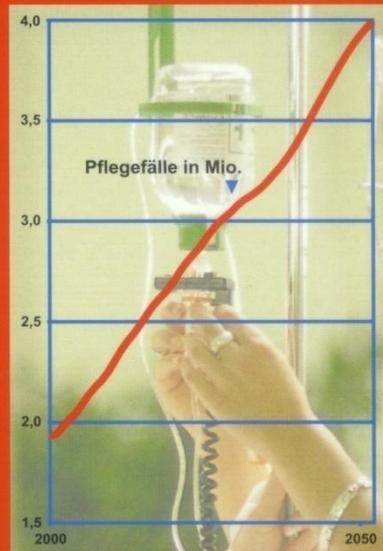


Adrian Ottnad

Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall

Wege zu einer solidarischen
und tragfähigen Absicherung
des Pflegerisikos

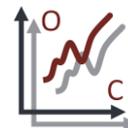
OLZOG



Überreicht durch:

OTTNAD CONSULT

Forschung & Beratung für Wirtschaft und Gesellschaft



Diplom-Volkswirt Adrian Ottnad

Eichhörnchenweg 21

53757 Sankt Augustin

E-Mail: post@ottnad-consult.de

Web: www.ottnad-consult.de

Adrian Ottnad

Die Pflegeversicherung – ein Pflegefall

Wege zu einer solidarischen und tragfähigen
Absicherung des Pflegerisikos

unter Mitwirkung von Martin Schulte

Eine Studie des IWG BONN

Mit einem Vorwort von Meinhard Miegel

Zweite, um Druckfehler bereinigte Auflage, Sankt Augustin 2008.
OTTNAD CONSULT (www.ottnad-consult.de) mit freundlicher Genehmigung des OLZOG Verlages, München.

[Zitiervorschlag: Adrian Ottnad, Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall. Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos, unter Mitwirkung von Martin Schulte, München 2003, Sankt Augustin 2008.]

Adrian Ottnad

**Die
Pflegeversicherung:
Ein Pflegefall**

Adrian Ottnad

Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall

Wege zu einer solidarischen
und tragfähigen Absicherung
des Pflegerisikos

Unter Mitarbeit von Martin Schulte

Mit einem Vorwort von Meinhard Miegel

Eine Studie des IWG BONN

OLZOG

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 3-7892-8139-5

© 2003 Olzog Verlag GmbH, München

Internet: <http://www.olzog.de>

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der
Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch
Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des
Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert,
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagentwurf: Gruber & König, Augsburg

Druck- und Bindearbeiten: Himmer, Augsburg

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

<i>Vorwort</i>	13
<i>Kurzfassung</i>	15
Einführung	25
1 Ausgangslage	29
1.1 Die bestehende Regelung	31
1.1.1 Vorgeschichte und Ziele	31
1.1.2 Gestaltungsmerkmale	33
1.2 Umfang und Finanzierung der gegenwärtigen Pflegeleistungen	36
1.3 Ambivalente Bilanz der bestehenden Regelung.....	40
2 Langfristiger Pflegebedarf	45
2.1 Künftige Rahmenbedingungen.....	45
2.1.1 Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung.....	46
2.1.2 Pflegewahrscheinlichkeiten.....	50
2.1.3 Wirtschaftliche Eckdaten.....	52
2.2 Zahl der künftigen Pflegebedürftigen.....	53
2.3 Künftige Angebotsbedingungen am Pflegemarkt.....	55
2.4 Künftige Pflegeausgaben.....	56
3 Folgen eines Festhaltens am Status quo	61
3.1 Steigende Beiträge.....	61
3.2 Gefahr einer chronischen Unterfinanzierung der Pflege	63
3.3 Verstärkung heutiger Fehlentwicklungen.....	63
3.4 Verletzung der Generationengerechtigkeit	64

4	Anforderungen an eine Reform der Pflegefinanzierung	65
4.1	Gründe für eine gesetzliche Mindestabsicherung des Pflegerisikos	65
4.2	Grundsätzliche Überlegungen zur Ausgestaltung	66
4.2.1	Leistungsumfang	67
4.2.2	Anspruchsvoraussetzungen	68
4.2.3	Finanzierungsverfahren	70
4.2.4	Solidarische Finanzierung	73
4.2.5	Äquivalenzprinzip statt Kopfpauschale.....	75
4.2.6	Paritätische Finanzierung	77
4.2.7	Isolierte Lösung oder Verbundlösung?.....	78
5	Ein Vorschlag zur Neugestaltung der Pflegeversicherung.....	79
5.1	Schrittweise Einführung einer allgemeinen privaten Pflege- Pflichtversicherung.....	81
5.2	Ausgestaltung	82
5.3	Erläuterung und Begründung	86
5.3.1	Verlässliche Absicherung für alle bei ausgewogener Lastverteilung zwischen den Generationen.....	86
5.3.2	Einbeziehung von Zu- und Abwanderern.....	87
5.3.3	Weitgehende Annäherung an das Äquivalenzprinzip.....	88
5.3.4	Mehr Wettbewerb	89
5.3.5	Künftiges Verhältnis von neuer privater Pflege- Pflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung	90
5.3.6	Zukunft der bisherigen privaten Pflege-Pflichtversicherung und der Beihilfe	90
5.3.7	Künftige Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung	91
5.3.8	Verlagerung der Umverteilung auf das Steuer- und Transfersystem	92
5.4	Finanzielle Wirkungen	93
5.4.1	Beitrag zur kapitalgedeckten privaten Pflege- Pflichtversicherung.....	93
5.4.2	Zahllast und Transferbedarf.....	95
5.4.3	Die Entwicklung unter wahrscheinlicheren Annahmen	98

6	Alternative Lösungen mit teilweiser Kapitaldeckung	103
6.1	Ergänzung der sozialen Pflegeversicherung durch eine kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung	103
6.2	Ausgestaltung	104
6.3	Finanzielle Wirkungen	108
6.4	Exkurs zur Beitragsbelastung	112
6.5	Vergleichende Bewertung der Reformalternativen	114
7	Exkurs zum Stand der Reformdiskussion Ende 2003	117
7.1	Unterschiedliche Reformansätze im Überblick.....	118
7.2	Bewertung der alternativen Ansätze	118
7.2.1	„Rürup-Kommission“	118
7.2.2	„Herzog-Kommission“	121
7.3	Zur Vergleichbarkeit der quantitativen Ergebnisse der verschiedenen Gutachten.....	122
7.4	Neue Eingriffe der Politik	123
8	Fazit und Ausblick	125
	<i>Tabellenanhang</i>	131
	<i>Quellen und Methoden</i>	147
A 1	<i>Datengrundlagen</i>	148
A 2	<i>Zur Vorgehensweise insgesamt</i>	148
A 3	<i>Bevölkerungsprojektion</i>	150
A 4	<i>Pflegewahrscheinlichkeiten und Versichertenstruktur</i>	151
A 5	<i>Beitragskalkulation</i>	152
A 6	<i>Abschätzung des Umverteilungsbedarfs</i>	154
	<i>Bibliographie</i>	157

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i>	Gesamtwirtschaftliche Eckwerte 2005-2050.....	52
<i>Tabelle 2:</i>	Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung 2002 je Einwohner von 0 bis 54 Jahren nach Altersgruppen	89
<i>Tabelle 3:</i>	Vergleich der Reformvorschläge von IWG BONN, „Herzog-Kommission“ und „Rürup-Kommission“	119

Tabellenanhang

<i>Tabelle A 1:</i>	Versicherte in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht 2001	133
<i>Tabelle A 2:</i>	Zahl der Leistungsempfänger in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Pflegestufen 1995-2005	134
<i>Tabelle A 3:</i>	Jährliche Pflegeausgaben und ihre Finanzierung 1992-2003 in jeweiligen Preisen	135
<i>Tabelle A 4:</i>	Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2005-2050.....	136
<i>Tabelle A 5a:</i>	Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung in vH der jeweiligen Altersgruppe 2002: ambulante Pflege	137
<i>Tabelle A 5b:</i>	Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung in vH der jeweiligen Altersgruppe 2002: stationäre Pflege	137
<i>Tabelle A 5c:</i>	Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung in vH der jeweiligen Altersgruppe 2002: insgesamt	138

<i>Tabelle A 6a:</i>	Pflegefälle nach Altersgruppen, Pflegestufen und Unterbringungsart 2002-2050: Männer	139
<i>Tabelle A 6b:</i>	Pflegefälle nach Altersgruppen, Pflegestufen und Unterbringungsart 2002-2050: Frauen	140
<i>Tabelle A 6c:</i>	Pflegefälle nach Altersgruppen, Pflegestufen und Unterbringungsart 2002-2050: insgesamt	141
<i>Tabelle A 7a:</i>	Gesetzliche Pflegeausgaben 2002-2050 in jeweiligen Preisen.....	142
<i>Tabelle A 7b:</i>	Gesetzliche Pflegeausgaben 2002-2050 in Preisen von 2005	143
<i>Tabelle A 8a:</i>	Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung 2005-2050: Zinssatz 3,5 vH	144
<i>Tabelle A 8b:</i>	Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung 2005-2050: Zinssatz 4,0 vH	144
<i>Tabelle A 9a:</i>	Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung 2005-2050: Zinssatz 3,5 vH.....	145
<i>Tabelle A 9b:</i>	Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung 2005-2050: Zinssatz 4,0 vH.....	146

Schaubilderverzeichnis

<i>Schaubild 1:</i>	Versicherte und Leistungsempfänger in der gesetzlichen Pflegeversicherung 2003.....	36
<i>Schaubild 2:</i>	Pflegeausgaben und ihre Finanzierung 2003: Pflegeleistungen und „Hotelkosten“	38
<i>Schaubild 3:</i>	Pflegeausgaben und ihre Finanzierung 2003: Pflegeleistungen	38
<i>Schaubild 4:</i>	Bevölkerung nach Altersgruppen 1990-2050	47
<i>Schaubild 5:</i>	Soziallastquoten bei konstantem und steigendem Renteneintrittsalter 1950-2050	48
<i>Schaubild 6:</i>	Pflegewahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht 2003	51
<i>Schaubild 7:</i>	Pflegefälle nach Pflegestufen 2000-2050	54
<i>Schaubild 8:</i>	Pflegeausgaben nach Finanzierungsträger 2000-2050	57
<i>Schaubild 9:</i>	Pflegeausgaben nach Art der Unterbringung 2000-2050.....	58
<i>Schaubild 10:</i>	Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung bei Fortführung des geltenden Systems mit unterschiedlichen Leistungsstandards 1995-2050	62
<i>Schaubild 11:</i>	Monatliche Beiträge in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach Eintrittsalter für das Jahr 2005	94
<i>Schaubild 12:</i>	Private und öffentliche Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung 2005-2050.....	96
<i>Schaubild 13:</i>	Absolute Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung für unterschiedliche Zinssätze 2005-2050.....	100
<i>Schaubild 14:</i>	Relative Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung für unterschiedliche Zinssätze 2005-2050.....	100

<i>Schaubild 15:</i>	Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung für unterschiedliche Zinssätze 2005-2050.....	101
<i>Schaubild 16:</i>	Absolute Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 3,5 vH) 2005-2050.....	109
<i>Schaubild 17:</i>	Absolute Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 4,0 vH) 2005-2050.....	109
<i>Schaubild 18:</i>	Relative Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 3,5 vH) 2005-2050.....	110
<i>Schaubild 19:</i>	Relative Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 4,0 vH) 2005-2050.....	110
<i>Schaubild 20:</i>	Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 3,5 vH) 2005-2050.....	111
<i>Schaubild 21:</i>	Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 4,0 vH) 2005-2050.....	111
<i>Schaubild 22:</i>	„Beitragssatz“ für die Mitglieder der bisherigen sozialen Pflegeversicherung mit und ohne Reform (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 3,5 vH) 2005-2050	113
<i>Schaubild 23:</i>	„Beitragssatz“ für die Mitglieder der bisherigen sozialen Pflegeversicherung mit und ohne Reform (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 4,0 vH) 2005-2050	113
<i>Schaubild 24:</i>	Schematischer Überblick über den Projektionsaufbau	149

Vorwort

Von den vier großen sozialen Sicherungssystemen, der gesetzlichen Arbeitslosen-, Alters-, Kranken- und Pflegeversicherung, dienen die drei letzteren vor allem der Versorgung des alten Bevölkerungsteils. Das ist offenkundig bei der gesetzlichen Alterssicherung. Aufgrund der höheren Krankheitsanfälligkeit älterer Menschen kommen aber auch die Leistungen der Krankenversicherung weit überproportional ihnen zugute. Das eine Viertel der Bevölkerung, das 60 Jahre und älter ist, verursacht etwa die Hälfte der Krankenkosten. Und noch viel höher ist ihr Anteil an den Pflegekosten, der derzeit bei 85 vH liegt. Zusammen mit den Pensionen wird über die sozialen Sicherungssysteme gegenwärtig mehr als ein Fünftel aller Güter und Dienste an ältere Menschen übertragen.

Bei einer unterstellten jährlichen Nettozuwanderung von 200.000 vorwiegend junger Menschen wird der Anteil der 60-Jährigen und Älteren bis 2050 dennoch von 24 auf voraussichtlich 37 vH, also um mehr als die Hälfte steigen. Zwar kann davon ausgegangen werden, dass der seit geraumer Zeit zu beobachtende Trend der „Verjüngung“ älterer Menschen bis auf Weiteres anhalten wird. Trotzdem wäre es lebensfremd anzunehmen, dass diese Zunahme des alten Bevölkerungsteils keine erheblichen Rückwirkungen auf die sozialen Sicherungssysteme hätte. Das gilt umso mehr, als der Anteil sogenannter Hochbetagter – als solche werden über 79-Jährige bezeichnet – weitaus schneller wächst als der Anteil der über 59-Jährigen insgesamt. Der Anteil der über 79-Jährigen dürfte sich bis 2050 verdreifachen und derjenige der über 89-Jährigen sogar um 250 vH steigen.

Da jene Hochbetagten die Kranken-, insbesondere jedoch die Pflegeversicherung besonders beanspruchen, bedeutet ihre zahlenmäßige Zunahme, dass die Anforderungen an diesen Teil der Sozialversicherung geradezu explodieren müssen. Während es bei der gesetzlichen Alterssicherung noch gewisse Gestaltungsmöglichkeiten wie die Verschiebung des Renten- und Pensionsbeginns gibt, sind solche Möglichkeiten bei der Kranken- und Pflegeversicherung – von medizinischen Durchbrüchen abgesehen – äußerst begrenzt. Alter ist relativ, aber krank ist oft wirklich krank und pflegebedürftig ist pflegebedürftig. Dadurch steht die Kranken- und Pflegeversicherung vor

noch weitaus größeren Herausforderungen als die gesetzliche Altersversorgung.

Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die Pflegeversicherung, die – obwohl vom Umfang die kleinste der sozialen Sicherungssysteme – das stärkste Expansionspotential aufweist. Die Rente von 90-Jährigen ist nämlich nicht höher als die von 70-Jährigen. Doch der Aufwand für ihre Pflege beträgt im Durchschnitt ein Mehrfaches. Im Rahmen der bestehenden Pflegeversicherung könnten die Folgen hiervon nur aufgefangen werden, wenn der Umfang der übrigen sozialen Sicherungssysteme zumindest relativ abnehmen würde. Da das aber nicht der Fall sein wird, muss auch durch eine umfassende Umgestaltung der Pflegeversicherung dazu beigetragen werden, dass das soziale Sicherungssystem insgesamt auch noch in 20 oder 30 Jahren bezahlbar bleibt.

Wie die Dinge liegen, müsste der Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung von heute 1,7 vH des Bruttoarbeitsentgelts bis 2050 auf etwa 4 vH steigen. Das ist, neben allen sonstigen Sozialbeiträgen, nicht zumutbar. Wer heute für Alte, Kranke und Pflegebedürftige im Rahmen der Sozialversicherungssysteme sorgt, muss darauf bauen können, im eigenen Alter sowie Krankheits- sowie Pflegefall wenigstens eine Mindestsicherung zu erhalten. Alles andere wäre eine unerträgliche Verletzung der Generationengerechtigkeit. Entsprechend muss das Gesamtsystem sozialer Sicherheit den veränderten demographischen und wirtschaftlichen Bedingungen angepasst werden. Was das für die Pflegeversicherung heißt, zeigt die vorliegende Untersuchung. Sie gibt Hinweise, wie die Pflegeversicherung umgestaltet werden kann und soll.

Bonn, im November 2003

Prof. Dr. Meinhard Miegel

Kurzfassung

Die Pflegeversicherung ist das jüngste der gesetzlichen Sicherungssysteme, die die wichtigsten Lebensrisiken abdecken sollen. Zugleich ist es dasjenige Sicherungssystem, das langfristig wahrscheinlich am stärksten von den Folgen des demographischen Wandels betroffen sein wird. Die mit einer überdurchschnittlich wachsenden Zahl Pflegebedürftiger verbundenen Herausforderungen für Gesellschaft, Wirtschaft und Staat sind vielfältig und komplex. Pflegebedürftigkeit ist nicht nur durch äußere Umstände vorbestimmt, sondern teilweise auch von Lebensstilen und Verhaltensweisen beeinflusst. Vorbeugung gegen Pflegerisiken wird daher neben der Gewährleistung einer qualitativ und quantitativ ausreichenden Versorgung Pflegebedürftiger und ihrer Integration in die Gesellschaft verstärkte Bedeutung erlangen. Zugleich sind menschenwürdige Lebensumstände für eine steigende Zahl Pflegebedürftiger keineswegs nur eine materielle Frage. Gleichwohl ist die Sicherstellung der Finanzierung eine notwendige Voraussetzung für die erforderliche Versorgung mit Pflegeleistungen.

Die vorliegende Studie des IWG BONN untersucht, wie sich der Pflegebedarf in Deutschland aus heutiger Sicht in den kommenden Jahrzehnten entwickeln wird und welche Vorkehrungen heute getroffen werden müssen, um eine solidarische und tragfähige Finanzierung einer qualitativ und quantitativ ausreichenden Pflege zu gewährleisten. Sie legt dazu konkrete Vorschläge vor. Dabei werden unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten aufgezeigt und bewertet. Die jeweiligen finanziellen Wirkungen auf private und öffentliche Haushalte werden anhand von Modellrechnungen für unterschiedliche Annahmen überprüft. Die wichtigsten Ergebnisse sind nachfolgend zusammengefasst.

Erforderliche Neubestimmung staatlicher Aufgaben

In den vergangenen Jahrzehnten wurden Sozialleistungen und staatliche Daseinsvorsorge in Deutschland immer stärker ausgebaut. Der Staat hat den Bürgern immer neue Leistungsversprechen für alle möglichen Lebensrisiken gegeben und sie damit scheinbar zunehmend der Notwendigkeit eigenverantwortlicher privater Vorsorge enthoben. Die zur Finanzierung dieser Leistungs-

zusagen erforderlichen Abgaben haben zugleich in wachsendem Maß auch die Fähigkeit vieler Bürger eingeschränkt, selbst vorzusorgen. Dies gilt vor allem für die jüngeren, jeweils nachrückenden Jahrgänge. Denn die staatlichen Leistungen, namentlich die der sozialen Sicherung, werden im Umlageverfahren finanziert. In einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung werden nachfolgenden Generationen so immer größere Finanzierungslasten aufgebürdet, ohne dass diese ihrerseits später noch mit entsprechenden Leistungen rechnen können. Dies verletzt die Generationengerechtigkeit bereits heute bedenklich. Zudem beeinträchtigen der Umfang der Staatstätigkeit, die damit verbundene Abgabenlast und die inzwischen angehäuften Staatsschulden die Handlungsfähigkeit des Staates und die Leistungskraft der Wirtschaft in Deutschland empfindlich.

Daher müssen alle bisherigen staatlichen Leistungen und deren Finanzierung auf den Prüfstand. Der Staat muss sich künftig auch bei der sozialen Sicherung auf die Absicherung der existenziellen Risiken und Verteilungsaufgaben konzentrieren. Wo staatliches Handeln weiterhin geboten ist, muss dieses möglichst effizient und mit möglichst geringen Eingriffen erfolgen. Zugleich darf die Finanzierung notwendiger Aufgaben nicht länger auf Pump und damit zu Lasten der Zukunft erfolgen.

Notwendigkeit einer gesetzlichen Pflegeversicherung

Zu den Daseinsrisiken, die eine staatliche Mindestvorsorge rechtfertigen, gehört die vor allem mit fortschreitendem Alter nicht selten eintretende Pflegebedürftigkeit. Für die Betroffenen führt sie neben einer erheblichen und schmerzlichen Einschränkung ihrer Lebensweise bei fehlender Vorsorge schnell auch zu existenziellen wirtschaftlichen Problemen. Weil sich Pflegebedürftigkeit vor allem auf die letzte Lebensphase konzentriert, wird das Erfordernis einer rechtzeitigen und ausreichenden Vorsorge von vielen systematisch unterschätzt. Zudem erfordert eine solche Vorsorge für den überwiegenden Teil der Bevölkerung eine Versicherungslösung, weil der Einzelne überfordert wäre, selbst entsprechende Rücklagen zu bilden. Dies hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass selbst Pflegebedürftige, die über überdurchschnittliche Einkommen und Vermögen verfügten, fast regelmäßig auf Hilfe zur Pflege nach dem BSHG angewiesen waren.

Vor diesem Hintergrund war und ist eine gesetzlich vorgeschriebene Pflegeversicherung durchaus begründet. Mit der Schaffung einer weiteren umlagefinanzierten Sozialversicherung, der sozialen Pflegeversicherung, wurde jedoch keine zukunftsweisende Entscheidung getroffen. Sie hat die ohnehin bestehenden Probleme und Fehlentwicklungen des Sozialstaats weiter verstärkt und den zu lösenden Vorsorgeproblemen nicht nachhaltig Rechnung getragen. Zudem ging der Gesetzgeber 1994 bezüglich der künftigen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung von zu optimistischen Annahmen aus.

Große Zukunftsherausforderungen bei der Pflege

Unter der Annahme, dass die Pflegebedürftigkeit wie bisher mit fortschreitendem Lebensalter steigt und die Lebenserwartung weiter zunimmt, wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland von heute rund 2 Millionen bis 2050 auf über 4 Millionen mindestens verdoppeln. Sollen die je nach Schwere des Pflegefalles gewährten Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung im heutigen Realwert (absolut) konstant bleiben, werden sich die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung in heutigem Geldwert verdreifachen. In jeweiligen Preisen ausgedrückt versechsfachen sie sich von knapp 18 auf über 100 Milliarden €. Zusätzlich müssen steigende Beihilfe- und Sozialhilfeausgaben aufgebracht werden. Dabei ist berücksichtigt, dass die Kostensteigerung bei Pflegeleistungen mit jahresdurchschnittlich etwa 2,25 vH stärker ausfallen dürfte als die allgemeine Preissteigerung mit 1,5 vH.

Um diese Ausgaben zu finanzieren, müssten die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung bis 2030 auf fast 3 vH und bis 2050 auf fast 4 vH steigen. Dabei ist angenommen, dass das nominale Bruttoinlandsprodukt je Einwohner jahresdurchschnittlich um 2,7 vH wächst. Die nominale Steigerung der Löhne beträgt unter den getroffenen Annahmen etwa 2,5 vH, die der Pro-Kopf-Renten etwa 2,0 vH. Bei einem denkbaren schwächeren Anstieg der Renten müssten die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung entsprechend stärker angehoben werden.

Die vorliegende Projektion der Pflegebedürftigenzahl und der Pflegeausgaben berücksichtigt eine Reihe entlastender Faktoren (wie zum Beispiel einen beträchtlichen Verjüngungseffekt durch Zu- und Abwanderung) und markiert damit eher eine Untergrenze. Außerdem ist nach der Projektion des IWG BONN, die unter anderem dauerhaft eine jährliche Nettozuwanderung

von 200.000 unterstellt, auch nach 2050 noch keineswegs mit einer Entspannung bei der Pflegefinanzierung zu rechnen.

Unzulängliche und falsche Antworten

Angesichts dieser Problemlage und der entgegen früheren Erwartungen schon in den kommenden zwei Jahren bevorstehenden Aufzehrung der noch verbliebenen Finanzreserve der sozialen Pflegeversicherung ist rasches Handeln geboten. Den anstehenden Herausforderungen werden jedoch weder die teilweise befürwortete Wiederherstellung des Zustandes vor 1995 gerecht noch die verschiedenen Eingriffe, die zur Stabilisierung der sozialen Pflegeversicherung empfohlen werden. Andere Vorschläge gehen zwar weiter, laufen aber Gefahr, sinnvolle Reformschritte zu diskreditieren.

Die Rückkehr zum Status quo ante hätte einen starken Anstieg der Sozialhilfeausgaben und anderer steuerfinanzierter Sozialleistungen zur Folge, ohne dass damit schon der notwendige Einstieg in eine tragfähige private Zukunftsvorsorge sichergestellt wäre. Im Kern bliebe es bei der Umlagefinanzierung. Gleiches gilt, wenn an der sozialen Pflegeversicherung mehr oder weniger unverändert festgehalten wird. Der einzige Weg, die Finanzierung des langfristigen Pflegebedarfs zu gewährleisten, ohne immer weiter steigende Lasten auf nachfolgende Jahrgänge zu überwälzen, ist der möglichst weitgehende Umstieg auf eine kapitalgedeckte Vorsorge. In welchem Umfang dieser Umstieg vollzogen wird, hängt dabei auch von der künftigen Gestaltung anderer sozialer Sicherungssysteme ab.

Der Versuch, durch zeitweilige Einführung einer Teilkapitaldeckung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung („Untertunnelung“) das bestehende System zu retten, wie dies die „Rürup-Kommission“ empfiehlt, ist allerdings ein Irrweg, der an dessen Strukturängeln und an der Verletzung der Generationengerechtigkeit dauerhaft nichts verändert und im übrigen dazu angeht, kapitalgedeckte Vorsorge zu diskreditieren. Zudem ist nach aller Erfahrung zweifelhaft, ob ein in staatlicher Hand befindlicher Kapitalstock überhaupt auf längere Frist politischen Zugriffen entzogen werden kann.

Dies gilt auch für den Vorschlag der „Herzog-Kommission“, einen solchen Kapitalstock in der Sozialversicherung über ein oder mehrere Jahrzehnte aufzubauen, um dann anschließend mit seiner Hilfe den Übergang zu einem Versicherungsmodell mit individuell kalkulierten Beiträgen (oder ein-

heitlichen Kopfprämien) zu vollziehen. Abgesehen vom Risiko politischer Begehrlichkeiten stellt sich zudem die Frage, weshalb ein solcher Umweg überhaupt eingeschlagen wird.

Reformaufgabe

Eine grundlegende Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung muss die staatliche Mindestabsicherung für alle Bürger zukunftssicher machen, die Lasten auf die Generationen fair verteilen, die Eigenverantwortung des Einzelnen stärken und die gebotene solidarische Finanzierung möglichst rational und transparent gestalten. Das bedeutet insbesondere:

- Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist langfristig auf eine weitgehende Kapitaldeckung umzustellen.
- Dies muss im Rahmen privater, marktorientierter Versicherungslösungen geschehen.
- Verteilungsaufgaben sind künftig nach Möglichkeit außerhalb der Pflegeversicherung über das Steuer- und Transfersystem zu erfüllen.
- Die künftige Regelung sollte zugleich die Eigenverantwortung im Rahmen einer Zivilgesellschaft stärken. Den Bürgern muss bewusst werden, dass staatlich organisierte Vorsorge keine „Vollkaskoversicherung“ sein kann, sondern der Ergänzung durch individuelle Vorsorge (bei der Pflege insbesondere im Hinblick auf die „Hotelkosten“) bedarf.

Lösungsvorschlag

Um diesen Anforderungen Rechnung zu tragen, sollte die bestehende Regelung künftig durch eine allgemeine, private, weitgehend kapitalgedeckte Pflege-Pflichtversicherung für alle Bürger ersetzt werden, deren Leistungen sich im Realwert an die gegenwärtigen Regelungen anlehnen. Allerdings sollten häusliche und stationäre Pflege künftig möglichst gleich behandelt werden, um Fehlanreize zu Lasten der häuslichen Pflege zu beseitigen. Ferner sollte bei Sachleistungen durchgängig das Kostenerstattungsprinzip gelten. Die Einführung personenbezogener Budgets bietet hierfür einen gangbaren Weg.

Aufgrund der in der Vergangenheit getroffenen bzw. unterlassenen Weichenstellungen ist ein vollständiger Systemwechsel jedoch nur auf lange Frist zu erreichen, sofern die heute bereits pflegebedürftigen und pflegena-

hen Jahrgänge von den Leistungen nicht ausgeschlossen werden sollen. Daher wird ein schrittweiser Übergang vorgeschlagen:

- Wer bei Inkrafttreten der Reform das 70. Lebensjahr vollendet hat und nicht schon bisher der privaten Pflege-Pflichtversicherung angehörte, verbleibt weiterhin in der sozialen Pflegeversicherung und zahlt dort seine Beiträge. Für alle anderen erlischt die Beitragspflicht zur sozialen Pflegeversicherung. Der entstehende Fehlbetrag wird aus Steuern gedeckt.
- Für die übrige Bevölkerung besteht von Geburt an die Pflicht zur privaten Pflegeversicherung.
- Die Prämien der privat Versicherten werden vor und nach Vollendung des 55. Lebensjahres nach unterschiedlichen Regeln kalkuliert, weil mit dem Aufbau von Kapitalrückstellungen für die im Alter stark steigenden Ausgaben erst ab dem 55. Lebensjahr begonnen wird. Damit wird vermieden, dass die jüngeren und mittleren Jahrgänge in der Übergangsphase, in der sie ohnehin verstärkt für das Alter privat vorsorgen müssen, finanziell überfordert werden.
- Die unter 55-Jährigen sichern mit ihren Beiträgen lediglich das Pflegerisiko in der Lebensphase von 0 bis 54 Jahren ab. Die dafür erforderlichen Mittel können, da in dieser Phase nur relativ geringe und gleichmäßig auf die Altersjahre verteilte Pflegeleistungen anfallen, durch laufende Beiträge – etwa in Form von Kopfprämien – und damit in einem Umlageverfahren aufgebracht werden. Möglich wäre aber auch eine individuelle Prämienberechnung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.
- Wer das 55. Lebensjahr vollendet hat, zahlt von da an individuell kalkulierte Beiträge, die den Aufbau einer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechneten Altersrückstellung beinhalten. Risikoausschlüsse und -zuschläge sowie eine Differenzierung der Prämien nach Geschlecht unterbleiben. Den unter 55-Jährigen wird die Möglichkeit eingeräumt, freiwillig schon früher Altersrückstellungen zu bilden. Der vom Eintrittsalter des Versicherten abhängige Beitrag bleibt im weiteren Versicherungsverlauf konstant, soweit nicht Erhöhungen zur Realwertsicherung notwendig oder Absenkungen aufgrund erwirtschafteter Überschüsse möglich sind.
- Soweit die Realwertsicherung dies erfordert, werden die Beiträge im Zeitablauf angepasst. An erwirtschafteten Überschüssen sind die Versicherten angemessen zu beteiligen.

- Für die Anbieter der privaten Pflege-Pflichtversicherung, die der staatlichen Aufsicht unterliegen, besteht Kontrahierungszwang.
- Familien und Einkommensschwächere erhalten steuerfinanzierte Transfers (Kindergeld, Prämienzuschüsse bzw. steuerliche Abzugsmöglichkeiten).

Jahrgänge, die sich heute bereits im Ruhestand befinden oder diesen in den nächsten Jahren erreichen, erhalten im Unterschied zu künftigen Jahrgängen gemessen an ihren Beiträgen noch vergleichsweise hohe gesetzliche Rentenleistungen. Auch hat sich die Einkommens- und Vermögenslage des älteren Teils der Bevölkerung in den letzten Jahrzehnten unter allen Altersgruppen am stärksten verbessert. Zugleich kommen ausschließlich diesen älteren Jahrgängen künftig die weiterhin gewährten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zugute. Es erscheint somit vertretbar, dass diese Jahrgänge künftig einen größeren Teil der ihnen zufließenden Pflegeleistungen selbst finanzieren. Die Alternative dazu wäre, die soziale Pflegeversicherung sofort zu beenden und diese Jahrgänge bei Pflegebedürftigkeit auf ihr Einkommen und Vermögen zu verweisen. Reicht dies zur Finanzierung des Pflegebedarfs nicht aus, müsste dann wieder die Hilfe zur Pflege einspringen. Dies würde die betroffenen Jahrgänge allerdings stärker belasten und zu erheblich höheren Sozialhilfeausgaben führen.

Daher wird vorgeschlagen, diese älteren Jahrgänge in der sozialen Pflegeversicherung zu belassen und ihren Beitragssatz zu dieser ab Inkrafttreten anzuheben. Ausgehend von der bis Oktober 2003 geltenden Rechtslage müsste der Beitragssatz auf etwa 3,2 vH steigen. Dies berücksichtigt, dass Rentner im Unterschied zu Pensionären und Erwerbstätigen von einer erforderlichen Gegenfinanzierung über die Lohn- und Einkommensteuer vorläufig nur gering betroffen sind. Insgesamt werden damit alle Jahrgänge, die das 55. Lebensjahr vollendet haben, ähnlich belastet. Geringer fällt die Belastung der jüngeren Jahrgänge aus, so lange diese das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ihnen wird so mehr Spielraum für die private Altersvorsorge eingeräumt. Bei Streichung des Beitragszuschusses der Rentenversicherungsträger zur Pflegeversicherung der Rentner ab 2004, wie sie die Bundesregierung im Oktober 2003 beschlossen hat, müsste und könnte die vorgenannte Lastverteilung neu justiert werden. Allerdings erschweren solche kurzfristigen Einzeleingriffe zur Schließung akuter Finanzierungslücken notwendige Strukturreformen der sozialen Sicherungssysteme zunehmend.

Finanzielle Tragfähigkeit

Wie jeder Umstieg vom Umlageverfahren zum Kapitaldeckungsverfahren führt auch der vorgeschlagene Systemwechsel für geraume Zeit zu einer höheren Zahllast als die Fortführung des Umlageverfahrens. Ursächlich dafür ist, dass bei Einführung des Umlageverfahrens der ersten Empfängergeneration Leistungen gewährt worden sind, für die sie zuvor keine Beiträge erbracht hat. Diese Last wird im Zeitverlauf immer weiter gewälzt. Um übermäßige Anfangslasten zu vermeiden, muss der Übergang daher zeitlich gestreckt werden.

Bei einer Umstellung im Jahr 2005 müssten für die heute pflegebedürftigen und pflegenahen Jahrgänge noch bis etwa 2035 Ausgaben über das staatliche Umlagesystem finanziert werden. Diese betragen anfangs noch fast neun Zehntel der bisherigen Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung. Nach 15 Jahren nimmt dieser Ausgabenblock dann zügig ab.

Unter betont vorsichtigen Annahmen fallen gleichzeitig für die mittleren und jüngeren Jahrgänge zusätzliche Zahllasten von anfänglich etwa 0,5 vH des Bruttoinlandsprodukts an. Mit dem Rückgang des umlagefinanzierten Leistungsanteils nimmt auch diese Mehrbelastung ab. Eine insgesamt geringere Zahllast als bei Fortführung des Status quo wird ab 2030 erreicht. Wahrscheinlicher ist ein deutlich günstigerer Verlauf. Legt man andere Annahmen, wie sie z.B. die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme verwendet, zugrunde, fällt die anfängliche Mehrbelastung geringer aus und die Nettoentlastung tritt früher ein. Diese Nettoentlastung wächst von Jahr zu Jahr, so dass auch nachfolgende Jahrgänge davon profitieren. Dies gilt auch für die Zeit nach 2050. In der Zielphase, deren Erreichen durch weitere Anpassungsschritte beschleunigt werden könnte, wird die Zahllast dann weit unter den jährlichen Leistungsausgaben liegen.

Bei einem Solidarausgleich, der sich an gegenwärtigen Verteilungszielen orientiert, liegt das zur Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung sowie für den Solidarausgleich weiter benötigte öffentliche Abgabenvolumen im ungünstigsten Fall anfänglich um rund ein Viertel über jenem, das im bestehenden System erforderlich wäre. In der Folge steigt im neuen System die öffentliche Abgabenlast jedoch wesentlich langsamer als im alten. Nach spätestens 15 Jahren tritt eine dauerhafte Nettoentlastung der öffentlichen Haushalte gegenüber dem Status quo ein. 2050 wird für die Finanzierung der

Pflegeleistungen nur noch rund ein Drittel der öffentlichen Ausgaben benötigt, die im bestehenden System zu erwarten wären. Insgesamt werden die öffentlichen Haushalte damit ab einem relativ frühen Zeitpunkt der Übergangsphase und von da an in erheblichem Maß entlastet.

Vorteile

Der vorgeschlagene Systemwechsel gewährleistet künftig eine tragfähige und gerechte und weiterhin solidarische Finanzierung einer staatlich abgesicherten Mindestvorsorge für das Pflegerisiko. Gleichzeitig wird ein grundlegender Beitrag zur überfälligen Strukturreform der sozialen Sicherungssysteme insgesamt geleistet. Weithin unstrittig ist inzwischen, dass im Rahmen einer gesamtwirtschaftlich sinnvollen Mischung umlage- und kapitalgedeckter Vorsorge der Anteil der Kapitaldeckung in Deutschland erhöht werden muss. Die vorgeschlagene Reform wäre hierzu ein wichtiger Schritt. Zugleich würde der Staat darauf verzichten, die Pflegeversicherung auf Dauer selbst zu organisieren, was zur notwendigen Rückführung des Staatsanteils beiträgt. Außerdem wird die private Eigenvorsorge stärker betont als bei der bestehenden Sozialversicherung, deren Beiträge steuerähnlichen Charakter haben.

Bei Einfrieren des Arbeitgeberanteils auf dem heutigem Stand können die Lohnzusatzkosten durch die Reform langfristig um bis zu einen Beitragspunkt unter dem sonst zu erwartenden Niveau gehalten und damit die Wachstums- und Beschäftigungsperspektiven spürbar verbessert werden.

Alternativen

Mit der hier vorgeschlagenen Reform wird ein gangbarer, wenngleich nicht bequemer Weg aufgezeigt. Das gilt gerade angesichts einer durch kurzfristige Meinungswellen und der Fixierung auf den jeweils nächsten Wahltermin geprägten öffentlichen Diskussion, in der immer wieder Abgabentlastungen in Aussicht gestellt oder gefordert werden, für die keine Gegenfinanzierung besteht. Die Neigung, am umlagefinanzierten Status quo festzuhalten und finanzielle Lasten auf die Zukunft zu überwälzen, ist weit verbreitet. Die Folgen solcher Entscheidungen holen jedoch Politik und Bürger immer schneller ein. Dies eröffnet einer verantwortungsvollen, zukunftsgerichteten Politik die Chance, auch für ein solches Konzept, das langen Atem erfordert, Zustimmung zu gewinnen, indem sie die Alternativen ehrlich offen legt.

Das vorliegende Konzept schafft zusätzliche Handlungsspielräume. Es hält den Weg zu mehr privater Vorsorge für das Pflegerisiko offen, der sonst großen Teilen der Bevölkerung künftig dauerhaft versperrt sein dürfte. Eine Überbelastung einzelner Jahrgänge im Übergang wird durch den zeitlich gestreckten obligatorischen Eintritt der einzelnen Jahrgänge in die Kapitalansparphase vermieden. Wer dies möchte, kann dennoch freiwillig auch früher mit dem Ansparen beginnen. Bei günstiger Entwicklung könnte das Eintrittsalter von 55 Jahren jedoch auch generell schrittweise gesenkt werden. Hierdurch könnte die künftige Beitragsbelastung noch deutlich geringer ausfallen.

Eine Möglichkeit, die anfängliche Mehrbelastung bei der Reform geringer zu halten, bietet eine nur teilweise Umstellung auf Kapitaldeckung (auch bei der älteren Bevölkerung). Der Übergang zu einer solchen Mischlösung sollte wie bei der vollen Umstellung auf Kapitaldeckung (für ältere Versicherte) schrittweise erfolgen, um die mit dem Aufbau der Altersrückstellungen verbundenen Belastungen zeitlich zu verteilen, da sich hierbei im Prinzip dieselben Probleme ergeben. Dies legt nahe, mit dem Aufbau der für die Teilkapitaldeckung erforderlichen Altersrückstellungen wiederum erst in fortgeschrittenem Lebensalter zu beginnen. Entsprechend bauen die in dieser Studie beispielhaft untersuchten Optionen einer Teilkapitaldeckung (von 30, 50 und 70 vH der zu erwartenden Pflegeausgaben) auf das zuvor entwickelte Modell einer vollen Umstellung für die ältere Bevölkerung auf. Altersrückstellungen werden wieder erst ab Vollendung des 55. Lebensjahres gebildet, allerdings nur für einen Teil der zu erwartenden Pflegeausgaben. Der damit verbundene zeitliche Verlauf ähnelt dem einer vollen Umstellung, nur dass am Ende ein Teil der Ausgaben der jeweils älteren Jahrgänge dauerhaft durch eine Umlage im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung finanziert wird. Solche Mischmodelle lassen sich im Rahmen einer privaten Pflege-Pflichtversicherung allein oder über eine ergänzende private Pflegepflichtversicherung zur umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung verwirklichen.

Mit abnehmendem Kapitaldeckungsgrad sinkt die anfängliche Mehrbelastung, aber auch die spätere dauerhafte Entlastung der privaten und öffentlichen Haushalte. Außerdem lassen sich Versicherungs- und Umverteilungsaufgaben in solchen Mischvarianten schwerer entflechten. Eine solche Mischung von Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren bei der Pflegeversicherung könnte vor allem als Bestandteil einer umfassenderen Reform unter Einschluss der Krankenversicherung Sinn machen.

Einführung

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, wie eine qualitativ und quantitativ ausreichende Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland solidarisch und tragfähig finanziert werden kann. Sie untersucht die künftige Entwicklung des Pflegebedarfs in Deutschland und die damit verbundenen finanziellen Anforderungen und entwickelt Vorschläge zur Umgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Damit wird zugleich ein Beitrag zur Reform der sozialen Sicherungssysteme insgesamt und zur Neubestimmung staatlicher Aufgaben vorgelegt, der sich an folgenden Leitlinien orientiert:

- Staatliche Daseinsvorsorge muss sich künftig auf die grundlegende Absicherung großer Lebensrisiken konzentrieren. Dabei sind staatliche Eingriffe entsprechend dem Subsidiaritätsgrundsatz auf das Notwendige zu beschränken.
- Private Eigenverantwortung und Vorsorge im Rahmen einer Zivilgesellschaft müssen deutlich gestärkt werden. Den Bürgern muss bewusst werden, dass staatlich organisierte Vorsorge keine „Vollkaskoversicherung“ sein kann.
- Solidarität innerhalb der Gesellschaft behält auch künftig einen hohen Stellenwert. Entscheidend für Solidarität ist jedoch nicht, *wie* sie angestrebt wird, sondern *ob* sie erreicht wird.
- Die Finanzierung staatlich organisierter Daseinsvorsorge muss dauerhaft tragfähig, wirtschaftlich effizient und sozial gerecht gestaltet werden. Deshalb sind Verteilungsaufgaben künftig möglichst von der Finanzierung und Bereitstellung von Leistungen zur Daseinsvorsorge zu trennen und über das Steuer- und Transfersystem zu erfüllen.
- Verteilungsgerechtigkeit und Solidarität dürfen nicht auf die jeweilige Gegenwart verkürzt werden. Gerade bei der Pflegeversicherung kommt der Frage der intergenerativen Gerechtigkeit große Bedeutung zu.

Die Konzentration dieser Untersuchung auf die Finanzierungsfrage bedeutet keineswegs, dass sich die Probleme der Pflegebedürftigkeit und der Pflege darauf reduzieren lassen. Die mit einer überdurchschnittlich wachsenden Zahl Pflegebedürftiger verbundenen Herausforderungen für Gesellschaft,

Wirtschaft und Staat sind vielfältig und komplex. Pflegebedürftigkeit ist nicht nur durch äußere Umstände vorbestimmt, sondern teilweise auch von Lebensstilen und Verhaltensweisen beeinflusst. Vorbeugung gegen Pflegerisiken wird daher neben der Gewährleistung einer qualitativ und quantitativ ausreichenden Versorgung Pflegebedürftiger und ihrer Integration in die Gesellschaft verstärkte Bedeutung erlangen. Zugleich sind menschenwürdige Lebensumstände für eine steigende Zahl Pflegebedürftiger keineswegs nur eine materielle Frage. Dennoch ist die Sicherstellung der Finanzierung eine notwendige Voraussetzung für die erforderliche Versorgung mit Pflegeleistungen, wie ja letztlich gerade Forderungen der Anbieter von Pflegediensten und Pflegeheimen nach höheren Leistungssätzen unterstreichen.

Auf den ersten Blick mag es überraschen, dass schon nach acht Jahren wieder über eine grundlegende Reform oder gar Abschaffung der gesetzlichen Pflegeversicherung diskutiert wird. Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 sollte die Finanzierung einer quantitativ und qualitativ angemessenen Pflege für alle Bürger in Deutschland dauerhaft sicherstellen und verhindern, dass Pflegebedürftige in großer Zahl auf Sozialhilfe angewiesen sind. Zugleich sollten die Kommunen finanziell entlastet und die Entstehung einer ausreichenden Pflegeinfrastruktur gefördert werden. Dies wurde anfänglich erreicht. Heute finanziert die gesetzliche Pflegeversicherung rund zwei Drittel der Gesamtausgaben für Pflegeleistungen von gegenwärtig rund 1,5 vH des Bruttoinlandsprodukts.

Doch die bestehende Regelung ist nicht zukunftssicher und sie verletzt die Generationengerechtigkeit. Zudem verfolgt sie widersprüchliche Ziele. Schon seit Ende der neunziger Jahre treten zunehmend finanzielle und strukturelle Mängel zu Tage. Weit schwerer wiegt aber, dass die gesetzliche Pflegeversicherung größten Teils als soziale Pflegeversicherung konzipiert wurde, die als fünfte Säule der bestehenden Sozialversicherung deren wesentliche Strukturmerkmale, namentlich die – vorwiegend lohnbezogene – Umlagefinanzierung aufweist. Sie ist daher ebenfalls von den Folgen jener langfristigen Strukturveränderungen betroffen, die die finanzielle Stabilität derartiger sozialer Sicherungssysteme in Frage stellen. Dies gilt vor allem für die Folgen des demographischen Wandels. Häufigkeit und Schwere von Pflegebedürftigkeit nehmen mit steigendem Alter – insbesondere ab dem 75. Lebensjahr – stark zu. Mit der steigenden Zahl der Alten und Hochbetagten nimmt daher trotz sinkender Einwohnerzahl und entlastender Einflüsse (wie

der Verjüngung der Bevölkerung durch Wanderung) der Pflegebedarf künftig stark zu, sofern sich die Pflegerisiken nicht aus anderen Gründen deutlich verringern. Das zu erwartende Wirtschaftswachstum, vor allem aber die Zunahme von Löhnen und Renten, reicht bei weitem nicht aus, diesen Mehrbedarf zu decken. Daher sind bei der sozialen Pflegeversicherung erhebliche Beitragssteigerungen und/oder Leistungskürzungen absehbar.

Diese Entwicklung verursacht nicht allein gesamtwirtschaftliche Belastungen, sondern vor allem zunehmende Verteilungsungleichgewichte zu Lasten nachfolgender Jahrgänge, die für die in der Vergangenheit vom Staat abgegebenen Leistungsversprechen einstehen müssen. In den kommenden Jahrzehnten wächst für die jüngeren Jahrgänge das Risiko, für ihre wachsenden Finanzierungsbeiträge am Ende, wenn sie selbst pflegebedürftig werden, keine entsprechende Leistung mehr zu erhalten. Denn heute getroffene Weichenstellungen entfalten gerade in der Pflegeversicherung besonders langfristige Wirkungen, weil der überwiegende Pflegebedarf der heute Geborenen erst ab etwa 2070 einsetzt. Anders gewendet: Die umlagefinanzierte Pflegefinanzierung belastet vor allem die Enkel der jeweiligen Leistungsempfänger. Auf Dauer ist das gegenwärtige System daher weder zukunftssicher noch gerecht. Kurz: Auch bei der sozialen Pflegeversicherung besteht heute akuter Handlungsbedarf.

Dieser Handlungsbedarf wird in den folgenden Kapiteln verdeutlicht. Er resultiert zum Teil bereits aus heute virulenten Schwächen der bisherigen Regelung (Kapitel 1), vor allem aber aus der langfristig zu erwartenden Zunahme des Pflegebedarfs und der gleichzeitigen Verschlechterung anderer Rahmenbedingungen (Kapitel 2) sowie den damit verbundenen Folgen im Rahmen der geltenden Regelung (Kapitel 3). Der daraus abzuleitende Reformbedarf wird in Kapitel 4 prinzipiell diskutiert. Anschließend wird ein konkreter Vorschlag zum Umstieg auf eine allgemeine (weitgehend) kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung entwickelt und in seinen finanziellen Wirkungen analysiert (Kapitel 5). In Kapitel 6 werden alternative Lösungen mit teilweiser Fortführung einer Umlagefinanzierung präsentiert und deren Vor- und Nachteile erörtert. Zusätzlich wird in einem knappen Exkurs (Kapitel 7) auf die gegenwärtige Reformdiskussion und die parallel zur vorliegenden Studie entstandenen Konzepte der „Rürup-Kommission“ und der „Herzog-Kommission“ eingegangen. Kapitel 8 zieht das Fazit der Untersuchung und verweist auf einige weitergehende Problemaspekte.

1 Ausgangslage

An die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 waren hohe Erwartungen geknüpft. Die seitherige Bilanz fällt allerdings zwiespältig aus. Während über die meisten Ziele der damaligen Reform weitgehend Konsens bestand und weiterhin besteht, war die Zweckmäßigkeit der 1994 getroffenen Gestaltungsentscheidung politisch und vor allem wissenschaftlich stets umstritten. Diese Zweifel sind durch die seitherige Erfahrung in wesentlichen Punkten erhärtet worden.

Zwar hatte das zuständige Bundesministerium noch 2003 die finanzielle Nachhaltigkeit der sozialen Pflegeversicherung betont und erklärt, dass nach einem vorübergehenden Rückgang der Reserve bei konstantem Beitragssatz ab 2008 sogar wieder mit steigenden Überschüssen zu rechnen sei.¹ Und selbst die am 22. Oktober 2003 vorgelegten Eckwerte der Bundesregierung zur Reform der Pflegeversicherung verneinen weiterhin grundlegenden Reformbedarf.² Doch derartige Vorhersagen, die sich regelmäßig auf vergleichsweise optimistische Langfristannahmen zur künftigen Wirtschafts- und Bevölkerungsentwicklung stützen, haben sich bislang in fast allen Bereichen als wenig belastbar erwiesen. Dies belegt gerade die Entwicklung in der Sozialversicherung.

Entgegen ständiger politischer Willensbekundungen steigt der Gesamtbeitragssatz zur Sozialversicherung immer weiter an. 2003 wurde der Höchststand von 1998 in etwa wieder erreicht – trotz zusätzlicher Einnahmen aus fünf Erhöhungen der Ökosteuer, einer um bis zu einem Fünftel gestiegenen Beitragsbemessungsgrenze, der Mobilisierung weiterer Finanzierungsquellen und verschiedener Leistungseinschnitte bei der gesetzlichen Rentenversicherung. Um ab 2004 einen weiteren Beitragssatzsprung um bis zu 2 Prozentpunkte zu verhindern, wurden kurzfristig vor allem bei Renten- und Krankenversicherung beträchtliche Einschnitte und Kostenverlagerungen eingeleitet.³ Ob diese Maßnahmen tatsächlich ausreichen, den Gesamtbei-

¹ Vgl. BMGS (2003a).

² Vgl. BMGS (2003c).

³ Dazu gehören zum einen die im Gesundheitskompromiss 2003 zwischen Bundesregierung und Opposition vereinbarten und bereits als Gesetz verabschiedeten Leistungs-

tragssatz wenigstens konstant zu halten, bleibt abzuwarten. Die für die kommenden Jahre in Aussicht gestellte spürbare Senkung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung dürfte dagegen nur bei weiterer – systemwidriger – Verschuldung der Kassen zu realisieren sein.

Teilweise ist diese Entwicklung den zu optimistischen Annahmen und kurzatmigen Eingriffen der Politik sowie der anhaltenden Wachstumsschwäche der letzten Jahre zuzuschreiben. Im Kern aber manifestiert sich darin eine tief greifende Strukturkrise, die weit über die aktuellen Konjunkturprobleme hinausreicht.

Von dieser krisenhaften Entwicklung ist die soziale Pflegeversicherung nur auf den ersten Blick nicht betroffen. Ende 2002 verfügte sie einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Schwankungsreserve von 2,2 Milliarden € noch über einen Vermögensbestand von knapp 5 Milliarden €. Auch wurde bislang am Beitragssatz von 1,7 vH festgehalten. Doch die soziale Pflegeversicherung kämpft inzwischen mit beträchtlichen Problemen. Das anfänglich aufgebaute Vermögen, das vor allem aus einer gegenüber der Beitragseinführung verzögerten Leistungsgewährung resultierte, schmilzt schneller als erwartet ab – auch, weil die Überschüsse der sozialen Pflegeversicherung von der Politik, aber auch von anderen Akteuren des Gesundheitswesens rasch als finanzpolitischer „Verschiebebahnhof“ entdeckt wurden. Zwar hat der Gesetzgeber in dem zum 1.1.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (§43b SGB XI) festgelegt, dass die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege künftig – wieder – von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind. Ob und in welchem Umfang es dadurch tatsächlich zu einer finanziellen Entlastung der Pflegeversicherung kommt, ist jedoch ungewiss.⁴

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung ihre bisherigen Einschätzungen zur finanziellen Lage in den sozialen Sicherungssystemen seit dem Herbst 2002 mehrfach revidiert und grundlegenden Reformbedarf eingeräumt. Und die wachsenden Finanzierungsprobleme bei der Pflege werden

kürzungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung, zum anderen die Eckbeschlüsse der Bundesregierung zur Rentenversicherung und zur Pflegeversicherung aus der zweiten Oktoberhälfte, die bei Abschluss der vorliegenden Studie noch nicht im Gesetzgebungsverfahren umgesetzt waren; vgl. BMGS (2003b, c).

⁴ Im Mai 2003 hat das Bundessozialgericht im Zusammenhang mit bei ihm anhängigen Klagen öffentlich Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit dieser gesetzlichen Regelung geäußert (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 5. Juni 2003, S. 15).

inzwischen auch von der Öffentlichkeit mit Sorge wahrgenommen. 2003 ist die Diskussion um die Pflegeversicherung in Deutschland erneut entbrannt.

1.1 Die bestehende Regelung

Die neu belebte Diskussion hat die schon vor 1995 diskutierten Vorbehalte und Alternativvorschläge wieder ins Blickfeld gerückt. Daher soll zunächst kurz auf Vorgeschichte und Ziele sowie wesentliche Gestaltungsmerkmale der bestehenden Regelung eingegangen werden.

1.1.1 *Vorgeschichte und Ziele*

Der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung ging eine über zwanzigjährige Diskussion voraus.⁵ Bis dahin wurden Pflegeleistungen meist unentgeltlich von Angehörigen im Rahmen häuslicher Pflege erbracht. Die Kosten entgeltlicher ambulanter und vor allem stationärer Pflege wurden zu einem gewissen Teil von der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sowie von der Beihilfe, ansonsten aber von den Pflegebedürftigen selbst und damit von den privaten Haushalten getragen.⁶ Soweit letztere dazu aufgrund ihrer persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnisse nicht in der Lage waren, erhielten sie gemäß §§6ff. BSHG Hilfe zur Pflege. Freiwillige private Pflege-Zusatzversicherungen wurden in den achtziger Jahren zwar vereinzelt angeboten, blieben aber bedeutungslos. Bei begrenzter Pflegeinfrastruktur und kaum entwickeltem Pflegemarkt,⁷ wachsendem Pflegebedarf und hohen Kosten entwickelte sich vor allem in der stationären Pflege die Hilfe zur Pflege immer mehr zur regulären Finanzierungsquelle, weil die Kosten bei Schwerstpflegebedürftigkeit häufig selbst überdurchschnittliche Alterseinkommen überstiegen und bei längerer Pflegebedürftigkeit auch vorhandene Vermögen rasch aufzehrten. Verschärfend kam ein drohender Wegfall häuslicher Pflegepotentiale als Folge sich ändernder Haushalts- und Familienstrukturen hinzu.

⁵ Vgl. zur Übersicht Frerich, J./Frey, M. (1996), Bd. 3, S. 629ff.

⁶ In gewissem, allerdings kaum quantifizierbarem Umfang flossen auch Geld-, Sach- und Zeitspenden sowie Trägerzuschüsse aus dem Bereich der Freien Wohlfahrt ein.

⁷ Ambulante Dienste und Pflegeheime wurden vorwiegend von der Freien Wohlfahrtspflege angeboten.

Vor diesem Hintergrund wurde eine eigenständige Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der staatlichen Daseinsvorsorge allgemein als notwendig erachtet, um drei Ziele zu erreichen: Erstens sollte Pflegebedürftigen die Möglichkeit gegeben werden, solange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung zu leben. Zweitens sollte das Risiko einer ausschließlich pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit weitgehend beseitigt werden. Und drittens sollte eine angemessene und wirtschaftliche Pflegeinfrastruktur gewährleistet werden. Weitgehende Übereinstimmung bestand ferner darin, dass eine allgemeine und solidarische Absicherung geschaffen werden solle.

1990 brachten die Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz zwei Gesetzesinitiativen in den Bundesrat ein.⁸ Baden-Württembergs Entwurf eines Pflegevorsorgegesetzes sah eine allgemeine Pflicht zur Mindestvorsorge⁹ ab dem 45. Lebensjahr nach Art einer privaten Haftpflichtversicherung vor. Für die Anbieter einer solchen privaten Pflege-Pflichtversicherung sollte Kontrahierungszwang gelten. Die Prämien sollten nach Alter, nicht aber nach Geschlecht und Gesundheitszustand differenziert sein. Weitergehende Umverteilungsziele sollten über einkommens- und familienstandsabhängige Prämienzuschüsse des Bundes aus Steuern aufgebracht werden.¹⁰ Personen, die bei Inkrafttreten der Regelung bereits das 65. Lebensjahr vollendet hatten, sollten von der Vorsorgepflicht ausgenommen werden. Für sie sollten stattdessen ergänzende Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden.

Der Entwurf von Rheinland-Pfalz lehnte eine solche private Vorsorgepflicht ab und sah stattdessen die Zusammenfassung der Leistungen von Bundespflegehilfegesetz, BSHG, SGB V und EStG in einem Pflegehilfen-Neuregelungsgesetz vor. Künftig sollten im Rahmen eines Bundespflegehilfegesetzes Leistungen an Pflegebedürftige unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Einkommensverhältnisse, d.h. nach dem Bedürftigkeitsprinzip gewährt werden. Die Leistungen sollten nachrangig zu anderen Sozialleistungen, jedoch vorrangig gegenüber der Sozialhilfe sein. Der Entwurf ging von einer gemeinschaftlichen Finanzierung der Gesamtleistungen für die

⁸ Vgl. Bundesrat (1990a); (1990b).

⁹ Als zu dynamisierender Mindestbetrag waren für die höchste Pflegestufe 1.500 DM monatlich vorgesehen.

¹⁰ Die Durchführung der Prämientlastung sollte ein Ausgleichsfonds vornehmen. Ein Risikostrukturausgleich war dagegen nicht geplant.

Pflegebedürftigen durch Bund, Länder und Gemeinden aus. Da jedoch der Bund die Kosten des Pflegehilfegesetzes tragen sollte, hätte er – bei gleichzeitiger Entlastung der Kommunen bei der Sozialhilfe – die Finanzierung im Wesentlichen tragen müssen.

Letztlich setzte sich aber in einem parteiübergreifenden Konsens die vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales („Blüm-Modell“) präferierte Lösung im Rahmen der umlagefinanzierten Sozialversicherung durch.¹¹ Dabei wurde eine eigenständige soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems geschaffen und nicht, wie z.B. vom DGB vorgeschlagen, der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung um das Pflegerisiko erweitert.

1.1.2 Gestaltungsmerkmale

Aufgrund dieser Weichenstellung basiert die derzeitige Pflegefinanzierung weitgehend auf dem lohnbezogenen Umlageverfahren. Die von den Befürwortern einer privaten Versicherungspflicht vorgetragene Argumente zugunsten einer verstärkten Kapitaldeckung blieben weitgehend unberücksichtigt. Den Vorbehalten gegenüber einer noch stärkeren Abgabenbelastung des Faktors Arbeit wurde nur teilweise Rechnung getragen. Einerseits wurde formal an der besonders umstrittenen paritätischen Finanzierung festgehalten. Andererseits wurde aber zur Kompensation der zusätzlichen Belastungen der Arbeitgeber ein bundesweiter Feiertag – der Buß- und Betttag – gestrichen.¹² Außerdem wurde eine einnahmeorientierte Ausgabengestaltung vorgeschrieben, um den Beitragssatz zu stabilisieren. Der Beitragssatz ist bei 1,7 vH der (mit der gesetzlichen Krankenversicherung identischen) Bemessungsgrenze festgeschrieben. Über eine Beitragsanpassung entscheidet die Bundesregierung im Bedarfsfall.

Zur Begrenzung der Ausgaben sollten ferner der Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern und das Entstehen eines ausreichenden Pflegemarktes gefördert werden. Deshalb wurde für den Pflegebereich (§11 (2) Satz 3 SGB XI) ebenso wie in der Sozialhilfe (§93 (1) BSHG) die Gleichstellung

¹¹ Auch die SPD, die zunächst ein Bundesleistungsgesetz befürwortet hatte, und die meisten Verbände plädierten für eine sozialrechtliche Lösung. Am Ende stand ein Kompromiss, dem auch die FDP und eine starke Minderheit in der Union, die für eine private Pflege-Pflichtversicherung plädiert hatten, zustimmten.

¹² Der Freistaat Sachsen lehnte dies ab. Dort tragen die Arbeitnehmer den vollen Beitrag.

von freigemeinnützigen und privat-gewerblichen Anbietern gesetzliche fixiert und von einer Vorrangstellung der Freien Wohlfahrtspflege bewusst abgesehen.¹³ Alle Anbieter müssen eine ausreichende Pflegequalität gewährleisten, die u.a. vom Medizinischen Dienst der Kassen überwacht wird (§80 (1) SGB XI). Diesem obliegt zugleich die Feststellung und Einstufung der Pflegebedürftigkeit (§18 SGB XI).

Bei der Leistungsgewährung durch die Pflegekassen sind – neben den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit – vor allem zwei Vorgaben maßgeblich: der Vorrang der häuslichen Pflege (§3 SGB XI) und der Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation vor Pflege (§§5 und 31 SGB XI). Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung haben in der Regel Vorrang gegenüber anderen Sozialleistungen, insbesondere gegenüber denen nach dem BSHG. Im Unterschied zur früheren Rechtslage gewährt die gesetzliche Pflegeversicherung Leistungen einkommensunabhängig.

Anders als die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) wurde die gesetzliche Pflegeversicherung von vornherein als Teilkaskoversicherung (SGB XI) konzipiert. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass in der sozialen Pflegeversicherung ein Wahlrecht zwischen Geld- und Sachleistungen besteht, was die häusliche Pflege und den Wettbewerb der Pflegeanbieter fördern soll. Allerdings übersteigen die Sätze der Sachleistungen deutlich die des Pflegegeldes.

Die geltende gesetzliche Regelung unterwirft nahezu die gesamte Bevölkerung, also insbesondere auch Rentner und bereits Pflegebedürftige, der Versicherungspflicht. Analog zur Krankenversicherung besteht bei Überschreiten der Pflichtversicherungsgrenze und für Beihilfeberechtigte die Möglichkeit der Privatversicherung. Dabei gilt der Grundsatz: Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung.

Die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung richten sich nach dem für die gesetzliche Krankenversicherung maßgeblichen versicherungspflichtigen Einkommen. Zwischen Beitragshöhe und Leistungshöhe besteht kein Zusammenhang. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen sind beitrags-

¹³ Ein solche Vorrangklausel für freigemeinnützige Leistungsanbieter, wie sie auch in anderen Teilen des Sozialrechts früher üblich war (vgl. Ottnad, A./Wahl, S./Miegel, M. (2000), S. 17f., 22f.), sah u.a. der rheinland-pfälzische Gesetzesentwurf vor.

frei mitversichert. Zwischen den Pflegekassen findet ein umfassender Finanzausgleich statt (§§65 ff. SGB XI).

Die private Pflege-Pflichtversicherung basiert wie die private Krankenversicherung auf der Kapitaldeckung. Bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung unterliegen die Anbieter jedoch einem Kontrahierungszwang. Außerdem wurden – vor allem in der Startphase – die Möglichkeiten risikogerechter (aktuarisch fairer) Prämienkalkulation eingeschränkt. Dauerhaft untersagt sind der Ausschluss von Vorerkrankungen und Prämienstaffelungen nach Geschlecht sowie Risikozuschläge. Außerdem sind Kinder ebenfalls beitragsfrei mitversichert, und Ehegatten erhalten eine Beitragsminderung. Deshalb erfolgt hier ebenfalls ein Finanzausgleich (Risikoausgleich gem. §111 SGB XI) zwischen den Versicherungsunternehmen. Dieser soll erstens Unterschiede in der Geschlechts- und Altersverteilung¹⁴ zwischen den Unternehmen kompensieren. Zweitens sollen systematische Abweichungen bei den alters- und geschlechtsspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten (Prävalenzen) und bei der Aufteilung zwischen den Leistungsarten (Abweichungen zwischen tatsächlichen und rechnungsmäßigen Schäden) ausgeglichen werden.¹⁵

An den 1995 in Kraft getretenen Regelungen hat sich im Kern bis heute wenig verändert. Zum 1. August 1999 (4. SGB XI-Änderungsgesetz) wurden die Leistungen für ambulante und teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege um jährlich rund 133 Millionen € erhöht. Zum 1. Januar 2002 traten das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes sowie das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in Kraft. Letzteres sieht u.a. zusätzliche Leistungen – vornehmlich für Demenzkranke – in Höhe von 15 Millionen € jährlich vor.

Im Oktober 2003 hat die Bundesregierung allerdings weitergehende Eingriffe in die bisherigen Regelungen zur sozialen Pflegeversicherung angekündigt. Dazu gehört, dass Rentner ihren Beitrag künftig allein tragen und

¹⁴ Die Altersverteilung spielt eine erhebliche Rolle, weil für die Einführungsphase zusätzlich die Prämienhöhe auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt wurde. Außerdem schlägt sich hier die prämienfreie Mitversicherung von Kindern nieder.

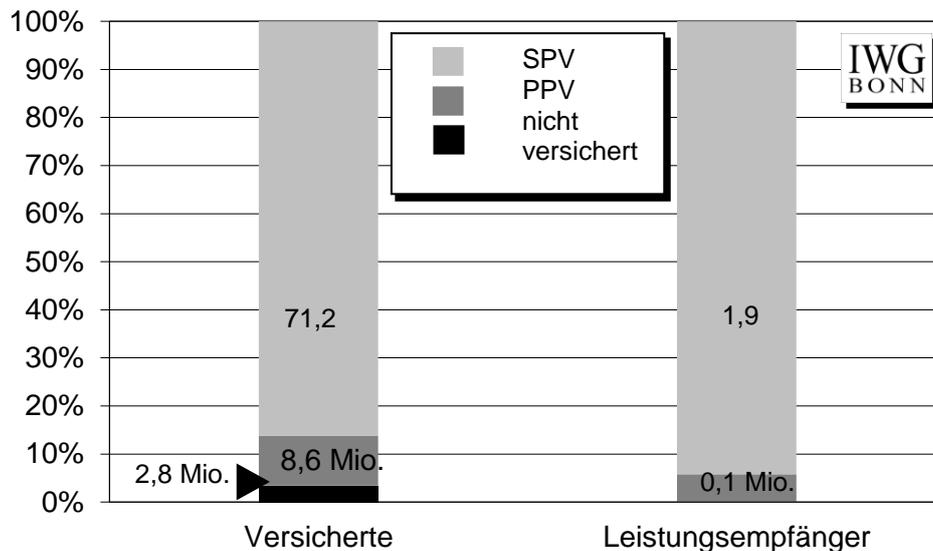
¹⁵ Zu Einzelheiten und kritischer Wertung vgl. Wasem, J. (2000) sowie Eisen, R. (2000).

dass Mitglieder ohne unterhaltsberechtigte Kinder künftig stärker belastet werden. Ferner sind Veränderungen bei den Leistungen geplant.¹⁶

1.2 Umfang und Finanzierung der gegenwärtigen Pflegeleistungen

In der gesetzlichen Pflegeversicherung sind heute über 96 vH der Bevölkerung versichert. Das Mitgliederverhältnis zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung liegt bei etwa neun zu eins. Zu den in der amtlichen Statistik nicht genauer aufgegliederten Nichtversicherten gehören u.a. nicht krankenversicherte Sozialhilfeempfänger und nicht der Versicherungspflicht unterliegende Personen. Ein Teil dieser Gruppe wird entsprechend einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts künftig in die soziale Pflegeversicherung einbezogen. Von den rund 80 Millionen Versicherten erhalten derzeit etwa 2 Millionen Pflegebedürftige, also etwa jeder Vierzigste, Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

Schaubild 1: Versicherte und Leistungsempfänger in der gesetzlichen Pflegeversicherung 2003



¹⁶ Vgl. dazu BMGS (2003c) und Abschnitt 7.4.

Wie aus Schaubild 1 ersichtlich liegt der Anteil der Leistungsempfänger an den Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung gegenwärtig etwa doppelt so hoch wie in der privaten Pflegeversicherung, weil deren Versicherte im Schnitt – noch – jünger und zu einem höheren Anteil männlich sind.¹⁷

Umfang und Finanzierung der gegenwärtigen Pflegeausgaben sind Schaubild 2 und 3 zu entnehmen.¹⁸ Der jährliche Aufwand für Pflegeleistungen, die von Pflegebedürftigen entsprechend den Vorgaben des SGB XI in Anspruch genommen werden, sowie damit zusammenhängende weitere Aufwendungen (Verwaltung, Einkommensleistungen für Pflegepersonen usw.) lagen 2003 bei knapp 26 Milliarden €. ¹⁹ Das Gesamtvolumen des Pflegemarktes in Deutschland ist jedoch größer, weil zusätzlich etwa 4 Milliarden € an Kosten für Unterhalt und Verpflegung („Hotelkosten“) einschließlich anteiliger Investitionskosten zu berücksichtigen sind, die nicht in die Pflegesätze eingehen.²⁰ Ferner gewähren Länder und kommunale Gebietskörperschaften Pflegediensten und -einrichtungen Investitionskostenzuschüsse unterschiedlicher Art, über die jedoch keine umfassenden statistischen Angaben existieren.²¹ Zu diesen Leistungen ist auch die vereinzelt eingeführte oder diskutierte Subjektförderung durch Pflegewohngeld zu rechnen.

Da die amtlichen Angaben zudem die tatsächlichen Ausgaben – namentlich der privaten Haushalte – tendenziell unterschätzen, dürfte das Gesamtvolumen des Pflegemarktes derzeit bei mindestens 30 Milliarden € (fast 1,5 vH

¹⁷ Vgl. Tabellen A 1 und A 2 im Anhang.

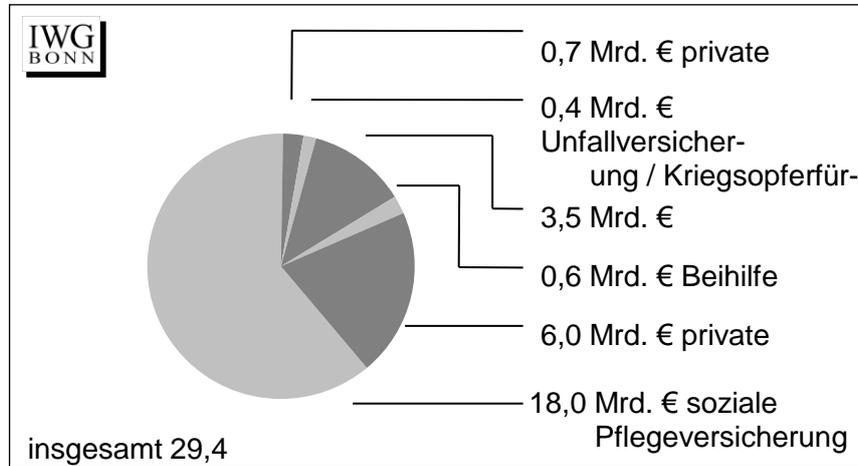
¹⁸ Vgl. Tabelle A 3 im Anhang.

¹⁹ Schätzungen des IWG BONN, Stand Oktober 2003.

²⁰ Die „Hotelkosten“ müssen grundsätzlich von den Pflegebedürftigen getragen werden. Soweit diese (unter Berücksichtigung des in einigen Ländern gewährten Pflegewohngeldes) dazu nicht im Stande sind, greift das BSHG. Etwa 1 Milliarde € der Hilfe zur Pflege entfallen hierauf.

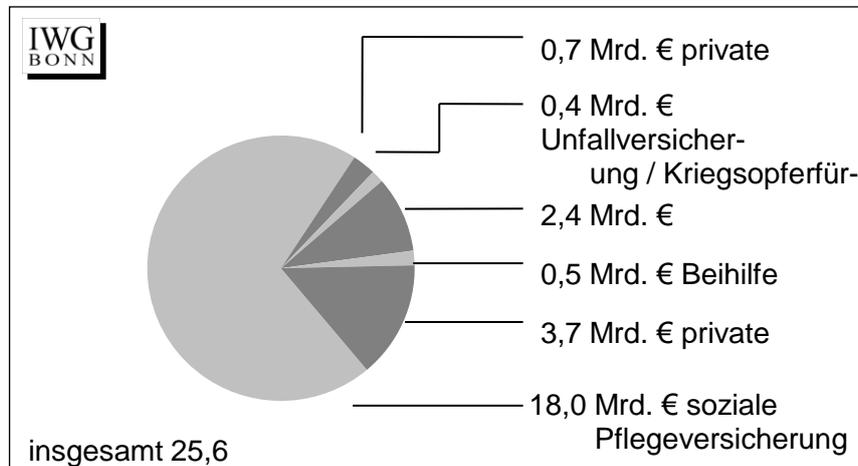
²¹ Zusätzlich stellte der Bund von 1995 bis 2002 insgesamt 3,3 Milliarden € an Investitionsförderung bereit, um die Pflegeinfrastruktur im Beitrittsgebiet an den Standard in den alten Ländern anzugleichen. Hinzu kamen komplementäre Mittel der neuen Länder in Höhe von 0,8 Milliarden €. Die übrige, tendenziell ebenfalls rückläufige Investitionsförderung wird teils als Darlehen, teils als verlorener Zuschuss gewährt. Ferner werden aus öffentlichen Mitteln auch Forschung und bürgerschaftliches Engagement gefördert (vgl. z.B. Klie, T. u.a. (2003), S. 76ff.). Anders als im Gesetzgebungsverfahren beabsichtigt, werden die Investitionen förderfähiger Dienste und Einrichtungen von keinem Bundesland vollständig übernommen. Diese nicht gedeckten Investitionskosten sind von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen.

Schaubild 2: Pflegeausgaben und ihre Finanzierung 2003:
Pflegeleistungen und „Hotelkosten“



Quelle: Schätzung des IWG BONN

Schaubild 3: Pflegeausgaben und ihre Finanzierung 2003:
Pflegeleistungen



Quelle: Schätzung des IWG BONN

des Bruttoinlandsprodukts) liegen. Hinzu kommt die unentgeltlich von den privaten Haushalten (Familienangehörigen, Nachbarn, ehrenamtlichen Helfern) erbrachte Pflegearbeit. Deren Umfang und Wert lässt sich nur sehr schwer quantifizieren. Ende 2001 wurden 1,4 Millionen Pflegebedürftige bzw. rund 70 vH aller Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, rund 1 Million davon (bzw. jeder zweite Pflegebedürftige) allein durch Angehörige.²² Unterstellt man in vorsichtiger Schätzung, dass das ausgezahlte Pflegegeld immerhin die Hälfte der privaten Pflegeleistungen abdeckt, ist der Wert der unentgeltlich erbrachten Pflegeleistungen der privaten Haushalte derzeit mit wenigstens 6 Milliarden € zu veranschlagen.²³ Diese Leistungen sind hier und im Weiteren nicht eingerechnet.

Zur Finanzierung der bezahlten Pflegeleistungen (ohne „Hotelkosten“) tragen die soziale Pflegeversicherung 18 Milliarden €, die private Pflegeversicherung 0,7 Milliarden € und die Hilfe zur Pflege nach dem BSHG rund 2,4 Milliarden € bei. Private Zuzahlungen dürften sich auf wenigstens 3,7 Milliarden € belaufen. Der Rest entfällt auf Arbeitgeberleistungen (Beihilfe) und andere Ausgabenträger.

Seit Leistungen (ab 1. Juli 1996) auch für die stationäre Pflege gewährt werden, ist deren Anteil sowohl bei den Pflegefällen als auch bei den Ausgaben stark gestiegen. Obwohl damit die durchschnittlichen Ausgaben je Pflegefall zugenommen haben, decken die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung einen immer geringeren Anteil der tatsächlichen Pflegekosten – namentlich im Bereich stationärer Pflege der Stufen 2 und 3.²⁴ Die Verlangsamung der Zunahme bei den schweren Pflegefällen in den letzten Jahren ist vermutlich auf eine restriktivere Einstufung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Kassen zurückzuführen.

²² Vgl. StBA (2003b). Diese Angabe erfasst nur die Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld erhalten. Hinzuzurechnen sind die Empfänger von Kombinationsleistungen und Pflegebedürftige, die (noch) keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben. Weitere unentgeltliche Pflegeleistungen entfallen auf stationär untergebrachte Pflegebedürftige (z.B. Besuchs- und Einkaufsdienste).

²³ Bei alternativen Annahmen (z.B. je nach Ansatz des Lohnsatzes) ergeben sich auch weit höhere Wertansätze.

²⁴ Vgl. u. a. Deutscher Bundestag (2001), S. 85.

1.3 Ambivalente Bilanz der bestehenden Regelung

Die Bilanz seit Einführung der bestehenden Gesetzesregelung fällt ambivalent aus. Positiv hervorzuheben ist, dass in Deutschland ein beachtlicher Pflegemarkt mit zumindest partiell wettbewerblicher Struktur entstanden ist. Die Zahl der Dienste und Einrichtungen nahm sprunghaft zu. Auch sank der Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen anfangs spürbar. Die jährlichen Ausgaben der Kommunen für Hilfe zur Pflege nach dem BSHG betragen heute nominal gut 6 Milliarden € weniger als 1994. Da die Zahl der Pflegebedürftigen (und damit auch der potentiellen Empfänger von Hilfe zur Pflege) heute jedoch weit höher liegt, ist der finanzielle Entlastungseffekt der Gebietskörperschaften durch die gesetzliche Pflegeversicherung gegenwärtig auf mindestens 11 Milliarden € zu veranschlagen. Das entspricht rund 60 vH der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung. Auch die Krankenkassen wurden finanziell entlastet.²⁵ Mit den verbleibenden zusätzlichen Mitteln wurden die Bedingungen für die häusliche und familiäre Pflege – auch nach Einschätzung der Betroffenen – spürbar verbessert. Und schließlich wurde der Beitragssatz der gesetzlichen Pflegeversicherung, an dem sich auch die Obergrenzen für den Beitragssatz in der privaten Pflegepflichtversicherung orientieren, bislang bei 1,7 vH stabil gehalten. Allerdings profitiert auch die gesetzliche Pflegeversicherung von der inzwischen erfolgten Anhebung der Bemessungsgrundlage und zudem weist sie seit 1999 wachsende Defizite auf. Nach den Berechnungen des IWG BONN werden die jetzt noch vorhandenen Reserven spätestens 2005 aufgezehrt sein. Bereits zu diesem Zeitpunkt müsste der Beitragssatz dann auf etwa 1,9 vH steigen.²⁶

Zugleich hat die Deckelung der Ausgaben schon in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass ein wachsender Teil des Pflegeaufwands nicht mehr aus Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden kann. Daher steigen erstens seit 1998 die Zahl der Pflegebedürftigen, die (ergänzende) Hilfe nach

²⁵ Verstärkt wurde dies durch Beschlüsse des Bundes, die Lasten von der gesetzlichen Krankenversicherung zeitweilig auf die Pflegeversicherung verschoben haben.

²⁶ Sollte die gesetzlich vorgesehene (Rück)verlagerung der medizinischen Behandlungspflege auf die Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2005 wie geplant zustande kommen, ergibt sich dann zwar eine gewisse Ausgabenentlastung. Deren Umfang wird mit bis zu 1,5 Milliarden € veranschlagt, könnte aber auch deutlich niedriger ausfallen. Dem stehen aber steigende Leistungen u.a. für Demenzkranke gegenüber.

dem BSHG erhalten, und seit 2000 auch die damit verbundenen Sozialhilfeausgaben wieder an. Zweitens sehen sich viele privat-gewerbliche und freigemeinnützige Leistungsanbieter nicht mehr imstande, die gesetzlich vorgegebenen Leistungsnormen zu erfüllen.²⁷ In letzter Zeit häufen sich Meldungen über Schlechtleistungen (Pflegeskandale) und finanzielle Schieflagen. Einzelne freigemeinnützige Spitzenverbände gehen davon aus, dass derzeit bis zu 80 vH der ihnen angeschlossenen Pflegedienste defizitär arbeiten.²⁸ Daher ist fraglich, ob das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes ausreicht, die geforderte Pflegequalität dauerhaft zu gewährleisten.

Verschärft werden die finanziellen Probleme dadurch, dass die Gebietskörperschaften, namentlich Länder und Kommunen, ihrer Verantwortung für die Mitfinanzierung der Investitionen eher unzureichend nachgekommen sind.²⁹ Diese finanzielle Mitverantwortung ergibt sich aus der staatlichen Planungshoheit und den damit verbundenen Anforderungen an die Pflegeanbieter (Sicherstellungsauftrag, Vorhaltekosten).

Darüber hinaus klagen Leistungserbringer und Pflegebedürftige über erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen Pflege- und Krankenversicherung. Als Ursache wird die Inkompatibilität von SGB V und SGB XI hinsichtlich des Leistungsumfangs genannt. Tatsächlich bietet die geltende Regelung den Kassen Anreize, medizinische Leistungen von der Kranken- auf die Pflegeversicherung zu verlagern. Auch bei der Leistungsanspruchnahme und -erbringung gibt es Anreizprobleme. So besteht für stationäre Einrichtungen ein finanzieller Konflikt zwischen aktivierend-rehabitativer und konservierender Pflege, was der Intention des Gesetzgebers (Rehabilitation vor Pflege) zuwider läuft. Dies und die höheren Sätze für Sachleistungen und speziell für stationäre Pflege begünstigen eine Verlagerung hin zur stationären Pflege. Hinzu kommt, dass teilstationäre Angebote als Zwischenstufe zwischen häuslicher und stationärer Pflege kaum vorhanden sind, so dass schwere Pflegebedürftigkeit schnell in stationäre Einrichtungen führt.

²⁷ Die Zahl ambulanter Pflegedienste ging von 1999 bis 2001 um 2,1 vH zurück; vgl. StBA (2003b), S. 11.

²⁸ Vgl. Ludwig, A. (2002).

²⁹ Vgl. Roth, G. (2003) m.w.V. Die vergleichsweise hohe Förderquote in Nordrhein-Westfalen muss vor dem Hintergrund der zuvor unterdurchschnittlichen Versorgungsquote gesehen werden. Gleichzeitig ist hier aber auch der Anteil von Pflegebedürftigen in Heimen überdurchschnittlich gestiegen.

Außerdem wird vor allem von pflegewissenschaftlicher Seite und von den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege beklagt, dass der somatische Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI inadäquat sei und zu einer falschen Ausrichtung der Pflege führe.³⁰

Wenngleich dieser Kritik teilweise berechtigte Einwände entgegenstehen – etwa die Sorge, dass ein ganzheitlicher Pflegebegriff und eine am Bedarf orientierte Finanzierung in unkontrolliert wachsende Ausgaben und ineffiziente Mittelverwendung münden könnten –, so ist doch ein erheblicher Konflikt zwischen der Beitragsstabilität und anderen Zielen der gesetzlichen Pflegeversicherung unübersehbar.

Als entscheidender Mangel muss jedoch angesehen werden, dass bei der sozialen Pflegeversicherung die strukturellen Nachteile bereits bestehender umlagefinanzierter Sozialversicherungszweige im Kern übernommen wurden. Zwar hat der Gesetzgeber teilweise versucht, diese Nachteile bei der sozialen Pflegeversicherung zu begrenzen. Dazu diente u.a. eine Kompensation für die Arbeitgeber (Streichung eines Feiertags bzw. Verzicht auf die paritätische Finanzierung in Sachsen). Doch waren diese Bemühungen – notwendigerweise – nur begrenzt erfolgreich. Nach Berechnungen des Sachverständigenrats wurden die finanziellen Lasten für die Arbeitgeber durch die Streichung eines Feiertags selbst unter günstigen Annahmen von Anfang an nicht voll kompensiert.³¹ Bei einer deutlichen Ausweitung der Bemessungsgrundlage und bei einer längerfristig absehbaren Beitragssatzsteigerung ist eine erneute Kompensationsdebatte vorhersehbar. Darüber hinaus droht langfristig trotz des Versuchs einer einnahmeorientierten Ausgabengestaltung auch über die soziale Pflegeversicherung eine Ausweitung der Staatsquote.³²

Überdies verletzt die bestehende Regelung die Verteilungsgerechtigkeit. So hat das Bundesverfassungsgericht trotz der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und nichterwerbstätigen Ehegatten eine Verletzung der

³⁰ Nach geltendem Recht wird Pflegebedürftigkeit an der eingeschränkten Fähigkeit, bestimmte Verrichtungen des täglichen Lebens auszuführen, festgemacht; vgl. Deutscher Bundestag (2002), S. 230ff. Das am 1. Januar 2002 in Kraft getretene Pflegeleistungsergänzungsgesetz hat zwar für Demenzkranke einige leistungsverbessernde Änderungen vorgenommen, die Legaldefinition im Kern aber nicht verändert.

³¹ Vgl. SVR (1995), Anhang IV (Zur Kompensation in der Pflegeversicherung).

³² Vgl. Kapitel 3.

Beitragsgerechtigkeit zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen beanstandet und den Gesetzgeber aufgefordert, dem bis zum 31. Dezember 2004 abzuhelfen.³³ Dazu muss im Rahmen der bestehenden sozialen Pflegeversicherung eine Umverteilung der Beitragslast von Kindererziehenden zu Kinderlosen vorgenommen werden. Eine signifikante Verletzung der horizontalen Gerechtigkeit der Leistungsseite hat das Bundesverfassungsgericht dagegen noch verneint. Doch könnte sich auch dies bei einer neuen Datenlage künftig ändern.

Darüber hinaus stellt sich das Problem der Generationengerechtigkeit. Im Rahmen der umlagefinanzierten Pflegeversicherung findet schon heute eine sehr hohe Umverteilung statt. Berücksichtigt man, dass die heutigen Leistungsempfänger selbst erst ab 1995 in die Pflegeversicherung einbezahlt haben, liegt allein der Umverteilungsanteil zwischen Jung und Alt (der unter 65-Jährigen an die über 65-Jährigen) bei rund 70 vH des gesamten Beitragsaufkommens.³⁴ Eine solche Umverteilung war zunächst unvermeidlich. Sie tritt immer dann auf, wenn an einer neu gewährten staatlichen Leistung sofort auch Jahrgänge teilhaben, die bis zum Zeitpunkt der Einführung nicht selbst Vorsorge treffen konnten.³⁵ Die damit verbundene „Dividende“ für die erste Empfängergeneration lässt sich nur durch eine Umlage finanzieren. Dies impliziert jedoch weder wirtschaftlich noch rechtlich noch moralisch, auch die Leistungen für die nachfolgenden Jahrgänge durch Umlage zu finanzieren. Dies könnte in vielen Fällen – unter Berücksichtigung einer tragbaren zeitlichen Lastverteilung – ganz oder teilweise auch durch freiwillige oder obligatorische kapitalgedeckte private Vorsorge geschehen. Deshalb ist ab dem Einführungszeitpunkt der Pflegeversicherung die Umverteilung zwischen den Generationen immer mehr auch eine Folge der Entscheidung, dauerhaft an der Umlagefinanzierung festzuhalten. Diese Entscheidung wirft – abgesehen von möglichen Wirkungen auf den Wachstumspfad – nur solange keine grundlegenden Probleme der Generationengerechtigkeit auf, wie sich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen den Generationen und mithin die

³³ BVerfGE vom 3. April 2001, 1 BvR 1629/94. Zur geplanten Umsetzung vgl. Abschnitt 7.4.

³⁴ In gewissem Umfang haben zwar auch vor 1995 heutige Leistungsempfänger umlagefinanzierte staatliche Leistungen für ältere Jahrgänge mitfinanziert. Dies ändert jedoch nichts an der laufenden intergenerativen Umverteilung. Außerdem ist deren Umfang inzwischen weiter gestiegen.

³⁵ Typisches Beispiel ist die Wiedereinführung von Rentenzahlungen nach dem Krieg, als der reale Kapitalstock weitgehend zerstört war.

Altersstruktur in der Bevölkerung nicht grundlegend verschoben. Diese Voraussetzung war jedoch 1994 längst nicht mehr gegeben.

Verteilungsfragen und andere Probleme stellen sich auch im Kontext von Migration und europäischer Integration. Zuwanderer nach Deutschland zahlen normalerweise obligatorisch Beiträge an die gesetzliche Pflegeversicherung und zwar ganz überwiegend an die soziale Pflegeversicherung. Solange sie in Deutschland leben, stehen ihnen daraus entsprechende Leistungen zu. Außerdem können Deutsche und Nichtdeutsche – abhängig von den jeweiligen Sozialversicherungsabkommen und der Mitgliedschaft des betreffenden Landes in der EU – auch Leistungen der sozialen Pflegeversicherung im Ausland in Anspruch nehmen. Dies unterliegt allerdings zahlreichen Einschränkungen (z.B. Anknüpfung an die Leistungsstandards im betreffenden Land) und setzt auch nach dem Umzug ins Ausland die weitere beitragspflichtige Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland (bzw. in einem EU-Land) voraus. Für einzelne Nicht-EU-Länder (Vertragsstaaten) wie namentlich die Türkei existieren eigene vertragliche Abkommen.

Bislang sind die Zuwanderer nach Deutschland deutlich jünger als die Abwanderer. Dies führt innerhalb der Bevölkerung zu einem beträchtlichen Verjüngungseffekt, von dem die gesetzliche Pflegeversicherung spürbar profitiert. Beitragszahler wandern zu, potentielle Leistungsempfänger ab. Die meisten Abwanderer verlassen Deutschland in einem Alter, in dem das Pflerisiko noch so weit entfernt ist, dass sie eine Weiterversicherung bislang noch nicht in Erwägung ziehen.³⁶ Sofern keine Verhaltens- und Rechtsänderungen eintreten, ergibt sich durch die Abwanderung vorheriger Beitragszahler bis 2030 eine Entlastung um mindestens 2 vH der dann zu erwartenden Ausgaben. Davon kann jedoch nicht ohne Weiteres ausgegangen werden. Mit fortschreitender europäischer Integration und mit Blick auf die EUGH-Rechtsprechung steht eher zu erwarten, dass künftig auch nichtdeutsche Beitragszahler im Alter vermehrt Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung in Anspruch nehmen.

³⁶ Zudem müssen sie sich innerhalb einer sehr kurzen Frist für eine freiwillige Weiterversicherung entscheiden. Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten Abwanderer in ihrem Heimatland dagegen trotzdem. Nach amtlichen Angaben werden deshalb derzeit für rund 7 vH der gesetzlichen Rentenzahlungen keine Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner entrichtet.

2 Langfristiger Pflegebedarf

Schon die bisher zu Tage getretenen Probleme stellen das bestehende System zunehmend in Frage. Doch die künftige wirtschaftliche, gesellschaftliche und vor allem demographische Entwicklung konfrontiert die Pflegefinanzierung mit weitaus größeren Herausforderungen. Langfristig drohen unter bisher geltenden Bedingungen erhebliche finanzielle Ungleichgewichte. Bis 2050 wird sich der reale Pflegebedarf allein aus demographischen Gründen mindestens verdoppeln. Das Verhältnis von Leistungsempfängern zu Beitragszahlern in der sozialen Pflegeversicherung verändert sich ähnlich. Ungünstiger entwickelt sich das Verhältnis zwischen Beitragseinnahmen und Ausgaben. Während die Pflegekosten überdurchschnittlich steigen, wächst die Beitragsbemessungsgrundlage der sozialen Pflegeversicherung, die Brutto-lohn- und Rentensumme, unterdurchschnittlich. Gleichzeitig drohen für die häusliche wie für die stationäre Pflege verschlechterte Bedingungen.

Aussagen über die künftige Entwicklung im Pflegebereich sind angesichts der damit verbundenen Zeithorizonte mit erheblichen Unsicherheiten verbunden. Entsprechend breit ist etwa das Spektrum der künftig erwarteten Beitragssatzentwicklung. Es ist deshalb wichtig, solche Einschätzungen möglichst fundiert zu treffen. Daher werden nachfolgend zunächst die wichtigsten künftigen Rahmenbedingungen und die dabei zugrunde gelegten Annahmen dargestellt.

2.1 Künftige Rahmenbedingungen

Die künftigen Nachfrage- und Angebotsbedingungen am Pflegemarkt werden vor allem von der Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung, von der Morbidität und dem medizinisch-technischen Fortschritt sowie den gesamt- und finanzwirtschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmt. Qualitative und quantitative Veränderungen bei Bevölkerung und Privathaushalten schlagen sich beim Pflegebedarf, beim Angebot an Pflegekräften und beim Verhältnis von Zahlern und Leistungsempfängern nieder. Änderungen der Morbidität

und der medizinisch-technischen Möglichkeiten beeinflussen Zahl und Schwere der Pflegefälle sowie die damit verbundenen Ausgaben. Von den gesamt- und finanzwirtschaftlichen Rahmenbedingungen hängen sowohl die Finanzierung des Pflegebedarfs als auch die Entwicklung der Pflegekosten ab.

Diese Rahmenbedingungen werden selbst wiederum durch eine Vielzahl weiterer ökonomischer und außerökonomischer Faktoren und Trends beeinflusst und hängen wie die Bevölkerungs- und Wirtschaftsentwicklung auf lange Sicht auch wechselseitig voneinander ab. Auf die Analyse solcher Zusammenhänge muss hier verzichtet werden. Stattdessen werden möglichst plausible Annahmen getroffen, mit denen sich die künftige Entwicklung im Pflegebereich innerhalb einer realistischen Bandbreite einschätzen lässt.

2.1.1 Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung

Grundlage der vorliegenden Berechnungen ist eine Bevölkerungsvorausberechnung des IWG BONN für Deutschland, die langfristig eine jährliche Nettowanderung von 200.000 unterstellt. Danach wird sich die Bevölkerung bis 2020 bei rund 83 Millionen bewegen. Danach sinkt sie zunächst langsam und ab 2040 beschleunigt bis 2050 auf knapp 76 Millionen (vgl. Schaubild 4 und Tabelle A 4 im Anhang).

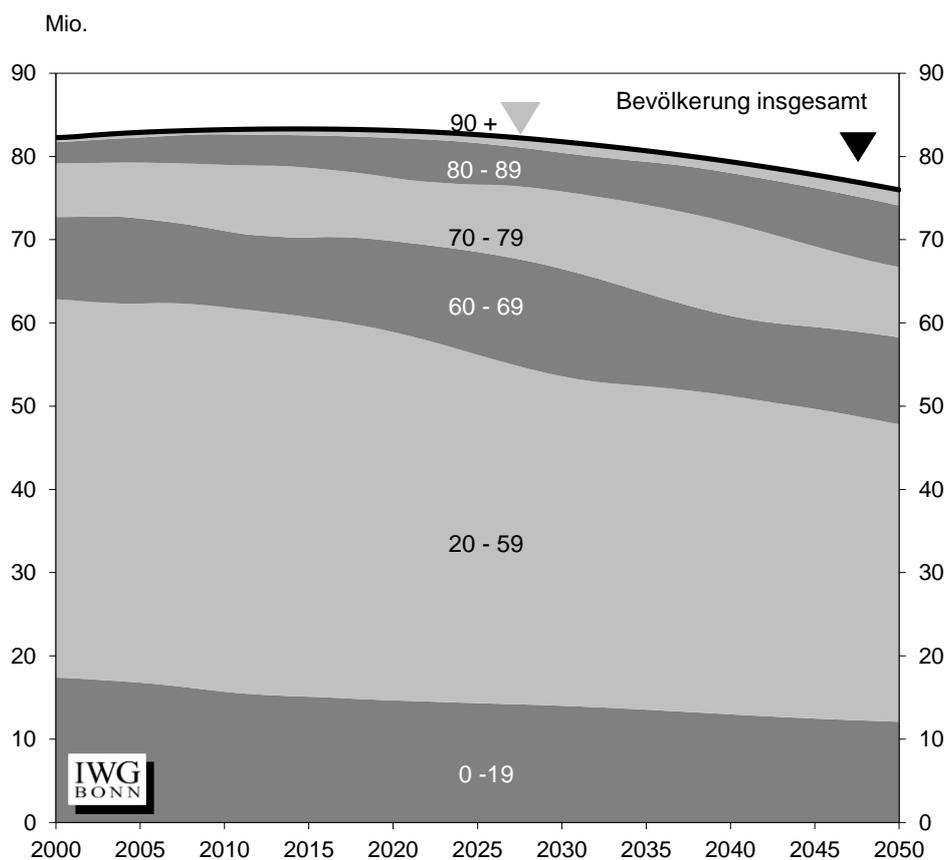
Ausschlaggebend für den im Vergleich zu früheren Projektionen deutlich später einsetzenden Bevölkerungsrückgang ist – angesichts anhaltend niedriger Fertilität³⁷ – die angenommene wesentlich stärkere Zunahme der Lebenserwartung. Dieser Anstieg wurde in der Vergangenheit regelmäßig unterschätzt, was auf unzureichend vorhergesehene reale Entwicklungen (z.B. verbesserten Lebensbedingungen und medizinisch-technischem Fortschritt), aber auch auf die verwendeten Daten und Berechnungsverfahren zurückzuführen ist.³⁸ Die üblicherweise verwendeten Periodensterbetafeln unterschätzen die tatsächliche Lebenserwartung eines Geburtsjahrganges (z.B. wegen kriegsbedingter Verzerrungen). Für aktuarische Zwecke verwendet die Versicherungswirtschaft deshalb Kohortensterbetafeln, die sie allerdings ebenfalls

³⁷ Die zusammengefasste Geburtenziffer in Deutschland liegt derzeit bei knapp unter 1,4 und damit unter dem bestandserhaltenden Niveau. Hieran dürfte sich auch auf absehbare Zeit – abgesehen von einer weiteren Angleichung der Ziffern in Ost- und Westdeutschland – wenig ändern.

³⁸ Vgl. Birg H., Flöthmann, E.-J./Frein, T./Ströker, K. (1998), S. 24ff.

immer wieder anpassen muss. Die vorliegenden Berechnungen stützen sich deshalb auf dynamisierte Kohortensterbetafeln von Bomsdorf, dessen Schätzungen sich im Vergleich zu anderen empirisch und methodisch gut bewährt haben.³⁹ Danach steigt die Lebenserwartung neugeborener Männer und Frauen von heute bis 2050 um fast 6 Jahre.

Schaubild 4: Bevölkerung nach Altersgruppen 1990-2050

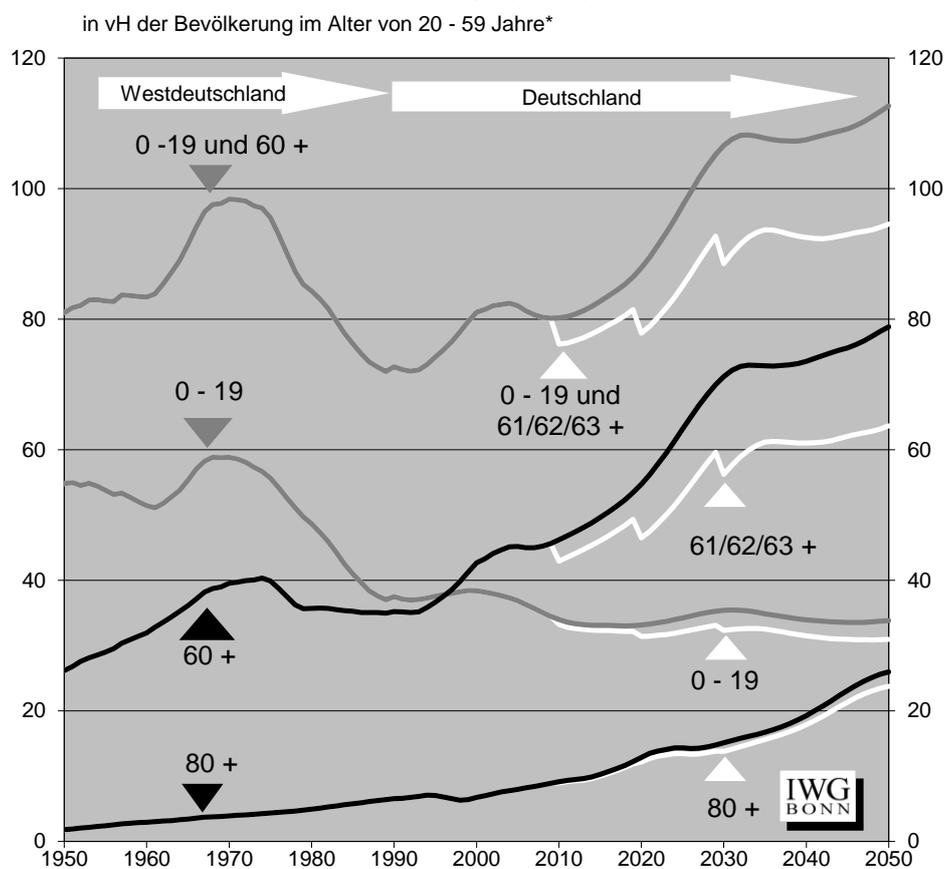


Abgrenzung der Altersgruppen nach vollendeten Lebensjahren
 Quelle: StBA; Projektion des IWG BONN 2003 (Variante C/200.000)

³⁹ Vgl. Helberger, C./Rathjen, D. (1998) sowie Quellen und Methoden, A 3.

Die steigende Lebenserwartung verschiebt die Altersstruktur der Bevölkerung bereits in naher Zukunft, also lange vor dem Rückgang der Bevölkerung grundlegend. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen sinkt schon bis 2010 um mehr als eine Million. Das führt – zusammen mit einer ebenfalls noch steigenden Zahl von Erwerbsfähigen – dazu, dass die Soziallastquote, also das Verhältnis zwischen nicht-aktiven und aktiven Jahrgängen, kurzfristig sogar wieder leicht sinkt, obwohl die Bevölkerung ab 60 gleichzeitig ebenfalls um fast eine Million steigt. Ab 2010 macht sich dann die zunehmende

Schaubild 5: Soziallastquoten bei konstantem und steigendem Renteneintrittsalter 1950-2050



*bzw. in vH der 20- bis 60-/61-/62-Jährigen bei stufenweiser Anhebung des tatsächlichen Rentenalters bis 2030 (2010 = 61 Jahre, 2020 = 62 Jahre, 2030 = 63 Jahre)
Quelle: StBA; Projektion des IWG BONN 2003 (Variante C/200.000)

Alterung auch bei der Sozillastquote voll bemerkbar: Bis 2030 steigt sie auf rund 105 vH und bis auf 2050 auf über 112 vH. Eine deutliche Heraufsetzung des tatsächlichen Renteneintrittsalters, wie sie im Weiteren unterstellt wird, kann diesen Trend zwar dämpfen, aber keineswegs aufhalten (vgl. Schaubild 5).

Innerhalb der Altersgruppe ab 60 Jahre wächst vor allem die Zahl Hochbetagter überdurchschnittlich stark. Die Bevölkerung ab 70 Jahre verdoppelt sich bis 2050 fast, die ab 80 Jahre verdreifacht sich sogar. Da gleichzeitig die Gesamtbevölkerung um 8 vH abnimmt, steigen die Bevölkerungsanteile der Hochbetagten noch stärker.

Diese Entwicklung wird von der Zu- und Abwanderung lediglich verlangsamt, obwohl von der angenommenen Wanderung ein spürbarer Verjüngungseffekt ausgeht. Ob dieser – wie hier unterstellt – tatsächlich langfristig fortgeschrieben werden kann, ist allerdings ungewiss. Auch eine höhere Nettozuwanderung hätte – bei Fortschreibung der bisherigen Altersstruktur der Zuwanderer – dämpfende Wirkung. Um allerdings die Altersstruktur der Bevölkerung langfristig zu stabilisieren, müssten dauerhaft Zuwanderungssalden in einer Größenordnung auftreten, die nicht realistisch ist. Immerhin führt schon die angenommene Nettozuwanderung von 200.000 jährlich längerfristig zu einem erheblichen Integrationsbedarf.

Auch die Zahl und Struktur der Privathaushalte verändert sich. Bei weiter vorherrschendem individualistischem Lebensstil, rückläufigen Kinderzahlen und abnehmender Bedeutung von Mehrpersonenhaushalten dürfte sich die Fraktionierung der Haushalte vorerst fortsetzen. Die durchschnittliche Haushaltgröße wird von gegenwärtig 2,15 Personen bis 2010 auf etwa 2 Personen und langfristig darunter sinken.⁴⁰ Dazu trägt auch bei, dass ab etwa 2007 das Gewicht von Familienhaushalten mit Eltern im mittleren Alter (Generation der „Babyboomer“) deutlich abnimmt. Infolgedessen steigt die Zahl der Ein- und Zweipersonenhaushalte weiter. In der Gruppe der 20- bis 59-Jährigen nehmen vor allem die Einpersonenhaushalte zu. Dagegen wird die ältere Bevölkerung künftig wieder vermehrt in Zweipersonenhaushalten leben, weil sich mit dem Ableben der Witwenjahrgänge aus dem Zweiten Weltkrieg der Männeranteil in dieser Altersgruppe erhöht. Darüber hinaus

⁴⁰ Vgl. Ottnad, A./Hefe, P. (2002), S. 36ff. Die Berechnungen basieren auf einer früheren Bevölkerungsprojektion, bleiben aber auch tendenziell gültig, weil sie nicht primär von der längeren Lebenserwartung abhängen.

könnten veränderte Lebensstile und Wohnformen die Struktur älterer Haushalte beeinflussen.

2.1.2 *Pflegewahrscheinlichkeiten*

Schwieriger als die demographische Entwicklung ist die künftige Morbidität einzuschätzen.⁴¹ In der medizinischen und gesundheitsökonomischen Fachliteratur werden verschiedene theoretische und empirische Gründe dafür genannt, dass sich in den hoch entwickelten Volkswirtschaften Morbiditätsrisiken im Alter künftig verringern bzw. sich mit steigender Lebenserwartung auf spätere Lebensjahre verlagern. Dazu zählen unter anderem verbesserte materielle Lebensbedingungen und medizinisch-technischer Fortschritt. Allerdings ist bislang nicht klar, inwieweit diese Überlegungen auch speziell für das Risiko der Pflegebedürftigkeit zutreffen. So gibt es – namentlich im Bereich psychosozialer Problemlagen – auch Entwicklungstendenzen, die für eine Zunahme von Pflegerisiken sprechen könnten. Zudem wird der Pflegebereich erst seit Einführung der Pflegeversicherung statistisch genauer erfasst. Und in den von der Pflegestatistik erfassten Pflegezahlen spiegeln sich auch andere Einflussgrößen wie das persönliche Lebensumfeld, die jeweilige Einstufungspraxis durch den Medizinischen Dienst und ökonomische Anreizwirkungen der Gestaltung von Pflegeleistungen wider.

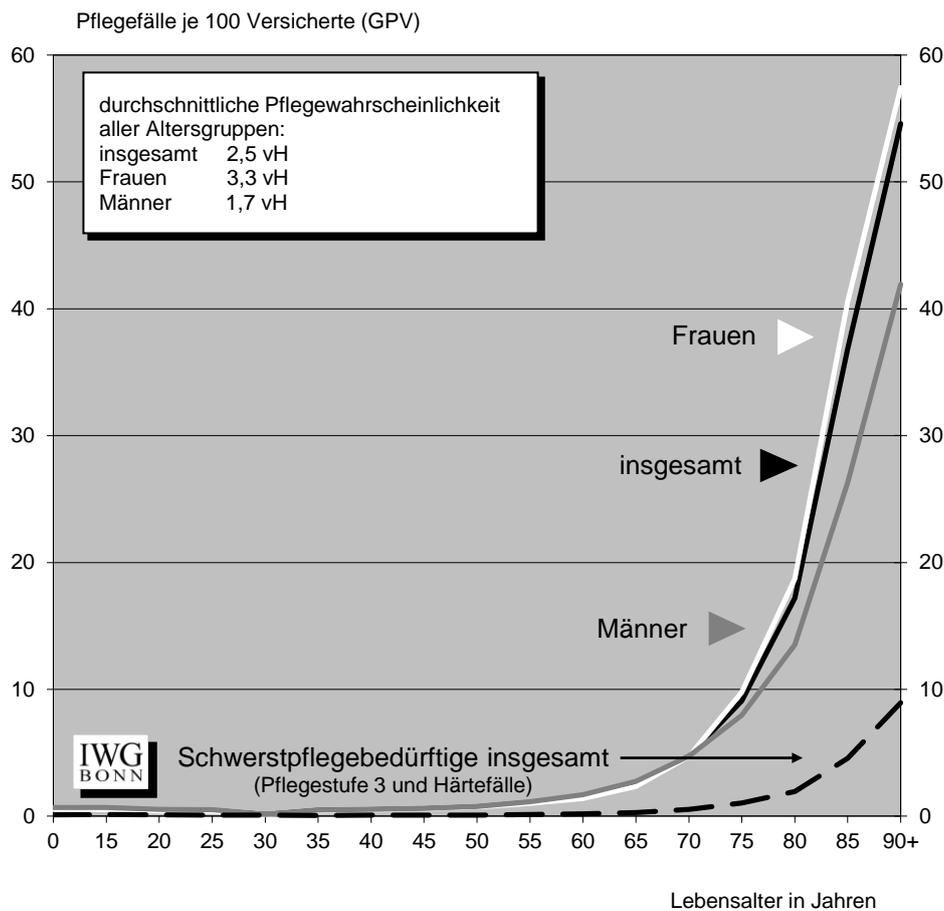
Wegen dieser Ungewissheit wird im Folgenden zur Abschätzung des künftigen Pflegebedarfs unterstellt, dass die Pflegewahrscheinlichkeiten (Prävalenzen), differenziert nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Art der Unterbringung, sich künftig nicht verändern.⁴² Dies liefert bei Abwägung der vorgenannten gegenläufigen Einflüsse auf das Pflegerisiko aus heutiger Sicht eher eine zurückhaltende Einschätzung des künftigen Pflegebedarfs. Die Prävalenzen hochbetagter Frauen sind heute weitaus höher als die der Männer in derselben Altersgruppe (vgl. Schaubild 6 sowie Tabellen A 5a-c im Anhang). Der künftig steigende Männeranteil in diesen Altersgruppen (aufgrund der relativ stärkeren Zunahme der männlichen Lebenserwartung und des Wegfalls der Kriegsjahrgänge) senkt deshalb die durchschnittliche

⁴¹ Vgl. zum Folgenden zusammenfassend Breyer, F./Grabka, M. M./Jacobs, K./Meinhard, V./Ryll, A./Schulz, E./Spieß, C. K./Wagner, G. (2001) m.w.V.; zum möglichen Zusammenhang von Einkommensverteilung und Gesundheit ferner Deaton, A. (2003).

⁴² Vgl. Quellen und Methoden, A 4.

Prävalenz in dieser für den Pflegebedarf besonders wichtigen Altersgruppe deutlich. Ob dieser Rückgang der Pflegewahrscheinlichkeit bei den Hochbetagten tatsächlich eintritt, ist indes keineswegs sicher, da sich die altersspezifischen Prävalenzen der Männer denen der Frauen zumindest partiell angleichen könnten.

Schaubild 6: Pflegewahrscheinlichkeiten nach Alter und Geschlecht 2003



Quelle: BMGS, PKV-Verband, StBA, Berechnung des IWG BONN

Eine spürbar geringere Zunahme der Pflegebedürftigkeit, als hier und in anderen Studien vorausberechnet, wäre letztlich nur bei grundlegenden Verhaltensänderungen zu erwarten, die dazu führen, dass der Teil der Pflegefälle,

der wesentlich von der eigenen Lebensführung, den Essgewohnheiten, präventiven Maßnahmen usw. mit verursacht wird, nachhaltig sinkt. Die damit aufgeworfenen medizinischen und gesundheitsökonomischen Fragen können hier jedoch nicht weiterverfolgt werden.

2.1.3 Wirtschaftliche Eckdaten

Eine exakte Vorhersage der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung für Jahrzehnte ist nicht möglich. Anhaltspunkte für die Abschätzung künftiger Verteilungs- und Finanzierungsspielräume können aber die langfristigen Trends und Erfahrungen der Vergangenheit liefern. Die vorliegende Untersuchung legt ein Szenario zugrunde, das bis 2050 von einem jahresdurchschnittlichen Wachstum des realen Bruttoinlandsprodukts je Einwohner von etwa 1,2 vH (von anfänglich 1,5 vH auf 1,0 vH) ausgeht. Die wichtigsten Annahmen und Eckwerte fasst Tabelle 1 zusammen.

Tabelle 1: Gesamtwirtschaftliche Eckwerte 2005-2050

Jahresdurchschnittliches Wachstum 2005-2050	
Bevölkerung	-0,2 vH
Bruttoinlandsprodukt in konstanten Preisen	1,0 vH
Bruttoinlandsprodukt in konstanten Preisen je Einwohner	1,2 vH
Preissteigerung	1,5 vH
Bruttolohn je Beschäftigten in jeweiligen Preisen	2,5 vH
(beitragspflichtige) Bruttolohnsumme	2,1 vH
Bemessungsgrundlage für Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung (geltendes Recht)	2,1 vH
Renteneinkommen je Rentner in jeweiligen Preisen	2,0 vH
Arbeitslosengeld und andere Lohnersatzleistungen je Arbeitslosen in jeweiligen Preisen	1,75 vH
Arbeitslosenquote 2050	4,0 vH
Erhöhung des tatsächlichen Renteneintrittsalters bis 2030 (danach konstant)	+ 3 Jahre

Quelle: IWG BONN

Dieses Szenario ist bezüglich des angenommenen Wachstums keineswegs pessimistisch, vermeidet aber übertriebene Erwartungen, mit denen sich Finanzierungsprobleme in den sozialen Sicherungssystemen „wegrechnen“

lassen. Daher wird langfristig ein Wachstum der Nominallöhne von 2,5 vH unterstellt. Eine höhere Nominallohnsteigerung würde im Rahmen der übrigen Annahmen entweder eine stärkere Inflation oder eine deutlich geringere Beschäftigung bedeuten.⁴³ Die Bruttolohnsumme wird dabei spürbar langsamer zunehmen. Denn ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt sinkt langfristig weiter.⁴⁴ Entsprechend wächst auch die Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur Sozialversicherung langsamer, sofern nicht – wie Anfang 2003 – die Beitragsbemessungsgrenze diskretionär zusätzlich angehoben wird, was einer versteckten Beitragserhöhung gleichkommt.

Anders als an die Renten- und Arbeitslosenversicherung fließen an die Kranken- und Pflegeversicherung auch Beiträge aus Renten. Für die künftige Bemessungsgrundlage der sozialen Pflegeversicherung hat somit die Rentenpolitik erhebliche und im Zeitablauf steigende Bedeutung. Kürzungen bei der Rente schmälern gleichzeitig die Finanzierungsbasis der sozialen Pflegeversicherung. Eine deutliche Anhebung des Rentenalters – wie hier unterstellt – führt dagegen rechnerisch sogar zu einer leichten Verbesserung der Bemessungsgrundlage für die soziale Pflegeversicherung. Das setzt allerdings voraus, dass dabei die Arbeitslosigkeit nicht steigt. Andernfalls würden sich die finanziellen Rahmenbedingungen für die soziale Pflegeversicherung ungünstiger als hier angenommen entwickeln.

2.2 Zahl der künftigen Pflegebedürftigen

Unter den getroffenen Annahmen steigt die Zahl der Pflegefälle in der gesetzlichen Pflegeversicherung insgesamt von derzeit knapp 2 Millionen bis 2030 auf 3,1 Millionen und bis 2050 auf über 4 Millionen (vgl. Schaubild 7 und Tabellen A 6a-c im Anhang).⁴⁵ Der Anteil der Frauen an den Pflegebedürftigen verharrt mit geringen Schwankungen bei etwa zwei Dritteln. Verschiebungen ergeben sich dagegen zwischen den Pflegestufen und der Art

⁴³ Diese Implikation wird oft nicht offen gelegt. Gerade in Vorausberechnungen zur Finanzentwicklung in sozialen Sicherungssystemen (etwa in den Rentenberichten der Bundesregierung) finden sich regelmäßig nur Annahmen zur Nominallohnsteigerung.

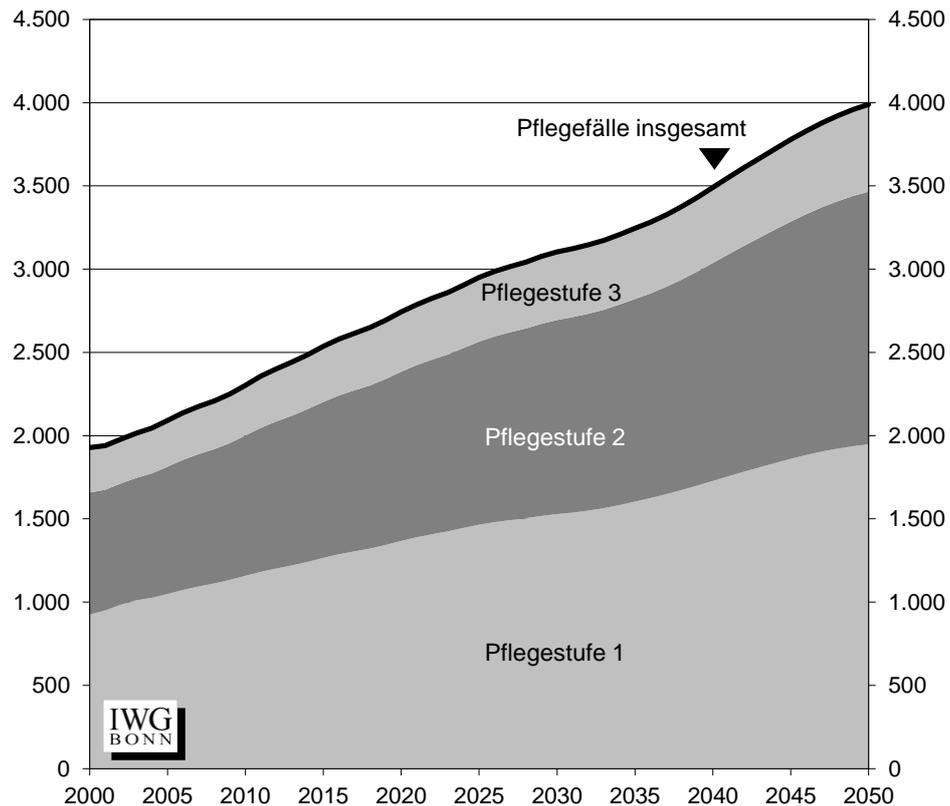
⁴⁴ Dies ergibt sich schon aus einem weiteren Anstieg der Abschreibungsquote und des Anteils der Nettogütersteuern am Bruttoinlandsprodukt. Darüber hinaus dürfte aber auch die eigentliche, auf das Volkseinkommen bezogene Lohnquote weiter sinken.

⁴⁵ Sollte künftig die gesamte Bevölkerung in die gesetzliche Pflegeversicherung einbezogen werden, stiege die Zahl der Leistungsempfänger sogar auf über 4,1 Millionen.

der Unterbringung. Der Anteil der ambulanten Pflege verringert sich von etwa 70 auf 65 vH. Im Vergleich zu den letzten Jahren würde sich damit der Trend zur stationären Pflege deutlich verlangsamen. Angesichts der sich verändernden gesellschaftlichen und demographischen Rahmenbedingungen

Schaubild 7: Pflegefälle nach Pflegestufen 2000-2050

Tsd.



Quelle: BMGS, PKV-Verband, StBA, Projektion des IWG BONN 2003

könnte dies jedoch eine zu optimistische Einschätzung sein. Dies gilt auch für die nur relativ geringe Anteilsverschiebung hin zu den höheren Pflegestufen, die zudem ausschließlich auf Stufe 2 entfällt. Frühere Untersuchun-

gen hatten hier noch höhere Verschiebungen ermittelt.⁴⁶ Der leicht steigende Anteil schwererer Pflegefälle und die weitere Zunahme bei stationärer Unterbringung führen im Rahmen der geltenden Leistungsregelungen dazu, dass sich der durchschnittliche Aufwand je Pflegefall erhöht. Medizinisch-technischer Fortschritt und Leistungsverbesserungen, wie sie von verschiedener Seite gefordert werden, sind dabei noch nicht berücksichtigt. Außerdem steigt neben dem Bedarf an Pflegeleistungen auch der Bedarf an sonstigen Leistungen („Hotelkosten“).

2.3 Künftige Angebotsbedingungen am Pflegemarkt

Zusätzlich zum steigenden Pflegebedarf muss mit überdurchschnittlich steigenden Kosten für Pflegeleistungen gerechnet werden. Durch die seit 1995 weitgehend unverändert gebliebenen Vergütungssätze waren die Anbieter zu erheblichen Kosteneinsparungen gezwungen. Teilweise war dieser Effekt (Nutzung von Effizienzpotentials, Zwang zu wirtschaftlichem Handeln) beabsichtigt. Qualitätsdefizite, prekäre wirtschaftliche Lage vieler Anbieter, vermehrte Anwerbung gering qualifizierter Kräfte aus dem Ausland (Osteuropa, Asien) sowie zunehmende finanzielle Unterdeckung gesetzlich zustehender Pflegeleistungen durch die Pflegeversicherung zeigen aber, dass die derzeit geltenden Vergütungssätze eine qualitativ angemessene Pflegeversorgung vielfach kaum mehr sicherstellen.

Auch sind Pflegeleistungen arbeits- und damit lohnintensiv und bieten nur vergleichsweise geringe Möglichkeiten der Produktivitätssteigerungen.⁴⁷ Angesichts der spätestens ab 2020 einsetzenden Verringerung der (zudem alternden) Erwerbsbevölkerung und des bereits heute bestehenden Mangels an Pflegefachpersonal wird sich ein qualitativ und quantitativ ausreichendes Angebot an Pflegekräften nur zu überdurchschnittlich steigenden Löhnen und mit höheren Ausbildungskosten erschließen lassen. Das gilt erst recht, wenn steuerliche Subventionen für Nacht-, Sonn- und Feiertagszuschläge – mit guten ökonomischen Gründen – gestrichen werden sollten und häusliche Pflegepersonen vermehrt durch professionelle Kräfte substituiert werden

⁴⁶ Vgl. Schulz, E./Leidl, R./König, H.-H. (2001a, b); Vergleichsrechnungen auf der Basis der vorliegenden Bevölkerungsprojektion mit den Prävalenzen von 1999 liefern ebenfalls stärkere Anteilsverschiebungen.

⁴⁷ Vgl. Ottnad, A./Wahl, S./Miegel, M. (2000), S. 59ff.

müssen.⁴⁸ Letzteres ist selbst dann zu erwarten, wenn der Anteil der häuslichen und teilstationären Pflege nicht zurückgeht.

Daher wird im Folgenden angenommen, dass die Kosten der Pflegeleistungen bei Aufrechterhaltung des bisherigen realen Leistungsniveaus (je Pflegefall und –stufe) jahresdurchschnittlich um 2,25 vH steigen.⁴⁹

2.4 Künftige Pflegeausgaben

Zusammengenommen bedeutet dies: Bei unveränderten realen Leistungsansprüchen würden sich die Gesamtausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung einschließlich anteiliger Beihilfe bis 2050 von rund 19 auf über 110 Milliarden € nominal etwa versechsfachen. In Preisen von 2005 ergibt dies in etwa eine Verdreifachung auf dann rund 60 Milliarden €.⁵⁰

In der sozialen Pflegeversicherung fällt der Anstieg prozentual etwas geringer aus, weil die Versicherten in der privaten Pflege-Pflichtversicherung derzeit im Schnitt noch deutlich jünger als die in der sozialen Pflegeversicherung sind.⁵¹ Bis 2050 dürften sich die Altersstrukturen dagegen weitgehend angleichen, was die soziale Pflegeversicherung relativ gesehen entlastet. Gleichwohl entfällt auf sie auch 2050 der weitaus größte Ausgabenanteil (rund 100 Milliarden € in jeweiligen Preisen bzw. 52 Milliarden € in Preisen von 2005). Außerdem steigen parallel dazu die Beihilfeausgaben (bei gleichen rechtlichen Rahmenbedingungen) überdurchschnittlich, weil ein großer Teil der privat Versicherten Beamte sind, bei denen die Beihilfe im Schnitt mindestens 50 vH der Leistungen übernimmt.⁵² Der Anstieg der Pflegeausgaben insgesamt schlägt sich damit ganz überwiegend bei den öffentlichen Haushalten nieder (vgl. Schaubild 8).

⁴⁸ Dies ist schon heute der Fall. Von 1999 bis 2001 sank die Zahl der durch Angehörige versorgten Pflegebedürftigen um 2,6 vH; vgl. StBA (2003b), S. 9.

⁴⁹ Diese Steigerung unterstellt auch die „Rürup-Kommission“ (2003a), die jedoch – bei gleicher Preissteigerung – eine höhere Nominallohnsteigerung von 3,0 vH annimmt.

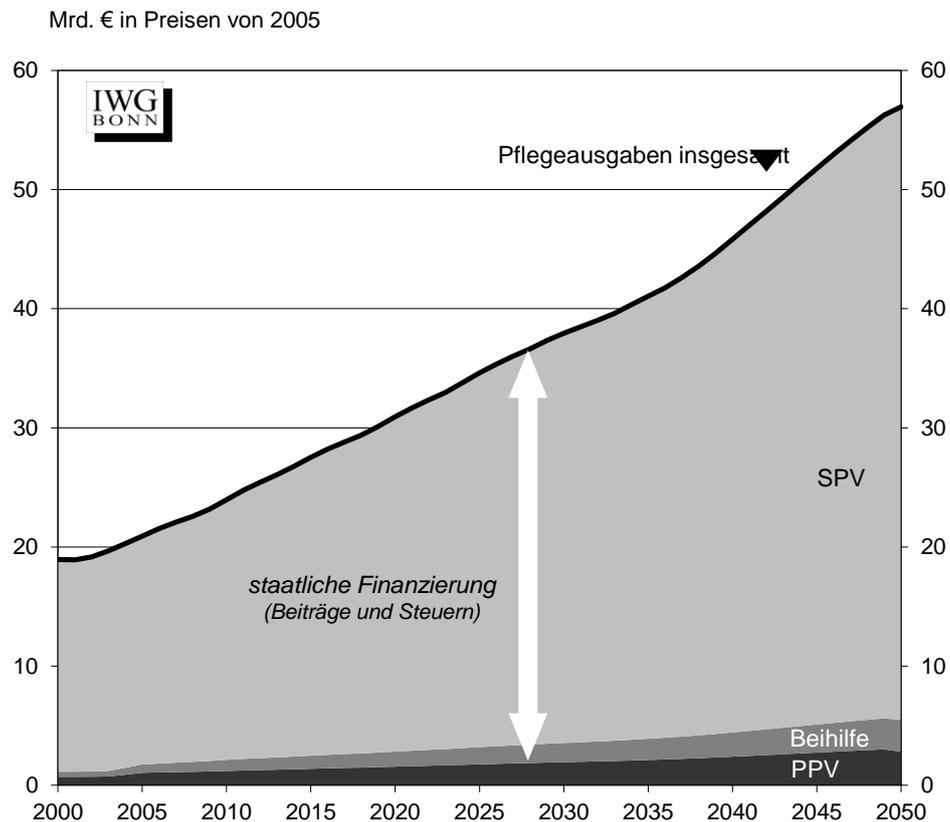
⁵⁰ Da sich Pflegeleistungen überdurchschnittlich verteuern, steigt der Realwert der Pflegeleistungen nicht so stark. Vgl. Tabellen A 7a und b im Anhang.

⁵¹ Vgl. Abschnitt 1.2 und Tabelle A 1 im Anhang.

⁵² Entsprechend steigen auch die Leistungsausgaben der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Deren Gesamtausgaben wachsen jedoch aufgrund einer zu erwartenden weiteren Kostendegression beim Verwaltungsaufwand langsamer.

Hinzu kommen die darin nicht enthaltenen Ausgaben der Hilfe zur Pflege (für Pflegeleistungen), die schon jetzt immerhin gut 13 vH der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung betragen. Ihre künftige Entwicklung hängt von

Schaubild 8: Pflegeausgaben nach Finanzierungsträger 2000-2050

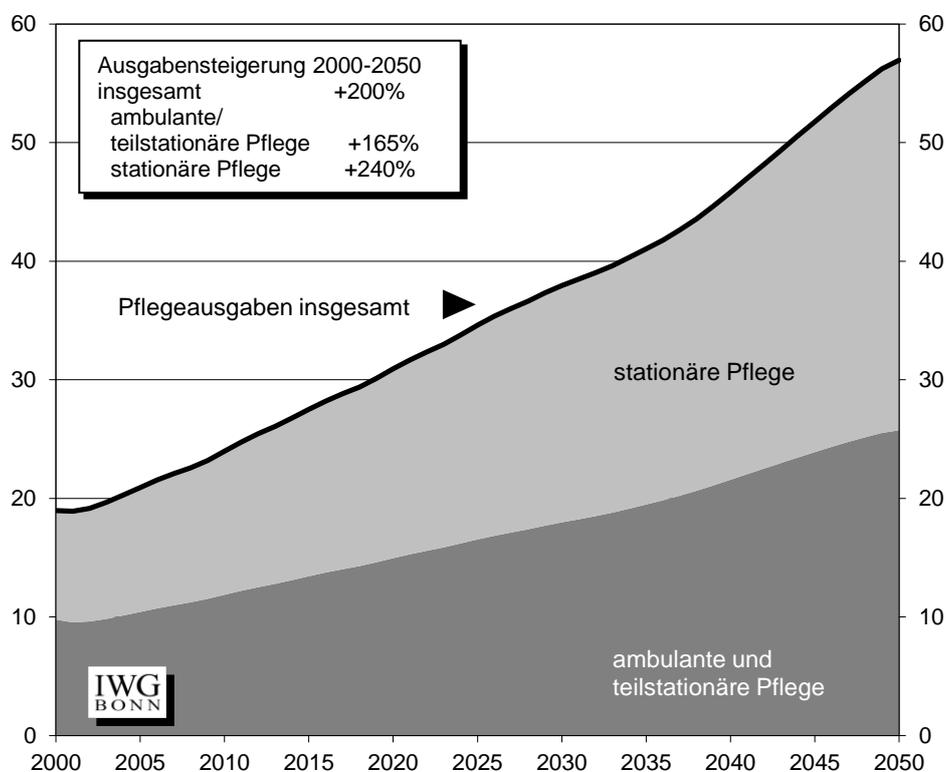


ohne Hilfe zur Pflege und Eigenanteil der privaten Haushalte sowie unentgeltlicher privater Pflege -
 Pflegeleistungen ohne "Hotelkosten"
 Quellen: BMGS, PKV-Verband, StBA, Projektion des IWG BONN 2003

zahlreichen weiteren Faktoren ab, was eine Abschätzung erschwert. Zu vermuten ist aber, dass diese Relation angesichts der gleichzeitig steigenden „Hotelkosten“, einer wahrscheinlich ungleicheren Einkommens- und Vermögensverteilung und einer wachsenden Zahl von Rentnern, die auf die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter angewiesen sind, eher steigen

wird. Nimmt man dafür eine künftige Relation von mindestens 15 vH an, würde die Hilfe für Pflege bis 2050 (ohne „Hotelkosten“) auf rund 15 Milliarden € in jeweiligen Preisen bzw. 8 Milliarden € in Preisen von 2005 ansteigen. Insgesamt würden damit die über öffentliche Haushalte im Umlageverfahren finanzierten Ausgaben von derzeit rund 20 Milliarden € auf über 120 Milliarden € in jeweiligen Preisen anwachsen, was real mindestens einer Verdreifachung entspricht. Staats- und Abgabenquote würden sich dadurch um etwa einen Prozentpunkt des Bruttoinlandsprodukts erhöhen.

Schaubild 9: Pflegeausgaben nach Art der Unterbringung 2000-2050
Mrd. € in Preisen von 2005



ohne Hilfe zur Pflege und Eigenanteil der privaten Haushalte sowie unentgeltlicher privater Pflege, Pflegeleistungen ohne "Hotelkosten"
Quellen: BMGS, PKV-Verband, StBA, Projektion des IWG BONN 2003

Wie Schaubild 9 zeigt, steigen die Ausgaben für die stationäre Pflege stärker als die für ambulante und teilstationäre Unterbringung. Hierzu trägt vor allem der Ausgabenanstieg in Pflegestufe 2 bei. Erwartungsgemäß wachsen damit die Ausgaben bei schwereren Pflegefällen und bei stationärer Unterbringung überdurchschnittlich. Allerdings sind diese Unterschiede nach der vorliegenden Projektion nicht allzu ausgeprägt. Wie schon erwähnt senkt der steigende Männeranteil die durchschnittlichen Pflegewahrscheinlichkeiten bei den Hochbetagten. Außerdem ist für alle Pflegestufen und Unterbringungsarten dieselbe Preissteigerung unterstellt. Beides muss nicht zwingend eintreten. Stärkere Ausgabensteigerungen können daher nicht ausgeschlossen werden.

3 Folgen eines Festhaltens am Status quo

Das geltende Recht sieht keine automatische Dynamisierung der Leistungen aus der Pflegeversicherung vor, wohl aber die Möglichkeit, sie fallweise der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung und insbesondere der Preis- und Kostensteigerung anzupassen.⁵³ Im bestehenden System stehen Politik und Bürger damit vor der Entscheidung, entweder die Beiträge deutlich zu erhöhen oder erhebliche reale Leistungskürzungen hinzunehmen. Letztere hätten wiederum einen erheblichen Anstieg der Sozialhilfeausgaben und eine chronische Unterfinanzierung der Pflege zur Folge, die durch immanente Fehlreize noch verstärkt wird. Hiervon wären lediglich die Mitglieder der privaten Pflege-Pflichtversicherung einigermaßen verschont, was entgegen der Intention des Gesetzgebers eine „Zwei-Klassen-Gesellschaft“ innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung schaffen würde. Dies und die Verletzung der Generationengerechtigkeit gefährden langfristig neben der finanziellen Grundlage auch die gesellschaftliche Akzeptanz der bestehenden Regelung.

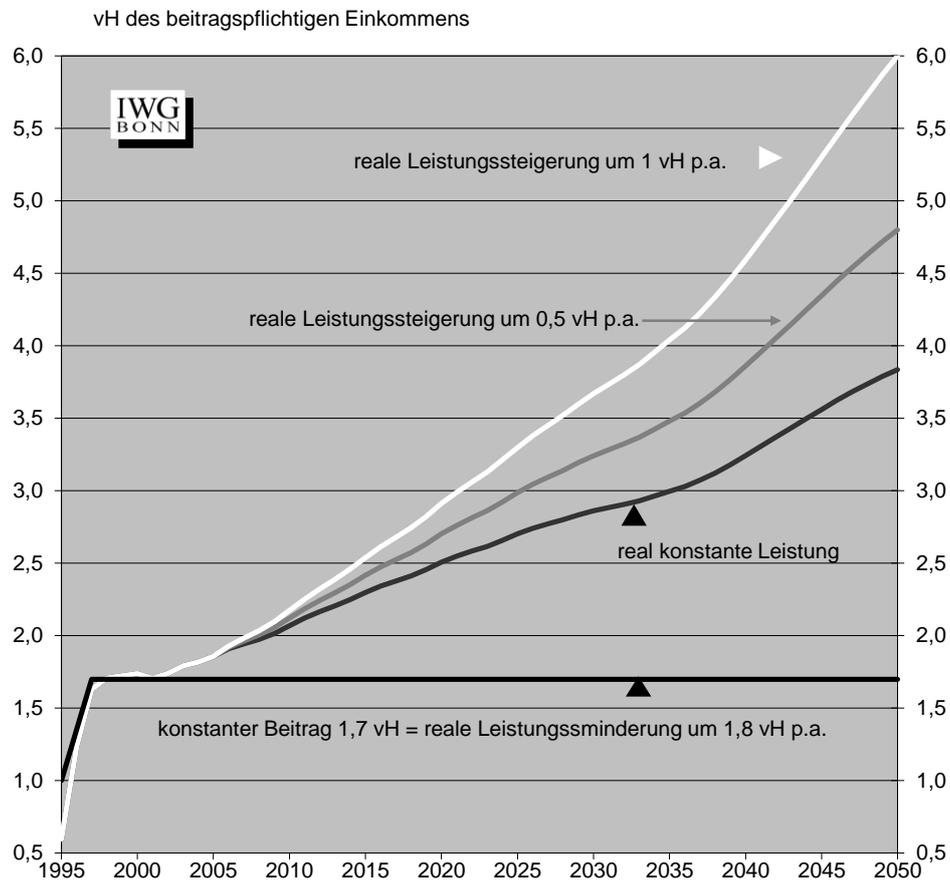
3.1 Steigende Beiträge

Die bisherige Einschätzung der Bundesregierung,⁵⁴ dass aufgrund steigender Löhne und Renten die Einnahmen auch bei konstantem Beitragssatz ausreichen würden, Ausgabensteigerungen aufgrund demographischer und anderer Struktureffekte auffangen zu können, ist unrealistisch. Dagegen sprechen die absehbaren Kostensteigerungen und das verlangsamte Wachstum der Beitragsbemessungsgrundlage. Um die Pflegeleistungen auf dem heutigen Niveau absolut konstant zu halten, müsste vielmehr der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung unter den getroffenen Annahmen bis 2030 auf etwa 2,9 vH und bis 2050 auf etwa 3,9 vH steigen. Bei einer möglichen ungünstigeren Entwicklung des Pflegebedarfs (mehr und teurere Pflegefälle) oder der Beschäftigung könnte der Anstieg jeweils auch um 0,5 Prozentpunkte höher ausfallen. Die von verschiedenen Seiten geforderten Leistungsverbesserungen

⁵³ Zu vorgesehenen Änderungen vgl. Abschnitt 7.4.

⁵⁴ Vgl. Deutscher Bundestag (2001), bes. S. 74f.

Schaubild 10: Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung bei Fortführung des geltenden Systems mit unterschiedlichen Leistungsstandards 1995-2050



Quelle: BMGS, Projektion des IWG BONN 2003

und -ausweitungen sind darin noch nicht enthalten. Angesichts der ohnehin erforderlichen Beitragssteigerungen dürfte dafür auch kaum Spielraum vorhanden sein. Die dafür erforderlichen Beitragssätze erreichen bis 2050 schnell ein Niveau von 6 vH (vgl. Schaubild 10).⁵⁵

⁵⁵ Andere Untersuchungen gelangen je nach Annahmen teils zu niedrigeren, teils zu noch höheren Beitragssteigerungen; vgl. Deutscher Bundestag (2002), S. 247f., ferner Hof,

Auch die private Pflege-Pflichtversicherung wird bei der unterstellten Kostensteigerung das reale Leistungsniveau mit den heutigen Prämien langfristig wohl kaum finanzieren können. Allerdings sind hier weitaus geringere Beitragssteigerungen zu erwarten. Vorläufig wirken noch entlastende Faktoren (Rückgang des Umlageanteils an den Prämien). Vor allem aber schlägt wegen der Kapitaldeckung die demographische Entwicklung hier kaum durch.⁵⁶

3.2 Gefahr einer chronischen Unterfinanzierung der Pflege

Ohne Beitragssatzerhöhung würde der reale Wert der aus dem Beitragsaufkommen finanzierbaren Leistungen der sozialen Pflegeversicherung je Pflegefall jährlich um 1,8 vH und bis 2050 auf rund 40 vH des heutigen Niveaus sinken (vgl. Schaubild 10). Viele Pflegebedürftige könnten diese Lücke nur zum Teil oder gar nicht aus eigenen Mitteln schließen. Daher wäre nach geltender Rechtslage eine starke Inanspruchnahme der Sozialhilfe und anderer Sozialleistungen – weit über den ohnehin zu erwartenden Anstieg hinaus – absehbar. Dennoch bestünde die Gefahr einer chronischen Unterfinanzierung der Pflege, die zur Erosion der Pflegeinfrastruktur und des Pflegemarktes und zur Verschlechterung der Pflegequalität führen und damit die Unterversorgung der Pflegebedürftigen nach sich ziehen würde.

3.3 Verstärkung heutiger Fehlentwicklungen

Eine zusätzliche private Vorsorge, die dies verhindern könnte, ist unter den bestehenden Voraussetzungen nicht zu erwarten. Vielmehr suggeriert das Leistungsversprechen der sozialen Pflegeversicherung vielen privaten Haushalten Versorgungssicherheit. Dass es sich dabei auch heute schon lediglich um eine „Teilkaskoversicherung“ handelt, ist im Bewusstsein der meisten Bürger nur unzureichend verankert. Vor allem aber müsste eine private Vorsorge möglichst frühzeitig einsetzen, um ausreichend lange Ansparzeiten zu gewährleisten. Bei Fortführung des bestehenden Systems steht jedoch zu befürchten, dass private Vorsorge erst in Erwägung gezogen wird, wenn es bereits zu spät ist. Zugleich verringert sich längerfristig wahrscheinlich auch

B. (2001a). Günstigeren Prognosen liegen allerdings durchweg ältere Bevölkerungsprojektionen mit niedriger unterstellter Lebenserwartung zugrunde.

⁵⁶ Vgl. dazu Abschnitt 4.2.3.

die Sparfähigkeit vieler privater Haushalt – sei es aufgrund von bereits beschlossenen oder künftig zu erwartenden Leistungskürzungen (besonders bei der Alterssicherung), sei es aufgrund steigender Abgaben.

Umgekehrt wächst bei steigenden Beiträgen und sinkenden Leistungen der Anreiz für die einzelnen Akteure, aus den bestehenden Systemen noch möglichst viel für die einbezahlten Beiträge „herauszuholen“. Bei den geltenden Leistungsregelungen dürfte dies dazu führen, dass Pflegebedürftige und deren Angehörige ebenso wie die Pflegeanbieter noch stärker als bisher danach streben, eine möglichst hohe Pflegeeinstufung zu erreichen. Die Folge wäre ein noch stärkere Kluft zwischen Ausgaben und Einnahmen als hier errechnet.

3.4 Verletzung der Generationengerechtigkeit

Diese wachsende Schere führt über Jahrzehnte – und unter gleichen Bedingungen auch weit über 2050 hinaus – zu einer immer stärkeren Belastung der jeweils nachfolgenden Jahrgänge. Gleichzeitig werden immer neue Jahrgänge in die „babylonische Gefangenschaft“ eines Umlageverfahrens geführt, das sie von einer kapitalgedeckten privaten Eigenvorsorge abhält.

Ökonomisch betrachtet werden auch in der sozialen Pflegeversicherung, wenn auch in kleinerem Maßstab als etwa in der gesetzlichen Rentenversicherung, implizite Staatsschulden angehäuft. Allerdings handelt es sich nicht um verbrieft Verbindlichkeiten. Die Gefahr, dass diese Verbindlichkeiten – sprich: Leistungsversprechen – nicht mehr oder in immer geringerem Maß eingelöst werden, ist daher besonders groß. Je geringer die Gegenleistung ausfällt, die die jeweils nachfolgenden Jahrgänge für ihre Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung noch erhalten, desto mehr entsteht ein Problem der Verteilungsgerechtigkeit und der politischen Legitimation.⁵⁷

Und schließlich führt das gegenwärtige System der Pflegefinanzierung tendenziell zu einem weiteren Anstieg der Staats- und Abgabenquote und höheren Arbeitskosten.⁵⁸ Daraus resultierende Wachstums- und Beschäftigungseinbußen belasten ebenfalls künftige Generationen.

⁵⁷ Vgl. Otnad, A. (1996)

⁵⁸ Wie stark der Arbeitskostenanstieg ausfällt, hängt unabhängig von einer paritätischen Finanzierung letztlich von den Überwälzungsspielräumen bei der Lohnfindung ab.

4 Anforderungen an eine Reform der Pflegefinanzierung

Die Mängel der bestehenden gesetzlichen Pflegeversicherung und die absehbaren Folgen eines Festhaltens an ihr machen eine grundlegende Reform dringlich. Diese muss die staatliche Absicherung des Pflegerisikos für alle Bürger zukunftssicher machen, die Lasten auf die Generationen möglichst fair verteilen und die Eigenverantwortung des Einzelnen stärken. Zwar gelten die wesentlichen Gründe für eine staatlich garantierte, solidarisch finanzierte Mindestabsicherung des Pflegerisikos unverändert. Deren Ziele müssen jedoch neu gewichtet und widerspruchsfrei formuliert werden. Vor allem aber müssen zu ihrer Erreichung neue Wege beschritten werden, die langfristige Effizienzgewinne und Stabilität versprechen. Dem werden Vorschläge, die vornehmlich die Konservierung bestehender Strukturen anstreben, nicht gerecht.

4.1 Gründe für eine gesetzliche Mindestabsicherung des Pflegerisikos

Staatliche Eingriffe in die individuelle Handlungs- und Entscheidungsfreiheit bedürfen in einer Marktwirtschaft und in einem freiheitlich-demokratischen Rechtsstaat einer sorgfältigen Begründung. Dies sehen insbesondere auch die einschlägigen Normen des Grundgesetzes vor. Dabei ist – auch im Rahmen des Sozialstaatsgebotes – das Übermaßverbot beachtlich.⁵⁹ Daraus folgt, dass der Staat sich vornehmlich auf eine Mindestabsicherung und auf die Daseinsvorsorge für besonders gravierende Risiken zu konzentrieren hat.

Beim Pflegerisiko handelt es sich um ein Risiko, das eine gesetzliche Mindestabsicherung rechtfertigt.⁶⁰ Zwar ist derzeit nur jeder vierzigste Ein-

⁵⁹ Vgl. Maunz, T./Dürig, G./Herzog, R./Scholz, R. (1993), Art. 2 Abs. I, Rdnr. 61 (zur Rechtfertigungspflicht sozialstaatlicher Eingriffe) sowie insbesondere Art. 14, Rdnr. 158 (zur Legitimation des Besteuerungseingriffs) mit weiteren Nachweisen.

⁶⁰ BVerfGE vom 3. April 2001, 1 BvR 1629/94.

wohner Deutschlands pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Das Pflegefallrisiko ist also – vor allem bis zum 75. Lebensjahr – weitaus geringer als das Risiko, zu erkranken. Sobald der Pflegefall jedoch eintritt, sind damit für Betroffene neben den ohnehin einschneidenden Folgen für Gesundheit und weitere Lebensgestaltung erhebliche, häufig existenzielle finanzielle Lasten verbunden. Für eine solche Notlage vorzusorgen liegt deshalb nicht nur im individuellen Interesse der Betroffenen, sondern auch des Staates und der ihn finanzierenden Bürger insgesamt, die sonst – nach geltender Rechtslage – mit Sozialhilfe und anderen ergänzenden Sozialleistungen einspringen müssten. Zugleich entspricht es den Wertvorstellungen unserer Gesellschaft, Pflegebedürftigen eine quantitativ und qualitativ ausreichende Mindestversorgung unter menschenwürdigen, soweit wie möglich selbst bestimmten Lebensbedingungen unabhängig von den persönlichen Einkommens- und Vermögensverhältnissen zu gewähren. Dies erfordert in gewissem Umfang eine solidarische Finanzierung der für die Mindestsicherung erforderlichen Ausgaben. Staatliches Handeln ist schließlich auch geboten, soweit eine ausreichende Pflegeinfrastruktur durch den Markt nicht flächendeckend sichergestellt ist. Das bedingt keineswegs die Finanzierung der Pflegeleistungen durch öffentliche Haushalte oder die Bereithaltung der Infrastruktur durch den Staat selbst, wohl aber die Schaffung einer verlässlichen, tragfähigen Finanzierungsstruktur für die benötigten Pflegeleistungen und ergänzende Investitionszuschüsse für nicht über den Marktpreis zu erzielenden Vorhaltekosten.

4.2 Grundsätzliche Überlegungen zur Ausgestaltung

Wird die Notwendigkeit einer gesetzlichen Pflegeversicherung aus den genannten Gründen im Grundsatz weiterhin bejaht, behalten auch die meisten mit der bisherigen Regelung verfolgten Ziele ihre Gültigkeit. Allerdings geraten diese Ziele wegen des stark steigenden Pflegebedarfs zwangsläufig mit der bislang ebenfalls angestrebten Beitragsstabilität in Konflikt. Deshalb und wegen der vorhandenen Fehlanreize, die den angestrebten Vorrang von häuslicher gegenüber stationärer Pflege und von Rehabilitation gegenüber Pflege konterkarieren, müssen die bisherigen Ziele neu gewichtet und die zentralen Gestaltungselemente der Pflegefinanzierung sorgfältig überdacht werden.

4.2.1 Leistungsumfang

Bei der Festlegung des künftigen Leistungsumfangs sind wünschenswerte Leistungsverbesserungen, Effizienzüberlegungen und knappe Finanzierungsspielräume gegeneinander abzuwägen. Für die Beibehaltung des bestehenden Leistungsumfangs spricht, dass dieser noch eine einigermaßen ausreichende Versorgung ermöglicht, weitere Einsparungen aber nur zu Lasten des quantitativen und qualitativen Leistungsumfangs möglich sind. Allerdings konkurriert der Pflegebedarf mit anderen Ansprüchen an den Staat und an die gesamtwirtschaftliche Leistung. Deshalb können angesichts knapper Mittel auch Leistungseinschränkungen nicht von vornherein ausgeklammert werden.

Eine Streichung der Pflegestufe 1, wie sie in jüngerer Zeit teilweise öffentlich in Erwägung gezogen wurde,⁶¹ wäre allerdings nicht zielkonform. Hierdurch würde reichlich der Hälfte aller Pflegebedürftigen und zwar überwiegend jenen, die ambulant und teilstationär gepflegt werden, jede Leistung entzogen. Der Trend zur stationären Pflege erhielte damit massiven Auftrieb.

Stattdessen ist eine Neugewichtung der Leistungen bei ambulanter und stationärer Pflege erforderlich, um den Vorrang der häuslichen Pflege bzw. die bestehenden Fehlanreize zugunsten stationärer Unterbringung zu reduzieren. Dies erfordert bei Aufkommensneutralität entsprechende Umschichtungen. Allerdings kommt eine solche Umschichtung wohl nur für Neuanträge in Betracht. Auch bleibt abzuwarten, ob eine vollständige Angleichung der Leistungssätze für ambulante und stationäre Pflege, wie sie teilweise gefordert wird, langfristig aufrecht erhalten werden kann. Denn abnehmende familiäre Pflegepotentiale und andere Einflüsse könnten trotz veränderter finanzieller Anreize einen erhöhten Bedarf an stationärer Unterbringung auslösen, der dann verstärkt bei den Ausgaben für Hilfe zur Pflege zu Buche schlägt.

Für die weiteren Berechnungen wird deshalb und aus Vergleichsgründen davon ausgegangen, dass die bisherigen realen Leistungen für die einzelnen Stufen und Unterbringungsarten unverändert beibehalten werden sollen.

⁶¹ Presseberichten zufolge (Die Welt, 11. Juni 2003, S. 11) wurde diese Option zeitweilig im zuständigen Bundesministerium geprüft. Das BMGS hat dies anschließend demontiert.

4.2.2 Anspruchsvoraussetzungen

Gegenwärtig haben alle Bürger im Bedarfsfall unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die bis 1995 geltende Gewährung von Leistungen nach dem BSHG richtete sich dagegen am Bedürftigkeitsprinzip aus. Leistungen wurden danach subsidiär und nur in soweit gewährt, wie der Einzelne mit seinem Einkommen und Vermögen den Pflegebedarf nicht selbst tragen konnte. In jüngerer Zeit wurde aus den Reihen der Regierungsfractionen im Bundestag sowie der Wohlfahrtsverbände vorgeschlagen, zu dieser leistungsgesetzlichen Regelung zurückzukehren.⁶² Die bestehende Pflegeversicherung wird in diesem Zusammenhang teilweise als „Erbenschutzversicherung“ kritisiert. Diese Vorschläge, die mehr oder weniger auf eine Rückkehr zur Gesetzeslage vor 1995 hinauslaufen, verweisen zutreffend auf die stark verbesserte Einkommens- und Vermögenslage der heutigen und der in den nächsten Jahren hinzukommenden Rentnerjahrgänge. Außerdem entspricht eine an der Bedürftigkeit und nicht am Bedarf ausgerichtete Leistungsgewährung prinzipiell dem Subsidiaritätsgrundsatz.

Gleichwohl greifen diese Vorschläge zu kurz. Zwar werden bis 2020 in erheblichem Umfang private Vermögen vererbt.⁶³ Darin spiegelt sich wider, dass die Einkommen der älteren Haushalte in der Vergangenheit überdurchschnittlich gestiegen sind.⁶⁴ Auch verfügt ein großer Teil der Haushalte, die sich bis 2010 im Ruhestandsalter befinden, noch über hohe Ansprüche an die gesetzlichen Alterssicherungssysteme. Ein Teil der Pflegebedürftigen dürfte daher in den kommenden Jahren in der Lage sein, auch hohe Pflegeausgaben selbst zu finanzieren.⁶⁵ Doch auf einen erheblichen Teil trifft dies weiterhin nicht zu.⁶⁶ Einkommen und Vermögen – und die daran anknüpfen-

⁶² Vgl. insbesondere Stolterfoth, B. (2003).

⁶³ Vgl. Braun, R./Burger, F./Miegel, M./Pfeiffer, U./Schulte, K. (2002).

⁶⁴ Außerdem lagen in der Vergangenheit die Sparquoten tendenziell höher, und die Erwerbsbiographien der älteren Jahrgänge umfassen mehr Berufs- und Beitragsjahre.

⁶⁵ Häufig dürfte dies zur Nivellierung des materiellen Lebensstandards auf dem Sozialhilfeniveau führen. Damit einhergehende Anreizwirkungen für die individuelle Vorsorge müssen deshalb mitbedacht werden.

⁶⁶ Dies bestätigt auch eine neue Studie zur Einkommens- und Vermögenssituation der Haushalte der Altersgruppe ab 55 Jahre in Nordrhein-Westfalen; vgl. FfG u.a. (2003), die diese für die Gegenwart und die kommenden Jahre als recht wohlhabend ausweist.

den Erbfälle – sind nach wie vor ungleich verteilt und künftig könnte diese (horizontale) Ungleichverteilung noch etwas zunehmen.⁶⁷ Auch werden die heute aktiven Jahrgänge jüngeren und mittleren Alters im Ruhestand voraussichtlich über eine geringere wirtschaftliche Leistungsfähigkeit verfügen als derzeitige Ruheständler. Bereits Jahrgänge, die nach 2010 das Rentenalter erreichen, sind von Leistungseinschnitten verstärkt betroffen und müssen ihre privaten Vorsorgeanstrengungen erheblich verstärken, um drohende Versorgungslücken im Alter zu schließen.⁶⁸

Mit dem zutreffenden Hinweis auf die insgesamt noch überdurchschnittliche wirtschaftliche Lage der heutigen älteren Jahrgänge lässt sich daher nur begründen, dass diese in höherem Maß als bislang zur Finanzierung des Pflegebedarfs ihrer Altersgruppe beitragen oder stärker privat vorsorgen. Eine dauerhafte Rückkehr zu der vor 1995 geltenden Regelung ist damit nicht zu rechtfertigen. Angesichts der mit der Pflege verbundenen Kosten, die sich bei Schwerstpflegefällen einschließlich der ohnehin von den privaten Haushalten zu tragenden „Hotelkosten“ auf 3.000 € und mehr im Monat summieren können,⁶⁹ würden schon heute selbst Pflegebedürftige mit überdurchschnittlich hohen Alterseinkünften und Vermögen Hilfe zur Pflege oder bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter in Anspruch nehmen können. Künftig würde sich dies noch erheblich verstärken und ein erheblicher Teil der Pflegeleistungen würde letztlich weiterhin aus öffentlichen Haushalten aufgebracht werden müssen. Daher ist eine Versicherungslösung auch dann vorzuziehen, wenn dem Ziel einer stärkeren privaten Eigenverantwortung

Das durchschnittliche, vor allem aus Leistungen der gesetzlichen Alterssicherung und aus Erwerbstätigkeit gespeiste Haushaltsnettoeinkommen liegt bei 2.250 € im Monat. Dem entspricht ein Haushaltsnettoeinkommen von 1.070 € pro Person. Dieser letztgenannte Wert, der im Einzelfall – vor allem von Frauen – häufig auch unterschritten wird, muss dem Bedarf eines Pflegebedürftigen gegenübergestellt werden.

⁶⁷ In den letzten Jahren ist eine moderate Zunahme der Ungleichverteilung bei den Einkommen zu beobachten. Ferner sind die Vermögen deutlich ungleicher als die Einkommen verteilt; vgl. SVR (1999), Tz. 400ff.; SVR (2000), Tz. 498ff.; für Nordrhein-Westfalen vgl. FfG u.a. (2003).

⁶⁸ Vgl. Ottnad, A./Hefele (2002), S. 106f. m.w.V.

⁶⁹ Vgl. Keck, B. (2002). 2001 betragen die Kosten der stationären Versorgung in Stufe 3 in Deutschland durchschnittlich 2.550 € im Monat (vgl. StBA (2003b), S. 18). Bei Annäherung der ostdeutschen an die westdeutschen Sätze werden sie weiter steigen. Von stationär untergebrachten Pflegebedürftigen der Stufe 3 erhalten schon heute über 40 vH im Westen und etwa 30 vH im Osten ergänzende Hilfe zur Pflege. Vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung waren es bundesweit zwei Drittel.

und Vorsorge zu Recht hoher Stellenwert eingeräumt wird. Diesem Ziel muss vor allem durch ein geeignetes Finanzierungsverfahren und eine effiziente und rationale Gestaltung des Solidarausgleichs Rechnung getragen werden. Allenfalls könnte erwogen werden, im Zuge einer an diesem Ziel ausgerichteten, weitergehenden Reform die heutigen pflegebedürftigen und pflegenahen Jahrgänge auf ihre eigenes Einkommen und Vermögen zu verweisen und ihnen, soweit dieses nicht ausreicht, ergänzende Hilfe zur Pflege gewähren. Ein solcher, mit erheblichen Belastungen für diese Altersgruppe verbundener Schritt muss jedoch sorgfältig gegen andere Alternativen abgewogen werden.

4.2.3 *Finanzierungsverfahren*

Die Vor- und Nachteile von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren zur Finanzierung der sozialen Sicherung sind in der einschlägigen Literatur ausführlich behandelt und hinlänglich bekannt. Zumindest unter den gegenwärtigen und künftig zu erwartenden gesamtwirtschaftlichen und demographischen Rahmenbedingungen hat das Kapitaldeckungsverfahren deutliche Vorzüge.

Aus theoretischer Sicht ist dieses auf lange Sicht effizienter als das Umlageverfahren, da es eine höhere Rendite abwirft.⁷⁰ Dies gilt allerdings nicht zwingend auf kurze Sicht, weil die Kapitalmarktrenditen stärkeren Schwankungen unterworfen sind. Bei einem niedrigen Alterslastquotienten und einem überdurchschnittlichen Wachstum der Bruttolohnsumme kann das Umlageverfahren gemessen am Verhältnis von einbezahlten Beiträgen und ausbezahlten Leistungen durchaus höhere Renditen abwerfen. Solche Bedingungen sind aber auf Dauer nicht zu erwarten und in Deutschland seit langem nicht mehr gegeben.

Am meisten lohnt sich das Umlageverfahren stets für Empfängergenerationen, die bei seiner Einführung noch gar nicht einbezahlt hatten und sofort in den Genuss der Leistungen kommen. Die Kehrseite davon ist, dass jeder spätere Umstieg von einem Umlage- zu einem Kapitaldeckungsverfahren zu einer zeitweiligen Doppelbelastung nachfolgender Generationen führt. Diese Doppelbelastung ist wohlgermerkt dem zunächst eingeführten Umlageverfahren und nicht dem künftigen Kapitaldeckungsverfahren zuzuschreiben.

⁷⁰ Vgl. Homburg, S. (1988).

Letzteres beinhaltet nämlich, solange die Beiträge individuell kalkuliert werden, die Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen und somit interpersonelle wie intergenerative Leistungsgerechtigkeit.⁷¹

Die immer wieder erhobene Behauptung, Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren seien in gleichem Maß von den Folgen einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung betroffen, wird von neueren theoretischen und empirischen Untersuchungen widerlegt.⁷² Zwar erhöht der zeitlich gebündelte Eintritt geburtenstarker Jahrgänge in die Ruhestandsphase („Age-Wave“) für sich betrachtet tendenziell das Angebot an Vermögenswerten, was sich dämpfend auf Preise und Renditen auswirkt. Gleichzeitig aber ist bei schrumpfender Erwerbsbevölkerung mit verstärkter Kapitalnachfrage zu rechnen. Der Nettoeffekt fällt daher selbst im ungünstigen Fall deutlich schwächer aus.

Auch die Vermutung, Fehleinschätzungen der steigenden Lebenserwartung oder (häufig gerade vom Staat ausgelöst) inflationäre Prozesse seien mit dem Umlageverfahren besser beherrschbar, hält einer genaueren Prüfung nicht stand.⁷³

Unstrittig ist, dass beide Verfahren spezifische Risiken bergen. Im Falle privater kapitalgedeckter Versicherungen ist dies vor allem das eines Vermögensverlustes durch den wirtschaftlichen Misserfolg des privaten Versicherungsunternehmens. Die derzeitigen Probleme einiger privater Lebens- und Krankenversicherer zeigen, dass dieses Risiko Ernst zu nehmen ist.⁷⁴ Gleichzeitig belegen die jüngsten Erfahrungen in Deutschland aber auch, dass der Markt durchaus in der Lage ist, solche Risiken zu beherrschen und Auffanglösungen (Protector, Medicator) zu entwickeln. Und selbst Negativebeispiele wie die private Alterssicherung in Großbritannien, wo am Ende der Staat einspringen musste, rechtfertigen noch keineswegs, diesem von vornherein gleich die gesamte Vorsorgeaufgabe zu übertragen. Denn staatliche Si-

⁷¹ Wie erwähnt (vgl. Abschnitt 1.3) gibt es sozial- und verteilungspolitische Gründe, eine Generation, die selbst nicht einbezahlt hat, dennoch in den Genuss umlagefinanzierter Leistungen kommen zu lassen. Hierbei handelt es sich aber um eine Aufgabe, die eigentlich über den allgemeinen Staatshaushalt zu finanzieren wäre.

⁷² Vgl. dazu neuerdings Börsch-Supan, A./Heiss, F./Ludwig, A./Winter, J. (2003) m.w.V.

⁷³ Zum biometrischen Risiko Helberger, C./Rathjen, D. (1998).

⁷⁴ Auf einem anderen Blatt steht, dass Änderungen des Unternehmensteuerrechts diese Probleme noch verschärft haben, weil der Gesetzgeber bei der Steuerreform 2000 den Besonderheiten der Versicherungsunternehmen zu wenig Beachtung schenkte.

cherungssysteme weisen ihrerseits erhebliche Risiken auf. Dazu gehören vor allem ihre Politikanfälligkeit und die von ihnen ausgehenden Anreizwirkungen auf Wirtschaft und Gesellschaft, die zu wachsender Inanspruchnahme, steigenden Beiträgen und unzureichender privater Eigenvorsorge führen. Außerdem kann ein dadurch ausgelöster langfristiger Rückgang der gesamtwirtschaftlichen Spar- und Investitionstätigkeit auf Dauer Wachstumseinbußen verursachen.⁷⁵

Bei Abwägung dieser Vor- und Nachteile und unter Berücksichtigung der realen Gegebenheiten dürfte deshalb eine Mischung aus Umlagefinanzierung und Kapitaldeckungsverfahren sinnvoll sein.⁷⁶ Dabei sollte jedoch in Deutschland mit Blick auf die demographische Entwicklung, aber auch aus wachstumspolitischen Überlegungen der bislang im internationalen Vergleich eher unterdurchschnittliche Anteil der Kapitaldeckung⁷⁷ künftig schrittweise erhöht werden. Hierfür kommen jene Bereiche der sozialen Sicherung in Betracht, die im Alter ein deutlich steigendes Ausgabenprofil aufweisen und sich deshalb für Ansparprozesse eignen. Dies trifft auf die Pflege, wo die Ausgaben im Schnitt geballt am Ende des Lebenszyklus auftreten, besonders ausgeprägt zu. Deshalb bietet es sich bei einer Neujustierung der Finanzierung der sozialen Sicherung insgesamt an, hier langfristig eine volle Umstellung auf Kapitaldeckung vorzunehmen.⁷⁸

Nicht zu befürworten ist allerdings die Einführung von Kapitaldeckungselementen innerhalb der Sozialversicherung. Damit würden lediglich die Risiken beider Systeme verknüpft und die Vorteile der Umstellung nicht genutzt:

⁷⁵ Da diese makroökonomischen Folgen je nach wirtschaftstheoretischem Standpunkt unterschiedlich gewichtet werden, bleiben sie in der weiteren Betrachtung und bei den Modellrechnungen jedoch ausgeklammert.

⁷⁶ Vgl. Lindbeck, A./Perrsson, M. (2003).

⁷⁷ Vgl. Börsch-Supan, A. (2000), S. 5 f. m.w.V.

⁷⁸ Denkbar wäre zwar auch, die Anhebung des Kapitaldeckungsanteils allein über die private Altersvorsorge zu organisieren. Damit allein wäre aber dem gerade bei der Pflege ausgeprägten Problem des im Alter stark steigenden Kostenrisiko noch nicht ausreichend Rechnung getragen. Zudem bieten umlagefinanzierte Kranken- und Pflegeversicherungen mit entsprechender Umverteilung von Jung zu Alt per se gerade keinen Anreiz, für die im Alter stark steigenden Kosten für Gesundheit und Pflege ausreichend Rückstellungen zu bilden.

- Den Versicherten würde die steigende Notwendigkeit einer privaten Vorsorge nicht verdeutlicht, weil sie lediglich weiterhin Beiträge an die Sozialversicherung abzuführen hätten.
- Der Staat würde in ordnungs- und wettbewerbspolitisch bedenklicher Weise am Kapitalmarkt tätig werden.
- Zudem müssten im Bereich der Bürokratie personelle und organisatorische Kapazitäten für ein Portfoliomanagement aufgebaut werden, dessen Effizienz mit guten Gründen angezweifelt werden kann.
- Vor allem aber bliebe die Gefahr politischer Zugriffe in hohem Maß bestehen.

4.2.4 *Solidarische Finanzierung*

Maßgeblich für den immer weiteren Ausbau der Sozialversicherung in Deutschland bis hin zur Einführung der sozialen Pflegeversicherung waren vor allem Umverteilungsziele, die sich im Rahmen solcher Systeme besonders bequem und geräuschlos realisieren lassen. Dies liegt vor allem an deren Intransparenz, die von Teilen der Politik und der Wissenschaft ausdrücklich als Vorteil angesehen wird, weil das Ausmaß der darin vorgenommenen Umverteilung der Öffentlichkeit verborgen bleibt.⁷⁹ Allerdings übersehen auch politische Entscheidungsträger und Fachleute in der Regel dieses Ausmaß längst nicht mehr. Dies führt dazu, dass auch familien-, sozial- und verteilungspolitische Ziele, über die gesellschaftlicher und politischer Konsens besteht und die im Rahmen entsprechender Umverteilung angestrebt werden, häufig verfehlt werden oder dass Effektivität und Effizienz entsprechender Maßnahmen gar nicht mehr überprüft werden (können). Zusätzliche Unklarheit schafft der Umstand, dass unter „solidarischer Finanzierung“ in Politik und Öffentlichkeit oft sehr Unterschiedliches verstanden wird. Gerade eine sozial gerechte Verteilung der Kosten einer menschenwürdigen Min-

⁷⁹ So z.B. Wasem, J./Greß, S./Rothgang, H. (2003), S. 38, die umgekehrt befürchten, dass eine steuerfinanzierte Umverteilung kurzfristigen finanzpolitischen Konsolidierungsanforderungen ausgesetzt wäre. Dabei wird freilich übersehen, dass die beitragsfinanzierten sozialen Sicherungssysteme keineswegs weniger anfällig für kurzfristige politische Eingriffe sind. Besonders augenfällig ist dies bei der Renten- und der Krankenversicherung. Aber auch die gesetzliche Pflegeversicherung war seit ihrer Einführung wiederholt davon betroffen.

destversorgung für Pflegebedürftige erfordert klare begriffliche Trennungen und die Offenlegung der Umverteilung.

Dabei ist zum einen zwischen der Wirkungsweise einer Versicherung und der eigentlichen Umverteilung zu unterscheiden. Wesensmerkmal einer Versicherung ist, dass die finanziellen Folgen eines Schadensfalles (ex post) von denjenigen Versicherten, die davon nicht betroffen sind, mitgetragen werden. Eine Umverteilung im eigentlichen Sinn ist damit nicht verbunden, solange die individuellen Prämien risikogerecht kalkuliert werden. Solche individuellen Prämien berücksichtigen gerade nicht die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten. Eine solidarische Finanzierung aus familien-, sozial- und verteilungspolitischen Gründen beinhaltet daher, dass die Beitragslasten anders verteilt werden, als es dem (versicherungsmathematischen) Äquivalenzprinzip entspricht. Gegenwärtig geschieht dies in der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung durch einkommensabhängige Beiträge und beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehegatten bzw. Lebenspartnern ohne eigenes Einkommen. Zugleich ist der Umfang der gewährten Leistungen unabhängig von der Höhe der bezahlten Prämien.

Die mit dieser Umverteilung angestrebten familien-, sozial- und verteilungspolitischen Ziele dürften auch bei einer Neugestaltung – jedenfalls in ihrem Kern – weiter Bestand haben. Teilweise leiten sie sich – z.B. im familienpolitischen Bereich – aus verfassungsrechtlichen Vorgaben und der einschlägigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ab. Insofern sind sie auch im Rahmen einer Neugestaltung zu beachten. Dies bedeutet allerdings noch keine Vorfestlegung auf ein bestimmtes Modell. Aus den vorgenannten Gründen sollten diese Ziele vielmehr im Rahmen steuerfinanzierter Transfers verfolgt werden. Dies gilt im Prinzip schon für die umlagefinanzierten sozialen Sicherungssysteme, erst Recht aber für kapitalgedeckte private Versicherungen. Je stärker letzterer nämlich Umverteilungsaufgaben aufgebürdet werden, desto mehr werden die Vorteile des Marktwettbewerbs und individuell kalkulierter leistungsäquivalenter Prämien aufgehoben. Insofern stellt auch die gegenwärtige private Pflege-Pflichtversicherung keine optimale Lösung dar. Zwar ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der ihr auferlegten Einschränkungen sich lediglich auf die Übergangsphase bezieht. Dennoch sollte sie nicht unbedingt als Modell einer künftigen Neugestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung insgesamt angesehen werden. Vielmehr sollte die gewünschte Umverteilung im Regelfall durch steuerfinanzierte

Beitragsprämien, steuerliche Freibeträge oder die Aufstockung anderer Transfers erfolgen.

Die gegen diese Trennung von Verteilungs- und Versicherungsaufgaben vorgebrachten Einwände sind nicht stichhaltig. Richtig ist, dass eine bloße Auslagerung der Umverteilung keine finanzielle Entlastung der Bürger nach sich zieht. Dies ist damit jedoch auch nicht beabsichtigt. Finanzielle Entlastungen kann es immer nur bei sinkenden Ausgaben geben. Der Vorteil liegt vielmehr in der höheren Transparenz der verteilungspolitischen Maßnahmen.⁸⁰ Als Nachteil mag dies empfinden, wer gesellschaftlicher Solidarität und ziviler Eigenverantwortung von vornherein nicht traut. Auch die Befürchtung, ein solches System sei viel aufwändiger, trägt nicht. Vielmehr könnte – bei gleichzeitiger Beseitigung der zahlreichen Widersprüche zwischen Steuer- und Sozialrecht – auf die Grundlagen der Lohn- und Einkommensteuererhebung zurückgegriffen werden. Schließlich ist auch nicht erkennbar, dass von einer Steuerfinanzierung stärkere Verzerrungswirkungen als von einer Beitragsfinanzierung ausgingen. Da vernünftigerweise nicht gerade typische Lenkungssteuern zur (aufkommensneutralen) Umfinanzierung herangezogen werden sollten,⁸¹ dürfte im Vergleich zur bisherigen einseitigen Belastung des Faktors Arbeit die Verzerrungswirkung eher abnehmen.

4.2.5 Äquivalenzprinzip statt Kopfpauschale

In der öffentlichen Diskussion über die Reform der Kranken- und der Pflegeversicherung in Deutschland wurde ein grundsätzlicher Übergang zu einer privaten (Pflicht)versicherung bislang weitgehend ausgeklammert.⁸² Besonders in den letzten Monaten hat sich die Debatte weitgehend auf die Alternativen eines Ausbaus der bestehenden Sozialversicherung zu einer „Bürgerversicherung“ oder einer Umstellung der Finanzierung auf einheitliche Kopfpauschalen verengt.⁸³

⁸⁰ Vgl. Schadendorf, F. (1998).

⁸¹ Systematisch richtig ist eine Integration in das System direkter Steuern und Transfers (wie Kindergeld).

⁸² Auch nach den Vorschlägen der „Herzog-Kommission“ (2003), S. 31, soll die Pflegeversicherung „eine eigenständige, unabhängige Säule der Sozialversicherung bleiben“.

⁸³ Diese verengte Entscheidungsperspektive firmiert dank der „Rürup-Kommission“ inzwischen unter der Bezeichnung „Y-Modell“. Zu den Möglichkeiten einer Einführung

Hinter der „Bürgerversicherung“ verbirgt sich dabei die Ausweitung des in der gesetzlichen Krankenkasse und bei der sozialen Pflegeversicherung bislang praktizierten Systems auf die gesamte Bevölkerung unter Einbeziehung möglichst des gesamten Volkseinkommens in die Beitragspflicht. Dadurch sollen dem bestehenden umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem zusätzliche Einnahmen erschlossen, dessen Kopplung an die Arbeitskosten beseitigt und alle Gruppen in die Umverteilung über einkommensabhängige Beiträge einbezogen werden. Dabei wird für die Erreichung der beiden letztgenannten Ziele – Beseitigung allokativer und distributiver Verzerrungen – die Ausweitung eines Systems in Kauf genommen, das selbst durch die Schwächung der privaten Vorsorge, die Vermengung von Umverteilung und Versicherung und eine hohe Politikanfälligkeit wesentlich zu den bestehenden Problemen beiträgt.

Der Vorschlag einheitlicher Kopfpauschalen in einem Umlageverfahren trägt dem teilweise Rechnung, weil er Aufgaben der Umverteilung wenigstens zum Teil (nämlich hinsichtlich der Einkommenshöhe) von der Sozialversicherung auf das Steuer- und Transfersystem verlagert. Im Unterschied zu einer individuellen, aktuarisch fairen Prämienkalkulation stellt aber auch ein solches Modell mit einheitlichen Beiträgen im allgemeinen keine Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen her.⁸⁴ Beispielsweise würden gleiche Pro-Kopf-Beiträge für junge und alte Mitglieder weiterhin eine erhebliche Umverteilung in der Kranken- und vor allem in der Pflegeversicherung bedeuten. Ein solches Kopfpauschalenmodell ist daher lediglich ein pragmatischer Weg, um die Effizienz innerhalb des Umlageverfahrens zu erhöhen. Das Problem der Generationengerechtigkeit, das sich bei der Pflegeversicherung besonders prägnant stellt, wird dadurch nicht gelöst.

Deshalb sind versicherungsmathematisch kalkulierte Individualprämien nach Eintrittsalter, die sich (weitestgehend) am Äquivalenzprinzip orientieren, derartigen Kopfpauschalen vorzuziehen. Langfristig tendiert im übrigen auch ein solches System durchaus zu einheitlichen Pro-Kopf-Beiträgen,

von Kopfpauschalen in der gesetzlichen Krankenversicherung vgl. u.a. Grabka, M. M./Andersen, H.H./Henke, K.-D./Borchardt, K. (2002); Hof, B. (2001b).

⁸⁴ Das gilt im übrigen auch für kapitalgedeckte Varianten mit Einheitsbeiträgen unabhängig vom Eintrittsalter.

wenn alle neuen Mitglieder jeweils im selben Alter – etwa ab Geburt – in die Versicherung eintreten.⁸⁵

4.2.6 *Paritätische Finanzierung*

Von der solidarischen Finanzierung zu unterscheiden ist die paritätische Aufbringung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. bei den Rentnern durch diese und die Rentenversicherungsträger und damit letztlich durch die Steuer- und Beitragszahler. Ob und in welchem Umfang diese künftig aufrechterhalten werden sollte, ist weniger eine Frage der (personellen) Verteilungsgerechtigkeit als vielmehr ein Frage der wirtschaftlichen Effizienz. Auch lässt sich die tatsächliche Belastungswirkung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge nicht allein an der formellen Zahllast ablesen. Vielfach tragen die Arbeitnehmer auch bei paritätischer Finanzierung die reale Last des gesamten Beitrags, zu der auch der Verlust von Arbeitsplätzen als Folge zu hoher Lohnnebenkosten zählt. Gesamtwirtschaftlich spricht daher einiges dafür, die paritätische Finanzierung (schrittweise) aufzugeben und die bisherigen Arbeitgeberbeiträge in Lohnbestandteile umzuwandeln. Dies betrifft keineswegs nur die Beiträge zur Pflegeversicherung. Analog sollte bei den Rentnern verfahren werden.

Eine Entlastung der Arbeitgeber von Arbeitskosten über das Einfrieren ihres derzeitigen Beitrages zur gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus erscheint mit Blick auf die Mehrbelastungen, die dann künftig ohnehin zunächst allein auf die Versicherten und damit auf die privaten Haushalte zu kommen, problematisch und würde wahrscheinlich die Akzeptanz einer Reform gefährden, zumal die Arbeitgeber bei Einführung der Pflegeversicherung eine – wenn auch unvollständige – Kompensation erhalten haben. Die folgenden Überlegungen gehen daher davon aus, dass der bisherige Arbeitgeberbeitrag den Arbeitnehmern weiterhin in voller Höhe zur Verfügung steht. Entsprechendes gilt für den nach bisheriger Rechtslage⁸⁶ gewährten

⁸⁵ Einheitliche Beiträge ergeben sich auch dann allerdings nur, wenn Differenzierungen nach Risiko und Geschlecht unterbleiben. In diesem Fall erfolgt weiterhin eine gewisse, allerdings weitaus geringere Umverteilung über die Prämien. Davon zu unterscheiden sind Prämienunterschiede, die sich im Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versicherungsunternehmen aufgrund von Effizienzvorteilen ergeben. Solche Differenzierungen, die nicht auf Risiko(ent)mischung basieren, sind erwünscht.

⁸⁶ Vgl. aber Abschnitt 7.4.

Beitragszuschuss der Rentenversicherung an die Rentner vorbehaltlich einer künftig stärkeren Belastung im Rahmen einer Neufestlegung der Lastverteilung zwischen den Generationen. Auch müssten die steuerlichen Freibeträge so angepasst werden, dass hierdurch keine steuerlichen Mehrbelastungen entstehen.

4.2.7 Isolierte Lösung oder Verbundlösung?

Bei einer Reform stellt sich erneut auch die Frage nach einer möglichen Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung. Diese hätte in bestimmten Teilbereichen (z.B. Behandlungspflege) möglicherweise Vorteile. In die derzeitige gesetzliche Krankenversicherung lässt sich jedoch eine private kapitalgedeckte Pflegeversicherung nicht integrieren. Sollte sich der Gesetzgeber – angesichts der wachsenden Probleme im Gesundheitswesen – jedoch zu einem grundlegenden Systemwechsel in der Krankenversicherung entschließen, böte dies die Möglichkeit, die private Pflegeversicherung in der privaten Krankenversicherung – als Teil eines gesetzlichen Standardkatalogs – aufgehen zu lassen. Damit könnten vermutlich die angesprochenen Schnittstellenprobleme vermindert und u.U. auch versicherungstechnische Synergien genutzt werden. Ein solcher Schritt ist jedoch nicht in Sicht. Davon die notwendige Reform der Pflegeversicherung abhängig zu machen, wäre deshalb nicht zu verantworten.

5 Ein Vorschlag zur Neugestaltung der Pflegeversicherung

Die Bewältigung der anstehenden Reformaufgabe ist keineswegs einfach und erfordert einen langen Atem. Die Folgen heute getroffener oder unterlassener Entscheidungen erstrecken sich auf viele Jahrzehnte. Wegen der in der Vergangenheit zunächst verschleppten und schließlich unzulänglich vorgenommenen Weichenstellungen sind die Handlungsspielräume im Bereich der Pflegeversicherung heute bereits sehr eingengt. Denn mittlerweile hat das einstige Zukunftsproblem der demographischen Alterung, auf das u.a. das IWG BONN seit mehr als 25 Jahren hinweist, die Gegenwart erreicht. Inzwischen ist viel Zeit verstrichen, die für den Aufbau einer kapitalgedeckten Pflege-Pflichtversicherung hätte genutzt werden können. Hätte der Gesetzgeber beispielsweise 1990 den Vorschlag Baden-Württembergs aufgegriffen, wären bereits heute erhebliche Altersrückstellungen aufgebaut und erste Entlastungswirkungen bei der Umlagefinanzierung spürbar.⁸⁷ Der stark steigende Pflegebedarf in den kommenden Jahrzehnten hätte dann relativ bequem bewältigt werden können. Diese Chance besteht nun nicht mehr.

Jeder Systemwechsel von der bestehenden, immer größere Lasten in die Zukunft überwälzenden Umlagefinanzierung zu einer langfristig tragfähigen kapitalgedeckten Finanzierung fordert während eines längeren Übergangszeitraums den „Preis“ höherer Zahllasten. Dabei besteht ein Spannungsverhältnis zwischen der Höhe der anfänglichen Mehrbelastung und dem Zeitpunkt, in dem – im Vergleich zum Status quo – nachhaltige Entlastungen erreicht werden. Dieses Spannungsverhältnis ist heute wesentlich ausgeprägter als noch vor ein bis zwei Jahrzehnten.

Sollen heute bereits pflegebedürftige und pflegenaher Jahrgänge nicht von den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen werden, fallen für rund 30 Jahre beträchtliche Ausgaben an, die erst in der zweiten Hälfte dieses Zeitraums spürbar sinken. Für diese Ausgaben sind bisher lediglich in der privaten Pflege-Pflichtversicherung Rücklagen gebildet worden. Eine

⁸⁷ Auch 1995 wäre eine entsprechende Weichenstellung noch leichter als heute realisierbar gewesen.

sofortige Überführung dieser bisher weitgehend in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Jahrgänge in die Kapitaldeckung würde zwar relativ schnell die für diese Jahrgänge aufzubringende laufende Finanzlast im Vergleich zum bestehenden System verringern. Die damit verbundenen Anfangsbelastungen wären aber wegen der in kurzer Zeit aufzubauenden Altersrückstellungen sehr hoch. Umgekehrt liegen wegen der längeren Anspannzeit die Beitragsbelastungen einer kapitalgedeckten Versicherung für jüngere Jahrgänge und namentlich für neugeborene Kohorten sehr viel niedriger, doch fließen diesen Jahrgängen wiederum Leistungen in nennenswertem Umfang erst sehr viel später – häufig erst nach 2050 zu.

Trotz dieser Schwierigkeiten ist ein Systemwechsel möglich und sinnvoll. Selbst unter vorsichtig gewählten Annahmen, die das bestehende Umlagesystem deutlich begünstigen, lässt sich bei tragbarer anfänglicher Mehrbelastung der schrittweise Übergang so gestalten, dass spätestens ab 2030, also dann, wenn der Pflegebedarf immer stärker steigt, eine jährliche rasch wachsende Nettoentlastung eintritt. Deutlich früher, bereits ab 2020, kann zudem eine Entlastung der öffentlichen Haushalte und eine Senkung der öffentlichen Abgabenquote im Vergleich zum Status quo erreicht werden.

Von der steigenden Nettoentlastung profitieren in der Folge alle dann lebenden Jahrgänge. Ist die Umstellung einmal abgeschlossen, liegen die jährlichen Zahllasten dauerhaft deutlich unter denen der Umlagefinanzierung. Den Umfang dieser langfristig erreichbaren Entlastung verdeutlicht ein Gedankenexperiment: Wäre für alle heute in der sozialen Pflegeversicherung Versicherten bereits bei Geburt eine private Pflegeversicherung abgeschlossen worden, müssten diese heute – bei gleichem Leistungsvolumen von rund 18 Milliarden € – höchstens 10 Milliarden € an Beiträgen aufbringen.⁸⁸

Nachfolgend wird ein entsprechender Reformvorschlag zur Neugestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung vorgestellt, der diese langfristig in eine volle Kapitaldeckung überführt, ohne einzelne Generationen finanziell zu überfordern. Die hierbei gewählte und den Berechnungen zugrunde ge-

⁸⁸ Dabei wurde der für heutige Neugeborene kalkulierte Beitrag zugrunde gelegt. Tatsächlich wäre der durchschnittliche Beitrag jedoch auch bei entsprechender Berücksichtigung der bis heute eingetretenen Preissteigerungen wesentlich niedriger, so dass das Beitragsvolumen wahrscheinlich weniger als die Hälfte der Ausgaben betragen würde.

legte Variante ist eine von mehreren, den Systemwechsel zu erreichen. Der Vorschlag ist daher in vielen Gestaltungselementen flexibel.

5.1 Schrittweise Einführung einer allgemeinen privaten Pflege-Pflichtversicherung

Um den zuvor genannten Reformanforderungen Rechnung zu tragen wird vorgeschlagen, die bestehende Regelung durch eine gesetzlich vorgeschriebene private Pflege-Pflichtversicherung für alle Bürger zu ersetzen, die die Steuerungs-, Informations- und Anreizfunktionen des Marktes und die Vorteile der Kapitaldeckung nutzt. Ihr Versicherungsumfang kann sich – vorbehaltlich einer Gleichgewichtung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege – an das geltende Leistungsrecht anlehnen.⁸⁹ Die neue Regelung sollte möglichst rasch in Kraft treten. Den nachfolgenden Berechnungen wurde das Umstellungsjahr 2005 zugrunde gelegt.⁹⁰

Eine schlagartige Überführung aller heute lebenden Jahrgänge in eine private kapitalgedeckte Pflegeversicherung würde die Zahllast für die Gesamtbevölkerung 2005 wegen der kurzfristig erforderlichen Bildung hoher Altersrückstellungen für Ältere und vor allem Hochbetagte anfänglich etwa verdreifachen. Außerdem würde der Nettoentlastungseffekt des Systemwechsels erst sehr spät eintreten. Deshalb muss sich im Übergang der Ansparprozess anfänglich auf Jahrgänge konzentrieren, die einerseits dafür noch genügend Zeit haben, andererseits aber bereits in den nächsten Jahrzehnten selbst zu Leistungsempfängern werden. Für jüngere Jahrgänge, bei denen das Pflegerisiko gering ist und sich noch gleichmäßig auf die Altersjahre verteilt, genügt dagegen zunächst eine Absicherung der jeweils laufenden Ausgaben, die ebenfalls über die private Pflege-Pflichtversicherung erfolgen soll. Relativ alte und hochbetagte, also pflegenah oder bereits pflegebedürftige Jahrgänge verbleiben dagegen in der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung. Entsprechend lassen sich drei Phasen unterscheiden:

⁸⁹ Für die Berechnungen wurde der Einfachheit halber jeweils der gegenwärtige reale Leistungsumfang angesetzt. Auf das grundsätzliche Ergebnis hat dies keinen Einfluss.

⁹⁰ Möglicherweise reicht dieser Zeithorizont aus praktischen Gründen nicht aus. Ein Inkrafttreten der Reform erst im Jahr 2010, wie es die „Rürup-Kommission“ bei ihrem Konzept in Kernpunkten vorsieht, würde jedoch auch unter Beachtung des Vertrauensschutzes wertvolle Zeit verstreichen lassen.

1. In der **Übergangsphase** besteht neben der im Aufbau befindlichen allgemeinen privaten Pflege-Pflichtversicherung die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung für ältere Jahrgänge fort. Diese Phase dauert maximal 35 Jahre und endet mit dem Ausscheiden der heute älteren, in der sozialen Pflegeversicherung verbliebenen Jahrgänge.
2. In der folgenden **Reifungsphase** ist die gesamte versicherungspflichtige Bevölkerung privat versichert. Allerdings variieren die individuellen Beiträge zur kapitalgedeckten privaten Pflege-Pflichtversicherung wegen des unterschiedlichen Eintrittsalters der zu Anfang umgestellten Jahrgänge. Eine Umlagefinanzierung über öffentliche Abgaben wird nur für steuerfinanzierte Prämienzuschüsse an Familien und Einkommensschwächere im Rahmen des Solidarausgleichs benötigt.
3. In der **Zielphase**, die gegen 2050 erreicht wird, sind schließlich alle Versicherten (mit Ausnahme von Zuwanderern und von Versicherten, die schon in jüngeren Jahren freiwillig mit dem Aufbau von Altersrückstellungen begonnen haben) ab dem vorgeschriebenen Eintrittsalter privat versichert und zahlen insoweit einheitlich dieselbe Prämie in der kapitalgedeckten Pflegeversicherung. Die durchschnittliche Beitragsbelastung liegt damit niedriger als in der Reifephase, was den Bedarf an steuerfinanzierten Prämienzuschüssen vermindert.

5.2 Ausgestaltung

Wegen des schrittweisen Übergangs müssen Regelungen für die künftige private Pflege-Pflichtversicherung wie für die bisherige soziale Pflegeversicherung getroffen werden. Die Ausgestaltung könnte wie folgt aussehen:

Private Pflege-Pflichtversicherung

(1) Allgemeine Versicherungspflicht

Für alle in Deutschland dauerhaft lebenden Personen besteht die Pflicht zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung im gesetzlich vorgeschriebenen Umfang, soweit sie eine solche in der Vergangenheit noch nicht abgeschlossen haben und sofern sie bei Inkrafttreten des Gesetzes (oder bei ihrem Zugang nach Deutschland) das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ver-

sicherte, die ihren Wohnsitz dauerhaft ins Ausland verlegen, können (zumindest innerhalb der EU) ihre Verträge freiwillig fortführen.

(2) Umfang der Versicherungspflicht

Die abzuschließende private Pflege-Pflichtversicherung hat den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsumfang abzudecken. Die private Versicherungspflicht gilt auch für Personen, die nach Inkrafttreten nach Deutschland ziehen und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(3) Leistungsumfang

Art und Umfang der Leistungsgewährung werden vom Gesetzgeber – in Anlehnung an die heutigen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung – vorgegeben. Gewährt werden Pflegegeld oder die Kostenerstattung für Sachleistungen. Der Leistungsumfang wird so fortgeschrieben, dass der Realwert gesichert bleibt.

(4) Freie Wahl des Versicherers

Die Versicherungspflichtigen können zwischen den zugelassenen Anbietern frei wählen. Diese müssen ihrerseits mit den von ihnen angebotenen Tarifen die gesetzlichen Bestimmungen erfüllen und unterliegen der staatlichen Versicherungsaufsicht. Ein Wechsel des Versicherers ist zulässig.

(5) Kontrahierungszwang

Für zugelassene Anbieter eines gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherungstarifs gilt Kontrahierungszwang ohne Ausschluss von Risiken. Insbesondere gilt der Abschlusszwang auch für bereits Pflegebedürftige.

(6) Prämienkalkulation

Die Prämien der privat Versicherten werden vor und nach Vollendung des 55. Lebensjahr nach unterschiedlichen Regeln kalkuliert. Mit dem Aufbau von Kapitalrückstellungen für die im Alter stark steigenden Ausgaben wird nach Vollendung des 55. Lebensjahr begonnen. Für die unter 55-Jährigen werden die Beiträge so kalkuliert, dass sie das Pflegerisiko in der Lebensphase von 0 bis 54 Jahren absichern. Dies kann über Kopfprämien oder über individuell nach versicherungsmathematischen Grundsätzen kalkulierbare Prämien geschehen.

Wer das 55. Lebensjahr vollendet hat, zahlt dagegen individuell nach versicherungsmathematischen Grundsätzen kalkulierte Prämien entsprechend dem Eintrittsalter, den Kopfschäden und der Sterbe- und sonstigen Abgangswahrscheinlichkeit, die den Aufbau der für stabile Beiträge im Alter erforderlichen Altersrückstellungen einschließen. Risikoausschlüsse und –zuschläge sowie eine Differenzierung der Prämien nach Geschlecht unterbleiben.

(7) Früherer Aufbau von Altersrückstellungen auf freiwilliger Basis

Den unter 55-Jährigen wird die Möglichkeit eingeräumt, freiwillig schon früher Altersrückstellungen zu bilden und sich dadurch dauerhaft niedrigere Beiträge zu sichern. In diesem Fall gelten für sie dieselben Kalkulationsregeln wie für die über 55-Jährigen.

(8) Risikostrukturausgleich

Soweit die vorgenannten Beschränkungen einer aktuarisch fairen Kalkulation dies erfordern, findet zwischen den Versicherungsunternehmen eine Umlage (Risikostrukturausgleich) statt.

Umlagefinanzierte Pflegeleistungen

(9) Fortführung der sozialen Pflegeversicherung im Übergang

Die bestehende soziale Pflegeversicherung wird bis zum Ausscheiden der darin versicherten Jahrgänge fortgeführt.

(10) Kreis der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung

In der sozialen Pflegeversicherung verbleiben diejenigen Versicherten, die bei Inkrafttreten der Neuregelung das 70. Lebensjahr vollendet haben.

(11) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung

Die Leistungen werden nach den gleichen Grundsätzen wie in der privaten Pflege-Pflichtversicherung gewährt.

(12) Aufbringung und Höhe der Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung

Die Finanzierung der Leistungen erfolgt wie bisher über Beiträge der Versicherten. Um eine gerechte Lastenverteilung zu gewährleisten, werden die Beitragssätze der Versicherten ab dem Inkrafttreten auf 3,2 vH erhöht.⁹¹

(13) Übrige umlagefinanzierte Pflegeleistungen

Wer nach dem 70. Lebensjahr nach Deutschland zuzieht, erhält im Pflegefall nach Bedürftigkeit Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, die wie bisher aus Steuern aufgebracht wird.

Solidarische Finanzierung

(14) Familienleistungsausgleich

Der Familienleistungsausgleich wird im bisherigen Umfang unverändert beibehalten. Künftig entrichten jedoch auch die bisher beitragsfreien mitversicherten Kinder und Ehegatten (ohne nennenswertes eigenes Einkommen) Beiträge an die private Pflege-Pflichtversicherung. Sie erhalten in Höhe dieser Beitragszahlungen künftig steuerfinanzierte Transferzahlungen (entsprechend erhöhtes Kindergeld und Prämienzuschüsse).⁹² Soweit bisher beitragsfrei mitversicherte Angehörige noch in der sozialen Pflegeversicherung verbleiben, sind sie dort weiterhin beitragsfrei mitversichert.

(15) Beitragszuschüsse für Einkommensschwache

Um Einkommensschwache durch die aufzubringenden Beiträge für die private Pflege-Pflichtversicherung nicht zu überfordern, erhalten Personen, deren Gesamtbelastung bestimmte Einkommensgrenzen überschreitet, steuerfinanzierte Prämienzuschüsse. Die Gewährung dieser Zuschüsse erfolgt im Zusammenhang mit der Lohn- und Einkommensteuererhebung und auf der Basis der Besteuerungsgrundlagen.

⁹¹ Dieser Ansatz geht von der bisherigen Rechtslage aus. Bei zwischenzeitlichen Änderungen, wie sie die Bundesregierung plant (vgl. Abschnitt 7.4), ist eine Neujustierung der intergenerativen Lastenverteilung erforderlich und möglich.

⁹² Alternativ dazu könnten steuerliche Abzugsmöglichkeiten erwogen werden.

(16) Förderung frühzeitiger Altersvorsorge

Für Versicherungspflichtige unter 55 Jahren, die von der freiwilligen Möglichkeit eines frühzeitigen Aufbaus von Altersrückstellungen Gebrauch machen, kann eine Förderung durch steuerliche Abzugsmöglichkeiten vorgesehen werden.

5.3 Erläuterung und Begründung

Die hier unterbreiteten Vorschläge bilden notwendigerweise nur das Gerüst einer detaillierten Regelung im Gesetzgebungsverfahren. Nachfolgend werden einige zentrale Elemente näher erläutert und begründet. Zugleich werden einige alternative Gestaltungsoptionen aufgezeigt.

5.3.1 Verlässliche Absicherung für alle bei ausgewogener Lastverteilung zwischen den Generationen

Durch die Fixierung einer Altersobergrenze und die schrittweise Überführung der jüngeren Bevölkerung in die Kapitaldeckung wird eine finanzielle Überlastung vermieden, zugleich aber eine Absicherung der gesamten Bevölkerung gewährleistet. Mit der Altersgruppe ab 70 Jahre verbleiben jene Jahrgänge in der sozialen Pflegeversicherung, die heute und in den nächsten Jahren den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen stellen. Ihnen steht zu wenig Zeit für den Aufbau der erforderlichen Altersrückstellungen zur Verfügung. Um diesem Personenkreis die früher zugesagten Leistungen zu gewähren, bleibt daher nur die Umlagefinanzierung. Allerdings ist es aus den oben dargelegten Gründen vertretbar, einen größeren Teil der benötigten Umlage innerhalb dieser älteren Jahrgänge vorzunehmen. Wird eine höhere Anfangsbelastung in Kauf genommen, kann die Altersgrenze auch über 70 Jahren liegen.⁹³

Da sich bei sofortigem Aufbau von Altersrückstellungen für alle jüngeren Jahrgänge Entlastungen auf der Ausgabenseite erst spät einstellen, ist vorgesehen, mit dem Aufbau der Altersrückstellungen – zunächst – erst in einem recht fortgeschrittenen Alter zu beginnen. Das 55. Lebensjahr bildet einen Kompromiss zwischen der Notwendigkeit einer ausreichend langen Anspar-

⁹³ Dadurch lässt sich der Zeitpunkt einer Nettoentlastung spürbar vorverlagern.

phase bzw. der Vermeidung übermäßig hoher Beiträge und dem Ziel, die anfängliche Zahllast insgesamt zu begrenzen und möglichst rasch Entlastungswirkungen zu realisieren.⁹⁴ Zwar ist bei einem Eintrittsalter von 55 Jahren (und erst recht darüber) der Beitrag schon vergleichsweise hoch.⁹⁵ Die ältere, in die Kapitaldeckung einbezogene Altersgruppe wird dadurch merklich stärker als die jüngere belastet. Andererseits wird in diesem Alter aber bezogen auf den Lebenszyklus das höchste Einkommen erzielt und zudem ist die Phase der Kindererziehung weitgehend abgeschlossen. Daher ist eine höhere Sparfähigkeit gegeben. Den Jüngeren, die von Einschnitten bei der gesetzlichen Alterssicherung zunehmend betroffen sind, bleibt zugleich mehr Spielraum für zusätzliche private Altersvorsorge. An der Steuerfinanzierung des Transferbedarfs müssen sich beide Altersgruppen beteiligen.

Mit der Option, freiwillig schon in jüngeren Jahren mit dem Aufbau von Altersrückstellungen – durch entsprechende Vertragsumstellung – zu beginnen, wird dem Einzelnen zusätzlich die Gelegenheit gegeben, dauerhaft in den Genuss niedrigerer Prämien zu gelangen, was wiederum die Belastung im Alter mindert. Da dies für den Staat unter Umständen später den notwendigen Umfang von Prämienzuschüssen vermindert, könnte eine gewisse steuerliche Förderung in Betracht gezogen werden. Schließlich besteht die Möglichkeit, zu einem späteren Zeitpunkt das für alle verpflichtende Eintrittsalter in die Kapitaldeckung schrittweise herabzusetzen.⁹⁶ Auf lange Sicht würden dann die Zahllast insgesamt sowie die staatliche Abgabenquote weiter vermindert.

5.3.2 *Einbeziehung von Zu- und Abwanderern*

Die Zu- und Abwanderung wird im Verhältnis zur natürlichen Bevölkerungsentwicklung in den kommenden Jahrzehnten quantitativ immer stärker ins Gewicht fallen. Außerdem schreitet die Integration innerhalb der EU voran. Dies bleibt auch für die sozialen Sicherungssysteme nicht ohne Fol-

⁹⁴ Der baden-württembergischen Gesetzesentwurf von 1990 (Bundesrat (1990a)) verfolgte einen ähnlichen Ansatz. Damals war es jedoch noch möglich, das Eintrittsalter bei 45 Jahren, und die Altersgrenze für den Verbleib in der Umlagefinanzierung bei 65 Jahren anzusetzen. Außerdem klammerte der damalige Entwurf jüngeren Jahrgänge ganz aus.

⁹⁵ Vgl. Abschnitt 5.4.1.

⁹⁶ In den Berechnungen ist dies jedoch nicht berücksichtigt.

gen. Daher werden auch Zuwanderer bis zum Alter von 70 Jahren in die Versicherungsspflicht einbezogen.⁹⁷ Um einen ständigen Zuzug in die soziale Pflegeversicherung zu vermeiden, sollten sich diese ab sofort ausschließlich privat versichern. Zu erwägen ist, die Versicherungsspflicht von einer Mindestaufenthaltszeit und/oder der Aufnahme einer dauerhaften Erwerbstätigkeit abhängig zu machen. Umgekehrt müssen auch Regelungen für Deutsche und Nichtdeutsche, die ins Ausland abwandern, getroffen werden. Die hier vorgeschlagene Lösung orientiert sich an der heute von den Anbietern der privaten Pflege-Pflichtversicherung (freiwillig) vorgenommenen Vertragsgestaltung, die mit Blick auf das EU-Recht und die EuGH-Rechtsprechung vermutlich wohl verbindlich vorzuschreiben wäre.

5.3.3 *Weitgehende Annäherung an das Äquivalenzprinzip*

Mit der vorgesehenen individuellen, nach Eintrittsalter gestaffelten Prämienkalkulation nach versicherungsmathematischen Grundsätzen wird eine möglichst weitgehende Annäherung an das Äquivalenzprinzip erreicht. Gewisse Abweichungen hiervon sind erforderlich, um das Ziel eines allgemeinen Versicherungsschutzes zu erreichen. Dies ist im Rahmen einer allgemeinen Pflichtversicherung für die Gesamtbevölkerung ebenso verkraftbar wie die Nichtberücksichtigung der geschlechtsspezifischen Risikounterschiede.⁹⁸ Für einen Unisex-Tarif sprechen vor allem dessen höhere gesellschaftliche Akzeptanz und die Tatsache, dass Frauen zwar einerseits infolge höherer Lebenserwartung bislang höhere Ausgaben verursachen, andererseits aber auch die Hauptlast häuslicher Pflege tragen. Im übrigen ist der hier entwickelte Vorschlag nicht an den Unisex-Tarif gebunden. Er lässt sich ebenso mit nach Geschlecht differenzierten Tarifen realisieren. Unter Umständen fällt dann der Bedarf an Prämienzuschüssen etwas höher aus.

Die für unter 55-Jährige erforderliche Absicherung kann auf eine Kapitaldeckung verzichten, da sich die Ausgaben recht gleichmäßig auf die Altersjahre verteilen (vgl. Tabelle 2) und sie daher jeweils aus den laufenden

⁹⁷ Die Zahl nichtdeutscher Zuwanderer über 45 Jahre ist bislang ohnehin sehr gering.

⁹⁸ Diese Einschätzung vertritt auch die Versicherungswirtschaft. Für freiwillige Versicherungen (namentlich bei privaten Lebens- und Rentenversicherungen) wirft dagegen das von der EU-Kommission angestrebte Diskriminierungsverbot erhebliche Probleme auf.

Tabelle 2: Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung 2002
je Einwohner von 0 bis 54 Jahren nach Altersgruppen

Altersgruppe	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Jährliche Pflegeausgaben je Einwohner	43,4 €	50,4 €	41,2 €	38,3 €	37,9 €	40,2 €	44,5 €	50,0 €	62,2 €

Quellen: BMGS, PKV, StBA, Berechnungen des IWG BONN

Beiträgen finanziert werden können.⁹⁹ Außerdem betragen sie schon derzeit nur etwa ein Siebtel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung. Bis 2050 nimmt ihr Anteil sogar auf ein Zwanzigstel ab. Daher kommt hier auch eine umlagefinanzierte Finanzierung über Kopfprämien in Betracht.¹⁰⁰

5.3.4 Mehr Wettbewerb

Die Voraussetzungen für effizienzsteigernden Wettbewerb zwischen den Anbietern verbessern sich im Vergleich zur gegenwärtigen Situation deutlich, auch wenn der Idealzustand vollkommener Konkurrenz nicht erreicht wird. Der Preis für die Einschränkungen bei der Prämienkalkulation und bei der Risikoselektion ist voraussichtlich ein Risikostrukturausgleich. Dieser wird aber in jedem Fall (gemessen am Beitragsaufkommen) deutlich geringer ausfallen als in der Sozialversicherung, aber auch niedriger als in der derzeitigen privaten Pflege-Pflichtversicherung, weil keine weiteren Umverteilungen mehr anfallen. Damit wird eine wesentliche Beeinträchtigung des Wettbewerbs minimiert.

Bislang haben privat Versicherte weder in der Kranken- noch in der Pflege-Pflichtversicherung die Möglichkeit, die mit ihren Prämien aufgebauten Altersrückstellungen beim Wechsel des Versicherers mitzunehmen, was den Wettbewerb um Bestandskunden stark einschränkt. Aus wettbewerbsökonomischer Sicht stellt dies einen Nachteil dar. Eine Lösung dieses Problems stößt unter den bestehenden rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen bei der privaten Krankenversicherung bislang jedoch auf beträchtli-

⁹⁹ Benötigt wird lediglich das gesetzlich vorgeschriebene Haftungskapital.

¹⁰⁰ Denkbar ist aber auch eine individuelle Beitragskalkulation.

che Schwierigkeiten.¹⁰¹ Deshalb sollte geprüft werden, ob diese Rahmenbedingungen nicht zumindest für die neu zu schaffende Pflege-Pflichtversicherung so verändert werden können, dass dort Portabilität gewährleistet ist.¹⁰² Doch selbst wenn das nicht gelingt, blieben die übrigen Vorteile der privaten Pflege-Pflichtversicherung bestehen. Zusätzlich bietet die vorherige Versicherungsphase ohne Kapitalrückstellung die Möglichkeit eines problemlosen Wechsels. Schon dies dürfte den Wettbewerb intensivieren und den Versicherten die Möglichkeit bieten, über einen relativ langen Zeitraum Erfahrungen mit den Marktanbietern zu sammeln.

5.3.5 *Künftiges Verhältnis von neuer privater Pflege-Pflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung*

Da die bisherige soziale Pflegeversicherung an die gesetzliche Krankenversicherung gekoppelt ist, stellt ihre Weiterführung mit einem abnehmenden Leistungs- und Beitragsvolumen kein grundsätzliches organisatorisches Problem dar. Personelle Überschneidungen zwischen beiden Versicherungen entstehen nicht. Zur Vermeidung von Interessenkollisionen müssen jedoch die Zuständigkeiten zwischen Krankenversicherung und Pflegeversicherung (etwa im Bereich der medizinischen Behandlungspflege) rechtlich eindeutig geregelt werden. Dies ist jedoch auch bei Fortführung des Status quo dringend geboten.

5.3.6 *Zukunft der bisherigen privaten Pflege-Pflichtversicherung und der Beihilfe*

Die bisher in der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versicherten erfüllen im Prinzip bereits die Anforderungen der vorgeschlagenen Regelung. Allerdings unterscheidet sich die hier vorgeschlagene Regelung in einigen wichtigen Punkten von der bisherigen. Insbesondere sieht die geltende Rechtsla-

¹⁰¹ Vgl. zur neueren Diskussion Boetius, J (1999); Rumm, U. (2000); Scholz, R./Meyer, U./Beutelmann, J. (2001).

¹⁰² Die privaten Krankenversicherer führten bislang unter anderem Gründe des Vertrauensschutzes gegen die Portabilität ins Feld, die auch in die einschlägige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts eingeflossen sind. Für eine neue Versicherung wären diese zunächst unerheblich. Im Übrigen gibt es neuerdings auch innerhalb der privaten Krankenversicherer Überlegungen, künftig Tarife mit Portabilität anzubieten.

ge noch erhebliche Umverteilungen innerhalb der bestehenden privaten Pflege-Pflichtversicherung vor. Hier sind gegebenenfalls Übergangsregelungen erforderlich, die dadurch erleichtert werden, dass der nach geltender Rechtslage erforderliche Umlagebedarf schon jetzt stetig sinkt. Geprüft werden sollte auch, ob für bisherige und neue Mitglieder unter Wahrung des Vertrauensschutzes künftig eine Mischkalkulation der Prämien möglich und zulässig ist.

Ein großer Teil der bisher privat Versicherten hat einen Anspruch auf Beihilfe und ist daher durchschnittlich nur etwa mit der Hälfte des Leistungsumfanges versichert. Wie künftig mit den Beihilfeansprüchen verfahren wird, ist eine Frage, die im Rahmen einer Reform des Beamten- und Beihilferechts beantwortet werden muss. Hier wird seit langem Handlungsbedarf konstatiert. Sollte sich der Gesetzgeber – unter Beachtung des verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutzes – zu einer Abschaffung der bisherigen Beihilferegelung entschließen, müssten derzeit noch aktive Beamte ihren Versicherungsumfang gegebenenfalls auf 100 vH aufstocken. Je nach Bedürftigkeit hätten sie dann Anspruch auf Prämienzuschüsse. Insgesamt dürften die neuen Bedingungen eine Reform der Beihilfe sogar erleichtern.

5.3.7 Künftige Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung

Die Beitragserhebung zur sozialen Pflegeversicherung könnte sich im einfachsten Fall bei veränderten Beitragssätzen am bisherigen beitragspflichtigen Einkommen ausrichten. Im Rahmen umfassender Reformen der übrigen sozialen Sicherungssysteme sind aber auch weitergehende Veränderungen der Beitragsgestaltung vorstellbar.¹⁰³

Um eine faire Lastenverteilung zu gewährleisten, ist eine Anhebung gegenüber dem bisherigen Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung geboten. Dazu sollte – ausgehend von der bisherigen Rechtslage bezüglich paritätischer Finanzierung und Beitragsbemessungsgrundlage – der Beitragssatz für Rentner ab Inkrafttreten im Jahr 2005 auf etwa 3,2 vH angehoben wer-

¹⁰³ Um die Verteilungsaufgaben von vornherein möglichst umfassend auf das Steuer- und Transfersystem zu übertragen, wäre auch eine Umstellung auf Kopfprämien vorstellbar (vgl. allerdings Breyer, F. (2002)). Dies müsste aber im Kontext einer entsprechenden Reform der gesetzlichen Krankenversicherung geschehen.

den.¹⁰⁴ Er läge damit um 1,3 Prozentpunkte über jenem Beitragssatz, der dann zur Vermeidung von Defiziten auch bei Fortführung der geltenden Regelung für alle Versicherten erhoben werden müsste.

Für den Beitragszuschuss der Rentenversicherungsträger ist eine analoge Regelung zu treffen wie für den bisherigen Arbeitgeberanteil. Das könnte bedeuten, den bisherigen Beitragszuschuss einmalig der Bruttorente zuzuschlagen. Künftig wäre dann der gesamte Beitrag von den Rentnern zu tragen.¹⁰⁵

Bei dieser Beitragsgestaltung ist berücksichtigt, dass die gegenwärtige, noch geraume Zeit wirksame Besteuerung der Renten mit dem Ertragsanteil dazu führt, dass die Rentner an einer steuerlichen Gegenfinanzierung des künftigen Solidarausgleichs kaum beteiligt sind. Je nach künftiger Änderung dieser Besteuerung wären Anpassungen vorzunehmen.

5.3.8 *Verlagerung der Umverteilung auf das Steuer- und Transfersystem*

Zur Ermittlung des Transferbedarfs ist zunächst der zumutbare Eigenbeitrag zu ermitteln. Dies kann auf der Grundlage der Lohn- und Einkommensbesteuerung erfolgen und hätte neben einer Vereinfachung und Vereinheitlichung steuer- und transferpolitischer Regelungen wahrscheinlich sogar einen insgesamt verminderten Verwaltungsaufwand zur Folge. Übersteigen die gesamten Pflichtbeiträge zur privaten Pflege-Pflichtversicherung den zumutbaren Eigenbeitrag, wird die Differenz durch einen steuerfinanzierten Prämienzuschuss ausgeglichen.

Die Frage, inwieweit an bestehenden familien- und verteilungspolitischen Zielen festzuhalten ist, muss gesondert und im Kontext der gesamten Transferproblematik beantwortet werden. Die vom Bundesverfassungsgericht für die bisherige soziale Pflegeversicherung vorgegebene Beitragsentlastung für Kindererziehende innerhalb der Versichertengemeinschaft wäre für die neue private Pflege-Pflichtversicherung zwar rechtlich hinfällig. Aus verteilungspolitischen Gründen ist ein entsprechender Entlastungsbedarf für die Familien jedoch durchaus zu bejahen. Dieser könnte und sollte nun über das Steu-

¹⁰⁴ Dieser Wert wurde im Rahmen einer überschlägigen Abschätzung des Transferbedarfs und der Belastung der einzelnen Altersgruppen ermittelt.

¹⁰⁵ Zum Vergleich mit anderen Vorschlägen siehe Kapitel 7.

er- und Transfersystem erfolgen, was der vom Bundesverfassungsgericht vorgegebenen Lösung über eine Beitragsdifferenzierung innerhalb der Sozialversicherung vorzuziehen ist.¹⁰⁶ Bei Fortführung der geltenden Regelung wäre der Gesetzgeber dagegen an diese enge Vorgabe gebunden. Mit der hier vorgeschlagenen Lösung wird im übrigen der bisherige Ausschluss privat Versicherter vom Familienleistungsausgleich beseitigt. Dieser wurde zwar verfassungsrechtlich bisher nicht beanstandet, führt aber zu erheblichen verteilungspolitischen Verzerrungen durch das mögliche Ausweichen Kinderloser mit „guten Risiken“ in die private Versicherung. Diese Verzerrung würde beseitigt, ohne dafür den Preis einer „Bürgerversicherung“ zahlen zu müssen.

5.4 Finanzielle Wirkungen

Um die finanziellen Wirkungen der vorgeschlagenen Reform abschätzen zu können, sind neben den bereits erläuterten gesamtwirtschaftlichen und demographischen zusätzliche Annahmen zur Prämienkalkulation in der privaten Pflege-Pflichtversicherung bis 2050 erforderlich. Diese Annahmen wurden bewusst vorsichtig und zu Ungunsten des vorgeschlagenen Modells getroffen. Angesichts der Tragweite der zu treffenden Entscheidung muss sichergestellt sein, dass die gewählte Option auch unter ungünstigen Bedingungen trägt. Diese Anforderung betrifft allerdings auch andere Optionen, namentlich das bestehende System.

5.4.1 *Beitrag zur kapitalgedeckten privaten Pflege-Pflichtversicherung*

Die Prämienkalkulation für den kapitalgedeckten Unisex-Tarif lehnt sich an die derzeit für die private Krankenversicherung gültigen Kalkulationsvorschriften an. Sie erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen (aktuarisch faire Prämien). Entsprechend werden von Beginn der Versicherung an für die in die kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung einbezogenen Jahrgänge in vollem Umfang die erforderlichen Altersrück-

¹⁰⁶ Vgl. Rothgang, H. (2001); GVG (2003). Für die bisherige kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung hat das Bundesverfassungsgericht einen entsprechenden Entlastungsbedarf verneint.

stellungen aufgebaut. Dies führt zu Beitragssätzen, die mit dem Eintrittsalter progressiv steigen.

Schaubild 11: Monatliche Beiträge in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach Eintrittsalter für das Jahr 2005

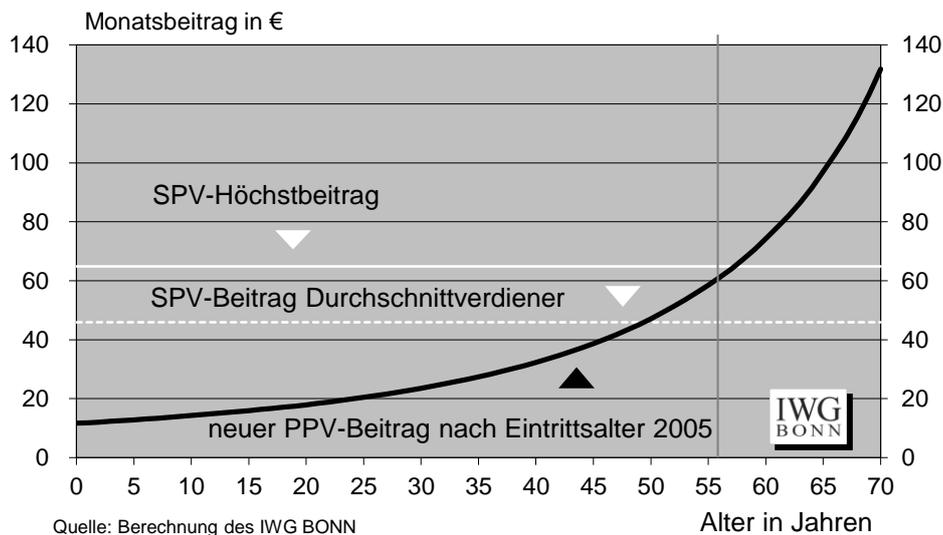


Schaubild 11 zeigt die monatlichen Beiträge in Abhängigkeit vom Eintrittsalter für das angenommene Startjahr 2005.¹⁰⁷ Für 55-Jährige beträgt dieser Beitrag rund 58 €, was zwischen dem Höchstbeitrag und dem Beitrag für Durchschnittsverdiener liegt, die dann in der sozialen Pflegeversicherung zu erwarten wären. Für 69-Jährige beträgt die monatliche Prämie rund 123 €.¹⁰⁸ Die vom jeweiligen Eintrittsalter abhängigen Beiträge gelten grundsätzlich unverändert für die gesamte Restlebensdauer des Versicherten, sofern nicht Kostensteigerungen oder Überschüsse der Versicherungsunternehmen Anpassungen nach oben oder unten auslösen.

¹⁰⁷ Zu Einzelheiten der Beitragskalkulation vgl. Quellen und Methoden, A 5.

¹⁰⁸ Verglichen mit dem Beitragssatz eines Eckrentners ist dieser Betrag sehr hoch. Entsprechend groß ist für die betreffenden Jahrgänge im Übergang der aus Steuern zu finanzierende Zuschussbedarf. Allerdings zeigen Vergleichsrechnungen, dass sich für diese bereits relativ alten Jahrgänge eine Umstellung insgesamt immer noch lohnt. Ihr Verbleib in der sozialen Pflegeversicherung hätte nämlich zu Folge, dass eine Nettoentlastung – sowohl insgesamt wie auch für die öffentlichen Haushalte – sonst erst später eintreten würde.

Für die Projektion der Beitragsentwicklung wird zunächst ferner unterstellt, dass die Versicherungsunternehmen lediglich den gesetzliche Rechnungszins von 3,5 vH erwirtschaften und keine überrechnungsmäßigen Kapitalerträge (Überzinsen), die sonst überwiegend (vgl. §12a VAG) zur Beitragssenkung, zum Ausgleich von Preissteigerungen oder zur Leistungsverbesserung verwendet werden könnten. Demzufolge müssen die Beiträge jeweils der angenommenen Kostensteigerung von 2,25 vH pro Jahr angepasst werden, um das Leistungsniveau real zu sichern. Die Beiträge steigen daher auch für die Bestandsversicherten im Zeitverlauf. Unter den getroffenen Annahmen erhöht sich der nominale Eintrittsbeitrag aufgrund von Preissteigerungen und verlängerter Lebenserwartung sowie unter Berücksichtigung von Veränderungen bei der Sexualproportion für einen 55-Jährigen von 2005 bis 2050 auf das 3,2-fache. Für einen Neugeborenen verdreifacht er sich. Dies liegt jeweils nahe an der Zunahme des Volkseinkommens je Einwohner.

Bei der Ermittlung der Beitragsbelastung der unter 55-jährigen privat Versicherten wird von Kopfpauschalen ausgegangen. Diese betragen (in jeweiligen Preisen) monatlich anfänglich reichlich 4 € und erhöhen sich bis 2050 auf über 11 €.

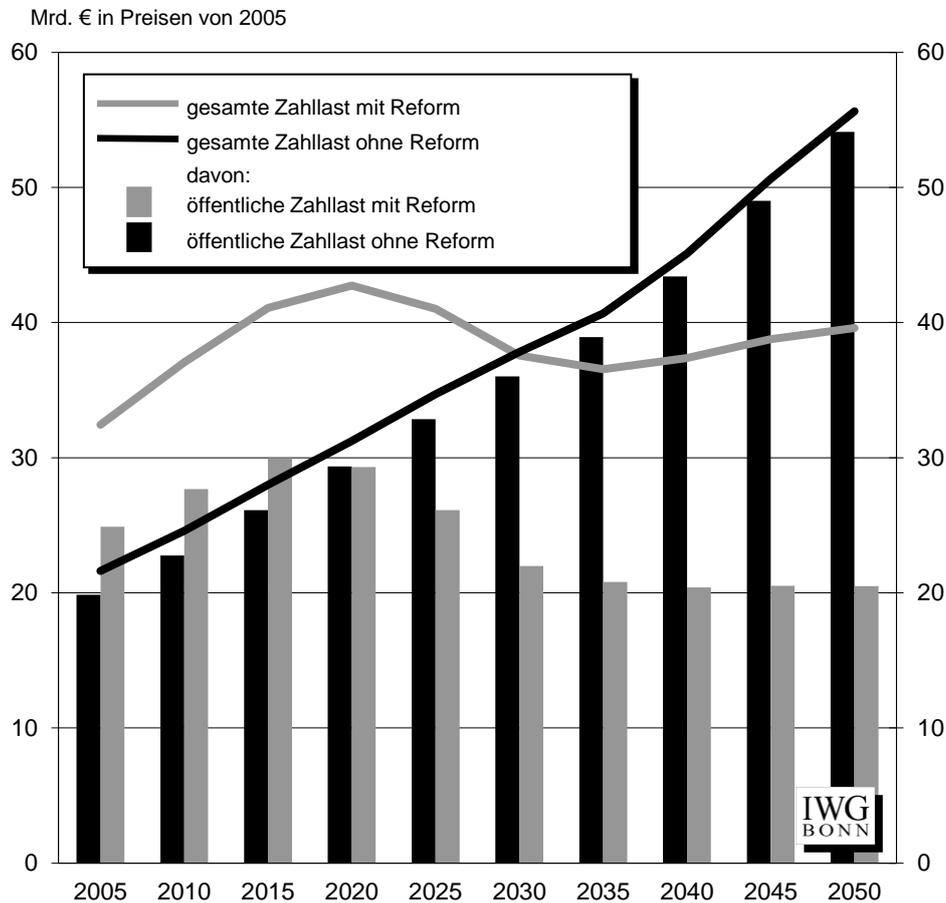
5.4.2 *Zahllast und Transferbedarf*

Unter den genannten Annahmen müssten die Bürgern – sei es als Steuer- und Beitragszahler, sei es als privat Versicherte – von 2005 bis 2020 im Vergleich zur Beibehaltung der gegenwärtigen Regelung eine jährliche reale Mehrbelastung von rund 12 Milliarden € tragen.¹⁰⁹ Das entspricht zunächst etwa 0,5 vH des Bruttoinlandsprodukts. Denn in dieser Zeit schlagen die Ausgaben für die bereits für die in der sozialen Pflegeversicherung verbliebenen älteren Jahrgänge noch voll zu Buch, während gleichzeitig stetig weitere Jahrgänge in die Kapitaldeckung eintreten. Ab 2020 sinkt die Belastung relativ wie absolut. Ab 2030 setzt eine Nettoentlastung ein, die bis 2050 auf rund 16 Milliarden € bzw. 0,5 Prozentpunkte des Bruttoinlandsprodukts steigt und in den folgenden Jahrzehnten weiter zunimmt (vgl. Schaubild 12 und Tabelle A 8a im Anhang).¹¹⁰

¹⁰⁹ Diese und die folgenden Wertangaben sind jeweils in Preisen von 2005 ausgedrückt.

¹¹⁰ Spätestens 2050 ist auch die seit 2005 kumulierte Zahllast niedriger als im bestehenden System.

Schaubild 12: Private und öffentliche Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung 2005-2050



Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

Schaubild 12 zeigt ferner, wie sich die Be- und Entlastungswirkungen ungefähr auf die öffentlichen und privaten Haushalte verteilen. Die anfängliche höhere Zahllast führt – abhängig vom Ausmaß des künftigen Solidarausgleichs – vorübergehend auch zu einem Anstieg der staatlichen Ausgaben. Dieser entspricht anfänglich drei Vierteln der gesamten Mehrbelastung. Das verbleibende Viertel tragen die privaten Haushalte direkt in Form ihrer Beiträge zur privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Von dem geschätzten Finanzbedarf, der nach Inkrafttreten der Reform noch aus öffentlichen Abgaben finanziert werden muss, entfällt bis 2015 mit jahresdurchschnittlich 15 Milliarden € der größte Teil der künftigen öffentlichen Ausgaben zunächst weiterhin auf die Finanzierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Der Aufwand für Prämienzuschüsse beträgt unter den nachfolgend erläuterten Annahmen¹¹¹ anfänglich rund 7 Milliarden €. Für die Umfinanzierung des nunmehr alle Kinder¹¹² einschließenden Familienleistungsausgleichs werden 2005 rund 3 Milliarden € an Steuermitteln benötigt. Dieser Betrag bleibt bis 2050 etwa gleich, sein Anteil am Bruttoinlandsprodukt sinkt damit stetig. Dies ist der abnehmenden Zahl der Kinder und Jugendlichen und den langsamer wachsenden Versicherungsbeiträgen zuzuschreiben. Der Finanzbedarf der sozialen Pflegeversicherung nimmt mit dem allmählichen Ableben der dort versicherten Jahrgänge ab 2020 spürbar ab. Nach 2035 ist er zu vernachlässigen. Lediglich für einige, überwiegend deutschstämmige Zuwanderer bleibt ein steuerfinanzierter Restbedarf an Hilfe zur Pflege.¹¹³ Dagegen steigen die Prämienzuschüsse bis 2050 auf das Zweieinhalbfache. Zu diesem Zeitpunkt absorbieren sie fast den gesamten öffentlichen Finanzierungsanteil, der dann jedoch nur noch knapp 0,5 vH des Bruttoinlandsprodukts beträgt. Insgesamt sinkt damit die für Pflegeleistungen benötigte staatliche Abgabenquote deutlich. Zugleich unterschreitet sie von 2020 an zunehmend die zur Fortführung des bestehenden Systems erforderliche Abgabenbelastung. 2050 beträgt sie noch knapp 40 vH dieser Belastung.

Der Umfang der Prämienzuschüsse an einkommensschwache Haushalte hängt wesentlich vom herangezogenen Einkommen, den zugrunde gelegten Einkommensgrenzen und von dem für zumutbar erachteten Beitragsanteil am zu berücksichtigenden Einkommen („Beitragssatz“) ab. Würde man beispielsweise den bei Fortführung der geltenden Regelung in der sozialen Pflegeversicherung bis 2050 erforderlichen Beitragssatz als Maßstab der zumutbaren Eigenbelastung der privaten Haushalte heranziehen, würden die benötigten Prämienzuschüsse langfristig deutlich unter den vorgenannten Werten liegen.

¹¹¹ Vgl. auch Quellen und Methoden, A 6.

¹¹² Für die Berechnungen ist die Gruppe der 0- bis 19-jährigen zugrunde gelegt.

¹¹³ Die auch sonst anfallenden Ausgaben für ergänzende Hilfe zur Pflege sind hier wiederum nicht ausgewiesen.

Gleiches gilt, wenn die Bemessungsgrundlage gegenüber heute verbreitert würde. Eine solche Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch Einbeziehung aller Einkünfte und die An- oder Aufhebung der Bemessungsgrenzen wird gegenwärtig von verschiedener Seite vorgeschlagen. Gegen die Absicht, auf diesem Weg die bestehende Sozialversicherung finanziell zu stabilisieren und sie zur „Bürgerversicherung“ auszuweiten, sprechen allerdings schwerwiegende ordnungspolitische Bedenken.¹¹⁴ Andererseits stellt aber auch die bisherige, weitgehend auf Einkommen aus unselbständiger Arbeit gestützte Finanzierung der sozialen Sicherung keine tragfähige Lösung dar. Im Rahmen der hier vorgeschlagenen privaten Versicherungspflicht könnte dem problemlos Rechnung getragen werden. Auch mit Blick auf die angestrebte Integration der Umverteilung in das Steuer- und Transfersystem ist es systematisch geboten, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit insgesamt für die Ermittlung des Transferbedarfs heranzuziehen. Der besseren Vergleichbarkeit halber und zur Begrenzung des Rechenaufwands wurde hier bei der Ermittlung des erforderlichen Volumens der Prämienzuschüsse dennoch näherungsweise an Beitragsbemessungsgrundlagen festgehalten, die denen der sozialen Pflegeversicherung heute entsprechen. Als Verteilungsziel wurde eine auf diese Bemessungsgrundlage bezogene möglichst ausgewogene Belastung aller Altersgruppen unterstellt, die allerdings aus den schon dargelegten Gründen (intergenerativer Ausgleich, Spielraum für zusätzliche private Altersvorsorge bei den Jüngeren) eine Entlastung der unter 55-Jährigen und eine entsprechend stärkere Belastung der über 55-Jährigen einschließt.

5.4.3 *Die Entwicklung unter wahrscheinlicheren Annahmen*

Vorgenannte Ergebnisse belegen, dass ein Systemwechsel auch unter bewusst vorsichtig gesetzten Annahmen realisierbar und sinnvoll ist. Wahrscheinlicher ist jedoch ein günstigerer Verlauf. Die Annahme, dass bei einem Rechnungszins von 3,5 vH keine Überzinsen erwirtschaftet werden, ist sehr konservativ, selbst wenn auf lange Sicht eine Verlangsamung des weltwirtschaftlichen Wachstums und damit des realen Weltmarktzinses in Rechnung gestellt wird. In der Vergangenheit waren die privaten Krankenversicherer langfristig in der Lage, einen beachtlichen Teil der inflationsbedingten, also nicht durch steigende Lebenserwartung und reale Leistungsverbesserungen

¹¹⁴ Vgl. auch Abschnitt 4.2.5.

verursachten Ausgabensteigerungen aus erwirtschafteten Überschüssen aufzufangen. Beispielsweise erwartet die „Rürup-Kommission“, dass selbst die gesetzlichen Rentenversicherungsträger in der Lage sind, für einen bei ihnen geparkten Kapitalstock („privaten Pflegekonten“) einen Zinssatz von 4,0 vH zu erwirtschaften.

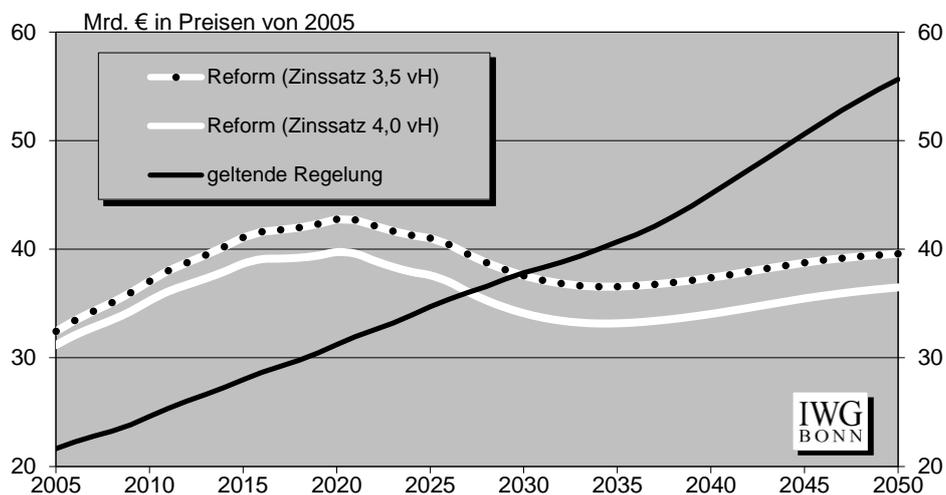
Auch die kalkulatorischen Verwaltungskosten der privaten Pflegeversicherung sind wahrscheinlich deutlich zu hoch angesetzt, die der sozialen Pflegeversicherung werden dagegen eher unvollständig in Rechnung gestellt. Für die Kalkulation der allgemeinen privaten Pflege-Pflichtversicherung könnte ein wesentlich niedrigerer Verwaltungskostenaufschlag vorgegeben werden. Geschieht dies nicht, entstünden hier ebenfalls beträchtliche Überschüsse.¹¹⁵ Insgesamt ist deshalb davon auszugehen, dass die Beitragssteigerungen moderater als unterstellt ausfallen und dass die Unternehmen Überschüsse erwirtschaften. Soweit diese zu Gewinnen führen, entstehen dem Staat dadurch auf der anderen Seite auch Steuermehreinnahmen.

Legt man z.B. eine jährliche Nominalverzinsung von 4,0 vH und einen Verwaltungskostenaufschlag von 6,0 vH zugrunde, fällt die anfängliche Mehrbelastung um etwa 0,1 vH des Bruttoinlandsprodukts geringer aus und eine Nettoentlastung tritt bereits zwei bis drei Jahre früher ein. Bis 2050 steigt sie auf 0,6 vH des Bruttoinlandsprodukts an. Kumuliert ergibt sich daraus bis 2050 bereits eine nominale Gesamtentlastung von über 100 Milliarden € (in Preisen von 2005). Die absoluten und relativen Zahllasten in den beiden berechneten Szenarien sowie bei Fortführung der geltenden Regelung sind in den Schaubildern 13 und 14 dargestellt.¹¹⁶

¹¹⁵ Zwar verursachen individuell geführte Beitragskonten tendenziell höheren Aufwand. Die „billigere“ Beitragserhebung der Sozialversicherung geht derzeit aber vor allem zu Lasten der Arbeitgeber, auf die diese Kosten in erheblichem Umfang abgewälzt werden, sowie jener Arbeitnehmer, für die in der Vergangenheit möglicherweise zu Unrecht zu hohe Beiträge einbehalten wurden. Bei einer Pflege-Pflichtversicherung entfallen ferner die relativ hohen Akquisitionskosten der freiwilligen privaten Krankenversicherung. Außerdem würde auch eine künftige Kapitaldeckung im Rahmen der Sozialversicherung zusätzliche Verwaltungskosten verursachen.

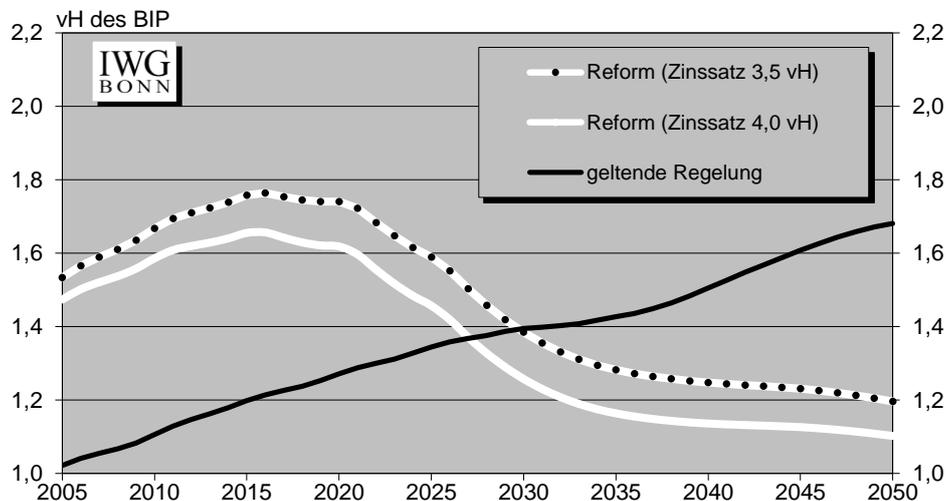
¹¹⁶ Vgl. auch Tabellen A 8a und b im Anhang.

Schaubild 13: Absolute Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung für unterschiedliche Zinssätze 2005-2050



Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

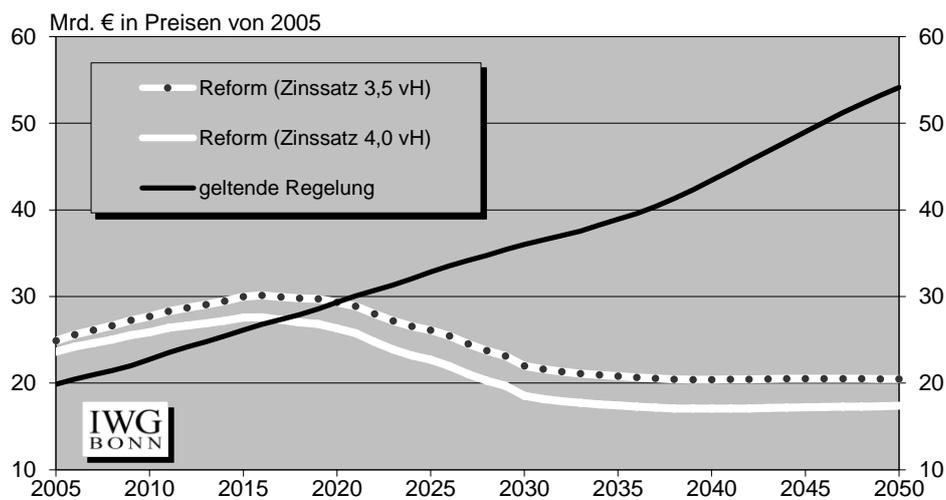
Schaubild 14: Relative Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung für unterschiedliche Zinssätze 2005-2050



Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

Wie aus Schaubild 15 zu ersehen fallen zusätzlich bei einer höheren Verzinsung auch der staatliche Finanzierungsbedarf und die damit verbundene Abgabenbelastung der Bürger niedriger aus. 2050 beträgt diese Belastung nur noch knapp ein Drittel derjenigen bei Fortführung der geltenden Regelung.¹¹⁷

Schaubild 15: Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung für unterschiedliche Zinssätze 2005-2050



Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

¹¹⁷ Vgl. auch Tabellen A 9a und b im Anhang.

6 Alternative Lösungen mit teilweiser Kapitaldeckung

Alternativ zu dem vorstehend entwickelten Modell sind auch Lösungen vorstellbar, die stärker an der Umlagefinanzierung festhalten und auch auf Dauer nur zu einer teilweisen Kapitaldeckung (für den älteren Teil der Bevölkerung) führen. Nachfolgend wird anknüpfend an die bisherigen Überlegungen ein solches Mischmodell erörtert.

6.1 Ergänzung der sozialen Pflegeversicherung durch eine kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung

Ein gemischtes Finanzierungssystem, in dem die laufenden Ausgaben für die älteren Pflegebedürftigen teils über Umlage und teils über Altersrückstellungen finanziert werden, könnte ebenfalls durch eine rein private Pflege-Pflichtversicherung verwirklicht werden. Allerdings würde dann der erforderliche Risikostrukturausgleich voraussichtlich ein erhebliches Volumen erreichen.

Aus diesem Grund wird nachfolgend angenommen, dass dauerhaft an der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung festgehalten wird und dass diese durch eine kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung für ältere Sozialversicherte ergänzt wird, die künftig einen Teil der Pflegeausgaben finanziert. Damit wird zugleich den bereits angesprochenen Bedenken gegen eine Teilkapitaldeckung *innerhalb* der sozialen Pflegeversicherung Rechnung getragen.¹¹⁸

Der Übergang zu einer solchen Mischlösung sollte wie bei der vollen Umstellung auf Kapitaldeckung (für ältere Versicherte) schrittweise erfolgen, um die mit dem Aufbau der Altersrückstellungen verbundenen Belastungen zeitlich zu verteilen, da sich hierbei im Prinzip dieselben Probleme ergeben. Dies legt nahe, mit dem Aufbau der für die Teilkapitaldeckung erforderlichen Altersrückstellungen wiederum erst in fortgeschrittenerem Lebensalter zu beginnen. Entsprechend bauen die nachfolgenden Optionen ei-

¹¹⁸ Vgl. Abschnitte 4.2.3.

ner Teilkapitaldeckung auf das zuvor entwickelte Modell einer vollen Umstellung für die ältere Bevölkerung auf. Altersrückstellungen werden wieder erst ab Vollendung des 55. Lebensjahres gebildet, allerdings nur für einen Teil der zu erwartenden Pflegeausgaben. Der damit verbundene zeitliche Verlauf – Übergangsphase, Reifephase, Zielphase – ähnelt dem einer vollen Umstellung, nur dass am Ende ein Teil der Ausgaben der jeweils älteren Jahrgänge dauerhaft durch eine Umlage im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung finanziert wird.

6.2 Ausgestaltung

Da die hier betrachtete Variante einer Teilkapitaldeckung auf das zuvor ausführlich dargestellte Modell aufbaut,¹¹⁹ werden im Folgenden nur die wesentlichen Unterschiede und Besonderheiten erläutert.

Versicherungspflicht der einzelnen Altersgruppen bei der Umstellung und danach

Bisherige Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die bei Umstellung des Systems das siebzigste Lebensjahr vollendet haben, verbleiben vollständig in der Umlagefinanzierung. Auch die Ausgaben der unter 55-Jährigen werden jeweils weiterhin voll über Umlage finanziert. Wer das 55. Lebensjahr vollendet hat und zum Zeitpunkt der Umstellung jünger als 70 Jahre ist, wird verpflichtet, zusätzlich zu seiner weiter bestehenden Mitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung eine kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung abzuschließen, die einen Teil seiner künftig zu erwartenden Ausgaben abdeckt. Der übrige Teil dieser Ausgaben wird durch die soziale Pflegeversicherung und damit weiter im Umlageverfahren finanziert.

Abgrenzung zwischen sozialer Pflegeversicherung und neuer sowie bisheriger privater Pflege-Pflichtversicherung

Wird dauerhaft an der sozialen Pflegeversicherung festgehalten, liegt es nahe, dieser alle umlagefinanzierten Leistungen zu übertragen. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung umfassen damit im vorliegenden Mischmo-

¹¹⁹ Vgl. Abschnitt 5.2.

dell die umlagefinanzierten Gesamtausgaben der jeweils unter 55-Jährigen, den umlagefinanzierten Anteil der jeweiligen Altersgruppe ab 55 Jahre, die im Umstellungszeitpunkt das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, und die umlagefinanzierten Gesamtausgaben für jene Jahrgänge, die im Umstellungszeitpunkt das 70. Lebensjahr vollendet haben.

Der kapitalgedeckte Ausgabenanteil der älteren Sozialversicherten (ab 55 Jahre und soweit im Umstellungszeitpunkt noch nicht 70 Jahre) entfällt auf die neu zu schaffende private Pflege-Pflichtversicherung. Daneben existiert (zunächst) die bisherige voll kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung für diejenigen, die bislang nicht in der sozialen Pflegeversicherung pflichtversichert waren und sich privat versicherten. Ob und in welchem Umfang die bisherige private Pflege-Pflichtversicherung – über den Altbestand hinaus – fortbestehen soll, hängt von weitergehenden ordnungspolitischen Entscheidungen ab. Eine Ausweitung des Mischmodells auf diese Gruppe würde – anders als das zuvor diskutierte Modell eines vollständigen Systemwechsels – eine Einbeziehung dieser Gruppe in die Sozialversicherung bedeuten. Hiergegen stehen ähnliche Bedenken, wie gegen die „Bürgerversicherung“.¹²⁰ Die damit verbundenen ordnungspolitischen Probleme sollen an dieser Stelle jedoch nicht vertieft werden.

Im Weiteren wird angenommen, dass der bisherige Dualismus von (vollständiger) privater und sozialer Versicherung weiter besteht. Die hier erörterte Einführung einer privaten Teilkapitaldeckung betrifft somit lediglich die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung.

Umfang und Gegenstand der ergänzenden privaten Pflege-Pflichtversicherung

Die vorgesehene private Pflege-Pflichtversicherung soll einen bestimmten Anteil der zu erwartenden Gesamtausgaben der älteren Bevölkerung abdecken. Entsprechend dem vorgegebenen Anteil ergibt sich die erforderliche aktuarisch faire Prämie (näherungsweise) als Prozentsatz derjenigen bei einer

¹²⁰ Außerdem würde damit möglicherweise der Kapitaldeckungsanteil an anderer Stelle sogar wieder gesenkt.

vollständigen kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung.¹²¹ Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit müsste dabei einheitlich einer unabhängigen Prüfinstanz übertragen werden, um Doppelprüfungen (durch die medizinischen Dienste der gesetzlichen und privaten Kassen) zu vermeiden.

Nicht zweckmäßig erscheint eine Aufteilung der Versicherungszuständigkeit nach Pflegestufen zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung,¹²² weil dann private Versicherer und Sozialversicherungsträger jeweils ein Interesse an einer Einstufung der Pflegebedürftigen hätten, die die Kosten der anderen Seite aufbürdet.

Solidarische Finanzierung

Das oben dargestellte Modell einer vollständigen Privatisierung der gesetzlichen Pflegeversicherung beinhaltet eine konsequente Trennung von Verteilungs- und Versicherungsaufgaben. Wird dagegen an einer Sozialversicherungslösung dauerhaft festgehalten, ist diese Trennung allenfalls bedingt möglich. Dazu müssten die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung künftig auf Kopfpauschalen umgestellt werden, die allerdings mit Blick auf die intergenerative Ausgewogenheit der Belastung noch nach Altersgruppen zu differenzieren wären. Gleichzeitig müssten Einkommensschwache steuerfinanzierte Zuschüsse nicht nur für ihre Prämien zur privaten Pflege-Pflichtversicherung, sondern auch für ihre Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung erhalten.

Alternativ zu diesem recht komplizierten Weg kann die Umverteilung zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen, zwischen Jung und Alt und zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen (weitgehend) innerhalb der sozialen Pflegeversicherung belassen und der steuerfinanzierte Umverteilungsanteil auf Zuschüsse an Einkommensschwache für die Prämien zur privaten Pflege-Pflichtversicherung konzentriert werden. Damit würde an den einkommensabhängigen Beiträgen zur sozialen Pflegeversi-

¹²¹ Gewisse Abweichungen können sich u.a. durch einen höheren Verwaltungskostenanteil (Fixkosteneffekt) ergeben. Hiervon wurde bei der Berechnung aus Vereinfachungsgründen abgesehen.

¹²² Dies würde u.a. ein kürzlich vorgelegter Reformvorschlag der privaten Versicherungswirtschaft implizieren, der lediglich die Umstellung der Stufen 2 und 3 vorsieht, sofern die Stufe 1 nicht gestrichen wird; vgl. PKV (2003).

cherung festgehalten, zugleich allerdings auf Transparenz der Umverteilung weiterhin verzichtet werden.

Eine abschließende Bewertung beider Vorgehensweisen soll hier nicht vorgenommen werden.¹²³ Aus pragmatischen Gründen wird im Folgenden die letztgenannte Variante zugrunde gelegt, die näher am Status quo verbleibt.¹²⁴

Intergenerativer Ausgleich

Auch im Mischmodell besteht die Notwendigkeit, den intergenerativen Ausgleich neu auszutarieren. Als grober Orientierungsrahmen bietet sich nach den hier vorgenommenen überschlägigen Berechnungen folgende Regelung an:

- Für die Jahrgänge, die für den Aufbau von Altersrückstellungen zu alt sind, wird ab dem Umstellungszeitpunkt der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung auf etwa 3,2 vH angehoben.¹²⁵
- Der erforderliche Beitragssatz für die übrigen Jahrgänge, die bei Umstellung das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, liegt darunter.¹²⁶ Er wird so festgesetzt, dass die Versicherten ab 55 Jahre, die einen Teil ihrer Ausgaben über die neue private Pflege-Pflichtversicherung absichern, einen reduzierten Beitrag an die soziale Pflegeversicherung entrichten.¹²⁷

¹²³ Dazu wären weit genauere und umfangreichere Verteilungsanalysen erforderlich.

¹²⁴ Zu berücksichtigen ist, dass bei Aufrechterhaltung der sozialen Pflegeversicherung die vom Bundesverfassungsgericht vorgegebene Beitragsdifferenzierung zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen umgesetzt werden muss. Für die Berechnungen im Rahmen dieser Untersuchung wurde aus Vereinfachungsgründen auf eine solche Differenzierung verzichtet.

¹²⁵ Außerdem werden sie – ebenso wie gleichaltrige Privatversicherte – an der Steuerfinanzierung beteiligt.

¹²⁶ Da die soziale Pflegeversicherung im vorliegenden Fall dauerhaft fortbesteht, ist unterstellt, dass die Beiträge jeweils die laufenden Ausgaben decken müssen. Ein Steuerzuschuss entfällt also. Aus Vereinfachungsgründen wurde bei den Berechnungen ein konstanter Beitragssatz für den „Altbestand“ der Sozialversicherten angenommen, an den der Beitragssatz der übrigen Jahrgänge angepasst wird. Ebenso kann jedoch auch umgekehrt verfahren werden.

¹²⁷ Für die Berechnungen wurde ein hälftiger Beitragssatz angenommen. Denkbar wäre auch, den Beitragssatz an den Ausgabenanteil, der weiterhin durch die soziale Pflegeversicherung abgedeckt wird, zu koppeln.

6.3 Finanzielle Wirkungen

Welche Belastungen sich absolut und gemessen am Bruttoinlandsprodukt bei einer Umstellung auf eine Teilkapitaldeckung im Jahr 2005 ergeben, zeigen für angenommene Rechnungszinssätze von 3,5 und 4,0 vH die Schaubilder 16 bis 19. Darin sind jeweils alternativ die Verläufe für eine private kapitalgedeckte Absicherung von 30, 50 und 70 vH der Ausgaben der über 55-Jährigen wiedergegeben. Zum Vergleich ist jeweils auch der Verlauf bei voller Umstellung nochmals dargestellt.

Mit zunehmendem Anteil der Kapitaldeckung sinkt einerseits die anfängliche Mehrbelastung, andererseits aber auch die spätere Entlastung. Bei einem niedrigen Kapitaldeckungsanteil steigt folglich die Gesamtbelastung im Zeitverlauf kontinuierlich an. Ein hoher oder vollständiger Kapitaldeckungsanteil führt dagegen dazu, dass anfänglich eine höhere Belastung auftritt als später. Dafür fällt die langfristige Entlastung dann dauerhaft größer aus. Der gleichmäßigste Belastungsverlauf ergibt sich bei einem etwa hälftigen Anteil.

Mit dem Kapitaldeckungsanteil nimmt der Entlastungseffekt für die öffentlichen Haushalte ab und entsprechend geht auch die öffentliche Abgabenquote in geringerem Maß zurück, wie die Schaubilder 20 und 21 illustrieren.

Schaubild 16: Absolute Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 3,5 vH) 2005-2050

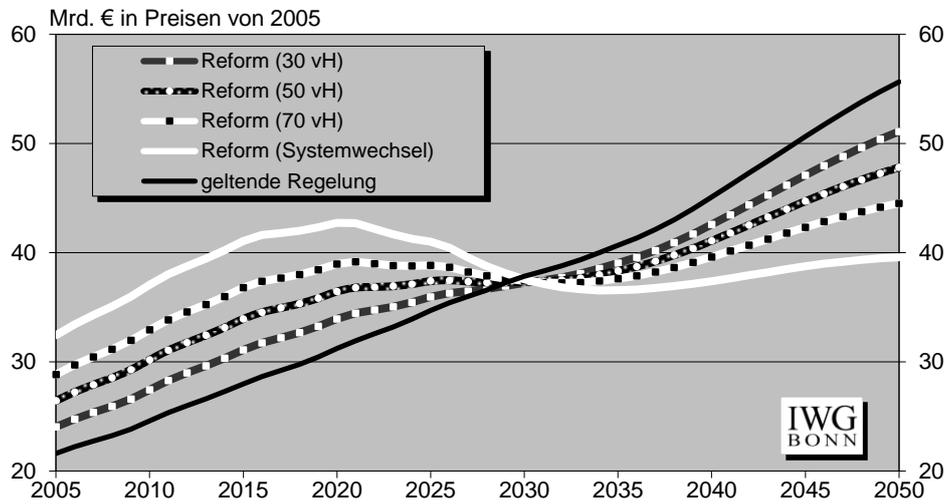


Schaubild 17: Absolute Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 4,0 vH) 2005-2050

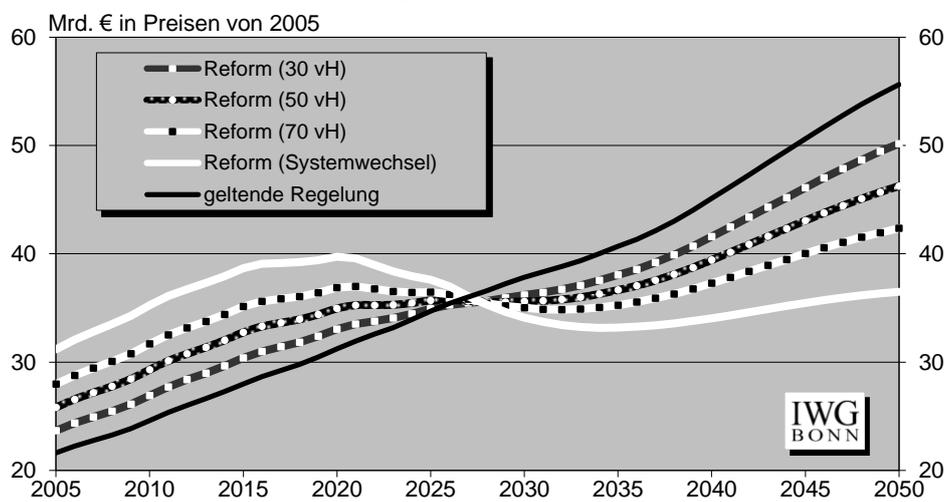


Schaubild 18: Relative Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 3,5 vH) 2005-2050

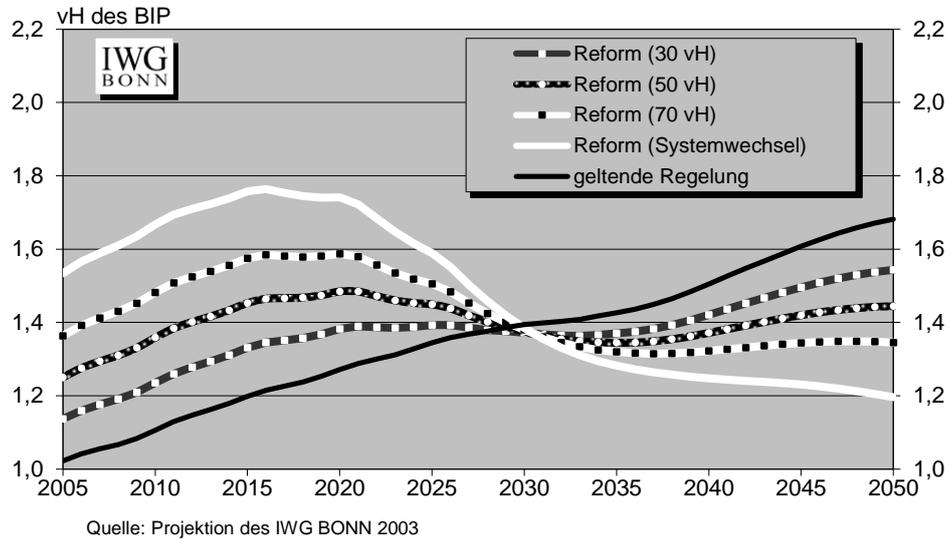


Schaubild 19: Relative Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 4,0 vH) 2005-2050

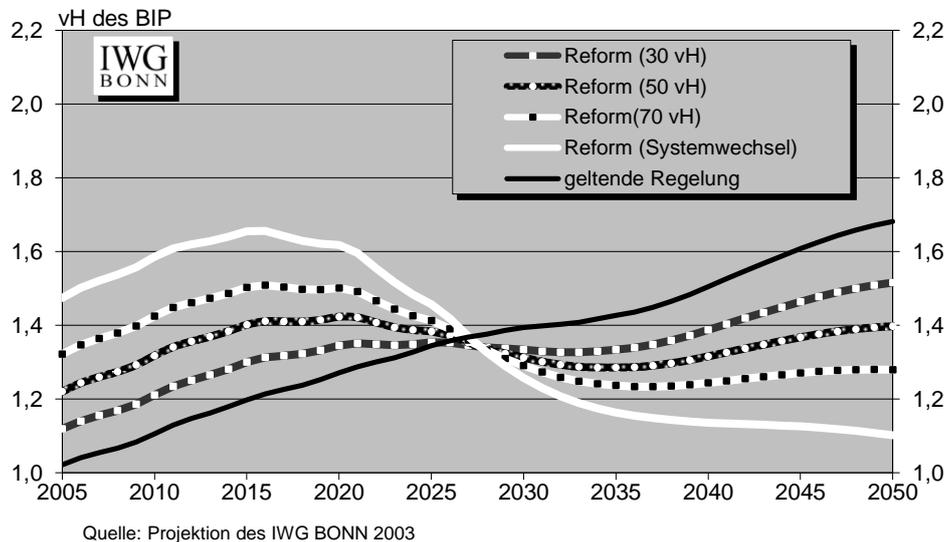
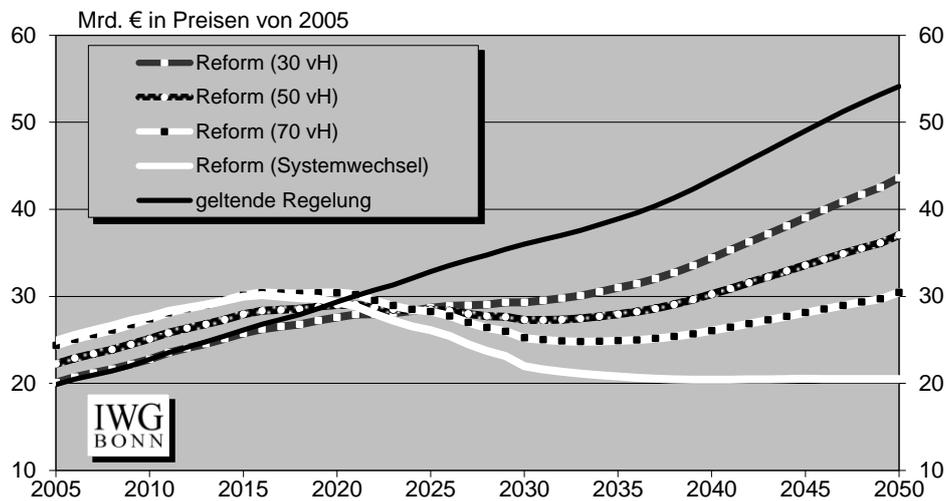
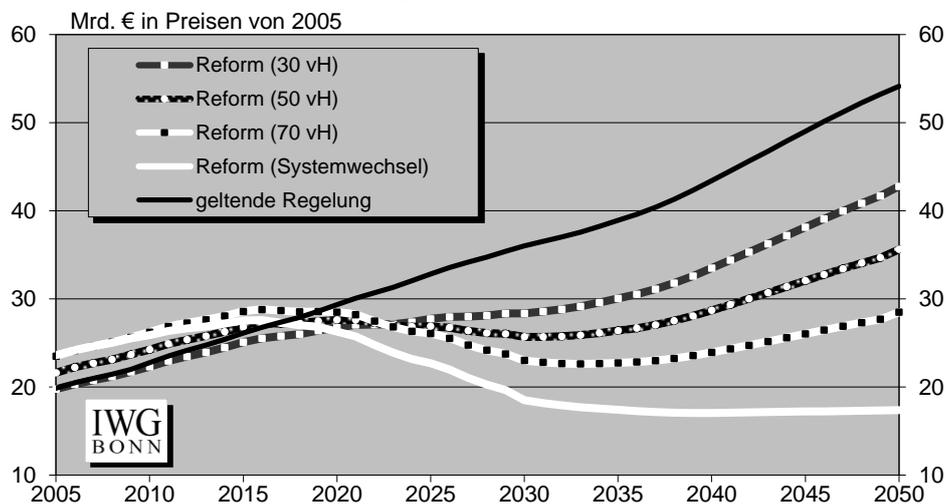


Schaubild 20: Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 3,5 vH) 2005-2050



Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

Schaubild 21: Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 4,0 vH) 2005-2050



Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

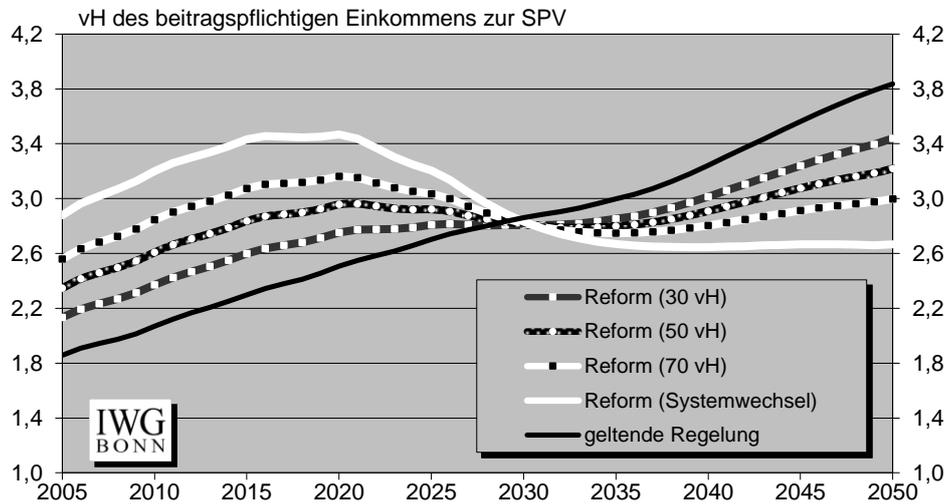
6.4 Exkurs zur Beitragsbelastung

Die vorangegangene Analyse weist die mit den unterschiedlichen Reformoptionen verbundenen Be- und Entlastungswirkungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt aus. Sie orientiert sich damit an der Wirtschaftskraft insgesamt. Nur auf diese Weise ergibt sich ein vollständiges Bild. Die öffentliche Diskussion um die sozialen Sicherungssysteme konzentriert sich dagegen fast ausschließlich auf die Höhe des Beitragssatzes und dessen Aufteilung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Dies führt dazu, dass die Politik immer wieder den Versuch unternimmt, optisch eine Stabilisierung oder gar Senkung des Beitragssatzes herbeizuführen. Dazu dient insbesondere die Ausweitung der Bemessungsgrundlage durch Einbeziehung zusätzlicher Einkommensbestandteile und Einkommensarten sowie durch Ausweitung der Versicherungspflicht. Die tatsächlichen Belastungen werden dadurch verschleiert. Hinzu kommt, dass beim Übergang von einer sozialen zu einer privaten Pflegeversicherung die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung langfristig entfallen würden.

Trotz dieser Bedenken soll nachfolgend ein in Beitragsgrößen ausgedrückter Belastungsvergleich vorgenommen werden. Dieser bezieht sich jeweils auf den Bevölkerungsteil, der unter Fortschreibung der geltenden Regelungen unter den getroffenen Annahmen in der sozialen Pflegeversicherung versichert wäre. Für diesen Versichertenkreis wird die anteilige Finanzierungslast auf das beitragspflichtige Einkommen zur sozialen Pflegeversicherung (vor allem Löhne und Renten) bezogen.¹²⁸ Schaubilder 22 und 23 geben den Verlauf für die unterschiedlichen Reformvarianten und Rechnungszinssätze wieder, der dem bereits erläuterten Muster entspricht. Alle Reformvarianten dämpfen den langfristigen Beitragsanstieg. Dafür müssen anfänglich - vor allem bis 2020 höhere Belastungen (von bis zu einem Beitragspunkt bei voller Systemumstellung) in Kauf genommen werden, als sie bei der geltenden Regelung zu erwarten sind.

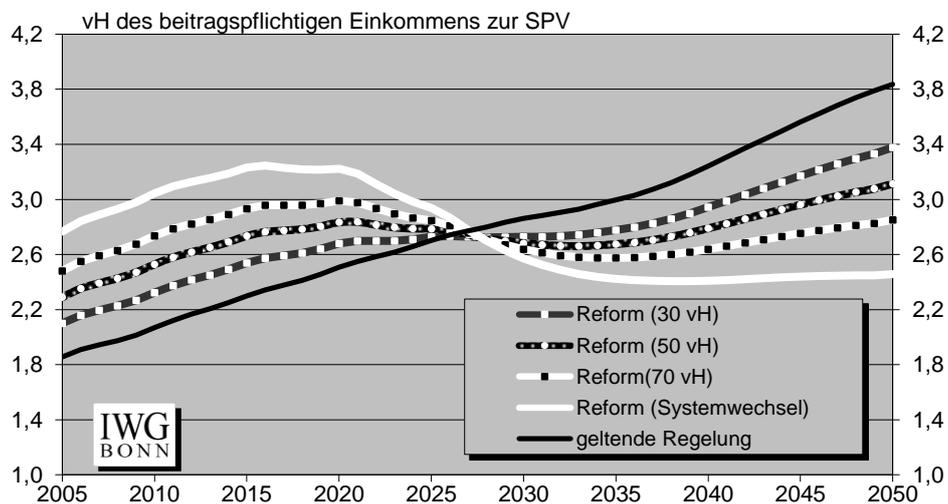
¹²⁸ Die Finanzierungslast umschließt dabei anteilig die gesamten umlagefinanzierten Ausgaben (soziale und private Pflegeversicherung) einschließlich einer etwaigen Steuerfinanzierung sowie die Prämien zur kapitalgedeckten privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Schaubild 22: „Beitragssatz“ für die Mitglieder der bisherigen sozialen Pflegeversicherung mit und ohne Reform (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 3,5 vH) 2005-2050



Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

Schaubild 23: „Beitragssatz“ für die Mitglieder der bisherigen sozialen Pflegeversicherung mit und ohne Reform (unterschiedliche Kapitaldeckungsanteile, Zinssatz 4,0 vH) 2005-2050



Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

Sowohl der vollständige Systemwechsel zur privaten Pflege-Pflichtversicherung als auch die Option einer Teilkapitaldeckung ermöglichen, die Lohnzusatzkosten im Bereich der Pflegeversicherung auf dem Niveau des heutigen Arbeitgeberbeitrags einzufrieren. Die unvermeidlichen Mehrbelastungen würden folglich auf die privaten Haushalte entfallen.¹²⁹ Gleiches würde im übrigen auch bei vollständiger Fortführung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung gelten. Die langfristige Begrenzung der gesamten Finanzierungslast durch den teilweisen oder vollständigen Übergang zur Kapitaldeckung erleichtert jedoch eine dauerhafte Stabilisierung der Lohnzusatzkosten und damit der Belastung der Wirtschaft. Wird von dieser Option – etwa durch eine einmalige Umwandlung der Arbeitgeberbeiträge in Lohnbestandteile – im Rahmen der hier diskutierten Vorschläge Gebrauch gemacht und der Arbeitgeberanteil dadurch etwa auf dem heutigen Beitragssatzniveau gehalten, werden die Unternehmen zunehmend gegenüber einer Fortführung des bestehenden Systems mit paritätischer Finanzierung entlastet. Die mögliche Entlastung steigt bis 2030 auf über einen halben und bis 2050 auf über einen Beitragssatzpunkt.¹³⁰

6.5 Vergleichende Bewertung der Reformalternativen

Für einen vollständigen Systemwechsel sprechen wie dargelegt mehrere Gründe. Insbesondere wird damit auf Dauer die nachhaltigste Entlastung erreicht. Ebenso reduziert er am stärksten den Staatsanteil. Ferner schafft er Transparenz bezüglich der Verteilung. Und schließlich trägt er am stärksten zu der gebotenen Erhöhung des kapitalgedeckten Finanzierungsanteils innerhalb der gesamten sozialen Sicherung bei.

Allerdings verursacht eine vollständige Umstellung selbst in dem hier entwickelten Übergangsmodell anfänglich noch merkliche finanzielle Mehrbelastungen. Diese lassen sich durch eine Teilkapitaldeckung verringern. Wird als Ziel einer Reform eine – gemessen am Bruttoinlandsprodukt bzw. am Volkseinkommen –möglichst gleichmäßige Finanzierungslast angestrebt, bietet sich eine etwa hälftige Umstellung an. Der Preis einer solchen Teilka-

¹²⁹ Ob sich steuerliche Mehrbelastungen (für Prämienzuschüsse usw.) für die Unternehmen ergeben, hängt von der Steuer- und Transferpolitik insgesamt ab.

¹³⁰ Aufgrund der langfristigen Gesamtentlastung durch eine Reform würden private Haushalte und Arbeitnehmer nicht in gleichem Maß dauerhaft zusätzlich belastet.

pitaldeckung im Vergleich zur kompletten Umstellung ist der Verzicht auf eine konsequente Entflechtung von Vorsorge und Umverteilung, eine langfristig geringere Entlastung, ein dauerhaft höherer Staatsanteil und ein größerer Verwaltungsaufwand. Im Vergleich zum Status quo würde allerdings bereits eine solche Teilkapitaldeckung eine spürbare Verbesserung darstellen.

Die Bewertung beider Reformoptionen hängt maßgeblich auch davon ab, welche Reformen in anderen Bereichen der sozialen Sicherung, namentlich der Krankversicherung vorgenommen werden. Die Option einer teilweisen und anteiligen Privatisierung der Pflegefinanzierung könnte dabei vor allem als Bestandteil einer ebenso angelegten umfassenderen Reform Sinn machen, die auch die Krankenversicherung einschließt. In diesem Fall böte sich dann auch die Integration beider Versicherungen an.

7 Exkurs zum Stand der Reformdiskussion Ende 2003

Die vorliegende Studie reiht sich ein in eine Reihe etwa zeitgleich entstandener Gutachten und Vorschläge, die 2003 vorgelegt worden sind.¹³¹ So hat die Bundesregierung zu Beginn der neuen Legislaturperiode im Zuge ihrer Neueinschätzung der Gesamtlage der staatlichen Finanzen eine „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ („Rürup-Kommission“) eingesetzt. Diese hat im Rahmen ihres Auftrags im Sommer 2003 auch einen Reformvorschlag für die gesetzliche Pflegeversicherung unterbreitet.¹³² CDU/CSU hatten ebenfalls eine eigene Expertenkommission („Herzog-Kommission“) mit ähnlichem Prüfauftrag berufen, die ihre Ergebnisse Anfang Oktober 2003 vorgelegt hat.¹³³ Daneben haben sich 2003 auch Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und andere Organisationen aus dem Pflegebereich mit Reformvorschlägen und Forderungen zur gesetzlichen Pflegeversicherung zu Wort gemeldet.¹³⁴

Das Spektrum der Vorschläge reicht dabei von einer Abschaffung der gesetzlichen Pflegeversicherung über unterschiedliche Vorschläge zu ihrer mehr oder weniger weitgehender Umgestaltung bis hin zu einer möglichst unveränderten Fortführung. Für eine Abschaffung plädieren sowohl Vertreter einer strikt liberalen Position, die die Vorsorge ausschließlich in private Verantwortung legen möchten, als auch Teile der Wohlfahrtsverbände und der rot-grünen Regierungskoalition, die damit allerdings eher eine Rückkehr zur Finanzierung durch die Sozialhilfeträger oder den Ersatz durch ein Bundespflegegesetz verbinden. Andere Wohlfahrtsverbände und Pflegeorganisationen plädieren dagegen für die Beibehaltung der bestehenden Regelung. Teils sehen sie dort noch Effizienzreserven, teils fordern sie eine Verbreiterung der Einnahmebasis. Die größte öffentliche Aufmerksamkeit haben bis-

¹³¹ Vgl. dazu auch Quellen und Methoden.

¹³² Vgl. „Rürup-Kommission“ (2003a-d).

¹³³ Vgl. „Herzog-Kommission“ (2003).

¹³⁴ Vgl. etwa Stolterfoth, B. (2003); AWO Bundesverband (2003).

lang die Vorschläge der „Rürup“- und der „Herzog-Kommission“ auf sich gezogen, auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll.

7.1 Unterschiedliche Reformansätze im Überblick

Beide Kommission stimmen mit der vorliegenden Studie grundsätzlich darin überein, dass vor allem aufgrund der demographischen Entwicklung beträchtlicher Reformbedarf bei der sozialen Pflegeversicherung besteht. Allerdings ziehen sie daraus unterschiedliche Folgerungen. Die „Rürup-Kommission“ befürwortet mehrheitlich ein Festhalten an der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung und will diese lediglich durch eine teilweise Kapitaldeckung in staatlicher Hand temporär entlasten. Die „Herzog-Kommission“ strebt dagegen langfristig einen vollen Umstieg auf Kapitaldeckung und individuell kalkulierte Prämien an. Allerdings soll dieser ebenfalls innerhalb der Sozialversicherung erfolgen. Daneben gibt es in zahlreichen Einzelfragen – etwa bei der Umgestaltung des Leistungskatalogs – eine Reihe von Übereinstimmungen. Tabelle 3 fasst die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zusammen.

7.2 Bewertung der alternativen Ansätze

Mit Blick auf die anstehenden Probleme greift insbesondere das Reformkonzept der „Rürup-Kommission“ – trotz vieler richtiger Einzelvorschläge – insgesamt zu kurz. Empfehlungen der „Herzog-Kommission“, die denen der vorliegenden Studie näher kommen, überzeugen nur zum Teil.

7.2.1 „Rürup-Kommission“

Das Konzept der „Rürup-Kommission“ zur künftigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung¹³⁵ sieht – neben einer mittelfristigen Senkung der Ausgaben um rund 2 Milliarden € – vor, den Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung für Rentner von 1,7 vH ab 2010 auf 3,2 vH zu erhöhen. Dieser steigt dann in der Folge bis 2035 auf 4,5 vH und verbleibt bis 2040 – hier endet der von der Kommission berücksichtigte Zeithorizont – auf diesem

¹³⁵ Vgl. „Rürup-Kommission“ (2003a-d).

Tabelle 3: Vergleich der Reformvorschläge von IWG BONN, „Herzog-Kommission“ und „Rürup-Kommission“

<i>IWG BONN</i>	<i>„Rürup-Kommission“</i>	<i>„Herzog-Kommission“</i>
Dauerhafter Umstieg auf Kapitaldeckung	Temporäre Teilkapitaldeckung	Dauerhafter Umstieg auf Kapitaldeckung
Private Pflege-Pflichtversicherung für alle (ausschließlich oder ergänzend)	Soziale Pflegeversicherung für Versicherungspflichtige, private Pflege-Pflichtversicherung nur für Nichtversicherungspflichtige	Soziale Pflegeversicherung für Versicherungspflichtige, private Pflege-Pflichtversicherung nur für Nichtversicherungspflichtige
Umstieg möglichst früh (z.B. 2005)	Kein Umstieg, Rücklagenbildung ab 2010	Umstieg ab 2030
Individueller privater Kapitalstock	Kollektiver staatlicher Kapitalstock (bei BfA)	Kollektiver staatlicher Kapitalstock bis mindestens 2030 (bei Bundesbank), danach individueller Kapitalstock in Sozialversicherung
Individuelle versicherungsmathematische Beiträge für alle umgestellten Jahrgänge	Einkommensabhängige Beiträge zur SPV, im Alter Deckelung durch Auflösung des kollektiven Kapitalstocks	Individuelle versicherungsmathematische Beiträge für alle Jahrgänge ab 2030, Deckelung durch Auflösung des kollektiven Kapitalstocks
Bildung von Deckungskapital für das Alter ab 55 Jahre, freiwillig auch früher	Bildung von Deckungskapital in aktiver Phase - nur zeitweilig („Untertunnelung“)	Bildung von Deckungskapital durch alle Beitragszahler (erst kollektiv, dann individuell)
Rechnungszinssatz für Deckungskapital 3,5/4,0 vH	Rechnungszinssatz 4,0 vH	Rechnungszinssatz für Deckungskapital k. A.
Durchschnittlicher „Beitragsatz“ bezogen auf bisherige SPV-Versicherte ab 2005 2,7 bis maximal 3,4 vH (2015-2020), danach sinkend (bezogen auf bisherige Bemessungsgrundlage)	Beitragsatz für Erwerbstätige weiter 1,7 vH, für Rentner 3,2-4,5 vH, bezogen auf verbreiterte Bemessungsgrundlage	Beitragsatz für alle SPV-Versicherten ab 2004 3,2 vH bei deutlich verbreiteter Bemessungsgrundlage – entspricht ca. 3,4 vH bei bisheriger Bemessungsgrundlage
Höhere Beiträge für ältere Rentner und höhere Belastung ab 55 Jahre	Höhere Beiträge für Rentner als für Aktive	Höherer Beiträge für Rentner als für Aktiven (Prüfung)
Trennung von Versicherung und Umverteilung	Weiterhin Kopplung von Umverteilung und Versicherung über einkommensabhängige Beiträge	(Teilweise) Trennung von Umverteilung und Versicherung
Realwertsicherung der Pflegeleistungen (Preissteigerung +2,25 vH p.a.), Umschichtung von stationärer zu ambulanter Pflege	Realwertsicherung der Pflegeleistungen (Preissteigerung +2,25 vH p.a.), aber mittelfristig Ausgabenkürzungen von 2 Mrd € jährlich durch veränderte Leistungsgewährung	Realwertsicherung der Pflegeleistungen (Preissteigerung +1,5 vH p.a.), Umschichtung von stationärer zu ambulanter Pflege

Niveau.¹³⁶ Diese würden damit einen immer höheren Anteil der Leistungsausgaben, die ja im Wesentlichen auf sie (im höheren Alter) entfallen, finanzieren. Der Beitragssatz für Arbeitnehmer soll dagegen weiter 1,7 vH betragen. Insgesamt sollen so ab 2010 wieder Überschüsse in der sozialen Pflegeversicherung geschaffen werden. Abzüglich einiger Leistungsverbesserungen erreichen diese Überschüsse nach Kommissionsberechnungen anfänglich eine Größenordnung, die 0,5 Beitragspunkten des von den Arbeitnehmern zu zahlenden Beitrags – also knapp einem Drittel des von diesen zu tragenden Beitragsaufkommens – entspricht. Sie sollen bei der gesetzlichen Rentenversicherung geparkt und verzinslich angelegt werden. Hierbei unterstellt die Kommission einen Nominalzinssatz von mindestens 4,0 vH, was bei der ebenfalls angenommenen Preissteigerung von 1,5 vH einem Realzinssatz von mindestens 2,5 vH entspricht. Dafür sollen für die erwerbstätigen Beitragszahler „private Pflegekonten“ eingerichtet werden, die mit einem Eigentumsanspruch dieser Versichertengruppe für die eingezahlten Beiträge ausgestattet sind. Sobald diese selbst das Rentenalter erreichen, müssen sie den deutlich höheren Beitrag für Rentner zahlen. Gleichzeitig erhalten sie dann aus ihrem privaten Pflegekonto eine zusätzliche, nicht vererbare, nicht kapitalisierbare, nicht veräußerbare und nicht beleihbare Leibrente ausbezahlt, die einen Teil der steigenden Pflegebeiträge für Rentner ausgleicht. Abzüglich dieser Leibrente, die bis 2040 auf knapp 1,1 Beitragspunkte ansteigt, steigt der Beitragssatz der Rentner von 2010 bis 2035 von 3,2 auf 3,5 vH. Danach erwartet die Kommission einen leichten Rückgang auf 3,4 vH, weil der Bruttobeitrag der Rentner unter den von ihr zugrunde gelegten Annahmen nicht mehr steigt. Die Projektionen des IWG BONN stützen diese Erwartung allerdings nicht. Vielmehr steigt danach der in Beitragspunkten ausgedrückte Finanzierungsbedarf bis 2050 und darüber hinaus weiter.

Im Kern besteht das Konzept der „Rürup-Kommission“ damit aus zwei Elementen. Erstens wird die Lastverteilung zwischen aktiven und nicht mehr aktiven Jahrgängen ab sofort zu Lasten der letzteren verschoben. Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden. Eine Neujustierung der Lastverteilung zwischen den Generationen ist durchaus geboten. Allerdings führt der Kom-

¹³⁶ Der davon auf die Rentenversicherungsträger entfallende Beitragsanteil sinkt vorübergehend und erreicht am Ende wieder das Anfangsniveau von 0,85 Prozentpunkten. Der Eigenbeitrag der Rentner wird sich dagegen von 0,85 auf 3,65 vH mehr als vervierfachen.

missionsvorschlag bei den zu erwartenden Rentenkürzungen fast zwangsläufig zu erheblichen realen Nettobelastungen. Die Kommission sieht deshalb eine entsprechende Anhebung der bedarfsorientierten Grundsicherung im Alter vor, was wiederum entsprechende Steuermehrbelastungen (auch für die aktiven Jahrgänge) impliziert.

Zweitens werden dem bestehenden Umlagesystem mit den höheren Beiträgen der Rentner neben gewissen Einsparungen zusätzliche Beitragseinnahmen verschafft. Wie bereits bei dessen Einführung 1995, jedoch in weit größerem Umfang, soll damit zunächst eine Finanzreserve aufgebaut werden. Dass diese vor politischen Zugriffen diesmal besser geschützt wäre, muss trotz der vorgesehenen „Eigentumsgarantie“ bezweifelt werden. Die aus Gründen der Kostenersparnis vorgesehene Übertragung der Kapitalverwaltung an die gesetzlichen Rentenversicherungsträger lädt förmlich zu neuen „Verschiebehöfen“ ein. Beispielsweise würde sich sofort die Frage nach der Aufteilung der Verwaltungskosten stellen. Dass eine echte individuelle Kontenführung bei der Sozialversicherung letztlich billiger als bei privaten Versicherungsunternehmen zu haben wäre, ist – jedenfalls bei vollständiger Kalkulation der Kosten – ebenfalls zweifelhaft.

Die „privaten Pflegekonten“ entpuppen sich bei Licht besehen als „Mikry“ einer privaten Eigenvorsorge, mit der sie in Wirklichkeit nichts gemein haben. Ihre Fungibilität ist vollkommen aufgehoben. Man könnte und sollte daher von vornherein darauf verzichten, die angestrebte vorübergehende Kapitalreserve der Sozialversicherung auf diese Weise zu kaschieren. Damit würde wenigstens vermieden, der Öffentlichkeit eine falsche Vorstellung von privater Vorsorge zu vermitteln.

7.2.2 „Herzog-Kommission“

Im Unterschied zur „Rürup-Kommission“ empfiehlt die „Herzog-Kommission“ bei der Pflege- wie bei der Krankenversicherung langfristig einen Systemwechsel vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren. Dabei bleibt sie jedoch auf halbem Weg stehen. Denn das Kapitaldeckungsverfahren mit individuell kalkulierten Prämien soll innerhalb der sozialen Pflegeversicherung organisiert werden, an der die „Herzog-Kommission“ ausdrücklich festhält. Ein schlüssiges Argument für diese auch wettbewerbspolitisch

problematische Konstruktion ist nicht erkennbar. Unklar ist auch, wie die „Individualisierung“ ab 2030 vollzogen werden soll.

Noch gravierender ist aber, dass die „Herzog-Kommission“ für einen Zeitraum von bis zu 25 Jahren ebenso wie die „Rürup-Kommission“ einen kollektiven Kapitalstock in staatlicher Hand einrichten will. Auch dessen Verwaltung durch die Bundesbank bietet letztlich keine Gewähr vor politischen Zugriffen. So hängt etwa die Höhe der jährlichen Rücklagenbildung direkt von der politisch gestaltbaren Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung ab. Zusätzlich bietet der Aufbau eines Kapitalstock innerhalb der Sozialversicherung erhebliche zusätzliche Verschuldungsspielräume für die Gebietskörperschaften. Statt derartige risikoreiche Umwege einzuschlagen, sollte deshalb das angestrebte Ziel eines Systemwechsels in der Pflegeversicherung direkt und sofort angestrebt werden.

Ferner wird für Nichtversicherungspflichtige die Option aufrechterhalten, sich wie bisher freiwillig in der ebenfalls kapitalgedeckten privaten Pflegepflichtversicherung zu versichern. Die Versicherungspflichtgrenze soll dabei weiterhin nur von den bisher berücksichtigten Erwerbs- und Altereinkünften abhängen. Gleichzeitig soll aber für die Versicherungspflichtigen – insbesondere für Verheiratete, die keine Kinder (mehr) erziehen – die Bemessungsgrundlage deutlich ausgeweitet werden. Dadurch entstehen zusätzliche Anreize für Kinderlose mit „guten Risiken“, der sozialen Pflegeversicherung schon in den nächsten Jahren den Rücken zu kehren. Dies würde die Treffgenauigkeit der Umverteilung weiter verstärken und dem Aufbau des kollektiven Kapitalstocks Mittel entziehen.

7.3 Zur Vergleichbarkeit der quantitativen Ergebnisse der verschiedenen Gutachten

Die quantitativen Ergebnisse dieser Studie lassen sich mit denen der beiden Kommissionen nur eingeschränkt vergleichen, da die jeweils zugrunde gelegten Annahmen, aber auch die vorgeschlagenen Einzelmaßnahmen zum Teil deutlich divergieren. Zum einen gehen beide Kommissionen – aus unterschiedlichen Gründen¹³⁷ – von einem flacheren Ausgabenpfad aus als die

¹³⁷ So sieht die „Rürup-Kommission“ (2003d) auch Leistungskürzungen vor. Die „Herzog-Kommission“ (2003) geht insbesondere von einer deutlich geringeren Preissteige-

vorliegende Projektion. Zum anderen legen beide ihren Berechnungen – wiederum mit unterschiedlichen Annahmen – eine breitere Bemessungsgrundlage zugrunde. Entsprechend erwarten sie jeweils für die Fortführung der sozialen Pflegeversicherung schwächere Beitragssteigerungen. Die jeweils ermittelten Beitragssatzbelastungen sind daher nicht unmittelbar vergleichbar. Zudem müssten für einen vollständigen Vergleich neben dem Beitragssatz auch jeweils mögliche zusätzliche Steuermehrbelastungen (sei es für die Umfinanzierung der Transferleistungen, sei es für einen erhöhten Finanzbedarf der bedarfsorientierten Grundsicherung im Alter) in Rechnung gestellt werden. Daher können an dieser Stelle nur einige grobe Anhaltspunkte zur Orientierung gegeben werden.

Bereinigt man etwa den Beitragssatz von 3,2 vH, den die „Herzog-Kommission“ ab 2004 vorsieht, um die von ihr durch die Einbeziehung weiterer Einkünfte und ein Ehegattensplitting angestrebte Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, so erhöht sich dieser auf 3,4 vH. Eine Rückrechnung des Reformmodells der „Rürup-Kommission“ mit den in der vorliegenden Untersuchung zugrunde gelegten Annahmen wiederum führt zu einer erheblichen Deckungslücke.¹³⁸ Umgekehrt würden unter entsprechenden Annahmen die hier entwickelten Vorschläge jeweils ebenfalls zu günstigeren Ergebnissen führen.

7.4 Neue Eingriffe der Politik

Ob sich Politik und Öffentlichkeit am Ende rechtzeitig durchringen, die Pflegeversicherung grundlegend zu reformieren, ist ungewiss. Die Bundesregierung hat sich schon frühzeitig auf ein grundsätzliches Festhalten an der bisherigen sozialen Pflegeversicherung festgelegt. Das Mehrheitsvotum der „Rürup-Kommission“ hat dem Rechnung getragen. Inzwischen zeichnet sich aber ab, dass selbst diese Vorschläge nur sehr halbherzig und unsystematisch aufgegriffen werden. Um die Rentenversicherung kurzfristig finanziell zu

rung bei den Pflegeleistungen aus. Allerdings nimmt sie auch das mit Abstand geringste Wirtschaftswachstum an.

¹³⁸ Die errechnete jährliche Deckungslücke beträgt im Jahr 2040 etwa 20 Milliarden € und dürfte sich bis 2050 fast verdoppeln. Dagegen erwartet die „Rürup-Kommission“ (2003d), S. 204, dass bis 2040 ein Kapitalstock von 125 Milliarden € auf den privaten Pflegekonten aufgebaut wird, obwohl ihr Konzept bereits ab 2015 eine wachsende Kapitalentnahme vorsieht (ebd., S. 205).

entlasten, hat die Bundesregierung am 19. Oktober 2003 u.a. beschlossen, dass die Rentner ab dem 1. April 2004 den Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung allein tragen müssen. Damit wird ein wichtiges Element einer künftigen Reform der Pflegeversicherung, die allgemein akzeptierte Notwendigkeit, die intergenerativen Lastverteilung *innerhalb* der Pflegeversicherung neu auszutarieren, aus kurzfristigen Überlegungen zweckentfremdet. Denn die Mehrbelastung der Rentner verbessert nun nicht die Finanzlage der Pflegeversicherung, sondern die der Rentenversicherung.

Die Eckbeschlüsse der Bundesregierung vom 22. Oktober 2003 zur geplanten Reform der Pflegeversicherung setzen diese Tendenz zu kurzfristigem, eklektischen Handeln fort. Zwar enthalten sie richtige Elemente wie die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung (ab 2007),¹³⁹ die Stärkung der ambulanten Pflege, die bessere Berücksichtigung der Belange Demenzkranker und die Erprobung personenbezogener Budgets in der professionellen Pflege. Insgesamt dienen die geplanten Maßnahmen jedoch vor allem dazu, die bestehende umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung zu konservieren. Dabei bleibt der Zeithorizont der Regierung auf die kommenden Jahre beschränkt. Um die schon vorhandene und stetig wachsende Deckungslücke kurzfristig zu schließen, plant sie unter Verweis auf die Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts eine Erhöhung des Beitrags für Kinderlose, aber auch für Eltern, deren Kinder den Haushalt verlassen haben, um durchschnittlich 2 € monatlich. Dies ergäbe bei voller Einbeziehung der Eltern erwachsener Kindern ein zusätzliches Beitragsaufkommen von rund 1 Milliarde Euro jährlich, was umgerechnet auf alle Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung etwa 0,1 Beitragssatzpunkten entspräche. Mittelfristig könnte dieses Mehraufkommen allerdings durch eine noch stärkere Abwanderung gut verdienender Kinderloser in die private Pflegeversicherung gemindert werden. Trotz der angestrebten Mehreinnahmen dürfte aber spätestens ab 2008 der jetzige Beitragssatz von 1,7 vH nicht mehr ausreichen.

Sollte mit derartigen Einzeleingriffen eine grundlegende Strukturreform der gesetzlichen Pflegeversicherung bis etwa 2010 oder gar noch länger hinausgezögert werden, wäre es dafür dann zu spät.

¹³⁹ Geplant ist, die Leistungssätze ab 2007 mit einer um 0,25 Prozentpunkte über der allgemeine Inflationsrate liegenden Steigerungsrate fortzuschreiben.

8 Fazit und Ausblick

Die gesetzliche Pflegeversicherung hat die mit ihr verfolgten Ziele nur partiell und temporär erreicht. Das liegt zum Teil an den sich widersprechenden Zielen der ausreichenden Bedarfsdeckung und der Beitragsstabilität. Schon heute klafft hier eine Schere: Die Kommunen müssen wieder vermehrt Hilfe zur Pflege finanzieren, und die finanzielle Lage vieler Anbieter und Pflegebedürftiger verschlechtert sich zunehmend.

Vor allem aber ist die gesetzliche Pflegeversicherung gegenwärtig nicht zukunftsfest. Wie kein anderes soziales Sicherungssystem wird sie künftig von den Wirkungen des demographischen Wandels betroffen sein. Dieser Herausforderung wird sie bisher nicht gerecht. Denn mit der sozialen Pflegeversicherung wurden erneut in beträchtlichem Umfang staatliche Leistungen mit einer Umlagefinanzierung verknüpft, die die heutigen aktiven Jahrgänge und ihre Kinder finanziell immer stärker belastet, ohne sie selbst verlässlich abzusichern.

Zugleich entzieht die gegenwärtige Regelung die Vorsorge für das Pflegerisiko weitgehend einer marktwirtschaftlichen Lösung. Sie nutzt damit nicht die Leistungsfähigkeit des Marktes und stärkt gleichzeitig die Neigung der Bürger, vom Staat eine umfassende Absicherung gegen alle möglichen Lebensrisiken zu erwarten. Umlagefinanzierte soziale Sicherungssysteme in öffentlicher Hand sind besonders stark dem kurzfristigen Zugriff der Politik ausgesetzt, deren Zeithorizont sich nach Wahlzyklen und daher in Zeiträumen bemisst, die verglichen mit jenen, in denen für die Pflege vorgesorgt werden muss, äußerst gering sind. Schließlich gehen von der derzeitigen Finanzierungs- und Leistungsgestaltung Fehlanreize aus, die die Probleme noch verstärken. Aus diesen Gründen ist eine grundlegende Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung dringend geboten. Dabei gilt:

- Die finanzielle Vorsorge für das Pflegerisiko muss dauerhaft ein gleich bleibendes Leistungsniveau ohne übermäßige Beitragssteigerungen gewährleisten. Da das Pflegerisiko vor allem gegen Ende des Lebens eintritt, verbleibt auch in fortgeschrittenem Lebensalter noch Zeit für die notwendige Vorsorge. Auch im Rahmen einer gesamtwirtschaftlich erwünschten Mischung von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren sollte

deshalb die Pflegeversicherung auf Dauer möglichst weitgehend in die Kapitaldeckung überführt werden.

- Ein Umstieg auf das Kapitaldeckungsverfahren innerhalb der sozialen Pflegeversicherung verbietet sich aus ordnungspolitischen Gründen, wegen der Gefahr politischer Begehrlichkeiten und aus Effizienzgründen. Dass staatliche Verwaltungen bei ihrem Portfoliomanagement höhere Renditen als der Markt erwirtschaften, ist weniger wahrscheinlich als das Gegenteil.
- Die Reform der Pflegeversicherung muss sich in die notwendige Gesamtreform der sozialen Sicherungssysteme und des Gemeinwesens einfügen. Dies ist insbesondere bei Fragen der Lastverteilung und der Umfinanzierung zu berücksichtigen. Die bisherige Lastverteilung innerhalb der gegenwärtigen Bevölkerung sowie zwischen heutigen und künftigen Generationen muss neu austariert werden. Angesichts der starken Leistungskürzungen bei der gesetzlichen Alterssicherung und im Gesundheitswesen, mit denen gerade die gegenwärtig aktiven Jahrgänge im jüngeren und mittleren Alter („Sandwich-Generation“) künftig konfrontiert sein werden, erscheint es auch unter Würdigung der Lebensleistung der Kriegs- und Wiederaufbaugeneration vertretbar, dass die heute und in naher Zukunft im Ruhestand befindlichen Jahrgänge stärker als bisher ihre Pflegekosten selbst tragen.
- Dies erfordert, das politisch gewollte Umverteilungsvolumen insgesamt offen zu legen. Nur so lässt sich zugleich gewährleisten, dass die mit einem Solidarausgleich verfolgten Ziele insgesamt und effizient erreicht werden. Denn im bisherigen Geflecht unzähliger steuer- und sozialrechtlicher Regelungen nimmt der Staat nicht selten denselben Bürgern mit der einen Hand, was er ihnen mit der anderen Hand gibt. Deshalb sollten künftig – und zwar nicht allein bei der gesetzlichen Pflegeversicherung – verteilungspolitische Aufgaben möglichst weitgehend auf das staatliche Steuer- und Transfersystem verlagert werden.
- Eine Reform bei der Pflege kann und sollte wegweisend für andere Bereiche sein. Dazu muss sie die Stärkung der Eigenverantwortung im Rahmen einer Zivilgesellschaft in den Vordergrund stellen. Dazu gehört namentlich die Stärkung der häuslichen Pflege. Auch muss den Bürgern bewusst gemacht werden, dass staatlich organisierte Vorsorge das Pfl-

gerisiko nie voll abdecken kann, sondern durch individuelle Vorsorge (insbesondere im Hinblick auf die „Hotelkosten“) ergänzt werden muss.

Diesen Anforderungen tragen viele bislang diskutierte Reformvorschläge nur unzulänglich Rechnung. Sie versuchen entweder das gegenwärtige System zu stabilisieren oder beschreiten den Weg zu einem Systemwechsel halbherzig oder gar in einer falschen Richtung.

Der hier vorgeschlagene Übergang zu einer allgemeinen, kapitalgedeckten, privaten Pflege-Pflichtversicherung dagegen bietet eine dauerhaft tragfähige, sozial und intergenerativ gerechte und ökonomisch effiziente Lösung. Da diese Lösung von der bestehenden Rechtslage auszugehen hat, ist der vorgeschlagene Weg für die Beteiligten – Bürger wie Politiker – keineswegs bequem. Er bezieht ausdrücklich und bewusst auch die Interessen künftiger Generationen in die heutige Entscheidung ein, was angesichts einer bislang hohen Gegenwartsbezogenheit erhebliche Einstellungsveränderungen erfordert. Umso wichtiger ist es, sich die möglichen Alternativen vor Augen zu führen. Wird am bestehenden System festgehalten, sind ständige Eingriffe zur Beschaffung zusätzlicher Mittel zwingend. Früher oder später stößt dies dann an Belastungs- und vor allem Akzeptanzgrenzen. Der Staat wäre schließlich nicht mehr in der Lage, die einst gegebenen Leistungsversprechen einzulösen. Die Folge wäre eine massive Verletzung der Generationengerechtigkeit und schwerwiegende soziale Konflikte. Oder aber die bestehende gesetzliche Pflegeversicherung wird sofort ersatzlos beendet und die Absicherung des Pflegerisikos bleibt jedem Einzelnen überlassen. Dann müsste jedoch zusätzlich der Anspruch auf Hilfe zur Pflege drastisch eingeschränkt werden, um eine „Umfinanzierung“ über die Sozialhilfe zu vermeiden. Für die davon Betroffenen hätte dies gravierende Folgen. Eine nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdige Versorgung wäre in vielen Fällen nicht gewährleistet. Zudem hätten viele heute lebende Jahrgänge nur noch unzureichend Gelegenheit zur Vorsorge.

Natürlich ist angesichts der zu betrachtenden Zeithorizonte eine günstigere Bedarfs- und Finanzentwicklung, als sie derzeit unter plausiblen Annahmen zu erwarten ist, langfristig nicht auszuschließen. Entscheidenden Einfluss könnten dabei Verhaltensänderungen in der Bevölkerung haben, die das Pflegerisiko als solches reduzieren. Hiervon würde jedes Finanzierungssystem profitieren. An den Vorzügen der vorgeschlagenen Reform ändert dies

nichts – im Gegenteil: alle würden dann schon früher von den längerfristigen Entlastungen profitieren.

Die langfristig gewährleistete finanzielle Tragfähigkeit der Pflegefinanzierung bietet Pflegebedürftigen und Pflegeanbietern Versorgungs- und Planungssicherheit. Die Herstellung der Generationengerechtigkeit verhindert, dass es früher oder später zum Konflikt zwischen den Generationen kommt. Zudem wird die wirtschaftliche Effizienz gestärkt. Langfristig sinken Staats- und Abgabenquote, weil der Staat die Finanzierung nicht mehr selbst – im Rahmen der Sozialversicherung – organisiert. Zugleich ist die Aufbringung der Versicherungsbeiträge nicht länger an einen bestimmten Produktionsfaktor gekoppelt, wie dies auch bei der sozialen Pflegeversicherung derzeit noch in großem Umfang der Fall ist. Eine Umwandlung der bisherigen Arbeitgeberbeiträge in Lohnbestandteile und das damit verbundene Einfrieren der aus der Pflegefinanzierung resultierenden Lohnzusatzkosten, würde die Unternehmen schon in den nächsten Jahren, vor allem aber langfristig spürbar entlasten. Von daraus resultierenden Wachstums- und Beschäftigungsgewinnen profitieren letztlich auch die privaten Haushalte.

Hervorzuheben ist außerdem die ordnungspolitische Weichenstellung, die mit der vorgeschlagene Reform eingeleitet wird. Markt und private Eigenverantwortung werden gestärkt. Versicherungsaufgaben und Verteilungsaufgaben werden konsequent getrennt. Dies führt einerseits dazu, dass unter Nutzung des „Wettbewerbs als Entdeckungsverfahren“ die Versicherungsaufgaben effizient und unverzerrt erfüllt werden können. Andererseits wird der Umfang der Verteilungsströme transparent und damit demokratischer Kontrolle durch den Wähler und Abgabenzahler zugänglich gemacht. Damit werden zugleich die Möglichkeiten einer rationalen Überprüfung der Effektivität und Effizienz von Umverteilungsmaßnahmen deutlich verbessert.

Anstelle eines vollständigen Systemwechsels könnte auch ein Mischmodell mit teilweiser Kapitaldeckung und möglicher Kombination von sozialer und privater Pflege-Pflichtversicherung in Betracht gezogen werden. Dieses könnte eine gleichmäßigere Lastverteilung im Zeitverlauf erleichtern. Allerdings wäre der Gesamtlastungseffekt langfristig geringer. Zudem bliebe die Umverteilung weiter relativ intransparent. Ein wichtiges Argument für eine solche Reformoption könnte aber deren Ausweitung auf die Krankenversicherung darstellen.

Die künftigen Weichenstellungen bei der Pflegefinanzierung haben auch für die föderale Ordnung erhebliche Bedeutung. Ein Rückverlagern der Pflegekosten auf die Sozialhilfe etwa würde binnen weniger Jahre den Finanzkollaps der Kommunen bedeuten. Davon wären besonders Länder wie Nordrhein-Westfalen mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung betroffen¹⁴⁰

Gerade Länder und Kommunen tragen jedoch auch selbst Verantwortung dafür, dass Pflegebedürftige ihr Leben künftig unter menschenwürdigen Umständen und möglichst weitgehend in die Gesellschaft integriert verbringen können. Eine ausreichende finanzielle Absicherung von Pflegeleistungen stellt hierfür nur eine notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung dar. Entscheidend ist das Gesamtumfeld, das zum Beispiel auch von der Stadtentwicklung, künftigen Wohnformen (betreutes Wohnen im Alter usw.) und nicht zuletzt vom Nachbarschaftsumfeld sowie der Fortentwicklung zivilgesellschaftlicher Strukturen abhängt. Hierauf nehmen gerade kommunale Entscheidungen Einfluss. Die Länder stehen, solange sie die Planungshoheit bei der Pflegeinfrastruktur haben, vor allem für ihre Investitionskostenzuschüsse in der Verantwortung. Sind sie hierzu finanziell nicht in der Lage, müsste insgesamt eine noch stärker marktorientierte Lösung mit veränderten Kalkulationsregeln für die Leistungssätze erwogen werden. Dann müsste allerdings auch der Leistungsumfang der Pflegeversicherung überprüft werden.

Ein entscheidender Faktor für die künftige Situation der Pflegebedürftigen ist schließlich die Gesellschaft selbst. Über den wünschenswerten Vorrang der häuslichen Pflege besteht weithin Einigkeit. Nicht übersehen werden darf aber, dass der individualistische Lebensstil, die Auflösung familiärer Strukturen, die Fraktionierung der Haushalte, die Mobilitätsanforderungen der Wirtschaft an die Erwerbstätigen und nicht zuletzt die insgesamt fortschreitende Alterung der Bevölkerung die häuslichen Pflegepotentiale zunehmend einengen. Dem lässt sich vermutlich nur begrenzt gegensteuern.

¹⁴⁰ Ende 2001 waren in Nordrhein-Westfalen knapp 460.000 Personen pflegebedürftig. Das entsprach knapp einem Viertel aller Pflegefälle in Deutschland bei einem gleichzeitigen Bevölkerungsanteil von rund einem Fünftel. Nach bisher vorliegenden Bevölkerungsvorausrechnungen dürfte sich dieser Trend fortsetzen. Hinzu kommt die in den letzten Jahren überdurchschnittliche Zunahme der teuren stationären Unterbringung Pflegebedürftiger in Nordrhein-Westfalen.

Umso wichtiger ist es, bei politischen Entscheidungen darauf zu achten, einer Schwächung der häuslichen Pflege nicht noch Vorschub zu leisten.

Tabellenanhang

Hinweis:

Aufgrund von Rundungen können bei Summen- und Anteilsbildungen in den Tabellen numerische Abweichungen gegenüber den Einzelwerten auftreten.

Tabelle A 1: Versicherte in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht 2001

Altersgruppe	PPV			SPV			GPV		
	m	w	i	m	w	i	m	w	i
	Tsd.								
0-15	589	555	1.145	5.457	5.208	10.664	6.046	5.763	11.809
15-20	212	203	415	2.076	1.980	4.056	2.288	2.183	4.471
20-25	197	142	339	1.999	2.059	4.057	2.195	2.201	4.396
25-30	243	161	404	1.967	2.031	3.997	2.210	2.192	4.402
30-35	455	240	694	2.615	2.747	5.362	3.070	2.987	6.056
35-40	580	296	876	2.967	3.131	6.098	3.547	3.427	6.974
40-45	562	307	869	2.646	2.846	5.492	3.208	3.153	6.361
45-50	518	320	838	2.273	2.496	4.768	2.791	2.816	5.606
50-55	482	277	759	2.054	2.293	4.347	2.535	2.571	5.106
55-60	379	215	594	1.802	2.009	3.811	2.181	2.224	4.405
60-65	358	217	575	2.454	2.725	5.179	2.812	2.942	5.754
65-70	196	132	329	1.870	2.172	4.042	2.066	2.304	4.370
70-75	146	119	265	1.445	1.908	3.353	1.591	2.027	3.617
75-80	103	120	223	883	1.752	2.635	986	1.872	2.858
80-85	52	80	132	457	1.142	1.599	508	1.222	1.731
85-90	28	46	74	245	733	978	273	779	1.052
90+	9	28	37	101	426	527	111	453	564
alle	5.109	3.459	8.568	33.310	37.656	70.966	38.419	41.115	79.534

Quelle: BMGS, PKV-Verband

Tabelle A 2: Zahl der Leistungsempfänger in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach Pflegestufen 1995-2005

Pflege- stufe	PPV				SPV				GPV			
	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.
ambulant (Tsd.)												
1995	-	-	-	-	367	561	134	1.061	367	561	134	1.061
1996	26	24	13	62	508	507	146	1.162	534	531	159	1.224
1997	28	24	10	63	568	486	143	1.198	597	510	153	1.260
1998	32	27	11	70	617	472	138	1.227	648	499	149	1.296
1999	34	27	10	71	668	472	140	1.280	702	499	150	1.352
2000	36	28	10	74	682	448	131	1.261	718	476	141	1.335
2001	38	28	10	77	698	437	127	1.262	736	465	137	1.338
2002	40	30	10	80	726	436	127	1.289	766	465	137	1.369
2003	41	30	10	81	734	441	128	1.303	775	470	139	1.384
2004	65	41	12	119	724	439	128	1.292	790	480	141	1.411
2005	67	42	13	122	742	448	131	1.322	810	491	143	1.444
stationär (Tsd.)												
1995	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1996	5	10	11	27	112	163	110	385	117	173	121	411
1997	6	11	9	26	159	190	113	462	165	200	122	488
1998	6	12	9	27	188	211	113	511	194	222	122	539
1999	7	14	10	32	204	227	115	546	211	241	126	578
2000	8	15	10	33	211	235	116	561	219	250	126	594
2001	9	16	10	34	219	243	116	578	228	259	126	612
2002	10	17	10	36	230	250	120	600	240	266	130	636
2003	10	17	10	37	232	252	121	605	242	269	131	641
2004	21	21	10	52	225	255	124	604	246	275	134	656
2005	21	21	11	53	231	262	127	620	252	283	138	673
insgesamt (Tsd.)												
1995	-	-	-	-	367	561	134	1.061	367	561	134	1.061
1996	31	34	24	89	620	670	256	1.547	651	704	281	1.636
1997	34	35	20	88	728	676	256	1.660	762	711	276	1.748
1998	38	39	20	97	804	682	251	1.738	843	721	271	1.835
1999	41	41	20	103	872	699	255	1.826	913	740	276	1.929
2000	44	43	20	107	893	683	246	1.822	937	726	266	1.929
2001	47	44	20	111	917	679	244	1.840	963	724	264	1.951
2002	50	46	20	116	956	686	247	1.889	1.006	732	267	2.005
2003	50	47	20	117	966	693	250	1.908	1.016	739	270	2.025
2004	86	62	23	171	950	693	252	1.895	1.036	755	275	2.066
2005	89	64	23	176	973	710	258	1.941	1.062	774	281	2.117

Quellen: BMGS, PKV, 2003-2005 Projektion des IWG BONN 2003

Stand am 31.12.d.J.

Tabelle A 3: Jährliche Pflegeausgaben und ihre Finanzierung 1992-2003 in jeweiligen Preisen

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	Mrd. €											
<i>Pflegeausgaben insgesamt</i>	11,5	12,6	13,5	19,9	23,9	24,9	25,4	26,1	26,6	27,0	28,1	29,4
soziale Pflegeversicherung	-	-	-	5,3	10,9	15,1	15,8	16,3	16,7	16,9	17,4	18,0
private Pflege-Pflichtversicherung	-	-	-	0,3	0,3	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
gesetzliche Unfallversicherung	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Kriegsopferfürsorge	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Sozialhilfe	7,5	8,4	9,1	8,9	7,1	3,5	3,0	2,9	2,9	2,9	3,2	3,5
Beihilfe	-	-	-	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
private Haushalte	3,4	3,4	3,6	4,1	4,3	4,6	4,9	5,2	5,3	5,6	5,8	6,0
<i>Pflegeausgaben ohne „Hotelkosten“</i>	7,9	8,7	9,3	15,4	19,8	21,8	22,3	22,9	23,4	23,7	24,5	25,6
soziale Pflegeversicherung	-	-	-	5,3	10,9	15,1	15,8	16,3	16,7	16,9	17,4	18,0
private Pflege-Pflichtversicherung	-	-	-	0,3	0,3	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
gesetzliche Unfallversicherung	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Kriegsopferfürsorge	0,6	0,7	0,7	0,7	0,6	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Sozialhilfe	5,3	5,9	6,3	6,3	5,0	2,4	2,1	2,0	2,0	2,0	2,2	2,4
Beihilfe	-	-	-	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
private Haushalte	2,0	2,0	2,1	2,4	2,6	2,8	2,9	3,1	3,2	3,4	3,5	3,7

Quellen: BMGS, PKV, StBA, PPV ab 1997 inklusive geschätztem Verwaltungskostenaufschlag, ab 2002 Schätzung des IWG BONN

Tabelle A 4: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht 2005-2050

Alters- gruppe	2005			2010			2020			2030			2040			2050		
	m	w	i	m	w	i	m	w	i	m	w	i	m	w	i	m	w	i
	Mio.																	
0-19	8,6	8,2	16,8	8,1	7,6	15,7	7,5	7,1	14,7	7,2	6,8	14,0	6,7	6,3	13,0	6,2	5,9	12,1
20-59	23,1	22,4	45,5	23,4	22,8	46,2	22,4	21,8	44,2	20,0	19,6	39,6	19,4	18,9	38,3	18,2	17,6	35,7
60+	8,8	11,8	20,6	9,3	12,0	21,3	10,8	13,5	24,2	12,7	15,5	28,2	12,5	15,7	28,1	12,4	15,8	28,2
65+	6,4	9,2	15,6	7,1	9,7	16,8	7,9	10,5	18,3	9,5	12,2	21,7	10,1	13,2	23,3	9,7	13,0	22,7
70+	3,9	6,5	10,4	4,9	7,3	12,2	5,5	7,8	13,3	6,4	8,9	15,3	7,8	10,7	18,5	7,3	10,4	17,7
75+	2,2	4,5	6,7	2,7	4,7	7,4	3,7	5,7	9,4	3,9	6,1	10,1	5,1	7,6	12,7	5,3	8,1	13,3
80+	1,0	2,6	3,6	1,3	2,9	4,2	2,1	3,6	5,7	2,2	3,8	6,0	2,7	4,6	7,4	3,5	5,8	9,3
90+	0,1	0,5	0,6	0,1	0,4	0,6	0,2	0,7	0,9	0,4	0,9	1,3	0,4	0,9	1,3	0,6	1,3	1,9
alle	40,6	42,3	82,9	40,8	42,4	83,2	40,7	42,4	83,1	39,9	41,9	81,8	38,5	40,8	79,4	36,8	39,2	76,0
	vH																	
0-19	21,2	19,3	20,3	19,8	18,0	18,9	18,5	16,8	17,6	18,0	16,3	17,1	17,3	15,5	16,4	16,9	15,0	15,9
20-59	57,0	52,9	54,9	57,5	53,6	55,5	55,1	51,5	53,2	50,2	46,7	48,4	50,3	46,2	48,2	49,4	44,8	47,0
60+	21,7	27,8	24,8	22,8	28,4	25,6	26,4	31,7	29,1	31,8	37,0	34,5	32,4	38,3	35,4	33,7	40,2	37,1
65+	15,8	21,8	18,9	17,4	23,0	20,2	19,3	24,7	22,0	23,8	29,2	26,6	26,2	32,3	29,4	26,4	33,2	29,9
70+	9,5	15,3	12,5	11,9	17,2	14,6	13,4	18,5	16,0	15,9	21,3	18,7	20,3	26,2	23,3	19,8	26,6	23,3
75+	5,4	10,5	8,0	6,5	11,1	8,9	9,0	13,5	11,3	9,9	14,6	12,3	13,3	18,6	16,0	14,3	20,6	17,5
80+	2,5	6,2	4,4	3,2	6,8	5,1	5,1	8,6	6,9	5,5	9,1	7,3	7,1	11,3	9,3	9,5	14,8	12,2
90+	0,3	1,1	0,7	0,3	1,0	0,7	0,6	1,6	1,1	1,0	2,2	1,6	1,1	2,3	1,7	1,6	3,3	2,5
alle	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Projektion des IWG BONN 2003, Variante C (Sterbetafel Bomsdorf), Wanderungssaldo 200.000

Tabelle A 5a: Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung
in vH der jeweiligen Altersgruppe 2002: ambulante Pflege

Alters- gruppe	Pflegestufe 1			Pflegestufe 2			Pflegestufe 3			insgesamt		
	m	w	i	m	w	i	m	w	i	m	w	i
0-14	0,30	0,22	0,26	0,21	0,16	0,18	0,10	0,09	0,09	0,61	0,47	0,54
15-19	0,22	0,17	0,20	0,22	0,16	0,19	0,14	0,11	0,13	0,58	0,45	0,52
20-24	0,15	0,11	0,13	0,16	0,12	0,14	0,10	0,08	0,09	0,41	0,32	0,36
25-29	0,13	0,10	0,11	0,14	0,12	0,13	0,08	0,07	0,07	0,35	0,28	0,32
30-34	0,13	0,11	0,12	0,13	0,11	0,12	0,06	0,06	0,06	0,32	0,27	0,30
35-39	0,14	0,12	0,13	0,13	0,12	0,13	0,06	0,05	0,06	0,33	0,30	0,31
40-44	0,16	0,16	0,16	0,14	0,14	0,14	0,06	0,05	0,05	0,36	0,35	0,35
45-49	0,20	0,20	0,20	0,15	0,15	0,15	0,06	0,06	0,06	0,40	0,41	0,41
50-54	0,28	0,29	0,28	0,18	0,19	0,19	0,07	0,07	0,07	0,53	0,55	0,54
55-59	0,44	0,41	0,42	0,27	0,27	0,27	0,09	0,08	0,09	0,80	0,76	0,78
60-64	0,69	0,62	0,65	0,46	0,38	0,42	0,13	0,11	0,12	1,28	1,10	1,19
65-69	1,18	1,10	1,14	0,80	0,61	0,70	0,22	0,15	0,18	2,20	1,86	2,02
70-74	2,05	2,18	2,12	1,45	1,09	1,25	0,39	0,24	0,31	3,89	3,52	3,69
75-79	3,49	4,37	4,05	2,38	1,94	2,10	0,60	0,44	0,50	6,47	6,75	6,65
80-84	6,30	8,49	7,84	4,08	3,65	3,78	0,99	0,81	0,86	11,38	12,95	12,49
85-89	11,15	14,16	13,41	7,20	7,26	7,24	1,56	1,67	1,65	19,92	23,09	22,30
90 +	13,37	15,97	15,40	9,81	12,03	11,54	2,18	3,39	3,12	25,36	31,38	30,07
alle	0,64	1,20	0,93	0,46	0,67	0,56	0,15	0,19	0,17	1,24	2,05	1,66

Quellen: BMGS, PKV, Berechnungen des IWG BONN

Tabelle A 5b: Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung
in vH der jeweiligen Altersgruppe 2002: stationäre Pflege

Alters- gruppe	Pflegestufe 1			Pflegestufe 2			Pflegestufe 3			insgesamt		
	m	w	i	m	w	i	m	w	i	m	w	i
0-14	0,02	0,01	0,02	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,03	0,03	0,03
15-19	0,06	0,04	0,05	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,08	0,05	0,06
20-24	0,07	0,05	0,06	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,10	0,07	0,08
25-29	0,09	0,06	0,08	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,11	0,08	0,10
30-34	0,10	0,08	0,09	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,13	0,10	0,11
35-39	0,11	0,09	0,10	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,14	0,11	0,13
40-44	0,12	0,10	0,11	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,16	0,13	0,15
45-49	0,13	0,09	0,11	0,03	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,18	0,14	0,16
50-54	0,15	0,10	0,13	0,04	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	0,22	0,17	0,20
55-59	0,16	0,12	0,14	0,07	0,05	0,06	0,04	0,05	0,04	0,28	0,21	0,25
60-64	0,22	0,14	0,18	0,13	0,10	0,11	0,06	0,07	0,07	0,41	0,31	0,36
65-69	0,28	0,21	0,25	0,22	0,20	0,21	0,11	0,12	0,11	0,61	0,54	0,57
70-74	0,36	0,42	0,39	0,39	0,49	0,45	0,18	0,26	0,23	0,93	1,17	1,06
75-79	0,54	1,03	0,86	0,73	1,34	1,12	0,35	0,65	0,54	1,63	3,02	2,52
80-84	1,09	2,57	2,13	1,55	3,36	2,82	0,67	1,51	1,26	3,31	7,44	6,21
85-89	2,76	5,83	5,07	3,81	8,01	6,97	1,36	3,50	2,97	7,93	17,35	15,01
90 +	4,65	8,48	7,64	6,45	14,98	13,12	2,25	7,32	6,21	13,35	30,77	26,97
alle	0,18	0,40	0,29	0,13	0,50	0,32	0,06	0,25	0,16	0,37	1,15	0,77

Quellen: BMGS, PKV, Berechnungen des IWG BONN

Tabelle A 5c: Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung
in vH der jeweiligen Altersgruppe 2002: insgesamt

Alters- gruppe	Pflegestufe 1			Pflegestufe 2			Pflegestufe 3			insgesamt		
	m	w	i	m	w	i	m	w	i	m	w	i
0-14	0,32	0,24	0,28	0,21	0,17	0,19	0,11	0,09	0,10	0,63	0,49	0,56
15-19	0,28	0,21	0,25	0,22	0,17	0,20	0,16	0,12	0,14	0,66	0,50	0,58
20-24	0,22	0,16	0,19	0,17	0,13	0,15	0,12	0,09	0,10	0,51	0,39	0,45
25-29	0,22	0,16	0,19	0,15	0,13	0,14	0,09	0,08	0,08	0,46	0,37	0,41
30-34	0,23	0,18	0,21	0,14	0,12	0,13	0,08	0,07	0,07	0,45	0,37	0,41
35-39	0,25	0,21	0,23	0,15	0,13	0,14	0,07	0,07	0,07	0,47	0,41	0,44
40-44	0,28	0,25	0,27	0,16	0,15	0,16	0,08	0,07	0,07	0,52	0,48	0,50
45-49	0,32	0,30	0,31	0,18	0,17	0,18	0,08	0,08	0,08	0,59	0,55	0,57
50-54	0,43	0,39	0,41	0,22	0,23	0,23	0,10	0,10	0,10	0,75	0,72	0,73
55-59	0,60	0,52	0,56	0,34	0,32	0,33	0,13	0,13	0,13	1,08	0,98	1,03
60-64	0,91	0,76	0,83	0,59	0,47	0,53	0,19	0,18	0,18	1,69	1,41	1,55
65-69	1,47	1,31	1,38	1,03	0,81	0,91	0,32	0,27	0,30	2,82	2,40	2,60
70-74	2,41	2,60	2,52	1,84	1,59	1,70	0,58	0,50	0,54	4,82	4,69	4,75
75-79	4,03	5,40	4,91	3,11	3,28	3,22	0,95	1,09	1,04	8,09	9,77	9,16
80-84	7,39	11,06	9,98	5,63	7,01	6,60	1,66	2,32	2,12	14,69	20,39	18,70
85-89	13,91	19,99	18,48	11,01	15,27	14,21	2,92	5,18	4,62	27,85	40,44	37,31
90 +	18,02	24,44	23,04	16,25	27,00	24,66	4,44	10,70	9,34	38,71	62,15	57,04
<i>alle</i>	<i>0,82</i>	<i>1,60</i>	<i>1,22</i>	<i>0,59</i>	<i>1,17</i>	<i>0,88</i>	<i>0,21</i>	<i>0,44</i>	<i>0,33</i>	<i>1,61</i>	<i>3,20</i>	<i>2,43</i>

Quellen: BMGS, PKV, Berechnungen des IWG BONN

Tabelle A 6a: Pflegefälle nach Altersgruppen, Pflegestufen und Unterbringungsart 2002-2050: Männer

Pflegestufe	2002				2005				2030				2050			
	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.
Altersgruppe	ambulant (Tsd.)															
0-19	24,4	18,3	10,0	52,7	23,7	17,9	9,8	51,4	19,9	14,9	8,1	43,0	17,2	12,9	7,0	37,1
19-39	15,8	16,3	8,5	40,6	14,9	15,5	8,1	38,5	12,6	13,1	6,9	32,5	11,3	11,8	6,2	29,3
39-59	28,9	20,4	7,3	56,6	31,0	21,8	7,8	60,7	28,1	19,5	6,9	54,5	26,5	18,2	6,4	51,2
60-64	19,2	12,8	3,6	35,6	15,8	10,6	3,0	29,4	21,7	14,5	4,1	40,3	18,7	12,5	3,5	34,7
65-69	26,1	17,7	4,8	48,5	30,3	20,5	5,6	56,5	37,3	25,2	6,9	69,3	28,6	19,4	5,3	53,3
70-74	32,7	23,1	6,2	62,0	34,9	24,6	6,7	66,2	50,3	35,6	9,6	95,5	42,3	29,9	8,1	80,3
75-79	35,9	24,5	6,2	66,5	43,1	29,4	7,4	80,0	62,1	42,4	10,7	115,2	60,5	41,3	10,4	112,2
80-84	35,8	23,2	5,6	64,7	41,5	26,9	6,5	74,9	72,3	46,9	11,4	130,6	109,3	70,8	17,2	197,3
85-89	24,4	15,7	3,4	43,5	26,7	17,3	3,7	47,7	71,3	46,0	10,0	127,3	129,1	83,4	18,1	230,6
90+	16,8	12,3	2,7	31,9	17,0	12,4	2,8	32,2	54,9	40,3	9,0	104,1	80,0	58,7	13,1	151,8
alle	259,9	184,3	58,4	502,6	278,9	196,9	61,5	537,4	430,5	298,4	83,6	812,5	523,6	358,8	95,3	977,8
Altersgruppe	stationär (Tsd.)															
0-19	2,5	0,4	0,5	3,5	2,5	0,4	0,5	3,5	2,1	0,3	0,4	2,8	1,8	0,3	0,3	2,4
19-39	11,2	1,4	1,8	14,4	10,4	1,3	1,7	13,4	8,8	1,1	1,4	11,3	7,9	1,0	1,3	10,2
39-59	15,6	4,3	3,4	23,2	16,7	4,6	3,6	24,9	14,7	4,2	3,2	22,1	13,6	4,0	3,0	20,6
60-64	6,1	3,5	1,8	11,4	5,1	2,9	1,5	9,5	7,0	4,0	2,0	13,0	6,0	3,4	1,7	11,2
65-69	6,2	4,9	2,3	13,5	7,2	5,7	2,7	15,7	8,9	7,1	3,3	19,3	6,8	5,4	2,6	14,8
70-74	5,7	6,1	2,9	14,7	6,0	6,6	3,1	15,7	8,7	9,5	4,5	22,7	7,3	8,0	3,8	19,1
75-79	5,6	7,5	3,6	16,7	6,7	9,1	4,4	20,1	9,6	13,0	6,3	29,0	9,4	12,7	6,1	28,2
80-84	6,2	8,8	3,8	18,8	7,2	10,2	4,4	21,8	12,5	17,7	7,7	38,0	18,9	26,8	11,7	57,4
85-89	6,0	8,3	3,0	17,3	6,6	9,1	3,3	19,0	17,6	24,3	8,7	50,7	31,9	44,1	15,8	91,8
90+	5,9	8,1	2,8	16,8	5,9	8,2	2,9	16,9	19,1	26,5	9,3	54,8	27,8	38,6	13,5	79,9
alle	71,0	53,5	25,9	150,4	74,4	58,1	28,0	160,5	109,0	107,8	46,9	263,6	131,5	144,3	59,8	335,6
Altersgruppe	insgesamt (Tsd.)															
0-19	26,9	18,7	10,5	56,2	26,2	18,3	10,3	54,8	22,0	15,3	8,5	45,8	19,0	13,2	7,4	39,5
19-39	26,9	17,7	10,3	54,9	25,3	16,8	9,8	51,9	21,4	14,2	8,3	43,8	19,3	12,8	7,5	39,5
39-59	44,5	24,7	10,7	79,8	47,7	26,4	11,4	85,6	42,8	23,7	10,2	76,6	40,1	22,2	9,5	71,7
60-64	25,3	16,3	5,4	47,0	20,9	13,5	4,5	38,9	28,7	18,5	6,1	53,3	24,7	15,9	5,3	45,9
65-69	32,3	22,6	7,1	62,0	37,6	26,3	8,3	72,2	46,1	32,3	10,2	88,6	35,4	24,8	7,8	68,1
70-74	38,3	29,2	9,2	76,7	40,9	31,2	9,8	81,9	59,1	45,0	14,1	118,2	49,7	37,9	11,9	99,4
75-79	41,4	32,0	9,8	83,3	49,8	38,5	11,8	100,1	71,8	55,4	17,0	144,2	69,9	54,0	16,6	140,4
80-84	42,0	32,0	9,5	83,5	48,7	37,1	11,0	96,7	84,8	64,6	19,1	168,6	128,2	97,6	28,9	254,8
85-89	30,4	24,1	6,4	60,9	33,3	26,4	7,0	66,7	88,9	70,4	18,7	178,0	161,0	127,5	33,9	322,3
90+	22,7	20,5	5,6	48,7	22,9	20,6	5,6	49,1	74,0	66,7	18,2	159,0	107,9	97,3	26,5	231,7
alle	330,8	237,8	84,4	653,0	353,3	255,1	89,5	697,9	539,5	406,2	130,4	1076,1	655,1	503,1	155,1	1313,3

Quellen: BMGS, PKV, Projektion des IWG BONN 2003

Stand am 31.12. d.J.

Tabelle A 6b: Pflegefälle nach Altersgruppen, Pflegestufen und Unterbringungsart 2002-2050: Frauen

Pflegestufe	2002				2005				2030				2050			
	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.
Altersgruppe	ambulant (Tsd.)															
0-19	17,4	13,3	7,8	38,5	16,9	13,0	7,6	37,5	14,2	10,9	6,3	31,4	12,3	9,4	5,5	27,1
19-39	12,5	13,1	7,0	32,6	11,8	12,5	6,7	31,0	10,0	10,6	5,7	26,2	8,9	9,5	5,1	23,5
39-59	28,1	20,0	7,1	55,2	30,0	21,4	7,6	59,1	27,5	19,4	6,8	53,7	25,4	17,8	6,2	49,4
60-64	17,8	10,9	3,2	31,8	14,7	9,0	2,6	26,3	19,8	12,1	3,5	35,5	17,0	10,4	3,0	30,5
65-69	26,7	14,9	3,7	45,3	30,8	17,2	4,3	52,3	36,6	20,4	5,1	62,2	28,4	15,8	4,0	48,3
70-74	43,5	21,8	4,8	70,1	44,9	22,5	5,0	72,4	61,9	31,0	6,9	99,8	52,2	26,1	5,8	84,1
75-79	80,0	35,5	8,1	123,6	79,5	35,3	8,1	122,8	102,1	45,3	10,3	157,8	97,2	43,1	9,8	150,1
80-84	114,7	49,3	10,9	174,9	127,8	54,9	12,2	194,9	146,0	62,8	13,9	222,7	212,2	91,3	20,2	323,7
85-89	93,6	48,0	11,1	152,6	97,7	50,1	11,6	159,4	164,7	84,4	19,5	268,5	279,6	143,3	33,1	456,0
90+	72,1	54,3	15,3	141,8	76,8	57,8	16,3	150,8	151,4	114,1	32,1	297,6	212,3	159,9	45,0	417,2
alle	506,3	281,2	79,0	866,4	530,9	293,7	81,9	906,5	734,2	411,0	110,2	1255,5	945,5	526,7	137,7	1609,9
Altersgruppe	stationär (Tsd.)															
0-19	1,7	0,6	0,6	2,8	1,7	0,5	0,6	2,8	1,3	0,5	0,5	2,3	1,2	0,4	0,4	2,0
19-39	8,0	1,0	1,4	10,5	7,6	1,0	1,3	9,8	6,4	0,8	1,1	8,3	5,7	0,7	1,0	7,4
39-59	11,3	3,3	3,3	17,9	12,0	3,5	3,6	19,1	10,7	3,3	3,2	17,2	9,7	3,0	3,0	15,7
60-64	4,1	2,8	1,9	8,8	3,4	2,3	1,6	7,3	4,6	3,1	2,1	9,8	4,0	2,7	1,8	8,4
65-69	5,2	4,9	2,9	13,1	6,0	5,7	3,4	15,1	7,2	6,7	4,0	17,9	5,6	5,2	3,1	13,9
70-74	8,3	9,8	5,2	23,4	8,6	10,2	5,4	24,1	11,8	14,0	7,4	33,3	10,0	11,8	6,2	28,0
75-79	18,9	24,4	11,9	55,2	18,8	24,3	11,8	54,9	24,1	31,2	15,2	70,5	23,0	29,7	14,4	67,1
80-84	34,7	45,3	20,4	100,4	38,6	50,5	22,7	111,9	44,2	57,7	26,0	127,9	64,2	83,9	37,7	185,8
85-89	38,5	52,9	23,1	114,6	40,3	55,3	24,2	119,7	67,8	93,2	40,7	201,7	115,2	158,2	69,2	342,6
90+	38,3	67,7	33,1	139,0	40,8	72,0	35,2	147,9	80,4	142,0	69,4	291,8	112,7	199,1	97,3	409,1
alle	169,1	212,8	103,8	485,7	177,7	225,3	109,7	512,6	258,6	352,5	169,6	780,8	351,1	494,8	234,2	1080,1
Altersgruppe	insgesamt (Tsd.)															
0-19	19,1	13,9	8,3	41,3	18,6	13,6	8,2	40,3	15,6	11,3	6,8	33,7	13,4	9,8	5,9	29,1
19-39	20,5	14,2	8,4	43,1	19,4	13,5	8,0	40,9	16,3	11,4	6,8	34,5	14,6	10,2	6,1	30,9
39-59	39,3	23,3	10,4	73,1	42,1	25,0	11,2	78,2	38,2	22,7	10,1	70,9	35,0	20,8	9,2	65,1
60-64	21,9	13,6	5,1	40,6	18,1	11,3	4,2	33,6	24,4	15,2	5,7	45,3	21,0	13,1	4,9	38,9
65-69	31,9	19,8	6,7	58,4	36,8	22,8	7,7	67,3	43,8	27,1	9,1	80,1	34,0	21,1	7,1	62,2
70-74	51,8	31,6	10,0	93,5	53,5	32,7	10,4	96,5	73,7	45,0	14,3	133,1	62,1	38,0	12,1	112,1
75-79	98,9	59,9	20,0	178,8	98,3	59,6	19,9	177,7	126,3	76,5	25,5	228,3	120,1	72,8	24,3	217,2
80-84	149,4	94,7	31,3	275,4	166,4	105,4	34,9	306,7	190,2	120,5	39,9	350,6	276,4	175,2	57,9	509,5
85-89	132,1	100,9	34,2	267,2	138,0	105,4	35,7	279,1	232,5	177,6	60,2	470,3	394,8	301,5	102,2	798,6
90+	110,4	122,0	48,4	280,8	117,5	129,8	51,5	298,8	231,8	256,1	101,5	589,4	325,0	359,0	142,3	826,3
alle	675,3	494,0	182,8	1352,1	708,6	519,0	191,6	1419,2	992,8	763,6	279,9	2036,3	1296,5	1021,5	371,9	2689,9

Quellen: BMGS, PKV, Projektion des IWG BONN 2003

Stand am 31.12. d.J.

Tabelle A 6c: Pflegefälle nach Altersgruppen, Pflegestufen und Unterbringungsart 2002-2050: insgesamt

Pflegestufe	2002				2005				2030				2050			
	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.	1	2	3	zus.
Altersgruppe	ambulant (Tsd.)															
0-19	41,8	31,6	17,8	91,2	40,6	30,9	17,4	88,9	34,1	25,8	14,5	74,4	29,5	22,3	12,5	64,2
19-39	28,2	29,5	15,5	73,2	26,7	28,0	14,8	69,5	22,5	23,7	12,6	58,8	20,2	21,3	11,3	52,8
39-59	57,0	40,4	14,4	111,8	61,0	43,3	15,4	119,7	55,5	38,9	13,8	108,2	51,9	36,0	12,7	100,6
60-64	37,0	23,7	6,8	67,4	30,6	19,6	5,6	55,7	41,6	26,6	7,6	75,8	35,7	22,9	6,5	65,2
65-69	52,8	32,5	8,5	93,9	61,2	37,7	9,9	108,8	73,9	45,6	12,0	131,5	57,1	35,2	9,3	101,6
70-74	76,1	44,9	11,1	132,1	79,8	47,1	11,7	138,6	112,2	66,6	16,5	195,3	94,5	56,0	13,9	164,4
75-79	115,9	60,0	14,3	190,1	122,6	64,7	15,5	202,8	164,3	87,7	21,0	273,0	157,7	84,4	20,3	262,3
80-84	150,5	72,5	16,6	239,6	169,3	81,8	18,7	269,8	218,4	109,7	25,3	353,3	321,5	162,1	37,4	521,0
85-89	117,9	63,7	14,5	196,1	124,4	67,3	15,3	207,1	236,0	130,4	29,5	395,9	408,7	226,7	51,1	686,6
90 +	89,0	66,7	18,0	173,7	93,7	70,2	19,0	183,0	206,3	154,3	41,1	401,7	292,3	218,6	58,1	569,0
alle	766,1	465,4	137,4	1369,0	809,8	490,7	143,4	1443,9	1164,8	709,4	193,8	2068,0	1469,1	885,5	233,1	2587,6
Altersgruppe	stationär (Tsd.)															
0-19	4,2	1,0	1,1	6,3	4,2	1,0	1,1	6,2	3,4	0,8	0,9	5,1	2,9	0,7	0,7	4,4
19-39	19,2	2,4	3,2	24,8	18,0	2,3	3,0	23,3	15,2	1,9	2,5	19,6	13,6	1,7	2,2	17,6
39-59	26,8	7,6	6,7	41,1	28,7	8,2	7,1	44,0	25,4	7,5	6,5	39,3	23,2	7,0	6,0	36,3
60-64	10,3	6,3	3,7	20,3	8,5	5,2	3,1	16,8	11,6	7,1	4,2	22,8	9,9	6,1	3,6	19,6
65-69	11,4	9,8	5,3	26,5	13,2	11,4	6,1	30,8	16,0	13,8	7,4	37,2	12,4	10,6	5,7	28,7
70-74	14,0	16,0	8,1	38,1	14,6	16,7	8,5	39,9	20,6	23,5	11,9	56,0	17,3	19,8	10,0	47,1
75-79	24,5	32,0	15,5	71,9	25,5	33,3	16,2	75,0	33,8	44,3	21,5	99,5	32,3	42,4	20,6	95,3
80-84	40,9	54,1	24,2	119,2	45,8	60,7	27,1	133,7	56,7	75,5	33,7	165,9	83,1	110,7	49,4	243,2
85-89	44,6	61,3	26,1	131,9	46,9	64,4	27,4	138,7	85,5	117,5	49,4	252,4	147,1	202,3	84,9	434,3
90 +	44,2	75,8	35,9	155,8	46,6	80,2	38,0	164,9	99,5	168,5	78,7	346,7	140,5	237,7	110,8	489,0
alle	240,0	266,3	129,8	636,1	252,1	283,4	137,6	673,1	367,6	460,3	216,5	1044,4	482,5	639,1	294,0	1415,6
Altersgruppe	insgesamt (Tsd.)															
0-19	46,0	32,6	18,8	97,5	44,8	31,9	18,5	95,2	37,6	26,6	15,3	79,5	32,4	23,0	13,2	68,6
19-39	47,4	31,9	18,7	98,0	44,7	30,3	17,8	92,7	37,7	25,6	15,1	78,4	33,9	23,0	13,6	70,4
39-59	83,8	48,0	21,1	152,9	89,7	51,4	22,6	163,8	80,9	46,4	20,2	147,6	75,1	43,0	18,7	136,8
60-64	47,3	30,0	10,5	87,7	39,1	24,8	8,7	72,5	53,1	33,7	11,8	98,6	45,7	29,0	10,1	84,8
65-69	64,2	42,4	13,8	120,4	74,4	49,1	16,0	139,5	89,9	59,4	19,4	168,7	69,4	45,9	14,9	130,3
70-74	90,1	60,9	19,2	170,2	94,4	63,9	20,2	178,4	132,8	90,1	28,4	251,3	111,8	75,8	23,9	211,5
75-79	140,3	92,0	29,8	262,1	148,1	98,1	31,7	277,8	198,0	132,0	42,5	372,5	190,0	126,8	40,8	357,6
80-84	191,4	126,7	40,8	358,9	215,1	142,5	45,8	403,4	275,1	185,1	59,0	519,2	404,7	272,8	86,8	764,3
85-89	162,5	125,0	40,6	328,0	171,3	131,8	42,7	345,8	321,4	248,0	78,9	648,3	555,8	429,0	136,1	1120,9
90 +	133,1	142,4	53,9	329,5	140,4	150,4	57,1	347,9	305,8	322,8	119,7	748,4	432,8	456,3	168,9	1058,0
alle	1006,2	731,8	267,2	2005,1	1061,9	774,1	281,0	2117,0	1532,3	1169,7	410,3	3112,4	1951,6	1524,6	527,0	4003,2

Quellen: BMGS, PKV, Projektion des IWG BONN 2003

Stand am 31.12. d.J.

Tabelle A 7a: Gesetzliche Pflegeausgaben 2002-2050 in jeweiligen Preisen

Ausgaben nach Art der Unterbringung und Pflegestufe	2002	2005	2010	2020	2030	2040	2050
	Mrd. €						
	GPV inklusive Beihilfe						
<i>insgesamt</i>	18,5	20,9	25,8	38,7	55,1	77,1	111,3
ambulant	9,3	10,4	12,8	18,7	26,1	36,3	50,3
Pflegestufe 1	3,0	3,5	4,3	6,3	8,8	12,4	17,1
Pflegestufe 2	4,2	4,7	5,7	8,5	11,9	16,5	23,0
Pflegestufe 3	2,1	2,3	2,8	3,9	5,4	7,4	10,1
stationär	9,2	10,5	13,0	19,9	29,0	40,8	61,0
Pflegestufe 1	2,4	2,8	3,5	5,1	7,2	10,1	14,7
Pflegestufe 2	4,4	5,0	6,2	9,7	14,2	20,2	30,5
Pflegestufe 3	2,4	2,7	3,4	5,2	7,5	10,6	15,8
	GPV						
<i>insgesamt</i>	18,1	20,2	24,8	37,1	52,7	73,7	106,1
ambulant	9,1	10,1	12,3	17,9	25,0	34,7	47,9
Pflegestufe 1	3,0	3,3	4,1	6,1	8,4	11,9	16,4
Pflegestufe 2	4,1	4,5	5,5	8,1	11,4	15,8	21,9
Pflegestufe 3	2,0	2,2	2,6	3,8	5,2	7,0	9,6
stationär	9,0	10,2	12,5	19,2	27,8	39,0	58,2
Pflegestufe 1	2,4	2,7	3,3	4,9	6,9	9,6	13,9
Pflegestufe 2	4,3	4,8	6,0	9,3	13,7	19,3	29,2
Pflegestufe 3	2,3	2,6	3,2	5,0	7,2	10,1	15,1
	SPV						
<i>insgesamt</i>	17,4	19,2	23,5	35,1	49,9	69,7	100,6
ambulant	8,7	9,5	11,6	16,9	23,6	32,7	45,4
Pflegestufe 1	2,9	3,2	3,9	5,7	8,0	11,2	15,6
Pflegestufe 2	3,9	4,3	5,2	7,6	10,7	14,9	20,8
Pflegestufe 3	1,9	2,1	2,5	3,5	4,9	6,6	9,1
stationär	8,7	9,7	11,9	18,2	26,3	36,9	55,2
Pflegestufe 1	2,3	2,5	3,1	4,6	6,5	9,0	13,1
Pflegestufe 2	4,1	4,6	5,7	8,9	13,0	18,3	27,7
Pflegestufe 3	2,2	2,5	3,1	4,7	6,9	9,6	14,3
	PPV						
<i>insgesamt</i>	0,7	1,1	1,3	2,0	2,8	4,0	5,5
ambulant	0,4	0,6	0,7	1,0	1,4	1,9	2,5
Pflegestufe 1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	0,8
Pflegestufe 2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	0,9	1,2
Pflegestufe 3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,5
stationär	0,3	0,5	0,6	1,0	1,5	2,1	3,0
Pflegestufe 1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,4	0,6	0,8
Pflegestufe 2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,7	1,0	1,4
Pflegestufe 3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,5	0,8

Pflegeleistungen ohne „Hotelkosten“

2002 tw. geschätzt

Quellen: BMGS, PKV, StBA, Projektion des IWG BONN 2003

Tabelle A 7b: Gesetzliche Pflegeausgaben 2002-2050 in Preisen von 2005

Ausgaben nach Art der Unterbringung und Pflegestufe	2002	2005	2010	2020	2030	2040	2050
	Mrd. €						
	GPV inklusive Beihilfe						
<i>insgesamt</i>	19,2	20,9	23,9	31,0	38,0	45,8	57,0
ambulant	9,7	10,4	11,9	15,0	18,0	21,6	25,7
Pfleigestufe 1	3,1	3,5	4,0	5,0	6,1	7,4	8,8
Pfleigestufe 2	4,4	4,7	5,3	6,8	8,2	9,8	11,8
Pfleigestufe 3	2,2	2,3	2,6	3,1	3,7	4,4	5,2
stationär	9,6	10,5	12,1	15,9	20,0	24,2	31,2
Pfleigestufe 1	2,5	2,8	3,2	4,1	5,0	6,0	7,5
Pfleigestufe 2	4,6	5,0	5,8	7,8	9,8	12,0	15,6
Pfleigestufe 3	2,5	2,7	3,2	4,2	5,2	6,3	8,1
	GPV						
<i>insgesamt</i>	18,8	20,2	23,0	29,7	36,3	43,8	54,3
ambulant	9,5	10,1	11,4	14,3	17,2	20,6	24,5
Pfleigestufe 1	3,1	3,3	3,8	4,9	5,8	7,1	8,4
Pfleigestufe 2	4,3	4,5	5,1	6,5	7,9	9,4	11,2
Pfleigestufe 3	2,1	2,2	2,4	3,0	3,6	4,2	4,9
stationär	9,4	10,2	11,6	15,4	19,2	23,2	29,8
Pfleigestufe 1	2,5	2,7	3,1	3,9	4,8	5,7	7,1
Pfleigestufe 2	4,5	4,8	5,6	7,4	9,4	11,5	14,9
Pfleigestufe 3	2,4	2,6	3,0	4,0	5,0	6,0	7,7
	SPV						
<i>insgesamt</i>	18,1	19,2	21,8	28,1	34,4	41,4	51,5
ambulant	9,0	9,5	10,8	13,5	16,3	19,4	23,2
Pfleigestufe 1	3,0	3,2	3,6	4,6	5,5	6,7	8,0
Pfleigestufe 2	4,1	4,3	4,8	6,1	7,4	8,8	10,6
Pfleigestufe 3	2,0	2,1	2,3	2,8	3,4	3,9	4,7
stationär	9,0	9,7	11,0	14,6	18,1	21,9	28,2
Pfleigestufe 1	2,4	2,5	2,9	3,7	4,5	5,3	6,7
Pfleigestufe 2	4,3	4,6	5,3	7,1	9,0	10,9	14,2
Pfleigestufe 3	2,3	2,5	2,9	3,8	4,8	5,7	7,3
	PPV						
<i>insgesamt</i>	0,7	1,1	1,2	1,6	1,9	2,4	2,8
ambulant	0,4	0,6	0,6	0,8	1,0	1,1	1,3
Pfleigestufe 1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4
Pfleigestufe 2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6
Pfleigestufe 3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
stationär	0,3	0,5	0,6	0,8	1,0	1,2	1,5
Pfleigestufe 1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4
Pfleigestufe 2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,5	0,6	0,7
Pfleigestufe 3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4

Pflegeleistungen ohne „Hotelkosten“

2002 tw. geschätzt

Quellen: BMGS, PKV, StBA, Projektion des IWG BONN 2003

**Tabelle A 8a: Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung
2005-2050: Zinssatz 3,5 vH**

	Zahllast Status quo		Zahllast Reformvorschlag IWG BONN		Nettobe- oder -entlastung (+/-) durch Reform	
	jeweilige Preise	Preise von 2005	jeweilige Preise	Preise von 2005	jeweilige Preise	Preise von 2005
	Mrd. €					
2005	22	22	32	32	11	11
2010	26	25	40	37	13	12
2015	32	28	48	41	15	13
2020	39	31	53	43	14	12
2025	46	35	55	41	8	6
2030	55	38	54	38	-0	-0
2035	64	41	57	37	-6	-4
2040	76	45	63	37	-13	-8
2045	92	51	70	39	-22	-12
2050	109	56	77	40	-31	-16

Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

jeweils ohne Hilfe zur Pflege

**Tabelle A 8b: Zahllast mit und ohne Reform der Pflegeversicherung
2005-2050: Zinssatz 4,0 vH**

	Zahllast Status quo		Zahllast Reformvorschlag IWG BONN		Nettobe- oder -entlastung (+/-) durch Reform	
	jeweilige Preise	Preise von 2005	jeweilige Preise	Preise von 2005	jeweilige Preise	Preise von 2005
	Mrd. €					
2005	22	22	31	31	10	10
2010	26	25	38	35	11	11
2015	32	28	45	39	12	11
2020	39	31	50	40	11	9
2025	46	35	51	38	4	3
2030	55	38	49	34	-5	-4
2035	64	41	52	33	-12	-7
2040	76	45	57	34	-19	-11
2045	92	51	64	35	-27	-15
2050	109	56	71	36	-37	-19

Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

jeweils ohne Hilfe zur Pflege

14
Tabelle A 9a: Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung 2005-2050: Zinssatz 3,5 vH

Finanzierungsbedarf aus Steuern und Abgaben		2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
		Mrd. €									
<i>Gesamte öffentliche Abgabenlast bei Fortführung der geltenden Regelung</i>	<i>jeweilige Preise</i>	20	25	30	37	44	52	61	73	89	106
	<i>Preise von 2005</i>	20	23	26	29	33	36	39	43	49	54
<i>Gesamte öffentliche Abgabenlast nach der Reform (Vorschlag IWG BONN)</i>	<i>jeweilige Preise</i>	25	30	35	37	35	32	33	34	37	40
	<i>Preise von 2005</i>	25	28	30	29	26	22	21	20	21	20
Beiträge an die SPV	<i>jeweilige Preise</i>	3	2	2	1	0	0	0	0	0	-
	<i>Preise von 2005</i>	3	2	1	1	0	0	0	0	0	-
Steuerfinanzierter Transferbedarf darunter:	<i>jeweilige Preise</i>	22	27	33	36	35	32	32	34	37	40
	<i>Preise von 2005</i>	22	25	29	29	26	22	21	20	21	20
Staatlicher Zuschuss an die SPV	<i>jeweilige Preise</i>	12	14	16	15	10	3	1	0	0	-
	<i>Preise von 2005</i>	12	13	14	12	7	2	0	0	0	-
Prämienzuschüsse für Einkommensschwache	<i>jeweilige Preise</i>	7	9	13	16	20	24	27	29	32	35
	<i>Preise von 2005</i>	7	8	11	13	15	16	17	17	18	18
Familienleistungsausgleich	<i>jeweilige Preise</i>	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5
	<i>Preise von 2005</i>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Kindergeldzuschlag in Höhe der Beiträge zur PPV (0-19 Jahre)	<i>jeweilige Preise</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<i>Preise von 2005</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Prämienzuschüsse für die beitragsfreie Versicherung von Ehegatten	<i>jeweilige Preise</i>	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4
	<i>Preise von 2005</i>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

Tabelle A 9b: Öffentlicher Finanzbedarf mit und ohne Reform der Pflegeversicherung 2005-2050: Zinssatz 4,0 vH

Finanzierungsbedarf aus Steuern und Abgaben		2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
		Mrd. €									
<i>Gesamte öffentliche Abgabenlast bei Fortführung der geltenden Regelung</i>	<i>jeweilige Preise</i>	20	25	30	37	44	52	61	73	89	106
	<i>Preise von 2005</i>	20	23	26	29	33	36	39	43	49	54
<i>Gesamte öffentliche Abgabenlast nach der Reform (Vorschlag IWG BONN)</i>	<i>jeweilige Preise</i>	24	28	32	33	31	27	27	29	31	34
	<i>Preise von 2005</i>	24	26	28	26	23	19	17	17	17	17
Beiträge an die SPV	<i>jeweilige Preise</i>	3	2	2	1	0	0	0	0	0	-
	<i>Preise von 2005</i>	3	2	1	1	0	0	0	0	0	-
Steuerfinanzierter Transferbedarf darunter	<i>jeweilige Preise</i>	21	26	30	32	30	27	27	29	31	34
	<i>Preise von 2005</i>	21	24	26	26	22	18	17	17	17	17
Staatlicher Zuschuss an die SPV	<i>jeweilige Preise</i>	12	14	16	15	10	3	1	0	0	-
	<i>Preise von 2005</i>	12	13	14	12	7	2	0	0	0	-
Prämienzuschüsse für Einkommensschwache	<i>jeweilige Preise</i>	5	7	10	13	16	19	22	24	26	29
	<i>Preise von 2005</i>	5	7	9	10	12	13	14	14	15	15
Familienleistungsausgleich	<i>jeweilige Preise</i>	2	3	3	3	3	4	4	4	4	5
	<i>Preise von 2005</i>	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2
Kindergeldzuschlag in Höhe der Beiträge zur PPV (0-19 Jahre)	<i>jeweilige Preise</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<i>Preise von 2005</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Prämienzuschüsse für die beitragsfreie Versicherung von Ehegatten	<i>jeweilige Preise</i>	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
	<i>Preise von 2005</i>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Quelle: Projektion des IWG BONN 2003

Quellen und Methoden

Die vorliegende Veröffentlichung ist hervorgegangen aus einem Gutachten des IWG BONN für die CDU-Fraktion im Landtag von Nordrhein-Westfalen. Der Auftrag dazu erging Anfang 2003. Eine erste Fassung des Gutachtens wurde dem Auftraggeber im Juli 2003 übergeben, die erweiterte Endfassung im September 2003.

Anlass für das Gutachten war die Arbeit der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtages von Nordrhein-Westfalen. Wie in allen Bundesländern hängen auch in Nordrhein-Westfalen die künftigen Bedingungen der Pflege maßgeblich von den Finanzierungsbedingungen ab. Diese sind über die gesetzliche Pflegeversicherung überwiegend durch zustimmungspflichtige Bundesgesetze geregelt. Jede Umgestaltung der Finanzierungsgrundlagen berührt damit im Kern auch Länderaufgaben und -zuständigkeiten. Darüber hinaus hat die jeweilige Pflegefinanzierung erhebliche Rückwirkungen auf den Umfang der kommunalen Ausgaben für die Hilfe zur Pflege, von denen auch die Länder mittelbar betroffen sind. Aufgabe des Gutachtens war es daher, einen Vorschlag zu entwickeln, wie die Finanzierung von Pflegeleistungen angesichts der langfristigen demographischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen leistungsgerecht und sozialverträglich auf eine dauerhafte Grundlage gestellt werden kann. Insbesondere war zu prüfen, ob und wie die bestehende gesetzliche Pflegeversicherung umgestaltet werden muss, um eine ausreichende und menschenwürdige Versorgung Pflegebedürftiger sicherzustellen. Zusätzlich war dem Auftraggeber an Lösungsansätzen gelegen, die über den Bereiche der Pflegeversicherung hinausweisen.

Für die vorliegende Buchfassung wurde der Text überarbeitet und, soweit dies in der Kürze der Zeit möglich war, ergänzt und aktualisiert. Insbesondere wird nun zusätzlich auf zwischenzeitlich vorgelegte alternative Reformvorschläge und die im Oktober 2003 bekannt gewordenen Überlegungen der Bundesregierung eingegangen.

A 1 Datengrundlagen

Die im Rahmen dieser Untersuchung vorgenommenen Berechnungen stützen sich im Wesentlichen auf Daten des Statistischen Bundesamtes (Bevölkerungsstatistik und Bevölkerungsvorausberechnungen, Pflegestatistik, Einkommens- und Verbrauchsstichproben, Gesundheitsausgabenrechnung), des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Pflegerbericht der Bundesregierung, Daten zur sozialen Pflegeversicherung und zur gesetzlichen Krankenversicherung, Sozialbericht) und des PKV-Verbandes (Daten zur privaten Pflege- und Krankenversicherung). Ferner konnte das IWG BONN Einblick in Pflorgetarife privater Versicherer nehmen. Grundlage der hier vorgelegten Modellrechnungen ist eine eigens hierfür erstellte Bevölkerungsprojektion des IWG BONN.

A 2 Zur Vorgehensweise insgesamt

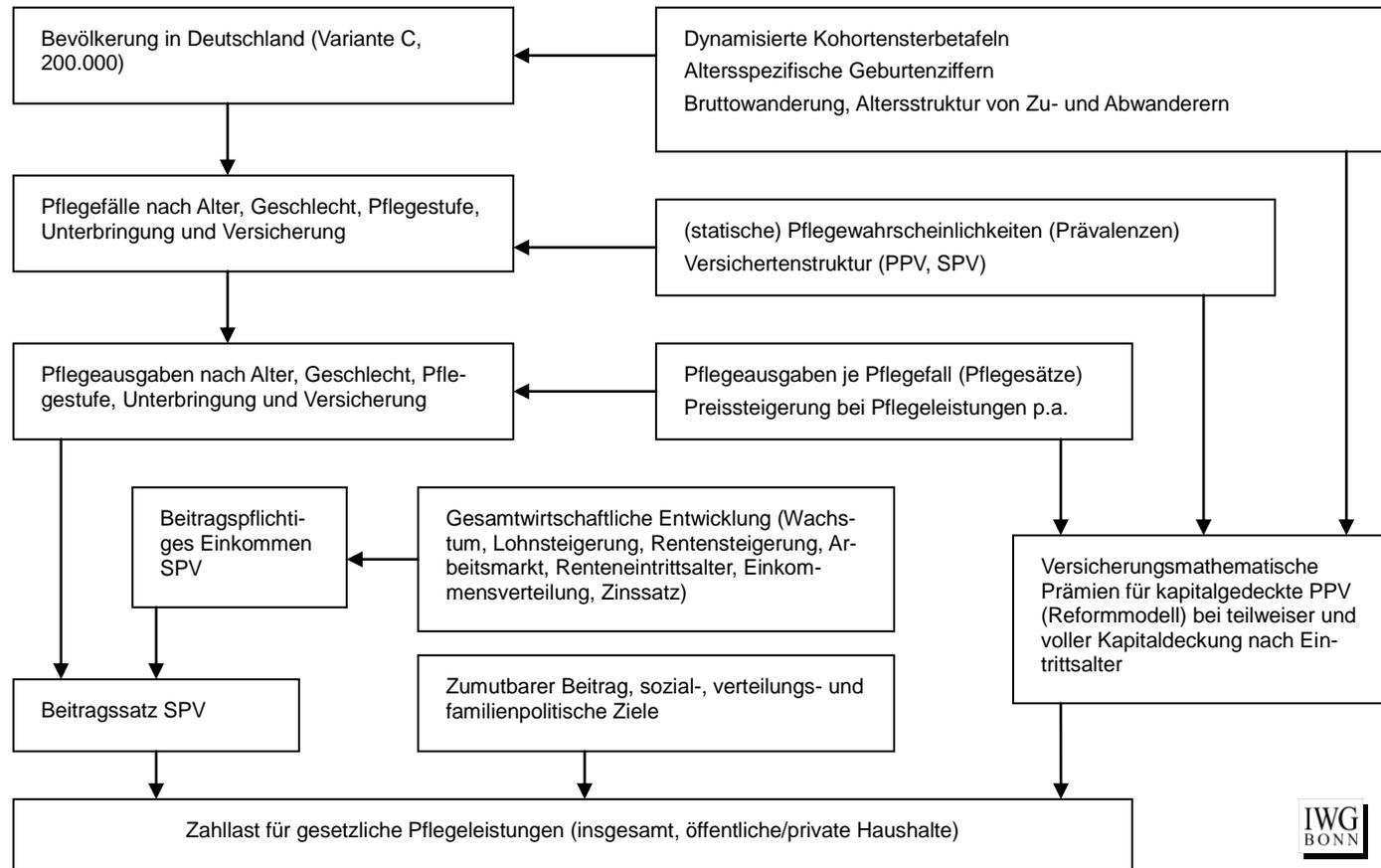
Die vorliegende Studie versucht, den künftigen Pflegebedarf in Deutschland, die damit verknüpften finanziellen Folgen und die Wirkungen unterschiedlicher Gestaltungsoptionen der gesetzlichen Pflegeversicherung bis 2050 quantitativ abzuschätzen. Dabei ist angenommen, dass die untersuchten Reformvarianten jeweils zum 1. Januar 2005 in Kraft treten. Entsprechend beziehen sich Angaben in konstanten Preisen auf das Jahr 2005. Wertgrößen sind generell in Euro angegeben. Die Umrechnung älterer DM-Werte erfolgte mit den Kursen vom 1. Januar 1999.

Schaubild 24 zeigt die Vorgehensweise im Überblick. Bevor die wichtigsten Schritte und die dabei verwendeten Annahmen nachfolgend näher erläutert werden, soll an dieser Stelle kurz auf Möglichkeiten und Grenzen derartiger Projektionen eingegangen werden.

Die zu berücksichtigenden Zeiträume sind gerade im Fall der Pflegeversicherung außerordentlich lang. So geht beispielsweise in die versicherungsmathematische Kalkulation von Prämien nach dem Eintrittsalter der gesamte Lebenszyklus des Versicherten ein. Entsprechend müssen bereits für einen heute Neugeborenen Annahmen bis etwa 2100 und für einen 2050 Neugeborenen bis 2150 getroffen werden. Solche langfristigen Annahmen, wie sie auch die Versicherungswirtschaft verwendet, sind unvermeidlich mit großen Unsicherheiten verbunden. Schon die Projektion der wirtschaftlichen Entwicklung für ein oder gar mehrere Jahrzehnte unterliegt unvorhersehbaren

Schaubild 24: Schematischer Überblick über den Projektionsaufbau

14



Einflüssen. Hinzu kommen zyklische Schwankungen, die bei langfristigen Trendanalysen ausgeblendet bleiben. Dies muss bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Studie wie bei jeder derartigen Untersuchung beachtet werden.

Falsch wäre es allerdings, angesichts solcher unvermeidlichen Unsicherheiten auf derartige Projektionen zu verzichten. Denn Entscheidungen über die Absicherung eines Risikos wie der Pflegebedürftigkeit entfalten sehr langfristige Wirkungen von großer Tragweite und bedürfen daher einer möglichst gründlichen informatorischen Fundierung. Dass diese möglich ist, belegt im übrigen die Existenz von Versicherungsmärkten, die entsprechende Produkte anbieten. Die verbreitete These, kollektive Umlageverfahren kämen ohne solche langfristigen Projektionen aus und seien besser geeignet, den Unsicherheiten der wirtschaftlichen und demographischen Entwicklung Rechnung zu tragen, ist weder theoretisch noch empirisch begründet.¹⁴¹

A 3 *Bevölkerungsprojektion*

Ausgangspunkt für die weiteren Berechnungen bildet eine Bevölkerungsprojektion für Deutschland, die sich auf ähnliche Annahmen wie die 2003 veröffentlichte zehnte koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes¹⁴² stützt und daher zu vergleichbaren Ergebnissen gelangt. Unterschiede in der Vorgehensweise bestehen bei der Fortschreibung der Lebenserwartung. Statt die Periodensterbetafel mit gesetzten Annahmen über den zu erwartenden Anstieg der Lebenserwartung fortzuschreiben, verwendet die Projektion des IWG BONN dynamisierte Kohortensterbetafeln von Bomsdorf, dessen methodischer Ansatz sich theoretisch und empirisch gut bewährt hat. Für die vorliegende Studie wurde dabei eine mit dem IWG BONN abgestimmte Variante zugrunde gelegt (Variante C), die im Ergebnis bis 2050 eine Zunahme der heutigen Lebenserwartung bei Männern und Frauen um 5,7 bzw. 5,8 Jahre beinhaltet.¹⁴³ Dies liegt zwischen den Varianten B und C der zehnten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung.

Ausschlaggebend für die Verwendung einer eigenen Bevölkerungsvorausberechnung waren jedoch weniger theoretische als praktische Erwägungen.

¹⁴¹ Vgl. Helberger, C./Rathjen, D. (1998).

¹⁴² Vgl. StBA (2003a).

¹⁴³ Vgl. Bomsdorf, E. (2003a-c).

gen. Der Zeithorizont der zehnten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung reicht nur bis 2050, was für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung bei weitem zu kurz ist.

Die vorliegende Vorausberechnung führt im Vergleich zu früheren Bevölkerungsprojektionen auch des IWG BONN¹⁴⁴ zu veränderten Ergebnissen. Insbesondere setzt der Rückgang der Einwohnerzahl nun deutlich später ein. Ausschlaggebend dafür ist ein stärkerer Anstieg der Lebenserwartung als bisher erwartet. Dies bedeutet gleichzeitig aber auch, dass die Alterung der Bevölkerung noch stärker ausfallen wird als nach älteren Einschätzungen, obwohl von der unterstellten Bruttoaußenwanderung ein nicht unerheblicher Verjüngungseffekt ausgeht. Diese Bruttowanderung setzt sich aus einer jährlichen Nettozuwanderung von dauerhaft 200.000 nichtdeutschen und anfänglich 50.000 deutschen Personen und einem Wanderungssockel von anfänglich 550.000 (450.000 nichtdeutschen und 100.000 deutschen) Migranten zusammen, der bis 2050 auf 300.000 sinkt. Angenommen ist, dass sich die heutige Altersstruktur von Zu- und Abwanderern nicht verändert, so dass auch künftig jüngere Personen zu- und ältere abwandern. Sollte sich dies ändern, würde der Altersdurchschnitt noch schneller steigen.

A 4 *Pflegewahrscheinlichkeiten und Versichertenstruktur*

Die künftige Zahl der Pflegebedürftigen wird getrennt nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Art der Unterbringung mittels der spezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten aus der Bevölkerungsprojektion ermittelt. Wie andere Untersuchungen verwendet auch die vorliegende statische Prävalenzen, d.h. sie nimmt an, dass sich diese im Zeitverlauf nicht verändern. Dies erlaubt den Vergleich unterschiedlicher Gestaltungsoptionen für die Pflegeversicherung. Gleichzeitig dürfte aus den in Abschnitt 2.1.2 diskutierten Gründen eine strukturkonstante Fortschreibung eher konservativ sein.

Für die soziale Pflegeversicherung wurden die Prävalenzen für 2002 herangezogen, für die private Pflege-Pflichtversicherung die von 2001. Für die Fortschreibung wurden aus beiden Angaben durchschnittliche Prävalenzen für die versicherte Gesamtbevölkerung ermittelt. Zu beachten ist, dass in Schaubild 6 und in den Tabellen A 5a-c die Leistungsempfänger der Gesamtbevölkerung gegenübergestellt sind. Es handelt sich insoweit um keine ech-

¹⁴⁴ Vgl. Ottnad, A./Hefele, O. (2002).

ten, auf die Versicherten bezogenen Prävalenzen. In den Berechnungen ist dies berücksichtigt.

Die künftige Entwicklung von SPV und PPV bei Fortführung der geltenden Regelungen werden auch davon beeinflusst, wie sich die Versicherten insgesamt sowie nach Einkommen, Alter und Geschlecht künftig auf die soziale und die private Pflegeversicherung verteilen. Hierbei sind mit Blick auf gesetzgeberische Eingriffsmöglichkeiten und andere Einflüsse höchst unterschiedliche Szenarien vorstellbar. Die vorliegende Untersuchung geht davon aus, dass sich die derzeitigen Marktanteile beider Versicherungsformen bis 2050 nicht grundlegend ändern, dass sich aber die Struktur der Versicherten nach Alter und Geschlecht langfristig angleicht.

A 5 *Beitragskalkulation*

Um die finanziellen Wirkungen einer teilweisen oder vollständigen Umstellung auf eine kapitalgedeckte private Pflege-Pflichtversicherung abschätzen zu können, ist eine Kalkulation der individuellen monatlichen Prämien entsprechend dem Eintrittsalter erforderlich. Die Tarife der bisherigen privaten Pflege-Pflichtversicherung oder privater Pflegezusatzversicherungen eignen sich für die Zwecke der vorliegenden Untersuchung nur begrenzt. Erstens gelten diese für wesentlich engere Kreise von Versicherten mit teilweise deutlich von der Gesamtbevölkerung abweichenden Risikostrukturen. Zweitens gelten für die bisherige private Pflegeversicherung spezifische Kalkulationsvorschriften. Und drittens erfordert eine langfristige Projektion eine Einschätzung der künftigen Beitragsentwicklung.

Der Beitragskalkulation liegt wiederum die für die Bevölkerungsprojektion des IWG BONN herangezogene dynamisierte Kohortensterbetafel für die Gesamtbevölkerung von Bomsdorf zugrunde. Diese weist noch etwas höhere Lebenserwartungen aus als die bislang in der privaten Krankenversicherung verwendeten Sterbetafeln (PKV 2001), die ihrerseits von deutlich höheren Lebenserwartungen ausgehen als die amtlichen Sterbetafeln für die Gesamtbevölkerung.¹⁴⁵ Außerdem ist bei der Ermittlung der Eintrittsbeiträge für später geborene Jahrgänge jeweils auch die weiter steigende Lebenserwartung berücksichtigt (dynamisierte Sterbetafeln).

¹⁴⁵ Die Lebenserwartung der bisher privat Versicherten ist überdurchschnittlich hoch.

Zur Ermittlung der Kopfschäden (durchschnittliche Versicherungsleistung pro Versichertem) werden die für die gesetzliche Pflegeversicherung insgesamt ermittelten Prävalenzen (differenziert nach Geschlecht, Alter, Pflegestufe und Unterbringung) des Jahres 2002 sowie die entsprechenden durchschnittlichen Leistungssätze der sozialen Pflegeversicherung herangezogen. Der unterstellte Rechnungszins beträgt in der Basisvariante 3,5 vH (§2 KalV). Dem so errechneten Nettobeitragssatz wird ein kalkulatorischer Verwaltungskostenaufschlag von 11 vH zugeschlagen.¹⁴⁶ In einer günstigeren Variante ist unterstellt, dass die Versicherer einen Zinssatz von 4 vH erwirtschaften und dass sich die tatsächlichen Verwaltungskosten auf 6 vH belaufen. Zusätzlich enthalten die für das Startjahr 2005 ausgewiesenen monatlichen Beiträge einen Sicherheitszuschlag von 5 vH (vgl. §2 Abs.3 und §7 KalV), der allerdings bei der Ermittlung der langfristigen finanziellen Belastung außer Betracht bleiben kann, weil sich das damit abgedeckte Risiko einer zeitlich ungleichen Verteilung der erwarteten Leistungen im Zeitverlauf wieder ausgleicht. Längerfristig führt dies zu Beitragsrückflüssen. Für die langfristige Entwicklung ist dies in Rechnung gestellt.

Neben der Veränderung der Lebenserwartung wird auch die erwartete Preissteigerung für Pflegeleistungen berücksichtigt. Diese macht je nach erwarteter Kapitalverzinsung (Überzinsen) Prämienanpassungen notwendig. Eine einfache Möglichkeit, die erwarteten Kostensteigerungen zu berücksichtigen, wäre, diese von vornherein in die Prämien einzurechnen. Ein solches Verfahren entspricht allerdings nicht der Praxis und hätte zudem den Nachteil, die Belastung durch – ungewisse – künftige Preissteigerungen vieler Jahrzehnte in vollem Umfang auf die Gegenwart vorzuziehen. Tatsächlich sehen die geltenden Rechtsvorschriften eine regelmäßige Überprüfung der Prämienkalkulation und im Bedarfsfall deren Anpassung vor. Die vorliegenden Projektionen orientieren sich hieran. Dabei wird zur Vereinfachung unterstellt, dass die Anpassung jährlich entsprechend der erwarteten Preissteigerungsrate erfolgt. In der Praxis erfolgen solche Anpassungen unregelmäßiger und in größeren Zeitabständen. Außerdem ist in der privaten Krankenversicherung für jüngere Versicherte ein Zuschlag vorgesehen, mit dem der Beitragssatz im Alter stabilisiert wird. Dies ist in den vorliegenden Be-

¹⁴⁶ Für die soziale Pflegeversicherung ist ein weitaus niedriger Verwaltungskostenanteil von 4 vH der Leistungsausgaben unterstellt.

rechnungen nicht berücksichtigt, um den Rechenaufwand zu begrenzen. Ein solcher Zuschlag hätte bezogen auf die privaten und öffentliche Haushalte insgesamt anfangs eine höhere Zahllast und dafür später eine niedrigere Zahllast zur Folge. Er ähnelt damit in der Wirkung dem Vorziehen des Eintrittsalters in die Kapitaldeckungsphase.

Der bei der Wirkungsanalyse zugrunde gelegte Unisextarif wird zusätzlich durch die Veränderung der Sexualproportion beeinflusst. Hier wirkt der steigende Männeranteil zunächst dämpfend auf die durchschnittlichen Kopfschäden und damit auf die Beiträge nach Eintrittsalter.

Künftige Zuwanderer gehen jeweils mit dem ihrem Zuzugsalter entsprechenden Eintrittsbeitrag ein. Ferner ist angenommen, dass alle Abwanderer weiter in der Versicherung verbleiben, so dass Versicherte nur durch Tod ausscheiden. Entsprechend werden keine Altersrückstellungen „vererbt“, die den verbleibenden Versicherten zugute kämen. Diese Annahme steht im Gegensatz zur bisherigen Situation in der sozialen Pflegeversicherung, wo nichtdeutsche Zuwanderer zwar zum Beitragsaufkommen beitragen, aber nahezu keine Leistungen erhalten. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sind die Abwanderer aus der weiteren Finanzentwicklung (Beiträge, Leistungen, Kapitalrückstellungen) jeweils herausgerechnet. Dabei wurden Annahmen verwendet, die das Umlageverfahren zusätzlich begünstigen.

A 6 Abschätzung des Umverteilungsbedarfs

Die Verteilungswirkungen und der über Steuern aufzubringende Finanzbedarf der öffentlichen Haushalte können im Rahmen der vorliegenden Studie nur überschlägig quantifiziert werden.¹⁴⁷ Dazu wird getrennt nach Altersgruppen zunächst die durchschnittliche Bemessungsgrundlage je Versichertem ermittelt. Als Datenbasis für die Einkommensverteilung dienen dabei Angaben der EVS 1998 des Statistischen Bundesamtes. Da diese haushaltsbezogene Daten liefert, ist es nötig, die ausgewiesenen Haushaltseinkommen den Beitragszahlern zuzuordnen. Dies geschieht auf der Grundlage der Versichertenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung, die nach Alter und Geschlecht gegliedert Beitragszahler und beitragsfrei mitversicherte Fami-

¹⁴⁷ Genauere Aussagen würden umfangreiche, z.B. mikroökonomisch fundierte Modellrechnungen erfordern. Die Vorgehensweise dieser Studie lehnt sich an Hof, B. (2001b) und Grabka, M.M./Andersen, H.H./Henke, K.-D./Borchardt, K. (2002) an.

lienangehörige ausweist. Letztgenannte Angaben werden zugleich zur Ermittlung des Transferbedarfs für den Familienleistungsausgleich benötigt. Um rechnerische Konsistenz herzustellen, werden die so ermittelten Verteilungsstrukturen auf die Bemessungsgrundlage der sozialen Pflegeversicherung umgerechnet. Diese wird entsprechend den getroffenen gesamtwirtschaftlichen Annahmen fortgeschrieben. Angenommen ist, dass sich die altersspezifische Verteilung der beitragspflichtigen Einkommen sowie der Beitragszahler und Mitversicherten im Zeitverlauf nicht verändert.

Mit Hilfe der altersspezifischen Bemessungsgrundlagen lassen sich diejenigen Beitragssummen ermitteln, die von den Versicherten jeweils – sowohl in der bisherigen sozialen Pflegeversicherung wie in einer künftigen privaten Pflege-Pflichtversicherung – selbst getragen werden müssen, wenn ein bestimmter zumutbarer Beitragssatz angenommen wird. In den Rechnungen wurden je nach Altersgruppe zumutbare Beiträge von 2,5 bis 3,2 vH angesetzt. Für die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung ist angenommen, dass diese jeweils in der zumutbaren Höhe fixiert sind und dass verbleibende Fehlbeträge direkt durch Zuschüsse an die Pflegeversicherung gedeckt werden. Der Transferbedarf für etwaige Zuschüsse zu den Prämien der privaten Pflege-Pflichtversicherung entspricht der positiven Differenz zwischen diesen und den jeweiligen zumutbaren Beiträgen.

Die Ermittlung des Transferbedarfs orientiert sich aus Vergleichsgründen sowohl bei den familien- und verteilungspolitischen Zielen wie bei der Beitragsbemessungsgrundlage am Status quo. Insbesondere wird keine Vergrößerung der Bemessungsgrundlage durch Ausweitung des Versichertenkreises oder des beitragspflichtigen Einkommens unterstellt.

Nicht berücksichtigt ist, dass bei einer stark wachsenden Beitragslast und schwach steigenden Renten vermutlich vermehrt Rentnerhaushalte auf die bedarfsorientierte Grundsicherung angewiesen wären, da dieser ebenfalls über Steuern zu finanzierende Transferbedarf auch im bestehenden System anfiel. Auch der bezogen auf ein gleiches Leistungsniveau in beiden Systemen zu erwartende Zusatzbedarf an ergänzender Hilfe zur Pflege bleibt wiederum ausgeklammert.

Bibliographie

- AWO Bundesverband (2003), Zur Zukunft der Pflege in Deutschland, Pressemitteilung vom 23.10., Bonn (www.awo.org).
- Birg, H./Flöthmann, E.-J./Frein, T./Ströker, K. (1998), Simulationsrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in den alten und neuen Bundesländern im 21. Jahrhundert, Bielefeld.
- Boetius, J. (1999), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV). Modell eines zukunftssicheren Systems, Karlsruhe.
- Börsch-Supan, A. (2000), Soziale Sicherung: Herausforderungen an der Jahrhundertwende, Mannheim.
- /Heiss, F./Ludwig, A./Winter, J. (2003), Pension Reform, Capital Markets and the Rate of Return, in: *German Economic Review*, 4/2, S. 151-181.
- Bomsdorf, E. (2003a), Neue Generationensterbetafeln für die Geburtsjahrgänge 1933 bis 2003. Modellrechnungen für die Bundesrepublik Deutschland, Lohmar u.a.
- (2003b), Sterbewahrscheinlichkeiten der Periodensterbetafeln für die Jahre 2000 bis 2010. Modellrechnungen für Deutschland, Köln.
- (2003c), Sterbewahrscheinlichkeiten der Periodensterbetafeln für die Jahre 2000 bis 2150. Modellrechnungen für die Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des IWG BONN, Köln, unveröffentlicht.
- Braun, R./Burger, F./Miegel, M./Pfeiffer, U./Schulte, K. (2002), Erben in Deutschland. Volumen, Psychologie und gesamtwirtschaftliche Auswirkungen, Köln.
- Breyer, F. (2002), Einkommensbezogene versus pauschale GKV-Beiträge – eine Begriffsklärung, in: *Schmollers Jahrbuch*, 122/4, S. 605-616.
- /Grabka, M. M./Jacobs, K./Meinhard, V./Ryll, A./Schulz, E./Spieß, C. K./Wagner, G. (2001), Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union (Gutachten im Auftrag des BMWi), Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2003a), Ulla Schmidt: Pflegeversicherung steht auf solidem Fundament, Presseerklärung vom 10.3., Berlin (www.bmgs.bund.de).
- (2003b), Eckpunkte für die Weiterentwicklung der Rentenreform des Jahres 2001 und zur Stabilisierung des Beitragssatzes in der Gesetzlichen Rentenversicherung (beschlossen von der Bundesregierung am 19.10.), Berlin (www.bmgs.bund.de).
- (2003c), Zur aktuellen Diskussion über die Pflegeversicherung erklärt Bundessozialministerin Ulla Schmidt, Presseerklärung vom 11.10., Berlin (www.bmgs.bund.de).
- Bundesrat (1990a), Gesetzesantrag des Landes Baden-Württemberg. Entwurf eines Gesetzes zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko, DS 367/90, Bonn.

- (1990b), Gesetzesantrag des Landes Rheinland-Pfalz. Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Pflegehilfen (Pflegehilfen-Neuregelungsgesetz), DS 425/90, Bonn.
- Deaton, A. (2003), Health, Inequality, and Economic Development, in: *Journal of Economic Literature*, XLI, 1, S. 113-158.
- Deutscher Bundestag (2001), Unterrichtung durch die Bundesregierung. Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, DS 14/5590, Berlin.
- (2002), Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“, DS 14/8800, Berlin.
- Eisen, R. (2000), Die private Pflegepflichtversicherung - eine Missgeburt. Korreferat zu Jürgen Wasem, in: Schmähl, W. (Hg.), *Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat*, Berlin, S. 111-113.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FfG) u.a. (2003), Einkommensverteilung und -verwendung älterer Menschen in Nordrhein-Westfalen. Empirische Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familien des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf (www.mfjfg.nrw.de).
- Frerich, J./Frey, M. (1996), *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland*, 3 Bde., 2. Aufl., München u.a.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) (2003), Familienleistung - eine Aufgabe für alle. Stellungnahme der GVG zur Entlastung von Familien in der Erziehungsphase, in: *GVG Informationsdienst* 292, Köln.
- Grabka, M. M./Andersen, H. H./Henke, K.-D./Borchardt, K. (2002), Kapitaldeckung in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Zur Berechnung der finanziellen Auswirkungen eines Umstiegs vom Umlage- auf das Kapitaldeckungsverfahren, Berlin.
- Helberger, C./Rathjen, D. (1998), Wie groß ist das demographische Risiko einer kapitalgedeckten Alterssicherung?, Berlin (www.tu-berlin.de/diskussionspapiere).
- Hof, B. (2001a), Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., Köln.
- (2001b), Zum Transferbedarf eines Systemwechsels vom Umlage- auf das Anwartschaftsdeckungsverfahren in der Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag des PKV-Verbandes, Köln.
- Homburg, S. (1988), *Theorie der Alterssicherung*, Berlin u.a.
- Keck, B. (2002), Pflegebedürftigkeit: Aktuelle Fakten und zukünftige Entwicklungen, in: *BAGSO Nachrichten*, 4 (www.bagso.de).
- Klie, T. u.a. (2003), Expertise zu den rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege. Im Auftrag der Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ des Landtages Nordrhein-Westfalen, Freiburg i.Br.
- Kommission „Soziale Sicherheit“ im Auftrag des CDU-Bundesvorstandes („Herzog-Kommission“) (2003), Endbericht der Kommission zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003 (www.cdu.de)

- Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“) (2003a), Gesamtkonzept zur Reform der sozialen Pflegeversicherung, Berlin (www.bmgs.bund.de).
- (2003b), Intergenerativer Lastenausgleich in der Pflegeversicherung, Berlin (www.bmgs.bund.de).
- (2003c), Reform der Pflegeversicherung. Kontinuität und Innovation – Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Berlin (www.bmgs.bund.de).
- (2003d), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, Berlin (www.bmgs.bund.de).
- Lindbeck, A./Perrsson, M. (2003), The Gains from Pension Reform, in: *Journal of Economic Literature*, XLI/1, S. 74,112.
- Ludwig, A. (2002), Die gesetzliche Pflegeversicherung - Bilanz der AWO zur ambulanten Pflege, in: BAGSO Nachrichten online, 4 (www.bagso.de)
- Maunz, T./Dürig, G./Herzog, R./Scholz, R. (1993), Grundgesetz, Kommentar, München
- Ottnad, A. (1996), Wohlstand auf Pump. Ursachen und Folgen wachsender Staatsverschuldung in Deutschland, Frankfurt u.a.
- /Hefele, O. (2002), Die Zukunft der Bauwirtschaft in Deutschland. Umfeld, Probleme, Perspektiven, München.
- /Wahl, S./Miegel, M. (2000), Zwischen Markt und Mildtätigkeit. Die Bedeutung der Freien Wohlfahrtspflege für Gesellschaft, Wirtschaft und Beschäftigung, München.
- PKV Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2003), Aufbau einer demographiesicheren Pflegeversicherung durch Kapitaldeckung, Köln (mimeo).
- Roth, G. (2003), Die Entwicklung von Angebot und Nachfrage von Pflegedienstleistungen: Regionale und sektorale Analysen, in: *Sozialer Fortschritt*, 52, 3, S. 73-79.
- Rothgang H. (2001), Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung), in: *Sozialer Fortschritt*, 50, 5, S. 121-126.
- Rumm, U. (2000), Kapitaldeckung im Gesundheitswesen, München.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (div. Jahre), Jahresgutachten, Bonn., Berlin.
- Schadendorf, F. (1998), Trennung von Krankenversicherung und Verteilungspolitik, in : *Wirtschaftsdienst*, 78/12, S. 735.
- Scholz, R./Meyer, U./Beutelmann, J. (2001), Zu den Wechseloptionen der PKV, Köln.
- Schulz, E./Leidl, R./König, H.-H. (2001a), Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, in: *DIW-Wochenbericht*, 68/5, S. 65-74.
- Schulz, E./Leidl, R./König, H.-H. (2001b), Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, *DIW-Diskussionspapier*, 240, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2001), *Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse*, Bonn.

- (2003a), Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.
- (2003b) Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Bonn.
- Stolterfoth, B. (2003), Von der Pflegeversicherung zum Bundespflegeleistungsgesetz - Agenda für eine nachhaltige Weiterentwicklung der Absicherung des Pflegerisikos. (Thesenpapier des DPWV), Frankfurt (mimeo).
- Wasem, J. (2000), Die private Pflegepflichtversicherung - ein Modell für eine alternative Organisation der sozialen Sicherung zwischen Markt und Staat?, in: Schmähl, W. (Hg.), Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat, Berlin, S. 79-110.
- /Greß, S./Rothgang, H. (2003), Kopfprämien in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Perspektive für die Zukunft?, Bremen.

Wer pflegebedürftig wird, gerät leicht in finanzielle Not. Um dies zu verhindern, wurde 1995 die gesetzliche Pflegeversicherung eingeführt. Doch diese ist nicht zukunftssicher: Die Deutschen werden immer älter und das Pflegerisiko nimmt im Alter stark zu. Das führt in der überwiegend umlagefinanzierten Pflegeversicherung entweder zu untragbar hohen Beiträgen oder ständig schrumpfenden Leistungen. Ein solches Finanzierungssystem, bei dem nachfolgende Jahrgänge immer stärker belastet werden, ohne später selbst verlässlich abgesichert zu sein, ist weder stabil noch gerecht. Deshalb sind grundlegende Reformen bei der Pflegeversicherung ebenso nötig wie bei der Rentenversicherung. Wird nicht rasch gehandelt, droht die Pflegeversicherung selbst ein Pflegefall zu werden.

Die Studie des IWG BONN verdeutlicht, welche finanziellen Herausforderungen bei der Pflege in den nächsten Jahrzehnten bewältigt werden müssen. Sie weist den Weg zu einer tragfähigen und solidarischen Absicherung des Pflegerisikos über eine kapitalgedeckte Vorsorge, die dem Zugriff politischer Begehrlichkeiten entzogen ist. Auf Verteilungsgerechtigkeit muss dabei nicht verzichtet werden. Sie lässt sich über das Steuer- und Transfersystem gewährleisten – und zwar besser als über die gegenwärtige Sozialversicherung.

Der Autor unterbreitet konkrete, durchgerechnete Vorschläge für einen Umstieg auf eine private, kapitalgedeckte Pflege-Pflichtversicherung und setzt sich kritisch mit anderen Reformkonzepten aus Politik und Wissenschaft (insbesondere mit denen der „Rürup-Kommission“ und der „Herzog-Kommission“) auseinander. Er liefert damit einen wichtigen Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion in Deutschland.

Adrian Ottnad, Diplom-Volkswirt, Wissenschaftler am Bonner Institut für Wirtschaft und Gesellschaft (IWG BONN).

ISBN 3-7892-8139-5

www.olzog.de

