

Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflege- versicherung

Im Jahr 1995 wurde in Deutschland mit der sozialen Pflegeversicherung ein neuer Sozialversicherungszweig eingeführt. Das Pflegerisiko sollte staatlich organisiert abgesichert und die Träger der Sozialhilfe finanziell entlastet werden. Die Finanzierung im Umlageverfahren führt dabei insbesondere in Verbindung mit der demographischen Entwicklung zu einer Lastenverschiebung in die Zukunft.

Die Finanzentwicklung war anfänglich durch Überschüsse geprägt, mit denen Defizite in den Folgejahren finanziert wurden. Die demographische Entwicklung, die im Hinblick auf die Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen eine der großen Herausforderungen darstellt, schlägt sich nicht zuletzt auch in der Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung nieder. Schon in absehbarer Zeit dürften die Rücklagen aufgebraucht sein, und es droht ein Beitragssatzanstieg.

Derzeit steht eine Reform der Pflegeversicherung zur Diskussion. Angesichts der schwierigen Ausgangslage und der sich mit der Zeit eher weiter zuspitzenden Probleme sollten bei der Frage einer Dynamisierung und Ausweitung der Leistungen die langfristigen Auswirkungen auf die künftige Belastung mit Sozialversicherungsbeiträgen nicht vernachlässigt werden.

Die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung

*Vor 1995
Pflegerisiko
privat oder
durch Sozial-
hilfe abgedeckt*

Vor der Einführung der obligatorischen Pflegeversicherung waren die mit Pflegebedürftigkeit verbundenen finanziellen Belastungen ein privates Risiko, das zunächst aus eigenen Mitteln oder im Familienverbund bewältigt wurde. Reichte dieses Einkommen oder Vermögen nicht aus, um die mit der Pflege verbundenen Kosten zu tragen, übernahmen die Träger der Sozialhilfe die Kosten. Von 1991 bis 1994 stiegen die Bruttoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege von 6 1/2 Mrd € auf gut 9 Mrd €. Die Finanzierung erfolgte durch die Gebietskörperschaften und somit im Wesentlichen über Steuern.

*Pflegever-
sicherung dient
finanzieller
Entlastung des
Pflegebedürf-
tigen und der
Sozialhilfeträger*

Die soziale Pflegeversicherung wurde im Jahr 1995 als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung in Deutschland errichtet. Die damit verfolgten Ziele bestanden zum einen in einer Absicherung gegen finanzielle Belastungen im Pflegefall. Zum anderen sollten die Haushalte der Sozialhilfeträger entlastet werden.¹⁾ Um die Ziele möglichst rasch zu erreichen, wurde die Pflegeversicherung für alle gesetzlich Krankenversicherten im Umlageverfahren eingeführt. Gleichzeitig wurden die privat Krankenversicherten zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet, deren Ausgestaltung insbesondere anfangs stark an die Sozialversicherung angelehnt war (vgl. zu den institutionellen Regelungen die Übersicht auf S. 31).

Der Versicherungsschutz wurde unmittelbar nach der Einführung allen Versicherten gewährt, und zwar ohne Prüfung individueller

Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Pflegestufe	Pflegegeld	Sachleistungen	
	bei Pflege durch Angehörige, Nachbarn, Bekannte	bei häuslicher Pflege durch professionellen Dienst	bei stationärer Heimunterbringung ¹⁾
	bis zu ... € pro Monat		
Stufe I: Erheblich Pflegebedürftige, Pflegeaufwand: mind. 1,5 Stunden täglich	205	384	1 023
Stufe II: Schwerpflegebedürftige, Pflegeaufwand: mind. 3 Stunden täglich	410	921	1 279
Stufe III: Schwerstpflegebedürftige, Pflegeaufwand: mind. 5 Stunden täglich	665	1 432 (in Härtefällen bis zu 1 918)	1 432 (in Härtefällen bis zu 1 688)

¹⁾ Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung („Hotelkosten“) trägt der/die Pflegebedürftige selbst.

Deutsche Bundesbank

Risiken. Damit erhielten ältere Versicherte Einführungsgewinne, da der einheitliche Sozialversicherungsbeitragssatz für sie nicht kostendeckend war. Erkauft wurde dies durch eine Belastung der Jüngeren. Auch für zukünftige Generationen gehen von der umlagefinanzierten Pflegeversicherung aufgrund der demographischen Entwicklung Zusatzlasten aus, weil alternative Versicherungen mit Kapitaldeckung von der dadurch verursachten Verschlechterung der impliziten Rendite weniger betroffen wären und deshalb ein insgesamt niedrigerer Beitragssatz ausreichen würde. Außerdem wurde mit dem Ver-

*Umlage-
finanzierung
mit Lastenver-
schiebung in
die Zukunft
verbunden*

¹⁾ Eine verpflichtende Pflegeversicherung kann grundsätzlich auch mit der Gefahr von strategischem Verhalten („free rider“) begründet werden. Durch die Versicherungspflicht wird verhindert, dass angesichts einer garantierten staatlichen Grundsicherung auf eigene Vorsorgeanstrengungen verzichtet wird.

Regelungen zur Pflegeversicherung im Überblick

Die Beitragspflicht zur Pflegeversicherung setzte zum 1. Januar 1995 ein, und der Beitragssatz betrug zunächst 1 % des versicherungspflichtigen Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze.¹⁾ Leistungen wurden erst ab dem 1. April 1995 ausgezahlt. Der durch die verzögerte Leistungseinführung erzielte Überschuss wurde zur Rücklagenbildung verwendet. Zum 1. Juli 1996 kamen Leistungen für die stationäre Pflege hinzu. Gleichzeitig wurde der Beitragssatz auf 1,7 % angehoben.²⁾ Seit dem 1. Januar 2005 zahlen Kinderlose einen Zusatzbeitrag in Höhe von 0,25 % ihres Einkommens. Ausgenommen sind Versicherte, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, sowie unter 23-Jährige. Zwischen der Höhe der (einkommensabhängigen) Beiträge und den (standardisierten) Leistungen der sozialen Pflegeversicherung besteht kein direkter Zusammenhang.

Die Rücklage, die sich Ende 2006 auf gut 3 ½ Mrd € belief, muss mindestens eine halbe durchschnittliche Monatsausgabe umfassen, was derzeit etwa ¾ Mrd € entspricht. Aufgrund des gesetzlich festgelegten einheitlichen Beitragssatzes und der vollständig standardisierten Leistungen besteht unter den Pflegekassen praktisch kein Wettbewerb. Defizite einzelner Kassen werden untereinander weitgehend ausgeglichen. Lediglich die Verwaltungskosten werden pauschal erstattet, so dass hier kein Anreiz zu unwirtschaftlichem Handeln auf Kosten der übrigen Pflegekassen besteht. Während die gesetzlich Krankenversicherten automatisch Mitglied der organisatorisch dort angegliederten sozialen Pflegeversicherung sind, wurden für die privat Krankenversicherten private Pflegeversicherungen eingeführt. Die gesetzliche Pflegeversicherung umfasst damit sowohl die soziale als auch die private Pflegeversicherung.

Die privaten Pflegeversicherungen wurden anfangs verpflichtet, ab 1995 die privat Krankenversicherten zu Konditionen aufzunehmen, die denen der Sozialversicherung ähneln. So sind Kinder auch hier bis zum 18. Lebensjahr beitragsfrei mitversichert. Der nicht er-

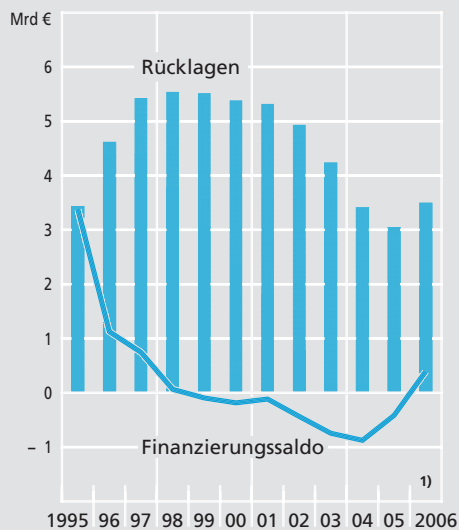
werbstätige Ehepartner zahlt nur den halben Beitrag, der zudem bis zum Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung begrenzt ist. Die Beiträge durften nicht nach dem Gesundheitszustand und dem daraus ableitbaren Pflegerisiko der zu Versicherten differenziert werden. Auch für die später in die private Pflegeversicherung Eintretenden gelten noch einige der für die private Versicherungswirtschaft untypischen Regelungen wie die beitragsfreie Kindermitversicherung, das Verbot einer geschlechtsspezifischen Tarifgestaltung und die Deckelung der Versicherungsprämie auf den Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung fort. Diese Regulierung diente dazu, auch Älteren von Anfang an die vollen Pflegeleistungen zu begrenzten Beiträgen zu garantieren. Die unvollständige Risikoäquivalenz erfordert einen Risikostrukturausgleich unter den privaten Pflegeversicherern.

Die Leistungen der sozialen wie auch der privaten Pflegeversicherung bestimmen sich zum einen nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit in drei Pflegestufen. Weiterhin unterscheiden sich die Leistungssätze bei ambulanter und stationärer Pflege. Bei der ambulanten Pflege wird nochmals danach differenziert, ob sie durch einen professionellen Dienstleister oder durch sonstige Pflegepersonen (i. d. R. Angehörige) erfolgt. Die Sätze reichen von 205 € pro Monat bei ambulanter Pflege in Pflegestufe I bis zu 1 432 € in Stufe III, sofern die Pflege durch einen ambulanten Dienst oder stationär erfolgt. In besonderen Härtefällen können diese Leistungssätze auf bis zu 1 918 € bei ambulanter beziehungsweise 1 688 € bei stationärer Pflege angehoben werden. Darüber hinaus übernehmen die Pflegekassen einmal pro Jahr die Kosten der Vertretungspflege für maximal vier Wochen im Wert von bis zu 1 432 €. Außerdem trägt die soziale Pflegeversicherung die Aufwendungen für die Beschaffung von Pflegemitteln. Schließlich werden für „selbst beschaffte Pflegehilfen“ Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt.³⁾ Überdies sind Pflegepersonen gesetzlich unfallversichert.

1 Die Beitragsbemessungsgrenze in der sozialen Pflegeversicherung entspricht der der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie belief sich 1995 auf umgerechnet 2 991 € pro Monat im Westen und 2 454 € im Osten. Heute liegt die Beitragsbemessungsgrenze – nach der Angleichung im Jahr 2001 – bundeseinheitlich bei 3 562,50 €. — 2 Die Beiträge werden grundsätzlich von Arbeitgebern und Arbeitnehmern paritätisch aufgebracht. Zur Kompensation der Arbeitgeber für die erste Stufe (1 %) wurde der Buß- und Bettag als gesetzlicher Feiertag aufgegeben. Einzige Ausnahme ist Sachsen, weshalb die dort Beschäftigten das 1 % alleine zu zahlen haben. Die Erhöhungsstufe von 0,7 Prozentpunkten wurde dann allgemein hälftig aufgeteilt. In

Sachsen zahlen die Arbeitnehmer daher 1,35 % und die Arbeitgeber lediglich 0,35 % an die soziale Pflegeversicherung (vgl. § 58 SGB XI). — 3 Die Höhe der Rentenbeiträge richtet sich nach der Pflegestufe und dem wöchentlichen Pflegeaufwand. In Stufe III und einem wöchentlichen Aufwand von mindestens 28 Stunden werden Beiträge in Höhe von 80 % des Durchschnittsentgelts gezahlt (bezogen auf 2006: rd. 390 € pro Monat im Westen und rd. 325 € im Osten). Dies begründet Rentenansprüche in Höhe von ebenfalls 80 % eines Durchschnittsverdieners. Daraus leitet sich gegenwärtig eine monatliche Rente von rd. 21 € im Westen und 18,50 € im Osten ab – jeweils für ein Jahr Pflgetätigkeit.

Finanzierungssalden und Rücklagen der sozialen Pflegeversicherung*)



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit. — * In kassenmäßiger Abgrenzung. — 1 Vorläufige Ergebnisse; nicht bereinigt um einmalige Beitragsmehreinnahmen.

Deutsche Bundesbank

zucht auf eine finanzielle Bedürftigkeitsüberprüfung der Vermögensverzehr im Alter gemindert.²⁾ Mit der sozialen Pflegeversicherung wurde ein weiterer den Faktor Arbeit belastender Sozialversicherungszweig ohne Beitragsäquivalenz geschaffen. Damit übt die soziale Pflegeversicherung eine Wirkung auf die Einkommensverteilung aus, die über diejenige einer rein versicherungsimmanenten Umverteilung hinausgeht. Zwar wirkte auch das vorherige Sozialhilfemodell nivellierend, doch war der soziale Ausgleich im grundsätzlich zielgenaueren Steuer- und Transfersystem angesiedelt.

Finanzentwicklung seit dem Jahr 1995

Die soziale Pflegeversicherung verbuchte vor allem im Einführungsjahr 1995 und in den ersten Folgejahren beträchtliche Überschüsse, wodurch die Rücklagen bis 1998 auf 5 ½ Mrd € anwuchsen. Ab 1999 kam es jedoch zu Defiziten, die mit fast 1 Mrd € im Jahr 2004 ihren vorläufigen Höhepunkt erreichten. Eine einnahmenseitige Entlastung ergab sich 2005 durch die Einführung des Sonderbeitrags für Kinderlose und auch durch die Beiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II. Im vergangenen Jahr kam es zu einem kassenmäßigen Überschuss von fast ½ Mrd €, der allerdings ausschließlich darauf beruhte, dass ausnahmsweise Sozialversicherungsbeiträge für fast 13 Monate vereinnahmt wurden (vgl. Übersicht auf S. 33). Die liquide Rücklage ist damit zuletzt wieder auf 3 ½ Mrd € angestiegen. Die gesetzliche Mindestrücklage ist auf eine halbe Monatsausgabe festgelegt und beläuft sich derzeit auf rund ¾ Mrd €.

Anfänglicher Rücklagenbildung folgten Jahre mit Defiziten

Die Einnahmen sind von 1997 (als erstmals für das gesamte Jahr der Beitragssatz von 1,7 % galt) bis 2006 im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 0,83 % auf 0,76 % zurückgegangen. Während das nominale BIP seit 1997 jahresdurchschnittlich um gut 2 % stieg, nahmen die Bruttolohn- und -gehaltssumme um knapp 1 ½ % und die beitragspflichtigen Entgelte der sozialen Pflegeversicherung (Grundlohnsumme) nur um ¾ % pro Jahr zu (vgl. Schaubild auf S. 42). Neben

Schwache Einnahmentwicklung

2 Sofern daraus höhere Erbschaften resultieren, wirken diese – bei allerdings unterschiedlicher interpersoneller Verteilung – der intergenerativen Lastenverschiebung zum Teil entgegen.

Zur Verbuchung der einmaligen Beitragsmehreinnahmen im Jahr 2006

Im Jahr 2006 hat die soziale Pflegeversicherung – wie die übrigen Sozialversicherungen auch – aufgrund vorgezogener Abführungstermine für den Gesamtsozialversicherungsbeitrag kassenmäßig einmalige Mehreinnahmen in Höhe von fast einer Monateinnahme erzielt. In der Pflegeversicherung dürfte dieser Effekt knapp 1 Mrd € ausgemacht haben. Nach den vorläufigen Finanzergebnissen (PV 45-Statistik), die auf der Kassenrechnung beruhen, erzielte die soziale Pflegeversicherung im Jahr 2006 einen Überschuss von knapp ½ Mrd €.

Bei periodengerechter Abgrenzung führt dieser Einmaleffekt jedoch nicht zu einer Ergebnisverbesserung, weil dort die (nachträglich abgeführten) Beiträge auch zuvor schon dem Monat zugerechnet worden sind, in dem das Arbeitseinkommen erzielt worden ist. Mit dem früheren Abführungstermin sind lediglich Ertrag und Einzahlung in Übereinstimmung gebracht worden: Die Beiträge für den Dezember 2006 wurden nun auch schon im Dezember 2006 kassenwirksam vereinnahmt, nach der alten Regelung wären die Mittel überwiegend erst im Januar 2007 geflossen. Im Ausweis des endgültigen Jahresergebnisses für das Jahr 2006 (PJ 1-Statistik), mit dem Mitte 2007 zu rechnen ist, wird periodengerecht abgegrenzt. Dort werden sich die einmaligen kassenmäßigen Beitragsmehreinnahmen nicht ergebnisverbessernd niederschlagen. Folglich wird hier auch nicht ein Überschuss, sondern wohl ein Defizit in betragsmäßig etwa gleicher Größenordnung ausgewiesen werden. Das Defizit dürfte sich im Jahr 2006 – ohne den Sondereffekt – sogar noch gegenüber 2005 ausgeweitet haben.

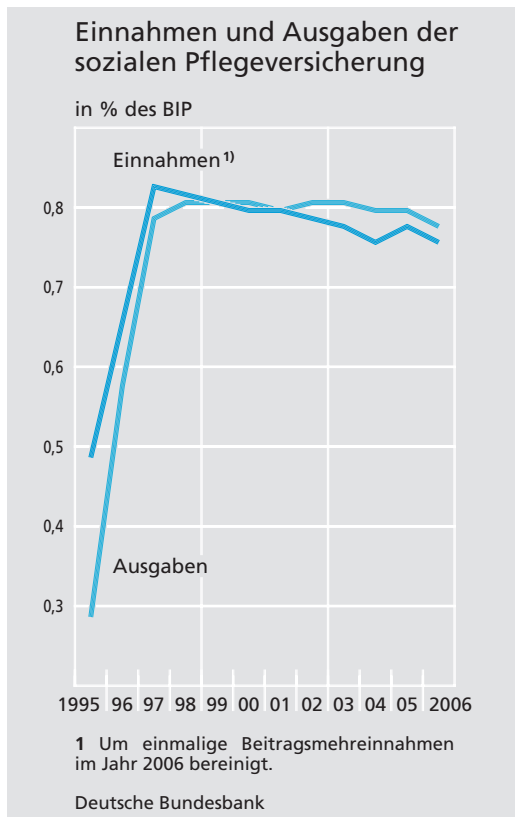
In der – insbesondere auch für die Maastricht-Meldung relevanten – Abgrenzung der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen findet ebenfalls eine periodengerechte Verbuchung

statt. Hier führen also die kassenmäßig verbuchten Mehreinnahmen ebenfalls nicht zu einer Ergebnisverbesserung.

Für die Zahlungsfähigkeit der Pflegeversicherung kommt es wiederum auf die Liquiditätssituation an. Daher ist der Zeitpunkt bis zum Erreichen der Rücklagenuntergrenze durch die früheren Abführungstermine leicht hinausgeschoben worden, weil sich die Liquiditätssituation zum Stichtag 31. Dezember 2006 nunmehr besser darstellt.

Grundsätzlich wird die Analyse der Finanzentwicklung der Sozialversicherungen dadurch erschwert, dass die verschiedenen Zweige unterschiedlichen Buchungsregeln folgen: So weisen die gesetzliche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit nur Kassenergebnisse aus. Die dort erzielten hohen Überschüsse von 7 ½ Mrd € beziehungsweise gut 11 Mrd € werden also auch im endgültigen Jahresergebnis ausgewiesen werden. Bei periodengerechter Verbuchung der Beitragsmehreinnahmen würde die gesetzliche Rentenversicherung statt des Überschusses ein Defizit aufweisen. In der Krankenversicherung wird dagegen auch unterjährig (KV 45-Statistik) schon periodengerecht abgegrenzt, so dass dort keine einmaligen Mehreinnahmen verbucht worden sind.

Wenn im Sommer 2007 die endgültigen Jahresergebnisse der sozialen Pflegeversicherung in der periodengerechten Abgrenzung veröffentlicht werden, wird sich die Möglichkeit bieten, den tatsächlichen Umfang des Vorzieheffekts genauer abzuschätzen, weil dann erstmals Daten für einen Sozialversicherungszweig in beiden Abgrenzungen zur Verfügung stehen. Eine Umrechnung auf die anderen Zweige wird allerdings durch die unterschiedlichen Beitragszahlerkreise erschwert.



der insgesamt moderaten Lohn- und Gehaltsentwicklung der vergangenen Jahre hat zur sinkenden Einnahmenquote die auch in anderen Sozialversicherungszweigen zu beobachtende Abkopplung der beitragspflichtigen Entgelte von den Bruttolöhnen und -gehältern beigetragen. Zusätzlich zum Wechsel insbesondere besser verdienender Mitglieder von der sozialen zur privaten Pflegeversicherung schlug dabei auch zu Buche, dass seit dem Jahr 2002 die sozialversicherungsfreie Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung ermöglicht wurde.³⁾ Dies wird zum kleineren Teil dadurch kompensiert, dass auf Betriebsrenten seit Anfang 2004 der volle (statt zuvor nur der halbe) Beitragssatz erhoben wird und Kapitalauszahlungen durchweg beitragspflichtig wurden.

Die Ausgaben sind dagegen im Verhältnis zum BIP seit 1997 praktisch konstant bei 0,8 % geblieben. Gemessen an den versicherungspflichtigen Entgelten der Beitragszahler sind sie gleichwohl von 1,6 % auf 1,8 % gestiegen. Die Entwicklung wurde dadurch gedämpft, dass die Leistungssätze nominal fixiert und seit der Einführung der Pflegeversicherung nicht angepasst worden sind. Der Realwert der Leistungen hat sich daher im Zeitverlauf vermindert. Der bisherige nominale Ausgabenanstieg ist somit ausschließlich auf eine mengenmäßige Zunahme der Pflegefälle sowie eine Strukturverlagerung zu höheren Pflegesätzen zu erklären. So liegt dem Ausgabenwachstum zwischen 1997 und 2005 um gut 18 % eine Zunahme der Zahl der Pflegefälle um 17 ½ % (von 1,66 Millionen auf 1,95 Millionen) zugrunde. Hinzu kommt eine allmähliche Verlagerung von den (aus Sicht der Pflegeversicherung relativ kostengünstigen) Geldleistungen zu den Sachleistungen für professionelle Pflegedienste beziehungsweise die stationäre Pflege in Heimen.⁴⁾ Der Anteil der Sachleistungen an den gesamten Leistungsausgaben hat seit 1997 von 61 ½ % auf 71 ½ % zugenommen. Der Anteil der ambulant betreuten Fälle ist von 72 % auf 67 % gesunken und das Gewicht der stationären Pflege spiegelbildlich auf

Ausgabenquote nahezu konstant und durch Entwicklung der Zahl der Pflegefälle bestimmt

³ Die Sozialabgabenfreiheit der Entgeltumwandlung ist nach geltendem Recht bis Ende 2008 befristet.

⁴ Die unterschiedlichen Leistungssätze im Fall der ambulanten Pflege, je nachdem ob ein Pflegedienst beauftragt wird (Sachleistungen) oder sonstige Pflegehilfen die Aufgaben übernehmen (Geldleistungen), lassen die Pflege etwa durch Familienangehörige auf den ersten Blick für die Staatsfinanzen vorteilhaft erscheinen. Wird jedoch berücksichtigt, dass Familienangehörige ihre abgabenpflichtige Erwerbsarbeit zu Pflegezwecken einschränken, so gleichen sich die gesamtfiskalischen Kosten der professionellen Pfleger und die der sonstigen Pflegehilfen weitgehend an.

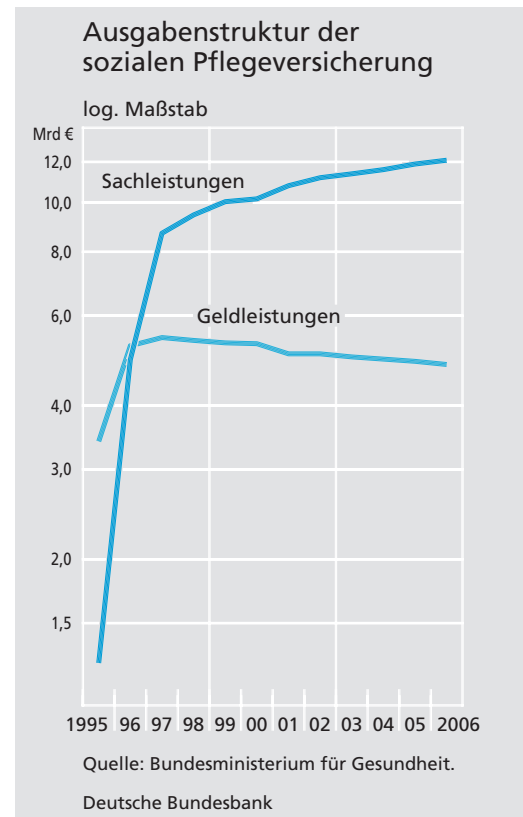
33 % gestiegen. Während dies zur Verteuerung beitrug, wirkte dem eine Gewichtsverlagerung über alle Pflegearten hinweg von der höchsten Pflegestufe III (von 15 ½ % auf 13 % aller Fälle) zu Pflegestufe I (von 46 ½ % auf 52 %) entgegen.

*Alters-
zentrierung der
Ausgaben*

Die Ausgaben der Pflegeversicherung konzentrieren sich noch weit stärker als etwa im Fall der Krankenversicherung auf die älteren Jahrgänge. Gut die Hälfte aller Pflegefälle betrifft Personen im Alter von 80 und mehr Jahren. Deren Anteil an den Leistungsausgaben liegt mit rund 55 % sogar noch etwas höher, weil mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit der stationären und damit relativ teuren Pflegeleistung zunimmt. Dagegen spielt das Pflegefallrisiko für die unter 60-Jährigen eine untergeordnete Rolle. Dies verdeutlicht, dass die soziale Pflegeversicherung – ähnlich der gesetzlichen Renten- und in geringerem Maße auch der Krankenversicherung – einerseits hinsichtlich der Finanzierung auf die Jahrgänge im Erwerbsalter angewiesen ist und andererseits die Leistungen vornehmlich im höheren Alter bezogen werden.

*Entlastung der
Sozialhilfeträger
wurde erreicht*

Mit der Pflegeversicherung wurde auch das Ziel verfolgt, die Sozialhilfelasten zu verringern. Der Gesetzentwurf zur Einführung sah neben Einsparungen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere eine finanzielle Entlastung von Ländern und Gemeinden vor. Die gegenüber der bisherigen Hilfe zur Pflege nun vorrangigen Versicherungsleistungen sollten im Einführungsjahr (ab April 1995) zu Entlastungen im ambulanten Bereich in Höhe von gut ½ Mrd € führen, während die erst ab Mitte 1996 wirksam wer-

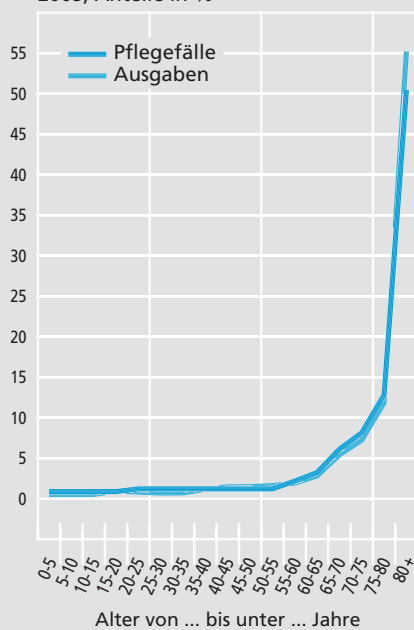


denden Einsparungen im Bereich der stationären Pflege auf jährlich 3 ½ Mrd € bis 4 Mrd € geschätzt wurden. Etwa die Hälfte der gesamten Einsparungen von Ländern und Gemeinden sollten dabei der Finanzierung von Investitionen in die Pflegeinfrastruktur zufließen.⁵⁾ Tatsächlich gingen die (Netto-)Ausgaben der Länder und Kommunen für die Hilfe zur Pflege im Zeitraum 1994 bis 1997 von 6 ½ Mrd € auf 2 ½ Mrd € zurück und blieben anschließend in etwa auf diesem Niveau, während die restlichen Ausgaben für die Hilfe in besonderen Lebenslagen weiter zunahmen. Das Ausgabenvolumen der sozialen Pflegeversicherung lag im Jahr 1997 dagegen bei gut 15 Mrd €. Ein Großteil der Ausgaben

⁵⁾ Darüber hinaus sollte die Einführung der Pflegeversicherung zu gewissen Einsparungen bei der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge führen.

Pflegefälle und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung nach Altersklassen

2005, Anteile in %



Deutsche Bundesbank

fließt also an im Sinne der Sozialhilfe Nicht-Bedürftige.

Ausblick auf die künftige Finanzentwicklung

Kassenlage nur vorübergehend entspannt

Nach der nur vorübergehend verbesserten Kassenlage im Jahr 2006 dürften schon im laufenden Jahr die Rücklagen wieder durch Defizite abgeschmolzen werden. Im Falle einer günstigen Konjunktorentwicklung könnte die Mindestrücklagenvorschrift allerdings noch bis 2010 ohne weitere Anpassungsmassnahmen eingehalten werden. Danach dürfte sich jedoch ein unmittelbarer Handlungsbedarf ergeben.

Langfristig ist die soziale Pflegeversicherung aufgrund der demographischen Entwicklung sowohl mit einem Ausgaben- als auch mit einem Einnahmenproblem konfrontiert. So wird sich der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung deutlich erhöhen. Gemäß den Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes wird der Anteil der über 80-Jährigen von heute 4 ½ % auf 8 % im Jahr 2030 und bis 2050 sogar auf 13 ½ % zunehmen.⁶⁾ Damit steigt absehbar auch die Zahl der Pflegefälle in Relation zur Anzahl der Beitragszahler. Umgekehrt geht der Anteil der Personen im Erwerbsalter und damit der Hauptbeitragszahler an der Gesamtbevölkerung nach einem letzten leichten Anstieg ab 2012 von 61 ½ % bis zum Jahr 2035 auf 55 ½ % zurück, um dann auf diesem niedrigen Niveau zu verharren.⁷⁾

Langfristige Probleme auf Ausgaben- und Einnahmenseite

Der Kostendruck bei den Pflegeleistungen dürfte im Vergleich zur Krankenversicherung weniger groß sein, da der ausgabentreibende technische Fortschritt in Form neuer Produkte (Behandlungsmethoden, Arznei- und technische Hilfsmittel) geringer zu veranschlagen ist. Weiterhin erscheint es durchaus plausibel, dass die zunehmende Lebenserwartung sich vor allem in mehr relativ „gesunden Jahren“ niederschlagen wird (sog. Kompressions-

Kostendruck bei Pflegeleistungen relativ schwach

⁶ Vgl.: Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1W2 (langfristig positiver Zuwanderungssaldo von jährlich 200 000 Personen, konstante Geburtenziffer von 1,4 Kindern je Frau und Basisannahme zur Entwicklung der Lebenserwartung, d.h. Anstieg der fernerer Lebenserwartung der 60-jährigen Männer von derzeit 20,3 auf 25,3 Jahre und der Frauen von 24,3 auf 29,1 Jahre bis zum Jahr 2050).

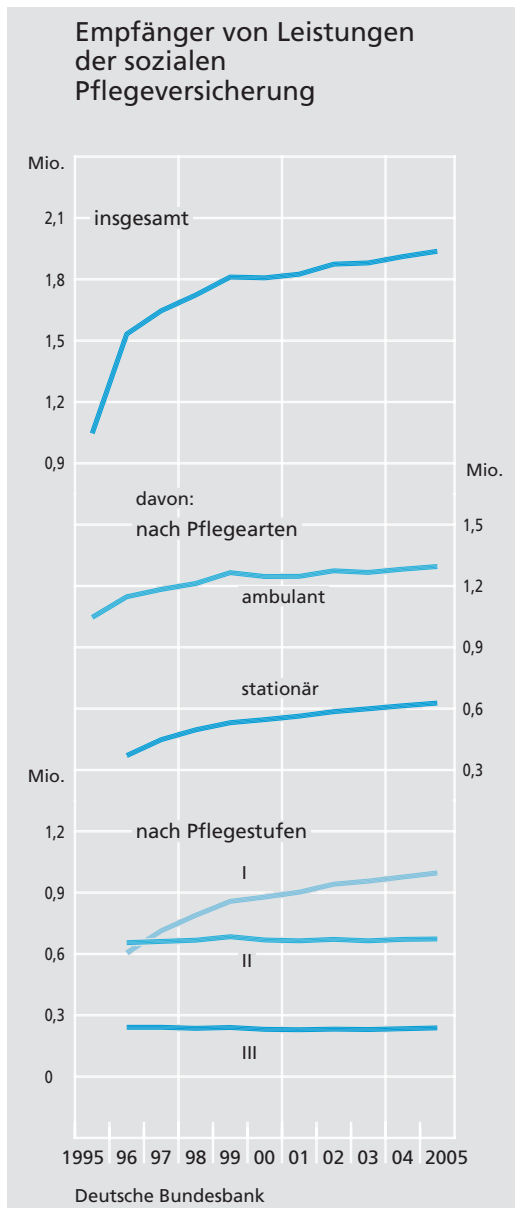
⁷ Dabei wurde berücksichtigt, dass das gesetzliche Rentenalter allmählich auf 67 Jahre angehoben wird. Das Erwerbsalter umfasst hier die Spanne von derzeit 20 bis 65 bzw. ab 2029 von 20 bis 67 Jahre.

Finanzielle Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Position	1995 1)	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 2)
Einnahmen									
	Mrd € 1)								
Beiträge insgesamt	8,88	15,72	16,28	16,58	16,71	16,66	16,65	17,38	18,36
Beiträge für abhängig Beschäftigte	6,55	11,36	12,11	12,32	12,01	11,78	11,71	12,17	13,13
Beiträge für arbeitslose Leistungsempfänger	0,55	1,07	0,73	0,74	0,81	0,86	0,85	1,08	1,05
Beiträge aus Renten	1,45	2,69	2,84	2,89	3,18	3,30	3,35	3,37	3,39
Sonstige Beitragseinnahmen	0,34	0,60	0,60	0,63	0,71	0,72	0,73	0,77	0,78
Sonstige Einnahmen	0,12	0,18	0,24	0,26	0,20	0,18	0,16	0,14	0,13
Insgesamt	9,00	15,90	16,52	16,84	16,92	16,84	16,82	17,53	18,49
Ausgaben									
Sachleistungen	1,27	8,82	10,62	10,93	11,33	11,53	11,75	12,05	12,26
Ambulante Pflegesachleistungen	0,83	1,81	2,25	2,30	2,36	2,36	2,36	2,41	2,42
Vollstationäre Pflege		6,35	7,47	7,74	8,01	8,18	8,34	8,51	8,67
Sonstige Sachleistungen	0,43	0,66	0,90	0,89	0,96	0,99	1,04	1,13	1,17
Geldleistungen	3,45	5,51	5,28	5,12	5,12	5,05	5,00	4,95	4,88
Pflegegeld	3,07	4,33	4,20	4,13	4,15	4,09	4,05	4,05	4,02
Beiträge zur Rentenversicherung	0,38	1,17	1,07	0,98	0,96	0,95	0,94	0,89	0,86
sonstige Geldleistungen	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Verwaltungsausgaben	0,56	0,79	0,80	0,82	0,84	0,85	0,85	0,87	0,89
Sonstige Ausgaben	0,02	0,01	0,01	0,02	0,05	0,03	0,01	0,01	0,00
Insgesamt	5,30	15,13	16,72	16,89	17,35	17,47	17,60	17,89	18,03
Überschuss (+) bzw. Defizit (-)	3,71	0,77	- 0,20	- 0,05	- 0,43	- 0,62	- 0,79	- 0,37	0,45
Rücklagen 2)	3,44	5,42	5,38	5,32	4,93	4,24	3,42	3,05	3,50
Einnahmen									
	Veränderung gegenüber Vorjahr in %								
Beiträge für abhängig Beschäftigte	-	26,8	2,5	1,7	- 2,5	- 1,9	- 0,6	3,9	7,9
Beiträge für arbeitslose Leistungsempfänger	-	31,0	- 21,7	2,3	9,3	6,5	- 1,2	26,3	- 2,6
Beiträge aus Renten	-	30,5	2,0	1,6	10,1	3,8	1,6	0,5	0,5
Insgesamt	-	27,8	1,1	1,9	0,4	- 0,4	- 0,2	4,2	5,5
Ausgaben									
Sachleistungen	-	76,7	4,3	2,9	3,6	1,8	1,9	2,6	1,7
Geldleistungen	-	3,8	- 1,6	- 3,0	0,0	- 1,4	- 1,0	- 1,0	- 1,4
Verwaltungsausgaben	-	26,4	0,6	2,0	2,6	1,9	- 0,2	2,8	1,8
Insgesamt	-	38,4	2,2	1,0	2,7	0,7	0,8	1,6	0,8

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit. Endgültige Jahresergebnisse lt. PJ1-Statistik, für 2006 Ergebnisse der Kassenrechnung lt. PV45-Statistik. — 1 DM-Werte in Euro

umgerechnet. — 2 Liquide Mittel zum Jahresende. Ohne vorübergehende Rücklagenminderung durch das Investitionsdarlehen an den Bund für die Jahre 1995 bis 2002.



these). Hängt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, tatsächlich weniger vom erreichten Alter als vielmehr von der zeitlichen Entfernung zum Tod ab, so überschätzt eine Fortschreibung mit konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten die zukünftige Entwicklung der Pflegefallzahlen.⁸⁾

Den demographisch bedingten Finanzproblemen wirken jedoch die nach dem geltenden

Recht nominal festgeschriebenen Leistungssätze entgegen, sodass sich kein zusätzlicher Ausgabendruck über die Leistungshöhe je Pflegefall ergibt. Auf der Einnahmenseite stehen die zu erwartenden jährlichen Entgeltsteigerungen der rückläufigen Zahl der Beitragszahler gegenüber. Bei konstanten altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten könnte die mengenmäßige Verschlechterung des Verhältnisses von Beitragszahlern zu Pflegefällen auf lange Sicht vollständig durch die steigenden Pro-Kopf-Entgelte aufgewogen werden.⁹⁾ In diesem Szenario würde ein Beitragssatz von 1,7 % (zzgl. Kinderlosenbeitrag) ausreichen, um die Ausgaben dauerhaft zu finanzieren. Allerdings wären zunächst über einen Zeitraum von etwa 25 Jahren Defizite zu verkraften. Dauerhafte Überschüsse können in diesem Szenario erst dann erwirtschaftet werden, wenn sich die Zunahme der Anzahl der Pflegefälle verlangsamt, insbesondere weil die deutlich schwächer besetzten Jahrgänge ab Mitte der sechziger Jahre in höhere Altersstufen vorrücken.

Ausgabenbegrenzung durch fixierte Leistungssätze

⁸ Entsprechende Vorausberechnungen basieren i. d. R. auf den Angaben des Bundesgesundheitsministeriums zu den altersspezifischen Pflegefallzahlen. Diese liegen jedoch nur gruppiert für jeweils fünf Jahrgänge und insbesondere nur für die über 90-Jährigen insgesamt vor. Wenn die Zahl der weit über 90-Jährigen mit steigender Lebenserwartung zunimmt und deren Pflegewahrscheinlichkeiten mit zunehmendem Alter weiter steigen, so unterschätzen auf diesen Daten beruhende Berechnungen das künftige Ausgabenvolumen. Der Verzicht auf eine Klassenbildung über das 90. Lebensjahr hinaus unterstellt damit bereits partiell die Gültigkeit der Kompressionsthese.

⁹ Unterstellt wurde hier die Entgeltentwicklung, die von der Bundesregierung für die Vorausberechnung der Rentenfinanzen angenommen wurde. Danach steigt die Wachstumsrate der Durchschnittsentgelte zwischen 2010 und 2020 von 2 % auf 3 % und bleibt dann auf diesem Niveau.

Ohne Dynamisierung der Leistungen kaum Druck auf Beitragssatz, ...

Ursächlich für diese recht positive Perspektive ist zum einen die Annahme zur Lohnentwicklung. Zum anderen haben die nominal festgeschriebenen Leistungssätze zur Folge, dass deren realer Umfang im Zeitablauf deutlich zurückgeht. Bei einer unterstellten zukünftigen Preisniveausteigerung von 2 % pro Jahr wird der Realwert im Vergleich zum Jahr 1995 bis 2030 auf 53 % und bis 2050 auf 35 ½ % sinken. Der Teilabsicherungscharakter der Pflegeversicherung würde also verstärkt und die notwendige Selbstbeteiligung stetig zunehmen. Vor diesem Hintergrund steht zur Diskussion, die Leistungen künftig zu dynamisieren. So wird beispielsweise eine jährliche Anpassung entsprechend dem Durchschnitt aus Nominallohnsteigerung und allgemeiner Inflationsrate vorgeschlagen.¹⁰⁾ Zur Begründung einer damit im Grundsatz unter den Lohnsteigerungen liegenden Anpassung wird darauf verwiesen, dass die Möglichkeiten zur Produktivitätssteigerung im personalintensiven Pflegebereich zwar begrenzt seien, jedoch gleichwohl Anreize zu Kosteneinsparungen bestehen bleiben sollten. Folgte man dieser Dynamisierungsvariante, so müsste der Beitragssatz bis zum Jahr 2030 auf gut 2 ½ % und bis 2050 sogar auf gut 3 ½ % angehoben werden.¹¹⁾ Dabei ist noch nicht berücksichtigt, dass weitere Leistungsausweitungen gefordert werden. So wird bemängelt, dass derzeit die Definition der Pflegebedürftigkeit zu eng an den körperlichen Gesundheitszustand gekoppelt sei. Im Falle körperlich leistungsfähiger Demenzkranker werde daher die Pflegebedürftigkeit nicht hinreichend berücksichtigt. Jede Ausweitung des Leistungskatalogs der Pflegeversicherung hätte allerdings einen entsprechend höheren Beitragssatz zur Folge.

... mit Dynamisierung Beitragssatzanstieg unvermeidlich

Zu einzelnen Aspekten der Reformdiskussion

Vor dem Hintergrund der sich abzeichnenden Probleme im Bereich der sozialen Pflegeversicherung werden verschiedene Änderungen des bestehenden Systems diskutiert. So wird im Koalitionsvertrag vom Herbst 2005 die Notwendigkeit zum Aufbau einer Demographiereserve in Form kapitalgedeckter Elemente in der sozialen Pflegeversicherung betont. Da die Leistungen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung ihrer Höhe nach identisch sind, wurde ein Risikostrukturausgleich zwischen diesen beiden Systemen vorgesehen, ohne dass die im privaten Versicherungszweig bislang gebildeten Kapitalrücklagen einbezogen werden sollen. Weiterhin sieht der Koalitionsvertrag eine Dynamisierung der Leistungen und eine stärkere Berücksichtigung der Pflegebedürfnisse von Demenzkranken vor.

Koalitionsvertrag sieht Rücklagenbildung und Leistungsausweitungen vor

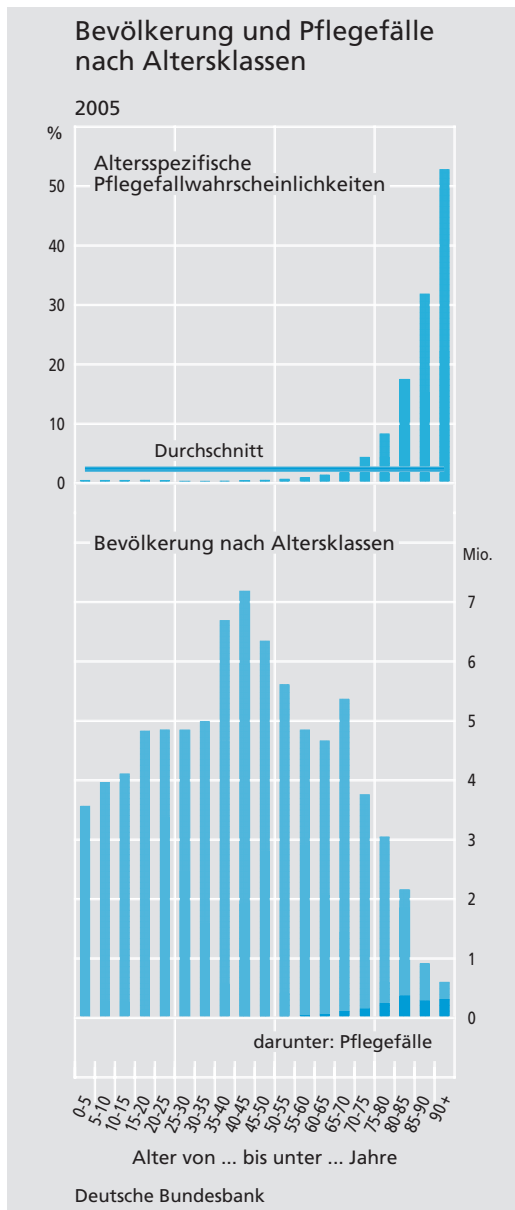
Dynamisierung der Leistungen erfordert zusätzliche Mittel

Eine Dynamisierung der Pflegesätze, um eine reale Entwertung der Leistungen zu vermeiden, wäre aufgrund der demographischen Entwicklung mit steigenden Beitragssätzen

Dynamisierung mit Beitragssatzanstieg verbunden

¹⁰ Vgl.: Gutachten der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“), Berlin 2003, S. 202. Aufgrund der langfristigen Annahme zur Lohnsteigerungsrate von 3,0 % und einer Inflationsrate von 1,5 % errechnete sich daraus eine Anpassungsrate für die Pflegeleistungen von 2,25 % pro Jahr.

¹¹ Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen z. B.: J. Häcker und B. Raffelhüschen, Wider besseren Wissens: Zur Finanzierbarkeit Demenzkranker in der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Diskussionspapiere des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Nr. 127/2005, S. 6.



verbunden. Das Ausmaß hängt – wie vorne dargelegt – von einer Vielzahl von Faktoren wie insbesondere dem demographischen Szenario, aber auch der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen (Entgelte der abhängig Beschäftigten und Renten) sowie der genauen Anpassungsregel ab. Je weiter aber die Dynamisierung der Leistungen hinter der durchschnittlichen Lohnentwicklung zurückbleibt, umso geringer ist der notwendige Bei-

tragsatzanstieg. Letztlich wird mit der Dynamisierung der Leistungen über das Ausmaß der künftigen Absicherung des Pflegerisikos in einem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem entschieden.

Reformansatz innerhalb des bestehenden Systems

Bei der Einführung der sozialen Pflegeversicherung wurden zunächst Geldleistungen etwa für pflegende Angehörige stark in Anspruch genommen. Seitdem ist jedoch ein allmählicher Wandel zu professionellen Pflegediensten, die als Sachleistung abgegolten werden, festzustellen. Dies dürfte in der Einführungsphase mit anfänglichen Bemühungen (zur Fortführung) einer innerfamiliären Pflege zusammenhängen, die dann nach und nach doch in die Hände von zunehmend am Markt auftretenden Pflegediensten übergeben wurde. Dauerhaft und in Zukunft womöglich verstärkt wirkt hier die tendenzielle Veränderung der Familienstrukturen (Erhöhung der Erwerbsbeteiligung, Kinderlosigkeit, Kleinfamilien) darauf hin, dass die innerfamiliäre Pflege an Bedeutung verlieren wird. Damit sind Mehrausgaben für die Pflegeversicherung vorgezeichnet. Mit erheblichen finanziellen Entlastungen könnte es andererseits verbunden sein, wenn sich die Inanspruchnahme der stationären zugunsten der ambulanten Pflege durch professionelle Dienste verschieben würde.

*Vermeidung
der stationären
Pflege birgt
Einspar-
potenzial*

Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung

Beitragskalkulation in der privaten Pflegeversicherung

Die im Koalitionsvertrag in Aussicht gestellte Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung würde zwar dadurch erleichtert, dass die Leistungskataloge der beiden Systeme praktisch identisch sind. Die Beitragskalkulation erfolgt im privaten Versicherungszweig jedoch grundsätzlich nach anderen Prinzipien. Hier werden weitgehend risikogerechte Prämien kalkuliert, die unabhängig vom Einkommen der Versicherten zu entrichten sind. Um die altersbedingten Ausgabensteigerungen zu berücksichtigen und den Prämienverlauf über den Lebenszyklus zu glätten, werden eigentumsrechtlich geschützte Alterungsrückstellungen gebildet.

Günstigere Risikostruktur nicht automatisch Grund für Risikostrukturausgleich

Die Risikostruktur stellt sich auf den ersten Blick in den privaten Pflegeversicherungen deutlich günstiger dar als in der Sozialversicherung. So kamen im Jahr 2005 auf 100 privat Versicherte nur 1,3 Leistungsempfänger. In der sozialen Pflegeversicherung waren es dagegen 2,8. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung der beiden Systeme sind diese Zahlen jedoch nicht ohne weiteres miteinander vergleichbar. Während für das umlagefinanzierte System die Risikoverteilung unter den Versicherten zu einem bestimmten Zeitpunkt relevant ist (Querschnittsbetrachtung), kommt es bei Systemen mit Alterungsrückstellungen auf die Entwicklung des Pflegerisikos im Zeitablauf an (Längsschnittsbetrachtung). Ein überproportional hoher Anteil älterer Versicherter löst beispielsweise in umlagefinanzierten Sozialversicherungen einen Ausgleichs-

anspruch aus. In kapitalgedeckten Versicherungen sind unterschiedliche Altersstrukturen dagegen irrelevant. Eine unterdurchschnittliche Pflegehäufigkeit, die auf eine relativ günstige Alterszusammensetzung des Versichertenbestandes zurückzuführen ist, rechtfertigt daher noch keine Ausgleichsverpflichtung. Würde eine private Pflegeversicherung mit relativ vielen jüngeren Versicherten und einer entsprechend geringen Leistungsempfängerquote zu Ausgleichszahlungen verpflichtet, hätte dies zur Folge, dass sie nicht mehr in ausreichendem Maße Rückstellungen bilden könnte beziehungsweise ihre Prämien erhöhen müsste, auch wenn ihre altersbereinigte Risikostruktur keineswegs günstiger ist als die der sozialen Pflegeversicherung. Ein Ausgleichsmechanismus zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung müsste also zumindest die Pflegefallwahrscheinlichkeiten um die unterschiedlichen Altersstrukturen bereinigen, stieße allerdings angesichts der unterschiedlichen Grundkonzeptionen schnell an weitere Grenzen.¹²⁾ Zur Erreichung von Umverteilungszielen scheint daher das Steuersystem grundsätzlich besser geeignet.

Finanzierung über Pauschalprämien oder Bürgerversicherung

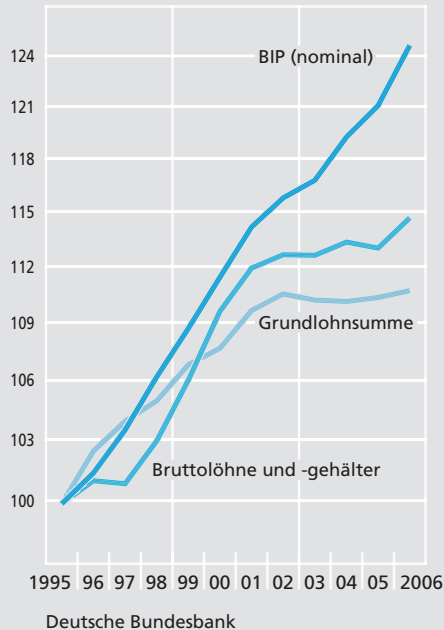
Die im Hinblick auf die gesetzliche Krankenversicherung diskutierten Finanzierungssysteme kommen auch für die Pflegeversicherung in Betracht. So könnte die Beitragsbasis

Bürgerversicherung vs. Pauschalprämien

¹² Vgl. zur möglichen Ausgestaltung eines Risikostrukturausgleichs zwischen Sozialversicherungen und privaten Versicherungsunternehmen: D. Göppfarth und K.-D. Henke, Finanzierungsreform und Risikostrukturausgleich – Was bleibt vom Ausgleichsverfahren, Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 227/1, 2007, S. 39 ff.

Bruttoinlandsprodukt, Bruttolöhne und -gehälter und Grundlohnsumme im Vergleich

1995 = 100, log. Maßstab



durch eine Ausweitung des versicherungspflichtigen Einkommens (z.B. um Miet- und Kapitaleinkünfte und Einkommen oberhalb der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze) sowie des Personenkreises (z.B. um Beamte und Selbständige sowie privat Versicherte mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze) verbreitert werden. Andererseits könnte eine Umstellung auf einkommensunabhängige Versicherungsprämien angestrebt werden.¹³⁾

*Bürger-
versicherung:
Immunsierung
gegen Erosion
des Normal-
arbeitsverhält-
nisses*

Mit dem Bürgerversicherungskonzept würde den Auswirkungen des potenziell anhaltenden strukturellen Wandels des Erwerbslebens in Richtung zunehmender (nicht sozialversicherungspflichtiger) Selbständigkeit auf die Finanzen der Pflegeversicherung entgegengewirkt. Das staatliche Sozialversicherungssystem würde allerdings ausgeweitet werden,

mit der Folge, dass die Abgabenbelastung insgesamt steigen würde. Die implizite Besteuerung der bisher Versicherten würde zumindest vorübergehend zurückgehen – freilich auf Kosten der neu in den Pflichtversicherungskreis aufgenommenen.

Mit einer pauschalen Prämie würde hingegen das Versicherungsprinzip der Pflegeversicherung gestärkt und nicht zuletzt die Transparenz erhöht. Die durchschnittlichen Kosten der Absicherung des Pflegerisikos in Höhe von monatlich gut 20 € je Versicherten würden für alle Beteiligten offenbar. Außerdem könnten die Entscheidungen über den politisch gewünschten sozialen Ausgleich zwischen Beziehern höherer und niedrigerer Einkommen auf einer klareren Grundlage getroffen und dann im Steuer- und Transfersystem umgesetzt werden. Die Einkommensumverteilung würde nicht mehr über eine gesonderte proportionale „Lohnsteuer“ mit Beitragsbemessungsgrenze, sondern über das allgemeine Steuersystem erfolgen. Durch die Erhebung einkommensunabhängiger Beiträge würden der demographische Strukturwandel von Erwerbstätigen zu Rentnern und die damit verbundene Dämpfung der bisher beitragspflichtigen Einkommen die Finanzierungsgrundlage der sozialen Pflegeversicherung weniger stark beeinträchtigen.

*Pauschal-
prämie:
Versicherungs-
prinzip gestärkt
und Transpa-
renz erhöht*

Kapitaldeckung künftiger Leistungen

In der umlagefinanzierten Pflegeversicherung müssen die steigenden Kosten von den künf-

¹³ Vgl. zu dieser Diskussion: Deutsche Bundesbank, Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung, Monatsbericht, Juli 2004, S. 27 ff.

Modelle zur verstärkten Kapitaldeckung mit unterschiedlichen Übergangskosten

tigen Beitragszahlern getragen werden. Um deren Belastung zu begrenzen, wird vorgeschlagen, von der Umlagefinanzierung zu vermehrter Kapitaldeckung umzusteuern. Die verschiedenen Modelle unterscheiden sich hinsichtlich der Geschwindigkeit und des Umfangs der Rücklagenbildung einerseits und der Rückführung des umlagefinanzierten Teiles andererseits. Sie reichen von einem vollständigen Übergang zur Kapitalfundierung für alle, die ein bestimmtes Alter noch nicht erreicht haben, bis zu Vorschlägen mit einer nur vorübergehenden Rücklagenbildung. Mit der Umstellung sind freilich zunächst Mehrbelastungen verbunden. Für einen Übergangszeitraum ist einerseits eigene Vorsorge zu betreiben, andererseits sind die Älteren zu unterstützen, weil sie nicht mehr genügend Zeit zur Verfügung haben, um zu verkraftbaren Beiträgen hinreichend eigene Vorsorge zu betreiben.¹⁴⁾ Die „Rürup-Kommission“ hat diesbezüglich vorgeschlagen, den Rentnern einen Sonderbeitrag aufzuerlegen und diese Mehreinnahmen zur Bildung eines Kapitalstocks zu verwenden.¹⁵⁾ Würde die Bewältigung des Übergangsproblems als gesamtstaatliche Aufgabe betrachtet, könnte hier auch eine Steuerfinanzierung erwogen werden.

Kapitaldeckung inner- und außerhalb des Systems

Kapitalrücklagen können innerhalb der sozialen Pflegeversicherung gebildet werden.¹⁶⁾ Erfahrungsgemäß wecken aber kollektive Rücklagen Begehrlichkeiten zur Leistungsausweitung. Individuelle Ersparnisse sind hiervoor zwar besser geschützt, doch tragen sie nicht unmittelbar zur Entlastung künftiger Generationen bei. Am konsequentesten wäre der vollständige Wechsel zur privaten Pflegeversicherung mit risikoadäquater Prämienkalku-

lation und eigentumsrechtlich geschützten Alterungsrückstellungen. Damit wäre allerdings – wie bei der Diskussion um Pauschalprämien – politisch zu entscheiden, inwieweit der Systemwechsel für Personen mit niedrigem Einkommen durch einen sozialen Ausgleich begleitet wird und wie die Übergangslasten zwischen den Generationen verteilt werden.

Die Rückführung umlagefinanzierter Systeme der sozialen Sicherung und eine damit verbundene Verstärkung kapitalgedeckter Elemente kann eine intergenerative Umverteilung zugunsten der jüngeren Jahrgänge bewirken. Sie wären weniger von den sonst drohenden Beitragssatzsteigerungen beziehungsweise Leistungsverlechterungen betroffen. Belastet würde die Umstellungsgeneration, die je nach Übergangsszenario unterschiedlich abgegrenzt ist. Angesichts der noch nicht lange zurückliegenden Einführung der Pflegeversicherung wäre dies zumindest teilweise noch der Personenkreis, der erheblich von der Einführung profitiert hat. Zu berücksichtigen ist freilich auch, dass die Übergangsgenera-

Rückführung der Umlagefinanzierung kann künftige Generationen entlasten

¹⁴ Vgl. z. B.: J. Häcker, M. A. Höfer und B. Raffelhüschen, Wie kann die Gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?, Diskussionspapiere des Instituts für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Nr. 119/2004, oder auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Jahresgutachten 2004/05, Tz. 546 ff.

¹⁵ Vgl.: Gutachten der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“), Berlin 2003, S. 200 ff. Die Bildung des Kapitalstocks erfolgte hier jedoch nicht nach versicherungsmathematischen Grundsätzen, sondern insbesondere durch einen im Zeitablauf steigenden Sonderbeitrag der Rentner. Nach Ende des Vorausberechnungszeitraums (2040) könnten hier durchaus Beitragssatzsteigerungen erforderlich werden.

¹⁶ Finanzielle Reserven innerhalb des Staatssektors anzulegen, entspricht hinsichtlich der Wirkung auf die staatliche Vermögensposition der Tilgung von Staatsschulden.

tion ihre Belastungen möglicherweise an die nach ihr kommenden Generationen weiterreichen kann. Dies kann beispielsweise auf individueller Ebene in Form niedrigerer Erbschaften oder auf gesamtstaatlicher Ebene durch eine staatliche Kreditfinanzierung des Übergangs erfolgen. Die intergenerativen Verteilungswirkungen hängen letztlich entscheidend von der genauen Ausgestaltung des Übergangs zur verstärkten Kapitaldeckung ab.

Umstellung des Finanzierungsverfahrens nicht automatisch mit Effizienzvorteilen verbunden

Mit einer Umstellung von Umlagefinanzierung zur Kapitaldeckung ist per se kein Effizienzgewinn verbunden. Eine zumeist erwartete höhere Rendite am Kapitalmarkt erleichtert es zwar, die Pflegeabsicherung zu finanzieren. Die Finanzierung des Übergangs verursacht jedoch ebenfalls Kosten, die wiederum mit dem Kapitalmarktzins zu diskontieren sind. Ohne weitere Annahmen zu den relativen Verzerrungseffekten des Beitragssatzes in der bestehenden Pflegeversicherung im Vergleich zu beispielsweise einer Steuer- oder Kreditfinanzierung des Übergangs lassen sich keine verlässlichen Allokationsverbesserungen durch den Wechsel des Finanzierungsverfahrens ableiten.¹⁷⁾

Schlussbemerkungen

Ausweitung des Umlageverfahrens impliziert Lastenverschiebung in die Zukunft

Durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wurde das System der im Umlageverfahren finanzierten Sozialversicherungen in Deutschland nochmals ausgeweitet. Wie bei einer Kreditaufnahme kommt es hierdurch auch wegen der demographischen Entwicklung zu einer Umverteilung zulasten

künftiger und zugunsten heutiger Generationen – was die Einführung politisch erheblich erleichtert haben dürfte.

Die finanziellen Reserven der Pflegeversicherung werden in absehbarer Zeit aufgebraucht sein. Zwar ist das Bewusstsein für einen finanzpolitischen Handlungsbedarf angesichts der demographischen Entwicklung erheblich geschärft worden, doch wird das nominal fixierte Leistungsniveau zunehmend als unzureichend empfunden und deshalb eine Dynamisierung der Pflegesätze gefordert. Daher steht eine Reform der Pflegeversicherung auf der Tagesordnung. Grundsätzlich resultieren aus der Alterung der Gesellschaft künftig steigende Pflegekosten. Dies gilt unabhängig von der institutionellen Absicherung des Pflegerisikos.

Reform der Pflegeversicherung auf der Tagesordnung

In der aktuellen Diskussion werden als Ziele von Reformbemühungen auf der politischen Ebene häufig genannt: die Stärkung der Beitragsäquivalenz der Sozialversicherungen verbunden mit einer transparenten und zielgerichteten Finanzierung der allgemeinen Umverteilung über das Steuersystem, die Begrenzung der Belastung künftiger Generationen sowie die Betonung der Eigenvorsorge und Konzentration der staatlichen Sozialtransfers vor allem auf die tatsächlich Bedürftigen. Vor diesem Hintergrund erscheint es naheliegend, bei einer Dynamisierung und Ausweitung der im Umlageverfahren finanzierten Leistungen behutsam vorzugehen und mit Blick auf die Beitragsbelastung auf eine enge Begrenzung

Stärkung der Beitragsäquivalenz und Begrenzung der Lastenverschiebung in die Zukunft

¹⁷ Vgl.: Deutsche Bundesbank, Möglichkeiten und Grenzen einer verstärkten Kapitaldeckung in der gesetzlichen Alterssicherung, Monatsbericht, Dezember 1999, S. 15 ff.

zu achten. Mit einer zweckgebundenen Vorsorgepflicht könnten dabei verbleibende Leistungslücken geschlossen werden.

*Trennung von
Versicherungs-
und Umverteilungsaufgaben*

Es könnte auch erwogen werden, künftig generell statt einkommensabhängiger Beiträge Pauschalprämien zu erheben und die Einkommensumverteilungsaufgabe vollständig in das allgemeine Steuer- und Transfersystem zu verlagern. Durch die Beitragsumstellung würden die Bezieher niedriger Einkommen belastet, zu deren Kompensation ein steuerfinanzierter sozialer Ausgleich auf einer dann stärker zielgerichteten Grundlage vorgesehen werden könnte.

Die derzeitige gute konjunkturelle Entwicklung sollte jedenfalls nicht dazu verleiten, die

langfristigen Finanzierungsmöglichkeiten zu überschätzen. Bei der Forderung nach Leistungsdynamisierungen und -ausweitungen sind die mittel- und langfristigen Folgen genau zu prüfen, und sie sollten nachvollziehbar sowie transparent im Rahmen von Langfristberechnungen dargestellt werden. Hier sollten nicht zuletzt die Lehren aus den Leistungsausweitungen in der gesetzlichen Rentenversicherung in den siebziger Jahren und der umfangreichen Kreditfinanzierung des Staatshaushalts in der Vergangenheit berücksichtigt werden: Staatliche Leistungsversprechen, die kurzfristig nicht mit direkten Belastungen verbunden und somit politisch möglicherweise einfach durchsetzbar sind, können langfristig einen umso größeren und schmerzhaften Handlungsbedarf nach sich ziehen.

*Kurzfristig
finanzierbare
Leistungsaus-
weitungen mit
langfristigen
Folgekosten
verbunden*