

**Reformkonzepte der Gesetzlichen Pflegeversicherung
auf dem Prüfstand**

Jasmin Häcker

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Max A. Höfer

Deutsches Institut für Gesundheitsökonomie

Bernd Raffelhüschen

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Universität Bergen, Norwegen
Deutsches Institut für Gesundheitsökonomie

April 2005



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

1. Einleitung

Im Jahr 2004 fuhr die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) ein Rekorddefizit von 820 Millionen Euro ein. Damit ist die Rücklage – abzüglich der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserve – auf ca. 1.18 Milliarden Euro zusammenschmolzen. Kommt es zu keiner grundlegenden Reform, muss der Beitragsatz von derzeit 1,7 Prozent (für Kinderlose 1,95 Prozent) spätestens ab Anfang 2009 angehoben werden.

Die GPV beruht auf der Umlagefinanzierung, d.h. die laufenden Ausgaben werden vollständig aus den laufenden Einnahmen finanziert. Je größer der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung und je geringer der Anteil erwerbstätiger Beitragszahler, desto größer ist auch die Last der jungen Erwerbstätigen, die eine wachsende Anzahl von Pflegebedürftigen finanzieren müssen. Es kommt zwangsläufig zu einer Beitragssatzerhöhung. Alternativ kann allerdings auch das Leistungsniveau für die Pflegebedürftigen abgesenkt und der Pflegebeitrag konstant gehalten werden.

Die Reformkonzepte zur GPV lassen sich auf der Finanzierungsseite in drei Kategorien klassifizieren. Erstens jene, die am Umlageverfahren festhalten, zweitens jene, die eine ergänzende kapitalgedeckte Finanzierung vorsehen und schließlich die dritte Gruppe, die den Umstieg in ein rein kapitalgedecktes System anstreben. Wer allein am Umlageverfahren festhält, gerät in der Pflegeversicherung demographiebedingt sehr schnell in eine finanzielle Notlage, weil gerade Pflegeleistungen besonders im hohen Alter in Anspruch genommen werden. Der Weg hin zu einer (Teil-)Kapitaldeckung eröffnet die Möglichkeit, für die schweren Stürme der Überalterung vorzusorgen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der zwischen 1953 und 1973 Geborenen in Rente gehen.

Unter den aktuellen Reformvorschlägen findet sich wenig, was auf die Verminderung der Ausgaben abzielt. Vielmehr sehen alle politischen Lager die Ausweitung der Leistungen als dringend notwendigen Schritt an, um das Pflegeleistungsniveau aufrecht zu erhalten. Dies umfasst aber nicht nur die Dynamisierung der Leistungen,¹ sondern vor allem die stärkere Berücksichtigung Demenzkranker bei der Leistungsgewährung. Beide Maßnahmen sind aber nur mittels erheblicher Mehreinnahmen zu finanzieren, sofern an anderer Stelle nicht gleichzeitig einschneidende Leistungskürzungen vorgenommen werden. Anders ausgedrückt:

¹ In welchem Ausmaß der Dynamisierung der Leistungen Rechnung getragen werden muss und was dies finanziell für Konsequenzen nach sich zieht, wurde bereits in Häcker und Raffelhüschen (2004) diskutiert und soll im Folgenden nicht weiter aufgeführt werden. Dies dient einer übersichtlicheren Darstellung der Ergebnisse, doch sollte dem Leser stets bewusst sein, dass mit dem hier gewählten Dynamisierungsszenario lediglich eine Untergrenze, sprich ein noch sehr optimistisches Szenario, abgebildet wird.

Eine Ausdehnung der Leistungen ist schlicht unvereinbar mit der Konstanz des Beitragssatzes zur GPV.

Aus den Reihen der SPD und Union kommen aktuell zwei Vorschläge, die einerseits die langfristige Stabilität des Beitragssatzes und andererseits eine Leistungsausweitung vorsehen. Der eine stammt von Karl Lauterbach und Andrea Nahles, der andere von der bayerischen Sozialministerin Christa Stewens (CSU). Im Modell von Lauterbach und Nahles sind Mehreinnahmen durch die Ausweitung der GPV zu einer Bürgerversicherung vorgesehen, aber auch Mehrausgaben vor allem durch großzügigere Pflegesätze. Das Kombimodell von Stewens friert das Leistungsniveau der GPV ein (nachdem es für die Demenzkranken erweitert wurde), und verpflichtet die unter 60-Jährigen dazu, die Dynamisierung der Pflegeleistungen im Rahmen einer privaten kapitalgedeckten Zusatzversicherung abzusichern.

Im Folgenden werden beide Modelle dargestellt und mit Hilfe der Methodik der Generationenbilanzierung deren langfristige Finanzauswirkungen untersucht. Insbesondere soll hierbei überprüft werden, ob es den Modellen gelingt, den Beitragssatz zu stabilisieren. Dazu werden vorab die finanziellen Konsequenzen einer stärkeren Berücksichtigung Demenzkranker im zeitlichen Verlauf aufgezeigt.

2. Die Entwicklung der Demenzkranken und die Ausgabenentwicklung in der GPV

Die Entwicklung der Demenzkranken gewinnt für die GPV immer mehr an Bedeutung, denn dieser Personenkreis macht bereits einen Großteil der Empfänger von Leistungen in der Pflegeversicherung aus und sein Anteil wird in Zukunft noch erheblich steigen. Im Jahr 2001 wurde erstmals nach Einführung der GPV ein Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz beschlossen, das einen zusätzlichen Leistungsanspruch für Demenzkranke festlegt. Seit geraumer Zeit ist zudem eine weitere Berücksichtigung demenziell Erkrankter vorgesehen. Demnach wird bei diesem Personenkreis ein allgemeiner Betreuungsaufwand von 30 Minuten täglich bei der Einstufung über den Umfang des Pflegebedarfs berücksichtigt. Die daraus resultierende vermehrte Inanspruchnahme der Pflegeversicherungsleistung hat zur Folge, dass dann 60.000 Neufälle in Stufe 1 hinzukommen und sich die Kosten dementsprechend erhöhen. Da diese Schätzung aus der „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ (kurz: Rürup-Kommission) aus dem Jahr 2003 stammt, dürfte die Anzahl der Neufälle 2006 nach den hier durchgeführten Berechnungen bei knapp 63.000

Neuzugängen liegen. In seinem Endbericht stellt die Rürup-Kommission fest, dass ferner 84.000 Personen von Stufe 1 in Stufe 2 und 34.000 Personen von Pflegestufe 2 in 3 aufsteigen werden.² Insgesamt werden von der Rürup-Kommission Mehrausgaben i.H.v. rund 750 Mio. € kalkuliert. Um nun das finanzielle Ausmaß durch die stärkere Berücksichtigung Demenzkranker über die Zeit adäquat erfassen zu können, bedarf es zuerst der Prävalenzraten für demenziell Erkrankte. Hierfür liefert Bickel (2000) eine Schätzung basierend auf zahlreichen Feldstudien und Meta-Analysen.³ Während von der Altersklasse der 65- bis 69-Jährigen nur 1,2 Prozent an Demenz erkrankt sind, liegt die Prävalenzrate bei den 80- bis 84-Jährigen bereits bei 13,3 Prozent und erreicht bei den 90-Jährigen und Älteren im Mittelwert 34,6 Prozent. Hält man diese Raten über die Zeit konstant, so lassen sich auf Basis der 5. Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes die Demenzkranken bis zum Jahr 2050 hochrechnen (siehe Tab. 1).

Absolut betrachtet steigt die Zahl der Demenzkranken,⁴ bezogen auf den Versichertenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung, von ca. 0.97 Million im Jahr 2005 auf etwa 1.58 Millionen im Jahr 2030 und auf über 2.2 Millionen im Jahr 2050. Vergleicht man dies mit der Entwicklung der „übrigen Pflegebedürftigen“⁵ i.S.d. SGB XI §14, so zeigt sich, dass die Gruppe der demenziell Erkrankten stärker wächst als die „übrigen Pflegebedürftigen“. Dies kann anhand einer relativen Betrachtung verdeutlicht werden: Während die „übrigen Pflegebedürftigen“ bis zum Jahr 2050 um ca. 200 Prozent ansteigen werden, kommt es bei Demenzkranken zu einem Anstieg von 230 Prozent bis zum Jahr 2050 (vgl. Abb. 1).

² Entsprechend liegen diese Zahlen, gemäß den hier durchgeführten Berechnungen anhand der 5. Variante der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, bezogen auf das Jahr 2006 bei 88.047 (35.638) für die Pflegebedürftigen, die von Stufe 1 (2) in Stufe 2 (3) wechseln.

³ Die von Bickel (2000) geschätzten Prävalenzraten erfassen ausschließlich die mittelschweren bis schweren Fälle.

⁴ Hier werden alle Demenzkranken betrachtet, egal ob pflegebedürftig i.S.d. SGB XI §14 oder nicht.

⁵ Eine strikte Trennung der Pflegebedürftigen in die Kategorien „dement“ und „nicht dement“ ist aufgrund der Multimorbidität der Pflegebedürftigen nicht ohne weiteres möglich. Allerdings lässt sich laut Pflegebericht des Medizinischen Dienstes (2001) die pflegebegründende Hauptdiagnose in Krankheitsgruppen einteilen. Die hier durchgeführte Trennung aller Pflegebedürftigen in „übrige Pflegebedürftige“ und „Demenzkranke“ erfolgt auf eben dieser Einteilung gemäß der *Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD)*.

Tab. 1: Entwicklung der Zahl der Demenzkranken bei gleichbleibender altersspezifischen Prävalenzrate und der Zahl der "übrigen Pflegebedürftigen"

	Zahl der Demenzkranken			Zahl der "übrigen Pflegebedürftigen" i.S.d. SGB XI § 14
	insgesamt	bezogen auf den Versichertenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung		
			davon pflegebedürftig i.S.d. SGB XI § 14	
2005	1,073,256	965,930	848,923	1,125,931
2010	1,206,363	1,085,727	954,208	1,254,200
2015	1,355,932	1,220,339	1,072,514	1,392,026
2020	1,502,366	1,352,129	1,188,340	1,504,297
2025	1,632,804	1,469,524	1,291,514	1,608,139
2030	1,754,511	1,579,060	1,387,781	1,700,346
2035	1,895,246	1,705,721	1,499,100	1,803,124
2040	2,088,057	1,879,251	1,651,609	1,952,222
2045	2,314,801	2,083,321	1,830,959	2,135,170
2050	2,488,493	2,239,644	1,968,346	2,281,835

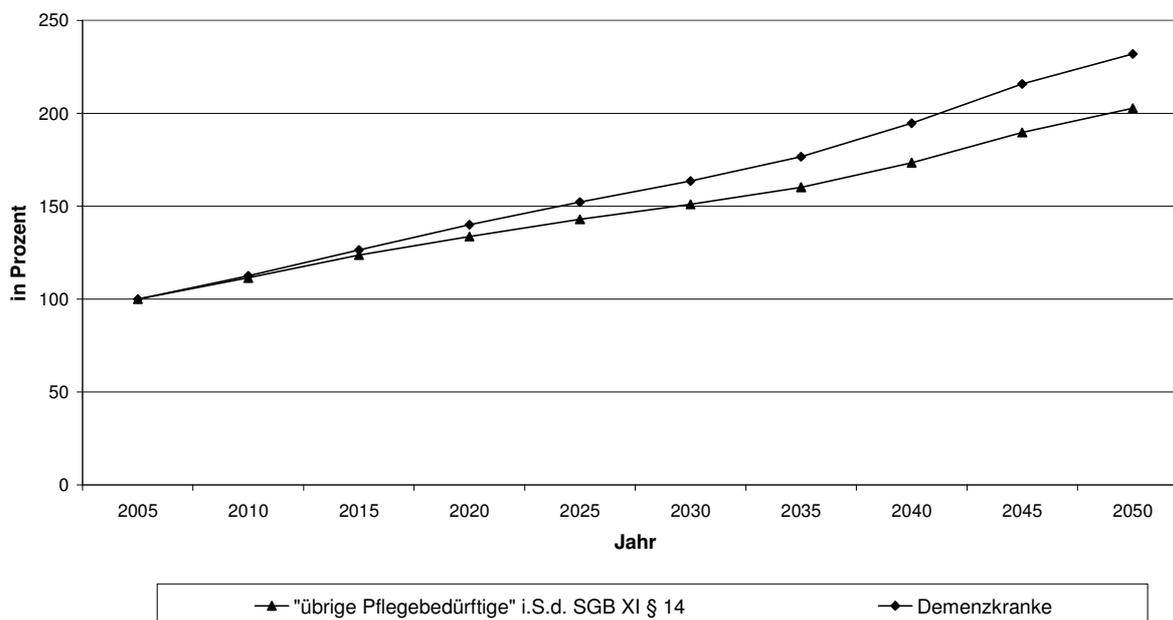
Quelle: Eigene Berechnungen, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005)

Zwar sind nicht alle Demenzkranken gleichzeitig auch pflegebedürftig i.S.d. SGB XI § 14, doch bedeuten weniger restriktive Zugangsbedingungen für Demenzkranke im Unterschied zu heute, dass künftig wesentlich mehr Demenzkranke in allen Pflegestufen Leistungen der GPV beanspruchen als bislang. Gemäß den hier durchgeführten Berechnungen belaufen sich diese Mehrkosten, abgesehen von den Mehrkosten von 1.2 Mrd. € im Einführungsjahr,⁶ auf weitere 100 bis 200 Millionen Euro jährlich.⁷

⁶ Zum Vergleich: Stewens rechnet im Einführungsjahr mit Mehrkosten i.H.v. ca. 1 Mrd. €.

⁷ Alle Größen sind in Preisen 2003 ausgedrückt.

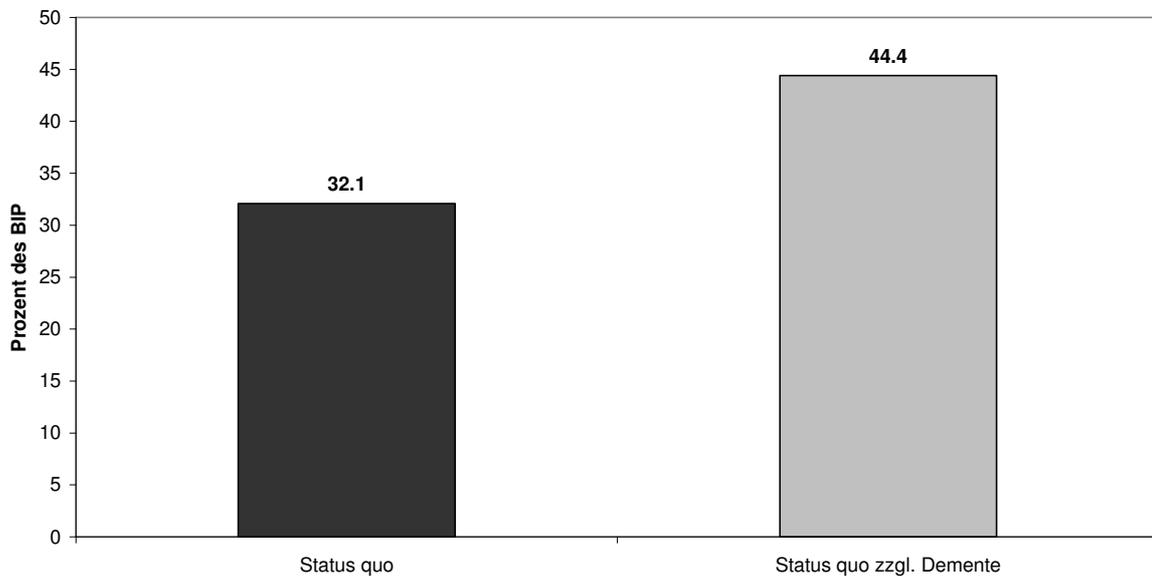
Abb. 1: Relative Entwicklung der Zahl der "übrigen Pflegebedürftigen" und der Demenzkranke für die Jahre 2005 - 2050



Die tatsächliche finanzielle Schieflage der GPV, die sich aus der Bevölkerungsentwicklung, der Dynamisierung der Leistungen und der Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke ergibt, lässt sich mit Hilfe der Methodik der Generationenbilanzierung berechnen.⁸ Im Kern handelt es sich dabei um ein intertemporales Budgetierungssystem, mit dessen Hilfe alle zukünftigen Zahlungen eines Individuums an den Staat, bzw. im isolierten Fall an die GPV, mit allen zukünftigen Leistungen, die es von der GPV erhält, saldiert werden, um so die Nettobeitragszahlungen einzelner Generationen (die so genannten Generationenkonten) berechnen zu können. Werden diese Generationenkonten der Durchschnittsindividuen mit der Jahrgangsstärke gewichtet und über alle lebenden und zukünftigen Kohorten addiert, so ergibt sich daraus die so genannte Nachhaltigkeitslücke. Diese illustriert, welche Reserven fehlen, wenn alle heutigen und zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau der GPV erhalten sollen. Damit enthält sie gleichsam die Summe aus den unverbrieften Ansprüchen aller heute und in Zukunft lebenden Generationen an die GPV. Die Nachhaltigkeitslücke wird im Folgenden in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) des Basisjahres 2003 ausgedrückt.

⁸ Dieses Konzept wurde Anfang der 1990er Jahre von den amerikanischen Ökonomen Auerbach, Gokhale und Kotlikoff entwickelt. Für eine detailliertere Beschreibung siehe Auerbach, Gokhale und Kotlikoff (1991), (1992), (1994).

Abb. 2: Nachhaltigkeitslücken in der GPV im Status quo und bei Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke
 Basisjahr 2003, r=3%, g=1,5%



Im Status quo der GPV beträgt die Nachhaltigkeitslücke 32,1 Prozent des BIP 2003, was in absoluten Werten ca. 0.7 Billion € entspricht. Kommt es zu der oben skizzierten Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke, so steigt die Nachhaltigkeitslücke um weitere 12 Prozent auf 44,4 Prozent des BIP an (vgl. Abb. 2).

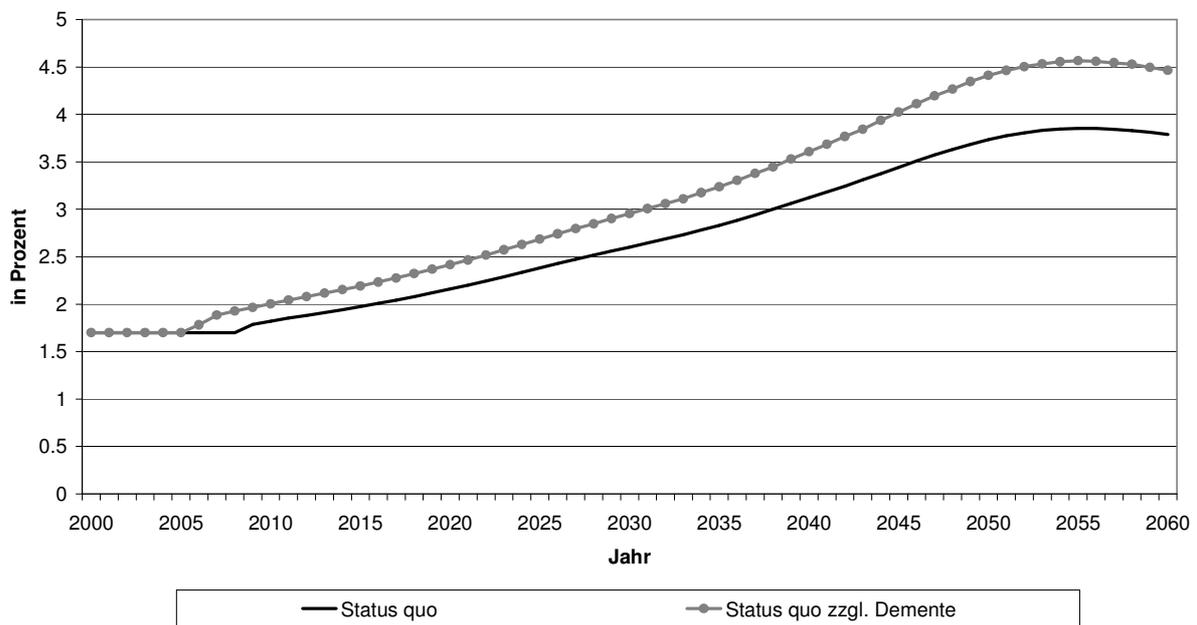
Da die Finanzierung der GPV laut Gesetz durch eine Beitragssatzanpassung erfolgen muss, ist ein Anstieg des Beitragssatzes in Zukunft unabwendbar.⁹ Für das Szenario „Status quo zzgl. Demente“ bedeutet dies, dass es bereits im Einführungsjahr der Leistungsausweitung für Demenzkranke – wir unterstellen hier das Jahr 2006 – zu einem Beitragssatzanstieg kommt. Demgegenüber kann im Status quo der Beitragssatz bis zum Jahr 2008 konstant gehalten werden. In beiden Szenarien ist die Dynamik des Beitragssatzes ähnlich, wobei der Beitragsverlauf im Fall der Leistungsausweitung für Demenzkranke deutlich über dem des Status quo liegt. So erreicht der Beitragssatz mit höheren Ausgaben für Demenzkranke im Jahr 2030 einen Wert von 3 Prozent sowie schließlich im Jahr 2055 die Maximalhöhe von 4,6 Prozent. Im Status quo liegt der Beitragssatz dagegen im Jahr 2030 bei 2,6 Prozent und im Jahr 2055 bei 4 Prozent (siehe Abb. 3).¹⁰ Verdeutlichen lässt sich dies

⁹ Für die Beitragssatzprojektion wird angenommen, dass das Vermögens der GPV (abzüglich der gesetzlich vorgeschriebenen Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben [§§ 63, 64 SGB XI], welches im Basisjahr 2003 ca. 2,06 Mrd. € betrug) dazu dient, das Defizit solange zu decken, bis es aufgebraucht ist – danach erfolgt eine laufende Anpassung der Beitragssätze.

¹⁰ Bei beiden Beitragssatzprojektionen ist zu berücksichtigen, dass der Familienlastenausgleich i.H.v. 0,25 Prozentpunkten noch jeweils hinzuzurechnen ist. Dasselbe gilt für alle weiteren hier aufgeführten Beitragssatzprojektionen.

auch durch einen Vergleich der Ausgabenvolumina: Fallen im Status quo im Jahr 2020 Ausgaben in Höhe von 27 Mrd. € an, so betragen diese unter der stärkeren Berücksichtigung Demenzkranker knapp über 30 Mrd. €. Und die Schere zwischen den Ausgaben wird im Laufe der Zeit immer größer, so betragen beispielsweise im Jahr 2040 die Ausgaben im Status quo 47 Mrd. €, im Szenario „Status quo zzgl. Demente“ aber bereits 55 Mrd. €, was – wie oben dargestellt – auf die stärkere Zunahme der Demenzkranken im Vergleich zu den „übrigen Pflegebedürftigen“ zurückzuführen ist.

Abb. 3: Beitragssatzentwicklung in der GPV im Status quo und bei einer Leistungsausweitung für Demenzkranke
 Basisjahr 2003, $r=3\%$, $g=1,5\%$



Somit ist die zusätzliche Finanzierung Demenzkranker nur mittels erheblicher Beitragssatzsteigerungen oder Leistungskürzungen an anderer Stelle möglich. Die im nächsten Abschnitt noch darzustellenden Vorschläge gehen sowohl den einen als auch den anderen Weg. Im Folgenden wird untersucht, wie sich diese Reformkonzepte jeweils auf die Nachhaltigkeit auswirken.

3. Reformkonzepte auf dem Prüfstand

3.1. Das Konzept der Bürgerversicherung nach Lauterbach und Nahles

Bereits bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezweifeln Experten, ob das Konzept einer Bürgerversicherung deren Finanzierungsprobleme tatsächlich löst.¹¹ Nun soll nach Lauterbach und Nahles die Bürgerversicherung auch auf die GPV angewendet werden.

Im Detail sieht das Modell von Lauterbach und Nahles wie folgt aus:¹² Neben der oben aufgeführten Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke soll es eine Angleichung der ambulanten und stationären Pflegesätze geben, um dem Grundsatz ambulant vor stationär besser gerecht zu werden. Die meisten Vorschläge dieser Art sehen eine Absenkung der stationären Leistungen auf das ambulante Niveau hin vor. Demgegenüber wird unter Lauterbach und Nahles eine Erhöhung der ambulanten Leistungen festgelegt. So sollen die ambulanten Sachleistungen in Pflegestufe 1 von 384 € auf 704 € und die in Stufe 2 von 921 € auf 1.100 € angehoben werden.

Die Ausweitung der GPV zu einer Bürgerversicherung beinhaltet im Lauterbach/Nahles-Modell die folgenden drei Elemente, wobei diese nach Lauterbach und Nahles dazu führen sollen, dass der Beitragssatz ausgehend von gegenwärtig 1,7 Prozent dauerhaft auf 1,5 Prozent gesenkt werden kann: Erstens die Pflichtmitgliedschaft der gesamten Bevölkerung in der GPV (dies bedeutet eine Ausweitung des Versichertenkreises auf Beamte, Selbständige und Freiberufler)¹³, zweitens die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze von 3.487,50 € auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von monatlich 5.100 €. Und drittens die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten (Miete, Zins, Pacht, Vermögen). Die Berechnungen für die hierdurch erzielten Mehreinnahmen¹⁴ und -ausgaben basieren auf dem von Bork (2003) geschätzten Mikrosimulationsmodell für Beitragsaufkommens- und Kosteneffekte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

¹¹ Siehe hierzu ausführlich Fetzer und Hagist (2004).

¹² Siehe Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 3. März 2005.

¹³ Für diesen neu hinzukommenden Personenkreis wurden in den Berechnungen identische Ausgabenprofile zu den bisher GKV-Versicherten angenommen. Zudem wird der speziellen Altersverteilung der Beamten, Pensionäre und restlichen PKV-Versicherten Rechnung getragen. Dabei wurde angenommen, dass die überproportionalen Einstellungen der vergangenen Jahrzehnte in Zukunft nicht mehr auftreten und sich der neue Versichertenkreis langfristig wie der restliche Teil der Bevölkerung entwickelt. Vgl. hierzu auch Fetzer und Hagist (2004).

¹⁴ Da die Mehreinnahmen für eine Nachhaltigkeitsanalyse mit Hilfe neuer alters- und geschlechtsspezifischer Profile auf die einzelnen Generationen verteilt werden müssen, wurden hierfür die Mehreinnahmen der bisherigen GKV-Versicherten, die sich aus der Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage bzw. der Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ergeben, mit Hilfe eines Kapitaleinkommensprofils bzw. mit den bisherigen Beitragsprofilen verteilt. Für die Mehreinnahmen aus der Ausweitung des Versichertenkreises wurde mit Hilfe von Daten des PKV-Verbandes ein neues Einnahmeprofil erstellt. Vgl. hierzu auch Fetzer und Hagist (2004).

Die für die GKV geschätzten Werte werden entsprechend auf die GPV übertragen, wodurch folgende Ergebnisse generiert werden können: Die Erweiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten¹⁵ liefert in Preisen des Jahres 2003 ein zusätzliches Beitragsaufkommen in Höhe von ca. 0.7 Mrd. Euro p.a. und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf monatlich 5.100 Euro liefert zusätzliche Mehreinnahmen i.H.v. 1 Mrd. €.¹⁶ Die Erweiterung des Versichertenkreises beinhaltet ebenfalls zusätzliche Mehreinnahmen (knapp 3.8 Mrd. €),¹⁷ diesen stehen aber – im Unterschied zu den beiden erst genannten Komponenten – auch zusätzliche Mehrausgaben (ca. 5.5 Mrd. €) gegenüber, so dass sich im Ausgangsjahr insgesamt ein negativer Nettofinanzierungseffekt von ca. 9 Mio. € ergibt. Wie Lauterbach und Nahles daher bei diesem bereits im Ausgangsjahr bestehenden negativen Finanzierungseffekt eine Beitragssatzsenkung ausgehend von 1,7 auf 1,5 Prozent bewerkstelligen wollen, sei dahingestellt.

Dass diese missliche Lage nicht allein an der Leistungsausweitung liegt, sondern ebenfalls an die Tatsache gekoppelt ist, dass die GPV zu einer Bürgerversicherung ausgeweitet werden soll, kann anhand der folgenden Situation verdeutlicht werden: Betrachtet man nur die Implementierung einer Bürgerversicherung *ohne* die Leistungsausweitungen, so reichen selbst die im Rahmen der Bürgerversicherung erzielten Mehreinnahmen nicht aus, um den gegenwärtigen Leistungskatalog bei gegebener demographischer Entwicklung zu finanzieren. So würde es im Einführungsjahr zwar zu einem positiven Nettofinanzierungseffekt in Höhe von 4.1 Mrd. € kommen,¹⁸ doch reicht diese Summe nicht aus, um die GPV nachhaltig zu reformieren. Ein Vergleich der Nachhaltigkeitslücken des Status quo und der Bürgerversicherung verdeutlicht dies: Die Ausweitung der GPV zu einer Bürgerversicherung kann die Nachhaltigkeitslücke gerade einmal ausgehend von 32.1 um 6.7 Prozent auf 25.4 Prozent des BIP drücken. Der Grund hierfür liegt schlicht darin, dass eine Bürgerversicherung die Altersstruktur der Bevölkerung nicht wesentlich ändert. So bewirkt die Ausweitung des Versichertenkreises keine Verjüngung der Mitgliederbasis der GPV, vielmehr verschärfen sich die bereits existierenden demographiebedingten Probleme.¹⁹

¹⁵ Die Umsetzung dieser Maßnahme ist mit erheblichen steuerrechtlichen Bedenken verbunden, z.B. weil Kapitalerträge sehr unregelmäßig anfallen und damit Probleme bei der Entrichtung des Beitrags denkbar sind. Außerdem stellt sich die Frage, wie in diesem Zusammenhang Verluste behandelt werden sollten.

¹⁶ Diese beiden Elemente sind letztlich nichts anderes als eine Beitragssatzerhöhung, nur dass sie nicht als solche ausgewiesen werden.

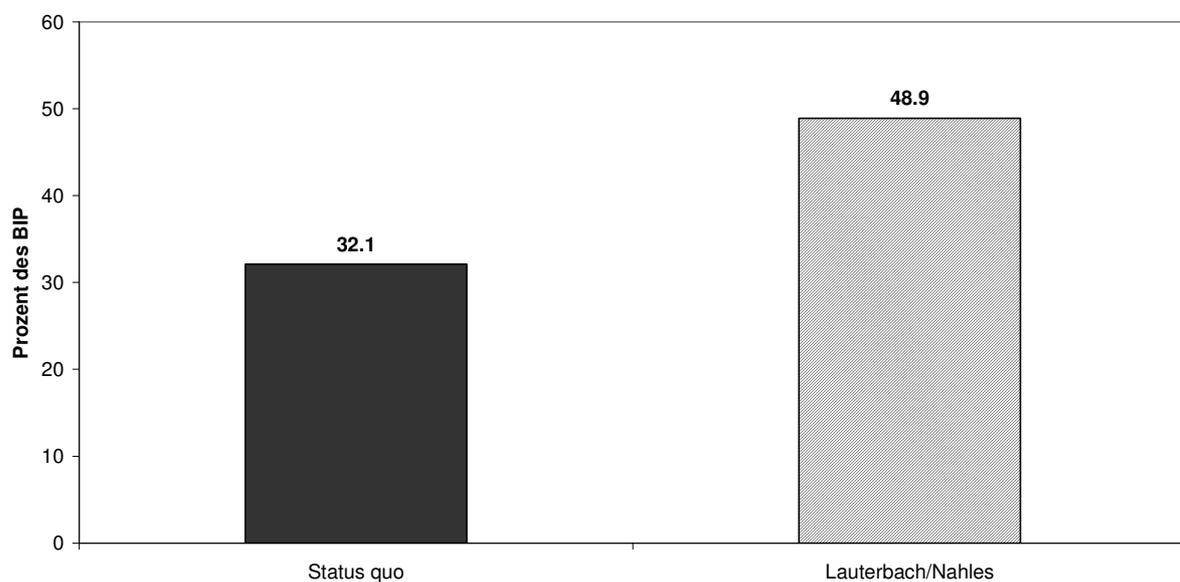
¹⁷ Dieses Aggregat beinhaltet bereits die auf diesen Personenkreis nun ebenfalls zutreffende Regelung des Familienlastenausgleichs.

¹⁸ Dieser Nettofinanzierungseffekt setzt sich aus den Mehreinnahmen in Höhe obig genannter Werte, nämlich insgesamt 5.5 Mrd. €, und den Mehrausgaben von ca. 1.4 Mrd. € zusammen.

¹⁹ Dies kann anhand des reinen Struktureffektes der Bürgerversicherung verdeutlicht werden. Betrachtet man im Rahmen der Nachhaltigkeitsanalyse nämlich lediglich die Auswirkungen, die eine Erweiterung des Versichertenkreises mit sich bringt, so steigt die Nachhaltigkeitslücke von 32,1 auf 32,9 Prozent des BIP.

Demzufolge führen die Leistungsausweitungen im Vorschlag von Lauterbach und Nahles – wovon nun die gesamte Bevölkerung profitiert – dazu, dass die Nachhaltigkeitslücke sich fast verdoppelt – ausgehend von 25.4 Prozent auf 48.9 Prozent des BIP (siehe auch Abb. 4). Dabei fallen insbesondere die Mehrausgaben durch die stärkere Berücksichtigung Demenzkranker ins Gewicht, welche durch die Erhöhung der ambulanten Leistungen zusätzlich verschärft werden.

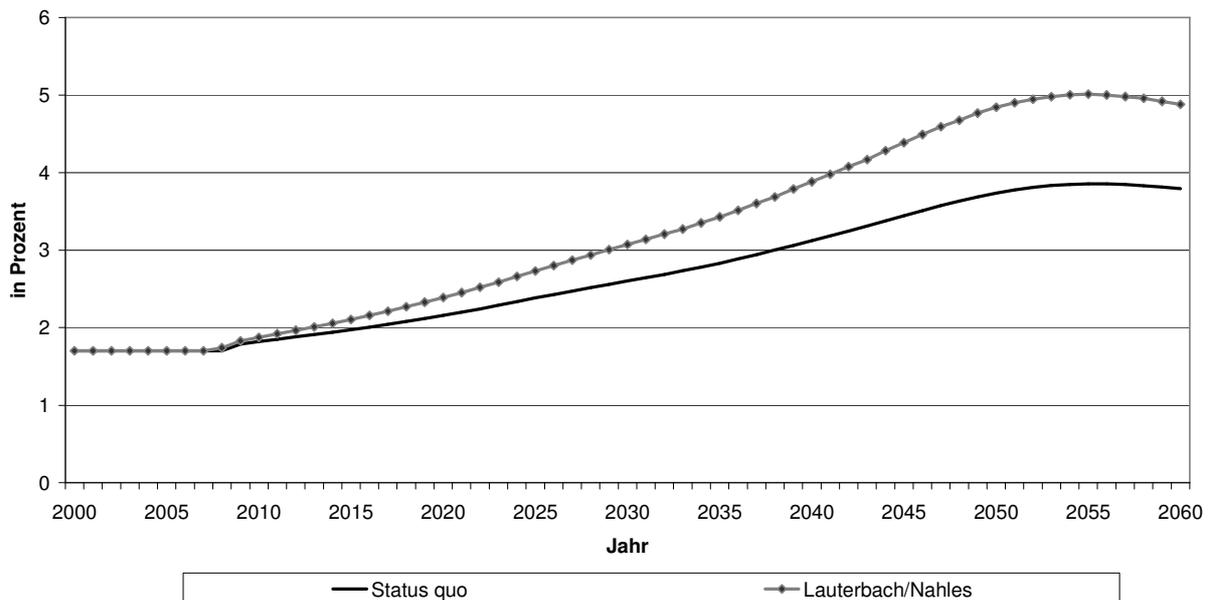
Abb. 4: Nachhaltigkeitslücken der GPV im Status quo und unter dem Reformkonzept von Lauterbach/Nahles
Basisjahr 2003, r=3%, g=1,5%



Soll die Finanzierung der Defizite nicht in die Zukunft verschoben werden, so müssen die Leistungsausgaben der GPV durch laufende Beitragssatzanhebungen gedeckt werden. Und diese sehen wie folgt aus: Der Vorschlag von Lauterbach und Nahles erfordert bereits zwei Jahre nach Ausweitung der GPV zu einer Bürgerversicherung einen Beitragssatzanstieg von 0,04 Prozent. Ausgehend von diesen 1,74 Prozent im Jahr 2008 steigt der Beitragssatz kontinuierlich auf über 3 Prozent im Jahr 2030, auf über 3,8 Prozent im Jahr 2040 und schließlich auf knapp über 5 Prozent im Jahr 2055. Damit liegt dieser Beitragssatzverlauf stets über dem des Status quo (vgl. Abb. 5). Inwiefern Lauterbach und Nahles in ihren Berechnungen daher auf ein Absenken des gegenwärtigen Beitragssatzes auf 1,5 Prozent kommen, ist äußerst fraglich. Selbst wenn von den Leistungsausweitungen abgesehen wird, also nur eine Bürgerversicherung implementiert wird, ist es nicht angezeigt, den Beitragssatz auf 1,5 Prozent zu senken, obwohl dies aufgrund der anfänglichen positiven

Nettofinanzierungseffekte möglich wäre, da die Dynamik im Beitragssatz – aufgrund der im Rahmen der Bürgerversicherung leicht verschärften Altersstruktur – bestehen bleibt. Eine Absenkung von 1,7 auf 1,5 Prozent würde hier schlicht bedeuten, dass Beitragssatzsteigerungen dann bereits zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt einsetzen würden.

Abb. 5: Beitragssatzentwicklung in der GPV im Status quo und unter dem Reformvorschlag von Lauterbach/Nahles
Basisjahr 2003, $r=3\%$, $g=1,5\%$



3.2. Das CSU-Konzept einer privaten Zusatzversicherung nach Stewens

Der Vorschlag der bayerischen Sozialministerin Christa Stewens²⁰ sieht ähnlich dem vor kurzem vorgestellten Modell des PKV-Verbandes²¹ eine Ausgliederung der Dynamisierung aus der GPV in eine private Zusatzversicherung vor. Dieser Vorschlag ist grundsätzlich zu begrüßen, da das Umlageverfahren damit zumindest teilweise und im Zeitablauf immer stärker durch eine Kapitaldeckung abgelöst wird (siehe auch Abb. 6).

²⁰ Siehe Pressemitteilung des bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 8. Dezember 2004.

²¹ Siehe Pressemitteilung des PKV-Verbandes vom 14. März 2005 und Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 15. März 2005.

Konkret sieht der Reformvorschlag von Stewens wie folgt aus: Neben der Verbesserung der Situation Demenzkranker²² (vgl. Abschnitt 2) soll es zu einer Angleichung der Pflegesachleistungen im ambulanten und stationären Bereich kommen. Ebenfalls wie bei Lauterbach und Nahles ist hier zwar eine Angleichung der ambulanten Pflegesätze nach oben vorgesehen, allerdings werden unter Stewens gleichzeitig die stationären Pflegesätze gesenkt. So kommt es in Stufe 1 zu ambulanten Leistungen von 400 € und zu stationären Leistungen von nunmehr nur noch 500 €. Für die Pflegestufen 2 und 3 erfolgt eine Angleichung auf 1.000 bzw. 1.500 €. ²³ Im hier betrachteten Ausgangsjahr 2006 bringt die Angleichung Einsparungen i.H.v. ca. 600 Mio. € mit sich.

Wesentliches Merkmal dieses Konzeptes ist der Aufbau einer privaten Zusatzversicherung. Diese deckt den dynamisierten Teil der Pflegeleistungen ab, sie finanziert also die Kostensteigerungen, die sich aus der Preissteigerung in der Pflegebranche ergeben. Allerdings soll laut Stewens die jährliche Dynamisierung der Leistungen nur alle fünf Jahre realisiert werden. Abgesehen von geringen Einsparungseffekten durch die Tatsache, dass die Dynamisierung nicht jährlich sondern eben nur alle fünf Jahre realisiert wird, macht dieser Schritt nur wenig Sinn. Denn damit erzeugt man den Effekt, dass es innerhalb der fünf Jahresabstände – trotz privater Zusatzversicherung – immer wieder zu einem Abfall im realen Leistungsniveau kommt. Dieser Effekt ist in Abbildung 6 dargestellt.

Eine Ausgliederung der Dynamisierung aus der GPV bedeutet also nichts anderes, als dass das heutige Leistungsniveau der GPV real eingefroren wird. Die Zusatzversicherung ist im Vorschlag von Stewens nur für Jahrgänge ab der Altersgrenze unter 60 Jahren verpflichtend. Alle im Jahr 2006 unter 60-Jährigen müssen eine private kapitalgedeckte Zusatzabsicherung abschließen. ²⁴ Allen älteren Personen ist es freigestellt, sich zusätzlich zu versichern. Das hat zur Konsequenz, dass sie ohne zusätzliche Absicherung lediglich Anspruch auf den von der GPV gewährten und im Laufe der Zeit geringer werdenden realen Leistungskatalog haben (vgl. Abb. 6). ²⁵

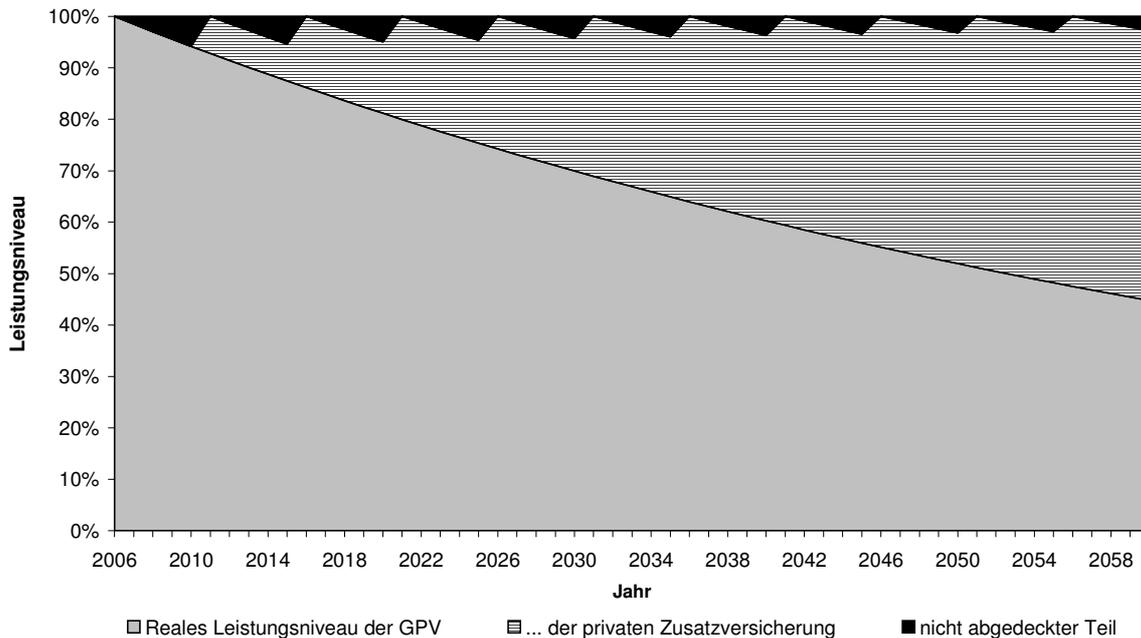
²² Die hierfür notwendigen Finanzmittel möchte Stewens durch Umschichtungen gewinnen. Mit anderen Worten, diese Kosten sollen in die GKV verlagert werden. Da aber der Personenkreis der Beitragszahler durch diese Kostenverschiebung letztendlich in keinster Weise entlastet wird, soll in den hier durchgeführten Berechnungen von dieser Umschichtung, die im Vorschlag von Stewens zudem äußerst unkonkret bleibt, abgesehen werden.

²³ Diese Angleichung entspricht im Wesentlichen der der Rürup-Kommission.

²⁴ In dem ursprünglichen Vorschlag von Stewens dient das Jahr 2005 als Ausgangsjahr.

²⁵ In den hier durchgeführten Berechnungen wurde für den Leistungskatalog der GPV lediglich ein Inflationsausgleich unterstellt.

Abb. 6: Aufteilung des realen Leistungsniveaus auf das Einfriermodell der GPV und die private Zusatzversicherung bei einem jährlichen Dynamisierungsfaktor von 1,5 Prozent und einer Realisation alle 5 Jahre



Die kapitalgedeckte Zusatzversicherung hat vorrangig den Zweck, die Dynamisierung der Leistungen zu finanzieren. *Vorrangig* deshalb, weil im Vorschlag von Stewens neben der Dynamisierungsabsicherung noch von der Finanzierung steigender GPV-Ausgaben die Rede ist. Dabei stellt sich unweigerlich die Frage, weshalb eine private Versicherung für die Defizite der gesetzlichen Kassen aufkommen sollte – und ob sie das verfassungsrechtlich überhaupt kann. Dieser Vorschlag bedeutet schlicht: Die GPV zieht zwar die Prämie für die private Zusatzversicherung aus verwaltungstechnischen Gründen gemeinsam mit dem GPV-Beitrag in Höhe von 1,7 Prozent ein, sie leitet aber nur einen Teil der Prämie tatsächlich an die private Pflegeversicherung zur Dynamisierungsabsicherung (der unter 60-Jährigen) weiter. Der von der GPV einbehaltene Teil der Prämie wird dann dazu verwendet, das trotz des Einfrierens der Leistungen in der GPV entstehende Defizit (das durch die absolute Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahrzehnten entsteht) zu schmälern.²⁶ Dies wiederum bedeutet nichts anderes, als dass ausschließlich die jungen Versicherten (also alle im Jahr 2006 unter 60-Jährigen) zur Finanzierung steigender Ausgaben, verursacht durch die Zunahme der Zahl der über 60-Jährigen, herangezogen werden würden. Warum aber ausschließlich die jungen Kohorten diese Belastung tragen sollen, ist nicht einsichtig. Denn die ältere Generation hat bereits von der Einführung der

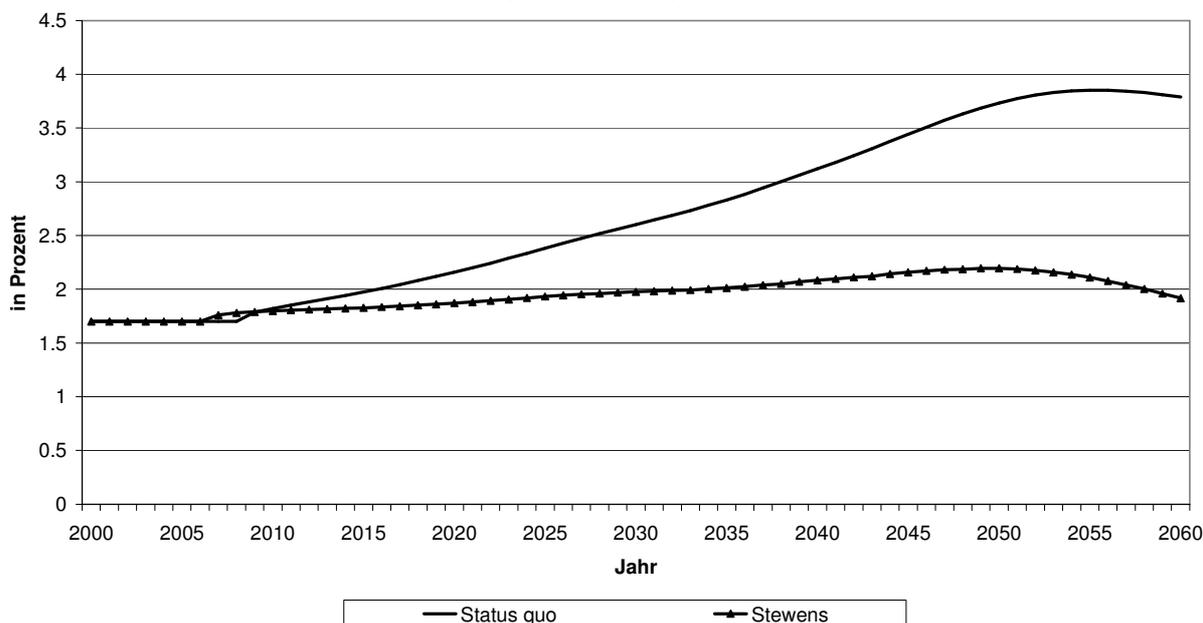
²⁶ In den nachfolgenden Berechnungen wird von dieser Mischfinanzierung abgesehen, zumal sich zeigen wird, dass die von Stewens berechnete Prämie noch nicht einmal ausreicht, den dynamisierten Teil der Leistungen voll zu decken.

Pflegeversicherung profitiert, da sie in den Genuss der vollen Pflegeleistungen kam, ohne dafür längere Zeit Beiträge entrichtet zu haben. Aus diesem Grund könnte und sollte die ältere Generation stärker zur Finanzierung ihrer eigenen Pflegekosten herangezogen werden, zumal das Pflegeleistungsniveau im CSU/Stewens-Modell nur langsam abschmilzt und diese, jedenfalls die Alten der über 60-Jährigen, kaum trifft. Die jüngere Generation muss demgegenüber eine private Zusatzversicherung schultern und wird, wenn sie ins „Pflegealter“ kommt, lediglich ein Leistungsniveau vorfinden, das der Hälfte des heutigen entspricht. Im CSU/Stewens-Modell muss die aktive und jüngere Generation die Mehrkosten der Überalterung zahlen.

Bleibt die Frage, ob der Beitragssatz von 1,7 Prozent im Rahmen des Einfriermodells der GPV langfristig konstant gehalten werden kann. Die Nachhaltigkeitsanalyse des Einfriermodells der GPV ergibt zwar ein Nachhaltigkeitsvermögen i.H.v. 2,4 Prozent des BIP, was auf den langen Betrachtungshorizont und die damit verbundene kontinuierliche Abschmelzung des Pflegeleistungsniveaus zurückzuführen ist (siehe auch Abb. 6). Da die laufenden Ausgaben aber durch die laufenden Einnahmen gedeckt werden müssen, muss der Beitragssatz entsprechend der Ausgabenentwicklung angepasst werden. Hierbei ergibt sich das folgende Bild: Obwohl es zu einer nicht unerheblichen Leistungskürzung durch das Einfrieren der Leistungen kommt, kann dennoch das Beitragsniveau von 1,7 Prozent nicht gehalten werden. So kommt es im Reformvorschlag von Stewens bereits im Jahr 2007 zu einem Anstieg im Beitragssatz. Dies ist allein auf die Ausweitung der Leistung für Demenzkranke, gekoppelt mit den Änderungen in den ambulanten und stationären Pflegesätzen, zurückzuführen. Denn die durch das Einfrieren der Leistungen erzielten Ausgabenkürzungen entfalten erst im Laufe der Zeit ihre volle Tragweite (daher auch das oben aufgeführte Nachhaltigkeitsvermögen), was durch den relativ flachen Beitragssatzverlauf des Einfriermodells (Szenario „Stewens“) insbesondere in den demographisch sehr „stürmischen“ Jahren 2030 bis 2055 im Vergleich zum Status quo deutlich wird und in Abbildung 7 dargestellt ist.

Abb. 7: Beitragssatzentwicklung in der GPV im Status quo und unter dem Reformvorschlag Stewens

Basisjahr 2003, r=3%, g=1,5%



Tab. 2: Prämienentwicklung für die private Zusatzversicherung

	2006	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Berechnungen nach Stewens	4.00 €	5.88 €	10.58 €	15.28 €	19.98 €	24.68 €	29.38 €
eigene Berechnungen	8.50 €	15.30 €	32.30 €	49.30 €	73.10 €	83.30 €	100.30 €

Ist die private kapitalgedeckte Zusatzversicherung mit der von Stewens berechneten Prämie der Ausgabenentwicklung gewachsen? Laut Berechnungen von Stewens beträgt die Zusatzversicherung 4 € pro Person und Monat und wird jährlich um 0,47 € erhöht. Diese Zusatzversicherung, die alle im Jahr 2006 über 21- und unter 60-Jährigen abschließen müssen und die gemäß Stewens nicht nur die Dynamisierung, sondern zusätzlich die steigenden Ausgaben der GPV abdecken soll, bewerkstelligt allerdings noch nicht einmal die reine Absicherung des dynamisierten Teils der Leistungen. Denn die private Zusatzversicherung würde mit der von Stewens berechneten Prämie erstmalig im Jahr 2021 weniger einnehmen als ausgeben. Mit anderen Worten, ab diesem Zeitpunkt würde der bis dahin aufgebaute (kollektive) Kapitalstock bereits wieder abgebaut, mit der Folge, dass die private Zusatzversicherung ab dem Jahr 2035 – also zu Beginn der eigentlich „ausgabenkritischen“ Phase – den dynamisierten Teil des Leistungskataloges schlicht nicht mehr decken kann.²⁷

²⁷ Der Begriff der „ausgabenkritischen“ Phase soll den Sachverhalt erfassen, dass neben dem immer größer werdenden Anteil an Leistungen, der von der privaten Zusatzversicherung zu tragen ist (siehe Abb. 6), außerdem die zunehmende Zahl an Pflegebedürftigen aufgefangen werden muss (vgl. Tab 1).

Um einen entsprechenden Kapitalstock aufbauen zu können, der den dynamisierten Teil der Leistungen trägt, die alle privaten Pflichtzusatzversicherten im Fall ihrer Pflegebedürftigkeit erhalten, bedarf es gemäß den hier durchgeführten Berechnungen vielmehr einer anfänglichen Prämie von 8,50 € pro Person und Monat sowie einer jährlichen Erhöhung von 1,70 € (siehe Tab. 2). Die Prämie von 8,50 € sowie die jährliche Erhöhung von 1,70 € scheinen nicht nur wesentlich realistischer zu sein, sondern entsprechen auch viel eher der Prämie aus dem kürzlich vorgestellten und hierzu analogen PKV-Modell einer Teilkapitaldeckung.²⁸

Die Tatsache, dass im Konzept von Stewens sowohl der Beitragssatz zum Einfriermodell der GPV als auch die Prämie zur Zusatzversicherung deutlich nach oben hin angepasst werden müssen, deutet – wie auch anhand des Reformvorschlags von Lauterbach und Nahles offensichtlich wurde – darauf hin, dass die Mehrkosten durch die stärkere Berücksichtigung Demenzkranker bisher massiv unterschätzt worden sind. So sollte, ohne die bisherigen Probleme der GPV gelöst zu haben, von jeglicher Form von Leistungsausweitung abgesehen werden.

4. Fazit und Ausblick

Die gesetzliche Pflegeversicherung krankt an ihrer intensiven Abhängigkeit von der Umlagefinanzierung. Da die Leistungen fast ausschließlich in hohem Lebensalter anfallen, rutscht sie wegen der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft immer stärker ins Defizit. Konkret bedeuten wachsende Ausgaben steigende Beitragssätze. Soll daher das Ziel einer Stabilisierung der Beitragssätze auch nur annähernd realisiert werden, muss eine Systemreform in Richtung Kapitaldeckung erfolgen. Nur damit lässt sich bei der GPV der demographische Druck nehmen.

Wie lösen die beiden jüngst vorgelegten Reformvorschläge das Finanzierungsproblem der GPV? Die Ausweitung der GPV zu einer Bürgerversicherung löst die Finanzprobleme der Pflegeversicherung nicht, weil sie deren Ursache, nämlich die demographische Entwicklung, ignoriert und diese stattdessen verschärft. Demgegenüber geht das Modell der

²⁸ Siehe hierzu die Pressemitteilung des PKV-Verbandes vom 14. März 2005. Unter der Annahme einer jährlichen Dynamisierung von real einem Prozent und mit zu dem Vorschlag von Stewens fast identischen Änderungen in den Pflegesätzen, allerdings ohne Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke, wurde hier eine Prämie von 8,50 € sowie eine jährliche Erhöhung von 1 € errechnet.

Teilkapitalisierung, welches das gesetzliche Pflegeleistungsniveau einfriert und eine obligatorische private Zusatzversicherung vorschreibt, in die richtige Richtung.

Allerdings beabsichtigen beide Konzepte eine Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke. Dieser Vorschlag hat fatale Folgen, denn mit der stärkeren Berücksichtigung Demenzkranker gehen immense zusätzliche Ausgaben einher, die weder im Rahmen der Bürgerversicherung noch von der Teilkapitalisierung aufgefangen werden können. Der Grund hierfür liegt in der starken Zunahme der Demenzkranken, die jene der übrigen Pflegebedürftigen um einiges übersteigt.

Die absehbaren Beitragserhöhungen in der GPV zeigen deutlich, dass die bei der Einführung der Pflegeversicherung gemachten Leistungszusagen nicht zu halten sind. Angesichts dieser Tatsache sollten keinesfalls neue politische Versprechen in Form zusätzlicher Leistungsausweitungen gemacht werden, die erst recht nicht eingehalten werden können. Leistungsausweitungen jeglicher Art sollten unterlassen werden. Besser sind Leistungseinkürzungen, vor allem solche, die dazu beitragen, einen Teil des Einführungsgeschenks an die ältere Generation zurückzunehmen.

Der Kerngedanke der Pflegeversicherung ist die Absicherung eines realen Pflegeleistungsniveaus. Leistungskürzungen tragen dazu naturgemäß nicht bei. Um den Kerngedanken zu retten, muss als oberstes Ziel das Umlageverfahren durch ein kapitalgedecktes System abgelöst werden – und das zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt. Je früher dieser Übergang stattfindet, desto weniger können die heutigen Pflegebedürftigen darauf pochen, durch vergangene Einzahlungen in die GPV Rechte auf Leistung erworben zu haben. Zum anderen sind die Übergangskosten in ein kapitalgedecktes System *noch* tragbar, wenn die Umstellung in ein kapitalgedecktes System bald kommt. Hierbei werden zwar verstärkt die gegenwärtig älteren Jahrgänge zur Kasse gebeten, dies führt aber zu einem intergenerativen Ausgleich, der zukünftige Generationen entlastet und den älteren Jahrgängen lediglich einen Teil ihres Einführungsgewinns zurücknimmt. Ein Modell, welches sowohl das Umlageverfahren ausphast als auch ältere Generationen stärker zur Finanzierung ihrer eigenen Leistungen heranzieht, stellt beispielsweise das Auslaufmodell von Häcker und Raffelhüschen (2004) dar.

Literaturverzeichnis

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1991): Generational Accounting: A Meaningful Alternative to Deficit Accounting. In: Bradford, D. (Hrsg.): Tax Policy and the Economy, Vol. 5, Cambridge: MIT Press, S. 55-110.

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1992): Generational Accounting: A New Approach to Understand the Effects of Fiscal Policy on Saving. Scandinavian Journal of Economics, 94, S. 303-318.

Auerbach, A., J. Gokhale und L. Kotlikoff (1994): Generational Accounting: A Meaningful Way to Evaluate Fiscal Policy. The Journal of Economic Perspectives, 8, S. 73-94.

Bickel, H. (2000): Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. Gesundheitswesen, 62, S. 211-218.

Bork, C. (2003): Gutachten zur Quantifizierung der Aufkommens- und Verteilungswirkungen ausgewählter Reformansätze im Gesundheitswesen. Wiesbaden

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2005): Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Altersgruppen. In: <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/datenbanken/stats/5524.php> vom 17.03.2005.

Fetzer, S. und C. Hagist (2004): GMG, Kopfpauschalen und Bürgerversicherungen: Der aktuelle Reformstand und seine intergenerativen Verteilungswirkungen, Schmollers Jahrbuch, Heft 3, S. 387-420.

Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 3. März 2005: Bürgerversicherung senkt Pflegebeitrag, S. 15.

Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 15. März 2005: Neuer Vorschlag für Reform der Pflege, S. 17.

Häcker, J. und B. Raffelhüschen (2004): Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung, Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung 73/1, S. 158-174.

Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme
(2003): Endbericht.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2001):
Pflegerbericht des Medizinischen Dienstes – Berichtszeitraum 2001/2002. Essen.

**Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung,
Familie und Frauen** vom 8. Dezember 2004: Reform der Pflegeversicherung.
München.

Pressemitteilung des PKV-Verbandes vom 14. März 2005: PKV-Modell verbessert
Pflegerleistungen und sichert langfristig die Finanzierung der Pflege. Köln.

Statistisches Bundesamt (2003): Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 10. koordinierte
Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden.