ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Meyer, Dirk

Article — Digitized Version

Ordnungs- und sozialpolitische Aspekte einer Absicherung des Pflegefallrisikos

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Meyer, Dirk (1989) : Ordnungs- und sozialpolitische Aspekte einer Absicherung des Pflegefallrisikos, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 69, Iss. 6, pp. 299-306

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/136528

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

steuerung, welches verlangt, daß jedes Einkommen einmal und nur einmal erfaßt wird, eine Relativierung seines theoretischen Anwendungsbereichs. Unser Ansatz verlangt implizit eine Angleichung der Besteuerung von Renten und Pensionen, läßt aber offen, in welche Richtung die Harmonisierung gehen soll.

Wäre es nun aber sinnvoll, die Besteuerung von Beamtenpensionen zu senken, um die gegenwärtigen Ertragsanteilssätze der Rentenbesteuerung unverändert zu lassen? Nach unserer Auffassung sprechen gewichtige Gründe gegen eine solche Lösung. Bei der gegenwärtigen Altersstruktur der Bevölkerung ist mit einem quasi programmierten Anstieg der Belastung von Einkommen während der Erwerbsphase von Individuen zu rechnen. Es ist nicht sehr wahrscheinlich, daß eine solche Entwicklung über längere Zeit politisch durchhaltbar wäre. Unter diesem Aspekt führt wohl kein Weg daran vorbei, die Steuerlast auf Alterseinkünfte generell anzuheben, was nach Lage der Dinge nur eine ansteigende Belastung von Renteneinkünften mit Einkommensteuer heißen kann. Außerdem ist auf dem zuletzt genannten Wege eher damit zu rechnen, die bislang unterschiedliche steuerliche Behandlung von Alterseinkünften aus anderen Quellen, wie etwa aus Zusatzversorgungskassen des öffentlichen Dienstes und Betriebsrenten, angleichen zu können. Allerdings zeigt sich auch am Beispiel des Problems der Harmonisierung der steuerlichen Behandlung von Alterseinkünften wieder einmal, daß strikt ökonomische Argumente nicht nur einer einzigen Auffassung politische Munition zu liefern vermögen.

Dirk Meyer

Ordnungs- und sozialpolitische Aspekte einer Absicherung des Pflegefallrisikos

Die Absicherung des Pflegefallrisikos über die Sozialhilfe wird allgemein als unzureichend betrachtet. Dr Dirk Meyer analysiert die Alternativen zur heutigen Situation.

Die umfassende Absicherung der Lebensrisiken Krankheit, Invalidität, Alter und Arbeitslosigkeit stellt eine bedeutende, wenn auch nicht ganz problemlose, soziale Errungenschaft der letzten 100 Jahre dar. Ebenfalls ist der Schutz vor Alltagsrisiken durch entsprechende Versicherungen (Haftpflicht, Hausrat usw.) in hohem Maße gewährleistet. In krassem Gegensatz steht hierzu die Behandlung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Die steigende Lebenserwartung und die bei schrumpfender Haushaltsgröße abnehmende familiäre Selbsthilfe verleihen der unzureichenden finanziellen Regelung dieses Problems zunehmend Schärfe[1].

Nach Schätzungen der Bundesregierung[2] beträgt die Anzahl der Pflegebedürftigen rund 2 Mill., wobei 260000 dauernd in stationären Einrichtungen leben. Eine 1978 von Socialdata durchgeführte Untersuchung[3] ermittelte 210000 Schwerstpflegebedürftige, 420000 Schwerpflegebedürftige und 940000 Pflegebedürftige, die leichte Pflege brauchen. Dies entspricht rund 3% der Bevölkerung. Annähernd 67% dieser Pflegebedürftigen sind älter als 60 Jahre[4]. Beachtenswert ist insbesondere ein altersbedingter Anstieg der Pflegebedürftigkeit. So beträgt dieser Anteil in der Altersgruppe 60-64 Jahre nur 1,7%. Mit über 80 Jahren steigt diese Quote auf 28,4%[5].

Dr. Dirk Meyer, 31, ist wissenschaftlicher Assistent am Institut für Wirtschaftspolitik und Wettbewerb an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

[1] Ausgangspunkt der Diskussion war ein Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe aus dem Jahre 1974.

[2] Vgl. Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, Drucksache 10/1943, 1984, S. 3.

[3] Vgl. Socialdata: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Bd. 80, Stuttgart, Berlin 1980, S. 39 f. Diese Untersuchung umfaßt allerdings nur deutsche, zu Hause lebende Pflegebedürftige.

[4] Siehe ebenda, S. 41.

[5] Siehe ebenda, S. 42.

Der Pflegefall als Sozialfall

Nach §§ 184, 185 RVO zählt der Pflegefall nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen[6]. Gemäß §§ 68, 69 BSHG sind die Sozialhilfeträger zum Regelleistungsträger geworden, falls das Einkommen des Betroffenen einschließlich des in §§ 28, 91 BSHG genannten Personenkreises die Kosten der Pflege nicht deckt. Daneben bestehen noch einige Sonderregelungen, so z. B. im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 558 RVO), der Kriegsopferversorgung (§ 35 BVG), des Lastenausgleichs (§ 267 LAG) und der Beihilfe des öffentlichen Dienstes. Darüber hinaus haben einige Bundesländer (Berlin, Bremen, Rheinland-Pfalz) spezielle Pflegegeldgesetze. Für die Mehrzahl der Bundesdeutschen zählt der Pflegefall dennoch zu den ungesicherten Risiken.

Insbesondere bei stationärer Unterbringung übersteigen die Kosten häufig die Finanzkraft der Betroffenen[7]. Etwa 70 % aller Alten- und 90 % aller Pflegeheimbewohner sind auf Sozialhilfe angewiesen[8]. Berücksichtigt man ferner, daß der Anstieg der Pflegesätze die Entwicklung der Renten übersteigt, so wird sich eine Diskrepanz im Zeitablauf weiter vergrößern[9].

Der Pflegefall ist somit häufig zugleich ein Sozialfall. Die „Hilfe zur Pflege" betrug 1986 7,6 Mrd. DM und beanspruchte ca. ⅓ der Sozialhilfeausgaben[10]. Knapp 90 % entfielen auf die Hilfe in Einrichtungen (261 000 Personen), rund 10 % auf die häusliche Pflege (230 000 Personen). Das finanzielle Problem konzentriert sich somit auf die stationäre Pflege. 1981 konnten lediglich 40 % der Heimkosten aus privaten Leistungen getragen werden, 60 % übernahm die Sozialhilfe[11]. Die gesamten Kosten der stationären Pflege dürften sich derzeit auf 15-20 Mrd. DM ohne Subventionen und Zuschüsse für den Bau und die Unterhaltung von Einrichtungen belaufen[12]. Hinzu kommen sämtliche öffentlichen und privaten Ausgaben sowie Opportunitätskosten für die häusliche Pflege, die sich nur sehr vage auf über 13 Mrd. DM schätzen lassen[13].

Alternativen

Die unzureichende Absicherung des Pflegefallrisikos, ein zukünftig steigender Finanzbedarf sowie Grenzen des staatlichen Transfersystems lassen eine umfas-

[6] Dieser Tatsache steht allerdings eine schwer schätzbare Zahl von „Fehlbelegungen" älterer Langzeitpatienten in Krankenhäusern gegenüber, d.h. faktisch übernehmen die Krankenkassen bereits einen Teil der Pflegekosten.

[7] Vgl. hierzu auch die Gegenüberstellung von Pflegesätzen und Einkommen in: Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik, H.3/1980, S. 200 ff.

[8] Vgl. G. Naegele: Zum aktuellen Diskussionsstand der Kostenneuordnung bei Pflegebedürftigkeit, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, 35. Jg. (1984), S. 324.

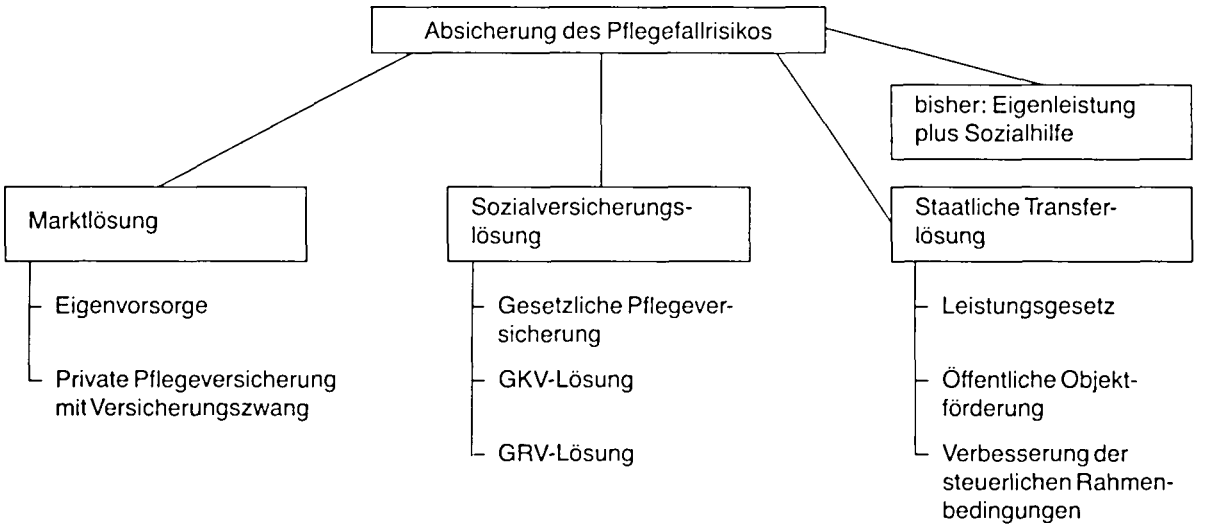
[9] Vgl. D. Tesic: Heimkosten und Sozialhilfe, in: Blätter der Wohlfahrtspflege, 1984, S. 247.

[10] Vgl. die Zahlenangaben in: Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1988 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart und Mainz 1988, S. 41.

[11] Vgl. G. Naegele, a.a.O., S. 324.

[12] Diese Summe setzt sich zusammen aus 7,6 Mrd. DM Hilfe zur Pflege (1986), 1,5 Mrd. DM sonstige öffentliche Träger (1982), 4 Mrd. DM private Ausgaben zur stationären Pflege (1982) und 3-6 Mrd. DM für Pflegefälle im Krankenhaus (1984). Vgl. Statistisches Bundesamt, a.a.O., S. 410; Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, a.a.O., S. 8; H. Schülke: Die Finanzierung der Pflegekosten – eine schwierige Aufgabe für die Sozialpolitik, in: Versicherungswirtschaft, 39. Jg. (1984), S. 1598.

Alternativen zur Absicherung des Pflegefallrisikos



sende (Neu-)Regelung der Pflegefinanzierung notwendig erscheinen. Im folgenden zunächst ein Überblick (die Abbildung) über die Möglichkeiten der Absicherung, denen zumeist konkrete Vorschläge zugrunde liegen (vgl. die Tabelle):

□ *Eigenvorsorge.* Die Eigenvorsorge gründet sich auf den Grundsatz der Freiwilligkeit und der Eigeninitiative. Die Formen können entsprechend vielfältig sein. Als sachliche Vorsorge im Rahmen der Familienpflege wäre die Mehrgenerationenfamilie denkbar. Zur finanziellen Eigensicherung zählen z. B. das Sparen, die Lebensversicherung und auch der Abschluß einer privaten Pflegefallversicherung.

□ *Private Pflegefallversicherung mit Versicherungszwang.* Dieser Vorschlag kombiniert den staatlichen Eingriff des Versicherungszwanges mit dem Abschluß eines privaten Versicherungsvertrages[14]. Unter Beachtung einer Mindestsicherung kann der Versicherungsnehmer seinen Schutz gemäß seinen Wünschen nach Wahltarifen zusammenstellen. So werden bereits von verschiedenen Instituten Pflegetagegeld-, Pflegekosten- sowie Pflegerentenversicherungen mit Rückgewähr im Todesfall angeboten[15]. Der Schutz wird versicherungstechnisch nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisiert, wobei die Prämien gemäß dem Äquivalenzprinzip erhoben werden.

□ *Gesetzliche Pflegefallversicherung.* In Anlehnung an andere Zweige der Sozialversicherung entspricht diese Form einer Zwangsversicherung mit Rechtsanspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Die organisatorisch eigenständige Versicherung erhält ihre Finanzmittel aus Zwangsbeiträgen, die sich am Arbeitseinkommen oder dem gesamten zu versteuernden Einkommen berechnen. Die Bereitstellung von Leistungen kann sowohl nach dem Sachleistungs- als auch nach dem Kostenerstattungsprinzip erfolgen. Als Finanzierungsprinzip kommen das Umlage- und das Kapitaldeckungsverfahren in Frage. Diese Art der Sozialversicherungslösung wird von einigen Verbänden des Wohlfahrtswesens vorgeschlagen und ist in Holland seit 1968 verwirklicht[16].

□ *Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung.* Dieser Lösungsvorschlag unterscheidet sich nicht grundlegend von dem einer gesetzlichen Pflegeversicherung. Bei organisatorischer Anbindung an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist allerdings eine Übernahme ihrer Gestaltungsprinzipien wahrscheinlich, d. h. als Bemessungsgrundlage gilt das Arbeitseinkommen, die Finanzierung erfolgt nach dem Umlageverfahren, und es überwiegt das Sachleistungsprinzip. Bei dieser Konstruktion entfällt die schwierige Unterscheidung von Krankheit und Pflege, außerdem muß keine neue Verwaltung errichtet werden. Zahlreiche Initiativen nehmen dieses Konzept zur Grundlage, so z. B. der „Gemeinsame Vorschlag" der VdK Deutschland und der hessische Gesetzentwurf[17].

□ *Anbindung an die gesetzliche Rentenversicherung.* Die vor allem von der Transfer-Enquête-Kommission[18] vorgeschlagene Einbindung des Pflegefalls in die gesetzliche Rentenversichung (GRV) unterscheidet sich nicht nur hinsichtlich des Trägers vom vorherigen Vorschlag. Im Gegensatz zu einem einkommensunabhängigen Rechtsanspruch auf Leistungen im Pflegefall übernimmt der Rentenversicherungsträger die Pflegekosten nur dann, wenn die gesetzliche Rente zur Abdekkung nicht ausreicht. Es liegt somit keine Kostenübernahme, sondern lediglich ein Pflegezuschuß vor.

□ *Leistungsgesetz.* Die Finanzierung des Pflegefalls läßt sich auch im Rahmen der öffentlichen Subjektförderung als Leistungsgesetz durchführen, wobei die Finanzierung aus öffentlichen Haushaltsmitteln erfolgen würde. Die Bewilligung der Leistungen kann unabhängig vom ökonomischen Status geschehen (Gesetzentwurf der Grünen) oder ähnlich dem Wohngeldgesetz an eine Bedarfsprüfung geknüpft werden (rheinland-pfälzischer Gesetzentwurf)[19]. Die Inanspruchnahme kann sowohl über das Sachleistungsprinzip als auch über eine Kostenerstattung geregelt werden.

---

[13] Diese Zahl beinhaltet den geschätzten Aufwand für Sachmittel von 1,1 Mrd. DM (vgl. Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, a.a.O., S. 8) sowie kalkulatorische Arbeitskosten in Höhe von 12,4 Mrd. DM. Die letzte Angabe ergibt sich bei 2 Pflegestd. à DM 10,– × 365 Tage × 1,7 Mill. häuslicher Pflegefälle.

[14] Der Versicherungszwang setzt ein ausreichendes privates Angebot an Versicherungen voraus. Probleme könnten sich aus einer mangelnden Kalkulierbarkeit der Risiken ergeben. So müssen die Pflegekosten operational definiert werden und die Prämien anhand von Statistiken hinreichend genau festgelegt werden.

[15] Beispielsweise bieten private Krankenversicherungen eine 80%ige Übernahme nachgewiesener Pflegekosten bis zu DM 60 000,–/Jahr oder alternativ ein Pflegetagegeld je nach Schwere bis max. DM 40,–/Tag. Die Prämien betragen für Männer (40 J.) DM 50,74, für Frauen wird ein 20%iger Zuschlag erhoben. Vgl. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung, Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/PV), 1985.

[16] Vgl. M. R. Heuser-Meye: Pflegeversicherung – Modellkritik und Leistungsvorschläge, Köln 1984, S. 66 ff.

[17] Vgl. G. Igl: Vorschläge zur Verbesserung des Schutzes pflegebedürftiger Personen – Konzepte, Entwicklung, Diskussion, in: Deutsche Rentenversicherung, 1986, S. 49/66. Der hessische Gesetzentwurf ist hier nur mit Einschränkungen zu nennen, da er die gesamte Wohnbevölkerung berücksichtigt. Vgl. Hessens Initiative für eine Pflegeversicherung, Wiesbaden 1986.

[18] Vgl. Transfer-Enquête-Kommission: Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart, Berlin 1981, S. 178 ff.

[19] Vgl. G. Igl, a.a.O., S. 52 ff. u. S. 58 ff.

□ *Öffentliche Objektförderung.* Die Objektförderung aus öffentlichen Haushaltsmitteln kann eine Subventionierung der Wohlfahrtsträger, die Bezuschussung ambulanter Dienste und die Bereitstellung der Sozialinfrastruktur durch die Übernahme der Investitionen für Heimplätze umfassen.

□ *Verbesserung der steuerlichen Rahmenbedingungen.* Vor allem in Kombination mit Formen der Marktlösung wäre eine Meritorisierung der Pflegefallvorsorge denkbar. Steuerliche Vergünstigungen oder Transferzahlungen könnten freiwillige Leistungen unterstützen.

Analyse der Alternativen

Die sozial- und ordnungspolitische Analyse der dargestellten Alternativen umfaßt die Systemverträglichkeit, den Umfang der Sicherung, betrachtet die Anreizstrukturen sowie die Finanzierung und fragt abschließend nach der politischen Durchsetzbarkeit.

Eine ordnungspolitische Betrachtung hat immer die Systemverträglichkeit einer wirtschaftspolitischen Maßnahme in den Mittelpunkt zu stellen, wobei in marktwirtschaftlichen Systemen staatliche Eingriffe einer ausdrücklichen Rechtfertigung bedürfen.

Eine rein marktwirtschaftliche Lösung stellt die freiwillige Eigenvorsorge dar. Diese bleibt jedoch ungenügend, da einige Personen keine ausreichenden ökonomischen Leistungen erbringen (können) – Behinderte, Arbeitslose – oder eine angemessene Vorsorge mit Blick auf das soziale Netz absichtlich nicht vornehmen. Zur Vermeidung intertemporärer externer Effekte, d. h. eines Free-Rider-Verhaltens, ist zumindest ein Versicherungszwang in Höhe einer Mindestsicherung notwendig. In Verbindung mit einer sich auf das Notwendigste beschränkenden staatlichen Versicherungsaufsicht dürfte diese Alternative am ehesten systemkonform sein. Alle Formen der Zwangsversicherung und öffentlichen Vorsorge widersprechen den Prinzipien der Konsumentensouveränität und des Wettbewerbs. Insbesondere ist eine staatliche Übernahme der Pflegekosten abzulehnen, da die „Pflege" grundsätzlich ein privates Gut darstellt[20].

Diese Feststellung führt zu dem wichtigen Aspekt der Organisationsform der Versicherung. Gemäß dem marktwirtschaftlichen Prinzip einer Internalisierung, d.h. der Kongruenz von Leistung und Gegenleistung, kann lediglich das individuelle Kapitaldeckungsverfahren diesen Anspruch erfüllen. Demgegenüber sind das Umlageverfahren sowie das institutionelle Kapitaldekkungsverfahren grundsätzlich mit intergenerativen bzw. interpersonellen Umverteilungseffekten verbunden. Diese hängen davon ab, ob die Erhebung nach dem Äquivalenz- oder dem Leistungsfähigkeitsprinzip erfolgt.

Umfang der Absicherung

Der Umfang der Absicherung bezieht sich auf den zu schützenden Personenkreis, die Höhe der Leistungen und die Art der beanspruchbaren Leistungen. Da die Pflegebedürftigkeit ein allgemeines Lebensrisiko darstellt, ist die gesamte Wohnbevölkerung in den Schutz einzubeziehen. Diese Anforderung wird von einem allgemeinen Versicherungszwang, einem Leistungsge-

[20] Auf das Gut „Pflege" lassen sich alle drei Kriterien anwenden, die ein privates Gut kennzeichnen: Ausschlußprinzip, Konkurrenz im Konsum sowie Teilbarkeit. Vgl. hierzu Näheres bei D. Meyer: Orientierungen einer marktwirtschaftlichen Alternative zur Absicherung des Pflegefallrisikos, unveröffentlichtes Manuskript, Kiel 1988, S. 18 f.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

WELTKONJUNKTURDIENST

Der Vierteljahresbericht, der von der Abteilung Weltkonjunktur des HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung-Hamburg erarbeitet wird, analysiert und prognostiziert die wirtschaftliche Entwicklung in den wichtigsten westlichen Industrienationen sowie auf den Weltrohstoffmärkten.

Jahresbezugspreis, DM 80,–
ISSN 0342-6335

VERLAG WELTARCHIV GMBH HAMBURG

setz sowie einer Objektförderung grundsätzlich erfüllt. Gerade bei öffentlicher Finanzierung ist jedoch aufgrund dauernder Mittelknappheit eine Diskriminierung ähnlich einem Bezugsscheinsystem zu erwarten. Statt einer Rationierung über die Preise erfolgt eine Zuteilung der Mengen. Dies trifft auch auf die Sozialversicherungslösungen zu, wobei hier zusätzlich das Problem der beschränkten Bemessungsgrundlage zu beachten ist. Insbesondere bei einer organisatorischen Anbindung an die GKV oder GRV werden sich die Beiträge nur nach dem Arbeitseinkommen richten. Damit wären alle Nicht-Arbeitnehmer wie Beamte, Selbständige, Hausfrauen/-männer bzw. alle Nicht-Krankenversicherten von einer Absicherung ausgeschlossen.

Neben dem einbezogenen Personenkreis sind auch die Begünstigten abzugrenzen. Da sozialpolitisch eine Differenzierung in Behinderung, Krankheit und Pflegebedürftigkeit[21] kaum wünschenswert erscheint, sollte der Schutz unabhängig von Grund und Alter des Betroffenen gewährt werden. Dies würde für die GKV-Lösung sprechen. Auf das Kriterium der Schwere des Falles sowie einer eventuellen Einkommens-/Vermögensabhängigkeit wird weiter unten eingegangen.

Höhe und Art der Leistungen

Die Höhe einer Mindestsicherung hängt von sozialpolitischen Normen und deren Finanzierbarkeit ab. Aufgrund des staatlichen Zwangscharakters und des stark eingeschränkten finanziellen Spielraums bei einer Erhöhung der Abgabenlast sollte nur das Risiko mittlerer und schwerer Pflegefälle abgedeckt werden.

Die Finanzierung dieser Absicherung sollte so bemessen werden, daß für andere Sozialträger (Sozialhilfe) keine Belastung eintritt. Beim Umlageverfahren würden sich die Beiträge nach den augenblicklichen Ausgaben richten[22], während beim Kapitaldeckungsverfahren auf kollektiver Basis der Erwartungsschaden und auf individueller Berechnungsgrundlage der schwere Pflegefall zu wählen wären.

Die Art der beanspruchbaren Leistungen sollte eine effektive, d. h. zielerfüllende und zugleich effiziente, d.h. kostengünstige Behandlung ermöglichen[23]. Insbesondere sollten Anreize gegeben werden, teure Maßnahmen durch kostengünstigere zu ersetzen. So führt z.B. ein Ausschluß der häuslichen Laienpflege vom Erstattungsanspruch zur vermehrten Heimunterbringung[24]. Entsprechend wären die familiären und ehrenamtlichen Hilfen zu fördern, zumal diese für den Pflegebedürftigen oftmals sehr viel humaner sind[25]. Dies kann durch eine großzügige Aufwandserstattung, die Möglichkeit des Erwerbs von Rentenansprüchen für Pflegepersonen und unter Umständen durch eine geringfügige finanzielle Entschädigung erfolgen. Diesen Forderungen entsprechen bereits die Regelungen der §§ 68, 69 BSHG, obwohl es sich hierbei zum Teil um Kann-Bestimmungen handelt.

Damit die Leistungen möglichst bedarfsgerecht bereitgestellt werden, sollten sich der Staat bzw. die Sozialversicherungsträger auf die Finanzierung der Maßnahmen beschränken. Die Leistungserbringung sollte dagegen durch Wohlfahrtsverbände, erwerbsorientierte private Anbieter oder Laienhilfe vorgenommen werden, da diese aufgrund besserer Sachkenntnis und gegebenenfalls aufgrund von Gewinnanreizen ein nachfragegerechteres Angebot erstellen werden.

Anreizstrukturen

Um die Absicherung des Pflegefalls möglichst effektiv und effizient durchzuführen, ist das Steuerungs- und Anreizsystem so zu gestalten, daß eine Verschwendung von Ressourcen möglichst ausgeschlossen wird. Die folgende Analyse unterscheidet zwischen Anreizstrukturen auf der Angebots- und Nachfrageseite.

Eine kostenlose Bereitstellung knapper Güter führt zur Übernutzung, so auch bei Pflegebedürftigkeit. Allgemein wird dieses Phänomen als Free-Rider- oder Moral-Hazard-Verhalten bezeichnet. Ob Leistungsgesetz oder Pflegefallversicherung, bei allen kollektiven, auf Risikoausgleich beruhenden Sicherungssystemen ist mit einem Anstieg der Pflegefälle zu rechnen[26]. Dabei kann es der Betroffene selbst sein, der sich bei objektiv gleichem Gesundheitszustand früher zum Pflegebedürftigen erklärt, oder es sind nahe Verwandte, die schon bei

[21] Vgl. hierzu §§ 184, 185 RVO und §§ 68, 69 BSHG.

[22] In der Praxis des Umlageverfahrens richten sich die Ausgaben allerdings häufig nach den zur Verfügung stehenden Einnahmen. Als Beispiele sind die GKV, aber auch die Arbeitslosenversicherung zu nennen.

[23] Zur Begrifflichkeit vgl. A. L. Cochrane: Effectiveness and Efficiency. London 1972, S. 26-44.

[24] Dies zeigt die Erfahrung mit der Volksversicherung in Holland, wo bis 1980 keine Kostenerstattung für häusliche Pflege erfolgte. Von 1969 bis zur Änderung 1980 verdoppelte sich daraufhin die Zahl der Pflegefälle in Heimen. Vgl. M. R. Heuser-Meye, a.a.O., S. 68.

[25] Vgl. G. Bäcker: Entprofessionalisierung und Laisierung sozialer Dienste – richtungsweisende Perspektive oder konservativer Rückzug?, in: WSI-Mitteilungen, 32. Jg. (1979), S. 526 ff.; ähnlich C. v. Ferber: Volks- und Laienmedizin als Alternative zur wissenschaftlichen Medizin – zur Partizipation im Gesundheitswesen, in: Soziale Sicherheit, 24. Jg. (1975), S. 203 ff. Beide Autoren setzen sich sehr kritisch mit der Professionalisierung, Bürokratisierung und Verrechtlichung im sozialen Dienst auseinander. Ein kritischer Einwand gegen einen Einbezug ist jedoch der Hinweis auf geringere Hemmungen gegenüber Moral Hazard.

[26] Vgl. hierzu die Erfahrungen mit der Volksversicherung in Holland und dem Medicare/Medicaid-Programm in den USA bei M. R. Heuser-Meye, a.a.O., S. 65 ff. Ähnliche Effekte sind aus dem bundesdeutschen Gesundheitssystem bekannt.

geringer persönlicher Belastung die Verantwortung auf das Kollektiv abwälzen. Zur Einschränkung dieser Übernutzung ist der Null-Tarif zugunsten einer spürbaren Eigenbeteiligung aufzuheben. Diese kann als fester Betrag oder proportional zu den Kosten erhoben werden, wobei sich die Höhe zusätzlich nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen richten könnte.

Daneben ist der bereits oben angesprochene Sog-Effekt zu erwähnen, d. h. die Tendenz von einer häuslich-ambulanten Pflege hin zur Heimunterbringung. Da bei leichter und mittlerer Pflegebedürftigkeit die häusliche Pflege sowohl kostengünstiger als wahrscheinlich auch humaner ist, müßten die Anreize entsprechend angepaßt werden, d. h. die häusliche Pflege darf finanziell nicht diskriminiert werden. Neben einer Erstattung der Aufwendungen sowie Rentenbeitragsleistungen für die Pflegeperson wäre auch eine Berücksichtigung der Opportunitätskosten für geleistete Arbeit zu erwägen[27].

Ein weiterer Effekt besteht darin, daß Leistungen höherer Qualität nachgefragt werden, während gleichzeitig das Kostenbewußtsein sinkt. Wenn die Pflegeleistungen kostenlos zu erhalten sind, wird eine möglichst gute Versorgung und eine entsprechend aufwendige Ausstattung der Heimplätze gewünscht. Im Zeitablauf werden die Standards weiter steigen, die Entwicklung des Gesundheitswesens bietet auch hier ein gutes Beispiel. Um diesen Prozeß zu vermeiden, dürften die Ansprüche nicht nach dem Sachleistungsprinzip, sondern nach einem limitierten Kostenerstattungsprinzip gewährt werden. Bis zu einer Kostenobergrenze würde dann erstattet, der übersteigende Betrag müßte selbst getragen werden. Auch wäre ein Festbetrag für Einzelleistungen denkbar, wobei Differenzen gegeneinander verrechnet würden.

Da die finanziellen Lasten von Dritten getragen werden, entfällt die effizienzsichernde Kontrolle durch die Nachfrager, was Ressourcenverschwendung begünstigt. Zum einen kommt es aufgrund pekuniärer und nicht-pekuniärer Vorteile zu zusätzlicher, anbieterinduzierter Nachfrage, zum anderen wird eine ineffiziente Leistungserstellung nicht bestraft. Es bestehen keine Anreize für kostensenkende Prozeßtechnologien, andererseits jedoch gute Absatzchancen für kostentreibende Produktinnovationen, die die Qualität der Versorgung verbessern[28].

Die Möglichkeiten einer Nachfragesteuerung über Selbstbeteiligungen und feste Erstattungsbeträge müssen durch eine wettbewerbliche Organisation des Marktes für Pflegeleistungen, insbesondere des Angebots von Heimplätzen, ergänzt werden. Darüber hinaus sind neben gemeinnützigen Wohlfahrtsträgern auch private erwerbsorientierte Anbieter zuzulassen. Gerade das unter dem Grundsatz der Gemeinnützigkeit angewandte Selbstkostendeckungsprinzip ist nicht geeignet, eine effiziente Bereitstellung zu garantieren[29]. Die Tendenz zur Verfolgung eigenständiger Ziele mag eher das Gegenteil nahelegen. Demgegenüber ist eine Gewinnerzielung privater Anbieter an ein bedarfsgerechtes und kostengünstiges Angebot geknüpft. Leistungsunfähige Heimbetreiber würden aus dem Markt ausscheiden.

Bei unzureichender Nachfragesteuerung und scharfen Budgetrestriktionen mag es seitens der finanzierenden Institution sinnvoll sein, das Angebot durch die Vergabe von Lizenzen zu beschränken. Damit für neue, leistungsfähigere Anbieter keine Marktzutrittsschranken errichtet werden, sind diese Genehmigungen zeitlich zu befristen[30].

Generell sollte das Wettbewerbsprinzip nicht nur auf dem Markt für Pflegeleistungen, sondern auch auf dem Markt für finanziellen Schutz im Pflegefall gelten. Ein staatlich geschütztes Monopol im Rahmen der Sozialversicherung bzw. eines Leistungsgesetzes ist abzulehnen, da es keine Konsumentensouveränität zuläßt. Unter Beachtung staatlich vorgegebener Mindeststandards kann der Versicherungsnehmer nur bei Konkurrenz das für ihn günstigste Angebot auswählen.

Finanzierung

Die Kosten einer Absicherung des Pflegefallrisikos hängen zum einen von objektiven Faktoren wie der Altersstruktur und dem Gesundheitsverschleiß ab. Zum anderen hat die Betrachtung der Anreizstrukturen den Einfluß der institutionellen Ausgestaltung auf den Grad der Inanspruchnahme, die Wahl der Unterbringungsform, die Qualität der Versorgung sowie die Effizienz der Leistungserstellung verdeutlicht. Die folgenden Zahlenangaben (vgl. Tabelle) beruhen auf nicht immer neutra-

[27] Demgegenüber steht die von Psychologen vertretene These, daß eine finanzielle Entlohnung die intrinsische Motivation bei ehrenamtlich Tätigen zerstören kann. Vgl. F. Klanberg: Die finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigkeit, in: G. Brenner, F. W. Schwartz (Hrsg.): Finanzierungsprobleme in der Sozialversicherung, Köln 1982, S. 59.

[28] In Holland haben sich die Durchschnittskosten pro Pflegetag von 1969-1981 vervierfacht. Vgl. H. Schülke, a.a.O., S. 1598.

[29] Vgl. hierzu die Ausführungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V.: Das Selbstkostendeckungsprinzip, Bonn 1984, S. 9 ff.

[30] Im Gegensatz hierzu sind in den USA die von Medicaid vergebenen Lizenzen zeitlich unbefristet. Vgl. M. R. Heuser-Meye, a.a.O., S. 66.

len Schätzungen und sind deshalb vorsichtig zu interpretieren. Insbesondere werden dynamische Kostenwirkungen vernachlässigt.

Die Gegenüberstellung der verschiedenen Vorschläge in der Tabelle ermöglicht keine eindeutigen Aussagen, da die Vergleichbarkeit aufgrund unterschiedlicher Anspruchsvoraussetzungen und Leistungen nicht gegeben ist. Zudem beruht die Angabe von Beitragssätzen auf fiktiven Berechnungen, denn die Alternativen sehen zum Teil eine duale Finanzierung aus Beiträgen und Bundeszuschüssen oder im Falle der Leistungsgesetze eine vollständige öffentliche Mittelzuweisung vor. Trotzdem vermitteln die Werte einen guten Vergleich zu anderen Sozialbeiträgen.

Erfreulich, zugleich aber auch bedenklich erscheint die relativ geringe Belastung von jährlich 8 bis 22 Mrd. DM. Dies entspricht gegenwärtig in etwa den gesamten Kosten der stationären Pflege einschließlich privater Zuzahlungen und Ausgaben der GKV für Krankenhausfehlbelegungen. Hier liegen meines Erachtens Fehlschätzungen vor, da die dynamischen Anreizwirkungen von Sozialversicherungslösungen und Leistungsgesetzen unbeachtet geblieben sind. Legt man die holländischen Erfahrungen einer Volksversicherung zugrunde, bei der innerhalb von 13 Jahren eine Kostensteigerung von 800 % zu beobachten war[31], so ist zur Jahrhundertwende mit Ausgaben zwischen 70 und 200 Mrd. DM je nach Vorschlag zu rechnen.

Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren?

Mit dem Ausmaß der Belastung ist auch der intertemporale Aspekt des Finanzierungsverfahrens verbunden. Zwar gilt die bedeutende Feststellung Mackenroths, „. . . daß aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muß", auch für die Absicherung des Pflegefalls, doch bleibt zugleich „. . . nur die Steigerung des Sozialproduktes (sic!) als Quelle einer Steigerung des Sozialaufwandes"[32]. Zukünftig zu erwartende intergenerative Verteilungskonflikte lassen sich entschärfen, wenn bereits heute durch zusätzliche produktive Investitionen die Grundlage für ein größeres Volkseinkommen gelegt wird. Die aufgrund demographischer Einflüsse im ersten Drittel des nächsten Jahrhunderts ausgelöste Spitzenbelastung der Erwerbstätigen mit Renten- und Pflegebeiträgen könnte somit durch eine erhöhte Ersparnisbildung vermieden werden.

Da eine Umstellung vom Umlage- zum Kapitaldekkungsverfahren für die derzeitigen Erwerbstätigen eine

[31] Zugleich stiegen die Beitragssätze vom Einkommen von 1,2% auf 3,2%. Vgl. M. R. Heuser-Meye, a.a.O., S. 68.

[32] G. Mackenroth: Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan, in: Schriften des Vereins für Socialpolitik, NF, Bd. 4, Berlin 1952, S. 41 und 47.

Kostenschätzungen und notwendige Beitragssätze alternativer Vorschläge

Vorschlag	Art	Kosten (Mrd. DM)[1]	Beitragssatz[2]
1. Bundespflegegesetz (Die Grünen 1984)	Leistungsgesetz	13,8 (Grünen) 21,1 (B Reg.)	1,5 % 2,3 %
2. Pflegeversicherungsgesetz (Hessen 1986)	Sozialversicherung	10,9 (L Reg.) 12,0 (B Reg.)	1,2 % 1,3 %
3. Bundespflegehilfegesetz (Rh.-Pfalz 1986)	Leistungsgesetz	8,6 9,6 (B Reg.)	1,0 % 1,1 %
4. Krankenversicherung (Bayern 1986)	Sozialversicherung	8,8	1,0 %
5. Pflegeverbesserungsgesetz (B Reg. 1986)	Sozialversicherung	7,9	0,9 %
6. Gesundheitsreformgesetz (B Reg. 1988)	Sozialversicherung	13,5 (B Reg.) 22,1 (BKK)[3]	1,5 % 2,5 %
7. Bundespflegehilfegesetz (SPD 1988)	Leistungsgesetz	11,4 (SPD)	1,3 %
8. Private Pflegekrankenversicherung	Private Pflegeversicherung	keine Schätzungen	110-218 DM/Monat[4]

[1] Da die Vorschläge die „Hilfe zur Pflege" von 7,1 Mrd. DM (1985) nur zum Teil ersetzen, beziehen sich die Kosten auf die Vorschläge einschließlich dann notwendiger Sozialhilfe.
[2] Die Kosten wurden in Beitragssätze nach der Bemessungsgrundlage und -grenze zur GRV umgerechnet. Ein Prozentpunkt wurde mit Mehreinnahmen von 9 Mrd. DM gleichgesetzt.
[3] BKK Betriebskrankenkassen. Da sich die Maßnahmen auf die häuslich-ambulante Pflege beziehen und keine Angaben zur Einsparung von Sozialhilfe vorlagen, umfassen die Kosten volle 7,1 Mrd. DM.
[4] 110 DM monatlich ergeben sich bei zwei Erwachsenen (30 J.) mit zwei Kindern, 218 DM bei einem älteren Ehepaar (55 J.). Vgl. Allgemeine Versicherungsbedingungen ... (MB/PV), Tarif 371.

Quellen: D. Schewe: Vier Gesetzentwürfe über Hilfen bei Pflegebedürftigkeit, in: Sozialer Fortschritt, 35. Jg. (1986), S. 91; P. Salje: Rechtlicher und finanzieller Rahmen zur Versorgung von Pflegebedürftigen – Eine Zwischenbilanz, in: Die Sozialversicherung, 43. Jg. (1988), S. 58 ff.; diverse Zeitungsartikel; eigene Berechnungen und Aktualisierungen.

doppelte Belastung darstellt, sind hier gewisse Grenzen der Belastbarkeit gesetzt. Gerade aus diesem Grund wäre eine Kombination der Rentenfinanzierung nach dem Umlageverfahren mit einer Pflegeversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren zu erwägen. Bei institutioneller Kapitaldeckung könnte eine Zusatzrente bei Nichtinanspruchnahme der Pflegeversicherung ein mögliches Moral-Hazard-Verhalten einschränken. Wird die Finanzierung über eine individuelle Kapitaldeckung vorgenommen, so erfolgt eine vollständige Ausschüttung in Form von Pflegekostenerstattungen, einer Zusatzrente oder eines Kapitalrückflusses im Todesfall.

Erhebungswiderstand

Nach Erfahrungen mit den drei Zweigen der Sozialversicherung bei finanziellen Engpässen sind Rückgriff auf fremde Haushalte sowie eine Übernahme von Defiziten seitens des Bundes gängige Praktiken. Die Einhaltung einer monistischen, möglichst regelgebundenen Finanzierung wäre deshalb die Voraussetzung einer transparenten Absicherung des Pflegefalls.

Das bereits hohe Abgabenniveau läßt generell auf starke Erhebungswiderstände schließen. Um dennoch eine möglichst hohe Akzeptanz zu erreichen, sollte die Absicherung möglichst wenig Elemente einer Umverteilung beinhalten und die Höhe der Zahlungen für weite Teile der Bevölkerung finanziell tragbar sein. Eine Finanzierung des Pflegefalls nach dem institutionellen Kapitaldeckungsverfahren auf der Basis des Äquivalenzprinzips würde diesen Maßstäben entsprechen. Für einkommensschwache Haushalte müßte ein Ausgleich über das allgemeine Steuer- und Transfersystem erfolgen.

Fragt man nach der politischen Durchsetzbarkeit der Alternativen, so ist zunächst vom Status quo der Sozialhilferegelung auszugehen. Jede Kostenverlagerung auf andere bestehende Institutionen würde seitens dieser Widerstände hervorrufen. Andererseits könnte bei einer Anbindung an die GKV bzw. GRV auf vorhandene Verwaltungen zurückgegriffen und die gesetzlichen Regelungen angepaßt werden. Demgegenüber wäre bei allen anderen Vorschlägen eine institutionelle und rechtliche Neugestaltung notwendig. Hinsichtlich eines Sozialversicherungszwanges könnten Probleme bei der Einbeziehung von Beamten und Selbständigen entstehen[33]. Ein Bundesleistungsgesetz würde wahrscheinlich an der finanziellen Zuständigkeit des Bundes scheitern.

Ein Versicherungszwang bei privaten Pflegeversicherungen würde öffentliche Stellen von der finanziellen und organisatorischen Verantwortung entbinden. Allerdings wäre diese Form zugleich auch ein Fremdkörper im bisherigen System der sozialen Sicherung. Außerdem erfordert die Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens gegenüber einer Umlagenfinanzierung von der heutigen Bevölkerung eine höhere Beteiligung.

Ergebnis

In der Bundesrepublik sind zur Zeit 3-5 % der Bevölkerung pflegebedürftig. Nach der jetzigen Regelung wird der Pflegefall aus persönlichen Mitteln bzw. über die Sozialhilfe finanziert. Insbesondere bei Heimunterbringung ist der Pflegefall somit zugleich ein Sozialfall. Aufgrund der demographischen Entwicklung sowie der zukünftig steigenden Rentenlasten ist deshalb eine rechtzeitige, eigenständige Absicherung des Pflegefallrisikos notwendig. Aus der wirtschaftspolitischen Analyse ergibt sich dabei die Notwendigkeit eines Versicherungszwanges. Außerdem hat die Pflege privaten Gutscharakter, so daß sich Umverteilungsmaßnahmen im Rahmen der Absicherung allokativ nicht begründen lassen. Da die Pflegebedürfigkeit zu den allgemeinen Lebensrisiken zählt, ist die gesamte Wohnbevölkerung einzubeziehen. Angesichts der finanziellen Belastung wird der Schutz voraussichtlich auf den mittleren und schweren Pflegefall begrenzt werden müssen.

Als wesentliche Einflußgröße der Kosten einer Pflegeversicherung wurden die Anreizstrukturen hervorgehoben. Formen der Eigenbeteiligung, eine Leistungsgewähr nach dem Kostenerstattungsprinzip in Kombination mit Höchst- bzw. Festbeträgen und die Beseitigung einer finanziellen Diskriminierung der familiären Pflege erscheinen dabei geboten, um nachfrageseitig die Effizienz zu erhöhen. Gewinnanreize und der Druck des Wettbewerbs sowohl bei der Bereitstellung der sachlichen Leistungen als auch zwischen den Versicherungsträgern sorgen für ein bedarfsgerechtes und kostengünstiges Angebot.

Zur Entschärfung des in 20-30 Jahren zu erwartenden intergenerativen Verteilungskonfliktes ist das institutionelle Kapitaldeckungsverfahren als Finanzierungsmethode zu empfehlen. Eine regelgebundene, monistische Finanzierung nach dem Äquivalenzprinzip würde die Transparenz und Akzeptanz fördern.

Die bisherigen Vorschläge zur Absicherung des Pflegefallrisikos sind dagegen als Leistungsgesetz oder im Rahmen der Sozialversicherung gefaßt. Sie widersprechen in wichtigen Punkten einer marktwirtschaftlichen Systemkonformität, grenzen spezielle Personenkreise aus und beachten die Anreizstrukturen und ihre Bedeutung für die Kostenentwicklung unzureichend.

[33] Vgl. Transfer-Enquête-Kommission, a.a.O., S. 185.