

✉ Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, May-Somerville-Str. 3 28359 Bremen

**ZeS**  
**Zentrum für Sozialpolitik**  
Centre for Social Policy Research

Abteilung/Division  
**Gesundheitsökonomie, Gesundheits-  
politik und Versorgungsforschung**

**Prof. Dr. Heinz Rothgang**  
Abteilungsleiter / Director

Mary-Somerville-Straße 3  
28359 Bremen

Telefon: (0421) 218 - 58557  
eMail: [rothgang@uni-bremen.de](mailto:rothgang@uni-bremen.de)  
www: [www.zes.uni-bremen.de](http://www.zes.uni-bremen.de)

18.9.2014

**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**18(14)0048(8)**  
gel. ESV zur öAnhörung am 24.09.  
14\_Pflege-Bahr  
23.09.2014

## **Stellungnahme zum**

### **Antrag der Fraktion DIE LINKE „Deckungslücken der Sozialen Pflegeversicherung schließen und die staatlich geförderten Pflegezusatzversicherungen - so- genannter Pflege-Bahr – abschaffen“ BT-Drucksache 18/591**

**anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages am 24. September 2014**

## Vorbemerkung

Der Antrag der Fraktion „DIE LINKEN“ enthält drei Forderungen:

- eine angemessene Leistungsdynamisierung,
- die Abschaffung des Teilleistungsprinzips in der Sozialen Pflegeversicherung und
- die Abschaffung und Rückabwicklung des Pflege-Bahr.

Zu den beiden erstgenannten Punkten habe ich mich bereits in meiner Stellungnahme zur Anhörung zum Pflegestärkungsgesetz geäußert (Ausschussdrucksache 18(14)0049(28)), auf die hier verwiesen wird. Die nachfolgenden Äußerungen beziehen sich daher ausschließlich auf den „Pflege-Bahr“.

### I. Zusammenfassung

Der „Pflege-Bahr“ ist ein untaugliches Instrument zur Sicherung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung:

1. Die *Zahl der abgeschlossenen Verträge ist gering* und liegt heute bei weniger als einem Drittel der bereits für Ende 2013 (!) erwarteten Anzahl. Auch mittel- und langfristig wird nur eine Minderheit entsprechende Verträge abschließen.
2. Wie die Erfahrungen mit Riester-Rente und bestehenden Pflegezusatzversicherungen zeigen, werden Zusatzversicherungen vor allem von einkommensstärkeren Schichten in Anspruch genommen. Die steuerliche Förderung des Pflege-Bahrs auch durch einkommensschwächere Schichten bewirkt daher eine *inverse Umverteilung von unten nach oben*.
3. Die in der Musterkalkulation enthaltenen *Leistungshöhen sind vollkommen unzureichend*, um einen nennenswerten Beitrag zur Schließung der Lücke zwischen den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und den Finanzierungsbedarfen bei Pflege zu schließen.
4. Da eine Staffelung der Versicherungsprämien nach Gesundheitszustand ausgeschlossen ist, bietet der Pflege-Bahr Anreize für *adverse Selektion*. Diese ist in den Prämien nicht berücksichtigt, so dass es langfristig zu Prämienanstiegen kommen wird. Da die Versicherten dann aber schon viele Jahre eingezahlt haben, sind sie dann in der Versicherung „gefangen“.
5. Die Existenz des Pflege-Bahrs kann Anlass sein, die Leistungen des obligatorischen Systems unzureichend zu dynamisieren und damit das *obligatorische System zu schwächen*.

Die steuerliche Förderung von Pflegezusatzversicherungen sollte daher eingestellt werden, wobei – wie im Antrag gefordert – eine Rückabwicklungsoption vorzusehen ist.

## II. Ausführlichere Begründung:

### 1. Geringe Reichweite des Versicherungsschutzes

In der Begründung zu dem Mitte Juni 2012 vorgelegten Gesetzentwurf zum Pflege-Bahr wird „angenommen, dass im Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen förderfähige Versicherungsverträge abgeschlossen werden“ (Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags 2012: 43). Entsprechend wurde im Haushaltsplan für 2013 ein Posten von 100 Mio. eingestellt, von dem 90 Mio. zur Förderung von Versicherungsverträgen vorgesehen war. Dies entspricht der dort genannten Zahl von 1,5 Mio. Verträge mit jährlicher Förderung von 60 Euro oder einer sogar noch höheren Zahl an Verträgen, wenn diese erst im Laufe des Jahres abgeschlossen werden.

Tatsächlich wurden sehr viel weniger Verträge geschlossen. Bis Ende des Jahres 2013 lag die Zahl der abgeschlossenen Verträge bei 350 Tausend und damit bei weniger als einem Viertel der für dieses Jahr angestrebten Zahl (Ärztezeitung 2014a). PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach äußerte die Hoffnung, „dass die geförderte Pflegezusatzversicherung im nächsten Jahr die stolze Marke von einer Million Verträgen erreichen wird“ (Ärztezeitung 2013). Tatsächlich hat die Bundesregierung ihren Haushaltsansatz für 2014 aber von 100 Mio. auf 33 Mio. Euro reduziert (Ärztezeitung 2014b). Sie geht also von deutlich niedrigeren Zahlen als einer Million Versicherungsverträge aus.

Gemessen an der Zielvorgabe der Bundesregierung, die selbst bereits nur auf eine kleine Minderheit der Bevölkerung abstellt, ist die tatsächliche Entwicklung – anders als von der Versicherungswirtschaft dargestellt – sicherlich *keine* Erfolgsmeldung. Derzeit haben rund 1 % der Beschäftigten eine entsprechende Police und auch die von Leienbach ins Spiel gebrachte „stolze Zahl“ entspricht nur einem Bevölkerungsanteil von gut 1 % und einem Anteil an den Erwerbstätigen von rund 2,5 %.

Auch mittel- und langfristig ist *nicht* damit zu rechnen, dass der Pflege-Bahr aus seinem Nischendasein hinausfindet. Ausgehend von der Zahl der bisher verkauften ungeförderten Pflegezusatzversicherungen, den Erfahrungen mit der Riester-Rente (Blank 2011; Hagen & Kleinklein 2011; Kleinklein 2011) und der Unterschätzung des Pflegerisikos in der Bevölkerung ist nicht davon auszugehen, dass mehr als eine einstellige Millionenzahl an Verträgen zustande kommt. Die weit überwiegende Mehrheit wird *keine* Verträge abschließen und so nicht in den Genuss der öffentlichen Förderung kommen.

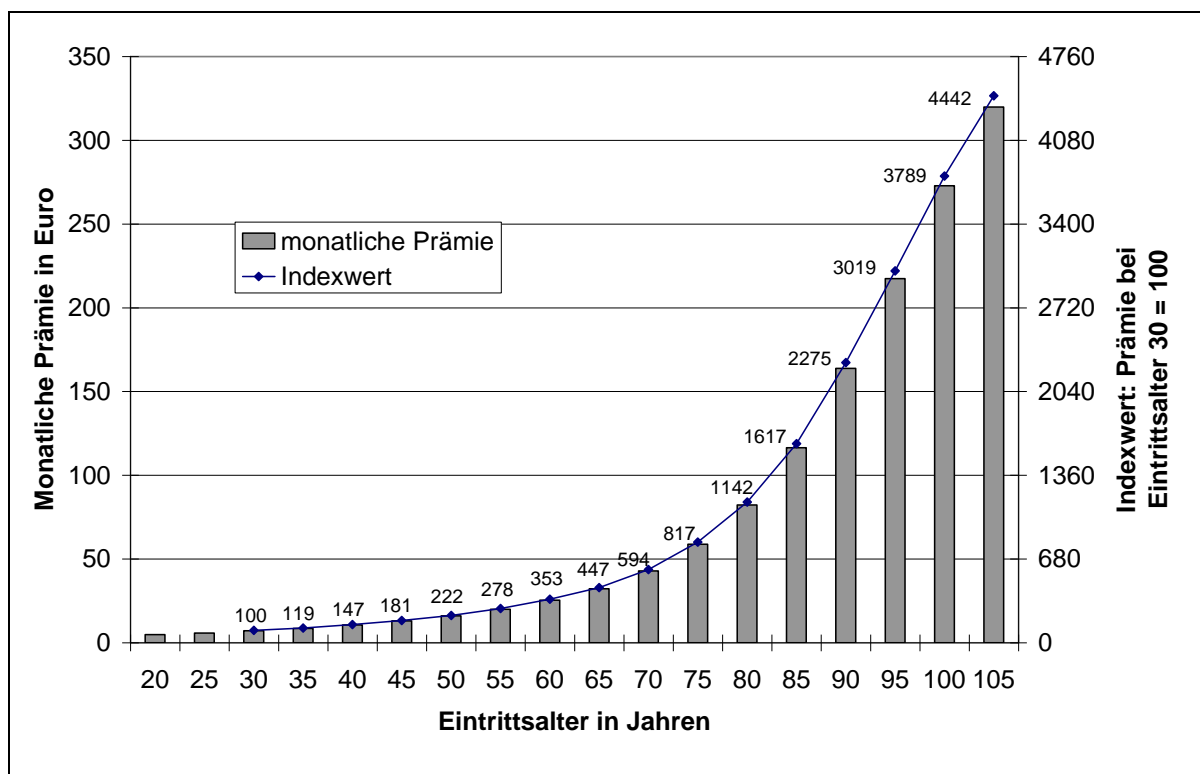
## 2. Umverteilende Wirkung des Pflege-Bahr

Gerade wenn nur ein kleiner Bevölkerungsteil die Förderung in Anspruch nimmt, stellt sich die Frage, welcher Bevölkerungsteil so gefördert wird und wer dafür zahlt. Hinsichtlich der *Einkommens- und Vermögenssituation* ist davon auszugehen, dass gerade einkommensschwächere Haushalte auf den Abschluss einer solchen Versicherung verzichten, weil ihnen die Sparfähigkeit fehlt und die Leistungen des Pflege-Bahr zu gering sind, um die später anfallenden Pflegekosten vollständig zu decken, so dass sie mit ihrer Vorsorge womöglich nur Sozialhilfeleistungen ersetzen. Angesichts des damit ungewissen Nutzes hat die Deutsche Bundesbank (2012: 9) den Abschluss eines solchen Vertrages auch „für untere und mittlere Einkommensgruppen wenig attraktiv“ bezeichnet. Entsprechende Erfahrungen eine nach Einkommen und Vermögen sehr selektiven Inanspruchnahme zeigen sich auch bei der Riester-Rente (Blank 2011; Hagen & Kleinlein 2011; Kleinlein 2011) sowie wie bei der nicht geförderten privaten Pflegezusatzversicherung (Zok 2011: 3). Vielmehr zu erwarten sind stattdessen – so die Deutsche Bundesbank (2012: 9) – „Mitnahmeeffekte[...] durch Vermögende“, die daraus resultieren, dass Zusatzversicherungsverträge, die sowieso abgeschlossen worden wären, nunmehr steuerlich subventioniert werden. Im Ergebnis werden somit die einkommensschwächeren Haushalte mit ihren Steuern die Förderung der einkommensstärkeren finanzieren – eine Umverteilung von unten nach oben, die nur schwer mit Sozialstaatsprinzipien in Einklang zu bringen ist (vgl. Rothgang 2012a; b).

Umverteilend wird der Pflege-Bahr auch in Bezug auf das *Alter*: So begrüßt es der PKV-Verband ausdrücklich, dass der Pflege-Bahr vor allem von jüngeren Menschen abgeschlossen wird (PKV 2013). Dies ist aber zunächst nur Ausdruck der altersdiskriminierenden Wirkung der Regelung. Bereits Pflegebedürftige sind gemäß § 126 SGB XI ausdrücklich nicht zulagenberechtigt und können keine geförderte Versicherung abschließen. Diskriminiert werden aber auch die pflegenahen Jahrgänge, für die die altersabhängigen Prämien prohibitiv werden. So zahlt ein 60jähriger in den bestehenden Tarifen bereits doppelt so viel wie ein 40-Jähriger (OPG 2013: 16). Höhere Altersklassen kommen bei Musterrechnungen aus gutem Grund nicht vor. Allerdings hat der PKV-Verband eine – rechtlich unverbindliche – „Musterkalkulation für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung“ (PKV-Verband 2013b: 160-162) vorgelegt, die bei Leistungshöhen von 60 Euro (Stufe 0), 120 Euro (Stufe I), 180 Euro (Stufe II) und 600 Euro (Stufe III) und einer Deckung der Verwal-

tungskosten durch prozentualen Zuschlag die in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** ausgewiesenen Prämien ausweist.

**Abbildung 1: Monatliche Prämien für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung nach Eintrittsalter gemäß der Musterkalkulation der PKV**



Quelle: PKV 2013b: 161.

Die Abbildung zeigt nicht nur die monatlichen Prämienhöhen in Euro, sondern auch, um welchen Faktor sich die Prämie von einer Prämie beim Eintrittsalter 30 unterscheidet. Bei einem Eintrittsalter von 50 Jahren liegt sie demnach – ceteris paribus – beim 2,22fachen, beim Alterseintritt von 60 beim 4,47fachen und bei einem Eintrittsalter von 70 Jahren beim 5,94fachen der Prämie beim Eintrittsalter 30 Jahre. Bei den 75jährigen liegt der Anteil der Pflegebedürftigen immer noch bei weniger als 10 % (Rothgang et al. 2013: 78f.). Die Prämie für eine geförderte Pflegeversicherung liegt gemäß der Musterkalkulation bei diesem Eintrittsalter aber schon mehr als 8-mal so hoch wie bei einem Eintritt im Alter von 30 (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Für pflegenaher Jahrgänge ist der Abschluss einer geförderten Zusatzversicherung aufgrund der fünfjährigen Karenzzeit zudem unattraktiv, da der Leistungsfall womöglich in diesem Zeitraum auftritt und die

Versicherung dann keine Leistungen gewährt. Auch bezüglich des Alters kommt es somit zu unverteilenden Wirkungen, die daraus resultieren, dass ältere Menschen mit ihren Steuermitteln die Förderung der jüngeren finanzieren. Während Leistungsverbesserungen in der Sozialen Pflegeversicherung der ganzen Bevölkerung zugutekommen, wirkt der Pflege-Bahr eben sehr selektiv.

### **3. Unzureichende Leistungshöhen**

In § 127 Abs. 2 Ziffer 4 SGB XI wird lediglich eine Mindestleistungshöhe von monatlich 600 Euro für Pflegestufe III festgelegt. Für weitere Regelungen enthält § 130 SGB XI eine Verordnungsermächtigung, die es dem Bundesgesundheitsministerium erlaubt, Näheres ohne Zustimmung des Bundesrates per Rechtsverordnung zu regeln. Die entsprechende Pflegevorsorgezulage-Durchführungsverordnung – PflVDV – lässt aber auch wesentliche Fragen offen. Hierzu wird dann auf die „Musterbedingungen 2013 für die geförderte ergänzende Pflegeversicherung“ verwiesen, die von der privaten Versicherungswirtschaft selbst entwickelt und im Dezember 2012 veröffentlicht wurden. Diese Musterbedingungen sind abgedruckt im Jahresbericht 2012 des PKV-Verbandes (PKV-Verband 2013b: 171-182). Im gleichen Bericht ist unter dem Stichwort „Aktuarielle Schwerpunkte“ auch eine „Musterkalkulation für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung (GEPV)“ angegeben, auf die nachfolgend Bezug genommen wird.

Bekanntlich übersteigen die Ausgaben insbesondere bei stationärer Pflege die Leistungen der Pflegeversicherung erheblich. Allein bei den pflegebedingten Kosten zeigen sich schon 2011 durchschnittliche Finanzierungslücken von monatlich 346 Euro (Pflegestufe I), 532 Euro (Pflegestufe II) bzw. 768 Euro (Pflegestufe III) (Rothgang 2014). Da eine Leistungsdynamisierung in den Stufen I und II seitdem nicht stattgefunden hat, ist für 2013 schon von höheren Werten auszugehen. Dazu kommen noch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten, die sich 2011 pro Bewohner im Durchschnitt auf 1.034 Euro belaufen haben und damit die Ausgaben für Miete und Lebensunterhalt in privaten Haushalten deutlich übersteigen. Inwieweit die geförderte Pflegeversicherung diese Lücke zu schließen in der Lage ist, hängt davon ab, welcher Leistungsumfang versichert ist. Gesetzlich vorgeschrieben ist nur eine monatliche Mindestleistungshöhe in Stufe III von 600 Euro, Leistungen für niedrigere Stufen müssen nicht in den Tarifen enthalten sein. Die Musterkalkulationsverordnung sieht vor, dass die Leistungen in den Stu-

fe 0, I und II insgesamt 10 %, 20 % bzw. 30 % der Leistungen in Stufe III betragen. Ausgehend von der Vorgabe von 600 Euro für Pflegestufe III entspricht dies monatlichen Leistungen von 60 Euro (Stufe 0), 120 Euro (Pflegestufe I), 180 Euro (Pflegestufe II) und 600 Euro (Pflegestufe III). Werden diese den Finanzierungslücken in stationärer Pflege gegenübergestellt, ergeben sich bezogen auf die Heimentgelte des Jahres 2011 die in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** enthaltenen Werte.

**Tabelle 1: Monatliche Finanzierungslücke bei vollstationärer Pflege**

	Finanzierungslücke		„Pflege-Bahr“	Verbleibende Lücke	
	Pflegekosten	insgesamt		Pflegekosten	insgesamt
Pflegestufe I	346	1.380	120	226	1.260
Pflegestufe II	532	1.566	180	352	1.386
Pflegestufe III	768	1.802	600	168	1.202

Quelle: Rothgang et al. 2013: 29.

Wie die Tabelle deutlich macht, verringern sich die Eigenanteile der Heimkosten nur in Stufe III merklich. Stationäre Pflege in Pflegestufe III nimmt aber nur jeder 20. Versicherte jemals in seinem Leben in Anspruch (Rothgang et al. 2011b: 138). Für die anderen Versicherten sind die Leistungen der Pflegeversicherung aber nur der berühmte Tropfen auf den heißen Stein. Dazu ist noch zu beachten, dass die Prämien auch beim Eintritt der Pflegeversicherung weitergezahlt werden müssen, so dass die Nettoleistung der Versicherung noch einmal entsprechend reduziert wird (Stiftung Warentest 2013: 71). Nun können die Versicherungsleistungen natürlich aufgestockt werden u. z. höchstens bis zur Leistung der Sozialen Pflegeversicherung in Stufe III. Allerdings steigen dabei die Prämien entsprechend und die staatliche Förderung verliert relativ an Bedeutung. Insgesamt zeigt sich damit, dass die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung schon hinsichtlich der heutigen Pflegekosten ungeeignet ist, das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit abzufedern.

Entscheidender noch ist allerdings die langfristige Perspektive: Eine Dynamisierung der staatlichen Förderung ist nicht vorgesehen, Prämien können hingegen angepasst werden (Jacobs/Rothgang 2012), so dass die Förderung langfristig relativ an Bedeutung verliert. Vollkommen unkalkulierbar ist für den Verbraucher die Leistungsseite. Unklar ist nicht nur wie sich die Pflegekosten in den

nächsten Dekaden entwickeln, sondern auch, welchen Schutz die obligatorischen Versicherungssysteme (Soziale Pflegeversicherung (SPV) und Private Pflegepflichtversicherung (PPV)) bieten, da diese keinen festen Dynamisierungsregeln unterliegen. Gerade für jüngere Versicherte ist es daher unmöglich, den Finanzbedarf für eine Pflegebedürftigkeit abzuschätzen, die noch ein halbes Jahrhundert in der Zukunft liegt. Der Finanztest der Stiftung Warentest folgert daher: „Die Pflegetagegeldversicherung ist für Kunden unter 40 Jahren kaum geeignet“ (Stiftung Warentest 2013: 71). Ein substantieller Versicherungsschutz kann nur im Rahmen einer umlagefinanzierten Sozialversicherung sichergestellt werden, die ihre Leistungsversprechen dynamisch an die jeweiligen Erfordernisse der Zeit anpassen kann (Jacobs/Rothgang 2013), kapitalgedeckte Versicherungen können lediglich nominale festgelegte Leistung garantieren, nicht aber eine bedarfsgerechte Versorgung. Der Einwand, dass etwas Versicherungsschutz für die Versicherten immer noch besser sei als gar keiner (in diesem Sinne Biederbick/Weber 2013), geht insofern fehl, als unzureichende Leistungen insbesondere für einkommensschwächere Versicherte selbst keine Entlastung bringen, da diese in Bezug auf etwaige Sozialhilfeleistungen angerechnet werden und somit dann nur die Sozialhilfeträger entlasten (Jacobs/Rothgang 2013).

#### **4. Adverse Selektion**

Die eingeschränkte Reichweite des Versicherungsschutzes und die Unmöglichkeit Dekaden im Vorhinein einen ausreichenden Leistungsbetrag festzustellen und abzusichern, beziehen sich auf die grundsätzliche Rolle einer kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung in der gesamten Architektur der Absicherung des Pflegerisikos. Daneben leidet der Pflege-Bahr aber an seiner *konkreten Ausgestaltung*.

Insbesondere birgt der Pflege-Bahr das Risiko der *adversen Selektion*, da die drei „Lehrbuch-Bedingungen“ für eine derartige Antiselektion (vgl. Akerlof 1970) in Reinform erfüllt:

1. unterschiedliche Risiken in einer Population,
2. die Kenntnis des eigenen Risikotyps seitens der Versicherten – insbesondere bei denen, deren Anträge auf ungeforderte Pflegezusatzversicherungen bereits abgelehnt oder wegen Aussichtslosigkeit gar nicht erst gestellt wurden – und
3. die Unmöglichkeit (hier: das Verbot) der Versicherer, diese Risiken adäquat zu tarifieren (s. hierzu auch Rothgang 2012a: 252f.; Jacobs/Rothgang 2012: 47).



Im Ergebnis ist der Abschluss einer Versicherung vor allem für schlechte Risiken interessant, also für die Versicherten, die aufgrund der Kenntnis über ihre Lebensumstände davon ausgehen müssen, ein höheres Pflegerisiko zu haben. Reagiert die Versicherungswirtschaft darauf, indem sie in ihre Kalkulation einen Zuschlag für die zu erwartende Antiselektion einbezieht, werden ihre Produkte für die „guten Risiken“ uninteressant, – insbesondere wenn der Umfang der staatlichen Förderung nicht ausreicht, um diesen Sicherheitszuschlag auszugleichen. Höhere Prämien wiederum schrecken weitere eher bessere Risiken ab und so kommt es zu einer Negativspirale, die das Transfervolumen des Marktes begrenzt oder sogar zum Zusammenbruch des Marktes. Dies gilt in diesem Fall umso mehr, als gleichzeitig nicht geförderte Zusatzversicherungen mit risikoadjustierten Tarifen auf dem Markt sind. Auch die ansonsten Privatversicherungslösungen keineswegs ablehnend gegenüberstehende Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie warnt vor diesem Problem, das auf der Freiwilligkeit der Versicherung beruhe und fordert ein Obligatorium (DGGÖ 2012).

Lange vor Einführung des Pflege-Bahr wurde dies auch von den Aktuarien der Privatversicherung so eingeschätzt: Wie sie in einem interne Papier ausführen, habe sich die private Versicherungswirtschaft bei der Kalkulation der Tarife für die ungeforderte private Pflege-Zusatzversicherungen bislang an den altersspezifischen im Vergleich zu den Sozialversicherten niedrigeren Pflegehäufigkeiten der PPV-Versicherten orientiert. Dies sei möglich zum einen wegen der Gesundheitsprüfung und zum anderen wegen der Annahme, dass „Versicherungsnehmer mit niedrigen verfügbaren Einkommen in der Regel nicht in der Lage oder bereit sein werden, die Beiträge für eine solche Zusatzdeckung zu bezahlen“ (DAV 2008: 14). „Wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind“, heißt es weiter in dem DAV-Papier „so ist zu überprüfen, ob die Prävalenzen der privaten Pflegepflichtversicherung tatsächlich angemessen sind oder ob nicht ein Übergang auf die Daten der sozialen Pflegepflichtversicherung erfolgen muss“ (ebd.). Bereits dann wenn die Pflegerisiken derjenigen, die eine Zusatzversicherung abschließen wollen, denen der Gesamtbevölkerung entspricht, müssen demnach höhere Versicherungsprämien als bei den derzeit auf dem Markt befindlichen Pflege-Zusatzversicherungen kalkuliert werden. Muss – aus den genannten Gründen – mit einer Antiselektion gerechnet werden, gilt das erst recht. Die Prämien der geförderten Zusatzversicherung müssten daher – ceteris paribus – deutlich über denen der nicht geförderten Zusatzversicherung liegen. Tatsächlich raten Verbraucherberater – der Bund der Versicherten (BdV 2013) ebenso wie

der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv 2012) und die Stiftung Warentest (2013) – Personen ohne Behinderungen und Vorerkrankungen ausdrücklich vom Pflege-Bahr ab.

Zweifel daran, dass die auf dem Markt angebotenen Tarife langfristig solide kalkuliert sind, äußerte auch der Vorstand der Continentale, Dr. Christoph Helmich:

„Wir haben Schwierigkeiten uns vorzustellen, dass der Pflege-Bahr versicherungstechnisch nachhaltig kalkuliert ist“. Die Continentale habe sich gegen die geförderten Policen entschieden und werde stattdessen mit einer neuen Pflagegeldpolice auf den Markt kommen, kündigt Helmich an. „Wir fühlen uns insgesamt wohler mit unserem Geschäftsmodell, von dem wir wissen, dass die Personen risikogerecht tarifiert werden.“ (Ärztezeitung 2014c).

Für die Versicherungsunternehmen besetzt letztlich auch kein Risiko, wenn die Tarife unzureichend kalkuliert sind, weil von einer zu guten Risikostruktur der Versicherungsnehmer ausgegangen wird: Während der fünfjährigen Karenzzeit sind Prämienzuflüsse garantiert, denen keine Leistungsausgaben gegenüberstehen, erst danach werden die ersten Leistungsfälle allmählich auftreten. Deren Zahl ist dabei je geringer, je jünger die Versichertenpopulation ist. Gerade angesichts der günstigen Altersstruktur der derzeitigen Neukunden ist in der nächsten Dekade kaum mit Problemen zu rechnen. Sollte sich mittelfristig aber zeigen, dass die Tarife unterkalkuliert sind, können sie einfach angehoben werden (§ 11 der Musterbedingungen 2013 für die staatlich geförderte ergänzende Pflegeversicherung; PKV 2013b: 175). Da die Altersrückstellungen nicht mobilisiert werden können, sind die Versicherten dagegen in ihren Tarifen „gefangen“. Kündigen sie, gehen alle angesparten Rücklagen verloren, da eine Portabilität dieser Rücklagen – trotz einer entsprechenden langjährigen Diskussion in der privaten Krankenversicherung und trotz der inzwischen realisierten zumindest teilweisen Portabilität dieser Rücklagen für Neuverträge in der PKV – für den Pflege-Bahr *nicht* vorgesehen ist. Das Risiko der Unterkalkulation tragen aufgrund dieser Kunden- und Wettbewerbsunfreundlichen Regelung damit allein die Versicherten.

## **5. Gefahr der Rückwirkungen auf Soziale Pflegeversicherung**

Nun könnte eingewandt werden, dass der Pflege-Bahr schlimmstenfalls eine unattraktive Vorsorgeform ist, die nur in geringem Umfang in Anspruch genommen wird und damit zwar nicht hilft, in der Pflegesicherung aber auch nicht schadet. Das wäre allerdings nur der Fall, wenn es keine Rückwirkungen auf das Sicherungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung gibt. Nun besteht aber

die Gefahr, dass der Pflege-Bahr nicht *ergänzend* zur Sozialen Pflegeversicherung, sondern – wie auch die Riester-Rente – substitutiv wahrgenommen wird (vgl. hierzu ausführlich Jacobs/Rothgang 2012). Bereits in der Vergangenheit wurden die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nur unzureichend angepasst, so dass ein erheblicher Realwertverlust der Versicherungsleistungen resultierte (vgl. Rothgang 2014). Wird nun mit dem Hinweis darauf, dass mit staatlicher Förderung privat vorgesorgt werden kann, auf angemessene Leistungsdynamisierung, die zumindest den Realwert der Pflegeversicherungsleistungen sichert, verzichtet, dann wäre der Pflege-Bahr wirklich „zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten“ (Jacobs/Rothgang 2012). Hierin liegt die eigentlich Gefahr der geförderten privaten Zusatzversicherung, und ist es obliegt der Bundesregierung dem entgegenzutreten, indem eine ausreichende Dynamisierung der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung vorgenommen und dauerhaft sichergestellt wird (Rothgang & Jacobs 2011).

## Literatur

- Akerlof, George A. (1970): The Market for „Lemons“. In: Quarterly Journal of Economics. Vol. 84, 488–500.
- Ärzte Zeitung (2013): „Interesse am Pflege-Bahr steigt“, vom 21.11.2013.  
[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/article/849994/umfrage-zeigt-interesse-pflege-bahr-steigt.html?sh=13&h=807413765](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/849994/umfrage-zeigt-interesse-pflege-bahr-steigt.html?sh=13&h=807413765)
- Ärzte Zeitung (2014a): „Ausgaben steigen stärker als Einnahmen“, vom 7.4.2014.  
[http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/w\\_specials/special-versicherungen/article/857032/pkv-ausgaben-steigen-staerker-einnahmen.html?sh=9&h=807413765](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/special-versicherungen/article/857032/pkv-ausgaben-steigen-staerker-einnahmen.html?sh=9&h=807413765)
- Ärzte Zeitung (2014b): „Koalition lässt ‚Pflege-Bahr‘ weiterlaufen“, vom 7.4.2014.  
[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/article/858405/linke-scheitern-koalition-laesst-pflege-bahr-weiterlaufen.html?sh=5&h=807413765](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/858405/linke-scheitern-koalition-laesst-pflege-bahr-weiterlaufen.html?sh=5&h=807413765)
- Ärzte Zeitung (2014c): „Continentale geißelt Pflege-Bahr“ vom 10.6.2014  
[http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/w\\_specials/special-versicherungen/article/862597/pkv-continentale-geisselt-pflege-bahr.html?sh=1&h=807413765](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/special-versicherungen/article/862597/pkv-continentale-geisselt-pflege-bahr.html?sh=1&h=807413765)
- Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestags (2012): Änderungsantrag 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung. Ausschuss-Drucksache 17(14)287 vom 12.06.2012.
- BdV [= Bund der Versicherten] (2013): Merkblatt – „Pflege-Bahr“: Staatlich geförderte, private Pflegezusatzversicherung; [www.bunderversicherten.de/Kranken-Pflege/Pflege-Bahr](http://www.bunderversicherten.de/Kranken-Pflege/Pflege-Bahr)
- Biederbick, Annabritta / Weber, Roland (2013): Die staatlich geförderte Pflegeversicherung: Zum Nutzen des deutschen Pflegeversicherungssystems und zur Entlastung zukünftiger Generationen, in: G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, 4: 21-23.
- Blank, Florian (2011): Die Riester-Rente: Ihre Verbreitung, Förderung und Nutzung, in: Soziale Sicherheit, 12: 414 f.
- DAV [=Deutsche Aktuarvereinigung] (2008): Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung der DAV-Unterarbeitsgruppe „Rechnungsgrundlagen der Pflegeversicherung“. Ursprünglich: <https://aktuar.de/dav/veroeffentlichungen/sonstiges>. Inzwischen ist die Seite nicht mehr vorhanden.
- DGGÖ [=Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie] (2012): Für eine verpflichtende private Pflegevorsorge mit Zuschüssen für Bedürftige. Stellungnahme der DGGÖ vom 21.06.2013. [http://file.dggoe.de/presse/2012-06-19-Pflegereform-Stellungnahme-DGG %C3 %96.pdf](http://file.dggoe.de/presse/2012-06-19-Pflegereform-Stellungnahme-DGG%C3%96.pdf).
- Deutsche Bundesbank (2012): Monatsbericht, September 2012.
- Hagen, Kornelia; Kleinlein, Axel (2011): Zehn Jahre Riester-Rente: Kein Grund zum Feiern. DIW-Wochenbericht Nr. 47, 3-14.

- Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten, in: G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 5: 41-50.
- Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2013): Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. Replik zu Biederbick und Weber, in: G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, 4: 24-27.
- Kleinlein Axel (2011): Zehn Jahre „Riester-Rente“: Bestandsaufnahme und Effizienzanalyse. WISO Diskurs, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2013a): Große Nachfrage nach geförderter Pflegevorsorge – gerade auch bei jungen Leuten. Pressemitteilung, Berlin, 19.06.2013.
- PKV [= Verband der privaten Krankenversicherung e. V.] (2013b): Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2012. Köln: PKV-Verband.  
<http://www.pkv.de/service/broschueren/verband/rechenschaftsbericht-2012.pdb.pdf?dl=1>
- Rothgang, Heinz (2012a): Nach der Mini-Reform: Wesentliche Probleme bleiben ungelöst, in: Soziale Sicherheit, Heft 7: 245-254.
- Rothgang, Heinz (2012b): Der “Pflege-Bahr”: Umverteilung von unten nach oben, in: Soziale Sicherheit, Heft 6: 204.
- Rothgang, Heinz (2014): Stellungnahme zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitungen für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds(Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI ÄndG) - BT-Drucksache 18/1798 – und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Menschenrecht auf gute Pflege verwirklichen - Soziale Pflegeversicherung solidarisch weiterentwickeln“ - BT-Drucksache 18/1953 - anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 24. September 2014. Ausschussdrucksache 18(14)0049(28).
- Rothgang, Heinz / Iwansky, Stephanie / Müller, Rolf / Sauer, Sebastian / Unger, Rainer (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. BARMER GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. St. Augustin: Asgard.
- Rothgang, Heinz / Jacobs, Klaus (2013): Pflegereform 2014: Was ist zu tun? G+G Wissenschaft, 13, 3: 7-14.
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2013): BARMER GEK-Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Sieburg: Asgard-Verlag.
- Stiftung Warentest (2013): Lieber ohne Förderung. Gute Pfl egetagegeldversicherungen können die Finanzlücke im Pflegefall schließen, die staatlich geförderte Vorsorge taugt aber wenig. Finanztest, Heft 5, 70 –77.
- vzbv [=Verbraucherzentrale Bundesverband] (2012): Die Zusatzversicherung für Pflege – eine sinnvolle Ergänzung? <http://www.vzbv.de/10919.htm>.
- Zok, Klaus (2011): Erwartungen an die Pflegereform. WIdOmonitor, Ausgabe 2/2011; [http://www.wido.de/wido\\_monitor\\_2\\_20110.html](http://www.wido.de/wido_monitor_2_20110.html).