

Kronberger Kreis

Research Report

Tragfähige Pflegeversicherung

Kronberger Kreis-Studien, No. 42

Provided in Cooperation with:

Stiftung Marktwirtschaft / The Market Economy Foundation, Berlin

Suggested Citation: Kronberger Kreis (2005) : Tragfähige Pflegeversicherung, Kronberger Kreis-Studien, No. 42, ISBN 3890150977, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin

This Version is available at:

<http://hdl.handle.net/10419/99921>

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.

Tragfähige Pflegeversicherung

Juergen B. Donges, Johann Eekhoff
Wolfgang Franz, Clemens Fuest
Wernhard Möschel, Manfred J.M. Neumann
(Kronberger Kreis)

Tragfähige Pflegeversicherung

Schriftenreihe: Band 42

Gefördert durch die
informedia-Stiftung
Gemeinnützige Stiftung für Gesellschaftswissenschaften
und Publizistik, Köln

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische
Daten sind im Internet über <http://ddb.de> abrufbar

© 2005

Stiftung Marktwirtschaft
Charlottenstr. 60, 10117 Berlin

Telefon (030) 2060570 – Telefax (030) 20605757
e-mail: info@stiftung-marktwirtschaft.de
internet: www.stiftung-marktwirtschaft.de

ISBN 3-89015-097-7

Vorwort

Unter den verschiedenen Zweigen des deutschen Systems der Sozialversicherung gibt es einen, der in der politischen Debatte über dringende Strukturreformen weitgehend ausgeblendet wird – die Soziale Pflegeversicherung. Dabei steht auch diese gesetzliche Versicherung vor der Krise. Die Finanzlage spitzt sich unaufhaltsam zu, wenn nicht rasch umgesteuert wird. Im Jahre 1995 als eine weitere Säule der nach dem Umlageverfahren finanzierten Sozialversicherung eingeführt, verzeichnet die Soziale Pflegeversicherung seit 1999 zunehmende Defizite.

Die demographische Entwicklung nimmt die Pflegeversicherung von zwei Seiten her in die Zange: Auf der Einnahmenseite schrumpft die Anzahl der Beitragszahler; auf der Ausgabenseite steigt die Anzahl der Leistungsbezieher. Die Personalkosten im Pflegebereich, in dem die Produktivität nur sehr begrenzt erhöht werden kann, sind hoch. All dies verfestigt den Trend zu steigenden Ausgaben und führt mittelfristig unweigerlich zu einem merklichen Anstieg des Beitragssatzes und/oder zu einer deutlichen Einschränkung der Pflegeleistungen. Beitragssatzanhebungen würden die gesetzlichen Lohnzusatzkosten wieder erhöhen, was beschäftigungspolitisch nicht vertretbar ist. Leistungskürzungen würden diese Versicherung in ihrer Zielsetzung vollends aushöhlen.

Die Bundesregierung hat bislang keine Vorschläge unterbreitet, wie sie die Pflegeversicherung stabilisieren will. Mit dem Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der Sozialen Pflegeversicherung (KiBG), das vom Deutschen Bundestag beschlossen wurde, hat sie lediglich auf die Vorgabe des Bundesverfassungsgerichtes vom 3. April 2001 reagiert, kindererziehende Pflegeversicherte gegenüber kinderlosen Versicherten zu entlasten. Die Schiefelage des bestehenden Systems wird dadurch nicht behoben.

Die Reform der Sozialen Pflegeversicherung sollte sich von zwei Zielen leiten lassen: Zum einen dem Ziel der Finanzierung durch Beiträge, die vom Arbeitseinkommen unabhängig sind; zum anderen dem Ziel der Absicherung eines angemessenen Leistungsniveaus im Falle der Pflegebedürftigkeit. Dies ist allein durch Anpassungen innerhalb des bestehenden Systems nicht zu bewerkstelligen. Vielmehr muss eine Reform, um zukunftsfest zu sein, das Umlageverfahren beenden und die Pflegeversicherung in ein Kapitaldeckungsverfahren unter Beibehaltung der allgemeinen Versicherungspflicht überführen. Der Kronberger Kreis unterbreitet einen konkreten Vorschlag, wie das System umgestellt werden kann.

Für die vorliegende Schrift haben Dr. Martin Gasche, Wiesbaden, und Dr. Steffen J. Roth, Köln, wichtige Expertisen erstellt. Letzterer hat darüber hinaus an den Beratungen teilgenommen. Der Kronberger Kreis dankt ihnen hierfür.

Januar 2005

Juergen B. Donges, Johann Eekhoff
Wolfgang Franz, Clemens Fuest
Wernhard Möschel, Manfred J.M. Neumann
(KRONBERGERKREIS)

Inhalt

I. Die Soziale Pflegeversicherung – Problemlage	7
1. Das gegenwärtige System	7
Die Soziale Pflegeversicherung: Finanzierung und Leistungen	
2. Die finanziellen Perspektiven der Sozialen Pflegeversicherung	9
Steigende Defizite – Bestimmungsfaktoren der künftigen Entwicklung – Die künftigen Ausgaben	
3. Fundamentale Nachteile des bestehenden Systems	15
Probleme durch Vermischung von Versicherungsaspekten mit Umverteilungsanliegen – Belastung des Arbeitsmarktes durch lohnbezogene Beiträge – Falsche Absicherung der Risiken	
4. Berücksichtigung der Kindererziehung	18
II. Ein tragfähiges System	21
1. Anforderungen an eine Pflegeversicherung	21
Eine grundlegende Reform ist unumgänglich – Kostenkontrolle durch Wettbewerb – Trennung von Umverteilung und Versicherung	
2. Konzept einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung in zehn Punkten	23

III. Der Übergang vom gegenwärtigen zum zukünftigen System	37
Eingezahlte Beiträge werden nicht erstattet – Die Bestandsfälle behalten ihre Leistungsansprüche, aber bei höherer finanzieller Eigenbeteiligung – Bei nach der Umstellung eintretenden Pflegefällen werden die Leistungen aufgestockt, aber je nach Eintrittszeitpunkt der Pflegebedürftigkeit in abnehmendem Umfang – Eine Vollaufstockung unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit?	
IV. Andere Reformvorschläge	48
Das Modell der „Bürgerversicherung“ nach Lauterbach – Das Gesundheitsprämienmodell von Rürup – Das kapitalgedeckte Prämienmodell der Herzog-Kommission – Modelle für einen sofortigen Ausstieg aus dem Umlageverfahren	
Zusammenfassung	56

I. Die Soziale Pflegeversicherung – Problemlage

1. Das gegenwärtige System

1. Die Pflegeversicherung wird seit Beginn des Jahres 1995 zum einen in Form der „Sozialen Pflegeversicherung“ (SPV) als eigenständiger Zweig des Sozialversicherungssystems geführt, zum anderen besteht sie im Rahmen einer privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehören automatisch der Sozialen Pflegeversicherung an und Versicherte einer privaten Krankenkasse mit einem Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen sind verpflichtet, eine private Pflegeversicherung abzuschließen. Die freiwilligen Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung können sich indes von der Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung befreien lassen, sofern sie die Mitgliedschaft in einer privaten Pflegeversicherung nachweisen. Für Personen, die weder der Versicherungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, noch dort freiwillig versichert sind und zudem keine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, besteht keine Pflicht zur Absicherung des Pflegerisikos. Derzeit gehören knapp 71 Millionen Personen der Sozialen Pflegeversicherung an (51 Millionen Mitglieder und rund 20 Millionen mitversicherte Familienangehörige); knapp 9 Millionen Menschen sind in der privaten Pflegeversicherung versichert.

**Die Soziale
Pflegeversiche-
rung:...**

2. Im Gegensatz zur privaten Pflegeversicherung, welche leistungsorientierte Prämien erhebt und für ihre Versicherten Altersrückstellungen bildet, finanziert sich die Soziale Pflegeversicherung nach dem Umlageverfahren. Die Versicherungsbeiträge bemessen sich als prozentualer Anteil der Arbeitsentgelte oder Altersrenten bis zu der Beitragsbemessungsgrenze von 3.525 Euro (Stand: 2005). Der Beitragssatz ist gesetzlich geregelt. Bislang belief er sich bundeseinheitlich auf 1,7 vH. Ab Januar 2005 gilt die vom Deutschen Bundestag im Oktober 2004 beschlossene Neuregelung, dass kinderlose Erwerbstätige ab dem 24. Lebensjahr einen Zuschlag von 0,25 Prozentpunkten

**... Finanzierung
und ...**

auf den Beitragssatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung zahlen sollen. Außer im Freistaat Sachsen übernehmen die Arbeitgeber einen anteiligen Satz von 0,85 vH. Bei der Sonderregelung in Sachsen beträgt der Arbeitgeberbeitragssatz 0,35 vH. Dort wurde nicht wie in den übrigen Bundesländern ein Feiertag zwecks Kompensation der Arbeitgeber gestrichen. Die Bezieher von Altersrenten müssen seit dem 1. April 2004 den vollen Beitragssatz aufbringen.

3. Angesichts eines bundeseinheitlichen Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung, der mit Hilfe eines kassenübergreifenden Finanzausgleichs gewährleistet wird, prägen Umverteilungselemente die Finanzierung, und ein Wettbewerb zwischen den Kassen kommt kaum zustande. Ähnliches gilt unter der gegenwärtigen Regelung für die private Pflegeversicherung. Auch dort besteht Kontrahierungszwang. Risikodifferenzierungen der Prämien wie solche nach Geschlecht sind gesetzlich untersagt, Kinder sind beitragsfrei mitversichert. Überdies darf zum einen die Prämie einen Höchstbetrag nicht überschreiten und zum anderen besteht unter bestimmten Voraussetzungen für Verheiratete eine Beitragsobergrenze, sofern der Ehepartner kein oder ein nur geringes eigenes Einkommen erzielt. Dementsprechend existiert bei der privaten Pflegeversicherung ein gesetzlich vorgeschriebener Risikoausgleich, der zwischen den einzelnen Kassen unterschiedliche Belastungen ausgleicht.

...Leistungen

4. Die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung bestehen aus zwei nominal festgeschriebenen Komponenten, nämlich aus Zahlungen an die Pflegebedürftigen im Rahmen der häuslichen Pflege (Pflegegeld) und aus Zahlungen an Dritte für Leistungen im Rahmen der ambulanten und stationären Pflege (so genannte Sachleistungen). Die Leistungen der Pflegeversicherung decken nicht alle Kosten ab, insbesondere nicht die für Schwerstfälle. Pflegeleistungen, die über die der Sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, müssen anderweitig finanziert werden, sei es vom Pflegebedürftigen selbst, seinen Fami-

lienangehörigen oder gegebenenfalls seitens der Sozialhilfe (oder ab dem Jahre 2005: des Sozialgelds).

Das Pflegegeld wird im Rahmen der häuslichen Pflege gewährt und beträgt – differenziert nach drei Pflegestufen – monatlich zwischen 205 und 665 Euro. Es dient hauptsächlich zur Unterstützung des Pflegebedürftigen durch eine Pflegehilfe seiner Wahl. Pflegesachleistungen sind vor allem für die Finanzierung der Kosten hauptamtlicher Pflegekräfte bestimmt und betragen bei häuslicher Pflege zwischen 384 und 1.432 Euro (in Härtefällen bis zu 1.918 Euro). Pflegegeld und Pflegesachleistungen können gleichzeitig gewährt werden, wobei sich die Höhe des Pflegegelds nach der Inanspruchnahme der Pflegesachleistung richtet. Wenn die Versorgung durch eine häusliche Pflege nur noch teilweise oder gar nicht mehr möglich ist, besteht ein Anspruch auf eine teilstationäre Pflege beziehungsweise einen Aufenthalt von bis zu vier Wochen pro Jahr in einer vollstationären Einrichtung. Die monatlichen Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung entsprechen in den Pflegestufen I bis III bei der teilstationären Pflege den Sachleistungen der häuslichen Pflege. Bei der vollstationären Pflege sind es zwischen 1.023 und 1.432 Euro (in Härtefällen bis zu 1.688 Euro). Der „Medizinische Dienst“ der Krankenkassen prüft die Pflegebedürftigkeit und ordnet die Betroffenen einer der drei Pflegestufen zu. Die Leistungen werden unabhängig vom Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen gewährt.

2. Die finanziellen Perspektiven der Sozialen Pflegeversicherung

5. Lediglich in den ersten Jahren nach ihrer Einführung im Jahre 1995, als die Leistungen erst verzögert anliefen, erwirtschaftete die Soziale Pflegeversicherung Überschüsse. Seit dem Jahre 1999 ist sie mit steigenden Defiziten konfrontiert, zuletzt in Höhe von knapp 700 Millionen Euro im Jahre 2003. Damit schrumpfte die Rücklage der Sozialen Pflegeversicherung von ursprünglich rund 5 Milliarden Euro auf gut 4 Milliarden Euro

**Steigende
Defizite**

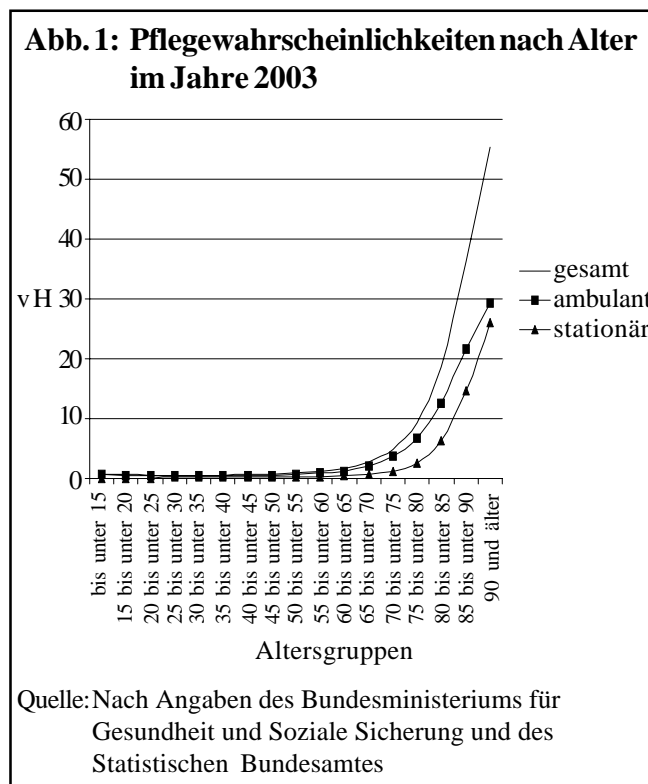
Ende des Jahres 2003. Diese Entwicklung der Rücklagen mag auf den ersten Blick nicht sonderlich beunruhigen. Diese Sicht ist jedoch trügerisch, denn am Ende des Jahres 2007 werden die Rücklagen nach heutiger Gesetzeslage auf knapp 900 Millionen geschrumpft sein. Spätestens dann sind – vor dem Hintergrund einer gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserve in Höhe von 0,5 Monatsausgaben – Beitragserhöhungen fällig. Allerdings ergeben sich nach der erwähnten vom Deutschen Bundestag beschlossenen Neuregelung (vgl. Ziffer 2) ab dem Jahre 2005 Mehreinnahmen von rund 700 Millionen Euro jährlich (siehe Ziffer 12).

Bestimmungsfaktoren der künftigen Entwicklung

6. Die künftige Entwicklung der finanziellen Lage der Sozialen Pflegeversicherung hängt von mehreren Faktoren ab. Zusammen genommen ist sie als sehr problematisch einzustufen:

- Die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung sind nominal festgelegt und werden nicht dynamisiert. Entsprechend den Preissteigerungen für Pflegeleistungen findet mithin eine reale Entwertung statt, die sich bei einer angenommenen Preissteigerungsrate in Höhe von beispielsweise jährlich 1,5 vH bis zum Jahre 2050 auf insgesamt 48 vH kumuliert. Das heißt, in realer Betrachtung wären die Ansprüche auf Pflegeleistungen dann nur noch rund die Hälfte wert. Damit wird das eigentliche Ziel der Pflegeversicherung, nämlich die Absicherung des Pflegerisikos, zunehmend ausgehöhlt. Folglich wird man, bliebe man beim System in seiner gegenwärtigen Form, um eine Dynamisierung der Pflegeleistungen nicht umhin kommen.
- Des Weiteren beeinflusst die Entwicklung der Familienstrukturen die zukünftigen Pflegeleistungen. Soweit der Trend zu einer zunehmenden Singularisierung anhält – also unter anderem die Anzahl der Mehrgenerationenhaushalte abnimmt –, verringern sich die Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie. Statt der preisgünstigen häuslichen Pflege durch Familienangehörige muss dann die professionelle oder gar die stationäre Pflege in Anspruch genommen werden.

- Der Fortschritt in der Medizin wirkt lebensverlängernd; er reduziert aber nicht in gleichem Maße die Morbidität und damit die Pflegebedürftigkeit der Menschen, sondern erhöht diese eher, wenn es in den zusätzlichen Lebensjahren zur Multimorbiditäten kommt. Kurzum, wir werden zwar länger leben, aber möglicherweise auch länger pflegebedürftig sein.
- Die Altersstruktur der Bevölkerung verschiebt sich. Der Anteil der alten Menschen steigt. Die Pflegewahrscheinlichkeiten erhöhen sich ab der Altersklasse der 70- bis 75-Jährigen sehr stark, wobei die Bedeutung der stationären Pflege mit zunehmendem Alter wächst (vgl Abb. 1).



Die künftigen Ausgaben

Die Ausgaben in Abhängigkeit des Lebensalters weisen einen steil ansteigenden Verlauf auf. Sie beliefen sich im Jahre 2002 bezogen auf alle Versicherten des jeweiligen Jahrgangs je Versicherten in der Altersklasse der 60- bis 65-Jährigen jährlich auf 141 Euro, der 80- bis 85-Jährigen auf 1.743 Euro und schließlich der über 90-Jährigen auf 5.831 Euro.

7. Die künftige Entwicklung der Ausgaben hängt von der Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle und von dem Ausmaß der Dynamisierung der Ausgaben je Pflegefall ab.

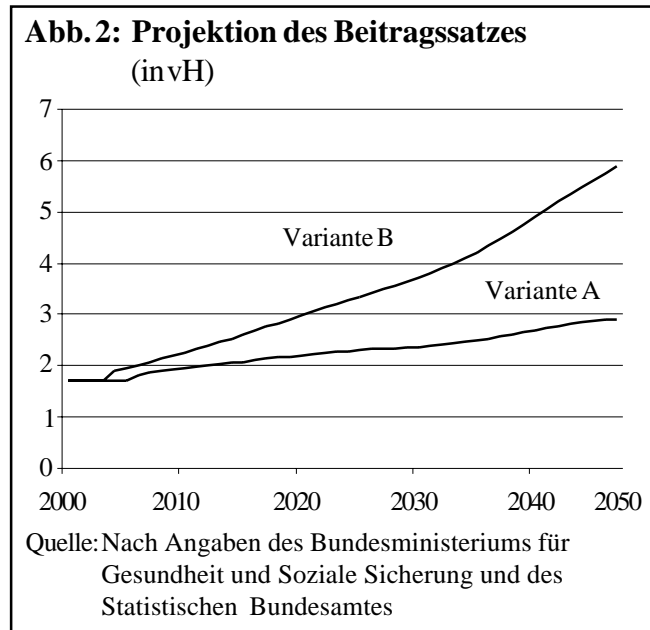
Legt man die mittlere Variante 5 der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zugrunde, so dürfte sich die Anzahl der Pflegefälle in der Sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2030 auf etwa 2,9 Millionen und bis 2050 auf sogar 3,7 Millionen belaufen, während sie im Jahr 2003 noch 1,9 Millionen betrug. Anders formuliert: Die Pflegequote – berechnet als Anzahl der Pflegefälle bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl – wird nach Schätzungen des Sachverständigenrates von derzeit 2,3 vH auf 3,6 vH im Jahre 2030 beziehungsweise 4,9 vH im Jahre 2050 steigen.¹⁾ Diese Schätzungen liegen durchaus in den Bandbreiten der Prognosen anderer einschlägiger Studien.

Die künftige Entwicklung der Ausgaben hängt des Weiteren entscheidend von dem Ausmaß der Dynamisierung der Ausgaben je Pflegefall ab. In diesem Zusammenhang sind zwei Aspekte zu trennen. Der erste bezieht sich auf den Ausgleich allgemeiner Preissteigerungen, der zweite auf eine Ausweitung des Leistungsangebots. Sofern sich die Preise der Gesundheitsleistungen und die nominalen Arbeitsentgelte auf Grund von Produktivitätsfortschritten ähnlich entwickeln, wäre die Finanzierung entsprechend erhöhter Pflegepauschalen bei stabiler Bevölkerung dadurch gewährleistet, dass die Beiträge als Prozentsatz der beitragspflichtigen Arbeitseinkommen er-

¹⁾ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2004/05, Ziffer 341.

hoben werden. Was die Preisentwicklung anlangt, so sind im Zeitraum 1995-2004 die Preise für ambulante Gesundheitsdienstleistungen jährlich um durchschnittlich 3,4 vH und die für stationäre Gesundheitsleistungen sogar um 5,9 vH gestiegen. Im Vergleich dazu erhöhten sich die Verbraucherpreise mit einer Rate von 1,5 vH, und die Effektivverdienste stiegen mit einer Rate von 1,3 vH, seit dem Jahr 2000 mit 1,5 vH. Der zweite Aspekt einer Dynamisierung geht über den Erhalt des Realwerts der Leistungen für ambulante Gesundheitsdienstleistungen hinaus, indem mit einer Zunahme der Ausgaben als Folge zusätzlicher Leistungen im Rahmen des medizinischen Fortschritts zu rechnen ist.

Zusammen genommen steigen unter den genannten Annahmen die Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung von derzeit knapp 17 Milliarden Euro auf über 71 Milliarden Euro im Jahr 2050 an, wenn man nur von einer jährlichen Dynamisierung der Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von lediglich 1,5 vH ausgeht. Zur Ermittlung der dann nötigen Höhe der Beitragssätze sind zusätzliche Annahmen über die Entwicklung der Arbeitsentgelte, der beitragspflichtigen Renteneinkünfte und der Beschäftigung, also der gesamten beitragspflichtigen Einkommen, erforderlich. Unterstellt man, dass sowohl die durchschnittlichen beitragspflichtigen Arbeitseinkommen wie auch die der Rentner um jeweils 2 vH jährlich zunehmen, und nimmt man zudem an, dass die Leistungen jährlich mit einer Rate von 1,5 vH dynamisiert werden (gegeben die mittlere Variante der 10. Bevölkerungsvorausberechnung), so ergeben sich laut Sachverständigenrat Beitragssätze von rund 2,5 vH im Jahr 2030 und 3,1 vH im Jahr 2050, im Vergleich zu 1,7 vH heute. Diese bedenkliche Entwicklung ist in Abbildung 2 (S. 14) als Variante A dargestellt. Dabei sind vergleichsweise moderate Annahmen gemacht worden. Will man indes sicherstellen, dass die Pflegeleistungen real erhalten bleiben, so kann man nicht ausschließen, dass die Rate der jährlichen Dynamisierung der Leistungen bis zu einem Prozentpunkt höher liegen wird als die Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einkommen. Für diesen Fall ist mit einem Beitragssatz von 3,5



vH im Jahr 2030 und von 5,9 vH im Jahr 2050 zu rechnen (Variante B in Abb. 2). Das entspricht den Ergebnissen anderer Untersuchungen, wie der Herzog-Kommission mit 5,8 vH und Häcker/Raffelhüschen mit 5,9 vH. Die Rürup-Kommission rechnet mit einer geringeren Leistungsdynamisierung und projiziert einen Beitragssatz in Höhe von 3 vH im Jahre 2040.²⁾ Festzuhalten bleibt: Vor dem Hintergrund der künftigen demographischen Entwicklung ist es nicht unrealistisch anzunehmen, dass sich

²⁾ Häcker, J. und B. Raffelhüschen (2004): „Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung“, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 73(1), 158-174.
Kommission „Soziale Sicherheit“ (Herzog-Kommission) (2003), „Bericht der Kommission ‘Soziale Sicherheit’ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme“.
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“, Bericht der Rürup-Kommission.

der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahre 2050 mindestens verdoppeln, wenn nicht sogar verdreifachen wird.

3. Fundamentale Nachteile des bestehenden Systems

8. Das System einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung weist schwere Mängel auf, auf die seinerzeit in der Fachwelt von vielen Seiten nachdrücklich aufmerksam gemacht wurde. So hat beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung im Jahre 1991 und später 1994 in einem Sondergutachten vor dieser Finanzierungsform eindringlich gewarnt.³⁾ Dass gleichwohl das Umlageverfahren gewählt wurde, entsprach wohl hauptsächlich dem Anliegen des Gesetzgebers, möglichst umgehend die drohende und als belastend empfundene Sozialhilfebedürftigkeit im Pflegefall für viele damalige Bestandsfälle und pflegenaher Jahrgänge zu vermeiden. Die seinerzeit geäußerten Bedenken gegen das Umlageverfahren haben sich mittlerweile bestätigt und teilweise verstärkt. Das im Umlageverfahren finanzierte System der Sozialen Pflegeversicherung weist folgende Defizite auf:

- Das Umlageverfahren ist demographieanfällig.
- Es vermischt Umverteilungsanliegen mit Versicherungsaspekten.
- Es beschert den heute und in naher Zukunft Pflegebedürftigen beziehungsweise deren Angehörigen und Erben Einführungsgewinne zu Lasten späterer Generationen.
- Es bewirkt Verzerrungen am Arbeitsmarkt.

9. Neben Umverteilungsproblemen, die aus der schon beschriebenen demographischen Entwicklung aufgrund sinken-

³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 1991/92, Ziffern 357 ff. und Sondergutachten „Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung“ vom 18. März 1994, abgedruckt im Jahresgutachten 1994/95, Anhang IV.

Probleme durch Vermischung von Versicherungsaspekten mit Umverteilungsanliegen

der Geburtenraten und steigender Lebenserwartung herrühren, ergeben sich weitere Umverteilungseffekte aus der Art der Finanzierung.

Die Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung werden grundsätzlich nach dem Arbeitsentgelt oder nach der Rente bemessen, während die Leistungen beitragsunabhängig sind. Eine weitere Umverteilungskomponente ergibt sich dadurch, dass Kinder und nicht erwerbstätige Ehegatten beitragsfrei mitversichert sind. Eine Umverteilung zu Gunsten der Bezieher niedriger Einkommen und Familien mag prinzipiell von der Gesellschaft als gerechtfertigt angesehen werden. Jedoch sind dafür das Steuersystem und das Transfersystem zuständig und nicht die Soziale Pflegeversicherung, weil letztere die Umverteilung nicht in einer befriedigenden Weise leisten kann. Denn beitragspflichtig sind nur die Arbeitsentgelte oder die Renteneinkommen und nicht sämtliche Einkünfte der Arbeitnehmer beziehungsweise der Rentner. Außerdem sind Beiträge jenseits der Beitragsbemessungsgrenze einkommensunabhängig. Die Beitragsbelastung wirkt damit entgegen dem Umverteilungsziel regressiv.

Umverteilungsaufgaben sollten nach der Bedürftigkeit und der Leistungsfähigkeit und folglich im Steuer- und Transfersystem gelöst werden. In ein Versicherungssystem gehören sie nicht, dort sollten die Prämien die erwarteten Leistungen abdecken. Innerhalb des Versicherungssystems sollten nur die versicherten Leistungen von denen bezahlt und erhalten werden, die Mitglieder des Systems sind. Wenn es darüber hinaus Umverteilungsanliegen gibt, weil beispielsweise die Prämien für einkommensschwache Versicherte als nicht tragbar angesehen werden, dann kommt das Steuer-Transfer-System zum Zuge. Eine solche Trennung von Versicherung und Umverteilung besitzt den großen Vorteil, dass ein wettbewerblich organisierter und daher effizienter Versicherungsmarkt etabliert werden kann – zum Wohle aller Versicherten und der Steuerzahler.

Eine Umverteilung im bestehenden System der Sozialen Pflegeversicherung findet indes nicht nur innerhalb einer Generation statt, sondern auch zwischen den Generationen, von den Jungen zu den Alten. Zum einen entstanden 1995 bei der Einführung der Pflegeversicherung Einführungsgewinne in der Form, dass Pflegebedürftige Leistungen erhielten, ohne Beiträge erbracht zu haben. Zum anderen werden die Beiträge einkommensabhängig erhoben, während die Leistungen in starkem Maße altersabhängig – und zwar hauptsächlich oberhalb des Alters der Erwerbsfähigkeit – gewährt werden. Wegen der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Beitragssatzsteigerung müssen die jeweils jungen Jahrgänge im Zeitverlauf einen immer größer werdenden Anteil ihres Arbeitseinkommens in die Soziale Pflegeversicherung einzahlen. Aber wenn sie später Leistungsempfänger werden, erhalten sie – je nach unterstellter, diskretionär vom Staat vorgenommener Leistungsdynamisierung – real nicht mehr als die Vorgängergeneration, womöglich ist es sogar weniger.

10. Ein zweiter schwerwiegender Mangel des Umlageverfahrens im gegenwärtigen System besteht in der Finanzierung durch lohnbezogene Beiträge, die prinzipiell je zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer zu entrichten sind. Auch wenn man berücksichtigt, dass die Belastung der Arbeitgeber durch den Verzicht der Arbeitnehmer auf einen Feiertag weitgehend kompensiert wurde, und dass die Arbeitgeber grundsätzlich die Möglichkeit haben, zusätzliche Beiträge in Lohnverhandlungen auszugleichen, bleibt für sie der Nachteil einer zumindest vorübergehenden Erhöhung der Arbeitskosten, wenn der Beitragssatz angehoben wird. Die Arbeitnehmer mögen versuchen, sich die vom Arbeitgeber gezahlten Beiträge nicht auf den Lohn anrechnen zu lassen. Das bedeutet, dass sie einen gleich hohen oder sogar höheren Lohn als im Fall ohne vorangegangene Beitragssatzsteigerung verlangen und dass die Lohnkosten für die Arbeitgeber steigen. Dann muss mit einer verringerten Beschäftigung gerechnet werden.

**Belastung des
Arbeitsmarktes
durch lohnbezo-
gene Beiträge**

Falsche Absicherung der Risiken

In jedem Fall hat der Beitrag für die Arbeitnehmer den Charakter einer spezifischen Lohnsteuer. Lohnsteigerungen in regulären Beschäftigungsverhältnissen innerhalb der Bemessungsgrenzen – zum Beispiel aufgrund von Mehrarbeit – werden von der Pflegeversicherung quasi mit einer proportionalen Steuer belegt. Der zu entrichtende Beitrag steigt mit der Höhe deslohneinkommens, während die Versicherungsleistung unverändert bleibt. Die Arbeitnehmer werden versuchen, sich dieser „Besteuerung“ zu entziehen, also tendenziell weniger offizielle Arbeit leisten und in gering belastete oder unbelastete Arbeit wie Altersteilzeit, Eigenarbeit und Schwarzarbeit ausweichen. Oder sie dehnen ihre Freizeit aus.

11. Zu bedenken ist ferner, dass über die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung hinausgehende Pflegekosten nach wie vor von den Pflegebedürftigen oder gegebenenfalls von der Sozialhilfe oder vom Sozialgeld finanziert werden müssen. Damit kommt eine weitere Ungereimtheit des heutigen Systems der Sozialen Pflegeversicherung zum Vorschein: Gerade die großen Risiken sind nicht hinreichend versichert, weil die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung durch Höchstbeträge gedeckelt sind. So beträgt in der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) der Höchstsatz 1.432 Euro monatlich; die Kosten für eine Heimunterbringung beliefen sich 2001 im Durchschnitt aber auf 2.250 Euro. Mit einiger Berechtigung kann mithin von einer Umkehrung des Versicherungsanliegens gesprochen werden: Normale Risiken sind versichert, große Risiken nicht oder nur zum Teil.

4. Berücksichtigung der Kindererziehung

12. Für die Funktionsfähigkeit der nach dem Umlagesystem organisierten Sozialen Pflegeversicherung kommt es entscheidend darauf an, dass neue Generationen nachwachsen, die für die Pflegekosten der jeweils älteren Generation aufkommen. Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Urteil vom 3. April 2001 auf diesen Zusammenhang hingewiesen, in dem es

feststellte, dass Eltern neben dem Geldbeitrag einen generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit eines umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems leisten. Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, von Versicherungsmitgliedern mit Kindern spätestens ab dem 1. Januar 2005 einen geringeren Beitrag zu verlangen als von Mitgliedern ohne Kinder.

In einem parallelen Verfahren zur privaten Pflegeversicherung hat das Bundesverfassungsgericht ebenfalls am 3. April 2001 entschieden, dass die Betreuung und Erziehung eines Kindes in der Prämie der kapitalgedeckten Pflegeversicherung nicht berücksichtigt werden müsse. In der privaten Pflegeversicherung werde die Prämie grundsätzlich am Individualrisiko ausgerichtet und zur Bildung von Altersrückstellungen für künftige Versicherungsleistungen genutzt. Deshalb sei die private Pflegeversicherung nicht in gleicher Weise auf die Prämienzahlungen nachwachsender Generationen angewiesen wie die Soziale Pflegeversicherung, die auf dem Umlageverfahren beruhe. Damit wurde der mittelbare Hinweis gegeben, dass die im Umlagesystem gebotene Beitragsdifferenzierung – beziehungsweise eine äquivalente Leistungsdifferenzierung – durch den Übergang auf ein kapitalgedecktes System vermieden werden könne.

Der Deutsche Bundestag hat am 1. Oktober 2004 als Reaktion auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts das Kinderberücksichtigungsgesetz beschlossen. Danach soll der Beitragssatz für Kinderlose ab dem 1. Januar 2005 um 0,25 Prozentpunkte steigen. Formal gilt dann für die Eltern ein geringerer Beitragssatz als für die Kinderlosen. Der Arbeitgeberbeitragsatz (0,85 vH) bleibt für alle Beschäftigten bestehen. Das Parlament hat sich über die Anregung der Oppositionsparteien hinweggesetzt, die Beitragsleistung der Eltern pauschal und pro Kind zu ermäßigen statt den Beitragssatz zu differenzieren. Das jetzt gewählte Verfahren ist schwer nachvollziehbar, weil ein relativ günstiger Beitragssatz den Eltern am wenigsten zugute kommt, die sich intensiv um die Erziehung der Kinder kümmern und dafür ganz oder teilweise auf eine beitragspflich-

tige Tätigkeit verzichten. Man muss auch bezweifeln, ob die generative Leistung der Erziehenden hinreichend erfasst wird, wenn nicht einmal nach der Anzahl der erzogenen Kinder differenziert wird.

Im Ergebnis werden der durchschnittliche Beitragssatz und damit die Summe der Sozialabgaben erhöht. Die erwarteten zusätzlichen Beitragseinnahmen liegen bei 700 Millionen Euro jährlich.

Die erwähnten Probleme aufgrund der demographischen Entwicklung werden nicht gelöst. Das Abschmelzen der Reserven und das Entstehen von Defiziten werden lediglich um wenige Jahre verzögert. Die steuerähnliche Wirkung der Beiträge auf die Beschäftigung bleibt bestehen. Es ist weiterhin ein Finanzausgleich zwischen den Versicherungen erforderlich. Das System wird komplizierter. Der Wettbewerb bleibt gestört.

II. Ein tragfähiges System

1. Anforderungen an eine Pflegeversicherung

13. Für die Pflegeversicherung wird ein ganz anderes System gebraucht. Aus den bisher gesammelten Erfahrungen – auch mit anderen Sozialversicherungen – und aus der zu erwartenden Entwicklung lassen sich die Eckpunkte für eine verlässliche und effiziente Pflegeversicherung ableiten. Im Folgenden wird zunächst das neue System dargestellt. Anschließend wird geklärt, wie der Übergang von der gegenwärtigen Pflegeversicherung auf das neue Konzept zu gestalten ist.

Eine grundlegende Reform ist unumgänglich

14. Die Ziele, die mit einer Pflegeversicherung angestrebt werden – im Wesentlichen die Absicherung gegen hohe Pflegekosten –, haben sich kaum verändert, aber einige Anforderungen sollten ein stärkeres Gewicht erhalten. Dazu gehören insbesondere die Entlastung des Arbeitsmarktes und die Entlastung der künftigen Generationen. Aus der Verantwortung des Bürgers für sich und seine Familie ergibt sich die Verpflichtung, so weit wie möglich selbst für die Lebensrisiken vorzusorgen. Zwar wird nicht jeder Bürger irgendwann zum Pflegefall, aber das Risiko lässt sich nicht ausschließen. Tritt der Pflegefall tatsächlich ein, reichen das laufende Einkommen, die vorhandenen Ersparnisse sowie die in der Familie zu mobilisierenden Hilfen vielfach nicht aus, die Belastungen zu tragen, so dass unterstützende Hilfe von der Gesellschaft – manchmal in hohem Umfang – in Anspruch genommen werden muss. In der Vergangenheit haben viele Menschen darauf vertraut, dass sie im Ernstfall innerhalb der Familie gepflegt würden. Freiwillige Vorsorge wurde kaum getroffen, nicht zuletzt, weil man wusste, dass im Notfall die Sozialhilfe einspringt. Damit die Sozialhilfe nicht übermäßig und nicht von Bürgern in Anspruch genommen wird, die selbst vorsorgen könnten, ist es zweckmäßig und unvermeidbar, die Eigenvorsorge einzufordern.

15. Die Kosten der Pflegeversicherung dürfen nicht auf künftige Generationen verlagert werden. Aufgrund der demogra-

phischen Entwicklung mit einem stark wachsenden Anteil alter Menschen wird es den künftigen Erwerbsgenerationen schwer fallen, die Belastungen aus den verschiedenen Umlagesystemen zu tragen. Schon jetzt ist erkennbar, dass die zusätzlich eingeführte umlagefinanzierte Pflegeversicherung selbst bei nominal unveränderten Leistungen mit dem gesetzlich festgeschriebenen Beitragssatz nicht auskommen kann. Mit zunehmender Alterung der Bevölkerung verschärft sich das Finanzierungsproblem. Unter dem Aspekt der nachhaltigen Finanzierbarkeit muss das Umlagesystem auf ein kapitalgedecktes System umgestellt werden. Es empfiehlt sich, die Umstellung möglichst rasch durchzuführen, damit die abzulösenden Ansprüche aus dem alten System nicht zu hoch werden.

**Kostenkontrolle
durch Wettbewerb**

16. Um die Kosten unter Kontrolle zu halten und um einen Anreiz für qualitativ gute Pflegeleistungen zu setzen, ist es notwendig, so weit wie möglich Wettbewerb zuzulassen. Der in der Pflegeversicherung eingeführte Finanzausgleich, der sich nicht einmal an Risikomerkmale orientiert, lässt praktisch keinen Wettbewerb unter den Versicherungen zu. Bleibt der Wettbewerb zwischen den Versicherern und zwischen den Leistungsanbietern ausgeschlossen, kommt man ohne staatliche Regulierung mit allen Gefahren eines ineffizienten Einsatzes von Mitteln nicht aus. Es besteht zudem die ständige Versuchung für den Staat, wie im Gesundheitswesen einen Teil der Mittel für besondere Programme abzuzweigen, die mit der Pflegeversicherung unmittelbar nichts zu tun haben.

17. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind von denen der Krankenversicherung nicht immer eindeutig voneinander abzugrenzen. Deshalb ist darauf zu achten, dass es keine Anreize gibt, Versicherte von einem System in das andere zu schieben, um den Leistungsumfang zu verringern oder Kosten auf einen anderen Träger abzuwälzen. Im gegenwärtigen System kommt das immer wieder vor.

18. Die Pflegeversicherung sollte, wie erwähnt, nicht für Aufgaben der Einkommensumverteilung instrumentalisiert wer-

den. Dies muss im Rahmen des Steuer- und Transfersystems geleistet werden, wo die Bedürftigkeit der Begünstigten und die Leistungsfähigkeit der Belasteten systematisch geprüft werden. Es ist wichtig, dass die Prämie als Preis für den Versicherungsschutz ihre in Wettbewerbsmärkten zentrale Informations- und Steuerungsfunktion wahrnimmt. Dann, und nur dann, sind für alle Beteiligten die Anreize richtig gesetzt.

2. Konzept einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung in zehn Punkten

19. Die Eckpunkte einer künftigen Pflegeversicherung sind:

(1) Jeder Bundesbürger ist verpflichtet, eine Pflegeversicherung abzuschließen, mit der eine Mindestabsicherung gewährleistet wird. Er kann auf freiwilliger Basis zusätzliche Versicherungsleistungen vereinbaren.

Die meisten Menschen sind in der Lage, für einen möglichen Pflegefall vorzusorgen. Über eine Versicherung können sie sich davor schützen, bei sehr langer oder besonders intensiver Pflege ihre gesamten Einkünfte und Ersparnisse einsetzen zu müssen, also im Alter zu verarmen, sowie auf die Angehörigen und das Sozialamt angewiesen zu sein. Die Pläne, den Kindern etwas zu hinterlassen, können durch hohe Pflegeaufwendungen zunichte gemacht werden. Insoweit liegt der Abschluss einer Versicherung im eigenen Interesse und im Interesse der Angehörigen. Die Versicherungspflicht ist aber vorwiegend damit zu begründen, dass leistungsfähige Bürger andernfalls in einem möglichen Pflegefall die Hilfe der Gesellschaft in Anspruch nehmen müssten, falls sie zu wenig gespart und sich nicht gegen die hohen Risiken abgesichert haben.

Auch vor der Einführung des Umlagesystems im Jahre 1995 gehörte der freiwillige Abschluss einer Pflegeversicherung nicht zu den Selbstverständlichkeiten in der Lebensplanung der Menschen. Das mag daran gelegen haben, dass es eine

lange Tradition gibt, Pflegeleistungen innerhalb der Familie oder der Nachbarschaft zu übernehmen. Obwohl die Pflege durch Familienmitglieder immer weniger eingeplant werden konnte, weil die Anzahl der Kinder abnahm und diese sich zudem immer seltener in räumlicher Nähe zu den Eltern aufhielten, wurden kaum Alternativen geschaffen, so dass die Pflegebedürftigen häufiger Sozialhilfe beanspruchen mussten. Durch eine Versicherungspflicht kann die öffentliche Hilfe auf die Fälle begrenzt werden, in denen ein Bürger nicht in der Lage ist, den erforderlichen Versicherungsbeitrag zu zahlen, oder in denen die Kosten der Pflege sowohl den Versicherungsschutz als auch die verfügbaren eigenen Mittel überschreiten.

Mit der Versicherungspflicht ist zwingend verbunden, den Umfang der zu versichernden Leistungen zu bestimmen. Im Gegensatz zu den geltenden Regelungen sollten die Höchstbeträge dabei so bemessen sein, dass sie auch für Schwerstpflegefälle eine angemessene Betreuung ermöglichen. Nur dann wird das Pflegerisiko von der Versicherung hinreichend gedeckt und der Rückgriff auf die Sozialhilfe vermieden. Von der Versicherungspflicht ausgenommen bleiben können eher die einfachen und vorübergehenden Pflegeleistungen, für die leichter Hilfen organisiert und für die mit wenigen privaten Ersparnissen vorgesorgt werden kann.

(2) Die Versicherungsprämien der kapitalgedeckten Pflegeversicherung bilden sich im Wettbewerb. Sie orientieren sich an den im Pflegefall für die versicherten Personen voraussichtlich zu erbringenden Leistungen (Äquivalenzprinzip).

Eine kapitalgedeckte Versicherung hat den entscheidenden Vorteil, dass jede Person während des gesamten Lebens grundsätzlich soviel an Prämien zahlt, wie zur Deckung der erwarteten Ausgaben erforderlich ist. Auch bei einem zunehmenden Anteil alter Menschen werden keine Belastungen auf die künftigen Generationen verlagert.

Um sofort Mittel für bestehende Pflegefälle und pflegenahen Jahrgänge zu haben, ist im Jahre 1995 eine Versicherung auf der Basis eines Umlagesystems eingeführt worden, statt gleich mit einer Kapitaldeckung zu beginnen. Dadurch sind Einführungsvorteile zugunsten von Personen entstanden, die vorher nicht in eine Versicherung eingezahlt haben, aber durchaus in der Lage gewesen wären, einen Großteil der Pflegekosten zu tragen. Die entsprechenden Lasten dieser Umverteilungsaktion sind von der jungen Generation und den nachfolgenden Generationen zu tragen. Den Belasteten wird das Versprechen oder zumindest die Hoffnung mitgegeben, spätere Generationen seien bereit und in der Lage, in gleicher Weise für sie zu sorgen. Das setzt aber eine stabile Bevölkerungsentwicklung voraus.

Die Umverteilungsaktion ist nach neun Jahren noch nicht abgeschlossen. Zwar sind die Einführungsvorteile bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der umlagefinanzierten Pflegeversicherung entstanden. Aber ein Großteil dieser Vorteile ist noch nicht realisiert worden. Man kann auch nicht davon sprechen, dass ein Rechtsanspruch auf diese Einführungsvorteile entstanden sei, weil die Ansprüche an die Versicherung durch lange Einzahlungen unterlegt worden seien und somit einen eigentumsähnlichen Charakter bekommen hätten. Künftig werden noch viele Versicherte in den Genuss von Versicherungsleistungen kommen, ohne sich darauf berufen zu können, sie hätten seit dem Beginn der Erwerbstätigkeit in das System eingezahlt. Die Realisierung der Einführungsvorteile kann mit einer schnellen Umstellung auf das Kapitaldeckungsverfahren beendet werden. Den meisten Menschen ist es heute nach wie vor zuzumuten, ihre eigenen Einkünfte und vor allem ihr vorhandenes Vermögen im Pflegefall einzusetzen, weil sie erst für eine vergleichsweise kurze Zeit Beiträge im Umlagesystem eingezahlt und in diesen Jahren schon einen Versicherungsschutz gehabt haben. Auf mögliche Umstellungsschwierigkeiten wird noch gesondert eingegangen.

Wenn die Versicherungsunternehmen die Prämien im Wettbewerb um Versicherte festsetzen können, werden sie versuchen,

leistungsgerechte Prämien durchzusetzen. Sie werden von jedem einzelnen Versicherten eine Prämie verlangen, mit der sie die für diese Person versicherungsmathematisch zu erwartenden Pflegekosten finanzieren können. Wenn zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses keine unterschiedlichen Risiken erkennbar sind, ist die Prämie für alle Versicherten gleich hoch. Das ist in der Regel zum Zeitpunkt der Geburt der Fall. Deshalb sollte die Versicherung grundsätzlich bei der Geburt abgeschlossen werden. Sichert eine Versicherung den bei ihr versicherten Personen zu, falls sie Kinder haben werden, diese zu einem einheitlichen Neugeborenentarif aufzunehmen, ist die Kenntnis über Pflegerisiken noch geringer als bei einem bereits geborenen Kind. Im Wettbewerb um Versicherte werden die Versicherungen vermutlich von sich aus eine solche Regelung anbieten, nicht zuletzt, weil die potentiellen Eltern großen Wert darauf legen dürften, ihre Kinder zu einem Normaltarif versichern zu können. Dann kämen die Versicherungen ohne Kontrahierungszwang aus und die Prämien würden sich in einer Kohorte der gleichen Versicherung nicht unterscheiden. Lediglich durch einen freiwilligen Wechsel der Versicherung würde möglicherweise eine geringere oder höhere Prämie zu zahlen sein – entsprechend der Leistungs- und Effizienzunterschiede zwischen den Versicherungen.

(3) Die Prämie wird ausschließlich vom Versicherten entrichtet. Der derzeitige Arbeitgeberanteil wird als Bruttolohnbestandteil ausgezahlt und in die Besteuerung einbezogen.

Die Versicherungsprämie ist vom versicherten Risiko, aber nicht vom Status als abhängig Beschäftigter abhängig. Es besteht also keine Veranlassung, den Arbeitgeber eines abhängig Beschäftigten einen Teil der Prämie zahlen zu lassen. Dem Arbeitgeber bleibt letztlich ohnehin nur die Möglichkeit, einen um den Zuschuss zur Versicherung verringerten Lohn zu zahlen. Dies wurde unmittelbar sichtbar, als anlässlich der Einführung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung eine

Kompensation für die Arbeitgeber in der Form von Mehrarbeit – Verzicht auf den Buß- und Bettag – beschlossen wurde.

Sobald die Prämie vom Arbeitsverhältnis gelöst und der bisherige Arbeitgeberanteil ausgezahlt wird, ist das Problem der Lohnzusatzkosten insoweit erledigt. Außerdem gibt es keine Schwächung des Anreizes, ein höheres Arbeitseinkommen zu erzielen, wie dies bei lohnbezogenen Beiträgen der Fall ist. Im bestehenden System wirkt der Beitrag zur Pflegeversicherung wie eine zusätzliche proportionale Steuer auf den Lohn, sobald die untere Versicherungspflichtgrenze überschritten wird und solange die Beitragsbemessungsgrenze noch nicht erreicht ist.

(4) Die Versicherungen bilden Altersrückstellungen, um extreme Beitragsbelastungen der Versicherten im hohen Alter zu vermeiden.

Der Hauptzweck der Versicherung besteht darin, sich gegen überdurchschnittlich hohe Kosten im Falle einer möglichen Pflege abzusichern. Mit der Prämie trägt im Prinzip jeder Versicherte die durchschnittlich zu erwartenden Pflegekosten. Aber auch das durchschnittliche Risiko und damit die durchschnittlichen Kosten steigen mit dem Lebensalter an, zunächst nur sehr langsam, ab dem 60. Lebensjahr etwas schneller und nach dem 75. Lebensjahr kräftig. So könnte in den letzten Lebensjahren eine Überforderung durch hohe jahrgangsspezifische Prämien entstehen. Um das zu vermeiden, werden die Versicherungen gesetzlich verpflichtet, Altersrückstellungen zu bilden. Das heißt: Über viele Jahre wird eine Prämie erhoben, die über den jahrgangsspezifischen durchschnittlichen Pflegeaufwendungen liegt. Wenn dann die Pflegekosten im Alter steil ansteigen und weit über die laufenden Prämien hinausgehen, kann auf die Altersrückstellung zurückgegriffen werden.

Die Prämien müssen nicht zwingend über den gesamten Lebenszyklus real gleich hoch sein. Mit der Idee der Altersrückstellungen ist vereinbar, die Prämie für Kinder und Jugendliche niedrig anzusetzen, sie in der Phase der Erwerbstätigkeit zu

erhöhen und im Rentenalter gegebenenfalls wieder leicht abzusinken. Damit würde die Belastung durch die jährlichen Prämien stärker dem Verlauf der zu erwartenden Einkünfte angeglichen. Der Barwert der Prämiensumme über die ganze Lebenszeit wäre aber jeweils gleich hoch. Weitere Anpassungen sind allerdings dann erforderlich, wenn die Versicherungsleistung – beispielsweise aufgrund neu auftretender Krankheiten oder Behandlungsmethoden – verändert wird, wenn die Kosten der Pflegeleistungen unvorhergesehen schneller steigen als die allgemeinen Lebenshaltungskosten oder wenn sich die langfristig zu erwartende Kapitalmarktverzinsung fundamental verändert. Daneben ist auch der Umfang der Mindestversicherung von Zeit zu Zeit zu überprüfen.

(5) Die Altersrückstellungen sind individuell auszuweisen, also nach den individuellen Risiken der Versicherten zu differenzieren, und bei einem Wechsel der Versicherung auf die neue Versicherung zu übertragen.

Mit zunehmendem Alter des Versicherten und durch zwischenzeitlich auftretende Krankheiten ergeben sich in aller Regel Anhaltspunkte dafür, ob eine vergleichsweise hohe oder eher eine geringe Wahrscheinlichkeit vorliegt, pflegebedürftig zu werden. Im Laufe der Zeit wird also manchmal erkennbar, ob es sich bei einem Versicherten um ein „gutes Risiko“ oder um ein „schlechtes Risiko“ handelt. Die für einen Altersjahrgang gebildeten Altersrückstellungen können dann nach den erwarteten individuellen Pflegekosten auf die einzelnen Versicherten aufgeteilt werden. Soweit keine besonderen Risiken erkennbar sind, bleibt es bei gleichen Rückstellungen für jedes Mitglied dieses Personenkreises. Wenn die Altersrückstellungen für den Jahrgang beziehungsweise für die Kohorte ausreichend sind, müssen sie auch für die einzelnen Versicherten ausreichend sein. Die Zuordnung von Altersrückstellungen ist keine leichte, aber eine lösbare Aufgabe. Der Kronberger Kreis hat sich hierzu in der Broschüre zum Gesundheitswesen geäußert.⁴⁾

Eine der wichtigen Voraussetzungen für den Wettbewerb ist die Regel, dass im Falle des Wechsels von Versicherten die individuellen Altersrückstellungen auf die neue Versicherung übertragen werden. Damit werden grundsätzlich die Abweichung vom durchschnittlichen Risiko und das altersbedingt höhere Risiko ausgeglichen. Der Versicherte zahlt auch in der neuen Versicherung eine normale Prämie. Die Prämien unterscheiden sich dann vor allem aufgrund unterschiedlicher Effizienz und unterschiedlicher Leistungen der Versicherungen. Die Versicherten können zu der für sie günstigeren Versicherung wechseln. Genau in diesem Bereich ist der Wettbewerb erwünscht.

Die Höhe der zu übertragenden individuellen Altersrückstellung wird von der abgebenden Versicherung festgesetzt. Nun könnte man befürchten, diese Versicherung hätte einen Anreiz, die Rückstellung so niedrig zu bemessen, dass der Versicherte bleibt. Dann aber müsste die Versicherung damit rechnen, einen Versicherten zu behalten, der höhere Kosten verursacht, als ihm an Altersrückstellungen mitgegeben würde. Deshalb ist es nicht rational, durch einen zu niedrigen Ausweis individueller Altersrückstellungen einen Wechsel zu verhindern.

(6) Jeder Versicherte übernimmt im Rahmen der Mindestversicherung einen prozentualen Anteil an den anfallenden Pflegekosten. Der Selbstbehalt ist nach oben begrenzt.

Da der Umfang und die Kosten der Pflege von den Versicherten und Ärzten beeinflusst werden können und eine zusätzliche Beanspruchung von Leistungen für den Versicherten nicht mit unmittelbaren Kosten verbunden ist, besteht ein Anreiz, möglichst umfassende Pflegeleistungen zu nutzen, und zwar auch dann noch, wenn der zusätzliche Nutzen für den Versicherten

⁴ Kronberger Kreis (2002): „Mehr Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“, Bd. 39, Stiftung Marktwirtschaft, Berlin, S. 46-60.

sehr gering ist. Denkbar ist ferner, dass für etwa gleiche Leistungen von verschiedenen Anbietern unterschiedliche Kosten berechnet werden. Deshalb ist es zweckmäßig, eine Selbstbeteiligung der Versicherten vorzusehen. Dadurch werden die Versicherten veranlasst, genau zu prüfen, ob sie eine Leistung wirklich brauchen, in welchem Umfang sie auf externe Hilfen zurückgreifen und ob es kostengünstige Alternativen gibt.

Allerdings darf die Selbstbeteiligung nicht beliebig hoch vereinbart werden können. Sonst könnten die Versicherungsprämie und die Versicherungsleistung in die Nähe von Null gebracht werden. Man müsste indes damit rechnen, dass einige Versicherte bewusst keine Vorsorge treffen und es darauf ankommen lassen, im Notfall von der Allgemeinheit unterstützt zu werden (Moral Hazard). Oder der Versicherte überschätzt seine Finanzierungsmöglichkeiten und wird aus diesem Grund zu einem Sozialfall. Bei einem zu hohen Selbstbehalt würden also die Pflgerisiken auf die Gesellschaft abgewälzt werden können. Damit würde die Versicherungspflicht unterlaufen.

Häufig wird eingewandt, dass gerade die Pflegebedürftigkeit durch eine Selbstbeteiligung nicht vermieden werden könne und der zu Pflgende „doppelt bestraft“ würde, wenn er sich auch noch an den Kosten beteiligen müsse. Eine Selbstbeteiligung entlastet die Versicherten aber über eine lange Phase, weil die Prämie geringer ist als bei einem Tarif, den die Versicherung für die vollständige Übernahme aller Kosten verlangen müsste. Ein solcher Tarif ohne Selbstbeteiligung wäre auch deshalb besonders hoch, weil die Versicherten dazu neigen, sich einen Teil der gezahlten Prämien „wiederzuholen“. In der Prämienkalkulation mit Selbstbeteiligung hingegen werden zwei Effekte berücksichtigt, nämlich die Beteiligung des Versicherten an den Kosten selbst und der damit bewirkte Anreiz, die Kosten möglichst gering zu halten, also kostengünstige Leistungsanbieter auszuwählen.

- (7) *Versicherte, die ihre Prämie und die Selbstbeteiligung nicht bezahlen können, erhalten eine Unterstützung aus öffentlichen Mitteln.*

Obwohl die Prämien einer Pflegeversicherung erheblich niedriger sind als die einer Krankenversicherung, kann die Zahlungsfähigkeit einzelner Versicherter überschritten werden, insbesondere durch eine Kumulation mit dem Selbstbehalt. In diesen Fällen muss eine soziale Absicherung gewährleistet sein. Nach den neuen Regelungen kann auf jeden Fall Sozialhilfe (für dauerhaft Nicht-Erwerbstätige) in Anspruch genommen werden, wenn andernfalls der dort festgesetzte Mindestlebensstandard unterschritten würde.

Die Sozialhilfesätze können um eine angemessene Versicherungsprämie erhöht werden, so dass der Versicherte seine Prämie selbst zahlen kann. Alternativ kann der Sozialhilfeträger die Prämie unmittelbar zahlen. Diese allgemeine Umverteilung hat den Vorteil, dass die Bedürftigkeit systematisch geprüft wird und die Kosten von allen Steuerzahlern nach Maßgabe der Leistungsfähigkeit getragen werden.

Vielfach wird vorgeschlagen, eine Höchstgrenze der Belastung durch eine angemessene Versicherungsprämie als Prozentsatz des Einkommens zu bestimmen und den überschüssigen Betrag aus Steuermitteln zu erstatten. Diese Lösung erfordert aber eine zusätzliche Einkommensprüfung, und sie bleibt vergleichsweise ungenau, weil die individuelle Leistungsfähigkeit (Vermögen, Unterstützung durch Familienmitglieder) nicht vollständig erfasst wird.

Bei Empfängern von Sozialhilfe könnte man daran denken, sie von der Versicherungspflicht freizustellen. Dann muss die Sozialhilfe bei Bedürftigkeit im Falle einer späteren Pflege einen höheren Teil der Pflegekosten tragen. Die Sozialhilfeträger übernehmen insoweit die Versicherungsfunktion. Für Personen, die nur vorübergehend Sozialhilfe in Anspruch nehmen, müsste dann allerdings gewährleistet sein, dass die fehlende

Versicherungszeit wieder ausgeglichen wird. Deshalb sollte dieser Weg nicht gegangen werden.

Das Prinzip, in der Versicherung leistungsgerechte Prämien zuzulassen und bedürftige Haushalte nicht innerhalb des jeweiligen Sozialsystems zu entlasten, sondern die Umverteilung dem allgemeinen Steuer- und Transfersystem anzuvertrauen, ist fachlich gut begründet, politisch aber umstritten.

Ein Grund für die Auseinandersetzungen liegt in der unscharfen Abgrenzung der Aufgaben beider Teilsysteme. Die für die Steuern und die öffentlichen Haushalte verantwortlichen Politiker sträuben sich gegen eine Steuerfinanzierung des sozialen Ausgleichs, der bisher von den Sozialversicherungen wahrgenommen wurde, weil sie befürchten, auf diese Weise würde ein Teil der Kosten der Sozialversicherung auf die Steuerzahler abgewälzt. Die gesetzliche Rentenversicherung ist dafür ein anschauliches Beispiel.

Trotz oder gar wegen solcher Befürchtungen muss die Arbeitsteilung zwischen den Versicherungen und den Steuer- und Transfersystemen sorgfältig beachtet werden. Eine Versicherung wie die Pflegeversicherung ist für die Umverteilungsaufgaben wenig geeignet. In der Versicherung muss es möglich sein, leistungsgerechte Prämien zu erheben. Umgekehrt können die Sozialhilfe und andere an der Bedürftigkeit ausgerichteten Hilfen nicht die Aufgabe übernehmen, Versicherungen zu stabilisieren oder von Kosten zu entlasten. Aber wenn Versicherungsprämien als Marktpreise festgesetzt werden, bleiben die Sozialhilfe und andere Sozialeinrichtungen in der Verantwortung für die steuerfinanzierte soziale Absicherung.

(8) Die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungen entfällt.

Ein funktionsfähiger Wettbewerb zwischen den Versicherungen ist nur zu erreichen, wenn alle Versicherungen unter gleichen marktwirtschaftlichen Bedingungen arbeiten und wenn

sie bei ungünstigen Leistungen und hohen Kosten von Verlusten oder sogar vom Ausscheiden aus dem Markt bedroht sind. Diese Bedingungen lassen sich bei den bestehenden gesetzlichen Krankenversicherungen, die gleichzeitig das Pflegerisiko versichern, nicht erreichen. Auch der Weg, die Pflegeversicherung als einen privatwirtschaftlichen Teil der gesetzlichen Krankenversicherungen zu betreiben, erscheint problematisch, weil sich die Querbeziehungen nicht vollständig kontrollieren lassen und weil unklar bleibt, wer letztlich das Verlustrisiko trägt. Der Staat oder die Kommunen sollten auf keinen Fall das unternehmerische Risiko tragen. Damit wären von vornherein Wettbewerbsverzerrungen programmiert.

Solange die gesetzlichen Krankenversicherungen nicht privatisiert werden, bleibt nur die Lösung, das Pflegerisiko in bestehenden oder neu zu gründenden privaten Versicherungen abzusichern. Für die meisten Bürger, die der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, läuft das auf eine zumindest vorübergehende Trennung von Krankenversicherung und Pflegeversicherung hinaus.

(9) Es ist anzustreben, die Pflegeversicherung vollständig in die Krankenversicherung zu integrieren.

Leistungen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung lassen sich nicht eindeutig abgrenzen. Deshalb wird es immer Versuche geben, Versicherte von dem jeweils anderen Versicherer betreuen oder behandeln zu lassen. Das spricht dafür, beide Versicherungen in der gleichen Gesellschaft zu führen. Bei den privaten Krankenkassen können die hier vorgeschlagenen Änderungen der Pflegeversicherung ohne Schwierigkeiten übernommen werden. Bei den gesetzlichen Krankenkassen lässt sich die Forderung hingegen erst erfüllen, wenn auch im Gesundheitswesen voll auf marktwirtschaftlich organisierte Versicherungen umgestellt wird.

Wenn außerdem das Leistungsniveau in den beiden Sparten unterschiedlich ist – Tagessätze, Höchstbeträge usw. – oder

wenn eine unterschiedliche Selbstbeteiligung besteht, entstehen Anreize, Versicherte aus finanziellen Gründen auch innerhalb eines Unternehmens in die kostengünstigere Sparte zu drängen. Deshalb sollten möglichst vergleichbare Leistungen und eine gleiche Selbstbeteiligung vereinbart werden. Letztlich dürfte es zweckmäßig sein, die Pflegeversicherung vollständig in die Krankenversicherung zu integrieren.

(10) In der Einführungsphase der kapitalgedeckten Pflegeversicherung soll ein Höchstbetrag für die aufzuwendende Versicherungsprämie (Belastungsgrenze) von etwa 50 Euro monatlich je Versicherten gelten. Die Versicherungspflicht gilt als erfüllt, auch wenn die mit diesem Höchstbetrag erworbenen Versicherungsleistungen hinter dem Mindestversicherungsniveau zurückbleiben.

Eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung beruht darauf, dass in der Regel zu Beginn der Vertragslaufzeit mehr eingezahlt wird als im Durchschnitt an Versicherungsleistungen anfällt. Aus den Überschüssen werden Altersrückstellungen gebildet. Je älter eine Person bei Eintritt in die Versicherung ist und je mehr Pflegerisiken bereits erkennbar sind, umso weniger Zeit bleibt für die Bildung hinreichender Rückstellungen. Soll die Versicherung trotzdem die volle Leistung im Pflegefall erbringen, muss sie eine entsprechend hohe Prämie verlangen. Insbesondere im hohen Alter wird eine solche Prämie prohibitiv hoch. Wenn eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung einmal über Jahrzehnte besteht, dann stellt sich dieses Problem nicht mehr, weil die Menschen in der Regel von Geburt an in die Versicherung aufgenommen werden. Bei der Neueinführung dagegen sind Personen aller Lebensalter neu zu versichern. Wegen der dann für ältere Menschen, aber auch für einige jüngere Menschen mit hohem Pflegerisiko zu erwartenden relativ hohen Versicherungsprämien kann das nicht so geschehen, dass alle Personen verpflichtet werden, sofort eine Versicherung über die Mindestleistungen abzuschließen.

Eine Möglichkeit besteht darin, die Versicherungspflicht auf Personen zu begrenzen, die ein bestimmtes Lebensalter noch nicht überschritten haben. Aber eine solche Regelung hat nicht nur das Problem, eine relativ willkürliche Altersgrenze festzulegen, sondern auch unter den sofort Versicherungspflichtigen einige Personen zu überfordern, die ein altersunabhängig hohes Pflegerisiko aufweisen.

Deshalb wird hier anstelle einer Altersgrenze ein Höchstbetrag vorgeschlagen, der als Versicherungsprämie zuzumuten ist. Der größte Teil der Menschen im jungen und mittleren Alter wird sich ohne Probleme zu einer Prämie versichern können, die unterhalb des Höchstbetrages von etwa 50 Euro monatlich bleibt.⁵⁾ Je nach dem erkennbaren Pflegerisiko werden aber Personen mittleren Alters und insbesondere hohen Alters zu diesem Betrag keine Versicherung über die volle Mindestleistung erhalten, sondern nur noch eine Teilabsicherung. Sie werden in einem späteren Pflegefall stärker auf eigene Einkünfte, auf Vermögen und auf Familienmitglieder, letztlich auch auf die Sozialhilfe, zurückgreifen müssen als jüngere Personen, die mit ihrer Prämie das Mindestversicherungsniveau erreichen. In der Einführungsphase wird also teilweise darauf verzichtet, die Pflicht zu einer Mindestabsicherung durchzusetzen, um die zu zahlende Prämie in Grenzen zu halten. In diesen Fällen bleibt es dabei, dass ein Teil der durch eine Versicherung abgedeckten Leistungen gegebenenfalls von den Sozialhilfeträgern übernommen werden muss. Naturgemäß sinkt im Verlauf der Zeit die

5 Nach Auskunft des Verbandes der privaten Krankenversicherungen (PKV) wird ab 2005 eine durchschnittlich gesunde Person im Alter von 57 Jahren zum monatlichen Beitragssatz von 48,80 Euro in die Pflegeversicherung aufgenommen. Die Beitragskalkulation beruht auf einem Zinssatz von 3,5 Prozent. Das Gesundheitsprofil der privat Versicherten dürfte allerdings günstiger sein als das der gesetzlich Versicherten. Unter Berücksichtigung der mittleren Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes errechnet sich für eine 57 Jahre alte Person ein Monatsbeitrag von rd. 50 Euro nur dann, wenn ein durchschnittlicher Zinssatz von 4,5 Prozent angenommen wird.

Anzahl von Versicherungsverträgen, die nur eine Teilabsicherung gewähren, bis schließlich die Einführungsphase der kapitalgedeckten Pflegeversicherung beendet ist.

Während nach Abschluss der Einführungsphase alle Versicherten eines Jahrgangs etwa gleich hohe Prämien für die gesetzliche Mindestversicherung zahlen, gibt es bis dahin auch innerhalb der Jahrgänge unterschiedliche Prämien beziehungsweise unterschiedliche Versicherungsleistungen aufgrund des individuellen Pflegerisikos zum Zeitpunkt des Versicherungseintritts. Vor Abschluss einer Pflegeversicherung musste dieses Risiko in vollem Umfang von den einzelnen Personen getragen werden. Das galt bis 1995. Die kapitalgedeckte Pflegeversicherung übernimmt grundsätzlich die Kostenrisiken – allerdings nicht mehr für die Bestandsfälle und nur teilweise für pflegenaher Jahrgänge. Für diese Fälle ist eine Übergangsregelung erforderlich.

III. Der Übergang vom gegenwärtigen zum zukünftigen System

20. Vor der Entscheidung, die Finanzierung der Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung umzustellen, müssen drei grundlegende Fragen geklärt werden:

- Sind die bislang eingezahlten Versicherungsbeiträge für nicht pflegebedürftige Personen zurückzuzahlen?
- Wie behandelt man die zum Zeitpunkt der Systemumstellung bereits Pflegebedürftigen (Bestandsfälle)?
- Welche Leistungszusagen können Menschen erwarten, die kurz nach dem Umstellungszeitpunkt zum Pflegefall werden (risikonahe Fälle) und wegen ihres fortgeschrittenen Alters nicht mehr in der Lage sind, das Pflegekostenrisiko zu erträglichen leistungsgerechten Prämien abzusichern?

21. Die Antwort auf die erste Frage kann von zwei Seiten her gegeben werden, die allerdings zum gleichen Ergebnis kommen: keine Rückerstattung der eingezahlten Beiträge. Zum einen könnte man sich auf den Standpunkt stellen, die Einführung des Umlageverfahren vor zehn Jahren sei ein „historischer Fehler“ gewesen und die Bevölkerung müsse, wie bei anderen Fehlentscheidungen in der Politik auch, gegebenenfalls entstandene Kosten hinnehmen. Die gezahlten Versicherungsbeiträge seien Vergangenheit, ebenso die Leistungsansprüche, und sie müssten von den Versicherten abgeschrieben werden. Eine Rückerstattung der Beiträge komme nicht in Frage, zumal dies fiskalisch auch viel zu teuer wäre. Bis zum Jahre 2003 sind rund 120 Milliarden Euro an Beiträgen in die Soziale Pflegeversicherung eingezahlt worden, so dass selbst nach Abzug der Beitragszahlungen von Leistungsempfängern und der anfangs gebildeten Rücklagen die Haushaltsbelastung im Falle einer generellen Rückerstattung sehr hoch wäre.

**Eingezahlte
Beiträge
werden nicht
erstattet**

22. Man könnte aber auch den entgegengesetzten Standpunkt einnehmen und argumentieren, durch die Einführung einer

allgemeinen Versicherungspflicht für das Pflegekostenrisiko hätten sich die Bürger bei ihrer Eigenvorsorge umgestellt und diese zurückgefahren, unter anderem indem sie die Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie weniger nutzten. Sie konnten im Umlageverfahren ja darauf vertrauen, dass sie bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu einem erheblichen Teil abgesichert seien. Wenn die Bürger künftig aus ihrem Einkommen ein eigenes Deckungskapital bilden müssten, wäre dies leichter zu verkraften, wenn sie so gestellt würden, als habe es die umlagefinanzierte Pflegeversicherung nie gegeben und damit auch keine Beitragszahlungen. Das könnte für eine Rückabwicklung sprechen.

Eine vollständige Rückabwicklung kann allerdings nicht in Betracht kommen. Das würde bedeuten, dass die Pflegebedürftigen, die in den letzten neun Jahren bereits Leistungen erhalten, aber erst geringe Beiträge gezahlt haben, die Versicherungsleistungen weitgehend zurückerstatten müssten. Es besteht kein Zweifel, dass dieser Personenkreis durch das neu eingeführte Umlagesystem erheblich begünstigt wurde. Für die Vergangenheit lassen sich diese Einführungsvorteile aber nicht mehr rückgängig machen.

Bezahlt wurden die Versicherungsleistungen von den Versicherten, die keine Leistungen in Anspruch genommen haben, das heißt, die Mittel sind verbraucht. Wenn die Leistungsempfänger, also die bisherigen Pflegebedürftigen, aber nicht zur Rückzahlung herangezogen werden können, gibt es niemanden, gegen den die Rückforderungen zu richten wären. Der Staat hat über das Umlagesystem neun Jahre lang den Pflegebedürftigen – unabhängig von ihrer Einkommens- und Vermögenssituation – Leistungen gewährt, die mit einer Quasi-Steuer auf Lohneinkommen finanziert wurde. Eine Forderung, die Beiträge beziehungsweise Quasi-Steuer zurückzahlen, kann sich letztlich nur an die Steuerzahler richten, wobei der Personenkreis der Zahler und Empfänger weitgehend identisch ist. Bliebe es beim Umlagesystem, würden weitere Einführungsge-

winne verteilt und die Ansprüche an die gegenwärtigen und künftigen Erwerbstätigen weiter erhöht.

Selbst wenn an eine Rückzahlung gedacht würde, wäre es schwierig, den Umfang der Zahlungen zu bestimmen. Die eingezahlten Beiträge können nicht zum Nennwert genommen werden, weil im Umlagesystem das Leistungsversprechen dem Versicherten einen Nutzen eingetragen hat, eben die Sicherheit, im Pflegefall eine finanzielle Unterstützung zu bekommen. Um die Kosten dieses Versicherungsschutzes müsste eine etwaige Rückerstattung der Versicherungsbeiträge gemindert werden, auch wenn die Versicherung glücklicherweise nicht in Anspruch genommen werden musste. Da die gesetzlichen Beiträge keine risikoäquivalenten Prämien darstellen, müssten diese nun ex post bestimmt werden, und zwar kohortenspezifisch, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Kosten dieses Versicherungsschutzes mit zunehmenden Alter steigen, weil die Wahrscheinlichkeit, zu einen Pflegefall zu werden, bei den älteren Menschen größer ist als bei den jüngeren. Für einen Teil der Versicherten, insbesondere für ältere Menschen, für Bezieher niedriger Einkommen und für Familien mit Kindern, wären die Beiträge niedriger gewesen als die risikoäquivalenten Beiträge. Nach dem Rückabwicklungskonzept müssten sie Nachzahlungen leisten.

Ob solche Berechnungen einwandfrei durchführbar sind, mag dahingestellt bleiben. Wären sie es, und würden zu hohe Beiträge teilweise zurückgegeben, sowie für zu niedrige Beiträge Nachzahlungen erwirkt, so käme es rückwirkend zu einer Einkommensumverteilung über den Beitragsausgleich und über das Steuersystem von Armen zu Reichen, von Alten zu Jungen, von Verheirateten zu Ledigen und von Personen mit Kindern zu denen ohne Kindern. Das wird niemand wollen.

23. Es erscheint daher vertretbar, dass bei der Systemumstellung die bisherigen Beitragszahlungen unberücksichtigt bleiben. Benachteiligt mögen sich insbesondere Menschen mit höherem Einkommen (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) füh-

len, weil sie über mehrere Jahre Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung geleistet haben, ohne ein erhöhtes Pflegefallrisiko darzustellen. Aber dem Verzicht auf eine Beitragsrückerstattung muss der Vorteil gegengerechnet werden, den gerade diese Personengruppe dadurch hat, dass das Umlageverfahren abgeschafft wird und dass in der Zukunft nicht mehr mit steigenden Beitragszahlungen gerechnet werden muss. Für alle Versicherten dürfte der Einführungsvorteil überwiegen. Sie sind im Jahre 1995 sofort in den Genuss der Absicherung des Pflegerisikos gelangt, obwohl keine Versicherungsbeiträge entrichtet worden waren. Diesen Einführungsgewinn wieder rückgängig zu machen, jedenfalls in Maßen, ist durchaus gerechtfertigt. Keiner, der nicht zum Pflegefall geworden ist, wird dies beklagen wollen. Positiv gewendet bedeutet das Zurückführen von Einführungsgewinnen, dass weniger Kosten auf künftige Generationen verlagert werden.

Die Bestandsfälle behalten ihre Leistungsansprüche, aber bei höherer finanzieller Eigenbeteiligung

24. Denjenigen Menschen, die zum Zeitpunkt der Einführung des Kapitaldeckungsverfahrens bereits pflegebedürftig sind, ist Vertrauensschutz zu gewähren. Der Vertrauensschutz legitimiert sich vor allem aus dem Umstand, dass diese Pflegebedürftigen in der Vergangenheit nicht nur die gesetzlichen Beiträge zur Pflegeversicherung erbracht haben, sondern auch davon ausgehen durften, die zwischenzeitlich zugesprochenen gesetzlichen Leistungen dauerhaft zu erhalten. Bei einer Systemumstellung verfügen diese Menschen über kein Deckungskapital. Risikoäquivalente Prämien wären für sie, sofern von einer Versicherung überhaupt noch angeboten, prohibitiv hoch. Sie müssten infolgedessen die Pflegeleistungen aus ihrem Vermögen oder dem der Familienmitglieder finanzieren oder, wenn dies nicht möglich ist, Sozialhilfe beantragen. So war es zwar bis 1995 vor der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung. Aber jetzt für diese Personengruppe faktisch den ehemaligen Zustand wiederherzustellen, würde für sie zu einer massiven finanziellen Belastung führen. Das erscheint kaum zumutbar.

25. Zumutbar ist jedoch eine höhere Eigenbeteiligung der bereits Pflegebedürftigen an der Finanzierung der Versicherungsleistungen. Auch im derzeitigen Umlageverfahren gibt es eine Eigenbeteiligung insofern, als (von bestimmten Ausnahmen abgesehen) die pflegebedürftigen Personen Beiträge aus ihren Einkommen (meist Renten) zahlen. Beim Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren würden die einkommensbasierten Beiträge wegfallen. Dabei kann es nicht bleiben. Wenn das Niveau der bisherigen Versicherungsleistungen aufrechterhalten und von der Gesellschaft getragen werden soll, muss weiterhin ein Finanzierungsbeitrag von den Pflegebedürftigen verlangt werden. Dabei ist zu erwägen, diesen Beitrag stärker an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auszurichten und nicht nur die Renten und gegebenenfalls die Löhne, sondern auch andere Einkünfte zu berücksichtigen. Vertretbar ist auch die Einbeziehung des Vermögens und der Leistungsfähigkeit der unmittelbaren Familienangehörigen. Der Eigenbeitrag müsste der staatlichen Stelle zufließen, von der die Übergangsleistungen finanziert werden.

Da es sich um eine Übergangsregelung handelt, sollte eine einfache Vorkehrung in Betracht gezogen werden. Die erwähnte Pauschale in Höhe von 50 Euro monatlich wäre dem angemessen. Dieser Eigenbeitrag wäre bei nachgewiesener Bedürftigkeit abzusenken oder zu erlassen. Wenn eine solche Härtefallregelung besteht, die vergleichsweise großzügig gestaltet werden könnte, kann die Obergrenze für die Eigenbeteiligung auch höher angesetzt werden. Darüber hinaus würde sich die Eigenbeteiligung der bereits Pflegebedürftigen dadurch ausweiten, dass die Versicherungsleistungen nominal konstant gehalten werden – wie das derzeit der Fall ist. Das sich dann im Zeitablauf ergebende Absenken des realen Leistungsniveaus hätte diese Personengruppe von sich aus auszugleichen.

26. Die Umstellung der Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes System zu einem bestimmten Stichtag bewirkt, dass nahezu gleiche Pflegefälle unterschiedlich behandelt werden. Einige Versicherte werden noch Leistungszusagen nach dem

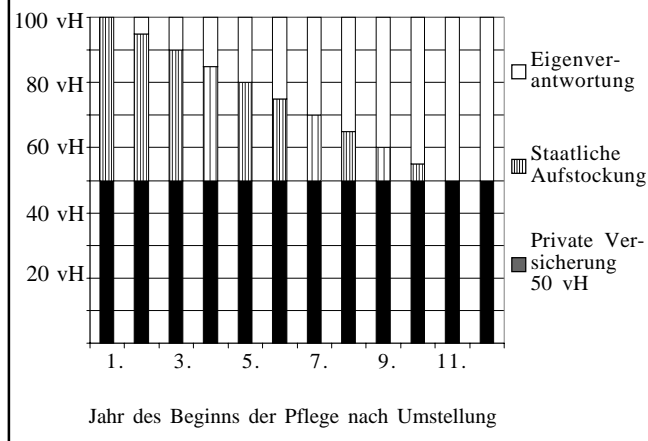
Bei nach der Umstellung eintretenden Pflegefällen werden die Leistungen aufgestockt, aber je nach Eintrittszeitpunkt der Pflegebedürftigkeit in abnehmendem Umfang

alten System erhalten, andere Versicherte, die unmittelbar nach dem Stichtag zu einem Pflegefall werden, nicht. Es wäre kaum zu begründen, wenn für Bestandsfälle die volle Leistung und für Neufälle gar keine Leistung mehr gewährt würde. Beiden Personengruppen sollte Vertrauensschutz gewährt werden. Für beide gilt, dass sie keine Altersrückstellungen mehr bilden können. Eine risikoäquivalente Prämie wäre vielfach unzumutbar hoch. Deshalb muss ein abgestuftes Verfahren gefunden werden, die neuen Pflegefälle zumindest teilweise zu entlasten. Das bedeutet, dass für Personen, die sich in höherem Alter – etwa ab dem 60. Lebensjahr – mit einer risikoäquivalenten Prämie gegen das Pflegekostenrisiko absichern müssten, die als nicht mehr zumutbar betrachtet wird, eine Regelung gefunden werden muss, die den Versicherungsschutz bezahlbar macht oder sie von einem Teil der Pflegekosten entlastet.

27. Geht man wiederum von einer Versicherungsprämie in Höhe von monatlich 50 Euro oder einem höheren Betrag aus und stellt sich zum Zeitpunkt der Umstellung heraus, das ältere Menschen oder Menschen mit Vorerkrankungen mit dieser Prämie nur einen Teil der von Gesetzes wegen definierten Pflegeleistungen über das Kapitaldeckungsverfahren absichern können, so könnte der Staat diese Lücke zumindest teilweise auffüllen. Das Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln⁶ hat für die pflegenahen Jahrgänge folgende Übergangsregelung vorgeschlagen: Personen, die innerhalb eines Jahres nach der Systemumstellung pflegebedürftig werden, erhalten die vollen Versicherungsleistungen, wie sie im bisherigen Umlagesystem gelten. Für alle später auftretenden Pflegefälle werden die staatlichen Zuschüsse je nach Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit nach und nach verringert.

⁶ Arentz, O.; J. Eekhoff; S. Roth und V. Streibel (2004), „Pflegevorsorge – Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltige Reform der Pflegeversicherung“, herausgegeben von der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.

Abb. 3: Dauerhafte Aufstockungssätze für neue Pflegefälle bei einer privaten Absicherung von 50 vH



Der Vorschlag wird mit folgendem Beispiel veranschaulicht (vgl. Abb. 3): Angenommen, die als zumutbar betrachtete Versicherungsprämie von 50 Euro im Monat ermöglicht es einem älteren Versicherten, das gesetzlich vorgegebene Leistungsniveau zu 50 vH für die restliche Lebensdauer abzuschließen. Wird er noch im Jahr der Umstellung pflegebedürftig, so wird die Leistung vom Staat auf ein Niveau von 100 vH aufgestockt; Versicherung und Staat teilen sich gleichsam je zur Hälfte die Finanzierungslasten. Ab diesem Zeitpunkt wird der Aufstockungssatz für jeden neuen Jahrgang von Pflegefällen linear um fünf Prozentpunkte abgeschmolzen. Wird der Versicherte beispielsweise zwei Jahre nach der Umstellung zum Pflegefall, so garantiert der Staat noch ein Leistungsniveau von 90 vH und gewährt einen lebenslangen Zuschuss von 40 vH, der zu dem eigenfinanzierten Versicherungsschutz aus dem Kapitaldeckungsverfahren von 50 vH hinzukommt. Tritt der Pflegefall ab dem zehnten Jahr nach der Umstellung ein, würden dem Versicherten in diesem Beispiel keine staatlichen Zuschüsse mehr gewährt; denn das im Zeitablauf zurückge-

nommene Mindestabsicherungsniveau beliefe sich auf 50 vH, was annahmegemäß genau dem Leistungsniveau entspricht, das privat abgedeckt ist. Gehen die Pflegekosten darüber hinaus, müssen die Eigenvorsorge (Vermögen, Familie) und gegebenenfalls die Sozialhilfe greifen.

Der Staat ist nach diesem Vorschlag für eine vergleichsweise längere Zeit im Obligo, wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Systemumstellung noch älter ist und mit der Versicherungsprämie von monatlich 50 Euro nur noch ein Leistungsniveau von beispielsweise 25 vH absichern kann. Auch hier beginnt die Übergangsregelung mit einem lebenslangen Leistungsniveau von 100 vH, wenn dieser Versicherte gleich nach dem Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren pflegebedürftig wird. Der staatliche Zuschuss ist allerdings höher als im erstgenannten Beispiel, nämlich 75 vH. Der Zuschuss wird wiederum in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Pflegefalleintritts linear reduziert. Wegen des geringeren Anteils privater Abdeckung des Pflegefallrisikos übernimmt der Staat Aufstockungen bis zum fünfzehnten Jahr nach der Systemumstellung. Bis dahin ist die staatlich garantierte Mindestabsicherung auf 25 vH gesunken, also auf den Anteil, der privat versichert werden konnte. Wird ein Versicherter erst jetzt pflegebedürftig, muss er die Kosten, die von der Versicherung nicht übernommen werden, selbst tragen, gegebenenfalls mit Unterstützung aus dem Kreis der Familie oder ergänzend durch den Rückgriff auf die Sozialhilfe. Er ist insofern schlechter gestellt als ein Versicherter, der bei der Systemumstellung mit der gleichen Prämie eine höhere Versicherungsleistung kapitalgedeckt absichern konnte. Im Gegenzug hat er jedoch eine sehr viel geringere Versicherungsprämie gezahlt, als nach Risikoäquivalenz geboten gewesen wäre. Mit diesem Vorschlag würde ein gleitender Übergang von der umlagefinanzierten zu einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung erreicht, ohne einen harten Bruch zwischen den Leistungen zugunsten der bereits Pflegebedürftigen und zugunsten der pflegenahen Jahrgänge vorzusehen.

28. Die Frage, wie weit der Staat ein nicht mehr privat versicherbares Pflegeleistungsniveau aufstocken soll, muss politisch entschieden werden. Das Gleiche gilt für den Zeitpfad des Abschmelzens. Je langsamer die staatlichen Zuschüsse abgebaut werden, umso länger dauert die Übergangsphase; die Haushaltsbelastung ist entsprechend höher und der Anreiz für die älteren Menschen, nach dem kostengünstigsten Leistungsanbieter zu suchen und Selbstbehalte (vor allem bei der ambulanten Pflege) in Betracht zu ziehen, wird geschwächt.

Statt den mit zunehmendem zeitlichen Abstand vom Umstellungszeitpunkt neu auftretenden Pflegebedürftigen verringerte, aber dann gleich bleibende Zuschüsse zu zahlen, könnte auch nach dem Prinzip verfahren werden, allen nach der Umstellung eintretenden Pflegefällen gleiche Zuschüsse zu gewähren. Unabhängig vom Zeitpunkt, zu dem der Pflegefall eintritt, könnte im ersten Jahr das volle gesetzliche Leistungsniveau gewährleistet und der Zuschuss für den jeweiligen Pflegebedürftigen in den Folgejahren stufenweise verringert werden. Mit zunehmender Pflegedauer müssten die Pflegebedürftigen einen steigenden Anteil der Pflegekosten selbst tragen oder die Unterstützung von Angehörigen beziehungsweise der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Ob dieser Weg gewählt und mit welchem Tempo die Leistungen verringert werden sollen, wäre wiederum politisch zu entscheiden.

29. Für alle Aufstockungsregelungen gilt, dass der Leistungswettbewerb zwischen den Pflegeversicherungen insoweit beeinträchtigt ist, wie der staatliche Zuschuss an der privat abgesicherten Leistung orientiert wird. Auch der andere zentrale Wettbewerbsparameter – die Prämie – steht für die hier betrachtete Personengruppe nicht zur Verfügung, weil grundsätzlich eine Prämie bis zur zumutbaren Belastung von beispielsweise 50 Euro pro Monat zu zahlen ist.

Bei der Gestaltung der staatlichen Zuschüsse zu den Pflegekosten ist darüber hinaus ein besonderes Anreizproblem zu lösen. Wenn die vorgesehene staatliche Bezuschussung au-

tomatisch die Lücke zwischen der Leistung der privaten Versicherung und einem gegebenen Prozentsatz der tatsächlichen Pflegekosten auffüllt, besteht für Versicherungen und Versicherte ein Anreiz, die für die Prämie von 50 Euro erreichbare Versicherungsleistung als möglichst niedrig darzustellen, um möglichst hohe staatliche Zuschüsse zu erhalten. Dieses Problem kann gelöst werden, indem der staatliche Zuschuss sich an einer jahrgangsspezifisch durchschnittlichen Versicherungsleistung orientiert. Dies bedeutet allerdings, dass Personen mit einem gemessen an ihrem Alter sehr hohen Pflegefallrisiko stark belastet werden. Für diese Personen müsste eine Härtefallregel mit staatlicher Gesundheitsprüfung vorgesehen werden. Alternativ wäre es denkbar, dass eine staatliche Stelle eine private Versicherung für alle Versicherten abschließt, die mit der Höchstprämie von 50 Euro die Pflichtversicherungsleistungen nicht erreichen.

Eine Vollauffüllung unabhängig vom Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit?

30. Man mag bedauern, dass der Übergang zu dem neuen System den Menschen mit einem höheren Pflegefallrisiko (wegen ihres Alters oder aus anderen Gründen) nach dem hier skizzierten Vorschlag in der Übergangsphase trotz des vorgesehenen sozialen Ausgleichs im Pflegefall geringere Leistungen gewährt, als sie im bisherigen System erwarten konnten. Deshalb könnte man erwägen, für alle Versicherten, die mit dem als zumutbar angesehenen Beitrag – zum Beispiel in der Größenordnung von 50 Euro pro Monat – keine volle Versicherungsleistung von einer privaten Versicherung erhalten, die bisherigen gesetzlichen Versicherungsleistungen zu garantieren und die jeweilige Versicherungslücke mit staatlichen Zuschüssen aufzufüllen.

Eine derart großzügige Regelung würde viel öffentliches Geld kosten und dazu führen, dass die jungen Menschen und die künftigen Generationen noch über viele Jahre mit den Kosten von Pflegebedürftigen belastet würden, die selbst nicht in hinreichendem Maße vorgesorgt haben. Man kann es auch von der anderen Seite sehen: Es sind gerade die bereits Pflegebedürftigen und die pflegenahen Jahrgänge, denen die Einfüh-

rungsvorteile aus der umlagefinanzierten Pflegeversicherung zufallen. Mit der Umstellung auf eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung würden sie einen Teil der Einführungsgewinne wieder verlieren. Da es immer eine soziale Sicherung gab und geben wird, haben die besonders leistungsschwachen Bürger weder aus den Einführungsgewinnen Nutzen gezogen, noch werden sie negativ betroffen sein, wenn Teile der noch nicht ausgezahlten Einführungsgewinne zurückgehalten werden. Mit den hier vorgeschlagenen Übergangsregelungen, die sich an groben Bedürftigkeitskriterien orientieren können, wird vor allem dem Vertrauensschutzgedanken Rechnung getragen und den Bürgern Zeit eingeräumt, auf die veränderten Bedingungen mit freiwilligen höheren Privatversicherungen zu reagieren.

31. Für welche Übergangsregelung der Gesetzgeber sich auch immer entscheidet: Die dem Staat aus Gründen des Vertrauensschutzes entstehenden Finanzierungslasten können umso eher begrenzt werden, je rascher die Weichen für den Systemwechsel gestellt werden. Nur zurückschrecken angesichts der hohen Finanzierungslasten und festhalten am Umlageverfahren, das darf man nicht. Der massive demographische Wandel würde in einem fortbestehenden Umlageverfahren mit noch höheren Belastungen für die künftigen Generationen verbunden sein.

IV. Andere Reformvorschläge

32. Es gibt eine Reihe von mehr oder minder ausformulierten Ansätzen für eine Reform der Pflegeversicherung. In der Öffentlichkeit und im politischen Raum haben vor allem die folgenden vier Reformmodelle für die Pflegeversicherung Aufmerksamkeit erlangt: das Lauterbach-Modell einer „Bürgerversicherung“, das Rürup-Modell einer „pauschalierten Gesundheitsprämie“, das kapitalgedeckte Prämien-Modell der Herzog-Kommission und das so bezeichnete Auslaufmodell von Raffelhüschen.⁷⁾ Als jüngster Vorschlag kommt das „Kohortenmodell“ des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hinzu.⁸⁾ Diese Reformvorschläge sollen und können hier nicht in ihren Einzelheiten dargestellt werden, zumal sie im Verlauf des politischen Diskussionsprozesses immer wieder verändert werden. Es geht uns hier darum, anhand ihrer Hauptcharakteristika zu begründen, warum diese Reformansätze weniger gute Lösungen darstellen.

Das Modell der „Bürgerversicherung“ nach Lauterbach

33. Von den fünf Ansätzen ist das von der Bundesregierung bevorzugte Modell einer Bürgerversicherung konzeptionell am weitesten vom Reformmodell des Kronberger Kreises entfernt. Entscheidendes Charakteristikum dieser Versicherung ist die Beibehaltung des Prinzips der Umlagefinanzierung. Es ist nicht vorgesehen, dass Rückstellungen aufgebaut werden. Es wird also keine Vorsorge getroffen für den künftigen Anstieg der Pflegeausgaben aufgrund des zu erwartenden demographisch bedingten Rückgangs der Erwerbsbevölkerung. Die Bürgerversicherung soll die gesamte Bevölkerung, also auch die

7 Die Bürgerversicherung und das Rürup-Modell wurden als alternative Ansätze von der Rürup-Kommission vorgestellt. Für das Auslaufmodell vgl. Häcker, J. und B. Raffelhüschen (2004): „Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung“, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 73(1), 158-174.

8 Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2004/05, Ziffern 545 ff.

Selbständigen und die Beamten erfassen. Damit werden die Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung zwar vorübergehend verringert, auf Dauer aber verschärft. Denn kapitalgedeckte private Verträge laufen aus, während beispielsweise neu eingestellte Beamte nicht mehr durch Kapitaldeckung für sich selbst sorgen, sondern in das Umlagesystem eintreten und damit die Ansprüche an künftige Generationen weiter erhöhen. Die Beiträge werden weiterhin wie eine proportionale Einkommensteuer erhoben. Allerdings soll die Bemessungsgrundlage breiter sein, indem sämtliche Einkommen, insbesondere also auch Kapitalerträge, einbezogen werden. Wie auch im gegenwärtigen System hat der Beitragssatz in der Bürgerversicherung Steuercharakter, weil zwischen der Höhe des individuellen Beitragssatzes und der Versicherungsleistung kein Zusammenhang besteht. Insofern wirken die negativen Anreizwirkungen fort.

Von den Befürwortern der Bürgerversicherung wird betont, dass die Bürgerversicherung zur sozialen Gerechtigkeit beitragen werde, weil die Beiträge nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit erhoben werden. Unproblematisch ist das aber nicht. Der Preis der Versicherungsleistung wird als Verteilungsinstrument genutzt und dadurch seiner Informations- und Steuerungsfunktion beraubt. In der Pflegeversicherung sollte es nicht anders als in einer Haftpflichtversicherung zunächst einmal um risikoäquivalente Prämien gehen. Wer diese in der Pflegeversicherung nicht bezahlen kann, dem ist durch soziale Maßnahmen zu helfen, die aus dem gesamten Steueraufkommen finanziert werden. Es gibt keinen überzeugenden Grund, in jedem Teilsystem der Versicherungen, und damit in der Pflegeversicherung, eine eigenständige Umverteilung zu organisieren, statt die Umverteilung für alle Teile der Versicherungs- und Gütermärkte gemeinsam im Rahmen des Steuer-Transfer-Systems zu regeln. Schon aus Gründen der Transparenz ist das zentrale Verfahren vorzuziehen.

34. Auch im Rahmen des Rürup-Modells der Pflegeversicherung bleibt das Umlageverfahren das dominante Finanzie-

Das Gesundheitsprämienmodell von Rürup

rungsprinzip. Im Unterschied zum Vorschlag der Bürgerversicherung wird aber das Umlageverfahren um eine Teilkapitaldeckung ergänzt, um einem zukünftigen Anstieg des Beitragssatzes vorzubeugen. Und zwar soll vom Jahre 2010 an ein Teil der weiterhin als Prozentsatz vom Arbeitseinkommen erhobenen Beiträge auf individuellen Pflegekonten obligatorisch angespart werden. Allerdings soll der Sparanteil von Jahr zu Jahr verringert werden, von 0,5 vH des Arbeitseinkommens im Jahre 2010 bis auf null vH im Jahre 2030. Die Teilkapitaldeckung des Rürup-Modells bleibt also eine nur vorübergehende. Sie soll zur Überbrückung jener Jahre dienen, in denen der Altersquotient voraussichtlich in der Nähe seines Maximums liegen und der Beitragssatz steil ansteigen wird, sofern der Anstieg nicht durch das Auflösen von Ersparnissen gebremst oder sogar verhindert werden kann. Das Risiko dieses Vorschlags liegt darin, dass die sogenannte Untertunnelung des erwarteten Belastungsberges eine Prognose der Höhe und Breite des Berges voraussetzt. Der einmalige Aufbau und Wiederabbau eines Kapitalstocks beruht auf der Annahme, dass danach – also auf der anderen Seite des Berges – wieder eine demographische Entwicklung eintritt, bei der die Bevölkerungsentwicklung einigermaßen stabil bleibt.

Im Rahmen des Rürup-Vorschlags ist außerdem nicht geklärt, ob es sich um eine private oder kollektive Teilkapitaldeckung handeln soll. Für den Charakter einer privaten Teilkapitaldeckung könnte sprechen, dass der Sparanteil der Beiträge auf individuellen Konten angelegt werden soll. Das passt aber nicht zur Versicherungsidee, wonach alle eingezahlten Mittel für die Personen eingesetzt werden dürfen, die zum Pflegefall werden. Dazu passt auch nicht, dass die Ersparnisse einem vorgeschriebenem Prozentsatz des Einkommens entsprechen sollen, statt sich an den zu erwartenden individuellen Pflegeaufwendungen auszurichten. Wie es scheint, geht es im Grunde doch um den Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks, der dazu dienen soll, einen drohenden Anstieg des Beitragssatzes für alle zu dämpfen. Ein kollektiver Kapitalstock ist dem Zugriff der Politik ausgesetzt; die Gefahr ist, dass er für andere Zwecke,

die nichts mit der Pflegeversicherung zu tun haben, missbraucht wird.

35. Der Reformvorschlag der Herzog-Kommission setzt sich von der Bürgerversicherung und dem Gesundheitsprämienmodell sehr deutlich ab, indem – wie beim Modell des Kronberger Kreises – ein vollständiger Übergang von der Umlagefinanzierung zur Kapitaldeckung angestrebt wird. Allerdings soll zunächst ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden, und dementsprechend wird die Pflegeversicherung als eine Säule des gesetzlichen Sicherungssystems erhalten. Der Übergang soll nicht kurzfristig geschehen, sondern bis zum Jahr 2030 bleibt es bei der bisherigen Umlagefinanzierung. Der Beitragssatz wird in der Zwischenzeit sogar auf 3,2 vH angehoben, und die Beitragsbemessungsgrundlage wird wie beim Modell der Bürgerversicherung vom Arbeitseinkommen auf die Gesamteinkünfte erweitert, um genügend Mittel für den Aufbau des kollektiven Kapitalstocks zu gewinnen.

Das kapitalgedeckte Prämienmodell der Herzog-Kommission

Der Steuercharakter der bisherigen Pflegeversicherung mit seinen negativen Beschäftigungswirkungen wird also auch im Herzog-Modell vorerst verschärft. Erst ab 2030 soll sich das ändern, wenn der Beitragssatz durch Versicherungsprämien ersetzt wird. Allerdings wird es sich auch dann nicht wie beim Modell des Kronberger Kreises um risikoäquivalente Prämien handeln, sondern um pauschale Kopfprämien, die lediglich nach dem Lebensalter differenziert werden.

Eine Versicherung nach dem Herzog-Modell hätte im Unterschied zu der Bürgerversicherung den Vorzug, Vorsorge für die Belastungen zu treffen, die im Rahmen des Umlageverfahrens aus den demographischen Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung zu erwarten sind. Vor allem würde sie im Unterschied zu Bürgerversicherung und dem Gesundheitsprämienmodell auf lange Sicht für den Übergang zu vollständiger Kapitaldeckung sorgen. Allerdings greift das Herzog-Modell zu kurz, weil anstelle einer risikoäquivalenten Versicherungsprämie eine pauschale Prämie eingeführt und der Übergang

**Modelle für
einen sofortigen
Ausstieg aus
dem Umlagever-
fahren**

von der Umlagefinanzierung auf die Kapitaldeckung zunächst einmal auf einen weit entfernten Zeitpunkt vertagt werden. Ob es dann wirklich dazu kommen wird, kann niemand vorhersagen.

36. Insgesamt ist festzuhalten, dass die Finanzierung der Pflegeversicherung bei diesen drei Reformentwürfen auf absehbare Zeit nicht von den Erwerbseinkommen abgekoppelt wird. Die negativen Beschäftigungswirkungen der Umlagefinanzierung und die Umverteilung von Jung zu Alt bleiben für lange Zeit erhalten und werden teilweise noch verstärkt.

37. Im Unterschied zu den drei besprochenen Reformansätzen sehen das „Auslaufmodell“ von Raffelhüschen und das „Kohortenmodell“ des Sachverständigenrats eine sofortige Umstellung der Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung für rund zwei Drittel der Bevölkerung vor. Im „Auslaufmodell“ gilt das für alle unter 60-Jährigen und im „Kohortenmodell“ für alle Geburtsjahrgänge nach 1951. Nach dem „Kronberger Kreis Modell“ gilt der Ausstieg dagegen für alle. Jeder wird verpflichtet, sich für eine monatliche Mindestprämie von 50 Euro zu versichern. Wer mit dieser Prämie keinen vollständigen Versicherungsschutz erwerben kann – das werden fast ausschließlich Personen ab einem Lebensalter von etwa 57 Jahren sein –, erhält staatliche Zuschüsse zu den nicht gedeckten Kosten im Pflegefall.

Die beiden Reformentwürfe unterscheiden sich zum einen hinsichtlich der Prämiengestaltung, zum anderen hinsichtlich der Finanzierung des Übergangs. Im Auslaufmodell sollen alle unter 60-Jährigen eine private Versicherung abschließen. Es werden aber keine Aussagen dazu gemacht, ob die Prämien risikoäquivalent sein sollten, ob sie durch Altersrückstellungen zu glätten sind und ob der Wechsel zwischen den Versicherungen auch nach längerer Laufzeit eines Vertrages möglich sein soll. Im Kohortenmodell des Sachverständigenrates wird eine auf das Kohortenrisiko bezogene Durchschnittsprämie verlangt. Damit wird von vornherein die Bildung und die Übertra-

gung individueller Altersrückstellungen ausgeschlossen. Die Altersrückstellungen dienen ausschließlich dazu, die durchschnittliche Prämie über den Lebenszyklus der Versicherten zu glätten. Diese durchschnittlichen Altersrückstellungen können bei einem Versicherungsverwechsel mitgenommen werden. Unterschiedliche Risikoverteilungen zwischen den Versicherungen sollen durch einen laufenden Risikostrukturausgleich neutralisiert werden.

38. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung argumentiert an mehreren Stellen, dass nach einem vollständigen Systemwechsel praktisch kein Unterschied zwischen pauschalierten Gesundheitsprämien und risikoäquivalenten Prämien bestehe. Das trifft nur insoweit zu, als Versicherte, die von Geburt an versichert sind – genauer: wenn noch keine unterschiedlichen Krankheitsrisiken erkennbar sind –, grundsätzlich die gleiche Prämie zahlen. Der Unterschied zwischen den beiden Prämienmodellen wird erst sichtbar, wenn sich die Krankheitsrisiken im weiteren Lebensverlauf verändern. Will man den Wettbewerb um Versicherte mit unterschiedlichen Risiken ermöglichen, muss es einer aufnehmenden Versicherung ermöglicht werden, eine zum Zeitpunkt des Wechsels angemessene Prämie, nämlich eine risikoäquivalente, zu verlangen. Diese Prämie wird nicht höher oder sogar niedriger sein als die bisher in der abgebenden Versicherung zu zahlende Prämie, wenn die abgebende Versicherung eine individuelle Rückstellung auf die neue Versicherung überträgt. Die aufnehmende Versicherung wird von dem Versicherten keine höhere als die bisherige Prämie verlangen, wenn die zu übertragende Altersrückstellung und die noch zu erwartenden Prämieinnahmen zusammen genommen ausreichen, die für diese Person erwarteten Gesundheitsaufwendungen zu tragen. Ein unverfälschter Wettbewerb wird erreicht, wenn die Prämien so festgesetzt werden können, dass sie den Teil des Risikos abdecken, der nicht durch die übertragenen Altersrückstellungen gedeckt wird. Das können pauschalierte Gesundheitsprämien nicht leisten.

39. Hinsichtlich der Finanzierung des Übergangs sehen das Auslaufmodell und das Kohortenmodell im Unterschied zum Kronberger Kreis Modell vor, dass alle Personen, die älter als 55 beziehungsweise 60 Jahre sind, im Umlageverfahren der Sozialen Pflegeversicherung verbleiben. Sie zahlen wie bisher Beiträge – in beiden Fällen werden anfängliche Beiträge von monatlich 50 Euro genannt – und erhalten im Pflegefall die üblichen gesetzlichen Leistungen. Da ihre Beiträge zur Kostendeckung nicht ausreichen, werden die verbleibenden Kosten auf jene rund zwei Drittel der Bevölkerung umgelegt, die ihr eigenes Pflegekostenrisiko künftig kapitalgedeckt absichern sollen.

Nach dem Auslaufmodell wird die Umlage als ein einkommensabhängiger „Solidarbeitrag“ (anfänglich in Höhe von 0,7 vH des Bruttoarbeitseinkommens) erhoben. Das Kohortenmodell des Sachverständigenrats sieht stattdessen eine Pauschale (von anfänglich gut 5 Euro) vor, die von den jüngeren Jahrgängen zu tragende „Altenpauschale“. Eine vom Einkommen unabhängige Pauschale zu erheben hat den Vorzug, keine negativen Beschäftigungseffekte auszulösen. Insofern ist die Lösung des Kohortenmodells der des Auslaufmodells überlegen.

Die Finanzierungslösung des Kronberger Modells unterscheidet sich wesentlich von Auslaufmodell und Kohortenmodell:

- Es gibt kein Restsystem der Sozialen Pflegeversicherung mehr, in das die jüngeren Jahrgänge einzahlen müssen.
- Zuschüsse für die heute über 57-Jährigen zu den Kosten im Pflegefall werden über das Steuersystem finanziert. Die Zuschüsse werden zeitlich gestaffelt abgeschmolzen.
- Die Gewährung der Zuschüsse könnte überdies von der individuellen Leistungsfähigkeit abhängig gemacht werden, vorausgesetzt der Bürokratieaufwand hält sich in Grenzen.

Im Vergleich zu Auslaufmodell und Kohortenmodell werden nach dem Kronberger Kreis Modell die Jüngeren weniger finanziell belastet, und zwar in dem Maße, wie die Zuschüsse zu den Pflegekosten der älteren Pflegebedürftigen abgeschmolzen werden. Die im Vergleich höhere Belastung der zuletzt genannten Bevölkerungsgruppe bedeutet nichts anderes als die Rücknahme eines Teils der Einführungsgewinne, die seinerzeit, als die umlagefinanzierte Soziale Pflegeversicherung etabliert wurde, entstanden. Wie viel davon zurückgenommen wird, bestimmt sich nach dem Grad der Abschmelzung. Das ist, wie gesagt, politisch zu entscheiden.

Zusammenfassung

Die 1995 als eine weitere Säule der Sozialversicherung eingeführte Soziale Pflegeversicherung steht vor einer Krise. Seit 1999 verzeichnet sie zunehmende Defizite. Die demographische Entwicklung nimmt die Pflegeversicherung von zwei Seiten her in die Zange: Auf der Einnahmeseite schrumpft die Anzahl der Beitragszahler; auf der Ausgabenseite steigt die Anzahl der Leistungsbezieher. Die Personalkosten im Pflegebereich, in dem die Produktivität nur sehr begrenzt erhöht werden kann, sind hoch. All dies verfestigt den Trend zu steigenden Ausgaben. Dies führt mittelfristig unweigerlich zu einem merklichen Anstieg des Beitragssatzes und/oder zu einer deutlichen Einschränkung der Pflegeleistungen. Beitragssatzanhebungen würden die gesetzlichen Lohnzusatzkosten wieder erhöhen. Leistungskürzungen würden diese Versicherung in ihrer Zielsetzung vollends aushöhlen.

Die bestehende Pflegeversicherung bedarf einer grundlegenden Reform. Sie sollte sich von zwei Zielen leiten lassen: Zum einen, dem Ziel der Finanzierung durch Beiträge, die vom Arbeitseinkommen unabhängig sind; zum anderen, dem Ziel der Absicherung eines angemessenen Leistungsniveaus im Falle der Pflegebedürftigkeit. Dies ist allein durch Anpassungen innerhalb des bestehenden Systems nicht zu bewerkstelligen. Eine Reform in Richtung eines zukunftsfesten Systems muss das Umlageverfahren beenden und die Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung unter Beibehaltung der allgemeinen Versicherungspflicht umstellen. Die Eckpunkte einer solchen Pflegeversicherung sind:

- (1) Jeder Bundesbürger ist verpflichtet, eine Pflegeversicherung abzuschließen, mit der eine Mindestabsicherung gewährleistet wird. Er kann auf freiwilliger Basis zusätzliche Versicherungsleistungen vereinbaren.
- (2) Die Versicherungsprämien der kapitalgedeckten Pflegeversicherung bilden sich im Wettbewerb. Sie orientieren

sich an den im Pflegefall für die versicherten Personen voraussichtlich zu erbringenden Leistungen (Äquivalenzprinzip).

- (3) Die Prämie wird ausschließlich vom Versicherten entrichtet. Der derzeitige Arbeitgeberanteil wird als Bruttolohnbestandteil ausgezahlt und in die Besteuerung einbezogen.
- (4) Die Versicherungen bilden Altersrückstellungen, um extreme Beitragsbelastungen der Versicherten im hohen Alter zu vermeiden.
- (5) Die Altersrückstellungen sind individuell auszuweisen, also nach den individuellen Risiken der Versicherten zu differenzieren, und bei einem Wechsel der Versicherung auf die neue Versicherung zu übertragen.
- (6) Jeder Versicherte übernimmt im Rahmen der Mindestversicherung einen prozentualen Anteil an den anfallenden Pflegekosten. Der Selbstbehalt ist nach oben begrenzt.
- (7) Versicherte, die ihre Prämie und die Selbstbeteiligung nicht bezahlen können, erhalten eine Unterstützung aus öffentlichen Mitteln.
- (8) Die Trennung zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungen entfällt.
- (9) Es ist anzustreben, die Pflegeversicherung vollständig in die Krankenversicherung zu integrieren.
- (10) In der Einführungsphase der kapitalgedeckten Pflegeversicherung soll ein Höchstbetrag für die aufzuwendende Versicherungsprämie (Belastungsgrenze) von etwa 50 Euro monatlich je Versicherten gelten. Die Versicherungspflicht gilt als erfüllt, auch wenn die mit diesem Höchstbetrag erworbenen Versicherungsleistungen hinter dem Mindestversicherungsniveau zurückbleiben.

Vor der Entscheidung, die Finanzierung der Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung umzustellen, müssen drei grundlegende Fragen geklärt werden:

- Sind die bislang eingezahlten Versicherungsbeiträge für nicht pflegebedürftige Personen zurückzuzahlen?

- Wie behandelt man die zum Zeitpunkt der Systemumstellung bereits Pflegebedürftigen (Bestandsfälle)?
- Welche Leistungszusagen können Menschen erwarten, die kurz nach dem Umstellungszeitpunkt zum Pflegefall werden (risikonahe Fälle) und wegen ihres fortgeschrittenen Alters nicht mehr in der Lage sind, das Pflegekostenrisiko zu erträglichen leistungsgerechten Prämien abzusichern?

Bei der Systemumstellung sollten die bisherigen Beitragszahlungen unberücksichtigt bleiben. Davon mögen sich insbesondere Menschen mit höherem Einkommen (bis zur Beitragsbemessungsgrenze) betroffen fühlen, die über mehrere Jahre Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung geleistet haben, ohne ein erhöhtes Pflegefallrisiko darzustellen. Aber dem Verzicht auf eine Beitragsrückerstattung muss der Vorteil gegengerechnet werden, den gerade diese Personengruppe dadurch hat, dass das Umlageverfahren abgeschafft wird und dass in der Zukunft nicht mehr mit steigenden Beitragszahlungen gerechnet werden muss. Für alle Versicherten gilt es zu bedenken, dass sie im Jahre 1995, soweit sie damals bereits berufstätig waren, sofort in den Genuss der Absicherung des Pflegerisikos gelangt sind, obwohl keine Versicherungsbeiträge entrichtet worden waren. Einen Teil dieses Einführungsgewinns wieder rückgängig zu machen ist durchaus gerechtfertigt. Positiv gewendet bedeutet das Zurückführen von Einführungsgewinnen, dass weniger Kosten auf künftige Generationen verlagert werden.

Insbesondere denjenigen Menschen, die zum Zeitpunkt der Einführung des Kapitaldeckungsverfahrens bereits pflegebedürftig sind, ist Vertrauensschutz zu gewähren. Dieser legitimiert sich vor allem aus dem Umstand, dass diese Pflegebedürftigen in der Vergangenheit nicht nur die gesetzlichen Beiträge zur Pflegeversicherung erbracht haben, sondern auch davon ausgehen durften, die zwischenzeitlich zugesprochenen gesetzlichen Leistungen dauerhaft zu erhalten. Bei einer Systemumstellung verfügen diese Menschen über kein Deckungskapital. Risikoäquivalente Prämien wären für sie, sofern von einer

Versicherung überhaupt noch angeboten, prohibitiv hoch. Die Pflegebedürftigen müssten infolgedessen die Pflegeleistungen aus ihrem Vermögen oder dem der Familienmitglieder finanzieren oder, wenn dies nicht möglich ist, Sozialhilfe beantragen. So war es zwar bis 1995 vor der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung. Aber jetzt für diese Personengruppe faktisch den ehemaligen Zustand wiederherzustellen, würde für sie zu einer massiven finanziellen Belastung führen. Das erscheint kaum zumutbar. Zumutbar ist jedoch eine höhere Eigenbeteiligung der bereits Pflegebedürftigen an der Finanzierung der Versicherungsleistungen.

Die Umstellung der Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes System zu einem bestimmten Stichtag bewirkt, dass nahezu gleiche Pflegefälle unterschiedlich behandelt werden. Einige Versicherte werden noch Leistungszusagen nach dem alten System erhalten, andere Versicherte, die nach dem Stichtag zu einem Pflegefälle werden, nicht. Es wäre kaum zu begründen, wenn für Bestandsfälle die volle Leistung und für Neufälle gar keine Leistung mehr gewährt würde. Beiden Personengruppen sollte Vertrauensschutz gewährt werden. Für beide gilt, dass sie keine Altersrückstellungen mehr bilden können. Eine risikoäquivalente Prämie wäre vielfach unzumutbar hoch. Deshalb sollte für Personen, die sich in höherem Alter – etwa ab dem 60. Lebensjahr – mit einer risikoäquivalenten Prämie gegen das Pflegekostenrisiko absichern müssten, eine abgestufte Regelung gefunden werden, die den Versicherungsschutz bezahlbar macht oder sie von einem Teil der Pflegekosten entlastet.

Geht man von einer Versicherungsprämie in Höhe von 50 Euro monatlich aus und stellt sich zum Zeitpunkt der Umstellung heraus, dass ältere Menschen oder Menschen mit Vorerkrankungen mit dieser Prämie nur ein Teil der von Gesetzes wegen definierten Pflegeleistungen über das Kapitaldeckungsverfahren absichern können, so sollte der Staat diese Lücke zumindest teilweise auffüllen.