

Prof. Dr. Klaus Jacobs  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)  
Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0048(7)  
gel. ESV zur öAnhörung am 24.09.  
14\_Pflege-Bahr  
23.09.2014

## Schriftliche Stellungnahme

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE

„Deckungslücken der Sozialen Pflegeversicherung schließen und die staatlich geförderten Pflegezusatzversicherungen – sogenannter Pflege-Bahr – abschaffen“

BT-Drucksache 18/591

anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages am 24. September 2014 in Berlin

Bei der Bewertung der mit Wirkung zum 01.01.2013 im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) eingeführten Förderung privater Pflege-Zusatzversicherungen, die bestimmten, gesetzlich festgelegten Kriterien genügen, erscheint es zweckmäßig, zwei Dimensionen getrennt zu behandeln:

- zum einen die **Funktion** der mit einem Zuschuss aus Steuermitteln geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung („Systemsicht“) sowie
- zum anderen die **Funktionsweise** der geförderten Versicherungsprodukte („Versicherten- bzw. Verbrauchersicht“).

### 1. Zur Funktion der geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherungen

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist in den 1990er Jahren bewusst als ein Teilleistungssystem eingeführt worden, d.h., die Versicherungsleistungen sind nicht so umfangreich bemessen, dass alle im Pflegefall anfallenden Kosten vollständig abgedeckt werden. Dafür gibt es durchaus gute Gründe (die zugleich gegen den Ausbau der Pflegeversicherung zu einer „Vollversicherung“ sprechen) (vgl. Rothgang/Jacobs 2013, S. 12). Allerdings hat die seit der Einführung der Pflegeversicherung bis einschließlich 2007 vollständig unterbliebene und danach im Vergleich zur Entwicklung der Pflegekosten unzureichende Anpassung der Leistungssätze dazu geführt, dass der Anteil der Pflegekosten, der durch die Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt wird, stetig gewachsen und der Realwert der Versicherungsleistungen entsprechend gesunken ist. Auch dafür hat es Gründe gegeben, in diesem Fall jedoch keine guten – zumindest aus der Sicht des Großteils der Pflegeversicherten, der im Pflegefall einen umfassenden Versicherungsschutz wünscht und auch durchaus bereit ist, dafür gegebenenfalls mehr zu bezahlen, solange die Finanzierung solidarisch erfolgt (vgl. Zok 2011).

Vor diesem Hintergrund hat die Einführung einer staatlich geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung im Hinblick auf den künftigen Stellenwert der gesetzlichen Pflegeversicherung ein **fragwürdiges Signal** gesendet – umso mehr, als das Bundesgesundheitsministerium bei der Einführung explizit herausgestellt hat, dass damit „eine neue Finanzierungssäule geschaffen (wird), damit die pflegerische Versorgung auch im demographischen Wandel auf sicherer Grundlage steht“ (BMG-Pressemitteilung vom 21.09.2012). Heißt das, dass die Versicherten im demographischen Wandel *ohne* die neue Finanzierungssäule *nicht* mehr mit einer sicheren Grundlage der Pflege-Versorgung im Rahmen der Pflegeversicherung rechnen können? Und was würde dies für die Sozialhilfeträger bzw. für die Haushalte der Länder bedeuten, denen die grundgesetzliche Schuldenbremse ab 2020 jegliche Nettokreditaufnahme verbietet? Schließlich ist der Anteil der Menschen mit einer privaten Pflege-Zusatzversicherung – mit oder ohne Förderung – bis heute eher gering (laut PKV-Verband gab es Ende 2013 insgesamt 2,7 Mio. Verträge über private Pflege-Zusatzversicherungen, davon gut 350.000 mit staatlicher Förderung, entsprechend einem Anteil von 3,4 Prozent aller Pflegeversicherten in Deutschland).

Sorgen in Bezug auf eine substitutive Wirkung der geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung, die die Substanz der gesetzlichen Pflegeversicherung weiter aushöhlen könnte, gründen sich auch auf die häufig hergestellte Analogie zur Riester-Rente; deren Einführung war explizit mit einer Reduzierung des Sicherungsniveaus in der gesetzlichen Rentenversicherung verbunden – mit dem Ergebnis, dass heute nur eine Minderheit der Förderberechtigten einen Riester-Vertrag abgeschlossen hat (von denen zudem fast jeder fünfte ohne laufende Einzahlungen „ruht“) und künftiger Altersarmut angesichts des für viele Menschen geringen Gesamtversorgungsniveaus geradezu der Boden bereitet wird. Ein ähnlicher Effekt könnte sich auch in der Pflegeversicherung einstellen – mit dem Unterschied, dass das Leistungsniveau hier nicht explizit abgesenkt werden muss, denn dazu kommt es bereits von selbst, wenn die Leistungssätze der Pflegeversicherung nicht regelmäßig an die Entwicklung der Pflegekosten angepasst werden.

Die Unionsparteien hatten in ihrem Programm zur Bundestagswahl 2014 das Ziel der Sicherstellung eines hohen Niveaus der Pflegeleistungen formuliert und „einen steigenden Zuzahlungsbedarf zulasten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger verhindern (wollen)“ („Regierungsprogramm 2013 -2017, S. 78)“. Das würde voraussetzen, dass die Anpassung der Leistungssätze der Pflegeversicherung mindestens die Entwicklung der Pflegekosten abdeckt. Die aktuellen gesetzlichen Vorschriften – § 30 SGB XI („Dynamisierung“) – reichen dazu nicht aus. Die vorgeschlagene Orientierung einer regelgebundenen Anpassung der Leistungssätze an der allgemeinen Lohn- bzw. Preisentwicklung im Verhältnis 2:1 erscheint zweckmäßig; sie sollte jedoch als Untergrenze aufgefasst werden, damit mögliche Sondereffekte berücksichtigt werden können, wie sie sich z.B. aus der gezielten Anhebung des Gehaltsniveaus zur Steigerung der Attraktivität der Pflegeberufe ergeben könnten. Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung dauerhaft einen substantiellen Anteil der Pflegekosten abdecken, ist die Förderung privater Vorsorge zur Finanzierung des nicht gedeckten Anteils der Pflegekosten entbehrlich.

## 2. Zur Funktionsweise der geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherungen

Viele Menschen dürften die Tatsache, dass sie für den Abschluss einer geförderten privaten Pflege-Zusatzversicherung einen Zuschuss aus allgemeinen Steuermitteln erhalten, als eine Art „Gütesiegel“ für die entsprechenden Versicherungsprodukte verstehen. Davon kann jedoch keine Rede sein (vgl. zu den folgenden Punkten ausführlich Jacobs/Rothgang 2012, 2013).

In Bezug auf die **Leistungen** des „Pflege-Bahr“ ist völlig ungewiss, was die vereinbarten Leistungen in Bezug auf die Finanzierungslücke zwischen den Pflegekosten und den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung wirklich wert sind, und zwar nicht zum Zeitpunkt des Abschlusses einer solchen Versicherung, sondern bei Eintritt des Schaden-, sprich Pflegefalls – also bei vielen Versicherten voraussichtlich erst in einigen Jahrzehnten. Wie die bisherigen Erfahrungen zeigen, kann sich der Realwert der Leistungen der Pflegeversicherung im Vergleich zu den Pflegekosten bereits in einem Zeitraum von etwas weniger als 2 Dekaden spürbar verändern. Wer vor 20 Jahren eine ergänzende Versicherung abgeschlossen hätte, müsste im Pflegefall heute feststellen, dass die privat zu schließende Finanzierungslücke deutlich größer ausfällt, als sie damals war, und die vereinbarten Versicherungsleistungen – zusammen mit sonstigen Einkünften – womöglich gar nicht ausreichen, diese Lücke so weit zu schließen, dass keine Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden müssen. Die abgeschlossene Zusatzversicherung käme somit im Ergebnis allein dem Sozialhilfeträger zugute (weshalb etwa die Deutsche Bundesbank den „Pflege-Bahr“ „für untere und mittlere Einkommensgruppen weniger attraktiv“ bezeichnet hat; siehe Monatsbericht September 2012, S. 9).

Große Ungewissheit besteht aber nicht nur in Bezug auf die längerfristige Entwicklung der Pflegekosten und die Anteile, die davon durch die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung abgedeckt werden bzw. ungedeckt bleiben, sondern vor allem auch in Bezug auf die **Entwicklung der Beiträge**. Sofern die Erwartung zutrifft, dass die geförderte private Pflege-Zusatzversicherung vor allem von Menschen mit überdurchschnittlichem Pflegerisiko in Anspruch genommen wird, denen aufgrund von Vorerkrankungen und Behinderungen der Abschluss ungeförderter Zusatzversicherungen wegen der dort obligatorischen Gesundheitsprüfung grundsätzlich verwehrt ist, könnten die Leistungen den kalkulierten Umfang sehr schnell übersteigen, und die Beiträge müssten spürbar erhöht werden. Das entsprechende Beitragsrisiko liegt allein bei den Versicherten, denn es gibt weder irgendeinen Schutz vor übermäßigen Beitragssteigerungen noch die Zusage entsprechend erhöhter Beitragszuschüsse. Wie groß dieses Risiko ist, lässt sich aus Verbrauchersicht aber nicht einschätzen, denn in welchem Umfang die Versicherungen die drohende „Antiselektion“ (adverse selection) als Folge der Aufnahmeverpflichtung ohne Gesundheitsprüfung beim „Pflege-Bahr“ bei gleichzeitigem Parallelangebot ungeförderter Pflege-Zusatzversicherungen mit Gesundheitsprüfung in ihren „Einstiegsprämien“ bereits „eingepreist“ haben, ist vollkommen unbekannt.

Dass einzelne Versicherer das skizzierte Antiselektions-Problem zu begrenzen versuchen, indem sie den Abschluss einer ungeförderter Pflege-Zusatzversicherung mit

dem Abschluss des „Pflege-Bahr“ verknüpfen, dürfte vielen Versicherten vermutlich wenig nutzen: Zum einen ist ungewiss, ob diese Verknüpfung funktioniert – viele Versicherte mit geringerem Pflegerisiko verfügen ja bereits seit Längerem über eine Pflege-Zusatzversicherung –, und zum anderen ist diese Verknüpfung rein freiwillig. Immerhin verweist die Tatsache, dass einzelne Versicherer diesen Weg beschreiten, auf die Ernsthaftigkeit des Problems künftiger Beitragszuwächse wegen drohender Antiselektions-Effekte – und damit zugleich darauf, wie sehr sich viele Versicherte eines Tages getäuscht fühlen könnten, falls sie – leider irrtümlich – darauf vertraut haben sollten, dass es bei einem staatlich geförderten Produkt hinreichend wirksame Vorkehrungen gegen übermäßige Beitragssteigerungen geben würde.

Sollten die Beiträge zum „Pflege-Bahr“ – und sei es nur bei einzelnen Anbietern – in 10, 20 oder 30 Jahren tatsächlich in die Höhe schießen und Versicherte nicht mehr bereit oder in der Lage sein, diese hohen Beiträge zu bezahlen, haben sie „Pech gehabt“. Anders als bei der Riester-Rente verfallen sämtliche Leistungsansprüche, wenn die Beiträge nicht mehr gezahlt werden (Ausnahme: eine dreijährige Ruhezeit bei Versicherten mit nachgewiesener Hilfebedürftigkeit). Der Wechsel zu einem anderen Versicherer unter Mitnahme der angesparten Alterungsrückstellungen ist auch nicht möglich – diese **gravierende Wettbewerbsbeschränkung** ist aus der privaten Krankenversicherung hinlänglich bekannt und wurde dort seit 2009 für Neukunden wenigstens ein Stück weit gemildert, indem Alterungsrückstellungen im Umfang des Basisarifs bei einem Wechsel des Versicherers mitgenommen werden können. Beim neu geschaffenen „Pflege-Bahr“ hätte die vollständige Portabilität der Alterungsrückstellungen – und damit die Voraussetzung für Wechselmöglichkeiten von Bestandsversicherten – leicht von Anfang an gesichert werden können; das Versäumnis, dies nicht zu tun, ist allein schon Grund genug für seine Abschaffung.

### 3. Fazit

Aus den genannten Gründen stimme ich den Forderungen des Antrags der Fraktion DIE LINKE in Bezug auf die Abschaffung und Rückabwicklung der steuerlichen Förderung der privaten Pflege-Zusatzversicherung („Pflege-Bahr“) und die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für eine regelgebundene Anpassung der Leistungssätze der gesetzlichen Pflegeversicherung im Verhältnis 2:1 entsprechend der allgemeinen Lohnentwicklung und der allgemeinen Preisentwicklung zu (ergänzend: als Untergrenze) zu, allerdings nicht der pauschalen Forderung, das Teilleistungsprinzip in der gesetzlichen Pflegeversicherung langfristig abzuschaffen.

### Literatur

- Jacobs K / Rothgang H: Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 66, Heft 5/2012, S. 41-51.  
 Jacobs K / Rothgang H: Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 67, Heft 4/2013, S. 24-27.  
 Rothgang H / Jacobs K: Pflegereform 2014: Was ist zu tun? In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), Jg. 13, Heft 3/2013, S. 7-14; [www.wido.de/ggw\\_3\\_2013\\_inhalt.html](http://www.wido.de/ggw_3_2013_inhalt.html)  
 Zok K: Erwartungen an die Pflegereform. WldOmonitor, Jg. 8, Ausgabe 2/2011; [www.wido.de/wido\\_monitor\\_2\\_2011.html](http://www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html)