

Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung

Heinz Rothgang
Klaus Jacobs

Prof. Dr. Heinz Rothgang,
Zentrum für Sozialpolitik der
Universität Bremen

Prof. Dr. Klaus Jacobs, Wissen-
schaftliches Institut der AOK
(WIdO), Berlin

Ab jetzt werde geliefert – das kündigte Philipp Rösler als neu gewählter Parteivorsitzender der FDP im Mai 2011 auf dem Parteitag in Rostock an. Ausgerechnet Daniel Bahr, Röslers Amtsnachfolger als Bundesgesundheitsminister, hat ihn Lügen gestraft, denn die immer wieder angekündigten »Eckpunkte zur Pflegereform« der schwarz-gelben Bundesregierung lagen auch zu Beginn des vierten Quartals im angeblichen »Jahr der Pflege« noch nicht vor. Währenddessen warten die Versicherten auf die versprochene Reform der Pflegeversicherung, die sie sich nach überwiegender Mehrheitsmeinung substanziell und solidarisch wünschen. Wie Reformmaßnahmen aussehen müssten, die diesem Anspruch genügen, wird im folgenden Beitrag dargelegt.

1. Einleitung

Vollmundig hatte der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler das Jahr 2011 zum »Jahr der Pflege« ausgerufen und damit hohe Erwartungen geweckt. Sein Amtsnachfolger Daniel Bahr hatte noch bis zum August 2011 an der Ankündigung festgehalten, bis »Ende des Sommers« Eckpunkte der Bundesregierung zur Reform der Pflegeversicherung vorlegen zu wollen.

Nachdem der kalendarische Sommer vorüber ist, muss jedoch konstatiert werden, dass nichts geschehen ist. Von den Koalitionsparteien ist vielmehr zu vernehmen, dass die angestrebte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sorgfältig vorbereitet werden müsse und es dabei erforderlich sei, noch einmal den Rat des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einzuholen (Ausschuss für Gesundheit 2011: 4). Dieser Beirat war im Oktober 2006 zur Zeit der großen Koalition vom Bundesgesundheitsministerium einberufen worden und hatte im Januar 2009 einen umfangreichen Bericht sowie im Mai 2009 einen ergänzenden Umsetzungsbericht vorgelegt (Beirat 2009a; 2009b; vgl. Wingenfeld/Schaeffer 2011). Den Beirat im Hinblick auf das beabsichtigte Reform-

vorhaben jetzt noch einmal einschalten zu wollen, bedeutet somit zunächst nichts anderes, als dass die schwarz-gelbe Bundesregierung die ersten zwei Jahre ihrer Tätigkeit in dieser Frage offenbar ungenutzt gelassen hat.

Es drängt sich allerdings der Eindruck auf, dass der eingetretene Verzug im Zeitplan der angekündigten Pflegereform in Wirklichkeit damit zusammenhängt, dass die Bundesregierung weit davon entfernt ist, sich auf ein gemeinsames Konzept zur künftigen Pflegefinanzierung zu verständigen. In diesem Punkt herrscht seit Monaten öffentlicher Streit, der sich zuletzt in der Vorstellung völlig unterschiedlicher Reformkonzepte von zwei unionsgeführten Landesministerien aus Bayern und Niedersachsen sowie wiederholten öffentlichen Äußerungen von Jens Spahn, dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, manifestiert hat. Demgegenüber pocht die FDP unverdrossen auf den vor zwei Jahren geschlossenen Koalitionsvertrag, wonach eine ergänzende kapitalgedeckte Vorsorge gebraucht werde, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein müsse (FDP 2011: 7).

Die derzeitigen Oppositionsparteien – die Grünen, die Linken und die SPD –

haben sich währenddessen in der Frage der Finanzierung der Pflegeversicherung sämtlich für eine umlagefinanzierte Pflege-Bürgerversicherung ausgesprochen, wobei es – soweit derzeit bereits erkennbar – in der konkreten Ausgestaltung gewisse Unterschiede gibt.

Vor dem Hintergrund dieser »Ge-
fechtslage« erscheint es sinnvoll, zentrale Gesichtspunkte der aktuellen Reformdebatte im Folgenden noch einmal strukturiert aufzuarbeiten. Das beginnt zunächst mit einer Skizzierung des in den kommenden Dekaden unvermeidbar wachsenden Finanzierungsbedarfs und seiner zentralen Determinanten (Abschnitt 2), ehe anschließend die drei wesentlichen Dimensionen einer möglichen Finanzierungsreform der Pflegeversicherung beleuchtet werden: das Vorhaben, die Umlagefinanzierung durch Elemente der Kapitaldeckung zu ergänzen (Abschnitt 3), die Schaffung von ungeteilter Solidarität zwischen allen Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) (Abschnitt 4) sowie Modelle einer künftig modifizierten Steuer- und Beitragsfinanzierung (Abschnitt 5).

2. Wachsender Finanzierungsbedarf

Bei allen Kontroversen über die richtige Ausgestaltung der Absicherung des Pflegerisikos besteht grundsätzlich Übereinstimmung in der Einschätzung, dass der erforderliche Finanzierungsbedarf in den nächsten Dekaden steigen wird. Dafür sorgt allein die demografische Entwicklung in Deutschland, die bei einer insgesamt schrumpfenden Wohnbevölkerung von einer stark wachsenden Zahl von Menschen im hohen Lebensalter gekennzeichnet ist. Laut aktueller Vorausberechnung der Statistischen Ämter (Variante »mittlere Bevölkerung, Untergrenze«) nimmt die Gesamtbevölkerung gegenüber 2009 bis 2030 um gut 5 Prozent und bis 2050 um 15 Prozent ab. Im selben Zeitraum wächst die Zahl der 80-Jährigen und Älteren um rund 55 (bis 2030) bzw. sogar um fast 150 Prozent (bis 2050). Das heißt in absoluten Zahlen: Von den knapp 82 Millionen Einwohnern Deutschlands sind heute mit gut 4 Millionen rund 5 Prozent 80 Jahre und älter. 2050 läge dieser Anteil bei einer auf weniger als 70 Millionen Menschen gesunkenen Wohnbevölkerung mit mehr

als 10 Millionen Menschen bei fast 15 Prozent (StatÄ 2010).

Ob die *Anzahl bzw. der Anteil der Pflegebedürftigen* gleichermaßen zunimmt, ist weniger gewiss. In vielen Projektionen wird unterstellt, dass die altersspezifischen Pflegehäufigkeiten von heute auch in 20 oder 40 Jahren noch Bestand haben. Diese Annahme ist jedoch zumindest umstritten, weil die Angehörigen nachwachsender Geburtsjahrgänge im Durchschnitt gesünder altern als ihre Vorgänger (Kuhlmey 2006). Dadurch sinken die altersspezifischen Pflegeinzidenzen, also die Häufigkeiten des (Neu-) Auftretens von Pflegebedürftigkeit (Rothgang et al. 2009: 127ff.).

Weil sich gleichzeitig aber auch eine Zunahme bei der mittleren Pflegedauer beobachten lässt, führt die immer höhere Lebenserwartung nicht nur zu mehr »pflegefreier« Zeit, sondern verlängert auch die Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit (Unger et al. 2011). Deshalb führt »gesünderes Altern« per Saldo noch keineswegs automatisch zu insgesamt sinkenden »Pflegetlasten« (Prävalenzen). Im Zeitraum von 1999 bis 2008 sind die Prävalenzen lediglich um 1 Prozent gesunken (StatÄ 2010: 27) – und damit praktisch konstant geblieben.

Diese Feststellung schließt keineswegs aus, dass gezielte Pflegeprävention sowie eine forcierte geriatrische Rehabilitation ausgesprochen positive Wirkungen für viele ältere Menschen haben können, indem Pflegebedürftigkeit individuell erst später und womöglich in geringerem Umfang auftritt oder sogar vollständig ver-

mieden wird. Die demografisch bedingte Zunahme des insgesamt zu finanzierenden Pflegevolumens ließe sich damit jedoch keinesfalls kompensieren.

Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder haben vorausgerechnet, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 entwickeln würde. Auf der Basis konstanter altersspezifischer Pflegehäufigkeiten ergibt sich demnach bis 2030 ein Anstieg auf 3,4 und bis 2050 auf 4,5 Millionen Pflegebedürftige (StatÄ 2010: 30). Darin eingeschlossen sind aber *alle* Pflegebedürftigen in Deutschland, unabhängig davon, ob sie der SPV oder der PPV angehören. Nur für die *Soziale Pflegeversicherung* hat das Bundesgesundheitsministerium (2011: 16) für 2050 – ebenfalls unter der Annahme konstanter altersspezifischer Prävalenzen – 4,37 Millionen Pflegebedürftige vorausgerechnet. Dabei hat das Ministerium unterstellt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in den beiden Versicherungszweigen SPV und PPV in gleichem Maße zunimmt. Diese Annahme übersieht jedoch, dass die Altersstruktur der beiden Teilpopulationen ganz unterschiedlich ist und die demografische Alterung die PPV in wesentlich höherem Ausmaß betreffen wird als die SPV.

Wie Abbildung 1 zeigt, sind die PPV-Versicherten derzeit in der Gruppe der 35-65-Jährigen deutlich über-, in der Gruppe der über 70-Jährigen aber unterrepräsentiert. Dies wird sich in der Zukunft aber ändern, wenn die Versicherten, die jetzt im erwerbsfähigen Alter

Abb. 1: Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen - 2010

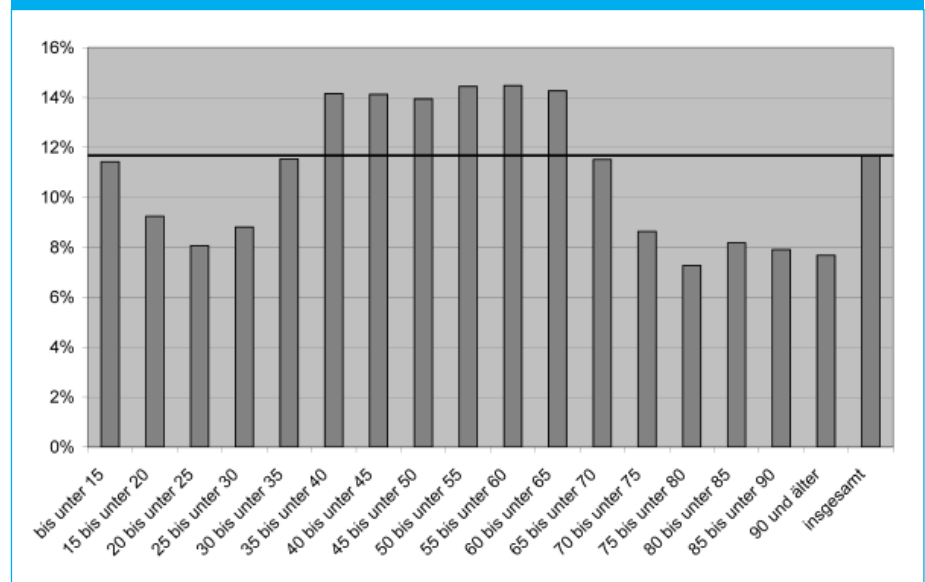
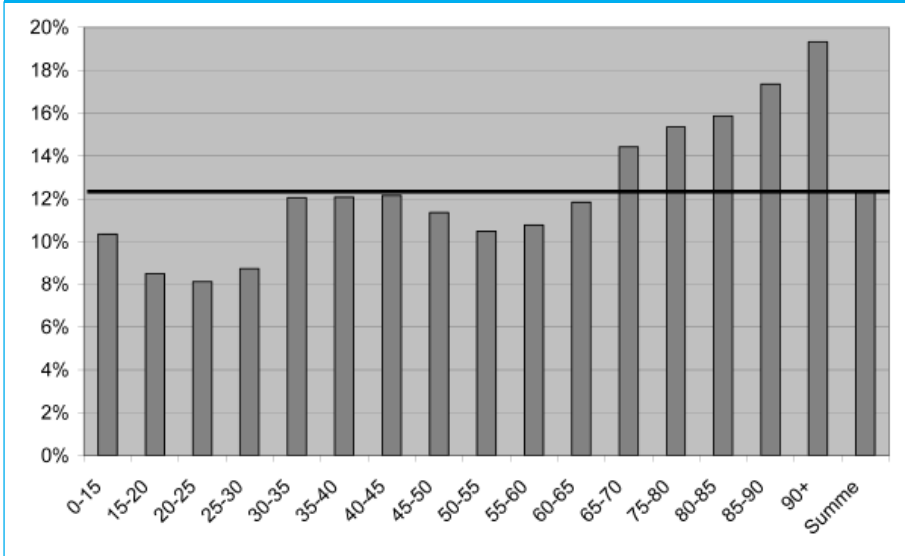


Abb. 2: Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen - 2040



sind, in die pflegerelevanten Jahrgänge aufrücken. Abbildung 2 zeigt die Altersstruktur der PPV für 2040. Dabei wird unterstellt, dass die heute mindestens 30-Jährigen in der Zukunft nicht mehr zwischen SPV und PPV wechseln. Für die bis zu 30-Jährigen wurde unterstellt, dass sie sich für jedes Alter jeweils so auf die SPV und PPV aufteilen, wie sich dies derzeit darstellt. Abbildung 2 zeigt, dass unter diesen Annahmen 2040 die Altersjahrgänge 65+ in der PPV überrepräsentiert sind, während die Anteile an PPV-Versicherten in allen jüngeren Kohorten unterdurchschnittlich ausfallen. Der Anteil der PPV-Versicherten nimmt bei den über 65-jährigen sogar noch mit dem Alter zu. Dies ist Ausdruck der relativ geringeren Sterblichkeit der PPV-Versicherten.

ten. Aus diesem Grund liegt ihr Anteil z.B. bei den 55-60-Jährigen 2010 noch bei gut 14 Prozent, bei den 85-90-Jährigen 30 Jahre später aber bei mehr als 17 Prozent.

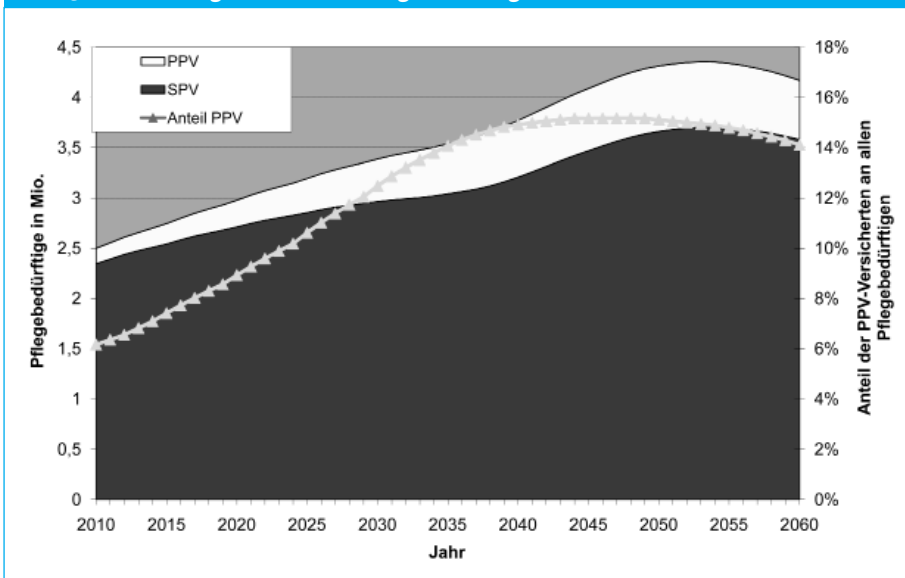
Diese Verschiebung führt zu einer anderen Aufteilung der Pflegebedürftigen auf die beiden Versicherungszweige.¹ Wie Abbildung 3 zeigt, steigt der Anteil der PPV-Versicherten an den Pflegebedürftigen in den nächsten drei Dekaden drastisch an. Liegt er derzeit noch bei 6 Prozent, steigt er bis 2044 auf mehr als 15 Prozent. Unter Berücksichtigung dieser Verschiebung ist die zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV deutlich niedriger, als vom BMG ausgewiesen. Im Jahr 2050 liegt sie bei 3,66 Millionen, und auch in der Spitze im Jahr 2054 über-

steigt sie die 3,7 Millionen kaum. Selbst ohne einen Rückgang der altersspezifischen Pflegehäufigkeiten wächst der Finanzbedarf in der SPV wegen des demografisch bedingten Fallzahlzuwachses somit geringer, als derzeit vielfach angenommen.

Erkennbare Veränderungen hat es seit Bestehen der Pflegeversicherung auch bei der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsarten gegeben. Dabei ist der Anteil der zu Hause gepflegten reinen Pflegegeld-Empfänger in der SPV deutlich gesunken: von 56,3 Prozent 1997 über 50,7 Prozent (2000) auf 44,8 Prozent (2010) (BMG 2011). Gleichzeitig hat die professionelle Pflege durch ambulante Pflegedienste und in stationären Pflegeeinrichtungen an Bedeutung gewonnen. Angesichts der zu erwartenden Abnahme des privaten Pflegepotenzials muss davon ausgegangen werden, dass sich dieser Trend fortsetzt. Auch diese Entwicklung resultiert allein schon aus der demografischen Entwicklung, aber auch aus wachsender Erwerbstätigkeit von Frauen in der »Töchter- und Schwiegertöchter-Generation« und zunehmend großen Entfernungen zwischen den Wohnorten von Eltern und Kindern. Auch weil der künftige Finanzierungsbedarf dadurch ebenfalls weiter erhöht würde, ist es sinnvoll, Anstrengungen zu unternehmen, den Trend zur Professionalisierung der Pflege zumindest ein Stück zu verlangsamen. Das kann insbesondere dadurch geschehen, dass die Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessert und pflegende Angehörige wirksamer unterstützt werden.

Ein weiterer wesentlicher Einflussfaktor hinsichtlich der künftigen Entwicklung der Ausgaben der Pflegeversicherung ist die Dynamisierung der Leistungen. Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde zunächst auf eine regelmäßige Anpassung der Leistungssätze vollständig verzichtet. Dadurch kam es bei steigenden Pflegekosten zu einem beträchtlichen Realwertverlust des Versicherungsschut-

Abb. 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV und PPV



¹ Insgesamt ist die Zahl der Pflegebedürftigen mit gut 4,3 Millionen für 2050 hier etwas niedriger, als vom Statistischen Bundesamt ausgewiesen. Das ist darauf zurückzuführen, dass bei der Vorausberechnung für SPV- und PPV-Versicherte hier jeweils unterschiedliche Prävalenzen zugrunde gelegt werden. Da die Prävalenzen in der PPV niedriger sind als in der SPV, führt die Verschiebung zwischen den Teilkollektiven zu einer geringfügig niedrigeren Gesamtzahl an Pflegebedürftigen.

zes, der die Akzeptanz der Pflegeversicherung zunehmend in Frage stellte. So sind beispielsweise die Heimentgelte (Pflegesatz zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung) in den zehn Jahren von 1999 bis 2009, die von der Pflegestatistik erfasst werden, um jahresdurchschnittlich (geometrisches Mittel) 1,5 Prozent (Stufe I und II) bzw. 1,3 Prozent (Stufe III) gestiegen.

Aus diesem Grund wurden im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) der großen Koalition für den Zeitraum 2008 bis 2012 schrittweise Erhöhungen beim Pflegegeld, bei ambulanten Sachleistungen sowie bei stationären Leistungen der Pflegestufe III in einer Größenordnung von insgesamt (gewogenes Mittel mit den Ausgabenanteilen als Gewichte) rund 1,4 Prozent pro Jahr beschlossen (Rothgang 2008), ohne dass es jedoch einen Ausgleich für den bereits zuvor entstandenen Realwertverlust gegeben hätte. Für die Folgezeit wurde im PfwG festgelegt, dass die »Bundesregierung ... alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014 Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung« prüft (§ 30 Satz 1 SGB XI). Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttolohnentwicklung. Zudem »können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden« (ebenda).

Nun ist davon auszugehen, dass die Preise langfristig der Kostenentwicklung folgen. Personalintensive Dienstleistungen unterliegen aber generell der Baumolschen »Kostenkrankheit« (Baumol 1967; Baumol/Oates 1972): Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte, übersteigt deren Kostensteigerung (und damit dann annahmegemäß auch die Preissteigerung) regelmäßig die Inflationsrate. Da angesichts der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung von steigenden Reallöhnen auszugehen ist, würde eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflationsrate und unterhalb der Lohnsteigerungsrate zu einem fortgesetzten Kaufkraftverlust führen, der langfristig zu einer Delegitimierung dieses Sicherungssystems führen wird.

Wenn die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen erhalten werden soll, sollte das derzeitige System einer diskretionären Leistungsanpassung daher durch

eine regelgebundene Dynamisierung ersetzt werden, die sich als gewogenes Mittel zwischen allgemeiner Bruttolohnsteigerung und Inflationsrate bestimmen lässt. Gemäß dem Verhältnis von Personal- und Sachkosten in Pflegeeinrichtungen würde sich dabei eine Berücksichtigung dieser beiden Größen im Verhältnis 2 zu 1 anbieten. Insbesondere ist aber der Verweis auf die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu streichen, der geradezu einer Öffnungsklausel für eine Finanzierung nach Kassenlage gleichkommt. Eine kaufkrafterhaltende Dynamisierung der Versicherungsleistungen entsprechend diesem Vorschlag dürfte bei den Versicherten selbst auf Zustimmung stoßen, die mit großer Mehrheit einen umfassenden Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit befürworten (Zok 2011).

Bei Einführung der Pflegeversicherung standen die Zeichen auf Kostenbegrenzung und -kontrolle. Auch die Definition der Anspruchsvoraussetzungen für Pflegeversicherungsleistungen wurde entsprechend eng gewählt, so dass der im Gesetz verankerte Pflegebedürftigkeitsbegriff schon bald unter fachlichen Gesichtspunkten als unzureichend kritisiert wurde. Zwar bildet der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff somatische Einschränkungen gut ab, doch lässt er die besonderen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe kognitiv beeinträchtigter und verhaltensauffälliger Menschen weitgehend unberücksichtigt. Im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurden daher 2003 in § 45b SGB XI erstmals zusätzliche Betreuungsleistungen für »Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz« eingeführt. Im PfwG wurden diese Leistungen 2008 nicht nur erhöht, sondern auch auf solche Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgedehnt, die nicht mindestens erheblich pflegebedürftig sind und daher keine anderen Leistungen der Pflegeversicherung beziehen können.

Die Pflegeversicherung gewährt damit schon heute Leistungen an Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind. Systematisch ist diese Lösung unbefriedigend. Deshalb hatte das Bundesgesundheitsministerium im Herbst 2006 einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingerichtet, der 2009 zwei Berichte vorgelegt hat. Darin wurden in seltener Einmütigkeit ein

neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein dazugehöriges Neues Begutachtungssassessment (NBA) vorgelegt. Nach diesen Vorschlägen soll künftig geprüft werden, welche Hilfestellungen notwendig sind, damit der Pflegebedürftige am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Dabei werden kognitive Beeinträchtigungen systematisch berücksichtigt, so dass insbesondere die Bedarfe der dementiell Erkrankten wesentlich besser erfasst werden. Das NBA wurde zudem einem umfangreichen Praxistest unterzogen, in dem es sich als reliabel und valide erwies. Die Vorschläge des Beirates wurden von Fachwelt und Politik durchgängig positiv be-

Die Dynamisierung der Leistungen muss regelmäßig erfolgen.

wertet, so dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes inzwischen von allen Parteien gefordert wird.

Warum ist dennoch seit nunmehr zwei Jahren nichts geschehen? Das NBA kann zwar alle Antragsteller auf einer Skala von 0 bis 100 abbilden, und der Beirat hat zudem gut begründete Grenzwerte auf dieser Skala vorgeschlagen, mit deren Hilfe fünf Bedarfsgrade unterschieden werden können. Die politisch zu lösende Frage ist aber, mit welchen Leistungen diese Bedarfsgrade hinterlegt werden sollen. Hierzu hat der Beirat mehrere Szenarien vorgelegt. In einer annähernd ausgabenneutralen Variante werden die Mehrausgaben bei Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen durch Kürzungen bei den somatisch Beeinträchtigten finanziert. Eine Pflegereform, die mit Leistungskürzungen in einem System einhergeht, das wegen der bis 2008 fehlenden Leistungsdynamisierung bereits einen erheblichen Realwertverlust erlebt hat, dürfte allerdings politisch schwer zu vermitteln sein. Wenn die bisherigen Leistungshöhen für alle Betroffenen Gruppen zumindest gehalten werden, gleichzeitig aber insbesondere Demenz stärker berücksichtigt werden soll, ergäben sich Mehrausgaben von bis zu 3 Mrd. Euro oder etwa 15 Prozent des derzeitigen Ausgabenniveaus. Der ungelöste Konflikt zwischen dem Ziel der Leistungsverbesserung und dem Ziel der Ausgaben- bzw. Beitragssatzstabilisierung ist der tiefere Grund, warum der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bisher nicht

umgesetzt wurde. Jede Pflegereform, die ihren Namen verdient, wird sich zu dieser Frage aber verhalten und den Konflikt auflösen müssen.

Mit welchen Beitragssatzentwicklungen muss vor dem Hintergrund dieser Einflussfaktoren gerechnet werden? Das BMG rechnet mit einem Beitragssatzanstieg auf 2,8 Beitragssatzpunkte bis 2050. Dabei wird von konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten, einer graduellen Verschiebung der Inanspruchnahme in Richtung professionelle Pflege und einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung ausgegangen. Wie oben ausgeführt, wird die Fallzahlentwicklung innerhalb der SPV dabei allerdings überschätzt. Andererseits ist – in Anlehnung an die aktuelle Gesetzeslage – die unterstellte Leistungsdynamisierung jedoch zu gering, um die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen zu erhalten, und außerdem ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht »eingepreist«. Wenn man von einer Ausgabensteigerung um 15 Prozent als Folge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausgeht sowie eine Leistungsdynamisierung unterstellt, die 2/3 der Reallohnsteigerung berücksichtigt, ergibt sich bis in die 2050er Jahre nach eigenen Berechnungen eine Beitragssatzsteigerung auf rund 3,5 Beitragssatzpunkte. Sollte dies als »zu hoch« angesehen werden, müssen zusätzliche Finanzierungsquellen erschlossen werden.

3. Ergänzende Kapitaldeckung

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom Oktober 2009 ist formuliert, dass die Pflegeversicherung ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, in der Form der Umlagefinanzierung auf Dauer nicht erfüllen könne. Daher sei neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung erforderlich, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein müsse (CDU/CSU/FDP 2009: 93).

Schon im Koalitionsvertrag der großen Koalition von 2005 hatte es geheißen: »Um angesichts der demographischen Entwicklung sicherzustellen, dass die Pflegebedürftigen auch in Zukunft die Pflegeleistungen erhalten, die sie für eine ausreichende und angemessene Pflege zu einem bezahlbaren Preis brauchen, ist die

Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demografie-reserve notwendig« (CDU/CSU/SPD 2005: 91). Dieser Feststellung waren jedoch keine entsprechenden Taten gefolgt. Inzwischen scheint die SPD von der Idee einer ergänzenden Kapitaldeckung ganz abgerückt zu sein. In einem im Herbst 2011 von der Bundestagsfraktion vorgelegten »Orientierungspapier« wird stattdessen ausschließlich auf den Ausbau der solidarischen und paritätischen Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung gesetzt (SPD 2011: 29).

Die unkalkulierbaren Kapitalmarktrisiken, die mit jeder Form von Kapitaldeckung verbunden sind – im Übrigen neben demografischen Risiken, die keineswegs ein »Privileg« von Umlageverfahren darstellen –, sind inzwischen wohl unbestritten. Aber was spricht überhaupt für Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung? Wenn heute einige (vor allem jüngere) Politiker sagen, es sei ein Fehler gewesen, »die Pflegeversicherung 1994 als ein Umlagesystem aufzubauen« (so Daniel Bahr im Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung vom 09.10.2011), blenden sie – möglicherweise aus Unkenntnis – aus, dass diese Frage Anfang der 1990er Jahre vor Einführung der Pflegeversicherung intensiv diskutiert wurde (vgl. etwa Schmähl 1992) und letztlich auch deshalb abschlägig beantwortet wurde, weil ein solcher Schritt schlicht für nicht finanzierbar gehalten worden war (Rothgang 2009).

Heute geht es offenbar vor allem darum, die grundsätzlich nicht zur Disposition gestellte Umlagefinanzierung für einen gewissen Zeitraum, in dem aufgrund der demografischen Entwicklung mit besonderen »Belastungsspitzen« gerechnet wird, zu ergänzen und diese »Spitzen« durch Rücklagenbildung vorzufinanzieren. So hat Jens Spahn, explizit auf die geburtenstarken Jahrgänge – die sog. »Babyboomer« – hingewiesen, die voraussichtlich ab 2035 für einen starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen sorgen werden. Er möchte – wie er etwa in einem Interview im Deutschlandradio Kultur am 15.09.2011 ausgeführt hat – »die Beitragszahler von 2035, 2040 einfach nicht alleine lassen mit dieser schwierigen Aufgabe, dann für die vielen Pflegebedürftigen zu zahlen«.

Das Problem ist allerdings, dass diese Überlegung davon ausgeht, dass es sich bei den »Belastungsspitzen« um ein vorübergehendes Phänomen handelt, bis die geburtenstarken Jahrgänge praktisch durch das Pflegealter »hindurchgewachsen« sind. Das ist jedoch ein Trugschluss, denn es gibt keinen »Pflegeberg«, der durch einen temporären Kapitalstock quasi »untertunnelt« werden kann, indem dieser zunächst aufgebaut und dann wieder abgeschmolzen wird. Tatsächlich geht die Zahl der Pflegebedürftigen ab Mitte der 2050er Jahre zwar wieder zurück, doch sinkt gleichzeitig auch die Zahl der Beitragszahler. Entscheidend ist aber nicht allein die bloße Zahl der Pflegebedürftigen, sondern das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beitragszahlern. Dieses Verhältnis wird insbesondere durch die Fertilitätsrate geprägt, die seit 1970, also inzwischen seit vier Dekaden, bemerkenswert stabil ist und bei etwa zwei Dritteln der zur Bestandhaltung notwendigen Rate liegt. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass diese Rate auch in den nächsten 50 Jahren konstant bleibt. In den 2060er Jahren leben dann fast nur noch Personen, die in einer Zeit mit einer stabilen, aber niedrigen Fertilitätsrate geboren wurden. Der demografische Wandel ist damit prak-

Es gibt keinen »Pflegeberg«, der »untertunnelt« werden kann.

tisch abgeschlossen, und für die weitere Zukunft ist von einem im Wesentlichen konstanten Verhältnis von Alten und Jungen auszugehen. Das heißt jedoch, dass nach 2060 nicht mit einem merklichen Rückgang des Beitragssatzes im Umlageverfahren zu rechnen ist.

Dies zeigt auch Abbildung 4, die eine »bedingt demografische« Beitragssatzprojektion bis 2100 enthält. Die Fortschreibung beruht auf einer Weiterführung der demografischen Projektion mit den Annahmen, die der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde liegen. Gleichfalls konstant gehalten sind die Pflegeprävalenzen und der weiter fortgeschriebene Trend von der informellen zur formellen Pflege. Allerdings sind alle Löhne, Renten etc. sowie die Pflegeleistungen auf den Stand 2010

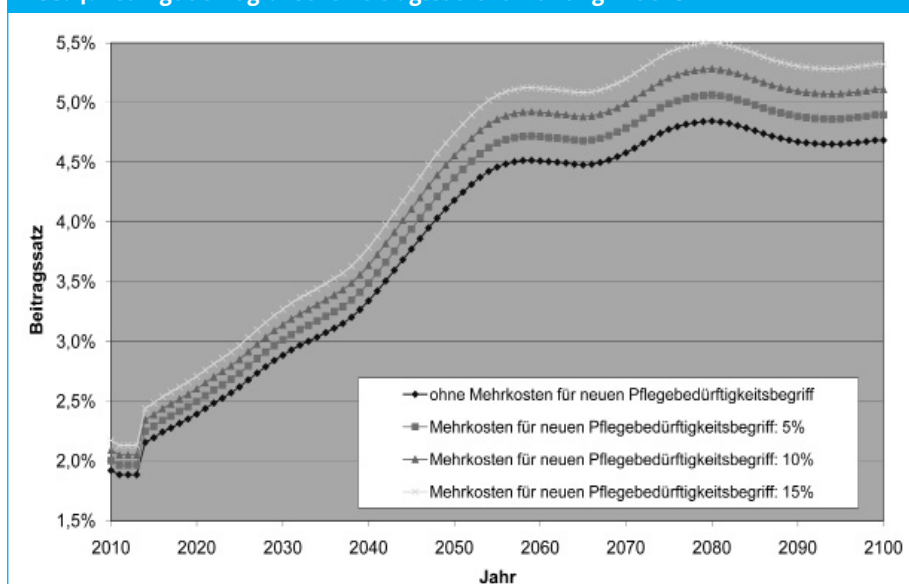
»eingefroren«, so dass nur die demografischen und sozialstrukturellen Trends zum Tragen kommen, nicht aber die monetären Faktoren. Die Abbildung zeigt für den Beobachtungszeitraum bis 2060 daher ein stärkeres Beitragssatzwachstum, als oben angesprochen, da die Leistungsdynamisierung nur mit 2/3 der Reallohnsteigerung erfolgt, während die Einnahmeseite von der vollen Reallohnsteigerung profitiert.²

Wie die Grafik zeigt, sinkt der Beitragssatz in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts nicht. Er erreicht in der Mitte der 2050er Jahre seinen ersten Höhepunkt, wenn die Generation der »Babyboomer«, also die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre, im pflegerelevanten Alter ist, und zeigt ein Vierteljahrhundert später einen zweiten Gipfel, der als »Echo« zu interpretieren ist, das den Kindern der Babyboomer geschuldet ist. Es gibt also keinen »Berg«,

Das mit der Einführung einer ergänzenden Kapitaldeckung verbundene Vorziehen von Belastungen, die sonst in der Zukunft anfallen, wird häufig unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit gefordert. Wenn es tatsächlich um die Entlastung zukünftiger Generationen gehen soll, ist der Aufbau eines Kapitalstocks bei gleichzeitigem Bestand einer erheblichen Staatsverschuldung allerdings ineffizient, denn für die Staatsschulden müssen Soll-Zinsen gezahlt werden, die regelmäßig höher liegen als die Haben-Zinsen für den gebildeten Kapitalstock. Die aus dem privaten Bereich stammende Devise »Spare in der Zeit, dann hast Du in einer Not«, mit der Kapitaldeckung als »eine Art Sparbuch« angepriesen wird, verkennt nicht nur die grundsätzlichen Unterschiede zwischen individuellem Sparen und einer kollektiven Kapitalbildung, sondern bezieht sich auf eine Situation, in der ausschließlich gespart wird, ohne dass gleichzeitig eine hohe Ver-

dienung der Pflegefinanzierung bleiben noch genug Fragen hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung. Dabei ist in der Formulierung des schwarz-gelben Koalitionsvertrags vor allem das Wort »individualisiert« problematisch. Die von führenden FDP-Politikern (Minister Daniel Bahr, Fraktionsvorsitzender Rainer Brüderle) explizit hergestellte Analogie zur Riester-Rente (»Pflege-Riester«) führt geradezu in die Irre, denn bei der Riester-Rente – die Frage »optional oder obligatorisch« einmal ausgeblendet – handelt es sich um einen staatlich geförderten individuellen Sparplan, der im Erlebensfall ein zusätzliches Altereinkommen in Abhängigkeit von den geleisteten Einzahlungen generiert und im vorzeitigen Todesfall vererbt werden kann. Die Pflegeversicherung ist dagegen eine Schadenversicherung, bei der weder eine Äquivalenzbeziehung zwischen individuellem Beitrag und Leistungsumfang im Versicherungsfall, noch die Möglichkeit der Vererbbarkeit Sinn machen (vgl. auch Jacobs 2011). Da niemand wissen kann, ob und gegebenenfalls wie lange er oder sie pflegebedürftig sein wird, ist eine Versicherungslösung zum Risikoausgleich essenziell und sind Sparpläne grundsätzlich ungeeignet. Das weiß auch die private Versicherungswirtschaft: »Es geht um eine bessere Absicherung der Pflegebedürftigen, nicht um einen Sparplan für Nicht-Pflegebedürftige«, stellte etwa Reinhold Schulte, der Vorsitzende des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, in einem Interview mit der FAZ vom 28.12.2010 fest.³

Abb. 4: Bedingt demografische Beitragssatzentwicklung in der SPV



der untertunnelt werden kann. Vielmehr befinden wir uns auf dem Anstieg auf ein »Hochplateau«. Jede temporäre Kapitalbildung, die in eine Phase des Kapitalverzehr übergeht, würde unweigerlich dazu führen, dass es nach Auflösung des angesparten Kapitals zu einem Beitragssatzsprung käme. Um im Bild zu bleiben: Der (vermeintliche) »Tunnel« in den »Berg« führt aus diesem nicht wieder hinaus. Vielmehr müsste ein Ausgang durch eine »vertikale Bohrung« nach oben auf das Hochplateau gesucht werden – zurück auf den »normalen« Beitragssatzpfad im Umlageverfahren.

schuldung existiert. Um bei der Analogie zur Lebenswelt zu bleiben: Kein »Häuslebauer« wäre gut beraten, ein Sparbuch anzulegen, wenn er gleichzeitig höhere Hypothekenzinsen zahlen muss. Wie im Privatbereich ist auch für eine Generationenbetrachtung immer die Gesamtbelastung relevant. Ein Abbau der Staatsschulden ist daher das einzig probate Mittel, um die Generationenbilanz positiv zu beeinflussen, ein Nebeneinander von hoher Staatsverschuldung und dem Aufbau eines Kapitalstocks dagegen wenig sinnvoll.

Aber selbst bei grundsätzlicher Befürwortung einer ergänzenden Kapitalfun-

² Damit wird aber auch deutlich, dass der Verlauf der Beitragssatzentwicklung in hohem Maße von der Dynamisierung abhängt. Sinkt der reale Wert der Pflegeversicherungsleistungen im Zeitablauf, kann es durchaus auch in der zweiten Jahrhunderthälfte zu sinkenden Beitragssätzen führen. Das ist dann aber keine Folge der demografischen Entwicklung, sondern dem trivialen Umstand geschuldet, dass ein System mit sinkenden realen Leistungen auf Dauer einen geringeren Finanzierungsaufwand erfordert.

³ Abgesehen davon, dass die Riester-Rente – wie gesehen – grundsätzlich kein geeignetes Instrument zur (ergänzenden) Absicherung des Pflegerisikos darstellt, erscheint ohnehin unverständlich, warum sie noch immer unkritisch als »pures Erfolgsmodell« dargestellt wird. Dabei mehren sich mittlerweile kritische Töne – einige Stichworte dazu lauten: hohe Kosten, ungewisse Rendite, teure Mitnahmeeffekte –, und wenn zehn Jahre nach ihrer Einführung überhaupt ein Befund feststeht, dann dürfte es das hohe Maß an Intransparenz sein, das eine einigermaßen gesicherte Beurteilung bis heute nahezu unmöglich macht (Hagen/Reisch 2010; Blank 2011).

Verschiedentlich wird das Attribut »individualisiert« auch dahingehend interpretiert, dass damit auf den Schutz angesparter Beitragsmittel vor einer Zweckentfremdung durch den Staat verwiesen werden soll, was angeblich nur im Rahmen einer Privatversicherung möglich sei. Es ist schon bemerkenswert, dass dieses Argument zugunsten privatwirtschaftlicher Kapitaldeckung noch immer bemüht wird, nachdem es gerade »der Staat« war (und weiterhin ist), der die private Bank- und Versicherungswirtschaft unter Einsatz von zig Milliarden Euro aus Steuermitteln weithin schadlos durch die Finanzmarktkrise gebracht hat. Außerdem lässt sich sehr wohl diskutieren, inwieweit wirksame Vorkehrungen getroffen werden können, um die Gefahr von »Zugriffen auf die Pflegekasse« auch innerhalb der Sozialversicherung zu minimieren (Rolfs 2010). Für eine Rücklagenbildung innerhalb der SPV sprechen deren höhere Verwaltungseffizienz, die Abwesenheit von Renditeinteressen sowie die Vermeidung neuer Schnittstellenprobleme, die bei einer Erweiterung partikularer Finanzierungszuständigkeiten unausweichlich erschienen. Zudem ist eine solidarische Finanzierung nur innerhalb des Systems der SPV zu gewährleisten, während eine Privatversicherungslösung nur mittels Pauschalprämien möglich ist, die im Vergleich zum Status quo eine Umverteilung von unten nach oben implizieren. (vgl. Abschnitt 5).

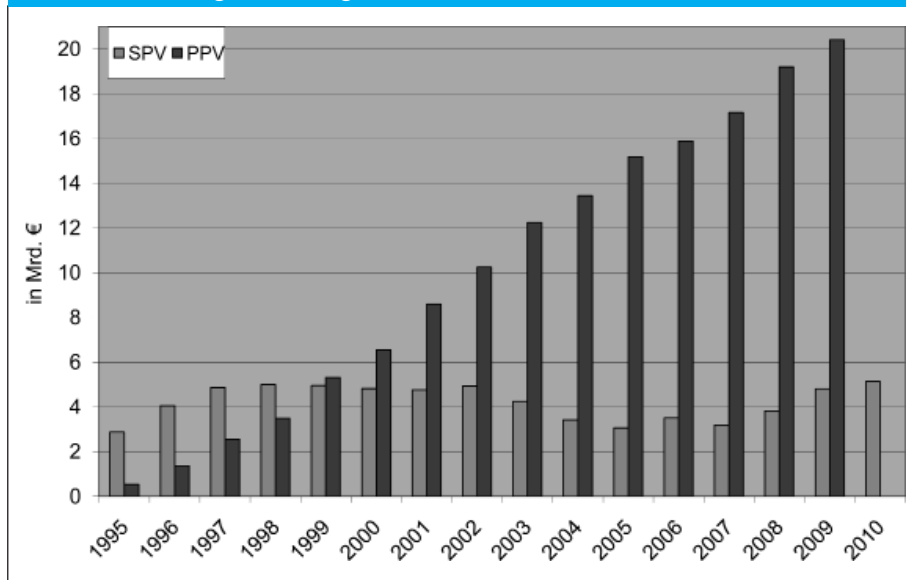
4. Ungeteilte Solidarität in der Pflegevolksversicherung

Die große Koalition hatte in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, einen Finanzausgleich zwischen SPV und PPV »zum Ausgleich der unterschiedlichen Risiken« einzuführen (CDU/CSU/SPD 2005: 91f.), hatte dieses Vorhaben jedoch ebenso wenig realisiert wie den Einstieg in den Aufbau einer Demografiereserve durch Elemente der Kapitaldeckung. Hintergrund des Vorhabens eines gemeinsamen Finanzausgleichs zwischen den beiden getrennten Versicherungszweigen der Pflegeversicherung ist deren höchst ungleiche Versichertenstruktur. Hinzukommt, dass rund 95 Prozent der Bevölkerung einem der beiden Zweige ohne ein eigenes Wahlrecht alternativlos zugewiesen sind (Rothgang 2011a: 82).

Im Hinblick auf die versicherten Leistungen gibt es zwischen der SPV und der

Abb. 5: Entwicklung der Rücklagen in SPV und PPV

Quelle: BMG, PKV-Verband



PPV praktisch keinen Unterschied. Bei der Finanzierung könnte der Unterschied dagegen kaum größer sein, wie bereits ein Blick auf Umfang und Entwicklung des Kapitalbestands der beiden Systeme zeigt (Abbildung 5). Während für die rund 9,5 privat Pflegeversicherten inzwischen mehr als 20 Milliarden Euro an Alterungsrückstellungen gebildet worden sind – trotz zwischenzeitlich wiederholt erfolgter Prämien-Senkungen (!) – und dieser Betrag weiterhin von Jahr zu Jahr wächst, bewegt sich der Mittelbestand der SPV bei rund 70 Millionen Versicherten seit ihrem Bestehen – bei zwei zwischenzeitlichen Beitragssatz-Erhöhungen – in einer Größenordnung zwischen 3 und 5 Milliarden Euro. Allein hieraus jedoch bereits die vermeintliche Überlegenheit von Kapitaldeckung gegenüber dem Umlageverfahren abzuleiten (PKV 2011: 5), erscheint allerdings geradezu absurd.

Als der Gesetzgeber die Pflegeversicherung – so das Bundesverfassungsgericht – als »Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, durfte (er) die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen« (BVerfG 2001a: Rz. 92). Das Problem ist nur: Es gibt keine auch nur einigermaßen ausgewogene Lastenverteilung. Das zeigen allein schon die unterschiedlichen Anteile an Leistungsempfängern unter den Versicherten der beiden Versicherungszweige: So betrug der Anteil der Leistungs-

empfänger unter den Versicherten der SPV 2009 3,2 Prozent, in der privaten Pflege-Pflichtversicherung aber nur 1,4 Prozent. Daher fallen die Leistungsausgaben je Versichertem in der SPV rund doppelt so hoch aus wie in der PPV (einschließlich Beihilfeleistungen für Beamte und deren Angehörige) (Dräther et al 2009: 77). Dies ist auf zwei Gründe zurückzuführen: auf die niedrigeren altersspezifischen Prävalenzen in der PPV, vor allem aber auf die unterschiedliche Altersstruktur beider Versichertenkollektive. Liegt der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung insgesamt bei 11,8 Prozent, übersteigt er diesen Wert bei den – beitragsrelevanten – 35-65-Jährigen deutlich, während er bei den – pflegerelevanten – 70-Jährigen und Älteren weit niedriger liegt (Abbildung 1).

Wenn man neben den Ausgabenunterschieden noch die durchschnittlich höheren Einkommen der PPV-Versicherten im Vergleich zu den SPV-Versicherten in Rechnung stellt, kann von einer auch nur einigermaßen ausgewogenen Lastenverteilung auch in relativer Sicht keine Rede sein: Unter den Kalkulationsbedingungen der SPV käme das sowohl ausgaben- als auch einnahmenseitig deutlich günstigere Versichertenkollektiv der PPV mit einem ausgabendeckenden Beitragssatz aus, der lediglich rund ein Drittel des in der SPV erforderlichen Beitragssatzes beträgt (Dräther et al. 2009: 77). Das heißt umgekehrt: Zum Aufbau von Alterungsrückstellungen in einer der PPV vergleichbaren Größenordnung wäre in der SPV

ein weit mehr als doppelt so hoher Beitragssatz erforderlich gewesen. Dass hierauf bei Einführung der Pflegeversicherung bewusst verzichtet wurde, hatte – und hat – rein gar nichts mit der grundsätzlichen Über- oder Unterlegenheit des einen oder anderen Finanzierungsverfahrens zu tun.

Die Ungerechtigkeit, die sich aus der alternativlosen Zuweisung zu einem der beiden vollständig unverbundenen Versicherungssysteme mit höchst unterschiedlichen Versichertenstrukturen und Solidarlasten ergibt, spüren vor allem die SPV-Versicherten im höheren Einkommensbereich; bei ihnen fällt die Zustimmung zur Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung des Pflegerisikos durch Aufhebung der bestehenden Systemtrennung besonders hoch aus (vgl. Zok 2011) – sind sie es doch, die gegenwärtig die Hauptlast des Verzichts auf jegliche »systemübergreifende« Solidarität in der vermeintlichen »Pflegevolksversicherung« (BVerfG) tragen, während gleich gut verdienende Privatversicherte von diesem Verzicht in erheblichem Umfang profitieren.

Dass die schwarz-gelbe Bundesregierung das Thema der Einkommens- und Risikosolidarität zwischen SPV- und PPV-Versicherten völlig ausblendet, heißt keineswegs, dass in dieser Frage kein Handlungsbedarf mehr bestünde. Entsprechende Reformmaßnahmen könnten vergleichsweise einfach ergriffen werden (vgl. dazu Rothgang 2011a). Auch wenn die fiskalische Ergiebigkeit eines systemübergreifenden Solidarausgleichs oder gar die Schaffung eines gemeinsamen Pflegeversicherungsmarktes im Rahmen einer Bürgerversicherung nicht überschätzt werden sollte, scheinen Reformen in dieser Richtung allein schon aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit geboten. Nicht zuletzt dürfte sich die Herstellung von ungeteilter Solidarität ausgesprochen vorteilhaft auf die Akzeptanz aller Versicherten auswirken, sich selbst an der Übernahme wachsender Finanzierungslasten zu beteiligen.

5. Reformperspektive Pflege-Bürgerversicherung

Die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre hatte vor allem auch das Ziel, die Sozialhilfeträger und damit die Steuerzahler zumindest ein Stück von wachsenden Ausgabenlasten

zu befreien. Vor diesem Hintergrund – nicht zuletzt auch im Kontext der bereits angesprochenen Problematik der durch eine steigende Staatsverschuldung verursachten Belastung zukünftiger Generationen – sind aktuelle Reformvorschläge, die einen zunehmenden Anteil der zu erwartenden Pflegelasten dem Steuerzahler aufbürden wollen, schwer nachvollziehbar. Das gilt namentlich für den aktuell von der CSU vorgelegten Vorschlag eines »Bundesleistungsgesetzes für Menschen mit Behinderung, demenzkranke Menschen und schwerstpflegebedürftige Härtefälle«⁴ (CSU 2011).

Aufgrund aller bisherigen Erfahrungen mit Steuerzuschüssen in der Sozialversicherung erscheint gegenüber mehr Steuerfinanzierung bei der Pflege grundsätzlich eher Skepsis geboten. Eine Lehre aus diesen Erfahrungen könnte bestenfalls lauten: Wenn überhaupt Steuerzuschüsse, dann auf keinen Fall diskretionär, sondern nur mit klarer Regelbindung. Das könnte zum Beispiel die Übernahme der Kosten für die Pflegeversicherung von Kindern und Jugendlichen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein (Jacobs/Rothgang 2011: 20).

Denkbar wäre aber auch, das »Beitragskinderurteil« des Bundesverfassungsgerichts von 2001 (BVerfG 2001b) anders umzusetzen, als es damals durch die rot-grüne Bundesregierung geschehen ist. Völlig zu Recht hatten die damaligen Oppositionsparteien CDU, CSU und FDP kritisiert, dass die Umsetzung des BVerfG-Urteils durch Rot-Grün – die Erhöhung des SPV-Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte für Kinderlose – der Intention des Gerichts, in mindestens drei Punkten zuwiderliefe (vgl. auch Rothgang 2004): Bei der Entlastung von Eltern wird nicht nach der Kinderzahl differenziert, obwohl beispielsweise fünf Kinder als künftige Beitragszahler die SPV fünfmal so stark entlasten wie ein Kind; es gibt keine Gleichbehandlung von Kindern als künftige Beitragszahler, weil die Entlastung einkommensabhängig erfolgt und damit Kinder von einkommensstarken Versicherten »höher gewichtet« werden als Kinder von einkommensschwachen; es gibt ferner keine Gleichbehandlung, weil Kinder von »jungen Eltern« aufgrund der nach der Geburt des ersten

Kindes lebenslangen Günstigerstellung beim Beitragssatz »höher gewichtet« werden als Kinder von »alten Eltern«. Grundsätzlich spräche nichts dagegen, diese heute nach wie vor berechtigte Kritik bei der anstehenden Reform der Pflegefinanzierung wieder aufzugreifen – etwa indem die vom Bundesverfassungsgericht für erforderlich gehaltene Kompensation des »generativen Beitrags« Kindererziehung und -betreuung aus Steuermitteln erfolgt, wie es insbesondere die FDP seinerzeit gefordert hatte (FDP 2004).

Problematisch für die künftige Ausgestaltung der Pflegefinanzierung, und zwar insbesondere aus verteilungspolitischer Sicht, sind aber auch Reformvorschläge, die vorsehen, künftige Ausgabenzuwächse – ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Von einer ausgewogenen Lastenverteilung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung kann keine Rede sein.

– zumindest teilweise über einen pauschalen Zusatzbeitrag der Mitglieder der Pflegekassen zu finanzieren. So hat etwa Jens Spahn, die Idee eines »Zukunftsfünfers« in die Diskussion gebracht (Interview mit der TAZ vom 19.09.2011). Unabhängig von der Frage, ob ein solcher zusätzlicher Pauschalbeitrag zum Zweck der ergänzenden Kapitaldeckung (siehe Abschnitt 3) oder zur laufenden Ausgabenfinanzierung verwendet werden soll, stellt sich damit grundsätzlich das Problem der Belastungsgerechtigkeit. Derselbe Jens Spahn, der 5 Euro im Monat unabhängig vom Einkommen der Ver-

⁴ Zusätzliche Probleme, die mit dem CSU-Vorschlag verbunden sind, liegen etwa darin, dass damit eine weitere Zersplitterung von Finanzierungszuständigkeiten einherginge. Wer gleichzeitig pflegebedürftig (nach bisheriger Definition), behindert, demenzkrank und multimorbide ist, müsste wohl befürchten, dass ein Finanzierungsträger versucht, die Verantwortung auf den nächsten zu schieben. Zudem wäre viel zusätzliche Bürokratie unvermeidlich. So heißt es etwa in dem Vorschlag selbst, dass »etwaige Doppelleistungen durch Überschneidungen (...) durch die Schaffung von Anrechnungsvorschriften vermieden werden (müssten)« – das mag man sich im Interesse der Betroffenen lieber gar nicht erst ausmalen.

sicherten in der SPV offenbar für sozial vertretbar hält, sieht in der GKV einen besonderen Vorteil (»sozial gerechter«) des von Schwarz-Gelb modifizierten Sozialausgleichs beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag gerade darin begründet, dass dieser Ausgleich nicht erst – wie es bei der vorherigen Regelung der großen Koalition der Fall war – ab einem monatlichen Betrag von acht Euro greift (Singhammer/Spahn 2011: 4). Das heißt aber gleichzeitig, dass auch ein »Zukunftsfünfer« ohne Sozialausgleich nicht besonders gerecht wäre – oder gilt diese Einschätzung erst ab einem Betrag irgendwo zwischen 5 und 8 Euro? Und was würde geschehen, wenn der »Zukunftsfünfer« als eine neue zusätzliche Stellschraube im System der SPV-Finanzierung eines Tages zu einem »Sechser« oder »Achter« ausgebaut würde – wäre dann doch ein Sozialausgleich nötig? Der wäre dann allerdings zwangsläufig derart aufwendig, dass selbst von einem »Achter« mutmaßlich kaum mehr als ein »Fünfer« für Pflegeleistungen verwendet werden könnte. Der Spahn'sche »Zukunftsfünfer« sollte besser keine Zukunft haben.

Letztlich führt kein Weg daran vorbei, das bestehende System der Beitragssatzgestaltung der SPV im Sinne einer Bürgerversicherung weiterzuentwickeln (vgl. aktuell auch Hagen/Lamping 2011, Rothgang 2011b). Wie dies zweckmäßig geschehen könnte, zeigt ein Blick auf die zentralen Ursachen der aktuell bestehenden Finanzierungsprobleme, die ja mit den in Abschnitt 2 dargestellten Einflussfaktoren für den in Zukunft wachsenden Finanzierungsbedarf noch nichts zu tun haben. Auch bereits unabhängig von Demografie, Dynamisierung und verändertem Pflegebedürftigkeitsbegriff weist die SPV nämlich seit Anfang der 2000er Jahre zunehmende Defizite auf, denen zunächst mit Einzelmaßnahmen – Einführung des Zusatzbeitrags(satzes) für Kinderlose (2005) und Vorziehen der Fälligkeit der Beitragszahlungen mit der Folge einer 13. Monatseinnahme (2006) – und danach mit einer Beitragssatzanhebung um 0,25 Prozentpunkte zum 1. Juli 2008 begegnet wurde. Seitdem verzeichnet die Pflegeversicherung zwar wieder Überschüsse, doch sind diese rückläufig, weil die im PflWG beschlossene Dynamisierung der Pflegeleistungen in drei Stufen (2008, 2010, 2012) erfolgt. Spätestens nach In-

krafttreten der letzten Stufe der Leistungsdynamisierung 2012 wird die SPV erneut defizitär sein und bis 2014 ihre Rücklagen weitgehend aufgezehrt haben.

Ursache für die Defizittendenzen ist – ähnlich wie in der GKV – die strukturelle Einnahmeschwäche der SPV, nicht deren Ausgabenentwicklung. So sind die Ausgaben im Zeitraum von 1998 (nach Auslaufen der erkennbaren »Einführungseffekte«) bis 2007 (also vor Inkrafttreten der ersten Stufe der Leistungsdynamisierung) im geometrischen Mittel um jährlich 1,6 Prozent gestiegen (Dräther/Hollmanoharan 2009: 16). Bereinigt um die genannten Sondereffekte lag das jährliche Einnahmewachstum im gleichen Zeitraum dagegen lediglich bei durchschnittlich 0,9% (geometrisches Mittel) und damit deutlich unterhalb der Inflationsrate, die in diesem Zeitraum 1,3 Prozent betrug (Rothgang/Dräther 2009: 45). Die Einnahmen sind damit real jedes Jahr um fast ein halbes Prozent gesunken. Diese strukturelle Einnahmeschwäche resultiert daraus, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (BIP) (Reiners 2011; Wille 2010).

Die Ursachen für diese Einnahmeschwäche liegen sowie in Veränderungen der Zahl der Beitragszahler als auch in der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen: So ist die Zahl der PPV-Versicherten kontinuierlich zu Lasten der SPV-Versicherten gestiegen. Da die Abwanderer aus der Sozialversicherung überdurchschnittlich verdienen, reduziert sich dadurch nicht nur die Beitragszahlerzahl, sondern auch deren durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen. Hinsichtlich der Höhe der Beitragszahlung ist entscheidend, dass sich die Beitragspflicht nur auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzleistungen erstreckt, nicht aber etwa auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung und selbständiger Tätigkeit oder Kapitaleinkommen. Die sinkende Lohnquote trägt deshalb dazu bei, dass die Grundlohnsumme langsamer steigt als das BIP. Strukturelle Verschiebungen auf dem Arbeitsmarkt, die zu einer sinkenden Bedeutung des Normalarbeitsverhältnisses führen, und ein Anstieg von Beschäftigungsverhältnissen mit verminderten Beitragszahlungen (insbesondere

geringfügige Beschäftigung) verstärken diesen Effekt noch.

Daneben weist die Finanzierung der Pflegeversicherung – weitgehend analog zur GKV – sowohl horizontale als auch vertikale Ungerechtigkeiten auf. Der Grundsatz der ökonomischen Leistungsfähigkeit ist im derzeitigen System durchbrochen: Haushalte mit gleich hohem Einkommen werden zu ungleichen Beitragszahlungen herangezogen, wenn sich ihr Einkommen aus unterschiedlichen Quellen speist. Bei einem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze hängt die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens zudem davon ab, wie sich das Haushaltseinkommen bei einem Ehepaar auf die beiden Partner verteilt. In Bezug auf die vertikale Gerechtigkeit fällt insbesondere ins Gewicht, dass sich Besserverdiener der Solidarität vollständig entziehen können, indem sie von der SPV in die PPV wechseln. Schließlich wird das Leistungsfähigkeitsprinzip durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt, deren Höhe letztlich willkürlich ist.

Eine tragfähige Finanzierungsreform sollte an der erkannten Hauptursache der Finanzierungsprobleme der Vergangenheit ansetzen: der strukturellen Einnahmeschwäche. Deren Beseitigung oder zumindest Abschwächung erfordert die Einbeziehung der gesamten Bevölke-

Die strukturelle Einnahmeschwäche der sozialen Pflegeversicherung muss beendet werden.

rung in die solidarische Finanzierung sowie die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommen, um zu verhindern, dass mit den Arbeitseinkommen ein zunehmend schrumpfender Teil des Volkseinkommens herangezogen wird, um die gesamte Beitragslast zu schultern.

Eine Bürgerversicherung, die durch den Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung, die Einführung einer Beitragspflicht für alle Einkommensarten, eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und ein Beitragssplitting für Ehepartner und eingetragene Lebensgemeinschaften gekennzeichnet ist, würde die horizontalen Ungleichheiten des derzeitigen Systems aufheben, da alle Einkommensarten bei-

tragspflichtig werden und das Splitting die Abhängigkeit der Beitragshöhe von der Zusammensetzung des Haushaltseinkommens aufhebt. Die vertikalen Ungerechtigkeiten werden erheblich abgemildert, da Besserverdienende nicht länger aus dem Sozialversicherungssystem mit seinen Umverteilungseffekten hinausoptieren können und auch Einkommen oberhalb der heutigen Beitragsbemessungsgrenze teilweise beitragspflichtig werden. Der Verstoß gegen den Leitgedanken einer Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip würde sogar ganz aufgehoben, wenn die Beitragsbemessungsgrenze nicht angehoben, sondern für Einkommen oberhalb dieser Grenze ein Solidarbeitrag mit geringem Beitragsatz erhoben wird.⁵

Fiskalisch beendet eine Pflegebürgerversicherung mit den oben skizzierten Parametern zunächst einmal die strukturelle Einnahmeschwäche des Systems und verhindert so ein weiteres systematisches Wegbrechen der Beitragsbasis. Bei sofortiger und vollständiger Umsetzung würde sie zu Mehreinnahmen von rund 4 Mrd. Euro führen. Allerdings beruht ein wesentlicher Teil dieser Mehreinnahmen auf dem Einbezug der bislang Privatversicherten, die eine günstigere Altersstruktur und daher niedrigere Ausgaben aufweisen. Wie gesehen, ist dieser Effekt im weiteren Zeitverlauf jedoch rückläufig (Abbildung 3). Auch eine Bürgerversicherung weist daher langfristig steigende Beitragssätze auf. Selbst bei einer angemessenen Leistungsdynamisierung in der beschriebenen Form Sinn und einer ausgabenwirksamen Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz der Bürgerversicherung nach eigenen Berechnungen aber nicht wesentlich über 3 Beitragssatzpunkte steigen. Im Hinblick darauf, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten vier Jahrzehnten nahezu verdoppeln dürfte, erscheint das allerdings sowohl sozialpolitisch angemessen als auch ökonomisch beherrschbar.

Millionen brauchen Ihren Rat



Seniorenrecht

in der anwaltlichen und notariellen Praxis

Herausgegeben von RA Ronald Richter, FASr | RAin Dr. Gudrun Doering-Striening, FAFamR u FASozR | RAin Anne Schröder | RAin Bettina Schmidt, FAArbR u FASozR

2. Auflage 2011, 360 S., brosch., 39,- €, ISBN 978-3-8329-5660-8

In der anwaltlichen Praxis gewinnt das Seniorenrecht immer mehr an Bedeutung. Die gesetzlichen Regelungen sind verstreut, eine Gesamtdarstellung für die Beratungspraxis fehlt. Dem kommt das Praxishandbuch – mit einer Schwerpunktsetzung auf die wichtigsten Beratungsthemen – nach.

»Wer sich mit dieser Materie zu befassen hat,...wird an diesem Buch nicht vorbeikommen.«

RA Jörg Kleinwegener, FAFamR, FF 1/08, zur Voraufgabe

Weitere Informationen: www.nomos-shop.de/12581



Nomos

⁵ Eigenen Berechnungen zufolge hätte ein solcher Solidarbeitrag bei geeigneter Ausgestaltung ähnliche Einnahmeeffekte wie eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Rentenversicherung (Rothgang/Arnold 2011).

Literatur:

- Ausschuss für Gesundheit (2011):** Beschlussempfehlung und Bericht zum Antrag des SPD-Fraktion »Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen – Chancen zu nötigen Veränderungen nutzen«, Bundestags-Drucksache 17/7082 vom 23.09.2011.
- Baumol, W. J. (1967):** Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *American Economic Review* 57, 415-426.
- Baumol, W. J., Oates, W. E. (1972):** The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life, in: *Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review* 1, 44-54.
- Beirat (2009a):** Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, hrsgg. vom Bundesministerium für Gesundheit, 26. Januar 2009. Download: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf (Zugriff am 05.10.2011).
- Beirat (2009b):** Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, hrsgg. vom Bundesministerium für Gesundheit, 20. Mai 2009. Download: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf/publikationen/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf (Zugriff am 05.10.2011).
- Blank, F. (2011):** Die Riester-Rente – Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitische Bewertung nach zehn Jahren. *Sozialer Fortschritt* 60 (6), 109-115.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2011):** Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2010) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. Download: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/110520_Leistungsempfaenger_der_sozialen_PV_nach_Leistungsarten.pdf (Zugriff: 05.10.2011).
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2001a):** Urteil des Ersten Senats zum Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) vom 3. April 2001, AZ 1 BvR 2014/95. Download: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr201495.html (Zugriff: 05.10.2011).
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2001b):** Urteil des Ersten Senats zum Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) vom 3. April 2001, AZ 1 BvR 1629/94. Download: http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr162994.html (Zugriff: 05.10.2011).
- CDU/CSU/FDP (2009):** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU UND FDP, 26.10.2009. Download: <http://www.cdu.de/doc/pdf/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf> (Zugriff am 05.10.2011).
- CDU/CSU/SPD (2005):** Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 11.11.2005. Download: http://www.cdu.de/doc/pdf/05_11_11_Koalitionsvertrag.pdf (Zugriff: 05.10.2011).
- CSU (2011):** Konzeptionelle Überlegungen für ein Bundesleistungsgesetz für Menschen mit Behinderung, demenzkranke Menschen und schwerstpflegebedürftige Härtefälle, mimeo, München, 01.09.2011; Download unter: www.der-paritaetische.de -> Fachinformationen -> Eintrag »Pflege_Eingliederungshilfe« vom 14.09.2011 (Zugriff am 05.10.2011).
- Dräther, H., Holl-Manoharan, N. (2009):** Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 15-40.
- Dräther, H., Jacobs, K., Rothgang, H. (2009):** Pflege-Bürgerversicherung. In: dies. (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 71-93.
- FDP (2004):** Familien spürbar durch einen Kinder-Bonus entlasten – Keine Beitragserhöhungen in der Sozialen Pflegeversicherung – Grundlegende Reform beginnen. Antrag der FDP-Bundestagsfraktion. BT-Drucksache 15/3683 vom 07.09.2004.
- FDP (2011):** Stabilität in Deutschland und Europa sichern. Bensberger Erklärung der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag, Beschluss vom 30. August 2011.
- Hagen, K., Lamping, W. (2011):** Karenzzeit, »Pflege-Riester«, Bürgerversicherung – Was hilft weiter? In: *DIW-Wochenbericht* Nr. 39, 3-15.
- Hagen, K., Reisch, L. A. (2010):** Riesterrente: Politik ohne Marktbeobachtung. In: *DIW-Wochenbericht* Nr. 8, 2-14.
- Jacobs, K. (2011):** Kapitaldeckung in der Pflege: Sparmodell mit Tücken. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 14, Heft 6, 30-33.
- Jacobs, K., Rothgang, H. (2011):** Zukunft der Pflegefinanzierung: Eckpunkte für eine tragfähige Reform. *G+G Wissenschaft* 11 (3), 14-22.
- Kuhlmeiy, A. (2006):** Gesundes Altern – geht das? *G+G Wissenschaft* 6 (1), 7-13.
- PKV (2011):** Gelegenheit macht Diebe. Die Pflege benötigt Finanzreserven, doch die müssen vor dem Zugriff des Staates sicher sein. *PKV publik – Das Magazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.*, Ausgabe 3/2011, 4-5.
- Reiners, H. (2011):** Mythen der Gesundheitspolitik, 2. vollständig überarb. Aufl., Bern: Huber.
- Rolfs, C. (2010):** Voraussetzungen und Konsequenzen einer Ergänzung des bestehenden Finanzierungssystems der sozialen Pflegeversicherung um kapitalgedeckte Elemente. Rechtsgutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Universität zu Köln.
- Rothgang, H. (2004):** Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 22.09.2004 in Berlin, mimeo; Download unter: www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang -> Stellungnahmen (Zugriff am 05.10.2011).
- Rothgang, H. (2008):** Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung »Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (BT-Drs. 16/7439). BT-Ausschussdrucksache 16(14)0327 (72neu); Download unter: www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang -> Stellungnahmen (Zugriff am 05.10.2011).
- Rothgang, H. (2009):** Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 95-121.
- Rothgang, H. (2010):** Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: *Das Gesundheitswesen*, 72 (3): 154-160.
- Rothgang, H. (2011a):** Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. *Sozialer Fortschritt* 60 (4-5), 81-87.
- Rothgang, Heinz. (2011b):** Reformoptionen und Reformsackgassen bei der Reform der Pflegeversicherung. *Wirtschaftsdienst* 91 (10), 659-663.
- Rothgang, H., Arnold, R. (2011):** Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag. WSI-Diskussionspapier No. 176, Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung.
- Rothgang, H., Dräther, H. (2009):** Zur aktuellen Diskussion über die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 41-69.
- Rothgang, H., Kulik, D., Müller, R., Unger, R. (2009):** GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, GEK-Edition Band 73, St. Augustin: Asgard Verlag.
- Schmähl, W. (1992):** Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren Band 10, Bonn.
- Singhammer, J., Spahn, J. (2011):** Zwischenbilanz der Gesundheitspolitik, mimeo, 13.09.2011. Download unter: http://jensspahn.de/4_13_Service_Verweise-und-Downloads.html (Zugriff: 05.10.2011).
- SPD (2011):** Orientierungspapier der SPD-Bundestagsfraktion zur Reform der Pflegeversicherung: »Für eine umfassende Pflegereform: Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken«. Download: http://www.spdfraktion.de/cnt/rs/rs_datei/o_14985,00.pdf (Zugriff am 05.10.2011).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (StatÄ) (2010):** Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden; Download unter: <http://www.destatis.de> -> Publikationen -> Fachveröffentlichungen -> Bevölkerung -> Bevölkerungsvorausberechnung (Zugriff: 05.10.2011).
- Wille, E. (2010):** Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 15 (3), 102-104.
- Wingenfeld, K., Schaeffer, D. (2011):** Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung. *G+G Wissenschaft* 11 (3), 7-13.
- Zok K (2011):** Erwartungen an die Pflegereform. *WIdOmonitor*, Ausgabe 2/2011; Download unter: http://www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html (Zugriff am 05.10.2011).