

**Die Pflegeversicherung  
zwischen  
staatlicher Pflege-Vorsorgeförderung  
und  
kapitalgedeckter Pflichtversicherung**

*Anreize und Fehlanreize zur Absicherung des Pflegefallrisikos  
insbesondere für Geringverdiener*

Julia Wagner

Bachelorarbeit

Vorgelegt in der Bachelorprüfung

im Studiengang

Gesundheitsökonomie

der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät

der Universität zu Köln

Themensteller: Professor Dr. Johann Eekhoff

Institut für Wirtschaftspolitik

Universität zu Köln

Köln 2012

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einführung in die Fragestellung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Grundlegende Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung .....</b>	<b>2</b>
<b>2.1. Das Kernproblem: Die demografische Entwicklung .....</b>	<b>2</b>
<b>2.2. Lohnabhängige Beitragsfinanzierung .....</b>	<b>4</b>
2.2.1. Unsystematische Umverteilungswirkungen .....	4
2.2.2. Negative Beschäftigungswirkungen .....	5
<b>2.3. Entwicklung der Nachhaltigkeitslücke .....</b>	<b>6</b>
<b>3. Reformnotwendigkeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung:</b>	
<b>Teilkapitaldeckungsmodelle für eine nachhaltige und demografiefeste</b>	
<b>Finanzierung .....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Reformmodell 1 – „Staatliche Pflege-Vorsorgeförderung“ .....</b>	<b>8</b>
3.1.1. Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz).....	9
3.1.2. Ausgestaltung der Pflege-Vorsorgeförderung .....	11
<b>3.2. Reformmodell 2 – „Modell der Pflegevorsorge: Kapitalgedeckte</b>	
<b>Pflegeversicherung mit steuerfinanziertem Vertrauensschutz“ .....</b>	<b>15</b>
3.2.1. Bevölkerungsumfassende Mindestversicherungspflicht .....	15
3.2.2. Privatwirtschaftliche Organisation .....	16
3.2.3. Übertragung individueller Altersrückstellungen .....	17
3.2.4. Risikoäquivalente Prämien als Kalkulationsgrundlage .....	18
3.2.5. Vertrauensschutz .....	19
<b>4. Anreize und Fehlanreize zur Absicherung des Pflegfallrisikos insbesondere für</b>	
<b>Geringverdiener .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Grundsicherung bei Pflegebedürftigkeit .....</b>	<b>21</b>
4.1.1. Subsidiaritäts- und Bedürftigkeitsprinzip.....	21
4.1.2. Hilfe zur Pflege.....	22

<b>4.2. Staatliche Pflege-Vorsorgeförderung</b> .....	23
4.2.1. Trittbrettfahrerproblematik: Geringe Anreizwirkungen einer privaten Pflegezusatzversicherung .....	24
4.2.2. Inanspruchnahme der Zulagenförderung und Mitnahmeeffekte .....	29
4.2.3. Unerwünschte Umverteilungseffekte .....	32
<b>4.3. Kapitalgedeckte Pflegeversicherung: Das Modell der Pflegevorsorge</b> .....	33
4.3.1. Stärkung der Eigenvorsorge .....	33
4.3.2. Zielgerichtete Umverteilung über das Steuer- und Transfersystem .....	36
<b>5. Fazit</b> .....	<b>39</b>

## Abkürzungsverzeichnis

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BT	Bundestag
iwp	Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln
MEA	Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (Mannheim Research Institute for the Economics of Aging)
n.F.	neue Fassung
SAVE	Studie „Sparen und Altersvorsorge in Deutschland“ des MEA
SGB	Sozialgesetzbuch
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
vbw	Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V.

## 1. Einführung in die Fragestellung

Am 29. Juni 2012 beschloss der Deutsche Bundestag in der zweiten Lesung das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz. Damit befindet sich der Entwurf des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung im laufenden Gesetzgebungsverfahren. Neben einer Leistungsausweitung für demenziell erkrankte Menschen ist im Zuge der Pflegereform erstmalig eine staatliche Förderung für eine private Pflegezusatzversicherung vorgesehen.<sup>1</sup> Mit der staatlich geförderten Pflegevorsorge soll demnach die finanzielle „Absicherung für den Pflegefall gestärkt“<sup>2</sup> werden. Laut Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr stellt der Entwurf zur kapitalgedeckten Privatvorsorge eine „notwendige und sinnvolle Ergänzung“<sup>3</sup> dar, damit die Pflegeversicherung „demographiefest und stabil“<sup>4</sup> wird. Der politische Weg für die Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung<sup>5</sup> ist somit geebnet.

Eine Reform der Finanzierung in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist vor dem Hintergrund einer kontinuierlich alternden Gesellschaft und einer prognostizierten Verdoppelung der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 auf voraussichtlich 4,5 Millionen<sup>6</sup> notwendig. Sowohl die geringe Geburtenrate als auch die steigende Lebenserwartung führen langfristig zu einem Ungleichgewicht zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern innerhalb der umlagefinanzierten Pflegeversicherung. Dem zukünftig steigenden Bedarf an pflegerischen Versorgungsleistungen stehen folglich geringere Einnahmen durch Beitragszahlungen der erwerbstätigen Bevölkerung gegenüber.<sup>7</sup> Dadurch wird die Finanzierungsbasis der umlagefinanzierten Pflegeversicherung erodiert. Laut Bomsdorf steckt die gesetzliche Pflegeversicherung in einer „Demografiefalle“<sup>8,9</sup>.

Die folgende Arbeit setzt bei den grundlegenden Problemen innerhalb der umlagefinanzierten Pflegeversicherung an (Kapitel 2). In Anbetracht der daraus

---

<sup>1</sup> Dieser Abschnitt folgt BMG (2012b), S. 1-2 und S. 5-6.

<sup>2</sup> BMG (2012b), S. 1.

<sup>3</sup> BMG (2012a), S. 1.

<sup>4</sup> BMG (2012a), S. 1.

<sup>5</sup> In der folgenden Bearbeitung wird unter „gesetzlicher Pflegeversicherung“ die fünfte Säule der umlagefinanzierten gesetzlichen Sozialversicherung verstanden, nicht die private Pflege-Pflichtversicherung.

<sup>6</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), S. 29-30.

<sup>7</sup> Vgl. Bomsdorf (2010), S. 4 und S. 7-8.

<sup>8</sup> Bomsdorf (2010), S. 4.

<sup>9</sup> Vgl. Bomsdorf (2010), S. 4.

resultierenden Reformnotwendigkeit sollen zwei Reformmodelle, die für die Sicherstellung einer nachhaltigen und demografiefesten Finanzierung der Pflegeversicherung stehen, vergleichend gegenübergestellt werden (Kapitel 3). Neben dem Entwurf einer kapitalgedeckten staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung sind die Reformansätze des Modells der Pflegevorsorge<sup>10</sup> Gegenstand des Vergleichs. Im Fokus der Gegenüberstellung stehen die von den Reformmodellen ausgehenden Anreize und Fehlanreize zur Absicherung des Pflegefallrisikos. Dabei soll die Situation der Geringverdiener vordergründig betrachtet sowie Wechselwirkungen zu sozialen Transferleistungen (Hilfe zur Pflege) und Umverteilungseffekte innerhalb der Teilkapitaldeckungsmodelle analysiert werden (Kapitel 4).

## **2. Grundlegende Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung**

### **2.1. Das Kernproblem: Die demografische Entwicklung**

Die demografische Entwicklung der deutschen Bevölkerung wird in den folgenden Jahrzehnten von einem „doppelten Alterungsprozess“<sup>11</sup> dominiert. Das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung ist sowohl auf die niedrige Geburtenrate als auch auf den Anstieg der Lebenserwartung zurückzuführen.<sup>12</sup> Gemäß der mittleren Variante<sup>13</sup> der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes reduziert sich die Einwohnerzahl von ca. 82 Millionen auf voraussichtlich 65 bis 70 Millionen im Jahr 2060.<sup>14</sup> Neben der rückläufigen Bevölkerungszahl ist zusätzlich eine deutliche Veränderung in der Altersstruktur Folge der demografischen Entwicklung. Im Vergleich zum Jahr 2008 wird der Anteil der 65-Jährigen und Älteren von insgesamt 20 Prozent auf bis zu 34 Prozent im Jahr 2060 ansteigen. Insbesondere die Anzahl der Hochbetagten nimmt Anteil zu. Im Jahr 2060 wird in etwa jeder siebte Bundesbürger 80 Jahre und älter sein. In Verbindung mit der zunehmenden Alterung wird sich das Erwerbspersonenpotenzial deutlich reduzieren. Für den Fall einer hohen

---

<sup>10</sup> Das Modell der Pflegevorsorge ist vom Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln (iwp) in Kooperation mit der Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V. (vbw) entwickelt worden (siehe Arentz et al. (2011a)).

<sup>11</sup> Häcker et al. (2011), S. 38.

<sup>12</sup> Vgl. Häcker et al. (2011), S. 38-39.

<sup>13</sup> Variante 1-W1 „mittlere“ Bevölkerung: Es wird eine annähernd konstante Geburtenhäufigkeit von 1,4 Geburten je Frau im gebärfähigen Alter sowie eine durchschnittliche Lebenserwartung Neugeborener im Jahr 2060 von 85,0 (89,2) für Männer (Frauen) angenommen. Die jährliche Nettozuwanderung beträgt 100.000 Personen (Untergrenze) beziehungsweise 200.000 Personen (Obergrenze) (vgl. Statistisches Bundesamt (2009a), S. 37).

<sup>14</sup> Vgl. Häcker et al. (2011), S. 39-40; Statistisches Bundesamt (2009a), S. 5.

Nettozuwanderung werden 2060 in etwa 36 Millionen Menschen im Erwerbsalter sein. Dies entspricht einem Rückgang um 27 Prozent gegenüber dem Basisjahr 2008. Vor diesem Hintergrund wird der Altenquotient der Bevölkerung stark ansteigen. In Abhängigkeit von der Zuwanderung entfallen im Jahr 2060 auf 100 Personen im Erwerbsalter zwischen 63 und 67 potenzielle Rentenbezieher. Im Ausgangsjahr 2008 standen noch 34 Ältere 100 Personen im Erwerbsleben gegenüber.<sup>15</sup> Eine derartige Verschiebung in der Relation von Erwerbspersonen zu Rentenbeziehern wirkt sich stark auf die umlagefinanzierte Pflegeversicherung aus. Mit dem zunehmenden Anteil älterer und damit tendenziell pflegebedürftiger Menschen sind steigende Leistungsausgaben verbunden. Demgegenüber sinkt der Anteil junger Versicherter, die durchschnittlich geringere Pflegekosten verursachen und aufgrund verhältnismäßig höherer Einkommen entsprechend höhere Beiträge leisten.<sup>16</sup>

Im Hinblick auf den zukünftigen Finanzbedarf der Pflegeversicherung ist folglich die Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger sowie der zukünftige Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung.<sup>17</sup> Um den Umfang des zukünftigen Pflegebedarfs zu antizipieren ist nach Hackmann/Moog die Entwicklung der altersspezifischen Prävalenz der Pflegebedürftigkeit unter dem Einfluss einer steigenden Lebenserwartung maßgeblich.<sup>18</sup> Nach Häcker et al. ist hinsichtlich der Entwicklung der zukünftigen Zahl Pflegebedürftiger von konstanten Pflegequoten beziehungsweise einer geringen Kompression des Pflegerisikos auszugehen.<sup>19</sup>

Gemäß den Berechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder wird im Fall konstanter Pflegequoten (Status quo-Szenario) ein Anstieg auf etwa 4,5 Millionen Pflegebedürftige im Jahr 2050 prognostiziert. Mit ‚sinkenden Pflegequoten‘ wird ein Dämpfungseffekt erwartet, der die Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,76 Millionen ansteigen lässt. Demnach sind unter Fortführung des Status quo-Szenarios 6,5 Prozent und im Szenario mit ‚sinkender Pflegequote‘ 5,4 Prozent der Bevölkerung im Jahr 2050 pflegebedürftig.<sup>20</sup> Ebenso geht aus den Berechnungen von Bomsdorf hervor, dass eine Zunahme der Pflegebedürftigen bei konstanten Pflegequoten auf über 4,3 Millionen im

---

<sup>15</sup> Dieser Abschnitt folgt Statistisches Bundesamt (2009a), S. 5-6.

<sup>16</sup> Vgl. Eekhoff et al. (2008), S. 51; Bomsdorf (2010), S. 4-5.

<sup>17</sup> Vgl. Bomsdorf (2010), S. 11-13.

<sup>18</sup> Vgl. Häcker et al. (2011), S. 42; Hackmann/Moog (2009), S. 74.

<sup>19</sup> Vgl. Häcker et al. (2011), S. 42.

<sup>20</sup> Dieser Abschnitt folgt Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), S. 29-30.

Jahr 2050 zu erwarten ist.<sup>21</sup> Niehaus sowie Hackmann/Moog gehen bei gleichbleibenden altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten bis zum Jahr 2060 von etwa vier Millionen pflegebedürftigen Personen aus.<sup>22</sup>

Grundsätzlich ist jedoch der Modellcharakter der vorhergehenden Berechnungen hervorzuheben. Insbesondere die Entwicklung von Einflussgrößen, wie der Bevölkerungsstruktur und dem Pflegerisiko, ist bei langfristigen Prognosen schwer abschätzbar.<sup>23</sup> Bezugnehmend auf die vorangegangenen Bevölkerungsvorausberechnungen ist jedoch ein deutlicher Trend zu erkennen und in Zukunft von einer zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger auszugehen. Der wachsende Anteil von Pflegebedürftigen führt demnach zu einem steigenden Bedarf an pflegerischen Leistungen sowie einer damit verbundenen Ausgabensteigerung. Diese Entwicklung manifestiert die Notwendigkeit die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Pflegeversicherung demografiefest und stabil auszugestalten.

## **2.2. Lohnabhängige Beitragsfinanzierung**

Ausgehend von der bereits erläuterten Demografieanfälligkeit der Umlagefinanzierung sollen im Folgenden die aus ordnungspolitischer Sicht kritischen Umverteilungseffekte sowie die Belastung des Arbeitsmarktes durch lohnbezogene Beiträge Gegenstand der Betrachtung sein.<sup>24</sup>

### *2.2.1. Unsystematische Umverteilungswirkungen*

Mit der lohnabhängigen Beitragsfinanzierung innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung gehen unsystematische distributive Effekte einher. Als Bemessungsgrundlage der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung wird grundsätzlich das Arbeitsentgelt beziehungsweise die Rente herangezogen. Die Inanspruchnahme der Leistungen erfolgt hingegen beitragsunabhängig.<sup>25</sup> Mit der Lohnbezogenheit der Beiträge wird eine Umverteilung von den einkommensstärkeren Personen zu den einkommensschwächeren Personen im System beabsichtigt. Da es sich

---

<sup>21</sup> Dabei handelt es sich um die mittlere Bevölkerungsvariante (mittlere Fertilität, mittlere Lebenserwartung, mittlerer Wanderungssaldo); vgl. Bomsdorf (2010), S. 14.

<sup>22</sup> Vgl. Niehaus (2010), S. 25; Hackmann/Moog (2009), S.82.

<sup>23</sup> Vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010), S. 29.

<sup>24</sup> Bereits vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung sprach sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung gegen eine lohnzentrierte Beitragsfinanzierung aus (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1994), S. 278).

<sup>25</sup> Dieser Abschnitt folgt Donges et al. (2005), S. 15-16.



bei den Löhnen jedoch nur um eine mögliche Form der Einkommenserzielung handelt, stellen sie keinen geeigneten Indikator für die ökonomische Leistungsfähigkeit dar. Andere Einkommensarten, beispielsweise aus Vermietung und Verpachtung oder Kapitaleinkommen finden keine Berücksichtigung.<sup>26</sup> Zudem erfolgt eine eingeschränkte Umverteilung von den Einkommensstärkeren zu den Einkommensschwächeren, da das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung oberhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Beitragsbemessungsgrenze bei der Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge nicht zu Grunde gelegt wird. Darüber hinaus eröffnet die Versicherungspflichtgrenze Personen mit hohen Lohneinkommen den vollständigen Austritt aus der „Umverteilungssolidarität“.<sup>27, 28</sup> Der soziale Ausgleich innerhalb des Systems wird zusätzlich durch die Beitragszahlung für Arbeitslosengeld II- und Sozialhilfeempfänger aus Steuermitteln durchbrochen.<sup>29</sup> Des Weiteren gehen von der beitragsfreien Mitversicherung nicht selbstversicherungspflichtiger Ehegatten unsystematische Umverteilungseffekte aus. Bei der Bemessung der Beitragssätze für Ehepaare ist maßgeblich, wie sich das Haushaltseinkommen auf beide Partner verteilt. Demzufolge werden verheiratete Paare mit einem ‚Alleinverdienerinkommen‘ über der Beitragsbemessungsgrundlage gegenüber Ehepaaren mit einem entsprechenden Erwerbseinkommen, das sich jedoch auf beide berufstätigen Partner aufteilt, besser gestellt.<sup>30</sup> Im Gegensatz zu einer Umverteilung über das Steuer- und Transfer-System erfolgt die Einkommensumverteilung innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung folglich nicht nach der Bedürftigkeit oder der ökonomischen Leistungsfähigkeit.<sup>31</sup>

### 2.2.2. Negative Beschäftigungswirkungen

Des Weiteren führt das lohnzentrierte Beitragssystem in Verbindung mit der paritätischen Finanzierungsform zu Verzerrungswirkungen auf dem Arbeitsmarkt.<sup>32</sup> Aufgrund der direkten Kopplung der Sozialversicherungsbeiträge an den Bruttolohn der Arbeitnehmer, geht mit der Anhebung der Beitragssätze eine entsprechende Erhöhung der Lohnnebenkosten für den Arbeitgeber einher. Sofern keine Kompensation<sup>33</sup> erfolgt

---

<sup>26</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011c), S. 3; Donges et al. (2005), S. 16.

<sup>27</sup> Rothgang (2006), S. 213.

<sup>28</sup> Vgl. Arentz et al. (2011c), S. 3; Rothgang (2006) S. 213.

<sup>29</sup> Vgl. Arentz et al. (2011c), S. 3; Eekhoff et al. (2008), S. 45-46.

<sup>30</sup> Vgl. Rothgang (2006), S. 213; Arentz et al. (2011a), S. 16.

<sup>31</sup> Vgl. Donges et al. (2005), S. 16.

<sup>32</sup> Vgl. Walendzik (2009), S. 8-9; Raffelhüschen/Vatter (2011), S. 664.

<sup>33</sup> Mit dem Verzicht der Arbeitnehmer auf einen Feiertag (Buß- und Betttag) wurde die Belastung der Arbeitgeber weitgehend kompensiert. Im Falle steigender Beitragssätze erfolgt jedoch mindestens eine vorübergehende Erhöhung der Arbeitskosten (vgl. Donges et al. (2005), S. 17).

können negative Beschäftigungseffekte folgen. Neben einer rückläufigen Nachfrage der Unternehmen nach Arbeitskräften sind insbesondere gering produktive Mitarbeiter somit einem erhöhten Entlassungsrisiko ausgesetzt.<sup>34</sup>

Einhergehend mit der mangelnden Äquivalenz zwischen geleisteten Beiträgen und zukünftigen Leistungen, wird der Beitrag von den Arbeitnehmern als proportionale Lohnsteuer wahrgenommen.<sup>35</sup> Dies hat zur Folge, dass Ausweichreaktionen in Selbstständigkeit, Altersteilzeit oder Schwarzarbeit an Attraktivität zunehmen. Die Ausweitung des Einkommensbezuges aus abhängiger Beschäftigung wird hingegen vermieden, um den daraus resultierenden steuerähnlichen, negativen Effekten auf die Nettolöhne zu entgehen.<sup>36</sup>

### **2.3. Entwicklung der Nachhaltigkeitslücke**

Vor dem Hintergrund des bereits erläuterten strukturellen Defizits in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist insbesondere die fehlende Nachhaltigkeit im gegenwärtigen System hervorzuheben.<sup>37</sup> Bereits mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurden ‚Einführungsgeschenke‘ an die erste Empfängergeneration verteilt. Damit konnten Pflegebedürftige unmittelbar Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen, die keine oder nicht ausreichende Beiträge entrichtet hatten, ohne den Nachweis einer entsprechenden Bedürftigkeit zu erbringen. In der Konsequenz wurde somit insbesondere das private Vermögen der wohlhabenden Pflegebedürftigen<sup>38</sup> geschont.<sup>39</sup>

Aus diesem intergenerativen Transfer in der gesetzlichen Pflegeversicherung resultiert eine implizite Verschuldung des Staates, da jeder Beitragszahler Ansprüche auf zukünftige Versicherungsleistungen erwirbt ohne dass diesen entsprechende Rücklagen oder zukünftige Einnahmen gegenüberstehen. In Anbetracht des abnehmenden Anteils der erwerbstätigen Beitragszahler wird das Einnahmenvolumen zukünftig nicht

---

<sup>34</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011c), S. 4; Römer/Borell (2006), S. 30.

<sup>35</sup> Vgl. Arentz et al. (2004), S. 227.

<sup>36</sup> Vgl. Donges et al. (2005) S. 17-18; Arentz et al. (2004), S. 227; Albrecht et al. (2012), S. 30-31.

<sup>37</sup> Vgl. Raddatz (2008), S. 10.

<sup>38</sup> Dies brachte der gesetzlichen Pflegeversicherung den Titel einer „Erbenschutzversicherung“ ein (vgl. Arentz et al. (2004), S. 228; Breyer (1995), S. 22 und S. 31).

<sup>39</sup> Dieser Abschnitt folgt Häcker et al. (2011), S. 59; Arentz et al. (2011b), S. 116; Eekhoff (2007), S. 21; Raddatz (2008), S. 4.

ausreichen, um die Leistungsansprüche des steigenden Anteils Älterer und damit tendenziell Pflegebedürftiger in der Bevölkerung zu decken.<sup>40</sup>

Um das Ausmaß des finanziellen Defizits zu quantifizieren, verwenden Häcker et al. den Indikator der ‚Nachhaltigkeitslücke‘. Ihren Berechnungen zu Folge ergibt sich für den Status quo eine implizite Staatsschuld der gesetzlichen Pflegeversicherung im Basisjahr 2008 in Höhe von etwa 35,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes 2008. Dies entspricht knapp 0,88 Billionen Euro. Unter der Annahme eines überproportionalen Preisanstiegs (Baumol’sche Kostenkrankheit<sup>41</sup>) sowie eines zunehmenden Professionalisierungstrends<sup>42</sup> in der pflegerischen Versorgung erfolgt nahezu eine Verdopplung der Nachhaltigkeitslücke.<sup>43</sup>

Darüber hinaus beinhalten die Reformmaßnahmen im Zuge des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes eine Ausweitung des Leistungskataloges (vgl. Kapitel 3.1.). Angesichts der derzeitigen pflegerischen Versorgung sowie der Situation pflegender Angehöriger stellt eine Leistungsausweitung eine sinnvolle und notwendige Maßnahme dar. Insbesondere die Bedürfnisse von Menschen mit demenziellen Erkrankungen müssen stärkere Berücksichtigung finden.<sup>44</sup> Die Umsetzung der Reformmaßnahmen geht jedoch mit einer entsprechenden Ausgabensteigerung sowie einem damit verbundenen Anstieg der Nachhaltigkeitslücke einher.<sup>45</sup>

Grundsätzlich kann dem künftig zu erwartenden Einnahmedefizit mit einer Erhöhung des Beitragssatzes oder einer Kürzung der Leistungen begegnet werden. Unter der Fortführung des Status quo ist nach Häcker et al. eine Erhöhung des Beitragssatzes<sup>46</sup> auf ca. 4,5(5,0) Prozent im Jahr 2050 (2060) notwendig, um das jährliche Einnahmedefizit auszugleichen. Im Falle einer Pflegestufenreform ist demgegenüber ein Maximalwert

---

<sup>40</sup> Dieser Abschnitt folgt Häcker et al. (2011), S. 49 und S. 59-60.

<sup>41</sup> Personalintensive Dienstleistungssektoren unterliegen einem überproportional steigenden Preisanstieg bei einer gleichzeitig unterproportional zunehmenden Produktivitätssteigerung (vgl. Häcker et al. (2011), S. 45; vertiefend Baumol (1967)).

<sup>42</sup> Steigende Nachfrage nach einer professionellen pflegerischen Versorgung infolge eines abnehmenden informellen Pflegepotenzials u.a. aufgrund einer zunehmenden weiblichen Erwerbsbeteiligung sowie eines anhaltenden Trends zum Einpersonenhaushalt (vgl. Häcker et al. (2011), S. 47-48; Römer/Borell (2006), S. 10).

<sup>43</sup> Dieser Abschnitt folgt Häcker et al. (2011), S. 49-52.

<sup>44</sup> Vgl. Läufer/Roth (2012), S. 288; Rothgang (2011), S. 659-660.

<sup>45</sup> Vgl. Häcker et al. (2011), S. 53-56.

<sup>46</sup> Unter der Annahme, dass der demografische Alterungsprozess im Jahr 2060 seinen Höhepunkt erreicht (vgl. Häcker et al. (2011), S. 57).

des Beitragssatzes von bis zu 5,3 (5,9) Prozent im Jahr 2050 (2060) zu erwarten.<sup>47</sup> Nach Berechnungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ist dagegen bei Fortführung des Status quo von einer Beitragssatzerhöhung bis 2050 auf 3,18 Prozent auszugehen.<sup>48</sup>

### **3. Reformnotwendigkeit in der gesetzlichen Pflegeversicherung: Teilkapitaldeckungsmodelle für eine nachhaltige und demografiefeste Finanzierung**

Vor dem Hintergrund der zukünftig steigenden Beitragslast in der gesetzlichen Pflegeversicherung und einer damit verbundenen intergenerativen Umverteilung zu Lasten der jüngeren Generationen bietet sich die Möglichkeit mit einer ergänzenden Kapitaldeckung, Vorsorge für kommende Demografielasten zu betreiben.<sup>49</sup> Insbesondere die Konstruktion der Pflegeversicherung als ‚Teilkaskoversicherung‘ unterstreicht die Notwendigkeit einer stärkeren Selbstbeteiligung bei der Vorsorge für das Pflegefallrisiko. Gemäß § 4 SGB XI wird eine Grundversorgung mit pflegerischen Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung gewährleistet. Durch die Leistungsbegrenzung wird der reale Bedarf der Betroffenen häufig unterschritten. Bereits heute ist ein hoher Eigenkostenanteil in der stationären Pflege von bis zu über 50 Prozent zu leisten.<sup>50</sup> Für den Fall einer nicht ausreichenden zukünftigen Leistungsdynamisierung und eines damit verbundenen fortschreitenden Kaufkraftverlustes der gesetzlichen Pflegeversicherungsleistungen,<sup>51</sup> ist eine private Pflegevorsorge zunehmend notwendig, um im Leistungsfall ausreichend finanziell abgesichert zu sein. Im Weiteren sollen zwei mögliche Teilkapitaldeckungsmodelle vergleichend gegenübergestellt werden.

#### **3.1. Reformmodell 1 – „Staatliche Pflege-Vorsorgeförderung“**

Bereits im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP ist eine Ergänzung des bestehenden Umlageverfahrens in der gesetzlichen Pflegeversicherung durch eine

---

<sup>47</sup> Vgl. Häcker et al. (2011), S. 56-57.

<sup>48</sup> Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2007), Ziffer 309, S. 211; Arentz et al. (2011a), S. 13.

<sup>49</sup> Vgl. Römer/Borell (2006), S. 19.

<sup>50</sup> Vgl. Hagen/Lamping (2011), S. 3; Rothgang (2006), S. 213; Häcker et al. (2011), S. 25-30.

<sup>51</sup> Vgl. Rothgang/Jacobs (2011), S. 11-12.

„verpflichtend[e], individualisiert[e] und generationengerecht“<sup>52</sup> ausgestaltete Kapitaldeckung vorgesehen. Der Gesetzesentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes sieht erstmalig die steuerliche Förderung einer kapitalgedeckten, privaten Pflege-Vorsorge vor, deren Abschluss hingegen freigestellt ist.<sup>53</sup>

### *3.1.1. Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz)*

Mit dem Entwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes wird, neben der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung, das Ziel verfolgt, die Pflegeversicherung angesichts der bevorstehenden Herausforderungen<sup>54</sup> neu auszurichten.<sup>55</sup> Demnach sollen sich insbesondere die Pflegeleistungen bedarfsgerechter an den Bedürfnissen Demenzerkrankter orientieren. Darüber hinaus wird beabsichtigt, pflegebedürftigen Menschen verstärkt Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu eröffnen. Die Finanzierung wird laut BMG „zukunftssicher und generationengerecht“<sup>56</sup> ausgestaltet.<sup>57</sup> Im Folgenden soll auf einzelne zentrale Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes, die im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung genannt werden, eingegangen werden.<sup>58</sup>

Angesichts des unmittelbar bestehenden Hilfebedarfs von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen ist eine kurzfristige Erweiterung der Leistungen als Übergangsregelung (§ 123 SGB XI n.F.) zum 1. Januar 2013 vorgesehen. Bis zur Leistungsgewährung im Rahmen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erhalten Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen I und II, die zu Hause betreut werden, einen vorübergehend pauschal erhöhten Leistungsanspruch. Auch Versicherte der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten zusätzlich zu den niedrighwelligen beziehbaren Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI erstmalig Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Neben der grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung können auch gezielt häusliche Betreuungsleistungen nach § 124 SGB XI

---

<sup>52</sup> CDU, CSU und FDP (2009), S. 93.

<sup>53</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012a), S. 18.

<sup>54</sup> Vgl. Kapitel 2.1. und 2.3. sowie ergänzend die Erläuterungen der zukünftigen Herausforderungen im allgemeinen Teil des Gesetzesentwurfes (Deutscher Bundestag (2012a), S. 18).

<sup>55</sup> Vgl. Rothgang (2012a), S. 2; Deutscher Bundestag (2012a), S. 1.

<sup>56</sup> BMG (2012b), S. 2.

<sup>57</sup> Vgl. BMG (2012b), S. 1-2.

<sup>58</sup> Weitere Reformmaßnahmen sind dem allgemeinen Teil des Gesetzesentwurfes zu entnehmen (siehe Deutscher Bundestag (2012a), S. 18-34).

n.F. in Anspruch genommen werden. Pflegebedürftige und ihre Angehörige erhalten in diesem Zusammenhang die Möglichkeit sich mit den Pflegediensten auf flexiblere Leistungsangebote zu verständigen.<sup>59</sup>

Hinsichtlich einer stärkeren Umsetzung des Grundsatzes ‚Rehabilitation vor Pflege‘ sollen die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgebaut werden. Demzufolge soll eine zielgerichtete Beratung und Informationsvermittlung sowie eine transparente und nachvollziehbare Prüfung auf mögliche Leistungsansprüche zur Rehabilitation durch die Pflegekassen erfolgen.<sup>60</sup>

Des Weiteren ist eine Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung Gegenstand der Reformmaßnahmen. Damit verbunden ist unter anderem ein zeitlich befristetes Initiativprogramm, das die Gründung ambulant betreuter Wohngruppen unterstützt. Für notwendige Umbaumaßnahmen ist eine Förderung von 2.500 Euro pro Person vorgesehen. Insgesamt steht eine Förderungssumme in Höhe von 30 Millionen Euro zur Verfügung.<sup>61</sup>

Daneben sieht der Gesetzesentwurf vor, die Situation der pflegenden Angehörigen zu stabilisieren und zu stärken. In diesem Zusammenhang soll bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege das Pflegegeld zur Hälfte weitergezahlt werden, um Angehörigen die Möglichkeit für eine Auszeit von der Betreuungsleistung zu erleichtern. Darüber hinaus ist beabsichtigt, medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen stärker auf die „Belange“<sup>62</sup> pflegender Angehöriger auszurichten.<sup>63</sup>

Bezugnehmend auf die Leistungsausweitung und dem damit einhergehenden Finanzierungsbedarf wird mit dem Gesetzesentwurf eine Anhebung des Beitragssatzes zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte verfolgt. Im Hinblick auf die Konstruktion der Pflegeversicherung als „Teilleistungssystem“<sup>64</sup> wird in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der privaten Eigenvorsorge zur vollständigen

---

<sup>59</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012a), S. 15 und S. 18-19; BMG (2012b), S. 2.

<sup>60</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012a), S. 19.

<sup>61</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012a), S. 11 und S. 20; BMG (2012b), S. 3-4.

<sup>62</sup> BMG (2012b), S. 3.

<sup>63</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012a), S. 19; BMG (2012b), S. 3.

<sup>64</sup> Deutscher Bundestag (2012a), S. 21.

Finanzierung der pflegerischen Versorgung und Betreuung verwiesen.<sup>65</sup> Aufgrund dessen wird die Förderung der eigenverantwortlichen, privaten Vorsorge für das Pflegefallrisiko im Gesetzesentwurf verfolgt.<sup>66</sup>

In welchem Maße die einzelnen Reformmaßnahmen dem Anspruch zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung gerecht werden, soll im Folgenden nicht weiter analysiert werden.<sup>67</sup> Im Zentrum der Bearbeitung steht die geplante staatliche Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge. Nachfolgend wird auf die Ausgestaltung der Pflege-Vorsorgeförderung eingegangen.

### *3.1.2. Ausgestaltung der Pflege-Vorsorgeförderung*

Mit dem 18. Änderungsantrag der Regierungsfractionen ist der Entwurf einer staatlich geförderten kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung in das laufende Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz integriert worden. Laut BMG soll eine breitere Finanzierungsbasis durch die zusätzliche Kapitaldeckung der Pflegeversicherung geschaffen werden.<sup>68</sup> In den §§ 126 bis 129 SGB XI n.F. werden Art, Umfang, Voraussetzungen und Verfahren der Pflege-Vorsorgeförderung geregelt, die als 13. Kapitel in das SGB XI eingefügt werden sollen.<sup>69</sup>

Als zulageberechtigt gelten gemäß § 126 grundsätzlich alle in der sozialen oder privaten Pflegeversicherung versicherten Personen. Um die Pflegevorsorgezulage in Anspruch nehmen zu können, muss eine auf ihren Namen laufende private Pflegezusatzversicherung vorliegen, die die Voraussetzungen nach § 127 Absatz 2 erfüllt. Von der Förderung ausgeschlossen sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie Personen, die bereits vor Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung pflegebedürftig<sup>70</sup> sind.<sup>71</sup>

Zu den Fördervoraussetzungen nach § 127 zählt, dass die zulageberechtigte Person mindestens einen Jahresbeitrag von 120 Euro zugunsten einer förderfähigen privaten Pflegezusatzversicherung leistet. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf eine Zulage

---

<sup>65</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012a), S. 21.

<sup>66</sup> Vgl. BMG (2012b), S. 5; Deutscher Bundestag (2012a), S. 21.

<sup>67</sup> Vgl. hierzu weiterführend Rothgang (2012a).

<sup>68</sup> Vgl. BMG (2012a), S. 1.

<sup>69</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 39.

<sup>70</sup> I.S.v. Personen, die bereits Leistungen nach dem vierten Kapitel des SGB XI sowie nach dem § 123 SGB XI n.F. beziehen.

<sup>71</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 35 und S. 39-40.

von 60 Euro jährlich, die unabhängig vom persönlichen Einkommen des Versicherten gewährt wird.<sup>72</sup> Mit dem geforderten Mindestbeitrag soll sichergestellt werden, dass der Versicherungsumfang ein gewisses Mindestniveau erreicht sowie ein angemessenes Verhältnis zwischen Eigenleistung und staatlicher Förderung besteht.<sup>73</sup>

Als Vorgabe muss es sich bei den förderfähigen Versicherungen um eine sogenannte Pflege-Tagegeld-Versicherung handeln, die bei Eintritt des Pflegefalls eine Mindestgeldleistung zur Sicherstellung der Pflege (entsprechend dem Pflegegeld nach § 37 SGB XI) auszahlt. Für pflegebedürftige Personen der Pflegestufe III muss die geforderte Mindestgeldleistung 600 Euro monatlich betragen. Darüber hinaus gehende Leistungen darf der förderfähige Tarif nicht enthalten. Die Festlegung des Umfangs des Versicherungsschutzes erfolgt individuell. Durch den monatlichen Mindestbetrag ist eine untere Versicherungsgrenze festgeschrieben. Um einer Überversicherung entgegenzuwirken, darf als obere Grenze maximal eine Geldleistung angesetzt werden, die der doppelten Höhe der Leistung durch die gesetzliche Pflegeversicherung entspricht.<sup>74</sup>

Allen Zugehörigen, des in § 126 bestimmten Personenkreises, wird ein Anspruch auf eine entsprechende Versicherung gewährt. Somit darf kein Antragsteller aufgrund gesundheitlicher Risiken abgelehnt werden. Auf das ordentliche Kündigungsrecht muss verzichtet werden. Die Privatversicherungsunternehmen unterliegen demnach einem Kontrahierungszwang.<sup>75</sup> Des Weiteren dürfen nach § 127 Absatz 2 Nummer 3 keine Risikozuschläge erhoben oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden. Wartezeiten sind auf eine Gesamtdauer von fünf Jahren zu begrenzen.<sup>76</sup> Gemäß § 127 Absatz 2 Nummer 1 muss es sich bei der förderfähigen Versicherung um eine „nach Art der Lebensversicherung kalkulierte Risikoversicherung“<sup>77</sup> handeln. Eine Prämiendifferenzierung nach Eintrittsalter ist zulässig. Demgegenüber ist eine Differenzierung der Prämien nach Geschlecht unzulässig.<sup>78</sup> Überdies soll das Volumen der Verwaltungs- und Abschlusskosten einer Begrenzung unterliegen.<sup>79</sup>

---

<sup>72</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 35 und S. 40; BMG (2012a), S. 1-2.

<sup>73</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 40.

<sup>74</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 35-36 und S. 40-41; BMG (2012a), S. 2.

<sup>75</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 35-36 und S. 40-41; BMG (2012a), S. 2.

<sup>76</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 35-36 und S. 40; BMG (2012a), S. 2.

<sup>77</sup> Deutscher Bundestag (2012b), S. 41.

<sup>78</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 41.

<sup>79</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 36 und S. 42; BMG (2012a), S. 2.



Bei Eintreten der Pflegebedürftigkeit sind das Feststellungsverfahren und die damit verbundene Zuordnung zu einer Pflegestufe durch die Pflegekassen beziehungsweise durch die privaten Versicherungsunternehmen maßgeblich für die Höhe der zu gewährenden Leistungen im Rahmen der privaten Pflegezusatzversicherungen.<sup>80</sup>

Unter § 127 Absatz 2 Nummer 7 ist zudem eine Sonderregelung für Versicherungsnehmer vorgesehen, die aufgrund von Hilfebedürftigkeit, Leistungen der Sozialhilfe oder der Grundsicherung für Arbeitssuchende beziehen sowie für Personen, die durch die Beitragszahlung zur Pflege-Zusatzversicherung hilfebedürftig würden. Der benannte Personenkreis hat demnach einen Anspruch darauf für einen Zeitraum von mindestens drei Jahren, den Versicherungsvertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes ruhen zu lassen. Zudem ist ein Sonderkündigungsrecht für förderfähige Pflege-Zusatzversicherungen vorgesehen. Nach dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit ist es somit möglich innerhalb einer Frist von drei Monaten rückwirkend zu kündigen. Der Versicherer hat demnach nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Hilfebedürftigkeit, Anspruch auf die Prämienzahlung.<sup>81</sup>

Um zu gewährleisten, dass die entsprechenden Versicherungsverträge die Bedingungen für eine Zulagenförderung erfüllen, ist der Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. damit beliehen, „brancheneinheitliche Vertragsmuster“<sup>82</sup> zu bestimmen, die von den Versicherungsunternehmen als Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflegezusatzversicherungen zu integrieren sind.<sup>83</sup> Ein Anspruch auf die Zulagenförderung kann mit Ablauf des Kalenderjahres geltend gemacht werden, in dem die Zahlung der Beiträge zur förderfähigen privaten Pflege-Zusatzversicherung erfolgt ist.<sup>84</sup>

Unter § 128 wird sowohl das Verfahren der Zulagenförderung als auch die Haftung der Versicherungsunternehmen geregelt. Das Bundesversicherungsamt wird in diesem Zusammenhang für die Auszahlung der Pflegevorsorgezulage ermächtigt. Bei der Durchführung des Zulageverfahrens bedient es sich „im Wege der Organleihe“<sup>85</sup> bei einer zentralen Stelle der Deutschen Rentenversicherung, die bereits über entsprechende

---

<sup>80</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 41.

<sup>81</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 36 und S. 41-42.

<sup>82</sup> Deutscher Bundestag (2012b), S. 42.

<sup>83</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 36 und S. 42.

<sup>84</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 42.

<sup>85</sup> Deutscher Bundestag (2012b), S. 42.

Erfahrungen im Rahmen der staatlichen Zulagenförderung privater Altersvorsorgeprodukte („Riester-Rente“) verfügt.<sup>86</sup>

Entstehende Verwaltungskosten und Auszahlungen von Pflegevorsorgezulagen trägt das BMG. Die Rechtsaufsicht über die zentrale Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung obliegt ebenfalls dem BMG. Demgegenüber übt das Bundesversicherungsamt die Fachaufsicht über die zentrale Stelle aus.<sup>87</sup>

Im Fall der Auszahlung einer Zulage haftet das Versicherungsunternehmen gegenüber dem Zulageempfänger dafür, dass die Pflege-Zusatzversicherung den Bedingungen gemäß § 127 Absatz 2 entspricht. Der weitere Haftungsmaßstab richtet sich nach § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches<sup>88 89</sup>.

Im Zuge der Verordnungsermächtigung nach § 129 wird das BMG ermächtigt, Vorschriften zu erlassen, die das Verfahren der Zulagenförderung und Antragstellung, den Datenaustausch zwischen Versicherungsunternehmen und zentraler Stelle sowie die Begrenzung der Verwaltungs- und Abschlusskosten regeln. Dies muss im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales erfolgen.<sup>90</sup>

Hinsichtlich der Kostenfolgen werden für das Jahr 2013 etwa 1,5 Millionen abgeschlossene förderfähigen Versicherungsverträge erwartet, denen eine Förderungssumme in Höhe von 90 Millionen Euro gegenübersteht. Bezugnehmend auf die damit verbundenen Verwaltungskosten wird beabsichtigt, die Verwaltungskosten auf unter 10 Millionen Euro im Jahr zu begrenzen.<sup>91</sup>

---

<sup>86</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 42-43; weiterführend siehe Deutscher Bundestag (2012b), S. 36-39.

<sup>87</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 38-39 und S. 43.

<sup>88</sup> Weiterführend siehe § 276 BGB „Verantwortlichkeit des Schuldners“.

<sup>89</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 38 und S. 43.

<sup>90</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 39 und S. 44.

<sup>91</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 44.

### **3.2. Reformmodell 2 – „Modell der Pflegevorsorge: Kapitalgedeckte Pflegeversicherung mit steuerfinanziertem Vertrauensschutz“**

In Anbetracht der geplanten staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung stellt das von der Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V. (vbw) in Kooperation mit dem Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln (iwp) im Jahr 2004 entwickelte Modell der Pflegevorsorge ein alternatives Reformvorhaben der gesetzlichen Pflegeversicherung dar. Die Konstruktion der Pflegevorsorge richtet sich nach den im Koalitionsvertrag festgeschriebenen Anforderungen einer „individualisierten, verpflichtenden und generationengerechten kapitalgedeckten Säule“<sup>92</sup>. Das private, kapitalgedeckte System mit einem steuerfinanzierten Vertrauensschutz bietet sich demnach als „Blaupause“<sup>93</sup> für eine grundlegende Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung an.<sup>94</sup> Im Weiteren sollen die wesentlichen Charakteristika der Pflegevorsorge erläutert werden.

#### *3.2.1. Bevölkerungsumfassende Mindestversicherungspflicht*

Im Gegensatz zur staatlich geförderten privaten Pflegezusatzversicherung, deren Abschluss freigestellt ist, weist das Modell der Pflegevorsorge eine bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht auf. Mit dieser Regelung soll verhindert werden, dass einzelne Personen, die über ausreichendes Einkommen und Vermögen verfügen, im Fall einer später eintretenden Pflegebedürftigkeit auf die Unterstützung der Gesellschaft zurückgreifen, anstatt eine ausreichende Pflegevorsorge zu betreiben.<sup>95</sup>

Zudem stellt die bevölkerungsumfassende Mindestversicherungspflicht eine Voraussetzung für ein äquivalentes Preis-Leistungs-Verhältnis zwischen den Versicherungsgesellschaften und den Versicherten dar. Darüber hinaus werden unsystematische Verteilungseffekte durch den Ausschluss einzelner Personengruppen vermieden. Das Versicherungsmodell der Pflegevorsorge umfasst somit jeden Einzelnen unabhängig von seinem Erwerbsstatus.<sup>96</sup>

Der Umfang der bevölkerungsumfassenden Versicherungspflicht sollte im Modell der Pflegevorsorge allen Leistungen entsprechen, die im Fall der Bedürftigkeit von der

---

<sup>92</sup> Arentz et al. (2011a), S. 21.

<sup>93</sup> Arentz et al. (2011a), S. 21.

<sup>94</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 21.

<sup>95</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 22.

<sup>96</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 22.

Gemeinschaft getragen würden. Die damit verbundene Festlegung eines Mindestleistungskataloges obliegt der Gesellschaft und muss demnach im politischen Entscheidungsprozess beschlossen werden. Dabei bleibt es den Bürgern freigestellt, zusätzliche Leistungen, die nicht Gegenstand des Mindestleistungskataloges sind, zu versichern.<sup>97</sup>

### 3.2.2. *Privatwirtschaftliche Organisation*

Das Modell der Pflegevorsorge baut auf einer privatwirtschaftlichen Organisation der Pflegeversicherung auf. Die Funktionsfähigkeit des privaten Pflegeversicherungsmarktes ist zum einen dadurch gewährleistet, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit und die damit verbundenen Kosten bei einem frühzeitigen Versicherungsabschluss für beide Vertragsparteien ungewiss sind. Folglich kann sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für das Versicherungsunternehmen ein vorteilhafter Vertrag abgeschlossen werden. Zum anderen ist das individuelle Risiko zum Pflegefall zu werden unabhängig von dem Risiko der übrigen Versicherten.<sup>98</sup> Um die Voraussetzungen für ein funktionsfähiges wettbewerbliches System einer rein privatwirtschaftlich organisierten Erbringung von Pflegeleistungen zu ermöglichen, bedarf es zusätzlich zu einer Mindestversicherungspflicht, eines staatlichen Rechtsrahmens.<sup>99</sup>

Der mit der privatwirtschaftlichen Organisation einhergehende Wettbewerb zwischen den privaten Anbietern eröffnet eine effiziente Versorgung, die sich an den Präferenzen und Bedürfnissen der Versicherten orientiert. Demzufolge können die Versicherungen, abgesehen von dem gesetzlich vorgegebenen Mindestversicherungsumfanges, hinsichtlich ihrer Organisation und Ausgestaltung differieren. Zudem können die Angebote zusätzlicher Versicherungsleistungen variieren. Darüber hinaus erfordert der Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen ein mittel- und längerfristiges Kostenbewusstsein bezüglich Verwaltungsstrukturen und Serviceangeboten.<sup>100</sup>

Das Modell der Pflegevorsorge weist folglich im Gegensatz zur staatlichen Pflegevorsorgeförderung ein rein privatwirtschaftlich organisiertes System auf. Im Reformvorhaben der Regierungskoalition ist hingegen lediglich die Etablierung einer

---

<sup>97</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 22.

<sup>98</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 23.

<sup>99</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 23.

<sup>100</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 23-24.

privatwirtschaftlichen Pflegezusatzversicherung als Ergänzung zur weiterhin bestehenden staatlichen Pflichtversicherung vorgesehen.

### 3.2.3. *Übertragung individueller Altersrückstellungen*

Im Gegensatz zur umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung ermöglicht das kapitalgedeckte System der Pflegevorsorge den Aufbau eines Kapitalstocks. Prämienüberschüsse, die sich aus der Differenz von individuellen Beitragszahlungen und individuellen Leistungsauszahlungen ergeben, können somit im kapitalgedeckten System angespart werden. Da insbesondere das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit einem hohen Lebensalter korreliert, tritt der Leistungsfall zu meist im späteren Lebensabschnitt ein. Die Prämienzahlungen in der Jugend- und Erwerbsphase dienen demnach nahezu vollständig dem Aufbau eines Kapitalstocks, in Form von Altersrückstellungen. Damit wird ermöglicht, dass jeder Versicherte eine ausreichende Vorsorge für den Fall der zukünftigen Pflegebedürftigkeit betreibt, die unabhängig von den Beitragszahlungen nachfolgender Generationen ist.<sup>101</sup>

Durch den Aufbau von Altersrückstellungen wird zudem eine Prämienglättung über den Lebenszyklus hinweg ermöglicht. Nach dem Konzept der Pflegevorsorge sind die Prämien als „Annuitäten der über den gesamten Lebenslauf zu erwartenden Kosten“<sup>102</sup> zu gestalten. Demzufolge wird für jede versicherte Person ein individualisierter Kapitalstock in Form von individuell zurechenbaren Rückstellungen gebildet. Zu Beginn der Versicherungszeit überschreiten somit die Prämienzahlungen die laufenden Risikokosten. Gegen Ende der Versicherungszeit wird jedoch verhindert, dass sich die Prämien entsprechend dem stark ansteigenden Pflegefallrisiko erhöhen. Der Aufbau von individualisierten Altersrückstellungen verhindert somit eine finanzielle Überforderung im hohen Lebensalter.<sup>103</sup>

Dagegen fungiert die kapitalgedeckte Vorsorge im Rahmen der staatlich geförderten Pflegezusatzversicherung lediglich als ergänzende finanzielle Absicherung des Eigenkostenanteils, der von den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht gedeckt wird. Es besteht somit weiterhin die Notwendigkeit, dass zukünftige Erwerbsgenerationen für einen Großteil der Pflegeaufwendungen aufkommen.

---

<sup>101</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 24.

<sup>102</sup> Arentz et al. (2011a), S. 24.

<sup>103</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 24.

#### 3.2.4. Risikoäquivalente Prämien als Kalkulationsgrundlage

Als Grundvoraussetzung für einen effizienten Wettbewerb im Pflegeversicherungsmarkt fordert das Modell der Pflegevorsorge eine risikoäquivalente Prämiengestaltung. Die Preise müssen demnach so kalkuliert werden können, dass sie die Kosten der eingesetzten Ressourcen decken und den Kunden die Möglichkeit eröffnen, durch eine differenzierte Zahlungsbereitschaft, ihre individuellen Präferenzen ausdrücken zu können. In Anbetracht der daraus resultierenden unterschiedlichen Leistungsangebote erschließt sich somit ein Preis-Leistungs-Wettbewerb zwischen den privaten Anbietern.<sup>104</sup> Die unterschiedlich verlaufende Risikoentwicklung der Versicherten wird mittels individualisierter übertragbarer Altersrückstellung berücksichtigt. In diesem Zusammenhang sind neben dem Alter auch das Geschlecht und Krankheiten maßgeblich für die Berechnung der individuellen Pflegefallwahrscheinlichkeit. Damit wird der Anreiz für einen effizienten Wettbewerb geschaffen.<sup>105</sup>

Um Prämienunterschiede zwischen den Versicherten innerhalb einer Geburtenkohorte zu vermeiden, sollte die Prämienkalkulation vor der Geburt erfolgen, da es sich um einen Zeitpunkt handelt, in dem noch keine Risikounterschiede ersichtlich sind. Demnach erfolgt die Prämienkalkulation auf Grundlage der durchschnittlich zu erwartenden Pflegekosten innerhalb des Versichertenkollektivs. Die Mitglieder einer Geburtenkohorte zahlen somit eine einheitliche Prämie, die dem durchschnittlichen Risiko der Gruppe entspricht. Der Risikoausgleich erfolgt innerhalb der Versicherungsgemeinschaft einer Geburtenkohorte.<sup>106</sup>

Im Falle eines Versicherungsverwechsels wird jedem Versicherten ein nachteilsfreier Übergang durch die risikoadjustierten Altersrückstellungen ermöglicht, indem das Kostenrisiko der aufnehmenden Versicherungen durch die entsprechend dem individuellen Risiko gebildeten Rückstellungen ausgeglichen wird. Innerhalb des Modells der Pflegevorsorge ist demzufolge ein Wechsel unabhängig vom Pflegefallrisiko möglich, da unterschiedlich hohe Risiken durch entsprechend hohe Altersrückstellungen ausgeglichen werden. Indes müsste bei einem Wechsel ohne die Übertragung individueller Altersrückstellungen sowohl der kürzere Zeitraum für die Bildung eines Kapitalstocks als auch bereits bekannte Vorerkrankungen und

---

<sup>104</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 25.

<sup>105</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 25.

<sup>106</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 25.

Risikofaktoren bei der Prämienberechnung Berücksichtigung finden. Dies hätte zur Folge, dass bei einem gleichbleibenden Leistungsumfang die neu kalkulierte Prämie für Personen mit einem hohem Pflegefallrisiko stark ansteigen würde.<sup>107</sup>

Unter Mitgabe der individualisierten Altersrückstellungen sind folglich Prämienunterschiede auf Unterschiede in der Effizienz des Anbieters oder in den Leistungspaketen zurückzuführen. Effizienter arbeitenden Versicherungen ist es somit unter Berücksichtigung der individuellen Altersrückstellung möglich, niedrigere Prämien oder bessere Leistungen für die gleiche Prämie zu offerieren und damit den Präferenzen der wechselwilligen Versicherten zielführender zu entsprechen.<sup>108</sup> Überdies wird Risikoselektion in Form eines ineffizienten Wettbewerbs um ‚gute Risiken‘ durch die Übertragung von Altersrückstellungen, die dem individuellen Pflegefallrisiko entsprechen, verhindert.<sup>109</sup>

Vergleichend weicht die einkommensunabhängige Prämienkalkulation im System der geplanten staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung stark von einer risikoäquivalenten Prämienkalkulation ab. Sowohl der geforderte Kontrahierungszwang als auch die untersagten Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse führen dazu, dass eine Prämiendifferenzierung lediglich nach dem Eintrittsalter erfolgen kann (vgl. Kapitel 3.1.2.).<sup>110</sup> Unter Berücksichtigung der darüber hinaus gehenden fehlenden Versicherungspflicht erscheint es somit fraglich, ob ein funktionsfähiger Versicherungsmarkt für entsprechende Pflegevorsorgeprodukte entstehen kann.<sup>111</sup>

### 3.2.5. Vertrauensschutz

Mit dem Modell der Pflegevorsorge ist hingegen ein konsequenter Systemwechsel auf risikoäquivalente Prämien verbunden. Unter der Annahme, dass junge Versicherte zum Umstellungszeitpunkt lediglich geringe Belastungsunterschiede aufweisen, ergeben sich für ältere Versicherte dagegen entsprechend höhere finanzielle Belastungen im Fall eines Wechsels auf Kapitaldeckung. Da der Zeitraum insbesondere für bereits Pflegebedürftige und pflegenähe Jahrgänge nicht ausreichen würde um genügend

---

<sup>107</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 26.

<sup>108</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 26.

<sup>109</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 26-27.

<sup>110</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 35 und S. 40; BMG (2012a), S. 2; BMG (2012b), S. 5-6.

<sup>111</sup> Vgl. weiterführend Rothgang (2012b), S. 12-13.

Altersrückstellungen zu bilden, müssten ältere Versicherte hohe risikoäquivalente Prämien zahlen.<sup>112</sup>

Mit dem Ziel eine finanzielle Überforderung älterer Versicherter im Zuge der Umstellung auf das kapitalgedeckte System zu vermeiden, ist die Einführung einer Belastungsgrenze, in Form einer zu zahlenden Maximalprämie, vorgesehen. Diese gewährt einen Vertrauensschutz und ermöglicht somit eine begrenzte Anerkennung von Leistungsansprüchen aus dem Umlageverfahren. Zugleich wird jeder Einzelne aufgefordert bis zu einer zumutbaren Prämienhöhe eine Eigenvorsorge zu betreiben.<sup>113</sup>

Gleichzeitig stellt die Festlegung der maximalen Belastungsgrenze eine Abkehr von der Versicherungspflicht dar, die den vollen gesetzlich festgeschriebenen Leistungskatalog umfasst. Mit der Maximalprämie können Personen mit erhöhtem Pflegerisiko nur einen Teil der versicherungspflichtigen Leistungen abdecken. Für den Fall der Pflegebedürftigkeit sind zusätzlich Kosten zu decken, die über den zuvor erzielten Versicherungsschutz hinaus gehen. Folglich ist ein Rückgriff auf private Ersparnisse, die Unterstützung durch Angehörige sowie nachrangig die Inanspruchnahme von Sozialhilfe erforderlich. Grundsätzlich vermeidet jedoch die Einführung einer Belastungsgrenze in Form einer zu zahlenden Maximalprämie, dass „willkürliche Grenzen“<sup>114</sup> zwischen einzelnen Personengruppen bei einer Umstellung auf eine Kapitaldeckung gezogen werden und damit einzelne Gruppen der Versicherten im Fall eines Systemwechsels benachteiligt werden.<sup>115</sup>

Personen, die zum Umstellungszeitpunkt bereits pflegebedürftig sind, sollten gemäß dem Konzept der Pflegevorsorge aus Vertrauensschutzgründen die bereits gewährten Leistungen weiterhin erhalten. Eine Ausweitung der Leistungen, beispielsweise in Form von Leistungsdynamisierungen, ist nicht vorgesehen. Der zugesagte Leistungsumfang ist demnach auf dem „der geltenden Rechtslage entsprechenden Stand“<sup>116</sup> einzufrieren. Darüber hinaus sollte Versicherten, die innerhalb eines Übergangszeitraums nach der Systemumstellung pflegebedürftig werden, ebenfalls Vertrauensschutz gewährt werden. Insbesondere für pflegenaher Jahrgänge mit einem hohen Pflegerisiko würde das über die Maximalprämie versicherbare Leistungsniveau im Vergleich zum Leistungskatalog

---

<sup>112</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 29-30.

<sup>113</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 29-30.

<sup>114</sup> Arentz et al. (2011a), S. 31.

<sup>115</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 31.

<sup>116</sup> Arentz et al. (2011a), S. 31.



der gesetzlichen Pflegeversicherung geringer ausfallen. Um eine Benachteiligung dieser Versicherungsgruppe zu vermeiden erfolgt nach dem Modell der Pflegevorsorge eine Leistungsaufstockung. Diese staatliche Aufstockungsleistung wird innerhalb eines definierten Übergangszeitraumes reduziert.<sup>117</sup>

Die dargelegte Systemumstellung ist mit einem finanziellen Transferbedarf verbunden. Nach dem Vorschlag der Pflegevorsorge wird eine Steuerfinanzierung der Leistungszusagen aus Vertrauensschutzgründen verfolgt, da die Verteilung der finanziellen Belastung im Steuer- und Transfersystem systematischer erfolgen kann.<sup>118</sup>

Dagegen erfolgt mit Einführung der geplanten Pflege-Vorsorgeförderung kein vollständiger Wechsel vom Umlageverfahren zur Kapitaldeckung. Die Zulagenförderung für eine ergänzende kapitalgedeckte Zusatzversicherung wird hingegen ebenfalls steuerfinanziert.

#### **4. Anreize und Fehlanreize zur Absicherung des Pflegefallrisikos insbesondere für Geringverdiener**

##### **4.1. Grundsicherung bei Pflegebedürftigkeit**

Die Besonderheit des Pflegefallrisikos liegt in der Tatsache begründet, dass die Pflegebedürftigkeit vorwiegend im fortgeschrittenen Lebensalter auftritt oder mit einer Erwerbsunfähigkeit einhergeht. Die Kosten, insbesondere bei stationärer Pflegeversorgung, die über die gewährte Grundversorgung der gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus gehen, sind demnach durch privates Einkommen, zumeist in Form von Rentenzahlungen, eigenes Vermögen oder durch Unterstützungsleistungen der Angehörigen zu decken. Sofern das Vermögen nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit jedoch unter das Existenzminimum fällt besteht ein Anspruch auf die Hilfe der Gesellschaft.<sup>119</sup>

##### *4.1.1. Subsidiaritäts- und Bedürftigkeitsprinzip*

Gemäß der staatlichen Fürsorgegarantie ist es die Aufgabe der Sozialhilfe jedem Leistungsberechtigten ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Nach dem

---

<sup>117</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 31-32.

<sup>118</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 34-35.

<sup>119</sup> Dieser Abschnitt folgt Sievering (1996), S. 136.

Subsidiaritätsprinzip können Leistungen der Sozialhilfe erst in Anspruch genommen werden, sofern alle Möglichkeiten der Selbsthilfe oder erforderliche Hilfen durch Angehörige und andere Leistungsträger ausgeschöpft sind. Dies impliziert den Nachrang der Sozialhilfe gegenüber unterhaltspflichtigen Personen, der Verpflichtung Dritter sowie anderen Sozialleistungssystemen. Das Subsidiaritätsprinzip stellt somit eine Verpflichtung dar, die eigene Leistungsfähigkeit, insbesondere das private Einkommen und Vermögen, in einem zumutbaren Rahmen einzubringen.<sup>120</sup> Soziale Maßnahmen setzen demnach eine Bedürftigkeitsprüfung voraus, die die wirtschaftliche Situation des Bürgers möglichst vollständig zu erfassen hat und in regelmäßigen Zeitabständen vorgenommen wird. Neben dem zur Verfügung stehenden Einkommen wird folglich auch das Vermögen des Betroffenen zu Grunde gelegt. Grundsätzlich werden Sozialleistungen, die sich streng nach der Bedürftigkeit richten, ein Leben lang bereitgestellt. Demzufolge setzt die staatliche Garantie einer Mindestsicherung voraus, dass jeder Bürger im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit und unter Einsatz seiner Arbeitskraft den Zustand der Bedürftigkeit vermeidet.<sup>121</sup>

#### *4.1.2. Hilfe zur Pflege*

Im Rahmen der Hilfe zur Pflege erhalten bedürftige Personen, die in Folge von Krankheit oder Behinderung bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im alltäglichen Leben in erheblichem oder höheren Maße auf fremde Hilfe angewiesen sind, bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen.<sup>122</sup> Neben der häuslichen Pflege umfasst die Hilfe zur Pflege die (teil-)stationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und Hilfsmittel.<sup>123</sup> Die Rechtsgrundlage der Hilfe zur Pflege bildet das siebte Kapitel des SGB XII. Vor dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes am 1. Januar 1995 fungierte die Hilfe zur Pflege als wichtigstes Instrument zur materiellen Absicherung im Fall der Pflegebedürftigkeit.<sup>124</sup>

Mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ist das Ziel verfolgt worden, sowohl die Sozialhilfebedürftigkeit von Pflegebedürftigen als auch die damit verbundenen Ausgaben der Sozialhilfeträger zu reduzieren. Nach Drähler/Rehbein hat die gesetzliche Pflegeversicherung damit unter anderem eine „originäre

---

<sup>120</sup> Dieser Abschnitt folgt Eekhoff (2008), S. 123; Sievering (1996), S. 135-136; §§ 1-2 SGB XII.

<sup>121</sup> Dieser Abschnitt folgt Eekhoff (2008), S. 123-124.

<sup>122</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2009b), S. 5; § 61 Absatz 1 SGB XII.

<sup>123</sup> Vgl. § 61 Absatz 2 SGB XII.

<sup>124</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2009b), S. 5.

armutsvermeidende Funktion[en]<sup>125</sup> eingenommen.<sup>126</sup> Im Jahr 1993 betrug die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Deutschland 660.434. Die Summe der Bruttoausgaben der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege belief sich 1993 auf rund 8,4 Milliarden Euro. Nach dem Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes 1995, war ein deutlicher Rückgang der Zahl Leistungsberechtigter, bis auf 289.299 im Jahr 1998, zu verzeichnen. Seit Ende der 1990er-Jahre erfolgt jedoch erneut ein mäßiger Anstieg<sup>127</sup> der Empfängerzahl.<sup>128</sup> Zuletzt betrug die Zahl der Pflegebedürftigen, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen waren, im Jahr 2010 etwa 411.000 Personen. Mit 72 Prozent befand sich ein Großteil dieses Personenkreises ausschließlich in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Nettoausgaben der Hilfe zur Pflege stiegen im Vergleich zum Vorjahr um 3,1 Prozent auf insgesamt 3 Milliarden Euro an.<sup>129</sup> Vor diesem Hintergrund nimmt die Bedeutung der Hilfe zur Pflege bei der Bestreitung des Lebensunterhaltes für Pflegebedürftige erneut zu.

#### **4.2. Staatliche Pflege-Vorsorgeförderung**

Hinsichtlich der Einordnung der geplanten Pflege-Vorsorgeförderung in das existierende Sicherungssystem aus gesetzlicher Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung ist von entscheidender Bedeutung, ob das bisherige Leistungsniveau ergänzt oder (teil)substituiert werden soll. Nach Rothgang geht dies nicht eindeutig aus dem Gesetzestext beziehungsweise aus der Gesetzesbegründung hervor. Der Vermerk, dass mit einer staatlichen Zulagenförderung ein wirkungsvoller Anreiz für eine „zusätzliche[r] Pflegevorsorge“<sup>130</sup> geschaffen werden soll, deutet auf eine additive Funktion der privaten Pflegezusatzversicherung hin. Damit verbunden wäre eine Anhebung des Leistungsniveaus im Fall der Pflegebedürftigkeit. Demgegenüber steht die Auslegung, dass der Aufbau der privaten Pflegevorsorge kompensatorisch das bisherige Leistungsniveau aufrechterhalten soll, da das „umlagefinanzierte[s] System [der gesetzlichen Pflegeversicherung] künftig zunehmenden Belastungen“<sup>131</sup> durch den demografischen Wandel ausgesetzt sei.<sup>132</sup>

---

<sup>125</sup> Drähter/Rehbein (2009), S. 284.

<sup>126</sup> Vgl. Drähter/Rehbein (2009), S. 284.

<sup>127</sup> Vom Anstieg ausgenommen sind die Jahre 2002 und 2009.

<sup>128</sup> Dieser Abschnitt folgt Statistisches Bundesamt (2009b), S. 6 und S. 27.

<sup>129</sup> Dieser Abschnitt folgt Statistisches Bundesamt (2012), S. 6.

<sup>130</sup> Deutscher Bundestag (2012b), S. 39.

<sup>131</sup> Deutscher Bundestag (2012b), S. 39.

<sup>132</sup> Dieser Abschnitt folgt Rothgang (2012b), S. 2-3.

Der Ausbau einer finanziellen Absicherung im Pflegefall ist angesichts der erneut steigenden Zahl von Personen, die in Folge der Pflegebedürftigkeit auf Unterstützungsleistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind, von hoher Bedeutung (vgl. Kapitel 4.1.2.). Im Folgenden sollen die Anreizwirkungen auf eine zusätzliche private Pflegevorsorge im Rahmen der geplanten staatlichen Zulagenförderung untersucht werden.

#### *4.2.1. Trittbrettfahrerproblematik: Geringe Anreizwirkungen einer privaten Pflegezusatzversicherung*

Mit der privaten Pflege-Vorsorgeförderung wird das Ziel verfolgt, die Bürger bei der eigenverantwortlichen Vorsorge für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu unterstützen. Die staatliche Zulage in Höhe von 60 Euro pro Jahr soll folglich einen materiellen Anreiz bieten, sodass eine möglichst große Anzahl von Personen, insbesondere auch Menschen mit einem geringeren Einkommen, eine private Pflege-Zusatzversicherung abschließen.<sup>133</sup> Der Abschluss einer förderfähigen Pflege-Zusatzversicherung ist demnach freigestellt. Dies stellt eine Abkehr von der im Koalitionsvertrag formulierten originären Versicherungspflicht für eine ergänzende kapitalgedeckte Vorsorge dar. Gleichzeitig ist es ein markantes Unterscheidungsmerkmal zum Modell der Pflegevorsorge (vgl. Kapitel 3.2.1.). Im Konzept der Pflegevorsorge ist explizit eine bevölkerungsumfassende Mindestversicherungspflicht vorgesehen, um die „Gemeinschaft vor Trittbrettfahrerverhalten zu schützen“<sup>134</sup>. Für den Fall einer fehlenden Versicherungspflicht besteht grundsätzlich die Problematik, dass einzelne Personen nicht eigenständig für das Pflegerisiko vorsorgen, obwohl sie über ausreichende finanzielle Mittel verfügen, da sie, sofern das Risiko der Pflegebedürftigkeit im späteren Lebensabschnitt eintritt, auf die Unterstützungsleistungen der Gesellschaft zurückgreifen können.<sup>135</sup> Allein die Möglichkeit nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit, Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu können, kann somit den Anreiz zu einer ausreichend eigenständigen Vorsorge eliminieren beziehungsweise verringern.<sup>136</sup> Die Optionalität einer förderbaren Pflegezusatzversicherung stellt somit keine grundlegende Lösung dar,

---

<sup>133</sup> Dieser Abschnitt folgt BMG (2012a), S. 1-2; BMG (2012b), S. 5-6.

<sup>134</sup> Arentz et al. (2011a), S. 22.

<sup>135</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 22.

<sup>136</sup> Vgl. Moayedi (2008), S. 85-88; weiterführend Sievering (1996), S. 136-145.

um das Trittbrettfahrerproblem zu unterbinden, da niemandem im Bedarfsfall eine Versorgung mit pflegerischen Leistungen verwehrt wird.<sup>137</sup>

Ohne eine zusätzliche kapitalgedeckte private Vorsorge muss im Pflegefall der volle Eigenkostenanteil, der über die Grundversorgung im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus geht, durch privates Einkommen und Vermögen oder nachrangig durch die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege finanziert werden. Mit dem Abschluss einer geförderten Pflegezusatzversicherung soll ein Teil der selbstzutragenden Ausgaben gedeckt werden.<sup>138</sup> Gemäß den Vorgaben des § 127 Absatz 2 Nummer 4 SGB XI n.F. muss im Pflegefall eine Geldleistung in Höhe von mindestens 600 Euro an Pflegebedürftige der Pflegestufe III entrichtet werden.<sup>139</sup> Ende des Jahres 2009 betrug die durchschnittliche monatliche Vergütung für eine vollstationäre Dauerpflege in der Pflegeklasse III mit Unterkunft und Verpflegung insgesamt ca. 2.866 Euro.<sup>140</sup> Demgegenüber betrug der pauschale Leistungsanspruch für Versicherte der Pflegeklasse III in vollstationären Pflegeeinrichtungen an die gesetzliche Pflegeversicherung 1.470 Euro.<sup>141</sup> Ende des Jahres 2009 mussten somit monatlich im Durchschnitt 1.396 Euro der Leistungsaufwendungen für die pflegerische Versorgung in vollstationären Einrichtungen durch eigene finanzielle Mittel getragen werden. Unter diesen Bedingungen würde demnach der ergänzende Mindestversicherungsumfang der Pflegezusatzversicherung weniger als die Hälfte des Eigenkostenanteils decken. Ein Rückgriff auf private Rücklagen und Einkünfte wäre weiterhin erforderlich. Liegt kein eigenes Vermögen vor, müsste der Versicherungsumfang der privaten Zusatzversicherung einen noch größeren Anteil der Kosten decken, um die Pflegekosten mit einem geringen monatlichen Einkommen bestreiten zu können.<sup>142</sup> Ein derart umfassender Versicherungsschutz setzt hingegen Prämienzahlungen voraus, die den Jahresbeitrag von 180 Euro<sup>143</sup> voraussichtlich übersteigen werden. Demzufolge wird insbesondere für Personen im Niedrigeinkommensbereich eine vollständige finanzielle Absicherung für das Pflegefallrisiko kaum tragbar sein. Überdies ist fraglich, ob die

---

<sup>137</sup> Vgl. Arentz et al. (2011b), S. 119.

<sup>138</sup> Vgl. Roth/Läufer (2012), S. 1.

<sup>139</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 35.

<sup>140</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2009c), S. 15.

<sup>141</sup> Vgl. BMG (2009), S. 3.

<sup>142</sup> Vgl. Roth/Läufer (2012), S. 1.

<sup>143</sup> Der Jahresbeitrag setzt sich aus dem geforderten Mindestbeitrag von 120 Euro und der Zuschlagszahlung in Höhe von 60 Euro zusammen.

geforderte Mindestgeldleistung in Höhe von 600 Euro überhaupt mit einer Prämie von 180 Euro pro Jahr auf dem privaten Versicherungsmarkt zu finanzieren ist.<sup>144</sup>

Im Gegensatz zur privaten Vorsorge besteht jedoch die Möglichkeit, im Fall der wirtschaftlichen Bedürftigkeit nach Eintritt des Pflegerisikos auf die Leistungen der Hilfe zur Pflege zurückzugreifen. Gemäß dem Grundsatz der Subsidiarität setzt die Inanspruchnahme der Sozialhilfe voraus, dass das eigene Einkommen und Vermögen vorrangig zur Kostendeckung herangezogen wird (vgl. Kapitel 4.1.1.). Bei der Hilfe zur Pflege muss das private Einkommen allerdings nur oberhalb einer Einkommensgrenze gemäß § 85 SGB XII in einem „angemessenen Umfang“<sup>145</sup> eingesetzt werden.<sup>146</sup> Dagegen wird das „gesamte verwertbare Vermögen“<sup>147</sup> des Betroffenen bei der Vermögensanrechnung zu Grunde gelegt.<sup>148</sup> Zudem impliziert der Grundsatz der Nachrangigkeit der Sozialhilfe, dass Unterhaltsansprüche gegenüber Unterhaltspflichtigen der pflegebedürftigen Person geltend gemacht werden können.<sup>149</sup> Gemäß § 1601 BGB besteht ein gegenseitiger Unterhaltsanspruch gegenüber Verwandten in gerader Linie (Großeltern, Eltern, Kinder).<sup>150</sup> Demzufolge sind die eigenen Kinder grundsätzlich dazu verpflichtet, gemäß ihrer Leistungsfähigkeit für die Pflegeaufwendungen der Eltern aufzukommen. In diesem Zusammenhang ist das unterhaltsrechtlich relevante Einkommen der Kinder nur oberhalb eines angemessenen Selbstbehaltes bereitzustellen.<sup>151</sup> Unter Berücksichtigung der Einkommensfreibeträge und der begrenzten Unterhaltspflicht der Kinder, wirkt sich die Leistungsgarantie durch die Hilfe zur Pflege tendenziell negativ auf die Bereitschaft aus, eine private Pflegevorsorge zu betreiben.<sup>152</sup> Insbesondere für Personen, die über ein begrenztes

---

<sup>144</sup> Vgl. Hagen (2012), S. 3.

<sup>145</sup> § 87 Absatz 1 SGB XII; der „angemessene Umfang“ bemisst sich nach individuellen Kriterien wie beispielsweise der Art des Bedarfs oder der Schwere der Behinderung.

<sup>146</sup> Vgl. §§ 85-86 SGB XII; gemäß § 88 SGB XII kann in Einzelfällen der Einsatz des Einkommens auch unterhalb der Einkommensgrenze gefordert werden.

<sup>147</sup> § 90 Absatz 1 SGB XII.

<sup>148</sup> § 90 Absatz 1 SGB XII; Ausnahmen bei der Anrechnung des Vermögens sind in § 90 Absatz 2 SGB XII definiert.

<sup>149</sup> Vgl. Baczko (2011), S. 7-8.

<sup>150</sup> Vgl. Baczko (2011), S. 10; nach § 94 SGB XII können die Unterhaltsansprüche allerdings nur gegen Verwandte ersten Grades (Eltern, Kinder) geltend gemacht werden.

<sup>151</sup> Vgl. Baczko (2011), S. 93-99; gemäß der unterhaltsrechtlichen Leitlinien der Düsseldorfer Tabelle beträgt ein „Angemessener Selbstbehalt gegenüber den Eltern: mindestens monatlich 1.500 EUR (einschließlich 450 EUR Warmmiete) zuzüglich der Hälfte des darüber hinausgehenden Einkommens, bei Vorteilen des Zusammenlebens in der Regel 45 % des darüber hinausgehenden Einkommens. Der angemessene Unterhalt des mit dem Unterhaltspflichtigen zusammenlebenden Ehegatten bemisst sich nach den ehelichen Lebensverhältnissen (Halbteilungsgrundsatz), beträgt jedoch mindestens 1.200 EUR (einschließlich 350 EUR Warmmiete)“, Düsseldorfer Tabelle (2011), S. 4.

<sup>152</sup> Vgl. Roth/Läuffer (2012), S. 1; Raffelhüschen/Vatter (2011), S. 666.

Einkommen und Vermögen verfügen, stellt der Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung eine finanzielle Belastung dar. Solange einer entsprechenden Zusatzversicherung jedoch keine ausreichend attraktive Förderung gegenübersteht, bleibt der Rückgriff auf die Hilfe zur Pflege weiterhin ein wichtiger Bestandteil für die materielle Absicherung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Gemessen an der medianbasierten Armutsschwelle sowie basierend auf dem durchschnittlichen monatlichen Haushaltseinkommens, lebten im Jahr 2009 12,3 Prozent der gesamtdeutschen Bevölkerung in Armut sowie 34,8 Prozent der Gesamtbevölkerung im Niedrigeinkommensbereich.<sup>153</sup> Vor diesem Hintergrund müsste vorrangig den Personengruppen ein wirkungsvoller Anreiz für den Abschluss einer zusätzlichen Pflegevorsorge gesetzt werden, die im Fall der Pflegebedürftigkeit nur über eine geringe finanzielle Leistungsfähigkeit verfügen. Die pauschale Zulagenförderung wird hingegen jedem Einzelnen, unabhängig von seiner Einkommenssituation und ohne eine Bedürftigkeitsprüfung zugesprochen. Folglich findet keine explizite Berücksichtigung einkommensschwächerer Haushalte bei der Zuschlagszahlung statt. Der Entwurf der privaten Zulagenförderung sieht dagegen eine Sonderregelung für Leistungsempfänger der Sozialhilfe oder der Grundsicherung sowie für Personen, die aufgrund der Beitragszahlung zur Pflegezusatzversicherung hilfebedürftig würden, vor. Im Rahmen der Sonderregelung erhält der benannte Personenkreis ein Sonderkündigungsrecht sowie einen Anspruch darauf, den Versicherungsvertrag ohne Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für mindestens drei Jahre ruhen zu lassen. Eine finanzielle Belastung durch die Beiträge im Fall der wirtschaftlichen Bedürftigkeit soll somit vermieden werden.<sup>154</sup> Damit einhergehend soll den Personen ein Anreiz zur privaten Pflegevorsorge geboten werden, die mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit im späteren Lebensabschnitt hilfebedürftig würden beziehungsweise die finanzielle Belastung der Zusatzversicherung nicht tragen könnten. Kritisch zu sehen ist jedoch, dass diese Personengruppen nicht bereits zum Zeitpunkt des Abschlusses einer privaten

---

<sup>153</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2011), S. 165; Der Einkommensverteilung liegt das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen (arithmetisches Mittel) der privaten Haushalte, basierend auf den Daten des Sozio-oekonomischen Panels, zu Grunde. Gemäß der verwendeten Armutsschwelle liegt „relative Armut“ vor, wenn das zur Verfügung stehende Äquivalenzeinkommen weniger als 60 Prozent des medianen Einkommens der Gesamtbevölkerung beträgt. Dagegen liegt die Schwelle des Niedrigeinkommensbereiches bei 75 Prozent des durchschnittlichen Äquivalenzeinkommens und ist somit im Gegensatz zu medianbasierten Kenngrößen anfälliger für Extremwerte (weiterführend Statistisches Bundesamt (2011), S. 162-165).

<sup>154</sup> Dieser Abschnitt folgt Deutscher Bundestag (2012b), S. 41-42.

Pflegezusatzversicherung gesondert berücksichtigt werden. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass Geringverdiener nur eingeschränkt von der staatlichen Zulagenförderung profitieren.

Die Konstruktion der Pflegezusatzversicherung birgt darüber hinausgehend negative Anreizwirkungen auf die Absicherung des Pflegerisikos für Geringverdiener. Durch den geforderten Kontrahierungszwang für die privaten Anbieter in Verbindung mit den untersagten Risikozuschlägen und Leistungseinschränkungen bei der Prämienkalkulation soll allen Zulageberechtigten der Zugang zu einer Pflegezusatzversicherung gewährt werden. Dies hat zur Folge, dass womöglich vorrangig Personen, die ein hohes Pflegebedürftigkeitsrisiko aufweisen, Interesse an dem Abschluss einer Pflegezusatzversicherung zeigen. Folglich müssten die privaten Versicherungsunternehmen hohe Prämien zur Abdeckung des Risikos erheben, die die Tarife nicht geförderter Pflegezusatzversicherungen übersteigen könnten.<sup>155</sup> Eine derartige Prämienhöhung stellt jedoch für Personen, die über ein verhältnismäßig geringes Einkommen verfügen, ein Hindernis dar. Die Zuschlagszahlung in Höhe von fünf Euro monatlich würde zur Kompensation der erhöhten Prämien geförderter Pflegezusatzversicherung nicht ausreichen.

Darüber hinaus werden vorwiegend pflegenaher Jahrgänge mit hohen Prämien für eine Pflegezusatzversicherung konfrontiert werden, da das Eintrittsalter bei der Prämienkalkulation zu Grunde gelegt und somit ein kürzerer Zeitraum für die Ansparphase angesetzt wird.<sup>156</sup> Die geforderten einkommensunabhängigen Prämien werden voraussichtlich für Personen, die im höheren Lebensalter über geringe Einkünfte, zu meist in Form von Rentenzahlungen, verfügen, eine verhältnismäßig große finanzielle Belastung darstellen. Die Kompensationsleistung durch die pauschale Zuschlagszahlung ist vermutlich ebenfalls nicht ausreichend, um entsprechende Prämienhöhungen auszugleichen. Unter diesen Umständen bietet die staatliche Zulagenförderung für pflegenahen Jahrgänge nur einen begrenzten materiellen Anreiz, eine förderfähige Pflegezusatzversicherung abzuschließen.

Sofern die umlagefinanzierte Pflegeversicherung angesichts der zukünftigen Belastungen ihrer „Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der

---

<sup>155</sup> Dieser Abschnitt folgt Hagen (2012), S. 3-4.

<sup>156</sup> Vgl. Rothgang (2012b), S. 4.



Pflegkosten zu garantieren<sup>157</sup> nicht ausreichend nachkommen kann, ist die Notwendigkeit einer kapitalgedeckten privaten Vorsorge gegeben, um im Fall der Pflegebedürftigkeit, ausreichend materiell abgesichert zu sein beziehungsweise das bisher abgesicherte Leistungsniveau aufrechtzuerhalten. Insbesondere einkommensschwächeren Haushalten, für die das Pflegefallrisiko von existentieller Bedeutung ist, müssen wirkungsvolle Anreize für eine zusätzliche Pflege-Vorsorge gesetzt werden. Solange der Rückgriff auf Unterstützungsleistungen der Hilfe zur Pflege notwendig ist beziehungsweise attraktiver erscheint, als eine private Vorsorge zu betreiben, ist das formulierte Ziel die „Eigenvorsorge und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos“<sup>158</sup> zu stärken nicht erreicht.

#### 4.2.2. *Inanspruchnahme der Zulagenförderung und Mitnahmeeffekte*

Um den Kosten einer späteren Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken, soll mit den Reformmaßnahmen eine breitere finanzielle Basis für die Absicherung des Pflegefallrisikos geschaffen werden. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass ein Großteil der Bevölkerung eine zusätzliche private Pflegevorsorge betreibt. Laut Rothgang ist jedoch „ohne ein Obligatorium“<sup>159</sup>, langfristig nur mit einer Minderheit der Gesamtbevölkerung zu rechnen, die eine freiwillige Pflegezusatzversicherung abschließt.<sup>160</sup>

Die Möglichkeit, sich privat gegen das Pflegefallrisiko absichern zu können bestand bereits vor dem Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes. Bis zum Jahr 1993 hatten jedoch nur etwa 300.000 Personen freiwillig eine private Pflegeversicherung abgeschlossen.<sup>161</sup> Eine „lückenlose Absicherung des Pflegerisikos“<sup>162</sup> war demnach im Rahmen einer freiwilligen privaten Pflegeversicherung nicht absehbar.<sup>163</sup> Nach der Einführung der Pflegeversicherung bestand die Option eine ergänzende Vorsorge durch den Abschluss einer privaten Zusatzversicherung zu betreiben. Bis zum Jahr 2010 lag die Zahl der abgeschlossenen privaten Pflegezusatzversicherungen bei ca. 1,7 Millionen.<sup>164</sup> Dies entspricht in etwa der erwarteten Anzahl von Neuabschlüssen

---

<sup>157</sup> CDU, CSU und FDP (2009), S. 93.

<sup>158</sup> CDU, CSU und FDP (2009), S. 93.

<sup>159</sup> Rothgang (2012b), S. 11.

<sup>160</sup> Vgl. Rothgang (2012b), S. 11.

<sup>161</sup> Vgl. Rothgang (2012b), S. 11; Hauschild (1994), S. 13.

<sup>162</sup> Hauschild (1994), S. 13.

<sup>163</sup> Vgl. Hauschild (1994), S. 13.

<sup>164</sup> Vgl. Rothgang (2012b), S. 11; Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2011), S. 35.

geförderter privater Zusatzversicherungen für das Jahr 2013. Demzufolge würden jedoch am Ende des Jahres 2013 von den rund 80 Millionen Pflichtversicherten ca. 77 Millionen der Gesamtbevölkerung weiterhin ohne einen zusätzlichen Versicherungsschutz gegen das Pflegerisiko verbleiben.<sup>165</sup>

In den vergangenen Jahrzehnten hat demnach nur ein begrenzter Anteil der Gesamtbevölkerung die Bereitschaft für eine freiwillige private Pflegevorsorge gezeigt. Angesichts der geplanten staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung ist entscheidend, ob die steuerliche Zulagenförderung die Attraktivität einer Pflegezusatzversicherung ausreichend erhöht.

Erste Erfahrungen bezüglich der Anreizwirkungen öffentlich finanzierter Förderungen auf das private Vorsorgeverhalten wurden im Zuge der Riester-Förderung<sup>166</sup> gemacht.<sup>167</sup> Mit der Einführung der Riester-Rente im Jahr 2001 ist das Ziel verfolgt worden, durch die Förderung einer kapitalgedeckten privaten Altersvorsorge der „Senkung des Versorgungsniveaus der Gesetzlichen Rentenversicherung“<sup>168</sup> entgegenzuwirken.<sup>169</sup> Nach Angaben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurden bis Mitte 2012 knapp 15,6 Millionen Riester-Verträge abgeschlossen.<sup>170</sup> Dies entspricht jedoch nur etwa 40 Prozent der geschätzten Grundgesamtheit potenziell Zulagenberechtigter für einen entsprechenden Vorsorgevertrag.<sup>171</sup> Im Hinblick auf die Inanspruchnahme der geplanten staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung wäre hingegen langfristig ein höherer Deckungsgrad notwendig, um einen Großteil der Bevölkerung zusätzlich gegen das Pflegerisiko finanziell abzusichern.

Die Anreizstrukturen der Riester-Rente sind darauf ausgerichtet worden, neben Menschen mit Kindern, vorrangig Geringverdiener von der staatlichen Förderung profitieren zu lassen.<sup>172</sup> Verschiedene Studien, basierend auf repräsentativen Umfragen auf Haushalts- und Personenebene<sup>173</sup>, deuten jedoch darauf hin, dass eine

---

<sup>165</sup> Vgl. Rothgang (2012b), S. 11.

<sup>166</sup> Bei der Riester-Förderung handelt es sich um die staatliche Förderung von Altersvorsorgeprodukten privatwirtschaftlicher Anbieter (vgl. Blank (2011), S. 109).

<sup>167</sup> Vgl. Rothgang (2012b), S. 11-12.

<sup>168</sup> Blank (2011), S. 109.

<sup>169</sup> Vgl. Blank (2011), S. 109.

<sup>170</sup> Vgl. BMAS (2012), S. 1.

<sup>171</sup> Vgl. Hagen/Kleinlein (2011), S. 3-4.

<sup>172</sup> Vgl. Blank (2011), S. 111.

<sup>173</sup> Es handelt sich um Daten der SAVE-Erhebungen des Mannheimer Forschungsinstituts Ökonomie und Demografischer Wandel (MEA), als auch um Daten des SOEPs.

unterdurchschnittliche Nutzung der Riester-Förderung bei einkommensschwächeren Personengruppen vorliegt. Demzufolge fällt der Anteil der Riester-Sparer unter Geringverdienern kleiner aus, als bei Referenzgruppen in den anderen Bereichen der Einkommensverteilung.<sup>174</sup> Allerdings ist ein Anstieg des prozentualen Anteils von Zulageempfängern im unteren Bereich der Einkommensverteilung zu verzeichnen.<sup>175</sup> Folglich ist das sozialpolitische Ziel, Haushalte mit niedrigem Einkommen beim Abschluss einer privaten Altersvorsorge zu unterstützen, in den ersten Jahren der Riester-Förderung nur eingeschränkt erreicht worden.<sup>176</sup>

Im Gegensatz zu den vorteilhaften monetären Anreizeffekten der Riester-Rente für Personen mit niedrigem Einkommen, in Form verhältnismäßig hoher Förderquoten,<sup>177</sup> werden im Zuge der Pflege-Vorsorgeförderung die materiellen Anreizstrukturen nicht explizit auf Geringverdiener ausgerichtet (vgl. Kapitel 4.2.1.). Demzufolge ist zu erwarten, dass der Anteil einkommensschwächerer Haushalte mit einer geförderten Pflegezusatzversicherung, im Vergleich zur privaten Altersvorsorge, womöglich geringer ausfallen wird.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass in der Gesellschaft eine höhere Bereitschaft vorliegt, eine private Altersvorsorge zu betreiben, als sich zusätzlich gegen das Pflegerisiko abzusichern.<sup>178</sup> Laut Rothgang ist damit zu rechnen, dass die Zahl der abgeschlossenen Pflegezusatzversicherungen mittel- bis langfristig unterhalb der Anzahl von Riester-Verträgen liegen wird.<sup>179</sup> Gemäß einer Repräsentativbefragung<sup>180</sup> zeigen rund ein Viertel der Befragten Interesse an einer ergänzenden privaten Absicherung des Pflegefallrisikos.<sup>181</sup> Fraglich bleibt jedoch, ob die monetären Anreize der Pflege-Vorsorgeförderung ausreichend sind, um einen entsprechenden Anteil der Bevölkerung zum Abschluss einer förderfähigen Zusatzversicherung zu bewegen. Unter Berücksichtigung der Umfrageergebnisse ist hervorzuheben, dass das Interesse an einer

---

<sup>174</sup> Vgl. Blank (2011), S. 112; Greyer/Steiner (2009), S. 540; Copolla/Reil-Held (2009), S. 13-14; Pfarr/Schneider (2011), S. 32.

<sup>175</sup> Vgl. Lamping/Tepe (2009), S. 414; Greyer/Steiner (2009), S. 540; Copolla/Reil-Held (2009), S. 10.

<sup>176</sup> Vgl. Greyer/Steiner (2009), S. 540; Pfarr/Schneider (2011), S. 32.

<sup>177</sup> Vgl. Blank (2011), S. 112.

<sup>178</sup> Vgl. Rothgang (2012b), S. 11-12.

<sup>179</sup> Vgl. Rothgang (2012b), S. 11-12.

<sup>180</sup> Es handelt sich um eine telefonische Umfrage durch das Sozialwissenschaftliche Umfragezentrum der Universität Duisburg-Essen unter 1.600 Versicherten der gesetzlichen Pflegeversicherung ab 18 Jahren zwischen April und Mai 2011 auf der Grundlage eines standardisierten, getesteten Fragebogens (vgl. Zok (2011), S. 2).

<sup>181</sup> Vgl. Zok (2011), S. 3.

privaten Zusatzversicherung mit zunehmendem Haushaltseinkommen steigt.<sup>182</sup> Dies unterstreicht die Annahme, dass überwiegend Geringverdiener auf eine private Zusatzversicherung verzichten werden.

Im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Pflege-Vorsorgeförderung ist neben der zu erwartenden geringeren Nachfrage nach Pflegevorsorgeprodukten von Bedeutung, welcher Personenkreis vorrangig zum Abschluss einer Zusatzversicherung angeregt wird. Von der staatlichen Subvention einzelner Pflegevorsorgeprodukte gehen unter Umständen Substitutions- beziehungsweise Mitnahmeeffekte aus, indem an Stelle nicht-geförderter Vorsorgeprodukte geförderte Pflegezusatzversicherungen abgeschlossen werden.<sup>183</sup> Bisherige Ergebnisse unterschiedlicher wissenschaftlicher Studien deuten auf die Existenz eines von der Riester-Förderung ausgehenden Mitnahmeeffektes hin.<sup>184</sup> Die steuerliche Zulagenförderung bietet somit vorwiegend jenen Personen einen monetären Anreiz, die ohnehin eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen hätten.<sup>185</sup> Die Entscheidung für den Abschluss einer zusätzlichen Pflegevorsorge wird womöglich zeitlich vorgezogen, um die Beitragssubvention direkt wahrnehmen zu können. Dabei handelt es sich aber um einen Personenkreis, der auch ohne die öffentlich finanzierte Förderung über eine ausreichend finanzielle Leistungsfähigkeit für den Abschluss einer entsprechenden Zusatzversicherung verfügt. Voraussetzung für eine breitere finanzielle Absicherung des Pflegerisikos ist jedoch eine tatsächliche Erhöhung der Spartätigkeit innerhalb der Bevölkerung.

#### 4.2.3. *Unerwünschte Umverteilungseffekte*

Des Weiteren gehen von der Beitragssubvention im Rahmen der geplanten Pflege-Vorsorgeförderung sozialpolitisch unerwünschte Umverteilungswirkungen aus.<sup>186</sup> Den für das Jahr 2013 erwarteten 1,5 Millionen Neuabschlüssen förderfähiger Pflegezusatzversicherungen stehen gemäß dem 18. Änderungsantrag der Regierungsfractionen ein Zulagenvolumen von insgesamt 90 Millionen Euro zur Verfügung.<sup>187</sup> Die mit der Förderung einhergehenden Kosten werden über das Steuersystem finanziert. Demnach beteiligen sich auch Bürger an der

---

<sup>182</sup> Vgl. Zok (2011), S. 3.

<sup>183</sup> Vgl. Pfarr/Schneider (2011), S. 31; Roth/Läufer (2012), S. 2.

<sup>184</sup> Vgl. Pfarr/Schneider (2011), S. 31; Börsch-Supan et al. (2012), S. 26.

<sup>185</sup> Vgl. Roth/Läufer (2012), S. 2.

<sup>186</sup> Vgl. Roth/Läufer (2012), S. 2.

<sup>187</sup> Vgl. Deutscher Bundestag (2012b), S. 44.

Zulagenfinanzierung, die selbst keine Pflegezusatzversicherung abschließen (können) und somit nicht von der Förderung profitieren. Da die Zuschlagszahlung pauschal, ohne Berücksichtigung der individuellen Einkommenssituation beziehungsweise der Bedürftigkeit des Zulageempfängers erfolgt, erhalten auch besser verdienende Bevölkerungsgruppen bei der privaten Pflegevorsorge eine finanzielle Unterstützung.<sup>188</sup> Wie bereits aus der Bearbeitung hervorgegangen ist, werden voraussichtlich einkommensstärkere Personengruppen die staatliche Förderung häufiger wahrnehmen als Personen im unteren Bereich der Einkommensverteilung. Demzufolge subventionieren tendenziell einkommensschwächere Personen mit ihren geleisteten Steuerabgaben die Zuschlagszahlung einkommensstärkerer Bevölkerungsgruppen.<sup>189</sup> Die finanzielle Umverteilung im System der Pflege-Vorsorgeförderung eröffnet somit gut verdienenden Bürgern Wahlmöglichkeiten zwischen förderfähigen Pflegezusatzversicherungen oder nicht förderfähigen Pflegevorsorgeprodukten. Demgegenüber werden Geringverdiener trotz steuerfinanzierter Förderung vermehrt auf den Abschluss einer Zusatzversicherung verzichten.

### **4.3. Kapitalgedeckte Pflegeversicherung: Das Modell der Pflegevorsorge**

Das Modell der Pflegevorsorge verfolgt die Absicht sowohl durch eine obligatorische Mindestversicherungspflicht als auch durch eine rein privatwirtschaftliche Organisation des Pflegeversicherungsmarktes die finanzielle Absicherung gegen das Pflegefallrisiko nachhaltig und demografiefest zu gestalten. Die damit einhergehende Verpflichtung zu einer eigenverantwortlichen Pflegevorsorge sowie die finanziellen Umverteilungseffekte innerhalb des Systems der Pflegevorsorge stehen nachfolgend im Fokus der Betrachtung.

#### *4.3.1. Stärkung der Eigenvorsorge*

Ausgehend von der bevölkerungsumfassenden Mindestversicherungspflicht wird im Modell der Pflegevorsorge jeder Bürger dazu verpflichtet, eine private kapitalgedeckte Pflegeversicherung abzuschließen, die den gesetzlich definierten Leistungskatalog zu umfassen hat (vgl. Kapitel 3.2.1.). Im Zuge der Systemumstellung soll durch die Festsetzung einer maximalen Belastungsgrenze die finanzielle Überforderung einzelner Versicherter aufgrund von hohen Prämienzahlungen verhindert werden. Folglich wird

---

<sup>188</sup> Vgl. Roth/Läufer (2012), S. 2.

<sup>189</sup> Vgl. Roth/Läufer (2012), S. 2.

sichergestellt, dass sich jeder Einzelne in einem zumutbaren Rahmen an der Eigenvorsorge beteiligt.<sup>190</sup> Das Modell der Pflegevorsorge umfasst somit auch bereits pflegebedürftige Personen und pflegenaher Jahrgänge, die von der geplanten staatlichen Zulagenförderung ausgeschlossen werden beziehungsweise nur eine verhältnismäßig geringe finanzielle Unterstützung im Rahmen der staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung erhalten werden (vgl. Kapitel 4.2.). Im Vergleich zum Status quo werden ältere Generationen jedoch verstärkt an der Finanzierung beteiligt.<sup>191</sup>

Im Zusammenhang mit einer privaten kapitalgedeckten Pflegevorsorge ist von entscheidender Bedeutung, dass einzelne Personengruppen, wie beispielsweise Personen mit einem erhöhten Pflegerisiko, nicht systematisch benachteiligt werden. Um Prämienunterschiede zwischen Versicherten innerhalb einer Geburtskohorte zu vermeiden, ist im Modell der Pflegevorsorge vorgesehen die Prämien bereits vor der Geburt zu kalkulieren. Da zu diesem Zeitpunkt noch keine Risikounterschiede ersichtlich sind, zahlen alle Mitglieder einer Geburtskohorte dieselbe Prämie, die dem durchschnittlichen Risiko der Gruppe entspricht.<sup>192</sup> Auf diese Weise wird eine finanzielle Ungleichbehandlung der Versicherten in Abhängigkeit von dem individuellen Pflegerisiko umgangen. Folglich werden Personen mit einem erhöhten Pflegerisiko verhältnismäßig nicht stärker bei der Eigenvorsorge belastet.

Darüber hinaus gewährleistet die risikoäquivalente Prämienkalkulation in Verbindung mit der Übertragung individueller Altersrückstellung einen nachteilsfreien Versicherungswechsel, unabhängig vom individuellen Pflegerisiko der Versicherten. Damit wird die Grundlage für einen effizienten Wettbewerb zwischen den privaten Trägern der Pflegeversicherung geschaffen.<sup>193</sup> Aus dem Leistungswettbewerb resultieren somit vielseitige Versorgungsformen, die sich verstärkt an den Bedürfnissen der Versicherten orientieren.<sup>194</sup> Vor dem Hintergrund der differenzierten Wahlmöglichkeiten wird demnach für jeden einzelnen der Anreiz geschaffen, einen effizienten Versicherungsvertrag abzuschließen, der seinen individuellen Präferenzen und der eigenen Zahlungsbereitschaft entspricht. In Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden Ressourcen kann somit eine individuelle Risikoabdeckung für den

---

<sup>190</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 30.

<sup>191</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 40.

<sup>192</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 25.

<sup>193</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 28.

<sup>194</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 23.

Fall der Pflegebedürftigkeit erzielt werden. Dagegen werden Personen, die nur begrenzt über Ressourcen für eine private Pflegevorsorge verfügen, vorrangig Versicherungen abschließen, die den verpflichtenden Mindestleistungskatalog umfassen.

Folglich muss der gesetzlich vorgeschriebene Mindestversicherungsumfang eine ausreichende finanzielle Absicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit gewährleisten. Das Modell der Pflegevorsorge sieht vor, die bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht so auszugestalten, dass sämtliche Leistungen eingeschlossen werden, die im Fall einer nicht ausreichenden Pflegevorsorge und einer damit einhergehenden Bedürftigkeit nach Eintritt des Pflegerisikos, von der Gesellschaft getragen werden würden. Damit würde das bisherige Prinzip der Teilabsicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgehoben.<sup>195</sup> Der erzielte Versicherungsschutz müsste demnach die vollen Kosten im Rahmen des Mindestleistungskataloges decken, um insbesondere Personen mit einem geringen Einkommen und Vermögen ausreichend finanziell abzusichern. Andernfalls müsste trotz privater Pflegevorsorge im Fall der wirtschaftlichen Bedürftigkeit auf Leistungen der Sozialhilfe zurückgegriffen werden.

Mit der Ausdehnung des gesetzlich vorgeschriebenen Mindestversicherungsumfanges sind allerdings Präferenzverfehlungskosten verbunden. Je höher das verpflichtende Versicherungsniveau angesetzt wird, desto stärker werden die Versicherten finanziell belastet. Die Möglichkeiten und die Freiheit sich außerhalb der Pflegeversicherung finanziell gegen das Pflegerisiko abzusichern, werden eingeschränkt.<sup>196</sup> In diesem Zusammenhang ist im Modell der Pflegevorsorge beabsichtigt, einen Selbstbehalt einzuführen, um hohe Prämiensteigerungen mit Einführung einer Vollversicherung zu unterbinden.<sup>197</sup> Demzufolge ist entscheidend, dass die selbst zu tragenden Kosten auch für Personen mit einer geringeren finanziellen Leistungsfähigkeit zu bestreiten sind.

Darüber hinaus müsste sichergestellt werden, dass die Prämienzahlungen, im Rahmen der bevölkerungsumfassenden Mindestversicherungspflicht, insbesondere für Geringverdiener finanziell tragbar sind. Das Modell der Pflegevorsorge sieht vor, dass alle Versicherten einer Geburtskohorte dieselbe Prämie zahlen, die dem

---

<sup>195</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz (2011a), S. 22.

<sup>196</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz (2011a), S. 41.

<sup>197</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 41-42; weiterführend siehe Ausführungen zu einer „Vollversicherung mit Selbstbehalt statt Teilkaskoversicherung“ in Arentz et al. (2011a), S. 41-42.

durchschnittlichen Risiko der Gruppe entspricht (vgl. Kapitel 3.2.4.). Im Vergleich zum Status quo werden somit Geringverdiener, in Abhängigkeit von der zu zahlenden Prämienhöhe, womöglich stärker finanziell belastet. Unter der Bedingung, dass die Prämienzahlungen eine finanzielle Überforderung darstellen, verringert sich die Bereitschaft, eine private Pflegevorsorge zu betreiben sowie der Anreiz einer Beschäftigung weiter nachzugehen. Für den Fall, dass die Prämienzahlungen die finanzielle Leistungsfähigkeit übersteigt, müsste dementsprechend eine Kompensation erfolgen. In diesem Zusammenhang sollen im Folgenden die Umverteilungswirkungen innerhalb des Reformmodells der Pflegevorsorge betrachtet werden.

#### *4.3.2. Zielgerichtete Umverteilung über das Steuer- und Transfersystem*

Das Konzept der Pflegevorsorge beinhaltet keine generelle Subventionierung von Personen, die über ein geringes Einkommen aus abhängiger Beschäftigung verfügen. Hinsichtlich der Tatsache, dass daslohneinkommen keinen ausreichenden Indikator für die gesamtwirtschaftliche Situation eines Beschäftigten darstellt, ist dies aus Umverteilungsgesichtspunkten begründet.<sup>198</sup> Für den Fall, dass das geringe Einkommen aus abhängiger Beschäftigung mit einer niedrigen finanziellen Leistungsfähigkeit verbunden ist,<sup>199</sup> sollte jedoch eine ausreichende Kompensation erfolgen, um eine finanzielle Überforderung infolge der Prämienzahlungen zu vermeiden.

Daneben erscheint es im Modell der Pflegevorsorge systemkonformer, die Beitragszahlungen im Fall der wirtschaftlichen Bedürftigkeit aussetzen zu lassen. Dies würde zu einer Unterversicherung der Betroffenen führen. Unter der Bedingung, dass das Pflegefallrisiko eintritt, ist der Sozialhilfeträger dazu verpflichtet, den fehlenden Versicherungsschutz auszugleichen. Sofern die betroffenen Bürger im weiteren Lebensverlauf hingegen erneut über eine entsprechende finanzielle Leistungsfähigkeit verfügen, besteht die Möglichkeit, durch höhere Beitragszahlungen die Unterdeckung zu kompensieren.<sup>200</sup> Voraussetzung für eine derartige Aufstockung des Versicherungsschutzes ist, dass eine maximale wirtschaftliche Belastungsgrenze nicht überschritten wird. Aufgrund der hohen Pflegeversicherungsbeiträge würde sich ansonsten der Anreiz, erneut eine Beschäftigung aufzunehmen verringern.

---

<sup>198</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 36.

<sup>199</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 36.

<sup>200</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 36.



Der Systemwechsel führt darüber hinaus zu weiteren Verteilungswirkungen. Mit der Umstellung auf das kapitalgedeckte Modell der Pflegevorsorge wird die bestehende unsachgemäße Einkommensumverteilung innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgehoben. Anstelle der lohnzentrierten Beiträge bilden risikoäquivalente Prämien die Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung; Verzerrungswirkungen auf dem Arbeitsmarkt, die aus der lohnabhängigen Beitragsfinanzierung resultieren, werden somit vermieden.<sup>201</sup> Zudem wird die Äquivalenz zwischen den geleisteten Beiträgen und den Versicherungsleistungen wieder hergestellt.

Daneben wird sowohl die unsystematische beitragsfreie Ehegattenmitversicherung als auch die systematische Benachteiligung von Eltern, infolge nicht berücksichtigter Erziehungsleistung, bei einer Umstellung vom Umlageverfahren zum kapitalgedeckten Versicherungssystem aufgehoben. Zusätzlich entfällt die intergenerative Umverteilung innerhalb der Pflegeversicherung. Im Modell der Pflegevorsorge betreibt jeder Einzelne durch den Aufbau eines Kapitalstocks eine eigenständige Vorsorge für den Fall der Pflegebedürftigkeit. Im Gegensatz zur umlagefinanzierten Pflegeversicherung müssen nachfolgende Erwerbsgenerationen nicht für die Pflegeaufwendungen der Älteren aufkommen. Sowohl die Verteilung von Einführungsgewinnen als auch steigende Beitragslasten, infolge der demographischen Entwicklung, unterbleiben.<sup>202</sup>

Des Weiteren ergeben sich während der Systemumstellung Umverteilungswirkungen, die auf den finanziellen Transferbedarf durch den gewährten Vertrauensschutz zurückzuführen sind (vgl. Kapitel 3.2.5.). Die im Rahmen des steuerfinanzierten Vertrauensschutzes gewährten Leistungszusagen für pflegebedürftige Personen und pflegenaher Jahrgänge erfolgen jedoch unabhängig von der finanziellen Bedürftigkeit. Demzufolge erhalten auch Personen, die über eine ausreichende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit verfügen, öffentlich finanzierte Leistungen im Fall der Pflegebedürftigkeit. Wie im System der geplanten staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung würden sich damit Bezieher niedriger Einkommen an den steuerfinanzierten Unterstützungsleistungen vermögender Personen beteiligen.<sup>203</sup>

---

<sup>201</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 35-36.

<sup>202</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 36-37.

<sup>203</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 34-35.

Grundsätzlich kann im Modell der Pflegevorsorge eine Unterversicherung vorliegen, sofern mit der Maximalprämie ein nicht ausreichender Versicherungsschutz erzielt wurde oder die Versicherungspflicht während des Sozialhilfebezuges ausgesetzt wurde. Für den Fall, dass die Betroffenen mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit gleichzeitig hilfebedürftig würden, besteht jedoch ein Anspruch auf Unterstützungsleistungen.<sup>204</sup> Damit wird sichergestellt, dass alle „als notwendig definierten Pflegeleistungen für alle Personen“<sup>205</sup> solidarisch bereitgestellt werden. Jegliche Umverteilung im System der Pflegevorsorge erfolgt somit ausschließlich über das Steuer- und Transfersystem. Im Vergleich zu einer lohnzentrierten Einkommensumverteilung würden die Finanzierungslasten innerhalb der Pflegeversicherungen folglich zielführender gemäß der finanziellen Leistungsfähigkeit verteilt.<sup>206</sup>

Mit einer Systemumstellung auf das Modell der Pflegevorsorge ist hingegen ein hoher Transferbedarf verbunden, da aus Gründen des Vertrauensschutzes die bisher erworbenen Leistungsansprüche der Versicherten getragen werden müssten. Dies hätte eine „Doppelbelastung der aktuellen Erwerbsgeneration“<sup>207</sup> zur Folge. Demnach müssten die Erwerbstätigen sowohl für die Pflegeleistungen der älteren Generationen aufkommen als auch eine eigenständige kapitalgedeckte Pflegevorsorge betreiben. Mit einem Umstieg auf Kapitaldeckung müssten folglich die impliziten Schulden des derzeitigen Umlageverfahrens abgetragen werden. Um eine Benachteiligung der aktuellen Erwerbsgeneration zu vermeiden, eröffnet sich die Möglichkeit, anstatt eines Abbaus der impliziten Schuld, diese in eine explizite Staatsschuld umzuwandeln. Eine Ausdehnung der Leistungsansprüche gegenüber zukünftigen Versichertengenerationen würde somit unterbunden. Gleichzeitig verhindert diese „Defizitfinanzierung“<sup>208</sup> jedoch eine finanzielle Entlastung kommender Generationen.<sup>209</sup>

---

<sup>204</sup> Vgl. Arentz (2011b), S. 119.

<sup>205</sup> Arentz (2011b), S. 119.

<sup>206</sup> Vgl. Arentz (2011a), S. 35; Eekhoff/Läuffer (2011), S. 674.

<sup>207</sup> Arentz et al. (2011a), S. 37-38.

<sup>208</sup> Arentz et al. (2011a), S. 39.

<sup>209</sup> Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2011a), S. 37-39; vgl. hierzu kritisch Rothgang (2012b), S. 5-9.

## 5. Fazit

Unter Berücksichtigung der in Kapitel 2 erläuterten zukünftigen Herausforderungen für die umlagefinanzierte Pflegeversicherung ergibt sich die Notwendigkeit, die Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung zu reformieren, um eine ausreichende materielle Absicherung im Fall der Pflegebedürftigkeit für einen zunehmenden Anteil der Bevölkerung zu gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund sind zwei Reformmodelle, die für eine nachhaltige und demografiefeste Finanzierung der Pflegeversicherung stehen, in Kapitel 3 vergleichend gegenübergestellt worden. Das Konzept der geplanten staatlichen Pflegevorsorgeförderung sieht in diesem Zusammenhang vor, das bestehende umlagefinanzierte System mit einer freiwilligen privaten kapitalgedeckten Zusatzversicherung zu ergänzen. Dagegen ist mit Einführung des Reformmodells der Pflegevorsorge ein vollständiger Systemwechsel vom Umlageverfahren auf ein privates kapitalgedecktes System mit risikoäquivalenten Prämien und einem steuerfinanzierten Vertrauensschutz sowie einer Ausgliederung des Sozialausgleichs in das Steuer- und Transfersystem verbunden.<sup>210</sup>

Die Analyse der aus den beschriebenen Reformmaßnahmen resultierenden Anreizeffekte auf die Absicherung des Pflegefallrisikos war Gegenstand des vierten Kapitels. Dabei sind die (Fehl-)Anreize zur privaten Pflegevorsorge für Geringverdiener vordergründig betrachtet worden. Unter Berücksichtigung der Anreizstrukturen im Rahmen der geplanten staatlichen Zulagenförderung konnte gezeigt werden, dass voraussichtlich nur eine Minderheit der Bevölkerung eine förderfähige Zusatzversicherung abschließen wird. Insbesondere für einkommensschwächere Personengruppen und pflegenaher Jahrgänge stellt die einkommensunabhängige, pauschale Zulagenförderung keinen ausreichenden materiellen Anreiz für den Abschluss einer Zusatzversicherung dar. In der Konsequenz werden voraussichtlich Personen mit niedrigem Einkommen, im Pflegefall verstärkt auf die Unterstützungsleistungen der Hilfe zur Pflege zurückgreifen (müssen). Dagegen werden vermehrt Personen die Zulagenförderung in Anspruch nehmen, die auch ohne finanzielle Unterstützung eine eigenständige Pflegevorsorge betrieben hätten.

---

<sup>210</sup> Vgl. Arentz et al. (2011a), S. 21.

Demgemäß werden tendenziell einkommensstärkere Personengruppen von der steuerfinanzierten Vorsorgeförderung profitieren. Die aus der staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung resultierenden negativen Anreizwirkungen sind folglich überwiegend auf die fehlende Versicherungspflicht zurückzuführen.

Im Modell der Pflegevorsorge wird hingegen jeder Einzelne, im Rahmen der bevölkerungsumfassenden Mindestversicherungspflicht, zu einer Eigenvorsorge für den Fall der Pflegebedürftigkeit verpflichtet. Im Gegensatz zur staatlichen Pflege-Vorsorgeförderung schafft das Modell der Pflegevorsorge die Voraussetzungen für einen funktionierenden Preis-Leistungs-Wettbewerb. Für jeden Einzelnen, unabhängig von seinem Erwerbsstatus, wird somit der Anreiz geschaffen, eine effiziente Versorgungsform zu wählen, die den individuellen Präferenzen und Bedürfnissen entspricht. Systematische Benachteiligungen von pflegebedürftigen Personen und pflegenahen Jahrgängen werden innerhalb des Versicherungssystems vermieden. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass im Vergleich zu einer lohnzentrierten Einkommensumverteilung, die finanzielle Umverteilung innerhalb des Modells der Pflegevorsorge zielgenauer gemäß der tatsächlichen Leistungsfähigkeit erfolgt. Zudem ist vorgesehen, dass der Mindestversicherungsschutz all jene Leistungen zu umfassen hat, die im Fall der wirtschaftlichen Bedürftigkeit von der Gemeinschaft solidarisch bereitgestellt würden. Bei Eintritt des Pflegefalls verfügen somit auch Personen mit einem niedrigen Einkommen über einen ausreichenden Versicherungsschutz. Der Rückgriff auf Leistungen der Hilfe zur Pflege wäre somit nicht notwendig. Mit der beabsichtigten Umstellung auf eine ‚Vollversicherung‘ muss hingegen sichergestellt werden, dass starke Prämiensteigerungen vermieden werden. Im Vergleich zum Status quo ist in Abhängigkeit von den zu zahlenden Prämien insbesondere von Bedeutung, dass Geringverdiener durch die Beitragszahlung finanziell nicht überlastet werden.

Unter Berücksichtigung der analysierten Anreizwirkungen auf die Absicherung des Pflegerisikos, erscheint eine Systemumstellung auf das Modell der Pflegevorsorge im Vergleich zu einer geplanten staatlichen Vorsorgeförderung somit zielführender, um in Zukunft einen möglichst großen Anteil der Bevölkerung für den Fall der Pflegebedürftigkeit materiell abzusichern.

## Literaturverzeichnis

- Albrecht, M./ Schliwen, A./ Wolfschütz, A. (2012): Gesundheitssystembedingte Kosten für Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Deutschland: eine Analyse der gesundheitssystembedingten Belastungen im internationalen Vergleich, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Arentz, O./ Eekhoff, J./ Menzel, K./ Streibel, V. (2004): Nachhaltigkeit durch Kapitaldeckung in der gesetzlichen Pflegeversicherung – eine Blaupause, in: Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften, Jg. 55, Heft 3, S. 223-245.
- Arentz, C./ Läufer, I./ Roth, S.J. (2011a): Pflegevorsorge II – Einstieg in den Umstieg auf Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung (Langfassung der Studie „Pflegevorsorge – Wegweiser für eine demografiefeste Pflegeversicherung“, erschienen bei der Vereinigung der bayrischen Wirtschaft e.V.), iwip-Discussionpaper 1/2011,  
[http://www.iwip.uni-koeln.de/DE/Publikationen/dp/IWP\\_DP\\_2011\\_01.pdf](http://www.iwip.uni-koeln.de/DE/Publikationen/dp/IWP_DP_2011_01.pdf), abgerufen am 17.07.2012.
- Arentz, C./ Läufer, I./ Roth, S.J. (2011b): Zur Reform der Pflegeversicherung: Einstieg in ein nachhaltiges und wettbewerbliches System, in: Wirtschaftsdienst, Bd. 91, Heft 2, S. 115-120.
- Arentz, C./ Läufer, I./ Roth, S.J. (2011c): Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung: Teilkapitaldeckungsmodelle im Vergleich, Otto-Wolf-Institut Discussion Paper 04/2011,  
[http://www.otto-wolff-institut.de/Publikationen/DiskussionPapers/OWIWO\\_DP\\_04\\_2011.pdf](http://www.otto-wolff-institut.de/Publikationen/DiskussionPapers/OWIWO_DP_04_2011.pdf), abgerufen am 01.08.2012.
- Baczko, Michael (2011): Elternunterhalt: Wenn Kinder zahlen sollen, Haufe-Lexware GmbH & Co. KG, München.

- Baumol, William J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, in: American Economic Review, Vol. 57, Nr. 3, S. 415-426.
- Blank, Florian (2011): Die Riester-Rente – Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitischen Bewertung nach zehn Jahren, in: Sozialer Fortschritt, Bd. 60, Heft 6, S. 109-115.
- BMAS [ = Bundesministerium für Arbeit und Soziales] (2012): Riester-Verträge, II. Quartal 2012 - Tabellarische Übersicht: Entwicklung der privaten Altersvorsorge,  
[http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Rente/riesterrente-II-Quartal-2012.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Rente/riesterrente-II-Quartal-2012.pdf?__blob=publicationFile), abgerufen am 30.08.2012.
- BMG [ = Bundesministerium für Gesundheit] (2009): Leistungsansprüche der Versicherten an die Pflegeversicherung im Überblick,  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_statistiken/pflege/Leistungsansprueche-3-09-2008.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/pflege/Leistungsansprueche-3-09-2008.pdf), abgerufen am 25.08.2012.
- BMG [ = Bundesministerium für Gesundheit] (2012a): Erstmals staatliche Förderung für die private Pflegevorsorge, Pressemitteilung Nr. 38 vom 06.06.2012,  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012\\_02/120606\\_PM\\_38\\_Private\\_Pflegevorsorge.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_02/120606_PM_38_Private_Pflegevorsorge.pdf), abgerufen am 17.07.2012.
- BMG [ = Bundesministerium für Gesundheit] (2012b): Bundestag beschließt das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz, Pressemitteilung Nr. 49 vom 29.06.2012,  
[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012\\_02/120629\\_PM\\_49\\_PNG\\_beschlossen.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_02/120629_PM_49_PNG_beschlossen.pdf), abgerufen am 17.07.2012.
- Bomsdorf, Eckart (2010): Rückgang der Bevölkerung – Zunahme der Pflegefälle  
Divergierende Entwicklung in Deutschland bis 2050, in: AStA Wirtschafts- und Sozialstatistisches Archiv, Bd. 4, Heft 1, S. 3-18.

Börsch-Supan, A. H./ Coppola, M./ Reil-Held, A. (2012): RIESTER PENSIONS IN GERMANY: DESIGN, DYNAMICS, TARGETTING SUCCESS AND CROWDING-IN, NBER WORKING PAPER SERIES, Nr. 18014.

Breyer, Friedrich (1995): Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung, Diskussionsbeiträge, Serie I – Nr. 277, Konstanz.

CDU, CSU und FDP (2009): Wachstum, Bildung, Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode, <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>, abgerufen am 07.08.2012.

Copolla, M./ Reil-Held, A. (2009): Dynamik der Riester-Rente: Ergebnisse aus SAVE 2003-2008, MEA Discussion Paper, Nr. 195-2009, [http://www.mea.uni-mannheim.de/uploads/user\\_mea\\_discussionpapers/1092\\_195-09.pdf](http://www.mea.uni-mannheim.de/uploads/user_mea_discussionpapers/1092_195-09.pdf), abgerufen am 30.08.2012.

Deutscher Bundestag (2012a): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG), Bundestag-Drucksache 17/9369 vom 23.04.2012, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709369.pdf>, abgerufen am 08.08.2012.

Deutscher Bundestag (2012b): Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Ausschuss-Drucksache 17(14)287 vom 12.06.2012, S. 33-45, [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/x\\_AeA\\_Nr\\_18\\_PNG/Dokumente/17\\_14\\_0287\\_AeA\\_Nr18\\_PNG.pdf](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/x_AeA_Nr_18_PNG/Dokumente/17_14_0287_AeA_Nr18_PNG.pdf), abgerufen am 09.08.2012.

Donges, J.B./ Eekhoff, J./ Franz, W./ Fuest, C./ Möschel, W./ Neumann, M.J.M. (Kronenberger Kreis) (2005): Tragfähige Pflegeversicherung, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin.

- Drähter, H./ Rehbein, I. (2009): Die Soziale Pflegeversicherung zwischen Armutsvermeidung und Beitragssatzstabilität, in: Drähter H./ Jacobs K./ Rothgang H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung: Nach der Reform ist vor der Reform, S. 283-299, KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin.
- Düsseldorfer Tabelle (2011),  
[http://www.olg-duesseldorf.nrw.de/infos/Duesseldorfer\\_tabelle/Tabelle\\_2011/Duesseldorfer\\_Tabelle\\_2011.pdf](http://www.olg-duesseldorf.nrw.de/infos/Duesseldorfer_tabelle/Tabelle_2011/Duesseldorfer_Tabelle_2011.pdf), abgerufen am 26.08.2012.
- Eekhoff, Johann (2007): Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung und Wettbewerb umstellen, in: ifo Schnelldienst, Jg. 60, Heft 9, S. 21-24.
- Eekhoff, J./ Bünnagel, V./ Kochkämper, S./ Menzel, K. (2008):  
Bürgerprivatversicherung: Ein neuer Weg im Gesundheitswesen, Mohr Siebeck, Tübingen.
- Eekhoff, Johann (2008): Beschäftigung und soziale Sicherung, Mohr Siebeck, Tübingen.
- Eekhoff, J./ Läufer, I. (2011): Reform der Pflegeversicherung: Einstieg in den Umstieg dringend notwendig, in: Auf ein Neues: Reform der Pflegeversicherung, in: Wirtschaftsdienst, Bd. 91, Heft 10, S. 670-674.
- Greyer, J./ Steiner, V. (2009): Zahl der Riester-Renten steigt sprunghaft – aber Geringverdiener halten sich noch zurück, in: Wochenbericht des DIW 32/2009, S. 534-541.
- Hackmann, T./ Moog, S. (2009): Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, in: Zeitschrift für Versicherungswissenschaft, Bd. 98, Heft 1, S. 73-89.



- Häcker, J./ Hackmann, T./ Raffelhüschen, B. (2011): Soziale Pflegeversicherung heute und morgen: mit nachhaltigen Reformen aus der Krise, Deutsches Institut für Altersforschung, Köln.
- Hagen, K./ Kleinlein, A. (2011): Zehn Jahre Riester-Rente: kein Grund zum Feiern, in: Wochenbericht des DIW Berlin 47/2011, S. 3-14.
- Hagen, K./ Lamping, W. (2011): Karenzzeit, „Pflege-Riester“, Bürgerversicherung – Was hilft weiter?, in: Wochenbericht des DIW 39/2011, S. 3-15.
- Hagen, Kornelia (2012): Stellungnahme zur Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen CDU/CSU und FDP auf A.-Drs. 17(14)287 zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz-PNG) - BT-Drs. 17/9369 am 25. Juni 2012, DIW Berlin,  
[http://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/diw\\_01.c.404597.de/stellungnahme\\_khagen\\_pflegeversicherung\\_20120625.pdf](http://www.diw.de/documents/dokumentenarchiv/17/diw_01.c.404597.de/stellungnahme_khagen_pflegeversicherung_20120625.pdf), abgerufen am 18.08.2012.
- Hauschild, Reinhard (1994): Soziale Pflegeversicherung: Vorschläge und Konzeptionen, in: Bundesarbeitsblatt, Jg. 1994, Heft 8-9, S. 12-21.
- Lamping, W./ Tepe, M. (2009): Vom Können und Wollen der privaten Altersvorsorge. Eine empirische Analyse zur Inanspruchnahme der Riester-Rente auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, in: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 55, Heft 4, S. 409-430.
- Läufer, I./ Roth, S. J. (2012): Kurz kommentiert: Pflegeeneuausrichtungsgesetz: Fragwürdige Förderung , in: Wirtschaftsdienst, Bd. 92, Heft 5, S. 288.
- Moayed, Vafa (2008): Moral Hazard in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach SGB XI, Dissertation, Universität zu Köln.

Niehaus, Frank (2010): Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 1/2010, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln,  
[http://www.wip-pkv.de/uploads/tx\\_nppresscenter/Zukuenftige\\_Entwicklung\\_der\\_sozialen\\_Pflegeversicherung.pdf](http://www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Zukuenftige_Entwicklung_der_sozialen_Pflegeversicherung.pdf), abgerufen am 05.08.2012.

Pfarr, C./ Schneider, U. (2011): Anreizeffekte und Angebotsinduzierung im Rahmen der Riester-Rente: Eine empirische Analyse geschlechts- und sozialisationsbedingter Unterschiede, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Bd. 12, Heft 1, S. 27-46.

Raddatz, Guido (2008): Reform der Pflegeversicherung – Zurück auf Los, Stiftung Marktwirtschaft, Frankfurt.

Raffelhüschen, B./ Vatter, J. (2011): Pflegereform: Ausgangspunkte und Weichenstellungen, in: Auf ein Neues: Reform der Pflegeversicherung, in: Wirtschaftsdienst, Bd. 91, Heft 10, S. 664-667.

Römer, M./ Borell, R. (2006): Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler, Berlin.

Roth, S.J./ Läufer, I. (2012): Pflegeriester ist keine Lösung! Kurzkomentar zu den Reformplänen der Regierung,  
[http://www.iwp.uni-koeln.de/DE/Forschung/Projekte/Kurzkomentar%20zu%20Pflege\\_Riester\\_1\\_1\\_2\\_2011\\_il\\_sr.pdf](http://www.iwp.uni-koeln.de/DE/Forschung/Projekte/Kurzkomentar%20zu%20Pflege_Riester_1_1_2_2011_il_sr.pdf), abgerufen am 25.08.2012.

Rothgang, Heinz (2006): Finanzierungsalternativen der Pflegeversicherung zwischen Eigenverantwortung und Solidarität, in: WSI Mitteilungen, Ausgabe 04/2006, S. 212-219.

Rothgang, Heinz (2011): Reformoptionen und Reformsackgassen, in: Auf ein Neues: Reform der Pflegeversicherung, in: Wirtschaftsdienst, Bd. 91, Heft 10, S. 659-663.

Rothgang, H./ Jacobs, Klaus (2011): Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung, in: G+S - Gesundheit- und Sozialpolitik, Jg. 65, Heft 4, S. 9-19.

Rothgang, Heinz (2012a): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz-PNG)“, BT-Drs. 17/9369, [http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/v\\_PNG/Stellungnahmen/17\\_14\\_0271\\_44\\_\\_Prof\\_\\_Dr\\_\\_Heinz\\_Rothgang.pdf](http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/v_PNG/Stellungnahmen/17_14_0271_44__Prof__Dr__Heinz_Rothgang.pdf), abgerufen am 08.08.2012.

Rothgang, Heinz (2012b): Stellungnahme zum Änderungsantrag Nr. 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP - Ausschuss-Drucksache 17(14)287 9566 – zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) – BT-Drs. 17/9369, [http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/cms-service/stream/asset/?asset\\_id=9029369](http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/cms-service/stream/asset/?asset_id=9029369), abgerufen am 9.8.2012 um 13:00.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1994): Sondergutachten vom 18. März 1994: Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung, in: Jahresgutachten 1994/95, Anhang IV, S. 276-281, Wiesbaden, <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/sondergutachten/sg1994.pdf>, abgerufen am 30.08.2012.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2007): Das Erreichte nicht verspielen, Jahresgutachten 2007/08, Wiesbaden, [http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/jg07\\_ges.pdf](http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/jg07_ges.pdf), abgerufen am 02.08.2012.

Sievering, Oliver (1996): Pflegeversicherung: Allokative, meritorische und distributive Aspekte staatlicher Eingriffsmöglichkeiten, Frankfurt am Main.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder [StatÄ] (2010): Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden, [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberrechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberrechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?__blob=publicationFile), abgerufen am 29.07.2012.

Statistisches Bundesamt (2009a): Bevölkerung Deutschlands bis 2060 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin, Wiesbaden, [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberrechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberrechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile), abgerufen am 29.07.2012.

Statistisches Bundesamt (2009b): Statistik der Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege, Wiesbaden, [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020097004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege5221020097004.pdf?__blob=publicationFile), abgerufen am 15.08.2012.

Statistisches Bundesamt (2009c): Pflegestatistik 2009: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Wiesbaden, [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.pdf?__blob=publicationFile), abgerufen am 25.08.2012.

Statistisches Bundesamt/ Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2011): Datenreport 2011: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Band 1, Bonn, [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2011.pdf?__blob=publicationFile), abgerufen am 27.08.2012.

Statistisches Bundesamt (2012): Sozialhilfe in Deutschland 2010, Wiesbaden,  
[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/SozialhilfeSGB0130001107004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/SozialhilfeSGB0130001107004.pdf?__blob=publicationFile), abgerufen am  
15.08.2012.

Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2011): Zahlenbericht der Privaten  
Krankenversicherung 2010/2011, Köln,  
[http://www.pkv.de/w/files/shop\\_zahlenberichte/zahlenbericht20102011.pdf](http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht20102011.pdf),  
abgerufen am 30.08.2012.

Walendzik, Anke (2009): Steuerfinanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung:  
Kurzgutachten der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-  
Stiftung, Bonn.

Zok, Klaus (2011): Erwartungen an eine Pflegereform: Ergebnisse einer  
Repräsentativbefragung, in: WIdOmonitor, Jg. 8, Ausgabe 2/2011, S. 1-8.

## Erklärung

1. Hiermit versichere ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne die Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung noch nicht vorgelegt worden.
2. Ich bin darüber informiert, dass meine Abschlussarbeit (gegebenenfalls anonymisiert) zum Zweck der Überprüfung mittels der Software zur Entdeckung von Plagiarismus „Turnitin“ (iParadigms LLC.) (kurzfristig) elektronisch gespeichert und verarbeitet, also untersucht, und anschließend dort gelöscht wird. Zu diesem Zweck reiche ich zeitgleich zur Abgabe meiner schriftlichen Ausarbeitung dieselbe Arbeit in elektronischer Form als Microsoft Word- oder pdf-Datei per mail an meinen betreuenden Mitarbeiter ein. Ich versichere, dass es sich bei der elektronischen Fassung exakt um dieselbe Version und Fassung der Arbeit handelt.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift)

3. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass meine Arbeit unter Nennung meines Namens als Urheber des Textes und des Speicherdatums in der Datenbank der Plagiat-Erkennungs-Software Turnitin dauerhaft gespeichert bleibt und so der Universität zu Köln zum Abgleich künftiger uploads anderer Arbeiten zur Verfügung steht. Sollte ich nicht mit der Speicherung meiner Arbeit zum Zweck der künftigen Plagiatserkennung einverstanden sein, entstehen mir daraus keine Nachteile. Ich kann dieses Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; meine Arbeit wird dann aus der turnitin-Datenbank gelöscht.

Ja, ich bin mit der dauerhaften Speicherung mit Nennung meiner Urheberschaft einverstanden.

Nein, ich bin nicht mit der dauerhaften Speicherung mit Nennung meiner Urheberschaft einverstanden.