

# **Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich**

*Dr. Frank Wild*

**WIP-Diskussionspapier 2/10**

---

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
1. Einleitung .....	3
2. Die Absicherung des Pflegerisikos .....	4
2.1 Das Risiko der Pflegebedürftigkeit.....	4
2.2 Gründe für eine Versicherungspflicht .....	5
2.2.1 Entscheidung nach individuellem Nutzenkalkül.....	5
2.2.2 Auseinanderfallen von objektiver und subjektiver Risikobewertung .....	6
2.2.3 Adverse Selektion und Cream skimming.....	6
2.2.4 Trittbrettfahrtverhalten infolge eines sozialen Sicherungsnetzes.....	7
2.2.5 Kritik an einer Versicherungspflicht .....	8
2.2.6 Zwischenfazit .....	9
2.3 Mögliche Absicherungssysteme .....	9
2.3.1 Beveridge-Modell – steuerfinanzierte Absicherung.....	10
2.3.2 Bismarck-Modell – die Absicherung über eine Sozialversicherung.....	11
3. Überblick über die Länderportraits .....	13
3.1 Einordnung in Sozialsysteme .....	13
3.2 Demographische Kennzahlen .....	14
4. Die Pflegeversorgung in ausgewählten Ländern.....	18
4.1 Australien.....	18
4.2 Schweden.....	19
4.3 Norwegen.....	20
4.4 Dänemark.....	21
4.5 Großbritannien.....	23
4.6 Österreich.....	24
4.7 Frankreich.....	25
4.8 Spanien .....	28
4.9 Schweiz.....	30
4.10 Niederlande .....	32
4.11 Japan .....	34
4.12 Luxemburg .....	36
4.13 USA.....	37
5. Pflegeausgaben und Altersstruktur.....	41
5.1 Aktuelle Pflegeausgaben .....	41
5.2 Pflegeausgaben und Altenquotient .....	42
6. Fazit.....	46
7. Literaturverzeichnis.....	47

# 1. Einleitung

Die Bedeutung einer Pflegeversicherung in einem Sozialstaat ist in großem Maße von der Zahl der älteren Menschen abhängig. In praktisch allen Industrieländern ist ein zunehmender Anteil der Hochbetagten festzustellen, für die folgenden Jahrzehnte werden teilweise erhebliche Verschiebungen in der Bevölkerungsstruktur erwartet. Niedrige Geburtenraten und eine zunehmende Lebenserwartung erhöhen auf der einen Seite den Anteil der älteren Menschen. Auf der anderen Seite führt die geringere Kinderzahl, die erhöhte Mobilität der jüngeren Generation und die hohe Erwerbsquote von Frauen zu einer Abnahme der Möglichkeit, Pflegebedürftige im Rahmen eines familiären Umfelds ohne professionelle Hilfe zu betreuen. Um dem höheren Pflegebedarf zu begegnen, wurden in den meisten Industrieländern in den letzten Jahren verschiedene Reformen angestoßen. Deutschland, das bereits jetzt im internationalen Vergleich über eine vergleichsweise alte Bevölkerung verfügt, fungierte mit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 für einige Länder als Vorbild. Insbesondere Japan, Luxemburg und Spanien orientierten sich an der deutschen Vorgehensweise.

In der Zwischenzeit gilt das deutsche System selbst als reformbedürftig. Aufgrund fehlender Dynamisierung der Leistungen seit ihrer Einführung sind die Pflegeausgaben (als Anteil am Bruttoinlandsprodukt) mittlerweile geringer als in Australien und Luxemburg, die beide über eine wesentlich jüngere Bevölkerung verfügen. Wie die Analyse zeigt, ist der Stellenwert der Altenpflege in einer Reihe von Ländern höher. Vor allem in Schweden und in den Niederlanden fließt ein Mehrfaches an finanziellen Mitteln in den Pflegebereich.

Die vorliegende Untersuchung gibt einen detaillierten Überblick über die Absicherung des Pflegerisikos im internationalen Vergleich. Hierbei erfolgt auch ein Vergleich der Pflegeausgaben in den untersuchten Ländern. Die Arbeit beginnt mit einer theoretischen Einführung, in der gezeigt wird, dass eine Pflegeversicherung nur dann einen größeren Teil der Bevölkerung erreicht, wenn eine Versicherungspflicht eingeführt wird. Danach wird die Vorgehensweise in ausgewählten OECD-Ländern analysiert. Es wird damit die Möglichkeit geschaffen, verschiedene Finanzierungssysteme zu erörtern und Anregungen für Reformen hierzulande zu gewinnen. Gesundheits- und Pflegesysteme sind vielfach an nationale Traditionen und lokale Eigenheiten angebunden und nur bedingt auf andere Länder übertragbar. Trotz allem ist zu bedenken, dass auch andernorts nach Lösungen gesucht wird, den Herausforderungen der demographischen Entwicklung und der steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen zu begegnen. Es kann für das deutsche Pflegesystem inspirierend sein, diese Lösungsansätze näher zu beleuchten.

## **2. Die Absicherung des Pflegerisikos**

In Deutschland hat der Gesetzgeber 1994 beschlossen, die soziale Pflegeversicherung (SPV) zum 1. Januar 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung einzuführen. Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherte sind seitdem kraft Gesetz versicherungspflichtig in der SPV. Versicherte der privaten Krankenversicherung müssen eine private Pflegeversicherung abschließen. Auch in anderen Industrieländern wurde die Pflegeabsicherung typischerweise obligatorisch für die gesamte Bevölkerung erklärt. Dafür gibt es gute Gründe, die im Folgenden dargestellt werden. Auch empirische Beobachtungen stützen die Einrichtung einer Versicherungspflicht. Ein freiwilliger Abschluss erfolgt selten. Im Jahr 1989 besaßen in Deutschland nur 76.000 Personen eine private Pflegeversicherung.<sup>1</sup>

### **2.1 Das Risiko der Pflegebedürftigkeit**

Mit zunehmendem Alter nimmt die Krankheitshäufigkeit zu. Da sich gesundheitliche Störungen kumulieren können, werden vielfach Sekundärstörungen ausgelöst, die den Genesungsprozess erschweren. Das Auftreten einer oder mehrerer Behinderungen führt in wachsendem Maße zu einer Verringerung der Fähigkeit, sein Leben selbst zu gestalten. Typische Alterskrankheiten, die einen erheblichen Einfluss auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit haben, sind Demenzerkrankungen sowie kardiovaskuläre und neurologische Erkrankungen. Darüber hinaus führen Muskel- und Skelettleiden zu einer deutlichen Zunahme von Stürzen, woraus ebenfalls eine steigende Immobilität und Unselbständigkeit resultiert.

Eine international einheitliche Begriffsbestimmung der Pflegebedürftigkeit existiert nicht. In Deutschland ist der Begriff „Pflegebedürftigkeit“ in §14 des Sozialgesetzbuches XI definiert. In Deutschland wie auch in anderen Ländern wird die Abgrenzung der Pflege von der Betreuung aufgrund einer Krankheit vielfach über die zeitliche Komponente vorgenommen. Pflege wird danach als langfristige Hilfe verstanden. Abgrenzungsprobleme sind aber kaum zu vermeiden. Sie können vor allem dann Schwierigkeiten erbringen, wenn unterschiedliche Träger die Kosten übernehmen müssen. Eine häufige Praxis, auch in Deutschland, ist es, den Grad der Pflegebedürftigkeit mit Hilfe von Punktetabellen zu klassifizieren. Hierzulande sind die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit maßgebend. Auch aus internationaler Sicht stellt es eine Schwierigkeit dar, geistige und körperliche Behinderungen gleichwertig zu behandeln.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Rudolph (2000), S. 914.

<sup>2</sup> Vgl. Baltes (1996), S. 7-24.

## 2.2 Gründe für eine Versicherungspflicht

### 2.2.1 Entscheidung nach individuellem Nutzenkalkül

Der Abschluss einer Versicherung ist aus individueller Sicht Teil der Konsumententscheidung. Das heißt, eine Versicherung steht in direkter Konkurrenz zu allen anderen Gütern und Dienstleistungen auf dem Markt. Die Entscheidung, ob ein Risiko über eine Versicherung abgesichert wird, ist damit in erster Linie abhängig von den individuellen Präferenzen. Aus versicherungswissenschaftlicher Sicht gilt eine Absicherung gegen ein Risiko dann als sinnvoll, wenn die auftretenden Kosten im Schadensfall erheblich sind, nicht durch das eigene Einkommen gedeckt werden können und möglicherweise sogar zu einer vollständigen Aufzehrung des Vermögens führen. Eine solche Situation ist bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit gegeben. Da die Pflegebedürftigkeit in der Regel ein irreversibles Ereignis darstellt, kann eine beachtliche Kostenkumulation bis an das Lebensende des Betroffenen erwachsen.

Die Aufzehrung des Vermögens zum Lebensende kann allerdings auch als eine persönliche Strategie zur Vermögensbildung gesehen werden. Nach der Theorie des Lebenszykluses spart ein Individuum während seiner Erwerbstätigkeit, um im Alter zu entsparen.<sup>3</sup> Idealerweise erreicht er es, mit dem Tod sein Vermögen auf null zu setzen. Grundlage dieser Theorie ist die Annahme, dass der Mensch das Ziel verfolgt, seinen Konsum auch im Alter konstant zu belassen. Empirische Studien zeigten allerdings, dass ältere Menschen vielfach weniger entsparen, als es die Theorie vermuten lässt.<sup>4</sup> Manche Hochbetagte behalten ihre Sparquote bei und erhöhen das Vermögen weiter. Dies wird von einigen Ökonomen damit begründet, dass die Nutzenfunktion der älteren Menschen auch den Nutzen der Angehörigen einschließt. Das heißt, sie betrachten nicht nur den eigenen Konsum, sondern auch der Konsum der Kinder und Enkel fließt in die Vermögensplanung ein.<sup>5</sup>

Es kann für eine Person ökonomisch rational sein, ein Vermögen aufzubauen, um im Alter bzw. im Pflegefall von seinen (potenziellen) Erben betreut zu werden. Angehörige werden vor allem dann eine häusliche, familiäre Betreuung vorziehen, wenn durch eine Verlegung in ein Pflegeheim die Aufzehrung des Vermögens droht. Am Abschluss einer Pflegeversicherung haben, dieser Logik folgend, die Angehörigen ein Interesse, da sie das Vermögen erhalten möchten. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Pflegeversicherung als „Erbschutzversicherung“ zu verstehen. Dieses Interesse der Angehörigen muss nicht im Gegensatz zu den individuellen Präferenzen stehen. Möglicherweise haben viele Personen durchaus den Wunsch, ein größeres Erbe an die Angehörigen zu hinterlassen. In ihr Nutzenkalkül muss jedoch eingehen, dass mit dem Abschluss einer umfassenden Pflegeversicherung die Wahrscheinlichkeit zunimmt, im

---

<sup>3</sup> Vgl. Ando, Modigliani (1963).

<sup>4</sup> Vgl. Mirer (1980), S. 1197-1205.

<sup>5</sup> Die Lebenszyklus-Theorie wird seit den 1960er in zahlreiche Richtungen erweitert. Als weitere Spar motive wurden die Einkommensglättung (von Carroll (1997), Carroll, Samwick (1997,1998), Hochgürtel (1998), Gakidis (1997)) sowie „behavioristische“ Elemente (von Kahnemann, Tversky (1979), Shefrin, Thaler (1988) in die Theorie aufgenommen.

Pflegefall in ein Pflegeheim verlegt zu werden. Falls eine Reihe von Personen dieses Szenario als Gefahr sieht, ist eine geringere Nachfrage nach Pflegeversicherungen zu erwarten.

### **2.2.2 Auseinanderfallen von objektiver und subjektiver Risikobewertung**

Da es sich bei Risiken in der Regel um die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Ereignisse handelt, spielt hierbei das Ausmaß der Gegenwartsvorliebe einer Person eine wesentliche Rolle. Die individuellen Präferenzen werden bezüglich einer Versicherung maßgeblich von der individuellen Risikoscheu beeinflusst; ein risikoaverser Mensch neigt eher zum Abschluss einer Versicherung als ein risikofreudiger. Studien zeigen allerdings, dass viele Menschen Schadenswahrscheinlichkeiten falsch einschätzen oder eine Versicherung nicht als relevante Handlungsalternative sehen.<sup>6</sup> Bezüglich der wahrgenommenen Informationen ist die Konsumententscheidung zwar rational, die objektiven Erfordernisse sprechen aber eine andere Sprache.<sup>7</sup> Vor allem häufig auftretende Risiken, wie das Pflegerisiko, werden oft unterschätzt, während seltene Risiken überschätzt werden. Umfassende Medienberichte über außergewöhnliche, aber eigentlich seltene Gefahren, tragen hierzu bei. Aber auch das soziale, politische und kulturelle Umfeld spielt bei der Risikobewertung eine wichtige Rolle. Untersuchungen von Rothbaum u. a. erbrachten die Erkenntnis, dass Menschen dazu neigen, die tatsächliche Beeinflussbarkeit von Gefahren zu überschätzen.<sup>8</sup> Sie meinen, dass die Wahrscheinlichkeit des Schadeneintritts bei ihnen geringer sei als bei anderen. Dies wird als „it won't happen to me“-Effekt bezeichnet. Zudem glauben viele Menschen, mit den Schaden – falls er doch eintreten sollte – besser umgehen zu können, als andere Personen („it won't matter to me“-Effekt).<sup>9</sup> Darüber hinaus sehen sich viele Personen als gute Menschen und sie gehen von der fälschlichen Annahme aus, dass guten Menschen nur gute Ereignisse widerfahren. Langer bezeichnet dieses Verhalten in ihrer Studie als „Illusion of control“.<sup>10</sup> Alle diese verhaltenspsychologischen Effekte bewirken eine geringere Nachfrage nach einer Pflegeversicherung als bei objektiver Einschätzung der Gefahren rational wäre. Eine Verhaltensänderung kann zum Beispiel dann eintreten, wenn persönliche Erfahrungen – zum Beispiel ein Pflegefall im Bekanntenkreis – zu einer Neueinschätzung führen.

### **2.2.3 Adverse Selektion und Cream skimming**

Auf einem Markt für Versicherungen spielen Informationen eine wesentliche Rolle. Ob der Markt funktioniert, hängt wesentlich davon ab, über welche Informationen der Anbieter und der Nachfrager einer Versicherung verfügt. Treten Informationsasymmetrien auf, kann ein

---

<sup>6</sup> Vgl. Kunreuther/Slovic (1979), S. 64-69.

<sup>7</sup> Vgl. Kahneman/Tversky (1979), S. 263-291; Tversky/Kahneman (1974), S. 1124-1131.

<sup>8</sup> Vgl. Rothbaum/Weisz/Snyder (1982), S. 7-10.

<sup>9</sup> Vgl. Weinstein (1980), S. 806-820.

<sup>10</sup> Vgl. Langer (1975), S. 312.

Marktversagen das Ergebnis sein. Der Versicherungsnehmer verfügt u. a. über Informationen zu seinem Gesundheitszustand, seinem Lebensstil und seiner Lebensplanung. Dem Versicherungsunternehmen liegen die leicht zu eruiierenden Größen, wie Alter, Geschlecht und Beruf vor. Zudem kann er den Gesundheitszustand nach Risikofaktoren abfragen. Damit kann er aufgrund von statistischen Größen ein Pflegerisiko berechnen.

Es ist vorstellbar, dass sich daraus kein vollständiges individuelles Risikoprofil erstellen lässt und der Versicherungsanbieter damit einen Informationsnachteil bezüglich des individuellen Pflegerisikos besitzt. Dies hat die Konsequenz, dass er nur eine Durchschnittsprämie verlangen kann. Personen mit niedrigem Pflegerisiko werden diese Policen dann nicht nachfragen. Die Käufer von Pflegeversicherungen sind demnach Personen mit hohem Pflegerisiko. Das Portefeuille an diesen sogenannten schlechten Risiken zwingt den Versicherer dazu, seine Prämie zu erhöhen, wodurch ein weiterer Selektionsprozess ausgelöst wird. In letzter Konsequenz bricht der Markt zusammen. Eine solche Entwicklung wird als „adverse Selektion“ bezeichnet.<sup>11</sup> Die adverse Selektion kann durch eine Versicherungspflicht verhindert werden.

Manche Ökonomen gehen von einer andersartigen Informationsasymmetrie aus. Sie verweisen auf die fehlerhafte Risikoeinschätzung vieler Menschen und deren Neigung zur Unterschätzung des Pflegerisikos.<sup>12</sup> Dies gibt Pflegeversicherungsunternehmen die Möglichkeit, gezielt Personen mit niedrigem Pflegerisiko zum Abschluss einer Versicherung anzuwerben. Sie könnten diesen Bürgern das individuelle Pflegerisiko überhöht darstellen, eine entsprechende Prämie verlangen und dann aufgrund des eigentlich geringeren Risikos eine ansehnliche Gewinnmarge erzielen. Dieses Verhalten der Unternehmen wird als „Cream skimming (Sahne abschöpfen)“ bezeichnet.<sup>13</sup> Es führt zwar zu einer Absicherung des Pflegerisikos in einem Teil der Bevölkerung, aber insbesondere Personen mit höherem Pflegerisiko, die eine Versicherung wirklich benötigen, bleiben unversichert. Im Gegensatz zu den Folgen einer adversen Selektion bildet sich aufgrund von Cream skimming durchaus ein Markt. Um die gesamte Bevölkerung zu erfassen, ist entweder ebenfalls eine Versicherungspflicht notwendig oder der Staat muss für einen größeren Teil der Bevölkerung eine staatliche Pflegeabsicherung, eventuell auch über die Sozialhilfe, vornehmen.

#### **2.2.4 Trittbrettfahrtverhalten infolge eines sozialen Sicherungsnetzes**

Eine wichtige Funktion eines Sozialstaates ist es, Bedürftige und in Not geratene Personen zu unterstützen. Ein solches soziales Sicherungsnetz existiert dann auch in vielen Ländern der Welt, wobei der Umfang und die Kriterien für das Eintreten des Sicherungsschutzes deutlich variieren. Das Vorhandensein eines sozialen Sicherungsnetzes hat den Nachteil, dass private

---

<sup>11</sup> Vgl. Arrow (1963), S. 941-973; Pauly (1974), S. 44-62; Akerlof (1970), S. 488-500.

<sup>12</sup> Vgl. Bradley (1998), S. 62-76.

<sup>13</sup> Vgl. Sievering (1996), S. 93.

Vorsorgemaßnahmen reduziert oder sogar unterlassen werden. Es kann rational sein risikofreudige Investitionen zu tätigen oder auf eine Rücklage für das Alter zu verzichten. Auch auf eine Versicherung gegen das Pflegerisiko dürften manche Menschen aufgrund des sozialen Sicherungsnetzes, welches bei fehlenden finanziellen Mitteln im Falle der Pflegebedürftigkeit einspringen würde, verzichten. Da das soziale Sicherungsnetz allerdings subsidiär, also nach dem Aufbrauchen von Vermögen und Einkommen eintritt, werden Personen, die eine Erbschaft planen, versuchen, nicht darauf angewiesen zu sein.<sup>14</sup> Manche Personen dürften zudem versuchen ohne Sozialleistungen auszukommen, da ein Bezug derartiger Transfers einer Stigmatisierung unterliegt.

### **2.2.5 Kritik an einer Versicherungspflicht**

Es wurde ausgeführt, dass eine Reihe von Gründen existiert, den Abschluss einer Versicherungspflicht obligatorisch zu gestalten. Es gilt jedoch auch zu bedenken, dass in einer Marktwirtschaft jeder regulierende Eingriff grundsätzlich einer Begründung bedarf. Die Einführung einer Versicherungspflicht steht im Konflikt mit dem Prinzip der Konsumentensouveränität und sie schränkt die Freiheit der Menschen zur eigenständigen Gestaltung ihres Lebens ein. Durch eine Verpflichtung zum Abschluss einer Pflegeversicherung wird die Lebensplanung homogenisiert. Der Staat greift in das Verhalten seiner Bürger ein und zwingt sie zu einem Verhalten, welches nach dessen Auffassung besser sei und welches den Bürgern ein glücklicheres Leben beschere soll. Diese Entmündigung der Menschen ist nach Auffassung liberaler Philosophen und Ökonomen unrechtmäßig.<sup>15</sup>

Die oben aufgeführte fehlerhafte Risikobewertung der Menschen, als Grund für eine staatliche Regulierung zu sehen, kann ebenfalls kritisch gesehen werden. McLure meint, dass Nichtrationalität und unvollkommene Informationen bei den meisten Handlungen anzutreffen sei. Die Meritorisierung eines Gutes führe nur zu autoritärem Handeln des Staates.<sup>16</sup> Dementsprechend wäre es reine Willkür, und oftmals nur Ausdruck der Macht von Interessensverbänden, einzelne Märkte auszuwählen, um dort ein Marktversagen festzustellen.

Auch das Argument, die Menschen würden Gegenwartsvorliebe besitzen und deshalb die Absicherung langfristiger Risiken unterlassen, ist als Rechtfertigung für einen staatlichen Eingriff nicht stichhaltig. Es ist nämlich unklar, weshalb ein Bürger – der selbst Gegenwartsvorliebe besitzt – Politiker wählen sollte, die gegen diese Gegenwartsvorliebe angehen. Es ist eher anzunehmen, dass nur Politiker, die ebenfalls Gegenwartsvorliebe zeigen, eine Wahl gewinnen. Damit gäbe es jedoch bezüglich der Gegenwartsvorliebe sowohl ein Markt- als auch ein Staatsversagen.

---

<sup>14</sup> Vgl. Pemberton (1995), S. 19-26.

<sup>15</sup> Vgl. Mill (1986), S. 16.

<sup>16</sup> Vgl. McLure (1968), S. 474-483.

### 2.2.6 Zwischenfazit

Zusammenfassend fällt auf, dass eine Reihe von Gründen vorgebracht werden konnten, weshalb auf einem freien Markt mit einer geringen Nachfrage nach einer Pflegeversicherung zu rechnen ist. Zum Teil wird die Pflegeabsicherung als meritorisches Gut gesehen, d. h. die Individuen besitzen unvollständige Informationen oder eine Willensschwäche, um dieses Gut in ausreichendem Maße nachzufragen.<sup>17</sup> Zudem sind die Präferenzen der Personen mangels fehlender objektiver Risikobewertung verzerrt. Auch strategisches und durchaus rationales Verhalten bezüglich der Beeinflussung von Angehörigen kann eine Rolle spielen. Liberale Ökonomen weisen darauf hin, dass eine staatliche Einflussnahme trotzdem nicht zu rechtfertigen sei, da dies zu einer Entmündigung des Bürgers und zu einer Homogenisierung der Lebensplanung führe.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht gibt es demnach zwei Alternativen. Entweder der Staat akzeptiert, dass die Absicherung des Pflegerisikos für viele Personen über die soziale Grundsicherung vorgenommen wird oder er verfügt den obligatorischen Abschluss einer Pflegeversicherung.

## 2.3 Mögliche Absicherungssysteme

Zur Systematisierung der verschiedenen Absicherungsmöglichkeiten im Gesundheits- und Pflegesektor in Industrieländern kann eine Einteilung in zwei Systeme vorgenommen werden: in das Beveridge-Modell und das Bismarck-Modell.<sup>18</sup> Einige Länder haben zudem Mischformen entwickelt, die nur noch schwer in diese Typisierung eingeordnet werden können. Die Vorgehensweise in den einzelnen Ländern hat oft historische Gründe. Soziale Traditionen und nationale Besonderheiten sind teilweise tief in der Gesellschaft verankert. Die Übertragung verschiedener Regelungen ist nicht unkompliziert. Die Reformen in den letzten Jahren zeigten allerdings, dass durchaus Anpassungsprozesse möglich sind. Eine Absicherung der gesamten Bevölkerung über ein rein privatwirtschaftliches Versicherungssystem finden wir in keinem Land der Welt. Selbst die Bedeutung der privaten Pflegezusatzversicherung ist gering.

Es sei nicht verschwiegen, dass ein entwickeltes Gesundheits- und Pflegesystem weltweit nur in etwa 40 Ländern vorzufinden ist. In der Mehrheit der Staaten ist die Versorgung des größten Teils der Bevölkerung nur wenig institutionalisiert. Auf die hier anzutreffenden – auch innerhalb der einzelnen Länder – sehr vielseitigen Initiativen und Herangehensweisen zur Absicherung des Pflegerisikos wird im Rahmen dieser Analyse nicht näher eingegangen.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> Vgl. Musgrave (1959); Head (1966), S. 1-29; Andel (1984), S. 630-648; Head (1969), S. 214-225.

<sup>18</sup> Vgl. Baldwin, Falkingham (1994).

<sup>19</sup> Weiterführend sei hier zum Beispiel verwiesen auf: WHO (2002); Gibson, Gregory, Pandya (2003).

### 2.3.1 Beveridge-Modell – steuerfinanzierte Absicherung

Das Beveridge-Modell ist nach dem britischen Ökonom und Politiker William Henry Beveridge benannt. Er legte 1942 dem britischen Unterhaus einen Report zur Sozialpolitik vor, der als Grundlage für den Aufbau des Gesundheitssystems in Großbritannien nach dem zweiten Weltkrieg diente.<sup>20</sup> Teilweise wird dieses System auch als universelles Sozialsystem bezeichnet. Das Beveridge-Modell sieht eine überwiegend steuerfinanzierte Absicherung vor. Eine Versicherungspflicht im engeren Sinne ist nicht definiert, da der Versicherungsschutz die gesamte Wohnbevölkerung unabhängig des Erwerbstatus umfasst. Probleme aufgrund bestimmter unversicherter Bevölkerungsgruppen gibt es damit nicht.

Die Versicherungsleistungen sind einheitlich pauschal, also unabhängig vom Einkommen. Ziel ist die Absicherung eines Existenzminimums. Der Staat nimmt eine wesentliche Rolle in diesem System ein. Er kann die Trägerschaft jedoch auch an andere Gebietskörperschaften weitergeben. Da die Finanzierung aus dem Steueraufkommen erfolgt, sind die finanziellen Mittel in der Regel Teil des jährlichen Haushaltsplanes des Staates bzw. der Gebietskörperschaften. Damit stehen sie in direkter Budgetkonkurrenz zu anderen öffentlichen Ausgaben.

Im Beveridge-Modell dominiert auch auf der Leistungserbringerseite die öffentliche Hand. Stationäre, aber auch ambulante Dienste unterliegen mehrheitlich ihrer Trägerschaft. Beschäftigte, wie Ärzte und Pflegekräfte, sind überwiegend Angestellte des öffentlichen Dienstes.

Die grundsätzliche Kalkulation erfolgt im Beveridge-Modell nach dem Umlageverfahren und ähnelt der in einer Sozialversicherung. Die volkswirtschaftlichen Wirkungen sind davon abhängig, aus welchen Steuerarten sich das Steueraufkommen zusammensetzt.<sup>21</sup> Die Zusatzlast („excess burden“ oder „deadweight loss“) einer Steuer, das heißt der Wohlfahrtsverlust des Landes, der infolge von Ausweichreaktionen auftritt, ist besonders dann hoch, wenn die besteuerte Aktivität eine hohe Elastizität aufweist.<sup>22</sup> Bei gleichem Steuersatz ist die Zusatzlast bei der Besteuerung von Kapitaleinkommen höher als bei Arbeitseinkommen. Bei einer Besteuerung von Gütern, die im gewissen Rahmen eine weitgehend unelastische Nachfrage aufweisen, wie zum Beispiel Tabak, Mineralöl, Energie und Grundflächen, ist die Zusatzlast eher klein. Die geringste Zusatzlast weist eine Kopfsteuer auf.<sup>23</sup> Damit ist es denkbar, dass der Wohlfahrtsverlust infolge der Finanzierung von Pflegeleistungen über ein Steuersystem niedriger sein kann, als bei einer Sozialversicherung. Erfolgt die Finanzierung allerdings überwiegend über eine Einkommensteuer (oder sogar über die Besteuerung von Kapitaleinkommen) kann die Zusatzlast der Steuer – in Abhängigkeit vom Steuertarif – hoch ausfallen.<sup>24</sup> Erhebliche Zusatzlasten treten insbesondere bei Steuertarifen mit steigendem Grenzsteuersatz auf. Aber selbst in Einkommensteuersystemen mit einem einheitlichen Steuersatz

---

<sup>20</sup> Vgl. Hills, Ditch, Glennerster (1994).

<sup>21</sup> Die theoretische Grundlage hierzu liefert die Theorie der optimalen Besteuerung. Siehe hierzu zum Beispiel Samuelson (1986), S. 137-143; Diamond, Mirrlees (1971), S. 8-27; Atkinson, Stiglitz (1976), S. 55-75.

<sup>22</sup> Vgl. Samuelson (1986), S. 137-143.

<sup>23</sup> Auch der Kopfsteuer kann man sich jedoch durch Auswanderung entziehen.

<sup>24</sup> Vgl. Diamond, McFadden (1974), S. 3-21; Due, Friedländer (1973), S. 230-233.

(„flat rate“) wurde oft ein Grundfreibetrag installiert, woraus ein steigender Durchschnittssteuersatz und damit ein Wohlfahrtsverlust aufgrund von Ausweichreaktionen resultieren kann. Diese zeigten sich zum Beispiel darin, dass es manche Personen als nicht lohnenswert ansehen, ein höheres Einkommen anzustreben. Damit bleiben Bildungsinvestitionen genauso aus wie eine größere Arbeitsinitiative im Beruf. Dafür wird es attraktiv, Arbeitsehrgeiz in die Schattenwirtschaft zu verlagern.<sup>25</sup>

Ein erheblicher Wohlfahrtsverlust für die Volkswirtschaft kann auch aufgrund der Regelungen auf der Leistungsseite entstehen. Da Mehrarbeit für Beschäftigte nicht zu höherem Leistungsanspruch führt, besteht für die Individuen kein Anreiz in größerem Umfang ihr Arbeitsangebot auszuweiten.

Beispiele für ein derartiges Sozialsystem findet man in Großbritannien, Spanien, Norwegen Dänemark, Schweden, Neuseeland und Kuba.

### **2.3.2 Bismarck-Modell – die Absicherung über eine Sozialversicherung**

Das Bismarck-Modell ist nach dem ersten Reichskanzler des Deutschen Reichs Otto von Bismarck benannt, der 1883 mit der Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung die Grundlage für ein Sozialversicherungssystem legte. Das Bismarck-Modell wird in seiner Grundform wesentlich durch zwei Elemente charakterisiert: der Bindung an den Erwerbsstatus und die Finanzierung durch Beiträge.<sup>26</sup> Damit sind Personen, die nicht abhängig beschäftigt sind, wie zum Beispiel Selbständige, nicht über dieses System abgesichert. Es besteht grundsätzlich das Problem, wie mit Personen, die nicht dem Sozialversicherungssystem unterworfen sind, umgegangen wird. In den meisten Ländern wurde das Sozialversicherungssystem deshalb sukzessive auf andere Bevölkerungsgruppen ausgeweitet. Die Versicherungspflicht bezieht sich im Grundmodell jedoch nicht auf alle Bevölkerungsgruppen.

Die Sozialversicherungsbeiträge im Bismarck-Modell werden oft einkommensabhängig erhoben, können aber auch als Pauschalbeitrag verlangt werden. In Deutschland ist im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung kein Zusammenhang zwischen Beitragshöhe und Leistungsniveau vorhanden.<sup>27</sup> Alle Sozialversicherten haben hier unabhängig von der Beitragshöhe den gleichen Leistungsanspruch.<sup>28</sup>

Wenn der Sozialversicherungsbeitrag als Beitragssatz auf das Arbeitseinkommen erhoben wird, wirkt dieser Beitrag ähnlich wie eine proportionale (Arbeits-)einkommensteuer.<sup>29</sup> Die Höhe der Zusatzlast dieser Steuer ist vom Beitragssatz und der Existenz einer Beitragsbemes-

---

<sup>25</sup> Vgl. Krieglmeier (1996), S. 70-96.

<sup>26</sup> Vgl. Meyer, Wolf (1993), S. 1-9.

<sup>27</sup> Anders stellt sich die Situation in der Renten- und Arbeitslosenversicherung dar. Hier bestimmen die Beiträge vielfach die relative Anspruchsposition der versicherten Person in der Versichertengemeinschaft. Vgl. Schlenger (1998), S. 8-9.

<sup>28</sup> Ausnahmen stellen in der deutschen Krankenversicherung die Bereiche Krankengeld und Mutterschaftsgeld dar.

<sup>29</sup> Vgl. Atkinson (1995), S. 205-219.

sungsgrenze abhängig.<sup>30</sup> Gibt es eine Beitragsbemessungsgrenze, ist die Zusatzlast vermutlich nicht sehr hoch. Wenn eine solche Trennlinie jedoch nicht vorhanden ist oder erst bei sehr hohen Einkommen greift, können erhebliche Allokationsstörungen auftreten. Eine hohe Zusatzlast und damit ein hoher volkswirtschaftlicher Wohlfahrtsverlust kann zudem dann auftreten, wenn neben dem Arbeitseinkommen auch Kapiteleinkommen verbeitragt wird. Ursache ist die hohe Elastizität von Kapital, die bei einer Besteuerung hohe Ausweichreaktionen auslöst.<sup>31</sup> Wird das Einkommen von Selbständigen herangezogen, würden der verkappten Besteuerung auch Risikoprämien unterzogen. Daraus resultierte ein verminderter Anreiz, Investitionen vorzunehmen.

Im Vergleich zu einer steuerfinanzierten Absicherung (Beveridge-Modell) kann die Sozialversicherung vor allem dann eine geringere Zusatzlast produzieren, wenn die Alternative zu Sozialversicherungsbeiträgen eine progressive Einkommensteuer darstellt.

Die Kritik an einer Sozialversicherung setzt meist daran an, dass sie, wie Milton Friedman meinte, den Bürgern ein Versicherungssystem suggeriere, obwohl es in Wirklichkeit lediglich ein intransparentes Steuersystem zur Umverteilung von Einkommen darstellt.<sup>32</sup>

Die „Bismarck-Systeme“ zeichnen sich oft dadurch aus, dass die Finanzierung nicht direkt über den Staatshaushalt, sondern in selbstverwalteten Krankenkassen vorgenommen wird. Dies ermöglicht eine gewisse Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gegenüber Verteilungskämpfen. Der Einfluss des Staates ist jedoch trotz allem meist sehr groß.<sup>33</sup> Zudem wirken konjunkturelle und demographische Einflüsse auf eine Sozialversicherung ebenso wie auf das Steuersystem. Die Möglichkeiten, bei strukturellen Änderungen in der Wirtschaft und Gesellschaft, neue Finanzierungsquellen zu erschließen, sind sogar wesentlich mehr eingeschränkt als im Steuersystem.

Dem „Bismarck-Modell“ wird außer in Deutschland zum Beispiel auch in Frankreich, den Niederlanden, Belgien, Japan und in Luxemburg gefolgt.

---

<sup>30</sup> Vgl. Diamond, McFadden (1974), S. 3-21.

<sup>31</sup> Vgl. Samuelson (1986), S. 137-143.

<sup>32</sup> Vgl. Friedman (1972).

<sup>33</sup> In Deutschland ist die Sozialversicherung Teil der mittelbaren Staatsverwaltung.

### **3. Überblick über die Länderportraits**

#### **3.1 Einordnung in Sozialsysteme**

In der vorliegenden Arbeit wird die Finanzierung der Pflege in 13 Ländern vorgestellt. Bei der Auswahl wurde zum einen darauf Wert gelegt, verschiedene Formen von Sozialsystemen vorzustellen. Zum anderen galt es, Länder auszuwählen, die aufgrund Altersstruktur und vergleichbarer demographischer Entwicklung für das deutsche System von besonderem Interesse sind. Typische steuerfinanzierte Pflegesysteme („Beveridge-Modell“) besitzen Schweden, Norwegen, Dänemark, Australien und Großbritannien. In Spanien, Japan und Luxemburg wurde die deutsche Pflegeversicherung als Vorbild gesehen und mit einigen Modifikationen als Finanzierungssystem übernommen („Bismarck-Modell“). In Spanien erfolgt die Finanzierung der Pflegeversicherung aus Steuermitteln, statt aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen wie hierzulande. In Japan sind die Kommunen (statt die Pflegekassen) Träger der Pflegeversicherung. Auch Frankreich verfolgte ursprünglich die Idee eine Pflegeversicherung ähnlich der deutschen einzuführen. Es wurde jedoch eine steuerfinanzierte Pflegeversicherung geschaffen, die in einigen Elementen eher dem Beveridge-Modell ähnelt. Eine enge Einbindung in die Sozialversicherung zur Absicherung des Krankheitsrisikos findet sich vor allem in den Niederlanden und der Schweiz. In den Niederlanden wird die Pflege sozialrechtlich nicht von der Krankheit getrennt, sondern als langfristige Krankheit gesehen. In der Schweiz ist ein Großteil der Pflegeleistungen ein Bestandteil der obligatorischen Krankenversicherung. In Großbritannien erfolgt die Absicherung innerhalb des steuerfinanzierten Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS). Die USA ist ein Beispiel für ein heterogenes System aus privater Absicherung und verschiedenen staatlichen Institutionen zur Versorgung Bedürftiger. Schließlich sei noch die Pflegeabsicherung in Österreich vorgestellt, die in vielen Bereichen an die Situation in Deutschland vor der Einführung der Pflegeversicherung erinnert. Die Pflegekosten müssen hier in erster Linie vom Bedürftigen und seinen Angehörigen getragen werden. Nach Aufzehrung des privaten Vermögens erfolgt die Unterstützung durch Sozialhilfeträger.

**Tab. 1: Finanzierungssystem und Zuständigkeit der vorgestellten Länder**

<b>Land</b>	<b>Finanzierungssystem der Pflege</b>	<b>Träger</b>
Australien	Steuerfinanziert	Zentralstaat, Territorien
Schweden	Steuerfinanziert	Kommunen
Norwegen	Steuerfinanziert	Kommunen
Dänemark	Steuerfinanziert	Kommunen
Großbritannien	Steuerfinanziert	Nationaler Gesundheitsdienst
Österreich	Steuerfinanziert	Bund, Länder
Frankreich	Steuerfinanzierte Pflegeversicherung	Départements
Spanien	Steuerfinanzierte Pflegeversicherung	Regionen, Kommunen
Schweiz	Teil der Krankenversicherung	Krankenversicherung, Kantone
Niederlande	Teil der Krankenversicherung	Krankenversicherung
Japan	Pflegeversicherung	Kommunen
Luxemburg	Pflegeversicherung	Verband der Krankenkassen
<b>Deutschland</b>	<b>Pflegeversicherung</b>	<b>Pflegekassen</b>
USA	Soziale Hilfsprogramme, privat	Bundesstaaten

Hinweis: Es wurde jeweils das dominierende Finanzierungssystem angegeben. In der Regel existieren noch andere Institutionen, die bestimmte Leistungen anbieten.

### **3.2 Demographische Kennzahlen**

Da das Pflegerisiko altersabhängig ist und die demographische Struktur wesentlich die Höhe der Pflegeausgaben bestimmt, sind für die Charakterisierung der Länder auch demographische Kennzahlen von Bedeutung. Stellt man diese einander gegenüber, wird deutlich, dass von den vorgestellten Staaten – bis auf Japan – alle eine jüngere Bevölkerung als Deutschland aufweisen. Den jüngsten Altersschnitt finden wir in den USA, Australien, Luxemburg und in den Niederlanden. Im Jahr 2050 werden Japan und Spanien eine ältere Bevölkerung als Deutschland besitzen. Dann werden Luxemburg und die USA den niedrigsten Altersschnitt stellen. Dies verdeutlicht die folgende Tabelle:

**Tab. 2: Demographische Kennzahlen der vorgestellten Länder**

Land	Anteil der 65+ [%] 2010	Anteil der 65+ [%] Prognose 2050	Geburtenquote [Kinder pro Frau]	Ø Lebenserw. [Jahre]
Japan	22,6	37,0	1,2	82
<b>Deutschland</b>	<b>20,3</b>	<b>30,0</b>	<b>1,4</b>	<b>79</b>
Schweden	19,2	25,7	1,8	81
Spanien	18,3	34,5	1,2	80
Österreich	17,6	28,0	1,4	80
Schweiz	16,6	29,0	1,7	81
Dänemark	16,6	24,6	1,7	78
Frankreich	16,5	26,2	2,0	81
Großbritannien	16,4	25,7	1,7	79
Norwegen	15,8	25,0	2,0	80
Niederlande	15,1	26,0	1,7	80
Luxemburg	14,8	20,6	1,8	83
Australien	13,7	22,5	1,7	82
USA	13,0	20,2	2,1	78

Quelle: U.S. Census Bureau (2010).

Eine Ursache für diese Alterung sind die geringen Geburtenraten. Nur die USA erreicht mit einer Fertilitätsrate von 2,1 Kindern pro Frau einen Wert, der eine konstante Bevölkerungszahl (ohne Berücksichtigung von Migrationen) erlaubt. Vergleichsweise hohe Geburtenraten weisen zudem noch Frankreich und Norwegen auf. Noch weniger Geburten pro Frau als in Deutschland finden wir momentan in Japan und in Spanien.

Die Alterung der Bevölkerung verläuft je nach Land in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Damit steht die Ausgestaltung und Reformierung eines Sozialsystems vor verschieden hohen Herausforderungen. Die Schaffung einer – an die veränderte Bevölkerungsstruktur angepasste – Pflegefinanzierung ist besonders dann kompliziert, wenn die Alterung sehr schnell verläuft. In diesem Fall drohen in kurzer Zeit bislang bewährte Absicherungssysteme zu versagen. Allerdings kann durch eine rapide Änderung der Altersstruktur auch ein höherer politischer Handlungsdruck aufgebaut werden, als bei einer sehr langsamen Alterung. In der folgenden Tabelle wird für die untersuchten Länder die Änderungsrate des Bevölkerungsanteils der über 65-Jährigen aufgezeigt und ein Vergleich mit Deutschland gezogen:

**Tab. 3: Wachstumsrate des Anteils der über 65-Jährigen von 2010 bis 2050**

<b>Land</b>	<b>Wachstum des Anteils der 65+ [%]</b>
Spanien	88,5
Schweiz	74,7
Niederlande	72,1
Australien	64,2
Japan	63,7
Österreich	59,1
Frankreich	58,8
Norwegen	58,2
Großbritannien	56,7
USA	55,4
Dänemark	48,2
<b>Deutschland</b>	<b>47,4</b>
Luxemburg	39,2
Schweden	33,9

Quelle: Eigene Berechnung nach Daten von U.S. Census Bureau (2010).

Für die Altersgruppe der über 65-Jährigen wird für Spanien der größte Anstieg prognostiziert. Der Anteil der Hochbetagten wird sich in diesem Land bis zum Jahr 2050 fast verdoppeln. Eine größere Änderung der Bevölkerungsstruktur ist zudem vor allem für die Schweiz, die Niederlande, Australien und Japan zu erkennen. Während die Niederlande und Australien derzeit noch eine vergleichsweise junge Bevölkerung aufweisen, ist die japanische Bevölkerung bereits heute vergleichsweise alt. Eine relativ langsame Alterung weist laut den Prognosen Schweden auf. Der eher hintere Platz für Deutschland sollte nicht darüber hinweg täuschen, dass auch hier der Anteil der älteren Menschen fast um 50 % zunimmt. Im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern besitzt Deutschland allerdings bereits jetzt eine eher alte Bevölkerung, so dass der Wachstumspfad etwas flacher ausfällt als andernorts.

Für das Pflegerisiko von besonderer Bedeutung ist die Altersgruppe der über 80-Jährigen. Ab dieser Altersgrenze ist die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden besonders hoch. Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der über 80-Jährigen in den vorgestellten Ländern und die prognostizierte Entwicklung bis zum Jahr 2050.

Tab. 4: Anteil der Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen

Land	Anteil der 80+ [%] 2010	Anteil der 80+ [%] 2050	Wachstum des Anteils der 80+[%]
Japan	6,3	14,4	128,6
Spanien	5,5	12,8	132,7
Schweden	5,3	10,2	92,5
Frankreich	5,3	10,0	81,8
<b>Deutschland</b>	<b>5,2</b>	<b>13,1</b>	<b>151,9</b>
Österreich	5,0	12,8	156,0
Schweiz	4,7	12,0	155,3
Norwegen	4,7	9,9	110,6
Großbritannien	4,6	10,0	117,4
Dänemark	4,2	9,7	131,0
Luxemburg	4,0	7,6	90,0
Australien	3,9	8,1	107,7
Niederlande	3,8	10,5	176,3
USA	3,7	7,4	100,0

Quelle: U.S. Census Bureau (2010).

Die anteilig meisten über 80-jährigen Menschen leben in Japan. Hier zählen 6,3 % der Gesamtbevölkerung zu dieser Altersgruppe. Mit etwas Abstand folgen dahinter Spanien, Schweden, Frankreich und Deutschland. Hierzulande sind 5,2 % aller Einwohner 80 Jahre und älter. In den USA, den Niederlanden und Australien haben dagegen weniger als 4 % der Bevölkerung diese Altersgrenze bereits überschritten. Da sich bis zum Jahr 2050 unterschiedliche Wachstumsraten des Anteils der älteren Menschen zeigen, sieht die Rangfolge dann etwas verändert aus. Japan wird zwar auch im Jahr 2050 den höchsten Anteil Hochbetagter aufweisen (Anteil: 14,4 %), dahinter folgt bereits Deutschland mit 13,3 %. Nur die Niederlande sowie Österreich und die Schweiz altern nach dieser Darstellung schneller. Eine rapide Änderung der Bevölkerungsstruktur ist eine große Herausforderung für die Pflege und für das Sozialsystem im Allgemeinen. Eine vergleichsweise langsame Zunahme des Anteils der über 80-Jährigen weisen Frankreich, Schweden und Luxemburg auf.

## 4. Die Pflegeversorgung in ausgewählten Ländern

### 4.1 Australien

In Australien wird das Pflegerisiko steuerfinanziert abgesichert. Es folgt damit dem „Beveridge Modell“. Die Pflegeabsicherung ist eingebettet in die föderale Struktur des Landes, in der Zentralstaat und Territorien gleichermaßen für den Bereich der sozialen Sicherung und damit auch der Finanzierung der Pflege zuständig sind. Die verschiedenen Leistungen der Pflege, wie eine regelmäßige Betreuung und Unterstützung durch Pflegekräfte oder eine behindertengerechte Einrichtung des eigenen Wohnumfeldes, werden aus Steuermitteln des Zentralstaates und der Territorien finanziert. Zu den Pflegeleistungen zählt zum Beispiel auch die Ernährung über Sonden oder die Gabe von Sauerstoff.<sup>34</sup> Abhängig von der Dienstleistung und vom Einkommen der Betroffenen werden zudem Selbstbeteiligungen verlangt.

Wichtigste Steuerart und damit die finanzielle Grundlage für das Sozialsystem ist in Australien die Einkommensteuer, die 46,3 % zum Steueraufkommen beiträgt. Weitere wichtige Steuerarten sind die Körperschaftssteuer (Anteil: 22,8 %) und die Mehrwertsteuer (Anteil: 15,6 %).<sup>35</sup> Die Einkommensteuer weist einen Stufentarif mit einem Spitzensteuersatz von derzeit 47 % und einen Grundfreibetrag von 6000 australischen Dollar auf. Bei nicht dauerhaft in Australien lebenden Personen wird der Grundfreibetrag nicht angesetzt.<sup>36</sup>

Die Mehrheit der stationären Pflegeeinrichtungen liegt im Verantwortungsbereich des Zentralstaates, der über Steuermittel einen Großteil der Finanzierung sicherstellt und das Reglement bezüglich der Zuzahlungen festlegt. Einen vergleichsweise großen Anteil nehmen darüber hinaus Einrichtungen von Wohlfahrtsverbänden ein. Diese finanzieren sich überwiegend durch Spenden. Die Spendenfinanzierung hat in Australien generell eine große Bedeutung und gilt als übliche Form der Finanzierung.<sup>37</sup> Australien besitzt eine vergleichsweise junge Bevölkerung. Von den vorgestellten Ländern weist nur die USA einen geringeren Anteil an über 65-Jährigen auf.<sup>38</sup> Die Pflegeausgaben liegen mit 1 % des BIP unter dem Wert der meisten OECD-Länder und auch unter dem Durchschnittswert der 27 EU-Länder (1,2 %). Erwartet wird ein Anstieg der Pflegeausgaben auf 1,93 % des BIP (im Jahr 2047).<sup>39</sup>

---

<sup>34</sup> Vgl. Australian Government-Productivity Commission (2008), S. 23.

<sup>35</sup> Vgl. Australian Government-Australian Taxation Office (2009), S. 14.

<sup>36</sup> Vgl. Australian Government-Australian Taxation Office (2010).

<sup>37</sup> Vgl. Mager (1996).

<sup>38</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>39</sup> Vgl. Australian Government-Productivity Commission (2008), S. 35-38; Madge (2000), S. 10-11; Banks (1999).

## 4.2 Schweden

In Schweden wird der überwiegende Teil der Pflegeleistungen steuerfinanziert („Beveridge Modell“) innerhalb der kommunalen Selbstverwaltung erbracht. Der Zentralstaat ist für die Gesetzgebung und die grundlegenden Ziele verantwortlich, die Umsetzung obliegt den 289 Kommunen. Die Finanzierung der Pflegeleistungen erfolgt aus den Einnahmen der Kommunen. Diese setzen sich vor allem aus den eigenen Steuereinnahmen (56 %) und aus Finanzzuweisungen des Zentralstaates (22 %) zusammen.<sup>40</sup> Als mit Abstand wichtigste Steuereinnahme steht den schwedischen Kommunen eine kommunale Einkommensteuer zur Verfügung. Sie besitzt oberhalb eines Grundfreibetrags einen einheitlichen Steuersatz für alle Einwohner („flat rate tax“ mit Grundfreibetrag) von durchschnittlich knapp 20 % des Einkommens. Für die Steuerpflichtigen ist zusätzlich zu dieser kommunalen Einkommensteuer noch die Einkommensteuer der Provinzen („Landstings“) – ebenfalls mit einheitlichem Steuersatz – und eine staatliche Einkommensteuer – mit Stufentarif – zu entrichten. Die Kommunen besitzen bezüglich der Festlegung ihrer Steuersätze eine gewisse Steuerautonomie. Die zusammengefassten Steuersätze aus kommunaler und provinzieller Einkommensteuer schwanken innerhalb Schwedens zwischen 28,89 % und 34,17 %.<sup>41</sup>

Die Kommunen offerieren den Pflegebedürftigen ein vergleichsweise umfassendes Angebot an stationärer und ambulanter Pflege, wobei Pflegeleistungen auch an private Träger vergeben werden. Es beinhaltet neben verschiedenen Wohnformen für Bedürftige auch ein vielfältiges Angebot an häuslicher Versorgung.<sup>42</sup> Die Bedarfsprüfung für Pflegeleistungen obliegt den jeweiligen Kommunen. Diese entscheiden unter Beachtung des Einzelfalls und in Abhängigkeit von ihren finanziellen Ressourcen. Einheitliche Pflegeklassen gibt es damit nicht.<sup>43</sup> Zur Steuerung der Nachfrage haben die Kommunen die Möglichkeit, innerhalb eines Rahmens nach eigenem Ermessen Selbstbeteiligungen zu erheben. In der Regel werden sie einkommensabhängig erhoben. Das Steuerungselement der Selbstbeteiligung ist jedoch insofern in ungenügendem Maße etabliert, da Warteschlangen im Gesundheits- und Pflegebereich in Schweden eine nicht unerhebliche Rolle spielen.<sup>44</sup>

Während die kommunalen Leistungen fast ausschließlich als Sachleistungen gewährt werden, gibt es darüber hinaus auch Geldleistungen der schwedischen Sozialversicherung.<sup>45</sup> Es handelt sich hierbei um einen Behindertenzuschlag (Handikappersättning), dem sogenannten

---

<sup>40</sup> Vgl. Fölster (1998), S. 92.

<sup>41</sup> Vgl. Finansdepartementet (2010); Riksskatteverket (2000), S. 51; S. 254.

<sup>42</sup> Vgl. Schwedisches Institut (2007).

<sup>43</sup> Vgl. Wild (2004), S. 230.

<sup>44</sup> Vgl. Preusker (2001), S. 19-20; Szebehely (2000), S. 200.

<sup>45</sup> Die schwedische Sozialversicherung umfasst die Bereiche Rente, Krankheit und Arbeitslosigkeit. Sie kalkuliert nach dem Umlageverfahren. Die Beiträge werden einkommensabhängig erhoben. Die Beitragshöhe liegt im Jahr 2010 bei insgesamt 31,42 % Arbeitgeberbeitrag und 7,00 % Arbeitnehmerbeitrag. Den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung sind feste Beiträge zugeordnet. Der Arbeitgeberbeitrag untergliedert sich zum Beispiel in 10,21 % Beitragssatz Rentenversicherung und 5,95 % Beitragssatz Krankenversicherung. Den Arbeitnehmerbeitrag gibt es seit 1995. Er gilt als allgemeine Pensionsabgabe. Die Sozialversicherung umfasst die gesamte Bevölkerung, also zum Beispiel auch Selbständige und Hausfrauen. Letztgenannte müssen jedoch keine Beiträge zahlen. Vgl. Försäkringskassan (2010), Wild (2004), S. 107-110.

Assistentenzuschuss (Assistansersättning) und einen Pflegezuschuss (Vårdbidrag) Die beiden erstgenannten werden für Pflegebedürftige gezahlt, die das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht haben bzw. die Leistungen werden über diese Altersgrenze hinaus gezahlt, wenn der Anspruch bereits vorher bestand. Der Pflegezuschuss ist eine Geldleistung zur häuslichen Pflege behinderter bzw. kranker Kinder.<sup>46</sup> Die diesbezüglich teuerste Leistung ist der sogenannte Assistentenzuschuss (Assistansersättning). Mit dieser Geldleistung kann der Bedürftige eine oder mehrere Betreuungspersonen seiner Wahl entlohnen. Entscheidet er sich für ein Familienmitglied, wird diese Person im Regelfall von der Kommune für ihn angestellt. Damit wird statistisch der Beschäftigungsgrad im Allgemeinen und die Höhe der Frauenerwerbsquote und der Angestellten im öffentlichen Dienst im Speziellen erhöht.<sup>47</sup> Ein Teil des Assistentenzuschusses muss von den Kommunen aus eigenen Steuermitteln getragen werden. Gäbe es diese Regelung nicht, würden die Kommunen einen Anreiz besitzen, die Nachfrage nach einem Assistentenzuschuss zu intensivieren, da alternativ die ambulante Versorgung aus Steuermitteln der Kommune erfolgen müsste.<sup>48</sup>

Von den vorgestellten Ländern weist Schweden nach Japan und Deutschland die drittälteste Bevölkerung auf. Bis zum Jahr 2050 wird jedoch der langsamste Anstieg der Alterung prognostiziert. Eine der Ursachen ist die vergleichsweise hohe Geburtenrate (1,8 Kinder pro Frau), die nur von den USA, Norwegen und Frankreich überboten wird.<sup>49</sup>

Der Anteil der Pflegeausgaben am BIP lag im Jahr 2007 bei 3,5 % und damit deutlich über dem Durchschnittswert innerhalb der EU (1,2 %). Nach der Hochrechnung der Europäischen Kommission ist bis 2060 ein Anstieg der Pflegeausgaben auf bis zu 5,7 % des BIP zu erwarten.<sup>50</sup>

### 4.3 Norwegen

Norwegen folgt bei der Absicherung der Pflegebedürftigkeit dem „Beveridge Modell“. Damit werden die Pflegeleistungen mehrheitlich steuerfinanziert. Die Versorgung von Pflegebedürftigen gehört hier neben der Schulbildung, den Kindergärten, dem Kultur- und Freizeitsektor und der Infrastruktur zu den Hauptaufgaben der Kommunen.<sup>51</sup> Die kommunale Selbstverwaltung besitzt in Norwegen eine lange Tradition, die bis in die Zeit der Wikinger zurückreicht.<sup>52</sup> Insgesamt gibt es in Norwegen 435 Kommunen. Sie finanzieren ihre Leistungen zu durchschnittlich knapp der Hälfte aus eigenen Steuereinnahmen; etwa 40 % der kommunalen

---

<sup>46</sup> Vgl. Wild (2004), S. 112-119.

<sup>47</sup> 59 % aller Arbeitskräfte in Schweden sind Angestellte des öffentlichen Dienstes. Zwei Drittel davon sind bei den Kommunen angestellt. Die Erwerbstätigenquote von Frauen liegt bei 73 % und damit nur knapp unter der der Männer 76 %. Vgl. Arnek (2000), S. 9; Statistiska centralbyrån (2000), S. 229; Dörfler, Krenn (2005).

<sup>48</sup> Vgl. Bengtsson, Gynnerstedt (2001), S. 32.

<sup>49</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>50</sup> Vgl. European Commission (2009), S. 145.

<sup>51</sup> Vgl. Westgaard (1994).

<sup>52</sup> Vgl. Hansen (1999).

Einnahmen werden aus Finanzaufweisungen des Zentralstaates bestritten.<sup>53</sup> Die Bedeutung der Finanzaufweisungen variiert zwischen den Kommunen jedoch erheblich.<sup>54</sup> Die dominierende kommunale Steuer ist die Einkommensteuer, die zusammen mit der staatlichen Einkommensteuer erhoben wird. Der durchschnittliche Steuersatz liegt bei 28 % des Bruttoeinkommens. Ab bestimmten Einkommengrenzen werden Steueraufschläge erhoben.<sup>55</sup>

Norwegen weist einen vergleichsweise ausgebauten und umfassenden Pflegesektor auf. Im Gegensatz zu seinen skandinavischen Nachbarn ist die Bedeutung des stationären Sektors gegenüber der ambulanten Betreuung etwas größer. Während die Krankenpflege von ausgebildeten Pflegekräften geleistet wird, wird die häusliche Hilfe häufig von angestellten Hausfrauen auf der Basis von Teilzeitarbeit durchgeführt. Hier besteht in Norwegen eine besondere Tradition.<sup>56</sup> Pflegestufen existieren nicht. Die Bedarfsprüfung wird von den jeweiligen Kommunen nach eigenem Ermessen innerhalb eines landesweit gegebenen Rahmens vorgenommen.

Neben den kommunalen Sachleistungen können Pflegebedürftige auch Geldleistungen durch die norwegische Sozialversicherung erhalten.<sup>57</sup> Mit Hilfe der Grundleistung (Grunnstønad) soll der Bedürftige die Mehrausgaben (Hilfsmittel, Transportkosten usw.), die ihm aufgrund seiner Behinderung entstehen, decken können. Hierzu erfolgt die Eingliederung in sechs Bedürftigkeitsstufen. Bei hohem Pflegebedarf kann zudem eine Unterstützungshilfe (Hjelpstønad) beantragt werden.<sup>58</sup> Die Höhe der zugehörigen Geldleistung wird jährlich vom norwegischen Parlament beschlossen.

Norwegen weist eine eher junge Bevölkerung auf. Die Fertilitätsrate liegt bei 2,0 Kindern pro Frau, womit Norwegen zusammen mit Frankreich die derzeit höchsten Werte in Europa erreicht. Sie wird von den vorgestellten Ländern nur von den USA übertroffen.<sup>59</sup> Die Pflegeausgaben liegen im Verhältnis zum BIP bei etwa 2,2 %. Bis zum Jahr 2060 erwartet die Europäische Kommission einen Anstieg auf bis zu 5,6 %.<sup>60</sup>

#### **4.4 Dänemark**

Das dänische System der sozialen Sicherung entspricht mehr noch als das schwedische und norwegische dem Prinzip eines so genannten universellen Sozialsystems nach dem „Beverid-

---

<sup>53</sup> Vgl. Kommunal- og Regionaldepartementet (2010).

<sup>54</sup> Vgl. Kalseth, Rattsø (1998), S. 63-83.

<sup>55</sup> Vgl. van den Noord (2000), S. 9.; Narvik-Kommune (2010).

<sup>56</sup> Vgl. Edvartsen (1996), S. 5.

<sup>57</sup> Die norwegische Sozialversicherung (Folketrygden) bietet der gesamten Bevölkerung zum Beispiel Versicherungsschutz in den Bereichen Krankheit, Altersfürsorge und Arbeitslosigkeit. Sie finanziert sich zu drei Viertel über einkommensabhängige Beiträge und zu einem Viertel über einen Steuerzuschuss. Der Arbeitnehmerbeitrag betrug im Jahr 2009 7,8 % des Einkommens. Der Arbeitgeberbeitrag ist vom Standort des Unternehmens (und der Einteilung in Zonen nach Wirtschaftskraft) abhängig, liegt aber für die meisten norwegischen Beschäftigten bei 14,1 %. Vgl. Arbeids- og velferdsetaten (2010); Wild (2005), S. 108.

<sup>58</sup> Vgl. Wild (2005), S. 120-123.

<sup>59</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>60</sup> Vgl. Nordic Social-Statistical-Committee (2001), S. 151; European Commission (2009).

ge Modell“.<sup>61</sup> In Dänemark gibt es keine Sozialversicherung, für die Anspruchsberechtigung zählt das Wohnortprinzip. Viele Leistungen werden in ihrer Höhe einkommensunabhängig geleistet und richten sich nur in begrenztem Maße nach einer früheren Erwerbstätigkeit.

Die Verantwortung für den größten Teil der Pflegeleistungen liegt in Dänemark bei den Kommunen. Innerhalb eines staatlich vorgegebenen Rahmens können sie Umfang und Vielfalt des Angebotes selbst bestimmen. Das Recht der Kommunen auf eine gewisse Eigenständigkeit (außer der Altenpflege betrifft dies noch die Schulbildung, die Kinderbetreuung, die Eingliederung von Immigranten und die Verkehrsinfrastruktur) ist Teil der dänischen Verfassung, die 1849 erstmals niedergeschrieben wurde.<sup>62</sup> Die ambulante häusliche Pflege spielt in Dänemark eine große Rolle. Das Angebot ist oft sogar vielfältiger und umfassender als im Nachbarland Schweden, welches gemeinhin für seine großzügigen Sozialleistungen bekannt ist. Pflegestufen gibt es nicht. Die Bedarfsprüfung wird von Kommunen weitgehend autonom (unter allgemein formulierten staatlichen Rahmenbedingungen) vorgenommen. Selbstbeteiligungen spielen eine (auch im Vergleich mit Norwegen und Schweden) vergleichsweise geringe Rolle.<sup>63</sup> So kann die dauerhafte häusliche Hilfe beispielsweise unentgeltlich bezogen werden.<sup>64</sup> Nur bei speziellen Diensten, wie Schneeräumen oder Gartenarbeiten, sind Eigenbeteiligungen zu tragen. Mit den umfassenden ambulanten Leistungen wird das Ziel verfolgt, die wesentlich teurere stationäre Betreuung zu vermeiden. Hierzu trägt auch bei, dass fast alle Kommunen über ausgebaute Tageszentren (Aktivitetscentre) verfügen. Diese Einrichtungen stehen nicht nur älteren Menschen offen. Sie bieten ein Aktivitätsprogramm für alle Altersgruppen, offerieren aber zum Beispiel auch pflegerische Maßnahmen zur Unterstützung der häuslichen Versorgung.<sup>65</sup> Die Pflegeleistungen der Kommunen werden fast ausschließlich als Sachleistung erbracht. Ist die Kommune dazu jedoch aus personellen Gründen nicht in der Lage, werden auch Geldleistungen an die Angehörigen ausgezahlt. Eine Sonderleistung gibt es zudem dann, wenn eine ältere Person im Sterben liegt. Dann erhält die versorgende Person (meist ein Angehöriger) eine kommunale Geldleistung (Pasning af døende), die dem Lohn einer professionellen Pflegekraft entspricht.<sup>66</sup>

Neben den kommunalen Pflegeleistungen können Pflegebedürftige auch Geldleistungen vom Zentralstaat erhalten. Hierbei handelt es sich um eine Betreuungszulage (Bistandstillæg) und eine Pflegezulage (Plejetillæg). Bei beiden Leistungen handelt es sich um Pauschalbeträge, die einkommensunabhängig an Bedürftige gezahlt werden, die das 67. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Oberhalb dieser Altersgrenze besteht nur dann ein Anspruch, wenn die Leistung bereits vorher bezogen wurde. Die Finanzierung erfolgt aus dem allgemeinen Steueraufkommen des Zentralstaates.

---

<sup>61</sup> Zur Systematisierung von Wohlfahrtsstaaten siehe Esping-Andersen. Vgl. Esping-Andersen, Korpi (1987).

<sup>62</sup> Vgl. Statens forvaltningstjeneste (2001); Kommunernes Landesforening (2000a).

<sup>63</sup> Vgl. Szebehely (2000), S. 212.

<sup>64</sup> Gesetzlich geregelt in § 82 Serviceloven.

<sup>65</sup> Vgl. Wild (2005), S. 237.

<sup>66</sup> Gesetzlich geregelt in §§ 104, 105, 106 Lov om social service.

70 % der Einnahmen bestreiten die dänischen Kommunen über eine kommunale Einkommensteuer, weitere 8 % über eine Grund- und Vermögenssteuer.<sup>67</sup> Die Finanzaufweisungen des Zentralstaats sind mit einem Anteil von 7 % ausgesprochen gering, was die vergleichsweise weitgehende fiskalische Eigenständigkeit der dänischen Kommunen unterstreicht. Die kommunale Einkommensteuer ist als proportionale Einkommensteuer („flat tax“) mit einem Grundfreibetrag konzipiert. Der Steuersatz der kommunalen Einkommensteuer liegt im Jahr 2010 bei durchschnittlich 25,5 %. Er differiert zwischen 22,8 % und 27,8 %.<sup>68</sup>

Bezüglich des Anteils der älteren Bevölkerung weist Dänemark im Vergleich zu anderen OECD-Ländern einen mittleren Wert auf. Die Fertilitätsrate (1,7 Kinder pro Frau) ist höher als in Deutschland, aber niedriger als in den nordeuropäischen Nachbarländern. Auch die Lebenserwartung (78 Jahre) bleibt etwas hinter der von Schweden und Norwegen zurück.<sup>69</sup>

Die Pflegeausgaben nahmen im Jahr 2007 einen Anteil von 1,7 % am BIP ein. Dieser Wert liegt zwar über dem EU-Durchschnitt (1,2 %), ist aber zum Beispiel deutlich niedriger als in Schweden mit einem vergleichbaren Wohlfahrtsstaat (3,5 %).<sup>70</sup> Dänemark weist jedoch auch eine etwas jüngere Bevölkerung als Schweden auf. Bis zum Jahr 2060 prognostiziert die Europäische Kommission einen Anstieg der Pflegeausgaben in Dänemark bis auf 3,2 % des BIP.<sup>71</sup>

## 4.5 Großbritannien

Großbritannien gilt als Ursprungsland des „Beveridge Modells“, dem entsprechend auch in der Pflegefinanzierung gefolgt wird. Die Betreuung Pflegebedürftiger wird mehrheitlich im Rahmen des steuerfinanzierten Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) vorgenommen. Der NHS ist sowohl für die Finanzierung der Pflegeheime als auch für ambulante Pflegedienste verantwortlich. Die stationäre und die ambulante Pflege werden entweder von kommunalen oder von privaten Anbietern geleistet. Die Aufsicht liegt jedoch jeweils bei den lokalen Behörden. Eine Minderheit der britischen Pflegebedürftigen lässt sich darüber hinaus entgeltlich in einem rein privaten Pflegeheim betreuen. Die Selbstbeteiligungen, die die Pflegebedürftigen zu tragen haben, sind allerdings auch bei den Pflegeleistungen des NHS erheblich. Mehr als ein Drittel der gesamten Pflegekosten (35,2 %) werden von den Betroffenen über Zuzahlungen getragen. Die Höhe der Zuzahlungen kann von den Kommunen festgelegt werden. Private Pflegezusatzversicherungen haben nur 35.000 Personen abgeschlossen.<sup>72</sup> Nachdem dort um die Jahrtausendwende hohe Beitragserhöhungen notwendig waren, brach der bereits zuvor nur eher kleine private Markt fast völlig zusammen.<sup>73</sup> Es

---

<sup>67</sup> Vgl. Local Government Denmark (2009), S. 15.

<sup>68</sup> Vgl. Skatteministeriet (2010).

<sup>69</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>70</sup> Vgl. European Commission (2009), S. 135.

<sup>71</sup> Vgl. European Commission (2009), S. 145.

<sup>72</sup> Vgl. Rizzi (2007), S. 40.

<sup>73</sup> Vgl. Pasdika (2007), S. 16.

handelte sich hierbei um den typischen Fall einer adversen Selektion. Die Versicherung wurde überwiegend von Personen abgeschlossen, die ein schlechtes Risiko darstellen, während die Prämie sich an einem durchschnittlichen Risiko orientierte.

Die ambulanten Pflegeleistungen werden oft über sogenannte „District nurses“ organisiert. Diese erbringen neben pflegerischen auch ärztliche Leistungen und können zum Beispiel auch Medikamente verordnen. Sie sollen somit die vielfach überlasteten Hausärzte unterstützen.<sup>74</sup> Durch die institutionelle Einbindung der Pflege in den Nationalen Gesundheitsdienst gibt es eine enge Verknüpfung von Pflege und Krankheitsbehandlung.

Die wichtigste Steuer in Großbritannien ist die Einkommensteuer. 28,7 % der staatlichen Einnahmen werden über diese Steuerart eingezogen. Die Einkommensteuer wird nach einem Stufentarif mit altersabhängigem Grundfreibetrag erhoben. Der Grundfreibetrag liegt bei den unter 65-Jährigen bei £ 6.035, bei den 65 bis 74-Jährigen bei £ 9.030 und bei über 74-Jährigen bei £ 9.180. Der Einkommensteuer unterzogen sind neben dem Arbeitseinkommen auch, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Altersrenten, Zinseinnahmen und Dividenden.<sup>75</sup>

Großbritannien liegt hinsichtlich des Anteils der älteren Menschen an der Bevölkerung im Ländervergleich im Mittelfeld. Die Pflegeausgaben nahmen im Jahr 2007 in Großbritannien einen Anteil von 0,8 % des BIP ein. Dies ist in der EU ein unterdurchschnittlicher Wert. Auch der erwartete Anstieg auf bis zu 1,3 % im Jahr 2060 (nach anderen Studien bis auf 1,8 im Jahr 2051 %),<sup>76</sup> scheint im Vergleich mit anderen Ländern moderat zu sein.<sup>77</sup> Allerdings geht auch dieses Wachstum mit einer Verdoppelung der Zahl der Pflegebedürftigen einher.<sup>78</sup>

## 4.6 Österreich

Im österreichischen Pflegesystem liegt die Verantwortung für die Geldleistungen (Pflegegeld) beim Bund, während die Sachleistungen im Zuständigkeitsbereich der Länder liegen. Die Finanzierung der Geldleistungen erfolgt aus allgemeinen Steuermitteln der Bundes- und Länderbudgets.<sup>79</sup> Bei der Einführung des Pflegegeldes im Jahr 1993 wurden die Krankenversicherungsbeiträge erhöht und die dadurch freigewordenen Steuermittel für das Pflegegeld verwendet.<sup>80</sup> Im Bereich der ambulanten und stationären Leistungen gilt das Subsidiaritätsprinzip, d. h. die Kosten müssen von den Pflegebedürftigen in erster Linie selbst getragen werden. Wenn das Einkommen nicht ausreicht, erfolgt eine Unterstützung durch die Sozialhilfeträger, also den Ländern und Kommunen. Diese finanzieren ihre Ausgaben wiederum vorwiegend über Steuereinnahmen. Zu beachten ist allerdings, dass unterhaltspflichtige Personen oder auch Erben in die Pflicht genommen werden. Die entsprechenden gesetzlichen

---

<sup>74</sup> Vgl. Striegler (2006), S. 8-10.

<sup>75</sup> Die Daten stammen aus dem Fiskaljahr 2008/09. Vgl. Adam, Browne (2009), S. 3-7.

<sup>76</sup> Vgl. Wittenberg, Comas-Herrera, Pickard, Hancock (2004).

<sup>77</sup> Vgl. European Commission (2009).

<sup>78</sup> Vgl. Wittenberg, Comas-Herrera, Pickard, Hancock (2004).

<sup>79</sup> Vgl. Brunner, Mühlbock (2007), S. 2-3.

<sup>80</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2006).

Regelungen variieren zwischen den Bundesländern. Erhält ein Pflegebedürftiger Sozialhilfe, fließt der überwiegende Teil des Pflegegeldes direkt zum Sozialhilfeträger. Damit leistet der Bund eine Art Finanzaufweisung an die Länder. 10 % des Pflegegeldes und 20 % des Pensionseinkommens können als eine Art „Taschengeld“ vom Pflegebedürftigen behalten werden. Grundsätzlich wird auch das Vermögen des Pflegebedürftigen zur Finanzierung herangezogen, wobei es (Ausnahme ist Vorarlberg) nur ein geringen Vermögensfreibetrag (variiert zwischen 2.200 € und 7.300 €) gibt.<sup>81</sup> Typischerweise wird der Sozialhilfeträger versuchen, das Vermögen des Pflegebedürftigen oder auch das Erbe rückwirkend zur Deckung seiner Ausgaben zu verwerten. Das österreichische System der Pflegefinanzierung ähnelt der Vorgehensweise in Deutschland vor der Einführung der Pflegeversicherung.

Die stationären Pflegeleistungen werden in den traditionellen Alten- und Pflegeheimen erbracht, die mehrheitlich von der öffentlichen Hand betrieben werden. Die gesetzlichen Vorschriften zum Beispiel bezüglich Größe und Personalstruktur unterscheiden sich je nach Bundesland. Im ambulanten Bereich existiert ein gut ausgebautes Netz an sozialen Diensten.<sup>82</sup> Eine traditionell große Rolle spielt die informelle Pflege, also die Betreuung durch Familienangehörige.<sup>83</sup>

Österreich weist eine etwas jüngere Bevölkerung als Deutschland auf. Die Fertilitätsrate liegt jedoch auf dem gleichen Niveau (1,4 Kinder pro Frau). Bis zum Jahr 2050 wächst der Anteil der über 80-Jährigen nur in den Niederlanden stärker als in Österreich.<sup>84</sup> Die Pflegeausgaben lagen im Jahr 2007 bei 1,3 % des BIP. Bis zum Jahr 2060 wird ein Anstieg auf bis zu 2,5 % des BIP erwartet.<sup>85</sup>

## 4.7 Frankreich

Das französische Absicherungssystem wird von manchen Autoren als ein Hybrid zwischen dem „Bismarck Modell“ und dem „Beveridge Modell“ gesehen, wobei die Charakteristika des letztgenannten überwiegen. Der ursprüngliche Plan, eine Pflegeversicherung nach deutschem Vorbild zu schaffen, wurde 1997 aufgrund der finanziell schwierigen Lage der Sozialversicherung verworfen.<sup>86</sup> Nunmehr erfolgt die Finanzierung im Rahmen einer Pflegeversicherung mit dem Bezug auf die gesamte Wohnbevölkerung, finanziert aus dem Steueraufkommen.

Die Versorgung von Pflegebedürftigen ist in Frankreich in den letzten Jahrzehnten vielfältigen institutionellen Neuordnungen unterworfen worden, die auch eine größere Diversifizierung bei den handelnden Akteuren und bei den Finanzierungsquellen erbracht hat. Ein

---

<sup>81</sup> Vgl. Brunner, Mühlbock (2007), S. 5.

<sup>82</sup> Vgl. Schneider, Österle, Schober, Schober (2006), S. 7-12.

<sup>83</sup> Vgl. The OECD Health Project (2005), S. 115.

<sup>84</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>85</sup> Vgl. European Commission (2009), S. 145.

<sup>86</sup> Vgl. Bousingen (2001).

Großteil der bereitgestellten Leistungen wurde längere Zeit im Rahmen der Sozialhilfe erbracht.<sup>87</sup> Seit 2002 erfolgt die Absicherung im Wesentlichen durch die Pflegeversicherung APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie APA).<sup>88</sup> Die Ausgaben der Krankenpflege, auch in den stationären Pflegeeinrichtungen, werden jedoch von der Krankenversicherung getragen.<sup>89</sup>

Die Trägerschaft der APA liegt bei den Départements, von denen in Frankreich 100 existieren (vier davon außerhalb von Europa). Obwohl Frankreich als typischer zentralisierter Staat gilt, haben gerade im Bereich der sozialen Dienste auch dezentrale Einheiten gewisse Kompetenzen. Die Départements finanzieren ihre öffentlichen Leistungen über Finanzüberweisungen des Zentralstaates sowie lokale Steuern. Dazu gehören im Wesentlichen Gewerbesteuer, Grundsteuer und Wohnsteuer.<sup>90</sup> Etwa ein Drittel der Einnahmen der Départements entfallen auf lokale Steuern.<sup>91</sup> Da auch die Zuweisungen des Zentralstaates aus Steuermitteln stammen (aus dem Steueraufkommen des Zentralstaates), ist zu konstatieren, dass die Pflegefinanzierung in Frankreich zum größten Teil steuerfinanziert ist. Um die steigenden Kosten der Pflege zu finanzieren, wurde im Übrigen im Jahr 2005 der Pfingstmontag zum Arbeitstag bestimmt. Vorausgegangen waren auch Berichte über mangelhafte Zustände in den Pflegeheimen.<sup>92</sup>

Um Leistungen der Pflegeversicherung beantragen zu können, muss der Bedürftige mindestens 60 Jahre alt sein. Zur Prüfung der Anspruchsberechtigung wurde ein national einheitliches System festgelegt, welches sechs Pflegestufen umfasst. Für die Einstufung werden neben gesundheitlichen Einschränkungen<sup>93</sup> auch die Einkommensverhältnisse herangezogen. Dies bedeutet, dass bei gleichem Pflegegrad aber höherem Einkommen niedrigere Leistungen

---

<sup>87</sup> Das System der sozialen Dienste ist traditionell eher auf die Betreuung von Kindern ausgerichtet. Die Ausgaben für die Kinderbetreuung liegen bereits über Jahrzehnte hinweg etwa auf dem gleichen Niveau wie für Behinderte und ältere pflegebedürftige Menschen zusammen. Vgl. Bahle (2007), S. 149.

<sup>88</sup> In Frankreich wird für den Bereich der Absicherung des Pflegerisikos nicht der Begriff der Pflege verwendet. Anstatt des Begriffes Pflegeversicherung wird die Benennung „Individuelle Beihilfe zur Förderung der eigenständigen Lebensführung“ verwendet. Private Versicherungen verwenden die Begriffe „Abhängigkeit“ und „Verlust der Eigenständigkeit“. Vgl. Scor Group (2010).

<sup>89</sup> Die Krankenversicherung in Frankreich ist nach Art einer Arbeitnehmer-Sozialversicherung organisiert. Alle Arbeitnehmer haben einen einkommensabhängigen Beitragssatz (12,8 % Arbeitgeber, 0,75 % Arbeitnehmer) auf das Arbeitseinkommen zu entrichten. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze. Darüber hinaus müssen alle Einwohner Frankreichs seit 1991 auf alle Einkommensarten eine Allgemeine Sozialsteuer von 5,25 % und von 3,95 % auf empfangene Transferleistungen zahlen. Für Personen, die nicht unter die Sozialversicherung fallen, existieren Spezialkassen. Seit dem Jahr 2000 gibt es eine Krankenversicherungspflicht. Da der Leistungskatalog nur etwa zwei Drittel der Kosten in der ambulanten Versorgung und etwa 58 % der Medikamentenausgaben erstattet, haben 87 % der Franzosen eine Zusatzversicherung abgeschlossen, die meisten allerdings direkt bei der Sozialversicherungskasse und nicht bei anderen Versicherungsunternehmen. Im Jahr 2007 wurde eine absolute Selbstbeteiligung („Jahresfranchise“) von 50 € auf bestimmte Leistungen (wie Medikamente und Krankentransporte) eingeführt, die nicht durch eine Zusatzversicherung abgedeckt werden darf. Personengruppen wie Kinder, Schwangere oder chronisch Kranke, sind jedoch von dieser Zahlung befreit. Vgl. ESS-Europe (2007); Sandier, Paris, Polton (2004).

<sup>90</sup> Vgl. Helliö, Thill (2002), S. 11.

<sup>91</sup> Vgl. Kempf (2003).

<sup>92</sup> So hatten im Jahr 2003 15.000 Todesfälle in Altenpflegeeinrichtungen während ein sommerlichen Hitzewelle größere Diskussionen über die Pflegequalität ausgelöst. Vgl. Iacob, Rodriguez Gomez (2007), S. 11.

<sup>93</sup> Der gesundheitliche Zustand wurde jahrelang überwiegend aus medizinischer Sicht weniger mit dem Blick darauf, wie die betroffene Person noch am täglichen Leben teilhaben kann, eingeschätzt. In den letzten Jahren hat sich diese Gewichtung jedoch verschoben. Vgl. Jönsson, Daune-Richard, Odena, Ring (2009), S. 8.

gewährt werden.<sup>94</sup> Personen mit höherem Einkommen haben damit eine hohe Eigenbeteiligung zu tragen. Die Pflegeversicherung APA leistet bei den Pflegestufen eins (höchster Pflegegrad) bis vier. Die Stufe vier ist die am meisten besetzte Pflegestufe.<sup>95</sup> Seit der Einführung der APA werden Angehörige nicht mehr zur Unterhaltungspflicht herangezogen.<sup>96</sup> Durch die engere Definition von nationalen Pflegestandards, die mit der APA vorgenommen wurde, ging darüber hinaus eine zunehmende Vereinheitlichung des Leistungsangebots einher.

Im Bereich der ambulanten Betreuung leistet die APA ausschließlich Geldleistungen. Nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit erhält der Betroffene eine Beratung durch einen kommunalen Angestellten, der mit ihm einen Pflegeplan aufstellt. Die Verwendung der Geldleistung obliegt aber allein dem Bedürftigen. Mit Hilfe dieser Geldleistung kann der Betroffene Pflegepersonen entlohnen oder Pflegedienste bezahlen. Nicht möglich ist es, diese Geldleistung seinem pflegenden Ehepartner zukommen zu lassen, da dieser nach Meinung des Gesetzgebers die Verpflichtung zur Pflege seines Partners besitzt.<sup>97</sup> Eine große Bedeutung für die Versorgung von Pflegebedürftigen in Frankreich haben kommunale Sozialdienste und Sozialeinrichtungen. Seit 1998 (noch unter der alten Pflegeversicherung PSD) werden auch Leistungen von kommerziellen Diensten anerkannt. In Frankreich ist zudem traditionell eine Form der Familienpflegschaft verbreitet. Hierbei werden (maximal zwei) fremde pflegebedürftige Personen zur Betreuung in den Haushalt aufgenommen. Die Pflegepersonen (ohne Angehörige) erhalten hierfür Geldleistungen.<sup>98</sup>

Bei stationärer Versorgung werden die Geldleistungen an das Pflegeheim überwiesen, die Kosten der Krankenpflege werden von der Krankenversicherung getragen, Unterkunft und Verpflegung müssen vom Bedürftigen selbst getragen werden.<sup>99</sup> 62 % der Pflegeleistungsempfänger werden ambulant und 38 % stationär versorgt.<sup>100</sup>

In Frankreich hatten im Jahr 2006 etwa 1,7 Millionen Menschen eine private Pflegeversicherung als Zusatzversicherung abgeschlossen. Obwohl dies nur 2,8 % der Bevölkerung entspricht, gilt Frankreich damit neben den USA als einer der wichtigsten Märkte für eine private Absicherung des Pflegerisikos. Ein Grund für diese Bewertung sind auch die hohen Wachstumsraten von 20 bis 25 %, die in den letzten Jahren zu verzeichnen waren.<sup>101</sup> Diese Wachstumsraten wurden nicht durch steuerliche Vergünstigungen erreicht, diese existieren in Frankreich nicht, sondern sind das Ergebnis breiter Debatten in den Medien über die Risiken

---

<sup>94</sup> Vgl. Gleckman (2007), S. 5.

<sup>95</sup> Die von 1997 bis 2001 gültige Pflegeversicherung PSD (*prestation spécifique dépendance – PSD*) sah vor, dass nur die Personen, die in den ersten drei Pflegestufen eingeordnet wurden, einen Leistungsanspruch erhielten. Damit bezogen nur Personen mit hohem Pflegegrad bzw. geringem Einkommen Pflegeleistungen.

<sup>96</sup> Bis 2002 (bei der damals gültigen Pflegeversicherung PSD) hatten die Sozialbehörden noch einen Anspruch auf Kostenerstattung aus einem möglichen Erbe des Bedürftigen. Vgl. Bahle (2007), S. 170.

<sup>97</sup> Vgl. Jönsson, Daune-Richard, Odena, Ring (2009), S. 5.

<sup>98</sup> Vgl. Bahle (2007), S. 165.

<sup>99</sup> Vgl. Rizzi (2007), S. 38.

<sup>100</sup> Vgl. Jönsson, Daune-Richard, Odena, Ring (2009), S. 7-8.

<sup>101</sup> Vgl. Geismann; Pasdika (2007), S. 16.

des Alters und die mangelnden Leistungen des staatlichen Absicherungssystems.<sup>102</sup> Zum Vergleich: In Deutschland haben 1,6 % der Bevölkerung eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen.<sup>103</sup>

Frankreich besitzt zusammen mit Norwegen die höchste Fertilitätsrate in Europa (2,0 Kinder pro Frau). Der Anteil der älteren Menschen ist deutlich geringer als in Deutschland. Bis zum Jahr 2050 wird von den vorgestellten Ländern für Frankreich die geringste Zunahme des Anteils der über 80-Jährigen erwartet.<sup>104</sup>

Die Pflegeausgaben lagen im Jahr 2007 bei 1,4 % des BIP. Eine Prognose der Europäischen Kommission erbrachte einen Anstieg der Pflegeausgaben auf bis zu 2,2 % des BIP im Jahr 2060.<sup>105</sup> Nach diesen Vorhersagen wirkt sich die gemäßigte Zunahme der älteren Menschen im Vergleich zu anderen Ländern auch in einem nur moderaten Anstieg der Pflegeausgaben aus.

## 4.8 Spanien

Spanien weist ebenso wie Frankreich eine Mischform zwischen „Beveridge Modell“ und „Bismarck Modell“ bei der Pflegeabsicherung auf. In diesem Land wurde im Jahr 2007 eine steuerfinanzierte Pflegeversicherung eingerichtet, die in Stufen bis zum Jahr 2015 vollständig implementiert werden soll.<sup>106</sup> Veränderte Familienstrukturen, eine niedrigere Geburtenrate und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen hatten in Spanien dazu geführt, dass die Notwendigkeit einer neuen Institution zur Absicherung des Pflegerisikos erkannt wurde.<sup>107</sup> Als problematisch angesehen wurde zudem, dass in zunehmendem Maß Pflegebedürftige in Kliniken versorgt werden mussten, da mangels ambulanter Pflegedienste keine ausreichende häusliche Versorgung gewährleistet werden konnte.<sup>108</sup> Traditionell wird die Pflegebetreuung in Spanien innerhalb der Familie geleistet. Nach Schätzungen erhielten im Jahr 2005 etwa 70 % der Pflegebedürftigen eine Betreuung durch Angehörige.<sup>109</sup> Eine entwickelte Infrastruktur an ambulanten Diensten existierte vor der Einführung der Pflegeversicherung kaum. Wenn die häuslichen Bedingungen eine Pflege nicht mehr möglich machten, folgte eine stationäre Versorgung. Die Betreuung von Pflegebedürftigen war jahrzehntelang nicht explizit als spezieller Betreuungsdienst organisiert, sondern gliederte sich ein in das System der Krankenversorgung (für die medizinische Pflege) und der Sozialhilfe (für die Unterstützung sozial Schwacher). Die Zuständigkeit für die Bereiche Gesundheitswesen und soziale Pflege und Betreuung liegt in Spanien dezentral auf der Ebene der Regionen und der Kommunen.

---

<sup>102</sup> Vgl. Courbage, Roudaut (2008), S. 648.

<sup>103</sup> Vgl. Verband der privaten Krankenversicherung (2009), S. 35.

<sup>104</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>105</sup> Vgl. European Commission (2009), S. 145.

<sup>106</sup> Vgl. Costa-Font; Gonzáles (2008), S. 21.

<sup>107</sup> Vgl. Costa-Font; Patxt (2005).

<sup>108</sup> Vgl. Ministerio de Trabajo y seguridad social (2005).

<sup>109</sup> Vgl. The OECD Health Project (2005), S. 131.

Zur Finanzierung der Pflegeversicherung wird auf Steuereinnahmen des Zentralstaates (als Zuschüsse an die Regionen) und auf das Steueraufkommen der Regionen zurückgegriffen. Es ist hierbei zu beachten, dass sich das Steuersystem der Regionen voneinander unterscheidet. Während zum Beispiel in einigen Regionen die Erbschaftssteuer eine wichtige Finanzierungsquelle für die Pflegeversicherung darstellt, gibt es diese Steuer in anderen Regionen gar nicht.<sup>110</sup>

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben alle Einwohner Spaniens, also auch jüngere Personen, denen zum Beispiel aufgrund von Unfällen oder von Krankheiten Pflegebedürftigkeit attestiert wird. Für den Leistungsbezug wird der Bedürftige in eine von drei Pflegestufen eingeteilt.<sup>111</sup> Die stufenweise Einführung der Pflegeversicherung sieht vor, dass bis zum Jahr 2009 nur die Personen der höchsten Pflegestufe Leistungen erhielten, danach die Bedürftigen der Stufe zwei und schließlich ab 2015 auch die in Stufe eins eingeteilten Personen. Die Höhe der Geldleistungen im Jahr 2009 für die Pflegestufen zwei und drei lag zwischen 300 € und 831 €<sup>112</sup>

Pflegeanbieter sind überwiegend öffentliche Einrichtungen. Gemeinnützige Verbände besitzen in Spanien im Bereich der sozialen Dienste einen geringen Stellenwert. Es wird erwartet, dass die Etablierung der Pflegeversicherung zu einem Ausbau der Pflegeinfrastruktur vor allem über private Unternehmen führt.

Eine Herausforderung stellt die Koordination zwischen dem Zentralstaat und den 17 autonomen Regionen (Comunidades Autónomas) dar. Während der Zentralstaat das Reglement für die Einstufung in Pflegeklassen bestimmt, liegt der Versorgungsauftrag bei den Regionen. Diese können auch die Höhe der Geldleistungen festlegen. Die Debatten zwischen Zentralstaat und den Regionen werden noch dadurch verstärkt, dass einige Regionen ihren Einwohnern auch zusätzliche Pflegeleistungen über die Grundsicherung hinaus anbieten. Zur Lösung der Abstimmungsprobleme wurde eine Territorialbehörde eingerichtet. Der Zentralstaat und die autonomen Kommunen sollen hier die Organisation der Pflege landesweit koordinieren. Auch innerhalb der Regionen besteht Anpassungsbedarf, da die medizinisch orientierte Krankenpflege von den Regionen zentral organisiert wird, während die sozialen Dienste auf kommunaler Ebene angesiedelt sind.<sup>113</sup>

Knapp die Hälfte aller Leistungsempfänger (49,6 %) erhielten zum März 2010 Geldleistungen zur Pflegebetreuung innerhalb der Familie. Dahinter folgen mit einem Anteil von 17,8 % Leistungen zur stationären Versorgung. Die Bedeutung spezieller Pflegeformen variiert innerhalb Spaniens erheblich. Während in Zentren zur Tagespflege auf den Kanarischen Inseln 17,1 % und in Madrid 14,3 % aller Pflegebedürftigen betreut werden, sind es in Kastilien-La Mancha (2,25 %), Navarra (1,97 %) und Murcia (0,23 %) deutlich weniger.

---

<sup>110</sup> Vgl. Costa-Font; Gonzáles (2008), S. 22.

<sup>111</sup> Artículo 26 Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

<sup>112</sup> Vgl. Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia (2010b).

<sup>113</sup> Vgl. Costa-Font; Gonzáles (2008), S. 22.

Ähnliche Unterschiede finden sich zum Beispiel auch bei Teleassistenz.<sup>114</sup> Damit werden in Andalusien fast ein Viertel aller Pflegebedürftigen versorgt, während dieses Angebot in vier Regionen gar nicht angeboten wird.<sup>115</sup>

Spanien hat eine der ältesten Bevölkerung innerhalb der OECD. Nach Japan weist es den höchsten Anteil an über 80-Jährigen auf. Bis zum Jahr 2050 wird sich die Alterung der spanischen Bevölkerung weiter in hohem Maße verstärken. In keinem der vorgestellten Länder wächst der Anteil der über 65-Jährigen so schnell wie hier. Eine der Ursachen ist die sehr niedrige Fertilitätsrate (1,2 Kinder pro Frau).<sup>116</sup>

Die Einführung der Pflegeversicherung bringt einen Anstieg der Pflegeausgaben von 0,33 % des BIP (0,4 Mrd. €) im Jahr 2007 auf etwa 1 % des BIP (2,2 Mrd. €) im Jahr 2015 mit sich.<sup>117</sup> Damit liegen die Ausgaben allerdings selbst nach vollständiger Einführung unter dem EU-Durchschnitt (1,2 % des BIP).<sup>118</sup> Von allen Ländern, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung betrachtet werden, weist Spanien die niedrigsten Pflegeausgaben auf. Selbst bis zum Jahr 2060 prognostiziert die Europäische Kommission nur einen Anstieg auf bis zu 1,4 % des BIP.<sup>119</sup>

## 4.9 Schweiz

Die Absicherung des Krankheits- und Pflegerisiko folgt in der Schweiz dem „Bismarck Modell“. Die Pflegekosten in der Schweiz werden von verschiedenen Kostenträgern übernommen. Die Grund- bzw. Krankenpflege ist eine Teilleistung der obligatorischen Krankenversicherung. Das heißt, bei Pflegebedarf in Folge einer Krankheit werden die Kosten der Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim von der Grundversicherung, dem obligatorischen Teil der Krankenversicherung in der Schweiz, übernommen, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt.<sup>120</sup> Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Pflegeheimen sowie für hauswirtschaftliche Dienste sind vom Pflegebedürftigen zu übernehmen. Kann ein Pflegebedürftiger die Pflegekosten nicht selbst tragen, erhält er bedarfsabhängige Ergänzungsleistungen zu seiner Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) bzw. zur Invalidenversicherung (IV). Diese Leistungen werden teilweise auch als bedarfsorientierte Pflegeversicherung bezeichnet. Vor dem Bezug von Ergänzungsleistungen ist vorhandenes Vermögen aufzubreuchen. Darüber hinaus wird die Pflege über kommunale und kantonale Zuschüsse finanziert, deren Umfang landesweit variiert.

---

<sup>114</sup> Der Pflegebedürftige kann hierbei mit Hilfe eines mobilen Gerätes Pflegebetreuung und akute Hilfe innerhalb eines Betreuungsnetzwerkes abrufen.

<sup>115</sup> Vgl. Sistema para la Autonomia y Atencion a la dependencia (2010a).

<sup>116</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>117</sup> Vgl. Costa-Font; Gonzáles (2008), S. 22.

<sup>118</sup> Auch der Anteil aller Sozialausgaben ist in Spanien geringer als in anderen EU-Ländern. Vgl. Castiello (2002).

<sup>119</sup> Vgl. European Commission (2009), S. 145.

<sup>120</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2010b), S. 10-11.

Die Pflegeleistungen gehören zum Verantwortungsbereich der 26 Kantone, die die Umsetzung in der Regel an die Gemeinden delegieren. Mehr als die Hälfte aller stationären Pflegeeinrichtungen haben einen öffentlichen oder gemeinnützigen Träger. Die häusliche Pflege wird in der Schweiz als Spitex (spitalexterne Hilfe und Pflege) bezeichnet.<sup>121</sup> Spitex-Organisationen, bei denen es sich überwiegend um private oder gemeinnützige Anbieter handelt, bieten neben den Dienstleistungen, die von der Krankenversicherung übernommen werden, auch eine Vielzahl von hauswirtschaftlichen Leistungen an.

Diskussionsbedarf brachte in der Vergangenheit die Abgrenzung zwischen den Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung und dem Umfang der kommunalen und kantonalen Zuschüsse.<sup>122</sup> Insbesondere die Krankenversicherung war nicht mehr bereit, das finanzielle Risiko einer zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen zu tragen. Um eine klare gesetzliche Vorgabe zu machen, wird deshalb zum 1. Januar 2011 eine Neuregelung in Kraft treten, die zu einer stärkeren finanziellen Belastung der Gemeinden und der Kantone und zu einer Entlastung von Pflegebedürftigen und Krankenversicherung führen wird. Die obligatorische Krankenversicherung wird danach einen festen, nach Zeitaufwand bemessenen, Beitrag leisten. Der vom Pflegebedürftigen zu tragende Betrag zur Finanzierung der Pflegekosten wurde begrenzt. Zudem erfolgte eine Deckelung der Ausgaben der Krankenversicherung. Die Akut- und Übergangspflege nach der Entlassung aus einem Krankenhaus soll maximal zu 45 % von den Krankenkassen getragen werden (mindestens 55 % von den Kantonen), bei der Langzeitpflege wird der Betrag der obligatorischen Krankenversicherung auf 60 % festgesetzt. Da Pflegeheime und ambulante Versorgung im Zuständigkeitsbereich der Kommunen liegen, sollen diese die Restfinanzierung sicherstellen und die Höhe der Pflegekosten über Verhandlungen mit den Pflegeanbietern begrenzen.<sup>123</sup>

Für die obligatorische Krankenversicherung in der Schweiz haben alle Personen ab 25 Jahre eine einheitliche, einkommensunabhängige Prämie zu zahlen. Die Prämienhöhe unterscheidet sich je nach Kanton und nach gewählter Krankenkasse. Für Personen unter 25 Jahren gibt es reduzierte Prämien. Darüber hinaus sehen die Krankenversicherungsverträge eine jährliche absolute Selbstbeteiligung (Franchise) von mindestens 200 sFr und eine prozentuale Selbstbeteiligung von 10 % (bis maximal 700 sFr im Jahr) pro Arztrechnung vor. Es ist möglich, individuell höhere Selbstbeteiligungen zu vereinbaren.<sup>124</sup> Personen mit niedrigem Einkommen erhalten eine Subvention ihres Beitrages aus allgemeinen Steuermitteln.

Der Abschluss einer privaten Pflegeversicherung, die risikoabhängige Beiträge verlangt, ist möglich. Die Nachfrage nach entsprechenden Angeboten ist jedoch sehr gering. Als Grund werden vor allem die hohen Prämien, insbesondere für Frauen, vorgebracht.<sup>125</sup>

---

<sup>121</sup> Vgl. Spitex-Verband (2010).

<sup>122</sup> Vgl. Spitex-Verband (2010).

<sup>123</sup> Vgl. NZZ (2010); Bundesamt für Gesundheit (2010a); Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung (2008).

<sup>124</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2010b), S. 10.

<sup>125</sup> Vgl. The OECD Health Project (2005), S. 133.

Die Schweiz weist derzeit eine jüngere Bevölkerung als Deutschland auf. Bis zum Jahr 2050 wird der Anteil der über 65-Jährigen allerdings nur in Spanien schneller steigen.<sup>126</sup>

Die Pflegeausgaben betragen in der Schweiz im Jahr 2005 7,3 Mrd. sFr. Dies entspricht 1,6 % des BIP. Bis zum Jahr 2030 rechnet das Bundesamt für Statistik mit einem Anstieg auf 17,8 Mrd. sFr, was 2,8 % des BIP bedeuten würde.<sup>127</sup>

#### 4.10 Niederlande

Die Niederlande zählen neben den skandinavischen Ländern zu den Staaten, die traditionell vergleichsweise viele finanzielle Mittel für die Betreuung Pflegebedürftiger bereitstellen.<sup>128</sup> Das niederländische System der Absicherung von Krankheits- und Pflegerisiko wird hierbei durch das „Bismarck-Modell“ geprägt. Die Finanzierung erfolgt im Wesentlichen über die Versicherung gegen besondere Krankheitskosten (Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten - AWBZ) und über die Leistungen nach dem Gesetz über gesellschaftliche Unterstützungsmaßnahmen (Wet Maatschappelijke Ondersteuning WMO). Der Bedarf an medizinischen Dienstleistungen wird durch die Krankenversicherung (Zorgverzekeringswet ZVW) abgesichert. Es existiert eine sehr enge Verknüpfung von AWBZ und ZVW. Sozialrechtlich trennen die Niederländer (im Gegensatz zu den Deutschen) Pflege nicht von Krankheit. Pflege wird als langfristige Krankheit gesehen.

Die Finanzierung der AWBZ erfolgt über einkommensabhängige Beiträge und Subventionen des Staates. Die AWBZ weist damit ein Merkmal einer Sozialversicherung auf. Im Gegensatz zur „klassischen“ Sozialversicherung des „Bismarck-Typs“ ist jedoch die gesamte Bevölkerung versicherungspflichtig (und nicht nur die abhängig Beschäftigten) und herangezogen wird das gesamte steuerliche Einkommen (also nicht nur das Arbeitseinkommen). Die AWBZ wurde bereits 1967 etabliert. Sie galt damit über Jahrzehnte hinweg als einzige Sozialversicherung zur Pflegeabsicherung in Europa. Die AWBZ-Beiträge werden zusammen mit den Beiträgen für die Rentenversicherung, die Hinterbliebenen- und Halbwaisenversicherung und der Lohnsteuer direkt vom Arbeitgeber eingezogen und an das Finanzamt überwiesen. Diese leiten die Versicherungsbeiträge dann an die entsprechenden Versicherer weiter. Die Absicherung des Pflegerisikos erfolgt beim gleichen Versicherer, bei dem auch ein Krankenversicherungsvertrag (ZVW) abgeschlossen wurde.<sup>129</sup> Die Versicherer sind vor allem für die administrative Durchführung zuständig. Zudem besitzen sie eine Art Sicherstellungsauftrag.<sup>130</sup> Der Beitrag zur besonderen Krankenkostenversicherung liegt im Jahr 2010 bei 12,15 %. Bei einem Betrag von 32.127 € (des zu versteuernden Einkommens) liegt die Beitragsbemes-

---

<sup>126</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>127</sup> Vgl. Bundesamt für Gesundheit (2010b).

<sup>128</sup> Vgl. Hofmarcher, Riedel (2002).

<sup>129</sup> Vgl. Rizzi (2007), S. 39; Bartholomé, Maarse (2006).

<sup>130</sup> Vgl. Skuban (2004), S. 162.

sungsgrenze.<sup>131</sup> Die AWBZ gilt als eine von drei Säulen des niederländischen Gesundheitssystems. In ihr werden gesundheitliche Langzeitrisiken abgesichert. So umfasst der Leistungskatalog neben stationären Pflegeleistungen auch die psychiatrische Versorgung und Krankenhausaufenthalte von mehr als einem Jahr. Die Bedeutung der AWBZ ist daran erkennbar, dass fast die Hälfte der Kranken- und Pflegeversicherungsausgaben (im Jahr 2007 waren es 42 %) von der AWBZ bestritten wird. Die „klassische“ Krankenversicherung bietet Leistungsschutz bei ambulanten ärztlichen Behandlungen und Klinikaufenthalten unter einem Jahr und besitzt einen Kostenanteil von 52 %.<sup>132</sup>

Das Gesetz über gesellschaftliche Unterstützungsmaßnahmen (WMO) bildet die Grundlage für die kommunale Sozialhilfe. Ihr unterliegen seit 2007 auch die ambulante und die häusliche Pflege. Die Verantwortung obliegt den Kommunen. Die Finanzierung erfolgt zum größten Teil aus Steuerzuschüssen des Staates.

Die Pflegeheime in den Niederlanden werden überwiegend von Wohlfahrtsverbänden getragen. Es existiert eine breite Bandbreite an stationärer Betreuung in Abhängigkeit vom Pflegegrad und der Art der Bedürftigkeit (Demenz, bestimmte funktionelle Störungen).<sup>133</sup> Für die Versorgung in stationären Einrichtungen ist eine einkommensabhängige Selbstbeteiligung zu zahlen. Diese ist in der Form gestaltet, dass einerseits Personen mit niedrigem Einkommen nicht auf Ersparnisse, Vermögen oder unterhaltsfähige Angehörige zurückgreifen müssen.<sup>134</sup> Andererseits müssen wohlhabende Pflegebedürftige erhebliche Eigenbeteiligungen tragen.<sup>135</sup>

Im ambulanten Bereich können Pflegebedürftige neben den Sachleistungen auch Geldleistungen beziehen, die sie aber – im Gegensatz zur Regelung der deutschen Pflegeversicherung – für Pflegeleistungen ausgeben müssen. Dies können jedoch auch pflegende Angehörige sein. Dies Geldleistungen werden als „Persoonsgebonden budget“ (Persönliches Budget) bezeichnet. Im Jahr 2008 entschieden sich 6,8 % der pflegebedürftigen Personen für das persönliche Budget, 91 % wählten Sachleistungen, die übrigen eine Kombination aus beiden. Von Pflegebedürftigen unter 65-Jahren werden Geldleistungen anteilig mehr nachgefragt. Der durchschnittliche Betrag, den jeder Pflegebedürftige, der das persönliche Budget wählte, erhält, betrug im Jahr 2007 14.486 €<sup>136</sup>

Die Niederlande weisen derzeit im OECD-Maßstab eine vergleichsweise junge Bevölkerung auf. Von den vorgestellten Ländern haben nur die USA, Australien und Luxemburg einen niedrigeren Altenquotienten. Der Anteil der über 80-Jährigen steigt in den Niederlanden laut den Prognosen stärker als in den anderen porträtieren Ländern.<sup>137</sup>

---

<sup>131</sup> Vgl. Belastingdienst (2010).

<sup>132</sup> Die restlichen 6 % werden über freiwillige Zusatzversicherungen abgesichert. Hierbei handelt es sich neben Leistungen, die über dem Basisschutz hinausgehen, überwiegend um die Bereiche Zahnersatz und Physiotherapie. Vgl. Maarse (2008).

<sup>133</sup> Vgl. The OECD Health Project (2005), S. 125.

<sup>134</sup> Vgl. Rizzi (2007), S. 40; Skuban (2004), S. 169. Im Jahr 2004 lag die durchschnittliche monatliche Zuzahlung in Pflegeheimen bei 424 €

<sup>135</sup> Vgl. Skuban (2004), S.170.

<sup>136</sup> Vgl. Centrum Indicatiestelling Zorg (2008), Centrum Indicatiestelling Zorg (2009).

<sup>137</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

Die Ausgaben für Pflege lagen im Jahr 2007 bei 3,4 % des BIP. Dieser Wert verdeutlicht das hohe Leistungsniveau des niederländischen Pflegesystems. Bis zum Jahr 2060 wird mit einem Anstieg auf bis zu 8,1 % gerechnet. Dies ist der höchste prognostizierte Anstieg innerhalb der EU.<sup>138</sup>

## 4.11 Japan

In den Sozialsystemen vieler asiatischer Länder spiegelt sich die konfuzianistische Denkweise wider. Die staatlichen Sicherungssysteme sind traditionell eher schwach ausgeprägt, die sozialen Belange, die Betreuung von Kindern, älteren Menschen und Pflegebedürftigen werden im Rahmen der Familien organisiert.<sup>139</sup> Es besteht für die Kinder die implizite Verpflichtung, für ihre Eltern zu sorgen. Ausdruck dessen ist die vielfach vorkommende traditionelle Drei-Generationen-Familie. Aufgrund einer zunehmenden „Verwestlichung“, aber auch in Folge demographischer Veränderung – mit einem steigenden Anteil älterer Menschen und einer zunehmenden Mobilität jüngerer Menschen – ist in den letzten Jahren in einigen asiatischen Ländern ein Ausbau des formellen Pflegesektors und der staatlich organisierten Absicherung des Pflegerisikos zu beobachten.<sup>140</sup> Hierbei orientieren sich diese Länder, neben Japan ist dies vor allem Südkorea, an europäischen Wohlfahrtsstaaten.<sup>141</sup>

Das japanische Sozialsystem wird in hohem Maße vom „Bismarck Modell“ und speziell von der deutschen Vorgehensweise geprägt. Folgerichtig wurde im Jahr 2000 eine umlagenfinanzierte gesetzliche Pflegeversicherung nach dem Vorbild Deutschlands etabliert. Aufgrund andersartiger Strukturen wurden jedoch einige Modifikationen vorgenommen. Da die Regionalisierung betont werden sollte und in Folge eines fehlenden Krankenkassensystems, übernahmen die Kommunen die Trägerschaft über die Versicherung. Versicherungspflichtig sind alle über 40-Jährigen.<sup>142</sup> Leistungen erhalten Pflegebedürftige, die das 65. Lebensjahr überschritten haben. Darüber hinaus haben Personen zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr dann Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung, wenn eine Pflegebedürftigkeit als Folge von 15 explizit festgelegten Krankheiten, wie Schlaganfall oder Parkinson, diagnostiziert wird.<sup>143</sup> Die Finanzierung erfolgt hälftig über einkommensabhängige Beiträge und über Steuerzuschüsse. Die Sozialversicherungsbeiträge stammen zu etwa zwei Drittel aus der Beitragserhebung von 40- bis 64-Jährigen (sogenannte Versicherte der 2. Kategorie) und zu einem Drittel werden sie von den Rentnern und Pensionären (Versicherte der 1. Kategorie) bezahlt. Die Aufteilung entspricht dem Zahlenverhältnis der Versicherten.

---

<sup>138</sup> Vgl. European Commission (2009), S. 145.

<sup>139</sup> Vgl. Lee (2006), S. 141.

<sup>140</sup> Die enormen Belastungen der meist weiblichen Familienangehörigen bei der Pflegebetreuung gipfelten Anfang 1990 in der Anerkennung der „Erschöpfung durch Pflege (kaigo-tsukare)“ als eigene Krankheit. Vgl. Shimada, Tagsold (2006).

<sup>141</sup> Vgl. Lee (2006), S. 143.

<sup>142</sup> Vgl. Shimada, Tagsold (2006), S. 107; Long (2000), S. 93.

<sup>143</sup> Vgl. Matsuda.; Yamamoto (2001).

Es ändert sich also mit der Bevölkerungsstruktur.<sup>144</sup> Bei Personen mit niedrigem Einkommen werden Zuschüsse an die Pflegeversicherung von der Sozialhilfe geleistet.<sup>145</sup>

Da die Kommunen den Beitragssatz festlegen können, findet man regional unterschiedliche Beiträge. Bei Rentnern und Pensionären werden die Prämien direkt von ihrer Rente/Pension abgezogen. Die individuelle Höhe ergibt sich aus der Einstufung in einem Stufentarif. Jede Kommune definiert hierzu in der Regel fünf Einkommensstufen, nach denen die Beitragshöhe bemessen wird. Es handelt sich hierbei also um eine kommunale Kopfprämie mit Stufentarif. Je nach Einstufung in den Stufentarif betrug die Prämie bei Einführung der Pflegeversicherung zwischen 11 € und 33 € pro Monat.

Bei den Versicherten der 2. Kategorie erfolgt der Einzug zusammen mit der Prämie für die Krankenversicherung. Hierbei ist zu beachten, dass Japan eine Krankenversicherung für Arbeitnehmer<sup>146</sup> und eine Nationale Krankenversicherung<sup>147</sup> für nicht-abhängig Beschäftigte kennt. Bei Arbeitnehmern wird die Hälfte des Beitrages vom Arbeitgeber getragen. Bei den Versicherten, die über die Nationale Krankenversicherung abgesichert sind, übernimmt der Zentralstaat die Hälfte des Beitrages zur Pflegeversicherung. Für Versicherte der Krankenversicherung der Arbeitnehmer lag der Beitragssatz im Jahr 2009 bei 1,19 % des Einkommens (der Krankenversicherungsbeitrag lag bei 8,2 %). Die Beiträge der nationalen Krankenversicherung variieren zwischen den Kommunen. Durchschnittlich musste ein Japaner bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 2000 einen monatlichen Betrag von etwa 25 € zahlen.<sup>148</sup>

Die Steuerzuschüsse werden zur Hälfte aus Steuermitteln des Zentralstaates und jeweils zu 25 % durch das Steueraufkommen der Kommunen und der Präfekturen (der mittleren Verwaltungsebene) aufgebracht. Der Steuerzuschuss des Zentralstaates enthält auch eine Komponente, mit der regionale Unterschiede in der Altersstruktur der Kommunen ausgeglichen werden sollen.<sup>149</sup> Hierbei sind auch die erheblichen Unterschiede zwischen Stadt und Land in Japan zu bedenken.

Die Höhe der Pflegeleistungen ist von der Einstufung der Pflegebedürftigkeit abhängig. Hierzu wurden sechs Pflegestufen definiert.<sup>150</sup> Es werden ausschließlich Sachleistungen gewährt.<sup>151</sup> Eine Eigenbeteiligung von 10 % ist obligatorisch.<sup>152</sup> Bei stationärer Versorgung

---

<sup>144</sup> Vgl. Matsumoto (2003), S. 12.

<sup>145</sup> Vgl. The OECD-Health Project (2005), S. 84.

<sup>146</sup> Träger der Krankenversicherung für Arbeitnehmer sind Krankenversicherungsvereine und der Staat. Über diese Versicherung sind 75 Millionen Japaner versichert. Vgl. Finsterbusch (2006).

<sup>147</sup> Träger der Nationalen Krankenversicherung sind die Kommunen, die auch die Beträge festlegen können. In ihr sind vor allem Mitarbeiter kleiner Unternehmen, Arbeitslose, Selbständige und Bauern versichert. Über eine Spezialkasse werden die Ausgaben der Rentner (überwiegend über Subventionen und Transferzahlungen) finanziert. Insgesamt umfasst die Nationale Krankenversicherung 52 Millionen Mitglieder. Vgl. Finsterbusch (2006).

<sup>148</sup> Vgl. Matsuda.; Yamamoto (2001); Crume (1997).

<sup>149</sup> Vgl. Chi, Metha, Howe (2002), S. 15.

<sup>150</sup> Bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird zwischen fünf Pflegestufen differenziert. Die sechste Stufe gilt für nicht-pflegebedürftige Personen, die als hilfsbedürftig bezüglich Hilfe im täglichen Leben angesehen werden. Vgl. Bittner, Hehmann (2007), S. 19.

<sup>151</sup> Vgl. Campbell, Ikegami (2003).

müssen auch die Verpflegungskosten getragen werden. Nach Festlegung der Pflegestufe übernimmt ein Pflegemanager, der von den Kommunen gestellt wird, das Aufstellen eines Pflegeplans in Abhängigkeit von den individuellen Bedürfnissen. Der Pflegemanager bleibt auch danach ein regelmäßiger Begleiter. Bei Änderungen der Bedürftigkeit wird der Pflegeplan vom Pflegemanager neu ausgerichtet.<sup>153</sup> Der Pflegemanager erhält aus der Pflegeversicherung pro betreuten Pflegefall zwischen 6.500 und 8.400 Yen (ca. 52 bis 68 €) pro Monat. Seine Etablierung führte zu einem Einflussverlust der Ärzte, woraus ein Konfliktpotenzial erwuchs.<sup>154</sup>

Die Pflegeleistungen der japanischen Pflegeversicherung umfassen sowohl die häusliche Versorgung als auch die Betreuung in Pflegeheimen oder geriatrischen Einrichtungen. Die häusliche Betreuung beinhaltet – je nach Pflegegrad – Haushaltshilfen, Krankenpflegeleistungen, Hygiene- und Rehabilitationsangebote.<sup>155</sup> Einige eher medizinische Leistungen (der Krankenpfleger oder in geriatrischen Einrichtungen) standen vor der Einführung der Pflegeversicherung im Leistungskatalog der Krankenversicherung.<sup>156</sup> 44 % der Pflegebedürftigen erhalten eine ambulante Versorgung. Einen vergleichsweise hohen Anteil mit 37 % nimmt die Tagespflege, also die Tagesbetreuung in stationären Einrichtungen, ein.<sup>157</sup>

Die Absicherung von Gesundheitsrisiken über private Versicherer spielt im Übrigen nur eine marginale Rolle. So beträgt der Anteil der Ausgaben von privaten Krankenversicherungen (im Rahmen von Zusatzversicherungen) an den Gesundheitsausgaben in Japan nur 0,3 %.<sup>158</sup>

Japan besitzt eine der ältesten Bevölkerungen weltweit. Keines der vorgestellten Länder besitzt so hohe Anteile an den über 65-Jährigen und an den über 80-Jährigen wie Japan. Ursache für diese Entwicklung sind die sehr niedrige Geburtenrate (1,2 Kinder pro Frau) und die hohe Lebenserwartung (82 Jahre).<sup>159</sup> Die Pflegeausgaben lagen im Jahr 2005 bei 1,3 % des BIP (6,2 Trillionen Yen).<sup>160</sup> Für das Jahr 2025 wird mit Ausgaben in Höhe von 3,5 % des BIP gerechnet.<sup>161</sup>

## 4.12 Luxemburg

In Luxemburg wird das Pflagerisiko seit 1999 über eine Pflegeversicherung abgesichert. Sie ist als Pflichtversicherung konzipiert. Träger ist der Verband der Krankenkassen.<sup>162</sup> Luxemburg verfolgt damit eine Absicherung nach dem „Bismarck-Modell“.

---

<sup>152</sup> Vgl. Shimada, Tagsold (2006), S. 107.

<sup>153</sup> Vgl. Mitchell, Pigott, Shimizutani (2008), S. 4.

<sup>154</sup> Vgl. Matsuda; Yamamoto (2001).

<sup>155</sup> Vgl. Ikegami (1998).

<sup>156</sup> Vgl. Matsuda; Yamamoto (2001).

<sup>157</sup> Vgl. Matsumoto (2003), S. 14.

<sup>158</sup> Vgl. OECD (2006).

<sup>159</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>160</sup> Vgl. Fukawa (2007), S. 201.

<sup>161</sup> Vgl. Simizutani, Inakura (2007).

<sup>162</sup> Vgl. European Commission (2010).

Die Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge, einem Steuerzuschuss, der 45 % der Pflegeausgaben deckt, und einer speziellen Verbrauchssteuer auf Strom.<sup>163</sup> Der einkommensabhängige Beitragssatz lag anfangs bei 1 % und wurde 2006 auf 1,4 % angehoben.<sup>164</sup> Beiträge müssen alle Berufstätigen und Rentner entrichten. Als Einkommen zählt hierbei nicht nur das Erwerbseinkommen, sondern es werden auch andere Einkunftsarten wie Mieteinnahmen herangezogen. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze. Familienmitglieder sind beitragsfrei mitversichert.<sup>165</sup> Die Luxemburger Pflegeversicherung entspricht damit etwa dem Muster der in Deutschland diskutierten Bürgerversicherung. Die Pflegeleistungen werden sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nach individuell festgelegtem Hilfebedarf in Stunden festgelegt. Bei einem geringen Pflegebedarf von weniger als 3,5 Stunden in der Woche kann bei geringem Einkommen ein (dem Einkommen entsprechender) reduzierter Preis für die Pflegeleistungen bezahlt werden.<sup>166</sup> Diese Subvention der Pflegeleistungen wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen des luxemburgischen Staates finanziert. Das Pflegesystem in Luxemburg gilt nicht zuletzt aufgrund eines engen sozialen Netzes als gut funktionierend.

Luxemburg besitzt nach den USA und Australien die jüngste Bevölkerung. Bei einer Fertilitätsrate von 1,8 Kindern pro Frau, wird bis zum Jahr 2050 nur ein vergleichsweise langsamer Anstieg der Alterung erwartet.<sup>167</sup> Die ist ein vergleichsweise langsamer Anstieg der Alterung. Die Pflegeausgaben lagen im Jahr 2007 bei 1,4 % des BIP. Nach einer Studie der Europäischen Kommission werden sie im Jahr 2060 bis zu 3,4 % des BIP einnehmen.<sup>168</sup>

### 4.13 USA

In den USA existiert keine dominierende Institution zur finanziellen Absicherung Pflegebedürftiger. Verschiedene soziale Hilfsprogramme, freiwillig abgeschlossene Pflegeversicherungen und Sparverträge für den Pflegefall und nicht zuletzt Selbstzahlungen im Pflegefall bilden ein heterogenes System.

Für bestimmte Pflegeleistungen und einzelne Bevölkerungsgruppen werden die Kosten von Medicaid bzw. von Medicare übernommen. Medicaid liegt im Verantwortungsbereich der Bundesstaaten und ist ein Hilfsprogramm zur Pflege- und Krankheitskostenabsicherung von einkommensschwachen Menschen.<sup>169</sup> Die Anspruchsberechtigung variiert zwischen den Bundesstaaten. Armut allein gilt nicht als Kriterium. Auch Familienstand, Kinderzahl und Gesundheitszustand werden herangezogen. Da viele Pflegebedürftige in den Pflegeheimen ihre Ersparnisse schnell aufbrauchen, ist der Anteil der Empfänger von Medicaid hier

---

<sup>163</sup> Vgl. European Commission (2010).

<sup>164</sup> Vgl. Confédération Générale de la Fonction Publique (2009).

<sup>165</sup> Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale (2009).

<sup>166</sup> Vgl. Ministère de la Sécurité Sociale (2009).

<sup>167</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>168</sup> Vgl. European Commission (2009), S. 145.

<sup>169</sup> Vgl. Jacobs, Weissert (1986), S. 378.

vergleichsweise hoch. Für Medicaid machen die Pflegekosten den größten Ausgabenposten aus.<sup>170</sup> Medicare bietet dagegen Krankenversicherungsleistungen für über 65-Jährige. Pflegeausgaben sind nur im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (für die ersten 100 Tage) im Leistungskatalog enthalten. Die Leistungen von Medicare beziehen sich vor allem auf die Finanzierung häuslicher Pflege oder medizinischer Betreuung. Kosten für Hilfen im Alltag werden nicht übernommen.<sup>171</sup> Die Health Maintenance Organizations (HMOs) übernehmen bei ihren Versicherten ebenfalls nur die Akut- und nicht die Langzeitpflege.<sup>172</sup> Im Durchschnitt werden die Kosten in einem amerikanischen Pflegeheim zu 47,8 % vom Bedürftigen selbst, zu 45,6 % von Medicaid, zu 4,7 % von Medicare und zu 1,0 % durch eine private Pflegeversicherung getragen (sonstige Quellen: 0,9 %).<sup>173</sup>

Medicaid wird aus Steuermitteln der Bundesstaaten und dem amerikanischen Zentralstaat finanziert. Der Zentralstaat übernimmt mindestens 50 %, aber maximal 83 % der Kosten. In wirtschaftlich schwächeren Regionen ist der Finanzierungsanteil der Bundesstaaten typischerweise geringer. Zudem sind die Zulassungskriterien hier oft restriktiver.<sup>174</sup> Im Jahr 2008 lag der durchschnittliche Finanzierungsanteil des Zentralstaates bei 56,7 %. Den höchsten Anteil wies der Bundesstaat Mississippi mit 76,29 % auf.<sup>175</sup>

Medicare besteht aus vier Teilen (A: stationäre Versorgung, B: ambulante Versorgung, C: Behandlungsprogramme, D: verschreibungspflichtige Medikamente). Die Kurzzeitpflegeleistungen von Medicare finden sich bei Betreuung in Pflegeheimen in Teil A und bei häuslicher Versorgung in Teil B (im Anschluss an einem Krankenhausaufenthalt auch Teil A und B).<sup>176</sup>

Die Leistungen des Teils A werden zum größten Teil über eine Art Sozialversicherung finanziert (zudem gibt es Steuerzuschüsse). Fast alle abhängig Beschäftigten und Selbständige zahlen derzeit 2,9 % des Arbeitslohnes (bei Beschäftigten aufgeteilt hälftig in einen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag). Seit 1994 gibt es keine Beitragsbemessungsgrenze mehr. Der Beitragssatz ist gesetzlich vorgegeben und kann nur im Rahmen einer Gesetzesänderung verändert werden.<sup>177</sup> Die gesamten Einnahmen werden im „Federal Hospital Trust Funds“ gesammelt, der vom amerikanischen Finanzministerium verwaltet wird.<sup>178</sup> Leistungsempfänger müssen keine Beiträge, dafür jedoch erhebliche Selbstbeteiligungen tragen. Während die Sozialversicherung für Teil A von Medicare für viele Beschäftigte Pflicht ist, beruht Teil B auf Freiwilligkeit. Fast alle US-Amerikaner machen aber von dieser Option Gebrauch.<sup>179</sup> Die Finanzierung von Teil B erfolgt zu drei Viertel aus Steuermitteln des Zentralstaates. Der Rest wird über einen monatlichen Beitragssatz der Versicherten getragen. Dieser Beitragssatz

---

<sup>170</sup> Vgl. Nadolski (2006), S. 12.

<sup>171</sup> Vgl. Hoffman, Klees, Curtis (2008), S. 6-7.

<sup>172</sup> Vgl. Nadolski (2006), S. 13.

<sup>173</sup> Vgl. Rothfuchs (1997), S. 67-69, S. 43-55; Binstock (1998), S. 7-8.

<sup>174</sup> Vgl. Mattern, Pfaffenberger (1997), S. 79.

<sup>175</sup> Vgl. Hoffman, Klees, Curtis (2008), S. 22.

<sup>176</sup> Vgl. Hoffman, Klees, Curtis (2008), S. 6-9.

<sup>177</sup> Vgl. Hoffman, Klees, Curtis (2008), S. 6-7.

<sup>178</sup> Vgl. Kruse (1997), S. 29.

<sup>179</sup> Vgl. Hoffman, Klees, Curtis (2008), S. 7.

ergibt sich aus einem Stufentarif. Er beträgt für alle Personen mit einem Einkommen von weniger als \$ 85.000 (Verheiratete: \$ 170.000) \$ 96,40 im Monat. Die höchste Einkommensgruppe (Alleinstehender mit mehr als \$ 213.000) zahlt \$ 308,30 im Monat.<sup>180</sup>

Eine private Pflegeversicherung haben etwa 5 % der älteren Menschen abgeschlossen.<sup>181</sup> Von den über 65-Jährigen mit einem jährlichen Einkommen von über \$ 20.000 sind es allerdings immerhin 15 %. Bei verschiedenen Arbeitgebern müssen die Angestellten aufgrund von vereinbarten Gruppenverträgen nur reduzierte Beiträge für eine private Pflegeversicherung zahlen. Eine entsprechende Möglichkeit haben zum Beispiel Armeeangehörige.<sup>182</sup> Besitzt der US-Amerikaner eine private Krankenversicherung kann er Leistungen im Falle von Kurzzeitpflege oder Rehabilitationsmaßnahmen nach einem Klinikaufenthalt beziehen.

Neben der „klassischen“ privaten Pflegeversicherung existieren noch eine Reihe weiterer Angebote zur Absicherung des Pflegerisikos. Neben speziellen Angeboten von Finanzinstituten Ersparnisse zur Pflegevorsorge zu bilden, sind hierbei vor allem „Home equity conversions“ – Verträge genannt. Die bedeutendste Form sind „reverse mortgage“ – Vereinbarungen. Hierbei wird vertraglich festgelegt, dass im Pflegefall der unbelastete Kapitalanteil des Wohneigentums des Pflegebedürftigen in das Eigentum der Bank übergeht.<sup>183</sup> Dafür erhält er ein lebenslanges Wohnrecht und eine lebenslange Pflegegeldzahlung.<sup>184</sup>

Die Mehrzahl der Pflegeheime in den USA ist in privater Trägerschaft. Etwa zwei Drittel der stationären Einrichtungen gelten als gewinnorientierte Unternehmen.<sup>185</sup> Der Anteil von alternativen Betreuungsformen ist vergleichsweise gering. Verbreitet sind sogenannte Continuing Care Retirement Communities (CCRCs). Bei dieser Wohnform befindet sich auf einer Art Campusgelände eine Reihe von Wohngebäuden, die auf die verschiedensten Pflegestufen zugeschnitten sind. Dies gibt die Möglichkeit, dass der Pflegebedürftige bei Änderung des Pflegegrades jederzeit innerhalb des CCRCs umziehen kann.<sup>186</sup> Aufgrund der hohen Kosten in den Pflegeheimen dominiert die häusliche Versorgung durch Familienangehörige.<sup>187</sup> Schätzungen gehen davon aus, dass 83 % aller Pflegebedürftigen informell – also durch Angehörige – betreut werden.<sup>188</sup> Insbesondere in ländlichen Regionen findet sich auch eine Reihe von ehrenamtlich arbeitenden Organisationen, die bestimmte Dienstleistungen, wie Fahrdienste, kostengünstig anbieten. Darüber hinaus bieten private Unternehmen verschiedene Arten von Dienstleistungen bis hin zur persönlicher Assistenz und hauswirtschaftlichen Hilfen an.

Die USA verfügt von den analysierten Ländern über die jüngste Bevölkerung. Diese Position wird die USA auch bis zum Jahr 2050 behalten. Allerdings wird auch hier mit einem Anstieg

---

<sup>180</sup> Vgl. Hoffman, Klees, Curtis (2008), S. 10.

<sup>181</sup> Vgl. Binstock (1998), S. 7-8.

<sup>182</sup> Vgl. The OECD Health Project (2005), S. 125.

<sup>183</sup> Vgl. Davidoff (2010), S. 44-49.

<sup>184</sup> Vgl. Wiener (1994), S. 83-109; Mayer, Simmons (1994), S. 234-255.

<sup>185</sup> Vgl. The OECD Health Project (2005), S. 136.

<sup>186</sup> Vgl. Branch (1987), S. 4-8.

<sup>187</sup> Vgl. Orsini (2010), S. 142-152.

<sup>188</sup> Vgl. Georgetown University (2007).

der über 65-Jährigen auf 20,2 % gerechnet. Die USA ist das einzige porträtierte Land, welches eine Geburtenrate von 2,1 Kindern pro Frau erreicht und damit seine Bevölkerungszahl – unabhängig von Migrationsströmen – konstant hält.<sup>189</sup>

Die Pflegeausgaben lagen im Jahr 2005 in den USA bei \$ 207 Mrd. Dies entspricht 1,6 % des BIP. Davon werden 48,9 % durch Medicaid, 20,4 % durch Medicare, 18,1 % durch Selbstbeteiligungen der Bedürftigen, 7,2 % durch eine private Pflegeversicherung und die restlichen 5,3 % durch Sonstige getragen. 62,8 % der Ausgaben entfallen auf die Pflegeheime und 37,2 % auf die ambulante Pflegebetreuung.<sup>190</sup> Für das Jahr 2040 wird mit Pflegeausgaben von etwa \$ 346 Mrd. gerechnet, welches etwa 1,9 % des BIP entsprechen würde.<sup>191</sup>

---

<sup>189</sup> Vgl. U.S. Census Bureau (2010).

<sup>190</sup> Vgl. Georgetown University (2007).

<sup>191</sup> Vgl. Corbin-Jallow; Moore (1999).

## 5. Pflegeausgaben und Altersstruktur

### 5.1 Aktuelle Pflegeausgaben

Im Rahmen der Länderporträts wurden die jeweiligen Pflegeausgaben des Jahres 2007 als Anteil am BIP dargestellt. Hierbei zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. In der folgenden Abbildung werden diese Daten in einem Säulendiagramm veranschaulicht. Die Zahlenwerte stammen im Wesentlichen aus einer Studie der Europäischen Kommission. Bei Ländern, die in dieser Studie nicht erwähnt wurden, musste auf andere Quellen zurückgegriffen werden.

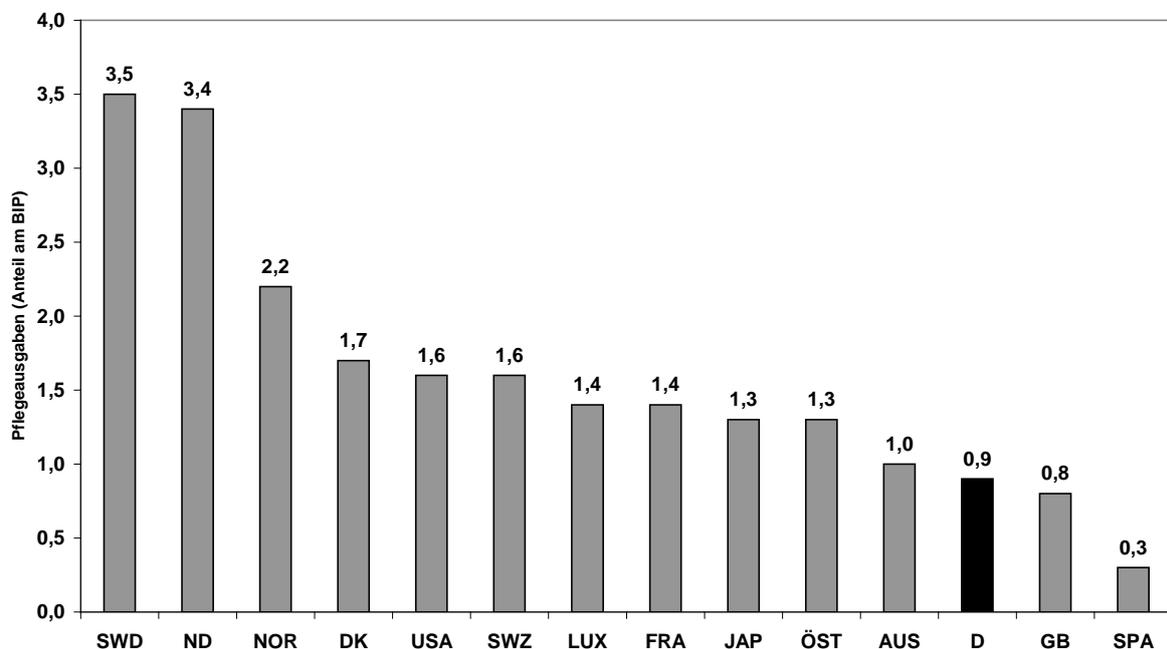


Abbildung 1: Anteil der Pflegeausgaben am BIP im Jahr 2007

Quelle: European Commission (2009), Australian Government-Productivity Commission (2008), Fukawa (2007), Georgetown University (2007).

Von den vorgestellten Ländern besitzt Schweden die höchsten Pflegeausgaben. In diesem nordeuropäischen Wohlfahrtsstaat nahmen die Pflegeausgaben 3,5 % des BIP ein. Eine ausgebaute und teure Pflegeversorgung weist zudem die Niederlande auf. Dänemark und Norwegen, die im Allgemeinen in einem Atemzug mit Schweden genannt werden und wie ihr skandinavischer Nachbar ebenfalls ihren Bürgern sehr umfassende Pflegeleistungen offerieren, weisen nur halb so hohe Pflegeausgaben auf. Deutschland gilt zwar als Land mit einem teuren Gesundheitssystem, bezüglich der Pflegeausgaben rangiert es aber im Schlussviertel nur knapp vor Großbritannien.

Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass bei einem Vergleich der Pflegeausgaben von verschiedenen Ländern Abgrenzungsprobleme auftreten können. Bereits bei den wesentlich häufiger zitierten Gesundheitsausgaben pro Land erschweren national unterschiedliche statistische Herangehensweisen einen Vergleich. Während die OECD versucht für ihre Mitgliedsstaaten eine methodisch weitgehend einheitliche statistische Vergleichsgröße für Gesundheitsausgaben zu berechnen, gibt es etwas Vergleichbares für die Pflegeausgaben nicht. Es ist zu berücksichtigen, dass Pflege in vielen Ländern nicht als eigenständiger Ausgabenposten gesehen wird. In den Niederlanden wird, wie bereits erwähnt, Pflege als (langfristige) Krankheit gesehen. Die Pflegeausgaben, die von der Europäischen Kommission für die Niederlande angegeben werden, entsprechen den Ausgaben der AWBZ (Versicherung gegen besondere Krankheitskosten) in diesem Land. Diese Versicherung übernimmt aber zum Beispiel auch die Kosten von Krankenhausaufenthalten von über einem Jahr und von längerfristiger psychiatrischer Versorgung. Problematisch und unterschiedlich gehandhabt wird auch die Zurechnung von ambulanten Hilfen, die eher der Hilfe im täglichen Leben, als der medizinisch orientierten Krankenpflege dienen. Auch Ausgaben für altersgerechte Wohnungen, von Fahrdiensten, von Tageszentren für verschiedene Altersgruppen werden unterschiedlich zugeordnet.

## **5.2 Pflegeausgaben und Altenquotient**

Eine Gegenüberstellung der Pflegeausgaben und des Anteils der älteren Menschen an der Bevölkerung kann den Stellenwert der Pflegeversorgung verdeutlichen. Würden in jedem Land finanzielle Mittel im gleichen Umfang bereitgestellt werden und bestünden die gleichen Pflegewahrscheinlichkeiten, müssten die Pflegeausgaben sehr eng mit der Altersstruktur korrelieren. Ist der Zusammenhang dagegen eher schwach ausgeprägt, würde dies auf einen unterschiedlichen Versorgungsgrad des jeweiligen Absicherungssystems verweisen. Hohe Ausgaben bei junger Bevölkerung sind als ein Indiz für eine umfassende Versorgung, umgekehrt sind niedrige Ausgaben bei vergleichsweise alter Bevölkerung als ein Verweis auf eine Unterversorgung im internationalen Vergleich zu werten.

In den beiden folgenden Abbildungen werden zusätzlich zu den Pflegeausgaben auch die Anteile der älteren Menschen in den untersuchten Ländern dargestellt. In der nächsten Abbildung wird dem Anteil der Pflegeausgaben am BIP der Anteil der über 65-Jährigen gegenübergestellt. In der darauffolgenden Abbildung ist der Vergleich mit der Altersgruppe der über 80-Jährigen veranschaulicht. Alle Werte stammen aus dem Jahr 2007. Von links nach rechts werden die Länder in absteigender Reihenfolge ihrer Pflegeausgaben dargestellt.

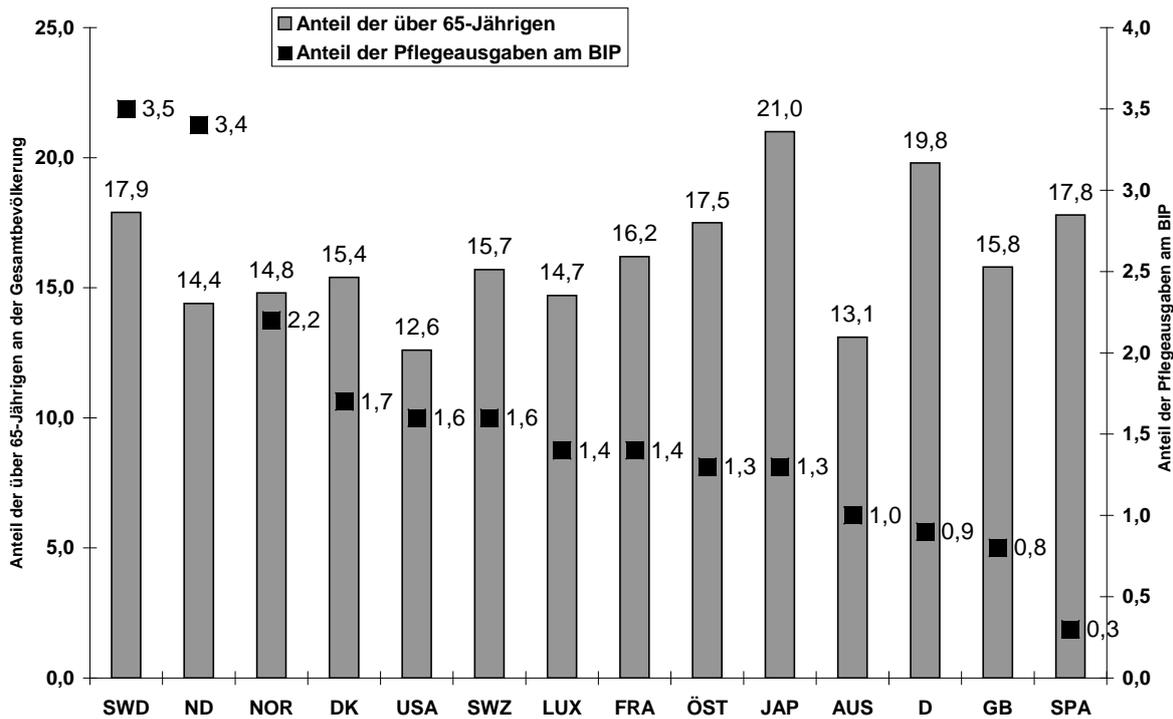


Abbildung 2: Vergleich Pflegeausgaben und Anteil der über 65-Jährigen im Jahr 2007

Quelle: European Commission (2009), Australian Government-Productivity Commission (2008), Fukawa (2007), Georgetown University (2007), US. Census Bureau (2010).

Schweden und die Niederlande weisen die höchsten Pflegeausgaben, aber keineswegs die älteste Bevölkerung auf. Auch Norwegen und Dänemark stellen trotz relativ junger Bevölkerung anteilig viele finanzielle Mittel für die Pflege bereit. Den höchsten Anteil der über 65-Jährigen finden wir in Japan und in Deutschland. Beide Länder haben jedoch im internationalen Vergleich nur unterdurchschnittliche Pflegeausgaben. Selbst in Australien, welches innerhalb der Industrieländer noch eine der jüngsten Bevölkerungen aufweist, sind die Pflegeausgaben höher als in Deutschland. Aus Abbildung 2 ist damit kein offensichtlicher Zusammenhang von Pflegeausgaben und dem Anteil der über 65-Jährigen zu erkennen.

In der folgenden Abbildung werden die Pflegeausgaben mit dem Anteil der über 80-Jährigen verglichen. Dies ist insofern besonders aussagekräftig, da sich das Pflegerisiko vielfach erst ab dieser Altersgrenze realisiert.

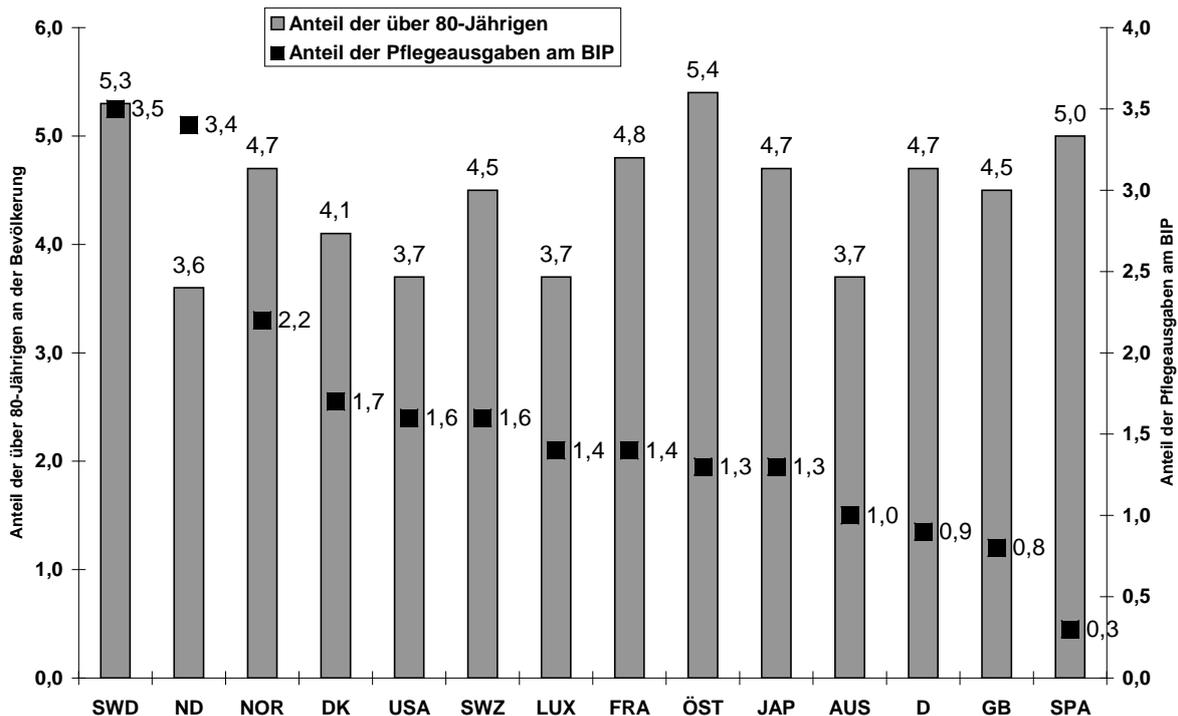


Abbildung 3: Vergleich Pflegeausgaben und Anteil der über 80-Jährigen im Jahr 2007

Quelle: European Commission (2009), Australian Government-Productivity Commission (2008), Fukawa (2007), Georgetown University (2007), US. Census Bureau (2010).

Zwar weist Schweden neben den höchsten Pflegeausgaben auch eine der höchsten Anteile der über 80-Jährigen auf. Die Niederlande, mit dem zweithöchsten Anteil an Pflegeausgaben, verfügt jedoch über die geringste Zahl an Hochbetagten. Die älteste Bevölkerung finden wir in Japan, die Pflegeausgaben liegen hier jedoch nur bei 1,3 % des BIP. Ebenso wie in der Abbildung 2 wird auch hier verdeutlicht, dass in Deutschland trotz einer vergleichsweise alten Bevölkerung eher wenige finanzielle Mittel für die Pflegeversorgung ausgegeben werden. Nur in Spanien bleiben die Pflegeausgaben noch weiter hinter dem Anteil der älteren Menschen zurück. Wie im Kapitel zu Spanien erläutert wurde, ist jedoch 2007 eine neue Pflegeversicherung etabliert worden, wodurch hier in den nächsten Jahren ein stetiger Anstieg der Pflegeausgaben zu erwarten ist.

Ein enger Zusammenhang von Pflegeausgaben und des Anteils der über 80-Jährigen ist im Ländervergleich nicht feststellbar. Die Höhe der Pflegeausgaben wird von einer ganzen Reihe von landestypischen Merkmalen beeinflusst. Hierbei sei insbesondere zu nennen: der gesellschaftliche Stellenwert der Versorgung Pflegebedürftiger, die Bedeutung der Pflege durch Familienangehörige und der damit verbundene Grad der Institutionalisierung und Professionalisierung der Pflege sowie das Verhältnis von ambulanter und stationärer Betreuung. Die Art der Pflegefinanzierung und der Leistungskatalog der Pflegeabsicherung spielen ebenfalls eine bedeutende Rolle, werden doch hierdurch auch Anreize bezüglich der Pflegeform und der Entscheidung zwischen formeller und informeller Pflege gesetzt.

Aus dem geringen Zusammenhang von Pflegeausgaben und Altersstruktur darf im Übrigen nicht geschlussfolgert werden, dass die Demographie für die Pflegeausgaben eine geringe Bedeutung aufweist. Innerhalb eines Landes gibt es sehr wohl den Zusammenhang zwischen Alterung und steigenden Pflegeausgaben.

## 6. Fazit

Die Veränderung der Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur führte in den letzten Jahren in allen Industrieländern zu einer zunehmenden Zahl der Pflegebedürftigen. In den nächsten Jahren ist durch geringe Fertilitätsraten und zunehmender Lebenserwartung mit einer weiter steigenden Nachfrage nach Pflegeleistungen zu rechnen. Trotz dieser Ausgangslage ist das Interesse, auf freiwilliger Basis eine private Pflegeversicherung abzuschließen, gering.

In vielen OECD-Ländern hat der Staat auf diese Entwicklung reagiert und sein soziales Sicherungsnetz auf den Pflegebereich ausgedehnt, welches auf obligatorischer Basis die gesamte Bevölkerung erfasst. Die Pflegeversicherung in Deutschland (1995 eingeführt) war für einige Länder, wie Japan, Luxemburg und Spanien, ein Vorbild, eine ähnliche Institution zu schaffen. Andernorts wurden die Pflegeleistungen im Rahmen des bestehenden Krankenversicherungssystems erweitert. Vor allem in den Niederlanden, der Schweiz und in Großbritannien ist die Pflege sehr eng in die Krankenversicherung integriert. Im Wesentlichen kann zwischen einer Absicherung nach dem „Bismarck-Modell“, also über eine Sozialversicherung, und einer Absicherung nach dem „Beveridge-Modell“, und damit steuerfinanziert unterschieden werden. Mischformen sind ebenfalls verbreitet.

Im Vergleich zu den vorgestellten Ländern weist Deutschland neben Großbritannien und Spanien die niedrigsten Pflegeausgaben auf. In den skandinavischen Ländern sowie in den Niederlanden hat die Altenpflege den größten Stellenwert. In Schweden und den Niederlanden liegt der Anteil der Pflegeausgaben am BIP fast viermal höher als in Deutschland. Dies ist auch insofern bemerkenswert, da Deutschland eine der ältesten Bevölkerungen besitzt. Zu beachten ist die abweichende Abgrenzung der Pflegeausgaben von anderen Ausgabenbereichen (vor allem der Krankheitsausgaben).

## 7. Literaturverzeichnis

Adam, S.; Browne, J. (2009): A survey of UK tax system, The institute for fiscal studies, Briefing Note No. 9, London

Akerlof, G. (1970): The market for „lemons“: Quality uncertainty and the market mechanism, in: Quarterly Journal of Economics, S. 488-500, New York

Andel, N. (1984): Zum Konzept der meritorischen Güter, in: Finanzarchiv. Zeitschrift für das gesamte Finanzwesen, Tübingen

Andersson, G. (2005): Family policies and fertility in Sweden, Stockholm Research Report in Demography, Stockholm University. Stockholm

Ando, A.; Modigliani, F. (1963): The life-cycle hypothesis of saving: Aggregate implications and tests, in: American Economic Review 53, S. 55-84.

Arbeids- og velferdsetaten (2010): Medlemskap i folketrygden, Trygdeavgift, Oslo

Arrow, K. (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care, in: The American Economic Review, December 1963, Vol. 53, S. 941-973, Nashville

Atkinson, A. (1995): Income and welfare state. Essays on Britain and Europe, Cambridge

Atkinson, A.; Stiglitz, J. (1976): The design of tax structure: direct versus indirect taxation, in: Journal of public economics, Vol. 6 (1, 2), S. 3-16, Amsterdam

Australian Government-Productivity Commission (2005): Economic implications of an ageing Australia, Productivity commission research report

Australian Government-Australian Taxation Office (2010): Annual report 2008/09, Canberra

Australian Government-Australian Taxation Office (2009): Individual income tax rates, Canberra

Bahle, T. (2007): Wege zum Dienstleistungsstaat: Deutschland, Frankreich und Großbritannien im Vergleich, Wiesbaden

Baldwin, S.; Falkingham, J. (1994): Social security and social change: New challenges to Beveridge model, New York

Baltes, M. (1996): The many faces of dependency in old age, Cambridge

Banks, G. (1999): Policy implications of the ageing of Australia's Population, Melbourne

Bartholomé, Y.; Maarse, H. (2006): Health insurance reform in the Netherlands, in: Euro-health Vol. 12, No. 2, Brüssel

Belastingdienst (2010): Steuerprogression Lohnsteuer/Einheitsversicherung, [http://www.belastingdienst.nl/variabel/buitenland/de/unternehmer/unternehmer-64.html#P2493\\_105680](http://www.belastingdienst.nl/variabel/buitenland/de/unternehmer/unternehmer-64.html#P2493_105680) (25.02.2010)

Bittner, F.; Hehmann, U. (2007): Das japanische Gesundheitswesen, München

Bosch, X. (2000): Spain faces massive decline in population, in: British Medical Journal, Vol. 320, 1 April 2000

Bousingen, D. (2001): Frankreich: Pflegeversicherung startet, in: Deutsches Ärzteblatt 98, S. 28-29.

Bradley, E. (1998): Self-interested behaviour and social welfare: perspectives from economic theory, in: Walker, L; Bradley, E.; Wetle, T. (ed.): Public and private responsibilities in long-term care, Finding the balance, Baltimore

Branch, L. (1987): Continuing care retirement communities: self insuring for long-term care, in: The Gerontologist 27 (1), S. 4-8.

Brunner, J.; Mühlbock, V. (2007): Wer soll für die Pflege zahlen?, Institut für Volkswirtschaftslehre Universität Linz

Bundesamt für Gesundheit (2010a): Die neue Pflegefinanzierung tritt auf den 1. Juli 2010 in Kraft, Pressemitteilung, Bern

Bundesamt für Gesundheit (2010b): Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt, Eidgenössisches Department des Inneren

Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung vom 13. Juni 2008

Campbell, J.; Ikegami, N. (2003): Japan's radical reform of long-term care, in: Social Policy & Administration, Vol. 37, Issue 1, S. 21-34

Carroll, C. D. (1997): Buffer-stock saving and the life cycle/permanent income hypothesis, in: Quarterly Journal of Economics 112, S. 1-55

Carroll, C. D. und A. A. Samwick (1997): The nature of precautionary wealth, in: Journal of Monetary Economics 40, S. 41-71

Carroll, C. D. und A. A. Samwick (1998): How important is precautionary saving?, Review of Economics and Statistics 80, S. 410-419

Castiello, M. (2002): Ageing in Spain. Second world assembly on ageing, April 2002, Deputy Administration for the Gerontology plan and programs for the elderly

Centrum Indicatiestelling Zorg (2009): Trendrapportage, Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2008

Centrum Indicatiestelling Zorg (2008): Beleidsmonitor, eerste helft 2009

Chi, I.; Metha, K.; Howe, A. (2002): Long-term care in the 21<sup>st</sup> century: Perspectives from Around the Asia-Pacific Rim, London

Confédération Générale de la Fonction Publique (2009): Zehn Jahre Pflegeversicherung in Luxemburg, Luxemburg

Corbin-Jallow, S.; Moore, R. (1999): Projections of expenditure for long-term care service for the elderly, Congressional budget office, Washington D.C

Costa-Font, J.; Gonzáles, A. (2007): Long-term care reform in Spain, in: Eurohealth Vol. 13 (1)

Costa-Font, J.; Patxt, C. (2005) : The design of the long-term care system in Spain : policy and financial constraints, in : Social Policy and Society 4 (1), S. 11-20

Courbage, C.; Roudaut, N. (2008): Empirical evidence on long-term care insurance purchase in France, in: The Geneva Papers, 2008, 33, S. 645-658

Crume, Y. (1997): Publicly-mandated long-term care insurance programs: Japan chooses a modified german-model, Occasional LTC policy paper series

Davidoff, T. (2010): Home equity commitment and long-term care insurance demand, in : Journal of Public Economics 94, S. 44-49

Diamond, P.; McFadden, D. (1974): Some uses of the expenditure function in public finance, in: Journal of public economics, Vol. 3, S. 3-21, Amsterdam

Diamond, P.; Mireless, J. (1971): Optimal taxation and public production I: Production efficiency and II: Tax rules, in: American Economic Review, LXI, S. 8-27, S. 261-278, Nashville

Dörfler, S.; Krenn, B. (2005): Familie im internationalen Vergleich: Deutschland, Österreich, Schweden und Norwegen, in: Kinderbeihilfenpakete im internationalen Vergleich, Österreichisches Institut für Familienforschung, Paper Nr. 52/2005

Due, J.; Friedländer, A. (1973): Government finance. Economics of the public sector, Homewood

ESS-Europe (2007): Krankenversicherung in Frankreich. Europavergleich der Sozialsysteme, München

European Commission (2009): Aging Report. Economic and budgetary projections for the EU-27 Member states (2008-2060)

European Commission (2010): Employment Social - Luxemburg

Finansdepartementet (2010): Sänkt skatt för pensionärer, Regeringskansliet

Finsterbusch, S. (2006): Japan. Der Staat hat die Hoheit über die Gesundheit, in Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 4. Juli 2006

Friedman, M. (1972): Second lecture, in: Cohen, W.; Friedman, M.: Social security: Universal or selective, Washington

Försäkringskassan (2010): Avgiftsuttag 2010, Stockholm

Fukawa, T. (2007): Health and long-term care expenditures of the elderly in Japan using a micro-simulation model, in: The Japanese Journal of Social Security Policy, Vol.6, No.2

Gakidis, H. E. (1997): Stocks for the old? Earnings uncertainty and life-cycle portfolio

choice, MIT

Geismann, B.; Pasdika, U. (2007): Die private Pflegeversicherung – ein Blick über die Grenzen, in: Versicherungsrundschau, Ausgabe 4/07

Gibson, M.; Gregory, S.; Pandya, S. (2003): Long-term care in developing nations: a brief overview, Washington

Gleckman, H. (2007): Financing long-term care: Lessons from abroad, Center for retirement research at Boston College, June 2007, number 7-8

Head, J. (1969): Merit goods revisited, in: Finanzarchiv. Zeitschrift für das gesamte Finanzwesen, Tübingen

Head, J. (1966): On merits goods, in: Finanzarchiv. Zeitschrift für das gesamte Finanzwesen, Tübingen

Hellio, F.; Thill, P.-S. (2002): Steuern in Frankreich, Köln

Hill, J.; Ditch, J.; Glennerster, H. (1994): Beveridge and social security, an international retrospective, Oxford

Hochguertel, S. (1998): A buffer stock model with portfolio choice: Implications of income risk and liquidity constraints, Uppsala University

Hoffmann, E. D.; Klees, B.; Curtis, C. (2008): Brief summaries of Medicare & Medicaid. Title XVIII and Title XIX of the Social Security Act, Center for Medicare & Medicaid Services

Hofmarcher, M.; Riedel, M. (2002): Altersstruktur und Gesundheitsausgaben in der EU: Kostenanstieg, aber ohne „Explosion“, Health System Watch, Beilage zur Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“

Iacob, I.; Rodriguez Gomez, S. (2007): A european perspective of services organisation for dependent elderly people care, Rennes

Ikegami, N. (1997): Public long-term care insurance in Japan, in: Journal of American Medicine Association (JAMA) 278 (16), S. 1310-1314

Jönsson, I.; Daune-Richard, A.-M.; Odena, S.; ring, M. (2009): Becoming dependent: How is eldercare implemented in France and Sweden?, Embedding new ideas – the example of aging, Montreal

Kahneman, D.; Tversky, A. (1979): Prospect theory: An analysis of decision under risk, in: *Econometrica* 47, No. 2, S. 263-291, Envaston

Kempf, U. (2003): Föderalismus versus Zentralismus: Deutschland und Frankreich im Vergleich, Freiburg

Kommunal- og Regionaldepartementet (2010): Inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner 2010, Grønt hefte, Beregningsteknisk dokumentasjon till prop. 1 S (2009-2010)

Kravdal, Ø. (2008): Why is fertility in Norway so high? In: Østreng, W. (ed): Complexity. Interdisciplinary Communications 2006/2007, Centre for Advanced Study, Oslo

Kriegelmeier, R. (1996): Effizienz und Verteilungswirkungen in der deutschen Pflegeversicherung, Wiesbaden

Kruse, J. (Hrsg.) (1997): Das Krankenversicherungssystem der USA. Ursachen einer Krise und Reformversuche, Baden-Baden

Kunreuther, H.; Slovic, P. (1979): Economics, Psychology, and Protective Behaviour, in: *American Economic Review*, Papers and Proceedings, Nashville

Langer, E. (1975): The illusion of control, in: *Journal of personality and social psychology*, Vol. 32, No. 2, S. 311-328, Washington

Lee, S.-M. (2006): Anthropologisch orientierte Forschung zur Sozialpolitik im Lebenszyklus, Münster

Local Government Denmark (2009): The Danish Local Government System, February 2009

Long, S. (2000): Caring for the elderly in Japan and USA. Practices and Policies, Florence

Maarse, H. (2008): The Netherlands, Vektis, Zeist

Madge, A. (2000): Long-Term Aged care: Expenditure trends and projections, Productivity commission, Staff research paper

Mager, A. (2006): Die Einführung von Fallpauschalen (DRG's) an den Krankenhäusern. Welche Auswirkungen ergeben sich für die häusliche Pflege?, Erfahrungsbericht zum Hospitationsaufenthalt.

Matsuda, S.; Yamamoto, M. (2001): Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan, in: International Journal of Integrated Care, July-September

Matsumoto, K. (2003): Erfahrungen mit der japanischen Pflegeversicherung, Informationsdienst der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung, Köln

Mattern, M.; Pfaffenberger, H. (Hrsg.) (1997): Die Absicherung „sozial Schwacher“ im US-amerikanischen und deutschen Gesundheitssystem. Vergleich und kritische Bewertung, Münster

McLure, C. (1968): Merit wants: a normatively empty box, in: Finanzarchiv, Zeitschrift für das gesamte Finanzwesen, Tübingen

Meyer, C.; Wolff, N. (1993): Social security and individual equity. Evolving standards of equity and adequacy, Westport

Mill, J. S. (1985) : Über die Freiheit, Reclam-Ausgabe des Originals „On Liberty“ von 1859, Stuttgart

Ministère de la Sécurité Sociale (2009): L' Assurance Dépendance. Guide pratique, Luxembourg

Ministerio de Trabajo y seguridad social (2005): Libro Blanco de la Dependencia, Madrid

Mirer, T. (1980): The Dissaving behaviour of the retired aged, in: Southern Economic Journal, Vol. 46 (4), April, Stillwater

Mitchell, O.; Pigott, J.; Shimizutani, S. (2008): Developments in long-term care insurance in Japan, Research Paper No. 2008 ECON 01, Australian School of Business

Musgrave, R. (1959): The theory of public finance, New York

Nadolski, H. (2006): Pflege ist Privatsache, in: Gesundheit und Gesellschaft Spezial 3/06

Narvik-Kommune (2010): Årsmelding 2008, Narvik

NZZ (2010): Neue Pflegefinanzierung gilt ab 1. Juli 2010, Ausgabe vom 25. Juni 2010, Zürich

OECD (2006): OECD Health Data, Paris

Orsini, C. (2010): Changing the way the elderly live: Evidence from the home health care market in the United States, in: *Journal of Public Economics* 94, S. 142-152

Pasdika, U. (2007): Die Private Pflegeversicherung – ein Trend in internationalen Versicherungsmärkten?, Köln

Pauly, M. (1974): Overinsurance and public provision of insurance: The role of moral hazard and adverse selection, in: *Quarterly Journal of Economics*, S. 44-62, New York

Pemberton, J. (1995): Health care in old age: an economic analysis, Discussion papers in quantitative economics and computing, University of Reading, Serie E, vol. 3, Reading

Pla, A. (2003): Facts and Factors on low fertility in Southern Europe. The case of Spain, in: *Journal of Population and Social Security*, Supplement to Volume 1

Preusker, U. (2001): Fokus Nordeuropa. Gesundheits- und Sozialpolitik aus Nordeuropa vom 20. Juli 2001, Ausgabe 02/2001, Vantaa

Rizzi, E. (2007): Langzeitpflege wird zum Staatsthema, in: *Curaviva* 4/2007, Bern

Rothbaum, F.; Weisz, J.; Snyder, S. (1982): Changing the world and changing the self: a two process model of perceived control, in: *Journal of personality and social psychology*, Vol. 42, No. 1, S. 5-37, Washington

Rudolph, J. (2000): Produkte und Produktkalkulation in der privaten Pflegepflichtversicherung, in: *Versicherungswirtschaft* Heft 13/2000, Karlsruhe

Samuelson, P. (1986): Theory of optimal taxation, in: *Journal of public economics*, Vol. 30 (2), July, S. 137-143, Chicago

Sanchez-Marcos, V. (2003): Women's employment and fertility in Spain over the last twenty years, Documento de Trabajo 6, Universidad de Cantabria, Santander

Sandier, S.; Paris, V.; Polton, D. (2004): Health care systems in transition, The European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel

Shefrin, H. und R. Thaler (1988): The behavioral life-cycle hypothesis, in: Economic Inquiry 26, S. 609-643

Schlenger, M. (1998): Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Rentenversicherung, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler, Heft 88, Wiesbaden

Schneider, U.; Österle, A.; Schober, D.; Schober, C. (2006): Die Kosten der Pflege in Österreich, Ausgabenstrukturen und Finanzierung, Institut für Sozialpolitik, Wien

Schwedisches Institut (2007): Altersfürsorge in Schweden, Herausgegeben im Dezember 2007

Scor Group (2010): Die private Pflegeversicherung, Paris

Shimada, S.; Tagsold, C. (2006): Alternde Gesellschaften im Vergleich. Solidarität und Pflege in Deutschland und Japan, Bielefeld

Sievering, O. (1996): Pflegeversicherung. Allokative, meritorische und distributive Aspekte staatlicher Eingriffsmöglichkeiten, Frankfurt/Main

Sievert, S.; Klingholz, R. (2009): Ungleiche Nachbarn. Die demographische Entwicklung in Deutschland und Frankreich verläuft gegensätzlich – mit enormen Langzeitfolgen, Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, Diskussionspapier 2

Simizutani, S.; Inakura, N. (2007): Japan's public long-term care insurance and the financial condition of insurers: evidence from municipality-level data, in: Government Auditing review Vol. 14, Tokio

Sistema para la Autonomia y Atencion a la dependencia (2010a): Datos estadísticos del SAAD, Personas beneficiarias y prestaciones

Sistema para la Autonomia y Atencion a la dependencia (2010b): Preguntas frecuentes : ¿Cuál es la cuantía de las prestaciones económicas de atención a la dependencia para 2009?

Skatteministeriet (2010): Kommuneskatter 2010, Totaloversigt, København

Skuban, R.: Pflegesicherung in Europa. Sozialpolitik im Binnenmarkt, Wiesbaden 2004

Statistik Austria (2010): Bevölkerung nach demographischen Merkmalen, [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/bevoelkerung\\_nach\\_demographischen\\_merkmalen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html) (29.03.2010)

Statistiska centralbyrån (2010): Population in the country, counties and municipalities by sex and age 31/12/2009, Stockholm

Statistiska centralbyrån (2009): Population projections 2009-2060, Press release from Statistics Sweden, Stockholm

Statistiska sentralbyrå (2010): Focus on population, Oslo

Striegel, A. (2006): Eine Frau für alle Fälle, in: Gesundheit und Gesellschaft Spezial 3/06

Spitex-Verband (2010): Tarife/Finanzierung, Bern

The OECD Health Project (2005): Long-term care for older people, Paris

Tversky, A.; Kahneman, D. (1974): Judgement under uncertainty. Heuristics and Biases. Biases in judgement reveal some heuristics of thinking under uncertainty, in: Science, Vol. 185, Washington

Weinstein, N. (1980): Unrealistic optimism about future life events, in: Journal of personality and social psychology, Vol. 39, No.5, S. 806-820, Washington

WHO (2002): Long-term care in developing countries. Ten case studies, Genf

Wittenberg, R.; Comas-Herrera, A.; Pickard, L.; Hancock, R. (2004): Future demand for long-term care in the UK, London Schools of Economics, York

U.S. Census Bureau (2010): International data base. <http://www.census.gov/ipc/www/idb/informationGateway.php> (29.03. 2010)

Verband der privaten Krankenversicherung (2009): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2008/09, Köln

# WIP-Veröffentlichungen

## Diskussionspapiere

### 2010

- 2/10 Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich  
Dr. Frank Wild
- 1/10 Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung  
Dr. Frank Niehaus

### 2009

- 14/09 Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)  
Dr. Frank Wild
- 13/09 Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV  
Dr. Frank Wild
- 12/09 Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?  
Dr. Frank Niehaus, Verena Finkenstädt
- 11/09 Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ  
Dr. Torsten Keßler
- 10/09 Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009)  
Dr. Frank Wild
- 9/09 Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV  
Dr. Frank Niehaus
- 8/09 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2007  
Dr. Frank Niehaus
- 7/09 Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM  
Dr. Frank Niehaus
- 6/09 Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich zwischen GKV und PKV 2004/2005/2006  
Dr. Torsten Keßler
- 5/09 Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007  
Dr. Frank Wild
- 4/09 Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen  
Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007  
Dr. Frank Wild
- 3/09 Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV  
Dr. Frank Wild
- 2/09 Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen  
Dr. Frank Niehaus

1/09 Das Gesundheitssystem in der VR China  
Dr. Anne Dorothee Köster

## **2008**

3/08 Arzneimittelversorgung mit Insulinen  
Dr. Frank Wild

2/08 Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern  
in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006  
Dr. Torsten Keßler

1/08 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen  
(Ausgabe 2008)  
Dr. Frank Wild

## **2007**

9/07 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006  
Dr. Frank Niehaus

8/07 Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten  
Dr. Frank Wild

7/07 Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei Privatversicherten  
Dr. Frank Wild

6/07 Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick  
Dr. Frank Wild

5/07 Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss "Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der  
Pflegeversicherung"  
Bernd Hof, Claus Schlömer

4/07 Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versichertengemeinschaft?  
Dr. Frank Schulze Ehring, Christian Weber

3/07 Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten  
Dr. Frank Wild

2/07 Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung  
Dr. Frank Schulze Ehring

1/07 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen  
Dr. Frank Wild

## **2006**

10/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im  
Jahr 2005  
Dr. Frank Niehaus

9/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005  
Dr. Frank Schulze Ehring

8/06 Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht  
Dr. Frank Schulze Ehring

- 7/06 Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten  
Der privaten Pflege-Pflichtversicherung  
Dr. Frank Niehaus
- 6/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-Präparaten  
Dr. Frank Wild
- 5/06 Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06)  
Dr. Frank Niehaus
- 4/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine  
Dr. Frank Wild
- 3/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV?  
Dr. Frank Schulze Ehring
- 2/06 PKV im Wettbewerb mit der GKV  
Christian Weber
- 1/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen im  
Jahr 2004  
Dr. Frank Niehaus

## **Projektpapiere**

### **2010**

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich  
Dr. Frank Wild

### **2008**

Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung?  
Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung  
Dr. Frank Niehaus

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung  
Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

### **2007**

Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen  
Dr. Frank Niehaus

### **2006**

Alter und steigende Lebenserwartung: Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben  
Dr. Frank Niehaus

### **2005**

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen  
Dr. Frank Niehaus / Christian Weber

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung  
Dr. Frank Wild

**2004**

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung  
Dr. Frank Schulze Ehring

*Die genannten Diskussions- und Projektpapier können über die Webseite des WIP (<http://www.wip-pkv.de>) heruntergeladen werden. Die Projektpapiere sind darüber hinaus auch als Broschüre über das WIP kostenlos zu beziehen.*