

Die private Pflegeversicherung – ein Blick über die Grenzen

Das Thema Pflegenotstand wird in Österreich seit dem Wahlkampf im vergangenen Jahr eifrig in der Öffentlichkeit erörtert. Es spricht vieles dafür, dass diese Debatte noch länger anhalten wird. Wie auch bei der Diskussion über die Altersvorsorge zu beobachten, werden die Resultate der demographischen Forschung zwar spät von der Politik zur Kenntnis genommen, ihre dramatischen Auswirkungen aber nicht geleugnet, wenn sie einmal verinnerlicht worden sind. Österreich steht mit der Pflegeproblematik nicht allein, wie ein Blick über die Grenzen zeigt. Die private Versicherungswirtschaft kann das Problem nicht lösen, sie kann jedoch sehr wohl eine ergänzende Rolle spielen, wenn es darum geht, Eigenvorsorge effizient zu gestalten und zu verwalten.

Mehr Pflegebedürftige – weniger pflegende Familienangehörige

Die Zukunft der Pflege in der EU und darüber hinaus wird substantiell durch zwei wichtige demographische Entwicklungen beeinflusst. Die

erste ist der starke Anstieg der Lebenserwartung, der schon in der Diskussion der Pensionsproblematik allgegenwärtig war und ist. So ist etwa die Lebenserwartung in der EU von 1980 bis 2004 für Frauen um 6 % oder 4,5 Jahre bzw für Männer um 7 % oder fünf Jahre gestiegen.

Bei aller Unsicherheit über zukünftige Trends der Sterblichkeitsverbesserung ist die Annahme plausibel, dass diese Entwicklung fortschreitet – zumindest noch für eine ganze Weile. Damit erreichen mehr und mehr Menschen Alter, in denen Pflegebedürftigkeit vermehrt auftritt. Daher ist von einem kräftigen Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger in der Zukunft auszugehen, auch wenn nicht geklärt ist, wie sich bei steigender Lebenserwartung insgesamt die Eintrittswahrscheinlichkeiten für Pflegebedürftigkeit und die restliche Lebenserwartung Pflegebedürftiger entwickeln werden.

Der zweite Trend, der uns beschäftigt, ist die abnehmende Fertilitätsrate, dh die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau.

Die Fertilitätsrate in der EU ist von 2,5 im Jahre 1970 auf 1,5 in der Mitte der 1990er Jahre gefallen¹ und seit dem in etwa konstant. Während die beträchtlichen Unterschiede von Land zu Land – die Fertilitätsrate schwankt zwischen 1,2 und 2,0, vgl Abbildung 2 – zu heftigen Diskussionen um die richtigen Strategien in puncto Berufstätigkeit der Frauen, Familienförderung, Kinderbetreuungsplätze u.ä. führen, beschränken wir uns darauf festzuhalten, dass immer mehr alte Menschen keine Kinder haben werden, welche für die Pflege jener zur Verfügung stehen.

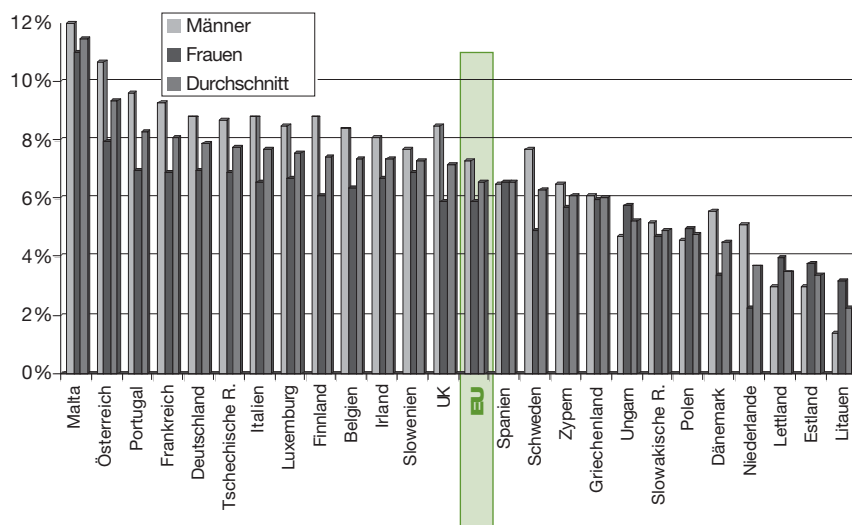


Abbildung 1: Relativer Anstieg der Lebenserwartung in der EU von 1980 bis 2004
Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von Eurostat, Statistics in focus, population and social conditions 15/2005, page 6

¹ Europe in Figures, Eurostat Yearbook 2005, page 18.

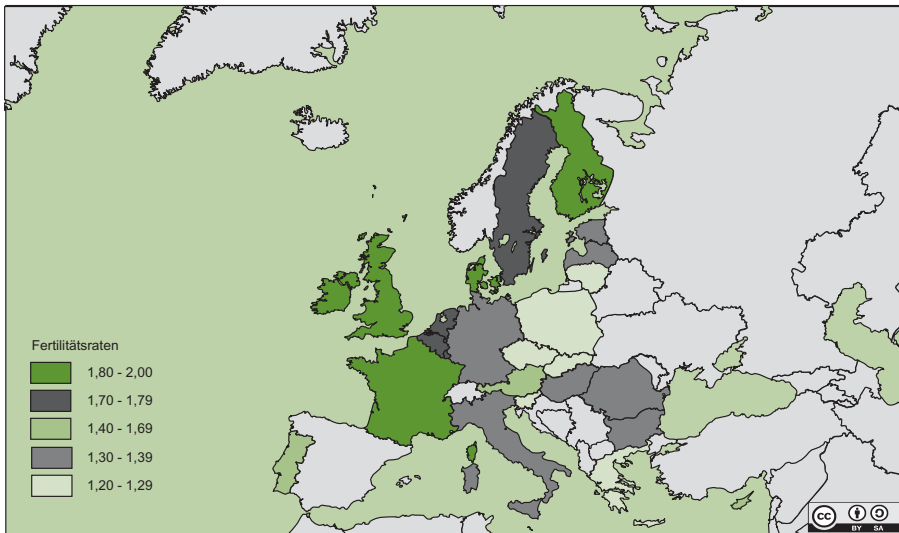


Abbildung 2: Gesamfruchtbarkeitsrate in Europa
Quelle: epp.eurostat.ec.europa.eu, Download am 30. 3. 2007

Es ist nach wie vor ein Faktum, dass in der EU – und das gilt auch für Österreich – überwiegend von Familienangehörigen gepflegt wird. Ein Blick auf die statistischen Eigenschaften des typischen Pflegenden lässt erahnen, dass

Charakteristika pflegender Familienangehöriger in Europa

- Durchschnittliches Alter: 55 Jahre
- 75 % sind Frauen
- 49 % sind Kinder / 22% (Ehe-)Partner / 11 % Schwiegerkinder
- 59 % sind nicht erwerbstätig
- 80 % haben selber Kinder
- > 50 % leben im gleichen Haushalt oder Haus wie die zu pflegende Person
- Durchschnittliche Dauer der Pflege: 60 Monate

Quelle: Öberg, Czekanowski, Six-Countries study on family care for older people: Definition of family carers

das Ausmaß der Pflege innerhalb der Familie in Zukunft nicht zu halten sein wird.

Aufgrund der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen schrumpft das Potential von pflegenden Familienangehörigen mit diesen Eigenschaften stetig, ohne das Ersatz aus dem familiären Bereich in Sicht ist. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Pflege eines Angehörigen eine einschneidende Veränderung des eigenen Lebens bedeutet, die von Mangel an Freizeit bis zu Problemen mit der eigenen Gesundheit oder mit dem Partner führen kann. Steigende Scheidungsraten, Mobilität und damit zunehmende Entfernungen zwischen den Wohnorten von Kindern und Eltern, sinkende Haushaltsgrößen (²/₃ der deutschen Haushalte sind Ein- oder Zwei-Personen-Haushalte²), steigendes Durchschnittsalter der Mütter bei der ersten Geburt, der Trend hin zu Doppelverdienerhaushalten und auch der unvermeidliche Anstieg des Rentenalters sind soziale Entwicklungen, die zur Abnahme der Zahl pflegebereiter Familienangehöriger führen werden.

USA

Die Vereinigten Staaten sind der weltweit größte Markt für private Pflegeversicherungen. Seit etwa 30 Jahren sind hier über zehn Millionen

Polizzen von mehr als 100 Versicherern verkauft worden; die kumulierten ausgezahlten Leistungen belaufen sich auf mehr als neun Mrd US-Dollar³. Der typische Kunde gehört der mittleren bis gehobenen Einkommensklasse an; die sehr Wohlhabenden benötigen keine Pflegeversicherung, da der Pflegefall kein ökonomisches Risiko darstellt. Das Abschlussalter ist über die Jahre kontinuierlich gesunken, von 73 in den 1980er Jahren über 65 in den 1990er Jahren bis auf unter 60 Jahre in 2048. Man kann Ansätze beobachten, die Pflegeversicherung zu einem integralen Bestandteil der Altersvorsorge aufzuwerten.

Deutschland

In Deutschland wurde im Jahr 1994 die Pflegepflichtversicherung als Teil der Sozialversicherung eingeführt. Wesentliche Prinzipien dabei waren der Vorrang der häuslichen Pflege, die Staffelung der Leistungen nach drei Pflegestufen und Versorgungsart sowie ein Teilkascharakter, der zB eine Dynamisierung der Leistungen nur unter der Beachtung der Beitragsstabilität zulässt. Neben dem paritätisch, dh zu gleichen Teilen von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanzierten Beitragssatz von 1,7 % des Gehalts gibt es seit 2005 einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 % für Nicht-Erziehende. Analog zur Krankenversicherung sind Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse in der sozialen Pflegepflichtversicherung (SPV), während die privat Krankenversicherten Mitglied in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) sind. Die PPV hat ca neun Millionen Mitglieder und ist ua über Sozialverträglichkeitsvorgaben stark reguliert. So gibt es beträchtliche Transferleistungen zu Kindern, die beitragsfrei mitversichert sind. Die PPV hat bisher Alterungsrückstellungen in Höhe von etwa EUR 14 Mrd aufgebaut. Die Leistungskriterien und -höhen sind in der SPV und PPV identisch. In jedem Fall verbleiben Deckungslücken, die auch aufgrund der angespannten finanziellen Lage der SPV einen erheblichen Bedarf an zusätzlicher

2 (Deutsches) Statistisches Bundesamt 2004.

3 AHIP Research Findings – June 2004 – Long Term Care Insurance in 2002 sowie LIMRA – 2003 & 2004 Long Term Care Insurance Report.

altersvorsorge aktuell

▶ PRIVATE PFLEGEVERSICHERUNG

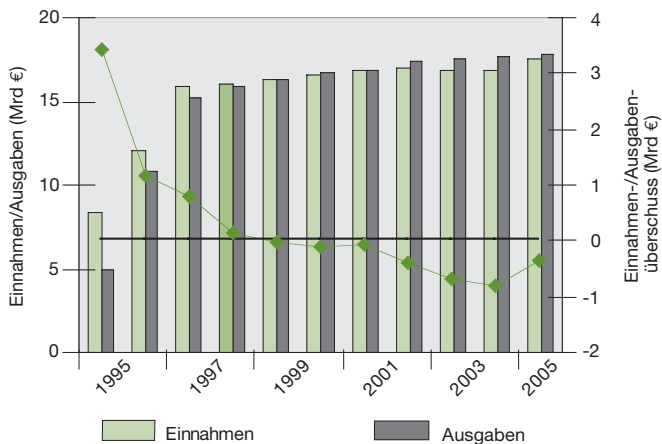


Abbildung 3. Quelle: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de> 4. 10. 2006

privater Absicherung entstehen lassen. Eine Reform der Pflegepflichtversicherung wird diskutiert.

Frankreich

Die vorerst letzte Stufe einer Evolution von Sozialversicherungssystemen zur Pflege war die Einführung der „Allocation Personnalisée d'Autonomie“ (APA) im Jahre 2002. Interessant daran ist, dass neben dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit auch das Einkommen des Pflegebedürftigen Einfluss auf die Leistungshöhe hat. Die Einkommensobergrenze für den Erhalt von Pflegeleistungen beträgt EUR 2.622 pro Monat. Per Juni 2004 gab es knapp eine Million Leistungsempfänger⁹.

Der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit basiert auf dem System der „Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources“ (AGGIR), das bereits im Jahr 1996 gesetzlich eingeführt wurde. Die entsprechenden GIR-Stufen rangieren von GIR-1 (Verlust der mentalen, physischen, sozialen und Bewegungsautonomie) über GIR-2 (Dement ohne physische Beeinträchtigung oder bettlägrig ohne mentale Beeinträchtigung) bis zu GIR-6 (vollständig autonom im täglichen Leben). GIR-5 ist eine Zwischenstufe, die in etwa einer Betreuungsbedürftigkeit ohne Pflegebedürftigkeit entspricht. Das APA-System zahlt Leistungen für die Stufen GIR-1 bis GIR-4. Die durchschnittliche Leistungshöhe in der Stufe GIR-1 betrug in 2006 EUR 1.169 pro Monat und bewegt sich somit auf einem mit Österreich und Deutschland vergleichbaren Niveau⁴.

Nicht zuletzt durch staatliche Systeme wie das APA gibt es in Frankreich ein erhebliches

Bewusstsein für das Pflegerisiko. Den APA-Deckungslücken stehen etwa 1,7 Mio Privat-Versicherte gegenüber, die der privaten Versicherungswirtschaft ein Jahresprämienvolumen von über EUR 300 Mio. bei einem jährlichen Wachstum von 20 % – 25 % bescheren. Die Produktlandschaft ist komplex; der Vertrieb geschieht über Banken (42 %) und Ausschließlichkeitsorganisation (58 %). Waren früher ADL-Produkte üblich, findet man heute vermehrt Produkte, die sich an den GIR-Stufen orientieren.

Großbritannien

Private Pflegeversicherung kam in den 1990er Jahren in Mode. Eine zu aggressive Ausrichtung der Produkthanbieter hat jedoch dazu geführt, dass die Erträge für Versicherer nicht mehr attraktiv waren bzw erhebliche Beitragserhöhungen im Versichertenbestand gefordert werden mussten. In der Folge ist der Markt völlig zusammengebrochen, so dass in den letzten Jahren praktisch kein Neugeschäft gezeichnet wurde. Großbritannien darf bei allem Potential, das der privaten Pflegeversicherung innewohnt, als warnendes Beispiel dienen, welche gravierenden Auswirkungen überzogene Erwartungen an das Produkt nach sich ziehen können. Dennoch darf man auch hier in Zukunft einen weiteren Anlauf der Versicherungsbranche erwarten, bei dem die lehrreichen Erfahrungen der Vergangenheit genutzt werden.

Weitere europäische Märkte

Italien hat den höchsten Bevölkerungsanteil an über 65-jährigen (19 % in 2004). Die Fertilitätsrate liegt mit 1,33 unter dem EU-Schnitt.

Es gibt bereits heute 2,6 Mio Pflegebedürftige, von denen etwa 600.000 eine staatliche Hilfsleistung von durchschnittlich EUR 451 im Monat für die Pflege zu Hause erhalten. In Italien ist die Familienbindung sicher noch stärker als im EU-Schnitt. Dennoch lassen sich erste Schritte hin zu einem privaten Pflegeversicherungsmarkt beobachten. Derzeit gibt es knapp 20 Anbieter mit einer Jahresprämieinnahme von weniger als EUR 20 Mio.

In Spanien wurde im vergangenen Oktober ein Gesetz zur Einführung einer Sozialversicherungslösung verabschiedet, das in 2007 umgesetzt werden wird. Man orientiert sich dabei am deutschen Modell. Es darf wohl davon ausgegangen werden, dass dies auch den Startschuss für private Zusatzversicherungen bedeuten wird.

In Schweden hat der Wohlfahrtsstaat eine lange Tradition. Dies schließt auch die Pflegebedürftigkeit mit ein, die in die Zuständigkeit der Gemeinden fällt. Zugangsvoraussetzungen und Leistungen können dabei von Gemeinde zu Gemeinde variieren. Die primäre Zuständigkeit der öffentlichen Hand für die Pflegebedürftigen ist sicher eine Besonderheit des schwedischen Systems. Kinder haben zB keinerlei finanzielle Verpflichtungen für ihre pflegebedürftigen Eltern. Aber auch hier wachsen die Bäume nicht in den Himmel. Harte Budgetrealitäten haben eine Diskussion über die Beteiligung des Einzelnen an den Pflegekosten in Gang gesetzt. Man darf gespannt sein, wie es in Schweden weitergeht.

Nicht-europäische Märkte

Eine Erwähnung wert ist Israel, ein Markt mit der möglicherweise weltweit höchsten Versicherungsdichte bei privaten Pflegeversicherungen. Hier wird vor allem Kollektivgeschäft, zB auch an Seniorenverbände, von Krankenversicherern vertrieben.

In den manchen Staaten Asiens sind die Probleme ähnlich wie in Europa. In Japan wurde eine staatliche Pflegeversicherung bereits im Jahr 2000 eingeführt⁵. In Korea ist der Start eines entsprechenden Systems für 2008 geplant. In Singapur wurde im Jahr 2002 eine staatliche Pflegeversicherung unter dem Namen ElderShield lanciert⁶. Alle über 40-jährigen sind hier automatisch versichert, haben aber die Wahlfreiheit, das System zu verlassen. Es wird geschätzt, dass derzeit etwa 60 % der

4 <http://www.fsa.fr> 4.10.2006; Etudes et résultats DREES 1998-2006

5 Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan, Long-term Care Insurance in Japan, <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/index.html> 4.10.2006

6 ElderShield, Basic protection for Severe Disabilities, <http://www.eldershield.com> 4.10.2006

entsprechenden Altersklasse der Bevölkerung Mitglieder von ElderShield sind. Interessant ist, dass die Regierung von Singapur dieses Programm an zwei Privatversicherer übertragen hat, die sowohl Verwaltung als auch Risikotragung übernommen haben.

Produkteigenschaften privater Pflegeversicherungen

In den meisten Märkten basiert der Leistungsauslöser auf den Verrichtungen des täglichen Lebens („ADL“⁷): An- und Auskleiden, Aufstehen und Zubettgehen, Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken, Kontinenz, Mobilität, Waschen. Diese ADL müssen sorgfältig formuliert werden. Dies sei am Beispiel der Mobilität gezeigt: „Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei in Anspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an seinem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.“ Eine solche präzise Leistungsfalldefinition ist wichtig zur Vermeidung von Anti-Selektion. Sie trägt dazu bei, dass die Schadenerfahrung im Rahmen der Erwartungen bleibt. Bei einem ADL-Produkt wird die Leistung fällig, wenn die Person dauerhaft nicht im Stande ist, eine Anzahl (zB vier von sechs) von genau definierten Verrichtungen des täglichen Lebens ohne physische Unterstützung einer anderen Person auszuführen, auch wenn spezielle Hilfsmittel eingesetzt werden. Die Art und Anzahl der verwendeten ADL beeinflussen das Preisniveau. So beginnt etwa die „Pflegekarriere“ häufig mit Defiziten beim Waschen und An-/Auskleiden.

Der ADL-Ansatz erfasst nicht alle Personen, die Unterstützung anderer im täglichen Leben benötigen. Demenzielle Erkrankungen wie die Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz oder die Parkinson-Krankheit sind mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf verbunden, der weniger durch die tatsächliche Übernahme von Verrichtungen des täglichen Lebens entsteht als durch die nicht zuletzt zur Abwehr von Gefährdungen gegebene Notwendigkeit zur Beaufsichtigung und Anleitung. Solche Gefährdungen ergeben sich zB durch unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs, Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen, unsachgemäßen Umgang mit gefährlichen Gegenständen, oder weil die ADL aus eigenem Antrieb einfach nicht ausgeführt werden. Diese Erweiterung des Leistungsbe-

griffes ist sinnvoll und bedarfsgerecht, muss aber zu einer Verteuerung des Pflegeproduktes führen, da mit mehr Leistungsfällen zu rechnen ist.

Sollte ein Pflegeprodukt (etwa in Österreich oder in Deutschland) das Sozialversicherungs- oder ein ADL-Kriterium verwenden? Für die erste Variante spricht der hohe Wiedererkennungswert, die überschneidungsfreie Ergänzung von Deckungslücken, eine kostengünstige Leistungsprüfung durch Anlehnung an die staatliche Entscheidung sowie die verfügbaren Statistiken der Sozialversicherung für die Tarifierung. Demgegenüber stehen die Änderungsrisiken bei der Auslegung des Pflegebegriffs und der rechtlichen Konstruktion der staatlichen Pflegeversicherung überhaupt.

In den meisten Ländern finden sich überwiegend Produkte mit festen Leistungshöhen, also Pflegerenten oder Pflegetaggelder. Die Voraussetzung für ein Kostenerstattungsprodukt ist vor allem eine gut entwickelte (und legale!) Pflegeinfrastruktur. Schwierige Tarifierung und aufwendige Verwaltung der Leistungsfälle sind praktische Argumente gegen solche Produkte.

Die Kostensteigerungen im Pflegebereich sollten beim Produktdesign berücksichtigt werden. In Deutschland stieg der Eigenanteil der gesetzlich Pflegeversicherten bei ambulanter Pflege in den Jahren 2000 bis 2003 um 23,3 %, während die Verbraucherpreise nur um 4,2 % stiegen⁸. Dazu bieten sich Leistungsdynamik und Bonusrenten als sinnvolle Instrumente an. Die Leistungshöhe muss angemessen festgelegt werden und auch sonstige Einkünfte im Leistungsfall (zB Pflegepflichtversicherung, Alterspension) sowie deren Besteuerung berücksichtigen, um subjektive Risiken und Missbrauch einzuschränken. Hohe Einmalleistungen sollten vermieden werden, jedoch können gewisse einmalige Zusatzleistungen zur Pflegerente zum Erwerb von technischen Hilfsmitteln oder zur Finanzierung von Umbaumaßnahmen oder zur Zahlung von Auf-

nahmegebühren in Pflegeheimen nützlich und bedarfsgerecht sein. Eine mit dem Pflegegrad steigende Leistung ist sinnvoll, da dies auch dem Verlauf der tatsächlichen Kosten entspricht.

Eine Karenzzeit, wie zB drei Monate ab Eintritt des Pflegefalles, ist ein sinnvolles Produktmerkmal und international üblich. Damit können die Dauerhaftigkeit der Pflegebedürftigkeit sichergestellt und kurze Leistungsdauern aufgrund von baldiger Reaktivierung oder schnellem Ableben mit hohen Kosten für Verwaltung und Leistungsprüfung vermieden werden. Eine rückwirkende Leistung bei Überschreiten der Karenzzeit ist vorstellbar, in den meisten Ländern aber nicht üblich.

Bei der Gestaltung von Pflegeprodukten ist es sinnvoll, über die Integration von Assistenzleistungen wie einer Beratungs-Hotline, einem Besuchsservice, Versorgung mit technischen Hilfsmitteln, psychologische Unterstützung nachzudenken.

Die Tarifierung von Pflegeprodukten ist anspruchsvoll. In den letzten Jahren hat es allerdings große Fortschritte im Verständnis der Biometrie des Pflegerisikos gegeben, das aber noch weiter verbessert werden muss. Angesichts des weltweit wachsenden Bedarfs an privater Vorsorge für den Pflegefall und des großen gestalterischen Spielraums bei der Produktentwicklung und nicht zuletzt aufgrund der vielen nationalen Besonderheiten in den einzelnen Ländern stehen die Produktentwickler der Branche in den nächsten Jahren vor interessanten Herausforderungen.

*Bernhard Geismann leitet die Niederlassung der Gen Re in Wien
bernhard.geismann@genre.com*

*Ulrich Pasdika ist Leiter der internationalen Produktentwicklung für den Bereich Leben/Kranken der Gen Re, Köln
ulrich.pasdika@genre.com*

7 Activity of Daily Living

8 (Deutsches) Statistisches Bundesamt (2003)