

Reform der Pflegeversicherung

Im Juli will das Bundesministerium für Gesundheit Eckpunkte zur Reform der Pflegeversicherung vorlegen. Inwieweit ist die Pflegeversicherung reformbedürftig? In welchem Umfang benötigt sie zusätzliche Finanzmittel? Sollte das System auf ein Kapitaldeckungsverfahren umgestellt werden? Welcher Reformbedarf und welche Reformoptionen sind auf der in der Diskussion vernachlässigten Leistungsseite zu sehen?

Jasmin Häcker, Bernd Raffelhüschen

Reformansätze zur Sozialen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand

Die fehlende Tragfähigkeit der Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) ist im Zuge der Reformdebatten um die Gesetzliche Renten- und Krankenversicherung immer wieder – explizit oder zwischen den Zeilen – deutlich geworden. Die den umlagefinanzierten Systemen anhaftende Zunahme an impliziten intergenerativen Transfers – der Tatbestand, dass durch die sich abzeichnende demographische Entwicklung ein immer größer werdender Anteil des Beitrags der Jüngeren zur Finanzierung der Leistungen für die Älteren aufgewendet werden muss –, macht auch vor der SPV nicht halt. Entsprechend offensichtlich ist, dass auch hier früher oder später Reformen notwendig sein werden, wobei gilt: je früher desto besser. Die Vorschläge zu einer (mehr oder weniger) grundlegenden Strukturreform der SPV sind zahlreich und reichen von der Anpassung bestehender umlagefinanzierter Systeme – hier tauchen unter anderem die bereits aus der Debatte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bekannten Ansätze wieder auf – bis hin zum Ausbau kapitalgedeckter Finanzierungsmechanismen.

Welche Maßnahmen bzw. Ansätze notwendig sind, um die intergenerative Lastverschiebung zu

begrenzen und damit eine nachhaltige Finanzierung der SPV zu erzielen, wird nachfolgend systematisch differenziert und analysiert.

Ausweitung des bisherigen Pflichtversichertenkreises?

Unter den Reformvorschlägen zur SPV, deren langfristiges Finanzierungsverfahren im Umlageverfahren bleibt, ist das Konzept der Bürgerversicherung von Lauterbach et al. das wohl bekannteste Modell.¹ Zentrale und zugleich namensgebende Komponente dieses Vorschlags ist die Pflichtmitgliedschaft aller Bürger in der SPV, also die Ausdehnung des bestehenden Versichertenkreises auf Beamte, Selbständige sowie Arbeitnehmer mit einem (Erwerbs-)Einkommen oberhalb der bisherigen Versicherungspflichtgrenze.

Aus intergenerativer Sicht ist die Ausweitung des Versichertenkreises allerdings nur dann ein sinnvolles Instrument zur Begrenzung der intergenerativen Lastverschiebung, wenn hierdurch eine signifikante Verjüngung des versicherten Personenkreises insgesamt erzielt werden kann. Nur eine deutliche

Verjüngung der Versichertenstruktur gewährleistet, dass ausreichend aktive Beitragszahler vorhanden sind, um für die Leistungen der vorwiegend alten und ältesten Generationen aufzukommen, ohne dass eine Politik der Beitragssatzanhebung erforderlich ist bzw. erforderlich wird.²

Da der Versichertenkreis der bislang privat Pflegeversicherten keine wesentlich andere Altersstruktur aufweist, ist mit einer Ausdehnung des Versichertenkreises auch keine nachhaltige Finanzierung der SPV verbunden. Zwar reichen die relativ höheren Beiträge der Privatpflegeversicherten anfänglich aus, um in der kurzen Frist ein Ansteigen des Beitragssatzes zu verhindern; mittel- bis langfristig jedoch lassen sich die grundsätzlichen Finanzierungsprobleme des Status quo der SPV nicht beheben. Vielmehr verschärfen sich diese durch die Ausdehnung des Versichertenkreises, was auf die stark ausgeprägte Demographieanfälligkeit der SPV zurückzuführen ist. So kommt

² Anstelle einer Politik der Beitragssatzanpassung ist grundsätzlich auch eine Politik der Leistungskürzung denkbar. Unabhängig davon aber, welche Politik zur Behebung des Finanzierungsproblems verfolgt wird, kommt es aufgrund eines reduzierten Leistungsniveaus bei gleichen Beiträgen bzw. aufgrund steigender Beiträge für das gleiche Leistungsniveau zu einer intergenerativen Ungleichbehandlung.

¹ K. Lauterbach, M. Lungen, B. Stollenwerk, A. Gerber, G. Klever-Deichert: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 10 (2005), S. 221-230.

es über die fast ausschließlich mit dem Alter zunehmende Leistungsanspruchnahme zu relativ schnell ansteigenden zusätzlichen Pflegeausgaben. Der anfänglich vermehrte Mittelzufluss ist in den kommenden Jahrzehnten durch vermehrte Leistungsverpflichtungen damit teuer, im Sinne von mit einem höheren Beitragssatz, zu bezahlen.³

Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und -grenze?

Die ebenfalls im Rahmen des Bürgerversicherungsmodells vorgeschlagenen Reformelemente einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung sowie die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten generieren zwar Mehreinnahmen – denen im Unterschied zur Ausdehnung des Versichertenkreises auch keine zusätzlichen Ausgaben gegenüberstehen –, jedoch können diese Beitragsmehreinnahmen die intergenerative Lastverschiebung lediglich abmildern, nicht aber beseitigen. So lässt sich der im Status quo drohende Beitragssatzanstieg durch die beiden mehreinnahmengenerierenden Komponenten um ein paar Jahre verzögern, die Dynamik im Beitragssatz bleibt jedoch auf lange Sicht erhalten.

Durch die sofortige Erhöhung der Beitragseinnahmen werden alle lebenden Kohorten stärker an der Finanzierung der Pflegekosten beteiligt. Doch die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten führt dabei zu einer relativ stärkeren

ren Beitragsbelastung bei den Erwerbstätigen im Vergleich zur Personengruppe der Rentner – ob dies wünschenswert ist, ist zumindest zweifelhaft. Das Äquivalenzprinzip

spricht jedenfalls für eine stärkere Beteiligung der Rentner an der Finanzierung der Versicherungsleistung.

Neben intergenerativen Verteilungsaspekten sind vor allem die mit diesen Maßnahmen einhergehenden distributiven und allokativen Effekte zu berücksichtigen. So sind die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und -grenze nicht unumstritten. Gegen die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung sprechen dabei im Wesentlichen die unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien der SPV und der Gesetzlichen Rentenversicherung. Während nämlich in der Gesetzlichen Rentenversicherung eine direkte Beitragsäquivalenz herrscht – Leistungen und Gegenleistungen stehen für den Versicherten in einem nachvollziehbaren Zusammenhang – ist diese in der SPV nicht gegeben. Einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze steht in der SPV keine äquivalente Leistungsausweitung gegenüber. Dies wiederum hat zur Folge, dass der Beitrag zur SPV zunehmend den Charakter einer linearen Lohnsteuer erhält, was zusätzlich zu Verzerrungen des Arbeitsangebots führen kann.⁴ Die Stärkung des Umverteilungselements zu Lasten des Versicherungscharakters und die infolgedessen zunehmende Überschneidung von Sozialversicherungssystem und Steuer-Transfer-System führt außerdem zu einer erhöhten Ineffizienz und Intransparenz der Umverteilungsprozesse – ein Effekt, der noch verstärkt wird, wenn außerdem die Komponente der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage einbezogen wird.

Die Autoren unseres Zeitgesprächs:

Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen, 49, ist Direktor des Forschungszentrums Generationenverträge und lehrt Volkswirtschaftslehre am Institut für Finanzwissenschaft I an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; Jasmin Häcker, 27, Dipl.-Volkswirtin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

PD Dr. Markus Lungen, 41, ist Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln; Guido Büscher, 26, Dipl.-Statistiker, ist dort wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Dr. Martin Gasche, 36, ist Senior Economist bei der Allianz Dresdner Economic Research und war wissenschaftlicher Mitarbeiter im Stab des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Er vertritt hier seine persönliche Auffassung.

Prof. Dr. Heinz Rothgang, 44, ist Professor für Gesundheitsökonomie im Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen und Direktor der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik.

³ Siehe J. Häcker, B. Raffelhüschen: Note mangelhaft: Die Bürgerpflegeversicherung, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 10 (2005), S. 231-237; und J. Häcker, B. Raffelhüschen: Wider besseren Wissens: Zur Finanzierbarkeit Demenzkranker in der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Diskussionsbeiträge, Institut für Finanzwissenschaft I der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 127.

⁴ Vgl. u.a. B. Rürup, E. Wille: Finanzierungsreform in der Krankenversicherung, Gutachten vom 15. Juli 2004 (Manuskript); und Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Wiesbaden 2004, S. 390.

Beitragssetterhöhung für Rentner?

Im Unterschied zu der Beitragserhöhung durch die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und -grenze, die einer relativ stärkeren Beitragsbelastung der aktiven Generation gleichkommt, führt das Reformelement einer Erhebung einkommensunabhängiger Pauschalprämien, wie es beispielsweise das Bürgerpauschalenkonzept des Sachverständigenrates vorsieht, zu einer relativ stärkeren Beitragsbelastung für Rentner.⁵ So bedeuten Prämien in Höhe von ca. 26 Euro nahezu eine Verdoppelung des bisherigen von Rentnern geleisteten Beitrags.

Im Zuge der Erhebung einkommensunabhängiger Pauschalen wird nicht nur der Personenkreis der Rentner stärker zur Finanzierung ihrer eigenen Leistungen herangezogen. Dadurch werden die Beiträge auch nicht mehr vorwiegend von den künftig weniger werdenden Erwerbspersonen bezahlt, was im Status quo zu sinkenden durchschnittlichen Beitragseinnahmen der SPV führt, sondern der gleiche absolute Beitrag wird von allen Versicherten abverlangt.⁶ Während nämlich die Höhe der Bei-

tragseinnahmen im Status quo vor allem von der Anzahl der Erwerbstätigen abhängt, spielt bei der Pauschalprämie nur die Zahl aller Beitragszahler (inklusive der Rentner) eine Rolle, wodurch der demographische Finanzierungseffekt etwas eingedämmt wird. Mithin werden auch die intergenerativen Transfers von Jung zu Alt reduziert.

Um eine finanzielle Überforderung einkommensschwacher Gruppen bei der Erhebung von Pauschalbeiträgen zu vermeiden, wird im Steuer-Transfer-System ein sozialer Ausgleichsmechanismus installiert, der individuelle Prämienzuschüsse gewährt. Mit der Übertragung der notwendigen Einkommensumverteilung in das Steuer-Transfer-System wird damit gleichzeitig auch die verteilungspolitische Treffgenauigkeit verbessert.

Aus rein intergenerativen Gesichtspunkten wird der stärkste, die jungen und zukünftigen Generationen entlastende Effekt unter der Reformkomponente einer expliziten Beitragserhöhung für Rentner erzielt, wie unter anderem im Modell des intergenerativen Lastenausgleichs der Rürup-Kommission vorgeschlagen.⁷ So führt die spezielle Beitragssatzerhöhung für Rentner von allen genannten Komponenten zur deutlichsten Begrenzung einer Zunahme der impliziten intergenerativen Transfers. Allerdings kann auch hierdurch nicht verhindert werden, dass es im Zeitablauf zu Beitragssatzsteigerungen und damit zu einer intergenerativen Lastverschiebung kommt.

Unabhängig von der jeweiligen Kombination der einzelnen Reformelemente können Konzepte, die auf lange Sicht das Umlageverfahren als Finanzierungsform beibehalten,

je nach Ausgestaltung das Problem der demographisch bedingten Zunahme impliziter intergenerativer Transfers zwar dämpfen, aber nicht lösen. Weder die Ausweitungen des Personenkreises und/oder der Beitragsbemessung, noch die stärkere Beteiligung der Rentner an der Finanzierung der Leistungsausgaben erreichen eine nachhaltige Wirkung für die SPV.

Umstieg in die Kapitaldeckung!

Anders als in umlagebasierten Finanzierungsverfahren findet in einem rein kapitalgedeckten System keine intergenerative Lastverschiebung statt, da jede Kohorte für ihre eigenen Leistungen aufkommt. Allerdings ist der Übergang vom Umlageverfahren in die Kapitaldeckung mit temporären Mehrbelastungen und damit ebenfalls intergenerativen Lastverschiebungen verbunden. Jedoch sind diese Mehrbelastungen nichts anderes als vorhandene Anwartschaften, die mit dem Umstieg in das kapitalgedeckte System lediglich transparent gemacht werden. Die intergenerative Lastverschiebung entsteht folglich auch nicht durch den Systemwechsel, sondern wird durch diesen – sofern der Wechsel zeitnah durchgeführt wird – vielmehr begrenzt. Ob und, wenn ja, wie die Nachfinanzierung der bestehenden Anwartschaften auf junge und alte Kohorten verteilt wird, hängt dabei von der Ausgestaltung des Übergangs ab.

Wesentlicher Bestandteil beispielsweise des Modells der Herzog-Kommission ist die Überführung der SPV in ein kapitalgedecktes System durch den vorherigen Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks.⁸ Dieser wird zu einem späteren, vorab festgelegten Zeitpunkt, aufgelöst und zugunsten äl-

⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, a.a.O.

⁶ Mit der Erhebung von Pauschalprämien wird außerdem einer Stärkung des Äquivalenzprinzips Rechnung getragen. So ist in der jetzigen Ausgestaltung der SPV – aufgrund einer nicht vorhandenen (positiven) Korrelation des Pflegerisikos mit dem (Lohn-)Einkommen – keine Äquivalenz von Leistungen und Gegenleistungen gegeben. Zahlt demgegenüber jeder Versicherte einer Kasse den identischen Betrag, der den durchschnittlichen Pflegeausgaben seiner Pflegekasse pro Person in dieser Periode entspricht, kann mit der Pauschalprämie zumindest eine kostenorientierte Beitragsäquivalenz bzw. eine gesellschaftlich angelegte (Risiko-)Äquivalenz realisiert werden. Ferner wird durch die Separierung des Versicherungs- vom Umverteilungsziel auch die verteilungspolitische Treffgenauigkeit verbessert. Versicherungsfremde Umverteilungen werden nahezu vollständig aus der SPV eliminiert. Lediglich der versicherungsimmanente Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Pflegerisiken so wie Jungen und Alten findet statt.

⁷ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme – Bericht der Kommission, Berlin 2003.

⁸ Kommission „Soziale Sicherheit“: Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ – Zur Reform der Sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003.

terer Versicherter zur Finanzierung individueller Alterungsrückstellungen eingesetzt.

Abgesehen von der Zugriffsproblematik des kollektiven Kapitalstocks, hat dieser Auswirkungen auf die intergenerative Verteilung und ist insofern geeignet, die intergenerativen Transfers des Umlagesystems zu reduzieren. So werden in der Aufbauphase des kollektiven Deckungsstocks nämlich auch jene belastet, die voraussichtlich nicht von der durch den Kapitalstock bewirkten Deckelung der kapitalgedeckten Prämien profitieren. Mithin entzieht der Kapitalbildungsanteil vom Beitrag der älteren Versicherten eben diesem Personenkreis einen Teil ihres Einführungsgewinns, so dass die intergenerativen Verteilungseffekte des Umlagesystems zum Teil kompensiert werden.

Mittels eines kohortenspezifischen Umstiegs in die Kapitaldeckung sieht das Auslaufmodell von Häcker und Raffelhüschen ebenfalls die Verteilung der „Umstiegskosten“ auf mehrere Kohorten vor.⁹ Während die bestehenden impliziten Anwartschaften der risikonahen Fälle sowie der Bestandsfälle aus Gründen des Vertrauensschutzes noch innerhalb des Umlagesystems bedient werden – dort allerdings unter Erhebung einer Pauschalprämie, die den entsprechenden Kohorten wiederum Teile ihres Einführungsgewinns entzieht –, wechseln alle Kohorten, die unter einer bestimmten Ausscheidengrenze liegen, in eine kapitalgedeckte kohortenspezifische Pflegeversicherung. Da die Ausgaben der in der SPV Verbleibenden trotz Pauschalprämie nicht zur Gänze von eben diesem Personenkreis gedeckt werden können, ist außer-

dem ein Solidarbeitrag, der von den aus der SPV Ausscheidenden zu leisten ist, erforderlich. Dabei stellt der Solidarbeitrag nichts anderes dar, als die Beteiligung der jungen Kohorten an der Nachfinanzierung der Anwartschaften der älteren und alten Kohorten.

In seiner Grundstruktur geht demgegenüber das Modell des Kronberger Kreises den radikalsten Weg:¹⁰ Der Umstieg in die Kapitaldeckung ist für alle und sofort vorgesehen, wobei die alten und ältesten Jahrgänge die „Umstiegskosten“ im Wesentlichen selber tragen. Damit bleibt jeder Kohorte die Finanzierung ihrer eigenen Pflegeausgaben selbst überlassen, wodurch jegliche intergenerativen Transfers sofort beseitigt werden.

Aufgrund erheblicher Belastungen bei den alten und ältesten Jahrgängen wird dieser Vorschlag in der Realität in seiner reinen Form kaum auf gesellschaftliche Akzeptanz treffen. Notwendig wäre für den Umstieg in die Kapitaldeckung deshalb die Installation eines impliziten Umlageverfahrens, welches zur Abfederung der Mehrbelastungen bei den älteren Kohorten dient; dies ist aber nichts anderes als die Überwälzung des Aufbaus des Deckungskapitals auf mehrere Kohorten. Der Vorteil einer Kapitaldeckung mit dieser Art von Umlageelementen allerdings ist, dass diese über die Zeit immer geringer werden, während sie im Umlageverfahrens immer weiter zunehmen.

Ähnliches gilt auch für den Subventionsbedarf (bzw. dessen Finanzierung), der vor allem im Rahmen der kapitalgedeckten Reformkonzepte, aber auch bei der Pauschalvariante innerhalb des Umlageverfahrens eine Rolle spielt. So ist der Subventionierungsbe-

darf bei einer Pauschalentlösung im Umlageverfahren anfänglich zwar relativ gering, allerdings steigt er aufgrund der demographiebedingt steigenden Pauschale ebenfalls an. Umgekehrt verhält es sich mit dem Subventionsbedarf im Rahmen der Kapitaldeckung. So ist der Subventionsbedarf bei Übergang in die Kapitaldeckung anfänglich zwar vergleichsweise hoch, doch sinkt dieser im Zeitablauf mit geringer werdendem Volumen in der Nachfinanzierung der Anwartschaften und damit mit sinkender Prämie stetig.

Fazit

So attraktiv ein reifes kapitalgedecktes gegenüber einem umlagebasierten System angesichts der bevorstehenden demographischen Bevölkerungsalterung erscheint, so unerfreulich sind die mit dem Umstieg in die Kapitaldeckung verbundenen temporären Mehrbelastungen. Zur Verteilung dieser Mehrbelastungen zwischen den Generationen besteht ein Kontinuum an Möglichkeiten – von der Teilung der Lasten mit unterschiedlichen Gewichten im Modell der Herzog-Kommission sowie im Rahmen des Auslaufmodells bis hin zur vollständigen Überwälzung auf die Rentnerjahrgänge im Modell des Kronberger Kreises – denkbar ist alles. Welche Gewichtung politisch durchsetzbar ist, wird sich in den kommenden gesellschaftlichen und parlamentarischen Diskussionen herauskristallisieren.

Welche Lösung auch kommen wird, eines ist sicher: der gegenwärtige Zeitpunkt stellt noch den kostengünstigsten Umstiegszeitpunkt dar, weil die SPV ein noch sehr junger Sozialversicherungszweig ist. Dieser Tatbestand beinhaltet, dass zum einen noch nicht alle Einführungsgeschenke realisiert worden sind und zum anderen kein Jahrgang darauf pochen kann, bereits „ein Leben lang“

⁹ J. Häcker, B. Raffelhüschen: Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, in: Vierteljahresshefte zur Wirtschaftsforschung, 73 (1) 2004, S. 158-174.

¹⁰ Kronberger Kreis: Tragfähige Pflegeversicherung, Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft, Bd. 42., Berlin 2005.

Beiträge geleistet zu haben. Durch die bislang geleisteten Beiträge besteht lediglich eine Art „Vertrauensschutz“, nicht aber ein „Eigentumsschutz“, was impliziert, dass die impliziten Anwartschaften nur bedingt zu bedienen sind.

Im Unterschied zum Eigentumsschutz verlangt der Vertrauensschutz nichts weiter als die Schaffung eines Ausgleichs dafür, dass die jeweiligen betroffenen Jahrgänge im Vertrauen auf einen späteren Leistungserhalt keine anderweitige

Vorsorge getroffen haben. Die Gewährung eines Vertrauensschutzes erlaubt es dennoch, auch ältere Kohorten an den „Umstiegskosten“ in die Kapitaldeckung zu beteiligen.

Unmittelbar an diesen Sachverhalt gekoppelt ist folglich auch die Handlungsempfehlung, eine Reform der SPV so zeitnah wie möglich durchzuführen, da sich die Ausgangsbasis für eine Systemreform zunehmend verschlechtert: Jegliches Hinauszögern der Re-

form zieht eine Zunahme der impliziten Anwartschaften nach sich, wodurch der Übergang in die Kapitaldeckung einen immer größer werdenden Deckungsstock erfordert. Hinzu kommt, dass dieses Deckungskapital in steigendem Maße von den heute jungen und zukünftigen Jahrgängen finanziert werden muss, da die älteren Jahrgänge in zunehmendem Maße in den Eigentumsschutz zu fallen drohen. Damit kommt dem Zeitfaktor bei der anzustrebenden Reform der SPV eine wesentliche Rolle zu.

Markus Lüngen, Guido Büscher

Zur zukünftigen Entwicklung der Pflegeversicherung – Eine quantitative Abschätzung der Beitragssätze

Die Probleme der Pflegeversicherung wurden in der Vergangenheit bereits ausgiebig geschildert.¹ Dennoch wurden grundlegende Reformen seit der Einführung im Jahr 1995 bisher nicht vorgenommen. Ansätze für begrenzte Reformschritte wurden beispielsweise von der Bundesbank chronologisch aufgeführt.² Der Gesetzgeber hat nunmehr die Absicht bekundet, bis etwa Ende 2007 Optionen vorzustellen und nachfolgend eine gesetzliche Neuregelung zu schaffen. Wesentliche Punkte in der Reformdiskussion sind:

1. Dynamisierung der Pflegeleistungen: Bisher findet keine Dynamisierung der Pflegeleistungen statt. Dies bedeutet, dass

die absoluten Euro-Beträge der Geldleistungen festgeschrieben wurden und durch Inflation de facto eine Entwertung stattfindet.

2. Struktur der Pflegeleistungen: Oftmals wird kritisiert, dass die relative Höhe der Pflegeleistungen dazu führt, einen Anreiz zur Nutzung stationärer Leistungen zu setzen. Deren Anteil ist überproportional an allen Pflegegraden gestiegen. Ein häufig genanntes Ziel von Reformen ist es, die ambulante Pflege wieder stärker zu betonen. Diese verursacht geringere Ausgaben und belastet die Pflegekassen somit weniger. Zudem ist strittig, ob die stationäre Pflege angesichts von Qualitätsdefiziten geeignet ist, eine optimale Versorgung zu gewährleisten.³

Eine Neufassung der Qualitätssicherung mit erhöhter Transparenz in der gesamten Pflege scheint in diesem Zusammenhang notwendig. Eine weitere Strukturmaßnahme betrifft die verbesserte Versorgung von dementen Patienten. Derzeit wird der erhöhte Betreuungsaufwand nicht durch eine entsprechend höhere Pflegezahlung ausgeglichen. Dies bedeutet die Gefahr der mangelnden Versorgung von dementen Bewohnern beziehungsweise Pflegebedürftigen.

3. Alterung der Bevölkerung: Aufgrund der Alterung der Bevölkerung im so genannten demographischen Übergang zwischen den Jahren 2020 bis 2040 muss dort mit einem starken Anstieg der Pflegebedürftigen gerechnet werden. Zudem geht in dieser Zeit wahrscheinlich die Zahl der Beitragszahler zurück. Vorschläge wie die Bürgerversicherung Pflege könnten dieses

¹ Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS, Berlin, August 2003.

² Deutsche Bundesbank: Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung, Monatsbericht 2007, 59 (4), S. 29-45.

³ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Erster Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Essen, November 2004.

Problem abfedern.⁴ Dennoch werden Optionen für Anspargungen diskutiert, welche in den betreffenden Jahren wieder entspart werden. Ab dem Jahr 2050 wird, nach gegenwärtigen Schätzungen, mit einem stabilen Bevölkerungsaufbau gerechnet, da die Jahrgänge der Baby-Boomer weitgehend verstorben sein werden. Die Alterung der Bevölkerung ist nach den Modellen zwar weiterhin negativ, jedoch nicht mehr in dem Ausmaß wie in den Jahren 2020 bis 2040. Die Modelle sehen daher vor, dass bis etwa 2020 ein Kapitalstock gebildet wird, der anschließend wieder verzehrt werden kann. Ein dauerhafter Kapitalstock wird in der Regel nicht vorgeschlagen.

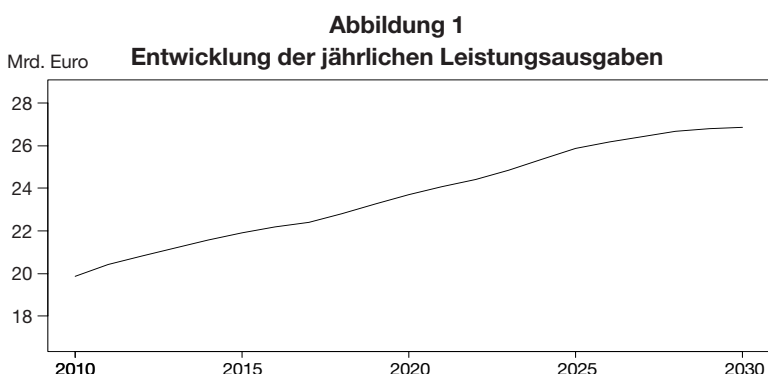
Quantifizierung der erwartbaren Beitragssätze und Defizite

Nachfolgend soll als Diskussionsgrundlage ein Szenario quantifiziert werden, um überhaupt das Ausmaß der notwendigen Änderungen abschätzen zu können. Dabei liegt der Schwerpunkt der Abschätzungen auf einer Vorhersage der zukünftigen Ausgaben bis zum Jahr 2030 und der sich daraus ergebenden Beitragssätze (Szenario 1). Darüber hinaus werden die Folgen einer Erhöhung der Ausgaben (Dynamisierung der Ausgaben) und der Einnahmen (beispielsweise aufgrund konjunktureller Entwicklungen) in einem zweiten Szenario ermittelt.

Szenario 1

Das Szenario 1 beschreibt die Entwicklung von Leistungsausgaben, Beitragseinnahmen und Beitragssatz bis zum Jahr 2030. In Abbildung 1 sind die prognostizierten Ausgaben der Pflegeversicherung

⁴ K. Lauterbach, M. Lungen, B. Stollenwerk, A. Gerber, G. Klever-Deichert: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, Gutachten, Köln, März 2004.



Methodik der Berechnungen

Unsere Berechnungen in diesem Beitrag basieren auf den Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW).¹ Verwendet wurden die Daten der Welle u und v; wobei sich alle Angaben auf das Jahr 2004 beziehen. Auf Grund der Art der Befragung bzw. der Art der Einkünfte konnten nicht alle Einkünfte eindeutig einer Person in einem Haushalt zugeordnet werden. Einkünfte, die in einem Haushalt mit mehr als zwei Erwachsenen nicht eindeutig einer Person zugeordnet werden können, wie z.B. die Zinsen eines Sparbuchs, wurden zu zwei Dritteln der Person mit dem höchsten Einkommen und zu einem Drittel der Person mit dem zweithöchsten Einkommen im Haushalt zugeordnet. Da es sich bei den Daten um zwei Befragungswellen handelt und des Weiteren sehr viele Fragen aus dem Fragebogen verwendet wurden, ist davon auszugehen, dass nicht bei jeder Person alle Antworten vorliegen. Um trotzdem einen möglichst großen Stichprobenumfang zu erhalten, wurden fehlende Werte zufällig von Personen mit ähnlichen Charakteristika, wie z.B. Altersgruppe, Geschlecht, ersetzt. In den SOEP-Daten wird derzeit nicht abgefragt, welchen Status die Personen in der Pflegeversicherung haben. Deswegen wurde davon ausgegangen, dass der Status in der Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung identisch ist. Diese Annahme ist aus unserer Sicht vertretbar, da der Personenkreis nahezu identisch ist.² Beim Versicherungsstatus der Kinder wird der Status der Person verwendet, die als Haushaltsvorstand angegeben wurde, in dem das Kind lebt. Sollte diese Information nicht vorliegen, wird der Status der Mutter, oder einer anderen Bezugsperson, verwendet. Um festzustellen, ob eine Person ein Kind hat, und damit den niedrigeren Beitragssatz in die Pflegeversicherung zahlen muss, wurden die vom Robert-Koch-Institut generierten Tabellen biobirth und biobtrhm verwendet, die Teil der SOEP-Daten sind.

Für die Prognose der Zukunft wurde eine Anpassung der Hochrechnungsfaktoren vorgenommen. Diese Anpassung erfolgt laut der Bevölkerungsentwicklung des Berichts der Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme.³ Neben der Bevölkerungsentwicklung wird auch der Verlauf der Arbeitslosenzahlen dem Bericht entnommen und mit dem Faktor 0,90 korrigiert. Durch diese Korrektur wird eine Anpassung an die aktuellen Arbeitslosenzahlen erreicht. Die Hochrechnungsfaktoren des SOEP-Datensatzes für 2004 dienen als Referenzwerte. Die alters- und geschlechtsspezifischen Einkommen- und Ausgabenprofile werden für die Zukunftsprognose beibehalten.

¹ Siehe nähere Angaben zum Sozio-ökonomischen Panel unter <http://www.diw.de/deutsch/sop/> (Zugriff Juni 2007).

² K. Lauterbach, M. Lungen, B. Stollenwerk, A. Gerber, G. Klever-Deichert: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit 2005, 54(3), S. 93-101.

³ Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS, Berlin, August 2003.

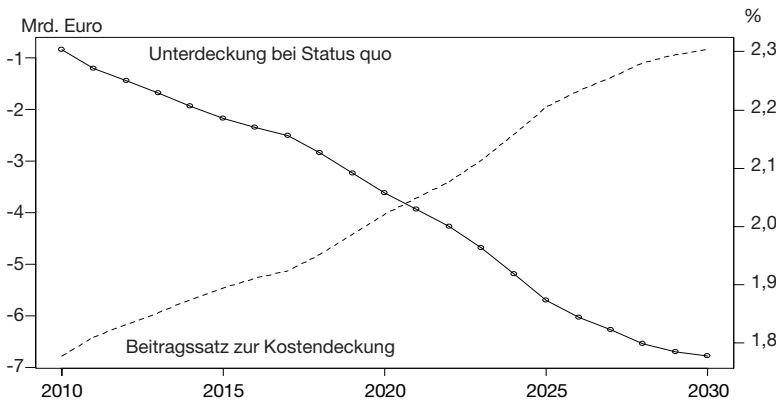
Tabelle 1
Entwicklung des Defizits in der Pflegeversicherung beim Status quo

| | 2010 | 2020 | 2030 |
|--|-------|-------|-------|
| Überschuss der Ausgaben in Mrd. Euro beim Status quo | -0,84 | -3,63 | -6,79 |

Tabelle 2
Kostendeckender Beitragssatz in der Pflegeversicherung
(in %)

| | 2010 | 2020 | 2030 |
|--|------|------|------|
| Beitragssatz | 1,78 | 2,02 | 2,30 |
| Beitragssatz für Kinderlose (plus 0,25 Beitragssatzpunkte) | 2,03 | 2,27 | 2,55 |

Abbildung 2
Unterdeckung in der Pflegeversicherung beim Status quo¹ und kostendeckender Beitragssatz²



¹ Linke Achse. Unterdeckung bei Beitragssatz von 1,7% und Kinderlosenzuschlag von 0,25%.
² Rechte Achse. Kostendeckender Beitragssatz.

im Status quo für die Jahre 2010 bis 2030 dargestellt. In diesem Szenario wurde keine Steigerung der Ausgaben pro Leistung vorgenommen. Die Erhöhung der Leistungsausgaben beruht hier nur auf dem Effekt des demographischen Wandels, also der Verschiebung von Geburtskohorten in höhere Altersgruppen und der damit unmittelbar verbundenen Änderung der Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung. Der Anteil der Pflegebedürftigen vor dem 60. Lebensjahr beträgt in derselben Altersklasse rund 0,6%. In der Altersklasse der 60- bis 80-Jährigen sind bereits 3,9% pflegebedürftig,

und bei den über 80-Jährigen sind es 31,8 %.⁵

Im Jahr 2006 sind 20% der Bevölkerung zwischen 60 und 79 Jahre, 80 Jahre und älter sind 5% der Bevölkerung. Für das Jahr 2020 ist davon auszugehen, dass 23% der Bevölkerung zwischen 60 und 79 Jahre alt sind und 7% älter. Bis zum Jahr 2030 wird sich der Anteil der 60-79-Jährigen auf 29% der Bevölkerung in Deutschland vergrößert haben. Der Anteil der 80-Jährigen und älteren Personen wird 8% der deutschen Bevölkerung ausmachen. Dadurch ist davon auszugehen, dass sich

⁵ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Pflegeversicherung, Berlin, Januar 2006.

die Anzahl der Pflegefälle deutlich erhöht und somit auch die Kosten. Im Gegenzug reduziert sich durch den größeren Anteil an Personen im Rentenalter und der schrumpfenden Bevölkerung (von 82,3 Mio. 2006 auf 77,2 Mio. 2030) die Anzahl der Beitragszahler in der Pflegeversicherung. So gibt es im Jahre 2006 ca. 52,1 Mio. Einwohner zwischen 20 und 67 Jahren (63%). Bis zum Jahre 2030 wird sich dies auf 45 Mio. Einwohner reduzieren, was 58% der Bevölkerung entspricht.⁶

Die detaillierten Angaben zu den von uns genutzten Methoden und Daten finden sich im Kasten. Nach unserer Abschätzung steigen die Leistungsausgaben 2010 auf 19,9 Mrd. Euro, 2020 auf 23,7 Mrd. Euro und 2030 auf 26,9 Mrd. Euro und flachen zuletzt ab.

Die Entwicklung der Leistungsausgaben aufgrund des demographischen Übergangs kann auch auf die veränderte Basis der Beitragsbemessung bezogen werden. Dabei wurden die Einkünfte der Beitragszahler, der Beitragssatz und die Ausgaben konstant gehalten, also nicht dynamisiert. Die so erwartbaren Defizite der Pflegeversicherung sind in Abbildung 2 und Tabelle 1 dargestellt. Der Trend der Unterfinanzierung bei dem aktuellen Beitragssatz verstärkt sich erwartungsgemäß. Die Größenordnung der Euro-Beträge ist von Bedeutung, um beispielsweise unter Beibehaltung des Beitragssatzes eine Finanzierung der Defizite durch Steuerzuschüsse zu gewährleisten. Demnach stiege der Steuerzuschuss beziehungsweise das Defizit von 840 Mio. Euro 2010 auf 6,8 Mrd. Euro 2030.

Es wurde zudem berechnet, wie groß der Beitragssatz für die Pflegeversicherung sein müsste, damit es weder zu einem Verlust noch zu

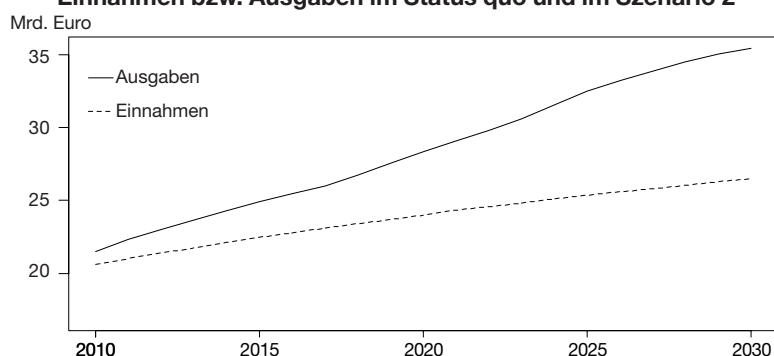
⁶ Statistisches Bundesamt: Siehe die Daten unter http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/src/poppyrger_v1w1.svg (Zugriff Juni 2007).

Tabelle 3
Einnahmen und Ausgaben im Status quo und im Szenario 2¹

| | 2010 | 2020 | 2030 |
|----------------------------------|-------|-------|-------|
| Leistungsausgaben (in Mrd. Euro) | 21,52 | 28,34 | 35,48 |
| Einnahmen (in Mrd. Euro) | 20,61 | 24,00 | 26,51 |
| Unterdeckung (in Mrd. Euro) | -0,91 | -4,34 | -8,96 |

¹ Das Szenario 2 beschreibt eine Anhebung der Einnahmen und Ausgaben um 1%.

Abbildung 3
Einnahmen bzw. Ausgaben im Status quo und im Szenario 2¹



¹ Das Szenario 2 beschreibt eine Anhebung der Einnahmen und Ausgaben um 1%. Bei der Berechnung des Beitragssatzes muss für Kinderlose ein Zuschlag von 0,25 Prozentpunkte berücksichtigt werden.

einem Überschuss kommen soll. Bestehende Rücklagen wurden nicht berücksichtigt. Da unsere Berechnungen mit dem Jahr 2010 aufsetzen, ist dies als Annahme begründbar.

Die Ergebnisse dieser Berechnung sind in Abbildung 2 und Tabelle 2 dargestellt. Es wurde davon ausgegangen, dass Kinderlose einen zusätzlichen Beitrag von 0,25 Prozentpunkten zahlen. Zu dem Beitragssatz sind also für Kinderlose diese 0,25 Prozentpunkte zu addieren. Im Jahr 2010 muss der Beitragssatz für Versicherte mit Kindern bei 1,78% liegen – für Versicherte ohne Kind bei 2,03% –, um eine Kostendeckung zu erreichen. Für das Jahr 2030 muss der Beitragssatz bei mindestens 2,30 Prozentpunkten liegen, um keinen Verlust in der Pflegeversicherung zu erwirtschaften. Für Kinderlose

liegt der Beitrag dann bei 2,55 Prozentpunkten.

Szenario 2

Das Szenario 2 beschreibt eine Anhebung der Einnahmen um 1% pro Jahr. Von uns wurde zudem abgeschätzt, welche Effekte sich ergeben, sofern sich die Einnahmen und/oder die Ausgaben um 1% erhöhen. Steigen beide Komponenten um diese Rate, öffnet sich die Schere aufgrund des Defizits weiter (Abbildung 3 und Tabelle 3). Das Defizit steigt von 910 Mio. Euro 2010 auf rund 9 Mrd. Euro 2030.

Fazit

Unsere Abschätzungen haben deutlich gemacht, dass die vermutete Unterdeckung der Pflegeversicherung aufgrund des demografischen Übergangs 2030 eine Dimension von rund 6,8 Mrd. Euro ohne Berücksichtigung von Inflation erreicht. Würde ein aus-

gabendeckender Beitragssatz angestrebt, läge dieser bei 2,3% für Versicherte mit Kindern im Jahr 2030. Eine Dynamisierung sowohl der Einnahmen als auch der Ausgaben führt auch bei gleicher Rate der Dynamisierung zu einem Ansteigen des Defizits.

Nicht diskutiert wurden hier die Lösungen zur exakteren Abbildung des Pflegeaufwandes. Dies erfolgte bereits an anderer Stelle und erfordert insbesondere ein Klassifizierungssystem, welches international bereits vorhanden ist.⁷ Ebenso wurde hier nicht tiefer auf die Bürgerversicherung Pflege eingegangen. Diese würde die Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten beheben. Es ist aus ethischer und ökonomischer Sicht nicht begründbar, weshalb zwei Systeme vorgehalten werden, deren Zugang reglementiert ist, so dass eine Segmentierung nach Einkommen, Sozialstatus und Pflegerisiko entsteht. Bei gleichen Leistungen pro Pflegefall kann die private Pflegeversicherung weit aus günstigere Prämien anbieten. Zudem erhalten Beamte 70% der Pflegebeiträge erstattet, abhängig Versicherte hingegen nur 50%. Die Zusammenlegung von sozialer und privater Pflegeversicherung ist eine grundlegende Forderung, deren Notwendigkeit aus ethischer und ökonomischer Sicht unmittelbar einsichtig ist. Würde die Bürgerversicherung Pflege eingeführt, wäre die derzeitige Diskussion um eine Finanzierungsschwäche obsolet. Die konkreten Auswirkungen auf den Beitragssatz wurden an anderer Stelle bereits ermittelt.⁸

⁷ M. Lungen, K. Lauterbach: Pauschalierte Vergütung in der medizinischen Rehabilitation, in: Rehabilitation 2003, 42 (3), S. 136-142.

⁸ K. Lauterbach, M. Lungen, B. Stollenwerk, A. Gerber, G. Klever-Deichert: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 2005, 10, S. 221-230.

Martin Gasche*

Finanzierungsseitige Reform der Pflegeversicherung: Warum und wie?

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) wurde im Jahr 1995 eingeführt und trotz der Kritik der meisten Ökonomen im Umlageverfahren organisiert. In Anbetracht der Defizite und der Zunahme der Pflegefälle wurde schon bald nach der Einführung eine Reform angemahnt. Ähnlich wie bei der Gesundheitsreform ist man sich in der Regierungskoalition aber nicht über den Weg einig, wie die Pflegeversicherung reformiert werden soll. Der Reformbedarf auf der Finanzierungsseite ergibt sich zum einen aus den eindeutigen Schwächen des derzeitigen Systems und zum anderen aus der demographischen Entwicklung, die das Umlagesystem ins Wanken bringt.

Schwächen des derzeitigen Systems

Wie noch gezeigt wird, besteht ein Nachteil des derzeitigen Systems darin, dass es als reines Umlagesystem organisiert ist. Akzeptiert man aber zunächst die Einführung des Umlagesystems, so weist es trotzdem enorme Schwächen auf, die in der Beitragsbemessung, in der Segmentierung des Versicherungsmarktes und dem mangelnden Wettbewerb zu finden sind.

Die Beitragsbemessungsgrundlage in der SPV sind grundsätzlich die Lohneinkommen und die Renteneinkommen bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3562,50 Euro. Kinder und Ehegatten ohne beitragspflichtiges Einkommen sind beitragsfrei

mitversichert. 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 Beitragsatz. Diese Art der Beitragsbemessung hat als größten Nachteil, dass die Beiträge weitgehend wie eine Lohnsteuer wirken und damit die Beschäftigung beeinträchtigen, da Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage verzerrt werden.

Zu diesem allokativen Nachteil kommt ein distributiver hinzu: Zwar findet eine Einkommensumverteilung von den Beziehern hoher beitragspflichtiger Einkommen zu den Beziehern niedriger Einkommen statt, doch werden nicht alle Einkommen, sondern im Wesentlichen nur Lohn- und Renteneinkommen verbeitragt und dies nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze, so dass für Versicherte mit einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze die Belastung regressiv ist. Diese Einkommensumverteilung in der SPV ist also weder sonderlich „sozial“ noch passt sie in das System. Denn das konstitutive Merkmal einer Sozialversicherung ist nicht die Einkommensumverteilung, sondern die Umverteilung von den niedrigen Risiken zu den hohen Risiken.¹ Einkommensumverteilung ist wichtig, kann aber zielgenauer, gerechter und transparenter im Steuer- und Transfersystem durchgeführt werden.

Die Schwächen bei der Beitragsbemessung könnten beseitigt werden, indem zu Pauschalbeiträgen übergegangen wird. Der Lohnsteuercharakter der Beiträge verschwände und die versicherungsfremde Einkommensumverteilung würde aus dem System genommen.

Ein weiterer großer Fehler bei der Einführung der Pflegeversicherung bestand darin, dass man nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ verfahren ist und genauso wie im Krankenversicherungssystem eine Marktsegmentierung nach Erwerbstatus und Einkommen in eine soziale Pflegeversicherung und private Pflegeversicherung vorgenommen hat. Dabei werden in dem einen Segment lohnabhängige Beiträge im Umlagesystem erhoben und im anderen Segment einkommensunabhängige Beiträge in einem grundsätzlich kapitalgedeckten System. Beamte und Selbständige können sich privat versichern, Arbeitnehmer dann, wenn sie die Versicherungspflichtgrenze überschreiten. Zu dem Gerechtigkeitsproblem, dass sich gerade die Personen mit den hohen Einkommen, also die Leistungsfähigsten, aus dem GKV-System und damit auch aus der SPV verabschieden können, kommt das eher allokativ Problem einer „Risikoentmischung“ hinzu, da leicht einsichtig ist, dass niedrige Risiken eher in die private Krankenversicherung mit risikoorientierten Prämien wechseln, höhere Krankheits- und Pflegerisiken aber in der GKV und damit auch in der SPV bleiben. In der Tat ist die Pflegewahrscheinlichkeit eines pri-

* Der Verfasser dankt Prof. Dr. Bert Rürup für wichtige Hinweise.

¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2005/06, Ziffern 513 ff.

vat Pflegeversicherten derzeit weniger als halb so groß wie die eines sozial Pflegeversicherten.² Eine Abkehr vom Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ und die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes würde diese Risikoentmischung beseitigen. Nach welchen Regeln die Beitragsbemessung erfolgt, ist erst in einem zweiten Schritt zu klären.

Mit der Forderung nach einem einheitlichen Versicherungsmarkt, auf dem Pflegeversicherungen nach den gleichen Regeln in Wettbewerb zueinander treten, ist die vierte große Schwäche des derzeitigen Systems angesprochen: Es gibt keinerlei Wettbewerb zwischen den Pflegekassen. Unterschiede werden in der SPV durch einen vollständigen Finanzausgleich ausgeglichen.

Auswirkungen der demographischen Entwicklung

Die Pflegeversicherung stellt vor allem Leistungen für alte Menschen bereit. Die Pflegewahrscheinlichkeit, also der Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten einer Altersklasse, beträgt für die 50- bis 55-Jährigen noch 0,9 %, für die 70- bis 75-Jährigen schon 4,7% und für die über 90-Jährigen 56,1%. Diese mit dem Alter stark zunehmenden Pflegewahrscheinlichkeiten schlagen sich in sehr stark ansteigenden altersspezifischen Ausgabeprofilen nieder. Während die Ausgaben je Versicherten in der Altersklasse der 50- bis 55-Jährigen noch 103 Euro betragen, steigen sie kontinuierlich auf 402 Euro für die 70- bis 75-Jährigen bis auf 5814 Euro für über 90-Jährige. Die Pflegeausgaben sind also umso höher, je älter ein Versicherter ist und damit auch, je mehr alte Menschen ver-

sichert sind. Mithin führt die demographische Entwicklung, die mit einer zunehmenden Anzahl alter Menschen einhergeht, zu einer steigenden Zahl der Pflegefälle und damit der Pflegeausgaben. Je nach Variante der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird nach eigenen Berechnungen die Anzahl der Pflegefälle in der SPV von heute rund 2 Mio. auf 2,9 bis 3,2 Mio. Personen im Jahr 2030 und auf 3,9 bis 4,5 Mio. Personen 2050 steigen. In der mittleren Variante würde es 2030 rund 2,9 Mio. Pflegefälle und 2050 etwa 3,9 Mio. Pflegefälle geben.

Die zunehmende Anzahl der Pflegefälle muss sich in höheren Ausgaben und damit in höheren Beitragssätzen niederschlagen. Betrachtet man den reinen Demographieeffekt, definiert als diejenigen Beitragssatzsteigerungen, die nur aufgrund der demographischen Entwicklung entstehen würden, wenn also die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten und die Ausgaben je Pflegefall konstant blieben, dann würde in 2030 der Beitragssatz je nach Bevölkerungsvariante zwischen 2,6% und 3,1% und in 2050 zwischen 3,7% und 4,9% liegen. Die mittlere Variante würde zu einem Beitragssatz von 2,8% 2030 und 4,0% 2050 führen.

Mit diesen Beitragssatzsteigerungen geht eine Erhöhung der mit dem Umlageverfahren verbundenen intergenerativen Umverteilung von den Jungen zu den Alten einher, da im Zeitverlauf die jeweils Jungen zahlenmäßig abnehmen und für eine größer werdende Zahl alter Menschen einen größer werdenden Teil ihres Einkommens aufbringen müssen.

Für den zukünftigen Beitragssatz in der SPV ist aber nicht nur die Demographie, sondern auch die Einkommens- und die Ausgabenentwicklung von Bedeutung. Geht man davon aus, dass die bei-

tragspflichtigen Einkommen der Erwerbsbevölkerung um 2% jährlich und die Einkommen der Rentner um 1,5% sowie die Ausgaben je Pflegefall um jährlich 1,5% zunehmen, also eine Leistungsdynamisierung unterstellt wird, dann steigt der Beitragssatz in der mittleren Variante bis auf 3,4% in 2050. Unterstellt man eine stärkere Ausgabenerhöhung je Pflegefall von 3,0% p.a., dann beträgt der Beitragssatz in 2050 schon 6,5%. Ein stärkeres Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen kann dagegen den Beitragssatzanstieg bremsen. Nehmen die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten mit der gleichen Rate wie die Ausgaben je Versicherten zu, dann kann der Beitragssatz stabilisiert werden. Bei einer Leistungsdynamisierung von 1,5% beträgt das erforderliche beitragsatzneutrale Einkommenswachstum 3,3% jährlich bis 2050, eine Rate, die nur für konjunkturelle Aufschwungphasen realistisch sein dürfte.

Kapitaldeckung als Antwort

Die enorme Demographieabhängigkeit der Pflegeversicherungsausgaben lässt die Einführung einer Kapitaldeckung als sinnvoll erscheinen. Mit der Kapitaldeckung können die Ausgaben, also die Lasten der demographischen Entwicklung, zwar nicht unbedingt reduziert, aber gleichwohl anders – intertemporal, interpersonell und intergenerativ – verteilt werden. Doch Kapitaldeckung ist nicht gleich Kapitaldeckung. Neben der Frage, ob ein vollständiger Umstieg zu einem kapitalgedeckten System durchgeführt werden oder ob das Umlagesystem noch teilweise beibehalten werden soll, kann man grundsätzlich drei Arten der Kapitaldeckung unterscheiden, die unterschiedliche allokativen und distributiven Implikationen zeitigen: die kollektive Kapitaldeckung, die individuelle Kapitaldeckung innerhalb

² Dies ist zu einem bestimmten Teil auch auf die günstigere Altersstruktur der Privatversicherten zurückzuführen.

des Versicherungssystems und die individuelle Kapitaldeckung außerhalb des Versicherungssystems.³

Kollektive Kapitaldeckung

Die kollektive Kapitaldeckung ist vereinfacht gesprochen die Umkehrung des Umlagesystems und wäre grundsätzlich dazu geeignet, einige der mit dem Umlageverfahren zusammenhängenden (intergenerativen) Umverteilungseffekte wieder rückgängig zu machen. Bei der kollektiven Kapitaldeckung wird über einen bestimmten Zeitraum durch höhere Beiträge ein Kapitalstock aufgebaut, der später abgeschmolzen wird, um den Beitragsanstieg des Umlagesystems zu dämpfen. Der Beitragssatz oder der Pauschalbeitrag wird so über die Zeit geglättet.

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 immer Einführungsverlierergenerationen, die durch Beiträge den Kapitalstock aufbauen, aber nicht oder kaum in den Genuss des beitragsenkenden 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 Nachteil des kollektiven Kapitalstocks ist, dass mit der Dauer der Aufbauphase und mit der Dauer der Auflösungsphase willkür-

liche Verteilungsurteile getroffen werden. Denn von der beitragsenkenden Wirkung in der Abbauphase des Kapitalstocks profitieren nur diejenigen Generationen, die dann Beitragszahler sind. Ist der Kapitalstock aufgezehrt, hat der Beitrag wieder die gleiche Höhe, die er ohne Kapitalbildung im reinen Umlageverfahren gehabt hätte. Mithin kann es dann zu Beitragsprüngen kommen und die Generationen, die nach dem Aufzehren des Kapitalstocks Beitragszahler sind, wären die Verlierer. Deshalb kann die kollektive Kapitalbildung nur dann sinnvoll sein, wenn eine nur über einen bestimmten Zeitraum bestehende demographische Last durch die Kapitaldeckung anders verteilt werden soll. Selbstverständlich gibt es noch weitere Probleme, die mit einem Kapitalstock in staatlicher Verwaltung zusammenhängen, wie zum Beispiel entstehende Begehrlichkeiten der Politik zur Zweckentfremdung oder Leistungsausweitung.

Externe individuelle Kapitalbildung

Der externen individuellen Kapitalbildung liegt folgende Idee zugrunde: Der Versicherte weiß, dass im Umlagesystem seine Beiträge stark ansteigen werden. Um die Belastungen über die Zeit zu glätten, spart der Versicherte in Zeiten des noch niedrigen Beitrags an, um später durch die Auflösung der Ersparnisse die hohen Beiträge finanzieren zu können. Die Beitragsbelastung, die das Umlagesystem für den Einzelnen generiert, wird also gleichmäßiger über die Zeit verteilt, aber nicht – und das ist wichtig – verändert. Die Belastung ist die gleiche. Mithin bleiben die intergenerativen Verteilungseffekte des Umlagesystems erhalten. Bei der kollektiven Kapitalbildung zum Beispiel wird für diejenigen Jahrgänge, die von der Auflösung des Kapitalstocks profitieren, die

(auf das ganze Leben bezogene) Beitragsbelastung geringer. Die Kapitaldeckung führt dazu, dass diese Generationen im Vergleich zum reinen Umlagesystem entlastet werden. Die intergenerativen Verteilungseffekte des Umlagesystems werden also verändert. Bei der externen individuellen Kapitaldeckung bleiben sie dagegen erhalten.

Kapitaldeckung innerhalb des Versicherungssystems

Das Vorbild für eine individuelle oder kohortenspezifische Kapitaldeckung innerhalb des Versicherungssystems findet sich vom Grundsatz her in der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegeversicherung (PPV). Die für ein Individuum einer Kohorte zu erwartenden Kosten werden gleichmäßig über die Zeit verteilt, so dass in jungen Jahren des Versicherten der Beitrag höher ist als die Kosten. Mit diesem Überschussbetrag wird ein Kapitalstock aufgebaut, der später abgeschmolzen wird, wenn die Kosten den Beitrag übersteigen. In einem solchen System zahlt das Individuum oder die Kohorte für sich selbst. Es gibt keine intergenerative Umverteilung. Der Nachteil eines sofortigen Übergangs vom bestehenden Umlagesystem zu einem solchen System besteht darin, dass Umstiegskosten entstehen. Alte Versicherte haben – wegen ihrer nur noch geringen Lebenserwartung – zu wenig Zeit, um einen Kapitalstock zur Beitragsglättung aufzubauen. Bereits Pflegebedürftige würden wohl keinen bezahlbaren Versicherungsschutz mehr bekommen.

Als Zwischenergebnis kann man festhalten, dass eine finanzierungsseitige Reform der Pflegeversicherung folgende Anforderungen erfüllen muss: Stärkung der Kapitaldeckung, Abkehr von der Einkommensbezogenheit der Beiträge und Schaffung eines einheitlichen

³ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2004/05, Ziffern 500 ff.

Marktes, auf dem selbständige Pflegeversicherungen im Wettbewerb stehen.

Risikostrukturausgleich zwischen SPV und PPV

Die derzeit vorliegenden Reformvorschläge setzen zwar alle an den Schwächen des derzeitigen Systems an, genügen aber selten den genannten Anforderungen. Der am wenigsten weit gehende Vorschlag ist wohl auch im Koalitionsvertrag angedacht und sieht einen Risikostrukturausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung vor. Danach soll die PPV an die SPV Zahlungen leisten, weil sie aufgrund der vermuteten Risikoentmischungstendenzen die besseren Risiken versichert und deshalb niedrigere Ausgaben hat. Man könnte durch den Risikostrukturausgleich die privaten Kassen und gesetzlichen Kassen in dem Sinne gleich stellen, dass sie gleiche durchschnittliche Ausgaben je Versicherten, also das durchschnittliche Risiko zu tragen haben.

Im Jahr 2005 betrug die Pflegewahrscheinlichkeit der Versicherten in der SPV 2,8% und in der PPV 1,3%. Wenn ein Pflegebedürftiger in beiden Versicherungssegmenten die gleichen Ausgaben verursacht, dann sind in der SPV die Ausgaben je Versicherten mit 253 Euro jährlich mehr als doppelt so hoch wie in der PPV. Somit sind Forderungen nach Ausgleichzahlungen der PPV an die SPV von mehr als 100 Euro je PPV-Versicherten, also insgesamt rund 1 Mrd. Euro, nicht unrealistisch.

Ob ein solcher Risikostrukturausgleich allerdings gerechtfertigt ist, hängt davon ab, auf welche Gründe die derzeit geringere Pflegewahrscheinlichkeit in der PPV zurückzuführen ist. Ist sie auf eine zur Zeit noch „günstigere“ Altersstruktur der privat Pflegeversicherten zurückzuführen und ist das Pfl-

gerisiko eines PPV-Versicherten, also die Pflegewahrscheinlichkeit über sein ganzes Leben, identisch mit der eines Versicherten der SPV, dann kann ein Finanzausgleich nicht begründet werden.⁴ Ist die derzeit geringere Pflegehäufigkeit der PPV-Versicherten dagegen darauf zurückzuführen, dass aufgrund des Prinzips „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ eine Risikoentmischung stattfindet und deshalb systematisch Versicherte in der PPV über ihr gesamtes Leben eine geringere Pflegebedürftigkeit aufweisen, dann ist ein solcher Risikostrukturausgleich begründbar. In dem Fall müssten allerdings die Pflegewahrscheinlichkeiten um die unterschiedlichen Altersstrukturen „bereinigt“ werden.⁵

Bürgerversicherung

Wie in der Krankenversicherung wird auch für die Pflegeversicherung gefordert, die PPV aufzulösen und alle Bürger in die SPV einzubeziehen. Zusätzlich sollen nicht nur Arbeitseinkommen, sondern alle Einkommen verbeitragt werden. In einer Bürgerversicherung könnte der Beitragssatz sofort nach eigenen Berechnungen auf 1,4% reduziert werden. Je nachdem welche Einkommen zusätzlich verbeitragt werden, kann die Beitragssatzsenkung auch größer ausfallen. Mit diesem Modell wird zwar ein einheitlicher Versicherungsmarkt geschaffen, allerdings könnte es auf eine Einheitsversicherung ohne jeglichen Wettbewerb hinauslaufen. Soweit keine zusätzliche Kapitaldeckung vorgesehen ist, kommt es grundsätzlich zur gleichen Beitragssatzdynamik wie im derzeitigen System. Beitragssatzerhöhungen wirken dann wie Einkommensteuernerhöhungen mit den entsprechenden verzerrenden

Effekten und Ausweichreaktionen. Dieser Vorschlag ist deshalb abzulehnen.

Pauschalbeitragsmodelle

Genauso wie in der Krankenversicherung werden in der Pflegeversicherung einer Bürgerversicherung Pauschalbeitragsmodelle gegenübergestellt. Je nachdem ob die Marktsegmentierung beibehalten wird, kann man die SPV-Pauschale und die Bürgerpauschale unterscheiden. Bei der SPV-Pauschale bleibt die Marktsegmentierung bestehen, und das derzeitige SPV-System wird auf Pauschalen umgestellt. Alle Mitglieder zahlen dann einen einheitlichen Beitrag, der zunächst rund 30 Euro monatlich betragen und sich bis 2050 vervierfachen würde. Sollen auch nicht erwerbstätige Ehegatten Beiträge zahlen, beträgt der Beitrag anfänglich durchschnittlich 27 Euro. Der Vorteil des Modells besteht darin, dass der Lohnsteuercharakter der Beiträge aufgehoben wird. Auch die intergenerative Umverteilung wird etwas reduziert, da die Rentner nun im Durchschnitt höhere Beiträge zahlen müssen, also einen größeren Teil der von ihnen verursachten Kosten selbst tragen. Allerdings muss für die Bezieher geringer Einkommen ein sozialer Ausgleich etabliert werden. Je nachdem wie dieser organisiert wird und welche Steuern dazu erhöht werden müssen, kommt es wieder zu Verzerrungen, die dem grundsätzlichen allokativen Vorteil der Pauschalen entgegenwirken.

Wird keine zusätzliche Kapitaldeckung vorgesehen und das reine Umlagesystem beibehalten, kommt es zu Beitragssteigerungen, die grundsätzlich aber nicht wie eine Lohnsteuererhöhung wirken, sondern wie eine nicht verzerrende Pauschalsteuererhöhung. Will man die Risikoentmischung vermeiden, muss die Marktsegmentierung aufgehoben und eine Bürgerpauscha-

⁴ Vgl. auch Deutsche Bundesbank: Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der Pflegeversicherung, Monatsbericht, April 2007, S. 41.

⁵ Vgl. ebenda, S. 41.

le eingeführt werden, bei der alle Pflegekassen – auch die privaten – den Bürgerpauschalentarif für die Grundversorgung anbieten. Diese Pauschale würde im Durchschnitt anfänglich 24 Euro betragen.

Mischmodelle

Alle oben vorgestellten Reformvorschläge, die das Umlagesystem beibehalten, können mit Kapitaldeckungselementen kombiniert werden. Ein solches Mischmodell, das eine Kombination mit der individuellen Kapitaldeckung vorsieht, ist vom bayrischen Sozialministerium vorgeschlagen worden. Danach sollen 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 soll zunächst 6 Euro monatlich betragen und dann jährlich um einen Euro steigen. Zwar ist die detaillierte Ausgestaltung noch äußerst unklar, vom Grundsatz her ist dieser Vorschlag aber zu begrüßen, da der Lohnsteuercharakter der Beiträge begrenzt und das System graduell auf ein kapitalgedecktes Pauschalbeitragsmodell mit geringeren Verzerrungen und einer größeren Demographiefestigkeit umgestellt wird.

Als Mischmodelle kann man auch die Vorschläge bezeichnen, die ausschließlich ein Einfrieren des Beitragssatzes vorsehen. Letztlich würde es zu einer „kalten Abschaffung“ des Versicherungssystems und zu einer graduellen Rückkehr zum Status quo ante, also der Sozialhilfeligkeit kommen. Ein Vorteil wird darin gesehen, dass nur bei Bedürftigkeit gezahlt wird, mithin der oft mit der Einführung der SPV kritisierte Erbschutz nicht stattfindet. Kombiniert man das Einfrieren des Beitragssatzes mit einem „Bundes-Pflegeleistungsgesetz“ würde man ebenfalls zu einer Steu-

erlösung, allerdings mit dem Bund als Träger zurückkehren. Zu bedenken ist bei diesen Vorschlägen, dass das Steuersystem im Prinzip auch nichts anderes als ein Umlagesystem ist und damit ebenfalls den gleichen demographischen Problemen gegenübersteht, sobald die Ausgaben und Einnahmen von der Alterstruktur der Bevölkerung abhängen.

Vollständiger Übergang zum kapitalgedeckten System

Weitergehende Vorschläge, die einen Ausstieg aus dem Umlagesystem und einen Umstieg zu einem vollständig kapitalgedeckten System vorsehen, gibt es mittlerweile viele. Am überzeugendsten ist das so genannte Kohortenmodell des Sachverständigenrates.⁶ Es sieht den Übergang zu einem kohortenspezifischen kapitalgedeckten System und ein allmähliches Auslaufen des Umlagesystems sowie den Übergang zu Pauschalbeiträgen vor. Die unter 55-Jährigen müssen eine kohortenspezifische kapitalgedeckte Pflegeversicherung abschließen und scheiden aus dem Umlagesystem aus. Die Prämie für diese Versicherung wird berechnet, indem die zu erwartenden Ausgaben für einen Altersjahrgang gleichmäßig über die Zeit verteilt werden. Dies bedeutet, dass zunächst der Beitrag höher sein muss als die Ausgaben für die Kohorte, womit ein Kapitalstock innerhalb des Systems für eine Alterskohorte aufgebaut wird. Später wird der Kapitalstock abgeschmolzen, wenn die kohortenspezifischen Beiträge nicht mehr ausreichen, um die kohortenspezifischen Ausgaben zu decken.

Die über 55-Jährigen und die bereits Pflegebedürftigen verbleiben im Umlagesystem, müssen aber einen einheitlichen Pau-

schalbeitrag von zunächst rund 50 Euro zahlen. Da diese Beiträge nicht ausreichen, um die Ausgaben des Umlagesystems zu decken, müssen die Jüngeren zusätzlich zu ihrer Versicherungsprämie im kohortenspezifischen kapitalgedeckten System noch eine „Altenpauschale“ in das Umlagesystem zahlen. Diese Altemumlage ergibt sich, indem man das Defizit des Umlagesystems durch die Anzahl der Mitglieder des kohortenspezifischen Systems dividiert. Die Altenpauschale wächst zunächst, da die Anzahl der Pflegefälle im alten Umlagesystem anfänglich zunimmt, sinkt dann aber wieder, weil nach und nach die Versicherten im Umlagesystem versterben. Etwa im Jahr 2050 ist das Umlagesystem ausgelaufen. Da die Beitragsbelastung besonders für die Rentner, die im Umlagesystem verbleiben, hoch sein wird, muss ein sozialer Ausgleich im Steuersystem etabliert werden.

Die Vorteile des Kohortenmodells bestehen darin, dass ein demographiefesteres kapitalgedecktes System aufgebaut und der Lohnsteuercharakter der Beiträge sofort abgeschafft wird. Ist das Umlagesystem ausgelaufen, sind die Prämien weitgehend äquivalent. Ein Steuercharakter ergibt sich nur noch aus den Unisexstarifen, die eine Umverteilung von den Männern zu den Frauen implizieren. Der Nachteil des Systems sind die allokativen Nachteile der Umstiegskosten, die in Form der Altenpauschale auf die jüngeren Jahrgänge, in Form eines höheren Beitrags auf die Alten und in Form eines Teils des sozialen Ausgleichs auf die Steuerzahler übertragen werden. Insofern kommt es zu einer – für alle Umstiegsvorschläge typischen – Doppelbelastung der Übergangsjahrgänge.

Die Pflegeversicherung muss auf der Leistungsseite und auf der

⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2004/05, Ziffern 546 ff.

Finanzierungsseite reformiert werden. Für die Finanzierungsseite liegt mit dem Kohortenmodell ein überzeugender Vorschlag vor, der allerdings Mut von Seiten der Politik bedarf, weil er zunächst fast

alle mehr belastet. Da große parlamentarische Mehrheiten oft jedoch nicht mit großem Mut einhergehen, ist eine solche Reform eher unwahrscheinlich. Bevor jedoch wieder ein fauler Kompromiss wie in der Kran-

kenversicherung realisiert wird, ist es – vor dem Hintergrund der derzeit guten Beitragseinnahmentwicklung – besser abzuwarten, bis die politischen Konstellationen eine wirkliche Reform erlauben.

Heinz Rothgang

Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems

Die soziale Pflegeversicherung weist Reformbedarf sowohl auf der Leistungs- als auch auf der Finanzierungsseite auf. Von zentraler Bedeutung für leistungsseitige Reformen sind der Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Förderung der Rehabilitation und die Gestaltung zukunftsfähiger Pflegearrangements.

Pflegebedürftigkeitsbegriff

Anders als die Krankenversicherung ist die Pflegeversicherung von vornherein als Teilleistungssystem („Teilkaskosystem“) angelegt, das lediglich begrenzte, nicht bedarfsdeckende Zuschüsse gewährt. Damit kommt der Definition des Pflegeversicherungsbegriffs eine Schlüsselrolle zu, muss er doch sicherstellen, dass die knappen Finanzressourcen „gerecht“ auf die potentiellen Leistungsempfänger verteilt werden. Inzwischen besteht Einigkeit unter allen Beteiligten, dass der bei Einführung der Pflegeversicherung neu entwickelte enge somatische Pflegebegriff, der ausschließlich auf die Hilfebedarfe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens abstellt, zu eng ist.¹ So werden die allgemeinen

Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe von Menschen mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen, insbesondere demenziellen Störungen, bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nicht entsprechend berücksichtigt. Im Ergebnis erhalten Demente keine oder nur eine niedrige Pflegestufe zuerkannt, obwohl erhebliche Betreuungsbedarfe vorliegen. Damit werden Personen, die zweifellos zur Zielgruppe der Pflegeversicherung gehören, systematisch und in nicht gerechtfertigter Weise ausgegrenzt. Das hat der Gesetzgeber inzwischen erkannt und 2002 im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz erste ergänzende Leistungen für Demente vorgesehen.

Unstrittig ist aber, dass grundsätzlichlicher angesetzt und der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu definiert werden muss. Dabei gilt es nicht nur die besonderen Belange von Dementen zu berücksichtigen, sondern systematisch vom Teilhabebedarf von Menschen mit Pflegebedarf auszugehen, der auch im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) zum Ausgangspunkt der Leistungsgestaltung gemacht wurde.

Das Bundesgesundheitsministerium hat daher einen Beirat eingesetzt, der bis Ende 2008 Vorschläge für einen neuen

Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein zugehöriges Assessment-Verfahren vorlegen soll. Im Rahmen eines Teilkaskosystems kann es bei der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aber zunächst nur um die Verteilung knapper Ressourcen auf verschiedene potentielle Empfängergruppen gehen. Inwieweit sich dies in einem höheren Ausgabenvolumen niederschlägt, ist eine andere Frage. Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zugleich zu Leistungskürzungen bei den Personengruppen führt, die bislang leistungsberechtigt waren.

Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit

Schon bei Einführung der Pflegeversicherung wurde darauf hingewiesen, dass der programmatische Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zwar als § 5 im SGB XI verankert ist, die gegebene Anreizstruktur seiner Umsetzung aber entgegensteht. Keiner der Akteure im System hat einen Anreiz, Pflegebedürftigkeit durch Rehabilitation zu vermeiden, ihren Eintritt zu verzögern oder gar zu mindern. So würde eine Rückstufung der Pflegestufe als Ergebnis einer erfolgreichen Rehabilitation für die Leistungserbringer zu Einnahmeverlusten führen.

¹ Vgl. z.B. H. Döhner, H. Rothgang: Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49. Jg. (2006), H. 6, S. 583-594, und die dort angegebene Literatur.

Insbesondere aber sehen sich die Kassen massiven Fehlanreizen gegenüber: So ist selbst eine erfolgreiche rehabilitative Maßnahme, bei der der Eintritt oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit verhindert oder eine bereits vorhandene Pflegebedürftigkeit vermindert wird, für die zuständige Kasse nicht sinnvoll, da die Pflegeausgaben über den allgemeinen Ausgabenausgleich der Pflegeversicherung über alle Pflegekassen verteilt werden, während die Kosten der Rehabilitation auf die – im Wettbewerb stehende – Krankenkasse entfällt und dort im Risikostrukturausgleich naturgemäß nicht ausgleichsfähig ist. Etwaige Einsparungen in der Pflegeversicherung werden somit externalisiert, während die Kosten der Maßnahme die Kasse belasten.² Ökonomisch rational handelnde Kassen werden rehabilitative Maßnahmen zur Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit daher nur sehr sparsam einsetzen.

Tatsächlich finden Rehabilitationsmaßnahmen bei Pflegebedürftigen in Deutschland kaum statt.³ Als Gegenmaßnahme hat sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2005 für eine Integration von Kranken- und Pflegeversicherung ausgesprochen. Dieser Vorschlag birgt allerdings die Gefahr, dass die Krankenversicherung die Pflegeversicherung dann dominiert und eine weitere Medikalisierung der Pflege zu verzeichnen wäre. Die Spezifika der Langzeitpflege,

² Vgl. J. Hoffmann: Risikostrukturausgleich in der Pflegeversicherung, in: Sozialer Fortschritt, 42, 1993, S. 202 f.; vgl. H. Rothgang: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt 1997, S. 155-162.

³ So empfiehlt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in nur 6% seiner Gutachten zur Einstufung pflegebedürftiger Menschen nach dem SGB XI eine medizinische Rehabilitation, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin 2004.

insbesondere die besondere Rolle pflegender Angehöriger, würde dabei womöglich nicht hinreichend beachtet. Ebenso zielführend, aber die Eigenständigkeit der Pflegeversicherung erhaltend, wäre es daher, auch in der Pflegeversicherung Kassenwettbewerb einzuführen und – flankiert durch einen Risikostrukturausgleich in der Pflegeversicherung – differierende Beitragssätze zuzulassen. Damit wäre den Pflegekassen erstmals ein finanzieller Anreiz gegeben, den Verlauf der Pflegebedürftigkeit zu beeinflussen.

Pflegearrangements der Zukunft

Rund die Hälfte aller Pflegebedürftigen wird ohne jede Beteiligung von Pflegeeinrichtungen in der eigenen Häuslichkeit gepflegt, und auch bei Einschaltung von Pflegeeinrichtungen obliegt ein großer Teil der Pflege regelmäßig der Familie, die damit nach wie vor das Rückgrat der pflegerischen Versorgung bildet. Die familialen Kapazitäten werden in Zukunft aber nicht ausreichen, um die steigende Zahl Pflegebedürftiger wie bisher zu versorgen.⁴ Eine Substitution der Familie durch Pflegeeinrichtungen ist allerdings nicht möglich, da die damit verbundenen Kosten für formale Pflege zu hoch wären und der Arbeitsmarkt hierfür auch nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung stellt. Erfolg versprechend sind lediglich „gemischte Pflegearrangements“, die sich durch ein Zusammenwirken von Pflegeeinrichtungen, pflegenden Angehörigen und Ehrenamtlichen auszeichnen und neue Rollenverständnisse für alle Beteiligten implizieren. So müssen die Pflegeeinrichtungen ihre Funktion stärker in der Koordination der Pflege im

⁴ Vgl. z.B. H. Rothgang: Demographischer Wandel und Pflege(ver)sicherung, in: J. Kerschbaumer, W. Schröder (Hrsg.): Sozialstaat und demographischer Wandel. Herausforderungen für Arbeitsmarkt und Sozialversicherung, Wiesbaden 2005, S. 119-146.

Verbund mit Familien und nicht ausschließlich in der Grund- und Behandlungspflege sehen, Angehörige müssen Offenheit dafür entwickeln, professionelle Pflege einzubeziehen, und das Potential der Ehrenamtlichkeit muss für häusliche und stationäre Pflege genutzt werden.

Hierfür sind strukturelle Änderungen notwendig und sinnvoll. Neben Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege wäre eine Angleichung der Leistungshöhen für häusliche und stationäre Pflegeleistungen wünschenswert. Bislang sind die Leistungen für häusliche Pflege in den Stufen I und II nämlich deutlich niedriger als die Leistungen für stationäre Pflege. Eine Leistungsangleichung würde nicht nur bestehende Anreize zur vollstationären Pflege abbauen, sondern auch die Dichotomie dieser Versorgungssektoren aufheben und mehr Raum für neue, innovative Versorgungsangebote zwischen ambulant und stationär schaffen.

Weiterhin ist eine Flexibilisierung des Leistungskatalog in der ambulanten Pflege erstrebenswert. Derzeit können Pflegebedürftige in häuslicher Pflege lediglich zwischen rund zwei Dutzend „Leistungskomplexen“ wählen. Diese Komplexe beziehen sich alle auf pflegerische Verrichtungen im engeren Sinne und verweisen so auf die enge Definition von Pflegebedürftigkeit zurück. Andere, eher teilhabeorientierte Leistungen dürfen nicht angeboten werden, so dass die Möglichkeiten von Pflegebedürftigen und Angehörigen, einen auf die eigene Situation und die eigenen Präferenzen zugeschnittenen Leistungsmix zusammenzustellen, stark eingeschränkt sind. Das derzeit von den Pflegekassen durchgeführte Modellvorhaben zum „persönlichen Budget“ weist einen Weg zu mehr Flexibilität. Al-

lein eine Aufweichung der starren Leistungskomplexliste wäre aber schon hilfreich.

In diesem Zusammenhang ist auch die immer noch unzureichende Beratung von Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen und das Fehlen eines Case-Management-Systems anzumahnen. Dieser Mangel trägt dazu bei, dass nicht immer die effektivsten und effizientesten Pflegearrangements gefunden werden. Letztlich ist die Wahl des Pflegearrangements nämlich die einzige Stellschraube, bei der tatsächlich Kostenbegrenzungen und womöglich auch -reduktionen erzielt werden können, ohne die Versorgungsqualität zu verschlechtern.

Damit ist auch die Qualitätsfrage angesprochen. Immer noch ist die Qualität der pflegerischen Versorgung unbefriedigend.⁵ Neben anderen Maßnahmen wäre es hier wünschenswert, wenn die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einrichtungsbezogen veröffentlicht werden könnten, um so die Basis für einen Qualitätswettbewerb zu legen. Wie insbesondere internationale Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich zeigen, ist die Entwicklung eines validen Qualitätsindikatorensystems und eines darauf beruhenden Rankings durchaus leistbar.

Die Finanzierungsseite

Obwohl Reformbedarf auf der Leistungsseite besteht und leistungsseitige Überlegungen gegenüber Finanzierungsfragen Vorrang haben sollten, steht die Finanzierungsfrage bei der aktuellen Diskussion über die Reform der Pfl-

geversicherung eindeutig im Vordergrund.

Seit 2002 weist die soziale Pflegeversicherung steigende Defizite auf. Für 2006 wird vom Bundesgesundheitsministerium zwar ein Überschuss in Höhe von rund 450 Mio. Euro gemeldet, der allerdings auf der Vorverlegung der Fälligkeit des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 3.8.2005) beruht, die dazu geführt hat, dass für die Beschäftigten im Januar 2006 zwei und im ganzen Jahr damit 13 Beiträge eingegangen sind. Wird das Jahresergebnis um diesen Betrag korrigiert, ergibt sich auch für 2006 ein Defizit in dreistelliger Millionenhöhe.

Das Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung resultiert vor allem aus der Einnahme- und nicht aus der Ausgabenentwicklung: Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung sind von 1997 bis 2004 nominal lediglich um jährlich 2,2% gewachsen (geometrisches Mittel) – mit sinkender Tendenz. Allerdings lag das durchschnittliche jährliche Einnahmewachstum der Pflegeversicherung (geometrisches Mittel) im gleichen Zeitraum bei nur 0,8% und damit unterhalb der Inflationsrate von 1,3%. Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es somit auch in der Pflegeversicherung die Einnahmeschwäche, die zu Finanzierungsproblemen geführt hat.

Nun sind Anzeichen für eine positivere Einnahmeentwicklung erkennbar. So ist seit kurzem erstmals wieder eine Zunahme der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse zu verzeichnen. Allerdings ist eine etwas positivere Einnahmenentwicklung keineswegs ausreichend, wenn die Dynamisierungsproblematik mitbedacht wird. Die Pflegeversicherungsleistungen sind nämlich

als Euro-Beträge in SGB XI angegeben und seit ihrer Festlegung im Jahr 1993/4 noch nicht angepasst worden. Steigende Preise für Pflegeleistungen haben daher zu einem Kaufkraftverfall geführt, dessen Anhalten die Pflegeversicherung nachhaltig delegitimieren würde. Soll die Kaufkraft der Versicherungsleistungen konstant gehalten werden, ist daher eine regelgebundene Leistungsanpassung notwendig. Hierbei wäre eine Orientierung an der allgemeinen Lohnentwicklung anzustreben, da die Löhne die Hauptdeterminante der Kosten und damit letztlich auch der Preise für Pflegeleistungen sind. Bei einem konstanten Beitragssatz kann dies im gegenwärtigen System aber nicht geleistet werden. Vielmehr wäre ein Beitragsanstieg auf bis zu 3-4 Beitragssatzpunkte bis zum Jahr 2040 zu erwarten, wenn entsprechend der Lohnentwicklung dynamisiert wird.⁶

Notwendig ist daher eine Finanzreform, die mindestens zwei Zielen dient: Sie muss eine Abkopplung der Einnahmehasis von der Sozialproduktentwicklung verhindern und gleichzeitig neue Finanzierungsquellen erschließen. Dies kann durch den Systemwechsel zu einem kapitalfundierte System oder die Weiterentwicklung des bestehenden Systems angestrebt werden.

Kapitalfundierung als Alternative

Wie auch bei der Finanzierung der Alterssicherung und der Krankenversicherung wird die Kapitalfundierung als Gegenentwurf zu

⁵ Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Essen 2004; URL: <http://www.mds-ev.org/index2.html>.

⁶ H. Rothgang: Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte, in: Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik – Studienprogramm, Band V, Heidelberg 2002; vgl. Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme: Bericht der Kommission, Berlin 2003, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.

Umlageverfahren propagiert.⁷ Zur Begründung wird insbesondere auf Wachstumseffekte und eine höhere Generationengerechtigkeit verwiesen.⁸ Wachstumseffekte werden erwartet, da das obligatorische umlagefinanzierte Sicherungssystem private Ersparnis verdränge und die so resultierende niedrigere Sparquote zu geringeren (Real)Investitionen, einem geringeren Kapitalstock und folglich zu einem niedrigeren Wachstumspfad der Volkswirtschaft führe. Durch Umstellung von einem umlagefinanzierten auf ein kapitalfundiertes System könne daher ein höheres Wirtschaftswachstum erzielt werden. Allerdings ist der Einfluss einer umlagefinanzierten Sicherung auf die Ersparnis nur unter bestimmten Annahmen theoretisch ableitbar, empirisch hingegen nicht belastbar belegt. Weiterhin ist eine etwaige höhere Sparquote nicht nur (langfristig-wachstumstheoretisch) positiv zu bewerten, sondern schlägt kurzfristig-konjunkturpolitisch als Nachfrageausfall negativ zu Buche. Schließlich führt vermehrte Ersparnis möglicherweise nicht zu verstärkten Realinvestitionen, sondern nur zu einer Steigerung des Kapitalangebots, das sich in Kurssteigerungen und „Blasen“ auf Finanzmärkten niederschlägt.

⁷ Vgl. z.B. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2004/05: Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, im Internet: www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/ga-frueher.php, 2005.

⁸ Zusätzlich wird auch eine höhere individuelle Rendite genannt. Eine Pareto-Verbesserung ist aber letztlich nur möglich, wenn positive Wachstumseffekte realisiert werden. Insofern verweist dieses Argument wieder auf die erstgenannte Begründung. Weiterhin wird auch angeführt, dass kapitalfundierte Systeme eine höhere Demographieresistenz aufweisen. Allerdings ist zu konzedieren, dass auch kapitalfundierte Systeme vom demographischen Wandel betroffen sind, der dann aber über einen anderen Mechanismus wirkt, nämlich über die Kapital- und nicht über die Arbeitsmärkte. Letztlich verweist aber auch die „Demographieanfälligkeit“ auf intertemporale und intergenerative Verteilungswirklungen und damit zurück auf die Frage der Generationengerechtigkeit.

Letztlich ist das Pflegeversicherungssystem aber zu klein, um mit einer Reform merkliche makroökonomische Effekte auszulösen, weshalb diese Argumentation bei der Forderung nach Kapitalfundierung in jüngster Zeit in den Hintergrund getreten ist.

Vorrangig wird nun mit der „Generationengerechtigkeit“ argumentiert.⁹ Durch Einführung eines umlagefinanzierten Systems erhalte die Einführungsgeneration ein Geschenk, das von den nachfolgenden Generationen getragen werden muss. Unterscheiden sich die Generationen zudem in ihrer Kohortenstärke, komme es zu weiteren systematischen Umverteilungen zwischen Geburtskohorten, die aus Gründen der Generationengerechtigkeit zu verurteilen seien. Tatsächlich war die Einführung einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung ein – politisch zu diesem Zeitpunkt ausdrücklich gewolltes – „Geschenk“ für die damalige Altenbevölkerung, das zu einer intergenerativen Umverteilung geführt hat. Dies stand allerdings zu keinem Zeitpunkt in Frage, lediglich die Interpretation dieser Tatsache hat sich geändert: Während die sofortigen Leistungen auch für Kohorten, die keine Vorversicherungszeiten aufweisen können, bei Einführung der Pflegeversicherung als Vorteil des umlagefinanzierten Systems angesehen wurde, wird dies inzwischen unter dem Begriff der „Nachhaltigkeitslücke“ als Geburtsfehler des Systems thematisiert.

Letztlich zeigt sich dabei die Verengung des Generationengerechtigkeitsbegriffs auf eine Längsschnittbetrachtung, gemäß der der Barwert der Einzahlungen einer Kohorte in ein Sicherungssystem dem Barwert der Auszahlungen an diese Kohorte entsprechen müsse. Tatsächlich ist aber die Quer-

⁹ Vgl. B. Raffelhüschen, J. Häcker in diesem Heft.

schnittgerechtigkeit mindestens genauso bedeutsam, nach der bei einer positiven oder negativen Wirtschaftsentwicklung alle zu diesem Zeitpunkt lebenden Kohorten beteiligt werden müssen. In diesem Sinne sollten die Rentner bei der Einführung der dynamischen Rente 1957 vom „Wirtschaftswunder“ profitieren und in diesem Sinne wollte die Pflegeversicherung bei ihrer Einführung dafür sorgen, dass die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit als Regelfall der Heimbewohner beendet wurde. Es bleibt daher festzuhalten, dass die von den Befürwortern einer Kapitalfundierung erhobene Forderung nach einer bestimmten Form der intergenerativen Umverteilung keineswegs normativ unumstritten ist.

Allerdings kann Kapitalfundierung zweifellos eine intertemporale Umverteilung, d.h. ein Vorziehen von ansonsten in der Zukunft anfallenden Leistungen in die Gegenwart, erreichen. Ist dies das Ziel, stellt sich die Frage nach der Ausgestaltung der Kapitalfundierung.

Systemwechsel zu einem kapitalfundierten System

Der Hauptnachteil aller „Umstiegsmodelle“, bei denen das bisherige umlagefinanzierte System durch ein kapitalfundiertes System abgelöst wird, liegt in der unvermeidlichen „Doppelbelastung“: die ökonomisch aktive Generation muss einen Kapitalstock aufbauen, gleichzeitig aber die Ansprüche befriedigen, die im alten System erworben wurden. Diese Doppelbelastung kann unterschiedlich über die Zeit und über verschiedene Kohorten verteilt werden, ist grundsätzlich aber unvermeidbar. Die Modelle unterscheiden sich insbesondere darin, wie schnell der Umstellungsprozess realisiert wird.¹⁰ Selbst bei langen Über-

¹⁰ Vgl. für einen Überblick K. Jacobs, H. Dräther: Wer bezahlt die Pflege?, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 9, 2005, S. 23-29.

gangszeiten resultieren aber erhebliche Belastungen. So hat die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme in einem Modell des Sofortumstiegs berechnet, dass der allgemeine Beitragssatz sofort und für eine Übergangszeit bis 2040 auf 3% angehoben werden müsse und zudem von den Rentnern ein zusätzlicher monatlicher Pauschalbetrag von 20 bis 30 Euro zu entrichten sei.¹¹

Auf ähnliche Werte ist auch die Herzog-Kommission gekommen, deren Vorschlag den Aufbau eines zunächst kollektiven Kapitalstocks vorsieht, der erst nach einigen Jahrzehnten individualisiert wird. Hierzu müssen die einkommensabhängigen Beiträge sofort auf 3,2 Beitragssatzpunkte ansteigen und sich damit annähernd verdoppeln.¹² Der Umstieg auf ein kapitalfundiertes System würde damit für die nächsten drei bis vier Dekaden zu Belastungen führen, die deutlich über denen liegen, die bei einer Beibehaltung des bestehenden Systems entstehen. Für das Vorziehen ansonsten später anfallender Lasten ist demnach ein sehr hoher „Preis“ zu zahlen.

Weiterentwicklung des bestehenden Systems

Die einfachste Methode im Rahmen der umlagefinanzierten Pflegeversicherung zusätzliche Finanzmittel zu erschließen, liegt zweifellos in einer Anhebung des Beitragssatzes, wie sie jüngst auch aus Regierungskreisen vorgeschlagen wurde. Eine solche Anhebung war bereits 1993 in der Begründung des Entwurfs des Pflege-Versicherungsgesetzes vorgesehen.

¹¹ Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme: Bericht der Kommission, Berlin 2003, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.

¹² Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003.

Beläuft sich diese Anhebung auf wenige Zehntel Beitragssatzpunkte ist sie makroökonomisch unproblematisch. Etwaigen Bedenken wegen erhöhter Lohnzusatzkosten könnten zudem durch ein Einfrieren des Arbeitgeberanteils Rechnung getragen werden. Allerdings kann eine solch moderate Beitragssatzsteigerung nur Teilelement einer Mischstrategie sein.

Wie in der Renten- und Krankenversicherung könnte auch in der Pflegeversicherung ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss bzw. steuerfinanzierte Beiträge eingeführt werden. Die Begründung für solche Zuschüsse wird in der Rentenversicherung darin gesehen, dass das Versicherungssystem allgemeine Staatsaufgaben als „versicherungsfremde Leistungen“ übernimmt. In der Pflegeversicherung könnte die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als versicherungsfremde Leistung angesehen werden, die – als allgemeine Staatsaufgabe – systemgerecht steuerfinanziert sein soll. Allerdings liegt der Anteil der Leistungsempfänger im Alter von bis zu 20 Jahren, der als Anhaltspunkt für den Anteil der beitragsfrei mitversicherten Kinder angesehen werden kann, bei unter 5%. Ein Bundeszuschuss zum Ausgleich der Kindermitversicherung hätte damit einen Umfang von unter einer Mrd. Euro und kann deshalb lediglich als – weiteres – Element einer umfassenden Strategie angesehen werden.

Elemente einer Bürgerversicherung

Die Einführung von Bürgerversicherungselementen stellt ab auf eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises und/oder die Einbeziehung weiterer Einkommen und Einkommensarten. Werden zusätzliche Einkommensarten, wie Kapitaleinkommen, einbezogen, erhöht dies nicht nur die Einnahmen der

Gesetzlichen Pflegeversicherung, sondern baut gleichzeitig bestehende horizontale Ungleichheiten ab, die dadurch entstehen, dass unterschiedliche Beiträge fällig werden, abhängig davon wie sich jeweils das gesamte Einkommen aus Arbeitseinkommen bzw. Lohnersatzleistungen und anderen Einkommensarten zusammensetzt. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze würde ebenfalls zu steigenden Einnahmen führen und die vertikale Umverteilung, von den Einkommensstarken zu den Einkommensschwachen, stärken.

Werden die bisher privat Versicherten in die gesetzliche Pflegeversicherung einbezogen, führt dies zwar gleichzeitig zu einer Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises und damit zu Mehrausgaben. Per saldo ergeben sich aber erhebliche positive Auswirkungen auf die Finanzsituation der Pflegeversicherung.¹³ Bei den bislang Privatversicherten handelt es sich nämlich um „gute Risiken“, Versicherte mit überdurchschnittlichen Einkommen und unterdurchschnittlichen Kosten. So lagen die durchschnittlichen Leistungsausgaben für einen gesetzlich Versicherten 2003 bei 248 Euro, die für einen privat Versicherten hingegen bei 58 Euro.¹⁴ Die fiskalische Ergiebigkeit der beschriebenen Bürgerversicherungselemente ist allerdings begrenzt. So berechnen Lauterbach et al. unter Rückgriff auf durchaus optimistische Annahmen Mehrein-

¹³ K. Lauterbach, M. Lungen, B. Stollenwerk, A. Gerber, G. Klever-Deichert: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung, www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/ga_buergerversicherung_pflege.pdf, 2005.

¹⁴ Diese von Lauterbach et al. zitierten Werte berücksichtigen allerdings nicht, dass rund die Hälfte der Privatversicherten beihilfeberechtigter ist und die resultierenden Beihilfeausgaben für einen Systemvergleich hinzuaddiert werden müssten. Auch nach einer solchen Korrektur sind die Ausgaben für die gesetzlich Versicherten aber etwa dreimal so hoch wie für die privat Versicherten.

nahmen im Umfang von 0,2 – 0,5 Beitragssatzpunkten – bei einem Mehrbedarf, der bis 2040 bei rund 2 Beitragssatzpunkten liegt. Auch die Bürgerversicherung kann daher nur ein Element einer umfassenden Strategie sein.

Ergänzende Kapitalbildung

Schließlich kann eine ergänzende Kapitalbildung eingeführt werden, wie sie auch die im Koalitionsvertrag erfolgte Festlegung auf „die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve“ nahe legt. Diese kann z.B. erfolgen, indem alle Versicherten verpflichtet werden, in ein ergänzendes System einzuzahlen. Dies ist vom PKV-Verband 2005 und jüngst von der bayerischen Sozialministerin, Christa Stewens, vorgeschlagen worden. Hierbei sind jährlich steigende Kopfprämien vorgesehen, die zur Finanzierung der Leistungsdynamisierung und zum Aufbau eines Kapitalstocks verwendet werden sollen. Die Ausgestaltung als Kopfprämienmodell führt – im Vergleich zu einem System einkommensabhängiger Beiträge – zu einer „Umverteilung von unten nach oben“, die, anders als in den Pauschalprämienmodellen zur Krankenversicherung, nicht durch Zuschüsse für einkommensschwache Haushalte abgedeckt werden soll. Zudem wird mit der Zusatzversicherung ein weiteres Leistungssystem aufgebaut. Das zieht zusätzliche Verwaltungskosten und Koordinierungsprobleme nach sich, insbesondere wenn das Zusatzsystem im Zeitverlauf quantitativ immer mehr an Bedeutung gewinnt. Wenn ein Kapitalaufbau gewünscht wird, so erscheint eine Kapitalbildung im bestehenden System überlegen. Allerdings kann eine derartige „Demographiereserve“, wenn sie einmal aufgebaut ist, leicht für andere Zwecke missbraucht und muss daher rechtlich geschützt werden.

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

In ökonomischer Perspektive impliziert Vorsorge immer, dass Ansprüche auf Anteile des zukünftigen Sozialkapitals erworben werden. Diese Ansprüche können durch Bildung von Realkapital (so die Idee des Kapitaldeckungsverfahren) oder durch Humankapital (so die Idee des Umlageverfahrens) gedeckt werden, die in Grenzen substituierbar sind. Wird diese Beziehung auf die Individualebene bezogen, kann die Forderung abgeleitet werden, dass diejenigen, die – aus welchen Gründen auch immer – keine (oder nur wenige) Kinder erziehen und damit auch kein (oder nur wenig) Humankapital bilden, in entsprechendem Ausmaß Realkapital bilden müssen. Für die Pflegeversicherung könnte dies umgesetzt werden, indem Beiträge zu einer ergänzenden Kapitalfundierung nach der Zahl der Kinder gestaffelt werden. Denkbar wäre etwa, dass ein Zusatzbeitrag erhoben wird, der positiv für diejenigen ohne oder mit nur einem Kind und negativ für alle Versicherten mit drei und mehr Kindern ist. Dieser Beitrag könnte in einen Fonds eingezahlt und dort verzinst werden und dann nach einem Zeitraum von 2-3 Dekaden an die Pflegekassen ausgezahlt werden. Durch diese zeitliche Verzögerung wird der Effekt der Kindererziehung simuliert, die auch

erst nach einer Verzögerung von mehreren Dekaden weitere Beitragszahlungen produziert, und zudem das Vorziehen zukünftiger Lasten erreicht, das charakteristisch für jede Kapitalfundierung ist.

Fazit

Die Pflegeversicherung kann durchaus Erfolge vorweisen: Pflegebedürftigkeit wurde als allgemeines Lebensrisiko anerkannt und in das Sozialversicherungssystem integriert, die familiäre Pflege wurde gestützt, die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit – bei gleichzeitiger Entlastung der Sozialhilfeträger – reduziert und der quantitative und qualitative Ausbau der pflegerischen Infrastruktur angestoßen. Zugleich sind auf der Leistungsseite erkennbare strukturelle Defizite, die einer Weiterentwicklung des Systems bedürfen. Auch auf der Finanzierungsseite ist das bisherige System der Pflegeversicherung reformbedürftig, aber auch reformfähig. Soll eine Delegitimierung vermieden werden, müssen seine Leistungen regelgebunden dynamisiert werden. Dies setzt voraus, dass weitere Finanzierungsquellen erschlossen werden. Hierbei ist eine Kombination verschiedener Maßnahmen zur Einnahmensteigerung möglich und sinnvoll. Werden Bürgerversicherungselemente mit einer moderaten Beitragssatzsteigerung und steuerfinanzierten Elementen verbunden und eventuell durch eine ergänzende Kapitalfundierung komplettiert, könnte diese Kombination die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung sicherstellen. Diese Strategie ist einer Abkehr vom umlagefinanzierten System und einer damit verbundenen Einführung eines kapitalgedeckten Systems vorzuziehen, da der Systemwechsel sozial unverträgliche Umstellungskosten generiert und darüber hinausgehende erwünschte Effekte zweifelhaft sind.