
**Konzept
für eine echte Reform der Pflegeversicherung**

Berlin, Juni 2007

Hausadresse:
BDA im Haus der Deutschen Wirtschaft
Breite Straße 29
10178 Berlin

Briefadresse:
BDA im Haus der Deutschen Wirtschaft
11054 Berlin

Tel. +49 (0) 30 / 20 33 -0
Fax +49 (0) 30 / 20 33 -1055

<http://www.bda-online.de>

Der Pflegesektor wächst zunehmend und bietet wegen seiner Personalintensität auch eine hohe Zahl von Arbeitsplätzen. Die Finanzierung des Pflegebereichs über die lohnbezogen finanzierte soziale Pflegeversicherung führt jedoch zu höheren **Personalzusatz- und damit Arbeitskosten** und wirkt damit negativ auf die Schaffung neuer bzw. den Erhalt bestehender Arbeitsplätze. Ohne **grundlegende und nachhaltige Strukturreformen** droht die Belastung der Arbeitskosten durch Pflegebeiträge in den kommenden Jahrzehnten in Folge der demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden deutlichen Anstiegs der Zahl der Pflegeleistungsempfänger zudem auch noch erheblich zu steigen. Wenn nicht gegengesteuert wird, kommt es zu einer **beschleunigten Ausgabenexpansion**, während gleichzeitig die Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung aus Löhnen und Gehältern tendenziell schrumpft. Dennoch sind bisher keinerlei Maßnahmen ergriffen worden, um die Finanzierbarkeit der sozialen Pflegeversicherung dauerhaft sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund muss die soziale Pflegeversicherung dringend grundlegend und nachhaltig sowohl auf der Leistungs- als auch auf der Finanzierungsseite reformiert werden. Folgende **Maßnahmen** sind unverzichtbar:

1. Die **Sachleistungen** in der ambulanten und stationären Pflege müssen auf einem insgesamt niedrigeren Niveau angeglichen werden.
2. Zur Gewährleistung einer verantwortungsvollen und kostenbewussten Leistungsnachfrage sind prozentuale **Selbstbehalte** mit Höchstgrenzen einzuführen.
3. Die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs darf **keine höheren Leistungsausgaben** zur Folge haben, d. h. jede Leistungsausweitung muss an anderer Stelle durch Einsparungen in mindestens gleicher Höhe ausgeglichen werden.
4. In der sozialen Pflegeversicherung muss auf allen Ebenen – sowohl zwischen den Pflegekassen als auch zwischen den Leistungsanbietern – ein **Kosten- und Qualitätswettbewerb** eingeführt werden.
5. Zentraler Reformschritt muss die Entkoppelung der Pflegekostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis sein durch Umstellung der lohnbezogenen Beitragsfinanzierung auf ein einkommensunabhängiges **Pflegeprämienmodell** mit Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn und steuerfinanziertem sozialen Ausgleich für einkommensschwache Versicherte.
6. Zur langfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit ist der Auf- und Ausbau einer **kapitalgedeckten Risikovorsorge** unverzichtbar.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

In einem derart modernisierten und zukunftssicheren Pflegeversicherungssystem können alle derzeit rund 56 Mio. gesetzlich versicherten Erwachsenen – bei prämienfreier Mitversicherung der rund 14,5 Mio. Kinder – gegen eine kassenindividuelle **monatliche Pauschale von durchschnittlich 24 €** abgesichert werden.

Für den **Sozialausgleich** an einkommensschwache Versicherte stehen – überwiegend finanziert durch die Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den steuerpflichtigen Bruttolohn – etwa 2,4 Mrd. € zur Verfügung. Die Aufbringung eventuell darüber hinaus erforderlicher Ausgleichsmittel darf zu keiner unmittelbaren oder mittelbaren Mehrbelastung der Arbeitgeber führen. Der alternativlose Wechsel zum Pflegeprämienmodell muss für die Betriebe, wenn hieraus positive Wachstums- und Beschäftigungseffekte resultieren sollen, im Umstellungszeitpunkt **kostenneutral** sein.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

I. Reformbedarf auf der Leistungsseite

1. Sachleistungen in der ambulanten und stationären Pflege angleichen

Die monatlichen **Sachleistungen** in der ambulanten und stationären Pflege sollten – entsprechend einem Vorschlag der „Rürup-Kommission“ – auf einem insgesamt niedrigeren Niveau angeglichen werden. Das bedeutet:

Pflegestufe I einheitlich 400 € statt 384 € bzw. 1.023 €,
Pflegestufe II einheitlich 1.000 € statt 921 € bzw. 1.279 € sowie
Pflegestufe III einheitlich 1.500 € statt 1.432 €.

Eine solche **Angleichung** verhindert zum einen falsche Anreize zur Verlagerung der Pflege in teurere stationäre Einrichtungen, nimmt zum anderen in sachgerechter Weise den Pflegebedürftigkeitsgrad zum alleinigen Maßstab für die jeweilige Leistungshöhe und schafft darüber hinaus nach Berechnungen der „Rürup-Kommission“ eine finanzielle Entlastung in Höhe von rund 2,0 Mrd. € auf Jahresbasis.

2. Selbstbehalte einführen

Zur Gewährleistung einer verantwortungsvollen und kostenbewussten Leistungsnachfrage sollten **prozentuale Selbstbehalte** eingeführt werden. Das geltende Recht, das keine steuernde Eigenbeteiligung kennt, steht einer wirtschaftlichen Verwendung der knappen Mittel und einer Begrenzung des Gesamtleistungsvolumens entgegen. Es ist außerdem unlogisch und widersprüchlich, dass die heutige Pflegesatzgestaltung bei eher geringer Pflegebedürftigkeit meist eine Vollabsicherung (Vollkasko) zur Folge hat, bei hoher Pflegebedürftigkeit dagegen lediglich eine Teilabsicherung (Teilkasko) bewirkt. Soziale Sicherungssysteme sollten aber gerade vor solchen Risiken schützen, deren Eintritt mit einer finanziellen Überforderung des Einzelnen verbunden sein kann, und nicht Risiken abdecken, die der Einzelne in der Regel selbst tragen kann. Dies gebietet insbesondere auch der **Grundsatz der Subsidiarität**.

Dieser Zielsetzung tragen in besonderer Weise nach dem jeweiligen Pflegeaufwand gestaffelte Selbstbehalte Rechnung: Beispielsweise 75 Prozent des Aufwandes bis 100 €, 50 Prozent des Aufwandes von 100 bis 500 €, 25 Prozent des Aufwandes von 500 bis 1.000 € sowie 0 Prozent des Aufwandes von über 1.000 € (jeweils pro Monat). Der **maximale Selbstbehalt** beläuft sich damit auf monatlich 400 €. Allein der Selbstbehalt für die ersten 100 € entlastet die Pflegekassen – bei derzeit rund 2 Mio. Pflegebedürftigen und durchschnittlichen Gesamtfall-



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

kosten von 8.320 € pro Jahr bzw. rund 695 € pro Monat – um jährlich rund 1,9 Mrd. €

Durch die auf diese Weise eingesparten Leistungsausgaben (rund 10 Prozent des gesamten bisherigen Ausgabenvolumens) stünden zusätzliche Mittel bereit, die zumindest teilweise für verbesserte Leistungen an **Schwer- und Schwerstpflegebedürftige** bzw. zur Abdeckung höherer Pflegekosten eingesetzt werden könnten.

3. Leistungsausweitungen unterlassen

Die Leistungssätze in der Pflegeversicherung sind seit ihrer Einführung im Jahr 1995 nominell unverändert geblieben. Eine Dynamisierung kann allerdings nur dann in Frage kommen, wenn alle im System vorhandenen Effizienzreserven ausgeschöpft sind, eine wirksame Qualitätssicherung implementiert worden ist und die Personalzusatzkosten hiervon unberührt bleiben.

Ebenso sind geplante Leistungsverbesserungen für einzelne Personengruppen (verbesserte Versorgung von Demenzkranken, Ausweitung des Pflegeurlaubs) nur dann vertretbar, wenn sie durch mindestens gleichwertige Einsparungen an anderer Stelle voll kompensiert werden und mithin nicht zu einer zusätzlichen Kostenbelastung führen.

4. Wettbewerb verstärken

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung muss auch in der sozialen Pflegeversicherung, die organisatorisch unter dem Dach der Krankenkassen angesiedelt ist, der **Preis- und Qualitätswettbewerb** zur Erzielung kostengünstiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen verstärkt werden.

- Statt einheitlichem und gemeinsamem Handeln aller Pflegekassen ist **Vertragsfreiheit** dringend erforderlich. Die Leistungsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege dürfen nicht länger das Ergebnis eines bilateralen Monopols sein, sondern müssen von jeder Pflegekasse frei mit den Leistungsanbietern – Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen – ausgehandelt werden können.
- Künftig sollten Pflegekassen und Leistungsanbieter nicht mehr über feste Pflegesätze, sondern über zu erbringende **Pflegeleistungen** verhandeln. Das gibt den Leistungsanbietern Orientierung zum einen über die von den Pflegekassen getragenen Aufwendungen und zum anderen für ihre eigene Kostenkalkulation im Wettbewerb um Aufträge.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

- Eine Zusammenlegung von privater und sozialer Pflegeversicherung – im Sinne einer „Pflege-Bürgerversicherung“ – ist abzulehnen: Zum einen würde hierdurch der **Systemwettbewerb** unterbunden, der auf beiden Seiten Effizienzanreize schafft und damit insgesamt für mehr Wirtschaftlichkeit sorgt. Zum anderen bestünde die Gefahr, dass auf die hohen Kapitalrücklagen der erfolgreichen privaten Pflegeversicherung zurückgegriffen würde (die Alterungsrückstellungen haben Ende 2006 mit rund 16,5 Mrd. € trotz wiederholter Prämiensenkungen bereits etwa das 29fache der jährlichen Leistungsaufwendungen erreicht), beispielsweise zur mittelfristigen Beitragssatzstabilisierung in der defizitären sozialen Pflegeversicherung. Damit aber würde das demografieanfällige Umlageverfahren noch weiter ausgeweitet und das demografieresistentere Kapitaldeckungsverfahren aufgegeben.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

II. Reformbedarf auf der Finanzierungsseite

1. Einführung eines Pflegeprämienmodells

Zentraler Reformschritt muss die **Entkopplung der Pflegekostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis** sein. Dazu ist die lohnbezogene Beitragsfinanzierung auf ein einkommensunabhängiges Prämienmodell mit steuerpflichtiger Auszahlung des durchschnittlichen Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn umzustellen. Für Einkommensschwache besteht ein steuerfinanzierter Ausgleich.

Die **Vorteile** eines solchen Pflegeprämienmodells sind insbesondere:

- Arbeitskosten und Pflegekostenfinanzierung werden entkoppelt: Lohn- und Gehaltserhöhungen und höhere Beitragssätze führen nicht mehr zu höheren Personalzusatzkosten, der beschäftigungsfeindliche Abgabenkeil zwischen Arbeitskosten und Nettolöhnen sinkt, mittel- und langfristig sind nachhaltig positive Beschäftigungswirkungen zu erwarten.
- Über das Steuer- und Transfersystem erfolgt der soziale Ausgleich deutlich zielgenauer und transparenter als heute. Das Umverteilungsvolumen kann dadurch begrenzt werden.
- Negative einnahmeseitige Effekte des demografischen Wandels werden verringert, da ein steigender Rentneranteil nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen führt. Fast ein Drittel der fiskalischen Effekte der demografischen Struktur können hierdurch aufgefangen werden.
- Der Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den Pflegekassen wird gestärkt, weil Veränderungen der kassenspezifischen Prämien allein zu Gunsten bzw. zu Lasten des Versicherten gehen und nicht mehr häufig den Arbeitgeber betreffen.
- Die bestehenden Ungerechtigkeiten in der Beitragsbelastung haben ein Ende: Die Finanzierung erfolgt aus dem gesamten Einkommen und Vermögen, eine Diskriminierung von Doppelverdienerhaushalten gegenüber Alleinverdienerhaushalten findet nicht mehr statt.
- Negative Anreize zur Altersvorsorge werden abgebaut. Private und betriebliche Altersvorsorge wird nicht durch zusätzliche Beitragslasten zur Pflegeversicherung bestraft.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

Das Pflegeprämienmodell im Einzelnen:

a. Versicherter Personenkreis / Leistungsumfang

Alle rund 56 Mio. in der sozialen Pflegeversicherung versicherten **Erwachsenen** sind gegen Entrichtung einer kassenindividuellen Pflegeprämie versichert, alle rund 14,5 Mio. in der sozialen Pflegeversicherung versicherten **Kinder** sind im Rahmen einer prämienfreien Mitversicherung versichert. Der im Pflegeprämienmodell versicherte Personenkreis entspricht damit dem der heutigen sozialen Pflegeversicherung.

Eine eigenständige Prämie für Kinder ist nicht vorgesehen, daher ist hierfür auch kein zusätzlicher steuerfinanzierter **Familienleistungsausgleich** erforderlich.

Die über Pflegeprämien zu finanzierenden **Aufwendungen** errechnen sich wie folgt:

Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung (2006)	18,0 Mrd. €
Angleichung der Pflegesätze in der ambulanten und stationären Versorgung (vgl. I.1)	- 2,0 Mrd. €
Gesamtausgabevolumen im Pflegeprämienmodell	16,0 Mrd. €

Dies erfordert eine **Prämie von durchschnittlich 24 € monatlich**, bei **unterschiedlicher Prämienhöhe je Pflegekasse**. Das bedeutet zugleich eine Abkehr vom Prinzip des einheitlichen Beitragssatzes in der Pflegeversicherung. Ein Monatsbeitrag von 24 € wird heute bereits bei einem Monatsbruttolohn bzw. -gehalt von rund 1.400 € fällig.

b. Sozialer Ausgleich für einkommensschwache Versicherte

Der notwendige soziale Ausgleich wird dadurch gewährleistet, dass die Pflegekassen für einkommensschwache Versicherte **niedrigere Prämien** erheben bzw. sogar ganz auf Prämien verzichten. Das dadurch ausfallende Prämienaufkommen wird den Pflegekassen aus **Steuermitteln** ausgeglichen. Die individuelle Berechtigung zur Prämienverbilligung kann entsprechend dem seit Jahren praktizierten und bewährten Verfahren zur Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V geprüft werden. Da die Zahl der von Zuzahlungen Befreiten etwa der Zahl der Berechtigten zur Prämienverbilligung entspricht, ist der damit verbundene Verwaltungsaufwand begrenzt.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

Die bisherigen **Finanzierungsvorschläge** für den notwendigen sozialen Ausgleich im Pflegeprämienmodell weisen teilweise gravierende und nicht akzeptable Nachteile auf:

- Eine Finanzierung durch **Anhebung des Einkommensteuertarifs** oder **des Solidaritätszuschlags** würde die Betriebe belasten. Die Umstellung der Finanzierung auf ein Pflegeprämienmodell muss jedoch für die Arbeitgeber kostenneutral sein. Eine Belastung der Betriebe über die wertgleiche Auszahlung des Arbeitgeberanteils am Pflegeversicherungsbeitrag hinaus wäre – im Gegensatz zur Zielsetzung des Pflegeprämienmodells – wachstums- und beschäftigungsfeindlich.
- Eine Finanzierung durch **Anhebung der Mehrwertsteuer** würde ebenfalls die Betriebe belasten, weil sie eine erhöhte Mehrwertsteuer nicht in vollem Umfang über die Preise kompensieren können. Außerdem ist es wenig überzeugend, den sozialen Ausgleich im Pflegeprämienmodell durch eine nicht an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientierten Steuer zu finanzieren, weil dadurch der gewünschte zielgenaue Ausgleich von Einkommensstarken zu Einkommensschwachen nicht gelingen kann.
- Eine Finanzierung durch einen **lohnabhängigen Zuschlag** ist auch keine Alternative, weil in diesem Fall nicht die erforderliche vollständige Ablösung der Pflegekostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis erreicht wird.

Daraus ergeben sich folgende **Anforderungen** zur Aufbringung zusätzlicher Mittel für den erforderlichen sozialen Ausgleich:

- Es darf zu keiner unmittelbaren oder mittelbaren **Mehrbelastung** für die Betriebe kommen. Insbesondere muss die aus der **Auszahlung des Arbeitgeberanteils** in den Bruttolohn resultierende Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage in der Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung dort durch entsprechende **Beitragsatzsenkungen** oder andere gleichwertige Maßnahmen voll kompensiert werden.
- Bei der Aufbringung der Mittel muss die wirtschaftliche **Leistungsfähigkeit** berücksichtigt werden.
- Die zur Finanzierung erforderlichen Mittel müssen **lohnunabhängig** erhoben werden.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

Die BDA schlägt folgende **Finanzierung des sozialen Ausgleichs** vor:

Zusätzliches Einkommensteueraufkommen durch Auszahlung des Arbeitgeberanteils zur Pflegeversicherung als steuerpflichtiger Bruttolohn	1,8 Mrd. €
Verwendung der Mittel des Bundes für Pflegeversicherungsbeiträge für Bezieher von Arbeitslosengeld II	0,6 Mrd. €
Summe	2,4 Mrd. €

Für den **sozialen Ausgleich** stehen damit insgesamt rund **2,4 Mrd. €** zur Verfügung. Dies ist ausreichend, um einen umfassenden sozialen Ausgleich für einkommensschwache Versicherte zu gewährleisten.

Die Summe von etwa 2,4 Mrd. € entspricht umgerechnet rund 15 Prozent des Gesamtfinanzierungsvolumens. Bei Annahme, dass 20 Prozent der Versicherten einschließlich der Bezieher von „Arbeitslosengeld II“ – in jeweils unterschiedlichem Ausmaß – einkommensschwach sind, steht der von dieser Personengruppe aufzubringenden Prämiensumme von gut 3,2 Mrd. € pro Jahr ein Entlastungsvolumen von rund 75 Prozent gegenüber. D. h. die einkommensschwachen Versicherten haben selbst nur eine Gesamtlast von 0,8 Mrd. € bzw. eine durchschnittliche Prämie von monatlich 6 € zu tragen. Bei Festlegung einer **Belastungshöchstgrenze** von 1,7 Prozent des gesamten Einkommens haben Versicherte mit einem Bruttomonatseinkommen von rund 1.400 € Anspruch auf eine Prämienverbilligung.

Die vorgeschlagene Finanzierung des Sozialausgleichs stellt **keine Abgabenerhöhung** dar, denn das zusätzliche Steueraufkommen wird in vollem Umfang zur Prämienverbilligung für einkommensschwache Versicherte wirksam. Das **Gesamtfinanzierungsvolumen** von 16,0 Mrd. € setzt sich im Unterschied zur bisherigen reinen Beitragsfinanzierung der sozialen Pflegeversicherung aus einem Prämienaufkommen in Höhe von 13,6 Mrd. € und einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich in Höhe von 2,4 Mrd. € zusammen.

Für Arbeitgeber und Versicherte ist die vorgeschlagene Finanzierung des Sozialausgleichs **belastungsneutral**: Für die Arbeitgeber, weil sie den heutigen Arbeitgeberbeitrag in gleicher Höhe als Bruttolohn auszahlen, für die Versicherten, weil ihnen das Mehraufkommen aus der Einkommensteuerpflicht des erhöhten Bruttolohns bzw. der erhöhten Rente in vollem Umfang durch Prämienverbilligung zugute kommt.



Konzept für eine echte Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

2. Entlastung Kindererziehender

Auf die vom **Bundesverfassungsgericht** geforderte Entlastung Kindererziehender in der sozialen Pflegeversicherung (Urteile vom 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94 und andere) hat der Gesetzgeber mit dem „Kinder-Berücksichtigungsgesetz“ (KiBG) reagiert. Seit dem 1. Januar 2005 müssen Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die keine Kinder erziehen oder erziehen haben, einen **Beitragszuschlag** von 0,25 Prozentpunkten entrichten. Ohne diesen Zuschlag, der dauerhafte Beitragsmehreinnahmen von etwa 700 Mio. € pro Jahr erbringen soll, hätte das Defizit der Pflegekassen im vergangenen Jahr mit über 1 Mrd. € einen neuen Rekordwert erreicht. Das „Kinder-Berücksichtigungsgesetz“ ist ein reines Geldbeschaffungsgesetz: Es enthält keinerlei strukturelle Reformmaßnahmen. Der rechtliche Bestand des Gesetzes ist zudem ungewiss, da die Kinderzahl – als eigentlicher Gradmesser für den „generativen Beitrag“ eines Pflegekassenmitglieds – keine Berücksichtigung findet.

Der bessere Weg zur Umsetzung des Karlsruher Urteils ist eine Anhebung bzw. veränderte **Ausgestaltung des Kindergeldes**: Statt einer Belastung Kinderloser würde dies zu einer Entlastung Kindererziehender führen, und zwar gezielt während der Erziehungs- und Betreuungsphase. Außerdem würde sich die Entlastung der Erziehenden nach der Kinderzahl bemessen.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

III. Aufbau von Kapitaldeckung

Zur langfristigen **Sicherung der Finanzierbarkeit** der sozialen Pflegeversicherung ist der Aufbau einer kapitalgedeckten Risikovorsorge unverzichtbar. Die Fortführung des heutigen Umlagesystems würde angesichts der absehbaren demografischen Entwicklung zu massiven Beitragssatzsteigerungen führen und damit gravierende intergenerative Umverteilungen zu Lasten der nachfolgenden Generationen hervorrufen. In einem Kapitaldeckungssystem mit Altersrückstellungen ist die **Demografieanfälligkeit** demgegenüber erheblich geringer. Die Beitrags- bzw. Prämienbelastung wird über die Versicherungsdauer geglättet.

Keine Lösung wäre es allerdings, die benötigte **Kapitaldeckung innerhalb der sozialen Pflegeversicherung** aufzubauen. Kapitaldeckung kann sinnvoll nur in privater Verantwortung organisiert werden. Bei öffentlich-rechtlichen Körperschaften wie den Pflegekassen besteht die Gefahr, dass der Gesetzgeber einmal gebildetes Kapital zweckentfremdet oder in kontraproduktiver Weise Einfluss auf die Anlagepolitik nimmt.

Die Diskussion über den Aufbau von Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung orientiert sich dabei an drei **Grundvarianten**:

1. Denkbar wäre die **Überführung der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung in eine private Pflegepflichtversicherung mit Altersrückstellungen**. Hierzu haben die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (vbw) und das Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln ein in sich geschlossenes und ordnungspolitisch überzeugendes Reformkonzept vorgelegt. Danach wird für jeden zukünftigen Geburtsjahrgang eine risikoorientierte Prämie in Form einer Annuität berechnet, welche die über den gesamten Versicherungszeitraum erwarteten Pflegekosten abdeckt. Der bisherige Arbeitgeberanteil wird in den Bruttolohn ausgezahlt. Die Prämie ist so bemessen, dass die Versicherten in ihrem ersten Lebensabschnitt zunächst Altersrückstellungen bilden. Während ihres zweiten Lebensabschnitts stehen ihnen dann die laufenden Prämienzahlungen und der akkumulierte Kapitalstock zur Finanzierung der tatsächlich anfallenden Pflegekosten zur Verfügung. Die Kapitalfundierung kommt dadurch zustande, dass die soziale Pflegeversicherung in ihrer heutigen Form ausläuft, das Umlageverfahren zu einem Übergangstermin abgeschafft und durch eine kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung ersetzt wird.

Mit seinem Votum für einen Übergang zu einem kohortenspezifischen kapitalgedeckten Pflegeversicherungssystem schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (Jahresgutachten 2004/05) ein vergleichbares Modell vor.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

Voraussetzung für solche Modelle ist zunächst eine Transformation der als öffentlich-rechtliche Körperschaften organisierten gesetzlichen Pflegekassen in privatrechtliche Versicherungsunternehmen. Außerdem müsste als Grundvoraussetzung für Wettbewerb auf der Anbieterseite die Portabilität der Altersrückstellungen beim Wechsel des Versicherers gewährleistet sein.

Zu bedenken ist jedoch, dass die Umsetzung des Modells der vbw und des Instituts für Wirtschaftspolitik an der Universität zu Köln eine längere **Umstellungs- und Übergangsphase** mit zwar deutlich geringerer Beitragsbelastung für die Arbeitnehmer, dafür aber eine erhebliche zusätzliche Finanzierungslast für die öffentlichen Haushalte implizieren würde: Zum einen müssen die Leistungsansprüche der heute bereits Pflegebedürftigen befriedigt werden, zum anderen ist den pflegenahen Jahrgängen ein Vertrauensschutz in Form einer staatlichen Leistungsaufstockung einzuräumen. Diese Aufwendungen fallen nicht zusätzlich zu den Ausgaben der heutigen Pflegeversicherung an, denn an die Stelle der Beitragsfinanzierung treten allgemeine Haushaltsmittel. Allein in den ersten fünf Jahren nach Reformbeginn ergibt sich – vor allem wegen der sozialpolitisch erforderlichen Deckelung des Monatsbeitrags auf höchstens 50 € – ein Finanzbedarf von über 14 Mrd. € pro Jahr, der angesichts der aktuellen Lage der öffentlichen Haushalte nicht ohne zusätzliche direkte oder indirekte Belastungen der Arbeitgeber aufgebracht werden kann. Deshalb setzt die Umsetzung dieses Modells eine vorherige ausreichende Konsolidierung der öffentlichen Haushalte voraus.

2. Leichter in der Umsetzung – wenn auch weniger konsequent und zielgenau – wäre die **Einführung einer obligatorischen Zusatzversicherung bei privaten Pflegeversicherungsunternehmen**. Die Höhe der Pflegeprämie in der sozialen Pflegeversicherung würde nominal fixiert und festgeschrieben. Erwachsene Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung würden verpflichtet, eine ergänzende Zusatzversicherung bei privaten Versicherungsanbietern abzuschließen. Nach Modellrechnungen könnte – unter Zugrundelegung eines jährlich um 1 € steigenden durchschnittlichen Zusatzbeitrags von anfänglich 8,50 € pro Monat – der gesetzliche Beitragssatz von derzeit 1,7 bzw. 1,95 Prozent dauerhaft stabil und ab 2030 sogar gesenkt werden. Zudem wäre es möglich, die Leistungen der Pflegeversicherung um jährlich 2 Prozent zu dynamisieren. Damit könnte der Anstieg der im Zeitverlauf – vor allem demografisch bedingt – steigenden Pflegeprämie begrenzt werden. Im Ergebnis würde ein **Mischsystem** aus zunehmend kapitalgedeckter Risikovorsorge und rückläufiger umlagefinanzierter Absicherung entstehen, dessen konkrete Zusammensetzung vor allem vom vorgegebenen bzw. angestrebten Zeithorizont, von der Pflegekostenentwicklung sowie von der Höhe und Ausgestaltung der obligatorischen Zusatzversicherung abhängt.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007

3. Schließlich könnte eine **Konzentration der kapitalgedeckten Vorsorge gegen Lebensrisiken – einschließlich des Krankheits- und Pflegerisikos – in der privaten Alterssicherung** erfolgen. Dieses Modell, das u. a. vom Sachverständigenrat und von der Bundesbank positiv bewertet wird, erfüllt die Voraussetzung, dass die Kapitaldeckung in privater Verantwortung organisiert wird und hat außerdem den Vorteil, dass hier nicht erst noch die Portabilität von Altersrückstellungen gelöst werden muss. Außerdem stehen mit der Riester- und der Rürup-Rente geeignete und geförderte **Vorsorgewege** zur Verfügung. Statt nach Versicherungszweigen getrennte Fonds einzurichten, würde die Kapitalansammlung an einer Stelle konzentriert („Pooling“). Die in der kapitalgedeckten Altersvorsorge angesammelten Mittel könnten dann später in der Auszahlungsphase auch zur Finanzierung steigender Pflegeprämien verwendet werden. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in dieser Variante der Aufbau der Kapitaldeckung nicht entsprechend des demografisch bedingt zunehmenden Morbiditätsanstiegs erfolgt.

Bei der Diskussion um Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der sozialen Pflegeversicherung ist zu bedenken, dass ein **Modell einkommensunabhängiger Pflegeprämien** bereits einen wesentlichen Beitrag zur Entschärfung der demografischen Folgewirkungen leistet. Denn der Übergang vom Erwerbsleben in die Rente führt – anders als im bestehenden System mit lohnorientierten Beiträgen – nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen bei den Pflegekassen. Sachverständige gehen davon aus, dass die fiskalischen Effekte der demografischen Veränderung durch die Einführung eines Pflegeprämienmodells um etwa ein Drittel verringert werden können.



Konzept für eine echte
Reform der Pflegeversicherung

Berlin, Juni 2007