

Seit 1999 weist die gesetzliche Pflegeversicherung Defizite auf. Bis zum Ende dieser Legislaturperiode dürften die bis 1998 angesammelten Anfangsreserven von knapp 5 Mrd. € aufgezehrt sein. Zugleich werden zunehmende Qualitätsmängel des Pflegeangebots beklagt. Wie sollte die Pflegeversicherung reformiert werden?

Keine Reform in zwei Schritten

Nachdem die Gesundheitsreform unter Dach und Fach gebracht ist, rückt nun die nicht minder bedeutsame Reform der Pflegeversicherung in den Fokus der politischen Diskussion. Um die Pflegeversicherung, die ein zentraler Baustein der sozialen Sicherungssysteme ist und bleiben soll, weiterhin leistungsfähig und zukunftssicher zu machen, muss die Politik die hier anstehenden Hausaufgaben zielstrebig anpacken.

Herausforderungen für die gesetzliche Pflegeversicherung

Bereits seit 1999 weist die gesetzliche Pflegeversicherung jährlich steigende Defizite auf. Im Jahr 2005 konnte ein Anwachsen des Defizits lediglich durch die Erhöhung der Beiträge für Kinderlose gestoppt werden. Im vergangenen Jahr hat die Pflegeversicherung seit 1999 zwar das erste Mal wieder mit einem Einnahmenüberschuss abgeschlossen. Dieses positive Ergebnis beruht aber zum überwiegenden Teil auf der vorgezogenen Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge, welche im vergangenen Jahr dazu führte, dass die Sozialversicherung 13 statt 12 Monatsbeiträge verbuchen konnte. Grenzt man allerdings die Einnahmen und Ausgaben periodengerecht ab und lässt damit den zusätzlichen Monatsbeitrag von 0,8 Mrd. € außer Betracht, hat die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2006 zum achten Mal in Folge ein defizitäres Finanzergebnis erzielt.

Aber nicht nur die Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung macht uns Kopfzerbrechen. Wir müssen uns auch der demographischen Entwicklung stellen. Nach der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausbe-

wird die Zahl der 65-Jährigen und Älteren bis Ende der 2030er Jahre von derzeit ca. 16 Millionen auf etwa 24 Millionen ansteigen. Auch wenn die Zahl der jüngeren Senioren (65 bis unter 80 Jahre) nach einem Anstieg bis zum Jahr 2020 wieder erheblich sinken wird, ist im Gegensatz hierzu mit einem steten Anstieg der Zahl der über 80-Jährigen zu rechnen. Diese Altersgruppe, zu welcher heute ca. 3,7 Mill. Menschen gehören, wird bis zum Jahr 2020 auf fast 6 Millionen ansteigen und im Jahr 2050 gut 10 Millionen erreichen. Dies bedeutet im Vergleich zu heute fast eine Verdreifachung. Da mit steigendem Alter das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark zunimmt – es liegt bei den 60- bis 80-Jährigen bei 3,9%, bei den über 80-Jährigen hingegen bereits bei 31,8% – wird deutlich, welche Auswirkungen die demographische Entwicklung auf die Pflegeversicherung haben wird.

Reformbedarf in zweierlei Hinsicht

Diese Herausforderungen zwingen uns dazu, die Pflegeversicherung zu reformieren. Überarbeitungsbedürftig sind sowohl die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung als auch Inhalte des Pflegeversicherungsgesetzes. Dabei darf das grundsätzliche Ziel nicht aus den Augen verloren werden: Die Reform der Pflegeversicherung muss gerecht und nachhaltig ausgestaltet werden. Dass das Ganze auch finanzierbar sein muss, versteht sich von selbst.

Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente

Die Finanzierung der Pflegeversicherung muss auf neue bzw. zusätzliche Beine



Christa Stewens*

* Christa Stewens ist Bayerische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.

gestellt werden. Zentraler Punkt ist die im Koalitionsvertrag getroffene Vereinbarung, das Umlageverfahren durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve zu ergänzen.

Das heutige Umlageverfahren kann die auf uns zukommenden Kosten nicht mehr tragen. Angesichts der aufgezeigten demographischen Entwicklung müsste der Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung um über 100% ansteigen, um gleichbleibende Leistungen zu sichern. Da wir alle aber wollen, dass auch unsere Kinder und Enkelkinder noch angemessene und bezahlbare Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, ist der einzig gangbare Weg der Aufbau eines Kapitalstocks. Wie man am Beispiel der privaten Pflegeversicherung sehen kann, ist es so möglich, ausreichend Vorsorge für die auf uns zukommenden demographischen Herausforderungen zu betreiben. Schließlich verfügt die private Pflegeversicherung mittlerweile über Rücklagen in Höhe von ca. 14 Mrd. €.

Die Bildung eines Kapitalstocks verhindert, dass die jüngere bzw. mittlere Generation in 20 oder 30 Jahren weit über Gebühr mit Versicherungsbeiträgen belastet wird, die zu tragen wären, wenn die steigenden Leistungsausgaben allein über das Umlageverfahren finanziert werden müssten. Daher halte ich den Aufbau eines Kapitalstocks schon im Sinne der Generationengerechtigkeit für unverzichtbar. Nur auf diesem Weg kann eine Zunahme der Altersarmut und damit verbunden der Zahl der Empfänger von Sozialleistungen vermieden werden.

Entscheidend ist dabei, den Kapitalstock vor dem Zugriff des Staates zu schützen. Denn wir alle wissen und erleben es immer wieder: Wo Geld vorhanden ist, entstehen Begehrlichkeiten. Daher müssen die gebildeten Rücklagen für den Einzelnen als vermögenswertes Recht, das verfassungsrechtlich als Eigentum zu werten ist, ausgestaltet werden. Wir können den Bürgern einen eigenen Sparbeitrag nur dann zumuten, wenn davon ihr Eigentum verfassungsrechtlich begründbar ist. Sicher ist jedoch, dass der Kapitalstock nicht aus den laufenden Einnahmen der Pflegeversicherung aufgebaut werden kann. Zusätzliche finanzielle Belastungen des Einzelnen werden sich nicht vermeiden lassen, sind aber so gering wie möglich zu halten. Insoweit muss uns allen klar sein, dass es eine auch in Zukunft adäquate Pflege nicht umsonst geben kann.

Unzulässiger Finanzausgleich zwischen der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung

Der im Zusammenhang mit der Reform der Pflegeversicherung ebenfalls diskutierte systemübergreifende Finanzausgleich zwischen der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung verbietet sich aus verfassungsrechtlichen Grün-

den. Bei den Altersrückstellungen der privaten Pflegeversicherung handelt es sich um eigentumsrechtlich geschützte Rechtspositionen der privat Pflegeversicherten. Diese Rückstellungen bieten Sicherheit gegen eine Anhebung der Versicherungsprämie aufgrund des mit dem Älterwerden verbundenen steigenden Pflegerisikos. Durch den Eigentumsschutz können die Rücklagen nicht ohne einen Verstoß gegen Art. 14 des Grundgesetzes sozialisiert werden. Der Gesetzgeber hat sich bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 dafür entschieden, dem Grundsatz »Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung« zu folgen. Dementsprechend wurden die Versicherten den beiden Versicherungssystemen zugeteilt. An dieser Entscheidung zur Trennung der beiden Systeme muss der Gesetzgeber nun festhalten. Aufgrund der grundsätzlichen Unterschiede der beiden Versicherungssysteme können sie nun nicht über einen Finanzausgleich gekoppelt werden.

Dies ist auch im Hinblick auf jährliche Ausgleichszahlungen nicht anders zu beurteilen. Auch hier würden Gelder in Anspruch genommen, die in der privaten Pflegeversicherung zur Finanzierung der in Anspruch genommenen Leistungen, zur Finanzierung der Verwaltungskosten des Versicherers oder zur risikoadäquaten Zuführung in die Rücklage erhoben werden. Auch insoweit verbietet sich ein Zugriff des Gesetzgebers, denn eine Solidargemeinschaft zwischen den privat Versicherten und den gesetzlich Versicherten, die eine besondere Verpflichtung der privat Versicherten zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Pflegeversicherung begründen ließe, besteht gerade nicht.

Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Neben der Frage der künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung müssen auch inhaltliche Fragen diskutiert und einer Lösung zugeführt werden.

Im Sinne der Gerechtigkeit ist es für die Pflegeversicherung unverzichtbar, das Risiko der Pflegebedürftigkeit möglichst unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit abzudecken. Dies ist nach der derzeitigen Rechtslage nicht gewährleistet. Der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff führt durch seine rein somatische und verrichtungsbezogene Ausrichtung und die Berücksichtigung des konkret festzustellenden zeitlichen Pflegebedarfs zur Benachteiligung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu welchen insbesondere demenzkranke Personen zählen. Diese verfügen regelmäßig über einen erheblichen allgemeinen Aufsichts- und Betreuungsbedarf, welcher bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit keine Berücksichtigung findet. Die Bedeutung dieses auf psychischen Einschränkungen beruhenden Hilfebedarfs – die Anzahl der Demenzkranken wird sich von derzeit einer Million bis zum Jahr 2050 auf mehr als zwei Millionen erhöhen – wurde bei Einführung

der Pflegeversicherung schlichtweg unterschätzt. Und was im Jahr 2002 mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz getan wurde, reicht bei Weitem nicht aus, um die Demenzkranken ausreichend zu versorgen. Schließlich profitieren von den damals eingeführten zusätzlichen Leistungen nur die Demenzkranken, die bereits als Pflegebedürftige anerkannt sind und daher bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Es ist daher unerlässlich, den Begriff der Pflegebedürftigkeit zu überarbeiten und die Einbeziehung Demenzkranker in den Kreis der Anspruchsberechtigten nach dem Pflegeversicherungsgesetz zu verbessern.

Ich schlage daher vor, den von der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Pflege« (SEG 2) der MDK-Gemeinschaft entwickelten neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als Basis für eine Neudefinition heranzuziehen. Nach diesem werden zur Berücksichtigung des allgemeinen Aufsichts- und Betreuungsaufwandes zusätzliche Bedarfe wie Kommunikation, Sicherheitsaspekte, Beschäftigung, Tagesgestaltung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit mit einbezogen. Der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit soll sich am Ausmaß der Abhängigkeit der hilfebedürftigen Person von anderen Menschen orientieren. Auf diesem Begriff aufbauend hat die SEG 2 bereits ein gut geeignetes Begutachtungsverfahren entwickelt. Im Rahmen der Beurteilung der Pflegestufe werden hier ja nach dem Grad der Abhängigkeit von der Hilfe von anderen Personen Punkte vergeben. Die Spanne reicht von 0 Punkten bei selbständiger Verrichtung bis zu 3 Punkten bei nicht selbständiger Verrichtung. Anhand der Gesamtpunktzahl wird schließlich die Pflegestufe festgestellt.

Anspruch auf geriatrische Rehabilitation

Erfreulicherweise ist durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung die geriatrische Rehabilitation nun zu einer Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung geworden. Aufgenommen wurde neben den Leistungsformen der stationären und wohnortnahen Rehabilitation zudem die mobile ambulante Rehabilitation, von welcher insbesondere auch Pflegebedürftige im Pflegeheim profitieren sollen. Nun muss im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung noch der Präventionsgedanke mehr in den Vordergrund rücken. Ein ebenfalls wichtiger Schritt, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. hinauszuschieben. Dies dient unmittelbar dem Interesse der Betroffenen.

Stärkung des Grundsatzes »ambulant vor stationär«

Darüber hinaus muss der bereits im Pflegeversicherungsgesetz verankerte Grundsatz »ambulant vor stationär« ge-

stärkt werden, und zwar ausdrücklich nicht nur, weil ambulante Leistungen aus Sicht der Pflegeversicherung finanziell günstiger sind, sondern weil sie den Wünschen der Betroffenen entsprechen. Denn immer mehr Menschen wollen auch bei Pflegebedürftigkeit in ihren eigenen vier Wänden und damit in ihrer gewohnten Umgebung wohnen bleiben. Daher müssen zur Stärkung der häuslichen Pflege die Angebote der teilstationären Pflege und der Überleitungspflege im Rahmen der Kurzzeitpflege ausgebaut werden.

Im Hinblick auf die Anreizwirkung zugunsten der ambulanten, häuslichen Pflege und im Hinblick auf die bedarfsgerechte Versorgung muss zudem die gegenwärtige Spreizung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich neu gestaltet werden. Erforderlich ist hier eine Angleichung der Sachleistungsbeträge im ambulanten und stationären Bereich. Ich schlage daher vor, die Sachleistungen in der Pflegestufe I auf 600 €, die der Pflegestufe II auf 1 000 € und die der Pflegestufe III auf 1 500 € zu vereinheitlichen. Dies bedeutet im Vergleich zu den heutigen Leistungsbeträgen eine finanzielle Verbesserung für die ambulante Pflege. Aus Vertrauensschutzgründen können diese neuen Leistungsbeträge nur bei Menschen Anwendung finden, die bislang noch keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten.

Keine weitere Entwertung der Leistungen

Die schleichende Devaluierung der Leistungen muss beendet werden. Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurden die Leistungen nie an die Preissteigerungen und die Inflation angepasst. Der damit entstandene reale Wertverlust hat zu steigenden Belastungen der Pflegebedürftigen bzw. der Sozialleistungsträger geführt. Diesem schrittweisen Ausstieg aus der sozialen Pflegeversicherung ist nun durch die Einführung regelmäßiger Dynamisierungen Einhalt zu gebieten.

Reform aus einem Guss

Die Reform der Pflegeversicherung muss jetzt angegangen werden. Die momentan gute konjunkturelle Entwicklung mit ihren positiven Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt und die damit steigenden Beitragseinnahmen sowie die Tatsache, dass die soziale Pflegeversicherung im letzten Jahr nach der Liquiditätsbetrachtung einen Überschuss erzielt hat, dürfen nicht dazu verleiten, die Reform hinauszuschieben. Dies wäre im Interesse der Generationengerechtigkeit insbesondere für die jüngere und mittlere Generation nicht vertretbar.

Zudem ist eine Reform in zwei Schritten aus meiner Sicht nicht zu verantworten. Die diesbezüglich immer wieder zu

vernehmenden Äußerungen sind als nicht zielführend zurückzuweisen. Ich halte es für verantwortungslos und nicht sachgerecht, zunächst lediglich die Finanzierung und sachliche Detailfragen zu klären, um erst in einem zweiten Schritt den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überarbeiten. Die Reform der Pflegeversicherung muss baldmöglichst und aus einem Guss erfolgen. Zum einen stehen Finanzierungsfragen und die Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises in einem direkten Zusammenhang. Zum anderen erwarten die Bürger von der Politik in gleichem Maße überzeugende Antworten auf die Fragen der Demographiefestigkeit und der Einbeziehung der Menschen mit erheblich eingeschränkten Alltagskompetenzen. Diese sollten wir ihnen so rasch wie möglich und gleichzeitig geben, um Rechtssicherheit und Verlässlichkeit für die Versicherten herzustellen.



Bernd Raffelhüschen*

Eine nachhaltige Reform der Sozialen Pflegeversicherung

Zur Sozialen Pflegeversicherung (SPV) gibt es eine gute und eine schlechte Nachricht. Die schlechte Nachricht zuerst: Die SPV wurde – trotz Kenntnis über die »ungünstige« demographische Entwicklung – als umlagefinanzierter Generationenvertrag entworfen. Jetzt die gute Nachricht: Noch ist der historische Fehler »Pflegeversicherung« korrigierbar.

Die schlechte Nachricht

Der entscheidende Konstruktionsfehler bei Einführung der SPV war die Wahl der umlagebasierten Finanzierungsform. Angesichts der zum Zeitpunkt der Systemimplementierung bereits absehbaren demographischen Entwicklung wurde mit Schaffung dieser neuen Finanzierungsinanz eine implizite Schuld aufgenommen, die von zukünftigen Generationen in Form einer steigenden Abgabenlast zu schultern ist. Denn die Folge des demographischen Alterungsprozesses ist ein extremes Auseinanderklaffen von Einnahmen und Ausgaben. Soll das heutige Leistungsniveau aufrechterhalten werden, so ist ein extremer Anstieg des Beitragssatzes und damit eine intergenerative Umverteilung zu Lasten zukünftiger Generationen nicht zu verhindern.

In welchem Ausmaß zukünftige Generationen durch den doppelten Alterungsprozess belastet werden, lässt die Betrachtung der Generationenbilanz der SPV erahnen, die sich aus den entsprechenden Generationenkonten aller lebenden Durchschnittsindividuen ableiten lässt. Das Generationenkonto eines repräsentativen Durchschnittsindividuums

* Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen ist Leiter des Forschungszentrums Generationenverträge an der Universität Freiburg.

erhält man durch Addition des Barwerts aller Einzahlungen über den restlichen Lebenszyklus, wovon man dann den Barwert der statistisch erwarteten Leistungsansprüche abzieht. Die Berechnung aller Generationenkonto für jeden einzelnen heute lebenden Jahrgang offenbart, dass diese durchweg negativ sind. Mit anderen Worten, es existiert kein einziger lebender Jahrgang, der mit dem heutigen Beitragsatz (1,7%) den statistischen Erwartungswert seiner Leistungsanspruchnahme auch tatsächlich einzahlte. In Bezug auf die SPV kann daher auch nicht von einem Generationenvertrag gesprochen werden, denn die langfristige Finanzierung der SPV wird allein durch zukünftige Generationen getragen. So werden Pflegebedürftige nicht von den heute jungen Erwerbstätigen finanziert, vielmehr »versichern« sich alle heute lebenden Kohorten zu Lasten zukünftiger Generationen.

Welche Lasten genau auf diese zukünftigen Generationen zukommen, zeigt die aus der Generationenbilanz abgeleitete Nachhaltigkeitslücke. Diese entspricht der mit der Jahrgangsstärke gewichteten Summe aller Generationenkonto aller lebenden und zukünftigen Generationen. Vereinfacht ausgedrückt reflektiert die Nachhaltigkeitslücke den Betrag, der fehlt, damit man das derzeitige Leistungsniveau bei gegebenen Beiträgen zur SPV auch für zukünftige Generationen aufrechterhalten kann. Diese quasi unverbriefte und deshalb nirgendwo statistisch erfasste Verschuldung der SPV beträgt selbst unter der unrealistisch optimistischen Annahme, dass im Pflegebereich zukünftig kein Kostendruck auftritt, etwa ein Drittel des Bruttoinlandsprodukts. Dies sind etwa 0,71 Bill. €.

Angesichts dieses Sachverhalts ist es nicht verwunderlich, dass die SPV in einer alternden Gesellschaft vor massiven Finanzierungsschwierigkeiten steht. Will man das gegenwärtige reale Leistungsniveau unter realistischen demographischen Annahmen sichern, so erfordert dies eine Steigerung des Beitragssatzes auf über 3% im Jahr 2040 und 4% im Jahr 2055. Weitere 1 bis 2 Prozentpunkte kämen jeweils hinzu, würde man den immanenten Kostendruck der arbeitsintensiven Pflege und das in Zukunft stark ansteigende Gewicht der stationären Pflegefälle mit berücksichtigen.

Diese Zunahme der impliziten intergenerativen Transfers innerhalb der SPV – der Tatbestand, dass durch die sich abzeichnende demographische Entwicklung ein immer größer werdender Anteil des Beitrags der Jüngeren zur Finanzierung der Pflegeausgaben für die Älteren aufgewendet werden muss – führt zu einer intergenerativ unausgewogene Situation zu Ungunsten zukünftiger Generationen. Damit aber ist das Versprechen auch für die heutigen Erwerbstätigen eine Absicherung der Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten offensichtlich nicht einzuhalten. Denn wenn diese geburtenstarken Jahrgänge das entsprechende Alter er-

reichen, haben die zukünftigen Beitragszahler keine andere Wahl, als den »Generationenvertrag-der-nie-einer-war« aufzukündigen.

Um eine solche Situation zu umgehen bzw. erst gar nicht entstehen zu lassen, ist eine Reform der SPV unvermeidlich. Reformkonzepte die im Umlageverfahren verweilen, unterliegen allerdings grundsätzlich dem Problem, dass sie der in der Bevölkerungsstruktur angelegten intergenerativen Umverteilung nicht nachhaltig entgegenwirken können. Die Demographieanfälligkeit kann demgegenüber nur durch den Übergang in ein kapitalgedecktes System überwunden werden, da hierunter jeder für die Finanzierung seiner eigenen Leistungen aufkommt. Jedoch ist der Übergang vom Umlageverfahren in die Kapitaldeckung mit temporären Mehrbelastungen und damit intergenerativen Lastverschiebungen verbunden. Dabei sind die Mehrbelastungen nichts anderes als vorhandene Anwartschaften, die mit dem Umstieg in das kapitalgedeckte System transparent gemacht werden. Insofern entsteht die intergenerative Lastverschiebung auch nicht durch den Systemwechsel, sondern wird durch diesen – sofern der Wechsel zeitnah durchgeführt wird – vielmehr begrenzt.

Die gute Nachricht

Damit lautet die gute Nachricht, dass eine nachhaltige Reform der SPV noch relativ »kostengünstig« zu bewältigen ist. Denn die heutigen Pflegebedürftigen haben in der kurzen Zeit des Bestehens der SPV kein echtes Recht auf die Leistungen erworben, weil sie hierfür viel zu wenig eingezahlt haben. Ein echter Bestandsschutz – wie in der Renten- oder Krankenversicherung – existiert also zumindest noch nicht. Wenn überhaupt, genießt dieser Personenkreis Vertrauensschutz, weil er auf ein falsches politisches Versprechen baute. Die Gewährung eines Vertrauensschutzes erlaubt es dennoch, auch ältere Kohorten an den »Umstiegskosten« in die Kapitaldeckung, also die Nachfinanzierung ihrer Alterungsrückstellungen, zu beteiligen. Demgegenüber zieht jegliches Hinauszögern der Reform eine Zunahme der impliziten Anwartschaften nach sich, wodurch der Übergang in die Kapitaldeckung einen immer größer werdenden Deckungsstock erfordert und damit »teurer« wird. Hinzu kommt, dass dieses Deckungskapital in steigendem Maße von den heute jungen und zukünftigen Jahrgängen finanziert werden muss, da die älteren Jahrgänge in zunehmendem Maße in den Bestandsschutz zu fallen drohen. Damit kommt dem Zeitfaktor bei der anzustrebenden Reform der SPV eine wesentliche Rolle zu. Denn auch die gegenwärtig alten und ältesten Jahrgänge sollten – soweit sozial möglich und zulässig – an der notwendigen Entlastung der zukünftigen Generationen beteiligt werden. Nur so ist ein intergenerativer Ausgleich möglich.

Diesen Ausgleich liefert das Freiburger Auslaufmodell. Es sieht ein schrittweises Ausscheiden all jener Versicherten vor, die im Reformjahr unter einer bestimmten Altersgrenze liegen. Wie diese Altersgrenze letztlich festgelegt wird, erfolgt nach Maßgabe des bereits bestehenden Vertrauensschutzes. D.h., je stärker vergangene Zahlungsströme mit der Staatsschuld bedient werden, desto höher muss folglich auch diese Grenze liegen.

In dem folgenden hier aufgeführten Gedankenexperiment wird diese Grenze auf ein Alter von 60 Jahren festgelegt und das Jahr 2008 als Reformjahr angenommen. Das bedeutet im Rahmen des hier betrachteten Auslaufmodells, dass allen »unter 60-Jährigen« (im Reformjahr 2008) keine Leistungszusagen mehr gemacht werden. Stattdessen gilt für sie eine private oder z.B. genossenschaftliche Pflegeversicherungspflicht. Um diesen Systemausscheidern aber den entsprechenden Eigentumsschutz zu gewährleisten, ist es notwendig, ihre bisherigen Einzahlungen mit langfristigen Schuldverschreibungen, deren Fälligkeit beispielsweise auf 75 minus Lebensalter festgelegt wird, zu bedienen. Damit könnten alle bisherigen Einzahlungen als explizite Staatsschuld sichtbar gemacht und zugleich abgegolten werden. Steuerrechtlich wäre es im Rahmen der privaten Pflegeversicherungspflicht außerdem angebracht, die privaten Versicherungsprämien, die von allen »unter 60-Jährigen« gezahlt werden müssen, als Sonderausgaben von der Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer abzugsfähig zu machen.

Der verbleibende Personenkreis, also alle »60-Jährigen und Älteren« (im Reformjahr 2008), fällt unter den an obiger Stelle bereits angesprochenen Vertrauensschutz. Dieser beinhaltet, dass die Betroffenen weiterhin in den Genuss der Pflegeversicherungsleistungen kommen, allerdings haben sie keinen Anspruch auf dynamisierte und damit reale, sondern lediglich auf inflationsgesicherte Leistungen. Dies aber bedeutet angesichts der zu erwartenden Preisentwicklung im Pflegebereich insbesondere für die »Jungen« der »60-Jährigen und Älteren«, dass sie in dem Ausmaß Eigenvorsorge treffen sollten, wie es durch das offensichtliche Abschmelzen der realen Leistungen notwendig wird, um sich weiterhin ein angemessenes Leistungsniveau im Fall der Pflegebedürftigkeit zu sichern.

Zur Bewerkstellung dieses kohortenspezifischen Umstiegs sind folgende Beiträge in der Ausphasungsperiode der SPV zu erheben: Für alle in der SPV-Verbleibenden, also alle »60-Jährigen und Älteren«, wird eine Pflegepauschale in Höhe von 49 € pro Monat festgesetzt. Durch diese Abkehr von dem einkommensabhängigen Beitrag wird die Separierung des Versicherungs- vom Umverteilungsziel erreicht. Versicherungsfremde Umverteilungen werden damit nahezu vollständig aus der SPV eliminiert. Lediglich ein versicherungsimmanenter Ausgleich zwischen hohen und nied-

rigen Pflegerisiken findet statt. Um gleichzeitig eine finanzielle Überforderung einkommensschwacher Gruppen zu vermeiden, wird im Steuer-Transfer-System ein sozialer Ausgleichsmechanismus installiert, der individuelle Prämienzuschüsse gewährt. Dabei ist die Überforderungsgrenze so festzulegen, dass die Pauschalprämie einen bestimmten Prozentsatz des (Brutto-)Haushaltseinkommens nicht überschreitet. Die Übertragung der notwendigen Einkommensumverteilung in das Steuer-Transfer-System erlaubt, dass diese transparent, effizient und zielgenau durchgeführt werden kann.

Mit dem entsprechenden Gesamtaufkommen aus der Pflegepauschale erfolgt eine Basisfinanzierung der im Zeitablauf zuerst zunehmenden und dann schrittweise abnehmenden Leistungsausgaben. Dabei ist dieser Ausgabenverlauf darauf zurückzuführen, dass die verbleibende Versichertengruppe der SPV immer älter wird und in zunehmendem Maße Leistungen der SPV in Anspruch nimmt. Da jedoch keine weiteren Jahrgänge nachrücken, wird die Versichertengruppe stetig kleiner, und damit nehmen auch die Leistungsausgaben ab. Dennoch reicht die Pflegepauschale in Höhe von 49 € nicht aus, um sämtliche Ausgaben abzudecken. Deshalb müssen die »unter 60-Jährigen« zusätzlich einen Pauschalbeitrag, also eine Art Pflegesolidarbeitrag, leisten, der den Fehlbetrag in den jährlich laufenden Ausgaben ausgleicht – alternativ käme hier auch ein lohnabhängiger Beitrag infrage. Der Solidarbeitrag, der sich in der Ausphasungsperiode auf einem durchschnittlichen Niveau von etwa 0,52% bewegt, wird in etwa bis zum Jahr 2048 auf null reduziert. Bevor sich also die demographische Entwicklung auf ihr äußerstes zuspitzen kann, existiert durch die rechtzeitige Implementierung des Auslaufmodells nur noch eine private kapitalgedeckte Pflegeversicherung, unter welcher die demographische Komponente weitestgehend ausgeklammert ist. Die Pflegepauschale in Höhe von 49 € der »60-Jährigen und Älteren« sowie der Solidarbeitrag von durchschnittlich 0,52% der »unter 60-Jährigen« wurden in diesem Gedankenexperiment dabei so festgelegt, dass sämtliche im Rahmen des Auslaufmodells entstehende Defizite gedeckt werden, die durch den Altersaufbau der in der SPV Verbleibenden bedingt sind. Da demzufolge auch Variationen in beiden Größen in die eine oder andere Richtung denkbar sind, besteht Handlungsspielraum, um die »60-Jährigen und Älteren« oder die »unter 60-Jährigen« mehr oder weniger stark zur Finanzierung der Leistungsausgaben heranzuziehen. Das hier festgelegte Niveau der Ausgleichspauschalen in Höhe von 49 € entzieht dem entsprechenden Personenkreis Teile ihres Einführungsgewinns und leitet diese an die zukünftigen Beitragszahler weiter.

Fazit

Mittels des Auslaufmodells lassen sich die zwei im bestehenden System der SPV vorliegenden Mängel beheben. Ers-

tens wird durch den Übergang zu einkommensabhängigen Pflegepauschalen das »alte« SPV-System für die verbleibende Ausphasungsperiode in ein System lohnunabhängiger Beiträge umgewandelt, wodurch nicht nur dem Prinzip der Risikoäquivalenz Rechnung getragen, sondern zugleich auch ein Beitrag zur Senkung der Lohnnebenkosten bzw. der Arbeitslosigkeit geleistet wird. Zweitens sorgt die Ablösung der Umlagefinanzierung durch das demographisch robustere Kapitaldeckungsverfahren für eine gleichmäßigere Lastverteilung zwischen den Generationen.

Unvermeidlich kommt es während der Ausphasungsperiode zu einer höheren Belastung aller lebenden Generationen. Allerdings kann diese Belastung durch einen zeitnahen Umstieg minimal gehalten werden. Hingegen führt jegliche Verzögerung einer Reform der SPV zu einer »Verteuerung« derselben. Mittels einer raschen Umsetzung des Auslaufmodells kann es dagegen gelingen, für alle Generationen – mit relativ gleicher Belastung – eine adäquate Absicherung des Pflegerisikos zu schaffen.



Franz Knieps*

Elemente einer nachhaltigen und sozial gerechten Reform der Pflegeversicherung

Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 war die Antwort auf untragbare gesellschaftliche Missstände. Sie hat pflegenden Angehörigen zum ersten Mal eine Anerkennung ihrer schweren Tätigkeit in Form von Pflegegeld gebracht und durch die Bezahlung von Rentenversicherungsbeiträgen die soziale Absicherung während der Zeit der Pflege verbessert. Zugleich hat sie dazu beigetragen, ein flächendeckendes Angebot an ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Schließlich hat sie einen starken Rückgang der Zahl der stationär Pflegebedürftigen, die auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, bewirkt. Die anvisierten Ziele der Pflegeversicherung wurden in vollem Umfang erreicht.

Trotz unbestreitbarer Erfolge ist im Lichte der zwischenzeitigen Entwicklungen und Erkenntnisse zwölf Jahre nach ihrem Inkrafttreten eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung notwendig, um dem Ziel einer menschenwürdigen Pflege auf der Basis einer gerechten und nachhaltigen Finanzierung weiterhin eine hohe politische Priorität einzuräumen und dessen praktische Realisierbarkeit zu ermöglichen. Interessengeleitete Versuche, das Pflegerisiko zu privatisieren und einen Systemwechsel herbeizuführen, mögen die politische Diskussion beleben, Chancen auf parlamentarische Mehrheiten haben sie nicht. Die Große Koalition hat sich deshalb im Koalitionsvertrag auf pragmatische Instrumente zur Weiterentwicklung der Leistungs- und Finanzierungsregelungen verständigt. Dabei sind auf der **Leistungsseite** folgende Maßnahmen angedacht:

* Franz Knieps ist Leiter der Abteilung »Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegeversicherung« im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sind seit 1995 unverändert geblieben und unterliegen daher einem schleichenden Wertverfall. Die Pflegeleistungen sollen daher dynamisiert werden.
- Die gegenwärtige Spreizung zwischen den einzelnen Pflegestufen ist im Hinblick auf die Anreizwirkung und die bedarfsgerechte Versorgung zu überarbeiten. Dazu bedarf es einer Nachjustierung der Pflegeleistungen mit dem Ziel der Stärkung des Grundsatzes »ambulant vor stationär«.
- Der besondere Hilfe- und Betreuungsbedarf bei eingeschränkter Alltagskompetenz – zum Beispiel bei Demenzerkrankten – soll künftig durch die Pflegeversicherung besser berücksichtigt werden. Mittelfristig bedarf es darüber hinaus der Überarbeitung des zeit- und verrichtungsorientierten Pflegebegriffs, der die aktuellen Erkenntnisse der Pflegewissenschaften berücksichtigt.
- Pflegeheime und ambulante Pflegedienste werden durch eine Vielzahl von Regelungen, Verwaltungsvorschriften, Dokumentationspflichten und anderen bürokratischen Auflagen beschwert. Einen Teil ihrer Arbeitszeit verbringen professionelle Pflegekräfte mit entbehrlichem Verwaltungsaufwand. Maßnahmen zur Qualitätssicherung müssen primär am Ergebnis orientiert sein. Die derzeit geltenden Bestimmungen werden deshalb in diesem Sinne vereinfacht und harmonisiert und der Verwaltungsaufwand wird reduziert. Dabei werden die Vorschläge des »Runden Tisches Pflege« einbezogen.
- Die vielfachen Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung, die von der Definition der jeweiligen Bedarfstatbestände bis hin zu Finanzierungs- und Leistungserbringungsfragen reichen, müssen überwunden werden. Hierzu sind eine Reihe wichtiger Regelungen bereits im Rahmen der Gesundheitsreform umgesetzt worden. Im Rahmen der letzten Pflegereform soll das Verfahren zur Einleitung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen weiter gestrafft werden.
- Zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege- und Berufstätigkeit sollen pflegende Angehörige für einen bestimmten Zeitraum ihre Erwerbstätigkeit reduzieren oder ganz aufgeben können verbunden mit einer Rückkehrgarantie in das vorherige Beschäftigungsverhältnis (Pflegezeit).
- Es müssen geeignete Maßnahmen getroffen werden, um in der Zukunft genügend professionelle Pflegekräfte für die Pflege zu gewinnen und die Qualität der Pflege zu sichern.
- Alternative Wohn- und Betreuungsangebote sind ebenso zu fördern wie niedrigschwellige Angebote (beispielsweise zur Unterstützung der häuslichen Pflege).
- Leistungen und Leistungsangebote müssen flexibler ausgestaltet werden, um dem tatsächlichen Bedarf und den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht zu werden. Hierzu müssen die strukturellen Voraussetzungen – zum Beispiel durch wohnungsnahe Dienstleis-

tungszentren – geschaffen und die Prozessabläufe – zum Beispiel durch Casemanagement in den Pflegekassen – optimiert werden.

Diese notwendigen Leistungsverbesserungen sind zusammen mit den finanziellen Auswirkungen einer im Zuge des demographischen Wandels steigenden Pflegebedürftigenzahl im Rahmen des geltenden Beitragssatzes nicht finanzierbar. Deshalb sind auch auf der **Finanzierungsseite** Maßnahmen notwendig:

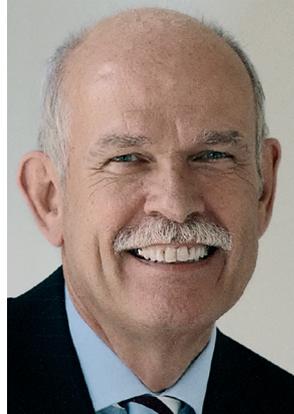
- Im Gegensatz zur Krankenversicherung haben soziale und private Pflegeversicherung einen einheitlichen Leistungsumfang. Die Kalkulationsgrundlagen für die Beiträge der Versicherten und die Risikostrukturen sind jedoch unterschiedlich. Infolge der günstigeren Altersstruktur ihrer Versicherten hat die private Pflege-Pflichtversicherung nur knapp halb so viele Pflegebedürftige je Versicherten wie die soziale Pflegeversicherung. Zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen sieht der Koalitionsvertrag einen Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung vor. Der Kapitalstock der privaten Pflege-Pflichtversicherung wird dafür nicht angetroffen.
- Um angesichts der demographischen Entwicklung sicherzustellen, dass die Pflegebedürftigen auch in Zukunft die Pflegeleistungen erhalten, die sie für eine ausreichende und angemessene Pflege zu einem bezahlbaren Preis brauchen, ist die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve notwendig. Die hier angesparten Mittel können dann in den kommenden Jahrzehnten zur Finanzierung der demographiebedingt höheren Leistungsausgaben eingesetzt werden.

Die Aufbringung der Mittel für die Demographiereserve kann grundsätzlich mit einheitlichen oder einkommensabhängigen Beiträgen erfolgen. Unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit halte ich einkommensabhängige Beiträge für deutlich überlegen, da einheitliche Beiträge bei niedrigem Einkommen schnell zu einer Überforderung des Einzelnen führen können und dann im Gegenzug einen steuerfinanzierten Sozialausgleich notwendig machen würden.

Mit der Bildung einer Demographiereserve wird die finanzielle Nachhaltigkeit der Pflegeversicherung deutlich erhöht. Durch sie werden jetzige und künftige Generationen gleichmäßig an der langfristigen Finanzierung der notwendigen und angemessenen Leistungen beteiligt und eine Überdehnung der intergenerativen Solidarität vermieden.

Mit einer solchen hier nur in Ansätzen geschilderten Reform wird die Pflegeversicherung auch langfristig ein gesellschaftlich anerkannter bedeutender Baustein im System der sozialen Sicherung in Deutschland bleiben. Die ge-

nauen Einzelheiten der Reform werden derzeit innerhalb der Bundesregierung auf Ministerebene diskutiert und anschließend mit den sie tragenden Fraktionen und Parteien abgestimmt. Inwieweit ein entsprechender Gesetzentwurf dann der Zustimmung des Bundesrates bedarf, hängt von seiner konkreten Ausgestaltung ab. In jedem Fall wird die Reform den Zielen Humanität, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit verpflichtet sein müssen, um politische Mehrheiten und gesellschaftliche Akzeptanz zu finden.



Eberhard Wille*



Christian Igel*

Teilkapitaldeckung als pragmatische Lösung

Die fünfte und jüngste Säule der Sozialversicherung, die soziale Pflegeversicherung (SPV), rückt derzeit wieder verstärkt in den Fokus kontroverser politischer Diskussionen. Eingeführt im Jahr 1995 zielte die SPV vornehmlich darauf ab:

- das Risiko der Pflegebedürftigkeit angemessen abzusichern,
- die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen zu fördern,
- die Zahl der Pflegebedürftigen, die Sozialhilfe benötigen, erheblich zu reduzieren und damit die Belastung der Kommunen deutlich zu verringern,
- eine Infrastruktur von qualitativ hochwertigen Pflegeleistungen aufzubauen sowie
- der häuslichen Pflege so weit wie möglich Vorrang zu gewähren.

Zur Erfüllung dieser Ziele gewährt die SPV einen festen Leistungskatalog. Bezüglich der Realisierung der angestrebten Ziele setzt sie Impulse für eine verbesserte Qualität der Pflegeleistungen und entlastet die Kommunen in beträchtlichem Umfang von der Sozialhilfe. Abgesehen von diesen beiden positiven Aspekten treten im Bereich der SPV aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zunehmend Schwachstellen zutage. Ihre fiskalischen, distributiven und allokativen Defizite machen die SPV inzwischen zu einem gesundheitspolitischen Pflegefall. Allfällige Reformvorschläge sehen sich mit der Herausforderung konfrontiert, diese Defizite zielorientiert abzubauen, d.h. ohne dabei jeweils andere gesamtwirtschaftliche Ziele zu verletzen. Ein Reformvorschlag, der eine politische Umsetzung anstrebt, steht dabei zusätzlich vor der

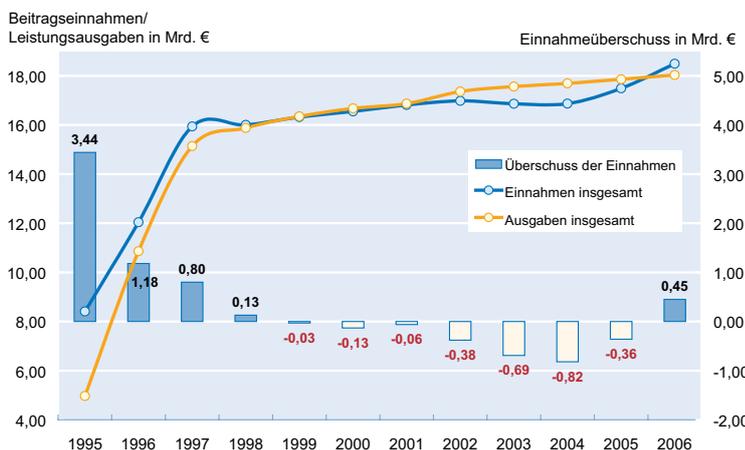
* Prof. Dr. Eberhard Wille ist Inhaber des Lehrstuhls für VWL, insbes. Planung und Verwaltung öff. Wirtschaft, an der Universität Mannheim, Christian Igel ist dort Wissenschaftlicher Mitarbeiter.

Aufgabe, einen fiskalisch realisierbaren bzw. praktisch gangbaren Weg zu einer nachhaltigen Finanzierung der SPV aufzuzeigen.

Einnahmen und Ausgaben der SPV

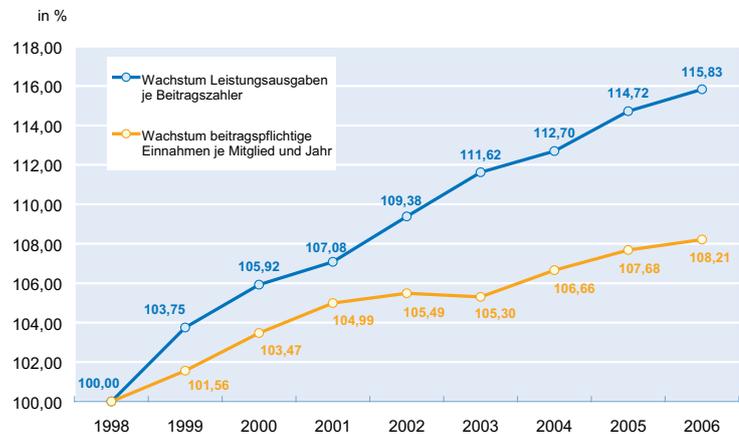
Die Einführung der SPV erfolgte einnahmen- und ausgabenseitig in mehreren Stufen. Der für alle Krankenkassen gültige einheitliche Beitragssatz betrug zum Zeitpunkt der Einführung am 1. Januar 1995 1% der beitragspflichtigen Einnahmen und stieg zum 1. Juli 1996 auf 1,7%. 2006 wurde der Beitragssatz für Kinderlose um weitere 0,25% erhöht. Die Leistungsgewährung setzte für häusliche und (teil-)ambulante Versicherungsleistungen zum 1. April 1995 und für entsprechende stationäre Leistungen zum 1. Juli 1996 ein. Die Einnahmenüberschüsse der Anfangsjahre gehen vorwiegend auf die zeitlich verzögerte Leistungsgewährung und anfängliche Informationsdefizite potentieller Leistungsberechtigter zurück. Wie Abbildung 1 illustriert, überstiegen im Jahre 1995 die Einnahmen trotz eines noch geringen Beitragssatzes die Ausgaben um 3,44 Mrd. €. Im Folgejahr verringerte sich der positive Budgetsaldo aber bereits auf 1,18 Mrd. €. Der positive Budgetsaldo nahm in den Jahren 1997 und 1998 von 0,80 Mrd. € auf 0,13 Mrd. € ab. Ab dem Jahre 1999 verzeichnet die SPV Budgetdefizite, die mit Ausnahme des Jahres 2006 einem steigenden Trend folgen. Im Jahr 2006 übersteigen die Einnahmen der SPV die Ausgaben um 0,45 Mrd. €. Dieser positive Saldo ging aber maßgeblich auf eine Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung für Alleinstehende um 0,25 Prozentpunkte zurück.

Abb. 1
Vergleich von Ausgaben und Einnahmen der SPV



Quelle: Zusammenstellung der Autoren.

Abb. 2
Wachstum relevanter Einnahmen und Ausgabengrößen der SPV



Quelle: Zusammenstellung der Autoren.

Die seit 1999 anfallenden Budgetdefizite gehen, wie Abbildung 2 zeigt, darauf zurück, dass das Wachstum der Finanzierungsbasis bzw. der beitragspflichtigen Einnahmen deutlich hinter dem Anstieg der Leistungsausgaben zurückblieb. Der etwas stärkere Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den Jahren 1999 bis 2001 liegt vornehmlich in der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in den neuen Bundesländern begründet. Für die Budgetdefizite zeichnet somit weniger die mit 15,8% in acht Jahren eher moderate Zunahme der Leistungsausgaben als die Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen verantwortlich. Ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) leidet auch die SPV weniger unter einer Ausgabenexplosion als unter einer Einnahmenimplosion.

Die Leistungssätze der SPV differieren je nach Pflegestufe, ambulanten oder stationären Leistungen, Geld- oder Sachleistungen. Die Art der Inanspruchnahme bestimmt insofern u.a. das Ausgabenwachstum. Die Anteile der Leistungsausgaben, die auf die einzelnen Pflegestufen entfallen, unterlagen nur geringfügigen Veränderungen. Gleichwohl zeichnet sich ein Trend hin zur verstärkten Inanspruchnahme von stationären statt der weniger ausgabenintensiven ambulanten Leistungen ab. Diese Verschiebung, die das Wachstum der Leistungsausgaben tendenziell erhöht, fand in der Pflegestufe III in erheblich stärkerem Maße als in Pflegestufe I statt. Aus ökonomischer Sicht mag dieser Befund insofern überraschen, als die Relation zwischen ambulanten und stationären Leistungssätzen in der Pflegestufe I mit 205 € bzw. 384 € zu 1 023 € am höchsten ausfällt. Es wirken hier offensichtlich andere Faktoren als die Relation der

Leistungssätze, wie z.B. der Gesundheitsstatus der Pflegebedürftigen und Möglichkeiten der ambulanten Versorgung durch Angehörige, stärker auf die Entwicklung des Verhältnisses von ambulanten zu stationären Pflegeleistungen ein.

Schwachstellen der SPV

Die bisherige Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der SPV belegt, dass diese ebenso wie die GKV keine fiskalische Nachhaltigkeit besitzt. Dabei geht das bisherige Ausgabenwachstum der SPV ausschließlich auf Umfang und Struktur der Pflegefälle zurück, denn es erfolgte seit ihrer Einführung keine Dynamisierung der Leistungssätze. Zudem bestehen bei der Betreuung Demenzkranker sowie geistig behinderter und psychisch kranker Pflegebedürftiger erhebliche Versorgungslücken deren notwendige Schließung künftig weitere Aufwendungen erfordert.

Die unterbliebene Dynamisierung der Leistungssätze führt dazu, dass der Realwert der Leistungsausgaben, die den Pflegebedürftigen zufließen, im Zeitablauf kontinuierlich abnimmt. Bei diesem Leistungsverfall gilt es noch zu berücksichtigen, dass der Preisindex für Pflegeleistungen prinzipiell stärker ansteigt als die allgemeine Inflationsrate, was die Abnahme des Realwertes der Leistungssätze beschleunigt. Die starre Budgetierung der Leistungssätze dämpft die Entfaltung des Gesundheits- und Pflegebereichs als Beschäftigungs- und Wachstumssektor. Bei Fortbestand der starren Leistungssätze nimmt die Zahl der Sozialhilfeempfänger wieder zu, und die SPV läuft Gefahr, eines ihrer zentralen Ziele zu verfehlen. Langfristig läuft dies auf eine »kalte Abschaffung« der SPV hinaus.

Der abnehmende Realwert der Leistungssätze geht zudem mit einer Verletzung des Postulates der intergenerativen Gerechtigkeit einher. Die bei der Einführung der SPV pflegenahe Jahrgänge, die ohne oder nach geringen Einzahlungen die Versicherungsleistungen in Anspruch nahmen, erhalten bei unveränderter Regelung ein höheres Leistungsniveau als spätere Jahrgänge, die in vollem Umfang bzw. über viele Jahre hinweg Beiträge entrichteten. Hinzu treten dann noch die negativen intergenerativen Verteilungseffekte, die künftig im Hinblick auf die Finanzierung aus dem Wandel der demographischen Struktur resultieren. Daneben weist die SPV, ähnlich wie die Beitragsgestaltung der GKV, Verstöße gegen die intragenerative Gerechtigkeit auf, indem sie bei der Finanzierung Versicherte mit Lohneinkommen gegenüber Beziehern anderer Einkunftsarten, wie z.B. Zinsen, und Zweiverdienerfamilien gegenüber Einverdienerfamilien vielfach benachteiligt.

Die SPV sieht für die Pflegebedürftigen ein festes Budget vor, das jedoch in Abhängigkeit von gewissen Merkmalen wie Schweregrad und Leistungsart variiert. Dabei erfuh-

der budgetierte Leistungsumfang bisher keine nominelle Anpassung anhand ökonomischer Indikatoren. Bei konstanten nominalen Ausgaben pro Pflegefall bleibt der Beitrag stabil, wenn die Fallzahlen bei gegebener Struktur nicht stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen zunehmen. Die ökonomischen Effekte einer fixen Budgetierung der Leistungen schlagen sich bei den Pflegebedürftigen und/oder den Leistungserbringern nieder.

Reformoptionen einer Absicherung des Pflegerisikos

Die Meinungen über das anzustrebende Reformmodell gehen trotz weitgehender Einigkeit über die zentralen Schwachstellen der SPV weit auseinander. Dabei können grundsätzlich die folgenden Reformoptionen zur Diskussion stehen:

1. Abschaffung der Versicherungspflicht und Rückkehr zur Regelung vor Einführung der SPV,
2. steuerfinanziertes Bundespflegeleistungsgesetz,
3. Beibehaltung des geltenden Systems unter Erweiterung der Beitragbemessungsgrundlage um zusätzliche Einkunftsarten sowie Einführung eines Splitting-Verfahrens,
4. umlagefinanzierte Pflegepauschale,
5. Einbeziehung aller Bürger in die SPV auf der Grundlage des Umlageverfahrens mit weiterhin lohn- bzw. einkommensabhängigen Beiträgen,
6. wettbewerbsorientierte eigenständige SPV mit Risikostrukturausgleich,
7. Integration der SPV in die GKV,
8. umlageorientierte SPV mit temporärer Kapitaldeckung,
9. Ergänzung der bestehenden Beitragsgestaltung um eine dauerhafte Kapitaldeckung,
10. langfristiger Übergang zu einer vollen Kapitaldeckung mit einem graduellen Auslaufen der Umlageelemente sowie
11. sofortiger Umstieg in die vollständige Kapitaldeckung.

Diese Reformoptionen erlauben wiederum Kombinationen, die ihrerseits eigenständige Reformvorschläge darstellen. So kann z.B. der Übergang zu einer wettbewerbsorientierten eigenständigen SPV (VI) sowohl bei Beibehaltung des geltenden Systems (III), als auch bei einer umlagefinanzierten Pflegepauschale (IV) oder im Rahmen einer Bürgerversicherung (V) erfolgen. Ebenso könnte eine ergänzende Kapitaldeckung – in kollektiver oder privater Form – zu den umlagefinanzierten Varianten (III bis VII) hinzutreten. Aus normativer Sicht scheiden nur die beiden ersten Optionen aus, denn sie stehen im Konflikt mit den wohl immer noch geltenden Zielen, die für die Einführung einer Pflegeversicherung sprachen.

Die Erweiterung der Beitragbemessungsgrundlage um zusätzliche Einkunftsarten sowie die Einführung eines Split-

ting-Verfahrens beseitigen fiskalische und distributive Mängel der geltenden Beitragsgestaltung und stellen insofern gewisse Verbesserungen des Status quo dar. Sie reichen jedoch in quantitativer Hinsicht bei weitem nicht aus, um in der SPV fiskalische Nachhaltigkeit zu erzielen. Es bleibt auch bei der Lohnbezogenheit der Beiträge und mit ihrem zwangsläufigen Anstieg bei einer zunehmenden Belastung des Produktionsfaktors Arbeit. Zudem verschärfen sich die intergenerativen Verteilungsprobleme, denn das Umlageverfahren bürdet, vor dem Hintergrund des absehbaren Wandels der demographischen Struktur, der künftigen Generation überproportionale Lasten auf. Diese Nachteile weist im Prinzip auch eine Bürgerversicherung mit lohn- bzw. einkommensabhängigen Beiträgen auf. Die Einbeziehung der bisher privat Versicherten in die SPV geht nur für sich betrachtet mit positiven fiskalischen und intragenerativen Distributionseffekten einher, verletzt dafür aber das Postulat der intergenerativen Gerechtigkeit. Zudem führt die Auflösung der privaten Pflegepflichtversicherung und die damit einhergehende Abschaffung der Kapitaldeckung – abgesehen von erheblichen rechtlichen Problemen – zu einer noch stärkeren Lohnbezogenheit der Beiträge, d.h. zu einer zusätzlichen Belastung des Faktors Arbeit. Schließlich nimmt durch die Umstellung von der Kapitaldeckung auf das Umlageverfahren die implizite Staatsschuld zu, so dass sich die Bürgerversicherung ihre momentanen fiskalischen Vorteile durch die Einbeziehung der privat Versicherten durch finanziell ungedeckte Wechsel auf die Zukunft erkauft.

Die vielfältigen Probleme, die an den Schnittstellen dieser beiden Versicherungszweige bestehen, sprechen – zumindest auf lange Frist – für eine Integration der SPV in die GKV. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass auch in der GKV eine strukturelle Lücke zwischen der Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis und der Ausgabendynamik klafft. Da sie zudem ähnliche distributive und allokativen Defizite wie die SPV aufweist, bedarf auch die GKV – neben einer Ausschöpfung der Rationalisierungsreserven auf der Ausgabenseite – einer Finanzierungsreform.

Von allen Zweigen der sozialen Sicherung eignet sich die SPV aus fiskalischen und intergenerativen Aspekten am ehesten bzw. besten für eine (Teil-) Kapitaldeckung. Um in der SPV eine fiskalische Nachhaltigkeit, ein Abrücken von der Lohnbezogenheit der Beiträge und eine Eindämmung der impliziten Staatsschuld zu erreichen, bietet sich eine (Teil-) Kapitaldeckung an. Eine völlige Umstellung vom Umlageverfahren auf Kapitaldeckung belastet die jeweilige Generation, d.h. die betroffenen Alterskohorten, gleich zweifach, denn sie sieht sich dann gezwungen, zum einen für die Absicherung ihres Risikos anzusparen und zum anderen jene Mitbürger zu alimentieren, die dies aus Altersgründen nicht mehr vermögen. Diese Generation tilgt dann quasi die implizite Staatsschuld, die bei der Einführung des Umlageverfahrens entstand. Im Vergleich mit der GKV und der

gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sprechen zwei zentrale Tatbestände für eine (Teil-) Kapitaldeckung der SPV: Zunächst weist das Risikoprofil der Pflegeversicherung eine besonders starke Demographieabhängigkeit mit einem bei zunehmenden Alter sehr steilen Kostenverlauf auf. Der Finanzbedarf fällt bei der Pflege deutlich stärker als bei Krankheit und Rente in den letzten Lebensjahren an. Damit verbleibt für einen erheblich größeren Teil der Bevölkerung noch eine relevante Zeitspanne für die notwendigen Ansparprozesse. Das Verhältnis zwischen jenen, die schon ihr eigenes Pflegerisiko finanzieren, und jenen, die noch eine steuer- oder beitragsfinanzierte Unterstützung erhalten, fällt bei der SPV erheblich günstiger aus als bei GKV und GRV.

Vor dem Hintergrund der obigen Überlegungen überrascht es nicht, dass die meisten Gremien oder Autoren, die Reformvorschläge unterbreiten, eine partielle oder vollständige Kapitaldeckung in der SPV vorsehen. Dabei legen fiskalische und intergenerative Verteilungsaspekte einen möglichst zügigen Übergang zu einer vollständigen Kapitaldeckung nahe. Diese Reformoption dürfte allerdings zur Alimentation jener pflegenahen Jahrgänge, die nicht oder kaum mehr ansparen können, einen erheblichen Steuertransfer erfordern. Unter Berücksichtigung der erforderlichen Mehraufwendungen für Demenzzranke und einer Dynamisierung der Leistungsausgaben liegt dieser Zuschussbedarf noch deutlich höher. Da ein vollständiger Übergang zur Kapitaldeckung der SPV den Finanzierungsspielraum der öffentlichen Haushalte stark einengt, bietet sich unter den gegebenen und in absehbarer Zeit zu erwartenden volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen als pragmatische Lösung eine Teilkapitaldeckung an. Diese tritt dann quasi als zweite Säule zum bestehenden Beitragssystem hinzu und dient dazu, sowohl das bestehende Versorgungsdefizit zu beseitigen als auch die künftige Demographielücke fiskalisch zu schließen. Dabei nimmt der kapitalgedeckte Anteil im Zeitablauf ständig zu, so dass die Finanzierung langfristig zu einer nahezu vollständigen Kapitaldeckung konvergiert.



Roland Eisen*

Was kommt auf uns zu?

Schon lange vor, aber noch intensiver seit der Verabschiedung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (PflegeVersG) im April 1994 war die Pflege(ver)sicherung und die möglichen Formen ihrer Finanzierung nicht mehr aus der Diskussion gekommen. Dabei wurde diese Diskussion auf zumindest drei Ebenen geführt: Zum ersten betraf es die Ebene derer, die mit der Pflege direkt zu tun hatten; sie wollten eine grundlegende Veränderung der Altenpflege, höhere Qualität, mehr Professionalisierung etc. Zum zweiten war die Ebene der Gemeindekämmerer oder Länderfinanzminister involviert, die deren Budgets von den zunehmenden Lasten der Pflege innerhalb der Sozialhilfe befreien wollten. Zum dritten gab es die Ebene der Ökonomen und Finanzwissenschaftler, die – wenn man überhaupt etwas tun musste – forderte, dass es billig, anreizkompatibel und nicht arbeitskostenerhöhend geschehen sollte. Das Ergebnis war ein Kompromiss, der weder den Namen einer fünften Sozialversicherung verdient, noch ein verbessertes Leistungsgesetz ist, sondern ein »Bastard« mit drei wesentlichen »Geburtsfehlern« (vgl. auch Eisen 2000).

Fehler Nummer 1 ist der sehr mechanistische Begriff der Pflege, wie er im Gesetz verankert ist. Er fußt auf »basic und instrumental activities of daily living«, so dass – trotz des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes von 2001 (PflEG) – die Lage von geistig behinderten und psychisch kranken Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Pflegebedarf (dies ist auch der lange Name des Gesetzes) immer noch nicht verbessert wurde (vgl. insbesondere GVG 2003).

Fehler Nummer 2 bezieht sich auf das auch im Gesetz festgeschriebene Prinzip »ambulante oder Familienpflege vor

stationärer Pflege«, obwohl dann eine Differenzierung in der Leistungshöhe festgelegt wurde, die diesem Prinzip offensichtlich zuwider läuft. Laut Gesetz ist die soziale Pflegeversicherung nach dem Sachleistungsprinzip (wie die gesetzliche Krankenversicherung) organisiert (vgl. § 36 SGB XI), trotzdem können die Pflegebedürftigen »an Stelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen« (§ 37 SGB XI) und damit selbst Pflegeleistungen einkaufen. Allerdings betragen die Geldleistungen nur rund die Hälfte des Wertes der Sachleistungen (in allen drei Pflegestufen).¹ Interessant ist nun aber, dass der überwiegende Teil der Pflegebedürftigen sich für die geringere Geldleistung entschieden hat und dieses Inanspruchnahmeverhalten sich nur langsam hin zur teureren Alternative verschiebt. Dies gilt auch im Hinblick auf den Unterschied zwischen ambulanter Pflege im Allgemeinen und vollstationärer oder teilstationärer Pflege.

Der dritte »Geburtsfehler« besteht darin, dass die Pflegeversicherung keine volle Deckung der Ausgaben für Pflegeleistungen vorsieht (wie sie für die GKV gegeben ist), sondern nur drei verschiedene »Zuschussniveaus« entsprechend den drei Stufen der Pflegebedürftigkeit. Ferner werden diese Leistungen nicht automatisch angepasst, vielmehr erfolgt die Anpassung diskretionär (vgl. § 30 SGB XI). Seit ihrer Einführung zum 1. April 1995 (ambulanter Bereich) und zum 1. Juli 1996 (stationärer Bereich) wurden aber die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung noch nicht erhöht (nur einfach in Euro umgerechnet), obwohl ein wichtiger Auslöser der gesamten Debatte um eine Neuordnung des Pflegerisikos die immer weiter aufklaffende »Schere zwischen Einkommensentwicklung und Preisentwicklung für Pflegeleistungen« war (vgl. KDA 1974). Stellt man nun in Rechnung, dass tatsächlich Preiserhöhungen bei den ambulanten wie stationären Leistungen stattgefunden haben, wird deutlich, dass die Selbstbehalte in der Pflegeversicherung nicht unerheblich gestiegen sind.

Sollen also die Leistungen in allen drei Punkten angepasst werden – Dynamisierung, Verbesserung der Versorgung Demenzzanker², Aufwertung der häuslichen Betreuung und Förderung neuer altersgerechter Wohnformen – ist mit steigenden Ausgaben zu rechnen. Und dies trifft nun auf eine Situation, in der die anfänglich akkumulierten Reserven aufgebraucht sind, so dass das Defizit nun spürbar und sichtbar wird. Bloß über höhere Beiträge lässt sich dies alles nicht mehr finanzieren.

* Prof. Dr. Roland Eisen ist Inhaber der Professur für Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik an der Universität Frankfurt am Main.

¹ So beträgt das Pflegegeld (die Pflegesachleistung) in Stufe I monatlich 205 € (384 €), in Stufe II 410 € (921 €) und in Stufe III 665 € (1432 €, in Härtefällen 1918 €). Die vollstationären Leistungen bei Pflege betragen monatlich in Stufe I 1023 €, in Stufe II 1279 € und in Stufe III 1432 € (in Härtefällen 1688 €).

² So ist durch das o.g. PflEG nur eine »ergänzende Leistung« in Höhe von bis zu 460 € jährlich vorgesehen.

Zusätzlich schwebt über der (sozialen) Pflegeversicherung auch noch die »finstere Wolke« der demographischen Entwicklung. Zum einen ist die Fertilitätsrate zu niedrig, was zu einem Rückgang der Bevölkerung (insbesondere im erwerbsfähigen Alter) führt (vgl. Sommer 2003). Zum anderen werden die Menschen immer älter, was auch zu einem steigenden Altersquotienten beiträgt. Aber: Auch wenn man in Rechnung stellt, dass das Risiko, pflegebedürftig zu werden, mit dem Alter stark zunimmt³, und der Anteil der über 70-Jährigen steigen wird, ist nicht so eindeutig, ob dadurch auch die Anzahl der Pflegebedürftigen zunehmen wird. Wichtig ist hier, ob und wie sich die Prävalenz mit dem Alter und Geschlecht verändert. Bloße »demographie-basierte« Hochrechnungen bis 2040 oder gar 2050, halte ich schlicht für verfehlt. Sie berücksichtigen nicht, dass durch eine Vielzahl von politischen Maßnahmen, die Probleme in den Griff zu bekommen sind. Dabei kann man sowohl auf der Leistungsangebotsseite wie auf der Finanzierungsseite ansetzen, durch eine Umstellung auf das Kapitaldeckungsverfahren lassen sich diese Probleme allerdings nicht aus der Welt schaffen.

Hoher Reformbedarf

An dem Grundproblem lässt sich anscheinend nicht viel ändern: Wegen der Mackenroth-These müssen nämlich in jeder Periode die Erwerbstätigen für den Konsum der nicht mehr (und noch nicht) Erwerbstätigen aufkommen. Außer um eine Erhöhung der Erwerbstätigkeit zur Verminderung dieser Last geht es folglich um eine Verschiebung dieser Last – gerade im Übergangsprozess. Dabei kann dem anstehenden Reformbedarf prinzipiell mit zwei verschiedenen Strategien begegnet werden, mit strukturellen oder mit parametrischen Reformen.

Strukturelle Reformen umfassen Veränderungen am grundlegenden Aufbau, d.h. weg von der staatlichen Umlagefinanzierung hin zur privaten (kapitalgedeckten) Finanzierung – zumindest in Schritten. Dabei gibt es neben der radikalen Abschaffung oder Löschung der Pflegeversicherung aus dem Kanon der Sozialversicherungen, um das so genannte »Einfriermodell«. Hierbei bleiben die Leistungen auf dem derzeitigen Niveau fixiert, die zunehmende »Versicherungslücke« kann dann durch private (zusätzliche) Pflegeversicherungen bzw. ein »zweites Standbein«⁴ oder durch eigene Mittel – und im Falle der Bedürftigkeit durch die Sozialhilfe – geschlossen werden.

³ So gibt das Bundesministerium für Gesundheit an, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor dem 60. Lebensjahr 0,6% beträgt, zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr rund 3,9% und nach dem 80. Lebensjahr rund 28,3% beträgt (vgl. BMGS, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung).

⁴ Wie kürzlich von der bayerischen Sozialministerin, Frau Christa Stewens, formuliert, vgl. Pressemitteilung 120.07 vom März 2007.

Solche Schritte zur Privatisierung des Pflegerisikos bedeuten eine (teilweise) Verschiebung der Gewichte vom Umlage- hin zum Kapitaldeckungsverfahren. Dabei verweisen die Befürworter einer solchen Transformation auf verschiedene Vorteile, die hier nur kurz dargestellt und kritisiert werden sollen.

Zum einen führe eine Mischung beider Systeme zu einer verbesserten Risikodiversifizierung, weil die beiden Systeme nur schwach positiv korreliert sind. Aufgrund der unterschiedlichen (lebenslangen) internen Ertragsraten (iER) des Umlage- und des Kapitaldeckungsverfahrens, der verschiedenen Varianzen dieser iER und der Kovarianz zwischen diesen, ergibt sich durch unterschiedliche Mischungen (Portefeuilles) eine Kurve, die so genannte Effizienzgrenze. Auf dieser Kurve kann – entsprechend der (individuellen) Risikoaversion – eine optimale Mischung gefunden werden. Hierbei gilt, dass die Extreme (also das reine Umlage- oder das reine Kapitaldeckungsverfahren) nicht optimal sind.

Ich warne aber vor einem solchen Denken, weil die unterschiedlichen »Säulen« (besser: Schichten) durch zwei ganz verschiedene Kulturen geprägt sind, hier Fürsorge/Versicherung und Umverteilung, dort Wettbewerb und individuelle Verantwortung. Eine Mischung kann zu unvorhersehbaren und komplexen Konsequenzen führen (vgl. hierzu auch Munnell und Sass 2006).

Es ist unausweichlich, dass die demographischen Entwicklungen – und hier insbesondere die längere erwartete Lebensdauer – höhere Ersparnisse notwendig machen, will man nicht reduzierte Leistungen hinnehmen. Die Befürworter der Privatisierung glauben, zum anderen, dass diese zusätzlichen Ersparnisse in privaten Systemen »billiger« bzw. einfacher erzeugt werden. Und dies aus drei Gründen: a) Umlagesysteme reduzieren die Ersparnisse (im Sinne von M. Feldstein), b) private Systeme wirtschaften effizienter und c) am Kapitalmarkt werden höhere Renditen erzielt. Allerdings halten diese Argumente einer kritischen Überprüfung nicht immer stand. Erstens ist es äußerst schwierig, Schlüsse über die (reale) Kapitalbildung zu ziehen, wenn man die Akkumulation von Finanz- oder Geldkapital durch eine Institution oder in nur einem spezifischen Sektor betrachtet. Immer müssen Substitutionseffekte – etwa die Reduktion der Ersparnisse für andere Zwecke oder in anderen Sektoren – betrachtet werden. Sowohl theoretisch wie vor allem auch empirisch kann diese Frage nach den (gesamtwirtschaftlichen) Ersparnissen nicht eindeutig beantwortet werden (vgl. auch Kohl und O'Brien 1998).

Zweitens, Wettbewerb ist sicherlich ein guter Anreizmechanismus zur Kostenreduktion, er geht häufig aber auch mit »Verschwendung« einher. Insofern ist ein Kostenvergleich zwischen den Finanzierungsalternativen nicht einfach, ins-

besondere weil es um die sozialen und nicht nur die privaten Kosten geht (vgl. aber Bateman et al. 2001, 158 ff.). Auch reduziert er die in den Umlageverfahren bisher enthaltene Umverteilung fast auf null; eine gewollte Umverteilung müsste dann alleine durch die (reduzierte) erste Schicht (die steuerfinanzierte »Mindestsicherung«) getragen werden.

Drittens, es ist sicherlich richtig, dass in den Boomphasen der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts – vielleicht auch im langfristigen Durchschnitt – die Aktien- und Wertpapierrenditen (r) höher lagen als die Lohnwachstumsraten (w). Aber diese höheren Renditen waren und sind mit einem höheren Risiko (gemessen durch die Varianz der iER) verbunden. Darüber hinaus gibt es ein Übergangsproblem bei zwei Finanzierungsformen, das den Nettoüberschuss zwischen den risikoadjustierten r und w reduziert. Soll des Weiteren die »alte Last« zurückbezahlt werden, muss man (zusätzliche) Steuern erheben. Wie Geanakoplos et al. (1998) gezeigt haben, bleibt in der Theorie (und sicherlich auch in der Praxis) von dem Renditeunterschied nicht mehr viel – trotz des insgesamt noch höheren Risikos – übrig.

Viertens sind auch kapitalfundierte Systeme nicht gegen demographische Veränderungen immunisiert, auch wenn ein empirischer Nachweis für die Vergangenheit wegen der Langsamkeit der Prozesse kaum zu führen ist.

Alles in allem genommen, erweisen sich die behaupteten Vorteile von kapitalfundierte Systemen als »Mythen« (vgl. kurz Eisen 2004).

Aber es gibt auch eine ganze Reihe von *parametrischen Reformen*, die an den Werten von »Schlüssel-Parametern« ansetzen: Anzahl der Beitragszahler, Höhe des Beitragssatzes, Einkommensbasis für den Beitrag, Wert der Leistungen, Höhe des staatlichen Beitrags, bis hin zum Übergang zur »Bürger-Versicherung« oder der »Bürger-Prämie« (vgl. Rürup-Kommission 2003).

Auf die Fülle der Möglichkeiten soll hier nur cursorisch hingewiesen werden: Erhöhung des Regelrenteneintrittsalters und längere Erwerbstätigkeit senkt den Altersquotienten ebenso wie ein früherer Eintritt in Erwerbsleben; höheres Wachstum, gefördert durch technischen Fortschritt und Humankapitalinvestitionen; ein höherer Staatsanteil, finanziert über allgemeine Steuern oder durch Energie- und/oder CO₂-Steuern; Erhöhung der Erbschaftssteuer.

Neben diesen Maßnahmen, die auf die zwei Bilanzseiten der Pflegeversicherungen abstellen, sind aber auch Veränderungen in Betracht zu ziehen, die an den Anreizen zu einer effektiveren Nutzung der (gegebenen) Ressourcen ansetzen. Hier sind insbesondere neuere Versorgungsformen relevant: Managed-care-Modelle, Fall- und/oder Krankheits-Management-Modelle, Förderung der Prävention und ei-

nes gesunden Lebensstils, Einführung von personengebundenen Budgets zusammen mit Fallmanagern zur Kostenkontrolle⁵, verbesserte Integration der so genannten jungen Alten als Pflegepersonen. Mit dieser Maßnahme, kombiniert mit einer allgemeinen Ausdehnung der Erwerbstätigkeit und der Förderung der Erwerbstätigkeit von Frauen, könnte man auch dem befürchteten »schrumpfenden Pflegepotential« begegnen, das sich anscheinend aus dem Rückgang der Kinderzahl ergibt. Dies kann mit Hilfe von »Gutscheinsystemen« geschehen, die mit und durch primäre soziale Netzwerke organisiert werden können. Diese *Dienstleistungsstrategie* ist m.E. der bisher so dominanten Geldleistungsstrategie überlegen (vgl. hierzu auch schon Eisen 1984).

Literatur

- Arntz, M. und A. Spemann (2004), »Wie lässt sich die gesetzliche Pflegeversicherung mit Hilfe personengebundener Budgets reformieren?«, *Sozialer Fortschritt* 53, 11–22.
- Bateman, H., G. Kingston und J. Pigott (2001), *Forced Saving: Mandating private retirement incomes*, Cambridge University Press, Cambridge et al.
- Eisen, R. (1984), »Soziale Dienste: Ein effektives Instrument der Sozialpolitik?«, *Sozialer Fortschritt* 33, 187–194.
- Eisen, R. (2001), »5 Jahre Gesetzliche Pflegeversicherung: Eine Zwischenbilanz«, in: W. Schmähl und V. Ulrich (Hrsg.), *Soziale Sicherungssysteme und demographische Herausforderungen*, Mohr-Siebeck, Tübingen, 73–94.
- Eisen, R. (2004), »Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren in der Sozialen Sicherung – Fünf Mythen über die Vorteile des Kapitaldeckungsverfahrens«, in: H. Rische und W. Schmähl (Hrsg.), *Gesundheits- und Alterssicherung – Globale Herausforderungen, gleiche Lösungen?*, LitVerlag, Münster, 91–107.
- Geanakoplos, J., O. Mitchell und St. P. Zeldes (1998), »Would a Privatized Social Security System Really Pay a Higher Return?«, in: R. D. Arnold et al. (Hrsg.), *Framing the Social Security Debate*, National Academy of Social Insurance, Washington/D.C., 137–157.
- GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, 2003), *Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, Informationsdienst, No. 295, Nov., GVG, Köln.
- KDA (Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 1974), *Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherungen*, KDA, Köln.
- Kemper, P. und L. E. Pezzin (1996), »The Effects of Public Provision of Home Care on Living and Care Arrangements: Evidence from the Channeling Experiment«, in: R. Eisen und F.A. Sloan (Hrsg.), *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*, Kluwer Academic Publisher, Boston et al.
- Kohl, R. und P. O'Brian (1998), *The Macroeconomics of Ageing, Pension and Savings: A Survey*, OECD Econ. Dep. Working Paper No. 200, Paris.
- Munnell, A.H. and St. A. Sass (2006), *Social Security and the Stock Market*, Kalamazoo /Michigan (W.E. Upjohn Institute of Employment Research).
- Rürup-Kommission (2003), *Bericht der Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*, BMAS, Berlin.

⁵ Vgl. hierzu neben Arntz und Spemann (2004) und Kemper und Pezzin (1996).



Adrian Otnad*

Solidarisch, privat und kapitalgedeckt

Die Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung steht unter keinem guten Stern. Seit Jahren wird sie immer wieder vertagt. Auch die Große Koalition hat es nicht eilig: 2006 stellte sie die Pflegereform erneut zurück, um das Ergebnis der Gesundheitsreform abzuwarten (vgl. Deutscher Bundestag 2006/1, 2). Das verheißt wenig Gutes: Eine Neuregelung nach Art des »Gesundheitskompromisses« würde auch die bei der Pflegeversicherung noch verbliebenen Gestaltungsmöglichkeiten verspielen. Diese sollten unbedingt genutzt werden, um wenigstens die Pflegefinanzierung zukunfts-fest zu gestalten. Die dazu nötigen Schritte sollen im Folgenden nochmals aufgezeigt werden. Andere wichtige Problemaspekte bleiben dabei aus Platzgründen ausgeklammert. Dazu gehören vor allem die Beeinflussung des künftigen Pflegebedarfs durch veränderte Lebensweisen und Prävention, die Deckung des stark wachsenden Investitionsbedarfs bei Pflegeeinrichtungen und Wettbewerbsbedingungen auf dem Pflegemarkt.

Überfällige Reform

Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 war notwendig und richtig. Falsch dagegen war es, dabei eine weitere umlagefinanzierte Sozialversicherung zu schaffen. Denn längst war offenkundig, dass demographische und ökonomische Risiken künftig mehr kapitalgedeckte Vorsorge erfordern würden.

Schon seit 1999 weist die soziale Pflegeversicherung zunehmende Defizite auf. Der seit 2005 erhobene Beitragszuschlag für Kinderlose von 0,25% und der 2006 durch Vorziehung der Beitragszahlung realisierte Einmaleffekt kaschie-

ren dies nur vorübergehend. Ende der Legislaturperiode dürften die bis 1998 angesammelten Anfangsreserven von knapp 5 Mrd. € aufgezehrt sein. Zugleich werden zunehmende Qualitätsmängel des Pflegeangebots und ein bislang unge-deckter Bedarf bei der gerontopsychiatrischen Pflege (Altersdemenz) konstatiert. Doch die eigentlichen Herausforderungen stehen erst noch bevor. Nach 2010 wird sich zunehmend die demographische Alterung bemerkbar machen. Auch wenn heutige alters- und geschlechtsspezifische Pflegerisiken nicht ohne weiteres extrapolierbar sind, ist eine erhebliche Zunahme der Fallzahlen und der Pflegeausgaben vorgezeichnet. Insgesamt dürfte sich daher die gegenwärtige Zahl der Leistungsempfänger von rund zwei Millionen bis 2050 mindestens verdoppeln. Zudem ist eine verstärkte Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen zu erwarten. Denn die familiären Pflegepotentiale schwinden, weil Angehörige fehlen (Single-Haushalte), selbst zu alt sind oder zunehmend, wie von der Politik in anderem Zusammenhang gefördert, einer Erwerbsarbeit nachgehen.

Deshalb ist dem Ziel der Bundesregierung, das Pflegerisiko über die gesetzliche Pflegeversicherung langfristig finanziell tragfähig und solidarisch abzusichern und gleichzeitig Eigenverantwortung und Selbsthilfe zu stärken (vgl. CDU/CSU/SPD 2005, Z. 4471 ff.), ausdrücklich beizupflichten. Dabei müssen Leistungs- und Finanzierungsseite *gemeinsam* und unter Beachtung gesamtwirtschaftlicher und haushaltspolitischen Rahmenbedingungen neu geordnet werden.

Menschenwürdige Pflege durch staatliche Grundsicherung und private Eigenverantwortung

Die bestehende »Teilkaskolösung« des SGB XI betont zu Recht private Eigenverantwortung und Selbsthilfe. Allerdings ist mit den seit 1995 nominal konstanten Leistungssätzen keine nach bisherigen Wertmaßstäben qualitativ ausreichende Mindestabsicherung mehr gewährleistet. Daher ist eine (regelgebundene) Dynamisierung der nominalen Pflegesätze geboten. Die bloße Sicherung des heutigen Realwertes dürfte allerdings kaum eine zunehmende Inanspruchnahme ergänzender Hilfe zur Pflege nach BSHG verhindern. Denn die Pflegeversicherung deckt bei weitem nicht die gesamten Pflegekosten, zu denen auch die künftig ebenfalls steigenden, von den Leistungsempfängern selbst zu tragenden Hotelkosten und Investitionszuschüsse zählen. Schon heute entfällt auf Pflegebedürftige der stationären Stufe 3 ein durchschnittlicher Eigenanteil, der die verfügbare Standardrente monatlich um rund 500 € übersteigt. Da die verfügbaren Renten künftig kaum noch steigen werden, wird sich diese Lücke vergrößern.

Angestrebte Leistungsverbesserungen – namentlich für die derzeit rund 1 Mill. Demenzkranken – würden die gegenwärtige

* Adrian Otnad ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaft und Gesellschaft (IWG), Bonn.

tigen Ausgaben mindestens um 5% erhöhen und den künftigen Ausgabenanstieg noch verstärken, ohne dass sich andernorts entsprechende finanzielle Entlastungen abzeichnen. Der Einspareffekt einer prinzipiell sinnvollen Leistungsangleichung bei ambulanter und stationärer Pflege ist ungewiss. Und die Kosten der medizinischen Behandlungspflege wurden bei der Gesundheitsreform 2006 gerade dauerhaft der Pflegeversicherung zugewiesen.

Die Ausgaben der Pflegeversicherung werden daher überdurchschnittlich steigen. Bis 2050 dürfte sich ihre heutige Relation zum Bruttoinlandsprodukt von 0,8% wenigstens verdoppeln (vg. Werding und Kaltschütz 2005; Ottnad 2003; 2006). Das erfordert eine ausreichende Vorsorge und eine faire Lastenverteilung.

Einstieg in die Kapitaldeckung nötig und (noch) möglich

Wird die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung unverändert fortgeführt, drohen nachfolgenden Jahrgängen noch über 2050 hinaus steigende Beiträge von bis zu 4% und mehr oder – wahrscheinlicher – Leistungskürzungen. Sie sollte daher zumindest, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, durch kapitalgedeckte Elemente ergänzt werden. Dies trüge zugleich zur notwendigen Erhöhung des Kapitaldeckungsgrades in der Daseinsvorsorge bei. Die Kapitaldeckung allein der Altersvorsorge zuzuweisen, erscheint nur auf den ersten Blick zwingend. Da viele Beschäftigte schon ihre Versorgungslücken aus rentenrechtlichen Eingriffen unterschätzen, ist es unwahrscheinlich, dass sie zusätzlich für künftige Pflegebeitragssteigerungen, die ihre verfügbare Rente mindern, adäquat sparen. Vor allem aber würden die langfristig drohenden Beitragserhöhungen auch die dann aktiven Jahrgänge treffen und deren Sparfähigkeit mindern. Zudem bietet sich gerade die Pflegeversicherung für Kapitaldeckung an. Das auf die letzten Lebensjahre konzentrierte Pflegerisiko macht die Pflegeversicherung besonders demographiefähig. Zugleich bleibt aber umgekehrt auch in fortgeschrittenem Alter noch ausreichend Zeit für kapitalgedeckte Vorsorge.

Daher sollte ein kompletter Systemwechsel vollzogen werden. Dies würde etwa 30 Jahre beanspruchen. Allerdings stößt dieser Schritt wegen der Doppelbelastung der Zahler im Übergang auf große politische Widerstände. Denn für etwa zwei Jahrzehnte ließe sich die durch das Umlageverfahren aufgebaute implizite Verschuldung wohl noch weiterwälzen. Die Doppelbelastung träfe am Ende jene Jahrgänge, die für ihre sozialen Pflegebeiträge keine entsprechenden Leistungen mehr erhielten und wäre dann nicht mehr sozialverträglich zu gestalten.

Eckpunkte einer Pflegereform nach dem Vorschlag des IWG BONN (2003)

- Verbleib älterer Versicherter (z.B. ab 70 Jahre) in auslaufender umlagefinanzierter sozialer Pflegeversicherung (SPV).
- Vertrauensschutz für bisherige private Pflegeversicherung (PPV).
- Finanzierung der SPV durch höhere Beiträge der Älteren und Steuerzuschüsse.
- Sofortige Überführung der übrigen Bevölkerung in neue PPV, aber Aufbau individueller Altersrückstellungen (obligatorisch) jeweils erst in fortgeschrittenem Alter (z.B. ab 55 Jahre).
- Trennung von Versicherung und steuerfinanzierter Umverteilung.
- Optional: Umwandlung der Arbeitgeberbeiträge in Lohnbestandteil.
- Dynamisierung der Leistungen.
- Einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang, Portabilität.

Quelle: IWG BONN.

Wird dagegen der schrittweise Übergang jetzt eingeleitet, können die Zahlkosten noch zeitlich entzerrt und geglättet werden. Dazu sehen Auslaufmodelle, wie das vom IWG BONN 2003 vorgelegte Konzept (vgl. Ottnad 2003), eine altersmäßige Aufteilung des Versichertenbestandes vor. Ferner werden im IWG-Modell Altersrückstellungen erst ab einem bestimmten Mindestalter obligatorisch gebildet, was die Zahlkosten mindert (Kasten). Andere Konzepte befürworten für eine Übergangszeit stärkere Abweichungen von aktuarisch fair kalkulierten Prämien. Vor- und Nachteile dieser und anderer Vorschläge können hier nicht vertieft werden. Festzuhalten bleibt aber, dass es (noch) ausreichend Möglichkeiten gibt, den Übergang tragbar zu gestalten.

Sollte der komplette Systemwechsel dennoch politisch nicht mehrheitsfähig sein, wäre zumindest eine Teilkapitaldeckung in Form einer obligatorischen Pflegeergänzungsversicherung (mit der Option eines späteren Systemwechsels) geboten. Dadurch würde je nach Kapitaldeckungsgrad die anfängliche Zahlkosten deutlich reduziert. Allerdings fiele auch die spätere, dauerhafte Entlastung der Zahler entsprechend geringer aus.

Private Pflegepflichtversicherung – kein kollektiver Kapitalstock

Abzulehnen sind Vorschläge, kapitalgedeckte Elemente in die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung zu integrieren. Dem vermeintlichen Vorteil geringerer Verwaltungskosten stehen nicht nur schwerwiegende ordnungs- und wettbewerbspolitische Bedenken entgegen, sondern vor allem die gut gesicherte Erkenntnis, dass ein solcher kollektiver

Kapitalstock kaum längere Zeit politischen Begehrlichkeiten entzogen wäre.

Trennung von Risikovorsorge und steuerfinanziertem Solidarausgleich

Auch bei einer privaten kapitalgedeckten Pflege-Pflichtversicherung ist der notwendige Solidarausgleich¹ zu gewährleisten. Das erfordert zum einen die Übernahme bestimmter sozialversicherungstypischer Elemente wie Kontrahierungszwang, Ausschluss von Risikozuschlägen für Vorerkrankungen und Risikostrukturausgleich. Zum anderen sind Ausgleichsmaßnahmen nötig, die die gesellschaftlich angestrebten sozial- und verteilungspolitischen Ziele erfüllen.² Dabei handelt es sich um allgemeinstaatliche Aufgaben. Daher ist bei der Pflegeversicherung wie bei der Sozialversicherung insgesamt eine möglichst konsequente Trennung von Solidarausgleich und Versicherungsfunktion geboten. Notwendige Strukturreformen wie die der Pflegeversicherung würden nicht länger durch verteilungspolitische Vorbehalte blockiert.

Zugleich ließe sich die erwünschte Umverteilung rationaler und zielgenauer gestalten. Im bestehenden System sind dagegen die Wirkungen verteilungspolitischer Eingriffe höchst intransparent. Manchen Akteuren erscheint gerade dies als Vorteil. Sie vermuten, der erreichte Umverteilungsgrad sei sonst nicht mehrheitsfähig. Das bestehende System würde demnach die Präferenzen der Wähler und Zahler stark verzerren. Dies zum politischen Gestaltungsziel zu erheben, ist ökonomisch wie demokratietheoretisch fragwürdig. Außerdem ist die Prämisse falsch. Beitragsfinanzierte Leistungen sind keineswegs besser als steuerfinanzierte vor diskretionären politischen Eingriffen geschützt. Und angesichts der Intransparenz steht nicht einmal fest, dass die angestrebten Verteilungsziele überhaupt erreicht werden.

Künftig sollte deshalb – anders als in der bisherigen privaten Pflegeversicherung – der gewünschte Solidarausgleich über Steuern finanziert werden. Bei sachgerechter Ausgestaltung sind zumindest keine größeren Verzerrungseffekte zu befürchten als im bestehenden Zusammenspiel von Beiträgen und Steuern. Auch ändert dies nicht die gesamtwirtschaftliche Abgabenbelastung. Lediglich die höhere Zahllast im Übergang führt (bei einem am Status quo orientierten Solidarausgleich) zu einer etwas höheren Abgabenquote. Doch spätestens nach 15 Jahren fällt die staatliche Abgabenlast geringer aus als bei Fortführung der um-

lagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung. Langfristig beträgt die Nettoentlastung der öffentlichen Haushalte zwischen 25 und 40%.

Umfang und Gestaltung des steuerfinanzierten Solidarausgleichs hängen von den Ausgleichszielen und von der Art der Prämienkalkulation ab. Pauschalierte Lösungen (für Prämien wie Zuschüsse) sind einfacher, dafür aber weniger zielgenau als individuelle. Der Solidarausgleich sollte an der Lohn- und Einkommensbesteuerung anknüpfen. Die Zahl derer, die künftig eine Einkommensteuerklärung abgeben (müssen), wird aufgrund der steigenden Bedeutung privater Vorsorge (Beispiel: Riester-Verträge) und der nachgelagerten Besteuerung der Renten ohnehin steigen. Zugleich könnte eine konsequente Bündelung der Bedürftigkeitsprüfungen, die bislang an zahlreichen Stellen des Steuer- und Transfersystems stattfinden, den Verwaltungsaufwand für den sozialen Ausgleich insgesamt sogar reduzieren.

Nutzung des Wettbewerbs

Eine wichtige Aufgabe der Reform muss die Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Versicherungsunternehmen sein. Deshalb sollten sozialversicherungstypische Elemente innerhalb der kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung auf das Nötigste beschränkt bleiben. Im Vergleich zu aktuarisch fair kalkulierten Individualprämien haben einheitliche Kopfprämien den Nachteil, neben dem versicherungsmathematischen Risikoausgleich weiterhin auch sozialpolitisch motivierte Umverteilungen zu beinhalten. Allerdings könnten Kopfprämien für eine Übergangsphase den Umstellungsprozess erleichtern. Für die Politik haben sie zudem dem Vorteil, leichter handhabbar zu sein.³

Eine wesentliche Voraussetzung für den Wettbewerb ist, dass Versicherte den Anbieter unter Mitnahme individueller Altersrückstellungen wechseln können. Diese Portabilität ist in Verbindung mit einem Risikostrukturausgleich zu gewährleisten.

Ein funktionierender Wettbewerb dürfte bei einer allgemeinen privaten Pflegepflichtversicherung auch dafür sorgen, dass die häufig kritisierten Akquisitionskosten weit geringer ausfallen als bislang in der privaten Krankenversicherung.

Private Versicherung für alle statt Bürgerversicherung

Das gegenwärtige Nebeneinander gesetzlicher und privater Kassen verursacht auch bei der Pflegeversicherung Rei-

¹ Darunter wird hier wie üblich jene Umverteilung verstanden, die eine von aktuarisch fair kalkulierten Versicherungsprämien abweichende Lastverteilung bewirkt (z.B. Familienleistungsausgleich, Entlastung von Einkommensschwachen und von Versicherten mit schlechten Risiken).

² Der IWG-Vorschlag berücksichtigt dies ausdrücklich – im Unterschied etwa zu dem vom Freistaat Bayern und vom PKV-Verband vorgelegten Konzept; vgl. z.B. Gaßner und Schottky (2006).

³ Auf sehr lange Frist, wenn alle Versicherten im selben Alter (z.B. bei Geburt) eingetreten sein werden, fallen Kopfprämie und aktuarisch faire Prämie sogar zusammen.

bungsverluste und Inkonsistenzen. Eine umlagefinanzierte Bürgerversicherung für alle würde diese (theoretisch) vermeiden, gleichzeitig aber die Staatstätigkeit weiter ausdehnen und die nötige Stärkung kapitalgedeckter Vorsorge konterkarieren. Zudem stieße ihre Realisierung wegen verfassungsrechtlich geschützter Eigentumsansprüche bisher privat Versicherter auf hohe Hürden. Deshalb sollte der umgekehrte Weg hin zur privaten, kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung für alle beschritten werden, bei der sich der Staat auf den nötigen Solidarausgleich und die Versicherungsaufsicht beschränkt.

Literatur

- Bundesregierung (2006), *Antwort auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion*, BT-DS 16/2972, Berlin.
- CDU/CSU/SPD (2005), *Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit*, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November, Berlin.
- Gaßner, M. und E. Schottky (2006), »Ein Modell zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung«, *Die BKK* (8), 384–388.
- Ottnad, A. (2003), *Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall. Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegeisikos*, unter Mitwirkung von M. Schulte, Olzog, München.
- Ottnad, A. (2006), *Steigende Abgaben – sinkende Leistungen. Die Politik auf schmalen Grat*, unter Mitwirkung von Thomas Menz, Olzog, München.
- Werding, M. und A. Kaltschütz (2005), *Modellrechnungen zur langfristigen Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen*, ifo Institut für Wirtschaftsforschung, München.



Johann Eekhoff*

Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung und Wettbewerb umstellen

Der für dieses Jahr angekündigten Reform könnte das gleiche Schicksal beschieden sein wie der gerade abgehakten Gesundheitsreform: Nach einer rasanten Achterbahnfahrt ist man wieder dort angekommen, wo man gestartet ist. Die Probleme bleiben ungelöst. Dabei liegt der Änderungsbedarf bei der Pflegeversicherung auf der Hand: Sie muss möglichst schnell demographiefest gemacht, von den Arbeitsverhältnissen gelöst und für einen echten Wettbewerb geöffnet werden.

Die obligatorische Pflegeversicherung gibt es erst seit dem Jahr 1995. Schon vor der Einführung der neuen umlagefinanzierten Versicherung war die demographische Entwicklung in Richtung eines schnell ansteigenden Anteils älterer Menschen klar erkennbar. Warum wurde ein Umlagesystem gewählt, obwohl die entstehenden Probleme bekannt waren? Für einen Politiker ist nichts schöner, als Geschenke auf Kosten Dritter zu verteilen. Die Pflegeversicherung bot eine hervorragende Möglichkeit, den bereits Pflegebedürftigen sofort zu helfen und auch den pflegenahen Jahrgängen zu signalisieren: Falls der Pflegefall eintritt, gibt es Zahlungen aus der neuen Kasse, in die man noch gar nicht oder nur wenig eingezahlt hat. Es werden Einführungsgewinne an die zu Pflegenden verteilt, ohne die Bedürftigkeit zu prüfen. Das private Vermögen wird geschont, vor allem zugunsten der Erben.

Nicht nur in der Politik gibt es eine große Vorliebe für das Umlagesystem, sondern auch in der Bevölkerung. Denn außer den Pflegebedürftigen, können sich alle Personen, die nicht mehr über die gesamte Erwerbsphase einzahlen müs-

* Prof. Dr. Johann Eekhoff ist Direktor des Instituts für Wirtschaftspolitik und Professor für wirtschaftliche Staatswissenschaften an der Universität zu Köln.

sen, einen Vorteil ausrechnen. Die meisten Menschen geben sich gerne der Illusion hin, die Kosten würden von den übrigen Mitgliedern der Gesellschaft oder von späteren Generationen getragen, immer in der Hoffnung man selbst und die eigenen Kinder würden von den Belastungen weitgehend verschont.

Kosten und Beitragssätze steigen

Der Schönheitsfehler: Irgendjemand muss die Kosten der gerne beanspruchten Pflegeleistungen tragen. Das sind die jungen Menschen und die künftigen Generationen. Sie werden pflichtversichert und damit gezwungen, für die jeweils ältere Generation zu zahlen. Dafür wird ihnen ein Anspruch gegen die jeweils folgenden Generationen eingeräumt, von denen man nicht weiß, ob diese noch groß und leistungsfähig genug sind, die erwarteten Zahlungen zu leisten. Es ist das gleiche Muster wie bei der öffentlichen Verschuldung. Es werden Vorteile zu Lasten der Kinder verteilt, die sich (noch) nicht dagegen wehren können. Allein die offen ausgewiesenen Schulden in den öffentlichen Haushalten belaufen sich auf mehr als 17 000 € für jeden Bürger. Nimmt man die implizite Verschuldung – die bestehenden Ansprüche in den Sozialsystemen gegenüber den künftigen Generationen – hinzu, dann beträgt die Verschuldung pro Kopf bereits mehr als 50 000 €.

Die Pflegeversicherung ist zwar im Augenblick noch eine kleine Versicherung mit einem Beitragssatz von 1,7% des beitragspflichtigen Lohns für Personen mit Kindern und 1,95% für Kinderlose. Aber es ist die Sozialversicherung mit der größten Dynamik. Die Experten gehen davon aus, dass sich die Beitragssätze in der gesetzlichen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2050 mindestens verdoppeln, bei steigenden Kosten aber möglicherweise mehr als verdreifachen werden. Dabei ist zu bedenken, dass die beitragspflichtigen Löhne insgesamt bereits mit rund 40% belastet werden. Hinzu kommen die Zuschüsse zur Rentenversicherung aus dem Bundeshaushalt, die über das Steuersystem die Abgabenlast erhöhen. Mit der jüngsten Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde auch hier ein Einstieg in die Steuerfinanzierung beschlossen.

Umlagesysteme geraten in Finanzierungsschwierigkeiten, wenn der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung stark zunimmt. Um die Bevölkerung stabil zu halten, müsste die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau bei 2,1 liegen. In Deutschland wird dieser Wert seit vielen Jahren um etwa ein Drittel unterschritten, d.h. es werden im Durchschnitt nur 1,4 Kinder pro Frau geboren. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung der Menschen alle zehn Jahre um fast 1,5 Jahre. Das ist erfreulich, aber teuer, wenn die Leistungen der Sozialsysteme nicht gekürzt werden sollen. Je älter die Menschen werden, umso höher ist in umlagefinanzierten Systeme-

men der Anteil der Versicherten, die nur noch wenig einzahlen, und umso höher ist Anteil der Versicherten, die besonders viele Leistungen in Anspruch nehmen.

Kein soziales System

Mit der Gesetzlichen Pflegeversicherung ist ein weiteres System aufgebaut worden, das die Einkommen der Versicherten nach sozialen Gesichtspunkten umverteilen soll. Tatsächlich handelt es sich aber gerade nicht um ein Sozialsystem; denn besonders arme Menschen, die gar kein Einkommen erzielen oder weniger als 401 € verdienen, werden nicht in die Pflegeversicherung aufgenommen. Für die Armen gibt es keine Solidarität in der Pflegeversicherung – übrigens auch nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ärmsten werden auf die Sozialhilfe, das Arbeitslosengeld II bzw. das Sozialgeld verwiesen. Die Träger dieser Hilfen erhalten einen Zuschuss aus Bundesmitteln, damit sie ihre Klientel zu grundsätzlich kostendeckenden Beiträgen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung versichern können.

Auch bei den Pflichtversicherten sind die Beiträge keineswegs konsequent an der wirtschaftlichen und sozialen Situation des Versicherten orientiert, weil der Lohn kein hinreichender Indikator für die Bedürftigkeit und die Leistungsfähigkeit ist. Wer einen geringen Lohn erhält, zahlt nur einen geringen Beitrag, auch wenn er erhebliches Vermögen besitzt und Kapitalerträge oder andere Einkünfte erzielt. Wer so wohlhabend ist, dass er nur noch wenig arbeiten muss, wird als bedürftig angesehen, und die Normalverdiener ohne Vermögen tragen einen Teil seiner Beiträge.

Für besonders schwere Pflegefälle übernimmt die Pflegeversicherung nur einen Teil der Kosten. Übersteigen die Pflegekosten die Höchstbeträge, versagt die Solidarität der Versicherten. Die Menschen sind wieder auf sich selbst und auf ihre Familie angewiesen. Reichen die eigenen Mittel nicht aus und brauchen die Pflegebedürftigen eine Unterstützung, müssen sie ihre Bedürftigkeit nachweisen, um Sozialhilfe zu erhalten. Das Risiko einer besonders teuren Pflege wird also nicht über die Pflegeversicherung abgesichert, sondern nach wie vor über die steuerfinanzierte Sozialhilfe. Das verstößt gegen das Prinzip, die großen Risiken mit einer Versicherung abzudecken. Da die Pflegesätze zudem nominal festgeschrieben sind, werden im Zeitablauf immer mehr Versicherte auf eigene Mittel oder letztlich auf die Sozialhilfe zurückgreifen müssen.

Die lohnbezogenen Beiträge erfüllen weder die angestrebte soziale Funktion noch die Steuerungsfunktion eines Marktpreises für Versicherungsleistungen. Da keine risikoäquivalenten Prämien genommen werden dürfen, kann es keinen funktionierenden Wettbewerb zwischen den Versicherun-

gen geben. Eine Versicherung erhält keine höheren Beiträge, wenn sie einen Versicherten mit einem hohen Pflegerisiko aufnimmt, sondern wenn es ihr gelingt, einen Versicherten mit einem hohen Lohneinkommen zu gewinnen. Dadurch werden falsche Anreize gesetzt. Die Vorteile eines Wettbewerbs um Versicherte, wie Kostenkontrolle und Leistungsverbesserung, können nicht genutzt werden.

Umstellung auf Kapitaldeckung notwendig

Will man die Probleme nicht eskalieren lassen, sondern tatsächlich für die Zukunft vorsorgen, sollte unmittelbar auf ein Kapitaldeckungsverfahren übergegangen werden. Leider kann damit nicht gewartet werden, bis die Gesetzliche Krankenversicherung auf ein kapitalgedecktes System umgestellt wird. Ein solcher Schritt ist nicht abzusehen. Die wichtigsten Elemente einer dauerhaft leistungsfähigen und finanzierbaren Pflegeversicherung lassen sich wie folgt skizzieren:

- Der Staat muss einen Mindestumfang an Versicherungsleistungen definieren, die jeder Bürger abzuschließen hat, der dazu in der Lage ist.
- Jeder Versicherte – auch jedes Kind – zahlt risikobezogene Prämien, die sich im Wettbewerb zwischen den Versicherungen bilden. Wird die Versicherung schon bei der Geburt abgeschlossen oder sogar vorher zugesagt, so sind unterschiedliche Risiken noch nicht erkennbar, und die jeweilige Versicherung wird gleiche Prämien für jeden Jahrgang verlangen.
- Die Prämie wird nicht an das Arbeitsverhältnis gebunden, sondern unmittelbar vom Versicherten entrichtet.
- Die Versicherungsprämie soll über den Lebenszyklus etwa real gleich bleiben. Deshalb bilden die Versicherungen Altersrückstellungen. Das bedeutet: Über viele Jahre zahlen die Versicherten mehr ein als von dem jeweiligen Altersjahrgang an Pflegeleistungen in Anspruch genommen wird. In den letzten Lebensjahren, wenn die durchschnittlichen Pflegeleistungen kräftig ansteigen, werden nicht die Prämien erhöht, sondern die zusätzlich erforderlichen Mittel werden aus den Rückstellungen entnommen. Es werden also nicht die künftigen Generationen belastet.
- Einem Versicherten, der von einer Versicherung zu einer anderen wechselt, wird die individuelle Altersrückstellung entsprechend seinem erkennbaren Pflegerisiko mitgegeben.
- Jeder Versicherte trägt einen nach oben begrenzten prozentualen Selbstbehalt an den Pflegekosten. Auch im Pflegefall gibt es erhebliche Unterschiede bezüglich der Kosten der Pflege. Damit die Pflegebedürftigen bzw. die Angehörigen darauf achten, die Kosten zu vergleichen und niedrig zu halten, ist ein Selbstbehalt unerlässlich.
- Versicherte, die ihre Prämie und den Selbstbehalt nicht tragen können, erhalten einen Zuschuss aus öffentlichen Mitteln, so dass die Bedürftigkeit nur einmal geprüft werden muss.
- Es gibt nur private Versicherungen, die nach wirtschaftlichen Grundsätzen arbeiten und im Wettbewerb stehen.
- Mittelfristig sollte die kapitalgedeckte Pflegeversicherung mit der Krankenversicherung zusammengeführt werden. Allerdings ist gegenwärtig nicht erkennbar, dass die Politik sich bei der Krankenversicherung in Richtung Kapitaldeckung und Wettbewerb bewegt.

Gegen eine Umstellung vom Umlagesystem auf ein Kapitaldeckungssystem wird eingewandt, die Umstellungskosten seien zu hoch, weil die Versicherten doppelt belastet würden, nämlich durch die Prämien für das neu aufzubauende kapitalgedeckte System und die Beiträge oder Steuern für Pflegebedürftige und pflegenaher Jahrgänge, denen die Finanzierungsbasis mit der Einstellung des Umlageverfahrens entzogen würde. Diese Aussage ist nicht zutreffend. Die entstandenen Ansprüche an die künftige Generation können als implizite Verschuldung angesehen werden, die bei einer Umstellung lediglich offen gelegt würde. Bisher wird diese Verschuldung laufend weiter in die Zukunft geschoben, und es werden allenfalls die Zinsen getragen. Die implizite Verschuldung wird sogar weiter erhöht, wenn die Leistungen der Versicherung verbessert werden.

Umstellungsprobleme sind lösbar

Bei dem Einwand, ein Systemwechsel sei nicht zu finanzieren wird in der Regel unterstellt, dass die nächste Generation die Beiträge im Umlagesystem weiterzahlt, also für die Pflegebedürftigen und auch für diejenigen, die in nächster Zeit pflegebedürftig werden, aber erst wenig eingezahlt haben. Gleichzeitig soll diese Generation dann im Kapitaldeckungsverfahren Prämien für die eigenen Pflegeleistungen entrichten. Das wäre in der Tat ein unfaires Verfahren, weil diese Generation verpflichtet würde, die bestehenden Ansprüche der vorangehenden Generation aus dem Umlagesystem zu erfüllen, selbst aber auf Ansprüche gegen künftige Generationen zu verzichten und vollständig für sich selbst zu sorgen.

Es lässt sich aber zeigen, dass ein Sondervermögen gebildet werden kann – so wie dies beispielsweise bei der Bundesbahn geschehen ist – und der Staat den umlagefinanzierten Versicherungen Altersrückstellungen bereitstellt, aus denen die Kosten für Pflegeleistungen gezahlt werden können, die nicht durch Beiträge gedeckt werden. Mit der Bereitstellung von Altersrückstellungen kann die Pflegeversicherung unmittelbar auf das Kapitaldeckungsverfahren umgestellt werden. Das Defizit im Sondervermögen kann über

einen Zuschlag auf die (reduzierten) Prämien finanziert werden, so dass die Prämien einschließlich des Zuschlags in gleichem Maße steigen wie die Beiträge im Umlageverfahren gestiegen wären. Die Prämie im Kapitaldeckungssystem kann geringer sein als der Beitrag im Umlageverfahren, weil den Versicherungen Altersrückstellungen bereitgestellt werden, aus denen sie Zinserträge erwirtschaften.

Man könnte aber auch daran denken, die Lasten der künftigen Generationen zu verringern. Das würde einen kleinen Teil der Umverteilung wieder rückgängig machen. Da die Pflegeversicherung eine sehr junge Versicherung ist, hat ein Großteil der Versicherten erst wenige Jahre in das System eingezahlt. Es werden noch ständig weitere Einführungsgewinne verteilt. Die jetzt Versicherten mit Ausnahme der Berufseinsteiger würden immer zu den Begünstigten gehören, wenn das System bestehen bliebe, weil sie mehr Leistungen erhalten, als sie bezahlen müssen. Deshalb wird vorgeschlagen, die umlagefinanzierte Pflegeversicherung einzustellen und alle noch nicht pflegebedürftigen Bürger zu verpflichten, eine kapitalgedeckte Versicherung abzuschließen.

In der Übergangsphase müssten die älteren Personen für eine angemessene Pflegeversicherung sehr hohe Prämien zahlen. Deshalb sollte der monatliche Beitrag auf 50 € begrenzt werden. Bei normalem Gesundheitszustand würde dieser Höchstbetrag erst von Personen im Alter von 57 Jahren erreicht, wenn der gleiche Leistungsumfang zugrunde gelegt wird, wie er gegenwärtig versichert ist. Ältere Versicherte, die ohnehin erst wenig in das alte System eingezahlt haben, müssten gegebenenfalls stärker auf das eigene Einkommen und Vermögen zurückgreifen und möglicherweise Sozialhilfe beanspruchen. Wer bereits gepflegt wird, würde die bereits bewilligten Leistungen aus Steuermitteln erhalten. Die Haushaltsbelastung würde im ersten Jahr etwa 17 Mrd. € betragen und sich innerhalb von zehn Jahren auf 2 Mrd. € verringern.

Den Versicherten, die nach der Umstellung pflegebedürftig werden, könnte ein bis zum Lebensende gleich bleibender Zuschuss zu den Pflegekosten gewährt werden. Der Zuschuss würde allerdings mit zunehmendem zeitlichem Abstand vom Umstellungsdatum verringert.

Fazit

Es ist dringend erforderlich, die umlagefinanzierte Pflegeversicherung schnell zu sanieren. Noch sind keine hohen Ansprüche aufgebaut, und noch sind die Maßnahmen und Kosten überschaubar, die einen gleitenden Übergang in eine kapitalgedeckte Versicherung erleichtern. Nur bei einer vollen Umstellung auf ein Kapitaldeckungsverfahren mit risikoäquivalenten Prämien wird es einen kostensenkenden

und leistungssteigernden Wettbewerb zwischen den Versicherungen geben. Auf jeden Fall sollten zusätzliche Leistungen nur noch in einem kapitalgedeckten System abgedeckt werden.