ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Kochskämper, Susanna; Arentz, Christine; Moritz, Maik

Working Paper

Zwei-Säulen-Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteilsversicherung. Zum künftigen Umgang mit den selbst zu tragenden Pflegekosten

IW-Policy Paper, No. 12/2019

Provided in Cooperation with:
German Economic Institute (IW), Cologne

Suggested Citation: Kochskämper, Susanna; Arentz, Christine; Moritz, Maik (2019) : Zwei-Säulen-Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteilsversicherung. Zum künftigen Umgang mit den selbst zu tragenden Pflegekosten, IW-Policy Paper, No. 12/2019, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/206756

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Aktuelle politische
Debattenbeiträge

IW-Policy Paper 12/19

Zwei-Säulen-Strategie in der Pflegefinanzierung: Einführung einer Eigenanteils-versicherung

Zum künftigen Umgang mit den selbst zu tragenden Pflegekosten

Susanna Kochskämper, Christine Arentz, Maik Moritz

Köln, 20.11.2019

INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT

Kontaktdaten Autoren

Dr. Susanna Kochskämper
Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Postfach 10 19 42
50459 Köln
kochskaemper@iwkoeln.de

Dr. Christine Arentz
Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
christine.arentz@wip-pkv.de

Maik Moritz
Aktuariat Pflegeversicherung
Verband der Privaten Krankenversicherung
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung **4**

1 Einführung **5**

2 Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland – ein kurzer Überblick **5**

3 Eigenanteile in der gesetzlichen Pflegeversicherung **7**

3.1 Die Höhe der Eigenanteile in der stationären und ambulanten Pflege im Status quo 7

3.2 Entwicklung der Eigenanteile bis heute und in Zukunft 10

3.3 Eigenanteile, Eigenverantwortung und Sozialhilfe 11

4 Künftiger Umgang mit der Eigenverantwortung in der Pflegevorsorge – Diskussion verschiedener Standpunkte **15**

4.1 Deckelung der Eigenanteile: Der Sockel-Spitze-Tausch 15

4.2 Einführung einer Eigenanteilsversicherung für mehr Eigenvorsorge 18

4.2.1 Grundsätzliche Ausgestaltung 19

4.2.2 Prämiengestaltung, Versicherungspflicht und sozialpolitische Flankierung 21

4.2.3 Rechnungsbeispiel Eigenanteilsversicherung: Maximalszenario bei Versicherungspflicht ohne Selbstbehalte 24

5 Zusammenfassung und Ausblick **30**

Tabellenverzeichnis **32**

Abbildungsverzeichnis **32**

Literatur **33**

JEL-Klassifikation:
I13 – Krankenversicherung (gesetzlich und privat)
I18 – Gesundheitspolitik; Regulierung; Öffentliches Gesundheitswesen
J11 – Demographische Trends

Zusammenfassung

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist als Teilleistungsversicherung konzipiert, ein Teil der tatsächlich anfallenden Pflegekosten muss seit jeher von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Allerdings ist dieser selbst zu finanzierende Anteil an den Pflegekosten seit Einführung der Versicherung fast kontinuierlich gestiegen – selbst die jüngsten Pflegereformen konnten diesen Trend nicht umkehren. Die steigenden Eigenanteile stehen zunehmend in der Kritik. Zudem wird befürchtet, dass gegenwärtige Reformvorhaben noch einmal deutliche Steigerungen der Pflegekosten – und damit auch der Eigenanteile – hervorbringen.

Ein aktuell in der Politik diskutierter Reformvorschlag nimmt sich dieses Problems an. Vorgeschlagen wird ein sogenannter Sockel-Spitze-Tausch, der die pflegebedingten Eigenanteile deckeln soll. Allerdings würde dadurch der Umlageanteil in der Pflegeversicherung ausgeweitet. In Zeiten des demografischen Wandels erscheint dies riskant. Auf mittlere Sicht besteht dann das politische Risiko, Leistungen kürzen zu müssen, weil der Druck auf den Beitragssatz und damit die Belastung der jüngeren Generationen zu stark steigen.

Deshalb wird in diesem Papier ein alternativer Reformvorschlag erarbeitet. Kern des Vorschlags ist es, das heutige System der Pflegefinanzierung auf zwei Säulen zu stützen: Die gegenwärtige gesetzliche Pflegeversicherung übernimmt einen gesetzlich fixierten prozentualen Anteil an den Gesamtkosten, eine kapitalgedeckte Eigenanteilsversicherung den verbleibenden Anteil – gegebenenfalls mit einem politisch definierten Selbstbehalt versehen. Ob diese zweite Säule verpflichtend eingeführt wird oder freiwillig verbleibt, wird hier offengelassen und nur gezeigt, welche flankierenden sozialpolitischen Maßnahmen ergriffen werden müssen, sollte die Eigenanteilsversicherung tatsächlich verpflichtend eingeführt werden.

Die Umstellung auf eine Zwei-Säulen-Strategie bietet der Politik auch die Möglichkeit, die Mischung von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren so zu justieren, dass die heute bereits im Umlagesystem der sozialen Pflegeversicherung angelegten Belastungen für die jüngeren und zukünftigen Generationen nicht weiter erhöht oder sogar verringert werden. Ein deutlicher Vorteil eines solchen Modells liegt somit darin, dass die Lastverschiebung zwischen den Generationen im Umfang der kapitalgedeckt finanzierten Leistungen begrenzt werden kann, ohne Leistungsversprechen insgesamt einzuschränken.

1 Einführung

Nach den zahlreichen Reformbemühungen der letzten Jahre steht gegenwärtig die Finanzierung der Pflege erneut auf der politischen Agenda. In der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) wurden neue, kostenträchtige Maßnahmen beschlossen, die insbesondere der Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege dienen sollen (Bundesministerium für Gesundheit, 2019a).

Im heutigen institutionellen Gefüge der gesetzlichen Pflegeversicherung, in der die Versicherungsleistungen gedeckelt sind, würden weitere Kostensteigerungen vollständig auf die von den Versicherten zu tragenden Eigenanteile überwälzt. Bereits die mit der jüngsten Reform beschlossenen Leistungsausdehnungen haben jedoch schon zu Steigerungen der Eigenanteile geführt. Aus diesem Grund ist die Ausgestaltung der Pflegeversicherung aktuell Gegenstand der politischen Diskussion. Die Eigenanteile werden von mehreren Seiten als nicht mehr tragbar angesehen und eine Reform der Finanzierung gefordert.[1] Ein in diesem Zusammenhang diskutierter Vorschlag sieht eine Umkehr der bisherigen Finanzierungslogik vor: So sollen die Eigenanteile gedeckelt werden und die Versicherungsleistungen mit den Kostensteigerungen anwachsen (sogenannter Sockel-Spitze-Tausch). Diese Vorgehensweise birgt allerdings verschiedene Risiken.

Im Folgenden soll daher ein weiterer Vorschlag zur Reform der Pflegefinanzierung vorgestellt werden. Dazu wird zuerst kurz die aktuelle institutionelle Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung vorgestellt und anschließend ein genauerer Blick auf die Eigenanteile geworfen. In Abschnitt 4 werden dann verschiedene Möglichkeiten diskutiert, wie mit diesen Eigenanteilen in Zukunft verfahren werden kann. Dazu werden insbesondere zwei Vorschläge näher betrachtet – der sogenannte Sockel-Spitze-Tausch und als ein weiteres Reformmodell eine Eigenanteilsversicherung.

2 Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland – ein kurzer Überblick[2]

Die seit 1995 verpflichtende gesetzliche Pflegeversicherung erfolgt analog zur Krankenversicherung in zwei unterschiedlichen Finanzierungssystemen. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung ist sie jedoch in beiden Systemen nur als Teilleistungsversicherung konzipiert: Im Pflegefall werden, je nach Höhe des Pflegegrads und der gewählten Versorgungsart, unterschiedlich hohe, gedeckelte Beträge von der Pflegeversicherung ausgezahlt. Der Teilleistungscharakter ergibt sich dadurch, dass diese Beträge in der Regel nicht die gesamten Pflegekosten decken und die Versicherten daher im Pflegefall Eigenanteile entrichten müssen (ausführlicher in Abschnitt 3). Da die Finanzierungssystematiken der beiden Versicherungsvarianten als Ausgangspunkt für die weiteren Reformüberlegungen dienen, werden sie hier kurz dargestellt.

[1] Vgl. öffentliche Anhörung zur Pflegeversicherung vom 8. Mai 2019, https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/anhoerungen/pflegeversicherung-inhalt-633384 [12.6.2019].

[2] Dieser Abschnitt folgt Arentz et al. (2019).

Der Großteil der Bevölkerung, im Jahr 2017 72,3 Millionen Menschen (Bundesminsiterium für Gesundheit, 2019b), ist in der umlagefinanzierten **sozialen Pflegeversicherung** (SPV) versichert, in der sich sozialversicherungspflichtig Beschäftigte bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe pflichtversichern müssen. Der Beitragssatz ist (lohn-)einkommensabhängig und wird für Arbeitnehmer paritätisch und damit jeweils zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer abgeführt.[3] Personen im Rentenalter tragen den Beitragssatz für die SPV allein. Es wird ein Aufschlag von 0,25 Prozentpunkten für kinderlose Erwachsene ab der Vollendung des 23. Lebensjahrs erhoben (SGB XI, § 55 Abs. 3). Aktuell liegen die Beiträge bei 3,05 Prozent für Erwachsene mit Kindern und bei 3,3 Prozent für Kinderlose. Die Verbeitragung der Einkommen erfolgt nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze (2019: 54.450 Euro/Jahr). Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen oder mit einer geringfügigen Beschäftigung (450 Euro/Monat) sind in der SPV beitragsfrei mitversichert. Von den 72,3 Millionen Versicherten waren im Jahr 2017 56 Millionen zahlende Mitglieder (Bundesministerium für Gesundheit, 2019b). Seit dem 1.1.2015 werden 0,1 Prozentpunkte der Beitragseinnahmen einem Pflegevorsorgefonds, der von der Bundesbank verwaltet wird, zugeführt. Der Fonds soll ab dem Jahr 2035 die durch demografische Veränderungen zu erwartenden Beitragssatzsteigerungen abfedern.

Die Finanzierung der **privaten Pflegeversicherung** (PPV) erfolgt im sogenannten Anwartschaftsdeckungsverfahren. Die Prämien werden so kalkuliert, dass sie bei gleichbleibenden Rechnungsgrundlagen über den Lebenszyklus der Versicherten real konstant bleiben. Dies führt dazu, dass die Prämien in jüngeren Jahren mit durchschnittlich wenig Leistungsbezug höher als die benötigten Leistungen sind, während sie im Alter unterhalb der für diese Altersjahre risikoäquivalenten Prämien liegen. So werden von der Versicherung für junge Kohorten Überschüsse gebildet und am Kapitalmarkt angelegt und im Alter wieder aufgelöst, um die Prämiendefizite auszugleichen. Die so akkumulierten Alterungsrückstellungen dienen also der Glättung der Prämien über den Lebenszyklus. Allerdings sind in der PPV durch den Gesetzgeber einige Elemente vorgeschrieben, die dazu führen, dass auch Umlageanteile in die Beitragsberechnung mit einfließen.

Für die Versicherungsverträge in der PPV gelten folgende gesetzliche Regelungen (§ 110 Abs. 3 SGB XI):

- Kontrahierungszwang für alle Personen, die berechtigt sind, eine private Pflegeversicherung abzuschließen.
- Kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten (bereits im Jahr 1995 durften Pflegebedürftige nicht ausgeschlossen werden).

[3] Aus ökonomischer Sicht muss jedoch zwischen Zahllast und Traglast unterschieden werden. Ob die Arbeitgeber oder Arbeitnehmer die Beitragsbelastung zu tragen haben, hängt von den jeweiligen Elastizitäten des Angebots und der Nachfrage ab. Unabhängig von der konkreten Zahllast trägt die unelastischere Seite des Marktes einen höheren Anteil der Beitragsbelastung. Zudem ist in einem lohnzentrierten System auch der Arbeitgeberanteil aus der Wertschöpfung des Arbeitnehmers zu finanzieren.

- Keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht. Eine Prämiendifferenzierung erfolgt in der PPV also ausschließlich über das Alter.

- Keine längeren Wartezeiten als in der SPV,

- Maximalprämien: Für Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, keine Prämienhöhe, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigt;

- beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Für die Versicherten, die 1995 in die Pflegeversicherung eingetreten sind, gilt auch eine Begrenzung der Beiträge für nicht erwerbstätige Ehepartner.

- Eine Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsanbieter ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang besteht.

Bei Einführung der PPV wurden Leistungen an bereits pflegenahe oder pflegebedürftige Personen ausgezahlt. Für Personen, die 1915 und früher geboren wurden (80-Jährige und älter), wurden keine Alterungsrückstellungen gebildet. Prämien mussten von diesen Personengruppen maximal in Höhe des – politisch gesetzten – SPV-Höchstbeitrags entrichtet werden. In der SPV hat der Höchstbeitrag die Funktion, den Steuercharakter von Beiträgen zu vermeiden. In der PPV hat der Höchstbeitrag hingegen eine Sozialfunktion, indem er die altersgerechten Prämien kappt, die für sehr alte Versicherte ansonsten entsprechend hoch ausfielen.

3 Eigenanteile in der gesetzlichen Pflegeversicherung

3.1 Die Höhe der Eigenanteile in der stationären und ambulanten Pflege im Status quo

Für die vollstationäre Versorgung ist die Datenlage zur Höhe der Eigenanteile als gut zu bezeichnen. Das Statistische Bundesamt weist in seiner Pflegestatistik regelmäßig auch die von den Pflegeheimen verlangten Entgelte für die Pflege aus. Bis 2016 konnten die Pflegeheime den Pflegebedürftigen nach ihren jeweiligen Pflegestufen differenzierte Eigenanteile in Rechnung stellen, sodass sich Bundes- und Bundeslanddurchschnitte anhand der Daten des Statistischen Bundesamts berechnen ließen. Seit 2017 müssen Pflegeheime aber einen sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil verlangen und dürfen den Anteil der Pflegekosten, den die Pflegebedürftigen aus eigenen Mitteln finanzieren müssen, nicht mehr nach den gleichzeitig eingeführten Pflegegraden differenzieren. Das Statistische Bundesamt hingegen weist weiterhin die für die jeweiligen Pflegegrade berechneten Entgelte aus. Aktuelle Daten zu den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen lassen sich daher nur über Daten der Pflegekassen oder private Versicherungen erhalten, die diese meist über „Pflegeheimfinder“ öffentlich zugänglich machen.[4] Im

[4] Eine Auswertung findet sich beispielsweise bei Rothgang/Müller (2018).

vollstationären Bereich werden jedoch nicht nur pflegebedingte Aufwendungen anteilig in Rechnung gestellt. Die Pflegebedürftigen müssen zusätzlich die vollen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung und in vielen Fällen anteilig Investitionskosten tragen. Die monatlichen Kosten für die Unterbringung im Pflegeheim, die von den Pflegebedürftigen zu tragen sind, betragen im Bundesdurchschnitt über 1.800 Euro – mit einer starken Differenzierung zwischen den Bundesländern oder genauer zwischen den einzelnen Regionen.[5] Wie Tabelle 3-1 zeigt, liegen die durchschnittlichen Eigenanteile für die vollstationäre Pflege beispielsweise in den Bundesländern Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und dem Saarland deutlich über dem bundesdeutschen Durchschnitt, während insbesondere die ostdeutschen Bundesländer günstiger sind. Diese Unterschiede sind vor allem auf unterschiedliche Personalkosten zurückzuführen, die den Großteil der Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) bestimmen (Augurzky et al., 2008).

[5] Die Eigenanteile sind inzwischen nochmals auf über 1.900 Euro gestiegen. Die hier verwendeten Zahlen beziehen sich auf die zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Analyse verfügbaren Daten.

Tabelle 3-1: Eigenanteile nach Bundesländern in vollstationärer Versorgung

2019, pro Monat, in Euro

Bundesland	EEE	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	∑ Eigenanteil
Baden-Württemberg	919	434	357	439	2.149
Bayern	862	303	346	371	1.882
Berlin	929	391	199	362	1.881
Brandenburg	640	455	156	307	1.558
Bremen	488	441	294	558	1.781
Hamburg	699	411	356	536	2.002
Hessen	667	390	259	486	1.802
Mecklenburg-Vorpommern	380	308	252	322	1.262
Niedersachsen	389	419	150	519	1.476
Nordrhein-Westfalen	839	561	432	519	2.350
Rheinland-Pfalz	695	528	295	412	1.929
Saarland	935	536	307	425	2.204
Sachsen	353	407	137	335	1.231
Sachsen-Anhalt	445	333	222	307	1.307
Schleswig-Holstein	407	369	330	473	1.579
Thüringen	359	546	146	331	1.382
Bundesweit	**683**	**431**	**294**	**435**	**1.843**

EEE: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil.

Quelle: Auswertung des Pflegedatenbank des PKV-Verbands (2019). Zahlen mit Ausbildungsvergütung und ohne Sondereinrichtungen

Wie hoch die Eigenanteile an den Pflegekosten für ambulante Leistungen liegen, lässt sich hingegen schwerer überprüfen. Daten für ambulant aufzuwendende Eigenanteile werden in der Pflegestatistik nicht erfasst. Umfragewerte, wie aus dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) oder die Erhebungen von TNS infratest, sind zumindest mit Vorsicht zu behandeln, da nicht sichergestellt werden kann, dass Befragte „pflegebedingte Aufwendungen“ eindeutig zuordnen und richtig abschätzen können. Somit liefern diese Daten nur einen Hinweis – nach TNS infratest (2017, 158 f.) sind die Eigenanteile in diesem Bereich gegenüber 2010 um 10 Prozent gestiegen. Real allerdings war kein Anstieg zu verzeichnen, da sich die Inflationsrate im selben Maß entwickelt hat. Gleichzeitig sind die Eigenanteile insgesamt ungleich niedriger als die Eigenanteile in der stationären Versorgung.

Da die Datengrundlage nur unvollständig ist, können über die Gründe der insgesamt niedrigeren Eigenanteile im ambulanten Bereich nur Mutmaßungen angestellt werden: Zum einen könnte es sein, dass die Versicherten im ambulanten Bereich nur so viele Leistungen in Anspruch nehmen, dass sie mit den von der Versicherung ausbezahlten Geldbeträgen die Kosten vollständig begleichen können, ohne selbst dazu zahlen zu müssen. Sollte dies der Fall sein, könnte auch eine Unterversorgung der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich bestehen, weil die ausbezahlten Leistungspauschalen nicht notwendigerweise einen tatsächlich angemessenen Pflegebedarf finanzieren. Eine zweite Erklärung für die niedrigen Eigenanteile an den Pflegekosten in der ambulanten Pflege könnte aber auch in der Neugestaltung der ambulanten Versorgung mit den Pflegestärkungsgesetzen ab 2015 zusammenhängen: Nach der Devise „ambulant vor stationär“ wurden im Zuge dieser Gesetzespakte zum einen die ambulanten Auszahlungsbeträge deutlich erhöht. Zum anderen besteht seitdem im ambulanten Bereich die Möglichkeit, verschiedene Formen der Pflege zu kombinieren. So kann neben der Kurzzeitpflege auch Verhinderungspflege sowie anteilig Pflegegeld und Entlastungsbeträge bezogen werden (§ 38, § 45b SGB XI). Auch die teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5) kann zusätzlich zu ambulanten Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder der Kombinationsleistung nach § 38 in Anspruch genommen werden, ohne dass eine Anrechnung auf diese Ansprüche erfolgt (§ 41 SGB XI). In diesem Fall wären die niedrigen Eigenanteile im ambulanten Bereich nicht mit einer Unterversorgung zu begründen, sondern mit der relativ großzügigen Leistungsgestaltung.

3.2 Entwicklung der Eigenanteile bis heute und in Zukunft

So wie die gesetzliche Pflegeversicherung gegenwärtig ausgestaltet ist, lassen sich die Eigenanteile als (unvollständig ausgestaltete) prozentuale Selbstbehalte an den Pflegekosten verstehen: Von den anfallenden Gesamtkosten trägt die Pflegeversicherung einen – in Pauschalen ausgezahlten – Teil, den Rest müssen die Pflegebedürftigen aus eigenen Mitteln begleichen.

Unvollständig ausgestaltet sind sie deshalb, weil nicht klar ist, wie sich das Verhältnis zwischen Eigenanteil und Versicherungsleistung in Zukunft entwickeln wird. Ein Blick in die Vergangenheit anhand der Daten des Statischen Bundesamts zeigt, dass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten in Pflegeheimen zwischen 1999 und 2015 nicht nur absolut, sondern auch prozentual kontinuierlich gestiegen sind.[6]

Diese Entwicklung ist insbesondere auf die fehlende Dynamisierung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zurückzuführen. Denn die Leistungsbeträge sind im SGB XI nominal festgeschrieben und wurden in der Vergangenheit nur punktuell angepasst. Zwar ist inzwischen in § 30 SGB XI vorgeschrieben, dass die Bundesregierung alle drei Jahre eine Leistungsanpassung

[6] Mussten Pflegebedürftige 1999 noch rund 12,4 Prozent der Pflegekosten in Pflegestufe I (beziehungsweise 16,2 Prozent in Pflegestufe II und 28,1 Prozent in Pflegestufe III) selbst tragen, lagen die Eigenanteile in 2015 in allen Pflegestufen bei rund einem Drittel der Pflegekosten und in der höchsten Pflegestufe sogar deutlich darüber – 28,7 Prozent in Pflegestufe I, 33,3 Prozent in Pflegestufe II und 35,2 Prozent in Pflegestufe III (eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Statistisches Bundesamt, 2001 und 2017). Auch seit Einführung der Pflegegrade im Jahr 2017 und der damit verbundenen Umstellung auf einrichtungseinheitliche Eigenanteile zeigt eine Auswertung von Rothgang/Müller (2018) einen leichten Anstieg der Eigenanteile zwischen 2017 und 2018.

prüfen wird, als Orientierungswert gilt die kumulierte Preisentwicklung der letzten drei Kalenderjahre. Damit ist jedoch keineswegs sicher, dass die Politik in Zukunft einer Realentwertung der Leistungen der Pflegeversicherung entgegenwirkt.

Da die Pflegekosten stark von der (Real-)Lohnentwicklung und der Personalausstattung in diesem Sektor abhängig sind, schlägt sich dies dementsprechend auch in den Eigenanteilen nieder. Schätzungen zufolge verursachen Personalkosten in etwa zwei Drittel der Gesamtkosten der Pflegeheime (vgl. Augurzky et al., 2008, 40). Kommt es daher zu Reallohnsteigerungen in dieser Branche, steigen die Pflegekosten – bei unverändertem Personalschlüssel – stärker als die Verbraucherpreise. Aus diesem Grund ist – selbst bei einer ausreichenden Dynamisierung der gesetzlichen Pflegeversicherung – zu erwarten, dass bei steigenden Reallöhnen und konstanten (oder sogar) steigendem Personaleinsatz pro Pflegebedürftigem die Pflegekosten und damit die Eigenanteile stärker ansteigen als die Verbraucherpreise. Ob die Eigenanteile hingegen bei **gleichbleibenden** Pflegekosten steigen oder im Fall steigender Pflegekosten sogar überproportional zunehmen, hängt davon ab, ob die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung entsprechend an die Pflegekostenentwicklung angepasst werden, oder ob – wie in der Vergangenheit geschehen – nur eine unzureichende Dynamisierung erfolgt. In ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung birgt die gesetzliche Pflegeversicherung somit eine erhebliche Kostenunsicherheit für die Versicherten, da nicht klar ist, in welchem Umfang sich die Versicherungsleistungen entwickeln und damit spiegelbildlich nicht bekannt ist, wie hoch die Eigenanteile in Zukunft ausfallen werden.

3.3 Eigenanteile, Eigenverantwortung und Sozialhilfe

Aufgrund des Charakters der gesetzlichen Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung kann Pflegebedürftigkeit eine erhebliche zusätzliche Kostenbelastung für den Einzelnen mit sich bringen. Können die notwendigen Pflegleistungen nicht aus eigenen Mitteln finanziert werden, sind zunächst die Angehörigen in der Pflicht: Ehepartner und Kinder sind gegenwärtig mit ihrem Einkommen und Vermögen (abzüglich Freigrenzen und unter Berücksichtigung eines Schonvermögens) unterhaltspflichtig. Erst wenn auch diese Möglichkeit erschöpft ist, werden Pflegebedürftige durch die sogenannte „Hilfe zur Pflege“ unterstützt, die Teil der Sozialhilfe ist.

Durch diese institutionelle Ausgestaltung ist das Pflegefallrisiko in Deutschland vollständig abgesichert – allerdings mit der Einschränkung, dass nur derjenige vollumfängliche staatliche Unterstützung erhält, der aufgrund seines Einkommens und Vermögens die Pflegekosten nicht tragen kann.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die Frage, ob und wie Menschen in Deutschland für den Pflegefall Vorsorge betreiben. Denn theoretisch wäre Freifahrerverhalten denkbar: Diejenigen, die (zumindest zum Teil) vorsorgen könnten, unterlassen dies vollständig, da sie wissen, dass sie im Pflegefall Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben. Freifahrerverhalten kann im Fall der Pflegevorsorge auch in folgender Form auftreten: Wie hoch die individuelle Belastung im Pflegefall tatsächlich ist, hängt neben Pflegefallrisiko und dann notwendigem Pflegearrangement auch von der Pflegedauer ab. Auch hierzu ist die Studienlage dünn, die existierenden Untersuchungen weisen jedoch eine hohe Spannbreite auf. Rothgang et al. (2012) geben für eine Inzi-

denzkohorte des Jahres 2000, die bis zum Jahr 2010 beobachtet wurde, beispielsweise durchschnittlich im Pflegefall individuell zu tragende Kosten von rund 30.000 Euro an – mit einer Varianz zwischen 0 und knapp über 300.000 Euro. Entsprechend könnte auch sein, dass Menschen unspezifische Vorsorge betreiben, allerdings bewusst nur in einem gewissen Rahmen: Vorgesorgt wird nur bis zu einem bestimmten Betrag und auf Unterstützung durch Hilfe zur Pflege gesetzt, sollten etwaige anfallende Pflegekosten darüber hinausgehen.

Tatsächlich existieren wenige Studien zum Thema Pflegevorsorge in Deutschland. Deshalb können hier im Folgenden nur einige Überlegungen angestellt werden:

Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 hat sich der Anteil der Empfänger der Hilfe zur Pflege an den Pflegefallzahlen nicht erhöht (Kochskämper, 2018a). Dies könnte sich in Zukunft ändern, wenn die Bürger im Vertrauen auf die Pflegeversicherung weniger für den Pflegefall vorsorgen, als es die jetzige Generation von Pflegebedürftigen getan hat: Denn die Pflegeversicherung existiert erst seit knapp 25 Jahren. Knapp 70 Prozent der Pflegebedürftigen waren im Jahr 2017 75 Jahre und älter (eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Statistisches Bundesamt, 2019a). Damit stand ein Großteil der heutigen „Generation“ der Pflegebedürftigen bei Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung schon im fortgeschrittenen Erwerbsleben. Da sie nicht auf eine Pflegeversicherung bauen konnten, kann zumindest angenommen werden, dass diese Generation für den Pflegefall Vorsorge getroffen hat und deshalb heute nicht so stark auf staatliche Unterstützung angewiesen ist. Dagegen könnten die Bürger, die mit einer gesetzlichen Versicherung „aufwachsen“ ein anderes Vorsorgeverhalten entwickeln als diejenigen, die davon ausgehen mussten, dass ihr Pflegekostenrisiko nicht abgesichert ist. Dies könnte dann in Zukunft zu steigenden Zahlen in der Sozialhilfe führen, wenn Bürger in Unkenntnis über die drohende Kostenbelastung zu wenig vorsorgen.

Allerdings existieren hierzu nach Kenntnis der Autoren bisher keine empirischen Studien, in denen dieser Aspekt für Deutschland genauer untersucht wird.

Zumindest der private Pflegezusatzversicherungsmarkt ist in Deutschland nach wie vor nicht stark ausgeprägt: Im Jahr 2017 hatten insgesamt rund 2,7 Millionen Menschen eine private Pflegezusatzversicherung und etwas mehr als 834.000 Menschen eine geförderte Pflegezusatzversicherung (PKV, 2017). Zwar ist die Zahl derjenigen, die eine private Pflegezusatzversicherung abgeschlossen haben, in der Vergangenheit deutlich angestiegen. Laut Daten des PKV-Verbands (aktuar.de, 2019; PKV, 1997 bis 2017) wurden bis 1986 – zwei Jahre nach Einführung dieser Versicherungsart – 28.000 Verträge abgeschlossen, 1998 waren es erst knapp 550.000. Dennoch scheint nach wie vor ein großer Teil der Bevölkerung eine „unspezifische“ Vorsorgestrategie zu verfolgen oder gegebenenfalls gar nicht vorzusorgen (der folgende Abschnitt folgt Kochskämper/Stockhausen, 2019, 12 ff.):

Die fehlende Vorsorge für das Pflegekostenrisiko, das durchaus existenzielle Ausmaße annehmen kann, ist kein rein deutsches Phänomen. In der internationalen Literatur wird der fehlende Abschluss von Versicherungen, obwohl Pflege ein existenzielles Kostenrisiko darstellt, auch als

„long-term care insurance puzzle“ bezeichnet (vgl. beispielsweise Cutler, 1993; Brown/Finkelstein, 2004). Bezogen auf Deutschland können folgende Gründe angeführt werden, die die geringe Verbreitung von Zusatzversicherungen erklären können:

- Wunsch nach Flexibilität: Bürger haben Bedenken, Kapital in einer Versicherung zu binden, sondern möchten dieses im Alter flexibel einsetzen (vgl. hierzu Curry et al., 2009, 5).
- Überschätzen der Kosten einer Absicherung des Pflegefallrisikos,
- Widerwillen, sich in jungen Jahren, wo eine günstige Absicherung möglich wäre, mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit auseinander zu setzen (Curry et al., 2009, 6).
- Verlass auf die Unterstützung von Angehörigen im Pflegefall (finanziell oder in Form von Pflegeleistungen). Dies kann entweder durch explizite Absprachen erfolgen oder implizit vorausgesetzt werden (hierzu beispielsweise Zweifel/Strüwe, 1996).
- Vollversicherungsillusion: Ein Teil der Menschen in Deutschland könnte gegenwärtig einer Vollversicherungsillusion unterliegen oder trotz Kenntnis über den Teilleistungscharakter der gesetzlichen Pflegeversicherung ihr persönliches Pflegerisiko falsch einschätzen (hierzu beispielsweise Mosca et al., 2017, 198; Klimaviciute/Pestieau, 2018, 51; Curry et al., 2009, 6). Zu diesem Thema ist die wissenschaftliche Studienlage für Deutschland ebenfalls dünn und zudem widersprüchlich. Darüber hinaus existieren hauptsächlich Auftragsstudien, die kommerzielle Anbieter durchgeführt haben, so dass die genaue Methodik in der Regel nicht öffentlich zugänglich ist. Zieht man eine aktuelle Umfrage des kommerziellen Anbieters „Katar Emnid“ heran (Postbank, 2019), glauben 43 Prozent der Befragten ab 18 Jahren, dass die gesetzliche Pflegeversicherung die Kosten für einen vollstationären Pflegeplatz vollständig erstatte, 21 Prozent schätzten die insgesamt privat zu tragenden Kosten für die stationäre Versorgung auf unter 1.000 Euro (wie oben gezeigt, trifft dies noch nicht einmal für das günstigste Bundesland zu). Gleichzeitig gaben 59 Prozent an, für die Pflege im Alter vorzusorgen, davon allerdings über zwei Drittel wiederum in „unspezifischer“ Form. In einer vom PKV-Verband (PKV, 2019) in Auftrag gegebenen Allensbach-Umfrage wiederum glauben 78 Prozent, dass man im Pflegefall allein mit der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht ausreichend abgesichert ist. 57 Prozent wollen zudem so vorsorgen, dass sie im Pflegefall nicht auf weitere Unterstützung von Familie oder Freunden, bzw. auf staatliche Hilfen angewiesen sind.

Damit ergibt sich folgende Problemlage: Ob und inwieweit in Zukunft ein höherer Anteil der Pflegebedürftigen auf Hilfe zur Pflege angewiesen sein wird und entsprechend die Kosten für diese Leistung für die Allgemeinheit überproportional zunehmen, lässt sich gegenwärtig nicht einschätzen. Zum einen ist nicht bekannt, in welchem Umfang überhaupt private Vorsorge für den Pflegefall stattfindet. Zum anderen ist auch unklar, wie sich die Unterstützung durch Angehörige in Zukunft entwickeln wird. Denn gegenwärtig plant die Regierung, im Rahmen des soge-

nannten „Angehörigen-Entlastungsgesetzes“, die Unterhaltspflicht von Kindern stark einzuschränken[7] (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019). Dies könnte zumindest dazu führen, dass Angehörige schneller bereit sind, sich in der Pflege durch teurere professionelle Pflegekräfte unterstützen zu lassen oder gänzlich auf eigene Pflegeleistungen zu verzichten und die Hilfe zur Pflege zu nutzen.

Hinzu tritt ein weiteres Problem: Bisher ist unklar, in welcher Höhe überhaupt vorgesorgt werden sollte. Denn, wie oben beschrieben, ist die Politik nicht gesetzlich verpflichtet, die Leistungen der Pflegeversicherung an die tatsächliche Pflegekostenentwicklung anzupassen. Damit kann die private Vorsorge für den Pflegefall aber nicht treffsicher geraten – selbst wenn der Wunsch nach einem Vollversicherungsschutz besteht, kann dieser höchstens zufällig erreicht werden.

Dennoch sprechen diese Probleme nicht dafür, die Eigenverantwortung in der Pflegevorsorge als gesellschaftliche Gestaltungsoption gänzlich aufzugeben. Reformbedarf besteht aber mindestens in der Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung: Die Dynamisierung der Versicherungsleistungen sollte nicht von politischen Entscheidungen abhängig sein. Hier besteht sonst die Gefahr, dass nach „Kassenlage“ entschieden wird. Notwendig wäre somit mindestens die Implementierung eines Automatismus, der eine Realentwertung der Leistungen verhindert. Nur dann wäre eine treffsichere Vorsorge für die verbleibenden Eigenanteile überhaupt möglich.

Sollte darüber hinaus eine Versicherungsillusion oder Fehleinschätzung des Pflegekostenrisikos gegenwärtig das prominenteste Problem in der individuellen Vorsorge sein und ist davon auszugehen, dass diejenigen, die vorsorgen könnten, grundsätzlich verhindern möchten, auf Hilfe zur Pflege angewiesen zu sein, wäre eine reine Leistungsdynamisierung hingegen nicht ausreichend. Dann müsste in Erwägung gezogen werden, die Informationslage zur gesetzlichen Pflegeversicherung entscheidend zu verbessern. So gehen Dolls et al. (2016) davon aus, dass die im Jahr 2004 eingeführten Renteninformationen, die den gesetzlich Rentenversicherten jährlich zugestellt werden, entscheidend zur Erhöhung der privaten Rentenvorsorge beigetragen haben.

Wenn hingegen angenommen wird, dass Freifahrerverhalten im weitesten Sinne[8] als relevantes und bei einem Großteil der Bevölkerung dominierendes Phänomen eingestuft wird, müssen zusätzliche Politikmaßnahmen diskutiert werden, um Freifahrerverhalten zu vermeiden.

[7] Nur noch Kinder mit einem persönlichen Jahreseinkommen von 100.000 Euro und mehr sollen bei Pflegebedürftigkeit der Eltern unterhaltspflichtig sein.

[8] Worunter hier, obwohl methodisch nicht ganz korrekt, auch Phänomene wie das bewusste Verdrängen des eigenen Pflegerisikos gefasst werden.

4 Künftiger Umgang mit der Eigenverantwortung in der Pflegevorsorge – Diskussion verschiedener Standpunkte

4.1 Deckelung der Eigenanteile: Der Sockel-Spitze-Tausch

Um in Zukunft weiter steigende Eigenanteile zu verhindern, zielt ein Reformvorschlag darauf ab, die pflegebedingten Eigenanteile pauschal und zeitlich begrenzt festzuschreiben (und nicht, wie bisher, die Versicherungsleistungen) (Rothgang/Kalwitzki, 2017). Dieser sogenannte „Sockel-Spitze-Tausch“ entspricht somit einem Modell einer Versicherung mit einem absoluten, gedeckelten Selbstbehalt.

Der Vorteil dieses Modells ist, dass die reale Entwertung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung gestoppt wird. Damit entfällt das Risiko, dass Bürger zwar vorsorgen wollen, um im Fall der Pflegebedürftigkeit nicht auf Sozialhilfe angewiesen zu sein, aber die Höhe der notwendigen Vorsorge unterschätzen, weil diese nicht transparent ist. Zudem könnte es dazu führen, dass im Gegensatz zu heute mehr Menschen den Anreiz haben, im Umfang der fixierten Eigenanteile vorzusorgen. Denn im heutigen System können die privat zu tragenden Pflegekosten gegebenenfalls sehr hoch werden. Sind jedoch Geringverdiener nicht in der Lage, in diesem hohen Umfang vorzusorgen, wären sie im Pflegefall gegebenenfalls auf Sozialhilfe angewiesen. Dies antizipiert, verzichten manche Menschen vielleicht vollständig auf eigene Vorsorge. Ist hingegen der notwendige Vorsorgeumfang geringer (und transparent), steigt möglicherweise auch die Anzahl derjenigen, die zumindest in diesem Umfang Mittel für den Pflegefall zurücklegen.

Die gewonnene Planungssicherheit sowie die Begrenzung des Eigenanteils lassen daher im Vergleich zum heutigen System auch eine Entlastung der Sozialhilfe erwarten. Gegenwärtige Vorschläge zu einer konkreten Umsetzung des Sockel-Spitze-Tausches enthalten verschiedene Varianten der Höhe eines solchen Sockels. Langfristig wäre – bei einer Dynamisierung des Sockels ausschließlich mit dem Inflationsausgleich, wie es das Modell vorsieht (Rothgang/Kalwitzki, 2017, 17) – mit einer geringeren Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege zu rechnen als bei einer Fortführung des Status quo.

Allerdings wird durch diesen Sockel-Spitze-Tausch die Versicherungspflicht ausgeweitet und wird zudem im Zeitverlauf immer umfangreicher: Denn wird der “Sockel“ nicht mindestens mit der pflegespezifischen Teuerungsrate dynamisiert, sinkt der Eigenanteil an den Gesamtkosten über die Zeit kontinuierlich. Dadurch entwickelt sich die gesetzliche Pflegeversicherung immer weiter in Richtung einer Vollkostenversicherung. Im bisherigen Modell des Sockel-Spitze-Tausches ist eine Dynamisierung des Sockels mit der pflegespezifischen Teuerungsrate aber explizit ausgeschlossen. Entfällt sie, gehen sämtliche Leistungserweiterungen und Kostensteigerungen zulasten der Pflegeversicherung und mithin im Falle der SPV mit einer Ausweitung des Umlageverfahrens einher.

Einordnung: Bevölkerungsalterung und das Umlageverfahren

Das Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung wird durch Strukturverschiebungen der Bevölkerung stark beeinflusst. Denn die Wahrscheinlichkeit, ein Pflegefall zu werden, steigt mit dem Alter stark an: Sind in der Gruppe der 55- bis 60-Jährigen weniger als 2 Prozent der Männer und weniger als 2 Prozent der Frauen pflegebedürftig, liegt der Anteil der Pflegefälle bei den Männern in der Altersgruppe der 80- bis 85-Jährigen bei rund 20 Prozent, der bei den Frauen bei rund 27 Prozent und in der Altersgruppe der über 95-Jährigen sind über 70 Prozent der Männer und gut 84 Prozent der Frauen auf Pflege angewiesen (eigene Berechnungen auf Basis der Daten des Statistischen Bundesamtes, 2018 und 2019).

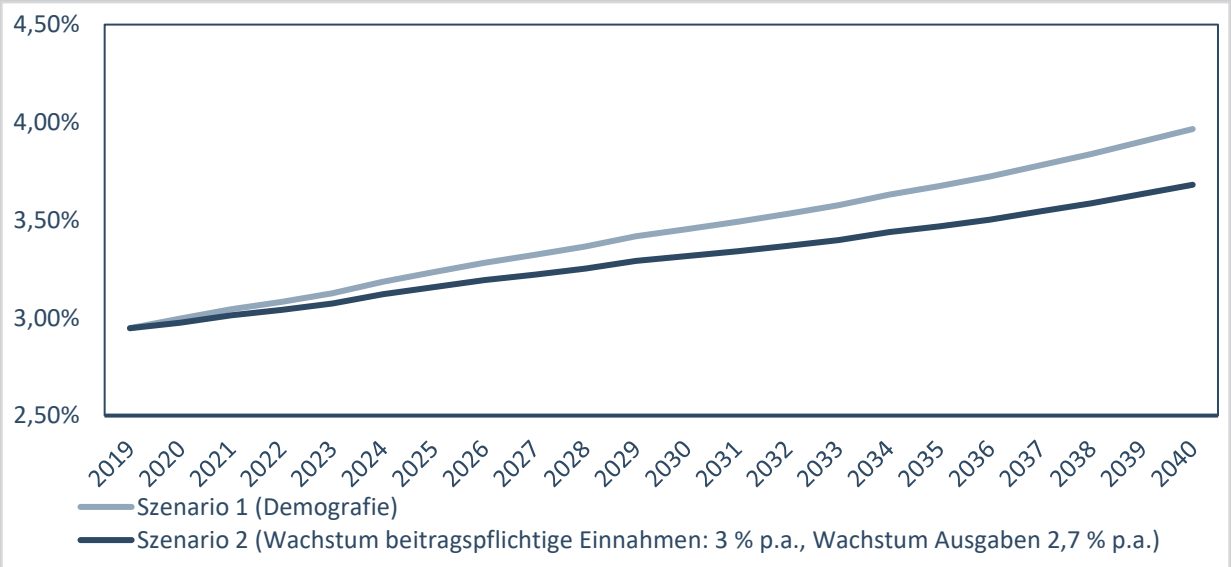
Vergleicht man den Altersaufbau der Bevölkerung im Jahr 2019 mit dem Einführungsjahr der Pflegeversicherung 1995, sind bereits Strukturverschiebungen erkennbar: Während die Geburtenraten dauerhaft unterhalb des bestandserhaltenden Niveau lagen, sind die Baby-Boomer-Generationen der 1950er und 1960er Jahre in das höhere Erwerbsalter vorgerückt, die Zahl der über 70-Jährigen ist gleichzeitig von 8,6 Millionen auf 13,2 Millionen gestiegen. Die starken Strukturveränderungen der Bevölkerung stehen allerdings noch mit dem Eintritt der Babyboomer in den Ruhestand bevor. Bis 2040 ist mit einer weiteren Abnahme jüngerer Kohorten zu rechnen. Die zahlenmäßig stärksten Altersgruppen befinden sich dann im Rentenalter, die Zahl der über 70-Jährigen erhöht sich auf 18,7 Millionen. Selbst bei gleichbleibenden Pflegefallwahrscheinlichkeiten wird durch die absolute Zunahme der Besetzung der älteren Kohorten mit einer entsprechenden Zunahme an Pflegebedürftigen zu rechnen sein (Kochskämper, 2018b). Damit ist davon auszugehen, dass die Ausgaben, die im Rahmen der Pflegeversicherung für Pflegeleistungen getätigt werden, in Zukunft weiter ansteigen. Gleichzeitig wirkt die Bevölkerungsalterung nicht nur auf der Ausgaben-, sondern auch auf der Einnahmenseite der SPV. Zunächst kann die Bevölkerungsalterung sogar einen positiven Effekt auf die Beitragseinnahmen der SPV haben, da insbesondere im Alter zwischen 40 und 59 die im Durchschnitt höchsten Löhne erzielt werden. Ein Großteil der geburtenstarken Jahrgänge befindet sich gegenwärtig in diesem Alter. Darüber hinaus kann auch die Veränderung der Regelaltersgrenze in den nächsten Jahren zu noch steigenden Erwerbstätigenquoten in höheren Lebensaltern führen. Treten diese Jahrgänge jedoch nach und nach in den Ruhestand ein, hat dies entsprechende negative Wirkungen auf die Einnahmebasis der sozialen Pflegeversicherung. Denn die beitragspflichtigen Renten sind im Durchschnitt geringer als die beitragspflichtigen Einkommen der Arbeitnehmer. Entsprechend ist mit in Zukunft steigenden Beitragssätzen für die SPV zu rechnen (Arentz, 2019; Bertelsmann Stiftung, 2019).

Dies lässt sich anhand einer Simulation zeigen, in der das gegenwärtige Politik-Setting als Ausgangsbasis dient. Es wird angenommen, dass es zu keinen weiteren Leistungsausweitungen der gesetzlichen Pflegeversicherung kommt, gleichzeitig findet aber auch keine Leistungsentwertung statt. Das heißt konkret: Die Leistungsbeträge, die die gesetzliche Pflegeversicherung für Sachleistungen gewährt, werden an die tatsächlichen Kostensteigerungen in diesem Bereich angepasst. Dabei wird angenommen, dass diese Kostensteigerungen die Entwicklung der Verbraucherpreise übertreffen. Denn die Pflegekosten sind aufgrund des hohen Dienstleistungsgrads dieser Branche durch Personalkosten bestimmt. Schätzungen zufolge verursachen Personalkosten in etwa zwei Drittel der Gesamtkosten der Pflegeheime (vgl. Augurzky et al., 2008, 40). Kommt es daher zu Reallohnsteigerungen in dieser Branche, steigen die Pflegekosten – bei unverändertem Personalschlüssel – stärker an als die Verbraucherpreise. Entsprechend werden in

dieser Simulation die Pflegekosten mit einer Rate fortentwickelt, die sich zu zwei Dritteln aus der allgemeinen Bruttolohnentwicklung und zu einem Drittel aus der Verbraucherpreisentwicklung zusammensetzt. Die Simulation ist keine „Punktprognose“, mit ihr wird also nicht der Anspruch erhoben, einen exakten Beitragssatzverlauf zu prognostizieren. Dafür müssten neben der allgemeinen Beschäftigungs- und Lohnentwicklung auch die für den Pflegesektor spezifische Beschäftigungs- und Lohnentwicklung vorhergesagt werden. Hier soll hingegen ausschließlich der Zusammenhang zwischen Demografie und Beitragssatzentwicklung aufgezeigt werden. Deshalb wird vereinfachend angenommen, dass die Bruttolohnentwicklung im Pflegesektor der allgemeinen Bruttolohnentwicklung folgt und dass die existierenden Personalquoten, also das Personal pro Pflegebedürftigem, konstant bleiben.

Zur Veranschaulichung wurden zwei Szenarien gerechnet. Die Methodik der Berechnung sowie die zugrunde gelegten Daten folgen Arentz (2019), zugrunde gelegt wurde allerdings das moderate Szenario V2 der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (2019). Im ersten Szenario wird der reine Demografie-Effekt abgebildet, in dem die beitragspflichtigen Einnahmen wie die Ausgaben wachsen. Sollte dies eintreten, läge der Beitragssatz im Jahr 2040 bei knapp 4 Prozent (Abbildung 3-1) – zu vergleichbaren Ergebnissen kommt die Bertelsmann Stiftung (2019). In einem zweiten Szenario wird für die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen angenommen, dass diese mit 3 Prozent pro Jahr wachsen, während für die Ausgaben die oben beschriebene Dynamisierung von 2,7 Prozent pro Jahr veranschlagt wird. Durch die höhere Beitragseinnahmenentwicklung wird die Auswirkung der Demografie leicht abgemildert, trotzdem kommt es zu Beitragssatzsteigerungen, geschätzt bis 2040 auf 3,7 Prozent. Selbst bei sehr optimistischen Annahmen für die Beitragseinnahmen und einer Dynamisierung, die lediglich eine Realwerterhaltung der Leistungen gewährleistet, entsteht somit ein Druck auf den Beitragssatz in der Pflegeversicherung.

Abbildung 4-1: Simulation der Beitragsentwicklung der SPV bis 2040



Eigene Berechnung und Darstellung

Der sogenannte Sockel-Spitze-Tausch geht deutlich über eine reine Dynamisierung der gesetzlichen Pflegeversicherungsleistungen hinaus. Entsprechend müssten die Beitragssätze im Zeitverlauf noch stärker angehoben werden, als es im System des Status quo aufgrund der Bevölkerungsalterung notwendig sein wird.

Diese Effekte müssen mit der zusätzlichen Entlastung in der Sozialhilfe gegengerechnet werden. Von einer Deckelung der Eigenanteile würden aber auch all jene profitieren, die die bisher geltenden Eigenanteile durch laufendes Einkommen und/oder den Abbau von Vermögen finanzieren können. Dieses Vermögen müssen sie bei Deckelung der Eigenanteile nur noch teilweise einsetzen. Durch den höheren Kostenanteil, der in der Pflegeversicherung getragen werden muss, müssen die Beitragssätze in der SPV und die Prämien in der PPV entsprechend stärker steigen. Zusätzlich wird in der SPV nicht das vollständige Einkommen besser Verdienender verbeitragt, sondern nur das Lohneinkommen bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze. Gelingt es daher, durch die Deckelung des Eigenanteils Kosten von der Sozialhilfe in die Pflegeversicherung zu verlagern, hat dies den Effekt, dass durch die lohneinkommensabhängige Finanzierung ein geringerer Teil der hohen Einkommen zur Finanzierung der Pflegeleistungen für Bedürftige herangezogen wird, als es in der steuerfinanzierten Sozialhilfe der Fall ist. Der zusätzliche Finanzierungsbedarf in der SPV liegt daher höher als die Einsparungen in der Sozialhilfe. Insgesamt entstehen also in diesem Modell Zusatzbelastungen für künftige Beitragszahlergenerationen innerhalb der SPV, die nicht durch künftige Einsparungen in der steuerfinanzierten Sozialhilfe kompensiert werden können.

Darüber hinaus sind Moral-Hazard-Effekte zu beachten: Bei einem gedeckelten und zeitlich befristeten Eigenanteil besteht zwar der Anreiz, Pflegekosten zu vermeiden, solange sie noch innerhalb des Eigenbeitrags liegen. Oberhalb dieses Maximalbetrags fällt die Grenzbelastung des Pflegebedürftigen (und seiner Angehörigen) hingegen auf null, so dass es dann keinerlei Anreiz gibt, zusätzliche Aufwendungen zu vermeiden. Sowohl auf Anbieter- als auch auf Versichertenseite kann daher das Interesse entstehen, die Pflegeleistungen zu verteuern oder teurere Leistungen in Anspruch zu nehmen. Folglich müsste versucht werden, diesen Moral-Hazard-Effekt durch den Einsatz von „care managern“ einzudämmen, die sowohl den Grad der Pflegebedürftigkeit feststellen als auch gleichzeitig den erforderlichen Leistungsumfang und dessen angemessenen Preis bestimmen. Die Gefahr des Moral Hazard wird allerdings im stationären Bereich dadurch begrenzt, dass weiterhin die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten zu tragen sind. Wie stark der Effekt ausfällt, lässt sich daher schwer abschätzen.

Zusammengefasst würde der vorgeschlagene Sockel-Spitze-Tausch die Vorsorge für die selbst zu finanzierenden Eigenanteile zwar erleichtern; allerdings führt dieser Vorschlag dazu, dass das Umlageverfahren ausgeweitet wird. Dies ist angesichts der Altersstrukturverschiebungen in der Bevölkerung ein riskanter Weg.

4.2 Einführung einer Eigenanteilsversicherung für mehr Eigenvorsorge

Wie oben beschrieben, ist es derzeit unklar, welche Gründe für die geringe Verbreitung von Pflegezusatzversicherungen zutreffend sind. Aus ökonomischer Sicht besteht vor allem dann Handlungsbedarf, wenn die Gefahr von Freifahrerverhalten als hoch eingeschätzt wird. In die-

sem Fall gilt es, geeignete Regulierungsmaßnahmen zu ergreifen, um eine unnötige Inanspruchnahme gesellschaftlich finanzierter Hilfen zu verhindern. Die folgende Diskussion ist somit nicht als Ergebnis der obigen Überlegungen, sondern vielmehr als „Wenn-Dann"-Analyse zu verstehen: Wenn man zu der Schlussfolgerung käme, dass Freifahrerverhalten ein relevantes Problem darstellt, was wäre dann eine Lösung?

Eine Ausweitung der Versicherungspflicht – sei es über die Deckelung der Eigenanteile oder gar über die Einführung einer Vollversicherung (vgl. beispielsweise Rothgang/Domhoff, 2019) – ist jedoch ein starker Eingriff in die selbstbestimmte Vorsorge: Mittel werden in eine Versicherung gelenkt und stehen alternativen Verwendungen, wie beispielsweise dem Erwerb einer Immobilie, nicht mehr zur Verfügung, individuelle Sparpläne werden stärker beschränkt. Eine Zwischenlösung, die Freifahrerverhalten gegebenenfalls eindämmen, wenn auch nicht vollständig beseitigen kann, stellen Opt-Out-Optionen dar, wie sie beispielsweise im Vereinigten Königreich in der betrieblichen Altersvorsorge bestehen.

Hier wird im Folgenden ein Ansatz beschrieben, wie eine Reduzierung des Freifahrerverhaltens über eine kapitalgedeckte Vorsorge erreicht werden kann, die sich sowohl mit einer Versicherungspflicht als auch als Opt-Out-Modell gestalten lässt.

4.2.1 Grundsätzliche Ausgestaltung

Dieser Reformansatz sieht eine Zwei-Säulen-Absicherung der Pflegekosten vor. Die bestehende gesetzliche Pflegeversicherung wird mit einer Absicherung der Eigenanteile für die pflegebedingten Aufwendungen verbunden – hier im Folgenden als „Eigenanteilsversicherung" bezeichnet.

Die Einführung einer Eigenanteilsversicherung setzt zwingend die Änderung der gegenwärtigen Systematik der gesetzlichen Pflegeversicherung voraus: Heute beträgt der Anteil der gesetzlichen Pflegeversicherung mit ihren festen Pauschalen an den Gesamtausgaben für Pflegeleistungen etwa 70 Prozent (über ambulant und stationär hinweg) (eigene Schätzung auf Basis Rothgang/Müller, 2018; Bundesministerium für Gesundheit, 2019b; TNS infratest, 2017; Statistisches Bundesamt, 2019a und 2019b). Allerdings sind in dieser Schätzung auch die Eigenanteile enthalten, die bei befragten Pflegegeldempfängern angegeben wurden. Die hier vorgeschlagene Eigenanteilsversicherung bezieht sich hingegen nur auf Leistungen, die durch professionelle Anbieter erbracht werden. Das Pflegegeld ebenso wie etwaige Eigenanteile, die Beziehern von Pflegegeld darüber hinaus entstehen, werden daher nicht weiter in der Eigenanteilsversicherung berücksichtigt. Entsprechend wird hier für die gesetzliche Pflegeversicherung vorgeschlagen, einen bestimmten Prozentsatz für alle Sachleistungen auszuweisen, die durch diesen Versicherungszweig abgedeckt sind. Wird dieser in den oben genannten Schätzungen berücksichtigt, liegt der Anteil der gesetzlichen Versicherungsleistungen an den Gesamtkosten für Sachleistungen bei knapp 73 Prozent. Dieser prozentuale Anteil könnte im SGB XI festgelegt werden. Die zweite Säule würde die verbleibenden rund 27 Prozent an den Sachleistungen finanzieren, die bisher als Eigenanteile von den Versicherten individuell zu leisten sind. In der Kombination wären die Kosten der Versicherten für die pflegebedingten Aufwendungen zu 100 Prozent finanziert, allerdings nicht zu 100 Prozent im Umlageverfahren, sondern mit einem Teil Vermö-

gens-/Kapitalbildung, um eine weitere Belastung der jüngeren Generationen im Umlageverfahren zu vermeiden. Bei Pflegekostensteigerungen müssten entweder die Leistungen in beiden Säulen in gleichem Maße dynamisiert werden, um die im Gesetz festgelegte prozentuale Aufteilung aufrecht zu erhalten. Alternativ könnte, sollten die Kostensteigerungen durch zusätzlichen Leistungen ausgelöst werden, ausschließlich die kapitalgedeckte Säule entsprechend ausgeweitet werden, um eine zusätzliche Belastung jüngerer Generationen innerhalb des Umlageverfahrens zu vermeiden.[9]

Für diese Art der Eigenanteilsversicherung gibt es im europäischen Kontext das Beispiel Frankreich im Bereich der Krankenversicherung. Dort werden im Durchschnitt nur 70 Prozent der Krankenversicherungskosten von der Sozialversicherung finanziert, der verbleibende Anteil muss vom Versicherten selbst getragen werden. Da dies zu erheblichen Kostenrisiken führen kann, ist der Abschluss einer Selbstbehaltsversicherung (mutuelle) in Frankreich weit verbreitet (95 Prozent der Bevölkerung haben einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen) (Finkenstädt, 2017). Die Summe der abgerechneten Leistungen wird von der Sozialversicherung an die Zusatzversicherung, abzüglich ihres Anteils, gemeldet. Die Zusatzversicherung begleicht dann den Restbetrag. Diese Systematik könnte auch für das hier angedachte Modell übernommen werden.

Da auch diese Art der Ausgestaltung mit der Gefahr von Moral Hazard einhergeht, könnte man den Eigenanteil auch nicht vollständig, sondern nur teilweise versichern. So würden beispielsweise nicht 27 Prozent von der Eigenanteilsversicherung übernommen, sondern ein geringerer Anteil und der Rest von den Bürgern aus eigenen Mitteln getragen.

Die Veränderung von einer gedeckelten zu einer prozentualen Versicherung der Pflegekosten bietet auch die Möglichkeit für die Politik, den Anteil des für den Großteil der Bevölkerung im Umlageverfahren finanzierten Anteils neu zu bestimmen und die Mischung zwischen umlagefinanzierten und kapitalgedeckten Elementen anders zu justieren. Mit einer solchen Neuausrichtung der Versicherung wäre es möglich, die Umlage zu reduzieren und der Eigenanteilsversicherung und dem Vermögensaufbau einen höheren Finanzierungsanteil zuzuteilen, als dies heute der Fall ist. Beispielsweise könnte der von der SPV finanzierte Anteil auf 50 Prozent gesenkt und dadurch der Finanzierungsanteil über Kapitaldeckung deutlich erhöht werden. Somit wäre es auch möglich, mit Blick auf die Bevölkerungsalterung und die damit einhergehende Belastung der jüngeren Generationen Finanzierungslasten zwischen den Generationen noch einmal neu zu justieren. Das folgende Modell legt die heutigen von der SPV getragenen Anteile zugrunde, lässt sich jedoch auch für alle anderen Verteilungen rechnen.

Die Eigenanteilsversicherung ist in dem hier vorgestellten Modell für die Gesamtbevölkerung angelegt: Es erfolgt eine Versicherung sowohl der SPV- als auch der PPV-Versicherten in einem

[9] Grundsätzlich wäre es sogar denkbar, das Umlageverfahren angesichts der demografischen Belastungen perspektivisch auslaufen zu lassen, indem man den umlagefinanzierten Teil nicht dynamisiert. Dann müssten alle Kostensteigerungen von der kapitalgedeckten Säule finanziert werden, deren Anteil an der Kostendeckung entsprechend steigen würde.

einheitlich gestalteten Rahmen. Zusammengefasst liegt der Unterschied zu bereits existierenden Modellen im Rahmen der Pflegekostenversicherung, die im Bereich der freiwilligen privaten Pflegezusatzversicherung gewählt werden können, in folgenden Details:

- Abgesichert wird ein festgelegter, prozentualer Anteil der anfallenden Pflegekosten, ohne Höchstgrenze.
- Es besteht Kontrahierungszwang für die Versicherung.
- Wie bei Einführung der PPV im Jahr 1995 entfällt eine Risikoprüfung, die Prämien werden zunächst nur nach Alter variiert.
- Kinder werden kostenfrei mitversichert.
- Grundsätzlich sind verschiedene Träger der Eigenanteilsversicherung denkbar: Sie ließe sich in verschiedene Modelle der betrieblichen Altersvorsorge ebenso integrieren wie in Riester-Renten-Modelle oder könnte als separate Versicherung angeboten werden.
- Die Eigenanteilsversicherung wird durch sozialpolitische Maßnahmen flankiert.

4.2.2 Prämiengestaltung, Versicherungspflicht und sozialpolitische Flankierung

Für die Berechnung der Prämien einer Eigenanteilsversicherung kann auf das Kalkulationsmodell der PPV zurückgegriffen werden. In diesem Fall orientiert sich die Einstiegsprämie insbesondere am Alter der Versicherten: Je höher das Alter, desto höher das Pflegekostenrisiko, das sich in der Prämienhöhe widerspiegelt. Kinder können analog zur PPV beitragsfrei mitversichert werden.

Soll ein solches System dauerhaft implementiert werden, und sollen sich alle Bürger beispielsweise bei Eintritt in das Berufsleben selbst versichern, vorher aber kostenfrei in einer Familienversicherung mitversichert sein, dann fallen die Prämien aufgrund des langen Ansparzeitraums moderat aus. Bei Einführung einer solchen Versicherung der Eigenanteile spielt das Alter der Versicherten jedoch eine große Rolle für die Prämienhöhe.

Dabei ist grundsätzlich zu klären,

- ob die Absicherung der Eigenanteile für alle Bürger zwingend sein müsste, oder ob diese optional bleiben sollte
- und ob eine solche Versicherung mit einer sozialpolitischen Komponente ergänzt werden soll, um Belastungen für Geringverdiener und gegebenenfalls bei Einführung Belastungen Älterer abzufedern.

Eine verpflichtende Absicherung kann Freifahrerverhalten eindämmen und damit Kosten für die Sozialhilfe begrenzen. Gleichzeitig verhindert sie adverse Selektion – also die denkbare Folge, dass sich nur diejenigen versichern, die ein tendenziell höheres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden. Wird die Versicherungspflicht als nicht verhältnismäßig eingestuft, kann eine solche

zweite Säule auch als „Opt-Out-Modell“ eingeführt werden: Beispielsweise könnten abhängig Beschäftigte bei Eintritt in das Erwerbsleben automatisch in einer solchen Versicherung versichert werden, hätten aber die Option, auszutreten. In diesem Fall ist es aber nicht möglich, die Versicherung dauerhaft mit sozialpolitischen Maßnahmen – insbesondere bezogen auf ältere Versicherte – zu flankieren.

Prämiensubventionierung für Geringverdiener und Umgang mit Prämien Älterer bei Einführung

Geringverdienern, die eine Prämie für eine Eigenanteilsversicherung nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können, könnte der Anspruch auf eine Prämiensubventionierung gewährt werden. Bei Versicherungspflicht muss zwingend über solche flankierenden Maßnahmen entschieden werden, Opt-Out-Regeln können mit einer solchen Prämiensubventionierung verbunden werden.

Im Fall einer Versicherungspflicht besteht auch die Alternative, Geringverdiener und Bedürftige aus der Versicherungspflicht zu entlassen und ihnen im Pflegefall Unterstützung aus der Sozialhilfe zu gewähren. Welche dieser beide Lösungen – Prämiensubventionierung oder Entlassung aus der Versicherungspflicht – vorteilhafter ist, soll an dieser Stelle nicht ausführlich diskutiert werden. Verwiesen sei hier beispielsweise auf eine Abwägung bei Zimmermann (2007, 95 ff.), die zu dem Schluss kommt, dass eine Erstattung beziehungsweise Subventionierung der Prämie als Option vorzuziehen sei.

Wird eine Eigenanteilsversicherung verpflichtend eingeführt, muss zusätzlich darüber entschieden werden, wie mit Versicherten der älteren und pflegenahen Jahrgänge zu verfahren ist. Aus rein ökonomischer Sicht wäre es ausreichend, hier keine weiteren Kriterien einzuziehen: Nur wer aufgrund der Prämienzahlung unter das Mindestsicherungsniveau fällt, hätte einen Anspruch auf steuerfinanzierte Unterstützung, unabhängig davon, wie hoch die nach Alter differenzierte Prämie ausfällt. Allerdings würde ein solcher Schritt wahrscheinlich schnell an die Grenze der politischen Akzeptanz stoßen. Daher besteht auch die Möglichkeit, wie im heutigen System der privaten Pflegepflichtversicherung eine versicherungsinterne Belastungsgrenze bei Einführung festzulegen – die Prämien der Älteren also durch eine Teilumlage auf die jüngeren Versicherten zu subventionieren. Diese kann gewährleisten, dass Versicherte nicht durch hohe Prämienzahlungen an ihre finanziellen Grenzen gelangen.[10]

Wird die Eigenanteilsversicherung hingegen mit einer Opt-Out-Regel versehen eingeführt, muss auf die Entlastung Älterer im Rahmen einer versicherungsinternen Belastungsgrenze verzichtet werden. Denn sonst besteht die Gefahr, dass jüngere Versicherte auf den Abschluss einer solchen Versicherung verzichten und damit die Wirkung dieser Grenze konterkariert wird.

[10] Zudem wäre bei einer verpflichtenden Einführung zu entscheiden, wie mit Versicherten verfahren wird, die bereits eine freiwillige Pflegezusatzversicherung besitzen.

Umgang mit Moral Hazard - Ausgestaltungsoptionen

Würde eine Eigenanteilsversicherung tatsächlich zu einer Absicherung der Pflegekosten von 100 Prozent führen, hätten Versicherte und Anbieter von Pflegeleistungen ein gleich gerichtetes Interesse daran, teurere und höhere Leistungen nachzufragen und anzubieten: Nach Abschluss der Eigenanteilsversicherung besteht bei den Versicherten für die pflegebedingten Kosten eine „Nullkostenillusion“, weil sie im Falle der Pflegebedürftigkeit keine Kosten mehr tragen müssen. Dies kann in einem solchen Modell jedoch zwangsläufig zu höheren Prämien und Beitragssätzen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung und im Rahmen der Eigenanteilsversicherung führen, da gegebenenfalls mehr und teurere Leistungen in Anspruch genommen werden als eigentlich notwendig.

Die Alternative, auf Selbstbehalte gänzlich zu verzichten und beispielsweise auf sogenannte care manager zu setzen, die den Leistungsumfang und das angemessene Pflegesetting festlegen, wäre mit hohem Verwaltungs- und Kontrollaufwand verbunden. Es ist daher im Sinne der Versicherten, wenn ein Kostenanteil bei den Versicherten in Form eines prozentualen Selbstbehalts verbleibt. Dann müssen sie zumindest in Höhe des Selbstbehalts eine Kosten-Nutzen-Abwägung vornehmen und die Gefahr eines Überkonsums und eines dadurch erzeugten Prämiendrucks wird gemindert. Für die Ausgestaltung der Eigenanteilsversicherung und des prozentualen Selbstbehaltes sind mehrere Varianten denkbar:

- Zum einen könnte eine über alle Pflegegrade und Leistungsarten hinweg einheitliche Ausgestaltung gewählt werden. Dies hätte jedoch den Nachteil, dass gerade bei hohen Pflegeaufwendungen die Belastungsfähigkeit des Versicherten wieder überschritten werden kann, da der absolute Betrag des Selbstbehalts mit steigenden Pflegeaufwendungen zunimmt.

- Zum anderen könnten die Selbstbehalte der Eigenanteilsversicherung auch nach Pflegegraden und Leistungsarten differenziert werden, um eine finanzielle Überforderung gerade bei teuren Leistungen zu verhindern, oder auch, um eine entsprechende Lenkung zu bewirken. So könnten beispielsweise Selbstbehalte für niedrige Pflegegrade in der vollstationären Dauerpflege höher ausfallen als in der ambulanten Pflege.

- Eine weitere Variante besteht darin, die Höhe der durch die gesetzliche Pflegeversicherung und die in der Eigenanteilsversicherung versicherten Kosten nicht an den tatsächlich anfallenden Kosten, sondern zusätzlich beispielsweise an Landesdurchschnitten ausrichten: Wie bereits erwähnt, variieren die Eigenanteile an den Pflegekosten erheblich zwischen den Bundesländern. So könnten beispielsweise die aktuellen (prozentualen) Eigenanteile an den Gesamtkosten landesindividuell festgeschrieben und die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung an den Landesdurchschnitten ausgerichtet werden. In diesem Fall würde der individuell absolut zu zahlende Selbstbehalt je nach Einrichtung, Bundesland und gewähltem Leistungsanbieter variieren.

Da das Statistische Bundesamt bereits eine Vollerhebung der Leistungsanbieter im Pflegesektor durchführt, könnten diese Daten genutzt werden, um die Versicherungsleistung und damit dann

die Eigenanteilsversicherung jährlich neu zu justieren. Voraussetzen würde dies aber die gesetzliche Anforderung, die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung und damit mittelbar die der Eigenanteilsversicherung automatisch an den jeweiligen Landesdurchschnitt anzupassen.

4.2.3 Rechnungsbeispiel Eigenanteilsversicherung: Maximalszenario bei Versicherungspflicht ohne Selbstbehalte

Modellannahmen

Als Versichertenkreis wird im Kalkulationsmodell die Gesamtbevölkerung nach Altersjahren und Geschlecht verwendet, denn auch die Privatversicherten haben über die PPV nur eine Teilkostenabsicherung. Die Risikostruktur wird anhand der Prävalenzen nach Altersgruppen für die Gesamtbevölkerung[11] berechnet, die mit den Durchschnittskosten pro Pflegebedürftigen multipliziert werden. Da die Prävalenzen für das Jahr 2017 vorliegen, wird die Eigenanteilsversicherung im Modell auch 2017 aufgesetzt und angenommen, dass sich die Prävalenzen seitdem nicht verändert haben. Die Prämien werden für 2019 ausgegeben.

In diesen Durchschnittskosten sind die ambulanten und stationären **pflegebedingten** Eigenanteile berücksichtigt.

- Die stationären Eigenanteile werden anhand der Auswertung der Pflegedatenbank der PKV berechnet. Hierfür werden die aktuellen bundeslandspezifischen Eigenanteile (2019) herangezogen. Diese werden mit den Pflegebedürftigen in den Bundesländern gewichtet, um einen bundesweiten Durchschnitt zu erhalten.

- Über die im ambulanten Bereich gezahlten Eigenanteile liegen keine administrativen Daten vor. Deshalb wird auf zwei Quellen zurückgegriffen, um diese abzuschätzen. Zum einen haben Rothgang/Kalwitzki (2017) anhand von Daten des SOEP abgeschätzt, wie hoch der durchschnittliche Eigenanteil nach Pflegestufe ist. Auch TNS infratest (2017) hat in einer Umfrage Werte für die Eigenanteile im ambulanten Setting erfasst. Für die vorliegende Risikostruktur wurden die jeweils höheren Werte nach Pflegestufe verwendet und in Preisen von 2019 zugrunde gelegt.

Für die Berechnung der Prämien wurde das in der PPV verwendete Kalkulationsverfahren angewandt. Einzige Abweichung hierzu ist die Annahme, dass die Prämienanpassungen laufend erfolgen und nicht erst, wenn gewisse Schwellenwerte überschritten werden. Hierauf aufbauend wurden unterschiedliche Szenarien gerechnet. Allen Szenarien gemein ist die beitragsfreie Kindermitversicherung und eine Teilumlage zugunsten der Älteren, damit deren Prämienbelastung gemindert wird. Dies wird zum einen damit erreicht, dass für die Einführungskohorten über 67 Jahren keine Alterungsrückstellungen gebildet werden. Die Prämiendefizite dieser Kohorten werden über die jüngeren Kohorten finanziert. Dies senkt zu Beginn der Versicherung den erforderlichen Beitrag. Zudem werden Szenarien gerechnet, die einen zusätzlichen Höchstbeitrag vorsehen, damit auch perspektivisch die Beiträge für ältere Versicherte nicht zu hoch ausfallen. Ehepartner entrichten hingegen in allen Szenarien einen eigenen Beitrag.

[11] Diese Prävalenzen wurden anhand der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2019a) und der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (2019b) berechnet.

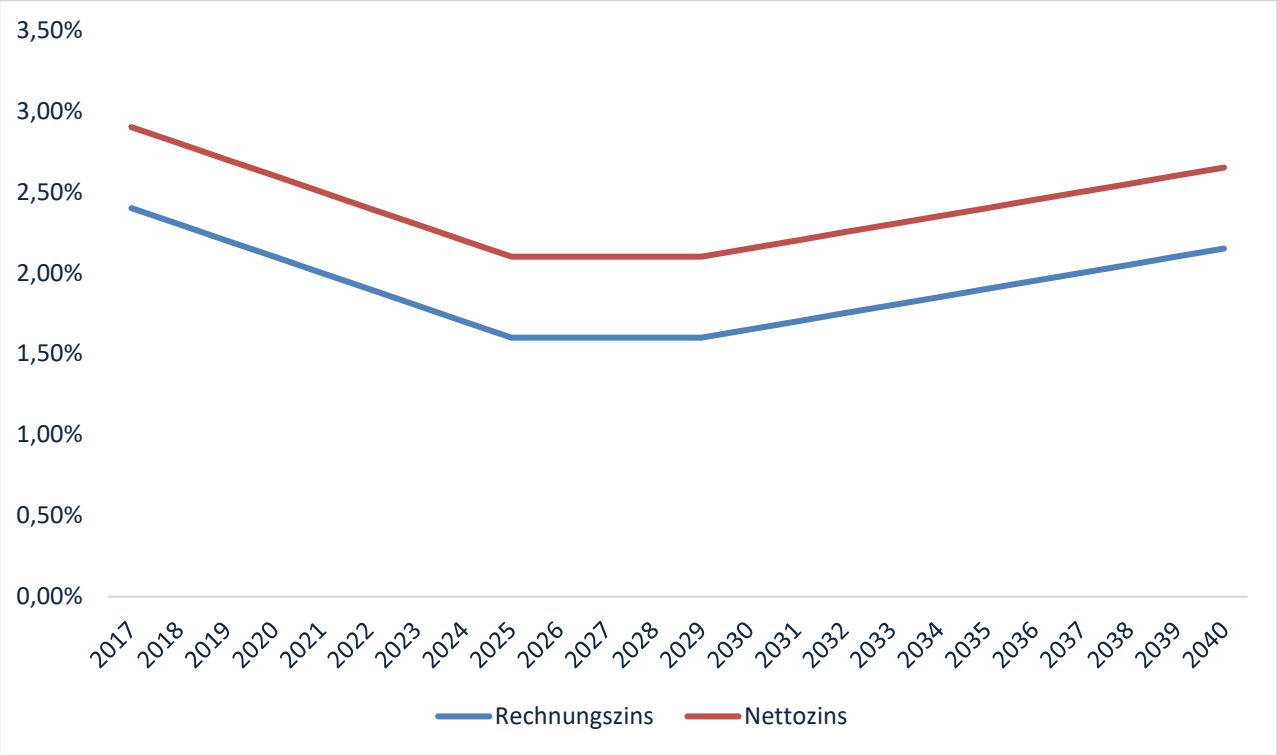
Die versicherungsinterne Umverteilung zugunsten der Älteren hat zwar sozialpolitische Nachteile, da sie wenig treffsicher ist. So ist nicht jeder ältere Versicherte auf die Prämiensubvention angewiesen, sondern könnte die volle Prämienhöhe selbst zahlen. Hier wird dennoch gezeigt, welche Auswirkungen auf die Versicherungsprämie eine so umfassende Maßnahme hätte. Die so berechnete Prämie stellt damit ein **Maximalszenario bei Versicherungspflicht** dar. Alternativ wäre es auch möglich, in der Gruppe der Älteren zu differenzieren, indem beispielsweise nur diejenigen in diese Versicherung integriert werden, die zum Einführungszeitpunkt keine private Pflegezusatzversicherung besitzen oder kein hinreichendes Vermögen haben, um eventuell auftretende Pflegekosten tragen zu können. Entsprechend günstiger fielen dann die Prämien für die jüngeren Versicherten aus.

Für die Projektion wird eine jährliche Dynamisierung der Leistungen von 2,7 Prozent integriert. Hierzu wurde, angelehnt an die Annahmen im Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018) ein künftiges Bruttolohnwachstum von 3 Prozent angenommen. Ungefähr zwei Drittel der Pflegekosten sind Personalkosten, die mit diesen 3 Prozent fortgeschrieben werden, das übrige Drittel wird mit der Inflationsrate von 2 Prozent fortgeschrieben. Insgesamt ergibt sich damit also eine Steigerungsrate von 2,7 Prozent. In dieser sind die angedachten Lohnerhöhungen und neue Personalbemessungsgrenzen noch nicht enthalten.

Bei der Zinsentwicklung wird eine weitere Abnahme der Rechnungs- und Nettozinsen für die nächsten Jahre unterstellt, eine Zinserholung wird erst ab dem Jahr 2030 einberechnet. Der Rechnungszins ist dabei der Zins, der für die Berechnung der Prämien und Alterungsrückstellungen zugrunde gelegt wird und gesetzlich vorgegeben wird. Der Nettozins ist der Kapitalanlageertrag nach Abzug von Aufwendungen für die Kapitalanlage. Aus der Differenz zwischen Netto- und Rechnungszins ergibt sich der sogenannte Überzins. Die Mittel aus dem Überzins fließen in die Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen (RfB-Mittel), die prämienmindernd eingesetzt werden können. Für das Modell wird durchgehend ein Überzins von 0,5-Prozent-Punkten angenommen. Die Zinsannahmen sind damit konservativ gewählt.

Abbildung 4-2: Annahmen zu Rechnungs- und Nettozins bis 2040

In Prozent



Eigene Berechnung und Darstellung

Für die Bevölkerung wird die Fortschreibung so gewählt, dass sie der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (2019) im moderaten Szenario V2 entspricht.

Das hier verwendete Modell ist für die Gesamtbevölkerung berechnet. In der konkreten Umsetzung würde die Eigenanteilsversicherung von mehreren Versicherungen angeboten. Aufgrund der Umverteilungselemente ist dann ein Risikoausgleich zwischen Versicherungen analog zur PPV notwendig. Ansonsten wären Versicherungen mit einem hohen Anteil an Kindern und/oder älteren Versicherten benachteiligt, da sie höhere Prämien ansetzen müssten als Versicherungen, die weniger Versichertengruppen mit Umverteilungsbedarf haben. Da die Strukturen für den Versicherungsausgleich schon mit Einführung der PPV etabliert wurden, kann auf die dort getroffenen Regelungen zurückgegriffen werden. Soll die Eigenanteilsversicherung auch von anderen Versicherungsträgern angeboten werden können (beispielsweise im Rahmen betrieblicher Altersvorsorgemodelle), müssten diese in einen Versicherungsausgleich integriert werden.

Prämienberechnung für die Eigenanteilsversicherung

Variante 1: Eigenanteilsversicherung ohne Höchstbeitrag

Abgesehen von dem fehlenden Aufbau von Alterungsrückstellungen für die Einführungsgenerationen über 67 Jahre und deren Subventionierung im Leistungsfalle wird in einem ersten Szenario die Prämienlast nach Kohorte berechnet, wenn **kein** Höchstbeitrag zu zahlen ist.

Die einzigen Umverteilungsmechanismen sind in diesem Fall die Finanzierung der Beitragsdefizite der zu Beginn der Versicherung über 67-Jährigen. Diese Altersgrenze wurde gewählt, weil es dem Renteneintrittsalter entspricht. Zusätzlich wird die Umverteilung zugunsten der Beitragsfreiheit der Kinder berechnet.

Variante 2: Eigenanteilsversicherung mit Höchstbeitrag

In dieser Variante wird ein zusätzlicher Höchstbeitrag in Höhe von 50 oder 80 Euro in das System einbezogen. Dieser Satz ist für dieses Modell willkürlich gewählt und kann von politischer Seite auch anders gesetzt werden. Der Höchstbeitrag erreicht, dass die älteren Generationen einen Beitrag zu ihrer Versorgung leisten. Der Vergleich mit der Variante ohne Höchstbeitrag verdeutlicht den Grad der Subventionierung, den die älteren Versicherten erfahren.

Auch in einem System mit Höchstbeiträgen wird es Versichertengruppen geben, für die diese Beiträge finanziell überfordernd sind. In diesem Fall müsste auf politischer Ebene entschieden werden, wie die Beiträge über den Einsatz von Steuermitteln subventioniert werden können (vgl. Abschnitt 5.2.1). Alternativ könnten diese Versicherten nur im Pflegefall durch Steuermittel finanziert werden.

Prämien 2019 in den verschiedenen Varianten

In Tabelle 5-3 sind die Prämien dargestellt, die sich für eine im Jahr 2019 eingeführte Eigenanteilsversicherung ergeben würden. Für die jüngeren Generationen wäre eine Absicherung der in der Variante ohne Höchstbeitrag am günstigsten. Für die Generationen ab 80 Jahren wäre der Abschluss jedoch teuer, weil sie sich in den pflegenahen Altersjahren befinden und kaum noch Zeit zur Vorsorge haben. Entweder würden dann auch finanziell überforderte Versicherte aus diesen Kohorten steuerfinanzierte Prämienzuschüsse erhalten. Alternativ könnte auch auf eine Versicherungspflicht dieser Kohorten verzichtet werden und ihre Mitglieder im Pflegefall bei nicht ausreichendem Einkommen/Vermögen analog zu heute unterstützt werden. Versicherungspflicht würde dann nur für die jüngeren Kohorten bestehen.

Tabelle 4-1: Übersicht über zu zahlende Beiträge in der Eigenanteilsversicherung in verschiedenen Varianten, 2019

In Euro

Alter in 2017	Beiträge nach Alter ohne Höchstbeitrag	Beiträge nach Alter und Höchstbeitrag von monatlich 80 Euro	Beiträge nach Alter und Höchstbeitrag von monatlich 50 Euro
0	0	0	0
20	10	12	15
30	11	13	16
40	14	16	19
50	18	20	23
60	25	27	30
70	41	42	46
80	73	75	50
90	167	80	50

Eigene Berechnungen

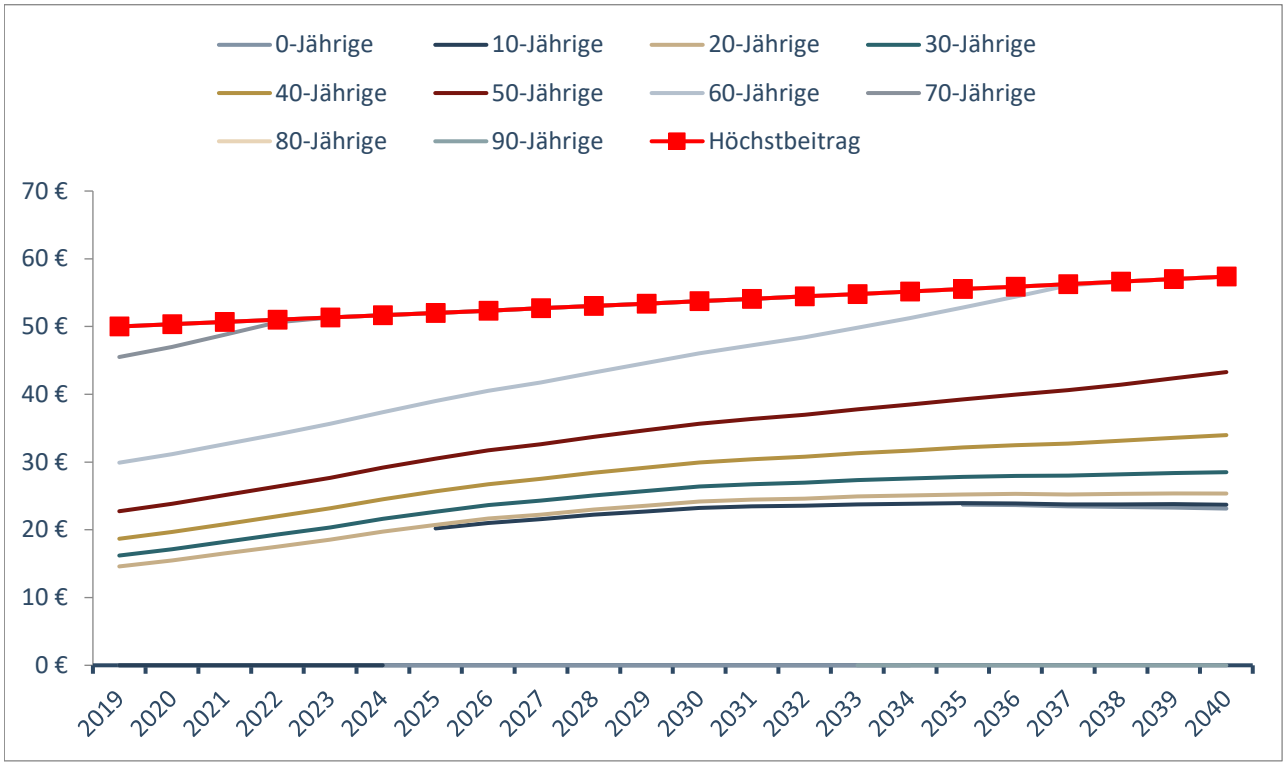
Wird von politischer Seite eine versicherungsinterne Umverteilung analog zur heutigen PPV gewünscht, so können Höchstbeiträge gesetzt werden. Dann zahlen die älteren Kohorten zwar noch einen Teil der Prämie selbst, für die nicht gedeckten Kosten dieser Kohorten wird jedoch auf die jüngeren Generationen zurückgegriffen. Der Subventionsgrad lässt sich anschaulich am Beispiel der 90-Jährigen veranschaulichen: Ohne Höchstbeitrag müssten diese 167 Euro pro Monat entrichten, bei einem Höchstbeitrag von 80 Euro sinkt die Belastung um 87 Euro, bei einem Höchstbeitrag von 50 Euro sogar um 117 Euro. Spiegelbildlich steigen die Prämien der jüngeren Generationen.

Die Prämienhöhen beziehen sich auf die volle Abdeckung der pflegebedingten Eigenanteile. Die volle Abdeckung bringt allerdings die beschriebene Gefahr der Überinanspruchnahme mit sich. Die Versicherung kann daher auch mit Selbstbehalten kombiniert werden, die Prämien verringern sich dann entsprechend.

Projektion der Prämien bis 2040

Für die Projektion der Prämien wurde eine jährliche Dynamisierung der Leistungen von 2,7 Prozent angenommen. Dadurch kommt es auch zu im Zeitverlauf zunehmenden Prämienzahlungen, denen aber auch entsprechend ein Leistungskatalog gegenübersteht, der real nicht entwertet wird. Als Beispiel wird das Szenario mit einem Höchstbeitrag von 50 Euro gewählt, der ebenfalls mit der Leistungsdynamisierungsrate von 2,7 Prozent anwächst.

Abbildung 4-3: Projektion der Prämien zur Eigenanteilsversicherung bis 2040 mit einem dynamischen Höchstbeitrag von 50 Euro (real)



Eigenen Berechnungen

In Abbildung 4-3 sind die kohortenspezifischen Prämien bis 2040 in realen Größen[12] abgetragen. Bei den Altersangaben handelt es sich jeweils um das Alter der Versicherten im Startzeitpunkt der Versicherung 2017. Betrachtet werden die weiteren Prämienverläufe im Zeitablauf. Beispiel: Der 2017 20-Jährige zahlt im Jahr 2019 eine Prämie von 15 Euro. Er ist im Jahr 2040 entsprechend 43 Jahre alt und würde dann eine **reale** Prämie von knapp 25 Euro bezahlen. Diese höhere Prämie entsteht jedoch genau aufgrund der sektorenspezifischen Inflation: Sollen die Löhne im Pflegesektor analog zu den gesamtwirtschaftlichen Löhnen steigen und gleichzeitig das Leistungsniveau konstant bleiben, dann spiegelt sich dies entsprechend in dem „Preis“ für Pflege und damit in der Versicherungsleistung wider.

Aufgrund der fortlaufenden Dynamisierung der Leistungen kommt es zu kontinuierlichen Prämienanpassungen, die für die älteren Kohorten durch den Höchstbeitrag gedeckelt werden. Die Kohorten der über 80-Jährigen sind von Beginn an im Höchstbeitrag, der ausschließlich mit der Leistungsdynamisierung wächst. Sie leisten damit einen Eigenbeitrag zu ihren Kostenrisiken, die aufgrund des hohen Alters auch entsprechend hoch ausfallen. Ohne die Versicherung müssten diese Kostenrisiken im Falle der Pflegebedürftigkeit vollständig von ihnen getragen werden, sie stellen sich also gegenüber der Nichtversicherung besser. Unterstützt werden sie über eine Teilumlage durch die jüngeren Kohorten. Dieser Unterstützungsbedarf sinkt mit der Zeit, wenn die unterstützungsbedürftigen Kohorten aus dem System herauswachsen.

[12] Bei einer angenommenen Inflationsrate von 2 Prozent, bezogen auf 2019.

Es zeigt sich, dass der Prämienverlauf der heute 50- und 60-Jährigen steiler als der Verlauf der jüngeren Kohorten ist. Dies liegt daran, dass sie in relativ kurzer Zeit Altersrückstellungen bilden müssen und zusätzlich im Modell die sektorspezifische Preissteigerung angenommen wird. Diese wirkt wie eine permanente Leistungsausdehnung, die mit weiteren Alterungsrückstellungen unterlegt werden muss. Gleichzeitig sind die entsprechenden Prämien noch nicht im Höchstbeitrag von (dynamisierten) 50 Euro. Die heute 50- und 60-Jährigen befinden sich jedoch in der Erwerbsbiografie momentan in der Phase der höchsten Einkommen. Zudem weisen sie überwiegend lückenlose Erwerbsbiografien auf und können damit im Durchschnitt auskömmliche Renten erwarten. Daher wäre ihnen eine entsprechende Vorsorgeleistung zuzumuten, ohne auf die jüngeren Generationen zurückzugreifen, die sich altersbedingt im Durchschnitt in niedrigeren Einkommensklassen befinden, unsichereren beruflichen Erwerbsbiografien entgegensehen und oft noch finanzielle Belastungen durch Familiengründung zu schultern haben.

Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung des Höchstbeitrags, können natürlich all jene Personen unterstützt werden, die den Höchstbeitrag finanziell nicht tragen können.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Die Teilleistungsabsicherung der Pflegeversicherung hat in den letzten Jahren zu steigenden Eigenanteilen in der Pflege geführt, insbesondere, da die Leistungen nicht entsprechend der tatsächlichen Kostenentwicklung im Pflegesektor dynamisiert wurden. Auch wenn der Anteil derjenigen, die Hilfe zur Pflege beantragt haben, nicht gestiegen ist, ist die Politik in Sorge, dass die Eigenanteile auch in Zukunft dynamisch wachsen und damit zu einer finanziellen Überforderung der Versicherten führen werden. Dies würde auch die Träger der Sozialhilfe zusätzlich belasten, die die Hilfe zur Pflege finanzieren müssen.

Aus einer ökonomischen Perspektive heraus ist dies jedoch noch kein Grund, über eine Ausweitung der Pflegeversicherung nachzudenken und den Gedanken einer eigenverantwortlichen Vorsorge aufzugeben. Problematisch ist allerdings, dass bisher nicht klar ist, in welchem Umfang überhaupt vorgesorgt werden muss. Denn die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung werden nicht automatisch an die Pflegekostenentwicklung angepasst. Entsprechend besteht das Risiko, dass die Versicherung in Zukunft einen geringeren Teil an den tatsächlichen Pflegekosten abdecken als heute.

Der aktuell in der politischen Diskussion befindliche Reformvorschlag des Sockel-Spitze-Tauschs will dieses Problem lösen, indem die Eigenanteile festgeschrieben werden. Da diese Eigenanteile jedoch nicht mit der spezifischen Teuerungsrate von Pflegeleistungen fortgeschrieben werden sollen, bedeutet dies letztlich eine zunehmende Ausweitung der gesetzlichen Pflegeversicherung – ohne diese institutionell anders auszugestalten. In Zeiten des demografischen Wandels erscheint es jedoch riskant, insbesondere die SPV – die umlagefinanzierte Säule der Pflegefinanzierung – nicht nur angemessen zu dynamisieren, sondern sogar auszubauen. Auf mittlere Sicht besteht dann das politische Risiko, Leistungen kürzen zu müssen, weil der Druck auf den Beitragssatz und damit die Belastung der jüngeren Generationen zu stark steigen.

Deshalb wird hier vorgeschlagen, das heutige System der Pflegefinanzierung nicht einfach auszuweiten, sondern eine zweite Säule hinzuzustellen, die hier als Eigenanteilsversicherung bezeichnet wurde. Dies erfolgt dadurch, dass die Aufteilung der Kostenübernahme zwischen Pflegeversicherung und selbst zu finanzierendem Eigenanteil prozentual festgeschrieben wird: Die gegenwärtige gesetzliche Pflegeversicherung übernimmt einen gesetzlich fixierten Anteil an den Gesamtkosten, eine kapitalgedeckte Eigenanteilsversicherung den verbleibenden Anteil. Diese Eigenanteilsversicherung kann zusätzlich mit einem prozentualen Selbstbehalt ausgestattet werden, um Moral Hazard entgegenzuwirken.

Im Gegensatz zum Sockel-Spitze-Tausch muss die gesetzliche Pflegeversicherung – und damit letztlich die Versicherungspflicht – nicht langfristig ausgeweitet werden. Zwar ist es möglich, auch eine solche Eigenanteilsversicherung verpflichtend einzuführen, würde aber weitere sozialpolitische Maßnahmen erfordern, die hier zusätzlich vorgestellt wurden.

Durch die Umstellung von einer gedeckelten auf eine prozentuale Leistungsauszahlung entsteht zwar eine automatische Dynamisierung der Leistungen in der gesetzlichen Pflegeversicherung, falls sich die Pflegekosten erhöhen. Die Umstellung auf eine Zwei-Säulen-Strategie bietet der Politik aber die Möglichkeit, die Mischung von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren so zu justieren, dass die heute bereits im Umlagesystem der sozialen Pflegeversicherung angelegten Belastungen für die jüngeren und zukünftigen Generationen nicht weiter erhöht oder sogar verringert werden.

Der entscheidende Unterschied zu einer reinen Ausweitung der gesetzlichen Pflegeversicherung besteht bei dem hier vorgestellten Modell darin, welche Generationen stärker belastet werden. Der Prämienanstieg bei Leistungsausweitungen in einem kapitalgedeckten System, wie es die Eigenanteilsversicherung darstellt, fällt in der Gegenwart für manche Kohorten stärker aus, weil auch die Rückstellungen an das neue Leistungsniveau angepasst werden müssen. Dafür erfolgt im Gegensatz zum Umlageverfahren ein weniger starker Rückgriff auf jüngere Generationen, da die Prämienanpassungen der älteren Generationen gegebenenfalls durch Höchstbeiträge gedämpft, aber nicht vollständig kompensiert werden. Gerade vor dem Hintergrund der Bevölkerungsalterung, aufgrund derer nicht nur in der Pflege, sondern auch in den umlagefinanzierten (Voll-)Versicherungssystemen der gesetzlichen Kranken- und der gesetzlichen Rentenversicherung mit Beitragssatzsteigerungen zu rechnen ist, erscheint dies als gangbarer Weg.

Dieses Argument trägt auch unabhängig von dem oftmals genannten Punkt der Risikodiversifizierung in einem Zwei-Säulen-System: Ein deutlicher Vorteil eines solchen Modells liegt darin, dass die Lastverschiebung zwischen den Generationen im Umfang der kapitalgedeckt finanzierten Leistungen begrenzt werden kann, ohne Leistungsversprechen insgesamt einzuschränken. Gleichzeitig schützt es gewissermaßen vor einer willkürlichen Leistungsausdehnung in der Zukunft: Da bei einer Ausweitung von Leistungen (und damit Verteuerung der Versicherung) die Prämien der kapitalgedeckten Versicherung sofort angehoben werden müssten, sind für die Versicherten die Kosten solcher Reformen direkt deutlich spürbar. Dies kann die Politik disziplinieren. Umgekehrt wirken Konzepte, die auf der Leistungsseite ansetzen und durch innovative Kombinationen von Prävention und Versorgungsstrukturen Pflegekosten dauerhaft senken können, wiederum sofort deutlich positiv auf die Versicherungsprämien im kapitalgedeckten Teil.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: Eigenanteile nach Bundesländern in vollstationärer Versorgung 9
Tabelle 4-1: Übersicht über zu zahlende Beiträge in der Eigenanteilsversicherung in verschiedenen Varianten, 2019 28

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4-1: Simulation der Beitragsentwicklung der SPV bis 2040 17
Abbildung 4-2: Annahmen zu Rechnungs- und Nettozins bis 2040 26
Abbildung 4-3: Projektion der Prämien zur Eigenanteilsversicherung bis 2040 mit einem dynamischen Höchstbeitrag von 50 Euro (real) 29

Literatur

Arentz, Christine / Moritz, Maik / Eich, Holger / Wild, Frank, 2019, Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse, 3/2019, Köln

Arentz, Christine, 2019, Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse, 2/2019, Köln

Augurzky, Boris et al., 2008, Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen: Ein Bundesländervergleich, RWI Materialien 44, RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-20080716186 [14.6.2019]

Bertelsmann Stiftung, 2019, Perspektive Pflege. Beitragssatzprognose SPV. Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im rechtlichen Status quo bis 2045, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Perspektive_Pflege.pdf [24.6.2019]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018, Rentenversicherungsbericht 2018, https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Rente/rentenversicherungsbericht-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [27.6.2019]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2019a, Konzertierte Aktion Pflege. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf [8.8.2019]

BMG, 2019b, Pflegeversicherung. Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2017.pdf [27.6.2019]

Calahorrano, Lena / Rebeggiani, Luca / Stöwhase, Sven / Teiber, Martin, 2018, Demographic change and income tax revenues – results from a large microsimulation model for Germany, in: Journal of Economic Policy Reform, 5. Jg., Nr. 2, S. 1–21

Curry, Leslie A. et al., (2009), Individual Decision Making in the Non-Purchase of Long-Term Care Insurance, in: The Gerontologist, 49. Jg., Nr. 4, S. 560–569

Cutler, David (1993), Why Doesn't the Market Fully Insure Long-Term Care?, NBER Working Paper, Nr. 4301

Finkenstädt, Verena, 2017, Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick, Köln

Klimaviciute, Justina / Pestieau, Pierre, 2018, The Public Economics of Long-Term Care. A Survey of Recent Contributions, in: Annals of Public and Cooperative Economics, 89. Jg., Nr. 1, S. 49–64

Kochskämper, Susanna, 2018a, Stellungnahme zu einer öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum Thema „Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten“, IW-Report, Nr.24, Köln

Kochskämper, Susanna, 2018b, Die Entwicklung der Pflegefallzahlen in den Bundesländern. Eine Simulation bis 2035, IW-Report, Nr. 33, Köln

Kochskämper, Susanna / Stockhausen, Maximilian, 2019, Private Vorsorge für die Pflege. Untersuchung anhand der Daten des Sozio-ökonomischen Panels, IW-Gutachten. Drittmittelfinanzierte Expertisen, Köln – erscheint in Kürze

Mosca, Ilaria et al., 2017, Sustainability of Long-Term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers, in: International Journal of Health Policy and Management, 6. Jg., Nr. 4, S. 195–205

PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (1997) bis (2017), Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung, Köln

PKV, 2019, Allensbach-Umfrage: Bürger überschätzen die Kosten der Eigenvorsorge für den Pflegefall, https://www.pkv.de/presse/pressemitteilungen/2019/0724-allensbach-umfrage-pflege-vorsorge/ [14.10.2019]

Postbank, 2019, Presseinformation, Postbank-Umfrage: Deutsche wissen zu wenig über Pflegekosten. Pressinformation vom 07.03.2019, https://www.postbank.de/postbank/pr_presseinformation_2019_03_07_postbank-umfrage_deutsche_wissen_zu_wenig_ueber_pflegekosten.html [15.7.2019]

Rothgang, Heinz und Dominik Domhoff (2019), Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, Hans Böckler Stiftung. Working paper Forschungsförderung, Nr. 150, https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf [30.9.2019]

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas, 2017, Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf [28.3.2019]

Rothgang, Heinz / Müller, Rolf, 2018, Barmer-Pflegereport 2018, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12, Berlin,
https://www.barmer.de/blob/170372/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/data/dl-pflegereport-komplett.pdf [29.7.2019]

Rothgang, Heinz, Rolf Müller, Rainer Unger, Christian Weiß und Annika Wolter, 2012, Barmer GEK Pflegereport 2012, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 17, Berlin, https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/pflegereport/report-2012-39012 [14.7.2019]

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2001, Sonderauswertung. Pflegestatistik über die Pflegeversicherung. Z1 Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen am 15.12.1999 nach Pflegestufen, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2017, Sonderauswertung. Pflegestatistik über die Pflegeversicherung. Z1 Pflegebedürftige am 15.12.2015. Z1.1 Pflegebedürftige nach Pflegegraden, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019a, Sonderauswertung. Pflegestatistik über die Pflegeversicherung. Z1 Pflegebedürftige am 15.12.2017. Z1.1 Pflegebedürftige nach Pflegegraden, Altersgruppen und Leistungsarten sowie nach dem Geschlecht, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019b, Bevölkerung im Wandel – Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden

TNS infratest, 2017, Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I). Abschlussbericht, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [12.6.2019]

Zimmermann, Anne (2007), „Umverteilung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Status quo und Perspektiven der Ausgestaltung“, Untersuchungen zur Wirtschaftspolitik, Nr. 132, Köln

Zweifel, Peter / Strüwe, Wolfram, 1996, Long-term care insurance and bequests as instruments for shaping intergenerational relationships, in: Journal of Risk and Uncertainty, 12(1), S. 65–76