

Niehaus, Frank; Weber, Christian

Research Report

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung

WIP-Analyse, No. Juni 2008

Provided in Cooperation with:

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Niehaus, Frank; Weber, Christian (2008) : Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung, WIP-Analyse, No. Juni 2008, ISBN 978-3-9810070-6-0, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273186>

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.

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung

Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung

Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV

Bayenthalgürtel 40 · 50968 Köln

Telefon 0221 / 99 87-1652 · Telefax 0221 / 99 87-3962

E-Mail: wip@pkv.de

Köln, im Juni 2008

ISBN 978-3-9810070-6-0

Vorwort

Mit der gerade beschlossenen Reform der Pflegeversicherung ist erneut die Diskussion über die Umlagefinanzierung oder die Kapitaldeckung entbrannt. Zwar ist die Gesetzgebung soeben abgeschlossen worden, sie hat jedoch die Frage einer Neugestaltung der Finanzierung zunächst zurückgestellt. Wohl schon in der nächsten Legislaturperiode wird dieses Thema erneut auf der Agenda stehen.

Die Diskussion über Umlagefinanzierung oder Kapitaldeckung wird also weitergehen. Dabei geht es um die Frage des besseren Finanzierungsverfahrens und erforderlichenfalls auch um die Probleme eines Umstiegs, wenn man die Umlagefinanzierung in eine Kapitaldeckung überführen will.

Die soziale Pflegeversicherung ist in Deutschland umlagefinanziert. In Zeiten des demographischen Wandels mehren sich nicht nur in der Wissenschaft, sondern auch in der Politik die Stimmen, die einen Umstieg auf die Kapitaldeckung fordern. Dahinter steht die Vorstellung, dass die Umlagefinanzierung zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen nicht geeignet ist. Hier setzt die Studie zunächst an, indem sie am Beispiel der Pflegeversicherung nach den konkreten Grenzen der Umlagefinanzierung fragt.

Die Umlagefinanzierung kann nur funktionieren, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind. Ändern sich diese grundlegenden Parameter, wozu auch die demographische Struktur einer Bevölkerung gehört, dann ergeben sich daraus erhebliche Konsequenzen. Diese Bedingungen und Konsequenzen werden anhand eines Modells systematisch herausgearbeitet und auf ihre Auswirkungen hin untersucht.

Eines der wesentlichen Ergebnisse ist dabei, dass es zu jeder demographischen Konstellation, also auch zu einer zahlenmäßig abnehmenden Bevölkerung, einen „passenden Beitragssatz“ in der Umlagefinanzierung gibt. Dass eine Bevölkerung zahlenmäßig „schrumpft“, muss also keineswegs mit permanent steigenden Beitragssätzen einhergehen. Ein „demographisches Ungleichgewicht“ führt also keineswegs zu dauerhaften Beitragssatzsteigerungen. Allerdings: liegt die Geburtenrate deutlich unter dem Reproduktionsniveau einer Bevölkerung, dann liegt der notwendige Beitragssatz für diese Geburtenrate auf einem deutlich höheren Niveau, als es der heutigen Realität entspricht. Ein Beitragssatzanstieg wird solange erfolgen, bis der neue zu der Geburtenrate „passende“ Beitragssatz erreicht ist. Die Anpassung auf das höhere Niveau erfolgt nicht in einem Schritt, sondern vollzieht sich in der Regel über Jahrzehnte.

Das führt zunächst dazu, dass in der öffentlichen Wahrnehmung die Umlagefinanzierung lange Zeit hindurch als günstiger empfunden wird als sie tatsächlich ist. Denn im Mittelpunkt der öffentlichen Wahrnehmung steht vor allem der aktuelle Beitragssatz und weniger derjenige, der sich am Ende eines Anpassungsprozesses ergibt.

Nun lässt sich theoretisch zu jeder Geburtenrate, wie überhaupt zu jeder demographischen Konstellation, ein passender (langfristig stabiler) Beitragssatz errechnen. Ist aber eine Gesellschaft bereit, jeden erforderlichen Beitragssatz auch langfristig zu akzeptieren? Wird der dann zu bezahlende Beitrag noch als angemessen angesehen? Ist der Preis, den jemand als Beitrag sein Leben lang zu bezahlen hat, dann noch angemessen, wenn man ihn in Bezug zu der Versicherungsleistung setzt?

Dies kann unter wirtschaftspolitischen Aspekten untersucht werden. In einer globalisierten Welt gibt es z.B. Grenzen für die Höhe der tragbaren Lohnnebenkosten. Diese wirtschaftspolitische Frage ist hier jedoch nicht weiter verfolgt worden.

In der vorliegenden Untersuchung geht es vielmehr um die Frage, ob es andere Grenzen der Finanzierung gibt, insbesondere auch im Vergleich unterschiedlicher Finanzierungsverfahren. Dafür ist ein Beurteilungsmaßstab zu grunde zu legen, um der Frage nachzugehen, welchen Beitragssatz in der Umlagefinanzierung für ein gegebenes Leistungs-niveau eine Gesellschaft noch zu tragen bereit ist.

Ein solcher – letztlich normative – Maßstab dafür ist das Gebot eines „fairen Generationenvertrags“. Danach besteht Fairness, wenn sich für jede Generation aus einer umlagenfinanzierten Versicherung dasselbe Verhältnis von Ertrag zu Kosten (bzw. Beiträgen) ergibt. Jede Abweichung davon ist eine Bevorzugung einer Generation zulasten einer anderen Generation.

Wenn man den fairen Generationenvertrag folglich als Maßstab nimmt, dann ist in der derzeitigen demographischen Situation in Deutschland die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung in eine erhebliche Schiefelage geraten. Bezogen auf die demographische Struktur, ist der derzeitige Beitragssatz erheblich zu niedrig. Auch wenn dies politisch nur ungern zugegeben wird, befinden wir uns auf einem Pfad steigender Beitragssätze. Das neue höhere Niveau eines stabilen Beitragssatzes ist dabei lange noch nicht erreicht. Die jüngeren Generationen wissen derzeit noch nicht, welche künftigen Lasten auf sie tatsächlich zukommen werden.

Bei objektiver Betrachtung der künftigen Entwicklung besteht erheblicher Handlungsbedarf. Realistischerweise wird sich der Druck zu handeln auch schon relative kurzfristig aufbauen. Die Forderung nach einer Umstellung auf die Kapitaldeckung wird aktuell bleiben.

Dabei gilt, dass mit der Umstellung erhebliche Kosten verbunden sind. Diese Kosten werden jedoch umso größer, je später mit dem Umstieg begonnen wird. Wenn also der vollständige Umstieg auf die Kapitaldeckung mit erheblichen Umstellungsproblemen und Umstellungskosten verbunden ist, dann gilt es nach anderen, möglicherweise leichter realisierbaren Lösungen zu suchen.

In dieser Untersuchung wird deshalb der Frage nachgegangen, ob die Umlagefinanzierung nicht um eine Kapitaldeckung erweitert werden kann, die genau in dem Umfang die Finanzierung von Leistungen übernimmt, wie die Umlagefinanzierung durch den demographischen Wandel geschwächt wird. Als Teilkapitaldeckung wird dabei eine Finanzierung verstanden, die anteilig auf der Umlagefinanzierung und anteilig auf der Kapitaldeckung basiert.

Die Antwort darauf fällt je nach Blickwinkel unterschiedlich aus. Teilkapitaldeckung ist ein möglicher Weg, aber sie ist langfristig eine teurere Lösung gegenüber der vollen Kapitaldeckung. Dafür sind die Umstellungskosten auf die volle Kapitaldeckung erheblich. Der Verzicht auf hohe Umstellungskosten, die beim vollen Umstieg auf die Kapitaldeckung anfallen würden, steht dem Nachteil gegenüber, dass die Kombination von Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung in der Form der Teilkapitaldeckung für spätere Generationen teurer ist als die volle Kapitaldeckung.

Analysiert man die Teilkapitaldeckung aus organisatorischer Sicht, dann gibt es auch hier mehrere Modelle. Insbesondere zwei Modelle stehen sich gegenüber. Die Teilkapitaldeckung kann durch private Pflegezusatzversicherungen erfolgen oder in der Form eines kollektiven Kapitalstocks. Im Vergleich hat das Modell der Zusatzversicherung deutliche Vorteile gegenüber dem Modell des Kapitalstocks.

Die Teilkapitaldeckung sollte jedoch nicht zu einem beliebigen Zeitpunkt eingeführt werden, sondern am besten dann, wenn der demographische Wandel anfängt. Sind schon 10 oder mehr Jahre vergangen, dann gilt auch hier, dass die Umstellung schwieriger und letztlich auch teurer wird. Dies ist jedoch immer noch deutlich besser als die Umlagefinanzierung unverändert fortzuführen.

Köln, den 21. Juni 2008

1. Einleitung	11
2. Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell.	16
2.1. Das Finanzierungsmodell in der Rentenversicherung	16
2.2. Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung	18
3. Das Modell zur Analyse der umlagefinanzierten Pflegeversicherung	21
3.1. Die Modellpopulation	21
3.2. Zahl der Pflegefälle in der Modellpopulation	25
3.3. Die Pflegeausgaben in der Modellpopulation	27
3.4. Die beitragspflichtigen Einkommen in der Modell- population	30
3.5. Der Beitragssatz im Modell	33
4. Bedeutung der relevanten Größen für die Umlagefinanzierung.	35
4.1. Veränderung des Leistungsumfanges der Pflege- versicherung	35
4.2. Veränderung der beitragspflichtigen Einkommen	35
4.3. Gleichmäßige Veränderung der Leistungsausgaben und der beitragspflichtigen Einkommen	36
4.4. Ungleichmäßige Veränderung beider Größen	36
4.5. Veränderung der Lebenserwartung	37
4.6. Die Rolle der Zuwanderung	45
4.7. Veränderung der Geburtenzahlen	45
4.7.1. Sinkende Bevölkerungszahl	46
4.7.2. Ansteigende Bevölkerungszahl	51
4.7.3. Überblick über den Einfluss der Geburtenzahlen ..	53
4.7.4. Auswirkung eines gleichzeitigen Geburtenrück- gangs und einer Zunahme der Lebenserwartung ..	57
4.7.5. Der Anpassungsprozess beim Geburtenrückgang ..	59

5.	Politische Handlungsmöglichkeiten bei einer strukturellen Unterfinanzierung	60
5.1.	Die Bedingungen eines fairen Generationenvertrags	61
5.2.	Anpassungsprozess vollzieht sich nicht schlagartig	66
5.3.	Reaktionsmöglichkeit im Umlageverfahren bei einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur	71
	5.3.1. Akzeptanz steigender Beiträge	72
	5.3.2. Senkung der Leistungen aus der Umlagefinanzierung	75
5.4.	Umstieg auf Kapitaldeckung oder Teilkapitaldeckung	79
	5.4.1. Vollständige Kapitaldeckung	79
	5.4.1.1. Kronberger Kreis	80
	5.4.1.2. Herzog-Kommission	82
	5.4.1.3. Das Auslaufmodell von Raffelhüschen	84
	5.4.1.4. Das Kohortenmodell des Sachverständigenrats	85
	5.4.2. Modelle zur Teilkapitaldeckung	87
	5.4.2.1. Das Rürup-Modell	88
	5.4.2.2. Das CSU-Modell	89
	5.4.2.3. Das Modell der B-Länder	92
	5.4.3. Zwischenfazit	94
6.	Teilkapitaldeckung als Modell	97
6.1.	Anforderungen an die Teilkapitaldeckung	97
6.2.	Individuelle Zusatzversicherung oder kollektiver Kapitalstock	100
6.3.	Berechnungen zum Modell der Teilkapitaldeckung	104
	6.3.1. Pflegezusatzversicherung	104
	6.3.2. Kollektiver Kapitalstock	109
6.4.	Zwischenfazit	117

7. Einige Überlegungen zur konkreten Reformsituation in Deutschland	119
7.1. Aktuelle Ausgangssituation	119
7.2. Politische Aspekte	123
7.3. Teilkapitaldeckung in der Pflegezusatzversicherung als Anwendungsfall unter den aktuellen deutschen Rahmenbedingungen	129
7.4. Teilkapitaldeckung durch kollektiven Kapitalstock als Anwendungsfall unter den aktuellen deutschen Rahmenbedingungen	132
7.5. Vergleich der Belastung innerhalb der verschiedenen Versicherungssysteme.	136
8. Zusammenfassung und Ergebnis	141
Literatur	145

1. Einleitung

Das geeignete Finanzierungsverfahren der Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung Gegenstand einer intensiven Diskussion.

Seit 1995 ist die soziale Pflegeversicherung im Umlageverfahren organisiert. Bereits zu ihrem Einführungszeitpunkt im Jahr 1995 gab es zahlreiche Forderungen, die Pflegeversicherung generell nach dem Kapitaldeckungsverfahren zu finanzieren. Mehr als 12 Jahre später sind insbesondere aufgrund des demographischen Wandels die Forderungen nach einer Umstellung von der Umlagefinanzierung hin zur Kapitaldeckung sogar noch lauter geworden. Als Gegeneinwand werden jedoch insbesondere die mit einer Umstellung des Finanzierungsverfahrens höheren Kosten der Nachfinanzierung der dann auf einen Schlag fehlenden Alterungsrückstellungen vorgebracht.

Dass die Forderung einer Umstellung erhoben wird, ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass die Leistungsfähigkeit einer Umlagefinanzierung immer von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen abhängig ist. Hierzu gehören vor allem ganz bestimmte sozio-demographische Merkmale einer Gesellschaft. Ändern sich diese Merkmale, z.B. der Altersaufbau einer Bevölkerung, dann ändern sich die Konstellationen der Umlagefinanzierung. So führt eine sinkende Geburtenrate beispielsweise zu einer Verteuerung der Leistungen, vor allem für nachwachsende Generationen. Die Kapitaldeckung ist demgegenüber von der Erfüllung sozio-demographischer Merkmale prinzipiell unabhängiger und bietet sich deshalb insbesondere in einem Prozess des sozio-demographischen Wandels als überlegene Finanzierungsalternative an.

Vor diesem Hintergrund ist am Beispiel der Pflegeversicherung zunächst die Abhängigkeit der Finanzierung von der Veränderung sozio-demographischer Merkmale zu analysieren.

Dabei basiert die Umlagefinanzierung wesentlich auf einer Art Vertrag in der Gesellschaft, der einen Ausgleich zwischen verschiedenen Generationen beinhaltet und deshalb oft auch gerne als Generationenvertrag bezeichnet wird. Jüngere Versicherte, die in der Regel nicht pflegebedürftig sind, finanzieren mit ihren Beiträgen ältere Versicherte, die ihren Pflegebedarf aus ihren eigenen aktuellen Beiträgen nicht bezahlen können. Wenn die jüngeren Versicherten später in das Alter des höheren Pflegebedarfs hineinwachsen, dann werden die von ihnen verursachten Kosten von der dann jüngeren Generation mitfinanziert. Es gibt also einen fortwährenden Ausgleich zwischen „Jung“ und „Alt“. Das quantitative Verhältnis zwischen „Jung“ und „Alt“ und andere sozio-demographische Merkmale sind damit Bestandteil des Generationenvertrags einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung.

Damit sind die sozio-demographischen Merkmale einer Bevölkerung eine Art Bestandteil des Generationenvertrags; sie sind eine Grundlage dessen, warum sich die Vertragsschließenden auch tatsächlich auf den Vertrag einlassen bzw. bei fairer Entscheidungsführung darauf einlassen würden. Ändern sich jedoch einzelne der zugrunde gelegten Voraussetzungen bzw. die bei Vertragsabschluss bestehenden Rahmenbedingungen, ändert sich zumindest für manche Beteiligten bzw. Generationen das Verhältnis von Leistung zu Gegenleistung. Gilt aber ein Vertrag noch oder sollte er weiter gelten, wenn sich die Voraussetzungen, unter denen er geschlossen wurde, grundlegend verändert haben?

Einen Vertrag, den jemand beispielsweise in Erwartung bestimmter zukünftiger Leistungen abschließt, droht seine Akzeptanz dann zu verlieren, wenn der Preis oder Beitrag aufgrund veränderter Vertragsbedingungen steigt oder sogar stark ansteigt oder wenn zum gegebenen Beitrag die ursprünglich in Aussicht gestellten Leistungen gekürzt werden müssen. Der in Deutschland stattfindende demographische Wandel ist

insofern als eine Änderung der Voraussetzungen des Generationenvertrags zu bewerten und die Frage zu stellen, ob die Vertragspartner bereit sind, einen solchen Vertrag auch unter den veränderten Bedingungen weiterbestehen zu lassen oder ob es Alternativen zu vertretbaren Bedingungen geben kann.

Es wird anhand der Pflegeversicherung schrittweise untersucht, in welchem quantitativen Umfang die Veränderung sozio-demographischer Variablen Auswirkungen auf die Finanzierung bzw. Beitragsgestaltung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung hat.

Ändern sich aber die Bedingungen und ändert sich infolge dessen der Preis für eine Leistung bzw. im konkreten Fall der Beitragssatz in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung, dann stellt sich konkret die Frage nach den Konsequenzen.

Die Bewertung dieser Konsequenzen erfordert dann allerdings eine politische und damit normative Entscheidung.

Auch unter denkbar ungünstigen Konstellationen kann beispielsweise eine Umlagefinanzierung zumindest rechnerisch durchaus möglich sein. Wenn sie beispielsweise mit einer außerordentlich hohen Belastung nachwachsender Generationen einhergeht, dann ist es keine technische, sondern eine normative Entscheidung, ob man eine solche Belastung noch zulassen will und ob eine belastete Generation die für sie ungünstigen Bedingungen gegen sich gelten lassen wird.

Unabhängig von der politischen Bereitschaft oder Möglichkeit, sich für eine bestimmte Belastungsverteilung zwischen den Generationen zu entscheiden, bedarf es also eines normativen Maßstabs, ab wann und unter welcher Bedingung die Vertragsgrundlagen des Generationenvertrags sich verändern. Im Sinne einer Arbeitshypothese wird hierfür das Gebot

eines „fairen Generationenvertrags“ zugrunde gelegt. „Fair“ ist ein Generationenvertrag dann, wenn sich für jede Generation aus einer umlagefinanzierten Versicherung dasselbe Verhältnis von Ertrag zu Kosten (bzw. Beiträgen) ergibt. Jede Abweichung stellt eine Bevorzugung einer Generation zulasten einer anderen Generation dar. Im fairen Generationenvertrag ist zwar eine intertemporale Umverteilung möglich, im Umlagesystem ist sie sogar ausdrücklich gewollt, es findet aber darüber hinaus keine Umverteilung zwischen den Generationen statt. Der über die Lebenszeit gerechnete Saldo bleibt für jede Generation gleich.

Damit stellt sich im nächsten Schritt die Frage nach den Handlungsmöglichkeiten, wenn in einer Umlagefinanzierung der Generationenvertrag aufgrund sich verändernder sozio-demographischer Rahmenbedingungen zunehmend gegen die Grundsätze der Fairness verstößt.

Eine Antwort ist der vollständige Umstieg auf die Kapitaldeckung. Die Diskussion der letzten Jahre hat jedoch gezeigt, dass dieser Weg nicht leicht und vor allem mit erheblichen Umstellungslasten verbunden ist.

Neben dem vollständigen Umstieg von der Umlagefinanzierung auf die Kapitaldeckung soll hier deshalb ein dritter Weg untersucht werden. So wäre es theoretisch vorstellbar, dass die Umlagefinanzierung nur in dem Umfang um kapitaldeckende Elemente ergänzt wird, wie sie durch die Veränderung eines sozio-demographischen Merkmals „aus der Balance“ gerät. Beispielsweise bei einer sinkenden Geburtenrate gilt es also zu prüfen, ob die Umlagefinanzierung genau in dem Umfang durch Elemente der Kapitaldeckung ergänzt wird, wie sie selber aus dem Gleichgewicht gerät. Gerade in Zeiträumen eines erheblichen demographischen Wandels stellt sich die Frage nach den Möglichkeiten einer Teilkapitaldeckung in der Pflegeversicherung, bei der gewissermaßen die durch die Lücke der zu niedrigen Geburtenrate im Bevölkerungsaufbau entstandene

nen Einschnitte durch Elemente der Kapitaldeckung ausgeglichen werden.

Es gilt die These zu untersuchen, ob die Einführung einer Teilkapitaldeckung Vorteile gegenüber dem Fortführen der Umlage und einer vollständigen Umstellung des Finanzierungsverfahrens aufweist, weil damit die hohen Umstellungskosten, die bei einer Totalumstellung durch die erforderliche Nachfinanzierung der Alterungsrückstellungen entstehen, reduziert werden können.

2. Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell

Die Diskussion zwischen Umlagefinanzierung oder Kapitaldeckung wird in den allermeisten Fällen bisher in der Form eines „entweder – oder“ geführt. Theoretische Überlegungen zur Teilkapitaldeckung sind eher selten zu finden.

Am weitesten gediehen sind bisher dabei die Überlegungen für die Rentenversicherung.

2.1. Das Finanzierungsmodell in der Rentenversicherung

Für die Rentenversicherung lassen sich nach Thullen¹ hauptsächlich drei Finanzierungsverfahren, die in ihrer sogenannten Kapitalisation variieren, unterscheiden: das Anwartschaftsdeckungsverfahren in einer offenen Risikogemeinschaft, die Rentenwertumlage und das reine Umlageverfahren.

Das Anwartschaftsdeckungsverfahren ist das Verfahren, das gemeinhin als Kapitaldeckungsverfahren bezeichnet (auch wenn in anderen Quellen das Rentenwertumlageverfahren als Kapitaldeckungsverfahren bezeichnet wird)² und auch in der privaten Lebensversicherung angewendet wird sowie in angepasster Form auch in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Jede Generation finanziert in diesem Verfahren individuell oder kollektiv durch Ansparen mittels Aufbau eines Kapitalstocks ihre eigenen Rentenzahlungen. Dieser Kapitalstock wird in der

¹ Vgl. Thullen (1980) oder Thullen (1982).

² Vgl. Brunner (2001).

Pensions- oder Rentenphase wieder abgeschmolzen. Es handelt sich hier also um eine vollständige „Kapitalisation“, wenn nicht gleichzeitig neue Generationen nachwachsen, für die ebenfalls Kapital aufgebaut wird.

Das reine Umlageverfahren ist das Verfahren, das in der gesetzlichen Rentenversicherung praktiziert wird und welches auch in angepasster Form in der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung Anwendung findet. Bei diesem Verfahren werden die Beiträge eines Jahres so festgelegt, dass sie die Zahlungen eines Jahres vollständig abdecken; Reserven werden nicht gebildet.

Zwischen diesen Verfahren liegt in Bezug auf ihre Kapitalisation die Rentenwertumlage. Das Rentenwertumlageverfahren hat die Eigenschaft, dass die Beitragseinnahmen eines Jahres mit der Summe der Kapitalwerte (Barwerte) der im Jahr neu zuerkannten Renten gleich sind. Die erworbenen Rechte der Aktiven bleiben ohne Deckung. Es wird damit genau so viel Geld an Beiträgen eingenommen wie nötig ist, um die „neuen“ Rentner mit Kapital auszustatten, aus dem ihre Rente gezahlt werden kann. So hängen die Gesamtbeiträge, die von den Aktiven aufgebracht werden müssen, in erster Linie von der Anzahl der Neurentner ab. In jedem Jahr wird so für die Neurentner ein Kapitalstock angelegt. Ältere Rentner zehren zeitgleich ihren Kapitalstock auf.

Dieses System verliert seine Demographieabhängigkeit jedoch nicht vollständig, da die Höhe des Umlagebetrages weiter von dem Verhältnis der Aktiven zu den Neurentnern abhängt. Gleichwohl handelt es sich um eine Teilkapitaldeckung, bei der der anzuhäufende Kapitalstock geringer ist als im Anwartschaftsdeckungsverfahren und der Umlagecharakter gleichzeitig bestehen bleibt.

Es kann modelltheoretisch für die Rentenversicherung gezeigt werden, dass Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren nach der Einführungsphase

unter bestimmten Bedingungen sogar zu gleichen finanziellen Belastungen für die Versicherten, und zwar bei identischen Rentenzahlungen, führen können. Von besonderer Bedeutung ist dabei z. B. das Verhältnis des Kapitalmarktzinses zum Bevölkerungs- und Lohnwachstum. So zeigt Thullen,³ dass im Fall einer konstanten Bevölkerungszahl der Kapitalstock, einmal aufgebaut, sein gesamtgesellschaftliches Volumen stets beibehält. Es wird genauso viel Kapital von den Rentnern verbraucht, wie von den Beitragszahlern jeweils gleichzeitig angespart wird. Dies ist jedoch eine sehr theoretische Konstellation, die grundlegend von den realen Verhältnissen in Deutschland abweicht.

Im Vergleich beider Finanzierungsverfahren schneidet die Umlagefinanzierung nur dann besser ab,⁴ wenn die Addition der Wachstumsrate der Bevölkerung und der Entlohnung je Erwerbstätigen zusammen höher ist als der Kapitalmarktzins.⁵ Diese Konstellation ist in der Realität nur eine Ausnahme mit vorübergehendem Charakter. Das Umlageverfahren erbringt im Falle einer demographischen Konstellation, wie sie in Deutschland beispielsweise anzutreffen ist, im Vergleich zum Kapitaldeckungsverfahren für die Versicherten langfristig niedrigere Leistungen bei vergleichbar gezahlten Beiträgen bzw. gegebene Leistungen sind nur zu höheren Beiträgen möglich.

2.2. Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung

Eine Übertragung dieser Erkenntnisse aus der Rentenversicherung auf andere Systeme, wie z.B. die Pflege- oder Krankenversicherung, ist

³ Vgl. Thullen (1980) oder Thullen (1982).

⁴ Vgl. Samuelson (1958) und Aaron (1966).

⁵ Eine ausführliche modelltheoretische Darstellung findet sich z.B. in Breyer (1990) und Homburg (1989).

zwar möglich, dabei müssen aber die grundsätzlichen Unterschiede zwischen den jeweiligen Systemen beachtet werden.

Die Pflegeversicherung wurde als vorerst letzter Zweig der Sozialversicherung 1995 in Deutschland eingeführt. Wie die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung, ist sie bisher im Umlageverfahren organisiert. Dies gilt jedenfalls für die soziale Pflegeversicherung für alle diejenigen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Darüber hinaus gibt es mit der privaten Pflegepflichtversicherung einen kapitalgedeckten Teil für diejenigen Personen, die in der privaten Krankenversicherung versichert sind. Untersuchungsgegenstand ist jedoch im Folgenden ausschließlich die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung. Die Pflegeversicherung zeichnet sich dadurch aus, dass das Pflegerisiko stark altersabhängig ist. Die Pflegewahrscheinlichkeit steigt mit hohem Alter steil an. Damit sind die gesamten Ausgaben der Pflegeversicherung in erster Linie abhängig von der Anzahl der Menschen im hohen Lebensalter. Die demographische Entwicklung trifft die Pflegeversicherung somit im besonderen Maße.

Die Pflegeversicherung unterscheidet sich von der Rentenversicherung jedoch vor allem dadurch, dass es in der Rentenversicherung ein festes Verhältnis von einkommensabhängigen Einzahlungen und späteren Rentenauszahlungen gibt. In der Rente sind Faktoren vorhanden, die die Verbindung zwischen den über das Leben gezahlten einkommensabhängigen Beiträgen und der Gesamthöhe der Rentenauszahlungen herstellen. Die Pflegeausgaben hängen demgegenüber von der Pflegebedürftigkeit ab und nicht von der Höhe des Einkommens. Auch gibt es in der Pflege keinen festen Zeitpunkt des Fälligwerdens der Auszahlungen wie in der Rente. In welcher Weise diese Abweichungen von der Rentenversicherung das Umlageverfahren beeinflussen, wird ausführlich im Kapitel 3 dargestellt.

Die derzeit in der Literatur dargestellten Modelle einer Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung beschäftigen sich vor allem mit der Frage eines Umstiegs von der Umlagefinanzierung auf die Kapitaldeckung. Diese Modelle werden deshalb ausführlich im Kapitel 5. dargestellt, und zwar als mögliche Antworten auf eine Situation, in der z.B. aus demographischen Gründen ein Ausstieg aus der Umlagefinanzierung erforderlich erscheint.

3. Das Modell zur Analyse der umlagefinanzierten Pflegeversicherung

Erst wenn die Determinanten und Zusammenhänge deutlich sind, lässt sich erklären, an welcher Stelle und in welchem Umfang Änderungen der Finanzierungsverfahren insbesondere in der Form eines Umstiegs auf die Kapitaldeckung wünschenswert sind. Einen Überblick über diese Einflussfaktoren und Zusammenhänge ergibt sich am besten, wenn ein im Verhältnis zur Realität in seiner Komplexität reduziertes Modell aufgebaut wird. Dieses Modell ermöglicht es, einzelne Parameter getrennt zu analysieren. Zöge man die realen Bedingungen in Deutschland heran, würde durch die Menge der gleichzeitig wirkenden Faktoren ein Überblick kaum möglich sein. Der Komplexitätsgrad wäre für die Analyse zu hoch.

3.1. Die Modellpopulation

Im Folgenden wird eine Modellpopulation mit vereinfachenden Annahmen gebildet. Dieses Modell soll den Bevölkerungsaufbau in Deutschland, soweit es im Hinblick auf die Funktionalität und Transparenz des Modells vertretbar ist, abbilden. Der entscheidende Unterschied zur Realität ist zunächst Folgender: die Bevölkerungszahl und die Zusammensetzung bleiben im Zeitablauf konstant.

Der Altersaufbau einer Bevölkerung und die Bevölkerungszahl wird entscheidend von

- ➔ der Geburtenentwicklung,
- ➔ der Entwicklung der Sterblichkeit bzw. der Lebenserwartung und
- ➔ dem Wanderungssaldo

bestimmt. Bei der Geburtenentwicklung ist neben dem Fertilitätsniveau, d.h. wie viele Kinder die Frauen im Durchschnitt bekommen, auch

von Relevanz, in welchem Alter die Frauen ihre Kinder zur Welt bringen. Für alle diese Parameter müssen vereinfachte Annahmen getroffen werden, um das Modell handhabbar zu machen.

So wird zunächst unterstellt, dass in jedem Jahr die gleiche Anzahl Kinder geboren wird. Es wird von 100.000 Mädchen und 100.000 Jungen ausgegangen.⁶ Die Kindergeneration altert mit einer angenommenen Sterblichkeit, die der heutigen tatsächlichen Sterblichkeit in Deutschland entspricht.

In der Abbildung 1 sind die Sterbewahrscheinlichkeiten für die einzelnen Lebensalter differenziert nach Geschlecht dargestellt, wie sie das Statistische Bundesamt für das Jahr 2005 veröffentlicht⁷ hat.

Es ist ein mit dem Alter stark steigender Verlauf zu sehen. Neugeborene haben zunächst eine etwas höhere Sterblichkeit. Von 100.000 neugeborenen Jungen versterben im Durchschnitt 451 und von den Mädchen 364 im ersten Lebensjahr, so dass die Anzahl der Einjährigen jeweils um diese Zahl verringert wird. Die Sterblichkeit sinkt sodann und verbleibt etwa bis zum 50. Lebensjahr auf einem sehr niedrigen Niveau, um dann kontinuierlich und immer steiler anzusteigen. Von den 98-Jährigen stirbt schließlich im Durchschnitt jeder dritte und erreicht nicht mehr das nächste Lebensjahr.

⁶ Damit wird nicht berücksichtigt, dass in der Realität im Durchschnitt auf 100 Mädchen 105 Jungen geboren werden.

⁷ Die Daten zur Sterblichkeit entstammen dem Statistischen Bundesamt (2006).

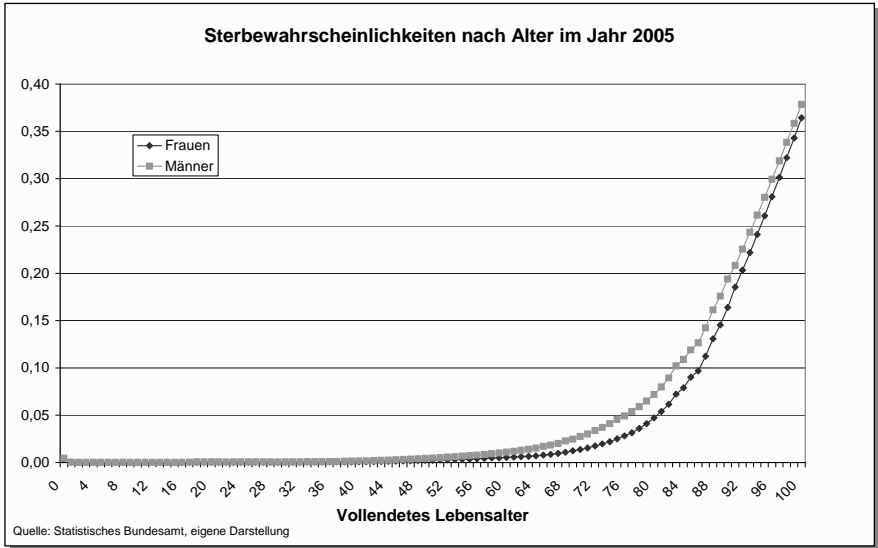


Abbildung 1

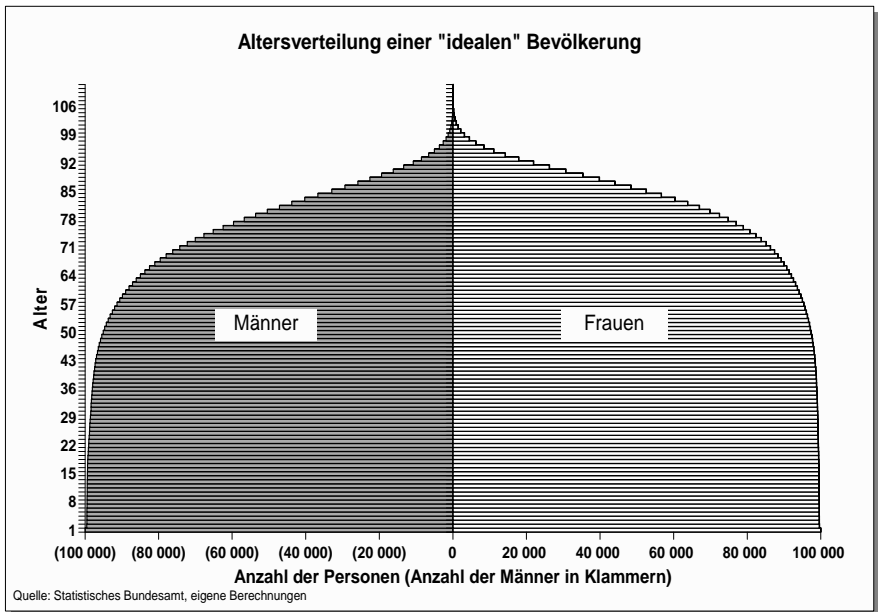


Abbildung 2

Unterstellt man, dass Jahr für Jahr 200.000 Geburten gleichbleibend auftreten und sich die Sterblichkeit in der Vergangenheit nicht verändert hat, ergibt sich die in Abbildung 2 dargestellte Bevölkerungsverteilung in Glockenform.

Zu- und Abwanderung bleiben dabei zunächst ausgeklammert. Es werden in jedem Jahr genau so viele Mädchen geboren, die notwendig sind, um später als Müttergeneration die gleiche Zahl an Mädchen zur Welt zu bringen. Für die Reproduktion der Bevölkerung ist also entscheidend, wie viele Mädchen eine Generation hervorbringt, die wiederum als Mütter die Folgegeneration gebären kann. Implizit wird mit der Annahme der Geburt von 200.000 Kindern pro Jahr davon ausgegangen, dass jede Frau im Durchschnitt etwas mehr als zwei Kinder gebärt. Die Bevölkerung reproduziert sich damit dauerhaft.

In dem hier konstruierten Modell, bei dem sich auch die Lebenserwartung der Menschen nicht verändert, bleiben die Bevölkerungsstruktur und auch die Zahl der Menschen insgesamt über die Zeit konstant. Im Zeitablauf gibt es immer gleich viele Männer und Frauen in jedem Alter. Insgesamt leben in dieser modellhaft gebildeten Bevölkerung 15.896.416 Personen. Diese Bevölkerungsstruktur wird als „ideal“ im Bezug auf das Umlageverfahren bezeichnet und stellt für die weiteren Variationen den Referenzwert dar. Zu- und Abgänge gleichen sich in der Bevölkerung vollständig aus.

Annahmen des Modells mit „idealer“ Bevölkerung

Geburten pro Jahr	konstant 100 000 Mädchen und 100 000 Jungen
Sterblichkeit	Altersabhängig entsprechend der Sterblichkeit in Deutschland 2005
Zuwanderung	keine

Anhand dieser Bevölkerungsverteilung sollen die Auswirkungen einer Umlagefinanzierung in der Pflegeversicherung verdeutlicht und der Einfluss einzelner Parameter untersucht werden.

3.2. Zahl der Pflegefälle in der Modellpopulation

Für die Ermittlung der Pflegefälle in der Modellpopulation werden die tatsächlichen altersabhängigen Wahrscheinlichkeiten entsprechend der heutigen sozialen Pflegeversicherung zugrunde gelegt. Daraus werden Anteile der Pflegefälle an dem jeweiligen Jahrgang der Versicherten ermittelt und auf die Modellpopulation übertragen. Diese Daten sind beim Statistischen Bundesamt in Fünfjahresaltersklassen ausgewiesen und wurden für die Berechnung durch Interpolation für jedes Alter bestimmt (Abbildung 3). Es ist ein erwartungsgemäß mit dem Alter stark ansteigender Verlauf ersichtlich, wobei Männer eine durchgehend niedrigere altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit haben.

Die Berechnung mit diesen Pflegewahrscheinlichkeiten ergibt für das Modell zu jeder Zeit 500.314 pflegebedürftige Personen. Das sind 3,15 % der Bevölkerung

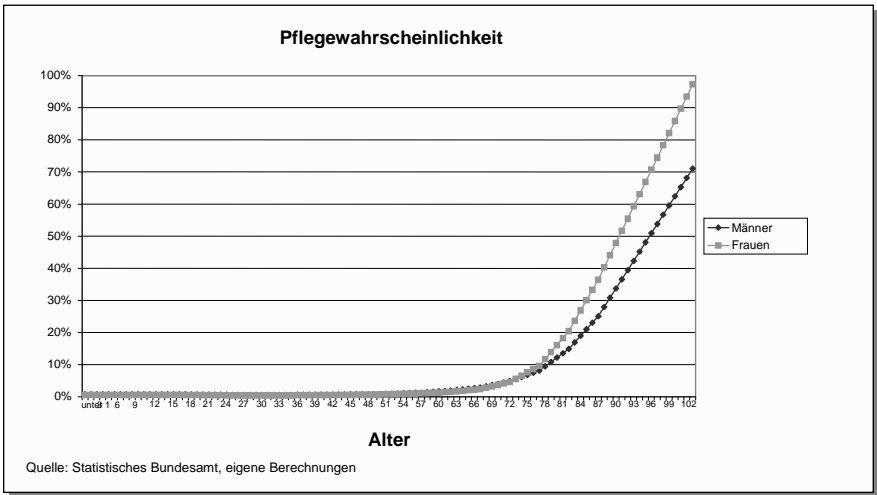


Abbildung 3

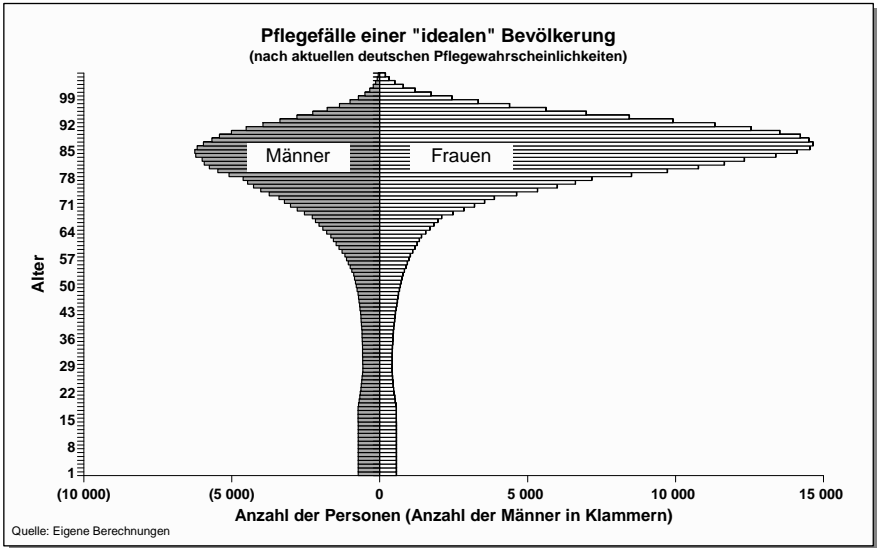


Abbildung 4

Abbildung 4 stellt die Zahl der Pflegefälle differenziert nach Alter und Geschlecht dar. Man erkennt eine Form, die am ehesten an einen Hammer erinnert. Die Pflegefallzahlen steigen ab dem 70. Lebensjahr an, ab

dem 85. Lebensjahr sinken die Fallzahlen wieder. Dies liegt daran, dass die Anzahl der Personen in diesem Alter, bedingt durch die Sterbefälle, stark sinkt und damit auch ein höherer Anteil an Pflegefällen je Jahrgang nicht mehr zu einem Anstieg der Pflegefallzahlen insgesamt führt.

Annahmen des Modells

Pflegewahrscheinlichkeit	Altersabhängig entsprechend der Wahrscheinlichkeit in Deutschland Ende 2005
--------------------------	---

3.3. Die Pflegeausgaben in der Modellpopulation

Berechnet man für jeden Pflegefall einen durchschnittlichen Pflegeausgabenbetrag, dann lassen sich die gesamten Pflegeausgaben kalkulieren. Für diese Berechnung wird auf die tatsächlichen derzeitigen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung differenziert nach der jeweiligen Pflegestufe zurückgegriffen.⁸

⁸ Die Durchschnittswerte werden nach der Statistik „BMG, Soziale Pflegeversicherung 2003/2004, Rechnungsergebnis 2004, Erfolgsrechnung des Bundesgesundheitsministeriums“ berechnet. Sie enthält die Höhe der Pflegesachleistungen, des Pflegegeldes, der Ausgaben für Hilfsmittel, Tages- und Nachtpflege und die vollstationäre Pflege. Daraus lassen sich durchschnittliche Pflegeausgaben für die Pflegefälle in den einzelnen Pflegestufen in der ambulanten und in der stationären Pflege berechnen.

Tabelle 1

	Pflegestufen	Durchschnittsbetrag
ambulant	I	4.024 €
	II	7.851 €
	III	12.189 €
stationär	I	9.156 €
	II	14.933 €
	III	16.533 €

Vom Statistischen Bundesamt wird die Zahl der Pflegefälle getrennt für Männer und Frauen, differenziert nach Pflegestufen sowie ambulanter und stationärer Pflege, ausgewiesen.

Daraus ergibt sich das Altersprofil der Pflegeausgaben (Abbildung 5). Die Werte für die einzelnen Jahrgänge zwischen den Fünfjahresschritten sind durch Interpolation ermittelt worden. So ergeben sich daraus die durchschnittlichen Pflegeausgaben je Versicherten in jeder Altersstufe.

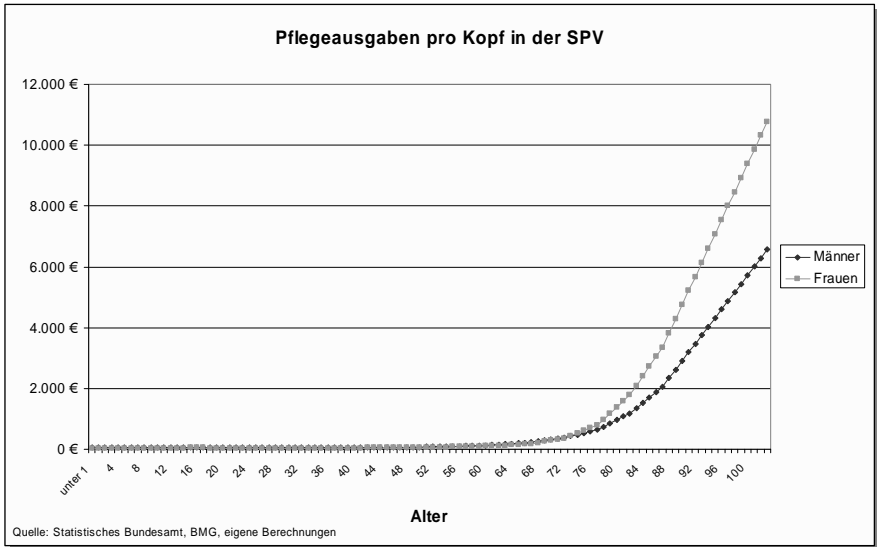


Abbildung 5

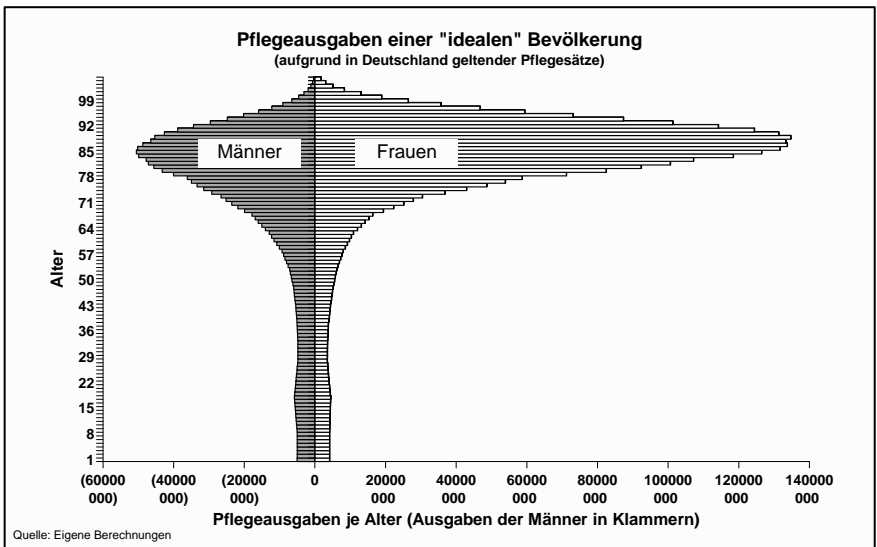


Abbildung 6

Diese Profile ermöglichen nun eine Berechnung der Pflegeausgaben für jeden Jahrgang.

Abbildung 6 enthält die gesamten Pflegeausgaben der Modellbevölkerung je Altersstufe. Es fällt auf, dass sich die Ausgaben zwischen den Geschlechtern stärker unterscheiden als die Zahl der Pflegefälle. Offensichtlich nehmen die Frauen in größerem Umfang stationäre Leistungen in Anspruch als die gleichaltrigen Männer, die vermehrt zu Hause gepflegt werden.

Insgesamt ergeben sich so Pflegeausgaben in der Modellbevölkerung von 4,34 Mrd. €. Das sind je Versicherten und Jahr durchschnittlich 270 €. Zum Vergleich: In der sozialen Pflegeversicherung lagen 2006 die tatsächlichen Ausgaben bei 240 €. Damit liegt der Wert der Modellbevölkerung über dem tatsächlichen Wert in Deutschland. Weiter unten wird analysiert, woran dies liegt.

Annahmen des Modells

Pflegeausgaben je pflegebedürftige Person	Durchschnittliche Werte der SPV
---	---------------------------------

3.4. Die beitragspflichtigen Einnahmen in der Modellpopulation

Im Umlageverfahren zahlen die Versicherten Beiträge nach Maßgabe des beitragspflichtigen Einkommens, und zwar in dem Umfang, der erforderlich ist, die gesamten Ausgaben für die Pflege eines Jahres zu finanzieren. Sind die Ausgaben ein Datum, dann sind die Höhe der Beiträge und die Höhe des Beitragssatzes abhängig von

→ der Anzahl der beitragspflichtigen Personen

→ und von der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen dieser Personen.

Um die Höhe des Beitragssatzes zu ermitteln, müssen Annahmen über diese Größen getroffen werden. Hierzu werden erneut die realen Größen der sozialen Pflegeversicherung herangezogen.

Zunächst muss berücksichtigt werden, dass es beitragsfrei mitversicherte Familienmitglieder gibt. Diese Personen sind zwar versichert, zahlen aber keine Beiträge. Aus der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit⁹ lassen sich für Fünfjahresaltersgruppen die Anteile an Familienangehörigen berechnen. Diese Verhältnisse werden verwendet, um in der Modellpopulation die beitragspflichtigen Mitglieder der Pflegeversicherung zu identifizieren (Abbildung 7).

Außerdem ist eine Differenzierung zwischen erwerbstätigen Mitgliedern und Rentnern möglich. So kann zwischen den durchschnittlichen Beitragszahlungen von Mitgliedern und Rentnern unterschieden werden. Für 2006 ergeben sich als beitragspflichtiges durchschnittliches Einkommen 22.600 € für Mitglieder und 14.340 € für Rentner.¹⁰ Das Renteneintrittsalter wird im Folgenden mit 62 Jahren zugrunde gelegt.

⁹ Bundesministerium für Gesundheit (2006), Soziale Pflegeversicherung, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2006.

¹⁰ Aus der Statistik des Bundesgesundheitsministeriums zu den Rechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenkassen (Bundesministerium für Gesundheit (2007)) lassen sich die Beitragseinnahmen von Mitgliedern und Rentnern separat ablesen. Aus diesen Werten ergeben sich durch Division der Zahl der Mitglieder und Rentner in der GKV (Endgültige Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Statistik KJ1-2006) Werte pro Kopf. Hieraus lassen sich unter Heranziehen des durchschnittlichen Beitragssatzes in der GKV durchschnittliche beitragspflichtige Einnahmen berechnen.

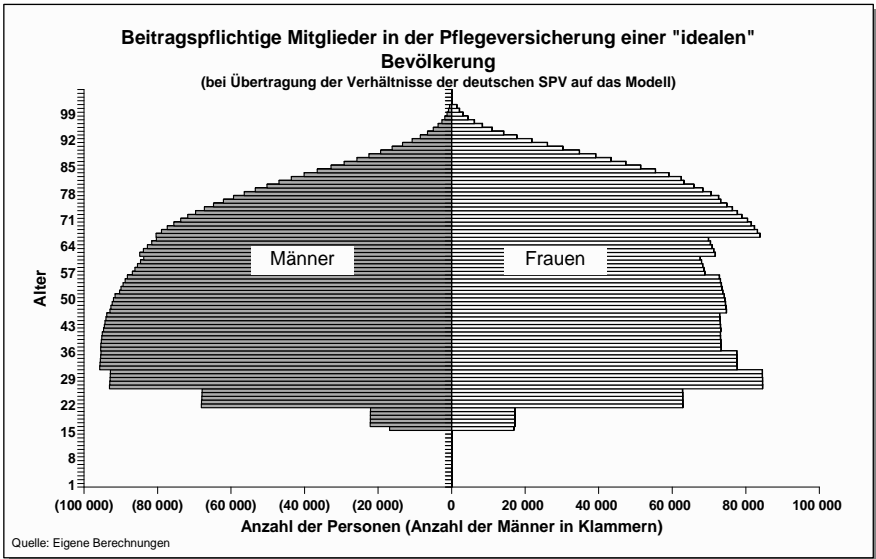


Abbildung 7

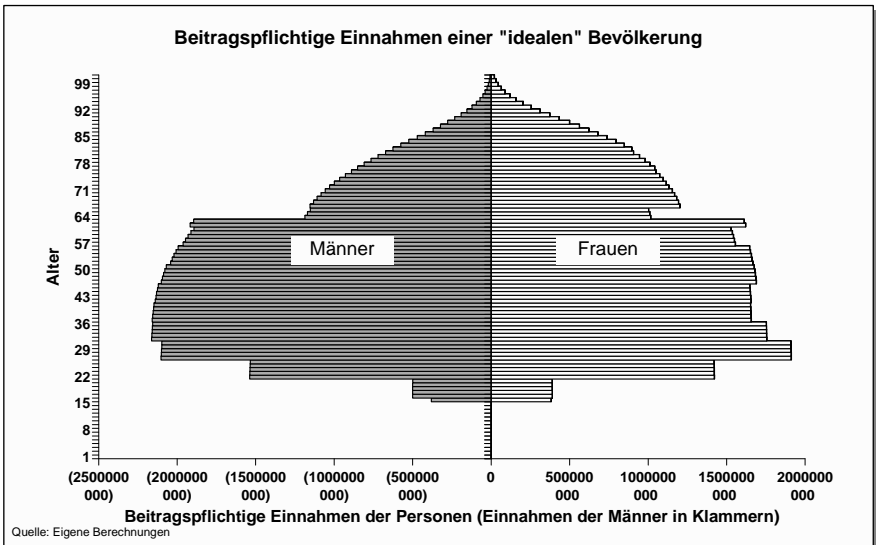


Abbildung 8

Multipliziert man die beitragspflichtigen Einkommen mit der Anzahl der Mitglieder in der Modellpopulation, ergibt sich die in Abbildung 8 dargestellte Verteilung der beitragspflichtigen Einkommen. Erwartungsgemäß sind die höchsten Einkommen in den mittleren Jahrgängen zu finden. Im Alter über 62 Jahre fallen die beitragspflichtigen Einkommen deutlich geringer aus. Insgesamt ergeben sich für diese Modellbevölkerung beitragspflichtige Einkommen von 208,49 Mrd. €.

Annahmen des Modells

Anteil der beitragspflichtigen Mitglieder	altersabhängig entsprechend der Mitglieder in der SPV 2006
Beitragspflichtige Einnahmen	durchschnittliche Werte für Mitglieder der AKV und der KVdR für 2006

Implizit steht hinter diesen Annahmen eine konstante Beschäftigungsquote.

3.5. Der Beitragssatz im Modell

Diesem beitragspflichtigen Einkommen von 208,49 Mrd. € (E) stehen 4,34 Mrd. € Ausgaben in der Pflegeversicherung (A) gegenüber. Müssten diese Ausgaben durch einen prozentualen Beitrag auf das Einkommen (b) finanziert werden, würde in der Modellbevölkerung ein Beitragssatz von $b=2,08\%$ erhoben werden. Aus Gründen der modelltheoretischen Vereinfachung bleiben Verwaltungskosten unberücksichtigt.

Es würde gelten:¹¹

$$b * E = A \quad \text{oder} \quad b = \frac{A}{E} \quad (1)$$

Der Beitragssatz b wäre bei unveränderter Einkommens- und Ausgangssituation über die Zeit unverändert, da sich die Bevölkerungsstruktur nicht verändert. In diesem Grundmodell ist also zunächst unterstellt, dass es im Zeitablauf weder steigende Einkommen noch Preissteigerungen, noch Leistungsdynamisierung in der Pflegeversicherung gibt.

Anhand des Modells lassen sich nun die Auswirkungen von Parameteränderungen analysieren. Damit wird der Frage nachgegangen, ob und inwieweit auch in einer dynamisierten Welt eine Pflegeversicherung als Umlageverfahren organisierbar und finanzierbar ist.

¹¹ Dieser Ausdruck ist gleichbedeutend damit, wenn jedes Mitglied einen Beitragssatz b auf sein individuelles Einkommen e_i zu leisten hätte und jeder Pflegefall seine Ausgaben a_j bekommen würde:

$$\sum_i b e_i = b \sum_i e_i = b * E = \sum_j a_j = A$$

4. Bedeutung der relevanten Größen für die Umlagefinanzierung

4.1. Veränderung des Leistungsumfanges der Pflegeversicherung

Werden die Leistungen in der Pflegeversicherung erhöht und bleiben ansonsten alle Parameter konstant, steigt der Beitragssatz im gleichen Verhältnis.

Werden zum Beispiel die Leistungen in dem Modell gleichmäßig für alle Pflegestufen und gleichmäßig für die ambulante und stationäre Versorgung um 10 % erhöht, steigt der Beitragssatz von 2,06 % auf 2,27 %. Damit liegt der neue Beitragssatz auch 10 % (= 0,21 Prozentpunkte) über dem alten. Verdoppeln sich die Ausgaben, verdoppelt sich auch der Beitragssatz. Anhand Formel (1) lässt sich der Zusammenhang zeigen. Werden die Ausgaben um den Faktor x erhöht, müssen auch die Einnahmen aus den Beiträgen vom zugrunde liegenden Einkommen entsprechend steigen:

$$x \cdot A = x \cdot b \cdot E \quad \text{oder} \quad x \cdot b = \frac{x \cdot A}{E} \Rightarrow b_{\text{neu}} = x \cdot b_{\text{alt}} \quad (2)$$

4.2. Veränderung des beitragspflichtigen Einkommens

Bei einer Änderung des beitragspflichtigen Einkommens verändert sich ebenfalls der Beitragssatz. Erhöht sich zum Beispiel das beitragspflichtige Einkommen um 10 %, sinkt der Beitragssatz um 10 % (= 10 % vom Beitragssatz). Verdoppelt sich das Einkommen, halbiert sich der Beitragssatz. Allgemein gesprochen: Erhöht sich das Einkommen um den

Faktor y , reduziert sich der Beitragssatz um den Faktor $1/y$.

$$\frac{1}{y} * b = \frac{A}{y * E} \quad \text{oder} \quad A = \frac{1}{y} b * y * E \Rightarrow \quad b_{neu} = \frac{1}{y} b_{alt} \quad (3)$$

4.3. Gleichmäßige Veränderung der Leistungsausgaben und des beitragspflichtigen Einkommens

Von besonderer Bedeutung ist die Fallkonstellation, in der das Einkommen und die Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung eine parallele Entwicklung nehmen. Bezogen auf das Einkommen bleiben die Leistungen der Pflegeversicherung unverändert. Erwartungsgemäß bleibt der Beitragssatz in dieser Konstellation konstant. Wächst das Einkommen z.B. um 10 % genauso wie die Leistungen, so bleibt der Beitragssatz unverändert.

$$y = x \Rightarrow x * A = b * y * E \quad \text{oder} \quad b = \frac{x * A}{y * E} = \frac{A}{E} \Rightarrow b_{neu} = b_{alt} \quad (4)$$

In einer Gesellschaft mit steigenden Einkommen ist bei ansonsten unveränderten Parametern eine Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung entsprechend der Einkommensentwicklung möglich, ohne dass es zu Beitragssatzveränderungen kommt. Dies gilt jedoch nur unter den oben aufgeführten Bedingungen einer konstanten Modellpopulation.

4.4. Ungleichmäßige Veränderung beider Größen

Der realistischere Fall ist der, dass sich die Leistungen der Pflegeversicherung und das beitragspflichtige Einkommen nicht mit der gleichen Rate verändern ($x \neq y$). In diesem Fall verändert sich der Beitragssatz

mit dem Faktor, der sich aus dem Verhältnis der Wachstumsrate der Leistungen (x) und der Wachstumsrate der Einkommen (y) ergibt. Verdreifachen sich beispielsweise die Leistungen (3^*A) – um eine extreme Fallkonstellation zugrunde zu legen und verdoppeln sich die Einkommen (2^*E), so erhöht sich der Beitragssatz um 50 % auf 3,1 % ($1,5^*b$ da $3/2=1,5$) im Modell.

$$z^*b = \frac{x^*A}{y^*E} \quad \text{mit } z = \frac{x}{y} \quad \text{oder} \quad x^*A = z^*b^*y^*E$$

$$\Rightarrow \quad b_{neu} = z^*b_{alt} = \frac{x}{y} b_{alt} \quad (5)$$

Gleiche Verhältniswerte der Wachstumsraten ergeben damit gleiche Erhöhungen der Beitragssätze. So würde – im noch extremeren Fall – eine Versechsfachung der Leistungsausgaben (6^*A) und eine Vervierfachung der Einkommen (4^*E) ebenso einen Anstieg des Beitragssatzes auf 3,1 % bewirken ($1,5^*b$ da $6/4=1,5$). Würden beispielsweise in einem realistischeren Fall die Leistungsausgaben in einem bestimmten Zeitraum um 15 % ($1,15^*A$) verbessert werden, während die Einkommen im selben Zeitraum nur um 5 % ($1,05^*E$) steigen, so stiege der Beitragssatz um ca. 9,5 (Relativ)Prozent auf 2,28 % ($1,095^*b$ da $1,15/1,05=1,09524$).

4.5. Veränderung der Lebenserwartung

Verändert sich die Lebenserwartung, dann hat das Auswirkungen auf den erforderlichen Beitragssatz der Pflegeversicherung. Aus der in das Modell eingehenden alters- und geschlechtsspezifischen Sterblichkeit lässt sich die Lebenserwartung ableiten. Um die Komplexität der Untersuchung gering zu halten, werden die Sterblichkeiten in allen Altersklas-

sen im gleichen Umfang variiert. So werden nur aus Gründen einer modelltheoretischen Verdeutlichung jeweils eine Verdopplung und eine Halbierung angenommen. In der Vergangenheit hat sich in Deutschland die Sterblichkeit nicht in dieser Weise bei allen Altersklassen gleichmäßig verändert. So ist die Sterblichkeit seit Anfang des 20. Jahrhunderts vor allem im Säuglingsalter und im hohen Alter zurückgegangen.¹² Von 1949/1951 bis 2001/2003 ist nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Sterblichkeit in fast allen Lebensaltern um mehr als 50 % gesunken.¹³ Besonders stark war jedoch der Rückgang bei Neugeborenen und Kleinkindern mit bis zu 90 %. Auch war der Rückgang bei Frauen größer als bei Männern.

Auf eine solche Differenzierung des Rückganges nach Alter und Geschlecht wird hier verzichtet, um den Einfluss der Lebenserwartung einfacher darstellen zu können. Die Ergebnisse würden sich bei einer Differenzierung in der tatsächlich beobachteten Größenordnung zudem nicht bedeutend verändern.

Eine Verdopplung der Sterblichkeit bedeutet, dass in diesem Fall in jedem Alter ein doppelt so hoher Anteil an Personen verstirbt, eine Halbierung, dass jeweils nur halb so viele sterben wie in der Ausgangspopulation. Diese Veränderungen haben direkte Auswirkungen auf die Lebenserwartung und damit auf die Zusammensetzung der Bevölkerung.

¹² Vgl. z.B. Wiesner (2001).

¹³ Vgl. Eisenmenger (2005), S. 468 ff.

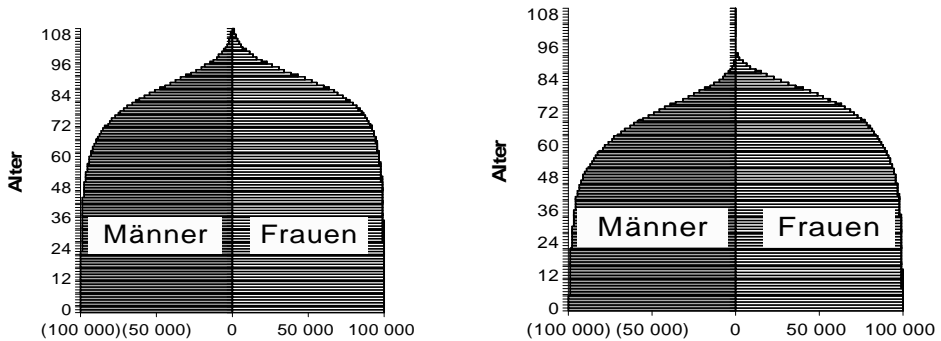


Abbildung 9: Gegenüberstellung der Bevölkerung mit halbiertes Sterblichkeit (links) und doppelter Sterblichkeit (rechts)

Die beiden nebeneinander gestellten Abbildungen zeigen den Unterschied. Links befindet sich die Fallkonstellation mit halbiertes Sterblichkeit. Die Personen erreichen ein höheres Alter und dies in größerer Zahl. Rechts werden die Konsequenzen einer verdoppelten Sterblichkeit sichtbar. Hier erreichen deutlich weniger Personen ein hohes Alter.

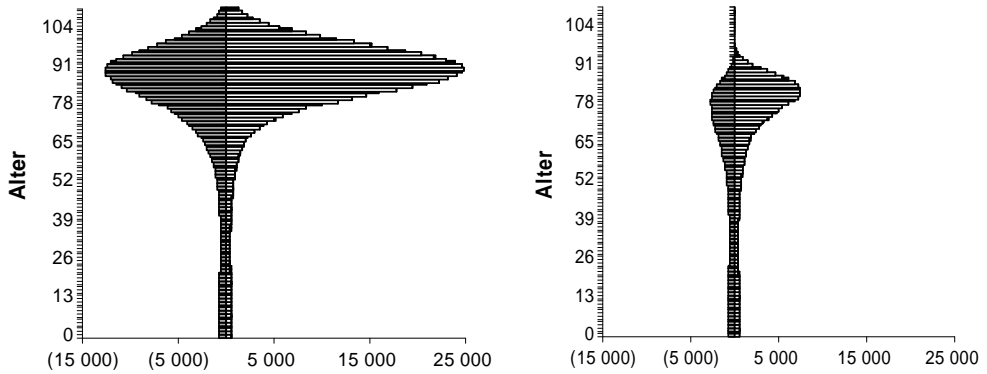


Abbildung 10: Gegenüberstellung der Pflegefälle in der Bevölkerung mit halbiertes Sterblichkeit (links) und doppelter Sterblichkeit (rechts)

Abbildung 10 enthält die Pflegefallzahlen zu den oben beschriebenen Konstellationen. Bei Halbierung der Sterblichkeit führt dies, bei Beibehaltung der Pflegewahrscheinlichkeiten, zu einem starken Anstieg der Zahl der Pflegefälle. Bei einer Verdopplung der Sterblichkeit sinken die Pflegefallzahlen entsprechend.

Tatsächlich sind die Entwicklung der Sterblichkeit und die Entwicklung der Pflegewahrscheinlichkeit keine voneinander unabhängigen Ereignisse. Es muss also im Einzelfall untersucht werden, wie sich die Pflegewahrscheinlichkeiten im Zeitablauf verändern, wenn sich die Lebenserwartung erhöht. Hier sind verschiedene Szenarien denkbar.

Zum einen könnte sich mit zunehmender Lebenserwartung auch die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt ins höhere Alter verschieben, so dass eine höhere Lebenserwartung für sich genommen keinen Einfluss auf die Pflegefälle hat. Es könnte sogar sein, dass sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit reduziert. Diese Entwicklung wäre die Ausprägung der Kom-

pressionsthese in der Pflege,¹⁴ nach der die längere Lebenserwartung auch zu einem Gewinn an in Gesundheit verbrachten Jahren führt.

Andererseits könnte die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt zunehmen, wenn sich die Zeit, in der sich Personen in Pflege befinden, verlängert. Dies entspräche der Medikalisierungsthese,¹⁵ wonach die gewonnenen Jahre zunehmend in Krankheit oder Pflegebedürftigkeit verbracht werden.

Auch ist es theoretisch möglich, dass als Folge der Zunahme der Lebenserwartung vermehrt Personen in ein hohes Alter hineinwachsen und zum Pflegefall werden. In Zeiten geringerer Lebenserwartung wären diese Personen früher verstorben und somit vor ihrem Tod nicht zum Pflegefall geworden. So besteht die Möglichkeit, dass der Prozentsatz der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung aus zwei Gründen steigt. Zum einen durch die Zunahme der Jahre, die in Pflegebedürftigkeit verbracht werden, und zum anderen durch ein „Hineinwachsen“ von Personen in ein Lebensalter, das mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Pflegebedürftigkeit verbunden ist.

Die empirische Forschung ergibt zu diesem Thema für die Pflegeversicherung derzeit ein uneinheitliches Bild. Die Kompressionsthese wird in einigen Studien belegt, indem Indikatoren wie der Gesundheitszustand, Behinderungen und Pflegebedürftigkeit oder chronische Krankheiten analysiert werden.¹⁶ Fries ermittelt für die USA eine Kompression bei Be-

¹⁴ Die Kompressionsthese wurde erstmalig von Fries (1980) formuliert.

¹⁵ Als erste Vertreter der Medikalisierungsthese gelten Gruenberg (1977) und Verbrügge (1984).

¹⁶ Einen guten Überblick über Arbeiten zum Thema Kompressions- und Medikalisierungsthese gibt Fetzer (2005). Vgl. hierzu auch Niehaus (2007).

rücksichtigung der unterschiedlichen Schweregrade von Behinderungen.¹⁷

Eine weitere Studie untersucht die Entwicklung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit in Deutschland für den Zeitraum 1991-2003.¹⁸ Dafür werden Daten des sozio-ökonomischen Panels herangezogen, also Daten, die auf Befragungen beruhen. Nach den Ergebnissen der Studie ist die Wahrscheinlichkeit ein Pflegefall zu werden für Männer vom Zeitraum 1991 bis 1997 zum Zeitraum 1998 bis 2003 gesunken. Bei den Frauen gab es keine Veränderung. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass der relativ geringe Rückgang bei den Männern auf die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland im Jahr 1995 zurückzuführen ist. Damit sind zu dem Zeitpunkt Personen erstmals als Pflegefälle anerkannt und erfasst worden, die vorher nicht erfasst waren. Daher kann die Zahl der Neuzugänge in der Pflege in diesem Zeitraum höher sein als sie es ohne Einführung der Pflegeversicherung wäre. Auch wenn es eine anhaltende Veränderung der Pflegewahrscheinlichkeit bei den Männern gibt, ist der Effekt nur ausgesprochen klein und auf die Männer beschränkt, so dass er in der hier vorgenommenen Simulation kaum Auswirkungen hätte.

Auf der anderen Seite gibt es z.B. Hinweise, dass vor allem in den USA die Jüngeren kränker sind als vorangehende Generationen.¹⁹

Eine Analyse der Pflegewahrscheinlichkeiten in der Privaten Pflegepflichtversicherung der Jahre 1995-2004 ergibt, dass sich die Pflegewahrscheinlichkeiten bei gleichem Alter – nach dem Einführungseffekt, bei dem sie zunächst gestiegen waren – nicht signifikant verändert haben. So scheint es, dass das Pflegerisiko hauptsächlich vom erreichten Lebensalter

¹⁷ Vgl. Fries (2000) und Fries (2003).

¹⁸ Vgl. Ziegler und Doblhammer (2005).

¹⁹ Vgl. z.B. Bhattacharya et al. (2004).

abhängt und es damit mehr Pflegefälle geben wird, wenn eine größere Zahl Personen ein sehr hohes Alter erreichen.

Auf diesem Gebiet sind noch weitere Forschungen nötig, aber anhand der vorhandenen Daten ist es derzeit plausibel, die aktuellen Pflegewahrscheinlichkeiten je Lebensalter beizubehalten. Damit führt ein Anstieg der Lebenserwartung zu einer Zunahme der Pflegefälle.

Annahmen des Modells

Veränderung der Pflegewahrscheinlichkeit im Zeitablauf	nein
--	------

Tabelle 2

Sterblichkeitsänderungsfaktor	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1	1,1	1,2	1,4	1,6	1,8	2
Anteil 80 u. älter in %	11,07	9,7	8,59	7,67	6,88	6,21	5,63	5,12	4,28	3,61	3,06	2,62
Durchschnittsalter in Jahren	44	43	42	42	41	41	40	40	39	38	38	37
Lebenserwartung in Jahren	85	83,6	82,1	80,8	79,6	78,5	77,5	76,6	75	73,6	72,3	71,2
Anteil der Pflegefälle an der Bevölkerung in %	5,87	5	4,36	3,87	3,48	3,16	2,9	2,69	2,34	2,08	1,87	1,71
Beitragssatz zur Pflegeversicherung in %	3,66	3,17	2,79	2,5	2,27	2,08	1,93	1,79	1,58	1,43	1,3	1,2

←

Geringere Sterblichkeit

→

Höhere Sterblichkeit

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen bei Variation der Sterblichkeit.²⁰ Der Faktor 1 in der Mitte der Tabelle stellt die Ausgangssituation dar. Hier liegt die vorher beschriebene Modellbevölkerung mit derzeitigen aktuellen Sterblichkeiten zu Grunde. Der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen an der Gesamtbevölkerung beträgt 6,2 %, das Durchschnittsalter 41 Jahre und die durchschnittliche Lebenserwartung 78,5 Jahre. Es sind 3,16 % der Bevölkerung pflegebedürftig und der Beitragssatz zur Pflegerversicherung liegt bei 2,08 % im Modell. Diese Parameter ändern sich kontinuierlich, sobald die Sterblichkeit verändert wird. Verringert sich die Sterblichkeit in allen Altersklassen – im Modell durch einen Sterblichkeitsänderungsfaktor unter 1 simuliert – erhöht sich die Lebenserwartung, der Anteil der 80-jährigen und älteren Personen und das Durchschnittsalter. Damit steigt auch die Anzahl der Pflegefälle und der Beitragssatz erhöht sich ebenso. Im umgekehrten Fall, einem Anstieg der Sterblichkeit – modelliert durch einen Faktor oberhalb 1 – sinken das Durchschnittsalter und die Lebenserwartung, damit auch der Anteil der sehr Alten. Dies führt zu weniger Pflegefällen und einem geringeren Beitragssatz.

Die Reduzierung der Sterblichkeit um 50 % stellt den Wert dar, der in den letzten 50 Jahren in Deutschland in etwa erreicht wurde. Die 11. koordinierte Vorausberechnung geht auch in ihrer mittleren Variante für die nächsten 50 Jahre von einer vergleichbaren Zunahme der Lebenserwartung aus, so dass die Werte in der ersten Spalte mit einem Beitragssatz von 3,66 % und damit von fast einer Verdopplung bis 2050 für durchaus realistisch gehalten werden können. Voraussetzung ist hier, dass die Pflegewahrscheinlichkeit bei gleichem Lebensalter in Zukunft nicht sinkt.

²⁰ Die starke Abhängigkeit des Beitragssatzes von den einzelnen Parametern machen auch die Simulationsrechnungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/05) deutlich.

Die in der Tabelle angegebenen Beitragssätze sind als Werte zu interpretieren, die erreicht werden, wenn sich die Veränderung auf ein Niveau einmalig und dann aber dauerhaft vollzieht. Unter ansonsten gleichen Bedingungen gibt es also zu jeder Sterblichkeit einen dauerhaft stabilen Beitragssatz in der Umlagefinanzierung. Eine Erhöhung der Lebenserwartung führt bei Konstanz aller übrigen Parameter zu einem Anstieg des notwendigen Beitragssatzes in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung. Schreitet die Entwicklung in den nächsten 50 Jahren so voran, wie dies für die letzten 50 Jahre festzustellen war, dann würde allein die verlängerte Lebenserwartung in 50 Jahren einen in etwa doppelt so hohen Beitragssatz wie heute erforderlich machen.

4.6. Die Rolle der Zuwanderung

Wie die Migration als Saldo von Zu- und Abwanderung auf die Pflegebeiträge wirkt, hängt von der Struktur der Zu- und Abwanderung ab. Handelt es sich als Saldo überwiegend um junge Menschen, die ein beitragspflichtiges Einkommen erzielen, kann dies kurzfristig zu sinkenden Beitragssätzen führen. Langfristig ist die Frage entscheidend, wie sich die Fertilität der Zugewanderten und die Lebenserwartung entwickeln.

4.7. Veränderung der Geburtenzahlen

Im Modell mit den bisherigen Annahmen haben die Geburten exakt ausgereicht, um die Generation der Eltern zu ersetzen. In Deutschland ist dies tatsächlich jedoch nicht der Fall. Geringere Geburtenzahlen führen zu einer abnehmenden Bevölkerungszahl, höhere Geburtenzahlen zu einer entsprechend steigenden Bevölkerungszahl. Die Auswirkungen auf den Beitragssatz können anhand des Modells deutlich gemacht werden. Zur Vereinfachung sei aus modelltheoretischen Gründen angenommen,

dass nur 30-jährige Frauen Kinder bekommen. Im Fall der konstanten Bevölkerung bekommen die Frauen in dem Modell im Durchschnitt 2,02 Kinder. Dies reicht genau aus, um auch in Zukunft so viele Mütter zu haben wie in der Elterngeneration.²¹

4.7.1. Sinkende Bevölkerungszahlen

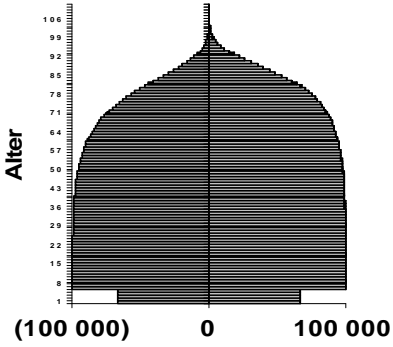
In dem Modell wird nun ein spontaner Geburtenrückgang unterstellt, nachdem die 30-jährigen Frauen nur noch durchschnittlich 1,345 Kinder bekommen. Dieser Wert liegt in dem Bereich, der zurzeit in Deutschland feststellbar ist.²² Die Neugeboreneneneration ist also permanent ein Drittel weniger stark vertreten als die Vorgängergeneration.

Die „Schrumpfung“ der Bevölkerungszahl durch Kindermangel vollzieht sich in mehreren Phasen. Nach dem Start einer „idealen“ Bevölkerung mit in jedem Jahr neugeborenen 100.000 Mädchen und 100.000 Jungen, führt der Rückgang der Geburten im ersten Jahr zunächst nur zu einer Reduktion der Personen im Jahrgang der 0-Jährigen. Alle anderen Jahrgangszahlen bleiben noch gleich stark. Im Folgejahr wird der erste geringer besetzte Jahrgang ein Jahr älter. Der neue Jahrgang der 0-Jährigen ist erneut gering besetzt. So „schieben“ sich die geringer besetzten Jahrgänge jedes Jahr um ein Alter nach oben. Der erste Graph der Abbildung 11 zeigt die Bevölkerung fünf Jahre nach Beginn des Geburtenrückgangs.

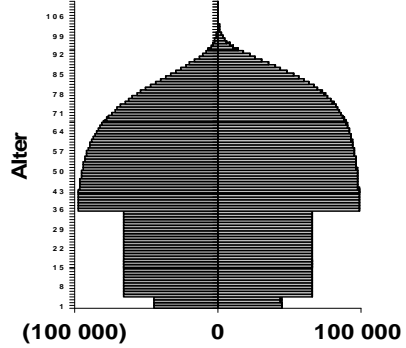
²¹ Dadurch, dass in der Realität mehr Jungen geboren werden, liegt die Geburtenrate mit ca. 2,1 Kindern pro Frau etwas über dem Wert in unserem Modell.

²² In Deutschland werden zurzeit nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2007) 1,3 Kinder pro Frau geboren (zusammengefasste Geburtenrate).

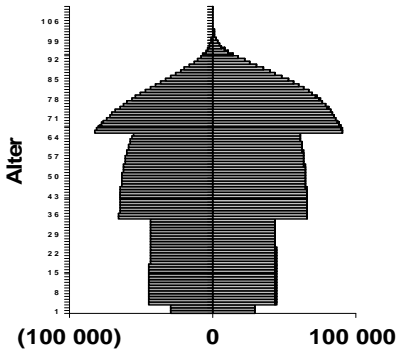
Nach 5 Jahren



Nach 35 Jahren



Nach 65 Jahren



Nach 95 Jahren

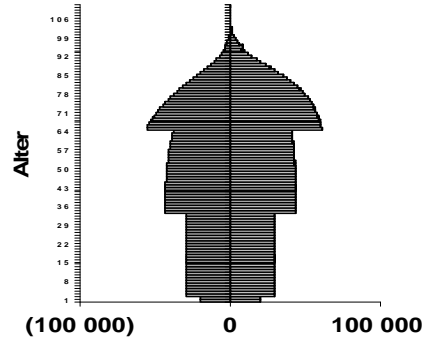


Abbildung 11: Darstellung der Bevölkerungspyramide nach einer bestimmten Anzahl von Jahren nach Rückgang der Geburten

Diese Entwicklung hält an, bis der erste geringer besetzte Jahrgang das Alter 30 erreicht. Nun verringert sich die Geburtenzahl erneut, da jetzt erstmals weniger Mütter da sind. Die Neugeborengeneration ist wieder um ein Drittel weniger zahlreich als die Elterngeneration der 30-Jährigen. Der zweite Graph der Abbildung 11 zeigt die Bevölkerung 35 Jahre nach dem ersten Geburtenrückgang.

Weiter in der Zukunft setzt sich dieses Schema fort. In dem Moment, in dem die nächste geringer besetzte Generation das gebärfähige Alter erreicht, sinken die Geburtenzahlen erneut. Durch die Modellannahme, dass nur die 30-Jährigen gebären, läuft dieser Vorgang im Modell in Stufen ab. In der Realität dürfte sich demgegenüber eine stetigere Entwicklung zeigen, wobei als zusätzliches Phänomen die Verschiebung der Geburten in höhere Lebensalter festzustellen ist.

Belässt man die übrigen Annahmen – also die Höhe der Pflegeleistungen, die Pflegewahrscheinlichkeiten, die Mitversichertenquote je Alter und Geschlecht und das beitragspflichtige Einkommen – unverändert, dann ergeben sich in jedem Jahr nach erstmaligem Geburtenrückgang trotzdem veränderte Beitragssätze zur Pflegeversicherung.

Abbildung 12 zeigt die Beitragssatzentwicklung von der Ausgangsbevölkerung im Jahr 0 bis zu der Bevölkerung, die sich nach 124 Jahren mit einer Geburtenrate von 1,345 Kindern je Frau ergeben. Die Bevölkerungszahl ist in dieser Zeit von 15,9 Mio. Personen auf 4,7 Mio. Personen gesunken. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass keine Zuwanderung und Abwanderung stattfindet. Führt man die Simulation bei konstant niedrigen Geburtenzahlen weiter, verschwindet die Bevölkerung schließlich vollständig. Natürlich ist das nur eine theoretische Überlegung; aber rein mathematisch wird nach etwas mehr als 900 Jahren kein Mädchen mehr geboren. Die Bevölkerung beträgt dann noch etwa 250 Personen mit deren Tod die Bevölkerung ausstirbt. Würde man diese Simulation mit 82

Millionen Menschen und damit mit der Bevölkerungszahl in Deutschland starten, würde das „Aussterben“ – rein theoretisch – ca. 100 Jahre später stattfinden.

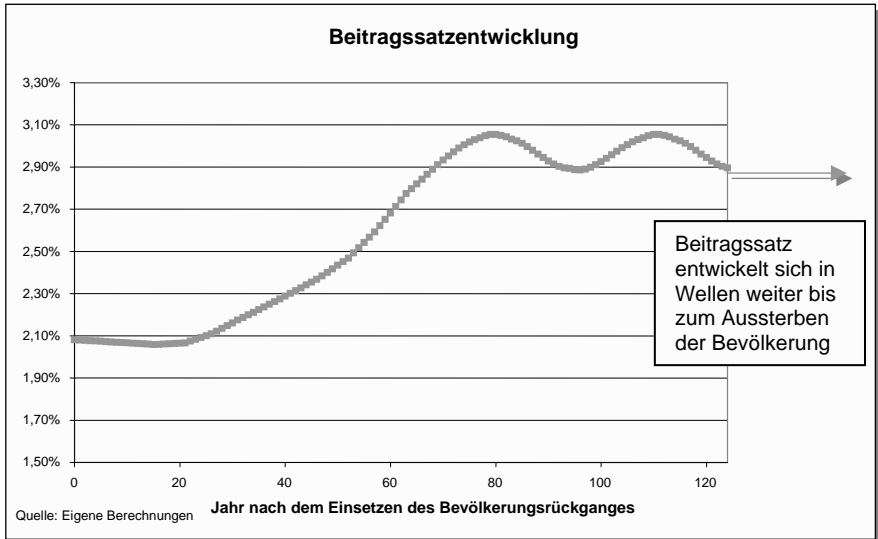


Abbildung 12

In der Abbildung 12 ist zu erkennen, dass der Beitragssatz mit Einsetzen des Bevölkerungsrückganges zunächst leicht sinkt. Dies ist damit zu erklären, dass am Anfang der Entwicklung zunächst nur die Kinderzahl zurückgeht. Damit bleibt das beitragspflichtige Einkommen der Bevölkerung noch konstant. Da aber einige pflegebedürftige Kinder weniger in der Bevölkerung leben, sinkt der Beitragssatz. Dies ändert sich aber ca. 20 Jahre später, wenn die geburtenschwachen Jahrgänge langsam ins Berufsleben einsteigen. Hier machen sich die geringeren Personenzahlen in einem Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen bemerkbar. Nun sinken durch den Bevölkerungsrückgang die Pflegefallzahlen in dieser Phase aber nur geringfügig, während die Zahl der älteren Pflegebedürfti-

gen zunächst unverändert bleibt. Als Folge muss nahezu der gleiche Pflegeaufwand aus einem geringeren beitragspflichtigen Einkommen bezahlt werden. Dies führt zu einem steigenden Beitragssatz.

Im weiteren Zeitablauf rücken immer neue geburtenschwache Jahrgänge ins Erwerbsleben auf und geburtenstarke Jahrgänge wechseln ins Rentnerleben mit geringerem Einkommen. So verringert sich das beitragspflichtige Einkommen weiter, bei nahezu konstanten Pflegefallzahlen, was zu einem weiteren kontinuierlichen Anstieg des Beitragssatzes führt.²³

Der Anstieg des Beitragssatzes beschleunigt sich nach 50 Jahren noch einmal, da sich in dieser Phase die ebenfalls geburtenschwachen nachwachsenden Jahrgänge der ersten geburtenschwachen Jahrgänge ins Berufsleben begeben und die geburtenstarken Jahrgänge sich noch im hohen Rentenalter befinden.

Nach 80 Jahren erreicht der Beitragssatz seinen ersten Höchststand. Zu diesem Zeitpunkt haben die letzten Personen der am stärksten besetzten Ausgangspopulation ein Alter erreicht, in dem sie die größte Pflegewahrscheinlichkeit aufweisen und die meisten Pflegefälle stellen. Es gibt parallel in der aktiven Phase nur Personen aus der ersten und zweiten Generation mit der geringeren Geburtenrate. Damit sind fast so viele Personen pflegebedürftig wie in der Ursprungspopulation, nur finanzieren deutlich weniger Personen mit ihren Beiträgen die Pflege. So ergibt sich ein notwendiger Beitragssatz von 3,05 %.

In der Folgezeit sinkt dieser Beitragssatz wieder etwas, da die Ursprungspopulation langsam ausstirbt und damit die Zahl der Pflegefälle

²³ Rentner zahlen – anders als in der Krankenversicherung – den gesamten Beitrag zur Pflegeversicherung. Der Rentenversicherungsträger übernimmt hier nicht die Hälfte.

im Verhältnis zur Bevölkerung sinkt. Weil der Bevölkerungsrückgang abrupt einsetzend modelliert ist und unterstellt wird, dass nur 30-Jährige Kinder bekommen, kommt es in der weiteren Entwicklung zu einer Wellenbewegung des Beitragssatzes. Jedes Mal, wenn die relativ zahlreich vertretene ältere Generation ins Pflegealter hineinwächst, steigt der Beitragssatz. Stirbt die Generation aus, sinkt er zunächst etwas, bis die nächste Generation in das hohe Alter vorgerückt ist. Da jede Generation aber um ein Drittel kleiner ist als ihre Vorgängergeneration, erreicht der Beitragssatz wieder den Höchststand von 3,05 %.

So liegt der Beitragssatz knapp ein Drittel über dem Ausgangsbeitragssatz von 2,08 %. Dass er nicht genau ein Drittel über dem Ausgangssatz liegt, wie die um ein Drittel geringere Geburtenrate nahe legt, liegt daran, dass in dem Modell auch alle Rentner einen Beitrag zur Pflegeversicherung leisten. Damit tragen auch jeweils die stark besetzten Jahrgänge in ihrer „Pflegephase“ ihre Kosten zum Teil selbst.

In der Realität treffen der beitrags erhöhende Effekt der geburten schwachen Jahrgänge und der ebenfalls beitragssteigernde Effekt der zunehmenden Lebenserwartung aufeinander, so dass der Anstieg des Beitragssatzes - entsprechend der Darstellung in Abschnitt 4.5. - noch deutlicher ausfällt als in Abbildung 12 dargestellt.

4.7.2. Ansteigende Bevölkerungszahl

Im gegenteiligen Fall einer wachsenden Bevölkerungszahl, wie sie zu Bismarcks Zeiten bei Einführung der ersten Sozialversicherungssysteme herrschte, ergeben sich entsprechend geringere Beitragssätze. Würden in unserem Modell die 30-jährigen Frauen im Durchschnitt 2,5 Kinder in die Welt setzen, würde sich der Beitragssatz in dieser expandierenden

Bevölkerung bei etwas unter 1,73 % einpendeln. Bei drei Kindern wären es etwas mehr als 1,5 % und bei vier 1,2 %.

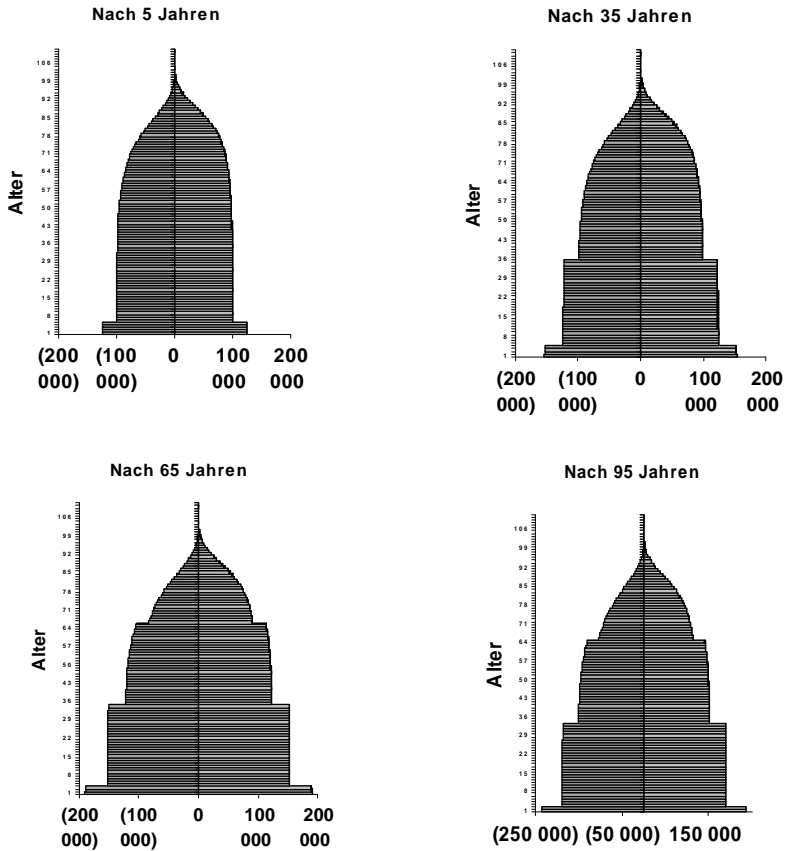


Abbildung 13: Darstellung der Bevölkerungspyramide nach einer bestimmten Anzahl von Jahren nach dem Anstieg der Geburten auf im Durchschnitt 2,5 Kinder je Frau.

Abbildung 13 stellt die Bevölkerungsentwicklung nach einer Zunahme der Geburten im Zeitablauf dar. Wie bei der Simulation des Rückgangs der Bevölkerung im vorangegangenen Kapitel, vollzieht sich die Zunahme hier in Stufen. Vorausgesetzt wird, dass immer nur die 30-jährigen Frauen die Kinder bekommen. Jedes Mal, wenn die stärker besetzten Jahrgänge die 30 erreichen, wächst die Zahl der Neugeborenen erneut an, da mehr Mütter vorhanden sind. So ergibt sich eine Treppenpyramide, die schließlich ihre Form nicht mehr verändert, aber die Zahl der Personen nimmt stetig zu. So leben nach 100 Jahren ca. 70 % mehr Menschen in der Modellbevölkerung als zum Startzeitpunkt.

4.7.3. Überblick über den Einfluss der Geburtenzahlen

Tabelle 3 gibt einen Überblick über die Beitragssätze, die sich einstellen, wenn über lange Zeit unterschiedlich viele Kinder pro Frau geboren werden.

Dabei werden zu jeder Kinderzahl pro Frau (=Geburtenrate) derjenige Beitragssatz angegeben, der sich langfristig einstellt. Verändert sich also die Geburtenrate von einem Ausgangswert, dann ergibt sich nach einem langwährenden Anpassungsprozess ein neuer stabiler Beitragssatz entsprechend dem in der Tabelle angegebenen Wert zu der jeweiligen Geburtenrate. Dieser langfristig stabile Beitragssatz steht im ersten Blick im Widerspruch zu den oft empfundenen Erwartungen, dass in der Umlagefinanzierung eine zahlenmäßig „schrumpfende“ Bevölkerung eigentlich mit dauerhaft steigenden Beitragssätzen verbunden sein müsste. Dem ist jedoch nach folgender Überlegung nicht so:

Sinkt die Geburtenrate, dann stehen dieser geringeren Kinderzahl die anderen Generationen gegenüber, die noch das Ergebnis einer höheren Geburtenrate waren. Im Zeitablauf gibt es dann immer mehr Jahrgänge,

die das Ergebnis einer geringeren Geburtenrate sind. Die älteren Jahrgänge sind noch das Ergebnis einer größeren Geburtenrate. Der Beitragssatz steigt nun solange wie es noch Jahrgänge gibt, die selber einer höheren Geburtenrate entstammen und daher in ihrer Anzahl noch relativ stark sind im Verhältnis zu ihrer Elterngeneration. Der Prozess des steigenden Beitragssatzes ist dann abgeschlossen, wenn alle Jahrgänge das Ergebnis dieser nun niedrigen Geburtenrate sind. Es gibt dann keinen Jahrgang mehr der relativ zahlreich ist im Verhältnis zu der Eltern- und Großelterngeneration.

Die Bevölkerung nimmt in dieser Situation zahlenmäßig noch insgesamt ab; dies vollzieht sich aber in einem relativen Gleichgewicht der Generationen zueinander. Der dazu passende Beitragssatz bleibt solange stabil, bis die Bevölkerung „ausgestorben“ ist.

Tabelle 3

Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau	0,5	1	1,345	1,5	2	2,5	3	3,5	4
Beitragssatz zur Pflegeversicherung in %	6,2	3,8	3,0	2,7	2,1	1,73	1,49	1,33	1,23
Bevölkerung nach 100 Jahren im Verhältnis zur Ausgangsbevölkerung in %	7	22	40	51	98	170	274	418	611

Es ist erwartungsgemäß ein starker Zusammenhang zwischen der Kinderzahl und dem Beitragssatz ersichtlich. Die unterschiedliche Kinderzahl wirkt sich natürlich auf die Entwicklung der Bevölkerungszahl aus. In der letzten Zeile der Tabelle ist das Verhältnis der Bevölkerungs-

zahl nach 100 Jahren Wirkung der veränderten Geburtenzahlen zum Ausgangswert ablesbar. Werden im Durchschnitt nur 0,5 Kinder pro Frau geboren, d.h., bekommt nur jede zweite Frau ein Kind, so sinkt die Bevölkerungszahl dramatisch und macht nur noch 7 % des Ursprungsbestandes aus. Je mehr Kinder geboren werden, desto weniger schrumpft die Bevölkerung. Bei zwei Kindern bleibt die Bevölkerungszahl nahezu konstant. Bei 2,5 Kindern pro Frau stellt sich der oben beschriebene Fall eines Zuwachses von 70 % ein. Bei drei Kindern gibt es fast eine Verdreifachung der Bevölkerung und bei vier Kindern eine Versechsfachung.

Damit gibt es für jede langfristig konstante Geburtenrate, und zwar selbst dann, wenn sie das Niveau der vollständigen Reproduktion der Bevölkerung unterschreitet, einen rechnerisch ebenfalls langfristig konstanten Beitragssatz.

Sinkt die Geburtenrate auf ein neues Niveau, dann gibt es bei unveränderter Zugrundelegung aller anderen Parameter einen neuen, nunmehr höheren langfristig stabilen Beitragssatz, der allerdings erst in einem Prozess einer sich über eine längere Zeit hinaus vollziehenden Beitragssatzsteigerung ergeben wird. Der Prozess steigender Beitragssätze ist damit stets ein vorübergehender, der dann zum Stillstand kommt, wenn das neue höhere Niveau erreicht worden ist. In der Realität vollzieht sich dieser Prozess über einen längeren Zeitraum, der durchaus mehrere Jahrzehnte dauern kann.

Eine unterhalb des notwendigen Reproduktionsniveaus liegende Geburtenrate führt also nicht dazu, dass der Beitragssatz in der Umlagefinanzierung permanent weiter ansteigt. Es vollzieht sich zwar ein Anstieg, dieser kommt – unter ansonsten gleichbleibenden Bedingungen – dann zum Stillstand, wenn sich ein festes Verhältnis von Beitragszahlern und pflegebedürftigen Empfängern eingestellt hat. In dem Moment, in dem

sich die Relation von Alten zu Jungen nicht mehr ändert, bleibt der Beitragssatz auf gleichem Niveau.

In dem hier zugrunde gelegten Modell macht eine Geburtenrate von 1,345, wie sie dem derzeitigen Niveau in Deutschland entspricht, einen gleichgewichtigen Beitragssatz von 3,0 Beitragssatzpunkten in der Umlagefinanzierung erforderlich. Der Beitragssatz wird mithin solange ansteigen müssen, bis das Niveau von 3,0 Beitragssatzpunkten erreicht ist.

Der Grund für einen langfristig stabilen Beitragssatz auf höherem Niveau liegt darin, dass sich nach Maßgabe der neuen Geburtenrate eine neue Altersstruktur, bestehend aus einem veränderten quantitativen Verhältnis von Jung zu Alt, aufbaut. Ist dieses Verhältnis erst einmal erreicht, dann verändert sich zwar noch die Bevölkerungszahl selber – nimmt also bei einer Geburtenrate von unter 2,1 ab –, die Altersverteilung der Bevölkerung bleibt selber aber unverändert.

Sinkt also die Geburtenrate, dann ist der rechnerisch zu niedrige Beitragssatz der Umlagefinanzierung nichts anderes als die aktuelle Unterfinanzierung aus dem Generationenvertrag heraus nach Maßgabe der derzeitigen Geburtenrate. Der bezogen auf die Verhältnisse in Deutschland entsprechenden Geburtenrate von 1,345 langfristig gleichgewichtige Beitragssatz beträgt in dem Modell entsprechend der Tabelle 3 3,0 Beitragssatzpunkte und liegt damit um fast 50 % höher als der aktuelle Beitragssatz im Modell. Die generativ bedingte strukturelle Unterfinanzierung beträgt im Modell also fast 50 %.

Der in Tabelle 3 ausgewiesene rechnerische Beitragssatz bei einer der Realität in Deutschland entsprechenden Geburtenrate ist allerdings auf der Grundlage errechnet, dass alle anderen Parameter unverändert bleiben. Da dies jedoch tatsächlich nicht so ist, also beispielsweise noch eine Verlängerung der Lebenserwartung hinzukommt, ist der in der Tabelle

ausgewiesene Beitragssatz zugleich immer auch noch eine Unterschätzung gegenüber der Entwicklung in der Realität.

Fazit:

Je stärker die Bevölkerungszahl durch eine geringe Geburtenzahl zurückgeht, desto höher ist der für die umlagefinanzierte Pflegeversicherung langfristig zu zahlende Beitragssatz. Bei einer expandierenden Bevölkerung ist der langfristige Beitragssatz dagegen je geringer, je mehr Kinder geboren werden.

4.7.4. Auswirkung eines gleichzeitigen Geburtenrückgangs und einer Zunahme der Lebenserwartung

In der Realität sind ein gleichzeitiger Rückgang der Geburten und eine Zunahme der Lebenserwartung zu beobachten. Wie oben beschrieben, führen beide Ereignisse für sich genommen schon zu einem Anstieg des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung. Damit gerät die Finanzierung der Pflegeversicherung aus zwei Seiten unter Druck.

Eine Analyse der gleichzeitigen Veränderung beider Parameter zeigt, dass die Erhöhungen der Beitragssätze, die aus beiden Faktoren resultieren, nicht einfach addiert werden dürfen, sondern es ergibt sich sogar eine multiplikative Verknüpfung (Abbildung 14).

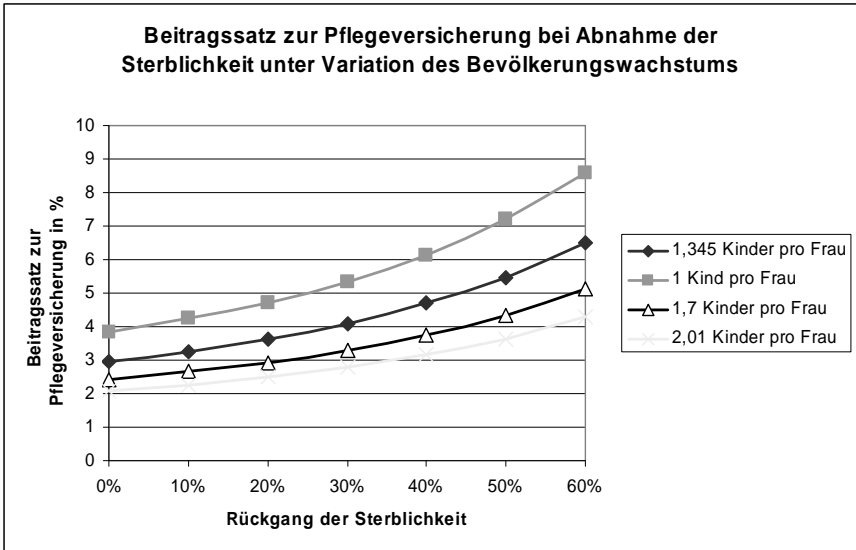


Abbildung 14

Eine Verknüpfung des Rückgangs der Sterblichkeit von z.B. den erwarteten 50 % mit der heutigen Geburtenrate von einem Drittel zu wenigen Kindern pro Frau bedeutet in dem Modell einen deutlich höheren Beitragssatz (5,5 %) als bisher in den separaten Analysen berechnet.

Fazit:

Ein Zusammenspiel der zunehmenden Lebenserwartung und dem Rückgang der Geburten führt zu einem überproportionalen Anstieg des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung. Auch hier gibt es zu jeder langfristig stabilen Konstellation der Parameter einen gleichgewichtigen Beitragssatz, der regelmäßig erst in einem langjährigen Prozess der Beitragssatzsteigerungen erreicht wird. Die Beitragssatzsteigerung ist dabei ein fortwährender Prozess des Abbaus der strukturellen Unterfinanzierung.

4.7.5. Der Anpassungsprozess beim Geburtenrückgang

Wie gezeigt, führt ein Rückgang der Geburten nicht sofort zu einer Änderung des Beitragssatzes. Es findet ein relativ langwieriger Anpassungsprozess auf ein neues gleichgewichtiges Niveau statt. Zu jeder Geburtenrate gehört schließlich ein bestimmter langfristig stabiler Beitragssatz. Ist dieser gleichgewichtige Beitragssatz noch nicht erreicht, dann sprechen wir von einer strukturellen Unterfinanzierung. Diese besteht, weil heute bereits Leistungsansprüche begründet werden, die durch später steigende Beitragssätze finanziert werden müssen. An dieser Stelle wird eine unterschiedliche Belastung von Generationen begründet. Kennzeichnend ist, dass sich der Vorgang weitgehend unmerklich vollzieht. Eine strukturelle Unterfinanzierung findet statt und baut eine implizite Verschuldung auf, ohne dass dem überwiegenden Teil der Bevölkerung dieser Vorgang bewusst ist, und dass dies z.B. in einer Art Bilanz öffentlich ausgewiesen wird. Wie dies normativ zu beurteilen ist, wird an späterer Stelle unter der Bedingung eines fairen Generationenvertrags angesprochen.

5. Politische Handlungsmöglichkeiten bei einer strukturellen Unterfinanzierung

Die strukturelle Unterfinanzierung stellt einen Indikator für die intertemporale Verteilungswirkung der Pflegeversicherung dar. Sie führt systematisch zur impliziten Verschuldung oder einer impliziten Besteuerung. Dabei ist die strukturelle Unterfinanzierung der Vorgang und die implizite Verschuldung das Ergebnis. Es werden Ansprüche an das System erworben, die mit heutigem Beitragssatz nicht zu decken sind.

Die strukturelle Unterfinanzierung ist damit, wie die Generationenbilanz oder die interne Rendite, ein Maß für die ungleiche Belastung verschiedener Generationen.

In der finanzwissenschaftlichen Literatur existieren bereits mehrere Maße, um die Belastung bestimmter Gruppen und Generationen durch die Sozial- und Steuersysteme zu messen. So gibt es schon seit längerem das Konzept der Generationenbilanz. Zuerst wurde es in den USA von Auerbach et al. (1991, 1992 und 1994) eingeführt. Auf Deutschland wird dieses Konzept hauptsächlich von Raffelhüschen angewandt.²⁴

Die Generationenbilanz stellt die diskontierten Einnahmen und Ausgaben einer Generation – meist nicht nur für die Sozialsysteme, sondern für alle Steuern, Transfers und sonstigen Leistungen – gegenüber und berechnet, ob eine Generation im Saldo von dem System profitiert oder nicht.

Vergleichbar ist das Konzept mit der impliziten Besteuerung. Sie stellt den gezahlten Beiträgen für die Sozialsysteme die Auszahlungen dieser

²⁴ Vgl. z.B. Raffelhüschen (1999); Hagist, Raffelhüschen und Weddige (2006) oder Hagist; Heidler; Raffelhüschen und Schroder (2007).

Systeme gegenüber. Diese beiden Konzepte zeigen für die heutige jüngere Generation eine negative Bilanz bzw. ein Besteuerung. Diese Generation zahlt damit mehr in die Sozialsysteme und insbesondere in die Pflege ein, als sie herausbekommt. Die interne Rendite, das heißt der Zinssatz, mit dem sich die Beiträge verzinsen, wenn man die Sozialsysteme als Anlage betrachtet, ist für die jüngere Generation damit negativ.

Neben diesen Konzepten zur Beschreibung der ungleichen Belastung einzelner Generationen wird nun im Folgenden ein Konzept des fairen Generationenvertrages eingeführt, in dem zusätzlich noch eine normative Wertung mit einfließt.

In diesem Kapitel soll damit zusätzlich untersucht werden, wie die Politik auf eine entstehende strukturelle Unterfinanzierung reagieren kann.

Ob die Politik handelt oder nicht, ist letztlich nicht modelltheoretisch zu beantworten, sondern auch die Frage einer normativen Setzung. Dies erfolgt durch einen normativen Maßstab, der zunächst durch den fairen Generationenvertrag definiert wird.

5.1. Die Bedingungen eines fairen Generationenvertrages

Der Generationenvertrag in der Umlagefinanzierung beinhaltet damit einen Transfer der Beiträge jüngerer Generationen in Leistungen für ältere Generationen. Auch wenn alle Versicherten Beiträge zahlen, ergibt sich der Ausgleich der Generationen dadurch, dass die jüngeren Generationen risikobedingt weniger Leistungen benötigen als sie an Beiträgen bezahlen und die älteren Generationen mehr Leistungen benötigen als sie an Beiträgen zahlen. Ziel des Generationenvertrages ist keine intergenerative, sondern eine intertemporale Umverteilung. Die „Überzahlung“ in

jungen Jahren steht im gleichen Umfang einer „Unterzahlung“ in älteren Jahren gegenüber.

Zur Beurteilung der Funktionsfähigkeit eines Generationenvertrags werden im Folgenden zwei Postulate definiert:

(1) Strenges Postulat eines fairen Generationenvertrags

Unter strengen Maßstäben ist ein Generationenvertrag dann als fair anzusehen, wenn über die gesamte Lebenszeit, gemessen für jede Generation, der Saldo von Beiträgen und Leistungen Null ergibt.

Im strengen Postulat eines fairen Generationenvertrags zahlt also jede Generation über ihre eigenen gegenwärtig selber benötigten Leistungen hinaus Beiträge genau in dem Umfang, wie sie später im Alter von der dann jungen Generation mit über ihren eigenen Beiträgen hinausgehenden Leistungsansprüchen unterstützt wird. Der Ausgleich zwischen der Generation bleibt also stets identisch.

(2) Gemildertes Postulat eines fairen Generationenvertrags

Dieses Postulat unterscheidet sich vom ersten Postulat dadurch, dass es auch Umverteilungen zwischen den Generationen (im Saldo) zulässt. Ein Generationenvertrag wird nach diesem gemilderten Postulat dann als fair bezeichnet, wenn zwar Umverteilungen stattfinden, diese Belastung aber für alle Generationen gleich bleibt oder nur die Generation trifft, die selbst zu wenig Kinder hervorgebracht hat. Verantwortung für nicht genügend Nachkommen wird also hier zum zusätzlichen Bestandteil des Generationenvertrags. Jeder Beitrag, den eine Generation zu bezahlen hat, wird dann mit einem zusätzlichen Delta belastet, wenn sie selber zu wenige Kinder hat.

In einem Beispiel, in dem demographiebedingt jeder jüngere Beitragszahler die Finanzierungslast für zwei Ältere übernehmen soll, werden

Jüngere bei gleicher eigener Kinderzahl stets überproportional belastet. Wenn aber jede Generation, wenn sie jung ist, diese zusätzliche Umverteilungslast tragen muss und Ältere immer von Jungen zusätzlich gefördert werden, dann sind die Bedingungen letztlich wieder für alle gleich.

Das gemilderte Postulat des fairen Generationenvertrags unterscheidet sich vom strengen Postulat des fairen Generationenvertrags durch die Berücksichtigung der Umverteilung in Abhängigkeit der Kinderzahl, verlangt aber, dass für alle Generationen dieselben Bedingungen gelten.

Der Generationenvertrag ist hier also als kollektiver Vertrag zwischen den Generationen definiert. Auf individueller Ebene mögen Abweichungen möglich sein. So kommt es auch bei einer insgesamt niedrigen Geburtenrate beispielsweise vor, dass einzelne Familien eine über dem Durchschnitt liegende Kinderzahl haben. Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu schon am 3. April 2001 entschieden: „Es ist nicht mit dem Gleichheitsgrundsatz im Grundgesetz zu vereinbaren, dass Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden. Die entsprechenden Regelungen des Elften Buches des Sozialgesetzbuches sind mit dem Grundgesetz nicht vereinbar.“²⁵

Die eventuelle Auswirkung besteht dann darin, dass innerhalb einer fairen Belastung einer Generation mit Beiträgen relativ noch einmal nach der Größe der Familie unterschieden werden muss. Diesen Weg geht auch derzeit die soziale Pflegeversicherung, indem sie von Kinderlosen einen um 0,25 Prozentpunkte höheren Beitrag verlangt.

²⁵ Bundesverfassungsgericht: -1 BvR 1629/94.

Wir haben in unserer Untersuchung nur die Belastungsunterschiede zwischen den Generationen untersucht. Differenzierungen innerhalb einer Generation im Sinne einer unterschiedlichen relativen Belastung haben wir an dieser Stelle ausgeblendet. Sie sind selbstverständlich sinnvoll und auch innerhalb unserer modelltheoretischen Überlegungen ergänzend möglich. Da die Höhe der relativen Belastungsunterschiede aber immer eine politisch verteuerte Entscheidung darstellt, haben wir diese Differenzierungen hier nicht weiter verfolgt. Sie würden an dieser Stelle nur das Verständnis über die Belastungsunterschiede zwischen den Generationen zusätzlich verkomplizieren.

Bezieht man die Definition des fairen Generationenvertrages auf die Situation der strukturellen Unterfinanzierung des letzten Kapitels, dann verstößt die strukturelle Unterfinanzierung gegen das strenge und das gemilderte Postulat des fairen Generationenvertrags. Der Anpassungsprozess des steigenden Beitragssatzes führt dann, wenn die Kinderzahl auf konstantem Niveau bleibt, langfristig wieder dazu, dass das gemilderte Postulat des fairen Generationenvertrags erneut erreicht wird. Das ist der Fall, wenn der Beitragssatz wieder stabil, dann aber auf höherem Niveau verläuft. Jede jüngere Generation hat dann eine zusätzliche Umverteilungslast zu tragen. Und die hat auch die ältere Generation in den früheren Jahren zu tragen gehabt.

Diese Umverteilung zwischen „Jung“ und „Alt“ ist im Verfahren der Umlagefinanzierung ausdrücklich gewollt. Sie ist der Kern dessen, was typischerweise als Generationenvertrag bezeichnet wird.

Die „Jungen nicht Pflegebedürftigen“ finanzieren die Leistungen für die „Alten Pflegebedürftigen“ in gleichem Umfang mit, in dem sie im Alter auf die Mitfinanzierung der dann „Jungen“ zurückgreifen werden. Die Jungen „unterstützen“ die Alten also genau in dem Umfang, in dem sie später als Alte von den dann Jungen unterstützt werden. Versicherungs-

mathematisch ist der Barwert zwischen Beiträgen und Leistungen in einem statischen Modell für jede Generation gleich Null. Jede weitere Beanspruchung des Generationenvertrages würde zu einer Einkommensumverteilung mutieren, so dass die Bedingungen des strengen Postulats eines fairen Generationenvertrags nicht mehr erfüllt werden.

Die faire Belastung einer Generation im Sinne des strengen Postulats würde folglich nur in einer konstanten, also „idealen“ Bevölkerung gelten, wie sie eingangs in dem Modell beschrieben wurde. Die Bevölkerungspyramide weist hier eine Glockenform auf. „Jung“ finanziert im gleichen Umfang „Alt“, wie „Jung“ später im Alter von den dann Jungen finanziert wird. Es findet zwar eine intertemporale Umverteilung statt, wie das im Umverteilungssystem auch ausdrücklich gewollt ist, es findet darüber hinaus aber keine Umverteilung zwischen den Generationen statt.

Der sich in dem Modell ergebende Beitragssatz beschreibt die sich in diesem Falle für alle ergebende Belastung. Ohne Wachstum der Einkommen und der Leistungsausgaben wäre der Saldo aus Beiträgen und (späteren) Leistungen für jede Generation gleich Null. Jede Generation erhielte in der idealen konstanten Bevölkerungsstruktur genau so viel, wie sie an Beiträgen gezahlt (und früher die Vorgeneration unterstützt) hat. Wüchsen Einkommen und Ausgaben z. B. durch Inflation parallel, dann würde der errechnete Beitragssatz weiterhin die faire Belastung für alle Generationen darstellen. Für die Saldobetrachtung müssten die Zahlungsströme abdiskontiert werden. Damit ist das Maß des Beitragssatzes eine einfachere Form der Darstellung.²⁶

²⁶ Dieses Konzept ähnelt dem der Generationenbilanz, die regelmäßig vom Forschungszentrum Generationenverträge unter der Leitung von Prof. Raffelhüschen erstellt wird (Vgl. z.B. Hagist et al. (2006) oder Hagist et al. (2007)). Nach dem Konzept der Generationenbilanz werden die diskontierten Zahlungsströme zwischen dem Staat und den einzelnen Geburtsjahrgängen betrachtet. So lässt sich auch hier berechnen, ob eine Generation mehr oder weniger an den Staat in Form

Ein Generationenvertrag ist also dann im Sinne des strengen Postulats fair, wenn man für die ältere Generation genau so viel leistet, wie man später an Unterstützung von der jüngeren erwarten kann.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang noch darauf, dass der faire Generationenvertrag nicht, wie so oft behauptet, einen pyramidalen Bevölkerungsaufbau voraussetzt, sondern die generationengerechte Form wird bei einem gleichmäßigen glockenförmigen Aufbau erreicht. Dies ist ein Ergebnis der Tatsache, dass die Sterbewahrscheinlichkeit in den einzelnen Altersstufen unterschiedlich ausgeprägt ist. Pyramidal wäre der Bevölkerungsaufbau nur dann, wenn die Sterbewahrscheinlichkeit in allen Altersstufen identisch wäre oder ein anhaltender Geburtenüberschuss bestünde. Das sind allerdings Konstellationen, die in entwickelten Gesellschaften in naher Zukunft nicht zu erwarten sind.

5.2. Anpassungsprozess vollzieht sich nicht schlagartig

In der ursprünglichen konstanten Population ohne Inflation und Einkommenssteigerungen zahlt jede Person im Durchschnitt über ihr Leben genauso viel ein, wie sie bezogen auf ihr Pflegerisiko im Durchschnitt ausgezahlt bekommt. In diesem Zustand gibt es keine über die intertemporale hinausgehende Umverteilung zwischen den Generationen. Die Bedingungen für einen fairen Generationenvertrag im Sinne des strengen Postulats sind also erfüllt.

von Steuern, Abgaben, Beiträgen zu den Sozialversicherungen etc. zahlt als sie an Transfers erhält.

Verringern sich die Geburtenzahlen, ändert sich dies. Der Beitragssatz erhöht sich mit abnehmender Bevölkerungszahl im Umlageverfahren. Dies geschieht jedoch nicht plötzlich und sofort. Bis sich die Veränderungen im vollen Umfang im Beitragssatz auswirken vergeht Zeit, in der die so entstandene strukturelle Unterfinanzierung abgebaut wird. Dabei gilt, je länger die benötigte Zeitspanne ist, desto größer ist aus der Sicht der Politik die Verlockung, diesen Veränderungsprozess zunächst auszublenden. Solange die Politik in der Tendenz zu einem kurzfristigen, im Extremfall auf die Länge einer Legislaturperiode konzentrierten Zeithorizont neigt, desto größer ist im Grundsatz die Gefahr, dass längerfristige Veränderungsprozesse nicht mit der nötigen Deutlichkeit wahrgenommen werden.

Vor diesen Risiken ist die Pflegeversicherung in einem besonderen Maße betroffen, da sich die Veränderungsprozesse hier besonders langsam vollziehen.

Um dieses zu verdeutlichen, ist eine Betrachtung der über die Lebensspanne eines Versicherten bzw. einer Generation aufsummierten Beitragszahlung in Beziehung zur risikogerecht bewerteten Leistungsanspruchnahme erforderlich. Zieht man deshalb die oben beschriebenen Beitragssätze über die Lebensspanne eines Geburtsjahrganges heran, lässt sich für jeden Geburtsjahrgang eine durchschnittliche, über das Leben gezahlte Summe an Beiträgen zur Pflegeversicherung errechnen.

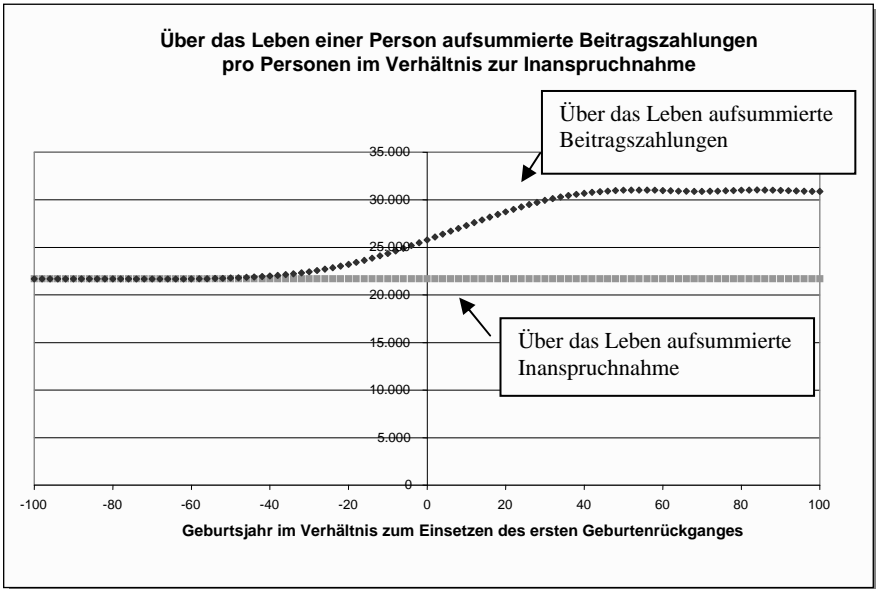


Abbildung 15

Abbildung 15 enthält die durchschnittlichen aufsummierten Beitragszahlungen, die sich im Modell bei konstantem Einkommen und durchschnittlichen Leistungsausgaben je Person ergeben. Gleichzeitig ist die bei Geburt zu erwartende (risikogerecht bewertete) Inanspruchnahme der Pflegeversicherung einer Person eingetragen. Es ist zu erkennen, dass diese Ausgaben annahmengenäß über die Zeit konstant bleiben.

Die Zeiteinteilung ist so gewählt, dass im Jahr 0 der erste Jahrgang geboren wird, der um ein Drittel kleiner ist als der Vorgängerjahrgang. Hier setzt also ein spontaner Geburtenrückgang ein, der in Form des „Pillenknicks“ durchaus ein historisches Vorbild hat. Mit diesem Jahrgang beginnt die demographische Veränderung. Es zeigt sich, dass auch ältere Geburtsjahrgänge von dieser Entwicklung noch betroffen sein werden. Die Konsequenzen aus dem Geburtenrückgang machen sich trotzdem nicht sofort bemerkbar, sondern erst, wenn die zahlenmäßig geringer werdende nachwachsende Generation in die Erwerbstätigkeit ein-

tritt und dann weniger Beiträge zahlt als die Vorgängergeneration, wenn der Beitragssatz unverändert bliebe. Diese im Vergleich zur vorherigen Generation abnehmende Zahl an Beitragszahlern macht nunmehr Beitragserhöhungen erforderlich, von der auch die ältere Generation betroffen sein wird. Der Saldo aus Ein- und Auszahlungen (Abbildung 15) wird auch für diese Generation negativ. Daher sind in der Abbildung oben auch die Beiträge und Ausgaben von Jahrgängen bis 100 Jahre vor Einsetzen des Geburtenrückganges dargestellt.

Bei den ganz frühen Geburtsjahrgängen ist noch ein ausgeglichenes Verhältnis von gezahlten Beiträgen und Leistungsausgaben festzustellen. Aber bereits 54 Geburtsjahrgänge (!) vor dem ersten geburtenschwachen Jahrgang steigt der Saldo aus über das gesamte Leben gezahlten Beiträgen über die benötigten Ausgaben. Das heißt, die Personen, die bei Auftreten des ersten geburtenschwachen Jahrganges bereits 54 Jahre alt sind, müssen im sehr fortgeschrittenen Alter noch etwas höhere Beiträge zahlen, da sie es noch teilweise erleben, dass die geburtenschwachen Jahrgänge ins Erwerbsleben eintreten und dies ist mit dem oben beschriebenen Anstieg der Beitragssätze verbunden. Mit jedem jüngeren Geburtsjahrgang erhöht sich die Summe der über das Leben gezahlten Beiträge, bis sie dann bei ca. 40 Jahrgängen nach den ersten geburtenschwachen Jahrgängen ein Niveau erreicht haben, das um ca. 42 % über dem ursprünglichen liegt. Dieses Niveau wird schließlich so lange gehalten, wie die Veränderung der Altersstruktur der Gesellschaft anhält. Jede Generation muss nun 42 % mehr zahlen als sie aus der Pflegeversicherung erhält. Dies liegt daran, dass jede Generation um ein Drittel kleiner ist als ihre Elterngeneration und damit immer mehr alte Pflegebedürftige zu finanzieren hat, als sie später selber hervorbringt.

Dass jede Generation nicht sogar um ein Drittel höhere Beiträge zahlen muss liegt zum einen daran, dass mit den nicht geborenen Kindern auch eine gewisse Zahl pflegebedürftige jüngere Menschen nicht geboren

werden, deren Pflege auch nicht finanziert werden muss. Zum anderen zahlen die Jahrgänge der Alten in dem Modell Beiträge auf ihre Rente, so dass sie einen Teil ihrer Pflegeausgaben noch selbst finanzieren.

Die Generation, die als erste zu wenig Kinder in die Welt gesetzt hat, um sich zu reproduzieren (in unserem Modell die 30-Jährigen, die in Abbildung 15 bei dem Wert -30 auf der x-Achse angeordnet sind), zahlt selbst nur leicht mehr in die Pflegeversicherung ein als sie ausgezahlt bekommt. Dass sie etwas mehr einzahlt liegt daran, dass, wenn die Kinder dieser Generation ins erwerbstätige Alter wachsen, das gesamte beitragspflichtige Einkommen aufgrund der sinkenden Personenzahl abnimmt. Dies führt zu höheren Beitragsätzen, da die Ausgaben noch unverändert hoch sind. Diese Entwicklung trifft auch noch die Elterngeneration, weil sie zum Teil noch im Beruf steht und im Rentenalter ebenfalls auf ihre Rente den höheren Beitragssatz zahlen muss. Trotzdem zahlen sie weniger als ihre Kinder und Enkel später zahlen müssen. Der Anstieg der Beitragszahlungen vollzieht sich in dem Modell über mehr als zwei Generationen (bei einer Generation spricht man von 30 Jahren). So wird die erste Generation der Eltern im Umlagesystem bevorzugt, da sie auch schon zu wenige Kinder hervorgebracht hat, aber noch relativ geringe Ausgaben für die Pflegeversicherung zu tätigen hat.

Jeder jüngere Jahrgang zahlt höhere Beiträge, aber immer noch nicht die Beiträge, die sich bei konstant niedriger Geburtenrate schließlich einstellen. Der Jahrgang, der ca. 40 Jahre nach dem ersten geburtenschwachen Jahrgang geboren wird, hat das Niveau der Zahlungen erreicht, welches weiterhin solange gilt, wie die Bevölkerung mit gleicher Rate schrumpft. Alle Jahrgänge davor haben damit einen Vorteil, da sie auch schon zu wenig Kinder geboren haben, aber noch nicht die volle Last der mit der sinkenden Bevölkerungszahl verbundenen Zahlungen tragen mussten.

Eine Bevölkerung, die konstant zu wenig Kinder hervorbringt, wird theoretisch irgendwann verschwinden und damit auch die Pflegeversicherung selber. Sollte aber doch einmal die Geburtenrate wieder ansteigen, ggf. sogar so stark, dass die Bevölkerungszahl wieder stabilisiert wird, so wird die Generation, die zu der hohen Kinderzahl zurückkehrt, in der Pflegeversicherung weiterhin die hohen Beträge zahlen müssen, obwohl sie statistisch „genug“ Kinder in die Welt gesetzt hat. Die Belastung wird sogar geringfügig steigen, da nun auch mehr (pflegebedürftige) Kinder zu versorgen sind. Erst nach mehr als zwei Generationen (mehr als 60 Jahre) werden die Einnahmen und Ausgaben, die jede Person im Durchschnitt zu tragen hat, wieder ausgeglichen sein. Der in Abbildung 15 gezeigte Prozess wird sich in diesem Szenario in entsprechend umgekehrter Reihenfolge ereignen.

Die Generationen in der Übergangsphase sind die eigentlichen Verlierer des Veränderungsprozesses, da sie zwar genügend Kinder geboren haben, aber trotzdem hohe Beiträge zahlen müssen. Hier werden die Bedingungen für einen fairen Generationenvertrag nach Maßgabe des gemilderten Postulats deutlich verletzt, weil die Belastung nicht die Generation trifft, die ursächlich mit geringen Geburten für den (ersten) Anstieg der Belastung verantwortlich ist.

5.3. Reaktionsmöglichkeit im Umlageverfahren bei einer Veränderung der Bevölkerungsstruktur

Ein sozio-demographischer Wandel, wie er hierzulande festzustellen ist, führt zu einer strukturellen Unterfinanzierung bzw. hat diese bereits begründet. Damit stellt sich die Frage, wie eine Gesellschaft auf solche Veränderungen reagieren soll.

5.3.1. Akzeptanz steigender Beitragssätze

Der zunächst am einfachsten erscheinende Weg ist die Hinnahme der demographiebedingten Entwicklung und der damit verbundenen steigenden Beitragssätze bis hin zum neuen höheren gleichgewichtigen Niveau. Bei langer Dauer des Veränderungsprozesses, verbunden mit einem eher kurzfristigen planerischen Zeithorizont der Politik, kann dieser Weg zunächst durchaus reizvoll erscheinen. Auch eine Betrachtung des derzeitigen umlagefinanzierten Systems in Deutschland legt die Vermutung nahe, dass der Weg der Akzeptanz der drohenden Beitragssatzentwicklung und des langfristigen Abbaus des strukturellen Finanzierungsdefizits auf einen relativ breiten Konsens in der Gesellschaft stößt. Da die Glaubwürdigkeit und Leistungsfähigkeit der Umlagefinanzierung aber schrittweise durch weitere Beitragssatzsteigerungen reduziert wird, stellt sich die Frage der gesellschaftspolitischen Akzeptanz mit jeder voranschreitenden Beitragssatzsteigerung neu. Es ist also keineswegs sicher, dass dieser Prozess auf eine dauerhafte gesellschaftliche und politische Akzeptanz stößt. Die Umverteilung zwischen den Generationen würde dann nämlich – auch wenn sie schrittweise stattfinden würde – zum gewollten politischen Programm werden. Demokratietheoretisch ist der Vorgang zudem nicht ganz einfach, weil hier regelmäßig über die Mehrbelastung künftiger Generationen entschieden wird. Dabei handelt es sich ganz überwiegend sogar um Generationen, die am Entscheidungsverfahren selber noch gar nicht teilnehmen. Sprichwörtlich zieht die Elterngeneration Wechsel zulasten ihrer Kinder. In diesem Szenario werden die Beitragssätze im Umlageverfahren entsprechend der Steigerung der Ausgaben und der sich verändernden Beitragseinnahmen angepasst. Die nachwachsenden Generationen sind – aus welchen Gründen auch immer – bereit (oder werden gezwungen), diese steigenden Beitragssätze zu billigen, indem sie sie bezahlen. Gesellschaftspolitisch gesehen akzeptieren sie die steigende Finanzierungslast, die aus einem immer größeren relativen Anteil alter Menschen an der Bevölkerung resultiert. Dies könnte auf

eine (positive) ethische Grundhaltung zurückzuführen sein, also auf die damit verbundene Bereitschaft zur Umverteilung zugunsten älterer Generationen, dies kann auch das Resultat dessen sein, dass jeder bereit ist, gewisse Zusatzlasten zunächst widerwillig, aber doch ohne Widerstand zu akzeptieren. Allerdings dürfte es kritische Margen geben, deren genaue Höhe niemand im Vorhinein kennt, ab deren Überschreiten eine bisher positive oder neutrale Grundhaltung zu kippen droht und sich erst ganz langsam, aber dann doch immer schneller ein Widerstand aufbaut.

Die Erhöhung der Beitragssätze ist nicht nur der schrittweise Abbau der strukturellen Unterfinanzierung, sondern Zug um Zug die schrittweise Einführung einer intergenerativen Umverteilung in der Pflegeversicherung. Dies wäre ein systematischer Verstoß gegen das strenge Postulat des fairen Generationenvertrags. Auch mit dem gemilderten Postulat eines fairen Generationenvertrags ist es nicht in Einklang zu bringen. Denn die Umverteilungsbedingungen ändern sich fortwährend mit jeder einzelnen Erhöhung der Beitragssätze. Von jeder Erhöhung werden über das gesamte Leben gerechnet ältere Personen weniger betroffen sein als junge Personen, obwohl sie die gleichen Leistungen erhalten.

Der Verstoß auch gegen das gemilderte Postulat des fairen Generationenvertrags ist folglich bei permanent steigenden Beitragssätzen nichts anderes als eine permanent zunehmende Umverteilung. Nachwachsende Generationen haben ein zunehmend schlechter werdendes Verhältnis von Beiträgen zu Leistungen zu verkraften. Das Verhältnis verschlechtert sich in einem Jahrzehnte währenden Prozess solange, bis sich passend zu den neuen sozio-demographischen Variablen, bzw. passend zur neuen niedrigen Geburtenrate ein neuer stabiler Beitragssatz eingefunden hat. Wenn aber eine bestehende Versicherungsleistung für nachwachsende Generationen immer teurer wird, dann stellt sich die Frage, ob diese nachwachsenden Generationen wirklich dauerhaft bereit sein werden, diese hohen

Beiträge zu zahlen. Ist der neue höhere Beitragssatz erreicht, dann wird das gemilderte Postulat des fairen Generationenvertrags wieder erfüllt.

Die Kündigung eines Generationenvertrages durch die Generationen, die gemessen an ihrem Versicherungsschutz zu hohe Beiträge bezahlen, mag auf den ersten Blick zwar als unrealistisch angesehen werden, weil es bisher in keinem Fall zu einer tatsächlichen Kündigung durch eine Gesellschaftsgruppe gekommen ist. Noch ist es in der Gesellschaft relativ einfach sogar eine Mehrheit dafür zu bekommen, bestehende umlagefinanzierte Sozialversicherungen auszuweiten. Dies bestätigen zumindest zahlreiche Meinungsumfragen, mit denen nach der Bereitschaft gefragt wird, die steigenden Leistungsansprüche und die damit einhergehenden höheren Beitragssätze zu akzeptieren. Dies kann allerdings auch daran liegen, dass die derzeitigen Sozialversicherungen aufgrund der demographischen Konstellation noch relativ niedrige Beitragszahlungen auslösen und diese auch sehr ungleich über die Personengruppen verteilt sind. So zahlen vor allem Rentner im Verhältnis zu ihrer Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sehr geringe Beiträge.

Es ist demzufolge entschieden, ob die Bürger zu einer weiteren Leistungsausweitung mit Beitragserhöhungen überhaupt bereit wären, wenn sie von dem Beitragssatz ausgehen würden, bei dem der demographische Wandel „eingepreist“ wäre, weil dieser erhöhte Beitragssatz deutlich höher als heute wäre. Für die heute Befragten besteht insofern eine Art Preisnachlass, in der sie den echten, sich in einer Gleichgewichtssituation einstellenden Preis nicht kennen und insofern auch die wirklichen Preise von Leistungsausweitungen unterschätzen.

Die aktuelle Diskussion über die Pflegeversicherung zeigt, dass Leistungsverbesserungen verbunden mit Beitragssteigerungen durchaus noch akzeptiert werden. Auch Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, etwa die im Zuge des GKV-

Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Verbesserung der Palliativversorgung, werden derzeit stärker wahrgenommen und positiver beurteilt als die damit verbundenen zusätzlichen Beitragslasten. Das sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass jede Leistungsverbesserung in der Regel eine Entscheidung für eine zusätzliche Beitragsbelastung ist, die bedingt durch den demographischen Wandel erst in der Zukunft im vollen Umfang stattfindet. Da die Verschiebung des wesentlichen Teils der Finanzierung in die Zukunft in der Gegenwart aber nicht oder zumindest nicht in vollem Umfang wahrgenommen wird, sind Leistungsverbesserungen ein politisch verlockendes Mittel, mit dem sich Positives bewirken lässt, ohne in der Gegenwart bereits den vollen Preis dafür bezahlen zu müssen. Es sind politisch gesehen „permanente“ Einführungsgeschenke. Es gibt allerdings keine Gewähr dafür, ob zukünftige Generationen, über deren zusätzliche finanzielle Belastung bereits heute entschieden wird, in der Zukunft auch tatsächlich bereit sein werden, diese Last zu tragen. Jede in der Gegenwart beschlossene Leistungsverbesserung ist eine Erhöhung des Risikos, so dass es in der Zukunft schwierig wird, den Generationenvertrag auch tatsächlich durchzuhalten.

5.3.2. Senkung der Leistungen aus der Umlagefinanzierung

Eine weitere Reaktionsmöglichkeit besteht darin, nicht den Beitragsatz anzuheben, um die bisherigen Leistungen weiter bezahlen zu können, sondern die Höhe der Leistungen soweit und sukzessive zu reduzieren, dass der Anstieg der Beitragssätze stets dauerhaft vermieden werden kann. Die Leistungen werden also entsprechend den aktuellen Beiträgen angepasst. Eine solche einnahmenorientierte Ausgabenpolitik war viele Jahre ein Orientierungsmaßstab für die gesetzliche Krankenversicherung.

Um dem bei konstanten Beitragssätzen generationenbedingten Rückgang der Beiträge Rechnung zu tragen, besteht die Möglichkeit, die Leistungen aus der Umlagefinanzierung zu reduzieren. Eine Reduktion der Leistungen mag auf den ersten Blick als ungerecht oder auch unrealistisch erscheinen. Dahinter steht jedoch ein zentraler Aspekt des Generationenvertrags: jede Generation kann nur soviel an Leistungen bekommen, wie sie selber zum Generationenvertrag beigetragen hat. Und dazu gehört im Generationenvertrag eben nicht nur die eigene Beitragszahlung, sondern auch die Frage, wie viele künftige Beitragszahler es gibt. Wenn im theoretischen Extremfall eine Generation ihre Kinderzahl auf Null reduziert, dann kann sie auch nicht erwarten, dass im Alter eine nachwachsende Generation für sie sorgt. Anders formuliert: sinkt die Kinderquote unter den statistisch zur „Reproduktion“ einer Gesellschaft erforderlichen Wert von beispielsweise 2,1, dann hat eine Generation damit zugleich entschieden, dass sie im Alter weniger aus dem Generationenvertrag „herausbekommen“ kann. Die Leistungen aus der Umlagefinanzierung müssen in dem Umfang für diese Generation künftig sinken, wie es an nachwachsenden Kindern fehlt. Nur dann bliebe der Generationenvertrag fair. Damit ist dann zwar nicht mehr das strenge Postulat der Generationengerechtigkeit erfüllt. Dies ist tatsächlich auch nur unter ansonsten unveränderten Bedingungen erfüllbar, wenn die Geburtenrate eine Höhe hat, mit der eine vollständige Reproduktion der Bevölkerung erreicht wird. Ab dem Augenblick, ab dem diese Geburtenrate unterschritten wird, sind die Bedingungen des strengen Postulats eines fairen Generationenvertrags nicht mehr erfüllbar. Ein Umlageelement tritt neu hinzu: Für jeden Euro Beitrag können jüngere Generationen künftig im Alter in dem Umfang weniger Leistungen erwarten, weil es dann weniger Beitragszahler gibt.

Eine solche Umverteilung könnte im Sinne des gemilderten Postulats des fairen Generationenvertrags dann als fair bewertet werden, wenn die Umverteilungsbedingungen für alle künftigen Generationen langfristig

identisch sind. Die permanente Übernahme der jüngeren Generation eines zusätzlichen Finanzierungsteils für die jeweils ältere Generation bedeutet jedoch für die jüngere Generation, dass sie für einen gegebenen Leistungsanspruch höhere Beiträge bezahlen muss. Es handelt sich für diese Generation also um eine Verteuerung bestehender Versicherungsansprüche.

Eine Generation, die aber weniger Kinder in die Welt setzt, muss akzeptieren, dass sie damit in die Funktionsfähigkeit des Generationenvertrags eingegriffen hat. Sie muss infolge dessen, wenn die Bedingungen der Fairness eingehalten werden sollten, ihre künftigen Leistungsansprüche an die Pflegeversicherung genau in dem Umfang reduzieren, wie es künftig aufgrund der von ihr verursachten abgesunkenen Geburtenrate an nachwachsenden Beitragszahlern fehlt.

Verfahrenstechnisch bliebe der Beitragssatz in Zukunft konstant und die Höhe der Leistungen müsste nach Maßgabe der insgesamt sinkenden Höhe der Gesamtbeitragseinnahmen abgesenkt werden. Da sich diese Perspektive rechtzeitig ankündigt, bestünde zum Aufbau von kapitalgedeckten Ergänzungen eine hinreichende Vorlaufzeit.

Allerdings ist diese Kürzung der künftigen Leistungen aus der Umlagefinanzierung insbesondere dann sinnvoll, wenn das Ereignis – also z.B. die sinkende Geburtenrate –, das zur strukturellen Unterfinanzierung führt, nur vorübergehender Art ist, mittelfristig also z.B. wieder von einer steigenden Geburtenrate auszugehen ist.

Bliebe es auch in der nächsten Generation bei der gesunkenen Geburtenrate, dann würde sich hier erneut die Notwendigkeit eines Absinkens künftiger Leistungen ergeben, wenn die strukturelle Unterfinanzierung noch nicht vollständig abgebaut sein sollte. Dies ist durchaus vorstellbar, weil sich der Anpassungsprozess selber über mehrere Jahrzehnte hinzie-

hen kann, also durchaus mehr als eine Generation betreffen kann. Das Leistungsniveau aus der Umlagefinanzierung würde weiter reduziert werden müssen, und zwar solange, bis ein zu dem Beitragssatz passendes langfristig stabiles Leistungsniveau erreicht wäre. So wie es zu jeder Geburtenrate bei einem gegebenen Leistungsniveau auch einen langfristig stabilen Beitragssatz gibt, so gibt es bei einer gegebenen Geburtenrate und einem gegebenen Beitragssatz auch ein dazu passendes langfristig stabiles Leistungsniveau.

Es sei angemerkt, dass in dem Moment, in dem Beiträge mit einer zusätzlichen Umverteilungskomponente belastet werden, die Umlagefinanzierung für nachfolgende Generationen an Attraktivität verliert. Sinken künftig die Leistungen bei nach wie vor konstantem Beitragssatz, dann wird die Umlagefinanzierung insgesamt vergleichsweise teuer, weil die Folgen der niedrigen Geburtenrate wie ein Preis- bzw. Beitragsaufschlag wirkt. Je niedriger die Geburtenrate, desto niedriger ist der Leistungsanspruch, der rechnerisch auf einen Euro Beitrag entfällt. Erfolgt die Leistungskürzung nicht sofort und unmittelbar und in ausreichendem Umfang, dann gibt es allerdings noch eine „Übergangsgeneration“ die begünstigt ist, weil sie weder von Leistungskürzungen noch von Beitragssteigerungen betroffen ist.

Das ist derselbe Fall der Begünstigung wie bei jeder Einführung einer Umlagefinanzierung, bei der die ältere Generation sofort Leistungen erhält, aber selber keine zur Finanzierung ausreichenden Beiträge gezahlt hat.

Die vollständige Kapitaldeckung als Finanzierung arbeitet demgegenüber ohne diesen „Preisaufschlag für die Umverteilung zwischen den Generationen“. Sie ist insofern langfristig die preiswertere und unter diesen Aspekten die überlegene Lösung. Sie ist freilich mit dem Nachteil verbunden, dass bei einer Umstellung von der bisherigen Umlagefinanzie-

rung erhebliche Umstellungskosten durch die notwendige Nachfinanzierung von Alterungsrückstellungen ausgelöst werden.

5.4. Umstieg auf Kapitaldeckung oder Teilkapitaldeckung

Ein Generationenvertrag, dem die Grundlage durch eine unter die notwendige Reproduktionsrate sinkende Geburtenrate entzogen wird, ist langfristig nicht in der Lage, das Gebot der Fairness einzuhalten.

Unter dem Blickwinkel der Generationengerechtigkeit bietet sich die Finanzierung durch eine vollständige Kapitaldeckung an. Die hierzu vorliegenden Modelle sind jedoch mit erheblichen Umstellungsproblemen behaftet, wobei die damit einhergehende Doppelbelastung einer Übergangsgeneration, die einmal die umlagefinanzierten Ansprüche der älteren Generation über hohe Beitragssätze und sodann für sich selber Rückstellungen aufbauen müssen, als ein sehr gravierendes Problem anzusehen ist.

5.4.1. Vollständige Kapitaldeckung

Die derzeit in der Literatur diskutierten Modelle versuchen vor allem den Umstieg von der Umlagefinanzierung auf die Kapitaldeckung praktikabler zu machen. Sie beschäftigen sich nicht mit der Frage der Kapitaldeckung an und für sich. Es geht allein um die Bewältigung der Umstellung von der Umlagefinanzierung auf die Kapitaldeckung. Beurteilungsmaßstab ist deshalb auch nicht die Kapitaldeckung selber, sondern allein die Praktikabilität, politische Vermittelbarkeit und Finanzierungsmöglichkeit des Übergangs. Diese auf den ersten Blick sehr technischen Prob-

leme können aber entscheidend dafür sein, ob ein Weg überhaupt gangbar ist.

5.4.1.1. Kronberger Kreis

Der Kronberger Kreis, der Wissenschaftliche Beirat der Stiftung Marktwirtschaft, setzt sich für eine vollständige Umstellung der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung ein.²⁷ Das Modell des Kronberger Kreises ist im Wesentlichen deckungsgleich mit dem Vorschlag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw). Der Vorschlag sieht vor, dass das heute in der Pflegeversicherung existierende System der Umlage beendet und die Pflegeversicherung in ein von ausschließlich privaten Versicherungen getragenes Kapitaldeckungsverfahren überführt wird. Jeder Bürger - auch Rentner und Pflegebedürftige - soll eine kapitalgedeckte private Pflegepflichtversicherung abschließen, die ein Mindestversicherungsniveau sichert. Personen, die nicht in der Lage sind, den erforderlichen Versicherungsbeitrag zu zahlen oder deren Pflegekosten sowohl den Versicherungsschutz als auch die verfügbaren Eigenmittel überschreiten, erhalten Unterstützung aus öffentlichen Mitteln.

Die Versicherungsprämie wird ausschließlich vom Versicherten bezahlt. Dafür wird der heutige Arbeitgeberanteil von 0,85 % als Brutto-lohnbestandteil ausgezahlt und in die Besteuerung einbezogen. Solange GKVen nicht privatisiert werden, treten als Anbieter der kapitalgedeckten Pflegeversicherung ausschließlich bestehende oder neu zu gründende private Versicherungsgesellschaften auf. Die Versicherungsprämien werden für jeden Bürger risikoäquivalent und leistungsgerecht kalkuliert. Es ist eine Belastungsgrenze vorgesehen. Der vom Einzelnen zu leistende Höchstbeitrag soll 50 € pro Monat und Versicherten nicht überschreiten,

²⁷ Kronberger Kreis (2005).

und zwar auch dann, wenn die mit diesem Höchstbeitrag erworbenen Versicherungsleistungen hinter dem Mindestversicherungsniveau zurückbleiben. In der Übergangsphase bleiben schon pflegebedürftigen Menschen - finanziert aus öffentlichen Mitteln - alle bisher gewährten Leistungen auch in Zukunft erhalten. Bei pflegenahen Jahrgängen, also älteren Menschen oder Menschen mit Vorerkrankungen, werden, weil dieser Personenkreis bei einem anzunehmenden Höchstbeitrag von 50 € nur einen Teil des Mindestversicherungsschutzes über das Kapitaldeckungsverfahren absichern kann, bei eintretenden Pflegefällen die Leistungen vom Staat aufgestockt. Die Höhe der Aufstockung hängt vom Eintrittszeitpunkt der Pflegebedürftigkeit ab. Je später die Pflegebedürftigkeit nach dem Zeitpunkt der Umstellung auftritt, desto kleiner werden die staatlichen Zuschüsse ausfallen. Konkret könnte sich nach Vorschlägen des Kronberger Kreises die Übergangsphase folgendermaßen darstellen: Wird eine Person noch im Jahr der Umstellung pflegebedürftig, so wird die Leistung vom Staat auf ein Niveau von 100 % des gesetzlich vorgegebenen Mindestversicherungsschutzes aufgestockt. Ab diesem Zeitpunkt wird die Aufstockung für jeden neuen Jahrgang von Pflegefällen linear um 5 % - Punkte abgeschmolzen.

Die steuerfinanzierte Übergangsphase ist mit der Bereitstellung erheblicher Haushaltsmittel verbunden. Um den bei der Umstellung schon Pflegebedürftigen alle bisher gewährten Leistungen auch in Zukunft zu gewähren und den pflegenahen Jahrgängen die Leistungen vom Staat aufzustocken, spricht der Kronberger Kreis selbst von einem Bedarf an Steuermitteln in Höhe von 14 Milliarden € jährlich. Dazu kommen noch die Sozialtransfers, die notwendig sind, weil nicht mehr ein einkommensabhängiger und damit umverteilernder Pflegeversicherungsbeitrag, sondern eine risikoäquivalente und damit finanziell eventuell überfordernde Prämie zu zahlen ist. In Anbetracht der Finanzsituation der Sozialversicherungen und der extrem angespannten haushaltspolitischen Lage der

öffentlichen Hand ist die politische Realisierbarkeit eines vollständigen Umstiegs auf Kapitaldeckung - realistisch betrachtet - damit sehr unwahrscheinlich. Zwar schützt der Reformvorschlag mittels vollständiger Kapitaldeckung generationengerecht vor dem demographischen Wandel, schuldet dieser aber angesichts der heute dringend notwendigen Dynamisierung der Pflegeleistungen eine Konkretisierung, wenn lediglich von einem festzulegenden Mindestversicherungsniveau gesprochen wird.

5.4.1.2. Herzog-Kommission: Vollständiger Übergang in die Kapitaldeckung

Die Herzog-Kommission strebt einen vollständigen Übergang von der Umlagefinanzierung zur Kapitaldeckung an.²⁸ Dabei soll zunächst bis 2030 ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen befürwortet die Kommission. Der Dynamisierungsfaktor soll so gewählt werden, dass ein real konstantes Niveau der Pflegeleistung sicherzustellen ist. Es wird eine spezifische Kostensteigerung im Pflegebereich in Höhe von 1,5 % angenommen. Strukturell spricht sich die Kommission für die Beibehaltung der Pflegestufen aus. Um die häusliche Pflege zu stärken (ambulant vor stationär), empfiehlt sie jedoch eine aufwandsneutrale Anpassung der Leistungen. Denn diese liegen in den Pflegestufen für die stationäre Pflege deutlich höher als in der häuslichen Pflege.

Nach dem Vorschlag der Herzog-Kommission soll zunächst bis 2030 ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden, der danach aufgelöst und für eine Individualisierung der Alterungsrückstellungen eingesetzt wird.

²⁸ Herzog-Kommission (2003).

Dann sollen die Beiträge nach dem Eintrittsalter der Versicherten, nicht aber nach weiteren individuellen Merkmalen differenziert werden. Zum Aufbau des kollektiven Kapitalstocks (angesiedelt als Fonds zum Beispiel bei der deutschen Bundesbank) sollen alle Versicherten bis 2030 einen konstanten Beitragssatz von 3,2 % auf alle Einkunftsarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze entrichten. Für mitversicherte Ehegatten, die weder Kinder erziehen noch Angehörige pflegen, soll ein Ehegattensplitting angewendet werden. Dies führt zu dem Effekt, dass hohe Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze künftig mindestens teilweise der Beitragspflicht unterworfen werden. Ansonsten besteht die Möglichkeit zur beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern. Die Mittel für die beitragsfreie Familienmitversicherung könnten aus allgemeinen Steuermitteln erfolgen.

Die Kommission empfiehlt zudem, an der paritätischen Finanzierung festzuhalten. Um die mit dem Beitragsanstieg auf 3,2 % verbundene Mehrbelastung der Arbeitgeber teilweise zu kompensieren, schlägt die Kommission den Wegfall eines bezahlten Urlaubstages oder eines Feiertages vor. Hierfür wird ein Beitragssatzäquivalent von 0,5 %-Punkten angesetzt, so dass die Arbeitgeberbelastung nicht 1,6 Beitragssatzpunkte betrage, sondern nur noch 1,1 %-Punkte - gegenüber 0,85 % im Status Quo.

Auch im Vorschlag der Herzog - Kommission sind die Kosten bei einer Umstellung auf ein rein kapitalgedecktes Finanzierungssystem sehr hoch. Denn es ist gleichgültig, ob - wie beim Kronberger Kreis - massiv Steuermittel aufgebracht werden müssen oder - wie hier zusätzlich zu den aufzubringenden Steuermitteln auch die Beitragssätze einschließlich Arbeitgeberanteil massiv angehoben werden müssen. Die Politik wird vermutlich vor derartigen Umstiegskosten zurückschrecken. Und noch ein Aspekt sollte berücksichtigt werden. Historische Erfahrungen der Sozialpolitik zeigen, dass Kapitalstöcke oder Schwankungsreserven in öffentlicher

Hand nicht von langer Dauer sind. Der Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks würde Begehrlichkeiten bei der Politik wecken - auch wenn dieser zum Beispiel bei der deutschen Bundesbank angesiedelt wäre. Der tatsächliche und vollständige Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks ist unrealistisch.

5.4.1.3. Das Auslaufmodell von Raffelhüschen²⁹

Der Freiburger Finanzwissenschaftler Raffelhüschen plädiert für eine Abschaffung des heute bestehenden Systems. Der Umstieg auf ein kapitalgedecktes System erfolgt dabei nur für einen Teil der gesetzlichen Pflegeversicherten. Die umlagefinanzierte Pflegeversicherung soll zu Gunsten einer privaten und kapitalgedeckten Pflegeversicherung auslaufen. Damit soll kapitalgedeckt dem Problem der Realentwertung der Pflegeleistungen begegnet werden. Ein Problem, das Raffelhüschen in seinem Szenario mit einer Realentwertung zwischen 1,5 % (Szenario ohne Kostendruck) und 2,25 % (Szenario mit Kostendruck) jährlich ansetzt. Ferner geht das Modell von einer Leistungsausweitung für Demenzerkrankte und einer finanziellen Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege aus.

Im Auslaufmodell von Raffelhüschen sollen nur noch die über 60-Jährigen (Stand: 2005) Ansprüche auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung haben. Sie fallen unter einen Vertrauensschutz, das heißt, sie kommen zwar in den Genuss der Leistungen der heutigen sozialen Pflegeversicherung, haben dabei aber keinen Anspruch auf deren Dynamisierung. Anstelle der bisherigen einkommensbezogenen Beiträge müssen sie nun eine Monatspauschale von 50 € zahlen. Da die Einnahmen aus dieser

²⁹ Raffelhüschen, Häcker, Höfer (2004); Raffelhüschen, Häcker, Höfer (2005); Raffelhüschen, Häcker (2004).

Pflegepauschale nicht ausreichen, um die Pflegeleistungen der über 60-Jährigen zu finanzieren, sollen die unter 60-Jährigen ebenfalls weiterhin einen Finanzierungsbeitrag an die gesetzliche Pflegeversicherung in Höhe von 0,7 % ihres Einkommens zahlen (Solidarbeitrag) - sie erwerben dort allerdings selber keine Leistungsansprüche mehr. Dieser Solidarbeitragsatz wird bis zum Jahr 2046 auf Null reduziert, weil die soziale Pflegeversicherung in diesem Jahr endgültig ausläuft. Zur Absicherung ihres eigenen Pflegerisikos müssen die unter 60-Jährigen eine private Pflegeversicherung abschließen. Sie müssen neben dem Solidarbeitrag von 0,7 % zusätzlich eine Prämie für die private Pflegeversicherung von heute zirka 40 € leisten.

Der Hauptvorteil des Ausgleichsmodells liegt in dem Umstieg in die kapitalgedeckte und damit generationengerechte Pflegeversicherung. Aber auch hier müssen die Umstiegskosten auf ein kapitalgedecktes Finanzierungssystem aufgebracht werden. Diese sind hoch, denn es ist gleichgültig, ob - wie beim Kronberger Kreis - massive Steuermittel aufgebracht werden müssen oder - wie hier - sich die Belastung der Jungen mittels eines Solidarbeitrags massiv erhöht. Vor der Doppelbelastung der Jungen, die ohne Leistungsanspruch in die Pflegeversicherung einzahlen und kapitalgedeckt für sich selbst sorgen müssen, wird die Politik höchstwahrscheinlich genauso zurückschrecken wie vor einer pauschalen Belastung (ohne Sozialausgleich) der über 60-Jährigen in Höhe von 50 €.

5.4.1.4. Das Kohortenmodell des Sachverständigenrats

Das Kohortenmodell des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung³⁰ will in den Grundzügen eine so-

³⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005).

fortige Umstellung der Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung für rund zwei Drittel der Bevölkerung realisieren. Damit soll die derzeitige umlagefinanzierte Prämienbemessung in der sozialen Pflegeversicherung nicht sofort beseitigt werden, sondern allmählich auslaufen. Handlungsbedarf sieht das Kohortenmodell des Sachverständigenrates auch bei der Dynamisierung der Pflegeleistungen. Um eine kalte Abschaffung der Pflegeversicherung zu verhindern, orientiert sich der Sachverständigenrat dabei an eine (realwerterhaltende) - am besten regelgebundene - Dynamisierung der Leistungspauschalen in der Höhe des Durchschnitts aus Inflation und Lohnsteigerung. Ebenfalls auf der Leistungsseite anzusiedeln ist der Wille des Sachverständigenrats, die ambulante und stationäre Pflege gleichzustellen sowie eine pflegepolitisch bessere Berücksichtigung von Demenzerkrankungen zu erreichen.

Beim Kohortenmodell des Sachverständigenrats erfolgt der Umstieg auf ein kapitalgedecktes System – ähnlich wie beim Auslaufmodell von Raffelhüschen – nur für einen Teil der gesetzlich Versicherten - namentlich den Jahrgängen nach 1951. Alle nach 1951 Geborenen scheidern aus der sozialen Pflegeversicherung aus und müssen eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung abschließen, in der einkommensunabhängige Pauschalbeiträge ohne Arbeitgeberbeteiligung erhoben werden. Dabei wird eine auf das Kohortenrisiko bezogene Durchschnittsprämie (je Geburtsjahrgang getrennt) verlangt. Der kohortenspezifische Tarif kann von gesetzlichen und privaten Versicherern angeboten werden, für die jeweils Kontrahierungszwang besteht. Bei einem Wechsel können die Alterungsrückstellungen mitgenommen werden. Ein Risikostrukturausgleich soll Risikoselektion vorbeugen.

Jahrgänge vor 1951 verbleiben im Umlageverfahren der Sozialen Pflegeversicherung. Diese Versicherten erhalten im Pflegefall die üblichen Leistungen und haben einen monatlichen Pauschalbeitrag von anfänglich 50 € zu entrichten, der sich jedes Jahr nominal um einen Euro erhöht. Da ihre Beiträge zur Kostendeckung nicht ausreichen, werden die verblei-

benden Kosten auf jene rund zwei Drittel der Bevölkerung umgelegt, die ihr Pflegerisiko künftig kapitalgedeckt absichern sollen. So müssen die Jüngeren zusätzlich zu ihrer kohortenspezifischen Pauschale im kapitalgedeckten System zusätzlich eine „Altenpauschale“ entrichten. Diese Altenpauschale beträgt anfangs (2005) nominal 5,29 € und erreicht im Zuge des demographischen Wandels im Jahr 2030 mit nominal rund 39 € (real 26 €) ihr Maximum.

Da der Übergang von einkommensabhängigen Beiträgen zu Pauschalen - vor allem für die Rentner - eine (enorme) Mehrbelastung bedeutet, muss nach Ansicht des Sachverständigenrats ein sozialer Ausgleich etabliert werden. Denkbar ist, dass der Staat Zuschüsse zahlt, wenn die Pauschale einen bestimmten, von der Politik festzusetzenden Prozentsatz (Eigenschaftssatz) des Haushaltseinkommens übersteigt.

Mit dem Kohortenmodell kann die Abkopplung der Pflegekosten von den Arbeitskosten sofort umgesetzt werden. Der Lohnsteuercharakter der Pflegeversicherungsbeiträge wird beseitigt. Problematisch ist die Finanzierung der Übergangsphase. Im Vergleich zum Status quo müssen die älteren Jahrgänge mit der Pauschale von zunächst 50 € höhere Beiträge leisten, die mittleren und jungen Jahrgänge müssen die Beiträge für ihre kohortenspezifische Versicherung aufbringen und durch eine Umverteilungspauschale das Defizit der auslaufenden sozialen Pflegeversicherung decken. Zudem müssten die Steuerzahler, da die hohen Beiträge in der Übergangsphase für viele eine Überbelastung bedeuten, den sozialen Ausgleich finanzieren.

5.4.2. Modelle zur Teilkapitaldeckung

Die dargestellten Umstellungsprobleme auf eine vollständige Kapitaldeckung werden in der Politik vielfach so hoch bewertet, dass der tatsäch-

liche Umstieg bisher nicht angegangen wurde oder sogar für aussichtslos erachtet wird. In der politischen Diskussion hat das quasi als Kernproblem zwischen Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung zu einigen Vorschlägen geführt, die sich vor allen Dingen aus dem Anspruch der politischen Machbarkeit und weniger aus dem Anspruch der modelltheoretischen Eleganz ergeben haben. Weil sie sich der Elemente zweier unterschiedlicher Finanzierungsverfahren bedienen, werden sie hier der Teilkapitaldeckung zugeordnet.

5.4.2.1. Das Rürup-Modell

Im Rahmen des Rürup-Modells³¹ der Pflegeversicherung bleibt das Umlageverfahren das dominante Finanzierungsprinzip. Allerdings wird eine ergänzende, temporäre Teilkapitaldeckung, der so genannte intergenerative Lastenausgleich, vorgeschlagen. Hinsichtlich der Dynamisierung der Leistungen schlägt das Rürup-Modell vor, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in der Höhe des Durchschnitts aus Inflation und Lohnsteigerung zu dynamisieren. Auf Grundlage des verwendeten Szenarios ergibt sich eine Anhebung der Leistungen in Höhe von 2,25 % pro Jahr. Strukturell wird die Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege empfohlen. Darüber hinaus schlägt das Rürup-Modell bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen einen Zeitzuschlag von 30 Minuten vor.

Um die heutigen Rentner stärker an der Finanzierung zu beteiligen, soll bei den Rentnern - zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz - ab 2010 ein einkommensabhängiger Ausgleichsbeitrag in Höhe von zunächst 2 % erhoben werden. Das ermögliche die Senkung des allgemeinen Beitrags

³¹ Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003).

zur gesetzlichen Pflegeversicherung auf 1,2 %. Danach würde der von den Rentnern zu zahlende Beitrag nach geltendem Recht 3,2 % betragen. Der von den Arbeitnehmern abzuführende Beitrag soll bei 1,7 % bleiben und die Differenz von 0,5 %-Punkten obligatorisch auf persönlichen Pflegekonten bei den Rentenversicherungsträgern angespart werden. Diese Pflegekonten werden etwa ab 2030 sukzessive wieder aufgelöst, wenn aus dem persönlichen Pflegekonto bei Renteneintritt eine Leibrente zusätzlich zur Altersrente gezahlt wird, die je nach persönlicher Einzahlungsdauer und -höhe variiert. Die Leibrente soll die persönliche Belastung durch demographiebedingt stark steigende Pflegeversicherungsbeiträge während des Rentenbezugs abfedern. Das führt letztendlich zur Glättung der Beitragsbelastung. Die Kapitaldeckung ist damit temporär.

Beim Modell von Rürup handelt es sich um eine vorübergehende Teilkapitaldeckung, die ab 2030 mit einem Nachhaltigkeitsrisiko verbunden ist. Damit stellt sich dieser Vorschlag als Scheinlösung dar, die – wie Prof. Raffelhüschen es formuliert – „die mittelfristige Nachhaltigkeit sichert, langfristig dem demographischen Sturm nicht standhält.“ Ferner ist der Kapitalstock bei der Rentenversicherung angesiedelt. Der Zugriff der Politik ist leicht möglich. Darüber hinaus wird das hoch komplizierte Verfahren sowie die relativ hohe Belastung der Rentner bei den Bürgern bzw. den Rentnern politisch nicht vermittelbar sein.

5.4.2.2. Das CSU-Modell

Das Vorhaben des CSU-Modells³² zielt nicht auf eine temporäre, sondern auf eine dauerhafte kapitalgedeckte Ergänzung der auf heutigem Stand eingefrorenen Umlagefinanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Wesentliches Merkmal dieses Konzeptes ist der Aufbau einer priva-

³² Gaßner, Schottky (2005).

ten und kapitalgedeckten Zusatzversicherung. Diese finanziert kapitalgedeckt eine jährliche Dynamisierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung um 1,5 % (alle fünf Jahre realisiert) und kompensiert die demographische Entwicklung. Auf der Leistungsseite ist die Verbesserung der Situation Demenzkranker vorgesehen. Um die häusliche Pflege zu fördern, werden darüber hinaus die Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Bereich angeglichen. Auch trägt künftig die Pflegeversicherung die Kosten der geriatrischen Rehabilitation. So wird die Identität von Kostenträger und Nutznießer sichergestellt.

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird für alle Versicherten dauerhaft auf 1,7 % festgeschrieben. Er wird von Arbeitgebern und Arbeitnehmern wie bisher paritätisch getragen. Die jüngeren Versicherten, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden obligatorisch verpflichtet, eine kapitalgedeckte private Zusatzversicherung mit einheitlichen Pauschalen abzuschließen. Diese würde sich bei einem schon in der Vergangenheit liegenden Umstiegsjahr 2005 auf monatlich 4 € belaufen und sich danach jährlich um 0,47 € erhöhen. Zur Vereinfachung soll der Beitrag zusammen mit dem Beitrag für die soziale Pflegeversicherung eingezogen werden. Für die Älteren, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, besteht keine Verpflichtung zum Abschluss der privaten Ergänzungsversicherung. Erhöhte Belastungen kommen auf diesen Personenkreis zu, wenn die Pflegeleistungen auch für die Älteren dynamisiert werden. Die dadurch entstehenden zusätzlichen Kosten gehen ausschließlich zu Lasten der älteren Versicherten, das heißt, nur für diesen Personenkreis würde der Beitragssatz entsprechend angehoben.

Mit dem CSU-Modell werden die Leistungen der Pflegeversicherung in vollem Umfang dynamisiert. Der Einstiegsbeitrag mit 4 € bietet eine Perspektive der Beitragsentwicklung in einer sozial tragfähigen Größenordnung. So wird die langfristige Umstellung in ein demographiefestes privates Kapitaldeckungsverfahren durch einen schrittweisen Übergang

gelöst. Es findet keine weitere Belastung durch steigende Lohnzusatzkosten statt. Denn der Beitragssatz von 1,7/ 1,95 Beitragspunkten in der sozialen Pflegeversicherung kann bei allen relativ Jüngeren stabilisiert werden. Und: Die Alterungsrückstellungen sind dem politischen Zugriff definitiv entzogen. Das Modell ist praktikabel, sozialpolitisch vertretbar und stellt einen mutigen Reformvorschlag dar.

Das Modell hat aber auch Schwächen. (1) Es besteht die Gefahr, dass die über 60-Jährigen im Vergleich zum Status Quo ohne zusätzliche Absicherung bleiben und lediglich Anspruch auf die von der heutigen sozialen Pflegeversicherung gewährten, im Lauf der Zeit real entwerteten Leistungen haben. Schafft es die Politik für diesen Personenkreis nicht, politisch regelmäßig über eine Dynamisierung der Leistungen in der heutigen sozialen Pflegeversicherung zu entscheiden (was angesichts des dadurch entstehenden Beitragsdrucks nicht unwahrscheinlich ist), würde das für alle über 60-Jährigen einem schleichenden Ausstieg aus der Pflegeversicherung gleichkommen. (2) Die Zusatzversicherung finanziert nicht nur eine jährliche Dynamisierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für alle unter 60-Jährigen, sondern kompensiert auch die finanziellen Folgen des demographischen Wandels. Das wiederum bedeutet, dass ausschließlich die relativ jungen Versicherten (alle unter 60-Jährigen) zur Finanzierung steigender Ausgaben, verursacht durch die demographiebedingte Zunahme der über 60-Jährigen, herangezogen würden. Damit tragen ausschließlich die jungen Kohorten die Belastungen des demographischen Wandels. (3) Bei einem relativ niedrigen Einstiegsbeitrag von 4 € fallen die in der Regel auf Fixkosten zu reduzierende Verwaltungskosten prozentual unverhältnismäßig hoch ins Gewicht.

5.4.2.3. Das Modell der B-Länder

Das Modell der B-Länder³³ stellt eine Weiterentwicklung des CSU-Modells dar. Danach beruht die Vorsorge für den Pflegefall in Zukunft auf der sozialen Pflegeversicherung und einer ergänzenden kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung zur Finanzierung der notwendigen Dynamisierung der Pflegeleistungen um 1,5 % jährlich (alle fünf Jahre realisiert) und der Kompensation der demographischen Entwicklung. Strukturell soll die soziale Pflegeversicherung neu gestaltet werden. Dabei wird dem Grundsatz ambulant vor stationär Rechnung getragen. In Zukunft sollen im ambulanten und stationären Bereich einheitliche Leistungsbeträge bezahlt werden. Die stärkere Berücksichtigung der Demenzerkrankung findet in diesem Modell keine Berücksichtigung. Dazu muss erst der Pflegebedürftigkeitsbegriff überarbeitet werden. Ähnliches gilt für die geriatrische Rehabilitation. Diese soll grundsätzlich - so die politische Verlautbarung und der politische Wille - gestärkt werden.

Neben der heute existierenden sozialen Pflegeversicherung ist die Ergänzung des Umlageverfahrens durch ein zweites Standbein, einer kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung, vorgesehen. Diese Zusatzversicherung bildet individuelle Altersrückstellungen, die unter den Schutz des Grundgesetzes fallen, um extreme Beitragsbelastungen im Alter zu vermeiden. Jeder Versicherte der sozialen Pflegeversicherung hat, unabhängig von Alter und Gesundheitszustand, Anspruch auf Aufnahme in die kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung. Nach 30 Jahren werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zur Hälfte aus der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung und zur Hälfte aus der Ergänzungsversicherung finanziert. Dann muss überlegt werden, ob die in dem Mo-

³³ o.V. (2006).

dell angelegte Option zum Umstieg auf eine vollständige Kapitaldeckung in Anspruch genommen wird.

Die ergänzende Zusatzversicherung finanziert eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge um 1,5 %, die alle fünf Jahre realisiert wird sowie die demographiebedingten Ausgabensteigerungen. Hierfür ist voraussichtlich ein monatlicher Pauschalbeitrag von ca. 6 € notwendig, der jährlich um ca. 1 € steigt. Kinder zahlen keine Beiträge in die private Ergänzungsversicherung, Ehegatten zahlen beide Beiträge. Alle weiteren, über die Dynamisierung der Leistungsbeträge hinausgehenden Leistungsverbesserungen (u. a. Leistungen bei Demenz) können nicht über diese ergänzende Zusatzversicherung finanziert werden. Weil ansonsten ein Sozialausgleich notwendig wird, sollen diese auf andere, politisch noch zu entscheidende Art und Weise finanziert werden.

Mit dem B-Länder-Modell werden die Leistungen der Pflegeversicherung in vollem Umfang dynamisiert. Die Finanzierung der Dynamisierungsleistung nimmt dabei keine Mittel aus dem Staatshaushalt in Anspruch. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Prämienhöhe in einem Bereich bewegt, der keinen Sozialausgleich erfordert. Das ist mit einem Einstiegsbeitrag von 6 € der Fall. Dieser Einstiegsbeitrag bietet eine verlässliche Perspektive der Beitragsentwicklung in einer sozial tragfähigen Größenordnung. So wird die langfristige Umstellung in ein demographiefestes privates Kapitaldeckungsverfahren durch einen schrittweisen Übergang gelöst. Allerdings nimmt die Pauschale eine Beitragsentwicklung, die zumindest mittelfristig die Diskussion über die finanzielle Belastbarkeit auslöst. Solange dieses Modell zudem aus einem beitragsfinanzierten Umlageelement und einer kapitalgedeckten Pauschale besteht, ist es systematisch nicht der vollen Umstellung auf die Kapitaldeckung zuzuordnen, sondern es handelt sich im Kern um eine Finanzierungsform der Teilkapitaldeckung.

5.4.3. Zwischenfazit

Ein sofortiger und vollständiger Umstieg von der Umlagefinanzierung auf die Kapitaldeckung bereitet also erhebliche Probleme, wie bei allen Vorschlägen deutlich zu sehen war. Unter anderem müssen bei einem Umstieg auf ein kapitalgedecktes System über mehrere Jahrzehnte hinweg Umstiegskosten aufgebracht werden. Diese Milliardenkosten müssen im nicht unerheblichen Maße vom Steuerzahler finanziert werden. Angesichts dieser Milliardenbeträge an Steuermitteln und in Anbetracht der Finanzsituation der Sozialversicherungen sowie der angespannten haushaltspolitischen Lage der öffentlichen Hand stellt ein sofortiger und vollständiger Umstieg auf Kapitaldeckung nach Vorbild diverser Wissenschaftsmodelle eine enorme politische Herausforderung dar. Wird sie angenommen, wäre das grundsätzlich unter dem Blickwinkel der Entscheidung für das bestmögliche Finanzierungsverfahren zu befürworten. Wahrscheinlicher dagegen ist aber, dass die Wege zur vollständigen Kapitaldeckung ein politisch nicht durchzusetzendes, theoretisches Konstrukt bleiben. Folglich sind Alternativen gefragt.

Alternativen stellen die vorgestellten Teilkapitalmodelle dar. In diesen Modellen wird die soziale Pflegeversicherung um eine kapitalgedeckte Teilfinanzierung ergänzt. Der Kapitalaufbau erfolgt langsam, aber stetig wachsend. So soll der Kapitalaufbau in der Pflegeversicherung sozialpolitisch ausgewogen und für alle bezahlbar sein. Ein Sozialtransfer ist zumindest anfänglich nicht erforderlich.

Diese Modelle sind aber durchgängig vom Versuch eines politischen Kompromisses mit der Absicht einer Verbindung von Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung geprägt. Sie sind jedoch nicht das Ergebnis eines konsequenten systematischen Modellbaus. Leitschnur ist offensichtlich meist der politisch gewollte Konsens und keineswegs die modelltheoretische Stringenz. So bleibt dann auch eine Vielzahl von Fragen un-

beantwortet. Angefangen von der Frage des wirklich erforderlichen Umfangs der Teilkapitaldeckung, über die Frage, ob der Aufbau der Teilkapitaldeckung in Anbetracht des sich bereits vollziehenden demographischen Wandels sich schnell genug vollzieht, bis zu der nicht immer klar erkennbaren Perspektive, ob am Ende einer Übergangszeit eigentlich weiterhin eine Mischung von Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung steht oder ob nicht doch allein ein Verfahren übrig bleibt. Bei strenger Bewertung sind deshalb die bisherigen Vorschläge zur Teilkapitaldeckung auch kaum als wissenschaftlich ausgereifte Modelle zu qualifizieren, sondern wohl mehr als Handlungskonzepte zu verstehen, die vor allem die politische Durchsetzbarkeit in den Mittelpunkt stellen.

Die verschiedenen Finanzierungsverfahren im demographischen Wandel einer unter das Reproduktionsniveau sinkenden Geburtenrate lassen sich wie folgt zusammenfassend bewerten:

	Umlagefinanzierung (dauerhaft)	vollständige Kapitaldeckung (dauerhaft)	Umstellung auf Teilkapitaldeckung	Totalumstellung auf Kapitaldeckung
fairer Generationenvertrag	unfair	fair	gemilderte Fairness	mittlere Generation wird überfordert
zukünftige Finanzierungskosten	extrem hoch	niedrig	im Umfang der Fortführung des Teils der Umlagefinanzierung hoch	niedrig
politische Machbarkeit	hohes Zukunftsrisiko	Einführung schwierig, da Leistungen erst nach Ansparphase; kein Zukunftsrisiko	wahrscheinlich vermittelbar	politisch anspruchsvoll
Umstellungskosten	fallen nicht an	fallen nicht an	gering	extrem hoch

Die Umlagefinanzierung ist unter heutigen demographischen Umständen unfair und für die jüngeren Generationen extrem teuer. Dadurch ist das Aufrechterhalten dieses Finanzierungsverfahrens auf Dauer fragwürdig. Allerdings fallen keine Umstellungskosten an.

Eine schon etablierte dauerhafte Finanzierung über ein Kapitaldeckungsverfahren stellt die beste Lösung dar. Dieses Verfahren entspricht einem fairen Generationenvertrag und die zukünftigen Kosten sind niedrig. Das Problem ist die Einführung eines solchen Systems. Gibt es bisher keine Absicherung, wie es bei der Einführung der Pflegeversicherung der Fall war, fallen keine Umstellungskosten an. Das System ist trotzdem schwierig politisch durchsetzbar, da in der Ansparphase keine Leistungen gezahlt werden und älteren Personen wenig Zeit zur Bildung des Kapitalstocks zur Verfügung steht.

Noch schwieriger ist die Situation, in der ein Umlagesystem besteht und auf Kapitaldeckung umgestellt werden soll. Hier fallen zusätzlich zu den genannten Einführungsproblemen einer Kapitaldeckung hohe Umstellungskosten an.

Die Mischung aus Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung hat den Vorteil, die hohen Kosten eines vollständigen Umstiegs auf die Kapitaldeckung zu vermeiden oder abzumildern, verbunden allerdings mit dem Nachteil, eine Teilfinanzierung durch die Umlage selbst dann fortzusetzen, wenn dies mit einem Verstoß gegen einen fairen Generationenvertrag in seiner strengen Auslegung verbunden ist. Eine Einhaltung des gemilderten Postulates ist aber durchaus möglich.

6. Teilkapitaldeckung als Modell

Im Folgenden werden zwei Varianten einer Teilkapitaldeckung analysiert:

- ➔ Eine Variante mit Abschmelzung der Leistungen aus der Umlage, verbunden mit einer obligatorischen privaten kapitalgedeckten Zusatzversicherung, die die entstehende Versorgungslücke abdeckt.
- ➔ Eine Variante, bei der ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut wird, aus dem der demographiebedingte Ausgabenanstieg finanziert wird.

Die Teilkapitaldeckung soll eine Antwort auf eine sinkende Geburtenrate sein. In dem Umfang, in dem die Geburtenrate zurückgeht, soll die Umlagefinanzierung in beiden Fällen durch eine (Teil)kapitaldeckung ergänzt werden, um das gemilderte Postulat eines fairen Generationenvertrages einzuhalten.

6.1. Anforderungen an die Teilkapitaldeckung

In den hier vorgestellten beiden Varianten des Teilkapitaldeckungsmodells wird der Umfang der Umlagefinanzierung, der sich bei einer idealen Bevölkerung unter den Bedingungen des gemilderten Postulats eines fairen Generationenvertrages ergibt, weiterhin beibehalten. Der aufgrund der demographischen Veränderungen infolge fehlender Kinderzahlen zusätzlich benötigte Finanzierungsbedarf soll über eine Teilkapitaldeckung aufgebracht werden.

Wenn unter den Bedingungen eines fairen Generationenvertrages die Leistungen aus der Umlagefinanzierung entsprechend dem generativen

Nachwuchs angepasst werden müssen, dann stellt sich die Frage der verfahrenstechnischen Umsetzung. Erforderlich ist es unter den Bedingungen der Fairness, dass genau diejenige Generation, die durch eine zu niedrige Reproduktionsrate zu einer „Abschmelzung“ des Generationenvertrags beiträgt, Leistungskürzungen aus der Umlagefinanzierung hinzunehmen hat.

Diese Leistungskürzungen sollen jedoch nach dem hier vorgestellten Modell nicht akzeptiert werden, sondern der gesamte Umfang des Absicherungsniveaus bleibt dann erhalten, wenn genau im Umfang der Leistungskürzung aus der Umlagefinanzierung eine kapitalgedeckte Zusatzversicherung aufgebaut wird. Damit wird auch die Doppelbelastung einer Generation vermieden, die ansonsten entsteht, wenn es zum vollständigen Systemwechsel von der Umlagefinanzierung zur Kapitaldeckung kommt. Mit Beiträgen aus der Zusatzversicherung wird präzise nur die Generation belastet, die selber aufgrund einer sinkenden Geburtenrate nur (zu) geringe Ansprüche an die Umlagefinanzierung aufbaut. Eine Generation, die unter den Bedingungen eines fairen Generationenvertrags in der Umlagefinanzierung zu wenig Kinder in die Welt setzt, muss ihre künftig zu erwartenden Leistungskürzungen über eine kapitalgedeckte ergänzende Pflegeversicherung ausgleichen. Dies könnte in den erwähnten zwei Varianten erfolgen. So kann diese Absicherung, wie in der heutigen privaten Pflegepflichtversicherung, über eine Pflicht zur Versicherung mit Aufbau eines individuellen Kapitalstocks gelöst werden oder durch eine obligatorische Einzahlung in einen kollektiven Kapitalstock.

Führt die niedrige Geburtenrate dazu, dass bei einem konstanten Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung die Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung reduziert werden müssen, dann erfolgt dies unter den Bedingungen eines fairen Generationenvertrags anhand folgender

Maßstäbe:

- Leistungskürzungen werden nur bei den Generationen vorgenommen, bei denen zugleich eine unterhalb der vollständigen Reproduktion liegende und damit zu niedrige Geburtenrate festzustellen ist.
- Generationen mit hoher Geburtenrate sind demgegenüber von Leistungskürzungen nicht betroffen.
- Diese Leistungskürzungen im Umlageverfahren ergeben sich nicht ad hoc und unmittelbar, sondern sie gleichen sich langfristig nach Maßgabe der gegenwärtig sinkenden Geburtenrate an. Damit besteht für die künftig von den Leistungskürzungen bedrohten Bevölkerungsteile bzw. Generationen genügend Zeit, sich auf die veränderte Situation einzustellen.
- Die von Leistungskürzungen betroffenen Generationen haben die Möglichkeit, diese Leistungseinschnitte rechtzeitig durch einen zusätzlichen privaten und kapitalgedeckten Versicherungsschutz auszugleichen. Besteht hierfür eine Pflicht zur Versicherung, dann ist im Resultat der gesamte pflegerische Leistungsschutz der Betroffenen teilweise kapitalgedeckt und teilweise umlagefinanziert. Insoweit handelt es sich um ein Modell einer Teilkapitaldeckung. Dabei wird die Kapitaldeckung entweder durch individuelle Versicherungsansprüche oder durch einen kollektiven Kapitalstock realisiert.

Eine durchschnittlich unter dem notwendigen Reproduktionsniveau liegende Geburtenrate ist jedoch immer Ausdruck einer realen Spreizung. Hinter einer Geburtenrate von durchschnittlich 1,3 Kindern stehen durchaus Eltern mit mehr als 2 Kindern, denen gegenüber eine künftige Leistungskürzung in der Umlagefinanzierung nur schwer begründbar wäre. Es ist von der Politik die Frage zu beantworten, ob ein präziser, von

der individuellen Kinderzahl abhängiger Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung praktikabel und politisch vermittelbar wäre oder ob mit mehr oder weniger pauschalierten Lösungen gearbeitet werden muss, wie das beispielsweise auch bei der Differenzierung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung zwischen Versicherten mit Kindern und Versicherten ohne Kinder geschieht.

6.2. Individuelle Zusatzversicherung oder kollektiver Kapitalstock

Eine wesentliche Frage ist, in welcher Form die Teilkapitaldeckung zu organisieren ist. Prinzipiell gibt es die Möglichkeit, einen kollektiven Kapitalstock anzusparen oder die Teilkapitaldeckung als individuelle Zusatzversicherung zu konstruieren.

Im ersten Fall spart jede Generation für die Finanzierung ihrer eigenen Pflegeausgaben einen Kapitalstock an. Dieser Kapitalstock kann kollektiven Charakter haben und kollektiv organisiert in der Umlagefinanzierung das Defizit ausgleichen, das bei einem fair gestalteten Generationenvertrag verbleibt.

Im zweiten Fall besteht die Absicherung in einer obligatorischen privaten Zusatzversicherung, die individuell den zurückgehenden Anspruch aus der Umlage ausgleicht.

Auf den ersten Blick praktikabel ist das Modell der privaten Zusatzversicherung. Die entsprechenden Generationen werden verpflichtet, eine individuelle kapitalgedeckte Zusatzversicherung abzuschließen. Diese leistet die Differenz, die sich aus den schrumpfenden Ansprüchen aus der Umlagefinanzierung ergibt.

Reale Umsetzungsprobleme sind bei privaten kapitalgedeckten Zusatzversicherungen als Ausgleich für sinkende Leistungen aus der Umlagefinanzierung höchstens nur insofern zu erwarten, als dass die damit verbundene Pflicht zur Versicherung auch organisatorisch umgesetzt werden muss. Da dies jedoch gemeinsam mit der Durchführung der sozialen Pflegeversicherung selber gelöst werden kann, dürfte es sich insgesamt um Probleme mit einem zu bewältigenden Schwierigkeitsgrad handeln. Das beschriebene Modell ermittelt den Bedarf einer zusätzlichen privaten Pflegeversicherung im Umfang der rechtzeitig angekündigten oder zumindest erkennbaren Leistungsreduktion als Antwort auf die nach Maßgabe einer fairen Finanzierung sich reduzierenden Leistungsansprüche an die Umlagefinanzierung.

Die zweite Möglichkeit der Organisation einer zusätzlichen Kapitaldeckung besteht im Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks. Der naheliegende Weg, die Ansparung des Kapitalstockes in öffentlicher bzw. parafiskalischer Hand, ist aber in der Realität mit erheblichen Problemen verbunden.

Die erste Problemebene ergibt sich daraus, dass die sozialen Pflegekassen als Körperschaft des öffentlichen Rechts der unmittelbaren politischen Gestaltungshoheit unterliegen. Damit ist keine Organisationsreform denkbar, in der die Gefahr der politischen Zweckentfremdung vollständig beseitigt werden kann. Dies gilt selbst dann, wenn die Anlage des Kapitalstocks noch vor dem Zugriff gesichert sein sollte, indem sie beispielsweise von privatrechtlichen Trägern, etwa im Wege der Kooperation, vorgenommen wird. Auch in diesem Fall ist nicht auszuschließen, dass es zu einer politisch bestimmten Zweckentfremdung des künftigen Mittelflusses kommt. Dies wäre beispielsweise dann der Fall, wenn man den künftigen Mittelzufluss zum Anlass nimmt für eine künftig expansive Haushaltsplanung. Der eigentlich für Pflege reservierte Mittelrückfluss wird dann zum Alibi einer expansiven Haushaltspolitik. Der eigentlich

gedachte Sparvorgang wäre dann gescheitert. In allen Fällen kann die Zweckentfremdung der Mittel stets durch einfache gesetzgeberische Mehrheit erfolgen.

Das zweite Problem ergibt sich daraus, dass selbst dann, wenn es für das erste Problem eine Lösung gäbe, solche Kooperationen als eine Art „public-private-partnership“ nicht auf der Ebene einer einzelnen sozialen Pflegekasse mit einem privaten Finanzdienstleister vorstellbar sind, da die einzelnen sozialen Pflegekassen über jeweils unterschiedliche (und im Zeitablauf nach Maßgabe der Veränderungen der Versichertenstrukturen) Alters- und Geschlechtsstrukturen ihrer Versicherten verfügen, die nicht zu einem kassenindividuellen Kapitalstock führen, sondern durch den Finanzausgleich, bedingt durch den kasseneinheitlichen Beitragssatz, zu einem kassenübergreifenden Kapitalstock zusammengefasst werden müssten. Damit würde im Kern eine monopolistische Struktur in der Form eines Nachfragemonopols für die Anlageentscheidung des Kapitalstocks entstehen.

Das dritte Problem ist, dass jede Form eines Anlagemanagements nur unter geregelten Bedingungen erfolgen kann. Das Anlagereglement für die Versicherungswirtschaft und insbesondere für die private Kranken- und Pflegeversicherung ist z. B. dadurch geprägt, dass ein politisch und gesellschaftlich konsentierter Weg zwischen der (risikoreichen) Ertragsmaximierung und der (risikoärmeren) Sicherheitsmaximierung getroffen werden muss. Das dafür erforderliche Regelwerk ist im Versicherungsaufsichtsgesetz niedergelegt und gilt ausschließlich für private Versicherungsunternehmen, nicht jedoch für öffentlich-rechtliche Körperschaften. Suchen sich öffentlich-rechtliche Körperschaften für ihre Anlagestrategien einen Partner, dann sind sie derzeit nicht zwingend auf die Versicherungswirtschaft angewiesen, sondern können sich dann z. B. auch Banken als Partner suchen, wo dann aber das für die Versicherungswirtschaft zwingende Regelwerk erneut nicht gilt und infolgedessen die Abwägung

zwischen Sicherheits- und Ertragsmaximierung nach für das Versicherungswesen sachfremder Kriterien getroffen werden kann.

Sollte man gleichwohl hierfür eine Lösung finden, dann bliebe zu beachten, dass ein effizientes Finanzanlagemanagement sich nur in einem Klima des Wettbewerbs entfalten kann. Genau dies ist ein maßgeblicher Wettbewerbsparameter zwischen den verschiedenen Versicherungsunternehmen. Ein Kapitalstock mit einem einzigen monopolistischen privaten Partner führt zwangsläufig dazu, dass sich der effizienzsteigernde Faktor des Wettbewerbs nicht entfalten kann und für die Versicherten Nachteile entstehen, die in der Beitragshöhe für den Kapitalstock oder aber im Umfang der späteren Leistungen zu bemessen wären.

Selbst wenn ein Kapitalstock in Kooperation mit sozialen Pflegekassen also überhaupt denkbar wäre, wäre das Ergebnis eine mit hoher Wahrscheinlichkeit ineffiziente Veranstaltung.

Ein Problem der politischen Vermittelbarkeit besteht auch im Einführungszeitpunkt. Da für die Bildung einer kapitalgedeckten Versicherung eine rechtzeitige Vorlaufzeit bestehen muss, kann es dazu kommen, dass ältere Versicherte Leistungen noch in einem ungekürzten Umfang erhalten, obwohl ihre Kinderzahl schon unter der für die Reproduktion erforderlichen Geburtenrate lag. Auch hier sind zwischen Leistungskürzungen, der Pflicht zu einer privaten Zusatzversicherung und vielleicht auch der vorübergehenden Hinnahme höherer Beitragssätze letztlich nur politische Kompromisse möglich. Ist der Generationenvertrag erst einmal aus seiner Balance der Fairness herausgeraten, dann wird es zumindest einer Übergangszeit bedürfen, um solche Belastungen abzubauen. Bis dahin wird es immer Betroffene geben, die die Doppelbelastung aus der Umlagefinanzierung und gleichzeitigem Aufbau einer eigenen zusätzlichen Vorsorge zu schultern haben. Das politische Ziel könnte jedoch sein, diese Belastungen und diesen Personenkreis möglichst klein zu halten.

6.3. Berechnungen zum Modell der Teilkapitaldeckung

Die bisherigen Überlegungen sollen nunmehr in einem Modell rechnerisch nachvollzogen werden. Maßstab ist dabei die Forderung, das Gebot eines fairen Generationenvertrages nicht zu verletzen. Dies erfolgt zunächst im Modell einer ergänzenden Pflegezusatzversicherung und sodann als kollektiver Kapitalstock.

6.3.1. Pflegezusatzversicherung

Beließe man im obigen Modell den Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung bei den berechneten 2,08 % und reduzierte die Leistung entsprechend der so entstehenden Finanzierungslücke, so würde bis ca. 60 Jahre nach dem Geburtenrückgang der Leistungsumfang der SPV auf ca. 70 % des heutigen Niveaus sinken (Abbildung 16)³⁴.

³⁴ Hier ist zu berücksichtigen, dass es sich um ein Modell mit idealer Bevölkerung handelt, in dem der Beitragssatz bei 2,08 % liegt. Beide Faktoren führen dazu, dass – wie weiter hinten gezeigt wird – das Abschmelzen der Umlage zwar geringer ausfällt, als es für Deutschland zu erwarten wäre.

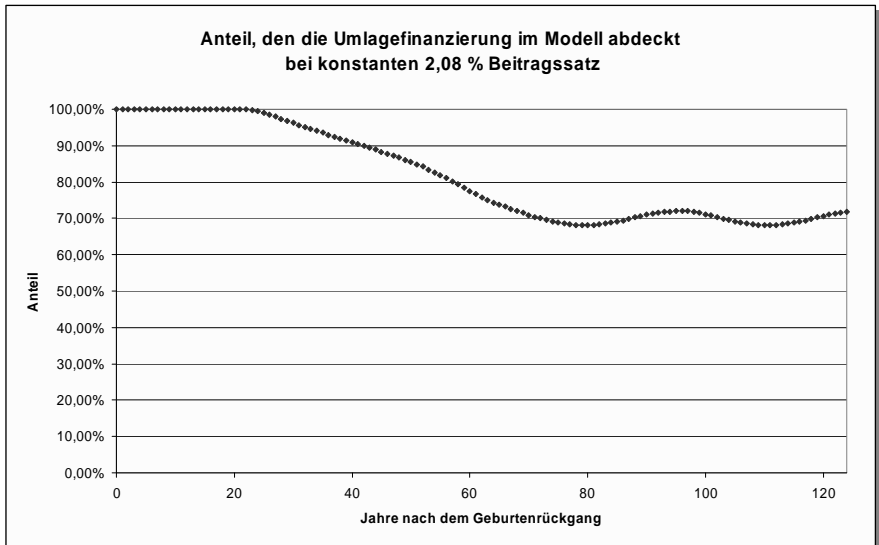


Abbildung 16

Jeder Pflegefall bekommt nach dem Modell der Teilkapitaldeckung damit ab diesem Zeitpunkt im Pflegefall 70 % der heutigen Leistungen ausgezahlt. Die fehlenden 30 % sind durch eine individuelle Pflegezusatzversicherung abzusichern. Wird nicht nach der Kinderzahl der Betroffenen unterschieden, hängt der in die Zusatzversicherung zu zahlende Beitragssatz allein vom Alter und vom Geschlecht ab.

Abbildung 17 zeigt in Abhängigkeit des Lebensalters und des Geschlechts den Umfang des Pflegeversicherungsschutzes, der durch eine private Zusatzversicherung abzusichern ist. Hierbei wird unterstellt, dass in dem modellierten plötzlichen Einsetzen des ersten Geburtenrückganges eine Zusatzversicherung angeboten wird, die sofort abgeschlossen wird. Es zeigt sich, dass der privat abzusichernde Umfang des Pflegerisikos erwartungsgemäß vom Alter abhängt.

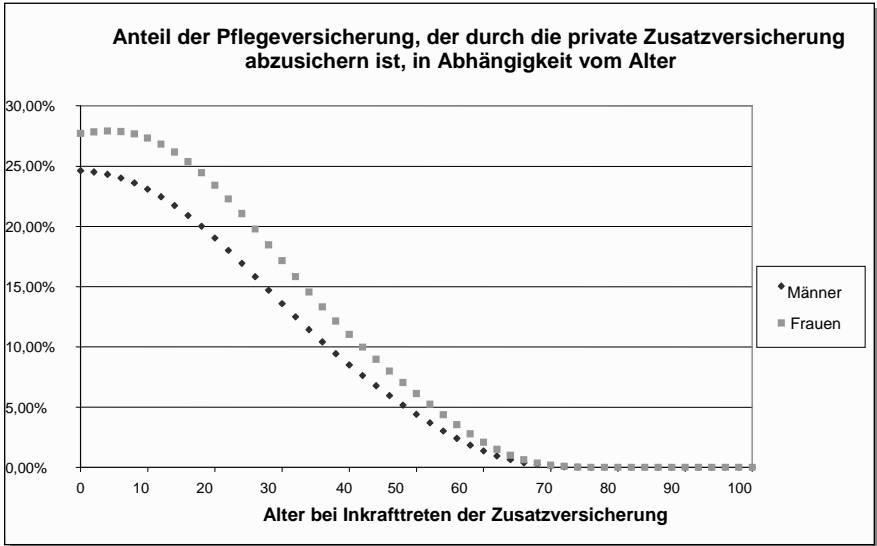


Abbildung 17

Die über 70-Jährigen müssten in diesem Modell keine Zusatzversicherung mehr abschließen, da sie von Kürzungen nicht mehr betroffen sein werden. Je jünger die Versicherten sind, desto mehr werden sie wahrscheinlich von dem Rückgang der Finanzierung durch die Umlage betroffen sein und müssten eine entsprechende Zusatzversicherung abschließen.

Eine 30-jährige Frau, die in dem Modell zum ersten Mal zu wenige Kinder in die Welt gesetzt hat, muss ca. 17 % ihres Pflegerisikos privat abdecken. Aber auch ältere Personen sind berührt. Ein 50-jähriger Mann muss beispielsweise noch 4,5 % privat absichern. Sollten die Neugeborenen selber nicht genug Kinder in die Welt setzen, müssen die männlichen Personen fast 25 % und die weiblichen fast 28 % des Pflegerisikos in ihrem Leben über eine private Zusatzversicherung abdecken.

Das Modell lässt selbstverständlich Varianten zu. So wäre z.B. auch möglich, die Kürzungen von vornherein auf die Altersgruppen zu beschränken, bei denen bedingt durch das Eintrittsalter eine beitragsgünstige Form der Zusatzversicherung möglich ist.

Bei der Frage, wie hoch die jährlichen Beiträge zur Zusatzversicherung tatsächlich sind, wirken sich schließlich zwei gegenläufige Effekte aus:

- Zum einen müssen beim Einsetzen des Geburtenrückganges ältere Personen, die mit einer größeren Wahrscheinlichkeit in näherer Zukunft zum Pflegefall werden, zunächst weniger Prozent des Pflegerisikos durch die Zusatzversicherung absichern, da der Rückgang des Umlageanteils erst 25 Jahre nach dem Geburtenrückgang einsetzt und dann erst langsam zunimmt.
- Zum anderen wirkt sich aus, dass die Beiträge zur privaten (Zusatz)Pflegeversicherung so kalkuliert werden, dass über das Leben ein konstanter Betrag zu zahlen ist. Da das Pflegerisiko erst mit hohem Alter steigt, haben die Jüngeren eine lange Ansparphase und damit niedrigere Beiträge zu zahlen. Je älter die Person zum Zeitpunkt des Abschlusses einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung ist, desto höher sind die Beiträge, die monatlich zu zahlen sind.

Aus diesen beiden gegenläufigen Effekten ergibt sich theoretisch der in Abbildung 18 dargestellte Verlauf der zu zahlenden Beiträge in Abhängigkeit des Alters zu Beginn des Geburtenrückganges.

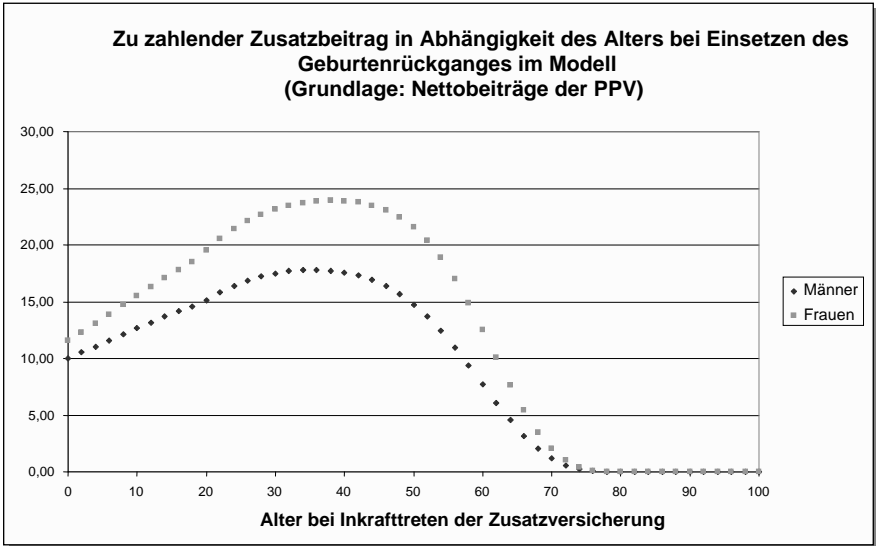


Abbildung 18

Dabei handelt es sich um rechnerische Nettobeiträge, die so nur theoretisch konstruiert sind. Die tatsächliche Gestaltung mag in Abhängigkeit von der politischen Beschlusslage über das Ausmaß der demographiebedingten Leistungsanpassungen in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung und abhängig von der politischen Beschlusslage, welche Altersgruppen genauer einer zusätzlichen Pflicht zur Versicherung für eine private Pflegezusatzversicherung unterworfen werden, anders aussehen.

Es ist zu erkennen, dass die jährlich zu zahlenden Beiträge für die Zusatzversicherung in jungen Jahren zunächst mit dem Eintrittsalter steigen, um mit ca. 35 Jahren ihr Maximum zu erreichen und danach bis 75 wieder zu sinken. Die 25- bis 45-Jährigen müssen damit den höchsten Betrag für eine Zusatzversicherung aufbringen, wenn diese sofort bei Einsetzen des Geburtenrückganges installiert wird.

6.3.2 Kollektiver Kapitalstock

Der Kapitalstock gleicht die Defizite der Umlagefinanzierung unmittelbar innerhalb der sozialen Pflegeversicherung aus, indem zunächst ein beitragsfinanzierter Kapitalstock aufgebaut wird und aus seiner Entnahme die Defizite der Umlagefinanzierung getragen werden.

Von Bedeutung für die Höhe des Kapitalstocks und der hierfür zusätzlich zu zahlenden Beiträge ist die Verzinsung der Kapitalanlage. Je höher der Zinssatz, desto geringer sind die Beiträge, die über das Leben eingezahlt werden müssen.

Im ersten Fall wird in dem Modell ein Kapitalstock ohne Verzinsung installiert. Dies passt zu den Annahmen, dass es keine Lohnzuwächse und keine Ausgabenzuwächse gibt. Diese Annahme wird im Weiteren verändert, wobei zu berücksichtigen ist, dass in der Realität die Kapitalverzinsung meistens über der Lohnentwicklung liegt.

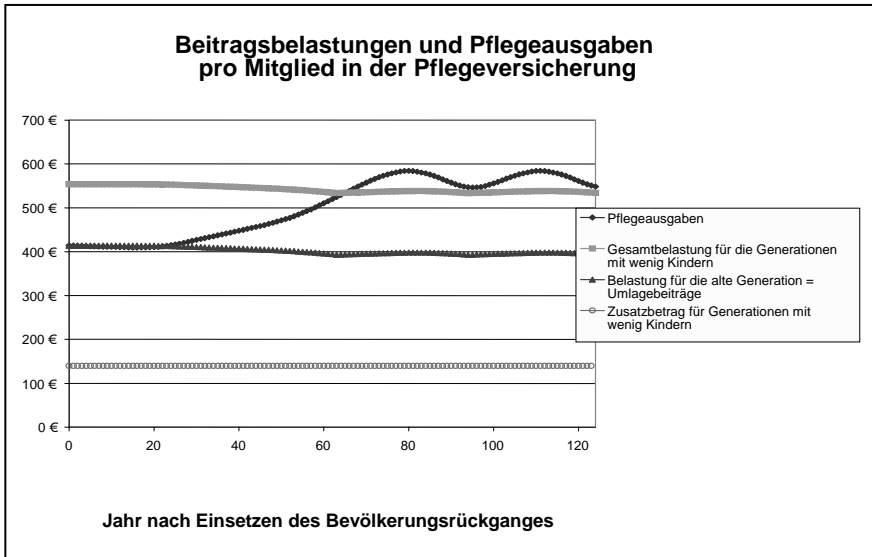


Abbildung 19

Zugrunde gelegt wird hier ein Szenario einer plötzlich absinkenden Reproduktionsrate auf 1,4. So muss im ersten Jahr des Geburtenrückganges nur ein Geburtsjahrgang, der in diesem Jahr 30 alt ist und erstmals weniger Kinder hat, den Zusatzbetrag zahlen. Im Modell ist dies eine unmittelbare Folge aus der Annahme, dass alle Geburten auf das Lebensalter 30 der Frauen konzentriert wurden. Die Realität ist hier natürlich wesentlich differenzierter. Im zweiten Jahr müssen dann – um im Modell eine individuelle Zurechnung zu ermöglichen – die dann 30-Jährigen und die 31-Jährigen die Zusatzbeiträge zahlen. So kommt jedes Jahr ein weiterer Jahrgang hinzu, wobei zu klären bliebe, ob dieser Zusatzbeitrag nach der individuellen Zahl der Kinder zu differenzieren wäre. Bleibt die Geburtenzahl auf dem niedrigen Niveau, müssen schließlich nach und nach alle über 30-Jährigen den Zusatzbetrag zahlen.

Im Modell ohne Verzinsung ist dann ein Zusatzbetrag von 140 € pro Jahr ausreichend für die ab 30-Jährigen, um die Finanzierung unter konstantem Beitragssatz von 2,08 % dauerhaft zu ermöglichen. Abbildung 19 zeigt die bei dieser Konstellation auftretenden Ausgaben der Versicherung pro Mitglied und die notwendigen Zahlungen. Die Zahlungen unterscheiden sich: die „alten“ Jahrgänge, die genug Kinder in die Welt gesetzt haben, zahlen weiter nur den Umlagebetrag von 2,08 % ihres Einkommens, der im Durchschnitt ca. 415 € ausmacht. Jahrgänge mit weniger Kindern erbringen den Zusatzbetrag von 140 €, so dass ihre Gesamtbelastung bei ca. 555 € pro Jahr liegt. In Abbildung 19 ist der zu diesem Finanzierungsplan gehörende Kapitalstock abgebildet.

Der Kapitalstock wird sukzessive aufgebaut und später nach und nach verbraucht. Er ist wieder relativ niedrig, wenn die geburtenarmen Jahrgänge ins Pflegealter vorrücken. Er sinkt jedoch nicht auf Null. Dass der Kapitalstock nach Überschreiten eines Maximums wieder kleiner wird, heißt übrigens nicht, dass seine Bedeutung sinkt. Er geht allein deshalb zurück, weil infolge der sinkenden Geburtenrate zunächst die Bevölkerungszahl insgesamt und dann auch die absoluten Zahlen der Pflegebedürftigen sinken. Seine relative Bedeutung bezogen auf die Gesamtgröße der Bevölkerung steigt sogar.

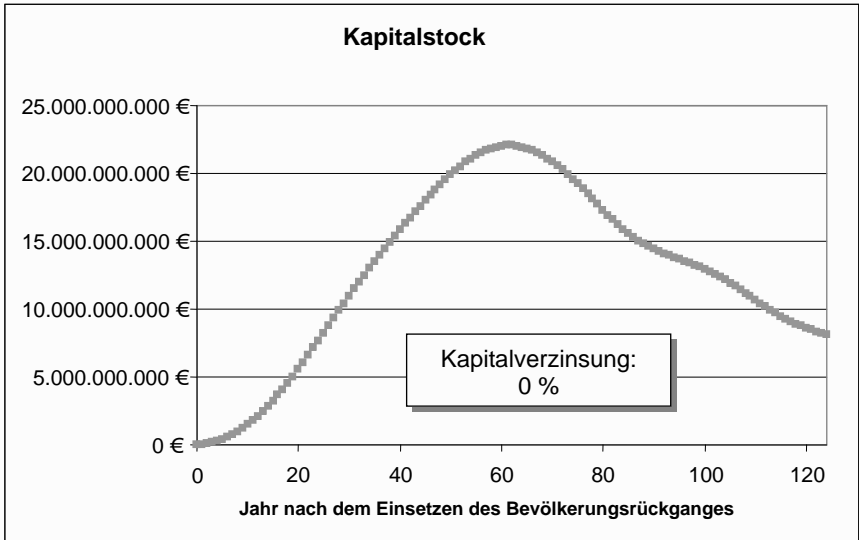


Abbildung 20

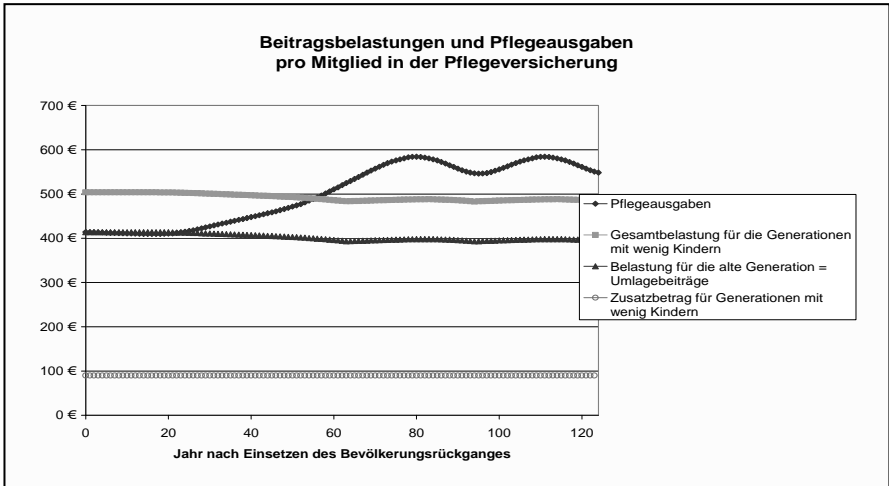


Abbildung 21

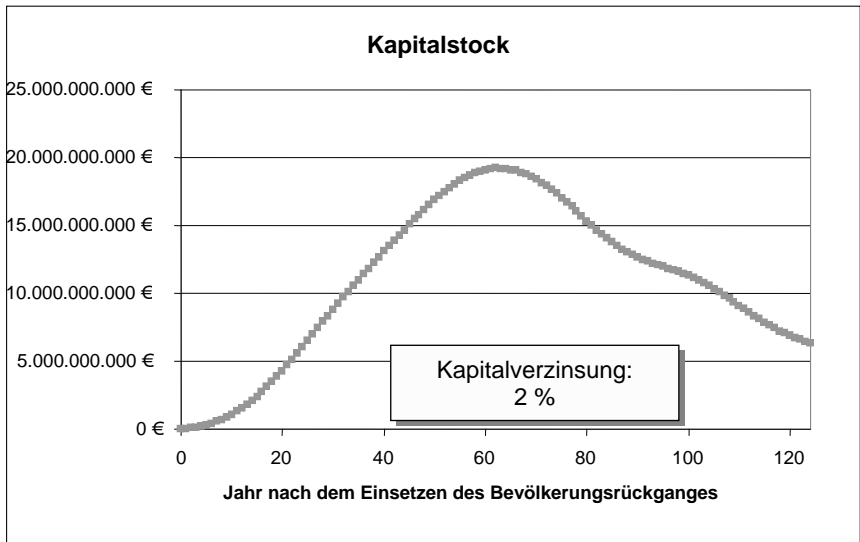


Abbildung 22

Von großem Einfluss ist die Annahme über die Verzinsung. Je höher die Verzinsung des Kapitalstocks über dem Lohnwachstum liegt, desto attraktiver wird die Kapitaldeckung. Im folgenden Beispiel wird von einer Kapitalverzinsung von 2 % ausgegangen. In diesem Fall genügt ein Zusatzbetrag von 90 € pro Jahr, um mit einem Beitragssatz von 2,08 % die Pflege im Modell zu finanzieren (Abbildung 21 und Abbildung 22).

Zinssatz und Kapitalstock

Da der tatsächlich benötigte Kapitalstock jedenfalls rechnerisch immer auch vom Anlageergebnis bzw. vom Zinserfolg abhängt, muss die Frage gestellt werden, welche Auswirkungen unterschiedlich hohe Zinssätze auf den kollektiven Kapitalstock haben.

Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Höhe des Zusatzbetrages je Mitglied in dem Modell bei Variation des Satzes für die Verzinsung des Kapitalstocks. Die Höhe des Betrages hängt nicht linear von der Höhe des Zinssatzes ab. Je größer die Verzinsung, desto geringer der zu zahlende Betrag.

Tabelle 4

Zinssatz in %	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Zusatzbetrag in €	140	110	90	71	55	42	31,5	23	16,2	10,726	6,295
Zusatzbetrag im Verhältnis zum durchschnittlichen Umlagebeitrag	34%	26%	21%	17%	13%	10%	7,6%	5,6%	3,9%	2,6%	1,5%

Wird keine Verzinsung unterstellt, müssen die künftigen Beitragszahler fast ein Drittel mehr als Zusatzbeitrag zahlen. Bei einem Zinssatz von 4 % sind es immer noch 13 %. Da es sich hier jedoch um reale und nicht um nominale Zinserträge handelt, ist die Unterstellung keiner Verzinsung pessimistisch und die Annahme von 4 % zu optimistisch. Ein Zusatzbeitrag von 20 bis 35 % auf den derzeitigen Beitrag ist bei der augenblicklichen Geburtenrate ohne Berücksichtigung von Inflationseffekten keine unrealistische Annahme. Dass der Zusatzbeitrag nicht auch ein Drittel beträgt, liegt daran, dass fehlende Kinder auch den Pflegebedarf im Kindesalter reduzieren. Dies wirkt sich entlastend aus und führt zu geringeren Zusatzprämien. Auf der anderen Seite wirkt sich beitrags erhöhend aus, dass die Kapitaldeckung erst mit dem 30. Lebensjahr beginnt, nämlich in dem Moment, in dem eine Generation zu wenig Kinder in die Welt gesetzt hat.

Bei diesen Konstellationen werden die jungen Generationen durch den Zusatzbetrag zusätzlich belastet, die gemessen an der notwendigen Reproduktionsrate zu wenige Kinder in die Welt gesetzt haben. Damit wird der Forderung eines fairen Generationenvertrages Rechnung getragen. Würden ab einem bestimmten Zeitpunkt die Geburtenzahlen wieder steigen, könnte der Zusatzbeitrag entsprechend reduziert werden.

Kinderzahl und Kapitalstock

Entscheidend für die Höhe des Zusatzbeitrags ist auch die Kinderzahl. Da die Teilkapitaldeckung ein Ausgleich für die geringe Geburtenrate ist, ist es naheliegend, dass die Höhe der Zuführung zum Kapitalstock auch von der Kinderzahl abhängt.

Abbildung 23 zeigt den Zusammenhang zwischen der Anzahl der Kinder und der Höhe der jährlichen Zuführung zum Kapitalstock bei einem Zinssatz von 0 %, 2 % und 4 %.

Im Extremfall, in dem gar keine Kinder mehr geboren werden und die Bevölkerung nach 110 Jahren rein mathematisch mit der letzten Person ausstirbt, muss die Generation neben der Umlage noch einmal ihre eigene Pflege mit Kapitaldeckung finanzieren. Bei keiner Verzinsung entspricht der Zusatzbeitrag für die kinderlose Generation in etwa dem durchschnittlichen Umlagebetrag. Dass er etwas darüber liegt, erklärt sich daraus, dass erst mit 30 Jahren angefangen wird, in die Kapitaldeckung einzuzahlen.

Mit zunehmender Kinderzahl reduziert sich der zu zahlende Betrag nahezu linear, bis er bei etwas über 2 Kindern auf Null gesunken ist. Bei dieser Anzahl an Kindern gibt es wieder genug Nachkommen, um die Bevölkerung konstant zu halten und die Bedingungen eines fairen Generationenvertrages sind erfüllt. Bei höherer Verzinsung sind entsprechend geringere Beiträge zu entrichten, da der Kapitalstock durch die Verzinsung zusätzlich wächst.

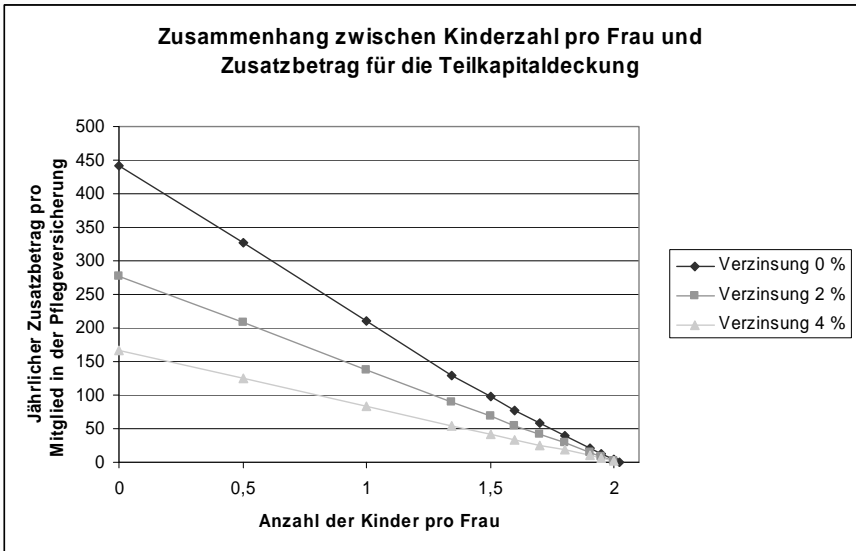


Abbildung 23

Einführungszeitpunkt und Kapitalstock

Je später die Generationen mit geringeren Kinderzahlen anfangen für ihre Pflege im teilkapitalgedeckten System einzuzahlen, desto höher sind die Beträge, die dann zu leisten sind, wenn ein fairer Generationenvertrag erhalten bleiben soll.

Einen großen Einfluss auf die Höhe der Beiträge hat hier wieder der Zinssatz. Findet keine Verzinsung statt, erhöht sich der Betrag einfach linear mit Verkürzung der Laufzeit. Bleibt nur halb so viel Zeit zum Ansparen, müssen doppelt so hohe Beträge gezahlt werden.

Durch den Zinseszinsseffekt ist die Zunahme der Beiträge bei Verkürzung der Ansparphase umso höher, je größer der Zins ist. Die Beträge, die

bei keiner Verzinsung zu zahlen sind, stellen aber zu jedem Zeitpunkt die Obergrenze dar.

Erhöhung der Lebenserwartung

Auch die Zunahme der Lebenserwartung spielt bei der Kalkulation der Teilkapitaldeckung eine Rolle. Bisher wurde bei der Analyse der Teilkapitaldeckung die Veränderung der Lebenserwartung nicht betrachtet. Wie die obigen Berechnungen zeigen, führt eine Erhöhung der Lebenserwartung in Verbindung mit dem Rückgang der Geburtenrate zu einem überproportionalen Anstieg des Beitragssatzes. Diese Entwicklung überträgt sich auch auf den Zusatzbeitrag.

6.4. Zwischenfazit

Vergleicht man das Modell der Pflegezusatzversicherung mit dem Modell des kollektiven Kapitalstocks, dann fällt vor allem auf:

- Die Pflegezusatzversicherung basiert auf einer festgelegten Kalkulationsgrundlage, die im Kern von einer vorsichtigen Risikobewertung ausgeht und damit auch eine echte Versicherungsfunktion übernimmt, um so eine für alle Beteiligten planbare und verlässliche Größe für die Zukunft, z.B. im Hinblick auf das Verhältnis von Leistung und Beitrag, zu schaffen.
- Der kollektive Kapitalstock ist von einer Vielzahl von Einflussfaktoren abhängig, die zu permanenten Veränderungen führen können. Der Einbau von Vorsichts- und Sicherungsfunktionen analog der Pflegezusatzversicherung ist nicht entwickelt. Ohne diese Maßnahmen kann eine geringe Änderung, beispielsweise des Zinssatzes, erhebliche Konsequenzen

für den Beitragssatz auslösen. Planungssicherheit ist so nicht gewährleistet.

Dieser rein theoretische Vergleich hat die politische Bedeutung der beiden Modelle nicht berücksichtigt.

7. Einige Überlegungen zur konkreten Reformsituation in Deutschland

7.1. Aktuelle Ausgangssituation

In Deutschland ist naturgemäß nicht die exakt im Modell beschriebene Situation wiederzufinden. Aber die stilisierten Fakten sind vergleichbar. So werden nicht genug Kinder geboren, um die Elterngeneration zu ersetzen. Zusätzlich steigt die Lebenserwartung.

Weiter ist in Deutschland der Wanderungssaldo, also die Differenz aus Zuzügen und Fortzügen, seit dem Krieg mit Ausnahme weniger Jahre stets positiv.³⁵

Betrachtet man die tatsächliche historische durchschnittliche Kinderzahl je Frau in Deutschland, so lässt sich zeigen, dass bereits der Geburtsjahrgang 1880 der erste war, der nicht mehr genug Kinder geboren hat, um sich selber zu ersetzen. Dies trifft in Deutschland seitdem für jeden danach geborenen Jahrgang zu.³⁶

Diese beiden Abweichungen von dem Modell neben weiteren Einflüssen wie z.B. Kriegen, die zu höheren Sterblichkeiten und Verschiebungen von Geburten führten, sorgten dafür, dass die Struktur der Deutschen Bevölkerung sich doch erheblich von der Modellbevölkerung unterscheidet.

³⁵ Vgl. z.B. Siedhoff/Killisch (2005), S. 23.

³⁶ Vgl. Siedhoff/Killisch (2005), S. 19 ff.

Die Abbildung 24 des Statistischen Bundesamtes enthält die Bevölkerung in Deutschland zu verschiedenen Zeitpunkten. Im Jahr 1910 zeigt der Altersaufbau der Bevölkerung noch die klassische Pyramidenform. Es werden viele Kinder geboren und die Bevölkerungszahl wächst. Die Sterblichkeit ist in allen Altersklassen relativ hoch. Damit ist die am stärksten besetzte Altersklasse die der Neugeborenen. Ältere Jahrgänge bestehen aus immer weniger Personen. Es gibt auch so gut wie keine Schwankungen in den Personenzahlen durch exogene Einflüsse, wie z.B. Kriege. Dies sieht bei dem Altersaufbau der Bevölkerung am Ende des Jahres 1950 (zweiter Graph der Abbildung 24) schon ganz anders aus. Hier haben die beiden Weltkriege und die Weltwirtschaftskrise ihre Spuren in der Bevölkerungspyramide hinterlassen. Bei den über 45-Jährigen ist noch die Pyramidenform erkennbar. Bei den Jüngeren gibt es aber große Schwankungen in den Personenzahlen der einzelnen Altersklassen.

Bis zu dieser Zeit ist der Anteil der sehr alten Personen, die das größte Risiko aufweisen ein Pflegefall zu werden, noch sehr gering. Es gibt relativ wenige Personen über 80 oder sogar über 85.

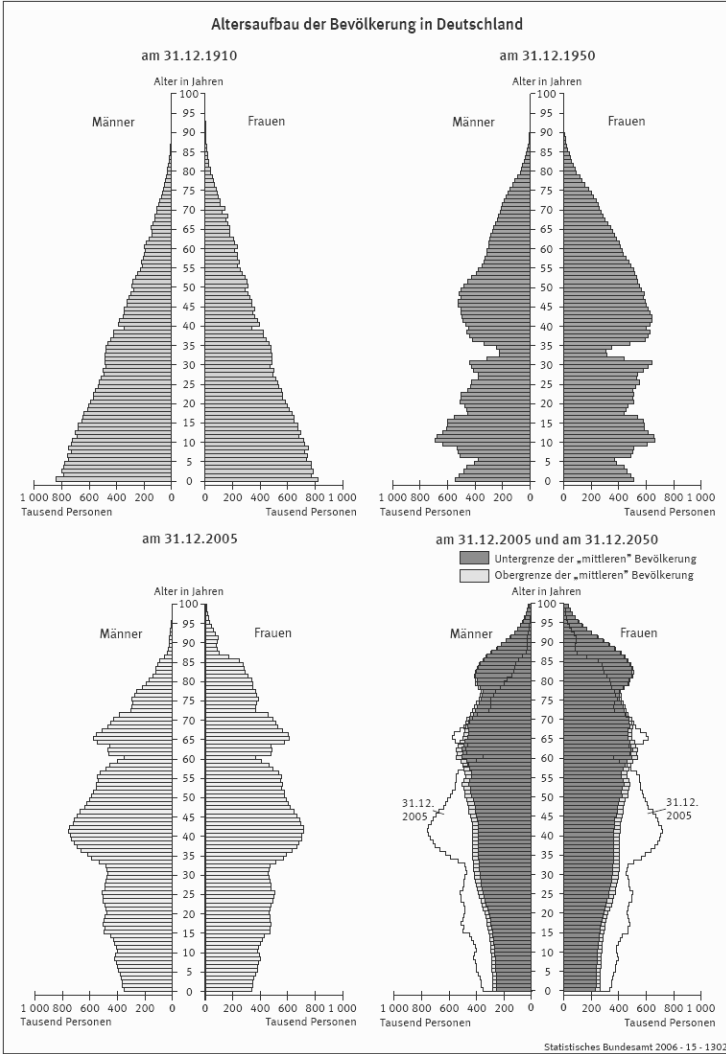


Abbildung 24: Bevölkerungsstruktur in Deutschland unterschiedlicher Jahre

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006)

Der dritte Graph der Abbildung 24 beschreibt die Bevölkerung Ende des Jahres 2005. Es ist der bekannte Aufbau zu erkennen. Die am stärksten besetzten Jahrgänge sind die Personen, die in den 60er Jahren geboren wurden und Ende 2005 um die 35 bis 45 Jahre alt waren. Ab den 1971/72-Geborenen zeigt sich der „Pillenknicke“. Die jüngeren Jahrgänge sind deutlich geringer besetzt. Bei den unter 15-Jährigen ist ein weiterer Rückgang zu erkennen.

Der letzte Graph zeigt die Prognosen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2050. Es wird einmal die obere und einmal die untere Grenze der mittleren Bevölkerungsprognose dargestellt. Die beiden Varianten unterscheiden sich in den Annahmen über den zukünftigen Wanderungssaldo. Bei der unteren Grenze wird von 100 000 Personen Überschuss aus Zuwanderung ausgegangen, bei der oberen von 200 000 Personen. Zusätzlich wird unterstellt, dass die Lebenserwartung weiter steigt. Bei beiden Varianten wird angenommen, dass die Lebenserwartung für Jungen bei Geburt um 7,6 Jahre und für Mädchen um 6,5 Jahre steigt. Die Zahl der Geburten wird bei 1,4 Kindern pro Frau auf in etwa heutigem Niveau belassen.

Die Bevölkerungsstruktur Deutschlands zeigt eine zahlenmäßig abnehmende Bevölkerung, die in etwa den Annahmen im Abschnitt 3.6.1. entspricht. Es werden ca. 1,4 Kinder pro Frau geboren. Dass Kinder in der Realität nicht nur im 30. Lebensjahr der Mutter geboren werden, führt dazu, dass in der Bevölkerungsstruktur sich nicht die scharfe Treppenform wie im obigen Modell bildet. Auch die Zuwanderung führt zu einer Abweichung vom Modell. Aber man erkennt in der Altersstruktur der Deutschen Bevölkerung trotzdem die einzelnen Phasen des Bevölkerungsrückganges. So liegt die erste Stufe des Rückganges der Geburtenraten etwa 30 Jahre zurück. Damit befindet sich Deutschland schon mitten im demographischen Wandel.

Die Umlagefinanzierung folgt damit nicht mehr einem fairen Generationenvertrag. Mit Hilfe einer Teilkapitaldeckung ließe sich, wie oben gezeigt, ein fairer Generationenvertrag wieder herstellen.

7.2. Politische Aspekte

Ein besonderes Problem für die Einführung einer Teilkapitaldeckung in Deutschland ist die Tatsache, dass der demographische Wandel im vollen Gange ist. Folglich kann eine Teilkapitaldeckung nicht mehr im Moment des Auftretens der ersten geburtenschwachen Jahrgänge eingeführt werden. In der jetzigen Situation verbleibt damit weniger Zeit, um für die Zusatzbelastung der Gesellschaft durch die demographische Entwicklung mit Teilkapitaldeckung vorzusorgen. Da aber die geburtenstärksten Jahrgänge noch im Berufsleben stehen und daher finanziell in der Lage sind, eine Teilkapitaldeckung aufzubauen, ist es sinnvoll dies zu tun, um einen fairen Generationenvertrag zu erhalten.

Die genaue Höhe des erforderlichen Teilkapitaldeckungsbetrages ist schwierig abzuschätzen. Die obigen Ausführungen zeigen aber, dass sich die Faustformel anwenden lässt, die besagt, wenn ein Drittel weniger Kinder geboren werden, als für eine konstante Bevölkerung nötig ist, dann muss in Annäherung für das fehlende Drittel ein Drittel des Pflegerisikos mit Kapitaldeckung abgesichert werden. Letztlich wird man keine modelltheoretisch zu 100 % perfekte Lösung schaffen, sondern im Rahmen des hier vorgestellten Problems kommt es auf eine politische Entscheidung an, wen man wann als Generation oder Personengruppe identifiziert, die eine Zusatzleistung für die eigene zukünftige Vorsorge zu treffen hat.

Die Teilkapitaldeckung ist ein Weg zur Wiederherstellung eines fairen Generationenvertrags. Die nötigen Maßnahmen sind politisch nicht leicht

umsetzbar. Denn letztlich geht dies nur dadurch, dass die derzeit drohenden Zusatzbelastungen, die später auf nachwachsende Generationen zukommen und die dies in der Regel noch nicht zum gegenwärtigen Zeitpunkt wahrnehmen, bereits zusätzlich von derzeit noch begünstigten Personengruppen bezahlt werden müssen. Dies erfordert ebenso politischen Mut wie politische Ehrlichkeit. Dabei kann man auch weitere politische Parameter mit in die Entscheidung einbauen. So lässt sich bei der Maßgabe, wie viel Vorsorge jemand zusätzlich zu leisten hat, auch die individuelle Kinderzahl berücksichtigen. Ebenso kommt es bis zu einem gewissen Grad auf Pauschalierung an. Lösungen können in der Wirklichkeit immer nur bis zu einem gewissen Grad gerecht bzw. fair sein. Eine absolute Gerechtigkeit im Sinne einer vollständigen Berücksichtigung aller individuellen Fallkonstellationen wird es in der politischen Wirklichkeit kaum geben können. Wie die politische Entscheidung dann genau aussieht, ist auch immer das Ergebnis eines demokratisch politischen Verhandlungsprozesses, der im Sinne der Fairness um Kompromisse nie umhin kommt.

Zunächst gilt es, die deutsche Bevölkerungsentwicklung zu prognostizieren. Grundlage hierfür ist die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. Das Statistische Bundesamt veröffentlicht mehrere Varianten, hinter denen unterschiedliche Annahmen über die einzelnen bevölkerungsrelevanten Parameter stehen. Hier wird die Variante 1 W1 verwendet. Diese stellt die mittlere Bevölkerungsentwicklung dar. Es wird angenommen, dass die Kinderzahl je Frau in etwa bei den aktuellen 1,4 Kindern verbleibt. Es wird ein mittlerer Anstieg der Lebenserwartung und ein Wanderungssaldo von 100.000 Personen pro Jahr unterstellt. Unter diesen Annahmen wird hier die Bevölkerung über das Jahr 2050 hinaus bis 2130 fortgeschrieben.

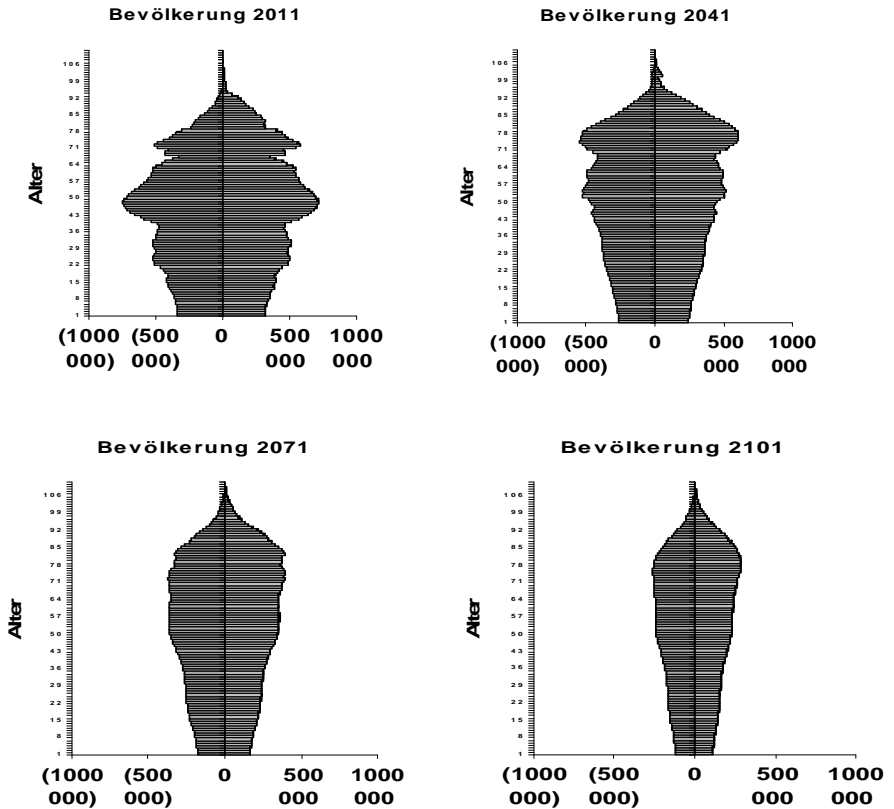


Abbildung 25: Prognostizierte Bevölkerungsstruktur in Deutschland für ausgewählte Jahre aufgrund der Fortschreibung der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 1 W1)

Um die Versicherten in der gesetzlichen Pflegeversicherung zu prognostizieren, ist es zusätzlich nötig, Aussagen über die Zahl der Privat-Pflegepflichtversicherten (PPV-Versicherte) zu treffen. Es wird die Personenzahlen der Privat-Pflegepflichtversicherten ebenfalls bis 2130 prognostiziert. Auf Grundlage der privaten Pflegeversichertenzahlen des Jah-

res 2006 wird eine Fortschreibung vorgenommen, bei der der Einfachheit halber unterstellt wird, dass die PPV- Versicherten mit der gleichen Wahrscheinlichkeit wie die übrige Bevölkerung versterben. Durch das damit verbundene Ansetzen einer höheren als die tatsächliche Sterblichkeit wird auch die Rückkehr einzelner Versicherter in die SPV mit abgebildet.

Für die Veränderung der Versichertenzahlen bei den Kindern und für den Neuzugang bis zum Alter 40 wird zusätzlich Folgendes angenommen: Die Veränderungen der Versichertenzahlen je Alter und Geschlecht von 2005 auf 2006 werden als Basis für die Prognose zukünftiger Veränderungen herangezogen. Diese Veränderungen werden in Proportion zu der zukünftigen Bevölkerungszahl im entsprechenden Alter als Neuzugang bzw. Abgang verwendet. Dies bedeutet konkret, dass nur ein Neuzugang bis zum 40. Lebensjahr unterstellt wird. Der Neuzugang verteilt sich wie in der Vergangenheit, ist aber abhängig von der Bevölkerungszahl. Gibt es beispielsweise nur halb so viele 35-Jährige, treten auch nur halb so viele wie in der Vergangenheit in die PPV ein. Abbildung 26 zeigt die unterstellte Bevölkerungsentwicklung bis ins Jahr 2130.

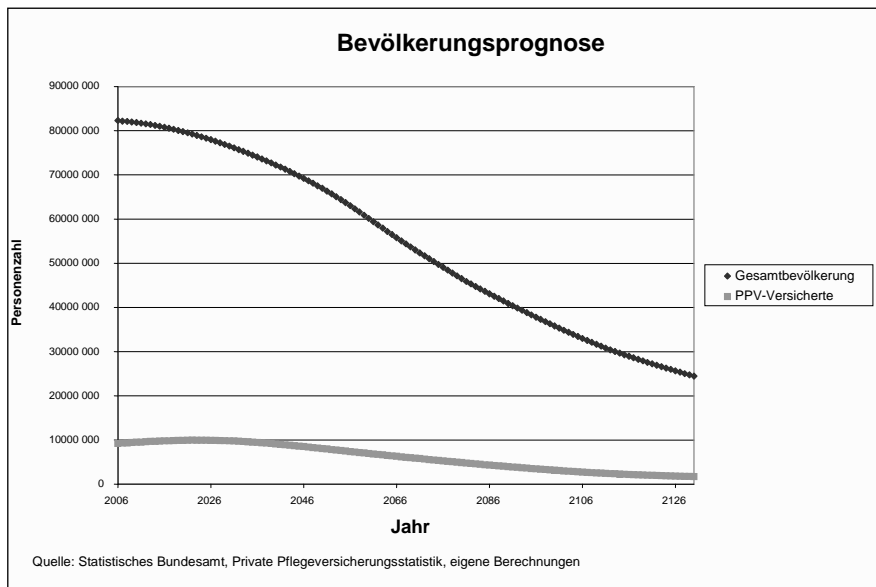


Abbildung 26

Von der Bevölkerungsprognose für die gesamte Bevölkerung werden die prognostizierten Personenzahlen der PPV-Versicherten subtrahiert. Damit erhält man eine Prognose der zukünftig in der gesetzlichen Pflegeversicherung versicherten Personen. Diese Versichertenzahlen sind die Grundlage für die folgende Berechnung. Zusammen mit den oben beschriebenen Modellannahmen lassen sich die zukünftigen Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung abschätzen. Grundlage für die Annahmen zum Modell und die Darstellung der tatsächlichen Lage in Deutschland ist die Rechtslage zum 1.4.2008. Die Konsequenzen aus dem beschlossenen Pflegeweiterentwicklungsgesetz, welches zum 1.8.2008 in Kraft tritt und sowohl eine Erhöhung der Leistungen und als auch der Beiträge vorsieht, konnte bei Redaktionsschluss noch nicht berücksichtigt werden, ändert an der Grundaussage aber nichts.

In Abbildung 27 findet sich dieser prognostizierte Beitragsverlauf zur Pflegeversicherung. Er steigt von dem heutigen Niveau auf fast 4,5 % in 50 Jahren.³⁷

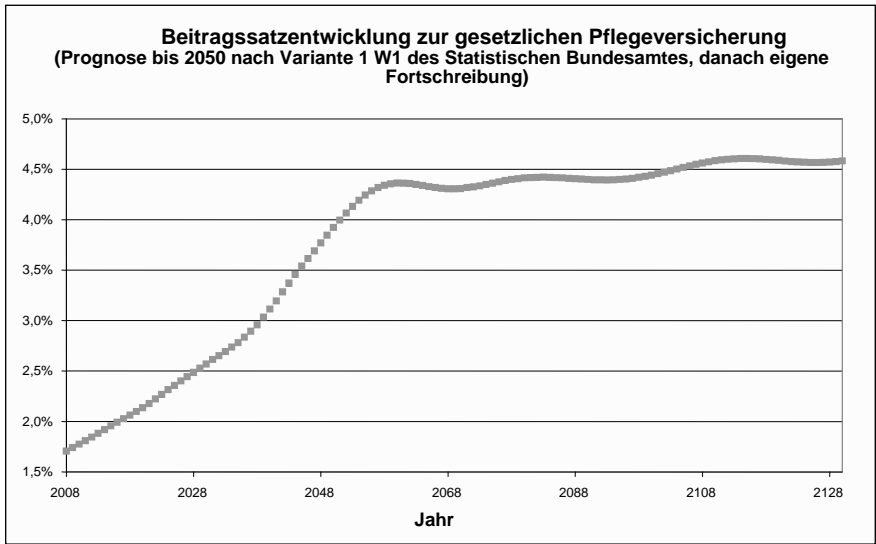


Abbildung 27

Dieser Simulation liegt – wie oben in dem Modell – zu Grunde, dass weder das beitragspflichtige Einkommen steigt noch die Pflegeausgaben. Wie oben gezeigt, ändert sich das Ergebnis auch nicht, wenn beide Größen mit der gleichen Rate wachsen.

³⁷ Die Höhe des Beitragssatzes entspricht in etwa der Variante des Jahrgutachtens 2004/05 des Sachverständigenrates mit mittlerer Bevölkerungsentwicklung, Anstieg des beitragspflichtigen Einkommens 2 % und jährlichem Zuwachs der Ausgaben je Leistungsfall. Vgl. Sachverständigenrat 2004/05, S. 262 ff.

7.3. Teilkapitaldeckung in der Pflegezusatzversicherung als Anwendungsfall unter den aktuellen deutschen Rahmenbedingungen

Ließe man den Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung in der Zukunft konstant bei den aktuellen 1,7 % und würde man entsprechend der dann fehlenden finanziellen Mittel den Leistungsumfang, der aus der Umlagefinanzierung finanzierbar ist, abschmelzen, würde sich die in Abbildung 28 gezeigte Entwicklung einstellen.

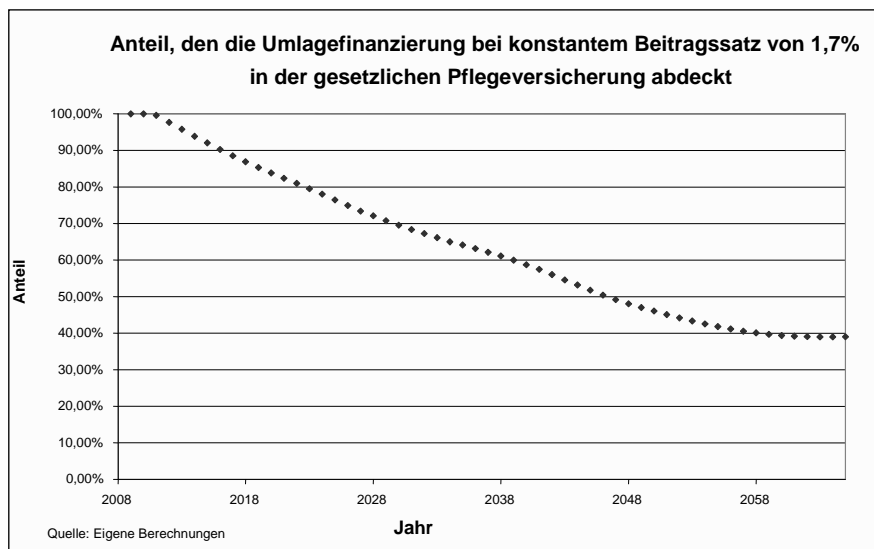


Abbildung 28

Der über die Umlage abgedeckte Anteil der Finanzierung der Pflegekosten fiel in diesem Fall ab dem Jahr 2011 kontinuierlich ab, bis im Jahr 2058 ein Niveau von ca. 40 % erreicht wäre, auf dem – bei unveränderten demographischen Daten – das Abdeckungs niveau der Umlage verbliebe.

Der zur gesamten Finanzierung fehlende Anteil würde über die individuelle Zusatzversicherung abzusichern sein.

Damit sinkt das Niveau der Absicherung über Umlage in dieser Konstellation deutlich unter jenes, was im Modell (Kapitel 6) berechnet wurde. Hierfür sind folgende Gründe anzuführen:

- Mit 1,7 % wird ein niedrigerer Beitragssatz festgeschrieben, als der im Modell berechnete faire Beitragssatz. Damit wird der aktuelle Beitragssatz beibehalten. Dieser liegt zurzeit noch niedriger, da in der deutschen Bevölkerung nicht die oben beschriebene ideale Bevölkerung anzutreffen ist, sondern die älteren Jahrgänge, bedingt durch die Kriege und die Weltwirtschaftskrise und ehemals höhere Sterblichkeit, zahlenmäßig deutlich kleiner sind. Da diese Jahrgänge hauptsächlich die Pflegefälle stellen, gibt es zurzeit anteilig weniger Pflegefälle. Dies ändert sich aber im Zeitablauf, so dass der Anstieg des Beitragssatzes deutlich höher ausfällt als im Modell durch alleinige Wirkung des Geburtenrückganges. Ließe man einen höheren Beitragssatz zu, würde sich der Anteil der Umlage natürlich erhöhen.
- In der für die Berechnung verwendeten Bevölkerungsprognose des statistischen Bundesamtes wird eine Zunahme der Lebenserwartung unterstellt. Dies führt zu steigenden Pflegeausgaben. Im obigen Modell wird von einer konstanten Lebenserwartung ausgegangen.

Für die einzelnen Jahrgänge bedeutet die langsame Abschmelzung der Umlage, dass ein vom Alter abhängender Umfang des Pflegerisikos durch eine individuelle private Pflegezusatzversicherung abzusichern ist. Abbildung 29 enthält den Anteil des zusätzlich abzusichernden Pflegerisikos.

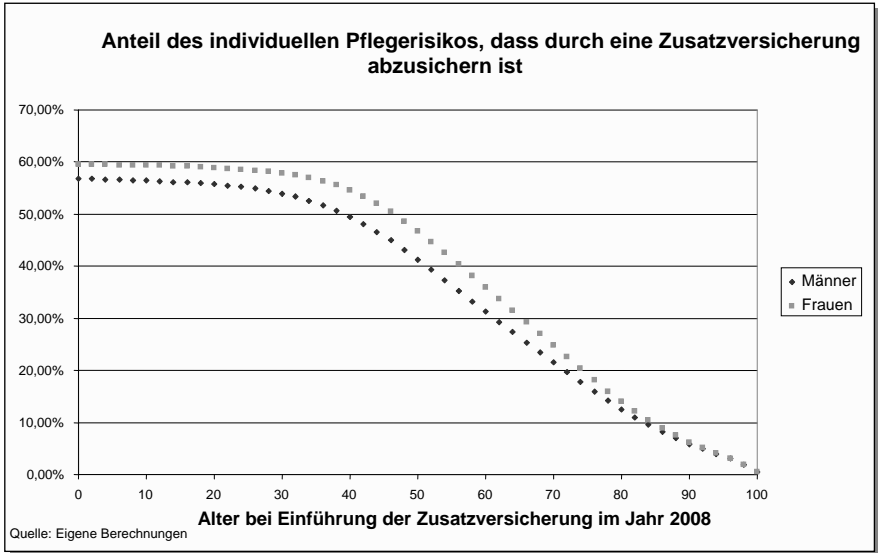


Abbildung 29

Die Werte sind für Männer und Frauen getrennt dargestellt. Man erkennt, dass die jungen Jahrgänge den größten Anteil ihres Pflegerisikos mit der Zusatzversicherung absichern müssen. Dies liegt daran, dass sie wahrscheinlich erst zum Pflegefall werden, wenn die Finanzierung aus der Umlage schon stark abgeschmolzen ist. Je älter die Versicherten zum Zeitpunkt der Einführung der Zusatzversicherung sind, desto weniger müssen sie anteilig von ihrem verbleibenden Pflegerisiko selbst absichern.

Die monatlichen Beiträge zur Zusatzversicherung sind bei den jüngeren Versicherten aber nicht die höchsten, da sie mehr Zeit haben einen Kapitalstock anzusparen. Die monatliche Belastung (oder jährliche) steigt eher mit dem Alter, so dass auch Ältere im vertretbaren Rahmen zur Fi-

nanzierung ihres eigenen Risikos herangezogen werden, zumal sie ja auch das Einführungsgeschenk erhalten haben.

7.4. Teilkapitaldeckung durch kollektiven Kapitalstock als Anwendungsfall unter den aktuellen deutschen Rahmenbedingungen

Die private individuelle Zusatzversicherung spart eine Alterungsrückstellung an. Der Umfang des sich ergebenden Kapitalstocks lässt sich abschätzen. Akkumuliert ist er vergleichbar mit der Höhe eines kollektiven Kapitalstocks. Zur Berechnung der Höhe dieses Kapitalstocks wird hier nun der Beitragssatz der Umlage von 2,08 % unterstellt.

Eine ideale Bevölkerungsstruktur mit den Parametern der deutschen Gesellschaft erfordert noch obigen Berechnungen einen Beitragssatz von 2,08 % zur Pflegeversicherung. Schreibt man diesen auch für die Realität fest, würde sich nach einer Phase des Überschusses bis etwa zum Jahr 2019 jedes Jahr ein Defizit in der Pflegeversicherung ergeben. Abbildung 30 zeigt die prognostizierte Entwicklung des Defizits pro Jahr. Das höchste Defizit mit knapp 17,9 Mrd. € wird schließlich im Jahr 2057 auftreten. Danach ist ein Absinken des Defizits festzustellen. Dies ergibt sich aber nur aufgrund der schrumpfenden Bevölkerungszahl.

Diese Darstellung zeigt eindrucksvoll, dass die größte Belastung durch den demographischen Wandel erst nach 2050 feststellbar ist. Damit greifen z.B. Berechnungen von Längen, Büscher und Lauterbach³⁸ zu kurz, die bei ihrer langfristigen Berechnung eines zur Abfederung des demographischen Wandels notwendigen Kapitalstock, diesen Kapitalstock schon im Jahr 2050 wieder aufgebraucht haben wollen. Ab diesem Jahr werden aber noch viele Jahre anhaltende enorme demographiebedingte

³⁸ Vgl. Längen, Büscher und Lauterbach (2007).

Belastungen auftreten, die einen weitaus größeren Kapitalbedarf nach sich ziehen, als den von Längen et al. mit 79,22 Mrd. € berechneten. Auch die „Rürup-Kommission“ berechnet nur einen bis 2040 zu akkumulierenden Kapitalstock von 125 Mrd. €. ³⁹ (Bruttoinlandsprodukt 2006 zum Vergleich 2.322,2 Mrd. €)

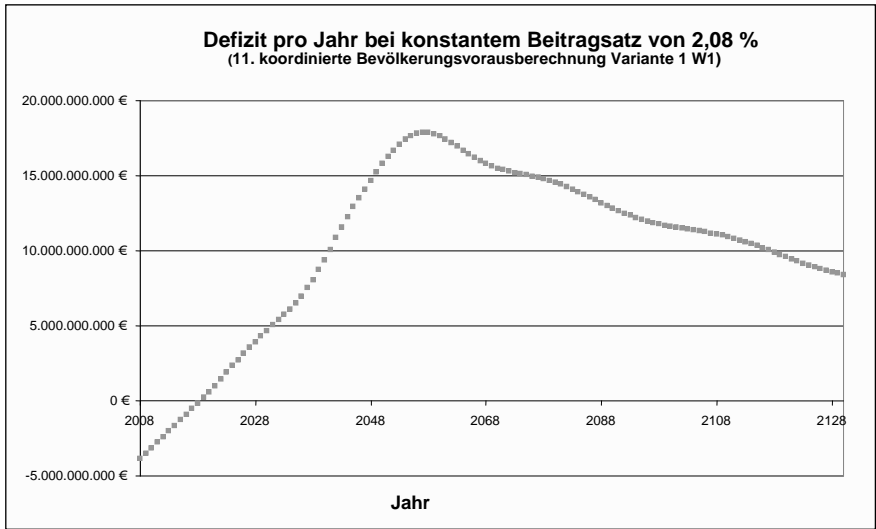


Abbildung 30

Um die Defizite zu finanzieren, lässt sich das Modell der Teilkapitaldeckung vorstellen.

Bis 2018 liegt in der Simulation der Beitragssatz sogar noch unter den angestrebten 2,08 %. Dies ermöglicht durch eine Anhebung des Beitragssatzes schon eine Zuführung zu einem Kapitalstock.

³⁹ Vgl. Gutachten der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“) (2003), S. 2004.

Für den zusätzlich zu erhebenden Betrag ist entscheidend zu definieren, wer ihn zu zahlen hat. Auch wenn 1880 der letzte Jahrgang an Frauen war, der mehr Kinder geboren hat als nötig war, um sich zu reproduzieren, haben diese Frauen doch noch deutlich mehr Kinder geboren als heute. Dass es in den nachfolgenden Generationen nicht für den vollständigen Ersatz der Generation reichte, lag an der höheren Kindersterblichkeit.

Als Maß für die Notwendigkeit, Teilkapitaldeckung zu bilden, wird hier die Grenze bei unter 2 Kindern pro Frau gelegt und damit in etwa die Kinderzahl, die heute für die Reproduktion der Bevölkerung nötig ist. Diese Grenze wurde mit dem sogenannten Pillenknicke Anfang der 70er Jahre in Deutschland überschritten. Damit haben in etwa die Geburtsjahrgänge nach 1942 im Durchschnitt weniger als zwei Kinder zur Welt gebracht.⁴⁰

Alle Jahrgänge, die nach 1942 geboren wurden, werden im Teilkapitaldeckungsmodell mit dem Zusatzbetrag belastet. Diese Last kann innerhalb der Jahrgänge entsprechend der tatsächlichen Kinderzahl variiert werden. So müssten Personen mit zwei und mehr Kindern nicht belastet werden, während Personen mit keinem Kind einen hohen Betrag zu zahlen hätten und Personen mit einem Kind einen reduzierten. Hier wird zunächst nur der Betrag ausgewiesen, den ein Mitglied der Pflegeversicherung im Durchschnitt – unabhängig von der Kinderzahl – zu zahlen hätte.

Zunächst wird der Fall untersucht, in dem keine Zinsen, die über dem angenommenen gleich hohen Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens und der Pflegeausgaben je Pflegefall liegen, auf das Kapital angerechnet werden. Es handelt sich also um eine (Über-)Verzinsung von

⁴⁰ Vgl. Siedhoff/Killisch (2005) Bild 3, S. 21.

Null. Es würde in diesem Fall von den Mitgliedern der Jahrgänge 1942 und früher ein Betrag von 30 € pro Monat (360 € pro Jahr) benötigt, um das Defizit zu finanzieren.

Es würde sich die in Abbildung 31 dargestellte notwendige private Vorsorge ergeben, mit der in der Spitze über 450 Mrd. € Kapital zu bilden wäre, wobei dies sinnvollerweise in private Zusatzversicherungen erfolgen sollte.

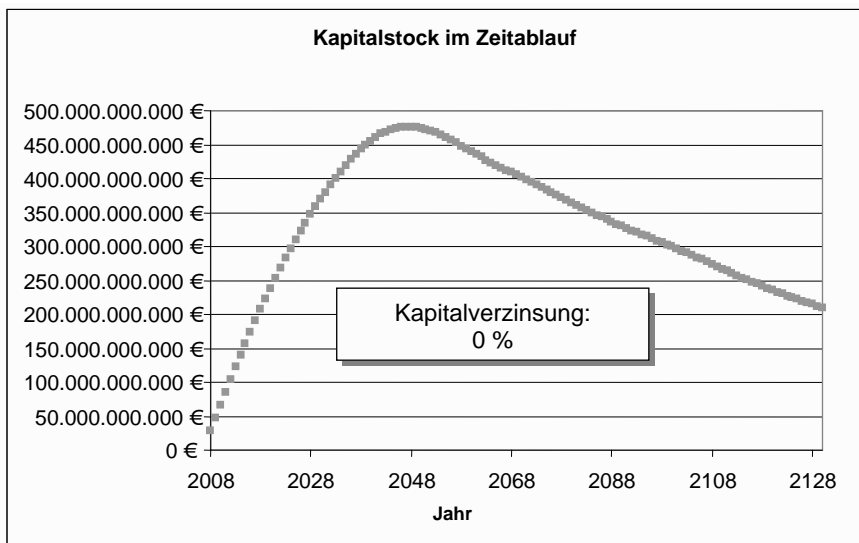


Abbildung 31

Die zugehörige Belastung der einzelnen Personen zeigt die Abbildung 32. Es ist der Durchschnittsbetrag dargestellt, den die alte Generation zu zahlen hat. Der Zusatzbetrag, der von der Generation „über 30 Jahre alt und nach 1942 geboren“ zu tragen ist, und deren Gesamtbelastung sind ebenfalls eingezeichnet. Den Zahlungen gegenübergestellt sind die

durchschnittlich auf ein Mitglied entfallenden Pflegeausgaben, die finanziert werden müssen.

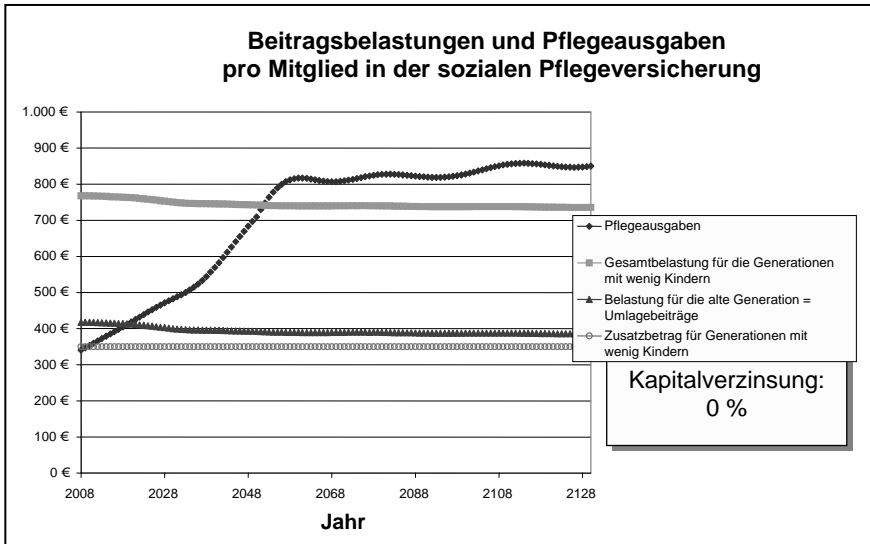


Abbildung 32

Bei einer Verzinsung reduziert sich der zu zahlende Betrag. Bei einem Zins von einem Prozent über dem Wachstum des beitragspflichtigen Einkommens sind im Durchschnitt pro Mitglied in den betroffenen Jahrgängen 280 € pro Jahr ausreichend. Bei 2 % Verzinsung reduziert sich der Betrag auf 200 € und bei 3 % sogar auf 144 €.

7.5. Vergleich der Belastung innerhalb der verschiedenen Versicherungssysteme

Zur Verdeutlichung der Konsequenzen der verschiedenen Finanzierungsverfahren wird in diesem Abschnitt beispielhaft die resultierende Belastung für einzelne Personen verglichen. So wird die Beitragslast von

Personen mit bestimmten Eigenschaften im Umlage-, im reinen Kapitaldeckungs- und im Teilkapitaldeckungsverfahren dargestellt. Der Vergleich erfolgt dabei in den modellhaften Rahmenbedingungen, von unveränderten Leistungen und unveränderten Einkommen.

Dafür wird exemplarisch eine heute 30-jährige Person betrachtet, die ein für ihr Alter durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen bezieht. Diese Person hat annahmegemäß kein Kind und zahlt daher den Aufschlag von 0,25 % in die SPV, so dass 1,95 % Beitrag in 2008 fällig werden. Dieser Aufschlag wird auch für die Zukunft unterstellt. Diese Person würde an die SPV in etwa 416 € Beitrag (inklusive Arbeitgeberanteil) pro Jahr abführen.

Wären Kinder vorhanden, würde sich der Beitragssatz zur Umlage auf 1,7 % reduzieren. In der privaten Versicherung wären die Kinder prämienvfrei mitversichert, entsprechend den für die private Pflegepflichtversicherung geltenden Regeln.

In der privaten Pflegeversicherung, als Modell eines reinen und vollständigen Kapitaldeckungsverfahrens, wären mit einem Eintrittsalter von 30 Jahren zurzeit Beiträge von 214 € pro Jahr erforderlich und blieben dann auch auf diesem Niveau bestehen.

Tabelle 5

Vergleich der Belastung eines heute 30-Jährigen mit durchschnittlichem beitragspflichtigen Einkommen							
Im Alter von		30	40	50	60	70	80
im Jahr		2008	2018	2028	2038	2048	2058
Umlagefinanzierung	Beitragssatz Umlage	1,95%	2,28%	2,68%	3,11%	3,87%	4,58%
	Durchschnitt der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied mit entsprechendem Alter	21.314 €	22.049 €	21.863 €	21.498 €	14.233 €	14.275 €
	Belastung im Umlageverfahren	416 €	503 €	586 €	669 €	551 €	654 €
Kapitaldeckung		214 €	214 €	214 €	214 €	214 €	214 €
Teil-Kapitaldeckung	Beitrag für den Umlage-Anteil (Beitragssatz 1,95%)	416 €	430 €	426 €	419 €	278 €	278 €
	Beitrag zur individuellen kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung	116 €	116 €	116 €	116 €	116 €	116 €
	Gesamt	531 €	546 €	542 €	535 €	393 €	394 €

In der Tabelle 5 werden die Zahlungen in Zehn-Jahresschritten eines Versicherten beginnend mit dem 30. Lebensjahr dargestellt. Es wird für die Zukunft der oben prognostizierte Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung zuzüglich des Kinderlosenaufschlages verwendet. Das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen im entsprechenden Lebensalter wird dagegen auf heutigem Stand belassen. Es ist zu erkennen, dass dieses Durchschnittseinkommen mit 70 und 80 Jahren aufgrund der geringeren Rente deutlich niedriger ausfällt.

Für die Beiträge zu der individuellen Kapitaldeckung, werden die aktuellen Beiträge zur privaten Pflegeversicherung für das Einstiegsalter 30 verwendet und für die Teilkapitaldeckung werden ebenfalls die dargestellten Einkommen herangezogen sowie die aktuellen Beiträge zur individuellen Kapitaldeckung unterstellt und an das von einer jetzt 30-jährigen Person abzusichernde Niveau von 54 % angepasst.

Ein Vergleich der Belastung zeigt, dass die Beiträge in der Umlage für diese Person deutlich steigen. Durch die geringere Rente ist zwar absolut zunächst ein Rückgang zu verzeichnen, relativ zum Einkommen steigt die Belastung aber deutlich. So erhöht sich der Beitrag für die heute 30-Jährigen bis zu seinem 80. Lebensjahr um 57 % von 416 € pro Jahr auf 654 € pro Jahr.

Für diese Person wäre die volle Kapitaldeckung am günstigen, würde sie mit 30 in diese hineinwechseln und keine sonstigen Lasten tragen. Die vollständige Kapitaldeckung für 30-Jährige startet mit 214 € und bleibt auf dem Niveau erhalten. Es ist allerdings anzumerken, dass sich diese günstige Fallkonstellation hier nur ergibt, weil die Nachfinanzierung von Alterungsrückstellungen für ältere Jahrgänge hier unberücksichtigt geblieben ist.

Die Teilkapitaldeckung wäre zwar für Personen in jungen Jahren noch relativ teuer, würde aber in der Zukunft im Verhältnis zur Umlage deutlich günstiger. Ein weiterer Vorteil ist der, dass bei der Umstellung ältere Personen nicht so hohe Beiträge in die Zusatzversicherung zahlen müssten, da sie einen geringeren Umfang (ca. 54 % bei 30-Jährigen) absichern müssen. (Vergleiche Abbildung 29). So müsste beispielsweise ein 50-Jährigen nur noch 41 % absichern, dies würde zu Beiträgen zur Zusatzversicherung von 178 € pro Jahr führen. Tabelle 6 gibt einen Überblick über die Höhe des jährlich zu zahlenden Beitrages zur Zusatzversicherung in Abhängigkeit des Eintrittsalters.

Tabelle 6

Beitrag zu privaten Zusatz-/ Voll- Kapitalpflegeversicherung in Abhängigkeit des Eintrittsalters						
Wechsel im Alter von	30	40	50	60	70	80
Beitrag zur individuellen kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung	116 €	146 €	178 €	212 €	256 €	294 €
Beiträge zur vollen kapitalgedeckten Pflegeversicherung	214 €	296 €	432 €	677 €	1.188 €	2.347 €

Die Teilkapitaldeckung beginnt mit einem Jahresbeitrag von 513 € und ist damit 116 € pro Jahr teurer als die reine Umlagefinanzierung. Dafür sinkt der Beitrag dann kontinuierlich bis zum 80. Lebensjahr auf 394 €. Er ist dann 160 € günstiger als die Umlagefinanzierung. Vermutlich kann erst dieses Absinken im Zeitablauf für Leistungsverbesserungen verwendet werden. In der reinen Umlagefinanzierung dürfte dafür kein Spielraum zu finden sein.

In Tabelle 6 ist weiter zu erkennen, dass die Zusatzbeiträge zur Teilkapitaldeckung mit dem Alter eine deutlich geringere Dynamik aufweisen, als die Beiträge zur vollen kapitalgedeckten Versicherung. Der aufrechterhaltene Umlageanteil dämpft den Anstieg mit dem Alter. Dies macht das Teilkapitaldeckungssystem deutlich einfacher umsetzbar.

8. Zusammenfassung und Ergebnis:

- (1) Die Leistungsfähigkeit der Umlagefinanzierung ist generell von der Erfüllung sozio-demographischer Voraussetzungen abhängig. Dies gilt in besonderem Maß für die Pflegeversicherung.
- (2) Verändern sich diese sozio-demographischen Voraussetzungen, sinkt also z.B. die Geburtenrate einer Bevölkerung, dann führt dies – ceteris paribus – zu steigenden Beitragssätzen. Diese Steigerung ist jedoch kein permanenter Prozess. Vielmehr gibt es zu jeder sozio-demographischen Konstellation einen langfristig stabilen Beitragssatz.
- (3) Dieser langfristig stabile Beitragssatz stellt sich nicht sofort ein. Es gibt viel mehr einen Anpassungsprozess steigender Beitragssätze, der mehrere Jahrzehnte dauern kann.
- (4) In diesem Fall gibt die Differenz zwischen dem alten Beitragssatz bei der alten Geburtenrate und dem neuen höheren und gleichgewichtigen Beitragssatz bei der neuen Geburtenrate eine strukturelle Unterfinanzierung an. Mit steigendem Beitragssatz wird diese strukturelle Unterfinanzierung nach und nach abgebaut.
- (5) Wenn es auch zu jeder Geburtenrate einen langfristig passenden Beitragssatz in der Umlagefinanzierung gibt – theoretisch kann sogar ein Erwerbstätiger die Pflegekosten mehrerer Rentner finanzieren – ist ein normativer Maßstab erforderlich, wie solche Konstellationen politisch zu bewerten sind.

Im fairen Generationenvertrag wird verlangt, dass sich für jede Generation die zu zahlenden Beiträge und die erwarteten Leis-

tungen ausgleichen. Es gibt über den Zeitablauf betrachtet keine begünstigte und keine benachteiligte Generation. Diese Voraussetzung ist nur erfüllbar bei einer sich dauerhaft selbst reproduzierenden Bevölkerung.

Die tatsächliche Situation in Deutschland weicht hiervon jedoch erheblich ab. Die Umlagefinanzierung kann jedenfalls dem Gebot des fairen Generationenvertrags nicht genügen.

- (6) Dies erfordert bei Beachtung der Generationengerechtigkeit eigentlich den vollständigen Umstieg auf die Kapitaldeckung. Die damit verbundenen Umstellungskosten, insbesondere durch die Nachfinanzierung der Alterungsrückstellung für ältere Versicherte, sind jedoch erheblich.

Als Alternative bietet sich die Teilkapitaldeckung an. Sie wird in dem Umfang erforderlich, wie in der Umlagefinanzierung z.B. durch die sinkende Geburtenrate bei gegebenem Beitragssatz eine Unterfinanzierung entstehen würde.

- (7) Unter dem Gebot des fairen Generationenvertrags gilt dann für die verbleibende Umlagefinanzierung, dass der Saldo aus Beiträgen und Leistungen für jede Generation zwar gleich ist. Alle Generationen werden also gleich behandelt. Er saldiert sich jedoch nicht mehr zu Null. Jede Generation muss, wenn sie jung ist, eine zusätzliche Last dafür tragen, dass es bei einer unter dem Reproduktionsniveau liegenden Geburtenrate mehr alte als junge Menschen gibt. Im Vergleich zur vollständigen Kapitaldeckung ist bei einer unter dem Reproduktionsniveau liegenden Geburtenrate die Teilkapitaldeckung für die Versicherten damit teurer als die vollständige Kapitaldeckung.

Dem stehen allerdings die hohen Umstellungskosten eines vollständigen Umstiegs auf die Kapitaldeckung gegenüber.

- (8) Die Teilkapitaldeckung kann in Form einer privaten Pflegezusatzversicherung organisiert sein. Hier wird davon ausgegangen, dass die Leistungen der Umlagefinanzierung genau in dem Umfang schrittweise reduziert werden, wie die unter dem Reproduktionsniveau liegende Geburtenrate zu geringeren Beitragseinnahmen führt. Jede Generation hat dann genau in dem Umfang eine Chance, schrittweise ihren bisherigen Leistungsanspruch durch den Abschluss von Pflegezusatzversicherungen zu behalten, wie sie durch zu wenige Kinder die Finanzkraft der Umlagefinanzierung reduziert. Finanzierungstechnisch bleibt das Leistungsniveau für jede Generation erhalten, wenn im Umfang „der fehlenden Kinder“ individuelle kapitalgedeckte Ansprüche aufgebaut werden
- (9) Theoretisch vorstellbar ist auch das Modell eines kollektiven Kapitalstocks. Die damit verbundenen organisatorischen Probleme, die Fragen der Zugriffssicherheit und der Umgang mit den sich ergebenden Kalkulationsrisiken sind jedoch erheblich. Im Vergleich mit der Pflegezusatzversicherung ist dies die schlechtere Lösung.
- (10) Würde man sich trotzdem für den kollektiven Kapitalstock entscheiden, dann wäre dafür in der Spitze ein Umfang von über 450 Mrd. € erforderlich. Diese Berechnung greift die Situation der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland auf. Das liegt deutlich über dem, was in anderen Studien bisher berechnet wurde und ist vor allem darauf zurückzuführen, dass bisher ein Kapitalstock immer nur mit dem Ziel errechnet wurde, „finanzielle Erleichterung“ für wenige Jahre zu schaffen. Es reicht aber keine „Untertunne-

lung“, sondern der demographische Wandel macht eine Teilkapitaldeckung als dauerhafte Lösung erforderlich.

- (11) Um in dem Modell der Teilkapitaldeckung den heutigen Beitragsatz des weiterhin umlagefinanzierten Teil der Pflegeversicherung zu halten, müssten bei dem heutigen Leistungsniveau künftig bis zu 60 % der Leistungsansprüche durch eine private Pflegezusatzversicherung abgesichert werden.
- (12) Unabhängig davon, für welche Form der Teilkapitaldeckung man sich entscheidet, sollte am besten zu dem Zeitpunkt begonnen werden, an dem der demographische Wandel beginnt. Jede spätere Entscheidung hierfür verteuert die Umstellungskosten. Diskutiert man eine Teilkapitaldeckung im Falle der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland, dann ist zu konstatieren, dass der demographische Wandel sich hier bereits seit vielen Jahren vollzieht. Dies erschwert die Einführung einer Teilkapitaldeckung zwar, macht sie jedoch nicht unmöglich und ist immer noch gegenüber der alleinigen Fortsetzung der Umlagefinanzierung vorzuziehen.

Literatur

Auerbach, A.; Gokhale, J. und Kotlikoff, L. (1994), Generational Accounts: a meaningful way to evaluate fiscal policy, in: *The Journal of Economic Perspectives*, 8/1, S. 73-94.

Auerbach, A.; Gokhale, J. und Kotlikoff, L. (1992), Social Security and Medicare policy from the perspective of generational accounting, in: *Tax policy and the economy*, 6, S. 129-145.

Auerbach, A.; Gokhale, J. und Kotlikoff, L. (1991), Generational Accounts: a meaningful alternative to deficit accounting, in: *Tax policy and the economy*, 5, S. 55-110.

Bhattacharya, J.; Cutler, D.; Goldmann, D. et al. (2004), Disability Forecasts and Future Medicare Costs, in: *Front Health Policy Res* 7, S. 75-94.

Eisenmenger, M. (2005), Sterbetafel 2001/2003, Auszug aus: *Wirtschaft und Statistik*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

Fetzer, S. (2005), Determinanten der zukünftigen Finanzierbarkeit der GKV: Doppelter Alterungsprozess, Medikalisierung- vs. Kompressions- these und medizinisch-technischer Fortschritt, *Diskussionsbeiträge des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg* 130/05.

Fries, J. F. (1980), Aging, natural death, and the compression of morbidity, in: *The New England Journal of Medicine*, 303, S. 130-136.

Fries, J. F. (2000), Compression of morbidity in the elderly, in: *Vaccine* 18, S. 1584-1589.

Gutachten der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“) (2003), *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssystemen*, Berlin.

Gruenberg, E.M. (1977), *The Failure of Success*, *Milbank Memorial Fund Quarterly* 55, S. 3-24.

Gaßner, M. Schottky, E. (2005), Reformvorschlag für eine ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung, in: *Die BKK*, Nr. 2, 2005.

Hagist, C.; Raffelhüschen, B.; Weddige, O. (2006), *Brandmelder der Zukunft – Die Generationenbilanz 2004*, *Diskussionsbeiträge No. 12*, Forschungszentrum Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Hagist, C.; Heidler, M.; Raffelhüschen, B.; Schoder, J. (2007), *Die Generationenbilanz – Brandmelder der Zukunft Update 2007: Demografie trifft Konjunktur*, *Diskussionsbeiträge No. 17*, Forschungszentrum Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg

Herzog-Kommission (2003), *Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme*, September 2003.

Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003), *Intergenerativer Lastenausgleich in der Pflegeversicherung*, Berlin, 27. Juni 2003.

Kronberger Kreis (2005), Tragfähige Pflegeversicherung, Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft, Band 42, Berlin 2005.

Lüngen, M., Büscher, G., Lauterbach, K. (2007), Quantitative Abschätzung einer Kapitalansparung in der Pflegeversicherung. Wie hoch müssten Beiträge zur Demografiereserve sein?, in: Soziale Sicherheit 6-7/2007, S. 236- 238.

Niehaus, F. (2007), Alter und steigende Lebenserwartung – Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

o.V. (2006), Modell zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung, unveröffentlichtes Manuskript.

Raffelhüschchen, B. (1999), Generational Accounting: Method, Data, and Limitations, European Economy, Reports and Studies, 6, S. 17-28.

Raffelhüschchen, B.; Häcker, J.; Höfer, M. (2004), Wie kann die gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?, Diskussionsbeiträge 119/04, Freiburg.

Raffelhüschchen, B.; Häcker, J. (2004), Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, in: Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 73/1, S. 158-174.

Raffelhüschchen, B.; Häcker, J.; Höfer, M. (2005), Reformkonzepte der gesetzlichen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand, Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft

Siedhoff, M.; Killisch, W. (2005), Komponenten und Kennziffern der Bevölkerungsentwicklung am Beispiel Deutschland, in: Demographischer

Wandel, Wissenschaftliche Zeitschrift der technischen Universität Dresden. Band 54, S. 19-25.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2004/05, Pflegeversicherung im Jahr 2004: Der Reformdruck wächst, Ziffern 340 bis 341.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1994), Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung, Sondergutachten vom 18.2.1994.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005), Jahresgutachten 2004/2005, Pflegeversicherung: Reform unausweichlich, Ziffern 545 ff.

Schulz Ehring, F. (2007), Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 02/07.

Statistisches Bundesamt (2006), Sterbetafel 2003/2005, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2007), Bevölkerung – Geburten. Durchschnittliches Alter der Mütter bei der Geburt ihrer lebendgeborenen Kinder in Deutschland und zusammengefasste Geburtenziffer, im Internet unter: www.destatis.de (Stand: 04.09.2007).

Thullen, P. (1980), Finanzierungsverfahren der sozialen Rentenversicherung aus alter und neuer Sicht, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 69, S. 89-109.

Thullen, P. (1982), Die Mathematik der sozialen Rentenversicherung unter dynamischen Bedingungen (Einführung mit Anwendungen in der

Praxis), Schriftenreihe: Angewandte Versicherungsmathematik, Deutsche Gesellschaft für Versicherungsmathematik, Heft 13, Karlsruhe.

Wiesner, G. (2001), Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, in: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch Institut, Berlin.

Verbrugge, L. M. (1984), Long Live but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older Persons, in: Milbank Memorial Fund Quarterly, 62, S. 195-233.

Ziegler, U.; Doblhammer (2005), Reductions in the Incidence of care need in west and east germany between 1991 and 2003: compression-of-morbidity or policy effect? working paper der IUSSP in Tours, Frankreich.

ISBN 978-3-9810070-6-0