

Kochskämper, Susanna; Pimpertz, Jochen

Research Report

Finanzierung des Pflegefallrisikos: Reformperspektiven im demografischen Wandel

IW-Analysen, No. 99

Provided in Cooperation with:

German Economic Institute (IW), Cologne

Suggested Citation: Kochskämper, Susanna; Pimpertz, Jochen (2014) : Finanzierung des Pflegefallrisikos: Reformperspektiven im demografischen Wandel, IW-Analysen, No. 99, ISBN 978-3-602-45562-1, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/181860>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Susanna Kochskämper / Jochen Pimpertz

Finanzierung des Pflegefallrisikos

Reformperspektiven im demografischen Wandel

Analysen

Forschungsberichte
aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Susanna Kochskämper / Jochen Pimpertz

Finanzierung des Pflegefallrisikos

Reformperspektiven im demografischen Wandel

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek.

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-602-14944-5 (Druckausgabe)

ISBN 978-3-602-45562-1 (E-Book|PDF)

Herausgegeben vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln

Grafik: Dorothe Harren

© 2014 Institut der deutschen Wirtschaft Köln Medien GmbH

Postfach 10 18 63, 50458 Köln

Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln

Telefon: 0221 4981-452

Fax: 0221 4981-445

iwmedien@iwkoeln.de

www.iwmedien.de

Druck: Hundt Druck GmbH, Köln

Inhalt

1	Einführung	4
2	Demografisch bedingter Anstieg der Pflegefallzahlen	5
2.1	Der Pflegebedarf seit den 1990er Jahren	5
2.2	Steigende Pflegefallzahlen in der Zukunft	8
3	Herausforderungen für die Finanzierung der Pflege	15
3.1	Finanzierungslücke in der sozialen Pflegeversicherung	16
3.2	Anstieg privat zu tragender Pflegekosten	21
3.3	Steigende Ausgaben für die Hilfe zur Pflege	29
4	Handlungsoptionen im demografischen Wandel	32
4.1	Leistungsausweitung und Pflegevorsorgefonds	32
4.2	Alternative (Teil-)Kapitaldeckung	37
4.3	Zwei Säulen in der Pflegepflichtversicherung	40
5	Zusammenfassung	46
	Literatur	49
	Kurzdarstellung / Abstract	54
	Die Autoren	55

1

Einführung

Die Absicherung des Pflegefallrisikos gerät zunehmend in den Fokus der öffentlichen Debatte. Zum einen wird seit nunmehr fast einem Jahrzehnt eine Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs angemahnt. Ziel ist es, zum Beispiel den Pflegebedarf demenziell Erkrankter besser zu erfassen und das Leistungsspektrum der gesetzlichen Pflegeversicherung auf solche Personengruppen auszuweiten, die bisher kaum oder keinen Anspruch auf Versorgung hatten.¹ Zum anderen wird aber auch das gesamte Leistungsniveau der Pflichtversicherung als zu gering erachtet. Zwar bietet die Pflegepflichtversicherung – im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung – seit jeher keine Vollversicherung an. Sie wurde als Teilleistungsversicherung konzipiert und soll ausschließlich eine pflegerische Grundversorgung absichern. Die Versicherten und ihre Angehörigen müssen deshalb in der Regel für zusätzliche Kosten aufkommen, die nicht durch die Pflichtversicherung abgedeckt sind. Allerdings waren diese privat zu tragenden Anteile an den Pflegekosten bei Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung noch deutlich geringer als heute. In der Öffentlichkeit wird ein zunehmendes Versorgungsrisiko durch Pflegebedürftigkeit wahrgenommen. Nicht zuletzt deshalb sorgen Meldungen über eine steigende Anzahl an Menschen, die aufgrund von Pflegebedürftigkeit Sozialhilfeleistungen in Anspruch nehmen müssen, für großes Aufsehen. Erhielten im Jahr 1998 noch etwas mehr als 220.000 Personen die staatlich finanzierte Hilfe zur Pflege, waren Ende 2012 knapp 340.000 Menschen auf diese Leistung angewiesen (Statistisches Bundesamt, 2014a).

Vor diesem Hintergrund plant die Bundesregierung mit ihrem aktuellen Reformvorhaben, die Leistungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen spürbar auszuweiten und den Pflegebedürftigkeitsbegriff zu überarbeiten (BMG, 2014a). Weil dieses Vorhaben aber über einen höheren Beitragssatz finanziert werden soll, rückt die Frage nach der langfristigen Finanzierbarkeit der Pflegevorsorge in den Mittelpunkt des Interesses. Denn in Zukunft ist aufgrund der Bevölkerungsalterung mit einer Zunahme der Pflegebedürftigen zu rechnen. Gerade der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung stehen deshalb große

¹ Im Folgenden werden die Begriffe „gesetzliche Pflegeversicherung“ und „Pflegepflichtversicherung“ synonym verwendet. Im Rahmen der Versicherungspflicht sind gesetzlich krankenversicherte Personen Mitglied der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung, privat krankenversicherte Personen dagegen in der kapitalgedeckten privaten Pflegepflichtversicherung. Die private Pflegezusatzversicherung steht allen Personen offen und zielt auf den Anteil der Pflegekosten, der nicht durch die verpflichtende Absicherung gedeckt wird.

Herausforderungen bevor. Um eine übermäßige zukünftige Beitragssatzerhöhung abzufedern, will die Bundesregierung einen Pflegevorsorgefonds einrichten und Kapital ansparen. Es stellt sich aber die Frage, ob diese Maßnahme tatsächlich die gewünschte Wirkung erzielt. Oder gibt es andere Optionen, die eine nachhaltigere Finanzierung von Pflege gewährleisten können?

Dazu wird in den folgenden Kapiteln analysiert, wie der Pflegebedarf auch im demografischen Wandel finanziert werden kann. Zunächst wird empirisch beleuchtet, wie sich die absehbare Bevölkerungsalterung auf die Pflegefallzahlen auswirkt (Kapitel 2). Danach werden für die kommenden Jahrzehnte die daraus resultierenden Herausforderungen für die Finanzierung der Pflege simuliert (Kapitel 3). Dabei geht es zum einen darum, mögliche Folgen einer alternden Gesellschaft für die soziale Pflegeversicherung abzuschätzen; zum anderen sind auch Auswirkungen auf die Höhe der privat zu tragenden Pflegekosten zu beachten. Vor diesem Hintergrund werden dann die aktuellen Reformvorhaben der Bundesregierung beurteilt (Kapitel 4). Die Studie schließt mit dem Vorschlag, die Finanzierungslasten der Pflege gerechter zu verteilen und die Vorsorge für den Pflegefall nachhaltig zu organisieren.

2

Demografisch bedingter Anstieg der Pflegefallzahlen

Die Entwicklung der Pflegefallzahlen entscheidet über die Antwort auf die Frage, wie der Finanzierungsbedarf für die Pflege in den nächsten Jahrzehnten aussehen wird. Genau vorhersagen lassen sich die Pflegefallzahlen der Zukunft nicht. Es ist aber zumindest möglich, auf Grundlage ihrer bisherigen Entwicklung Szenarien zu entwerfen und damit eine plausible Richtung aufzuzeigen, die ihre zukünftige Entwicklung nehmen kann.

2.1 Der Pflegebedarf seit den 1990er Jahren

Datenbasis

Die bisherige Entwicklung der Pflegefallzahlen seit den 1990er Jahren kann mithilfe zweier Quellen abgebildet werden: der Statistik der sozialen Pflegeversicherung und der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts. In der jährlich erscheinenden Statistik der sozialen Pflegeversicherung werden allerdings nur die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Pflegekassen zu-

sammengeführt. Weil die soziale Pflegeversicherung aber mit rund 70 Millionen Mitgliedern nur knapp neun Zehntel der Bevölkerung erfasst, können ihre Zahlen das Gesamtbild der Pflegesituation nicht vollständig wiedergeben.

Dagegen basiert die Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts nicht nur auf Daten der Verbände der Pflegekassen, sondern auch auf Angaben des Verbands der Privaten Krankenversicherung zu den Empfängern von Pflegegeldleistungen sowie auf einer Vollerhebung aller ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.² Die Statistik erscheint im zweijährigen Turnus, zuletzt im Jahr 2013 mit den Daten von 2011. Die folgenden Berechnungen beziehen sich auf den aktuell verfügbaren Datenstand.

Bisherige Entwicklung der Pflegefallzahlen

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in Deutschland seit Ende der 1990er Jahre kontinuierlich gestiegen: Waren 1999 noch zwei Millionen Menschen pflegebedürftig, gab es 2011 schon 2,5 Millionen Pflegebedürftige. Gleichzeitig ist seit 1999 auch die deutsche Bevölkerung gealtert. Damals waren insgesamt rund 18,9 Millionen Personen 60 Jahre und älter – also rund 23 Prozent der Gesamtbevölkerung. Bis 2011 nahm diese Zahl auf 21,8 Millionen zu, knapp 27 Prozent der Bevölkerung (Statistisches Bundesamt, 2013a). Dass beide Entwicklungen parallel verlaufen, hängt mit der altersabhängigen Wahrscheinlichkeit zusammen, pflegebedürftig zu werden.

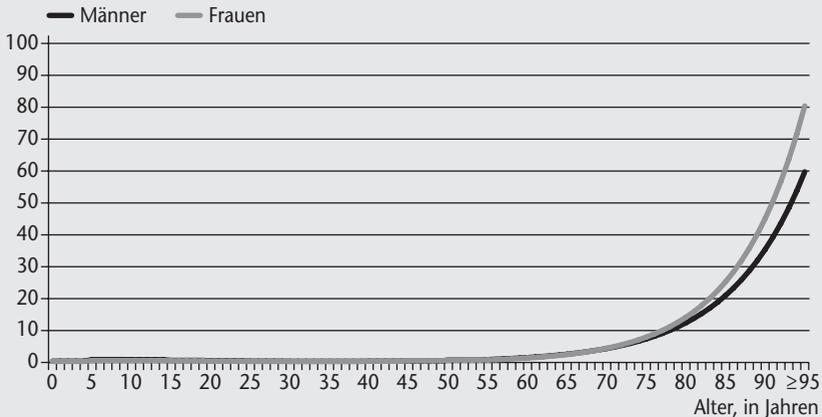
Das altersbezogene Pflegefallrisiko wird üblicherweise über die sogenannte Prävalenz definiert, den Anteil der Pflegebedürftigen an allen Personen eines Alters. Allerdings liegen für die Pflegebedürftigen seitens des Statistischen Bundesamts nur Daten nach Altersgruppen vor. Für die Darstellung des Status quo würde es zwar ausreichen, mit Gruppen zu operieren, die in Fünfjahresintervallen abgegrenzt werden. Weil aber zu einem späteren Zeitpunkt auch der Zusammenhang zwischen einer steigenden Lebenserwartung und der Entwicklung der Prävalenz modelliert werden soll, wird bereits an dieser Stelle eine Differenzierung nach einzelnen Jahren vorgenommen. Dazu wird die beobachtete Pflegefallhäufigkeit mittels einer Exponentialfunktion geschätzt. Weil die Prävalenz bis zu einem Alter von 54 Jahren unter 1 Prozent liegt und kaum variiert, wird im Folgenden für die jüngere Bevölkerung auf eine Differenzierung der Prävalenzen nach Altersjahren verzichtet. Für alle Personen ab 55 Jahren liefert die Schätzfunktion dagegen Werte für jedes Alter.

² Doch selbst die Vollerhebung ist nicht lückenlos. Nicht erfasst sind behinderte Menschen, die in vollstationären Einrichtungen pflegerische Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a Sozialgesetzbuch (SGB) XI erhalten – im Jahresdurchschnitt von 2013 waren das rund 82.000 Personen (BMG, 2014b).

Prävalenz nach Alter und Geschlecht

Abbildung 1

Anteil der Pflegefälle im Jahr 2011, in Prozent der jeweiligen Bevölkerungsgruppe



Werte bis zu einem Alter von 54 Jahren laut Pflegestatistik, ab einem Alter von 55 Jahren laut IW-Schätzung;

Männer: $y = 0,0028e^{0,1046x}$, Frauen: $y = 0,007e^{0,1157x}$.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2013a; 2014b; eigene Berechnungen

Es zeigt sich, dass die Pflegewahrscheinlichkeit gerade mit sehr hohem Alter stark steigt (Abbildung 1). Dabei liegen die Prävalenzen der Frauen im höheren Alter deutlich über denen von Männern. Bei 75-jährigen Männern liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei 7,4 Prozent, bei gleichaltrigen Frauen bei 8 Prozent. Bei den 95-jährigen und älteren Frauen beträgt sie 80 Prozent, bei den Männern gleichen Alters hingegen nur 60 Prozent.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern lässt sich damit erklären, dass Frauen aufgrund spezifischer Krankheitsbilder zwar insgesamt länger leben, aber mehr Lebensjahre in gesundheitlicher Beeinträchtigung verbringen (Hoffmann/Nachtmann, 2007, 11; Rothgang et al., 2013, 77 und die dort zitierte Literatur). Eine weitere Ursache könnte darin liegen, dass gegenwärtig ältere Frauen häufiger allein leben als Männer. Im Jahr 2011 waren beispielsweise bei den 80-Jährigen 56 Prozent der Frauen alleinstehend, bei den Männern lediglich 22 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2012). Dies wirkt sich möglicherweise auf das individuelle Antragsverhalten aus. Pflegebedürftige Männer werden gegebenenfalls zunächst von ihren Frauen versorgt, während Frauen ob ihres häufigeren Singlestatus eher gezwungen sind, ambulante oder stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen (Statistisches Bundesamt, 2010, 25). Ein weiterer Grund für den Unterschied könnte auch ein spezifisch weibliches Verhalten bei der Inanspruchnahme von Gesund-

heitsleistungen sein. Denn Frauen fragen im Allgemeinen mehr Gesundheitsleistungen nach als Männer (Hoffmann/Nachtmann, 2007, 12).

Die starke Altersabhängigkeit der Pflegewahrscheinlichkeit hat zur Folge, dass die Anzahl der Pflegefälle insgesamt davon abhängt, wie stark einzelne Altersgruppen, namentlich die Jahre der hochbetagten Lebensphase, besetzt sind. So lässt sich die in der Vergangenheit zu beobachtende Entwicklung der Pflegefallzahlen nahezu vollständig auf die Alterung der Bevölkerung zurückführen. Dies zeigt eine Altersstandardisierung der Pflegefallzahlen. Die altersgruppenspezifischen Pflegequoten von 2011 werden dazu auf die Bevölkerungsstruktur von 1999 übertragen. So lässt sich abbilden, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen entwickelt hätte, wenn die Zusammensetzung der Bevölkerung unverändert geblieben wäre, also beispielsweise die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren nicht größer geworden wäre. Im Jahr 2011 waren tatsächlich 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig im Vergleich zu 2,02 Millionen in 1999. Die altersstandardisierte Zahl für 2011 beträgt hingegen nur 1,99 Millionen Pflegebedürftige. Bei gleichbleibender Bevölkerungsstruktur wären also die Pflegefallzahlen sogar leicht gesunken.³

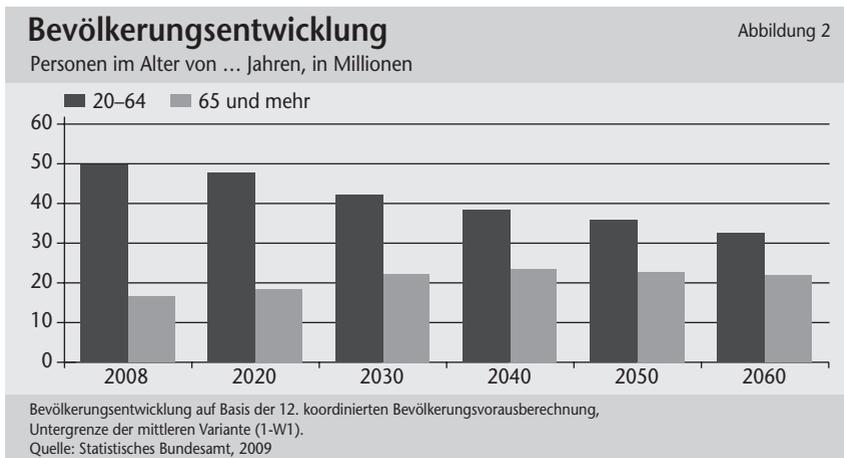
2.2 Steigende Pflegefallzahlen in der Zukunft

Die künftige Entwicklung des Pflegebedarfs hängt nicht nur von demografischen Veränderungen ab. Daneben können auch politische Änderungen der Rahmenbedingungen wie beispielsweise eine Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Einfluss auf die Anzahl der Pflegebedürftigen haben. Änderungen der individuellen Lebensumstände wirken sich ebenfalls auf die Pflegefallzahlen aus, beispielsweise wenn sich aufgrund eines höheren Anteils alleinlebender Älterer das Antragsverhalten der Versicherten ändert. Je mehr Faktoren aber in einem Prognosemodell berücksichtigt werden, umso fehleranfälliger wird dessen Ergebnis. Denn es sind dann nicht nur Annahmen darüber zu treffen, wie die einzelnen Faktoren die Pflegefallzahlen beeinflussen, sondern auch darüber, wie sie sich selbst in Zukunft entwickeln werden. Die Treffgenauigkeit erhöht sich also nicht mit zunehmender Komplexität. Deshalb wird im Folgenden ausschließlich der Einfluss der demografischen Entwicklung auf die zukünftigen Pflegefallzahlen simuliert. So lässt sich ein Wirkungszusammenhang in einer alternden Bevölkerung analysieren, ohne den Anspruch zu erheben, eine möglichst exakte Vorhersage der Zukunft abzubilden.

³ Zwar ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der Anzahl der Pflegebedürftigen von 2011 mit jenen in den Vorjahren gegeben (Statistisches Bundesamt, 2013b, 7 und 25). Vermutlich aufgrund von Änderungen in den Abläufen der Pflegekassen ist der Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren überzeichnet. Dies ändert jedoch nichts an der qualitativen Aussage eines leichten Rückgangs der altersstandardisierten Pflegefallzahlen.

Demografisch bedingter Anstieg der Pflegefallzahlen

Vor allem aufgrund der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge werden künftig immer mehr Menschen in einem höheren oder hochbetagten Alter leben. Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamts werden im Jahr 2020 rund 18,7 Millionen Menschen in Deutschland 65 Jahre und älter sein – im Jahr 2008 waren es 16,7 Millionen (Abbildung 2). Verläuft der Anstieg bis zu diesem Zeitpunkt noch relativ moderat, so beschleunigen die älter werdenden Mitglieder der Babyboom-Generationen den Anstieg. Bis zum Jahr 2030 kommen noch einmal 3,6 Millionen ältere Menschen hinzu. 2040 erreicht die Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen mit 23,7 Millionen ihren Höhepunkt und bleibt selbst im Jahr 2050 mit etwa 23 Millionen stark besetzt.



Hinzu kommt, dass die Bevölkerung insgesamt schrumpfen wird – das ergibt sich zumindest nach den Annahmen, die das Statistische Bundesamt für die im Weiteren zugrunde gelegte Untergrenze der mittleren Variante ihrer Bevölkerungsvorausberechnung trifft (Übersicht 1). Demnach ist mit einer Abnahme des Bevölkerungsstands um 27 Prozent bis zum Jahr 2060 zu rechnen.

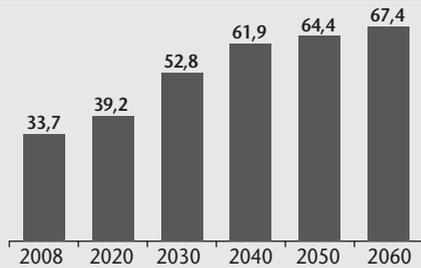
Annahmen zur Bevölkerungsentwicklung Übersicht 1

Variante der Vorausberechnung	Geburtenhäufigkeit	Lebenserwartung bei Geburt in 2060	Wanderungssaldo
Mittlere Bevölkerung, Untergrenze (Variante 1-W1)	Annähernd konstant bei 1,4 Kindern je Frau	Gegenüber dem Jahr 2008 plus 7,8 auf 85,0 Jahre für Jungen, plus 6,8 auf 89,2 Jahre für Mädchen	100.000 Personen pro Jahr ab 2014

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009

Bevölkerungsalterung Abbildung 3

Auf 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren kommen so viele Personen im Alter von 65 und mehr Jahren



Bevölkerungsentwicklung auf Basis der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Untergrenze der mittleren Variante (1-W1).

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2009

gegenüber dem Ausgangswert verdoppelt (Abbildung 3).

Bevor nun die Entwicklung der Pflegefallzahlen aus Prävalenz und Bevölkerungsalterung berechnet werden kann, ist noch eine weitere Überlegung anzustellen: Denn das altersbezogene Pflegefallrisiko selbst kann durch einen der drei demografischen Trends, die steigende Lebenserwartung, beeinflusst werden. Lag beispielsweise die Restlebenserwartung einer im Jahr 2011 lebenden 65-jährigen Frau bei gut 21 Jahren, wird sie für eine in 2030 lebende 65-Jährige auf über 22 Jahre und für eine Frau desselben Alters im Jahr 2060 auf 24 Jahre geschätzt (Statistisches Bundesamt, 2011). Darüber, wie sich eine gestiegene Lebenserwartung auf die Pflegeprävalenz auswirkt, existieren widerstreitende Hypothesen.

Nach der sogenannten **Medikalisierungsthese** (zurückgehend auf Gruenberg, 1977) werden die gewonnenen Lebensjahre überwiegend in Pflegebedürftigkeit verbracht. Die altersspezifischen Pflegequoten würden demnach konstant bleiben, aber alle hinzugewonnenen Jahre am Lebensende mit zusätzlichem Pflegebedarf verbunden sein. Nach der **Kompressionsthese** geht eine verlängerte Lebenserwartung hingegen mit einem Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit einher, das heißt, die altersspezifischen Pflegequoten verschieben sich in höhere Altersgruppen. Dabei kann weiter unterschieden werden, ob die absolute Anzahl der Jahre, die in Pflegebedürftigkeit verbracht werden, mit steigender Lebenserwartung konstant bleibt (Manton et al., 1995) oder sogar zurückgeht (Fries, 1980; 1989; 2000). Einen Kompromiss der beiden Thesen bieten Kane et al. (1990), die annehmen, dass die Mehrheit

Drei demografische Trends – die steigende Lebenserwartung, eine nicht bestandserhaltende Geburtenrate und die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge – führen damit zu einer drastischen Veränderung des Verhältnisses von älteren Personen zu jüngeren. Kamen im Jahr 2008 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 64 Jahren rund 34 ältere Personen ab 65 Jahren, werden es im Jahr 2030 nahezu 53 Ältere sein. Bis zum Jahr 2060 hat sich der Altenquotient dann

der Menschen mit zunehmendem Lebensalter zwar gesünder lebt, ein Teil jedoch die gewonnenen Lebensjahre vollständig in Krankheit beziehungsweise in Pflegebedürftigkeit verbringt. Dadurch erhöht sich das durchschnittliche Morbiditätsniveau (Bi-Modalitätsthese).

Zweifel an der Medikalisierungsthese

Übersicht 2

Um bestimmen zu können, wie sich eine steigende Lebenserwartung auf die Pflegebedürftigkeit auswirkt, bedarf es unter methodischen Gesichtspunkten idealerweise einer Längsschnittanalyse. Notwendig ist dazu ein Datensatz mit einer hinreichenden Anzahl von Personen, die möglichst über den gesamten Lebenslauf, mindestens aber über längere Phasen bis ins hohe Alter, beobachtet wurden. Solche kohortenspezifischen Längsschnittdaten liegen für Deutschland gegenwärtig jedoch nicht in dem Umfang vor, der nötig wäre, um die Medikalisierungs-, Kompressions- respektive Bi-Modalitätsthese empirisch überprüfen zu können.

Viele Studien befassen sich zwar mit der Frage, wie sich eine steigende Lebenserwartung auf die Morbidität, die Krankheitshäufigkeit, auswirkt. Aber auch diese Forschungen ergeben kein abschließendes Ergebnis (für einen Überblick vgl. Przywara, 2010, 18 ff.; Comas-Herrera et al., 2003, 167 f.). Zudem sind Morbidität und Pflegefallrisiko nicht identisch. Denn Krankheit kann zwar, muss aber nicht zwangswise zu Pflegebedürftigkeit führen. So ist beispielsweise eine an Diabetes erkrankte Person in der Regel nicht in erheblichem Maß auf Hilfe im Alltag angewiesen. Im Gegensatz zum Erkrankungsrisiko ist die Studienlage zum Pflegefallrisiko dürtiger. Eine von Unger et al. (2011) durchgeführte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich sowohl die Jahre frei von als auch die Jahre in Pflegebedürftigkeit mit gestiegener Lebenserwartung ausgedehnt haben. Es zeigt sich somit keine vollständige Kompression der in Pflegebedürftigkeit zugebrachten Jahre. Zudem liefert das Ergebnis auch keinen Hinweis auf eine Medikalisierung, sondern entspricht eher der Bi-Modalitätsthese.

Immerhin lassen weitere Beobachtungen Zweifel an der Medikalisierungsthese für die Pflegebedürftigkeit begründet erscheinen. So deutet die altersstandardisierte Zahl der Pflegebedürftigen bisher nicht auf eine Medikalisierung. Zu beobachten ist, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen gesunken wäre, wenn die Bevölkerungsstruktur aus dem Jahr 1999 zugrunde gelegt wird. Auch hier werden zwar nur Querschnittdaten verglichen. Bei einer zunehmenden Anzahl von älteren Menschen und einer gestiegenen Lebenserwartung müsste aber bei Zutreffen der Medikalisierungsthese ein Anstieg der Pflegebedürftigen erkennbar sein.

Zwar könnten auch institutionelle Faktoren einen Rückgang der Pflegefälle erklären. Allerdings hat zum Beispiel die Zahl der Erstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bis einschließlich 2007 nicht massiv zugenommen. Gleichzeitig ist die Ablehnungsquote seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung relativ konstant geblieben. Erst mit der Einführung der sogenannten „Pflegestufe 0“⁴ sind die Zahl der Erstbegutachtungen und die Ablehnungsquote in den Jahren 2008 und 2009 sprunghaft angestiegen. Danach verblieben beide Indikatoren jedoch wieder auf einem relativ konstanten Niveau (MDK, 2014).

Auf Grundlage der vorhandenen Daten- und Studienlage kann daher davon ausgegangen werden, dass die Medikalisierungsthese bei Pflegebedürftigkeit eher nicht zutrifft.

Eigene Darstellung

⁴ Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 wurde auch Versicherten, die nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, aber laut Begutachtung durch den MDK in ihrer Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind, ein Leistungsanspruch eingeräumt.

Bisher konnte empirisch noch nicht eindeutig gezeigt werden, welche dieser Thesen tatsächlich zutrifft (Übersicht 2; Enquête-Kommission, 2002, 184; Fetzer/Raffelhüsch, 2005, 261; Henke/Reimers, 2006, 11). Den möglichen Auswirkungen einer längeren Lebenserwartung wird deshalb in drei Szenarien Rechnung getragen (Übersicht 3). Die folgenden Berechnungen basieren in allen Varianten auf der aktuellen Pflegestatistik und daher auf der bestehenden Definition von Pflegebedürftigkeit. Nicht berücksichtigt sind deshalb Personen, die gegenwärtig in privaten Haushalten gepflegt werden, ohne Leistungen aus der Pflegeversicherung zu erhalten. Nicht berücksichtigt sind ebenfalls Personen der sogenannten Pflegestufe 0 (§ 45a SGB XI), das heißt Personen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf beispielsweise aufgrund demenzieller Erkrankungen (Statistisches Bundesamt, 2010, 27). Auf Basis der Pflegestatistik werden die oben bereits dargestellten Pflegewahrscheinlichkeiten differenziert nach Alter und nach Geschlecht auf die veränderte Bevölkerungsstruktur der Jahre bis 2060 übertragen. Zur Bestimmung der Bevölkerungsstruktur wird die Variante „mittlere Bevölkerung, Untergrenze“ der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (2009) verwendet.

In einem **pessimistischen Szenario** wird angenommen, dass eine gestiegene Lebenserwartung keinen Einfluss auf die altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit haben wird und demnach gewonnene Lebensjahre überwiegend in Pflegebedürftigkeit verbracht werden (Medikalisierung). Berechnet wird dieses Szenario, indem die altersbezogenen Prävalenzen, die für das Jahr 2011 geschätzt wurden, auf die Bevölkerungsstruktur der nächsten Jahrzehnte übertragen werden.

In einem **moderaten Szenario** wird eine gemäßigte Kompression abgebildet. Die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegequoten werden entsprechend der gestiegenen Lebenserwartung, die jeweils den Generationensterbetafeln des Statistischen Bundesamts (2011) entnommen sind, in höhere Altersjahre verschoben. Berücksichtigt werden allerdings nur die 55-Jährigen und Älteren. Für die Personen, die jünger als 55 Jahre sind, wird angenommen, dass sich die Pflegewahrscheinlichkeit nicht mit einer gestiegenen Lebenserwartung ändert.

Das **optimistische Szenario** folgt einer sehr starken Variante der Kompressions- these, die für den Fall einer steigenden Lebenserwartung eine gesündere Lebens- weise unterstellt. Operationalisiert wird diese These, indem die altersspezifischen Pflegequoten der 55-Jährigen und Älteren um das Zweifache der verlängerten altersspezifischen Restlebenserwartung verschoben werden. Ein gewonnenes Lebensjahr führt demnach dazu, dass die Pflegewahrscheinlichkeit um zwei

Pflegefallszenarien

Übersicht 3

Annahmen zur Dauer der Pflegebedürftigkeit bei steigender Lebenserwartung

Pessimistisches Szenario: Medikalisierung	Moderates Szenario: gemäßigte Kompression	Optimistisches Szenario: starke Kompression
Zusätzliche Lebensjahre werden vollständig in Pflegebedürftigkeit verbracht	Zusätzliche Lebensjahre werden frei von Pflegebedürftigkeit verbracht	Mehr als die zusätzlichen Lebensjahre werden frei von Pflegebedürftigkeit verbracht
Dauer der Pflegebedürftigkeit nimmt zu	Dauer der Pflegebedürftigkeit bleibt konstant	Dauer der Pflegebedürftigkeit reduziert sich
Altersspezifisches Pflegefallrisiko bleibt konstant	Altersspezifisches Pflegefallrisiko wird entsprechend gestiegener Restlebenserwartung in höhere Altersjahre verschoben	Altersspezifisches Pflegefallrisiko wird um das Doppelte der gestiegenen Restlebenserwartung in höhere Altersjahre verschoben

Eigene Darstellung

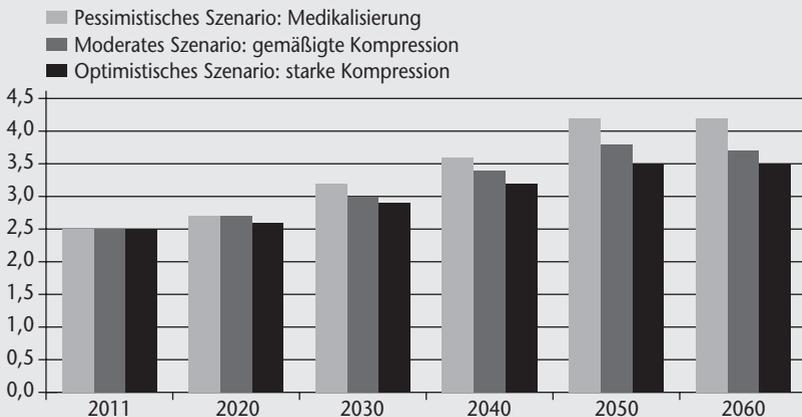
Jahre nach hinten verschoben wird. Nicht abgebildet wird die Bi-Modalitätsthese. Die Effekte dieser These liegen zwischen denen des pessimistischen (Medikalisierung) und des moderaten Szenarios (gemäßigte Kompression).

In allen Szenarien nimmt die Anzahl der Pflegebedürftigen bis ins Jahr 2060 stark zu (Abbildung 4). Selbst in dem optimistischen Szenario führt allein der Anstieg des Bevölkerungsanteils der über 64-Jährigen zu einem

Entwicklung der Pflegefallzahlen

Abbildung 4

in Millionen

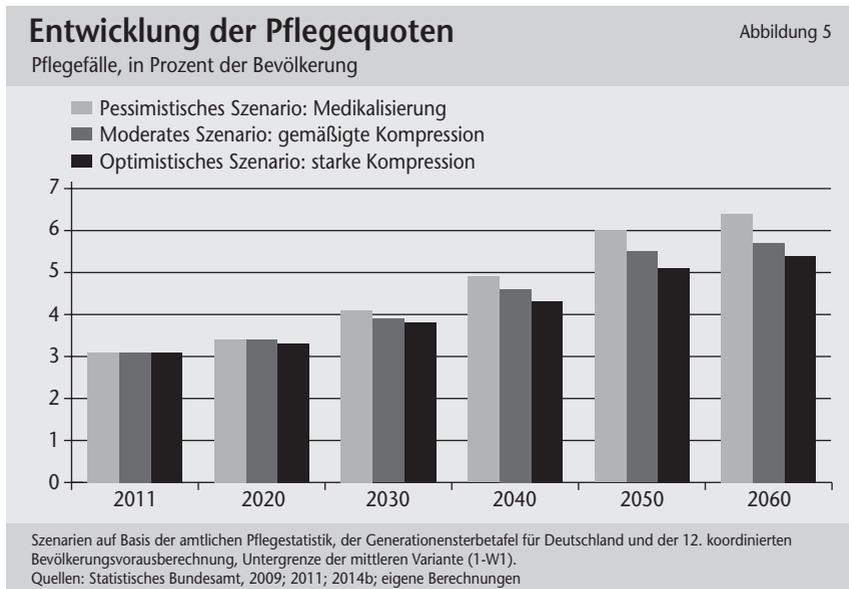


Szenarien auf Basis der amtlichen Pflegestatistik, der Generationensterbetafel für Deutschland und der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Untergrenze der mittleren Variante (1-W1).

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2009; 2011; 2014b; eigene Berechnungen

Anstieg der Pflegebedürftigen von 2,5 Millionen im Jahr 2011 auf zunächst 2,9 Millionen im Jahr 2030 und danach weiter bis auf 3,5 Millionen in den Jahren 2050 und 2060. Das pessimistische Szenario führt erwartungsgemäß zu den höchsten Pflegefallzahlen: 3,2 Millionen in 2030 und 4,2 Millionen in 2050 und 2060. Der stärkste Zuwachs erfolgt in allen drei Szenarien nach 2020 bis zum Jahr 2050. Bis zu diesem Zeitpunkt wird eine kontinuierliche Zunahme der mindestens 80-Jährigen, also der Jahrgänge mit den höchsten Pflegewahrscheinlichkeiten, prognostiziert. Danach sind Jahrgänge der dann mindestens 80-Jährigen wieder etwas schwächer besetzt, was sich aber nur in einem leichten Rückgang der absoluten Pflegefallzahlen bemerkbar macht.

Da aber nicht nur die Anzahl der älteren Menschen zunimmt, sondern die Bevölkerung insgesamt schrumpft, steigt in allen drei Szenarien der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung. Im Ausgangsjahr 2011 betrug er gut 3 Prozent. Im pessimistischen Szenario wird er sich auf 4,1 Prozent in 2030 und weiter auf gut 6,4 Prozent in 2060 erhöhen. Im optimistischen Szenario liegt die Pflegefallquote 2030 bei 3,8 Prozent und steigt auf 5,4 Prozent im Jahr 2060 (Abbildung 5).



3

Herausforderungen für die Finanzierung der Pflege

Höhere Pflegefallzahlen müssen nicht zwangsläufig ein gesellschaftliches Problem darstellen. Für die private, kapitalgedeckte Pflegeversicherung beispielsweise stellt eine Zunahme an Pflegebedürftigen keine dem Umlageverfahren vergleichbare Herausforderung dar. In diesem System sorgt jede Alterskohorte durch risikoäquivalente Versicherungsprämien für ihr künftiges Risiko selbst vor. Risikoäquivalent bedeutet in diesem Fall nicht zwingend eine Differenzierung nach individuellen Gesundheitsrisiken. Für eine demografieunabhängige Absicherung im Kapitaldeckungsverfahren reicht es aus, dass die Personen einer Kohorte für das für ihre Altersgruppe durchschnittliche Risiko vorsorgen.⁵ Dann haben die Größe der jeweiligen Versicherten-generation und damit die unterschiedlich starke Besetzung einzelner Jahrgänge keinen Einfluss auf die Versicherung.

Steigende Pflegefallzahlen werden jedoch dann ein Problem, wenn aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen Kosten für Dritte entstehen. Aufgrund der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung im Umlageverfahren ist dies der Fall. Zunehmende Pflegefallzahlen führen bei unverändertem individuellen Leistungsanspruch zu einem höheren Finanzierungserfordernis. Betrachtet man die lebenslang zu entrichtenden Beitragszahlungen, dann wird deutlich, dass die Mitglieder der jüngeren Generationen ohne Reformen mit höheren Zahlungen belastet werden als die jeweils älteren Jahrgänge. Gleichzeitig ist die gesetzliche Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung konzipiert. Die im Pflegefall anfallenden Kosten werden nicht vollständig gedeckt. Deshalb sind bei steigenden Pflegefallzahlen mittelbar auch Folgen für die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege zu beachten. Ob und wie Pflegebedürftige in Zukunft für den privat zu tragenden Finanzierungsanteil an den Pflegekosten vorsorgen, kann die Wahrscheinlichkeit maßgeblich beeinflussen, im Fall der Fälle auf die staatliche Hilfe zur Pflege angewiesen zu sein. Im Mittelpunkt der folgenden Untersuchungsschritte stehen deshalb die finanziellen Konsequenzen, die sich aus dem zu erwartenden Anstieg der Pflegefallzahlen ergeben.

⁵ Der Begriff Kapitaldeckung wird im Folgenden verwendet, um den Gegensatz zum Umlageverfahren kenntlich zu machen. Genauer wäre der Begriff Anwartschaftsdeckungsverfahren, der zum Ausdruck bringt, dass die Kapitalbildung zweckgebunden mit Blick auf den zu einem späteren Zeitpunkt zu erwartenden Schadensausgleich erfolgt.

3.1 Finanzierungslücke in der sozialen Pflegeversicherung

In der sozialen Pflegeversicherung sind knapp 90 Prozent der deutschen Bevölkerung versichert. Änderungen in der Bevölkerungsstruktur wirken sich somit in ähnlicher Weise auch auf die Versichertenstruktur aus. In der sozialen Pflegeversicherung wird davon aber nicht nur die Ausgabenseite tangiert. Weil sie im Umlageverfahren organisiert ist und über lohnbezogene Beiträge finanziert wird, können sich solche Veränderungen auch unmittelbar auf der Einnahmenseite auswirken.

Die Folgen des demografischen Wandels für die soziale Pflegeversicherung werden im Folgenden in einem einfachen Modell simuliert. Auf der Grundlage von Status-quo-Bedingungen wird berechnet, welche Änderungen sich allein durch die absehbaren demografischen Veränderungen in der Versichertenstruktur ergeben – ungeachtet institutioneller Änderungen zum Beispiel infolge eines überarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriffs, ungeachtet möglicher Kostensteigerungen durch eine zunehmende Professionalisierung oder zum Beispiel infolge einer weiteren Verknappung der Pflegefachkräfte. Vereinfacht gesprochen, zeigt die Simulation, welche Konsequenzen sich für die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ergäben, wenn die Bevölkerung des Jahres 2030 oder 2050 zu heutigen Bedingungen versorgt werden müsste.

Entwicklung der Ausgaben

Bei unveränderten Leistungsansprüchen führt eine Zunahme der Pflegefallzahlen zwangsläufig zu höheren Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung. Um den Einfluss der demografischen Änderungen auf die Ausgabenentwicklung zu simulieren, werden die drei Szenarien zur Entwicklung der Pflegefallzahlen zugrunde gelegt. Angenommen wird, dass die Anzahl der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung mit derselben Rate zunimmt wie die allgemeinen Pflegefallzahlen. Gerechnet wird mit konstanten Pflegekosten pro Kopf⁶, wobei die von der Bundesregierung für das Jahr 2015 angekündigten Leistungssatzanhebungen (Bundesregierung, 2014) eingepreist werden. Nicht berücksichtigt sind hingegen die im Rahmen des aktuellen Gesetzesvorhabens beabsichtigten zusätzlichen Leistungen unter anderem für demenziell Erkrankte. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen

⁶ Die durchschnittlichen Pflegekosten im Rahmen der Pflegepflichtversicherung werden weder in der Statistik der sozialen Pflegeversicherung noch in der Pflegestatistik dokumentiert und müssen berechnet werden. Weil die Statistik der sozialen Pflegeversicherung den Leistungsbezug nicht gleichzeitig nach Einzelleistungen und Alter aufschlüsselt, wird hier die Pflegestatistik für die Berechnung von Pflegekosten zugrunde gelegt. Damit wird implizit unterstellt, dass sich die Leistungsanspruchnahme der Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung nicht entscheidend von der Gesamtheit der Pflegebedürftigen unterscheidet.

lässt sich auf der Datenbasis Stand 2011 nicht verlässlich berechnen. Ebenso wenig erlauben die Angaben im aktuellen Gesetzesentwurf eine fundierte Schätzung der Inanspruchnahme neuer Leistungszusagen. Neben dem Einfluss neuer Leistungsversprechen bleiben auch Ausgabeneffekte unberücksichtigt, die durch eine mögliche zunehmende Professionalisierung der Pflege entstehen können (stellvertretend Enste/Pimpertz, 2008). Auch lassen sich allenfalls Szenarien entwickeln, aber keine Prognosen treffen. Ferner impliziert das methodische Vorgehen (die Simulation zu Status-quo-Bedingungen), dass Leistungssätze nicht infolge überdurchschnittlich stark steigender Pflegekosten real entwertet werden (Übersicht 4).

Preissteigerungen im Pflegesektor

Übersicht 4

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass die Preissteigerungen im Pflegesektor oberhalb der allgemeinen Preissteigerungen liegen. Begründet wird dies damit, dass Pflegedienstleistungen arbeitsintensiv sind. Damit ist das Potenzial zur Produktivitätssteigerung begrenzt. In anderen Wirtschaftssektoren hingegen, besonders in solchen, die kapitalintensiv produzieren, ist das Potenzial für Produktivitätssteigerungen in der Regel höher. Geht man nun davon aus, dass die Bruttolohnentwicklung der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung folgt, und nimmt man des Weiteren in den Blick, dass der Pflegesektor mit anderen Branchen um Arbeitskräfte konkurriert, ist davon auszugehen, dass die Lohnkosten im Pflegewesen mittelfristig stärker zunehmen als die Produktivitätsentwicklung in diesem Sektor. Damit kommt es – alle anderen Faktoren unverändert – zu einer Preissteigerung von Pflegeleistungen, die über der allgemeinen Preisentwicklung liegt (Baumol, 1967; Pomp/Vujčić, 2008).

Eigene Darstellung

Demnach legen die simulierten Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung im optimistischen Szenario von 21,9 Milliarden Euro im Jahr 2011 zunächst noch moderat auf 26,2 Milliarden Euro im Jahr 2030 zu (Tabelle 1). Bis zum Jahr 2050 beschleunigt sich das allein demografisch bedingte Ausgabenwachstum auf dann 33,7 Milliarden Euro. Im pessimistischen Szenario fällt diese Zunahme erwartungsgemäß noch stärker aus – die Ausgaben liegen hier im Jahr 2030 bereits bei 28,5 Milliarden Euro und legen danach bis zum Jahr 2050 bis auf 37,9 Milliarden Euro zu. Anders als in den beiden günstigen Varianten erhöhen sich die Ausgaben auch nach 2050 weiter, wenn man die Annahmen der Medikalisierungsthese unterstellt.

Demografische Einflüsse auf der Einnahmenseite

In der umlagefinanzierten Pflegeversicherung wirkt sich die Bevölkerungsalterung aber nicht nur auf die Ausgabenseite aus. Auch die Einnahmenseite ist betroffen. Nimmt der Anteil der Rentner in der Versichertengemeinschaft

Demografisch bedingte Ausgabenentwicklung

Tabelle 1

Szenarien für die soziale Pflegeversicherung, in Milliarden Euro

Jahr	Pessimistisches Szenario: Medikalisierung	Moderates Szenario: gemäßigte Kompression	Optimistisches Szenario: starke Kompression	Beitrags-einnahmen
2011	21,9	21,9	21,9	22,2
2020	24,1	23,9	23,2	25,2
2030	28,5	27,3	26,2	24,5
2040	32,4	30,1	29,5	23,5
2050	37,9	34,7	33,7	22,2
2060	38,5	34,4	32,9	20,6

Quellen: BMG, 2012; 2014c; 2014d; Bundesversicherungsamt, 2013b; Statistisches Bundesamt, 2009; 2011; 2014b; eigene Berechnungen

zu, sinken allein dadurch die zu erwartenden Pro-Kopf-Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung – sofern Beitragssatz und Renteneintrittsalter konstant bleiben und die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen der erwerbstätigen Mitglieder und Rentner nicht variieren. Denn es sind zwar alle Versicherten bis zu ihrem Lebensende beitragspflichtig; aber die beitragspflichtigen jährlichen Pro-Kopf-Einnahmen eines Rentners sind mit durchschnittlich 13.000 Euro nur halb so hoch wie die eines Erwerbstätigen mit 26.600 Euro (Bundesversicherungsamt, 2013a; eigene Berechnungen).

Die Entwicklung der Einnahmen wird auf Basis der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 2011 (Bundesversicherungsamt, 2013b) und der Versicherungszahlen im selben Jahr (BMG, 2012) geschätzt. Angenommen wird, dass sich das Verhältnis zwischen Erwerbstätigen und Rentnern in der sozialen Pflegeversicherung zunächst bis zum Jahr 2020 mit dem Verhältnis der 20-Jährigen zu den 65-Jährigen und danach mit dem Verhältnis der 20- zu den 67-Jährigen in der Gesamtbevölkerung ändert. Implizit wird damit sowohl die Erwerbsbeteiligung als auch die Erwerbstätigenstruktur konstant gehalten. Die Simulation bildet also ausschließlich ab, wie sich die Bevölkerungsalterung auf die Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung unter ansonsten gleichen Bedingungen auswirkt. Eingerechnet ist lediglich die von der Bundesregierung angekündigte Beitragssatzerhöhung um insgesamt 0,5 Prozentpunkte, die ab 2015 in zwei Schritten vollzogen werden soll. Da nach wie vor Kinderlose einen höheren Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung leisten müssen, wird mit einem gewichteten Beitragssatz gerechnet. Dabei wird vereinfachend angenommen, dass sich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Versicherten mit und ohne Kinder in Zukunft nicht ändert.

Zunächst steigen die simulierten Beitragseinnahmen von 22,2 Milliarden Euro im Jahr 2011 auf 25,2 Milliarden Euro im Jahr 2020 (vgl. Tabelle 1). Dieser Effekt ist jedoch ausschließlich der geplanten Beitragssatzerhöhung geschuldet, die kurzfristig den bis dahin zu erwartenden leichten Rückgang der Erwerbstätigen kompensieren kann. Bereits 2030 liegen die Einnahmen nur noch bei 24,5 Milliarden Euro und gehen bis 2050 wieder auf ihr Ausgangsniveau von 22,2 Milliarden Euro zurück – trotz des erhöhten Beitragsatzes.

Zukünftige Finanzierungslücke

Auch unter den stark vereinfachenden Annahmen verdeutlicht die Simulation, dass die soziale Pflegeversicherung allein durch die Bevölkerungsalterung immer mehr in Bedrängnis gerät. Durch wachsende Pflegefallzahlen erhöhen sich die Ausgaben – selbst wenn die Menschen im Schnitt gesünder würden. Gleichzeitig sinken die Beitragseinnahmen aufgrund des größer werdenden Rentneranteils. Beide Entwicklungen provozieren eine immer größere Finanzierungslücke in der sozialen Pflegeversicherung (Tabelle 2). Zeigt sich für 2020 noch ein positiver Finanzierungssaldo, so ergibt sich für die Folgejahrzehnte eine zunehmende Finanzierungslücke, die im Jahr 2050 auf 11,5 Milliarden Euro beziehungsweise 15,7 Milliarden Euro anwächst.

Die Simulation liefert dabei noch eher optimistische Ergebnisse, weil weder die Entwicklung der Kosten je Pflegefall berücksichtigt wird noch etwaige Veränderungen der beitragspflichtigen Einkommen. Steigen die Pflegefallkosten in Zukunft an – zum Beispiel weil verstärkt professionelle Pflegekräfte eingesetzt, höhere Löhne an das Pflegepersonal gezahlt oder vermehrt Leis-

Entwicklung des Finanzierungssaldos

Tabelle 2

Szenarien für die soziale Pflegeversicherung, in Milliarden Euro

Jahr	Pessimistisches Szenario: Medikalisierung	Moderates Szenario: gemäßigte Kompression	Optimistisches Szenario: starke Kompression
2011	0,3	0,3	0,3
2020	1,1	1,3	2,1
2030	-4,0	-2,8	-1,7
2040	-8,9	-6,7	-6,0
2050	-15,7	-12,4	-11,5
2060	-17,9	-13,8	-12,3

Finanzierungssaldo: Einnahmen abzüglich Ausgaben.

Quellen: BMG, 2012; 2014c; 2014d; Bundesversicherungsamt, 2013b; Statistisches Bundesamt, 2009; 2011; 2014b; eigene Berechnungen

tungen in Anspruch genommen werden –, wird das künftige Ausgabenvolumen durch die Simulation unterschätzt. Auf der Einnahmenseite lassen sich Fehler der Simulation nicht eindeutig vorhersagen. Positiv auf den Finanzierungssaldo könnte sich eine größere Erwerbsquote auswirken – beispielsweise aufgrund einer längeren Lebensarbeitszeit oder einer höheren Vollzeitquote. Umgekehrt schwächt aber bei ansonsten unverändertem Beitragsrecht ein sinkendes durchschnittliches Alterseinkommen die Einnahmenseite.

Folgen einer zukünftigen Finanzierungslücke

Die Folgen einer solchen Entwicklung stellen die Akzeptanz der sozialen Pflegeversicherung auf den Prüfstand. Denn unter unveränderten Rahmenbedingungen bleiben nur zwei Möglichkeiten, auf eine Finanzierungslücke zu reagieren: eine Absenkung des Leistungsniveaus oder eine Anhebung der Beitragssätze. Beides würde die Mitglieder der Generationen treffen, die den geburtenstarken Jahrgängen nachfolgen.

Soll das Leistungsniveau real konstant gehalten werden, sind höhere Beitragssätze vonnöten. Betrachtet man die lebenslang zu zahlenden Beiträge, wird deutlich, dass mit dieser Strategie die jungen Generationen stärker belastet werden. Denn im Umlageverfahren müssen sie den größeren Teil der Ausgaben der älteren Generation finanzieren, ohne aber selbst einen höheren Leistungsanspruch zu erhalten. Umgekehrt könnte man die Beitragsbelastung für einzelne Kohorten möglichst konstant halten – vereinfachend zum Beispiel, indem man den Beitragssatz festschreibt. Dann ergibt sich aus der Bevölkerungsalterung bei gleichzeitig limitierter Beitragseinnahme eine Deckungslücke, die aufgrund des altersabhängigen Pflegefallrisikos für jüngere Generationen höher ausfällt als für ältere Personen.

Angesichts der Dimension einer möglichen Finanzierungslücke drängt sich die Frage auf, wie weit die Zahlungsbereitschaft der jüngeren Generation für die Kosten der älteren Generation geht – zumal diese Entwicklung nicht nur in der Pflege-, sondern auch in der Kranken- und in der Rentenversicherung droht. Die sich schon jetzt abzeichnende Beitragssatzerhöhung hat außerdem negative Folgen für den Arbeitsmarkt. Da die Beiträge lohneinkommensabhängig erhoben werden, wirken sie für Arbeitnehmer steuerähnlich. Eine Erhöhung der Beiträge provoziert Ausweichreaktionen, beispielsweise in Form von Schwarzarbeit oder einer Arbeitszeitreduktion. Gleichzeitig steigt damit auch die Schwelle für den (Wieder-)Eintritt in den Arbeitsmarkt beispielsweise für beitragsfrei mitversicherte Ehepartner sowie für Arbeitslosengeldempfänger, deren Beiträge durch die Bundesagentur für Arbeit getragen werden.

Darüber hinaus sind die Beiträge zur Pflegeversicherung auch Lohnbestandteile für den Arbeitgeber. Eine Erhöhung der Beitragssätze führt zu einer Lohnkostenerhöhung für den Arbeitgeber, wenn die Bruttolöhne nicht entsprechend abgesenkt werden. Ohne Kompensation erhöht sich in diesem Fall das Entlassungsrisiko vor allem für geringproduktive Arbeitnehmer.

3.2 Anstieg privat zu tragender Pflegekosten

Die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die soziale Pflegeversicherung stellen aber nur einen Teil der Herausforderungen dar. Denn die gesetzliche Pflegeversicherung ist als Teilleistungsversicherung konzipiert. Sowohl die soziale Pflegeversicherung als auch die private Pflegepflichtversicherung decken im Pflegefall nicht alle anfallenden Kosten. Der verbleibende Teil der Pflegekosten muss von den Versicherten aus eigenen Mitteln oder von Angehörigen getragen werden.

Erheblicher Eigenanteil an den Pflegekosten

Um abschätzen zu können, in welchem Umfang Pflegekosten durch die Pflichtversicherung gedeckt werden und welcher Anteil zusätzlich privat zu tragen ist, müssen zunächst altersabhängige Ausgabenprofile erstellt werden, um dann die entsprechenden Versicherungsleistungen gegenüberstellen zu können. Weil aber weder die Statistik der sozialen Pflegeversicherung noch die Pflegestatistik Angaben zu den durchschnittlichen Pflegekosten nach Alter liefern, muss das Ausgabenprofil aus den altersabhängigen Leistungsempfängerzahlen und den Durchschnittskosten für die jeweilige Art der Pflege und Pflegestufe hochgerechnet werden. Dazu sind einige methodische Vorbemerkungen vonnöten:

- Zugrunde liegen die Daten der Pflegestatistik zu den Leistungsempfängern nach Pflegestufen, Art der Pflege (stationär/ambulant) und Alter aus dem Jahr 2011. Dabei können die Pflegekosten respektive Leistungssätze der gesetzlichen Pflegeversicherung für Härtefälle nicht berücksichtigt werden, da die amtliche Statistik hierzu keine Differenzierungen anbietet. Sie werden daher der Pflegestufe III zugeordnet und mit dem niedrigeren allgemeinen Kostendurchschnitt der Pflegestufe bewertet.
- Um die Gesamtkosten für die **stationäre Pflege** zu schätzen, werden der Pflegestatistik 2011 die Entgelte für stationäre Dauerpflege entnommen. Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden nicht berücksichtigt, da nur die Ausgaben für Pflege dargestellt werden sollen. Kosten für Unterkunft und Verpflegung fallen hingegen auch für Nichtpflegebedürftige an.

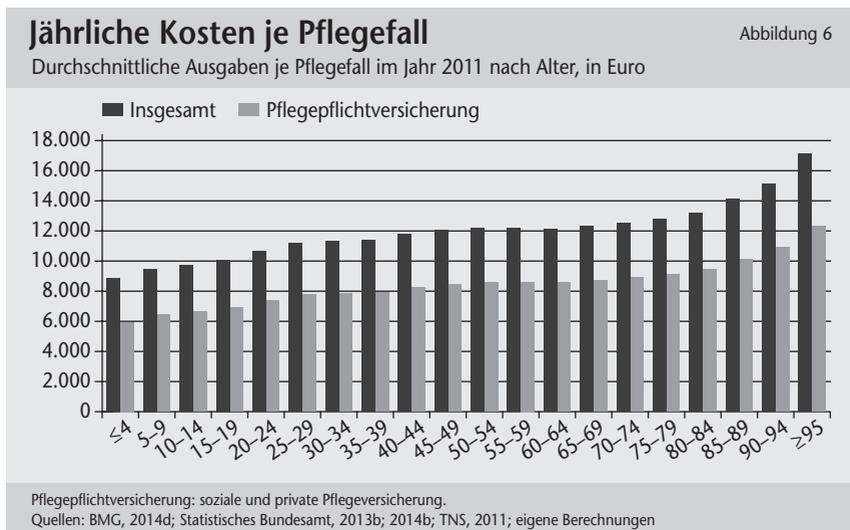
- Unberücksichtigt bleiben die Investitionskosten, die den zu Pflegenden (nach § 82 Abs. 3 SGB XI) in Rechnung gestellt werden können. Laut Statistischem Bundesamt (2014c, 16) liegen sie bei durchschnittlich 367 Euro im Monat. TNS Infratest Sozialforschung weist für 2010 Kosten von durchschnittlich 392 Euro monatlich aus (TNS, 2011, 156). Ob und in welcher Größenordnung diese Kosten anfallen, hängt jedoch zum einen vom Standort der Pflegeeinrichtung ab. Die Bundesländer sind zuständig für die finanzielle Förderung der Investitionskosten von Pflegeheimen (§ 9 SGB XI). Damit unterscheidet sich die Höhe der in Rechnung zu stellenden Beträge von Bundesland zu Bundesland. Zum anderen können sich die betriebsnotwendigen Investitionskosten je nach Einrichtung stark unterscheiden, da sie beispielsweise von der jeweiligen Lage und dem Zustand des Gebäudes abhängig sind. Der Investitionskostenanteil, der den Versicherten in Rechnung gestellt werden kann, schwankt daher stark. Ein bundesweiter Durchschnitt dieser Investitionskosten kann lediglich eine grobe Richtgröße angeben und das Bild der individuell zu tragenden Kosten verzerren. Deshalb wird im Folgenden auf ihren Ausweis verzichtet, auch wenn damit die Kosten für die stationäre Pflege unterschätzt werden.

- Für die Schätzung der Kosten der **ambulanten Pflege** werden die Pflegegeldempfänger, die Empfänger ambulanter Leistungen und die Pflegenden in Kurzzeitpflege im Jahr 2011 betrachtet. Letztere werden dem ambulanten Bereich zugeordnet, da die Kurzzeitpflege auf vier Wochen im Jahr beschränkt ist und nur für den Fall vorgesehen ist, dass häusliche Pflege für einen überschaubaren Zeitraum nicht durchführbar ist. Die Empfänger werden ansonsten im häuslichen Umfeld gepflegt.

- Die ambulanten Pflegekosten werden aufgrund der vorliegenden Zahlen der Pflegegeldempfänger und der Leistungsempfänger von ambulanter Pflege auf Basis der gesetzlichen Leistungssätze für 2011 geschätzt. Für ein genaueres Ergebnis hätte noch nach Empfängern von Kombinationsleistungen beziehungsweise Pflegebedürftigen in teilstationärer Pflege differenziert werden müssen. Diese werden in der Pflegestatistik aber nicht zusätzlich ausgewiesen und können daher nicht berücksichtigt werden. Folglich sind die Zahlen für die Versicherungsausgaben im ambulanten Bereich im Gegensatz zu denen der stationären Pflege tendenziell überschätzt. Denn die Leistungsempfänger von ambulanter Pflege werden im Folgenden mit den vollen Leistungssätzen berücksichtigt. Der Teil der Empfänger, der Kombinationsleistungen in Anspruch nimmt, erhält diese Leistungssätze jedoch nur anteilig und bezieht stattdessen ebenfalls anteilig das günstigere Pflegegeld.

- Des Weiteren werden im ambulanten Bereich die Ausgaben der Versicherungen für Pflegehilfsmittel eingerechnet. Für die privat Versicherten liegen hierzu jedoch keine Angaben vor. Deshalb werden die durchschnittlichen jährlichen Ausgaben für Pflegehilfsmittel pro Pflegefall der gesetzlichen Pflegekassen zugrunde gelegt und es wird angenommen, dass sich die Ausgaben der privaten Pflegeversicherung in der gleichen Größenordnung bewegen.
- Es ist ferner davon auszugehen, dass auch bei der häuslichen Pflege zusätzliche Kosten entstehen, die nicht durch die gesetzliche Pflegeversicherung gedeckt sind. Ihre Höhe ist jedoch schwer zu beziffern, da sie von unterschiedlichen individuellen Faktoren abhängt. Es gibt bisher keine umfassenden empirischen Daten. Aus einer von TNS Infratest Sozialforschung durchgeführten Umfrage (TNS, 2011, 48) ergab sich ein durchschnittlicher Eigenanteil von 247 Euro. Allerdings ist diese Zahl mit Vorsicht zu betrachten. Denn es ist nicht deutlich, welche Kosten die Befragten bei ihrer Antwort berücksichtigt haben. Beispielsweise ist fraglich, wie (und ob) Mittel der Pflegekassen für Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gegengerechnet wurden oder ob Aufwendungen fälschlicherweise der Pflegebedürftigkeit zugerechnet oder umgekehrt nicht berücksichtigt wurden. In Ermangelung alternativer Quellen werden aber im Folgenden die Angaben dieser Umfrage verwendet.

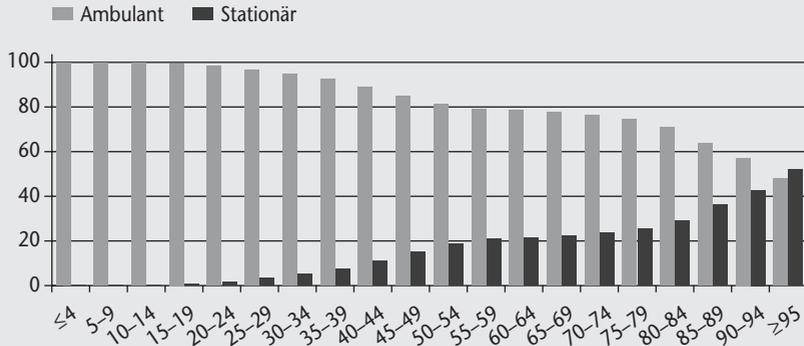
Aus den so berechneten Summen lässt sich für jede Altersklasse ein nach Besetzung der Pflegestufen gewichteter Ausgabendurchschnitt pro Jahr und Pflegefall auf der Basis des Jahres 2011 ermitteln (Abbildung 6). Wie sich



Ambulante und stationäre Pflegefälle

Abbildung 7

im Jahr 2011, in Prozent aller gleichaltrigen Leistungsempfänger



Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung; Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege unter ambulanter Versorgung.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2014b; eigene Berechnungen

zeigt, ist die Selbstbeteiligung an den Pflegekosten nicht zu unterschätzen. In jeder Altersklasse sind etwa ein Drittel der gesamten durch Pflegebedürftigkeit anfallenden Kosten privat zu tragen. Sie liegen in einer Größenordnung von durchschnittlich knapp 3.000 Euro jährlich in den jüngeren Jahrgängen und steigen bis auf gut 4.800 Euro bei den 95-Jährigen und Älteren an.

Bei der Interpretation der Zahlen ist zu beachten, dass es sich um gewichtete jährliche Durchschnittskosten handelt. Im Einzelfall können die Kosten – je nach Pflegestufe und Art der Pflege – deutlich höher liegen. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftigkeit auch über Jahre andauern kann und die absolute Belastung entsprechend zunimmt. Um die daraus resultierenden Kosten tatsächlich abschätzen zu können, wäre eine Betrachtung von Pflegehistorien notwendig. Dazu bedarf es Längsschnittprofile, welche die Dauer des Pflegebedarfs, die Intensität und die Art der Pflege dokumentieren. Diese Längsschnittdaten liegen jedoch nicht vor.

Ein Grund für die hohen Kosten im Alter ist die zunehmende stationäre Unterbringung der Pflegebedürftigen, die höhere Kosten verursacht als die ambulante Pflege. Werden bei den unter 20-Jährigen nahezu 100 Prozent der Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt, sind es bei den 95-Jährigen und Älteren weniger als die Hälfte (Abbildung 7).

Gerade in der stationären Dauerpflege ist der privat zu tragende Kostenanteil besonders hoch (Tabelle 3). So waren beispielsweise im Jahr 2011 für

Kosten stationärer Dauerpflege

Tabelle 3

im Jahr 2011 pro Pflegefall, in Euro

	Pflegestufe		
	I	II	III
Kosten von Pflegeleistungen	16.447	21.758	27.365
Davon:			
Versicherungsanteil	12.276	15.348	18.120
Privat zu tragender Anteil	4.171	6.410	9.245
Kosten für Unterkunft und Verpflegung	7.557	7.557	7.557
Insgesamt privat zu tragende Kosten	11.728	13.967	16.802

Insgesamt privat zu tragende Kosten: privat zu tragender Kostenanteil an den Pflegeleistungen zuzüglich Kosten von Unterkunft und Verpflegung.
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2013b

die Pflegestufe III im Bundesdurchschnitt jährlich rund 9.200 Euro (inklusive Unterkunft und Verpflegung 16.800 Euro) für einen Dauerpflegeplatz aus privaten Mitteln zu finanzieren.

Die vor allem für die stationäre Pflege privat zu tragenden Kosten können den Einzelnen finanziell schnell überfordern. So ist es kein Zufall, dass der Großteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege vollstationär gepflegt wird: 72 Prozent der Leistungsempfänger befanden sich 2012 in der vollstationären Pflege (Statistisches Bundesamt, 2014c). Umgekehrt bezog im Jahr 2011 rund ein Drittel der vollstationär gepflegten Personen Hilfe zur Pflege (Statistisches Bundesamt, 2014a; 2014b).

Gesetzliches Leistungsniveau real entwertet

Der privat zu tragende Pflegekostenanteil war bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 geringer als heute. Nach Einführung der Pflegeversicherung sank der reale Wert der Leistungssätze kontinuierlich. Der Grund dafür ist, dass die Beitragssatzstabilität im Vordergrund der Pflegepolitik stand und deshalb von einer vollständigen Anpassung der Leistungssätze an die Preisentwicklung im Pflegesektor abgesehen wurde. Bis 2008 wurden die Leistungssätze der Versicherung nicht erhöht. Erst mit dem Mitte 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden die Beträge schrittweise angehoben, allerdings primär für die ambulante Pflege, hier letztmalig 2012. Die Sachleistungen für häusliche Pflege wurden bis Januar 2012 je nach Pflegestufe um 8 Prozent (Pflegestufe III) bis 19 Prozent (Pflegestufe II) erhöht. Die Leistungssätze für die vollstationäre Pflege in den Pflegestufen I und II wurden von der Erhöhung ausgenommen. Ihre Leistungssätze sind seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht

Deckungsraten der gesetzlichen Pflegeversicherung

Tabelle 4

in Prozent der Kosten für die stationäre Dauerpflege

Jahr	Pflegestufe		
	I	II	III
1999	88	84	72
2011	75	71	66
2013 ¹	73	69	67

Ohne Kosten für Unterkunft und Verpflegung und ohne Investitionskosten.

¹ Eigene Schätzung.

Quellen: Statistisches Bundesamt, 2001; 2013b; eigene Berechnungen

verändert worden. Nur für die Pflegestufe III wurden die Leistungsbeträge von 1.432 Euro (1.688 Euro für Härtefälle) auf 1.550 Euro (1.918 Euro) zum 1. Januar 2012 angehoben.

Mit der realen Entwertung der Versicherungsleistungen ist demnach der private Finanzierungsaufwand für Pflege seit Einführung der gesetzlichen

Pflegeversicherung gestiegen – besonders für den stationären Bereich. In Tabelle 4 sind die Deckungsraten der gesetzlichen Pflegeversicherung an den durchschnittlichen Pflegekosten für die stationäre Dauerpflege seit 1999 dargestellt. Die geringsten Deckungsraten zeigen sich in Pflegestufe III.

Privater Finanzierungsbedarf steigt in der Zukunft

Sowohl mit der 2012 verabschiedeten Reform der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG) als auch mit der für 2015 geplanten Reform wurden respektive werden die Leistungssätze der gesetzlichen Pflegeversicherung angehoben. Im Jahr 2015 sollen laut dem Gesetzesentwurf die Leistungssätze für alle Pflegestufen um 4 Prozent erhöht werden. Diese Anhebung soll die Entwicklung der Preise von 2011 bis 2014 berücksichtigen (Bundesregierung, 2014, 24). Das bedeutet, dass die Eigenanteile an den Pflegekosten einmalig konstant gehalten werden.

Dass damit die Eigenanteile auch in Zukunft konstant bleiben, ist jedoch keineswegs sicher. Zwar wurde mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz beschlossen, dass die Bundesregierung ab 2014 alle drei Jahre eine Leistungsanpassung prüfen wird (§ 30 SGB XI). Als Orientierungswert soll die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei Kalenderjahre dienen. Gleichzeitig soll der Anstieg der Leistungssätze aber nicht größer sein als die Bruttolohnentwicklung im selben Zeitraum. Damit wird eine Dynamisierung aber unter den Vorbehalt einer Prüfung gestellt und keineswegs regelmäßig und systematisch vorgenommen. Einer möglichen Anhebung wird darüber hinaus eine Obergrenze in Höhe der Bruttolohnentwicklung gesetzt. Sofern Preissteigerungen im Pflegesektor höher ausfallen, gelingt keine Realwertsicherung. Überdurchschnittliche Kostensteigerungen sind im Pflegesektor aber durchaus zu erwarten (vgl. Übersicht 4, Kapitel 3.1).

Der Teilsicherungscharakter der gesetzlichen Pflegeversicherung wird sich aber auch aus anderen Gründen künftig eher noch verstärken:

- So wird ein großer Teil der häuslichen Pflege gegenwärtig von Angehörigen und Ehepartnern übernommen (Runde et al., 2009, 14). Angesichts soziodemografischer Veränderungen scheint es aber fraglich, ob dies in Zukunft noch im gleichen Umfang möglich sein wird. Denn in der Vergangenheit hat die Anzahl der Singlehaushalte deutlich zugelegt. Bislang erfasst dieser Trend vor allem Personen bis zu einem Alter von 64 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2012, 8 und 13; eigene Berechnungen). Setzt sich diese Entwicklung aber bis in die Gruppe der Älteren fort, dann fallen allein aufgrund der unmittelbaren Lebensumstände pflegerische Hilfestellungen im familiären Umfeld aus.
- Außerdem wächst der Anteil kinderloser Frauen und Männer. So lag im Jahr 2012 der Anteil der Frauen ohne Kinder in der Gruppe der 70- bis 75-Jährigen bei 11 Prozent, in der Gruppe der 45- bis 49-Jährigen hingegen bei 20 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2013c, 32).
- Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die in der Vergangenheit gestiegene Mobilität von Arbeitnehmern erhalten bleibt. Mit einem zunehmenden Anteil von Familien, in denen Alte und Junge nicht in räumlicher Nähe leben, sinkt die Wahrscheinlichkeit, Pflege innerhalb der Familie zu organisieren, zusätzlich.
- Schließlich übernehmen bisher hauptsächlich Töchter und Schwiegertöchter die Pflege im familiären Kontext. Bei einer zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen stehen sie in Zukunft jedoch seltener als Pflegepersonen zur Verfügung.

Diese Entwicklungen zusammengenommen führen dazu, dass sich künftig vermutlich immer weniger Pflegebedürftige auf Hilfen durch nahe Angehörige verlassen können. Das wird einen größeren Bedarf an professioneller Pflege und daraus resultierend höhere Kosten der Pflege zur Folge haben. Denn bislang zeichnet sich nicht ab, wie die unentgeltliche Pflege, die durch Angehörige und/oder Ehepartner geleistet wird, in gleichem Ausmaß durch Freunde und Bekannte übernommen werden kann oder ob alternative kostenneutrale Pflegearrangements gefunden werden können (Runde et al., 2009, 13). Die soziodemografischen Veränderungen führen also zu einem größeren Leistungsbedarf, der in einem ersten Schritt an die gesetzliche Pflegeversicherung adressiert werden kann. Sofern es nicht möglich ist, diese zusätzliche, das heißt nicht allein demografisch bedingte Kostensteigerung innerhalb der Pflichtversicherung aufzufangen, führt sie mittelbar zu einem entsprechend höheren privaten Finanzierungsbedarf.

Unzureichendes Niveau an privater Pflegezusatzversicherung?

Die (steigende) individuelle finanzielle Belastung im Pflegefall könnte erwarten lassen, dass die Nachfrage nach einer privaten Pflegezusatzversicherung entsprechend wächst. Sind Menschen bezüglich ihres individuellen Gesundheitszustands und damit auch hinsichtlich ihres Pflegerisikos sowie ihrer zukünftigen Einkommens- und Vermögensposition unsicher, kann der Abschluss einer Versicherung für risikoavers eingestellte Personen vorteilhaft sein. Der Einzelne kann nicht ausschließen, dass er in Zukunft hohe Kosten aufgrund von Pflegebedürftigkeit tragen muss. Demgegenüber bietet eine Versicherung sichere und überschaubare Kosten in Form einer Versicherungsprämie.

Tatsächlich ist die Zahl der abgeschlossenen privaten Pflegezusatzversicherungen zuletzt deutlich angestiegen (PKV, 2013). Mit 2,7 Millionen Versicherungsverträgen erscheint der zusätzliche Sicherungsumfang angesichts der 81 Millionen Versicherungspflichtigen eher gering. Eine ausführliche Erörterung möglicher Hindernisse würde den Rahmen dieser Untersuchung sprengen. Kursorisch lassen sich aber einige Vermutungen anstellen (ausführlicher dazu Pimpertz/Roth, 2014):

- **Fehlendes Einkommen oder Vermögen.** Naheliegender scheint zunächst die Hypothese, dass sich längst nicht alle Bürger eine Zusatzversicherung leisten können. Das Argument verfängt allerdings nur bedingt, wenn man sich die relativ niedrigen Prämien vor allem für jüngere Personen vor Augen führt, die auf einen langen Vorsorgehorizont blicken können. Umgekehrt steht aber auch die Vermutung im Raum, dass aufgrund der Vermögensverteilung oder zu erwartender Erbschaften eine ergänzende Absicherung unterbleibt. In diesem Fall wäre die fehlende private Zusatzversicherung kein Indiz für mangelnde Vorsorge.
- **Unspezifische Altersvorsorge.** Eine zweckgebundene, private Pflegezusatzversicherung drängt sich aber auch dann nicht zwingend als Lösung auf, wenn grundsätzlich Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft gegeben sind. Denn ein risikoaverser Entscheider kann in seinem Vorsorgekalkül zwischen zwei Szenarien wählen: Auf der einen Seite steht eine unspezifische Altersvorsorge, die mit Erreichen des Rentenalters zur Auszahlung gelangt. Sie führt in jedem Fall bis zum Eintreten eines Pflegefalls zu einem höheren Wohlstandsniveau. Auf der anderen Seite steht eine Schadensversicherung im Pflegefall. Und deren Leistung führt auch nur dann zu einem Vorteil gegenüber einer Situation ohne Pflegezusatzversicherung, wenn damit die Versorgung im Pflegefall verbessert werden kann und/oder die Einkommen und Vermögen unterhaltspflichtiger Angehöriger geschont werden können.

- **Vollversicherungssillusion.** Das bislang beobachtbare Vorsorgeverhalten ließe sich auch mit einer illusionären Vorstellung über das Sicherungsniveau der gesetzlichen Pflege- und Rentenversicherung in der Zukunft erklären. Die Zurückhaltung bei der Nachfrage nach ergänzender Sicherung würde verständlich, wenn die Individuen an eine Lebensstandardsicherung durch die Gesetzliche Rentenversicherung glaubten, insbesondere aber die politische Reformrhetorik in dem Sinne (miss-)verstünden, dass die gesetzliche Pflegeversicherung etwaige Deckungslücken nach und nach zu schließen in der Lage wäre. Aufgrund der bisherigen Ausführungen würde sich eine solche Haltung jedoch als fataler Irrtum erweisen.
- **Kostenillusion.** Schließlich könnte vermutet werden, dass sich die Individuen mangels Erfahrungen im eigenen Lebensumfeld falsche Vorstellungen bezüglich der Höhe der privat zu tragenden Pflegekosten machen und infolgedessen die Deckungslücke systematisch falsch einschätzen. Zu bedenken ist, dass das Pflegefallrisiko und das damit einhergehende wirtschaftliche Risiko erst seit der Einführung der Pflichtversicherung im Jahr 1995 ins kollektive Bewusstsein gerückt ist und darüber hinaus der gesellschaftliche Diskurs erst nach und nach für Problembewusstsein sorgt. Allerdings ist das Argument nur schwer zu erhärten, weil eine fehlende private Zusatzversicherung alternativ durch Vermögensbildung oder eine erwartete Erbschaft kompensiert werden kann. Dann handeln die Individuen nicht unter einer Kostenillusion, sondern sorgen lediglich in anderer Form vor.

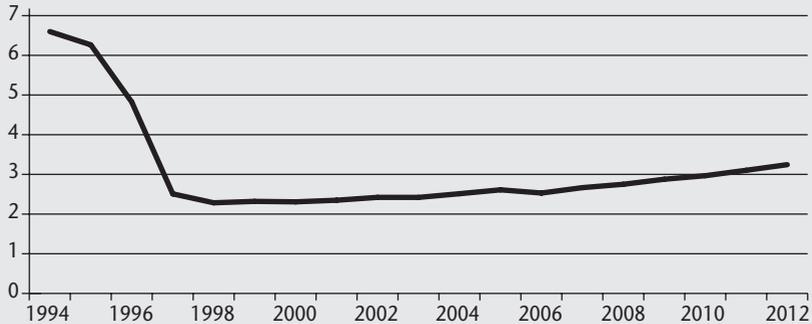
3.3 Steigende Ausgaben für die Hilfe zur Pflege

Können Pflegebedürftige die privat aufzuwendenden Pflegekosten wegen fehlender Eigenmittel (oder Mittel Angehöriger) nicht selbst tragen, haben sie Anspruch auf staatliche Unterstützung – auf die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege. Ein Jahr vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung lagen die Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege – also die Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege nach Abzug von Erstattungen von anderen Sozialleistungsträgern und von Ansprüchen gegenüber Unterhaltspflichteten – bei knapp 6,6 Milliarden Euro. Sie allein machten ein Drittel der Gesamtausgaben für die Sozialhilfe aus. Ziel der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung war es deshalb unter anderem, die Kommunen und überörtlichen Träger der steuerfinanzierten Hilfe zu entlasten. Nachdem die gesetzliche Pflegeversicherung ab 1995 ambulante und ab Mitte 1996 auch stationäre Leistungen finanzierte, sanken die Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege entsprechend stark auf 2,3 Milliarden Euro im Jahr 1998 (Abbildung 8).

Nettoausgaben für die Hilfe zur Pflege

in Milliarden Euro

Abbildung 8



1995: Einführung der Pflegepflichtversicherung, zunächst ausschließlich ambulante Pflegeleistungen; ab Mitte 1996: auch stationäre Pflegeleistungen; 2005: Neuordnung der Hilfe zum Lebensunterhalt insbesondere für Personen in Einrichtungen.
Quelle: Statistisches Bundesamt, 2014d

Mit der schleichenden realen Entwertung der Leistungssätze der gesetzlichen Pflegeversicherung steigt nicht nur der privat zu tragende Anteil an den Pflegekosten. Damit nimmt bei unveränderten Einkommen auch das Risiko zu, durch Pflegebedürftigkeit auf staatliche Unterstützung angewiesen zu sein. Diese Vermutung könnte zumindest die Entwicklung der Empfänger von Hilfe zur Pflege nahelegen. Deren Zahl ist in den vergangenen 15 Jahren um 37 Prozent gestiegen – von 247.000 am 31. Dezember 1999 auf knapp 340.000 Ende 2012 (Statistisches Bundesamt, 2014a).⁷ Auch die Nettoausgaben für diese staatliche Leistung wuchsen seit 1998 kontinuierlich.⁸ Im Jahr 2012 lagen die Nettoausgaben bei 3,2 Milliarden Euro.

Die Entwicklung der Anzahl der Leistungsempfänger von Hilfe zur Pflege und der Ausgabenanstieg sind jedoch keine hinreichenden Indizien für eine höhere Bedürftigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit. Der Anstieg der Empfängerzahlen ist vielmehr größtenteils dem demografischen Wandel zuzurechnen. Dies lässt sich anhand der altersstandardisierten Zahl der Hilfeempfänger zeigen.

Betrachtet wird dazu der Anteil der Leistungsempfänger von Hilfe zur Pflege an der Gesamtbevölkerung im Jahr 2012. Diese Quote wird auf die Bevölkerungsstruktur von 1998 übertragen. Dadurch erhält man einen Ver-

⁷ Im Gegensatz zu der hier verwendeten Stichtagszählung überzeichnen jahresdurchschnittliche Angaben die tatsächliche Inanspruchnahme, unter anderem weil diese Statistik nicht um wiederholte Inanspruchnahmen oder Sterbefälle bereinigt wird.

⁸ Dieser Trend wurde allein im Jahr 2006 unterbrochen – wahrscheinlich als Folge der veränderten Zuordnung der Kosten für den Lebensunterhalt für Personen in Pflegeeinrichtungen und für die Eingliederungshilfe innerhalb der Sozialhilfe.

gleichsmaßstab dafür, ob das Ausmaß der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege, unabhängig von Änderungen in der Besetzung der Altersklassen, gestiegen ist. Aufgrund der Datenstruktur sind die Altersklassen nur recht grob gefasst. Das Statistische Bundesamt (2014a) macht Angaben für die unter 40-Jährigen, für 40- bis 64-Jährige, für die 65- bis 79-Jährigen sowie für die 80-Jährigen und Älteren. Eine Altersstandardisierung ist deshalb ebenfalls nur sehr grob möglich. Sie ergibt zunächst eine Zunahme der Empfänger von Hilfe zur Pflege um 18 Prozent von rund 222.000 Menschen im Jahr 1998 auf gut 262.000 Personen im Jahr 2012. Jedoch ist der altersstandardisierte Zuwachs weitaus geringer als der tatsächliche Zuwachs um 43 Prozent auf über 340.000 Hilfeempfänger. Folglich ist die tatsächliche Entwicklung zu einem Großteil durch die demografische Veränderung erklärbar.

Ausgabensteigerungen in der Zukunft wahrscheinlich

Ob auch in Zukunft mehr Mittel für die Hilfe zur Pflege aufgewendet werden müssen, hängt wiederum von mehreren Faktoren ab. Unter Status-quo-Bedingungen würde allein der demografische Wandel zu höheren Empfängerzahlen und damit zu einem erhöhten Aufwand von Steuermitteln führen. Wird für die Simulation der Pflegefallzahlen ein konstanter Anteil von Beziehern von Hilfe von Pflege unterstellt (Basis: 2011), würde die Zahl der Transferempfänger von 330.000 bis auf über 550.000 im Jahr 2050 zulegen. Diese Zahl käme im pessimistischen Szenario zustande, im optimistischen läge der Zuwachs bis auf 468.000 Personen etwas niedriger. Sinkt der Bevölkerungsstand, ist bei ansonsten unveränderten Bedingungen zudem mit einer abnehmenden Anzahl an steuerpflichtigen Bürgern zu rechnen, die nach diesen Szenarien die steigenden Ausgaben für Hilfe zur Pflege zu tragen hätten.

Die Inanspruchnahme der steuerfinanzierten Hilfe ist jedoch nicht nur von der demografischen Entwicklung oder der Entwicklung der zusätzlich privat zu finanzierenden Pflegekostenanteile abhängig. Maßgeblich ist auch die künftige Einkommens- und Vermögensentwicklung sowie die Nachfrage nach Pflegezusatzversicherungen. Diese Faktoren lassen sich allerdings kaum abschätzen, obwohl sie doch entscheidend sind für die Frage, ob und in welchem Umfang die privat zu tragenden Pflegekosten künftig bestritten werden können. Wäre damit zu rechnen, dass künftig mehr Menschen hohe Alters-einkommen beziehen beziehungsweise Vermögen oder eine kostendeckende Pflegezusatzversicherung besitzen, könnte der finanzielle Effekt der demografisch bedingten Entwicklung der Pflegefallzahlen gegebenenfalls sogar kompensiert werden. Es gibt jedoch Anzeichen, die eher auf ein Sinken der

verfügbaren Mittel künftiger Rentnergenerationen hinweisen (stellvertretend Pimpertz, 2013, 279 f. und die dort zitierte Literatur). Die Indizien sprechen damit eher für eine Zunahme der Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege.

4

Handlungsoptionen im demografischen Wandel

Angesichts der finanziellen Herausforderungen, die für die soziale Pflegeversicherung und für die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege absehbar sind, stellt sich die Frage nach politischen Handlungsoptionen. Sollen übermäßige Belastungen für die gegenwärtigen und für die künftigen jungen Generationen vermieden werden, dann besteht Reformbedarf. Die Bundesregierung wagt mit ihrem aktuellen Reformvorhaben einen Vorstoß. Ob er die Finanzierung der Pflegeversicherung nachhaltig stabilisieren kann, ist zu diskutieren. Daneben gibt es weitere Vorschläge, die im akademischen Umfeld entstanden sind. Auch sie weisen sowohl Stärken als auch problematische Aspekte auf. Deshalb soll im Anschluss eine weitere Reformoption vorgestellt werden.

4.1 Leistungsausweitung und Pflegevorsorgefonds

In dem aktuellen Gesetzesvorhaben der Bundesregierung sind Leistungsausweitungen geplant, so zum Beispiel zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen für Angehörige sowie eine Anhebung der bisherigen Leistungssätze. Darüber hinaus plant die Regierung einen sogenannten Pflegevorsorgefonds. Zu diesem Zweck ist vorgesehen, ab 2015 über zwei Dekaden einen Kapitalstock aus den Beitragseinnahmen eines Zehntelpunkts Beitragssatz anzusparen. Der Kapitalstock soll ab 2035 über mindestens zwei Jahrzehnte stetig abgeschmolzen werden. Die Raten fließen dann der sozialen Pflegeversicherung wieder zu, um so die aufgrund der demografischen Entwicklung erforderliche Erhöhung der Beitragssätze abzufedern (BMG, 2014a). Zur Finanzierung der zusätzlichen Leistungen und des Pflegevorsorgefonds soll der Beitragssatz in zwei Schritten um insgesamt 0,5 Punkte angehoben werden.

Leistungsausweitungen bringen zusätzliche Belastungen mit sich

Die Ankündigung von Leistungsausweitungen ab 2015 mag in der Öffentlichkeit den Eindruck erwecken, dass der Teilleistungscharakter der sozialen Pflegeversicherung reduziert wird. Wie jedoch gezeigt wurde, ist dies bei der

Anhebung der Leistungssätze nicht der Fall. Zwar werden diese erhöht, aber nur um den Realwertverlust zwischen 2011 und 2014 auszugleichen. Eine dauerhafte Dynamisierung und damit eine nachhaltige Realwertsicherung der Leistungssätze ist bisher nicht vorgesehen.

Hinsichtlich der für einen späteren Zeitpunkt angekündigten Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bleibt abzuwarten, ob diese zu einer Leistungsausweitung innerhalb der gesetzlichen Pflegeversicherung führen wird. Denkbar ist ebenso eine aufwandsneutrale Umschichtung von Leistungen, sodass die Beitragszahler nicht zusätzlich belastet werden müssen.

Immerhin ließe sich für weitere Leistungsversprechen anführen, dass damit das Risiko einer verstärkten Inanspruchnahme der steuerfinanzierten Hilfe zur Pflege reduziert und folglich der Steuerzahler entlastet werden kann. Dies gilt sowohl für die im aktuellen Entwurf des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes vorgesehenen zusätzlichen Leistungsversprechen als auch für mögliche Leistungsausweitungen im Rahmen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Für die Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung gehen von einer solchen Maßnahme jedoch keine Entlastungen aus. Im Gegenteil: Eine Leistungsausweitung in der sozialen Pflegeversicherung muss zusätzlich zu den demografisch bedingten Anpassungslasten über höhere Beiträge finanziert werden. Zu erwarten ist, dass diese Beitragssatzsteigerungen größer sein werden als die Entlastungswirkung in der steuerfinanzierten Hilfe zur Pflege, die aus höheren Leistungsversprechen der Pflegepflichtversicherung resultiert. Denn tritt ein beitragsfinanzierter Leistungsanspruch an die Stelle eines zuvor bedürftigkeitsgeprüften Hilfeversprechens, dann besteht die Gefahr von Mitnahmeeffekten. Es kommen möglicherweise Personen in den Genuss zusätzlicher Leistungsansprüche zu vergleichsweise geringen Beitragsaufschlägen, die unter Status-quo-Bedingungen aufgrund ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse keinen Anspruch auf steuerfinanzierte Hilfen gehabt hätten.

Schließlich nimmt die intergenerative Lastverschiebung im Umlageverfahren mit jeder Ausweitung der Leistungsversprechen zu. Dies gilt auch, wenn im Zuge eines neuen Begriffsverständnisses von Pflegebedürftigkeit zusätzliche Leistungen gewährt werden. Während in der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung die jüngeren Kohorten stärker belastet werden als die älteren, müssen in der kapitalgedeckten privaten Pflegepflichtversicherung die Versicherten eines Jahrgangs für ihre steigenden Leistungsansprüche selbst aufkommen. Hier würden also ältere Versicherte aufgrund des kürzeren Vorsorgehorizonts mit stärkeren Prämienerrhöhungen konfrontiert als jüngere Versicherte, die entsprechend dem altersabhängigen Risiko mehr Zeit zur Vorsorge haben.

Pflegevorsorgefonds entfaltet kaum Wirkung

Ohne grundlegende Änderungen am Umlagesystem der sozialen Pflegeversicherung werden in Zukunft spürbare Beitragssatzerhöhungen erforderlich, um selbst das nominelle Leistungsniveau halten zu können. Deshalb will die Bundesregierung einen Pflegevorsorgefonds einführen, um „übermäßige Beitragssatzsteigerungen abzufedern“ (BMG, 2014a). Von 2015 bis 2034 fließen die jährlichen Beitragseinnahmen aus 0,1 Prozentpunkten Beitragssatz in einen kollektiven Kapitalstock, der bei der Deutschen Bundesbank angesiedelt wird. Weil das angesammelte und verzinst Kapital über einen in etwa gleich langen Zeitraum wieder an die soziale Pflegeversicherung ausgeschüttet werden soll, wäre der Pflegevorsorgefonds bis etwa Mitte der 2050er Jahre vollständig aufgezehrt. Dieses Modell ist aus mehreren Gründen zu kritisieren:

- Erstens führt ein solcher Kapitalstock politische Akteure möglicherweise in Versuchung, weitere Leistungen auf Kosten des Vorsorgefonds zuzusagen und damit dessen Zweck zu konterkarieren (Deutsche Bundesbank, 2014, 10).
- Zweitens ist der Vorsorgefonds viel zu gering dimensioniert, um eine spürbare Entlastung herbeizuführen. Unterstellt man zum Beispiel, dass die Verzinsung des angelegten Kapitals eher niedrig ausfällt und im Durchschnitt der Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einkommen entspricht, so könnten die Zuweisungen aus dem Pflegevorsorgefonds im Jahr 2040 im günstigsten Fall etwa ein Fünftel der Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben schließen und im Jahr 2050 etwas mehr als ein Zehntel. Selbst wenn eine vergleichsweise hohe Kapitalverzinsung angenommen wird, könnte im Jahr 2040 bestenfalls nur ein Viertel der Finanzierungslücke aus dem Pflegevorsorgefonds abgedeckt werden, im Jahr 2050 nur maximal rund 14 Prozent (Tabelle 5). Erhebliche Beitragssatzsteigerungen wären in beiden Varianten notwendig, um die rein demografisch bedingte Finanzierungslücke in der sozialen Pflegeversicherung zu schließen.
- Drittens gilt in jedem Fall: Ist der Fonds etwa Mitte der 2050er Jahre gänzlich abgebaut, stehen keinerlei Mittel mehr zur Verfügung, um die weiterhin entstehenden demografisch bedingten Lasten aufzufangen. Der Pflegevorsorgefonds ist genau dann aufgebraucht, wenn mit der größten Finanzierungslücke zu rechnen ist.

Förderung der privaten Vorsorge?

Mit dem 2012 in Kraft getretenen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde eine staatliche Förderung der privaten Pflegevorsorge etabliert, der sogenannte

Pflegevorsorgefonds und Finanzierungslücke

Tabelle 5

in Milliarden Euro

Jahr	Jährlicher Zuschuss aus dem Pflegevorsorgefonds, wenn die Verzinsung des Fondsvermögens um ... Prozentpunkte über dem Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen liegt			Demografisch bedingte Finanzierungslücke in der sozialen Pflegeversicherung
	0	1	2	
2040	1,3	1,4	1,6	6,0–8,9
2050	1,3	1,4	1,6	11,5–15,7
2060	0	0	0	12,3–17,9

Pflegevorsorgefonds: aus den Beitragseinnahmen eines Zehntelpunkts Beitragssatz im Zeitraum 2015 bis 2034; jährlicher Zuschuss: gleichbleibende Raten in Höhe von 5 Prozent des im Jahr 2034 erreichten Kapitals über einen Zeitraum von mindestens 20 Jahren; Finanzierungslücke: Simulation demografischer Veränderungen zu ansonsten unveränderten Bedingungen.

Quellen: Bundesregierung, 2014; BMG, 2012; 2014c; 2014d; Bundesversicherungsamt, 2013b; Statistisches Bundesamt, 2009; 2011; 2013b; eigene Berechnungen

Pflege-Bahr (benannt in Analogie zur Riester-Rente nach dem damaligen Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr). Eine staatliche Zulage von 5 Euro monatlich für eine private Pflegezusatzversicherung erhält, wer mindestens 10 Euro monatlich in einen Versicherungsvertrag über ein Pflegemonats- oder Pflgetagegeld einzahlt. Obwohl im ersten Jahr nach Einführung rund 350.000 Menschen eine geförderte Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben (PKV, 2014), ist fraglich, welches Problem mit der Förderung gelöst werden kann.

Zunächst gilt, dass die private Pflegezusatzversicherung darauf abstellt, die Lücke zu schließen, die aufgrund des Teilleistungscharakters der gesetzlichen Pflegeversicherung zwischen gesetzlichen Leistungssätzen und den tatsächlich anfallenden Pflegekosten entsteht. Darüber hinaus kann die private Zusatzabsicherung auch der schleichenden Realentwertung der Versicherungsleistungen entgegenwirken. Dazu müsste aber innerhalb einer privaten Pflegezusatzversicherung eine Dynamisierung verabredet werden, die nicht nur die Preissteigerung der zusätzlich abgesicherten Pflegeleistungen ausgleicht, sondern zudem auch die reale Entwertung der gesetzlichen Leistungsversprechen kompensiert. Anderenfalls führt ein Ausgleich der Realentwertung im gesetzlichen System automatisch dazu, dass die Deckungslücke zwischen Versicherungsleistung und Pflegekosten wieder aufreißt.

Dies vorausgeschickt, stellt sich anschließend die Frage, ob die Förderung ihren Zweck erreicht oder nicht überwiegend zu Mitnahmeeffekten anregt (Pimpertz/Roth, 2014). Denn die Personen, die aufgrund eines geringen Einkommens bisher keine Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben, werden wohl auch mit Förderung kaum eine Versicherung abschließen können oder wollen. Das kann aus verteilungspolitischer Perspektive problematisch

werden, weil Personen dieser Gruppe über ihre direkten und indirekten Steuerzahlungen zur Finanzierung der Förderung beitragen, ohne selbst davon zu profitieren. Umgekehrt steigt der Anreiz gerade für die sogenannten Gutverdiener, eine Zusatzversicherung abzuschließen. Sie verfügen über ein ausreichendes Einkommen und haben möglicherweise zudem ein Interesse, Vermögen und Einkommen der Angehörigen im Pflegefall zu schonen. Denn bevor die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege greift, müssen die Pflegekosten zunächst aus dem gemeinsamen Einkommen und Vermögen des Ehepartners und gegebenenfalls auch aus dem Einkommen der Kinder finanziert werden. Damit kommt es tendenziell zu einer Umverteilung von Mitteln von Personen mit geringen Einkommen zu Personen mit mittleren und hohen Einkommen (Arentz et al., 2011a, 12).

Eine Förderung der Pflegezusatzversicherung zielt ebenfalls ins Leere, wenn die Individuen aufgrund ihrer Konsumpräferenzen eine unspezifische Altersvorsorge betreiben, um das Einkommen in den gesund verbrachten Jahren zu maximieren. Ebenso wenig werden Bürger eine Zusatzversicherung abschließen, die aufgrund ihres geringen erwarteten Alterseinkommens damit rechnen müssen, im Pflegefall auf die steuerfinanzierte Hilfe angewiesen zu sein. Denn im Fall materieller Bedürftigkeit würden gesetzliche und private Alterseinkommen – einschließlich etwaiger Zahlungen aus privaten Zusatzversicherungen – zunächst herangezogen, bevor die Hilfe zur Pflege greift.

Unter dem Strich erweist sich die Förderung der privaten Pflegezusatzversicherung aus verteilungspolitischer Sicht als wenig treffsicher und mit Blick auf die gesetzliche Pflegeversicherung als nicht problemgerecht. Immerhin scheint die intensive Diskussion um die Einführung der Förderung zu einem veränderten Problembewusstsein geführt zu haben. Denn der sprunghafte Anstieg der Neuverträge ist angesichts der vergleichsweise geringen Förder-summe kaum allein durch materiell motivierte Mitnahmeeffekte plausibel zu erklären. Dieses Argument rechtfertigt deshalb aber noch keinen Ausbau der Förderung. Denn insgesamt erscheint die Verbreitung der privaten Pflegezusatzversicherung immer noch gering. Selbst wenn man die geförderte und die nicht geförderte Pflegezusatzversicherung zusammenfasst, deckt der Gesamtbestand mit gut 2,7 Millionen versicherten Personen im Jahr 2013 nicht einmal 5 Prozent aller gesetzlich Pflegepflichtversicherten ab (PKV, 2014, 17). So bleibt offen, ob die Zurückhaltung nicht einem rationalen Kalkül folgt, zum Beispiel weil die betreffenden Personen über Vermögen verfügen oder eine Erbschaft erwarten, die eine andere, präferenzgerechte Form der Vorsorge für den Pflegefall bieten.

4.2 Alternative (Teil-)Kapitaldeckung

Eine Politik des „Weiter so“ im heutigen Umlagesystem der sozialen Pflegeversicherung ist unter Nachhaltigkeits- und Verteilungsaspekten keine sinnvolle Option. Dazu zählt auch der geplante Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks innerhalb der sozialen Pflegeversicherung. Er kann weder drohende Beitragssatzsteigerungen noch Leistungskürzungen verhindern. Darüber hinaus besteht bei einem kollektiv gebildeten Kapitalstock, der nicht wie auf privaten Versicherungsmärkten privatrechtlich abgesichert ist, auch immer die Gefahr der Zweckentfremdung, da er vor Zugriffen durch die Politik nicht ausreichend geschützt werden kann.

Kapitalgedeckte Säule innerhalb der sozialen Pflegeversicherung

Doch auch wenn der Pflegevorsorgefonds nicht das richtige Instrument ist, um die Finanzierung der Pflege langfristig zu stabilisieren, bleibt der Ansatz richtig, dass das Umlageverfahren allein keine Lösung darstellen kann. Es ist daher durchaus sinnvoll, neben dem Umlagesystem innerhalb der sozialen Pflegeversicherung eine kapitalgedeckte Säule aufzubauen. Diesen Mehrsäulenansatz kann man zum einen mit den Vorteilen einer Risikodiversifikation begründen. Denn es geht keineswegs um ein „Entweder-oder“, wie es bisweilen von den Verfechtern der einen oder anderen Finanzierungsvariante vorgebracht wird. Vielmehr gilt es, analog zu der Struktur der Altersvorsorge die spezifischen Vorteile beider Systeme zu nutzen. Zum anderen sprechen intergenerative Verteilungseffekte für die Integration einer Säule mit kapitalgedeckter Finanzierung. Denn jede Alterskohorte, die für ihre mit dem Alter steigenden Risiken selbst vorsorgt, bürdet diese Lasten nicht mehr automatisch den nachfolgenden Generationen auf. Entscheidend dabei ist, den Kapitalaufbau innerhalb privatrechtlich geschützter Verträge vorzunehmen und ihn so vor Zugriffen der Politik zu schützen. Die Organisation als private, kapitalgedeckte Versicherung mit individuellen Versicherungsverträgen ist aus diesem Grund die sinnvollste Lösung.

Kapitaldeckung auch im Niedrigzinsumfeld vorteilhaft

Angesichts des aktuellen Niedrigzinsumfelds und der Erfahrungen mit der Finanzmarktkrise stellt sich die Frage, ob die Einführung einer kapitalgedeckten Säule überhaupt anzuraten ist. Grundsätzlich gilt für Versicherungsverträge, die über die gesamte Lebenszeit der Versicherten kalkuliert werden, dass sich Phasen mit relativ niedrigen Zinsen bereits durch eine moderate Zinswende kompensieren lassen. Beachtlich ist in diesem Zusam-

menhang, dass die privaten Krankenversicherungen auch im Jahr 2012 eine durchschnittliche Nettoverzinsung von über 4 Prozent erwirtschaften konnten (PKV, 2013) – in einem Jahr also, in dem das Zinsumfeld bereits durchaus als problematisch einzustufen war.

Aber selbst bei einer längerfristig niedrigen Verzinsung ist das Umlageverfahren nicht automatisch besser aufgestellt. Denn eine rechnerische Rendite – im Umlageverfahren ist keine Kapitalbildung vorgesehen und damit auch keine Verzinsung möglich – entsteht in der sozialen Pflegeversicherung für einzelne Versicherte nur dann, wenn der Barwert der erhaltenen Leistungen den Barwert der lebenslangen Beitragszahlungen übersteigt. Für die heute älteren Versicherten ergibt sich deshalb eine positive Bilanz, weil sie erst seit 1995 in das System einzahlen, aber den vollen Leistungsanspruch haben. Für die jüngeren Versicherten zeigt sich hingegen ein anderes Bild. Sie haben eine längere oder sogar lebenslange Beitragsphase und müssen mit ihren Beiträgen die Leistungen für die geburtenstarken Jahrgänge mitfinanzieren. Ihre Leistungsansprüche bleiben im günstigsten Fall unverändert. Bezieht man die reale Entwertung mit ein, müssen sie sogar trotz höherer Beitragszahlungen mit einem real niedrigeren Leistungsniveau rechnen als die heute Älteren und Hochbetagten. Deshalb wird für sie eine Rendite deutlich niedriger oder sogar negativ ausfallen. Das Umlageverfahren erscheint nur deshalb als günstige Alternative, weil die Kosten des demografischen Wandels dort bislang nicht berücksichtigt werden.

Auch bezüglich der Krisensicherheit schneidet das Umlageverfahren nicht notwendigerweise besser ab. Realwirtschaftliche Krisen können auch in diesem System zu geringeren Beitragseinnahmen führen und ebenso wie Finanzmarktkrisen beim Kapitaldeckungssystem direkte Auswirkungen auf die Absicherung der dann Leistungsberechtigten haben. Beide Systeme benötigen daher einen Krisenmechanismus, der in einem solchen Fall bestehende Ansprüche sichern kann. Mit dem Nebeneinander beider Finanzierungssysteme kann also eine Risikodiversifikation gelingen. Darüber hinaus kann im Umfang der kapitalgedeckt finanzierten Leistungen eine Lastverschiebung zwischen den Generationen begrenzt werden, ohne das Leistungsversprechen insgesamt einzuschränken.

Verschiedene Reformmodelle

Der Vorschlag einer (Teil-)Umstellung auf Kapitaldeckung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung ist nicht neu. Es existieren bereits diverse Vorschläge. Unterschieden werden kann hierbei zwischen Modellen, die eine

vollständige Umstellung auf eine kapitalgedeckte Versicherung vorsehen, und Modellen, die nur eine Teilkapitaldeckung anstreben.

Die vollständige Umstellung auf eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung mit risikoäquivalenten Prämien (unter anderem Arentz et al., 2004; 2011b; vbw, 2014, 11 ff.) kann das Problem der zunehmenden Lastverschiebung zwischen den Generationen vollständig lösen. Sie hat jedoch den Nachteil hoher Umstellungskosten, weil nach knapp 20 Jahren bereits Ansprüche innerhalb des Umlagesystems entstanden sind. Diese sind zwar nicht privat-rechtlich abgesichert; trotzdem wäre ein solcher Systemwechsel ohne ein gewisses Maß an Vertrauensschutz politisch kaum umsetzbar. Dieser müsste für diejenigen gelten, bei denen der Versicherungsfall bereits eingetreten ist – die also bereits pflegebedürftig sind –, und für diejenigen, die durch die Zahlung einer risikoäquivalenten Prämie überfordert wären. Wenn die Prämie nach dem Alter und – sofern medizinisch vorhersehbar – dem persönlichen Risiko differenziert kalkuliert würde, wären der Vertrauensschutz und die daraus abgeleiteten Ansprüche auf eine finanzielle Kompensation der Umstellungskosten damit vor allem für ältere Menschen oder Menschen mit einem erhöhten Pflegefallrisiko besonders hoch. Ein sozialverträglicher Umstieg müsste beide Fälle entsprechend berücksichtigen und entweder durch entsprechende steuerfinanzierte Transfers (Arentz et al., 2004; 2011b), gegebenenfalls kombiniert mit der Beibehaltung des Umlagesystems für Ältere (Häcker/Raffelhüschchen, 2004; SVR, 2004, 554 ff.; Felder/Fetzer, 2008), oder durch einen vorher angesparten kollektiven Kapitalstock (Kommission „Soziale Sicherheit“, 2003) abgedeckt werden.

Der Reformvorschlag von Arentz et al. aus dem Jahr 2004 beziffert das notwendige Transfervolumen auf anfänglich gut 16 Milliarden Euro pro Jahr. Nach fünf Jahren rechnen die Autoren mit einem Abschmelzen der Transfererfordernisse, nach zehn Jahren wären es aber immer noch rund 10 Milliarden Euro. Je nach Variante wäre dieser Transferbedarf explizit über das Steuer- und Transfersystem zu organisieren oder (teilweise) implizit als altersunabhängig kalkulierte Prämie innerhalb der kapitalgedeckten Pflegeversicherung.

Zwei Dekaden nach Einführung der sozialen Pflegeversicherung erscheint ein solcher Weg aber politisch immer weniger gangbar. Für die sofortige vollständige Umstellung auf Kapitaldeckung müssten heute für den Vertrauensschutz erheblich mehr Steuermittel aufgewendet werden, als noch in der Studie von Arentz et al. (2004) geschätzt wurde. Denn es sind die impliziten Ansprüche bei einer Umstellung zu berücksichtigen, die in den ver-

gangenen zehn Jahren seit dieser Berechnung zusätzlich entstanden sind. Wollte man eine Umstellung nicht über Steuermittel finanzieren, sondern beispielsweise innerhalb der beitragsfinanzierten sozialen Pflegeversicherung, müsste der kollektiv anzusparende Kapitalstock weitaus höher sein als der aktuell von der Großen Koalition geplante Pflegevorsorgefonds. Eine solche Lösung hätte zudem die bereits diskutierten Probleme bezüglich der politischen Verlässlichkeit.

Andere Vorschläge sehen lediglich den Aufbau einer Teilkapitaldeckung für alle Versicherten der sozialen Pflegeversicherung vor. Gemeinsam ist ihnen, dass sie eine reale Entwertung der im Umlageverfahren finanzierten Leistungsversprechen nicht nur zulassen, sondern explizit empfehlen. Sie wird im Gegenzug durch den Aufbau einer kapitalgedeckten Säule im Rahmen der Pflichtversicherung aufgefangen. Der Kapitalaufbau geschieht in diesen Modellen schrittweise, indem unter anderem die Leistungsdynamisierung und die Kostensteigerungen durch den demografischen Wandel in diese Säule ausgelagert werden (Gaßner/Schottky, 2005; Häcker/Raffelhüschen, 2008; Wille/Igel, 2008; Arentz et al., 2011c; vbw, 2014, 13 f.).

Auch bei diesen Vorschlägen besteht jedoch im Gegensatz zur sofortigen vollständigen Umstellung die Gefahr, dass die Politik im Laufe der Zeit den Reformpfad verlässt – möglicherweise ausgerechnet dann, wenn die individuelle finanzielle Belastung durch die kapitalgedeckte Säule ein spürbares Ausmaß erlangt hat. Dann nämlich ist der Druck auf die Politik besonders groß, vermeintlich günstigere Lösungen anzubieten – zum Beispiel durch eine erneute Ausweitung der umlagefinanzierten Leistungsversprechen. Dabei stellen hohe Prämienanforderungen nichts anderes dar als jene Kosten, die im Umlageverfahren – insbesondere unter Beibehaltung lohnbezogener Beiträge – auf die Schultern nachfolgender Generationen verschoben und damit verborgen werden können.

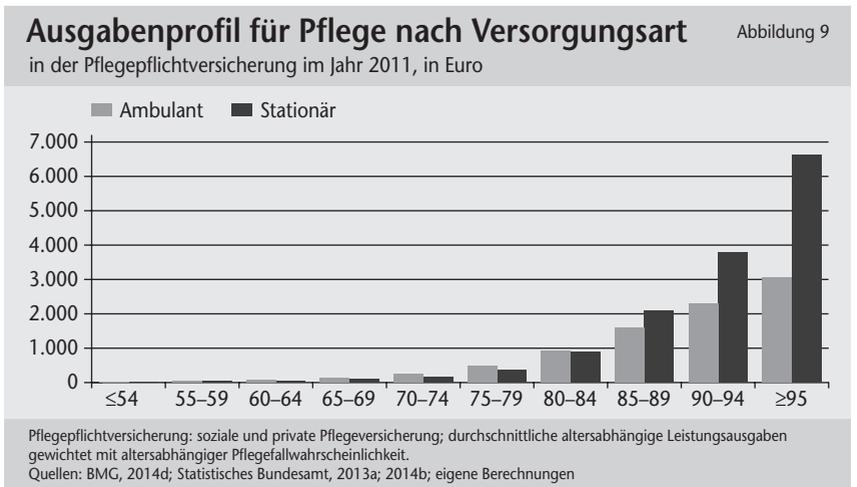
4.3 Zwei Säulen in der Pflegepflichtversicherung

Die bisherigen Reformmodelle zur Einführung der Kapitaldeckung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung haben entweder das Problem der politischen Umsetzbarkeit (vollständige Umstellung) oder das der politischen Verlässlichkeit (schrittweise Entwertung des Umlageverfahrens). Nichtsdestotrotz bleibt es grundsätzlich richtig, innerhalb der sozialen Pflegeversicherung eine zusätzliche Kapitaldeckung einzuführen, um die Lastverschiebung zwischen den Generationen innerhalb der sozialen Pflegeversicherung zu begrenzen.

Statt einen langfristigen Übergang vorzusehen, ist es sinnvoll, eindeutig definierte Leistungen per Stichtagsregelung in eine kapitalgedeckte Säule zu überführen. Ein solcher Wechsel für abgegrenzte Leistungsversprechen erschwert in der Folge eine Umkehr des einmal eingeschlagenen Reformpfads. Empfehlenswert ist es, Leistungen zu wählen, bei denen das Pflegefallrisiko in der Regel möglichst spät im Leben auftritt, sodass sich auch die geburtenstarken Jahrgänge noch in nennenswertem Umfang an einer Vorsorge beteiligen können. Vorgeschlagen wird hier, die stationären Leistungen vollständig oder zumindest teilweise (zum Beispiel in der Pflegestufe III) in einer kapitalgedeckten Säule zu versichern. Außerdem erscheint es vernünftig, konkrete Leistungen zu überführen und nicht Leistungsanlässe wie etwa die demenzielle Erkrankung. Letzteres birgt die Gefahr unklarer Verantwortlichkeiten, weil zum Beispiel bei medizinisch komplexeren Pflegefällen dann sowohl der umlagefinanzierte als auch der kapitalgedeckte Zweig der Pflichtversicherung zuständig sein kann. Im Folgenden wird ein Überblick über die einzelnen Elemente des Vorschlags gegeben:

Ausgliederung der stationären Leistungen in eine kapitalgedeckte Versicherung

Stationäre Leistungen bieten sich deshalb an, weil sie erwartungsgemäß erst gegen Ende des Lebens vermehrt in Anspruch genommen werden. Das Versicherungsrisiko für die stationäre Pflege steigt – im Vergleich zur ambulanten Versorgung – erst am Lebensende deutlich an (Abbildung 9). Gleichzeitig sind gerade die stationären Leistungen sehr kostenintensiv. Über



40 Prozent der Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung fallen allein für die vollstationäre Pflege an – im Jahr 2013 waren das 10 Milliarden Euro. Durch ihre (teilweise) Auslagerung in eine Kapitaldeckung könnte das Umlageverfahren – und hierbei vor allem die jüngeren Versicherten-Jahrgänge – entsprechend entlastet werden.

Im Jahr 2013 beliefen sich die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung auf rund 332 Euro im Jahr beziehungsweise knapp 28 Euro im Monat. Bei einer vollständigen Trennung der Finanzierung von ambulanter und stationärer Pflege müssten die Versicherten im Umlageverfahren durchschnittlich nur noch etwa 188 Euro im Jahr beziehungsweise knapp 16 Euro im Monat für die Absicherung der ambulanten Versorgung im Pflegefall zahlen (gerechnet ohne Verwaltungsausgaben). Zwar werden in der sozialen Pflegeversicherung keine Pauschalbeiträge, sondern einkommensabhängige Beiträge erhoben; auch diese würden aber mit einer vollständigen Ausgliederung der stationären Pflege um über 43 Prozent sinken. Unter Status-quo-Bedingungen müssen bei einem Bruttoeinkommen von 1.000 Euro und bei dem angekündigten allgemeinen Beitragssatz von 2,55 Prozent 25,50 Euro (einschließlich Arbeitgeberbeitrag) an die soziale Pflegeversicherung gezahlt werden, bei 2.500 Euro rund 64 Euro und bei einer unveränderten Beitragsbemessungsgrenze maximal gut 103 Euro pro Monat. Verbliebe nur die ambulante Pflege im Umlageverfahren, so verringerten sich die Beiträge auf monatlich gut 14 Euro (1.000 Euro Bruttoeinkommen), etwa 36 Euro (2.500 Euro Bruttoeinkommen) oder gut 58 Euro (Beitragsbemessungsgrenze).

Damit es bei einer Umstellung auf eine kapitalgedeckte Säule nicht zu Verzerrungen bei den Arbeitskosten kommt, muss der bisherige Arbeitgeberanteil eingefroren und künftig mit dem Bruttolohn ausgeschüttet werden. Zusätzlich wäre eine Anpassung im Einkommensteuerrecht notwendig, damit dieser Bruttolohnanteil bei den Arbeitnehmern nicht steuerpflichtig wird. Gegen das Einfrieren (eines Teils) des Arbeitgeberbeitrags wird im politischen Raum angeführt, dass die Unternehmen dann nicht mehr im vollen Umfang an der Finanzierung steigender Ausgaben beteiligt werden. Allerdings ist zu erwarten, dass die Finanzierung höherer Pflegekosten nicht nur in der allgemeinen Preisentwicklung Niederschlag findet, sondern auch Gegenstand der folgenden Lohnverhandlungsrunden sein wird.

Ausgestaltung der kapitalgedeckten Säule

In der kapitalgedeckten Säule müssen die Prämien zunächst für jede Alterskohorte getrennt kalkuliert werden. Denn je älter die Versicherten sind,

desto kürzer ist der Vorsorgezeitraum bei gleichzeitig zunehmendem Pflegefallrisiko. Das gilt zunächst für den Umstellungszeitraum. Wenn in Zukunft alle Versicherten ab Geburt in der kapitalgedeckten Säule für die stationäre Pflege vorsorgen, dann unterscheiden sich die Versicherungsbedingungen für einzelne Kohorten nur noch hinsichtlich der Lebenserwartung und der zu erwartenden Pflegekosten.

Versicherungstheoretisch müssten sich die Prämien auch innerhalb der Kohorten nach dem individuellen Pflegerisiko unterscheiden, soweit das medizinisch vorhersagbar ist. Dann käme es aber innerhalb der sozialen Pflegeversicherung zu einer Risikodifferenzierung, die als Widerspruch zum Solidarprinzip wahrgenommen werden kann (für die Gesetzliche Krankenversicherung vgl. Pimpertz, 2003, 11 ff.). Deshalb könnte alternativ ein Risikostrukturausgleich organisiert werden, der die Verteilung unterschiedlicher Pflegerisiken in der gesamten Versichertengemeinschaft analog zum morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung nivelliert. Abgesehen von den hohen bürokratischen Lasten, die mit einem solchen Mechanismus verbunden sind, werden Anreize zu einem Qualitätswettbewerb unterdrückt.⁹ Stattdessen lässt sich der Systemwechsel aber auch mit einheitlichen Prämien für jede Alterskohorte ausgestalten. Um eine Risikoselektion zu vermeiden, müssten bei Versicherungswechsel dann individuelle risikoadjustierte Alterungsrückstellungen übertragen werden (dazu Eekhoff et al., 2008, 144 ff.; Arentz et al., 2009; Zimmermann, 2007, 171 ff.).

Aus dem Leistungsausgabenprofil des Status quo lässt sich eine grobe Orientierung für die zu erwartende Höhe der altersabhängigen Prämien im (Teil-)Kapitaldeckungsverfahren ableiten. Dazu muss man aber zwei stark vereinfachende Annahmen treffen. Zum einen wird unterstellt, dass sich die Lebenserwartung nicht verlängert, zum anderen wird eine Realverzinsung von 0 Prozent angenommen. Dann ergibt sich beispielsweise für die vollständige Umstellung der stationären Versorgung auf eine kapitalgedeckte Finanzierung im Fall eines 50-Jährigen eine Prämie von etwa 28 Euro pro Monat. Entsprechend dem kürzeren Vorsorgezeitraum und dem höheren Einstiegsrisiko steigt die Prämie für 60-Jährige auf rund 41 Euro, für 70-Jährige sogar auf etwa 62 Euro. Hochbetagte ab einem Alter von 90 Jahren müssten gar mit einer Forderung von 320 Euro und mehr pro Monat rechnen.

⁹ Der risikobezogene Ausgleich verhindert, dass einzelne Pflegeversicherungen gezielt in Prävention und Rehabilitation investieren oder sich auf die Versorgung bestimmter Pflegerisiken spezialisieren (Eekhoff et al., 2008, 38 ff.).

Extrempositionen und Zwischenlösungen

Eine solch starke Differenzierung zwischen den Mitgliedern unterschiedlicher Jahrgänge wäre der Preis dafür, die älteren Versicherten im vollen Umfang für die Finanzierung ihres altersabhängigen (stationären) Pflegefallrisikos heranzuziehen. Die Idee dahinter: Nicht jeder ältere Versicherte ist neben seinem hohen Pflegefallrisiko auch auf eine Umverteilung über einkommensbezogene Beiträge angewiesen. Diejenigen, die in vollem Umfang leistungsfähig sind, können auch im Alter und selbst bei Pflegebedürftigkeit die notwendige Prämie im Kapitaldeckungsverfahren aufbringen. Nur wer aufgrund der Prämienzahlung unter das Mindestsicherungsniveau fällt, hätte einen Anspruch auf steuerfinanzierte Unterstützung.

Diese Argumentation markiert allerdings eine Extremposition. Alternativ lässt sich durchaus ein Vertrauensschutz aufgrund des bereits 20-jährigen Bestehens der sozialen Pflegeversicherung begründen. Im Vertrauen auf die Leistungen der umlagefinanzierten Pflichtversicherung haben insbesondere ältere Mitglieder bislang keine Vorsorge im Kapitaldeckungsverfahren betrieben und würden nun nachträglich durch den Systemwechsel in Form höherer Prämienforderungen getroffen. Vertrauensschutz könnte in vollem Umfang gewährt werden, indem zusätzliche Belastungen infolge der Umstellung vollständig über das Steuer- und Transfersystem ausgeglichen würden. Während also die erste Variante finanzielle Einbußen im Zuge des Systemwechsels bis zum Erreichen der Grundsicherung zugelassen hat, markiert diese zweite Alternative die entgegengesetzte Extremposition, weil de facto niemand zum Umstellungszeitpunkt schlechtergestellt werden soll. Neben den hohen Anforderungen an den Steuerzahler hat diese zweite Option den Nachteil, dass für die jetzt lebenden jungen Generationen die demografische Belastung auf Grundlage der bestehenden Leistungsansprüche nicht unmittelbar abnimmt. Nur künftige Leistungsausweitungen innerhalb der stationären Versorgung könnten so nicht mehr automatisch umgewälzt werden.

Für die Umsetzung bieten sich Zwischenlösungen an, die zwischen dem Interesse an einer Beteiligung älterer Kohorten an der Vorsorge für die eigenen Pflegefallkosten und dem vollständigen Vertrauensschutz dieser Generationen moderieren. Denn aus dem 20-jährigen Bestehen der sozialen Pflegeversicherung lässt sich nicht nur ein Argument zum Schutz der Älteren ableiten. Sie sind gleichzeitig auch Einführungsgewinner der 1995 gegründeten umlagefinanzierten Pflegeversicherung. Deshalb kann es als zumutbar erachtet werden, dass sie in Grenzen höhere Prämien in einem kapitalgedeckten Teilsystem der sozialen Pflegeversicherung tragen müssen.

Für die Umsetzung eines solchen Vertrauensschutzes bieten sich mehrere Alternativen an. Voraussetzung ist zunächst eine politisch festgelegte Belastungsgrenze. Sie kann über einen maximalen Prozentsatz definiert werden, mit dem das Einkommen des Versicherten(-haushalts) mit Umlagebeitrag und Prämie belastet werden darf. Alternativ ließe sich eine absolute Obergrenze für die Prämie im Kapitaldeckungsverfahren definieren.

Dazu ein einfaches Rechenbeispiel: Legt man als grobe Orientierungsgröße wiederum die gegenwärtigen Leistungsausgabenprofile der Versicherung zugrunde und unterstellt eine Kapitalverzinsung von 0 Prozent, so könnte beispielsweise eine Maximalprämie von 25 Euro pro Monat festgelegt werden. Bei den heute 45-Jährigen würden damit die zu erwartenden Kosten für die stationäre Pflege vollständig abgedeckt, bei den 60-Jährigen immerhin noch rund 61 Prozent und bei den 80-Jährigen noch etwa 18 Prozent. Bei einem durchschnittlichen Vollzeitbruttoverdienst von etwa 3.800 Euro pro Monat (Statistisches Bundesamt, 2013d) ergäbe sich für die derzeitige soziale Pflegeversicherung bei einem Beitragssatz von 2,55 Prozent ein monatlicher Beitrag von knapp 97 Euro. Bei einem um die Ausgaben der stationären Pflege reduzierten Beitragssatzniveau von etwa 60 Prozent respektive einem verbleibenden Beitragssatz von 1,53 Prozent wäre ein Umlagebeitrag von 58,14 Euro fällig. Zusammen mit einer maximalen Prämie von 25 Euro in der kapitalgedeckten Säule der Pflegeversicherung läge die Gesamtbelastung für einen Vollzeit arbeitenden Durchschnittsverdiener unter der im Status quo.

Der mit der Maximalprämie nicht gedeckte Anteil der Versicherungskosten der Älteren muss dennoch finanziert werden. Dies könnte entweder über einen steuerfinanzierten Zuschuss erfolgen, der an die betreffenden Versicherten gezahlt wird, oder – analog zum Start der privaten Pflegepflichtversicherung 1995 – durch einen Umlageanteil in den Prämien der Jüngeren finanziert werden. In dem obigen Rechenbeispiel würde dann für einen Versicherten bis zu einem Alter von 20 Jahren statt einer Prämie von 15 Euro pro Monat ein um etwa 10 Euro höherer Betrag notwendig.

Im Gegensatz zu einem vollständigen Ausgleich der individuellen Umstellungskosten ist das Kompensationsvolumen bei dieser Lösung geringer, da die älteren Generationen noch zu einem größeren Anteil zur Finanzierung ihrer Vorsorge herangezogen werden als im heutigen Umlageverfahren. Je höher die Maximalprämie oder die Belastungsobergrenze festgelegt wird, umso geringer fällt die Umlage innerhalb der Kapitaldeckung oder die Inanspruchnahme des Steuerzahlers aus und desto stärker werden die Mitglieder jüngerer Generationen entlastet.

Unabhängig von der Behandlung altersabhängiger Prämienforderungen können aber die Versicherten im Einzelfall je nach Einkommenssituation überfordert sein. Dann gilt es, in einem nächsten Schritt einen Sozialausgleich über das allgemeine Steuer- und Transfersystem zu organisieren. Das fiskalische Risiko dürfte sich aber in einem überschaubaren Rahmen bewegen.

Fazit

Mit einer Kompensation wird kein neuer Subventionstatbestand eingeführt. Die Differenz zwischen der altersabhängigen Prämie und dem bisherigen Beitrag wird bereits heute innerhalb der sozialen Pflegeversicherung ausgeglichen – dort aber auf der Basis lohnabhängiger Beiträge und einseitig zulasten der Jüngeren. Die heutigen Beiträge spiegeln die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten allerdings nur bedingt wider, da sonstige Einkommen ausgeblendet werden. Erst die Kalkulation altersabhängiger Prämien legt den intergenerativen Umverteilungsbedarf offen und eröffnet so die Möglichkeit, diese Umverteilung treffsicherer zu organisieren. Der Kompensationsbedarf läuft mit dem Ausscheiden der Älteren aus der Versicherung schrittweise aus – entweder explizit im Steuersystem oder innerhalb der Versicherung, indem der Umlageanteil an den Prämien der Jüngeren kontinuierlich abgebaut wird.

Neben der umlagefinanzierten Säule und der kapitalgedeckten Säule der Pflegepflichtversicherung bleibt als drittes Element die Vorsorge für den Teil der Pflegekosten, der über die gesetzlichen Versicherungsleistungen hinausreicht. Diese Vorsorge kann unter anderem im Rahmen einer freiwilligen Pflegezusatzversicherung betrieben werden, ohne dass für diesen Sicherungszweck die Anforderungen an eine solidarische Versicherung erfüllt werden müssen.

5

Zusammenfassung

Der demografische Wandel stellt die Gesellschaft vor besondere Herausforderungen. Weil das Pflegerisiko mit dem Alter zunimmt, wirkt sich die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge besonders nach 2030 stark aus. Bis 2050 wird die Zahl der Pflegefälle um eine Million bis 1,7 Millionen zulegen. Finanzielle Konsequenzen drohen vor allem der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung. Auf der einen Seite führen steigende Pflegefallzahlen zu

höheren Ausgaben, auf der anderen Seite schwächt ein steigender Rentneranteil bei unverändertem Beitragsrecht die Einnahmenseite. Die durch den demografischen Wandel verursachte jährliche Finanzierungslücke wird bis zum Jahr 2030 auf 1,7 bis 4 Milliarden Euro anwachsen. Danach wird sie deutlich größer. Ab 2050 droht eine Lücke von 11,5 bis knapp 16 Milliarden Euro pro Jahr zwischen Ausgaben und Beitragseinnahmen. Dabei sind zum Beispiel Steigerungen der Pflegekosten noch gar nicht berücksichtigt.

Die Veränderungen strahlen aber auch auf die steuerfinanzierte Hilfe zur Pflege aus. Denn wenn das reale Leistungsniveau in der gesetzlichen Pflichtversicherung wie bislang weiter abnimmt, wächst nicht nur der Abstand zwischen gesetzlichem Versicherungsschutz und den tatsächlichen Pflegekosten. Bei einem gleichzeitig sinkenden durchschnittlichen Alterseinkommensniveau besteht auch die Gefahr, dass ältere Menschen im Pflegefall vermehrt finanziell überfordert werden. Wurde die gesetzliche Pflegeversicherung 1995 unter anderem mit der Begründung eingeführt, die steuerfinanzierte Hilfe im Pflegefall zu entlasten, droht nun das gleiche Problem trotz Pflichtversicherung von Neuem aufzukommen.

Vor diesem Hintergrund plant die Bundesregierung mit ihrer aktuellen Pflegereform unter anderem, die Leistungssätze um 4 Prozent anzuheben und einen Pflegevorsorgefonds anzusparen – beides finanziert über einen höheren Beitragssatz. Der Realwert der Versicherungsleistungen kann damit aber nicht dauerhaft gesichert werden, gleicht die Anhebung doch gerade einmal den Anstieg der Pflegekosten in den vergangenen vier Jahren aus. Zudem wäre es fatal, wenn die politische Reformrhetorik den Eindruck vermittelte, dass die Pflegereform etwaige Deckungslücken schließen könne, und die Bürger daraufhin notwendige private Vorsorge unterließen. Die Idee einer kapitalgedeckten Vorsorge im Rahmen der gesetzlichen Versicherungspflicht folgt dagegen der richtigen Eingebung. Denn die fortgesetzte intergenerative Lastverschiebung kann nur über einen Ausstieg aus der Umlagefinanzierung durchbrochen werden. Allein die Umsetzung ist unglücklich, weil der Pflegevorsorgefonds nicht dauerhaft eingerichtet wird. Er soll nur in einer Phase besonderer demografischer Herausforderungen zur Verfügung stehen. Folglich wird er just dann aufgezehrt sein, wenn diese am höchsten sind.

Die sinnvolle Alternative wäre stattdessen, eine dauerhafte Kapitaldeckung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung zu etablieren. Dazu sind die stationären Leistungen (teilweise) aus der Umlagefinanzierung auszugliedern und in eine kapitalgedeckte, private Versicherung zu überführen. Da die stationären Leistungen in der Regel spät im Leben in Anspruch genommen werden,

können so selbst die geburtenstarken Jahrgänge noch in relevantem Umfang für ihr Pflegerisiko vorsorgen. Auf diese Art und Weise können die demografisch bedingten Anpassungslasten im Umlageverfahren eher beherrscht, die intergenerativen Lastverschiebungen infolge der Bevölkerungsalterung reduziert und schließlich die Pflegevorsorge im Sinne einer Risikodiversifikation gegen unterschiedliche gesamtwirtschaftliche Einflüsse abgesichert werden. Die für einen Sozialausgleich notwendigen Mittel bleiben dabei im Gegensatz zu einem vollständigen Systemwechsel in einem überschaubaren Rahmen.

Literatur

Arentz, Christine / **Läufer**, Ines / **Roth**, Steffen J., 2011a, Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung. Teilkapitaldeckungsmodelle im Vergleich, Otto-Wolff-Institut Discussion Paper, Nr. 4/2011, Köln

Arentz, Christine / **Läufer**, Ines / **Roth**, Steffen J., 2011b, Pflegevorsorge II. Einstieg in den Umstieg auf Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung, IWP Discussion Paper, Nr. 2011/1, Köln

Arentz, Christine / **Läufer**, Ines / **Roth**, Steffen J., 2011c, Zur Reform der Pflegeversicherung. Einstieg in ein nachhaltiges und wettbewerbliches System, in: Wirtschaftsdienst, 91. Jg., Nr. 2, S. 115–120

Arentz, Oliver / **Eekhoff**, Johann / **Roth**, Steffen J. / **Streibel**, Vera, 2004, Pflegevorsorge. Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltige Reform der Pflegeversicherung, Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft, München

Arentz, Oliver / **Wolfgramm**, Christine / **Kochskämper**, Susanna, 2009, In Zukunft kapitalgedeckt. Umstellung der europäischen Gesundheitssysteme auf eine nachhaltige und effiziente Finanzierung, in: Gellner, Winand / Schmöller, Michael (Hrsg.), Gesundheitsforschung. Aktuelle Befunde der Gesundheitswissenschaften, Baden-Baden, S. 235–246

Baumol, William J., 1967, Macroeconomics of Unbalanced Growth. The Anatomy of Urban Crisis, in: American Economic Review, 57. Jg., Nr. 3, S. 415–426

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2012, Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2011 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13), http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder__Versicherte/KM1_Jahresdurchschnitt_2011.pdf [16.6.2014]

BMG, 2014a, Was ändert sich ab dem 1. Januar 2015? Das erste Pflegestärkungsgesetz, <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegestaerkungsgesetze/hintergrund.html> [12.7.2014]

BMG, 2014b, Pflegeversicherung. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2013, <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> [12.6.2014]

BMG, 2014c, Pflegeversicherung. Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Soziale Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2011, <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> [12.6.2014]

BMG, 2014d, Die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung_Pflegeversicherung_xls/1995-2013-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung.pdf [14.5.2014]

Bundesregierung, 2014, Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorge-

fonds (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG), Stand 1. Bundestagslesung, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegestaerkungsgesetze/Entwurf_Pflegestaerkungsgesetz_Stand_Kabinett_28.5.2014.pdf [10.7.2014]

Bundesversicherungsamt – Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt, 2013a, Schätztableau für 2013 und 2014 aus der Schätzung vom 9./10.10.2013, Einschätzung des BMG und des Bundesversicherungsamtes, <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/schaetzerkreis.html> [28.5.2014]

Bundesversicherungsamt – Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt, 2013b, Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, Schätzung vom 14.3.2013, <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/schaetzerkreis.html> [28.5.2014]

Comas-Herrera, Adelina et al., 2003, European Study of Long-Term Care Expenditure. Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs, Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, PSSRU Discussion Paper, Nr. 1840, Canterbury

Deutsche Bundesbank, 2014, Monatsbericht März, 66. Jg., Frankfurt am Main

Eekhoff, Johann / Bünnagel, Vera / Kochskämper, Susanna / Menzel, Kai, 2008, Bürgerprivatversicherung, Tübingen

Enquête-Kommission, 2002, Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/8800, Berlin

Enste, Dominik H. / Pimpertz, Jochen, 2008, Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050, in: IW-Trends, 35. Jg., Nr. 4, S. 103–116

Felder, Stefan / Fetzer, Stefan, 2008, Wenn nicht jetzt, wann dann? Zur Reform der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, 97. Jg., Nr. 1, S. 144–161

Fetzer, Stefan / Raffelhüschen, Bernd, 2005, Zur Wiederbelebung des Generationenvertrags in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Freiburger Agenda, in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, 6. Jg., Nr. 2, S. 255–274

Fries, James F., 1980, Ageing, Natural Death, and the Compression of Morbidity, in: New England Journal of Medicine, Bd. 303, Nr. 3, S. 130–135

Fries, James F., 1989, The Compression of Morbidity: Near or Far?, in: Milbank Quarterly, 67. Jg., Nr. 2, S. 208–232

Fries, James F., 2000, Compression of morbidity in the elderly, in: Vaccine, 18. Jg., Nr. 16, S. 1584–1589

Gaßner, Maximilian / Schottky, Evi, 2005, Reformvorschlag für eine ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung, in: Die BKK, Heft 2, S. 61–65

Gruenberg, Ernest M., 1977, The Failure of Success, in: *Milbank Quarterly*, 55. Jg., Nr. 1, S. 3–24

Häcker, Jasmin / **Raffelhüschen**, Bernd, 2004, Denn sie wussten, was sie taten. Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, in: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsfor-*
schung, 73. Jg., Nr. 1, S. 158–174

Häcker, Jasmin / **Raffelhüschen**, Bernd, 2008, Die Pflegeversicherung in der Krise. Renditen, Leistungsniveau und Versorgungslücken, Deutsches Institut für Altersvorsorge, Köln

Henke, Klaus-Dirk / **Reimers**, Lutz, 2006, Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, Diskussionspapier der Fakultät VIII, Wirtschaft und Management, der Technischen Universität Berlin, Nr. 2006/8, Berlin

Hoffmann, Elke / **Nachtmann**, Juliane, 2007, Report Altersdaten. GeroStat. Statistisches Informationssystem Nr. 3/2007. Alter und Pflege, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Kane, Robert L. / **Radosevich**, David M. / **Vaupel**, James W., 1990, Compression of morbidity: issues and irrelevancies, in: Kane, Robert L. / MacFayden, David / Evans, J. Grimley (Hrsg.), *Improving the Health of Older People. A World View*, Oxford, S. 30–49

Kommission „Soziale Sicherheit“ (Herzog-Kommission), 2003, Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Sozialstaat/Dokumente/herzogkommission.pdf [21.4.2014]

Manton, Kenneth G. / **Stallard**, Eric / **Corder**, Larry, 1995, Changes in Morbidity and Chronic Disability in the U.S. Elderly Population: Evidence From the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Surveys, in: *The Journals of Gerontology, Series B, Psychological sciences and social sciences*, Bd. 50B, Nr. 4, S. 194–204

MDK – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2014, Begutachtungsstatistik nach Begutachtungsanlässen (Pflegeversicherung). Von Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Erstbegutachtungen und Begutachtungsempfehlungen der Pflegebedürftigkeit, Gliederungsmerkmale: Jahre, Begutachtungsergebnis, in: *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=29603497&nummer=620&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=69337999 [12.7.2014]

Pimpertz, Jochen, 2003, Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom lohnbezogenen Beitrag zur risikounabhängigen Versicherungsprämie, *IW-Positionen*, Nr. 2, Köln

Pimpertz, Jochen, 2013, Gegen Alarmismus und Bagatellisierung. Empirische Befunde zur Altersarmut und wirtschaftspolitische Empfehlungen, in: *Sozialer Fortschritt*, 62. Jg., Nr. 10/11, S. 274–282

- Pimpertz, Jochen / Roth, Steffen J.**, 2014, Private Pflegevorsorge – kein Bedarf an staatlicher Intervention, in: Eekhoff, Tholen / Roth, Steffen J. (Hrsg.), *Grenzgänge zwischen Wirtschaftswissenschaft und Wirtschaftspolitik*, Stuttgart, S. 105–120
- PKV** – Verband der Privaten Krankenversicherung, 2013, *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2012*, Köln
- PKV**, 2014, *Rechenschaftsbericht der Privaten Krankenversicherung 2013*, Köln
- Pomp, Marc / Vujić, Sunčica**, 2008, Rising health spending, new medical technology and the Baumol effect, *CPB Discussion Paper*, Nr. 115, Den Haag
- Przywara, Bartosz**, 2010, Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results, in: European Commission (Hrsg.), *European Economy, Economic Papers*, Nr. 417, Brüssel
- Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer**, 2013, *BARMER GEK Pflegereport 2013*, Barmer GEK (Hrsg.), Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Nr. 23, Siegburg
- Runde, Peter / Giese, Reinhard / Kaphengst, Claudia / Hess, Julius**, 2009, *AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung*, Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg, Hamburg
- Statistisches Bundesamt**, 2001, *Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2009, *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2010, *Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2011, *Generationensterbetafeln für Deutschland. Modellrechnungen für die Geburtsjahrgänge 1896–2009*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2012, *Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011*, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 11.7.2012 in Berlin, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2013a, *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung 2011, Fachserie 1, Reihe 1.3*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2013b, *Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2013c, *Daten zu Geburten, Kinderlosigkeit und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2012, Tabellen zur Pressekonferenz am 7.11.2013 in Berlin*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2013d, *Verdienste und Arbeitskosten, Arbeitnehmerverdienste 2013*, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt**, 2014a, *Abt. H107 – Sozialhilfe, Grundsicherung, Asylbewerberleistungen, Wohngeld, Sozialberichterstattung, Tabelle D 4 1, Empfänger und Empfängerinnen von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII; Empfänger und Empfängerinnen von Hilfe zur Pflege in Deutschland am 31.12.2012 nach Hilfeart, Altersgruppen, Ort der Leistungserbringung und Geschlecht*, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2014b, Abt. H106 – Pflege, behinderte Menschen, Sozialleistungen, Tabelle Z1, Pflegestatistik über die Pflegeversicherung. Z1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2011. Z 1.1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.2011 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2014c, Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege 2011, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2014d, Abt. H107 – Sozialhilfe, Grundsicherung, Asylbewerberleistungen, Wohngeld, Sozialberichterstattung, Tabellen 2 D 1994–2012, Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe, Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe nach Art des Trägers, außerhalb von und in Einrichtungen sowie Hilfearten, Wiesbaden

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2004, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden

TNS – TNS Infratest Sozialforschung, München, 2011, Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin

Unger, Rainer / **Müller**, Rolf / **Rothgang**, Heinz, 2011, Lebenserwartung in und ohne Pflegebedürftigkeit. Ausmaß und Entwicklungstendenzen in Deutschland, in: Gesundheitswesen, 73. Jg., Nr. 5, S. 292–297

vbw – Vereinigung der bayerischen Wirtschaft, 2014, Pflege nachhaltig gestalten, Position, München

Wille, Eberhard / **Igel**, Christian, 2008, Pflegereform. Vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren?, in: Funk, Lothar / Knappe, Eckhard (Hrsg.), Anwendungsorientierte Marktwirtschaftslehre und Neue Politische Ökonomie. Wirtschaftspolitische Aspekte von Strukturwandel, Sozialstaat und Arbeitsmarkt, Marburg, S. 461–493

Zimmermann, Anne, 2007, Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Status quo und Perspektive in der Ausgestaltung, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Nr. 132, Köln

Kurzdarstellung

Der demografische Wandel lässt die Pflegefallzahlen in Deutschland steigen. Sind heute rund 2,5 Millionen Pflegebedürftige zu versorgen, werden es im Jahr 2050 etwa 3,5 bis 4,2 Millionen sein. In der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung führt diese Entwicklung nicht nur zu höheren Ausgaben. Mit einem höheren Rentneranteil wird auch die Einnahmenseite geschwächt. Über steigende Beitragssätze und eine reale Entwertung der Leistungsversprechen werden die Finanzierungslasten zunehmend auf die Schultern der nachwachsenden Generationen verschoben. Leistungsausweitungen, wie aktuell von der Bundesregierung geplant, verschärfen das Problem zusätzlich. Auch das Ansparen eines Pflegevorsorgefonds schafft keine Abhilfe, weil dessen Mittel bis Mitte der 2050er Jahre wieder abgeschmolzen werden. Werden dagegen die Leistungen der stationären Pflege dauerhaft im Kapitaldeckungsverfahren finanziert, können die Mitglieder jüngerer Generationen nachhaltig entlastet werden.

Abstract

Germany's demographic transition is pushing up the number of cases of long-term nursing care. Whilst about 2.5 million people require care today, demand is expected to rise to some 3.5 to 4.2 million by the year 2050. For the country's pay-as-you-go social insurance for long-term care this development means not only higher expenditures but also lower income from contributions as the proportion of pensioners rises. The burden of financing is increasingly being shifted onto the shoulders of subsequent generations by increasing contribution rates and a real devaluation of the benefits promised. Expanding the benefits, as currently planned by the Federal Government, only aggravates the problem. Even syphoning off a fraction of contributions to build up a fund for future use will provide no enduring relief, as capital formation is temporary and by the mid-2050s these savings will have been depleted again. However, re-establishing residential nursing insurance on a fully funded basis permanently would lighten the load for younger generations sustainably.

Die Autoren

Dr. rer. pol. **Susanna Kochskämper**, geboren 1979 in Köln, Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft in Köln und Aberystwyth (Wales); seit 2012 Lehrbeauftragte für das Fach Internationale Versicherungsmärkte an der Fachhochschule Köln; seit 2014 im Institut der deutschen Wirtschaft Köln, Economist im Arbeitsbereich „Sozialpolitik“.

Dr. rer. pol. **Jochen Pimpertz**, geboren 1965 in Krefeld; Studium der Betriebswirtschaftslehre sowie der Wirtschafts- und Sozialpädagogik und Promotion in Volkswirtschaftslehre in Köln; seit 2001 im Institut der deutschen Wirtschaft Köln, Senior Economist im Arbeitsbereich „Sozialpolitik“, seit 2009 Leiter der Forschungsstelle „Pharmastandort Deutschland“, seit 2011 zudem Leiter des Kompetenzfelds „Öffentliche Haushalte und Soziale Sicherung“.

Positionen – Beiträge zur Ordnungspolitik

In der Reihe IW-Positionen – Beiträge zur Ordnungspolitik aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln sind erschienen:

Berthold Busch / Jochen Pimpertz

EU-Sozialpolitik

Einflüsse auf die sozialen Sicherungssysteme
in Deutschland

IW-Positionen 54, 2012, 54 Seiten, 11,80 €

Jürgen Matthes / Berthold Busch

Governance-Reformen im Euroraum

Eine Regelunion gegen Politikversagen

IW-Positionen 55, 2012, 56 Seiten, 11,80 €

Hubertus Bardt / Judith Niehues /

Holger Teichert

**Die Förderung erneuerbarer Energien
in Deutschland**

Wirkungen und Herausforderungen
des EEG

IW-Positionen 56, 2012, 54 Seiten, 11,80 €

Holger Schäfer / Jörg Schmidt /

Oliver Stettes

Beschäftigungsperspektiven von Frauen

Eine arbeitsmarktökonomische Analyse
im Spiegel der Gleichstellungsdebatte

IW-Positionen 57, 2013, 56 Seiten, 11,80 €

Hubertus Bardt /

Hanno Kempermann

**Folgen der Energiewende
für die deutsche Industrie**

IW-Positionen 58, 2013, 42 Seiten, 11,80 €

Thomas Puls

Stur in den Stau?

Ein Plädoyer für neue Wege in der
deutschen Verkehrspolitik

IW-Positionen 59, 2013, 60 Seiten, 11,80 €

Wido Geis / Axel Plünnecke

Fachkräftesicherung durch Familienpolitik

IW-Positionen 60, 2013, 52 Seiten, 11,80 €

Holger Schäfer / Jörg Schmidt /

Oliver Stettes

Qualität der Arbeit

IW-Positionen 61, 2013, 60 Seiten, 11,80 €

Ralph Henger / Michael Schier /

Michael Voigtländer

Wohnungsleerstand

Eine wirtschaftspolitische Herausforderung

IW-Positionen 62, 2014, 62 Seiten, 11,80 €

Dominik H. Enste / Julia Wildner

Mitverantwortung und Moral

Eine unternehmensethische Reflexion

IW-Positionen 63, 2014, 54 Seiten, 11,80 €

Hubertus Bardt / Esther Chrischilles

**Marktwirtschaftliche Stromerzeugung
und Energiewende**

Ein integriertes Optionsmarktmodell für
erneuerbare und fossile Energiequellen

IW-Positionen 64, 2014, 54 Seiten, 11,80 €

Justina Alichniewicz / Wido Geis /

J. Michaelle Nintcheu

Willkommenskultur

Wie Deutschland für ausländische
Fachkräfte attraktiver werden kann

IW-Positionen 65, 2014, 44 Seiten, 11,80 €

Holger Schäfer / Jörg Schmidt /

Oliver Stettes

Moderne Arbeitsmarktverfassung

Wie viel Regulierung verträgt der
deutsche Arbeitsmarkt?

IW-Positionen 66, 2014, 60 Seiten, 11,80 €

Christina Anger / Oliver Koppel /

Axel Plünnecke

MINT und das Geschäftsmodell Deutschland

IW-Positionen 67, 2014, 42 Seiten, 11,80 €

Die Reihe ist im Fortsetzungsbezug zu Sonderkonditionen erhältlich.

Bestellungen über www.iwmedien.de/bookshop