

Reform der Pflegeversicherung:

Belastungen des demographischen Wandels intergenerativ gerecht verteilen!

Die Regierungsparteien CDU/CSU und SPD haben sich auf eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung geeinigt. Danach sind deutliche Leistungsverbesserungen zu erwarten. Im wichtigen Reformpunkt „Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung“ konnte kein Konsens erzielt werden. Allein die demographiebedingten Kosten werden im Jahr 2050 einen kostendeckenden Beitragssatz von 3,5 % erfordern. Um diese erhebliche Belastung zwischen den Generationen gerecht zu verteilen, wird vorgeschlagen, eine Beitragsanhebung zum 1. Januar 2010 um 0,62 %-Punkte vorzunehmen. Dadurch könnte bis zum Jahr 2034 ein Kapitalstock in Höhe von 82,26 Mrd. Euro angespart werden, der bis zum Jahr 2050 „entspart“ würde mit dem Ergebnis, dass über den Gesamtzeitraum der Beitragssatz stabil bliebe. Durch die solidarische Finanzierung des Kapitalstockes erfolgt eine sozial gerechte Lastenverteilung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung. Allerdings müsste die private Pflegeversicherung wegen ihrer deutlich besseren Risikostruktur einen Finanzausgleich an die soziale Pflegeversicherung leisten.

■ Eckart Fiedler, Guido Büscher und Markus Lungen

Pflegeversicherung erfolgreich, aber mit Reformbedarf

In ihrer Koalitionsvereinbarung vom November 2005 haben CDU/CSU und SPD eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung vereinbart.¹ Danach sollen einerseits eine nachhaltige und gerechte Finanzierung gesichert sowie andererseits Verbesserungen auf der Leistungsseite vorgenommen werden. Letztere umfassen insbesondere die Leistungsdynamisierung, um den seit Jahren schleichenden Wertverfall entgegenzuwirken sowie eine zukünftig bessere Berücksichtigung des besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfes von Demenzkranken. Bei der Dynamisierung soll die derzeitige Spreizung zwischen den ambulanten und stationären Pflegestufen mit dem Ziel korrigiert werden, den Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker zur Geltung zu bringen.

Nach intensiven Beratungen in einer Koalitionsarbeitsgruppe wurde jetzt ein Eckpunktepapier „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ vorgelegt², welches die Grundlage für die Formulierung eines Reformgesetzentwurfes bildet. Eine erste Bewertung lässt deutliche Verbesserungen auf der Leistungsseite erkennen, für deren kurz- bis mittelfristige Finanzierung

eine Beitragssatzanhebung um 0,25 % Punkte vorgesehen ist. Allerdings wurde die „Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung“ wegen unüberbrückbarer Meinungsunterschiede zurückgestellt. Demnach waren die Vorgaben in der Koalitionsvereinbarung wie „Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve“ oder „zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen einen Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung einzuführen“³ zu allgemein. Der Teufel steckte im Detail; eine Einigung konnte leider (noch) nicht erzielt werden.

Die Pflegeversicherung wurde 1995 als eigenständige Säule unserer Sozialversicherung ins Leben gerufen. Sie gliedert sich in eine soziale und private Pflegeversicherung, wobei die Mitgliedschaft dem Grundsatz folgt: Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse sind automatisch Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung, während privat Krankenversicherte in der Regel Mitglieder der privaten Pflegeversicherung werden. Der Leistungsumfang ist für beide Zweige gesetzlich einheitlich geregelt. Demgegenüber werden die Beiträge unterschiedlich erhoben: die soziale Pflegeversicherung folgt den Prämissen der sozialen Krankenversicherung (solidarische Finanzierung im Umlageverfahren). Die private Pflegeversicherung erhebt risikoäquivalente Beiträge einschließlich Altersrückstellungen (Kapitaldeckung). Die Risikoäquivalenz ist aller-

Eckart Fiedler, Guido Büscher und Markus Lungen, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln

dings eingeschränkt, da beispielsweise Kinder auch in der privaten Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert sind und die Versicherungsprämie auf den Höchstbeitrag zur sozialen Pflegeversicherung gedeckelt ist. Die Eckpunkte der gesetzlichen Pflegeversicherung zeigt Übersicht 1.

Anlass für die Einführung dieses weiteren Sozialversicherungszweiges im Jahre 1995 waren die weitgehende Abhängigkeit stationär betreuter Pflegebedürftiger von der Sozialhilfe sowie ein allgemein beklagter Pflegenotstand. Von den rund 200.000 Pflegebedürftigen, die 1990 in Heimen lebten, waren 70% auf Sozialhilfe angewiesen, ein Zustand, der den damaligen Bundesarbeitsminister Norbert Blüm zu der Feststellung veranlasste: „Es ist unwürdig, daß vielen älteren Mitbürgern von ihrer hart erarbeiteten Rente im Pflegeheim nur ein Taschengeld übrigbleibt.“⁴

Übersicht 1: Architektur der Pflegeversicherung

- „Teilkasko-Versicherung“ als Hilfe zur Selbsthilfe
- gleiches Leistungsspektrum für alle (Volksversicherung)
- unterschiedliche Finanzierung (analog GKV und PKV)
- eigenständige Säule im Sozialversicherungssystem
- bundesweit einheitlicher Beitragssatz (per Gesetz)
- paritätische Finanzierung (Kompensation durch Streichung Buß- und Bettag)

Da die Beitragspflicht in der sozialen Pflegeversicherung – zunächst 1% vom beitragspflichtigen Arbeitseinkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze – zum 1. Januar 1995 einsetzte, Leistungen aber erst ab dem 1. April 1995 gewährt wurden, konnte eine Rücklage aufgebaut werden. Diese erhöhte sich, da bis zum 1. Juli 1996 nur für ambulante Leistungen gezahlt wurden, die teuren stationären Leistungen also erst ab dem 1. Juli 1996 anfielen. Gleichzeitig wurde ab diesem Zeitpunkt der Beitragssatz auf 1,7% erhöht. Die kollektiv, solidarisch finanzierte Rücklage erreichte 1998 eine Größenordnung von 5,5 Milliarden Euro – einschließlich einer halben durchschnittlichen Monatsausgabe in Höhe von 0,75 Milliarden Euro als Mindestreserve – und sollte nach Auffassung des Vaters der Pflegeversicherung Staatssekretär Karl Jung dazu dienen, den Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung bis Ende 2008 stabil zu halten. Anlässlich des 10-jährigen Bestehens der Pflegeversicherung unterstrich die Bundesregierung diese Prognose.⁵

1999 beschloss der Gesetzgeber mit dem IV. SGB XI – Änderungsgesetz Leistungsverbesserungen bei Tages-, Ersatz- und Kurzzeitpflege sowie 2001 im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz zusätzliche Betreuungsleistungen zur Entlastung der Familien. Die dadurch bewirkten Mehrausgaben wurden zusammen auf knapp 400 Millionen Euro pro Jahr geschätzt.⁶

Die Einnahmeseite erfuhr eine Stärkung durch das Kinderberücksichtigungsgesetz. Danach zahlen seit

dem 1. Januar 2005 Kinderlose einen Zusatzbeitrag von 0,25% Punkten (rund 600 Millionen Euro Mehreinnahme). Des Weiteren erzielte im Jahre 2006 die soziale Pflegeversicherung durch den vorgezogenen Abführungstermin des Gesamtsozialversicherungsbeitrages eine einmalige Mehreinnahme von fast einer Monateinnahme. Nach Einschätzung der Deutsche Bundesbank dürfte dieser Effekt der sozialen Pflegeversicherung knapp eine Milliarde Euro zusätzlich beschert haben.⁷ Ende 2006 lag die Rücklage dadurch wieder bei 3,5 Milliarden Euro, also 2,75 Milliarden Euro über der Mindestreserve. Die Prognose des Gesetzgebers aus dem Jahr 1994 für Beitragssatzstabilität bis zum Jahr 2008 hat sich bei Aufrechnung der gesetzlichen Leistungsverbesserungen mit den vorgenannten Mehreinnahmen also grundsätzlich erfüllt.

Als Zwischenbilanz nach über 10 Jahren gesetzlicher Pflegeversicherung, kann desweiteren festgehalten werden: Mehr als 2 Millionen Pflegebedürftige profitieren aktuell von den Leistungen, wobei die Pflege qualifizierter und professioneller geworden ist. Nach Einschätzung des BMGS vollzog sich seit Einführung der Pflegeversicherung ein Beschäftigungsanstieg im Sozialwesen in den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Berufen um rund 250.000 Personen.⁸ Zudem wurden die Sozialhilfeträger um bis zu 6 Milliarden Euro pro Jahr entlastet, eine Summe, die zwischenzeitlich wieder gesunken ist, da durch den schleichenden Werteverlust der Pflegeleistungen der Anteil der Pflegebedürftigen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, wieder steigt. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen ist daher besonders wichtig im Katalog der Reformpunkte (siehe Übersicht 2).

Übersicht 2: Reformpunkte der Pflegeversicherung

- Defizitäre Entwicklung (Problem Einnahmenseite)
- Dynamisierung
- Verhältnis Ambulant – Stationär (Vorrang ambulante Pflege)
- Erweiterung Pflegebedürftigkeits-Begriff (Demenz)
- Demographische Entwicklung (Nachhaltigkeit / Generationengerechtigkeit)
- Ungerechte Risikoverteilung zwischen SPV und PP

Aufstockung der Pflegeleistungen kompensiert Wertverlust nicht

Über den wichtigen Reformpunkt „Dynamisierung“ hat die Koalitionsarbeitsgruppe erfreulicherweise Konsens erzielt. So sollen zum einen die ambulanten Sachleistungsbeträge, das Pflegegeld und der stationäre Sachleistungsbetrag der Pflegestufe III (einschließlich Härtefälle) stufenweise bis 2012 angehoben werden. Zum anderen ist eine Dynamisierung aller Leistungen der Pflegeversicherung in einem dreijährigen Rhythmus ab dem Jahr 2015 geplant.

Die stufenweise Anhebung von Pflegegeld und gewissen Sachleistungsbeträgen führen zu Erhöhungen zwi-

schen 5,2 und 19% in der Endstufe im Jahr 2012. Da die kostenträchtigen stationären Sachleistungsbeträge der Pflegestufen I und II von einer Aufstockung ausgeklammert bleiben, liegt die finanzielle Gesamtbelastung bei 1,2 Milliarden Euro.⁹ Dies ist bezogen auf das Ausgabevolumen der Pflegeleistungen des Jahres 2006 eine durchschnittliche Erhöhung um 8,2%. Da das Ausgabenvolumen bis zum Jahr 2012 weiter steigen wird, dürfte dieser Wert auf unter 7% sinken. Demgegenüber ist die Inflationsrate seit 1995 bis einschließlich 2006 um 18,1% gestiegen¹⁰ und dürfte bis einschließlich 2012 auf über 25% weiter anwachsen. Das heißt, der inflationsbedingte Werteverlust der Leistungen der Pflegeversicherung wird am Ende der Aufstockungsphase trotz erheblicher Anpassungen einzelner Pflegeleistungen in keiner Pflegestufe kompensiert sein. So wird beispielsweise das Pflegegeld der Stufe II trotz Aufstockung auf 440 Euro in 2012 im Realwert gegenüber 1995 um ca. 15% niedriger liegen.

Ausgeklammert von der Aufstockung bleiben wie beschrieben die stationären Sachleistungen der Pflegestufen I und II. Grund für diese Entscheidung ist der starke Zuwachs dieser Leistungen in den letzten Jahren, wohl auch wegen der deutlich besseren finanziellen Ausstattung gegenüber den ambulanten Pflegeleistungen. So ist in den Jahren 1996 bis 2004 die Anzahl der Leistungsempfänger in den stationären Pflegestufen I und II um 119% bzw. um 59% gestiegen. Im gleichen Zeitraum hat sich die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung insgesamt um „nur“ 24% erhöht. Um diesen überproportionalen Trend in die stationäre Pflege zu stoppen und der familiären Pflege wieder einen Vorrang einzuräumen, werden die Beträge in allen ambulanten Stufen schrittweise angehoben.

Die schleichende Entwertung bei den stationären Pflegeleistungen der Stufen I und II geht also weiter. Bis zum Einsetzen der ersten Dynamisierung im Jahre 2015 dürfte deren Wert bei nur noch zwei Drittel desjenigen liegen, den diese Leistungen beim Start der Pflegeversicherung in 1995 hatten. Dabei bleibt unberücksichtigt, daß die Pflegeheimkosten überproportional zum Preisindex gestiegen sind.

Umso wichtiger ist die Dynamisierung, die in einem dreijährigen Rhythmus – beginnend 2015 – gesetzlich verankert werden soll. Ohne diese Dynamisierung einschließlich der aktuellen Aufstockungen würde der Realwert der Pflegeleistungen bis 2050 auf ca. ein Drittel des Ausgangswertes sinken.¹¹ Damit würde der Teilabsicherungscharakter der Pflegeversicherung zweifellos überzogen, da dann die Meisten der Pflegebedürftigen die notwendige „Selbstbeteiligung“ nicht aufbringen könnten und somit der Sozialhilfe sprich dem Steuerzahler anheim fielen. Insgesamt würde der Zustand wieder eintreten, der für die Einführung der Pflegeversicherung mit ursächlich war.

Insoweit ist eine kontinuierliche Dynamisierung der Pflegeleistungen unerlässlich. Die Höhe der dreijährigen Anpassungen wird entscheidend für die Auswirkungen

auf den Beitragssatz sein. Lägen die Entwicklungen von beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) einerseits und Inflationsrate andererseits im Einklang miteinander, wäre bei einer Dynamisierung in Höhe der Inflationsrate der Beitragssatzanstieg allein vom Mengenzuwachs einschl. Struktur – vor allem aufgrund der demographischen Entwicklung – abhängig. Im Eckpunktepapier des BMG wird für die nächsten Jahrzehnte mit einer jährlichen Inflationsrate in Höhe von 1,5% gerechnet. Der Anstieg der Bruttolohn- und -gehaltssumme der letzten 10 Jahre lag gleichfalls durchschnittlich bei knapp 1,5%. Dem gegenüber nahm der Grundlohn um lediglich 0,75% pro Jahr zu. Inwieweit es zukünftig gelingt die Einnahmeschwäche in der Sozialversicherung allgemein zu überwinden und die Lücke zwischen Bruttolohn- und -gehaltssumme einerseits und Grundlohnsumme andererseits in Zukunft zu schließen, erscheint fraglich. Eine kontinuierliche Dynamisierung der Pflegeleistungen in Höhe der Inflationsrate dürfte Beitragssatzsteigerungen nach sich ziehen.

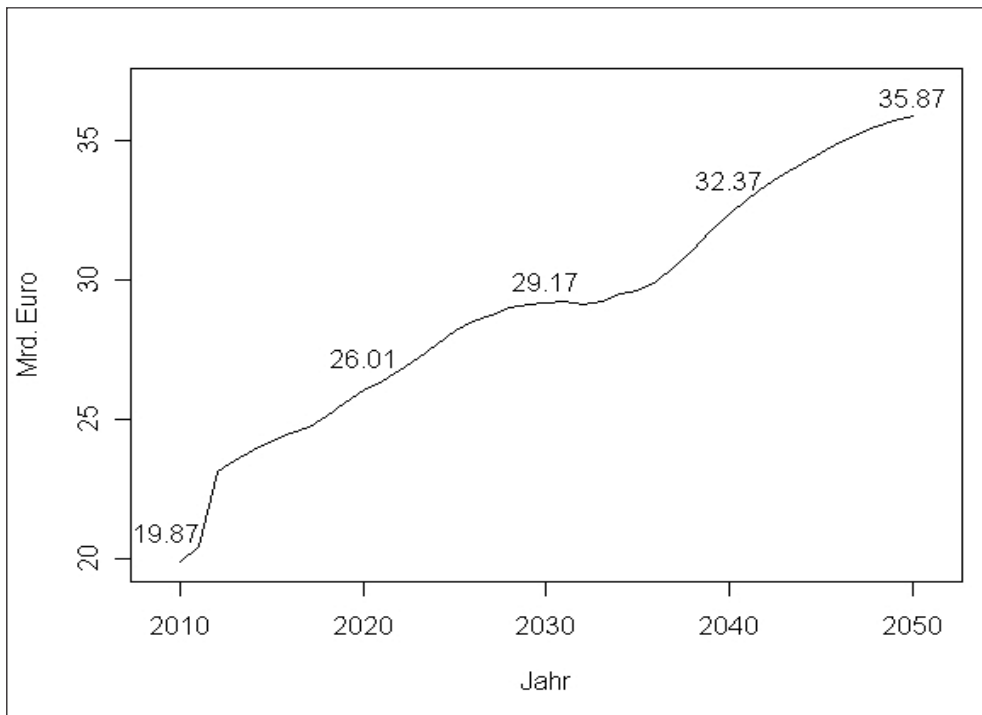
Demographie führt zu erheblichen Anstieg der Pflegefälle

Zu erheblichen Belastungen wird der sozio-ökonomische Wandel insbesondere die demographische Entwicklung führen. Die älter werdende Bevölkerung wird einen deutlichen Anstieg in der Zahl der Pflegebedürftigen zufolge haben. So liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei den unter 60-Jährigen bei 0,6%, wächst in der Altersklasse der 60- bis 80-Jährigen auf 3,9% und springt bei den über 80-Jährigen auf 31,8%.¹²

Der Anteil der 80-Jährigen und älteren an der Bevölkerung liegt heute bei gut 5% und wird bis 2050 auf 15% steigen. Und auch die Alterskohorten der 60- bis 79-Jährigen werden anteilmäßig von heute 20% auf dann 26% zu nehmen. Daraus resultiert eine deutlich wachsende Zahl von Pflegebedürftigen mit entsprechend steigenden Leistungsausgaben. Da die Bevölkerung gleichzeitig schrumpft, wird die Anzahl der Beitragszahler insgesamt abnehmen. So gibt es heute rd. 52,1 Millionen Bundesbürger zwischen 20 und 67 Jahren (Anteil 63%). Bis zum Jahr 2050 wird diese Zahl auf 38,3 Millionen (Anteil 56%) sinken.¹³ Wir haben also in Zukunft eine doppelt negative Dynamik in der Pflegeversicherung: Auf der einen Seite wächst die Zahl der Empfänger, auf der anderen Seite sinkt die Zahl der Beitragszahler. (Abb. 1)

Die Auswirkungen der Veränderung unserer Bevölkerungsstruktur auf die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung veranschaulicht die Abbildung 1. Danach werden **allein** wegen der demographischen Entwicklung die Leistungsausgaben von 19,87 Milliarden Euro im Jahr 2010 auf 35,87 Milliarden Euro im Jahr 2050 anwachsen. In dieser Berechnung wurden die nach dem Eckpunktepapier vorgesehenen Leistungsverbesserungen in Höhe von 2,32 Milliarden Euro bis 2012 berücksichtigt.

Abbildung 1: Entwicklung der demographiebedingten Leistungsausgaben in Mrd. €



Quelle: Eigene Berechnungen.

Nachbesserungsbedarf bei Demenz

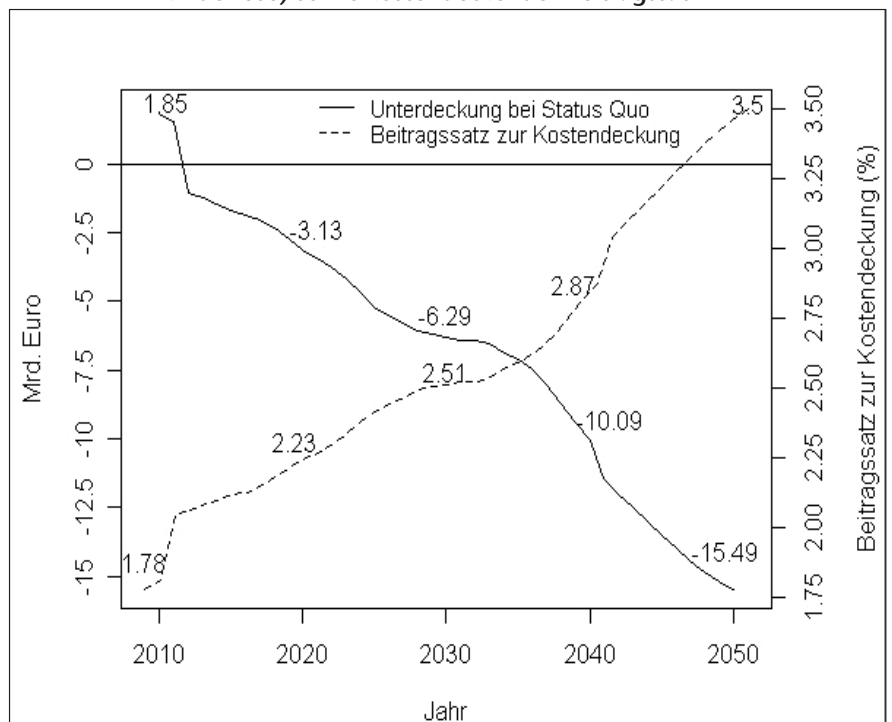
Zu den Leistungsverbesserungen gehört auch ein Betrag in Höhe von 500 Millionen Euro zur besseren Berücksichtigung des allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.¹⁴ Nach dem Eckpunktepapier soll ein zusätzlicher Leistungsbetrag in unterschiedlicher Höhe (2 Stufen) entsprechend des festgestellten Betreuungsaufwandes geleistet werden. Im Einzelfall kann dieser Zusatzbetrag 2.400 Euro pro Jahr betragen. Angesichts von über 1 Million mittel- bis schwer erkrankter Demenzpatienten ist die einkalkulierte Gesamtsumme recht niedrig. Pro Demenzkranken stehen durchschnittlich 500 Euro pro Jahr oder etwas mehr als 40 Euro pro Monat zur Verfügung. Insoweit wird es auf die Regelungen zur unterschiedlichen Verteilung dieses Geldes (Begutachtung) ankommen, um dem tatsächlichen Betreuungsbedarf halbwegs gerecht zu werden. Gegebenenfalls wird der Gesetzgeber hier nachbessern müssen. Der in Abbildung 1 dargestellte Zuwachs des demographiebedingten Leistungsausgabenanstieges bis 2050 be-

rücksichtigt allein die im Eckpunktepapier vorgesehenen Mehrausgaben von 500 Millionen Euro für Demenzkranke.

Die Berechnung beruht – und dies soll noch einmal unterstrichen werden – allein auf dem Effekt des demographischen Wandels, also der Verschiebung im Altersaufbau und der daraus resultierenden Wahrscheinlichkeit einer höheren Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Detaillierte Angaben zur Methodik der Berechnungen finden sich im Anhang.¹⁵

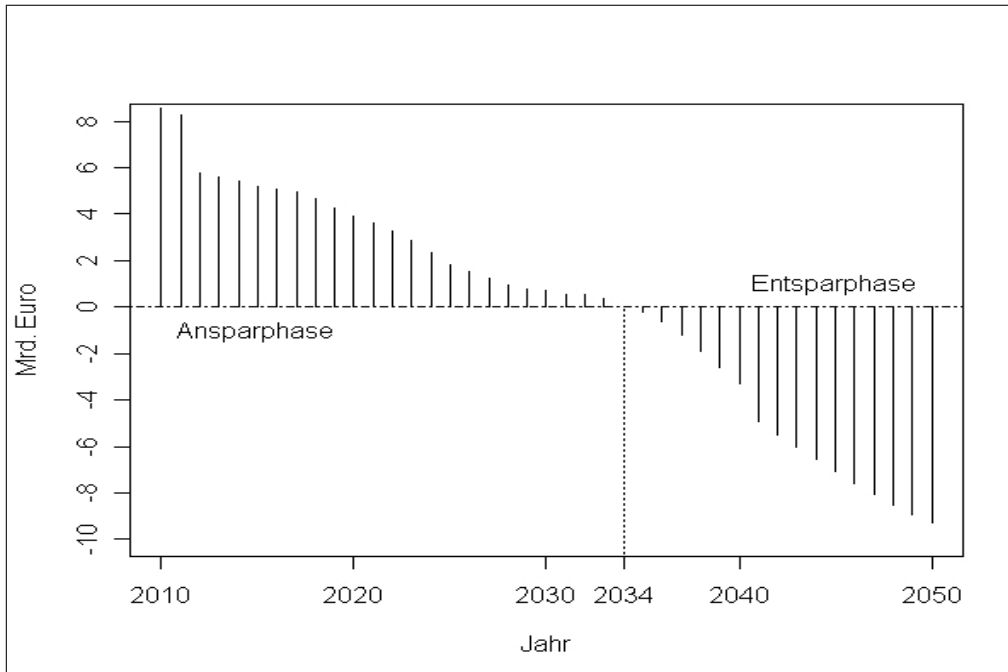
Bei einem konstanten Beitragssatz von 1,95% (2,2% für Kinderlose) ab dem 1. Juli 2008 würde sich – allein durch die Kosten des demographischen Wandels – nach anfänglichem Überschuss eine wachsende jährliche Unterdeckung auf-

Abbildung 2: Unterdeckung der demographiebedingten Ausgaben (Mrd. Euro) bei konstantem Beitragssatz (1,95 % bzw. 2,2 % für Kinderlose) sowie kostendeckender Beitragssatz



Quelle: Eigene Berechnungen.

Abbildung 3: Jährliche Über/Unterdeckung (Mrd. €) bei einem konstantem Beitragssatz von 2,57 % bzw. 2,82 % für Kinderlose bis 2050.



Quelle: Eigene Berechnungen.

bauen, die im Jahr 2050 eine Größenordnung von 15,49 Milliarden Euro erreicht (Abbildung 2). Um dieses Defizit abzufangen müsste der Beitragssatz auf 3,5% (3,75% Kinderlose) angehoben werden. Damit wären allein die demographiebedingten Kostensteigerungen aufgefangen.

Gerechte Lastenverteilung zwischen den Generationen

In der Koalitionsvereinbarung wird also zu Recht neben der Stärkung der Eigenverantwortung mehr Solidarität zwischen den Generationen gefordert, um die jeweils erwerbstätige Generation nicht zu überfordern. Würde in den nächsten Jahren keine Entscheidung getroffen, um die finanzielle Nachhaltigkeit der sozialen Pflegeversicherung in gerechter Weise zu sichern, müssten unsere Kinder die Last der demographischen Entwicklung alleine schultern. Umgekehrt würde ein kompletter Umstieg auf eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung die heute Erwerbstätigen überfordern. Sie müssten nicht nur die Pflegeleistungen der heute älteren Generation im Umlageverfahren bis zu dessen Auslaufen finanzieren, sondern auch den Aufbau des eigenen Versicherungsschutzes. Dementsprechend bietet sich eine intergenerative Lastenverteilung an, die die Finanzauswirkungen des demographischen Wandels bei der sozialen Pflegeversicherung gerecht zwischen den Generationen verteilt. Beispielhaft für eine solche Lösung war der vorausschauende Aufbau eines Kapitalstockes bei Einführung der Pflegeversiche-

rung, der – wie zu Beginn beschrieben – bis heute die Beitragssatzstabilität garantiert hat. Ich spare also mit einem höheren als kostendeckenden Beitragssatz bis zu einem Zeitpunkt t_1 an, um dann bis zu einem Zeitpunkt t_2 den Kapitalstock zu verbrauchen, letztlich um über die Gesamtzeit den Beitragssatz stabil halten zu können.

Abbildung 3 zeigt das Ergebnis der Berechnung einer solchen Vorsorge, die allein das Risiko der demographischen Entwicklung bis zum Jahr 2050 abdeckt. Danach müsste ab dem Jahr 2010 ein Beitragssatz von 2,57% (2,82% für Kinderlose) erhoben werden. Er würde – mit sinkender Tendenz – bis zum Jahr

2034 eine Demographie-Rücklage in Höhe von 82,26 Milliarden Euro aufbauen lassen, die nach 2034 mit dann steigender Tendenz wieder aufgezehrt würde. In die Berechnung wurden die nach dem Eckpunktepapier vorgesehenen Leistungsverbesserungen in Höhe von 2,32 Milliarden Euro bis 2012 einbezogen. Entsprechend sinkt das Ansparsvolumen nach dem Jahr 2012 deutlich ab.

Zur gerechten intergenerativen Verteilung der Lasten aus der zunehmenden Alterung unserer Bevölkerung müsste der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung um zusätzlich 0,62% Punkte zum 1. Januar 2010 angehoben werden. Er könnte dann bis 2050 mit der Einschränkung konstant gehalten werden, daß erstens keine weiteren Leistungsverbesserungen gesetzlich beschlossen würden und zweitens die notwendige Dynamisierung der Leistungen durch die Einnahmeentwicklung finanziell kompensiert wird.

Eine solche Lösung verteilt die Lasten des demographischen Wandels nicht nur gerecht zwischen den Generationen, sondern auch innerhalb der Beitragszahler. Da die Beiträge zu der sozialen Pflegeversicherung einkommensproportional bis zur Beitragsbemessungsgrenze erhoben werden, ist ein sozialer Ausgleich garantiert, der bei einem individuellen Kapitaldeckungsverfahren fehlen würde. Die Einführung eines steuerfinanzierten sozialen Ausgleiches für Bezieher niedriger Einkommen wäre mit einem erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden.

Der Vorschlag der intergenerativen Verteilung der Lasten des demographischen Wandels hat zudem den Vorteil, daß sich die heute ältere Generation, die in besonde-

rer Weise von der erst im Jahr 1995 eingeführten Pflegeversicherung profitiert, an dem Aufbau des kollektiven Kapitalstockes – von dem sie kaum mehr profitiert – finanziell beteiligt.

Bessere Versichertenstruktur der privaten Pflegeversicherung rechtfertigt Finanzausgleich

Allerdings gibt es einen Schönheitsfehler: Der soziale Ausgleich beschränkt sich auf die soziale Pflegeversicherung, die gegenüber der privaten Pflegeversicherung das höhere Risiko aufweist und deren Beitragszahler eine höhere Belastung beim Aufbau einer Demographie-Rücklage schultern müssen. Seit Jahren kämpft die soziale Pflegeversicherung mit Defiziten, während die private Pflegeversicherung hohe Überschüsse erzielt. So waren im Jahre 2003 die Überschüsse, die zur Absenkung der Beiträge eingesetzt werden konnten, höher als die gesamten Leistungsausgaben.¹⁶ Dieses gute Abschneiden der privaten Pflegeversicherung ist kein Ergebnis einer höheren Effizienz, sondern die Folge einer besseren Risikostruktur der Versicherten, wie später gezeigt wird. Die in der Koalitionsvereinbarung verankerte Absicht einen Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung einzuführen, ist also unbedingt richtig. Leider konnte diese Vorgabe wegen Meinungsunterschieden in der Koalitionsarbeitsgruppe nicht umgesetzt werden. Dabei belegen die Fakten eindeutig die Notwendigkeit eines solchen Risikostrukturausgleiches. So lag in der sozialen Pflegeversicherung der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl aller Versicherten bei 2,8% im Jahr 2005.¹⁷ In der privaten Pflegeversicherung lag er bei lediglich 1,3%, also bei weniger als die Hälfte. Bei den Leistungsausgaben ist der Unterschied noch größer. Unter Berücksichtigung der besonderen Situation der Behinderten liegen die Leistungsausgaben in der privaten Pflegeversicherung dreimal niedriger (109 Euro pro Jahr pro Vollbeitragszahler), als in der sozialen Pflegeversicherung (337 Euro pro Jahr pro Mitglied).¹⁸ Ursächlich für diese gravierenden Unterschiede sind einerseits die bessere Altersstruktur der Versicherten in der privaten Pflegeversicherung, andererseits aber auch die höhere Morbidität der Mitglieder in der sozialen Pflegeversicherung innerhalb der einzelnen Alterskohorten.

Bei der heutigen Altersstruktur liegt der Anteil der über 65-Jährigen in der sozialen Pflegeversicherung bei knapp 21%, in der privaten Pflegeversicherung bei lediglich 14%. Insoweit ist nachvollziehbar, daß die Anzahl der Pflegefälle in der sozialen Pflegeversicherung deutlich höher liegt. Daneben schlägt aber auch eine höhere einkommensabhängige Morbidität bei der sozialen Pflegeversicherung negativ zu Buche. In der gesetzlichen Krankenversicherung lassen sich deutliche Unterschiede bei den nach Einkommensklassen geschichteten Leistungsausgaben feststellen. So zeigt eine Analyse der Leistungsausgaben aller 60-Jährigen Mitglieder (68.000) der Barmer, dass Personen mit beitragspflichtigen Einkommen unter 15.000 Euro pro Jahr um 58% höhere Leistungsausgaben aufweisen, als der Durchschnitt aller 60-Jäh-

rigen. Umgekehrt liegen die Leistungsausgaben bei Mitgliedern mit beitragspflichtigen Einkommen über 40.000 Euro pro Jahr 46% unter dem Durchschnitt.¹⁹ Die deutlich höheren Leistungsausgaben für Einkommensschwache in der GKV werden in entsprechender Weise auch auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung durchschlagen. Die gute Finanzlage der Privaten Pflegeversicherung ist demnach nicht nur Ergebnis der jüngeren Klientel, sondern auch der besseren Morbidität ihrer besser Verdienenden. Insoweit ist ein Finanzausgleich zwischen den beiden Zweigen der Pflegeversicherung gerecht und angezeigt, zumal der Gesetzgeber bei Einführung von sozialer und privater Pflegeversicherung eine sozial ausgewogene und belastungsgerechte Zusammensetzung der jeweiligen Versichertengemeinschaften unterstellt hatte.²⁰

Über die Höhe eines gerechten Finanzausgleiches wurden zahlreiche Vorschläge gemacht, die bis zur Einführung einer Bürgerversicherung „Pflege“ reichten.²¹ Nahelegend ist eine gleichmäßige prozentuale Finanzbelastung in beiden Zweigen der Pflegeversicherung. Nach Berechnungen von Experten des BMG läge das Beitragsaufkommen in der privaten Pflegeversicherung um etwa 700 Millionen Euro höher, wenn der heute in der sozialen Pflegeversicherung geltende Beitragssatz von 1,7% auch in der privaten Pflegeversicherung zu Grunde gelegt würde.²² Damit wäre eine Größenordnung genannt, die einerseits die Versicherten der privaten Pflegeversicherung mit Blick auf die anstehenden Beitragssatzanhebungen in der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Juli 2008 und ggf. zum 1. Januar 2010 – zwecks Aufbau einer Demographie-Rücklage – finanziell immer noch besser stellt. Andererseits würde ein solcher Finanztransfer helfen den Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung bei anhaltender Einnahmeschwäche trotz einer angemessenen Dynamisierung für lange Zeit stabil zu halten.

Anhang: Methodik der Berechnungen

Unsere Berechnungen in diesem Beitrag basieren auf den Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung²³. Verwendet wurden die Daten der Welle u und v; wobei sich alle Angaben auf das Jahr 2004 beziehen. Auf Grund der Art der Befragung beziehungsweise der Art der Einkünfte konnten nicht alle Einkünfte eindeutig einer Person in einem Haushalt zugeordnet werden. Einkünfte, die in einem Haushalt mit mehr als zwei Erwachsenen, nicht eindeutig einer Person zugeordnet werden können, wie z.B. die Zinsen eines Sparbuchs, wurden zu zwei Dritteln der Person mit dem höchsten Einkommen und zu einem Drittel der Person mit dem zweit höchsten Einkommen im Haushalt zugeordnet. Da es sich bei den Daten um zwei Befragungswellen handelt und des Weiteren sehr viele Fragen aus dem Fragebogen verwendet wurden, ist davon auszugehen, das nicht bei jeder Person alle Antworten vorliegen. Um trotzdem einen möglichst großen Stichprobenumfang zu erhalten wurden fehlende Werte zufällig von Personen mit ähnlichen Charakteristika, wie

z.B. Altersgruppe, Geschlecht, ersetzt. In den SOEP-Daten wird derzeit nicht abgefragt, welchen Status die Personen in der Pflegeversicherung haben. Deswegen wurde davon ausgegangen, dass der Status in der Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung identisch ist. Diese Annahme ist aus unserer Sicht vertretbar, da der Personenkreis nahezu identisch ist.²⁴ Beim Versicherungsstatus der Kinder wird der Status der Person verwendet, die als Haushaltsvorstand angegeben wurde in dem das Kind lebt. Sollte diese Information nicht vorliegen wird der Status der Mutter, oder einer anderen Bezugsperson, verwendet. Um festzustellen, ob eine Person ein Kind hat, und damit den niedrigeren Beitragssatz in die Pflegeversicherung zahlen muss, wurde durch die vom Robert-Koch-Institut generierten Tabellen biobirth und biobirthm entnommen, die Teil der SOEP-Daten sind.

Für die Prognose der Zukunft wurde eine Anpassung der Hochrechnungsfaktoren vorgenommen. Diese Anpassung erfolgt laut der Bevölkerungsentwicklung des Berichts der Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme.²⁵ Neben der Bevölkerungsentwicklung wird auch der Verlauf der Arbeitslosenzahlen dem Bericht entnommen und mit dem Faktor 0,90 korrigiert. Durch diese Korrektur wird eine Anpassung an die aktuellen Arbeitslosenzahlen erreicht. Die Hochrechnungsfaktoren des SOEP-Datensatzes für 2004 dienen als Referenzwerte. Die alters- und geschlechtsspezifischen Einkommen- und Ausgabenprofile werden für die Zukunftsprognose beibehalten.

Fußnoten

- 1 Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD: Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit, 2005.
- 2 Bundesministerium für Gesundheit: Eckpunktepapier, Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Juni 2007.
- 3 Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD: Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. 2005, S.92.
- 4 Rede des Bundesministers Dr. Norbert Blüm, Ersatzkassentag, 29.11.1990, Bonn.
- 5 Erklärung Bundesregierung zum 10-Jährigen bestehen der Pflegeversicherung vom 21. November 2005 http://www.bundesregierung.de/nn_774/Content/DE/Artikel/2005/11/2005-11-21-die-pflegeversicherung-hat-sich-bewaehrt.html (Zugriff: 27.07.2007).

- 6 4. SGB XI Änderungsgesetz vom 21.07.1999; Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vom 14.12.2001; GESTA-Datenbank des Deutschen Bundestages.
- 7 Deutsche Bundesbank: Finanzielle Entwicklung und Perspektive der sozialen Pflegeversicherung, Monatsbericht 2007, 59 (4), S. 33.
- 8 Bundesministerium für Gesundheit und Soziales: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. 2004, S. 75.
- 9 Bundesministerium für Gesundheit: Eckpunktepapier, Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Juni 2007.
- 10 Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten des IWF: <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=28> (Zugriff: 27.07.2007).
- 11 Deutsche Bundesbank: Finanzielle Entwicklung und Perspektive der sozialen Pflegeversicherung, Monatsbericht 2007, 59 (4), S. 39.
- 12 Bundesministerium für Gesundheit: Pflegeversicherung, Berlin, Januar 2006.
- 13 Statistisches Bundesamt: Siehe Daten unter <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/InteraktiveDarstellung/Content75/Bevoelkerungspyramide1W1,templateId=renderSVG.psm1> (Zugriff: 27.07.2007).
- 14 Bundesministerium für Gesundheit: Eckpunktepapier, Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Juni 2007.
- 15 siehe auch: Lungen M, Büscher G: Zur zukünftigen Entwicklung der Pflegeversicherung – Eine quantitative Abschätzung der Beitragssätze, Wirtschaftsdienst, 2007, 6, S. 355-358.
- 16 Lauterbach K, Lungen M, Stollenwerk B, Gerber A, Klever-Deichert G: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Soziale Sicherheit 2005;54(3):93-101.
- 17 Bundesministerium für Gesundheit: Internes Arbeitspapier zur Herleitung des Solidarenausgleichs zwischen PPV und SPV, Juni 2007.
- 18 Bundesministerium für Gesundheit: Internes Arbeitspapier zur Herleitung des Solidarenausgleichs zwischen PPV und SPV, Juni 2007.
- 19 Interne Berechnung der Barmer: Leistungsausgaben der 60-Jährigen, Juli 2007.
- 20 Knieps, F: Gedanken zur Reform der Pflegeversicherung, GGW 4/2005, S. 30.
- 21 Lauterbach K, Lungen M, Stollenwerk B, Gerber A, Klever-Deichert G: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Soziale Sicherheit 2005;54(3):93-101.
- 22 Internes Arbeitspapier BMG zur Herleitung des Solidarenausgleichs zwischen PPV und SPV, Juni 2007.
- 23 Siehe nähere Angaben zum Sozi-ökonomischen Panel unter <http://www.diw.de/deutsch/sop/> (Zugriff Juni 2007)
- 24 Lauterbach K, Lungen M, Stollenwerk B, Gerber A, Klever-Deichert G: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Soziale Sicherheit 2005;54(3):93-101.
- 25 Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS. Berlin; August 2003