

## Working Paper

Nr.: 50, 27.07.2005

Autoren: Christian Schulte, Dr. Jürgen Stanowsky

---

# Pflegeversicherung mit Therapiebedarf

## 1 Einleitung

Alle Zweige der Sozialversicherung sind von demographischen Veränderungen betroffen. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung als Folge einer gestiegenen Lebenserwartung und gesunkener Fertilität stellt unser umlagefinanziertes System vor eine große Herausforderung. Bislang steht die Rentenversicherung im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses. Hier springt der Zusammenhang zwischen Alterung, Ausgabenanstieg und Einnahmeproblemen am leichtesten ins Auge. Aber auch bei der Kranken- und der Pflegeversicherung steigen die Ausgaben rapide mit dem Alter der Versicherten an und auf der Einnahmenseite sind die Probleme die gleichen wie bei der Rente. Die Pflegeversicherung ist in erheblichen Reformnöten, soll sie auch zukünftig ihrer Aufgabe auch nur annähernd gerecht werden. Im Jahr 1995 wurde mit der sozialen Pflegeversicherung die 5. Säule im deutschen Sozialversicherungssystem geschaffen. Zu diesem Zeitpunkt hätte man eigentlich klüger sein sollen und können. Denn damals leuchteten schon die Warnlampen: Die Nachhaltigkeit der umlagefinanzierten Sozialsysteme war nicht gewährleistet. Es fehlte nicht an Experten, die auf die Gefahren hinwiesen und ein kapitalgedecktes Modell propagierten.

Inwieweit eine nachhaltige Reform der Pflegeversicherung gelingt, ist aus heutiger Sicht noch nicht erkennbar. In diesem Beitrag zeigen wir die Gefahren und Lösungsmöglichkeiten für die Zukunft der Pflegeversicherung auf. Kapitel 2 behandelt das aktuelle System und zeigt, welche Herausforderungen die Zukunft bringt. Herausforderungen, denen nur durch eine stärkere oder gar vollständige Kapitaldeckung der Pflegeleistungen begegnet werden kann. Ein Festhalten an der gegenwärtigen Finanzierungs- und Leistungsstruktur entwertet die Pflegeversicherung über kurz oder lang. Eine grundlegende Neuausrichtung ist daher notwendig, dies wird in Kapitel 3 diskutiert.

## 2 Die soziale Pflegeversicherung vor immensen Problemen

### 2.1 Merkmale des Pflegeversicherungssystems

Grundsätzlich sind sämtliche **Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung** bei ihrer Krankenkasse auch pflegeversichert<sup>1</sup>. Eine Versicherungspflicht gilt auch für **Versicherte privater Krankenkassen**, die bei einem privaten Krankenversicherer ihrer Wahl eine **Pflegepflichtversicherung (PPV)** abschließen müssen. **Im Regelfall stammen auch hier Kranken- und Pflegeversicherung von einem Anbieter.** Die soziale Pflegeversicherung (SPV) umfasste im Jahr 2003 rund 70,4, die PPV rund 8,9 Millionen Mitglieder.

Die SPV wird nach dem Umlageverfahren finanziert. Der Beitrag ist auf 1,7 % des sozialversicherungspflichtigen Einkommens festgeschrieben und wird von Arbeitnehmern wie Arbeitgebern zu gleichen Teilen aufgebracht<sup>2</sup>. Dabei gilt analog zur Krankenversicherung derzeit eine monatliche Beitragsbemessungsgrenze von 3.525 EUR. Für unterhaltsberechtigten Ehepartner und Kinder gilt eine beitragsfreie Mitversicherung. In der grundsätzlich nach dem **Prinzip der Kapitaldeckung organisierten PPV** wird hingegen ein altersabhängiger Beitrag erhoben, der durch den Höchstbeitrag zur SPV (2005: 59,92 EUR monatlich) gesetzlich beschränkt ist. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und eine Prämienreduktion für Ehepartner besteht auch in der PPV.

**Die soziale Pflegeversicherung ist als „Teilkaskoversicherung“ konzipiert** und bietet Pflegebedürftigen Leistungen, die sich an Bedarf und Hilfsbedürftigkeit orientieren (siehe Übersicht 1). Hierunter fallen insbesondere das an pflegende Angehörige ausgezahlte Pflegegeld, Pflegesachleistungen bei Inanspruchnahme professioneller ambulanter Hilfe (auch eine Kombination dieser beiden Leistungsarten ist möglich) sowie Pflegeaufwendungen bei stationärer Unterbringung.

Übersicht 1

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung im Überblick (Stand 1.4.2005, monatliche Beträge in EUR)				
		Pflegestufe I erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige (Härfefälle)
Ambulante Pflege	Pflegegeld	205	410	665
	Pflegesachleistungen max.	384	921	1432 (1918)
Stationäre Pflege	Pflegeaufwendungen	1023	1279	1432 (1668)
Pflegevertretung, Kurzzeitpflege, Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Weitere Leistungen allgemeinen Betreuungsaufwand, Hilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen				

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.

<sup>1</sup> Freiwillig gesetzlich Krankenversicherte hatten zu Beginn der Einführung der Pflegeversicherung die Möglichkeit, von der SPV in die private Pflegepflichtversicherung zu wechseln.

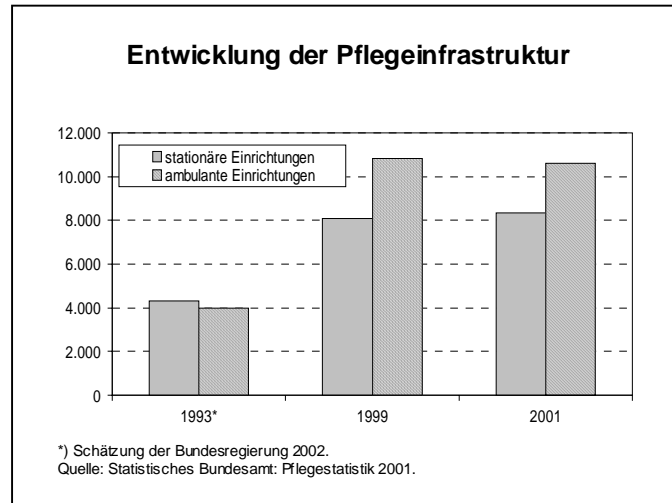
<sup>2</sup> Zur Kompensation der Arbeitgeber wurde, mit Ausnahme des Bundeslandes Sachsen, ein Feiertag gestrichen. In Sachsen beträgt aus diesem Grund der Arbeitnehmeranteil auch 1,35 %.

Als pflegebedürftig gelten dabei Menschen, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung Hilfen auf Dauer *in ihrem Alltag* in erheblichem oder höherem Maße benötigen“<sup>3</sup>. Die Eingruppierung in eine der drei Pflegestufen erfolgt durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen. Die Grundlage bilden Kriterien bzgl. des zeitlichen Umfangs der Hilfsbedürftigkeit im Bereich der Grundpflege, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Die PPV ist gesetzlich dazu verpflichtet Versicherungsleistungen anzubieten, die denen der SPV entsprechen. Typischerweise werden allerdings die Pflegesachleistungen durch äquivalente Kostenerstattungen ersetzt.

## 2.2 Ziele der sozialen Pflegeversicherung

Ein Ziel bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung bestand in der **Verbesserung der Versorgungsstrukturen**. Betrachtet man die Zahl der Einrichtungen, so hat sich diese seit Beginn der neunziger Jahre verdoppelt bzw. verdreifacht: Die Bundesregierung ging vor Einführung der Pflegeversicherung von rund 4.000 ambulanten und 4.300 vollstationären Einrichtungen aus<sup>4</sup>. 1999 wurden hingegen rund 11.000 ambulante Dienste und 8.000 vollstationäre Pflegeheime registriert<sup>5</sup>. Auch die Zahl der in diesen Einrichtungen festgestellten Vollzeitkräfte stieg allein zwischen 1993 und 1996 um rund 75.000 an<sup>6</sup>. Heute arbeiten rund 700.000 Menschen im Pflegesektor.

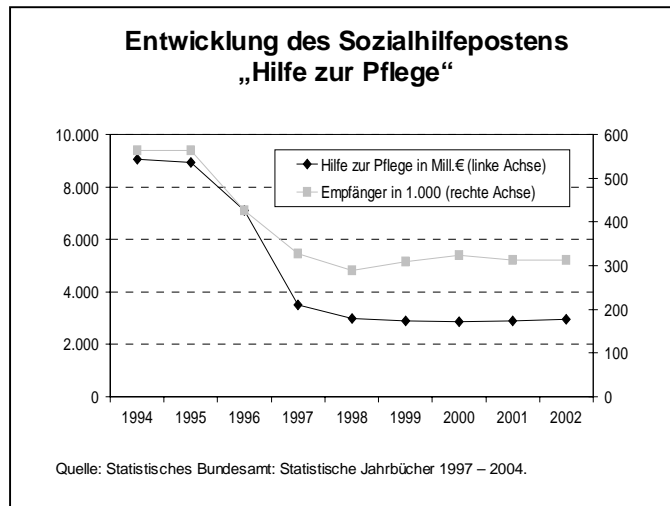


Ein weiteres vorrangiges Ziel der Pflegeversicherung war es, die Sozialhilfeträger zu entlasten. Tatsächlich **verringerte sich der Ausgabeposten „Hilfe zur Pflege“**, da die Leistungen der Pflegeversicherung an pflegebedürftige Sozialhilfeempfänger nun Kosten decken, die vormals die Sozialhilfeträger aufbringen mussten. Weiterhin konnte so aber auch die **Anzahl der auf Sozialhilfe angewiesenen Pflegefälle verringert** werden.

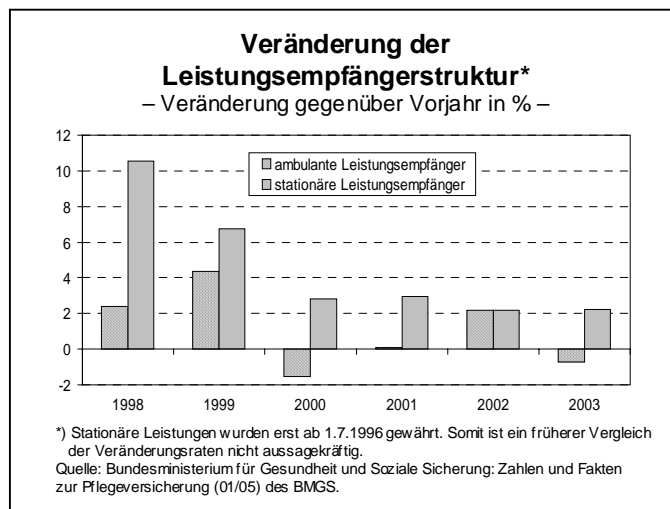
<sup>3</sup> Vgl. §14, Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG).

<sup>4</sup> Quelle: Antwort der Bundesregierung auf den Fragenkatalog des Ausschusses Sozialschutz der EU-Kommission, 2002.

<sup>5</sup> Quelle: Pflegestatistik 2002 des Statistischen Bundesamts.



Neben diesen Oberzielen sind auch **Zielvorgaben bzgl. der Ausgestaltung der Pflegeversicherung** vom Gesetzgeber festgehalten worden<sup>7</sup>: Hier ist zunächst der Grundsatz „Haus vor Heim“ zu nennen. Diesem stehen aber Fehlanreize durch die geringere Leistungsgewährung im ambulanten Bereich entgegen. Die Wachstumsraten im stationären Bereich sind daher, wie das untere Schaubild zeigt, durchwegs höher als im ambulanten Bereich.



### 2.3 Aktuelle Problemlage

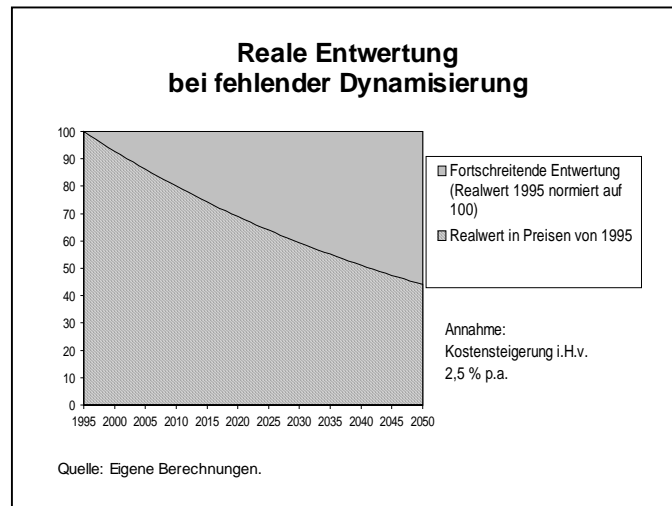
Die Probleme der sozialen Pflegeversicherung sind vielschichtig. Das System setzt falsche Anreize, die Leistungssätze werden nicht an die Preisentwicklung angepasst (siehe Kasten: Dynamisierung der Leistungsgewährung) und im Bereich der Demenzkranken ist eine mangelhafte Versorgung festzustellen.

<sup>6</sup> Quelle: Deutsches Ärzteblatt 3/1998.

<sup>7</sup> Vgl. PflegeVG.

### Dynamisierung der Leistungsgewährung

Ein zentrales Problem der SPV ist die **fehlende Anpassung der Leistungssätze an die Preisentwicklung**. Sollte an der nominalen Fixierung der Leistungen festgehalten werden, kommt dies langfristig – auch bei moderaten Annahmen zur Preisentwicklung – einer weitgehenden Abschaffung der Pflegeversicherung gleich (siehe Schaubild).



### Welche Höhe der Dynamisierung kann den Realwert der Versicherungsleistungen erhalten?

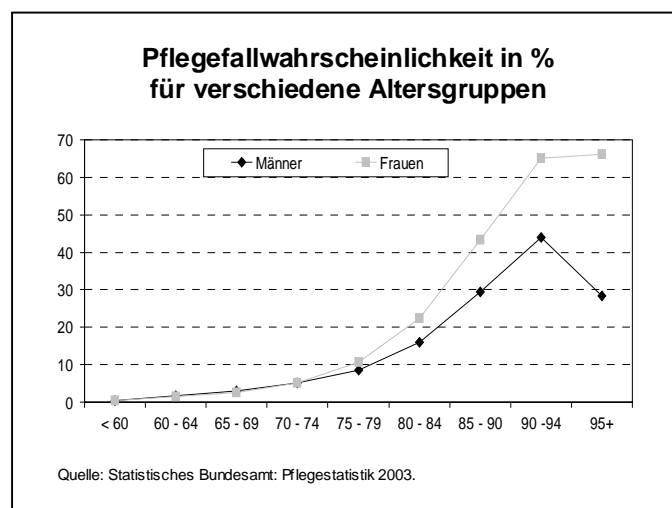
Eine simple Anpassung in Höhe der allgemeinen Inflationsrate erscheint hierfür zu kurz gegriffen. So erfasst das Statistische Bundesamt für den Zeitraum ab dem Jahr 2000 im Verbraucherpreisindex Dienstleistungen zur sozialen Sicherung (Sozialschutz), unter denen u.a. von den Haushalten zu finanzierende Pflegedienstleistungen (Unterbringung in Altenheimen, Essen auf Rädern, etc.) zu verstehen sind<sup>8</sup>. Diese Komponente weist dabei im Zeitraum 2000–2004 mit durchschnittlich 3,6 % einen weit überdurchschnittlichen Preisanstieg auf (Verbraucherpreise insgesamt: 1,5 %). Auch die längerfristig zur Verfügung stehenden, jedoch deutlich weniger aussagekräftigen Daten der Verbraucherpreisentwicklung im Bereich stationärer sowie ambulanter (nichtärztlicher) Gesundheitsdienstleistungen<sup>9</sup> weisen für den Zeitraum von 1995 – 2003 einen überdurchschnittlichen Preisanstieg i.H.v. 6,6 % bzw. 7,1 % aus (Verbraucherpreise insgesamt: 2,7 %). Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass im personalintensiven **Pflegebereich mit deutlich überdurchschnittlichen Preissteigerungen zu kalkulieren** ist. Mit einer Umkehr dieses Trends ist auch in der Zukunft angesichts der steigenden Nachfrage nach Pflegedienstleistungen und dem vorherrschenden Fachkräftemangel nicht zu rechnen. Allerdings müssen den Pflegedienstleistern Anreize zu potenziell möglichen Rationalisierungsmaßnahmen gegeben werden, sodass ein **Produktivitätsfortschritt** gegenzurechnen ist: Dieser ist jedoch

<sup>8</sup> Zahlungen der Sozialhilfe/Pflegeversicherung werden dabei nicht berücksichtigt. Dies ist allerdings unproblematisch, da sich deren relevanter Leistungskatalog im Betrachtungszeitraum nicht verändert hat.

<sup>9</sup> Die Entwicklung in der Gesundheitspflege kann aber nur als sehr grober Indikator für die Entwicklung der Gesamtkosten im Pflegebereich gewertet werden, da die Verbraucherpreise im Gesundheitsbereich eine große Abhängigkeit von Zählungsregeln etc. aufweisen. Aus diesem Grund wird auch nur die Entwicklung bis 2003 dargelegt, da mit der Gesundheitsreform 2004 eine Verbraucherpreiserhöhung einherging.

wegen der personalintensiven und bei gleichbleibender (Betreuungs-)Qualität nicht beschleunigbaren Arbeitsweise **als gering einzuschätzen. Daher erscheint eine jährliche Anpassung der Leistungen deutlich über der allgemeinen Inflationsrate (Annahme: 1,5 %) im Bereich der erwarteten allgemeinen Nominallohnsteigerung (von bis zu 3,0 %) zur Realwerterhaltung als notwendig**<sup>10</sup>. Soll die Pflegeversicherung auch zukünftig ihrer heutigen Rolle gerecht werden, schlagen wir vor, eine Dynamisierung der Leistungshöhe von 2,5 % p.a. einzuführen<sup>11</sup>. Dieser Wert ist etwas höher als die Vorschläge des Sachverständigenrates und der Rürup-Kommission, die beide 2,25 % vorschlagen.

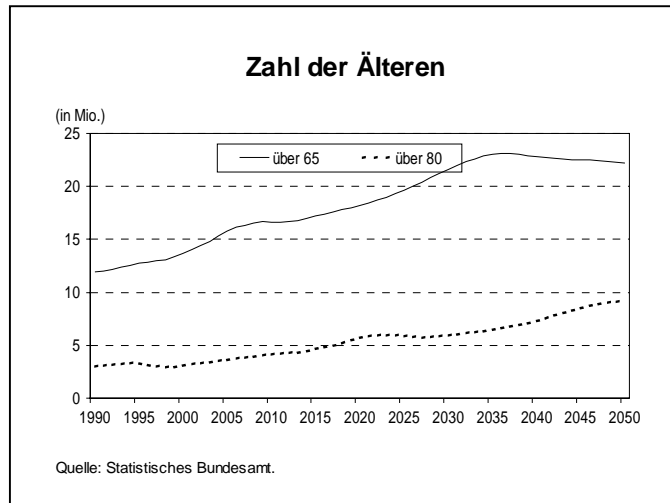
Drängendstes Problem der SPV ist jedoch die Bevölkerungsentwicklung. Deutschland steht vor großen demographischen Herausforderungen: So wird der Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft wegen der seit Jahrzehnten sehr geringen Geburtenrate und der ständig wachsenden Lebenserwartung deutlich zunehmen. Von besonderem Interesse ist hier der Anteil der Über-80-Jährigen, da insbesondere ab dieser Altersgruppe mit einem beträchtlichen Pflegefallrisiko zu rechnen ist (vgl. Schaubild).



Die Zahl der **Über-80-Jährigen wird sich bis zum Jahr 2050 in etwa verdreifachen**. Gegenüber rund 3,6 Millionen Menschen über 80 Jahren heute werden es 2050 rund 9 Millionen sein. Das Wachstum dieser Bevölkerungsgruppe ist in den Jahrzehnten von 2030 bis 2050 besonders ausgeprägt, während in dieser Zeit die Zahl der Senioren über 65 Jahren erst stagnieren und dann wieder leicht sinken wird. Dies impliziert letztlich, dass die **größten Belastungen für die Pflegeversicherung erst in etwa 30 Jahren** auftreten werden.

<sup>10</sup> Es wird folglich angenommen, dass das Pflegepersonal an der allgemeinen, dank gesamtwirtschaftlichem Produktivitätsfortschritt steigenden Reallohnentwicklung teilhaben wird, ohne dass ein entsprechend hoher Produktivitätsfortschritt im eigenen Sektor existiert.

<sup>11</sup> Empfohlene Dynamisierung in bestehenden Reformkonzepten siehe Anhang.



Auch der **gesellschaftliche Wandel der Familienstrukturen** könnte sich als Problem für die SPV erweisen. Das familiäre **Pflegepotenzial** wird **durch weniger Nachkommen und die gestiegene Erwerbsbeteiligung der Frauen** in der Zukunft **eingeschränkt** werden. Heute spiegelt sich davon noch nicht allzu viel in den Zahlen, da gerade die Eltern der geburtenstarken Jahrgänge in die Altersgruppen kommen, in denen das Pflegefallrisiko stark ansteigt. Damit sind noch relativ viele Angehörige vorhanden und von einer ausreichenden familiären Unterstützung kann in den nächsten Jahren ausgegangen werden. Später wird das Bild anders aussehen. Weniger Angehörige, die in aller Regel die häusliche Pflege übernehmen, führen tendenziell zu einem steigenden Anteil von Menschen, die bei Eintritt des Pflegefalls auf professionelle Hilfe angewiesen sind.

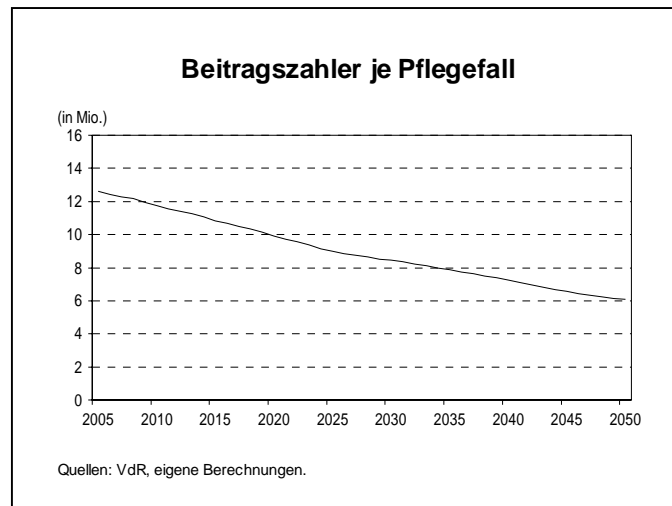
Obwohl insgesamt festzuhalten ist, dass die Intensität des anhaltenden familiären Wandels heute noch geringer ist als oft angenommen, kann ein sinkendes Pflegepotenzial sehr wohl eine Erklärung für die zunehmende Inanspruchnahme professioneller Pflege<sup>12</sup> sein. Die Folge ist ein Anstieg der Versicherungsausgaben, sobald die Beanspruchung von Pflegegeld durch ambulante bzw. stationäre Sachleistungen substituiert wird.

---

<sup>12</sup> Vgl. Schaubild S. 4 unten.

## 2.4 Kosten- und Beitragsentwicklung bei grundsätzlicher Aufrechterhaltung des Status quo

Die demographische Entwicklung impliziert deutliche Beitragssatzsteigerungen in der Zukunft. Es werden nämlich, bei Annahme konstanter Pflegefallwahrscheinlichkeiten, zukünftig auf einen Pflegefall deutlich weniger Beitragszahler kommen als heute (vgl. Schaubild).

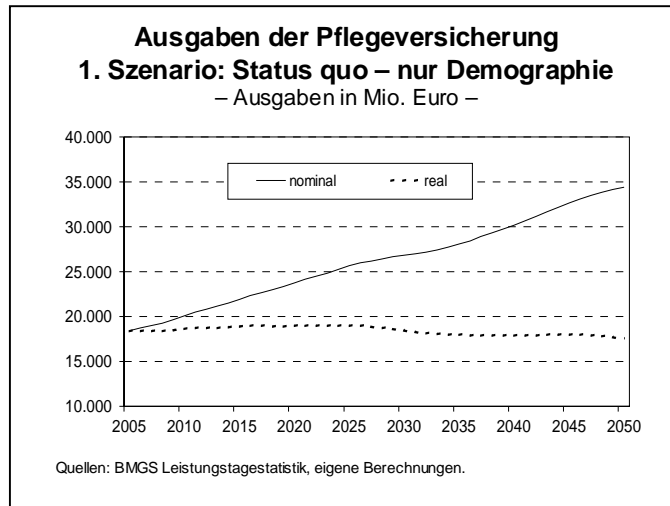


Zum einen geht die Zahl der Erwerbstätigen aus demographischen Gründen deutlich zurück, zum anderen steigt die Zahl der Pflegebedürftigen an. Allein dieser letzte Effekt hat einen deutlichen Kostenanstieg zur Folge. Einige einfache Überlegungen verdeutlichen dies.

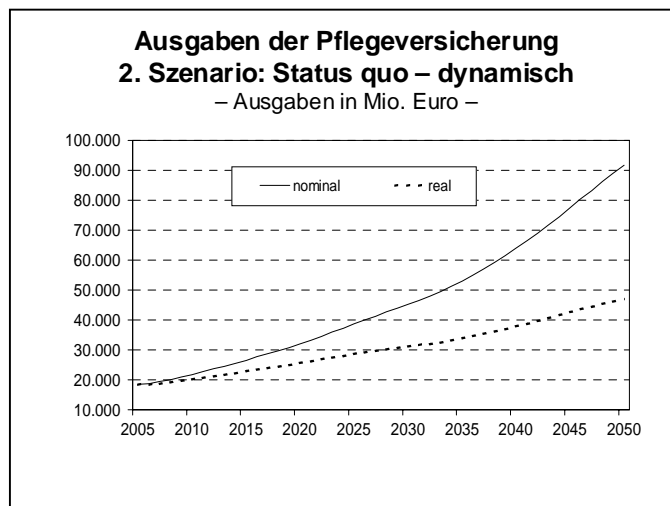
Als erster **Ausgangspunkt** wird hierzu die **Kostenentwicklung bei unveränderten nominalen Leistungen**, sprich ohne eine Dynamisierung und eine Berücksichtigung von zusätzlichen Leistungen für Demenzkranke, **sowie bei unveränderter Leistungsstruktur** gewählt. In diesem Szenario, das den Status quo fortschreibt, steigen die Pflegeausgaben zwar spürbar an; nach Berücksichtigung der Inflation **kommt es jedoch zu einem Rückgang der realen Ausgaben**<sup>13</sup> in der Zukunft. Angesichts einer erwarteten (Fast-)Verdoppelung der Pflegefälle bis 2050 zeigt dieses **Status quo-Szenario** deutlich, dass die Pflegeversicherung ohne Dynamisierung der Leistungen ihre Bedeutung verlieren wird.

<sup>13</sup> Hierbei würde von einer Inflationsrate von 1,5 % p.a. ausgegangen.





Unterstellt man dagegen ein **2. Szenario**, in dem die (bisherigen) **Leistungen der Pflegeversicherung** in naher Zukunft (Annahme ab 2007) mit 2,5 % p.a. **dynamisiert** werden, kommt es zu einer deutlichen realen Ausgabensteigerung:

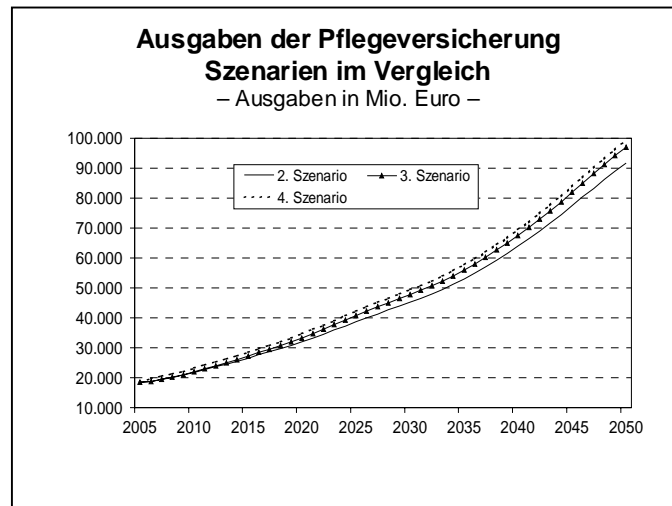


Nun ist allerdings nicht davon auszugehen, dass die in den vergangenen Jahren zu beobachtenden Veränderungen in der Struktur der gewährten Leistungsarten und -stufen sich nicht, zumindest in eingeschränkter Form, in der Zukunft fortsetzen werden.

Hierbei kommt es insbesondere darauf an, wie sehr sich der **Trend zu professioneller Pflege** fortsetzen wird. Aber es verschiebt sich nicht nur das Verhältnis ambulanter zu stationärer Pflege zugunsten Letzterer, sondern auch innerhalb des ambulanten Bereichs ist eine erhöhte Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu konstatieren<sup>14</sup>. Gleichzeitig gibt es eine Verschiebung hin zur 1. Pflegestufe sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

<sup>14</sup> Das Statistische Bundesamt weist in seiner Pflegestatistik 2003 auf einen Anstieg der von ambulanten Diensten Betreuten um 3,6 % sowie einen Rückgang der Pflegegeldempfänger (ohne Kombileistungsempfänger) um 1,4 % aus.

Unterstellt man in einem **3. Szenario**, dass sich diese Entwicklung der letzten Jahre in den kommenden 20 Jahren fortsetzt, wenn auch nur mit deutlich reduzierter Intensität, so steigen die Kosten noch etwas stärker an. In unserem Beispiel liegen sie in 25 Jahren knapp 6 % höher als wenn die heutigen Strukturen beibehalten würden.



Bei einer solchen Berechnung der Kostenstruktur ist zu hinterfragen, ob die **Annahme konstanter Pflegefallwahrscheinlichkeiten** gerechtfertigt ist. Sollte nämlich beispielsweise der **medizinische Fortschritt** dafür sorgen, dass die Menschen bei vorhandenen Krankheiten und Gebrechen immer älter werden, würde dies einen höheren Anteil älterer kranker und somit auch pflegebedürftiger Menschen implizieren (sog. **Multimorbiditätsthese**). Andererseits ermöglicht der medizinische Fortschritt auch **mehr Lebensjahre bei voller Gesundheit** und damit ohne Pflegebedürftigkeit (sog. **Kompressionsthese**). **Welcher Effekt überwiegen wird, ist noch nicht abschließend geklärt.** In dieser Studie gehen wir von unveränderten Pflegefallwahrscheinlichkeiten aus.<sup>15</sup>

Greift man die Vorschläge der Rürup-Kommission hinsichtlich der Betreuungsnotwendigkeit von **Demenzkranken** und psychisch Kranken in der Pflegeversicherung auf, so erhöhen sich die Kosten weiter. Allein ein Zeitzuschlag von 30 Minuten im Betreuungsaufwand pro Demenzkranken führt in 30 Jahren zu rund 3,5 % – 4 % höheren Pflegekosten. Erfolgt dazu noch eine Dynamisierung der demenzbedingten Mehrausgaben, so fallen die Kosten langfristig um bis zu 7 % höher aus als ohne die explizite Berücksichtigung dieses Personenkreises. Im Zuge der Alterung der Gesellschaft wird die Zahl der Demenzkranken in Zukunft signifikant ansteigen. In einem **4. Szenario** haben wir dieser Entwicklung Rechnung getragen, es unterscheidet sich vom dritten Szenario lediglich durch die Aufnahme der Demenzkranken und die Dynamisierung der dadurch entstehenden Zusatzaufwendungen.

<sup>15</sup> Vgl. Doblhammer, Ziegler (2005).

Für die Beurteilung der zukünftigen Entwicklung der Pflegeversicherung ist allerdings nicht nur die Ausgabenentwicklung von Bedeutung sondern auch die **Finanzierung der Ausgaben**. Angesichts der bereits existierenden Finanzierungsdefizite sind zukünftige Erhöhungen des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung unumgänglich. Dies umso mehr, wenn man von der Prämisse ausgeht, dass die soziale Pflegeversicherung auch zukünftig ihren Aufgaben gerecht werden soll – also bei dynamisierten Ausgaben. Der erforderliche Anstieg des Beitragssatzes hängt von der Entwicklung der Beschäftigung und der Löhne ab. In unserem Modell unterstellen wir, dass die **Erwerbsbeteiligung** von Frauen und Menschen über 55 Jahren in Zukunft ansteigt. Wir gehen davon aus, dass Deutschland bei diesen Größen ähnliche Werte wie Skandinavien oder die Schweiz aufweisen wird. Wie auch der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung“ in seinem letzten Jahresgutachten unterstellen wir zwei **verschiedene Einkommensentwicklungen**. Zum einen gehen wir von einem zukünftigen Lohnanstieg von 2 % aus, diese entspricht grob der Entwicklung der letzten Jahre. Zum anderen unterstellen wir ein Lohnwachstum von 3 %, vor dem Hintergrund, dass im Zuge des demographischen Wandels Arbeitskräfte knapper werden, ist auch dieses Szenario denkbar. Je nach Annahme ergeben sich stark unterschiedliche Beitragssatzentwicklungen.

#### **Beitragssatzentwicklung der Pflegeversicherung bei 2-prozentigem Lohnwachstum**

	2. Szenario	3.Szenario	4. Szenario
2010	1,9%	1,9%	2,0%
2020	2,3%	2,4%	2,5%
2030	2,7%	2,9%	3,1%
2040	3,2%	3,4%	3,6%
2050	3,9%	4,1%	4,4%

Der Sachverständigenrat und andere kommen bei ähnlichen Annahmen zu noch höheren Beitragssätzen, dies dürfte auf weniger optimistischen Annahmen hinsichtlich der Erwerbsbeteiligung beruhen. Steigen die Löhne stärker, reduziert sich auch das Ausmaß der notwendigen Beitragssatzanpassung deutlich.

#### **Beitragssatzentwicklung der Pflegeversicherung bei 3-prozentigem Lohnwachstum**

	2. Szenario	3.Szenario	4. Szenario
2010	1,8%	1,8%	1,9%
2020	2,0%	2,1%	2,2%
2030	2,3%	2,4%	2,5%
2040	2,5%	2,6%	2,8%
2050	2,9%	3,0%	3,2%

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Beitragssätze zur Pflegeversicherung in der Zukunft mehr als verdoppeln und je nach Annahme nahezu verdreifachen werden. Die steigende Belastung verteuert den Faktor Arbeit und untergräbt die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen

Wirtschaft. Soll im Rahmen der Pflegeversicherung dauerhaft eine hinreichende Versorgungsinfrastruktur sowie eine bedarfsgerechte Versorgung Pflegebedürftiger unter Berücksichtigung der Belange Demenzkranker sichergestellt werden, so muss eine Alternative zur heutigen Form der reinen Umlagefinanzierung gewählt werden.

### **3 Die Reform der Pflegeversicherung**

#### **3.1 Ausgewählte Reformvorschläge im Überblick**

Die Notwendigkeit der Reform der Pflegeversicherung wird überwiegend akzeptiert, allerdings herrscht deutlich weniger Einigkeit, wenn es darum geht, welcher Weg der beste ist, um die Zukunftsfähigkeit dieses Zweiges der Sozialversicherung zu gewährleisten. Die vorliegenden Reformvorschläge lassen sich in drei Gruppen einteilen:

1. Umstellung der Pflegeversicherung auf eine komplett kapitalgedeckte Versicherung.
2. Beibehaltung des Umlageverfahrens aber Verbreiterung der Finanzierungsbasis.
3. Kombination aus Umlageverfahren und Kapitaldeckung.

Angesichts der Vielzahl von Meinungen und Modellen sollen an dieser Stelle exemplarisch fünf mehr oder weniger **ausgearbeitete Vorschläge zur Reform der Pflegeversicherung** vorgestellt werden. Ihre Details sind im Anhang an dieses Kapitel tabellarisch dargestellt. Zur Gruppe 1 zählen die Vorschläge des Kronberger Kreises, die auch vom Verband der bayrischen Wirtschaft aufgegriffen wurden, und der Entwurf des „Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung“ im Jahresgutachten 2004/2005. Die Vorschläge von Prof. Bernd Raffelhüschen sowohl im Rahmen der Rürup-Kommission als auch danach ordnen ihn ebenfalls der 1. Gruppe zu. Das Modell der Bürgerversicherung, das in der öffentlichen Diskussion in der Regel mit Prof. Lauterbach verknüpft wird, gehört zur 2. Gruppe wie auch die Option keine Veränderungen am heutigen Status quo vorzunehmen. Zur 3. Gruppe kann man den Vorschlag der Rürup-Kommission zählen. Die Einführung von kapitalgedeckter Vorsorge steht bei ihr zwar nicht im Mittelpunkt der Argumentation, gleichwohl ist sie integraler Bestandteil des Reformvorschlags.

Im momentan stattfindenden Wahlkampf lassen sich die Vorschläge der **im Bundestag vertretenen Parteien** den drei Gruppen zuordnen. Die FDP bevorzugt eine vollständige private Absicherung des Pflegerisikos, sie zählt demzufolge zur 1. Gruppe. SPD und Grüne orientieren sich im Wahlkampf eher in Richtung des Lauterbach-Vorschlags und auch die PDS zählt am ehesten zur 2. Gruppe. Eine unspezifizierte Stärkung der Kapitaldeckung findet sich im Wahlprogramm der CDU/CSU vom Juli 2005, sie zählt damit zur 3. Gruppe.

### **3.2 Weichenstellungen für die Zukunft**

Angesichts der bestehenden Defizite der Pflegeversicherung – auch die Erhöhung des Beitrages für Kinderlose bringt da keine grundsätzliche Änderung – führt an einer Reform der Pflegeversicherung kein Weg vorbei. Folgende **Kernelemente sollen eine Reform** auszeichnen:

1. Dynamisierung der Leistungen, andernfalls schafft sich die Pflegeversicherung schleichend selbst ab.
2. Bessere Versorgung von psychisch Kranken und Demenzkranken.
3. Möglichst geringe Kostenbelastung des Faktors Arbeit.
4. Keine Kostenüberwälzung auf jüngere Generationen.

Die ersten beiden Punkte finden sich in fast allen Vorschlägen und dürften daher weitgehend unkritisch sein. Die Diskrepanzen treten hervor bei der Frage in welchem Umfang eine Kapitaldeckung der Pflegeversicherung möglich ist. Eine **komplette Umstellung des bestehenden Umlageverfahrens auf eine kapitalgedeckte Versicherung** ist mit erheblichen Kosten verbunden. Dies betrifft insbesondere bereits Pflegebedürftige und solche die kurz nach Systemwechsel pflegebedürftig werden. Für diese Gruppen muss die Finanzierung der Pflege aus Steuermitteln erfolgen. Der Kronberger Kreis geht in seiner Analyse von einem Finanzierungsbedarf von 14 Mrd. EUR pro Jahr aus. Angesichts der angespannten Haushaltslage ist dieser Weg, der eine jahrzehntelange Übergangszeit erforderte in der politischen Arena nicht sonderlich populär, wenn auch aus ökonomischer Sicht die sauberste Lösung.

Dagegen erscheint die **Fortsetzung des bestehenden Umlageverfahrens** – auch wenn die Finanzierungsbasis ausgeweitet wird – wenig zielführend. Dieser Weg krankt vor allem an der ungleichen Stärke verschiedener Jahrgänge. Auch wenn, wie von der Rürup-Kommission vorgesehen, die Rentner noch stärker an den Kosten der Pflegeversicherung beteiligt werden, steigt die Belastung jüngerer Kohorten, da diese deutlich schwächer besetzt sind. In dem Maße wie immer weniger Junge den Pflegebedürftigen gegenüberstehen, steigt die intergenerative Lastverschiebung zu Ungunsten der jüngeren, schwächeren Jahrgänge. Dies könnte nur vermieden werden, wenn jeder Jahrgang das Pflegerisiko selbst trüge, was aber im Alter schnell zur finanziellen Überforderung führte.

Diese letzte Idee, die im Umlageverfahren nicht funktioniert, liegt dem Konzept der Kapitaldeckung zugrunde. Denn durch das Ansparen finanzieller Reserven für das Alter wird gerade angestrebt, dass jede Generation in dem Maße Mittel ansammelt wie sie im Schnitt Pflegeaufwendungen verursacht, eine Belastung anderer Generationen findet nicht statt, demzufolge ist es auch unerheblich, ob diese stärker oder schwächer besetzt sind. Die Idee der Verringerung der intergenerativen Lastverschiebung ist auch Ursprung der Reformvorschläge, die **eine kapitalgedeckte Ergänzung des Umlageverfahrens** vorsehen, wie z.B. der genannte Vorschlag der CDU oder das Modell des Verbandes der privaten Krankenversicherungen. Dabei wird sukzessive ein Kapitalpolster aufgebaut, das mit den Jahren in immer stärkerem Umfang zur Finanzierung der Pflegeausgaben herangezogen wird. Auch hierbei gilt letztlich, dass heute mehr für die Sicherung

der Pflege ausgegeben werden muss, allerdings lässt sich auf diesem Weg langfristig der Beitragssatzanstieg vermindern oder gar verhindern, je nachdem in welchem Maße zusätzlich angespart wird.

#### **4 Fazit**

Angesichts der bei Einführung der Pflegeversicherung bereits bekannten demographischen Entwicklung und des stark vom Alter geprägten Risikoprofils, hätte diese Form der Sozialversicherung niemals umlagefinanziert eingeführt werden dürfen. Allerdings ist es schwer solche historischen Fehlentscheidungen wieder zu korrigieren. Die erste Generation von Leistungsempfänger bekam faktisch ein Geschenk, denn sie erhielten Leistungen, ohne sich überhaupt oder in nennenswertem Umfang jemals an der Finanzierung beteiligt zu haben. Dieses Geschenk müsste wieder zurückgenommen werden, wenn die Finanzierung auf Kapitaldeckung umgestellt werden sollte. Dazu wäre eine umfängliche Finanzierung von Leistungen aus dem Steueraufkommen notwendig. Wir halten es daher für sehr unwahrscheinlich, dass angesichts der angespannten Lage des Bundeshaushalts diese überlegene Lösung gewählt wird.

Dagegen sehen wir in einer ergänzenden Kapitaldeckung die wahrscheinlichste und gegeben die politischen Rahmenbedingungen auch beste erreichbare Lösung. Dabei sollte die Ergänzung auf jeden Fall so gesetzt werden, dass sie in der Lage ist, den unvermeidlichen Kostenanstieg in Folge der Alterung, der notwendigen Dynamisierung der Leistungen und der Ausdehnung auf psychisch Kranke zu kompensieren. Eine Anhebung des Umlageanteils sollte unter allen Umständen vermieden werden.

An drastisch steigenden Ausgaben für die Pflege führt kein Weg vorbei. Ziel der Politik muss es sein, eine möglichst gleichmäßige intergenerative Lastverteilung zu erreichen, und die internationale Wettbewerbsfähigkeit Deutschlands, nicht durch weitere Verteuerungen der Arbeitskosten zu gefährden. Wie auch immer die Neugestaltung der Pflegeversicherung aussehen wird, sie wird an diesen Prämissen gemessen werden.

	<b>Auslaufmodell (Kronberger Kreis, vbw)</b>	<b>Auslaufmodell (Raffelhüschen)</b>	<b>Kohortenmodell (Sachverständigen- rat)</b>	<b>Bürgerversicherung (Lauterbach)</b>	<b>Intergenerativer Lastenausgleich (Rürup- Kommission)</b>
<b>Langfristige System- ausrichtung</b>	Kapitaldeckung	Kapitaldeckung	Kapitaldeckung	Umlageverfahren (einschließlich aktuell privat Versicherter)	Umlageverfahren (Fortbestand des bisherigen Systems)
<b>Organisation</b>	Private Pflichtversicherung  Integration in die Krankenversicherung anzustreben	Private Pflichtversiche- rung	Private Pflichtversiche- rung mit Diskriminierungs- verbot und Kontra- hierungszwang	Gesetzliche Pflichtver- sicherung	Fortbestand der bestehenden gesetzl. und privaten Versicherung  Verwaltung privater Pflege-konten bei den Rentenversiche- rungsträgern
<b>Leistungsumfang</b>	Dynamisierung mind. 1,5% p.a. (=Inflationsannahme), wahrscheinlich 2,5% um ausgehend vom Status quo das Leistungsniveau zu erhalten  Keine konkreten Aussagen bzgl. der Leistungen für Demenz- kranke Mindestleistungsumfang Kronberger Kreis: nach oben begrenzter Selbstbehalt	Dynamisierung mind. 3% p.a. (Inflations-annahme auch hier 1,5%), ggf. 4% p.a. zum Leistungserhalt des Status quo  Keine konkreten Aussagen zur Leistungs- verbesserung	Dynamisierung 2,25% p.a. (Inflations- annahme 1,5%)  Keine konkreten Aussagen zur Leistungsverbessere- rung	Erhöhung der Leistungen in Stufe I und II  Verbesserungen für Demenzranke	Dynamisierung 2,25% p.a. (Inflati- onsannahme 1,5%)  Verbesserungen für Demenzranke Gleichstellung ambulanter und stationärer Pflege
<b>Beitragsgestaltung</b>	Risikoäquivalente Prämien	Keine Aussage	Pauschalbeiträge	Einkommensbezogen (inkl. Kapital- und Zinseinkünften)	Einkommens- bezogen
<b>Arbeitgeberanteil</b>	Bisheriger Arbeitgeberan- teil als Bruttolohn ausbezahlt	Keine Aussage	Bisheriger Arbeitge- beranteil als Brutto- lohn ausbezahlt	Bisheriger Arbeitge- beranteil bleibt bestehen / wird erhöht	Bisheriger Arbeitge- beranteil bleibt bestehen
<b>Altersrückstellungen</b>	Individuell und übertrag- bar	Keine Aussage	Kohortenspezifisch, durchschnittliche Rückstellung ist übertragbar	Nicht vorhanden	Individuelle Pflegekonten
<b>Übergangsphase</b>	Vertrauensschutz für Pflegebedürftige ohne Dynamisierung  Abschmelzende Aufstockung der Leistung für in Kürze Pflegebedürf- tige  Max. Versicherungs- prämie i.H.v. 50€, bei höherer Prämie Befreiung vom vorgeschriebenem Versicherungsumfang	Vertrauensschutz ab einer bestimmten Altersgrenze (Vorschlag: 60 Jahre)	Vertrauensschutz bis Jahrgang 1950	Keine Übergangspha- se (Fortbestand des Systems)	Übergangsphase im Sinn der Bildung eines einmaligen Kapitalstocks (ansonsten Fortbestand des Systems)
<b>Übergangsphase weitgehend beendet in:</b>	2020	2047	2050	-	Nicht bestimmt, Berechnung nur bis 2040

<b>Besondere Beitragsbelastungen in der Übergangsphase</b>	Leistungsgewährung und Aufstockung aus allg. Steuermitteln, Haushaltsbelastung gem. vdw ca. 14 Mrd. € p.a. für 5 Jahre anschließend kontinuierlich sinkend (nach 15 Jahren: 1,5 Mrd. EUR - in heutigen Preisen) höhere Belastung der Sozialhilfeträger  Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen i.H.v. 50€	Einkommensbezogener Solidarbeitrag der Jüngeren (1,2 % bis 2046)  Pauschalbeitrag der Älteren i.H.v. 50€	Altenpauschale der Jüngeren (max. 38€ im Jahr 2030)  Pauschalbeitrag der Älteren i.H.v. 50€	-	Keine Mehrbelastung Jüngeren (bis 2040)  Ausgleichsbeitrag der Rentner i.H.v. effektiv zusätzlich 1,5% ihres Einkommens
<b>Reguläre Beitragsbelastung</b>	Versicherungsprämien analog zu Beiträgen der bestehenden priv. Pflegeversicherung vermutet (z.B. 30-Jähriger: 18,70€)	Ca. 40-60€ (je nach Prämiengestaltung, noch festzulegendem Leistungsumfang)	Ca. 20-45€ für die Jahrgänge 1950-1985	Ansteigend ab 2015 von aktuellen 1,7% auf 2,33% des Einkommens in 2025	Bis 2040 bei (aktuellen) 1,7% für Arbeitnehmer und 3,2% bei Rentnern (inkl. Ausgleichsbeitrag), keine langfristige Prognose
<b>Sozialer Ausgleich</b>	Steuerfinanzierte Zuschüsse, falls Prämie / Selbstbeteiligung zu belastend Übergangsphase: Sozialhilfeträger unterstützen Personen, die über keinen ausreichenden Versicherungsschutz / eigenes Vermögen (einschließlich naher Angehöriger) verfügen	Keine konkreten Aussagen	Steuerfinanzierte Zuschüsse, falls Eigenanteilssatz (=Pauschalprämie / Haushaltseinkommen) nicht zumutbar ist	Leistungsfähigkeitsprinzip bei der Beitragsbemessung (einkommensbezogene Beiträge)	Leistungsfähigkeitsprinzip bei der Beitragsbemessung (einkommensbezogene Beiträge)



## 5 Literaturverzeichnis

Arentz, O., Eekhoff, J., Roth, S., Streibel, V.: Pflegevorsorge, Verband der bayerischen Wirtschaft (Hrsg.), München, 2004.

Bickel, H.: Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten in : Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34 (2001), S.108-115.

Breyer, F., Franz, W., Homburg, S., Schnabel, R., Wille, E.: Reform der sozialen Sicherung, Berlin, 2004.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Die Soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1995 und 1996, statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, 1998

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin, 2002.

Bundesministerium für Gesundheit: Die Soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1997 und 1998, statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, 2000

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Die Soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1999 und 2000, statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, 2002

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Die Soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002, statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, 2004

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin, 2004.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Statistiken zur Pflege, [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de), abgerufen am 28.4.2005.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“ (Rürup-Kommission), 2003.

Bundesregierung: Antwort der Bundesregierung auf den Fragenkatalog des Ausschusses Sozialschutz der EU-Kommission, 2002.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (01/05), [www.bmgs.bund.de](http://www.bmgs.bund.de), abgerufen am 28.4.2005

Dinkel, R. Die Entwicklung der Demenz bis zum Jahr 2050. Modellrechnungen für die Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung von zukünftigem Mortalitätsfortschritt. *Das Gesundheitswesen* . 1996 Nr. 58, Sonderheft 1: S.50-55.

Doblammer, G., Ziegler, U.: Transition into Care Need in West and East Germany between 1991 – 2003; Rostock, 2005, erhältlich von den Autoren.

Donges, B. et al. (Kronberger Kreis) : Tragfähige Pflegeversicherung, Stiftung Marktwirtschaft (Hrsg.), Berlin, 2005.

Häcker, J.; Raffelhüschen, B.: Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 73 (2004), S.158-174.

Lauterbach, K.W. et al.: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflege, Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie, Köln, 2005.

Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2004/2005, Kapitel 5, <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/>, abgerufen am 29.4.2005

Statistisches Bundesamt: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung.

Statistisches Bundesamt: Mikrozensus.

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 1999, Bonn, 2001

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2001, Bonn, 2003.

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2003, Bonn, 2005.

Statistisches Bundesamt: Statistische Jahrbücher, Wiesbaden.