

# Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung

Dr. Frank Schulze Ehring

## WIP-Diskussionspapier 2/07

## Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	<b>„Denn sie wussten (nicht), was sie tun“</b> .....	S. 3
<b>B</b>	<b>Probleme und Herausforderungen in der Pflegeversicherung</b> .....	S. 4
I.	Defizite in der sozialen Pflegeversicherung.....	S. 4
II.	Fehlende Dynamisierung in der Pflegeversicherung.....	S. 4
III.	Demographischer Wandel und Zahl der Pflegebedürftigen.....	S. 5
IV.	Strukturentwicklung in der Pflegeversicherung.....	S. 6
V.	Beitragssatzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung.....	S. 7
<b>C</b>	<b>Alternative Reformmodelle für die Pflegeversicherung</b> .....	S. 7
I.	Vorbemerkungen.....	S. 7
II.	Die Bürgerversicherung.....	S. 8
III.	Kronberger Kreis: Vollständige Kapitaldeckung.....	S. 9
IV.	<i>Herzog</i> -Kommission: Vollständiger Übergang in die Kapitaldeckung.....	S. 11
V.	Das Auslaufmodell von <i>Raffelhüschchen</i> .....	S. 13
VI.	Das Kohortenmodell des Sachverständigenrates.....	S. 14
VII.	Sachverständigenrat: Umlagefinanziertes Pauschalbeitragssystem.....	S. 16
VIII.	Das <i>Rürup</i> -Modell.....	S. 17
IX.	Das <i>CSU-Stewens</i> -Modell.....	S. 19
X.	Das Modell der B-Länder.....	S. 20
<b>D</b>	<b>„Wissen sie, was zu tun ist?“</b> .....	S. 24

## Literaturverzeichnis

## A „Denn sie wussten (nicht), was sie tun“

Die Pflegeversicherung wurde zum 1. Januar 1995 mit dem Sozialgesetzbuch XI als „fünfte Säule“ der Sozialversicherung - nach Krankenversicherung, Berufsunfallversicherung, Rentenversicherung und Arbeitslosenversicherung - eingeführt. Damals deklarierte der zuständige Arbeits- und Sozialminister *Blüm* die Pflegeversicherung als Jahrhundertwerk. Sie sei eine adäquate Antwort auf das gestiegene Pflegerisiko älterer Menschen in der Gesellschaft, die den demographischen Veränderungen des kommenden Jahrhunderts gerecht werde. Eine Bewertung, an der schon damals sehr viele zweifelten. Denn der Einführung der Pflegeversicherung ist ein langer Expertenstreit über die Ausgestaltung vorausgegangen. Am Ende entschied sich die Koalition aus CDU/CSU und FDP überwiegend für eine soziale Pflegeversicherung (SPV) mit einem Umlagesystem, in dem die laufenden Beitragseinnahmen unmittelbar zur Deckung der anfallenden Pflegekosten verwendet werden. So waren Pflegeleistungen nicht nur für die zukünftigen, sondern auch unmittelbar für alle aktuellen Pflegebedürftigen garantiert. Dies war - wenn auch politisch gewollt - gerade hinsichtlich des sich schon Mitte der 90er Jahre abzeichnenden demographischen Wandels ein grundlegender Fehler. Denn pflegenaher Jahrgänge haben mit der Umlagefinanzierung Ansprüche erhalten, die vor allem von den nachwachsenden, aber weniger stark besetzten Jahrgängen und Generationen bezahlt werden müssen. Somit war offenkundig, dass eine umlagefinanzierte Pflegeversicherung den Anforderungen, die der demographische Wandel mit sich bringt, nicht gerecht werden kann und langfristig nicht finanzierbar bleibt. Darauf wiesen schon damals fast alle Wissenschaftler und Experten hin.<sup>1</sup> Trotzdem entschieden sich die Politiker gegen ein kapitalgedecktes und damit demographiesicheres und für ein umlagefinanziertes Versicherungssystem. Obwohl *sie es hätten besser wissen müssen, wussten sie was sie tun*. Aber die Politik favorisierte aus politischen Gründen ganz offensichtlich ein System, das nichts anderes als ein „Einführungsgeschenk“ an die ältere Generation implementierte und dessen Verabschiedung schon damals als historischer Fehler anzusehen war.

Der historische Fehler der Einführung einer rein umlagefinanzierten Pflegeversicherung kann mit der im Jahre 2007 oder 2008 anstehenden Reform der Pflegeversicherung beseitigt, umgekehrt oder aber auch bekräftigt werden. Das hängt unmittelbar von der in der politischen Diskussion stehenden und den später zu verwirklichenden Reformalternativen in der Pflegeversicherung ab. Alle Reformalternativen sollen folgend als Synopse in Abschnitt C charakterisiert, gegenübergestellt und bewertet werden. Zuvor allerdings erfolgt in Abschnitt A ein Überblick über die eigentlichen Probleme und Herausforderungen in der Pflegeversicherung.

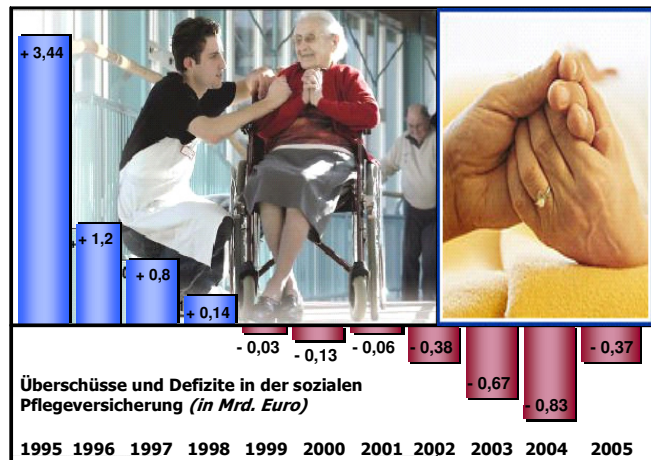
---

<sup>1</sup> Breyer, F. (1995); Eekhoff, J. (1992); Sachverständigenrat (1994).

## B Probleme und Herausforderungen in der Pflegeversicherung

### I. Defizite in der sozialen Pflegeversicherung

Die 1995 eingeführte soziale Pflegeversicherung weist bereits **seit 1999 jährlich steigende Defizite** auf. Allein 2004 überstiegen die Ausgaben die Einnahmen um 823 Mio. Euro.<sup>2</sup> 2005 konnte das Wachstum des Defizits allein durch die Erhöhung der Beiträge für Kinderlose vorübergehend gestoppt werden. Alle Defizite werden derzeit noch durch Rücklagen, die bei Einführung der so-



zialen Pflegeversicherung durch eine „Beitragsvorlaufzeit“ aufgebaut werden konnten, aufgefangen. Alle Prognosen gehen davon aus, dass diese Finanzreserven bis 2008 oder 2009 aufgebraucht sein werden. Spätestens dann müsste der einkommensabhängige Beitrag in der sozialen Pflegeversicherung angehoben werden.

### II. Fehlende Dynamisierung in der Pflegeversicherung

Da die Pflegeleistungen in der sozialen wie auch privaten Pflegeversicherung per Gesetz nominal festgeschrieben sind, verlieren die Pflegeleistungen durch die allgemeine Preissteigerung jedes Jahr an Wert. Gemessen an der tatsächlichen Preissteigerungsrate hat der **Realwert** der Pflegeleistungen von 1995 bis 2006 **um 17,3 %** abgenommen.<sup>3</sup> Das führt zu steigenden Zuzahlungen der Pflegebedürftigen beziehungsweise ihrer Kinder. Vor allem in der stationären Pflege rutschen immer mehr Pflegebedürftige unter die Sozialhilfeschwelle. Von 1998 bis 2004 hat die Zahl der pflegebedürftigen Sozialhilfeempfänger wieder um knapp 13,7 % zugenommen.<sup>4</sup> Damit verfehlt die Pflegeversicherung ihr eigentliches und ursprüngliches Ziel - nämlich die Sozialhilfeabhängigkeit Pflegebedürftiger zu reduzieren. Werden die Pflegeleistungen auch in Zukunft nicht dynamisiert, also zum Beispiel mit 2 % an die jährliche Preisentwicklung angepasst, würde das einem schrittweisen, aber unvermeidbaren Aus-

Realwert im Jahr ...		anhand des Beispiels einer stationären Pflegeleistung in Stufe 3: 1.432 Euro			
	2005	2030	2050	Ergebnis	
jährliche Preissteigerung	1,5	1.432 €	987 €	733 €	Realwert sinkt um 49 Prozent
	2,0	1.432 €	873 €	587 €	Realwert sinkt um 59 %

<sup>2</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2007), Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung.

<sup>3</sup> Berechnung mittels Verbraucherpreisindex für Deutschland.

<sup>4</sup> Statistisches Bundesamt (2006).

stieg aus der Pflegeversicherung entsprechen. Denn nach 25 (45) Jahren wäre der Realwert der Pflegeleistung - hier dargestellt am Beispiel einer stationären Pflegeleistung in Stufe 3 - um 39 % (59 %) gesunken.

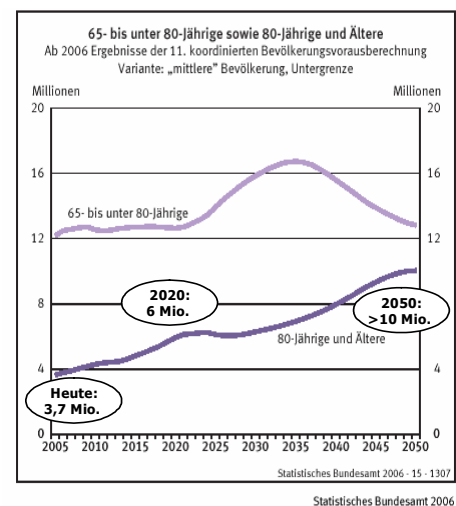
### III. Demographischer Wandel und Zahl der Pflegebedürftigen

Da das Risiko der Pflegebedürftigkeit mit dem Alter signifikant zunimmt, ist die soziale Pflegeversicherung im besonderen Maße vom demographischen Wandel betroffen. Das Pflegerisiko liegt vor dem 60. Lebensjahr bei rund 0,6 %, zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr bei rund 3,9 % und steigt nach dem 80. Lebensjahr auf rund 32 %.<sup>5</sup>



Gleichzeitig wird sich die Zahl der über 65-Jährigen in den nächsten Jahrzehnten von 19 % im Jahr 2005 auf 33 % im Jahr 2050 drastisch erhöhen. Der Anteil der sehr alten Menschen nimmt dabei überproportional zu. Bis 2050 wird sich die Zahl der über 80-Jährigen mehr als verdreifachen. Parallel sinkt die Zahl der Erwerbstätigen und Jüngeren unter 21 Jahre.<sup>6</sup> Diese müssen die nicht kapitalgedeckte soziale Pflegeversicherung mit ihrem Einkommen (in Zukunft) finanzieren. Und das wird zunehmend zum großen Problem, wenn man sich vergewärtigt, dass 1950 ein Rentner von 3,5 Erwerbstätigen finanziert worden ist, im Jahr 2050 aber nur noch 1,25 Erwerbstätige auf einen Rentner entfallen wird.

Mit dem demographischen Wandel wächst auch die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland. Waren Anfang 2005 knapp über 2 Millionen Menschen pflegebedürftig, wird die Zahl - so Prognosen verschiedener wissenschaftlicher Institute<sup>7</sup> - schon im Jahr 2020 bei 2,7 Millionen liegen. Im Jahr 2030 werden es schon 2,7 Millionen sein. 2050 ist dann mit 4,7 Millionen pflegebedürftigen

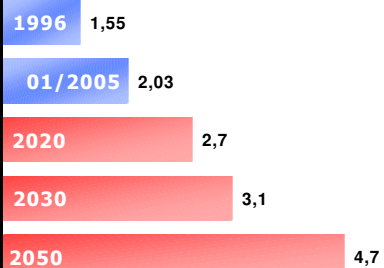


#### Zahl der Pflegebedürftigen

**Pflegestufe 1-3, ambulant und stationär (in Millionen) vom Jahr 1996**

**bis zum Jahr 2050**

(Prognose DIW Berlin und IWG Bonn)



<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt (2007), Pflegestatistik 2005.

<sup>6</sup> Statistisches Bundesamt (2006), Ergebnisse der 11. Bevölkerungsvorausberechnung.

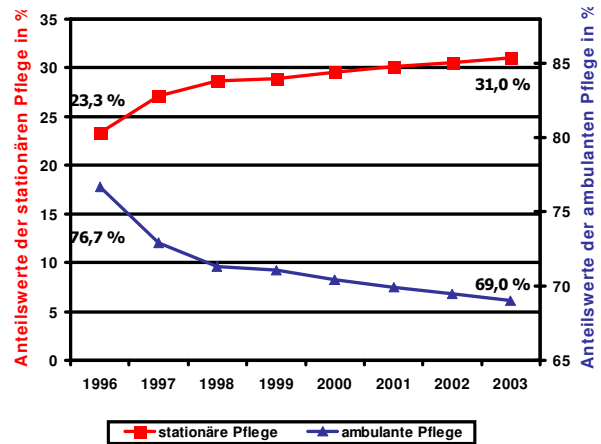
<sup>7</sup> DIW Berlin (2001); IWG Bonn (2003).

Menschen zu rechnen. Eine gewaltige Herausforderung für die soziale Pflegeversicherung, die im Gegensatz zur privaten Pflegeversicherung keine Kapitaldeckung kennt.

#### IV. Strukturentwicklung in der Pflegeversicherung

Viele Experten halten eine inhaltliche Neuausrichtung der Pflegeversicherung für notwendig. Das hat unterschiedliche Gründe:

(1) Der Grundsatz „*ambulant vor stationär*“ kann in der Praxis oft nicht durchgesetzt werden. Deshalb sollen, weil es seit 1996 einen Trend zur stationären Pflege gibt, ambulante und stationäre Pflegeleistungen der Höhe nach angeglichen werden.



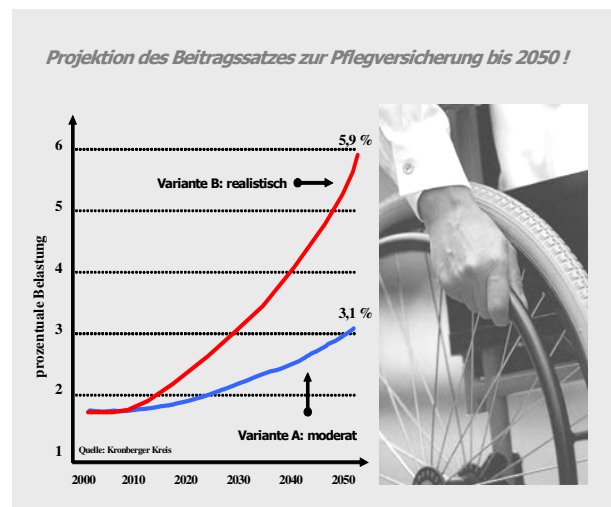
(2) Der enge, vorwiegend verrichtungsbezogene Pflegebegriff trägt der Pflegesituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen nur ungenügend Rechnung. Allgemeinem Betreuungsbedarf für psychisch Kranke, Menschen mit geistigen Behinderungen und Demenzkranke kann daher nur unzureichend entsprochen werden. Gerade weil diese Pflegebedürftigen von der Anzahl der Fälle her an Bedeutung hinzugewinnen, muss über eine neue Definition bzw. über ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit nachgedacht werden.

(3) Prävention und Rehabilitation sind unzureichend in das System der Pflegeversicherung eingebunden. Die Pflegeversicherung ist selbst kein Leistungsträger für die Prävention und Rehabilitation und daher auf andere Leistungssysteme (GKV; PKV) angewiesen. In der Praxis hat daher vor allem die geriatrische Rehabilitation einen viel zu geringen Stellenwert. Führt Prävention und Rehabilitation zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und zu einer verminderten Pflegebedürftigkeit, wird dies im bestehenden System nicht honoriert. Im Gegenteil, das jetzige System schafft finanzielle Anreize, die Stufe der Pflegebedürftigkeit bei einer pflegebedürftigen Person nicht zu senken, sondern systematisch zu erhöhen.

(4) Trotz zusätzlicher gesetzlicher Regelungen und Anstrengungen vieler Leistungsanbieter, die Qualität in der Pflege zu erhöhen, sind Missstände insbesondere in der stationären Pflege zu verzeichnen, die gegen das Ziel einer menschenwürdigen Pflege verstoßen.

## V. Beitragssatzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung

Mit oder ohne Dynamisierung der Pflegeleistungen – angesichts der Defizite wird der einkommensabhängige Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung auf jeden Fall steigen. Die Wissenschaftler im Kronberger Kreis haben die Entwicklung der voraussichtlichen Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2050 projiziert:<sup>8</sup> Werden in einer moderaten **Variante A** die Leistungsausgaben um 1,5 % dynamisiert, gleichzeitig die beitragspflichtigen Einkommen um durchschnittlich 2 % pro Jahr steigen, wird im Jahr 2050 der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung 3,1 % betragen. Geht man aber - was aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts nicht unrealistisch ist - davon aus, dass die jährliche Steigerungsrate der Leistungsausgaben bis zu einem Prozentpunkt über der Zuwachsrates der beitragspflichtigen Einkommen liegt - also 3 % beträgt -, wird der Beitragssatz zur Pflegeversicherung im Jahr 2050 schon bei 5,9 % liegen (**Variante B**).<sup>9</sup> Eine Entwicklung, die vor allem auf die Nachteile des bestehenden Systems in der gesetzlichen Pflegeversicherung zurückgeführt wird.



<sup>8</sup> Kronberger Kreis (2005).

<sup>9</sup> Dazu auch Hof, B. (2001); Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (2004).

## C Alternative Reformmodelle für die Pflegeversicherung

### I. Vorbemerkungen

Alle hier skizzierten alternativen Reformmodelle für die Pflegeversicherung sind zum Teil von ihrem Wortlaut her den Originalmodellen und/oder angrenzenden Quellen entnommen. Im Mittelpunkt steht die vergleichende Synopse der Reformmodelle. Zielführend werden die Reformmodelle für die Pflegeversicherung anhand der Ordnungspunkte „*Vorhaben*“, „*Ausgestaltung*“ und „*Bewertung*“ vorgestellt. Beim Ordnungspunkt „*Vorhaben*“ spielen dabei insbesondere die favorisierte Finanzierungsart - Umlagefinanzierung oder Kapitaldeckung -, die Leistungsdynamisierung sowie eventuelle Strukturveränderungen eine Rolle.

Im Ordnungspunkt „*Ausgestaltung*“ wird das jeweilige Reformmodell vorgestellt. Großes Augenmerk wird dabei auch auf eventuell existierende Übergangsphasen gelegt. Die Bewertung der Reformalternativen soll insbesondere anhand der Kriterien „*Problemäquivalenz*“, „*Leistungsdynamisierung*“, „*Übergangsfiananzierung*“, „*Art der Modellkalkulation*“ sowie „*politische Vermittelbarkeit*“ erfolgen. Die Bewertung erfolgt auch in tabellarischer Form.

### II. Die Bürgerversicherung

**Vorhaben:** Das Konzept der Bürgerversicherung favorisiert die Umlagefinanzierung. In allen denkbaren Modellen zur Bürgerversicherung ist eine Ausweitung der Umlagefinanzierung mit einkommensabhängigen Beiträgen vorgesehen. Strukturell geht dabei das Bürgerversicherungsmodell von verbesserten Leistungen bei Demenzerkrankungen aus. Zusätzlich sollen gemäß des Modells von *Lauterbach* die ambulanten Leistungen in Pflegestufe I und II angehoben werden (auf 704 € in Pflegestufe I und 1100 € in Pflegestufe II). Dadurch würde der Vorrang und die Qualität der häuslichen Pflege betont beziehungsweise verbessert. Die Pflegeleistungen werden proportional zu den Einkommen der Versicherten dynamisiert.<sup>10</sup>

**Ausgestaltung:** Die Umlagefinanzierung in der Pflegeversicherung wird mittels Zusammenlegung der sozialen und privaten Pflegeversicherung realisiert. Charakteristisch für die meisten Modelle und Konzepte der Bürgerversicherung, insbesondere das nach *Lauterbach* und *Nahles* oder das der *Barmer*, sind dabei insbesondere drei Elemente: Erstens, die gesamte Bevölkerung wird zu einer Pflichtmitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung gezwungen. Das bedeutet eine Ausweitung des Versichertenkreises auf Beamte, Selbständige und Angestellte. Zweitens, die Beitragsbemessungsgrenze wird - je nach Modell - auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung erhöht oder bleibt auf dem Niveau im Status Quo erhalten. Und drittens soll die Beitragsbemessungsgrundlage um weitere Einkommensarten

---

<sup>10</sup> Lauterbach K. (2005).



(unter anderem Kapitalerträge) erweitert werden. Dabei wird auf zwei Beitragssäulen abgestellt (2-Säulen-Modell für Beiträge auf Erwerbs- und Vermögenseinkünfte). Freibeträge auf Kapitaleinkommen werden berücksichtigt wie im Steuerrecht.

Die durch die drei Maßnahmen zur Bürgerversicherung zu erzielenden Mehreinnahmen sollen zur zusätzlichen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung beitragen. Die Finanznot der Pflegekassen würde beseitigt. Es könnte mehr Geld für Leistungsausweitungen in der Pflege ausgegeben werden, und das bei einem Beitragssatz, der ausgehend von gegenwärtig 1,7 % - nach *Lauterbach* - dauerhaft auf 1,5 % gesenkt werden kann.

**Bewertung:** Ohne Finanzproblem in der sozialen Pflegeversicherung wirklich zu lösen, soll die private Pflegeversicherung abgeschafft werden. Dabei wird auf einen *Einmaleffekt* gesetzt. Denn selbst ohne Leistungsausweitungen reichen die im Rahmen der Bürgerversicherung erzielten Mehreinnahmen nicht aus, um den gegenwärtigen Leistungskatalog bei gegebener demographischer Entwicklung dauerhaft zu finanzieren. Das zeigen sogar die Berechnungen von *Lauterbach*. Diese gehen nur von einer Beitragsstabilität bis 2015 aus, und das, obwohl sie fälschlicherweise unterstellen, dass die so genannten Mehreinnahmen zur freien Verfügung ständen. Dies ist aber gerade nicht der Fall, denn in der privaten Pflegeversicherung wird für jeden Versicherten ein Teil der Beitragsprämie für den Aufbau eines Kapitalstocks mit Eigentumscharakter verwendet.

Am grundsätzlichen Finanzierungsproblem der sozialen Pflegeversicherung würde sich also trotz Bürgerversicherung nichts ändern. Der Grund hierfür liegt schlicht darin, dass eine Bürgerversicherung die Altersstruktur der Bevölkerung nicht wesentlich ändert. Im Gegenteil: Der Vorwurf, die private Pflegeversicherung habe bei ihren Versicherten eine günstigere Altersstruktur und damit weniger Finanzprobleme, greift zu kurz: Auch die privaten Versicherten werden altern - und sie werden durchschnittlich sogar wesentlich älter als die gesetzlich Versicherten. So bewirkt die Ausweitung des Versichertenkreises keine Verjüngung der Mitgliederbasis der sozialen Pflegeversicherung, vielmehr verschärfen sich die bereits in der Gegenwart existierenden demographiebedingten Probleme.

<b>Kriterium</b>	<b>Demographie-sicherheit</b>	<b>Leistungs-dynamisierung</b>	<b>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</b>	<b>Struktur-veränderungen</b>
<b>Bewertung</b>	nein	ja	Problem nicht gelöst	Erhöhung der ambulanten Leistungen in Stufe I und II; Besserstellung von Demenz

<b>Kriterium</b>	<b>Kapitalstock sicher?</b>	<b>Übergangs- finanzierung</b>	<b>Art des Reform- vorschlags</b>	<b>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</b>
<b>Bewertung</b>	Kapitalstock nicht vorhanden	nicht relevant	Kalkulatorisch nicht belastbar	nicht gegeben

### **III. Kronberger Kreis: Vollständige Kapitaldeckung**

**Vorhaben:** Der Kronberger Kreis, der Wis. Beirat der Stiftung Marktwirtschaft, setzt sich für eine vollständige Umstellung der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung ein.<sup>11</sup> Das Modell des Kronberger Kreises ist im Wesentlichen deckungsgleich mit dem Vorschlag der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw). Der Vorschlag sieht vor, dass das heute in der Pflegeversicherung existierende System der Umlage beendet und die Pflegeversicherung in ein von ausschließlich privaten Versicherungen getragenes Kapitaldeckungsverfahren überführt wird. Jeder Bürger - auch Rentner und Pflegebedürftige - soll eine kapitalgedeckte private Pflegepflichtversicherung abschließen, die ein Mindestversicherungsniveau sichert. Personen, die nicht in der Lage sind, den erforderlichen Versicherungsbeitrag zu zahlen oder deren Pflegekosten sowohl den Versicherungsschutz als auch die verfügbaren Eigenmittel überschreiten, erhalten Unterstützung aus öffentlichen Mitteln.

**Ausgestaltung:** Die Versicherungsprämie wird ausschließlich vom Versicherten bezahlt. Dafür wird der heutige Arbeitgeberanteil von 0,85 % als Bruttolohnbestandteil ausgezahlt und in die Besteuerung einbezogen. Solange GKVen nicht privatisiert werden, treten als Anbieter der kapitalgedeckten Pflegeversicherung ausschließlich bestehende oder neu zu gründende private Versicherungsgesellschaften auf. Die Versicherungsprämien werden für jeden Bürger risikoäquivalent und leistungsgerecht kalkuliert. Es ist eine Belastungsgrenze vorgesehen. Der vom Einzelnen zu leistende Höchstbeitrag soll 50 € pro Monat und Versicherten nicht überschreiten, und zwar auch dann, wenn die mit diesem Höchstbeitrag erworbenen Versicherungsleistungen hinter dem Mindestversicherungsniveau zurückbleiben. In der Übergangsphase bleiben schon pflegebedürftigen Menschen - finanziert aus öffentlichen Mitteln - alle bisher gewährten Leistungen auch in Zukunft erhalten. Bei pflegenahen Jahrgängen, also älteren Menschen oder Menschen mit Vorerkrankungen, werden, weil dieser Personenkreis bei einem anzunehmenden Höchstbeitrag von 50 € nur einen Teil des Mindestversicherungsschutzes über das Kapitaldeckungsverfahren absichern können, bei eintretenden Pflegefällen die Leistungen vom Staat aufgestockt. Die Höhe der Aufstockung hängt vom Eintrittszeitpunkt der Pflegebedürftigkeit ab. Je später die Pflegebedürftigkeit nach dem Zeitpunkt der Umstellung auftritt, desto kleiner werden die staatlichen Zuschüsse

<sup>11</sup> Kronberger Kreis (2005).

ausfallen. Konkret könnte sich nach Vorschlägen des Kronberger Kreises die Übergangsphase folgendermaßen darstellen: Wird eine Person noch im Jahr der Umstellung pflegebedürftig, so wird die Leistung vom Staat auf ein Niveau von 100 % des gesetzlich vorgegebenen Mindestversicherungsschutzes aufgestockt. Ab diesem Zeitpunkt wird die Aufstockung für jeden neuen Jahrgang von Pflegefällen linear um 5 Prozentpunkte abgeschmolzen.

**Bewertung:** Die steuerfinanzierte Übergangsphase ist mit der Bereitstellung erheblicher Haushaltsmittel verbunden. Um den bei der Umstellung schon Pflegebedürftigen alle bisher gewährten Leistungen auch in Zukunft zu gewähren und den pflegenahen Jahrgängen die Leistungen vom Staat aufzustocken, spricht der Kronberger Kreis selbst von einem Bedarf an Steuermitteln in Höhe von 14 Milliarden € jährlich. Dazu kommen noch die Sozialtransfers, die notwendig sind, weil nicht mehr eine einkommensabhängige und damit umverteilender Pflegeversicherungsbeitrag, sondern eine risikoäquivalente und damit finanziell eventuell überfordernde Prämie zu zahlen ist. In Anbetracht der Finanzsituation der Sozialversicherungen und der extrem angespannten haushaltspolitischen Lage der öffentlichen Hand ist die politische Realisierbarkeit eines vollständigen Umstiegs auf Kapitaldeckung - realistisch betrachtet - damit sehr unwahrscheinlich. Und damit nicht genug: Zwar schützt der Reformvorschlag mittels vollständiger Kapitaldeckung generationengerecht vor dem demographischen Wandel, schuldet dieser aber angesichts der heute dringend notwendigen Dynamisierung der Pflegeleistungen eine Konkretisierung, wenn lediglich von einem festzulegenden Mindestversicherungsniveau gesprochen wird. Nicht zuletzt deswegen liegt der Schluss nahe, dass das Modell des Kronberger Kreises ausschließlich eine ordnungspolitische Stellungnahme darstellt, die nicht durchgerechnet ist und eine Konkretisierung notwendig macht.

<i>Kriterium</i>	<i>Demographie-sicherheit</i>	<i>Leistungs-dynamisierung</i>	<i>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</i>	<i>Struktur-veränderungen</i>
<b>Bewertung</b>	gegeben	nein	Problem gelöst	nicht konkretisiert

<i>Kriterium</i>	<i>Kapitalstock sicher?</i>	<i>Übergangsfinanzierung</i>	<i>Art des Reformvorschlags</i>	<i>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</i>
<b>Bewertung</b>	ja	Steuermittel	nicht durchgerechnet; ordnungspolitische Stellungnahme	nicht gegeben

#### IV. Herzog-Kommission: Vollständiger Übergang in die Kapitaldeckung

**Vorhaben:** Die *Herzog*-Kommission strebt einen vollständigen Übergang von der Umlagefinanzierung zur Kapitaldeckung an.<sup>12</sup> Dabei soll zunächst bis 2030 ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen befürwortet die Kommission. Der Dynamisierungsfaktor soll so gewählt werden, dass ein real konstantes Niveau der Pflegeleistung sicherzustellen ist. Es wird eine spezifische Kostensteigerung im Pflegebereich in Höhe von 1,5 % angenommen. Strukturell spricht sich die Kommission für die Beibehaltung der Pflegestufen aus. Um die häusliche Pflege zu stärken (*ambulant vor stationär*), empfiehlt sie jedoch eine aufwandsneutrale Anpassung der Leistungen. Denn diese liegen in den Pflegestufen für die stationäre Pflege deutlich höher als in der häuslichen Pflege.

**Ausgestaltung:** Nach dem Vorschlag der *Herzog*-Kommission soll zunächst bis 2030 ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden, der danach aufgelöst und für eine Individualisierung der Alterungsrückstellungen eingesetzt wird. Dann sollen die Beiträge nach dem Eintrittsalter der Versicherten, nicht aber nach weiteren individuellen Merkmalen differenziert werden. Zum Aufbau des kollektiven Kapitalstocks (angesiedelt als Fonds zum Beispiel bei der deutschen Bundesbank) sollen alle Versicherten bis 2030 einen konstanten Beitragssatz von 3,2 % auf alle Einkunftsarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze entrichten. Für mitversicherte Ehegatten, die weder Kinder erziehen noch Angehörige pflegen, soll ein Ehegattensplitting angewendet werden. Dies führt zu dem Effekt, dass hohe Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze künftig mindestens teilweise der Beitragspflicht unterworfen werden. Ansonsten besteht die Möglichkeit zur beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern. Die Mittel für die beitragsfreie Familienmitversicherung könnten aus allgemeinen Steuermitteln erfolgen.

Die Kommission empfiehlt zudem, an der paritätischen Finanzierung festzuhalten. Um die mit dem Beitragsanstieg auf 3,2 % verbundene Mehrbelastung der Arbeitgeber ein Stück weit zu kompensieren, schlägt die Kommission den Wegfall eines bezahlten Urlaubstages oder eines Feiertages vor. Hierfür wird ein Beitragssatzäquivalent von 0,5 Prozentpunkten angesetzt, so dass die Arbeitgeberbelastung nicht 1,6 Beitragssatzpunkte betrüge, sondern nur noch 1,1 Prozentpunkte - gegenüber 0,85 % im Status Quo.

**Bewertung:** Auch im Vorschlag der *Herzog* - Kommission sind die Umstiegskosten bei einer Umstellung auf ein rein kapitalgedecktes Finanzierungssystem sehr hoch. Denn es ist

---

<sup>12</sup> Herzog-Kommission (2003).

gleichgültig, ob - wie beim Kronberger Kreis - massiv Steuermittel aufgebracht werden müssen oder - wie hier - zusätzlich aufzubringende Steuermittel auch die Beitragssätze einschließlich Arbeitgeberanteil massiv angehoben werden müssen. Die Politik wird vermutlich vor derartigen Umstiegskosten zurückschrecken. Und noch ein Aspekt sollte berücksichtigt werden. Historische Erfahrungen der Sozialpolitik zeigen, dass Kapitalstöcke oder Schwankungsreserven in öffentlicher Hand nicht von langer Dauer sind. Der Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks würde Begehrlichkeiten bei der Politik wecken - auch wenn dieser zum Beispiel bei der deutschen Bundesbank angesiedelt wäre. Der tatsächliche und vollständige Aufbau eines kollektiven Kapitalstocks ist unrealistisch.

<b>Kriterium</b>	<b>Demographie-sicherheit</b>	<b>Leistungs-dynamisierung</b>	<b>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</b>	<b>Struktur-veränderungen</b>
<b>Bewertung</b>	gegeben	ja (1,5 %)	weil Kompensation für Arbeitgeber unzureichend, Problem teilweise verschärft	Angleichung von stationären und ambulanten Leistungen

<b>Kriterium</b>	<b>Kapitalstock sicher?</b>	<b>Übergangsfinanzierung</b>	<b>Art des Reformvorschlags</b>	<b>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</b>
<b>Bewertung</b>	Zugriff schwer, aber möglich	Beitragsanstieg + Steuermittel	-	nicht gegeben

## V. Das Auslaufmodell von Raffelhüschen<sup>13</sup>

**Ziel:** Der Freiburger Finanzwissenschaftler *Raffelhüschen* plädiert für eine Abschaffung des heute bestehenden Systems. Der Umstieg auf ein kapitalgedecktes System erfolgt dabei nur für einen Teil der gesetzlich Pflegeversicherten. Die umlagefinanzierte Pflegeversicherung soll zu Gunsten einer privaten und kapitalgedeckten Pflegeversicherung auslaufen. Damit soll kapitalgedeckt dem Problem der Realentwertung der Pflegeleistungen begegnet werden. Ein Problem das *Raffelhüschen* in seinem Szenario mit einer Realentwertung zwischen 1,5 % (Szenario ohne Kostendruck) und 2,25 % (Szenario mit Kostendruck) jährlich ansetzt. Ferner geht das Modell von einer Leistungsausweitung für Demenzkranke und einer finanziellen Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege aus.

**Konzept:** Im Auslaufmodell von *Raffelhüschen* sollen nur noch die über 60-Jährigen (Stand: 2005) Ansprüche auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung haben. Sie fallen unter einen Vertrauensschutz, das heißt, sie kommen zwar in den Genuss der Leistungen der heu-

<sup>13</sup> Raffelhüschen, B.; Häcker, J.; Höfer, M. (2004); Raffelhüschen, B.; Häcker, J.; Höfer, M. (2005); Raffelhüschen, B.; Häcker, J. (2004).

tigen sozialen Pflegeversicherung, haben dabei aber keinen Anspruch auf deren Dynamisierung. Anstelle der bisherigen einkommensbezogenen Beiträge müssen sie nun eine Monatspauschale von 50 Euro zahlen. Da die Einnahmen aus dieser Pflegepauschale nicht ausreichen, um die Pflegeleistungen der über 60-Jährigen zu finanzieren, sollen die unter 60-Jährigen ebenfalls weiterhin einen Finanzierungsbeitrag an die gesetzliche Pflegeversicherung in Höhe von 0,7 % ihres Einkommens zahlen (Solidarbeitrag) - sie erwerben dort allerdings selber keine Leistungsansprüche mehr. Dieser Solidarbeitragssatz wird bis zum Jahr 2046 auf Null reduziert, weil die soziale Pflegeversicherung in diesem Jahr endgültig ausläuft. Zur Absicherung ihres eigenen Pflegerisikos müssen die unter 60-Jährigen eine private Pflegeversicherung abschließen. Sie müssen neben dem Solidarbeitrag von 0,7 % zusätzlich eine Prämie für die private Pflegeversicherung von heute zirka 40 Euro leisten.

**Bewertung:** Der Hauptvorteil des Ausgleichsmodell liegt in dem Umstieg in die kapitalgedeckte und damit generationengerechte Pflegeversicherung. Aber auch hier müssen die Umstiegskosten auf ein kapitalgedecktes Finanzierungssystem aufgebracht werden. Diese sind hoch, denn es ist gleichgültig, ob - wie beim Kronberger Kreis - massive Steuermittel aufgebracht werden müssen oder wie hier sich die Belastung der Jungen mittels eines Solidarbeitrags massiv erhöht. Vor einer Doppelbelastung der Jungen, die ohne Leistungsanspruch in die Pflegeversicherung einzahlen und kapitalgedeckt für sich selbst sorgen müssen, wird die Politik höchstwahrscheinlich genauso zurückschrecken wie vor einer pauschalen Belastung (ohne Sozialausgleich) der über 60-Jährigen in Höhe von 50 €. Ferner: Das Problem der fehlenden Dynamisierung der Pflegeleistungen für über 60-Jährige ist nicht gelöst. Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie mit einer Prämie in Höhe von 40 € für die unter 60-Jährigen deren Pflegeleistungen inklusive Dynamisierung dieser Leistungen mit samt einer stärkeren Berücksichtigung der Demenz im Pflegebegriff finanziert werden kann.

<b>Kriterium</b>	<b>Demographie-sicherheit</b>	<b>Leistungs-dynamisierung</b>	<b>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</b>	<b>Struktur-veränderungen</b>
<b>Bewertung</b>	gegeben	Dynamisierung gefordert (1,5 - 2,25 %), aber insbesondere für die > 60 Jahre nicht gelöst	Problem gelöst	Gleichstellung von stationärer und ambulanten Pflege; Besserstellung von Demenzkranken

<b>Kriterium</b>	<b>Kapitalstock sicher?</b>	<b>Übergangsfinanzierung</b>	<b>Art des Reformvorschlags</b>	<b>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</b>
<b>Bewertung</b>	ja	starke Belastung der Jungen (Solidarbeitrag) und pauschale Belastung der Alten	Durchgerechnet?	nicht gegeben, weil nicht vermittelbar

## VI. Das Kohortenmodell des Sachverständigenrats

**Vorhaben:** Das Kohortenmodell des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung<sup>14</sup> will in den Grundzügen eine sofortige Umstellung der Pflegeversicherung auf Kapitaldeckung für rund zwei Drittel der Bevölkerung realisieren. Damit soll die derzeitige umlagefinanzierte Prämienbemessung in der sozialen Pflegeversicherung nicht sofort beseitigt werden, sondern allmählich auslaufen. Handlungsbedarf sieht das Kohortenmodell des Sachverständigenrates auch bei der Dynamisierung der Pflegeleistungen. Um eine kalte Abschaffung der Pflegeversicherung zu verhindern, orientiert sich der Sachverständigenrat dabei an einer (realwerterhaltende) - am besten regelgebundene - Dynamisierung der Leistungspauschalen in der Höhe des Durchschnitts aus Inflation und Lohnsteigerung. Ebenfalls auf der Leistungsseite anzusiedeln ist der Wille des Sachverständigenrates, die ambulante und stationäre Pflege gleichzustellen sowie eine pflegepolitisch bessere Berücksichtigung von Demenzerkrankungen zu erreichen.

**Ausgestaltung:** Beim Kohortenmodell des Sachverständigenrates erfolgt der Umstieg auf ein kapitalgedecktes System – ähnlich wie beim Auslaufmodell von *Raffelhüschchen* – nur für einen Teil der gesetzlich Versicherten - namentlich den Jahrgängen nach 1951. Alle nach 1951 Geborenen scheiden aus der sozialen Pflegeversicherung aus und müssen eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung abschließen, in der einkommensunabhängige Pauschalbeiträge ohne Arbeitgeberbeteiligung erhoben werden. Dabei wird eine auf das Kohortenrisiko bezogene Durchschnittsprämie (je Geburtenjahrgang getrennt) verlangt. Der kohortenspezifische Tarif kann von gesetzlichen und privaten Versicherern angeboten werden, für die jeweils Kontrahierungszwang besteht. Bei einem Wechsel können die Alterungsrückstellungen mitgenommen werden. Ein Risikostrukturausgleich soll Risikoselektion vorbeugen.

Jahrgänge vor 1951 verbleiben im Umlageverfahren der sozialen Pflegeversicherung. Diese Versicherten erhalten im Pflegefall die üblichen Leistungen und haben einen monatlichen Pauschalbeitrag von anfänglich 50 € zu entrichten, der sich jedes Jahr nominal um einen Euro erhöht. Da ihre Beiträge zur Kostendeckung nicht ausreichen, werden die verbleibenden Kosten auf jene rund zwei Drittel der Bevölkerung umgelegt, die ihr Pflegerisiko künftig kapitalgedeckt absichern sollen. So müssen die Jüngeren zusätzlich zu ihrer kohortenspezifischen Pauschale im kapitalgedeckten System eine „Altenpauschale“ entrichten. Diese Altenpauschale beträgt anfangs (2005) nominal 5,29 € und erreicht im Zuge des demographischen Wandels im Jahr 2030 mit nominal rund 39 € (real 26 €) ihr Maximum.

---

<sup>14</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005).

Da der Übergang von einkommensabhängigen Beiträgen zu Pauschalen - vor allem für die Rentner - eine (enorme) Mehrbelastung bedeutet, muss nach Ansicht des Sachverständigenrats ein sozialer Ausgleich etabliert werden. Denkbar ist, dass der Staat Zuschüsse zahlt, wenn die Pauschale einen bestimmten, von der Politik festzusetzenden Prozentsatz (Eigenschaftssatz) des Haushaltseinkommens übersteigt.

**Bewertung:** Mit dem Kohortenmodell kann die Abkopplung der Pflegekosten von den Arbeitskosten sofort umgesetzt werden. Der Lohnsteuercharakter der Pflegeversicherungsbeiträge wird beseitigt. Problematisch ist die Finanzierung der Übergangsphase. Im Vergleich zum Status quo müssen die älteren Jahrgänge mit der Pauschale von zunächst 50 Euro höhere Beiträge leisten, die mittleren und jungen Jahrgänge müssen die Beiträge für ihre kohortenspezifische Versicherung aufbringen und durch eine Umverteilungspauschale das Defizit der auslaufenden sozialen Pflegeversicherung decken. Zudem müssten die Steuerzahler, da die hohen Beiträge in der Übergangsphase für viele eine Überbelastung bedeuten, den sozialen Ausgleich finanzieren. Der Umstieg ist also nicht billig. Die Politik wird auf jeden Fall vor derartigen Doppelbelastungen insbesondere der Jüngeren zurückschrecken, insbesondere wenn sie Gefahr läuft, mittels hoher aufzubringender Steuermittel diese Doppelbelastung sozialpolitisch abfedern zu müssen.

<i>Kriterium</i>	<i>Demographie-sicherheit</i>	<i>Leistungs-dynamisierung</i>	<i>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</i>	<i>Struktur-veränderungen</i>
<b>Bewertung</b>	gegeben	ja (2,25 %)	Problem gelöst	Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege; Besserstellung von Demenzkranken etc.

<i>Kriterium</i>	<i>Kapitalstock sicher ?</i>	<i>Übergangsfinanzierung</i>	<i>Art des Reformvorschlags</i>	<i>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</i>
<b>Bewertung</b>	Soweit privater Versicherer - ja	Doppelbelastung der Jungen + Steuermittel	durchgerechnet	nicht gegeben

## VII. Sachverständigenrat: Umlagefinanziertes Pauschalbeitragssystem

**Vorhaben:** Alternativ zum Kohortenmodell schlägt der Sachverständigenrat<sup>15</sup> das umlagefinanzierte Pauschalbeitragssystem vor. Dieses Modell weitet aus allokativen Gründen die Umlagefinanzierung im Rahmen einer einkommensunabhängigen Pauschale auf alle Bürger aus. Hinsichtlich der in diesem Konzept fehlenden Kapitaldeckung wird lediglich angemerkt, dass in diesem reinen Umlagesystem angesichts ansteigender Pauschalbeiträge ergänzen-

<sup>15</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005).



de kapitalgedeckte Elemente in der Zukunft sinnvoll sein könnten. Diese optionale, in die Zukunft verschobene Kapitalbildung kann grundsätzlich kollektiv oder (nach Vorbild der Riester-Rente) außerhalb des Systems vom einzelnen Versicherten vorgenommen werden.

Auf der Leistungsseite nimmt das Modell eines umlagefinanzierten Pauschalbeitragssystems - analog zum Kohortenmodell des Sachverständigenrates - eine Dynamisierung der Leistungspauschalen in Höhe des Durchschnitts aus Inflation und Lohnsteigerung an. Ebenfalls auf der Leistungsseite anzusiedeln ist der Wille, die ambulante und stationäre Pflege gleichzustellen sowie eine pflegepolitisch bessere Berücksichtigung von Demenz zu erreichen. Dabei wird stets betont, dass die Ausgaben der Pflegeversicherung von sehr vielen Faktoren abhängen, nicht zuletzt insbesondere von politischen Entscheidungen.

**Ausgestaltung:** Im Kern ist das umlagefinanzierte Pauschalbeitragssystem dem Krankenversicherungsmodell der Bürgerpauschale nachgebildet. Es weist folgende Eigenschaften auf: (1) Alle Bürger sind in einer Pflegekasse ihrer Wahl versicherungspflichtig. Die Beiträge werden als (einkommensunabhängige) Pauschalbeiträge erhoben. Diese Pauschale würde zurzeit monatlich 25 € betragen und stellt einen Wettbewerbsparameter der anbietenden Kassen (gesetzliche und private) dar. Für die Versicherer besteht Kontrahierungszwang. Ein Risikostrukturausgleich soll den risikoselektionsfreien Wettbewerb zwischen den Kassen sichern. (2) Die beitragsfreie Mitversicherung von nichterwerbstätigen Ehegatten entfällt. Kinder können beitragsfrei mitversichert werden. (3) Für Personen mit geringen Einkommen wird ein sozialer Ausgleich installiert. Ein Zuschuss wird dann gewährt, wenn der Pflegeversicherungsbeitrag einen bestimmten Prozentsatz (zum Beispiel Eigenanteilssatz von 2 %) des gesamten Einkommens überschreitet. Das für den sozialen Ausgleich erforderliche Zuschussvolumen wird aus Steuermitteln finanziert (Zuschussvolumen von 3 Mrd., bei zusätzlichen Kapitaldeckungselementen 4 Mrd. jährlich). (4) Der derzeitige Arbeitgeberbeitrag wird als Bruttolohnbestandteil ausbezahlt und in die Besteuerung einbezogen.

**Bewertung:** Das umlagefinanzierte Pauschalbeitragssystem weitet die Umlagefinanzierung aus. Sie zerstört dabei das funktionierende kapitalgedeckte und damit generationengerechte System der privaten Pflegeversicherung ohne adäquaten kapitalgedeckten Ersatz zu schaffen. Denn die politische Verwirklichung von zusätzlichen kapitalgedeckten Elementen neben einem Pauschalbeitragssystem ist mehr als unwahrscheinlich. Ähnlich ergeht es dem Sozialausgleich aus Steuermitteln. Eine jährliche Belastung der Haushalte in Höhe von mindestens 3 Mrd. Euro ist genauso fraglich wie die Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine konstante und politisch zuverlässige Steuerzuwendung an die gesetzliche Krankenversicherung hat es in der Vergangenheit nicht gegeben und wird es auch in Zukunft niemals geben.

<b>Kriterium</b>	<b>Demographie-sicherheit</b>	<b>Leistungs-dynamisierung</b>	<b>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</b>	<b>Struktur- veränderungen</b>
<b>Bewertung</b>	nicht gegeben	ja (2,25 %)	Problem gelöst	Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege; Besserstellung von Demenzkranken etc.

<b>Kriterium</b>	<b>Kapitalstock sicher?</b>	<b>Übergangsfinanzierung</b>	<b>Art des Reformvorschlags</b>	<b>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</b>
<b>Bewertung</b>	Zunächst einmal nicht vorhanden	Sozialausgleich mit Steuermitteln	durchgerechnet	nicht gegeben

### VIII. Das Rürup-Modell

**Vorhaben:** Im Rahmen des *Rürup-Modells*<sup>16</sup> der Pflegeversicherung bleibt das Umlageverfahren das dominante Finanzierungsprinzip. Allerdings wird eine ergänzende, temporäre Teilkapitaldeckung, der sogenannte intergenerative Lastenausgleich, vorgeschlagen. Hinsichtlich der Dynamisierung der Leistungen schlägt das *Rürup-Modell* vor, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in der Höhe des Durchschnitts aus Inflation und Lohnsteigerung zu dynamisieren. Auf Grundlage des verwendeten Szenarios ergibt sich eine Anhebung der Leistungen in Höhe von 2,25 % pro Jahr. Strukturell wird die Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege empfohlen. Darüber hinaus schlägt das *Rürup-Modell* bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit bei Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen einen Zeitzuschlag von 30 Minuten vor.

**Ausgestaltung:** Um die heutigen Rentner stärker an der Finanzierung zu beteiligen, soll bei den Rentnern - zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz - ab 2010 ein einkommensabhängiger Ausgleichsbeitrag in Höhe von zunächst 2 % erhoben werden. Das ermögliche die Senkung des allgemeinen Beitrags zur gesetzlichen Pflegeversicherung auf 1,2 %. Danach würde der von den Rentnern zu zahlende Beitrag nach geltendem Recht 3,2 % betragen. Der von den Arbeitnehmern abzuführende Beitrag soll bei 1,7 % bleiben und die Differenz von 0,5 Prozentpunkten obligatorisch auf persönlichen Pflegekonten bei den Rentenversicherungsträgern angespart werden. Diese Pflegekonten werden etwa ab 2030 sukzessive wieder aufgelöst, wenn aus dem persönlichen Pflegekonto bei Rentnereintritt eine Leibrente zusätzlich zur Altersrente gezahlt wird, die je nach persönlicher Einzahlungsdauer und -höhe variiert. Die Leibrente soll die persönliche Belastung durch demographiebedingt stark stei-

<sup>16</sup> Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003).

gende Pflegeversicherungsbeiträge während des Rentenbezugs abfedern. Das führt letztendlich zur Glättung der Beitragsbelastung. Die Kapitaldeckung ist damit temporär.

**Bewertung:** Beim Modell von *Rürup* handelt es sich um eine vorübergehende Teilkapitaldeckung, die ab 2030 mit einem Nachhaltigkeitsrisiko verbunden ist. Damit stellt sich dieser Vorschlag als Scheinlösung dar, die - wie Prof. Raffelhüschen es formuliert – „mittelfristige Nachhaltigkeit sichert, langfristig dem demographischen Sturm nicht standhält.“ Ferner ist der Kapitalstock bei der Rentenversicherung angesiedelt. Der Zugriff der Politik ist leicht möglich. Darüber hinaus wird das hoch komplizierte Verfahren sowie die relativ hohe Belastung der Rentner den Bürgern bzw. den Rentnern politisch nicht vermittelbar sein.

<b>Kriterium</b>	<b>Demographie-sicherheit</b>	<b>Leistungs-dynamisierung</b>	<b>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</b>	<b>Struktur-veränderungen</b>
<b>Bewertung</b>	nur temporär gegeben	ja (2,25 %)	konstante Lohnzusatzkosten	Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege; Besserstellung von Demenzkranken etc.

<b>Kriterium</b>	<b>Kapitalstock sicher ?</b>	<b>Übergangsfinanzierung</b>	<b>Art des Reformvorschlags</b>	<b>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</b>
<b>Bewertung</b>	Nein, Zugriff relativ leicht möglich	Belastung der Rentner	Durchgerechneter Reformvorschlag	nicht gegeben

## **IX. Das CSU-Stewens-Modell**

**Vorhaben:** Das Vorhaben des *CSU*-Modells<sup>17</sup> zielt nicht auf eine temporäre, sondern auf eine dauerhafte kapitalgedeckte Ergänzung der auf heutigen Stand eingefrorenen Umlagefinanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Wesentliches Merkmal dieses Konzeptes ist der Aufbau einer privaten und kapitalgedeckten Zusatzversicherung. Diese finanziert kapitalgedeckt eine jährliche Dynamisierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung um 1,5 % (alle fünf Jahre realisiert) und kompensiert die demographische Entwicklung. Auf der Leistungsseite ist die Verbesserung der Situation Demenzkranker vorgesehen. Um die häusliche Pflege zu fördern, werden darüber hinaus die Pflegeleistungen im ambulanten und stationären Bereich angeglichen. Auch trägt künftig die Pflegeversicherung die Kosten der geriatrischen Rehabilitation. So wird die Identität von Kostenträger und Nutznießer sichergestellt.

<sup>17</sup> Gaßner, M.; Schottky, E. (2005).

**Konzept:** Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung wird für alle Versicherten dauerhaft auf 1,7 % festgeschrieben. Er wird von Arbeitgebern und Arbeitnehmern wie bisher paritätisch getragen. Die jüngeren Versicherten, die das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden obligatorisch verpflichtet, eine kapitalgedeckte private Zusatzversicherung mit einheitlichen Pauschalen abzuschließen. Diese würde sich bei einem schon in der Vergangenheit liegenden Umstiegsjahr 2005 auf monatlich 4 € belaufen und sich danach jährlich um 0,47 € erhöhen. Zur Verwaltungsvereinfachung soll der Beitrag zusammen mit dem Beitrag für die soziale Pflegeversicherung eingezogen werden. Für die Älteren, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, besteht keine Verpflichtung zum Abschluss der privaten Ergänzungsversicherung. Erhöhte Belastungen kommen auf diesen Personenkreis zu, wenn die Pflegeleistungen auch für die Älteren dynamisiert werden. Die dadurch entstehenden zusätzlichen Kosten gehen ausschließlich zu Lasten der älteren Versicherten, das heißt, nur für diesen Personenkreis würde der Beitragssatz entsprechend angehoben.

**Bewertung:** Mit dem *CSU-Stewens-Modell* werden die Leistungen der Pflegeversicherung im vollen Umfang dynamisiert. Der Einstiegsbeitrag mit 4 Euro bietet eine verlässliche Perspektive der Beitragsentwicklung in einer sozial tragfähigen Größenordnung. So wird die langfristige Umstellung in ein demographiefestes privates Kapitaldeckungsverfahren durch einen schrittweisen Übergang gelöst. Es findet keine weitere Belastung durch steigende Lohnzusatzkosten statt. Denn der Beitragssatz von 1,7 / 1,95 Beitragspunkten in der sozialen Pflegeversicherung kann bei allen relativ Jüngeren stabilisiert werden. Und: Die Alterungsrückstellungen sind dem politischen Zugriff definitiv entzogen. Das Modell ist praktikabel, sozialpolitisch vertretbar und stellt einen mutigen Reformvorschlag dar.

Das Modell hat aber auch Schwächen. (1) Es besteht die Gefahr, dass die über 60-Jährigen im Vergleich zum Status Quo ohne zusätzliche Absicherung bleiben und lediglich Anspruch auf die von der heutigen sozialen Pflegeversicherung gewährten, im Lauf der Zeit real entwerteten Leistungen haben. Schafft es die Politik für diesen Personenkreis nicht, politisch regelmäßig über eine Dynamisierung der Leistungen in der heutigen sozialen Pflegeversicherung zu entscheiden (was angesichts des dadurch entstehenden Beitragsdrucks nicht unwahrscheinlich ist), würde das für alle über 60-Jährigen einem schleichenden Ausstieg aus der Pflegeversicherung gleichkommen. (2) Die Zusatzversicherung finanziert nicht nur eine jährliche Dynamisierung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für alle unter 60-Jährigen, sondern kompensiert auch die finanziellen Folgen des demographischen Wandels. Das wiederum bedeutet, dass ausschließlich die relativ jungen Versicherten (alle unter 60-Jährigen) zur Finanzierung steigender Ausgaben, verursacht durch die demographiebedingte Zunahme der über 60-Jährigen, herangezogen würden. Damit tragen ausschließlich die jungen Kohorten die Belastungen des demographischen Wandels.

<b>Kriterium</b>	<b>Demographie- sicherheit</b>	<b>Leistungs- dynamisierung</b>	<b>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</b>	<b>Struktur- veränderungen</b>
<b>Bewertung</b>	aufbauend besser	ja (1,5 %)	Problem gelöst	Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege; Besserstellung von Demenzerkrankten und geriatrischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung

<b>Kriterium</b>	<b>Kapitalstock sicher?</b>	<b>Übergangs- finanzierung</b>	<b>Art des Reform- vorschlags</b>	<b>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</b>
<b>Bewertung</b>	ja	Relativ starke Belastung der Jungen	Durchgerechneter Reformvorschlag	gegeben

## **X. Das Modell der B-Länder**

**Vorhaben:** Das Modell der B-Länder<sup>18</sup> stellt eine Weiterentwicklung des *CSU-Stewens-*Modells dar. Danach beruht die Vorsorge für den Pflegefall in Zukunft auf der sozialen Pflegeversicherung und einer ergänzenden kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung zur Finanzierung der notwendigen Dynamisierung der Pflegeleistungen um 1,5 % jährlich (alle fünf Jahre realisiert) und der Kompensation der demographischen Entwicklung. Strukturell soll die soziale Pflegeversicherung neu gestaltet werden. Dabei wird dem Grundsatz ambulant vor stationär Rechnung getragen. In Zukunft sollen im ambulanten und stationären Bereich einheitliche Leistungsbeträge bezahlt werden. Die stärkere Berücksichtigung der Demenzerkrankung findet in diesem Modell keine Berücksichtigung. Dazu muss erst der Pflegebedürftigkeitsbegriff überarbeitet werden. Ähnliches gilt für die geriatrische Rehabilitation. Diese soll grundsätzlich - so die politische Verlautbarung und der politische Wille - gestärkt werden.

**Konzept:** Neben der heute existierenden sozialen Pflegeversicherung ist die Ergänzung des Umlageverfahrens durch ein zweites Standbein, einer kapitalgedeckten Pflegepflichtversicherung, vorgesehen. Diese Zusatzversicherung bildet individuelle Altersrückstellungen, die unter den Schutz des Grundgesetzes fallen, um extreme Beitragsbelastungen im Alter zu vermeiden. Jeder Versicherte der sozialen Pflegeversicherung hat, unabhängig von Alter und Gesundheitszustand, Anspruch auf Aufnahme in die kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung. Nach 30 Jahren werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zur Hälfte aus der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung und zur Hälfte aus der Ergänzungsver-

<sup>18</sup> o.V. (2006).

sicherung finanziert. Dann muss überlegt werden, ob die in dem Modell angelegte Option zum Umstieg auf eine vollständige Kapitaldeckung in Anspruch genommen wird.

Die ergänzende Zusatzversicherung finanziert eine jährliche Dynamisierung der Leistungsbeträge um 1,5 %, die alle fünf Jahre realisiert wird sowie die demographiebedingten Ausgabensteigerungen. Hierfür ist voraussichtlich ein monatlicher Pauschalbeitrag von ca. 6 € notwendig, der jährlich um ca. 1 € steigt. Kinder zahlen keine Beiträge in die private Ergänzungsversicherung, Ehegatten zahlen beide Beiträge. Alle weiteren, über die Dynamisierung der Leistungsbeträge hinausgehenden Leistungsverbesserungen (u. a. Leistungen bei Demenz), können nicht über diese ergänzende Zusatzversicherung finanziert werden. Weil ansonsten ein Sozialausgleich notwendig wird, sollen diese auf andere, politisch noch zu entscheidende Art und Weise finanziert werden.

**Bewertung:** Mit dem *B-Länder-Modell* werden die Leistungen der Pflegeversicherung in vollem Umfang dynamisiert. Die Finanzierung der Dynamisierungsleistung nimmt dabei keine Mittel aus dem Staatshaushalt in Anspruch. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Prämienhöhe in einem Bereich bewegt, der keinen Sozialausgleich erfordert. Das ist mit einem Einstiegsbeitrag von 6 € der Fall. Dieser Einstiegsbeitrag bietet eine verlässliche Perspektive der Beitragsentwicklung in einer sozial tragfähigen Größenordnung. So wird die langfristige Umstellung in ein demographiefestes privates Kapitaldeckungsverfahren durch einen schrittweisen Übergang gelöst. Es findet keine weitere Belastung durch steigende Lohnzusatzkosten statt. Denn der Beitragssatz von 1,7 / 1,95 Beitragspunkten in der sozialen Pflegeversicherung kann stabilisiert werden. Und: Die Alterungsrückstellungen sind dem politischen Zugriff definitiv entzogen. Das Modell ist politisch vermittelbar und praktikabel.

<b>Kriterium</b>	<b>Demographie-sicherheit</b>	<b>Leistungs-dynamisierung</b>	<b>Lohnzusatzkosten und Wettbewerbsfähigkeit</b>	<b>Struktur- veränderungen</b>
<b>Bewertung</b>	aufbauend besser	ja (1,5 %)	Problem gelöst	Gleichstellung von stationärer und ambulanter Pflege; Besserstellung von Demenzkranken und geriatrischen Rehabilitation gefordert, aber nicht gelöst

<b>Kriterium</b>	<b>Kapitalstock sicher?</b>	<b>Übergangs- finanzierung</b>	<b>Art des Reform- vorschlags</b>	<b>Vermittelbarkeit und Praktikabilität</b>
<b>Bewertung</b>	ja	ohne Steuermittel	Durchgerechneter Reformvorschlag	gegeben

## **D** „*Wissen sie, was zu tun ist?*“

Mit der hier vorliegenden bewerteten Modellsynopse zur Reform der sozialen Pflegeversicherung sollte die von der Politik einzuschlagende Reformrichtung in der Pflegeversicherung klar sein. Angesichts der fortlaufenden Realentwertung der Pflegeleistungen, insbesondere aber angesichts des heute schon eintretenden demographischen Wandels, sprechen die Vorteile der Kapitaldeckung für sich. Fazit: Die Überlegenheit der Kalkulation mit Alterungsrückstellungen auf der einen und die absehbaren Folgen einer Politik ohne grundlegende Reformentscheidung zu Gunsten von Kapitaldeckung auf der anderen Seite machen den Umstieg von der Umlagefinanzierung auf eine kapitalgedeckte Pflegeversicherung notwendig und unumgänglich. Ein solcher Finanzierungswechsel ist in der Pflegeversicherung von allen Sozialversicherungszweigen noch am ehesten zu realisieren, da sie noch nicht so lange besteht und ihr Leistungs- und Beitragsvolumen vergleichsweise gering ist. Ordnungspolitisch wäre dies die sauberste, sachgerechteste und beste Lösung. Die Finanzierung würde langfristig und generationengerecht sichergestellt. Die Älteren würden nach der Umstellung - zumindest in der sozialen Pflegeversicherung - nicht auf Kosten der Jüngeren leben.

Ein sofortiger und vollständiger Umstieg von der Umlagefinanzierung auf die Kapitaldeckung bereitet allerdings auch Probleme. Unter anderem müssen bei einem Umstieg auf ein kapitalgedecktes System über mehrere Jahrzehnte hinweg Umstiegskosten aufgebracht werden. Diese Milliardenkosten müssen in nicht unerheblichem Maße vom Steuerzahler finanziert werden. Angesichts dieser Milliardenbeträge an Steuermitteln und in anbetracht der Finanzsituation der Sozialversicherungen sowie der angespannten haushaltspolitischen Lage der öffentlichen Hand, stellt ein sofortiger und vollständiger Umstieg auf Kapitaldeckung nach Vorbild diverser Wissenschaftsmodelle eine enorme politische Herausforderung dar. Wird sie angenommen, wäre das grundsätzlich zu befürworten. Wahrscheinlicher dagegen ist aber, dass die Wege der Wissenschaft zur vollständigen Kapitaldeckung ein politisch nicht durchzusetzendes, theoretisches Konstrukt bleiben. Folglich sind Alternativen gefragt.

Alternativen stellen die Reformmodelle insbesondere der CSU sowie der B-Länder dar. In diesen Modellen zur Ergänzung der Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung wird die soziale Pflegeversicherung um eine kapitalgedeckte Finanzierung ergänzt und ermöglicht damit eine Dynamisierung der Pflegeleistungen. Der Kapitalaufbau erfolgt langsam, aber stetig wachsend. So ist der Kapitalaufbau in der Pflegeversicherung sozialpolitisch ausgewogen und für alle finanzierbar. Ein Sozialtransfer braucht es nicht.

Mit diesen Vorschlägen würde die soziale Pflegeversicherung auf zwei Finanzierungssäulen - Umlage und einer mit der Zeit steigenden Kapitaldeckung - gestellt. Am Ende steht der Umstieg auf eine private Pflegeversicherung, die vollständig auf Kapitaldeckung basiert.

Langfristig würden sich die Modelle der CSU sowie der B-Länder entsprechend nicht von den Plänen aus der Wissenschaft zur vollständigen Kapitaldeckung unterscheiden. Ausschließlich der Weg - unter anderem die Geschwindigkeit des Umstiegs - stimmt nicht überein. Denn anders als die Pläne aus der Wissenschaft wären die Modelle zur Ergänzung der Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung eine Reformalternative, die sowohl sozialpolitisch und steuerpolitisch realistisch ist als auch hinsichtlich politischer Durchsetzungsfähigkeit und Praktikabilität gangbar wäre. Allerdings lässt sich das Zeitfenster für diese gangbare Reform nicht unbegrenzt offen halten. Jedes weitere verstrichene Jahr verteuert und erschwert den dringend notwendigen Kurswechsel in der sozialen Pflegeversicherung. Es bleibt damit letztendlich zu hoffen, dass die Politiker „*wissen, was zu tun ist.*“



## Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Gesundheit** (2007), *Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung*, [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) (Stand: 10.3.2007).
- Breyer, F.** (1995), *Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung*, *Diskussionsbeiträge*, Serie I, Nr. 277.
- DIW Berlin** (2001), *Wochenbericht 5/01, Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050*, [www.diw.de](http://www.diw.de).
- Eekhoff, J.** (1992), *Pflegeversicherung als Umlage- oder als Kapitaldeckungssystem*, in: *Versicherungswirtschaft*, Heft 9/92, S. 531-538.
- Gaßner, M. Schotky, E.** (2005), *Reformvorschlag für eine ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung*, in: *Die BKK*, Nr. 2, 2005.
- Herzog-Kommission** (2003), *Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme*, September 2003.
- Hof, B.** (2001), *Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung*, *PKV-Dokumentation* 24.
- IWG Bonn** (2003), *Zur Reform der Pflegeversicherung und zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Versorgung mit Pflegeleistungen*, *Gutachten im Auftrag der CDU-Fraktion im Landtag von Nordrhein-Westfalen*, September 2003.
- Kronberger Kreis** (2005), *Tragfähige Pflegeversicherung*, *Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft*, Band 42, Berlin 2005.
- Kommission** für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003), *Intergenerativer Lastenausgleich in der Pflegeversicherung*, Berlin, 27. Juni 2003.
- Lauterbach K.** (2005), *Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung*, *Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln*.
- Lauterbach K.** (2005), *Stabile Beiträge trotz mehr Leistungen in den nächsten Jahren: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung*, in: *Soziale Sicherheit*, 3/2005.
- o.V.** (2006), *Modell zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung*, unveröffentlichtes Manuskript.
- Raffelhüschen, B.; Häcker, J.; Höfer, M.** (2004), *Wie kann die gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden?*, *Diskussionsbeiträge* 119/04, Freiburg.
- Raffelhüschen, B.; Häcker, J.** (2004), *Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung*, in: *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung* 73/1, S. 158-174.
- Raffelhüschen, B.; Häcker, J.; Höfer, M.** (2005), *Reformkonzepte der gesetzlichen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand*, *Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft*.
- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1994), *Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung*, *Sondergutachten vom 18.2.1994*.

**Sachverständigenrat** zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005), Jahresgutachten 2004/2005, Pflegeversicherung im Jahr 2004: Der Reformdruck wächst, Ziffern 340 ff.

**Sachverständigenrat** zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005), Jahresgutachten 2004/2005, Pflegeversicherung: Reform unausweichlich, Ziffern 545 ff.

**Statistisches Bundesamt** (2006), Ergebnisse der 11. Bevölkerungsvorausberechnung.

**Statistisches Bundesamt** (2007), Sozialeleistungen, [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Stand 1.3.2007).

**Statistisches Bundesamt** (2007), Pflegestatistik 2005, Wiesbaden.

**Verband der privaten Krankenversicherung** (2005), Dynamische und demographieresistente Pflegeleistungen für alle Bürger - Kapitalgedeckte Dynamisierung der Pflegeversicherung, Köln, März 2005.

**Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft** (2004), Pflegevorsorge: Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltige Reform der Pflegeversicherung..