

Wagner, Gert G.

**Working Paper — Digitized Version**

**Pflegebedürftigkeit: Bei Versicherungspflicht sind die Unterschiede zwischen privatwirtschaftlicher und sozialversicherungsrechtlicher Vorsorge gering**

DIW Discussion Papers, No. 19

**Provided in Cooperation with:**

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

*Suggested Citation:* Wagner, Gert G. (1991) : Pflegebedürftigkeit: Bei Versicherungspflicht sind die Unterschiede zwischen privatwirtschaftlicher und sozialversicherungsrechtlicher Vorsorge gering, DIW Discussion Papers, No. 19, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/95715>

**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.*



Diskussionspapiere  
Discussion Papers

Diskussionspapier Nr. 19

**Pflegebedürftigkeit - Bei Versicherungspflicht sind die  
Unterschiede zwischen privatwirtschaftlicher und  
sozialversicherungsrechtlicher Vorsorge gering**

Gert Wagner

Die in diesem Papier vertretenen Auffassungen liegen ausschließlich in der Verantwortung des Verfassers und nicht in der des Instituts.

Opinions expressed in this paper are those of the author and do not necessarily reflect views of the Institute.

Diskussionspapier Nr. 19

**Pflegebedürftigkeit - Bei Versicherungspflicht sind die  
Unterschiede zwischen privatwirtschaftlicher und  
sozialversicherungsrechtlicher Vorsorge gering**

Gert Wagner

Berlin, Februar 1991

Der Autor dankt Oskar de la Chevallerie, Heiner Flassbeck und Reinhard Pohl für wichtige Kommentare sowie insbesondere Ellen Kirner und Volker Meinhardt für ihr bemerkenswertes Engagement bei der Diskussion einer ersten Fassung des vorliegenden Papiers.

## **Gliederung**

- 0 Das Pflegerisiko zwischen sozialrechtlichen und privaten Absicherungslösungen**
- 1 Zur Empirie der Pflegebedürftigkeit in Deutschland**
- 2 Das Pflegebedürftigkeitsrisiko**
  - 2.1 Absicherung des Risikos
  - 2.2 Finanzierungsalternativen
- 3 Grundsätze einer Pflegeversicherung**
  - 3.1 Einbezogener Personenkreis
  - 3.2 Umlagefinanzierung oder Kapitaldeckung
    - 3.2.1 Finanzierungsform und Effektivität der Pflegeversicherung
    - 3.2.2 Finanzierungsform und wirtschaftliches Wachstum
    - 3.2.3 Finanzierungsform und demographische Entwicklung
    - 3.2.4 Zwischenergebnis
  - 3.3 Kostenbegrenzung und Selbstbeteiligung
  - 3.4 Grundsätze der Leistungsgewährung
- 4 Krankenkassen als Träger der Pflicht-Pflegeabsicherung**

0           **Das Pflegerisiko zwischen privaten und sozialrechtlichen  
Absicherungslösungen**

Die mit der Absicherung des Pflegerisikos verbundenen Probleme haben bei den Koalitionsverhandlungen offenbar zum "Aussetzen" der Erarbeitung eines konkreten Lösungsvorschlages geführt. Erst Mitte 1992 soll ein Gesetzentwurf vorgelegt werden. In diesem Aufschub kann man auch eine Chance für eine vernünftige Gestaltung sehen, die jenseits der gängigen Schlagworte "privat vs. sozial" zu suchen ist. Die folgende Analyse führt zu dem Ergebnis, daß eine menschenwürdige Pflege im Rahmen des Krankenversicherungsschutzes abgesichert werden sollte. Durch die Versicherungslösung dürfte die Akzeptanz der mit einer Verbesserung der Pflege unvermeidlich steigenden Kosten hoch sein; die effektiven Unterschiede zwischen einer Sozialversicherungsrechtlichen und privatwirtschaftlichen Absicherung des Pflegerisikos sind zudem kleiner als vielfach vermutet wird. Die Absicherung im Rahmen der Krankenversicherungen könnte auf Basis eines Katalogs von Mindeststandards einer Pflegeabsicherung unschwer durch eine gesetzliche Verpflichtung aller Krankenkassen verwirklicht werden, daß jeder Krankenversicherte auch gegen Pflegebedürftigkeit abzusichern ist. Diese Lösung würde für die verschiedenen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen einen Anreiz darstellen, ihre Leistungsfähigkeit zu beweisen. Zudem würden im Rahmen des bestehenden Systems der gegliederten Krankenversicherungen automatisch private und soziale Lösungsformen gemischt.

Der folgende Beitrag<sup>1</sup> baut in weiten Teilen auf der jüngst vorgelegten Arbeit von Thiede auf<sup>2</sup>. Der Schwerpunkt der Diskussion wird hier auf die aktuelle Diskussion um die geeignete Finanzierungsform gelegt. Es wird gezeigt, daß auf Basis einer Versicherungspflicht die Unterschiede zwischen sozialrechtlichen und privaten Finanzierungsformen einer effektiven Pflegeabsicherung kleiner sind als

---

1    *Der Autor dankt Oskar de la Chevallerie, Heiner Flassbeck und Reinhard Pohl für wichtige Kommentare sowie insbesondere Ellen Kirner und Volker Meinhardt für ihr bemerkenswertes Engagement bei der Diskussion einer ersten Fassung des vorliegenden Papiers.*

2    Reinhold Thiede - *Die gestaffelte Pflegeversicherung*, Frankfurt, New York 1990.

meist angenommen wird. Auf diesem Ergebnis aufbauend wird ein pragmatisch umsetzbarer Politikvorschlag entwickelt.

## 1 Zur Empirie der Pflegebedürftigkeit in Deutschland

Obwohl Pflegebedürftigkeit statistisch nur unzureichend erfaßt wird, kann man aufgrund der Bevölkerungsentwicklung und des Fortschritts der Medizin davon ausgehen, daß die Zahl der Menschen, die pflegebedürftig ist, in den letzten Jahren gestiegen ist; auf dem Gebiet der alten Bundesrepublik Deutschland dürften mindestens 1,25 Millionen pflegebedürftige Menschen leben<sup>3</sup>. Nach Ergebnissen des Sozio-ökonomischen Panels<sup>4</sup> lebten 1989 etwa 900 000 Pflegebedürftige in Privathaushalten; hinzu kommen (Zahlen für 1988) 370 000 "Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen in Einrichtungen", von denen die meisten pflegebedürftig sind. Darüberhinaus gibt es eine nicht bekannte Zahl von Pflegefällen, die in Krankenhäusern betreut werden. Als unterste Schätzung für die Zahl dieser Menschen werden 35 000 angegeben<sup>5</sup>. Eine exakte makroökonomische Gesamtschau ist freilich nicht notwendig, um ein "Pflegeproblem" zu diagnostizieren, das in erster Linie verteilungs- und ordnungspolitischer Natur ist.

---

3 Vgl. Dieter Deininger, *Sozialhilfeempfänger 1988*, in: *Wirtschaft und Statistik*, 1990, Heft 6, S. 421-429, hier: S. 427.

4 Das Sozio-ökonomische Panel (SOEP) ist eine seit 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung mit gegenwärtig ca. 10000 Befragten. Vgl. dazu auch Projektgruppe Panel, *Das Sozio-ökonomische Panel für die Bundesrepublik Deutschland nach fünf Wellen*, in: *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 1990, Heft 2-3, S. 141-151.

5 Vgl. Thiede, a.a.O., der auch eine Fülle weiterer statistischer Zahlen präsentiert; vgl. weiterhin Aloys Prinz, *Pflegebedürftigkeit als ökonomisches Problem*, Spardorf 1987.

Pflege ist personalintensiv und in jedem Falle kostspielig. Auch bei der Laienpflege entstehen in der Regel Opportunitätskosten durch entgangenes Einkommen, das durch Erwerbsarbeit hätte erzielt werden können. Ein Pflegeheimplatz kostet heute pro Monat etwa 3500 DM, in der Spitze auch 4000 DM und mehr<sup>6</sup>. Ein normaler Rentner oder Pensionär kann diese Beträge nicht aus seinem laufenden Einkommen aufbringen; auch 1000 DM und mehr pro Monat für professionelle häusliche Pflege ist für die meisten alten Menschen eine extreme Belastung<sup>7</sup>. Nach Schätzungen des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesminister der Finanzen<sup>8</sup> erhalten etwa 70 % der stationär Gepflegten Sozialhilfe; auf Basis der Sozialhilfeempfänger und der Ergebnisse des Sozio-ökonomischen Panels kann man schätzen, daß es bei den häuslichen Pflegefällen etwa 25 % sind. Dies ist ein sozial- wie ordnungspolitisch unbefriedigender Zustand.

Der Gang zum Sozialamt wird von vielen Pflegebedürftigen und/oder ihren Angehörigen als diskriminierend empfunden. Der Rückgriff auf Einkommen und das Vermögen von Betroffenen und ihren Angehörigen durch das Sozialamt kann zudem dazu führen, daß Pflegebedürftigen aus "Ersparnisgründen" keine optimale Pflege zukommt. Schließlich wird dadurch ein absehbares Risiko von der Sozialhilfe aufgefangen, das nur "letztes Netz" für nicht absehbare Fällen gedacht ist.

---

6 *Vgl. Thiede, a.a.O., S. 256, der von etwa 2 000 DM reinen Pflegekosten ausgeht, zu denen noch die sogenannten Hotelkosten kommen. Ebenso wie für die Anzahl der Pflegebedürftigen die statistische Erhebung unzuverlässig sind, gilt dies auch für die Kosten. Aufgrund der hohen Personalintensität von Pflege kann man auf jeden Fall von weit über dem volkswirtschaftlichen Durchschnitt liegenden Kostensteigerungen ausgehen.*

7 *Vgl. Thiede, a.a.O., S. 58ff.*

8 *Vgl. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesministerium der Finanzen zur Finanzierung von Pflegekosten, in: BMF-Dokumentation, 6/90, Bonn im Dezember 1990, S. 3.*

Dadurch finanzieren die Kommunen ein Risiko, das keinesfalls kommunalen Charakter trägt. So wurden im Jahre 1988 für "Hilfe zur Pflege" 8,7 Mrd. DM aufgewandt<sup>9</sup>.

Zur regulären Absicherung der mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen finanziellen Risiken sind über die seit dem 1.1.1991 geltenden neuen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei häuslicher Pflege<sup>10</sup> hinaus verschiedene Modelle in der Diskussion. Deren Spanne ist beachtlich breit. Sie reicht von

- Steuererleichterungen für eine freiwillige Versicherung bei privaten Versicherungsgesellschaften bis zu einer
- Schaffung eines neuen Zweiges in der Sozialversicherung mit Versicherungspflicht<sup>11</sup>.

---

9 *D.h., daß etwa ein Drittel des Sozialhilfeaufwands für das absehbare Pflegebedürftigkeitsrisiko aufgewandt wird. Vgl. Dieter Deininger, Sozialhilfeaufwand 1988, in: Wirtschaft und Statistik, 1989, Heft 10, S. 668-671.*

10 *Bei Schwerpflegebedürftigkeit besteht Anspruch auf 25 Tage Pflegeeinsatz oder 400 DM Pflegegeld pro Monat. Bereits seit 1990 gewähren die Krankenkassen bis zu vier Wochen lang maximal 1800 DM für "Urlaubs- bzw. Verhinderungspflege". Großzügiger bemessen sind hingegen die Beihilfsregelungen für Beamte, dessen Ehegatten und Kinder. Bis zu 70 % (der Beamte selbst und sein Gatte) bzw. 80 % der Heimpflegekosten werden erstattet (vgl. auch Gerhard Bäcker et al., Sozialpolitik, Band II, Köln 1989, S. 125ff.).*

11 *Ein reines Leistungsgesetz ist nicht mehr in der Diskussion.*

## 2 Das Pflegebedürftigkeitsrisiko

Nach den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland ist schwer pflegebedürftig, wer nach ärztlicher Festlegung wegen einer Krankheit oder Behinderung so hilflos ist, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer in sehr hohem Maß der Hilfe bedarf. Aus einer (temporären) Krankheit wird Pflegebedürftigkeit, wenn die Gesundheitsstörung nicht mehr heilbar ist<sup>12</sup>. Pflegebedürftigkeit wird gegenwärtig vorwiegend unter dem Aspekt der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen diskutiert. Es gibt aber natürlich auch ein Pflegebedürftigkeitsproblem bei jungen Menschen (z.B. Unfallopfern oder von Geburt an Behinderten). Immerhin sind über 100 000 Menschen, die 1988 "Hilfe zur häuslichen Pflege" erhalten haben, jünger als 60 Jahre<sup>13</sup>. In der ehemaligen DDR wurde deswegen das Risiko junger Pflegebedürftiger u.a. durch die Zahlung von Erwerbsunfähigkeitsrenten an junge Behinderte berücksichtigt.

### 2.1 Absicherung des Risikos

In der Politik wird seit einiger Zeit allgemein davon ausgegangen, daß häusliche Laienpflege der professionellen Pflege und insbesondere einer stationären Pflege in Institutionen aus menschlichen Gründen unbedingt vorzuziehen sei<sup>14</sup>. Diese

12 Vgl. dazu auch F.W. Schwartz, *Lebenserwartung - Mobilität - Mortalität*, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1986, Bd. 128, Nr. 5, S. 68-72, hier: S. 72.

13 Vgl. D. Deininger, 1990, a.a.O., S. 428.

14 Vgl. dazu z.B. Jens Alber, *Pflegebedürftigkeit im Spiegel der öffentlichen Meinung - Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage des Jahres 1989*, in: *Sozialer Fortschritt*, Heft 9, 1990, S. 211-216.

Sichtweise der Politiker, die wahrscheinlich die öffentliche Finanzierung der Kosten der professionellen Pflege scheuen, ist aber empirisch keineswegs gut belegt. Es ist allerdings nicht untypisch, daß im Bereich der Sozialpolitik nur wenig Empirie über die Wunschvorstellungen der Betroffenen vorliegt. Deswegen soo hier zuerst zu einem Gedankenexperiment gegriffen werden um zu überlegen, wie eine ideale Pflegesituation aussehen würde.

Die ideale Pflege dürfte zu Hause in der gewohnten Umgebung stattfinden ("alte Bäume verpflanzt man nicht"). Dies ist insbesondere dann besonders wichtig, wenn noch keine Schwer- bzw. Schwerpflegebedürftigkeit eingetreten ist. Zu den idealen Voraussetzungen gehört ein entsprechend großes Eigenheim, das viele technische Möglichkeiten bietet; ggf. muß eine entsprechend ausgestattete Institution temporär oder permanent zur Verfügung stehen. Die Pflege sollte als ein optimaler Mix zwischen verwandtschaft- und freundschaftlicher Laienpflege und professionalisierter Dienstleistungspflege (ggf. nur auf temporärer Basis zur Abdeckung besonderer Bedarfslagen) bestehen<sup>15</sup>. Für alle Teilziele ist offensichtlich ein hohes Einkommen bzw. ein stattliches Vermögen dienlich. Ein erwartetes Erbe bietet zudem dem Erblasser (hier dem alten Pflegebedürftigen) Instrumente zur Beeinflussung seiner Kinder und Enkelkinder<sup>16</sup> (bei einem jungen Pflegebedürftigen entfällt dieses Instrument natürlich). Selbst wenn die Kinder nicht

---

15 Vgl. auch B. Bäcker et al., a.a.O. S. 128.

16 Eine Pflegeversicherung, die eine Alternative zur häuslichen Pflege leicht finanzierbar macht, ist im übrigen nicht im Interesse eines "strategischen Erblassers", der seine Kinder bei Androhung des Vermögensverzehres durch eine stationäre Pflege zur häuslichen Pflege zwingen will (vgl. dazu Mark V. Pauly, *The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance*, in: *Journal of Political Economy*, 1990, Bd. 98, Nr. 1, S. 153-168.

pflegen bzw. der Pflegebedürftige dies nicht mag, so können die Kinder eine wichtige Kontrollfunktion für das Pflegepersonal ausüben<sup>17</sup>.

Im übrigen spart häusliche Laienpflege nicht unbedingt volkswirtschaftliche Kosten, wenn dadurch produktivere Erwerbsarbeit verhindert wird ( wie dies auch bei Frauen zunehmend der Fall ist). Die "billige Barmherzigkeit von Angehörigen"<sup>18</sup> hat leicht zu übersehende Opportunitätskosten, die insbesondere auch die "menschliche Zuneigung" gegenüber dem zu Pflegenden durchaus beeinträchtigen kann. Umgekehrt kann beim Pflegebedürftigen das ohnehin oft latente Gefühl verstärkt werden, den Angehörigen "zur Last zu fallen", da die kurzfristige Reziprozität nicht mehr gewahrt ist (die bei einer Versicherung intertemporal vermittelt wird). Es ist keineswegs ausgemacht, daß ein gutbezahlter Pfleger, der nicht mit den Pflegebedürftigen zusammenwohnt und sich deswegen nicht in einem Dauerstreß befindet, weniger barmherzig ist als ein eigenes Kind.

Versucht man nun dieses "Gedankenexperiment" empirisch zu testen, stellt man fest, daß zu diesem Thema nur wenig empirische Evidenz vorliegt, zumal bei der empirischen Analyse von pflegebedürftigen Personen abgesehen werden muß, die ökonomisch rationiert sind, d.h. keine Wahl haben und deswegen entweder nur zuhause oder in Krankenhäusern oder Heimen gepflegt werden. Betrachtet werden muß die Situation wohlhabender Alten, um die ideale Pflegesituation empirisch zu beschreiben. Darüber liegt darüber keine konsistente und repräsentative

---

17 *Leopold Rosenmayrs darüberhinausgehende Utopie ( Über Sexualität, Partnerschaft und Familie älterer Menschen, in: P. B. Baltes und J. Mittelstraß, (Hg.), Altern und gesellschaftliche Entwicklung, Berlin u.a. 1991, in Druck) eines möglichst breiten Freundeskreises im Alter ist wohl nur ein Spezialfall des geschilderten optimalen Mixes.*

18 *So die Frankfurter Rundschau nach Thiede, a.a.O., S.137.*

empirische Evidenz vor, jedoch reichen die vorhandenen Informationen<sup>19</sup> für die Aussage aus, daß entsprechend wohlhabende Pflegebedürftige keineswegs immer und ausschließlich häusliche Pflege durch Verwandte vorziehen. Im Gegenteil: Wohlhabende Pflegebedürftige schätzen offensichtlich außerhäusliche Pflege in entsprechend gut ausgestatteten Institutionen. Auch von jungen Behinderten ist bekannt<sup>20</sup>, daß sie keineswegs ausschließlich von Verwandten (d.h. oft den Eltern bzw. der Mutter) gepflegt werden wollen (verbunden mit einer entsprechenden totalen sozialen Kontrolle), sondern daß professionelle Hilfe durchaus geschätzt wird.

Es gibt auch eine Reihe repräsentativer empirischer Indizien, die gegen das ausschließliche Primat der häuslichen Pflege sprechen. So zeigt das Sozio-ökonomische Panel, daß alte Menschen umso wahrscheinlicher in Einzelhaushalten (d.h. zu zweit oder allein ) leben, je höher ihr Einkommen ist<sup>21</sup>. Dieses Verhalten unterstützt die These von dem Autonomiewunsch Älterer, der freilich im Falle der Pflegebedürftigkeit verloren gehen könnte. Hierzu kann Alber mit einer Repräsentativumfrage auch zeigen<sup>22</sup>, daß immerhin ein Viertel der Bevölkerung, insbesondere auch der älteren Bevölkerung, die ein relativ hohes Pflegerisiko trägt,

---

19 Vgl. Thiede, a.a.O., S. 20ff.

20 Vgl. G. Bäcker et al., a.a.O., S. 296.

21 Bei Kontrolle der Zahl der Kinder. Vgl. Axel Börsch-Supan, *Der Wohnungskonsum älterer Mitbürger - Wie lange selbstständig? Wie oft in Mehrpersonenhaushalten ?*, erscheint in: R. Hujer und H. Schneider (Hg.), *Person und Haushalt in Wirtschaft und Gesellschaft - Der Beitrag mikroanalytischer Längsschnittuntersuchungen*. Frankfurt, New York 1991.

22 Vgl. J. Alber, a.a.O., S. 214.

nicht-häusliche Pflege präferiert. Es dürfte für die Sozialstaats-Diskussion typisch sein, daß über die Präferenzen Pflegebedürftiger selbst keine repräsentativen empirischen Informationen vorliegen.

## 2.2 Absicherungsalternativen

Die offensichtliche Angst der Politiker vor den Kosten einer menschenwürdigen Pflege ist bei geeigneten Finanzierungsmodellen wahrscheinlich völlig unbegründet. Die Akzeptanz der beitragsfinanzierten sozialen Sicherungssysteme ist in der Bundesrepublik Deutschland enorm hoch, wie Umfragen verschiedenster Ausprägung immer wieder zeigen<sup>23</sup>.

Eine planmäßige Vorsorge ist der Weg, mit dem ein hohes Maß an Akzeptanz der notwendigen Kosten geschaffen werden kann. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird damit in die moderne Vorstellung von Sozialpolitik eingefügt, die von Planbarkeit der Vorsorge ausgeht und den Begriff "sozial" im Grunde genommen nur noch braucht, weil der Staat bestimmte Vorsorgeformen initiiert und/oder organisiert<sup>24</sup>. Letztlich finanzieren die Betroffenen als Gruppe ihre Vorsorge und Versorgung selbst.

---

23 Vgl. z.B. Wolfgang Zapf, *Individualisierung und Sicherheit*, in: G. Rolf et al. (Hg.), *Sozialvertrag und Sicherung*, Frankfurt, New York, S. 371-380; sowie Ralph Brennecke et al., *Akzeptanz der Gesundheitssicherung in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland* in: R. Hujer und H. Schneider (Hg.), *Person und Haushalte in Wirtschaft und Gesellschaft*, Frankfurt, New York 1991 (in Druck).

24 Vgl. Gabriele Rolf, Paul B. Spahn und Gert Wagner, *Wirtschaftstheoretische und sozialpolitische Fundierung staatlicher Versicherungs- und Umverteilungspolitik*, in: G. Rolf et al. (Hg.), *Sozialvertrag und Sicherung*, Frankfurt, New York, S. 13-42, hier S. 20.

Für das Problem der Versorgung im Falle der Pflegebedürftigkeit wird eine völlige freiwillige Versicherung von den meisten Diskutanten in Politik und Wissenschaft ausgeschlossen, da Sicherungslücken und Sozialhilfebedarf dabei offen bleiben würden. Bei der bereits angebotenen, rein privatwirtschaftlichen, freiwilligen Pflegeversicherung gibt es auch das Problem, daß es zu einer adversen Selektion derjenigen kommt, die sich im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit selbst als schlechte Risiken einschätzen<sup>25</sup>. Die gegenwärtig angebotenen Versicherungspolicen privater Versicherungsgesellschaften schützen sich hier durch ein extrem hohes Maß an Selbstbeteiligung, die durch mangelnde Dynamisierung der Versicherungsleistung erreicht wird. Insgesamt wird das Sicherungsziel ohne Versicherungspflicht mit hoher Wahrscheinlichkeit verfehlt und die Sozialhilfe ist weiterhin als Pflegeversorgung notwendig.

Liberales Politiker und Ökonomen würden gerne eine Versicherungspflicht vermeiden. Um gleichwohl die Vorsorge zu unterstützen, schlagen sie eine Subventionierung der Prämien einer freiwillig-privaten Absicherung mit Hilfe von Steuererleichterungen vor. Dadurch würde aber das Sicherungsziel bei Kleinverdienern nach wie vor oft verfehlt werden und die Verteilungswirkungen sind im allgemeinen unerwünscht<sup>26</sup>. Dieses Konzept scheidet aus, wenn wirklich eine

---

25 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim BMF, a.a.O., S. 5.

26 Selbst aus rein allokativer Sicht ist zu kritisieren, daß eine Subventionierung die Versicherungsanreize ebenso wie die Versicherungspflicht verzerrt, wobei die indirekten Kosten der Verzerrung durch eine Versicherungspflicht zumindest noch breit verteilt werden. Vgl. Renate Schubert, *Das Fehlen von Versicherungsnachfrage - Eine entscheidungstheoretische Anomalie?*, in: *Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik*, 1990, S. 496-509. Vgl. allerdings Prinz (a.a.O., S. 169), der sich eine Subventionierung der Versicherungsnachfrage über "Gutscheine" ausspricht, um die verteilungspolitischen Probleme zu umgehen und gleichzeitig den Wettbewerb unter Privatversicherern zu stärken.

effektive Absicherung des Pflegerisikos erreicht werden soll. In diesem Zusammenhang verfehlt ist auch das liberale Argument, daß die Pflegebedürftigkeit kein "allgemeines Risiko" bzw. ein "typisches Einzelfallrisiko" sei, da beim jetzigen Stand der Medizin nur etwa 10 % der älteren Menschen damit rechnen müssen, pflegebedürftig zu werden<sup>27</sup>. Gerade deswegen lohnt sich ja eine Versicherung, da sie für den Einzelnen ein geringeres Maß an Versorgeleistung (d.h. Konsumverzicht) erfordert. Wenn nahezu alle Älteren pflegebedürftig würden, würde eine Versicherung nur geringe Wohlfahrtssteigerung ermöglichen.

Schwer nachvollziehbar ist auch das Argument, das eine Pflege-Pflichtversicherung im Rahmen der Sozialversicherung ablehnt, da dadurch die sogenannten Lohnnebenkosten steigen würden. Wenn das Pflegebedürftigkeitsrisiko als existentielles Risiko akzeptiert wird und daraus der Schluß gezogen wird, daß eine generelle Vorsorge erwünscht ist, so wird dadurch das verfügbare Einkommen der Versicherten auf jeden Fall reduziert<sup>28</sup>. Wenn dies nicht im Rahmen einer Sozialversicherung erfolgt, sondern alle Versicherten Prämien an eine private Versicherung zahlen müssen, so ändert dies grundsätzlich nichts an den Kosten. Auf die Arbeitgeber kommen diese Kosten indirekt auf jeden Fall zu; sie werden sie ebenso in jedem Falle ggf. bei Lohnforderungen berücksichtigen<sup>29</sup>.

---

27 Vgl. z.B. Thomas Ruf, *Pflegeversicherung - Der falsche Weg*, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 1985, S. 223-225, hier S. 224.

28 Nahezu ausschließen kann man, daß durch die Versicherung eingesparten Sozialhilfekosten zu Steuersenkungen führen, da praktisch alle Kommunen dieses Geld in Infrastrukturmaßnahmen investieren können.

29 Auf einem anderen Blatt steht das Problem, ob der ohnehin weitgehend überwälzbare Arbeitgeberanteil in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen noch zeit- bzw. zielgemäß ist.

### 3 Grundsätze einer Pflegeversicherung

Die Finanzierung einer Pflegeabsicherung ist der Kernpunkt der aktuellen politischen Diskussion. Ausgangspunkt von Überlegungen zur optimalen Gestaltung der Finanzierung einer Pflegevorsorge sollen deswegen fünf Grundsätze sein, die der wissenschaftliche Beirat beim Finanzministerium formuliert hat<sup>30</sup>.

- Durch Verpflichtung zur Eigenvorsorge soll dem gestiegenen Wohlstand Rechnung getragen werden.
- Die Pflegeabsicherung sollte von demographischen Veränderungen weitgehend unabhängig sein.
- Das Kostenbewußtsein der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen soll durch Verpflichtung zur Selbstbeteiligung gestärkt werden.
- Zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen soll Wettbewerb herrschen.
- Um Niedrigverdiener nicht zu überfordern, soll ihre Eigenvorsorge zum Teil oder ganz von der öffentlichen Hand übernommen werden.

Der Beirat kommt mehrheitlich zum Ergebnis, daß eine effektive Sicherung durch eine Vorsorgepflicht gelöst werden könnte, die bei privaten Versicherungen realisiert wird, wobei für jeden Bürger bei Geburt eine Pflegeversicherung abzuschließen sei. Diese Pflegeversicherung solle mit Kapitaldeckung arbeiten, d.h. daß es bei niedrigen Prämien für jüngere Versicherte eine lange "Ansparphase" gibt; bei älteren Versicherten wären die Prämien höher. Eine Minderheit des Beirates votierte für eine umlagefinanzierte Lösung, die ohne Ansparphase auskommt und die Prämien nicht nach dem "Eintrittsalter" staffelt.

---

30 *Die vom Wissenschaftlichen Beirat beim BMF (a.a.O.) postulierte absolute Priorität der häuslichen Pflege ist nach den Ergebnissen von Abschnitt 2.1 oben, nicht ohne weiteres aufrecht zu erhalten.*

Im folgenden soll gezeigt werden, daß die Ziele des Beirates nicht zwangsläufig nur durch eine privatversicherungsrechtliche Lösung erreicht werden können, sondern die Eingliederung des Pflegerisikos in die Absicherung der bestehenden Krankenkassen ein finanz- wie sozialpolitisch gangbarer Weg ist.

### 3.1 Einbezogener Personenkreis

Wenn man konzediert, daß dauerhafte Pflegebedürftigkeit von der Geburt an ein Risiko darstellt, dann ist ein Versicherungsschutz von Geburt an der einzig sinnvolle Weg zum Erreichen einer effektiven Vorsorge. Bis zur eigenen Beitragszahlung ist eine Mitversicherung bei den Eltern bzw. eine Versicherung durch die Eltern notwendig.

Ein Versicherungsschutz, der erst mit dem 45. Lebensjahr einsetzt, - wie z.B. vom Bundesland Baden-Württemberg vorgeschlagen wird - würde die Versorgungslücken jüngerer Pflegebedürftiger nicht beseitigen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund, ethischer Vorstellungen, daß auch Schwangerschaften ausgetragen werden sollten, die zu absehbaren Behinderungen des Kindes führen werden, nicht verantwortbar<sup>31</sup>.

Eine Pflicht-Versicherung, die beim Eintritt in das Berufsleben abgeschlossen wird, wäre selbst als "Kompromiß" zwischen den Extremen "Versicherungspflicht ab Geburt" bzw. "ab dem 45. Lebensjahr" nicht zielgerecht, da sie Sicherungslücken offenläßt und trotzdem einen starken staatlichen Eingriff darstellt.

Eine umlagefinanzierte Pflichtversicherung für die Vorsorge für den Pflegebedürftigkeitsfall, die ab Geburt gilt, wäre finanziell wenig schmerzhaft. Selbst

---

31 Vgl. für dieses in der politischen Diskussion in den Unionsparteien vorgebrachte Argument Jürgen Forster, *Pflegeversicherung in der Sackgasse*, in: *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 292/20.12.1990, S. 27.

wenn sich durch Einführung der Versicherung die Kosten gegenüber den jetzigen Ausgaben im Rahmen der Sozialhilfe verdoppeln würden, würde (in Westdeutschland) nur ein Finanzvolumen von etwa 20 Milliarden DM erreicht<sup>32</sup>. Das ist, gemessen an anderen Leistungen des sozialen Sicherungssystems ein kleiner Betrag. Die gesetzliche Rentenversicherung hat in Westdeutschland ein Ausgabenvolumen von etwa 190 Mrd. DM pro Jahr. Gesetzliche und private Krankenversicherungen gaben 1989 ungefähr 142 Mrd. DM aus. Durch eine umlagefinanzierte Pflegeabsicherung für den Kreis der Krankenversicherten würde sich (bei den bestehenden Versicherungspflichtgrenzen) etwa ein Beitragssatz von etwa 2% ergeben<sup>33</sup>. Eine Pflichtversicherung, die - wie vom Bundesland Baden-Württemberg vorgeschlagen - erst mit dem 45. Lebensjahr einsetzt, hätte weit höhere Beitragssätze zur Folge.

Eine Pflege-Absicherung von Geburt an kann ohne Zweifel auch von privaten Versicherungen übernommen werden, wenn es gesetzlich sichergestellt würde, daß keine private Versicherungsgesellschaft einen derartigen Versicherten ablehnen kann (Kontrahierungszwang). Wenn eine bestimmte Versicherungsgesellschaft

---

32 Dies entspricht 1000 DM reiner Pflegekosten für häuslich Gepflegte (ca. 900000 Personen) und 2000 DM reiner Pflegekosten für stationär Gepflegte (ca. 400000 Personen). Selbst wenn alle Pflegebedürftigen stationär gepflegt werden würden, würden die Kosten nur auf insgesamt 30 Mrd. DM steigen.

33 Vgl. auch die detaillierten Berechnungen von Thiede, a.a.O., S. 295ff. Ob die Beiträge nur von Erwerbstätigen aufgebracht werden sollten (bei Mitversicherung von Familienangehörigen) oder ob eine stärkere Individualisierung der Beitragszahlung angestrebt werden sollte (insbesondere für nicht-erwerbstätige Ehepartner) ist eine Frage, die hier nicht diskutiert werden soll.

aufgrund guter Leistungen gehäuft "schlechte Risiken" versichern müßte, wäre dies über ein Rückversicherungssystem ausgleichbar, wie es bei privaten Versicherungsgesellschaften üblich ist<sup>34</sup>.

### **3.2 Umlagefinanzierung oder Kapitaldeckung?**

Das Ziel der Verpflichtung zur Eigenvorsorge kann offensichtlich sowohl durch private als auch soziale Versicherungslösungen gewährleistet werden. Eigenvorsorge ist insbesondere auch nicht mit Kapitaldeckung der Versicherung identisch. Es wird oft übersehen, daß die wenigsten privaten Versicherungen mit Kapitaldeckung arbeiten, sondern die meisten praktizieren ein Umlagesystem<sup>35</sup>. Letzteres ist nur für private Versicherungsgesellschaften dort nicht möglich, wo auf Dauer ein Einkommen ersetzt werden muß, also insbesondere im Bereich der Altersvorsorge. Hier muß bei privaten Versicherungen ein Ansparprozeß erfolgen, da nicht sichergestellt ist, daß die Umlage von nachfolgenden Versicherungskohorten aufgebracht wird.

Bei der rationalen Wahl der Finanzierungsform sind unterschiedliche Fragen von Bedeutung:

---

34 Auch der Beirat beim BMF (a.a.O. S. 9) setzt sich für "Kontrahierungszwang" ein, der einen Risikoausgleich durch Rückversicherung unmöglich (S. 14).

35 Vgl. auch Gert Wagner, *Umverteilung in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt, New York 1984, S. 14ff.

- Wird durch Umlage- oder Kapitaldeckung die Versicherung effektiver (d.h. kann sie ihr Absicherungsziel besser erfüllen) ?
- Wird durch Umlage- oder Kapitaldeckung die gesamte wirtschaftliche Entwicklung beeinflußt; d.h. mit anderen Worten: induziert das durch die Versicherung angesparte Kapital Wachstumseffekte?
- Schließlich spielen beide Dimensionen bei der Frage nach dem Einfluß demographischer Entwicklung auf die Versicherung eine Rolle.

### **3.2.1 Finanzierungsform und Effektivität der Pflegeversicherung**

Zur Beantwortung der Frage nach der Effektivität einer Versicherung gelten folgende Überlegungen. Eine exakte Kapitaldeckung ist insbesondere in Versicherungsbereichen unmöglich, bei denen das Niveau des abzusichernden Risikos unbekannt und dadurch das notwendige Sparvolumen nicht prognostizierbar ist. Eine nahezu reine Risikoumlage ist deswegen im Bereich der Gesundheitsversorgung gegeben.

Die gesetzlichen wie die privaten Krankenversicherungen legen die kaum prognostizierbaren Kostensteigerungen im Gesundheitswesen (die auch durch die übliche Selbstbeteiligung bei privaten Versicherungen offensichtlich kaum beeinflußt werden) auf die Versicherten um. Die Altersrückstellungen reichen bei weitem nicht aus, um den Beitragssatz im Alter konstant halten zu können. Dies ist auch nicht verwunderlich, da verlässliche Kalkulationsgrundlagen im Bereich der Gesundheitsversorgung fehlen.

Die Pflegekosten sind ebensowenig prognostizierbar wie die Kosten des Gesundheitswesens im allgemeinen. Welche Kosten durch die Intensivierung der Apparat-Medizin im Bereich der Pflege entstehen können, ist nicht vorhersehbar.

Auch die Personalkosten im Pflegebetrieb sind schwer abschätzbar. Schließlich ist es nahezu unmöglich zu prognostizieren, welcher Anteil der Bevölkerung bzw. der Versicherten künftig pflegebedürftig sein wird. Die Frage nach der Korrelation der längeren Lebenserwartung mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit ist empirisch noch nicht geklärt<sup>36</sup>. Hierfür sind außer biologischen und medizinischen Faktoren auch soziale Umstände verantwortlich. So stimmt z.B. die populäre These nicht<sup>37</sup>, daß die Tendenz zum Alleinleben dazu führt, daß der Anteil älterer Personen, die sich nicht mehr selbst versorgen können, zwangsläufig steigt. Die soziologische Biographieforschung kann anhand von internationalen Befunden zeigen<sup>38</sup>, daß Alleinlebende mit Behinderungen im Alter eher besser zurechtkommen (solange nicht biologische Gesetzmäßigkeiten dem entgegenstehen) als an ihren Ehepartner gewohnte verwitwete alte Menschen. Insbesondere Männer, die im hohen Alter verwitwen und niemals einen eigenen Haushalt geführt haben, werden im Durchschnitt sehr schnell pflegebedürftig. Das Gegenteil dazu sind Kriegswitwen in der Bundesrepublik Deutschland, die jahrzentlang allein lebten und auch mit zunehmenden Behinderungen im Alter relativ gut zurechtkommen.

---

36 Vgl. für einen Überblick G. Pedroni und P. Zweifel, *Alter - Gesundheit - Gesundheitskosten*, Band 1981, sowie F. W. Schwartz, *Annahmen und Wissen zum Gesundheitszustand alter Menschen*, in: *Kasseler Gerontologische Schriften*, Bd. 6, 1989, S. 69-90.

37 Vgl. z.B. Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.), *Vierter Familienbericht*, Bonn.

38 Vgl. Vern L. Bengtson und Yvonne Schütze, *Alter und Generationenbeziehungen - Aussicht für das kommende Jahrhundert*, erscheint in: P.B. Baltes und J. Mittelstraß (Hg.), *Altern und gesellschaftliche Entwicklung*, Berlin u.a. 1991 (im Druck).

Aufgrund mangelnder Vorhersehbarkeit des Ausmaßes des Pflegebedürftigkeitsrisikos müßte ein rein kapitalgedecktes System für eine Pflegeabsicherung ein Maximum an Finanzmittel anhäufen, um für alle Fälle gewappnet zu sein. Dies wäre offensichtlich ineffizient (d.h. nicht sparsam im Hinblick auf das zu erreichende Ziel) und noch nicht einmal die Effektivität wäre gewährleistet, da die Kostensteigerungen immer noch höher sein könnten als angenommen wurde. Würden im umgekehrten Falle die betroffenen Versicherten die Wahrscheinlichkeit antizipieren, daß nicht das gesamte angesparte Kapital später für die Versicherungsleistung notwendig ist, würden sie ihre sonstige Sparleistung reduzieren und sowohl individuell als auch wachstumspolitisch wäre durch diese Art der Kapitaldeckung nichts gewonnen. Es kommt aber noch das Problem hinzu, daß durch eine zu hohe Vorsorgeleistung die Gefahr besteht, daß der Medizinbetrieb die hohe "Reserve" dazu nutzt, um durch Erhöhung der Mengen und Preise gleichzeitig die eigenen Einkommen zu erhöhen.

Bei realistischer Einschätzung sollte man davon ausgehen, daß private Versicherungsgesellschaften eine Pflicht-Pflegeversicherung wahrscheinlich im wesentlichen per Umlage abwickeln würden; ebenso wie bei privaten Krankenversicherungen wären die Prämien flexibel und die Altersrückstellungen würden eine eher untergeordnete Rolle spielen.

### **3.3.3 Finanzierungsform und wirtschaftliches Wachstum**

Viele Praktiker und Ökonomen erhoffen sich durch die Einführung des Kapitaldeckungsverfahrens für die Absicherung sozialer Risiken eine höhere volkswirtschaftliche Kapitalbildung und dadurch die Erreichung eines höher liegenden Wachstumspfad, d.h. einen in allen künftigen Jahren höheres reales

Bruttosozialprodukt pro Kopf, welches einen größeren Verteilungsspielraum ermöglichen würde<sup>39</sup>. Von anderer Seite wird jedoch bezweifelt, daß die höhere volkswirtschaftliche Kapitalbildung und der Wachstumseffekt eintreten, weil es auch zu einer Substitution verschiedener Kapitalanlageformen bzw. Ersparnisformen untereinander kommen kann. Im Zusammenhang mit einer Pflegeversicherung ist folgende Spezialüberlegung von besonderer Bedeutung.

Eine Pflegeversicherung dient nicht nur einer effektiven Pflege, sondern dadurch wird letztendlich auch das erwartete Erbe geschützt (welches ohne Versicherung im Pflegefall teilweise oder ganz für die Pflege aufgezehrt werden kann). Wenn die Menschen aber explizit das Wohlergehen ihrer Nachkommen mit in ihre Nutzenfunktion eingehen lassen<sup>40</sup> und ein positives Nettovermögen vererben wollen, dann läßt - im theoretischen Modell von Barro - die umlagefinanzierte Sozialversicherung private Ersparnis unbeeinflusst.

Neben makroökonomischen Problemen (ob eine erhöhte Sparsumme auch tatsächlich in Wachstum umgesetzt wird ?) kommt beim Übergang eines umlagefinanzierten sozialen Sicherungssystems (wie es im Falle der Pflegebedürftigkeit die Sozialhilfe darstellt) ein schwer überwindbares Problem hinzu, welches kaum noch Wachstumseffekte erwarten läßt: Da bei Einführung einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung die jetzige Beitragszahlergeneration sowohl ihre eigenen Bei-

---

39 Vgl. für einen Überblick jüngst Bernhard Gahlen, Helmut Hesse und Hans Jürgen Ramser unter Mitarbeit von Gottfried Bombach (Hg.), *Theorie und Politik der Sozialversicherung*, Tübingen 1990.

40 Vgl. dazu auch Wolfgang Franz, *Ökonomische Aspekte der Alterssicherung - Revision des Generationenvertrages?*, in: B. Gahlen et al., a.a.O., S. 313-325, hier: S. 319.

träge als auch die Absicherung der jetzigen Pflegebedürftigen aufbringen müßte (z.B. durch die Sozialhilfe), würde dadurch mit größter Wahrscheinlichkeit das private Sparen zurückgedrängt und wachstumspolitisch wäre nichts gewonnen.

### 3.2.2 Finanzierungsform und demographische Entwicklung

Ob das Teilziel "Unabhängigkeit der Pflegeabsicherung von demographischen Veränderungen" durch Kapitaldeckung besser gewährleistet wird als durch die Umlage, ist nicht eindeutig. Eine umlagefinanzierte Versicherung gerät ja immer dann in Akzeptanzprobleme, wenn das Verhältnis der Beitragszahler zu den Versicherten ungünstiger wird, da dann entweder die Beitragssätze steigen oder die Leistungen sinken. Abgesehen davon, daß selbst bei abnehmender Bevölkerungszahl durch steigende Erwerbstätigkeit das Verhältnis von Beitragszahlern und Leistungsempfängern im Umlageverfahren nicht ungünstiger werden muß, muß man auch akzeptieren, daß die populäre Prognose einer Bevölkerungsschrumpfung in der Bundesrepublik Deutschland bislang nicht eingetreten ist, und sie immer stärker von der Wirklichkeit überholt wird<sup>41</sup>. Bei der ständig noch wachsenden Bevölkerungszahl auf dieser Welt ist nicht nur Kapital mobil, sondern auch Menschen sind es und bewegen sich - wie dies immer in der Geschichte der Fall war und ob man dies will oder nicht - in Richtung auf Wohlstandszentren.

Einwanderungen stellen bei kapitalgedeckten Pflegeversicherungen natürlich ein Problem dar, da die Einwanderer ja nicht bereits mit einer angesparten Versicherung in das Land kommen und für diese das Sicherungsziel verfehlt wird. Für

---

41 Vgl. auch Gert Wagner, *Relevanz von Bevölkerungsprognosen als Grundlage wohlfahrtstaatlicher Politik*, in: Stefan Hradil (Hrsg.), *Der betreute Mensch? Band 13 (Neue Folge) der Soziologenkorespondenz*, München, 1989 S. 1-23.

ein Umlagesystem sind Einwanderer auf jeden Fall eine Hilfe, da in der Regel Jüngere und nicht Ältere einwandern, so daß im Durchschnitt durch Einwanderungen mehr Beiträge in die Kasse einer umlagefinanzierten Versicherung kommen als Ausgaben entstehen. Genau diese Situation ist bereits jetzt in der gesetzlichen Rentenversicherung zu beobachten. Nur eine umlagefinanzierte Versicherung löst auch das Problem, daß es bei Einführung einer kapitalgedeckten Versicherung eine "Altlast" gäbe, nämlich die pflegenahen Jahrgänge, die nur zu sehr hohen Versicherungsprämien einen privaten Versicherungsschutz für Pflegebedürftigkeit erlangen könnten. Für die meisten dieser älteren Menschen müßten die Beiträge hoch subventioniert werden (eine Steuerbegünstigung würde vielfach nicht helfen, da Ältere zu geringe oder keine Steuern zahlen) und die möglichen Wachstumseffekte durch Einführung der Kapitaldeckung würden c.f. kleiner.

#### 3.2.4 Zwischenergebnis

Faßt man die genannten Argumente zur optimalen Finanzierungsform zusammen, so scheint es zur Sicherstellung der Effektivität der Absicherung sinnvoll zu sein, daß Pflegebedürftigkeit als Versicherung auf Gegenseitigkeit in Umlagen zu finanzieren<sup>42</sup>. Dies ermöglicht ein hohes Maß an Effektivität der Versorgung. Wahrscheinlich würden sich auch private Versicherungsgesellschaften bei genügend großen Versichertenkollektiven (die im Zweifel durch Rückversicherungen

---

42 *Ob und ggf. wie die Altersvorsorge, aus der ältere Menschen die Umlagebeiträge zur Pflegeversicherung zahlen, durch Kapitaldeckung finanziert wird, ist eine ganz andere Frage.*

realisiert werden) auch nur für eine partielle Kapitaldeckung entscheiden. Die möglichen Wachstumseffekte scheinen in jedem Falle marginal zu sein<sup>43</sup>.

### 3.3 Kostenbegrenzung und Selbstbeteiligung

Das Teilziel "Selbstbeteiligung" bzw. allgemeiner gesagt "Kostenbewußtsein" ist völlig unabhängig von privaten oder sozialen Versicherungslösungen zu realisieren, um eine "Anspruchinflation" zu vermeiden. Dieses Problem haben Sozialversicherungen ebenso wie private. Freilich muß man sich darüber im klaren sein, daß eine menschengerechte Pflegeabsicherung in jedem Falle mehr Geld kostet als z.Z. aufgewandt wird<sup>44</sup>. Man muß bedenken, daß in der Zeit, als z.B. die Kosten der vielgescholtenen niederländischen Pflegeversicherung stark anstiegen, auch die Kosten der "Hilfe zur Pflege" im Rahmen der bundesdeutschen Sozialhilfe (in den 70er Jahren ) geradezu explodierten<sup>45</sup>. Gleichwohl sind natürlich unterschiedlich wirksame Kostenbegrenzungsmodelle möglich. Sowohl bei privaten Versicherungen wie bei der Sozial-Versicherung sind vielfältige Formen der Selbstbeteiligung möglich.

---

43 *Eine andere Frage ist allerdings, ob durch die Einführung der Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung ein "ordnungspolitisches Signal" gesetzt würde, wie es der Beirat beim BMF als wichtiges Ziel formuliert (S. 17).*

44 *Vgl. z.B. auch Aloys Prinz, Pflegebedürftigkeit - wie kann eine bessere Absicherung aussehen ?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 12, S. 279-283, hier: S. 283, und für die US amerikanische Diskussion Dorothy P. Rice, Health and Long-Term Care for the Aged, in: American Economic Review, Vol. 79, No. 2, 1989, S. 343-348, hier: S. 347.*

45 *Vgl. Thiede, a.a.O., S. 140. Er zitiert Literatur, nach der von 1978 bis 1981 die Steigerungsraten der Pflegekosten in den Niederlanden sogar niedriger lagen als in der Bundesrepublik Deutschland.*

Eine besonders einschneidende Form der Selbstbeteiligung ist durch die Abgrenzung des Grades der Pflegebedürftigkeit möglich, ab dem die Versicherungsleistung gewährt wird. Der Verband der Angestellten-Krankenkasse (VdAK) schlägt z.B. eine Bewertung auf Schwer- und Schwerstpflegefälle vor (dieser Kreis entspricht in etwa dem gegenwärtig von der Krankenversicherung anerkannten Berechtigtenkreis)<sup>46</sup>. Dieses Modell würde dem umfassenden Sicherungsziel widersprechen<sup>47</sup>; allerdings könnte man hoffen, daß in vielen Fällen durch diese Bewußtmachung des Risikos private Versicherungslösungen indiziert würden.

Grundsätzlich sinnvoll scheint zu sein, nur die reinen Pflegekosten zu versichern, die "Hotelkosten" jedoch der normalen Altersvorsorge zu überlassen<sup>48</sup>. Ein einfacherer Weg zur Förderung der häuslichen Pflege, die auch kostengünstig ist, könnte die vom Beirat des Finanzministers unterstützte stärkere Anerkennung von Pfllegetätigkeit beim Aufbau eigener Sozialversicherungsanwartschaften sein<sup>49</sup>.

---

46 Vgl. Jürgen Forster, *Eine Pflegeversicherung nur für schwere Fälle*, in: *Süddeutsche Zeitung*, Nr. 298/29.12.1990, S. 33.

47 Deswegen sollen über die seit dem 1.1.1991 geltenden neuen Regelungen im Rahmen der GKV weitere gesetzliche Bestimmungen geschaffen werden.

48 So z.B. der Beirat beim BMF, a.a.O., S.11.

49 Thiede (a.a.O.) hat einen Vorschlag vorgelegt, der berücksichtigt, daß ein großes soziales Netz einer Person eine "Selbstbeteiligung" darstellt, da durch Kinder die kostengünstige häusliche Pflege erleichtert werden kann. Operationalisiert dies bei Thiede dadurch, daß der Kinderzahl die Beitragssätze sinken. Die spätere Versicherungsleistung ist umso niedriger, je mehr Kinder vorhanden sind (bzw. genau genommen: noch leben). Ein versicherungsgemäßer Risikoausgleich ergibt sich dadurch, daß Personen, die weniger Beiträge gezahlt haben, deren Kinder später aber nicht mehr zur Pflege zur Verfügung stehen (z.B. wegen Tod), bei den Versicherungsleistungen so behandelt werden, als ob sie niemals Kinder gehabt hätten. Ein offenkundiges Problem dieser Lösung ist jedoch - neben der Bereitschaft - die Mobilität von Kindern, die im Falle der Pflegebedürftigkeit nicht mehr "vor Ort" wohnen.

Auch Thiede (a.a.O., S. 182 und S. 271) geht - wie die Politik - davon aus, daß häusliche Pflege vorzuziehen sei. Man sollte freilich bedenken, daß durch dieses Leitbild zumindest für einen nennenswerten Teil der Bevölkerung eine ausreichende Pflegevorsorge verfehlt wird (bei Thiede sind es Eltern, deren Kinder sich - in welcher Form auch immer - der Pflege verweigern). Wenn die Kosten der professionellen häuslichen bzw. der stationären Pflege voll durch eine Versicherung aufgebracht werden würden, so müßte man vor den Kosten keine Scheu haben. Die stationäre Pflege wäre dann das Leitbild und man könnte häusliche Pflege durch Beitragserstattung belohnen (ähnlich wie in der PKV). Da es sich hier in absehbarer Weise um einen gesamtwirtschaftlichen Sparvorgang handelt, wäre zu überlegen, ob dieser Teil der Pflegeversicherung nicht über Kapitaldeckung abgewickelt wird. Zwar würde dadurch nicht die gesamtwirtschaftliche Sparquote erhöht (da das Zwangssparen antizipiert wird und privates Sparen unterbleibt); aber zumindest würde auch keine Reduktion der Sparquote erfolgen.

#### 3.4 Grundsätze der Leistungsgewährung einer Pflegeversicherung

Auf Details der Leistungsgewährung einer Pflegeversicherung kann hier nicht eingegangen werden<sup>50</sup>. Eine Pflichtversicherung müßte sicherlich gewisse Mindeststandards gewährleisten, deren Festlegung zunächst eine Frage an Experten und später auch an die Ministerialbürokratie ist. Aus ökonomischer Sicht ist anzumerken, daß der Grundsatz, daß "Wettbewerb zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen" herrschen sollte, der sowohl die Qualität der Pflege verbessern wie die Kosten senken soll, völlig unabhängig von der Rechts- und Fi-

---

50 Vgl. für eine ausführliche Diskussion Thiede, a.a.O., S. 147 ff.

finanzierungsform der Pflegebedürftigkeitsversicherung ist. Wer die eigentliche Pflege-Dienstleistung erbringt, hängt von der Organisationsform des gesamten Gesundheitswesens ab. Dabei ist anzustreben, daß Ärzte und Pfleger dafür honoriert werden, daß sie Menschen gesund und aktiv erhalten (wie dies in US-amerikanischen Health Maintenance Organizations ansatzweise gelingt) und nicht an der Mengenausweitung der Behandlung profitieren<sup>51</sup>. Dies ist das schwierigste Problem der Gesundheitsökonomie, das hier nicht weiter behandelt werden kann. Allerdings lenken diese Überlegungen den Blick auf ein gravierendes Problem der Leistungsgewährung bei Pflegebedürftigkeit:

- die Abgrenzung der dauerhaften, nicht heilbaren Pflegebedürftigkeit von temporärer Krankheit und
- die sich aus diesem Abgrenzungsproblem ergebenden organisatorischen Konsequenzen.

Es ist bekannt, daß sich heute bereits Krankenkassen gegen die Einweisung von Pflegefällen in teure Krankenhausbetten wehren. Umgekehrt hätte eine Pflegeversicherung ein Interesse daran, daß kranke Menschen möglichst lange nicht als "Pflegefall" eingestuft würden. Ein Streit zwischen den Versicherungen würde vielleicht Kosten sparen, aber auf dem Rücken der Kranken bzw. Pflegebedürftigen ausgetragen werden. Eine einfache Versicherungspflicht bei privaten Pflegeversicherungen würde dieses Überwälzungsproblem im Zweifel noch verschärfen. Es ist in der Versicherungsbetriebslehre seit langem anerkannt, daß Einheitstarife im Zweifel besser sind als differenzierte Versicherungstarife, wenn

---

51 Vgl. z.B. Margaret Asmuth, *Alternative Versicherungsformen in den USA - Das Beispiel der HMO*, in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 42. Jg., Heft 1, S. 8-13.

die Schadensklassen schwer separierbar sind<sup>52</sup>. Ein Pooling zweier nicht unabhängiger Risiken ist hier wahrscheinlich im Interesse der Versicherungsgewißheit effektiv.

#### 4 Krankenkassen als Träger der Pflicht-Pflegeabsicherung

Umsetzbar wäre die skizzierte Lösung durch eine einfache gesetzliche Verpflichtung, daß gesetzliche wie private Krankenversicherer auch eine Pflegeabsicherung anbieten müssen<sup>53 54</sup>; dadurch würden Kostenverschiebungsversuche zwischen einzelnen Trägern wirksam vermieden und eine Pflege "in einer Hand" garantiert<sup>55</sup>. Auch im Rahmen der Krankenversicherung können Beitrags- und

---

52 Vgl. z.B. Paul Bräü, *Prämiengerechtigkeit aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht*, in: *Versicherungs-Archiv*, 1958, Heft 4, S. 257-268, hier: S. 268.

53 Auch der Beirat beim Bundesminister der Finanzen (a.a.O., S. 9) empfiehlt ja mit einem Kontrahierungszwang für die privaten Pflegeversicherungen einen massiven Eingriff in die Gestaltungsfreiheit der Privatversicherer. Für Krankenversicherungen im allgemeinen wird in der Gesundheitsökonomie ohnehin ein Kontrahierungszwang favorisiert; vgl. z.B. Peter Zweifel und Heinz Hauser, *Krankenversicherung unter Wettbewerbsbedingungen*, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Bd. 76, Heft 2, 1987, S. 302-317; sowie insbesondere Harris Schlesinger und J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg, *Mehr Markt im Gesundheitswesen*, in: *Zeitschrift für die gesamte Staatswissenschaft*, Bd. 144, Nr. 2, S. 396-402, hier: S. 399.

54 Inwieweit auch Kinderbetreuung integriert werden kann ("Betreuungsversicherung") wäre noch zu diskutieren. Vgl. dazu z.B. Notburga Ott et al., *Kindererziehung und Erwerbstätigkeit - Marktwirtschaftliche Möglichkeiten einer erziehungsfreundlichen Erwerbstätigkeit in Deutschland*, in: *Wirtschaftswissenschaft*, 38 (1990) 9, S. 1242-1261.

55 Vgl. zur Kritik der bestehenden Sozialversicherungszweige z. B. auch Christian von Ferber, *Ist ein gegliedertes Sozialleistungssystem den Volkskrankheiten gewachsen*, in: *Gewerkschaftliche Monatshefte*, Heft 11, 1987, S. 697-706.

Leistungsformen der Pflege"policen" völlig unabhängig und zielgerecht gestaltet werden, um durch geeignete Formen der Selbstbeteiligung eine "Anspruchsinflation" zu verhindern. Da praktisch jeder Wohnbürger der Bundesrepublik Deutschland krankenversichert ist, würden durch die Ansiedlung der Pflegevorsorge bei den Krankenversicherungen automatisch kaum noch nennenswerten Vorsorgelücken bleiben. Darüberhinaus könnten alle Wohnbürger verpflichtet werden, sich gegen Pflegebedürftigkeit zu versichern. Auch Beamte sollten eine solche Versicherung nachweisen, um die Kosten der Beihilfe senken zu können.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen müßten das Pflegerisiko - wie es ihrem Auftrage entspricht - zu einem einheitlichen Durchschnittsbeitragssatz absichern. Bei privaten Krankenversicherungen würde dies nicht dem üblichen Prinzip entsprechen, daß - mit höherem Alter bei Abschluß der Versicherung - auch die Prämie steigt (da das erwartete durchschnittliche Risiko höher ist als bei jungen Erstversicherten). Ob eine PKV im Falle der Pflegeversicherung die Prämien nach dem Alter staffelt oder einen gewissen Ausgleich unter ihren Versicherten erläßt (wie dies z.B. im "offenen Deckungsplanverfahren" der berufsständischen Versorgungswerken möglich ist), kann man den einzelnen Versicherungsgesellschaften überlassen<sup>56</sup>); ebenso kann ihnen überlassen bleiben, ob sie via Rückversicherung einen "Finanzausgleich" anstreben<sup>57</sup>.

Diejenigen, die den Wettbewerb im Gesundheitswesen stärken wollen, sollten sehen, daß durch die vorgeschlagene Zuordnung der Pflegeabsicherung bei den So-

---

56 *Bei bestehenden Pflegeversicherungen (sofern ihr Absicherungsumfang ausreicht) sind natürlich Befreiungsregelungen vorzusehen. Gleiches gilt für eindeutige vermögenswirksame Dispositionen, die eine Versicherung überflüssig machen.*

57 *Vgl. zur Rückversicherung auch H. Schlesinger und J.-M. G. v. d. Schulenburg, a.a.O., S. 400.*

zial- wie bei den privaten Versicherungen eine künftige "Deregulierung" des Gesamtsystems nicht behindert wird<sup>58</sup>. Ebenso werden andere mögliche Neuordnungen des gesamten Gesundheitswesens nicht verbaut, z.B. ein weitgehendes System des Finanzausgleichs. Auf jeden Fall würde die Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos im Umlageverfahren für die privaten Versicherer und Rückversicherer eine große Herausforderung darstellen, die es ihnen erlaubt, ihre Leistungsfähigkeit unter Beweis zu stellen.

Die vielgescholtene Neigung der Politiker, schwierige Probleme "auszuklammern" hat nochmals bis Mitte 1992 Zeit geschaffen, für eine planmäßige Pflegeabsicherung eine zielgerechte und ökonomisch effiziente Lösung zu suchen, die sich jenseits der Schlagworte "privat vs. sozial" finden läßt. Eine Grundsatzentscheidung, die obligatorische Absicherung bei der Krankenversicherung anzusiedeln, wäre auf jeden Fall sinnvoll.

Darüberhinaus ist in sorgfältiger und sicherlich langwieriger Detailarbeit ein Konsens herzustellen, der das Leistungsniveau und die Anspruchsvoraussetzungen für eine menschenwürdige Grundversorgung festlegt, welche im "Leistungskatalog" für die Pflicht-Pflegeabsicherung festzuschreiben ist. Alle Beteiligten sollten akzeptieren, daß dadurch das Kostenvolumen gegenüber dem Status quo steigen wird. Um nicht bereits bei der Festlegung des Leistungskatalogs einer Pflegeabsicherung Versuche einer wechselseitigen Kostenverschiebung zwischen Kranken- und Pflegeabsicherung zu provozieren, ist eine Aufteilung der ministeriellen Zuständigkeit für Krankheits- und

---

58 *Das Ziel der von Prinz (a.a.O., S. 169) favorisierten Lösung einer Subventionierung der Nachfrage nach Pflegeabsicherung durch "Gutscheine", wodurch der Wettbewerb zwischen privaten Versicherungsanbietern gestärkt werden soll, wird mit dem skizzierten Vorschlag im Rahmen des bestehenden Gesundheitssystems weitgehend verwirklicht.*

Pflegerisiko in ein "Gesundheitsministerium" einerseits und das u.a. für Pflege zuständige Ministerium für Arbeit und Sozialordnung andererseits auf keinen Fall hilfreich.