



# Regress in Alten- und Pflegeheimen: Beitragsmodelle und Gerechtigkeitsfragen\*

Cassandra Simmons, Kai Leichsenring, Lorenzo Navarini & Ricardo Rodrigues

*Cassandra Simmons ist  
Forscherin, Kai Leichsenring  
Direktor, Ricardo Rodrigues  
Stellvertretender Direktor  
am Europäischen Zentrum  
für Wohlfahrtspolitik und  
Sozialforschung.  
Lorenzo Navarini ist  
Forschungsassistent bei  
der Fondazione Rodolfo  
Debenedetti  
simmons@euro.centre.org  
leichsenring@euro.centre.org  
rodrigues@euro.centre.org  
lorenzonavarini@frdb.org*

## Einleitung

In Europa werden die meisten pflegebedürftigen Menschen zuhause betreut, der Großteil der öffentlichen und privaten Ausgaben für Pflege fließt jedoch in die stationäre Betreuung in Alten- und Pflegeheimen (Rodrigues et al., 2012). Diese privaten Kosten können einen beträchtlichen Teil des individuellen Einkommens, normalerweise der Pension, verschlingen (Muir, 2017). In England werden beispielsweise die über die Jahre aufsummierten Eigenbeiträge zur stationären Pflege auf durchschnittlich £ 21.400 (ca. € 24.000) geschätzt, sie können im Einzelfall aber bis zu einem Vierfachen davon betragen (Forder und Fernández, 2009). In den meisten europäischen Ländern sind private Ausgaben für stationäre Pflege einkommensabhängig, in einigen wenigen Ländern beziehen sie sich jedoch sowohl auf das Vermögen der Pflegebedürftigen als auch auf das Einkommen und Vermögen der Angehörigen. Diese Beiträge haben erhebliche Auswirkungen auf Fragen der sozialen Gerechtigkeit, einerseits in Bezug auf den Zugang zu stationärer Pflege (Ist Pflege leistbar?) und andererseits in Bezug auf deren Finanzierung (Wer trägt am meisten bei?). Dennoch gibt es derzeit kaum systematische Studien zu diesen Fragestellungen (vgl. Rodrigues et al., 2012; Muir, 2017). Mit diesem Policy Brief sollen Informationen zu den Eigenbeiträgen für Alten- und Pflegeheime in ausgewählten europäischen Ländern zusammengefasst werden, um die Vielfalt der Finanzierungssysteme aufzuzeigen. Wo ausreichend empirische Evidenz vorhanden ist, wird auch auf die Verteilungswirkungen der einzelnen Systeme eingegangen. Im letzten Abschnitt des Policy Briefs wird schließlich diskutiert, wie Herausforderungen in der langfristigen Finanzierung der Langzeitpflege überwunden werden können und wie die meist fehlende Vorhersehbarkeit pflegebezogener Kosten gemindert werden kann.

**Schlüsselbegriffe:**  
**Stationäre Pflege,**  
**Eigenbeiträge,**  
**Gerechtigkeit,**  
**Kostenverteilung**

\* Dieser Policy Brief ist Teil eines Projekts unterstützt durch Fördergelder des Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank (Projektnummer: 18076) zu den Verteilungswirkungen der Abschaffung des Pflegeregresses in Österreich (siehe <https://www.euro.centre.org/projects/detail/3566>). Wir danken für die Unterstützung. Die hier ausgedrückte Meinung ist jene der Autor\*innen. Wir danken Anette Scoppetta und Rahel Kahlert für ihre kritischen Anmerkungen und Willem Stamatou für die Editierung und das Layout.

## Arten der privaten Ko-Finanzierung stationärer Pflege

Um die zugrundeliegenden Mechanismen der Finanzierung von stationärer Pflege zu verstehen, ist es wichtig, deren Verwurzelung im Sozialhilfesystem zu erkennen. Das sogenannte letzte Netz der sozialen Sicherung basiert auf dem Subsidiaritätsprinzip, d.h. dass staatliche Unterstützung nur dann gewährt wird, wenn private Ressourcen ausgeschöpft wurden. Die dahinterliegenden Prinzipien sind die der sozialen Gerechtigkeit, der Vermeidung von Risikoverhalten und der Stärkung von Eigenverantwortung. In diesem Kontext ist in allen Ländern Europas auch die Inanspruchnahme stationärer Pflege mit privaten Kostenbeiträgen verbunden. Grundsätzlich kann dabei zwischen drei Arten von Beiträgen unterschieden werden, die variabel ausgestaltet und kombiniert werden können: einkommensbezogene Beiträge, vermögensbezogene Beiträge und Beiträge basierend auf dem Einkommen von (erwachsenen) Kindern oder anderen Erben.

### Einkommensbezogene Gebühren

**Einkommens-  
bezogene Zahlungen  
sind die häufigste Form  
der privaten Beiträge  
zur stationären Pflege**

Einkommensbezogene Zahlungen sind die häufigste Form der privaten Beiträge zur stationären Pflege (siehe Tabelle 1). Diese stellen entweder einen prozentuellen Anteil der Einkommen bzw. der Pension von pflegebedürftigen Personen dar oder umfassen das Gesamteinkommen abzüglich eines festgelegten Betrags, der als eine Art „Taschengeld“ behalten werden kann. In einzelnen Fällen sind einkommensbezogene Gebühren durch eine Beitragsobergrenze gedeckelt. So wurde beispielsweise in Schweden die aufwendige Bedarfsprüfung durch die Deckelung der einkommensbezogenen Beiträge ersetzt. Die Beitragsobergrenze wurde dabei auf einem niedrigen Niveau festgelegt, sodass ein Großteil der Pflegebedürftigen den Betrag durch ihr Einkommen decken können und nicht um Sozialhilfe ansuchen müssen. Vermögenswerte sind in Schweden weiterhin von der Berechnung der Gebühren ausgeschlossen. Durch den geringen monatlichen Maximalbetrag von umgerechnet etwa € 170 decken private Beitragszahlungen insgesamt nur fünf bis zehn Prozent der Gesamtkosten für Alten- und Pflegeheime (vgl. Cylus et al., 2018). Schweden stellt allerdings eine Ausnahme dar. In Finnland beispielsweise betragen die Gebühren 85% des Nettoeinkommens der Bewohner\*innen von Alten- und Pflegeheimen, wobei mindestens € 100 monatlich behalten werden können. In Frankreich belaufen sich die Gebühren für die Unterbringung und Verpflegung in Alten- und Pflegeheimen auf 90% des Einkommens (einschließlich des individuellen Pflegegeldes „Allocation Personnalisée d’Autonomie“) und können bis zu € 4.400 pro Monat betragen. In England werden Bewohner\*innen, deren Jahreseinkommen € 27.000 übersteigt, zu „Selbstzahler\*innen“ und

tragen mit Ausnahme eines Taschengeldes von monatlich € 120 mit ihrem gesamten Einkommen und Vermögen zur Finanzierung bei. Bedarfsprüfungen gibt es auch in den Niederlanden, wo allerdings die monatliche Deckelung der einkommensbezogenen Beiträge im Jahr 2012 auf € 2.150 gesenkt wurde (Tenand et al., 2020). Die Beitragssysteme in Europa unterscheiden sich zudem darin, ob auch pflegebezogene Sozialleistungen in die Berechnung der Eigenbeiträge einfließen. In Österreich wird etwa das Pflegegeld, v.a. in den Stufen 4 bis 7 (monatlich € 690 - € 1.719),<sup>1</sup> neben dem regulären Einkommen zur Deckung der Kosten für Alten- und Pflegeheime herangezogen. Nur etwa € 45 des jeweiligen Pflegegeldbezugs und 20% der Pension dürfen von den Bewohner\*innen einbehalten werden. In Italien wird die Zahlung einer ähnlichen Leistung gänzlich ausgesetzt, wenn der Aufenthalt in einem Alten- oder Pflegeheim teilweise oder gänzlich von der öffentlichen Hand finanziert wird. Neben den Unterschieden zwischen den Ländern ist auch auf jene innerhalb der nationalen Sozialsysteme hinzuweisen. Nachdem in den meisten Ländern Europas die Langzeitpflege in der Verantwortung regionaler oder auch lokaler Verwaltungsebenen liegt, können weitreichende regionale Unterschiede sowohl hinsichtlich der Kosten als auch der Beitragsstrukturen beobachtet werden.

### Vermögensbezogene Eigenbeiträge

**Die Schlüsselfrage ist, ob Vermögenswerte bei der Bedarfsprüfung und der Berechnung von Eigenbeiträgen berücksichtigt werden**

Die Schlüsselfrage bei vermögensbezogenen Beiträgen ist, ob Vermögenswerte (Ersparnisse, Investitionen und Immobilien) bei der Bedarfsprüfung und in weiterer Folge bei der Berechnung der Gebühren für Alten- und Pflegeheime berücksichtigt werden. In diesen Fällen, wie etwa in England oder Italien, kann die Inanspruchnahme stationärer Pflege als eine Art Erbschaftssteuer mit einem Grenzsteuersatz von bis zu 100% angesehen werden. Meist gibt es einen Freibetrag, bis zu welchem bestehende Vermögenswerte aufgebraucht werden müssen, bevor die Sozialhilfe einspringt, aber auch Regelungen zu vorangegangenen Vermögensübertragungen auf andere Familienmitglieder (siehe Tabelle 1). Italien stellt einen Sonderfall dar, da hier ein Indikator für die Einkommens- und Vermögenslage nach der Äquivalenzskala berechnet wird (Indicatore della Situazione Economica Equivalente – ISEE), der alle Einkommensarten und Vermögenswerte sowie die Zusammenstellung des Haushaltes berücksichtigt. Private Kostenbeiträge, aber auch der Zugang zu vielen sozialstaatlichen Leistungen werden auf Basis dieses Indikators bestimmt, unabhängig von der individuellen Einkommenssteuererklärung.

<sup>1</sup> Seit einigen Jahren ist eine Einstufung in Pflegestufe 4 oder höher erforderlich, um in Alten- und Pflegeheimen aufgenommen zu werden. Pflegestufe 7 ist die höchste Stufe, die mit dem höchsten Pflegebedarf und Pflegegeldbetrag verbunden ist.

**Österreich hat den Rückgriff auf das Vermögen 2018 abgeschafft**

In Österreich waren lange Zeit vermögensbezogene Beiträge zu den Kosten von Alten- und Pflegeheimen vorgesehen, und zwar auf Basis der unterschiedlichen Sozialhilferegulungen der Bundesländer. So variierte der Vermögensfreibetrag zwischen rund € 4.000 in Wien und fast € 13.000 in Niederösterreich, was einer Ungleichbehandlung zwischen Pflegebedürftigen in verschiedenen Bundesländern gleichkommt. 2018 wurden diese Regressregelungen in ganz Österreich verboten, wodurch jeglicher Rückgriff auf das Vermögen von Heimbewohner\*innen abgeschafft wurde. Den Bundesländern wurden nach intensiven Verhandlungen Kompensationszahlungen für dadurch entstehende Einkommensausfälle gewährt.

**Das 'Fair Deal Scheme' in Irland führt zu einer Querfinanzierung von reicheren zu ärmeren Bewohner\*innen**

Damit pflegebedürftige Menschen ihr Vermögen nicht zur Gänze aufbrauchen müssen, haben auch andere Länder entsprechende Maßnahmen gesetzt. Zum Beispiel wurde das System vermögensbezogener Beiträge in Irland mithilfe des sogenannten „Fair Deal Scheme“ reformiert. Bewohner\*innen von Alten- und Pflegeheimen tragen in Irland mit 80% ihres Einkommens (abzüglich definierter Belastungen wie etwa private Gesundheitsausgaben), sowie 7,5% ihres Vermögens für maximal drei Jahre zu den Heimkosten bei, sofern Vermögenswerte von über € 31.000 vorhanden sind. Die zeitliche Beschränkung vermögensbezogener Beiträge soll sicherstellen, dass pflegebedürftige Menschen, die sich länger als drei Jahre in stationärer Pflege befinden, ihr Vermögen, welches auch Unternehmen oder landwirtschaftliche Betriebe sein könnten, die von Familienangehörigen geführt werden, nicht weiter belasten müssen (Robinson und O'Shea, 2010). In der Praxis führt das fortgesetzte staatliche Interesse am Vermögen der Heimbewohner\*innen nun dazu, dass es zu einer Spaltung der Heimbewohner\*innen in zwei Gruppen kommt: einerseits nehmen jene Bewohner\*innen, die keine oder sehr geringe Vermögenswerte besitzen, das „Fair Deal“-Angebot an, während jene mit höherem Vermögen, v.a. Immobilien, bevorzugen, als „Selbstzahler\*innen“ ihr Vermögen zu schützen, indem sie die Kosten des Heimplatzes vollständig aus eigener Tasche bezahlen. Vermögende steigen so gleichsam aus der „Fair Deal“-Regelung aus und nehmen dabei sogar höhere Tagessätze in Kauf, denn die Tarife, die von der öffentlichen Hand mit den Anbietern ausverhandelt werden, gelten nur für die „Fair Deal“-Bewohner\*innen. Als Nebeneffekt des „Fair Deal“-Systems kommt es somit auch zu einer Querfinanzierung zwischen reicheren und ärmeren Bewohner\*innen.

**Tabelle 1: Eigenbeiträge für Alten- und Pflegeheime in ausgewählten Ländern**

Land	Einkommens- bezogene Gebühren	Vermögens- bezogene Gebühren	Kommentar
<b>Österreich</b>	Ja, 80% der Pension und Pflegegeld (bis auf € 45)	Nein	Vermögensregress 2018 abgeschafft
<b>Finnland</b>	Ja, 85% der Pension, bis auf mindestens € 100	Nein	
<b>Frankreich</b>	Ja, 90% der Pension und Pflegegeld (APA) für Unterbringung und Verpflegung	Ja	Regress auf Erben erster und zweiter Ordnung
<b>Deutschland</b>	Ja, Pauschalgebühren zzgl. Gebühren für Unterbringung und Verpflegung, bis auf mind. € 110	Ja, mit einer Freigrenze von € 5.000	Regress auf Kinder, wenn deren Einkommen über € 100.000/ Jahr liegt
<b>Italien</b>	Ja, Gebühren für Unterbringung und Verpflegung basieren auf Bedarfsprüfung (ISEE)	Ja	Regional unterschiedliche Regelungen, keine Gebühren, wenn Behinderung von 100%
<b>Irland</b>	80% des Einkommens	7,5% des Vermögens ab einer Höhe von € 32.000 für max. 3 Jahre	Gewisse Zahlungen sind von der Berechnung des Einkommens ausgenommen
<b>Niederlande</b>	Ja, mit monatlich € 2.200 gedeckelt	Nein	Unterschiede zwischen den Gemeinden
<b>Schweden</b>	Ja, mit monatlich € 220 gedeckelt	Nein	Etwa 18% der Bewohner*innen sind aufgrund geringer Einkommen von Beitragszahlungen befreit
<b>Vereinigtes Königreich (England)</b>	Ja, bei Einkommen über € 27.000 volle Kosten, bei Einkommen unter € 14.000 keine Beiträge, dazwischen einkommensabhängige Kostenbeiträge	Ja	

Quelle: Eigene Zusammenstellung (siehe Literatur). ISEE: Indicatore della Situazione Economica Equivalente; APA = Allocation Personnalisée d'Autonomie.

## Eigenbeiträge aus dem Einkommen der Kinder bzw. dem Regress auf Angehörige

### Eigenbeiträge mit Rückgriff auf das Einkommen der Kinder sind seltener

Einkommensprüfungen im Rahmen unterschiedlicher Sozialhilfesysteme spiegeln nicht zuletzt die Rolle von Familien und damit verbundener Werte wider. Beispielsweise gibt es in den nordischen Staaten, wo der Wohlfahrtsstaat stark individualisiert ausgerichtet ist und nur marginal auf Familien abzielt, keinerlei Rückgriff auf das Einkommen oder Vermögen von Angehörigen. In Frankreich hingegen lässt sich diesbezüglich eine konträre Herangehensweise erkennen. Reicht das persönliche Einkommen nicht aus, um die Kosten der stationären Pflege zu decken, hängt der Bezug von Sozialhilfe von einer strengen Bedarfsprüfung ab, die auch Erben erster und zweiter Ordnung, darunter Enkelkinder und Schwiegereltern, berücksichtigt. Angehörige müssen sich darauf einigen, wie die Kosten untereinander aufgeteilt werden. Ist eine innerfamiliäre Einigung nicht möglich, begleichen lokale Behörden zwar kurzfristig die Heimkosten, können den entsprechenden Betrag allerdings auch nach dem Tod der pflegebedürftigen Person von den Erb\*innen einfordern.

### Das italienische System ist von diversen regionalen Unterschieden geprägt

In Italien, wo 50% der Pflegeheimkosten vom nationalen Gesundheitssystem übernommen werden, müssen nur die verbleibenden Kosten von den Bewohner\*innen basierend auf deren oben beschriebenen Indikator für die Einkommens- und Vermögenslage (ISEE) getragen werden. Dabei wird das Einkommen der übrigen Haushaltsmitglieder allerdings nicht berücksichtigt. Wenn das entsprechende persönliche Einkommen nicht ausreicht, springen lokale Behörden ein, wobei diese in einigen Regionen immer wieder versuchen, Beiträge von Familienangehörigen einzufordern, obwohl dies in nationalen Gesetzen nicht vorgesehen ist (Brambilla und Crescentini, 2018).

In Österreich wurde der Regress auf Kinder in den letzten Jahrzehnten regional und schrittweise ausgesetzt und letztlich gänzlich abgeschafft. Die Übergangszeit war von einer zunehmenden Unsicherheit geprägt, weil potenzielle Kosten der Langzeitpflege unvorhersehbar waren. Auch in Deutschland führten die sich immer wieder ändernden Regelungen zu Unsicherheit, bis eine kürzlich umgesetzte Reform festhielt, dass ab Januar 2020 der Regress auf Kinder nur bei Familien mit einem jährlichen Bruttoeinkommen von über € 100.000 vollzogen wird (Bundesregierung, 2020).

## Auswirkungen von Eigenbeiträgen auf soziale Fairness

Die Verteilungsaspekte der oben beschriebenen (Eigen-)Beitragsmodelle zur stationären Langzeitpflege können hinsichtlich unterschiedlicher Dimensionen

### Stationäre Pflege führt zu Umverteilung von Männern zu Frauen

sozialer Fairness betrachtet werden: Welche Bewohner\*innen müssen welche Art und welchen Anteil von Beiträgen entrichten und inwieweit beeinflusst dies den gleichberechtigten Zugang zur stationären Pflege? Eine OECD-Studie, in der England, Japan, Schweden und Deutschland untersucht wurden, kam zu dem Schluss, dass die bestehende Finanzierung der Langzeitpflege zu einer Umverteilung von Männern zu Frauen führt, da letztere eine höhere Lebenserwartung und einen höheren Bedarf an Langzeitpflege haben (Karlsson, 2007). In allen vier Ländern erhalten Frauen einen höheren Betrag an Sozialleistungen als sie durch Steuern und Beiträge in das System eingezahlt haben. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, pflegebedürftig zu werden und ihr Bedarf an Pflegeleistungen höhere Kosten verursacht. Beitragsseitig kann nur ein kleiner Teil dieser Unterschiede auf den Gender-Pay-Gap und die damit verbundenen geringeren einkommensbezogenen Eigenbeiträge von Frauen zu stationären Pflegekosten zurückgeführt werden. Eine andere vergleichende Studie kommt zu dem Ergebnis, dass gewisse Beitragsregelungen, die an den Pflegebedarf geknüpft sind, problematisch sein können. Wenn etwa erst ab einem bestimmten Pflegebedarf um eine Reduktion der Eigenbeiträge angesucht werden kann, wird Personen mit geringeren Einkommen und geringerem Pflegebedarf der Zugang zu stationärer Pflege erschwert (Muir, 2017).

Nachfolgend werden Verteilungswirkungen verschiedener Modelle zur Finanzierung der Langzeitpflege unter Berücksichtigung verschiedener Methoden erläutert (siehe Infobox 1). Aufgrund fehlender Studien zur Verteilungswirkung von Beiträgen, die von Kindern oder anderen Angehörigen entrichtet werden, wird der Fokus auf einkommens- und vermögensbezogene Beiträge gelegt.

#### Infobox 1: Methodische Aspekte der Messung von Verteilungswirkungen

Generell muss zwischen verschiedenen Ansätzen zur Messung von Verteilungswirkungen differenziert werden, wobei die Frage, wer am meisten und wer am wenigsten profitiert, auch von der jeweils gewählten Perspektive abhängt. Verteilungsfragen können basierend auf dem Nettonutzen (also der Differenz zwischen erhaltenen Leistungen und gezahlten Beiträgen), auf Basis der Beiträge in Absolutwerten oder auf Basis der Beiträge gemessen in Prozent des Einkommens oder Vermögens analysiert werden. Ein weniger häufig gewählter Ansatz besteht darin, den Anteil des nicht gedeckten Pflegebedarfs zu ermitteln (Fernández und Forder, 2010). Alle genannten Messzahlen basieren somit auf unterschiedlichen Gerechtigkeitskonzepten bei der Bewertung von Eigenbeiträgen und dem Bezug öffentlicher Leistungen.

#### Einkommensbezogene Beiträge

Wie bereits erwähnt, sehen die meisten Länder eine Bedarfsprüfung bei einkommensabhängigen Kostenbeiträgen zu Alten- und Pflegeheimen vor. Dabei sind Personen mit geringem Einkommen dem Kostendruck am stärksten



**Viele Pflegebedürftige mit geringen Einkommen haben keinen Anspruch auf Unterstützung**

ausgesetzt (Muir, 2017; Ilinca et al., 2017; Schmidt et al., 2014). Eine OECD-Studie ergab, dass festgelegte Einkommensgrenzen, bis zu welchen um staatliche Unterstützung zur Finanzierung der Langzeitpflege angesucht werden kann, meist weit unter der relativen Armutsschwelle (ca. 50% des Medians des äquivalisierten verfügbaren Haushaltseinkommens nach sozialen Transferzahlungen) liegt, was dazu führt, dass viele Pflegebedürftige mit geringen Einkommen keinen Anspruch auf Unterstützung haben. Bedarfsprüfungen setzten zudem voraus, dass Betroffene beinahe ihr gesamtes Einkommen bis auf ein geringes Taschengeld aufbringen müssen, bevor sie um Sozialhilfe ansuchen können. Abhängig von diesen Bestimmungen bleibt Bewohner\*innen mit geringem Einkommen nach Deckung der Heimkosten meist nur wenig Geld übrig (Muir, 2017). In Kroatien beispielsweise beläuft sich der Taschengeldbetrag auf etwa 3% des Medianeinkommens. In England, Frankreich und Tschechien ist dieser Betrag etwas höher und beträgt mindestens 9% bis 15% des Medianeinkommens. Am höchsten sind die Freigrenzen in Island und den Niederlanden, wo die Bewohner\*innen etwa 25% bis 50% ihres Einkommens behalten dürfen. Für Pflegebedürftige mit geringen Einkommen ist es deutlich wahrscheinlicher, dass das Einkommen bis zu den genannten Mindestbeträgen aufgebraucht werden muss.

**In Schweden profitieren alle durch eine Deckelung der Eigenbeiträge**

In einem universellen Sozialstaat wie dem schwedischen, wo ein Großteil der Individuen Leistungen bezieht und auch die Kosten der Langzeitpflege fast vollständig vom Staat gedeckt werden, profitieren Personen mit mittleren und hohen Einkommen zu einem großen Teil durch eine Deckelung der Eigenbeiträge, während Geringverdienende vor allem von Modellen mit ermäßigten oder gänzlich erlassenen Eigenbeiträgen profitieren (Karlsson et al., 2007). In solchen Systemen sind Frauen deutliche Nettoprofitierinnen des Wohlfahrtsstaats – insgesamt erhalten sie in Schweden über ihr Leben hinweg aufgrund ihres höheren Leistungsbedarfs und geringeren Einkommens im Schnitt um € 16.750 mehr als Männer.

**In den Niederlanden gibt es keine finanziellen Hürden bei der Heimaufnahme**

Auch in den Niederlanden gibt es eine Bedarfsprüfung kombiniert mit einer niedrigen Beitragsobergrenze. Obwohl die finanziellen Barrieren für stationäre Pflege somit recht gering sind, hängt der Zugang zu stationärer Pflege für Menschen mit geringem Einkommen immer noch stark vom Pflegebedarf und der Verfügbarkeit von informeller Pflege ab (Hussem et al., 2016). Gemessen am Einkommen zahlen Geringverdiener\*innen einen höheren Anteil für stationäre Pflege, selbst wenn für Pflegebedarf kontrolliert wird (Tenand et al., 2020). Dies lässt darauf schließen, dass ein Finanzierungssystem stationärer Pflege, das ohne finanzielle Barrieren auskommt und auf den Pflegebedarf abgestimmt ist, für Pflegebedürftige mit geringen Einkommen besser zugänglich ist.



Während einkommensbezogene Beiträge sicherstellen sollen, dass pflegebedürftige Menschen einen proportionalen Betrag ihres Einkommens für stationäre Pflege bezahlen, bleibt vor allem Geringverdiener\*innen nach Zahlung der Kosten nur noch ein marginaler Betrag, über den sie selbst verfügen können – natürlich vor allem dann, wenn der Freibetrag sehr gering ist. Niedrige Beitragsobergrenzen und hohe öffentliche Unterstützungsleistungen scheinen dieses Risiko zu verringern, indem sie Zugangsbarrieren für Personen mit geringen Einkommen reduzieren. Gleichzeitig führen sie allerdings zu hohen öffentlichen Ausgaben und vermindern auch die Beiträge Besserverdienender, die durchaus höhere Anteile der Kosten von Langzeitpflege bezahlen könnten. Bei geringen finanziellen Barrieren steigt schließlich auch das Nachfrageverhalten der Bevölkerung, was allerdings durch eine individuelle Feststellung des Bedarfs an stationärer Betreuung kontrolliert werden kann, wie beispielsweise in den Niederlanden.

### Vermögensbasierte Gebühren

**Sollen jene, die stationäre Pflege brauchen, ihr gesamtes Vermögen aufbrauchen müssen?**

Das stärkste Argument für vermögensbasierte Gebühren besteht in der Feststellung, dass im höheren Alter das Vermögen die Zahlungsfähigkeit von Personen besser abbildet als das Einkommen (Colombo et al., 2011). Würde beispielsweise in England nur das Einkommen zur Deckung der Pflegekosten herangezogen werden, könnten nicht einmal 20% der Eigenheimbesitzer\*innen ihren Heimplatz für mehr als 12 Monate bezahlen (Mayhew et al., 2017). Werden hingegen auch Vermögenswerte berücksichtigt, so verlängert sich die Zahlungsfähigkeit dieser Personen um mehr als fünf Jahre, was einen deutlichen Unterschied aufzeigt. Andererseits wird argumentiert, dass Menschen mit einem hohen Pflegebedarf nicht ihr gesamtes Vermögen aufbrauchen und verarmen sollen, um für ihre Pflegekosten aufkommen zu können. Zudem werden Personen mit relevanten Vermögenswerten, die weiter unten in der Einkommensverteilung stehen, stärker benachteiligt als jene mit höheren Einkommen (Muir, 2017). Es kann vorkommen, dass Pflegebedürftige mit geringeren Einkommen, aber höherem Vermögen, insgesamt höhere Gebühren bezahlen als Personen mit höheren Einkommen, die aber kein Vermögen angesammelt haben. Das ist vor allem dann der Fall, wenn der Freibetrag bei vermögensbezogenen Gebühren sehr gering ist, wie etwa in England (circa € 27.000). Naturgemäß sind jene mit höheren Einkommen eher in der Lage, die Kosten der Langzeitpflege von ihrem Einkommen zu decken, ohne auf ihre Vermögen zurückgreifen zu müssen (Hancock et al., 2007).

Vermögensbasierte Beiträge treffen die Besitzer\*innen von Eigenheimen am stärksten, wobei das Ausmaß vom persönlichen Einkommen und der Kombination von Freibeträgen und Beitragsobergrenzen abhängt. In England,

wo Pflegebedürftige, deren Vermögen über einem gewissen Schwellenwert liegt, ihre Pflegekosten mit Ausnahme eines auf dem Pflegebedarf basierenden Zuschusses der nationalen Gesundheitsbehörde (NHS) privat bezahlen müssen, kamen Eigenheimbesitzer\*innen für 59% ihrer Pflegekosten auf, während Bewohner\*innen ohne Eigenheim im Jahr 2007 nur 20% der Gesamtkosten selbst bezahlten (Hancock et al., 2007). Bewohner\*innen mit Vermögenswerten haben zumeist mittlere bis hohe Einkommen, die einen signifikanten Teil der Pflegekosten abdecken. In England sind „Selbstzahler\*innen“ breit über das Einkommensspektrum gestreut, aber vor allem am oberen Ende konzentriert. Dennoch gibt es auch unter Geringverdienenden Personen mit hohen Vermögenswerten (Hancock et al., 2013). Somit haben jene mit einem hohen Pflegebedarf, sowie einkommensarme, aber vermögensreiche Personen das höchste Risiko, ihr Vermögen für die Finanzierung der Langzeitpflege einsetzen zu müssen. Allerdings ist anzumerken, dass der Prozentsatz jener mit ungedecktem Pflegebedarf in England unter Personen mit geringem Einkommen geringer ist als unter jenen mit höheren Einkommen, was darauf hindeutet, dass Geringverdienende einen besseren Zugang zu Dienstleistungen und Unterstützungsangeboten haben (Fernández und Forder, 2010).

Um den Effekt von vermögensbezogenen Beiträgen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen besser zu verstehen, ist zu untersuchen, wer von einer beitragsenkenden Reform am meisten und wer am wenigsten profitiert. Am Beispiel Englands würden Änderungen bei vermögensbezogenen Gebühren Personen mit höheren Einkommen kaum betreffen, da diese öffentliche Dienste und Einrichtungen entweder gar nicht in Anspruch nehmen oder die einkommensbezogenen Beiträge aus dem eigenen Einkommen abdecken (Hancock et al., 2007). Darüber hinaus sind wohlhabendere Menschen tendenziell gesünder und haben eine geringere Wahrscheinlichkeit in ein Alten- und Pflegeheim zu kommen (OECD, 2003). Personen mit mittleren und geringen Einkommen würden hingegen am stärksten von Reformen zur Senkung vermögensbezogener Beiträge profitieren. In England sind folgende Verteilungswirkungen zu erwarten (Hancock et al., 2007):

- Eine Obergrenze für die Gesamtbeiträge zur stationären Pflege über das gesamte Leben von £ 100.000 würde vor allem Personen mit Pflegebedarf im obersten Einkommensfünftel sowie Eigenheimbesitzer\*innen begünstigen, da diese Gruppen die höchsten Beiträge in absoluten Werten bezahlen. Personen in den ersten vier Einkommensfünfteln profitieren zwar ebenfalls, allerdings in deutlich geringerem Ausmaß.
- Eine Ausnahmeregelung für Immobilienvermögen würde vor allem Personen mit Pflegebedarf mit mittleren Einkommen zugutekommen, da diese die meisten vermögensbezogenen Beiträge bezahlen.

- Eine Erhöhung des Freibetrags bei einkommensbezogenen Beiträgen (Taschengeld, das behalten werden kann) würde die unteren drei Quintile begünstigen, da jenen aus höheren Quintilen ohnehin ein hoher Betrag zur freien Verfügung bleibt.

Während vermögensbasierte Beiträge die Zahlungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen widerspiegeln sollen und daher erwarten lassen, dass sie vor allem von wohlhabenderen Personen erbracht werden, scheinen sie in der Realität vor allem Personen mit geringen und mittleren Einkommen zu treffen. Um das Vermögen dieser Gruppen zu schützen, schlug die Kommission für die Finanzierung der Langzeitpflege in England (Commission on Funding of Care and Support) im Jahr 2011 daher eine Obergrenze der Gesamtzahlungen sowie eine Anhebung des Freibetrags vor (Gori et al., 2016). Bei einer zu hoch gesetzten Obergrenze müssen Pflegebedürftige immer noch hohe Summen bezahlen, bevor die Ausnahme greift (Hancock et al., 2007), wodurch nur jene mit besonders hohem Vermögen profitieren. Diese Argumente sprechen daher für eine Bündelung der Risiken zur Erhöhung der sozialen Sicherung und zur Vermeidung der Verarmung von Eigenheimbesitzer\*innen und Pflegebedürftigen mit hohen Vermögenswerten und geringen Einkommen (Muir, 2017).

## **Kosten für Langzeitpflege solidarisch tragen**

Während viele Menschen – in England 75% jener, die das 66. Lebensjahr erreichen (Forder und Fernández, 2009) – damit rechnen können, im Laufe ihres Lebens auf stationäre Pflege angewiesen zu sein, wird nur ein Bruchteil dieser Menschen mit enormen Kosten konfrontiert. Bei einkommensbezogenen Gebührensystemen bleibt Pflegebedürftigen mit geringen Einkommen oft nur ein geringer Betrag, den sie als Taschengeld behalten dürfen. In Systemen mit vermögensbezogenen Beiträgen besteht für Pflegebedürftige mit Vermögen das Risiko, dieses entweder für die Finanzierung stationärer Pflege oder vor dem Einzug in ein Pflegeheim aufzubreuchen. Diese Risiken und die Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierung der Langzeitpflege machen es vor dem Hintergrund der anhaltenden Alterung der Bevölkerung erforderlich, die Kosten der Pflege gleichmäßiger innerhalb und zwischen den Generationen zu verteilen. Dies kann durch neue Finanzierungsquellen, die über einkommens- und vermögensbezogene Beiträge hinausgehen, erreicht werden. Somit werden Kosten von pflegebedürftigen Menschen zu Menschen ohne Pflegebedarf umverteilt, wobei gleichzeitig das finanzielle Risiko der Langzeitpflege auf die gesamte Bevölkerung verteilt wird. Beispiele für alternative Finanzierungsquellen sind Sozialversicherungsbeiträge (z.B. zu einer Pflegeversicherung) und Steuern.

Eine alternative Finanzierungsform wird etwa in Deutschland bereits umgesetzt, indem finanzielle Mittel für die Langzeitpflege über Pflegeversicherungsbeiträge erhoben werden. Der Pflegeversicherungsbeitrag von inzwischen 3,05%, bzw. 3,3% bei kinderlosen Personen, wird zwischen Arbeitnehmer\*innen und Arbeitgeber\*innen geteilt und wird ähnlich wie andere Sozialversicherungsbeiträge lediglich bis zu einer Höchstbeitragsgrundlage eingehoben. Bei Inanspruchnahme von stationärer Pflege müssen abhängig von der Pflegestufe Pauschalbeträge zwischen € 770 und € 2.005 entrichtet werden. Diese Beiträge tragen aber dennoch maßgeblich zur Finanzierung der Alten- und Pflegeheime bei (Rothgang und Müller, 2018). Auch wenn sich Menschen mit hohem Einkommen oder privaten Krankenversicherungen von der sozialen Pflegeversicherung abmelden können, sind sie verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen und tragen durch Steuern und im Falle des Pflegebedarfs durch einkommensabhängige Beiträge zur Finanzierung der Langzeitpflege bei. Diese Beiträge mussten in der Vergangenheit mehrmals angehoben werden, um die Finanzierung sicherzustellen (Rothgang und Müller, 2018). Personen mit hohem Einkommen haben insgesamt ein schlechteres Kosten-Nutzen-Verhältnis, da sie mit ihren Beiträgen (indirekt auch mit Steuern) zur Finanzierung der Langzeitpflege beitragen, aber von Unterstützungsleistungen, die es für einkommensbezogene Beiträge gibt, nicht profitieren. Jene mit geringem Einkommen profitieren nur dann, wenn sie auch stationäre Pflege in Anspruch nehmen, ansonsten zahlen sie aufgrund der Zahlungen zur Pflegeversicherung im Verhältnis zu anderen Finanzierungsformen überproportional mehr (Karlsson et al., 2007).

Das generelle Problem der steigenden privaten Beiträge zu Alten- und Pflegeheimen sowie steigenden Beiträgen zur Pflegeversicherung wurde somit noch nicht befriedigend gelöst. Vorschläge zur Verbesserung sozialer Fairness beinhalten einerseits eine umfassende Pflegeversicherung, die die gesamte Bevölkerung umfasst und alle Pflegekosten im Sinne einer Vollkasko-Versicherung abdeckt, andererseits eine Deckelung der privaten Beiträge zur stationären Pflege (Rothgang und Domhoff, 2019). Diese Ansätze würden das deutsche Pflegemodell dem schwedischen annähern und die Forderungen der englischen Pflegefinanzierungskommission (Commission on Funding of Care and Support, 2011) zur Deckelung der gesamten privaten Pflegekosten über den Lebenslauf aufgreifen. Ein solches System könnte zudem durch eine private Zusatzversicherung ergänzt werden, die die eventuell verbleibenden Beiträge zur Langzeitpflege abdeckt (Kochskämper et al., 2019).

## Schlussfolgerungen

### **Die Prinzipien der Sozialhilfe sind immer noch vorherrschend in der Langzeitpflege**

Diese kurze Übersicht zeigt, dass die Prinzipien der Sozialhilfe in der Ausgestaltung der Eigenbeiträge für Alten- und Pflegeheime nach wie vor hohe Berücksichtigung finden, wodurch die Bewohner\*innen und zum Teil auch ihre Familien einen erheblichen Teil der Gesamtkosten tragen. Dies steht im deutlichen Gegensatz zu kostenintensiven Gesundheitsleistungen, wo für die Patient\*innen im Normalfall keine bzw. nur geringe Zusatzkosten anfallen.

### **Zugang zu stationärer Pflege mit Bedarf verknüpfen, könnte Barrieren verringern**

Obwohl einkommensbezogene Kostenbeitragssysteme es den Bewohner\*innen in den meisten Fällen erlauben, kleine Geldbeträge einzubehalten – und somit auch ein gewisses Maß an Unabhängigkeit – sind diese Freibeträge oft so niedrig angesetzt, dass Pflegebedürftige mit geringen Einkommen beinahe ihr gesamtes Einkommen für stationäre Pflege einsetzen müssen. Um Zugangsbarrieren zu stationärer Pflege zu reduzieren, wäre es nötig, dieses „Taschengeld“ zu erhöhen und/oder den Zugang zur stationären Pflege in höchstem Maß an den ermittelten Pflegebedarf zu knüpfen, wie dies etwa in den Niederlanden und Schweden der Fall ist.

### **Eine lebenslange Deckelung der gesamten Eigenbeiträge von jedem, könnte Ungewissheit begrenzen**

Der Regress in Form vermögensbezogener Eigenbeiträge wirft zusätzliche Fragen auf. Es gibt meist keine oder nur sehr hohe Obergrenzen für vermögensbasierte Zuzahlungen. Dies kann eine Art negative Lotterie darstellen, da es meist von unvorhersehbaren Umständen abhängt, ob jemand auf stationäre Pflege angewiesen sein wird. Angesichts des positiven Zusammenhangs zwischen Gesundheit und finanziellen Ressourcen besteht die Möglichkeit einer regressiven Wirkung vermögensbezogener Zuzahlungen – diese Frage wird im Zentrum unserer weiteren Forschung stehen. Es ist unumstritten, dass solche Beitragszahlungen die Unsicherheit mit Blick auf die eigenen Ersparnisse erhöhen wird, wodurch in weiterer Folge familiäre Konflikte rund um Erbschaftsfragen sowie gesellschaftliche Fragen intergenerationaler Gerechtigkeit entstehen können. Darüber hinaus deuten mehrere Simulationsstudien auf eine geringe Treffsicherheit vermögensbezogener Beiträge hin: einkommensstarke Gruppen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, stationärer Pflege zu bedürfen, aber wenn sie dennoch in ein Alten- und Pflegeheim ziehen, so ist ihr Einkommen in den meisten Fällen ausreichend, um die Kosten zu decken, während Personen mit mittlerem und geringem Einkommen in diesem Fall oft ihr gesamtes Vermögen aufwenden müssen (Karlsson et al., 2007; Hancock et al., 2013; Hancock et al., 2007; Hancock, 2000; Muir, 2017). Dies könnte auch Auswirkungen auf die generationenübergreifende Verteilungsgerechtigkeit haben, besonders in Ländern mit signifikanter Ungleichverteilung bei Einkommen und Vermögen. Eine Obergrenze für die über das gesamte Leben zu zahlenden Beiträge für Pflegekosten könnte die

Unsicherheit und das individuelle Risiko von extrem hohen Kosten verringern (Hancock et al., 2007). Diese Obergrenze müsste allerdings so definiert werden, dass sie Pflegebedürftigen mit geringen und mittleren Einkommen zugutekommt. Eine andere Möglichkeit, das Vermögen von Geringverdienenden zu schützen, besteht in der Einführung von hohen Vermögensfreibeträgen.

Finanzierungsmodelle, die auch die Kinder von pflegebedürftigen Menschen verpflichten, Kostenbeiträge zu stationärer Betreuung zu leisten, sind eher selten, wodurch auch über deren Verteilungswirkung wenig bekannt ist. Es kann aber vermutet werden, dass solche intragenerationalen Transferzahlungen ärmere Haushalte stärker belasten und somit negative Auswirkungen auf soziale Mobilität haben – nicht zuletzt, weil weniger wohlhabende Familien öfter stationäre Pflege benötigen (Schmidt et al., 2014).

Da nur relativ wenige Menschen von den immensen Kosten betroffen sind, die mit stationärer Versorgung einhergehen, ist die Forderung nach einer fairen und solidarischen Verteilung dieser Kosten innerhalb der Bevölkerung in höchstem Maße legitim – vor allem in entwickelten Sozialstaaten. Abhängig von deren konkreter Ausgestaltung können Pflegeversicherungssysteme und eine verstärkte Finanzierung der Langzeitpflege mittels Steuern pflegebedürftige Menschen entlasten und die Last auch auf jüngere und gesündere Generationen verteilen. Bei der Umsetzung dieser alternativen Finanzierungsformen stellen sich wiederum Fragen der Generationengerechtigkeit, die weiter zu diskutieren und zu untersuchen sein werden.

**Es werden Umverteilungsmechanismen gebraucht um die Last der Finanzierung mehr gleichmäßig zwischen und innerhalb von Generationen zu teilen**

Nicht zuletzt weil stationäre Pflege kostenintensiv, die Zahl der darauf unbedingt angewiesenen Menschen jedoch relativ gering ist, stellen die Strategien vieler Länder im Bereich der Langzeitpflege auf eine Politik der Deinstitutionalisierung ab. Daraus folgt, dass Pflege und Betreuung noch stärker auf Gemeindeebene organisiert werden sollten, personen-zentriert und mit Blick auf die Einbettung in bestehende Strukturen und Dienstleistungen. Konzepte der demenzfreundlichen Gemeinde, „ageing in place“ und integrierte Formen der Betreuung und Pflege im Quartier müssen daher ausgebaut werden, wobei auch hier darauf zu achten ist, Finanzierungsmechanismen zu entwickeln, die sich am Pflegebedarf und an den Ergebnissen von Interventionen orientieren, Eigenbeiträge nur in begrenztem Maße und mit den richtigen Anreizen einzusetzen sowie die Finanzierungslast innerhalb und zwischen den Generationen fair zu verteilen.

## Literatur

Brambilla, A. & Crescentini, L. (eds.) (2018). *Le sfide della non autosufficienza. Spunti per un nuovo disegno organico per la copertura della non autosufficienza*. Milano: Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali/Assoprevidenza.

Bundesregierung (2020) *Pflegekosten: Familien werden entlastet*, available at <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/pflege-entlastung-familien-1658396>

Colombo, F. et al. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD Publishing.

Commission on Funding of Care and Support (2011). *Fairer care funding: The report of the Commission on Funding of Care and Support*. London, available at: [http://www.ilis.co.uk/uploaded\\_files/dilnott\\_report\\_the\\_future\\_of\\_funding\\_social\\_care\\_july\\_2011.pdf](http://www.ilis.co.uk/uploaded_files/dilnott_report_the_future_of_funding_social_care_july_2011.pdf)

Cylus, J., Roland, D., Nolte, E., Corbett, J., Jones, K., Forder, J. & Sussex, J. (2018). *Identifying options for funding the NHS and social care in the UK: international evidence*. London: The Health Foundation.

European Commission (2007). *Special Eurobarometer: Health and long-term care in the European Union*. Luxembourg: European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Fernández, J. & Forder, J. (2010). Equity, efficiency, and financial risk of alternative arrangements for funding long-term care systems in an ageing society. *Oxford Review of Economic Policy*, 26(4), 713-733.

Forder, J. & Fernández, J. L. (2009). *Analysing the costs and benefits of social care funding arrangements in England: technical report*. London, PSSRU Discussion Paper 2644.

Gori, C., Fernández, J., & Wittenberg, R. (Eds.). (2016). *Long-term care reforms in OECD countries*. Bristol, UK; Chicago, IL, USA: Bristol University Press. doi:10.2307/j.ctt1t88zbz

Hancock, R. (2000). *Changing for care in later life: analysing the effects of reforming the means test*. Leicester: Nuffield Community Studies Unit, University of Leicester (Working Paper no. NF86).

Hancock, R. et al. (2007). Winners and losers: Assessing the distributional effects of long-term care funding regimes. *Social Policy and Society*, 6(3), 379.

Hancock, R., Malley, J. et al. (2013). The role of care home fees in the public costs and distributional effects of potential reforms to care home funding for older people in England. *Health Economics, Policy and Law*, 8(1), 47-73.

Hussem, A., Van Ewijk, C., Ter Rele, H. & Wong, A. (2016). The ability to pay for long-term care in the Netherlands: A life-cycle perspective. *De Economist*, 164, 1-26.

Ilinca, S., Rodrigues, R. & Schmidt, A. (2017). Fairness and eligibility to long-term care: An analysis of the factors driving inequality and inequity in the use of home care for older Europeans. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 12-24.

Karlsson, M., Mayhew, L. & Rickayzen, B. (2007). Long term care financing in four OECD countries: Fiscal burden and distributive effects. *Health Policy*, 80(1), 107-134.

Kochskämper, S., Arentz, C. & Moritz, M. (2019). *Zwei-Säulen-Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteilsversicherung*. Köln: IDW.

Mayhew, L., Smith, D. & O'Leary, D. (2017). Paying for care costs in later life using the value in people's homes. *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, 42, 129-151.

Muir, T. (2017). *Measuring social protection for Long-term Care*. Paris: OECD (OECD Health Working Paper 93).

Oliveira Hashiguchi, T. & Llana-Nozal, A. (2020). *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* OECD Health Working Papers, No. 117. Paris: OECD Publishing.



Robinson, D.J. & O’Shea, D. (2010). Nursing home funding – deal or no deal? An Irish perspective. *Age and Ageing*, 39(2), 152-153.

Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (2012). *Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

Rothgang, H. & Müller, R. (2018). *Pflegereport 2018*. Berlin: Barmer (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12).

Schmidt, A.E., Fuchs, M., Leichsenring, K. & Hofmarcher, M. (2014). *Pflegebedarf und Versorgungsmix Wien*. Wien: European Centre & Stadt Wien/MA 24.

Tenand, M., Bakx, P. & van Doorslaer, E. (2020). Equal long-term care for equal needs with universal and comprehensive coverage? An assessment using Dutch administrative data. *Health Economics*, 29, 435-451.

The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) & World Health Organization (WHO) (2003). *Poverty and Health – DAC Guidelines and Reference Series*. Paris: OECD Publishing.

## About the European Centre for Social Welfare Policy and Research

The Policy Briefs series of the European Centre is edited by Sonila Danaj and Rahel Kahlert

The European Centre for Social Welfare Policy and Research is an intergovernmental organisation affiliated to the United Nations. Its purpose is to foster the collaboration between governments, research and other stakeholders in the field of social welfare.

### Core Functions

- Providing applied social science and comparative empirical research on social policy in the UN-European Region
- Forging the evidence-base for social policy making and mutual learning on social welfare issues
- Initiating future-oriented public policy debates on social welfare issues by networking across the UN-European Region

### Research Focus

The European Centre provides expertise in the fields of welfare and social policy development in a broad sense – in particular in areas where multi- or interdisciplinary approaches, integrated policies and inter-sectoral action are called for.

European Centre expertise includes issues of demographic development, work and employment, incomes, poverty and social exclusion, social security, migration and social integration, human security, care, health and well-being through the provision of public goods and personal services. The focus is on the interplay of socio-economic developments with institutions, public policies, monetary transfers and in-kind benefits, population needs and the balance of rights and obligations of all stakeholders involved.

### European Centre Publications

- ‘Policy Briefs’ contain recent research and policy advice results
- ‘European Centre Reports’ expose results of studies or research carried out in the context of national or international projects
- ‘European Centre Working Papers’ comprise preliminary findings or innovative ideas to be shared with a wider public
- The European Centre Newsletter is published in English on a monthly basis and synthesizes the news published regularly on our website

Furthermore, scientific staff of the European Centre regularly publish books, peer-reviewed articles or contributions to books.

Please contact us ([stamatiou@euro.centre.org](mailto:stamatiou@euro.centre.org)) if you want to get informed on a regular basis about our activities and publications.

### More information:

<http://www.euro.centre.org>

**Contact**  
Berggasse 17  
A – 1090 Vienna  
Tel: +43/1/319 45 05-0  
Email: [ec@euro.centre.org](mailto:ec@euro.centre.org)