

„Case..Gegenstand“ - Pflegefinanzierung

(...oder ist dieses ... Fallmanagement überhaupt zu lösen?)

Einleitung

Pflegebedürftigkeit ist – wenn die Pflege nicht wie früher üblich von Familienangehörigen in der eigenen Wohnung geleistet werden kann – mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden.¹ Diese mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit im Alter eintretende finanzielle Belastung lässt eine rechtzeitige Vorsorge durch den Abschluss einer Versicherung sinnvoll erscheinen. Doch trotz des durch die Veränderung der Erwerbs- und Familienstrukturen zunehmenden finanziellen Risikos etwaiger Pflegebedürftigkeit hatte sich bis 1995 kaum jemand dagegen versichert.² Pflegebedürftige mussten also auf eigenes Vermögen

und auf das ihrer Angehörigen zugreifen bzw. bei Bedürftigkeit schließlich Sozialhilfe in Anspruch nehmen, um die Pflegekosten zu finanzieren. Die hohen finanziellen Belastungen führten in vielen Fällen dazu, dass das während des gesamten Erwerbslebens angesparte Vermögen der Pflegebedürftigen schnell aufgezehrt wurde. Die anschließend erforderliche finanzielle Unterstützung durch Angehörige wurde für diese leicht zu einer erheblichen Belastung. Dies war für große Teile der Bevölkerung Grund genug, einen neuen Zweig der Sozialversicherung zu wünschen.

Auch aus ökonomischer Sicht war das Fehlen einer generellen Absicherung unbefriedigend. Die Steuerzahler mussten die von der Kommune im Rahmen der Sozialhilfe gewährten Pflegeleistungen finanzieren, obwohl bei vielen dann Sozialhilfebedürftigen im Laufe ihres Erwerbslebens ausreichend Einkommen oder Vermögen vorhanden gewesen wäre, um mit dem Abschluss einer Versicherung selbst vorzusorgen. Pflegeleistungen umfassten 1995 rund 60 Prozent der Sozialhilfekomponente ‚Hilfe in besonderen Lebenslagen‘ – mit deutlich steigender Tendenz. Dies war die Folge des als ‚Trittbrettfahrerverhalten‘ bekannten Problems: Ohne eine obligatorische Pflegeversicherung bewirkt die Gewissheit, notfalls durch die Allgemeinheit aufgefangen zu werden, einen Anreiz für den einzelnen Bürger, auf eine entsprechende Eigenvorsorge für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu verzichten und stattdessen die unmittelbaren Konsummöglichkeiten um die eingesparte Versicherungsprämie zu erhöhen. Im Fall der späteren Pflegebedürftigkeit wird bei unzureichendem Einkommen oder Vermögen dann die Sozialhilfe in Anspruch genommen, obwohl bei der eigentlich angemessenen Lebenseinkommensbetrachtung keine Bedürftigkeit vorliegt. Dieses Anreizdilemma bedarf zur Lösung einer allgemeinen Verpflichtung, sich zu versichern. Grundsätzlich war die Einführung einer Versicherungspflicht für das Pflegerisiko also ein richtiger Schritt.

Äußerst bedenklich war allerdings von vornherein die Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung³ als ein am Lohn- und Renteneinkommen bemessenes Umlageverfahren:

Die Pflegeleistungen einer Periode werden dabei über die in der gleichen Periode gezahlten Beiträge finanziert. Der jeweilige Beitrag bemisst sich als prozentualer Anteil des Lohn- und Renteneinkommens einer Person.⁴ Die insbesondere demographisch bedingten Finanzierungsprobleme, die auf die umlagefinanzierten Systeme der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zukommen, waren 1995 bereits offensichtlich und sind von zahlreichen Autoren thematisiert worden.⁵

Im politischen Prozess setzten sich dennoch die Befürworter der umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung durch, da so eine schnelle Absicherung für die damaligen Pflegefälle und pflegenahen Jahrgänge zu erreichen war, obwohl dieser Personenkreis keine Beiträge geleistet hatte. Langfristig ist das System bei steigendem Durchschnittsalter der Bevölkerung allerdings nicht aufrecht zu erhalten. Seit nunmehr fünf Jahren weist die gesetzliche Pflegeversicherung jährlich wachsende Defizite auf, die eindeutig strukturell bedingt sind (siehe Abb. 1).⁶

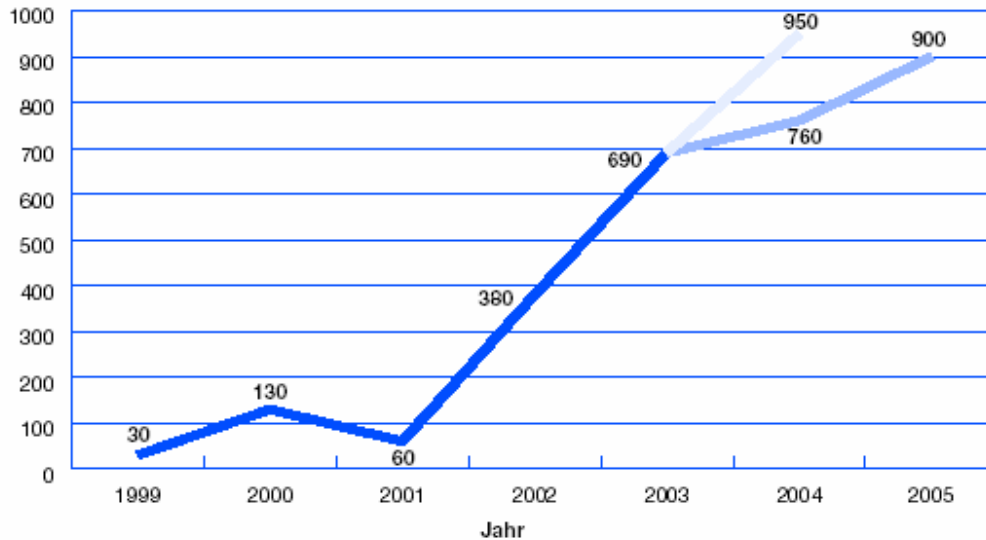
¹ Volkswirtschaftliche Kosten der Pflege, beispielsweise in Form entgangener Einkommen der pflegenden Angehörigen, fallen natürlich auch bei der Versorgung durch Familienangehörige an; sie sind jedoch nicht Thema dieses Gutachtens.

² Nach Erhebungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung lag die Zahl der Versicherten im Jahr 1988 bei 74.000. Im Zuge der öffentlichen Diskussion um die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung stieg diese Zahl bis 1995 zwar auf knapp 377.000 an. Gegenüber der heutigen flächendeckenden Pflegeversicherung, die 79 Mio. Versicherte zählt (gesetzlich und privat), erscheint diese Zahl jedoch vernachlässigbar.

³ Unter ‚gesetzliche Pflegeversicherung‘ wird im Folgenden die umlagefinanzierte Säule der Pflegeversicherung verstanden, nicht die – ebenfalls gesetzlich verfügte – Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung. Die gelegentlich verwendete Unterscheidung in soziale und private Pflegeversicherung ist aufgrund der fragwürdigen Umverteilungswirkungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht sachdienlich.

Abb. 1: Defizitentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung

Mio. Euro



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS; nur 1999 bis 2003); unterschiedliche inoffizielle Schätzungen laut Presseberichten (2004 und 2005). Das Ministerium verweigert eine Stellungnahme und die Veröffentlichung von Schätzungen selbst für die nahe Zukunft.

4 Der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung auf 1,7 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens festgeschrieben und wird im Jahr 2004 bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze von 3.450 Euro erhoben. Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist obligatorisch für alle Personen, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind; für privat Krankenversicherte ist der Abschluss einer privaten Pflegeversicherung obligatorisch. Die Versicherungspflicht umfasst also sowohl Angestellte als auch Selbstständige, Beamte etc. Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert.

5 Vgl. Eekhoff (1992), Sachverständigenrat (1994), Breyer (1995). Siehe auch Abschnitt 2.1.

6 Vgl. Sachverständigenrat (2003), Ziffer 357.

Damit zeichnen sich auch hier Finanzierungs- und Akzeptanzprobleme ab, die mit einer nicht verantwortbaren Lastenverschiebung auf zukünftige Generationen einhergehen. Bereits heute besteht in der Pflegeversicherung eine enorme Nachhaltigkeitslücke, die sich in ihrer Höhe mit der expliziten Verschuldung der Bundesrepublik messen kann.⁷ Damit leben wir in unberechtigter Weise auf Kosten unserer Kinder und Enkel. Allein zum nominalen Erhalt der Versicherungsleistungen müsste der Beitragssatz langfristig kräftig erhöht werden. Zusammen mit der dringend notwendigen Anpassung der Leistungen an die Preissteigerung werden sich die Beiträge nach einhelliger Meinung von Experten bis zum Jahr 2050 verdoppeln bis vervierfachen (vgl. Abschnitt 2.3). Eine weitere Verschärfung dieser Probleme kann nur der Wechsel vom bestehenden System der umlagefinanzierten Pflegeversicherung hin zu einer kapitalgedeckten Versicherung vermeiden.

Für einen solchen Wechsel sprechen außerdem zahlreiche weitere Gründe, die nachfolgend thematisiert werden – etwa die unsystematischen Umverteilungswirkungen, die das eigentliche Ziel einer Einkommensumverteilung von Leistungsfähigen zu Bedürftigen konterkarieren.⁸ Im hier vorgelegten Gutachten werden die Probleme des bestehenden Systems beschrieben und ihre Ursachen analysiert (Abschnitt 2). Anschließend wird die Wirksamkeit verschiedener derzeit diskutierter Lösungs- und Reformvorschläge betrachtet (Abschnitt 3) und wegen der mit diesen Vorschlägen verbundenen Schwierigkeiten ein eigenes Referenzmodell entwickelt: Das Modell der Pflegevorsorge (Abschnitt 4).

Aufbauend auf diesen Überlegungen wird abschließend ein konsequenter Übergang zu einem kapitalgedeckten System mit Versicherungszwang in Höhe einer politisch zu definierenden Mindestabsicherung modelliert (Abschnitt 5). Um einen Preis- und Leistungswettbewerb der Versicherer zum Wohle der Versicherten zu ermöglichen, sollen Versicherer leistungsgerechte Beiträge erheben können. Aufgrund des Versicherungseintritts bei Geburt und individualisierter, übertragbarer Altersrückstellungen führt dies jedoch nicht zu unterschiedlichen Belastungen der

Versicherten gleichen Alters beim gleichen Anbieter, sondern zu kohorteneinheitlichen Prämien, von denen ausschließlich bei einem – freiwilligen! – Anbieterwechsel durch die Versicherten abgewichen wird.⁹

Ein solches Versicherungssystem lässt erwarten, dass die Versicherungen im Wettbewerb um die Versicherten das bestmögliche Bündel aus Versicherungsleistung und Versicherungsprämie schnüren, d. h. dort, wo es im Interesse der Versicherten liegt, die Kosten dämpfen und die Leistungen verbessern. Zugleich reduziert ein schneller und konsequenter Ausstieg aus dem Umlageverfahren die aus dem bisherigen System resultierenden überproportionalen Belastungen der künftigen Generationen und ist damit ein Gebot der Fairness.

Die aus den Fehlern des aktuellen Systems resultierenden finanziellen Belastungen dürfen dabei nicht verschwiegen werden: Eine Deckung der innerhalb des bestehenden umlage- finanzierten Systems bereits erfolgten Leistungszusagen ist erforderlich, ein Abfedern des Systemwechsels erscheint angebracht. Dadurch werden Kosten offen gelegt, die auch von den Beitragszahlern im Umlageverfahren in Zukunft hätten getragen werden müssen, die bislang jedoch als implizite Schuld im System verborgen sind. Diese Schuld muss in den nächsten Jahren getilgt werden; die Kosten entstehen allerdings nicht durch den Systemwechsel, sondern werden im Gegenteil durch den Systemwechsel begrenzt.

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass es zur Reform der Pflegeversicherung und zum Übergang auf ein kapitalgedecktes System keine sinnvollen Alternativen gibt. Dabei ist das Modell der Pflegevorsorge in vielerlei Hinsicht sozialer als der Status quo: Umverteilung erfolgt nach Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit im Steuer-Transfer-System, die Entlastung des Faktors Arbeit sichert Arbeitsplätze, der Wettbewerb fördert Effizienz und niedrigst mögliche Beiträge, und die Verschiebung von Lasten auf künftige Generationen wird gestoppt. Es wird eine Alternative entwickelt, wie die im Rahmen der umlagefinanzierten Pflegeversicherung angehäuften Schulden getilgt werden können.

⁷ Vgl. Häcker/Raffelhüschen (2004b, S. 8), die eine leicht überproportionale Preissteigerung im Pflegebereich unterstellen und so auf eine Nachhaltigkeitslücke in der gesetzlichen Pflegeversicherung von 1,4 Billionen Euro kommen; das sind 67,4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Bei einer Dynamisierung gemäß der allgemeinen Preissteigerung berechnen sie eine Finanzierungslücke von knapp 36 Prozent des BIP.

⁸ Vgl. Abschnitt 2.2.

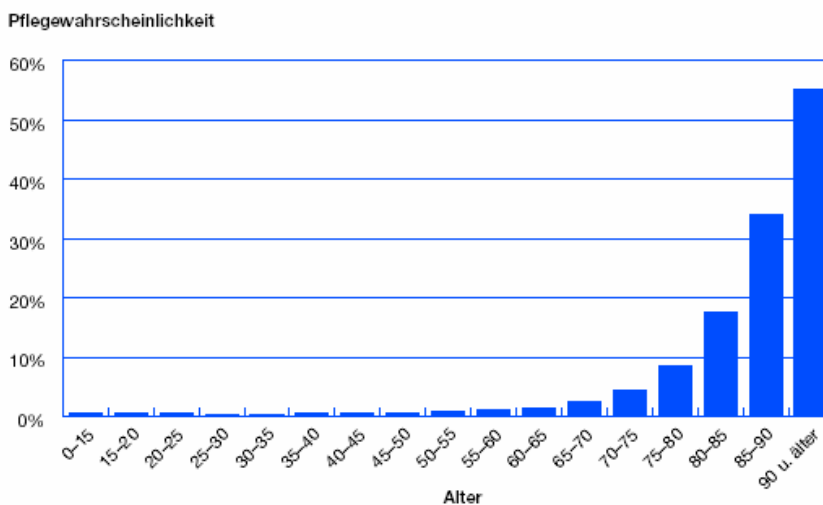
⁹ Vgl. dazu ausführlich Kapitel 4.1.4.

2 Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der Pflegeversicherung

2.1 Demographieanfälligkeit des Umlageverfahrens

Das größte Problem des Umlageverfahrens liegt in seiner Demographieanfälligkeit. Aufgrund sinkender Geburtenzahlen und steigender Lebenserwartung wird sich das als Altersquotient bezeichnete Verhältnis der Personen im Rentenalter zur erwerbsfähigen Bevölkerung bis 2040 mehr als verdoppeln.¹⁰ Das beitragspflichtige Einkommen und somit die Einzahlungen in die gesetzliche Pflegeversicherung sinken im Rentenalter in der Regel signifikant, während die Pflegefallwahrscheinlichkeit ab einem Alter von etwa 60 Jahren exponentiell steigt (siehe Abb. 2).

Abb. 2: Pflegefallwahrscheinlichkeiten nach Alter



Quelle: Eigene Berechnungen nach aktuellen Statistiken des BMGS und der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, mittlere Variante; vgl. auch Anhang 1.

Aufgrund sinkender Geburtenzahlen müssen künftig weniger Erwerbstätige mehr Pflegebedürftige finanzieren, was nicht ohne eine erhebliche Steigerung der Beiträge pro Beitragszahler denkbar ist. So kommt es im bestehenden System selbst bei einem Einfrieren der nominellen Pflegeleistungen zu massiven Beitragssatzsteigerungen und damit zu einer erheblichen intergenerationalen Umverteilung. Wegen des exponentiellen Anstiegs der Pflegewahrscheinlichkeit im Alter ist dabei sogar zu erwarten, dass der relative Beitragssatzanstieg in der Pflegeversicherung deutlich schärfer ausfallen wird als in der Renten- und Krankenversicherung.

¹⁰ Während im Jahr 2000 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 24,2 Personen im Rentenalter kamen, muss nach den Daten des Statistischen Bundesamtes und des BMGS im Jahr 2040 mit 52,6 Personen im Rentenalter auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter gerechnet werden. Während also im Jahr 2000 einer Person über 65 Jahren (Rentenalter) rund vier Personen zwischen 15 und 64 Jahren (erwerbsfähiges Alter) gegenüber standen, werden es im Jahre 2040 weniger als zwei Personen sein. Vgl. BMGS (2003), S. 55-56.

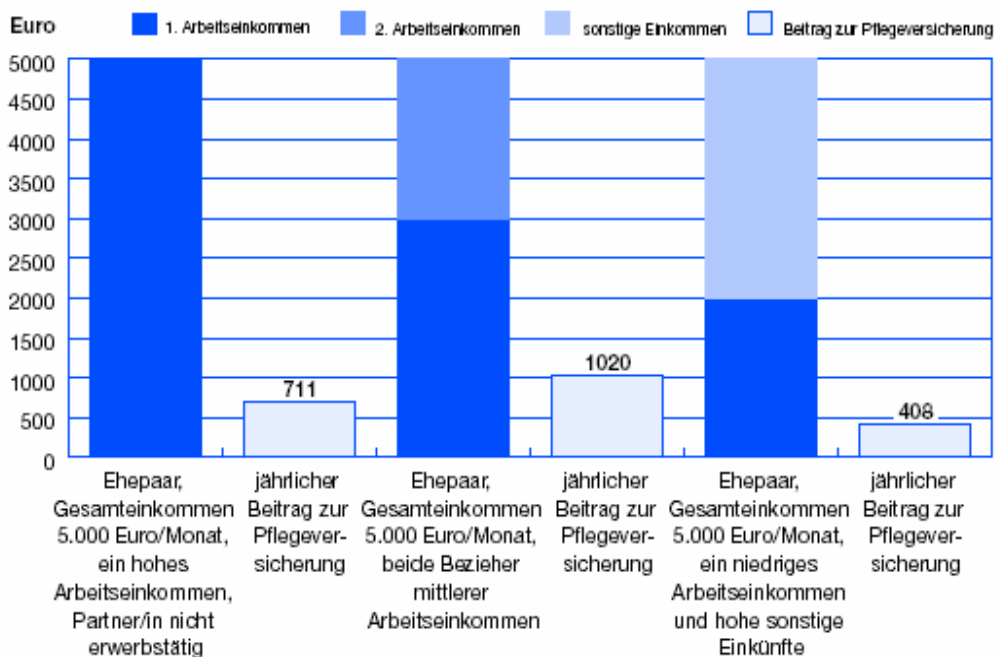
Ein weiterer Nachteil des bestehenden Systems der gesetzlichen Pflegeversicherung ist die Vermischung von Versicherungsleistungen mit Maßnahmen der Einkommensumverteilung. Unsachgemäß ist dies, da das eigentliche Ziel einer Pflegeversicherung die Absicherung des Einzelnen gegen hohe Pflegekosten ist. Die Versicherung transformiert das Risiko, bei Pflegebedürftigkeit eine sehr hohe Belastung tragen zu müssen, in vergleichsweise niedrige jährliche Prämien, die unabhängig vom Eintritt der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit zu zahlen sind. Ex post betrachtet findet in diesem System wie in jeder Versicherung eine Umverteilung statt – jedoch lediglich zwischen Versicherten, die pflegebedürftig werden, und Versicherten, die eine Versicherungsleistung glücklicherweise nicht oder nur in geringem Umfang in Anspruch nehmen müssen.

Jegliche Beimischung weiterer Umverteilungsleistungen (z. B. zwischen Versicherten mit unterschiedlichem Einkommen, Familienstand etc.) nimmt dem Gesamtsystem der sozialen Sicherung weitere Transparenz. Die Konzentration von Maßnahmen der Einkommensumverteilung auf das Steuer-Transfer-System ist deutlich effizienter, da verteilungspolitische Ziele dort durch die strikte Ausrichtung der Transfers am Bedürftigkeitsprinzip und die Erhebung der Steuern nach der Leistungsfähigkeit erheblich treffsicherer erreicht werden können. So können die Umverteilungsleistungen für Bedürftige bei gleichem Finanzvolumen großzügiger ausfallen als bisher oder die gleichen Umverteilungsleistungen zu Gunsten Bedürftiger sind mit geringerem finanziellen Aufwand erreichbar.

Innerhalb der bestehenden gesetzlichen Pflegeversicherung gibt es keinen Zusammenhang zwischen geleisteten Beitragszahlungen und der Höhe der gewährten Leistungen. Die Beiträge werden als prozentualer Anteil des Lohn- bzw. Renteneinkommens erhoben. Das Leistungsspektrum ist gesetzlich fixiert, d. h. die Versicherungsleistungen werden unabhängig von der Höhe der Beiträge gewährt. Somit kommt es in diesem System zur Umverteilung. Eine Umverteilung ist ordnungspolitisch nur zu Gunsten bedürftiger Personen zu rechtfertigen; eine Bedürftigkeitsprüfung findet dort jedoch nicht statt. Auch werden die Kosten der Umverteilungsleistungen innerhalb der Versicherung nicht strikt nach der Leistungsfähigkeit der Einzahler finanziert. Die Beitragsbemessungsgrenze bewirkt vielmehr eine Umverteilung aus der Mittelschicht nach unten. Bemessungsgrundlage ist ausschließlich das Lohn- bzw. Renteneinkommen aus abhängiger Beschäftigung bzw. das Renteneinkommen.

Beide sind weder für die Leistungsfähigkeit noch für die Bedürftigkeit einer Person der geeignete Indikator. Versicherungsmathematisch und verteilungspolitisch nicht zu rechtfertigen ist auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen: Da die Beitragssätze dadurch höher ausfallen als beim Fehlen einer solchen Regelung, finanziert etwa eine allein erziehende Arbeitnehmerin mittleren Einkommens die unentgeltliche Mitversicherung der Ehefrau eines gut verdienenden Angestellten mit, die nie in ihrem Leben Beiträge geleistet hat. Abb. 3 stellt die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung für drei Ehepaare mit identischen Gesamteinkommen, jedoch unterschiedlich hohen bzw. unterschiedlich verteilten Arbeitseinkommen dar. Trotz gleich hoher Haushaltseinkommen fällt die Belastung unterschiedlich aus. Das zeigt: Die intendierte Belastung mit Beiträgen nach der Leistungsfähigkeit schlägt innerhalb einer umlagefinanzierten Versicherung mit lohnabhängigen Leistungen regelmäßig fehl.

Abb. 3: Unterschiedliche Beitragsbelastung gleich hoher Haushaltseinkommen



Umverteilungsaufgaben sollten daher nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip im Steuer-Transfer-System gelöst werden, nicht im Versicherungssystem. In einem reinen Versicherungssystem werden Prämien nach dem Äquivalenzprinzip kalkuliert, d. h. die Prämien hängen von dem versicherten Risiko und den Leistungen ab. Wird die abzusichernde Versicherungsleistung gesetzlich vorgeschrieben, muss die Höhe der Versicherungsprämie nach dem individuellen Risiko bei Eintritt in die Versicherung festgelegt werden können. Wird die Versicherungsprämie für einkommens-

schwache Bürger als nicht tragbar angesehen, können diese Versicherten über das Steuer-Transfer-System kompensiert werden.

Die Trennung von Versicherung und Umverteilung hat den weiteren Vorteil, dass ein wettbewerblich organisierter Versicherungsmarkt entstehen kann, was mit Effizienzgewinnen einhergeht. Die Bürger erhalten die Möglichkeit, Pflegeversicherungs-Verträge nach dem Preis-Leistungsverhältnis zu beurteilen und ihren Präferenzen entsprechend auszuwählen.

Beschäftigungsfeindliche Belastung des Faktors Arbeit

Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung war es unumstritten, dass das Risiko, pflegebedürftig zu werden, unabhängig vom Arbeitsverhältnis ist. Eine Ankopplung an das Arbeitseinkommen entspricht lediglich der in Deutschland üblichen Form der Finanzierung der Sozialversicherungszweige, ohne unmittelbar sachlich begründet zu sein. Entsprechend wurde von Beginn an akzeptiert, dass die ohnehin stets nur als Fiktion bestehende hälftige Teilung der Beiträge zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern hier unterlassen wird.¹³ Stattdessen tragen in der Pflegeversicherung die Arbeitnehmer auch formal nahezu den vollen Beitrag: In allen Bundesländern außer Sachsen führen die Arbeitgeber zwar 0,85 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Lohnneinkommens ab; sie wurden dafür jedoch durch den Verzicht der Arbeitnehmer auf den früher arbeitsfreien Buß- und Betttag weitgehend kompensiert.¹⁴

Dennoch führt die Kopplung der Versicherungsbeiträge an das Arbeitseinkommen zu Verzerrungen auf dem Arbeitsmarkt. Durch den fehlenden Zusammenhang zwischen Einzahlungen und Versicherungsleistungen wirken die Beiträge zur Pflegeversicherung wie eine Steuer: Zusätzliche Einzahlungen in Form einer mit steigendem Einkommen höheren Beitragsbelastung oder eines verlängerten Einzahlungszeitraums führen nicht zu einer Erhöhung der Leistungen – da diese ja gesetzlich festgeschrieben sind. Das macht es beispielsweise für einen abhängig Beschäftigten attraktiv, eher selbstständige Tätigkeiten auszuführen, als in seinem eigentlichen Beruf in abhängiger Beschäftigung länger zu arbeiten oder sich weiter zu qualifizieren.¹⁵

Auch Schwarzarbeit wird hierdurch attraktiver, was wiederum zu einer Erosion der Bemessungsbasis für Steuern und Sozialleistungen beiträgt. Beeinträchtigt wird durch die erhöhten Lohnzusatzkosten auch die arbeitgeberseitige Nachfrage nach Arbeitskräften, also letztlich die Beschäftigung. Orientieren sich die Arbeitnehmer oder die sie vertretenden Gewerkschaften bei künftigen Lohnverhandlungen an den Nettolöhnen, da sie die Sozialversicherungsbeiträge wenigstens zu einem gewissen Anteil implizit als Steuer empfinden, der keine angemessene Gegenleistung gegenübersteht, so fordern sie höhere Bruttolöhne, um für die Beiträge kompensiert zu werden.

Höhere Lohnforderungen, die nicht durch eine entsprechend höhere Produktivität gedeckt sind, haben negative Auswirkungen auf die Beschäftigung.¹⁶ Damit wird den Sozialversicherungssystemen zugleich die Beitragsbasis entzogen, es entsteht ein sich selbst verstärkender Kreislauf aus steigenden Sozialversicherungsbeiträgen, steigender Arbeitslosigkeit und dadurch notwendigen weiteren Beitragssatzsteigerungen.

Da sich Beitragssatzsteigerungen in der Pflegeversicherung selbst bei nominal konstanten (und damit real abgewerteten) Pflegeleistungen voraussichtlich nicht vermeiden lassen, würde eine Beibehaltung der Kopplung an das Arbeitseinkommen zu einer weiteren Erhöhung der Lohnnebenkosten führen.¹⁷ Die 1995 nach aufwändigen Berechnungen beschlossene Kompensation der Arbeitgeber bedeutet zugleich, dass im Falle einer Beitragserhöhung erneut über eine Kompensation nachgedacht werden müsste, falls man nicht konsequenterweise gleich auf die formale Beteiligung der Arbeitgeber an der Erhöhung verzichtet.

¹³ Die Arbeitgeber orientieren sich bei Lohnverhandlungen bzw. Einstellungsentscheidungen ausschließlich an den Lohnkosten, zu denen auch die Lohnnebenkosten gehören. Die tatsächliche Traglast liegt somit letztlich immer bei den Arbeitnehmern.

¹⁴ Sachsen verzichtete auf die Abschaffung eines Feiertags. Dafür beträgt der Arbeitnehmeranteil am Beitrag dort 1,35 Prozentpunkte, die Arbeitgeber führen 0,35 Prozentpunkte ab. Daran wird deutlich, dass die Kompensation der Arbeitgeber mit der Streichung eines Feiertags vermutlich nicht vollständig gelungen ist, sondern diese durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung mit zusätzlichen Lohnnebenkosten belastet wurden. Eine genaue Berechnung dieser Last setzt allerdings stark vereinfachende Annahmen voraus und ist daher umstritten, vgl. Sachverständigenrat (1994), Textziffern 10-11.

¹⁵ Selbstständige Tätigkeiten sind selbstverständlich nicht grundsätzlich unerwünscht. In diesem Fall handelt es sich jedoch um eine verzerrte Entscheidung, die nicht vorwiegend auf die Vorteile dieser Tätigkeitsart ausgerichtet ist, sondern auf die Vermeidung der Umverteilungskosten im Rahmen der Sozialversicherungen.

¹⁶ Noch viel direkter würde eine unkompensierte Beitragssatzsteigerung auf der Arbeitgeberseite negative Beschäftigungseffekte hervorrufen, da sie unmittelbar und in vollem Umfang lohnkostensteigernd wäre.

¹⁷ Der Faktor Arbeit ist auch durch die Sozialabgaben zur Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung bereits immens belastet. Im Jahr 2004 summieren sich die Beitragssätze bereits auf 42 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Bruttoeinkommens. Zum Vergleich: Im Jahre 1970 lag die Summe der Beitragssätze noch bei 26,5 Prozent. Demographisch bedingte Beitragserhöhungen sind in allen Sozialversicherungszweigen zu erwarten.

Zur konkreten Schätzung der zukünftig zu zahlenden Pflegeversicherungsbeiträge sind unterschiedliche Annahmen nötig. Neben Annahmen zu den Auswirkungen der demographischen Verschiebungen ist dabei die Frage entscheidend, inwiefern die Leistungen der Pflegeversicherung an Preissteigerungen im Pflegebereich angepasst werden und wie hoch diese Preissteigerungen ausfallen. Seit Einführung der Pflegeversicherung sind die Leistungen nominell konstant geblieben, also in Folge von Preissteigerungen real gesunken. Die Beibehaltung dieser Regelung könnte einen Kostenanstieg von dieser Seite vermeiden. Allerdings würde dadurch im Laufe der Zeit die Mindestversicherungspflicht ausgehöhlt und die Allgemeinheit wieder zusätzlich belastet. Bereits heute müssen viele Pflegeversicherte zusätzlich Sozialhilfe in Anspruch nehmen, da ihre Ausgaben nicht vollständig durch die Pflegeversicherung abgedeckt und ihre Ersparnisse schnell aufgezehrt sind.¹⁸

In der Vergangenheit stiegen die Preise im Pflegebereich zudem schneller als die allgemeinen Lebenshaltungskosten, da bei den sehr personalintensiven Dienstleistungen in der Pflege das Rationalisierungspotenzial gering ist und noch immer Fachkräftemangel herrscht. Eine Veränderung dieses Trends ist insbesondere vor dem Hintergrund der demographiebedingt vermutlich weiter steigenden Nachfrage unwahrscheinlich. Eine Dynamisierung von Pflegeleistungen müsste zum realen Erhalt des Status quo also oberhalb der allgemeinen Preissteigerung liegen. Weiterer Erhöhungsdruck auf die Beitragssätze wird darüber hinaus daraus resultieren, dass immer weniger Menschen die Pflege durch Angehörige zuteil werden kann, da die Anzahl der Alleinstehenden beständig steigt, immer mehr Menschen keine Kinder haben und zudem die Erwerbsbeteiligung zunimmt.¹⁹

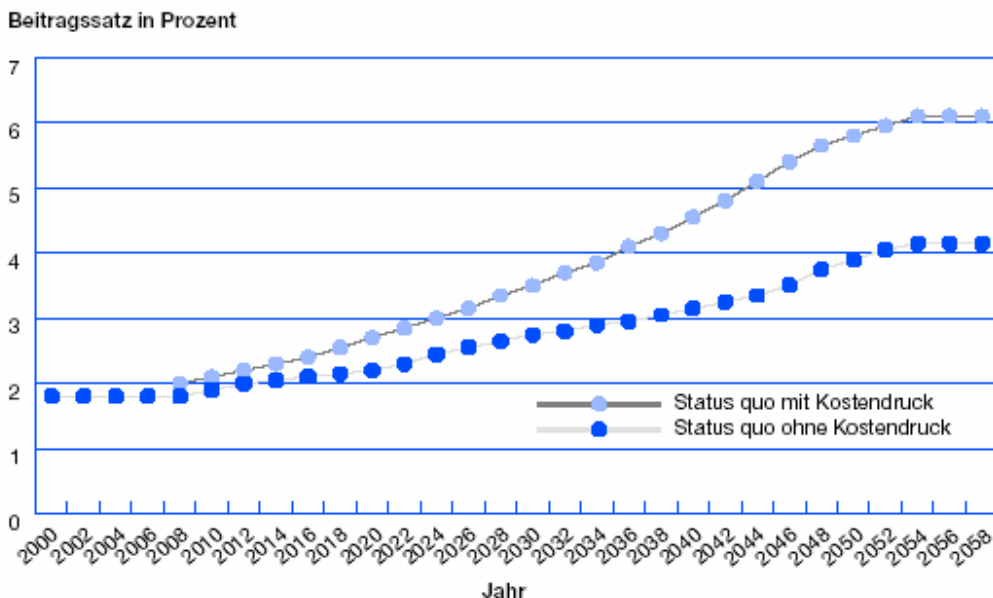
Bei realistischen Annahmen zur Preisentwicklung prognostizieren Häcker/Raffelhüschen für das gegenwärtige reale Leistungsniveau unter Zugrundelegung der demographischen Annahmen der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung beinahe eine Vervierfachung des heutigen Beitragssatzes auf 6,1 Prozent im Jahr 2056 (siehe Abb. 4).²⁰ Die absolute Beitragsbelastung steigt dabei freilich noch stärker als die in Prozent bemessenen Beitragssätze, da ein im Zeitverlauf steigendes Einkommen unterstellt wird.

¹⁸ Der Anteil der ‚Hilfe zur Pflege‘ an der von den Sozialhilfeträgern gewährten ‚Hilfe in besonderen Lebenslagen‘ ist gegenüber 1995 zwar gesunken, belief sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2002 mit Ausgaben von knapp drei Milliarden Euro allerdings noch immer auf 11 Prozent dieser Sozialhilfekomponente. 313.000 Pflegebedürftige nahmen in 2002 Sozialhilfeleistungen in Anspruch.

¹⁹ Die Pflege durch Angehörige ist für die Pflegeversicherung mit geringeren Ausgaben verbunden. Hof (2001, S. 203) geht davon aus, dass die derzeitige Relation zwischen Pflegegeld, das für die häusliche Pflege durch Angehörige gezahlt wird (80 Prozent), und Pflegesachleistung (20 Prozent) aufgrund der beschriebenen Entwicklung in keinem Fall konstant bleibt, sondern sich hin zu einer stärkeren Inanspruchnahme ambulanter bzw. stationärer Versorgung entwickeln wird. Auch das Statistische Bundesamt macht in der Pflegestatistik 2001 (S. 3-4) einen entsprechenden Trend aus.

²⁰ Vgl. Häcker/Raffelhüschen (2004b), S. 9. In 2004a (S. 167) berechnen sie einen Maximalwert von 6,6 Prozent in 2057. Auch Hof (2001, S. 211) prognostiziert für 2050 je nach Annahmen zu Demographie und Dynamisierung Beitragssätze zwischen 3,7 und 6,0 Prozent; die Herzog-Kommission schätzt 5,8 Prozent.

Abb. 4: Beitragssatzprojektion bis zum Jahr 2056



Quelle: Häcker/Raffelhüschen (2004b). Szenario ohne Kostendruck: Dynamisierung der Leistungen mit 1,5 Prozent; Szenario mit Kostendruck: Annahme eines überproportionalen Anstiegs der Pflegekosten, Dynamisierung mit 2,5 Prozent.

Unberechtigte Einführungsgewinne

Schließlich ist zu bemängeln, dass in der Einführungsphase eines Umlageverfahrens Personen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, die selbst nie oder nur über einen kurzen Zeitraum hinweg in dieses Versicherungssystem eingezahlt haben. Von vielen Befürwortern des Umlagesystems ist dies als Vorteil herausgestellt worden, da dadurch bereits kurz nach Einführung der Pflegeversicherung Leistungen gewährt werden konnten.

Tatsächlich ist dies aber zunächst keine soziale Wohltat. Schließlich geht es nicht um eine erst dadurch überhaupt gewährte Pflege, sondern lediglich um die finanzielle Entlastung der Betroffenen und der Sozialhilfeträger, denn auch vor 1995 sind alle Pflegebedürftigen gepflegt worden. Allerdings mussten sie oder ihre Angehörigen für die entstehenden Kosten so weit wie möglich selbst aufkommen; Sozialleistungen wurden nur bei Bedürftigkeit gewährt.

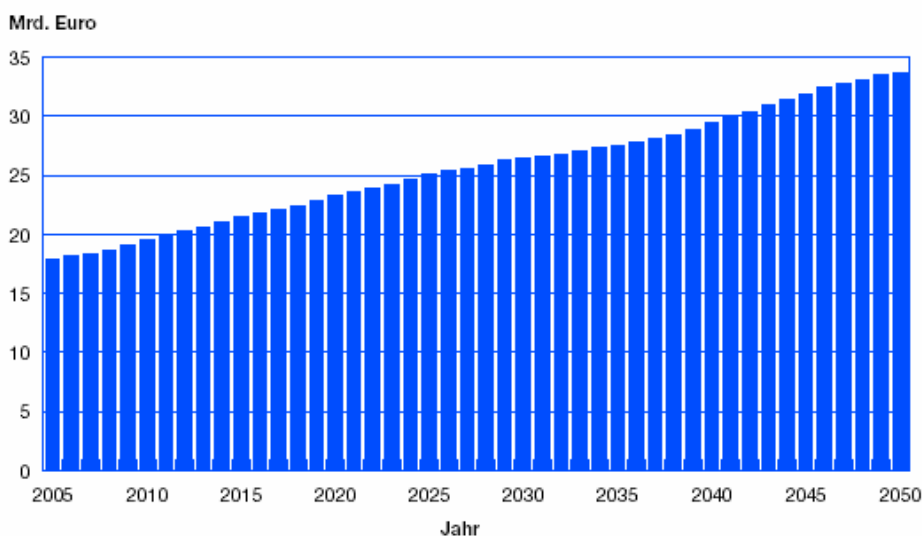
Die Leistungen aus der umlagefinanzierten Pflegeversicherung stellen also für die gegenwärtigen und auch für einen Großteil der in naher Zukunft Pflegebedürftigen nicht zu rechtfertigende Einführungsgeschenke auf Kosten heute junger Erwerbstätiger sowie künftiger Generationen dar. Innerhalb der nachwachsenden Generationen profitieren nur diejenigen von der Pflegeversicherung, die Vermögen erben, das nach der alten Regelung zur Deckung der Pflegekosten einzusetzen gewesen wäre.²¹

²¹ Vgl. auch Breyer (1995), S. 31. Dies brachte der Pflegeversicherung den bezeichnenden Titel einer Erbschutzversicherung ein – mit der Folge des Rufs nach höheren Erbschafts- und Schenkungssteuern.

Bis heute ist erst ein Teil der Einführungsgewinne verteilt. Das macht eine Umstellung der Pflegeversicherung leichter möglich und lässt eine rasche Reform um so wünschenswerter erscheinen: Je länger das System besteht, desto größer sind die darin erworbenen Leistungsansprüche und umso schwerer wird es, die Aufdeckung der impliziten Staatsschuld im politischen Prozess durchzusetzen. Abb. 5 verdeutlicht den durch demographische Verschiebungen und das längere Bestehen des Systems bedingten Anstieg der fiskalischen Kosten zur Weiterfinanzierung der Pflegeleistungen für die zum entsprechenden Reformzeitpunkt bereits pflegebedürftigen Personen in den Jahren 2005 bis 2050. Der Anstieg resultiert allein aus der Vorgabe, dass bereits pflegebedürftige Personen nicht im Nachhinein mit ihren künftigen Pflegekosten belastet werden sollen. Bei einer Umstellung im Jahr 2005 summieren sich die für diesen Personenkreis im Umstellungsjahr zu erwartenden Ausgaben auf knapp 18 Milliarden Euro; bei einer Umstellung im Jahr 2025 steigen sie auf 25 Milliarden, bei einer Umstellung in 2050 sogar auf knapp 34 Milliarden Euro.

Diese Finanzmittel müssen jeweils zusätzlich zu den eigentlichen Versicherungsprämien der dann eingeführten kapitalgedeckten Pflegeversicherung aufgebracht werden. Ohne eine Reform würde sich diese Kostenentwicklung in steigenden Defiziten oder höheren Beiträgen niederschlagen. Nur durch baldiges Handeln können die Belastungen begrenzt und langfristig steigende Beitragssätze vermieden werden.

Abb. 5: Kosten für bereits Pflegebedürftige je nach Umstellungsjahr



Quelle: Eigene Berechnungen nach aktuellen Statistiken des BMGS und der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, mittlere Variante.

Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Pflegeversicherung

Das Bundesverfassungsgericht hat den Gesetzgeber mit dem Urteil zur gesetzlichen Pflegeversicherung am 3. April 2001 aufgefordert, das Umlageverfahren spätestens mit Wirkung zum Jahreswechsel 2004/2005 zu Gunsten von Eltern zu reformieren. Da das Pflegefallrisiko im Alter signifikant zunehme und die Versicherung im Umlageverfahren finanziert werde, müsse die jeweilige Erwerbstätigengeneration zu einem erheblichen Teil die Kosten für die vorangehende Generation tragen. Kindererziehende Pflichtversicherte leisteten daher durch die Erziehung der zukünftigen Beitragszahlergeneration einen konstitutiven Beitrag zum Fortbestehen des Systems. Davon profitierten jedoch nicht nur die Eltern, sondern unterschiedslos alle Versicherten, obwohl kinderlose Versicherte lediglich einen monetären Beitrag analog zu den Versicherten mit Kindern leisten, nicht aber einen generativen Beitrag erbringen oder zusätzliche monetäre Leistungen, die dem generativen Beitrag äquivalent sind.

Daher müssten Eltern im Vergleich zu nicht-kindererziehenden Versicherten entlastet werden, und zwar in der Phase der Kindererziehung.²² Die Rürup-Kommission (2003) spricht sich in ihrem Vorschlag dafür aus, den Familienlastenausgleich auf das Steuersystem zu übertragen. Es ist allerdings umstritten, ob dies mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts kompatibel ist, da die Urteilsbegründung des Bundesverfassungsgerichts eine systeminterne Entlastung nahe legt.²³ Die Bundesregierung beabsichtigte ursprünglich, einen pauschalen zusätzlichen Beitrag von Versicherten in den Phasen zu erheben, in denen sie weder Kinder erziehen noch Angehörige pflegen.

Die Idee scheint verworfen; aktuell wird politisch diskutiert, den Beitragssatz für kinderlose Versicherte ab 23 Jahren von 2005 an um 0,25 Prozentpunkte zu erhöhen, so dass die Zusatzbelastung von der Höhe des Einkommens aus abhängiger Beschäftigung abhängt. Wer 1940 oder früher geboren ist, soll von dem Beitragszuschlag befreit werden. Noch ist eine Entscheidung jedoch nicht gefallen, die Reform der Pflegeversicherung bezüglich der Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils lässt weiter auf sich warten. Eine ursprünglich beabsichtigte, darüber hinausgehende strukturelle Reform ist auf die nächste Legislaturperiode vertagt.

Anstatt das bestehende System volumenmäßig auszuweiten, sollten die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen die bestehende Ausgestaltung der Pflegeversicherung zum Anlass genommen werden, eine grundlegende Reform zu wagen. Ein Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren würde die beanstandete Benachteiligung Kindererziehender aufheben. Das Bundesverfassungsgericht verweist in der Urteilsbegründung mehrfach explizit auf die Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung, durch die „die Erziehungsleistung konstitutive Bedeutung für die Funktionsfähigkeit dieses Systems“ erlangt und entsprechend zu berücksichtigen sei.²⁴ Beim Übergang zu einem kapitalgedeckten System würden zukünftige Erwerbstätigengenerationen nicht mehr zur Finanzierung der Pflegeausgaben der jeweils älteren Generationen herangezogen. Jede Generation würde entsprechend dem eigenen Risiko durch die Zahlung eigener Versicherungsprämien vorsorgen; zur Glättung der finanziellen Belastung bilden die Versicherten in jungen Jahren Altersrückstellungen.

²² Vgl. Bundesverfassungsgericht, 1 BvR 1629/94 vom 3.4.2001, Absätze 55-71; Sachverständigenrat (2001), Ziffer 273 ff.

²³ Vgl. Bundesverfassungsgericht, 1 BvR 1629/94 vom 3.4.2001. Dies erkennt auch der Sozialbeirat in seiner Stellungnahme an (Bundestagsdrucksache 14/6099 vom 8.5.2001, S. 2), spricht sich jedoch wie die Rürup-Kommission für die Einbeziehung aller Steuerzahler bei der Verwirklichung der Be- bzw. Entlastung aus, da die Ansprüche an die Sozialversicherungen eine implizite Steuerschuld darstellten.

²⁴ Bundesverfassungsgericht, 1 BvR 1629/94 vom 3.4.2001, Absatz 56.

Die Pflegeausgaben werden unabhängig von den Versicherungsbeiträgen der dann jungen Generation finanziert, die wiederum nur für ihre eigene Versicherung aufkommen muss. Der Aufforderung des Bundesverfassungsgerichts wäre somit Rechnung getragen. Diese Interpretation wird durch ein zweites Verfassungsgerichtsurteil gestützt, das die Nicht-Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen in der privaten Pflegeversicherung für rechtmäßig erklärt. Die private Pflegeversicherung beruhe auf Kapitaldeckung und seiadamit „nicht in gleicher Weise auf die Prämienzahlungen der nachwachsenden Generationen angewiesen wie die soziale Pflegeversicherung, die auf dem Umlageverfahren und damit auf einer ‚intergenerativen‘ Umverteilung beruht.“²⁵

²⁵ Bundesverfassungsgericht, 1 BvR 1681/94 vom 3.4.2001, Absatz 70; Vgl. auch die Stellungnahme des Sozialbeirats: Bundestagsdrucksache 14/6099 vom 8.5.2001, S. 3. Laut Verfassungsgerichtsurteil kann eine Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen in der privaten, kapitalgedeckten Pflegeversicherung notwendig werden, wenn Umlageelemente dort an Bedeutung gewinnen (Vgl. 1 BvR 1681/94 vom 3.4.2001, Absatz 71). Dies ist im hier skizzierten Referenzmodell jedoch nicht der Fall.

3.3 Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft

Die Expertenkommission Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft (2003) schlägt vor, die gesetzliche Pflegeversicherung als eigenständige Säule des Systems der sozialen Sicherung abzuschaffen und sie stattdessen in die Krankenversicherung zu integrieren; allerdings auf der Basis eines grundlegend reformierten Systems der Krankenversicherung.³³

Die Gemeinschaftsinitiative will den Leistungskatalog der Krankenversicherung um die Leistungen der Pflegeversicherung erweitern. Die Pflegestufe I soll jedoch abgeschafft werden, da diese von fast jedem Menschen höheren Lebensalters erreicht werde und daher planbar und voraussehbar sei. Die Kranken- und Pflegeversicherung soll dann als umlagefinanziertes System mit einkommensunabhängigen Grundbeiträgen für alle Versicherten ausgestaltet werden.³⁴ Die Beiträge entsprechen den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf und sind unabhängig von Alter, Geschlecht und individuellem Risiko. Es werden keine Altersrückstellungen gebildet, sondern die durchschnittlich höheren Ausgaben für ältere Versicherte werden durch die Beiträge der jüngeren Versicherten subventioniert. Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern entfällt, für Kinder und Jugendliche schlägt die Gemeinschaftsinitiative reduzierte Beiträge vor. Die Versicherungspflicht wird beschränkt auf ein Mindestmaß an Versicherungsleistungen.

Für die Zusammenfassung der beiden Systeme sprechen die in der Praxis durchaus erheblichen Abgrenzungsprobleme zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit, die Ineffizienzen bei Rehabilitation und Prävention zur Folge haben. Wenn jemand an unterschiedlichen Krankheiten leidet, sind Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen vielfach interdependent. Sofern Kosten bei den Krankenkassen verursacht werden, Einsparungen jedoch der Pflegeversicherung zu Gute kommen, werden die Maßnahmen vielfach unterbleiben. Auch versuchen Krankenkassen im aktuellen System verständlicherweise, anfallende Kosten auf die Pflegeversicherung abzuwälzen, zumal in der Pflegeversicherung ein vollständiger Finanzausgleich zwischen den Kassen stattfindet. Die Abwälzung geht in Folge der Budgetierung der Pflegeversicherungsleistungen zu Lasten der Versicherten, da das Budget schneller aufgezehrt ist. Eine Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung würde daher durchaus Vorteile mit sich bringen.

Andererseits ist eine grundlegende Reform der Krankenversicherung aufgrund des größeren Ausgaben- und Versicherungsvolumens mit weitaus größeren Umstellungsproblemen verbunden und damit politisch schwerer umzusetzen als eine isolierte Reform der Pflegeversicherung. Eine konsequente und nachhaltige Reform der Krankenversicherung wird zwar diskutiert, die Entscheidung für ein konkretes Modell sowie die Umsetzung einer Reform sind zum heutigen Zeitpunkt jedoch nicht absehbar.³⁵ Die Verzögerung der Reform der Pflegeversicherung durch das Abwarten einer Reform der Krankenversicherung ist nicht anzuraten, da damit weitere Einführungsgeschenke verteilt würden, weitere Ansprüche innerhalb des bestehenden Systems erworben würden und somit ein Systemwechsel weiter erschwert würde.

³³ Vgl. Breyer u.a. (2004), S. 96 ff.

³⁴ Auch bekannt als Bürgerprämie, Pauschalprämie, Kopfprämie.

³⁵ Derzeit wird für das System der Krankenversicherung in Regierungskreisen die Einführung einer über einkommensbezogene Beiträge finanzierten Bürgerversicherung favorisiert. Diese löst das demographische Problem nicht, erhält die Vermischung von Umverteilung und Versicherung aufrecht und ist mit enormem bürokratischem Aufwand verbunden. Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten schwächt die Lohnbezogenheit der Beiträge ab, erhält sie jedoch aufrecht. Zudem verschlechtert die Bürgerversicherung die Bedingungen für effizienzsteigernden Wettbewerb unter den Versicherern. Sollte es zu dieser ordnungspolitisch höchst bedenklichen Ausgestaltung der Krankenversicherung kommen, wäre eine Integration der Pflegeversicherung abzulehnen.

Darüber hinaus entsprechen auch andere Ausgestaltungselemente des Vorschlags nicht den Ansprüchen an eine konsequente Reform der Pflegeversicherung: Wegen der Beibehaltung der Umlagefinanzierung bleibt es bei der mangelnden Nachhaltigkeit bei demographischen Verschiebungen. Hinzu kommt die – auch seitens der Gemeinschaftsinitiative angeführte – Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs zwischen den Versicherungsanbietern, da die Ausgaben je nach Versichertenstruktur stark variieren können, die Beiträge jedoch in ihrer Höhe für alle Versicherten einheitlich ausfallen.

Ohne Risikostrukturausgleich entstünde zwischen Versicherern ein Wettbewerb um die jungen und gesunden Versicherten, die mit dem pauschalen Grundbeitrag einen ihr individuelles Krankheitsrisiko übersteigenden Versicherungsbeitrag entrichten würden. Der Risikostrukturausgleich verursacht nicht nur ein gigantisches Verwaltungs- und Abgrenzungsproblem, sondern unterdrückt gleichzeitig den Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Anbietern.³⁶ Die Bildung individueller, übertragbarer Altersrückstellungen erscheint als überlegene Alternative.³⁷

3.4 Das Auslaufmodell von Häcker/Raffelhüschen

Häcker/Raffelhüschen (2004) propagieren den Umstieg auf eine private, kapitalgedeckte Pflegeversicherung.³⁸ Ab einem Umstellungsstichtag müssen alle unter 60-jährigen Versicherten private Versicherungsverträge vorweisen. Für die über 60-Jährigen wird das bestehende Umlageverfahren aus Gründen des Vertrauensschutzes beibehalten; sie haben entsprechend der geltenden Rechtslage jedoch keinen Anspruch auf eine Dynamisierung der Leistungen.

Finanziert werden die fortgeführten umlagefinanzierten Versicherungsleistungen einerseits durch eine Pflegepauschale von 50 Euro monatlich, die die über 60-Jährigen in das System einzahlen müssen. Diese Pauschalen reichen zur Deckung der Leistungen jedoch bei weitem nicht aus, so dass die jüngeren Versicherten weiterhin einen lohnabhängigen ‚Solidarbeitrag‘ zum Umlageverfahren leisten müssen. Der entsprechende Beitragssatz schwankt im Zeitverlauf und liegt im Durchschnitt bei 0,7 Prozent.³⁹ Nach Ablauf der Übergangsphase im Jahr 2046 wird er auf Null reduziert, das Umlageverfahren ist abgeschafft.

Der im Auslaufmodell vorgesehene Übergang von der umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung hin zu einem kapitalgedeckten Versicherungssystem ist grundsätzlich zu begrüßen. Der Übergang zieht sich allerdings über einen relativ langen Zeitraum von 45 Jahren hin. Während dieses Zeitraums wird die beschäftigungsfeindliche Belastung des Faktors Arbeit beibehalten. Zwar wird der Beitragssatz reduziert, dafür nimmt er einen reinen Steuercharakter an, da diesem Beitrag keinerlei Leistungen bei Pflegebedürftigkeit gegenüberstehen. Die aus ordnungs- und sozialpolitischer Sicht zweifelhaften Umverteilungswirkungen werden zu lange fortgeführt; die individuelle Leistungsfähigkeit wird bei der Finanzierung des Übergangs unzureichend berücksichtigt.

Auch die Einführung einer Altersgrenze für den Verbleib im Umlageverfahren ist problematisch. Eine solche Altersgrenze ist stets willkürlich und es kommt zu massiver Ungleichbehandlung von Personen knapp oberhalb und unterhalb dieser Grenze, hier über und unter

³⁶ Allerdings würde der Risikostrukturausgleich im Vergleich zum heutigen System reduziert, da kein Ausgleich der Einkommenskraft der Versicherten mehr notwendig wäre.

³⁷ Vgl. Abschnitte 4.1.2 bis 4.1.4.

³⁸ Vgl. hierzu und zu den folgenden Ausführungen zur Ausgestaltung des Modells Häcker/Raffelhüschen (2004a), S. 169-172 und Häcker/Raffelhüschen (2004b), S. 13-15.

³⁹ Vgl. Häcker/Raffelhüschen (2004b), S. 13. In Häcker/Raffelhüschen (2004a) liegt der Durchschnittsbeitrag bei 1,2 Prozent (S. 169).

60 Jahren: Personen ab 60 erhalten den vollen umlagefinanzierten Versicherungsschutz, Personen unter 60 erhalten keine Leistungen aus dem Umlageverfahren, müssen dieses jedoch zusätzlich zu ihrer eigenen privaten Versicherung weiter finanzieren. Im Extremfall entscheidet eine Sekunde Unterschied in der Geburtszeit, ob man sich zu 100 Prozent oder gar nicht privat versichern muss. Zur Ausgestaltung der privaten Versicherung äußern sich Häcker/Raffelhüschen nicht. Sie erwähnen lediglich, dass eine Prämie von etwa 40 bis 60 Euro fällig wird.

4 Referenzmodell einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung

Bei der Konzeption eines Referenzmodells kommt es darauf an, ein ordnungspolitisch sinnvolles und langfristig tragfähiges System zu entwickeln, das nicht an kurzfristigen Gruppeninteressen orientiert ist. Ein solches Referenzsystem muss sich von den Status-quo-Regeln lösen. Reformen bestehender Systeme machen jedoch Umstellungs- und Übergangsmaßnahmen erforderlich. In diesem Kapitel werden nacheinander ein Referenzmodell sowie Mechanismen zur Gestaltung des Übergangs entwickelt, bevor im nächsten Kapitel die grundsätzlich variablen Parameter zu einem konkreten Reformkonzept modelliert werden.

4.1 Ausgestaltungsmerkmale des Referenzmodells

4.1.1 Bevölkerungsumfassend verpflichtende Mindestversicherung

Wer vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit hinreichende Einkünfte erzielt oder ausreichend Vermögen hat, um das finanzielle Risiko eventueller Pflegebedürftigkeit selbst abzusichern, sollte die im Fall späterer Pflegebedürftigkeit anfallenden Kosten nicht auf die Gemeinschaft abwälzen können, indem er keinerlei Vorsorge trifft und sein Einkommen bzw. Vermögen bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit aufzehrt. Dazu ist eine bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht bis zu einem Mindestniveau an Pflegeleistungen erforderlich, das den andernfalls durch die Sozialhilfe gedeckten Pflegeleistungen entspricht. Bevölkerungsumfassend sollte die Versicherungspflicht sein, da jedes Mitglied der Gesellschaft Anspruch auf eine Mindestsicherung und Mindest-Pflegeleistungen hat und daher die eigene Vorsorge unterlassen könnte. Zusätzliche Leistungen über das Grundniveau hinaus kann der Einzelne gemäß seiner individuellen Präferenzen freiwillig privat versichern.

Aufgrund der ohnehin großen finanziellen Belastung der Eltern empfiehlt es sich, von Kindern und Jugendlichen nur einen geringen Beitrag zu verlangen oder sie beitragsfrei zu versichern. Ob Kinder und Jugendliche zu reduzierten Prämien oder vollkommen beitragsfrei versichert werden sollen, ist dabei keine familienpolitisch motivierte Umverteilungsfrage, sondern letztlich lediglich eine Entscheidung über die intertemporale Verteilung der Beitragslasten im Lebenszyklus. Dieselben Versicherungsmitglieder müssen später entsprechend höhere Beiträge zahlen, um ausreichende Altersrückstellungen aufbauen zu können.

Die exakte Bestimmung des Mindestniveaus der Versicherungsleistungen ist eine politisch zu treffende Entscheidung. Es erscheint allerdings sinnvoll, die großen, kostenintensiven Risiken vollständig abzusichern und im Gegensatz zum bestehenden Teilkasko-System die Höchstbeträge so zu bemessen, dass auch die Kosten für Schwerstpflegebedürftige gedeckt werden können. Derzeit muss bei Überschreitung der Höchstgrenzen ohne zusätzliche private Vorsorge und bei geringem Einkommen und Vermögen auf die Sozialhilfe zurückgegriffen werden. Damit wird im aktuellen System letztlich das eigentliche Ziel der Versicherung – die Absicherung gegen hohe Kosten im Pflegefall – verfehlt.⁴⁰

⁴⁰ Laut Pflegestatistik 2001 des Statistischen Bundesamtes (2003, S. 6) kostet die Heimunterbringung in Pflegestufe III monatlich 2.250 Euro. Der Pflegesatz beträgt lediglich 1.432 Euro monatlich.

Das heißt nicht, dass beliebig hohe Kosten hinzunehmen sind: Lediglich die finanzielle Absicherung einer angemessenen Mindestpflege in den schweren, kostenintensiven Fällen muss obligatorisch sein. Schwieriger ist die Abgrenzung bei weniger schwerer Pflegebedürftigkeit. Sofern die Hilfebedürftigkeit lediglich kurze Zeit anhält oder lediglich mit

geringen Kosten verbunden ist, ist der Rückgriff auf die Sozialhilfe auch ohne Versicherungspflicht unwahrscheinlich. Es ist möglicherweise zumutbar, die bei weniger schwerer Pflegebedürftigkeit anfallenden Kosten selbst zu tragen.⁴¹ Jedem Versicherten steht selbstverständlich die Möglichkeit offen, Zusatzvorsorge über den obligatorischen Mindestleistungskatalog hinaus zu betreiben. Insbesondere für jüngere Versicherungsnehmer bedeutet dies, dass sie für unerwartete Kostensteigerungen im Pflegebereich vorsorgen bzw. über den obligatorischen Leistungskatalog hinausgehende Zusatzleistungen (z. B. Hotelleistungen, Einzelzimmer etc.) absichern können.

Kapitalgedeckte Versicherung mit individuellen Altersrückstellungen

In einem Umlagesystem werden die Ausgaben einer Sozialversicherung aus den Einzahlungen der gleichen Periode finanziert. Abgesehen von einer schwankungsausgleichenden Liquiditäts-Rücklage für wenige Monate wird kein Kapitalstock innerhalb des Systems gebildet. In einer nach dem Kapitaldeckungsverfahren organisierten Pflegeversicherung hingegen wird ein Teil der Prämien im ersten Lebensabschnitt des Versicherten akkumuliert, so dass die Auszahlungen im höheren Alter zwar zum Teil aus der Prämie, zu einem erheblichen Teil jedoch aus einem Kapitalstock finanziert werden können. Eine Person bzw. eine Generation sorgt somit selbst für ihre potenziellen Pflegekosten vor und ist unabhängig von zukünftigen Einzahlungen anderer Generationen. Sie erhält Leistungen, die ausschließlich von ihren eigenen Vorleistungen und laufenden Prämien abhängen.

Das demographische Risiko des Umlagesystems besteht hier also nicht. Gelegentlich geäußelter Kritik, dass die Kapitaldeckung keinen Schutz gegen die mit einer Zunahme der Lebenserwartung verbundenen Kostensteigerungen in der Pflege biete,⁴² muss erwidert werden, dass solche Kostensteigerungen im Umlageverfahren von vornherein den zukünftigen Erwerbsgenerationen aufgebürdet werden. Im Kapitaldeckungsverfahren lässt sich dagegen grundsätzlich auch für dieses Kostenrisiko ein Prämienzuschlag einbauen.

Bei nicht voll abgedeckten Risiken sind außerdem zuerst die privaten Mittel einzusetzen, bevor gegebenenfalls die Sozialhilfe in Anspruch genommen werden kann, für die künftige Generationen als Steuerzahler aufkommen müssen. Im Umlageverfahren wird die künftige Generation hingegen über höhere Beiträge in vollem Umfang mit den möglichen Zusatzkosten belastet. Die Akkumulation eines Kapitalstocks, also die Bildung von Altersrückstellungen, ist notwendig, da das Pflegerisiko mit zunehmendem Alter stark ansteigt. Würden Prämien nach dem Risiko der jeweiligen Periode kalkuliert, würden sie im Alter massiv ansteigen.

Es liegt nicht nur im persönlichen Interesse vieler Versicherter, die Vorsorgebelastungen über den Lebenszyklus zu glätten, sondern dies ist auch erforderlich, um eine unangemessene Inanspruchnahme der Sozialhilfe zu vermeiden. Daher sollten die Prämien zur Pflegeversicherung als Annuitäten der über den gesamten Lebensverlauf zu erwartenden Kosten gestaltet werden. Innerhalb der Versicherung werden für jeden Versicherten individuell zurechenbare Rückstellungen gebildet (individualisierte Altersrückstellungen, die den Kapitalstock darstellen). Die Prämien übersteigen die tatsächlichen Risikokosten zu Beginn der Versicherungszeit und liegen gegen Ende darunter.

41 Dafür spricht sich wie erwähnt auch die Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft aus, vgl. Breyer u.a. (2004), S. 113. Sie fordert als Rückschluss daraus die Abschaffung der Pflegestufe I. Da dies jedoch eine vermehrte direkte Einstufung in Pflegestufe II zur Folge haben könnte, ist dieser Vorschlag vorsichtig zu diskutieren. Notwendig wären zudem medizinisch-empirische Untersuchungen, die der Frage auf den Grund gehen, ob unterlassene Pflege im Bereich der leichten Pflegebedürftigkeit zu einer schnelleren höheren Pflegebedürftigkeit führen könnte.

42 Vgl. z. B. Breyer u. a. (2004), S. 115.

Privat- oder sozialwirtschaftliche Organisation

Eine Pflegeversicherung kann privat- oder sozialwirtschaftlich im Wettbewerb angeboten werden:

Ob ein Pflegefall eintritt und welche Kosten er verursacht, ist bei frühzeitigem Abschluss einer Versicherung für beide Seiten – Versicherer wie Versicherten – unsicher, so dass ein für beide Seiten vorteilhafter Vertrag zustande kommen kann. Die individuellen Risiken, pflegebedürftig zu werden, sind zudem nicht miteinander verbunden, d. h. das Risiko ist nicht kumuliert. Für die Funktionsfähigkeit dieses Marktes spricht neben den theoretischen Überlegungen die empirische Evidenz aufgrund der Existenz privater Pflegeversicherungen vor Einführung der obligatorischen Pflegeversicherung sowie parallel zur derzeit bestehenden gesetzlichen Pflegeversicherung. Ein über die Mindestversicherungspflicht hinausgehender staatlicher Eingriff etwa in Form einer einheitlichen Pflichtversicherung ist abzulehnen, **wohl aber besteht die Notwendigkeit einer abgestuften, differenziert-kollektiv-sozialwirtschaftlich organisierten Versicherungspflicht, die in unser wettbewerblich organisiertes Wirtschaftssystem zu integrieren ist.**⁴³

Der Wettbewerb zwischen privaten und sozialwirtschaftlich orientierten Vorsorgekonzepten führt zu effizienten und an den Präferenzen der unterschiedlichen Versichertengruppen ausgerichteten Angeboten. Zwar müssen die zu versichernden Mindestleistungen gesetzlich festgelegt werden. Die konkrete Ausgestaltung und Organisation der Versicherung sowie die zusätzliche Erstattung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen oder deren Honorierung in Form verminderter Beiträge kann jedoch zwischen Anbietern variieren.⁴⁴ Auch eine Kombination mit zusätzlichen Versicherungsangeboten über den vorgeschriebenen Mindestkatalog hinaus ist möglich.

Um den Wettbewerb zwischen den Versicherungen nicht nur bei der Einführung des Systems bzw. beim erstmaligen Versicherungseintritt junger Versicherter – in Form der freien Wählbarkeit des Versicherers – zu gewährleisten, sondern auch langfristig aufrecht zu erhalten, ist ein System mit individualisierten übertragbaren Altersrückstellungen notwendig.

Für einen Bestandsversicherten ist der Versicherungswechsel nur dann attraktiv, wenn er die für ihn gebildeten Altersrückstellungen bei einem Versicherungswechsel mitnehmen kann. Anderenfalls läge die als Annuität zu berechnende Prämie in der neuen Versicherung wegen seines höheren Alters und der dann kürzeren als Ansparphase zur Verfügung stehenden Zeit so hoch, dass ein Versicherungswechsel selbst bei erheblichen Leistungsunterschieden nicht zu Stande käme und der effizienzsteigernde Wettbewerb unterdrückt würde.

Kalkulation risikoäquivalenter Prämien

Die Kalkulation der Prämien in der Pflegeversicherung sollte sich ausschließlich am zu versichernden Risiko orientieren – nur dann kann ein für die Effizienz des Systems so wichtiger wettbewerblicher Versicherungsmarkt funktionieren. Wie auf anderen Märkten muss der Preis den Leistungen entsprechen. Nur wenn sich die Versicherungen an den Risiken der Versicherten orientieren, lohnt sich die Spezialisierung auf bestimmte Gruppen. Solche potenziellen Spezialisierungsvorteile lassen beispielsweise die Investition in die Entwicklung und Durchführung besonderer Präventionsprogramme oder Rehabilitationsmaßnahmen lohnend werden und setzen damit Anreize zur Aufnahme eines echten Preis- und Leistungswettbewerbs zwischen Versicherern.

Idealerweise werden die Versicherungsprämien bereits vor der Geburt kalkuliert, denn zu diesem Zeitpunkt sind noch keine Unterschiede im Risiko der zu versichernden Personen erkennbar.⁴⁵ Um Risikoselektion aufgrund unterschiedlicher Familiengeschichten auszuschließen, könnte die heutige Regelung privater Krankenversicherungen übernommen werden: Die Versicherer erklären sich vertraglich bereit, Kinder der bei ihnen versicherten Personen zu einem für diesen Geburtsjahrgang einheitlichen ‚Normaltarif‘ aufzunehmen. Mit dieser Ausgestaltung trägt der Versicherer das Risiko und muss später feststellbare individuelle Risikounterschiede durch unterschiedlich hohe Altersrückstellungen ausgleichen.

Für alle Personen einer Geburtskohorte werden die Prämien als Annuitäten gemäß der im Durchschnitt zu erwartenden individuellen Pflegekosten über den gesamten Versicherungszeitraum hinweg berechnet. Auch das Geschlecht wäre zum Zeitpunkt des Versicherungseintritts noch nicht bekannt, so dass Männer und Frauen die gleichen Prämien bezahlen. Für eine Geburtskohorte ergeben sich somit in der Gruppe Beiträge, die äquivalent zum durchschnittlichen Risiko dieser Gruppe sind. Innerhalb der Kohorte findet damit ein Risikoausgleich statt.

Der unterschiedlichen individuellen Risikoentwicklung wird durch individuelle übertragbare Altersrückstellungen nicht nur nach Alter eines Versicherten, sondern auch nach individueller Pflegefallwahrscheinlichkeit aufgrund von Geschlecht und unterschiedlicher Krankheiten Rechnung getragen, um die oben angeführten Anreize zu Wettbewerb und Spezialisierung zu setzen. Erst dadurch wird ein späterer Versicherungswechsel trotz risikoäquivalenter Prämien auch für Versicherte möglich, die sich etwa aufgrund eines Schlaganfalls zu einem hohen Risiko entwickelt haben. Ohne individuelle übertragbare Rückstellungen wären die risikoäquivalenten Prämien für diese Versicherten nach einem Wechsel vielfach nicht tragbar. Die Rückstellungen verringern die für den neuen Versicherer notwendige Prämie wie im Fall des ursprünglichen Versicherers.

Ohne einen Wechsel des Versicherers zahlt somit jedes qua Geburt eingetretene Mitglied einer Versicherung den gleichen Beitrag wie alle anderen Versicherten seines Alters beim gleichen Anbieter, unabhängig von seinem Geschlecht oder erkennbaren Krankheiten. Die Prämie verändert sich möglicherweise bei einem Versicherungswechsel. Da dieser jedoch freiwillig geschieht, wird es nur dann dazu kommen, wenn sich der Versicherungsnehmer durch den Wechsel besser stellt, weil er beispielsweise zu einem für seinen Fall effizienteren Versicherungsunternehmen wechselt, welches ihm angesichts der übertragenen Altersrückstellungen eine günstigere Prämie oder

bessere Leistungen für die gleiche Prämie anbietet. Kranke Versicherte haben die gleichen Wechselchancen wie Gesunde, denn letztere bekommen bei einem Wechsel geringere Altersrückstellungen mit als Kranke gleichen Alters.

43 Solch eine kollektiv-sozialwirtschaftliche Pflichtversicherung anzustreben, welche die Kapitalmarktgebundenheit der Privatversicherung und die generationenvertragliche Abhängigkeit mit einander zukunftsweisend verbindet ist vordringlichste Aufgabe; die Lösung dieser Aufgabe steht allerdings auch in der vorliegenden Ausarbeitung aus! Angebliche Lösungen im Altersrentenbereich wie etwa die „Riesterrente“ sind de facto lediglich als staatlich subventionierte kapitalmarktabhängige Assecuranzprodukte zu identifizieren. Eine Lösung des „Casegegenstandes Pflegevorsorge“ muß daher weit über regulierende Vorschriften der üblichen Versicherungsaufsicht hinausgehen. Damit verbunden muß gleichzeitig ein quasi „sozialwirtschaftlich-institutionelles und gleichwohl professionelles Assetmanagement“ für die kapitalmarktabhängigen Pflege-Kapitalstöcke initialisiert werden.

44 Pflegebedürftigkeit oder zumindest ein Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit könnte in vielen Fällen durch gezielte Prävention und geriatrische Rehabilitation vermieden werden. Vgl. Kommission ‚Soziale Sicherung‘ (2003), S. 30; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), S. 56.

45 Pränatale Diagnostik und Gentests sind freiwillig oder gesetzlich auszuschließen.

Eine Benachteiligung von Menschen mit ungünstiger Risikoentwicklung durch höhere Beiträge ist somit ausgeschlossen: Schlimmstenfalls bleibt es bei der eingangs festgelegten Prämie. Dieses Modell risikoäquivalenter Prämien mit individuell zurechenbaren und übertragbaren Altersrückstellungen hat der Kronberger Kreis für das System der Krankenversicherung ausformuliert.⁴⁶ Es ist, wie auch ein System mit Pauschalbeiträgen, sozialer als die Bürgerversicherung oder das aktuelle System: Zwischen unterschiedlichen Einkommensgruppen und den Familien wird zielgerichtet und transparent im Steuer-Transfer-System umverteilt.

Europatauglichkeit durch Portabilität

Selbstverständlich müssen alle Sozialversicherungssysteme so ausgestaltet sein, dass sie der Integration Europas und insbesondere der Arbeitnehmerfreizügigkeit nicht im Wege stehen.⁴⁷ Ein kapitalgedecktes System der Pflegeversicherung mit übertragbaren Altersrückstellungen kann im Falle der Emigration von ursprünglich in Deutschland versicherungspflichtigen Personen wie folgt genutzt werden: Jeder Versicherte kann wahlweise Mitglied seiner Versicherung bleiben, weiter Beiträge zahlen und im Falle der Pflegebedürftigkeit Leistungen in Anspruch nehmen, oder er kann seine Altersrückstellungen in eine neue Versicherung im Ausland mitnehmen.

Zuwanderer sind grundsätzlich ebenso versicherungspflichtig wie Inländer. Junge Immigranten ohne überdurchschnittliches Risiko sind ohne Probleme in das skizzierte System zu integrieren und müssten sich zu individuell berechneten Prämien bei einer Versicherung ihrer Wahl versichern, sofern sie nicht weiterhin den Schutz einer Versicherung ihres Heimatlandes genießen. Für Immigranten, die bislang nicht versichert waren und im fortgeschrittenen Alter oder mit erhöhtem individuellen Risiko aufgrund von Vorerkrankungen zuwandern, könnten sich jedoch unzumutbar hohe Versicherungsprämien ergeben.

Hier wäre eine Deckelung der Prämien denkbar: Immigranten, deren individuell kalkulierte Versicherungsprämie für den gesetzlich definierten Versicherungsumfang eine gewisse Belastungsgrenze übersteigen würde, werden nicht zur vollständigen Versicherung des Leistungskatalogs gezwungen, sondern müssen nur den Teil der Leistungen als versichert nachweisen, der mit monatlichen Beiträgen in Höhe der Belastungsgrenze versicherbar ist.⁴⁸ Das damit verbleibende unversicherte Risiko muss dann im Falle der Pflegebedürftigkeit durch das Aufzehren eigener Ersparnisse, mittels Unterstützung durch Familienangehörige oder notfalls durch die Inanspruchnahme von Sozialhilfe gedeckt werden.

Umstellungs- und Übergangslösungen der Reform

Zum Fortbestand von Leistungsansprüchen

Während der vergangenen zehn Jahre wurden Versicherungsbeiträge zum Umlageverfahren gezahlt, mit denen ein Großteil der Kosten laufender Pflegefälle getragen wurde. Bei Abschaffung dieser umlagefinanzierten Versicherung zu Gunsten eines kapitalgedeckten Systems stellt sich die Frage, inwiefern die Versicherten im Umlageverfahren Ansprüche erworben haben, d. h. inwieweit sie nach kurzer Versicherungsdauer erwarten können, dass die junge Generation und künftige Generationen gegebenenfalls für ihre Pflegekosten aufkommen.⁴⁹

Zunächst ist festzuhalten, dass alle Versicherten während des Zeitraumes von der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 bis zum Zeitpunkt der Umstellung bzw. Abschaffung des bestehenden Systems für den Fall des Eintritts der Pflegebedürftigkeit abgesichert waren und sind. Damit haben auch diejenigen Versicherten einen Gegenwart

aus der Versicherung erhalten, die im genannten Zeitraum nicht pflegebedürftig wurden; der Wert einer Versicherung entspricht dem Erwartungsnutzen der Versicherungsleistungen. Zukünftige Ansprüche der bisherigen Beitragszahler könnten sich allenfalls auf die nach Abzug dieses Versicherungswertes verbleibenden Beiträge beziehen.

Tatsächlich jedoch begründen die Beiträge zu einem Umlageverfahren keine individuell zurechenbare Gegenleistung, da sie prinzipiell zur Gewährung von Leistungen an die aktuell Pflegebedürftigen verwendet werden. Die Beiträge sind nahezu vollständig aufgebraucht worden und haben in vollem Umfang andere Finanzströme ersetzt: In gleichem Umfang wurden private Ersparnisse der Pflegebedürftigen verschont und für die Vererbung geschützt, oder es wurde auf Unterstützungszahlungen durch Familienangehörige oder auf die Inanspruchnahme der steuerfinanzierten Sozialhilfe verzichtet. Bei einem Umlageverfahren handelt es sich also nicht um einen privaten Versicherungsvertrag, sondern um eine staatlich verordnete Umverteilungsmaßnahme – hier zu Gunsten der jeweils aktuell Pflegebedürftigen –, deren Fortbestand stets unsicher ist. Zwar spricht das Bundesverfassungsgericht den Einzählern etwa in der umlagefinanzierten gesetzlichen Rentenversicherung einen Anspruch auf Vertrauensschutz zu; gleichzeitig hat jedoch der Gesetzgeber das Recht, Modifikationen vorzunehmen. Aufgrund der kurzen Laufzeit der Pflegeversicherung dürften die verfassungsrechtlichen Vertrauensschutzansprüche gering sein. Beitragsrückzahlungen kommen vor diesem Hintergrund nicht in Frage, wohl aber Übergangsregelungen für bereits Pflegebedürftige oder pflegenaher Jahrgänge.

Vertrauensschutz durch Einführung einer Belastungsgrenze und staatliche Leistungsaufstockung in der Übergangszeit

Grundsätzlich sind ab dem Umstellungszeitpunkt risikoäquivalente Versicherungsprämien zu entrichten.⁵⁰ Für neu geborene Versicherte wird diese Prämie einem kohorteneinheitlichen Pauschalbeitrag entsprechen, der Lebenserwartung und Risiko im Durchschnitt der gesamten Kohorte einer Versicherung abbildet (siehe Abschnitt 4.1.4). Die Prämien bereits lebender Versicherter werden hingegen je nach Alter und Gesundheitszustand stark variieren. Die Versicherer würden vermutlich für junge Menschen ohne auffällige Risikomerkmale nach Alter und Geschlecht differierende Beiträge verlangen; die daraus resultierenden Belastungsunterschiede wären aber wahrscheinlich verkraftbar.

Für ältere Neuversicherte hingegen müsste bei der Einführung eines kapitalgedeckten Systems mit nach Alter, Geschlecht und persönlichem Risiko differenzierten Prämien mit erheblichen Beitragsunterschieden gerechnet werden. Wie bereits ausgeführt wurde, ist in der Pflegeversicherung davon auszugehen, dass das Risiko stark mit dem Alter der Versicherten korreliert (vgl. Abb. 2). Ältere Menschen wären somit hohe Risiken und müssten entsprechend hohe Beiträge entrichten – Rückstellungen sind in der gesetzlichen Pflegeversicherung bis zum Zeitpunkt der Einführung schließlich nicht gebildet worden.⁵¹

Ältere Menschen und Menschen mit aus anderen Gründen erhöhtem Pflegefallrisiko könnten dabei leicht finanziell überfordert werden. Sie müssten wesentliche Teile ihres Einkommens und ihres Vermögens für die Zahlung von Pflegeversicherungsbeiträgen aufwenden und würden durch die zusätzlichen Belastungen möglicherweise in die Sozialhilfe fallen, ohne selbst je pflegebedürftig zu werden.⁵²

Berücksichtigung einer Belastungsgrenze

Als angemessene Lösung für dieses Problem erscheint die Einführung risikoäquivalenter Prämien unter Berücksichtigung einer Belastungsgrenze. In einem ersten Schritt wird eine Verpflichtung zur privaten Versicherung eines gesetzlich definierten Leistungskatalogs festgelegt. Die privaten Versicherungen kalkulieren versicherungsmathematisch äquivalente Beiträge unter Berücksichtigung der notwendigen Altersrückstellungen. In einem zweiten Schritt legt der Gesetzgeber eine Belastungsgrenze fest. Dadurch wird sichergestellt, dass die Betroffenen nicht bereits durch hohe Versicherungsbeiträge finanziell überfordert werden.

Umgekehrt stellt die Versicherungspflicht bis zur Belastungsgrenze sicher, dass auch diese Personen Eigenvorsorge betreiben, soweit es gesellschaftlich als zumutbar betrachtet wird. Die Belastungsgrenze bedingt das Abrücken von der Absicherung des vollen Leistungskatalogs:

Menschen, die bei Versicherungsbeginn ein erhöhtes Pflegefallrisiko aufweisen, könnten je nach Höhe der Maximalprämie möglicherweise nur noch einen je nach Risiko unterschiedlichen Teil des definierten Leistungskatalogs versichern. Im Falle tatsächlich eintretender Pflegebedürftigkeit wären diese Personen nicht voll versichert, sondern

würden von der Versicherung lediglich den in ihrem Falle individuell zugesicherten Anteil erstattet bekommen. Für die Deckung der restlichen Kosten müssten zunächst die eigenen Ersparnisse aufgezehrt werden; anschließend müsste auf die Unterstützung durch Familienangehörige bzw. nachrangig auf die Unterstützung durch die von der Allgemeinheit finanzierte Sozialhilfe zurückgegriffen werden. Für die in Deutschland geborene und ununterbrochen in Deutschland lebende Bevölkerung besteht diesbezüglich nur in der Übergangsphase Handlungsbedarf; für Immigranten hingegen und Deutsche, die nach längerem Auslandsaufenthalt zurückkehren, bedarf es dauerhaft einer solchen Ausnahmeregelung.

Für den Versichertenkreis, der die Belastungsgrenze geltend machen kann, stehen die Versicherungen wegen der Kappung der Prämie nicht im Prämienwettbewerb miteinander, befinden sich jedoch weiter im Leistungswettbewerb: Die Versicherungsunternehmen entscheiden, welche Leistungen sie einem bestimmten Versicherten für die Maximalprämie anbieten. Der Versicherte hat je nach der Höhe seiner im Falle der Pflegebedürftigkeit in Anspruch zu nehmenden Ersparnisse durchaus weiterhin einen Anreiz, die Versicherung auszuwählen, die ihm für seinen Beitrag die besten Leistungen anbietet.

46 Vgl. Donges/Eekhoff/Franz/Möschel/Neumann/Sievert (2002), S. 28 ff. Siehe auch Jankowski/Zimmermann (2003).

47 Heute kann jeder, der jahrelang in die umlagefinanzierte Pflegeversicherung eingezahlt hat und dann die Bundesrepublik Deutschland verlässt, freiwillig Mitglied der gesetzlichen Pflegeversicherung bleiben. Er zahlt dann lediglich den Mindestbeitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung, wird also behandelt wie ein freiwillig Versicherter mit niedrigem Einkommen. Im Ausland besteht lediglich der Anspruch auf Pflegegeld, mit dem der Pflegebedürftige die Pflege selbst sicherstellt; der Anspruch auf die so genannten Pflegesachleistungen besteht nicht. Diese Regelung stellt eine politisch arbiträre Entscheidung dar und dürfte in den meisten Fällen tendenziell eine Privilegierung der Migranten darstellen.

48 Analog zur Methode zur Vermeidung unzumutbar hoher Prämien in der Übergangsphase, Abschnitt 4.2.2.

49 Die existierenden privaten Pflegeversicherungen sind nicht nach dem Umlageverfahren konzipiert; diese Verträge können somit fortgeführt werden.

50 Grundsätzlich können auch die heute als gesetzliche Kassen auftretenden Versicherer entsprechende Verträge anbieten. Auch sie müssten ihre Prämien jedoch nach dem Kapitaldeckungsverfahren und als risikoäquivalente Beiträge kalkulieren. Damit es zu einem unverfälschten Wettbewerb kommt, müsste die Sparte Pflegeversicherung privatisiert werden, um eine Verlagerung von Kosten zwischen den öffentlich-rechtlich organisierten Krankenkassen und den privaten Pflegeversicherungen auszuschließen.

51 Private Versicherungen hingegen haben Rückstellungen gebildet, so dass das Problem für dort Versicherte weniger gravierend ausfällt. Laut PKV-Verband betrugen diese Rückstellungen im Jahr 2003 12,6 Mrd. Euro.

52 Auch eine Altersgrenze wirft große Probleme auf. Vgl. die Kritik am Auslaufmodell von Häcker/Raffelhüschen in Abschnitt 3.4.

Der Vorteil dieses Modells liegt darin, dass kein abrupter Sprung zu einem bestimmten Datum oder bei einer bestimmten Altersgruppe entsteht. Auch Menschen im pflegenahen Alter müssen in zumutbarem Rahmen Vorsorge für die mögliche Pflegebedürftigkeit treffen. Trittbrettfahrerverhalten wird für sie wegen der begrenzten Leistungen zwar nicht vollständig beseitigt, jedoch stark vermindert.

Vertrauensschutz ist nicht selbstverständlich

Die Gewährung eines gewissen Vertrauensschutzes erscheint angemessen, ist jedoch im Fall der Pflegeversicherung keinesfalls zwingend oder selbstverständlich. Dies wäre nur dann der Fall, wenn die gesetzliche Pflegeversicherung in den vergangenen zehn Jahren eine Verhaltensänderung bewirkt hätte, wenn die Menschen also ohne die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung stärker privat vorgesorgt hätten. Zwar konnten sich die betroffenen Bürger in den vergangenen zehn Jahren auf die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung verlassen und dürften von einem Fortbestehen des Systems ausgegangen sein; die private Vorsorge erschien somit nicht notwendig. Andererseits haben viele Menschen im Jahr 1995 völlig unerwartet erhebliche Einführungsgeschenke erhalten und es erscheint fraglich, ob sie ohne die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung tatsächlich private Vorsorge für den Pflegefall betrieben hätten. Denn vor 1995 hat der ganz überwiegende Teil der Bevölkerung dies nicht getan, sondern das persönliche Pflegefallrisiko ignoriert oder sich auf die Unterstützung durch eigene Angehörige bzw. durch das System der sozialen Sicherung verlassen.⁵³ Es spricht wenig dafür, dass sich dieses Verhalten bis heute geändert hätte.

Fortführung der Leistungen an bereits Pflegebedürftige

Hätte man das Kapitaldeckungsverfahren im Jahr 1995 eingeführt, wäre die ursprüngliche Regelung zur Finanzierung der Pflegeaufwendungen durch Vermögensverzehr bzw. Sozialhilfe für alle damals Pflegebedürftigen beibehalten worden. Aus Vertrauensschutzgründen ist es heute jedoch abzulehnen, diese Regelung für die bereits Pflegebedürftigen wieder einzuführen. Sie erhielten die Zusage von Pflegeleistungen in Höhe der je nach Pflegestufe unterschiedlichen Höchstbeträge. Diese Leistungszusagen sollten eingehalten werden, auch wenn es sich bei den Betroffenen klar um die Empfänger der Einführungsgewinne des Umlageverfahrens handelt. Allerdings sollten die Leistungen der aktuellen Rechtslage entsprechend nur nominal konstant gehalten werden. Dadurch können zusätzliche Kostenstei-

gerungen vermieden und die finanzielle Belastung durch die ausgabenseitige Teil-Weiterführung des Systems begrenzt werden.⁵⁴ Wie bisher sollten sich die pflegebedürftigen Personen aber auch an der Finanzierung der Versicherungsleistung beteiligen, indem sie monatliche Beiträge entsprechend der vereinbarten Belastungsgrenze zahlen.⁵⁵

⁵³ Vgl. Abschnitt 1.

⁵⁴ Wenn sich der Gesundheitszustand der Betroffenen verschlechtert und sie in eine höhere Pflegestufe eingestuft werden, werden die Leistungen entsprechend angepasst.

⁵⁵ Auch Pflegebedürftige sind bislang versicherungspflichtig und tragen mit einem Beitrag von 1,7 Prozent zur Finanzierung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung bei. Vgl. BMGS (2000), S. 48. Von der Versicherungspflicht ausgenommen sind auf Antrag lediglich diejenigen Pflegebedürftigen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden. Eine Beitragsbefreiung ist nicht möglich für Pflegebedürftige, über die weitere Familienmitglieder beitragsfrei mitversichert sind.

Leistungsaufstockung für Personen mit erhöhtem Risiko

Die aus der Versicherungspflicht resultierende finanzielle Belastung für Angehörige pflegenaher Jahrgänge und Personen mit hohem individuellen Pflegefallrisiko wird durch die Einführung einer Belastungsgrenze für die Versicherungsprämie begrenzt. In vielen Fällen kann mit einer Prämie in dieser Höhe jedoch nur noch ein Teil der bislang gewährten Pflegeleistungen versichert werden. Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, unterscheiden sich jedoch nur graduell von Personen, die bereits pflegebedürftig sind, bei denen diese Wahrscheinlichkeit

also bei 100 Prozent liegt. Der Vertrauensschutz sollte demzufolge nicht auf bereits Pflegebedürftige begrenzt werden, sondern sich in abnehmendem Maße auch auf Personen mit hohem Risiko erstrecken. Sonst würde bereits pflegebedürftigen Bürgern weiterhin das bisher geltende Leistungsniveau gewährt, während Menschen, die kurz nach der Umstellung pflegebedürftig werden, ausschließlich die privat abgesicherten Leistungen bekämen – selbst wenn der Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Extremfall nur eine Sekunde auseinander läge.

Daher sollten die staatlichen Leistungszusagen an Personen, die für die maximal zu leistende Prämie nicht den gesamten definierten Leistungskatalog über das Kapitaldeckungsverfahren versichern können, nicht direkt auf null reduziert werden. Diesen Versicherten soll übergangsweise eine Aufstockung gewährt werden, so dass sie zum Zeitpunkt des Systemwechsels nicht wesentlich schlechter gestellt sind als die bereits Pflegebedürftigen. Die Höhe der Leistungsaufstockung für neu auftretende Pflegefälle sollte jedoch mit der Zeit abnehmen, da den Menschen dann noch Zeit verbleibt, sich auf diese längerfristig bekannten Veränderungen einzustellen und gegebenenfalls zusätzliche Eigenvorsorge zu betreiben.⁵⁶

Kosten und Finanzierung des Vertrauensschutzes

Zur Beurteilung von Reformvorschlägen, die einen Übergang vom bestehenden Umlageverfahren zur verpflichtenden privaten Versicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit vorsehen, ist die Frage wichtig, welche Kosten anfallen und wie die auslaufenden Leistungszusagen finanziert werden sollen und können. Da die komplexe Materie von Gegnern einer Reform immer wieder missverständlich dargestellt wird, erscheint es notwendig, noch einmal unmissverständlich klarzustellen, dass es sich bei den Transfers nicht um zusätzliche Kosten handelt, die bei Fortbestand des Umlageverfahrens eingespart werden könnten.

Bei dem Finanzierungsbedarf, der durch die Umstellung des bisherigen Systems auf die hier vorgeschlagene private kapitalgedeckte Versicherung offenbar wird, sind Transfers an zwei Personengruppen zu unterscheiden: Finanziert werden müssen einerseits die Transfers an Menschen, die zum Umstellungszeitpunkt bereits pflegebedürftig sind und lebenslang die ihnen zugesagte Leistung erhalten, und andererseits die Transfers an Personen, die im Übergangszeitraum zum Pflegefall werden und Aufstockungsleistungen erhalten.

Beide Personengruppen müssten auch bei einer Fortführung des Status quo finanziert werden – über lohnabhängige Beiträge zur umlagefinanzierten Pflegeversicherung. Die zweite Gruppe würde bei Beibehaltung der Umlagefinanzierung sogar höhere Transfers in Anspruch nehmen – da die im hier skizzierten Szenario gewährten Aufstockungsleistungen im Zeitverlauf abnehmen. Es handelt sich im Folgenden also lediglich um die Offenlegung einer impliziten Verschuldung. Diese im gegenwärtigen System bereits bestehenden Ansprüche umfassen jedoch erhebliche Summen, die vor allem in den ersten Jahren nach der Umstellung des Systems anfallen.⁵⁷

Die in den Anfangsmonaten nach der Einführung des Umlageverfahrens gebildeten Rücklagen der Pflegeversicherung werden zum Zeitpunkt der Umstellung so gut wie aufgebraucht sein. Bereits Ende 2003 waren sie aufgrund der Defizite der vergangenen vier Jahre auf 4,9 Mrd. Euro gesunken.⁵⁸ Die Rücklagen werden also keinen nennenswerten

Beitrag zur Finanzierung der Übergangskosten leisten können. Die Leistungszusagen für bereits Pflegebedürftige und Personen mit hohem Pflegerisiko könnten in gewohnter Form durch fortlaufende Beiträge aller abhängig Beschäftigten finanziert werden, ungeachtet dessen, dass diese Personen zusätzlich für sich selbst durch eine Versicherung im Kapitaldeckungsverfahren vorsorgen müssen.⁵⁹ Die sich damit für die aktive Generation bis zum Auslaufen der Leistungszusagen ergebende Doppelbelastung ist aufgrund der nicht umkehrbaren Einführungsgeschenke letztlich unvermeidbar.

Der schwer wiegende Nachteil dieses Finanzierungsvorschlages ist deshalb weniger die Doppelbelastung der dann aktiven Generation als vielmehr die beschäftigungsfeindliche und verteilungspolitisch unsystematische Belastung der Erwerbseinkommen der abhängig Beschäftigten. Der systematische Fehler des Umlageverfahrens würde im gesamten Übergangszeitraum beibehalten. Um dies zu vermeiden, müssten die Übergangskosten über Steuern oder Subventionskürzungen finanziert werden. Eine Defizitfinanzierung wäre mit problematischen Belastungen zukünftiger Generationen verbunden. Zwar profitieren diese von einer Umstellung des Systems, indem die zu einer untragbaren Belastung ansteigenden Beiträge zum Umlageverfahren vermieden werden und sie das ineffiziente umlagefinanzierte System der Pflegeversicherung nicht weitertragen müssen. Es sollte jedoch in Anbetracht der bereits bestehenden Staatsverschuldung und der auch in den anderen Sozialversicherungszweigen enthaltenen impliziten Staatsschuld selbstverständlich sein, künftigen Generationen wenn irgend möglich in der Pflegeversicherung keine weiteren Schulden zu vererben.

Hinzu kommen die Restriktionen des europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakts, die eine Umwandlung der heute impliziten Staatsschuld in eine offene Schuldenaufnahme aufgrund der formalen und sachlich zweifelhaften Definitionen von Staatsverschuldung als Möglichkeit der Finanzierung der Übergangslasten möglicherweise ausscheiden lassen.

Eine Finanzierung aus allgemeinen Haushaltsmitteln zur Finanzierung des Übergangs ist dem vorzuziehen. Daraus resultiert eine zusätzliche Belastung der Bevölkerung. Der gleichzeitige Wegfall der Beiträge zum Umlageverfahren kann nicht in vollem Umfang als Entlastung gegengerechnet werden, da die Bürger sich stattdessen privat versichern müssen. Dennoch ist letztlich, dank der Reform, mittel- und langfristig aufgrund von Effizienzgewinnen mit einer Reduzierung der Belastungen zu rechnen: Die unsystematischen Umverteilungsmaßnahmen der Pflegeversicherung fallen weg, die Umverteilungspolitik wird auf das Steuer-Transfer-System konzentriert. Die politisch angestrebte Einkommensumverteilung

56 Zur konkreten Ausgestaltung vgl. Abschnitt 5.2.

57 Der Versuch, den Transferbedarf für das hier vorgeschlagene Verfahren zu schätzen, erfolgt im nächsten Kapitel nach der Darstellung der konkreten Ausgestaltung.

58 Vgl. Sachverständigenrat (2003), Ziffer 357 und BMGS (2003), S. 188. Die Reserve wurde gebildet, indem Pflegeleistungen erst drei Monate nach Beginn der Beitragszahlungen gewährt wurden. Sie dürfte spätestens im Jahr 2007 aufgebraucht sein.

59 Dieses Verfahren wählen Häcker/Raffelhüschen (2004); Vgl. Abschnitt 3.4.

ist dadurch mit geringeren staatlichen Interventionen und mit geringeren Ineffizienzen verbunden.⁶⁰ Der Wegfall der Verzerrung der Arbeitskosten erhöht die Effizienz auf dem Arbeitsmarkt.⁶¹ Weitere negative Entwicklungen werden vermieden, was über die damit verbundene positive Beschäftigungswirkung zu Entlastungen in den anderen Sozialversicherungszweigen führt. Der mit dem reformierten Pflegeversicherungssystem angestoßene Wettbewerb unter den Versicherern wird sowohl in der Versicherungswirtschaft als auch bei den nachgelagerten Anbietern von Pflegedienstleistungen zu Effizienzgewinnen führen. Die Staatstätigkeit wird reduziert.

Verteilungswirkungen des Übergangs

Durch die Abschaffung des Umlageverfahrens entfallen mehrere Umverteilungsvorgänge. Die Umverteilung innerhalb des bestehenden Versicherungssystems ist wenig treffsicher und ordnungspolitisch bedenklich; ihr Wegfall ist daher grundsätzlich zu begrüßen (vgl. Abschnitt 2.2). Dennoch sollen die Verteilungswirkungen der Reform verdeutlicht werden; über eine mögliche Kompensation ist politisch zu entscheiden. Innerhalb der umlagefinanzierten Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Form kommt es zur Umverteilung zwischen hohen bzw. mittleren Einkommen aus abhängiger Beschäftigung und niedrigen Einkommen aus abhängiger Beschäftigung. Dies mit einer Umverteilung von ‚reich‘ zu ‚arm‘ gleichzusetzen, ist weit verbreitet, aber nicht zutreffend: Ein niedriges Einkommen aus abhängiger Beschäftigung kann mit einem niedrigen Gesamteinkommen einhergehen. Dies muss aber nicht der Fall sein, da andere Einkünfte existieren können. Die Subventionierung von Beziehern niedriger Einkommen aus abhängiger Beschäftigung fällt bei einem Übergang zum Referenzsystem weg. Lediglich in den Fällen, in denen ein niedriges Einkommen aus abhängiger Beschäftigung mit einer insgesamt niedrigen Leistungsfähigkeit einhergeht, wäre über eine Kompensation nachzudenken. Im Fall der Bedürftigkeit wäre die Sozialhilfe der geeignete Ort der Absicherung;⁶² allgemein könnten höhere Freibeträge bei der Einkommenssteuer eingeräumt werden.

Auch die Umverteilung im Rahmen der Familienversicherung würde bei einem Übergang zum skizzierten kapitalgedeckten System nicht aufrechterhalten: Von Kinderlosen zu Eltern, von Doppelverdiener-Haushalten zu Haushalten, in denen nur ein Ehepartner Einkommen aus abhängiger Beschäftigung erzielt und der andere beitragsfrei mitversichert ist. Während die unentgeltliche Mitversicherung von Ehepartnern aufgegeben werden kann, ist die Förderung von Familien mit Kindern ein akzeptiertes gesellschaftliches Ziel. Ein möglicher Ausgleich zu Gunsten der Familien wäre durch Anpassung des Kindergeldes, der Sozialhilfeleistungen für Kinder oder der Kinderfreibeträge möglich. Dies wäre Ausdruck einer allgemeinen Familienpolitik. Die Pflegeversicherung ist hierfür nicht der geeignete Ort.⁶³

Eine beitragsfreie Versicherung von Kindern und Jugendlichen ist im kapitalgedeckten System möglich, wäre jedoch nicht als eine familienpolitische Vergünstigung oder als umverteilendes Element zu bewerten: Die späteren Prämien würden entsprechend höher ausfallen als wenn auch Kinder und Jugendliche bereits Beiträge zahlten. Die anfängliche Beitragsfreiheit entspricht somit lediglich einer intertemporalen Lastverschiebung. Die vom Bundesverfassungsgericht bemängelte systematische Benachteiligung durch die mangelnde Berücksichtigung der Kindererziehung im Umlageverfahren entfällt durch die Umstellung des Systems auf private Kapitaldeckung (vgl. Kapitel 2.5). Dies entlastet zwar nicht direkt die heute Erziehenden, wohl aber die Familien im Ganzen, denn die Kinder werden von den im Status quo bedrohlich ansteigenden Beitragserhöhungen entlastet, die im Umlageverfahren aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwarten wären.

Ein weiteres Umverteilungselement, das bei einem Übergang zum kapitalgedeckten System nach Auslaufen der Übergangsregelung eliminiert würde, sind die Transfers von jung zu alt. Diese sind vorwiegend in der Verteilung von Einführungsgewinnen begründet, die ja im bestehenden System der umlagefinanzierten Pflegeversicherung noch nicht abgeschlossen ist. Der Beitrag wird im Umlagesystem unabhängig vom Alter erhoben, obwohl dieses die Pflegewahrscheinlichkeit signifikant beeinflusst. Im kapitalgedeckten System hingegen bleibt die Prämie konstant, da die jungen Menschen Altersrückstellungen aufbauen. Somit entfällt die gegenseitige Subventionierung unterschiedlicher Kohorten.

Hinzu kommt im Umlagesystem die aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwartende zunehmende Belastung der jüngeren Jahrgänge durch steigende Beitragssätze, selbst wenn lediglich das nominale Leistungsniveau eingefroren würde. Schon um die nominal gleichen Leistungen zu erhalten, müssen jüngere Jahrgänge mehr einzahlen als die älteren. Eine über die vorgeschlagene Übergangsregelung hinausgehende Kompensation des Wegfalls dieser Transfers von jung zu alt erscheint nicht erforderlich. Schon die Gewährung des dort dargestellten, relativ weit gehenden Vertrauensschutzes für hohe Risiken muss als Zugeständnis gewertet werden, das keineswegs selbstverständlich ist.

Da die Versicherungsbeiträge nach der Reform nicht mehr von der Quelle der Einkommenserzielung abhängen und unabhängig von der Einkommensaufteilung auf die Haushaltsmitglieder sind, ergeben sich für die drei in Kapitel 2.2 (Abb. 3) dargestellten Haushalte mit einem jeweiligen Haushaltseinkommen von 5.000 Euro nun identische Belastungen, sofern sie ein vergleichbares Versicherungsrisiko darstellen (siehe Abb. 6 und 7).

⁶⁰ So können die Umverteilungsleistungen für Bedürftige bei gleichem Finanzvolumen großzügiger ausfallen als bisher, oder die gleichen Umverteilungsleistungen zu Gunsten Bedürftiger sind mit geringerem finanziellen Aufwand erreichbar. Vgl. auch Kapitel 2.2.

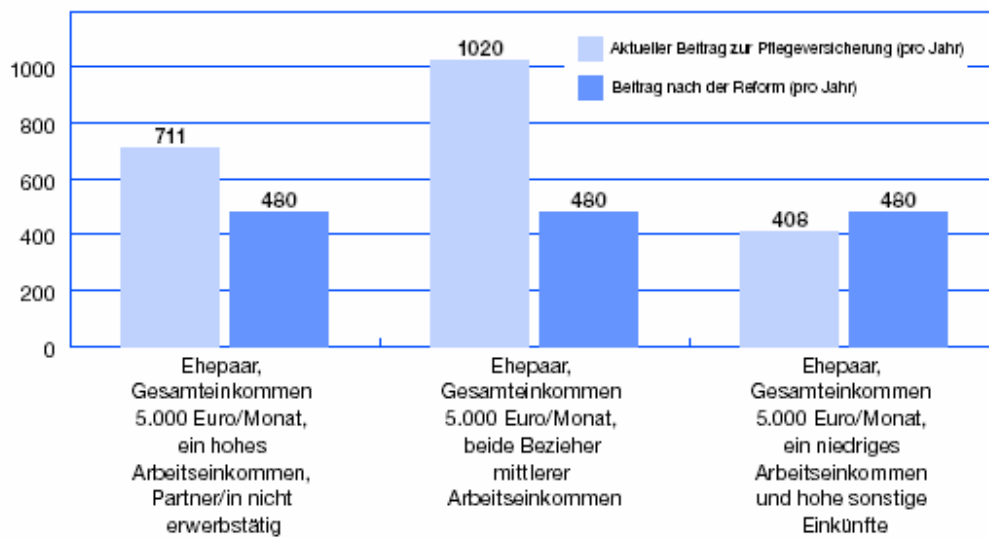
⁶¹ Vgl. dazu ausführlich Kapitel 2.3.

⁶² Die Regelsätze der Sozialhilfe könnten allgemein um einen pauschalen Betrag angehoben werden, um den obligatorischen Beiträgen zur Pflegeversicherung Rechnung zu tragen, oder die individuellen Beiträge könnten von den Sozialhilfeträgern übernommen werden. Beides hat Vor- und Nachteile. Systematisch korrekter erscheint allerdings ohnehin die Aussetzung der Versicherungspflicht während des Sozialhilfebezugs, verbunden mit der entsprechenden Unterversicherung der betroffenen Bürger und der Verpflichtung der Sozialhilfeträger, im Falle der Pflegebedürftigkeit für diese Unterdeckung gerade stehen zu müssen. Falls die Betroffenen später wieder über eine ausreichende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit verfügen, wären sie bis zum Erreichen der monatlichen Belastungsgrenze verpflichtet, die während der Beitragspause entstandene Deckungslücke durch vorübergehend höhere Zahlungen als im Fall kontinuierlicher Beitragszahlung zu schließen.

⁶³ Ein anderes Thema ist die Koppelung von Ansprüchen an Kindererziehungsleistungen innerhalb eines umlagefinanzierten Systems, da diese dort konstitutive Bedeutung hat.

Abb. 6: Identische Beitragsbelastung gleich hoher Haushaltseinkommen (20-Jährige)

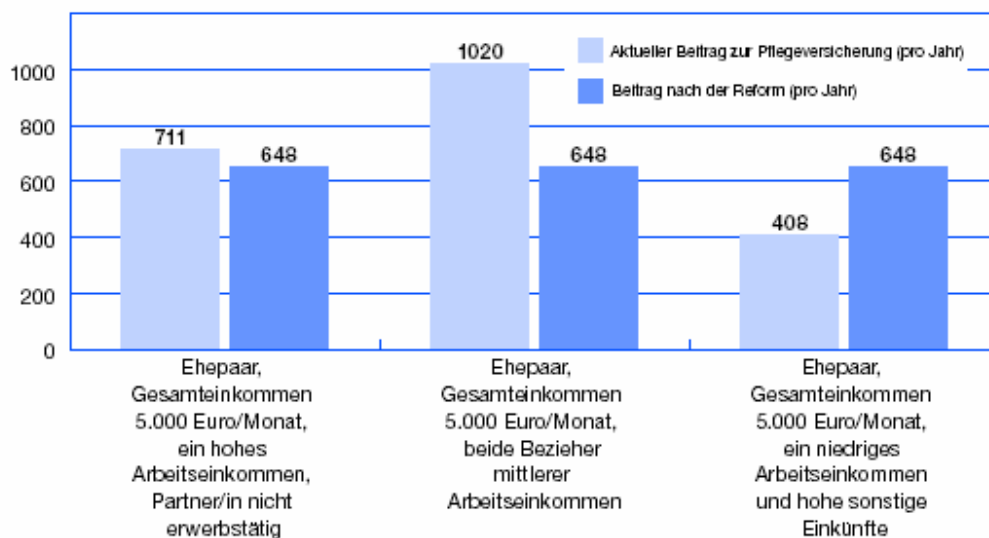
Euro



Quelle: Eigene Darstellung.

Abb. 7: Identische Beitragsbelastung gleich hoher Haushaltseinkommen (40-Jährige)

Euro



5 Ein konkreter Vorschlag

Mit dem oben beschriebenen Referenzmodell wurde das für eine konsequente und in sich konsistente Reform der Pflegeversicherung erforderliche Gerüst entwickelt. Für die Umsetzung eines solchen Reformvorhabens bedarf es über die politische Richtungsentscheidung hinaus einiger konkreter Festlegungen und Detailregelungen, die letztlich Stellschrauben im politischen Entscheidungs- und Umsetzungsprozess sind. Im Folgenden werden die im Prinzip variablen Ausgestaltungsmerkmale beispielhaft festgelegt, so dass eine Schätzung der Finanzierungserfordernisse möglich wird. Der Katalog obligatorischer Versicherungsleistungen muss getrennt von der ökonomischen Reform der Pflegeversicherung bestimmt werden. In den folgenden Beispielrechnungen werden die Kosten bzw. Leistungen der aktuellen gesetzlichen Pflegeversicherung zu Grunde gelegt, um eine Vergleichbarkeit mit dem Status quo herzustellen.⁶⁴ Als Umstellungsdatum wird der 1. Januar 2005 angenommen. Ab diesem Zeitpunkt müssen alle Bürger mit Ausnahme der bereits Pflegebedürftigen einen privaten Versicherungsvertrag zu risikoäquivalenten Prämien vorweisen, wobei Kinder und Jugendliche beitragsfrei versichert sind.⁶⁵ Bereits bestehende private Versicherungsverträge können fortbestehen, müssten allerdings evtl. an einen veränderten Leistungskatalog angepasst werden.

Der bisherige Arbeitgeberbeitrag in Höhe von 0,85 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens wird zum Jahreswechsel 2004/2005 für jedes bestehende Arbeitsverhältnis beitragsmäßig fixiert. Er wird künftig als zusätzliches Einkommen an die Arbeitnehmer ausgezahlt und ist individuell zu versteuern.⁶⁶ Der Arbeitnehmerbeitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung entfällt vollständig. Fortan gestaltet sich die Pflegeversicherung unabhängig vom Arbeitsverhältnis und Erwerbsstatus. Die bedenklichen beschäftigungsfeindlichen Verzerrungen auf dem Arbeitsmarkt durch die gesetzliche Pflegeversicherung entfallen, sobald die Reform in Kraft tritt; ebenso die unsystematische Umverteilung.

5.1 Festlegung der Belastungsgrenze für Menschen mit höheren Risiken

Nach den aktuellen Kalkulationen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) kostet die private kapitalgedeckte Versicherung der heute in der Pflegeversicherung gedeckten Leistungen für 20-jährige Neu-Versicherungsnehmer ohne besonderes Risikoprofil monatlich 14,80 Euro (vgl. Anhang 2). Ein 30-jähriger Neu-Versicherungsnehmer muss aufgrund der kürzeren verbleibenden Zeit zum Aufbau von Altersrückstellungen bereits mit einem Monatsbeitrag von 18,70 Euro rechnen. Für ältere Neu-Versicherungsnehmer ergeben sich aufgrund der verkürzten Zeit zum Aufbau von Altersrückstellungen für

⁶⁴ Allerdings wird die Angleichung der Leistungen für ambulante und stationäre Pflege und die Modifikation der Pflegeleistungen gemäß den Vorschlägen der Rurup-Kommission (2003, S. 193 ff.) angenommen: 400 Euro monatlich in Pflegestufe I, 1000 Euro monatlich in Pflegestufe II und 1500 Euro monatlich in Pflegestufe III. Diese Anpassung war im Reformvorschlag des BMGS vom Frühjahr 2004 bereits vorgesehen und dürfte aufgrund des damit verbundenen Einsparpotenzials beim im Herbst zu erwartenden nächsten Reformanlauf umgesetzt werden. Für die Vereinheitlichung spricht sich auch die Kommission ‚Soziale Sicherung‘ (2003, S. 30) aus. Die konkrete Ausgestaltung der Leistungen ist jedoch letztlich den Versicherern zu überlassen. Für eine Angleichung sprechen mögliche Fehlanreize zur Inanspruchnahme der bislang großzügiger bemessenen Versicherungsleistungen für stationär Pflegebedürftige.

⁶⁵ Vgl. Abschnitt 4.1.

⁶⁶ Die damit vorgenommene Einkommenserhöhung führt in anderen Sozialversicherungszweigen zu einer Erhöhung der Beitragsbasis und damit zu höheren Beiträgen für Arbeitnehmer wie Arbeitgeber. Dies ist allerdings nicht problematisch. Die Mehrnahmen führen zunächst kurzfristig zu einer Stabilisierung in den betroffenen Sozialversicherungszweigen. Sollten dort tatsächlich Überschüsse entstehen, müssen die Sozialversicherungsträger verpflichtet werden, die jeweiligen Beitragssätze zu senken.

das mit dem Alter ansteigende Pflegerisiko allerdings deutlich höhere Beiträge. So würde die Versicherung der aktuell in der gesetzlichen Pflegeversicherung abgedeckten Leistungen für einen durchschnittlichen 65-jährigen Neu-Versicherungsnehmer bereits 78,20 Euro pro Monat kosten. Wie bereits ausgeführt wurde, bietet es sich an, für die Personen mit überdurchschnittlich hohem Pflegerisiko eine finanzielle Belastungsgrenze für die Versicherungsbeiträge vorzusehen.⁶⁷ Die Festlegung des als zumutbar angesehenen Maximalbeitrags ist eine politische Entscheidung; der Betrag sollte spürbar oberhalb der Prämie liegen, die für Neugeborene berechnet würde.⁶⁸ Vorgeschlagen wird eine monatliche Belastungsgrenze in Höhe von 50 Euro, die im Zeitverlauf an die allgemeine Preissteigerung angepasst werden sollte. Zur Einordnung: Im Status quo zahlt ein Durchschnittsverdiener (2003: 2.436 Euro Monatseinkommen) einen Beitrag von 41,41 Euro in die umlagefinanzierte Pflegeversicherung ein. Der Höchstbeitrag liegt aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze (aktuell: 3.450 Euro) bei 58,65 Euro monatlich.⁶⁹

Mit einem monatlichen Beitrag von 50 Euro sind nach der aktuellen Kalkulation des PKV-Verbandes durchschnittlich gesunde Personen bis zum 57. Lebensjahr noch voll in Höhe des in der aktuellen Pflegeversicherung gewährten Leistungsniveaus abzusichern. Versicherte im Alter von 68 Jahren erhalten für 50 Euro allerdings nur noch etwa 52 Prozent des heute geltenden Leistungsniveaus, 78-Jährige nur noch etwa 25 Prozent, 88-Jährige sogar nur noch etwa 10 Prozent.⁷⁰

Festlegung der Aufstockungsleistungen in der Übergangsphase

Aus Vertrauensschutzgründen und um eine Ungleichbehandlung gegenüber den zum Zeitpunkt der Umstellung bereits Pflegebedürftigen zu vermeiden, sollten die vergleichsweise geringen Leistungen für pflegenahen Jahrgänge aus der neuen kapitalgedeckten Versicherung im Fall der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit staatlicherseits aufgestockt werden. Die Aufstockungsleistungen sollten jedoch sukzessive abschmelzen, je später die Pflegebedürftigkeit auftritt.⁷¹ Vorgeschlagen wird eine Übergangsphase von 20 Jahren, während der der Aufstockungsbetrag linear abnimmt. Alle zum Umstellungszeitpunkt bereits pflegebedürftigen Personen bekommen zeitlich unbefristet, d. h. lebenslang, das heute in der gesetzlichen Pflegeversicherung zugesicherte Leistungsniveau staatlich garantiert, obwohl ihr Eigenbeitrag in Höhe der Belastungsgrenze von 50 Euro pro Monat weit von einer Kostendeckung entfernt ist.⁷² Auch derjenige, der im Jahre 2005 pflegebedürftig wird, erhält lebenslang 100 Prozent des bisherigen Pflegeniveaus.

⁶⁷ Vgl. Kapitel 4.2.2.

⁶⁸ Diese liegt nach aktuellen Berechnungen des PKV-Verbandes bei 14,80 Euro monatlich.

⁶⁹ Zum Vergleich: Häcker/Raffelhüschen (2004) fixieren die „Ausgleichspauschale“ bei 50 Euro; die Herzog-Kommission (2003) sieht eine Beitragsdeckelung bei 66 Euro vor.

⁷⁰ Eigene Schätzungen, beruhend auf Angaben des PKV-Verbandes (Vgl. Anhang 3).

⁷¹ Vgl. Abschnitt 4.2.2.

⁷² Dieses Leistungsniveau ist entsprechend der geltenden Rechtslage nominell fixiert, d. h. zur Sicherstellung einer real konstanten Pflegeleistung muss im Zeitablauf mit wachsenden Eigenbeiträgen aus Ersparnissen oder mit wachsender Inanspruchnahme der Unterstützung durch andere gerechnet werden.

Diese staatlich garantierten Aufstockungsleistungen werden für zukünftig pflegebedürftig werdende Versicherte pro Jahr um fünf Prozentpunkte reduziert. Wer 2006 pflegebedürftig wird, dessen Versicherungsleistungen werden lebenslang auf 95 Prozent des bisher gewährten Leistungsniveaus aufgestockt, und zwar unabhängig davon, welchen Anteil des Leistungskatalogs der Versicherte durch Abschluss eines Versicherungsvertrages mit 50 Euro Monatsprämie selbst abgedeckt hat.⁷³ Im zweiten Jahr nach der Umstellung, d. h. im Jahr 2007, erhält ein Neu-Pflegebedürftiger, der für 50 Euro monatlich weniger als 100 Prozent des heutigen Leistungsniveaus abgesichert hat, eine lebenslange Aufstockung auf 90 Prozent der ursprünglichen Leistungen. Für im Jahre 2015 pflegebedürftig werdende Personen würden die privat abgesicherten Leistungen entsprechend dieser linearen Abschmelzung nur noch auf 50 Prozent der ursprünglichen Leistungen aufgestockt; nach 20 Jahren – im Jahr 2025 – würden neu auftretende Pflegefälle vom Staat keine Aufstockung mehr erhalten. Für Versicherte, deren Eigenvorsorge im Kapitaldeckungsverfahren das zum Zeitpunkt des Auftretens ihrer Pflegebedürftigkeit geltende Aufstockungsniveau überschreitet, sind die Übergangsregelungen nicht relevant; sie erhalten auch in den Jahren 2005 bis 2025 keine zusätzliche Unterstützung.

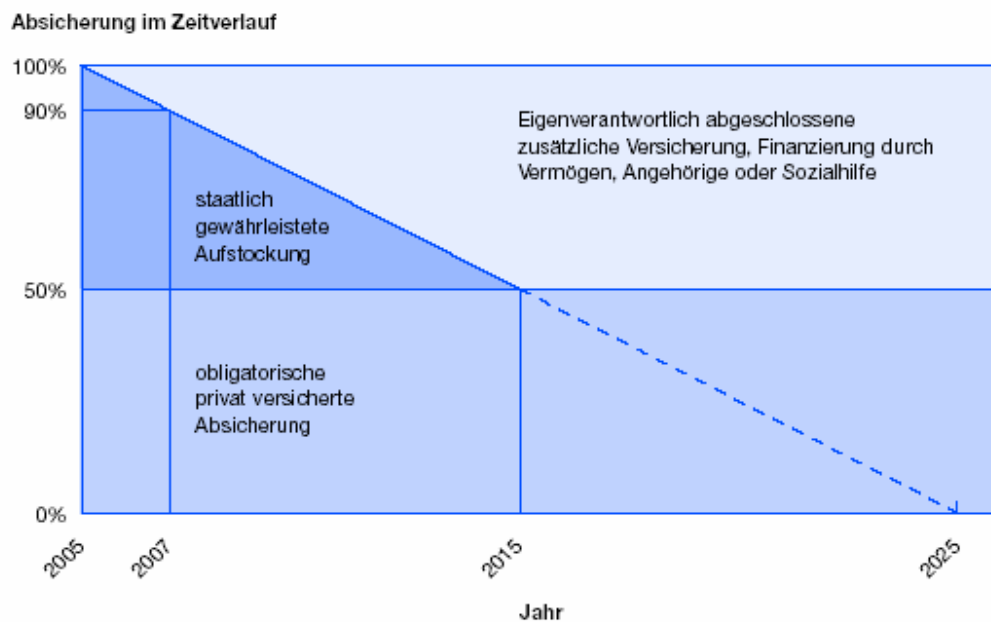
Zwei Beispiele sollen die Übergangsregelungen veranschaulichen. Im ersten Fall kann der Versicherte mit einer Prämie in Höhe der Belastungsgrenze von 50 Euro pro Monat 50 Prozent des gesetzlich vorgegebenen Leistungsniveaus im Kapitaldeckungsverfahren absichern (Abb. 8).⁷⁴ Im zweiten Fall ermöglicht die gleiche Prämie nur ein Absicherungsniveau von 25 Prozent (Abb. 9).⁷⁵ Die Höhe der aus privater Versicherung und staatlicher Aufstockungszusage insgesamt abgesicherten Leistungen hängt davon ab, wann die Pflegebedürftigkeit eintritt. Bei Auftreten der Pflegebedürftigkeit im Jahr 2005 haben beide Versicherten eine Zusage über 100 Prozent der bisher geltenden Versicherungsleistung. Der Staat übernimmt dabei den Teil der Absicherung, den der Betroffene nicht im Kapitaldeck-

ungsverfahren versichern konnte, also 50 Prozent im Fall des 68-Jährigen (vgl. Abb. 8) und 75 Prozent im Fall des 78-Jährigen (vgl. Abb. 9). Bei einem späteren Eintritt des Pflegefalls sinkt das Leistungsniveau, auf das die Gesamtleistung aufgestockt wird, linear, bis im Jahr 2025 und den Folgeperioden keine Zuschüsse mehr gewährt werden. Für den Versicherten, der bei der Umstellung im Jahr 2005 68 Jahre alt war, bedeutet dies:

Wird er in 2007 pflegebedürftig, also mit 70 Jahren, so erhält er lebenslang 50 Prozent der bisherigen Pflegeleistungen aus seiner privaten, kapitalgedeckten Versicherung und weitere 40 Prozent des gesetzlichen Leistungsniveaus vom Staat, so dass er insgesamt auf 90 Prozent kommt. Wird er mit 78 Jahren pflegebedürftig, d. h. tritt die Pflegebedürftigkeit 2015 auf, so ist die staatliche Leistungszusage bereits auf die Gewährleistung von 50 Prozent abgeschmolzen. Exakt diese Leistung ist jedoch durch die private Versicherung bereits abgedeckt. Somit erhält der Versicherte keine Aufstockungsleistungen mehr, sondern nur die Leistung aus dem privaten Kapitaldeckungsverfahren.

73 Wer am privaten Versicherungsmarkt für einen Monatsbeitrag von weniger als 50 Euro eine Versicherung der heute in der Pflegeversicherung gewährleisteten Leistungen erreicht, muss natürlich nicht einen Beitrag entsprechend der Belastungsgrenze abschließen, bedarf aber auch nicht der hier dargestellten Aufstockungen.
 74 Dies ist nach den aktuellen Kalkulationen der privaten Pflegeversicherung bei einem durchschnittlichen 68-Jährigen der Fall.
 75 Dies ist nach den aktuellen Kalkulationen der privaten Pflegeversicherung bei einem durchschnittlichen 78-Jährigen der Fall.

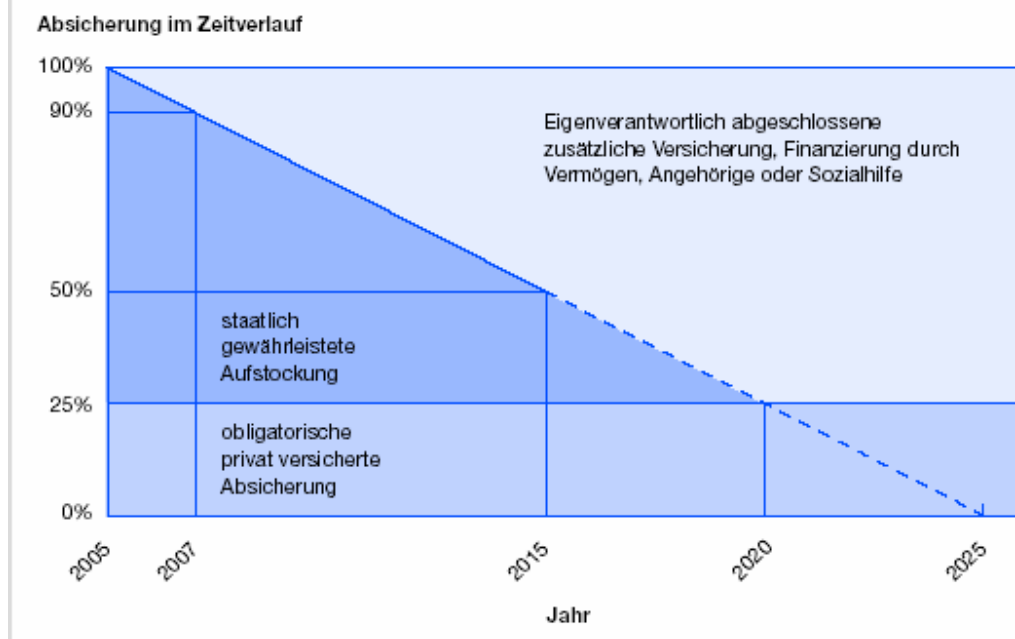
Abb. 8: Übergangslösung bei 50-prozentiger privater Absicherung



Für den Versicherten, der im Jahr 2005 bereits 78 Jahre alt ist und mit einer monatlichen Prämie in Höhe von 50 Euro lediglich 25 Prozent des bisherigen Leistungsniveaus absichern kann, ergibt sich der in Abb. 9 dargestellte Verlauf der durch die private Versicherung und die staatlichen Aufstockungsleistungen garantierten Absicherung: Wird der Versicherte zwei Jahre nach der Umstellung in 2007 im Alter von 80 Jahren pflegebedürftig, erhält er lebenslang 25 Prozent der bisherigen Pflegeleistungen aus der kapitalgedeckten Versicherung und weitere 65 Prozent des gesetzlichen Leistungsniveaus vom Staat, so dass er insgesamt auf 90 Prozent kommt. Im Unterschied zum eben betrachteten zehn Jahre jüngeren Versicherten erhält der zum Umstellungszeitpunkt 78-Jährige auch bei einem Auftreten der Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2015 bis 2019 noch Aufstockungsleistungen, da seine privat abgesicherten Leistungen mit 25 Prozent auch während dieser Perioden das zugesicherte Niveau unterschreiten.

Im Jahr 2015 umfasst die staatliche Leistungszusage ein Absicherungsniveau von 50 Prozent. Sollte der dann 88-jährige Versicherte im Jahr 2015 pflegebedürftig werden, so kommen zu den 25 Prozent privat versicherter Leistung weitere 25 Prozent vom Staat hinzu. Erst 2020 entspricht die Leistungszusage der privaten Versicherung gegenüber dem dann 93-Jährigen dem staatlich garantierten Niveau und die Aufstockungsleistungen laufen aus.

Abb. 9: Übergangslösung bei 25-prozentiger privater Absicherung



Um dies noch einmal klarzustellen: Der Anspruch auf Sozialhilfe im Falle von Bedürftigkeit bleibt zu jedem Zeitpunkt unverändert bestehen. Somit wird auch in den Jahren der abschmelzenden staatlichen Aufstockungsleistung und danach niemandem die als notwendig erachtete Pflege verweigert. Die Sozialhilfe übernimmt die Pflegekosten allerdings unverändert nur nachrangig und nach einer Bedürftigkeitsprüfung. Potenziell betroffen sind hiervon Personen, die bei der Umstellung auf das System der obligatorischen kapitalgedeckten Privat-Pflegeversicherung im Jahr 2005 bereits 58 Jahre und älter sein werden von 50 Euro monatlich keine vollständige Abdeckung der heute in der gesetzlichen Pflegeversicherung zugesagten Leistungen mehr erwerben können, weil die Zeit zum Aufbau einer ausreichenden Altersrückstellung nicht mehr genügt. Werden diese Versicherten irgendwann nach 2005 pflegebedürftig, so ergibt die Summe aus privat abgesicherten Leistungszusagen und garantierter staatlicher Aufstockung keine Absicherung in Höhe des heute versicherten Leistungsumfanges.

Die verbleibende Pflegekostendeckungslücke muss aus einer eigenverantwortlich zusätzlich abgeschlossenen Versicherung, dem laufenden Einkommen, dem Aufzehren privater Ersparnisse oder der Unterstützung durch Angehörige geschlossen werden. Falls die privaten Ersparnisse aufgebraucht sind und eine hinreichende Unterstützung durch Angehörige nicht zumutbar ist, greift wie gehabt die Unterstützungszusage der Allgemeinheit in Form der Sozialhilfe. Die eingeschränkte Aufstockungsleistung der Übergangsphase bedeutet somit auch für die nicht vollständig abgesicherten Personen keinesfalls eine Verweigerung notwendiger Pflegeleistungen.

Die Sozialhilfeträger werden vorübergehend wieder etwas belastet, auf Dauer werden sie aber deutlich entlastet. In der Übergangsphase entstehen zusätzliche Ausgaben, da die staatlichen Aufstockungsleistungen ab dem zweiten Jahr nach der Umstellung allmählich verringert werden. Die zusätzlichen Belastungen sind in ihrer Höhe in keiner Weise vergleichbar mit der Höhe der Ausgaben vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995, denn zusätzlicher Transferbedarf entsteht ausschließlich für Pflegebedürftige, die mit 50 Euro nicht den gesamten Leistungskatalog absichern konnten und die nicht über ausreichend Einkommen und Vermögen verfügen, die verbleibenden Kosten selbst zu finanzieren. Die Anzahl der noch nicht voll versicherten Personen verringert sich aber relativ schnell. Mittelfristig werden die Kommunen durch die Reform um knapp drei Milliarden Euro entlastet, da die bestehende Teilkasko-Regelung abgelöst wird und Pflegebedürftige auch hohe Pflegekosten im Rahmen des Mindestkatalogs vollständig von ihrer Versicherung erstattet bekommen.⁷⁶

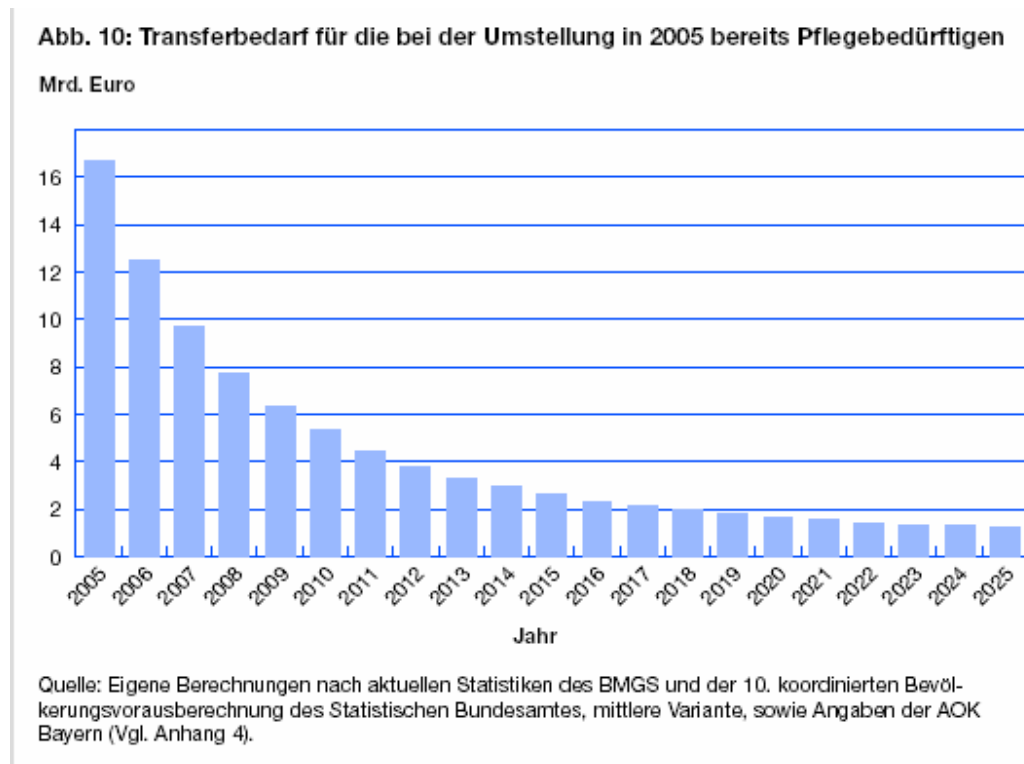
Versicherungsnehmer, die mit Prämien entsprechend der Belastungsgrenze von 50 Euro monatlich keine Vollabsicherung des heutigen Leistungsniveaus erreichen, können sich selbstverständlich freiwillig durch Zahlung von monatlichen Beiträgen über 50 Euro hinaus höher versichern als gesetzlich vorgegeben. Der Anreiz besteht in erster Linie in

der Versicherung der auch nach der Aufstockung verbleibenden Deckungslücke. Je nach Präferenzen kann man aber auch Leistungen über das heutige Leistungsniveau hinaus versichern.⁷⁷

Transferbedarf in der Übergangsphase

Nachdem mit Festlegung der Belastungsgrenze und der linearen Abschmelzung der staatlichen Unterstützung für neu auftretende Pflegebedürftigkeit über 20 Jahre die wichtigsten Stellschrauben des Vorschlags beispielhaft justiert sind, können die erforderlichen jährlichen Transfers geschätzt werden.⁷⁸ Dabei können die benötigten Transfersummen aus zwei Blöcken errechnet werden, zum Einen aus der vollständigen Kostenübernahme für die bereits Pflegebedürftigen und zum Zweiten aus den Mitteln zur Aufstockung der privat nur teilweise abgesicherten Personen, die in der Übergangsphase neu pflegebedürftig werden.

Die zur Weiterfinanzierung der zum Umstellungszeitpunkt bereits Pflegebedürftigen benötigte Transfersumme lässt sich schätzen, indem man die derzeit Pflegebedürftigen pro Jahrgang als Grundlage der altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeit nimmt und die Kosten entsprechend der pflegespezifischen Überlebenswahrscheinlichkeiten errechnet. Davon abzuziehen ist die Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen im Rahmen der Belastungsgrenze von 50 Euro. Daraus ergibt sich der in Abb. 10 dargestellte geschätzte Kostenverlauf. Erwartungsgemäß sind die zur Übernahme der Pflegeleistungen für zum Umstellungszeitpunkt bereits pflegebedürftige Personen in den ersten Jahren nach der Umstellung sehr hoch, sinken dann jedoch sehr schnell ab und anfallen sowie in allen Reformmodellen, die Pflegebedürftigen gewähren.⁷⁹



Aufstockungsleistungen für Menschen, die im Übergangszeitraum pflegebedürftig werden und mit einer Prämie in Höhe der Belastungsgrenze von 50 Euro pro Monat die aktuellen Leistungszusagen im Fall der Pflegebedürftigkeit nicht vollständig versichern konnten, werden für die Jahre 2006 bis 2025 geschätzt. Sie lassen sich unter Zugrundelegung der spezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten unterschiedlicher Jahrgänge, der spezifischen Überlebenswahrscheinlichkeiten, des Deckungsniveaus aus der kapitalgedeckten Versicherung und der Kohortengröße gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes ableiten. Daraus ergibt sich die in Abb. 11 dargestellte Schätzung des jährlichen Transferbedarfs für die Aufstockungsleistungen.⁸⁰

76 Im Jahr 2002 betragen die Ausgaben für „Hilfe zur Pflege“ nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2,943 Mrd. Euro; 313.000 Pflegebedürftige nahmen diese Sozialhilfekomponente in Anspruch.

77 Um entsprechende Anreize nicht durch die staatliche Aufstockung in der Übergangszeit zu konterkarieren, muss natürlich garantiert werden, dass die Leistungen dieser freiwilligen Zusatzversicherung bei der Berechnung des staatlich garantierten Aufstockungsbetrags nicht transfermindernd berücksichtigt werden.

78 Dabei gehen die folgenden Schätzungen von Leistungszusagen in Höhe von 400 Euro in Pflegestufe I, 1000 Euro in Pflegestufe II und 1500 Euro in Pflegestufe III aus. Die Schätzungen gehen zudem von nominellen Leistungsniveaus aus, d. h. es wurde weder inflations- noch dynamisiert. Die zur Versicherung des heutigen Leistungsniveaus erforderlichen Annuitäten (also Beiträge inkl. Altersrückstellungen) wurden nicht selbst geschätzt, sondern entsprechen den Angaben des PKV-Verbandes.

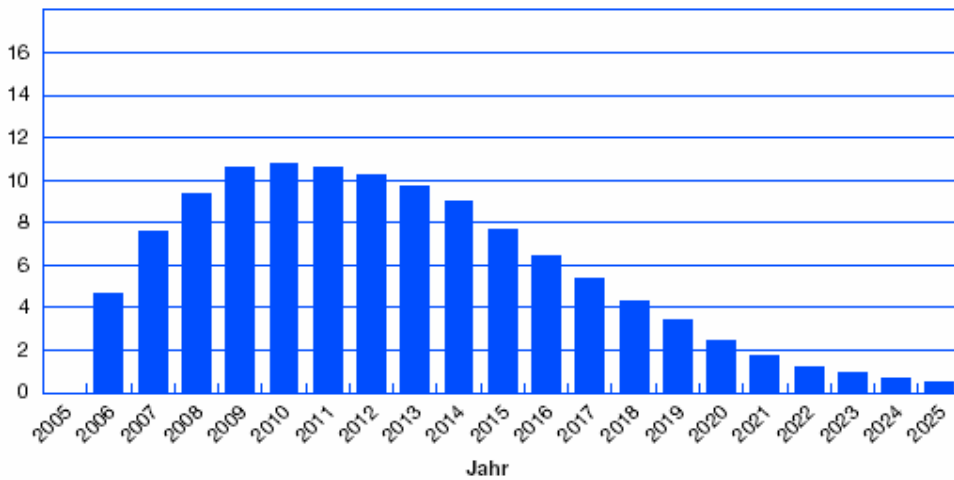
Während die mangelnde Dynamisierung aufgrund der erwarteten überproportionalen Preissteigerung für Pflegedienstleistungen zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Transferbedarfs führen könnte, kann man sich umgekehrt aufgrund der Ermöglichung und Einführung eines funktionierenden Wettbewerbs zwischen Versicherern auch Kostensenkungen erhoffen. Auch eine Inflationierung würde zu nominell höheren Kosten führen; da sich die Einkommen jedoch tendenziell in die gleiche Richtung entwickeln, würden sich die realen Kosten kaum verändern.

79 Natürlich handelt es sich hierbei nur um Näherungswerte. Den Berechnungen liegt beispielsweise die vereinfachende Annahme zu Grunde, dass die aktuelle Pflegestufe eines Pflegebedürftigen im Zeitverlauf konstant bleibt. Vernachlässigt wird damit sowohl die Wirkung einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit als auch die Möglichkeit, dass Pflegebedürftige durch Rehabilitationsmaßnahmen langfristig keiner Pflegeleistungen mehr bedürfen. Vernachlässigt wird zudem, dass ein geringer Teil der Pflegebedürftigen privat versichert ist und fortlaufenden Schutz aus seiner Versicherung genießt.

80 Wiederum unter Vernachlässigung des fortbestehenden Versicherungsschutzes privat Versicherter. Auch dieser Kostenblock fällt ebenfalls im Status quo sowie in allen besprochenen Reformmodellen an.

Abb. 11: Aufstockungsleistungen im Übergangszeitraum

Mrd. Euro

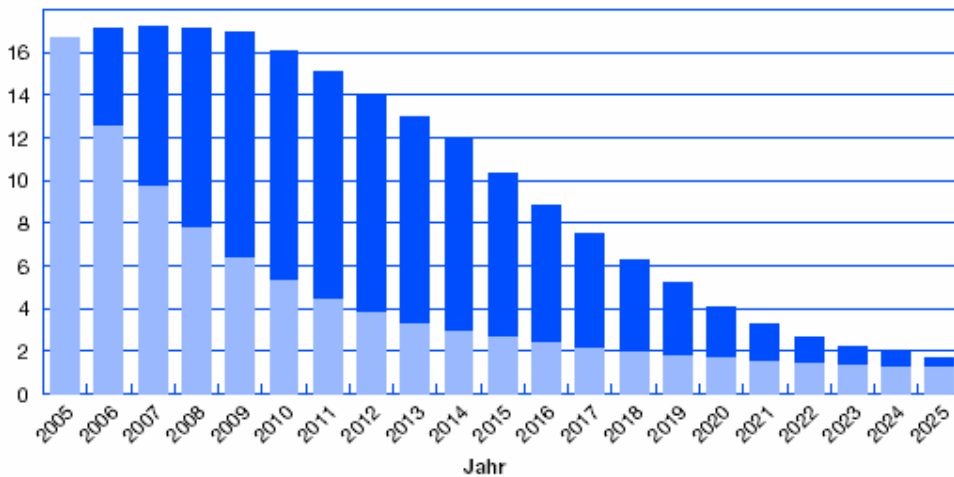


Quelle: Eigene Berechnungen nach aktuellen Statistiken des BMGS und der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, mittlere Variante, sowie Angaben der AOK Bayern und des PKV-Verbandes.

Die Aufstockungsleistungen erreichen ihr Maximum im Jahr 2010, also fünf Jahre nach der Umstellung, und sinken dann kontinuierlich. Summiert man die Beträge für beide Übergangsregelungen, ergibt sich der folgende geschätzte Gesamttransferbedarf aus der Gewährung des Vertrauensschutzes.

Abb. 12: Gesamttransferbedarf durch die Gewährung des Vertrauensschutzes

Mrd. Euro

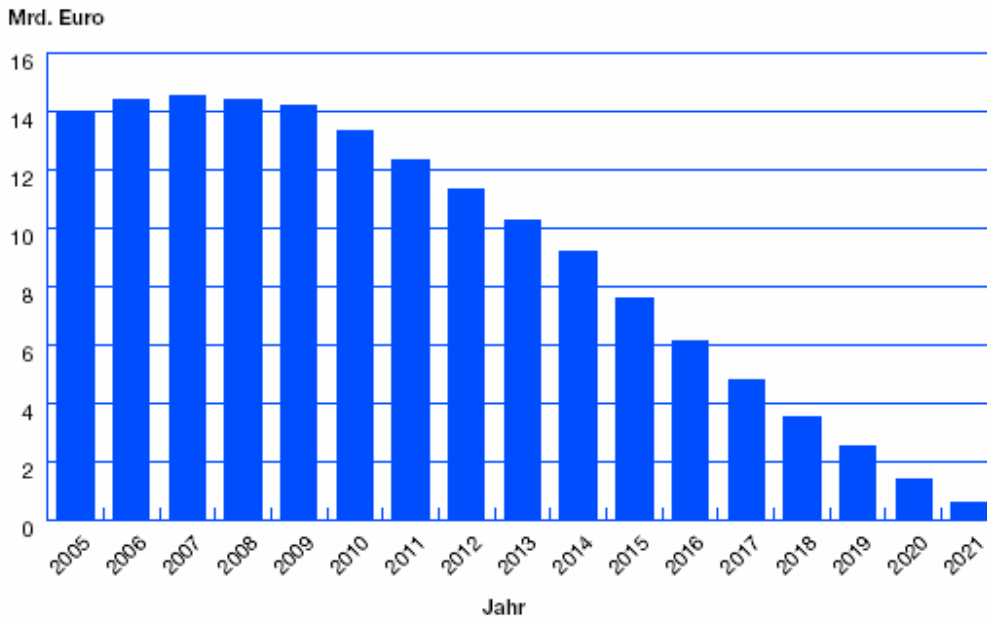


Quelle: Eigene Berechnungen nach aktuellen Statistiken des BMGS und der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, mittlere Variante, sowie Angaben der AOK Bayern und des PKV-Verbandes.

Zur Schätzung der Haushaltsbelastung sind den erforderlichen Transfers die Mehreinnahmen durch die Besteuerung des auszuzahlenden Arbeitgeberanteils an den Beiträgen zur Pflegeversicherung entgegenzurechnen. Sie betragen grob geschätzt knapp 2,7 Milliarden Euro jährlich.⁸¹ Rechnet man diese Mehreinnahmen den Transfers zur Gewährung des Vertrauensschutzes gegen, ergibt sich die in Abb. 13 dargestellte Haushaltsbelastung. Der Vorschlag zur Finanzierung der aufgrund der Vertrauensschutzregelungen notwendigen Transfers sieht die Deckung durch den allgemein-

en Steuerhaushalt vor (vgl. Abschnitt 4.2.3). Die erforderlichen Mittel entsprechen im Jahr der Umstellung (2005) gemäß dem Entwurf des Bundesfinanzministeriums etwa 5,4 Prozent des gesamten Bundeshaushalts.

Abb. 13: Haushaltsbelastung durch die Gewährung des Vertrauensschutzes



Quelle: Eigene Berechnungen nach aktuellen Statistiken des BMGS und der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, mittlere Variante, sowie Angaben der AOK Bayern und des PKV-Verbandes.

Im Steuersystem können die Verteilungswirkungen der Finanzierung allgemeiner Staatsaufgaben am besten auf die verteilungspolitischen Ziele abgestimmt werden. Die Zuordnung zum allgemeinen Staatshaushalt garantiert am ehesten, dass die Mittel zur Deckung der Transferzusagen weder zu hoch noch zu gering ausfallen, was aufgrund der unvermeidbaren Ungenauigkeiten der Schätzungen bei einer expliziten Defizitlösung ebenso drohen

⁸¹ Die jährliche Erhöhung der Steuereinnahmen kann grob geschätzt werden anhand der Aufkommenselastizität der Lohnsteuer (prozentuale Änderung des Lohnsteueraufkommens bei einprozentiger Veränderung der Lohnsumme). Betrachtet man die Auszahlung als 0,85-prozentige Erhöhung der Lohnsumme, ergibt sich bei einer geschätzten Aufkommenselastizität von 1,888 im Jahr 2003 (Vgl. Boss/Elendner 2004) eine Zunahme des Lohnsteueraufkommens um 2,7 Milliarden Euro. Da die Arbeitnehmerbeiträge aufgrund der Beitragsbemessungsgrenze nicht vollständig in die Bemessungsgrundlage eingehen, überschätzt dieser Wert die tatsächlichen Einnahmen. Vergleichsrechnungen und die Tatsache, dass das durchschnittliche Einkommen deutlich unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt, legen nahe, dass die Überschätzung relativ gering ist. Der Berechnung liegt die Annahme zu Grunde, dass es zu keinen nennenswerten Verschiebungen im Steuertarif und bei der Einkommensverteilung kommt.

würde wie bei der Etablierung eines parallelen Abgabensystems. Eine parallele zusätzliche Abgabe droht zudem aus polit-ökonomischen Gründen regelmäßig zu einer Zweitsteuer mit neuen unsystematischen Ausnahmeregelungen zu avancieren.⁸² Im Steuersystem wird nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit besteuert, d. h. die Traglast der Transfers zur Übergangsregelung bei der Reform der Pflegeversicherung wird entsprechend der unterschiedlichen Steuersätze nach den Einkommen der Bürger differieren. Bei niedriger individueller Leistungsfähigkeit liegt die zusätzliche Steuerbelastung unter dem Durchschnitt oder sie entfällt;

überdurchschnittlich leistungsfähige Bürger tragen einen größeren Teil der Belastung. Selbstverständlich müssen diese Belastungen, die mit dem Vertrauensschutz begründet werden, zusätzlich zu den eigenen Versicherungsbei-

trägen getragen werden. Andererseits entfallen umgekehrt die monatlichen lohnproportionalen Beiträge zur heutigen gesetzlichen Pflegeversicherung; die Belastungen zur Finanzierung der Übergangsregelungen fallen geringer aus als die sonst notwendigen Beiträge zum Umlageverfahren.

82 Letztlich ist die Politik gefordert, über die Finanzierung dieser Haushaltsbelastung zu entscheiden. In Frage kommen Kürzungen der Ausgaben (Subventionen) an anderer Stelle, Steuererhöhungen oder auch eine Streckung der Belastung durch eine Fondslösung oder Ähnliches, wobei letztere mit den bereits genannten Nachteilen verbunden ist.

6 Fazit

Bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 wurde die Chance vertan, ein langfristig stabiles, kapitalgedecktes System zu implementieren, das resistent gegenüber demographischen Veränderungen ist und den Faktor Arbeit nicht weiter belastet. Stattdessen wurde eine umlagefinanzierte Pflegeversicherung eingeführt – mit fatalen Rückwirkungen auf den Arbeitsmarkt und mit ordnungspolitisch äußerst bedenklichen Umverteilungswirkungen, die sich ohne eine Reform im Zuge der demographischen Entwicklung noch verstärken werden. Die Entwicklung eines durch effizienzsteigernden Wettbewerb geprägten privaten Marktes für Pflegeversicherungen wurde unterdrückt. Stattdessen wurden Geschenke an die ältere Generation und ihre Erben verteilt.

Eine Reform der Pflegeversicherung ist unausweichlich. Die für jedes Umlageverfahren charakteristischen Einführungsgeschenke sind im Fall der Pflegeversicherung noch nicht vollständig verteilt. Mit zwei Folgen: Ein Systemwechsel ist hier im Vergleich zu Krankenversicherung und Rentenversicherung noch relativ einfach zu bewerkstelligen und das Volumen der im Übergang anfallenden Transfers zur Gewährung des Vertrauensschutzes wäre verhältnismäßig gering. Dieses Volumen steigt im Zeitverlauf jedoch; ein Systemwechsel sollte daher unverzüglich in Angriff genommen werden.

Die Umstellung vom umlagefinanzierten System auf das Kapitaldeckungsverfahren mit individualisierten übertragbaren Altersrückstellungen läuft langfristig auf verteilungspolitisch unbedenkliche Beiträge hinaus, die ohne einen Versicherungswechsel für alle Versicherten innerhalb einer Kohorte gleich hoch sind. Aufgrund der Wettbewerbswirkungen, die durch übertragbare Altersrückstellungen ermöglicht werden, sind im hier vorgeschlagenen System mit risikoäquivalenter Kalkulation der individuellen Prämie und der individuellen Altersrückstellung noch günstigere Preis-Leistungs-Konstellationen zu erwarten als bei einem System mit einheitlichen Beiträgen in einem Umlagesystem ohne Altersrückstellungen.

Im Rahmen einer grundlegenden Reform der Pflegeversicherung muss auch das Leistungspaket der Versicherung neu definiert werden. Die Verkündung eines Einsparpotenzials durch eine schlichte Leistungskürzung wäre allerdings trivial und zudem auf der Basis der in diesem Gutachten untersuchten Zusammenhänge nicht begründbar.

Die zum Umstellungszeitpunkt bereits Pflegebedürftigen sollten die Leistungsansprüche des Status quo behalten; diese werden finanziert durch Transferzahlungen. Auch die pflegenahen Jahrgänge erhalten Transferzahlungen, die eine kapitalgedeckte Eigenvorsorge in tragbarem Umfang mit staatlich finanzierten Transferzahlungen verbinden. Keinem Menschen werden die notwendigen Pflegeleistungen verwehrt. Wenn weder die individuelle Versicherung noch das Vermögen zur Finanzierung ausreichen, greift die Sozialhilfe.

Wird darauf verzichtet, die bestehende Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes System umzustellen, lassen sich kräftig steigende Beitragssätze nicht vermeiden. Je länger die Umstellung hinausgeschoben wird, umso höher werden die im System entstehenden Ansprüche und umso teurer wird es, die künftigen Generationen von der schweren Bürde zu befreien.

7

Zusammenfassung der wesentlichen Vorteile des Reformvorschlags

Die Pflegevorsorge ist eine soziale, nachhaltige und finanzierbare Alternative, denn:

- Die Pflegevorsorge löst die Versicherung von der demographischen Entwicklung. Die Nachhaltigkeitslücke wird geschlossen, die Verlagerung von Lasten auf unsere Kinder und Enkel wird beendet.
- Die unsystematischen Begünstigungen und Belastungen, die sich nicht an der Leistungsfähigkeit, sondern ausschließlich am Lohn Einkommen orientieren, werden durch Transfers ersetzt, die nach Bedürftigkeit gewährt und nach Leistungsfähigkeit finanziert werden.
- Die Pflegeversicherung wird vom Arbeitsvertrag abgekoppelt. Arbeitsanreize werden nicht mehr gedämpft und Lohnkosten nicht zusätzlich erhöht.
- Einführungsgeschenke an Personen, die kaum Beiträge gezahlt haben, können aus Vertrauensschutzgründen nicht rückgängig gemacht werden. Aber gegenüber dem Status quo wird die Verteilung letztlich unberechtigter Leistungen begrenzt.
- Dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts wird Rechnung getragen, weil nicht mehr zwischen den Generationen umverteilt wird, sondern jeder Versicherte über den Lebenszyklus die Kosten seiner Versicherung selbst trägt.
- Die Pflegevorsorge ermöglicht aufgrund der Kapitaldeckung und der Übertragung individueller Rückstellungen den Wettbewerb zwischen den Versicherern. Wettbewerb sorgt dafür, dass die Versicherer effizient arbeiten und das Pflegerisiko kostengünstig abdecken.
- Menschen rutschen nicht mehr aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit in die Sozialhilfe, da im Gegensatz zum bestehenden System auch kostenintensive Risiken voll versichert werden.
- Die Pflegeversicherung wird sofort auf das neue System umgestellt. Vertrauensschutz genießen die Personen, die bereits pflegebedürftig sind oder in nächster Zeit pflegebedürftig werden. Eine Altersgrenze oder ähnliche Hilfsgrößen sind nicht erforderlich.
- Die staatlichen Zuschüsse verringern sich schrittweise während der Übergangszeit für neue Pflegefälle, so dass es nicht zu Brüchen zwischen Versicherten verschiedenen Alters und im Zeitverlauf kommt.
- Die Transfers zur Gewährung eines Vertrauensschutzes sind keine zusätzlichen Kosten, sondern würden auch im Status quo anfallen. Dort würden sie allerdings über lohnabhängige Beiträge finanziert – mit unerwünschten Umverteilungswirkungen. Die Transferzahlungen sind lediglich ein gleitender Übergang auf ein System, das keine Ansprüche mehr an die junge und an die künftigen Generationen stellt, sondern eine eigenverantwortliche Vorsorge erlaubt.

Literaturverzeichnis

Boss, Alfred und Thomas Elendner (2004), „Vorschläge zur Steuerreform in Deutschland: Was bedeuten sie? Was kosten sie?“, erscheint in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 53. Jg. (2004), Heft 2.

Breyer, Friedrich (1995), „Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung“, Diskussionsbeiträge, Serie I – Nr. 277.

Breyer, Friedrich, Wolfgang Franz und andere (Gemeinschaftsinitiative Soziale Marktwirtschaft) (2004), „Reform der Sozialen Sicherung“, Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000), „Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2000), „Die Pflegeversicherung“, Informationsbroschüre des Bundesgesundheitsministeriums.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Rürup-Kommission. <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf>.

Bundesverfassungsgericht (2001), 1 BvR 1629/94, Urteil des ersten Senats vom 3. April 2001.

Bundesverfassungsgericht (2001), 1 BvR 1681/94, Urteil des ersten Senats vom 3. April 2001.

Deutscher Bundestag (2001), Stellungnahme des Sozialbeirats zu Urteilen des Verfassungsgerichts zur Pflegeversicherung vom 3. April 2001 hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Rentenversicherung, Drucksache 14/6099 vom 8. 5. 2001, Berlin.

Donges, Juergen B., Johann Eekhoff, Wolfgang Franz, Wernhard Möschel, Manfred J. M. Neumann und Olaf Sievert (Kronberger Kreis, 2002), „Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“, Berlin.

Eekhoff, Johann (1992), „Pflegeversicherung als Umlage- oder als Kapitaldeckungssystem“, in: Versicherungswirtschaft, Heft 9/92, S. 531-538.

Eekhoff, Johann (2002), „Beschäftigung und soziale Sicherung“, 3. Auflage, Tübingen.

Färber, Gisela (2004), „Möglichkeiten einer verfassungskonformen Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung“, erscheint in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 53. Jg. (2004), Heft 2, S. 192-202.

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2004), „Scharfe Kritik an Pflegekompromiß“, 6. 7. 2004.

Häcker, Jasmin und Bernd Raffelhüschen (2004a), „Denn sie wussten was sie taten: Zur Reform der sozialen Pflegeversicherung“, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 73. Jg. (2004), Heft 1, S. 158-174.

Häcker, Jasmin und Bernd Raffelhüschen (2004b), „Wie kann die Gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?“, Gutachten für die Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft, http://www.chancenfueraalle.de/Umfragen_Studien/Studien/Studie_zur_Pflegeversicherung.html, Abruf am 17. 7. 2004.

Hof, Bernd (2001), „Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung“, Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., PKV-Dokumentation 24.

Homburg, Stefan (2001), „Kapitaldeckung und demographische Änderung“, Gutachten, <http://www.bvi.de/downloads/CORE-4WXJAYho220501.pdf>, Abruf am 27. 7. 2004.

Jankowski, Markus und Anne Zimmermann (2003), „Wettbewerb ohne Risikoselektion auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt“, Otto-Wolff-Institut-Discussion Paper 3/2003.

Knappe, Eckhard und Thilo Rubart (2001), „Auswirkungen des demographischen Wandels. Gesetzliche Pflege- und Krankenversicherung im Vergleich, in: Schmähl, Winfried und Volker Ulrich (2001), „Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen“, Mohr Siebeck. S. 95-120.

Kommission ‚Soziale Sicherheit‘ (Herzog-Kommission) (2003), „Bericht der Kommission ‚Soziale Sicherheit‘ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme“, http://www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf, Abruf am 8. 5. 2004.

Pimpertz, Jochen (2001), „Marktwirtschaftliche Ordnung der sozialen Krankenversicherung“, Köln.

Pimpertz, Jochen (2004), „Soziale Sicherung“, in: Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): „Perspektive 2050 – Ökonomik des demographischen Wandels“, Roman Herzog Institut, Deutscher Instituts-Verlag, Köln.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1994), „Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung“, Sondergutachten vom 18. 3. 1994.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2001), „Für Stetigkeit – gegen Aktionismus“, Jahresgutachten 2001/02, Wiesbaden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003), „Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren“, Jahresgutachten 2002/2003, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2003), „Pflegestatistik 2001“, <http://www.destatis.de/download/d/solei/pflstat01.pdf>, Abruf am 27. 7. 2004.

Statistisches Bundesamt (2003), „Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung“, Berlin.

Anhang

1 Berechnung der Pflegewahrscheinlichkeit

Die Berechnung der Pflegewahrscheinlichkeiten unterschiedlicher Jahrgänge beruht auf aktuellen Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts, mittlere Variante. Mit folgenden Pflegewahrscheinlichkeiten wurde gerechnet:

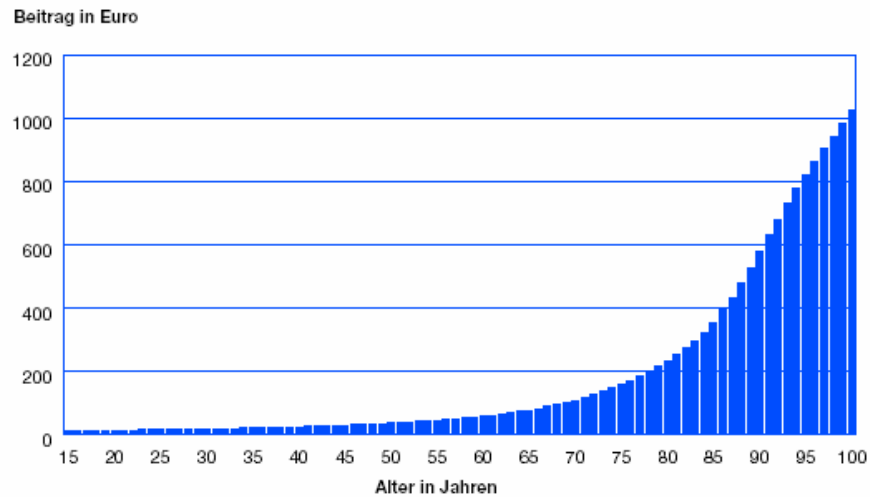
Alter [Jahre]	Pflegerwahrscheinlichkeiten* [Gesamtbevölkerung, nach Pflegestufen]			
	I	II	III	gesamt
0 – unter 15	0,27%	0,17%	0,09%	0,53%
15 – u. 20	0,24%	0,18%	0,13%	0,55%
20 – u. 25	0,20%	0,15%	0,10%	0,45%
25 – u. 30	0,19%	0,14%	0,08%	0,41%
30 – u. 35	0,20%	0,13%	0,07%	0,40%
35 – u. 40	0,23%	0,14%	0,07%	0,44%
40 – u. 45	0,27%	0,16%	0,07%	0,50%
45 – u. 50	0,31%	0,17%	0,07%	0,55%
50 – u. 55	0,40%	0,21%	0,09%	0,70%
55 – u. 60	0,55%	0,31%	0,12%	0,98%
60 – u. 65	0,81%	0,48%	0,17%	1,46%
65 – u. 70	1,32%	0,84%	0,27%	2,43%
70 – u. 75	2,43%	1,58%	0,49%	4,50%
75 – u. 80	4,60%	2,93%	0,92%	8,45%
80 – u. 85	9,60%	6,13%	1,96%	17,69%
85 – u. 90	17,25%	12,75%	4,13%	34,13%
90 und älter	22,97%	23,54%	8,72%	55,23%

* Werte gerundet

2

Beiträge zur bestehenden privaten Pflegeversicherung nach Einstiegsalter

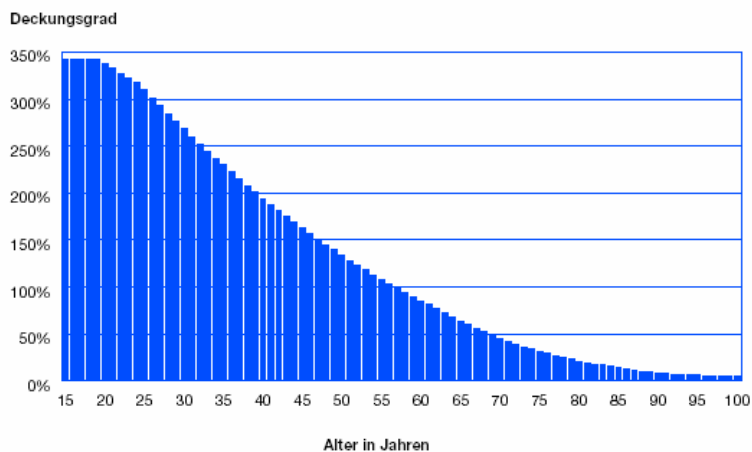
Folgende Beiträge werden nach Angaben des PKV-Verbandes in der bestehenden privaten Pflegeversicherung (Vollkosten-Tarif, für Beamte abweichend) je nach Einstiegsalter derzeit erhoben. Sie enthalten Altersrückstellungen und werden im Zeitverlauf nicht altersbedingt erhöht. Im Modell der Pflegevorsorge wird der Beitrag bei einer Maximalprämie von 50 Euro gedeckelt.



Altersspezifische Deckungsraten für eine Maximalprämie von 50 Euro monatlich							
Alter	Deckungsgrad	Alter	Deckungsgrad	Alter	Deckungsgrad	Alter	Deckungsgrad
0	343%						
1	343%	26	301%	51	128%	76	29%
2	343%	27	293%	52	123%	77	27%
3	343%	28	284%	53	118%	78	25%
4	343%	29	276%	54	113%	79	23%
5	343%	30	268%	55	108%	80	21%
6	343%	31	260%	56	103%	81	20%
7	343%	32	252%	57	99%	82	18%
8	343%	33	245%	58	94%	83	17%
9	343%	34	237%	59	90%	84	16%
10	343%	35	230%	60	86%	85	14%
11	343%	36	222%	61	81%	86	13%
12	343%	37	215%	62	77%	87	11%
13	343%	38	208%	63	73%	88	10%
14	343%	39	201%	64	68%	89	9%
15	343%	40	194%	65	64%	90	9%
16	343%	41	188%	66	60%	91	8%
17	343%	42	181%	67	56%	92	7%
18	343%	43	175%	68	52%	93	7%
19	343%	44	169%	69	49%	94	6%
20	337%	45	162%	70	46%	95	6%
21	332%	46	156%	71	42%	96	6%
22	327%	47	151%	72	39%	97	6%
23	323%	48	145%	73	37%	98	5%
24	318%	49	139%	74	34%	99	5%
25	310%	50	134%	75	31%	100	5%

3 Altersspezifische Deckungsraten der Maximalprämie von 50 Euro

Für die im Modell vorgesehene Maximalprämie von 50 Euro können bisher gesetzlich versicherte, ältere Versicherungsnehmer aufgrund ihres erhöhten Pfliegerisikos und fehlender Altersrückstellungen nicht mehr den vollen Leistungskatalog versichern. Die Deckungsrate der Prämie wurde berechnet als Verhältnis zwischen dem Maximalbeitrag und der eigentlich zu zahlenden Prämie $[(50 \text{ Euro/Beitrag nach Alter}) \cdot 100]$. Folgende altersspezifische Deckungsraten für Versicherte mit durchschnittlichem Risikoprofil liegen der Berechnung der Kosten des Vertrauensschutzes zu Grunde.



Alterspezifische Deckungsraten für eine Maximalprämie von 50 Euro monatlich							
Alter	Deckungsgrad	Alter	Deckungsgrad	Alter	Deckungsgrad	Alter	Deckungsgrad
0	343%						
1	343%	26	301%	51	128%	76	29%
2	343%	27	293%	52	123%	77	27%
3	343%	28	284%	53	118%	78	25%
4	343%	29	276%	54	113%	79	23%
5	343%	30	268%	55	108%	80	21%
6	343%	31	260%	56	103%	81	20%
7	343%	32	252%	57	99%	82	18%
8	343%	33	245%	58	94%	83	17%
9	343%	34	237%	59	90%	84	16%
10	343%	35	230%	60	86%	85	14%
11	343%	36	222%	61	81%	86	13%
12	343%	37	215%	62	77%	87	11%
13	343%	38	208%	63	73%	88	10%
14	343%	39	201%	64	68%	89	9%
15	343%	40	194%	65	64%	90	9%
16	343%	41	188%	66	60%	91	8%
17	343%	42	181%	67	56%	92	7%
18	343%	43	175%	68	52%	93	7%
19	343%	44	169%	69	49%	94	6%
20	337%	45	162%	70	46%	95	6%
21	332%	46	156%	71	42%	96	6%
22	327%	47	151%	72	39%	97	6%
23	323%	48	145%	73	37%	98	5%
24	318%	49	139%	74	34%	99	5%
25	310%	50	134%	75	31%	100	5%

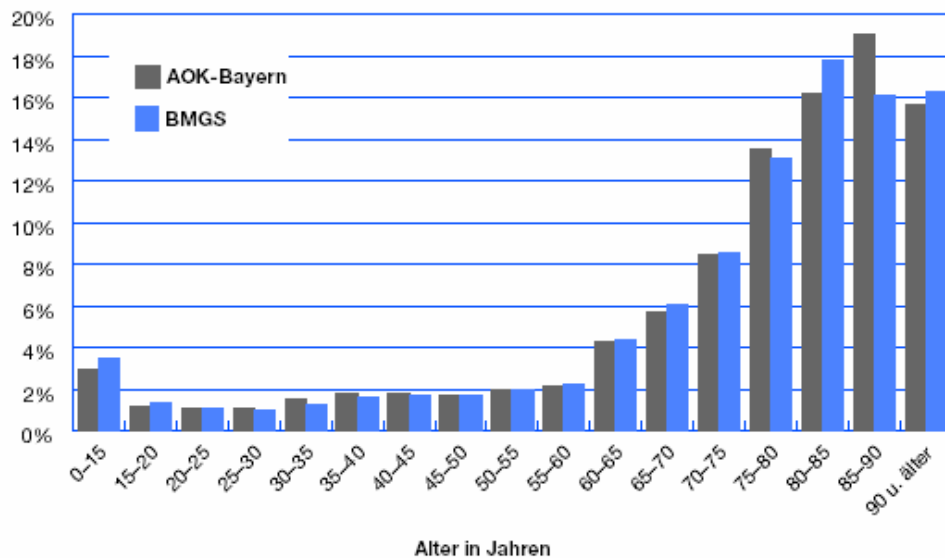
4

Berechnung der pflegespezifischen Mortalitätsraten

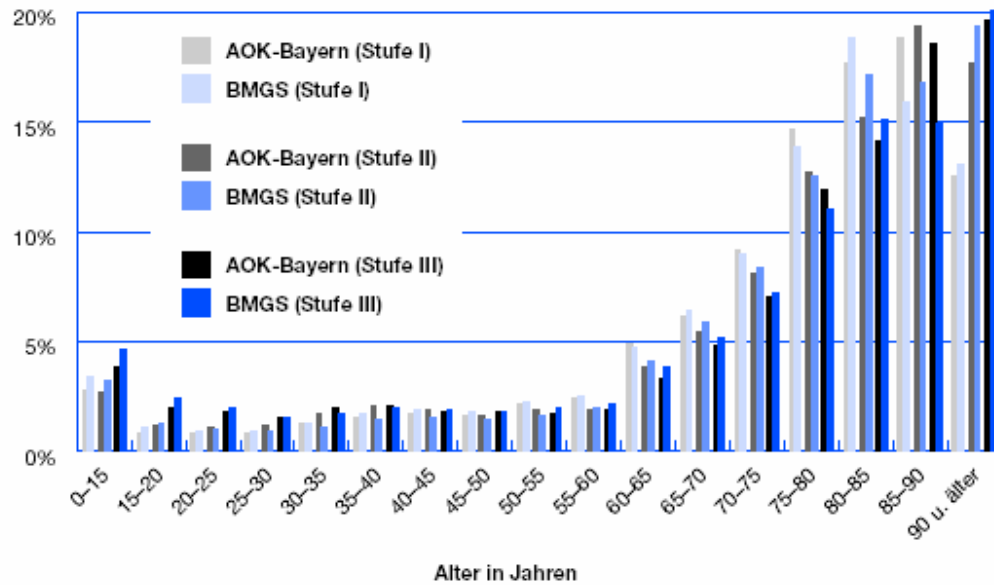
Um die Kosten der Weiterfinanzierung der Leistungen für bereits Pflegebedürftige sowie die Höhe der staatlichen Aufstockungsleistungen im Übergangszeitraum näherungsweise zu schätzen, sind Annahmen zur Lebenserwartung der Pflegebedürftigen erforderlich. Die Verwendung allgemeiner Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes würden die Lebenserwartung der Pflegebedürftigen und somit die Kosten extrem überschätzen.

Daher wurden unter Rückgriff auf Angaben der AOK Bayern (166.616 Empfänger von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung) pflegespezifische Mortalitätsraten geschätzt. Der folgende Vergleich der Altersstrukturen zeigt, dass es diesbezüglich zwischen den Pflegebedürftigen in der AOK-Bayern und in der gesamten gesetzlichen Pflegeversicherung keinen signifikanten Unterschied gibt. Unterstellt man zudem für die anderen Bundesländer die gleichen Sterbeverhältnisse wie in Bayern, kann man die errechneten pflegespezifischen Mortalitätsraten auf alle Mitglieder der gesetzlichen Pflegeversicherung verallgemeinern. Dadurch lassen sich die Modellrechnungen weiter an die Realität anpassen.

Anteil der Altersgruppe an der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Versicherten



Anteil der Altersgruppe an der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Versicherten



Folgende Mortalitätsraten liegen der Berechnung der Kosten zur Finanzierung des Vertrauensschutzes zu Grunde:

Alter [Jahre]	Pflegespezifische Mortalitätsraten [nach Pflegestufen]		
	I	II	III
0 bis unter 15	0,68%	1,14%	2,66%
15 bis unter 20	0,46%	1,22%	1,85%
20 bis unter 25	0,31%	0,29%	2,46%
25 bis unter 30	0,30%	0,13%	3,26%
30 bis unter 35	0,71%	0,66%	1,63%
35 bis unter 40	1,05%	1,37%	4,67%
40 bis unter 45	2,56%	3,49%	9,23%
45 bis unter 50	4,43%	6,34%	13,37%
50 bis unter 55	6,43%	11,18%	26,29%
55 bis unter 60	10,11%	18,94%	33,07%
60 bis unter 65	10,07%	20,47%	42,92%
65 bis unter 70	13,30%	22,73%	42,49%
70 bis unter 75	13,23%	23,47%	43,32%
75 bis unter 80	13,47%	24,54%	35,58%
80 bis unter 85	14,41%	26,08%	39,38%
85 bis unter 90	17,78%	29,73%	42,53%
90 und älter	24,37%	38,24%	52,78%

Die vorliegende Ausarbeitung des Instituts für Wirtschaftspolitik an der Uni Köln ermöglicht es den gesellschaftlich-kompetenten Verantwortungsträgern aus Politik, Wirtschaft und Verbänden ‚sachverständig-sozialverantwortbare Pflegevorsorge mit Carespektive‘ als „gesellschaftliches Casemanagement“ höchster Priorität konstruktiv auszugestalten.

Die ergänzenden Ausführungen in orangefarbener Schrift sind ausschließlich unter „www.Carespektive.info“ veröffentlicht, sowie im Fließtext auf Seite 13 - letzter Satz, Seite 14 - erster Satz, Seite 15 - Erläuterung zu Fußnote Ziffer 43.

Pflegevorsorge

Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltige Reform der Pflegeversicherung

Redaktion (v.i.S.d.P.): Dr. Steffen J. Roth
Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln
Pohligstraße 1
50969 Köln
www.uni-koeln.de/wiso-fak/iwp

Gestaltung: edition agrippa Köln - Berlin

© 2004

vbw

Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.

Max-Joseph-Straße 5

80333 München

Telefon (0 89) 55 178-100

Telefax (0 89) 55 178-111

info@vbw-bayern.de

www.vbw-bayern.de