

**Moral Hazard in der
gesetzlichen Pflegeversicherung
nach SGB XI**

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der
Universität zu Köln

2008

vorgelegt von Dipl.-Volkswirt

Vafa Moayedi

aus

Isfahan, IRAN

vafa.moayedi@gmail.com

Referent: Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

Koreferent: Prof. Dr. Ludwig Kuntz

Tag der Promotion: 08.02.2008

Danksagung und Widmung

Mein besonderer Dank gebührt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt, der mich stets verständnisvoll bei der Umsetzung dieser Arbeit betreut hat. Zudem möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Ludwig Kuntz für die konstruktive Kritik und Unterstützung bedanken.

Meiner Familie

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Abbildungsverzeichnis | 6 |
| Tabellenverzeichnis | 8 |
| 1. Einleitung | 9 |
| 1.1 Problemstellung | 9 |
| 1.2 Problembehandlung | 11 |
| 2. Die GPV nach SGB XI: eine einführende Betrachtung | 13 |
| 2.1 Grundzüge der GPV | 14 |
| 2.2 Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) | 24 |
| 3. Die Bedeutung von Moral Hazard in der GPV | 26 |
| 3.1 Moral Hazard: eine Einführung | 26 |
| 3.2 Die Moral-Hazard-Problematik aus ökonomischer Perspektive | 28 |
| 3.2.1 Interner Moral Hazard | 28 |
| 3.2.1.1 Optimale Pflegeversicherung bei Abwesenheit von Moral Hazard | 28 |
| 3.2.1.2 Interner Ex-ante-Moral-Hazard in der GPV | 33 |
| 3.2.1.3 Interner Ex-post-Moral-Hazard in der GPV | 38 |
| 3.2.1.4 Adverse Selection | 50 |
| 3.2.2 Externer Moral Hazard | 51 |
| 3.2.2.1 Externer Ex-ante-Moral-Hazard-Anreiz informeller und formeller Pflegepersonen | 51 |
| 3.2.2.2 Externer Ex-post-Moral-Hazard Anreiz informeller Pflegepersonen | 52 |
| 3.2.2.3 Externer Ex-post-Moral-Hazard-Anreiz formeller Pflegepersonen | 60 |
| 3.2.3 Der Heimsog-Effekt | 61 |
| 3.3 Determinanten des Pflegeentscheidungsprozesses | 73 |
| 3.3.1 Determinanten der Makroebene | 74 |
| 3.3.2 Determinanten der Mesoebene | 76 |
| 3.3.3 Determinanten der Mikroebene | 78 |
| 3.4 Die Sozialhilfe in der Diskussion | 85 |
| 3.5 Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse | 89 |
| 4. Der Crowding-out-Effekt – Welchen Einfluss üben Sozialleistungen auf die Familiensolidarität aus? | 92 |
| 4.1 Mikroökonomische Analyse | 92 |
| 4.1.1 Pflegegeld | 93 |
| 4.1.2 Pflegesachleistungen | 97 |
| 4.1.3 Pflegebudget | 98 |
| 4.1.4 Hypothesen | 99 |
| 4.1.5 Das Persönliche Budget | 100 |
| 4.2 Moralökonomische Analyse | 105 |
| 4.2.1 Das soziale Netzwerk | 107 |
| 4.2.2 Lebenslagen alter Menschen | 109 |

| | |
|--|------------|
| 4.2.3 Der Sozialstaat und der Solidargedanke in der Krise? _____ | 110 |
| 4.3 Empirische Referenzen _____ | 114 |
| 4.3.1 Die OASIS-Studie _____ | 114 |
| 4.3.2 Die SHARE-Studie _____ | 125 |
| 4.3.3 Ergebnisse auf Grundlage der Daten des Alters-Survey ____ | 129 |
| 4.3.4 Öffentliche Transfers vs. private Transfers? _____ | 132 |
| 4.3.5 Alt vs. Jung? _____ | 134 |
| 5. Fazit _____ | 139 |
| Literaturverzeichnis _____ | 142 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|------------|
| <i>Abbildung 1: Versorgungsbereiche bei Pflegebedürftigkeit.....</i> | <i>16</i> |
| <i>Abbildung 2: Leistungsübersicht der GPV</i> | <i>17</i> |
| <i>Abbildung 3: Phänomentypen des Moral Hazard.....</i> | <i>26</i> |
| <i>Abbildung 4: Ausprägungen von Moral Hazard</i> | <i>27</i> |
| <i>Abbildung 5: Verlauf der Nutzenkurve</i> | <i>30</i> |
| <i>Abbildung 6: Funktion der Versicherungsleistung mit Selbstbehalt.....</i> | <i>31</i> |
| <i>Abbildung 7: Moral Hazard in der GPV</i> | <i>38</i> |
| <i>Abbildung 8: Gefangenendilemma in der GPV</i> | <i>41</i> |
| <i>Abbildung 9: Moral Hazard in der GPV bei positiver Selbstbeteiligung....</i> | <i>43</i> |
| <i>Abbildung 10: Die Kostenfunktion des Agenten</i> | <i>54</i> |
| <i>Abbildung 11: Die optimale Arbeitsanstrengung e im First-best-Fall.....</i> | <i>57</i> |
| <i>Abbildung 12: Unterschiedliche Typen von Pflegebedürftigkeit</i> | <i>65</i> |
| <i>Abbildung 13: Kosten formeller und informeller Pflege</i> | <i>66</i> |
| <i>Abbildung 14: Das Mehr-Ebenen-Modell der Determinanten des Pflegeentscheidungsprozesses</i> | <i>74</i> |
| <i>Abbildung 15: Struktur der Substitutionsbeziehungen zwischen stationärer und ambulanter Pflege.....</i> | <i>77</i> |
| <i>Abbildung 16: Die Sozialhilfeempfangsbedingung.....</i> | <i>88</i> |
| <i>Abbildung 17: Prozentuale Verteilung der Hilfsaktivitäten.....</i> | <i>115</i> |
| <i>Abbildung 18: Grafische Darstellung der prozentuellen Verteilung der Hilfeleistenden</i> | <i>117</i> |
| <i>Abbildung 19: Grafische Darstellung der Verteilung staatlicher Hilfeleistungen</i> | <i>119</i> |
| <i>Abbildung 20: Grafische Darstellung der Verteilung familiärer Hilfeleistungen</i> | <i>119</i> |
| <i>Abbildung 21: Grafische Darstellung der familiären Hilfeverteilung in den Ländern.....</i> | <i>120</i> |
| <i>Abbildung 22: Relatives Verhältnis der alten und jungen Sozialleistungsempfänger.....</i> | <i>135</i> |
| <i>Abbildung 23: Durchschnittliche soziale Zuwendung an die Alten in EURO pro Person</i> | <i>136</i> |
| <i>Abbildung 24: Durchschnittliche Sozialausgaben pro junger Person in EURO</i> | <i>137</i> |

*Abbildung 25: Relative staatliche Zuwendung zu Alt und Jung in EURO
pro Person 138*

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|-----|
| <i>Tabelle 1: Ausprägungen von Ex-ante-Moral-Hazard</i> | 33 |
| <i>Tabelle 2: Monatliche Pflegezuschüsse (in €) nach § 36 f. SGB XI</i> | 67 |
| <i>Tabelle 3: Monatliche Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegeperson (in €)</i> | 67 |
| <i>Tabelle 4: Monatliche Einnahmen und Ausgaben von Pflegebedürftigen der drei Pflegestufen</i> | 68 |
| <i>Tabelle 5: Vorher-nachher-Vergleich der finanziellen Situation in den Pflegestufen</i> | 70 |
| <i>Tabelle 6: Monetäre Anreize für vollstationäre Pflege nach Inkrafttreten des PflegeVG</i> | 71 |
| <i>Tabelle 7: Veränderung der monetären Anreize für einen Heimsog im Vorher-nachher-Vergleich</i> | 72 |
| <i>Tabelle 8: Empfangene Hilfeleistungen unter den Senioren ≥ 75</i> | 115 |
| <i>Tabelle 9: Verteilung der Hilfeleistenden</i> | 117 |
| <i>Tabelle 10: Modifizierter Ausschnitt aus Tabelle 9</i> | 118 |
| <i>Tabelle 11: Hilfe und Unterstützung an und durch die Eltern</i> | 121 |

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Die Analyse von Moral-Hazard-induziertem Verhalten ist eines der zentralen Themen der Versicherungsökonomik. Auch die gesetzliche Pflegeversicherung (im Folgenden GPV) ist seit ihrer Einführung im Visier der Wissenschaftler, wenn es um die Frage geht, ob und in welchem Ausmaß Moral-Hazard-Verhalten von allen am Versicherungsverhältnis beteiligten Akteuren ausgehen kann.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutung der Moral-Hazard-These für die GPV nach SGB XI zu analysieren und zu bewerten. Es soll der Versuch unternommen werden, eine tiefgründige Betrachtung der vielfältigen und auch ineinander übergreifenden Moral-Hazard-Thesen für die Analyse zurate zu ziehen. Moral Hazard kann in den jeweiligen Erscheinungsformen zu unterschiedlichen Effekten führen, die zulasten der GPV wirken können. In diesem Zusammenhang sind folgende Fragestellungen Kern der durchgeführten Analyse:

1. Werden Versicherte die Leistungen der GPV aufgrund von Moral-Hazard-Verhalten zu Unrecht in Anspruch nehmen oder überbeanspruchen können?

Ein solcher Versicherungsbetrug bzw. –missbrauch würde in einer signifikanten Häufigkeit die GPV besonders finanziell schwer belasten, sodass die Solidargemeinschaft als Finanzier dieser Versicherung noch höhere finanzielle Lasten tragen muss, um die Existenz der GPV sichern zu können. Aufgabe dieser Arbeit wird es sein, die Möglichkeiten solch eines Verhaltens der Versicherten zu identifizieren und auf ihre versicherungspolitische Relevanz hin zu bewerten.

2. Sind die Angehörigen der Versicherten und professionelle Pflegekräfte ebenfalls von dem Moral-Hazard-Risiko betroffen? Ist es also möglich, dass auch diese Gruppe durch opportunistisches Verhalten der GPV schadet? Auch Dritte könnten also einen

negativen Einfluss auf die GPV ausüben, ohne dass der Versicherte selbst involviert sein muss.

3. Kann der sozialpolitisch ungewollte Effekt des sog. Heimsogs Folge von Moral-Hazard-Verhalten sein? In diesem Zusammenhang gilt es zu differenzieren, welchen Moral-Hazard-Anreizen die Versicherten und ihre sie pflegenden Angehörigen ausgesetzt sein könnten.
4. Beeinflussen andere Determinanten den Entscheidungsprozess der Versicherten, sodass nicht nur von einem Moral-Hazard-Verhalten ausgegangen werden kann? Diese Fragestellung ist insbesondere in Bezug auf die Wahl von stationärer Pflege bzw. der Heimunterbringung als Alternative zur ambulanten Pflege von Bedeutung.
5. Begünstigt der staatlich gewährleistete Schutz durch die Sozialhilfe den Moral-Hazard-Anreiz der Versicherten? Diese Fragestellung zielt auf die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Inanspruchnahme von Sozialhilfe und einer Ex-ante-Moral-Hazard-induzierten mangelnden bzw. unterlassenen privaten Versicherungsvorsorge von Versicherten für den Fall der Pflegebedürftigkeit ab.
6. Führt staatliches Engagement zugunsten der Pflegebedürftigen zu einem Crowding-out familiärer Hilfsbereitschaft als Folge von Moral-Hazard-Verhalten der Angehörigen?

Moral-Hazard-Verhalten könnte Angehörige dazu bewegen, die solidarische Hilfe an ihre pflegebedürftigen Angehörigen so weit abzuschwächen, dass die Leistungen des Staates bzw. der Gemeinschaft genutzt werden, um sich selbst zumutbaren Pflege- bzw. Hilfsaktivitäten entziehen zu können. In solch einem Fall würde dies bedeuten, dass, obwohl Versicherungsleistungen rechtmäßig vom Pflegebedürftigen bezogen werden, diese nur aufgrund von opportunistischem Verhalten der Familie notwendig werden und eigentlich eingespart werden könnten.

Diese Art des Verhaltens seitens der Familienmitglieder stellt eine nur schwer identifizierbare Möglichkeit von Moral-Hazard-Verhalten Dritter dar und soll ebenfalls wichtiger Bestandteil der Untersuchung sein.

Die Beantwortung der vorangegangenen Fragen bedarf einer detaillierten Analysemethodik, die im Folgenden vorgestellt werden soll.

1.2 Problembehandlung

Einführend werden im zweiten Kapitel grundlegende Informationen bzgl. der GPV geliefert, um in Anbetracht der Problemstellung anhand der Charakteristik der GPV im darauf folgenden Kapitel 3 mithilfe ökonomischen und sozialpolitischen Rüstzeugs die Moral-Hazard-These analysieren zu können.

Nachdem in Kapitel 3.2 der Moral-Hazard-Begriff näher differenziert und vorgestellt worden ist, wird in Kapitel 3.2.1 das interne Moral-Hazard-Verhalten der Versicherten untersucht. Hierzu werden zunächst die Merkmale einer optimalen Pflegeversicherung modelltheoretisch hergeleitet, wobei von einem möglichen Moral-Hazard-Verhalten vorerst abstrahiert wird. Darauf aufbauend sollen in Kapitel 3.2.1.2 die möglichen Ausprägungen des internen Moral Hazard identifiziert und anhand einer formalen Erwartungsnutzen-Analyse dargestellt werden. Hierbei wird ebenfalls zwischen dem zeitlich unterschiedlichen Auftreten von Moral Hazard differenziert.

Im darauf folgenden Kapitel 3.2.2 gilt es, die Ausprägungen und möglichen Wirkungen des Moral-Hazard-Verhaltens externer Akteure vor und nach dem Eintritt des Versicherungsfalls zu untersuchen. Im Fokus der Betrachtung stehen somit die informellen und formellen Pflegepersonen. Hauptanalyseinstrument des Ex-post-Moral-Hazard ist die formale Herleitung der existenten Prinzipal-Agent-Beziehung.

Der Heimsog-Effekt als mögliche Folge von Moral-Hazard-Verhalten der Akteure wird in Kapitel 3.2.3 untersucht. Ziel ist es, mögliche Vorteile

durch die Heiminanspruchnahme zu identifizieren, da diese evtl. Moral Hazard begünstigen können. In diesem Zusammenhang werden sowohl soziopsychologische als auch ökonomische Perspektiven bei der Analyse in Anspruch genommen.

Der Frage, ob auch andere Faktoren außer Moral Hazard einen Einfluss auf die Pflegeentscheidung der Versicherten ausüben, wird in Kapitel 3.3 Beachtung geschenkt. In diesem Fall wird eine Antwort mithilfe einer sozialpolitischen Betrachtungsweise gesucht.

Zum Abschluss des Kapitels 3 gilt es zu analysieren, ob die Sozialhilfe ein Moral-Hazard-Verhalten der Versicherten begünstigt. Die Sozialhilfe könnte von Versicherten der GPV als Zusatzversicherung missbraucht werden, da die GPV keine Vollkostenversicherung darstellt und den Versicherten einen Selbstbehalt zumutet. Somit könnte die Sozialhilfe zur Deckung des Selbstbehaltes genutzt werden, um im Pflegefall in den Genuss einer Vollkostenversicherung zu kommen.

Eine Zusammenfassung der gewonnenen Ergebnisse findet sich in Kapitel 3.5.

Der Analyse der Crowding-out-These widmet sich Kapitel 4 dieser Arbeit. In diesem Kapitel wird die Crowding-out-These zunächst aus mikroökonomischer und daran anschließend aus moralökonomischer Perspektive heraus betrachtet.

Die mikroökonomische Analyse bedient sich eines mikroökonomischen Modells, um die möglichen Einflüsse der staatlichen Leistungen bzw. Hilfen bewerten zu können. In diesem Zusammenhang werden die einzelnen Leistungen wie z. B. das Pflegegeld in Hinblick auf ihren Einfluss auf die Pflegebedürftigen und ihre Familien untersucht.

Bei der moralökonomischen Analyse wird der Sektor Moralökonomik als wichtiger Bestandteil der Wohlfahrtsproduktion dargestellt und hinsichtlich seiner Bedeutung für die Bewertung der Crowding-out-These zurate gezogen. Das soziale Netzwerk, die Lebenslagen der Betroffenen und die sozialpolitische Entwicklung werden in diesem Kontext untersucht und diskutiert. Im anknüpfenden Kapitel 4.3 werden die Ergebnisse empirischer

Studien vorgestellt, um diese in Vergleich zu den theoretischen Analyseergebnissen setzen zu können. Das abschließende Kapitel 5 dieser Arbeit beinhaltet ein zusammenfassendes Gesamt-Fazit der gewonnenen Ergebnisse.

In Anbetracht der bisherigen Diskussionen und Analysen zahlreicher Wissenschaftler unterschiedlicher fachlicher Herkunft ist ein allgemeingültiges Ergebnis in Bezug auf die Moral-Hazard-These nicht zu erwarten. Vielmehr werden die Ergebnisse differenziert sein und können der Moral-Hazard-These nicht in allen Fällen eine signifikante Bedeutung zuschreiben. Insbesondere in Bezug auf den Heimsog-Effekt lässt die soziopsychologische Betrachtungsweise differenzierte Ergebnisse im Vergleich zur ökonomischen Analysemethodik erwarten.

Sowohl Ökonomie als auch Sozialpolitik bedienen sich in ihrer Analyse unterschiedlicher Methoden und Perspektiven, sodass in der folgenden Arbeit von einer komplementären Wirkung auf die gewonnenen Ergebnisse auszugehen ist.

2. Die GPV nach SGB XI: eine einführende Betrachtung

Am 26. Mai 1994 wurde nach langjähriger Diskussion¹ das Pflegeversicherungsgesetz (im Folgenden PflegeVG) vom Bundestag verabschiedet. Die Pflege wurde als fünfter Zweig den „etablierten“ Sozialversicherungszweigen Unfall, Krankheit, Alter und Arbeitslosigkeit hinzugefügt, wodurch das Pflegefallrisiko als allgemeines Lebensrisiko anerkannt wurde.² Die GPV ist als elftes Buch in das Sozialgesetzbuch integriert, wobei die 112 Paragraphen die eigentliche Pflegeversicherung darstellen.

¹ Seit 1974.

² Vgl. Meyer (1996, S. 17).

2.1 Grundzüge der GPV

Der versicherungspflichtige Personenkreis (§§ 20 ff. SGB XI)

Versicherungspflichtig in der GPV sind alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Mitglieder einer privaten Krankenversicherung besteht die Pflicht zum Abschluss eines privaten Versicherungsvertrages bei einem privaten Versicherer.³ Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde auch in der GPV eine Mitversicherung der Familienangehörigen eingebettet.⁴

Ziel der GPV

Angestrebtes sozialpolitisches Hauptziel des Gesetzgebers war die Verbesserung der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die drohende Sozialhilfeabhängigkeit im Pflegefall sollte verhindert und die Qualität der Pflege verbessert werden.

Das finanzpolitische Ziel bestand in der Sicherung der Sozialhilfekosten und der damit einhergehenden Entlastung der Sozialhilfeträger. Zugleich wurden eine Stärkung der häuslichen Pflege und die Einführung von Markt und Wettbewerb im Pflegesektor angestrebt. Zu beachten sei jedoch, dass es sich bei der GPV weder um eine Vollkostenversicherung noch um eine Versicherung gegen Altersarmut handelt. Dies bedeutet, dass die Aufgaben und Leistungen der GPV begrenzt sind. Dieser Hinweis ist für das Verständnis notwendig, um spätere Zielkonflikte besser verstehen zu können. Das Leistungsprogramm der GPV ist vielmehr eine Hilfe zur Selbsthilfe, um die Belastungen der Pflegebedürftigen und der sie pflegenden Personen zu vermindern.

Der leistungsberechtigte Personenkreis (§ 14 ff. SGB XI)

Pflegebedürftig im Sinne der GPV ist, wer aufgrund einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des tatsächlichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der

³ Vgl. § 22 SGB XI.

⁴ Vgl. § 25 SGB XI.

Hilfe bedarf.⁵ Die Hilflosigkeit des Pflegebedürftigen für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens ist somit das zentrale Kriterium für die Pflegebedürftigkeit. Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit werden die nachfolgend dargestellten drei Pflegestufen unterschieden, wobei hier der Medizinische Dienst der Krankenkassen (im Folgenden MDK) als Monitoring-Instanz die Stufenkategorisierung von Pflegebedürftigkeit durch Einzelfallbegutachtung vornimmt und die Notwendigkeit der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln prüft:

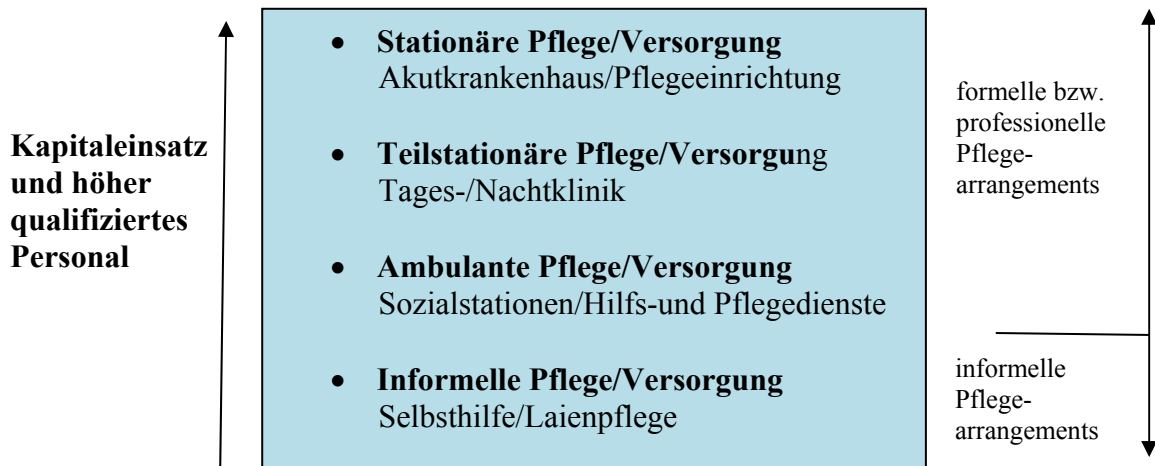
- Pflegestufe I: Pflegebedürftige der Pflegestufe I sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (durchschnittlich 90 Minuten Pflegebedarf täglich).
- Pflegestufe II: Pflegebedürftige der Pflegestufe II sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen in der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (durchschnittlich 3 Stunden Pflegebedarf täglich).
- Pflegestufe III: Pflegebedürftige der Pflegestufe III sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen in der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (durchschnittlich 5 Stunden Pflegebedarf täglich).

Es findet dabei eine Differenzierung zwischen häuslicher/ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege statt. Die GPV gewährt Leistungen bei ambulanten

⁵ Vgl. § 14 ff. SGB XI.

häuslicher, teil- und stationärer Pflege, wobei auf den Vorrang häuslicher gegenüber stationärer Pflege Wert gelegt wird.

Abbildung 1: Versorgungsbereiche bei Pflegebedürftigkeit

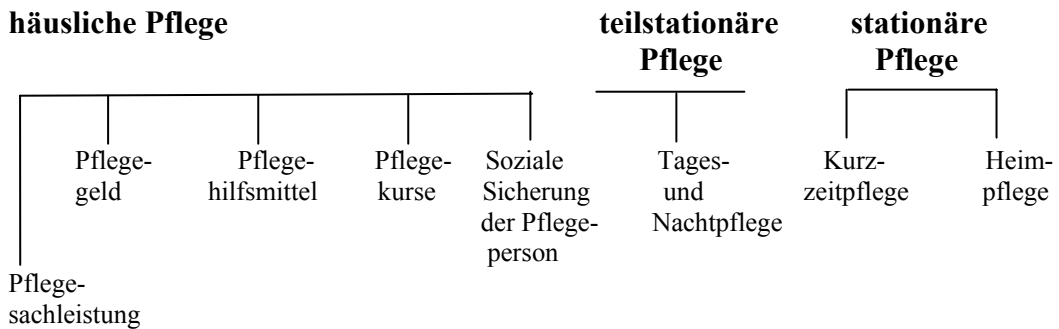


Quelle: in Anlehnung an Mager (1999, S. 84)

Auf der niedrigsten Stufe befindet sich die informelle Pflege bzw. die Eigenhilfe sowie die Laienhilfe durch Kinder, Partner oder sonstige Angehörige. Die ambulante Pflege durch professionelle Pflegepersonen privat-gewerblicher oder frei-gemeinnütziger Pflegedienste und die informelle Pflege können komplementär in Anspruch genommen werden. Die teilstationäre Pflege folgt auf der zweiten Stufe und findet in Tages- oder Nachtkliniken statt. Eine größere Bedeutung erlangt die stationäre Pflege in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen (Altenwohnheime, spezielle Pflegeheime). Der dargestellte Schichtenaufbau der Pflege zeichnet sich aufsteigend durch höher qualifiziertes Pflegepersonal und verstärkten Kapitaleinsatz aus.⁶ In der GPV gilt das Sachleistungsprinzip. Zwar werden die Leistungen sowohl als Geldleistungen als auch als Sachleistung gewährt, doch wird die Geldleistung ausschließlich als Sachleistungssurrogat betrachtet.

⁶ Vgl. Mager (1999, S. 83 ff.).

Abbildung 2: Leistungsübersicht der GPV



Quelle: Klie (1995, S. 20)

Mit dem Ziel der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung liegt die GPV einen besonderen Wert auf die ambulante Versorgung. Im Rahmen der häuslichen Pflege haben pflegebedürftige Personen einen Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung, wobei die professionellen Pflegekräfte entweder direkt von der Pflegekasse oder von ambulanten Pflegeeinrichtungen, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag abgeschlossen hat, beauftragt werden. Eine Alternative zu dieser Sachleistung stellt das Pflegegeld dar, welches von den Pflegebedürftigen beantragt werden kann, wenn sie die erforderliche Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung durch eine informelle Pflegekraft in geeigneter Weise selbst sicherstellen.⁷

Bei Pflegegeldempfängern findet (durch das MDK) eine regelmäßige Überprüfung statt, ob die Qualität der häuslichen Pflege gesichert ist. Gemäß § 37 III SGB XI ist der Pflegebedürftige verpflichtet, in regelmäßigen Abständen⁸ einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen.

Die „Kombinationsleistung“ ermöglicht dem Pflegebedürftigen, ein anteiliges Pflegegeld zusätzlich zur Sachleistung zu beziehen, wenn die

⁷ Vgl. § 36 SGB XI.

⁸ Bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich und bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich.

Sachleistung nur teilweise in Anspruch genommen wird.⁹ Ein Anspruch auf teilstationäre Pflege besteht dann, wenn die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen nicht im erforderlichen Umfang sichergestellt werden kann. Ist die teilstationäre Pflege nicht ausreichend, so besteht ein Anspruch auf Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung.¹⁰ Die vollstationäre Pflege findet Anwendung im Falle unmöglicher häuslicher oder teilstationärer Pflege. Nach einer Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen übernehmen die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Aufwendungen der sozialen Betreuung bis zu einer gesetzlich festgelegten Betragsgrenze.¹¹ Da die GPV keine Vollkostenversicherung ist, muss jeder Pflegebedürftige eigenständig nicht gedeckte pflegebedingte Ausgaben wie z. B. die Kosten für Verpflegung und Unterkunft und etwaige Zusatzleistungen aufkommen. Pflegebedürftige, deren Vermögen oder Einkommen dazu nicht ausreicht, sind auf die Hilfe unterhaltsverpflichteter Dritter oder auf Sozialhilfe angewiesen. Vor dem Inkrafttreten der GPV war die Sozialhilfe das einzige Instrument zur materiellen Sicherung von Pflegebedürftigen, sodass die Einführung der GPV eine Ausgabenminderung für die Sozialhilfe zur Folge hatte.¹² MEIER (1997, S. 91 f.) verweist darauf, dass eines der Hauptziele des PflegeVG, nämlich das Angewiesensein auf Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz bei Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, mit dem SGB XI nicht erreicht wird. Seit dem 1. April 1995 ändert sich im Grunde genommen nur das Maß der Abhängigkeit von der Sozialhilfe.

⁹ Vgl. § 38 SGB XI.

¹⁰ Vgl. § 41 f. SGB XI.

¹¹ Vgl. § 43 SGB XI.

¹² Vgl. Lampert (1998, S. 282).

Finanzierung

Wie in allen anderen Sozialversicherungen auch liegt der GPV das Umlageverfahren zugrunde. Die GPV ist beitragsfinanziert. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten werden einkommensabhängig bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Folgenden GKV) herangezogen.¹³ Beitragsfrei mitversichert sind nicht oder nur geringfügig erwerbstätige Ehegatten sowie Kinder.¹⁴ Die Beiträge werden je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber aufgebracht. In der sog. „Kompensationsregelung“ wurde, um eine weitere Belastung der Wirtschaft durch einen Anstieg der Lohnzusatzkosten zu vermeiden, die Streichung eines Feiertages, der immer auf einen Wochentag fällt, vereinbart. In Ländern, die keinen Feiertag gestrichen haben, trägt der Arbeitnehmer den Beitrag allein.¹⁵ Auch Rentner und andere Sozialleistungsempfänger sind zur Beitragszahlung verpflichtet, jedoch übernimmt der jeweilige Kostenträger den hälftigen Anteil, wobei im Falle der Rentner der Versichertenanteil mit der Rente verrechnet bzw. abgezogen wird.

Ab dem 1. Januar 1995 betrug der Beitragssatz 1 % des beitragspflichtigen Einkommens der Versicherten, wonach sich mit Inkrafttreten der Leistungen für die stationäre Pflege am 1. Juli 1996 der Beitragssatz auf 1,7 % des beitragspflichtigen Einkommens erhöhte.

Das Ziel der bundeseinheitlichen Festlegung des Beitragssatzes für die Pflegeversicherung begründet der Gesetzgeber damit, dass die einzelnen Mitglieder unabhängig von den tatsächlichen Pflegeausgaben ihrer Pflegekasse stets den gleichen Beitrag entrichten müssen.¹⁶ „Ein Verstoß gegen marktwirtschaftliche Prinzipien stellt dies insofern nicht dar, als die Pflegekassen direkt an die Krankenkasse gekoppelt sind, wo ja ein bedingter Wettbewerb stattfindet.“¹⁷ Um trotz unterschiedlicher

¹³ Vgl. § 54 II SGB XI.

¹⁴ Vgl. §§ 25, 56 I SGB XI.

¹⁵ Vgl. § 55 SGB XI.

¹⁶ Vgl. Meyer (1996, S. 106).

¹⁷ Vgl. Meyer (1996, S. 106).

Risikostrukturen einen bundesweit einheitlichen Beitragssatz ermöglichen zu können, wurde zusätzlich ein kassenübergreifender Finanzausgleich zwischen den verschiedenen Pflegeversicherungsträgern vorgesehen.¹⁸

Im Pflege-Versicherungsgesetz sind umfangreiche Maßnahmen vorgesehen, um die Sicherstellung der Finanzierung der GPV gewährleisten zu können. Folgende Maßnahmen gilt es hier kurz vorzustellen:¹⁹

- Eine Beitrags- und Kostenexplosion soll durch den Grundsatz der Beitragsstabilität und die damit verbundene einnahmenorientierte Ausgabenpolitik verhindert werden.
- Die Leistungen der GPV sind in ihrer Höhe begrenzt.
- Die Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises und damit auch der Beitragszahler (wie z. B. Rentner) soll die GPV besser als andere Sozialversicherungen vor dem demografischen Risiko schützen.
- Anspruch auf Leistungen der GPV haben nach § 14 SGB XI lediglich pflegebedürftige Personen.
- Den Pflegekassen wird in den Vertragsbeziehungen mit den Leistungsanbietern eine starke Position eingeräumt. Ziel ist es, ihnen hierdurch die Möglichkeit zu gewähren, wirtschaftlich günstige Rahmen- bzw. Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen abschließen zu können.

Die Reform der GPV²⁰

Voraussichtlich am 1. Juli 2008 soll eine Reform der GPV in Kraft treten. Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung wurde dem Bundestag bereits vorgelegt. Ziel der Reform ist es, vor allem die Finanzierung der GPV angesichts der soziodemografischen als auch konjunkturellen Entwicklung bis zum Jahre 2014 sicherzustellen, da die steigende Zahl von

¹⁸ Vgl. § 66 SGB XI.

¹⁹ Vgl. Blüm, Norbert: „Den größten und greifbarsten Erfolg bringt die Pflegeversicherung den Familien“, Interview mit Bundesarbeitsminister Norbert Blüm zum Inkrafttreten der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995, in: Meyer (1996, S. 108 f.).

²⁰ Vgl. Bundesregierung (2007) sowie Naegele/Hamdorf (2007).

Pflegebedürftigen und die konjunkturellen Schwächen der letzten Jahre der GPV signifikante Finanzierungsdefizite eingefahren haben.

Gleichzeitig sollen mithilfe der Reform Pflegebedürftige und ihre Familien in ihrer Selbstbestimmung gestärkt und die Qualität der Pflege erhöht werden.

Die Eckpunkte der Reform:

➤ *Ambulant vor stationär*

Ziel ist es, die ambulante Pflege gegenüber der stationären Pflege zu stärken, um so die Verweildauer von Pflegebedürftigen in den eigenen vier Wänden zu erhöhen. Mit diesem Ziel sollen quartierbezogene Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen gebildet, individuelle Pflegebegleiter angeboten, die Tages- und Nachtpflege gestärkt und die Rahmenbedingungen für Wohngemeinschaften verbessert werden.

➤ *Mehr Leistungen*

Ab dem 1. Juli 2008 sollen die finanziellen Leistungen stufenweise erhöht werden, sodass sich für die Betroffenen folgende Verbesserungen ergeben würden:

Das Pflegegeld wird bis 2012 wie folgt angehoben:

- Pflegestufe I: Das Pflegegeld von bisher 205 €/monatlich wird stufenweise in den Jahren 2008 auf 215 €/monatlich, 2010 auf 225 €/monatlich und 2012 auf 235 €/monatlich erhöht.
- Pflegestufe II: Das Pflegegeld von bisher 410 €/monatlich wird stufenweise in den Jahren 2008 auf 420 €/monatlich, 2010 auf 430 €/monatlich und 2012 auf 440 €/monatlich erhöht.
- Pflegestufe III: Das Pflegegeld von bisher 665 €/monatlich wird stufenweise in den Jahren 2008 auf 675 €/monatlich, 2010 auf 685 €/monatlich und 2012 auf 700 €/monatlich erhöht.

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 wie folgt angehoben:

- Pflegestufe I: Der Sachleistungsbetrag von bisher 384 €/monatlich wird stufenweise in den Jahren 2008 auf 420 €/monatlich und 2010 auf 450 €/monatlich erhöht. Im Jahre 2012 erfolgt keine Erhöhung.
- Pflegestufe II: Der Sachleistungsbetrag von bisher 921 €/monatlich wird stufenweise in den Jahren 2008 auf 980 €/monatlich, 2010 auf 1.040 €/monatlich und 2012 auf 1.100 €/monatlich erhöht.
- Pflegestufe III: Der Sachleistungsbetrag von bisher 1.432 €/monatlich wird stufenweise in den Jahren 2008 auf 1.470 €/monatlich, 2010 auf 1.510 €/monatlich und 2012 auf 1.550 €/monatlich erhöht. Der Sachleistungsbetrag für Härtefälle in Höhe von 1.918 €/monatlich bleibt von den Änderungen vorerst unberührt.

Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II werden von der Reform nicht verändert, sodass die Beträge weiterhin konstant bleiben. Betroffene der Pflegestufe III werden höhere Leistungen beziehen können:

- Pflegestufe III: Es erfolgt eine stufenweise Erhöhung der Leistung von bisher 1.432 €/monatlich in den Jahren 2008 auf 1.470 €/monatlich, 2010 auf 1.510 €/monatlich und in 2012 auf 1.550 €/monatlich.
- Pflegestufe III, Härtefälle: Es erfolgt eine stufenweise Erhöhung der Leistung von bisher 1.688 €/monatlich in den Jahren 2008 auf 1.750 €/monatlich, 2010 auf 1.825 €/monatlich und 2012 auf 1.918 €/monatlich.

Ab 2015 sollen die Leistungen alle drei Jahre (an der Inflationsrate orientiert) angepasst werden.

Zusätzlich sollen mit der Reform ab 1. Juli 2008 auch Menschen mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (wie z. B. Demenz-, Alzheimer- und psychisch Kranke) erhöhte Leistungen erhalten. Die erhöhte Leistung von bis zu 2.400 € jährlich soll zudem zu den eigentlichen Pflegeleistungen gezahlt werden, auch dann, wenn die Betroffenen keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegestufe I haben bzw. physisch nicht pflegebedürftig sind.

➤ *Pflegezeit für Angehörige*

Pflegenden von Angehörigen soll das Recht eingeräumt werden, sich für die Dauer von bis zu sechs Monaten von ihrer Arbeit unbezahlt freistellen zu lassen. Nach Inanspruchnahme der Pflegezeit besitzen die Arbeitnehmer ein Rückkehrrecht zu denselben Arbeitsbedingungen. Die Pflegezeit kann von verschiedenen Angehörigen nacheinander in Anspruch genommen werden. Diese Regelung ist nicht anwendbar, wenn Betriebe eine Arbeitnehmerzahl von maximal zehn aufweisen.

➤ *Finanzierung*

Die Beiträge zur GPV sollen ab dem 1. Juli 2008 von heute 1,7 % (bei Kinderlosen 1,95 %) um 0,25 % auf 1,95 % (bei Kinderlosen 2,2 %) des Bruttoeinkommens steigen.

Diese Beitragserhöhung ist notwendig, um die (verbesserten) Leistungen der GPV bis 2014 finanzieren und sicherstellen zu können.

Die Reform der GPV ist unter Experten nicht unumstritten und trifft auch zunehmend auf offene Kritik²¹.

Ziel dieser Arbeit ist jedoch nicht die Bewertung der Reformbemühungen der GPV, sodass in dieser Arbeit hierauf im Weiteren nicht eingegangen wird. In Anbetracht der sozialpolitischen Bedeutung der staatlichen Leistungen an die Pflegebedürftigen und ihre Familien wird in Kapitel 4 eine Analyse des staatlichen Engagements vorgenommen.

2.2 Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK)

Um den Krankenkassen und ihren Verbänden bei der Gestaltung und Steuerung des Gesundheitswesens einen kompetenten, mit medizinischem Sachverstand ausgestatteten Partner zur Seite zu stellen, wurde der MDK ins Leben gerufen. Die gesetzlichen Aufgaben des MDK sind im SGB V sowie im SGB XI geregelt.

Der MDK hat die Aufgabe, die Krankenkassen in folgenden Bereichen zu unterstützen und zu beraten:²²

- in allgemeinen medizinischen Fragen der Gesundheitsvorsorge und der Versichertenberatung,
- bei der Qualitätssicherung sowie
- bei der Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen.

Die genauen Aufgaben des MDK nach SGB XI sind,

- „den ursächlichen Zusammenhang des vorliegenden Hilfebedarfs mit Krankheit oder Behinderung
- unter Berücksichtigung vorliegender Krankheiten oder Behinderungen den Hilfebedarf aufgrund von Funktionseinschränkungen und daraus resultierenden Störungen in der Fähigkeit zur Ausführung der im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens in der häuslichen Versorgungssituation sowie

²¹ Vgl. Rohde (2007).

²² Vgl. Werner/Volz (1994, S. 295).

- das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ihre Abstufung zu prüfen und festzustellen²³.

In § 18 SGB XI sind die Bestimmungen bzw. Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festgehalten. Grundsätzlich hat der MDK „[...]prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt“²⁴. Gemäß § 18 II Satz 1 SGB XI hat der MDK „[...] den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen“.

Die Arbeit des MDK wird jedoch oft kritisch und zweifelnd betrachtet. Zunehmend werden Bedenken geäußert: „[...] auch wenn das Begutachtungsverfahren normiert und vereinheitlicht wird, so bleibt doch die Frage weiter offen, wie valide waren und sind die Ergebnisse der Begutachtung, inwieweit bildeten sie eine vorhandene Pflegebedürftigkeit richtig ab [?]“²⁵. SIMON (2003, S. 22) führt einige konkrete Kritikpunkte auf, „die zumindest für Teilbereiche der Begutachtungs- und Bewilligungspraxis Zweifel an der Validität der Gutachten bzw. Angemessenheit der bewilligten Pflegestufen nähren können“.

Insbesondere signifikante regionale Diskrepanzen bei der Leistungsbewilligung und der Einstufungspraxis in die jeweiligen drei Pflegestufen werden als wichtige Kritikpunkte betrachtet. SIMON (2003, S. 22) verweist hierbei – in Hinblick auf die Studien von RÄDISCH et al. (1995, 1996) sowie SCHNEEKLOTH (1996) – auf eine unbedeutende Rolle der soziodemografischen Strukturunterschiede in den jeweiligen Bundesländern, die meist als Begründung für die angeführte Kritik herangezogen werden. Einen ebenfalls für die in dieser Arbeit durchgeführte Analyse bedeutenden Punkt stellt die Kritik an der sehr groben Einteilung in drei Pflegestufen dar. SCHMITT/BÖHNING (2002) plädieren für die Neueinteilung in sechs Stufen, um eine angemessene Pflegebedarfsberücksichtigung für die Betroffenen gewährleisten zu

²³ Vgl. MDS (1995, S. 10 f.).

²⁴ Vgl. § 18 I Satz 1 SGB XI.

²⁵ Vgl. Simon (2003, S. 22).

können. Angesichts dieser kritischen Diskussion an der Praxis des MDK in der gegenwärtigen Fachliteratur wird deutlich, dass auch im Rahmen der folgenden Analysen in dieser Arbeit der MDK bzw. dessen Tätigkeit kritisch, jedoch nicht ablehnend betrachtet wird.

3. Die Bedeutung von Moral Hazard in der GPV

3.1 Moral Hazard: eine Einführung

Im Falle der GPV werden zwei Formen von Moral Hazard unterschieden. Zum einen kann das Moral-Hazard-Verhalten in der Beeinflussung der Wahrscheinlichkeit liegen, pflegebedürftig zu werden. In diesem Fall spricht man von Ex-ante-Moral-Hazard. Im umgekehrten Fall kann das Moral-Hazard-Verhalten in einer Überinanspruchnahme der Versicherungsleistung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit zum Ausdruck kommen, dabei handelt es sich um Ex-post-Moral-Hazard. MAGER (1995) unterscheidet zwischen folgenden Phänomentypen von Moral Hazard bei Pflegebedürftigkeit:

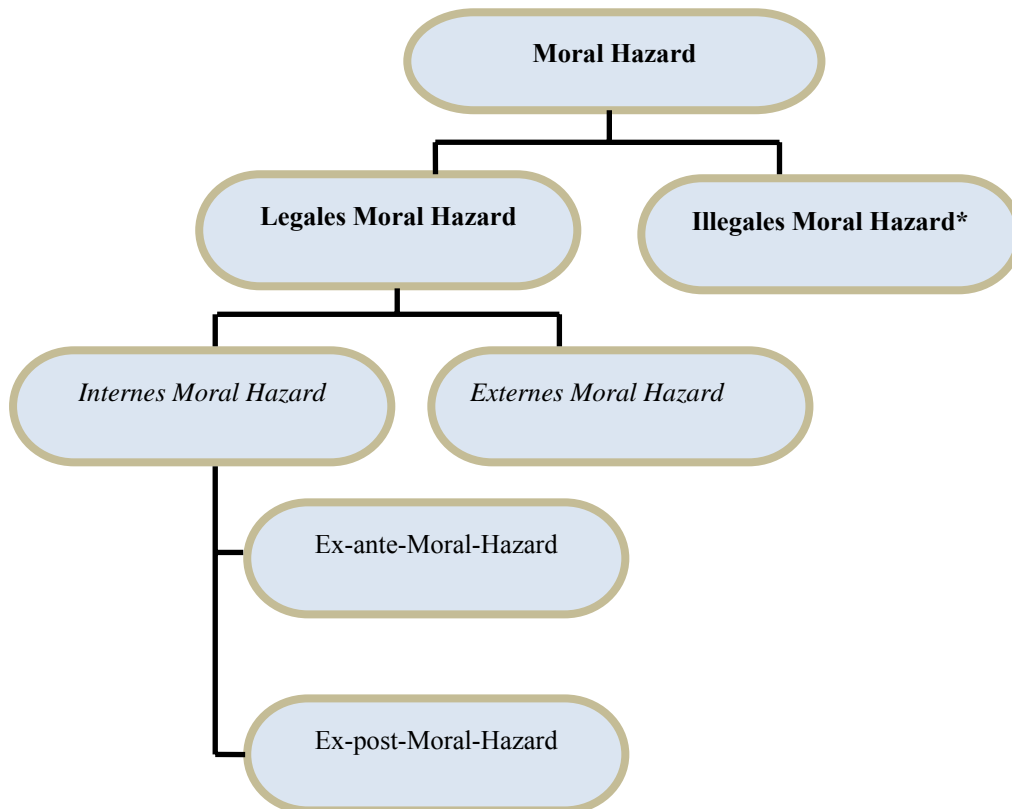
Abbildung 3: Phänomentypen des Moral Hazard

| <i>Ex-ante-Moral-Hazard</i> | <i>Ex-post-Moral-Hazard</i> |
|---|---|
| 1. Vorsätzliche Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit | 4. Quantitative Überinanspruchnahme von Pflegeleistungen (Mengen—Moral-Hazard) |
| 2. Fahrlässige Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit | 5. Qualitative Überinanspruchnahme von Pflegeleistungen (Qualitäts-Moral-Hazard) |
| 3. Simulation bzw. Vortäuschung von Pflegebedürftigkeit | 6. Überinanspruchnahme von Pflegeleistungen in preislicher Hinsicht bei gegebener Art und Menge der Pflegeleistungen (Preis-Moral-Hazard) |

Quelle: Mager (1995, S. 120)

Eine tief greifende Analyse der Moral-Hazard-Problematik erfordert eine genauere Differenzierung zwischen ihren einzelnen Erscheinungsformen, denn im Falle von Ex-ante- und Ex-post-Moral-Hazard des Versicherten handelt es sich um Ausläufer des internen Moral Hazard.

Abbildung 4: Ausprägungen von Moral Hazard



* Wirtschaftskriminalität

Quelle: in Anlehnung an Nell (1998, S. 10)

Im Verhältnis zu den beiden am Versicherungsvertrag unmittelbar beteiligten Parteien, also Versicherer und Versicherte, besitzt das interne Moral-Hazard-Problem eine signifikante Rolle und spiegelt versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen der Versicherten wider, da eine asymmetrische Informationsverteilung vorliegt bzw. der Versicherer nicht in der Lage ist, das Verhalten des Versicherten zu beobachten.²⁶ Im Gegensatz hierzu bezieht sich die externe Moral-Hazard-Problematik

²⁶ Vgl. Nell (1993, S. 104-105).

ausschließlich auf die lediglich mittelbar am Versicherungsverhältnis partizipierenden Parteien. NELL (1993, S. 144-145; 1998, S. 12) sieht hier insbesondere die Gefahr einer aktiven oder möglicherweise auch passiven Beeinflussung der Versicherungsleistungen zum Nachteil der Versicherer.

Somit wird die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen internem und externem Moral Hazard in diesem Kontext deutlich, denn sowohl die Versicherten als auch deren Pfleger sind einem Moral-Hazard-Anreiz ausgesetzt.

3.2 Die Moral-Hazard-Problematik aus ökonomischer Perspektive

3.2.1 Interner Moral Hazard

3.2.1.1 Optimale Pflegeversicherung bei Abwesenheit von Moral Hazard

Bevor in den folgenden Unterabschnitten auf die einzelnen Ausprägungen des Moral-Hazard-Verhaltens eingegangen wird, sollen in diesem Abschnitt die Merkmale einer nutzenoptimalen Pflegeversicherung für die Versicherten hergeleitet werden. Dabei sei zunächst eine Situation betrachtet, in der eine Tendenz zu Moral-Hazard-Verhalten gänzlich nicht existiert, d. h. der Versicherer ist in der Lage, Trittbrettfahrer sofort problemlos zu identifizieren bzw. eine asymmetrische Informationsverteilung zulasten des Versicherers wird ausgeschlossen. Anhand der in diesem Abschnitt gewonnenen Ergebnisse soll überprüft werden, ob die GPV derzeit den mikroökonomischen Voraussetzungen einer optimalen Versicherung genügen kann.

Folgendes Modell²⁷ sei nun betrachtet:

M stellt die Kosten der Pflegebedürftigkeit dar und kann endlich viele Werte annehmen. π_s ist die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig mit dem

²⁷ In Anlehnung an Breyer/Zweifel/Kifmann (2003, S. 212 ff.).

Schweregrad $s = 1, \dots, S$ zu werden. Es sei angenommen, dass die Versicherungsleistung I_s bei Pflegebedürftigkeit vom Grade s zwar positiv, jedoch stets geringer als die Gesamtkosten M_s ausfällt, d. h. es gilt $0 < I_s < M_s$. Der Versicherte ist gesetzlich verpflichtet, eine Versicherungsprämie P zu entrichten und realisiert somit ein Realeinkommen y_s , welches das Bruttoeinkommen Y unterschreitet:

$$y_s = Y - P - M_s + I_s \quad (1)$$

$$\text{mit } P = (1+r) E(I_s) = (1+r) \sum \pi_s I_s \quad (r \geq 0 \text{ und } \pi_s > 0)$$

In einer "fairen" Versicherung gleicht die zu zahlende Prämie der zu erwartenden Versicherungsleistung $E(I_s)$, d. h. es wird kein Risikozuschlag r erhoben bzw. r ist null. Somit ist die Prämie P eine Funktion von I_s bzw. $P = P(I_s)$. Die Nutzenfunktion des Versicherten ist abhängig von seinem Realeinkommen: $U(y_s) = u(Y - P - M_s + I_s)$ (2)

Es sei zudem angenommen, dass es sich um einen risikoaversen Versicherten handelt. Dies wird formal anhand einer streng konkav verlaufenden Nutzenfunktion symbolisiert,

d. h. $u'(y_s) > 0$ und $u''(y_s) < 0$. Jede zusätzliche Einheit an Einkommen erhöht den Nutzen des betrachteten Versicherten, jedoch fällt der Nutzenanstieg durch eine zusätzliche Einkommenseinheit mit zunehmendem Einkommen geringer aus als zuvor.²⁸

Die Erwartungsnutzenfunktion des Versicherten lautet:

$$EU = \sum \pi_s u(y_s) \quad (3)$$

Gemäß mikroökonomischen Annahmen wird ein rationales Individuum seinen Erwartungsnutzen (EU) maximieren wollen. Die Lagrange-Funktion für das sich dem Versicherten stellende Maximierungsproblem unter Berücksichtigung der Prämienfunktion

$P = (1+r) E(I_s)$ lautet somit:

$$L = \sum \pi_s u(y_s) + \lambda \{P - (1+r) \sum \pi_s I_s\} \text{ mit } \lambda > 0 \quad (4)$$

Die partiellen Ableitungen nach I_s und P ergeben sich wie folgt:

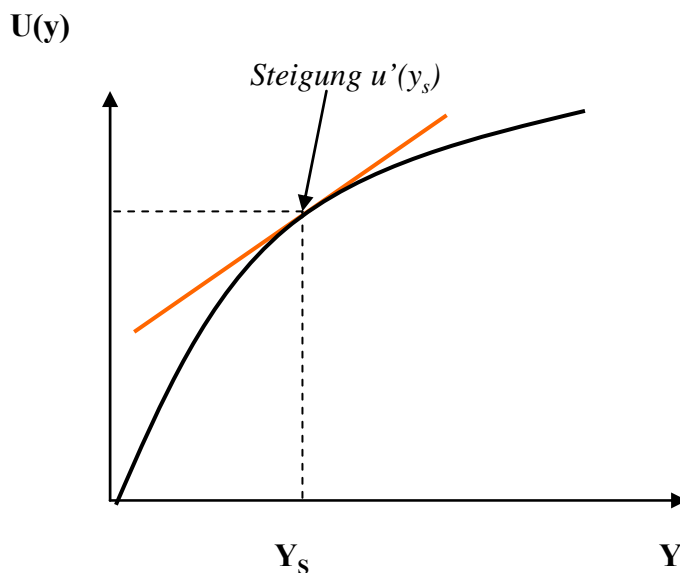
$$L'(I) = \pi_s u'(y_s) - \lambda(1+r)\pi_s = 0 \Rightarrow u'(y_s) = \lambda(1+r) \quad (5)$$

²⁸ Vgl. Felderer (2003, S. 65 ff.).

$$L'(P) = -\sum_{s=1}^S \pi_s u'(y_s) + \lambda = 0 \Rightarrow \sum_{s=1}^S \pi_s u'(y_s) = \lambda \quad (6)$$

An der Gleichung (5) ist zu erkennen, dass in jedem Grad der Pflegebedürftigkeit der Versicherte den identischen Grenznutzen²⁹ realisiert, nämlich $\lambda (1+r)$. Aufgrund der im Zusammenhang mit der Risikoaversion des Versicherten strengen Konkavität der Nutzenfunktion ist ein konstanter Grenznutzen nur dann gewährleistet, wenn die jeweiligen Nettoeinkommen ebenfalls identisch sind. Dieser Sachverhalt sei an der folgenden Abbildung nochmals veranschaulicht.

Abbildung 5: Verlauf der Nutzenkurve



Quelle: eigene Darstellung

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle auch die Gleichung (6) betrachtet, die die aus Gleichung (5) hervorgehende Aussage auch für den zukünftig erwarteten Grenznutzen reflektiert. Auch die Erwartungsgrenznutzen müssen im Falle einer „fairen“ Pflegeversicherung (d. h. $r = 0$) in jedem Zustand der Pflegebedürftigkeit identisch groß sein:

²⁹ Der Grenznutzen (repräsentiert durch die 1. Ableitung der Nutzenfunktion) symbolisiert den zusätzlichen Nutzen, den eine zusätzliche Einheit des Konsumgutes dem Verbraucher stiftet.

$$u'(y_s) = \sum \pi_s u'(y_s) = \lambda \quad (7)$$

Wenn nun der Grenznutzen unabhängig von dem Grad der Pflegebedürftigkeit stets identisch sein soll, bedeutet dies, dass das Realeinkommen in jedem Zustand nicht variieren darf.

Angenommen, es gebe lediglich drei Zustände der Pflegebedürftigkeit, nämlich $s = i, ii$ und iii , gemäß den drei Pflegestufen des SGB XI müsste demnach für die jeweiligen Einkommen gelten:

$$Y - P - M_i + I_i = Y - P - M_{ii} + I_{ii} = Y - P - M_{iii} + I_{iii} \quad (8)$$

Hieraus ergibt sich:

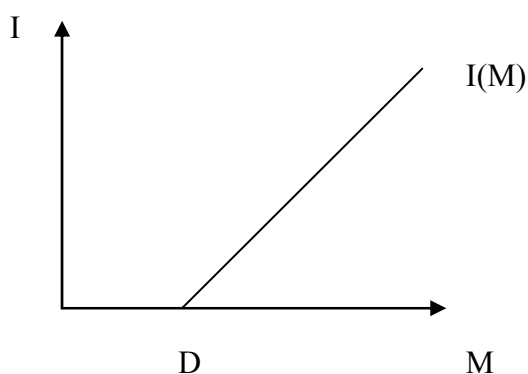
$$M_i - I_i = M_{ii} - I_{ii} = M_{iii} - I_{iii} := D \quad (9)$$

Die Differenz (D) stellt die vom Versicherten selbst aufzubringenden Pflegekosten dar und kann daher als Selbstbehalt des Versicherten interpretiert werden.

Als Funktion der Versicherungsleistung erhält man:

$$I_s = \begin{cases} M_s - D, & \text{falls } M_s > D \\ 0, & \text{sonst} \end{cases} \quad (s = i, ii, iii) \quad (10)$$

Abbildung 6: Funktion der Versicherungsleistung mit Selbstbehalt



Quelle: in Anlehnung an Breyer/Zweifel/Kifmann (2003, S. 222)

Die GPV erfüllt die Optimalitätsbedingungen nicht, denn für eine optimale Pflegeversicherung müsste in jedem Grad der Pflegebedürftigkeit der

Grenznutzen der Versicherten identisch sein. Diese Bedingung kann jedoch nur dann erfüllt werden, wenn der Selbstbehalt D in allen Pflegestufen identisch ist. Hierzu müsste die Versicherungsleistung stets so variieren können, dass die individuellen Pflegekosten kompensiert werden.

Diese notwendige Bedingung kann die GPV nicht erfüllen, da die Versicherungsleistungen als Pauschaltransfers mit Obergrenzen konstruiert sind. Die Individualität der Pflegefälle sowohl innerhalb als auch außerhalb der Pflegestufen verhindert in dieser Situation eine Sicherstellung identischer Selbstbeteiligungshöhen.

Somit erfüllt die GPV die Optimalitätsbedingungen in keiner Weise.

Trotz dieses Ergebnisses lässt sich diese gegenwärtige Form der GPV legitimieren, denn bei der GPV handelt es sich bewusst um eine reine Grundabsicherung. Im Kontrast zur GKV soll die GPV keine Vollkostenversicherung symbolisieren. Aus diesem Grund kann die GPV keinen Versicherungsschutz im Sinne voller Kostendeckung bieten, da über die Grundabsicherung hinaus weiterer Versicherungsschutz individuell hinzugekauft werden soll bzw. muss. Hinsichtlich des optimalen Selbstbehaltes D ist festzuhalten, dass dieser Wert sicherlich nicht durch die gegenwärtige GPV erzeugt wird. D ist bereits nach Eintritt des Pflegefalls eine konstante Größe, die aufgrund der festen Leistungsgrenzen nicht auf die individuelle Pflegesituation Einzelner einstellbar ist. Der Selbstbehalt kann unter den Betroffenen in Abhängigkeit ihrer individuellen Pflegekosten stark variieren. Die Frage, ob die GPV eine optimale Grundabsicherung bietet, ist nicht anhand dieser Analyse zu beantworten. Vielmehr ist anzunehmen, dass die Mehrzahl der Betroffenen dies verneinen und auf die individuelle Selbstbehaltssituation verweisen wird. Eine seriöse wissenschaftliche Antwort verlangt jedoch nach fundierten Erfahrungswerten, die statistisch aufbereitet werden könnten.

3.2.1.2 Interner Ex-ante-Moral-Hazard in der GPV

Im Falle des Ex-ante-Moral-Hazard hat der Versicherte vor dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit einen Anreiz zu opportunistischem Verhalten. Aufgrund des existierenden Versicherungsschutzes hat der Versicherte einen geringeren Anreiz zur Schadensprävention als ohne jeglichen Versicherungsschutz. Die asymmetrische Informationsverteilung spiegelt sich in der Unbeobachtbarkeit der Präventionsaktivitäten durch den Versicherer wider. NELL (1998, S. 11 sowie S. 23-24) begründet solch ein Verhalten der Versicherten damit, dass diese den Schaden bzw. die Folgen des Schadenfalls nicht vollständig selbst tragen müssen, zumal Präventionsmaßnahmen meist kostenintensiv und somit eher unattraktiv sind. In Bezug auf die möglichen Ausprägungen von Ex-ante-Moral-Hazard differenziert MAGER (1995, S. 120) folgende Fälle:

Tabelle 1: Ausprägungen von Ex-ante-Moral-Hazard

| |
|--|
| (1) Vorsätzliche Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit |
| (2) Fahrlässige Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit |
| (3) Unterlassung von Präventionsmaßnahmen |
| (4) Simulation bzw. Vortäuschung von Pflegebedürftigkeit |

Quelle: Mager (1995, S. 120), Ausschnitt von Abbildung 3

Pflegebedürftigkeit bedeutet den zeitlich unbefristeten Verlust geistiger oder körperlicher Leistungsfähigkeit.³⁰ Die Phänomentypen (1) und (2) können als eher unrealistische Fälle betrachtet werden, da davon ausgegangen werden kann, dass die Pflegebedürftigkeit ein nicht erstrebenswerter Zustand ist. Die Pflegebedürftigkeit ist irreversibel und besitzt den Charakter eines Übels. Einem rationalen Individuum kann die vorsätzliche oder fahrlässige Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit nicht ohne Weiteres unterstellt werden, vielmehr werden Versicherte alle

³⁰ Vgl. § 14 Abs. 1 SGB XI.

Möglichkeiten zur Prävention ausschöpfen.³¹ PRINZ (1987, S. 108) betrachtet eine Unterlassung von Präventionsmaßnahmen aufgrund der Komplexität und Anzahl der Einflussfaktoren als eher unwahrscheinlich. Zwar steigt mit einer gesunden Lebensweise und Prävention die Lebenserwartung, jedoch auch zugleich die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Aus diesem Grund kann der Phänomentyp (3) ebenfalls als wenig relevant eingestuft werden. Konträr stellt sich die Situation im Fall (4) der Simulation bzw. Vortäuschung von Pflegebedürftigkeit dar. Denn insbesondere in Bezug auf die Pflegestufe I besteht ein Anreiz, den Bedarf an nutzenmaximierenden Sach- oder Geldleistungen vorzutäuschen. MAGER (1995, S. 121) verweist zudem darauf, dass monetäre nicht zweckgebundene Transferleistungen lediglich die individuellen Konsummöglichkeiten erhöhen, wenn ihre Verwendung zum Zukauf von Pflegeleistungen³² nicht hinreichend sichergestellt wird. Dies schafft verstärkt Anreize zur Vortäuschung falscher Bedürftigkeitszustände. Zur Veranschaulichung der vorangegangenen Hypothese soll folgendes Modell herangezogen werden. Mit e sei die Simulationsanstrengung des Versicherten bezeichnet. Weiterhin bezeichne α die Wahrscheinlichkeit, nicht als Simulant identifiziert zu werden und in die Pflegestufe I zu gelangen. Somit wird angenommen, dass in Wirklichkeit keine Pflegeausgaben M vom Versicherten aufgebracht werden müssen. α sei abhängig von e und der Versicherungsleistung I (somit gilt $\alpha(e, I)$), wobei α mit zunehmendem e ansteigt und mit zunehmendem I sinkt, da der Versicherer stärker bemüht sei, den Simulanten zu entlarven. Es gilt somit: $\alpha'(e) > 0$ und $\alpha'(I) < 0$, wobei $0 < \alpha < 1$ und $e \geq 0$.

Die Budgetgleichung des Versicherten lautet: $y = Y - P - e$, Y ist das Bruttoeinkommen und P die zu zahlende Versicherungsprämie des Versicherten. Der Nutzen u des Versicherten steigt mit y und I . Sollte der Versicherte in die Pflegestufe I gelangen, so realisiert er die Nutzenfunktion

³¹ Vgl. Mager (1995, S. 120) sowie Buchholz/Wiegard (1992, S. 452).

³² Sowohl formeller als auch informeller Art.

$u(I,y) = u_1$. Umgekehrt besitzt er mit der Wahrscheinlichkeit $(1 - \alpha)$ die Nutzenfunktion $u(0,y) = u_0$, d. h. er kommt nicht in den nutzensteigernden Genuss der Versicherungsleistung I , da er entlarvt wird, jedoch keine Strafe bzw. Sanktionen zu erwarten hat. Daher gilt $u_1 > u_0$. Als Ex-ante-Erwartungsnutzen des Versicherten erhält man:

$$EU(e,I) = \alpha(e,I) u_1 + [1 - \alpha(e,I)] u_0 \quad (11)$$

Die Bedingung erster Ordnung (BEO) in Bezug auf die Simulationsanstrengung e lautet:

$$EU'(e) = \alpha'(e) (u_1 - u_0) - [\alpha u_1'(y) + (1 - \alpha) u_0'(y)] = 0 \quad (12)$$

α hat einen Grenzertrag, der im Ex-ante-Fall in der gestiegenen Wahrscheinlichkeit besteht, den Nutzengewinn $(u_1 - u_0)$ erreichen zu können. Diesem Grenzertrag steht ein Grenzverlust nämlich der Aufwand von Vermögenswerten zur Simulationsanstrengung gegenüber, welcher das Nettoeinkommen mindert. Der Versicherte muss ex ante über den Aufwand an Simulationsanstrengungen e entscheiden. Aus diesem Grund ist e in beiden zukünftigen Zuständen nutzensenkend und muss mit dem Grenznutzen in beiden Zuständen bewertet werden. Es kommt somit genau dann nicht zu Ex-ante-Moral-Hazard-Verhalten bzw. Simulationsanstrengungen, wenn sich die Erwartungswerte von Grenzkosten und Grenznutzen gleichen. Betrachtet man die Rolle des MDK in der GPV, so stellt man fest, dass diese ex ante ebenfalls entscheidenden Einfluss auf die Simulationsentscheidung des Versicherten ausüben kann. Je höher die Monitoring-Anstrengungen sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit α , dass der Simulant Erfolg haben wird. Mit sinkendem α steigt somit der Erwartungswert der Grenzkosten. Im Falle einer optimalen Monitoring-Aktivität des MDK werden die erwarteten Grenzkosten stets den erwarteten Grenznutzen des Versicherten übertreffen. KESSELHEIM (1996, S. 413) verweist auf die Problematik, dass der MDK in den verschiedenen Bundesländern mit differierender Monitoring-Genauigkeit verfährt.

ROTHGANG (1997, S. 100) macht die Frage, ob es den Pflegebedürftigen gelingt, ihre Situation als schlechter darstellen zu können, als sie in

Wirklichkeit ist, von der eingesetzten „monitoring technology“ abhängig. Sollte nun der Gutachter ebenfalls an einer Attestierung des Versicherungsfalls interessiert sein, steigt die Gefahr des Ex-ante-Moral-Hazard an. Ist jedoch, wie im Falle der GPV, der Gutachter bzw. der MDK an der Begrenzung der Versicherungsfälle interessiert, so kann sogar mit einem Nachteil für die „wirklich“ Pflegebedürftigen gerechnet werden.³³ Gleichzeitig sinkt die Erfolgswahrscheinlichkeit, nicht als Simulant entlarvt zu werden.

Die Vermutung liegt nun nahe, mit zunehmender Versicherungsleistung eine erhöhte Moral-Hazard-Bereitschaft des Versicherten zu erwarten. I und e müssten demnach eine negative Korrelation aufweisen. Anhand einer komparativ-statischen Analyse soll diese Hypothese überprüft werden. Die bereits ermittelte notwendige Bedingung für eine von Moral-Hazard-Anreizen freie Ex-ante-Versicherung werde nun ceteris paribus durch eine Ausweitung der Versicherungsleistung $dI > 0$ gestört. Zur erneuten Anpassung bedarf es nun einer Änderung de , da es die einzig verbleibende Entscheidungsvariable ist. Hiernach muss die Optimalitätsbedingung erneut erfüllt sein. Sowohl die Veränderung dI als auch die Anpassung de verändern den Erwartungswert³⁴ des Grenznutzens der Simulationsanstrengungen, sodass Folgendes gelten muss:

$$\frac{\partial^2 EU}{\partial e^2} de + \frac{\partial^2 EU}{\partial e \partial I} dI = 0 \quad (13)$$

Die Auflösung ergibt:

$$\frac{de}{dI} = - \frac{\partial^2 EU / \partial e \partial I}{\partial^2 EU / \partial e^2} \quad (14)$$

An diesem Ausdruck ist ablesbar, welche Auswirkungen eine Veränderung der Versicherungsleistung auf die Bemühungen des Versicherten zu simulieren hat. Im Nenner ist die hinreichende Bedingung für ein Erwartungsnutzenmaximum zu erkennen, die an dieser Stelle der

³³ Vgl. Rothgang (1997, S.100).

³⁴ Zur besseren Lesbarkeit als partielle Variation geschrieben.

Einfachheit halber als erfüllt gelten soll. Somit gilt: $EU''(e) < 0$. Nun entscheidet sich an dem Vorzeichen des Zählers, welche Auswirkungen eine Veränderung dI auf die Simulationsanstrengung e des Versicherten ausüben wird.

Die gemischte Ableitung lautet:

(15)

$$\frac{\partial^2 EU}{\partial e \partial I} = \alpha'(e)u_1'(I)[1-P(I)] + u_0'(I)P(I) - [\alpha'(I)(u_1'(y) - u_0'(y))] - \alpha_1''(I)[1-P(I)] - (1-\alpha)u_0''(I)P(I) > 0$$

Folgendes ist nun zu beachten. Beim ersten Summanden gilt, dass niemand einen Versicherungsvertrag kaufen würde, der für eine Geldeinheit (GE) zusätzliche Versicherungsleistung mehr als eine GE-Prämie verlangt. Aus diesem Grund gilt $(1-P'(I)) > 0$. Nimmt nun die Versicherungsleistung zu, so werden die Bemühungen des Versicherers ebenfalls steigen, um Simulanten schneller identifizieren zu können. Somit sinkt die Wahrscheinlichkeit für den Versicherten, nicht als Simulant erkannt zu werden ($\alpha'(I) < 0$). Da der Grenznutzen der Versicherungsleistung stets positiv, aber auch abnehmend ist, gilt:

$u_j'(I) > 0$ und $u_j''(I) < 0$ mit $j=0,1$.

Insgesamt gilt aufgrund von (15): $de/dI > 0$

Somit lässt sich folgern, dass durch zunehmende Versicherungsleistungen die Simulationsanstrengungen der Versicherten steigen werden, auch wenn die Monitoring-Bemühungen der Versicherer ebenfalls steigen.

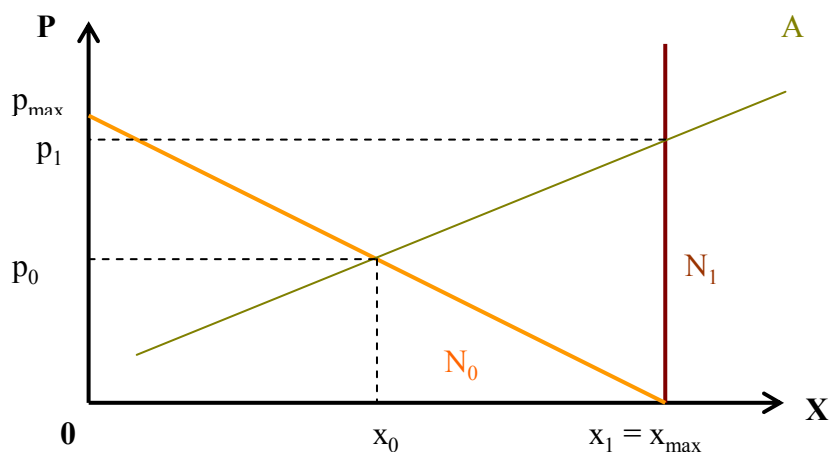
Der Versuch, diesen Anreiz mithilfe geringer Versicherungsleistungen zu schmälern, kann in ein anderes zusätzliches Anreizproblem münden. BUCHHOLZ/WIEGARD (1992, S. 452 f.) verweisen auf den „Heimsog-Effekt“, denn je geringer die finanzielle Unterstützung bei der häuslichen Pflege ausfällt, desto größer ist die Tendenz zur Heimunterbringung bzw. kann ein Heimsog-Effekt einsetzen. Somit kann lediglich zuverlässiges Monitoring des MDK den Moral-Hazard-Anreiz minimieren.

ROTHGANG (1997) verweist auf Berichte aus der Praxis, wonach Pflegebedürftige dazu neigen sollen, ihre reale Hilflosigkeit zu überspielen und sich in Hinsicht auf die Bewältigung ihrer Lebenssituation als kompetent darzustellen. Dies schließt zwar eine Tendenz zu Moral-Hazard-induziertem Verhalten nicht vollständig aus, jedoch betrachtet ROTHGANG (1997) eine „massenhafte Täuschung“ auch in Zukunft als eher unwahrscheinlich.

3.2.1.3 Interner Ex-post-Moral-Hazard in der GPV

Anhand eines einfachen Preis-Mengen-Diagramms sollen zunächst die Effekte von Ex-post-Moral-Hazard verdeutlicht werden:

Abbildung 7: Moral Hazard in der GPV



Quelle: in Anlehnung an Rothgang (1997, S. 102)

Die originäre Nachfrage (N_0) nach Pflegeleistungen in Abhängigkeit vom Preis verläuft fallend. Dieser Verlauf ist auf die in der mikroökonomischen Haushaltstheorie hergeleiteten Budgetbeschränkung eines Haushaltes zurückzuführen, wodurch ein Haushalt stets in seiner Konsummöglichkeit von Gütern eingeschränkt ist.³⁵ Gleichzeitig wird jedem Gut ein positiver, aber mit steigendem Konsum dessen abnehmender Grenznutzen und eine

³⁵ Vgl. Wied-Nebbeling/Schott (2001).

abnehmende Grenzrate der Substitution³⁶ unterstellt. Die Nachfrage nach dem Gut Pflege wird vom Preis determiniert. Bei einem Preis von p_{\max} ist die Nachfrage x gleich null, wobei im umgekehrten Fall bei einem Preis von null die Nachfrage auf die „Sättigungsmenge“ x_{\max} ausgedehnt wird. Somit existiert eine negative Preiselastizität der Nachfrage bzw. $dx/dp < 0$. Das Angebot an Pflegeleistungen nimmt mit zunehmendem Preis zu und begründet daher einen ansteigenden Verlauf der Angebotskurve A . Der Schnittpunkt der originären Nachfragefunktion N_0 und der Angebotskurve A symbolisiert den Gleichgewichtspunkt, in dem der angebotene Gleichgewichtspreis p_0 und die nachgefragte Gleichgewichtsmenge x_0 aufeinandertreffen. Die Nachfragekurven N_0 und N_1 symbolisieren zwei Extremzustände, in denen:

- im Falle N_0 der Haushalt die vollständigen Kosten der Pflege selbst tragen muss, d.h. es besteht kein Versicherungsschutz bzw. die Selbstbeteiligung liegt bei 100 %;
- im Falle N_1 die Versicherung die vollständigen Kosten der Pflege trägt, sodass eine Vollversicherungssituation existiert, in welcher der Selbstbehaltanteil des Haushaltes 0 % beträgt.

Kommt der Haushalt in den Genuss einer Vollversicherung, so wird er preisunabhängig die Leistung voll ausschöpfen und die Menge x_{\max} nachfragen. Die Nachfragekurve N_1 verläuft preisunelastisch, sodass bei dieser Nachfragemenge $x_1 = x_{\max}$ ein hoher Preis p_1 zu zahlen ist.

Ist der Haushalt nun bei der Bewältigung der Pflegekosten vollständig auf sich selbst gestellt, wird er die Gleichgewichtsmenge x_0 nachfragen und den Preis p_0 zahlen. Die versicherungsinduzierten Mehrnachfrage beträgt $x_1 - x_0$ und geht mit ebenfalls versicherungsinduzierte Mehrausgaben von $x_1 p_1 - x_0 p_0$ einher. Wird der versicherungsfreie Zustand als effizient betrachtet, so lässt sich das Dreieck, welches durch die Punkte $(x_0; p_0)$, $(x_1; 0)$ und $(x_1; p_1)$

³⁶ Sie gibt an, wie viele Einheiten z.B. mehr vom Gut j eingesetzt werden müssen, wenn eine Einheit von Gut i weniger konsumiert wird, sodass der gleiche Nutzen (dieselbe Indifferenzkurve) realisiert wird.

gebildet wird, als Maßstab für den Wohlfahrtsverlust ansehen. Der individuelle Opportunismus bzw. Moral Hazard führt im Falle der Vollversicherung zu einer bewussten Vollinanspruchnahme der Versicherungsleistung, obwohl der Grenznutzenzuwachs marginal ausfällt. Die Nachfrage liegt also weit höher, als dies im Falle individueller Präferenzen ohne Versicherungsschutz der Fall wäre. Im spieltheoretischen Sinne besteht die Situation eines „Gefangenendilemmas“.³⁷

Das kollektive Interesse der Versicherungsgemeinschaft besteht in einer sparsamen Leistungsanspruchnahme, sodass ein angemessenes Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen existiert und erhalten bleibt. Die individuelle Präferenz besteht konträr zum gemeinschaftlichen Interesse darin, die Nachfrage bis zur Sättigungsgrenze auszudehnen, da bis dort die Nachfrage-Grenzkosten der Inanspruchnahme gleich null sind.³⁸

In dem vorliegenden Spiel soll das Gefangenendilemma dieser Vollversicherungssituation beispielhaft vorgeführt werden. Dazu sei die Annahme getroffen, dass sich den Spielern, nämlich *Versicherter* und *Versicherung*, nur die Handlungsalternativen stellen, entweder zu *kooperieren*, also sparsam mit dem Konsum der Versicherungsleistungen umzugehen, oder zu *defektieren*, also die Versicherungsleistung bis zur Sättigungsgrenze hin auszuschöpfen. Die Grundvoraussetzung für solch ein Verhalten stellt eine asymmetrische Informationsverteilung zugunsten des Versicherten dar, dessen Verhalten von der Gemeinschaft nicht ohne Weiteres zu beobachten ist. Die realisierbaren Nutzenwerte seien kardinal messbar und in der folgenden Spielmatrix exemplarisch vorgegeben.

³⁷ Vgl. Pauly (1969, S. 534).

³⁸ Gemäß Rothgang (1997, S. 103) müssen zwar alle Ausgaben von den Versicherten über ihre Beiträge finanziert werden und ebenso werden Ausgabensteigerungen über Prämienanpassungen auf alle Versicherten umgelegt, jedoch wird der auf den Verursacher entfallende Anteil bei einem größeren Versicherungskollektiv – wie der GPV – vernachlässigbar klein ausfallen und bei dessen Entscheidungskalkül keine Rolle spielen.

Abbildung 8: Gefangenendilemma in der GPV

| | | | |
|---|-------------------------|---|--|
| | | <i>Spieler 2</i> | |
| <i>Spieler 1</i> ↓ | kooperieren | defektieren, dominante Strategie | |
| kooperieren | (9,9) Pareto-Optimum | (1,11) | |
| defektieren, dominante Strategie | (11,1) | (3,3) Nash- Gleichgewicht, pareto-inferior | |

Spieler 1: Versicherter
Spieler 2: Versicherung

Quelle: eigene Darstellung

Beiden Parteien stellen sich in dieser Situation folgende Handlungskalküle:

- Kalkül der Versicherung:
 - Wenn der einzelne Versicherte kooperiert, dann ist es vorteilhafter für die Versicherung, es nicht zu tun bzw. dem Versicherten keinen Versicherungsschutz zu gewähren.
 - Sollte der Gegenspieler nicht kooperieren, so wird sich die Versicherung nur besser stellen, wenn sie ebenfalls nicht kooperiert.

Das Defektieren stellt für die Versicherung eine dominante Strategie dar.

- Kalkül des Versicherten:
 - Auch er stellt sich stets besser, indem er nicht kooperiert bzw. zu defektieren stellt auch hier stets die dominante Strategie dar.

In Anbetracht dieser ersten Ergebnisse ist deutlich das Nash-Gleichgewicht in dem pareto-inferioren Spielergebnis (3,3) zu lokalisieren. Es kann aus

rationalen Entscheidungskalkülen beider Spieler nicht zur Wahl der pareto-optimalen Strategie (9,9) kommen.

Dieses Ergebnis kann jedoch nicht als endgültig gewertet werden, da bis jetzt in dem vorliegenden Spiel eine entscheidende „Einschränkung“ der Versicherung nicht berücksichtigt wurde:

Die Versicherung hat nämlich nicht die Möglichkeit, dem Versicherten die Versicherungsleistung vorzuenthalten, da diesem gesetzlich ein Anrecht auf diese Leistungen garantiert ist. Somit hat das Kollektiv keine Wahlmöglichkeit zwischen Kooperation und Defektion, sodass der Gegenspieler – im Gegensatz zu der Versicherung – nicht dem Nachteil asymmetrischer Informationsverteilung ausgesetzt ist. Der Versicherte wird nun erst recht die dominante Strategie verfolgen und sein nutzenmaximales Ergebnis, nämlich Punkt (11,1), realisieren.

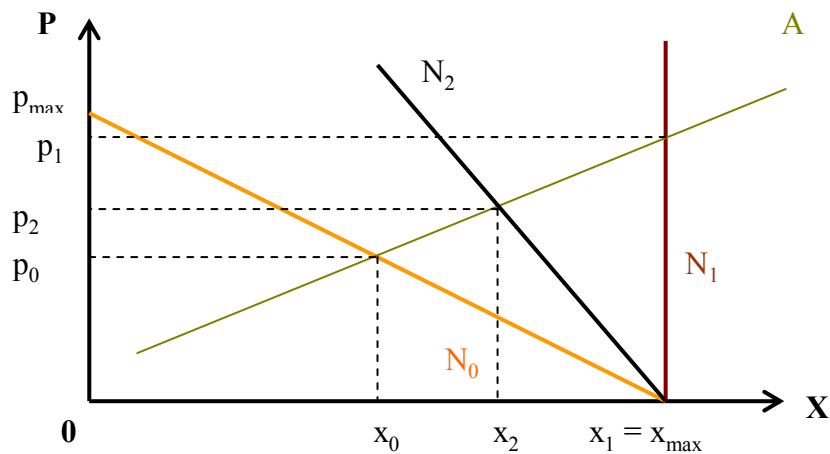
Falls alle gemeinsam bei der Beanspruchung der Versicherungsleistung „sparsam“ spielen, so wird es sich immer für den Einzelnen lohnen, nicht zu kooperieren und das System bis an die Grenze auszunutzen. Somit führt Moral-Hazard-Verhalten nicht zu einem Pareto-Optimum und daher zu Wohlfahrtsverlusten.

Nach WINTERS (1996, S. 92) kann es nicht sinnvoll sein, bei Annahme von Ex-post-Moral-Hazard den versicherungslosen Zustand als „Vergleichsmaßstab“ für die wohlfahrtstheoretische Analyse heranzuziehen. ROTHGANG (1997, S. 104) teilt diese Auffassung und verweist auf nachstehenden Sachverhalt.

Existiert nun die Möglichkeit für Ex-post-Moral-Hazard, so muss nach BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN (2003, S. 208 f.) ein „optimaler Versicherungsvertrag“ eine strikt positive Selbstbeteiligung vorsehen. Diese fällt zwar positiv, aber geringer als die 100%-Selbstbeteiligung in der versicherungsfreien Situation aus. N_2 stellt in der nachstehenden Abbildung die sich in diesem Fall ergebende Nachfragefunktion dar und verläuft

annahmekonform zwischen der originären Nachfragefunktion N_0 und der Funktion bei Vollversicherung N_1 .

Abbildung 9: Moral Hazard in der GPV bei positiver Selbstbeteiligung



Quelle: in Anlehnung an Rothgang (1997, S. 102)

Bei der Annahme eines Ex-post-Moral-Hazard-Verhaltens wird vorausgesetzt, dass der Pflegefall von einer unbeeinflussbaren Zufallsgröße eingeleitet wird. Der Betroffene hat lediglich ex post die Möglichkeit, seine Handlungsalternativen zu bestimmen. An dem folgenden Modell³⁹ sollen die Bedingungen für eine optimale Pflegeversicherung, d. h. eine Pflegeversicherung, in der kein Anreiz zu Ex-post-Moral-Hazard Verhalten existiert, hergeleitet werden. Der Versicherte besitzt folgende Budgetgleichung: $y = Y - P - M + I$, wobei Y das Bruttoeinkommen, P die Prämie, M die Pflegeausgaben und I die Versicherungsleistung darstellen. Der Pflegefall tritt mit der Wahrscheinlichkeit π ein, wobei der Versicherte mit der Gegenwahrscheinlichkeit $(1 - \pi)$ nicht zum Pflegefall wird. Das Einkommen variiert mit dem Gesundheitszustand und fällt im Pflegefall geringer aus als bei Gesundheit, denn die Pflegeausgaben M schmälern das verfügbare Nettoeinkommen y . Somit stiftet das Einkommen y_k des Pflegebedürftigen einen geringeren Nutzen als das Einkommen y_g des

³⁹ In Anlehnung an Breyer/Zweifel/Kifmann (2003, S. 242 ff.).

gesunden Versicherten. Für die beiden Nutzenfunktionen gilt folgendes Verhältnis:

$$u_k(M,y) < u_g(0,y) \quad (16)$$

Der Nutzen des gesunden Versicherten hängt also nur vom verfügbaren Einkommen ab bzw. dem Konsum, welchen das Einkommen ermöglicht. Für die Pflegeleistung M gilt somit in Bezug auf den Nutzen:

$$u_g'(M) = 0 \quad (17)$$

In beiden Zuständen stiftet das Einkommen einen positiven, jedoch abnehmenden Grenznutzen. Betrachtet man die eingeschränkten Konsummöglichkeiten eines Pflegebedürftigen, so erscheint die Annahme eines größeren Grenznutzens des Einkommens im gesunden Zustand als begründet. Der Erwartungsnutzen des Einkommens vor Eintritt des Pflegefalls lässt sich folgendermaßen ausdrücken:

$$EU(M,I) = \pi u_k(M,y_k) + (1 - \pi) u_g(0,y_g) \quad (18)$$

In diesem Fall maximiert der Versicherte seinen Erwartungsnutzen, ohne zu wissen, ob der Pflegefall eintreten wird oder nicht. Aus dieser Situation heraus ist der Versicherte bemüht, die Pflegeleistung M und die Versicherungsleistung I nutzenmaximierend zu wählen.

$$EU'(M) = \pi [u_k'(M) - u_k'(y)] = 0 \quad (19)$$

$u_k'(M)$ symbolisiert den Grenznutzen der Pflegeausgaben und $u_k'(y)$ den Grenznutzen des Einkommens im Pflegefall. Laut (19) ist der EU nur dann maximal, wenn im Pflegefall der Grenznutzen der Pflege dem Grenznutzen des Einkommens entspricht. Dies bringt zudem zum Ausdruck, dass eine Sättigungsmenge an Pflegekonsum existiert. Die Höhe dieser Sättigungsmenge hängt jedoch gleichzeitig von der Höhe des Einkommens ab. In Anbetracht der mikroökonomisch gängigen Annahme eines fallenden Grenznutzens wird diese Sättigungsmenge schneller erreicht, je höher das Einkommen des Betroffenen ist. Bevor die nutzenmaximale Versicherungsleistung bestimmt wird, sei daran erinnert, dass die Versicherungsprämie P von der Versicherungsleistung I abhängt. Als Bedingung erster Ordnung für die Versicherungsleistung gilt:

$$Eu'(I) = \pi u_k'(y_k) [1 - P'(I)] - (1 - \pi) u_g'(y_g) P'(I) = 0 \quad (20)$$

Berücksichtigt man nun die in Abschnitt 3.2.1.1 behandelte Prämienfunktion mit

$$P(I) = (1+r) \pi I \quad (21)$$

und deren Ableitung:

$$P'(I) = (1+r) \pi \quad (22),$$

so gilt für eine faire Versicherung, dass $EU'(I) = 0$, wenn $u_k'(y) = u_g'(y)$.

Auch hier muss der Versicherte die Versicherungsleistung so wählen, dass der Grenznutzen des Einkommens sich in beiden möglichen Gesundheitszuständen entspricht. Dies ist nur dann der Fall, wenn die Versicherungsleistung im Optimalfall I_{opt} mit den optimalen Ausgaben für Pflege M_{opt} übereinstimmt:

$$I_{opt} = M_{opt} \quad (23)$$

Unter diesen Bedingungen hat der Versicherte keinen nutzensteigernden Effekt aus einem Ex-post-Moral-Hazard.

Es stellt sich nun die Frage, ob diese Optimalitätsbedingung in der gegenwärtigen GPV erfüllt ist. In der GPV wird die Bedingung $I = M$ nicht erfüllt, denn es gilt grundsätzlich $I < M$. Der Nutzen des Einkommens im Pflegefall ist somit stets geringer als bei Gesundheit, sodass der Grenznutzen des Einkommens im Pflegefall stets höher als im gesunden Zustand ausfällt. Bedeutet dies jedoch, dass es in der GPV ex post zwangsläufig zu einem Moral-Hazard- induzierten Verhalten kommt?

Dafür sprechen würden zunächst die, durch die GPV nicht vollständig gedeckten Pflegeausgaben der jeweiligen Betroffenen. Somit existiert ein starker Moral-Hazard-Anreiz des Betroffenen seine unbefriedigte Nachfrage soweit wie möglich selbst (auch auf opportunistische Art) zu befriedigen. Dies könnte mithilfe einer bewussten Vollausschöpfung der Versicherungsleistungen geschehen, auch wenn die Vollausschöpfung einen marginalen Nutzenanstieg bedeutet. Vielmehr würde der Wille dominieren, die staatliche Leistung vollständig auszuschöpfen, da die Grenzkosten der Inanspruchnahme gleich null sind.

Ein weiterer Anreizfaktor bestünde in der Bestrebung, sich durch Simulation in den Genuss der Leistungen einer höheren Pflegestufe zu bringen, insbesondere für Betroffene in der Pflegestufe I. Zusätzliche Versicherungsleistungen der Pflegestufe II könnten die tatsächlichen Pflegeausgaben M_1 nicht nur decken, sondern zudem auch übersteigen. Für eine noch tiefgründigere Analyse ist zudem zu berücksichtigen, dass die Versicherungsleistung I entweder als reine Geld-/Sachleistung oder als Kombinationsleistung beider Leistungsformen von dem Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden kann. Sowohl die Geld- als auch die Sachleistung stellen Pauschalzahlungen dar, die durch jeweilige Obergrenzen limitiert sind. Wird von Betroffenen lediglich eine reine Geld- bzw. Sachleistung bezogen, so wird die Versicherungsleistung automatisch voll ausgeschöpft. Ist nun zudem die Erfolgswahrscheinlichkeit, sich in die nächsthöhere Pflegestufe simulieren zu können, aufgrund präziser Monitoring-Aktivitäten des MDK sehr gering, so kann hier von einem sehr geringen Ex-post-Moral-Hazard-Anreiz der Betroffenen ausgegangen werden. Sind Betroffene bereits in die Pflegestufe III eingestuft worden, kann jegliche Moral-Hazard-Tendenz in der hier angenommenen Form als irrelevant betrachtet werden. Es ist dem Betroffenen weder möglich, in eine höhere Pflegestufe zu gelangen, noch die Versicherungsleistung über die Pauschalgrenze hinaus auszuschöpfen.

Wird vom Betroffenen eine Kombinationsleistung in Anspruch genommen, bedeutet dies eine Mischung von Sach- und Geldleistung. Nimmt dieser nun die Sachleistung nicht voll in Anspruch, erhält er ein anteiliges Pflegegeld. In dieser Situation wird die Sachleistung nicht in gänzlichem Maße ausgeschöpft, womit eine Sättigungsgrenze unterhalb der oberen Pauschalgrenze der Leistung einhergeht. Ab diesem Punkt stiftet die Geldleistung einen größeren Grenznutzen als die Sachleistung. Auch im Falle der Kombinationsleistung wird die Gesamtleistung weitestgehend nachgefragt.

Der Pauschalcharakter aller Leistungsformen führt unvermeidlich zur Überinanspruchnahme. Diese ist jedoch nicht die Folge von individuellem Moral-Hazard-Verhalten Einzelner, sondern das zwingende Ergebnis der Pauschalleistungen mit Obergrenzen. Der Anreiz, sich als Betroffener in eine nächsthöhere Pflegestufe zu simulieren, stellt das eigentliche Moral-Hazard-Problem des Leistungssystems dar. Die Rolle des MDK als Präventivinstanz ist von entscheidender Bedeutung, wenn es um die Begrenzung des Problems geht.

***Die familiäre Pflege: interner Ex-post-Moral-Hazard, Resultat reiner Geldleistungen?*⁴⁰**

In der GPV werden Geldleistungen ausschließlich in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit ausgezahlt. Die tatsächlichen Pflegekosten werden dabei nicht berücksichtigt, wodurch Pflegeausgaben oberhalb der ausgezahlten Geldleistung unkompensiert bleiben bzw. vom Versicherten selbst zu tragen sind. In diesem Zusammenhang spricht man vom sog. „Indemnitätsarif“.⁴¹ Die gegenwärtige Leistungsstruktur der GPV führt dazu, dass Geldleistungen je nach individuellen Pflegekosten des Versicherten eine „Nettoersparnis“ darstellen können. Liegen die individuellen Pflegekosten über dem Indemnitätsarif, so trägt der Versicherte einen Selbstbehalt, der sein Budget belastet. Der Versicherte wird aus diesem Grund nur Leistungen nachfragen, die notwendig und kostengünstig sind. ROTHGANG (1997, S. 107) schließt aus diesem Grund bei einem Indemnitätsarif Ex-post-Moral-Hazard vollkommen aus. In Anbetracht der Tatsache, dass Versicherte, deren Pflegeausgaben unterhalb des Indemnitätsarifes liegen, in den Genuss „unnötiger“ Mehrleistungen der GPV kommen, gilt es, folgende Punkte festzuhalten:

- Es handelt sich hierbei nicht um eine Moral-Hazard-induzierte Überinanspruchnahme der Versicherungsleistung, vielmehr ist dies

⁴⁰ In Anlehnung an Rothgang (1997, S. 107 f.).

⁴¹ Vgl. Rothgang (1997, S. 107).

die unabdingbare Folge der gegenwärtigen Ausgestaltung der GPV nach SGB XI.

- Eine konsumtive Verwendung des Pflegegeldes steht in Einklang mit der Intention des Pflegeversicherungsgesetzes. ROTHGANG (1997, S. 108) verweist folgerichtig auf die Begründung zum Gesetzesentwurf, wonach das Pflegegeld „den Pflegebedürftigen in den Stand [setzen soll], Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen eine materielle Anerkennung für die mit großem Einsatz und Opferbereitschaft im häuslichen Bereich sichergestellte Pflege zukommen zu lassen“.⁴²

Der Gesetzgeber hat bewusst die Geldleistung als eine Art Entschädigung bzw. „materielle Anerkennung“ für die informellen Pflegenden kreiert.

„Unter diesem Gesichtspunkt ist die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung aber auch dann nicht als Mitnahmeeffekt zu deuten, wenn die pflegenden Haushalte auch ohne öffentliche Leistungen zur Übernahme der Pflege bereit gewesen wären.“⁴³

Interner Ex-post-Moral-Hazard bei formeller ambulanter Pflege?⁴⁴

Wie im Falle der Geldleistungen unterliegen auch die Sachleistungen bei ambulanter Pflege Leistungshöchstgrenzen. Die Leistungshöchstgrenzen in allen Pflegestufen zeigen nach ALLMEYER (1995, S. 179 f.) eine erhebliche Unterdeckung auf und sind daher als nicht bedarfsdeckend zu deklarieren. Ex-post-Moral-Hazard liegt dann vor, wenn Versicherte in der Lage sind, Leistungen in Anspruch zu nehmen, die ihnen nicht zustehen dürften bzw. die im Falle einer optimalen Versicherung nicht gewährt würden. Die sehr niedrigen Höchstgrenzen der Sachleistungen sprechen für den Anreiz des Einzelnen, durch Simulation höhere Sachleistungen in Anspruch nehmen zu können. Berücksichtigt man das substituierende

⁴² Zitat aus der Begründung zu § 37 SGB XI des Bundestages, entnommen aus Rothgang (1997, S. 108).

⁴³ Vgl. Rothgang (1997, S. 109).

⁴⁴ In Anlehnung an Rothgang (1997, S. 109 f.).

Verhältnis von Geld- und Sachleistungen in der ambulanten Pflege – werden nämlich für die jeweilige Pflegestufe festgesetzte Sachleistungshöhen nicht voll ausgeschöpft, so wird der Restanteil als Geldleistung bzw. Pflegegeld ausgezahlt –, so sinkt mit steigender Sachleistungsanspruchnahme der Pflegegeldanteil, wodurch es für den Versicherten attraktiver ist, Sachleistungen nur in einem für ihn unbedingt notwendigen Rahmen in Anspruch zu nehmen. Die „Opportunitätskosten des Sachleistungsbezuges“ können als eine Selbstbeteiligung der Betroffenen betrachtet werden.⁴⁵ Die Selbstbeteiligung der Pflegebedürftigen begründet zudem die Existenz einer preiselastischen Nachfragefunktion nach formellen Pflegeleistungen. In Anbetracht dieses Zusammenhangs erscheint das Auftreten von Moral Hazard unwahrscheinlich.

„Fraglich ist dagegen, ob durch die unterschiedlichen Leistungshöhen in den beiden Leistungssparten Fehlanreize entstehen, die zu einem Ex-post-Moral-Hazard durch Wahl der teureren Leistungsart führen.“⁴⁶

Aufgrund der Diskrepanz zwischen Sachleistungs- und Geldleistungshöhe in sämtlichen Pflegestufen kann von einer „Subventionierung“ formeller Pflegeleistungen gesprochen werden.

ROTHGANG (1997, S. 111) führt folgende Beispielrechnung als Begründung durch:⁴⁷

Dem monatlichen Sachleistungsanspruch eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe I in Höhe von 384 € steht alternativ ein Geldleistungsanspruch von 205 € gegenüber. Werden von einem Pflegebedürftigen der Pflegestufe I nun monatliche Sachleistungen in Höhe von 153 € bezogen, so hat dieser 40 % seines Gesamtsachleistungsanspruchs bereits verbraucht. Nun kann dieser nur noch 60 % des maximalen Geldleistungsbetrags bzw. 123 € in Anspruch nehmen. Der Pflegebedürftige hat nun professionelle Pflegeleistungen in Höhe von 153 € in Anspruch genommen, die ihn jedoch

⁴⁵ Vgl. Rothgang (1997, S. 110).

⁴⁶ Vgl. Rothgang (1997, S. 110).

⁴⁷ Die von Rothgang verwendeten DM-Beträge wurden in dieser Arbeit stets gemäß dem offiziellen Umrechnungskurs von 1,95583 DM/€ in € umgerechnet.

bei Abzug des verbleibenden Geldleistungsbetrages lediglich 82 € gekostet haben. Der Restbetrag von 71 € stellt somit eine Subventionierung der professionellen Pflegeleistungen durch die GPV dar.

Aus mikroökonomischer Sicht kommt es infolge der Subventionierung zu einer Störung des Marktes, wodurch ein Angebotspreis erzeugt wird, der nach allgemeiner mikroökonomischer Theorie in ineffizienter Übernachfrage nach formellen Pflegeleistungen mündet. Die Reaktion der Marktteilnehmer auf diesen Eingriff ist jedoch eine natürliche Folge der geänderten Marktzustände.⁴⁸ Dies kann nicht als Folge eines Moral-Hazard-Verhaltens gewertet werden, da es sich hier weniger um ein opportunistisch motiviertes, sondern vielmehr ökonomisch rationales Verhalten der betroffenen Individuen handelt. „Allerdings ist dies vom Gesetzgeber offensichtlich gewollt, sodass kaum von einem unerwünschten Versicherungsverhalten gesprochen werden kann.“⁴⁹

3.2.1.4 Adverse Selection

Ebenso wie im Falle von Moral Hazard ist das Adverse-Selection-Problem das Resultat asymmetrisch verteilter Informationen.

In der Versicherungsökonomie sind formale Darstellungen dieses Selektionsproblems zumeist an den Aufsatz von ROTHSCCHILD/STIGLITZ (1976) angelehnt und betrachten das Problem der Ex-ante-Selektion „guter“ Risiken.⁵⁰ Im Falle der GPV erscheint solch eine Analyse auf den ersten Blick ebenfalls sinnvoll, denn die Versicherten unterliegen unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten bzgl. ihres individuellen Pflegerisikos und der Versicherer also der Wohlfahrtsstaat kann diese Wahrscheinlichkeit ex ante nicht beobachten, um jedem Versicherten auf das jeweilige Pflegefallrisiko zugeschnittene Versicherungsverträge anbieten zu können. Berücksichtigt man nun die Tatsache, dass es sich im

⁴⁸ In Kapitel 4.1 wird dieser Sachverhalt anhand eines mikroökonomischen Modells näher untersucht.

⁴⁹ Vgl. Rothgang (1997, S. 112).

⁵⁰ Vgl. Eisen/Zweifel (2003, S. 320 ff.).

Falle der GPV nach SGB XI um eine „Volksversicherung“⁵¹ handelt, so entfällt in diesem speziellen Fall das Adverse-Selection-Problem, denn der Versicherer hat auch im Falle vollständiger Informationsverteilung keine Möglichkeit, differenzierte Versicherungsverträge anzubieten oder sogar einzelne Personen aus dem Versicherungsverhältnis auszuschließen. Somit entfällt im Falle der GPV nach SGB XI die Bedeutung der Adverse-Selection-Problematik.

3.2.2 Externer Moral Hazard

3.2.2.1 Externer Ex-ante-Moral-Hazard-Anreiz informeller und formeller Pflegepersonen

Für Angehörige des Versicherten ist es praktisch unmöglich, die Pflegebedürftigkeit bewusst herbeizuführen, da auch diese nicht wissen können, welche Faktoren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Pflegebedürftigkeit erhöhen oder senken.⁵² ROTHGANG (1997, S. 101) betrachtet als möglichen Ex-ante-Einfluss die Motivation und/oder Unterstützung der Versicherten zu einem „Versicherungsbetrug“ durch die Angehörigen. Im Wesentlichen kann somit der Ex-ante-Einfluss der Angehörigen als gering eingestuft werden.

Die Anbieter von Pflegeleistungen haben überhaupt keinen Ex-ante-Einfluss auf die Versicherten bzw. ihr Verhalten, sodass auch ihre Rolle ex ante als passiv einzustufen ist. Da zudem der MDK als externer Akteur kein Interesse hat die Versicherten bei einem Betrug zu unterstützen, kann die Bedeutung von externem Ex-ante-Moral-Hazard auch in diesem Fall allgemein als irrelevant betrachtet werden.

Konträr gestaltet sich die Situation im Ex-post-Fall. Dazu die folgenden Betrachtungen.

⁵¹ Vgl. Schulin (1994, S. 436).

⁵² Vgl. Rothgang (1997, S. 101).

3.2.2.2 Externer Ex-post-Moral-Hazard Anreiz informeller Pflegepersonen

Wird gemäß § 37 SGB XI seitens des Pflegebedürftigen eine Geldleistung in Anspruch genommen und die Pflege durch eine informelle Pflegeperson erbracht, so ist diese private Beziehung keinen expliziten vertraglichen Regelungen unterworfen. Zu erkennen ist, dass hier eine Qualitätssicherung der Pflegeversorgung nicht ohne Weiteres durch den Gesetzgeber sichergestellt werden kann. In Anbetracht dieser Situation werden zunächst staatlich organisierte Pflegekurse für informelle Pflegekräfte angeboten, um sie auf ihre Aufgaben im Sinne der Qualitätssicherung vorzubereiten.⁵³ Als Kontrollinstrument werden Geldleistungsempfänger zur Pflichtinanspruchnahme einer professionellen Pflege verpflichtet, um hierdurch die selbst beschaffte Pflege auf ihre Qualität hin überprüfen zu können.⁵⁴ Der Abrufzyklus richtet sich nach der jeweiligen Pflegestufe. In der ersten und zweiten Pflegestufe muss die professionelle Pflege halbjährlich und in der dritten Stufe vierteljährlich einmal in Anspruch genommen werden. Ob dies jedoch die Qualität der Pflege sicherstellen kann, ist eher zweifelhaft.⁵⁵

Pflegebedürftige treten somit als originäre Nachfrager von Pflegeleistungen auf. In dieser Situation existiert eine Prinzipal-Agent-Beziehung zwischen dem Versicherten (dem Prinzipal) und dessen Pfleger (dem Agenten). Letzterer übernimmt die Aufgabe der Sicherstellung der notwendigen häuslichen Pflege des Prinzipals. Aus welchem Grund bzw. aus welcher Motivlage heraus Familienangehörige, Freunde, Bekannte oder Nachbarn sich als informelle Pflegepersonen engagieren, ist generell nicht eindeutig zu klären. Aus ökonomischer Sicht kann ein monetär bezogenes Nutzenmaximierungskalkül den ausschlaggebenden Grund hierfür darstellen. Obwohl auch ideelle Motive diese Entscheidung begünstigen und gleichzeitig positive Nutzeneffekte (wie z. B. das „gute Gewissen“) darstellen.

⁵³ Vgl. § 45 SGB XI.

⁵⁴ Vgl. § 37 III SGB XI.

⁵⁵ Vgl. Igl (1995, S. 291).

generieren können, soll zunächst die Annahme einer monetären Entlohnung als Motiv betrachtet werden, denn Zweck der staatlich erbrachten Geldleistung an den Pflegebedürftigen ist es, diesem die Möglichkeit zu verschaffen, autonom die (informelle) Pflegeleistung „einzukaufen“.

In Anbetracht dieser Tatsache sei darauf hingewiesen, dass die Betroffenen die Pflegeleistung auch auf dem Markt für Pflegekräfte einkaufen können.⁵⁶ Werden Leistungen einer Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen, die keinen Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse gemäß § 72 SGB XI abgeschlossen hat, so ist das prinzipiell möglich, jedoch ist auch in diesem Fall eine Qualitätssicherung nicht gewährleistet.

Da auch informelle Pflegende wie alle anderen Arbeitnehmer für ihre Arbeitsleistung (monetär) entlohnt werden müssen, um die gewünschte Leistung zu erbringen, stellt sich zunächst die ökonomisch motivierte Frage nach dem optimalen Vergütungssystem.⁵⁷

Mithilfe des folgenden LEN-Modells⁵⁸ sollen die notwendigen Bedingungen für eine Second-best-Lösung hergeleitet werden.⁵⁹

Grundmodell

Für das zu betrachtende Grundmodell werden folgende Annahmen getroffen:

⁵⁶ Vgl. §33 SGB XI.

⁵⁷ Sicherlich wird es bei Familienangehörigen – wie in regulären Arbeitsverhältnissen üblich – i. d. R. nicht zu einem schriftlichen Arbeitsvertrag zw. beiden Parteien kommen, sodass hier von einem mündlichen Vertrag ausgegangen sei, der von beiden Seiten als bindend respektiert wird.

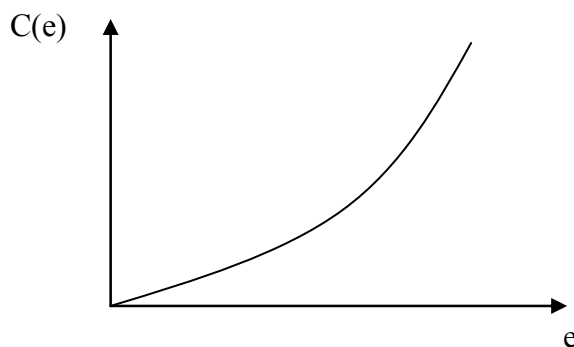
⁵⁸ In Anlehnung an Kräkel (1999, S. 62 ff.) und Spremann (1987).

„Der Name ‚LEN-Model‘ ist darauf zurückzuführen, daß die zentralen Bausteine des Modells auf Linearitäts-, Exponential- und Normalverteilungsannahmen beruhen“, (Kräkel, 1999, S. 62).

⁵⁹ Da in dieser Vertragsbeziehung eine Informationsasymmetrie zulasten des Prinzipals existiert, entstehen Wohlfahrtsverluste, die eine First-best-Lösung im Falle vollständiger Information nicht ermöglichen.

- Der Prinzipal erhält als Folge der Arbeitsleistung e des Agenten einen Gewinn $x(e)$, der z. B. als die gewonnene Lebensqualität des Pflegebedürftigen angesehen werden kann.
- Mit zunehmender Anstrengung e des Agenten erhöht sich der Ertrag $x(e)$ des Prinzipals [$x'(e) > 0$], jedoch fällt $x(e)$ bzw. der Gewinn zusätzlicher Lebensqualität mit zunehmendem e geringer aus. Es wird somit die Annahme abnehmender Grenzerträge der Lebensqualität getroffen, $x''(e) < 0$.
- Der Agent wählt seine Leistungsanstrengung e als eine verborgene Handlung, dabei entstehen für den Agenten Kosten $C(e)$, die als sog. Arbeitsleid den Nutzen des Agenten aus seinem Einkommen w schmälern. Es sei angenommen, dass das Arbeitsleid mit zunehmendem e überproportional ansteigt bzw. $C'(e) > 0$ und $C''(e) > 0$.

Abbildung 10: Die Kostenfunktion des Agenten



Quelle: eigene Darstellung

- Es existiert ein verifizierbares Leistungssignal $x = e + \varepsilon$, welches sich aus der Summe der tatsächlichen Leistungsanstrengung e des Agenten und einem von beiden Seiten unbeeinflussbaren Störterm ε ableitet. ε bildet dabei Faktoren ab, die das Leistungsergebnis des Agenten beeinflussen, aber von ihm in keiner Weise kontrolliert werden können. Bei diesen Faktoren kann es sich sowohl um welche mit positiven als auch negativen Ergebniseinflüssen handeln, wobei

gemäß der Normalverteilungsannahme des LEN-Modells ε eine normalverteilte Zufallsvariable mit Erwartungswert $E(\varepsilon) = 0$ und Varianz $\text{Var}(\varepsilon) = \sigma^2$ sei.

- Dem Agenten wird ein linearer Entlohnungsvertrag $w = \alpha + \beta x$ angeboten, in dem der erste Summand α die fixe Komponente symbolisiert, während der variable Teil durch das, mit dem Faktor β ($\beta \in [0,1]$) gewichtete Leistungssignal x abgebildet wird.
- Der Agent verfügt über ein Reservationseinkommen⁶⁰ w_R .
- Zudem sei der Prinzipal als ein risikoneutraler Akteur betrachtet, während der Agent risikoavers ist und über eine konstante absolute Risikoaversion⁶¹ r verfügt.

Das Optimierungsproblem des Agenten liegt nun in der Maximierung seines Erwartungsnutzens bei gegebenem Lohnschema.

$$\text{Es gilt somit: } \max_e E(U(\alpha + \beta(e + \varepsilon)) - C(e)) \quad (24),$$

annahmekonform gelte beispielsweise für das Arbeitsleid $C(e) = 0,5 ce^2$ mit $c = \text{konstant}$. Die Maximierung des Erwartungsnutzens EU des Agenten ist gemäß der Eigenschaften des LEN-Modells äquivalent zur Maximierung des Sicherheitsäquivalents⁶² $S\ddot{A}$ seines Vermögens.

Somit gilt:

$$S\ddot{A} = E(w) - 0,5r \text{Var}(w), \text{ mit } E(w) = \alpha + \beta e - C(e) \text{ und}$$

$$\text{Var}(w) = \beta^2 \text{Var}(\varepsilon) = \beta^2 \sigma^2$$

$$\text{Somit maximiert der Agent sein } S\ddot{A} = \alpha + \beta e - C(e) - 0,5r\beta^2 \sigma^2.$$

Für die Bedingung erster Ordnung (BEO) nach e ergibt sich mit $C(e) = 0,5ce^2$:

$$e^* = \beta/c \quad (25)$$

Gleichung (25) umschreibt also den optimalen Arbeitseinsatz e^* des Agenten auf das vom Prinzipal gewählte lineare Vergütungssystem.

⁶⁰ Dieses Einkommen erhält der Akteur in der nächstbesten Vertragsbeziehung.

⁶¹ Vgl. hierzu Kräkel (1999, S. 63 ff.).

⁶² $S\ddot{A}$ ist „[...]derjenige sichere Geldbetrag, bei dem ein Akteur zwischen x und $S\ddot{A}$ indifferent ist“, Kräkel (1999, S. 59).

Deutlich zu erkennen ist, dass ex post die Wahl e^* des Agenten sowohl unabhängig ist vom Reservationseinkommen w_R als auch von dem Fixlohn α . Jedoch ist eine signifikante Bedeutung von β für den Arbeitseinsatz e^* erkennbar, eine rein fixe Entlohnung des Agenten würde den geringsten Arbeitseinsatz $e^* = 0$ zur Folge haben. Somit ist eine gewisse variable Entlohnung des Agenten für einen optimalen Arbeitseinsatz unumgänglich, denn mit steigendem β fällt auch e^* größer aus.

Das Optimierungsproblem des Prinzipals besteht ebenfalls darin, seinen eigenen Nutzen aus dieser Vertragsbeziehung zu maximieren.

Dabei muss der Prinzipal folgende Nebenbedingungen beachten:

- Gemäß der *Anreizverträglichkeitsbedingung* (AV) muss der Prinzipal sicherstellen, dass der Agent die von ihm gewünschte Leistungsanstrengung e wählt.
- Die *Teilnahmebedingung* (TN) besagt, dass der Agent den vom Prinzipal angebotenen Vertrag nur dann annimmt, wenn der Nutzen des Agenten aus dieser Vertragsbeziehung gleich oder höher ausfällt als der Nutzen aus dem alternativen Reservationseinkommen.

Der Nutzen des Prinzipals setzt sich aus dem realisierten Leistungsergebnis $x(e)$ abzüglich des zu bezahlenden Lohns w des Agenten zusammen.

Folglich gilt für die Nutzenfunktion des Prinzipals:

$$U = x(e) - w.$$

Eine Nutzenmaximierung wird durch die Maximierung des Erwartungsnutzens seiner Auszahlung erreicht. Da der Prinzipal annahmegemäß als risikoneutraler Akteur einzustufen ist, entspricht sein Sicherheitsäquivalent dem Erwartungswert seiner Auszahlung.⁶³

Somit gilt für den Prinzipal: $\max_{e, \beta} x(e) - \alpha - \beta e$

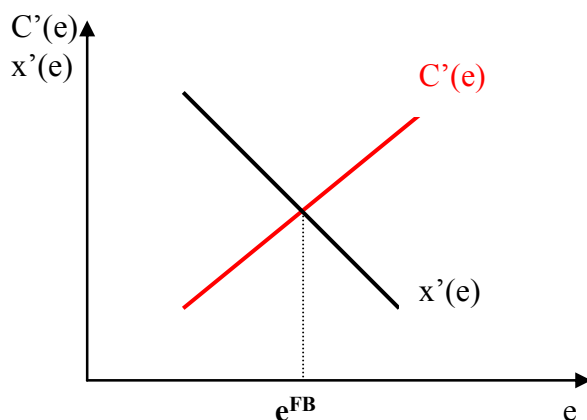
unter Berücksichtigung von AV mit $\beta = C'(e)$ und TN mit

⁶³ Im Falle der Risikoneutralität nimmt der Grad der Risikoaversion r den Wert null an.

$$\alpha + \beta e - C(e) - 0,5r\beta^2\sigma^2 = w_R.$$

Im First-best-Fall, also dann, wenn keine Informationsasymmetrie zulasten des Prinzipals existieren würde bzw. e verifizierbar wäre, müssen sich im Optimum Grenzertrag und Grenzkosten gleichen, sodass gelten muss: $x'(e^{FB}) = C'(e^{FB})$.

Abbildung 11: Die optimale Arbeitsanstrengung e im First-best-Fall



Quelle: eigene Darstellung

Im vorliegenden Second-best-Fall maximiert der Prinzipal sein Sicherheitsäquivalent, wobei er dabei TN und AV mitberücksichtigt:

$$\max_e x(e) - C(e) - 0,5(C'(e))^2 r \sigma^2 - w_R.$$

Für die BEO in Bezug auf e ergibt sich somit:

$$x'(e) - C'(e) - C'(e)C''(e)r\sigma^2 = 0 \text{ mit } \underline{C'(e)} = \underline{\beta} \rightarrow x'(e) - \beta - \beta C''(e)r\sigma^2 = 0$$

$$\Leftrightarrow$$

$$\beta^* = x'(e) \frac{1}{1 + C''(e)r\sigma^2}$$

Anhand des hergeleiteten Ergebnisses lassen sich folgende Aussagen ableiten:

- Wäre der Agent ebenfalls risikoneutral bzw. $r = 0$, so wäre es möglich, das First-best-Ergebnis zu erzielen, obwohl keine vollständige Information vorliegt. Begründung: Im Falle von $r = 0$ gilt $\beta^* = x'(e)$. Somit würden sich wie im First-best-Fall $x'(e)$ und

$C'(e)$ gleichen bzw. Grenzertrag und Grenzkosten würden sich gleichen.

- Mit steigender Risikoaversion des Agenten und/oder dem Anstieg seines Ergebnisrisikos σ^2 geht ein abnehmendes β^* einher. In diesem Fall müsste die Risikoprämie für den Agenten größer ausfallen.
- Je präziser der Prinzipal in der Lage ist, die Leistung des Agenten zu beobachten, umso stärker sinkt das Ergebnisrisiko des Letzteren. Dies wiederum spricht für eine höher gewählte variable Vergütung β .

Aus dem bereits gewonnenen Wert für das optimale β^* im Second-best-Fall

lässt sich auch e^* ermitteln:
$$e^* = \beta \frac{1}{c} = x'(e) \frac{1}{c(1 + C''(e)r\sigma^2)}$$

Es lassen sich zwei bedeutende Prognosen bezüglich e^* gewinnen:

- Je höher c bzw. der fixe Kostenfaktor des Arbeitsleides ausfällt, desto geringer wird der gewählte Arbeitseinsatz e^* ausfallen.
- Mit steigendem Grad der Risikoaversion r und/oder Anstieg des Ergebnisrisikos σ^2 geht ein sinkender Arbeitseinsatz e^* einher.

Anhand der gewonnenen Ergebnisse wird deutlich, welchen gravierenden Einfluss die individuelle Risikobereitschaft des Agenten bzw. der informellen Pflegeperson auf die jeweilige Arbeitsleistung e ausübt. Eine formelle Pflegeperson, welche die Pflege des Betroffenen weniger als Arbeit, sondern (z. B.) mehr als eine moralische Verantwortung betrachtet, stuft den Risikofaktor σ^2 gering ein und kann daher einen (im Sinne des Betroffenen) optimalen Arbeitseinsatz erbringen. Wichtig bleibt jedoch eine von ihr als „fair“ bzw. zufriedenstellend empfundene Entlohnung, welche entweder durch ein präzises Monitoring des Prinzipals oder einer angemessen hohen fixen Entlohnung α gewährleistet sein sollte. Je geringer der Agent die Kosten bzw. das Arbeitsleid seiner Tätigkeit einstuft, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit eines optimalen Arbeitseinsatzes e^* . Hier

spielen also offensichtlich die persönliche physische Leistungsfähigkeit und das private Alltagsleben (geprägt z. B. durch andere Verpflichtungen wie die Kindererziehung) eine entscheidende Rolle. Sicherlich sind die wenigsten Pflegebedürftigen in der Lage, ihre informelle Pflegeperson gemäß den hier hergeleiteten Optimalitätsbedingungen zu entlohnen. Vielmehr existieren vielfältige entscheidende Einflussfaktoren in der realen Prinzipal-Agent-Beziehung, die in diesem Modell nicht abgebildet werden können, jedoch einen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsleistung ausüben. Angesichts dieser Tatsachen liegt die Hypothese nahe, dass es innerhalb dieser Prinzipal-Agent-Beziehung stets zu Moral Hazard kommen kann, insbesondere dann, wenn die Rahmenbedingungen der Beziehung durch Einflussfaktoren wie die Risikoaversion des Agenten und/oder mangelhafte Monitoring-Möglichkeiten negativ beeinflusst werden. Auch der Prinzipal kann der Versuchung unterliegen, seinem Zahlungsversprechen nicht nachzukommen. Dieser Versuchung wird jedoch ein rationaler Prinzipal in dieser Situation widerstehen, ansonsten könnte dies zu einem Ende der Vertragsbeziehungen führen. Vielmehr scheint der Prinzipal einer zusätzlichen Problematik ausgesetzt zu sein, nämlich der einer meist fehlenden Sanktionsmöglichkeit gegenüber einem „schlechten“ Agenten. Aufgrund der starken Abhängigkeit von der Pflege- und Versorgungsleistung des Agenten sind die meisten Pflegebedürftigen nicht in der Lage, ihre Unzufriedenheit bezüglich minderwertigen bzw. unbefriedigenden Arbeitsleistungen offen zu äußern. Gewaltanwendungen gegenüber dem Prinzipal durch den Agenten können im Alltag nicht ausgeschlossen werden.⁶⁴ Diese Problematik lässt erhebliche Zweifel an der „Existenz“ einer funktionierenden Prinzipal-Agent-Beziehung aufkommen. Opportunistische Agenten könnten das Pflegegeld des Betroffenen zu eigenen Gunsten nutzen, ohne dabei ihrem Pflegeauftrag in ausreichendem Maße nachzukommen. Der Versuch des Gesetzgebers, anhand von vorgeschriebenen Kontrollbesuchen eine wirksame Kontrollfunktion im Sinne des Pflegebedürftigen auszuüben,

⁶⁴ Vgl. Schulz-Nieswandt (1998).

kann als sinnvolle Maßnahme gewertet werden. Dies allein stellt aber keine vollkommen ausreichende Präventionsmaßnahme dar.

Es gilt somit festzuhalten, dass hier ein Moral-Hazard-Anreiz der informellen Pflegekräfte grundsätzlich nicht auszuschließen ist.

3.2.2.3 Externer Ex-post-Moral-Hazard-Anreiz formeller Pflegepersonen

Werden Sachleistungen in Anspruch genommen, so erbringt eine professionelle Pflegeeinrichtung die Pflegeleistung. Diese Einrichtungen sind an den mit der Pflegekasse geschlossenen Versorgungsvertrag (§ 72 SGB XI) und an die getroffenen Vereinbarungen (§ 80 SGB XI) vertraglich gebunden. Durch explizite vertragliche und implizite Regelungen unterliegt die Sachleistung einer umfassenden Qualitätssicherung und Kontrolle. Trotzdem ist die Möglichkeit einer – im vertraglichen Sinne – nicht ordnungsgemäß erbrachten Leistung nicht auszuschließen. Die Moral-Hazard-Problematik ist in den Anforderungen der Regelungen an die Pflegeeinrichtungen und dem fixen Vergütungssystem verankert. Da es sich bei den Pflegeeinrichtungen in der Regel um Wirtschaftssubjekte handelt, die dem ökonomischen Kalkül der Gewinnmaximierung bzw. Kostenminimierung getreu wirtschaften, werden sie die Kosten nur reduzieren können, indem sie entweder die Qualität oder die Quantität der Pflege reduzieren. Obwohl gemäß § 80 II und III SGB XI die Pflegeeinrichtungen verpflichtet sind, die Qualität ihrer Leistungen überprüfen zu lassen, ist der Moral-Hazard-Anreiz umso größer, je geringer sie die Wahrscheinlichkeit einstufen, entlarvt bzw. sanktioniert zu werden. Moral-Hazard-Verhalten wäre in diesem Fall aus rein ökonomischer Perspektive betrachtet ein rationales und effizientes Verhalten der Pflegeeinrichtungen, insbesondere auch um ihr wirtschaftliches Überleben zu sichern. Aus der neoklassischen These ableitend, bringt der Staat durch seine Intervention den natürlichen und effizienten Preisfindungsprozess des

Marktes ins Schwanken. Es kommt nicht zu markträumenden Gleichgewichtspreisen auf dem Pflegeangebotssektor.

In Anbetracht der Ergebnisse aus Abschnitt 3.2.2.1 wird hier dem Agenten durch den Prinzipal lediglich ein fixes Einkommen geboten bzw. $\beta = 0$. Die Kosten der Arbeitsanstrengung $C(e)$ und der Störfaktor ε (z. B. durch die häufig schwankenden Mineralölpreise repräsentiert) bestehen trotzdem weiterhin, sodass die Tendenz zu einem minimalen Arbeitseinsatz bzw. $e = 0$ existiert.

Die Rolle des MDK ist hier von entscheidender Bedeutung, um als Kontrollinstanz eine wirksame Abschreckung darzustellen.

3.2.3 Der Heimsog-Effekt

Der Heimsog als Folge von internem Ex-post-Moral-Hazard?

Norbert Blüm lehnte 1984 die Einführung einer GPV mit Nachdruck ab, da er eine bewusst opportunistische Inanspruchnahme dieser Versicherung befürchtete. Er sagte in diesem Zusammenhang:⁶⁵

„Wenn einer 40 Jahre in die Pflegeversicherung Beitrag gezahlt hat, dann ist die Gefahr groß, dass der Sohn zum 70-jährigen Vater sagt: 'Hör mal, Du hast 40 Jahre lang Beitrag gezahlt, jetzt sieh zu, dass es sich auch rentiert. Da vorn um die Ecke gibt's ein schönes Pflegeheim.'“

Der drohende „Heimsog“⁶⁶ schien die Angst der parlamentarischen Verantwortungsträger zu schüren. Kann nun tatsächlich Ex-post-Moral-Hazard der Versicherten als Auslöser eines Heimsog-Effektes betrachtet werden?

Die Versicherten nehmen bewusst die vollstationäre Pflegeleistung in Anspruch, obwohl im Falle einer effizienten bzw. idealen Inanspruchnahme der Versicherungsleistung die ambulante Pflegeleistung vollkommen ausreichend wäre. Bei Existenz einer Vollversicherung ist dies jedoch ökonomisch betrachtet eine legitime und zudem logische Handlung des Versicherten, die Versicherungsleistung bis zur individuellen Sättigung

⁶⁵ Zitiert nach Handelsblatt vom 04.01.1984 in Rothgang (1997, S. 115).

⁶⁶ Vgl. Schulz-Nieswandt (1998).

nachzufragen. Aus ökonomischer Sicht kann dieses Verhalten nicht als Moral Hazard gewertet werden. Solange die Versicherungsleistung einen positiven Nutzen stiftet, wird der Versicherte diese Leistung nachfragen, um seinen Gesamtnutzen zu maximieren. Aus gesundheitspolitischer Sicht wird jedoch die Bemühung des Versicherten, die Versicherungsleistung bis an ihre Grenzen auszuschöpfen, häufig als Moral-Hazard-Verhalten deklassiert. In Anbetracht der sich aus diesem Verhalten ergebenden negativen Folgen für die Allgemeinheit wird die Gesamtzahl aller Versicherten die Ausschöpfungsmentalität Einzelner begründet als opportunistisch einstufen. Der (mikro-)ökonomischen Betrachtung werden in der präferenztheoretischen Nutzenanalyse lediglich individuelle Nutzenfunktionen zugrunde gelegt, ohne dabei diese kollektiven Wohlfahrtskalkülen überzuordnen.

FORBES-THOMPSON/GESSERT (2006) untersuchen die psychosoziale Bedeutung der Heimpflege für die Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim in den Vereinigten Staaten.

Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Heimpflege von vielen Heimbewohnern als Leid angesehen wird. Bemängelt wird meist die geringe Rücksichtnahme auf das seelische Befinden der Pflegebedürftigen durch die Pfleger.

Auch BLACK/RUBENSTEIN (2004) vertreten die Ansicht, dass die Behandlung psychosozialer Leiden der Pflegebedürftigen in der stationären Pflege oftmals zu wenig Beachtung findet.

Pflegebedürftige fühlen sich oftmals allein gelassen und hilflos. Die mangelnde Beachtung und persönliche Zuwendung durch die Pfleger verstärkt dieses Gefühl und versetzt viele Betroffene in einen Zustand der Depression. Aus den Untersuchungen von FORBES-THOMPSON/GESSERT (2006) geht hervor, dass keiner der Probanden freiwillig die Heimpflege in Anspruch genommen hatte, sondern alle aufgrund ihrer gesundheitlichen Defizite in Kombination mit mangelnden Möglichkeiten der familiären Pflege zur Heimübersiedlung gezwungen waren.

NOLAN/DELLASEGA (2000) betrachten als Hauptgrund für die Heimunterbringung den schlechten Gesundheitszustand von Pflegebedürftigen, wodurch informelle Pflegende meist überfordert sind.

Sobald der Pflegebedarf so weit ansteigt, dass Angehörige nicht mehr in der Lage sind, dem gerecht zu werden, wird die Heimunterbringung als Ausweg gewählt. BUHR/KUCHIBHATLA/CLIPP (2006) teilen diese Einschätzung und betonen, dass die Entscheidung der Familie für die Heimübersiedlung des Angehörigen signifikant mit dem Bedarf an professioneller Pflegehilfe, dem Gesundheitszustand des Betroffenen und dem Gesundheitszustand des pflegenden Angehörigen selbst korreliert. Gleichzeitig wird keine Bestätigung für einen bedeutenden Anteil von Pflegebedürftigen oder deren Familien gefunden, die die Heimunterbringung ohne Notwendigkeit wählen. GAUGLER et al. (2003) und SCHULZ et al. (2004) betrachten die seelische Belastung der informellen Pfleger als Hauptgrund für die Heimunterbringung ihrer Angehörigen. Die Heimunterbringung ist somit als eine Art Notlösung seitens der Familie anzusehen. TSE (2006) beschreibt anhand einer Befragung von 118 Personen über 60 Jahren in Hong Kong, dass 85 % der Probanden eine Heimunterbringung als Übel und Abschiebung durch die Familie ansehen.

Die Frage, ob die Heimsog-These nun doch relevant und die Folge von Moral Hazard sei, lässt sich anhand der Frage nach dem möglichen Nutzen stationärer Pflege beantworten. Unstrittig wird die Versicherungsleistung lediglich dann in Anspruch genommen, wenn diese einen positiven Nutzen stiftet. SCHULZ-NIESWANDT (1989, S. 181) beantwortet diese Frage prägnant und plausibel wie folgt:⁶⁷

„Die Übersiedlung in ein Heim ist keineswegs mit einem ‚beglückenden Gefühl‘ verbunden; den Erwartungen einer ‚frivolen Inanspruchnahme‘ von Heimplätzen aufgrund der sozialversicherungsfinanzierten Nutzungschancen widersprechen [...] die zahlreichen sozial-

⁶⁷ Vgl. Schulz-Nieswandt (1989, S. 181).

gerontologischen und gerontopsychologischen Erkenntnisse über die Determinanten der Heimübersiedlung.“

Angesichts dessen ist die tatsächliche Relevanz der Heimsog-These eher als gering einzustufen. SCHULZ-NIESWANDT (1994, 1995) betrachtet vielmehr individuelle Lebenslagen als Determinanten der Heimwahl und nicht monetäre Beweggründe.

Der „Heimsog“ als Folge von externem Ex-post-Moral-Hazard?

Der Heimsog-Effekt in Bezug auf durch den Versicherten ex post selbst (intern) induziertes Moral-Hazard-Verhalten wurde bereits als eher unzutreffend beurteilt. Nun gilt es zu untersuchen, ob die Heimsog-These im Falle externer (Ex-post-) Moral-Hazard-Annahmen nicht doch an Relevanz gewinnt.

SCHULZ-NIESWANDT (1995) diskutiert eine vermutete „Abschiebung“ Versicherter durch ihre Angehörigen in ein Pflegeheim. Laut ROTHGANG (1997, S. 118) gilt es, in Hinblick auf diese Diskussion zu berücksichtigen, „dass in der GPV nicht nur Leistungen bei stationärer Pflege gewährt werden, sondern auch bei häuslicher Pflege. Diese entfallen aber beim Schritt ins Heim“. Somit sind die Opportunitätskosten, die mit der Inanspruchnahme stationärer Pflege einhergehen, bei der Analyse der Heimsog-These mit einzubeziehen. Für einkommensschwache Familien kann das Pflegegeld nach § 37 SGB XI einen eher positiven Anreiz zur familiären Pflege generieren, der eine Heimunterbringung als Option verdrängt. Anhand einer von ROTHGANG (1997, S. 118 ff.) durchgeführten „Differenzialanalyse“ soll im Folgenden aus ökonomischer Sicht die unterschiedliche Leistungskatalogisierung der GPV auf eine mögliche Begünstigung von Ex-post-Moral-Hazard-Verhalten der Angehörigen untersucht werden. Ausgangspunkt der Betrachtung ist die Frage nach den durch die Einführung der GPV möglicherweise veränderten Verhaltensanreizen der Angehörigen.

Zu Beginn dieser Analyse gilt es, zwei „idealtypische“ Arten von Pflegebedürftigen zu betrachten, zwischen denen differenziert werden muss:

Abbildung 12: Unterschiedliche Typen von Pflegebedürftigkeit

| | |
|---|---|
| <p>Typ A: Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedürftiger verfügt über kein berücksichtigungsfähiges Einkommen bzw. Vermögen. • Angehörige sind zwar unterhaltspflichtig, verfügen jedoch ebenfalls nicht über berücksichtigungsfähiges Einkommen bzw. Vermögen. <p>Folge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somit wäre der Pflegebedürftige auch vor Einführung der GPV berechtigt gewesen, Hilfe zur Pflege nach §§ 68 f. BSHG zu beziehen. • <i>Nun Substitution durch GPV, lediglich Leistungshöhen können variieren.</i> <p>Resultat: Positiver Substitutionseffekt zugunsten der familiären Pflege</p> | <p>Typ B: Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegebedürftiger verfügt über ein berücksichtigungsfähiges Einkommen bzw. Vermögen. • Angehörige sind unterhaltspflichtig und verfügen ebenfalls über berücksichtigungsfähiges Einkommen bzw. Vermögen. <p>Folge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somit hätte der Pflegebedürftige ursprünglich keinen Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach §§ 68 f. BSHG. <p>Aber: GPV verschafft einen Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI.</p> <p>Resultat: Heimsog-Effekt wird befürchtet!</p> |
|---|---|

Quelle. eigene Darstellung

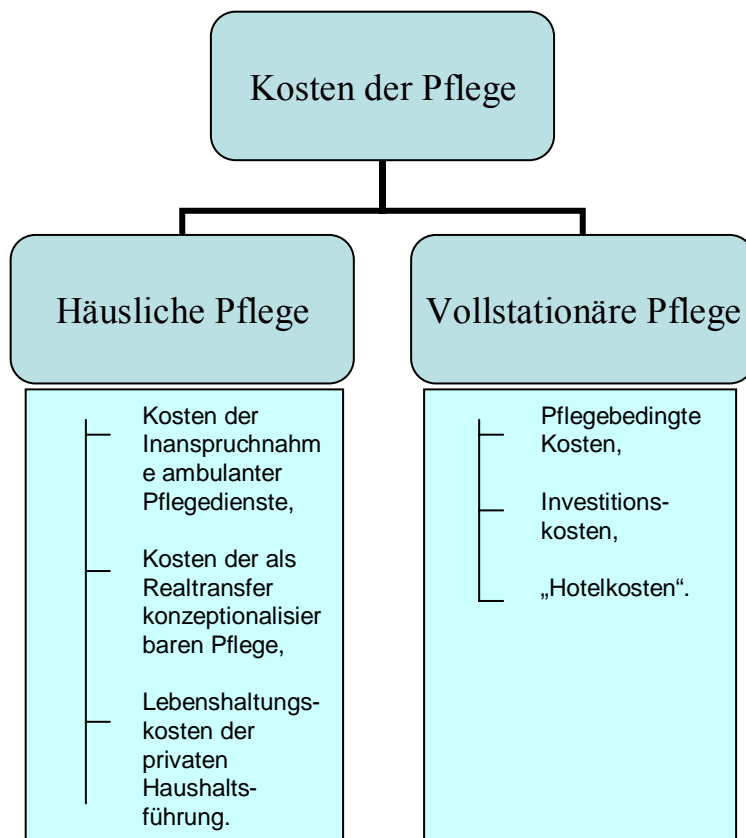
Gegenstand der hier angeführten Differenzialanalyse ist die Betrachtung von Typ B der Pflegebedürftigen. Ein Heimsog-Effekt prognostiziert für diese Gruppe einen verstärkten Anreiz der Angehörigen, diese in ein Pflegeheim „abzuschieben“, da sie sich so positive Effekte auf Einkommen und Vermögen versprechen.⁶⁸

Zunächst seien die Kosten sowohl formeller als auch informeller Pflegeleistungen betrachtet.⁶⁹

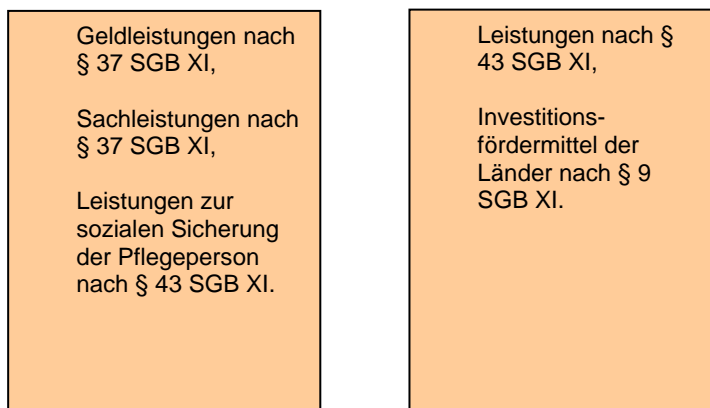
⁶⁸ Vgl. Rothgang (1997, S. 118) sowie Winters (1996, S. 100 ff.).

⁶⁹ In Anlehnung an Rothgang (1997, S. 119 f.).

Abbildung 13: Kosten formeller und informeller Pflege



Den oben genannten Kosten⁷⁰ stehen gleichzeitig Sozialleistungen gegenüber, die als Positionen der „Einnahmenseite“ gewertet werden können:⁷¹



Quelle: eigene Darstellung

⁷⁰ Nach Rothgang (1997, S. 120) gelte: „Leistungen der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) sowie der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) reduzieren den Leistungsanspruch auf Geld- und Sachleistungen. Die Differenzbeträge sind vergleichsweise gering, sodass diese Leistungen hier nicht berücksichtigt werden. Nicht berücksichtigt aufgrund des geringen Finanzvolumens werden auch die Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen nach § 40 SGB XI und die Pflegekurse für ehrenamtliche Pflegepersonen gemäß § 43 SGB XI [...]“

⁷¹ In Anlehnung an Rothgang (1997, S. 120).

Die im Gesetzestext verankerten Geld- und Sachleistungshöhen werden der folgenden Berechnung zugrunde gelegt. Bei vollstationärer Pflege werden je nach Pflegestufe monatlich folgende Zuschüsse gesetzlich zugesprochen:⁷²

Tabelle 2: Monatliche Pflegezuschüsse (in €) nach § 36 f. SGB XI

| <i>Pflegestufe:</i> | <i>häusliche Pflege</i> | <i>teilstationäre Pflege</i> | <i>vollstationäre Pflege</i> |
|---------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| I | 205 | 384 | 1.023 |
| II | 410 | 921 | 1.279 |
| III | 665 | 1.432 | 1.432 |

Quelle: eigene Darstellung

Als Werte für die soziale Absicherung der Pflegepersonen nach § 44 ff. SGB XI werden folgende Werte angesetzt.⁷³

Tabelle 3: Monatliche Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegeperson (in €)

| <i>Pflegestufe</i> | <i>Mtl. Leistungen zur sozialen Absicherung der Pflegeperson in €</i> |
|--------------------|---|
| I | 51 |
| II | 103 |
| III | 153 |

Quelle: eigene Darstellung

ROTHGANG (1997, S. 120 ff.) bezieht in seinem Modell ebenfalls die gemäß § 9 SGB XI geforderten Ausgaben der Länder zur „Förderung der Investitionen“ mit ein, sodass er hier eine Entlastung der Betroffenen um einen Betrag von jeweils geschätzten 307 € unterstellt. Dies wird in der vorliegenden Arbeit nicht praktiziert, angesichts der sehr angespannten Haushaltslage in den überwiegenden Bundesländern wird für die nahe Zukunft von einer insignifikanten Höhe der gezahlten Investitionsförderungen der Länder ausgegangen. Somit wird der von

⁷² Vgl. § 36f. SGB XI.

⁷³ Vgl. Rothgang (1997, S. 120 sowie S. 254-257).

ROTHGANG mit einbezogene „Investitionskostenanteil“ von jeweils 307 € nicht im folgenden Modell mit abgebildet.⁷⁴

Nach dem Saldieren der Einnahmen und Ausgaben der Pflegebedürftigen der entsprechenden Pflegestufen ergibt sich folgende Tabelle:

Tabelle 4: Monatliche Einnahmen und Ausgaben von Pflegebedürftigen der drei Pflegestufen

| | A | B _I | B _{II} | B _{III} |
|---|--------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| (1) Pflegegeld bei häuslicher Pflege | -L-R | -L- R+205+51 | -L- R+410+103 | -L- R+665+153 |
| (2) Sachleistungen bei häuslicher Pflege | -L-D | -L- D+384+51 | L- D+921+103 | -L- D+1.432+153 |
| (3) notwendige stationäre Pflege | -P-H | -P- H+1.023 | -P-H+1.279 | -P-H+1.432 |
| (4) nicht notwendige stationäre Pflege | -P-H | -P-H+384 | -P-H+921 | -P-H+1.432 |
| (5) = (3) – (1) | -P- H+L+R | -P- H+1.023 +L+R-205- 51 | -P-H+1.279 +L+R-410- 103 | -P-H+1.432 +L+R-665- 153 |
| (6) = (3) – (2) | -P- H+L+D | -P- H+1.023 +L+D-384- 51 | -P-H+1.279 +L+D-921- 103 | -P-H+1.432 +L+D-1.432- 153 |
| (7) = (4) – (1) | -P- H+L+R | -P-H+384 +L+R-205- 51 | -P-H+921 +L+R-410- 103 | -P-H+1.432 +L+R-665- 153 |
| (8) = (4) – (2) | -P- H+L+D | -P-H+384 +L+D-384- 51 | -P-H+921 +L+D-921- 103 | -P-H+1.432 +L+D-1.432- 153 |

Quelle: in Anlehnung an Rothgang (1997, S. 121)

⁷⁴ Zudem zweifelt Rothgang (1997, S. 126) ebenfalls an einer Übernahme der Investitionskosten durch die Länder. „Dies [die Übernahme der Investitionskosten] ist angesichts der vorliegenden Ländergesetze jedoch nicht im angesetzten Umfang zu erwarten.“

Mit:

A = Finanzielle Situation eines Betroffenen (unabhängig vom Pflegegrad) vor Einführung der GPV

B_j = Finanzielle Situation des Betroffenen der Pflegestufe j mit $j = I$ oder II oder III (nach Einführung der GPV)

L = Pflegeausgaben bei häuslicher Pflege

D = Kosten ambulanter Pflegedienste inkl. verbleibende Kosten der häuslichen bzw. familiären Pflege

R = Einnahmen durch Realtransfer bei rein familiärer Pflege

H = Unterbringungskosten bzw. „Hotelkosten“ der Heimpflege

P = Pflegekosten der Heimpflege

In der folgenden Tabelle 5 wird in einem Vergleich zwischen den Situationen A und B die Differenzsumme C_j der jeweiligen Pflegestufe $j = I$ bis III berechnet. Somit gilt: $C_j = B_j - A$.

C_j bildet somit den finanziellen Mehrgewinn (aufgrund der empfangenen Geld- und Sachleistungen) des Versicherten in der jeweiligen Pflegestufe nach Einführung der GPV ab.

Tabelle 5: Vorher-nachher-Vergleich der finanziellen Situation in den Pflegestufen

| In € | C _I | C _{II} | C _{III} |
|---|----------------|-----------------|------------------|
| (1) Pflegegeld bei häuslicher Pflege | 256 | 513 | 818 |
| (2) Sachleistungen bei häuslicher Pflege | 355 | 1.024 | 1.585 |
| (3) notwendige stationäre Pflege | 1.023 | 1.279 | 1.432 |
| (4) nicht notwendige stationäre Pflege | 384 | 921 | 1.432 |
| (5) = (3) – (1) | 767 | 766 | 614 |
| (6) = (3) – (2) | 588 | 255 | -153 |
| (7) = (4) – (1) | 128 | 408 | 614 |
| (8) = (4) – (2) | -51 | -103 | -153 |

Quelle: in Anlehnung an Rothgang (1997, S. 121 f.)

Betrachtet man die Zeilen (1) bis (4), so ist deutlich eine Verbesserung des finanziellen Budgets der Haushalte im Falle sämtlicher Pflegestufen zu erkennen. Dies ist nicht weiter überraschend, denn annahmegemäß hat den hier betrachteten Haushalten a priori nach §§ 61 f. SGB XII keine Pflegehilfe zugestanden. Es findet hier für alle Pflegestufen ein „Niveaueffekt“ der GPV statt. Hinsichtlich der These eines Heimsog-Effektes ist es notwendig, die Zeilen (5) bis (8) einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Der Wechsel von ambulanten stationären Pflegearrangements für den jeweiligen Haushalt wird – bei Annahme der Heimsog-These – durch „Budgeteffekte“ der GPV hervorgerufen. Um diese möglichen Budgeteffekte genauer qualifizieren zu können, schlägt ROTHGANG

(1997, S. 124) vor, den bisher verwendeten Variablen Schätzwerte zuzuordnen.⁷⁵

Seien nun monatliche Werte von

L = 511 €,

D = 575 € (Stufe I), 1.150 € (Stufe II) sowie 1.917 € (Stufe III),

R = 575 € (Stufe I), 1.150 € (Stufe II) sowie 1.917 € (Stufe III),

H = 511 €,

P = 1.023 € (Stufe I), 1.279 € (Stufe II) sowie 1.432 € (Stufe III), so ergibt sich für die Zeilen (5) bis (8) der jeweiligen Pflegestufe in Tabelle 4 folgende Wertetabelle.

Tabelle 6: Monetäre Anreize für vollstationäre Pflege nach Inkrafttreten des PflegeVG

| in € | B _I | B _{II} | B _{III} |
|--|----------------|-----------------|------------------|
| Stationäre Pflege ist notwendig | | | |
| im Falle von Pflegegeld (Differenz 5) | 319 | 637 | 1.099 |
| im Falle von Sachleistung (Differenz 6) | 140 | 126 | 332 |
| Stationäre Pflege ist nicht notwendig | | | |
| im Falle von Pflegegeld (Differenz 7) | -320 | 279 | 1.099 |
| im Falle von Sachleistung (Differenz 8) | -499 | -232 | 332 |

Quelle: in Anlehnung an Rothgang (1997, S. 125)

Tabelle 6 bildet den finanziellen Mehrertrag durch die empfangene Geld- oder Sachleistung in der jeweiligen Pflegestufe ab, wenn ein Wechsel von ambulanter zur stationären Pflege vollzogen wird. Bei dieser Analyse wird zudem zwischen den Situationen unterschieden, ob eine stationäre Pflege überhaupt notwendig ist oder nur freiwillig gewählt wird.

⁷⁵ Dieses Vorgehen ist nur unter größtem Vorbehalt möglich, denn diese Schätzwerte wurden „der Intention des PflegeVG und nicht unbedingt der Empirie folgend“ gewählt. Entscheidend für die Intention dieser Arbeit ist der Modellcharakter und die von Rothgang gewählte Analysemethodik. Aus diesem Grund sei in dieser Arbeit an diesem Modell festgehalten. Für eine detaillierte Erklärung siehe Rothgang (1997, S. 124), Fußnote 89.

In Anbetracht der Ergebnisse aus Tabelle 6 ist nach ROTHGANG (1997) „[...] ein Wechsel von ambulanter zu stationärer Versorgung meist mit einer finanziellen Entlastung verbunden, die positiv mit der Pflegestufe, der Erforderlichkeit der Pflege und der Wahl von Pflegegeld im Status quo ante korreliert ist“.

Um nun ebenfalls eine Antwort auf die Frage, ob durch die GPV ein Heimsog ausgelöst wird, herleiten zu können, bedarf es einer genaueren Analyse des finanziellen Anreizes aufseiten der Familienangehörigen. Analysiert wird hierbei nicht (wie in Tabelle 6), „[...] ob der Heimaufenthalt finanziell absolut attraktiver ist als die ambulante Betreuung, sondern die Veränderung, die dieser Anreiz durch das Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes erfährt“.

Im Folgenden wird hierzu in einem Vergleich der finanziellen Situation vor und nach Inkrafttreten der GPV die Zeilen (5) bis (8) der Tabelle 5 zur näheren Analyse herangezogen.

Somit wird nachfolgend in Tabelle 7 nicht nur bewertet wie hoch die Leistungen der GPV für den Versicherten bzw. dessen Angehörige ausfallen, sondern auch wie hoch diese finanzielle Verbesserung im Vergleich zur Situation der Nichtexistenz der GPV ausfällt.

Tabelle 7: Veränderung der monetären Anreize für einen Heimsog im Vorher-nachher-Vergleich (in €)

| Erforderlichkeit von Heimpflege | C_I | C_{II} | C_{III} |
|--|----------------------|-----------------------|------------------------|
| gegeben | | | |
| im Falle von Pflegegeld (Differenz 5) | 767 | 766 | 614 |
| im Falle von Sachleistung (Differenz 6) | 588 | 255 | -153 |
| nicht gegeben | | | |
| im Falle von Pflegegeld (Differenz 7) | 128 | 408 | 614 |
| im Falle von Sachleistung (Differenz 8) | -51 | -103 | -153 |

Quelle: in Anlehnung an Rothgang (1997, S. 125)

Zu erkennen sind im Falle der nicht notwendigen Heimpflege Pflegegeld-Bezüge, die zunächst einen monetären Anreiz zur nicht notwendigen Heimunterbringung der Betroffenen identifizieren lassen. Bei Sachleistungen scheint dies nicht der Fall zu sein.

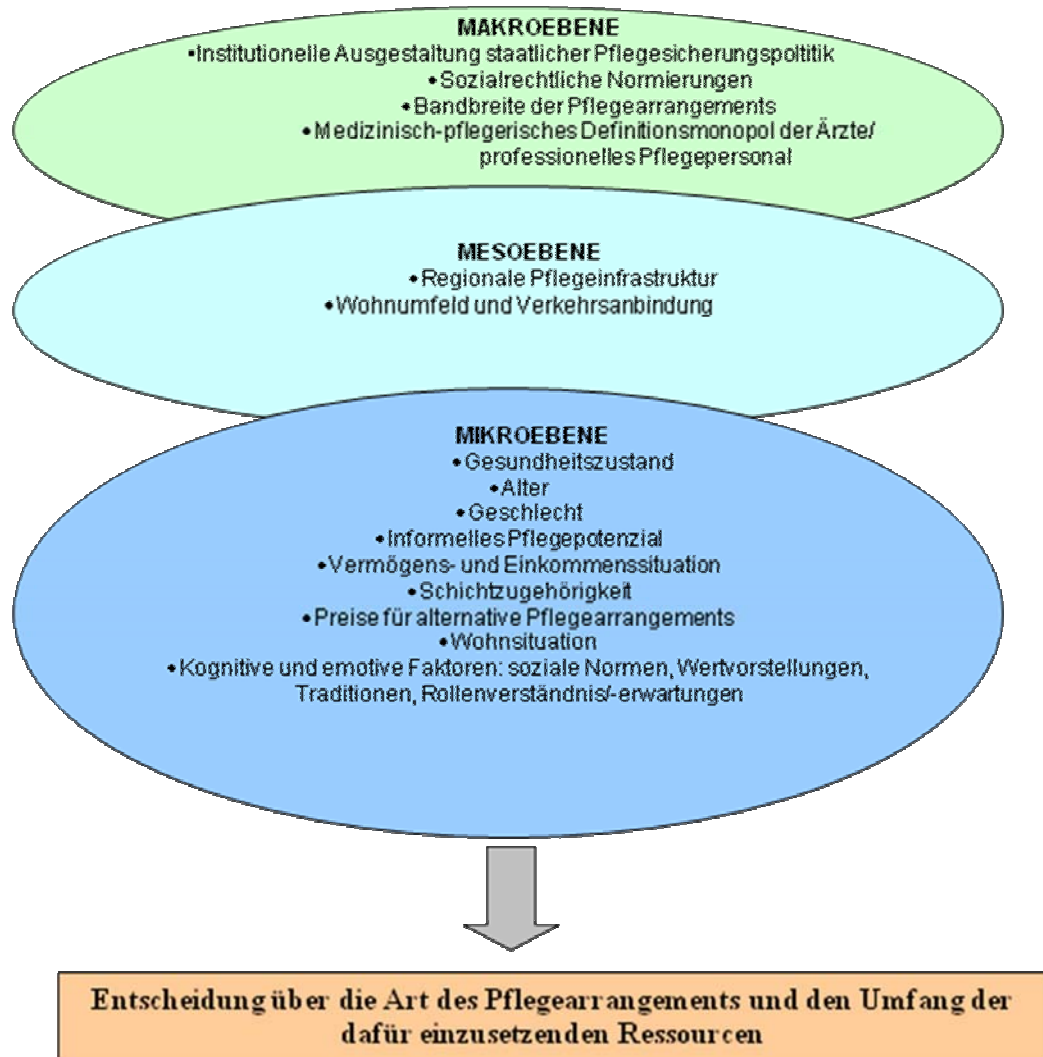
Sollte eine Heimunterbringung von den Pflegekassen als notwendig erachtet werden, so kann sogar eine im Interesse des Betroffenen wünschenswerte Anreizwirkung der angebotenen Leistungen erzeugt werden. Es lässt sich somit festhalten, dass die monetären Anreize zur Heimpflege aus ökonomischer Perspektive existieren, jedoch die psychologisch orientierte Analyse diesen monetären Anreiz auf Seiten der Angehörigen kaum als Ursache eines sog. Heimsogs bestätigen kann. Hierzu wäre eine dominierende Anreizwirkung auf alle Betroffenen und deren Angehörige notwendig, wobei dieser negative Anreiz sich nicht auf die Betroffenen bezieht, denen eine Heimunterbringung objektiv zusteht bzw. empfohlen wird. Hinzu kommt eine überwiegende Ablehnungshaltung der Betroffenen gegenüber der stationären Pflege, welche weiterhin die Wahrscheinlichkeit senkt, dass die Mehrheit der Betroffenen freiwillig und ohne starken Druck der Angehörigen dem monetären Anreiz der Heimpflege erlegen ist. Es kann die Annahme getroffen werden, dass die psychologisch begründete Ablehnungshaltung gegenüber der Heimunterbringung seitens der Betroffenen die ökonomisch identifizierte und sozialpolitisch ungewollte Moral-Hazard-induzierende Anreizwirkung der Heimunterbringung auf Seiten der Angehörigen dominiert.

3.3 Determinanten des Pflegeentscheidungsprozesses

Um die Moral-Hazard-Problematik einer tiefgründigeren Analyse unterziehen zu können, ist es unbedingt notwendig die Frage nach den Bestimmungsgründen der Nachfrage alternativer Pflegearrangements zu stellen. Eine detaillierte Antwortgrundlage liefert die sozialpolitische Analyse von MAGER (1999, S. 98 ff.). Folgendes Mehr-Ebenen-Modell

soll einen Überblick über die Determinanten des Pflegeentscheidungsprozesses ermöglichen:

Abbildung 14: Das Mehr-Ebenen-Modell der Determinanten des Pflegeentscheidungsprozesses



Quelle: in Anlehnung an Mager (1999, S. 99)

3.3.1 Determinanten der Makroebene

Die Entscheidung einzelner Individuen über die Inanspruchnahme alternativer Pflegearrangements wird durch die „sozialrechtlichen Normierungen“ und den diesen zugrunde gelegten „institutionellen Ausgestaltungen“ in der staatlichen Pflegesicherungspolitik beschränkt,

sodass eine freie Wahl nicht möglich ist. Somit stellen institutionelle Rahmenbedingungen eine Determinante der Makroebene dar. Einzelne Individuen werden in verschiedene Arten von Pflegearrangements einbezogen, wobei gleichzeitig verschiedene Pflegearrangements zwangsweise realisiert werden müssen. Die sozialrechtlichen Normierungen und die institutionelle Ausgestaltung staatlicher Pflegesicherungspolitik schränken die Entscheidungsfreiheit einzelner Individuen in Bezug auf die Inanspruchnahme alternativer Pflegearrangements ein. Es existieren somit Pflegearrangements, die von den Betroffenen zwangsweise realisiert werden müssen.

Als eine direkte Folge staatlicher Pflegesicherungspolitik identifizieren BUCHHOLZ/WIEGARD (1992, S. 442 f.) das Desinteresse der Individuen an freiwilligen Pflegevorsorge-Maßnahmen. So kann ein staatlich diktiertes Mindestsicherungssystem wie die Sozialhilfe zu einer „Verdrängung“ der privaten Nachfrage nach Pflegesicherungskontrakten führen.

Professionelles Pflegepersonal und Ärzte besitzen i. d. R. das medizinisch-pflegerische Definitionsmonopol bezüglich der Pflegebedürftigkeit. Sie stellen den Tatbestand der Pflegebedürftigkeit fest, analysieren verschiedene Ausprägungen bzw. Schweregrade der Pflegebedürftigkeit, bestimmen Art und Umfang der als notwendig erachteten Pflegeleistungen und verfügen somit zumindest mittelbar über eine Distributionsmacht bezüglich der Zuteilung materieller und immaterieller Pflegeleistungsniveaus.⁷⁶ Wenn sich nun die risikoaversen Individuen in ihren subjektiv empfundenen Pflegebedürfnissen nicht befriedigt fühlen, kann davon ausgegangen werden, dass jene diese Situation antizipierenden Individuen sich bei gegebener Ressourcenausstattung für die Realisierung eines zusätzlichen freiwilligen Pflegearrangements entscheiden werden.

⁷⁶ Vgl. § 18 SGB XI.

3.3.2 Determinanten der Mesoebene

Die Determinanten der Mesoebene stellen die Bedingungskonstellationen dar, die nicht im engeren Dispositionsbereich der jeweiligen Akteure liegen, wobei sie sich dessen Einflüssen entziehen können. Die regionale Pflegeinfrastruktur sowie die Verkehrsanbindung und das Wohnumfeld beeinflussen sowohl die Pflegeentscheidung der Eltern als auch die der Kinder, ihre Eltern zu pflegen oder finanziell zu unterstützen. BLINKERT/KLIE (1999, S. 56) verweisen auf eine mehr oder weniger eingeschränkte selbstständige Lebensführung älterer Menschen, wenn infrastrukturelle Defizite die Mobilität und Versorgungsmöglichkeiten jener erschweren. Hieraus entwickelt sich eine essenzielle Abhängigkeit von der Hilfe anderer Mitmenschen bzw. näherer Familienmitglieder wie die eigenen Kinder. Aus diesem Grund könnte die Bereitschaft der älteren Menschen steigen, ihr Wohnumfeld zu verlassen, um in den Genuss einer besseren Pflegeinfrastruktur zu kommen. Ein Verlassen des gewohnten Wohnumfeldes ist auch dann notwendig, wenn die Nähe der Familienangehörigen gesucht wird oder die Pflege in einer professionellen Pflegeeinrichtung unumgänglich ist. MAGER (1999, S. 79 ff.) verweist berechtigterweise darauf, dass in diesem Kontext auf die Frage, ob die vorhandene Pflegeinfrastruktur das Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen nicht signifikant beeinflusst, einzugehen ist.

Darüber hinaus könnte die vorhandene Pflegeinfrastruktur auch zu einer Substitutionsreaktion folgender Art führen:⁷⁷

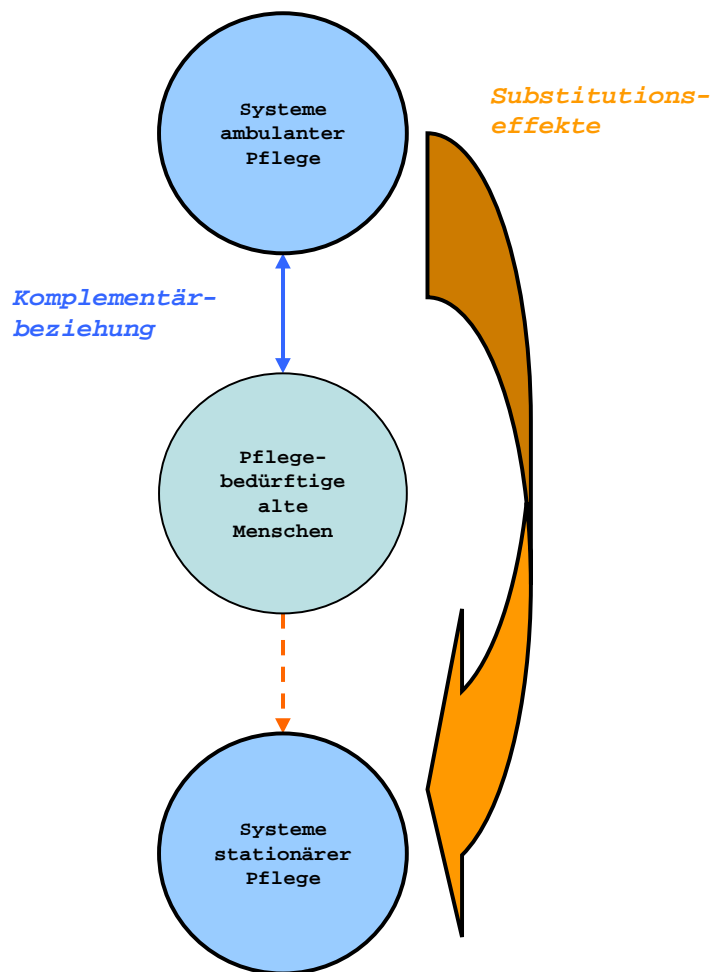
- Substitution informeller Pflegearrangements durch formelle Pflegearrangements.
- Substitution informeller und ambulanter Pflegearrangements durch stationäre Pflegearrangements in speziellen Pflegeeinrichtungen.

⁷⁷ Vgl. Schulz-Nieswandt (1995, S. 108).

Der sozialgerontologische und alterssozialpolitische erhoffte Effekt besteht jedoch in der Substitution stationärer Angebote durch die Ausdehnung ambulanter Pflegedienste.⁷⁸

Somit muss ein Angebotssystem generiert werden, welches die ambulant gestützte häusliche Pflege gegenüber der Heimpflege begünstigt. Ein ausreichendes Angebotsausmaß stellt eine notwendige Bedingung für eine informelle Pflegearrangements stabilisierende Wirkung dar. SCHULZ-NIESWANDT (1994, S. 28) betont, dass es ohne eine Unterstützung der häuslichen Pflege durch ambulante Pflegearrangements zu einer vermeidbaren Heiminanspruchnahme kommen kann.

Abbildung 15: Struktur der Substitutionsbeziehungen zwischen stationärer und ambulanter Pflege



Quelle: in Anlehnung an Schulz-Nieswandt (2000, S. 27 f.)

⁷⁸ Vgl. Schulz-Nieswandt (1994, S. 61-62).

Auffällig ist, dass in ländlichen Regionen mit einem relativ geringen Angebot an ambulanten Pflegemöglichkeiten informelle Pflegearrangements viel häufiger realisiert werden als in städtischen Regionen. Dies kann durch das größere Angebot an informellen Pflegepersonen in ländlichen Regionen begründet werden, da hier eine meist stärkere Familienbindung existiert.⁷⁹

3.3.3 Determinanten der Mikroebene

Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand – und der damit zusammenhängende Schweregrad der Pflegebedürftigkeit – stellt eine wichtige Determinante der Mikroebene dar. Mit zunehmend schlechter werdendem Gesundheitszustand steigt der Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen an.⁸⁰ Der physische und psychische Gesundheitszustand ist einer der Hauptgründe für eine Heimübersiedlung, denn mit steigendem Pflegegrad steigt auch die notwendige spezielle Qualifikation des Pflegepersonals, die informelle Pflegenden i. d. R. nicht besitzen. Nicht alle informellen Pflegekräfte sind in der Lage, den Anforderungen an physischer und psychischer Leistungsfähigkeit für eine ausreichende Pflegeleistung gerecht zu werden.⁸¹ MAGER (1999, S. 102) verweist darauf, dass aus diesem Grund nicht jede informelle Pflegekraft für die Pflege des Betroffenen geeignet ist. Dies schließt somit die alleinige Pflegebereitschaft als ausreichendes Qualifikationskriterium zur informellen Pflege aus. Nicht jeder, der pflegen will, kann dies auch wirklich in einem ausreichenden Maße gewährleisten.

Lebensalter

Die demografischen Determinanten der Mikroebene wie Alter, Familienstand und Geschlecht symbolisieren wichtige Selektionsfaktoren der Pflegearrangementnachfrage.

⁷⁹ Vgl. Schulz-Nieswandt (2000, S. 27 f.).

⁸⁰ Vgl. Schulz-Nieswandt (1990, S. 66).

⁸¹ Vgl. Maly (2001, S. 58).

Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, korreliert positiv mit dem Lebensalter. Das zunehmende kalendarische Alter hat meist eine Beeinträchtigung der physischen und psychischen Gesundheit zur Folge, sodass selbstständige alltägliche Lebensaufgaben zunehmend schwerer wahrgenommen werden können, wodurch infolgedessen die Pflegebedürftigkeit oft als die direkte Folge des Alterns unausweichlich ist. Interessanterweise existiert keine eindeutige Präventionsformel zur Vermeidung der Pflegebedürftigkeit in Bezug auf die Lebensweise eines Menschen. Während KRUSE (1992, S. 336) auf die negativen Folgen von Stress sowie individuelle Ernährungs- und Bewegungsmängel, die die Entstehung von Krankheiten im Alter begünstigen, verweist, konzentriert sich die Argumentation von WERNER (1997, S. 89) auf die ebenfalls mit dem Lebensalter steigende Wahrscheinlichkeit des Pflegerisikos aufgrund eines gesunden Lebensstils. WERNER (1997, S. 89 f.) identifiziert die Altersdemenz als die häufigste Einzelursache für die Pflegebedürftigkeit im fortgeschrittenen Lebensalter. BICKEL (1992, S. 49) verweist auf ca. 6 % von Demenzpatienten in der Altenbevölkerung. Dabei korreliert die Altersdemenz sehr deutlich mit der Institutionalisierung alter Menschen, wobei auch hier andere Risikofaktoren wie Depression und fehlende Pflegebemühungen der Familienangehörigen eine signifikante Rolle spielen.

Moderne Diagnose- und Therapiemöglichkeiten verlängern zwar das Leben der Betroffenen, doch dies führt zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und damit zu einem Anstieg der Pflegebedürftigenzahl.⁸² BALTES/BALTES (1992, S. 14 f.) betonen jedoch, dass biologisches und chronologisches Alter häufig nicht deckungsgleich sind und somit die Pflegebedürftigkeit keine eindeutige Folge des Altseins darstellt.

⁸² Vgl. Greve (2001, S. 3).

Nicht nur das Alter der Pflegebedürftigen, sondern auch das der informellen Pflegepersonen stellt einen zu berücksichtigenden Faktor dar. Denn die Pflegefähigkeit der informellen Pflegeperson wird auch entscheidend durch ihr Alter beeinflusst, sodass dieses eine signifikante Determinante des Pflegeentscheidungsprozesses auf der Angebotsseite symbolisiert.⁸³ Mit zunehmendem Lebensalter dezimiert sich allmählich sowohl die physische als auch psychische Leistungsfähigkeit der informellen Pflegepersonen. Nach MAGER (1999, S. 103) eignen sich jedoch ausschließlich Personen mit einer „hinreichenden körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit“ für die Versorgung und Pflege der Betroffenen. Obwohl dies auf eine vergleichsweise junge Generation von Pflegenden schließen lassen sollte, zeigt die Untersuchung von SCHNEEKLOTH/MÜLLER (1999, S. 54) das eher überraschende Ergebnis auf, dass 50 % der Pflegepersonen zwischen 40 und 64 Jahre sind, wobei ein Drittel von ihnen die Altersmarke von 64 Jahren überschreitet.

Geschlecht

In Deutschland übertrifft der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen den der Männer.⁸⁴

Nach KLEIN (1996, S. 110) lässt sich der hohe Anteil von Frauen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen auf die über alle Altersgruppen hinweg höhere Lebenserwartung der Frauen im Vergleich zu jener der Männer zurückführen. MALY (2001, S. 16 f.) sieht die häufigere Verwitwung von Frauen, aufgrund der Lebenserwartung und Altersunterschiede mit dem Ehegatten, als wichtigen Faktor für die höhere Eintrittsrate der Frauen in die Heimpflege, denn i. d. R. sind die Männer älter als die Ehefrauen und haben eine größere Chance, von einem jüngeren Ehepartner informell gepflegt zu werden als die Frauen. Zudem ist der Anteil der stationär gepflegten Frauen an allen pflegebedürftigen Frauen höher als der Anteil der in den stationären Einrichtungen gepflegten Männer an der Gesamtzahl

⁸³ Vgl. Maly (2001, S. 40 f.).

⁸⁴ Vgl. Blinkert/Klie (1999, S. 42).

der pflegebedürftigen Männer. Der Grund dafür liegt darin, dass sowohl das individuelle Pflegebedürftigkeitsrisiko als auch das Institutionalierungsrisiko nicht durch die Variable „Geschlecht“, sondern durch die Variable „höheres Lebensalter“ und „Familienstand“ determiniert werden.⁸⁵ Ca. 80 % der informellen Pflegeleistungen werden von Frauen erbracht.⁸⁶ Hierbei handelt es sich überwiegend um weibliche Lebenspartner, Töchter, Schwiegertöchter oder Mütter, die jeweils der Altersgruppe der 50- bis 70-Jährigen angehören.⁸⁷

MAGER (1999, S. 104) verweist auf die traditionelle geschlechterspezifische Rollenverteilung der Frauen, die als Folge die Dominanz der Frauen in den Gesundheits- und Pflegeberufen erklärt. Diese geschlechterspezifische Arbeitsteilung führt zu „Produktivitätsvorteilen“, die eine Effizienzsteigerung der haushaltsinternen Wohlfahrtsproduktion bewirkt.

Zu beachten ist jedoch die ungünstige demografische Entwicklung, die zu einer weiter steigenden Dezimierung junger und in Bezug auf die Pflege leistungsfähiger Pflegekräfte führt. In diesem Zusammenhang wird die Situation zudem durch die steigende Erwerbsquote von Frauen verschärft, da diese ihnen eine aktive Rolle in der Pflege weiter erschwert.⁸⁸

„Der Wunsch nach finanzieller Unabhängigkeit und persönlicher Selbstbestimmung erfordert die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit.“⁸⁹

Soziale Netze

Das informelle Pflegepotenzial wird durch die einzelnen Familienangehörigen (Ehepartner, Kinder, Enkel) sowie das nähere soziale Umfeld (Nachbarn, Freunde) gestellt. In der Regel wird die Pflege von der Familie übernommen bzw. sichergestellt.⁹⁰ Durch den Anstieg der kinderlosen Partnerschaften und die Zunahme der Scheidungsrate verschärfen sich wiederum die negativen Pflegeaussichten älterer

⁸⁵ Vgl. Blinkert/Klie (1999, S. 42).

⁸⁶ Vgl. Maly (2001, S. 16 f.).

⁸⁷ Vgl. Blinkert/Klie (1999, S. 122 ff.) und Mager (1999, S. 104).

⁸⁸ Vgl. Maly (2001, S. 7).

⁸⁹ Vgl. Prognos (1990, S. 45).

⁹⁰ Vgl. Höhn (1995, S. 10).

Menschen.⁹¹ Sicherlich üben auch andere Faktoren einen gravierenden Einfluss auf die Existenz potenzieller Pflegepersonen aus, doch die Stabilität des sozialen Umfeldes der Menschen wird zunehmend von gesellschaftlichen Entwicklungen gestört, wodurch die Pflegeproblematik lediglich weiter verschärft werden wird.

Ökonomische Ressourcen

Gemäß mikroökonomischen Lehrmeinungen wird die individuelle Konsummöglichkeit eines Wirtschaftssubjektes entscheidend durch die ihm zur Verfügung stehende Kaufkraft bzw. das Budget beschränkt.⁹² Somit stellt die finanzielle Situation, widergespiegelt durch das individuelle Einkommen und Vermögen, eine weitere wichtige Nachfragedeterminante dar. Einerseits bevorzugen Wirtschaftssubjekte mit hohem Einkommen und Vermögen formelle Pflegearrangements stärker als Wirtschaftssubjekte mit geringem Einkommen. Existiert nun ein Mindestsicherungssystem, das nur die als notwendig erachteten Pflegeleistungen zur Verfügung stellt, so ist ein zusätzliches Pflegesicherungsarrangement für die Besserverdiener nur dann attraktiv, wenn ihr gewünschtes Konsumniveau im Pflegefall aufrechterhalten werden kann. WINTERS (1996, S. 73 f.) erkennt jedoch, dass die Aufwendungen für freiwillige Pflegearrangements nur einen geringen Konsumverzicht in der Gegenwart erzeugen dürfen, um den eigenen Willen zur Vorsorge nicht zu gefährden.

Andererseits sind finanziell wohlhabende Wirtschaftssubjekte nicht zwangsläufig auf den vorsorglichen Abschluss formeller Pflegearrangements angewiesen, da sie im Pflegefall über ausreichende Finanzmittel verfügen, um die gewünschte Pflegeleistung selbst einkaufen zu können. Nach MAGER (1999, S. 105) ist die präventive Eigenvorsorge durch den Abschluss formeller Pflegearrangements bei gleichzeitiger Existenz eines Mindestsicherungssystems für die Wirtschaftssubjekte mit einer niedrigen Einkommens- und Vermögenssituation unattraktiv. Denn

⁹¹ Vgl. Blinkert/Klie (1999, S. 43, 92).

⁹² Es sei hier von etwaigen Angebotsengpässen abstrahiert.

das nach Abzug der finanziellen Aufwendungen für das formelle Pflegearrangement verbleibende Einkommen wäre so gering, dass es den (unsicheren) Einkommenszuflüssen ohne Pflegeversicherungsschutz nicht vorgezogen wird.

Weiterhin unklar ist der Effekt bezüglich des Einflusses von Einkommen auf die Selektion alternativer Pflegearrangements. Denn zum einen besitzen die finanziell besser situierten Wirtschaftssubjekte die Möglichkeit, selbst für die Kosten stationärer bzw. professioneller Pflegearrangements aufzukommen, sodass sie meist unabhängig von formellen Pflegeleistungen sind. Zum anderen kann das finanzielle Vermögen oder können Teile davon als Belohnung⁹³ für informelle Pflegeleistungen anderer Wirtschaftssubjekte genutzt werden und so die Existenz informeller Pflegearrangements sichern. Laut GREENE/ONDRICH (1990, S. 252 f.) sind die potenziellen Erben von pflegebedürftigen Hausbesitzern sehr daran interessiert, diese nicht in einem Heim unterzubringen, um die das (Immobilien-)Vermögen schmälern, Heimkosten zu sparen. Das Institutionalisierungsrisiko korreliert somit negativ mit der Variable „Hausbesitz“.⁹⁴ Die stationäre Pflege stellt für Bezieher niedriger Einkommen mit zudem niedrigem Vermögen häufig eine letzte Lösung dar, vor allem dann, wenn die Zahlung eines Selbstbehaltes an den Pflegekosten betragsmäßig über den Kosten für Miete und Nahrung liegt. Eine kostengünstige Alternative stellen auch für diese Personen informelle Pflegearrangements dar, die das Einkommen und das Vermögen der Betroffenen (und indirekt auch das ihrer Nachkommen) schonen helfen. Die „finanzielle Leistungsfähigkeit“ der Kinder kann ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme informeller Pflegearrangements ausüben.⁹⁵ WINTERS (1996, S. 104 f.) betrachtet die Nutzenanalyse der Kinder als Indikator für ein mögliches Interesse dieser an der Realisation informeller Pflegearrangements zum Vorteil ihrer Eltern.

⁹³ Zum Beispiel als Erbschaft oder laufende Übertragung von Vermögen.

⁹⁴ Vgl. Greene/Ondrich (1990, S. 252 f.).

⁹⁵ Vgl. Mager (1999, S. 106).

Stiftet beispielsweise die informelle Pflege einen Nutzen, sich in der Höhe der zu erwartenden Erbschaft widerspiegelnd, der den finanziellen (Erwartungs-)Nutzen aus dem Verzicht auf die informelle Pflege übersteigt, so sind die Kinder an der Realisation der informellen Pflegearrangements interessiert. Es existiert auch dann ein Interesse an informeller Pflege der Eltern, wenn die Kinder aufgrund gesetzlicher Unterhaltsverpflichtungen an den stationären Pflegekosten beteiligt werden. Somit lässt sich auch im Falle eines niedrigen Einkommens der Kinder ein negativer Einfluss auf das Institutionalisierungsrisiko identifizieren.

Schichtzugehörigkeit

Die Schichtzugehörigkeit wird von SCHULZ-NIESWANDT (1990, S. 70 f.) als ein ebenfalls entscheidender Faktor für die Realisationsentscheidung informeller Pflegearrangements identifiziert. Aufgrund schlechter Wohnsituationen, defizitärer Sozialnetze sowie dem geringen Einkommen der unteren Schichten existiert eine starke Tendenz zur Inanspruchnahme stationärer bzw. formeller Pflegearrangements. Die Heimpflege ist in diesem Fall eine dominante Pflegealternative.

Trotz der guten Vermögens- und Einkommenssituation höherer sozialer Schichten wird in ihrem Fall die Heimpflege in der Regel nicht in Anspruch genommen.

Preiselastizität

Die Preise für professionelle bzw. formelle Pflegearrangements stellen eine zusätzliche Entscheidungs determinante dar. MAGER (1999, S. 106) weist in diesem Zusammenhang auf die Tatsache hin, dass Preise für professionelle Hilfs- und Pflegeleistungen sich nicht als Ergebnis betriebswirtschaftlicher Kalkulationen betrachten lassen. Aufgrund vielfacher staatlicher Regulierungen stellen diese Preise keinen im

volkswirtschaftlichen Sinne relevanten „Knappheitsindikator“ dar, sondern ein staatlich gesteuertes Instrument der Sozialpolitik.⁹⁶

Bei den professionellen Pflegearrangements handelt es sich um sog. superiore Güter, woraus eine negative Korrelation der Nachfrage nach formellen Pflegearrangements mit deren Preisen resultiert. Nach MAGER (1999, S. 107) ist die Stärke der Korrelation umso geringer ausgeprägt, je geringer die Selbstkosten eines Pflegearrangements ausfallen. BÖRSCH-SUPAN/SPIEB (1995, S. 6) stufen Preiseffekte hauptsächlich im Falle von „Selbstzahlern“ als relevant ein.

Wohnsituation

Auch die Wohnsituation der Pflegebedürftigen stellt eine bedeutende Entscheidungsdeterminante dar, denn mit sinkender Wohnqualität der Betroffenen steigt die Wahrscheinlichkeit der Heiminanspruchnahme. Die Möglichkeit ambulanter Versorgung in den eigenen „Vier Wänden“ wird entscheidend von der räumlichen Dimension und der Ausstattung des Wohnraums beeinflusst. Zudem steigt die Wahrscheinlichkeit, informelle Pflegearrangements nutzen zu können, wenn die informellen Pflegepersonen in unmittelbarer Nähe wohnhaft sind.⁹⁷

3.4 Die Sozialhilfe in der Diskussion

Vor der Einführung der GPV hatte die Sozialhilfe den Status einer staatlichen Regellösung bei Pflegebedürftigkeit. Doch auch nach Einführung der GPV verlor die Sozialhilfe nicht wesentlich an Bedeutung für sozialschwache Pflegebedürftige. Die begrenzte Leistungshöhe der GPV verhindert eine Vollkostenversicherung der Pflegebedürftigen. Werden Aufwendungen der Pflege nicht vollständig durch den Pauschalsatz des Leistungskatalogs gedeckt, wird der Versicherte selbst in die

⁹⁶ Vgl. Badelt et al. (1996, S. 9 f.).

⁹⁷ Vgl. Mager (1999, S. 107).

Zahlungsverpflichtung für die Restleistung genommen.⁹⁸ Ist nun der Betroffene aufgrund seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse nicht in der Lage, diesen Selbstkostenanteil autonom zu begleichen, so werden dessen Kinder vom Gesetzgeber als Zahler verpflichtet. Im Falle ebenfalls einkommens- und vermögensschwacher Kinder, die dieser Zahlungsverpflichtung nicht nachkommen können, muss die Sozialhilfe und somit die Allgemeinheit die zusätzlichen Pflegeausgaben begleichen. Somit ist hier eine Möglichkeit zum Moral-Hazard-Verhalten bzw. opportunistischen Ausnutzen der Sozialhilfe existent. Zwar bietet die GPV keine Vollkostenversicherung gegen Pflegebedürftigkeit an, doch die Sozialhilfe kann durch ihren Eingriff dieses – vom Versicherten stets bevorzugte – Vollversicherungsverhältnis *ex post* generieren. Die Möglichkeit, *ex post*, also nach Eintritt des Versicherungsfalls, auf die Sozialhilfe zurückzugreifen, kann den Anreiz zu einer ausreichenden individuellen Eigenvorsorge eliminieren und somit ein Moral-Hazard-Verhalten provozieren. Dies soll anhand des folgenden Modells in Zusammenhang mit dem Erwartungsnutzenkalkül der einzelnen Versicherten näher dargestellt werden. Das Grundmodell orientiert sich an dem von SINN (1982, S. 150 f.):

- Das Nettoeinkommen des *risikoaversen* Versicherten nach Abzug der Sozialabgaben sei y , wodurch er einen Nutzen $u(y)$ erfährt.
- Es sei zunächst angenommen, dass die Sozialhilfe nicht existiert.
- Die Wahrscheinlichkeit, zum Pflegefall zu werden, sei durch π gegeben.
- Durch die GPV werden Kosten in Höhe k nicht gedeckt, was den Selbstbehalt des Betroffenen symbolisiert.

Ohne eine zusätzliche Versicherung als Absicherung gegen den unbekanntem Selbstbehalt k realisiert der einzelne Versicherte folgenden Erwartungsnutzen (EU):

- $EU = (1 - \pi) u(y) + \pi u(y - k)$

⁹⁸ Vgl. § 87 SGB XI.

Entscheidet sich der Versicherte nun für eine Zusatzversicherung, so muss er eine Versicherungsprämie in Höhe von πk entrichten, wodurch er nun einen Erwartungsnutzen

- $EU_v = u(y - \pi k)$

erhält.

Da der Versicherte annahmegemäß risikoavers ist bzw. eine konkav verlaufende Risikonutzenfunktion besitzt, fällt sein Erwartungsnutzen EU_v bei Abschluss einer Versicherung größer aus als im Falle ohne zusätzliche Versicherung.

Somit gilt:

- $EU_v > EU$,

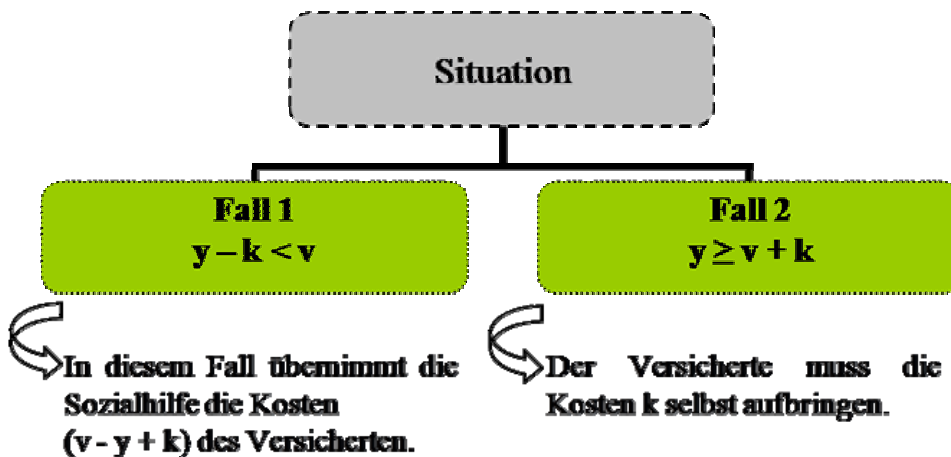
demnach lässt sich für den risikoaversen Versicherten durch den Abschluss einer Zusatzversicherung ein höherer Erwartungsnutzen realisieren als ohne diese Vorsorgemaßnahme, auch wenn Ex-ante-Kosten von (πk) zu entrichten sind.⁹⁹

Nun sei die Situation betrachtet, in der die Sozialhilfe im Pflegefall die Kosten k einkommensschwacher Betroffener übernimmt und für diese eine Art Zusatzversicherung darstellt, ohne dass diese jemals selbst eine Eigenvorsorge geleistet haben.

- Die Sozialhilfe garantiert jedem Bundesbürger ein Existenzminimum v und führt dadurch zu zwei entscheidenden Fällen:

⁹⁹ Vgl. Buchholz/Wiegard (1992, S. 442 f.).

Abbildung 16: Die Sozialhilfeempfangsbedingung



Quelle: eigene Darstellung

Deutlich zu erkennen ist, dass bei Existenz der Sozialhilfe die Versicherten, die davon ausgehen können, mit höchster Wahrscheinlichkeit in den Genuss der Sozialhilfe zu kommen, keinen Anreiz verspüren, durch den Abschluss einer Zusatzversicherung Mehrkosten auf sich zu nehmen. Vielmehr können sie nun ohne die Mehrkosten (πk) einen höheren Erwartungsnutzen EU realisieren:¹⁰⁰

- $(1 - \pi) u(y) + \pi u(v) > (1 - \pi) u(y) + \pi u(y - k)$

Gegensätzlich gestaltet sich die Situation der Versicherten, die sich nicht auf die Hilfe der Sozialhilfe verlassen können. Diese werden weiterhin den Abschluss einer Zusatzversicherung präferieren und die Mehrkosten akzeptieren.

Die Moral-Hazard-Problematik lässt sich ebenfalls anhand des spieltheoretischen Modells des Gefangenendilemmas – wie in Abschnitt 3.2.1.3 – abbilden. In dieser Situation treffen erneut zwei konträre Kalküle aufeinander. Auch hier ist die dominante Strategie des Versicherten eindeutig die Handlungsalternative, nicht zu kooperieren bzw. sich nicht zusätzlich gegen das Pflegeversicherungsrisiko zu versichern.

¹⁰⁰ Vgl. Buchholz/Wiegard (1992, S. 444).

3.5 Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse

In den vorangegangenen Unterkapiteln wurden die möglichen Arten von Moral-Hazard-induziertem Verhalten analysiert. Diese können zeitlich variieren und nicht nur direkt von den Versicherten selbst, sondern auch von Dritten ausgehen. Die Analyse des internen Ex-ante-Moral-Hazard-Risikos hat gezeigt, dass als einzig relevantes Verhalten der Versicherten die Vortäuschung der Pflegebedürftigkeit betrachtet werden kann. Die Monitoring-Aktivität des MDK stellt in dieser Hinsicht ein notwendiges Präventionsmittel dar. Ein mehrheitliches Ex-ante-Moral-Hazard-Verhalten und somit auch das Risiko von Ex-ante-Moral-Hazard selbst werden jedoch als eher unwahrscheinlich eingestuft. Im konträren Fall besteht ein Anreiz des Versicherten, sich als Pflegebedürftiger ex post in eine nächsthöhere Pflegestufe zu simulieren. Interner Ex-post-Moral-Hazard ist das zwingende Ergebnis des Pauschalleistungscharakters der GPV. Der MDK stellt auch in diesem Fall das einzig effektive Präventionsinstrument dar, wenn eine Möglichkeit zur Begrenzung des Problems gesucht wird. In Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Geldleistungen bei familiärer Pflege der Betroffenen lässt sich als Ergebnis kein relevantes Moral-Hazard-Risiko identifizieren. Auch im Falle formeller ambulanter Pflege lassen sich keine Anhaltspunkte für ein internes Ex-post-Moral-Hazard-Risiko finden. Übernachtung nach formellen Pflegediensten ist das Ergebnis staatlicher Interventionen auf dem Markt für Pflegeleistungen und nicht die Folge von opportunistischem Verhalten der Versicherten. Zugleich lässt sich die Adverse-Selection-Annahme nicht bestätigen, da die GPV keine Ausgrenzung von Versicherten vorsieht bzw. nicht nach Pflegerisiken der Versicherten differenzieren darf.

Nachdem die internen Risiken von Moral Hazard zusammenfassend dargestellt wurden, werden nun die Resultate bezüglich der externen Formen von Moral-Hazard-induziertem Verhalten zusammenfassend dargestellt.

Zunächst kann die Annahme von externem Ex-ante-Moral-Hazard als irrelevant betrachtet werden. Externe Akteure haben ex ante keine Möglichkeit der Einflussnahme.

In Abschnitt 3.2.2.2 wurde aufgezeigt, dass ein Ex-post-Moral-Hazard-Anreiz der informellen Pflegepersonen nicht auszuschließen ist und zugleich durch persönliche Unzufriedenheit der Pflegeperson verstärkt begünstigt wird. Die persönliche Zufriedenheit der Pflegeperson mit der Gesamtsituation, unter der die Pflege erbracht werden muss, bildet den maßgeblichen Faktor gegen oder für ein Moral-Hazard-induziertes Verhalten. Die zwischenmenschliche Nähe zu dem Pflegebedürftigen und auch eine subjektiv als fair empfundene Kompensation – sei sie nun monetärer und/ oder ideeller Art – schmälern die Wahrscheinlichkeit eines opportunistischen Verhaltens zulasten des Pflegebedürftigen. Formelle Pflegepersonen sind ebenfalls dem Moral-Hazard-Anreiz ausgesetzt. Moral-Hazard-induziertes Verhalten scheint hier die logische Konsequenz staatlicher Intervention in den Preisfindungsprozess auf dem Pflegemarktsektor zu sein. Aufgrund fehlender markträumender Preise auf diesem Sektor des Marktes existiert ein intensiver Anreiz zu Qualitätsdumping in der professionellen Pflege. Wie des Öfteren herausgestellt, kann lediglich der MDK eine gewisse Prävention herbeiführen. Eine vollkommene Prävention wird unter den bestehenden Rahmenbedingungen generell auszuschließen sein.

Der sogenannte Heimsog-Effekt beschreibt die mögliche Folge von internem oder externem Ex-post-Moral-Hazard .

Die Befürchtung eines Heimsog-Effektes aufgrund von Ex-post-Moral-Hazard-Verhalten der Pflegebedürftigen kann als unbegründet angesehen werden, denn eine Heimunterbringung stellt für die Mehrzahl der Versicherten keine attraktive Option dar. Betrachtet man das Ex-post-Moral-Hazard-Verhalten der Angehörigen, so lassen sich aus ökonomischer Perspektive betrachtet finanzielle Anreize für eine Heimunterbringung von Angehörigen erkennen. Jedoch kann die Annahme getroffen werden, dass die psychologisch begründete Ablehnungshaltung gegenüber der

Heimunterbringung durch die Betroffenen die ökonomisch identifizierte und sozialpolitisch ungewollte Moral-Hazard-induzierte Anreizwirkung der Heimunterbringung aufseiten der Angehörigen dominiert. Auch im Falle von externem Ex-post-Moral-Hazard wird somit die Heimsog-These als eher unwahrscheinlich eingestuft.

In Bezug auf die Sozialhilfe wurde eine starke Tendenz der Versicherten aufgezeigt, sich nicht zusätzlich gegen das Pflegerisiko zu versichern. Dies untermauert die Annahme eines Moral-Hazard-Verhaltens, wodurch die Sozialhilfe zulasten der Allgemeinheit als kostenlose Zusatzversicherung missbraucht wird.

Werden im weiteren Zusammenhang die Determinanten des Pflegeentscheidungsprozesses in die Analyse mit einbezogen, so kann die staatlich diktierte Mindestsicherungsform, nämlich die Sozialhilfe, als Verdrängungsfaktor der Nachfrage nach zusätzlichen Pflegesicherungskontrakten betrachtet werden. Individuen, die finanziell in der Lage sind, sich gegen das Pflegerisiko versicherungstechnisch zusätzlich abzusichern, werden dies nur dann tun, wenn sie die begrenzten materiellen und immateriellen Pflegeleistungen der Sozialhilfe antizipieren. Die Analyse der Determinanten der Mesoebene führt zum Ergebnis, dass ein ausreichendes Angebotsausmaß an ambulanter Pflege die notwendige Bedingung für eine stabilisierende Wirkung auf informelle Pflegearrangements darstellt. Eine mangelnde Unterstützung der häuslichen Pflege durch ambulante Pflegearrangements begünstigt einen Heimsog-Effekt. Die Determinanten der Mikroebene werden durch vielschichtige Faktoren gebildet, die ineinander übergreifend, jedoch trotzdem autonom maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidung zugunsten der Heimunterbringung ausüben. Dieses Resultat vor Augen geführt, kann die Moral-Hazard-Annahme in Bezug auf die Heimsog-These nicht als gewichtiger Faktor betrachtet werden.

Somit kann die Moral-Hazard-Annahme auch in Bezug auf einen hierdurch ausgelösten Heimsog-Effekt nicht bestätigt werden.

Der Crowding-out-Effekt stellt eine weitere Folge von externem Ex-post-Moral-Hazard-Verhalten dar. Während die Heimsog-These einzig den negativen Effekt der unnötigen Heimunterbringung von Betroffenen befürchtet, bezieht sich die Crowding-out-These auf die externe Ex-post-Moral-Hazard-gestützte Verdrängung von Familiensolidarität.

In Kapitel 4 soll diese These näher untersucht werden.

4. Der Crowding-out-Effekt – Welchen Einfluss üben Sozialleistungen auf die Familiensolidarität aus?

Die Pflegeversicherung hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Versicherten bei Eintreten der Pflegebedürftigkeit unterstützend zur Seite zu stehen.

Es stellt sich nun die Frage, ob diese Hilfe nicht eventuell einen konträren ungewollten Effekt herbeiführt, der sich in einer Verdrängung familiärer Solidarität gegenüber den Betroffenen widerspiegelt. Angehörige könnten durch die geleistete Hilfe des Staates dem Moral-Hazard-Anreiz ausgesetzt sein eigene Hilfsleistungen bzw. Aufgaben auf den Staat abzuwälzen, um sich anderen Aufgaben zuwenden zu können. Anhand folgender mikroökonomischer, moralökonomischer und empirischer Betrachtungsweisen soll in diesem Kapitel dieser Fragestellung nachgegangen werden.

4.1 Mikroökonomische Analyse

Gemäß der Crowding-out-These verdrängt die staatliche Hilfe familiäre Pflegeengagements, sodass eine substitute Beziehung zwischen staatlichen und familiären Pflegeengagements besteht. Aus mikroökonomischer Sicht würden in diesem Fall Pflegebedürftige bei der Wahl des Pflegekonsums bei einem Anstieg formeller Pflegeangebote mit einem Konsumverzicht informeller Pflege reagieren. Umgekehrt würden Familienangehörige aus ihrem mikroökonomischen Nutzenkalkül heraus ihr Pflegeangebot verringern, wenn ihre Aufgaben zunehmend durch staatliches Engagement

substituiert werden. Im Folgenden soll nun anhand eines mikroökonomischen Modells¹⁰¹ eine genauere Analyse der Crowding-out-These vorgenommen werden.¹⁰²

4.1.1 Pflegegeld

Es sei nun ein Zwei-Personen-Haushalt betrachtet, welcher aus einer erwachsenen Tochter t und einer pflegebedürftigen Mutter m besteht. Zudem sei die Mutter geistig hinreichend gesund, um selbstständig handeln und entscheiden zu können. Ihr Konsum privater Güter sei durch die positive Funktion C^m und ihre Nachfrage nach formeller Pflege durch die positive Funktion F dargestellt, wobei F als Zeiteinheit definiert wird. Ihre ansteigende und strikt konkav verlaufende Nutzenfunktion, die es zu maximieren gilt, lautet:

$$U = U(F, C^m) \rightarrow \max \quad (1)$$

Sie maximiert ihren Gesamtnutzen unter Berücksichtigung des ihr zur Verfügung stehenden Budgets, welches sich aus ihrem exogenen Einkommen Y und dem ihr zustehenden Pflegegeld T^m bildet.

$$\begin{aligned} Y + T^m &= P^F F + C^m \\ \Rightarrow Y &= P^F F + C^m - T^m \end{aligned} \quad (2)$$

Der Preis einer Einheit formellen Pflegeengagements beträgt P^F , wobei gilt: $P^F > 1$. Der Preis einer Einheit privaten Konsums sei auf eins normiert. Um die nutzenmaximale Gütermengenkombination bestimmen zu können, bilden wir die zugehörige Lagrange-Funktion:

$$L = U(F, C^m) + \lambda(Y - P^F F - C^m + T^m) \quad (3)$$

Für die partiellen Ableitungen nach F , C^m und λ ergeben sich:

$$L'(F) = U'(F) - \lambda P^F = 0 \Rightarrow \lambda = U'(F) \frac{1}{P^F} \quad (4)$$

$$L'(C^m) = U'(C^m) - \lambda = 0 \Rightarrow \lambda = U'(C^m) \quad (5)$$

¹⁰¹ Dieses Modell lehnt sich leicht an das Modell von Michaelis/Arntz/Spermann (2005, S. 8 f.) an, folgt jedoch einem eigenen Konzept.

¹⁰² Zudem sei darauf hingewiesen, dass ein Moral-Hazard-Verhalten aller Parteien in diesem Modell als ausgeschlossen angenommen wird.

$$L'(\lambda) = Y - P^F F - C^m + T^m = 0 \quad (6)$$

Durch Gleichsetzen der Gleichungen (4) und (5) erhalten wir:

$$P^F = \frac{U'(F)}{U'(C^m)} \quad (7)$$

Im Nutzenmaximum muss das Verhältnis der Grenznutzen einer Konsumeinheit F und C^m dem Preis einer Konsumeinheit F entsprechen. Somit ist zu erkennen, dass die Mutter den Grenznutzen einer zusätzlichen Einheit formeller Pflege stets um genau den Faktor P^F höher bewertet als eine zusätzliche Einheit des Konsums privater Güter.

Ersetzt man nun P^F in der Gleichung (6) mit (7), erhält man für die optimale Konsummenge F und C^m :

$$F = (Y - C^m + T^m) \frac{U'(C^m)}{U'(F)} \quad (8)$$

$$C^m = Y - \frac{U'(F)}{U'(C^m)} F + T^m \quad (9)$$

An der Gleichung (8) und (9) ist deutlich erkennbar, dass ein erhöhtes Pflegegeld an die Mutter ihre Nachfrage nach formeller Pflege und den privaten Konsum ansteigen lässt. Da der Grenznutzen formeller Pflege höher bewertet wird, wird sie bevorzugt den Konsum formeller Pflege erhöhen. Ein Anstieg im Preis der formellen Pflegeleistung wird sowohl den Konsum von F als auch C^m senken. Der höhere Grenznutzen von F wird die Mutter zu einem stärkeren Konsumverzicht von C^m bewegen.

Betrachten wir nun das Nutzenkalkül der Tochter. Ihre Nutzenfunktion setzt sich aus der positiven Funktion des Konsums privater Güter C^t und der Funktion ihres informellen Pflegeengagements I , welches ebenfalls wie F als Zeiteinheit definiert sei, zusammen:

$$U = U(C^t, I) \quad (10)$$

Die Tochter muss ebenfalls bei der Maximierung ihres Nutzens eine Budgetbeschränkung berücksichtigen:

$$(M - I) W = C^t - aT^m \quad (11)$$

Ihr Einkommen setzt sich aus der Differenz zwischen ihrer als exogen angenommenen Gesamtarbeitszeit M und der geleisteten informellen Pflege multipliziert mit dem auf dem Arbeitsmarkt pro Zeiteinheit erhältlichen Lohnsatz W zusammen. Der Preis der privaten Konsumgüter sei ebenfalls auf eins normiert. Zudem sei die Tochter altruistisch motiviert, sodass ihr die Gesundheit der Mutter zusätzlichen Nutzen stiftet. Die Mutter antizipiert dies und kompensiert ihre Tochter mit dem Anteil a (mit $0 < a \leq 1$) am Pflegegeld, sodass die Tochter ein Pflegegeld in Höhe von $a T^m$ von der Mutter erhält. Dieses Pflegegeld kann die Tochter auch für den privaten Konsum verwenden.

Anhand der Lagrange-Funktion

$$L = U(C^t, I) + \lambda((M - I)W - C^t + aT^m) \quad (12)$$

ergeben sich für die Bedingungen erster Ordnung:

$$L'(C^t) = U'(C^t) - \lambda = 0 \Rightarrow U'(C^t) = \lambda \quad (13)$$

$$L'(I) = U'(I) - \lambda W = 0 \Rightarrow U'(I) = \lambda W \quad (14)$$

$$L'(\lambda) = (M - I)W - C^t + aT^m = 0 \quad (15)$$

Nach der uns bereits bekannten Prozedur ergeben sich für die optimale Menge I und C :

$$I = M - (C^t - aT^m) \frac{U'(C^t)}{U'(I)} \quad (16)$$

$$C^t = (M - I) \frac{U'(I)}{U'(C^t)} + aT^m \quad (17)$$

Es lässt sich erkennen, dass ein erhöhtes Pflegegeld an die Tochter das Angebot informeller Pflege ansteigen lässt. Die Mutter wiederum wird ihre Nachfrage nach formeller Pflege senken, um ihre Tochter kompensieren zu können. Gleichzeitig kann die Tochter diese zusätzliche Einnahme für zusätzlichen privaten Konsum verwenden.

Die Tochter wird also ihr Zeitbudget zugunsten der informellen Pflegeaktivität umschichten und weniger Zeit auf dem Arbeitsmarkt investieren.

Da der Grenznutzen von I mit jeder zusätzlichen Einheit sinkt, wird die Tochter ab dem optimalen Pflegeeinsatz ihr marktfähiges Arbeitsangebot steigern und somit über ein gestiegenes Lohneinkommen ein höheres privates Konsumniveau realisieren.

Dies bedeutet somit, dass eine Erhöhung des Pflegegeldes über den optimalen Wert

$$T^m = \left(C^t - \frac{U'(I)}{U'(C^t)} (M - I) \right) \frac{1}{a} \quad (18)$$

hinaus den privaten Konsum ansteigen lässt und einen unterproportionalen Anstieg des informellen Pflegeengagements bewirkt.

Das Crowding-out von I ist daher nur partieller Natur, denn da der Grenznutzen von I stets positiv ist, wird ein Anstieg in T gleichzeitig auch einen – wenn auch sinkenden – Anstieg in I bewirken. Im Gegenzug wird die Mutter vermehrt formelle Pflege nachfragen und den eigenen Konsum ausweiten.

Die Frage, ob das Pflegegeld an die zu pflegende Mutter oder die pflegende Tochter ausgezahlt werden sollte, kann auch anhand dieses Modells (wie auch bei MICHAELIS/ARNTZ/SPERMANN (2005)) nicht beantwortet werden, da dies von allen Parametern des Modells abhängt.

Festzustellen gilt jedoch, dass eine erhöhte Auszahlung des Pflegegeldes an die Tochter bevorzugt werden sollte, um ein erhöhtes Angebot an informeller Pflege sicherstellen und einem Heimsog entgegenwirken zu können.

4.1.2 Pflegesachleistungen

Gemäß § 36 SGB XI kann der Pflegebedürftige auch in den Genuss von Sachleistungen kommen, wobei diese aber verwendungsbezogen sind und von professionellen Pflegediensten erbracht werden müssen.

Aufgrund der Verwendungsrestriktion ergibt sich für die Mutter folgende zu beachtende Restriktion:

$$P^F \cdot F = T^S \quad (19)$$

$$\Rightarrow F = T^S \frac{1}{P^F}$$

T^S symbolisiert nun den Transfer von Pflegesachleistungen anstelle des Pflegegeldes.

Zu erkennen ist, dass ein Anstieg der Sachleistungen zu einem Anstieg von F führt.

Auf modelltheoretischer Ebene bedeutet ein Anstieg von T^S einen Rückgang des Pflegegeldes, sodass die Mutter verstärkt F nachfragen wird und die Tochter ihr Angebot an I senken wird. Beide werden im Gegenzug ihren privaten Konsum erhöhen.

Erhöhte Sachleistungen erhöhen den Konsum von F, da diese zweckgebunden sind.

MICHAELIS/ARNTZ/SPERMANN (2005, S. 13) verweisen in dieser Situation auf einen positiven Nettoeffekt auf die Gesundheit der Mutter. Weiterführend bewirkt dieser positive externe Effekt einen sinkenden Grenznutzen von I, wodurch die Tochter veranlasst wird, ihr Zeitbudget umzuschichten und ihre marktfähige Arbeitszeit zu erhöhen. Sie kann somit ihren privaten Konsum steigern und ihr Angebot an informeller Pflege senken.

Dieser Substitutionseffekt stellt aus mikroökonomischer Sicht eine nutzenoptimale Anpassungsreaktion (beider Parteien) dar, die gleichzeitig auch ein Crowding-out informeller Pflegeengagements durch staatliche Pflegeangebote darstellt. Der Effekt kann einen positiven Einfluss auf die Pflegesituation der Betroffenen ausüben, sodass Pflegebedürftige einen

Vorteil erhalten können. Da jedoch Angehörige einem starken Anreiz ausgesetzt sein können, ihr informelles Pflegeangebot schon aus dem Grund abzusenken, um staatliche Leistungen für sich zu nutzen, ist ein Moral-Hazard-Verhalten als wahrscheinlich einzustufen.

4.1.3 Pflegebudget

Erhält die Mutter ein Pflegebudget, so ist die Leistung wie das Pflegegeld eine Geldleistung, die zwar auch für Pflegedienstleistungen außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs genutzt werden kann, jedoch an marktmäßig legale Transaktionen gebunden ist. Diese Reaktion bewirkt ähnlich wie im Falle der Sachleistungen einen erhöhten Konsum F der Mutter.

MICHAELIS/ARNTZ/SPERMANN (2005, S. 14) weisen auf eine ebenfalls ansteigende Nachfrage nach sog. „Soft care“ hin, womit Pflegedienstleistungen (wie z. B. Einkaufen, Spaziergehen, Wäschewaschen oder Vorlesen) von formellen Anbietern gemeint sind, die nicht Teil des Sachleistungsangebotes sind. Im Falle unseres Modells hat dies eine ansteigende Nachfrage der Mutter nach F zur Folge. Hinzukommt, dass das Pflegebudget von der Mutter nicht zum Zwecke des privaten Konsums oder zur Kompensation der Tochter genutzt werden kann. Der positive Effekt auf die Gesundheit der Mutter bewirkt wiederum eine Absenkung des Angebots I der Tochter, die ihrerseits ihren privaten Konsum mithilfe erhöhter externer Arbeitszeit zu steigern vermag. Auch hier ist im Sinne nutzenoptimaler Konsumententscheidungen kein negativer Effekt, sondern lediglich eine positive Anpassungsreaktion zu beobachten. Der Crowding-out-Effekt ist auch hier der Grund für ein sinkendes Angebot an I .

4.1.4 Hypothesen

In Anbetracht der anhand unseres mikroökonomischen Modells erhaltenen Ergebnisse lassen sich diverse theoretische Hypothesen aufstellen:¹⁰³

1. Es besteht eine substitute Beziehung zwischen der Nachfrage nach formeller Pflege und dem Angebot an informeller Pflege auf Seiten der Betroffenen. Eine Anhebung staatlicher Sozialleistungen wie des Sachleistungsangebotes oder des Pflegebudgets werden zwangsweise zu einem Crowding-out des informellen Pflegeangebotes führen.
2. Diese Anpassungsreaktion folgt dem mikroökonomischen Nutzenkalkül der Betroffenen und generiert einen positiven externen Effekt für beide Seiten, wodurch beide Seiten ihr Nutzenoptimum erreichen. Aus mikroökonomischer Perspektive kann diesem Crowding-out-Effekt weder eine negative Auswirkung auf den Nutzen des Pflegebedürftigen noch dessen familiären Pflegern angelastet werden. Gleichzeitig ist jedoch der Anreiz der Angehörigen groß ihren Nutzen durch opportunistisches Verhalten auszuweiten, sodass aus versicherungstechnischer Sicht ein Moral-Hazard-Risiko zu Lasten der GPV besteht.
3. Es ist empfehlenswert, die pflegende Person anstelle des Pflegebedürftigen über die Verwendung des Pflegegeldes entscheiden zu lassen, um so ein erhöhtes Angebot an informeller Pflege sicherstellen zu können. So könnte auch eine erhöhte Verweildauer in der häuslichen Pflege gewährleistet und ein Heimsog verhindert werden.
4. Innerhalb des staatlichen Angebotes werden Betroffene bevorzugt das Pflegebudget anstelle der Sachleistungen in Anspruch nehmen, denn diese sind zwar in ihrer Leistungshöhe identisch, jedoch gewährt das Pflegegeld eine höhere Wahlmöglichkeit, die es den Betroffenen vermehrt „Soft care“ in Anspruch zu nehmen und ihre

¹⁰³ Vgl. Michaelis/Arntz/Spermann (2005, S. 18).

Nachfrage nach professionellen Pflegedienstleistungen auf ein nutzenoptimales Niveau abzusenken.

4.1.5 Das Persönliche Budget

Bei dem bisher betrachteten und analysierten Pflegebudget handelt es sich um das „trägerübergreifende persönliche Budget“. Ihre rechtliche Grundlage basiert auf der Budgetverordnung vom 27.05.2004 sowie den Paragrafen 17 SGB IX, 57 SGB XII und 61 SGB XII. Mit diesem Budget werden Sachleistungsansprüche mittels einer Geldleistung ersetzt und kompensiert. Im Gegensatz hierzu sei nun eine andere bzw. neue Ausführungsvariante des Pflegebudgets betrachtet. Das „personenbezogene Budget“, welches durch die Experimentierklausel des Paragraf 8 III SGB XI gestützt wird, stellt diese Alternativform der staatlichen Leistungsverteilung dar. Sie wird im Rahmen von Modellprojekten im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen als „Persönliches Budget“ bundesweit über eine Zeitspanne von fünf Jahren seit 2004 mit einem Etat von 8 Mio. Euro gefördert. Die Projektträgerschaft obliegt der Evangelischen Fachhochschule Freiburg unter der Projektleitung von Prof. Dr. Thomas Klie.

Unter dem Persönlichen Budget versteht man eine personenbezogene Geldleistung, welche vom Empfänger zum Einkauf von Pflegeleistungen eingesetzt werden kann. Der pflegebedürftige Empfänger ist dank dieses Budgets in der Lage, notwendige Hilfen auf dem Markt für Pflegeleistungen autonom zu beziehen.

KLIE (2003, S. 187) und SCHÜLKE (2005, S. 22) sehen das persönliche Budget als Möglichkeit an, um den Wettbewerb auf dem Pflegemarkt zu erhöhen und hierdurch gleichzeitig eine Erweiterung des Pflegeangebotes zu bewirken. Nutznießer dieser Entwicklung wären demnach insbesondere die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, deren Position als Nachfrager gestärkt wird.

Laut EGGERS (2005, S. 3) und KLIE (2004, S. 46) kann eine Vernetzung informeller und formeller Pflegeleistungen erzeugt werden. Hierdurch können Pflegeleistungen effizienter auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen abgestimmt werden und führen zu einer Steigerung der individuellen Lebensqualität. Nach KLIE (2004, S. 45) sollen mithilfe des Persönlichen Budgets positive Kosteneffekte einhergehen und die Entbürokratisierung des Pflegesystems begünstigt werden.

Das Bundesministerium für Soziales betrachtet das Persönliche Budget als eine Möglichkeit für mehr Kooperation, Koordination und für die Leistungserbringung aus einer Hand. WILMERSTADT (2005, S. 14) betrachtet das Persönliche Budget als „ein hervorragendes Instrument“, um dieses Ziel zu erreichen. Das Ziel sind sowohl maßgeschneiderte Leistungen, die auf den individuellen Bedarf abgestimmt sind, als auch die Neustrukturierung bestehender Angebote, angepasst an die Nachfrage der Kunden. Kostensenkende Effekte ergeben sich gemäß dieser Betrachtung nur durch die Synergie- oder Steuerungseffekte, die beispielsweise durch die Ersetzung stationärer durch ambulante Strukturen entstehen könnten. ROHRMANN (2001, S. 26-28) erwartet eine Steigerung der Qualität der Hilfen durch Marktanzreize, die gleichzeitig kostendämpfend wirken sollen. Gemäß HAJEN (2001, S. 66) lässt sich das Persönliche Budget als ein Teilelement in das neue Steuerungsmodell der öffentlichen Verwaltung einordnen. Der Gesetzgeber entlässt die Haushalte zunehmend aus seiner Obhut, indem produktorientierte Budgets in mehreren Bereichen geschaffen werden. Ziel ist es somit, zu mehr Transparenz bei der Leistungsgewährung und zu einer Dezentralisierung der Aufgaben zu gelangen.

HAINES (2004, S. 6-8) definiert als Ziel des Persönlichen Budgets aus Sicht des Bundes eine Erhöhung der Selbstbestimmung der Empfänger. Diese erhalten die Möglichkeit, in eigener Verantwortung die benötigten Leistungen einzukaufen und zu konsumieren.

Für BENDEL/ROHRMANN (2002, S. 39) kann das Persönliche Budget eine Form der Nutzenkontrolle darstellen, wodurch ein maximaler

Nutzengewinn für die Empfänger, aufgrund von mehr Autonomie und flexibler Hilfe des Staates, gewährleistet werden kann.

SACKARENDT/SCHNEIDER (2005, S. 10) widersprechen dieser Ansicht und betonen, dass die Bundesregierung weder eine Qualitätssicherung noch eine Erweiterung der Leistungen anstrebe, da die verordnete Kostenbegrenzung, wonach die Sachleistungskosten nicht überschritten werden dürfen, bereits im Gesetz verankert sei und kaum Autonomie zulasse. HAJEN (2001, S. 75) befürchtet bei der Umsetzung des Persönlichen Budgets, dass eine falsche Anreizsetzung zwar zu einer Senkung der Kosten führt, was im Interesse des Staates liegt, jedoch das Interesse der Betroffenen hinter das des Staates gestellt wird.

Doch inwieweit kann das Risiko eines Moral-Hazard-Verhaltens im Falle des Persönlichen Budgets abgeschätzt werden?

Nach ARNTZ/SPERMANN (2003, S. 14 f.) bewirkt ein Persönliches Budget einen starken Anreiz aufseiten der Pflegebedürftigen, das zur Verfügung stehende Geld nutzenmaximal und sparsam einzusetzen. Dementsprechend sei das Persönliche Budget den Sachleistungen hinsichtlich Kosteneffizienz und Qualitätssicherung überlegen. Geknüpft wird diese Überlegenheit u. a. an folgende notwendige Voraussetzungen:¹⁰⁴

1. Schaffung von Konsumentensouveränität und Transparenz
2. Minimierung von Moral Hazard und Missbrauch

Die Informationsasymmetrie auf dem Markt für Pflegedienstleistungen existiert aufgrund des Erfahrungsgut-Charakters des Gutes Pflege, denn erst nach dem Kauf der Leistung kann die Qualität genau beurteilt werden. Dieser Informationsasymmetrie sind die Pflegebedürftigen ausgesetzt,

¹⁰⁴ Bei den weiteren Forderungen handelt es sich um die Schaffung von Handlungsspielräumen für die Anbieter von Pflegeleistungen und die Aktivierung der regionalen Infrastruktur pflegerischer Versorgung, vgl. hierzu Arntz/Spermann (2003, S. 20 f.).

sodass sowohl geistig kranke als auch geistig gesunde Menschen Schwierigkeiten haben werden, ihr Budget nutzenmaximal einzusetzen.

Mithilfe des sogenannten Case Managements sollen Pflegebedürftige durch Beratungsleistungen unterstützt werden.

Laut KLIE (2005, S. 7 f.) werden dem Case Manager folgende Funktionen zugeteilt:

- Als „Gatekeeper“ kontrolliert und steuert der Case Manager den Zugriff auf die Versicherungsleistungen.
- Als „Broker“ übernimmt der Case Manager eine Vermittlerrolle zwischen Dienstleistungsanbietern und den Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige sollen effizienter Dienstleistungen nachfragen können, da der Case Manager die Dienstleistungsangebote für seine Klienten überschaubar und nachfragebezogen selektieren kann.
- Der Case Manager übernimmt parallel auch eine „Advocacy-Funktion“. Als Anwalt der Pflegebedürftigen vertritt er ihre Interessen und Rechte gegenüber den Institutionen und Pflegedienstleistern.
- Auch die Stärkung und Aktivierung des sozialen Netzwerkes der betreuten Personen gehört zu den Kernaufgaben des Case Managers.

Der Case Manager hat somit die zentralen Aufgaben der Beratung, Bedarfsermittlung, Koordination der Hilfsleistungen und Qualitätssicherung zugunsten der betreuten Pflegebedürftigen.

Der Case Manager übernimmt die Vertretung der Betroffenen gegenüber Dienstleistern und sichert somit die Souveränität der Pflegebedürftigen bei gleichzeitiger Schaffung von mehr Markttransparenz. KLEVE (2003, S. 46) betrachtet das Case Management als eine Weiterentwicklung der Einzelfallarbeit im Sinne der Sozialen Arbeit, die Menschen hilft, Ressourcen zur Beseitigung von Defiziten zu nutzen. Zudem wird den Betroffenen ermöglicht, die Hilfe der Familie oder Freunde zu nutzen,

bevor auf professionelle Hilfe zurückgegriffen wird. Im Fokus steht somit die Lebensqualität der Betroffenen.¹⁰⁵

Laut EWERS/SCHAEFFER (2005, S. 7) gilt: „Aufgabe von Case Management ist es, zuvor vereinbarte klinische, soziale und ökonomische Ergebnisse über gut abgestimmte Versorgungsangebote für einen einzelnen Patienten und/oder sein soziales Umfeld zu erwirken und für eine weitergehende Abstimmung der dazu notwendigen Aktivitäten mehrerer Disziplinen oder Dienstleistungsorganisationen zu sorgen.“

Kritisch stellt sich die Frage nach der institutionellen und finanziellen Organisation des Einsatzes eines Case Managements. Auch im Falle einer optimalen Ausgestaltung des Case Managements verweisen ARNTZ/SPERMANN (2003, S. 18) auf das notwendige Fortbestehen der Sachleistungsbezugsmöglichkeiten, um Pflegebedürftigen weiterhin eine Wahlmöglichkeit anbieten zu können. Im Falle von Moral Hazard wird die mögliche Zweckentfremdung der Mittel durch die Betroffenen selbst oder den Angehörigen als relevantes Risiko betrachtet.¹⁰⁶ Der Case Manager könnte eine Monitoring-Funktion einnehmen und das Risiko begrenzen. Sollte das Risiko des Moral Hazard nicht begrenzt werden können, so wird in diesem Fall trotz ökonomischer Vorteile des Persönlichen Budgets für die Wahl des Sachleistungsangebotes plädiert. Dies wäre jedoch eine suboptimale Lösung und im Sinne ökonomischer Kriterien der Geldleistung stets unterlegen.

Zu beachten sei auch die von KLIE (2005, S. 7 f.) vertretene These, dass die stabilisierende Wirkung des Case Managers auf die häuslichen Pflegearrangements zu einer Vermeidung unnötiger stationärer Versorgung führt.

EGGERS/RÖMER-KIRCHNER/SCHMIDT (2005) untersuchen die Modellerfahrungen mit dem Persönlichen Budget im Ausland und verweisen auf Möglichkeiten zur Begrenzung des Moral-Hazard-Anreizes.

¹⁰⁵ Vgl. Kleve (2003, S. 47).

¹⁰⁶ Siehe hierzu Abschnitt 3.2.

Positive Auswirkungen haben einkommensabhängige Zuzahlungen der Versicherten und eine Zweckbindung der Mittel. Sie verweisen darauf, dass so in Ländern wie Großbritannien oder den Niederlanden eine Eindämmung des Problems möglich gewesen ist.

Nachdem die mikroökonomischen Ansätze zur Analyse des Crowding-out-Effekts genutzt worden sind, soll im folgenden Abschnitt der Aspekt der Moralökonomik in die Betrachtung mit einbezogen und bei der weiteren Analyse genutzt werden.

4.2 Moralökonomische Analyse

Die moderne (Wohlfahrts-)Gesellschaft besteht aus einem Konstrukt mehrerer unterschiedlicher Systeme, die in ihrem Zusammenspiel die Wohlfahrtsproduktion steuern und so die Lebenslagen der Menschen beeinflussen.

Die Moralökonomie ist zusammen mit den Systemen Markt, Staat und Dritter Sektor eines dieser vier wichtigen Wohlfahrtserzeuger.¹⁰⁷

Laut SCHULZ-NIESWANDT (2002a, S. 78) ist „[...] die Lebenslage auch zu verstehen als Bündel spezifischer Opportunitätsstrukturen und Risiken im Wechselverhältnis zur individuellen Bewältigungsressourcensituation“.

In Bezug auf die Lebenslage alter Menschen würde dies bedeuten, dass diese verschiedenen koexistenten Systeme das Person-Welt-Verhältnis steuern. Alte Menschen sind bei Pflegebedürftigkeit verstärkt auf verschiedene transaktionale Ressourcenbeziehungen zur Steigerung der individuellen Lebenslage angewiesen.

Während der Staat seine Steuerungsenergie aus seinem Monopol an legitimer physischer Gewalt bezieht, nutzt der Markt aufgrund der erwerbswirtschaftlichen Orientierung den Preis als Steuerungsmittel. Der Dritte Sektor verfolgt (wie der Staat) ein gemeinwirtschaftliches Ziel und nutzt hierzu das in gemeinnützigen Organisationen arrangierte und gebündelte freiwillige Engagement der Bürger. Der Dritte Sektor steht

¹⁰⁷ Vgl. Schulz-Nieswandt (2006, S. 141).

diesbezüglich in einem besonderen Verhältnis zum Sektor Staat, der durch seine Unterstützung den Dritten Sektor aktiv kultiviert.¹⁰⁸

Die Moralökonomik ist auf die generalisierte Reziprozität angewiesen, um ihre wohlfahrtsgesellschaftliche Steuerung gewährleisten zu können. Laut STEGBAUER (2002, S. 79) spricht man von generalisierter Reziprozität, wenn „[...] Leistungen erbracht werden, die sich nicht mehr direkt zu einer vorgängigen Leistung zuordnen lassen [...]“.

Die Moralökonomik weist eine sozialpolitisch wichtige Bedeutung in Bezug auf die informellen Hilfsleistungen der Familien an die Pflegebedürftigen auf. Moralökonomik bezieht sich auf die verwandtschaftlich gesteuerte Solidarität, während der Dritte Sektor auf die Solidarität aller (aus unterschiedlichen Motivlagen heraus) agierenden Bürger angewiesen ist. Der Dritte Sektor nimmt eine intermediäre Stellung gegenüber den anderen Sektoren ein, sodass er auch in sehr aktiven Grenzbeziehungen zu den anderen Sektoren steht.¹⁰⁹ Wohlfahrtspolitisch betrachtet, beeinflussen alle vier Sektoren die Lebenslagen der Menschen.

Kann der Staat als eigenständiger Sektor durch sein wohlfahrtspolitisches Handeln eine Erosion der moralökonomisch gestützten Familiensolidarität auslösen? Die Crowding-out-These unterstellt dem Staat solch einen negativen Einfluss.

Die Frage, ob nun dieses Engagement des Staates den Solidargedanken zwischen Familie und Pflegebedürftigen aufweichen kann, da im Lichte der sozialen Funktion der Staat mit seiner Hilfe die Bedeutung der familiären Hilfe in ihrer Notwendigkeit abwertet, kann verneint werden.

SCHULZ-NIESWANDT (2006, S. 143) sieht diese Befürchtung auch in Bezugnahme auf empirische Befunde (wie z. B. OORSCHOT/ARTS, 2005)¹¹⁰ als nicht begründet an.

¹⁰⁸ Vgl. Birkhölzer/Klein/Priller/Zimmer (2005), Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags (2002) sowie Priller/Zimmer (2006).

¹⁰⁹ Vgl. Schulz-Nieswandt (2006, S. 141 f.).

¹¹⁰ Weitere ebenfalls wichtige empirische Befunde werden in Kapitel 4.3 vorgestellt.

Er verweist auf

- einen soziologisch nicht feststellbaren Verfall traditioneller Leistungsorientierungen,
- ein weiterhin sich entwickelndes familiäres Netzwerk,
- existente Generationenbeziehungen, die trotz ihrer Ambivalenz nicht von allgemeiner Anomie, Entfremdung oder Verfall betroffen sind, und
- eine haushaltsübergreifende Austauschbeziehung zwischen den Menschen.

Zudem bekräftigt SCHULZ-NIESWANDT (2006, S. 144) die Feststellung einer komplementären Beziehung zwischen Sozialstaat und der Moralökonomik informeller Pflegepersonen.

Somit lässt sich auch aus moralökonomischer Betrachtungsperspektive kein Crowding-out-Effekt sozialstaatlicher Intervention feststellen.

Im Folgenden sollen in Bezug auf die Moralökonomik wichtige Einflussfaktoren auf die Wohlfahrtsproduktion zugunsten alter Menschen diskutiert werden.

4.2.1 Das soziale Netzwerk

Ein zufriedenes Leben im Alter kann durch die Existenz sozialer Netzwerke gestützt werden, da diese insbesondere bei Pflegebedürftigkeit Hilfsdienste im häuslichen Bereich sicherstellen können.

Laut FOOKEN (2002, S. 236) sind ca. ein Viertel der älteren Menschen kaum sozial eingebunden, sodass diese auf kein stabiles soziales Netzwerk zurückgreifen können. Als Risikogruppe gelten insbesondere allein lebende Ledige, Verwitwete und Geschiedene sowie kinderlose Ehepaare. Differenzierte soziale Netzwerke, die sich aus familiären und verwandtschaftlichen sowie freundschaftlichen und nachbarschaftlichen Beziehungen zusammensetzen, sind für eine funktionierende soziale

Einbindung unentbehrlich.¹¹¹ Die demografische Entwicklung gibt jedoch eher Anlass zur Sorge, wenn man den statistischen Erhebungen Beachtung schenkt.¹¹² Zwar weisen die Zahlen weiterhin eine vorwiegend von der Familie getragene Pflegeleistung auf, wobei Frauen den Großteil der Hilfe leisten.¹¹³ Zu beachten sei jedoch die wachsende Erwerbsquote der Frauen und die sich verändernde Familien- und Haushaltsstruktur, welche zu einer Abnahme der familiären Hilfeleistung führen wird.¹¹⁴ Die geringe Geburtenrate wird zudem zu einer Senkung der Generationenbeziehungen führen.¹¹⁵ Die Erosion der Generationenbeziehungen und der damit einhergehende Verfall der familiären Netzwerke benötigt „...einen neuen Typus von Solidarität“, welche durch aktive Freundschafts-, Bekanntschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen gestützt wird.¹¹⁶ Somit wird in Zukunft die familiäre Hilfe zunehmend an Anteil verlieren. KLIE/BLAUMEISTER (2002, S. 148 ff.) sehen daher die Notwendigkeit einer sich aus familiärer, professioneller und nachbarschaftlicher Hilfe zusammensetzenden Pflegeleistung. Die sich ändernde Zusammensetzung der Pflegehilfsleistung kann zwar die Erosion der Generationenbeziehungen nicht stoppen, bietet jedoch die Möglichkeit, die abnehmende familiäre Hilfe auszugleichen. Vorausgesetzt die Bereitschaft, Hilfe außerhalb der Familie zu suchen, steigt bei den Betroffenen. Dies scheint gemäß NESTMANN (1987, S. 272 f.) der Fall zu sein.¹¹⁷

In dieser neuen Solidarität scheint zumindest vorläufig eine Lösung für die sinkende Generationenbeziehung zu bestehen. Grundvoraussetzung für den jeweiligen Betroffenen ist stets die Bereitschaft, aber auch die Möglichkeit,

¹¹¹ Vgl. Fooker (2002, S. 237).

¹¹² Vgl. BMFSFJ (2001, S. 227).

¹¹³ Vgl. Bullinger/Novak (1998, S. 113 f.).

¹¹⁴ Vgl. Heinze (1986, S. 26).

¹¹⁵ Vgl. Walter (1999, S. 35 ff.).

¹¹⁶ Vgl. Keupp (1996, S. 88).

¹¹⁷ Im Zeitraum 1960-1981 konnte Nestmann (1987, S. 272 f.) einen Anstieg dieser Bereitschaft nachweisen. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieses Untersuchungsergebnis auch noch heute an Gültigkeit beibehalten hat und wahrscheinlich noch weitaus höher ausfällt.

sein soziales Netzwerk zu öffnen und auszubauen, falls auf ein stabiles familiäres Netzwerk zurückzugreifen ist.

Was aber, wenn diese Möglichkeit nicht für alle Betroffenen gegeben ist, insbesondere dann, wenn es sich um finanziell schwache Betroffene handelt, die zudem durch ihre Lebenslage nur schwer soziale Netzwerke aufbauen können? Diese mögliche Problemstellung verdeutlicht die Problematik, die in einer als allgemein zutreffenden Lösungsmöglichkeit der neuen Solidarität zu sehen ist, obwohl diese sicherlich für einen großen Teil der Betroffenen eine Lösung darstellen kann. In einer heterogenen Gesellschaft werden stets Faktoren einer Modernisierung, Individualisierung und die demografische Entwicklung soziale Netzwerke und somit die Lebenslage aller (nicht nur alter) Bürger beeinflussen.

4.2.2 Lebenslagen alter Menschen

Die Lebenslage alter Menschen wird signifikant durch Änderungen in unserer Gesellschaft beeinflusst. Der Begriff der Lebenslage symbolisiert den Grad sozialer Sicherung sowie die Möglichkeit der Selbstverwirklichung, Aktivität und Interessenverwirklichung. Sowohl materielle als auch immaterielle Werte und Bedürfnisse werden durch diesen Begriff abgebildet.¹¹⁸ Trotz dessen ist die soziale Ungleichheit als ein entscheidender Negativfaktor zu betrachten, der u. a. durch die Einführung der Pflegeversicherung beeinflusst wurde. Es ist allgemein unumstritten, dass insbesondere ältere Frauen finanziell meist deutlich schlechter gestellt sind als Männer, was in der Fachliteratur meist anhand der durch die Kinder unterbrochenen Erwerbsbiografie und bei Verwitwung auf die geringe Witwenrente zurückgeführt wird. In der Berliner Altersstudie¹¹⁹ werden 3 % der älteren Frauen als besonders bedürftig eingestuft. Dieser Gruppe ist eine Partizipation am gesellschaftlichen Leben überhaupt nicht mehr möglich. Zwar ist diese Zahl als tragisch und schwer

¹¹⁸ Vgl. Schulz-Nieswandt (2002b, S. 9 ff.).

¹¹⁹ Vgl. Wagner et al. (1996, S. 277 ff.).

akzeptabel einzustufen, doch die laut aktuellen Untersuchungen steigende Kinderarmut ist nicht weniger besorgniserregend. Laut dem Armutsbericht der Bundesregierung sind die gruppenspezifischen Armutsquoten der über 65-Jährigen in Westdeutschland seit 1973 zunächst bis 1993 gesunken.¹²⁰ Dieser Trend fand ab 1998 eine Unterbrechung und ein Wideranstieg der Armutsquote konnte verzeichnet werden. Doch der Bericht verweist zudem auf eine kontinuierlich steigende Zahl der Kinderarmut, sodass diese Zahl die in der Vergangenheit stets höhere Altersarmut überschritten hat.

SCHMÄHL/FACHINGER (1999, S. 186 ff.) kommen zu dem Ergebnis, dass die Altersarmut ein geringes Problem darstellt. Der überwiegende Teil der älteren Mitbürger ist hinsichtlich des persönlichen Einkommens mit jüngeren Altersgruppen vergleichbar. Vielmehr scheint die soziale Lage der zukünftigen Alten unserer Gesellschaft weit mehr gefährdet zu sein. Die sinkende Geburtenrate, die steigende Zahl der Alten bzw. die sinkende Zahl der erwerbstätigen Jungen und die gestiegene Arbeitslosenquote deuten auf ein steigendes Armutsrisiko für die folgenden Generationen an alten Menschen.

4.2.3 Der Sozialstaat und der Solidargedanke in der Krise?

Nach MEADOWS (1993, S. 250) werden in einer nachhaltigen Gesellschaft die materiellen und sozialen Existenzgrundlagen auch für die nachfolgenden Generationen vorhanden sein. HOFMEISTER (1994, S. 55) betrachtet in diesem Zusammenhang als Grundlage nachhaltigen Wirtschaftens neben der Produktion auch die Reproduktion als unentbehrlichen Bestandteil. Diese beschriebene Bedingung einer nachhaltigen Gesellschaft wird durch die oft geäußerte Befürchtung einer Vergreisung der Gesellschaft infrage gestellt. Somit gilt es in diesem Kontext der Frage nachzugehen, ob sich der Sozialstaat tatsächlich nur aufgrund der alternden Gesellschaft in einer Krise befindet.

¹²⁰ Vgl. Deutscher Bundestag (2001, S. 254 f.).

BUTTERWEGGE (1999, S. 53 ff.) identifiziert zwei entscheidende Entwicklungsprozesse in der Ökonomie, die er als wichtige Einflussfaktoren auf die oft diskutierte Krise des Sozialstaates betrachtet.

Modernisierung

Die ökonomisch-technologische Automatisierung, Computerisierung und Digitalisierung wird als einer der Auslöser für die seit Jahrzehnten sinkende Erwerbsquote identifiziert. Das STATISTISCHE BUNDESAMT (2002, S. 86) verzeichnet seit 1973, wenn auch mit Unterbrechung, eine kontinuierlich steigende Arbeitslosenquote. Somit ist in der Gesellschaft eine zunehmende Erosion des ersten Stützpfeilers des sozialen Sicherungssystems in Deutschland, nämlich das reguläre Arbeitsverhältnis, zu verzeichnen.

Der zweite Stützpfeiler ist die Familie, die ebenfalls zunehmend an Bedeutung verliert. Grund hierfür ist die (durch die Modernisierung) herbeigeführte Individualisierung und die hierdurch erzeugte „Pluralisierung der Lebensstile“.¹²¹ Die Menschen sehen die Familie zunehmend nicht mehr als Notwendigkeit an, vielmehr wird bevorzugt der eigene Lebensstil gepflegt. Durch eine entsprechend kompromisslose Haltung wird die Verbindung zur Familie abgebrochen. Der Drang nach eigener persönlicher Entfaltung und Autonomie lässt sich für die meisten Menschen mit den alten traditionellen Familienwerten nicht mehr vereinbaren. Das eigene Ich-Gefühl stellt sich vor die traditionelle Bindung an die Familie.

Globalisierung

Die Globalisierung als Entwicklungsprozess veranlasst die Politik dazu, die Standortsicherung als wichtigstes Ziel zu verfolgen. Einer Standortverlagerung der inländischen Konzerne wird seit Jahren mit einer Politik des Abbaus von Lohnnebenkosten, Steuern und Regularien entgegnet. Folge dieser Maßnahmen sind sinkende Sozialleistungen des

¹²¹ Vgl. Butterwegge (1999, S. 57).

Staates, welcher die hohen Lohnnebenkosten als Folge eigenen sozialen Engagements wertet. Nach BUTTERWEGGE (1999, S. 63 ff.) wird der Abbau des Sozialstaates als Antwort auf die bedrohte Wettbewerbsfähigkeit gleichzeitig den Wertverlust des Sozialstaates nach sich ziehen. Der Sozialstaat soll nach neoliberalen Vorbild „[...]durch eine weitgehende Deregulierung, Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse, Liberalisierung des Kapitalverkehrs und Privatisierung weiter Teile des Systems der sozialen Sicherung“ umstrukturiert werden.¹²² Unmittelbare Folge ist die Auflösung gesellschaftlicher Solidarität zum Nachteil für die Mehrheit der Bevölkerung.¹²³ GORZ (2000, S. 28) stuft die politische Standortdebatte als unglaubwürdig ein und verweist auf eine trotz sinkender Löhne und Lohnnebenkosten der Unternehmen abnehmende Erwerbsquote. Laut GORZ (2000, S. 28) betrug der Anteil der Nettolöhne 1978 54 % des verfügbaren Nationaleinkommens, wobei die Vermögenseinkommen 22 % und die Sozialleistungen und Renten 23% ausmachten. Betrachtet man nun die Entwicklung im Jahre 1994 so stellt man einen Rückgang der Nettolöhne auf 45 % des verfügbaren Nettoeinkommens fest, wobei der Anteil der Unternehmensgewinne und Vermögenseinkommen auf 33 % anstieg. Trotz dieser Entwicklung und einem Rückgang des Gewinnsteueranteils der Unternehmen um die Hälfte ist die Erwerbsquote kontinuierlich gesunken. Dieses Ergebnis verstärkt zunehmend den Eindruck, dass der Sozialstaat zum Nachteil der Mehrheit der Bevölkerung und zum Vorteil der Unternehmen abgebaut worden ist. Die Reform der Pflegeversicherung kennzeichnet sich in diesem Zusammenhang vor allem durch die Privatisierung des sozialen Risikos und den Rückzug des Staates aus seiner sozialen Verantwortung gegenüber seinen Bürgern.

Nach DEPNER/TRUBE (2001, S. 22 f.) steigert die Privatisierung des Risikos die soziale Ungleichheit. Als Folge dieser Entwicklung wird es zu steigender Armut eines marginalisierten Teils der Bevölkerung, steigender Angst vor dem sozialen Abstieg im Mittelstand und einem stärkeren Reich-

¹²² Vgl. Butterwegge (1999, S. 102).

¹²³ Vgl. Butterwegge (1999, S. 110 ff.).

Arm-Gefälle kommen.¹²⁴ Nach BUTTERWEGGE (1999, S. 86 ff.) und LIETAER (2002, S. 245 ff.) stellt die durch die steigende Armut begünstigte Ausgrenzung von Minderheiten in der Gesellschaft eine Gefahr für die Demokratie dar. Die Ausgrenzung begünstigt den Zulauf zu rechtsradikalen und demokratiefeindlichen Parteien.

In Anbetracht der diskutierten Argumente ist es fraglich, ob die Krise des Sozialstaates eindeutig als Folge der alternden Gesellschaft betrachtet werden kann. Die Politik begeht einen für die Mehrheit der Bevölkerung fatalen Fehler, wenn der Abbau des Sozialstaates weiterhin bedenkenlos unter dem Deckmantel der ökonomischen Interessensicherung der Volkswirtschaft vorangetrieben wird. Die alten Mitglieder der Gesellschaft können nicht für die Krise des Sozialstaates verantwortlich gemacht werden. Ihre Existenz stellt keine Last, sondern eine Aufgabe für den Sozialstaat dar. Zu Unrecht werden finanzielle Haushaltsprobleme des Sozialstaates mit der Ausgabelast für die Senioren begründet. Der Staat zerstört selbst die Grundlage für die finanzielle Sicherung des eigenen sozialen Engagements, indem er den Abbau der Erwerbsquote in den letzten Jahrzehnten nicht stoppen konnte.

Die Crowding-out-These sieht zwar die Moral-Hazard-gestützte Gefahr der Verdrängung familiärer Hilfe aufgrund staatlicher Fürsorgepolitik, jedoch kann diese These nicht als absolutes Argument gegen die Existenz eines Wohlfahrtsstaates genutzt werden. Im folgenden Kapitel sollen wichtige aktuelle empirische Befunde vorgestellt und in Verbindung mit der Crowding-out-These diskutiert werden.

¹²⁴ Vgl. Butterwegge (1999, S. 121 f.).

4.3 Empirische Referenzen

4.3.1 Die OASIS-Studie

In der in diesem Abschnitt vorzustellenden OASIS-Studie¹²⁵ wird u. a. die Fragestellung der Crowding-out-These als Ausgangspunkt einer empirischen Studie herangezogen.

DAATLAND/HERLOFSON (2003a, S. 281 ff.) widmen sich der Analyse, ob die Sozialleistungen des Staates einen komplementären oder substituierenden Charakter gegenüber der familiären Hilfsbereitschaft besitzen. Um diese Frage beantworten zu können, werden zwei zunächst separate Fragestellungen formuliert:

1. Korreliert die familiäre Hilfsbereitschaft negativ mit den staatlich bereitgestellten Leistungen?

In diesem Fall gilt es, die These zu unterstützen, dass zunehmende Sozialleistungen die familiäre Solidarität gegenüber den Pflegebedürftigen schwächen.

2. Konträr stellt sich die Frage, ob nicht eine positive Korrelation vorliegt, die die komplementäre Wirkung staatlicher Sozialleistungen begründet.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden Senioren über 75 Jahren in fünf europäischen Ländern nach Hilfeleistungen innerhalb der vergangenen 12 Monate befragt, die entweder durch Angehörige, Freunde bzw. Nachbarn oder durch professionelle Pflegedienste erbracht worden sind.¹²⁶

¹²⁵ Hrsg. dieser Studie sind Lowenstein/Ogg (2003).

¹²⁶ Vgl. Daatland/Herlofson (2003a, S. 288, Fußnote 2).

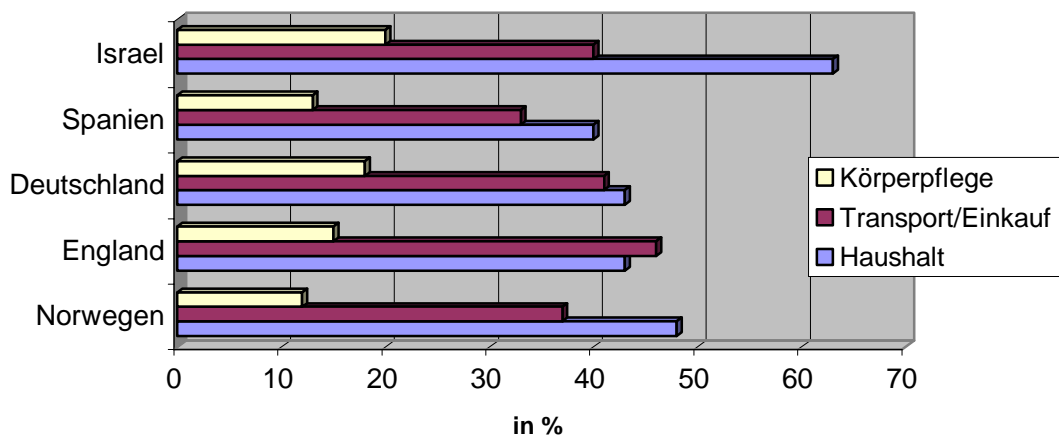
Tabelle 8: Empfangene Hilfeleistungen unter den Senioren ≥ 75

| | Norwegen | England | Deutschland | Spanien | Israel |
|--|----------|---------|-------------|---------|--------|
| Haushalt | 48 | 43 | 43 | 40 | 63 |
| Transport/Einkauf | 37 | 46 | 41 | 33 | 40 |
| Körperpflege | 12 | 15 | 18 | 13 | 20 |
| Min. 1 Art empfangene Hilfeleistung | | | | | |
| | 56 | 55 | 51 | 50 | 67 |
| -Pflegerisiko | 86 | 71 | 63 | 63 | 73 |
| -kein Pflegerisiko | 35 | 26 | 31 | 32 | 55 |
| <i>Anzahl Befragter</i> | 412-413 | 396-397 | 499 | 384-385 | 368 |

Quelle: Daatland/Herlofson (2003a, S. 289)

Zur besseren Verdeutlichung der Umfrageergebnisse seien die länderspezifischen Ergebnisse zur Verteilung der jeweiligen Hilfsaktivitäten gesondert grafisch dargestellt.

Abbildung 17: Prozentuale Verteilung der Hilfsaktivitäten



Quelle: in Anlehnung an Daatland/Herlofson (2003a, S. 289)

Zieht man die Gesamtzahl der Hilfeleistungen zur Analyse heran, so ist Israel deutlich mit 67 % als Spitzenreiter zu identifizieren. Die restlichen Länder verzeichnen mehr oder weniger ähnliche Raten, die zwischen 50 % in Spanien und 56 % in Norwegen liegen.

Unterzieht man dieses zusammenfassende Ergebnis einer detaillierten Betrachtung, so lässt sich feststellen, dass in Israel die hauptsächliche

Hilfeleistung in der Haushaltsführung geleistet wird. Hier liegt auch die eigentliche Diskrepanz zu den übrigen Ländern. Mit 63 % liegt Israel weit vor den übrigen Vergleichskandidaten. In den Hilfskategorien Fortbewegung/Einkauf und Körperpflege ist unter allen Ländern eine weitgehend gleichmäßige Verteilung erkennbar. Unter den drei Hilfskategorien entfallen auf die Körperpflege die niedrigsten Raten. Hier ist der Bedarf an solch einer Hilfeleistung aufseiten der Befragten am geringsten ausgefallen. Dies lässt sich mit der zunehmend guten körperlichen und geistigen Verfassung älterer Generationen begründen. Die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen wird somit signifikant von dem Allgemeinzustand einer Person beeinflusst. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde zwischen zwei Gruppen unterschieden. Eine Gruppe wird durch diejenigen Personen gebildet, die dem signifikanten Risiko ausgesetzt sind, pflegebedürftig zu werden. Konträr zu dieser Gruppe stehen ältere Menschen, deren körperliche und geistige Verfassung eine eintretende Pflegebedürftigkeit als eher unwahrscheinlich erscheinen lässt. Aus diesem Blickwinkel lassen sich gravierende Diskrepanzen insbesondere in den Ländern Norwegen und England identifizieren. Israel setzt sich in diesem Vergleich durch die geringste Abweichung zwischen den beiden Gruppen von den anderen Vergleichsländern ab. Als Erklärung hierfür verweist die Studie auf eine hohe Tendenz zur Beschäftigung von Haushaltshilfen. Betrachtet wird die prozentuale Verteilung derjenigen, die tendenziell sehr hoch der Gefahr eintretender Pflegebedürftigkeit ausgesetzt sind, so geben zwischen 14 und 30 % dieser Gruppe an, keinerlei Hilfe in Anspruch zu nehmen. Norwegen kann sich mit einer Rate von 14 % positiv von den übrigen vier Ländern absetzen, wobei das Ergebnis qualitativ für den Bedarf an zusätzlichen Hilfsangeboten spricht, wenn davon ausgegangen wird, dass eine vernachlässigbar kleine Anzahl der Befragten freiwillig auf zusätzliche Hilfeleistungen ihrer Umwelt verzichtet hat. Sollte hier das Hilfsangebot sowohl der Familie als auch des Wohlfahrtsstaates nicht ausreichend sein, empfiehlt sich zur weiterführenden Analyse eine

differenzierte Betrachtung der Hilfeleistenden. Woher stammt die in Anspruch genommene Hilfe bzw. wer hat die Hilfe geleistet?

Anhand der dargestellten Tabelle 9 wird deutlich erkennbar, wie sich die Verteilung der Hilfeleistenden gestaltet:

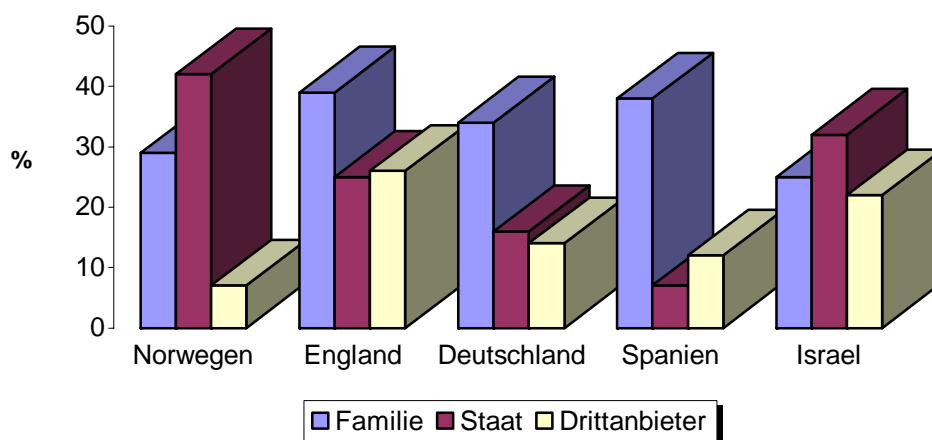
Tabelle 9: Verteilung der Hilfeleistenden

| | Norwegen | England | Deutschland | Spanien | Israel |
|--------------------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| Familie | 29 | 39 | 34 | 38 | 25 |
| <i>Pflegerisiko</i> | 43 | 52 | 40 | 48 | 29 |
| <i>Kein Pflegerisiko</i> | 19 | 17 | 24 | 22 | 16 |
| Staat | 42 | 25 | 16 | 7 | 32 |
| <i>Pflegerisiko</i> | 73 | 36 | 24 | 9 | 41 |
| <i>Kein Pflegerisiko</i> | 21 | 7 | 4 | 5 | 17 |
| Drittanbieter* | 7 | 26 | 14 | 12 | 22 |
| <i>Pflegerisiko</i> | 11 | 35 | 17 | 16 | 21 |
| <i>Kein Pflegerisiko</i> | 2 | 10 | 8 | 7 | 26 |
| Anzahl Befragte | 411 | 385 | 483-493 | 384 | 368 |

**als Drittanbieter werden sowohl Freunde und Nachbarn als auch private Pflegedienste verstanden*

Quelle: Daatland/Herlofson (2003a, S. 291)

Abbildung 18: Grafische Darstellung der prozentuellen Verteilung der Hilfeleistenden



Quelle: in Anlehnung an Daatland/Herlofson (2003a, S. 291)

Allein in Norwegen und Israel übertrifft der Staat mit seinen Hilfeleistungen sowohl die familiäre als auch die anderweitige Hilfe. In den drei anderen Ländern existiert eine konträre Situation, in der die familiäre Hilfe deutlich alle anderen Hilfsangebote übersteigt. Insbesondere in England und Spanien fällt die familiäre Hilfe vergleichsweise hoch aus, jedoch lässt sich in Anbetracht der familiären Hilfsbereitschaft keine signifikant hohe Diskrepanz zwischen allen Ländern feststellen. Vielmehr besteht eine hohe Diskrepanz in der Verteilung staatlicher Hilfe. Insbesondere in Spanien liegt die staatliche Hilfeleistung bei minimalen 7 %, wobei Norwegen mit 42 % die höchste staatliche Hilfsleistung erbringt. Trotzdem lässt sich nicht der Rückschluss ziehen, dass das staatliche Engagement die familiäre Hilfsbereitschaft negativ beeinflusst. Obwohl Norwegen die höchste staatliche Hilfsrate verzeichnet, liegt die familiäre Hilfsbereitschaft mit 29 % über der in Israel. Vermutet wird eine Verschiebung und Umverteilung der Hilfsangebote zwischen den Familien, dem Staat und den anderen Hilfsanbietern. In den Ländern mit der höchsten familiären Hilfsbereitschaft übersteigt die Hilfe anderer die staatlichen Leistungen.

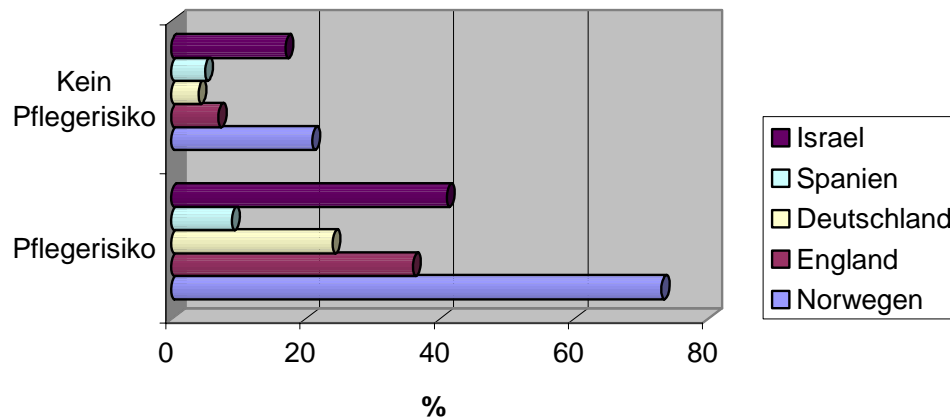
Im Falle Englands stammt die Hilfe anderer überwiegend von Nachbarn, wobei in Israel diese meist von privat angestellten Hilfskräften erbracht wird. Grundsätzlich ist jedoch erkennbar, dass staatliche Hilfen überwiegend den risikobelasteten Personen zugute kommen, hier fällt die Leistung mit 73 % in Norwegen am höchsten aus.

Tabelle 10: Modifizierter Ausschnitt aus Tabelle 9

| <i>in %</i> | Norwegen | England | Deutschland | Spanien | Israel |
|--|-----------------|----------------|--------------------|----------------|---------------|
| <i>Staatl.Hilfeleistungen (Gesamt)</i> | 42 | 25 | 16 | 7 | 32 |
| <i>Pflegerisiko</i> | 73 | 36 | 24 | 9 | 41 |
| <i>Kein Pflegerisiko</i> | 21 | 7 | 4 | 5 | 17 |
| <i>Anzahl Befragter</i> | 411 | 385 | 483-493 | 384 | 368 |

Quelle: eigene Darstellung

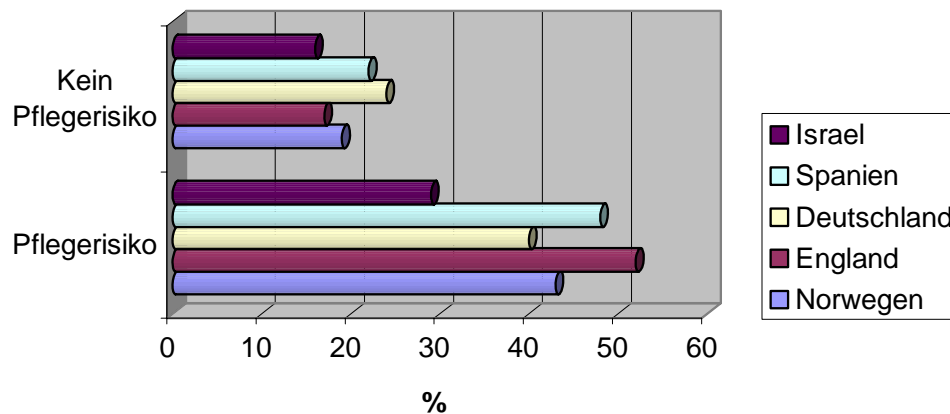
Abbildung 19: Grafische Darstellung der Verteilung staatlicher Hilfeleistungen



Quelle: in Anlehnung an Daatland/Herlofson (2003a, S. 291)

Auch die familiären Hilfeleistungen kommen in erster Linie den risikobelasteten Personen zugute.¹²⁷

Abbildung 20: Grafische Darstellung der Verteilung familiärer Hilfeleistungen

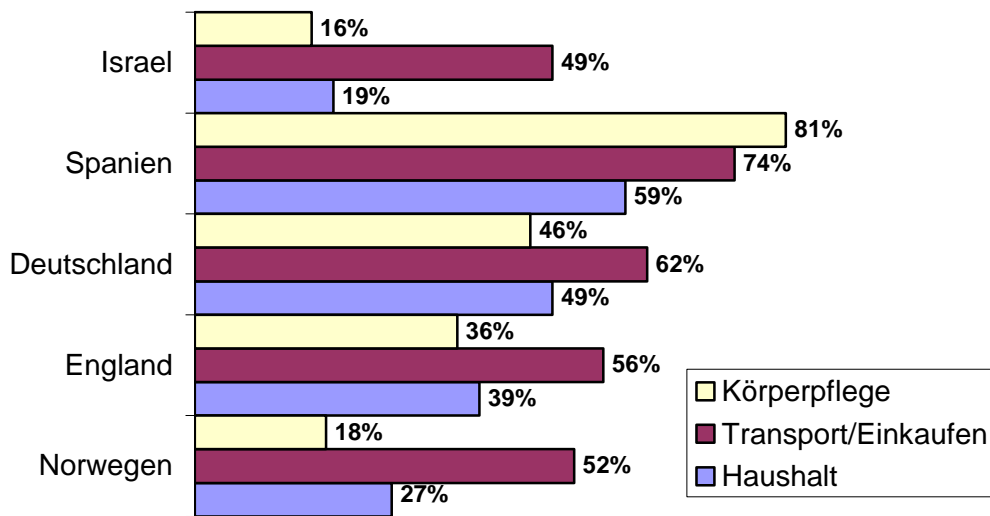


Quelle: in Anlehnung an Daatland/Herlofson (2003a, S. 291)

Doch bei welchen Arten von Hilfeleistungen dominiert die Familie bzw. wird sie von den beiden anderen Hilfsanbietern übertroffen?

¹²⁷ Vgl. hierzu nochmals Tabelle 9.

Abbildung 21: Grafische Darstellung der familiären Hilfeverteilung in den Ländern



Quelle: in Anlehnung an Daatland/Herlofson (2003a, S. 292)

Die vorliegende Tabelle weist eine eindeutige Dominanz der Familien in ihrer Hilfe bei der Fortbewegung und dem Einkauf auf. In Spanien dominiert die Familie in allen drei Hilfsarten. In Deutschland spielt die Familie ebenfalls in allen Bereichen eine herausragende Rolle. In England fällt dieses Ergebnis nicht allzu deutlich aus, wobei in Norwegen und Israel die Familie in den Bereichen Haushalt und Körperpflege eine untergeordnete Rolle spielt. Dieses Ergebnis zeigt, wie flexibel die Familie in ihrer Hilfsmöglichkeit ist und eher geringfügig von den staatlichen Leistungen verdrängt werden kann. Zwar dominieren in Norwegen und Israel die Drittanbieter von Hilfsleistungen, jedoch sind trotzdem weder der Staat noch diese Anbieter in der Lage, die familiäre Hilfe in der Fortbewegung und dem Einkauf zu verdrängen. Dies verstärkt die Annahme eines komplementären Verhältnisses der Hilfsanbieter zueinander. Der Staat vermag zwar, die Familien in ihren Hilfsanstrengungen zu entlasten, kann diese jedoch nicht vollständig ersetzen, auch wenn – wie in Norwegen und Israel erkennbar – sehr hohe Hilfsleistungen angeboten werden.

Somit kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass eine Verdrängung familiärer Hilfe bzw. ein Substitutionseffekt durch die staatliche Wohlfahrtspolitik nicht eindeutig erkennbar ist. Die Crowding-out-These wird hier zunächst von der Hand gewiesen.

Im weiteren Verlauf der Studie wird der Versuch unternommen, die analysierte Fragestellung auch aus der Perspektive der Kinder der Befragten zu untersuchen. Hierzu wurden diese befragt, ob sie in den vergangenen 12 Monaten ihren Eltern Hilfe geleistet und ob sie ebenfalls von ihren Eltern Hilfe in Anspruch genommen haben.

Tabelle 11: Hilfe und Unterstützung an und durch die Eltern (≥ 75 Jahre) aus der Perspektive der erwachsenen Kinder (in %)

| | Norwegen | England | Deutschland | Spanien | Israel |
|---|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| Hilfe an die Eltern | | | | | |
| Emotionale Hilfe | 71 | 62 | 74 | 65 | 69 |
| Transport/Einkauf | 58 | 45 | 49 | 26 | 41 |
| Hausreparaturen/Garten | 48 | 31 | 31 | 21 | 22 |
| Haushalt | 27 | 29 | 34 | 22 | 18 |
| Körperpflege | 9 | 5 | 9 | 16 | 12 |
| Finanzielle Unterstützung | 4 | 14 | 7 | 18 | 23 |
| Zumindest eine Art der Hilfe | 87 | 76 | 83 | 70 | 74 |
| Erhaltene Hilfe durch die Eltern | | | | | |
| Emotionale Hilfe | 46 | 39 | 53 | 42 | 59 |
| Transport/Einkauf | 6 | 6 | 0 | 3 | 1 |
| Hausreparaturen/Garten | 9 | 2 | 3 | 1 | 5 |
| Haushalt | 7 | 4 | 4 | 6 | 5 |
| Kinderpflege | 18 | n/a | 4 | 6 | 10 |
| Körperpflege | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Finanzielle Unterstützung | 26 | 8 | 11 | 7 | 47 |
| Zumindest eine Art der Hilfe | 59 | 44 | 54 | 45 | 67 |

Quelle: in Anlehnung an Daatland/ Herlofson (2003a, S. 297)

Das Befragungsergebnis spiegelt eine signifikant hohe (subjektiv empfundene) Hilfsbereitschaft der Kinder wider. Zwischen 70 und 85 % der Befragten in allen Ländern haben zumindest einmal jährlich ihren Eltern persönlich Hilfe geleistet. Erstaunlicherweise weist Norwegen als

Spitzenreiter staatlicher Hilfsleistungen auch in diesem Fall eine Führungsposition auf. Obwohl die staatliche Hilfe in Norwegen dominiert, verzeichnet Norwegen auch hier die höchste Rate von 87 %.

Grundsätzlich lässt sich für keines der Länder ein negativer Einfluss der staatlichen Wohlfahrtspolitik erkennen. Zwar sind in den Bereichen Körperhygiene und finanzielle Unterstützung vergleichsweise niedrigere Hilfsraten und Unterschiede zwischen den verschiedenen Ländern erkennbar, dies wird in dieser Studie nicht als Folge eines Substitutionseffektes betrachtet. Vielmehr werden niedrigere Hilfsraten bei der Körperhygiene mit einer niedrigeren Rate von Hilfsbedürftigen begründet, die diese Hilfe benötigen. Zudem verweisen die Autoren auf annähernd äquivalente Hilfsraten in der Haushaltshilfe, welche wiederum einen Crowding-out-Effekt nicht erkennen lassen.

Hier wird auf den „Charakter“ der staatlichen Hilfsleistungen verwiesen, die meist lediglich eine zeitlich begrenzte Grundsicherung gewährleisten sollen. Die Familie ist somit zu zusätzlichen Hilfsleistungen gezwungen.

Die finanzielle Unterstützungsrate durch die Familie ist in Norwegen und Deutschland am geringsten, wobei sich dieses Ergebnis mit der in diesen Ländern – im Vergleich zu Spanien und England – geringen Altersarmutsraten begründen lässt. Israel sticht mit einer hohen finanziellen Hilfsrate von 23 % heraus, zugleich weist dieses Land eine finanzielle Unterstützungsrate der Kinder durch ihre Eltern von 47 % auf. Als Begründung hierfür werden kulturelle und eigentümliche Faktoren angeführt.

Auch aus der Perspektive der erwachsenen Kinder lassen sich aus den Befragungsergebnissen keine konkreten Anhaltspunkte für einen Crowding-out-Effekt ableiten.

Die vorliegende Studie konnte keine eindeutigen Beweise für eine verdrängende Wirkung staatlicher Wohlfahrtspolitik auf die familiäre Hilfsbereitschaft liefern. Vielmehr lassen sich anhand der Studienergebnisse Anhaltspunkte für eine komplementäre Beziehung zwischen staatlichen und familiären Hilfeleistungen gewinnen. Staatliche

Hilfsleistungen ermöglichen es der Familie, ihre Hilfe gezielter und variierender zu tätigen. Familienmitglieder bzw. die Kinder der Betroffenen sind bereit, ihre Hilfe zu leisten. Sie können und wollen helfen, wobei sie durch die staatliche Hilfe sogar in ihrer Motivation bestärkt werden. Obwohl die Art der Hilfe seitens der Familie durch den Staat beeinflusst wird, geschieht dies mit einer komplementären Wirkung, die das familiäre Solidaritätsgefühl eher stärkt als schwächt.

Weiterführend lässt sich feststellen, dass die staatliche Wohlfahrtspolitik den alten Mitgliedern unserer Gesellschaft die Möglichkeit gibt, ihre Unabhängigkeit zu bewahren. Geringe Hilfsraten in Ländern mit stark ausgeprägten Wohlfahrtsleistungen spiegeln keineswegs eine gesunkene Hilfsbereitschaft wider, sondern sind die Folge höherer Wohlfahrtsleistungen. Die Menschen nehmen diese Leistungen gerne in Anspruch, da diese die Familie unterstützen und ihre Möglichkeit einer flexiblen Anpassung an die Bedürfnisse der Betroffenen erhöhen.

Anhand der gewonnenen und ausgewerteten OASIS-Daten widersprechen auch MOTEL-KLINGEBIEL/TESCH-ROEMER/KONDRATOWITZ (2005) der Crowding-out-These. Die analysierten Befunde sprechen auf den ersten Blick zwar für die Crowding-out-These, da in den wohlfahrtsstaatlich vergleichsweise unterentwickelten Ländern (wie Deutschland und Spanien) die höchste Konzentration an familiärer Hilfe festgestellt worden ist. Dies wird jedoch als Folge unterschiedlicher Charakteristika der befragten Personen gewertet, denn Unterschiede in Sachen Familienstand, Gesundheitszustand, Kinderzahl und normative Werteinstellungen beeinflussen die Inanspruchnahme bzw. Verfügbarkeit familiärer Hilfsangebote. Dadurch wird die direkte Aussagekraft der gewonnenen Ergebnisse verfälscht.

Somit wird als Ergebnis eine vom wohlfahrtsstaatlichen Engagement unabhängige familiäre Hilfsbereitschaft festgehalten und die Crowding-out-These von der Hand gewiesen.

Zudem wird die Annahme eines positiven Einflusses staatlicher Wohlfahrtspolitik auf das familiäre Hilfsengagement bekräftigt. Denn

obwohl in Ländern mit geringeren staatlichen Wohlfahrtsleistungen das familiäre Hilfsangebot quantitativ am höchsten ausfällt, übersteigt es in keiner Weise die Qualität der geleisteten familiären Hilfsleistungen in Ländern mit hohem staatlichen Engagement.

Ein hohes Maß an staatlicher Fürsorgepolitik verstärkt die Inanspruchnahme formaler Pflegeangebote, sodass es zu einer effizienten Aufgabenteilung zwischen der Familie und den formalen Pflegediensten kommen kann. Staatliche Wohlfahrtsleistungen können somit zu einer komplementären und effizienten Beziehung formaler und informaler Pflegeleistungen führen. Hierdurch können Pflegebedürftige ein optimales Pflegeangebot erhalten und deren Familien in ihrer Beanspruchung geschont werden.

MOTEL-KLINGBIEL/TESCH-ROEMER/KONDRATOWITZ (2005, S. 879) sprechen sich für eine höhere staatliche Unterstützung informaler Pflege aus, um dadurch sowohl die Qualität der Pflege als auch die Lebensqualität der Familienangehörigen positiv beeinflussen zu können.

SUNDSTRÖM/MALMBERG/JOHANSSON (2006) halten Kürzungen staatlicher Leistungen zur Unterstützung der Familien insbesondere dann für eine Gefahr, wenn diese Unterstützung vorher indirekt die Pflegeleistung der Familien gestärkt hat. Als Folge solch einer Politik befürchten sie eine Demoralisierung der Familien und der Pflegebedürftigen.

Laut DAATLAND/HERLOFSON (2003b) existiert in Europa eine starke und stabile Solidarität der Familien gegenüber ihren pflegebedürftigen Familienmitgliedern.¹²⁸ ATTIAS-DONFUT/OGG/WOLFF (2005) vertreten ebenfalls die Ansicht einer in Europa (trotz nationaler und regionaler Unterschiede) existenten und starken intergenerationalen Familienbeziehung. DAATLAND/LOWENSTEIN (2006) kommen unter Analyse der OASIS-Daten zu dem Ergebnis, dass alle 5 untersuchten Länder ähnliche Ausprägungen von Familiensolidarität aufweisen, jedoch

¹²⁸ Vgl. hierzu ebenfalls Daatland/Lowenstein (2005).

existieren nationale Unterschiede in der normativen Beurteilung seitens der Familien bzgl. der zu leistenden Hilfe bzw. Unterstützung.

Anhand einer deskriptiven Analyse der OASIS-Daten stellt LOWENSTEIN (2007) eine hohe kognitive Ausprägung der Familiensolidarität in allen Ländern fest, wobei ebenfalls eine niedrige Ambivalenz der Familienbeziehungen vorzufinden ist. Gleichzeitig betont LOWENSTEIN (2007), dass eine Bewertung und Analyse der Familien- bzw. Generationenbeziehungen stets unterschiedliche Perspektiven der Familienangehörigen miteinbeziehen sollten. Kritisch sieht sie die Analyse einzig aus der Perspektive der erwachsenen Kinder und ihrer Eltern (wie in der OASIS-Studie geschehen). Auch andere Familienmitglieder sollten in die zukünftigen Untersuchungen mit einbezogen werden, um die komplexen Familienbeziehungen tiefgründiger analysieren und verstehen zu können. Sie bestätigt jedoch gleichzeitig die Existenz der Familiensolidarität trotz des staatlichen Engagements.

4.3.2 Die SHARE-Studie

Im Jahre 2004 wurden im Rahmen der weitgehend durch die EU-Kommission finanzierten SHARE-Studie¹²⁹ 27.000 Bürger älter als 50 Jahre in 11 europäischen Staaten zu ihrer gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Verfassung befragt. Das Ziel war es, Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, ökonomischer Situation und sozialen Bindungen älterer Menschen zu untersuchen.

Als relevante Daten wurden die folgenden Variablen zur Analyse herangezogen:

- Gesundheit (z. B. physischer Gesundheitszustand, subjektiver Gesundheitszustand, kognitive Funktionen etc.),
- psychologischer Zustand (z. B. psychische Gesundheit, Wohlbefinden, Zufriedenheit etc.),

¹²⁹ SHARE steht hier für „Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe“. Siehe Börsch-Supan et al. (2005).

- finanzielle Situation (z. B. Einkunftsquellen, Konsum, derzeitige Arbeit, Wohnverhältnisse etc.) und
- soziale Situation (z. B. Unterstützung innerhalb der Familie, Einkommens- und Vermögenstransfers, soziale Netze etc.).

Die SHARE-Studie soll eine unterstützende Infrastruktur für ein besseres Verständnis des individuellen und gesellschaftlichen Alterungsprozesses liefern.¹³⁰ Hauptsächlich historische, kulturelle und institutionelle Unterschiede in Europa sollen nachvollzogen und in die Analyse mit einbezogen werden, da sie den Alterungsprozess der Bevölkerung entscheidend beeinflussen. Diese Untersuchung ist ihrem Aufbau nach an der US Health and Retirement Study¹³¹ (HRS) und der English Longitudinal Study of Ageing¹³² (ELSA) angelehnt.

In Zusammenhang mit der Diskussion um einen möglichen Crowding-out-Effekt staatlicher Sozialleistungen verweist die Studie auf zwei besonders aussagekräftige Ergebnisse:

1. Zunächst wurden generell in allen Ländern starke inter-generative familiäre Netzwerke identifiziert. Insbesondere im Süden existieren sehr starke soziale Netzwerke, da hier die räumlichen Distanzen zwischen den Wohnstätten meist recht gering sind.
2. Ein starkes Nord-Süd-Gefälle weisen die inter-generativen Geldtransfers auf. Während im Süden die Eltern von ihren Kindern oder Enkeln abhängig sind, unterstützen im Norden meist die Eltern die Nachkommen finanziell. In Korrelation zueinander gesetzt, können beide Befunde keine Bestätigung für die Crowding-out-These liefern. Auch hier lässt sich schlussfolgern, dass staatliche Interventionen keinen signifikanten negativen Einfluss auf inter-generative Familienbeziehungen ausüben.

¹³⁰ Vgl. Börsch-Supan/Hank/Jürges (2005, S. 245).

¹³¹ Vgl. Juster/Suzman (1995).

¹³² Vgl. Marmot et al. (2003).

Erweiterte Aussagekraft der gewonnenen SHARE-Daten

Die SHARE-Studie ist ebenfalls Grundlage für die Analyse der Auswirkungen von „sozialer Produktivität“ der Alten auf ihr persönliches Wohlbefinden.

WAHRENDORF/KNESEBECK/SIEGRIST (2006, S. 69) differenzieren zwischen drei Arten von sozialer Produktivität:

1. Freiwillige gemeinnützige Arbeit
2. Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen
3. Informelle Hilfeleistung an Familienmitglieder, Freunde oder Nachbarn

Gemäß BÖRSCH-SUPAN/HANK/JÜRGES (2005, S. 248) ist die freiwillige soziale Arbeit alter Mitbürger ein wichtiger Faktor der sozialen Produktivität, die der ganzen Gesellschaft zugute kommt.

WAHRENDORF/KNESEBECK/SIEGRIST (2006) nutzen die gewonnenen Daten der SHARE-Studie, um Rückschlüsse auf die Korrelation von sozialer Produktivität und dem persönlichen Wohlbefinden von alten Menschen ziehen zu können.

Das persönliche Wohlbefinden der alten Probanden der Studie wird anhand von zwei Indikatoren gemessen:¹³³

1. Die (empfundene) Lebensqualität als Zeichen des Wohlseins
2. Die negative Gefühlsstimmung bzw. Depression als Zeichen des Unwohlseins

WAHRENDORF/KNESEBECK/SIEGRIST (2006) kommen zu dem Ergebnis, dass das Wohlbefinden von alten Menschen signifikant mit der sozialen Produktivität korreliert. Besteht eine ausgeglichene Beziehung zwischen geleisteter Hilfe und empfangener Hilfe, so steigert dies deutlich das Wohlbefinden alter Menschen. Leisten Menschen Hilfe an andere, ohne dabei selbst direkt oder indirekt Unterstützung bzw. Gegenhilfe zu erhalten, so führt dies meist zu einem negativen Einfluss auf das Wohlbefinden bzw. zu Frustration und Unzufriedenheit.

¹³³ Zur genauen Erklärung der Messverfahren siehe Wahrendorf/Knesebeck/Siegrist (2006, S. 68-69).

Soziales Engagement im Alter wird von allen Probanden der Studie als positiv empfunden, unabhängig von der Nationalität. Diese Beurteilung variiert in ihrer Intensität mit der zu erwartenden „Qualität des Hilfeaustausches“, d. h. Menschen werden in ihrer Hilfeleistung bestätigt, wenn sie selbst ebenfalls Hilfe bzw. Unterstützung zurückerhalten.

Dieses Untersuchungsergebnis beinhaltet auch eine indirekte Aussage bzgl. der Crowding-out-Annahme:

Die soziale Unterstützung von alten Bürgern durch den Staat kann diese dazu animieren, selbst im Alter noch für andere da zu sein und Angehörigen oder Freunden zu helfen. Die informelle Hilfe für Pflegebedürftige kann auch durch alte Bürger stattfinden, sodass sie aufgrund der Unterstützung durch den Staat in die Lage versetzt werden, ihr eigenes und das Leben anderer zu verbessern. Auch können alte Menschen noch eine Hilfe und Unterstützung für ihre Kinder und Familie darstellen. In Anbetracht einer Implikation für das politische Handeln des Staates treffen WAHRENDORF/KNESEBECK/SIEGRIST (2006, S. 72) folgende Aussage:

„Strengthening the options of experiencing balance in social exchange may increase the motivations of remaining or becoming socially productive.”

STUCK (2007) befasst sich mit der Frage, ob Unterschiede zwischen Frauen und Männern im Bereich der informellen Hilfeleistung zu finden sind. Hierzu nutzt sie ebenfalls Daten der SHARE-Studie. Zunächst stellt sie allgemein einen erheblichen Anteil an Bürgerinnen und Bürgern ab 50 fest, die informelle Hilfe leisten und zudem häufig noch sehr aktiv sind.

„Der Vergleich von Frauen und Männern zeigt, dass im Bereich des ehrenamtlichen Engagements kaum Unterschiede zwischen Frauen und Männern vorhanden sind.“¹³⁴ Interessanterweise weisen mediterrane Staaten unterdurchschnittlich aktive Bürgerzahlen auf. In diesen Staaten fällt das wohlfahrtsstaatliche Engagement ebenfalls am geringsten aus.

Skandinavische Länder und die Niederlande mit dem größten Anteil an aktiven Bürgern über 50 Jahre weisen gleichzeitig das größte

¹³⁴ Vgl. Stuck (2007, S. 12).

Wohlfahrtsengagement für ihre Bürger auf. In Bezug auf die geleistete informelle Hilfe sind die Frauen europaweit dominierend, insbesondere im Bereich der Pflegeleistungen.

Laut STUCK (2007, S. 13) gilt es, in zukünftigen Untersuchungen genauer zu analysieren, „welche Charakteristika der Wohlfahrtsstaaten informelle Arbeit fördern bzw. behindern“.

Das soziale Engagement des Staates im Namen der Gesellschaft hat womöglich viele facettenreiche sowohl direkte als auch indirekte positive Auswirkungen auf die Mitglieder der Gesellschaft und ihr Leben.

Die Unterstützung des Staates kann als Hilfe zur Selbsthilfe wirken, ohne dabei negative Folgen eines Crowding-out herbeizuführen, denn staatliche Hilfe übt gemäß den empirischen Untersuchungen einen positiven Einfluss auf das Leben der Menschen und indirekt auch auf das ihrer Mitmenschen aus. Eine Verdrängung informeller Hilfe durch den Staat kann somit nicht festgestellt werden.

4.3.3 Ergebnisse auf Grundlage der Daten des Alters-Survey¹³⁵

Wirken sich wohlfahrtsstaatliche Transferleistungen an ältere Bürger negativ auf die Solidarität und Unterstützungsbereitschaft ihrer Familien bzw. Kinder aus? Dies ist die zentrale Fragestellung der KÜNEMUND/MOTEL-KLINGEBIEL/KOHLI (2003) nachgehen. Es wird analysiert, ob ein „großzügiger“ Wohlfahrtsstaat die Bereitschaft der Familie senkt, ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu pflegen. In diesem Zusammenhang wird die Beziehung der Transferempfänger zu ihren erwachsenen Kindern direkt analysiert. Im Fokus der Untersuchung stehen die erwachsenen Kinder mittleren Alters, da diese generell eine stabile und

¹³⁵ Der Alters-Survey wurde von der *Forschungsgruppe Altern und Lebenslauf (FALL)* an der Freien Universität Berlin und der *Forschungsgruppe Psychogerontologie* an der Universität Nijmegen in Kooperation mit *infas-Sozialforschung* (Bonn) durchgeführt und mit Mitteln des *Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)* gefördert.

gefestigte Lebenslage vorweisen können. Die Lebensphasen Ausbildung, Berufseinstieg und Familiengründung sind in dieser Altersgruppe meist bereits vollzogen. Die Analyse basiert auf den ersten Daten der Pauschalstudie Alters-Survey, die in der ersten Jahreshälfte 1996 erhoben worden sind und ca. 5.000 Befragte aus Ost- und Westdeutschland umfassen. Ziel der Studie ist es, einerseits Grunddaten für die Sozialberichterstattung über die zweite Lebenshälfte und andererseits unter anderem auch die Analyse des Generationenverhältnisses zu liefern.

KÜNEMUND/MOTEL-KLINGEBIEL/KOHLI (2003, S. 8 f.) konzentrieren ihre Analyse auf die Ergebnisdaten von Befragten im Alter von 40 bis 54 Jahren.

Zunächst kommen sie zu dem Ergebnis, dass Transfers der Eltern kaum einen positiven Einfluss auf die Situation sozialschwacher erwachsener Kinder mittleren Alters ausüben. Die Autoren verweisen jedoch auf folgenden wichtigen Aspekt: Zwar begünstigen große staatliche Transferleistungen das soziale Ungleichgewicht zwischen den Familien, da wohlhabende Eltern dementsprechend ihre Kinder stärker unterstützen können. Jedoch ist dieser Einfluss der Eltern auf die soziale Stellung der hier betrachteten Kinder mittleren Alters insignifikant. Die soziale Stellung hat sich bei Erwachsenen dieses Alters schon so sehr gefestigt, dass ein zusätzlicher negativer Einfluss auf die bereits existierende soziale Ungleichheit in der Gesellschaft nicht nachgewiesen werden kann.¹³⁶

Vielmehr wird auf die Notwendigkeit staatlicher Transferleistungen hingewiesen, um den Eltern die finanzielle Möglichkeit zu gewähren, ihre Kinder auch im Alter unterstützen zu können. Eine Reduktion der staatlichen Transferleistung würde zu einer stärkeren Belastung sozialschwacher Kinder führen, denn wohlhabende Eltern werden auch mit geringeren sozialstaatlichen Transferzahlungen ihre Kinder finanziell effektiver unterstützen können.

¹³⁶ Hohe Transferleistungen erhöhen soziale Diskrepanzen insbesondere zwischen jungen Generationen. Aus diesem Grund empfehlen die Autoren eine gezielte Besteuerung hoher Transferleistungen der Eltern, ohne dabei einen generell negativen Einfluss auf die Familie auszuüben.

Fazit der Untersuchung ist somit eine Bestätigung der Crowding-in-These zulasten der Crowding-out-Annahme. Der Wohlfahrtsstaat unterstützt die Alten und somit auch ihre Familien, wodurch intergenerationale Familienbeziehungen gestärkt werden. Reduzierte Wohlfahrtsleistungen an die älteren Generationen können Familiensolidarität senken und das soziale Ungleichgewicht in der Gesellschaft mehren. Nutznießer einer solchen Staatspolitik ist im Endeffekt die Gesellschaft und somit der Staat selbst.

KOHLI (2002) weitet die Diskussion aus und zieht anhand der Ergebnisse der Studie Rückschlüsse auf die Existenzvoraussetzungen der Generationengerechtigkeit:

„Die öffentliche Alterssicherung, also der ‚Generationenvertrag‘, ist Teil eines umfassenden Austauschsystems zwischen den Generationen.“¹³⁷

In diesem Diskussionszusammenhang bestätigt KOHLI (2002, S. 130) erneut die Irrelevanz der Behauptung, wohlfahrtsstaatliches Engagement „[...] verdränge die Leistungsbereitschaft im Rahmen von Zivilgesellschaft und Familie, [...]“. Zugleich sieht KOHLI (2002, S. 130) das wohlfahrtsstaatliche Engagement als notwendige Bedingung zur Stärkung interfamiliärer Generationenbeziehungen an. Die Rentenversicherung wird hier als zentrales Mittel zur Umsetzung des Generationenvertrages angesehen. KOHLI (2002, S. 138) stuft einen „massiven Abbau der Rentenversicherung“ als Gefahr für die Generationenbeziehung ein, da die finanzielle Unterstützungsfähigkeit der Eltern gegenüber ihren Kindern geschwächt und diese somit zusätzlich belastet werden.

„Wenn die Struktur des Rentensystems jetzt zur Disposition gestellt wird, müssen auch diese verborgenen Wirkungen des Generationenvertrages mit bedacht werden.“¹³⁸

KÜNEMUND/ REIN (1999) gehen der Frage nach der Beziehung zwischen der familiären Unterstützung und der gesetzlichen Rente nach. Sie verwerfen ebenfalls die These eines Crowding-out-Effekts. In ihrer Untersuchung wird die materielle als auch immaterielle Unterstützung der

¹³⁷ Kohli (2002, S. 130).

¹³⁸ Kohli (2002, S. 138).

Kinder an die Eltern analysiert. Die erhobenen Daten stammen aus den Ländern USA, Großbritannien, Kanada, Japan und Deutschland. Die USA z. B. weisen zum einen ein geringes wohlfahrtsstaatliches Engagement und zum anderen auch ein geringes Hilfeleistungsniveau der Kinder gegenüber den Eltern auf. Deutschland als Land mit dem ausgeprägtesten Wohlfahrtssystem zeigt jedoch zugleich die höchste Hilfsbereitschaft unter den Kindern auf.

KÜNEMUND/REIN (1999) sehen dies als Bestätigung für eine Crowding-in-Annahme an. Die gegenseitige Austauschbeziehung zwischen Eltern und Kindern wird mithilfe staatlicher Transfers gefördert. Eltern können ihre Kinder unterstützen und erfahren so selbst die Unterstützung ihrer Kinder.

KÜNEMUND/REIN (1999) betonen den positiven Effekt staatlicher Transferleistungen auf die Familien und zugleich auch auf den Staat selbst.

4.3.4 Öffentliche Transfers vs. private Transfers?

Im Rahmen der Crowding-out-These wurden bisher Ergebnisse in Bezug auf die informelle Hilfeleistung der Kinder vorgestellt. Denn die Hilfe der Kinder setzt sich sowohl aus materiellen als auch immateriellen Leistungen zusammen. Die Ablehnung der Crowding-out-These stützte sich somit auf eine Gesamtbewertung beider Hilfsformen.

REIL-HELD (2005) fokussiert ihre Untersuchung auf die Wirkung öffentlicher Transfers auf die finanzielle Unterstützung der Eltern durch die Kinder und umgekehrt. Hierzu zieht sie EVS¹³⁹-Daten zur Hilfe, die Informationen bzgl. der finanziellen Vermögenssituation von 49.720 Haushalten beinhalten. Da die EVS-Daten nicht zwischen freiwillig und unfreiwillig gezahlten finanziellen Transferleistungen (z. B. vom geschiedenen Ehepartner zu zahlender Unterhalt oder zu zahlender Unterhalt für das gemeinsame minderjährige uneheliche Kind) an die befragten Haushalte differenzieren, beschränkt REIL-HELD (2005, S. 9)

¹³⁹ EVS „Einkommens- und Verbrauchsstichproben“, siehe hierzu Reil-Held (2005, S. 10).

ihre Analyse auf Ergebnisse von Haushalten, deren ältestes Mitglied älter als 64 Jahre ist, sodass nur noch 8.586 Haushalte untersucht werden. Diese Differenzierung soll die Wahrscheinlichkeit, dass finanzielle Transferleistungen aus unfreiwilligen Motiven an die Haushalte gezahlt worden sind, weitgehend ausklammern, da in dieser Altersgruppe kaum Empfänger von rechtlich reglementierten Transferleistungen vorhanden sind.

Zunächst kann ein positiver Einfluss öffentlicher Transferzahlungen auf die Zahlungsbereitschaft der Eltern an ihre Kinder festgestellt werden. Hohe Zahlungen aus öffentlicher Hand an die Eltern begünstigen wiederum hohe finanzielle Transfers der Eltern an ihre Kinder. Dieses Ergebnis kann aus sozialpolitischer Perspektive als Crowding-in-Effekt staatlicher Transferleistungen gewertet werden.

Als zweites Ergebnis der Untersuchung wird im Falle der Zahlungsbereitschaft der Kinder ein signifikanter Zusammenhang zwischen privaten und öffentlichen Transferleistungen analysiert. Dieser Zusammenhang fällt in diesem Fall, nicht wie bisher aus anderen Analysen hervorgegangen, positiv aus. Es wurde ein negativer Einfluss öffentlicher Transferzahlungen auf die Wahrscheinlichkeit und Höhe gezahlter privater Transfers durch die Kinder an ihre Eltern identifiziert. Wird die Crowding-out-These streng auf die finanzielle Unterstützung der Eltern durch die Kinder bezogen, so wird diese durch die Untersuchung von REIL-HELD (2005, S. 23-24) bestätigt. Allerdings bezieht sich die Annahme wie zuvor betont nur auf die finanzielle Hilfe der Kinder an die Eltern. REIL-HELD (2005, S. 24) unterstützt weiterhin die durch KÜNEMUND/REIN (1999) getroffene Hypothese einer non-linearen Beziehung öffentlicher und privater Hilfe. Somit kommt sie zu dem Ergebnis, dass Crowding-out und Crowding-in zur gleichen Zeit auftreten können. In Anbetracht der zahlreichen Untersuchungsergebnisse zugunsten einer Crowding-in Annahme kann Folgendes festgestellt werden: Zwar werden private finanzielle Transfers der Kinder durch öffentliche Transfers gemindert, insgesamt jedoch überwiegt die immaterielle Hilfe der Kinder in ihrer

Wirkung so sehr, dass der Gesamteffekt staatlicher Wohlfahrtspolitik auf die private Hilfsleistung positiv ausfällt.

4.3.5 Alt vs. Jung?

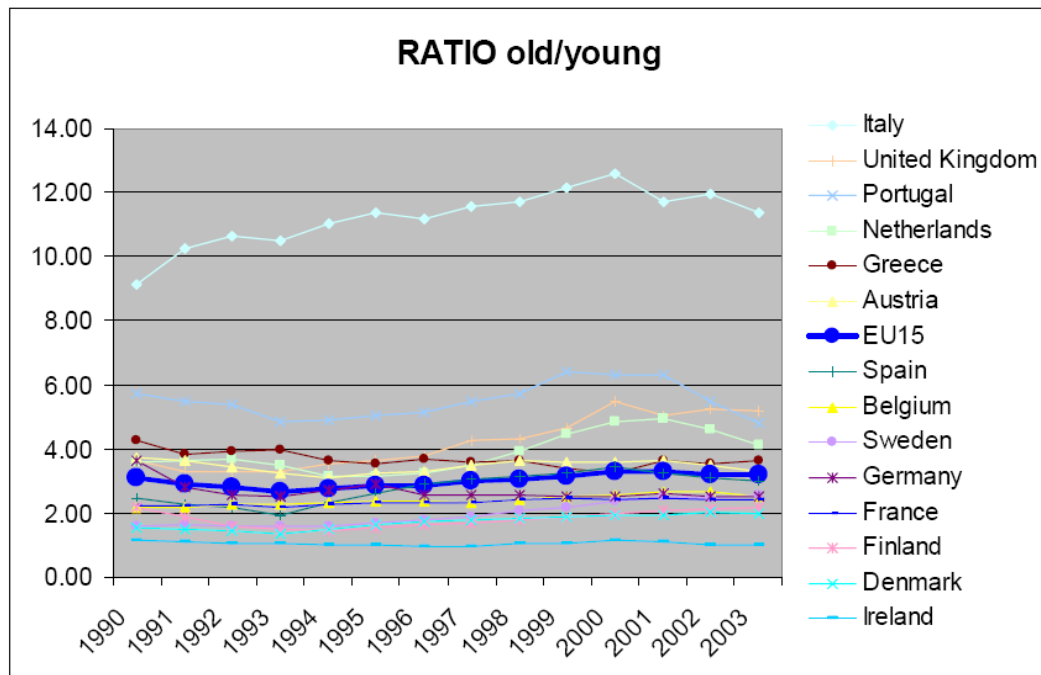
Führen Staatsausgaben für die alten Generationen zu einem Crowding-out der Ausgaben für die jungen Generationen?

Dies ist eine der Fragen von BÖRSCH-SUPAN (2006), der das europäische Wohlfahrtssystem und dessen Engagement für die alten Bürger in den Fokus seiner Analyse stellt. Zur Analyse nutzt der Autor u. a. den Datensatz von EUROSTAT¹⁴⁰.

Die Staatsausgaben der Staaten in der Europäischen Union für ihre alten Bürger befinden sich nicht auf einem einheitlichen Niveau. Während z. B. die Niederlande, Portugal, Großbritannien und Italien ihre Staatsausgaben hauptsächlich zugunsten der Alten konzentrieren, wenden sich Irland, die skandinavischen Staaten, Belgien, Frankreich und auch Deutschland in Sachen Staatsausgaben eher den jungen Generationen zu.

¹⁴⁰ Das Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften, kurz **Eurostat**, ist das statistische Amt der Europäischen Union (EU) mit Sitz in Luxemburg. URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

Abbildung 22: Relatives Verhältnis der alten und jungen Sozialleistungsempfänger



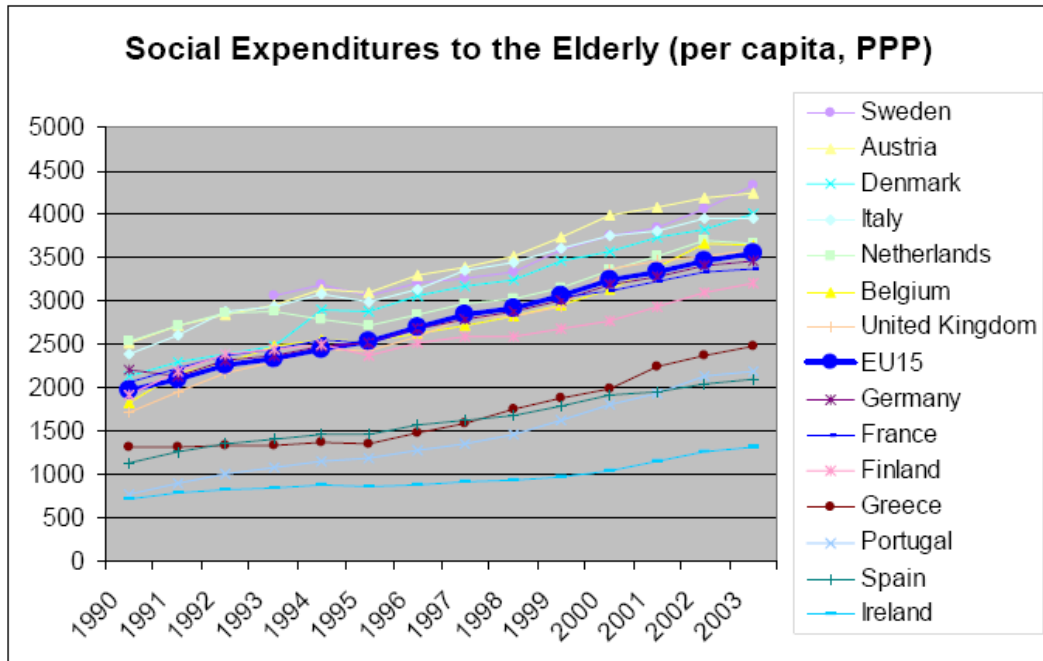
Quelle: Börsch-Supan (2006, S. 10)

Datensatz: EUROSTAT 2006

Trotz einer zunehmenden Integration aller Staaten in die Gemeinschaft der Europäischen Union haben sich die Variationen in den Staatsausgaben untereinander kaum verändert. BÖRSCH-SUPAN (2006) geht der Frage nach, ob diese Unterschiede schon als Anzeichen für einen Crowding-out-Effekt zulasten der Jungen zu werten sind.

Um diese Frage beantworten zu können, bedient sich BÖRSCH-SUPAN (2006) folgender EUROSTAT-Daten:

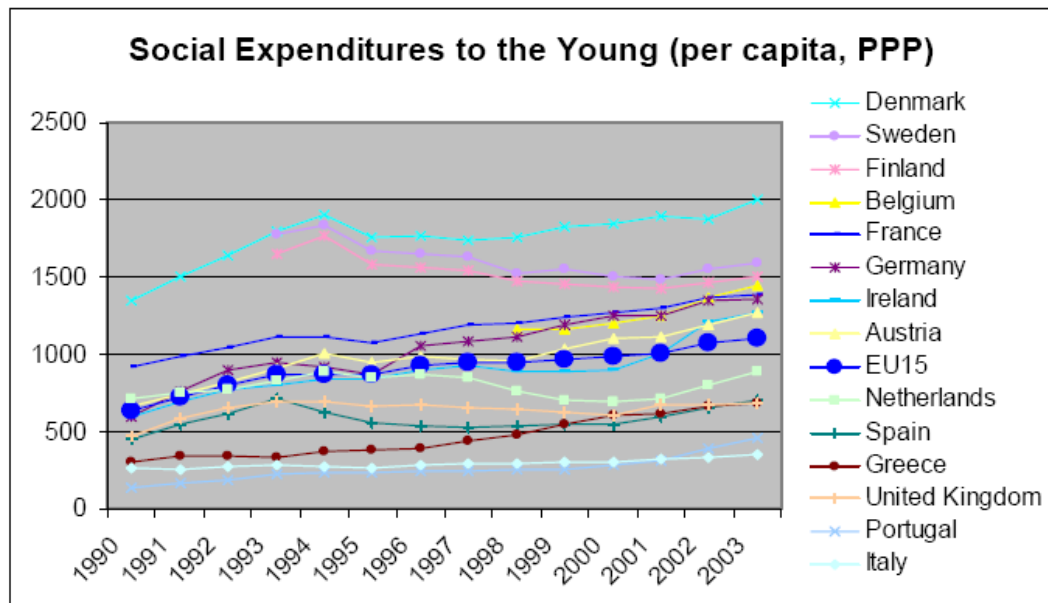
Abbildung 23: Durchschnittliche soziale Zuwendung an die Alten in EURO pro Person



Quelle: Börsch-Supan (2006, S. 7)

Betrachtet man nun die Staatsausgaben der jeweiligen EU-Länder, so weisen Schweden und Österreich die höchsten Ausgaben auf, während Irland mit großem Abstand im europäischen Vergleich Schlusslicht ist. Portugal, Spanien und Griechenland haben in den Jahren 1990 bis 2003 ihre Staatsausgaben kontinuierlich gesteigert. Ohne zunächst weiter auf diesen Datensatz einzugehen, seien nun die Sozialausgaben für die Jugend im gleichen Zeitraum betrachtet.

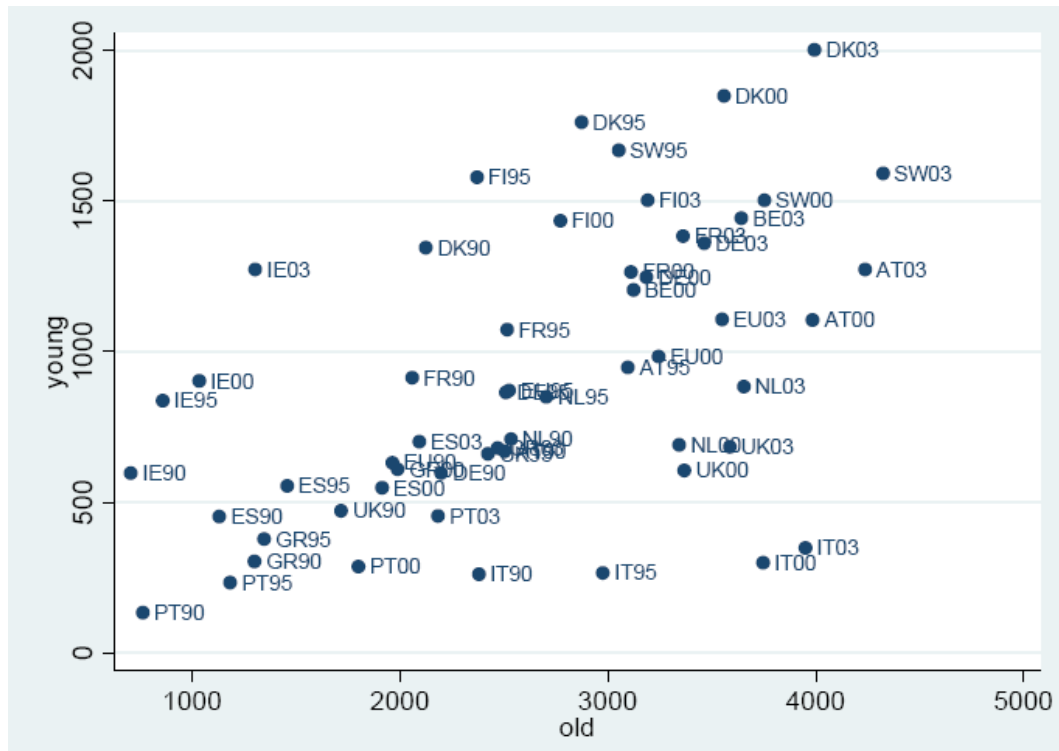
Abbildung 24: Durchschnittliche Sozialausgaben pro junger Person in EURO



Quelle: Börsch-Supan (2006, S. 9)

Auf Basis der Abbildungen 23 und 24 entwickelt BÖRSCH-SUPAN (2006) folgende Abbildung und setzt dabei beide Datensätze in einen direkten Vergleich:

Abbildung 25: Relative staatliche Zuwendung zu Alt und Jung in EURO pro Person



Quelle: BÖRSCH-SUPAN (2006, S. 11)

In dieser Abbildung ist kein relevantes Indiz für einen Crowding-out-Effekt zu erkennen. Wird eine Regressionsgerade durch die jeweiligen Punkte gelegt, so ergibt sich sogar ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen den Staatsausgaben für Alt und Jung. Diese positive Korrelation (mit $R^2 = 0,27$) wertet BÖRSCH-SUPAN (2006, S. 12) als Indiz dafür, dass die Wohlfahrtsausgaben der Staaten zwar im Laufe der Jahre zugenommen haben, jedoch ohne dabei einen signifikanten Crowding-out-Effekt zu lasten der jungen Bevölkerung vorzuweisen. Es ist eher ein Anstieg der Staatsausgaben zugunsten beider Bevölkerungsgruppen im europäischen Staatenraum zu erkennen.

5. Fazit

Bei abschließender Bewertung der erhaltenen Analyseergebnisse kann eine allgemeingültige signifikante Bedeutung der Moral-Hazard-These im Falle der GPV SGB XI nicht nachgewiesen werden.

Dennoch kann ein mögliches Moral-Hazard-Verhalten einzelner Akteure nicht ausgeschlossen werden, da in einem Versicherungsverhältnis stets Anreize bestehen, diese Vertragsbeziehung aus Egoismus heraus zu missbrauchen. Insbesondere im Falle der Sozialhilfe ist eine verstärkte Moral-Hazard-Gefahr zu befürchten. Das Problem besteht hier im Zusatzversicherungscharakter der Sozialhilfe und ist somit die Konsequenz staatlicher Sozialpolitik. Eine qualitative Bewertung der Sozialhilfe ist jedoch nicht Ziel dieser Arbeit und wird daher anderen wissenschaftlichen Arbeiten überlassen. Eine Lösung des Problems könnte nur in der Beseitigung des Zusatzversicherungscharakters liegen.

Der Staat als Versicherer kann gegenwärtig lediglich auf die Kontrollfunktion des MDK vertrauen, um den relevanten Formen des Moral Hazard entgegenwirken zu können.¹⁴¹ Dem Staat sollte daher bewusst sein, dass nur eine klar koordinierte und geregelte MDK-Kompetenz effektive Prävention sicherstellen kann. Die oft geführte Diskussion um die Aufgaben des MDK sollte daher stets auch die Moral-Hazard-Prävention im Blickpunkt haben.

Auch mithilfe des Persönlichen Budgets kann der Moral-Hazard-Anreiz eingegrenzt werden. Grund hierfür ist vor allem der durch das Persönliche Budget induzierte Anreiz zur nutzenoptimalen Verwendung staatlich gewährter Geldleistungen.¹⁴² Die Frage, ob staatliche Sozialleistungen zwingend zu einer Erosion der Generationenbeziehungen führen, kann insbesondere auf Hinblick auf die empirischen Befunde in Kapitel 4.3

¹⁴¹ Vgl. Abschnitt 3.5.

¹⁴² Vgl. Abschnitt 4.1.5.

verneint werden. Staatliches Engagement stärkt die Familien in ihren Möglichkeiten, Fürsorgeleistungen für ihre Angehörigen zu erbringen.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass die Leistungen des Staates stets von den Angehörigen der Betroffenen zur eigenen Entlastung (aus-)genutzt werden können, sodass der Moral-Hazard-Anreiz besteht insbesondere zeit- und arbeitsintensive Aufgaben auf die GPV abzuwälzen, um andere eigennutzorientierte Aufgaben ausführen zu können. Dies bedeutet nicht eine zwingende Einstellung der Hilfsleistungen durch die Angehörigen, da diese die Möglichkeit nutzen können durch die Erbringung leichterer und für sie angenehmerer Aufgaben ihr Gewissen zu beruhigen.

Aus der Analyse vorliegender empirischer Untersuchungen konnten im Rahmen dieser Arbeit keine Anhaltspunkte für eine Bestätigung der Crowding-out-These gewonnen werden. Die Auswertungen der Ergebnisse der OASIS-Studie bekräftigen die Annahme einer von staatlicher Fürsorgepolitik nicht verdrängten familiären Hilfsbereitschaft. Auch die SHARE-Studie kann keinen Beweis für die Crowding-out-Annahme liefern. Das staatliche Engagement wird in der empirischen Forschung sogar als positiver Faktor in Bezug auf die Steigerung familiärer Hilfsleistungen bewertet, sodass empirisch eher die Crowding-in-Annahme gestärkt wird. Die Annahme einer aufgrund der Staatsausgaben für die Alten der Bevölkerung sinkenden Unterstützung der jungen Bevölkerung wird ebenfalls empirisch von der Hand gewiesen. Staatsausgaben für die Alten der Bevölkerung haben keinen negativen Einfluss auf die Ausgaben zugunsten der jungen Bevölkerung.¹⁴³

Betrachtet man einzig die sozialpolitische Zielsetzung der GPV Pflegebedürftige und ihre Angehörigen effektiv zu unterstützen, so können die Heimsog- und die Crowding-out-These sowohl modelltheoretisch als auch empirisch nicht bestätigt werden. Generell ist das identifizierte Verhalten der Versicherten eine ökonomisch sinnvolle Anpassungsreaktion auf das staatliche Pflegeangebot. Es kann in diesem Fall nicht von einem opportunen Verhalten der Betroffenen im Sinne der Moral-Hazard-These

¹⁴³ Vgl. Abschnitt 4.3.

gesprachen werden. Aufgrund des angepassten Konsums dieser Akteure an das staatliche Angebot realisieren alle ihr mikroökonomisches Nutzenmaximum. Im Falle der Angehörigen ist eine differenziertere Betrachtung notwendig, wenn es um Moral-Hazard-induzierten Crowding-out geht. Moral-Hazard-Verhalten kann in dieser Gruppe durchaus auftreten, jedoch ohne die Pflegebedürftigen durch offensichtlichen Solidaritätsmangel zu belasten, sondern einzig die GPV selbst. Empirisch kommt ein mehrheitliches und somit versicherungstechnisch signifikantes Moral-Hazard-Verhalten der Angehörigen nicht identifiziert werden.

Die GPV, in ihrer versicherungstechnischen Konzeption, ist sicherlich – was die Prävention von Moral-Hazard-Verhalten angeht – verbesserungsfähig, jedoch ist ihre Existenz begründet und sinnvoll.¹⁴⁴

Diese Verbesserung bedarf einer ineinander übergreifenden Zusammenarbeit sozialpolitischer und ökonomischer Kräfte.

Anhand dieser Arbeit ist die komplementäre Beziehung zwischen Ökonomie und Sozialpolitik erkennbar, denn beide Seiten kommen trotz unterschiedlicher analytischer Perspektiven zum gleichen qualitativen Ergebnis:

Die Befürchtung eines insgesamt destruktiven Moral-Hazard-Einflusses auf die GPV nach SGB XI ist unbegründet.

¹⁴⁴ Besorgniserregend ist auch der Abbau staatlicher Sozialleistungen an die Familien, da hierdurch intergenerative Familienbeziehungen geschwächt und Generationenkonflikte begünstigt werden (Vgl. 4.2.3).

Literaturverzeichnis

Allmeyer, J. (1995): Die Pflegeversicherung und das System der Sozialhilfe: Auswirkungen für Pflegebedürftige und Einrichtungen. In: Fachinger, U./Rothgang, H. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Berlin.

Arntz, M./Spermann, A. (2003): Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren? URL: <ftp://ftp.zew.de/pub/zew-docs/dp/dp0358.pdf> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Attias-Donfut, C./Ogg, J./Wolff, F. C. (2005): European patterns of intergenerational financial and time transfers. In: European Journal of Ageing, 2 (S.161–173).

Badelt, C./Holzmann, A./Matul, C./Österle, A. (1996): Kosten der Pflegeversicherung. Strukturen und Entwicklungsgrad. In: Badelt, C. (Hrsg.): Sozialpolitische Schriften. Wien.

Baltes, P./Baltes, M. (1992): Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In: Baltes, P./Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin/New York.

Bendel, K./Rohrmann, A. (2002): Stagnation oder neuer Impuls? In: Sozialmagazin, 27 (S. 34- 39).

Bickel, H. (1992): Epidemiologie. In: Gutzmann, H. (Hrsg.): Der dementielle Patient. Bern.

Birkhölzer, K./Klein, A./Priller, E./Zimmer, A. (2005): Dritter Sektor/Drittes System: Theorie, Funktionswandel und zivilgesellschaftliche Perspektiven. Wiesbaden.

Black, H. K./Rubinstein, R. L. (2004): Themes of suffering in later life. In: *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 59 (S. 17-24).

Blinkert, B./Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover.

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin.

Börsch-Supan, A. (2006): European Welfare State Regimes and Their Generosity towards the Elderly. URL: <http://www.levy.org> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Börsch-Supan, A. et al. (2005): Health, Ageing and Retirement in Europe - first results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. URL: <http://www.share-project.org> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Börsch-Supan, A./Hank, K./Jürges, H. (2005): A new comprehensive and international view on ageing: introducing the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. In: *European Journal of Ageing*, 2 (S. 245-253).

Börsch-Supan, A./Spieß, K. (1995): Privathaushalt oder Heim? Bestimmungsfaktoren der Institutionalisierung älterer Menschen. URL: <http://madoc.bib.uni-mannheim.de/madoc/volltexte/2005/1060/> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M. (2003): Gesundheitsökonomie. Berlin/Heidelberg/New York.

Buchholz, W./Wiegand, W. (1992): Allokative Überlegungen zur Reform der Pflegevorsorge. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 209 (S. 441-457).

Buhr, G. T./Kuchibhatla, M./Clipp, E. C. (2006): Caregivers' Reasons for Nursing Home Placement: Clues for Improving Discussions With Families Prior to the Transition. In: The Gerontologist, 46 (S. 52–61).

Bullinger, H./Nowak, J. (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau.

Bundesregierung (2007): Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). URL: <http://www.bundesregierung.de> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Butterwegge, C. (1999): Wohlfahrtsstaat im Wandel. Opladen.

Daatland, S. O./Herlofson, K. (2003a): Families and welfare state: Substitution or complementary. In: Lowenstein, A./Ogg, J. (Hrsg.): OASIS: Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Haifa.

Daatland, S. O./Herlofson, K. (2003b): 'Lost solidarity ' or 'changed solidarity '? A comparative European view on normative family solidarity. In: Ageing & Society, 23 (S. 537–560).

Daatland, S. O./Lowenstein, A. (2005): Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. In: *European Journal of Ageing*, 2 (S. 174-182).

Daatland, S. O./Lowenstein, A. (2006): Filial norms and family support in a comparative cross-national context: evidence from the OASIS study. In: *Ageing & Society*, 26 (S. 203-223).

Depner, R./Trube, A. (2001): Der Wandel der Gesellschaft und die Qualitätsdebatte im Sozialsektor. In: *Neue Praxis Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik*, 3 (S. 217-238).

Deutscher Bundestag (2001): Lebenslagen in Deutschland – Erster Armuts- und Reichtumsbericht, Bundestagsdrucksache 14/5990.

Eggers, S. (2005): Modelprojekt Pflegebudget in Thüringen - Erste Erfahrungen in Erfurt. URL: http://www.imagrio.net/cgi-bin/fileservlet.pl?fileid=4385b66ff0f9b&filename=Referat_Pflegebudget_Eggers.pdf [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Eggers, S./Römer-Kirchner, A./Roland Schmidt (2005): Budgets in der Pflege: Rechtliche Impulse und erste Erfahrungen. In: Dieffenbach, S./Harms, K. et al. (Hrsg.): *Management Handbuch Pflege*, Loseblattsammlung. Heidelberg.

Eisen, R./Zweifel, P. (2003): *Versicherungsökonomie*. Berlin/Heidelberg/New York.

Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages (2002): *Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements, Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft*. Opladen.

Ewers, M./Schaeffer, D. (2005): Case Management als Innovation im deutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern.

Felderer, B./Homburg, S. (2003): Makroökonomik und Neue Makroökonomik. Berlin et al.

Fookon, I. (2002): Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation (S. 209-243).

Forbes-Thompson, S./Gessert, C. E. (2006): Nursing Homes and Suffering: Part of the Problem or Part of the Solution? In: Journal of Applied Gerontology, 25 (S. 234-251).

Gaugler, J. E./Kane, R. L./Kane, R. A./Clay, T./Newcomer, R. (2003): Caregiving and institutionalization of cognitively impaired older people: Utilizing dynamic predictors of change. In: The Gerontologist, 43 (S. 219–229).

Gorz, A. (2000): Arbeit zwischen Misere und Utopie. Frankfurt am Main.

Greene, V./Ondrich, J. (1990): Risk Factors for Nursing Home Admission and Exits: A Discrete-Time Hazard Function Approach. In: The Journal of Gerontology, 45 (S. 250-258).

Greve, G. (2001): Demographische Katastrophe in Deutschland – 2050 liegt direkt vor uns. In: Prognos trendletter, 11 (S. 3).

Haines, H. (2004): Das Persönliche Budget aus Sicht des Bundes, In: Forschungsstelle „Lebenswelten behinderter Menschen“ Universität Tübingen: Modellprojekte Trägerübergreifendes Persönliches Budget, Dokumentation des Auftakt-Workshops der Modellregionen (S. 5-11).

Hajen, L. (2001): Persönliche Budgets in der Behindertenpolitik. In: Nachrichtendienst des deutschen Vereins, 81 (S. 66-75).

Heinze, R. (1986): „Neue Subsidiarität“ – Zum soziologischen und politischen Gehalt eines aktuellen sozialpolitischen Konzepts. In: Heinze, Rolf, G. (Hrsg.): Neue Subsidiarität: Leitidee für eine zukünftige Sozialpolitik? Opladen.

Hofmeister, S. (1994): Auf dem Weg in eine nachhaltige Stoffwirtschaft. In: Zeitschrift Politische Ökologie (S. 51-55).

Höhn, M. (1995): Häusliche Pflege... und sich selbst nicht vergessen. Was pflegende Angehörige wissen sollten. Köln.

Igl, G. (1995): Zu einigen sozialrechtlichen und sozialpolitischen Problemen des neuen Pflegeversicherungsrechts. In: Fachinger, U./ Rothgang, H. (Hrsg.). Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin.

Juster, F. T./Suzman, R. (1995): An overview of the Health and Retirement Study. In: The Journal of Human Resources, 30 (S. 7-56).

Kesselheim, H. (1996): Pflegeversicherung – Aufbruch zu neuen Ufern. In: Die Ortskrankenkasse (S. 409-417).

Keupp, H. (1996): Gemeinsinn und Selbstsorge gegen einen falschen Moralismus. In: Wendt et al. (Hrsg.): Zivilgesellschaft und soziales Handeln. Freiburg im Breisgau.

Klein, T. (1996): Determinants of Institutionalization in Old Age. In: Eisen, R./Sloan, F. (Hrsg.): Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions. Boston/Dordrecht/London.

Kleve, H. et al. (2003): Systemisches Case Management – Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit mit Einzelnen und Familien – methodische Anregungen. Aachen.

Klie, T. (1995): Auswirkungen des SGB XI auf die Qualität der Pflegeleistungen. In: Fachinger, U./Rothgang, H. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin.

Klie, T. (2003): Das personenbezogene Pflegebudget - eine Perspektive für autonom gestaltete Betreuungs- und Pflegearrangements? In: Recht & Psychiatrie, 4 (S. 186-190).

Klie, T. (2004): Das personenbezogene Budget. Erfahrungen aus den Niederlanden. In: Dr. med. Mabuse, 151 (S. 45-47).

Klie, T. (2005): Pflege neu denken.

URL: <http://www.pflegebudget.de/veroeffentlichungen/meilensteine02.pdf>
[Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Klie, T./Blaumeiser, H. (2002): Perspektive Pflegemix – Pflegekulturelle Orientierung im Wandel und die Zukunft der Pflege. In: Klie, T. et al. (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Frankfurt am Main.

Kohli, M. (2002): Generationengerechtigkeit ist mehr als Rentenfinanzierung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34 (S. 129-138).

Kräkel, M. (1999): Organisation und Management. Tübingen.

Kruse, A. (1992): Alter im Lebenslauf. In: Baltes, P./Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Akademie der Wissenschaften zu Berlin. Berlin/New York.

Künemund, H./Motel-Klingebiel, A./Kohli, M. (2003): Do private intergenerational transfers increase social inequality in middle adulthood? Evidence from the German Aging Survey, Research Group on Ageing and the Life Course (FALL). URL: <http://www.fall-berlin.de/index.html?/fdl3.htm> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Künemund, H./Rein, M. (1999): There is more to receiving than needing: theoretical arguments and empirical explorations of crowding in and crowding out. In: Ageing & Society, 19 (S. 93-121).

Lampert, H. (1998): Sozialpolitik. Berlin.

Lietaer, B. (2002): Das Geld der Zukunft. München.

Lowenstein, A. (2007): Solidarity-conflict and ambivalence: Testing two conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members. In: Journal of Gerontology: Social Sciences, 62 (S. 100-107).

Lowenstein, A./Ogg, J. (2003): OASIS: Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Haifa.

Mager, H. (1995): Moral hazard in der (sozialen) Pflegeversicherung. In: Fachinger, U./Rothgang, H. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes. Berlin.

Mager, H. (1999): Pflegebedürftigkeit – ein intra- und intergenerationelles Entscheidungsproblem. In: Eisen, R./Mager, H. (Hrsg.): Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern. Opladen.

Maly, N. (2001): Töchter, die ihre Mütter pflegen. Münster.

Marmot, M. et al. (2003): Health, wealth, and lifestyles of the older population in England: the 2002 English Longitudinal Study of Ageing. London.

MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.) (1995): Begutachtungsanleitung Pflegeversicherung gemäß SGB XI. Essen.

Meadows, D./Meadows, D./Randers, J. (1993): Die neuen Grenzen des Wachstums. Reinbek bei Hamburg.

Meier, J. (1997): Das pflegebedürftige Gesetz: zur Bewertung und zur Bedeutung des Pflegeversicherungsgesetzes als neuestes Sozialleistungsgesetz. Frankfurt.

Meyer, J. A. (1996): Der Weg zur Pflegeversicherung. Frankfurt am Main.

Michaelis, J./Arntz, M./Spermann, A. (2005): Die Reform der Pflegeversicherung – weniger Kostendruck durch flexiblere Pflegearrangements? URL: <http://www.wirtschaft.uni-kassel.de> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

- Motel-Klingebiel, A./Tesch-Roemer, C./Kondratowitz H.-J. (2005): Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. In: *Ageing & Society*, 25 (S. 863-882).
- Naegele, G./Hamdorf, S. (2007): Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Münster.
- Nell, M. (1993): Versicherungsinduzierte Verhaltensänderungen von Versicherungsnehmern. Eine Analyse der Substitutions-, Moral Hazard- und Markteffekte. Karlsruhe.
- Nell, M. (1998): Das moralische Risiko und seine Erscheinungsformen. Karlsruhe.
- Nolan, M./Dellasega, C. (2000). “I really feel I’ve let him down”: Supporting family carers during long-term care placement for elders. In: *Journal of Advanced Nursing*, 31 (S. 759–767).
- Oorschot, W./Arts, W. (2005): The social capital of European welfare states: the crowding out hypothesis revisited. In: *Journal of European Social Policy*, 15 (S. 5-26).
- Pauly, M. (1969): The Economics of Moral Hazard: Comment. In: *The American Economic Review*, 58 (S. 537-539).
- Priller, E./Zimmer, A. (2006): Dritter Sektor: Arbeit als Engagement. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 12 (S. 17-24).
- Prinz, A. (1987): Pflegebedürftigkeit als ökonomisches Problem. Spardorf.

Prognos AG (1990): Die Arbeitsmärkte im EG-Binnenmarkt bis zum Jahr 2000, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Nürnberg.

Rädisch, T. et al. (1996): Begutachtungsergebnisse der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung ausgewählter Diagnosegruppen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). In: Gesundheitswesen, 58 (S. 173-175).

Rädisch, T./Erben, C.M./Großpietsch, R. (1995): Berichterstattung zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). In: Gesundheitswesen, 57 (S. 680-682).

Reil Held, A. (2005): Crowding out or crowding in? Public and private transfers in Germany. URL: <http://www.mea.uni-mannheim.de> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Rohde, C. (2007): Was sagen die Medien? – Zur Reform der Pflegeversicherung. URL: <http://www.politischer-realismus.de/newspflege> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Rohrmann, A. (2001): Das Persönliche Budget in der Behindertenhilfe. In: Sozialmagazin, 26 (S. 26- 33).

Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Frankfurt/New York.

Rothschild, M./Stiglitz, J. E. (1976): Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. In: Quarterly Journal of Economics, 80 (S. 629-649).

Sackarendt, B./Scheibner, U. (2005): Das Persönliche Budget für Werkstattleistungen- Anreize zur Diskussion, In: Werkstatt: Dialog, 21 (S. 16-18).

Schmähl, W./Fachinger, U. (1999): Armut und Reichtum. Einkommen und Konsumverhalten älterer Menschen. In: Niederfranke, A./Naegele, G. (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Opladen/Wiesbaden.

Schmitt, J./Böhning, D. (2002): Ein Vergleich der sozialmedizinischen Begutachtungen zur Pflegeversicherung (SGB XI) und nach dem Berliner Landespflegegesetz (HPG). In: Gesundheitswesen, 64 (S. 578-584).

Schneekloth, U. (1996): Pflegebedürftigkeit im regionalen Vergleich. München.

Schneekloth, U./Müller, U. (1999): Wirkungen der Pflegeversicherung. Baden-Baden.

Schülke, H. (2005): Das personenbezogene Pflegebudget. Mehr als ein Modellversuch. In: Pflegen ambulant, 1 (S. 20-25).

Schulin, B. (1994): Die soziale Pflegeversicherung des SGB XI – Grundstrukturen und Probleme. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht, 10 (S. 433-444).

Schulz-Nieswandt, F. (1989): Kritik der „moral hazard“- und „Sog“-Erwartungen bei Einführung einer Pflege-Sozialversicherung. Determinanten der Inanspruchnahme stationärer Pflege unter Berücksichtigung sozialgerontologischer und geropsychologischer Erkenntnisse. In: Sozialer Fortschritt, 38 (S. 181-184).

Schulz-Nieswandt, F. (1990): Stationäre Altenpflege und „Pflegetotstand“ in der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt am Main.

Schulz-Nieswandt, F. (1994): „Ambulant oder stationär?“ Eine sozialökonomische Analyse der Determinanten der Inanspruchnahme stationärer Altenpflege. Weiden/Regensburg.

Schulz-Nieswandt, F. (1995): Löst die gesetzliche Pflegeversicherung einen „Heimsog-Effekt“ aus? In: Fachinger, U./Rothgang, H. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin.

Schulz-Nieswandt, F. (1998): Gewalt gegen ältere Menschen – Zur verlorenen Unschuld familial-häuslicher Pflegewelten. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 49 (S. 182-185).

Schulz-Nieswandt, F. (2000): Altern im ländlichen Raum – eine Situationsanalyse. In: Walter, U./Altgeld, T. (Hrsg.): Altern im ländlichen Raum. Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik. Frankfurt am Main.

Schulz-Nieswandt, F. (2002a): Zur Genossenschaftsartigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung. Köln.

Schulz-Nieswandt, F. (2002b): Grundzüge der Alterssozialpolitik und der integrierten Versorgung, Seminar für Sozialpolitik- und Sozialwissenschaften, Fakultät der Universität zu Köln. Köln.

Schulz-Nieswandt, F. (2006): Sozialpolitik und Alter. Stuttgart.

Schulz, R./Belle, S. H./Czaja, S. J./McGinnis, K. A./Stevens, A./Zhang, S. (2004): Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. In: Journal of the American Medical Association, 292 (S. 961–967).

SGB V (2005): Gesetzliche Krankenversicherung.

SGB XI (2005): Soziale Pflegeversicherung.

SGB XII (2005): Sozialhilfe.

Simon, M. (2003): Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. URL: http://www.fakultaet5.fh-hannover.de/forschung/efh_papers/pdf/paper_03-001-2a.pdf [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Sinn, H. (1982): Kinked Utility and the Demand for Human Wealth and Liability Insurance. In: European Economic Review, 17 (S. 149-162).

Spremann, K. (1987): Agent and Principal. In: Bamberg, G./Spremann, K. (Hrsg.): Agency Theory, Information, and Incentives. Berlin et al.

Statistisches Bundesamt: Datenreport (2002).

URL: <http://www.destatis.de/download/veroe/datenreport02n.pdf>

[Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Stegbauer, C. (2002): Reziprozität: Einführung in soziale Formen der Gerechtigkeit. Wiesbaden.

Stuck, S. (2007): Informelle Arbeit älterer Frauen und Männer in Europa.

URL: <http://www.mea.uni-mannheim.de> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Sundström, G./Malmberg, B./Johansson L. (2006): Balancing family and state care: neither, either or both? The case of Sweden. In: *Ageing & Society*, 26 (S. 767–782).

TSE, M. M. (2007): Nursing home placement: perspectives of community-dwelling older persons. In: *Journal of Clinical Nursing*, 16 (S. 911–917).

Wagner, G./Motel, A./Spieß, K./Wagner, M.: (1996) Wirtschaftliche Lage und wirtschaftliches Handeln alter Menschen. In: Mayer, K./Baltes, P. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin.

Wahrendorf, M./Knesebeck, O./Siegrist, J. (2006): Social productivity and well-being of older people: baseline results from the SHARE study. In: *European Journal of Ageing*, 3 (S. 67-73).

Walter, W. (1999): Wie geht es den Generationen? In: Walter, W. (Hrsg.): *Erstes, zweites, drittes Lebensalter. Perspektiven der Generationenarbeit*, Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg. Bamberg. URL: <http://www.uni-bamberg.de/ifb/mat-pdf/3-99.pdf> [Letzter Zugriff: 14.09.2007].

Werner, B. (1997): *Demenz. Epidemiologie, Ursachen und Folgen einer psychischen Erkrankung im Alter*. Weinheim/München.

Werner, B./Volz, G. (1994): *Unser Gesundheitssystem. Eine sozialmedizinische Einführung in die Strukturen und Funktionen der gesundheitlichen Versorgung*. Sankt Augustin.

Wied-Nebbeling, S./Schott, H. (2001): *Grundlagen der Mikroökonomik*. Berlin/Heidelberg /New York.

Wilmerstadt, R. (2005): Persönliches Budget – Position des BMGS. In: Werkstatt: Dialog, 21 (S. 14-15).

Winters, S. (1996): Die kollektive Vorsorge für den Pflegefall im Alter. Eine Untersuchung am Beispiel der gesetzlichen Pflegeversicherung in den Niederlanden. Frankfurt am Main.

Wissert, M. (2005): Doppelagenten der Pflege: Hilfe verbessern, Strukturen verändern. In: Infodienst Meilensteine, 2 (S. 3-4).

URL: <http://www.pflegebudget.de/veroeffentlichungen/meilensteine02.pdf>
[Letzter Zugriff: 14.09.2007].