

Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten

KLAUS JACOBS,
HEINZ ROTHGANG

Prof. Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)

Prof. Dr. Heinz Rothgang ist Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen

Ab 2013 wird der freiwillige Abschluss einer privaten Pflege-Zusatzversicherung mit fünf Euro pro Monat aus Steuermitteln gefördert. Damit will die schwarz-gelbe Bundesregierung die zukünftige Finanzierung der Pflege auf eine breitere Basis stellen. Für den überwiegenden Teil der Bevölkerung wird der »Pflege-Bahr« aber keinen Vorteil bringen, sondern das Ziel einer stabilen, nachhaltigen und solidarischen Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung gefährden.

Am 21.09.2012 hat der Bundesrat das Ende Juni im Deutschen Bundestag verabschiedete Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) abschließend beraten und – entgegen der Empfehlung seines Gesundheitsausschusses – ohne Einberufung des Vermittlungsausschusses passieren lassen. Damit kann das Gesetz nunmehr wie geplant in Kraft treten. Finanzierungsseitig wird damit ab 2013 nicht nur der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) um 0,1 Beitragssatzpunkte erhöht – auf dann 2,05 Prozent (bzw. 2,30 Prozent für Kinderlose) –, sondern es wird zugleich eine steuerliche Förderung für den Abschluss privater Pflege-Zusatzversicherungen eingeführt. Durch diese nach dem Gesundheitsminister in der Öffentlichkeit vielfach als »Pflege-Bahr« bezeichnete Neuerung bei der Pflegefinanzierung wird laut Bundesgesundheitsministerium »eine neue Finanzierungssäule geschaffen, damit die pflegerische Versorgung auch im demographischen Wandel auf sicherer Grundlage steht« (BMG 2012a: 2). Speziell diese Regelung soll im Folgenden in dreifacher Perspektive näher betrachtet werden: zum Ersten im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die mit der SPV bereits bestehende Finanzierungssäule zur Absicherung des Pfl-

gerisikos, zum Zweiten hinsichtlich der Auswirkungen einer Verlagerung der Finanzierung von der Sozialversicherung auf eine Privatversicherung für die Versicherten und zum Dritten hinsichtlich der Entwicklung auf dem Markt für private Pflege-Zusatzversicherungen. Dagegen soll hier darauf verzichtet werden, explizit auf weitere Maßnahmen (und Defizite) des PNG einzugehen (siehe dazu z. B. Rothgang 2012).

1. Auswirkungen des »Pflege-Bahr« auf das Sicherungsniveau in der Sozialen Pflegeversicherung

Drohende Schwächung der Pflegeversicherung?

Seine (letztlich unbeachtet gebliebene) Empfehlung zur Einberufung des Vermittlungsausschusses hatte die Mehrzahl der Länder im Gesundheitsausschuss des Bundesrates hinsichtlich der im PNG vorgesehenen Regelungen zum Pflege-Bahr vor allem mit Gefahren für die solidarische Finanzierung der Absicherung des Pflegerisikos begründet. Die SPV als »Hauptsäule« der Finanzierung werde geschwächt, und es sei »zu befürchten, dass die geplante private Pflegevorsorge einen Einstieg

Der »Pfleger-Bahr«:

Das 2013 in Kraft tretende Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) sieht die Förderung privater Pflegezusatzversicherungen für Volljährige mit einer steuerfinanzierten staatlichen Zulage von fünf Euro im Monat bzw. 60 Euro im Jahr vor, wenn diese Verträge bestimmten Kriterien genügen:

- Die Monatsprämie muss mindestens zehn Euro im Monat bzw. 120 Euro im Jahr betragen.
- Im Pflegefall müssen in Pflegestufe III mindestens 600 Euro als monatlicher Leistungsbetrag ausgezahlt werden.
- Niemand darf von den privaten Versicherungsunternehmen aus gesundheitlichen oder Altersgründen abgelehnt werden (Kontrahierungszwang).
- Auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse wird seitens der Versicherer verzichtet. Eine Prämiendifferenzierung nach Alter ist aber möglich.

Der Abschluss der Versicherung ist freiwillig, die Prämien werden nach Art der Lebensversicherung – also ohne Einkommensbezug – erhoben. Bereits pflegebedürftige Personen können keine Versicherung abschließen. Leistungen aus der Zusatzversicherung können erst nach einer Karenzzeit (Wartezeit) von fünf Jahren gewährt werden. Der Umstieg aus einem bereits bestehenden Pflege-Zusatzversicherungsvertrag auf die neue geförderte Versicherung ist nicht möglich.

Bahr zentralen Frage nicht wirklich eindeutig geklärt.

Der Pfleger-Bahr bedeutet eine Verlagerung von Finanzierungsverantwortung aus der Sozialversicherung in eine Privatversicherung.

Dafür, dass der Pfleger-Bahr eher substitutiv gemeint ist, spricht auch der in der Diskussion häufige Verweis auf die Riester-Rente. »Was bei Riester richtig war, ist auch bei der Pflege nötig«, sagte etwa Gesundheitsminister Bahr in einem Interview mit der Stuttgarter Zeitung vom 28.06.2012. Und in dem bereits genannten Interview mit dem NDR vom 28.03.2012 heißt es: »Die Riester-Rente kann Vorbild sein, zwar nicht in allen Details, aber auch die Riester-Rente hat am Anfang einige Zeit gebraucht, bis sie so viel Akzeptanz in der Bevölkerung gefunden hat, dass es mittlerweile Millionen Menschen gibt, die eine Riester-Rente abgeschlossen haben. Das gleiche stellen wir uns für die Pflegevorsorge vor, damit es sich auch lohnt, für die steigenden Kosten einer alternden Bevölkerung jetzt schon Vorsorge zu stärken.«

Absenkung des Leistungsniveaus in der Sozialen Pflegeversicherung durch fehlende Leistungsdynamisierung

Den Vergleich zur Riester-Rente nimmt auch die Stellungnahme der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) zum PNG zum Ausgangspunkt und kritisiert explizit, dass »anders als bei der Einführung der Riester-Rente, die gezielt parallel zum Ausgleich des sinkenden Leistungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung eingeführt wurde, (...) jetzt keine Leistungsbestandteile aus der Umlagefinanzierung herausgenommen und in die Eigenverantwortung des Einzelnen überführt (werden)« (BDA 2012). Mit anderen Worten: Der BDA fehlen explizite Leistungskürzungen in der SPV und damit eine für jeden erkennbare Substitution.

Grundsätzlich ist dieser Verweis – unabhängig von ihrer Bewertung durch die BDA – insoweit zutreffend, als die Einführung der Riester-Rente als eine steuerlich geförderte freiwillige Form der kapitalgedeckten Alterssicherung

in eine umfassende Privatisierung des Pflegerisikos und damit den Beginn des Ausstiegs aus dem solidarischen System bedeutet« (BA-BR 2012: 17).

Bei dieser Einschätzung geht es letztlich um die Frage, ob die Einführung des Pfleger-Bahr hinsichtlich des Leistungsversprechens der SPV – und damit zugleich auch der leistungsseitig identischen privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) – einen rein ergänzenden (komplementären) oder – zumindest partiell – auch ersetzenden (substitutiven) Charakter hat bzw. künftig haben wird. Um dies zu beurteilen, kann zum einen auf die Intention der beteiligten Akteure und zum anderen auf die institutionellen Besonderheiten der Sozialen Pflegeversicherung und ihre Auswirkungen für diese Frage eingegangen werden.

Wie ist der »Pfleger-Bahr« gemeint?

In einem Interview mit dem NDR vom 28.03.2012, das auf der Internetseite des Bundesgesundheitsministeriums zum Nachhören und –lesen eingestellt ist, führt der Bundesgesundheitsminister aus: »Die Pflegeversicherung ist eine Teilkostenabsicherung. Keine Partei im Deutschen Bundestag stellt das in Frage. Das heißt für die Menschen, dass sie einen Eigenanteil schultern müssen, und genau für diesen Eigenanteil wollen wir jetzt die Vorsorge attraktiv machen.« Dieser Logik folgend, soll die steuerlich geförderte private Zusatzversicherung nur die Lücke schließen, die oberhalb der Leistungen der Sozialen Pflegever-

sicherung besteht. Es würde sich also um eine *komplementäre* Leistung handeln. Allerdings wird mit dem Aufbau einer weiteren Finanzierungssäule im Pflege-Neuausrichtungsgesetz letztlich nur der Koalitionsvertrag umgesetzt. Dort wurde postuliert: »In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss.« (CDU/CSU/FDP 2009: 93). Hier wird argumentiert, dass die Soziale Pflegeversicherung im Umlageverfahren nicht einmal mehr ihre

Der Pfleger-Bahr bedeutet eine Verlagerung von Finanzierungsverantwortung aus der Sozialversicherung in eine Privatversicherung.

Rolle als *Teilsicherung* erfüllen könne und diese Funktion durch eine private Zusatzversicherung zum Teil übernommen werden müsse. In diesem Sinne ist der Pfleger-Bahr dann *substitutiv* zu verstehen: als eine Verlagerung von Finanzierungsverantwortung aus der Sozialversicherung in eine Privatversicherung. Letztlich wird die Regierungsposition in dieser für die Bewertung des Pflege-

explizit mit einer Reduktion des angestrebten Sicherungsniveaus in der gesetzlichen Rentenversicherung einherging, diese im PNG aber nicht angesprochen wird. Allerdings unterscheidet sich die Pflegeversicherung von der Rentenversicherung grundsätzlich dadurch, dass in der Pflegeversicherung nominelle Leistungsversprechen ohne automatische Leistungsanpassung gegeben werden, während die »dynamische Rente« eben diesen Anpassungsmechanismus ein-

Der BDA fehlen explizite Leistungskürzungen in der SPV und damit eine für jeden erkennbare Substitution.

gebaut hat. Um eine Verlagerung aus der Sozialversicherung in die Privatversicherung zu erreichen, musste daher im Altersvermögensgesetz 2001 eine Reduktion des Rentenniveaus explizit festgelegt werden. Bei der Pflegeversicherung ist dies dagegen nicht notwendig, weil es hier gar kein gesetzlich formuliertes Sicherungsniveau gibt, das im Hinblick auf die womöglich angestrebte kompensatorische Wirkung einer neuen Finanzierungssäule eigens abgesenkt werden müsste, und sich die Reduktion des Sicherungsniveaus in der Sozialversicherung automatisch einstellt, wenn die Leistungssätze nicht regelmäßig an die Kostenentwicklung bei den Versorgungsleistungen angepasst werden. Die Substitutionslogik ist damit sozusagen bereits im System eingebaut und bedarf keiner expliziten gesetzlichen Regelung.

Massiver Realwertverlust der SPV-Leistungen in der Vergangenheit

Welches Ausmaß dieser »Automatismus« annehmen kann, lässt sich anschaulich für die Zeit seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 bis 2008 zeigen. In diesem Zeitraum sind sämtliche Leistungen der Pflegeversicherung nominal konstant auf ihrem ursprünglichen Ausgangsniveau geblieben. Angesichts der im selben Zeitraum erfolgten Zuwächse bei den Pflegekosten hat dies zu einem erheblichen Realwertverlust der SPV-Leistungen geführt. So sind etwa die Heimentgelte (Pflegesatz zusätzlich des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung) im Zeitraum zwischen

1999 und 2009, der von der Pflegestatistik erfasst wird, jahresdurchschnittlich (geometrisches Mittel) um 1,5 Prozent (Stufe I und II) bzw. 1,3 Prozent (Stufe III) gestiegen, im gesamten 10-Jahres-Zeitraum also um 16 bzw. 14 Prozent. Angesichts der zeitgleich nominal konstant gebliebenen Versicherungsleistungen bedeutet dies folglich einen gleich hohen Rückgang des durchschnittlichen Sicherungsniveaus der Pflegeversicherung bzw. einen Zuwachs der von den Versicherten selbst (oder von den Sozialhilfeträgern) zu finanzierenden »Lücke«. Bezogen auf den gesamten Zeitraum von der Einführung der Pflegeversicherung 1995/96 bis zur erstmals 2008 vorgenommenen Anpassung der

Leistungssätze der SPV liegt der entstandene Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen sogar noch höher in einer Größenordnung von etwa 20 Prozent (Rothgang 2012: 248). Damit war diese »von selbst« eingetretene Niveau-Absenkung – bei gleichzeitigem Nichtstun des Gesetzgebers, ob nun schwarz-gelb oder rot-grün dominiert – von ihrem Ausmaß erheblich größer als die parallel zur Einführung der Riester-Rente erfolgte gesetzliche Absenkung des Sicherungsniveaus in der gesetzlichen Rentenversicherung, über deren (partielle) Rücknahme derzeit – etwa in Verbindung mit der Vorlage des Vierten Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung – lebhaft diskutiert wird.

In der Diskussion über die Pflegeversicherung war ein Ausgleich des beschriebenen massiven Realwertverlusts der Versicherungsleistungen dagegen lange Zeit kaum ein Thema. Selbst die durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) der großen Koalition im Zeitraum von 2008 und 2012 – erstmals seit Bestehen der Pflegeversicherung überhaupt – vorgenommene schrittweise Erhöhung der Leistungssätze hatte eine Größenordnung von insgesamt (gewogenes Mittel mit den Ausgabenanteilen als Gewichte) rund 1,4 Prozent pro Jahr (Rothgang 2008: 4) und lag damit noch unterhalb der Inflationsrate. Sie war somit nicht einmal ausreichend, um selbst für diesen Zeitraum angesichts der laufenden Kostensteigerungen einen weiteren Realwertverlust der Versicherungsleistungen zu vermeiden – geschweige

denn, zumindest einen Teil des zuvor eingetretenen Realwertverlusts auszugleichen (Rothgang 2012: 248).

Drohender Realwertverlust der SPV-Leistungen in der Zukunft

So viel zu Vergangenheit und Gegenwart der Entwicklung des realen Sicherungsniveaus der Leistungen der Pflegeversicherung. Was ist nun für die Zukunft zu erwarten? Für den Zeitraum ab 2015 sieht der seit dem PfWG neu gefasste § 30 im Sozialgesetzbuch XI vor, dass »die Bundesregierung (...) alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung (prüft)«. Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Brutto Lohnentwicklung. Zudem »können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden«. Schon die Begrenzung der Anpassung auf die Inflationsrate würde – bei steigenden Realöhnen – zu einem Kaufkraftverlust der Versicherungsleistungen führen. Insbesondere der Hinweis auf die »gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen« eröffnet darüber hinaus im Prinzip die Möglichkeit, dass künftige Leistungsanpassungen nicht nur einmal mehr geringer ausfallen, als es zum Realwert-erhalt erforderlich wäre, sondern sogar – wie bereits zwischen 1995 und 2008 – vollständig unterbleiben. Dadurch würde das reale Sicherungsniveau der Pflegeversicherung abermals gesenkt. Dass sich im PNG nicht der geringste Hinweis auf die spätestens 2014 fällige Prüfung zu Notwendigkeit und Höhe von Leistungsanpassungen findet, ist zumindest bemerkenswert, zumal etwa zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die ebenfalls nicht Gegenstand des PNG ist, sehr wohl Ankündigungen in der Gesetzesbegründung erfolgen.

Damit könnte sich die Kritik der BDA, dass die Einführung des Pflegebahr nicht mit einer expliziten Leistungskürzung der Pflegeversicherungsleistungen einhergeht, insoweit materiell als gegenstandslos erweisen, als es bei unzureichender Dynamisierung der fixierten Leistungssätze ohnehin von selbst zu einer faktischen Leistungsentwertung kommt, weil der Anteil der durch die Pflegeversicherung gedeckten Kosten der Pflegeversorgung immer ge-

ringer wird. Dabei könnte der Verzicht auf eine realwerterhaltende Leistungsanpassung – neben der unbestimmten »Generalklausel« der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen – künftig zusätzlich noch mit dem Verweis auf den Pflege-Bahr begründet werden, der schließlich sogar mit Steuermitteln gefördert wird. In diesem Sinne lässt sich dann auch der bereits zitierte Koalitionsvertrag lesen. Dort heißt es nämlich, dass die Pflegeversicherung »ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen (kann). Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung (...). Die Veränderung in der Finanzierung eröffnet Chancen, die Leistungen der Pflegeversicherung langfristig zu dynamisieren und die Pflegebedürftigkeit – auch zugunsten von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie z. B. Demenz – neu zu definieren« (CDU/CSU/FDP 2009: 93). Damit wird die langfristige Dynamisierung der Leistungen und die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den unmittelbaren Kontext der kapitalgedeckten Zusatzvorsorge gerückt und die Erfüllung bisher genuiner Aufgaben der Sozialversicherung, nämlich die langfristige Sicherung des bisherigen Leistungsniveaus, der privaten Zusatzversicherung übertragen. Die vom Gesundheitsausschuss des Bundesrates beschworene Gefahr einer Schwächung

Die langfristige Sicherung des bisherigen Leistungsniveaus der Pflegeversicherung wird an die private Zusatzversicherung übertragen.

der SPV sowie eines mit der Einführung des Pflege-Bahr beginnenden Ausstiegs aus dem solidarischen System ist hier mit Händen zu greifen.

Absicherung oder Verminderung der Versicherungslücke?

Damit wird der Kern der Auseinandersetzung deutlich: Zwar weist die gesetzliche Pflegeversicherung mit ihren beiden Sparten SPV und PPV einen Teilleistungs-Charakter auf und stellt ihren Versicherten – anders als etwa

die gesetzliche Krankenversicherung (abgesehen von Patientenzuzahlungen und Leistungen beim Zahnersatz) – die notwendigen Versorgungsleistungen im Bedarfsfall nicht in vollem Umfang zur Verfügung. Stattdessen werden lediglich gedeckelte oder pauschalierte Leistungen gewährt, woraus zwangsläufig eine »Lücke« zwischen den tatsächlichen Pflegekosten und den Versicherungsleistungen resultiert. Doch ist es keineswegs zwangsläufig, dass es die Pflegepolitik als ihre vorrangige Aufgabe ansieht, den Versicherten zu helfen, diese Lücke durch die Förderung einer privaten Eigenvorsorge zu schließen – vielmehr könnte das primäre Sicherungsziel auch darin bestehen, diese Versicherungslücke durch möglichst substanzielle SPV-Leistungen von vornherein möglichst gering ausfallen zu lassen. Das läge insoweit auch im Interesse der Steuerzahler, als die Schließung dieser Lücke bei allen Versicherten, die hierzu – mit oder ohne private Zusatzversicherung – selbst nicht in der Lage sind, den Sozialhilfeträgern zufällt.

Eine solche Zielstellung der Pflegepolitik erscheint umso mehr geboten, als die SPV – wie es in der Begründung zum PNG heißt – »angesichts des demografischen Wandels als umlagefinanziertes System künftig zunehmenden Belastungen ausgesetzt sein (wird)« (BT-Ausschussdrucksache 17(14)287 vom 12.06.2012). Was läge also näher, als entsprechende Vorkehrungen für diese »zunehmenden Belastungen« innerhalb der SPV zu treffen, damit deren Leistungen auf einem möglichst substanziellen Niveau zukunftsicher finanziert werden können? Wenn aber das pflegepolitische Augenmerk (und der Einsatz öffentlicher Finanzmittel) stattdessen auf die Förderung privater Zusatzvorsorge für den jenseits der SPV-Leistungen verbleibenden Eigenanteil an den Pflegekosten gerichtet wird, deutet das zumindest darauf hin, dass die Stärkung der künftigen Substanz der SPV-Leistungen – um an eine Formulierung von Daniel Bahr aus dem zitierten NDR-Interview anzuknüpfen – offenbar als weniger »lohnend« empfunden wird.

2. Auswirkungen eine Verlagerung aus der Sozialen Pflegeversicherung in die private Pflegeversicherung für die Versicherten

Keine solidarische Finanzierung beim Pflege-Bahr

Welchen Unterschied macht es nun für die Versicherten, ob die Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der SPV oder in Zukunft womöglich vermehrt über eine geförderte private Pflege-Zusatzversicherung erfolgt? Ein wesentlicher Unterschied liegt in der Festlegung der Beitragszahlungen. Die private Zusatzversicherung, deren Abschluss nach dem

Die Stärkung der künftigen Substanz der SPV-Leistungen wird offenbar von der Koalition als weniger »lohnend« empfunden.

PNG ab 2013 durch einen Zuschuss aus Steuermitteln gefördert wird, weist gegenüber der SPV eine vollkommen andere Form der Beitragsgestaltung auf. Ihre wesentlichen Merkmale lassen sich am einfachsten durch einen direkten Vergleich mit der solidarischen Finanzierung der SPV aufzeigen.

Wie in der GKV lautet das Solidarprinzip in der SPV im Grundsatz »Versicherungsleistungen nach dem gesundheitlichen Bedarf und Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit«. Der zweite Teil dieses Grundsatzes wird durch einkommensabhängige Beiträge der Mitglieder operationalisiert, die sich – unabhängig vom individuellen Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand – für alle Versicherten nach demselben Beitragssatz bemessen. Dabei sind nichterwerbstätige (= erwerbseinkommens- und -einkommensersatzlose) Familienangehörige unter bestimmten Bedingungen beitragsfrei mitversichert. Zwar ist die konkrete Ausgestaltung des Prinzips der solidarischen Finanzierung in der SPV (und der GKV) nicht unumstritten – diskutiert wird im Kontext unterschiedlicher Reformmodelle einer Bürgerversicherung insbesondere über die Beitragsbemessungsgrundlagen (Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen) und die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze (vgl. etwa Dräther et

al. 2009; Rothgang et al. 2011, Rothgang/Jacobs 2011) –, doch ist die einkommensabhängige Beitragsgestaltung ohne Berücksichtigung individueller Risikofaktoren für die SPV grundsätzlich unstrittig.

Die Finanzierung des Pflege-Bahr weicht hiervon in vier Punkten grundlegend ab:

- Die Prämien werden unabhängig vom Einkommen der Versicherten erhoben,
- sie sind unterschiedlich hoch in Abhängigkeit vom Alter der Versicherten,
- es gibt keine Arbeitgeberbeteiligung, und
- es gibt keine beitragsfreie Mitversicherung nichterwerbstätiger Angehöriger.

Die Abkehr von einer einkommensabhängigen Beitragsgestaltung fällt zu Ungunsten von einkommensschwächeren Versicherten besonders stark ins Gewicht. Anders als zum Beispiel bei der Konstruktion des kassenindividuellen Zusatzbeitrags in der GKV, der nach dem 2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz ebenfalls einkommensunabhängig erhoben wird (zumindest nach der Gesetzesvorschrift, denn aktuell müssen die Krankenkassen keine pauschalen Zusatzbeiträge erheben), gibt es beim Pflege-Bahr keinen einkommensabhängigen Sozialausgleich, der die Belastung der Versicherten auf einen bestimmten Anteil des individuellen Einkommens begrenzt (beim GKV-Zusatzbeitrag auf maximal zwei Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds). Demgegenüber beträgt der steuerfinanzierte Zuschuss zum Pflege-Bahr für alle Versicherten, die eine förderfähige Pflege-Zusatzversicherung abschließen, einheitlich fünf Euro pro Monat. Das heißt in Analogie zu einer in der GKV vielfach üblich gewordenen Beschreibung der pauschalen (Zusatz-) Beitragsgestaltung: Der Chef bezahlt nicht nur genauso viel wie seine (vielleicht sogar nur teilzeitbeschäftigte) Sekretärin, er bekommt zudem auch noch dieselbe staatliche Förderung.

Einstieg in (Teil-)Kapitaldeckung zum Nachteil der Älteren

Hinzu kommt bei der Prämie für den Pflege-Bahr aber auch noch die hier zulässige Differenzierung nach dem Al-

ter der Versicherten. Ältere Versicherte müssen deutlich höhere Prämien zahlen als jüngere, da sie die Ansparphase bis zum möglichen Eintrittszeitpunkt von Pflegebedürftigkeit in einem kürzeren Zeitraum bewältigen müssen. Sie bekommen dafür aber keine höhere Förderung, sondern ebenfalls nur den Einheitszuschuss von 5 Euro pro Monat. Wer bereits pflegebedürftig ist, kann ohnehin keine Zusatzversicherung mehr abschließen, aber auch wer bereits in nächster Zeit mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit rechnen muss, kann vom Pflege-Bahr kaum oder gar nicht profitieren, denn es gibt eine fünfjährige Karenzzeit. Das heißt, dass Leistungen aus der geförderten Pflege-Zusatzversicherung erst erhält, wer mindestens fünf Jahre lang Prämien gezahlt hat. Von denen, die relativ schnell nach Abschluss eines Pflege-Bahr pflegebedürftig werden, werden die meisten das Ende der Karenzzeit kaum erleben, da die Hälfte aller Pflegebedürftigen innerhalb von 2,5 Jahren nach Eintritt der Pflegebe-

Beim Pflege-Bahr gibt es keine Begrenzung der Belastungen der Versicherten auf einen bestimmten Anteil des eigenen Einkommens.

dürftigkeit im Sinne des SGB XI verstirbt (Rothgang et al. 2011: 155).

Diese Einschränkungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen ergeben sich zwangsläufig bei fast jedem Ein-/Umstieg in ein Sicherungssystem mit (Teil-) Kapitaldeckung (wobei die Karenzzeit mit fünf Jahren sogar eher noch knapp bemessen erscheint). Das wird häufig auch vergessen oder bewusst ausgeblendet, wenn etwa behauptet wird, dass es ein Fehler gewesen sei, die SPV nicht von Anfang an als kapitalgedecktes System eingeführt zu haben (so z. B. Daniel Bahr in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung vom 09.10.2011). Die damalige Absicht, den noch verbliebenen Angehörigen der »Trümmerfrauen-Generation« eine substanzielle Pflegeabsicherung ohne den Gang zum Sozialamt zu ermöglichen, wäre ohne Umlagefinanzierung jedenfalls kaum zu realisieren gewesen.

Auf die vielfältigen Probleme eines »eingeschwungenen« Finanzierungssys-

tems mit Kapitaldeckung soll hier nicht weiter im Einzelnen eingegangen werden (siehe dazu etwa Reiners 2011, Rothgang 2009); dabei ist allerdings immer wieder erstaunlich, wie leicht die mutmaßlich noch etliche Jahre spürbaren Folgen der globalen Finanzmarktkrise – etwa im Hinblick auf das voraussichtlich noch lange Zeit niedrige Zinsniveau – übergangen werden, wenn es darum geht, die vermeintliche Vorteilhaftigkeit von Kapitaldeckung gegenüber der Umlagefinanzierung darzustellen – oder wie es jüngst Norbert Blüm prägnant formuliert hat: »Ein Sozialsystem, das von den Launen der Finanzmärkte abhängt, kann keine Sicherheit bieten. Wer dies bestreitet, muss die vergangenen sechs Jahre auf einem anderen Stern gelebt und keine Nachrichten von der Erde empfangen haben« (Blüm 2012).

Zurück zu den Verteilungswirkungen der privaten Pflege-Zusatzversicherung. Wenn es zu kompensatorischen Wirkungen der Einführung des Pflege-Bahr zu Lasten der solidarischen Finanzierung von Pflegeleistungen durch die SPV kommt – etwa weil sonst erfolgte Anpassungen der Leistungssätze an die Entwicklung der Pflegekosten geringer ausfallen oder gänzlich unterbleiben –, führt die unterschiedliche Ausgestaltung der Beitragskalkulation bei der SPV und beim Pflege-Bahr zu unmittelbaren Umverteilungswirkungen von einkommensschwächeren zu einkommensstärkeren Versicherten und von schlechteren Risiken, insbesondere älteren Versicherten, zu besseren Risiken.

Ungewisser Nutzen der Zusatzversicherungsleistungen

Das Fehlen des Solidarprinzips beim Pflege-Bahr macht sich aber nicht nur bei der Finanzierung bemerkbar, sondern auch bei den Leistungen. Wenn es im ersten Teil des Solidarprinzips der SPV heißt »Leistungen nach dem gesundheitlichen Bedarf«, lässt sich diese Formel noch durch den Zusatz präzisieren »und nicht nach der Höhe der gezahlten Beiträge«. Das wird für den Pflege-Bahr ebenfalls nicht uneingeschränkt der Fall sein. Zwar schreibt das PNG als Voraussetzung für die Förderfähigkeit einer privaten Pflege-Zusatzversicherung eine

Mindestleistungshöhe von monatlich 600 Euro in Pflegestufe III vor, doch gibt es keine entsprechenden Vorschriften für die Pflegestufen I und II, in denen zurzeit fast 90 Prozent aller aktuell Pflegebedürftigen eingestuft sind. Somit ist zumindest nicht auszuschließen, dass es geförderte Verträge geben wird, die für den Großteil der Pflegebedürftigen im Bedarfsfall nur sehr geringe Leistungen vorsehen – ganz unabhängig davon, dass ohnehin niemand hinreichend sicher einschätzen kann, welchen Nutzen überhaupt ein bestimmter Geldbetrag stiften wird, der heute für den Fall einer womöglich in 30, 40 oder 50 Jahren in ungewissem Ausmaß eintretenden Pflegebedürftigkeit zugesagt wird. Weder lässt sich über derart lange Zeiträume seriös abschätzen, wie sich das Absicherungsniveau der SPV entwickeln wird, also welchen Anteil die zu schließende Lücke an den Kosten der künftigen Pflegeversorgung haben wird, noch welchen absoluten Umfang in Euro und Cent dies ungefähr ausmachen wird. Es kann somit durchaus der Fall eintreten, dass trotz Pflege-Bahr noch immer eine nennenswerte Finanzierungslücke bestehen bleibt, die ein Pflegebedürftiger nicht aus eigener Kraft schließen kann. In diesem Fall wäre dann wieder die Sozialhilfe gefordert – wenn auch in geringerem Umfang als ohne den Abschluss einer privaten Vorsorge, die damit in der Wirkung ausschließlich dem Sozialhilfeträger zugute käme. Angesichts des damit weithin ungewissen Nutzens des Pflege-Bahrs im Fall einer möglicherweise erst nach mehreren Dekaden auftretenden Pflegebedürftigkeit ist der Abschluss einer privaten Pflege-Zusatzversicherung – so kürzlich auch die Deutsche Bundesbank (2012: 9) – »für untere und mittlere Einkommensgruppen weniger attraktiv«.

Faktische Förderung von Einkommensstarken

Der zentrale Grund, warum Geringverdiener beim Abschluss eines Pflege-Bahr deutlich unterproportional vertreten sein dürften, liegt jedoch – ähnlich wie bei der Riester-Rente – an dem erforderlichen Eigenanteil, den gerade ein Großteil dieser Menschen nicht erbringen will oder kann. Die zehn Jahre nach Einführung der Riester-Rente ausgewerteten

Erfahrungen (etwa Blank 2011, Hagen/Kleinlein 2011, Joebges et al. 2012, Kleinlein 2011) zeigen – abgesehen von Kritik an mangelnder Transparenz der verschiedenen Riester-Produkte, hohen Verwaltungskosten und bestenfalls überschaubaren Renditen –, dass insbesondere diejenigen weit unterproportional von der staatlichen Förderung der Riester-Rente profitieren, die auf eine ergänzende Alterssicherung besonders angewiesen sind, weil sie aufgrund von geringen Arbeitsentgelten bzw. Friktionen in ihrer Erwerbsbiografie nicht mit einer auskömmlichen Altersrente rechnen können. Oder anders formuliert: Ausgerechnet diejenigen, die es am nötigsten hätten – allen voran die mehr als 2 Millionen Bezieher von Arbeitslo-

Trotz Pflege-Bahr kann eine nennenswerte Finanzierungslücke bestehen bleiben, die ein Pflegebedürftiger nicht aus eigener Kraft schließen kann.

sengeld II (Promberger et al. 2012) –, haben am wenigsten davon, weil sie die erforderlichen Eigenleistungen nicht in ausreichendem Umfang erbringen (können).

Bei der Verbreitung der heute bereits bestehenden (ungeförderten) Pflege-Zusatzversicherungen – laut PKV-Verband (2011: 35) im Jahr 2010 rund 1,7 Millionen bei SPV- und PPV-Versicherten – besteht ebenfalls eine deutliche Korrelation mit dem Einkommen der Versicherten (Zok 2011: 3). Dass sich dieses Bild bei geförderten Zusatzversicherungen nennenswert ändert, ist allein schon angesichts der eher bescheidenen Höhe des monatlichen Förderbetrags von fünf Euro kaum zu erwarten. Auch die Deutsche Bundesbank (2012: 9) rechnet vor allem mit »Mitnahmeeffekten durch Vermögende«.

Geringe Verbreitung der freiwilligen Vorsorge

Dass sich insgesamt viele Versicherte durch die ab 2013 geltende Förderung zum Abschluss einer privaten Pflege-Zusatzversicherung entschließen werden, scheint auch die Bundesregierung nicht

zu erwarten. Andernfalls hätte sie ein deutlich höheres Fördervolumen in die Haushaltsplanung eingestellt. Die kurzfristig vorgesehenen 100 Millionen Euro reichen jedenfalls gerade aus, um knapp 1,7 Millionen private Pflege-Zusatzversicherungen zu fördern. Auch wenn hierzu in der Gesetzesbegründung explizit auf Neuabschlüsse abgestellt wird, bleibt – zumindest bis zu einer entsprechenden Regelung in der angekündigten Durchführungsverordnung – unklar, ob es dabei nicht doch – zumindest teilweise – auch zu Umwidmungen bereits abgeschlossener ungeförderter Policen aus dem Bestand kommen wird.

Aber selbst wenn das vorgesehene Fördervolumen tatsächlich ausschließlich in neue Zusatzversicherungen fließen sollte, bliebe die Zahl derer, die – mit und ohne Förderung – über eine entsprechende Ergänzung der gesetzlichen Pflegeversicherung verfügen, insgesamt gering. Vergleichbare Größenordnungen wie bei der Riester-Rente – zur Jahresmitte 2012 rund 15,6 Millionen Verträge, wenn auch mit einem (für 2010) geschätzten Anteil ruhender Verträge ohne laufende Einzahlungen von immerhin 18,5 Prozent (BMAS 2012) – dürften beim Pflege-Bahr auch in fernerer Zukunft bei weitem nicht erreicht werden. Dazu wird neben den bereits genannten Faktoren nicht zuletzt auch beitragen, dass zumindest in der Wahrnehmung der Versicherten nicht nur die Eintrittswahrscheinlichkeit für den »Erlebensfalls Alter« deutlich größer ist als für den »Schadensfall Pflegebedürftigkeit« und zudem nur bei der Riester-Rente, nicht aber beim Pflege-Bahr die Möglichkeit der Vererbbarkeit besteht, wenn der Versicherte vor Eintritt des Leistungsfalls verstirbt. Auch bei der Riester-Rente wird aber aktuell – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Debatte über drohende Altersarmut – wieder einmal gefordert, den Abschluss verpflichtend zu machen (so etwa Bert Rürup laut Süddeutsche Zeitung vom 28.09.2012). Das hatte die amtierende Bundesregierung ursprünglich auch in Bezug auf die kapitalgedeckte Pflege-Zusatzversicherung vor (CDU/CSU/FDP: 93), doch hätte die steuerliche Förderung einer obligatorischen privaten Pflege-Vorsorge naturgemäß einen ungleich höheren Finanzbedarf erfordert, sodass es bei der freiwilligen »Light-Variante« blieb.

Auch wenn es infolge der Einführung des Pflege-Bahr demnächst vier, fünf oder vielleicht sogar noch mehr Millionen Menschen sein werden, die eine – geförderte oder ungeförderte – private Pflege-Zusatzversicherung abgeschlossen haben, wird die weitaus überwiegende Mehrheit der Bevölkerung über *keine* solche Vorsorge verfügen. Umso fataler wäre es, wenn es tatsächlich auch nur ansatzweise zu Substitutionseffekten mit Negativfolgen für das Absicherungsniveau der SPV käme, denn davon wären alle Versicherten betroffen und damit nicht zuletzt auch die steuerfinanzierten Sozialhilfeträger, deren Belastungen in der Folge deutlich zunehmen würden. Eine solche Entwicklung liefe nicht nur einer der wesentlichen Intentionen zur Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre zuwider, sondern würde auch die Einhaltung der Verpflichtungen des Europäischen Fiskalpakts tendenziell gefährden.

3. Entwicklung auf dem Markt für private Pflege-Zusatzversicherungen

Adverse Selektion verhindert funktionierenden Versicherungsmarkt

Der Verzicht auf die ursprünglich von der Bundesregierung vorgesehene Verpflichtung aller Versicherten zum Abschluss einer privaten Pflege-Zusatzversicherung bewahrt aber nicht nur den Bundeshaushalt vor hohen Ausgaben im Hinblick auf die ansonsten erforderlichen Fördermittel, sondern sorgt auch für ein gravierendes Problem auf dem Zusatzversicherungsmarkt: das Problem einer drohenden »adversen Selektion«. »Adverse Selektion« als Folge von asymmetrischer Information ist seit George A. Akerlofs 1970 publiziertem Aufsatz »The Market for »Lemons« « (für den der Autor 2001 den Nobelpreis für Wirtschaftswissenschaften erhielt) wohl bekannt. Was Akerlof am Beispiel des Gebrauchtwagenmarkts zeigte – mit »Lemons« wird in den USA umgangssprachlich bezeichnet, was wir »saure Gurken« nennen –, hat gerade auch für den Versicherungsmarkt hohe Relevanz. Dabei sind drei Merkmale für die drohende Beitragsspirale entscheidend, die letztlich zur Unbezahlbarkeit der Versicherung führt:

1. unterschiedliche Risiken in einer Population,
2. die Kenntnis des eigenen Risikotyps seitens der Versicherten und
3. die Unmöglichkeit der Versicherer, diese Risiken entsprechend zu tarifieren – entweder weil die Information darüber nicht vorliegt (»hidden knowledge«) oder weil eine risikobezogene Tarifierung verboten ist.

Es wäre fatal, wenn es durch den Pflege-Bahr zu Substitutionseffekten mit Negativfolgen für das Absicherungsniveau der SPV käme.

Im Fall einer privaten Pflegezusatzversicherung sind alle drei Bedingungen gegeben. Es handelt sich damit um einen Lehrbuchfall für adverse Selektion. Sobald die Bedingungen 1 und 2 gegeben sind, kommen funktionierende Versicherungsmärkte aber nur zustande, wenn

- a) eine Versicherungspflicht dafür sorgt, dass die gesamte Population versichert wird, sodass die Verträge populationsbezogen tarifiert werden können und – insofern es sich um einen kompetitiven Markt handelt – gleichzeitig ein Finanzausgleich zwischen den Versicherungsunternehmen etabliert wird, oder
- b) Versicherungsunternehmen risikoäquivalent tarifieren dürfen und über die notwendigen Instrumente zur Risikofeststellung (screening, signalling) verfügen, um risikobezogene Tarife zu kalkulieren.

Eine Versicherungspflicht, die eine ausgewogene Risikomischung garantiert hätte und ursprünglich im Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung vorgesehen war (Option a), wurde im PNG nicht realisiert – vor allem wohl wegen der damit verbundenen Belastungen für den Bundeshaushalt. Gleichzeitig verbietet das PNG aber Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse (§ 127 Abs. 2 Ziffer 3 SGB XI nach dem PNG) und lässt einen Risikobezug (Option b) damit nur in Bezug auf das Alter zu. Das soll hier insbesondere hinsichtlich der Verteilungswirkungen ei-

ner solchen risikobezogenen Tarifierung gar nicht kritisiert werden. Allerdings müssen die Versicherungsunternehmen unter den Bedingungen des PNG davon ausgehen, dass sich vor allem die »schlechten Risiken« versichern, also die Versicherten, die aufgrund der Kenntnis über ihre Lebensumstände, insbesondere ihre Krankheitsgeschichte, davon ausgehen, ein höheres Pflegerisiko zu haben. Die Versicherungswirtschaft kann darauf nur reagieren, indem sie in ihre Kalkulation einen Risikozuschlag einbezieht, der die Produkte dann wiederum für die »guten Risiken« uninteressant macht. Höhere Prämien aber schrecken weitere eher bessere Risiken ab, und so kommt es zu der beschriebenen Negativspirale, die letztlich bis zum Zusammenbruch des Marktes führen kann.

Unterschiedliche Zusatzversicherungsangebote

In der Pflegeversicherung tritt nun noch ein weiteres Faktum problemverschärfend hinzu. Dort gibt es nämlich bereits Angebote, die – wie gesehen – 2010 von rund 1,7 Millionen SPV- und PPV-Versicherten in Anspruch genommen wurden. Diese bereits im Markt befindlichen Produkte unterscheiden sich vom Pflege-Bahr in zwei Punkten grundlegend: Für die schon existierenden Zusatzversicherungen gibt es weder einen Kontrahierungszwang noch ein Verbot von Risikozuschlägen. Das hat dazu geführt, dass eine Pflege-Zusatzversicherung bislang nur abschließen konnte, bei wem noch niemals eine Krankheit wie zum Beispiel Demenz/Alzheimer, Wachkoma, Parkinson, Creutzfeld-Jacob, HIV-Infektion, Leberzirrhose, Niereninsuffizienz mit Dialyse oder insulinpflichtiger Diabetes Mellitus diagnostiziert wurde, um – abgesehen von Schwerbehinderungen – nur einige Krankheiten aus der gültigen Ausschlussliste zu nennen. Die in der privaten Krankenversicherung vielfach üblichen Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse für Versicherte mit Vorerkrankungen und Behinderungen gibt es bei Pflege-Zusatzversicherungen praktisch nicht: Wer hier bei den Gesundheitsfragen auffällig wird, kann eine entsprechende Versicherung schlicht nicht abschließen, sondern wird rundweg abgelehnt. Der Versicherungsmarkt für private Pflegezusatzversicherungen

war daher bisher höchst selektiv, und eine Förderung eines derart selektiven Marktes aus Steuermitteln ist von der Regierung zu Recht verworfen worden. Weil es beim Pflege-Bahr für die Versicherungsunternehmen nun aber – abgesehen von einer Prämienstaffelung nach dem Alter – keine Möglichkeit der Ablehnung von Versichertem mit einem überdurchschnittlich hohen Pflegerisiko bzw. von Risikozuschlägen gibt, müssen die Versicherungsprämien für den Pflege-Bahr ceteris paribus höher liegen als bei den bereits im Markt befindlichen Pflege-Zusatzversicherungen. Aber um wie viel höher? Konkret: Wird die Prämien Differenz mehr oder weniger betragen als der vorgesehene Zuschuss von fünf Euro pro Monat? Liegt der Risikozuschlag bei mehr als 5 Euro im Monat, sind für die guten Risiken die geförderten Verträge den nicht geförderten nämlich unterlegen, was die Problematik der adversen Selektion noch verstärken würde.

Ungewisse Kalkulationsgrundlagen für den Pflege-Bahr

Wenn die privaten Versicherungsunternehmen nun konkrete Pflege-Bahr-Produkte kalkulieren, stehen sie vor der Frage, die sich derzeit praktisch kaum beantworten lässt, welche Versicherte ab 2013 vom Angebot einer steuerlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung Gebrauch machen werden:

- Werden es vor allem solche Versicherte sein, denen der Abschluss einer privaten Pflege-Zusatzversicherung bislang zu teuer war und die sich nun wegen des monatlichen Fünf-Euro-Zuschusses dafür entscheiden? Angesichts des relativ geringen Förderbetrags erscheint das zwar nicht sonderlich wahrscheinlich, doch wird mit derartigen Effekten durchaus zu rechnen sein, insbesondere bei jüngeren Versicherten mit niedrigen Prämien, bei denen die relative Bedeutung der staatlichen Förderung größer ist.
- Oder werden sich vorrangig diejenigen Versicherten für den Pflege-Bahr interessieren, denen der Abschluss einer Pflege-Zusatzversicherung aufgrund ihres überdurchschnittlich hohen Pflegerisikos bislang verwehrt war? Dass diese Versicherten (sowie

ihre Angehörigen) ein besonders großes Interesse an einer privaten Pflegevorsorge haben dürften, erscheint gerade wegen ihres vergleichsweise hohen Pflegerisikos zumindest nicht unplausibel.

Der Versicherungsmarkt für private Pflegezusatzversicherungen war bisher höchst selektiv - zu Recht ist seine steuerliche Förderung verworfen worden.

- Oder wird es gar keine besondere Konzentration von Versicherten mit eher geringem Einkommen und/oder hohem Pflegerisiko geben, die sich für den Pflege-Bahr interessieren, sondern einen weithin ausgewogenen Querschnitt der gesamten Versicherungsschaft?

Im Hinblick auf einen möglichst großen Markterfolg – aber auch, weil die private Versicherungswirtschaft der Bundesregierung praktisch versprochen hat, dass sie unter den jetzt beschlossenen Rahmenbedingungen in der Lage ist, hinreichend attraktive Zusatzversicherungen anzubieten –, dürfen die Versicherungsprämien nicht zu hoch ausfallen. Andererseits dürfen sie aber auch nicht zu niedrig liegen, falls sich bewahrheiten sollte, dass der Pflege-Bahr tatsächlich vor allem Versicherte mit hohem Pflegerisiko attrahiert. Die Prämien müssten dann nämlich vergleichsweise schnell erhöht werden. Wenn der steuerfinanzierte Zuschuss jedoch nicht »mitwüchse«, könnte der Pflege-Bahr für viele Versicherte rasch zu teuer werden, sodass die private Pflegevorsorge gar nicht wirklich in Gang käme.

Welch schwieriges Unterfangen die Kalkulation »richtiger« Pflege-Bahr-Prämien darstellt und wie groß die potentiellen Effekte adverser Selektion sind, macht eine Ausarbeitung der Unterarbeitsgruppe »Rechnungsgrundlagen der Pflegeversicherung« der Deutschen Aktuarvereinigung deutlich (DAV 2008). Danach unterscheiden sich die Prävalenzen, also die altersspezifischen Häufigkeiten von Pflegebedürftigkeit, bereits zwischen den Kollektiven aller

SPV- und PPV-Versicherten beträchtlich, insbesondere im Altersbereich der 20- bis 50-jährigen. So beträgt etwa bei den 45- bis 49-jährigen männlichen PPV-Versicherten der Anteil an Pflegebedürftigen lediglich rund ein Fünftel des entsprechenden Anteilswert bei den SPV-Versicherten, bei den 30- bis 39-jährigen Männern sogar nur rund ein Zehntel. Dafür wird von den Aktuaren insbesondere die medizinische Risikoprüfung verantwortlich gemacht, die bei vielen PPV-Versicherten in diesem Altersbereich noch nicht allzu lange zurückliegt. Genau diese Prüfung würde beim Pflege-Bahr aber entfallen – mit den entsprechenden Konsequenzen für die kalkulierten Tarife.

Bisher hat sich die private Versicherungswirtschaft bei der Kalkulation der Tarife für private Pflege-Zusatzversicherungen an den altersspezifischen Pflegeinzidenzen (Eintrittswahrscheinlichkeiten) der PPV-Versicherten orientiert – zum einen wegen der Gesundheitsprüfung und zum anderen wegen der Annahme, dass »Versicherungsnehmer mit niedrigen verfügbaren Einkommen in der Regel nicht in der Lage oder bereit sein werden, die Beiträge für eine solche Zusatzdeckung zu bezahlen« (DAV 2008: 14). »Wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind«, heißt es weiter in dem DAV-Papier – und das ist angesichts der Fördervoraussetzungen des Pflege-Bahr der Fall (was zum Zeitpunkt der Erstellung des Papiers naturgemäß noch nicht absehbar war) –, »so ist zu überprüfen, ob die Prävalenzen der privaten Pflegepflichtversicherung tatsächlich angemessen sind oder ob nicht ein Übergang auf die Daten der sozialen Pflegepflichtversicherung erfolgen muss« (ebenda). Das heißt, dass bereits bei einer »ausgewogenen« Risikomischung entsprechend der Gesamtheit aller SPV-Versicherten mit höheren Versicherungsprämien als bei den derzeit auf dem Markt befindlichen Pflege-Zusatzversicherungen gerechnet werden muss – bei einer Konzentration von bislang ausgeschlossenen Versicherten mit besonders hohem Pflegerisiko wäre das natürlich erst recht und in deutlich höherem Maße der Fall.

Dass die private Versicherungswirtschaft um diese Problematik sehr genau weiß, geht nicht nur aus dem zitierten

Papier der Deutschen Aktuarvereinigung hervor. Auch die schriftliche Stellungnahme des PKV-Verbands in der Bundestagsanhörung zu den Regelungen des PNG zur privaten Pflegevorsorge spricht eine vergleichsweise klare Sprache, wenn man gleichzeitig in Rechnung stellt, dass die Branche grundsätzlich natürlich überaus erfreut ist, wenn der Staat den Kauf eines privaten Versicherungsprodukts aus Steuermitteln subventioniert. Gleichwohl heißt es in der Stellungnahme sehr deutlich, dass der vorgesehene Förderbetrag, »um eine dauerhaft ausgewogene Risikomischung sicher zu stellen, ungefähr die doppelte Höhe haben (sollte)«; eine künftige Dynamisierung der Zulage sei unbedingt notwendig. Denn: »Eine zu geringe Förderung bringt die Gefahr mit sich, dass Gesunde auf andere Tarife ohne Kontrahierungszwang, die deshalb preiswerter sind, ausweichen. Dann würden die Kosten in dem geförderten Tarif wegen der Verschlechterung der Risikostruktur steigen. Durch das damit verbundene weitere Absinken der Attraktivität des Fördertarifs würde eine Beitragsspirale in Gang gesetzt, an deren Ende das Scheitern des geförderten Tarifs wegen zu hoher Beiträge stünde« (PKV-Verband 2012: 2). Der PKV-Verband beschreibt damit präzise die Problematik der adversen Selektion weist den einzigen Weg aus dieser Problematik: eine Förderung des Pflege-Bahrs in einem Umfang, der die Tarife letztlich auch für die guten Risiken attraktiv erscheinen lässt. Das ist mit der derzeit vorgesehene Förderhöhe aber eben nicht gegeben.

Notbremse für ein vergleichbares Konzept in den USA

Wie die Politik mit einem sehr ähnlichen Vorhaben deutlich verantwortungsvoller umgehen kann, war vor kurzer Zeit in den USA zu beobachten. Mit dem »Community Living Assistance Services and Supports Act (CLASS Act)« wollte die Regierung von Präsident Obama im Rahmen ihrer Gesundheitsreform auch eine freiwillige Pflegeversicherung einführen (von Schwanenflügel 2012: 27 f.). Wie beim Pflege-Bahr sollte es keine Gesundheitsprüfung geben, und Versicherungsbeiträge sollten nur nach dem Alter differenziert werden dürfen. Zwar unterschied sich der geplante CLASS Act in einigen Ausgestaltungs-

punkten vom Pflege-Bahr – u. a. ging es in den USA um eine Basis- und nicht um eine Ergänzungsvorsorge, war dort keine staatliche Förderung vorgesehen und keine fortgesetzte Beitragszahlung im Versicherungsfall –, doch überwiegen bei beiden Konzepten zur Pflegeabsicherung im Hinblick auf die Frage nach der Marktfähigkeit eindeutig die strukturellen Gemeinsamkeiten, insbesondere hinsichtlich der für adverse Selektion konstitutiven Elemente: ein heterogenes Versicherungsrisiko in der Bevölkerung, die Kenntnis des eigenen Risikos seitens der Versicherten und das Verbot einer risikobezogenen Tarifierung.

Einen gravierenden Unterschied gab es dagegen hinsichtlich der inhaltlichen Vorbereitung der geplanten Gesetzgebung. Während sich der deutsche Gesetzgeber weitgehend mit Zusagen der privaten Versicherungswirtschaft begnügte, wonach diese es schon schaffen werde, hinreichend attraktive Versicherungsprodukte anzubieten, hat sich das US-amerikanische Gesundheitsministerium selbst mehr als eineinhalb Jahre lang »schlau gemacht« und – unter Einbeziehung ausgewiesener Aktuar – gerechnet. Dabei kam es zu der politisch zwar alles andere als erfreulichen, von der Sache her jedoch unvermeidlichen Schlussfolgerung, die Notbremse zu ziehen und die Umsetzung des Gesetzes im Interesse der Versicherten vorerst abzublasen. In einem Schreiben an den Kongress teilte die amerikanische Gesundheitsministerin Kathleen Sibelius den Abgeordneten im Oktober 2011 mit, dass eingehende Analysen zu dem Ergebnis geführt hätten, dass es unter den vorgesehenen gesetzlichen Rahmenbedingungen keine nachhaltig finanzierbare Absicherung im Pflegefall geben könne (Sibelius 2011). Wie der zugehörige Bericht des Gesundheitsministeriums deutlich macht (U.S. Department of Health and Human Services 2011), wurde die gesetzliche Vorgabe, definierte Mindestleistungen (einschließlich inflationsbedingter Ausgabenzuwächse) über einen längeren Zeitraum bei bezahlbaren Versicherungsbeiträgen zu garantieren, letztlich nicht für realisierbar gehalten, weil die freiwillige Pflegeversicherung ohne Gesundheitsprüfung vor allem von Menschen mit vergleichsweise hohem Pflegerisiko in

Anspruch genommen werden dürfte – also das »klassische« Problem der adversen Selektion, das – siehe oben – selbst der PKV-Verband für Deutschland nicht ausschließen mag.

Einen markanten Unterschied weisen auch die Konzepte zum CLASS Act bzw. Pflege-Bahr noch auf: Beim CLASS Act wurde als Kriterium der Nachhaltigkeit nicht nur ein Mindestmaß bei den Leistungszusagen, sondern auch ein Höchstmaß bei den Versicherungsprämien verlangt. Das gibt es beim Pflege-Bahr nicht: Hier können die Prämien im Prinzip grenzenlos steigen, falls un-

Beim Pflege-Bahr können die Prämien im Prinzip grenzenlos steigen, falls unerwartet hohe Ausgabenzuwächse eintreten.

erwartet hohe Ausgabenzuwächse eintreten – zum Beispiel aufgrund einer starken Konzentration von Versicherten mit einem überdurchschnittlich hohen Pflegerisiko. Dieses »Schlupfloch« mag für die private Versicherungswirtschaft notwendig sein – für die Versicherten stellt es jedoch eine Falle dar, vor der die Politik die Versicherten hätte schützen müssen. Ohne diesen Schutz kann man ihnen vom Abschluss eines Pflege-Bahr derzeit nur abraten.

4. Ausblick und Schlussfolgerungen

Auf die Kritik, dass ein funktionsfähiger Markt für Pflege-Bahr-Produkte langfristig womöglich gar nicht stabil zustande kommen könnte, hat Jens Spahn, der gesundheitspolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, bei der abschließenden Lesung des PNG im Deutschen Bundestag am 29. Juni 2012 geantwortet: »Es wird attraktive Angebote geben. Lassen Sie sich doch einmal zum 1. Januar 2013 positiv überraschen« (Plenarprotokoll 17/188, Seite 22627). Mit dieser Aussage wird er aller Voraussicht nach Recht behalten, und zwar nicht nur, weil alle Regelungen zum Pflege-Bahr beim PNG sowie bei der konkretisierenden Durchführungsverordnung mutmaßlich in enger Kooperation mit der privaten Versicherungswirtschaft erfolgt sind, die zudem

naturgemäß ein großes Interesse an einem erfolgreichen Produktstart des Pflege-Bahr hat. Dass sich die Aussage von Jens Spahn bewahrheiten dürfte, folgt allein schon aus der vorgesehenen Karenzzeit, denn in den ersten fünf Jahren nach der Markteinführung des Pflege-Bahr werden zunächst nur Prämien eingesammelt, aber noch keine Leistungsausgaben getätigt. Und auch danach wird es erst nach und nach zur Inanspruchnahme von Leistungen kommen, sodass die Tarife noch geraume Zeit finanzierbar bleiben dürften. Erst in einem fortgeschrittenen »Reifezustand« des Pflege-Bahr-Systems wird dessen »ganzes Elend« sichtbar werden, wenn der Druck auf Prämiensteigerungen massiv zunimmt (und damit zugleich der Druck auf eine entsprechende Erhöhung der steuerfinanzierten Zulagen, um die Bezahlbarkeit abgeschlossener Versicherungsverträge einigermaßen zu gewährleisten). Die fehlende finanzielle Nachhaltigkeit des Pflege-Bahr, die in den USA dazu geführt hat, dass die dortige Gesundheitsministerin den geplanten CLASS Act als »unworkable« bezeichnet hat (Sibelius 2011), wird beim Pflege-Bahr damit erst nach einigen Jahren zutage treten.

Aber auch wenn sich der Pflege-Bahr mit Unterstützung durch deutlich erhöhte steuerliche Zulagen im Markt halten könnte, bliebe als ein zentrales Problem bestehen, dass es aufgrund der jahrzehntelangen Laufzeit der kapitalgedeckten

Pflege-Zusatzversicherung unmöglich ist, ein bestimmtes reales Leistungsniveau abzusichern – allein schon, weil niemand in der Lage ist, die Leistungsentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung und die Kostenentwicklung der Pflegeversorgung über derart lange Zeiträume vorherzusehen. Die Absicherung

Die geförderte private Pflege-Zusatzversicherung sendet ein falsches Signal zu Ungunsten der solidarisch finanzierten Pflegeversicherung.

eines bestimmten Realleistungsniveaus vermag eben nur eine umlagefinanzierte Sozialversicherung zu gewährleisten.

Umso wichtiger ist es dementsprechend, dass die umlagefinanzierte – und solidarisch finanzierte – SPV durch die Einführung des Pflege-Bahr tatsächlich nicht geschwächt wird. Das heißt, dass es keinerlei substitutive Wirkungen geben darf, auch nicht auf die bereits in der Vergangenheit – also noch ohne Pflege-Bahr – eingetretene Weise, dass der Realwert der SPV-Leistungen aufgrund unzureichender Leistungsdynamisierung stetig gemindert wird. Hierzu ist eine Anpassung der gesetzlichen Dynamisierungsvorschrift (§ 30 SGB XI) unbedingt erforderlich. Notwendig ist eine Regelbindung, die zur automatischen Anpassung führt. Die Anpassung

sollte sich dabei an makroökonomischen Größen orientieren und neben der Inflation auch die volkswirtschaftlichen Reallohnsteigerungen berücksichtigen.

Die Stabilisierung und nachhaltige Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung lässt sich nicht durch Maßnahmen »jenseits der SPV« erreichen.

Insofern ist die Aussage von Gesundheitsminister Daniel Bahr, dass »eine private kapitalgedeckte Vorsorge (...) auch dafür (sorgt), dass die Pflegeversicherung demographiefest und stabil wird« (BMG 2012b) unzutreffend. Im Gegenteil: Die

Einführung der geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung sendet ein falsches Signal zu Ungunsten der solidarisch finanzierten Pflegeversicherung als »Hauptsäule« der Absicherung gegen das bevölkerungsweit wachsende Risiko der Pflegebedürftigkeit. Anstatt die freiwillige Vorsorge für die Lücke zwischen Pflegekosten und SPV-Leistungen zu fördern, muss der Fokus der Pflegepolitik darauf gerichtet sein – wie es nicht zuletzt auch dem Wunsch der großen Mehrheit der Bevölkerung entspricht (Zok 2011) –, dass diese Lücke für möglichst viele Menschen möglichst klein ausfällt und alle mit einer substantiellen Absicherung im Pflegefall rechnen können. ■



Strategisches Verhalten bei selektiven Verträgen

Eine interaktionsökonomische Analyse der Austauschbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Von Dr. Thomas Nebling

2012, 297 S., brosch., 44,- €, ISBN 978-3-8329-7725-2

Wie können Informations- und Anreizprobleme in einzelvertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gelöst werden? Das Werk gibt mit einem integrierten Ansatz aus monetären und nicht-monetären Anreizen neue Impulse für das Vertragsmanagement.

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/19446



Nomos

Literatur

- Akerlof G A (1970):** The Market for »Lemons«: Quality Uncertainty and the Market Mechanisms. *Quarterly Journal of Economics* 84, 488–500.
- BDA [=Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände] (2012):** Kein Beitrag für eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung. Stellungnahme zur Ergänzung des Entwurfs eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) um Regelungen zur privaten Pflegevorsorge. BT-Ausschussdrucksache 17(14)0294(7) vom 20.06.2012; Download unter: <http://www.bundestag.de> -> Ausschüsse -> Gesundheit -> Öffentliche Anhörungen -> Archiv -> 25. Juni 2012: Pflege-Versorgung (Zugriff: 01.10.2012).
- BDV [=Bund der Versicherten] (2012):** Stellungnahme zum Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG). BT-Ausschussdrucksache 17(14)0294(2) vom 20.06.2012; Download siehe BDA 2012.
- Blank F (2011):** Die Riester-Rente – Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitische Bewertung nach zehn Jahren. *Sozialer Fortschritt* 60 (6), 109–115.
- Blüm N (2012):** Die Wahrheit, bitte. *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 218, 20.09.2012, 2.
- BMAS [=Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung] (2012):** Riester-Rente muss fit für die Zukunft werden. Pressemitteilung vom 31.08.2012.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2012a):** Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz passiert Bundesrat. Pressemitteilung Nr. 68 vom 21.09.2012.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2012b):** Erstmals staatliche Förderung für die private Pflegevorsorge. Pressemitteilung Nr. 38 vom 06.06.2012.
- CDU, CSU, FDP (2009):** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU UND FDP, 26.10.2009; Download: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf> (Zugriff am 01.10.2012).
- DAV [=Deutsche Aktuarvereinigung] (2008):** Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung der DAV-Unterarbeitsgruppe »Rechnungsgrundlagen der Pflegeversicherung«; Download unter: <https://aktuar.de/dav/veroeffentlichungen/sonstiges/> (Zugriff am 01.10.2012).
- Deutsche Bundesbank (2012):** Monatsbericht, September 2012.
- Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (2009):** Pflege-Bürgerversicherung, in: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*. Berlin: KomPart-Verlag, 71–93.
- GA-BR [=Gesundheitsausschuss des Bundesrates] (2012):** Beschlussempfehlung zum Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz. Niederschrift zur 577. Sitzung am 05.09.2012.
- Hagen K, Kleinlein A (2011):** Zehn Jahre Riester-Rente: Kein Grund zum Feiern. *DIW-Wochenbericht* Nr. 47, 3–14.
- Joebges H, Meinhardt V, Rietzler K, Zwiener R (2012):** Auf dem Weg in die Altersarmut. Bilanz der Einführung der kapitalgedeckten Riester-Rente. *IMK-Report* 73. Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf; Download: http://www.boeckler.de/pdf/p_imk_report_73_2012.pdf (Zugriff am 01.10.2012).
- Kleinlein A (2011):** Zehn Jahre »Riester-Rente«: Bestandsaufnahme und Effizienzanalyse. *WISO Diskurs*, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- PKV-Verband [=Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2011):** Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011, Köln.
- PKV-Verband [=Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2012):** Stellungnahme zu dem Änderungsantrag Nr. 18 (Regelungen zur privaten Pflegevorsorge) zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG). BT-Ausschussdrucksache 17(14)0294(8) vom 20.06.2012; Download siehe BDA 2012.
- Promberger M, Wübbecke C, Zylowski A (2012):** Arbeitslosengeld-II-Empfänger: Private Altersvorsorge fehlt, wo sie am nötigsten ist. *IAB-Kurzbericht*, 15/2012, Nürnberg.
- Reiners H (2011):** *Mythen der Gesundheitspolitik*, 2. vollständig überarb. Aufl., Bern: Huber.
- Rothgang H (2008):** Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung »Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz« (BT-Drs. 16/7439). BT-Ausschussdrucksache 16(14)0327(72) vom 22.01.2008; Download unter: <http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/profiles/rothgang/> -> Stellungnahmen (Zugriff am 01.10.2012).
- Rothgang H (2009):** Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 95–121.
- Rothgang H (2012):** Nach der Mini-Pflegereform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst. *Soziale Sicherheit* 61 (7), 245–254.
- Rothgang H, Arnold R, Wendlandt K, Sauer S, Wolter K (2011):** Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Bremen; Download unter: <http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/profiles/rothgang/gutachten/> (Zugriff am 01.10.2012).
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (2011):** *Barmer GEK-Pflegereport 2011. Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Rothgang H, Jacobs K (2011):** Substanziell und solidarisch – zur Zukunft der Pflegeversicherung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 65 (4), 9–19.
- Schwanenflügel M von (2012):** Einsichten in die ministerielle Arbeit in Washington. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 66 (1), 23–28.
- Sibelius K (2011):** Secretary Sibelius' Letter to Congress about CLASS, 14.10.2011; Download: <http://www.hhs.gov/secretary/letter10142011.html> (Zugriff am 01.10.2012).
- U.S. Department of Health and Human Services (2011):** *A Report on the Actuarial, Marketing, and Legal Analyses of the CLASS Program*; Download unter: <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2011/class/index.shtml> (Zugriff am 01.10.2012).
- Zok K (2011):** *Erwartungen an die Pflegereform*. *WIdOmonitor*, Ausgabe 2/2011; Download unter: http://www.wido.de/wido_monitor_2_20110.html (Zugriff am 01.10.2012).