Allianz Dresdner Economic Research

Working Paper

Nr.: 95, 25.10.2007

Autor: Dr. Martin Gasche

Pflegeversicherung und Pflegesektor in Deutschland: Herausforderungen und Chancen

Inhaltsverzeichnis

1. **Demographische Entwicklung: Die Herausforderung**

2. **Der Pflegesektor in Deutschland: Die Chance**
   - **2.1. Wachsende Anzahl der Pflegefälle**
   - **2.2. Wachsende Anzahl der Pflegeheime**
   - **2.3. Wachsende Anzahl der ambulanten Pflegedienste**
   - **2.4. Wachsende Anzahl der Beschäftigten im Pflegesektor**
   - **2.5. Wachsende Pflegeausgaben**
   - **2.6. Fazit: ein wachsender Wirtschafssektor**

3. Pflegeversicherung in Deutschland: Herausforderungen und Chancen

3.1. Segmentierter Pflegeversicherungsmarkt

3.2. Die Soziale Pflegeversicherung: Unterfinanziert und nicht tragfähig

Die Lage der Sozialen Pflegeversicherung

Zukünftige finanzielle Entwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Die Tragfähigkeitslücke der Sozialen Pflegeversicherung

Exkurs: Pflegereform 2008: ein ungedeckter Scheck

3.3. Die Private Pflegeversicherung: Temporär günstigere Altersstruktur und nachhaltige Finanzierung

4. Reformvorschläge zur Pflegeversicherung: Chance auf eine nachhaltige Finanzierung wahren

4.1. Abschaffung der Pflegeversicherung

Integration in die Krankenversicherung

Rückkehr zum Status quo ante

Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes

4.2. Reformen bei Erhaltung des Umlagesystems

Bürgerversicherung

SPV-Pauschale

Bürgerpauschale

Einfrieren des Beitragssatzes

4.3. Mischsysteme: Ergänzung des Umlagesystems durch kapitalgedeckte Elemente (Teilkapitaldeckung)

4.4. Umstieg zu einem kapitalgedeckten System

Die neue kapitalgedeckte Pflegeversicherung

Kosten des auslaufenden Umlagesystems und ihre Finanzierung

5. Fazit: Herausforderungen annehmen – Chancen nutzen

Zusammenfassung

Deutschland befindet sich im Prozess der so genannten doppelten Alterung, da einerseits die Geburtenrate sinkt und andererseits die Lebenserwartung der Menschen steigt. Somit steht einer in den nächsten Jahrzehnten stark wachsenden Gruppe alter und sehr alter Menschen eine schrumpfende Gruppe jüngerer Menschen gegenüber. Von diesem Alterungsprozess ist der Pflegesektor und die Pflegeversicherung in besonderen Maße betroffen, da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, erst ab dem Alter von 70 Jahren stark ansteigt. Die zunehmende Zahl alter Menschen hat damit eine steigende Zahl von Pflegebedürftigen zur Folge: von heute 2,2 Mio. bis auf 4,5 Mio. in 2050.

Diese Entwicklung birgt sowohl Chancen als auch Herausforderungen in sich. Die Chancen bestehen darin, dass der Pflegesektor, also die Nachfrage nach Pflegedienstleistungen und Pflegegütern und in Folge dessen auch die Beschäftigung in diesem Sektor stark zunehmen werden. So wird sich die Anzahl der Pflegeheime und der Beschäftigten bei Pflegediensten und in Pflegeheimen bis 2050 mindestens verdoppeln. Gleichzeitig stehen die Pflegeversicherung, die öffentlichen Haushalte und die Familien vor großen Herausforderungen, da auf sie stark steigende Ausgaben zukommen.

Die Pflegeversicherung in Deutschland ist in eine umlagefinanzierte Soziale Pflegeversicherung (SPV) und eine kapitalgedeckte Private Pflegepflichtversicherung (PPV) segmentiert. Die SPV ist strukturell unterfinanziert. Die zunehmende Anzahl der Pflegefälle von heute rund 2 Mio. auf mindestens 4 Mio. in 2050 wird zu einer Verdopplung des Beitragssatzes auf mindestens 3,5 % bis 2050 führen. Mit dieser Beitragssatzsteigerung geht eine zunehmende intergenerative Lastverschiebung auf die zukünftigen Generationen einher: Zukünftige junge Generationen müssen im Zeitverlauf immer mehr für die jeweils alten Versicherten aufbringen.

Die angekündigte Pflegereform 2008 ändert an dieser Belastung zukünftiger Generationen nichts. Auf der Leistungsseite kommt es zwar zu Verbesserungen, vor allem zu einer notwendigen Dynamisierung der Leistungspauschalen, doch wird am Finanzierungssystem nichts verändert. Die angekündigte Beitragssatzsteigerung um 0,25 Prozentpunkte kann höchstens bis 2014 die Ausgaben decken. Wie die Leistungsdynamisierung ab 2015 finanziert werden soll, bleibt ungeklärt, womit letztlich mit der Pflegereform 2008 ein ungedeckter Scheck ausgestellt wird.

In der PPV gibt es eine Lastverschiebung zu zukünftigen Generationen grundsätzlich nicht, da sie im Kapitaldeckungsverfahren arbeitet, also Alterungsrückstellungen für zukünftig steigenden Ausgaben der Versicherten bildet. Derzeit profitiert die PPV aufgrund eines Sondereffekts noch von einer günstigen Altersstruktur. Im Laufe der Zeit wird aber eine Angleichung an die SPV stattfinden. Mithin wird die Anzahl der Pflegefälle mit einer noch größeren Geschwindigkeit als in der SPV zunehmen und auch in der PPV zu starken Ausgabensteigerungen führen.

Da die Pflegereform 2008 die Finanzierungsprobleme der Sozialen Pflegeversicherung nicht löst, sondern nur in die Zukunft verschiebt, steht nach wie vor eine finanzierungsseitige Reform der Pflegeversicherung auf der politischen Agenda. Leitlinie einer solchen Reform sollte sein, eine nachhaltige Finanzierung zu erreichen und die Lastverschiebung auf die zukünftigen Generationen zu reduzieren. Dies kann nur durch eine Stärkung der Kapitaldeckung geschehen. Reformkonzepte, die eine einkommensbezogene Bürgerversicherung und damit eine Ausweitung des Umlagesystems vorsehen, gehen in die falsche Richtung. Auch Pauschalbeitragsmodelle sind problematisch, wenn sie nicht mit Kapitaldeckungselementen kombiniert werden. Das beste Reformmodell ist indes ein gradueller Übergang zu einem vollständig kapitalgedeckten System. Ein solches Modell sieht vor, dass die jüngeren Jahrgänge aus der SPV ausscheiden und eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung abschließen müssen. Die Älteren verbleiben in der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung und erhalten weiterhin Leistungen. Im Zeitverlauf wird die Anzahl der Versicherten dort abnehmen und das Umlagesystem wird allmählich auslaufen. Diese Übergangsphase dauert rund 50 Jahre. Während dieser Zeit fallen im Umlagesystem Kosten in Höhe von insgesamt 370 Mrd. EUR an. Diese Kosten kann man als Umstiegskosten bezeichnen. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass diese Kosten auch ohne Umstieg angefallen wären und vor allem von den zukünftigen Generationen hätten getragen werden müssen.

An der Finanzierung der Umstiegskosten müssen die im Umlagesystem verbleibenden Versicherten mit Beitragszahlungen beteiligt werden. Der Rest von maximal 250 Mrd. EUR muss verteilt auf die Übergangsphase von 50 Jahren durch die Jüngeren bzw. die Steuerzahler aufgebracht werden. Somit kommt es zu der für einen Übergang vom Umlagesystem zum Kapitaldeckungssystem typischen Doppelbelastung der Übergangsgenerationen: Sie müssen für sich selbst Kapital bilden und gleichzeitig einen Teil der Kosten der älteren Versicherten tragen. Nach 50 Jahren ist das Umlagesystem aber ausgelaufen und die zukünftigen Generationen sind zumindest bezüglich der Pflegeaufwendung von einer demographischen Last befreit. Diese Entlastung der Jungen muss man sich vor Augen führen, wenn man mit Blick auf die hohen Umstiegskosten einen Übergang zu einem kapitalgedeckten System ablehnt. Noch einmal: Diese Kosten entstehen auch ohne Umstieg, die Entscheidung für oder gegen einen Umstieg bestimmt nur, *wer* die Kosten trägt!

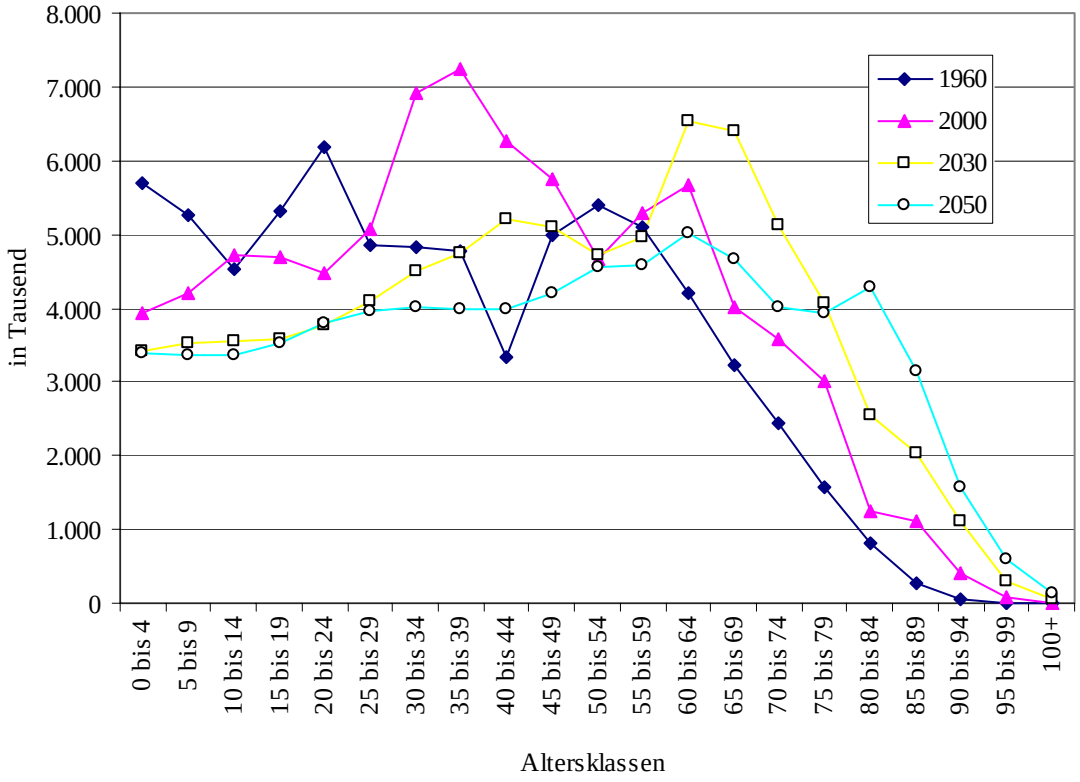
Insgesamt besteht also die Chance, einen auf Wettbewerb und Effizienz ausgerichteten prosperierenden Dienstleistungs- und Versicherungssektor zu schaffen, der zudem für eine bestmögliche Versorgung der Pflegebedürftigen sorgt und zukünftige Generationen entlastet. Politik und Wirtschaft sollten sich diese Chance nicht entgehen lassen.

1. Demographische Entwicklung: Die Herausforderung

Deutschland altert, und zwar von zwei Seiten: Die Menschen leben länger und die in Deutschland lebende Bevölkerung hat immer weniger Kinder. Man spricht deshalb von der „doppelten Alterung“ Im Ergebnis steigt das Durchschnittsalter der Bevölkerung und immer mehr Senioren stehen immer weniger jungen Menschen gegenüber.

Das Phänomen der **doppelten Alterung** wird veranschaulicht, wenn man die Bevölkerung in Altersklassen aufteilt und die daraus entsehenden alterspezifischen Bevölkerungsprofile für die Beispieljahre 1960, 2000, 2030 und 2050 vergleicht: Die jungen Altersklassen sind im Zeitverlauf immer schwächer besetzt. Die Kurve für das betrachtete Jahr 1960 liegt deshalb im Bereich der jungen Altersklassen am höchsten und die Kurve für 2050 am niedrigsten. Die Anzahl der alten Menschen ist dagegen im Jahr 2050 am höchsten und für das betrachtete Jahr 1960 am niedrigsten. Zu sehen ist auch, wie sich der „Baby-Boomer Buckel“ graphisch gesprochen nach rechts bewegt. Im Jahr 2000 waren die Baby-Boomer im Alter zwischen 30 und 45 also im erwerbsfähigen Alter mit der höchsten Produktivität. Um das Jahr 2030 erreichen die Baby-Boomer das Rentenalter und im Jahr 2050 sorgen sie dafür, dass der Anteil der 80- bis 90-Jährigen hoch ist.

Doppelte Alterung



Quelle: United Nations: World Population Prospects, eigene Darstellung.

Bevölkerungsprognosen hängen sehr stark von den zugrunde liegenden Annahmen bezüglich der Hauptdeterminanten der Bevölkerungsentwicklung, namentlich Geburtenrate, Lebenserwartung und Wanderungssaldo ab. Das Statistische Bundesamt geht deshalb bei seinen Bevölkerungsvorausberechnungen von unterschiedlichen Szenarien aus. In der neuesten 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung werden insgesamt 12 Varianten und 3 Modellrechnungen unterschieden (vgl. Tabelle). Danach geht die Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2050 in der meist als „mittleren Variante“ bezeichneten Variante 1-W2 auf rund 74,0 Mio. zurück. Bei einer höheren angenommenen Lebenserwartung ist dieser Rückgang nicht so stark ausgeprägt (2-W2: 75,9 Mio.). Bei einem geringeren Wanderungssaldo (1-W1) und einer geringeren Geburtenhäufigkeit (5-W2) ist die Abnahme entsprechend größer: auf 68,7 Mio. bzw. 72,1 Mio. Personen in 2050.

Ein gebräuchlicher Indikator für die Alterung ist der **Altenquotient**, hier definiert als der prozentuale Anteil der über 65-Jährigen an der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren. Dieser Altenquotient steigt von heute 30 % auf 56 % in der mittleren Variante. In der Variante einer relativ alten Bevölkerung“ (Variante 6-W1) steigt der Altenquotient sogar um mehr als das Doppelte auf 66 % im Jahr 2050. Was durch die Betrachtung dieses Altenquotienten nicht veranschaulicht wird, ist die Tatsache, dass die Bevölkerungsgruppe der über 80-Jährigen (alte Senioren) die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe ist. Absolut nimmt ihre Zahl von heute 3,8 Mio. auf 10 Mio. in der mittleren Variante zu. Ihr Anteil an der Bevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 steigt von heute 7 % um das Zweieinhalbfache auf 24 %, in der Variante einer relativ alten Bevölkerung sogar um das Dreieinhalbfache auf 31 % bis zum Jahr 2050. In dieser Variante sind die über 80-Jährigen im Jahr 2050 mit einer Anzahl von 11,6 Mio. Personen vertreten und machen 17 % der Bevölkerung aus.

Weniger gebräuchlich aber sehr aussagekräftig ist die Betrachtung des **Unterstützungsquotienten**. Er setzt die Anzahl der „Aktiven“ (hier die 20- bis 64-Jährigen) ins Verhältnis zu den „Passiven“ (0- bis 19-Jährige und über 65-Jährige). Diese Maßzahl beruht auf der Vorstellung, dass in jeder Gesellschaft die mittleren Jahrgänge, also die 20- bis 64-Jährigen die Jungen und die älteren Jahrgänge unterstützen müssen: Eltern versorgen ihre Kinder, die Erwerbstätigen mittleren Alters erwirtschaften den größten Teil des Sozialprodukts, zahlen den größten Teil der Steuern und Beiträge. Diese Steuergelder werden wiederum dazu benutzt, um staatliche Leistungen und Sozialleistungen bereitzustellen, von denen die Kinder und Senioren zum Beispiel in Form von Schulausbildung und Rentenzahlungen profitieren. Im Jahr 1950 kamen auf einen „Passiven“ (Kind oder Senior) 1,5 „Aktive“. Der Babyboom in den Folgejahren verringerte dieses Verhältnis, während der Pillenknick Anfang der 70er-Jahre die Quote stark ansteigen ließ. Im Jahr 1990 standen einem Passiven 1,7 Aktive gegenüber. Die Zeit seit Anfang der 70er-Jahre bis zur Wiedervereinigung war geprägt durch eine Ausweitung der Sozialleistungen. Die Tatsache,

Altenquotienten für die Varianten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Variante	Annahmen			Ergebnisse				
	Geburten-häufigeit	Lebenserwartung	jährlicher Wanderungs-saldo	Bevölkerung in 2050	AQ (65) 2050	Zunahme in % zu 2006	AQ (80) 2050	Zunahme in % zu 2006
1-W1	annähernd konstant bei 1,4	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	100.000	68.743	60	100	26	279
1-W2	annähernd konstant bei 1,4	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	200.000	73.958	56	87	24	249
2-W1	annähernd konstant bei 1,4	von Neugeborenen in 2050: J:85,4; M:89,8	100.000	70.653	64	116	30	338
2-W2	annähernd konstant bei 1,4	von Neugeborenen in 2050: J:85,4; M:89,8	200.000	75.895	60	102	28	303
3-W1	steigend ab 2025 bei 1,6	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	100.000	72.104	64	116	30	338
3-W2	steigend ab 2025 bei 1,6	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	200.000	77.516	53	79	23	234
4-W1	steigend ab 2025 bei 1,6	von Neugeborenen in 2050: J:85,4; M:89,8	100.000	74.015	62	107	29	319
4-W2	steigend ab 2025 bei 1,6	von Neugeborenen in 2050: J:85,4; M:89,8	200.000	79.454	58	93	27	286
5-W1	fallend bis 2050 auf 1,2	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	100.000	66.975	61	105	27	289
5-W2	fallend bis 2050 auf 1,2	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	200.000	72.071	57	91	25	257
6-W1	fallend bis 2050 auf 1,2	von Neugeborenen in 2050: J:85,4; M:89,8	100.000	68.884	66	122	31	349
6-W2	fallend bis 2050 auf 1,2	von Neugeborenen in 2050: J:85,4; M:89,8	200.000	74.007	62	107	28	312
Mod 1	annähernd konstant bei 1,4	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	300.000	78.724	52	76	22	224
Mod 2	annähernd konstant bei 1,4	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	0	62.484	67	124	30	332
Mod 3	stark ansteigend ab 2010 bei 2,1	von Neugeborenen in 2050: J:83,5; M:88	100.000	86.050	48	61	21	205

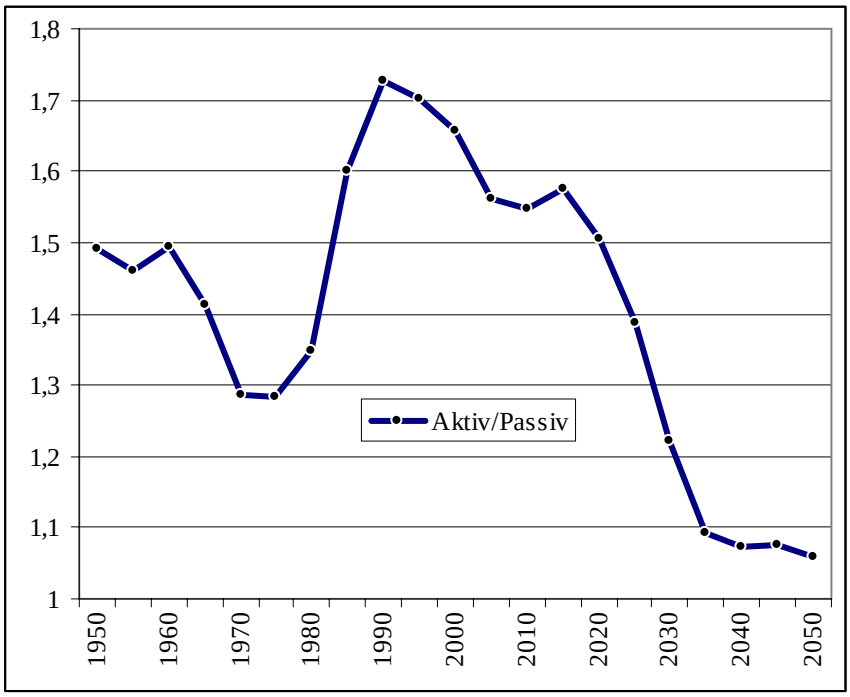
AQ (65): Anteil der über 65-Jährigen an der Zahl der 15- bis 64-Jährigen. AQ (80): Anteil der über 80-Jährigen an der Zahl der 15- bis 64-Jährigen.

Quelle: Statistisches Bundesamt: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, eigene Berechnungen.

dass aufgrund des Rückgangs der Geburtenrate eine steigende Zahl der Erwerbstätigen (Aktive) einer sinkenden Zahl der Passiven gegenüberstand, mag ein Grund für diese Ausweitung gewesen sein. Mithin zeigt sich hier der janusköpfige Charakter eines Rückgangs der Fertilitätsrate. Denn zunächst bedeuten weniger Kinder, dass die Gesellschaft weniger Mittel aufwenden muss, um die Kinder „großzuziehen“. Diese Mittel stehen dann für andere Zwecke zur Verfügung. Es ist die „süße Phase“[1] des Geburtenrückgangs. Dieser süßen Phase folgt aber dann die bittere Phase, wenn die Geburtenlücke 20 Jahre später dazu führt, dass die Zahl der Aktiven sinkt. Die Unterstützungsquote wird bis zum Jahr 2050 dramatisch zurückgehen: Im Jahr 2050 kommt auf einen Passiven kaum mehr als ein Aktiver. Die bittere Phase hat bereits begonnen. Allerdings ist derzeit die Unterstützungsquote immer noch höher als in der Mitte des letzten Jahrhunderts. Das heißt, das Schlimmste steht uns noch bevor. Zudem macht die Entwicklung der Unterstützungsquote bis 2050 deutlich, dass die intergenerative Umverteilung zu den Senioren und zu den Kindern zunehmen wird, sei es in Form von Leistungen innerhalb der Familien, sei es über das Steuer- und Transfer-System oder über die sozialen Sicherungssysteme.

[1] Vgl. Adrian (2007), S. 7.

Unterstützungsquotient[a)]



[a)] Verhältnis der Anzahl der 20- bis 64-Jährigen zur Summe aus der Anzahl der 0- bis 20-Jährigen und der Anzahl der über 65-Jährigen.
Quelle für Grunddaten: United Nations: World Population Prospects, eigene Berechnungen.

Die aufgezeigte demographische Entwicklung hat weitreichende Folgen für die gesamte Gesellschaft, die gesamte Volkswirtschaft und für alle staatlichen Institutionen – nicht nur für die Sozialversicherungen. Es gibt aber kaum einen Bereich, in dem die Demographie ein solch große Bedeutung hat wie im Pflegesektor und der Pflegeversicherung. Deshalb widmet sich diese Studie ausgiebig diesem Thema.

Dabei teilt sich die Studie in drei prinzipiell voneinander unabhängige Teile: Im ersten Teil wird die Entwicklung des Pflegmarktes ins Blickfeld genommen, im zweiten Teil wird die Situation der Pflegversicherung in Deutschland dargelegt und die finanzielle Entwicklung abgeschätzt, bevor im dritten Teil Vorschläge für eine Finanzierungsreform der Pflegeversicherung analysiert werden. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Übergang zu einem kapitalgedeckten System.

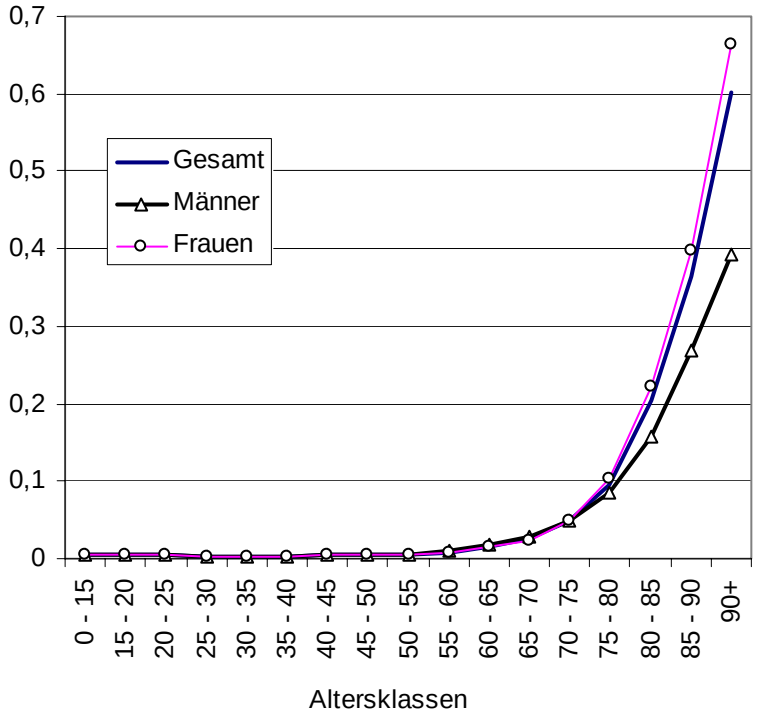
2. Der Pflegesektor in Deutschland: Die Chancen

2.1 Wachsende Anzahl der Pflegebedürftigen

Die demographische Entwicklung ist für die Pflegeversicherung und den Pflegemarkt deshalb von enormer Bedeutung, weil das Pflegerisiko vor allem ein Risiko für alte Menschen ist. Die Pflegewahrscheinlichkeit erhöht sich erst ab dem 65. Lebensjahr signifikant und steigt rasant ab

dem 80. Lebensjahr. Für einen 50-jährigen Menschen beträgt sie nur 0,6 %. Sie steigt für einen 70-Jährigen auf 4,9 %, für einen 80-Jährigen auf 20,3 % und beträgt schließlich für einen über 90-Jährigen schon 60,2 % (vgl. Abbildung). Da wie oben erwähnt die über 80-Jährigen die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe ist, deutet sich schon hier ein dramatisch steigender Pflegebedarf an.

Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeiten

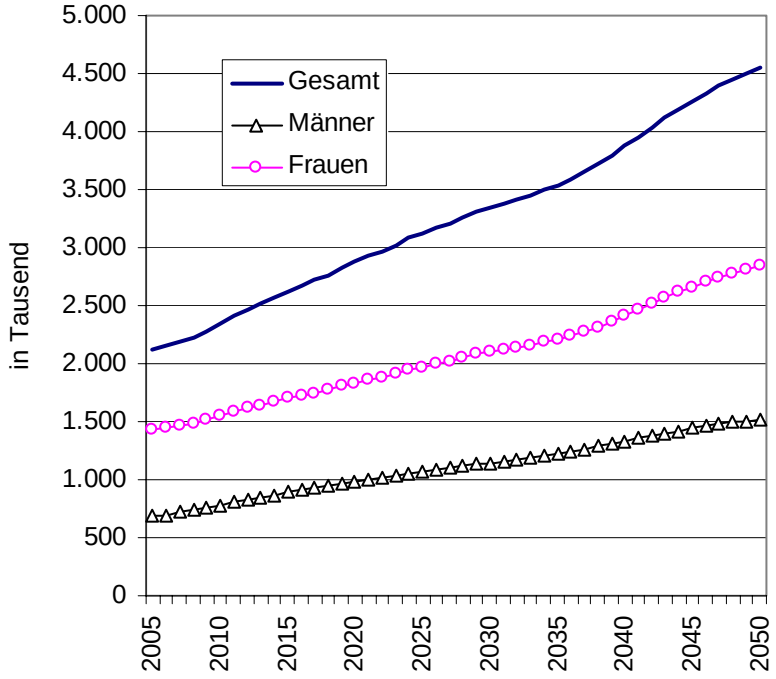


Quelle: eigene Berechnungen, Grunddaten: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2005.

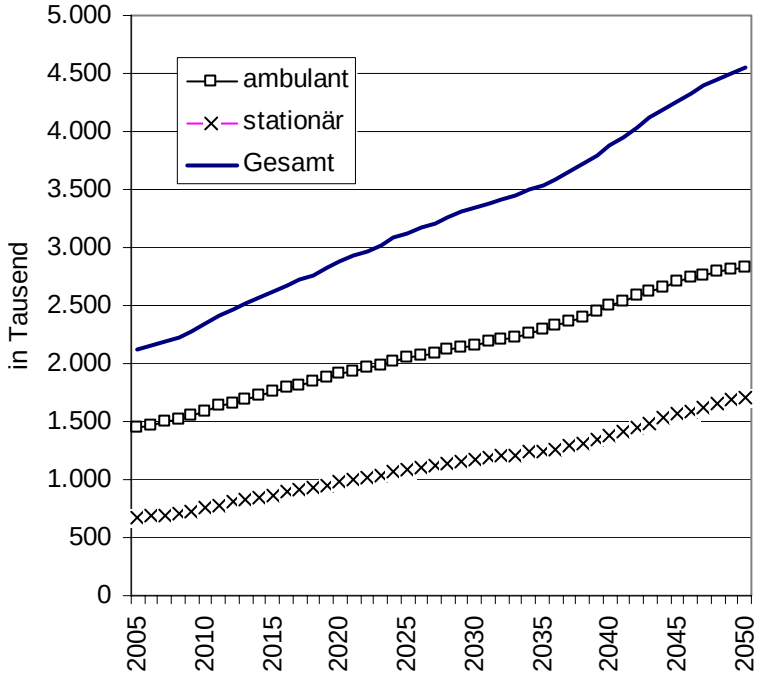
Die wichtigste Determinante für den Pflegebedarf und die Größe des Pflegesektors ist die Anzahl der Pflegefälle. Geht man davon aus, dass die Pflegewahrscheinlichkeiten, also der Anteil der Pflegefallzahl an der gesamten Bevölkerungszahl einer Altersgruppe konstant bleibt, steigt bei Zugrundelegung der mittleren Bevölkerungsvariante die Anzahl der Pflegefälle von derzeit 2,1 Millionen auf über 3,3 Millionen in 2030 und auf 4,5 Millionen in 2050. Im Jahr 2050 sind dann rund 1,7 Millionen Personen in Heimen und 2,8 Mio. Menschen ambulant pflegebedürftig. Der Anteil der in Heimen untergebrachten Pflegebedürftigen steigt damit von heute 32 % auf 38 %. Geht man von der Variante „relativ alte Bevölkerung“ aus, erhöht sich die Anzahl der Pflegfälle auf 5,2 Millionen im Jahr 2050. In diesem Szenario werden im Jahr 2050 rund 7,5 % der Bevölkerung pflegebedürftig sein. Auf einen Pflegebedürftigen kommen dann kaum mehr als 3 potenziell Erwerbstätige, heute sind es noch 12.

Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen

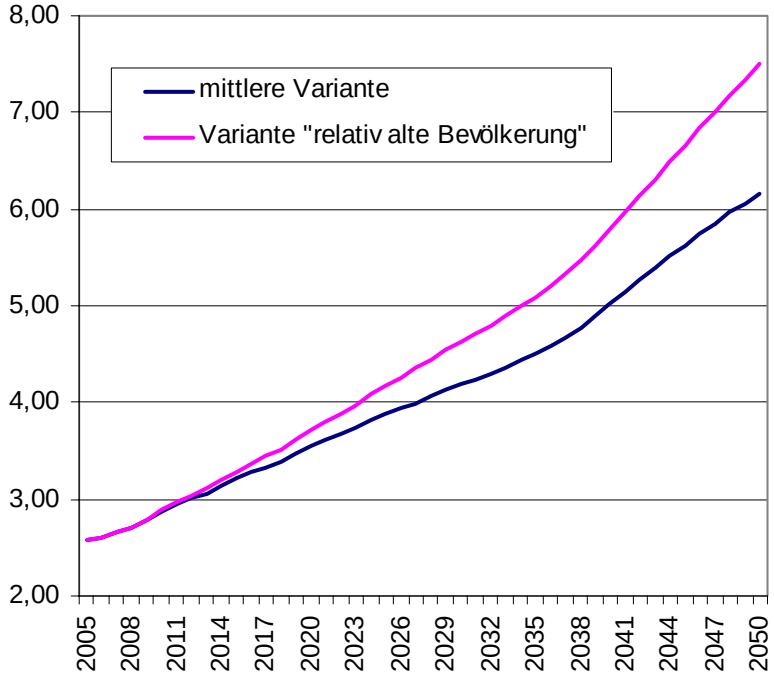
Nach Geschlecht (mittlere Variante)



Nach ambulant und stationär (mittlere Variante)



Pflegefallquote[a)]



[a)] Anzahl der Pflegefälle bezogen auf die gesamte Bevölkerung.
Quelle: eigene Berechnungen. Quelle für Grundzahlen: Statistisches Bundesamt: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.

Die Zahl der Pflegebedürftigen und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wächst also dramatisch. Dies stellt die Gesellschaft, insbesondere die Pflegeversicherung, die öffentlichen Haushalte, den Arbeitsmarkt und nicht zuletzt die betroffenen Familien, vor enorme Probleme. Positiv gewendet bedeutet dies aber auch, dass der Pflegesektor ein stark wachsender Wirtschaftssektor ist. Dieses Wachstum betrifft vor allem die Pflegedienstleistungen wie ambulante Pflegedienste und Pflegeheime. Da die Pflege von alten Menschen sehr arbeitsintensiv ist, ist der Pflegesektor auch hinsichtlich der Beschäftigungsentwicklung ein Wachstumssektor.

2.2 Wachsende Anzahl der Pflegeheime

Derzeit gibt es rund 10.400 Pflegeheime, in denen rund 680.000 Pflegebedürftige untergebracht sind. Damit entfallen auf jedes Pflegeheim im Durchschnitt 65 Pflegebedürftige. Setzt man die durchschnittliche Größe der Pflegeheime konstant, dann werden bis zum Jahr 2030 rund 8.000 weitere Pflegeheime gebraucht und bis zum Jahr 2050 sogar zusätzlich über 16.000. Geht man davon aus, dass neu gebaute Pflegeheime eine größere Pflegeplatzzahl aufweisen und deshalb die Zahl der Pflegebedürftigen je Heim auf 80 steigt, dann werden immer noch 4.000 weitere Pflegeheime bis 2030 und 11.000 bis 2050 benötigt. Setzt sich zum Beispiel aufgrund geänderter Familienstrukturen der Trend weg von der Pflege zu Hause hin zur Heimpflege fort (Heimsogeffekt), können diese Zahlen noch höher ausfallen, genauso wie für den Fall, dass die Alterung stärker voranschreitet.

Anzahl der Pflegeheime

	Anzahl der Heime (65 je Heim)	**Anzahl der Heime** (80 je Heim)	**Pflegebedürftige in Heimen** (in Tsd.)
2005	10.424	10.424	677
2020	15.073	12.228	978
2030	18.152	14.726	1.178
2050	26.405	21.421	1.714

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage der „mittleren Variante“ der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

2.3 Wachsende Anzahl der ambulanten Pflegedienste

Rund 1,4 Mio. Pflegebedürftige werden derzeit zu Hause von Pflegepersonen – zumeist Familienangehörigen – und ambulanten Pflegediensten versorgt. Die Zahl der Pflegedienste beläuft sich auf rund 11.000, die rund 470.000 ambulant Pflegebedürftige betreuen. Damit kommen auf einen Pflegedienst rund 43 Pflegebedürftige. Wird diese Betreuungsquote auch in Zukunft beibehalten, wird sich die Anzahl der Pflegedienste auf über 16.000 im Jahr 2030 und auf über 21.000 im Jahr 2050 erhöhen.

2.4. Wachsende Anzahl der Beschäftigten im Pflegesektor

Im Jahr 2005 waren bei ambulanten Pflegdiensten rund 214.000 Personen und in Heimen 546.000 Personen beschäftigt. Damit betrug der Anteil der in diesen beiden Segmenten Beschäftigten 1,38 % an der gesamten Erwerbsbevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren.

Da die Erbringung von Pflegeleistungen sehr arbeitsintensiv ist, wird sich mit der Zunahme der Pflegefälle auch der Beschäftigung im Pflegesektor erhöhen müssen. Man kann davon ausgehen, dass der Produktivitätsfortschritt bei Pflegedienstleistungen hinter dem Produktivitätsfortschritt der restlichen Volkswirtschaft zurückbleiben wird. Trotzdem können Produktivitätsreserven z.B. durch Verbesserung der Arbeitsabläufe realisiert werden. Die folgenden Projektionen der Beschäftigungsentwicklung im Pflegesektor zeigen eine Spannbreite der möglichen Beschäftigungsentwicklungen auf, indem alternativ kein Produktivitätsfortschritt oder ein Produktivitätsfortschritt von 1 % p.a. unterstellt wird. Im Szenario ohne Produktivitätsfortschritt wird sich die Anzahl der Beschäftigten im Pflegesektor auf 1,3 Mio. im Jahr 2030 und 1,8 Mio. Personen im Jahr 2050 erhöhen. Mit Produktivitätsfortschritt ist ein Anstieg auf 1,0 Mio. bis 2030 und 1,2 Mio. bis 2050 zu erwarten. Somit dürfte sich der Anteil der im Pflegesektor Beschäftigten an der Gesamtzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter bis 2050 in etwa verdoppeln. Auf diese geänderten Nachfragstrukturen muss sich der Arbeitsmarkt mithin einstellen, auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es teilweise heute schon einen Mangel an Pflegekräften gibt.[2]

[2] Vgl. Dresdner Bank (2007).

Beschäftigung im Pflegebereich (Personen)

	Ohne Produktivitätsfortschritt				Produktivitätsfortschritt 1% p.a.			
	ambulant	in Heimen	gesamt	In % der Erwerbs-bevölkerung	ambulant	in Heimen	gesamt	In % der Erwerbs-bevölkerung
2005	214.307	546.397	760.704	1,38	214.307	546.397	760.704	1,38
2010	235.361	611.619	846.980	1,53	223.938	581.935	805.873	1,46
2020	281.287	790.025	1.071.312	1,94	242.287	680.487	922.774	1,67
2030	319.084	951.387	1.270.470	2,30	248.811	741.861	990.673	1,79
2050	415.912	1.383.940	1.799.852	3,26	267.481	884.414	1.151.895	2,08

Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage der „mittleren Variante“ der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

2.5 Wachsende Pflegeausgaben

Das Volumen des Pflegemarktes ist schwer zu bestimmen. Eine grobe Abschätzung kann über die Ausgaben der Zahler von Pflegeleistungen vorgenommen werden. So tätigt die Soziale Pflegeversicherung Ausgaben in Höhe von rund 18 Mrd. EUR, die Private Pflegeversicherung in Höhe von knapp 1 Mrd. EUR und die der Sozialhilfeträger in Höhe von 3 Mrd. EUR. Zusammen ergibt sich ein Volumen von rund 22 Mrd. EUR. Nicht mitgerechnet ist dabei aber der Eigenanteil der Pflegebedürftigen und der Angehörigen. Einen Anhaltspunkt dafür bietet die Gesundheitsausgaben-Statistik des Statistischen Bundesamts, die für das Jahr 2005 Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte und der privaten Organisationen ohne Erwerbs-zweck für ambulante Pflege in Höhe von 1,9 Mrd. EUR und für stationäre und teilstationäre Pflege von 5,4 Mrd. EUR ausweist.

Das Marktvolumen kann auch von der Angebotsseite über die Vergütungen der Pflege-einrichtungen bestimmt werden. So betrugen nach Angaben des statistischen Bundesamtes im Jahr 2005 die Ausgaben für ambulante Pflege 7,04 Mrd. EUR und die Ausgaben für stationäre und teilstationäre Pflege 18,1 Mrd. EUR.[3] Damit beläuft sich das Marktvolumen auf über 25 Mrd. EUR, wobei die Ausgaben für Pflegehilfsmittel noch nicht enthalten sind.

Derzeit kann somit das Marktvolumen zwischen 25 Mrd. EUR und 30 Mrd. EUR veranschlagt werden. Unterstellt man in diesem Sektor eine moderate Preissteigerungsrate von 1,5%, wird sich der Markt mit einer jährlichen Wachstumsrate von 3,2 % bis zum Jahr 2050 nominal mehr als vervierfacht haben.

[3] Vgl. Statistisches Bundesamt (2007), S. 252.

2.6 Fazit: Ein wachsender Wirtschaftssektor

Als Ergebnis kann man festhalten, dass der Pflegesektor dynamisch wachsen wird, und es gibt kaum einen Wirtschaftssektor, in dem eine wachsende Nachfrage so sicher vorhergesagt werden kann. Somit werden einige Wirtschaftsakteure – Anbieter von Pflegedienstleistungen und Pflegeprodukten – von dem Wachstum profitieren. Für andere Wirtschaftsakteure – Pflegversicherung, öffentliche Haushalte, private Haushalte – bedeutet dies aber, dass auf sie steigende Ausgaben zukommen. Aus ökonomischer Sicht gilt es, diese zusätzlichen Ausgaben, volkswirtschaftlich günstig zu verteilen, „wegreformieren“ oder wesentlich reduzieren kann man sie nicht, wenn man ein bestimmtes Versorgungsniveau der Pflegebedürftigen aufrecht erhalten will.

Zu berücksichtigen ist, dass die hier aufgezeigten Konsequenzen der ansteigenden Pflegefallzahlen für die Anzahl der Pflegeheime, für die Anzahl der Pflegedienste, für die Beschäftigung im Pflegebereich und für das Volumen des Pflegesektors, Status quo Projektionen darstellen. Das heißt, die derzeitigen Gegebenheiten werden in die Zukunft fortgeschrieben. Änderungen im Vergleich zum Status quo, zum Beispiel hinsichtlich der Bereitschaft, Angehörige alleine zu Hause zu pflegen sind nicht berücksichtigt. Den Berechnungen liegen die Projektionen der Pflegefallzahlen aufgrund der mittleren Variante der Bevölkerungsvorausberechnungen zugrunde. Eine andere Bevölkerungsentwicklung, zum Beispiel die der Variante „relativ alte Bevölkerung“ würde entsprechend höhere Zuwächse in den einzelnen Kategorien mit sich bringen. Dagegen würden die Pflegefallzahlen geringer ausfallen, wenn man aufgrund einer Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustands der Versicherten sinkende Pflegwahrscheinlichkeiten in den jeweiligen Altersklassen unterstellen würde. Insofern wurde hier insgesamt ein mittleres Szenario unterstellt, das Extreme ausblendet.

3. Pflegeversicherung in Deutschland: Herausforderungen und Chancen

Einer der Wirtschaftsakteure, die die steigenden Ausgaben für Pflegedienstleistungen tragen müssen, ist die Pflegeversicherung. Zu fragen ist, in welchem Ausmaß das der Fall sein wird und ob die Ausgestaltung der Pflegeversicherung in Deutschland geeignet ist, diese Herausforderungen zu meistern. Nachfolgend werden die beiden Segmente der Pflegeversicherung in Deutschland betrachtet und ihre zukünftige Entwicklung projiziert.

3.1. Segmentierter Pflegeversicherungsmarkt

Die Pflegeversicherung in Deutschland wurde bei ihrer Einführung im Jahr 1995 nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ organisiert und deshalb genauso wie der Krankenversicherungsmarkt in zwei unterschiedlich organisierte und finanzierte Segmente geteilt: in die Soziale Pflegeversicherung (SPV) mit rund 71 Mio. Versicherten einerseits und die private Pflegepflichtversicherung (PPV) mit rund 9 Mio. Versicherten andererseits. Die Trennung zwischen den beiden Segmenten erfolgt nach dem Erwerbstätigenstatus (sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und sozialversicherungspflichtige Rentner einerseits, Beamte und Selbständige andererseits) und durch eine einkommensabhängige Versicherungspflichtgrenze. Personen, deren

beitragspflichtiges Einkommen diese Grenze überschreitet, können sich privat krankenversichern und damit auch einer privaten Pflegeversicherung beitreten. Die SPV arbeitet im Umlageverfahren und erhebt einkommensabhängige Beiträge, die PPV arbeitet dagegen im Kapitaldeckungsverfahren und erhebt pauschale, einkommensunabhängige Prämien.

Während für SPV und PPV unterschiedliche Finanzierungssysteme gelten, sind die **Leistungen** in den beiden Segmenten identisch. Sie sind nominal festgeschrieben und bestehen aus pauschalen Geldleistungen im Rahmen der häuslichen Pflege (Pflegegeld) und aus im Umfang begrenzten Sachleistungen in der ambulanten und stationären Pflege. Die Leistungen werden anders als in der Krankenversicherung nicht am Bedarfsprinzip orientiert, sondern haben eher Zuschusscharakter. Damit handelt es sich bei der Pflegeversicherung um eine Art Teilkaskoversicherung. Pflegekosten, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen, müssen vom Pflegebedürftigen selbst, von seinen Familienangehörigen beziehungsweise bei finanzieller Bedürftigkeit von der Sozialhilfe getragen werden. Die Leistungen werden nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in drei Pflegestufen gestaffelt und nach ambulanter (häuslicher) und stationärer Pflege differenziert. Im Rahmen der häuslichen Pflege wird ein Pflegegeld ausgezahlt, das monatlich 205 EUR für Stufe 1, 410 EUR für Stufe 2 und 665 EUR für Stufe 3 beträgt. Die (alternativen) Pflegesachleistungen werden in der Höhe von 384 EUR, 921 EUR und 1 432 EUR gewährt. Im Falle einer vollstationären Pflege betragen die Leistungen der Pflegeversicherung 1 023 EUR in Stufe 1, 1 279 EUR in Stufe 2 und 1 432 EUR in Stufe 3.

3.2. Die Soziale Pflegeversicherung: Unterfinanziert und nicht tragfähig

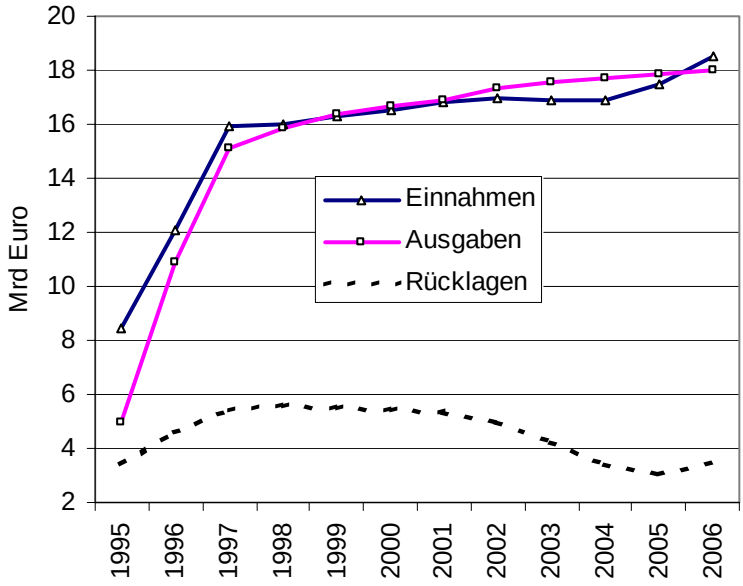
Die Lage der Sozialen Pflegeversicherung

Die SPV ist im Umlageverfahren organisiert und erhebt lohn- und renteneinkommensabhängige Beiträge bis zu einer monatlichen Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3 662,50 EUR. Auf diese Beitragsgrundlage wird ein Beitragsatz angewendet (1,95 % für Kinderlose, 1,7 % für Mitglieder mit Kindern), wovon – außer in Sachsen – die Arbeitgeber 0,85 Prozentpunkte zahlen. Rentner tragen seit dem Jahr 2005 den vollen Beitragssatz. Ehegatten ohne Einkommen und Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Die SPV ist eine Pflichtversicherung für alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und Rentner. Übersteigt allerdings das Lohneinkommen die Versicherungspflichtgrenze der Krankenversicherung in Höhe von derzeit 3.900 EUR, kann der Versicherte wählen, ob er als freiwilliges Mitglied in der GKV und damit auch in der SPV bleibt oder ob er zu einer privaten Krankenversicherung und damit auch einer privaten Pflegeversicherung wechselt.

In den ersten Jahren nach der Einführung 1995 machte die SPV noch Überschüsse, die dazu benutzt wurden, Rücklagen aufzubauen. Seit dem Jahr 1999 wurde jedoch aufgrund stark zunehmender Pflegefallzahlen eine strukturelle Unterfinanzierung der SPV deutlich: Es entstanden Defizite, so dass Rücklagen abgebaut werden mussten. Im Jahr 2005 wurde dem dadurch

begegnet, dass für Kinderlose ein Zusatzbeitragssatz von 0,25% eingeführt wurde.[4] Ein Budgetausgleich konnte dadurch aber auch nicht erreicht werden. Im Jahr 2006 kam es aufgrund des vorgezogenen Beitragszahlungstermins[5] zu einem Sondereffekt der zu kassenmäßigen Mehreinnahmen von 800 Mio. EUR führte. Da der Überschuss in 2006 aber nur 450 Mio. EUR betrug, zeigt sich auch in 2006 die strukturelle Unterfinanzierung der SPV.

Finanzielle Lage der Sozialen Pflegeversicherung



Quelle: eigene Darstellung, Grunddaten: BMG.

Neben dem Finanzierungsproblem wurden auf der Leistungsseite Probleme vor allem darin gesehen, dass die Bedürfnisse von Demenzkranken zu wenig berücksichtigt wurden und eine Dynamisierung der Leistungspauschalen nicht vorgesehen ist. Letzteres führt dazu, dass im Zeitverlauf die Leistungspauschalen durch die Inflation immer mehr entwertet werden und damit die Pflegeversicherung „ausgehöhlt“ wird.

Für das Jahr 2008 ist eine Reform der Pflegeversicherung angekündigt, die u.a. Leistungsverbesserungen für Demenzkranke und im ambulanten Bereich sowie eine an der Inflationsrate orientierte Leistungsdynamisierung ab 2012 vorsieht (Exkurs, S. 19). Zur Finanzierung soll der allgemeine Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte erhöht werden. Mit der avisierten Reform wurde der Kritik hinsichtlich der Leistungsgewährung in gewissem Ausmaß Rechnung getragen. Ob dies auch für das Finanzierungsproblem gilt, hängt vor allem von der zukünftigen Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und von der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen ab.

---

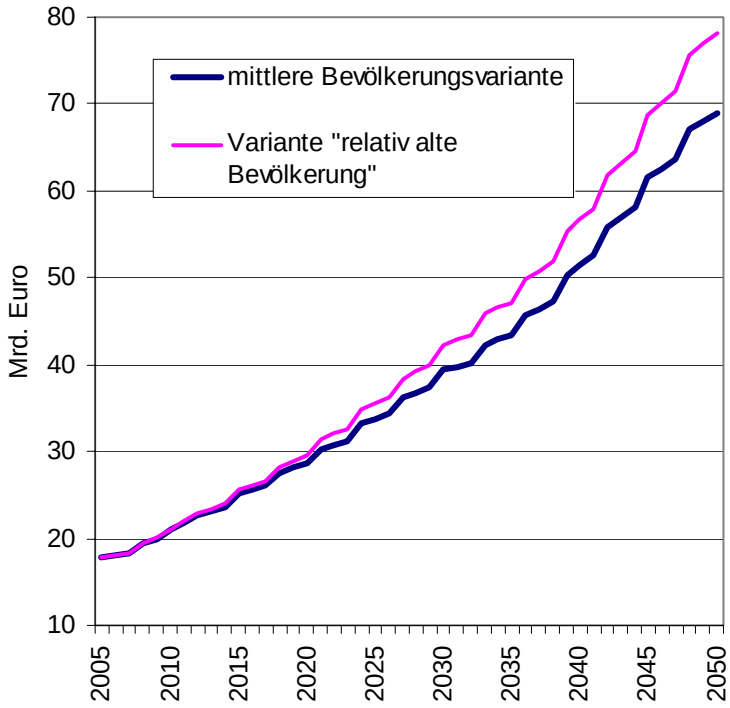
[4] Der „offizielle“ Grund war ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001, das die Begünstigung von Versicherten mit Kindern auf der Beitragsseite vorsah. Vgl. Bundesverfassungsgericht (2001).

[5] Vgl. dazu z.B. SVR (2005), Ziffer 492 oder SVR (2006), Ziffer 359.

Zukünftige finanzielle Entwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Derzeit sind in der SPV rund 2 Mio. Pflegebedürftige versichert. Nimmt man an, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten auf dem Niveau von 2006 konstant bleiben, wird sich die Anzahl der Pflegefälle bei Unterstellung der mittleren Bevölkerungsvariante bis zum Jahr 2030 auf 3 Mio. und bis 2050 auf 4 Mio. erhöhen. Die Anzahl der Menschen, die stationär untergebracht werden müssen, steigt bis zum Jahr 2030 auf über 1 Millionen und bis zum Jahr 2050 auf über 1,4 Millionen. Geht man von dem Szenario einer „relativ alten Bevölkerung" aus, betragen die Pflegfallzahlen in der SPV 3,1 Mio. in 2030 und 4,4 Mio. in 2050. Die Pflegefallquote beläuft sich in dieser Bevölkerungsvariante auf 7 % und in der mittlere Variante auf 6 %, d.h. 6 % bis 7 % der Versicherten werden im Jahr 2050 pflegebedürftig sein. Derzeit beträgt diese Quote noch etwa 2,8 %.

Entwicklung der Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung



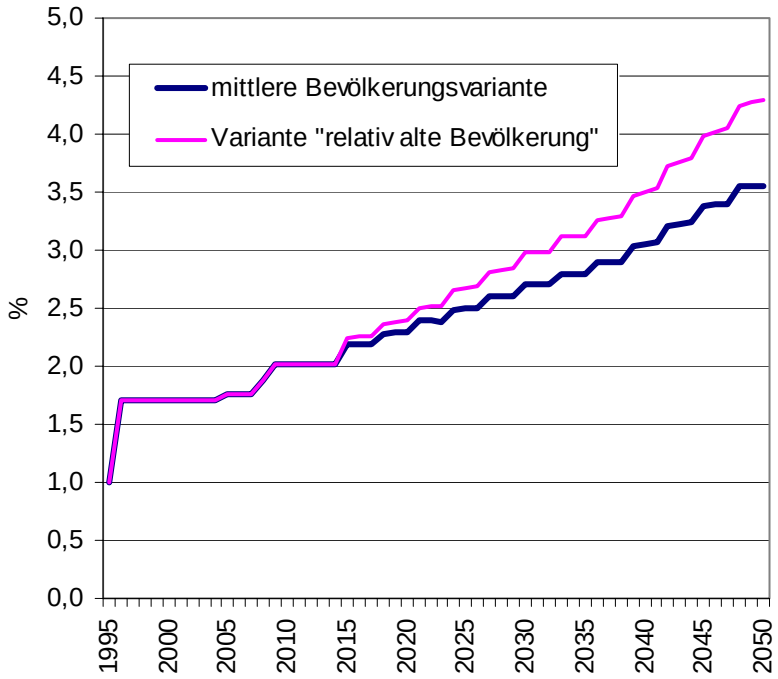
Quelle: eigene Berechnungen.

Die steigende Zahl der Pflegefälle schlägt sich in Ausgabensteigerungen nieder. Derzeit betragen die Ausgaben der SPV rund 18 Mrd. EUR. Berücksichtigt man die angekündigte Pflegereform 2008 mit einer Leistungsdynamisierung von 1,5 % p.a.[6] und legt die mittlere Bevölkerungsvariante zugrunde, werden die Ausgaben um rund 3 % jährlich bis auf 39 Mrd. EUR im Jahr 2030 und auf 68 Mrd. EUR im Jahr 2050 ansteigen. Wachsen in diesem Zeitraum die beitragspflichtigen

[6] Die Pflegereform 2008 sieht vor, dass die Anpassung der Pauschalen alle drei Jahre vorgenommen wird, was entsprechende Ausgabensprünge in den Anpassungsjahren zur Folge hat.

Einkommen nicht mit der gleichen durchschnittlichen Rate, wird es zu Beitragssatzsteigerungen kommen. Geht man in einer Basisannahme davon aus, dass die beitragspflichtigen Einkommen je sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bis 2010 um durchschnittlich 1,7 % p.a. und ab 2011 um 2 % p.a. zunehmen und die Renteneinkommen bis 2010 durchschnittlich um 0,7 % und danach mit einer Rate von 1,5 % p.a. steigen,[7] dann ergibt sich für die mittlere Bevölkerungsvariante ein Beitragssatzanstieg auf 2,7 % im Jahr 2030 und auf 3,5 % im Jahr 2050. Dabei wird spätestens im Jahr 2015 der Beitragssatz über die mit der Pflegereform 2008 beschlossenen Beitragssatzerhöhung hinaus ansteigen. Bei der Variante der relativ alten Bevölkerung ist bis zum Jahr 2050 ein durchschnittlicher Beitragssatz von rund 4,3 % zu erwarten.

Entwicklung des Beitragssatzes der SPV [a)]



[a)] Ab 2005 Durchschnittsbeitragssatz aus allgemeinem Beitragssatz und zusätzlichen Beitragssatz für Kinderlose.
Quelle: eigene Berechnungen.

Geht man dagegen in der mittleren Bevölkerungsvariante von einer um jeweils 0,5 Prozentpunkte günstigeren Einkommenswachstumsrate aus, wird der Beitragssatz nur auf durchschnittlich 2,9 % in 2050 ansteigen. Eine um 0,5 Prozentpunkte niedrigere Einkommenswachstumsrate ließe den Beitragssatz dagegen in der mittleren Variante auf 4,3 % zunehmen.

Eine höhere – eher den tatsächlichen Preissteigerungen im Pflegesektor gerecht werdende[8] – Dynamisierungsrate der Leistungspauschalen von jährlich 2 % nach 2012 würde für die

[7] Dies entspricht einer durchschnittlichen Wachstumsrate der Summe der beitragspflichtigen Einkommen von 1,5% bis 2050.
[8] Vgl. Schulte/ Stanowsky (2005), S. 5/6.

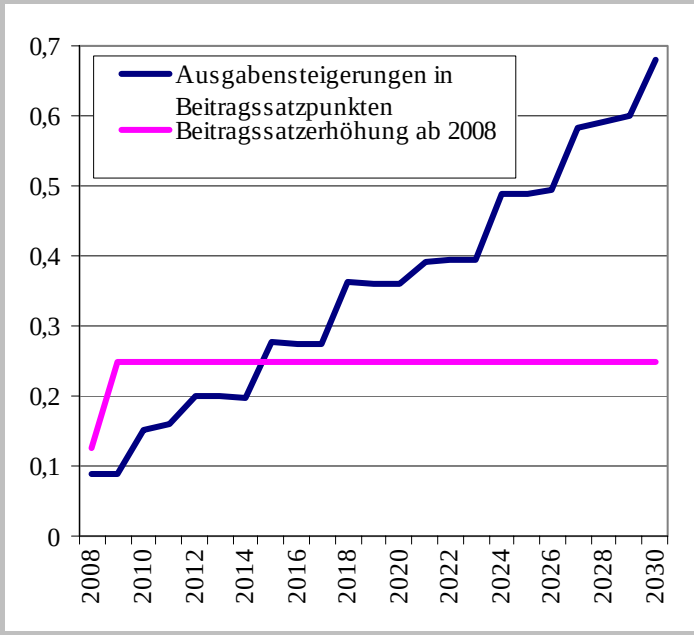
Basisannahme der Einkommensentwicklung einen Beitragssatz von 2,9 % in 2030 und von 4,2 % in 2050 erforderlich machen.

Exkurs: Pflegereform 2008: ein ungedeckter Scheck

Am 19. Juli 2007 wurden die Eckpunkte für eine „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ vorgestellt und im Herbst 2007 im „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) umgesetzt. Vorgesehen sind Leistungsverbesserungen für Demenzkranke, eine sukzessive Erhöhung des Pflegegeldes und der Leistungspauschalen für die ambulante Pflege bis 2012 und danach alle drei Jahre eine an der Inflationsentwicklung orientierte Leistungsdynamisierung für sämtliche Pflegepauschalen. Zur Finanzierung soll der Beitragssatz ab Mitte 2008 um 0,25 Prozentpunkte erhöht werden. Damit keine Erhöhung der Lohnnebenkosten stattfindet, wird ab 1. Januar 2008 der Beitragssatz der Arbeitslosenversicherung um 0,3 Prozentpunkte gesenkt.

Selbst nach Berechnungen der Regierung liegt die angekündigte Beitragssatzerhöhung von 0,25 Punkten gerade nur bis zum Jahr 2014 über den Beitragssatzeffekten der angekündigten Leistungsverbesserungen. Insgesamt haben die beschlossenen Leistungsausweitungen Beitragssatzeffekte von 0,7 Prozentpunkten bis 2030 zur Folge. Damit ist klar, dass es sich bei der angekündigten Pflegereform – zumindest was die Ausgabenseite angeht – keinesfalls um eine kleine Reform handelt. Aufaddiert kommt es bis zum Jahr 2030 im Vergleich zum Status quo zu zusätzlichen Ausgaben der SPV von über 120 Mrd. EUR. Diesen zusätzlichen Ausgaben stehen beschlossene Einnahmesteigerungen aufgrund der Beitragssatzerhöhungen von rund 70 Mrd. EUR bis zum Jahr 2030 gegenüber, womit klar ist, dass mit der Reform ein ungedeckter Scheck ausgestellt wird.

Beitragssatzeffekte der Pflegereform 2008

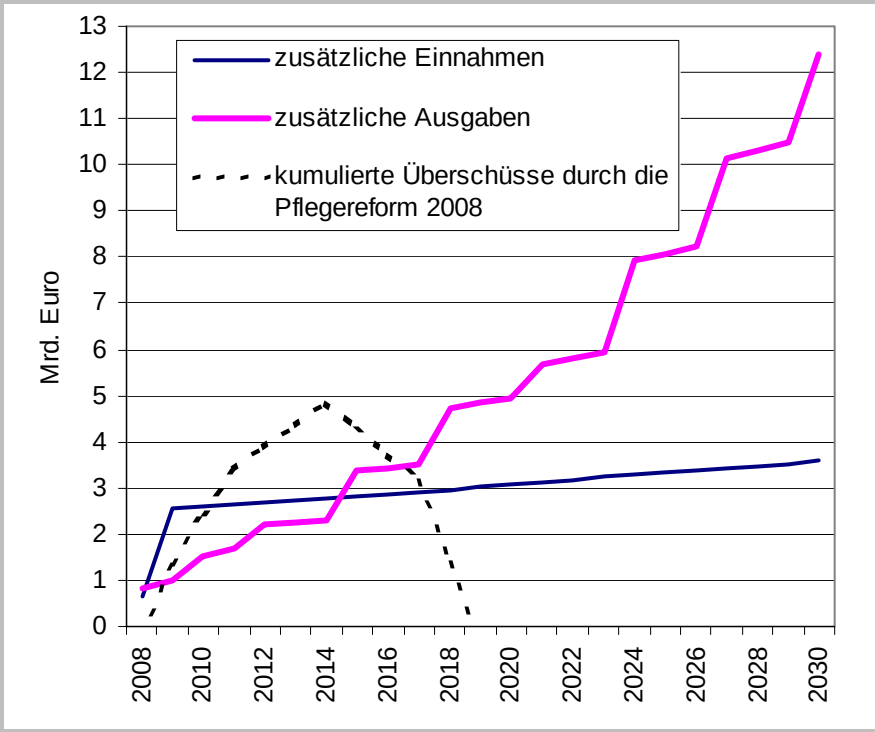


Quelle: eigene Berechnungen, Grunddaten: BMG (2007).

Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Berechnungen der Beitragssatzeffekte auf Angaben der Regierung beruhen und dass die Regierung in ihren Kalkulationen implizit ein recht hohes Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen von etwa 2,7% p.a. unterstellt hat. Bei einem geringeren Wachstum der Einkommen sind die Beitragssatzeffekte der Reform größer. Gleiches gilt, wenn die zusätzlichen Ausgaben als zu niedrig angesetzt wurden. Entsprechend wären auch die Finanzierungslücken größer und der ungedeckte Scheck platzte früher.

Allerdings gilt es auch zu beachten, dass die zusätzlichen Einnahmen aufgrund der beschlossenen Beitragssatzerhöhung ab 2008 zunächst höher ausfallen als die zusätzlichen Ausgaben, so dass die Pflegereform 2008 für sich genommen anfänglich zu Überschüssen führt. Unterstellt man, dass die beitragspflichtigen Einkommen je sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bis 2010 um durchschnittlich 1,7% p.a. und ab 2011 um 2% p.a. zunehmen und dass die Renteneinkommen bis 2010 durchschnittlich um 0,7% steigen und sich danach mit einer Rate von 1,5% p.a. erhöhen, dann übersteigen die zusätzlichen Einnahmen durch die Pflegereform die zusätzlichen Ausgaben bis zum Jahr 2014. Diese Überschüsse kumulieren sich bis zum Jahr 2014 auf 4,9 Mrd. EUR. Da ab 2015 die beschlossenen Ausgabensteigerungen nicht mehr von der beschlossenen Beitragssatzerhöhung gedeckt werden können, müssen ab 2015 die kumulierten Überschüsse durch die Pflegereform wieder abgeschmolzen werden. Dies geht bis 2019. Spätestens ab diesem Zeitpunkt sorgt die Pflegereform für Beitragssatzerhöhungsdruck, der zusätzlich zu den vorher schon bestehenden anderen beitragssatzerhöhenden Einflussfaktoren hinzu kommt.

Zusätzliche Einnahmen, zusätzliche Ausgaben und kumulierte Überschüsse aufgrund der Pflegereform 2008



Quelle: eigene Berechnungen.

Die Tragfähigkeitslücke der Sozialen Pflegeversicherung

Die zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen deuten darauf hin, dass eine nachhaltige Finanzierung der SPV nicht gegeben ist. Als Nachhaltigkeitsmaß ist das Konzept der Tragfähigkeitslücke entwickelt worden. Dabei misst die Tragfähigkeitslücke den unabweisbaren finanzpolitischen Handlungsbedarf, der die Einhaltung der intertemporalen staatlichen Budgetrestriktion[9] gewährleistet.[10] Die Tragfähigkeitslücke wird in der Regel für den Gesamtstaat (unter Einschluss der Sozialversicherungen) berechnet, kann aber auch für eine einzelne Sozialversicherung ermittelt werden.[11] Die Tragfähigkeitslücke für die SPV ergibt sich vereinfacht aus der Differenz zwischen dem Barwert der Ausgaben der SPV und dem Barwert der Einnahmen bis zu einem bestimmten Zeitpunkt,[12] unter der Voraussetzung, dass die aktuelle Einnahmen- und Ausgabenpolitik beziehungsweise der institutionelle Status quo beibehalten werden.

Geht man von der mittleren Bevölkerungsvariante aus, berücksichtigt die geplante Pflegereform 2008 und nimmt an, dass die beitragspflichtigen Einkommen der Erwerbsbevölkerung und der Rentner wie oben in der Basisannahme beschrieben zunehmen, dann ergibt sich vom Basisjahr 2005 bis zum Betrachtungszeitpunkt 2050 eine Tragfähigkeitslücke von 6 % des BIP und für den Betrachtungszeitpunkt 2100 eine Lücke von 11 % des BIP. Um die Größe der Lücke anschaulich zu machen, kann man den jährlichen Konsolidierungsbedarf ausrechnen. Beim Betrachtungszeitpunkt 2050 müssen jährlich Ausgabenersparnisse oder Einnahmeerhöhungen von 0,17 % des BIP erreicht werden, beim Betrachtungszeitpunkt 2100 sind es jährlich 0,22 % des BIP, um die Tragfähigkeitslücke zu schließen.[13] Zum Vergleich: 0,2% des BIP machen heute knapp 5 Mrd. EUR aus.

Tragfähigkeitslücke der SPV

Bevölkerungsvariante	**Altenquotient** 2050	**TFL (2050)** in % des BIP	**TFL (2100)** in % des BIP	**TFL (2130)** in % des BIP
Mittlere Variante	56	5,7	11,0	11,7
Variante „relativ alte Bevölkerung“	66	7,8	15,9	17,1

TFL (x): Tragfähigkeitslücke bis zum Zeitpunkt x. Die den Bevölkerungsvarianten zugrundeliegenden Annahmen: Tabelle auf Seite 7.

[9] Vereinfacht ausgedrückt verlangt die intertemporale staatliche Budgetrestriktion, dass der Barwert aller zukünftigen Ausgaben gleich dem Barwert aller zukünftigen Einnahmen (ohne Verschuldung) sein muss.

[10] Vgl. SVR (2003), Ziffer 769.

[11] Vgl. z.B. Fetzer/Moog (2002) oder Raffelhüschen u.a. (2007).

[12] Damit ist die Tragfähigkeitlücke letztlich der Barwert der Defizite bis zum gewählten Betrachtungszeitpunkt.

[13] Da amtliche Bevölkerungsprojektionen nur bis zum Jahr 2050 vorliegen, wurde für die Berechnungen über 2050 hinaus angenommen, dass die Bevölkerung weiter schrumpft, der Altenquotient aber konstant bleibt. Da dann der Rentnerquotient in der Rentenanpassungsformel tendenziell auch konstant bleibt, wurde ab 2050 für den Rentenanstieg eine allmähliche Angleichung an die Lohnentwicklung unterstellt.

3.3. Die Private Pflegeversicherung:

Temporär günstigere Altersstruktur und nachhaltige Finanzierung

Im Unterschied zur SPV erhebt die PPV nach Alter differenzierte, einkommensunabhängige Prämien und bildet für ihre rund 9,2 Mio. Versicherten Alterungsrückstellungen. Für die Versicherungsunternehmen besteht generell Kontrahierungszwang,[14] Prämiendifferenzierungen nach Geschlecht sind nicht erlaubt und Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Für Versicherte, die bei Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 automatisch in der PPV versicherungspflichtig wurden, darf die Prämie den Höchstbeitrag der SPV nicht überschreiten. Zudem gibt es eine Beitragsobergrenze für Verheiratete, bei denen ein Ehepartner kein oder nur ein geringes Einkommen hat. Für Versicherte, die nach dem 1. Januar 1995 der PPV beitraten, gilt die Beitragsermäßigung für Ehegatten nicht und die Höchstbeitragsregelung ist erst anwendbar, wenn der Versicherungsnehmer eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in der privaten Pflegeversicherung oder der privaten Krankenversicherung nachweisen kann. Schließlich ist ein Risikoausgleich zwischen den Versicherungen installiert, der einen „dauerhaft wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten“ soll (§ 11 SGB XI). Damit ist auch das private Versicherungssegment durch Umverteilungselemente und genauso wie die SPV durch die Abwesenheit von Wettbewerb gekennzeichnet.

Im Gegensatz zur SPV ist die finanzielle Entwicklung der PPV positiver verlaufen. Sie konnte sogar seit ihrer Einführung Prämiensenkungen durchführen. Die PPV weist derzeit noch eine günstigere Altersstruktur der Versicherten auf: Die Altersklassen, in denen die Pflegehäufigkeit besonders groß ist, sind in der PPV weniger stark besetzt (Abbildung). Deshalb ist der Anteil der Pflegefälle an den Versicherten in der privaten Pflegeversicherung mit rund 1,3 % geringer als in der SPV mit 2,8 %. Insgesamt waren im Jahr 2005 rund 116.000 Pflegebedürftige in der PPV versichert.

Die günstige Altersstruktur der privat Pflegeversicherten ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass bis zum Gesundheitsreformgesetz (GRG) aus dem Jahr 1988 Bezieher einer gesetzlichen Rente automatisch versicherungspflichtig in der GKV waren. Es gab zwar ein Befreiungsrecht von dieser Versicherungspflicht, von dem aber die meisten Rentner nicht Gebrauch machten. Somit wurden viele Personen, die in der aktiven Zeit noch privat versichert waren, als Rentner in der GKV versicherungspflichtig mit der Konsequenz, dass die privaten Krankenversicherung relativ zur GKV weniger Rentner versicherten. Mit dem GRG wurde dann mit der so genannten Halbdeckung[15] die Wechselmöglichkeit für Rentner in die GKV eingeschränkt.

---

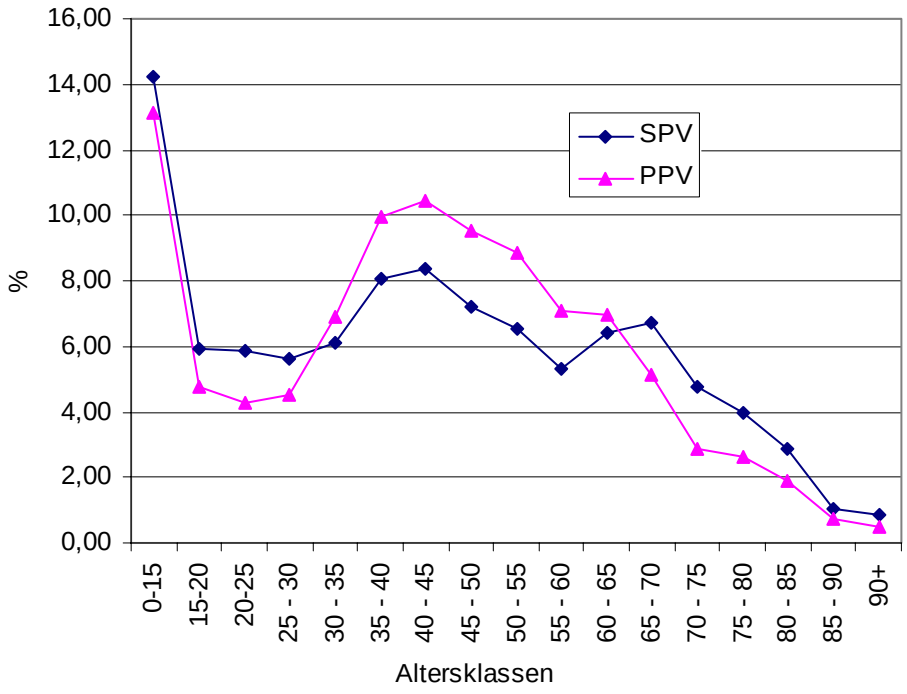
[14] Allerdings besteht der Kontrahierungszwang nicht für die Krankenversicherung. Da nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ verfahren wird, hat eine Ablehnung eines Versicherten durch die Krankenversicherung faktisch auch eine Ablehnung durch die Pflegeversicherung zur Folge. Dies wird sich mit der Einführung des Basistarifs 2009 im Jahr allerdings ändern, da für den Basistarif der privaten Krankenversicherung auch Kontrahierungszwang gelten wird.

[15] Danach sind nur noch diejenigen Rentner in der GKV versicherungspflichtig, die in der zweiten Hälfte ihrer Lebensarbeitszeit mindestens zu 90% in der GKV versichert waren. Diese Regelung wurde im Gesundheitsstrukturgesetz 1992 enger gefasst, was vom Bundesverfassungsgericht aber

Mithin wird der Sondereffekt einer günstigeren Altersstruktur der privat Versicherten mit der Zeit verschwinden und es wird grundsätzlich zu einer Angleichung an die Altersstruktur der GKV und damit auch der SPV kommen. Da die PPV wegen dieses Sondereffekts „auf niedrigen Niveau“ gestartet ist, wird die Alterung des Versichertenbestandes der PPV viel schneller voranschreiten als in der SPV. Deshalb ist ausgehend von der derzeit relativ niedrigen Pflegefallzahl von 116 000 ein Anstieg um das Vierfache bis zum Jahr 2050 zu erwarten.[16] Der Anteil der Pflegefälle an der Gesamtzahl der Versicherten (Pflegewahrscheinlichkeit) wird sich ebenfalls von derzeit 1,3 % stark erhöhen und Mitte dieses Jahrhunderts das Niveau der SPV von rund 6 % erreicht haben. Entsprechend dem stärkeren Anstieg der Pflegfallzahlen werden auch die Ausgaben der PPV von 0,8 Mrd. EUR in 2004 relativ stärker ansteigen als in der SPV: ohne Leistungsdynamisierung um das Vierfache bis 2050 und mit einem Anstieg der altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben um 1,5 % p.a. ergibt sich eine Ausgabensteigerung etwa um das Achtfache.

Altersstruktur der SPV und der PPV im Jahr 2004

(Anteil einer Altersgruppe an der Gesamtheit der Versicherten in %)



Quelle: eigene Berechnungen, Quelle für Grundzahlen: WIP und BMG.

Die Beitragseinnahmen der PPV im Jahr 2005 betrugen 1,87 Mrd. EUR und die Alterungsrückstellungen 15,2 Mrd. EUR. Diese werden gebildet, um eine Beitragsglättung über die Lebenszeit des Versicherten zu gewährleisten. Somit bezahlen die Versicherten zunächst höhere Beiträge als sie rechnerisch Kosten verursachen, damit Kapital gebildet werden kann, das aufgelöst wird, wenn mit steigendem Lebensalter die rechnerischen Pflegekosten höher sind als

für verfassungswidrig erklärt wurde. Daraufhin wurde im Jahr 2002 wieder die Regelung des GRG eingeführt. Vgl. SVR (2002); Ziffern 269 ff.

[16] Vgl. auch Niehaus (2006), S. 7.

die Beiträge. Anders als im Umlagesystem sorgen die Versicherten somit grundsätzlich für sich selbst vor.

Sind die Prämien und die Alterungsrückstellungen gerade so kalkuliert, dass die Kosten, die ein durchschnittlich Versicherter im Laufe seines Lebens verursacht, gedeckt sind, gibt es in der kapitalgedeckten Pflegeversicherung keine Tragfähigkeitslücke.

Die Pflegereform 2008 mit den Verbesserungen auf der Leistungsseite gilt auch für die PPV, so dass aufgrund dieser geänderten Rahmenbedingungen eine Prämienanpassung vorgenommen werden muss. Zudem sieht die Pflegereform für die PPV genauso wie im Basistarif in der privaten Krankenversicherung die Portabilität der Alterungsrückstellungen und eine Beitragsbeschränkung unabhängig von der Vorversicherungszeit vor. Letzteres führt dazu, dass die Umverteilungselemente innerhalb der PPV noch ausgeweitet werden.

4. Reform der Pflegeversicherung: Chance auf eine nachhaltige Finanzierung wahren

Angesichts der Unterfinanzierung der SPV und der zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen sowie der mit dem Umlageverfahren verbundenen zunehmenden Lastverschiebung auf die zukünftigen Generationen wird schon seit Jahren über eine grundlegende Finanzierungsreform der Pflegeversicherung diskutiert. Die nun avisierte Pflegereform 2008 vermag nicht die Finanzierungsprobleme zu lösen oder die intergenerative Umverteilung von Jung zu Alt zu senken. Deshalb steht nach wie vor eine finanzierungsseitige Reform der Pflegeversicherung aus. Der Reformdruck ist also nicht weg. Im Gegenteil: Dadurch dass Ausgabensteigerungen beschlossen wurden, für die aber kein Finanzierungskonzept mitgeliefert wurde, wird eine Finanzierungsreform sogar noch dringlicher. Die Reformvorschläge sind zahlreich und reichen von Vorschlägen zur Abschaffung der Pflegeversicherung über eine Weiterentwicklung zur Bürgerversicherung oder zu Pauschalbeitragssystemen bis hin zu einem Umstieg auf ein kapitalgedecktes System (vgl. Übersicht). Allerdings sind nur wenige geeignet, eine nachhaltige und generationengerechte Finanzierung der Pflegeversicherung und die gewünschte Absicherung des Pflegerisikos zu gewährleisten. Nachfolgend werden einige der Reformvorschläge dargestellt und diskutiert.

Reformvorschläge im Überblick

<table>
<tr><td colspan="2">Ausstiegsmodelle</td><td colspan="3">Umstiegsmodelle</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Integration in GKV
Bundespflege-leistungsgesetz
Rückkehr zum Status quo ante</td><td colspan="2" rowspan="2">Umlagesystem</td><td rowspan="2">Misch-system</td><td rowspan="2">Kapital-deckung</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Bürger-ver-sicherung</td><td>SPV-Pauschale</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Teilkapital-deckungs-modelle</td><td>sofortiger Umstieg</td></tr>
<tr><td colspan="2">Bürger-pauschale</td><td>gradueller Umstieg</td></tr>
<tr><td colspan="5">Mischmodelle (Steuer- und Versicherungslösung)</td></tr>
<tr><td colspan="5">Einfrieren des Beitragssatzes und Zahlung eines Bundeszuschusses</td></tr>
<tr><td colspan="5">Einfrieren von Beitragssatz und Leistungen</td></tr>
</table>

Quelle: eigene Darstellung.

4.1 Abschaffung der Pflegeversicherung

Die weitreichendsten Vorschläge bestehen darin, die Pflegeversicherung ganz abzuschaffen. Die Vorstellungen gehen dabei aber weit auseinander. Während die einen eine Integration in die Krankenversicherung befürworten, wollen andere zum Status quo ante zurückkehren oder ein Pflegeleistungsgesetz schaffen.

Integration in die Krankenversicherung

Zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit besteht ein enger Zusammenhang, der eine Trennung von Krankenversicherung und Pflegeversicherung nicht immer sinnvoll erscheinen lässt. So existieren derzeit Schnittstellenprobleme zwischen GKV und SPV bzw. Abgrenzungsprobleme zwischen Pflegeleistungen und Leistungen der Krankenversicherung, die Effizienzverluste erzeugen und die Versorgungsqualität beeinträchtigen. Eine im Wettbewerb stehende Krankenkasse hat einen Anreiz, möglichst viele „grenzwertige“ Ausgaben auf die Pflegekasse zu verschieben, da der vollständige Finanzausgleich in der SPV letztlich dafür sorgt, dass alle

Pflegekassen die Leistungsausgaben gemeinsam tragen.[17] Auch die zunehmend auftretenden Mehrfachbehinderungen, chronischen Krankheiten und Demenzkrankheiten werden die Nachfrage nach Dienstleistungspaketen erhöhen, die Krankenbehandlung und Langzeitpflege verbinden.[18] Die Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft spricht sich genauso wie der Kronberger Kreis dafür aus, die Pflegeversicherung in eine reformierte Krankenversicherung zu integrieren.[19] Durch die Integration kann das Wettbewerbsprinzip der Krankenversicherung auch auf die bisher nicht wettbewerblich organisierte Pflegeversicherung übertragen und eine integrierte abgestimmte Leistungserstellung etabliert werden. Es kann somit mehr Effizienz bei der Leistungserbringung und eine verbesserte Versorgung gewährleistet werden. Zudem entsteht ein Anreiz für die Kassen, nun auch im Pflegebereich der Versicherung wirtschaftliches Verhalten an den Tag zu legen.

Die Integration wird allerdings auch kritisiert. So befürchten einige, dass das Bedarfsprinzip der Krankenversicherung auf die Pflegeleistungen ausgeweitet wird, der Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung verloren geht und damit eine Leistungsausweitung stattfindet. Andere sehen die Gefahr, dass umgekehrt der Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung auf die GKV übertragen wird und die Leistungen der GKV auf eine Grundversorgung beschränkt werden.[20] Wird das Bedarfsprinzip bei den Leistungen für die Kranken und gleichzeitig das Teilkaskoprinzip bei den Leistungen für die Pflegebedürftigen beibehalten, wird es auch nach einer Integration weiterhin Schnittstellenprobleme geben.

Die Wirkungen einer Integration der SPV in die GKV hängen davon ab, wie das Finanzierungssystem der GKV ausgestaltet ist. Findet die Integration in das derzeitige GKV-System statt, ändert sich an den negativen allokativen und den distributiven Wirkungen der SPV im Prinzip nichts. Entsprechend problematisch ist die Integration, da so das reformbedürftige GKV-System noch ausgeweitet wird und zudem noch die weitaus größeren demographischen Probleme der Pflegeversicherung aufgebürdet bekommt.[21] Allokative Vorteile der Integration selbst können nur aus der Beseitigung von Schnittstellenproblemen entstehen und aus dem im Vergleich zur derzeitigen Pflegeversicherung größeren Wettbewerb. Für eine Etablierung des Wettbewerbs im Bereich der Pflegeversicherung ist allerdings die Integration keine notwendige Bedingung. Wettbewerb kann auch erzeugt werden, indem das Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ aufgegeben, eine größere Vertragsfreiheit der Pflegekassen sowie eine Lockerung der festen Budgets eingeführt und der vollständige Finanzausgleich zugunsten eines „echten“ Risikostrukturausgleichs abgeschafft wird.[22]

---

[17] Vgl. Oberender/Fleckenstein (2004), S. 3.
[18] Vgl. Schneider (1999), S. 47.
[19] Vgl. Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003), S. 112 und Kronberger Kreis (2005), S. 33.
[20] Vgl. Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ (2002), S. 264/265.
[21] Die Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft schlägt freilich für die GKV ebenfalls eine grundlegende Reform des Finanzierungssystems vor. Vgl. Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003), S. 73.
[22] Vgl. dazu Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003), S. 107/108.

Rückkehr zum Status quo ante

Kritiker bezeichnen die Pflegeversicherung als „Erbenschutzversicherung“, weil das Vermögen reicher Personen bei Pflegebedürftigkeit tendenziell verschont wird und den Erben somit ein größeres Vermögen übertragen werden kann.[23] Es wird deshalb gelegentlich gefordert, zum Status quo ante zurückzukehren, in dem keine Pflegeversicherung existierte und ergänzende Sozialhilfe zur Finanzierung der Pflegeleistungen erst gewährt wurde, wenn das Einkommen zu gering und/oder das Vermögen des Pflegebedürftigen aufgebraucht waren. Tatsächlich reichte selbst ein überdurchschnittlich hohes Einkommen bzw. Vermögen des Pflegebedürftigen meist nicht aus, so dass auch diese Personen letztlich auf Sozialhilfe angewiesen waren,[24] was entsprechende Ausgaben für die Sozialhilfeträger zur Folge hatte. Vor dem Hintergrund der aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwartenden Zunahme der Pflegefälle, würde ein Rückkehr zum Status quo ante die Sozialhilfeaufwendungen dramatisch steigen lassen, was für viele Kommunen Finanzierungsprobleme und letztlich Steuererhöhungen zur Folge hätte. Eine schleichende Rückkehr zum Status quo ante würde auch dann realisiert werden, wenn man die Leistungen der Pflegeversicherung nicht dynamisieren würde.[25]

Da das Steuersystem letztlich nichts anderes ist als ein Umlagesystem, würde die Lastverschiebung zuungunsten der zukünftigen Generationen der derzeitigen SPV tendenziell erhalten bleiben. Ein weiterer Nachteil der Sozialhilfelösung besteht darin, dass die aus sozialen und ethischen Gründen zu bevorzugende häusliche Pflege nicht begünstigt werden würde. Zudem dürfte einer Rückkehr zum Status quo ante politisch kaum durchsetzbar sein, da die Pflegeversicherung derzeit eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung besitzt.

Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes

Eine andere Reformmöglichkeit, die der zuvor dargestellten sehr ähnlich ist und auch ein stärkeres Zugreifen auf Einkommen und Vermögen erlaubt, besteht darin, vom Versicherungsprinzip abzugehen und ein Pflegeleistungsgesetz einzuführen. Alle Pflegeleistungen werden dann (vom Bund) steuerfinanziert und nur noch bei medizinischer und finanzieller Bedürftigkeit gewährt. Personen, die bestimmte Einkommens- und Vermögensgrenzen überschreiten, erhalten keine Leistungen. Damit es zu keiner Überschneidung mit der Sozialhilfe kommt, muss das Leistungsgesetz für alle Pflegefälle zum Tragen kommen. Entsprechend ist die Abkehr vom derzeitigen Teilkaskoprinzip hin zum Bedarfsprinzip zwingend.[26] Das Leistungsniveau für einen Pflegefall gemäß dem Leistungsgesetz würde also das Leistungsniveau für die bisherigen Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung übersteigen, aber dem gesamten Leistungsniveau für einen Pflegebedürftigen, der ergänzende Sozialhilfe erhält, entsprechen. Die Zuständigkeit

---

[23] Vgl. Oberender/Fleckenstein (2004), S. 11. Letztlich sind allerdings auch andere Versicherungen, zum Beispiel jede Rentenversicherung, Erbenschutzversicherungen.
[24] Vgl. Oberender/Fleckenstein (2004), S. 1.
[25] Vgl. Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003), S. 94.
[26] Vgl. Rürup-Kommission (2003), S. 211. Ansonsten würde es dazu kommen, dass erst das Leistungsgesetz eintritt und dann auch noch die Sozialhilfe. Wenn zwischen beiden Systemen zudem noch der Bedürftigkeitsbegriff unterschiedlich wäre, würde es enorme Verwerfungen geben.

könnte auf die Träger der Sozialhilfe übertragen werden, da sie auch heute schon für Unterstützungszahlungen im Rahmen der ergänzenden Sozialhilfe zuständig sind.

Die Abhängigkeit der Pflegeleistungen von den Steuereinnahmen würde die Planungssicherheit der Bürger einschränken, da sie immer befürchten müssten, dass die Pflegeleistungen nach Kassenlage der öffentlichen Haushalte gewährt werden. Eine wirkliche Absicherung des Pflegerisikos bestünde nicht mehr und der Staatssektor würde noch weiter ausgebaut. Letztlich dürfte es bis auf die Finanzierungszuständigkeit kaum einen Unterschied zwischen der Einführung eines Leistungsgesetztes und einer Rückkehr zum Status quo ante geben.

Insgesamt stellen zumindest die beiden Steuerfinanzierungsmodelle keine wirkliche Reformoptionen dar, da die Absicherung des Pflegerisikos für alle und die Entlastung der Kommunen zwei wichtige Ziele bei der Einführung der Pflegeversicherung waren, die mit einer Sozialhilfelösung und einem Leistungsgesetz nicht mehr erreicht würden. Zudem ist die Versicherungslösung in der Bevölkerung akzeptiert, weshalb Reformvorschlägen, die eine Beibehaltung der Pflegeversicherung vorsehen, bessere Umsetzungschancen eingeräumt werden dürften.

4.2. Reformen bei Erhaltung des Umlagesystems

Bürgerversicherung

Sehr populär ist der Vorschlag, eine Bürgerversicherung einzuführen. Die Konzeption der Bürgerversicherung nimmt an zwei Stellen des derzeitigen Systems Änderungen vor: an der Marktsegmentierung und an der Beitragsbemessungsgrundlage. Die Segmentierung wird vor allem aus verteilungspolitischen Überlegungen kritisiert, da sich gerade die Leistungsfähigsten, Einkommensstärksten beim Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze aus der Solidargemeinschaft der GKV und damit auch aus der SPV verabschieden können. Kritik wird aber auch deshalb geäußert, weil es an der Versicherungspflichtgrenze zu einer „Risikoentmischung“ kommen kann in dem Sinne, dass die hohen Risiken in der Sozialversicherung bleiben, die niedrigen Risiken aber in die private Krankenversicherung mit risikoorientierten Beiträgen und damit auch in die PPV wechseln. Dafür dient regelmäßig als Indiz, dass die Pflegewahrscheinlichkeit für Versicherte der privaten Pflegeversicherung geringer als in der SPV ist.

Im Bürgerversicherungskonzept wird die Segmentierung dadurch überwunden, dass die privat Pflegeversicherten in die SPV einbezogen und die Einkommen dieser Personen verbeitragt werden. Dies würde eine sofortige Beitragssatzsenkung auf 1,4 % erzeugen.

Zusätzlich zur Aufhebung der Segmentierung fordern Vertreter des Bürgerversicherungskonzepts eine Ausweitung der Beitragsbasis durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragspflicht und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Letztlich würde dies bedeuten, dass zur Finanzierung der Pflegeversicherung eine zweite Einkommensteuer erhoben würde mit den negativen Auswirkungen einer Einkommensteuer auf den Wirtschaftsprozess. Zudem ist diese

Form der Finanzierung nicht so „sozial“ wie es den Anschein haben mag. Denn anders als in der Einkommensteuer würde es in der Bürgerversicherung keinen Grundfreibetrag oder andere individuelle Abzugsmöglichkeiten geben. Bis zur Beitragsbemessungsgrenze wäre der Bürgerversicherungsbeitrag eine Flat-Tax und für Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze würde die Beitragserhebung sogar regressiv sein, d.h. je höher das Einkommen desto geringer ist die relative Beitragsbelastung.

Grundsätzlich können alle Maßnahmen zur Ausweitung der Beitragsbasis lediglich eine Reduktion des Beitragssatzes erzeugen, an der in Zukunft zu erwartenden Beitragssatzdynamik ändern sie hingegen nichts. Erreicht wird lediglich ein Niveaueffekt. Da das Umlagesystem auf Kosten der Kapitaldeckung ausgeweitet wird, vergrößert sich die intergenerative Umverteilung zulasten zukünftiger Generationen. Das Bürgerversicherungskonzept geht also genau in die falsche Richtung.

SPV-Pauschale

Ebenfalls an der Beitragsbemessung des derzeitigen Systems setzt das Konzept der SPV-Pauschale an. Doch soll die Einkommensorientierung nicht wie bei der Bürgerversicherung ausgeweitet, sondern im Gegenteil ganz abgeschafft werden. Denn die lohneinkommensorientierte Beitragsbemessung und die paritätische Finanzierung führen dazu, dass eine Beitragssatzerhöhung immer einen Anstieg der Lohnnebenkosten für den Arbeitgeber und eine Reduktion des Nettolohns für den Arbeitnehmer zur Folge hat. Im Ergebnis vergrößert sich der Keil zwischen dem vom Arbeitgeber gezahlten Arbeitsentgelt (Bruttolohn plus Arbeitgeberbeiträge) und dem ausgezahlten Nettoentgelt. Die Arbeitsnachfrage der Unternehmen und das Arbeitsangebot werden dadurch gedämpft, so dass die Beschäftigung beeinträchtigt wird. Um diese negativen Effekte zu vermeiden, wird vorgeschlagen, zwar das Umlagesystem beizubehalten, aber einen Übergang zu lohnunabhängigen, für alle Mitglieder gleich hohen Pauschalbeiträgen vorzusehen. Denn dann bestünde kein direkter Zusammenhang mehr zwischen den Lohnkosten und den Pflegekosten. Der Abgabenkeil zwischen dem vom Arbeitgeber gezahlten Arbeitsentgelt und dem Nettoentgelt des Arbeitnehmers könnte reduziert und damit die Beschäftigung erhöht werden.

Die Höhe eines solchen Pauschalbeitrags in der SPV ergibt sich, indem man die Gesamtausgaben einer Pflegekasse durch die Anzahl der beitragszahlenden Versicherten (Mitglieder) dividiert. Er würde derzeit durchschnittlich rund 30 EUR betragen und bis zum Jahr 2020 auf 46 EUR, bis zum Jahr 2030 auf 64 EUR und auf 119 EUR im Jahr 2050 ansteigen. Unter der Annahme, dass der derzeitige Versichertenkreis beibehalten wird und alle Erwachsenen beitragspflichtig werden, also die beitragsfreie Mitversicherung der Ehepartner ohne eigenes Einkommen aufgegeben wird, ergibt sich ein durchschnittlicher Pauschalbeitrag von derzeit rund 27 EUR monatlich, der bis zum Jahr 2030 auf 57 EUR und bis zum Jahr 2050 auf 106 EUR zunimmt. Die jährliche durchschnittliche Zuwachsrate der Pauschale beträgt dabei rund 3,2 % p.a. Sofern die

Einkommen, aus denen die Prämien bezahlt werden müssen, nicht so schnell wachsen, wird die Belastung mit Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend zunehmen.

Bürgerpauschale

Die Bürgerpauschale ist ein Reformvorschlag, der im Rahmen des Umlagesystems genauso wie die SPV-Pauschale einkommensunabhängige Beiträge vorsieht und genauso wie das Bürgerversicherungskonzept die Marktsegmentierung aufhebt und damit einen einheitlichen Versicherungsmarkt herstellt.[27] Versicherungspflichtig ist die gesamte Wohnbevölkerung, die sich bei den miteinander konkurrierenden unabhängigen[28] Versicherungsunternehmen versichern muss. Der Versicherungsbeitrag errechnet sich, indem die Ausgaben des Versicherungsunternehmens durch seine Mitglieder dividiert werden. Eine solche Pauschale würde derzeit im Durchschnitt je Erwachsenen rund 25 EUR betragen und mit einer Wachstumsrate von durchschnittlich 3,1 % p.a. bis zum Jahr 2050 auf rund 99 EUR (nominal) ansteigen.

Die Achillesverse aller Pauschalbeitragsmodelle besteht darin, dass sie ohne sozialen Ausgleich nicht auskommen. Denn Versicherte, die niedrige Einkommen haben, könnten mit dem einkommensunabhängigen Pflegeversicherungsbeitrag überlastet sein und deshalb einer staatlichen Unterstützung bedürfen. Um die Umverteilungsströme transparenter zu machen und die Versicherungsfunktion von der Umverteilungsfunktion zu trennen, sollte dieser soziale Ausgleich nicht im Versicherungssystem sondern im Steuer- und Transfersystem erfolgen. Doch auch in diesem Fall führt der soziale Ausgleich dazu, dass die mit den Pauschalbeiträgen abgeschaffte Einkommensbezogenheit wieder eingeführt wird. Auch der Abgabenkeil zwischen Bruttoentgelten und Nettolöhnen kann wieder vergrößert werden, je nachdem ob eine Steuer und welche Steuer zur Finanzierung des sozialen Ausgleichs erhöht wird. Letztlich können durch den sozialen Ausgleich ähnliche negative Effekte wie bei der einkommensorientierten Beitragsbemessung auftreten, womit die Pauschalbeitragsmodelle ihren Hauptvorteil zumindest teilweise wieder verlören. Freilich hängt dies von der konkreten Ausgestaltung und damit dem Volumen notwendiger Steuererhöhungen ab.

Als Nachteil eines ausschließlich umlagefinanzierten Bürgerpauschalen-Systems kommt hinzu, dass auch die privaten Pflegeversicherungen im Umlagesystem arbeiten müssten und damit die für eine Verringerung der Belastung zukünftiger Generationen sorgende Kapitaldeckung aufgegeben werden müsste. Die intergenerative Umverteilung würde sogar noch zunehmen. Um dieser Kritik Rechnung zu tragen, könnte die Bürgerpauschale freilich auch mit Kapitaldeckungselementen kombiniert werden.[29]

---

[27] Vgl. SVR (2004), Ziffern 510ff. und 550 ff.

[28] Dies bedeutet, dass das Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ aufgegeben wird und die Pflegeversicherungen nicht mehr „Anhängsel“ der Krankenversicherung sind, sondern als eigenständige Unternehmen auf dem neuen Versicherungsmarkt agieren.

[29] Vgl. SVR (2004), Ziffer 552.

Einfrieren des Beitragssatzes

Will man Beitragssatzerhöhungen wegen ihrer negativen Beschäftigungswirkungen vermeiden, aber trotzdem keine reale Entwertung der Leistungen zulassen, besteht die Möglichkeit, dass der Bund einen Bundeszuschuss leistet, um entstehende Defizite zu decken. Da unter den oben getroffenen Annahmen die mit der Pflegereform 2008 anvisierte Beitragssatzerhöhung für die mittlere Bevölkerungsvariante noch bis zum Jahr 2015 ausreicht, würde erst ab dann ein Bundeszuschuss in Höhe von rund 2 Mrd. EUR fällig. Er stiege auf 9 Mrd. EUR bis 2030 und auf 30 Mrd. EUR bis 2050.

Der Vorteil dieser Maßnahme kann darin gesehen werden, dass die Lohnnebenkosten nicht steigen und alle Steuerzahler an der Finanzierung der Umverteilung innerhalb der SPV beteiligt werden, also auch die Privatversicherten, womit dem immer wieder beklagten Gerechtigkeitsproblem entgegengewirkt werden könnte. Der Nachteil besteht darin, dass es für einen solchen Bundeszuschuss kaum eine ordnungspolitische Begründung gibt. Denn ein Bundeszuschuss ist nur dann angebracht, wenn damit gesamtgesellschaftliche Aufgaben, also eigentlich versicherungsfremde Leistungen finanziert werden.[30] Mit einem solchen Zuschuss würden aber – bis auf die Ausgaben für die beitragsfrei mitversicherten Kinder – weitgehend Versicherungsleistungen finanziert.

Das Defizit bei einem eingefrorenen Beitragssatz könnte auch durch Erhebung eines Pauschalbeitrags gedeckt werden. Dadurch entstünde ein Mischsystem aus einkommensorientierten Beiträgen und Pauschalbeiträgen. Die Zusatzpauschale würde zunächst sehr gering sein und im Jahr 2015 gut 3 EUR monatlich betragen. Im Zeitverlauf würde sie aber zunehmen:[31] auf durchschnittlich 17 EUR in 2030 und 51 EUR in 2050. Ein sozialer Ausgleich müsste zunächst wegen des geringen Pauschalbeitrags nicht installiert werden. Sollte er aber mit zunehmender Prämienhöhe im Zeitverlauf nötig werden, müsste man einen zweiten Einkommensumverteilungsmechanismus etablieren, was die Intransparenz – auch im Vergleich zum Status quo – erhöhen würde. Wenn der Arbeitgeber die Pauschale nicht mitfinanziert, führen Beitragserhöhungen in diesem System nicht mehr zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten.

Teilweise wird auch das Einfrieren sowohl des Beitragssatzes als auch der Leistungspauschalen befürwortet. Dies würde letztlich einer „kalten Abschaffung“ der Pflegeversicherung und einem graduellen Rückkehr zum Status quo ante gleichkommen. Die Leistungspauschalen der Pflegeversicherung verlören mit der Zeit real an Wert, so dass die Pflegebedürftigen und Familienangehörigen sowie bei Bedürftigkeit die Sozialhilfeträger immer stärker in die

[30] Vgl. SVR (2005), Ziffern 507 ff.

[31] Unterstellt ist dabei die mittlere Variante der Bevölkerungsentwicklung, eine Zunahme der Ausgaben je Leistungsempfänger von jährlich 1,5 % ab 2012 und die Basisannahme des Einkommenszuwachses.

Verantwortung genommen würden. Damit würde man zwar dem Vorwurf, dass die Pflegeversicherung nur eine „Erbenschutzversicherung“ sei, begegnen. Es gilt aber die oben vorgebrachte Kritik, dass die Ziele der Absicherung des Pflegerisikos und der Entlastung der Kommunen verfehlt würden. Auch die Entlastung zukünftiger Generationen gelänge kaum, da das Steuersystem ebenfalls als Umlagesystem interpretiert werden kann.

4.3. Mischsysteme: Ergänzung des Umlagesystems durch kapitalgedeckte Elemente (Teilkapitaldeckung)

Einige Reformvorschläge sehen Mischsysteme aus Umlagesystem und Kapitaldeckung vor. Dabei kann man vor allem danach unterscheiden ob die Kapitaldeckung im Kollektiv oder auf individueller Ebene durchgeführt wird. Bei der kollektiven Kapitaldeckung spart die gesamte Versichertengemeinschaft einen Kapitalstock an, um zukünftige höhere Ausgaben für die gesamte Versichertengemeinschaft finanzieren zu können. Bei der individuellen Kapitaldeckung spart ein Versicherter für sich selbst, um seine zukünftigen Pflegekosten zu finanzieren oder um sich die höheren Beiträge des Umlagesystems leisten zu können.

Die beiden Möglichkeiten unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der **intergenerativen Verteilungseffekte**.[32] Da bei der individuellen Kapitaldeckung jeder für sich selbst vorsorgt, gibt es grundsätzlich keine intergenerativen Transfers. Bei der kollektiven Kapitaldeckung dagegen kommt es zu intergenerativen Verteilungseffekten. Denn die kollektive Kapitaldeckung ist letztlich nichts anders als die Umkehrung des Umlagesystems und wäre grundsätzlich dazu geeignet, einige der mit dem Umlageverfahren zusammenhängenden (intergenerativen) Umverteilungseffekte wieder rückgängig zu machen. Im Umlageverfahren gibt es immer Einführungsgewinnergenerationen, die die vollen Leistungen erhalten, aber keine oder nur geringe Beiträge gezahlt haben. Bei der kollektiven Kapitaldeckung gibt es dagegen immer Einführungsverlierergenerationen, die durch Beiträge den Kapitalstock aufbauen, aber nicht oder kaum in den Genuss des beitragssenkenden Effektes der Erträge bzw. der Auflösung des Kapitalstocks kommen. Insofern könnte der Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks bald nach der Einführung des Umlagesystems dazu führen, dass die Einführungsgewinnergenerationen des Umlagesystems zumindest zum Teil auch die Einführungsverlierergenerationen des Aufbaus eines kollektiven Kapitalstocks sind. Die Umverteilung zugunsten der Einführungsgewinner des Umlagesystems würde also teilweise rückgängig gemacht.

Ein **kollektiver Kapitalstock** kann z.B. zur Beitragssatzglättung im Umlagesystem eingesetzt werden. Der Beitragssatz muss dann heute stärker erhöht werden, als zur Deckung der Ausgaben notwendig ist. Mit dem Überschuss wird ein Kapitalstock gebildet, der später – wenn die Ausgaben im Umlagesystem die Einnahmen übersteigen, aufgelöst wird, um eine Beitragssatzsteigerung zu verhindern. So könnte man den Beitragssatz bis zum Jahr 2050 konstant halten, wenn er im

[32] Vgl. Gasche (2007).

Jahr 2008 auf durchschnittlich 2,52 % erhöht werden würde.[33] Ab dem Jahr 2027 würde die Kapitalbildung ihre beitragssatzsenkende Wirkung entfalten. Zunächst würden die Zinserträge den Beitragssatz stabilisieren,[34] so dass der Kapitalstock noch bis zum Jahr 2037 auf 143 Mrd. EUR anwachsen kann, bevor er allmählich abgeschmolzen werden muss. Im Jahr 2051 müsste der Beitragssatz dann aber, da das angesparte Kapital verbraucht ist, stark angehoben werden – bis auf fast 3,7 % – um die Ausgaben des Umlagesystem zu decken. Würde man den Beitragssatz bis zum Jahr 2100 stabilisieren wollen, müsste der Beitragssatz heute schon auf 2,75 % erhöht werden.

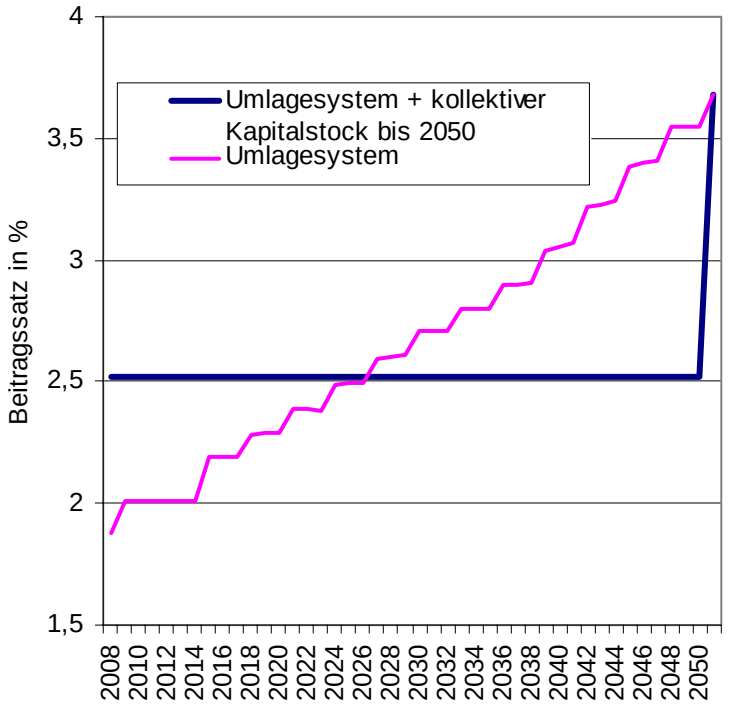
Die Hauptkritik an der Bildung eines kollektiven Kapitalstocks ist die willkürliche Wahl des Endzeitpunktes, also dem Jahr, bis zu dem der Kapitalstock für Beitragssatzstabilität sorgen soll, da diese Wahl ebenso willkürliche Verteilungsurteile impliziert. Deshalb ist die Bildung eines kollektiven Kapitalstocks nur dann sinnvoll, wenn ein temporärer „Belastungsberg“ anders verteilt, – also gleichsam untertunnelt – werden soll. Kommt etwa die Alterung zum Stillstand in dem Sinne, dass der Altenquotient nicht mehr steigt,[35] dann gibt es keine Beitragssatzerhöhungen aufgrund der demographischen Entwicklung mehr. Der Beitragssatz wird dann im Wesentlichen von der Einkommensentwicklung und der Leistungsdynamisierung bestimmt. Bei einem entsprechenden Anstieg der beitragspflichtigen Einkommen sind sogar Beitragssatzsenkungen möglich. In diesem Fall wäre eine „Untertunnelung“ der vorübergehenden hohen Beitragsbelastung durch kollektive Kapitaldeckung sinnvoll. Unabhängig davon besteht bei der Bildung eines kollektiven Kapitalstocks immer die Gefahr, dass ein Kapitalstock Begehrlichkeiten bei der Politik zur Zweckentfremdung oder zu wählerfreundlichen Leistungsausweitung weckt.[36]

In jüngster Vergangenheit wurde ein Vorschlag aus dem bayerischen Sozialministerium (Stewens-Vorschlag) diskutiert, der eine ergänzende Kapitaldeckung vorsieht. Danach sollten der Beitragssatz im Umlagesystem eingefroren und die Kosten für die Dynamisierung und der demographischen Entwicklung durch eine (private) **kapitalgedeckte Zusatzversicherung** aufgebracht werden. Die Prämie für die ergänzende Zusatzversicherung sollte zunächst 6 EUR monatlich betragen und dann jährlich um einen EUR steigen.[37] Die detaillierte Ausgestaltung war ansonsten noch unklar, vor allem welche Kosten die Zusatzversicherung ganz konkret bezogenen auf den einzelnen Pflegefall übernehmen sollte.

---

[33] Dabei wurden eine Leistungsdynamisierung von 1,5% p.a. und die Basisannahme des Einkommenszuwachses unterstellt.
[34] Dabei wurde eine Nominalverzinsung von 4% p.a. unterstellt.
[35] Amtliche Bevölkerungsvorausberechnungen gibt es nur bis zum Jahr 2050. Bis 2050 steigt der Altenquotient an. Nicht amtliche Bevölkerungsprojektionen, die über das Jahr 2050 hinaus gehen, weisen aber eine tendenzielle Konstanz des Altenquotienten ab 2050 aus, so dass ein solches Szenario nicht unrealistisch ist. Vgl. z.B. Birk (2003), S. 12 und S. 22.
[36] Vgl. Deutsche Bundesbank (2007), S. 43.
[37] Einen ganz ähnlichen Vorschlag hat die Initiative Finanzstandort Deutschland (IFD) unterbreitet. Vgl. IFD (2005), S. 4/5. Den “Stewens-Vorschlag” gibt es in mehreren Versionen. Eine Version wird auch als „Modell der B-Länder“ bezeichnet. Vgl. dazu Schulze-Ehring (2007).

Beitragssatzglättung in der SPV durch einen kollektiven Kapitalstock



Quelle: eigene Berechnungen.

Geht man davon aus, dass die Leistungsverbesserungen der Pflegereform 2008 umgesetzt werden und die kapitalgedeckte Zusatzversicherung alle Ausgaben decken soll, die mit dem bestehenden Beitragssatz nicht finanziert werden können,[38] dann ist anfänglich ein monatlicher Beitrag von 4 EUR pro Mitglied erforderlich, der jährlich um 1 EUR steigt.[39] Der Finanzierungsanteil der kapitalgedeckten Versicherung würde von anfänglich 7% auf 35% im Jahr 2035 und auf über 50 % im Jahr 2050 ansteigen. Unklar ist, wie hoch die Verwaltungskosten eines solchen Systems wären und ob diese die eigentliche Prämie anfänglich nicht sogar übersteigen würden.

4.4. Umstieg zu einem kapitalgedeckten System

Wegen der starken Demographie- und Altersabhängigkeit der Ausgaben ist die Pflegeversicherung geradezu prädestiniert für die Kapitaldeckung. Deshalb wird gefordert, den Fehler der Ausgestaltung der SPV als Umlagesystem rückgängig zu machen, indem man auf ein kapitalgedecktes System umsteigt. Solche Umstiegsmodelle, die einen graduellen Übergang zu einem kapitalgedeckten System vorsehen, gibt es mittlerweile viele. Die bekanntesten sind wohl das Kohortenmodell des Sachverständigenrates[40] und das an der Universität Freiburg entwickelte Auslaufmodell.[41] Ein Umstieg vom Umlagesystem zu einem kapitalgedeckten System hat immer eine Doppelbelastung von Umstiegsgenerationen zur Folge. Das sind diejenigen

[38] Im Prinzip muss die Tragfähigkeitslücke, die bei einem Beitragssatz von 1,7 bzw. 1,95 entstehen würde, kapitalgedeckt werden.
[39] Damit steigt der monatliche Beitrag bis auf 46 EUR bis 2050 an.
[40] Vgl. SVR (2004), Ziffern 546 ff.
[41] Vgl. z.B. Häcker/Raffelhüschen (2003).

Geburtsjahrgänge, die für sich eine Kapitaldeckung aufbauen müssen, gleichzeitig aber aufgrund des Generationenvertrages die Ansprüche der älteren Jahrgänge befriedigen müssen. Diese Doppelbelastung der Übergangsgenerationen ist es, die einen Systemwechsel schwierig macht und die Akzeptanz für einen solchen Wechsel einschränkt. Deshalb gilt es, die Umstiegskosten möglichst „geschickt" auf Jung und Alt, auf Beitragszahler und Steuerzahler, auf Erwerbstätige und Rentner und auf heutige und zukünftige Generationen zu verteilen. Der Hauptunterschied zwischen den verschiedenen Umstiegsmodellen besteht mithin genau in dieser Verteilung.

Die neue kapitalgedeckte Pflegeversicherung

Ein allmählicher Übergang zu einem neuen kapitalgedeckten Pflegeversicherungssystem könnte die folgenden Charakteristika haben:

- Alle Versicherten der SPV, die jünger als z.B. 55 Jahre sind (Geburtsjahrgänge 1954 und jünger bei einem Umstieg im Jahr 2008), scheiden aus der SPV aus und müssen eine private kapitalgedeckte Pflegeversicherung abschließen.
- Nur die über 55-Jährigen (Geburtsjahrgänge 1953 und älter) verbleiben in der SPV. Damit läuft das Umlagesystem allmählich aus.
- Im auslaufenden Umlagesystem bezahlen die über 55-Jährigen weiterhin Beiträge. Diese werden aber nicht ausreichen, um die Ausgaben des Umlagesystems zu decken. Deshalb ist ein Zuschuss aus allgemeinen Steuermitteln und/oder eine Altenumlage der Jüngeren (unter 55-Jährige) notwendig.
- Pflegeversicherungen treten in Wettbewerb zueinander und bieten altersabhängige kapitalgedeckte Unisextarife an. Es besteht Kontrahierungszwang und eine Risikoprüfung findet nicht satt.
- Kinder sind beitragsfrei mitversichert.
- Für Bezieher geringer Einkommen müssen staatliche Zuschüsse gezahlt werden.

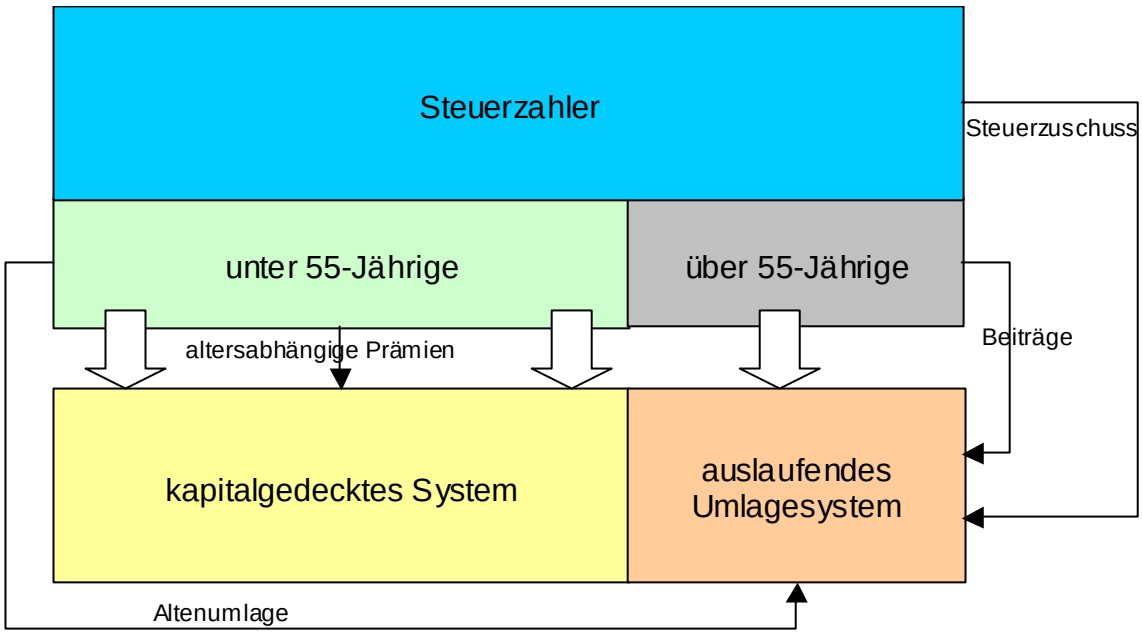
Würde im Jahr 2008 für die Jahrgänge 1954 und jünger eine Versicherungspflicht in einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung eingeführt, so würden altersabhängige Unisex-Prämien zwischen 26 EUR für einen 20-Jährigen und 46 EUR monatlich für einen 54-Jährigen liegen. Die Prämie für die jüngeren Jahrgänge ist geringer, da sie mehr Zeit zur Verfügung haben, den notwendigen Kapitalstock aufzubauen. Für die älteren Jahrgänge ist diese Zeit entsprechend kürzer, weshalb die Prämien höher ausfallen müssen. Allerdings zeigt sich, dass ein Wechsel zu einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung mit altersabhängigen Beiträgen durchaus auch für über 50-Jährige noch finanzierbar ist, da das Pflegerisiko und die Pflegeausgaben vor allem für über 80-Jährige hoch sind. Somit bleibt auch einem 54-Jährigen noch genügend Zeit, um Alterungsrückstellungen innerhalb einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung zu bezahlbaren Prämien zu bilden.[42]

[42] Altersabhängige Prämien vermeiden die intergenerative Umverteilung zwischen den Übergangsjahrgängen. Will man die Belastung der Übergangsjahrgänge nicht differenzieren,

Die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder kann durch einen Prämienaufschlag von etwa 2 EUR finanziert werden oder – wenn man die Förderung der Kinder als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ansieht – ordnungspolitisch korrekt durch einen Zuschuss aus Steuermitteln, der anfänglich rund 800 Mio. EUR beträgt und auf über 1,1 Mrd. EUR in 2050 ansteigt.

Ein solcher gradueller Umstieg zu einem kapitalgedeckten System würde im ersten Jahr das Prämienvolumen von kapitalgedeckten Pflegeversicherungen überschlagsmäßig gerechnet um 15 Mrd. EUR ansteigen lassen. Da die Versicherten anfangs noch relativ jung sind, ist die Pflegehäufigkeit und damit die Versicherungsleistungen zunächst gering. Bis 2030 würde das jährliche Beitragsvolumen auf weit über 20 Mrd. EUR wachsen.

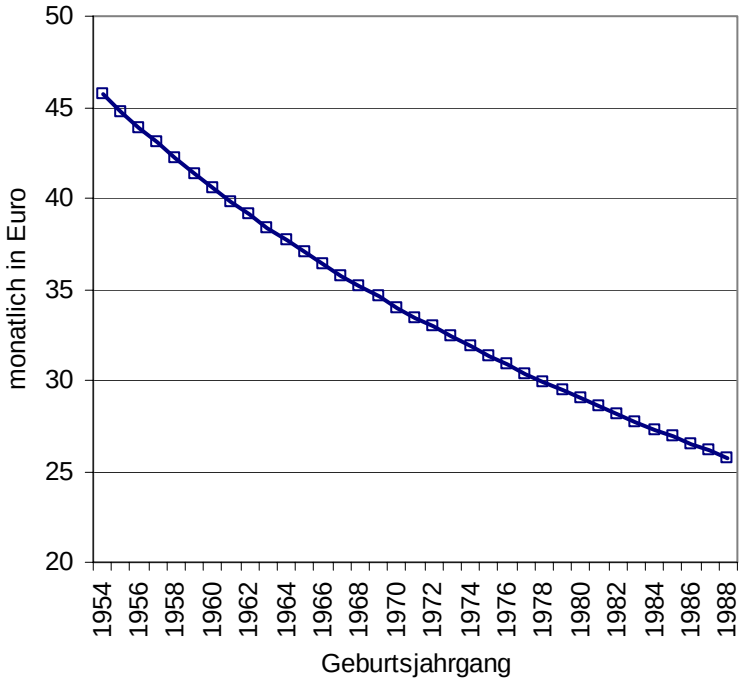
Umstiegsmodell



Quelle: eigene Darstellung.

können auch einheitliche Pauschalen erhoben werden, was allerdings wiederum Umverteilung von Jung nach Alt bedeutete.

Altersabhängige Prämien[a)] in der kapitalgedeckten Pflegeversicherung



[a)] Berechnet wurden sog. aktuarisch faire Prämien. Der Kalkulationszinssatz beträgt 4% p.a.
Quelle: eigene Berechnungen.

Kosten des auslaufenden Umlagesystems und ihre Finanzierung

Wenn die unter 55-Jährigen (Jahrgänge ab 1954 bei einem Umstieg 2008) eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung abschließen müssen und die älteren Jahrgänge im Umlagesystem bleiben, läuft das Umlagesystem graduell aus. Doch müssen die Pflegeausgaben dieses auslaufenden Systems noch etwa 50 Jahre finanziert werden. Diese Ausgaben betragen anfänglich rund 16 Mrd. EUR jährlich und steigen zunächst noch an, weil die Anzahl der Pflegefälle im auslaufenden Umlagesystem in den ersten Jahren noch zunimmt. Der Höhepunkt der Anzahl der Pflegefälle ist mit rund 2 Mio. im Jahr 2020 erreicht. Die Ausgaben betragen dann 22 Mrd. EUR und steigen bis 2030 noch auf 24 Mrd. EUR, bevor sie dann kontinuierlich sinken, bis es ca. im Jahr 2055 keine nennenswerten finanziellen Belastungen mehr geben dürfte, weil die Anzahl der Versicherten im Umlagesystem (dann über 100-Jährige) sehr gering sein wird. Der Barwert der bis dahin anfallenden Ausgaben beträgt 372 Mrd. EUR. Diese Kosten kann man als „Umstiegskosten“ bezeichnen. Doch muss man sich klar machen, dass diese Kosten auch im Umlagesystem angefallen wären. Dort wären sie aber nicht offen zu Tage getreten, sondern wären implizit angefallen und hätten im Wesentlichen von zukünftigen Generationen durch höhere Beitragssätze finanziert werden müssen.

Hinsichtlich der Verteilung der Umstiegskosten dürfte unumstritten sein, dass sich die im Umlagesystem verbleibenden Versicherten durch Beiträge an den Kosten des auslaufenden Umlagesystems beteiligen müssen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob ihr Beitrag im Vergleich zum Status quo steigen müsste. Rechtfertigen könnte man dies damit, dass durch eine stärkere

Beteiligung der Älteren an den eigenen Pflegekosten die intergenerativen Transfers reduziert werden und die jüngeren Jahrgänge nicht so stark belastet werden.

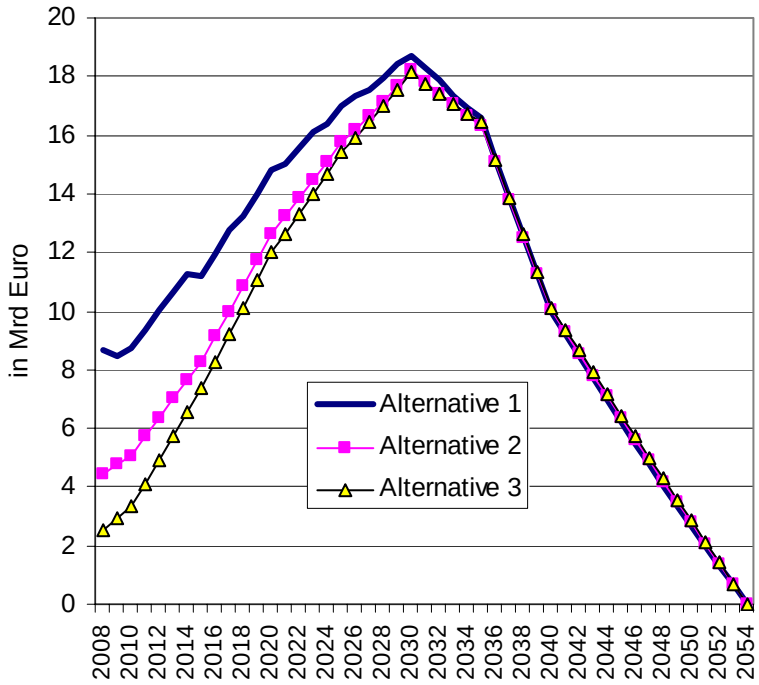
Berechnet werden im Folgenden **drei Alternativen**:

- Alternative 1: Der Beitragssatz für die Jahrgänge 1953 und älter entspricht demjenigen Beitragssatz, den es in der SPV ohne Reformen gegeben hätte, er steigt also von im Durchschnitt 2,0 % auf 3,5 % in 2050 an.
- Alternative 2: Der Beitragssatz für die Alten beträgt durchgängig 3,0 %.
- Alternative 3: Im Umlagesystem wird ein Pauschalbeitrag von zunächst 53 EUR monatlich erhoben. Der Beitrag steigt in jedem Jahr um einen Euro an.

Unabhängig davon, welche der genannten Finanzierungsoptionen realisiert wird, das auslaufende Umlagesystem kann von den dort versicherten Personen nicht getragen werden. Es entsteht jährlich ein Defizit, das Im Fall von Alternative 3 mit anfänglich rund 2,5 Mrd. EUR am geringsten ausfällt, da ein monatlicher Beitrag von zunächst 53 EUR je Mitglied weit über den Durchschnittsbeitrag liegt, den diese Versichertengruppe derzeit leistet. Insofern würde Alternative 3 zunächst die stärkste Beteiligung der älteren, im Umlagesystem verbleibenden, Versicherten mit sich bringen. Ihr Deckungsbeitrag würde anfänglich auf 84 % ansteigen, dann aber drastisch auf nur noch 14 % in 2050 sinken, weil die Anhebung der Pauschale nicht in gleichem Maß erfolgt wie die Kosten steigen. Belegt man das Einkommen der Personen im Alter über 55 Jahren weiterhin mit einem Beitragssatz, der dem der SPV ohne Reform entspricht (Alternative 1), beläuft sich die Deckungslücke anfänglich schon auf 8,7 Mrd. EUR. Der Deckungsbeitrag beträgt dann 45 %, sinkt aber sehr schnell, da bald alle Personen im auslaufenden System das Rentenalter erreicht haben und dann über geringere beitragspflichtige Einkommen verfügen. Bei einem Beitragssatz für die „Altversicherten“ von durchgängig 3 % (Alternative 2) würde ein anfängliches Defizit von 4,5 Mrd. EUR entstehen. Der Deckungsbeitrag würde zunächst 72 % betragen und bis 2050 auf 17 % sinken.

Im Jahr 2030 hat das Defizit (Ausgaben des auslaufenden Umlagesystems abzüglich Beiträge der Versicherten im Umlagesystem) für alle Alternativen mit etwa 18 Mrd. EUR sein Maximum erreicht und sinkt dann stetig. Die verschiedenen Beitragsalternativen der Älteren unterscheiden sich dann bezüglich des Volumens der Beitragseinnahmen kaum noch. Insgesamt werden die Versicherten des auslaufenden Umlagesystems – ausgedrückt in Barwerten – in der Alternative 1 rund 117 Mrd. EUR, in der Alternative 2 rund 156 Mrd. EUR und in der Alternative 3 rund 170 Mrd. EUR der gesamten Umstiegskosten von 372 Mrd. EUR durch eigene Beiträge selbst tragen.

Defizit des auslaufenden Umlagesystems in Abhängigkeit von der Selbstbeteiligung der Älteren

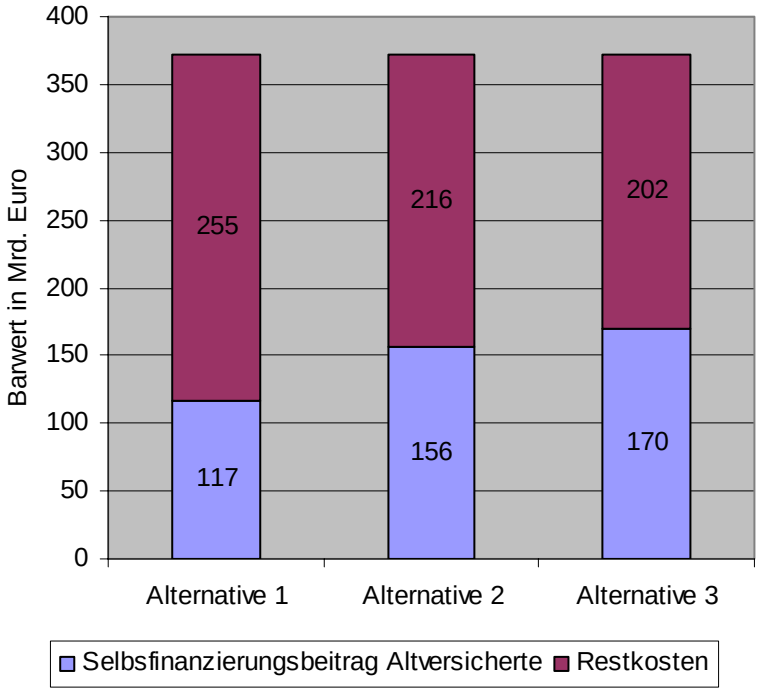


Quelle: eigene Berechnungen.

Damit muss je nach Ausmaß der Selbstbeteiligung der Altversicherten (Alternativen 1 bis 3) eine barwertmäßige Restbelastung von 202 Mrd. bis 255 Mrd. EUR sowohl interpersonell als auch intertemporal aufgeteilt werden.[43] Dazu ist als erstes die Gruppe der Finanziers festzulegen. In Frage kommen die Gesamtheit der Steuerzahler und/oder die Versicherten, die zum Zeitpunkt des Umstiegs jünger als 55 Jahre sind. Zweifellos ist die Schnittmenge zwischen beiden Gruppen sehr groß. Im ersten Fall würde man auch noch die Älteren in dem Maße wie sie zum gesamten Steueraufkommen beitragen ein „zweites“ Mal an ihren eigenen Kosten partizipieren lassen, während im zweiten Fall diese Älteren nicht noch einmal zur Finanzierung beitragen müssten.

[43] Die intertemporale Aufteilung entspricht hier der intertemporalen Aufteilung der Defizite des auslaufenden Umlagesystems. Durch staatliche Kreditfinanzierung oder durch Kapitalbildung kann diese intertemporale Aufteilung grundsätzlich geändert werden mit den entsprechenden Konsequenzen auch für die intergenerative Verteilung der Übergangslasten.

Umstiegskosten[a)]



[a)] Barwert der Ausgaben für die Versicherten des auslaufenden Umlagesystems bis 2055. Im Beispiel sind dies 372 Mrd. EUR.
Quelle: eigene Berechnungen.

Steht die Gruppe der Zahler fest, muss geklärt werden, wie die Kosten auf diese Zahler verteilt werden. Im Falle der Gruppe der Steuerzahler hängt die individuelle Belastungen und die volkswirtschaftlichen Effekte davon ab, welche Steuern zur Finanzierung erhöht werden. Soll der Zahlerkreis dagegen nur die zum Zeitpunkt des Umstiegs unter 55-Jährigen betreffen, muss eine neue Steuer geschaffen werden. Diese „Umstiegssteuer“ kann als Pauschalsteuer oder einkommensabhängig erhoben werden. Als Pauschalsteuer ausgestaltet entspricht diese Steuer der „Altenpauschale“, die der Sachverständigenrat im Rahmen seines „Kohortenmodells“ vorgeschlagen hat. Als einkommensbezogene Steuer konzipiert, erhält man den so bezeichneten „Solidarbeitrag“ im Rahmen des Freiburger Auslaufmodells. Die „Altenpauschale“ würde anfänglich – je nach Alternative für die Beteiligung der Versicherten im auslaufenden System – monatlich zwischen 5 EUR und 16 EUR betragen. Im Jahr 2030 erreicht sie etwa 25 EUR, bevor sie kontinuierlich sinkt. Der Solidarbeitrag würde – wenn man als Steuerbemessungsgrundlage die beitragspflichtigen Einkommen heranzieht[44] – je nach Beteiligung der im Umlagesystem verbleibenden Älteren – zunächst zwischen 0,28 % und 0,96 % betragen, auf über 1 % ansteigen und ab 2030 kontinuierlich sinken.

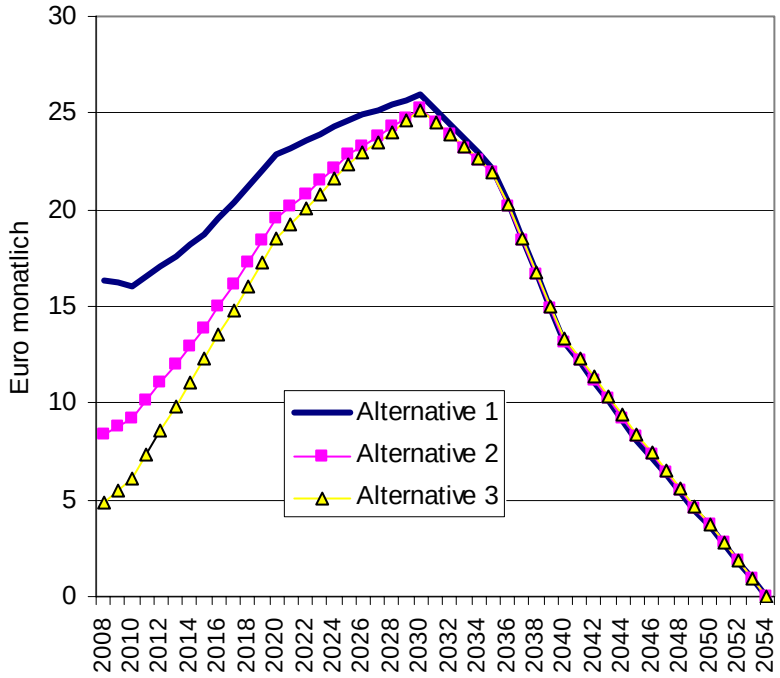
Altenpauschale und Solidarbeitrag unterscheiden sich in ihren allokativen Wirkungen. Der Solidarbeitrag ist nichts anderes als eine Lohnsteuer und belastet den Faktor Arbeit. Die „Altenpauschale“ dagegen hat für sich genommen als Pauschalsteuer keine verzerrenden Effekte.

[44] Würde man zusätzlich andere Einkommensarten mit einbeziehen, fiele der Satz entsprechend geringer aus.

Wird allerdings auch hier ein sozialer Ausgleich eingeführt in dem Sinne, dass Personen mit geringen Einkommen einen geringeren Betrag oder keine Steuer leisten müssen, wird die Einkommensbezogenheit mit den verzerrenden Wirkungen indirekt eingeführt. Mithin würden sich Altenpauschale und Solidarbeitrag letztlich hinsichtlich der Wirkungen kaum unterscheiden.

Insgesamt zeigt sich, dass ein Umstieg zu einem kapitalgedeckten System Kosten verursacht, die man nicht reduzieren sondern nur unterschiedlich verteilen kann. Belastet werden von diesem Umstieg vor allem die heute erwerbstätigen Jahrgänge und in gewissem Maße auch noch die gerade geborenen Kohorten. Die zukünftigen Generationen müssen dagegen kaum noch Umstiegskosten tragen.[45] Sie werden im Vergleich zur Beibehaltung des Umlagesystems entlastet. Genau dies ist der wichtigste Grund der Reform, nämlich die mit dem Umlagesystem verbunden intergenerative Lastverschiebung auf die zukünftigen Generation zu beenden. In einem kapitalgedeckten System bezahlt idealerweise jede Generation für sich selbst und eine Lastverschiebung findet nicht satt. Bis dieses aber installiert ist, werden die Übergangsgenerationen doppelt belastet, da sie das alte Umlagesystem ausfinanzieren und für sich selbst einen Kapitalstock aufbauen müssen.

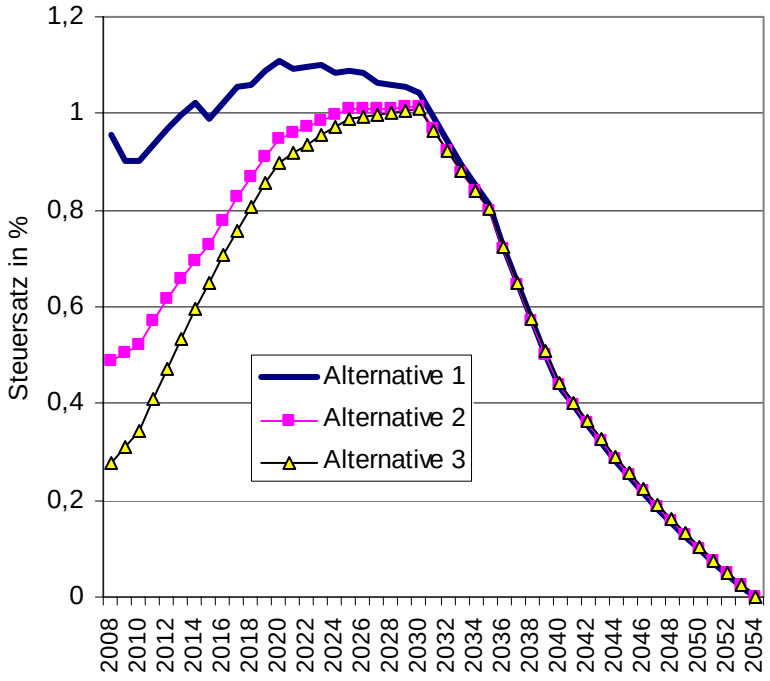
Altenpauschale zur Finanzierung des auslaufenden Umlagesystems



Quelle: eigene Berechnungen.

[45] Dies ist allerdings nur dann der Fall, wenn die Umstiegskosten nicht kreditfinanziert werden. Bei einer staatlichen Kreditfinanzierung könnten die zukünftigen Generationen – trotz Umstieg – genauso wie im Umlagesystem belastet werden. Die implizite Schuld des Umlagesystems würde dann nur durch eine explizite Staatsverschuldung ersetzt und hinsichtlich einer Entlastung zukünftiger Generationen wäre nichts erreicht.

Solidarsteuersatz zur Finanzierung des auslaufenden Umlagesystems



Quelle: eigene Berechnungen.

5. Fazit: Herausforderungen annehmen – Chancen nutzen

Es gibt keine Versicherung, deren Ausgaben so stark vom Alter der Versicherten abhängen wie die Pflegeversicherung und es gibt keine Versicherung, in der die Ausgaben mit zunehmenden Alter eines Versicherten so stark ansteigen. Wegen dieser Tatsache ist es vor dem Hintergrund der rasanten demographischen Entwicklung kein Wunder, dass die SPV an ihre Grenzen stößt. Der Beitragssatz steigt zwangsläufig und die jeweils jungen Generationen müssen immer mehr für die jeweils alten Generationen aufwenden. Die ohnehin schon enorme intergenerative Umverteilung von Jung zu Alt steigt also noch weiter an. Die Antwort auf diese problematische Entwicklung ist eine stärkere Kapitaldeckung. Denn durch die Kapitalbildung können Lasten anders über die Zeit und über die Generationen verteilt werden. Wegen ihrer Alterungsabhängigkeit ist die Pflegeversicherung für die Kapitaldeckung geradezu prädestiniert. Leider wurde dies bei der Schaffung der SPV im Jahr 1995 zu wenig berücksichtigt und trotz aller Warnungen ein Umlagesystem installiert. Dieser Fehler muss korrigiert werden. Die beste Antwort auf die Herausforderungen der demographischen Entwicklung im Bereich Pflege wäre der graduelle Umstieg zu einem vollständig kapitalgedeckten System.

In diesem Fall besteht nicht nur die Chance, an einem stark wachsenden Markt für Pflegedienstleistungen zu partizipieren, sondern auch einen stark wachsenden privatwirtschaftlich organisierten Versicherungsmarkt zu generieren, auf dem Pflegeversicherungen im Wettbewerb zueinander stehen. Der Wettbewerb auf der Versicherungsseite kann sich dann über Leistungsmanagement der Versicherungen auch positiv auf die Effizienz der Leistungsseite auswirken. Die Frage ist also nicht, ob diese Märkte wachsen, die Frage besteht darin, ob Politik

und Wirtschaft ihre Chance nutzen, einen auf Wettbewerb und Effizienz ausgerichteten prosperierenden Wirtschaftssektor zu schaffen, der zudem eine bestmögliche Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleistet.

Literatur

Adrian, H. (2007): Implications of Persistent Birth Deficts on the Wealth of Nations, Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Juni 2007.

Birk, Herwig (2003): Dynamik der demographischen Schrumpfung und Alterung in Europa: Gestaltungskonsequenzen für Deutschland, Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik, Bielefeld, Januar 2003.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007): Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 19. Juni 2007.

Bundesverfassungsgericht (2001): Urteil vom 3. April 2001, BVerfG, 1BvR 1629/94.

Deutsche Bundesbank (2007): Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der Pflegeversicherung, Monatsbericht, April 2007, S. 29-45.

Dresdner Bank (2007): Branchen-Report – Altenpflegeheime, Mai 2007.

Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestags-Drucksache 14/8800, 23.03.2002.

Fetzer, S., Moog, S. und Raffelhüschen, B. (2003): Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, (Diskussionsbeiträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, 106/03), Freiburg.

Gasche, M. (2007): Finanzierungsseitige Reform der Pflegeversicherung: Warum und wie?, in Wirtschaftsdienst 6/2007, S. 359-363.

Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003): Vorläufiger Ergebnisbericht des Gemeinschaftsprojektes „Reform der Sozialen Sicherung“.

Häcker, J. und Raffelhüschen, B. (2003): Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, (Diskussionsbeiträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, 110/03), Freiburg.

Initiative Finanzstandort Deutschland (IFD) (2005): Mehr Eigenverantwortung und Kapitaldeckung in der Kranken- und Pflegeversicherung, 12. Dezember 2005.

Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission) (2003): Bericht der Kommission, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.

Kronberger Kreis (2005): Tragfähige Pflegeversicherung, Stiftung Marktwirtschaft, Schriftenreihe: Band 42, Berlin.

Niehaus, Frank (2006): Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten der privaten Krankenversicherung, WIP-Diskussionspapier 7/06, Köln.

Oberender, P. und Fleckenstein, J. (2004): Reform der Sozialen Pflegeversicherung in Deutschland, (Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Universität Bayreuth), Bayreuth.

Raffelhüschen, B. u.a. (2007): Die Generationenbilanz – Brandmelder der Zukunft, Stiftung Marktwirtschaft, Mai 2007.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2006): Widerstreitende Interessen - Ungenutzte Chancen, Jahresgutachten 2006/07, Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2005): Die Chance nutzen - Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten 2005/06, Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2004): Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2003): Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren, Jahresgutachten 2003/04, Stuttgart.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2002): Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum, Jahresgutachten 2002/03, Stuttgart.

Schneider, U. (1999): Die soziale Pflegeversicherung in Deutschland: Gestaltung, Implementierung und erste Bewertung, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, Bd. 52, 2/99, S. 37-89.

Schulte, C. und Stanowsky, J. (2005): Pflegeversicherung mit Therapiebedarf, Dresdner Bank Economic Research Working Paper, Nr. 50, 27.07.2005.

Schulze-Ehring, F. (2007): Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 2/07, Köln.

Statistisches Bundesamt (2007): Statistisches Jahrbuch 2007, Wiesbaden.