

Arentz, Christine; Läufer, Ines; Roth, Steffen J.

**Working Paper**

## Pflegevorsorge II: Einstieg in den Umstieg auf Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung

IWP Discussion Paper, No. 2011/1

**Provided in Cooperation with:**

Institute for Economic Policy, University of Cologne

Suggested Citation: Arentz, Christine; Läufer, Ines; Roth, Steffen J. (2011) : Pflegevorsorge II: Einstieg in den Umstieg auf Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung, IWP Discussion Paper, No. 2011/1, Universität zu Köln, Institut für Wirtschaftspolitik (iwp), Köln

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/79688>

**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.*

**INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSPOLITIK  
AN DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN**

**Pflegevorsorge II – Einstieg in den Umstieg auf  
Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung**

Christine Arentz, Ines Läufer und Steffen J. Roth

Langfassung der Studie „Pflegevorsorge – Wegweiser für eine demografiefeste Pflegeversicherung“, erschienen bei der Vereinigung der bayerischen Wirtschaft e.V.

**IWP Discussion Paper No. 2011/1  
Februar 2011**

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Die Entscheidung für eine Pflegeversicherung war richtig .....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung .....</b>	<b>8</b>
3.1	Demografieanfälligkeit des Umlageverfahrens .....	8
3.2	Unsachgemäße Vermischung von Umverteilung und Versicherung durch lohnabhängige Beiträge .....	15
3.3	Beschäftigungsfeindliche Belastung des Faktors Arbeit .....	17
3.4	Belastung durch Einführungsgewinne .....	18
3.5	Problematische Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils .....	19
3.6	Zwischenfazit .....	20
<b>4</b>	<b>Die Pflegevorsorge als Teilkapitaldeckungsmodell – Kapitalgedeckte Pflegeversicherung mit steuerfinanziertem Vertrauensschutz .....</b>	<b>21</b>
4.1	Bevölkerungsumfassend verpflichtende Mindestversicherung .....	22
4.2	Privatwirtschaftliche Organisation .....	23
4.3	Kapitalgedeckte Versicherung mit individuellen Altersrückstellungen .....	24
4.4	Kalkulation risikoäquivalenter Prämien .....	25
4.5	Zwischenfazit .....	28
<b>5</b>	<b>Umstellungs- und Übergangslösungen der Reform .....</b>	<b>28</b>
5.1	Zum Fortbestand von Leistungsansprüchen .....	28
5.2	Vertrauensschutz durch Einführung einer Belastungsgrenze und staatliche Leistungsaufstockung in der Übergangszeit .....	30
5.3	Steuerfinanzierung des Vertrauensschutzes .....	34
5.4	Verteilungswirkungen des Übergangs .....	35
5.5	Umstieg auf Kapitaldeckung ist in jedem Fall vorteilhaft .....	37
<b>6</b>	<b>Vorteile der Pflegevorsorge – Teilkapitaldeckung als Antwort auf den Bedarf an Eigenvorsorge und Vertrauensschutz .....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Zusätzlicher Reformbedarf auf der Leistungsseite der Pflegeversicherung .....</b>	<b>40</b>
7.1	Vollversicherung mit Selbstbehalt statt Teilkaskoversicherung .....	41
7.2	Leistungsausweitung: Der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff .....	43
<b>8</b>	<b>Keine Leistungsausweitung im kranken System der gesetzlichen Pflegeversicherung .....</b>	<b>45</b>

8.1	Mögliche Aufgaben einer privaten Zusatzversicherung .....	46
8.2	Einstieg in den Ausstieg: Ein Weg zur Pflegevorsorge .....	49
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>52</b>

Autorenkontakt

Dipl.-Volkswirtin Christine Arentz (*geb. Wolfgramm*)  
christine.arentz@wiso.uni-koeln.de

Dipl.-Volkswirtin Ines Läufer  
laeuffer@wiso.uni-koeln.de

Dr. Steffen J. Roth  
steffen.roth@wiso.uni-koeln.de

Korrespondenzadresse

Institut für Wirtschaftspolitik  
an der Universität zu Köln  
Pohligstr. 1 – 50969 Köln

Telefon: +49221 470 5347  
Telefax: +49 221 470 5350

## 1 Zusammenfassung

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde 1995 mit dem Ziel eingeführt, die Sozialhilfeträger bzw. die Steuerzahler zu entlasten. Viele Personen hatten im Laufe ihres Erwerbslebens nicht für die finanziellen Risiken aus Pflegebedürftigkeit vorgesorgt und stießen daher bei Pflegebedürftigkeit schnell an die Grenzen ihrer finanziellen Belastungsfähigkeit. Die seit 1995 bestehende allgemeine Versicherungspflicht war daher vom Grundsatz her geeignet, die ungerechtfertigte Inanspruchnahme von gesellschaftlich finanzierten Mitteln zu vermeiden.

Allerdings war die Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der damals bereits bekannten demografischen Veränderungen von Anbeginn problematisch: Umlagesysteme sind von demografischen Verschiebungen besonders negativ betroffen. Abnehmende Geburtenraten und eine längere Lebenserwartung führen zu einem immer ungünstigeren Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern. Ohne drastische Eingriffe auf der Leistungsseite oder Reform des Systems ist daher in der Zukunft der gesetzlichen Pflegeversicherung mit massiven Beitragssatzerhöhungen zu rechnen.

Neben den Problemen, die sich in Umlagesystemen aufgrund der demografischen Entwicklung ergeben, sind aus ordnungspolitischer Sicht weitere negative Auswirkungen zu konstatieren. So entfalten die lohn- bzw. rentenbezogenen Beiträge zum einen negative arbeitsmarktpolitische Wirkungen, da jede Beitragssatzerhöhung zu Ausweichreaktionen von Unternehmen und / oder Arbeitnehmern führen kann. Zum anderen bewirken die lohnbezogenen Beiträge eine unsachgemäße Vermischung von Versicherungsleistungen und Einkommensumverteilung. Lohn- und Renteneinkommen sind keine geeigneten Indikatoren für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, da sie nicht die gesamte wirtschaftliche Situation der Bürger widerspiegeln. Darüber hinaus richten sich die Leistungszusagen der Pflegeversicherung selbstverständlich auch nicht nach der wirtschaftlichen Bedürftigkeit der Pflegebedürftigen.

Ein weiteres Problem von Umlagesystemen ist die Verteilung von Einführungsgewinnen. Neben den Einführungsgeschenken, die 1995 an die älteren Generationen verteilt wurden, werden auch heute immer noch neue Einführungsgewinne gewährt: Viele Versicherte erhalten Leistungen, obwohl sie nicht Zeit ihres Erwerbslebens entsprechende Beiträge in das System eingezahlt haben. Verschärft wird diese Situation bei jeder Leistungsausweitung in der Pflegeversicherung. Die Finanzierung dieser

Einführungsgewinne wird im bestehenden System auf zukünftige Generationen verschoben.

Vor diesem Hintergrund besteht schon seit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung dringender Reformbedarf, der sich angesichts der demografischen Veränderungen und der angedachten Reformen der Leistungsseite (Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs) noch verschärfen wird. Die Politik hat die Dringlichkeit einer Reform der Pflegeversicherung erkannt. Das Reformvorhaben von CDU / CSU und FDP, die Pflegeversicherung durch eine zweite kapitalgedeckte Säule zu ergänzen, könnte ein erster Schritt in Richtung größere Nachhaltigkeit sein. Die konkrete Ausgestaltung dieser Teilkapitaldeckung ist bis dato jedoch unbekannt.

Eine Reformoption, das Modell der Pflegevorsorge, wurde bereits 2004 mit Unterstützung der Vereinigung der bayerischen Wirtschaft e. V. (vbw) vom Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln (iwp) entwickelt. Dieses Modell sieht letztendlich einen vollständigen Umstieg auf Kapitaldeckung vor. Zugleich berücksichtigt es die entstandenen Erwartungen der Versicherten, im Falle der Pflegebedürftigkeit gewisse Versicherungsleistungen zu erhalten, und sieht daher einen Übergangszeitraum vor, innerhalb dessen Vertrauensschutzleistungen gewährt werden (vgl. Kapitel 4-5). Mit dem Konzept der Pflegevorsorge werden die grundlegenden Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung gelöst:

- Die Kapitaldeckung stellt das System auf eine nachhaltige Basis, weil die Verschiebung der Belastungen auf zukünftige Generationen gestoppt und die Finanzierung der Pflegeleistungen durch Ansparen der jeweiligen Kohorten gewährleistet wird. Grundsätzlich werden in der Pflegevorsorge für die verpflichtende Absicherung eines Mindestleistungskataloges risikoäquivalente Kalkulationen auf Seiten der Versicherer ermöglicht, ohne dabei Versicherte mit erhöhtem Pflegerisiko stärker zu belasten als andere. In der Übergangs- und Einführungsphase wird eine finanzielle Überforderung durch eine Belastungsgrenze verhindert.
- Die Kombination aus risikoäquivalenten Prämien und individuellen, übertragbaren Altersrückstellungen ermöglicht einen effizienten Preis-Leistungswettbewerb zwischen den Versicherungen. Auch Personen mit erhöhtem Pflegefallrisiko können durch die Übertragung ihrer individuellen Altersrückstellungen nachteilsfrei ihre Versicherung wechseln.

- Bereits Pflegebedürftige haben weiterhin vollen Anspruch auf die bisher gewährten Leistungen. Für pflegenaher Jahrgänge werden staatliche Aufstockungsleistungen über die gesamte Pflegedauer finanziert.

Die Pflegevorsorge sieht also langfristig den Umstieg auf ein vollständig kapitalgedecktes System vor. Innerhalb eines Übergangszeitraumes ist der Leistungskatalog aufgrund des Vertrauensschutzes jedoch nur teilweise kapitalgedeckt abgesichert, da ein Anteil der Leistungen über eine Steuerfinanzierung bereitgestellt werden muss. Diese partielle Finanzierung der Pflegeleistungen über ein kapitalgedecktes System entspricht somit dem im Koalitionsvertrag fixierten Ziel, die Pflegeversicherung *ergänzend* kapitalgedeckt zu finanzieren. Der fertig ausgearbeitete und diskussionserprobte Vorschlag der Pflegevorsorge kann daher als Blaupause für den Reformprozess dienen (vgl. Kapitel 6).

Die Entscheidung über den Umfang des Leistungskatalogs für die Pflegeversicherung muss auf politischer Ebene gefällt werden. Entsprechende Vorschläge zur Reform des aktuellen Leistungsumfangs liegen mit dem Konzept des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits vor (vgl. Kapitel 7). Diese Leistungsausweitungen sollten jedoch keinesfalls im heutigen Umlagesystem erfolgen, wenn die beschäftigungs- und zukunftsfeindlichen Schwierigkeiten des heutigen Systems nicht weiter verschärft werden sollen (vgl. Kapitel 8). Das Modell der Pflegevorsorge ermöglicht hingegen, die Kostensteigerungen durch Leistungsausdehnungen nachhaltig und generationengerecht zu finanzieren.

Fehlt die politische Entschlossenheit, die Umstellung auf die Pflegevorsorge sofort durchzuführen, bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, das Modell zeitlich gestreckt zu verwirklichen. So könnte als erster Schritt nur die Absicherung der mit der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes einhergehenden Mehrkosten in einem privaten Versicherungssystem erfolgen. Dieses sollte – wie in der Pflegevorsorge vorgesehen – bevölkerungsumfassend verpflichtend eingeführt und kapitalgedeckt über risikoäquivalente Prämien finanziert werden. Bei dieser Reformvariante würde das Umlageverfahren zumindest nicht mit weiteren Kosten belastet, allerdings stellt dieser Schritt nur eine Minimallösung dar.

Eine weitergehende Reform würde nicht nur die Mehrkosten aus dem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff kapitalgedeckt absichern, sondern jegliche weitere Belas-

tung zukünftiger Generationen verhindern. Dies würde durch das Einfrieren der Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung erreicht.

Im Vergleich zum Konzept der Pflegevorsorge würden zwar die lohnbezogenen Beiträge in der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht gänzlich abgeschafft, aber zumindest nicht weiter ansteigen. Die – wie in der Pflegevorsorge ausgestaltete – kapitalgedeckte Säule würde somit alle Kostenerhöhungen auffangen, die durch Leistungsdynamisierung und –ausdehnung sowie demografische Veränderungen bedingt sind.

Die anstehende Reformdiskussion im Zuge der Umsetzung des Koalitionsvertrages sollte als Chance für einen Einstieg in eine kapitalgedeckte Versicherung genutzt werden. Die Pflegevorsorge bietet sich als teilkapitalgedeckte Variante an und kann die im Koalitionsvertrag angestrebten Veränderungen sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der leistungsrechtlichen Seite systematisch umsetzen.

## **2 Die Entscheidung für eine Pflegeversicherung war richtig**

Pflegebedürftigkeit ist für den Einzelnen nicht nur mit der Einschränkung der selbständigen Lebensführung, sondern häufig auch mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden. Eine solche – mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit im Alter eintretende – Belastung lässt eine rechtzeitige Vorsorge durch Abschluss einer Versicherung sinnvoll erscheinen. Bis 1995 hatte sich in Deutschland jedoch kaum jemand gegen diese finanziellen Risiken versichert.<sup>1</sup> Pflegebedürftige mussten also auf eigenes Vermögen und auf das ihrer Angehörigen zugreifen bzw. bei wirtschaftlicher Bedürftigkeit schließlich Sozialhilfe in Anspruch nehmen, um die Pflegekosten zu finanzieren. Die hohen finanziellen Belastungen führten in vielen Fällen dazu, dass das während des gesamten Erwerbslebens angesparte Vermögen der Pflegebedürftigen vollständig aufgezehrt wurde.

Auch aus ökonomischer Sicht war der bis 1995 bestehende Mangel einer kollektiven Regelung unbefriedigend. Die Allgemeinheit der Steuerzahler musste die im Rahmen der Sozialhilfe gewährten Pflegeleistungen finanzieren, obwohl bei vielen Pflegebedürftigen, die auf Sozialhilfe angewiesen waren, im Laufe ihres vorherigen Erwerbs-

---

<sup>1</sup> Nach Erhebungen des Verbands der privaten Krankenversicherung lag die Zahl der Versicherten im Jahr 1988 bei 74.000. Im Zuge der öffentlichen Diskussion um die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung stieg diese Zahl bis 1995 zwar auf knapp 377.000 Versicherte an. Gegenüber der heutigen flächendeckenden Pflegeversicherung, die 79 Millionen Versicherte zählt (gesetzliche umlagefinanzierte und private Pflegeversicherung), erscheint diese Zahl jedoch vernachlässigbar.



lebens ausreichend Einkommen oder Vermögen vorhanden gewesen wäre, um selbst eine ausreichende Eigenvorsorge zu finanzieren.

Ohne eine Versicherungspflicht bewirkte die Gewissheit, notfalls durch die Allgemeinheit aufgefangen zu werden, den Anreiz, auf eine entsprechende Eigenvorsorge für den Fall der Pflegebedürftigkeit zu verzichten. Im Fall der späteren Pflegebedürftigkeit konnte bei unzureichendem Einkommen oder Vermögen vielmehr die Unterstützung der Allgemeinheit in Form der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden, obwohl bei angemessener Lebenseinkommensbetrachtung keine Bedürftigkeit vorlag. Vor diesem Hintergrund war die Einführung einer Pflicht zur Versicherung der finanziellen Risiken aus Pflegebedürftigkeit ein grundsätzlich richtiger Schritt.<sup>2</sup>

### **3 Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung**

#### **3.1 Demografieanfälligkeit des Umlageverfahrens**

Die gesetzliche Pflegeversicherung<sup>3</sup> ist trotz großer Widerstände aus der Wissenschaft 1995 als Umlageverfahren eingeführt worden, obwohl die insbesondere demografisch bedingten Finanzierungsprobleme, die auf die bereits bestehenden umlagefinanzierten Systeme wie bspw. der gesetzlichen Rentenversicherung zukommen würden, bereits 1995 offensichtlich waren. Bei abnehmender Bevölkerung ist das System in dieser Form langfristig nicht aufrecht zu erhalten. Eine grundlegende Reform ist deshalb ohne Alternative.

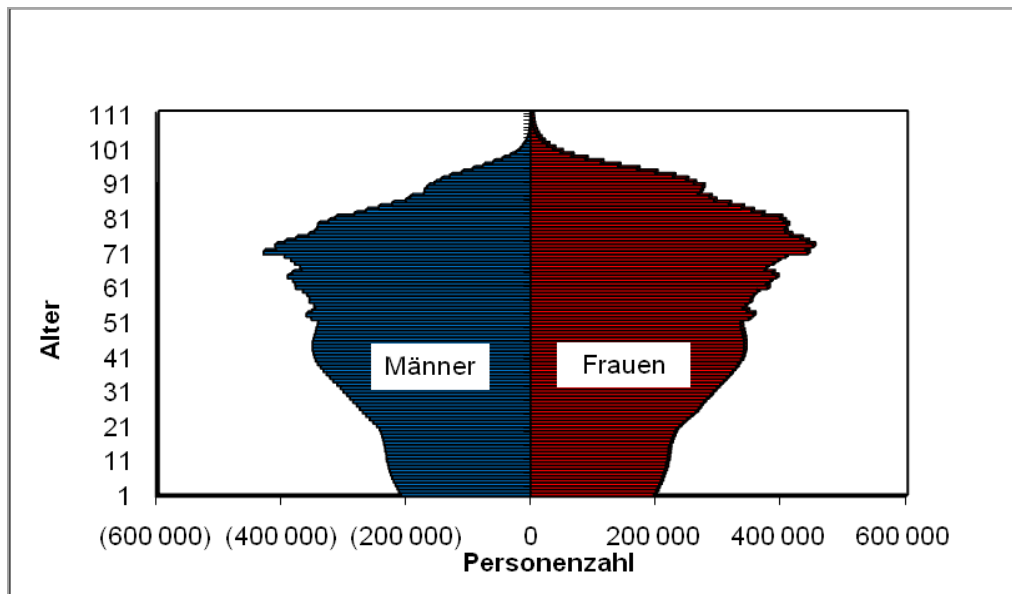
Die sinkende Geburtenrate und die steigende Lebenserwartung führen zu einer drastischen Veränderung der Relation der Gruppe von Personen in der Rentenphase zur Gruppe der erwerbsfähigen Bevölkerung. Im Jahr 2008 standen 100 Personen im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahre) 34 Ältere (65 Jahre oder älter) gegenüber. Dieser so genannte Altenquotient wird bis Ende der 2030er Jahre um über 80 Prozent

---

<sup>2</sup> Zur Eindämmung des Trittbrettfahrerverhaltens wäre eine Versicherungspflicht ausreichend gewesen. Diese hätte die Bürger nur verpflichtet, einen staatlich vorgegebenen Mindestleistungskatalog abzusichern, ihnen allerdings die Freiheit belassen, ihre Versicherung nach ihren Präferenzen auszuwählen. Da eine privatwirtschaftliche Organisation der Pflegeversicherung möglich ist, bestand aus ordnungsökonomischer Sicht keine Notwendigkeit für eine staatliche Lösung. Die Zwangsmitgliedschaft für etwa 90 Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Pflegeversicherung erklärt sich hingegen politökonomisch: Mit der Entscheidung für ein Umlagesystem ging die sofortige Gewährung von Leistungen einher.

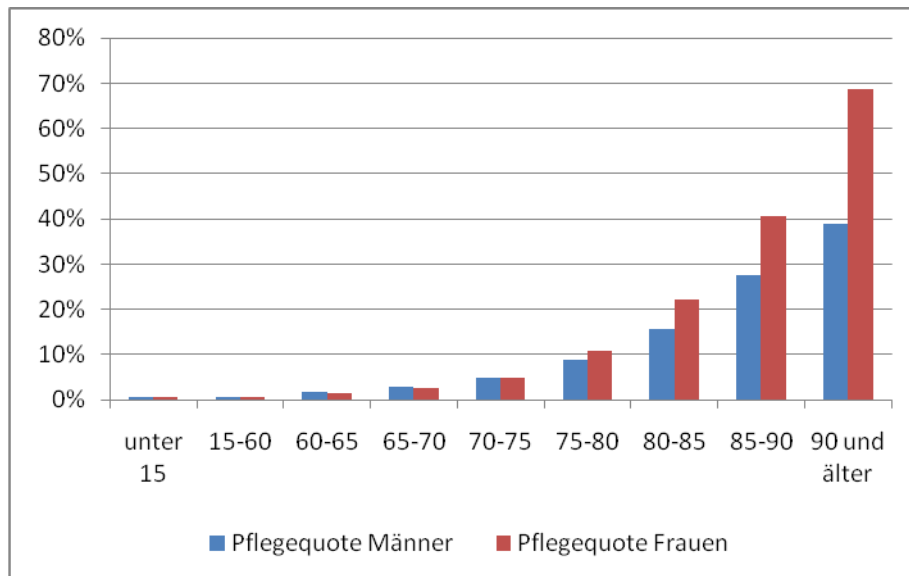
<sup>3</sup> Unter ‚gesetzliche Pflegeversicherung‘ wird im Folgenden die umlagefinanzierte Säule der Pflegeversicherung verstanden, nicht die – ebenfalls gesetzlich verfügte – Verpflichtung zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung. Die gelegentlich verwendete Unterscheidung in soziale und private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

ansteigen. Im Jahr 2060 werden 100 Personen im Erwerbsalter rund 65 Rentenbezieher zu finanzieren haben, also nahezu doppelt so viele wie heute. Auch die Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre wird den Anstieg des Altenquotienten nicht stoppen können.



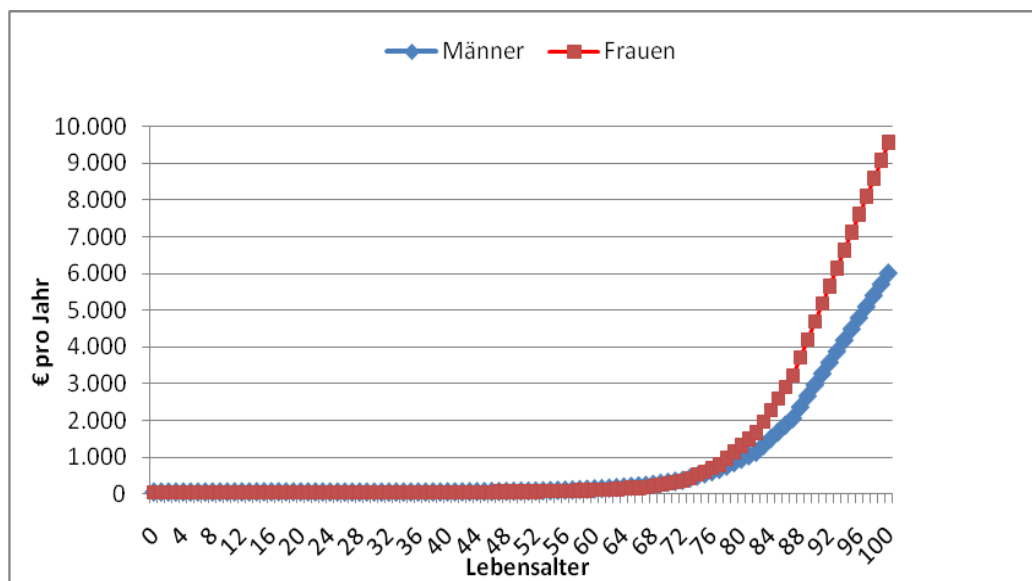
**Abbildung 1: Altersverteilung der gesetzlich Versicherten in der Pflegeversicherung im Jahre 2060. (Quelle: Niehaus, 2010, Daten des Statistischen Bundesamtes, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, 2009.)**

In der umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung bedeutet dies, dass die Beitragseinnahmen aufgrund der abnehmenden Zahl der Beitragszahler sinken, während die Ausgaben aufgrund des Anstiegs der Leistungsbezieher und der längeren Bezugsdauer der Leistungen steigen. In der gesetzlichen Pflegeversicherung ist dieses allen umlagefinanzierten Sozialversicherungszweigen immanente Problem besonders gravierend, da die beitragspflichtigen Einkommen und somit die Beitragsleistungen in der Rentenphase signifikant sinken, während die Pflegehäufigkeit gerade ab einem Alter von etwa 60 Jahren exponentiell ansteigt (vgl. Abbildung 2).



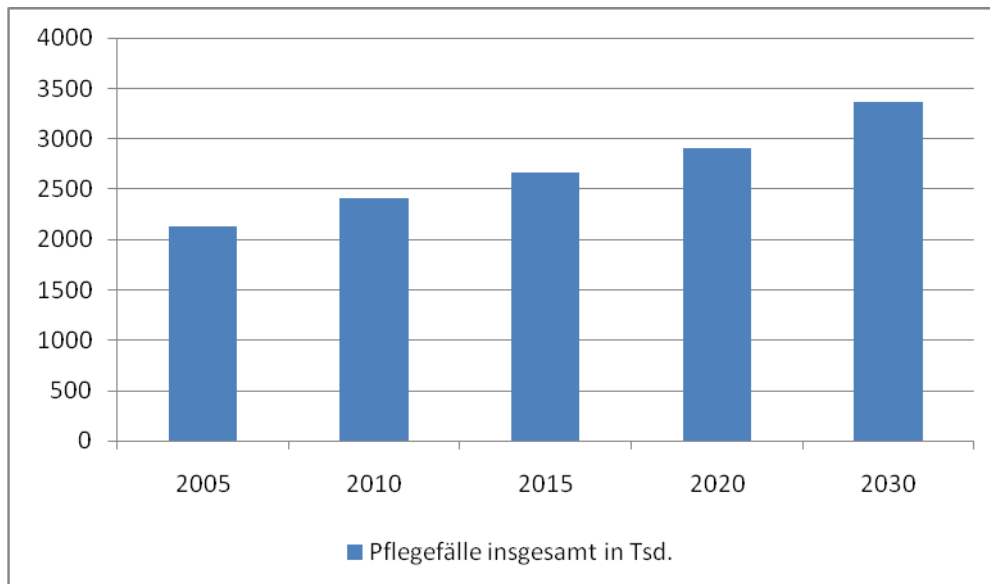
**Abbildung 2: Altersspezifische Pflegehäufigkeiten. (Eigene Darstellung; Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008)**

Der Anstieg der Pflegehäufigkeit in den älteren Altersgruppen schlägt sich in entsprechenden Leistungsausgabenprofilen der gesetzlichen Pflegeversicherung nieder, die in Abbildung 3 exemplarisch für das Jahr 2008 dargestellt sind.



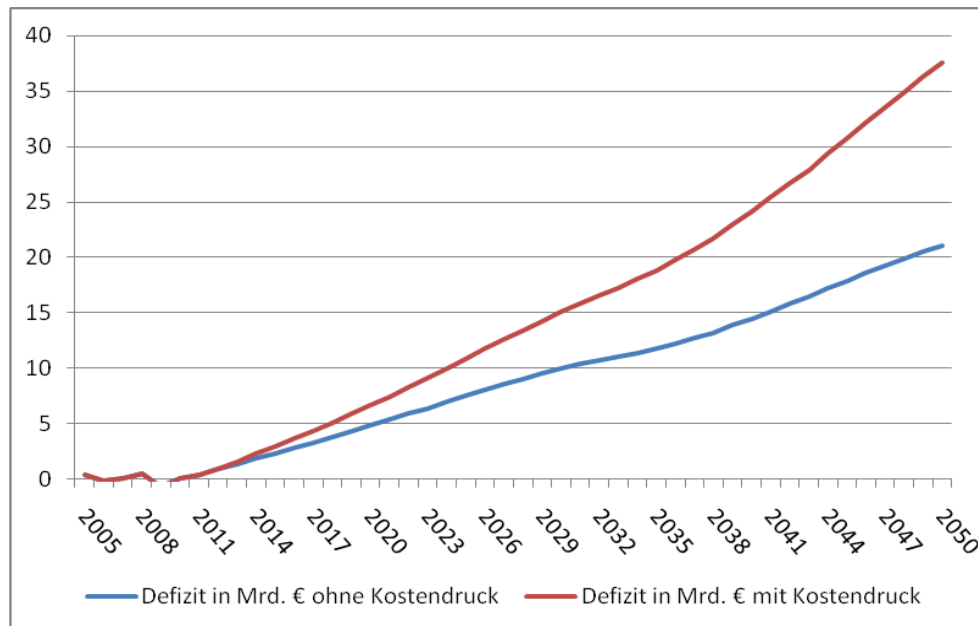
**Abbildung 3: Leistungsausgabenprofile der gesetzlichen Pflegeversicherung 2008. (Quelle: Niehaus, 2010)**

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes von heute 2,4 Millionen auf 3,4 Millionen in 2030 steigen (vgl. Abbildung 4).



**Abbildung 4: Prognose der Pflegefälle. (Eigene Darstellung; Quelle: Statistisches Bundesamt, 2008, Status quo Szenario)**

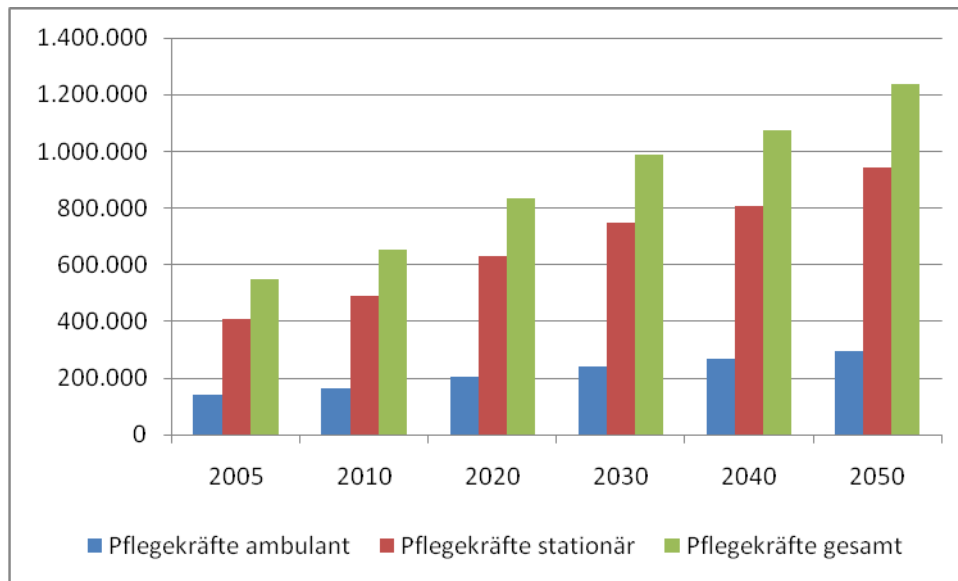
Aufgrund der sinkenden Zahl an Beitragszahlern wird sich gleichzeitig die Einnahmeseite der gesetzlichen Pflegeversicherung verschlechtern, so dass hohe Defizite zu erwarten sind. Experten gehen in Schätzungen davon aus, dass sich das jährliche Defizit der Pflegeversicherung selbst ohne Kostendruck (Dynamisierung der Leistungen 1,5 Prozent) in der Pflegebranche in 2050 auf 21 Milliarden Euro erhöhen wird (Abbildung 5). In der mittleren Vorausberechnung rechnet das Statistische Bundesamt in seiner 11. Bevölkerungsvorausberechnung bei 200.000 Personen Nettozuwanderung jährlich bis 2050 mit einem Erwerbspersonenpotential von 39,1 Millionen Menschen. Jede dieser Erwerbspersonen müsste also – sofern man Vollbeschäftigung unterstellt – im Durchschnitt 45 Euro pro Monat zusätzlich bezahlen, um dieses Defizit zu decken.



**Abbildung 5: Defizitprognose für die gesetzliche Pflegeversicherung. (Eigene Darstellung; Quelle: Häcker / Raffelhüschen, 2008)**

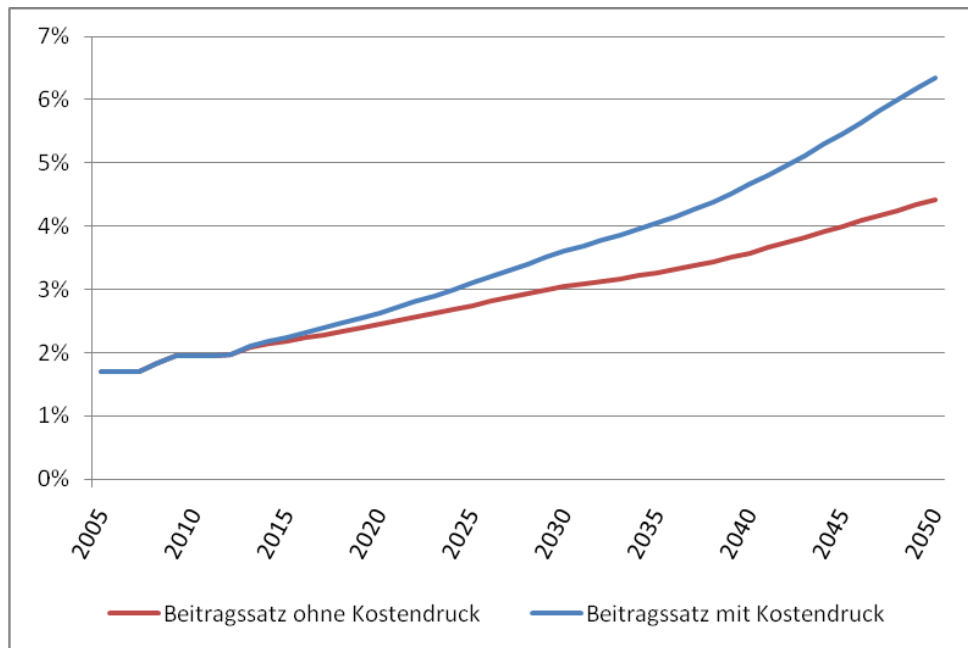
In einem Szenario mit Kostendruck (jährliche Dynamisierungen der Leistungen mit 2,5 Prozent) wird von einem Jahresdefizit in 2050 von knapp 37,5 Milliarden Euro ausgegangen (Abbildung 5). Um dieses Defizit durch Zusatzbeiträge zu decken, müsste jede Erwerbsperson bei Vollbeschäftigung im Durchschnitt 80 Euro monatlich zusätzlich zahlen.

Hinzu treten Tendenzen zunehmender Professionalisierung und wachsender stationärer Pflege. Mit abnehmender Kinderzahl sinkt auch das Potential an hilfsbereiten und zur Hilfe fähigen Angehörigen, die später die Elterngeneration im Falle der Pflegebedürftigkeit versorgen könnten. Dies wird zu einer höheren Nachfrage nach professionellen Diensten für die ambulante und stationäre Pflege führen und weiteren Kostendruck im System entfalten. Einer Abschätzung des IW Köln zufolge könnte der Bestand an professionellen Pflegekräften (Vollzeitstellenäquivalente) bei einem geringen Produktivitätszuwachs von 0,5 Prozent bis 2050 auf 1,2 Mio. Pflegekräfte ansteigen (siehe Abbildung 6).



**Abbildung 6: Beschäftigungsprojektion im Pflegebereich. (0,5 Prozent Produktivitätszuwachs). (Eigene Darstellung; Quelle: Enste / Pimpertz, 2008)**

Bei Fortführung des heutigen Systems und gleichbleibendem Leistungsspektrum wären spürbare Beitragssatzerhöhungen allein aufgrund der demografischen Entwicklung unvermeidbar. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR, 2007, Ziffer 309) rechnet vorsichtig bei Fortführung des heutigen Systems bis 2050 mit einem Beitragssatzzanstieg auf 3,18 Prozent. Häcker / Raffelhüschen (2008) schätzen die Entwicklung deutlich pessimistischer ein: Im Szenario „ohne Kostendruck“ läge der Beitragssatz 2050 schon bei 4,5 Prozent und im Szenario mit Kostendruck bei 6,3 Prozent (Abbildung 7). Die unterschiedlichen Schätzungen gehen auf unterschiedliche, den Prognosen zu Grunde gelegten Annahmen zurück.



**Abbildung 7: Prognose der Beitragssatzentwicklung. (Eigene Darstellung; Quelle: Häcker / Raffelhüschen, 2008)**

Die Folgen der prognostizierten Beitragssatzentwicklung würden insbesondere die jüngeren Generationen massiv belasten. Diese müssten über hohe Beitragssätze die Leistungen der älteren Generationen finanzieren, ohne im Gegenzug später selbst höhere Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Dadurch kommt es zu einer erheblichen intergenerativen Umverteilung, die zu zunehmenden Akzeptanzproblemen des Generationenvertrages führen dürfte.

Zwischen 1995 und 2008 wurden Beitragssatzanstiege vor allem dadurch vermieden, dass die Leistungen bis zum Jahr 2008 auf dem Stand von 1995 eingefroren blieben und damit eine reale Entwertung der Versicherungsleistungen in Kauf genommen wurde. Dieser Entwertung der Versicherungsleistungen sollte mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 begegnet werden, indem eine stufenweise Anpassung der Pflegesätze erfolgte und eine Anpassung an die Inflationsrate in Zukunft zumindest geprüft wird. Jedoch werden nicht nur diese Leistungsausdehnungen Kostendruck auf das System ausüben:

- Allein für die nominale Aufrechterhaltung der Versicherungsleistungen bei unveränderter Inanspruchnahme müsste der Beitragssatz bereits deutlich erhöht werden.

- Eine zunehmend ältere Bevölkerung mit einer zunehmenden altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeit führte im bestehenden System unweigerlich zu steigenden Ausgaben.
- Wenn sich z. B. die Knappheit an gut ausgebildetem Pflegepersonal verschärft und in der Folge die erforderlichen Lohnzahlungen im Pflegesektor ansteigen, reicht eine Dynamisierung mit der Inflationsrate nicht zur realen Aufrechterhaltung des Leistungsniveaus aus.
- Wenn die Tendenzen zu Professionalisierung und Leistungserweiterung anhalten, dann verursachen die zugesagten Versicherungsleistungen pro Pflegefall zukünftig steigende Kosten je pflegebedürftiger Person. Teurer wird es beispielsweise, wenn sich zukünftig mehr Pflegebedürftige als bisher für stationäre statt ambulante Pflege entscheiden, oder wenn zukünftig der durch Altersverwirrtheit und Demenz entstehende Betreuungsbedarf in den Leistungskatalog aufgenommen wird.

Eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung ist im Gegensatz zum Umlagesystem weitgehend unabhängig von demografischen Veränderungen. Der so genannte Altenquotient, d. h. das Verhältnis von potentiellen Beitragszahlern zu Leistungsempfängern beeinflusst im Kapitaldeckungsverfahren weder den Beitragssatz noch die Leistungssätze, da jeder Versicherte Eigenvorsorge durch die Zahlung von versicherungsmathematisch kalkulierten Prämien betreibt. Selbstverständlich werden auch in diesem System die Kosten steigen, wenn mehr oder teurere Leistungen erforderlich werden. Im Gegensatz zum Umlageverfahren werden diese Kosten jedoch nicht auf kommende Generationen verschoben, sondern von den betroffenen Generationen selbst durch höhere Prämien gedeckt.

### **3.2 Unsachgemäße Vermischung von Umverteilung und Versicherung durch lohnabhängige Beiträge**

In der heutigen gesetzlichen Pflegeversicherung werden neben der versicherungskonformen Umverteilung zwischen unterschiedlichen Risiken zusätzlich einkommensbezogene Umverteilungsziele verfolgt. Durch die prozentualen Beiträge auf Lohn- und Renteneinkommen entrichten Einkommensstarke höhere Beiträge als Einkommensschwache. Das Leistungsspektrum ist zugleich gesetzlich festgelegt und alleine an der Pflegebedürftigkeit ausgerichtet. Die Versicherungsleistungen werden



also unabhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge gewährt. Damit subventionieren innerhalb der Beitragsbemessungsgrenzen die Beiträge der Versicherten mit höheren die Beiträge derjenigen mit geringen Monatslöhnen.

Die dadurch bewirkte Einkommensumverteilung ist nicht zu rechtfertigen. Transferleistungen sollten nur bei wirtschaftlicher Bedürftigkeit gewährt werden. Eine wirtschaftliche Bedürftigkeitsprüfung findet in der heutigen Pflegeversicherung jedoch nicht statt. Darüber hinaus lässt die alleinige Einbeziehung von Lohneinkommen aus abhängiger Beschäftigung bzw. Renteneinkommen als Bemessungsgrundlage keinen belastbaren Rückschluss auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Beitragszahler zu. Ein geringes Einkommen aus abhängiger Beschäftigung kann mit hohem Einkommen aus anderen Einkommensquellen einhergehen. Die Beitragsbemessungsgrenze und die Pflichtversicherungsgrenze bewirken, dass sich die Bezieher höherer Einkommen nicht mehr proportional beteiligen müssen und ab einem gewissen Einkommen als freiwillig Versicherte dieser Form der Einkommensumverteilung sogar vollständig entziehen können. In der Konsequenz werden in der gesetzlichen Pflegeversicherung derzeit u. a. Versicherte unterstützt, die dieser Hilfe nicht bedürfen und dies vielfach von Versicherten, die finanziell insgesamt schlechter gestellt sind.

Die in der gesetzlichen Pflegeversicherung bestehende beitragsfreie Mitversicherung von nicht selbst versicherungspflichtigen Ehepartnern ist ebenfalls weder versicherungsmathematisch noch verteilungspolitisch zu rechtfertigen. Sie führt zu sozialpolitisch unerwünschten Verteilungsströmen, etwa wenn eine allein stehende Arbeitnehmerin mittleren Einkommens die unentgeltliche Mitversicherung der Ehefrau eines gut verdienenden Angestellten finanziert. Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern kann nicht einmal als Förderung der Ehe Akzeptanz finden, unabhängig davon, dass auch eine solche Zielsetzung nichts mit dem eigentlichen Ziel der Pflegeversicherung zu tun hätte. Denn tatsächlich werden nicht alle Ehepaare gleich behandelt: So zahlt ein verheiratetes Paar mit einem Alleinverdienerereinkommen in Höhe von monatlich 7.425 Euro nur halb so viel Beiträge in die Pflegeversicherung wie ein verheiratetes Paar, bei dem beide Partner jeweils in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von 3.712,50 Euro monatlich verdienen.

Lohnbezogene Beiträge lassen somit Strategien der Risikoselektion attraktiv erscheinen und verhindern auf diese Weise einen effizienten Leistungswettbewerb: Durch

die Entkopplung von individueller Beitragszahlung und Versicherungsleistung haben die Versicherungen einen Anreiz, gute Risiken (junge, gesunde und gut verdiende Versicherte) anzuwerben und schlechte Risiken abzuweisen. Statt eines Wettbewerbs um eine möglichst effiziente Versorgung der Versicherten entsteht ein Wettbewerb um die effektivste Selektionsstrategie. Dies macht wiederum administrative Eingriffe wie Kontrahierungszwang und Risikostrukturausgleich nötig, die das grundlegende Problem der Risikoselektion und damit verbundenen Wettbewerbsverzerrungen allerdings nicht befriedigend lösen können.

### **3.3 Beschäftigungsfeindliche Belastung des Faktors Arbeit**

Die Lohnbezogenheit der Beiträge in der Pflegeversicherung entspricht der in Deutschland üblichen Finanzierungform der Sozialversicherungszweige, ist aber sachlich nicht begründbar. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steht in keinem Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis. Gleichzeitig hat jedoch jede Erhöhung der Lohnzusatzkosten, die nicht an anderer Stelle kompensiert wird, beschäftigungsfeindliche Wirkungen. Folgerichtig ist in der Ausgestaltung der Pflegeversicherung von Beginn an die hälftige Teilung der Beiträge zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern unterlassen worden. Stattdessen tragen in der Pflegeversicherung die Arbeitnehmer auch formal nahezu den vollen Beitrag: In allen Bundesländern außer in Sachsen führen die Arbeitgeber zwar 0,975 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Lohneinkommens ab; sie wurden dafür jedoch durch den Verzicht der Arbeitnehmer auf den früher arbeitsfreien Buß- und Betttag weitgehend entlastet.<sup>4</sup>

Die Lohnbezogenheit der Beiträge führt zu Verzerrungen auf dem Arbeitsmarkt. Durch den fehlenden Zusammenhang zwischen Beitragszahlungen und Leistungen entfalten die Beiträge eine steuerähnliche Wirkung. Ein erhöhtes Arbeitseinkommen führt zu einer steigenden Beitragsbelastung, jedoch nicht zu erhöhten Leistungsansprüchen. Folglich wird es attraktiver, Einkommen nicht aus abhängiger Beschäftigung zu erzielen, sondern in selbstständige Beschäftigung oder Schwarzarbeit aus-

---

<sup>4</sup> Sachsen verzichtete auf die Abschaffung des Feiertags. Dafür beträgt der Arbeitnehmeranteil am Beitrag dort 1,475 Prozentpunkte, die Arbeitgeber führen 0,475 Prozentpunkte ab. Daran wird deutlich, dass die Kompensation der Arbeitgeber mit der Streichung eines Feiertags vermutlich nicht vollständig gelungen ist, sondern diese durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung mit zusätzlichen Lohnnebenkosten belastet wurden. Eine genaue Berechnung dieser Last setzt allerdings stark vereinfachende Annahmen voraus und ist daher umstritten (vgl. Sachverständigenrat, 1994, Textziffern 10-11). Die am 1. Juli 2008 vorgenommene Beitragserhöhung wurde demgegenüber ohne Kompensation der Arbeitgeber hälftig geteilt.

zuweichen. Auch der Anreiz, eine besser bezahlte Stellung anzunehmen, sinkt durch den Steuercharakter der Beiträge.

Wenn die Pflegeversicherungsbeiträge implizit als Steuer gewertet werden, besteht außerdem die Gefahr, dass sich die Arbeitnehmer und Arbeitnehmervertreter bei Lohnverhandlungen an den Nettolöhnen orientieren. Sie würden in diesem Fall aufgrund gestiegener Beiträge zur Pflegeversicherung höhere Bruttolöhne fordern, um für die höheren Beiträge kompensiert zu werden. Höhere Lohnforderungen, die nicht durch eine entsprechend höhere Produktivität gedeckt sind, haben wiederum negative Auswirkungen auf die Beschäftigung. Beeinträchtigt wird damit durch die erhöhten Lohnzusatzkosten auch die Nachfrage nach Arbeitskräften. Zum einen verschärft sich für Arbeitslose das Zutrittsproblem auf dem Arbeitsmarkt, wenn ihre Produktivität nicht dem höheren Lohnniveau entspricht. Zum anderen steigt das Entlassungsrisiko für Arbeitnehmer, deren Produktivität nicht mit den Lohnsteigerungen Schritt hält.

Von den negativen Beschäftigungswirkungen sind wiederum die Sozialversicherungssysteme betroffen, da die Beitragsbasis erodiert. Es entsteht ein sich selbst verstärkender Kreislauf aus steigenden Sozialversicherungsbeiträgen, steigender Arbeitslosigkeit und dadurch notwendigen weiteren Beitragssatzsteigerungen.<sup>5</sup>

### **3.4 Belastung durch Einführungsgewinne**

Vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung mussten Personen, die keine private Pflegeversicherung abgeschlossen hatten, bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit entweder selbst für die Kosten aufkommen, die Unterstützung durch Angehörige in Anspruch nehmen oder, falls beides nicht ausreichte, in letzter Konsequenz Sozialhilfe beziehen.

Die Einführung der Pflegeversicherung hatte zur Folge, dass Pflegebedürftige zumindest in Höhe der gewährten Leistungen weder auf ihre Angehörigen zurückgreifen noch ihr eigenes Vermögen einsetzen oder Sozialhilfe beantragen mussten. Sie erhielten sofort Leistungen aus der Versicherung, auch wenn sie noch keine oder nur geringe Beiträge eingezahlt hatten.

---

<sup>5</sup> Der Faktor Arbeit ist auch durch die Sozialabgaben zur Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung bereits immens belastet. Im Jahr 2010 summieren sich die Beitragssätze auf knapp 40 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Bruttoeinkommens. Zum Vergleich: Im Jahr 1970 lag die Summe der Beitragssätze noch bei 26,5 Prozent.

Diese finanzielle Entlastung der Betroffenen und der Sozialhilfeträger geht allerdings auf Kosten der Beitragszahler: Es sind die heute und zukünftig aktiven Generationen, die die Einführungsgeschenke des Umlageverfahrens finanzieren müssen. Innerhalb der nachwachsenden Generationen profitieren nur diejenigen von der Pflegeversicherung, die Vermögen erben, das nach der alten Regelung zur Deckung der Pflegekosten einzusetzen gewesen wäre.<sup>6</sup>

Von den Befürwortern des Umlageverfahrens sind die sofortige Leistungsbereitstellung und die damit verbundenen Einführungsgeschenke als Vorteil herausgestellt worden, da somit die unmittelbare Versorgung der bereits Pflegebedürftigen sichergestellt werden konnte. Tatsächlich war die Versorgung der Pflegebedürftigen mit Pflegeleistungen bereits vor Einführung der Pflegeversicherung gesichert, geändert hat sich nur die Finanzierungsseite. Die gewählte Finanzierungsform entspricht aber weder dem Versicherungs- noch einem tatsächlich an der Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit orientierten Umverteilungsgedanken.

Auch heute werden in der gesetzlichen Pflegeversicherung nach wie vor Einführungsgeschenke verteilt. Zunächst erhalten immer noch Personen Leistungen, für die sie im Laufe ihres Erwerbslebens nicht adäquat in das Versicherungssystem eingezahlt haben. Aufgrund der absehbaren Leistungsausweitung werden zusätzlich aber auch diejenigen zulasten nachfolgender Generationen beschenkt, die während ihres gesamten Erwerbslebens bereits Beiträge entrichtet haben. Jede durch Leistungsausdehnungen begründete Beitragssteigerung lässt wiederum die Ansprüche auf spätere Leistungen steigen. Eine grundlegende Reform ist daher unausweichlich.

### **3.5 Problematische Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils**

In einem Umlagesystem ist die Erziehung von Kindern Grundvoraussetzung für den Fortbestand des Systems, da es auf zukünftige Beitragszahler angewiesen ist. In der derzeitigen Ausgestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung profitieren jedoch alle im System versicherten Personen von der nur durch einen Teil der Versicherten tatsächlich erbrachten Erziehungsleistung, unabhängig davon, ob und wie viele Kinder sie selbst haben.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesverfassungsgericht 2001 gefordert, dem in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung höheren Finanzierungsbeitrag von Eltern

---

<sup>6</sup> Dies brachte der Pflegeversicherung den bezeichnenden Titel einer Erbschutzversicherung ein (Breyer, 1995, S. 31).

Rechnung zu tragen. Seit 2005 müssen deshalb kinderlose Versicherte ab 23 Jahren einen um 0,25 Prozentpunkte erhöhten Beitragssatz zahlen.

Problematisch an dieser Lösung ist zum einen die mangelnde Differenzierung nach der Zahl der Kinder und zum anderen die proportionale Abhängigkeit der Zusatzbelastung vom Lohneinkommen. Nicht die Kinderzahl, sondern die Einkommenshöhe wird damit ausschlaggebend für die relative Beitragsentlastung. Zudem wurde das Umlagesystem mit diesem Schritt volumenmäßig ausgeweitet, anstatt die grundlegende Gestaltung der Pflegeversicherung zu verändern.

Die Umstellung der Pflegeversicherung auf ein privatwirtschaftlich organisiertes Kapitaldeckungsverfahren würde die beanstandete Benachteiligung Kindererziehender hingegen tatsächlich aufheben. Nach einem solchen Systemwechsel müssten die zukünftigen Erwerbstätigen nicht mehr die Pflegeausgaben der jeweils älteren Generationen finanzieren. Jede Generation würde durch die Zahlung eigener Versicherungsprämien entsprechend ihres eigenen Risikos vorsorgen. Somit wäre die heute bestehende Benachteiligung von Eltern im Umlageverfahren aufgehoben, da kinderlose nicht mehr von den Kindern anderer mitfinanziert werden müssten.

Ein zweites Verfassungsgerichtsurteil stützt diese Position, indem es die Nicht-Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen in der privaten Pflegeversicherung ausdrücklich für rechtmäßig erklärt. Die private Pflegeversicherung beruhe auf Kapitaldeckung und sei damit „nicht in gleicher Weise auf die Prämienzahlungen der nachwachsenden Generationen angewiesen wie die gesetzliche Pflegeversicherung, die auf dem Umlageverfahren und damit auf einer ‚intergenerativen‘ Umverteilung beruht.“<sup>7</sup>

### **3.6 Zwischenfazit**

Die aufgezeigten Probleme des heutigen Systems machen einen grundlegenden Systemwechsel notwendig. Das Umlagesystem führt nicht nur zu Lastverschiebungen zwischen den Generationen, sondern entfaltet zusätzlich unsystematische Verteilungswirkungen durch die Kopplung der Beiträge an die Löhne bzw. Renten. Die Lohnabhängigkeit belastet zudem den Arbeitsmarkt, was wiederum zu Einnahmeaus-

---

<sup>7</sup> Bundesverfassungsgericht, 1 BvR 1681/94 vom 3.4.2001, Absatz 70; Vgl. auch die Stellungnahme des Sozialbeirats: Bundestagsdrucksache 14/6099 vom 8.5.2001, S. 3. Laut Verfassungsgerichtsurteil kann eine Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen in der privaten, kapitalgedeckten Pflegeversicherung notwendig werden, wenn Umlageelemente dort an Bedeutung gewinnen (vgl. 1 BvR 1681/94 vom 3.4.2001, Absatz 71). Dies ist im hier skizzierten Referenzmodell jedoch nicht der Fall.

fällen für die Pflegeversicherung und andere Sozialversicherungszweige führt. Je länger das System besteht, umso mehr Leistungen werden bereits gewährt und umso mehr Ansprüche werden von den heute einzahlenden Personen erworben. In der Folge werden grundlegende Reformen immer unwahrscheinlicher, weil von Seiten der Versicherten die Erwartungshaltung besteht, dass die bisher im System implizit gewährten Ansprüche auch weiterhin bedient werden.

Wenn die gesetzliche Pflegeversicherung sozial, finanziell zukunftsfest und generationengerecht ausgestaltet werden soll, ist es daher notwendig, jetzt zu handeln.

#### **4 Die Pflegevorsorge als Teilkapitaldeckungsmodell – Kapitalgedeckte Pflegeversicherung mit steuerfinanziertem Vertrauensschutz**

Die Probleme, die mit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung als Umlagesystem bzw. mit deren Finanzierung über lohnbezogene Beiträge verbunden sind, können umfassend nur mit einer Reform gelöst werden, die das System der Pflegeversicherung auf ein privates kapitalgedecktes System mit risikoäquivalenten Prämien umstellt und den Sozialausgleich in das Steuer-Transfer-System ausgliedert. Eine derartige Reform bedarf jedoch gewisser Vertrauensschutzregelungen, soll eine plötzliche hohe finanzielle Belastung bzw. eine alternativ erfolgende starke Reduktion von Leistungsansprüchen verhindert werden.

Die aktuellen politischen Erwartungen an eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung sind mit dem Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP angedeutet worden: So ist die Einführung einer „individualisierten, verpflichtenden und generationengerechten kapitalgedeckten Säule“ vorgesehen. Deren genaue Ausgestaltung ist bislang nicht bekannt. Als politische Nebenbedingung einer Reform lässt sich jedoch herauslesen, dass das System nicht komplett auf Kapitaldeckung umgestellt werden soll. Dies lässt sich mit dem Verweis auf Vertrauensschutz gut begründen. Das von der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V. (vbw) in Kooperation mit dem Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln (iwp) im Jahr 2004 entwickelte Modell der Pflegevorsorge wird diesen Anforderungen gerecht und bietet sich als Blaupause für die dringend zu führende Reformdebatte an.

#### 4.1 Bevölkerungsumfassend verpflichtende Mindestversicherung

Das Konzept der Pflegevorsorge sieht eine bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht vor. Diese Regelung ist notwendig, um die Gemeinschaft vor Trittbrettfahrerverhalten zu schützen. Ohne Versicherungspflicht würde ansonsten die Gefahr bestehen, dass Einzelne trotz ausreichender finanzieller Mittel nicht für den Pflegefall vorsorgen und sich im Fall einer späteren Pflegebedürftigkeit auf die Hilfe der Gesellschaft verlassen.

Eine bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht ist zudem Voraussetzung zur Herstellung äquivalenter Preis-Leistungs-Beziehungen zwischen Versicherungsgesellschaften und Versicherten sowie zur Vermeidung unsachgemäßer Verteilungseffekte zwischen den Versicherten. Diese gilt unabhängig vom Erwerbsstatus für jede einzelne Person, also auch für nichterwerbstätige Ehepartner, Kinder und Jugendliche. Kinder und Jugendliche können aber je nach Ausgestaltung entweder beitragsfrei oder zu geringeren Beiträgen versichert werden. Die Beitragsfreistellung oder –absenkung ist in diesem Fall keine Umverteilung zugunsten von Familien, sondern lediglich eine Frage der Verteilung der Beiträge über den Lebenszyklus hinweg. Geringere Beiträge in der Kinder- und Jugendphase müssen durch entsprechend höhere Prämien in der Erwachsenenphase ausgeglichen werden. Diese Prämienverteilung kann Sinn machen, da sie Eltern in der Erziehungsphase entlastet und der Ausgleich von den Kindern selbst über höhere Prämien im Erwachsenenalter geleistet wird.

Die bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht sollte all jene Leistungen umfassen, die im Falle nicht ausreichender Vorsorge des Einzelnen im Falle seiner Bedürftigkeit von der Gemeinschaft finanziert würden. Selbstverständlich bleibt es den Bürgern freigestellt, freiwillig zusätzliche Leistungen zu versichern, die über den verpflichtenden Mindestleistungskatalog hinaus gehen.

Die Festlegung eines Mindestleistungskataloges ist eine gesellschaftliche Aufgabe und muss im politischen Prozess entschieden werden. Dabei scheint es ratsam, bei einer anstehenden leistungsrechtlichen Reform auch die heute bestehende Teilkaskoproblematik zu beenden.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. Ausführungen zu einer Vollversicherung mit Selbstbehalt in Kapitel 7.1.

## 4.2 Privatwirtschaftliche Organisation

Die bevölkerungsumfassende Versicherungspflicht setzt keineswegs eine einheitliche, staatlich oder parafiskalisch organisierte Pflichtversicherung voraus. Die Pflegeversicherung kann auf privater Basis und im Wettbewerb angeboten werden: Das Risiko, zum Pflegefall zu werden und die Höhe der Kosten sind bei einem frühzeitigen Versicherungsabschluss sowohl für die Versicherten als auch für die Versicherungen ungewiss. Dadurch kann ein für beide Seiten vorteilhafter Vertrag abgeschlossen werden. Das individuelle Risiko, pflegebedürftig zu werden, ist zudem unabhängig vom Risiko der anderen Versicherten, d. h. das Risiko ist nicht kumuliert. Der Funktionsfähigkeit des Marktes für private Pflegeversicherungen steht damit nichts entgegen. Auch die heute schon bestehenden privaten Pflegeversicherungen sprechen dafür, dass diese Leistung privatwirtschaftlich erbracht werden kann und es keiner einheitlichen, staatlichen Pflichtversicherung bedarf. Von staatlicher Seite müsste neben der Durchsetzung der Mindestversicherungspflicht nur der für ein funktionierendes wettbewerbliches System erforderliche Rechtsrahmen gesetzt werden.

Die privatwirtschaftliche Organisation des Versicherungsangebots bietet einige Vorteile, die es zu nutzen gilt. Der Wettbewerb zwischen privaten Anbietern dient der effizienten Versorgung der Versicherten mit Leistungen, die an ihren Präferenzen ausgerichtet sind. Der Mindestversicherungsumfang, den jeder Versicherte mit seinem Versicherungsvertrag abdecken muss, ist zwar gesetzlich vorgegeben, in der konkreten Ausgestaltung und Organisation der Versicherung können sich die Anbieter aber durchaus unterscheiden. Beispielsweise können Versicherungen Modelle entwickeln, die verstärkt auf Prävention setzen und dafür Beitragsnachlässe beinhalten.<sup>9</sup> Darüber hinaus können Versicherungen auch Verträge anbieten, die den vorgeschriebenen Mindestleistungskatalog mit zusätzlichen Versicherungsangeboten kombinieren. Der Versicherte hat also die Möglichkeit, einen auf seine Präferenzen zugeschnittenen Vertrag auszuwählen.

Außerdem erzwingt der Wettbewerb privater Anbieter zumindest mittel- und längerfristig kostenbewusste Verwaltungs- und Servicestrukturen. Privatwirtschaftlich organisierte Pflegeversicherungen werden also nur in einem so hohen Maße Verwal-

---

<sup>9</sup> Pflegebedürftigkeit oder zumindest ein Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit könnte in vielen Fällen durch gezielte Prävention und geriatrische Rehabilitation vermieden werden (Kommission ‚Soziale Sicherheit‘, 2003, S. 30; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2000, S. 56).



tungskosten aufweisen, wie es durch die Wünsche der Kunden nach Serviceverfügbarkeit, Schnelligkeit und Beratungsqualität gerechtfertigt ist.

#### **4.3 Kapitalgedeckte Versicherung mit individuellen Altersrückstellungen**

In Umlagesystemen dienen die Beitragszahlungen einer Periode zur Finanzierung der Leistungen in derselben Periode. Abgesehen von Schwankungsreserven, die als Liquiditätsrücklage für wenige Monate dienen sollen, wird in der bestehenden gesetzlichen Pflegeversicherung kein Kapital aufgebaut. In kapitalgedeckten Systemen werden dagegen Prämienüberschüsse angespart. Diese bestehen in der Differenz zwischen individuellen Beiträgen und laufenden, individuellen Leistungsauszahlungen. In der Pflegeversicherung tritt der Leistungsfall in der Regel erst spät im Leben auf, so dass fast die gesamten in der Jugend- und Erwerbsphase gezahlten Prämien zum Aufbau des Kapitalstocks verwendet werden können. Dieser dient im Falle der Pflegebedürftigkeit – neben den weiter zu zahlenden Prämien – der Finanzierung der Leistungen. Jede Person bzw. jede Generation sorgt selbst für ihre potentiellen Pflegekosten vor und ist unabhängig von zukünftigen Einzahlungen anderer Generationen.

Der Aufbau eines Kapitalstocks in Form von Altersrückstellungen dient der Glättung der Prämien über den Lebenszyklus. Dies ist geboten, weil das Pflegerisiko mit dem Alter stark zunimmt. Andernfalls müssten bei einer periodengerecht äquivalenten Prämiengestaltung im Alter die pro Periode zu zahlenden Prämien stark ansteigen, um das gestiegene Risiko abdecken zu können. Die Prämienglättung liegt nicht nur im Interesse der Versicherten, die damit ihre Vorsorgeleistungen über den Lebenszyklus real konstant halten können, sondern ist auch im Sinne der Gesellschaft: Ein Versicherungsmodell mit über den Lebenszyklus steigenden Prämien könnte für viele Bürger im Alter zu finanzieller Überforderung führen, da die dann notwendigen Prämienzahlungen entsprechend hoch ausfielen. In diesem Fall müsste die Gesellschaft die Prämienzahlungen ganz oder teilweise übernehmen bzw. mangels Versicherung im Falle der Pflegebedürftigkeit einspringen. Daher sollten die Prämien zur Pflegeversicherung als Annuitäten der über den gesamten Lebensverlauf zu erwartenden Kosten gestaltet werden. Innerhalb der Versicherung werden für jeden Versicherten individuell zurechenbare Rückstellungen gebildet (individualisierte Altersrückstellungen, die den Kapitalstock darstellen). Die Prämien übersteigen die tatsächlichen Risikokosten zu Beginn der Versicherungszeit und liegen gegen Ende darunter.

#### 4.4 Kalkulation risikoäquivalenter Prämien

Ein effizienter Wettbewerb im Pflegeversicherungsmarkt kann nur entstehen, wenn Preise so kalkuliert werden können, dass sie den Kosten entsprechen und die Kunden mittels unterschiedlicher Zahlungsbereitschaft ihre Präferenzen äußern können. Anbietern der Versicherung muss es deshalb möglich sein, ihre Prämiengestaltung am Risiko der Versicherungsnehmer zu orientieren. Nur so kann eine Risikoselektion wirksam vermieden werden.

Es kann für Versicherungen darüber hinaus lohnend werden, sich auf bestimmte Risiken zu spezialisieren und besondere Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen, um Pflegefallwahrscheinlichkeit oder den Grad an Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen. Hierdurch werden Anreize für einen Preis-Leistungswettbewerb zwischen den Versicherungen gesetzt – zum Wohle der Versicherten.

Der unterschiedlichen individuellen Risikoentwicklung wird durch individuelle, übertragbare Altersrückstellungen nicht nur nach Alter eines Versicherten, sondern auch nach individueller Pflegewahrscheinlichkeit aufgrund von Geschlecht und unterschiedlicher Krankheiten Rechnung getragen, um die oben angeführten Anreize zu Wettbewerb und Spezialisierung zu setzen.

Idealerweise werden die theoretisch lebenslang unverändert gültigen Prämien eines Versicherten bereits vor der Geburt kalkuliert. In diesem Fall ergeben sich keine Prämienunterschiede für Personen innerhalb einer Geburtskohorte, da vor Geburt noch keine Risikounterschiede zwischen den Personen erkennbar sind.<sup>10</sup> Die Versicherung legt zur Kalkulation der einheitlichen Prämien die im Durchschnitt über den Versicherungszeitraum zu erwartenden Pflegekosten zugrunde. Weder Geschlecht noch andere Risikomerkmale sind dem Versicherer zu diesem Zeitpunkt bekannt, so dass alle Mitglieder der gleichen Geburtskohorte dieselbe Prämie bezahlen. Diese ist äquivalent zum durchschnittlichen Risiko der Gruppe. Der notwendige Risikoausgleich findet somit innerhalb der Kohorte statt.

Bis zu einem freiwilligen Wechsel des Versicherers zahlt somit jedes qua Geburt eingetretene Mitglied einer Versicherung den gleichen Beitrag wie alle anderen Versicherten seines Alters beim gleichen Anbieter, unabhängig von seinem Geschlecht oder erkennbaren Krankheiten.

---

<sup>10</sup> Pränatale Diagnostik, Beachtung von Familiengeschichte und Gentests werden bereits heute freiwillig von den privaten Versicherungsunternehmen ausgeschlossen.

Will hingegen ein Versicherter seine Versicherung verlassen, garantieren die individualisierten Altersrückstellungen einen nachteilsfreien Wechsel: Sie dienen dazu, das Kostenrisiko der aufnehmenden Versicherung auszugleichen. Hohe Risiken erhalten hohe individuelle Altersrückstellungen, niedrige Risiken erhalten geringe Altersrückstellungen. Damit ist ein Wechsel unabhängig von Vorerkrankungen oder anderen Risikofaktoren möglich.

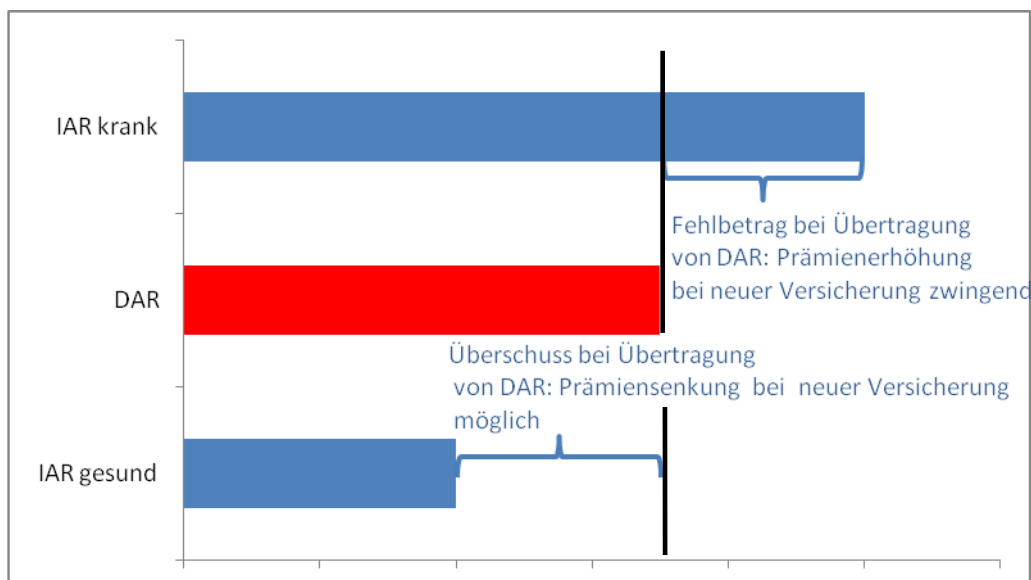
Ohne die Übertragung individueller Altersrückstellungen wären die risikoäquivalenten Prämien für risikobehaftete Versicherte nach einem Wechsel vielfach nicht tragbar. Die aufnehmende Versicherung müsste bei der Berechnung der Prämienhöhe sowohl den verkürzten Ansparzeitraum als auch die bekannt gewordenen Risikofaktoren berücksichtigen. Werden hingegen risikoadjustierte Altersrückstellungen mitgegeben, verringern diese die für den neuen Versicherer notwendige Prämie in gleichem Maße, wie sie es dem ursprünglichen Versicherer ermöglichten, das Risiko trotz unveränderter Prämie abzudecken.

Prämienunterschiede zwischen den Versicherungen können sich bei Übertragung individueller Altersrückstellungen nur durch unterschiedliche Leistungspakete oder Unterschiede in der Effizienz der Versicherungen ergeben. Eine Versicherung, die im Vergleich zur Konkurrenz effizienter arbeitet, kann einem wechselwilligen Versicherten angesichts der übertragenen individuellen Altersrückstellung entweder eine günstigere Prämie oder bessere Leistungen für die gleiche Prämie anbieten. Versicherte können sich aber auch für eine Versicherung mit höheren Prämien entscheiden, wenn diese im Gegenzug Leistungen anbietet, die den Präferenzen der Versicherten besser entsprechen. In diesem Fall sind die Versicherten auch bereit, den notwendigen Prämienaufschlag zu zahlen. Diese Prämienunterschiede sind unproblematisch, da sie durch die freiwillige Entscheidung der Versicherten legitimiert werden. Entscheidend ist hier, dass die Wechselmöglichkeit unabhängig vom Risiko der Versicherten besteht, da unterschiedliche Risiken durch unterschiedlich hohe Altersrückstellungen ausgeglichen werden. Eine Benachteiligung von Menschen mit ungünstiger Risikoentwicklung durch höhere Prämien ist somit ausgeschlossen.

In der heutigen privaten Pflegeversicherung ist der Wettbewerb um Bestandskunden stark eingeschränkt, da die private Pflegeversicherung an die private Krankenversicherung gekoppelt ist. Diese Kopplung ist grundsätzlich als sinnvoll zu erachten, da hierdurch Schnittstellenprobleme mit einhergehenden Anreizen zu Lastenverschie-

bungen zwischen den Versicherungen vermieden werden. In der privaten Krankenversicherung werden aber keine individuellen Altersrückstellungen übertragen, sondern lediglich durchschnittliche Altersrückstellungen im Umfang des Basisarifs. Die Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen ist grundsätzlich problematisch, da dies Anreize zur Risikoselektion setzt: Zur Abdeckung hoher Risiken sind die durchschnittlichen Altersrückstellungen zu niedrig, während sie für die Deckung der zu erwartenden Kosten niedriger Risiken zu hoch sind.

Abbildung 8 verdeutlicht dieses Problem: Ein Versicherter mit hohen Risiken benötigt eine hohe individuelle Altersrückstellung, um das Kostenrisiko der aufnehmenden Versicherung zu neutralisieren. Werden ihm dagegen bei einem Wechsel nur durchschnittliche Altersrückstellungen mitgegeben, kommt es für ihn zu Prämien erhöhungen, da er der aufnehmenden Versicherung den Fehlbetrag ausgleichen muss. Ein Versicherter mit geringem Risiko ist dagegen für Versicherungen attraktiv: Er bekommt bei einer durchschnittlichen Altersrückstellung im Vergleich zu seinem Risiko zu viel von der alten Versicherung übertragen, so dass die neue Versicherung die überschüssigen Mittel als Gewinn verbuchen oder dem Versicherten eine niedrigere Prämie anbieten kann (oder eine Kombination aus beidem).



**Abbildung 8: Übertragung individueller Altersrückstellungen (IAR) versus Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen (DAR)**

Die Übertragung durchschnittlicher Altersrückstellungen führt somit zu einem ineffizienten Wettbewerb der Versicherer mit dem Ziel der Gewinnung von Versicherten mit geringen Risiken. Die Beobachtung des nur schlecht funktionierenden Wettbewerbs um Bestandskunden in der aktuellen Rahmenordnung der privaten Kranken-

und Pflegeversicherungen ist daher kein guter Maßstab zur Beurteilung des Konzepts der Pflegevorsorge.

#### **4.5 Zwischenfazit**

Das Konzept der Pflegevorsorge stellt eine systematische Antwort auf die Probleme der heutigen Pflegeversicherung dar:

Die kapitalgedeckte Vorsorge ermöglicht eine weitgehende Unabhängigkeit von demographischen Entwicklungen und damit eine nachhaltige Finanzierung.

Die bisherige Vermischung von Versicherungsleistung und Umverteilungsaufgaben wird aufgehoben, die Umverteilung wird in das Steuer-Transfer-System verlagert. Dadurch wird im Gegensatz zum heutigen System eine treffsichere Umverteilung erreicht, die die tatsächliche Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit der Betroffenen vollständig erfasst.

Mit der Pflegevorsorge wird außerdem der Leistungswettbewerb zwischen den Versicherungen entfacht: Risikoäquivalente Prämien in Verbindung mit individuellen übertragbaren Altersrückstellungen gewährleisten einen nachteilsfreien Wechsel aller Versicherten und schaffen somit die Voraussetzungen für einen effizienten Wettbewerb zwischen den Versicherungen zum Wohle der Versicherten.

### **5 Umstellungs- und Übergangslösungen der Reform**

Seit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 1995 haben die Versicherten im Vertrauen auf zukünftige Leistungen Beitragszahlungen geleistet. Diese Beiträge dienten zum größten Teil nicht der eigenen Vorsorge, sondern wurden zur Finanzierung eines großen Teils der Kosten laufender Pflegefälle verwendet. Bei einer Umstellung auf ein kapitalgedecktes System stellt sich somit die Frage, inwieweit die jüngeren Generationen, die bis dahin hauptsächlich die Kosten der älteren Generationen getragen haben, selbst Ansprüche auf spätere Pflegeleistungen erworben haben.

#### **5.1 Zum Fortbestand von Leistungsansprüchen**

Zunächst ist festzuhalten, dass alle Versicherungsmitglieder der gesetzlichen Pflegeversicherung für den Zeitraum ihrer Mitgliedschaft zu Recht davon ausgehen, im Fall der Pflegebedürftigkeit Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung zu erhalten. Auch die bisher nicht pflegebedürftigen Mitglieder der Versicherungsgemein-

schaft haben daher bereits einen Erwartungsnutzen aus der Versicherung gezogen. Zukünftige Ansprüche der bisherigen Beitragszahler könnten sich allenfalls auf die nach Abzug dieses Versicherungswertes verbleibenden Beiträge beziehen.

Tatsächlich begründen die Beiträge in einem Umlageverfahren dem Grunde nach keine individuell zurechenbaren Ansprüche, da sie prinzipiell zur Finanzierung von Leistungen der aktuell Pflegebedürftigen herangezogen wurden. Die eingezahlten Beiträge sind nahezu vollständig aufgebraucht worden und haben im selben Umfang andere Finanzierungsformen verdrängt: Durch die Beitragsfinanzierung mussten aktuell Pflegebedürftige weder ihr eigenes Vermögen einsetzen noch auf die Hilfe ihrer Familie zurückgreifen. Auch der Bezug von andernfalls steuerfinanzierter Sozialhilfe wurde verringert. Beim Umlageverfahren handelt es sich nicht um einen privaten Versicherungsvertrag, sondern um eine staatlich verordnete Umverteilungsmaßnahme. Das Ausmaß der Umverteilung wird politisch bestimmt und kann demnach im politischen Prozess auch verändert werden.

Die Gewährung von Vertrauensschutz ist im Fall der Pflegeversicherung keinesfalls zwingend oder selbstverständlich: Dies wäre nur dann der Fall, wenn die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung nachvollziehbar zu einer relevanten Verhaltensänderung geführt hätte, die Menschen also ohne die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung verstärkt private Eigenvorsorge betrieben hätten. Zwar konnten die Versicherten in den letzten 15 Jahren davon ausgehen, dass die gesetzliche Pflegeversicherung im Pflegefall Leistungen bereitstellen würde – eine private Eigenvorsorge erschien somit nicht notwendig. Allerdings hatte der überwiegende Teil der Bevölkerung auch vor Einführung der Pflegeversicherung kaum selbst privat vorgesorgt, sondern sich auf die Unterstützung der Familie oder der Gesellschaft verlassen. Es spricht deshalb wenig dafür, dass sich an diesem Verhalten bis heute etwas geändert hätte.

In der Umkehrung der Perspektive ergibt sich schon eher ein Argument für die Bereitstellung eines gewissen Vertrauensschutzes. Insbesondere für bereits Pflegebedürftige und pflegenaher Jahrgänge erscheint es bei einer Systemumstellung gleichwohl angemessen, Leistungsansprüche zumindest teilweise anzuerkennen. Diese Versichertengruppen hätten ansonsten zu wenig zeitlichen Spielraum, um sich auf die veränderten Systembedingungen einzustellen.

## 5.2 Vertrauensschutz durch Einführung einer Belastungsgrenze und staatliche Leistungsaufstockung in der Übergangszeit

Grundsätzlich sind bei einem konsequenten Systemwechsel ab dem Umstellungszeitpunkt risikoäquivalente Prämien zu entrichten.<sup>11</sup> Während sich für neu geborene Versicherte die Prämienhöhe nach den erwarteten Durchschnittskosten ihrer Kohorte richtet und somit einer kohorteneinheitlichen Pauschale entspricht, werden sich die Prämien für alle bereits Versicherten je nach Alter und Gesundheitszustand unterscheiden. Es ist zu vermuten, dass für junge Versicherte die Prämien nur hinsichtlich Alter und Geschlecht differieren würden und die entstehenden Belastungsunterschiede nicht sehr groß wären. Ältere Versicherte stellen dagegen für die Versicherungen hohe Risiken dar, da das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark mit dem Lebensalter der Versicherten korreliert. Sie müssten daher entsprechend hohe Prämien bezahlen. Schließlich wurden in der gesetzlichen Pflegeversicherung keine Altersrückstellungen für sie gebildet, die sie beim Übergang prämiemindernd einbringen könnten. Im Grenzfall könnten ältere Personen alleine aufgrund der hohen Prämien finanziell überfordert sein.

Aus diesem Grund erscheint es angemessen, die Umstellung auf ein kapitalgedecktes Versicherungssystem mit der Einführung einer Belastungsgrenze zu verbinden. Diese Belastungsgrenze ermöglicht einen Vertrauensschutz, fordert aber zugleich Eigenvorsorge von allen Versicherten im Rahmen zumutbarer finanzieller Belastungen ein.

In einem ersten Schritt muss der Umfang des abzusichernden Leistungskataloges gesetzlich definiert werden. Für diesen Katalog werden in einem zweiten Schritt versicherungsmathematisch äquivalente Prämien unter Berücksichtigung der notwendigen Altersrückstellungen von den privaten Versicherungen kalkuliert. Parallel dazu ist vom Gesetzgeber eine Belastungsgrenze festzulegen, die gewährleistet, dass die Versicherten nicht bereits durch hohe Prämienzahlungen an finanzielle Grenzen stoßen. Zugleich aber wird die Eigenvorsorge aller Personen bis zu dieser Prämienhöhe sichergestellt.

---

<sup>11</sup> Generell können auch die heute als gesetzliche Kassen auftretenden Versicherer entsprechende Verträge anbieten. Auch sie müssten ihre Prämien jedoch nach dem Kapitaldeckungsverfahren und als risikoäquivalente Beiträge kalkulieren. Damit es zu einem unverfälschten Wettbewerb kommt, müsste die Sparte Pflegeversicherung privatisiert werden, um eine Verlagerung von Kosten zwischen den öffentlich-rechtlich organisierten Krankenkassen und den privaten Pflegeversicherungen auszuschließen.

Die Belastungsgrenze bedingt das Abrücken von der Versicherungspflicht des vollen, gesetzlich festgelegten Leistungskatalogs. Menschen mit erhöhtem Pflegerisiko können möglicherweise für die Maximalprämie nur einen gewissen Anteil der eigentlich versicherungspflichtigen Leistungen absichern. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit erhielten diese Personen nur den mit der Maximalprämie erzielten Versicherungsschutz und müssten die restlichen Kosten durch eigene Ersparnisse, Unterstützung durch Familienangehörige sowie nachrangig bereitgestellte Sozialhilfe decken.<sup>12</sup>

Für Versicherte, die die Belastungsgrenze geltend machen können, stehen die Versicherer wegen der Prämienkappung zwar nicht im Preis-, wohl aber im Leistungswettbewerb miteinander. Die Versicherungsunternehmen entscheiden, welche Leistungen sie einem Kunden für die Maximalprämie anbieten. Der Versicherte hat je nach der Höhe seiner im Falle der Pflegebedürftigkeit in Anspruch zu nehmenden Ersparnisse durchaus weiterhin einen Anreiz, die Versicherung auszuwählen, die ihm für seinen Beitrag die besten Leistungen anbietet.

Grundsätzlich bietet dieses Modell gegenüber vielen anderen Reformvorschlägen den Vorteil, dass keine willkürliche Grenze zwischen verschiedenen Personengruppen gezogen werden muss, die beispielsweise mit einem abrupten Systemwechsel ab einem gewissen Lebensalter oder zu einem bestimmten Datum verbunden wäre. Das entscheidende Kriterium, nach dem im Vorschlag der Pflegevorsorge unterschieden wird, liegt ausschließlich in der Höhe der risikoäquivalenten Prämie. Zugleich wird die verpflichtende Eigenvorsorge auch für Menschen im pflegenahen Alter – in einem zumutbaren Rahmen – eingefordert.

Bereits Pflegebedürftige sollten aus Vertrauensschutzgründen die bislang gewährten Leistungen auch weiterhin erhalten. Zugleich sollten diese Leistungen aber auf dem der geltenden Rechtslage entsprechenden Stand eingefroren werden. Auf dieser Grundlage sollte die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 beschlossene stufenweise Leistungsdynamisierung bis 2012 gewährt und auch die Leistungen bei einem individuellen Wechsel der Pflegestufen angepasst werden. Die nach 2015 vorgesehene regelmäßige Anpassung an die Preisentwicklung sollte jedoch nicht mehr vorgenommen werden.<sup>13</sup> Eine Ausdehnung der Leistungen etwa in Folge einer Neu-

---

<sup>12</sup> Für die in Deutschland geborene und ununterbrochen dort lebende Bevölkerung bedarf es nur einer Übergangsregelung, für Immigranten und nach einem längeren Auslandsaufenthalt zurückkehrende Deutsche muss eventuell eine dauerhafte Ausnahmeregelung gelten.

<sup>13</sup> Wenn sich der Gesundheitszustand der Betroffenen verschlechtert und sie in eine höhere Pflegestufe eingestuft werden, werden die Leistungen entsprechend angepasst.



definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollte jedenfalls unterbleiben (vgl. Kapitel 8). Des Weiteren sollten die pflegebedürftigen Personen auch wie bisher an der Finanzierung der Leistungen beteiligt werden, indem sie monatliche Beiträge in Höhe der Belastungsgrenze entrichten.

Die mit einer Versicherungspflicht und risikoäquivalenten Prämien einhergehende finanzielle Belastung für pflegenaher Jahrgänge und Personen mit hohem individuellem Pflegefallrisiko wird zwar durch die Einführung einer Belastungsgrenze für die Versicherungsprämie begrenzt. Zugleich aber führt dies zu einer unvollständigen Absicherung der Pflegeleistungen, so dass diesen Personen im Fall der Pflegebedürftigkeit ein deutlich geringerer Leistungskatalog als bislang bereitgestellt werden würde.

Diese Personen unterscheiden sich von den zum Umstellungszeitpunkt bereits pflegebedürftigen Versicherten nur graduell, d. h. ihre Pflegefallwahrscheinlichkeit beträgt zum Umstellungszeitpunkt nahezu 100 Prozent. Demzufolge sollte auch denjenigen Versicherten, die innerhalb eines gewissen Zeitraumes nach der Systemumstellung in der Pflegeversicherung pflegebedürftig werden, Vertrauensschutz gewährt werden. Diese Personen, deren über die Maximalprämie versicherbares Leistungsniveau geringer wäre als der gesetzlich definierte Leistungskatalog, sollten innerhalb eines Übergangszeitraumes eine Leistungsaufstockung erhalten. Dies würde garantieren, dass pflegenahere Personen – unabhängig von Ihrem Alter – durch die Umstellung nicht wesentlich schlechter gestellt wären als bereits Pflegebedürftige.

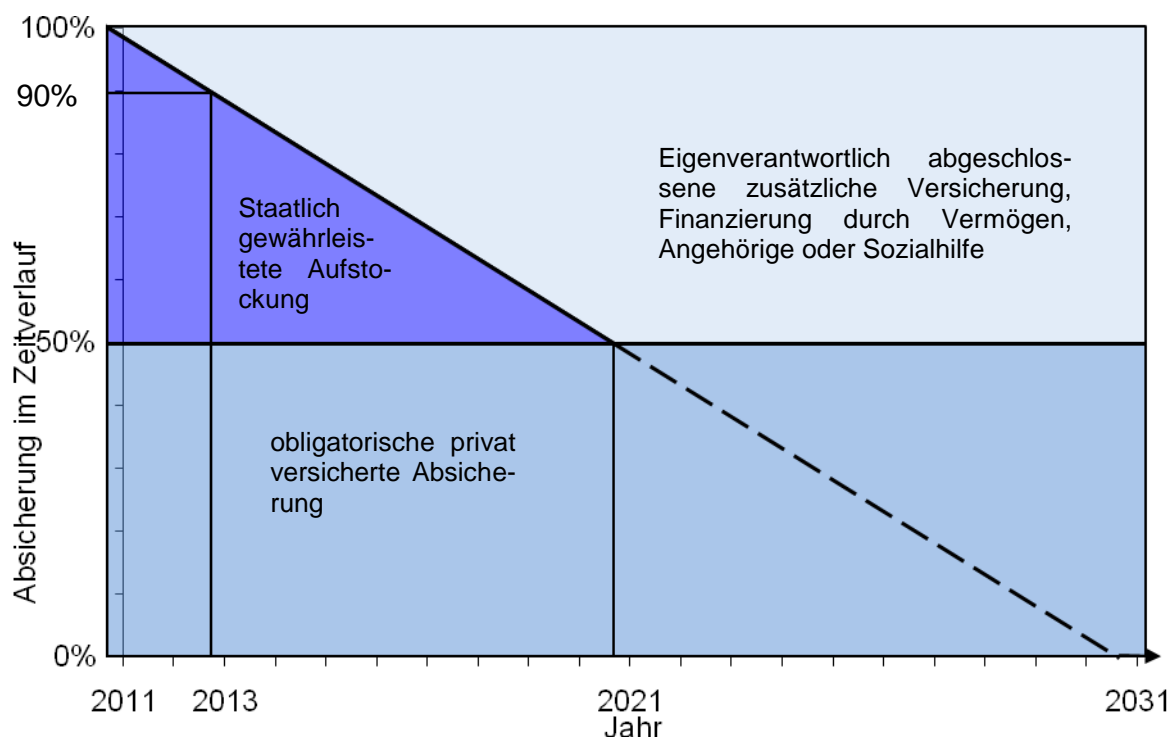
Die Höhe der staatlichen Aufstockungsleistungen für neue Pflegefälle sollte aber mit der Zeit abnehmen, da die Zeitspanne für eine zusätzliche Eigenvorsorge entsprechend zunimmt und sich die Menschen auf die Systemänderungen langfristig einstellen können. Vorgeschlagen wird eine Übergangsphase von 20 Jahren, während der der Aufstockungsbetrag linear abnimmt. Alle zum Umstellungszeitpunkt (bspw. im Jahre 2011) bereits pflegebedürftigen Personen bekommen zeitlich unbefristet, d. h. lebenslang, das heute in der gesetzlichen Pflegeversicherung zugesicherte Leistungsniveau staatlich garantiert, obwohl ihr Eigenbeitrag in Höhe der Maximalprämie pro Monat weit von einer Kostendeckung entfernt ist. Auch derjenige, der im Jahre 2011 pflegebedürftig wird, erhält lebenslang 100 Prozent des bisherigen Pflegeniveaus.

Diese staatlich garantierten Aufstockungsleistungen werden für zukünftig pflegebedürftig werdende Versicherte pro Jahr um fünf Prozentpunkte reduziert. Wer bspw. 2012 pflegebedürftig wird, dessen Versicherungsleistungen werden lebenslang auf 95 Prozent des bisher gewährten Leistungsniveaus aufgestockt, und zwar unabhängig davon, welchen Anteil des Leistungskatalogs der Versicherte durch Abschluss eines Versicherungsvertrages der Maximalprämie selbst abgedeckt hat.<sup>14</sup> Nach 20 Jahren – im Jahr 2031 – würden neu auftretende Pflegefälle vom Staat keine Aufstockung mehr erhalten.

Ein Beispiel soll die Übergangsregelungen veranschaulichen. In Abbildung 9 wird die Unterstützungsleistung für einen Versicherten dargestellt, der mit der politisch festgelegten Maximalprämie 50 Prozent des gesetzlich vorgegebenen Leistungsniveaus im Kapitaldeckungsverfahren absichern kann. Die Höhe der aus privater Versicherung und staatlicher Aufstockungszusage insgesamt abgesicherten Leistungen hängt dann davon ab, wann die Pflegebedürftigkeit eintritt. Bei Auftritt der Pflegebedürftigkeit im Jahr 2011 erhält der Versicherte eine Zusage über 100 Prozent der bisher geltenden Versicherungsleistung. Der Staat übernimmt dabei den Teil der Absicherung, den der Betreffende nicht im Kapitaldeckungsverfahren versichern konnte. Bei einem späteren Eintritt des Pflegefalls sinkt das Leistungsniveau, auf das die Gesamtleistung aufgestockt wird, linear. Bei Auftritt der Pflegebedürftigkeit im Jahr 2031 oder später werden keine Zuschüsse mehr gewährt. Angenommen, der Versicherte war bei Umstellung im Jahr 2011 68 Jahre alt, dann bedeutet dies: Wird er in 2013 pflegebedürftig, also mit 70 Jahren, so erhält er lebenslang die bisherigen Pflegeleistungen aus seiner privaten, kapitalgedeckten Versicherung (im Beispiel deckt diese bei der Maximalprämie 50 Prozent der Leistungen ab) und weitere 40 Prozent des gesetzlichen Leistungsniveaus vom Staat, so dass er insgesamt auf 90 Prozent kommt. Wird er mit 78 Jahren pflegebedürftig, d. h. tritt die Pflegebedürftigkeit 2021 auf, so ist die staatliche Leistungszusage bereits auf die Gewährleistung von 50 Prozent abgeschmolzen. Exakt diese Leistung ist jedoch durch die private Versicherung bereits abgedeckt. Somit erhält der Versicherte keine Aufstockungsleistungen mehr, sondern nur die Leistung aus dem privaten Kapitaldeckungsverfahren.

---

<sup>14</sup> Wer am privaten Versicherungsmarkt für einen Monatsbeitrag von weniger als der Maximalprämie eine Versicherung der heute in der Pflegeversicherung gewährleisteten Leistungen erreicht, muss natürlich nicht einen Beitrag entsprechend der Belastungsgrenze zahlen, bedarf aber auch nicht der hier dargestellten Aufstockungen.



**Abbildung 9: Übergangslösung bei 50-prozentiger privater Absicherung; Quelle: Eigene Darstellung.**

### 5.3 Steuerfinanzierung des Vertrauensschutzes

Aus der Systemumstellung nach Vorschlag der Pflegevorsorge ergibt sich für zwei Personengruppen ein finanzieller Transferbedarf: Zum einen werden die Leistungen an schon zum Umstellungszeitpunkt pflegebedürftige Personen weiterhin finanziert, damit diese die ihnen einmal zugesagten Leistungen tatsächlich lebenslang beziehen können. Zum anderen müssen die Aufstockungsleistungen an diejenigen finanziert werden, die innerhalb des Übergangszeitraumes pflegebedürftig werden. Beides müsste auch bei einer Beibehaltung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung gewährt werden.<sup>15</sup>

Diese Leistungszusagen für bereits Pflegebedürftige und Personen mit hohem Pflegerisiko könnten theoretisch wie bisher durch fortlaufende Beiträge aller abhängig Beschäftigten finanziert werden. Diese Finanzierungsform weist aber den gravierenden Nachteil beschäftigungsfeindlicher und verteilungspolitisch unsystematischer Belastungen auf (vgl. Kapitel 3.2 und 3.3).

<sup>15</sup> Da die Aufstockungsleistungen im Zeitverlauf abgeschmolzen werden, sind die Transfers für die zweite Gruppe im Falle einer Reform nach Vorschlag der Pflegevorsorge sogar geringer als bei der Beibehaltung des Umlageverfahrens.

Über eine Steuerfinanzierung kann hingegen die Verteilung dieser Belastung deutlich zielgenauer ausgestaltet werden, weil im Steuer-Transfer-System die tatsächliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt wird – im Gegensatz zu lohnbezogenen Beiträgen innerhalb bestimmter Lohnhöhen und nur für bestimmte Bevölkerungsgruppen.

Der Vertrauensschutz impliziert eine finanzielle Unterstützung, die nicht nach finanzieller Bedürftigkeit vergeben wird. Es ist vielmehr der Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit, der als Maßstab für die Höhe der Leistungszusagen herangezogen wird. Die Finanzierung der mit Vertrauensschutz begründeten Aufstockungsleistungen über Steuern gewährleistet zwar eine Belastung gemäß der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Da der Vertrauensschutz aber unabhängig von finanzieller Bedürftigkeit gewährt wird, ist es möglich, dass vermögende ältere Personen von Beitragszahlern unterstützt werden, die selbst kein Vermögen besitzen und ein geringes Einkommen haben. Die Gewährung von Vertrauensschutz impliziert also, dass soziale Ungerechtigkeiten des alten Systems teilweise übernommen werden. Die Finanzierung des Vertrauensschutzes über Steuermittel stellt aber in jedem Fall einen großen Fortschritt gegenüber dem derzeitigen System dar.

Eine Umstellung der Pflegeversicherung nach dem Vorschlag der Pflegevorsorge wäre mittel- und langfristig aufgrund von Effizienzgewinnen aber in jedem Fall mit einer Reduzierung der Belastungen verbunden: Die unsystematischen Umverteilungsmaßnahmen der Pflegeversicherung entfallen, die Umverteilung wird sachgerecht auf das Steuer-Transfer-System konzentriert. Die politisch angestrebte Einkommensumverteilung ist dadurch mit geringeren staatlichen Interventionen und mit geringeren Ineffizienzen verbunden. Negative Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt werden durch den Wegfall lohnbezogener Beiträge vermieden, was über die damit verbundene positive Beschäftigungswirkung zu Entlastungen in den anderen Sozialversicherungszweigen führt. Der mit dem reformierten Pflegeversicherungssystem angestoßene Wettbewerb unter den Versicherern wird sowohl in der Versicherungswirtschaft als auch bei den nachgelagerten Anbietern von Pflegedienstleistungen zu Effizienzgewinnen führen. Die Staatstätigkeit wird reduziert.

#### **5.4 Verteilungswirkungen des Übergangs**

Durch die Überwindung des Umlageverfahrens entfallen mehrere Umverteilungsvorgänge. Da die Einkommensumverteilung innerhalb des bestehenden Versicherungssystems wenig treffsicher und ordnungspolitisch bedenklich ist, ist ihr Wegfall grund-

sätzlich zu begrüßen. Dennoch sollen im Folgenden die Verteilungswirkungen der Reform verdeutlicht werden; über eine mögliche Kompensation ist politisch zu entscheiden.

Die generelle Subventionierung von Beziehern niedriger Einkommen aus abhängiger Beschäftigung entfällt bei einem Übergang zur Pflegevorsorge. Lediglich in den Fällen, in denen ein niedriges Einkommen aus abhängiger Beschäftigung mit einer insgesamt niedrigen finanziellen Leistungsfähigkeit einhergeht, wäre über eine Kompensation nachzudenken. Allgemein könnten höhere Freibeträge bei der Einkommenssteuer eingeräumt werden. Im Falle wirtschaftlicher Bedürftigkeit ist zu diskutieren, ob die Beiträge vom Sozialhilfeträger übernommen werden sollten. Da jedoch ungewiss ist, ob die Betroffenen jemals pflegebedürftig werden, erscheint die Aussetzung der Versicherungspflicht während des Sozialhilfebezugs systematischer. Dies wäre zwar mit einer entsprechenden Unterversicherung der betroffenen Bürger verbunden. Der Sozialhilfeträger müsste aber nur im Falle der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit für diese Unterdeckung gerade stehen. Falls die Betroffenen hingegen im weiteren Verlauf ihres Lebens wieder über eine ausreichende wirtschaftliche Leistungsfähigkeit verfügen, könnten sie die Unterdeckung durch vorübergehend höhere Zahlungen (bis zum Erreichen der monatlichen Belastungsgrenze) ausgleichen.

Auch die sachlich nicht begründete Umverteilung im Rahmen der Ehegattenmitversicherung würde bei einer Umstellung zum skizzierten kapitalgedeckten System nicht aufrechterhalten.

Die vom Bundesverfassungsgericht bemängelte systematische Benachteiligung von Eltern durch die mangelnde Berücksichtigung der Kindererziehung im Umlageverfahren entfällt durch den Systemwechsel. Dies entlastet zwar nicht direkt die heutigen Eltern, wohl aber die Familien im Ganzen. Die Kinder werden von den im Status quo bedrohlich ansteigenden Beitragserhöhungen entlastet, die im Umlageverfahren aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten wären.

Auch die Umverteilung zwischen jungen und älteren Generationen würde durch einen Umstieg auf die Pflegevorsorge entfallen. Diese Umverteilung resultiert vorwiegend aus der Verteilung von Einführungsgewinnen, die im bestehenden System der umlagefinanzierten Pflegeversicherung verteilt wurden und auch noch weiter ausgeschüttet werden. Der Beitrag wird im Umlagesystem unabhängig vom Alter erhoben, obwohl dieses die Pflegewahrscheinlichkeit signifikant beeinflusst. Durch die demo-

grafische Entwicklung sind im Umlageverfahren zunehmende Belastungen für die jüngeren Jahrgänge durch steigende Beitragssätze zu erwarten, selbst wenn lediglich das nominale Leistungsniveau garantiert würde. Schon die Beibehaltung dieses nominellen Niveaus erfordert von den jüngeren Jahrgängen mehr Beitragsleistungen als von den älteren Generationen. Eine über die vorgeschlagene Übergangsregelung hinausgehende Kompensation des Wegfalls dieser Umverteilung von jung zu alt erscheint deshalb nicht erforderlich.

### **5.5 Umstieg auf Kapitaldeckung ist in jedem Fall vorteilhaft**

Bis heute schreckt der Gesetzgeber vor allem wegen der vermeintlichen Umstellungskosten eines Wechsels vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren vor dieser grundlegenden Reform der Pflegeversicherung zurück. Tatsächlich entstehen durch den Wechsel vom Umlage- zum Kapitaldeckungsverfahren keine zusätzlichen Kosten. Die finanziellen Herausforderungen für die Gesellschaft entstehen nicht durch den Umstieg auf Kapitaldeckung, sondern durch das Abtragen der Schulden des derzeitigen Umlagesystems. Durch eine Systemumstellung werden lediglich die bereits im System der gesetzlichen Pflegeversicherung erworbenen Ansprüche der Versicherten – die sogenannte implizite Schuld – offengelegt und damit in eine explizite Staatsschuld umgewandelt. Diese Ansprüche müssten auch im Fall der Beibehaltung des heutigen Systems befriedigt werden. Es ist daher irreführend, diese als Kosten der Umstellung zu bezeichnen.

Entstanden sind diese Ansprüche mit Einführung und Ausweitung des Umlageverfahrens in den vergangenen 15 Jahren. Mit der Etablierung eines umlagefinanzierten Systems sind Einführungsgewinne verbunden: Von Beginn an werden Leistungen an Pflegebedürftige ausgezahlt, obwohl diese überhaupt keine oder nur sehr geringe Beiträge in das System eingezahlt haben. Durch die Bereitstellung von Leistungen entsteht eine implizite Schuld der jeweils nächsten Generation im Umlageverfahren gegenüber der vorhergehenden Generation der ehemaligen Beitragszahler. Nur durch dieses Leistungsversprechen ist die Zustimmung der jüngeren Generationen zur Einführung eines Umlageverfahrens überhaupt zu gewinnen.

Die impliziten Schulden des Umlageverfahrens müssen aus Gründen des Vertrauensschutzes deshalb auch nach einem Systemwechsel getragen werden. Eine Umstellung der Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung ist unter der Bedingung des Vertrauensschutzes somit unvermeidbar mit einer Doppelbelastung der aktuellen Er-

werbsgenerationen verbunden: Die Erwerbstätigen müssen weiterhin für die Leistungen an die pflegenahen- und pflegebedürftigen Jahrgänge aufkommen und gleichzeitig selbst kapitalgedeckt für ihre späteren Pflegeleistungen vorsorgen. In diesem Fall tilgen sie die implizite Schuld, weil sie die gesamten Ansprüche der älteren Jahrgänge erfüllen, ohne selbst einen Anspruch gegenüber späteren Generationen geltend machen zu können. Die Notwendigkeit, die impliziten Schulden zu bedienen bzw. die Ansprüche der langjährig Versicherten zu erfüllen, bestehen im Übrigen nicht nur bei einem Systemwechsel, sondern auch bei Beibehaltung des Umlageverfahrens. In diesem Fall wird die Schuld allerdings zukünftigen Generationen aufgebürdet.

Grundsätzlich kann sogar gezeigt werden, dass ein Umstieg von einem Umlageverfahren zu einem kapitalgedeckten Verfahren auch ohne eine Doppelbelastung der aktuell Erwerbstätigen möglich ist. Die implizite Schuld wird in diesem Fall nicht abgebaut, sondern lediglich in eine explizite Schuld umgewandelt. Dies würde zwar zunächst zukünftige Generationen nicht direkt entlasten, aber immerhin die politisch verlockende Anhäufung weiterer impliziter Schulden stoppen.

Soll die explizite Schuld nicht abgetragen werden, müssten nur die entsprechenden Schuldzinsen gezahlt werden, die der Staat über die Erhebung von Steuern begleichen könnte. Dadurch würde gegenüber dem Status quo keine Generation schlechter gestellt, denn auch im Umlageverfahren sind alle Generationen mit einer entsprechenden impliziten Steuer belegt. Diese implizite Steuer entsteht im Zinsnachteil, den die Beitragszahler im Umlagesystem erleiden, weil ihre Beiträge nicht angelegt werden und deshalb keine Rendite am Kapitalmarkt erzielen. In einem Umlageverfahren besteht allenfalls eine „Rendite“ in Form des Lohnsummenwachstums. Wenn die Lohnsumme in der Phase des Leistungsbezugs höher ist als in der eigenen Einzahlsphase, könnte der Beitragszahler mehr erhalten als er eingezahlt hat, falls die Beitragssätze unverändert bleiben und die demografische Situation stabil ist. Da das Lohnsummenwachstum aber empirisch langfristig niedriger liegt als die Kapitalmarkrendite, entsteht den Beitragszahlern ein Zinsnachteil (implizite Steuer) im Umlageverfahren. Mit dem gleichen Beitragsvolumen wird nur eine geringere Leistungszusage im Fall der Pflegebedürftigkeit erreicht, als es bei Anlage der Beiträge am Kapitalmarkt möglich wäre. Die Beiträge im Umlageverfahren werden stattdessen dazu

genutzt, die Einführungsgewinne zu finanzieren.<sup>16</sup> Dieser Nachteil wird bei einer Umstellung auf das Kapitaldeckungsverfahren lediglich offengelegt und als explizite Steuer zur Begleichung der Schuldzinsen verwendet.

Trotz des fehlenden Abbaus der impliziten Schuld ergibt sich durch diese Art der Umstellung ein Vorteil im Vergleich zur Fortführung des heutigen Umlageverfahrens. Zum einen kann eine versteckte Ausweitung der Einführungsgewinne durch Leistungsausdehnung verhindert werden. Die Erhöhung impliziter Schulden im Umlagesystem ist politisch attraktiv, weil die Belastung auf zukünftige Generationen verschoben wird, während die Vorteile aus der Leistungsausdehnung der aktuellen (Wähler-)Generation zugutekommen, ohne dass sie dafür in voller Höhe aufkommen muss. In einem kapitalgedeckten System müssten die Versicherten dagegen jede Leistungserhöhung selbst durch höhere Prämien begleichen. Durch die Umwandlung impliziter in explizite Schulden wird also zumindest die Ausdehnung der Ansprüche gegenüber den kommenden Generationen verhindert.

Eine weitere Besserstellung aller Generationen ist auch in diesem Umstellungsszenario aufgrund der wettbewerblichen Effekte von kapitalgedeckten Systemen zu erwarten. Durch die Umstellung auf Kapitaldeckung können risikoäquivalente Prämien in Kombination mit individualisierten Altersrückstellungen einen effizienten Wettbewerb zwischen den Versicherungen entfachen. Auf die derzeit bestehenden problematischen Risikostrukturausgleichsmechanismen kann demnach verzichtet werden.<sup>17</sup> Die durch den effizienten Preis- und Leistungswettbewerb entstehenden Effizienzgewinne kommen allen Generationen zugute. Eine Umstellung auf Kapitaldeckung ohne eine Schlechterstellung einer Generation gegenüber dem Status quo ist also grundsätzlich möglich. Diese Defizitfinanzierung verhindert jedoch die Entlastung zukünftiger Generationen, was angesichts der auch in anderen Sozialversicherungszweigen bestehenden impliziten Schulden nur schwer zu verantworten scheint. Zudem kommen gewisse Restriktionen des Europäischen Stabilitäts- und Wachstumspakts sowie der Schuldenbremse hinzu.

---

<sup>16</sup> Der Gegenwartswert der impliziten Steuern über alle Generationen hinweg entspricht genau dem Gegenwartswert der Einführungsgewinne.

<sup>17</sup> Risikostrukturausgleichsmechanismen können das Problem der Risikoselektion nie vollständig lösen: Es besteht immer ein Trade-off zwischen der Genauigkeit (Erfassung aller möglichen Risikokriterien) und den dadurch entstehenden Kontroll- und Verwaltungskosten. Daher wird ein Risikostrukturausgleich notwendigerweise unvollständig bleiben und damit weiter Risikoselektionsanreize bieten. Ein effizienter Wettbewerb ist in Folge dessen nicht zu erwarten (Eekhoff et al., 2008).



## **6 Vorteile der Pflegevorsorge – Teilkapitaldeckung als Antwort auf den Bedarf an Eigenvorsorge und Vertrauensschutz**

In der öffentlichen Diskussion hat sich zwar die Erkenntnis längst durchgesetzt, dass es sich bei den umlagefinanzierten Sozialversicherungen in Anbetracht der demografischen Entwicklung um langfristig nicht finanzierbare und damit nicht zukunftsfähige Versorgungsmodelle handelt. Der politische Reformanspruch scheint aber über die vorsichtige Einführung einer Teilkapitaldeckung nicht hinauszugehen.

Das Modell der Pflegevorsorge strebt einen vollständigen Wechsel zu einem kapitalgedeckten System an, um zukünftige Generationen zu entlasten. Die Eigenvorsorge über private kapitalgedeckte Versicherungen wird aber übergangsweise nur innerhalb eines gewissen, als zumutbar angesehenen Rahmens gefordert. Somit ist der gesetzliche Leistungskatalog der Pflegeversicherung während dieses Übergangszeitraumes nur teilweise kapitalgedeckt abgesichert, um Personen mit hohen Pflegefallwahrscheinlichkeiten finanziell nicht zu stark zu belasten. Die damit verbundene Unterversicherung wird im Rahmen des Vertrauensschutzes durch Aufstockungsleistungen aus Steuermitteln abgefangen.

Das Modell der Pflegevorsorge bietet sich also in gleicher Weise als Blaupause für ein teilkapitalgedecktes Reformmodell an, da im Übergang nicht die gesamte Versicherungsleistung kapitalgedeckt abgesichert werden muss, sondern ein Teil über Aufstockungsleistungen von den Steuerzahlern getragen wird.

Die im Vergleich zum Status quo stärkere finanzielle Beteiligung älterer Generationen, kann mit dem Verweis auf die auch heute noch vergleichsweise kurze Beitragsphase gerechtfertigt werden. Die betroffenen Personen haben in Form von tatsächlich gewährten Leistungen oder aber zumindest in Form des Versicherungsnutzens bisher Einführungsgewinne erhalten. Im Rahmen des Vertrauensschutzes erhalten sie auch weiterhin eine Absicherung, die sie nicht vollständig durch ihre Beiträge finanzieren müssen. Durch ihre erhöhte Beteiligung an der Finanzierung bis zur Maximalprämie kann aber immerhin die Belastung der jungen Generationen im Vergleich zum heutigen System reduziert werden.

## **7 Zusätzlicher Reformbedarf auf der Leistungsseite der Pflegeversicherung**

Auf die Pflegeversicherung kommen im bestehenden System aufgrund der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Kostenentwicklung im Pflegebereich erhebliche Mehrkosten zu. Sowohl der Konstruktionsfehler der Pflegeversicherung

als Teilkaskoversicherung als auch der perspektivisch stark steigende Betreuungsbedarf bei Altersdemenz und Verwirrtheit machen Umstellungen des Leistungskatalogs wahrscheinlich.

### **7.1 Vollversicherung mit Selbstbehalt statt Teilkaskoversicherung**

Aufgrund des Teilkaskocharakters der Pflegeversicherung konnte die mit der notwendigen Pflege vor allem älterer Menschen verbundene Belastung der Sozialhilfeträger trotz Einführung der Pflegeversicherung nur teilweise behoben werden. Im Jahr 2007 schlug die „Hilfe zur Pflege“ innerhalb der Sozialhilfe immerhin mit 3,2 Milliarden Euro brutto zu Buche. Selbstverständlich stand bereits bei Einführung der Pflegeversicherung 1995 fest, dass auch weiterhin Belastungen für die Allgemeinheit in Form der Sozialhilfe zu erwarten sind, da die Pflegekosten nur teilweise übernommen werden. Um die Sozialhilfe komplett aus der Haftung für Kosten aufgrund von Pflegebedürftigkeit zu entlassen, müsste theoretisch eine umfassende Absicherungspflicht – im Sinne einer Vollversicherung – eingeführt werden: Sämtliche Pflegeleistungen, die einem wirtschaftlich nicht leistungsfähigen, aber pflegebedürftigen Bürger notfalls von der Allgemeinheit finanziert bereitgestellt würden, müssten bei ausreichender wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit in früheren Jahren obligatorisch versichert werden.

Dieser theoretischen Überlegung steht natürlich entgegen, dass eine solche Ausweitung der Versicherungsleistungen auch zu erheblichen Prämiensteigerungen führen würde. Durch eine Vollversicherung kann zwar das Trittbrettfahrerverhalten für die Pflegeversicherung eingedämmt werden, allerdings führen die entsprechenden Prämienhöhungen ihrerseits zu beachtlichen Problemen.<sup>18</sup>

Will man die Belastung der Gesellschaft durch Trittbrettfahrerverhalten verringern, ohne gleichzeitig sehr starke Prämiensteigerungen in Kauf nehmen zu müssen, könnte daher eine Vollversicherung mit Selbstbehalt eingeführt werden. Das Kriterium der Kostenintensität der Pflegeleistungen würde in diesem Vorschlag maßgeblich

---

<sup>18</sup> Des Weiteren gehen mit der Ausdehnung der Mindestversicherungspflicht Präferenzverfehlungskosten einher. Zwingt man die Bürger, in noch höherem Maße als bisher die finanziellen Risiken aus Pflegebedürftigkeit über eine Pflegeversicherung abzusichern, nimmt man ihnen damit auch die Möglichkeit, nach ihren eigenen Vorstellungen gegen die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit vorzusorgen. Dazu könnte beispielsweise der Aufbau und die Pflege eines funktionierenden familiären Netzwerks oder der Aufbau von Vermögen zählen, welches gegebenenfalls aufgelöst werden könnte. Solche bei allen versicherungspflichtigen Bürgern anfallenden Präferenzverfehlungskosten müssen gegen die Ersparnisse in der Sozialhilfe abgewogen werden, die durch den Zwang einer Vollversicherung erreichbar sein könnten.

für die Definition des Mindestleistungskatalogs in der Pflegeversicherung. Die Versicherungsleistungen würden sozusagen umgedreht: Weniger teure Pflegeleistungen bei geringer Hilfebedürftigkeit müssten fortan bis zu einer gewissen monatlichen finanziellen Belastung selbst übernommen werden. Die bei erhöhtem Pflegebedarf hingegen schnell sehr teuren Leistungen wären durch die Pflegeversicherung abgedeckt, die alle notwendigen Kosten oberhalb des Selbstbehaltsbetrags übernehmen würde.<sup>19</sup>

Der hier vorgeschlagene Ausschluss von Versicherungsleistungen bei geringem Pflegebedarf durch die Einführung eines Selbstbehalts ist nicht als Geringschätzung der Notwendigkeit der Hilfe auch in diesen Fällen zu verstehen, sondern ist alleine der Vermeidung hoher Prämiensteigerungen geschuldet. Wirtschaftlich Bedürftige hätten diesem Vorschlag zufolge auch weiterhin einen Anspruch auf alle notwendigen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Die heute noch in beachtlichem Maße bestehende Trittbrettfahrerproblematik würde durch die Umschichtung der privat zu finanzierenden Leistungen jedoch deutlich verringert: Ein Selbstbehalt in einer Höhe, wie er durch die meisten Renteneinkünfte neben den Kosten für Wohnung und Lebensunterhalt noch finanzierbar ist, würde im Falle der Pflegebedürftigkeit dazu führen, dass Pflegeleistungen aus eigenen Mitteln bezahlt werden, die vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit für Reisen, Ausflüge, Geschenke und andere theoretisch verzichtbare Ausgaben zur Verfügung standen. Nur wessen Rente tatsächlich nicht für lebensnotwendige Ausgaben und den Selbstbehalt bei den Pflegekosten ausreicht, droht bei mangelnder Unterstützung durch Angehörige auf Sozialhilfe angewiesen zu sein. Im heutigen System hingegen werden bei vielen nur gering pflegebedürftigen Senioren Anteile der Renteneinkünfte geschont. Diese Mittel können dank der Unterstützung der Pflegeversicherung weiterhin für Anschaffungen, Ausflüge, Geschenke etc. verwendet werden. Bei Eintritt einer höheren Pflegebedürftigkeit reicht hingegen eine durchschnittliche Rente sehr schnell nicht mehr zur Deckung der zusätzlich zur Pflegeversicherungsleistung notwendigen Ausgaben.

---

<sup>19</sup> Zu den kostenintensiven Fällen zählt beispielsweise die vollstationäre Pflege. In der Folge sind die Sozialhilfeträger im aktuellen System hier besonders in Anspruch genommen: Leistungen für vollstationäre Pflege machten im Jahr 2007 mit 2,5 Milliarden Euro rund 80 Prozent der Bruttoausgaben der „Hilfe zur Pflege“ aus. Hilfreich wären hier medizinisch-empirische Untersuchungen, die der Frage auf den Grund gehen, ob unterlassene Pflege im Bereich der leichten Pflegebedürftigkeit zu einer schnelleren höheren Pflegebedürftigkeit führen könnte.

## 7.2 Leistungsausweitung: Der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegeversicherung wird möglicherweise deutlich verändert, wenn der nach pflegewissenschaftlichen Maßstäben entwickelte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eine sozialrechtliche Umsetzung erfahren sollte.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 1995 ausschließlich verrichtungsbezogen definiert worden. Pflegebedürftigkeit umfasst demnach vor allem die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) des Versicherten.<sup>20</sup> Gänzlich unberücksichtigt bleibt hingegen der insbesondere durch geistige Einschränkungen (Demenzerkrankungen) ausgelöste Bedarf an Betreuung, Aufsicht oder Kommunikation. Ein weiteres Merkmal der aktuellen leistungsrechtlichen Definition von Pflegebedürftigkeit ist deren zeitbezogene Erfassung: Im Rahmen der vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen durchgeführten Begutachtung wird der Zeitaufwand abgeschätzt, den eine nicht professionelle Pflegekraft für die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung der betreffenden Person benötigt. Dieser Zeitaufwand ist dann maßgeblich für die Einstufung der Pflegebedürftigen in Pflegestufen.

Der einseitig auf Verrichtungen ausgerichtete Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie dessen zeitbezogene Erfassung stehen bereits seit langem in der Kritik. Immer wieder wird die Forderung nach einer umfassenden und teilhabebezogenen Pflege erhoben.<sup>21</sup> Insbesondere Personen mit dementiellen Erkrankungen seien im Vergleich zu Personen mit den altersbedingten körperlichen Beschwerden versicherungstechnisch benachteiligt, da sie einen spezifischen Betreuungsbedarf aufwiesen, den die gegenwärtige Definition von Pflegebedürftigkeit nicht erfasste.

Ein von der großen Koalition mit der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beauftragte Beirat legte im Januar 2009 einen ersten ausführlichen Bericht vor, dem im Mai 2009 ein Umsetzungsbericht folgte. Entwickelt wurden der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das entsprechende Begutachtungsverfahren mit dem Ziel, den Verlust an Selbstständigkeit bei Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensberei-

---

<sup>20</sup> Hinzu kommt der hauswirtschaftliche Versorgungsbedarf, der jedoch nur in Verbindung mit einem ausreichenden Bedarf an Grundpflege einen Anspruch auf Versicherungsleistungen begründet.

<sup>21</sup> Seit 2002 galten immerhin leichte aber unsystematische Leistungsverbesserungen für Personen der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, sofern eine dauerhafte eingeschränkte Alltagskompetenz bestand. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurden diese Unterstützungen ab dem 01. Juli 2008 geringfügig erhöht und der Anspruch auch auf Personen ausgeweitet, deren Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung noch nicht das Ausmaß der Pflegestufe I aufweist.

chen maßgebend für einen eventuellen Anspruch auf Versicherungsleistungen zu machen. Diese neue Perspektive umfasst damit im Gegensatz zur derzeitigen Definition auch einen allgemeinen Aufsichts- und Kommunikationsbedarf und rückt vom engen Blick auf die rein körperliche Grundpflege ab. Hierdurch entstehen vor allem für kognitiv eingeschränkte Personen neue Leistungsansprüche.<sup>22</sup>

Vom Beirat modellierte Szenarien zeigen den Spielraum der (politischen) Gestaltung auf: Natürlich kann auch mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem an der Selbständigkeit orientierten Begutachtungsinstrument theoretisch eine „kostenneutrale“ leistungsrechtliche Reform angestrebt werden, indem entweder die für den Zugang zu den oberen Bedarfsgraden notwendigen Punktwerte angehoben oder aber die Leistungssätze reduziert werden. Die neue Berücksichtigung der vor allem mit kognitiven Einschränkungen einhergehenden spezifischen Pflegebedarfe könnte theoretisch auf Kosten der Ansprüche von Personen mit überwiegend körperlichen Problemen vorgenommen werden. Jegliche Manipulation der Parameter zugunsten einer kostenneutralen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes konterkariert jedoch das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung nach pflegewissenschaftlichen Kriterien. Zudem wäre auch bei der Einschränkung von Leistungsansprüchen überwiegend körperlich beeinträchtigter Pflegebedürftiger ein gewisser Bestandsschutz für bereits pflegebedürftige Leistungsempfänger unumgänglich, was wiederum mit Mehrkosten einhergeht.

Werden kognitive und körperliche Einschränkungen bei den Leistungsansprüchen zukünftig gleichmäßig berücksichtigt, führt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff vor allem für die Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu deutlichen Leistungsverbesserungen. In einem realistischen und plausiblen Reformszenario berechnet der Beirat Mehrausgaben in Höhe von rund 2,8 Milliarden Euro, d. h. rund 15,4 Prozent im Vergleich zu den Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 2008.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Die Beeinträchtigung der Selbständigkeit wird modular abgefragt. Die Module „Mobilität“, „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, „Selbstversorgung“, „Umgang mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ werden dabei unterschiedlich gewichtet, wobei die beiden Module Mobilität und Selbstversorgung, die in etwa den heutigen in der Pflegeversicherung erfassten Bereich abdecken, mit insgesamt 50 Prozent gewichtet werden. Die heutige Pflegestufe I entspricht dem Bedarfsgrad 2, die Stufe II dem Bedarfsgrad 3 und die heutige Pflegestufe III dem Bedarfsgrad 4. Der Bedarfsgrad 5 ist für gewisse Härtefälle (Personen mit besonderer Bedarfskonstellation) vorgesehen.

<sup>23</sup> Berechnet wurden die Ausgaben auf Basis der Leistungssätze von 2008 bei Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments, einer „ausgewogenen“ Berücksichtigung körperlicher und kognitiver Beeinträchtigungen und unter der (politisch erwünschten) Annahme der Auszahlung eines zweckgebundenen Geldbetrags von 50 Euro im Bedarfsgrad 1.

Hinzu kommen jährliche Mehrausgaben in Höhe von 0,65 Milliarden Euro des Bestandschutzes für diejenigen Versicherten, für die der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff Leistungseinschränkungen beinhalten würde. Dieser Schutz wird nach dem Vorschlag des Beirats während eines Zeitraumes von drei Jahren gewährt.

Diese Berechnung unterschätzt allerdings die tatsächlichen zu erwartenden Mehrausgaben, da in der Datenbasis sowohl die Personen fehlen, die bislang keine Anträge auf Pflegeleistungen gestellt haben, als auch jene Personen, deren Antrag im stationären Bereich abgelehnt wurde. Diese könnten gemäß einer erweiterten Definition von Pflegebedürftigkeit aber durchaus Leistungsansprüche besitzen. Darüber hinaus hat im Status quo der Teilkaskoversicherung eine Neudefinition der „bedarfsgerechten“ Pflegeleistungen auch Einfluss auf die Höhe der im Bedarfsfall von den Sozialhilfeträgern bereitgestellten Leistungen (Rothgang et. al., 2008). Die Kosten, die nicht von der gesetzlichen Pflegeversicherung ersetzt werden und für die der Pflegebedürftige nicht über eigenes oder aus der Verwandtschaft zufließendes Vermögen / Einkommen aufkommen kann, werden von der Gesellschaft getragen. Aufgrund der Neudefinition von Pflegebedürftigkeit ist zu erwarten, dass Pflegebedürftige im Vergleich zu ihrer derzeitigen Pflegestufe in einen höheren Bedarfsgrad eingestuft werden und damit höhere Leistungen als bisher erhalten. Im stationären Bereich geht dies mit höheren Sachleistungen, d. h. auch mit höheren Pflegesätzen an die Pflegeheime einher, von denen die Pflegeversicherung jedoch nur einen Anteil trägt. Somit wird die Deckungslücke für den Pflegebedürftigen größer und gegebenenfalls auch der Anspruch auf Sozialhilfe. Entsprechend kann ein erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff mit Mehrausgaben für die Sozialhilfeträger einhergehen.

## **8 Keine Leistungsausweitung im kranken System der gesetzlichen Pflegeversicherung**

Die Diskussion über die Einführung eines neuen, erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff darf aus den oben genannten Gründen nicht nur unter pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten geführt werden, sondern muss auch die finanziellen Auswirkungen einer Leistungserweiterung berücksichtigen. Ein erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff, der im Vergleich zum derzeitigen Leistungskatalog auch dementielle Erkrankungen berücksichtigt und mithin eine Ausweitung der Versicherungspflicht bedingt, kann aus ökonomischer Sicht dann sinnvoll sein, wenn er insgesamt zu einer stärker-

ren Absicherung der hohen Pflegebedarfe und damit zu einer Reduktion von Trittbrettfahrerverhalten führt.

Entsprechende Leistungsausweitungen sollten aber keinesfalls im derzeitigen System der gesetzlichen Pflegeversicherung durchgeführt werden. Mit Blick auf die im Kapitel 3 ausführlich dargestellten Defizite des heutigen Umlagesystems wäre dies ordnungspolitisch weder sachgerecht noch sinnvoll.

In einer kapitalgedeckten Pflegevorsorge können dagegen Leistungsausweitungen zum Nutzen aller Versicherten vorgenommen werden, wenn dies den Präferenzen der Betroffenen entspricht. Zusätzliche Leistungen würden von den Versicherungen entsprechend kalkuliert und bei der Prämienberechnung berücksichtigt. Höhere Leistungen würden somit weder zu intergenerativen Umverteilungsströmen führen – da jede Generation ihre Kosten selbst trägt – noch zu einer beschäftigungsfeindlichen Erhöhung der Lohnzusatzkosten. Das System der Pflegevorsorge kann damit flexibel auf Leistungsanpassungen reagieren, ohne unerwünschte Nebenwirkungen in anderen Bereichen wie beispielsweise dem Arbeitsmarkt hervorzurufen.

### **8.1 Mögliche Aufgaben einer privaten Zusatzversicherung**

Ist aus politischer Sicht eine Umstellung der gesetzlichen Pflegeversicherung auf ein vollständig kapitalgedecktes System nicht durchsetzbar, sollten zumindest Leistungsausdehnungen in einer ergänzenden Zusatzversicherung privatwirtschaftlich organisiert und kapitalgedeckt abgesichert werden.<sup>24</sup> Die älteren Generationen stützen sich in diesem Modell nicht auf die Jungen, sondern tragen ihre Versicherungskosten selbst. Daher müssten die Prämien umso höher ausfallen, je höher das Alter der Versicherten ist, da die Ansparphase bei ihnen im Vergleich zu jüngeren Versicherten kürzer ist. Um niemanden zu überfordern, bietet es sich daher an, die private Zusatzversicherung nur bis zu einer politisch festzulegenden Maximalprämie verpflichtend zu machen. Für Personen, die zu diesem maximal zumutbaren Betrag keine ausreichende Versicherung abschließen können, müsste im Übergangszeitraum eine entsprechende Unterversicherung in Kauf genommen werden. Für die heutigen Pflegebedürftigen und pflegenahen Jahrgänge kommt es dadurch dennoch nicht zu einer Schlechterstellung gegenüber dem Status quo: Schon heute werden bei finanzieller Bedürftigkeit alle bedarfsgerechten Pflegeleistungen von der Sozialhilfe getra-

---

<sup>24</sup> Der häufig in diesem Zusammenhang verwendete Begriff „Pflege-Riester“ ist äußerst missverständlich: Die hier vorgeschlagene Zusatzversicherung müsste verpflichtend und für alle mit gleicher Leistungszusage eingeführt und sollte nicht durch Steuermittel subventioniert werden.

gen. Diese Leistungen würden auch in Zukunft beibehalten. Alle anderen Personen müssten die Betreuungsleistungen wie bisher aus eigenem Einkommen oder Vermögen begleichen.

Für die organisatorische Umsetzung einer ergänzenden Zusatzversicherung stehen hier grundsätzlich zwei mögliche Wege offen: Zum einen könnten die Aufgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung und der privaten Zusatzversicherung nach Leistungsbereichen getrennt werden. Alternativ hierzu könnten zukünftige Kostensteigerungen im Pflegesektor ausschließlich über die verpflichtende private Zusatzversicherungskomponente abgedeckt werden.

#### *Aufgabentrennung nach Leistungsbereichen*

Im Rahmen einer differenzierten Betrachtung der Leistungsbereiche von gesetzlicher Pflegeversicherung und privater Zusatzversicherung könnte in Betracht gezogen werden, die vor allem mit kognitiven Einschränkungen verbundenen Kosten für Betreuungs- und allgemeine Aufsichtsleistungen zukünftig verpflichtend durch eine private kapitalgedeckte Pflegeversicherung abzusichern, sofern diese Kosten einen gesetzlich vorzugebenden Selbstbehalt überschreiten. Der bisherige rein verrichtungsbezogene und damit vor allem physisch eingeschränkte Personen erfassende Leistungskatalog sollte dagegen weiterhin von der gesetzlichen Pflegeversicherung abgedeckt werden. Die Differenzierung nach Leistungsbereichen erscheint mit der Reform des Begutachtungsinstrumentariums und der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zunächst kompatibel, da der verrichtungsbezogene körperliche Pflegebedarf trennscharf von den hinzutretenden neuen Aufsichts- und Betreuungsbedarfen ermittelt werden kann.

Die Trennung der einzelnen Pflegebedarfe steht der angestrebten umfassenderen Erfassung von Pflegebedürftigkeit nicht entgegen. Die Dimensionen der Pflegebedürftigkeit werden damit nicht in Frage gestellt oder reduziert, sondern lediglich von unterschiedlichen Trägern abgesichert. Damit soll sichergestellt werden, dass der pflegewissenschaftlich begründete Bedarf der Pflegebedürftigen auch tatsächlich erfüllt wird. Im heutigen System der lohnorientierten und umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung erscheint hingegen die Gefahr sehr real, dass eigentlich pflegewissenschaftlich begründete und den Präferenzen der Bürger entsprechende Leistungen aus Gründen der im kranken System untragbaren Volumenausdehnung vernachlässigt würden.



Der Vorteil einer über Leistungsbereiche definierten ergänzenden Versicherung liegt vor allem in der theoretisch möglichen Erschließung des Leistungswettbewerbs zwischen unterschiedlichen Versicherern. Die Versicherungsgeber könnten nicht nur mit serviceorientierter Verwaltung und geschickter Kapitalanlage um Kunden werben, sondern auch durch Prävention gezielt die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit ihrer Kunden herabsetzen. Zugleich liegt hier aber auch der Haupteinwand gegen den Versuch einer solchen Differenzierung nach Leistungsbereichen. Insoweit die unterschiedlichen Pflegebedarfe zwar getrennt identifizierbar sind, aber kausal aufeinander Einfluss nehmen bzw. korrelieren, bewirkt eine institutionelle und finanzielle Trennung der Versicherungen Verzerrungen, da sich dann die Versicherungsleistungen gegenseitig beeinflussen und Schnittstellenprobleme auftreten können. So könnten die Versicherungen von den Versorgungsleistungen im jeweils anderen Versicherungszweig profitieren, falls sich beispielsweise bei innovativen Behandlungsformen im Bereich der dementiellen Erkrankungen auch die Wahrscheinlichkeit körperlicher Einschränkungen reduziert oder umgekehrt die Pflege körperlicher Gebrechen einen geistigen Verfall verhindert oder hinauszögert. Genauso könnte sich eine Vernachlässigung der Pflege in einem Versicherungsbereich negativ auf den anderen Versicherungszweig auswirken. Aufgrund dieser Problematik ist eine Trennung nach Leistungsbereichen nicht zu befürworten.

#### *Absicherung der Mehrkosten*

Statt einer Trennung der Leistungsbereiche könnte man die private Zusatzversicherung mit der betragsmäßigen Deckung von Mehrkosten betrauen, die aufgrund verschiedenster Einflussfaktoren auf die gesetzliche Pflegeversicherung zukommen könnten. Je nach Reformwilligkeit und –fähigkeit der politischen Entscheidungsträger bieten sich hier verschiedene Reformschritte an. Zum einen könnten allein die Durchschnittskosten pro Kopf in der gesetzlichen Pflegeversicherung konstant gehalten werden. Dies würde implizieren, dass Leistungsausweitungen und anderer Kostendruck von der privaten Versicherung zu übernehmen wären. Dagegen würden die mit der demografischen Entwicklung verbundenen Kosten noch nicht privat abgesichert; die Ausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung würden aufgrund der steigenden Anzahl an Leistungsbeziehern weiterhin zunehmen und entsprechende Beitragssatzsteigerungen nach sich ziehen.

Eine umfassendere Reformvariante bestünde in der Einfrierung der aktuellen Beitragssätze in der gesetzlichen Pflegeversicherung.<sup>25</sup> Damit würden alle zu erwartenden Mehrkosten durch Leistungsausdehnungen und sonstigen Kostensteigerungen wie etwa durch Dynamisierung und auch aufgrund des demografischen Wandels auf die Zusatzversicherung verlagert, statt die demografischen Probleme des Umlageverfahrens sowie die beschäftigungsfeindlichen und verteilungspolitisch unsystematischen Probleme der Lohnorientierung weiter zu steigern. Noch stärker würde die Gewichtsverlagerung der Pflegeversicherung von der gesetzlichen umlagefinanzierten Pflegeversicherung zur kapitalgedeckten Privatversicherung, wenn nicht die lohnbezogenen prozentualen Beitragssätze, sondern die zum Reformzeitpunkt gültigen nominalen Beitragszahlungen eingefroren würden. Alleine die inflationsbedingte Entwertung der aus einer solchen Versicherung zu erwartenden Leistungen würde zu einem fließenden Übergang hin zu einem kapitalgedeckten System führen.

Den Schwierigkeiten der gesetzlichen Pflegeversicherung würde mit diesem Reformmodell ein einfaches und klar nachvollziehbares Stoppschild in den Weg gestellt.

Der Nachteil dieser betragsmäßigen Variante gegenüber der Leistungstrennung ist, dass die privaten Versicherungen zumindest zunächst nicht in nennenswertem Umfang über unterschiedliche Leistungspakete miteinander konkurrieren würden, weil sie lediglich Geldbeträge auszahlen, ohne auf das tatsächliche Leistungsgeschehen einwirken zu können. Anstrengungen und Investitionen in Präventionsmaßnahmen beispielsweise kämen zum ganz überwiegenden Teil nicht der privaten Zusatzversicherung zugute, sondern anderen Kostenträgern. Andererseits ermöglicht eine rein finanzielle, betragsmäßige Beteiligung der privaten Zusatzversicherung eine variable Abgrenzung der Versicherungszweige und damit eine Möglichkeit zum schrittweisen Umstieg von der umlagefinanzierten Pflegeversicherung auf eine private, kapitalgedeckte Versicherung.

## **8.2 Einstieg in den Ausstieg: Ein Weg zur Pflegevorsorge**

Mit einer privaten Zusatzversicherung kann in unterschiedlichem Ausmaß auf die vorherrschenden Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung reagiert werden. Je

---

<sup>25</sup> Selbstverständlich sollte auch der Weg einer Gegenfinanzierung durch steigende Steuerzuschüsse ausgeschlossen werden. Die Einfrierung der Beiträge wurde bereits 2004 verschiedentlich vorgeschlagen (vgl. Stewens, 2007 und Häcker/Raffelhüsch, 2008). Die konkrete Ausgestaltung dieser Reformkonzepte wirft allerdings verschiedene Probleme auf, die an dieser Stelle nicht erörtert werden können.

nachdem, ob und in welcher Form die Beiträge zur gesetzlichen Pflegeversicherung eingefroren werden, kann eine Ausdehnung der Belastungen für das Umlageverfahren mindestens vermieden werden.

Nur ein möglichst schneller Übergang zu einem kapitalgedeckten System verhindert das Ausschütten zusätzlicher Einführungsgewinne und entlastet zukünftige Generationen umfänglich. Zudem ermöglicht nur eine sofortige vollständige Umstellung auf privatwirtschaftlich organisierte Versicherungen mit leistungsäquivalenter Kalkulation bei den Versicherern den Einstieg in einen echten Leistungswettbewerb der Versicherer untereinander. Schließlich werden nur durch eine schnelle Abkehr von lohnbezogenen Beiträgen die beschäftigungsfeindlichen Effekte für den Arbeitsmarkt vermieden.

Der konsequente Weg der Pflegevorsorge bestünde in der Ablösung der gesetzlichen Pflegeversicherung durch den Umstieg auf ein kapitalgedecktes System. Auch die sofortige und vollständige Umstellung auf die Pflegevorsorge entspräche dabei der Vereinbarung einer „Teilkapitaldeckung“ im Koalitionsvertrag, weil im Übergangszeitraum nur ein Teil der Versicherungsleistungen kapitalgedeckt abgesichert würde, während die Vertrauensschutzleistungen steuerfinanziert werden.

Sollte jedoch ein sofortiger Umstieg auf die Pflegevorsorge nicht durchsetzbar sein, bietet sich eine Übergangszeit mit verpflichtenden kapitalgedeckten Zusatzversicherungen an. Eine Leistungsausdehnung im Umlageverfahren ist dagegen in jedem Fall zu vermeiden.

Eine privat organisierte und kapitalgedeckt finanzierte Zusatzversicherung, die vorher festgelegte Teilbeträge der Pflegekosten übernimmt, muss sich dabei nicht mit der Übernahme der Mehrkosten im Vergleich zum Status quo zufrieden geben. Eine solche Zusatzversicherung könnte – abhängig vom Reformwillen der Regierung – ebenso gut zum Übergang in eine vollständige privatwirtschaftliche und kapitalgedeckte Pflegeversicherung genutzt werden. Hierfür lassen sich verschiedenste Übergangszeiträume und –szenarien konstruieren. Beispielsweise könnte ein Übergangspfad festgelegt werden, demzufolge alle zwei Jahre fünf Prozent der Leistungen aus der gesetzlichen umlagefinanzierten Versicherung in die kapitalgedeckte Privatversicherung überführt werden, so dass die gesetzliche Pflegeversicherung in 40 Jahren vollständig abgewickelt wäre.

Das Problem solcher Übergangszeiträume liegt im Mangel der politischen Verpflichtung, die Übergangskonzepte durchzuhalten. Ein über 40 Jahre gestreckter Übergang zu einem Kapitaldeckungsverfahren birgt allzu große Gefahr, im politischen Tagesgeschäft zum Spielball wahltaktischer Überlegungen zu werden. Das Umlageverfahren bliebe außerdem im gesamten Übergangszeitraum bestehen, womit auch weiterhin die dargelegten Probleme auftreten würden.

Die anstehenden Reformdiskussionen im Zuge der Umsetzung des Koalitionsvertrages sollten als Chance für einen Einstieg in eine kapitalgedeckte Versicherung genutzt werden. Die Pflegevorsorge bietet sich als teilkapitalgedeckte Variante an und kann die im Koalitionsvertrag angestrebten Veränderungen sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der leistungsrechtlichen Seite systematisch umsetzen. Sie kann damit auch als Blaupause für den Einstieg in den Ausstieg dienen, weil sie mit der systematischen Gestaltung des privaten kapitalgedeckten Versicherungssystems eine Möglichkeit aufzeigt, notwendige Pflegeleistungen nachhaltig und generationengerecht abzusichern.

## Literaturverzeichnis

*Arentz, Oliver; Johann Eekhoff; Steffen J. Roth.; Vera Streibel (2004):* Pflegevorsorge. Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltige Reform der Pflegeversicherung. Herausgegeben von Vereinigung der bayerischen Wirtschaft (vbw) e.V.

*Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a):* Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 26.01.2009. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

*Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b):* Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, 25.05.2009. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

*Breyer, Friedrich (1995):* Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Diskussionsbeiträge, Serie I - Nr. 277.

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

*CDU/CSU/FDP (2009):* Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (17. Legislaturperiode).

*Eekhoff, Johann; Vera Bünnagel; Susanna Kochskämper; Kai Menzel (2008):* Bürgerprivatversicherung. Ein neuer Weg im Gesundheitswesen. Tübingen: Mohr Siebeck.

*Enste, Dominik; Jochen Pimpertz (2008):* Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. IWTrends 4/2008. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln.

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

*Kommission "Soziale Sicherheit" (Herzog-Kommission) (2003):* Bericht der Kommission "Soziale Sicherheit" zur Reform der sozialen Sicherungssysteme.

*Niehaus, Frank (2010):* Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. WIP-Diskussionspapier 1 / 2010. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV.

*Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1994):* Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung. Sondergutachten vom 18. März 1994. Wiesbaden.

*Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2007):* Das Erreichte nicht verspielen. Jahresgutachten 2007/08. Wiesbaden.

*Statistisches Bundesamt (2006):* Bevölkerung Deutschlands bis 2050. 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.

*Statistisches Bundesamt (2008):* Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden.

*Statistisches Bundesamt (2009):* Bevölkerung Deutschlands bis 2060 12. koordi-

nierte Bevölkerungsvorausberechnung. Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin. Wiesbaden.

*Stewens, Christa (2007):* Finanzierbar, sozial und nachhaltig: Wie sollte die Pflegeversicherung reformiert werden? In: ifo Schnelldienst, Jg. 60, H. 9, S. 3–6.