

Heinz Rothgang

Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung

Abschlussbericht

Auf einen Blick...

- Vorhandene Reformvorschläge können in zwei Kategorien eingeteilt werden: solche, die auf einen Systemwechsel abstehen und solche, die das vorhandene System erhalten und ausbauen wollen. Auf einen Systemwechsel zielt insbesondere
 - die Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung,
 - die Abschaffung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung zugunsten einer kapitalfundierten obligatorischen Privatversicherung und
 - die Bürgerpauschale.
- Wie die Analyse zeigt, sind diese systemsprengenden Vorschläge nicht zielführend. Zielführend ist dagegen die Kombination verschiedener Instrumente und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der bestehenden sozialen Pflegeversicherung. Besonders geeignet erscheint der Mix aus:
 - einer moderaten Beitragssatzsteigerung,
 - einer möglichst großen Zahl von Bürgerversicherungselementen,
 - steuerfinanzierten Beiträgen für mitversicherte Kinder oder eine ergänzende kollektive Kapitalfundierung, die durch kinderzahlabhängige Beiträge gespeist wird und
 - eine ergänzende individualisierte Kapitalbildung für Beschäftigte in Kombination mit einer Zusatzbeitrag für Rentner, solange dies mit der Weiterentwicklung des Alterssicherungssystem abgestimmt ist.

Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung

Expertise gefördert von der Hans Böckler Stiftung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

Kontaktadresse:
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Bürgerwohlsweg 103
28215 Bremen
Tel.: 0421 3780 280
Fax: 0421 37 80 281
Email: rothgang@zes.uni-bremen.de

15. Juni 2007

Inhalt

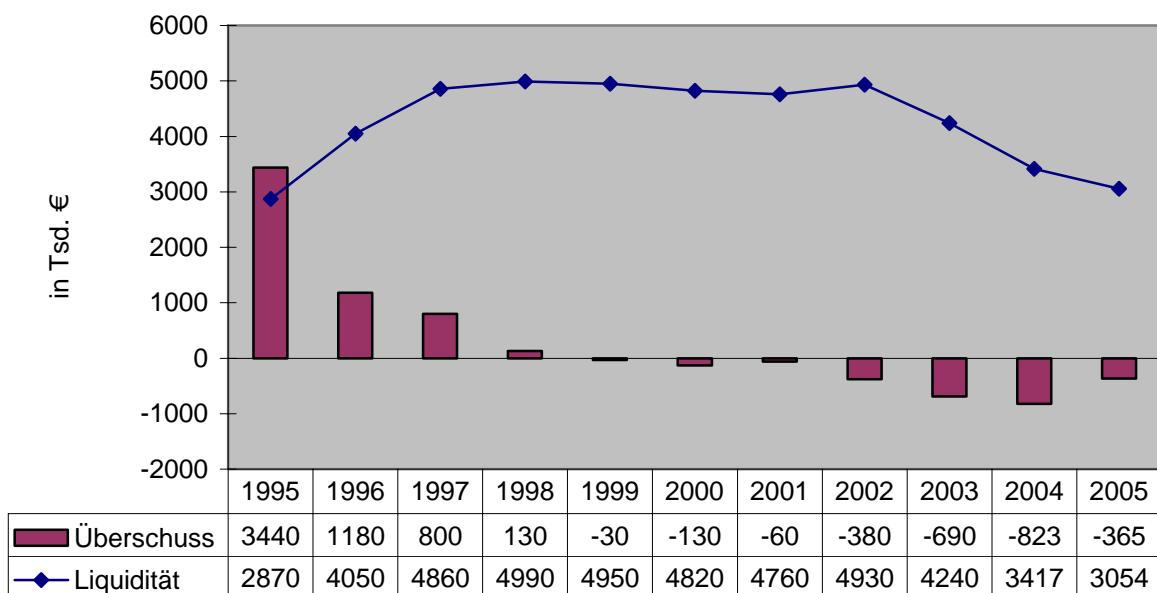
1.	Aktuelle Finanzlage und zukünftige Entwicklung	1
1.1	Finanzentwicklung bis heute	1
1.2	Zukünftige Finanzentwicklung	3
1.2.1	Zahl der Leistungsempfänger	3
1.2.2	Pflegeform	5
1.2.3	Leistungsdynamisierung	7
1.2.4	Einnahmenentwicklung	8
1.2.5	Projektionsergebnisse	9
2.	Normative Kriterien zur Bewertung von Reformoptionen	11
2.1	Allokation	11
2.2	Distribution	12
2.3	Stabilität	13
3.	Systematisierung und Bewertung vorhandener Vorschläge	14
3.1	Position der Bundesregierung und der sie tragenden Parteien	14
3.2	Systemwechsel	16
3.2.1	Abschaffung der Pflegeversicherung zugunsten eines steuerfinanzierten Bundesleistungsgesetzes	17
3.2.2	Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung	20
3.2.3	Umstieg auf eine kapitalfundierte Privatversicherung	21
3.2.4	Bürgerpauschale	29
3.3	Systemerhalt und -ausbau	31
3.3.1	Steuerfinanzierung	31
3.3.2	Ergänzende Kapitalfundierung	32
3.3.2.1	Ergänzende Kapitalfundierung als private Pflegezusatzpflichtversicherung	33
3.3.2.2	Ergänzende Kapitalfundierung als einfaches Spar-Entpar-Modell in einer kollektiven „Demographiereserve“	44
3.3.2.3	Ergänzende Kapitalfundierung und Zusatzbeitrag für Rentner	45
3.3.2.4	Ergänzende Kapitalfundierung in Abhängigkeit von der Kinderzahl	47
3.3.3	Beitragssatzsteigerung	48
3.3.4	Bürgerversicherungselemente	49
3.3.5	Risikostrukturausgleich mit der PKV	54
4.	Abschließende Bewertung	55
	Literatur:	58
	Anhang	62

1. Aktuelle Finanzlage und zukünftige Entwicklung

1.1 Finanzentwicklung bis heute

Nach Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes hat die soziale Pflegeversicherung zunächst Überschüsse erwirtschaftet. Seit 2002 gibt es aber steigende Defizite. Die soziale Pflegeversicherung hat somit aktuell ein Finanzierungsproblem (Abbildung 1).

Abbildung 1: Bilanz der gesetzlichen Pflegeversicherung



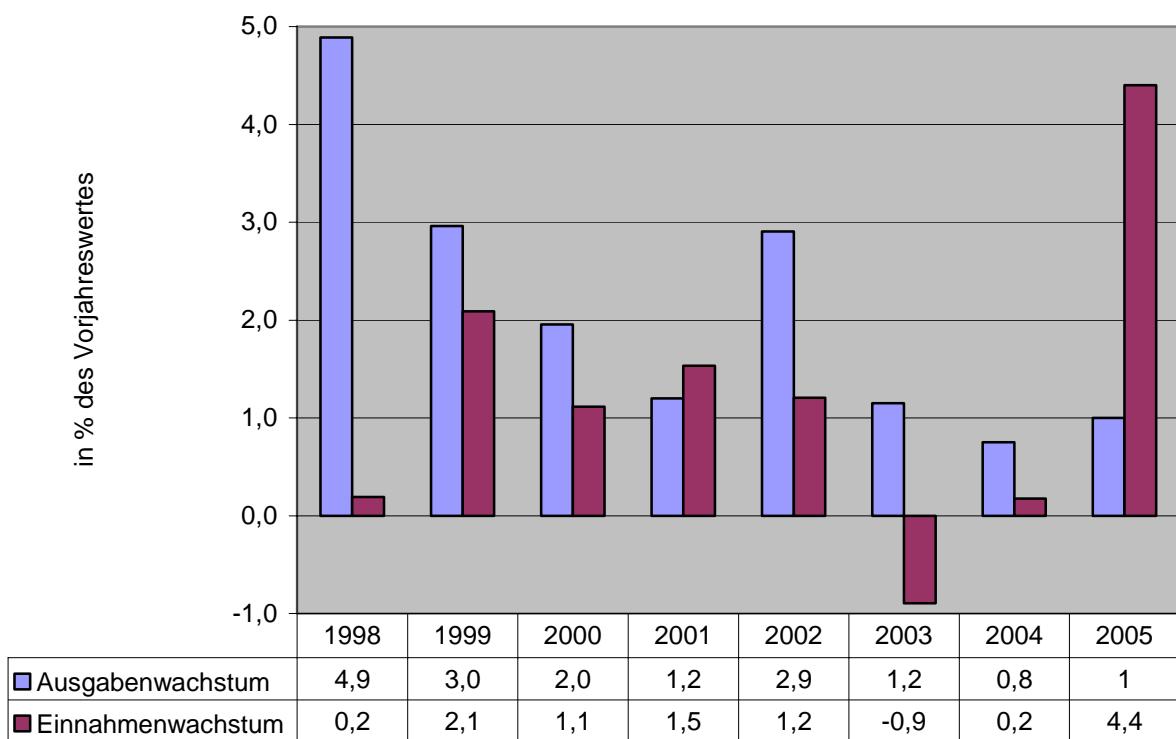
Quelle: eigene Darstellung, Daten: BMG (2006).

Für das Jahr 2006 wird vom Bundesgesundheitsministerium zwar ein Überschuss in Höhe von rd. 450 Mio. € gemeldet, allerdings sind durch die Vorverlegung der Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 03.08.2005) für die Beschäftigten im Januar zwei Beiträge und im ganzen Jahr damit 13 Beiträge eingegangen. Wird das Jahresergebnis um diesen Betrag korrigiert, ergibt sich auch für 2006 ein Defizit in dreistelliger Millionenhöhe – und dies trotz der Zuzusatzeinnahmen durch den Zusatzbeitrag für Kinderlose, der seit 2005 regelmäßig anfällt und der das Ergebnis für 2005 bereits verbessert hat. Die Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung halten damit an.

Das Finanzierungsproblem resultiert vor allem aus der Einnahme- und nicht aus der Ausgabenentwicklung (Abbildung 2): Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung sind von 1997 bis 2004 nominal lediglich um jährlich 2,2% gewachsen (geometrisches Mittel) – mit

sinkender Tendenz.¹ Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und einem Fallzahlenwachstum im gleichen Zeitraum von jährlich 2,0%, ist dies kein hoher Wert.² Allerdings lag das durchschnittliche jährliche Einnahmewachstum der Pflegeversicherung (geometrisches Mittel) im gleichen Zeitraum bei nur 0,8% und damit unterhalb der Inflationsrate von 1,3%. Damit ist die Einnahmenentwicklung weit hinter gängigen Prognosen zurückgeblieben. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es somit auch in der sozialen Pflegeversicherung die *Einnahmeschwäche*, die zu Finanzierungsproblemen des Systems führt.

Abbildung 2: Einnahmen- und Ausgabenwachstum



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Daten des BMG (2007a).

Bei der Suche nach den Ursachen für diese *Einnahmeschwäche* sind zum einen *sozialrechtliche Veränderungen* zu nennen. Hierzu zählen u.a. die Kürzung der Beitragszahlung der Bundesanstalt für Arbeit für Arbeitslosenhilfebezieher im Jahr 2000, die im Altersvermögensgesetz von 2000 erweiterten Möglichkeiten zur Gehaltsumwandlung (so genannte „Eichel-Rente“) mit der Folge einer Verringerung der beitragspflichtigen Einkommen, Reformmaß-

¹ Abbildung 2 legt nahe, dass auch die Ausgabenzuwächse der Jahre 1998 und 1999 noch durch Einführungseffekte geprägt waren. Für den Zeitraum von 1999 bis 2005 (oder bis 2006) ergibt sich so ein durchschnittliches Ausgabenwachstum von 1,4 Prozent pro Jahr (geometrisches Mittel).

² Wird das Jahr 2005 einbezogen, ergeben sich Wachstumsraten von 2,1% (Ausgaben) und 2,0% (Fallzahlen).

nahmen auf dem Arbeitsmarkt (Ich-AGs, Mini- und Midi-Jobs), die zu Einnahmeverlusten der Pflegeversicherung führen, wenn reguläre Arbeitsplätze umgewandelt werden. Zum anderen ist auf die *konjunkturell bedingte Einnahmeschwäche* der letzten Jahre hinzuweisen. Entscheidend dürfte aber – wie auch in der gesetzlichen Krankenversicherung – die *strukturelle Einnahmeschwäche* sein, die bewirkt, dass die Bemessungsgrundlage der Pflegeversicherung langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt. Hierfür verantwortlich sind die sinkende Lohnquote, der Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse und die niedrigen Lohn-, Gehalts- und Rentensteigerungen.

Von zentraler Bedeutung für die hier interessierende Frage ist daher, dass die aktuellen Finanzprobleme der sozialen Pflegeversicherung nicht dem demographischen Wandel geschuldet sind, der über steigende Fallzahlen zu explodierenden Kosten geführt hat. Zwar hat der demographische Wandel erheblichen Anteil am Ausgabenwachstum in der Pflegeversicherung, jedoch hält sich dieses letztlich in Grenzen. Geschuldet sind die aktuellen Finanzprobleme der Pflegeversicherung vielmehr einer *Einnahmeschwäche*, die nur zu einem geringen Teil auf den demographischen Wandel zurückgeführt werden kann, sondern hauptsächlich darauf, wie die Pflegeversicherung finanziert wird, nämlich ausschließlich durch Beiträge auf den Faktor Arbeit und zwar nur für einen Teil der Bevölkerung.

1.2 Zukünftige Finanzentwicklung

Die zukünftige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung hängt vor allem ab von

- der Zahl der Leistungsempfänger,
- den gewählten Leistungsformen,
- dem Ausmaß der Leistungsdynamisierung und
- der Einnahmenentwicklung.

Auf jede dieser Größen sei im Folgenden daher kurz eingegangen.

1.2.1 Zahl der Leistungsempfänger

Die Zahl der Leistungsempfänger ergibt sich bei gegebenem Versichertenkreis aus der demographischen Entwicklung und der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeit. Für diese Pflegefallwahrscheinlichkeiten ist neben der Morbiditätsentwicklung der gesetzlich festgelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff von entscheidender Bedeutung.

Aussagen über die *demographische Entwicklung* sind abhängig von Annahmen über Fertilitäts-, Migrations- und Mortalitätsentwicklung. Zwar ist die zukünftige Fertilität mit hoher Unsicherheit behaftet, insbesondere, falls eine zunehmend pronatalistische Politik Erfolge zeitigt.

gen sollte. Allerdings vergehen viele Jahrzehnte, ehe die heute noch nicht Geborenen in das Alter kommen, in dem Pflegebedürftigkeit häufig ist. Für die Betrachtungen der nächsten 50 Jahre ist die Fertilität daher weitgehend irrelevant. Wie Modellrechnungen zeigen, ist auch die Migration wegen der Altersstruktur der Immigranten weniger relevant (Rothgang 2002). Sehr relevant für die Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger ist hingegen die Entwicklung der Mortalität. Für unterschiedliche Annahmen ergeben sich bedeutende Unterschiede in der projizierten Zahl zukünftiger Leistungsempfänger. In der Vergangenheit zeigte sich zudem, dass der Mortalitätsrückgang oft unterschätzt wurde.

Auch eine Änderung des *Pflegebedürftigkeitsbegriffes* hätte potentiell merkliche Effekte auf die Zahl der Leistungsempfänger. Der derzeitige enge somatische Pflegebegriff des SGB XI, der ausschließlich auf die Hilfebedarfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens abstellt, unterliegt seit seiner Einführung massiver fachlicher Kritik.³ So werden die allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe von Menschen mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen, insbesondere demenziellen Störungen, bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nicht entsprechend berücksichtigt. Im Ergebnis erhalten Demente keine oder nur eine niedrige Pflegestufe zuerkannt, obwohl erhebliche Betreuungsbedarfe vorliegen. Damit werden Personen, die zweifellos zur Zielgruppe der Pflegeversicherung gehören, systematisch und in nicht gerechtfertigter Weise ausgegrenzt. Das hat der Gesetzgeber inzwischen erkannt und 2002 im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz erste ergänzende Leistungen für Demente vorgesehen. Unstrittig ist aber, dass grundsätzlicher angesetzt und der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert werden muss. Dabei gilt es nicht nur die besonderen Belange von Dementen zu berücksichtigen, sondern systematisch vom Teilhabebedarf von Menschen mit Pflegebedarf auszugehen, der auch im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) zum Ausgangspunkt der Leistungsgestaltung gemacht wurde. Das Bundesgesundheitsministerium hat daher einen Beirat eingesetzt, der bis Ende 2008 Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein zugehöriges Assessment-Verfahren vorlegen soll. Wie stark die Zahl der Leistungsberechtigten durch einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verändert würde, kann derzeit noch nicht gesagt werden. Davon, dass die Ausgaben durch eine Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht gesenkt werden, ist allerdings auszugehen.

Unter der Voraussetzung konstanter *Pflegefallwahrscheinlichkeiten* führt die demographische Alterung zu einer Zunahme der Zahl der Leistungsempfänger, die vergleichsweise gut berechnet werden kann und in den nächsten vierzig Jahren bei durchschnittlich rund 1,0% bis

1,5% per annum liegt. Allerdings besteht hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der altersspezifischen Pflegebedürftigkeit beträchtliche Unsicherheit. Gemäß der These von der Kompression der Morbidität (Fries 1980), die auch bezogen auf Pflegebedürftigkeit international beträchtliche Unterstützung erfährt (vgl. z.B. Jacobzone et al. 1998), ist mit einem Rückgang der altersspezifischen Pflegebedürftigkeit zu rechnen. Während entsprechende Effekte für die 1990er Jahre in Untersuchungen auf Basis von Selbstauskünften im Sozioökonomischen Panel gezeigt werden können (Ziegler/Doblhammer-Reiter 2005), ist ein derartiger Effekt in der amtlichen Statistik der Pflegeversicherung nicht nachweisbar (Rothgang 2005). Hier dürften Veränderungen der Morbidität durch Veränderungen im Antragstellungs- und Begutachtungsverhalten überlagert worden sein. Noch unveröffentlichte eigene Untersuchungen mit Kassendaten zeigen weiterhin, dass das Pflegebedürftigkeitsrisiko in erheblichem Ausmaß von der „Nähe zum Tod“ abhängt. Dies impliziert, dass das altersspezifische Pflege-
risiko mit zunehmender Lebenserwartung sinkt.

Insgesamt sind Vorausberechnungen über die zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen damit durchaus mit Unsicherheit behaftet – an einer Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen kann aber kein Zweifel bestehen, lediglich für das Ausmaß müssen Bandbreiten angegeben werden, die diese Unsicherheit berücksichtigen. Eigene Projektionen auf Basis der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung haben eine Fallzahlsteigerung von 60% im Grundmodell, von 76% bei einem zusätzlichen Mortalitätsrückgang und 45% bei mit zunehmender Lebenserwartung sinkender altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit ergeben (Rothgang 2002). Die Rürup-Kommission kam in ihrer Untersuchung auf eine Fallzahlsteigerung von knapp 80% bei konstanten Prävalenzen, jedoch unter der Annahme eines stärkeren Mortalitätsrückgangs (Nachhaltigkeitskommission 2003).

Eine Steigerung der Fallzahl von 60 - 80% über den gesamten Betrachtungszeitraum entspricht einer jährlichen Steigerung von 1,2 - 1,5%. In monetären Einheiten bedeutet dies derzeit eine Ausgabensteigerung von ca. 200 - 250 Mio. € p.a. Durch eine Morbiditätsreduktion (womöglich auch aufgrund stärkerer Präventionsanstrengungen) könnte diese Fallzahlsteigerung und die damit verbundene Ausgabenexpansion jedoch gedämpft werden.

1.2.2 Pflegeform

Neben der Zahl der Leistungsempfänger determiniert die *gewählte Pflegeform* derzeit das Ausgabenniveau der Pflegeversicherung. Die Höhe der Leistungsansprüche in der sozialen

³ Vgl. z.B. Döhner / Rothgang. 2006 und die dort angegebene Literatur.

Pflegeversicherung variiert mit der Pflegeform (Pflegegeld, Pflegesachleistungen, stationäre Pflege), die von den Leistungsempfängern gewählt wird. So liegen die Pflegesachleistungen in der häuslichen Pflege mit monatlich 384 € (Stufe I), 921 € (Stufe II) bzw. 1.432 € (Stufe III) rund doppelt so hoch wie das Pflegegeld in der jeweils gleichen Pflegestufe (205 €, 410 € bzw. 665 €). Die Leistungen der Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege von monatlich 1.023 € in Pflegestufe I und 1.279 € in Pflegestufe II übersteigen die Pflegesachleistungen in Stufe II und insbesondere in Stufe I deutlich.⁴ Die individuelle Wahl der Pflegeform hat bei den derzeit geltenden Leistungssätzen daher erheblichen Einfluss auf die Ausgaben der Pflegeversicherung. So entfallen rund die Hälfte der Leistungsausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung auf die stationäre Pflege, obgleich nur ein Drittel der Leistungsberechtigten diese Pflegeform wählt (BMG 2007 b; c).

Im ersten Jahrzehnt ihrer Existenz hat die Pflegeversicherung dabei einen Trend weg von der rein familialen, geldleistungsgestützten hin zur (komplementären) beruflichen Pflege erlebt (Döhner/Rothgang 2006). So ist der Anteil der Pflegebedürftigen, die ausschließlich das für die Pflegeversicherung billigere Pflegegeld in Anspruch nehmen von 56,7% im Jahr 1997 auf 48,5% im Jahr 2005, also um rund 8 Prozentpunkte gesunken. Auch für die Zukunft ist mit einer Fortsetzung dieses Trends zu rechnen (Blinkert/Klie 2001). Gründe hierfür sind

- das demographisch bedingt zurückgehende relative familiale Pflegepotential, d.h. das Verhältnis von potentiellen Pflegepersonen zu Pflegebedürftigen,
- ein zunehmender Anteil der älteren Menschen, die in Einpersonenhaushalten leben, welche geringere Hilfepotentiale aufweisen,
- die steigende Frauenerwerbstätigkeit, die die Opportunitätskosten der Pflege für die immer noch zahlenmäßig dominierende Gruppe der pflegenden Frauen erhöht,
- ein kultureller Wandel, der – auch bedingt durch die Anerkennung der Pflege als „gesamtgesellschaftlichen Aufgabe“ im SGB XI – dazu führt, dass Familienangehörige eine „Pflicht zu pflegen“ zunehmend verneinen und damit die Pflegebereitschaft sinkt.

Das familiale *Pflegepotential* besteht hauptsächlich aus Kindern und Schwiegertöchtern sowie den Ehe- bzw. Lebenspartnern und -partnerinnen der Pflegebedürftigen. Hiervon nehmen zu meist Frauen im Alter von 55 bis 80 Pflegeaufgaben wahr (Schneekloth 2005). Das Verhältnis des Pflegepotentials zur Zahl der Pflegebedürftigen wird aufgrund demographischer Verände-

⁴ In Pflegestufe III sind die Leistungshöhen für Pflegesachleistungen und stationäre Pflege gleich. Bei den quantitativ allerdings nicht ins Gewicht fallenden Härtefällen können die Pflegesachleistungen die Leistungen bei stationärer Pflege sogar übersteigen.

rungen deutlich sinken (Rothgang 2004a). Hierüber herrscht weitgehende Sicherheit, da alle potentiellen Pflegepersonen bereits geboren wurden.

Neben dem demographischen Wandel haben Aspekte des *sozialen Wandels* entscheidende Auswirkung auf das Pflegepotential. So wächst auch in der Altenbevölkerung der Anteil der Einpersonenhaushalte (Hullen 2003). Allein Lebende verfügen aber tendenziell über ein geringeres informelles Pflegepotential als Pflegebedürftige in Mehrpersonenhaushalten. Trotz einer seit Einführung der Pflegeversicherung feststellbaren Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, erfordert die familiale Pflege häufig Einschränkungen bei oder gar die Aufgabe der Berufstätigkeit der Pflegeperson (Naegele/Reichert 1998; Schneekloth 2005). Unter der Annahme einer zukünftig weiter steigenden Erwerbsbeteiligung von zunehmend besser ausgebildeten Frauen werden deren Opportunitätskosten bei Übernahme der Pflege steigen und ihre Pflegebereitschaft sinken. Weiterhin ist erkennbar, dass die Anerkennung von Pflege als eine ‚gesamtgesellschaftliche Aufgabe‘ im SGB XI die subjektiv empfundene ‚Pflicht zu pflegen‘ verringert – was zu einer geringeren Pflegebereitschaft geführt hat (Klie/Blaumeister 2002).

Werden diese Zusammenhänge in Projektionsmodelle umgesetzt, zeigt sich, dass auch weiterhin mit einem Trend zur professionellen Pflege gerechnet werden muss. Aktuelle Modellrechnungen für die Enquête Kommission Pflege in Nordrhein Westfalen ergaben eine Halbierung des Pflegepotentials je pflegebedürftiger Person (Rothgang 2004a). Allerdings unterliegen die numerischen Ergebnisse solcher Berechnungen erheblichen Unsicherheiten – nicht zuletzt, weil insbesondere die Pflegebereitschaft in erheblichem Ausmaß durch entsprechende politische Maßnahmen beeinflussbar ist (vgl. Blinkert/Klie 2001). Einen Umfang von durchschnittlich 0,5% pro Jahr dürfte die durch Veränderungen der Pflegearrangements ausgelöste Ausgabensteigerung allerdings nicht übersteigen (vgl. Rothgang 2002).

Sollte die Leistungshöhe für die verschiedenen Pflegeversicherungsleistungen angeglichen werden, würden derartige Veränderungen der Pflegearrangements für die gesetzliche Pflegeversicherung allerdings (weitgehend) irrelevant.

1.2.3 Leistungsdynamisierung

Die Leistungshöhe der Hauptleistungsarten (Pflegegeld, Pflegesachleistungen, stationäre Pflege) ist seit Einführung der Pflegeversicherung bzw. seit ihrer Festlegung im Gesetzgebungsverfahren, also etwa 1993, unverändert geblieben. Bei steigenden Preisen für professionelle Pflege führt dies zu einem Kaufkraftverfall der Versicherungsleistungen. So sind die Preise

für vollstationäre Pflege ausweislich der Statistiken des Statistischen Bundesamtes von 1999 bis 2005 durchschnittlich um rund 1,5% pro Jahr gestiegen – bei konstanten Versicherungsleistungen.⁵ Mittel- und langfristig führt ein solcher Leistungsverfall zwangsläufig zu einem wieder steigenden pflegebedingten Sozialhilfebezug und zur Delegitimierung der Pflegeversicherung. Eine *Leistungsdynamisierung*, die – soll die Kaufkraft der Versicherungsleistungen erhalten werden – regelmäßig, regelgebunden und in Orientierung an der allgemeinen Brutto- lohnentwicklung erfolgen muss, ist daher notwendig. Die Notwendigkeit einer Leistungsdynamisierung wird inzwischen auch von der Politik anerkannt und ist im Koalitionsvertrag zwischen den Koalitionspartnern vereinbart. In welcher Form sie umgesetzt wird, hängt aber von politischen Setzungen ab, die nur schwer antizipiert werden können. Die Rürup-Kommision schlug einen Mittelwert von Inflation und Lohnerhöhungen vor (Nachhaltigkeitskommission 2003). Dieser Vorschlag ist einem festen Prozentsatz gegenüber vorzuziehen, der – je nach ökonomischer Entwicklung regelmäßig als zu hoch oder zu niedrig empfunden werden dürfte. Die Dynamisierungsrate ist jedoch zu niedrig, wenn für die Zukunft von Reallohnsteigerungen ausgegangen wird. Eine angemessene Dynamisierung wird zu Ausgabensteigerungen der Pflegeversicherung von etwa 2% im Jahr führen und entspricht damit dem kumulierten Effekt steigender Fallzahlen und veränderter Pflegeformen. Die Leistungsdynamisierung ist von den genannten ausgabensteigernden Faktoren daher der potentiell ausgabenträchtigste.

1.2.4 Einnahmenentwicklung

Die *Einnahmenentwicklung* der sozialen Pflegeversicherung ist in der jüngsten Vergangenheit hinter den Erwartungen – und auch hinter den entsprechenden Ansätzen in Vorausberechnungen – zurückgeblieben (vgl. Abschnitt 1.1). Die Gründe hierfür lagen in

- politisch gewollten Entlastungen anderer sozialen Sicherungssysteme zu Lasten der Pflegeversicherung („Verschiebebahnhöfe“),
- Lohnzurückhaltung in Tarifverhandlungen und Nullrunden in der Rentenversicherung,
- konjunktureller Schwäche sowie
- Struktureller Einnahmeschwäche, insbesondere sinkender Lohnquote und Abbau sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse – auch aufgrund sozialrechtlicher Änderungen wie der Einführung von Minijobs.

⁵ Verlässliche und vergleichbare Zeitreihen für den Zeitraum vor der ersten Durchführung der Pflegestatistik gemäß § 109 SGB XI am 15.12. 1999 liegen nicht vor. Analysen für die Pflegesatzentwicklung im Rheinland von 1996 bis 1998 legen allerdings die Vermutung nahe, dass die Preissteigerungen in dieser Einführungsphase noch deutlich höher lagen (vgl. Roth/Rothgang 1999).

Für Projektionen ist die Einnahmeseite mit größter Unsicherheit behaftet, da hierfür nicht nur der Umfang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung sowie die Lohn- und Gehaltsentwicklung projiziert werden müssen und damit eine Modellierung des Arbeitsmarktes notwendig ist.. Vielmehr sind auch Lohnersatzleistungen beitragspflichtig, so dass Aussagen insbesondere über die Rentenentwicklung erforderlich sind. Gerade im Bereich der Lohnersatzleistungen hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit aber wiederholt in die Beitragspflicht eingegriffen – was auch für die Zukunft nicht ausgeschlossen werden kann.

Allerdings reduziert sich die Unsicherheit für die Projektion des Beitragssatzes beträchtlich, wenn eine Leistungsdynamisierung in Abhängigkeit von der allgemeinen Lohnentwicklung unterstellt wird. Dann wirkt sich die Lohnentwicklung nämlich gleichermaßen auf Einnahmen- und Ausgabenseite aus, so dass die projizierte Beitragssatzentwicklung weitgehend unabhängig von der absolute Höhe der Lohnsteigerungen wird.

Vorhandene Modellrechnungen zur zukünftigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung unterstellen in der Regel Konstanz der Regelungen zur Beitragspflicht sowie eine produktivitätsorientierte Lohnentwicklung (Hof 2001; Rothgang 2002), für die auf Berechnungen im Rentenbericht der Bundesregierung oder anderen mittelfristigen Vorausberechnungen zurückgegriffen werden kann. Als wichtige Determinante für die Beschäftigung wird insbesondere die sinkende Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter herangezogen, wobei einfache Modellrechnungen die Einnahmenentwicklung proportional zur Entwicklung dieses Indikators setzen (Wille et al. 1998), während differenziertere Modellierungen Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage getrennt betrachten (Rothgang 2002; Hof 2001), um so berücksichtigen zu können, dass eine sinkende Zahl von Personen im erwerbsfähigen Alter nicht direkt auf die Beschäftigtenzahlen durchschlägt, sondern durch Mobilisierung der erheblichen vorhandenen Arbeitskräfteereserven zum Teil ausgeglichen werden kann.

1.2.5 Projektionsergebnisse

Die vorstehende Diskussion der Determinanten der Ausgaben hat gezeigt, dass in Zukunft mit erheblichen Ausgabensteigerungen zu rechnen ist. Natürlich kann diese Entwicklung beeinflusst werden, insbesondere durch Präventionsanstrengungen, die zu einer Verringerung der altersspezifischen Pflegehäufigkeiten führen, und durch Förderung „gemischter Pflegearrangement“ und Flexibilisierung des Leistungsrechts, die den Trend zu „teureren“ Pflegeformen verlangsamen. Insgesamt dürften derartige Maßnahmen – so sinnvoll und förderungswürdig sie auch sein mögen – aber nicht verhindern, dass mit deutlich steigenden Finanzbedarfen zu

rechnen ist. Tabelle 1 fasst die numerischen Ergebnisse entsprechender Projektionen zusammen.

Tabelle 1: Ausgabensteigerungen

Durchschnittliche jährliche Ausgabensteigerungen durch:	
Fallzahlerhöhung	1,2 – 1,5%
Verschiebung der Pflegeformen	0,5%
Leistungsdynamisierung	ca. 2%
<i>Summe</i>	3,7 – 4,0%

Ohne eine Leistungsdynamisierung würde ein Grundlohnsummenwachstum von 2% ausreichen, den Beitragssatz stabil zu halten. Ein derartiges Grundlohnsummenwachstum ist – wie die jüngsten Erfahrungen zeigen – jedoch nicht selbstverständlich. Darüber hinaus würde die Kaufkraft der Versicherungsleistungen stetig sinken, bis das System seine Legitimation verlöre. Wird daher eine Leistungsdynamisierung im Umfang Lohnentwicklung unterstellt, sind Beitragssatzsteigerungen unumgänglich. Einnahmesteigerungen dürften nämlich allenfalls im Umfang von Lohnsteigerungen erfolgen, da die Beschäftigung – u. a. demographisch bedingt – kaum als steigend unterstellt werden kann und auch bei den Beiträgen aus Lohnersatzleistungen u. a. wegen möglicher Rentenkürzungen nicht mit steigendem Aufkommen zu rechnen ist. Die Lohnsteigerungen werden aber vollkommen durch die – als lohnentwicklungsbezogen unterstellte – Dynamisierung aufgewogen, so dass die Fallzahlerhöhung und die Verschiebung der Pflegeform zu steigenden Beitragssätzen führen.

Beitragssatzprojektionen weisen – wenn sie eine Leistungsdynamisierung unterstellen – für das Jahr 2040 daher Beitragssätze von drei bis vier Beitragssatzpunkten aus, je nach zugrunde gelegtem Szenario in Bezug auf Leistungsdynamisierung und Mortalitätsentwicklung (Tabelle 2).

Tabelle 2: Beitragssatzprojektionen für das Jahr 2040

Beitragssatz	Leistungsdynamisierung gemäß	Quelle
1,6 – 2,1	Inflation	Rothgang, 2002
3,6 – 3,9	Durchschnittliche Bruttolohnsteigerung	Rothgang, 2002
3,0	(Durchschnittliche Bruttolohnsteigerung + Inflationsrate) / 2	Nachhaltigkeitskommission 2003

Trotz der diskutierten Unsicherheiten der Projektionsmodelle steht daher fest: Eine Finanzreform ist notwendig, soll eine weitere Absenkung der realen Pflegeversicherungsleistungen, die das System langfristig delegitimieren würde, und sollen zugleich merkliche Beitragsanstiege vermieden werden.

Eine solche Reform muss zumindest drei Bedingungen genügen:

1. Durch eine regelgebundene Leistungsdynamisierung muss die reale Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen erhalten bleiben,
2. Das Wachstum der Bemessungsgrundlage muss an das Wachstum des Sozialproduktes angekoppelt werden; und nicht – wie bisher – an eine Größe, deren Anteil am Sozialprodukt sinkt.
3. Soll eine Verdopplung des Beitragssatzes bis 2040 verhindert werden, erfordern die Bedingungen 1 und 2 zusammen, dass zusätzliche Finanzquellen erschlossen werden.

2. Normative Kriterien zur Bewertung von Reformoptionen

Jede Bewertung von Reformalternativen beruht immer auf der Existenz eines normativen Bewertungsrasters, das explizit gemacht werden sollte. Nachstehend sollen daher die normativen Grundlagen genannt werden, die der nachstehenden Bewertung der derzeit diskutierten Reformalternativen zugrunde liegen (vgl. hierzu auch Rothgang 2004b). Unter Rückgriff auf Musgraves Zieltrias öffentlicher Aufgaben können dabei allokativer, distributiver und stabilitätsorientierte Ziele unterschieden werden (vgl. Musgrave 1959).

2.1 Allokation

Grundsätzlich zielt die Allokationsproblematik darauf ab, dass knappe Ressourcen effizient alloziert werden sollen, um so ein Höchstmaß an Bedürfnisbefriedigung zu erzielen. In Bezug auf die Finanzierung öffentlicher Aufgaben ist dabei insbesondere zu diskutieren, inwieweit Zwangsabgaben zur Finanzierung öffentlicher Leistungssysteme negative Folgen für Arbeitsangebot („disincentives to work“) und Arbeitsnachfrage („Lohnnebenkosten“) haben. Hieraus ergibt sich das folgende Kriterium:

1. *Arbeitsmarktkompatibilität*: Eine Reform der Pflegeversicherung sollte soweit als möglich verhindern, dass

- a) die Arbeitnehmerbeiträge steigen und dadurch Arbeitsanreize abgebaut werden⁶ und
- b) die Arbeitgeberbeiträge steigen, um so die Arbeitsnachfrage nicht negativ zu beeinflussen.

Allerdings dürfen die Arbeitsmarkteffekte angesichts des geringen Finanzvolumens der Pflegeversicherung insgesamt nicht überschätzt werden.

2.2 Distribution

Distributive, also auf die Verteilung des Sozialprodukts abzielende Aspekte werden auch unter dem Begriff der „sozialen Gerechtigkeit“ diskutiert. Da jede Finanzierung öffentlicher Aufgaben durch Zwangsabgaben Belastungen nach sich zieht, gilt es zu diskutieren, ob diese Belastungen „gerecht“ auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen verteilt werden. Dabei kann nach der Einkommensposition der betroffenen Zahler unterschieden werden, aber auch nach deren Position im Lebenszyklus (z.B. Beschäftigte vs. Rentner) oder etwa nach der Zugehörigkeit zu einer Geburtskohorte (Generationengerechtigkeit). Diesbezüglich sind folgende Kriterien zu nennen:

2. *Sozialverträgliche Finanzierung*: Eine Finanzreform sollte bei keiner beteiligten Gruppe zu einer dramatischen Mehrbelastung führen – außer es gibt hierfür eine spezifische Legitimation. Zudem sollte die horizontale Gerechtigkeit – Bezieher gleicher Einkommen sollen gleiche Beiträge zahlen – gewahrt werden. Das Leistungsfähigkeitsprinzip, das bislang konstitutiv sowohl für die Kranken-, als auch für die Pflegeversicherung angesehen wurde, impliziert zudem, dass die Bezieher höherer Einkommen höhere Beiträge zahlen als die Bezieher niedriger Einkommen (vertikale Gerechtigkeit). Damit werden innerhalb der Sozialversicherung Umverteilungsziele verfolgt. Seit einigen Jahren ist diese Forderung nicht mehr unumstritten. Auch Anhänger von Pauschalprämienmodellen fordern aber, dass die Umverteilung dann im Steuer-Transfer-System sichergestellt werden müsse. Insofern wird im Folgenden zumindest gefordert werden, dass es durch eine Reform der Pflegeversicherungsfinanzierung nicht zu einer Umverteilung von unten nach oben kommt.
3. *Generationengerechtigkeit*: Derzeit wird in der öffentlichen Diskussion unter dem Stichwort „Generationengerechtigkeit“ vor allem eine Konzeption vertreten, nach der

⁶ Ein solch negativer Arbeitsanreiz entsteht dann, wenn steigenden Beiträgen keine zusätzlichen Leistungen gegenüberstehen und die Abgaben damit steuerähnlichen Charakter haben. Wird der höhere Beitrag als Preis

der Barwert der im gesamten Lebenszyklus empfangenen Leistungen einer Geburtskohorte dem Barwert der eigenen Finanzierungsbeiträge entsprechen soll (Gerechtigkeit im Längsschnitt). Dabei wird aber vernachlässigt, dass zur Generationengerechtigkeit auch gehört, dass Mitglieder verschiedener Geburtskohorten gleichermaßen an der wirtschaftlichen Entwicklung zu einem gegebenen Zeitpunkt partizipieren sollen (Gerechtigkeit im Querschnitt). Dies spricht für eine gleichmäßig Belastung verschiedener Geburtskohorten mit Finanzierungsbeiträgen – unabhängig davon, dass sich dadurch im Ergebnis einige Geburtskohorten besser stellen als andere. Die Querschnittsgerechtigkeit kann in Konflikt mit der Längsschnittgerechtigkeit treten, ist dann aber ebenso zu berücksichtigen. Zur Bewertung von Finanzierungsoptionen sind daher beide Aspekte zu beachten.

2.3 Stabilität

1. *Fiskalische Ergiebigkeit:* Die Finanzierungsreform muss sicherstellen, dass hinreichende Mittel vorhanden sind, um steigende Kosten aufgrund steigender Fallzahlen und sich verändernder Pflegearrangements zu finanzieren und die Pflegeversicherungsleistungen dabei so zu dynamisieren, dass deren reale Wert (Kaufkraft) im Zeitverlauf nicht sinkt. Dies erfordert eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage, um zu verhindern, dass die Einnahmeentwicklung – wie in der Vergangenheit – deutlich hinter dem Wachstum des Bruttoinlandsprodukts zurückbleibt. Notwendig ist es daher, dass *alle Einkommensarten und Einkommen* grundsätzlich beitragspflichtig werden. Damit kann zwar ein Wachstum erzielt werden, dass ausreicht, um die Mehrausgaben aufgrund steigender Fallzahlen und Verschiebung der Pflegearrangements zu finanzieren. Dies ist aber nicht ausreichend, um zugleich eine – gleichwohl notwendige – Leistungsdynamisierung zu finanzieren. Notwendig ist daher zusätzlich die Erschließung weiterer Einnahmequellen
4. *Nachhaltigkeit:* Die Finanzierungsreform muss das Potential haben, den Mittelzufluss dauerhaft sicherzustellen. Temporäre Lösungen – etwa der Aufbau und anschließende Abbau eines Kapitalstocks – sind daher ungeeignet.

3. Systematisierung und Bewertung vorhandener Vorschläge

Angesichts der prekären Finanzentwicklung in der Pflegeversicherung liegt inzwischen eine Reihe von Vorschlägen zur Finanzreform vor. Im Anhang werden deshalb die Vorschläge

- der Rürup-Kommission (2003),
- der Herzog-Kommission (2003),
- des Sachverständigenrates für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Jahresgutachten 2004/05),
- des Kronberger Kreises,
- des PKV-Verbandes und
- der Arbeitsgruppe von Karl Lauterbach

ausführlich dargestellt. Diese Vorschläge weisen eine Vielzahl unterschiedlicher Elemente auf, die zum Teil auch in anderer Weise miteinander kombiniert werden könnten. Daneben sind weitere Elemente denkbar, die in den genannten Vorschlägen *nicht* enthalten sind. Nachstehend werden die genannten Vorschläge daher nicht je für sich behandelt. Vielmehr wird eine Systematisierung der Reformstrategien vorgenommen, die dann einzeln diskutiert werden. Dabei wird grundsätzlich zwischen Elementen unterschieden, die auf einen Systemwechsel (Abschnitt 3.2), und solchen die auf Systemerhalt und -ausbau abzielen (Abschnitt 3.3). Für die Realisierungschancen verschiedener Vorschläge ist entscheidend, inwieweit sie von den politisch entscheidenden Akteuren unterstützt werden. Bevor die verschiedenen Vorschläge inhaltlich vorgestellt und bewertet werden, wird daher in Abschnitt 3.1 kurz auf die Position der Regierungsparteien eingegangen

3.1 Position der Bundesregierung und der sie tragenden Parteien

Im Vorfeld der Bundestagswahl haben sich die Parteien hinsichtlich einer Reform der Pflegeversicherung positioniert. Die *SPD* hat in ihrem Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2005 die Umgestaltung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung gefordert, die in etwa dem Vorschlag von Lauterbach et al. entspricht. Die *CDU* hat sich in ihrem Beschluss des 17. Parteitages 2003 für den Umstieg auf ein kapitalgedecktes System ausgesprochen. Dies entspricht dem Vorschlag der Herzog-Kommission.

In ihrem *Koalitionsvertrag*, der die Grundlage für den derzeitigen Politikformulierungsprozess bildet, haben SPD und Union dann Folgendes festgelegt:

- Die Pflegeversicherung bleibt als eigenständiges Sicherungssystem und „ein zentraler Baustein der sozialen Sicherungssysteme“ erhalten.

- Allerdings wird die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente angestrebt.
- Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen von sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung wird ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt. Der Kapitalstock der Privatversicherung wird dafür nicht angegriffen
- Der Wertverfall der Leistungen der Pflegeversicherungen soll durch dynamisierte Leistungen aufgehalten werden. Daneben sieht der Vertrag eine verbesserte Berücksichtigung des Hilfe- und Betreuungsbedarfs bei Demenz vor. Der Bedarf nach einer Erweiterung und Überarbeitung des Pflegebegriffs wird als mittelfristig zu erreichendes Ziel genannt.

Weiterhin sieht die Koalitionsvereinbarung auf der Leistungsseite vor, an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung vermehrt auf Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zu setzen, die Leistungshöhen zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ nachzustimmen, da die gegenwärtigen Anreizwirkungen des Systems diesen Grundsatz nicht stützen, die Rahmenbedingungen für Pflegeeinrichtungen zu entbürokratisieren, den Pflegeurlaub im Rahmen der Familienpflege auszuweiten, geeignete Maßnahmen (zum Beispiel integrierte Pflegeausbildung) zu treffen, um in der Zukunft genügend professionelle Pflegekräfte für die Pflege zu gewinnen und die Qualität der Pflege zu sichern und alternative Wohn- und Betreuungsangebote ebenso zu fördern wie niedrigschwellige Angebote (beispielsweise zur Unterstützung der häuslichen Pflege).

In einem ersten nicht mit der Leitung abgestimmten und nicht veröffentlichten *Vorentwurf für Eckpunkte* für eine Pflegereform vom Juni 2006 haben Mitarbeiter des Bundesgesundheitsministeriums die Finanzierungsfragereform vollkommen offen gelassen, während zu den anderen Vorgaben des Koalitionsvertrags bereits detaillierte Ausarbeitungen vorgelegt wurden. Dies zeigt nur, dass die Finanzierungsfrage innerhalb der Koalition den größten Sprengstoff birgt.

Im November vorigen Jahres zirkulierten dann ein Papier mit den Vorstellungen der A-Länder-Referentinnen und Referenten zur Reform des Leistungsrechts der Pflegeversicherung und ein entsprechendes Papier der B-Länder. Das Papier der A-Länder sieht zwar strukturelle Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Pflege, Maßnahmen zur Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements, zur Verbesserungen der Leistungen für Menschen mit Demenz, zur Verwirklichung des Vorrangs der Rehabilitation und der Prävention vor der Pflege, zu mehr

Transparenz und Stärkung des Verbraucherschutzes sowie die Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen⁷ vor – macht jedoch keine Aussagen zur Finanzierungsfrage. Dem gegenüber sieht das B-Länder-Papier hinsichtlich der Finanzierung ein zwei Säulen-Modell vor, das auf der sozialen Pflegeversicherung und einer ergänzenden kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung beruht. Beide Papiere sind allerdings nicht autorisiert oder veröffentlicht worden und können allenfalls einen Einblick in den Stand der Überlegungen bei den betroffenen Akteuren ermöglichen.

In diesem Jahr hat insbesondere die bayerische Sozialministerin, Christa Stewens, mit ihrem Vorstoß für eine private, kapitalgestützte ergänzende Pflegepflichtversicherung Aufsehen erregt. In diesem Vorschlag, der sich eng an den Vorschlag des PKV-Verbandes aus dem Jahre 2005 anlehnt und einen älteren Vorschlag der bayerischen Sozialministerin aufgreift, werden konkrete numerische Angaben gemacht, so dass sich dieser Vorschlag besonders gut eignet, um stellvertretend auch für andere Varianten die Wirkungen einer ergänzenden, kapitalgestützten und auf Kopfprämien beruhenden Vorschlag zu diskutieren. Diesem Vorschlag wird daher nachstehend breiterer Raum eingeräumt.

In den letzten Wochen ist dagegen verstärkt darüber diskutiert worden, die im Koalitionsvertrag angesprochenen kapitalgedeckten Elemente durch eine kollektive Demographiereserve innerhalb der sozialen Pflegeversicherung oder durch einen „Pflege-Riester“, also eine Kapitalakkumulation im Rahmen der privaten Altersvorsorge, zu realisieren. Zugleich führt die Frage nach der Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung, die grundsätzlich – ebenso wie die Einführung kapitalgedeckter Elemente – im Koalitionsvertrag vereinbart ist, zu Kontroversen innerhalb der Koalition (vgl. Die Welt online vom 5.5.2007 sowie das Handelsblatt vom 6.6.2007, S. 4).

Es ist daher zurzeit nicht absehbar, welche Reformelemente in einem Koalitionskompromiss zum Tragen kommen können. Umso wichtiger ist es deshalb, die in der Diskussion befindlichen Reformelemente zu klassifizieren und hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile gründlich zu diskutieren.

3.2 Systemwechsel

Bei den auf Systemwechsel abzielenden Vorschlägen können folgende Optionen unterschieden werden, die nachstehend einzeln diskutiert werden:

⁷ Hierbei wurde ein Index gefordert, der „der tatsächlichen Preisentwicklung von Pflegeleistungen möglichst nahe kommt.“

- Abschaffung der Pflegeversicherung zugunsten eines steuerfinanzierten Bundesleistungsgesetzes,
- Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung,
- Abschaffung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung und Umstieg auf eine kapitalfundierte obligatorische Privatversicherung und
- Bürgerpauschale.

3.2.1 Abschaffung der Pflegeversicherung zugunsten eines steuerfinanzierten Bundesleistungsgesetzes

Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung wurde ein Bundesleistungsgesetz als Möglichkeit zur Absicherung des Pflegerisikos diskutiert, damals aber verworfen. Erneut in die Diskussion gekommen, ist dieser Option insbesondere durch einen Vorschlag der Vorsitzenden des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Barbara Stolterfoht, in der Rürup-Kommission. Der Vorschlag ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet⁸:

- Abschaffung der Pflegeversicherung und der Pflegekassen,
- Administrierung aller Pflegeleistungen durch die Kommunen,
- Einführung steuerfinanzierter Bundeszuschüsse an die Kommunen zur Finanzierung dieser Leistungen: bei Einfrieren eines „kommunalen Eigenanteils“ in Höhe der derzeitigen Ausgaben für Hilfe zur Pflege,
- Erweiterung des Pflegebegriffs und Einführung bedarfsdeckender Leistungen – aber nur für finanziell Bedürftige.

Hiervon erhoffen sich die Anhänger dieses Vorschlags die Etablierung eines umfassenden Pflegebegriffs, die Gewährung bedarfsdeckender Leistungen für die Anspruchsberechtigten, Einsparungen von Verwaltungskosten durch Abschaffung von Pflegekassen und MDK, die Überwindung von Schnittstellenproblemen mit der kommunalen Altenhilfe, Sicherstellung des Interesses der Kommunen an einer effektiven und effizienten Pflegelandschaft wegen des Eigenfinanzierungsanteils und schließlich – als Hauptargument – die Entlastung der Lohnnebenkosten durch die Steuerfinanzierung. Die immanente Prüfung zeigt allerdings, dass keines dieser Argumente einer näheren Überprüfung standhält:

Die Einführung eines Pflegeleistungsgesetzes impliziert nicht notwendigerweise eine *Erweiterung des Pflegebegriffs* und die Gewährung eines umfassenderen Leistungspaketes. Zwar

sind diese Forderungen Teil des Stolterfoht-Vorschlags, allerdings ist gut vorstellbar, dass diese Leistungsausweitungen nicht implementiert werden, wenn die zuständigen politischen Gremien die Einführung eines Leistungsgesetzes beschließen sollten. Insofern ist dies nur eine mögliche Variante der Ausgestaltung eines Leistungsgesetzes, nicht aber Bestandteil des Kerns dieses Konzeptes. Vielmehr ist die Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich unabhängig von der Finanzierungsform des Pflegesicherungssystems. Tatsächlich wird die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gerade im Rahmen der Pflegeversicherung diskutiert.

Zwar sind die *Verwaltungsaufwendungen* seit und durch die Einführung der Pflegeversicherung im Vergleich zum Status quo ante gestiegen. Allerdings waren die vor Einführung der Pflegeversicherung allein zuständigen Kommunen damals kein gleichwertiger Verhandlungspartner für die Pflegeeinrichtungen und mit der Sicherstellung der – zu diesem Zeitpunkt unzureichenden (vgl. Alber/Schölkopf 1999; Schölkopf 2001) – pflegerischen Infrastruktur sichtlich überfordert. Der Aufbau einer Pflegekassenverwaltung war daher in diesem Sinne funktional. Sollen die Kommunen allein – unter Abschaffung der Pflegekassen – in Zukunft den Sicherstellungsauftrag übernehmen, wäre der Auf- und Ausbau einer entsprechenden Kommunalverwaltung notwendig. Einsparungen ergeben sich dadurch nicht unbedingt.

Die *Schnittstellenprobleme zwischen Altenhilfe und Pflege* könnten durch Übertragung der Zuständigkeit auf die Kommunen grundsätzlich verringert werden. Allerdings wird die Altenhilfe derzeit weniger durch Schnittstellenprobleme mit der Pflege behindert, als dadurch, dass sich die Kommunen nach Einführung der Pflegeversicherung auch aus der Förderung der „komplementären Dienste“ zurückgezogen haben, die unzweifelhaft *nicht* im Leistungspaket der Pflegeversicherung enthalten sind. Insofern geht die Chance zur Aufhebung der Schnittstellenproblematik hier am Kern des Problems, nämlich der Finanznot der Kommunen, vorbei. Zudem wird die bereits derzeit vorhandene Schnittstellenproblematik zwischen Kranken- und Pflegeversicherung durch den Umstieg auf ein Bundesleistungsgesetz sogar noch verschärft.

Kritisch zu sehen ist auch das Argument, dass die Kommunen wegen ihres „*Eigenfinanzierungsanteils*“ ein gesteigertes Interesse an einer effektiven und effizienten Pflege haben. Die Wirkung eines solchen Eigenfinanzierungsanteils hängt natürlich von dessen Ausgestaltung ab. Ist dieser Anteil – unabhängig von den tatsächlich anfallenden Kosten – als fester Betrag

⁸ Vgl. Nachhaltigkeitskommission (2003): 210-212.

fixiert, sind die Kommunen von der tatsächlichen Kostenentwicklung nicht betroffen. Sie haben also keinen Anreiz, sich für eine kosteneffektive Versorgung einzusetzen. Angesichts des immer noch bedeutenden Anteils kommunaler Pflegeeinrichtungen ist im Gegenteil eher davon auszugehen, dass hier Anreize zur „Selbstbedienung“ entstehen, zu Lasten des Bundes oder der einzelnen Pflegebedürftigen.

Das – politisch – bedeutsamste Argument ist aber die versprochene *Entlastung der Lohnnebenkosten*, die durch Abschaffung der Pflegeversicherung mit einem Schlag um 1,7 Beitragsatzpunkte reduziert werden würden. Allerdings müssen auch die Leistungen des Leistungsgesetzes finanziert werden. Geschieht dies auf dem Weg über direkte Steuern vom Einkommen, verringert sich der Entlastungseffekt für den Faktor Arbeit nur sehr begrenzt. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass eine Berücksichtigung anderer Einkommensarten, die den Druck vom Faktor Arbeit nähme, nicht nur bei der Steuer-, sondern grundsätzlich auch bei der Beitragsfinanzierung möglich ist, was unter dem Stichwort „Bürgerversicherung“ derzeit gerade intensiv diskutiert wird (s.u.).

Während damit einerseits davon auszugehen ist, dass die versprochenen Vorteile des Leistungsgesetzes nicht zum Tragen kommen, ist andererseits auf ernst zu nehmende *Nachteile* und *Risiken* hinzuweisen, die damit verbunden sind.

Zum einen wird mit einem Pflegeleistungsgesetz ein Zwei-Klassen-System geschaffen, das einen umfassenden und über das bisherige Maß hinausgehenden Leistungsanspruch für finanziell Bedürftige, gleichzeitig aber keinen Anspruch für Einkommensstärkere vorsieht. Eine derartige Konstruktion ist leistungsfeindlich, da Vorsorge „bestraft“ wird.

Durch die Begrenzung des Leistungsanspruchs auf den bedürftigeren Teil der Bevölkerung wird das Pflegerisiko zum anderen von einem „allgemeinen Lebensrisiko“ letztlich wieder zu einem Restrisiko degradiert, das nicht in gleichem Maße umfassend abgesichert werden muss wie etwa das Krankheitsrisiko, also wieder eine Situation ähnlich wie vor Einführung der Pflegeversicherung erreicht.

Im Hinblick auf die in Abschnitt 2 als Bewertungskriterium genannte Regelmäßigkeit des Mittelzuflusses (fiskalische Nachhaltigkeit) ergeben sich ebenfalls Probleme: Steuerfinanzierte Fürsorgesysteme stehen immer unter einem *Finanzierungsvorbehalt*. Der gleichmäßige (und dynamisierte) Mittelfluss an die Kommunen ist daher ebenso zweifelhaft wie die Unterstellung, dass diese die Mittel dann von diesen im vorgesehenen Ausmaß für Pflegeaufgaben verwenden. Angesichts leerer öffentlicher und gerade auch kommunaler Kassen ist eine Finanzierung von Pflegeleistungen im vorgesehenen Maße daher mehr als fraglich. Im Gegen-

teil hat sich die Kommunal- und Länderebene seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung aus der Finanzierung komplementärer Angebote weitgehend zurückgezogen, obwohl diese nicht von der Pflegeversicherung finanziert werden, und sich auch nicht im erhofften Ausmaß an der Investitionsförderung von Pflegeeinrichtungen beteiligt. Das macht wenig Hoffnung für eine kommunale Alleinzuständigkeit.

Insgesamt erscheint diese Option somit als nicht empfehlenswert, da sie ihre selbstgesteckten Ziele kaum erreichen dürfte, gravierende Probleme aufwirft und insbesondere eine nachhaltig ausreichende Finanzierung nicht gewährleisten kann.

3.2.2 Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) hat in seinem Jahrestagungen 2005 die Forderung nach einer langfristigen Integration von Kranken- und Pflegeversicherung erneuert. Durch die Zusammenlegung glaubt er ein besseres Einandergreifen der Leistungen bei multimorbidem älteren Menschen gewährleisten zu können. Tatsächlich würden dadurch die Lösung einiger der bekannten Schnittstellenprobleme von Kranken- und Pflegeversicherung erleichtern. Allerdings bleibt ein Teil der Fehlanreize bestehen: Behält die Pflegeversicherung auch nach einer Integration ihren ‚Teilkaskocharakter‘ mit gedeckelten Leistungen, während die Leistungen der Krankenversicherung unbegrenzt sind, bleiben die Anreize bestehen, Leistungen aus dem Bereich Krankenversicherung in den Bereich Pflegeversicherung zu verschieben. Führt die Integration von Kranken- und Pflegeversicherung – wie vom Rat unterstellt – zugleich dazu, dass die Pflegeversicherung ihren Charakter als ‚Einheitsversicherung‘ verliert, indem der einheitliche Beitragssatz aufgehoben und der Finanzausgleich in Richtung auf einen Risikostrukturausgleich umgestellt wird, werden für die Kassen erstmals Anreize geschaffen, aus fiskalischen Erwägungen Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder ihre Progredienz zu verlangsamen.

Der Zusammenlegung steht andererseits insbesondere die Befürchtung entgegen, dass die Langzeitpflege damit zu einem Appendix der Gesundheitsversorgung degradiert würde und die spezifischen Belange der Langzeitpflege nicht hinreichend berücksichtigt würden. Diese Befürchtung bezieht sich sowohl auf die Rolle der Professionen, bei der eine Dominanz der Ärzte gegenüber den Pflegekräften befürchtet wird, als auch auf die kasseninternen Strukturen, bei denen die Dominanz des Bereichs „Krankenversicherung“ über den Bereich „Pflegeversicherung“ verstärkt werden könnte. Vor allem aber übersehen Anhänger der Integration, die fordern, dass „multimorbide Pflegebedürftige“ optimal aus einer Hand versorgt und diese Versorgung durch einen Akteur – die Kassen – gesteuert werden müssen, dass die Versorgung

Pflegebedürftiger überwiegend durch *Familien* erfolgt, wobei in rund der Hälfte der Fälle professionelle Pflegedienste und -heime gar nicht beteiligt sind. Die Zukunft der Pflege liegt daher in ‚gemischten Pflegearrangements‘ unter Einbeziehung von Familien, Pflegeeinrichtungen und ehrenamtlich Pflegenden (vgl. Döhner / Rothgang 2006 und die dort angegebene Literatur). Dass eine solche Ausrichtung der Pflegepolitik durch eine Integration von Kranken- und Pflegeversicherung gefördert wird, bei der die Spezifika des Feldes ‚Langzeitpflege älterer Menschen‘ an Gewicht verlieren, kann bezweifelt werden.

Ebenso zielführend, aber die Eigenständigkeit der Pflegeversicherung erhaltend, wäre es daher, auch in der Pflegeversicherung *Kassenwettbewerb* einzuführen und – flankiert durch einen Risikostrukturausgleich in der Pflegeversicherung – differierende Beitragssätze zuzulassen. Damit wäre den Pflegekassen erstmals ein finanzieller Anreiz gegeben, den Verlauf der Pflegebedürftigkeit zu beeinflussen, ohne dass die Eigenständigkeit der Pflege gefährdet wird.

Hinsichtlich der hier interessierenden Finanzierungsproblematik ist der Vorschlag des Sachverständigenrates zudem unergiebig. Den erhofften Einsparungen durch Lösung von Schnittstellenproblemen stehen Mehrausgaben gegenüber, die aus einer Medikalisierung der Altenpflege erwachsen könnten, und auf der Einnahmeseite – die im Zentrum der Finanzierungsproblematik steht – ergeben sich durch die Integration keinerlei Vorteile. Insofern ist diese Option zur Lösung der hier interessierenden Finanzierungsprobleme der sozialen Pflegeversicherung nicht zweckdienlich.

3.2.3 Umstieg auf eine kapitalfundierte Privatversicherung

Der größte Teil aller auf einen Systemwechsel abzielenden Reformvorschläge bezieht sich auf den Umstieg auf eine kapitalfundierte Privatversicherung, die aus diesem Grund hier ausführlicher abgehandelt wird. Entsprechende Forderungen finden sich beim Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und werden von einer Reihe namhafter Ökonomen erhoben, u.a. von solchen, die im Kronberger Kreis und der Initiative Soziale Marktwirtschaft engagiert sind. Die Forderung nach mehr Kapitalfundierung wird dabei nicht allein für die Pflegeversicherung erhoben, sondern ebenso für Kranken- und Rentenversicherung. Begründet wird diese Forderung mit vier behaupteten Vorteilen, die die Kapitalfundierung grundsätzlich gegenüber dem Umlageverfahren habe, das auch die soziale Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung kennzeichnet:

- mehr Wirtschaftswachstum durch höhere Sparquoten,
- höhere individuelle Rendite,
- Demographieunabhängigkeit und

- mehr Generationengerechtigkeit.

Mehr Wirtschaftswachstum durch höhere Sparquoten

Hinsichtlich des Wirtschaftswachstums wird argumentiert, dass Individuen ihren Nutzen intertemporal maximieren, indem sie den gemäß ihren Präferenzen optimalen Teil ihrer Einkünfte zunächst ansparen und im Alter dann entsparen. Da das damit verfolgte Ziel der Sicherung eines angemessenen Lebensstandards im Alter auch durch umlagefinanzierte Sicherungssysteme erreicht werden können, verdrängen umlagefinanzierte Systeme private (kapitalbildende) Ersparnis. Die resultierende niedrigere Sparquote führt zu geringeren (Real)Investitionen, einem geringeren Kapitalstock und folglich zu einem niedrigeren Wachstumspfad der Volkswirtschaft. Durch Abschaffung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung könnte daher ein höheres Wirtschaftswachstum erzielt werden. Allerdings ist der Einfluss umlagefinanzierter Sicherung auf die Ersparnis nur unter bestimmten Annahmen theoretisch ableitbar, empirisch hingegen nicht belastbar belegt. Weiterhin ist eine höhere Sparquote – wenn sie denn resultieren sollte – nicht nur (langfristig-wachstumstheoretisch) positiv zu bewerten, sondern schlägt kurzfristig-konjunkturpolitisch als Nachfrageausfall negativ zu Buche. So wird gerade derzeit „Angstsparen“ als eine der Ursachen für die schwache Binnennachfrage genannt. Schließlich stellt sich die Frage, ob vermehrte Finanzinvestitionen tatsächlich zu höheren Realinvestitionen führen. Viel spricht vielmehr für die Annahme, dass eine stärkere Ersparnis, die einer Steigerung des Kapitalangebots nach sich zieht, eher zu Kurssteigerungen und „Blasen“ auf Finanzmärkten als zu Realinvestitionen führen dürfte. Dass (Real)Investitionen derzeit an unzureichendem anlagebereiten Finanzkapital scheitern, erscheint dagegen höchst unplausibel. Die Argumentation kann daher im Kern nicht überzeugen – ganz davon abgesehen, dass das Pflegesicherungssystem sicherlich zu klein ist, um mit einer Reform in diesem Bereich merkliche makroökonomische Effekte auszulösen. Tatsächlich ist dieses Argument in jüngster Zeit auch in den Hintergrund getreten.

Höhere individuelle Rendite

Dies gilt auch für ein zweites Argument, das eng mit dem ersten verknüpft ist: die These von der höheren individuellen Rendite im kapitalisierten System. Wie Aaron bereits 1966 herausgearbeitet hat, entspricht die ‚Rendite‘ im reinen humankapitalisierten Umlagesystem dem Lohnsummenwachstum und ist damit von der Entwicklung der Zahl der Beschäftigten

und deren Entlohnung abhängig.⁹ Behauptet wird nun, dass diese Rendite grundsätzlich unterhalb des Kapitalmarktzinses liegen muss, der der Rendite des konkurrierenden kapitalfondierten Systems entspricht. Empirisch ist diese Behauptung schwer belegbar, da Renditevergleiche eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigen müssen (etwa die Frage, welche biometrischen Risiken jeweils abgedeckt sind) und ihr Ergebnis in hohem Maße davon abhängt, welcher Zeitraum zum Vergleich herangezogen wird (vgl. Viebrok/Dräther 1999). Zudem muss beachtet werden, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird: So existiert im Umlageverfahren immer eine implizite Schuld, die aus dem ‚Einführungsgeschenk‘ an die ‚Einführungsgeneration‘ entsteht, die einen Leistungsanspruch erwirbt, ohne zuvor über mehrere Dekaden Beiträge gezahlt zu haben.¹⁰ Die Zinszahlungen für diese implizite Schuld, die im Umlageverfahren niemals getilgt, sondern immer auf die nächste Generation weitergegeben wird, mindert die individuelle „Rendite“ in diesem System. Allerdings muss diese „alte Last“ auch bei Einführung eines kapitalfondierten Systems getilgt oder weiterfinanziert werden, etwa durch Steuerfinanzierung der Leistungen für die älteren Kohorten, die nicht mehr in der Lage sind, einen eigenen Kapitalstock in hinreichendem Maße aufzubauen. Ein Renditevergleich muss daher immer diese Zusatzlast im kapitalfondierten System einbeziehen – was häufig unberücksichtigt bleibt. Letztlich kann die individuelle Rendite im kapitalfondierten System nur dann für alle größer sein als im umlagefinanzierten System, wenn das System insgesamt effizienter ist. Damit verweist dieses Argument aber entweder auf das zuvor genannte (höheres Wirtschaftswachstum durch mehr Investitionen) oder darauf, dass die Steuerfinanzierung der alten Last weniger negative Arbeitsanreize auslöst und deshalb zu mehr Beschäftigung führt als die Beitragsfinanzierung im Umlagesystem. Dies kann aber nicht allgemein unterstellt werden, sondern hängt von der Ausgestaltung der Steuerfinanzierung und dem Beitragstarif ab, die beide gestaltbar sind.

⁹ In diesem Sinne entspricht die soziale Pflegeversicherung in Deutschland nicht der Reinform einer Umlagefinanzierung, da auch die Rentner Beiträge zahlen. Die Einnahmen der Pflegeversicherung und damit auch die ‚Rendite‘ des Systems hängen daher auch von der Entwicklung der Zahl der Rentner und der Rentenhöhe ab. Schließlich bietet die Pflegeversicherung auch schon Versicherungsschutz für die Erwerbstätigen und nicht erst für die Rentner. Auch hier unterscheidet sich das System von einem reinen Alterssicherungssystem.

¹⁰ Dieser typische Effekt der Einführung eines umlagefinanzierten Systems wird in der sozialen Pflegeversicherung besonders deutlich, die unmittelbar nach Inkrafttreten Leistungen für bereits Pflegebedürftige bereitgestellt hat. Diese politisch gewollten Leistungen widersprechen dem Versicherungsgedanken, der voraussetzt, dass eine Versicherung vor Eintritt des Risikos abgeschlossen wird. Begünstigt wurden bei Einführung der Pflegeversicherung letztlich aber (wenn auch mit steigendem Alter in zunehmendem Maße) alle Geburtskohorten, die bei Einführung bereits im erwerbsfähigen Alter waren und somit nicht ihr ganzes Erwerbsleben lang Beiträge zahlen mussten.

Demographieunabhängigkeit

Als drittes Argument wird darauf verwiesen, dass umlagefinanzierte Verfahren auf eine entsprechend starke nachwachsende Kohorte angewiesen und damit demographieabhängig seien. Diese Voraussetzung sei angesichts des demographischen Wandels nicht (mehr) gegeben. Kapitalfundierte Systeme seien dagegen demographieunabhängig, da hier jeder für sich selbst vorsorge. Tatsächlich zeigen sich die negativen Auswirkungen des demographischen Wandels im umlagefinanzierten System sehr direkt. Allerdings wird auch hier der Zusammenhang zwischen der sinkenden Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter und den Einnahmen des Systems durch mehrere Variablen beeinflusst. So kann angesichts der derzeitigen Arbeitsmarktlage nicht ohne weiteres unterstellt werden, dass ein Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter zu einem entsprechenden Rückgang der Beschäftigung führt – stehen mit Arbeitslosen und stiller Reserve doch erhebliche Arbeitsmarktreserven bereit. Gleiches gilt für ältere Arbeitnehmer und Frauen, die im internationalen Vergleich unterdurchschnittliche Beschäftigungsquoten aufweisen. Weiterhin ist neben der Zahl der Beschäftigten deren Entlohnung ausschlaggebend, die wiederum von deren Produktivität geprägt wird. Ein Rückgang der Zahl der Beschäftigten muss deshalb dann nicht zu einem Rückgang der Lohnsumme führen, wenn das Humankapital der Beschäftigten steigt.

Entscheidender für die Bewertung dieses Arguments ist aber, dass auch kapitalfundierte Systeme nicht demographieunabhängig sind. Das kann sowohl bei realwirtschaftlichen als auch bei einer Finanzmarktbetrachtung gezeigt werden (vgl. Schmähle et al. 2006 für einen Literaturüberblick): Realwirtschaftlich gesehen sollen die Ersparnisse in Realinvestitionen münden. Allerdings sinkt der Wert von Produktionsstätten, Immobilien etc., wenn nicht hinreichend viele Arbeitskräfte bzw. Käufer der Immobilien „nachwachsen“. Gleiches ergibt sich auch bei einer Finanzmarktbetrachtung. Bei kapitalfundierten Sicherungssystemen werden in jungen Jahren Finanzmarkttitel erworben, die dann im Alter verkauft werden. Trifft nun eine personenstarke Verkäufergeneration auf eine schwächere Käufergeneration – wie es typisch ist bei einer alternden Bevölkerung – verlieren diese Titel an Wert, was inzwischen unter dem Begriff „age-wave“ intensiv diskutiert wird (vgl. z.B. Culhane 2001; Heigl 2001). Zwar können die damit verbundenen Probleme abgeschwächt werden, wenn im Ausland investiert wird. Dies ist aber nur in den „emerging markets“ möglich, da der demographische Wandel in den entwickelten Ländern der deutschen Situation ähnelt. Damit müssen natürlich andere Risiken (politische Risiken, Wechselkursrisiken etc.) in Kauf genommen werden. Insgesamt ist damit zu konstatieren, dass auch kapitalfundierte Systeme nicht demographieunabhängig sind, die Zusammenhänge aber womöglich nicht ganz so stark ausgeprägt sind und über andere Me-

chanismen vermittelt werden. Dies spricht wohl für eine ‚Risikodiversifizierung‘ durch ein geeignetes Mischungssystem aus Umlage- und kapitalfondiertem Verfahren, nicht aber für die Substitution des einen Systems durch das andere. Bezogen auf die Pflegeversicherung ergibt sich hieraus demnach lediglich die Forderung nach ergänzender Kapitalfondierung, nicht aber nach einem vollständigen Umstieg von einem umlagefinanzierten auf ein kapitalfondiertes System. Vor allem aber muss das geeignete Mischungsverhältnis für die Volkswirtschaft insgesamt, nicht aber in jedem einzelnen sozialen Sicherungssystem erreicht werden. Insofern gilt auch bezüglich dieses Aspektes, dass die Pflegeversicherung zu klein ist, um volkswirtschaftliche Effekte größeren Ausmaßes zu bewirken.

Generationengerechtigkeit

Im Mittelpunkt vieler Begründungen für einen Umstieg auf ein kapitalsfondiertes System steht inzwischen ein vierter Argument: die ‚Generationengerechtigkeit‘. Dabei werden simultan zwei Verteilungsdimensionen angesprochen, die analytisch getrennt werden müssen: die Verteilung zwischen verschiedenen Geburtskohorten (intergenerative Umverteilung) und die Verteilung von Lasten über die Zeit (intertemporale Umverteilung).

In Bezug auf die Umverteilung zwischen Geburtskohorten, also die *intergenerative Umverteilung*, wird argumentiert, dass die Einführungsgeneration durch Einführung eines umlagefinanzierten Systems ein Geschenk erhalte, das von den nachfolgenden Generationen getragen werden muss. Unterscheiden sich die Generationen zudem in ihrer Kohortenstärke, komme es zu weiteren systematischen Umverteilungen zwischen Geburtskohorten, die aus Gründen der Generationengerechtigkeit zu verurteilen seien. Tatsächlich war die Einführung einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung ein – politisch zu diesem Zeitpunkt ausdrücklich gewolltes – ‚Geschenk‘ für die damalige Altenbevölkerung, das zu einer intergenerativen Umverteilung geführt hat. Dies stand allerdings zu keinem Zeitpunkt in Frage, lediglich die Interpretation dieser Tatsache hat sich geändert: Während die sofortigen Leistungen auch für Kohorten, die keine Vorversicherungszeiten aufweisen können, bei Einführung der Pflegeversicherung als Vorteil des umlagefinanzierten Systems angesehen wurde, wird dies inzwischen unter dem Begriff der ‚Nachhaltigkeitslücke‘ als Geburtsfehler des Systems thematisiert (vgl. für eine solche Argumentation z.B. Häcker/Raffelhüschen 2004). Letztlich zeigt sich dabei die Verengung des Generationengerechtigkeitsbegriffs auf eine Längsschnittbetrachtung, der gemäß der Barwert der Einzahlungen einer Kohorte in ein Sicherungssystem dem Barwert der Auszahlungen an diese Kohorte entsprechen müsse. Tatsächlich ist aber die Querschnittsgerechtigkeit mindestens genauso bedeutsam, nach der bei einer positiven oder negativen Wirtschaftsent-

wicklung alle zu diesem Zeitpunkt lebenden Kohorten beteiligt werden müssen (vgl. Abschnitt 2). In diesem Sinne sollten die Rentner bei der Einführung der dynamischen Rente 1957 vom ‚Wirtschaftswunder‘ profitieren und in diesem Sinne wollte die Pflegeversicherung bei ihrer Einführung dafür sorgen, dass die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit als Regelfall der Heimbewohner beendet wurde. Es bleibt daher festzuhalten, dass die von den Befürwortern einer Kapitalfundierung erhobene Forderung nach einer bestimmten Form der intergenerativen Umverteilung keineswegs normativ umstritten ist.¹¹

Weiterhin fordern Anhänger der Kapitalfundierung eine *intertemporale Umverteilung* der Finanzierungslast für Pflegeleistungen derart, dass Belastungen, die ansonsten in der Zukunft anfallen, in die Gegenwart gezogen werden. Tatsächlich kann eine solche intertemporale Umverteilung gut durch Einführung einer (Teil)Kapitalfundierung erreicht werden.¹² Allerdings stellt sich die Frage, ob diese Strategie angesichts der aktuellen ökonomischen Lage wirklich wünschenswert bzw. in welchem Umfang sie wünschenswert ist. Wie die dann höhere gegenwärtige Finanzierungslast auf einzelne Geburtskohorten verteilt wird, ist allerdings eine Frage der Ausgestaltung des Systems, wobei grundsätzlich verschiedene Verteilungen realisiert werden können und die bestehenden Vorschläge auch verschiedene Optionen vorsehen. Insofern führt ein Vorziehen zukünftiger Lasten in die Gegenwart nicht unbedingt zu einer bestimmten Verteilung der Lasten zwischen einzelnen Geburtskohorten. Selbst die Entlastung der noch ungeborenen Kohorten, die teilweise als Zielvorgabe genannt wird, wird nur dann erreicht, wenn darauf verzichtet wird, die implizite Schuld der Leistungsversprechen an die derzeitige Altenbevölkerung als ‚Sonervermögen‘ an die zukünftige Kohorten weiterzugeben und diese Schuld stattdessen tatsächlich von den derzeit bereits lebenden Kohorten getilgt wird.

Zwischenfazit

Insgesamt ist daher festzuhalten, dass die Argumente, die für einen Umstieg auf ein kapitalfundiertes System genannt werden, durchaus kritisch diskutiert werden können: Dies gilt insbesondere für das Argument eines höheren Wirtschaftswachstums und einer höheren individuellen Effizienz. Auch ist ein kapitalfundiertes System nicht demographieunabhängig. Aller-

¹¹ Zudem führt eine ausschließliche Konzentration auf die so verstandene ‚Generationengerechtigkeit‘ dazu, dass nach wie vor bestehende und sich noch verstärkende intragenerative Ungleichheiten – auch die zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen, die eben nicht mit Generationenbilanzen aufgefangen werden können, – aus dem öffentlichen Bewusstsein verdrängt werden.

¹² Auch im Umlagesystem können gezielte intergenerative Umverteilungen erzielt werden – etwas durch Einführung altersabhängige Zusatzbeiträge. Auch ist hier eine intertemporal Umverteilung möglich, wie dies unter dem Stichwort der ‚Demographiereserve‘ diskutiert wird.

dings kann aus der anderen Art der Risiken die Forderung nach einer Risikodiversifizierung und damit nach einer Teilkapitalfundierung abgeleitet werden. Schließlich bleibt festzuhalten, dass die Einführung einer (Teil)Kapitalfundierung in besonderem Maße in der Lage ist, zukünftige Lasten in die Gegenwart zu ziehen, wobei allerdings offen bleiben muss, ob bzw. in welchem Umfang dies wünschenswert ist. Insbesondere kann ein solches Vorziehen zukünftiger Lasten nicht zwingend aus Gerechtigkeitsüberlegungen abgeleitet werden. Nach diesen eher grundsätzlichen Überlegungen zur Kapitalfundierung gilt es nun weiterhin zu diskutieren, welche Optionen für einen Umstieg auf ein kapitalfundiertes System bestehen, welche Wirkungen davon ausgehen und wie dies zu bewerten ist.

Umstiegsoptionen und deren Bewertung

Vorschläge zum Umstieg auf ein kapitalfundiertes System sind insbesondere vom Kronberger Kreis, dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und der Herzog-Kommission gemacht worden. Bei einem solchen Umstieg stellt sich insbesondere die Frage, wie mit den bereits Pflegebedürftigen und den pflegenahen Jahrgängen umgegangen werden soll, die bei risikoäquivalenter Tarifierung mit prohibitiven Versicherungsprämien konfrontiert werden. Hier geht der *Kronberger Kreis* am weitesten. Ausgehend davon, dass die Versicherten durch ihre bisherige Beitragszahlung keine Ansprüche auf zukünftigen Versicherungsschutz erworben haben, sollen Leistungen für neue Pflegefälle aus dem alten System nur begrenzt gewährt werden (Übergangsregelung). Die Lasten der Umstellung werden damit im Wesentlichen von den Rentnern genommen – das Einführungsgeschenk wieder zurückgenommen.

Das *Kohortenmodell des Sachverständigenrates* für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005) erkennt dagegen – ebenso wie das eng verwandte Auslaufmodell von Raffelhüschen – grundsätzlich an, dass im umlagefinanzierten System Leistungsansprüche entstanden sind, die bedient werden müssen. Als Lösung schlägt der Sachverständigenrat daher vor, dass zwar alle nach 1950 Geborenen aus der sozialen Pflegeversicherung ausscheiden und sich privat (kapitalgedeckt) versichern müssen, die bis 1950 Geborenen aber in der sozialen Pflegeversicherung verbleiben (Kohortenmodell). Für die Letztgenannten wird ein Kopfbeitrag von 50 € festgesetzt, der dann jährlich um 1 € steigt. Da selbst dieser höhere Beitrag der Älteren aber nicht ausreicht, um ihre Leistungen zu finanzieren, wird zusätzlich ein „Solidarbeitrag“ der Jüngeren für die soziale Pflegeversicherung (in der sie dann nicht mehr versichert sind) vorgesehen, dessen Höhe im Zeitverlauf schwankt im Durchschnitt aber bei 0,7 Beitragssatzpunkten liegt – bezogen auf den Zeitraum bis 2046. Zusätzlich müssen die

Geburtskohorten ab 1950 mit eigenen Prämien in Höhe von 40-60 € pro Monat rechnen, wobei ein steuerfinanzierter Ausgleich bei finanzieller Überforderung vorgesehen ist. Dieser Vorschlag zeigt damit sehr deutlich das Hauptproblem aller Vorschläge zum Umstieg auf ein kapitalfundiertes System: die enorme zusätzliche Belastung, die hier sowohl für die Beschäftigten als auch für die Rentner entstehen.

Dies bestätigt auch der Vorschlag der *Herzog-Kommission*, der den Aufbau eines zunächst kollektiven Kapitalstocks vorsieht, der erst nach einigen Jahrzehnten individualisiert wird. In diesem Vorschlag wird an einkommensabhängigen Beiträgen festgehalten, die aber zum Aufbau des Kapitalstocks sofort auf 3,2 Beitragssatzpunkte ansteigen und sich damit annähernd verdoppeln müssten. Die hierbei sichtbar werdenden ‚Doppelbelastung‘ ist bei einem Systemwechsel von einem umlagefinanzierten zu einem kapitalfundierten System letztlich unvermeidlich, wenn die bei Einführung der Pflegeversicherung durch die Leistungsversprechen auch an die ältere Bevölkerung erzeugte implizite Schuld im Zeitraum von 3-5 Dekaden abgetragen werden soll, da zum einen der Kapitalstock aufgebaut muss, zum anderen aber auch die Leistungen für Pflegebedürftige finanziert werden müssen. Dies ist der ‚Preis‘ für das Vorziehen ansonsten später anfallender Lasten.

Fazit

Insgesamt zeigen die bisherigen Erörterungen, dass die effizienzorientierten Argumente für den Umstieg von einer umlagefinanzierten auf eine kapitalfundierte Pflegeversicherung (höhere Wachstumsraten, höhere Rendite) nicht überzeugen können. Sinnvoller erscheint dagegen die Forderung nach einer Diversifizierung der insbesondere demographiebezogenen Risiken durch eine Mischung von umlagefinanzierter und kapitalfunderter Pflegesicherung. Dies spricht aber für eine ergänzende Kapitalfundierung, nicht aber für einen Systemwechsel durch vollständigen Umstieg auf Kapitalfundierung. Weiterhin können durch die Einführung kapitalfunderter Elemente zukünftige Lasten in die Gegenwart gezogen werden. Dabei resultieren aber so hohe Prämien- und Beitragsbelastungen sowohl für Beschäftigte als auch für Rentner, dass eine sozialverträgliche Finanzierung nicht möglich erscheint. Politisch scheint eine Lösung als äußerst unattraktiv und damit nicht durchsetzbar, bei der sich die Finanzierungslasten sofort insgesamt etwa verdoppeln und dann über 3-5 Jahrzehnte auf einem höheren Niveau verharren, als dem, das sich ergibt, wenn das Umlageverfahren als alleiniges Finanzierungsverfahren erhalten bleibt.

3.2.4 Bürgerpauschale

Wohl im Bewusstsein dessen, dass der eigene Vorschlag eines ‚Kohortenmodells‘ wenig Realisierungschancen aufweist, hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung ein Alternativmodell vorgeschlagen, das zwar an der Umlagefinanzierung festhält, dabei aber die einkommensabhängigen Beiträge durch einkommensunabhängige Pauschalen ersetzen will. Damit wird das ‚Kopfprämienmodell‘ aus der Debatte um die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung übertragen. Damit einher geht die Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung für Ehepartner (nicht aber für Kinder bis 20 Jahre) und die Einführung einer Überforderungsklausel, die sicherstellen soll, dass die Prämien bezuschusst werden, sobald sie einen bestimmten Anteil des Einkommens übersteigen. Mit der Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung wird in diesem Modell zugleich ein Element der Bürgerversicherung übernommen, was zur Namensgebung („Bürgerpauschale“) führt. Die zur Finanzierung notwendigen Prämien werden auf zunächst 25 € errechnet, wobei eine Verdopplung bis zum Jahr 2050 erwartet wird, die aber durch die erwarteten Einkommenssteigerungen aufgefangen werden kann.

Ein zentraler Effekt der Umstellung auf Kopfprämien besteht in den durch den Systemwechsel ausgelösten *Umverteilungswirkungen*. Wie entsprechende Berechnung für die analogen Modelle in der GKV zeigen, werden dabei die unteren Einkommen belastet (trotz und bei Berücksichtigung der Prämienbezuschussung bei finanzieller Überforderung), die mittleren und hohen entlastet und die Spitzenverdiener wiederum belastet. Dies ist im Hinblick auf das Kriterium der sozialverträglichen Finanzierung kritisch zu sehen. Dies gilt umso mehr, als erhebliche Zweifel daran angebracht sind, dass die Bezuschussung bei finanzieller Überforderung im Zeitablauf nicht nur stabil ist, sondern mit steigenden Prämien auch dynamisch mit wächst (vgl. hierzu auch Wasem et al. 2005).

Der zweite zentrale Effekt bezieht sich auf die Frage, inwieweit durch die Bürgerpauschale eine *Abkopplung der Finanzierungsbeiträge von den Arbeitskosten* gelingt und damit ein – mit diesem Umstieg erhoffter – Fortschritt hinsichtlich der Arbeitsmarktkompatibilität erreicht wird. Hierzu ist festzustellen, dass sich die Arbeitgeberkosten durch die vorgesehene Auszahlung des Arbeitgeberanteils zunächst nicht verändern. Auch für die zukünftige Entwicklung kann eine Reduktion der Arbeitgeberkosten nur unterstellt werden, wenn erstens von ansonsten steigenden Beitragssätzen mit hälftigem Arbeitgeberanteil ausgegangen und zweitens angenommen wird, dass sich die Abkopplung des (dann ausgezahlten) Arbeitgeberanteils von den Prämien zur Pflegeversicherung auf die Höhe des in Tarifabschlüssen festgelegten ‚Arbeitgeberbruttos‘ auswirkt. Wenn unterstellt wird, dass die Lohnentwicklung lang-

fristig vor allem von der Produktivitätsentwicklung (produktivitätsorientierte Entlohnung) bestimmt wird, ist dies Annahme nicht unbedingt plausibel. Zudem kann ein ‚Einfrieren‘ des Arbeitgeberanteils sehr viel einfacher auch im bestehenden System einkommensabhängiger Finanzierung erfolgen.

Weiterhin wird von Anhänger der Pauschalprämie vorgebracht, dass die *Arbeitsanreize* steigen, da die marginale Abgabenbelastung sinkt. Tatsächlich wird der Keil zwischen ‚Brutto‘ und ‚Netto‘ bei einem Pauschalprämienmodell reduziert, da weitere Einkommen nicht automatisch zu höheren Abgaben zur Pflegeversicherung führen. Dies gilt allerdings nur in einem reinen Pauschalprämienmodell ohne Beitragsbezugsschaltung bei finanzieller Überforderung. Ein solches System ist aber distributiv unakzeptabel und wird deshalb von niemandem vorschlagen. Wird dagegen – wie bei den entsprechenden Pauschalmodellen in der GKV – unterstellt, dass 30-50% der Haushalte einen Prämienzuschuss erhalten, wird die Reduktion der ‚disincentives to work‘ für diesen Teil der Haushalte wieder aufgehoben. Hierbei handelt es sich aber genau um den Teil der Haushalte, für den gemeinhin die fehlenden Arbeitsanreize als ein zentrales Problem für das Arbeitsangebot angesehen werden.

Insgesamt bietet ein Pauschalprämienmodell damit zwar die Möglichkeit, durch Festsetzung entsprechender Pauschalen mehr Mittel für die Pflegesicherung zu mobilisieren. Allerdings könnte dies auch durch Beitragssatzsteigerung im bestehenden System einkommensabhängiger Beiträge erreicht werden. Der behauptete Vorteil der höheren Arbeitsmarktkompatibilität des Pauschalsystems bei solchen Abgabensteigerungen beruht zum einen darauf, dass der Arbeitgeberanteil fixiert wird. Dies ist aber auch im traditionellen System ohne weiteres möglich. Zum anderen sollen die Arbeitsanreize durch Abkopplung der Beiträge vom Einkommen erhöht werden. Dies ist zwar grundsätzlich gegeben, nicht aber wenn ein System von Beitragszuschüssen etabliert wird, dass aus verteilungspolitischen Gründen aber unverzichtbar ist. Insgesamt ist daher nicht von einem entscheidenden Vorteil der Pauschale für die Arbeitsmarktkompatibilität auszugehen. Werden gleichzeitig die Umverteilungswirkungen berücksichtigt, die durch ein solches Modell ausgelöst werden, wird deutlich, dass der Umstieg auf ein Pauschalprämienmodell nicht wünschenswert ist. Das zweite Element der ‚Bürgerpauschale‘, die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in eine Pflegeversicherung, ist dagegen interessant, kann aber auch als ‚Bürgerversicherung‘ (s. Abschnitt 3.3.4) im Rahmen der bestehenden Sozialversicherung realisiert werden.

3.3 Systemerhalt und -ausbau

Bei den auf Systemerhalt und -ausbau abzielenden Vorschlägen können folgende Optionen unterschieden werden, die nachstehend einzeln diskutiert werden:

- Partielle Steuerfinanzierung im Rahmen eines Sozialversicherungssystems,
- ergänzende Kapitalfundierung,
- Beitragssatzsteigerung,
- Bürgerversicherung bzw. Bürgerversicherungselemente und
- Risikostrukturausgleich mit der privaten Pflegepflichtversicherung.

Da es sich hierbei um systemstabilisierende Maßnahmen handelt, können sie grundsätzlich – wenn auch nicht beliebig – kombiniert werden. Auf solche Kombinationsmöglichkeiten wird dann im abschließenden Abschnitt 4 eingegangen.

3.3.1 Steuerfinanzierung

Da die derzeitige Ausgestaltung der Beitragspflicht in der Sozialversicherung nur den Faktor Arbeit belastet, wird bereits seit längerem diskutiert, zur Finanzierung von Sozialleistungen stärker auf andere Einkommensarten zurückzugreifen. Dies kann durch den Umstieg auf ein Pauschalprämienmodell erfolgen (s.o.), durch Verbreiterung der Bemessungsgrundlage in der Sozialversicherung (s. Abschnitt 3.3.4) oder durch einen höheren Anteil an Steuerfinanzierung. Soll eine partielle Steuerfinanzierung im Rahmen einer Sozialversicherungslösung umgesetzt werden,¹³ bedarf es allerdings einer normativen Rechtfertigung dafür, vom Versicherungsprinzip und der damit verbundenen Beitragsfinanzierung abzuweichen. Eine solche Rechtfertigung wurde insbesondere in der Rentenversicherung in der Argumentationsfigur der ‚versicherungsfremden Leistungen‘ gefunden: Werden Leistungen über das Versicherungssystem finanziert, die bei näherer Betrachtung den allgemeinen Staatsaufgaben zuzurechnen sind, lassen sich steuerfinanzierte Zuschüsse oder Beitragszahlungen rechtfertigen, die der Finanzierung dieser ansonsten in der Sozialversicherung fehlfinanzierten Leistungen dienen. Wird diese Argumentationsfigur auf die Pflegeversicherung übertragen, ist zu fragen, welche ‚versicherungsfremden‘ Leistungen hier vorhanden sein könnten. Als ‚versicherungsfremd‘ könnten in der Pflegeversicherung insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern angesehen werden, wenn diese als Teil des Familienlastenausgleichs angesehen werden, der als allgemeine Staatsaufgabe über Steuern finanziert werden sollte. Allerdings hat das

¹³ Auf die weitergehende Option, von einem beitragsfinanzierten Versicherungssystem auf ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz umzustellen, wurde bereits bei der Behandlung der Optionen für einen Systemwechsel eingegangen.

Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 3.4.2001 entschieden, dass Kindererziehende mit ihren Erziehungsleistungen einen konstitutiven (Real)Beitrag für die Bestandssicherung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung leisten, der durch die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder nicht ausgeglichen werde. Wird dieser Argumentation gefolgt, ist die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern in der sozialen Pflegeversicherung keine versicherungsfremde Leistung, sondern im Gegenteil eine nicht ausreichende Kompensation für die Leistungen, die Kindererziehende für dieses Sicherungssystem leisten. Allerdings ist diese Argumentation in der Fachdiskussion hoch umstritten.

Wird die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern hingegen als ‚versicherungsfremd‘ angesehen, könnte ein steuerfinanzierter Beitrag für Kinder an die Pflegeversicherung gerechtfertigt werden. Die Höhe dieses Beitrags könnte sich an den von diesen Versicherten verursachten Ausgaben orientieren. Derzeit liegt der Anteil der unter 20jährigen an den Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung bei etwa 5%. Wird unterstellt, dass dieser Personenkreis in etwa dem der beitragsfrei mitversicherten Kinder entspricht, ergibt sich ein Finanzvolumen von etwa 5% der derzeitigen Ausgaben bzw. von derzeit rund 900 Mio. € die so steuerfinanziert werden könnten. Die finanzielle Ergiebigkeit dieses Instruments ist damit begrenzt und ein steuerfinanzierter Beitrag für die bislang beitragsfrei mitversicherten Kinder ist bestenfalls *ein* Baustein zur Lösung der Finanzierungsproblematik. Dies allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern tatsächlich als versicherungsfremd angesehen wird.

3.3.2 Ergänzende Kapitalfundierung

Insbesondere mit dem Wunsch nach intertemporaler Umverteilung lässt sich eine ergänzende Kapitalfundierung begründen (s.o.). Eine ergänzende Kapitalfundierung kann unterschiedliche Ausgangspunkte haben und in verschiedenster Weise ausgestaltet werden. Um die Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung zu lösen, kommt dabei letztlich nur eine obligatorische Komponente in Frage, die wiederum privat oder öffentlich organisiert werden kann, was ein Unterscheidungsmerkmal entsprechender Vorschläge ist. Insbesondere unterscheiden sich entsprechende Modelle weiterhin auch danach, wer zur ergänzenden Kapitalfundierung verpflichtet werden soll. Vier Optionen verdienen dabei besondere Bedeutung:

- eine ergänzende Kapitalfundierung in Form einer privaten Pflegezusatzpflichtversicherung etwa zur Finanzierung der Leistungsdynamisierung (so im Modell des PKV-Verbandes und dem Vorschlag der bayerischen Sozialministerin Christa Stewens),
- ein einfaches Spar-Entsparmodell (z.B. „Demographiereserve“ im Koalitionsvertrag),

- eine ergänzende Kapitalfundierung (für Beschäftigte), um Zusatzbeitrag für Rentner zu finanzieren (Abwandlung des intergenerativen Lastenausgleichs im Vorschlag der Rürup-Kommission) und
- eine ergänzende Kapitalfundierung in Abhängigkeit von der Kinderzahl (in Anlehnung an das bereits erwähnte Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3.4.2001).

3.3.2.1 Ergänzende Kapitalfundierung als private Pflegezusatzpflichtversicherung

Bereits bei der Beschreibung der aktuellen Finanzlage in Abschnitt 1 wurde darauf verwiesen, dass eine Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen unverzichtbare Voraussetzung für die Legitimation der Pflegeversicherung ist. Allerdings kann diese Dynamisierung auch außerhalb der sozialen Pflegeversicherung erfolgen. In diesem Sinne sieht das von der bayerischen Sozialministerin, Christa Stewens, am 19. März vorgestelltes Modell vor, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) einzufrieren, gleichzeitig aber eine private Zusatzpflegepflichtversicherung (PZPV) einzuführen, in der ein Kapitalstock aufgebaut werden und die zugleich eine Leistungsdynamisierung in Höhe von 2% per annum finanzieren soll. Der hierzu notwendige Beitrag wird als Kopfprämie in Höhe von zunächst 8,50 € pro Monat kalkuliert, wobei diese Prämie jedes Jahr um 1 Euro steigen soll. Im Jahr 2040 würde diese Prämie dann bereits bei mehr als 40 Euro liegen und damit den Beitrag erreichen, den ein Durchschnittsverdiener heute an die Pflegeversicherung abführt.¹⁴

Hinsichtlich der *Verteilungswirkungen* führt der PKV-Vorschlag, der – anders als die zuvor behandelten Pauschalprämienmodellen – keinen Mechanismus zur Prämiensubventionierung vorsieht, zu einer Umverteilung von unten nach oben. Dies ist umso kritischer zu sehen, also die relative Bedeutung der Zusatzprämie im Zeitverlauf zu-, die des (einkommensabhängigen) Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung aber abnimmt.

Weiterhin ist einzuwenden, dass die Administration nicht einfacher wird, wenn mit der privaten Pflegezusatzpflichtversicherung ein weiterer Akteur in die Finanzierungsverantwortung einbezogen wird. Dem versucht die PKV entgegenzutreten, in dem die administrative Abwicklung (Beitragseinzug und Leistungsgewährung) für eine Übergangszeit der sozialen Pflegeversicherung überantwortet wird. Allerdings stellt sich dann die Frage, wozu eine private Versicherung überhaupt installiert werden soll, wenn die komplette Abwicklung doch der ge-

¹⁴ 2007 lag die Bezugsgröße, die dem durchschnittlichen Arbeitsentgelt aller Versicherten in der Rentenversicherung im vorvergangenen Jahr entspricht, bei 2.450 € (Westdeutschland). Wird hierauf der gesetzlich fixierte Beitragssatz von 1,7% angewandt ergibt sich ein Beitrag von 41,65 €. Bei Einführung der privaten Pflegezusatzversicherung im Jahr 2007 läge die Prämie in diesem System bei 41,50 € im Jahr 2040.

setzlichen Pflegeversicherung überantwortet wird. Allgemeiner stellt sich damit die Frage, ob eine Teilkapitalfundierung nicht ebenso gut in einem öffentlichen System erfolgen kann, wenn hinreichend institutionelle Vorsorge dafür getroffen wird, dass das gebildete Kapital dem Eigentumsschutz unterliegt und dem Zugriff der Politik entzogen bleibt. Zugleich wären im öffentlichen System dann auch andere Finanzierungstarife mit anderen Verteilungswirkungen möglich.

Mit dem bayerischen Vorschlag liegt ein konkretes Modell für eine private Zusatzpflichtversicherung vor, der auch quantitativ auf seine Wirkungen hin untersucht werden kann. Hierzu stellen sich folgende – im Rahmen von Modellrechnung zu beantwortende – Fragen:

1. Welche quantitative Bedeutung erlangt die private Zusatzversicherung im Zeitverlauf?
Dies ist relevant für das Zusammenwirken mit der sozialen Pflegeversicherung: Solange die ‚Zusatzversicherung‘ quantitativ ein Anhängsel bleibt, kann die Leistungserbringung (Verträge mit Leistungsanbietern) nach wie vor von der SPV gesteuert werden. Wird sie sehr bedeutsam, stellt sich die Frage, wie die beiden Teilsysteme koordiniert werden können
2. Die Einnahmen der privaten Zusatzversicherung sollen für zwei Zwecke verwendet werden: zur Leistungsdynamisierung finanziert und zum Aufbau eines Kapitalstocks. Der Aufbau des Kapitalstocks kann somit nur mithilfe desjenigen Teils der Zusatzprämie erfolgen, der nicht für die laufenden und dynamisierten Leistungsanteile verwendet wird. Da die Einnahmen aber nur einmal verwendet werden können, stellt sich die Frage, welcher Anteil der Prämie zur Zusatzversicherung für die Kapitalbildung verwendet werden kann.
3. Das Stewens-Modell sieht eine Kopfprämienfinanzierung vor. Im Vergleich zu einer Finanzierung mittels einkommensabhängiger Beiträge impliziert eine Kopfprämienfinanzierung immer eine Umverteilung von unten nach oben. Wie sehen diese Umverteilungswirkungen konkret aus im Vergleich zu einer aufkommensneutralen alternativen Beitragssatzerhöhung? Hierbei kann unterschieden werden, ob die Beiträge nur soweit erhöht werden wie notwendig ist, um die Leistungsdynamisierung zu finanzieren oder ob auch ein – gleich hoher – Kapitalstock gebildet werden soll.

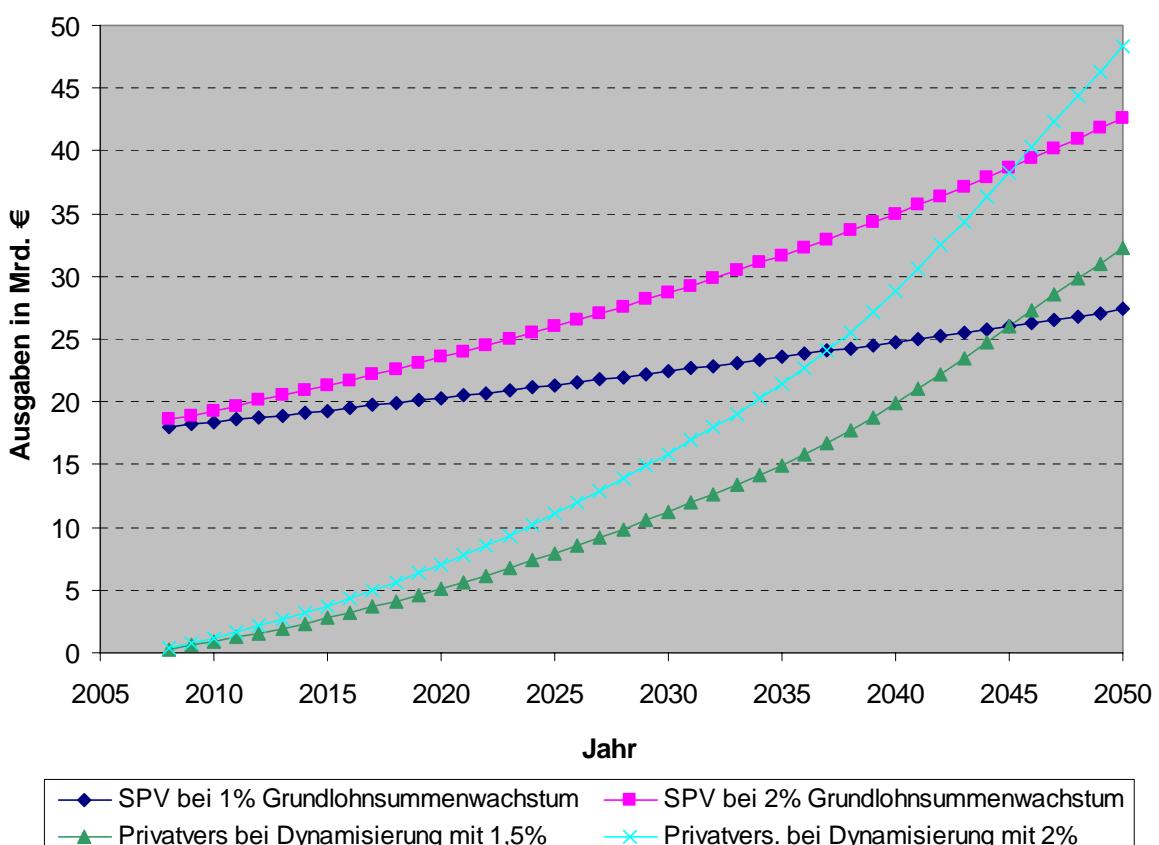
Quantitative Bedeutung der Zusatzversicherung im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung
Die Einnahmen der privaten Zusatzpflichtversicherung (PZPV) fließen zum Teil in den Aufbau eines Kapitalstocks, zum anderen werden sie aber direkt ausgeschüttet, um damit eine

Dynamisierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu simulieren. Die Ausgaben der PZPV (A^{PZPV}) für die Leistungsdynamisierung belaufen sich im n-ten Jahr auf

$$A^{PZPV}_n = A^{SPV}_{t_0} * (1 + w)^n * (1 + d)^n$$

wobei $A^{SPV}_{t_0}$ die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung zum Zeitpunkt t_0 , w die Rate des Ausgabenwachstum in der sozialen Pflegeversicherung und d die zugrunde gelegte Dynamisierungsrate bezeichnen. Um die Ausgaben für die Leistungsdynamisierung berechnen zu können, sind somit Annahmen zum Ausgabenwachstum der sozialen Pflegeversicherung und zur gewählten Dynamisierungsrate notwendig. Bei eingefrorenen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung hängen deren Ausgaben nur noch von der Fallzahlentwicklung und der Veränderung der Pflege- und damit der Leistungsform ab. Die diesbezügliche Ausgabensteigerung dürfte in einem Bereich von 1-2% liegen (s. Abschnitt 1.2.5). Nachfolgend werden Szenarien sowohl für die 1%ige als auch für die 2%ige Annahme berücksichtigt, um so eine realistische Spannweite anzugeben. Für die Leistungsdynamisierung sieht der Stewens-Vorschlag eine Rate von 1,5% vor, der ältere PKV-Vorschlag dagegen einen Wert von 2%. Nachstehend werden Szenarien für beide Raten berechnet. Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 enthalten.

Abbildung 3: Ausgaben der privaten Zusatz- und der sozialen Pflegeversicherung



Die Abbildung zeigt, dass sich das Ausgabenvolumen der privaten Zusatzpflichtversicherung für die Leistungsdynamisierung rasch dem Ausgabenvolumen der sozialen Pflegeversicherung nähert und diese – je nach betrachteter Kombination der Szenarien – sogar ab Mitte der 2030er Jahre übersteigt. Die private Pflegezusatzversicherung ist damit nur in ihrer Anfangsphase ein ‚Anhängsel‘ der sozialen Pflegeversicherung und entwickelt sich auf Grund des zunehmenden Zinseszins-Effekts bei der jährlichen Leistungsdynamisierung schnell zu einem tragenden Leistungssystem.

Es stellt sich damit umso mehr die Frage nach der *Koordinierung* der beiden Systeme. Ist es zunächst plausibel, die Leistungen der Zusatzversicherung lediglich an die soziale Pflegeversicherung weiterzuleiten und dieser die Leistungserbringung zu überlassen, erweist sich das im Laufe der Zeit möglicherweise als problematisch, wenn die private Zusatzpflichtversicherung quantitativ bedeutsamer wird. Sollte sich die Privatversicherung in das Verhandlungs- und Vertragsgeschäft einschalten, droht aber eine Dopplung von Strukturen – mit entsprechendem administrativem Mehraufwand – und ein Koordinationsproblem, da die Kostenträgerseite in Verhandlungen um eine Partei erweitert werden muss.

Verwendung der Einnahme der privaten Pflegezusatzpflichtversicherung

Da die Einnahmen der PZPV sowohl zur Leistungsdynamisierung als auch zur Kapitalbildung verwandt werden sollen, ist es auch von Interesse, in welchem Umfang dies jeweils erfolgt – hängt davon doch ab, in welchem Tempo ein Kapitalstock aufgebaut wird bzw. ob überhaupt dauerhaft ein Kapitalstock aufgebaut wird.

Die jährlichen Einnahmen der PZPV ergeben sich dabei als

$$E^{PZPV}_n = 12 * (8,50 + n - 1) = 12 * n + 90$$

für das n-te Jahr seit Einführung der PZPV. Da sich die jährlichen Ausgaben zur Leistungsdynamisierung auf

$$A^{PZPV}_n = A^{SPV}_{to} * (1 + w)^n * (1 + d)^n$$

belaufen, ergibt sich der zur Kapitalbildung verfügbare Überschuss K_n im n-ten Jahr als

$$K_n = E^{PZPV}_n - A^{PZPV}_n = 12 * n + 90 - A^{SPV}_{to} * (1 + w)^n * (1 + d)^n.$$

Die Ausgaben zur Dynamisierung sind zunächst gering, steigen im Zeitverlauf aber exponentiell an – deutlich stärker als die Einnahmen der privaten Zusatzpflichtversicherung. Das führt dazu, dass die Beiträge zur Kapitalbildung im Zeitverlauf immer mehr abnehmen. Wird eine Leistungsdynamisierung von 1,5% unterstellt, so übersteigen die Ausgaben für die Leistungsdynamisierung bereits 2025 die für Kapitalbildung (Abbildung 4).

Abbildung 4: Verwendung der Mittel der privaten Pflegezusatzpflichtversicherung

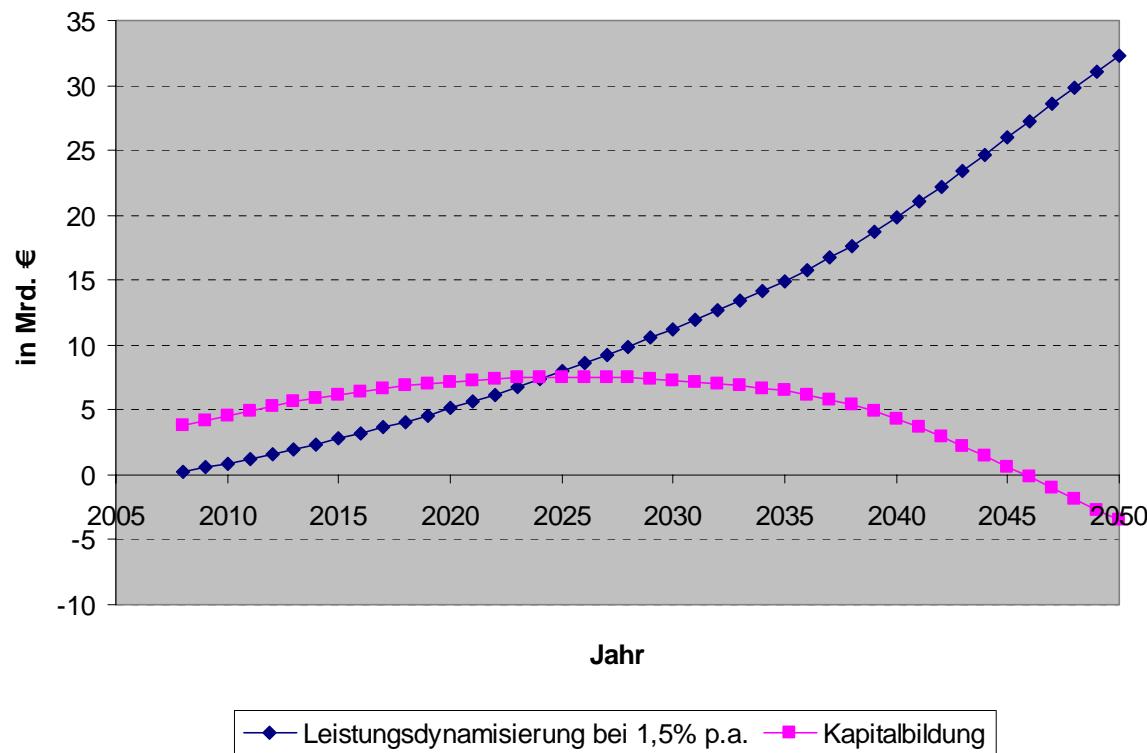
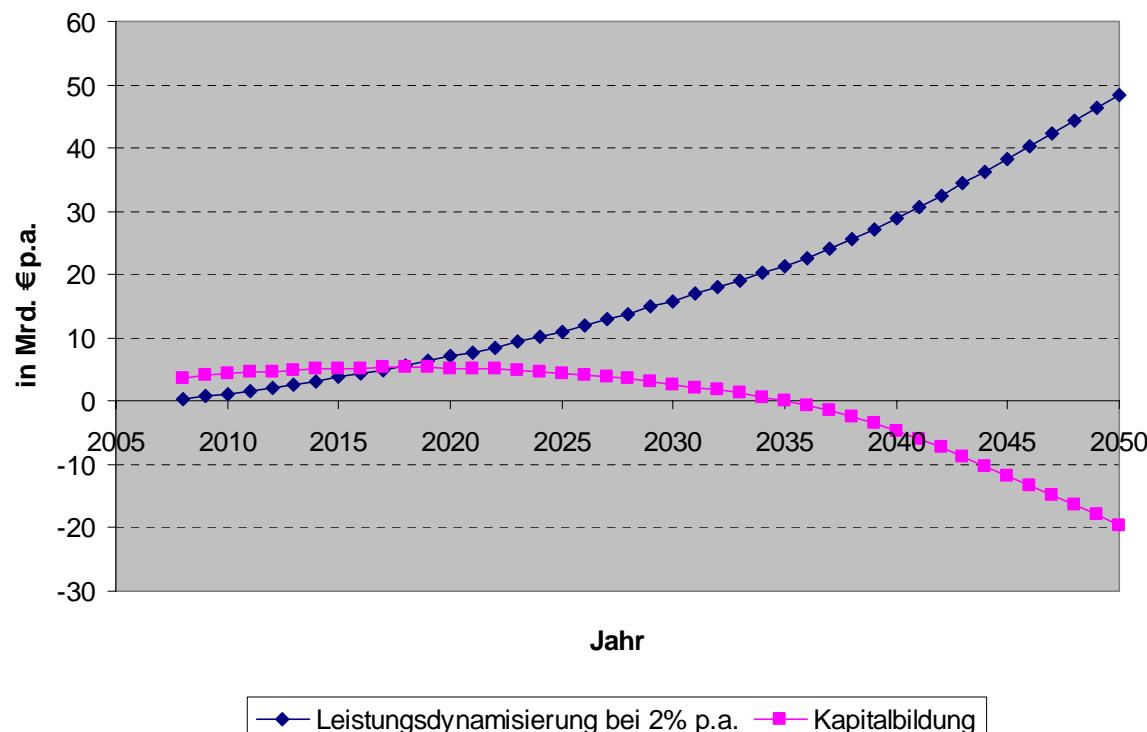


Abbildung 5: Verwendung der Mittel der privaten Pflegezusatzpflichtversicherung



Ab 2046 findet dann kein weiterer Kapitalaufbau, sondern sogar ein Kapitalverzehr statt. Wird eine Leistungsdynamisierung von 2% unterstellt, die zu einer Sicherung der Kaufkraft der Pflegeversicherung langfristig wohl mindestens notwendig wäre, übersteigen die zur Dynamisierung notwendigen Ausgaben bereits im nächsten Jahrzehnt die zur Kapitalbildung verfügbare Summe, und ab 2035 beginnt der Kapitalverzehr (Abbildung 5).

Die Berechnungen machen damit deutlich, dass das Stewens-Modell tatsächlich keine permanente Umstellung auf ein kapitalfundiertes System impliziert, sondern lediglich eine *temporäre* Kapitalbildung. Der Kapitalstock wird später aber wieder abgeschmolzen, um so auch weiterhin die Leistungsdynamisierung finanzieren zu können. In Bezug auf ihre Nachhaltigkeit weist diese Variante der ergänzenden Kapitalbildung daher durchaus Ähnlichkeiten mit einem einfachen Spar-Entspar-Modell (vgl. Abschnitt 3.3.2.2) auf.

Verteilungswirkungen des Vorschlags

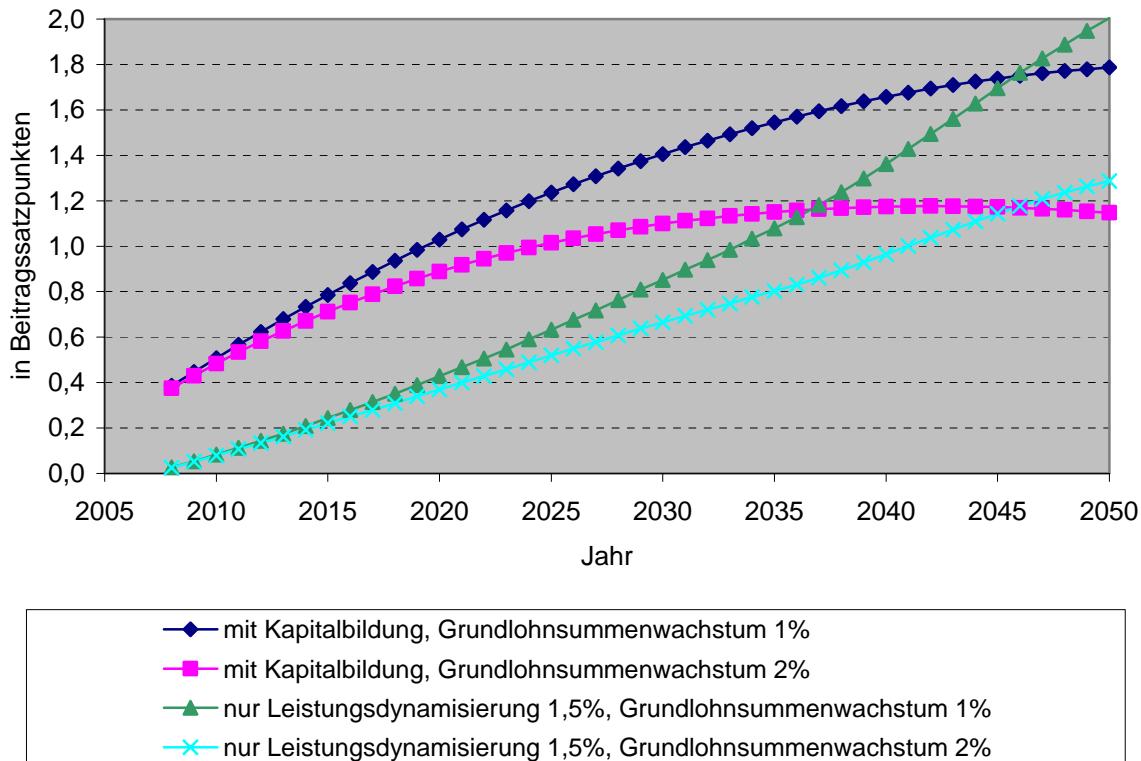
Um die Verteilungswirkungen des Stewens-Modells zu ermitteln, wird zunächst berechnet, welche Beitragssatzerhöhung notwendig wäre, wenn die *gleichen Mittel* im Umlageverfahren erhoben werden müssten. Hierbei kann danach unterschieden werden, ob Mittel nur in dem Umfang erhoben werden sollen, der notwendig ist, um die Leistungen zu dynamisieren oder ob zugleich ein Kapitalstock in gleicher Höhe wie im Stewens-Modell aufgebaut und später wieder verzehrt werden soll. Weiterhin sind Annahmen darüber zu treffen, in welchem Ausmaß die Grundlohnsumme – als Beitragsbemessungsgrundlage für die soziale Pflegeversicherung – wächst. In Abbildung 4 sind die resultierenden Beitragssätze enthalten, die sich ergeben, wenn ein jährliches Grundlohnsummenwachstum von 1 bzw. 2 Prozent angenommen wird. Für die Leistungsdynamisierung wird eine jährliche Rate von 1,5% angesetzt.

Wird nur der Zusatzbeitrag erhoben, der notwendig ist, um die Leistungen – wie von Christa Stewens vorgeschlagen – um 1,5% per annum zu dynamisieren, ist dieser Zusatzbeitrag zunächst gering, wächst dann aber exponentiell und erreicht bis 2050 einen Umfang von 1,3 (bei unterstelltem Wachstum der Grundlohnsumme von jährlich 2%) bzw. 2,0 (bei unterstelltem Wachstum der Grundlohnsumme von jährlich 1%) Beitragssatzpunkten. Damit würde sich der Beitragssatz zur SPV in etwas verdoppeln.

Wird dagegen der Zusatzbeitrag erhoben, der notwendig ist, nicht nur um die Leistungen im Umfang von 1,5% per annum zu dynamisieren, sondern um zugleich eine Kapitalbildung im Umfang des Stewens-Modell zu betreiben, ist ein sofortiger Beitragssatzanstieg um 0,4 Beitragssatzpunkte notwendig. Bis zum Jahr 2050 steigt dieser Zusatzbeitrag auf 1,8 Beitragssatzpunkte (bei 1%igem Grundlohnsummenwachstum bzw. 1,2 Beitragssatzpunkte (bei unter-

stelltem 2%igem Grundlohnsummenwachstum). Die Beitragssatzanstiege sind allerdings degressiv, was darauf zurückzuführen ist, dass die Kapitalbildung – analog dem Modell der privaten Pflegezusatzpflichtversicherung – rückläufig ist und das Kapital am Ende sogar aufgezehrt wird.

Abbildung 6: Notwendiger aufkommensneutraler SPV-Beitragssatz

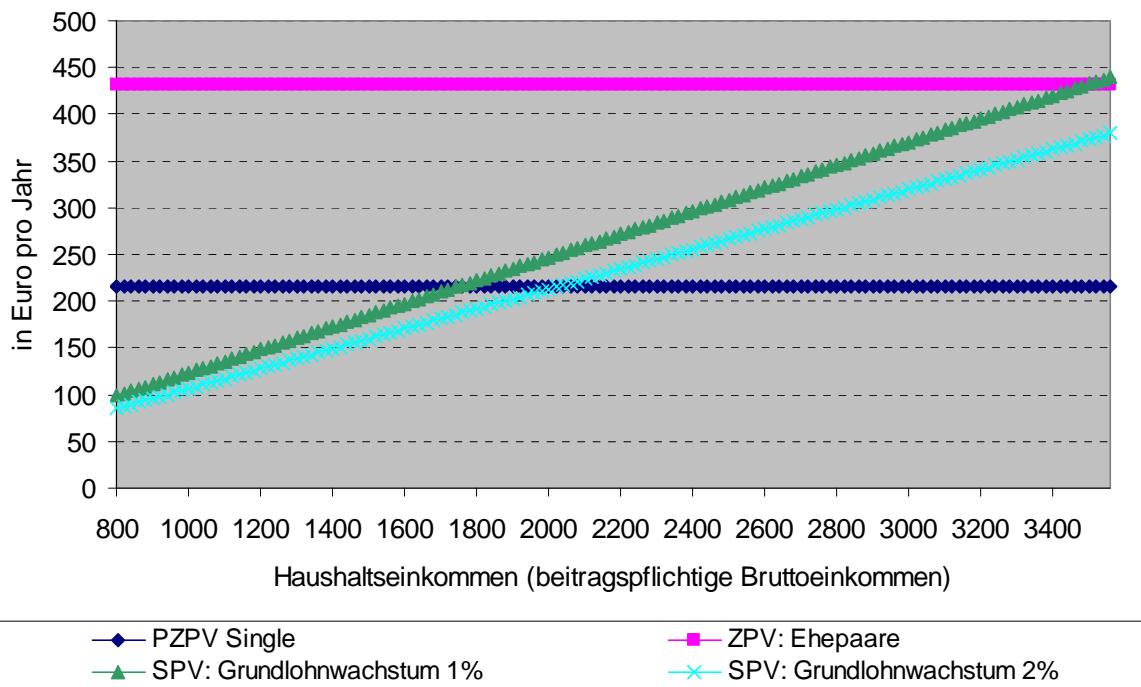


Auf Basis der in Abbildung 6 ausgewiesenen Beitragssätze können jetzt die Belastungen gegenübergestellt werden, die sich aus dem Stewens-Modell oder einer alternativen – aufkommensneutralen – Beitragssatzerhöhung ergeben. Hierzu ist es aber notwendig, ein Referenzjahr auszuwählen. Nachfolgend werden die Belastungen für die Jahre 2020 und 2040 ausgewiesen, um so eine möglichst weite Zeitspanne abzudecken. Abbildung 7 enthält die Werte für das Stewens-Modell und eine alternative – aufkommensneutrale – Beitragssatzerhöhung für das Jahr 2020.

Wie Abbildung 7 zeigt, werden die Singles mit einem Einkommen von – je nach Annahme über das Grundlohnwachstum – unter 1.700 bis 2.100 Euro durch die Finanzierung über die Kopfprämien im Stewens-Modell stärker belastet als durch die alternative Beitragssatzerhöhung im derzeitigen System einkommensabhängiger Beiträge. Noch eindeutiger ist die Situation bei Ehepaaren. Hier werden Haushalte mit einem Einkommen bis zu 3.400 Euro durch das Stewens-Modell belastet. Der soziale Ausgleich für einkommensschwache Haushalte, der

in den entsprechenden Kopfprämienmodellen für die Krankenversicherung und auch im Pauschalprämienmodell des Sachverständigenrates (vgl. Abschnitt 3.2.4) vorgesehen war, fehlt beim Kopfprämienmodell für die Pflegeversicherung, so dass die Kopfprämienmodelle inhärente Umverteilung von unten nach oben nicht durch einen Korrekturmekanismus ausgeglichen wird.

Abbildung 7: Zusatzbeitrag zur Finanzierung von Leistungsdynamisierung und Kapitalstockbildung im Jahr 2020



Wird auf eine Kapitalstockbildung verzichtet und nur ein Zusatzbeitrag in der Höhe festgesetzt, die notwendig ist, um die Leistungsdynamisierung zu finanzieren, so ist die Belastung für *alle* hier betrachteten Einkommensgruppen – zum Teil deutlich – geringer (Abbildung 8). Bei Weitergeltung der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze würde dies sogar ausnahmslos für alle Einkommensgruppen gelten. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Kapitalbildung zu einem Vorziehen der zukünftigen Lasten führt, die auch im Jahr 2020 zu deutlichen Mehrbelastungen für alle führt. Zu dem Umverteilungseffekt durch die Kopfprämien, der einkommensschwache Haushalte schlechter, einkommensstarke aber besser stellt, kommt bei einer Kapitalbildung somit ein Niveaueffekt, der alle Haushalte zusätzlich belastet.

Abbildung 8: Zusatzbeitrag zur Finanzierung ausschließlich von Leistungsdynamisierung im Jahr 2020

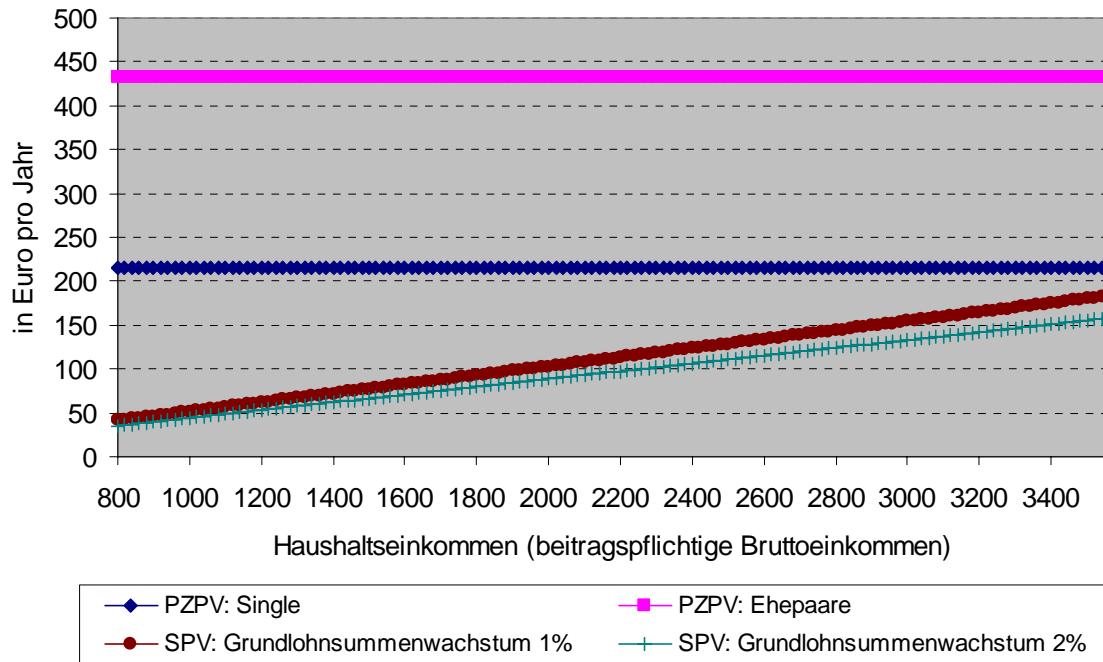
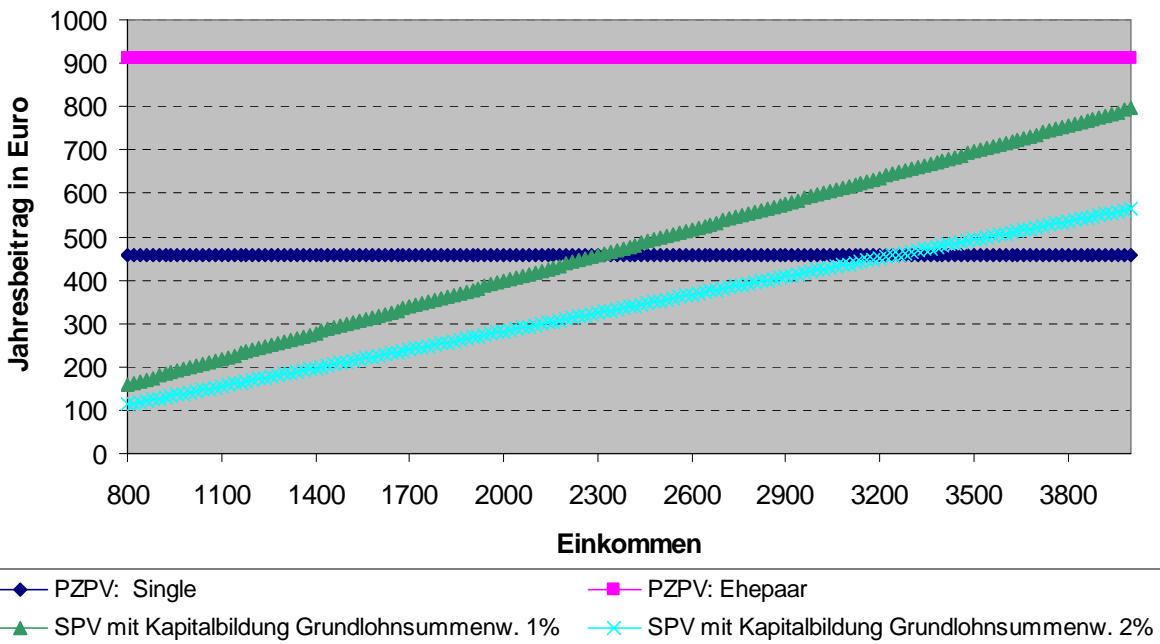


Abbildung 9: Zusatzbeitrag zur Finanzierung von Leistungsdynamisierung und Kapitalstockbildung im Jahr 2040

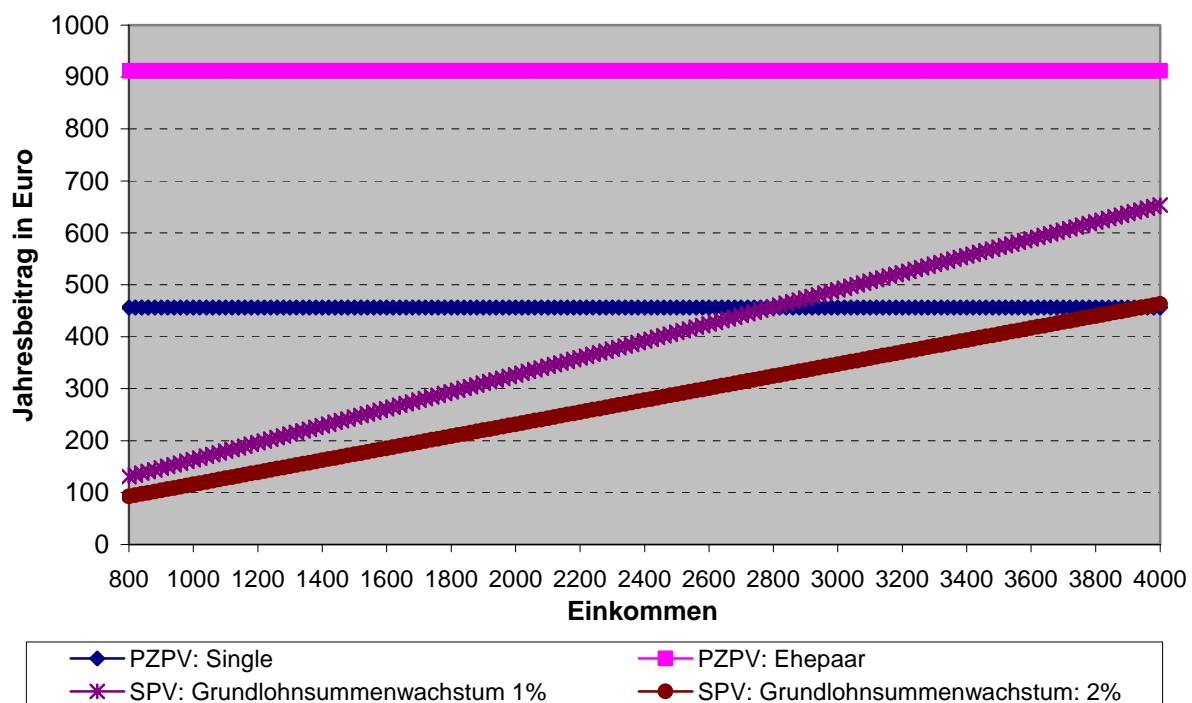


Die Berechnungen für das Jahr 2040 führen im Kern zum gleichen Bild (Abbildung 9). Im Vergleich zu einer aufkommensneutralen Erhöhung des Beitragssatzes werden Single-Haushalte mit einem Einkommen von unter 2.300 bzw. 3.200 Euro durch das Stewens-Modell be-

lastet, während Single-Haushalte mit einem höheren Einkommen entlastet werden. Es bleibt somit bei der Umverteilung von unten nach oben, wobei sich lediglich das Einkommensniveau, an dem sich die Umverteilungsrichtungsrichtung ändert nach oben verschiebt. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass hier nominale, also nicht inflationsbereinigte Größen angegeben sind. Ehepaare werden im gesamten hier betrachteten Einkommensbereich im Stewens-Modell schlechter gestellt als bei einer Beitragssatzerhöhung. Die Verteilungswirkungen bei höheren Ehepaareinkommen hängen – bei Weiterbestehen der Möglichkeit einer beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten – davon ab, wie sich die Beitragsbemessungsgrenze entwickelt und wie sich das Einkommen auf die beiden Ehepartner verteilt.

Im Stewens-Modell werden die Ausgaben für Leistungsdynamisierung im Zeitverlauf zunehmend wichtiger, während die Bedeutung der Kapitalbildung abnimmt (s.o.). Aus diesem Grund sind die Mehrbelastungen für alle, die sich aus der Kapitalbildung ergeben im Jahr 2040 nicht mehr so ausgeprägt wie im Jahr 2020. Daher unterscheidet sich Abbildung 10, in der die Verteilungswirkungen des Stewens-Modells im Vergleich zu einer Beitragssatzerhöhung lediglich im zur Leistungsdynamisierung notwendigen Umfang dargestellt sind, nicht mehr so stark von Abbildung 9 wie dies für die Abbildung 7 und 8 der Fall war, in denen die Ergebnisse für 2020 dargestellt sind.

Abbildung 10: Zusatzbeitrag ausschließlich zur Finanzierung von Leistungsdynamisierung im Jahr 2040



Die Einkommensschwelle, ab der Single-Haushalte entlastet werden, liegt nunmehr bei rd. 2.600 Euro bzw. 3.900 Euro, während Ehepaare mit einem Ehepartnereinkommen bis zur derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze durchgängig belastet werden. Da im Stewens-Modell erst ab dem Jahr 2045 ein Kapitalverzehr einsetzt, ist das Modell mit Kapitalbildung auch für 2040 insgesamt noch teurer als ein Modell, in dem lediglich die Leistungsdynamisierung finanziert wird.

Zusammenfassende Bewertung

1. Die soziale Pflegeversicherung soll nach dem Stewens-Modell weiterhin undynamisiert Leistungen im bisherigen Umfang erbringen. Hierbei läuft sie aber seit Jahren ins Defizit. Auch ohne eine Leistungsdynamisierung wachsen die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung nämlich derzeit schneller als die Einnahmen. Dieses Problem wird im Modell von Christa Stewens ausgeblendet. Vielmehr wird unterstellt, dass das Einnahmewachstum der sozialen Pflegeversicherung ausreicht, um die Ausgabensteigerungen zu finanzieren – ohne diese Annahme irgendwie zu begründen.
2. Der Aufbau eines eigenen Leistungssystems bringt doppelte Verwaltungskosten und zusätzliche Koordinierungsprobleme. Die mit der Leistungsgewährung verbundenen Aufgaben können nicht einfach an die SPV delegiert werden, da die Ausgaben der Zusatzversicherung im Zeitverlauf die der SPV sogar übersteigen und die Zusatzversicherung daher nicht als bloßes Anhängsel behandelt werden kann. Die private Pflegezusatzversicherung müsste daher ebenfalls einen Apparat zur Leistungssteuerung aufbauen.
3. Das Stewens-Modell impliziert keinen Umstieg auf eine Kapitalfundierung – auch keinen langsamen. Vielmehr wird im Zeitverlauf ein zunehmender Teil der Mittel zur Leistungsdynamisierung verwendet werden müssen, so dass es langfristig wieder zu einem Abschmelzen des Kapitalstocks kommt. Bis zum Zeitpunkt, an dem die Rücklagen abgeschmolzen werden, d.h. je nach Annahmen zur Dynamisierung bis Mitte der 2030er bzw. Mitte der 2040er Jahre, ist der Finanzbedarf des Stewens-Modells höher als der eines Modells, in dem die Leistungen der Pflegeversicherung im Umlageverfahren finanziert werden. Insgesamt sind daher in diesem Modell mindestens für die nächsten 30 Jahre höhere Lasten zu tragen als in einem Modell, das auf den Aufbau eines Kapitalstocks verzichtet.
4. Durch die Kopfprämienfinanzierung kommt es – im Vergleich zu einer aufkommensneutralen Beitragssatzerhöhung – zu einer Umverteilung von unten nach oben. Der Umfang dieses Effektes ändert sich von Jahr zu Jahr. Vorstehend wurde daher exemplarisch das Jahr 2020 und das Jahr 2040 herausgegriffen. Hierbei kommt es zu folgenden Ergebnissen:

- Im Jahr 2020 werden Singles mit einem Einkommen von – je nach Annahme zur Grundlohnentwicklung – 1.700 bis 2.400 Euro durch die Kopfprämienfinanzierung schlechter gestellt. Bei Ehepaaren, die im Kopfprämienmodell zwei Prämien finanzieren müssten, ergibt sich in allen Modellvarianten eine Schlechterstellung bei einem Ehepartnereinkommen bis zu 3.500 Euro. Wird auf eine Kapitalbildung verzichtet, sind die Belastungen bei einer alternativen aufkommensneutralen Beitragssatzerhöhung für alle Einkommen geringer.
- Diese Ergebnisse ergeben sich für den Fall einer Kapitalbildung auch für das Jahr 2040. Es verschiebt sich lediglich die Einkommensschwelle für Singles, an der die Belastung in eine Entlastung umschlägt. Wird auf die Kapitalbildung verzichtet, bleibt es bei einer Belastung der Ehepartner durch das Stewens-Modell, während einkommensstärkere Singles nunmehr entlastet werden.

Das Stewens-Modell bewirkt damit zweierlei: Durch die Kapitalbildung wird der Einnahmebedarf erhöht, so dass für alle Jahre bis 2045 *alle Versicherten* mehr zahlen müssen. Zusätzlich kommt es durch die Kopfprämienfinanzierung zu einer Umverteilung von unten nach oben, also zu einer Benachteiligung der einkommensschwächeren Haushalte bei einer Entlastung der einkommensstärkeren.

3.3.2.2 Ergänzende Kapitalfundierung als einfaches Spar-Entpar-Modell in einer kollektiven „Demographiereserve“

Der Koalitionsvertrag sieht eine „Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve“ vor. Eine in den letzten Wochen immer wieder diskutierte Möglichkeit zur Umsetzung dieses Vorhabens liegt darin, dass zunächst der Beitragssatz angehoben wird und zwar über das zur Maß hinaus, dass zur Ausgabendeckung – auch bei begrenzten zusätzlichen Leistungen für Demente – notwendig ist.¹⁵ Die dabei erzielten Mehrerinnahmen können zur temporären Bildung eines Kapitalstocks verwendet werden, der dann abgeschmolzen und aufgezehrt wird, wenn die Ausgaben der Pflegeversicherung die Einnahmen übersteigen, die sich bei dem jetzt festgesetzten Beitragssatz ergeben.

Zunächst muss bei einem solchen Konzept bestimmt werden, in welchem Umfang Rücklagen gebildet werden sollen. Beläuft sich der für die temporäre Kapitalbildung erhobene Beitrags-

¹⁵ Es ist daher sorgfältig zu unterscheiden, ob Beitragssatzerhöhungen diskutiert werden, um die Defizite der Pflegeversicherung zu decken und Leistungsausweitungen für Demente sowie eine Leistungsdynamisierung finanzieren zu helfen, wie dies nachstehend in Abschnitt 3.3.3 behandelt wird, oder ob die Beitragssatzerhöhung dem Aufbau eines Kapitalstocks dient, wie dies Gegenstand dieses Abschnitts ist.

satz auf lediglich 0,2 – 0,3 Beitragssatzpunkte,¹⁶ ist der Kapitalstock schnell aufgezehrt. Soll dagegen Beitragssatzkonstanz über mehrere Dekaden erzielt werden, muss der Beitragssatz eher um mindestens einen halben Beitragssatzpunkt angehoben werden.¹⁷

Grundsätzlich werden bei einer solchen Konzeption eines einfachen Spar-Entspar-Modells ebenfalls Zukunftslasten in die Gegenwart gezogen. Allerdings ist ein solches Modell nicht nachhaltig. Die ‚Untertunnelung‘ zukünftiger Belastungsberge ist nur plausibel, wenn damit eine Belastungsspitze bewältigt werden soll, der dann ein Rückgang der Belastung folgt. Dies ist bei der Pflegesicherung allerdings *nicht* der Fall. Vielmehr ist für den gesamten Zeithorizont von fünf Dekaden, für den entsprechende Projektionen vorgenommen werden, mit einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen und damit steigenden Finanzlasten zu rechnen. In einem solchen Szenario führt eine ‚Demographiereserve‘ als Spar- und Entsparmodell nur dazu, dass der Beitragssatz dann sprunghaft ansteigt, wenn die angesparten Reserven aufgebraucht sind, die zuvor verwandt worden, um das System mit einem nicht ausgabendeckenden Beitragssatz zu betreiben – und das auch nur, wenn sichergestellt werden kann, dass die Demographiereserve nicht bereits zuvor für andere Zwecke verwendet wurde.

Es stellt sich daher die Frage, ob der Aufbau einer solchen Demographiereserve wirklich sinnvoll ist. Im günstigsten Fall werden zukünftige Lasten in die Gegenwart gezogen und der aktuelle Beitragssatz um einige Zehntel angehoben, um den zukünftigen Beitragssatz für eine gewisse Zeit niedriger halten zu können. Nachhaltig ist eine solche Lösung nicht.

3.3.2.3 Ergänzende Kapitalfundierung und Zusatzbeitrag für Rentner

Eine andere Möglichkeit zum Einstieg in eine ergänzende Kapitalfundierung besteht darin, deren Einführung mit einem Zusatzbeitrag für Rentner zu verbinden. Ein ähnlicher Vorschlag wurde bereits von der Rürup-Kommission gemacht und als „intergenerativer Lastenausgleich“ bezeichnet (vgl. die Anhangsdarstellung für Details). Der Vorschlag war dort aber so konzipiert, dass ebenfalls nur ein *temporärer* Kapitalstock gebildet und später wieder aufgelöst werden sollte. Wie auch die oben beschriebene Variante der Demographiereserve ist ein sol-

¹⁶ Eine derartige Größenordnung ist etwa von der Vize-Chefin der SPD-Fraktion, Elke Ferner, in einem Interview mit der Welt-Online (vom 5. Juni 2007) genannt worden als sie mögliche Kompromisse mit der Union skizziert hat.

¹⁷ Wie lange eine solche Demographierücklage ausreicht, hängt nicht nur von der Entwicklung der Pflegeversicherung – insbesondere von der Leistungsdynamisierung – ab, sondern auch von der Rendite, die mit dem angesammelten Kapital auf dem Kapitalmarkt erzielt werden kann. Ältere eigene Berechnungen ergaben dabei, dass eine Beitragssatzerhöhung um 0,3 Beitragssatzpunkte bei einer kaufkraftstabilisierenden Leistungsdynamisierung und einem angenommenen Realzins von 3 Prozent Beitragssatzstabilität nur bis 2018 gewährleisten könnte (Rothgang 2002: 163ff.).

ches Modell nicht nachhaltig. Allerdings ist ohne weiteres eine nachhaltige Variante vorstellbar, die auf zwei Elementen beruht: zum einen wird (dauerhaft) ein Zusatzbeitrag für Rentner eingeführt,¹⁸ zum anderen werden alle Beschäftigten (dauerhaft) verpflichtet, im Rahmen privater Alterssicherung Vorsorge zu treffen, um diesen Zusatzbeitrag für Rentner zahlen zu können, wenn sie selbst ins Rentenalter eintreten.¹⁹

Zur Begründung für die Zusatzbelastung für die aktuelle Rentnergeneration kann auf deren ‚windfall profits‘ bei Einführung einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung verwiesen werden, die eine besondere finanzielle Belastung der Rentner rechtfertigt. Ähnlich wie beim Vorschlag des Kronberger Kreises, wird das ‚Einführungsgeschenk‘ dabei zurückgefordert – bei dem hier diskutierten Vorschlag aber nur zu einem kleinen Bruchteil. Dieser ‚Einführungsgewinn‘ wird jedoch mit zunehmendem Geburtsjahr der entsprechenden Kohorte immer kleiner, ihr ‚Opfer‘ daher immer größer. Je jünger die Kohorten sind, desto mehr Zeit haben sie andererseits aber, selbst für diesen Zusatzbeitrag im Alter vorzusorgen. So kommt es zu einem Ausgleich zwischen den Kohorten.

Der Vorteil eines solchen Modells liegt insbesondere darin, dass die beim Aufbau eines Kapitalstocks unvermeidliche Doppelbelastung zum Teil von den derzeitigen Rentnern getragen wird, die sich aber dennoch durch die Einführung der Pflegeversicherung insgesamt besser gestellt haben, weil eine risikoäquivalente Prämie für sie höher sein würde als die Summe aus derzeitigem allgemeinem Beitragssatz und dem Zusatzbeitrag für Rentner. Durch eine einkommensabhängige Beitragszahlung tritt zudem keine inverse Umverteilung auf, die kennzeichnend für die Pauschalprämienmodelle ist (s.o.). Durch den Zusatzbeitrag für Rentner sind schließlich unmittelbar Zusatzeinnahmen in merklicher Höhe zu erzielen. So führt die Einführung eines Zusatzbeitrages in Höhe von 1,5% – wie seinerzeit von der Rürup-Kommission vorgeschlagen – zu Mehreinnahmen von rd. 3 Mrd. Euro.²⁰ Da der Zusatzbeitrag im bisherigen Beitragseinzugsverfahren erhoben wird, fallen auch keine zusätzlichen administrativen Kosten an. Diese Variante weist also viele Vorteile auf, aber auch einen Nachteil:

¹⁸ Dieser Zusatzbeitrag kann dann – wie auch im Vorschlag der Rürup-Kommission – einkommensbezogen sein. Damit würden die inversen Umverteilungswirkungen vermieden, die allen Kopfprämienmodellen zu eigen sind.

¹⁹ Der zweite Teil dieser Option ist von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt unter dem Stichwort ‚Pflege-Riester‘ im Juni in die Debatte eingeführt worden – allerdings als freiwillige, nicht als obligatorische Vorsorge. Allerdings ist bei diesem Vorschlag nicht klar, wie die so individuell gebildeten Rücklagen in die Finanzierung der Pflege einbezogen werden können. Sinnvoll erscheint das eben nur, wenn gleichzeitig ein altersabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird.

²⁰ Dieser Wert ergibt sich gemäß der Faustformel, dass ein Beitragssatzpunkt derzeit Einnahmen von 10 Mrd. € entspricht und rund 20% der Beitragseinnahmen von Rentnern aufgebracht werden.

Wenngleich die Zusatzbelastung der Rentner für die Pflegeversicherung gut begründet werden kann, ist sie womöglich nicht sozialverträglich, wenn die Rentner zugleich an anderer Stelle, insbesondere in der gesetzlichen Rentenversicherung, weiter belastet werden. Insofern kann über eine solche Variante nur sinnvoll entschieden werden, wenn zugleich die gesamte Alterssicherung mit bedacht wird.

3.3.2.4 Ergänzende Kapitalfundierung in Abhängigkeit von der Kinderzahl

Eine andere Möglichkeit zur Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung setzt unmittelbar an dem bereits zitierten Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001 an. In diesem Urteil wird die Kindererziehung als eigenständiger Realbeitrag zur Pflegeversicherung gewertet (vgl. Rothgang 2001 für Details). Die daraus unmittelbar ableitbare Forderung nach einer Staffelung des monetären Beitrages nach der Kinderzahl wurde im Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) vom Dezember 2004 nicht umgesetzt, so dass hier durchaus noch Raum für Nachbesserung gesehen werden kann.

In ökonomischer Perspektive impliziert Vorsorge immer, dass Ansprüche auf Anteile des zukünftigen Sozialkapitals erworben werden. Diese Ansprüche können aber nur insofern eingelöst werden als sie tatsächlich gedeckt sind – durch Bildung von Realkapital (so die Idee des Kapitaldeckungsverfahrens) oder durch Humankapital (so die Idee des Umlageverfahrens). In Grenzen bestehen zwischen diesen beiden Formen der Kapitalbildung Substitutionsmöglichkeiten. Wird diese Beziehung von der gesamtwirtschaftlichen Ebene auf die Individualebene heruntergezogen, könnte daraus die Forderung abgeleitet werden, dass diejenigen, die – aus welchen Gründen auch immer – keine (oder nur wenige) Kinder erziehen und damit auch die kein (oder nur wenig) Humankapital bilden, in entsprechendem Ausmaß Realkapital bilden müssen.

Für die Pflegeversicherung könnte dies umgesetzt werden, indem Beiträge zu einer obligatorischen ergänzenden Kapitalfundierung nach der Zahl der Kinder gestaffelt wird. Denkbar wäre etwa, dass in der sozialen Pflegeversicherung ein Zusatzbeitrag erhoben wird, der positiv für diejenigen ohne oder mit nur einem Kind und negativ für alle Versicherten mit drei und mehr Kindern ist. Dieser Beitrag könnte in einen Fond eingezahlt und dort verzinslich angelegt werden und dann nach einem Zeitraum von 2-3 Dekaden an die Pflegekassen ausgezahlt werden. Durch diese zeitliche Verzögerung wird der Effekt der Kindererziehung simuliert, die auch erst mit einem time lag von mehreren Dekaden weitere Beitragszahlungen produziert, und zudem das Vorziehen zukünftiger Lasten erreicht, das charakteristisch für jede Kapitalfundierung ist.

Diese Variante hat mehrere Vorteile: die Teilkapitalfundierung ist permanent und leistet damit einen nachhaltigen Beitrag zur Lösung des Finanzierungsproblems. Die Einkommensabhängigkeit der Beitragszahlung bleibt durch den allgemeinen Beitragssatz erhalten, während der Zusatzbeitrag nach einem anderen Kriterium gestaffelt ist. Die externen Effekte der Kindererziehung, die das Verfassungsgericht als ‚realen Beitrag‘ zur Sicherung des Versicherungssystems gewertet hat, werden internalisiert und die Allokation damit verbessert. In distributiver Hinsicht wird nicht nur – wie auch bei allen anderen Varianten der Kapitalfundierung – intertemporal umverteilt, sondern auch intragenerativ. Wird – wie in der derzeitigen Debatte über Generationengerechtigkeit üblich – unterstellt, dass die Renditen für die Einzahlungen in sozialen Sicherungssystemen gleich sein sollen und der demographische Wandel diese Forderung in umlagefinanzierten Systemen konterkariert, so ist es viel logischer, einen Ausgleich auf der Ebene von Individuen bzw. Haushalten anzustreben, als auf der Ebene von als ‚Generationen‘ bezeichneter Geburtskohorten, die gerade in Bezug auf ihr Fertilitätsverhalten aber höchst inhomogen sind.

Da bei dieser Form der Kapitalbildung keine individuellen Ansprüche entstehen, muss aber institutionelle Vorsorge getroffen werden, dass der Kapitalstock vor dem Zugriff der Tagespolitik geschützt wird.

3.3.3 Beitragssatzsteigerung

Während alle Formen der ergänzenden Steuerfinanzierung und Kapitalfundierung letztlich zusätzlichen administrativen Aufwand erfordern, besteht die einfachste Form zur Einnahmensteigerung in der Erhöhung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Pflegeversicherung. Schon in der Gesetzesbegründung war vorgesehen, dass der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung demographisch bedingt ansteigen würde. Tatsächlich könnten die aktuellen Finanzprobleme der Pflegeversicherung bereits durch die Erhöhung des Beitragssatzes um die wenigen Zehntel Beitragssatzpunkte gelöst werden, die in der Gesetzesbegründung 1993 bereits vorgesehen war.²¹

Hinsichtlich etwaiger negativer Arbeitsanreize kann sicherlich unterstellt werden, dass eine moderate Erhöhung des Beitragssatzes hier keine gravierenden Folgen nach sich ziehen würde. Viel spricht allerdings dafür den *Arbeitgeberanteil* einzufrieren: Dies kann zunächst politisch begründet werden: So werden Pauschalprämienmodelle vorrangig damit begründet, dass

²¹ In der Gesetzesbegründung aus dem Jahr 1993 wurde ausgeführt, dass der Beitragssatz „von 1,7 % im Jahr 1996 aus demographischen Gründen im Laufe der Zeit steigen [werde]. Der Umlagebeitragssatz wird im Jahr 2010 etwas 1,9 % und im Jahre 2030 etwa 2,4% betragen.“ (Bundestagsdrucksache 12/5262, S. 178).

sie den ‚Arbeitgeberanteil‘ von der weiteren Kostenentwicklung in der Kranken- bzw. Pflegeversicherung abkoppeln, während das traditionelle System der einkommensabhängigen Beitragszahlung die Lohnzusatzkosten in die Höhe treibe. Eine Erhöhung des Beitragssatzes zur sozialen Pflegeversicherung dürfte daher gegenüber den Verfechtern von Pauschalprämienmodellen deutlich leichter sein, wenn der Arbeitgeberanteil eingefroren wird. Die distributiven Wirkungen eines Einfrierens des Arbeitgeberbeitrags sind zudem begrenzt. So sind die sogenannten ‚Arbeitgeberanteile‘ immer einbehaltener Lohnbestandteile. Das wird auch bei der Diskussion der Pauschalprämienmodelle deutlich, die regelmäßig die Auszahlung des Arbeitgeberanteils vorsehen und damit konzedieren, dass es sich um Lohnbestandteile handelt. Letztlich tragen die Arbeitnehmer damit immer den ganzen Beitrag zur Pflegeversicherung – egal wie sich dieser auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag aufteilt. Unterschiede ergeben sich lediglich temporär, zum Zeitpunkt einer Beitragssatzerhöhung. Nach einigen Lohnrunden dürften sich diese Unterschiede aber abgeschliffen haben. Schließlich ist der illusionäre Charakter des ‚Arbeitgeberanteils‘ bei der Pflegeversicherung besonders deutlich: Zwar wurde bei deren Einführung formal am Prinzip der paritätischen Finanzierung festgehalten, gleichzeitig aber eine „Kompensation“ der Arbeitgeber gesucht und durch die Abschaffung eines gesetzlichen Feiertrags ohne Lohnausgleich (in 15 von 16 Bundesländern) auch gefunden, um so sicherzustellen, dass eine Belastung der Arbeitgeber durch die Einführung der Pflegeversicherung ausgeschlossen sei. Die Pflegeversicherung ist damit schon immer ausschließlich durch die Arbeitnehmer finanziert worden, so dass ein Einfrieren des Arbeitgeberanteils bei Beitragssatzerhöhungen nur folgerichtig erscheint.

Wird der Beitragssatz erhöht, könnte dies zugleich zum Anlass genommen werden, um auch in der Pflegeversicherung einen *Kassenwettbewerb mit kassenindividuellem Beitragssatz* und Risikostrukturausgleich zu installieren. Ein solcher Kassenwettbewerb würde dazu führen, dass die bislang vorhandenen Anreize zur Leistungsverschiebung von der GKV in die Pflegeversicherung abgebaut werden, die Kassen erstmal ein finanzielles Eigeninteresse an der Versorgung von Pflegebedürftigen haben und die Rehabilitations- und Präventionsanreize gestärkt werden. Damit würden einige der Ziele erreicht, die mit einer Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung angestrebt werden, ohne die Nachteile einer Integration in Kauf nehmen zu müssen (s. hierzu auch Abschnitt 3.2.2).

3.3.4 Bürgerversicherungselemente

Die parteipolitisch womöglich umstrittenste Option zur Weiterentwicklung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung wird unter dem Namen „Bürgerversicherung“ diskutiert. Es ist da-

her unwahrscheinlich, dass eine Reform zustande kommt, in der das Bürgerversicherungskonzept insgesamt und in Reinform umgesetzt wird. Denkbar ist aber, dass einzelne Elemente der Bürgerversicherungskonzeption eingeführt werden. Nachstehend werden daher die einzelnen Elemente der Bürgerversicherung diskutiert und nicht ein in sich geschlossenes Bürgerversicherungskonzept. Bürgerversicherungskonzepte basieren vor allem auf drei Elementen, die in unterschiedlicher Form ausgestaltet und miteinander kombiniert werden können:

- einer Ausdehnung des in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtigen Personenkreises,
- der Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und
- der Abschaffung oder zumindest Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Ausdehnung der Versicherungspflicht

Eine Ausdehnung der Versicherungspflicht würde sich auf die Beamten, die Selbständigen und die Arbeitnehmer beziehen, die wegen Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze von der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung befreit sind. Eine solche Maßnahme ließe sich unter Gerechtigkeitsaspekten gut legitimieren. Vom Grundsatz her folgt die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung nämlich dem aus dem Einkommenssteuerrecht entlehnten Prinzip der *Leistungsfähigkeit*. Demnach sollen die Abgaben für Abgabenpflichtige mit gleichem Einkommen gleich hoch sein (horizontale Gerechtigkeit), mit steigendem Einkommen aber ebenfalls steigen (vertikale Gerechtigkeit). Diesem Grundsatz läuft sowohl die Beitragsbemessungsgrenze (s.u.) als auch die Versicherungspflichtgrenze entgegen. So ist es normativ nicht zu rechtfertigen, dass der Umverteilungsbeitrag, den ein Versicherter im System einkommensabhängiger Beitragszahlung leistet, zunächst mit dem Einkommen zunimmt, dann aber bei Erreichen der Versicherungspflichtgrenze auf Null sinken kann, wenn der Versicherte seine Exit-Opton wahrnimmt. Eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle abhängig Beschäftigten ist bei Beibehaltung einkommensabhängiger Beiträge aus Gerechtigkeitstheoretischer Perspektive daher geradezu zwingend. Wird konzediert, dass die Pflegeversicherung (ebenso wie die Krankenversicherung) Teil des Systems des sozialen Ausgleichs ist, lässt sich weiterhin folgern, dass auch die Selbständigen und Beamten in dieses System einbezogen werden sollten.

Eine Ausdehnung der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung ist aus juristischer Perspektive wesentlich leichter als in der gesetzlichen Krankenversicherung. So ist auch die private Pflegeversicherung – anders als die private Krankenversicherung – eine Pflichtversicherung. In der Pflegeversicherung ist damit de facto eine vollständige Erfassung der ge-

samtten Bevölkerung bereits erreicht, derzeit allerdings in zwei Systemen, die allerdings beide im SGB XI normiert sind.²² In einem Urteil vom 3.4.2001 zur Zulässigkeit einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung hat das Bundesverfassungsgericht zudem ausdrücklich festgestellt, dass der Gesetzgeber die Kompetenz hat, die gesamte Bevölkerung zum Abschluss einer Versicherung gegen das Pflegerisiko zu verpflichten. Das Bundesverfassungsgericht hat die Regelung der privaten Pflegeversicherung als Teil eines „gesetzgeberischen Gesamtkonzepts einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ angesehen (BVerfGE 103, 197, 216) und spricht davon, dass der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ habe (BVerfGE 103, 197, 224). Insofern erscheint die Zusammenführung beider Zweige vergleichsweise unproblematisch. Da die Leistungsansprüche in der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung praktisch identisch sind, bestehen auch diesbezüglich keine Hindernisse für eine Zusammenführung beider Systeme.²³ Allerdings dürften die in der privaten Pflegepflichtversicherung bereits akkumulierten Altersrückstellungen dem Zugriff der sozialen Pflegeversicherung entzogen sein (vgl. Depenheuer 2005). In diesem Sinne sieht der Koalitionsvertrag ausdrücklich vor, dass der in der privaten Pflegepflichtversicherung angesammelte Kapitalstock nicht angegriffen werden darf.

Fiskalisch führt die obligatorische Einbeziehung weiterer Personengruppen in die soziale Pflegeversicherung zu Mehreinnahmen, aber auch zu Mehrausgaben. Zu einer Entlastung kommt es deshalb nur insofern, als sich die Einnahmen- und Ausgabenstruktur der beiden Versicherungskollektive unterscheiden. Nun haben jüngste Modellrechnungen für die private Krankenversicherung gezeigt, dass die Einkommen der privat Versicherten im Durchschnitt deutlich höher liegen als die der gesetzlich Versicherten. Eine Ausdehnung der Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung auf die gesamte Bevölkerung würde daher auf der Einnahmeseite zu einer Verbesserung der Finanzsituation führen. Noch größere Effekte ergeben sich auf der Ausgabenseite, da sich die Risikostruktur beider Kollektive deutlich unterscheidet. Dies zeigt schon ein kurzer Blick auf die Altersstruktur. So lag der Anteil der über 80jährigen Versicherten im Jahr 2001 in der privaten Pflegepflichtversicherung bei

²² In § 23 SGB XI wird die Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung geregelt. Darin werden alle (freiwillig) privat Krankenversicherten verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen, deren Leistungen „nach Art und Umfang den Leistungen ... [der sozialen Pflegeversicherung] gleichwertig sind.“ In § 110 SGB XI werden umfassende Regelungen für die private Pflegepflichtversicherung festgelegt u.a. eine weitgehende Kontrahierungspflicht und sozialpolitisch geprägte Regelungen zur Prämien gestaltung.

²³ Zwar werden nach wie vor rechtliche Bedenken gegen die Einführung einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung geäußert, da die bestehenden Versicherungsverträge womöglich ‚Vertrauensschutz‘ genießen, nach vorherrschender Meinung sind diese Bedenken aber nicht durchschlagend.

2,7%, in der gesetzlichen Pflegeversicherung aber bei 4,3% und damit um annähernd 60% höher. Zudem sind die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten in der sozialen Pflegeversicherung für alle Altersgruppen deutlich höher als für die private Pflegeversicherung (Rothgang 2003), was als Ausdruck eines besseren Gesundheitszustands und von sozialer Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit gedeutet werden kann. Im Ergebnis führt dies dazu, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben für einen Versicherten im Jahr 2003 im gesetzlichen System bei 248 € im privaten aber nur bei 58 € lagen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass etwa die Hälfte der privat Versicherten Beamte sind, die über einen Beihilfanspruch verfügen, der mehr als die Hälfte der Leistungsansprüche abdeckt. Selbst wenn die Ausgaben des Beihilfesystems hinzugerechnet werden, dürften die Durchschnittsausgaben für privat Versicherte aber einen Betrag von 100 € nicht überschreiten. Es ist damit klar, dass die Einbeziehung weiterer Versichertengruppen einen erheblichen positiven fiskalischen Effekt für die soziale Pflegeversicherung nach sich zieht.

Einbeziehung weiterer Einkommensarten

Auch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten ist aus Gerechtigkeitstheoretischer Perspektive angezeigt, da nur so der horizontalen Gerechtigkeit Genüge getan werden kann. Derzeit unterscheidet sich nämlich die Höhe der Beitragszahlungen bei Versicherten mit gleichem Einkommen in Abhängigkeit davon, aus welchen Quellen sich dieses Einkommen speist, d.h. wie hoch der Anteil des Einkommens aus unselbstständiger Arbeit ist. Die Beschränkung der Beitragspflicht auf Löhne, Gehälter und Lohnersatzleistungen ist zudem ein Hauptgrund für die derzeit beklagte strukturelle Einnahmeschwäche der sozialen Pflegeversicherung und durch die einseitige Belastung des Faktors Arbeit negativ für den Arbeitsmarkt. Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten ist daher aus distributiven, allokativen und stabilitätspolitischen Erwägungen sinnvoll und notwendig.

Aufhebung/Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Schließlich erfordert der Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, da nur so gewährleistet werden kann, dass höhere Einkommen tatsächlich durchgängig zu höherer Beitragszahlung führen. Allerdings kann hieraus nicht abgeleitet werden, dass der Beitragssatz auch bei Einkommen oberhalb der derzeitigen Bemessungsgrenze die gleiche Höhe haben muss wie darunter. Eine unbegrenzte Beitragspflicht für alle Einkommen mit einheitlichem Beitragssatz würde vielmehr zu einer Überdehnung des Versicherungsprinzips führen und das Äquivalenzprinzip ganz außer Kraft setzen. Damit würde der Versicherungscharakter vollständig verloren gehen. Nicht zuletzt aus diesem Grund wird die

Forderung nach Aufhebung oder zumindest Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze derzeit kaum vertreten

Andererseits sehen Pauschalprämienmodelle vor, über die Einkommenssteuer alle Einkommen – auch die oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze – zur Finanzierung der Prämienbezuschussung heranzuziehen. In diesem Sinne könnte deshalb auch für eine umlagefinanzierte Sozialversicherung gefordert werden, dass alle Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze mit einem reduzierten Beitragssatz zur Finanzierung herangezogen werden und sich der Charakter der Beitragsbemessungsgrenze so verändern würde. Demgegenüber würde eine bloße Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze etwa auf die Höhe der Grenze in der Rentenversicherung zwar zu Mehreinnahmen der Pflegeversicherung führen, das normative Postulat der vertikalen Gerechtigkeit aber nicht erfüllen.

Fiskalische Ergiebigkeit

Aus *distributiver* Sicht spricht demnach alles für und nichts gegen die Einführung einer Bürgerversicherung. Auch aus *allokativer* Perspektive ergibt sich im Vergleich zum Status quo insofern eine Verbesserung als die Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht *ceteris paribus* zu einer Reduktion der auf dem Faktor Arbeit liegenden Abgaben führt. Allerdings stellt sich aus *stabilitätspolitischer* Betrachtung die Frage, ob die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung allein durch die Einführung einer Bürgerversicherung bzw. sogar nur einzelner Bürgerversicherungselemente sichergestellt werden kann. Selbst die diesbezüglich optimistischen Berechnungen von Lauterbach et al. (2005) ergeben, dass der Beitragssatz bis 2025 auf 2,0 Beitragssatzpunkte steigen müsste, sogar dann, wenn alle derzeit privat Pflegeversicherten sofort versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung werden und die Beitragspflicht auch auf Kapitalerträge – bei Beibehaltung der unveränderten Beitragsbemessungsgrenze für beide Einkommensarten (2-Säulen-Modell) – ausgedehnt wird. Bereits für die nächsten beiden Dekaden, kann die umlagefinanzierte Pflegeversicherung auch als „Bürgerversicherung“ nicht bei konstantem Beitragssatz finanziert werden. Vielmehr sind moderate Beitragssatzsteigerungen als weiteres Element vonnöten. Für die nachfolgenden Jahren, in denen sich das Wachstum der Zahl der Pflegebedürftigen aus demographischen Gründen sogar noch deutlich beschleunigen wird, ergäben sich dann wieder deutliche Defizite oder aber Beitragssatzsteigerungen, die kaum mit dem Adjektiv ‚moderat‘ bezeichnet werden können.

Insgesamt zeigt sich damit, dass die genannten Bürgerversicherungselemente allein nicht in der Lage sind, die zukünftigen Finanzbedarfe der Pflegeversicherung zu decken. Aus fiskali-

schen Gründen ist demnach die *Kombination von Bürgerversicherungselementen mit anderen Maßnahmen* zur Weiterentwicklung des bestehenden Systems notwendig.

3.3.5 Risikostrukturausgleich mit der PKV

Wie auch die Berechnungen von Lauterbach et al. zeigen, ist die Einbeziehung der privat Pflegeversicherten in die Beitragspflicht der sozialen Pflegeversicherung fiskalisch ergiebiger als die Einbeziehung von Kapitalerträgen in die Beitragspflicht und darum das fiskalisch zentrale Bürgerversicherungselement. Wenn eine vollständige Einbeziehung dieser Versichertengruppe politisch nicht durchsetzbar sein sollte, kann daher immer noch versucht werden, die private Pflegepflichtversicherung zumindest zu Transfers an die soziale Pflegeversicherung zu verpflichten. In diesem Sinne ist auch im Koalitionsvertrag „[z]um Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen ... ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung“ vorgesehen. Auch diese Maßnahme muss zunächst auf ihre Verfassungskonformität geprüft werden. Die interne Prüfung des BMJ hat dabei ergeben, dass ein jährlicher Solidarausgleich von den privaten Pflegeversicherungsunternehmen an die gesetzlichen Pflegekassen verfassungsrechtlich möglich sei.

Für die Bestimmung der Höhe dieser Transfers kann auf die unterschiedliche *Ausgabenstruktur* der beiden Kollektive zurückgegriffen und ein Ausgleich eingeführt werden, bei dem die private Pflegepflichtversicherung beispielsweise die Differenz zwischen den Durchschnittsausgaben eines privat und denen eines gesetzlich Versicherten an die soziale Pflegeversicherung überweist. Dabei ergeben sich Beträge, die deutlich oberhalb der 500 Mio. bis einer Mrd. Euro liegen, die von der Bundesgesundheitsministerin in die Debatte geworfen wurden. Allokativ ist eine solche Lösung sicherlich suboptimal, weil in der privaten Pflegeversicherung Anreize gesetzt würden, großzügig Leistungen zu bewilligen, um so einen Transfer an die gesetzliche Pflegeversicherung zu verhindern. Perspektivisch sollte eine solche Regelung daher durch einen *Risikostrukturausgleich* ersetzt werden, bei dem das Pflegerisiko der einzelnen Versicherten und die daraus ableitbaren standardisierten Ausgaben Grundlage für Ausgleichszahlungen sind.²⁴ Mit Einführung solch einer regelgebundenen Ausgleichszahlung kann auch dem Einwand entgegengetreten werden, dass der auf der unterschiedlichen Altersstruktur beruhende Vorteil der Privatversicherung bald verschwinden würde und es daher nicht sinnvoll sei, diese dauerhaft zu Transfers an die soziale Pflegeversicherung zu zwingen. Im Rahmen eines Risikostrukturausgleichs würde eine Verschlechterung der relativen Risikostruktur der

privaten Pflegepflichtversicherung automatisch erfasst, so dass sich die Ausgleichszahlungen entsprechend reduzieren würden.

Damit würden zwar die unterschiedlichen Risiken auf der Ausgabenseite ausgeglichen, nicht aber die höheren Durchschnittseinkommen der privat Versicherten berücksichtigt, so dass sich die soziale Pflegeversicherung fiskalisch schlechter stellen würde als bei einer Bürgerversicherungslösung. Um das zu verhindern wäre es daher zielführend – ebenso wie beim Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung – auch im Ausgleichssysteme der Pflegeversicherungen einen *Finanzkraftausgleich* durchzuführen, also auch die unterschiedliche Einkommenssituation der Versicherten in sozialer Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung auszugleichen.

Selbst wenn Ausgleichszahlungen zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung in diesem Sinne umfassend geregelt werden, bleiben auf der individuellen Ebene die inversen Verteilungswirkungen erhalten, da Bezieher von Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze nach wie vor aus dem Umverteilungssystem der sozialen Pflegeversicherung hinausoptieren und sich damit der Einkommensumverteilung zugunsten der Einkommensschwächeren entziehen können. Insgesamt ist die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung (Bürgerversicherung) daher die überlegene Lösung.

4. Abschließende Bewertung

Wie bereits die Erörterung der Ausgangssituation in Abschnitt 1 gezeigt hat, kann die Pflegeversicherung ihre Aufgabe nur erfüllen, wenn eine regelgebundene Leistungsdynamisierung eingeführt wird. Um die aktuellen Defizite zu begleichen und zugleich eine solche Leistungsdynamisierung einzuführen, müssen weitere Einnahmequellen erschlossen werden. Die dabei diskutierten Maßnahmen zur zukünftigen Pflegesicherung lassen sich in zwei Gruppen einteilen: solche, die auf einen Systemwechsel abzielen (Abschnitt 3.2) und solche, die der Weiterentwicklung des bestehenden Systems dienen (Abschnitt 3.3). Bei der Bewertung dieser Optionen wurde auf die normativen Kriterien zurückgegriffen, die in Abschnitt 2 entwickelt wurden. Im Ergebnis zeigte sich dabei, dass ein Systemwechsel weder notwendig, noch sinnvoll ist. Insbesondere sind alle Modelle zum Umstieg auf ein kapitalfundiertes System durch pro-

²⁴ Wenn der Kassenwettbewerb auf die soziale Pflegeversicherung ausgedehnt wird, ist die Einführung eines Risikostrukturausgleichs sowieso unvermeidlich.

hibitive Umstellungskosten gekennzeichnet. Erstrebenswert ist vielmehr die Weiterentwicklung des bestehenden Systems der eigenständigen umlagefinanzierten Sozialversicherung.

Hierfür ist eine Reihe von Maßnahmen denkbar, die einzeln allerdings jeweils nicht ausreichen, die entstehenden Finanzbedarfe zu decken. Dies gilt insbesondere auch für die „Bürgerversicherung“, die zwar distributiv gut begründet werden kann und allokativ dem Status quo überlegen ist, deren zusätzlich mobilisierte Beitragseinnahmen aber nicht ausreichen, die Finanzierung der Pflegeversicherung langfristig zu einem konstanten Beitragssatz zu sichern. Notwendig ist daher die *Kombination* verschiedener Instrumente und Maßnahmen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Im Einzelnen erscheinen vier Elemente besonders zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung geeignet:

1. Erstrebenswert ist zunächst die Umwandlung des derzeitigen vom Bundesverfassungsgericht als „Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige“ bezeichneten Systems in eine *Bürgerversicherung* bzw. die Aufnahme einer möglichst großen Zahl von Bürgerversicherungselementen. Eine Bürgerversicherung ist dem Status quo allokativ und distributiv überlegen und kann beachtliche fiskalische Effekte auslösen. Gerade in Bezug auf die fiskalischen Konsequenzen ist die Einbeziehung weiterer Personenkreise dabei von größerer Bedeutung als die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten. Sollte eine Bürgerversicherung aus politischen Grünen nicht eingeführt werden, ist hilfsweise zumindest die Schaffung eines umfassenden Risikostrukturausgleichs zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung vorzusehen, der sowohl die unterschiedliche Finanzkraft der beiden Versicherungskollektive als auch deren unterschiedliche Risikostruktur berücksichtigt.
2. Ein weiterer Beitrag zur Lösung des Finanzierungsproblems der Pflegeversicherung liegt in der Einführung *steuerfinanzierter Beiträge für mitversicherte Kinder*. Eine solche Maßnahme ist dann angezeigt, wenn die bislang beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als ‚versicherungsfremde Leistung‘ angesehen wird. Wird die Kindererziehung hingegen – wie auch vom Bundesverfassungsgericht – als konstitutive Beitragsleistung für die Pflegeversicherung angesehen, wäre ein solcher steuerfinanzierter Beitrag ordnungspolitisch nicht zu rechtfertigen. Dann wäre aber eine ergänzende Kapitalbildung in Abhängigkeit von der Kinderzahl angezeigt.
3. Das umlagefinanzierte System kann durch *ergänzende Kapitalfundierung* angereichert werden, insbesondere wenn das Vorziehen zukünftiger Lasten als erstrebenswert angesehen wird. Wichtig ist hierbei, dass es sich nicht um temporäre Kapitalbildung

handelt, die keinen nachhaltigen Beitrag zur Finanzreform der Pflegeversicherung bietet. Schon aus diesem Grund ist das Modell einer ergänzenden privaten Zusatzpflegepflichtversicherung abzulehnen wie es von der bayerischen Sozialministerin vorgeschlagen wurde, das eben auch nur eine temporäre Kapitalbildung und einen anschließenden Prozess des Kapitalabbaus bewirkt und zudem inakzeptable Verteilungswirkungen aufweist. Eine sinnvollere Variante der Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung bietet dagegen die Kombination eines Zusatzbeitrags für Rentner mit obligatorischer Vorsorge der Beschäftigten für diesen Zusatzbeitrag. Allerdings muss vor Einsatz dieser Variante geprüft werden, inwieweit die derzeitigen Rentner schon in anderen sozialen Sicherungssystemen belastet werden und wie diese Belastungen kumulieren. Die innovativste Variante zur Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung liegt daher in einer Beitragszahlung in Abhängigkeit von der Kinderzahl, die die Substitutionsbeziehungen zwischen Human- und Kapitalfundierung auf der Ebene des Individuums sichtbar macht.

4. Um damit einen Beitrag zur Beseitigung bestehender Defizite und zur Realisierung einer Leistungsdynamisierung zu ermöglichen, ist schließlich eine *moderate Beitragsatzsteigerung* um wenige Zehntel Prozentpunkte wie er schon bei Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen war, ebenfalls sinnvoll. Hierbei kann der Arbeitgeberanteil eingefroren werden, um so den Anstieg der Lohnzusatzkosten zu vermeiden. Um eine „Demographiereserve“ aufzubauen, ist eine Beitragssatzerhöhung hingegen nicht die beste Lösung – insbesondere weil einfache Spar-Entspar-Modelle keinen nachhaltigen Beitrag zur Lösung des Finanzierungsproblems bieten.

Der fiskalische Effekt dieses Maßnahmebündels hängt von der konkreten Ausgestaltung der einzelnen Elemente und ihrer Kombination ab. Angesichts der skizzierten Dimensionen für die einzelnen Maßnahmen ist aber davon auszugehen, dass durch Kombination dieser Elemente auch langfristig eine Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung möglich ist. Insbesondere ist dieses Kombinationsmodell insofern nachhaltig, als keine der propagierten Maßnahmen nur temporär ist, wie dies bei Spar-Entspar-Modellen der Fall ist, sondern alle Maßnahmen als dauerhaft konzipiert sind.

Literatur:

- Aaron, Henry J. (1966): The Social Insurance Paradox, in: Canadian Journal of Economics and Political Science, Vol. 32: 371-374.
- Alber, Jens; Schölkopf, Martin (1999): Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa. Amsterdam: G+B Verlag Fakultas.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050, Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, Freiburg/Wiesbaden, März 2001. http://www.soziologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf, 03.11.2006.
- BMG (= Bundesministerium für Gesundheit) (2006): Daten zur Pflegeversicherung: http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604244/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Zahlen-und-Fakten/zahlen-und-fakten-node,param=.html__nnn=true.
- BMG (2007a): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/03-Die-Finanzentwicklung-der-sozialen-PV,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/03-Die-Finanzentwicklung-der-sozialen-PV.pdf, 07.03.2007.
- BMG (2007b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/ZahlenFakten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ZahlenFakten.pdf, 07.03.2007.
- BMG (2007c): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen, http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_773096/SharedDocs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/04-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen-p,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/04-Leistungsempfaenger-der-sozialen-PV-nach-Pflegestufen-p.pdf
- CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. Berlin.
- Culhane, Maureen M. (2001): Global Aging – Capital Market Implications. Chicago Goldman Sachs Strategic Relationship Management Group.
- Depenheuer, Otto (2005): Der verfassungsrechtliche Schutz der Rückstellungen der privaten Pflegepflichtversicherung. Kurzgutachten im Auftrag des PKV-Verbandes. <http://www.pkv.de/downloads/gutachten%20depenheuer.pdf>
- Döhner, Heinz / Rothgang, Heinz (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Vol. 49, No. 6: 583-594.
- Donges, Jürgen B.; Eekhoff, Johann; Franz, Wolfgang; Fuest, Clemens; Möschel, Wernhard; Neumann, Manfred J.M. (Kronberger Kreis) (2005): Tragfähige Pflegeversicherung. Stiftung Marktwirtschaft. Schriftenreihe Band 42. Berlin.

- Fries, James F. (1980): Ageing, Natural Death and the Compression of Morbidity, in: New England Journal of Medicine 303, 130-135.
- Häcker, Jasmin / Raffelhüschen, Bernd (2004): Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der sozialen Pflegeversicherung, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 73, 158-174.
- Heigl, Andreas (2001): Age Wave – Zur Demographieanfälligkeit von Aktienmärkten. Hypo-Vereinsbank Policy Brief Volkswirtschaft, 2001 (4).
- Hof, Bernd (2001): Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung – Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Institut der deutschen Wirtschaft: Köln, <http://www.pkv.de/downloads/Doku24.pdf>, 09.03.2007.
- Hullen, Gert (2003): Projections of Living Arrangements, Household and Family Structures, in: Hullen, Gert (ed.): Living arrangements and households – methods and results of demographic projections, Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Wiesbaden.
- Jacobs, Klaus / Dräther, Hendrik (2005): Wer bezahlt die Pflege? Reformvorschläge im Vergleich, in: Gesundheit und Gesellschaft, 8. Jg, Heft.9: 23-29.
- Jacobzone, Stephane / Cambois, Emmanuelle / Chaplain, Emmanuel / Robine, Jean Marie (1998): The Health of Older Persons in OECD Countries: Is It Improving Fast Enough to Compensate for Population Ageing? Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 37. Paris: OECD.
- Klie, Thomas; Blaumeister, Heinz (2002): Perspektive Pflegemix, in: Klie, Thomas; Buhl; Anke; Entzian, Hildegard; Schmidt, Roland (Hrsg.): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen – Analysen und Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf, Mabuse Verlag: Frankfurt a. M., S. 132-152.
- Kommission „Soziale Sicherheit“ (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme.
http://www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf
- Lauterbach, K.; Lüngen, M.; Stollenwerk, B.; Gerber, A.; Klevert-Deichert, G. (2005): Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln.
www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/ga_buergerversicherung_pflege.pdf
- Musgrave, Richard A. (1959): The Theory of Public Finance. New York: McGraw-Hill.
- Nachhaltigkeitskommission (= Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme) (2003): Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.
- Naegele, Gerhard; Reichert, Monika (Hrsg.) (1998): Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege in nationaler und internationaler Perspektive. Vincentz-Verlag: Hannover.
- PKV-Verband (2005): Dynamische und demographieresistente Pflegeleistungen für alle Bürger – Kapitalgedeckte Dynamisierung der Pflegeleistungen. Schütze Brief, Dokumentation Nr. 8.
- Roth, Günter / Rothgang, Heinz (1999b): Die Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Entwicklung der Heimentgelte, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Heft 4: 307-336.

Rothgang, Heinz (2001a): Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung?, in: Sozialer Fortschritt, Heft 5: 121-126.

Rothgang, Heinz (2002): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte – Endbericht zu einer Expertise für die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages, in: Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik – Studienprogramm, Band V, R. v. Decker Verlag: Heidelberg.

Rothgang, Heinz (2003): Long-term care for older people in Germany, in: Comas-Herrera, Adelina / Wittenberg, Raphael (eds.): European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs. Report to the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission. PSSRU Discussion Paper 1840. LSE: London. 24-42.

URL: http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/docs/european_study_long_term_care_en.pdf.

Rothgang, Heinz (2004a): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen, Gutachten für die Enquetekommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Endbericht, Bremen 25.06.2004.

http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Demographischer_Wandel_Pflegebeduerftigkeit.pdf, 03.11.2006.

Rothgang, Heinz (2004b): Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegesicherung – Darstellung und Bewertung –, in: Zeitschrift für Sozialreform, 50. Jg., Heft 6, 584-616.

Rothgang, Heinz (2005b): Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung, in: Kerschbaumer, Judith / Schröder, Wolfgang (Hg.): Sozialstaat und demographischer Wandel. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 119-146.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005): Jahresgutachten 2004/05: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, im Internet: www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/ga-frueher.php

Schneekloth, Ulrich (2005): Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung, in: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans W. (eds.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III), Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, integrierter Abschlussbericht, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München.

Schölkopf, Martin (2001): Altenpflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Die Entwicklung der Pflegedienste zwischen Parteien, Verbänden und Ministerialbürokratie im Bundesländervergleich. Opladen: Leske & Budrich.

Wille, Eberhard; Neubauer, Günter; Erbsland, Manfred; Frohwitter, Iris (1998): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegerversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2040. Expertise für die Enquête Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags.

Ziegler, Uta; Doblhammer-Reiter, Gabriele (2005): Steigende Lebenserwartung geht mit besserer Gesundheit einher: das Risiko der Pflegbedürftigkeit in Deutschland sinkt, in: Demografische Forschung aus erster Hand, Jahrgang 2, Nr. 1, S. 1-2, <http://www.demografische-forschung.org/archiv/defo0501.pdf>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf>.

Schmähl, Winfried / Rothgang, Heinz / Viebrok, Holger (2006): Berücksichtigung von Familienleistungen in der Alterssicherung. Analyse und Folgerungen aus ökonomischer Sicht., in: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), DRV Schriften, Bad Homburg: WDV

Wasem, Jürgen / Greß, Stefan / Rothgang, Heinz (2005): Kopfpauschalen in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Lohnt sich ein Systemwechsel?, in: Greß, Stefan / Pfaff, Anita B. / Wagner, Gert G. (Hg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie- Expertisen zur Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf: edition Böckler.

Viebrok, Holger / Dräther, Hendrik (1999): Alterssicherung auf der Grundlage von Sicherheit, Rentabilität und sozialer Verantwortung, Expertise für die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG). Schriftenreihe der GVG, Band 32, Bonn: GVG.

Anhang: Systematisierung der vorhandenen Handlungsoptionen und Einordnung der aktuellen Vorschläge

1. Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme

Die nach ihrem Vorsitzenden, Bert Rürup, auch als Rürup-Kommission bezeichnete Nachhaltigkeitskommission sieht in Folge des demografischen Wandels und dem damit einhergehenden Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen sowie der sich auf Grund niedriger Geburtenraten verringernden Zahl der erwerbstätigen Betragszahler ein sich verschärfendes permanentes Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) voraus. Dies erfordere eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung, die den folgenden Ansprüchen genügen müsse:

- das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit muss für alle Bürger ausreichend abgesichert werden,
- die hohe Qualität der finanzierten Pflegeleistungen muss bewahrt bleiben,
- ein Anstieg der Lohnzusatzkosten muss vermieden werden,
- die finanzielle Belastung muss gleichmäßig auf alle Generationen verteilt werden und
- das Leistungsniveau der SPV muss langfristig erhalten bleiben.

Die von der Rürup-Kommission vorgeschlagenen Reformen stellen die Grundprinzipien der Sozialen Pflegeversicherung (Versicherungsprinzip, solidarische Finanzierung, sozialer Ausgleich, pauschalierte Leistungen und begrenzter Beitragssatz) nicht in Frage.

Die grundlegende Idee des Reformvorschlags der Rürup-Kommission zur Finanzierung der Pflegeversicherung ist der „*intergenerative Lastenausgleich*“. Die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Pflegeversicherung soll damit ebenso sichergestellt werden, wie eine gleichmäßige Verteilung der aus der demographischen Entwicklung entstehenden Beitragslasten auf alle Generationen. Eventuell aus der Einführung des Lastenausgleichs entstehenden sozialen Härten für Empfänger der bedarfsorientierten Grundsicherung sollen durch den Aufschlag eines Ausgleichsbetrages auf den Zahlbetrag der Grundsicherung ausgeglichen werden. Die Kommission schlägt die Erhebung eines zusätzlichen einkommensabhängigen Ausgleichsbeitrags für Rentner vor, mit dessen Hilfe ein Teil des allgemeinen Beitragssatzes zur Schaffung kapitalgedeckter Pflegekonten umgewidmet werden kann. Auf diese Weise sollen die steigenden Beitragssbelastungen für die jüngere Generation ausgeglichen und *Generationengerechtigkeit* gewährleistet werden, da so alle Generationen – über die Gesamtlebensdauer betrachtet – in

etwa gleich hohe Beiträge zur Pflegeversicherung leisten; d.h. der Ausgleichbeitragssatz wird so kalkuliert, dass die aus dem demographischen Wandel entstehende Nettobelastung für alle Generationen gleich hoch bleibt. Mit Einführung des intergenerativen Lastenausgleichs und bei Dynamisierung der Leistungen würden sich somit eine Beitragssatzhöhe in Höhe von 1,7% für Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie 2,8% für Rentner ergeben.

Die Rürup-Kommission spricht sich neben der Einführung des intergenerativen Lastenausgleichs auch auf der *Leistungsseite* für Reformen – wie z.B. die Dynamisierung der Leistungen der SPV – aus. Damit soll ein dauerhafter Erhalt des Leistungsniveaus der Pflegeversicherung gewährleistet werden. Die Einführung der Dynamisierung wird nach Meinung der Kommission notwendig, da andernfalls die Pflegeversicherung langfristig nicht mehr nennenswert zur Absicherung des Pflegerisikos beitragen könnte. Mit einer realwerterhaltenden Leistungsdynamisierung soll die Kaufkraft der Versicherungsleistungen langfristig auf dem heutigen Niveau gehalten und die pflegebedingte Sozialhilfebedürftigkeit vermieden werden. Die Kommission spricht sich dafür aus, die Höhe der Dynamisierung der Pflegeleistungen zwischen der durchschnittlichen Inflationsrate und dem Pfad der Nominallohnentwicklung anzusetzen, da so dass reale Leistungsniveau erhalten bleibt und auf Seiten der Leistungsanbieter Anreize zur Verbesserung der Kosteneffizienz bestehen bleiben. Zudem spricht sich die Kommission dafür aus, Demenzerkrankungen bei der Einstufung in Pflegestufen zu berücksichtigen. Die aus dieser Leistungsausweitung entstehenden Kosten sollen durch die Leistungsumfinanzierung bei der stationären Pflege und den daraus neu entstehenden finanziellen Spielraum der Pflegeversicherung gedeckt werden.

Damit dem Vorrang der ambulanten, häuslichen Pflege vor der stationären Pflege besser entsprochen werden kann, sollen vermehrt Anreize zur Inanspruchnahme qualitätsgesicherter, professioneller ambulanter Pflegeleistungen geschaffen werden. Aus diesem Grund schlägt die Rürup-Kommission eine finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege vor. Zudem soll das Pflegegeld in allen Pflegestufen erhalten bleiben, da seine Streichung eine Umorientierung weg von familialer Pflege hin zu professioneller ambulanter bzw. stationärer Pflege begünstigen würde.

Die Rürup-Kommission spricht sich dafür aus, den *versicherten Personenkreis* der SPV nicht zu verändern. Die Trennung zwischen SPV und GKV soll ebenso beibehalten werden, wie die beitragsfreie Mitversicherung für Ehepartner und Kinder.

Die Rürup-Kommission schlägt die Beibehaltung des derzeitigen Umlageverfahrens vor, ergänzt es jedoch um einen Kapitalstock, der durch die Einführung eines intergenerativen Las-

tenausgleich, bei dem die Rentner erhöhte Beiträge zahlen, aufgebaut werden soll. Damit soll eine sichere Finanzierung der SPV gewährleistet werden und dem Anspruch der Generationengerechtigkeit genügt werden. Die Kommission will zudem durch eine finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gerecht werden und so Kosten sparen. Die hier eingesparten Mittel können unter anderem bei der Erweiterung des Pflegebegriffs auf Demenzerkrankungen eingesetzt werden, da hier zusätzliche Kosten entstehen.

2. Herzog-Kommission

Die nach ihrem Vorsitzenden, Roman Herzog, auch als Herzog-Kommission bezeichnete Kommission „Soziale Sicherheit“ der CDU sieht die Finanzierung der Pflegeversicherung in Folge des demographischen Wandels und einer steigenden Zahl der Leistungsempfänger als gefährdet. Bei gleich bleibendem Leistungskatalog der SPV würden die Beiträge bis 2030 von 1,7 auf 2,6 Beitragssatzpunkte ansteigen.

Zur Sicherstellung der *Finanzierung* der SPV schlägt die Herzog-Kommission die Umwandlung des bisherigen Umlageverfahrens in ein – demographiefesteres – kapitalgedecktes Prämienmodell vor. Zur Einführung eines solchen Modells ist jedoch eine Übergangsphase notwendig, da bei einem sofortigen Übergang die mittleren und älteren Jahrgänge unvertretbar hohe Beiträge zahlen müssten. Um dies zu vermeiden, soll während eines Übergangszeitraums aus erhöhten Beiträgen (3,2 Beitragssatzpunkte) ein kollektiver Kapitalstock gebildet werden. Die Kommission kalkuliert mit einem bis etwa zum Jahr 2030 konstanten einkommensabhängigen Beitragssatz. Dieser liegt nach Berechnungen des Büros der Kommission – unter Beibehaltung der Familienmitversicherung sowie bei vollem und zudem dynamisiertem Leistungskatalog – bei 3,2 Beitragssatzpunkten, sofern nicht andere Finanzierungsquellen herangezogen werden.

Die Kommission geht davon aus, dass ab ca. 2030 der kollektive Kapitalstock aufgelöst und der Übergang zur kapitalgedeckten Pflegeversicherung dann abgeschlossen werden kann. Dann lägen die geschätzten Beiträge zwischen 52 €(Neubeitritt einer 20jährigen Versicherten) und 66 €(für Arbeitnehmer ab 45 Jahren).

Es soll dabei gesetzlich sichergestellt werden, dass geschlechtneutrale, individuell versicherungsmathematisch berechnete Beiträge zur Pflegeversicherung erhoben werden. Zudem soll eine Risikoprüfung ebenso ausgeschlossen werden wie Risikozuschläge bei den Beiträgen. Wie in der GKV auch, soll für die Pflegeversicherer Kontrahierungzwang herrschen und eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern ohne eigenes Einkommen möglich sein.

Zur Finanzierung der Pflegeversicherung sollen analog zur GKV alle Beiträge des Versicherten bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden. Die Herzog-Kommission möchte auch an der paritätischen Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer festhalten. Um in der Umstellungsphase hin zu einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung durch zeitweilig höhere Beiträge keine negativen Auswirkungen auf die Lohnnebenkosten zu verursachen,

schlägt die Kommission den Verzicht auf einen bezahlten Urlaubstag, einen Feiertag, der regelmäßig auf einen Arbeitstag fällt oder die Verlängerung der Jahresarbeitszeit vor.

Eine Reform der Pflegeversicherung darf nach Meinung der Herzog-Kommission keinesfalls durch Absenkungen auf der *Leistungsseite* finanziert werden. Ein Wegfallen der Pflegestufe I würde ebenfalls nicht zu einer Entlastung der Pflegeversicherung führen, da eine Leistungsminderungen in einer der Stufen der Pflegeversicherung führen in vielen Fällen zu Mehrbelastungen in einer anderen Leistungsgruppe der Pflegeversicherung, zu Mehrbelastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung oder zu Kostensteigerungen in der Sozialhilfe. Zudem kritisiert die Kommission, dass der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation haben Vorrang vor Pflege“ bisher nur unzureichend umgesetzt worden ist. Der Leistungskatalog der SPV ist seit mehr als 10 Jahren nicht mehr der allgemeinen und pflegespezifischen Kostenentwicklung angepasst worden, was zur Folge hat, dass der Wert der Pflegeleistungen bis 2050 auf die Hälfte sinken wird (bei einer angenommenen Preissteigerung von Pflegeleistungen um 1,5%). Deshalb soll bei einer anstehenden Reform der SPV durch die Dynamisierung der Leistungen eine konstante Kaufkraft der Pflegeleistungen sichergestellt und ein steigender Zuzahlungsbedarf zu Lasten der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfe verhindert werden. Die Kommission ist der Auffassung, dass der Grundsatz, dass häusliche Pflege vor stationärer Pflege Vorrang hat, auch künftig ebenso Bestand haben muss wie das Prinzip, dass Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation Vorrang vor Maßnahmen der Pflege haben müssen. Die Herzog-Kommission schlägt eine Angleichung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege vor, da bisher stationäre Leistungen höher vergütet werden als ambulante und dies dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ widerspricht. Ziel einer Leistungsangleichung ist die Stärkung der häuslichen Pflege. Zudem empfiehlt die Kommission die Einführung eines Pflegebudgets, dass ambulant, teilstationär und stationär eingesetzt werden kann. Im Gegensatz zu anderen Vorschlägen macht die Herzog-Kommission keinen Angaben dazu, ob und wie Demenz bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden soll.

Die Herzog-Kommission möchte den *versicherten Personenkreis* vorerst nicht verändert und die SPV zunächst als eigenständige Säule im Sozialversicherungssystem bestehen lassen.

Bisher profitieren ältere Pflegebedürftige, die nur geringe Beiträge geleistet haben, von der 1995 eingeführten Pflegeversicherung. Im Gegensatz dazu sind jüngere Versicherte stärker belastet. Deshalb schlägt die Kommission im Sinne einer *Generationengerechtigkeit* vor, die Beiträge für Rentner unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Kinder sowie sozialer Kriterien bis zu einem noch festzulegenden Höchstsatz maßvoll heraufzusetzen.

Insgesamt schlägt die Herzog-Kommission somit den Umstieg von der bisherigen Umlagefinanzierung der SPV auf ein kapitalgedecktes Verfahren bei gleichbleibendem Leistungskatalog und unter Beibehaltung aller drei Pflegestufen vor. Dabei sollen die Lohnnebenkosten – durch den Verzicht auf einen freien Tag seitens der Arbeitnehmer – stabil gehalten und die Gerechtigkeit zwischen den Generationen durch eine geringe Mehrbelastung der älteren Versicherten verbessert werden.

3. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

Der Sachverständigenrat hat sich in seinem Jahrestagungen 2004/05 (Ziffer 340f. sowie 545-555) mit der Pflegeversicherung beschäftigt. Er ist der Ansicht, dass die SPV nicht losgelöst von der GKV betrachtet werden darf, da beide Versicherungen eng miteinander verknüpft sind. Im Gegensatz zur GKV besteht bei der SPV allerdings bereits eine allgemeine Versicherungspflicht. Es gibt aber auf Grund der Beitragsbemessungsgrenze auch auf dem Markt der Pflegeversicherung gesetzliche und private Anbieter. Hier kommt es – ebenso wie bei den Krankenversicherern – zu einer Risikoentmischung zu Gunsten der Privatversicherungen. Der Anteil der Pflegefälle an der Gesamtversichertenzahl beträgt bei den Privatversicherungen 1,3%, bei den gesetzlichen Anbietern hingegen 2,7%. Der Sachverständigenrat spricht sich deshalb dafür aus, einen einheitlichen Pflegeversicherungsmarkt zu schaffen bei dem die Beiträge unabhängig vom Einkommen der Versicherten erhoben werden. Neben einem – vom Sachverständigenrat favorisierten – Kohortenmodell, das den Wechsel vom Umlageverfahren hin zu einem kapitalgedeckten System vorsieht, schlägt er alternativ eine Bürgerpauschale mit Beibehaltung des Umlagmodells vor.

3.1 Das Kohortenmodell

Vorbild für das Kohortenmodell ist das System der privaten Pflegeversicherung. Der Vorschlag des Sachverständigenrats zur *Finanzierung* basiert auf einkommensunabhängigen kohortenspezifischen Beiträgen, die zur Beitragsglättung mit einer kohortenspezifischen Kapitaldeckung kombiniert werden sollen. Ein sofortiger vollständiger Umstieg auf das Kohortenmodell soll nicht erfolgen, allerdings soll das Umlagmodell allmählich auslaufen. Trotzdem ist nach Meinung des Sachverständigenrats eine sofortige Einführung einkommensunabhängiger Pauschalbeiträge notwendig. Diese sollen für alle Geburtsjahrgänge ab 1951 eingeführt werden, die damit aus der umlagefinanzierten Pflegeversicherung aussteigen würden. Sie müssen bei den Pflegekassen kohortenspezifische kapitalgedeckte Versicherungen abschließen. Die Berechnung der Beitragshöhe erfolgt durch die entsprechenden Pflegekassen, die dabei die zu erwartenden Ausgaben für Pflegeleistungen für den jeweiligen Geburtsjahrgang auf die Mitglieder dieser Kohorte verteilt. Zudem soll ein Kapitalstock gebildet werden, der ein überproportionales Ansteigender Beiträge verhindern und somit zu ihrer Glättung beitragen soll. Der letztendliche Beitrag setzt sich also aus der kohortenspezifischen Umlage und einem zusätzlichen Sparbeitrag zusammen. Die Versicherten sollen bei einem Kassenwechsel ihre durchschnittlichen Altersrückstellungen mitnehmen können. Um adverse Selektion zu

verhindern, soll ein Risikostrukturausgleich eingeführt werden, zudem besteht für die Pflegekassen Kontrahierungzwang. Der Arbeitgeberanteil an der SPV soll Bestandteil des Bruttolohns und somit besteuert werden. Damit sollen die Pflegekosten mit sofortiger Wirkung von den Arbeitskosten abgekoppelt.

Im Gegensatz zu den späteren Geburtsjahrgängen verbleiben die Jahrgänge bis 1950 in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung. Die Ausgaben für Pflegeleistungen für diese Gruppe werden bis voraussichtlich 2030 ansteigen, danach mortalitätsbedingt jedoch wieder sinken. Der Sachverständigenrat geht davon aus, dass die umlagefinanzierte Pflegeversicherung in 40 bis 45 Jahre auslaufen wird und dann ein vollständiger Umstieg auf ein kohortenspezifisches kapitalgedecktes System abgeschlossen ist. Die Versicherten der Geburtsjahrgänge bis 1950 zahlen einen pauschalen monatlichen Beitrag von 50 € in die SPV ein. Dieser Betrag erhöht sich jährlich um einen Euro. Trotz dieses Beitrags, der schon zu Beginn deutlich über dem bisherigen Höchstbeitrag zur Sozialen Pflegeversicherung liegt, können die Ausgaben für diesen Versichertenkreis jedoch nicht gedeckt werden, so dass die jüngeren Jahrgänge zusätzlich zu ihrem kohortenspezifischen Beitrag noch eine Pauschale aufbringen müssen, um die auslaufende Soziale Pflegeversicherung mit zu finanzieren. Im Falle einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern kommt zudem eine Kinderpauschale hinzu. Die Höhe dieser beiden Pauschalen wird berechnet, indem die Nettokosten (Leistungsausgaben abzüglich der Beiträge) der jeweiligen Gruppe (Alte bzw. Kinder) durch die Anzahl der Personen in der neu geschaffenen kohortenspezifischen Pflegeversicherung dividiert werden. Da durch die Einführung einer einkommensunabhängigen Pauschale für die Jahrgänge bis 1950 vor allem für die Rentner eine erhebliche Mehrbelastung einhergehen kann, muss ein sozialer Ausgleich geschaffen werden. Der Sachverständigenrat schlägt hier staatliche Zuschüsse vor für den Fall, dass die Pauschale einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens übersteigt. Nach Berechnungen des Sachverständigenrats – unter Annahme der Pflegewahrscheinlichkeiten des Jahres 2002 und einer jährlichen Zuwachsrate der Leistungsausgaben je Pflegefall von 2,25% – ergäbe sich für die Kohorte der jetzt 20-Jährigen eine Prämie von 20,50 € pro Monat, für die der 50-Jährigen von 40 € und für die Kohorte der über 55-Jährigen 45 €. Würde die Gruppe der über 55-Jährigen bei sofortiger Umstellung Beiträge in Höhe von 50 € pro Monat zahlen, so würde sich für diesen Personenkreis ein Beitragsaufkommen von rund 15,2 Mio. € ergeben. Die derzeitigen Ausgaben für diese Gruppe liegen jedoch bei 17,8 Mio. €, woraus sich eine Differenz von 2,6 Mio. € ergibt, die durch die Altenpauschale in Höhe von 5 € pro Monat von den unter 55-Jährigen getragen werden müsste. Bei einer beitragsfreien Mitversicherung von Kindern käme eine Kinderpauschale von 2 € pro Monat hinzu, so dass der Gesamtbeitrag

zur Pflegeversicherung bei Beginn der Umstellung je nach Geburtsjahrgang zwischen 27 und 50 € liegen würde. Da die Zahl der Pflegefälle in den Jahrgängen vor 1951 kontinuierlich ansteigen wird, werden auch die Ausgaben für Pflegeleistungen dieser Gruppe – und damit auch die Altenpauschale – in den folgenden Jahren steigen. Die Pauschale wird voraussichtlich 2030 ihren Höchststand erreichen und danach wieder sinken, bis so ca. 2045 gegen Null strebt, da zu diesem Zeitpunkt die umlagefinanzierte Pflegeversicherung mortalitätsbedingt abgewickelt sein dürfte.

Da die Belastung durch die Beiträge zur Pflegeversicherung während der Übergangsphase für viele Haushalte zunehmen und dadurch ein sozialer Ausgleich notwendig wird, schlägt der Sachverständigenrat vor, Versicherten, deren Beiträge einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens (Eigenanteilssatz) übersteigen, Zuschüsse zu gewähren.

Je nachdem, in welcher Höhe der Eigenanteilssatz festgelegt wird, ist das Zuschussvolumen größer oder geringer. Bei einem niedrigen einheitlichen Eigenanteilssatz ist das Zuschussvolumen entsprechend höher als bei einem hohen einheitlichen Eigenanteilssatz. In letzterem Fall müssten die Versicherten die finanzielle Hauptlast der Umstellung tragen. Wird für die Jahrgänge bis 1950 ein höherer Anteilssatz als für die darauffolgenden festgelegt, so ist die Belastung für diese Gruppe höher und ihnen wird ein Teil ihres bei der Einführung des Umlageverfahrens realisierten Gewinns entzogen.

Der Leistungskatalog und der Teilkaskocharakter der SPV sollen nach Willen des Sachverständigenrats erhalten bleiben und für alle Versichertengruppen gleichermaßen gelten. Die gesetzlichen und privaten Pflegekassen sollen mit Einführung des kohortenspezifischen Tarifs, der von allen Kassen angeboten werden muss, in Wettbewerb miteinander treten.

Zusammenfassend sieht das Kohortenmodell des Sachverständigenrats somit einen Umstieg von der umlagefinanzierten auf eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung vor. Dieser soll für die Jahrgänge ab 1951 mit sofortiger Wirkung erfolgen, die Jahrgänge bis 1950 verbleiben in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung, müssen allerdings ebenfalls einkommensunabhängige Beiträge zur SPV zahlen. Die Gruppe der Jüngeren zahlt kohortenspezifische risiko-äquivalente Beiträge zuzüglich einer Alten- und Kinderpauschale.

3.2 Umlagefinanziertes Pauschalbeitragssystem

Neben dem relativ teuren Umstieg von einem umlagefinanzierten auf ein kapitalgedecktes System zur Finanzierung der SPV schlägt der Sachverständigenrat alternativ die Einführung eines *umlagefinanzierten Pauschalbeitragssystem* vor. In einem solchen Modell wären alle

Bürger bei freier Kassenwahl pflegeversicherungspflichtig.²⁵ Die Pflegeversicherungsprämien würden sich aus den Gesamtausgaben einer Pflegekasse dividiert durch die Anzahl der Versicherten ergeben. Sie wäre von Kasse zu Kasse unterschiedlich und würden als Wettbewerbsparameter dienen. Zur Vermeidung von wettbewerbsbedingter Risikoselektion will der Sachverständigenrat einen Risikostrukturausgleich zwischen den Pflegekassen einführen. Eine risikoäquivalente Differenzierung der Prämien würde nicht erfolgen. Sowohl gesetzliche als auch private Pflegekassen könnten Pflegeversicherungen anbieten, wobei alle dem Kontrahierungszwang unterliegen.

Unter den vorgenannten Gegebenheiten lägen die Pflegeversicherungspauschale bei 25 € monatlich. Sie würde jedoch bei einer Zunahme von 1,5% der Ausgaben je Pflegefall (mittlere Variante 5 der 10, koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung) bis 2030 auf 37 € und bis 2050 auf 50 € monatlich ansteigen. Bei einer nominalen Zuwachsrate des Pro-Kopf-Einkommens von 3% würde die Belastung durch die Pflegepauschale jedoch kaum steigen. Je nach Entwicklung der Ausgaben je Pflegefall kann der Anstieg der Prämien jedoch auch deutlich höher ausfallen.

Bei den Entwicklungen der Ausgaben spielen auch die Entwicklungen auf der *Leistungsseite* eine wichtige Rolle. Dabei ist auch der im Gesetz festgelegt Pflegebegriff von Bedeutung, der im Falle einer Ausweitung auf Demenzerkrankungen zu steigenden Beiträgen führen würde. Zudem wird die Höhe der Pflegeleistungen von der Wahrung des Grundprinzips ambulant vor stationär beeinflusst. Würde diesem Grundsatz vermehrt entsprochen und die ambulante Pflege der häufig kostenintensiveren stationären Pflege vorgezogen, so würden sich die Ausgaben je Pflegefall möglicherweise verringern.

²⁵ In diesem Punkt entspricht das Modell daher einer Bürgerversicherung.

**Monatliche reale Bürgerpauschale
in der Pflegeversicherung¹⁾**

- Euro monatlich -

Jahr	Jährlicher Ausgabenanstieg je Pflegefall			
	0 vH	1,5 vH	2,25 vH	4 vH
2004	25	25	25	25
2005	25	25	26	27
2010	24	27	29	33
2015	24	30	33	41
2020	25	32	37	50
2025	25	35	41	61
2030	24	37	45	73
2035	24	39	49	86
2040	24	42	56	106
2045	25	47	64	133
2050	25	50	72	162

1) Für unterschiedliche Entwicklungen der Ausgaben je Pflegefall. Berechnungsgrundlagen: Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung des Jahres 2002, Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung; unterstellt wird eine jährliche Preissteigerungsrate von 1,5 vH.

Wegen der im reinen Pauschalbeitragssystem zukünftig ansteigenden Beiträge hält der Rat die zusätzliche Einführung kapitalgedeckter Elemente für erwägenswert. Die Bildung eines Kapitalstocks könnte zum einen auf kollektiver Basis oder zum anderen außerhalb des Pflegeversicherungssystems auf individueller Ebene nach Vorbild der Riester-Rente erfolgen.

Der Leistungskatalog der SPV soll beim Pauschalbeitragssystem ebenso erhalten bleiben, wie der Teilkaskocharakter der Versicherung. Der Sachverständigenrat schlägt des Weiteren vor, nur noch eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern unter 20 Jahren, nicht aber für nichterwerbstätige Ehepartner, zu ermöglichen. Durch einen Systemwechsel hin zu einem Pauschalbeitragssystem würden sich die intergenerativen Transferleistungen, die in der derzeitigen umlagefinanzierten Pflegeversicherung hoch sind, verringern, da die Rentner eine größeren Teil der durch ihre Altergruppe verursachten Kosten selber tragen würden. Eine weitere Reduzierung dieser Transfers wäre durch einen höheren Pauschalbeitrag für ältere Versicherte möglich.

Ebenso wie auch beim Kohortenmodell soll ein sozialer Ausgleich geschaffen werden, der dann Transfers vorsieht, wenn die Beiträge einen bestimmten Prozentsatz des Haushaltseinkommens (Eigenanteilssatz) übersteigen. Die Höhe des Zuschussvolumens ist abhängig davon, in welcher Höhe der Einanteilssatz festgelegt und ob er einheitlich oder differenziert

nach alten und jungen Beitragszahlern angelegt wird. Zudem ist seine Höhe von der Einführung von Kapitaldeckungselementen zur Finanzierung der Pflegeversicherung abhängig. Eine weitere Überschneidung mit dem Kohortenmodell findet sich in der Abkopplung der Pflege von den Arbeitskosten durch die Auszahlung des Arbeitgeberanteils als zu besteuernden Bruttolohnbestandteil.

Das umlagefinanzierte Pauschalbeitragssystem sieht somit eine nach Art der Bürgerversicherung umfassende Versicherungspflicht der gesamten Bevölkerung mit freier Wahl der Pflegekassen vor. Die Prämien der Kassen sollen einkommensunabhängig gestaltet werden und nicht nach individuellem Pflegerisiko, Alter oder Geschlecht differenzieren. Für die Pflegekassen soll Kontrahierungszwang bestehen und sie sollen verstärkt in Wettbewerb zueinander treten, wobei Risikoselektion durch die Einführung eines Risikostrukturausgleichs vermieden werden soll. Finanzielle Mehrbelastungen der Versicherten sollen durch Zuschüsse ausgeglichen werden, sobald die Beiträge einen bestimmten Eigenanteilssatz übersteigen. Zudem sollen die Pflege- von den Arbeitskosten abgekoppelt werden.

3.3 Gemeinsamkeiten beider Reformvorschläge

Beide Vorschläge des Sachverständigenrats, sowohl das Kohortenmodell als auch das umlagefinanzierte Pauschalbeitragssystem, sehen eine Erhebung einkommensunabhängiger Pauschalzuschüsse vor, die die Pflegeversicherung demographiefechter machen sollen. Um eine zu starke Belastung der Versicherten abzufangen, sollen in beiden Systemen Zuschüsse gezahlt werden, wenn der Eigenanteilssatz eine bestimmte Höhe erreicht. Die Höhe des Zuschussvolumens ist in beiden Fällen abhängig von der Festlegung des Eigenanteilssatzes. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Kohortenmodells, bei dem die Umlagefinanzierung bis ca. 2045 vollständig auslaufen soll, kostenintensiver sein wird, da die Belastungen für die jüngeren Versicherten der Jahrgänge ab 1951 stärker belastet werden und dadurch vermutlich ein größeres Zuschussvolumen benötigt wird.

Neben einem dringenden Reformbedarf auf der Finanzierungsseite der SPV sieht der Sachverständigenrat zudem Reformbedarf auf der *Leistungsseite*. Hier spricht er insbesondere die auf Grund der höheren Leistungspauschalzuschüsse attraktivere stationäre Pflege an. Die ambulante Pflege wird in Folge der finanziellen Besserstellung der stationären Pflege zurückgedrängt weshalb der Sachverständigenrat eine Angleichung der Leistungspauschalzuschüsse für beide Bereiche als notwendig erachtet. Als ebenso wichtig sieht der Rat die weitergehende Berücksichtigung von Demenz durch eine Erweiterung des Pflegebergriffs an. Zudem erkennt er Schwä-

chen des derzeitigen Systems in der fehlenden Dynamisierung der Leistungspauschalen, welche in Zeitverlauf zu einer Entwertung der Pflegeleistungen führt. Der Sachverständigenrat schlägt deshalb eine Leistungsdynamisierung vor, die sich an den Vorschlägen der Rürup-Kommission zu diesem Punkt orientieren soll.

3. Der Kronberger Kreis

Nach Ansicht des Kronberger Kreises, einer Gruppe stark marktorientierter Ökonomen, weist das heutige System der umlagefinanzierten Pflegeversicherung viele Mängel auf. Es ist demographieanfällig, sorgt durch lohnbezogene Beiträge zur SPV zu Verzerrungen am Arbeitsmarkt, beschert den jetzigen bzw. baldigen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen Einführungsgewinne auf Kosten der späteren Generationen. Zudem seien die Leistungen der Pflegeversicherung nominal festgelegt und werden nicht dynamisiert, so dass es im Zeitverlauf zu einer schlechrenden Entwertung der Pflegeleistungen komme.

Der Kreis spricht sich deshalb bei der *Finanzierung* der Pflegeversicherung für den Umstieg auf ein kapitalgedecktes System der Pflegeversicherung aus. Dazu soll es eine Versicherungspflicht für alle Bundesbürger geben, die eine Mindestabsicherung gewährleisten soll. Die weitere Absicherung des Pflegerisikos soll auf freiwilliger Basis durch den Abschluss von Zusatzversicherungen erfolgen. Mit der Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht verbunden ist eine Bestimmung des Leistungskatalogs. Dieser soll nach Ansicht des Kronberger Kreises so gestaltet werden, dass die Höchstbeträge auch für Schwerstpflegefälle eine angemessene Betreuung sicherstellen können. Im Gegensatz dazu könnten die einfachen, vorübergehenden Pflegeleistungen von der Versicherungspflicht ausgenommen werden.

Die Versicherungsprämien für die kapitalgedeckte Pflegeversicherung sollen sich nach dem Äquivalenzprinzip im Wettbewerb bilden. Sie sollen sich also an den im Pflegefall für den Versicherten voraussichtlich zu erbringenden Leistungen orientieren. Den Vorteil eines solchen Systems sieht der Kreis darin, dass jeder Versicherte während seines Lebens soviel Beiträge zahlt, wie zur Deckung der im Pflegefall zu erwartenden Ausgaben nötig ist. Damit steigt die Belastung der nachfolgenden Generationen auch bei einem zunehmenden Anteil alter Menschen nicht an. Die Versicherungen sollen gesetzlich verpflichtet werden, Altersrückstellungen aus den Prämien, die über viele Jahre über den jahrgangsspezifischen durchschnittlichen Pflegeaufwendungen liegen, zu bilden, um ihre Versicherten vor extremen Beitragsbelastungen im Alter zu schützen. Die Altersrückstellungen sollen nach den individuellen Pfle-

gerisiken der Versicherten differenzieren und im Falle eines Kassenwechsels des Versicherten auf die neue Pflegekasse übertragen werden.

Der Kronberger Kreis plädiert im Rahmen der Mindestversicherung für die Einführung einer – begrenzten – Selbstbeteiligung der Versicherten an den anfallenden Pflegekosten. Damit soll der Versicherte an den Kosten der Pflegeleistungen beteiligt und ein Anreiz geschaffen werden, diese möglichst gering zu halten. Können Versicherte ihr Pflegeversicherungsbeiträge und/oder ihre Selbstbeteiligung nicht bezahlen, sollen sie Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln erhalten. Im Gegensatz zum Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung spricht sich der Kronberger Kreis nicht dafür aus, bei der Überschreitung eines bestimmten Eigenanteilssatzes Zuschüsse aus Steuermitteln zu gewähren, da dieser Vorschlag eine Einkommensprüfung erfordere und auf Grund der fehlenden Berücksichtigung von Vermögen, Unterstützungsleistungen durch Familienmitglieder etc. vergleichsweise ungenau bleibe.

Zur Abkopplung der Pflege- von den Arbeitskosten, soll der Arbeitgeberanteil als Bruttolohnbestandteil ausgezahlt und in die Besteuerung einbezogen werden. Dies ist nach Ansicht des Kronberger Kreises notwendig, da die Versicherungsprämie vom versicherten Risiko, nicht aber Beschäftigungsstatus einer Person abhängig sei. Es bestehe demnach keine Notwendigkeit, den Arbeitgeber einen Teil der Beiträge zahlen zu lassen und so die Lohnzusatzkosten in die Höhe zu treiben.

Der Kronberger Kreis sieht in seinem Reformvorschlag auf der *Leistungsseite* weder die Dynamisierung der Leistungen noch eine Einbeziehung von Demenz vor. Das Prinzip „ambulant vor stationär“ wird ebenfalls nicht berücksichtigt.

Bezüglich des *versicherten Personenkreises* macht der Kreis den Vorschlag, zur Schaffung eines funktionsfähigen Wettbewerbs zwischen den Pflegekassen, bei dem alle Versicherungen unter gleichen marktwirtschaftlichen Bedingungen arbeiten und gleichermaßen von einem Ausscheiden aus dem Markt bedroht sein können, die Trennung zwischen privaten und gesetzlichen Pflegeversicherungen abzuschaffen. Diese Bedingungen in der derzeitigen gesetzlichen Pflegeversicherung nicht zu erreichen. Solange die gesetzlichen Krankenkassen, und mit ihnen die Pflegekassen, nicht privatisiert werden, spricht sich der Kreis dafür aus, das Pflege- risiko in bereits bestehenden oder neu zu gründenden privaten Pflegekassen abzusichern. Für die Versicherten ergäbe sich daraus eine Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung. Da sich jedoch die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherungen nicht immer eindeutig voneinander abgrenzen lassen und es infolgedessen immer wieder Versuche gibt, den Versi-

cherten vom jeweils anderen Versicherungszweig behandeln zu lassen, schlägt der Kronberger Kreis die Zusammenführung der beiden Versicherungen in eine Gesellschaft vor. Die Prämien der kapitalgedeckten Pflegeversicherung sollen in der Einführungsphase bei einer Höchstgrenze von 50 € je Versicherten liegen. Jüngere Versicherte mit einem geringen Risiko der Pflegebedürftigkeit können zu einem entsprechend günstigeren Tarif versicherte werden als Ältere, die bis zum Eintritt der eventuellen Pflegebedürftigkeit nur während eines relativ kurzen Zeitraum Versicherungsprämien zahlen. Werden die gezahlten Prämien nicht die Kosten für zu erwartende Leistungen decken, so brauchen die Pflegekassen älteren Versicherten während der Einführungsphase nur eine Teilabsicherung, die unter den Mindestleistungen liegt, gewähren. Die von dieser Regelung betroffenen Versicherten müssen im Falle einer Pflegebedürftigkeit verstärkt auf eigenes Einkommen, Vermögen, familiäre Unterstützung oder die Sozialhilfe zurückgreifen. Die Zahl der nur Teilversicherten wird im Zeitverlauf sinken, bis schließlich ein vollständiger Umstieg auf die kapitalgedeckte Pflegeversicherung erfolgt.

Eine Rückerstattung bisher gezahlter Prämien an nicht Pflegebedürftige soll nicht erfolgen. Personen, die bei der Systemumstellung bereits pflegebedürftig sind, sollen ihre Leistungsansprüche behalten. Allerdings müssen sie eine erhöhte finanzielle Eigenbeteiligung erbringen. Für nach der Umstellung eintretende Pflegefälle gilt eine Übergangsfrist. Bei einem Eintritt der Pflegebedürftigkeit innerhalb des ersten Jahres nach der Systemumstellung sollen die vollen Versicherungsleistungen, die den Leistungen aus dem Umlagesystem entsprechen, gewährt werden. Um diese Leistungen in der dann kapitalgedeckten Pflegeversicherung finanziert zu können, bedarf es staatlicher Zuschüsse. Für alle später eintretenden Pflegefälle werden die Zuschüsse ja nach Zeitpunkt des Eintritts nach und nach verringert.

Der Kronberger Kreis schlägt einen sofortigen Systemwechsel hin zu einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung vor. Die Pflegekassen sollen risikoäquivalente Prämien erheben und in einen verstärkten, der Kostenkontrolle dienendem, Wettbewerb zueinander treten. Alle Bürger sind in einem einheitlichen – nur noch aus privaten Anbietern bestehenden – Pflegeversicherungssystem versicherungspflichtig. Die Prämien sollen sich anfangs auf einen Maximalbetrag von 50 € belaufen wobei in Härtefällen staatliche Zuschüsse gewährt werden können. Eine Abkopplung der Pflege- von den Arbeitskosten erfolgt durch die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags als Bruttolohnbestandteil. Ziel des Kronberger Kreises ist eine letztendliche Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung. Eine Leistungsdynamisierung ist in diesem Reformvorschlag nicht vorgesehen.

4. PKV-Verband

Eine Reform der Sozialen Pflegeversicherung ist nach Ansicht des PKV-Verbandes unumgänglich. Insbesondere die Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung und eine Dynamisierung der Pflegeleistungen sind zum Fortbestehen der Pflegeversicherung unerlässlich.

In der Grundvariante sieht das Reformmodell der PKV zur *Finanzierung* der Pflegeversicherung (PKV-Verband 2005) eine Ergänzung des bisherigen Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente und damit eine auf zwei Finanzsäulen stehende Pflegeversicherung vor. Der Aufbau der kapitalgedeckten Säule soll schrittweise und für alle finanziert erfolgen. Die gesetzliche Pflegeversicherung soll weiterhin umlagefinanziert werden, während die privaten Pflegeversicherungen über die Einführung kapitalgedeckter Elemente den Aufbau eines Kapitalstocks und damit einhergehend eine Pflegeleistungsdynamisierung von jährlich 2% übernehmen. Nach Ansicht der PKV sollte der Abschluss einer privaten Pflegeversicherung im Idealfall freiwillig erfolgen. Da im vorgeschlagenen Modell aber die private Pflegeversicherung die Leistungsdynamisierung ermöglichen soll und es zur Absicherung der demografischen Entwicklung einer gesamtgesellschaftlichen Weichenstellung bedarf, sollte eine obligatorische Einbeziehung aller Pflegeversicherten erfolgen.

Die private Pflegezusatzpflichtversicherung soll einen sozialverträglichen Übergang ermöglichen, bei dem der Aufbau des Kapitalstocks langsam und graduell erfolgt und dadurch einen Einstieg in die kapitalgedeckten Elemente mit möglichst niedrigen Beitragssätzen zur privaten Pflegeversicherung erlaubt. Pflegeversicherte müssen einen monatlichen Beitrag von 8,50 € zur privaten Pflegeversicherung zahlen. Dieser Beitrag wird jährlich um einen Euro erhöht. Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Die soziale Pflegeversicherung übernimmt auch weiterhin die undynamisierten Leistungen. Der Beitragssatz hierfür könnte bei 1,7 / 1,95 % stabil gehalten und ab 2030 sogar abgesenkt werden, da den nominal konstanten Ausgaben steigende Einnahmen gegenüberstehen. Das Gesamtsystem der Pflegeversicherung könnte nach Schätzung der PKV nach 36 Jahren zur Hälfte kapitalgedeckt sein.

Zur Umsetzung der Einführung kapitalgedeckter Elemente ist eine Übergangsphase notwendig, in der die gesetzliche Pflegeversicherung die Auszahlung der Pflegeleistungen übernimmt und die Leistungen der privaten Pflegeversicherungen direkt an die SPV ausgezahlt werden. Die Beitragserhebung erfolgt für beide Pflegekassenarten zentral über die gesetzlichen Pflegeversicherungen, welche den Kapitaldeckungsanteil an die privaten Kassen weiterleiten.

Die privaten Pflegekassen sollen mit vollen Vertragsverhandlungskompetenzen ausgestattet werden, wenn sie mindestens 5% der Kosten der jeweiligen Einrichtung trägt.

Die PKV schlägt zwei weitere Varianten, bei denen der Umstieg auf ein kapitalgedecktes System in kürzerer Zeit erfolgen kann.

- Im ersten Alternativmodell, bei dem die Pflegeversicherung nach 28 Jahren zur Hälfte kapitalgedeckt finanziert wäre, würde die gesetzliche Pflegeversicherung die Leistungen bis zur Höhe der heutigen Stufe 2 übernehmen, die private Pflegeversicherung würde die Differenzierung zwischen den Stufen 2 und 3 sowie die Leistungsdynamisierung übernehmen, womit die Absicherung der Schwerstpflegebedürftigen vollständig in den Aufgabenbereich der privaten Kassen übergehen würde. Die monatlichen Prämien zur privaten Pflegeversicherung würden sich auf 12 € zum Zeitpunkt der Einführung belaufen und jährlich um 1,10 € erhöht. Dafür wäre ein gleichzeitiges Absenken des Beitragssatzes zur SPV auf 1,5% möglich.
- Die zweite Variante sieht eine Übernahme der Pflegestufen 2 und 3 sowie der Leistungsdynamisierung durch die private Pflegeversicherung vor. Durch Beiträge in Höhe von initial monatlich 20 € und einer jährlichen Erhöhung um 2 € wäre die soziale Pflegeversicherung nach 23 Jahren zur Hälfte ausfinanziert – ihre Beiträge könnten zudem sofort auf 0,85 gesenkt werden.

Auf der *Leistungsseite* möchte die PKV neben der Einführung der Leistungsdynamisierung den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umsetzen und spricht sich deshalb für eine Angleichung der Pflegesätze beider Bereiche aus. Damit soll eine langfristige Stabilisierung der Beitragssätze ermöglicht werden.

Leistungen aus der sozialen und privaten Pflegeversicherung im Grundmodell (Kapitalgedeckte Dynamisierung der Pflegeversicherung) im 1. Jahr:

	Häusliche Pflege (Geldleistung)	Ambulante Pflege (Sachleistung)	Stationäre Pflege (Sachleistung)
SPV	Pflegestufe 1: 205 €	Pflegestufe 1: 400 €	Pflegestufe 1: 400 €
	Pflegestufe 2: 410 €	Pflegestufe 2: 1.000 €	Pflegestufe 2: 1.000 €
	Pflegestufe 3: 665 €	Pflegestufe 3: 1.500 €	Pflegestufe 3: 1.500 €
PPV	Pflegestufe 1: 0+4,10 €	Pflegestufe 1: 0+8,00 €	Pflegestufe 1: 0+8,00 €
	Pflegestufe 2: 0+8,20 €	Pflegestufe 2: 0+20,00 €	Pflegestufe 2: 0+20,00 €
	Pflegestufe 3: 0+13,30 €	Pflegestufe 3: 0+30,00 €	Pflegestufe 3: 0+30,00 €

Quelle: PKV-Verband (2005)

Die Forderungen nach einer Einbeziehung demenzieller Erkrankungen bei Pflegebedürftigkeit unterstützt die PKV zwar, bezieht sie jedoch in ihre Reformüberlegungen nicht ein, da eine generelle Ausweitung des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung zuerst in der Politik entscheiden werden müsse.

Die PKV möchte eine gesetzliche Pflegeversicherung, die weiterhin umlagefinanziert wird beibehalten, diese jedoch um Kapitaldeckungselemente in der privaten Pflegezusatzpflichtversicherung erweitern. Kinder sollen – im Gegensatz zu Ehepartnern – weiterhin beitragsfrei mitversichert werden können. Die private Pflegezusatzpflichtversicherung soll im Grundmodell die Leistungsdynamisierung von jährlich 2% übernehmen und zudem einen Kapitalstock aufbauen, so dass die SPV nach 36 zur Hälfte kapitalgedeckt finanziert werden könnte. Die Prämien zur Privatversicherung sollen pauschal und einkommensunabhängig erhoben werden. Die Umstellung auf ein „demographiefestes System“ würde so schrittweise und sozialverträglich erfolgen und es gäbe keine zusätzliche Belastung durch weiter steigende Lohnzusatzkosten, da der Beitragssatz zur SPV stabilisiert werden könnte.

5. Gutachten von Karl Lauterbach und Mitarbeitern

Karl Lauterbach und seine Mitarbeiter sehen die Finanzprobleme der sozialen Pflegeversicherung in vier Komponenten begründet. Dies sei zum einen das schon vorhandene und aus demographischen Gründen weiter steigende Defizit der Pflegeversicherung, welches unter Status quo-Bedingungen weiter steigen und zu Beitragssatzerhöhungen führen würde. Des Weiteren sehen sie Probleme in der für einzelne Gruppen nicht ausreichenden Leistungsstruktur der SPV. Explizit nennen sie hier die Gruppe der demenziell Erkrankten. Daneben merken sie an, dass die bisher nicht dynamisierten Leistungen der Pflegeversicherung die gestiegenen Kosten für Pflegeleistungen nicht mehr ausgleichen können. Schließlich sei die ambulante Pflege in den Stufen I und II seien im bisherigen System unterfinanziert, was zur Folge hat, dass die relative Begünstigung der stationäre Pflege dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entgegenwirke.

Lauterbach schlägt deshalb für die Einführung einer Bürgerversicherung zur *Finanzierung* der Pflegeversicherung vor. Diese soll auf zwei Komponenten beruhen:

- der Einbeziehung aller Versicherten der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in die Bürgerversicherung Pflege und
- der Berücksichtigung aller Einkommen – ausgenommen Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung – in die Beitragsbemessung. Die Bürgerversicherung Pflege soll auf zwei Beitragssäulen gestellt werden. In der einen Säule sollen alle Kapitaleinkünfte, in der anderen alle sonstigen Einkünfte verbeitragt werden. Die Beitragsbemessungsgrenze soll für beide Säulen bei 3.525 € (dies entspricht der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung) pro Monat liegen. Der Freibetrag von monatlich 111,67 € auf Zinseinkünfte und Dividenden soll je nach Inanspruchnahme auf die jeweilige Säule aufgeschlagen werden.

Die Einführung einer Bürgerversicherung Pflege geht mit Veränderungen auf der *Leistungsseite* einher. Die Einbeziehung einer verbesserten Versorgung für Demenzkranke, die Besserstellung der ambulanten Pflege in den Pflegestufen I und II und die Leistungsdynamisierung würden zu Veränderungen gegenüber dem Status quo führen. Lauterbach et al. gehen beim Status quo von einem rechnerisch notwendigen *Beitragssatz* von 1,74% im Jahr 2006 für Versicherte ohne Kinder aus. Die Einbeziehung demenziell Erkrankter (jährliche Mehrkosten 750 Mio. € und die Anhebung der Ausgaben für die ambulanten Leistungen in den Pflegestufen I und II (Mehrkosten 0,5 Mrd. € würden bei einer gleichzeitigen Einführung zu einer Beitragssatzerhöhung um 0,14 Prozentpunkte führen. Die Einführung einer Bürgerversicherung

würde im Status Quo zu einer Beitragssatzverringerung von 0,36 Beitragssatzpunkten führen. Bei einer Ausweitung des Pflegebegriffs auf Demente und die Besserstellung der ambulanten Pflege ergäbe sich immer noch eine Reduktion um 0,24 Prozentpunkte von 1,74% auf 1,5%. Die Ausgaben der Pflegeversicherung würden durch die Einführung der Bürgerversicherung zwar um 0,5 Mrd. € steigen, die zusätzlichen Einnahmen durch die Ausweitung des Personenkreises und die Einbeziehung aller Einkommensarten übersteigen die zusätzlichen Ausgaben jedoch deutlich.

Gegenüberstellung der wichtigsten Kennzahlen zur Einführung einer Bürgerversicherung, Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter sowie der Anhebung der ambulanten Leistungen in Stufe I und II Jahr 2006

2006	Status Quo: (derzeitige Leistungen)	+ Verbesserung Demenz	+ Anhebung der ambulanten Sachleistungen (Stufe I und II, ohne Pflegegeld)	+ Verb. Demenz + Anhebung amb. Leistungen.
Ausgaben (Mrd. Euro)				
Status Quo	17,6	18,4	18,1	19,0
Bürgerversicherung	18,1	19,0	18,7	19,5
Beitragspflichtige Einnahmen (Mrd. Euro)				
Status Quo	969	969	969	969
Bürgerversicherung	1239	1239	1239	1239
Davon: Beitragspflichtige Einnahmen kinderlose Mitglieder (Mrd. Euro)				
Status Quo	289	289	289	289
Bürgerversicherung	386	386	386	386
Kostendeckender Beitragssatz (in %)				
Status Quo	1,74	1,83	1,80	1,88
Bürgerversicherung	1,38	1,45	1,43	1,59

SQ: Status Quo (keine Bürgerversicherung, jedoch inkl. 0,25% Anhebung für Mitglieder ohne Kinder)

Quelle: Lauterbach et. al. (2005)

Unter Status quo-Bedingungen würde der Beitragssatz bis 2025 auf 2,33% Prozent steigen. In einer Bürgerversicherung Pflege läge er im gleichen Jahr bei 1,85%. Bei der Einbeziehung demenziell Erkrankter und einer Anhebung für die ambulante Pflege lägen die Beitragssätze bei 2,52% (Status quo) bzw. 2% (Bürgerversicherung).

Gegenüberstellung der wichtigsten Kennzahlen zur Einführung einer Bürgerversicherung, Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter sowie der Anhebung amb. Leistungen; Jahr 2025

2025	Status Quo: (derzeitige Leistungen)	+ Verbesserung Demenz	+ Anhebung amb. Leistungen	+ Verb. Demenz + Anhebung der amb. Leistungen .
Ausgaben (Mrd. Euro)				
Status Quo	25,0	26,2	25,7	26,9
Bürgerversicherung	25,7	27,0	26,5	27,7
Beitragspflichtige Einnahmen (Mrd. Euro)				
Status Quo	1032	1032	1032	1032
Bürgerversicherung	1322	1322	1322	1322
Davon: Beitragspflichtige Einnahmen kinderlose Mitglieder (Mrd. Euro)				
Status Quo	372	372	372	372
Bürgerversicherung	492	492	492	492
Kostendeckender Beitragssatz (in %)				
Status Quo	2,33	2,45	2,40	2,52
Bürgerversicherung	1,85	1,95	1,91	2,00

SQ: Status Quo (keine Bürgerversicherung, jedoch inkl. 0,25% Anhebung für Mitglieder ohne Kinder)

Quelle: Lauterbach et. al. (2005)

Lauterbach et al. sprechen sich für die Einführung einer Bürgerversicherung Pflege aus, die zum einen die bestehende Schieflage auf Grund der Trennung in Private und Soziale Pflegeversicherung und den daraus resultierende Umkehrung des Solidarprinzips aufheben soll. Kinder sollen – im Gegensatz zu Ehepartnern – bei Lauterbach auch weiterhin beitragsfrei mitversichert werden können. Zum anderen kann eine Bürgerversicherung durch Ausweitung des Personenkreises und Einbeziehung zusätzlicher Einkommensarten zu einer gesicherten Finanzierung der Pflegeversicherung beitragen, dass die Mehrausgaben von den Mehreinnahmen überstiegen werden. Eine Finanzierung der Ausweitung des Pflegebegriffs auf Demenz-erkrankte sowie eine Besserstellung der ambulanten Pflege in den Stufe I und II wird somit finanzierbar. Lauterbach et al. bemängeln zwar die fehlende Leistungsdynamisierung, machen jedoch keine Angaben, welche Kosten eine Dynamisierung hervorrufen würden und wie diese finanzierte werden könnte.

6. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2005 - Koordination und Qualität im Gesundheitswesen)

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen geht davon aus, dass die Veränderung der demographische Struktur der Bevölkerung und möglicherweise auch die Verlängerung der Lebenszeit die finanziellen Probleme der Pflegeversicherung zukünftig erheblich verstärken und ihre Leistungsfähigkeit in Frage stellen werden. Schon die Entwicklung in den letzten Jahren hat zu einem Defizit in der Pflegeversicherung geführt, das

sich nach Meinung des Sachverständigenrates noch vergrößern wird, wenn nicht eine Reform der Pflegeversicherung erfolgt.

Der Sachverständigenrat spricht sich deshalb dafür aus, die Einnahmebasis der Sozialen Pflegeversicherung zu verbreitern und die Beitragspflicht zukünftig auf alle Einkommensarten auszuweiten. Die Beiträge aus dem Arbeitseinkommen sollen dabei wie bisher paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert werden. Der Beitragssatz würde sich um 0,1% erhöhen, da sich der Sachverständigenrat ebenso für Reformen auf der *Leistungsseite* ausspricht. Die Sätze für die Vergütung der ambulanten und stationären Pflege sollen dynamisiert werden. Die Höhe der Dynamisierung soll dabei um einen Prozentpunkt über der jährlichen Inflationsrate liegen, da so der Realwert der Pflegeleistungen erhalten werden kann. Im stationären Bereich schlägt der Sachverständigenrat die Leistungsdynamisierung ab 2006 vor, bei den ambulanten Leistungen der Stufe I bietet sich laut Gutachten eine rückwirkende Dynamisierung ab dem Einführungsjahr der Pflegeversicherung an. Um das bestehende Ungleichgewicht zwischen ambulanten und stationären Leistungen zu verringern, schlägt der Rat eine Angleichung der Leistungen vor.

**Auswirkungen der Dynamisierung und der Umschichtung der Mittel im stationären Bereich
bei Einführung im Jahr 2006**

	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
	Derzeit	Ab 2006	Derzeit	Ab 2006	Derzeit	Ab 2006
Leistungen bei häuslicher Pflege (Pflegegeld)	205 €	234 €	410 €	469 €	665 €	760 €
Leistungen bei häuslicher Pflege (Pflegesachleistungen)	384 €	439 €	921 €	1.053 €	1.432 €	1.638 €
Leistungen bei stationärer Pflege	1.023 €	972 €	1.279 €	1.279 €	1.432 €	1.632 €

Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005)

Der Rat spricht sich zudem für eine Ausweitung des Pflegebegriffs aus, die die besonderen Bedarfe der Dementen besser berücksichtigt, da hier eine große Versorgungslücke besteht. Genauere Angaben, wie die Einbeziehung Dementer und die daraus resultierende Leitungsausweitung in der Pflegeversicherung finanziert werden sollen, macht der Sachverständigenrat jedoch nicht.

Der Sachverständigenrat spricht sich zudem für eine Stärkung der Rehabilitation und damit des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ aus und empfiehlt, pflegebedürftige Menschen möglichst lange in ihrem vertrauten Umfeld zu belassen und ihnen so die möglichst weitreichende

chende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Der Rat sieht noch ungenutzte Chancen bei der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit durch Prävention und Rehabilitation und empfiehlt, diese Möglichkeiten zu erschließen.

Den *versicherten Personenkreis* will der Sachverständigenrat unverändert lassen. Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern erachtete der Rat als sinnvoll. Er empfiehlt jedoch bei Ehepartnern das Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgelts bzw. Einkommens um anschließend den hälftigen Beitragssatz auf beide Einkommensanteile anzuwenden. Dies führt jedoch zu einer stärkeren Belastung von Familien, bei denen das Einkommen des erwerbstätigen Partners über der Beitragsbemessungsgrenze liegt bzw. bei Familien, bei denen das Einkommen des einen Partners über und das des anderen Partners unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Zu eventuellem Reformbedarf beim Verhältnis von gesetzlicher zu privater Pflegeversicherung macht der Sachverständigenrat keine Vorschläge. Er sieht allerdings innerhalb der gesetzlichen Versicherung Bedarf und schlägt langfristig eine Verzahnung von GKV und SPV vor.

Tabellarische Übersicht der Reformvorschläge zur Finanzierung der Pflegeversicherung								
	Rürup	Herzog	SVR – Kohortenmodell	SVR - Pauschalenbeitragsmodell	Kronberger-Kreis	PKV	Lauterbach	Sachverständigenrat Gesundheit
Finanzierung								
Finanzierungsverfahren	Umlagefinanzierung plus ergänzende temporäre Kapitaldeckung	Kapitalgedecktes Verfahren mit kohortenspezifischen Beiträgen für Jahrgänge ab 1951; Umlagefinanzierung läuft aus	Kapitalgedecktes Verfahren mit kohortenspezifischen Beiträgen für Jahrgänge ab 1951; Umlagefinanzierung läuft aus	Umlagefinanzierung mit Option auf ergänzende Kapitaldeckungselemente	Sofortiger Umstieg auf kapitalgedecktes System	Umlagefinanzierung plus dauerhafte kapitalgedeckte Zusatzversicherung	Umlagefinanzierung (mit Option auf zusätzliche temporäre kollektive Kapitaldeckung)	Versicherungsbeiträge auf alle Einkommensarten
Arbeitgeberanteil	Stabil bei 1,7%	Bis 2030 paritätische Teilung AG und AN bei Wegfall eines Urlaubs- oder Feiertags	Entfällt; wird als Bruttolohnbestandteil ausgezahlt und versteuert	Entfällt; wird als Bruttolohnbestandteil ausgezahlt und versteuert	Entfällt; wird als Bruttolohnbestandteil ausgezahlt und versteuert	Paritätisch auf eingefrorenen Beitragssatz im umlagefinanzierten Teil	Paritätisch in der Einkommenssäule auf Erwerbseinkommen	Weiter paritätische Finanzierung
Höhe der Beiträge bzw. Beitragssatz	1,7% (plus einkommensabhängigen Ausgleichbeitrag für Rentner)	Bis 2030 3,2% auf alle Einkommen (eventuell höhere Beiträge für Rentner), danach kohortenspezifische Beiträge (zwischen 55 und 66€/Monat)	Für alle Jahrgänge ab 1951 kohortenspezifische Pauschalen plus Kinder- und Altenpauschale, für Jahrgänge vor 1951: 50€/Monat (jährlich +1€); steuerfinanzierter Zuschüsse	Kassenspezifischer Pauschalbeitrag mit steuerfinanzierten Zuschüssen	Risikoäquivalente Beiträge – anfänglich auf 50€/Monat begrenzt; steuerfinanzierte Zu- schüsse – im Pflegefall geringe Selbstbeteiligung	Beitragssatz eingefroren bei 1,7% auf Arbeitseinkommen; Fixpauschalbeitrag für Zusatzversicherung von mind. 8,50€/Monat (+1€ jährlich)	2-Säulenmodell mit Beiträgen auf Erwerbs- und Vermögenseinkommen	Erhöhung des Beitragssatzes in Folge der Leistungsdynamisierung um 0,1%

	Rürup	Herzog	SVR – Kohortenmodell	SVR - Pauschalbeitragsmodell	Kronberger-Kreis	PKV	Lauterbach	Sachverständigenrat Gesundheit
Leistungsseite								
Leistungsdynamisierung	Ja (Höhe soll jährl. Preissteigerungen bei Pflegeleistungen ausgleichen)	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja (jährlich 2%)	Ja - allerdings ohne Angaben zur Finanzierung	Ja (spez. Preisindex für Pflegeleistungen – ca. 1% über der allg. Inflationsrate)
Berücksichtigung Dementer	Ja	k.A.	Ja	Ja	k.A.	Ja – allerdings ohne Umsetzungsvorschläge	Ja	Ja – allerdings ohne Umsetzungsvorschläge
„ambulant vor stationär“	Aufwertung ambulanter Pflege zur Gleichstellung ambulanter und stationärer Pflege	Angleichung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege	Angleichung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege	Angleichung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege	k.A.	Angleichung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege	Angleichung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege	Angleichungen der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege in Pflegestufe I
Versicherter Personenkreis								
Verhältnis GKV - PKV	Weiterhin Trennung zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung	Zunächst weiter getrennt zwischen gesetzlicher und privater Versicherung	Alle Bürger in einem einheitlichen System mit privaten und gesetzlichen Versicherern	Alle Bürger in einem einheitlichen System mit privaten und gesetzlichen Versicherern	Alle Bürger in einem einheitlichen System nur mit privaten Versicherern	Weiterhin Trennung zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung	Alle Bürger in einem einheitlichen System mit privaten und gesetzlichen Versicherern	k.A.
Beitragsfreie Mitversicherung der Kinder	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja
Beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern	Ja	Ja	k.A.	Nein	Nein	Nein	k.A.	Ja
Gerechtigkeit								
Generationengerechtigkeit	Intergenerativer Lastenausgleich (=einkommensabhängiger Ausgleichbeitrag für Rentner)	Maßvolles Heraufsetzen der Rentnerbeiträge unter Berücksichtigung der Zahl ihrer Kinder und sozialer Faktoren	Zusätzliche Belastung der Jüngeren durch Alten- und Kinderpauschale	k.A.	Risikoäquivalente Prämien	k.A.	k.A.	Prüfung aller Vorschläge auf Generationengerechtigkeit (zukünftige Generationen sollen bei vergleichbarer Ausgabenlast vergleichbare Leistungen erhalten)