichzeitig völlig ungewiss ist, wer letztendlich durch extrem hohe Pflegekosten im Rahmen einer intensiven 24-Stundenbetreuung belastet sein wird. Diese Ungewissheit entsteht durch die extrem schiefe Verteilung der Kosten einzelner Pflegefälle. Nur 25% der Pflegefälle in Großbritannien benötigen einen Platz in einem Pflegeheim, d. h. drei Viertel der Betroffenen können zu Hause zu vergleichsweise niedrigen Kosten versorgt werden. Daher verursacht auch etwa ein Fünftel der Pflegefälle während der gesamten Pensionszeit Kosten im Ausmaß von insgesamt weniger als 1.000 £. Im Gegensatz dazu verursacht ein weiteres Fünftel der Pflegefälle Kosten von insgesamt mehr als 50.000 £ mit Extremfällen, die sogar insgesamt mehr als 100.000 £ kosten (*Department of Health, 2010*). Diese sehr schiefe Verteilung schafft eine ideale Kalkulationsgrundlage für Versicherungsunternehmen. Da nicht alle potentiell Betroffenen tatsächlich zu einem Pflegefall werden, besteht für ein Versicherungsunternehmen die Möglichkeit zum Risikoausgleich zwischen den betroffenen und den nicht betroffenen Versicherten. Zusätzlich ist die Beeinflussbarkeit des Pflegezustands durch die Versicherten nur in geringem Umfang gegeben. Im Gegenteil, die Versicherten haben ein großes

Eigeninteresse an der Vermeidung besonders aufwendiger Pflegezustände. Schließlich bietet die extrem schiefe Verteilung der Schadensfälle mit wenigen nicht korrelierten individuellen „Großschäden“ und vielen „Kleinstschäden“ sowohl einen Anreiz (Nachfrage) als auch die Möglichkeit (Angebot) für einen geeigneten Versicherungsschutz.

Unter diesen Rahmenbedingungen erstaunt die geringe Bereitschaft zur Zeichnung von Pflegeversicherungen durch private Haushalte in den USA, einem Land, das keine Sozialversicherung hat und in dem die herkömmliche Krankenversicherung großteils über private Gruppenversicherungen abgewickelt wird. In den USA sind nur 10% der privaten Haushalte im Rahmen einer Pflegeversicherung versichert, obwohl es keine öffentliche Absicherung gibt, die einen ausreichenden Schutz bieten könnte (Brown – Finkelstein, 2009). Dieses Phänomen hat mehrere Ursachen:

- Das von Buchanan (1975) aufgebrachte Samariter Problem fördert Trittbrettfahrer im Bezug von Pflegeleistungen. In den westlichen Industriestaaten können alle Mitglieder der Gesellschaft davon ausgehen, dass sie im Notfall von der Gemeinschaft aufgefangen werden. Dieses Sicherheitsnetz führt unweigerlich dazu, dass einige Personen auch ohne zwingende Notwendigkeit die Leistungen des Sicherheitsnetzes beanspruchen, bzw. nicht rechtzeitig Vorsorgemaßnahmen zur Leistung von Kostenbeiträgen ergreifen. Dieses moralische Risiko kann von der Gesellschaft nicht glaubwürdig unterbunden werden, weil der in diesem System vorherrschende Altruismus einen Entzug der Pflegeleistung unglaubwürdig macht.
- Von der öffentlichen Hand erbrachte Leistungen verdrängen die private Nachfrage nach Versicherungsschutz. Dieses Phänomen ist in der Versicherungswirtschaft gut bekannt und wurde von Kim – Schlesinger (2005) theoretisch abgeleitet. Sinabell – Url (2008) verwenden dieses Argument auch für die mangelnde Deckung von Hochwasserrisiken durch Privatversicherungen in Österreich. Für Hochwasserrisiken verhindern Leistungen aus dem staatlichen Katastrophenfonds den Aufbau sinnvoller privatwirtschaftlicher Versicherungen. Brown – Finkelstein (2008) zeigen, dass das US-Medicaid Programm private Pflegeversicherungen mit einer impliziten Steuer von 60% belegt, d. h. von ausgezahlten 5 USD einer Versicherungsleistung dienen 3 USD dazu, entfallene Medicaid Leistungen zu ersetzen.
- Transfers innerhalb der Familie haben einen geringeren Verdrängungseffekt auf die Nachfrage nach privater Pflegeversicherung als Leistungen der öffentlichen Hand, weil auf öffentliche Leistungen meistens ein Rechtsanspruch besteht, während informelle Leistungen innerhalb der Familie tendenziell auf Reziprozität beruhen (Polanyi, 1944). Die rein ökonomische Denkweise ist in diesem Zusammenhang wenig zielführend. Courbage – Roudat (2008) zeigen z. B., dass Pflegeversicherungen in Frankreich zur Erhaltung des zu vererbenden Vermögens nachgefragt werden, d. h. eine Pflegeversicherung wird auch aus Altruismus gezeichnet, weil damit das für die Erbschaft zur Verfügung stehende Vermögen nicht geschmälert wird. Trotzdem setzen potentielle Pflegefälle ihren Nachkommen durch die Bindung der Erbschaft an

Pflegeleistungen Anreize zur Erbringung von Pflegeleistungen (Zweifel – Strüwe, 1996). Dadurch entstehen negative Nebenwirkungen am Arbeitsmarkt. Die Ausweitung von innerhalb der Familie erbrachten Pflegeleistungen vergrößert die Distanz der Pflegeleistenden – meist Frauen – zum Arbeitsmarkt, vermindert deren Erwerbstätigkeit und beeinträchtigt ihre Karrierepfade (Mühlberger et al., 2008B).

- Das Angebot an Versicherungen wird durch die Beeinflussbarkeit der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadenfalls in der Regel deutlich gesenkt. Erstens steigt durch die Möglichkeit zur Beeinflussung die Häufigkeit der Schadensfälle und zweitens steigt dadurch die Höhe der zu kalkulierenden Prämie. Hohe Prämien verdrängen wiederum gute Risiken – im Sinne von Versicherten mit einer niedrigen Eintrittswahrscheinlichkeit des Pflegefalls - aus dem Markt (negative Selektion). Für sich genommen, erscheint es wenig plausibel, dass ein Pflegefall bewusst herbei geführt wird. Für Versicherungen ist jedoch relevanter, welcher Personenkreis freiwillig eine Versicherung zeichnet und wer sie wieder kündigt. Dabei zeigt sich, dass Pflegeversicherungen von potentiell Pflegebedürftigen intensiver nachgefragt werden als von Nicht-Pflegebedürftigen. *Finkelstein et al.* (2005) weisen z. B. nach, dass in den USA Pflegeversicherte, die ihren Versicherungsschutz nicht verlängern bzw. kündigen, um ein Drittel weniger oft in ein Pflegeheim eintreten als Personen, die ihren Versicherungsschutz verlängern bzw. behalten. *Finkelstein – McGarry* (2006) zeigen, dass Personen, die von sich glauben, dass sie in den nächsten fünf Jahren in ein Pflegeheim kommen, überdurchschnittlich oft eine Langzeit-Pflegeversicherung abschließen, und *Oster et al.* (2010) beweisen, dass Personen mit einem positiven Ergebnis in einem Gentest auf die Huntington-Krankheit 5-mal so häufig eine Pflegeversicherung abschließen als die durchschnittliche Bevölkerung. Ein positives Ergebnis für diesen Gentest sagt mit 100%-Sicherheit den Ausbruch der Huntington-Krankheit voraus, die mit einer bis zu 20 Jahre dauernden intensiven Pflegeperiode verbunden ist.
- Versicherungsschutz erzeugt allgemein einen Anreiz zur Inanspruchnahme der Versicherungsleistung und zum Bezug von teureren Pflegeleistungen (moralisches Risiko). *Kessler* (2008) betont dabei die Rolle der aktuellen sozialen Lage und der sich mit der Zeit ändernden Einschätzung über die Hilfsbedürftigkeit. Sowohl Eltern als auch Kinder haben derzeit ein größeres Bedürfnis nach Autonomie und leben nicht mehr in einem gemeinsamen Haushalt. Der Begriff der persönlichen Autonomie ist dabei ein dynamischer, der sich im Lauf der Zeit verschiebt. Daher besteht für Versicherer die Gefahr, dass immer mehr Behinderungen als Auslöser für einen Schadenfall der Pflegeversicherung anerkannt werden. Dieser Effekt kann an der Umgruppierung von Demenzkranken von der Pflegestufe 3 in die Pflegestufe 4 beobachtet werden. Falls private Versicherungen z. B. ihre Leistungen an den Bezug des Pflegegelds knüpfen, müsste sich das Leistungsausmaß an den geltenden gesellschaftlichen Konventionen über Pflegebedürftigkeit orientieren und könnte die erzielten Prämieinnahmen übersteigen. Versicherungsverträge mit einem festen ausgezahlten Betrag im

Schadenfall beseitigen dieses Problem und geben auch den Anbietern von Pflegeleistungen einen Anreiz zur kostenbewussten Bereitstellung (*Laffont – Tirole, 1993, S. 55ff.; Kessler, 2008*).

- Pflegeversicherungen verteilen die finanzielle Belastung nicht nur im Querschnitt zwischen betroffenen und nicht betroffenen Personen, sondern auch über die Zeit, d. h. zwischen der Einzahlungsphase während der Erwerbstätigkeit und der später nachfolgenden Auszahlungsphase. Wenn die Einzahlungsphase vergleichsweise lang ist, besteht für die Versicherten ein Konkursrisiko auf Seiten des Versicherungsunternehmens, d. h. die Prämienzahlungen werden nicht durch entsprechende Leistungen des Versicherers gedeckt, und die Pflegeversicherten verlieren im Konkursfall ihren Leistungsanspruch. *Babbel – Merrill (2006)* machen auf diese Fragestellung im Zusammenhang mit Rentenleistungen privater Versicherungsunternehmen aufmerksam.
- Vor allem im Bereich der Pflegeversicherung bestehen einige bedeutende aggregierte Risiken, die innerhalb der Versichertengemeinschaft nicht diversifiziert werden können und daher eine substantielle Reserve in der Prämienkalkulation benötigen. Dazu zählt das Ausmaß der Kostenentwicklung im Pflegebereich relativ zum Rest der Wirtschaft, das zukünftige Ausmaß an informeller Pflege, die Entwicklung des allgemeinen Gesundheitszustands der Wohnbevölkerung, die Auswirkungen des technologischen Wandels und des medizinischen Fortschritts auf die Kostenentwicklung für Pflegeleistungen und schließlich die Dauer der intensiven Pflege am Lebensabend.

## 6. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In Österreich besteht mit dem Pflegegeld eine nach der Pflegeintensität abgestufte öffentliche Basisleistung, die aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert wird. Zu dieser in festen Geldbeträgen definierten Basisleistung kommen das Pflegegeld der Länder und die von den Ländern bereit gestellten Sachleistungen an Pflegebedürftige. Diese drei Bereiche bestreiten derzeit etwa die Hälfte des vorhandenen Pflegeaufwands, die andere Hälfte wird durch private Haushalte in Form von Eigenleistungen oder durch informelle Leistungen innerhalb der Familie bzw. in der näheren Bekanntschaft aufgebracht.

Die zukünftige Entwicklung des Pflegeaufwands wird durch demographische, medizinische und soziale Faktoren bestimmt. Zusätzlich wirken sich der technische Fortschritt und die Anpassung der Angebotsstruktur von Pflegeeinrichtungen aus. Eine Projektion dieser Einflussfaktoren von *Mühlberger et al. (2008A)* erwartet für das Pflegegeld eine mit der Entwicklung der Wirtschaftsleistung gleichlaufende Steigerung. Deutlich stärkere Steigerungen werden jedoch im Bereich der Sachleistungen erwartet. Aufbauend auf der Bevölkerungsprognose und unter der Annahme zusätzlicher kostentreibender Einflussfaktoren werden sich die Sachleistungen der Länder im Vergleich zur heutigen Wirtschaftskraft verdreifachen.

Privatversicherungen haben im Bereich der Pflege mit erheblichen versicherungstechnischen Problemen zu kämpfen, die durch asymmetrische Information, moralisches Risiko, aggregierte Risiken und vor allem durch die Verdrängung der Versicherungsleistung durch staatliche Transfers entstehen. Die aktuell am österreichischen Markt angebotenen Produkte zeichnen sich eher durch vergleichsweise kleine konstante Rentenzahlungen aus, die auf den Eintritt des Pflegefalls bedingt sind. Im Jahr 2009 gab es insgesamt nur 15.700 private Pflegerentenversicherungen.

Trotzdem sollte die Pflegeversicherung eigentlich ein interessanter Versicherungsmarkt sein, weil die Umverteilung sowohl innerhalb des Versichertenkollektivs als auch zwischen der Ein- und Auszahlungsphase möglich ist, und mehrere versicherungstechnische Instrumente zur Verringerung von moralischem Risiko und Negativselektion zur Verfügung stehen. Ähnlich wie in der Katastrophenversicherung (*Sinabell – Url, 2008*) könnte der Versicherungsschutz mit hohem Selbstbehalten ausgestattet werden. Das Instrument des Selbstbehaltes dient in vielen Versicherungen als Schutz der Versichertengemeinschaft vor negativer Selektion und moralischem Risiko. Eine private Pflegeversicherung könnte z. B. Leistungen auf Pflegefälle mit der Intensität der Pflegestufen 6 oder 7 des Pflegegelds einschränken. In diesen Fällen würden für einen einzelnen Privathaushalt erhebliche finanzielle Belastungen aus Pflegekosten auftreten, die nur selten durch eigenständige Vorsorgemaßnahmen gedeckt werden können. Pflegeversicherungen, die den Unterschied zwischen dem Pflegegeld und den tatsächlichen Pflegekosten der Stufen 6 und 7 abdecken, u. U. mit einer festen Obergrenze

zur Absicherung gegen aggregierte Risiken – könnten eine Möglichkeit für den erfolgreichen Vertrieb von Pflegeversicherungen durch die Privatversicherungswirtschaft darstellen.

Die Leistungen einer privaten Pflegeversicherung sollten aus festen Beträgen bestehen, die graduell mit dem Pflegebedarf steigen können aber nicht automatisch die Kosten der Leistungserstellung ersetzen. Diese Auszahlungsweise findet auch in den LKF-Punkten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ihren Niederschlag. Im Hinblick auf Pflegedienste könnte das Bundespflegegeld sowohl Vorbild als auch Anker für die Abgrenzung des Pflegebedarfs sein. Graduell mit dem Pflegebedarf steigende feste Leistungssätze beschränken für die Versicherer das aggregierte Risiko und erlauben damit geringere Risikoaufschläge und konsequenterweise günstigere Prämien. Diese Leistungsgestaltung sichert die Versichertengemeinschaft auch gegen das moralische Risiko ab, dass sich der gesellschaftlich akzeptierte Pflegebedarf in Zukunft kostensteigernd verschiebt. Die Leistungshöhe sollte den größten Teil der anlaufenden Kosten ersetzen, weil sonst wiederum stark auf Selbstversicherung oder die öffentliche Hand zurückgegriffen werden müsste.

Der Aufbau eines privaten Versicherungsmarktes sieht sich jedoch ähnlichen Hürden ausgesetzt wie die private Hochwasserversicherung. Dort verdrängen die Zahlungen des staatlichen Katastrophenfonds private Versicherungen in hohem Ausmaß. Nur im engen Segment der Kleinstversicherungen, mit niedrigen Obergrenzen für Schäden aus Hochwasser, gibt es private Versicherungslösungen. Ähnlich wie in der Hochwasserversicherung zeichnet sich die Versicherungsleistung der in Österreich abgeschlossenen Pflegeversicherungen überwiegend durch geringe und vorab festgelegte monatliche Geldleistungen aus. Während solche Kleinstbeträge oft in Form einer Selbstversicherung durch die Versicherten aufgebracht werden könnten, führen extreme und dauerhafte Behinderungen zu einer enorm hohen finanziellen Belastung durch Pflegekosten, die nur durch Umverteilung innerhalb eines Versichertenkollektivs sinnvoll getragen werden kann. Zurzeit bilden die Einwohner der Gemeinden bzw. Länder unfreiwillig ein steuerfinanziertes „Versichertenkollektiv“ für den Restbetrag an Pflegekosten, der nicht durch das laufende Pensionseinkommen, das Pflegegeld und Ansprüche an das Vermögen der Pflegebedürftigen gedeckt ist. Unter diesen Rahmenbedingungen schließen rationale Individuen keinen privaten Versicherungsvertrag für das Risiko Pflegekosten ab, und da weder Gemeinden noch Länder glaubwürdig signalisieren können, dass sie ungedeckte Pflegekosten nicht übernehmen werden, erscheint auch bis auf weiteres eine dynamische Entwicklung der Pflegeversicherung nur zur Deckung der Kosten informell erbrachter Leistungen wahrscheinlich.

Eine dauerhafte Entlastung der öffentlichen Haushalte von Pflegekosten durch Privatversicherungen erscheint nur mit einer allgemeinen Versicherungspflicht möglich. Dieses Instrument ermöglicht, dass ungedeckte Pflegekosten in einem hohen Ausmaß durch die Privatversicherung bezahlt werden, und öffentliche Gebietskörperschaften für diesen Betrag folglich keine moralische Finanzierungsverpflichtung hätten. Die Versicherungspflicht könnte die gesamte Bevölkerung umfassen oder ab einer bestimmten Altersgrenze einsetzen. Wenn

die Versicherung der Pflegekosten den gesamten derzeitigen Pflegeaufwand finanzieren soll, bewirkt eine zu enge Definition des Versichertenkreises – z. B. auf die mehr als 60-Jährigen – eine hohe Belastung des laufenden Einkommens dieser Gruppe mit Prämien für eine Pflegekostenversicherung. In diesem Fall könnten Versicherungsausschlüsse, wie die Einschränkung der Deckung auf die Zusatzkosten der Pflege in den Stufen 6 und 7, zu einer Verminderung der finanziellen Belastung für Privathaushalte führen – allerdings geht diese Einschränkung wieder zu Lasten der öffentlichen Hand.

Die Umsetzung einer Versicherungspflicht könnte mit der Einrichtung einer Versicherungsbörse verknüpft werden. Dieses in Massachusetts und Utah erfolgreich zur Ausweitung der privaten Krankenversicherung eingesetzte Instrument fördert den Wettbewerb zwischen Anbietern und erzwingt gleichzeitig durch regulatorische Vorgaben eine gute Vergleichbarkeit der Versicherungsprodukte. Diese Börse kann auch das Prämieninkasso für die Versicherer übernehmen. Dadurch könnte ein gewichtiger Nachteil privater Versicherungslösungen gemildert werden: Private Pflegeversicherungen knüpfen die Prämienhöhe an objektive Tatbestände – z. B. das Alter – und nicht an die Leistungsfähigkeit der Versicherten. Dadurch sind die Prämien unabhängig von der persönlichen Einkommens- bzw. Vermögenslage. Für Personen mit niedrigen Einkommen könnte die öffentliche Hand die Versicherungsprämie direkt an der Börse subventionieren. Durch Prämien subventionen und den Betrieb der Versicherungsbörse entstehen zwar Kosten für die öffentliche Hand, deren Höhe sollte jedoch deutlich unter dem derzeitigen Ausgabenniveau sein.



## 7. Literaturhinweise

- Babbel, D. F., Merrill, C. B., Rational Decumulation, Wharton Financial Institutions Center Working Paper, 2006, (6-14).
- Badelt, C., Holzmann-Jenkins, A., Matul, C., Österle, A., Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien, 1997.
- BMASK, Pflegevorsorgebericht 2008, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Wien, 2010.
- Brown, J. R., Finkelstein, A., „The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market“, *American Economic Review*, 2008, 98(3), S. 1083-1102.
- Brown, J. R., Finkelstein, A., „The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review of Evidence“, *Journal of Risk and Insurance*, 2009, 76(1), S. 5-29.
- Buchanan, J. M., „The Samaritan's Dilemma“, in Phelps, E., (ed.), *Altruism, Morality in Economic Theory*, New York, Russell Sage Foundation Publications, 1975, S. 71-85.
- Buchner, F., Wasem, J., „Steeping“ of Health Expenditure Profiles“, *Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 2006, 31, S. 581-599.
- Coleman, D., Migration and its Consequences in 21st Century Europe, *Vienna Yearbook of Population Research*, 2009, Akademie der Wissenschaften, Wien, S. 1-18.
- Courbage, C., Roudat, N., „Empirical Evidence on Long-Term Care Insurance Purchase in France“, *Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 2008, 33(4), S. 645-658.
- Cutler, D., M., „The Simple Economics of Health Reform“, *Economists' Voice*, 2010, 7(5), Article 2.
- Department of Health (2009A), *Shaping the Future of Care Together*, Her Majesties Government, London, 2009.
- Department of Health (2009B), *Impact Assessment of the Care and Support Green Paper*, Her Majesties Government, London, 2009.
- Department of Health, *Building the National Care Service*, Her Majesties Government, London, 2010.
- Department of Health, *Our Health, Our Care, Our Say: A New Direction for Community Services*, Her Majesties Government, London, 2006.
- Duggan, M., Kocher, B., „The Economic, Opportunities, and Challenges of Health Insurance Exchanges“, *Economists' Voice*, 2010, 7(5), Article 3.
- Felder, S., Werblow, A., „Does the Age-Profile of Health Care Expenditures Really Steepen Over Time? New Evidence From Swiss Cantons“, *Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 2008, 33(4), S. 710-727.
- Finkelstein, A., McGarry, K., „Multiple Dimensions of Private Information: Evidence From the Long-Term Care Insurance Market“, *The American Economic Review*, 2006, 96(4), S. 938-958.
- Finkelstein, A., McGarry, K., Sufi, A., „Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence From Long-Term Care Insurance“, *The American Economic Review Papers and Proceedings*, 2005, 95(2), S. 224-228.
- Goda, G. S., Golberstein, E., Grabowski, D. C., „Income and the Utilization of Long-Term Care Services: Evidence From the Social Security Benefit Notch“, *National Bureau of Economic Research, Working Paper*, 2010, (16076).
- Hackmann, T., Moog, S., „Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland“, *Zeitschrift für die Gesamte Versicherungswissenschaft*, 2009, 98(1), S. 73-89.
- Hanika, A., Klotz, J., Marik-Lebeck, S., „Zukünftige Bevölkerungsentwicklung Österreichs 2009 bis 2050 (2075)“, *Statistische Nachrichten*, 2009, (11), S. 963-985.
- Heinicke, K., Thomsen, S. L., „The Social Long-Term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats, and Perspectives“, *Zentrum für europäische Wirtschaftsforschung, ZEW Discussion Paper*, 2010, (10-012).
- Hofer, H., Kaniovski, S., Schuh, U., Url, T., *A Long-run Macroeconomic Model of the Austrian Economy (A-LMM) - An Update of the Model Documentation*, IHS Research Report, 2007.
- Kessler, D., „The Long-Term Care Insurance Market“, *Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 2008, 33(4), S. 33-40.
- Kim, B. J., Schlesinger, H., „Adverse Selection in an Insurance Market With Government-Guaranteed Subsistence Levels“, *Journal of Risk and Insurance*, 2005, 72, S. 61-75.

- Laffont, J.-J., Tirole, J., *A Theory of Incentives in Procurement and Regulation*, MIT-Press, Cambridge MA, 1993.
- Mayhew, L., Karlsson, M., Rickayzen, B., „The Role of Private Finance in Paying for Long-Term Care“, *Economic Journal*, 2010, 120, F478-F504.
- Mühlberger, U., Knittler, K., Guger, A. (2008A), *Mittel- und Langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge*, WIFO-Studie, Wien, 2008.
- Mühlberger, U., Knittler, K., Guger, A., Schratzenstaller, M. (2008B), *Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge*, WIFO-Studie, Wien, 2008.
- Niehaus, F., „Die Gesundheitsausgaben in der letzten Lebensphase“, *Zeitschrift für die Gesamte Versicherungswissenschaft*, 2007, 96(4), S. 597-615.
- Oster, E., Shoulsen, I., Quaid, K., Dorsey, E., R., „Genetic Adverse Selection: Evidence From Long-Term Care Insurance and Huntington Disease“, *Journal of Public Economics*, 2010, 94, S. 1041-1050.
- Polanyi, K., *The Great Transformation*, Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft Nr. 260, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, Berlin, 1978 (Original: 1944).
- Riedel, M., Kraus, M., *The Austrian Long-Term Care System*, Research Report, Institute for Advanced Studies, Vienna, 2010.
- Schneider, U., Österle, A., Schober, C., *Die Kosten der Pflege in Österreich, Ausgabenstrukturen und Finanzierung*, Institut für Sozialpolitik Wirtschaftsuniversität Wien, Forschungsbericht, 2006, (02).
- Shiu, Y.-M., Chiu, M.-C., „Re-Estimating the Demographic Impact on Health Care Expenditure: Evidence From Taiwan“, *Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 2008, 33(4), S. 728-743.
- Sinabell, F., Url, T., „Flood Risk Exposure in Austria – Options for Bearing Risk Efficiently“, *Schmollers Jahrbuch*, 2008, 128(4), S. 593-614.
- United States Congress, Committee on Ways and Means, 2004 Green Book, US Government Printing Office, Washington DC, 2004.
- Url, T., „Rezession trifft die Versicherungswirtschaft abgemildert“, *WIFO-Monatsberichte*, 2010, 83(10), S. 821-830.
- Vaupel, J. W., „Biodemography of Human Ageing“, *Nature*, 2010, 464(3), S. 536-542.
- Zweifel, P., Strüwe, W., „Long-Term Care Insurance and Bequests as Instruments for Shaping Intergenerational Relationships“, *Journal of Risk and Uncertainty*, 1996, 12(1), S. 65-76.