
Stellungnahme zur

Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit

zum

**Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
auf A.-Drs. 17(14)287 zum Entwurf eines Gesetzes zur
Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) – BT-Drs. 17/9369 –**

am 25. Juni 2012

von

Kornelia Hagen

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung – DIW Berlin

Abteilung Wettbewerb und Verbraucher

Forschungsschwerpunkt Verbraucherpolitik

khagen@diw.de

Allgemeine Vorbemerkung

Der von der Bundesregierung vorgelegte Änderungsantrag Nr. 18 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz - PNG)) sieht zur zusätzlichen Finanzierung von Pflege ab 1.1.2013 die Einführung einer Zulagenförderung privater Pflegevorsorge vor, mit der Beitragssatzsteigerungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung in Zukunft vermieden werden sollen. Die vorliegende Stellungnahme geht auf ausgewählte Aspekte ein, die von der Zulagenförderung privater Pflegezusatzvorsorge ausgehen.

Im Herbst vorigen Jahres hat das DIW Berlin eine Analyse darüber vorgelegt, dass eine Reform der Finanzierung der bestehenden Pflegeversicherung dringend notwendig ist, wenn es nicht zu einem Pflegenotstand kommen soll. Vorgetragen wurde: *„Im Jahr 2009 bezogen 2,3 Millionen Menschen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Bis 2020 wird diese Zahl um ein Fünftel steigen und sich bis 2050 mehr als verdoppelt haben. Auf einen solchen Anstieg ist die Finanzierung der Pflegeversicherung jedoch nicht angelegt.“* (Hagen, Kornelia: Karenzzeit, "Pflege-Riester", Bürgerversicherung: was hilft weiter? In: Wochenbericht des DIW Berlin, 39/2011, 3-15).

Angesichts dessen ist die Absicht der Politik, die Finanzierung der Pflegevorsorge zu reformieren, grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings gibt es verschiedene Wege, die Finanzierung der Pflege zu reformieren. Das von der Bundesregierung vorgesehene Modell eines teilweisen Systemwandels ist im Hinblick auf gleich vier Kriterien – langfristige Sicherheit, bezahlbare Beiträge, Risikoumverteilung, Nachhaltigkeit – kein geeigneter Weg. Dies lässt sich aus der vorgesehenen Gestaltung der Zulagenförderung ableiten und dies zeigen auch Abwägungen der Risiken und Vorteile verschiedener Finanzierungsmodelle zur Pflegeversorgung.

Ausgestaltung der Neuausrichtung der Pflegefinanzierung durch eine Zulagenförderung privater Pflegevorsorge

Die Förderung soll als dreizehntes Kapitel im Sozialgesetzbuch (SGB) XI angefügt werden. Die staatliche Zulage in Höhe von 60 Euro pro Jahr soll Menschen auf Antrag und rückwirkend am Ende eines Kalenderjahres gewährt werden, wenn sie eine Pflegezusatzversicherung neu und privat und diese für eine Prämie über mindestens 120 Euro pro Jahr abschließen. Zudem müssen die Menschen, die eine Pflegezusatzversicherung „kaufen“ wie auch die gekauften Produkte selbst weitere staatliche Auflagen erfüllen: So erhalten die Versicherten erst nach einer Wartezeit von fünf Jahren Leistungen aus ihrer Versicherung und die Anbieter unterliegen dem Verbot, Risikozuschläge zu erheben oder Leistungen auszuschließen. Die Zulagenfähigkeit hängt auch davon ab, dass die Versicherer den Versicherten im Leistungsfall in der Pflegestufe III mindestens 600 Euro pro Monat zahlen. Schon bestehende Verträge für eine Pflegezusatzvorsorge (Altverträge) sollen von der Zulagenförderung ausdrücklich ausgenommen sein und Pflegeversicherungen, die nicht gefördert werden, sollen weiterhin auf dem Markt ihre Leistungen anbieten können.

Grundlegende Mängel der Zulagenförderung

Versicherungsleistungen für Pflegestufe I und II sind unklar

Der Gesetzentwurf sieht für die Pflegestufe III eine Mindestleistung von 600 Euro pro Monat vor. Hingegen bleibt die Leistungshöhe – von einer Maximalgrenze wegen sogenannter Überversorgung – für die Pflegestufen I und II unklar. Dieses Vorhaben negiert, dass die statistische Wahrscheinlichkeit eines zeitlich längeren Verbleibs in den Pflegestufen I und II für den einzelnen Versicherten sehr viel höher ist, als der zeitliche Verbleib in der Pflegestufe III. Für die Menschen, die eine Pflegestufe I oder II erhalten ist es aber auch wichtig zu wissen, wie die Mindestleistungen für sie sein werden.

Struktur der Versicherten der geförderten Pflegeversicherungen wird zu hohen Tarifen führen

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung suggeriert ein Preis-(180 Euro pro Jahr)Leistungs-(600 Euro pro Monat Mindestzahlung)Verhältnis für die Pflegestufe III und suggeriert damit eine unrealistische Leistungsfähigkeit von Tarifen der Versicherer. So ist für real bestehende private Pflegezusatzversicherungen zu zeigen, dass eine Leistung von 600 Euro pro Monat nur durch eine deutlich höhere Prämie als 180 Euro im Jahr zu finanzieren ist. Dies gilt für Versicherungen, die keinem Kontrahierungszwang unterliegen und für die recht sicher anzunehmen ist, dass deren Population deutlich geringere Risiken aufweist, als von einer Population zu erwarten ist, die darüber entsteht, dass die Versicherten unabhängig von dem Zustand ihrer Gesundheit und anderen Risikofaktoren von den Versicherungen kontrahiert werden müssen.

Die Bundesregierung weiß auch, dass es sich bei den Produkten der Pflegevorsorge um ein existenzielles und Vertrauensgut handelt. So wird eine Pflegezusatzvorsorge in der Regel nur einmal im Leben von dem einzelnen Verbraucher gekauft. Hinzu kommt, dass in den meisten Fällen zwischen Kauf und Leistung viele Jahre liegen, also bei Vertragsabschluss die Leistung nur ungefähr bekannt ist und im Falle der Pflege es in vielen Fällen nicht einmal zu einer Leistung kommen wird. Für solche Güter aber, sagt die Wissenschaft, hat der Einzelne keine Möglichkeit eine ggf. falsche Auswahl bzw. eine schlechte Qualität des Produktes zu erkennen und in einem wiederholten Kauf mögliche Fehler der Auswahl zu korrigieren. Dieses grundsätzliche Problem wird auch dadurch nicht gänzlich aufgehoben, dass ein (kostengünstiger) Produktwechsel möglich ist. Eine ökonomisch gute individuelle Auswahl (Optimierung der Wohlfahrt) unter komplexer Unsicherheit zu treffen, hängt bei Produkten dieses Typs immer auch vom Zufall – im Fall der Pflegevorsorge u. a. vom Risiko ein Pflegefall zu werden – ab. Zwar können Information und Beratung den Anteil des Zufalls an der Qualitätserkennung reduzieren, letztlich lässt er sich aber nicht gänzlich eliminieren. Vor diesem Hintergrund sollten Güter mit solchen Eigenschaften nicht privatisiert organisiert werden und zudem die Risikoumverteilung durch die Gesellschaft finanziert werden.

Ein weiteres Problem der geförderten privaten Pflegezusatzvorsorge ist, dass die Versicherer kontrahieren müssen. Vor allem die Bürger werden an einer geförderten Pflegezusatzversicherung interessiert sein, die hohe Risiken einer Pflegebedürftigkeit aufweisen. Für die Versicherer bedeutet dies, dass sie hohe Prämien zur Abdeckung des Risikos nehmen müssen. Für die Versicherungsnehmer ist ein Kontrahierungszwang zwar

scheinbar eine sinnvolle Maßnahme. Allerdings führt der Zwang, wie im folgenden Absatz vorgetragen wird, in der jetzigen Konstruktion der Pflegezusatzversicherung zu hohen Tarifen und sicher auch zu höheren Tarifen als eine nicht geförderte Pflegezusatzversicherung.

Das Nebeneinander von geförderter und nicht geförderter Pflegezusatzvorsorge scheint auf den ersten Blick dem Einzelnen eine größere und damit auch qualitativ bessere Auswahl zu ermöglichen. Der erste Blick führt allerdings in die Irre. So lehnen Versicherer schon heute eine Versicherung von Menschen mit besonderen Pflegerisiken ab. Wenn Versicherer künftig Tarife für hohe Pflegerisiken anbieten, werden sie die hohen Risiken auch sehr sicher in den Tarifen kalkulieren, für alle wird dann dieser Tarif gleichermaßen teuer. Während der Gesunde aber, der überdurchschnittlich häufig zugleich auch gutverdienend ist, dann eine tatsächliche Auswahl hat und einen Tarif ohne Kontrahierungszwang und damit vergleichsweise kostengünstigen Tarif auswählen kann, muss der Bürger mit hohem Pflegerisiko das geförderte Segment der Pflegezusatzvorsorge akzeptieren, ihm bleibt keine andere Wahl und er muss damit einen höheren Tarif in Kauf nehmen. Oder anders ausgedrückt, das Pflegerisiko wird in der vorgesehenen Konstruktion nur auf die Köpfe verteilt, die ein Pflegerisiko aufweisen.

Zusammengefasst: Die Verknüpfung von Kontrahierungszwang, Verbot der Kalkulation von Risikozuschlägen und Leistungseinschränkungen mit der Möglichkeit auch weiterhin nicht subventionierte Versicherungen auf dem Markt anzubieten, führt zu einer Finanzierung der zusätzlichen Pflegevorsorge nach dem Aschenputtel-Prinzip „die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen“. Das sozialpolitische Ziel einer Umverteilung der Risiken nach Einkommen wird dabei vollständig ausgeschaltet.

Freiwilligkeit führt zu fehlender Absicherung

Auszugehen ist davon, dass das Angebot einer freiwilligen zusätzlichen Absicherung der Pflege nur von einem Teil der Bevölkerung angenommen wird, selbst wenn die Förderung zu günstigeren Befunden führen würde als zuvor ausgeführt. Hier kann auf das Beispiel der Riester-Rente verwiesen werden. Auch nach zehn Jahren der Förderung der privaten Altersvorsorge hat noch nicht einmal die Hälfte der potentiellen Riester-Sparer das Angebot angenommen und einen Riester-Sparvertrag abgeschlossen (Hagen, Kornelia und Axel Kleinlein: Zehn Jahre Riester-Rente: kein Grund zum Feiern. In: Wochenbericht des DIW Berlin, 47/2011, S. 3-14). Dafür gibt es neben Konstruktionsfehlern auch Verhaltensgründe. Die Verhaltensökonomie liefert anschauliche Erklärungen darüber, dass sich Menschen im ökonomischen Sinne nicht systematisch rational verhalten. Bezogen auf den Abschluss einer zusätzlichen und privaten Pflegeversicherung ist zu erwarten, dass sich viele Menschen einer freiwilligen Versicherung entziehen werden. Denn das Thema Pflege gehört für den Einzelnen zu den unangenehmen Dingen des Lebens. Viele Menschen wollen/können es sich nicht vorstellen, dass sie einmal pflegebedürftig werden könnten, oder sie hoffen darauf, nie gepflegt werden zu müssen. Dies ist ein weiteres wesentliches Argument dafür, eine Absicherung der Pflege nicht dem Einzelnen und diesem nicht freiwillig zu überlassen, sondern eine gemeinschaftliche und verpflichtende Versicherungslösung zu schaffen. Für eine verpflichtende Finanzierung spricht auch, dass Menschen eine starke Gegenwartspräferenz in ihrem Konsum- und Sparverhalten aufweisen. Das ist durchaus nachvollziehbar, denn das Heute ist gegenüber der Zukunft vergleichsweise über-

schaubar. Entscheidungen, die sich auf die Zukunft beziehen, erfordern indes die Verfügbarkeit vieler Informationen und die Kompetenz diese zu verarbeiten, also die Fähigkeit zu komplexen Analysen unter Unsicherheit. Viele Menschen – Gebildete wie auch Bildungsferne – entscheiden daher nach Bauchgefühl, wenden Daumenregeln an oder entscheiden über künftige Belange allein auf der Grundlage gegenwärtiger Fakten.

Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung steht einer Umverteilung der Risiken prinzipiell entgegen

Kapitaldeckung ist für eine Risikoversicherung ungeeignet

Bei einer Pflegeversicherung handelt es sich um eine reine Risikoversicherung. Daher ist das Kapitaldeckungsverfahren für die Absicherung der Pflege vollkommen ungeeignet. Wie zuvor ausgeführt, besteht für die Versicherer das Risiko der Fehlkalkulation, denn die auf sie zukommenden Risiken, die langfristige Absicherung und die benötigten Kapitalrückstellungen lassen sich nur schwierig abschätzen und entsprechende Prämien nur unter großen Unsicherheiten kalkulieren, was dazu führt, dass gewissermaßen Risikoaufschläge auf die Nichtkalkulierbarkeit erhoben werden. Erfahrungen mit den privaten Krankenversicherern haben sehr eindrücklich offenbart, dass Kalkulationsfehlern früherer Jahre aufgrund falsch eingeschätzter Risiken durch Nachkalkulation der Tarife Rechnung getragen werden musste.

Darüber hinaus gelten die prinzipiellen Bedenken, die gegen eine Kapitaldeckung in der sozialen Sicherung insgesamt vorgebracht werden, auch für die Pflegeversicherung. Dazu zählen Währungs- und Wachstumsunsicherheiten. Hinzu kommt, dass eine Kapitaldeckung ebenso wie eine Umlagefinanzierung von der demographischen Entwicklung nicht unabhängig ist.

Risikoumverteilung erfordert andere Finanzierungsmodelle

Die im Grundsatz in dem jetzigen Finanzierungssystem der SPV verankerte Solidarität und das sozialpolitische Ziel einer Risikoumverteilung (von geringen zu hohen Schäden) und die Finanzierung durch einkommensbezogene Beiträge und durch Leistungen, die ohne Einkommens- oder Beitragsbezug gewährt werden, erfahren mit der Zulagenförderung privater Pflegezusatzvorsorge einen deutlichen Bruch. Die finanzielle Deckung der Versorgung in der Pflege ist aber auf eine Solidarität der Gesellschaft insgesamt angewiesen. Daher ist die Einführung einer alle Bürger umfassenden und verpflichtenden solidarischen Pflegeversicherung ein adäquater Weg. Diese Versicherung sollte im Rahmen einer paritätischen Umlagefinanzierung unter Einbeziehung aller Einkommensbestandteile und unter Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze finanziert werden. Damit würden die Risiken einer Pflege auf alle Bürger verteilt und tragfähige Beiträge für alle Bürger erreicht werden.