

Berechnungen zur Finanzierung der Pflege über eine Bürgerversicherung

**im Auftrag des Arbeiterwohlfahrt
Bundesverband**

Endbericht

Kontaktadresse:
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Mary-Somerville-Straße 3
28334 Bremen
eMail: rothgang@zes.uni-bremen.de

Inhalt

Zusammenfassung	3
I. Einleitung	6
1. Untersuchungsauftrag	6
2. Aufbau des Gutachtens	7
II. Ausgangslage	7
III. Bürgerversicherung als Option zur Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung	12
IV. Daten und Methoden der Projektion	15
V. Beitragssatzentwicklung	18
1. Beitragssatzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im Status	19
2. Beitragssatzentwicklung im Grundmodell einer Bürgerversicherung	22
3. Beitragssatzentwicklung in einer Bürgerversicherung bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff	24
4. Beitragssatzentwicklung in einer Bürgerversicherung bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und weiterer Leistungsverbesserungen	25
VI. Fazit	32
Literatur	35

Zusammenfassung

1. In diesem Gutachten wird untersucht, inwieweit eine Pflege-Bürgerversicherung langfristig die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung sichern kann. Das hier zugrunde gelegte Grundmodell einer Bürgerversicherung ist dabei gekennzeichnet durch die
 - Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in ein Versicherungssystem,
 - Verbeitragung aller Einkommensarten in einer Säule und
 - Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die derzeit in der Rentenversicherung geltende Höhe von 5.500 Euro pro Monat.
2. Um die Effekte der Bürgerversicherung ermitteln zu können, muss zunächst die Beitragssatzentwicklung im Status quo vorausberechnet werden. Hierbei zeigt sich, dass es insbesondere von großer Bedeutung ist
 - wie die steigende Zahl der Pflegebedürftigen in der Vorausberechnung auf die Soziale Pflegeversicherung (SPV) und die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) aufgeteilt wird und
 - welche Annahmen zur Leistungsdynamisierung gemacht werden.

Eine Berücksichtigung der derzeitigen Altersstruktur in Sozialer und Privater Pflegeversicherung führt dabei dazu, dass ein großer Teil des Fallzahlwachstums der Privaten Pflegeversicherung zuzurechnen ist und der Beitragssatzanstieg in der Sozialen Pflegeversicherung so begrenzt wird.

Eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflation wie sie derzeit in § 30 SGB XI vorgesehen ist, führt dabei zu einem merklichen Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen, wenn für die Zukunft von Reallohnsteigerungen ausgegangen wird. Um diesen Kaufkraftverlust zu begrenzen, wird in den Berechnungen als zweites Dynamisierungsszenario eine Anpassung gemäß dem Mittelwert von Lohnsteigerung und Inflation angesetzt wie seinerzeit von der Rürup-Kommission vorgeschlagen.
3. Gemäß den so skizzierten Berechnungen steigt der Pflegesatz in der Sozialen Pflegeversicherung bei einer Leistungsdynamisierung gemäß der „Rürup-Formel“ bis 2050 auf 2,8 Beitragssatzpunkte. Bei einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung wäre der Beitragssatzanstieg dagegen auf 2,2 Beitragssatzpunkte begrenzt. Diese Berechnung geht allerdings davon aus, dass die in der letzten Dekade sichtbar gewordene „strukturelle Einnahmeschwäche“ der SPV überwunden wird und die Grundlohnsummensteigerung nicht durch eine

Abwanderung von Versicherten in die PPV, durch Umwandlung sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze in andere Beschäftigungsformen oder durch eine sinkende Lohnquote verringert wird. Insofern ist dies eine optimistische Projektion.

4. Die Umwandlung der SPV in eine Bürgerversicherung würde die strukturelle Einnahmeschwäche dagegen an der Wurzel angreifen, da ein Übertritt in die Private Pflegepflichtversicherung dann nicht mehr möglich ist und auch eine sinkende Lohnquote durch Berücksichtigung aller Einkommensarten nicht mehr zu einer Verringerung des Wachstums der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen führt. Bei einer sofortigen Einführung ohne Berücksichtigung von Übergangsregelungen reduziert die Bürgerversicherung den zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz um 0,4 Beitragssatzpunkte. Umgekehrt betrachtet, werden gut 4 Mrd. Euro zusätzliche Einnahmen generiert, wenn der Beitragssatz konstant gehalten wird.

Im Zeitverlauf verringert sich der Effekt allerdings auf 0,22 (inflationsindexierte Dynamisierung) bzw. 0,27 Beitragssatzpunkte (Dynamisierung nach Rürup-Formel). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Gruppe der derzeit PPV-Versicherten in stärkerem Maße von der demographischen Alterung betroffen ist und die Zahl der Pflegebedürftigen in diesem Teilkollektiv relativ stärker steigt. Eine Einbeziehung der derzeit Privatversicherung verringert daher langfristig deren positiven fiskalischen Effekt. Allerdings bewirkt kurzfristig gerade die Einbeziehung der bislang Privatversicherten die größten Effekte. Da in der PPV Altersrückstellungen gebildet wurden, um die Effekte zukünftiger Alterung des Versichertenkollektivs aufzufangen, spricht dies dafür diese Rücklagen in die Bürgerversicherung zu überführen.

5. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs führt zu einer Besserstellung der kognitiv beeinträchtigten und verhaltensauffälligen Pflegebedürftigen. Sollen die daraus resultierenden Mehrausgaben nicht durch Einsparungen bei den primär somatisch beeinträchtigten Versicherten ausgeglichen werden, resultieren Mehrkosten, die in diesem Gutachten – in Anlehnung an die Berechnungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – mit gut 3 Mrd. Euro bzw. 15 % der SPV-Ausgaben angesetzt wurden. Bei diesen Mehrausgaben handelt es sich um einen dauerhaften Effekt, dessen Umfang proportional zur Zahl der Pflegebedürftigen gedacht werden kann. Wird der Pflegebedürftigkeitsbegriff derart umgesetzt, liegt der zunächst zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz mit 1,7 Beitragssatzpunkten in der Mitte zwischen dem

entsprechenden Beitragssatz in der SPV und der Bürgerversicherung (Grundmodell). Am Ende des Betrachtungszeitraums entspricht der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in einer Bürgerversicherung dann ziemlich genau dem Beitragssatz in der SPV ohne Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die durch die Bürgerversicherung generierten Mehreinnahmen sind also langfristig ausreichend um die Umsetzung der Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu finanzieren. Kurzfristig übertreffen die Mehreinnahmen die Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

6. Die von der Arbeiterwohlfahrt vorgeschlagenen weiteren Leistungsverbesserungen führen – soweit sie in den hier vorliegenden Modellrechnungen berücksichtigt werden konnten – letztlich nur zu begrenzten Mehrausgaben. Liegt der dadurch ausgelöste Beitragssatzeffekt zunächst bei 0,02 Beitragssatzpunkten, steigt der im Zeitverlauf an, überschreitet aber nicht die Schwelle von 0,1 Beitragssatzpunkten.

I. Einleitung

Im Folgenden soll kurz auf den Untersuchungsauftrag (Abschnitt 1) und den Aufbau des Gutachtens (Abschnitt 2) eingegangen werden.

1. Untersuchungsauftrag

Seit Beginn dieses Jahrhunderts ist die Soziale Pflegeversicherung (SPV) defizitär mit steigenden Defiziten, die durch ad hoc Maßnahmen (Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose (ab 2005); Vorziehen der Fälligkeit der Beiträge mit der Folge von 13 Monatsbeiträgen für Beschäftigte (2006)) sowie eine erste Beitragssatzanhebung 2008 ausgeglichen wurden (vgl. Rothgang & Dräther 2009). Bereits für 2010 ist der Überschuss aber bereits wieder auf 360 Mio. Euro geschrumpft. Angesichts der letzten Stufe der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 2008 beschlossenen Leistungsdynamisierung, die 2012 wirksam wird und zu zusätzlichen Ausgaben von rd. 0,5 Mrd. Euro per annum führt, ist absehbar, dass bereits 2012 wieder mit einem Defizit zu rechnen ist, das dann aus der Rücklage finanziert werden muss. Da für die nächsten Dekaden weiterhin von einer zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen auszugehen ist, ist erkennbar, dass eine Finanzreform der Pflegeversicherung sinnvoll ist (vgl. hierzu auch Jacobs & Rothgang 2011).

Eine Option zu Finanzreform der Pflegeversicherung ist der Ausbau der Sozialen Pflegeversicherung zu einer Pflege-Bürgerversicherung (vgl. Dräther et al. 2009). Dies wird auch von der AWO gefordert. Um insbesondere die Effekte einer solchen Pflege-Bürgerversicherung beurteilen zu können, hat die AWO das hier vorgelegte Gutachten in Auftrag gegeben, das folgenden Fragen nachgehen soll:

1. Wie würde sich der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung bis 2050 entwickeln, wenn der Finanzierungsmodus unverändert bleibt (Status quo-Projektion)?
2. Welche Veränderungen ergeben sich, wenn eine Bürgerversicherung eingeführt wird, die – im Grundmodell – gekennzeichnet ist durch eine
 - a) umfassende Versicherungspflicht der gesamten Bevölkerung (einschließlich Selbständiger und Beamte),
 - b) Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten, ohne Berücksichtigung negativer Einkünfte und

- c) Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung bei Berücksichtigung aller Einkommen in einer Säule?
- 3. Inwieweit verändern sich die Ergebnisse, wenn Mehrausgaben aufgrund der Einführung des neuen Pflegbedürftigkeitsbegriff berücksichtigt werden (Szenario 2)?
- 4. Wie entwickelt sich der Beitragssatz, wenn darüber hinaus weitere fachlich begründete Leistungsausweitungen vorgenommen werden?

2. Aufbau des Gutachtens

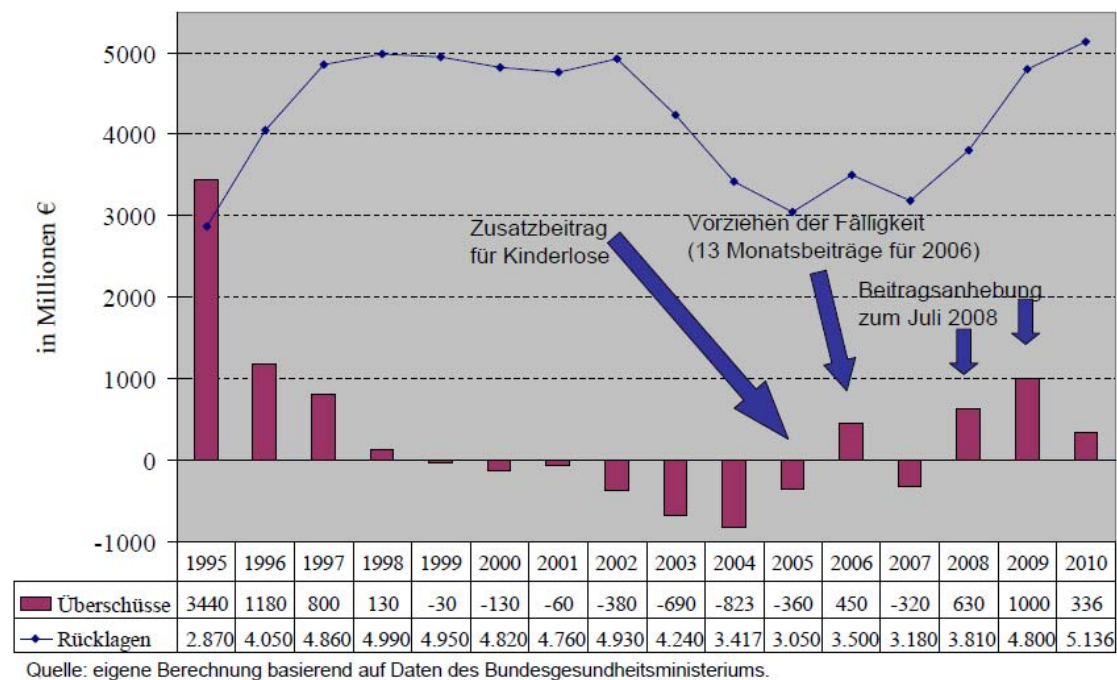
Jedem Reformvorschlag sollte zunächst eine Analyse der bestehenden Problemlage vorausgehen. Kapitel II beschäftigt sich daher mit der Ausgangslage und analysiert die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung der letzten eineinhalb Dekaden und deren Ursachen. In Kapitel III wird dann die hier untersuchte Reformoption näher skizziert und in Bezug auf die dabei betrachteten Modellvarianten differenziert. Nachdem in Kapitel IV die Untersuchungsmethodik und die verwendeten Daten knapp umrissen werden, enthält Kapitel V die Darstellung der Ergebnisse der Modellrechnungen. Das Gutachten schließt mit einem Fazit (VI), in dem sozialpolitische Empfehlungen abgeleitet werden.

II. Ausgangslage

In den ersten Jahren nach Ihrer Einführung erzielte die Soziale Pflegeversicherung Überschüsse, die insbesondere auf Einführungseffekten beruhten.¹ Für den Zeitraum von 1998 bis 2001 weist die Pflegeversicherung dann eine im Wesentlichen ausgeglichene Bilanz auf (Abbildung 1).

¹ So wurden von Januar bis März 1995 zwar bereits Beiträge abgeführt, aber noch keine Leistungen gewährt. Auch in den Folgemonaten dauerte es aber ehe sich die Existenz des neuen Leistungsanspruchs in entsprechende Leistungsanträge übersetzt hat und diese bearbeitet wurden.

Abbildung 1: Finanzergebnisse der Sozialen Pflegeversicherung



Ab 2002 zeigen sich dagegen zunehmende Defizite, denen mit einer Reihe diskretionärer Eingriffe begegnet wurde

- 2005 wurde erstmals (und seitdem fortwährend) der Zusatzbeitrag für Kinderlose erhoben. Dennoch weist die Bilanz für 2005 ein Defizit auf, das ohne diesen Zusatzbeitrag aber bereits die Milliardegrenze überschritten hätte.
- 2006 kam es aufgrund der Vorziehung der Fälligkeit der Beiträge für Beschäftigte dann dazu, dass für diese 13 Monatsbeiträge eingezogen wurden. Hierbei handelt es sich um einen Einmaleffekt, so dass bereits 2007 wieder ein Defizit zu verzeichnen ist.
- Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) schließlich wurde der Beitragssatz zum 1. Juli 2008 um 0,25 Beitragssatzpunkte angehoben. Dies hat zu gesteigerten Einnahmen im zweiten Halbjahr 2008 geführt. 2009 ist dann das erste Finanzjahr, in dem durchgängig der erhöhte Beitragssatz angefallen ist. Hieraus ergibt sich der Überschuss in Höhe von 1 Mrd. Euro. Dass auch dieser Überschuss letztlich unter den Erwartungen liegt, zeigt ein Vergleich mit Tabelle 2, in der die Mehrbelastungen angegeben sind, die durch das PFWG ausgelöst wurden. Die Angaben beziehen sich dabei zum einen dem „Eckpunktetpapier“ aus dem Sommer 2007 und zum anderen dem Gesetzesentwurf entnommen. Demnach sollten sich die durch das PFWG ausgelösten Mehrausgaben

für 2009 auf rund eine Mrd. € belaufen. Bei Mehreinnahmen in Höhe von rund 2,6 Mrd. Euro aufgrund des erhöhten Beitragssatzes, ergibt sich per Saldo eine Entlastungswirkung durch das PfWG in Höhe von 1,6 Mrd. Euro. Der tatsächlich für 2009 zu verzeichnende Überschuss liegt dagegen nur bei 1 Mrd. Euro.

- Bis 2010 ist der Überschuss weiter zurückgegangen, auf nur noch 336 Mio. Euro. Dieser Rückgang geht zum größten Teil – aber nicht vollständig – auf die Leistungsdynamisierungen des Jahres 2010 zurück (vgl. Tabelle 2).
- Ein Blick in Tabelle 2 zeigt auch, dass spätestens mit Umsetzung der nächsten Dynamisierungsstufe im Jahr 2012 mit einem defizitären Haushalt der Sozialen Pflegeversicherung zu rechnen ist.

Tabelle 1: Mehrbelastungen durch Maßnahmen des PfWG in Mrd. € und Beitragssatzpunkten

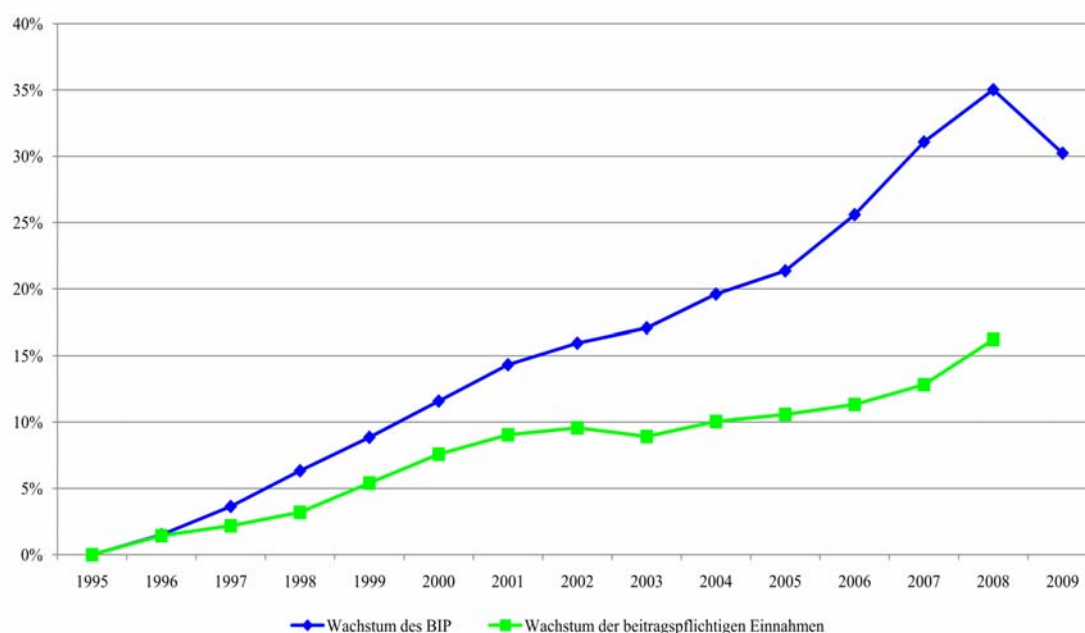
Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2015	2020	2030
	Eckpunkte							
Mrd. €	0,83	0,98	1,52	1,71	2,22	3,37	4,94	12,38
BSP*	0,09	0,09	0,15	0,16	0,2	0,28	0,36	0,68
	Gesetzentwurf							
Mrd. €	0,48	1,04	1,53	1,70	2,20			

Auch das PfWG hat damit letztlich nur Zeit gewonnen – aber keine nachhaltige Stabilisierung der Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung mit sich gebracht (Rothgang & Preuss 2009; Rothgang 2010).

Ursache für die Defizittendenzen der letzten Dekade ist – ähnlich wie in der Krankenversicherung – die strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung, nicht die Ausgabenentwicklung. So sind die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung im Zeitraum von 1998 (nach Auslaufen der erkennbaren „Einführungseffekte“) bis 2007 (also vor Inkrafttreten der ersten Stufe der Leistungsdynamisierung) um jährlich 1,6% gestiegen (geometrisches Mittel) (Dräther & Holl-Manoharan 2009: 16). Bereinigt um die genannten Sondereffekte lag das jährliche Einnahmewachstum im gleichen Zeitraum dagegen bei durchschnittlich 0,9% (geometrisches Mittel) und lag damit deutlich unterhalb der Inflationsrate, die in diesem Zeitraum bei 1,3 % lag (Rothgang & Dräther 2009: 45). Die Einnahmen sind damit real jedes Jahr um fast ein halbes Prozent zurückgegangen. Diese strukturelle Einnahmeschwäche resultiert daraus, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (vgl. aktuell und als Beispiel für viele Wille 2010; Reiners 2009).

Dies zeigt auch Abbildung 2, die das kumulierte Wachstum des Bruttoinlandsprodukts im Vergleich zum kumulierten Wachstum der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen für die GKV wiedergibt. Da der versicherte Personenkreis für Kranken- und Pflegeversicherung weitgehend und die Bemessungsgrundlage vollständig übereinstimmen, ergibt sich für die Soziale Pflegeversicherung ein identisches Bild.²

Abbildung 2: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen zur GKV und des Bruttoinlandsproduktes



Quelle: Wille 2010: 102.

Die Ursachen für diese Einnahmeschwäche liegen sowie in Veränderungen der Zahl der Beitragszahler als auch in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen (vgl. hierzu auch Rothgang et al. 2009: 45ff.): So ist die Zahl der in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) Privatversicherten kontinuierlich zu Lasten der Sozialversicherten gestiegen.³ Da die Abwanderer aus der Sozialversicherung überdurchschnittlich verdienen, reduziert sich dadurch nicht nur die Zahl der Beitragszahler, sondern auch deren durch-

² Das „Abknicken“ der blauen (oberen) Kurve des BIP ist dabei auf die Finanzkrise 2009 zurückzuführen und zeigt sich bei der Grundlohnsumme, für die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch keine Daten vorlagen, dann ganz ähnlich.

³ So ist der Anteil der gesetzlich Krankenversicherten von 8,8% der Bevölkerung im Jahr 2001 auf 10,6% im Jahr 2007 gestiegen (Rothgang et al. 2010: 150). Da die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt, ergibt sich hier eine entsprechende Verschiebung.

schnittliches beitragspflichtige Einkommen. Hinsichtlich der Höhe der Beitragszahlung ist entscheidend, dass sich die Beitragspflicht nur auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatz Einkommen (Arbeitslosengeld, Renten) erstreckt, nicht aber etwa auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung sowie Kapitaleinkommen. Die sinkende Lohnquote trägt deshalb dazu bei, dass die Grundlohnsumme langsamer steigt als etwa das Bruttoinlandsprodukt. Strukturelle Verschiebungen auf dem Arbeitsmarkt, die zu einer sinkenden Bedeutung des Normalarbeitsverhältnisses führen, und ein Anstieg von Beschäftigungsverhältnissen mit verminderten Beitragszahlungen (insbesondere geringfügige Beschäftigung) führen, verstärken diesen Effekt noch.

Dass diese strukturelle Einnahmeschwäche in der Vergangenheit nicht zu noch größeren Finanzierungsproblemen geführt hat, ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung nominal fixierte Pauschalen sind, die seit Einführung der Pflegeversicherung bis 2008 nicht angehoben wurden, während die Preise für Pflegeleistungen sehr wohl angestiegen sind. So ist das durchschnittliche Heimentgelt von 1999 bis 2007 um insgesamt mehr als 10% gestiegen (Tabelle 1).

Tabelle 1: Heimentgelte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (in €/ Monat)

	Pflegesatz der Pflegeklasse			Durchschnittl. Heimentgelt (Pflegesatz zzgl. Entgelt für Unterkunft und Verpflegung)	Pflegesatz zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung in der Pflegeklasse		
	I	II	III		I	II	III
1999	1.155	1.520	1.976	2.056	1.702	2.067	2.523
2001	1.186	1.581	2.006	2.120	1.763	2.158	2.584
2003	1.246	1.672	2.098	2.194	1.824	2.250	2.675
2005	1.277	1.702	2.128	2.223	1.855	2.280	2.706
2007	1.307	1.733	2.158	2.275	1.915	2.341	2.766
Wachstum 1999-2007 (in %)	13,2	14,0	9,2	10,7	12,5	13,3	9,6
Durchschnittl. jährl. Wachstum (in %)	1,56	1,65	1,11	1,27	1,48	1,57	1,16
Anmerkung: Für die Jahre 1999 bis 2001 liegen die Angaben in Euro / Tag, gerundet auf ganze Euro-Beträge vor. Wegen dieser Rundungsungenauigkeit sind die Daten für Unterkunft und Verpflegung für sich genommen im 2-Jahresvergleich nur bedingt aussagekräftig. Das durchschnittliche Heimentgelt wird als gewogenes arithmetisches Mittel der Heimentgelte der einzelnen Stufe ermittelt, wobei die Anteilswerte der einzelnen Stufen als Gewichte eingehen.							
Quelle: eigene Berechnungen nach Daten der Bundespflegestatistik, publiziert in Statistisches Bundesamt 2002, 2003, 2005, 2007b, 2009c.							

Bezogen auf stationäre Pflege hat sich die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen damit jedes Jahr um durchschnittlich 1,3 % verringert.⁴ Nur durch diesen permanenten Kaufkraftverlust konnte die Bilanz der Pflegeversicherung – trotz der strukturellen Einnahmeschwäche – annähernd ausgeglichen werden.

Dieser Weg ist für die Zukunft allerdings versperrt. Auch wenn die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz beschlossene Dynamisierung zum Kaufkrafterhalt letztlich unzureichend ist (Rothgang et al. 2009: 35ff.), ist damit doch anerkannt worden, dass eine Dynamisierung dem Grundsatz nach notwendig ist, so dass eine Rückkehr zu einer Situation, in der über längere Zeit nicht angepasst wird, unwahrscheinlich erscheint.

Soll ein weiterer deutlicher Kaufkraftschwund der Versicherungsleistungen aber vermieden werden, so muss die Einnahmesituation verbessert werden. Eine Finanzreform sollte dabei an der erkannten Ursache für die Finanzierungsprobleme der Vergangenheit ansetzen: der strukturellen Einnahmeschwäche. Die Beseitigung oder zumindest Abschwächung dieser strukturellen Einnahmeschwäche erfordert dabei:

- Eine Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in die Sozialversicherung, um dies so von Wanderungsbewegungen in Richtung Privatversicherung unabhängig zu machen und gleichzeitig die einkommensstarken (und risikoschwachen) Privatversicherten einzubeziehen, sowie
- Die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommen, um so zu verhindern, dass mit den Arbeitseinkommen lediglich ein zunehmend schmalerer Teil des Volkseinkommens zur Verbeitragung herangezogen wird.

Eine Reformoption, die dies zu leisten verspricht, ist die Bürgerversicherung. Nachfolgend werden daher die (para)fiskalischen Folgen dieser Reformoption untersucht. Hierzu muss aber zunächst geklärt werden, welche Konzeption einer Bürgerversicherung betrachtet wird.

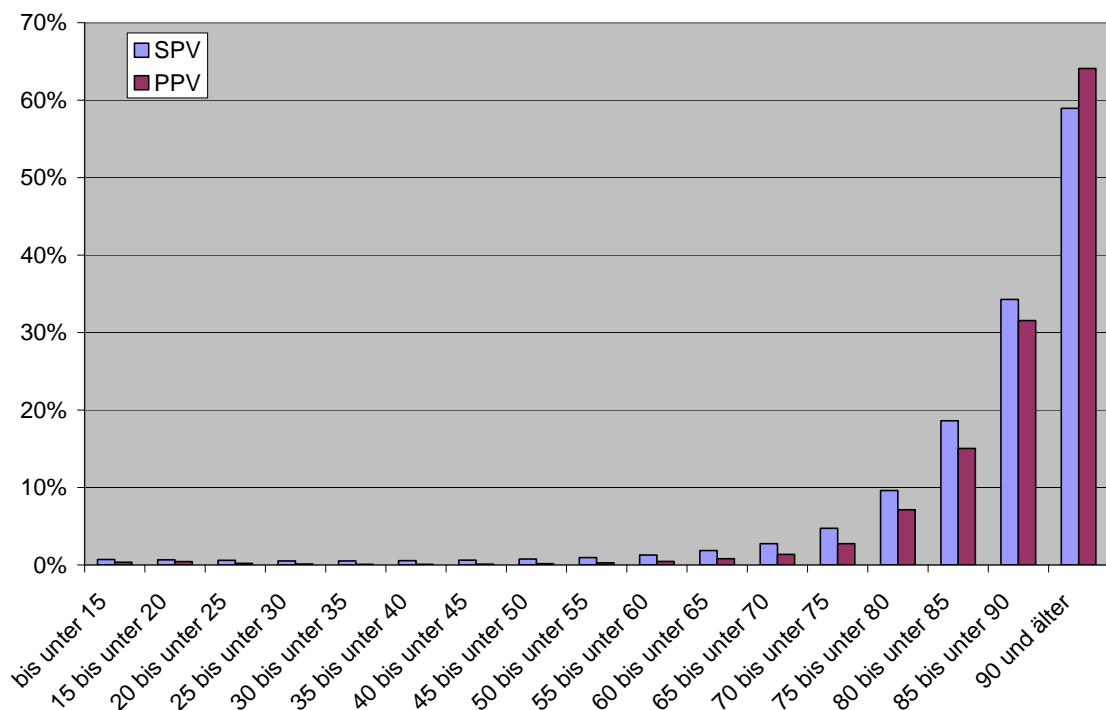
III. Bürgerversicherung als Option zur Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung

Konstitutive und namensgebendes Element der Bürgerversicherung ist die Einbeziehung der gesamten Wohnbevölkerung („Bürger“) in ein integriertes Versicherungssystem.

⁴ Für ambulante Pflegedienste ist die Berechnung weniger leicht nachvollziehbar, da hierfür verschiedene Leistungskomplexe, deren Zuschnitt zudem zwischen den Bundesländern variiert, verglichen werden müssen (vgl. hierzu Rothgang et al. 2009). Es gibt allerdings keine Hinweise darauf, dass die Preissteigerungen in diesem Bereich geringer sind.

Dies ist gerade in der Pflegeversicherung von besonderer Bedeutung, weil sich die Risikostruktur der beiden Versicherungskollektive „Soziale Pflegeversicherung“ und „private Pflegepflichtversicherung“ erheblich unterscheidet (Rothgang 2010b und 2011). Die Privatversicherten weisen niedrigerer alters- und geschlechtsspezifische Pflegehäufigkeiten auf (Abbildung 3), zeichnen sich aber insbesondere auch durch eine günstigere Altersstruktur aus (s. Abschnitt V.1). Im Ergebnis sind die Ausgaben für einen Privatversicherten daher – unter großzügiger Berücksichtigung der Beihilfezahlungen – nur rund halb so groß wie bei den Sozialversicherten. Gleichzeitig liegt das nach den Regeln der Sozialversicherung bestimmte „beitragspflichtige“ Einkommen dieser Versicherten um rund die Hälfte über dem der Sozialversicherten (Dräther et al. 2009: 75ff.).

Abbildung 3: Anteil der Pflegebedürftigen an allen Versicherten einer Altersgruppe im Jahr 2008



Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Daten des PKV-Verbandes sowie BMG 2009b und 2009c.

Daneben zielt die Bürgerversicherung auf die Einbeziehung weiterer Einkommensarten ab. In dem hier berechneten Grundmodell der Bürgerversicherung werden dabei alle Einkommensarten berücksichtigt. Negative Einkommen gehen dagegen nicht in die Be-

rechnung ein und führen auch nicht zu einer Einkommensreduktion bei anderen Einkommensarten.

Schließlich wird bei der Diskussion über die Einführung einer Bürgerversicherung häufig auch die Beitragsbemessungsgrenze diskutiert. In Absprache mit der Auftraggeberin wird im Folgenden für die Bürgerversicherung eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die derzeitige Höhe der Bemessungsgrenze in der Rentenversicherung (West) von 5.550 Euro unterstellt.

Schließlich stellt sich die Frage nach dem Verbleib der in der privaten Pflegeversicherung bislang akkumulierten Rücklagen. Hierbei handelt es sich – wie auch in der Krankenversicherung – nicht um individuelle Ansprüche. Dies wird schon daran deutlich, dass diese Altersrückstellungen beim Wechsel von einem privaten Versicherungsunternehmen zu einem anderen in der Krankenversicherung nur eingeschränkt portabel sind. Vielmehr handelt es sich um eine kollektive Rückstellung für die jeweilige Versicherungsgemeinschaft. Wenn diese Versicherungsgemeinschaft kollektiv in die Sozialversicherung migriert, ist es daher nicht unplausibel, diese Rücklagen der Sozialen Pflegeversicherung zuzuführen. Hierfür spricht auch, dass die Altersrückstellungen in der Privatversicherung gebildet werden, um die Ausgaben, die im höheren Alter die Beitragszahlungen übersteigen, auszugleichen. Wenn diese Altersphasen bei den bislang Privatversicherten nunmehr in der Bürgerversicherung verbracht werden, ist es sachgerecht, auch die hierfür angesparten Rücklagen der Bürgerversicherung zur Verfügung zu stellen. Allerdings ist diese Frage juristisch und politisch hoch umstritten. In Absprache mit der Auftraggeberin wird im Folgenden aber der Fall untersucht, bei dem die Altersrückstellungen in den Ausgleichsfonds der Sozialversicherung überführt werden.

Übersicht 1 stellt die Merkmale der hier untersuchten Bürgerversicherung noch einmal zusammen.

Übersicht 1: Merkmale des untersuchten Grundmodells einer Bürgerversicherung

- Umfassende Versicherungspflicht der gesamten Bevölkerung einschließlich Selbständiger und Beamter ab Zeitpunkt der Einführung (keine Übergangsregelungen)
- Beitragspflicht für alle Einkommensarten
- Keine Berücksichtigung negativer Einkünfte
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das derzeitige Niveau der Rentenversicherung
- Eine Beitragsbemessungsgrenze für alle Einkommensarten
- Einbeziehung der Rücklagen der privaten Pflegeversicherung in die Bürgerversicherung

IV. Daten und Methoden der Projektion

Den Vorausberechnungen liegt ein zellenbasiertes Makrosimulationsmodell zugrunde. Die Berechnung beruht auf folgenden Daten und Annahmen:

Bevölkerung:

- Startwerte: Versicherte der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) nach Alter und Geschlecht gemäß den Mitgliederstatistiken dieser beiden Systeme.
- Aufteilung der Gesamtbevölkerung in SPV und PPV bei der Fortschreibung:
 - Für die Versicherten, die 2010 30 Jahr und älter sind, wird ein Wechsel zwischen SPV und PPV für die Zukunft definitiv ausgeschlossen,
 - für die Altersgruppe bis 30 werden jeweils die 2008 beobachteten Anteile pro Altersgruppe auf SPV und PPV verteilt. Diese Anteilswerte werden im Projektionszeitraum dann konstant gehalten.
- Fertilität, Mortalität und Migration: Es werden die Annahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes verwendet. Für die PPV-Versicherten im Alter von mindestens 30 Jahren gelten abweichend die Sterbetafeln der PKV, die von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen (BaFin) bereitgestellt werden.

Pflegeprävalenzen

- Für die SPV werden die Prävalenzen der vom BMG veröffentlichten Kassenstatistik zugrunde gelegt. Hierbei wird direkt nach Pflegestufen und Leistungsart (sowie nach Alter und Geschlecht) unterschieden. Grundlage ist also die Fall-, nicht die Personenstatistik. In der Summe sind die Fallprävalenzen wegen der Möglichkeit, mehrere Leistungen gleichzeitig zu beziehen, geringfügig höher als die Personenprävalenzen. Allerdings werden die Ausgaben so besser getroffen.
- Für die PPV werden die Pflegehäufigkeiten der PPV zugrunde gelegt. Hinsichtlich der Inanspruchnahme wird identisches Verhalten wie in der SPV unterstellt.
- Für die Bürgerversicherung werden die alters- und geschlechtsspezifischen Prävalenzen als gewogenes Mittel aus SPV- und PPV-Prävalenzen errechnet.
- Für den gesamten Betrachtungszeitraum wird unterstellt, dass die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten (auch differenziert nach Stufen) konstant bleiben, eine Verringerung dieser Häufigkeiten etwa wegen einer Kompression der Morbidität also nicht stattfindet. Diese Annahme deckt sich mit den Beobachtungen der letzten Dekade, in der diese Häufigkeiten im Wesentlichen konstant geblieben sind (Rothgang et al. 2009).

Leistungsausgaben

- Für die einzelnen Leistungsarten werden die gesetzlich vorgeschriebenen Höhen verwendet. Die bereits gesetzlich festgelegten Leistungsdynamisierungen für 2012 werden berücksichtigt. Soweit es sich um Höchstbeträge und nicht um Pauschalen handelt, werden die tatsächlichen Durchschnittsausgaben für 2010 herangezogen. Ebenso werden Verwaltungskosten etc. auf die Pflegebedürftigen kalkulatorisch umgelegt. Die so für 2010 errechneten Ausgaben entsprechen den in der Statistik ausgewiesenen mit einer Abweichung von weniger als 3 %. Das Modell ist somit gut „eingestellt“.
- Alle Ausgaben werden – ebenso wie die Einnahmen – in Preisen von 2010 angegeben. Entsprechend handelt es sich bei Angaben zur Verzinsung oder zur Lohnentwicklung immer um reale (inflationsbereinigte) Werte.
- Für die Projektion wird unterstellt, dass sich der Pflegegeldbezug analog zur Entwicklung des familialen Pflegepotentials verringert. Für die Berechnung des familialen Pflegepotentials werden die demographische Entwicklung, Veränderungen im Erwerbsverhalten, ebenso berücksichtigt wie die Entwicklung der Anteile allein lebender älterer Menschen (vgl. für die Berechnung des Pflegepotentials Rothgang 2004). In Anlehnung an Berechnungen zur Entwicklung des Pflegepotentials in NRW bis 2040 wird in den Berechnungen unterstellt, dass die Quote der Pflegegeld-

empfänger jedes Jahre um 1 % des Vorjahreswertes sinkt und von diesen Personen je 50 % stationäre Pflege und je 25 % Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen wählen.

Einnahmen

- Die Einnahmen werden für vier Mitgliedergruppen fortgeschrieben:
 - Beschäftigte,
 - Arbeitslose,
 - Rentner,
 - Sonstige Mitglieder.
- Die Startwerte (Personen und beitragspflichtige Einnahmen pro Person) werden aus dem Sozioökonomischen Panel errechnet und mit den vorhandenen Daten der amtlichen Statistik abgeglichen.
- Für die Bürgerversicherung werden diese beitragspflichtigen Einnahmen pro Mitglied entsprechend der jeweiligen untersuchten institutionellen Regelungen (etwa der Beitragsbemessungsgrenze) berechnet.
- Für die Fortschreibung der Personenzahl wird insbesondere auf ein Arbeitsmarktmodul zurückgegriffen, bei dem aus den Personen im erwerbsfähigen Alter (12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung) mithilfe der Potentialerwerbsquotenprojektion des IAB das zukünftige Arbeitsangebot ermittelt wird.
- Für die Lohnentwicklung wurde ein jährlicher Reallohnanstieg von 1,5 % angenommen. Diese Reallohnentwicklung erscheint insbesondere deshalb nicht als zu hoch gegriffen, weil der Arbeitsmarkt über den überwiegenden Betrachtungszeitraum durch Arbeitskräftemangel gekennzeichnet ist.

Beitragssatz

- Der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz ergibt sich als Quotient aus den Ausgaben und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen. Solange die Rücklagen die Mindestreserve übersteigen, kann allerdings an einem konstanten Beitragssatz festgehalten werden, wobei die Defizite durch Abschmelzen dieser Rücklage finanziert werden (gültiger Beitragssatz). Angegeben wird jeweils der allgemeine Beitragssatz ohne Zusatzbeitrag für Kinderlose, der für diese jeweils hinzuzuaddieren ist.

Leistungsdynamisierung

Für die Leistungsdynamisierung werden zwei Varianten unterschieden:

- eine inflationsindexierte Leistungsdynamisierung,

- eine Anpassung die zusätzlich die Hälfte der Reallohnsteigerung berücksichtigt und so 2003 von der Rürup-Kommission (BMGS 2003: Kapitel 5) vorgeschlagen wurde. Bei einer personalintensiven Dienstleistung ohne große Rationalisierungspotentiale ist allerdings fraglich, ob eine Dynamisierung unterhalb der allgemeinen Bruttolohn- und -gehaltssteigerungsrate, geeignet ist, die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen zu erhalten.

Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

- In seinem Umsetzungsbericht hat der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vier Szenarien zur Umsetzung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des zugehörigen Neuen Begutachtungsassessments (NBA) entwickelt (BMG 2009a). Grundlage für die nachfolgende Berechnung der zukünftigen Mehrausgabenentwicklung ist das Szenario III des Umsetzungsberichts, das eine neues Leistungsrecht und Leistungsverbesserungen aber im Wesentlichen keine Leistungskürzungen vorsieht. In diesem Szenario mit alternativen Geldwerten im Leistungsbereich lässt sich „der Grundsatz ambulant vor stationär wesentlich leichter verwirklichen und steuern“ (BMG 2009a: 35). Abgestellt wird auf die zweite Variante.
- Je nach Ausgestaltung der Geldleistungen in Bedarfsgrad I ergeben sich Mehrausgaben von 3 bis 3,6 Mrd. Euro. Bezogen auf die Leistungsausgaben, die sich 2010 auf 20,4 Mrd. Euro beliefen, entspricht das einem Mehrausgabenanteil von 15 % bis 18%. Diese Mehrausgaben beruhen zum einen auf leistungsrechtlichen Veränderungen, zum anderen auf einer stärkeren Berücksichtigung von kognitiven Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten, die dazu führen, dass im Durchschnitt ein höheres Ausmaß an Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Beide Effekte sind allerdings dauerhaft zu erwarten, so dass auch die Mehrkostenanteile dauerhaft anfallen. Es wird daher unterstellt, dass eine angemessene Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Leistungsausgaben dauerhaft um jeweils 15 % heraufsetzt.

V. Beitragssatzentwicklung

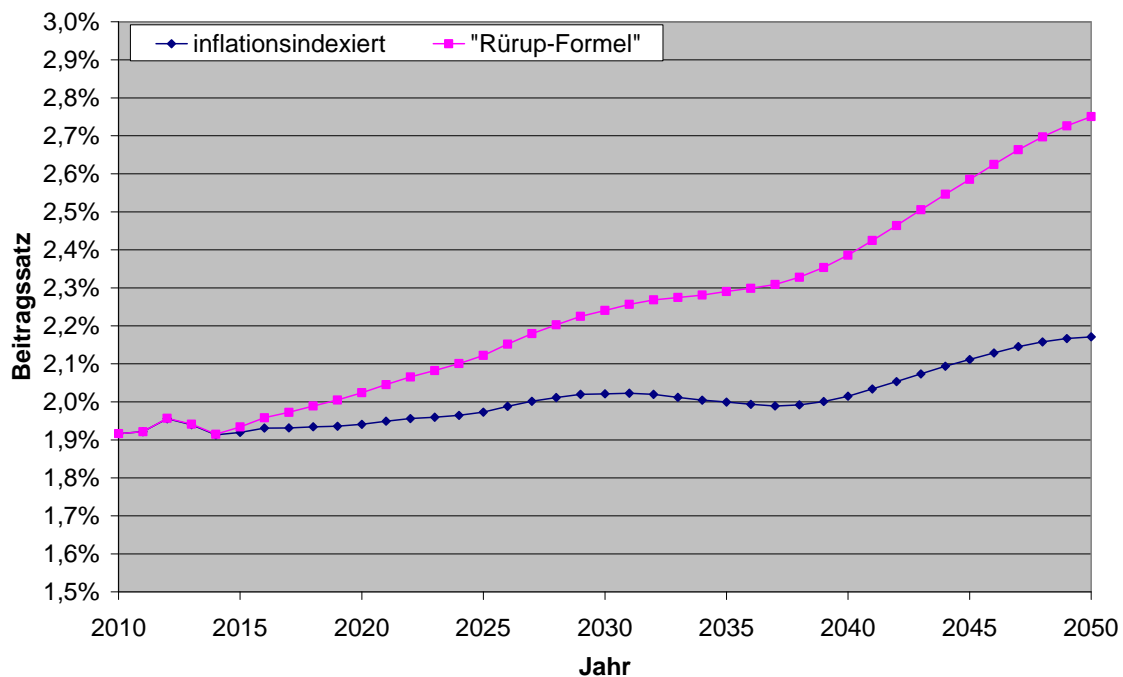
Um die Effekte der Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung nicht nur zum Zeitpunkt der Umstellung, sondern auch im Zeitablauf abschätzen zu können, ist es notwendig, zunächst eine Vorausberechnung des Status quo vorzunehmen. Dies erfolgt in Abschnitt 1. In Abschnitt 2 werden dann die Ergebnisse der Beitragssatzprojektion für die Bürgerversicherung vorgestellt und mit dem Status quo verglichen. Abschnitt 3 zeigt dann wie sich die Ergebnisse verändern, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ent-

sprechend den vorgestellten Annahmen implementiert wird, während Abschnitt 4 die zusätzlichen Effekte weiterer Leistungsverbesserungen darstellt.

1. Beitragssatzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im Status

Abbildung 4 zeigt die Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung, die sich aus den vorstehend genannten Annahmen ergibt. Dargestellt ist der jeweils zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz.⁵

Abbildung 4: Entwicklung des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung



Die unterste Linie repräsentiert dabei eine Leistungsdynamisierung in Abhängigkeit von der Inflation, die obere eine gemäß der Dynamisierungsformel der Rürup-Kommission (s.o.). Wie die Abbildung (untere Linie) zeigt, kann der Beitragssatz bei einer Dynamisierung in Abhängigkeit von der Inflationsrate im Wesentlichen über den gesamten Betrachtungszeitraum konstant gehalten werden und bleibt auch 2050 bei einem Wert

⁵ Die Berücksichtigung der Rücklagen führt lediglich dazu, dass der Beitragssatz für einen begrenzten Zeitraum auf dem derzeitigen Niveau verbleibt, nach Verzehr der Rücklagen dann aber doch auf den hier ausgewiesenen Pfad springt, der daher aussagekräftiger ist. Für 2010 liegt der zum Ausgabenausgleich notwendige Beitragssatz bei 1,92 Beitragssatzpunkten. Dieser Wert ergibt sich, wenn der gesetzlich festgelegte Beitragssatz von 1,95 Beitragssatzpunkten um die Überschüsse von 336 Mio. Euro (für 2010) bereinigt wird. Der Zusatzbeitrag für Kinderlose ist für die Betroffenen jeweils hinzu zu rechnen.

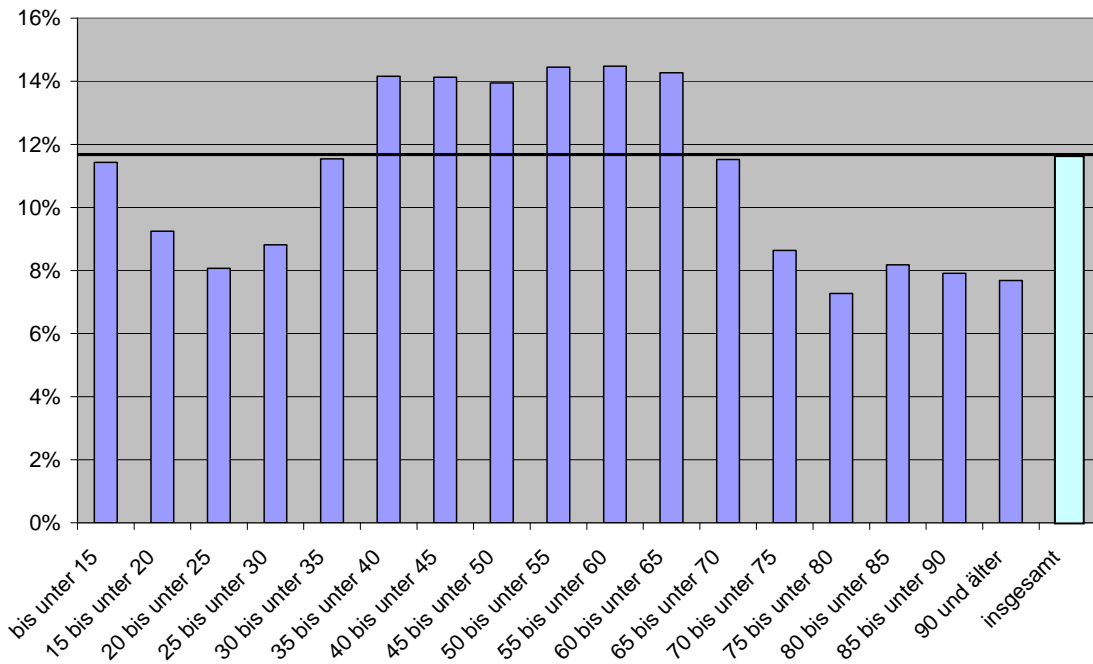
unterhalb von 2,2 Beitragssatzpunkten. Bei einer Dynamisierung gemäß der „Rürup-Formel“ steigt der Beitragssatz nach dieser Projektion dagegen auf rund 2,8 Beitragssatzpunkte.

Das Ergebnis eines im Wesentlichen konstanten Beitragssatzes bei einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung deckt sich mit älteren Berechnungen (vgl. z. B. Rothgang/Schmähl 2005, Rothgang 1997 und 2002) und ist als solches plausibel. Allerdings wird die in der Vergangenheit beobachtete „strukturelle Einnahmeschwäche“ dabei (ebenso wie in den zitierten älteren Berechnungen) nicht berücksichtigt. Vielmehr wird von einer Abwanderung der SPV-Versicherten in die PPV ebenso abgesehen wie von einer Umwandlung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse in andere Beschäftigungsformen. Entsprechend liegt die für den Zeitraum von 2010 bis 2020 errechnete jährliche Steigerung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen von 1,3% deutlich über der Steigerungsrate der vergangenen Dekade (s.o.).

Der für 2050 errechnete Wert liegt aber deutlich unter dem vom BMG unter gleichen Dynamisierungsannahmen (nämlich einer inflationsindexierten Dynamisierung) und ähnlichen Annahmen über das Wachstum der Grundlohnsumme berechneten Wert von 2,8 Beitragssatzpunkten. Dieser Unterschied ist insbesondere darauf zurückzuführen, wie der Anstieg der Pflegebedürftigen auf Private Pflegepflichtversicherung (PPV) und Soziale Pflegeversicherung (SPV) aufgeteilt wird. In seinen Berechnungen unterstellt das BMG, dass der Anteil der PPV-Versicherten an einer Altersstufe über den gesamten Projektionszeitraum hinweg gleich bleibt. Tatsächlich unterscheidet sich die Altersstruktur beider Kollektive derzeit aber erheblich, so dass für die zukünftige Entwicklung eben nicht davon ausgegangen werden kann, dass die derzeitige Verteilung konstant bleibt, sondern vielmehr damit zu rechnen ist, dass die heute in der PPV stark besetzten jüngeren Kohorten in höheres Alter „hineinwachsen“.

Wie Abbildung 5 zeigt, ist der Bevölkerungsanteil der PPV-Versicherten bei den 35-65-Jährigen derzeit nämlich deutlich überdurchschnittlich, der Bevölkerungsanteil der 65-Jährigen und älteren aber unterdurchschnittlich. Aus diesem Grund ist der Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten in der PPV derzeit mit 1,27 % weniger als halb so hoch wie in der SPV (2,77 %) (Dräther et al. 2009: 75). In den nächsten Jahrzehnten werden aber die stark besetzten Altersklassen der derzeit 35-65-Jährigen in die Pflegebedürftigkeit „hineinwachsen“, so dass es in diesem Teilkollektiv zu einem dramatischen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen kommt. In der hier verwendeten Modellrechnung wird dieser Fallzahlenanstieg der PPV, im Modell des BMG aber der Sozialen Pflegeversicherung zugerechnet und erhöht so die vom BMG vorausberechnete Zahl der SPV-Leistungsempfänger und damit auch den vorausberechneten Beitragssatz.

Abbildung 5:
Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen im Jahr 2008



Quelle: Rothgang 2010:

Abbildung 6: Leistungsempfänger in SPV und PPV

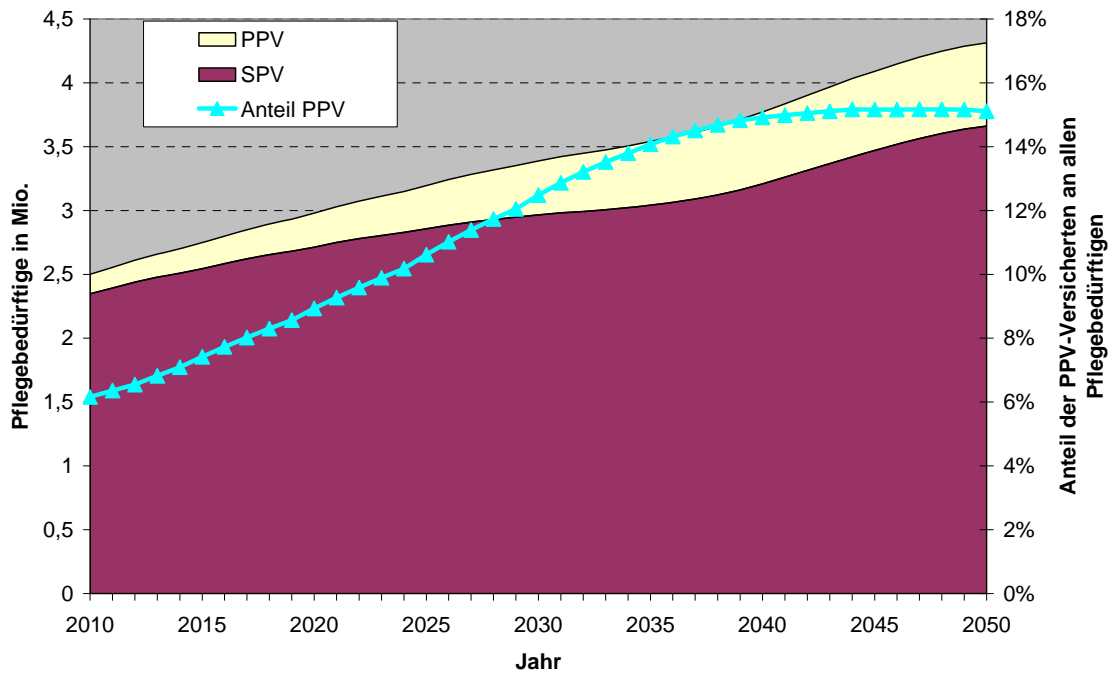


Abbildung 6 verdeutlicht diesen Effekt: Die Zahl der Leistungsempfänger in der PPV (helle Fläche) steigt wesentlich stärker als die Zahl der Leistungsempfänger in der SPV (dunkle Fläche). Entsprechend erhöht sich der Anteil der PPV-Versicherten an allen Pflegebedürftigen von rund 6,2 % im Jahr 2010 auf 15,1 % im Jahr 2050.

Die Frage, wie der Fallzahlenanstieg (rechnerisch in der Projektion) auf SPV und PPV verteilt wird, ist für das Ergebnis daher von beträchtlicher Bedeutung. So steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV im hier verwendeten Modell von 2010 bis 2050 nur um 56 %, während das BMG eine Fallzahlsteigerung von 2,24 Mio. im Jahre 2009 auf 4,35 Mio. im Jahre 2050, also einen Anstieg um 94% erwartet.⁶ Der – im Vergleich zu den Berechnungen des BMG – niedrigere Beitragssatz für 2050 erscheint damit als plausibel.

2. Beitragssatzentwicklung im Grundmodell einer Bürgerversicherung

Da die PPV-Versicherten

- eine niedrigere alters- und geschlechtsspezifische Prävalenz haben,
- ein günstigere Altersstruktur aufweisen und
- höhere beitragspflichtige Einkommen (definiert nach den Regeln der SPV) vorweisen,

führt allein die Einbeziehung der PPV-Versicherten zu einer unmittelbaren Beitragssatzreduktion um 0,27 Beitragssatzpunkte, wenn sie direkt, ohne weitere Übergangsregelungen durchgeführt wird (Tabelle 2).

Tabelle 2: Ausgabendeckende Beitragssätze für verschiedene Szenarien 2010

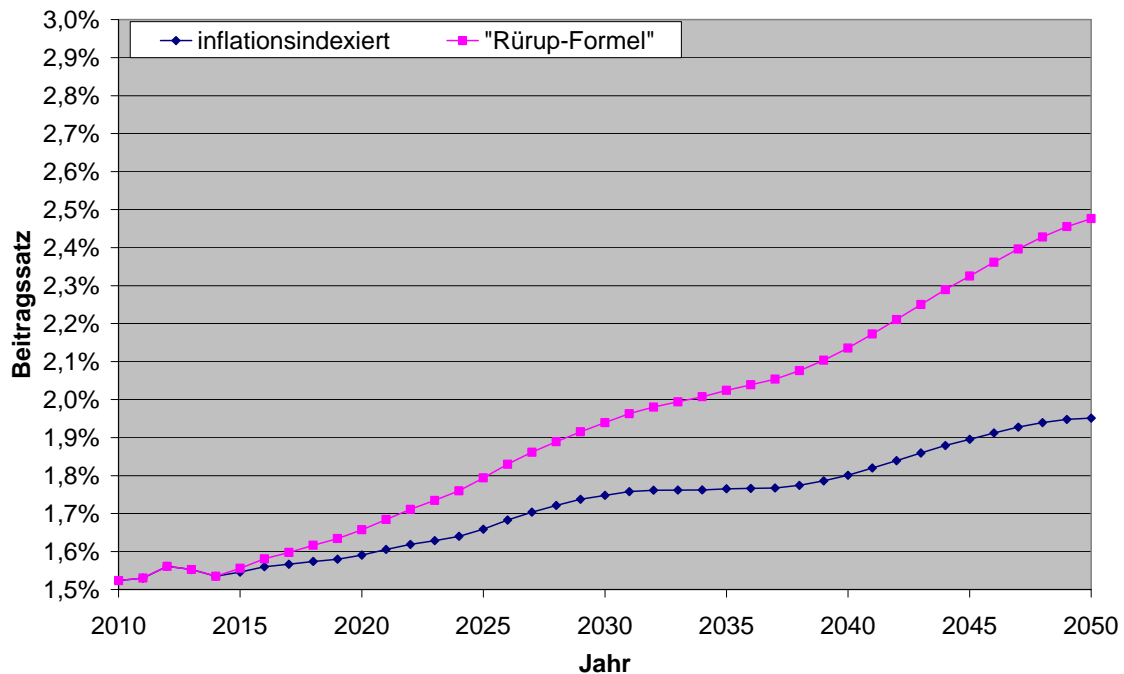
	Ausgabendeckender Beitragssatz	Differenz zum Status quo
Soziale Pflegeversicherung (Status quo)	1,92	0
SPV + Ausweitung des Personenkreises	1,65	0,27
Bürgerversicherung: Grundmodell	1,52	0,40

⁶ Werden SPV und PPV zusammen betrachtet, zeigt auch die hier verwendete Simulation einen Anstieg von mehr als 74 % für den Zeitraum von 2010 bis 2050. Dieser Fallzahlenanstieg ist immer noch geringer als der des BMG. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass in dieser Modellrechnung für die derzeit PPV-Versicherten eigene Pflegeprävalenzen berücksichtigt werden, die niedriger sind als in der SPV. Dies reduziert die Zahl der Pflegebedürftigen gegenüber der Modellrechnung des BMG. Die hier errechnete Fallzahlsteigerung von 74 % liegt schon näher an dem Wert des Statistischen Bundesamtes, das einen Fallzahlenanstieg von 87,5% (von 2010 bis 2050) vorausgerechnet hat (Statistische Ämter 2010: 30), dabei aber die Prävalenzen der Pflegestatistik zugrunde legt, die nicht zwischen SPV- und PPV-Versicherten unterscheidet.

Werden weiterhin anderen Einkommensarten beitragspflichtig und wird die Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Grenze in der Rentenversicherung angehoben, erhöht sich die Beitragssatzreduktion auf insgesamt 0,4 Beitragssatzpunkte (Tabelle 2). Wird am bestehenden Beitragssatz festgehalten, entspricht dies (Netto) Mehreinnahmen von gut 4 Mrd. Euro.

Abbildung 7 zeigt wie sich der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in der Bürgerversicherung bei den beiden hier betrachteten Dynamisierungsvarianten entwickelt. Am Ende des Betrachtungszeitraums liegt dieser Beitragssatz mit einem Wert von 1,95 (inflationsindexiert) bzw. 2,48 (mit Dynamisierung gemäß Rürup-Formel) um 0,22 bzw. 0,27 Beitragssatzpunkten unter den entsprechenden Beitragssätzen im Status quo. Der beitragsenkende Effekt der Bürgerversicherung sinkt also im Zeitverlauf. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in der PPV wesentlich stärker wächst als in der SPV (s. Abbildung 6) und dieser Effekt die Bürgerversicherung, nicht aber die SPV ohne Einbezug der derzeit Privatversicherten belastet.

Abbildung 7: Entwicklung des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes im Grundmodell der Pflegebürgerversicherung

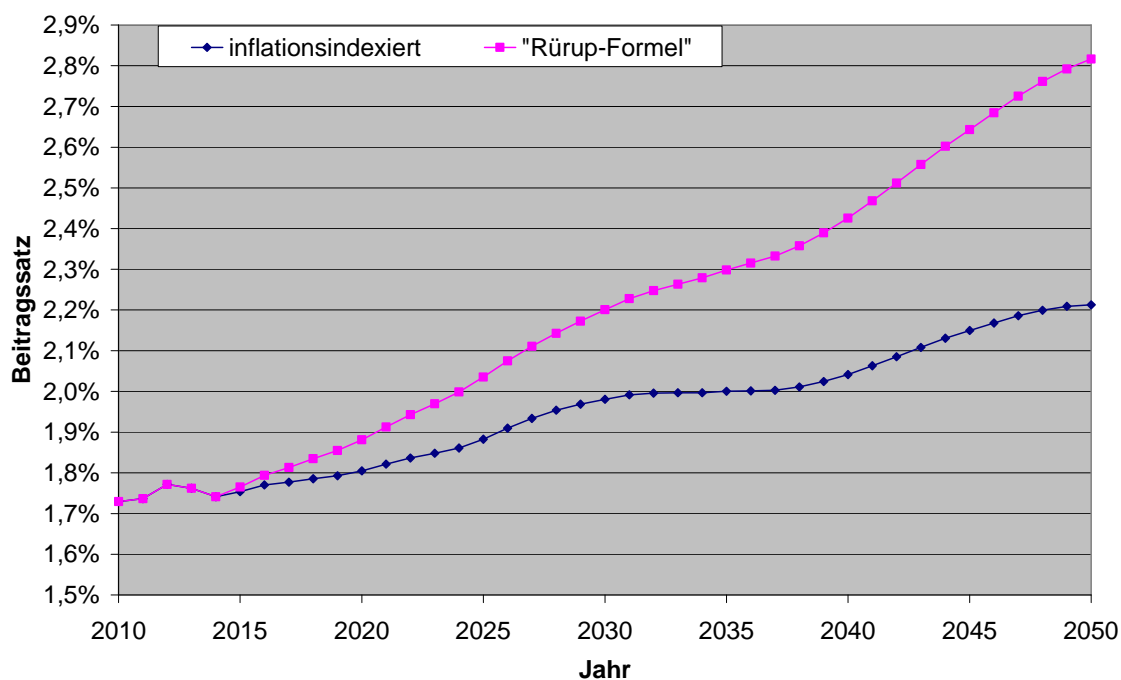


Es ist daher immer zu beachten, dass der Einbezug der bislang Privatversicherten zwar den größten Anteil an der unmittelbaren Reduktion des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes hat, der Effekt genau dieser Einbezug der bislang Privatversicherten im Zeitverlauf aber zurückgeht. Dennoch benötigt die Bürgerversicherung auch bei Berücksichtigung dieses Effektes auch am Ende des Betrachtungszeitraums immer noch einen niedrigeren Beitragssatz als die SPV im Status quo.

3. Beitragssatzentwicklung in einer Bürgerversicherung bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Abbildung 8 zeigt nun die Beitragssatzentwicklung, die sich ergibt, wenn der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in der in Abschnitt IV beschriebenen Weise umgesetzt wird.

Abbildung 8: Entwicklung des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes der Pflegebürgerversicherung bei Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs



Wie auch im Grundmodell der Bürgerversicherung sinkt der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz im Vergleich zum Status quo ab, aber – wegen der Mehrausgaben des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – nur um 0,16 Beitragssatzpunkte, auf nunmehr 1,76 Beitragssatzpunkte. Im Zeitverlauf steigt der Beitragssatz dann wieder und erreicht am

Ende des Betrachtungszeitraums einen Wert, der bei beiden Dynamisierungsszenarien sogar geringfügig oberhalb des Wertes im Status quo liegt. Langfristig sind die (Netto) Mehreinnahmen durch die Einführung einer Bürgerversicherung also gerade ausreichend, um die Mehrkosten einer – großzügigen – Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu decken, aber auch nicht mehr. Allerdings bietet die Bürgerversicherung – anders als die unreformierte SPV – tatsächlich Gewähr dafür, dass die strukturelle Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung überwunden wird.

4. Beitragssatzentwicklung in einer Bürgerversicherung bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und weiterer Leistungsverbesserungen

Die Pflegeversicherung ist als Teilkaskosystem ausgestaltet und deckt nicht alle Pflegebedarfe. Auch wenn an dieser Grundentscheidung festgehalten wird, stellt sich dennoch die Frage nach punktuellen Leistungsverbesserungen. Die AWO sieht diesbezüglich Reformbedarf in folgenden vier Punkten:

1. Refinanzierung der Ausbildungskosten sowie der Praxisanleitung aus dem SGB XI,
2. Beratungsgutscheine für alle Menschen, die einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit stellen bzw. alle pflegebedürftigen Menschen in Höhe von 50 €/Jahr,
3. Anspruch auf ambulante Sachleistungen (Pflegestufe 1 bzw. Bedarfsgrad 2) für kurzzeitige Pflegebedürftigkeit (beispielsweise wegen Krankenhausentlassung) sowie
4. Erhöhung der ambulanten Sachleistungen in der Pflegestufe 1 auf 630 €/Monat sowie Integration eines Moduls „Soziale Betreuung“.

Nachfolgend werden diese Punkte zunächst kurz diskutiert (Abschnitt 4.1). Nachdem der diesbezüglich gewählte Rechenansatz dargelegt wurde (Abschnitt 4.2), wird dann die diese Leistungsverbesserungen berücksichtigende Beitragssatzentwicklung der Bürgerversicherung vorgestellt (Abschnitt 4.3).

4.1 Mögliche Leistungsverbesserungen

Refinanzierung der Ausbildungskosten sowie der Praxisanleitung aus dem SGB XI

Auszubildende Pflegekräfte erhalten derzeit von ihrem Arbeitgeber eine Vergütung, die überwiegend im Bereich von monatlich 700-900 Euro liegt (BMFSFJ 2009: 52). Sofern sie nicht durch Landeszuschüsse refinanziert werden, werden diese Ausgaben von der

Pflegeeinrichtung bei ihrer Kostenkalkulation berücksichtigt und gehen so in die Bestimmung der Pflegesätze (für stationäre Einrichtungen) bzw. die Vergütungssätze für ambulante Pflegedienste ein. Die *Refinanzierung der Ausbildungskosten* aus dem SGB XI per Umlage würde somit die Landeshaushalte entlasten und – soweit die Ausbildungskosten auf die Preise umgelegt werden – ceteris paribus zu sinkenden Entgelten führen. Diese sinkenden Entgelte entlasten die Pflegeversicherung aber kaum.

Im ambulanten Bereich führen sinkende Entgelte bei Sachleistungsempfängern lediglich dazu, dass der Umfang der in Anspruch genommenen Leistungen steigt, ohne dass eine finanzielle Entlastung eintritt. Werden die Höchstwerte für die Sachleistungen nicht ausgeschöpft, entstehen entsprechende Ansprüche auf Pflegegeld, bei denen eine vollständige Ausschöpfung angenommen werden kann. Eine Entlastung der Pflegeversicherung tritt also nur insofern ein als sich eine Verschiebung in Richtung Pflegegeld zeigt. Allerdings wird die Sachleistung durch die sinkenden Entgelte attraktiver, so dass gleichzeitig Anreize zu einer stärkeren Inanspruchnahme entstehen. Letztlich kann daher gar nicht gesagt werden, wie sich das Inanspruchnahmeverhalten verschiebt und welche finanziellen Effekte daraus für die Pflegeversicherung resultieren.⁷

Im stationären Bereich, liegen schon die Pflegesätze für die pflegebedingten Leistungen in allen Pflegestufen deutlich oberhalb der Versicherungsleistungen (Rothgang 2010: 440). Eine Reduktion der Pflegesätze durch eine zentrale Übernahme der Ausbildungskosten reduziert daher zwar die Eigenanteile, die von den Versicherten zu tragen sind, bzw. die Sozialhilfeausgaben, nicht aber die Ausgaben der Pflegeversicherung.

Insgesamt führt die Übernahme der Ausbildungskosten durch die Pflegeversicherung in Form eine Umlage somit zu einer Entlastung der Landeshaushalte und zu einem erhöhten Anspruch der Leistungsempfänger (ambulanter Bereich) bzw. verringerten Zuzahlungen und Sozialhilfezahlungen (stationärer Bereich). Für die Pflegeversicherung resultiert eine Ausgabenerhöhung in etwa in Höhe dieser Ausbildungskosten.

Beratungsgutscheine für Pflegebedürftige/Antragsteller in Höhe von 50 €/Jahr

Bereits derzeit haben alle Pflegebedürftigen und alle Antragsteller einen Rechtsanspruch auf umfassende Beratung der Pflegekassen und Pflegestützpunkte (§§ 7, 7a, 12, 92c

⁷ In mikroökonomischer Terminologie handelt es sich um eine Wahlentscheidung zwischen zwei Gütern: Pflegegeld vs. Pflegesachleistungen. Sinkt der Preis für die Sachleistungen werden dadurch Einkommens- und Substitutionseffekte ausgelöst. Da Einkommens- und Substitutionseffekt für die Sachleistung gegenläufig sind, kann a priori nicht gesagt werden, ob die Sachleistungsinanspruchnahme steigt oder fällt.

SGBXI). Die Einführung eines Beratungsscheins kann sich also nur auf Beratung beziehen, die von anderen Anbietern angeboten wird. Hiermit würde dann ein weiterer Markt für Pflegeberatung etabliert, ohne dass die Evaluation der Pflegeberatung und Pflegestützpunkte bereits vorliegen und ausgewertet sind. Ob dies sinnvoll ist, muss an dieser Stelle offen bleiben.

Anspruch auf ambulante Sachleistungen für kurzzeitige Pflegebedürftigkeit

Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen haben gemäß § 14 Abs. 1 SGB XI „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, *voraussichtlich für mindestens sechs Monate*, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“ Die Pflegeversicherung ist also ausdrücklich *nicht* als ein Leistungssystem für kurzzeitige Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Rekonvaleszenz konzipiert.

Allerdings hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass entsprechende Nachsorgestrukturen auch nicht im Rahmen von SGB V-Leistungen zur Verfügung stehen. Vielmehr zeigen sich gerade nach Krankenhausaufenthalten (aber teilweise auch nach ambulanten Behandlungen) Versorgungslücken. Dies gilt umso mehr als die Verweildauern von Krankenhausaufenthalten auch in den letzten Jahre weiter verringert wurden und der Übergang auf eine DRG-gestützte Fallpauschalenvergütung Anreize für frühzeitige Krankenhausentlassungen setzt. Nun ist eine Verweildauerverkürzung dann nicht zu kritisieren, wenn entsprechende Nachsorgestrukturen aufgebaut sind, die kosteneffektiver in der Lage sein dürften den Rekonvaleszenzprozess zu unterstützen. Genau an solchen Strukturen und einer entsprechenden Kostenträgerschaft fehlt es aber.

Die Patienteninitiative „ambulante Versorgungslücken e.V.“ hat daher eine Petition an den Deutschen Bundestag gerichtet mit dem Ziel den § 37 SGB V zu erweitern. Der Petitionsausschuss hat am 25.3.2010 beschlossen, diese Petition an den Gesundheitsausschuss zur Bearbeitung zu überweisen und dabei festgestellt: „Der Ausschuss würde es begrüßen, wenn weitergehende Regelungen im Rahmenkünftiger Reformvorhaben diskutiert werden könnten“.⁸ Auf Basis der Petition hat die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen einen Gesetzesentwurf vorgelegt, der am 23. März 2011 in einer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages diskutiert wurde. Die Lösung des Problems ambulanter Versorgungslücken dürfte daher eher in einer Leistungs-

⁸ <http://www.openpetition.de/petition/beschluss/haeusliche-krankenpflege-ambulante-nachsorge>.

erweiterung der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37 evtl. auch § 38 SGB V) als in einer Leistungsausweitung der Pflegeversicherung liegen.

Erhöhung der ambulanten Sachleistungen in der Pflegestufe 1

Die Leistungen der Pflegeversicherung unterscheiden sich sowohl nach der Pflegestufe als auch nach dem Leistungstyp (Tabelle 3). Die Differenzierung nach Pflegestufen ist dabei dem Grunde nach unstrittig. Die Pflegesachleistungen sind weiterhin jeweils in etwa doppelt so hoch wie das Pflegegeld. Dieser Unterschied kann gut damit gerechtfertigt werden, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen mit Steuern und Sozialabgaben belastet sind, das Pflegegeld hingegen nicht. Die „Nettobeträge“ unterscheiden sich daher kaum. Eine Angleichung von Pflegegeld und Pflegesachleistung würde zudem das gesamte Vertragssystem der Zulassungs- Vergütungs- und Rahmenvereinbarungen und -verträge unterlaufen, da diese mit dem Sachleistungsprinzip verbundene Regulierung nur dann möglich ist, wenn Leistungen nicht gleichzeitig mit dem Pflegegeld in gleicher Höhe auf einem unregulierten Markt „eingekauft“ werden können.

Tabelle 3: Leistungen der Pflegeversicherung für ihre Hauptleistungsarten

Pflegegeld				
Pflegestufe	bis Juni 2008	ab Juli 2008	2010	2012
I	205 €	215 €	225 €	235 €
II	410 €	420 €	430 €	440 €
III	665 €	675 €	685 €	700 €
Pflegesachleistungen				
Pflegestufe	bis Juni 2008	ab Juli 2008	2010	2012
I	384 €	420 €	440 €	450 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
vollstationäre Pflege				
Pflegestufe	bis Juni 2008	ab Juli 2008	2010	2012
I	1.023 €	1.023 €	1.023 €	1.023 €
II	1.279 €	1.279 €	1.279 €	1.279 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefall	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €

Eine gleichermaßen überzeugende Begründung für die Unterschiede in den Leistungshöhen von Pflegesachleistungen und stationären Pflegeleistungen in den Stufen I und II gibt es dagegen nicht. Der – im Vergleich zur Sachleistung – hohe Wert in Stufe I wurde bei Einführung der Pflegeversicherung damit begründet, dass nur so die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit reduziert werden könne (vgl. Roth & Rothgang 2001). Gleichzeitig setzt diese Spreizung der Leistungshöhen aber keine Anreize den Grundsatz „ambulant vor stationär“, der in § 3 SGB XI ausdrücklich als programmatisches Ziel der Pflegeversicherung verankert ist, umzusetzen. Bereits häufig wurde dabei in der Vergangenheit eine Angleichung der Leistungshöhen für ambulante und stationäre formelle Pflege gefordert – so z.B. auch in der so genannten Rürup-Kommission (Nachhaltigkeitskommission 2003). Soll eine solche Angleichung nicht zu einem deutlichen Wiederanstieg der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit führen, kann sie nur durch eine Anhebung der ambulanten Pflegesachleistung erfolgen.

In diesem Sinn fordert die AWO die Anhebung der Pflegesachleistungen in Pflegestufe 1 auf 630 Euro / Monat. Zu bedenken ist allerdings, dass diese Leistung dann dreimal so hoch wäre wie das Pflegegeld und so entsprechende Anreize ausgelöst würden. Soll dies verhindert werden, müsste auch das Pflegegeld angehoben werden. Dies wird hier aber nicht modelliert.

4.2 Berechnungsgrundlagen

Refinanzierung der Ausbildungskosten sowie der Praxisanleitung aus dem SGB XI

Zur Höhe der Ausbildungskosten liegen keine verlässlichen Angaben vor. Wird von Ausgaben für die Vergütung der Auszubildenden und Einleitungskosten von 15.000 Euro im Jahr pro Auszubildendem ausgegangen und eine Zahl von 20.000 Auszubildenden unterstellt (<http://www.altenpflegeausbildung.net/>), ergeben sich jährliche Ausbildungskosten in Höhe von 300 Mio. € Bezogen auf die für 2010 errechneten 2,5 Mio. Pflegebedürftige (SPV und PPV), ergibt dies einen Wert von 120 € pro Jahr und Pflegebedürftigen.

Dieser Betrag wird für die Berechnungen proportional zur Zahl der Pflegebedürftigen fortgeschrieben, da bei steigenden Pflegebedürftigenzahlen auch eine steigende Zahl von Auszubildenden notwendig ist.

Beratungsgutscheine für Pflegebedürftige/Antragsteller in Höhe von 50 €/Jahr

Der Beratungsbedarf ist am höchsten, wenn Pflegebedürftigkeit neu auftritt. Beratungsgutscheine sollten daher auf diesen Zeitpunkt bezogen ausgegeben werden. Da der Beratungsbedarf für alle Antragsteller entsteht, sollte er nicht auf die erfolgreichen Antragsteller beschränkt, sondern auf alle Antragsteller bezogen werden.

Im Jahr 2009 haben die MDKs knapp 830 Tausend Erstbegutachtungen durchgeführt (Rothgang et al. 2010: 55). Diese Zahl liegt deutlich über der Zahl der Vorjahre. So wurden von 1999 bis 2007 jeweils zwischen 650 und 700 Tausend Erstbegutachtungen verzeichnet (ebd.). Der Anstieg der Begutachtungszahlen resultiert insbesondere aus der Ausweitung des Anspruchs auf besondere Betreuungsleistungen nach §§ 45a ff. SGB XI, die seit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum Juli 2008 auch für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe gewährt werden. Es ist davon auszugehen, dass diese Änderung der Rechtsgrundlage einen dauerhaften Anstieg der Begutachtungszahlen nach sich zieht, dass die Zahl für 2009 zum anderen aber noch von einem Bugwelleneffekt geprägt ist. Für die Berechnung wird daher von einem Wert von 800 Tausend Erstbegutachtungen ausgegangen. Wird weiterhin unterstellt, dass die Hälfte aller Antragsteller den Beratungsgutschein auslöst, resultieren damit bei sofortiger Einführung Mehrausgaben von 20 Millionen Euro für die SPV-Versicherten. Bei einer 100%igen Inanspruchnahme läge dieser Wert bei 40 Millionen Euro. Bezogen auf die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in SPV und PPV, die gemäß der Modellrechnung für 2010 2,5 Millionen beträgt, resultieren somit Mehrausgaben von etwa 8 Euro pro Pflegebedürftigem.

Wird zusätzlich unterstellt, dass die Verweildauer in Pflegebedürftigkeit im Zeitverlauf konstant bleibt und auch die Anerkennungsquote unverändert bleibt, so entwickeln sich die Zahl der Antragsteller und der Pflegebedürftigen mit einer identischen Wachstumsrate. Die Ausgaben für den Beratungsgutschein können dann mit der Zahl der Pflegebedürftigen fortgeschrieben werden.

Anspruch auf ambulante Sachleistungen für kurzzeitige Pflegebedürftigkeit

Die Mehrkosten von Maßnahmen zur Schließung der erkannten Versorgungslücke können mit den vorhandenen Daten nicht beziffert werden – nicht zuletzt, weil etwaige Einsparungen berücksichtigt werden müssten, die durch die Schließung der Versorgungslücke und dadurch vermiedene weitere Krankenhausaufenthalte entstehen. Entsprechende Erkenntnisse kann womöglich ein Modellprojekt generieren, das derzeit vom Verein Ambulante Versorgungslücken in Bremen initiiert wird. Für eine Projektion dieser Ein-

sparungen in die Zukunft wäre zudem eine Projektion der Zahl der Krankenhausaufenthalte notwendig, die im Rahmen dieser Studie nicht durchgeführt werden kann. Auf eine Berücksichtigung entsprechender Leistungsausweitungen in den Modellrechnungen wird daher verzichtet.

Erhöhung der ambulanten Sachleistungen in der Pflegestufe 1

Für die Berechnung werden die Sachleistungen ab 2012 auf den nominalen Wert von 630 € gesetzt⁹ und dann entsprechend den jeweiligen Dynamisierungsregeln im Zeitverlauf angepasst. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese erhöhten Leistungen dann auch die Soziale Betreuung mit beinhalten. Etwaige Substitutionseffekte von Pflegegeld in Richtung Pflegesachleistungen, die ebenfalls ausgabenwirksam sind, werden hier nicht berücksichtigt, da keine entsprechende Datengrundlage vorhanden ist. Es wird also von einer – im Vergleich zum Status quo – unveränderten Inanspruchnahme ausgegangen, die allerdings eine moderate Verschiebung in Richtung formelle Pflege standardmäßig beinhaltet (s. Kapitel IV).

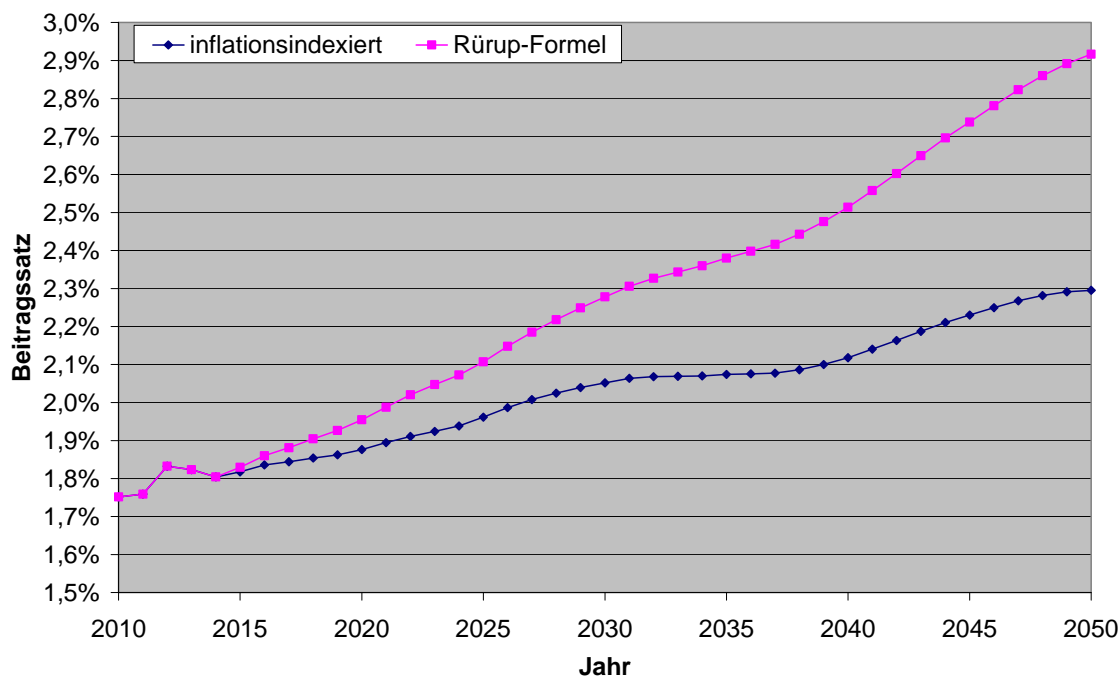
4.3 Ergebnisse

Werden in der Bürgerversicherung neben der in Abschnitt 3 dargestellten Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die weiteren vorstehend beschriebenen Leistungsverbesserungen umgesetzt, ergibt sich die in Abbildung 9 gezeigte Entwicklung des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes.

Im Vergleich zu der in Abschnitt V.3 dargestellten Bürgerversicherung mit Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt sich ein geringer Beitragssatzunterschied, der zu Beginn mit 0,02 Beitragssatzpunkten kaum wahrnehmbar ist, im Zeitverlauf zwar steigt, aber auch 2050 die Marke von 0,1 Beitragssatzpunkten nicht übersteigt (s. Tabelle 4). Auch in dieser teuersten hier betrachteten Variante liegt der Beitragssatz auch am Ende des Betrachtungszeitraums noch bei weniger als 3 Beitragssatzpunkten.

⁹ Da grundsätzlich in Werten von 2010 gerechnet wird, ist dieser Wert für die Berechnung entsprechend zu deflationieren.

Abbildung 9: Entwicklung des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes der Pflegebürgerversicherung bei Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und weiteren Leistungsverbesserungen



VI. Fazit

Wie die vorstehenden Berechnungen zeigen, ist in der sozialen Pflegeversicherung nur mit einem sehr moderaten Anstieg des Beitragssatzes zu rechnen, wenn

- a) für die Zukunft – wie auch in den Berechnungen des BMG – von einer strukturellen Einnahmeschwäche abstrahiert wird und
- b) nur in Anlehnung an die Inflation dynamisiert wird.

Wird zudem berücksichtigt, dass der für die Zukunft zu erwartende Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen die Private Pflegepflichtversicherung aufgrund deren Altersstruktur relativ deutlich stärker trifft, ergibt sich eine Steigerung des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes um lediglich 13% oder 0,25 Beitragssatzpunkte (Tabelle 4). Allerdings führt Bedingung b) zu einem permanenten Kaufkraftverlust. Dieser ist selbst für dann nicht auszuschließen, wenn die Leistungsdynamisierung zusätzlich jeweils 50% des Reallohnanstiegs mit berücksichtigt. Allerdings steigt der Beitragssatz bis 2050 dann bereits auf 2,8 Beitragssatzpunkte.

Tabelle 4: Beitragssatzentwicklung von SPV und Bürgerversicherung)

Jahr	SPV		Bürgerversicherung					
	Grundmodell		Grundmodell		+ Pflegebedürftigkeitsbegriff		+ Leistungsverbesserungen	
	Dyn 1	Dyn 2	Dyn 1	Dyn 2	Dyn 1	Dyn 2	Dyn 1	Dyn 2
2010	1,92	1,92	1,52	1,52	1,73	1,73	1,75	1,75
2011	1,92	1,92	1,53	1,53	1,74	1,74	1,76	1,76
2012	1,96	1,96	1,56	1,56	1,77	1,77	1,83	1,83
2013	1,94	1,94	1,55	1,55	1,76	1,76	1,82	1,82
2014	1,91	1,91	1,53	1,53	1,74	1,74	1,80	1,80
2015	1,92	1,93	1,55	1,56	1,75	1,77	1,82	1,83
2016	1,93	1,96	1,56	1,58	1,77	1,79	1,84	1,86
2017	1,93	1,97	1,57	1,60	1,78	1,81	1,84	1,88
2018	1,93	1,99	1,57	1,62	1,79	1,83	1,85	1,90
2019	1,94	2,01	1,58	1,63	1,79	1,86	1,86	1,93
2020	1,94	2,02	1,59	1,66	1,80	1,88	1,88	1,95
2021	1,95	2,05	1,61	1,68	1,82	1,91	1,89	1,99
2022	1,96	2,07	1,62	1,71	1,84	1,94	1,91	2,02
2023	1,96	2,08	1,63	1,73	1,85	1,97	1,92	2,05
2024	1,96	2,10	1,64	1,76	1,86	2,00	1,94	2,07
2025	1,97	2,12	1,66	1,79	1,88	2,04	1,96	2,11
2026	1,99	2,15	1,68	1,83	1,91	2,07	1,99	2,15
2027	2,00	2,18	1,70	1,86	1,93	2,11	2,01	2,19
2028	2,01	2,20	1,72	1,89	1,95	2,14	2,02	2,22
2029	2,02	2,22	1,74	1,92	1,97	2,17	2,04	2,25
2030	2,02	2,24	1,75	1,94	1,98	2,20	2,05	2,28
2031	2,02	2,26	1,76	1,96	1,99	2,23	2,06	2,31
2032	2,02	2,27	1,76	1,98	2,00	2,25	2,07	2,33
2033	2,01	2,27	1,76	1,99	2,00	2,26	2,07	2,34
2034	2,00	2,28	1,76	2,01	2,00	2,28	2,07	2,36
2035	2,00	2,29	1,77	2,02	2,00	2,30	2,07	2,38
2036	1,99	2,30	1,77	2,04	2,00	2,32	2,08	2,40
2037	1,99	2,31	1,77	2,05	2,00	2,33	2,08	2,42
2038	1,99	2,33	1,77	2,08	2,01	2,36	2,09	2,44
2039	2,00	2,35	1,79	2,10	2,02	2,39	2,10	2,48
2040	2,02	2,39	1,80	2,14	2,04	2,43	2,12	2,51
2041	2,03	2,42	1,82	2,17	2,06	2,47	2,14	2,56
2042	2,05	2,46	1,84	2,21	2,09	2,51	2,16	2,60
2043	2,07	2,51	1,86	2,25	2,11	2,56	2,19	2,65
2044	2,09	2,55	1,88	2,29	2,13	2,60	2,21	2,70
2045	2,11	2,59	1,90	2,33	2,15	2,64	2,23	2,74
2046	2,13	2,62	1,91	2,36	2,17	2,68	2,25	2,78
2047	2,15	2,66	1,93	2,40	2,19	2,73	2,27	2,82
2048	2,16	2,70	1,94	2,43	2,20	2,76	2,28	2,86
2049	2,17	2,73	1,95	2,45	2,21	2,79	2,29	2,89
2050	2,17	2,75	1,95	2,48	2,21	2,82	2,30	2,92
Veränderung in % des Ausgangswertes	13,3	43,5	28,1	62,5	28,0	62,9	31,1	66,5

Legende:

Dyn 1 = Leistungsdynamisierung gemäß Inflationsrate

Dyn 2 = Leistungsdynamisierung gemäß „Rürup-Formel“

Die bei diesen Berechnungen unterstellte Geltung der Bedingung a) kann in einer Sozialen Pflegeversicherung derzeitiger Provenienz mit Beitragspflicht nur für Lohn- und Lohnersatzeinkommen sowie der Möglichkeit der Migration von SPV zu PPV für die Besserverdienenden letztlich nicht garantiert werden. Dies leistet allerdings die Bürgerversicherung. In dem diesen Berechnungen zugrunde gelegten Grundmodell würde der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz bei einer unmittelbaren Einführung einer Bürgerversicherung ohne Übergangsregelungen um 0,4 Beitragssatzpunkte sinken (Tabelle 4). Der größte Teil dieses Effektes geht dabei auf die Einbeziehung der Privatversicherten in das integrierte Versicherungssystem zurück (Tabelle 2). Gerade die Einbeziehung dieser Versicherten dämpft langfristig aber den finanziellen Effekt der Bürgerversicherung aufgrund des stärkeren Fallzahlwachstums in diesem Teilkollektiv. Dies verdeutlichen die stärkeren Wachstumsraten des Beitragssatzes in Tabelle 4. Dies spricht dafür, die Altersrückstellungen, die in der PPV für diese Alterung aufgebaut wurden, in die Bürgerversicherung zu überführen.

Die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die weiteren von der AWO vorgeschlagenen Leistungsverbesserungen ändern an der Dynamik der Beitragssatzentwicklung ausweislich der in Tabelle 4 ausgewiesenen Wachstumsraten nur wenig. Beide Maßnahmen führen aber zu einem höheren Beitragssatz, wobei der Effekt der zusätzlichen Leistungsverbesserung sehr begrenzt ist. Selbst im „teuersten“ hier betrachteten Szenario liegt der Beitragssatz aber auch 2050 noch unterhalb von 3 Beitragssatzpunkten.

Angesichts der Alterung der Gesellschaft, die bis 2050 zu einer Verdopplung der Zahl der Pflegebedürftigen führen dürfte, erscheint dieser Wert vertretbar. Insbesondere bietet er keinen Anlass, eine zusätzliche Säule der Pflegesicherung in Form einer kapitalgedeckten privaten Pflegezusatzpflichtversicherung zu fordern.

Literatur

- BMFSFJ [= Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2009): Altenpflegeausbildung: Informationen zu Ausbildung und Beruf der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Berlin: BMFSFJ.
http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Altenpflegeausbildung-Brosch_C3_BCre.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf
[30.8.2011].
- BMGS [= Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherheit] (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009a): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2009b): Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung nach Altersgruppen und Geschlecht 01.07.2008
http://www.bmg.bund.de/cln_171/nn_1193090/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/xls-Versicherte.html [23.12.2009].
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2009c): Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen – insgesamt 31.12.2008,
http://www.bmg.bund.de/cln_171/nn_1193090/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Leistungsempfaenger-nach-Altersgruppen-und-Pflegestufen-insgesamt.html [23.12.2009].
- Dräther, Hendrik & Holl-Manoharan, Nauka (2009): Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag: 15-40.
- Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag: 71-93.
- Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2011): Zukunft der Pflegefinanzierung: Eckpunkte für eine tragfähige Reform, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW): Heft 3, 14 – 22.

- Nachhaltigkeitskommission (= Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme) (2003): Bericht der Kommission. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.
- Reiners, H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Huber.
- Roth, Günter / Rothgang, Heinz (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Vol. 34, Heft 4, 292-305
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.
- Rothgang, Heinz (2002): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte, in: Enquete Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags (Hg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. Studienprogramm. Heidelberg: R.V. Decker, 1-254.
- Rothgang, Heinz (2004): Demographischer Wandel und Pflegebedürftigkeit in Nordrhein-Westfalen. Gutachten für die Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. URL: http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_I/I.1/EK/EKALT/13_EK3/Gutachten/Demographischer_Wandel_Pflegebeduerftigkeit.pdf [30.8.2011].
- Rothgang, Heinz (2010a): Social Insurance for Long-Term Care: An Evaluation of the German Model, in: Social Policy and Administration, Vol. 44, No. 4, August 2010, pp. 436–460.
- Rothgang, Heinz (2010b): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 72 (3): 154–160.
- Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4-5/2011: 81-87.
- Rothgang, Heinz / Dräther, Hendrik (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs,

Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag., 41-69

Rothgang, Heinz / Kulik, Dawid / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2009): GEK-Pflegerreport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. GEK-Edition Band 73. St. Augustin: Asgard-Verlag.

Rothgang, Heinz / Preuss, Maike (2009): Bisherige Erfahrungen und Defizite der Pflegeversicherung und die Reform 2008 aus sozialpolitischer Sicht, in: Bieback, Karl-Jürgen (Hrsg.), Die Reform der Pflegeversicherung 2008. Münster: Lit-Verlag, 7-39.

Rothgang, Heinz / Schmähl, Winfried (1995): Die langfristige Entwicklung der Ausgaben und des Beitragssatzes der gesetzlichen Pflegeversicherung, in: Fachinger, Uwe / Rothgang, Heinz (Hg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot.

Statistische Ämter [=Statistische Ämter des Bundes und der Länder] (2010): Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlung und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wille, Eberhard (2010): Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 15 (3): 102-104.