

Die Zukunft der sozialen und privaten Pflegeversicherung – Anmerkungen aus aktuarieller Sicht

Roland Weber

Eingegangen: 25. November 2008 / Angenommen: 14. Mai 2009
© Springer 2010

Zusammenfassung Die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung (SPV) wird durch die demographischen Veränderungen in unserer Gesellschaft in den kommenden Jahren vor existentielle Probleme gestellt. Eine Untersuchung der verschiedenen Denkmodelle zur Zukunft der Pflegeversicherung („Risikostrukturausgleich“, Kapitaldeckung und Teilkapitaldeckung) zeigt, dass alle zurzeit diskutierten Modelle keine befriedigende Lösung der demographiebedingten Finanzierungsprobleme der SPV bieten. In dem hier neu entwickelten Modell der kollektiven Finanzierung des Demographie-Effekts soll kollektiv die durch die demographische Veränderung der Bestandsstruktur der SPV ausgelöste Beitragserhöhung durch Kapitaldeckung aufgefangen werden. Das Modell ist demographiesicher und wirkt lastenausgleichend. Damit ermöglicht es, die SPV auf eine solide finanzielle Basis zu stellen, ohne die Beitragszahler unverhältnismäßigen Belastungen auszusetzen.

Schlüsselwörter Pflegeversicherung · Demographie-Effekt · Bestandsverteilung · Risikostrukturausgleich · Umlageverfahren · Kapitaldeckung · Deutsche Aktuarvereinigung

JEL Klassifikationen G22 · I11

The future of the social and private long term care insurance – annotations on an actuarial point of view

Abstract The pay-as-you-go social long term care insurance (SPV) will have to deal with existential problems caused by the demographical changes in our society. The research of the different concepts for the future of the long term care insurance (“risk structure compensation scheme”, coverage capital and part coverage capital) shows,

R. Weber (✉)
Debeka-Versicherungen, Ferdinand-Sauerbruch Str. 18, 56068 Koblenz, Deutschland
e-mail: roland.weber@debeka.de

that all discussed concepts are not bringing a satisfying result to deal with the financing problems of the SPV caused by demographically changes. In the here shown new developed concept of the collective financing of the demography-effect, the increased contributions, caused by the demographical changes of the existing structure of the SPV, should be collectively absorbed by the coverage capital. The concept is safe from demographic changes and has a balancing affect. For this reason it is possible to put the SPV on a firm financial footing, without putting the contribution payers through disproportional charges.

Keywords Long term care insurance · Demography-effect · Distribution of business in force · Risk structure compensation scheme · Coverage capital · Pay-as-you-go system · German Union of Actuarisation

JEL Classification G22 · I11

1 Einleitung

Der folgende Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie die Pflegeversicherung zukunftssicher gestaltet werden kann; er basiert auf Diskussionen im Arbeitskreis Pflegeversicherung der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV). Dieser fordert, dass die künftige Pflegeversicherung im Besonderen zwei Kriterien genügen muss:

- Die Finanzierung der Pflegeversicherung muss trotz des vorhandenen demographischen Wandels für die nächsten Generationen gesichert sein (nachhaltige Finanzierung).
- Die aus der Pflegeversicherung bezogenen Leistungen müssen wertbeständig sein, d. h. die Höhe der Leistungszusage muss mit den im Zeitverlauf steigenden Kosten für die Pflege von Menschen wachsen (Dynamisierung der Leistungen).

Die nachhaltige Finanzierung ist für die private Pflegepflichtversicherung (PPV) aufgrund des Prinzips der Kapitaldeckung gesichert. Auf die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung (SPV) kommen aufgrund der demographischen Veränderungen etwa ab dem Jahr 2025 existentielle Probleme zu.

Von vielen führenden Sozialpolitikern wird das demographische Problem weitgehend ignoriert. Stattdessen wird behauptet, die Probleme der SPV rührten daher, dass in der PPV vor allem Junge und Gesunde versichert seien. Als Konsequenz wird ein Finanztransfer (in der Größenordnung von bis zu 1,4 Milliarden Euro pro Jahr) von der PPV zur SPV gefordert.

1.1 Vergleich der Bestands- und Risikostruktur

Im Anschluss an eine kurze Analyse der Lage der Pflegeversicherung in Abschn. 2 wird in Abschn. 3 daher zunächst die Bestands- und Risikostruktur von SPV und PPV verglichen. Dabei ergibt sich, dass für die Beamten, die mehr als die Hälfte der PPV-Versicherten ausmachen (Tarif PVB), die Bestandsstruktur derjenigen der SPV sehr nahe kommt. Der Bestand der Nicht-Beamten in der PPV (Tarif PVN) ist im Durchschnitt deutlich jünger als der der SPV oder des PVB. Dies wird sich jedoch in den nächsten drei Jahrzehnten aus zwei Gründen deutlich verändern:

- Die Ursache für die schwache Besetzung in hohen Altern war die vom Gesetzgeber bis Ende der 80er Jahre eingeräumte Möglichkeit, im Rentenalter aus der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzukehren. Diese Alterslücke im Tarif PVN wächst sich zunehmend aus.
- Die gesetzlichen Maßnahmen zur Zugangsbegrenzung in die PKV (Anhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie die Einführung einer dreijährigen Wartezeit im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) haben den Zugang zur PKV abgeschwächt und werden ihn weiter bremsen.

Gerade in der Zeit, in der die SPV am stärksten vom demographischen Wandel betroffen sein wird, wird damit auch die PPV keine von der SPV nennenswert abweichende Bestandsstruktur mehr haben – was allerdings für die PPV unproblematisch ist, da sie aufgrund des Kapitaldeckungsverfahrens ausfinanziert ist.

Anschließend wird die Leistungsseite der Pflegeversicherung analysiert. Es ist festzustellen, dass PPV-Versicherte in einem etwas höheren Alter erstmals pflegebedürftig werden als SPV-Versicherte, dass dann aber tendenziell eine stärkere Pflegebedürftigkeit festzustellen ist.

1.2 Überlegungen zu einem „Risikostrukturausgleich“

Ausgehend von diesen Analysen werden in Abschn. 4 verschiedene Denkmodelle für einen „Risikostrukturausgleich“ betrachtet. Zunächst ergibt eine Untersuchung des PPV-Bestandes, dass der teilweise geforderte Ausgleichsbetrag von ca. 1,4 Milliarden Euro überhaupt nicht realisierbar ist, da von keinem PPV-Versicherten ein höherer Beitrag verlangt werden darf als der Höchstbeitrag zur SPV (Tarif PVB: 50% des Höchstbeitrages zur SPV). Selbst wenn von allen PPV-Versicherten die Zahlung des Höchstbeitrages verlangt werden könnte, reichten die Mittel zur Finanzierung eines derartigen Betrages nicht aus.

Unter dem Vorbehalt, ein Ausgleich der Risiko- und Bestandsstruktur sei rechtlich zulässig, wird das maximal erzielbare Volumen für diesen Ausgleich ermittelt. Es beläuft sich auf rund 700 Millionen Euro im Jahr. Unabhängig von der rechtlichen Fragwürdigkeit wäre ein solcher Ausgleich aber aktuariell unzulässig. In der PPV wird ja gerade deshalb eine Alterungsrückstellung aufgebaut, damit das System unabhängig von der Altersstruktur ist. Selbst bei einer deutlich schlechteren Altersstruktur in der PPV als in der SPV würde daher nie ein Ausgleich von SPV zur PPV erfolgen, der Bestandsstrukturausgleich wäre also von vornherein als Einbahnstraße angelegt – eine unzulässige Ungleichbehandlung.

Die Ausarbeitung konzentriert sich folglich auf einen reinen Risikoausgleich anhand der durchschnittlichen Pro-Kopf-Schäden. Da die uns zur Verfügung stehende Datenbasis der SPV hier unzureichend ist, konnten einige Werte nur abgeschätzt werden. Es ergibt sich ein maximales Ausgleichsvolumen von rund 250 Millionen Euro pro Jahr. Auch hier muss auf die ungeklärte rechtliche Zulässigkeit hingewiesen werden.

Mithin wird deutlich, dass ein Finanztransfer von der PPV zur SPV die Zukunftsprobleme der SPV auf keinen Fall lösen kann.

1.3 Bestehende Modelle zur Einführung der Kapitaldeckung in der SPV

In Abschn. 5 werden verschiedene in der öffentlichen Diskussion befindliche Modelle untersucht, die mittel- oder langfristig einen vollständigen Umbau der SPV auf Kapitaldeckung vorsehen. Sie haben verschiedene Mängel (zu hohe Beitragsbelastung entweder der jungen Generation oder der Geringverdiener, zu hoher Bedarf an Steuerzuschüssen) und werden daher als politisch nicht realisierbar angesehen.

Abschn. 6 befasst sich ausführlicher mit der Idee, die Kapitaldeckung sukzessive zur ergänzenden Finanzierung der SPV zu entwickeln, indem die Dynamisierung der Leistungen kapitalgedeckt erfolgt. Solche Vorschläge kamen in der Vergangenheit aus der bayerischen und baden-württembergischen Sozialpolitik, ähnlich auch vom Verband der privaten Krankenversicherung (2007).

Eine Analyse zeigt, dass diese Modelle mit erheblichen organisatorischen Schwierigkeiten verbunden sind und in der Anfangsphase relativ hohe Kosten verursachen. Wichtiger aber ist die Erkenntnis, dass die Finanzierung der Dynamik im Umlageverfahren in den nächsten 40 Jahren niedrigere Beiträge erfordern würde als im Kapitaldeckungsverfahren. Dessen Vorteile würden sich erst in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts auswirken.

1.4 Modell zur Stärkung der Demographiefestigkeit in der SPV

In Abschn. 7 wird schließlich ein neuer Ansatz verfolgt: Anders als in der „reinen Lehre“ soll keine vollständige und keine individuelle Kapitaldeckung erfolgen. Vielmehr soll kollektiv die durch die demographische Veränderung der Bestandsstruktur der SPV ausgelöste Leistungserhöhung durch Kapitaldeckung aufgefangen werden.

Die kollektive Finanzierung erfordert eine Erhöhung des Beitragsatzes zur SPV um ca. 0,6 bzw. 1,7 Prozentpunkte, je nachdem ob die Ausfinanzierung der Demographielücke nur für die heute unter 65-Jährigen (0,6) oder für den gesamten SPV-Bestand (1,7) erfolgen soll.

Durch dieses Modell würden kollektive Alterungsrückstellungen in beträchtlicher Höhe angesammelt werden. Es ist offensichtlich, dass sie dem Zugriff der Politik und der Verwendung für sachfremde Zwecke entzogen werden müssen. Die Verwaltung der Mittel könnte durch einen Pool der privaten Krankenversicherer, der Lebensversicherer oder durch die Deutsche Bundesbank erfolgen. Der sachgerechte Einsatz der Gelder müsste durch eine Regelung im Grundgesetz abgesichert werden.

2 Vorbemerkungen

Im Jahr 1995 wurde in Deutschland die Pflegeversicherung als fünfte Säule des gegliederten Sozialversicherungssystems eingeführt. Dabei wurde nach dem Prinzip „Pflege folgt Kranken“ verfahren. Alle gesetzlich Krankenversicherten wurden in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) pflichtversichert, alle privat Krankenversicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV).

In den Jahren ihres Bestehens hat sich die Pflegeversicherung als fester Bestandteil des deutschen Sozialversicherungssystems etabliert. Als Kernelement der pfle-

gerischen Versorgung hat sie wesentlich dazu beigetragen, Pflege als gesellschaftliches Thema zu verankern, der Bevölkerung die Notwendigkeit finanzieller Vorsorge zu vermitteln und die Pflegeversorgung insgesamt zu verbessern. Dennoch wurden bereits nach wenigen Jahren die Defizite der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung deutlich. Die derzeit geführte Debatte zur Reform der Pflegeversicherung ist längst überfällig, um ein qualitativ hochwertiges und auch für die nachwachsende Generation sozialverträgliches Pflegesystem zu erhalten.

Bis 1994 war die Absicherung des Pflegerisikos als eigenständiger Zweig nicht verankert. Dies ist zum einen in der Tatsache begründet, dass in Zeiten der Großfamilien (bis zu vier Generationen unter einem Dach) sowie einer deutlich geringeren Erwerbstätigenquote der Frauen Pflegebedürftigkeit meist innerfamiliär geregelt werden konnte. Zum anderen war die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit durch eine – im Vergleich zu heute – kürzere Lebenserwartung relativ gering. Im Zeitalter der Kleinfamilie bzw. Singlehaushalte und der steigenden Lebenserwartung rückte auch das Problem der Pflegebedürftigkeit mehr und mehr in den Vordergrund. Die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen finanziellen Belastungen waren vor Einführung der Pflegeversicherung ein privates Risiko, das zunächst aus eigenen Mitteln oder im Familienverbund bewältigt werden musste. Reichte das Einkommen oder Vermögen nicht aus, um die mit der Pflege verbundenen Kosten zu tragen, übernahmen die Träger der Sozialhilfe die Kosten. Von 1991 bis 1994 stiegen die Bruttoausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege von 6,5 Milliarden Euro auf gut 9 Milliarden Euro.¹ Die Einführung der Pflegeversicherung hatte das Ziel, zum einen die Bürger gegen die finanziellen Risiken im Pflegefall abzusichern und zum anderen die Haushalte der Sozialhilfeträger zu entlasten. Zum 1. Januar 1995 trat das Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) in Kraft.² Obwohl bereits im Vorfeld der Diskussion zur Einführung der Pflegeversicherung aus Expertenkreisen erhebliche Bedenken bzgl. der Nachhaltigkeit und Demographiefestigkeit des Umlageverfahrens vorgebracht wurden,³ wurde die SPV für alle gesetzlich Versicherten im Umlageverfahren eingeführt, während die PPV nach dem Prinzip der Kapitaldeckung arbeitet. In ihrer Ausgestaltung ist die PPV aufgrund gesetzlicher Vorgaben allerdings stark an die Sozialversicherung angelehnt.⁴ Die Pflegeversicherung ist die erste Pflichtversicherung, die nahezu die gesamte Bevölkerung erfasst. Derzeit sind rund 70 Millionen Bundesbürger in der SPV und rund neun Millionen in der PPV versichert. Rund zwei Millionen Bürger beziehen aktuell Leistungen aus der Pflegeversicherung.⁵

Die Ausgaben der SPV steigen seit ihrer Einführung stetig an. Und die Einnahmen halten nicht Schritt. Bereits seit 1999 überwiegen die Ausgaben die Einnahmen, und das zu Anfang aufgebaute Finanzpolster schmilzt zusammen. Die im Oktober 2004 vom Deutschen Bundestag beschlossene Neuregelung, dass Kinderlose ab dem

¹Deutsche Bundesbank (2007): Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung, Monatsbericht, April.

²Kern des PflegeVG ist das mit Ihm geschaffenen 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI).

³Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1994): Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung, Sondergutachten, März 1994, Bundestagsdrucksache 13/26.

⁴Vgl. SGB XI, §110.

⁵Bundesministerium für Gesundheit (2007a, 2007b): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/07).

24. Lebensjahr einen Zuschlag von 0,25 Prozentpunkten auf den gesetzlich festgelegten Beitragssatz von 1,7 vH⁶ leisten müssen, hat nur kurzfristig zu einer leichten Entschärfung der Finanzsituation geführt. Die Ausgaben für Pflegeleistungen werden in Zukunft kaum sinken, sondern weiter massiv steigen.

Die künftige Entwicklung der finanziellen Lage der Pflegeversicherung hängt dabei von mehreren Faktoren ab und ist für die umlagefinanzierte SPV insgesamt als sehr problematisch einzustufen:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nominal festgelegt und wurden nicht dynamisiert. Entsprechend den Preissteigerungen für Pflegeleistungen fand damit eine reale Entwertung statt. Das eigentliche Ziel der Pflegeversicherung, nämlich die Absicherung des Pflegerisikos, wurde zunehmend ausgehöhlt.
- Des Weiteren beeinflusst die Entwicklung der Familienstrukturen die zukünftigen Pflegeleistungen. Soweit der Trend zur Kleinfamilie bzw. zum Singlehaushalt anhält, verringern sich die Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie. Statt der preisgünstigeren häuslichen Pflege durch Familienangehörige muss dann die professionelle oder gar die stationäre Pflege in Anspruch genommen werden.
- Der Fortschritt der Medizin wirkt lebensverlängernd. Umstritten ist allerdings, inwieweit die Morbidität und damit die Pflegebedürftigkeit der Menschen verringert wird. Wir werden zwar länger leben, aber möglicherweise auch länger pflegebedürftig sein. Kompressions- bzw. Medikalisierungsthese stehen sich hier kontrovers gegenüber, wobei jüngere Analysen – jedenfalls was den monetären Aspekt betrifft – die Medikalisierungsthese stützen,⁷ d. h. Hinweise auf mit zunehmender Lebenserwartung steigende Pflegeausgaben finden.
- Der enge, vorwiegend verrichtungsbezogene Pflegebegriff trägt der Pflegesituation pflegebedürftiger Menschen nur ungenügend Rechnung. Allgemeinem Betreuungsbedarf für psychisch Kranke, Menschen mit geistigen Behinderungen und Demenzkranken kann daher nur unzureichend entsprochen werden. Eine sicherlich dringend gebotene Ausweitung des Pflegebegriffs führt zwangsläufig auch zu einer Erhöhung der Ausgaben.
- Trotz zusätzlicher gesetzlicher Regelungen und Anstrengungen vieler Leistungsanbieter, die Qualität der Pflege zu erhöhen, sind Missstände insbesondere in der stationären Pflege zu verzeichnen, die gegen das Ziel einer menschenwürdigen Pflege verstoßen. Hier sind qualitätssichernde Maßnahmen von Nöten.
- Massiv wird sich die demographische Entwicklung auf die Ausgaben- und Einnahmestruktur der SPV auswirken. Die Altersstruktur der Bevölkerung verschiebt sich. Der Anteil der alten Menschen steigt. Immer weniger junge Beitragszahler werden immer mehr ältere Leistungsempfänger finanzieren müssen. Die Zahl der 60-Jährigen wird mit gut einer Million schon im Jahr 2025 doppelt so hoch sein wie die Zahl der Neugeborenen. Die Zahl der 80-Jährigen und Älteren wird sich von heute nicht ganz vier Millionen auf 10 Millionen im Jahr 2050 nahezu verdrei-

⁶Stand bis 30.06.08.

⁷Vgl. zur Diskussion Kompressionsthese vs. Medikalisierungsthese u.a.: Niehaus, F. (2006), WIP-Diskussionspapier 5/06.

fachen.⁸ Dies ist insofern besonders gravierend, als sich die Wahrscheinlichkeit Pflegefall zu werden, ab einem Alter von 80 Jahren signifikant erhöht.

- Und nicht zuletzt wirken sich konjunkturelle Veränderungen auf die Einnahmesituation der SPV aus. Durch die Verknüpfung der Beitragszahlungen mit dem Gehalts- bzw. Lohneinkommen ist das System stark anfällig für Veränderungen am Arbeitsmarkt. Bleiben Gehaltssteigerungen aus oder steigt die Arbeitslosigkeit, ergibt sich ein Einnahmeproblem.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz trat zum 1. Juli 2008 die erste Reform der Pflegeversicherung in Kraft.⁹ Leistung und Struktur der Pflegeversicherung wurden damit in Teilen an die veränderte Bedarfslage der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen angepasst. Die ambulanten und stationären Pflegesätze wurden angehoben und die Leistungen für Demenzzranke verbessert. Darüber hinaus sieht das Gesetz die Schaffung einer Pflegeberatung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie Leistungen für eine Pflegezeit vor. Über eine generelle Neuordnung der Finanzstruktur konnte keine Einigung erzielt werden. Zur Finanzierung der zusätzlichen Leistungen wurde in der SPV der Beitrag zum 1. Juli 2008 um 0,25 Prozentpunkte erhöht. Mit dem höheren Pflegebeitrag werden zusätzliche Einnahmen von rund 2,5 Milliarden Euro jährlich erwartet. Dabei ist bereits klar, dass diese zusätzlichen Einnahmen lediglich bis 2014 oder 2015 ausreichen werden.¹⁰

Die notwendige Dynamisierung der Pflegeleistungen, der medizinische Fortschritt, die Ausweitung des Pflegebegriffs, qualitätssichernde Maßnahmen, konjunkturelle Schwankungen und allem voran die demographische Entwicklung wirken kostentreibend auf die Pflegeversicherung. Spätestens wenn ab 2035 die Generation der „Babyboomer“ hochbetagt ist, werden die Beitragszahler in der SPV dafür bluten müssen, dass hier kein solides Finanzpolster aufgebaut wurde. Ist die Lage in der SPV derzeit schon als prekär zu bezeichnen, wird sie sich in den kommenden Jahrzehnten mehr als verschärfen. Um die Leistungsfähigkeit und die Finanzierungsbasis der SPV zu erhalten, ist ein Umsteuern dringend geboten.

In der PPV stellt sich die Situation weit günstiger dar. Durch das Kapitaldeckungsverfahren mit seinen Alterungsrückstellungen sorgt jede Generation für den eigenen Pflegebedarf vor. Der Verlauf der Pflegewahrscheinlichkeit zeigt, dass man zunächst eine lange Periode hat, in der kaum Leistungen anfallen. Erst für Versicherte über 80 Jahren steigen die Pflegewahrscheinlichkeiten deutlich an. Es ergibt sich ein langer Zeitraum, in dem man Rückstellungen für die im Alter anfallenden Leistungen bilden kann. Da jede Generation Vorsorge für ihr im Alter steigendes Pflegerisiko betreibt, entfällt die demographieanfällige Umverteilung von jung zu alt. Das von Kritikern der Kapitaldeckung häufig vorgebrachte Argument, die PPV funktioniere nur, weil hier junge und gesunde Versicherte dominierten, hält einer genaueren Analyse – wie im folgenden Abschnitt dargestellt – nicht stand.

⁸Statistisches Bundesamt (2006): 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung.

⁹„Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG)“, BGBl. I S. 874.

¹⁰Hof u. Schlömer (2007).

3 Analyse der Bestands- und Risikostruktur von sozialer und privater Pflegeversicherung

Von den Kritikern des Kapitaldeckungsverfahrens wird immer wieder der Vorwurf erhoben, die PPV funktioniere nur aufgrund der günstigeren Alters- und Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten. Dieses Argument greift zu kurz.

3.1 Bestandsverteilung in der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Ein Vergleich der Bestandsverteilung der SPV und der PPV zeigt zwar, dass die PPV insgesamt aktuell einen jüngeren Bestand hat. Eine genauere Betrachtung der Bestandsstruktur in der PPV zeichnet allerdings ein differenzierteres Bild (Abb. 1).

Der Bestand der Nicht-Beamten in der PPV (Tarif PVN) ist im Durchschnitt deutlich jünger als der der SPV. Dies wird sich in den nächsten drei Jahrzehnten deutlich verändern. Die Ursache für die schwache Besetzung in hohen Altern war die vom Gesetzgeber bis Ende der 80er Jahre eingeräumte Möglichkeit, im Rentenalter aus der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung zurückzukehren. Diese Alterslücke im Tarif PVN wächst sich zunehmend aus. Des Weiteren hat die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie die Einführung einer dreijährigen Wartezeit im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz den Zugang zur PKV abgeschwächt und wird ihn weiter bremsen.

Die Altersstruktur der PPV für Beihilfeberechtigte (Tarif PVB) (Abb. 2), die mehr als die Hälfte der Versicherten in der PPV stellen, kommt jedoch der Struktur in der SPV sehr nahe. Dies trifft insbesondere auf die für die Pflegewahrscheinlichkeiten relevanten hohen Altersstufen zu.

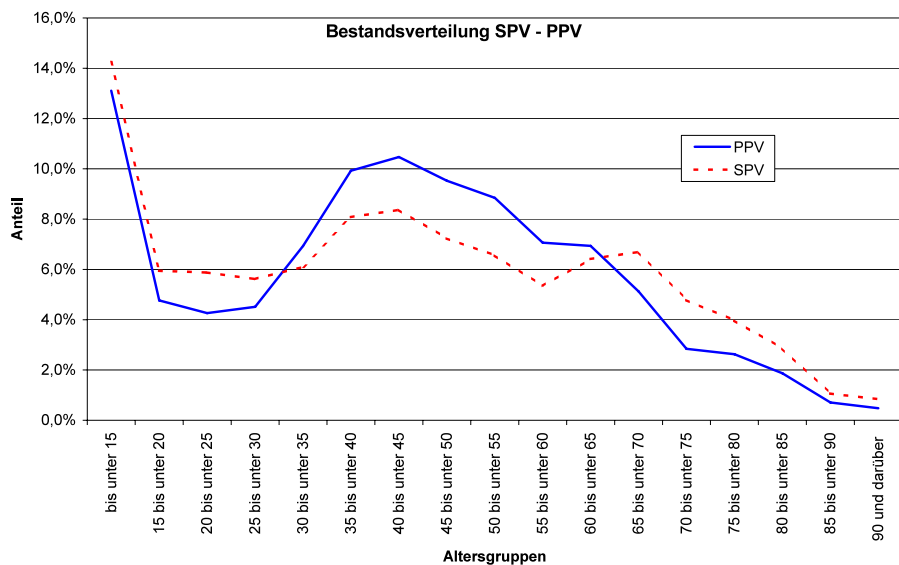


Abb. 1 Bestandsverteilung in der SPV und der PPV

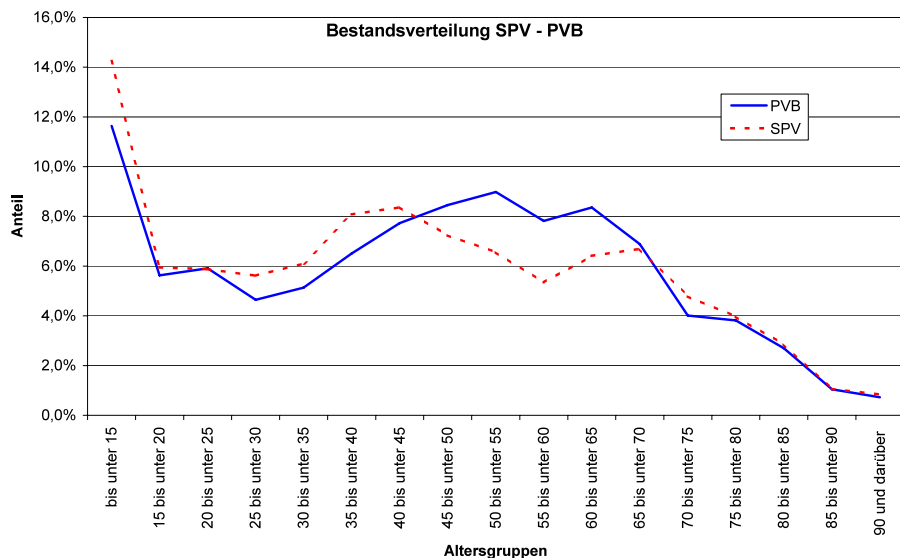


Abb. 2 Bestandsverteilung in der SPV und in PVB (Tarif für Beihilfeberechtigte in der PPV)

Hinzu kommt, dass sich aufgrund der derzeit stärkeren Besetzung der mittleren Alter in der PPV, verbunden mit der Langlebigkeit der PPV-Versicherten und den gesetzlichen Reglementierungen beim PKV-Neuzugang, die Bestandsstruktur in wenigen Jahrzehnten zu Ungunsten der PPV verschieben wird. Auch die privat Versicherten werden altern – und sie werden durchschnittlich sogar älter als die gesetzlich Versicherten – und damit aller Voraussicht nach auch höhere Leistungen beziehen. Würde man die derzeit PPV-Versicherten in die SPV überführen, ergäbe sich in der SPV zwar kurzfristig eine Verjüngung der Mitgliederbasis, langfristig verschärften sich aber die bereits in der Gegenwart existierenden demographiebedingten Probleme massiv.

3.2 Vergleich der Anteile der Leistungsempfänger nach Pflegestufen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Der Vergleich der Anteile der Leistungsempfänger verdeutlicht, dass sowohl in der PPV wie auch in der SPV die Zahl der Leistungsempfänger und damit die Leistungsausgaben ab einem Alter von 80 Jahren gleichermaßen signifikant ansteigen.

Die Verteilung der Leistungsempfänger nach Pflegestufen ist in der PPV sogar ungünstiger als in der SPV. Insbesondere ist der Anteil der Leistungsempfänger in den teuren Pflegestufen II und III in der PPV deutlich höher als in der SPV (Abb. 3).

Der Anteil der Leistungsempfänger aus der SPV in Pflegestufe I ist über alle Alter deutlich höher als in der PPV. In der Pflegestufe II nähern sich die Anteile über alle Alter an. In der teuersten Pflegestufe sind die Anteile der PPV ab dem 75sten

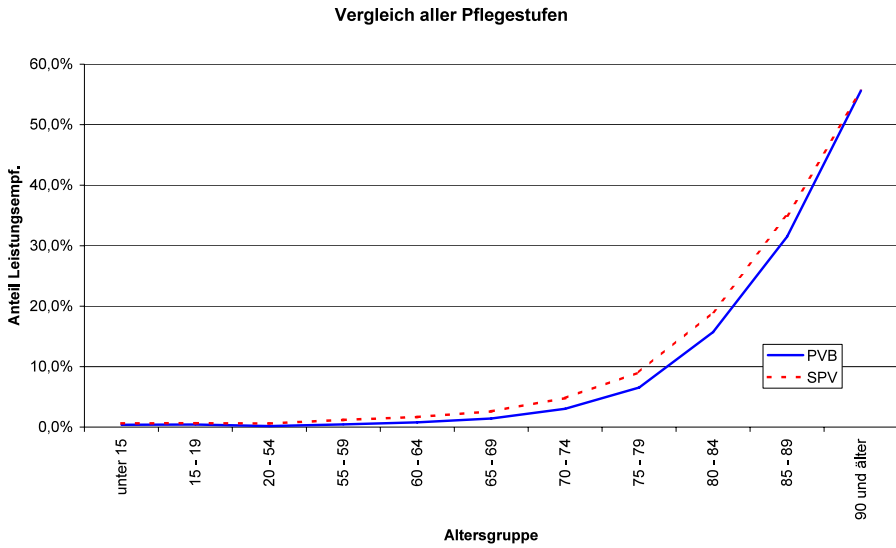
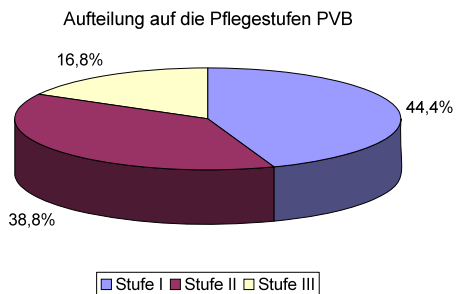
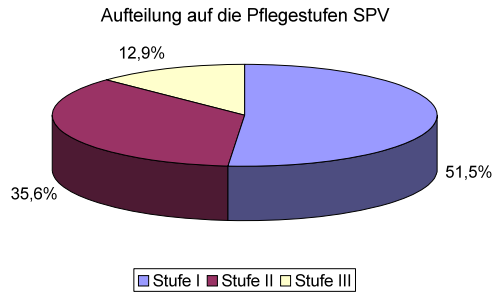


Abb. 3 Anteil der Leistungsempfänger in allen Pflegestufen

Abb. 4 Anteil der Leistungsempfänger nach Pflegestufen



Lebensjahr höher als in der SPV. In der SPV sind 12,9%¹¹ der Leistungsempfänger in Pflegestufe III, in der PPV sind es 16,8% (Abb. 4).

¹¹Nach Angaben des PKV-Verbandes für das Jahr 2004.

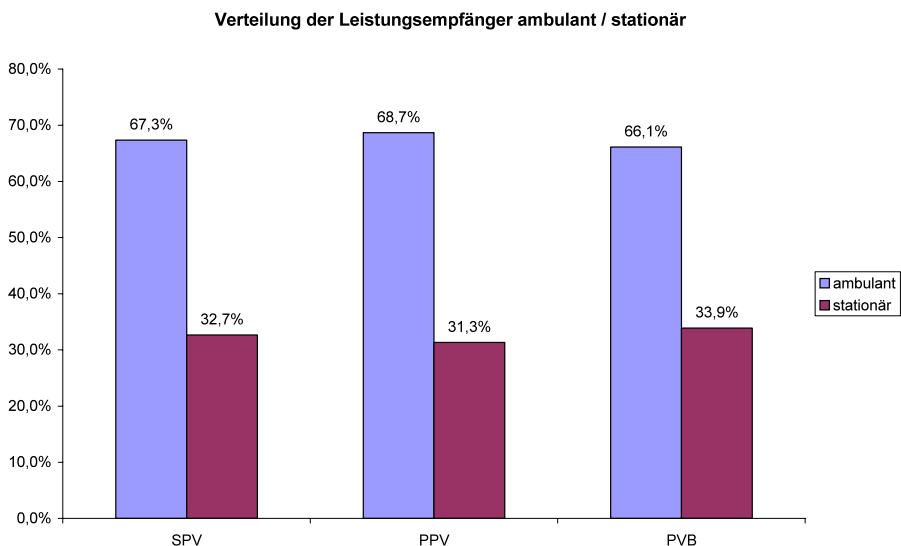


Abb. 5 Vergleich der Anteile der Leistungsempfänger ambulant/stationär in der SPV und der PPV

3.3 Vergleich der Anteile der Leistungsempfänger ambulant/stationär in der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Ein Vergleich der Anteile der Leistungsempfänger von ambulanten bzw. vollstationären Pflegeleistungen zeigt keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Versicherten der SPV und der PPV. Sowohl in der PPV als auch in der SPV erhalten ca. 2/3 der Betroffenen Leistungen im Rahmen der ambulanten Pflege und ca. 1/3 in der stationären Pflege (Abb. 5).

3.4 Vergleich der Ersteinstuflung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und von MEDICPROOF (MP)

Die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die eventuell folgende Einstufung in eine entsprechende Pflegestufe wird in der SPV vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorgenommen. Für die PPV ist die „MEDICPROOF – Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH“ als medizinischer Dienst tätig. Der Vergleich der Ersteinstuflungen durch den MDK bzw. MEDICPROOF zeigt eine deutlich höhere Ablehnungsquote bei den Erstbegutachtungen durch den MDK. Wurden durch MEDICPROOF etwa 20,0% der Antragssteller als „nicht pflegebedürftig“ abgelehnt, waren es durch den MDK 29,6% (Abb. 6).

Darüber hinaus zeigt ein Vergleich der Einstufung ohne die Ablehnungen, dass PPV-Versicherte von Beginn an in höhere Pflegestufen eingruppiert werden (Abb. 7).

Da der MDK und MEDICPROOF bei der Pflegebedürftigkeitsprüfung nach den gleichen Begutachtungsrichtlinien verfahren, liegt die Vermutung nahe, dass PPV-Versicherte länger warten, bis sie Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragen und damit bei der Erstbegutachtung bereits stärker pflegebedürftig sind.

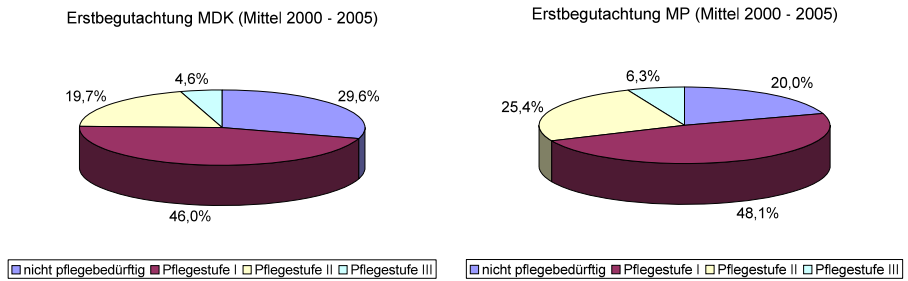


Abb. 6 Vergleich der Einstufung bei Erstbegutachtungen (mit Ablehnungen)

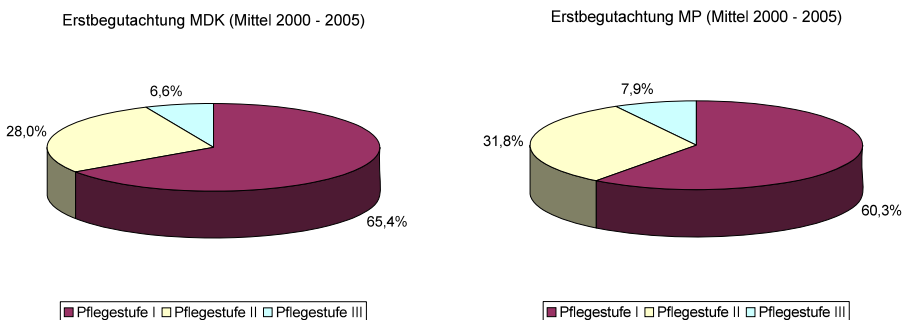


Abb. 7 Vergleich der Einstufung bei Erstbegutachtungen (ohne Ablehnungen)

Die Zahlen belegen keine langfristig „bessere“ Alters- oder Morbiditätsstruktur in der PPV. Die Abschaffung der PPV und deren Einbeziehung in die SPV – wie in den Diskussionen vor allem in den Konzepten von Lauterbach¹² und Nahles gefordert – stößt nicht nur auf verfassungsrechtliche Bedenken,¹³ sondern bringt aus aktueller Sicht langfristig auch keinerlei Nutzen. Im Gegenteil: Die demographiebedingten Probleme würden sogar massiv verschärft. Die Einbeziehung der PPV in die SPV bewirkte lediglich einen kurzfristigen Einnahmeeffekt. Am grundsätzlichen Finanzierungsproblem der SPV änderte sich nichts. Die derzeit in der PPV stärker besetzten mittleren Jahrgänge werden auch altern, leben durchschnittlich sogar länger als gesetzlich Versicherte und sind im Falle der Pflegebedürftigkeit zu einem höheren Prozentsatz in der teuren Pflegestufe III.

4 Überlegungen zu einem „Risikostrukturausgleich“ zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung

4.1 Grundüberlegungen

Aus der Gegenüberstellung der Bestands- und Risikostruktur von sozialer und privater Pflegeversicherung in Abschn. 3 ergibt sich, dass die Ausgaben der SPV pro

¹²Lauterbach (2005).

¹³Deppenheuer (2007).

Versicherten aktuell höher sind als in der PPV. Dies ist für viele Sozialpolitiker Anlass, einen „Risikostrukturausgleich“ zwischen PPV und SPV zu fordern. Die Vorstellungen, etwa aus dem Bereich des BMG, liegen dabei in einer Größenordnung von bis zu 1,4 Milliarden Euro jährlich. Beträge dieser Größenordnung wären jedoch selbst dann nicht finanzierbar, wenn alle PPV-Versicherten zur Zahlung des für sie jeweils maßgeblichen Höchstbeitrags verpflichtet werden könnten. Höchstbeitrag ist dabei grundsätzlich der Höchstbeitrag zur SPV (im Tarif PVB die Hälfte des Höchstbeitrags zur SPV); in bestimmten Fällen gilt ein reduzierter Höchstbeitrag (Ehegattenlimitierung auf für beide Partner zusammen 150% des Höchstbeitrags). Dieser Höchstbeitrag darf nicht überschritten werden.

Darüber hinaus bestehen erhebliche Zweifel, ob ein Finanzausgleich zwischen einem kapitalgedeckten System und einem Umlagesystem überhaupt verfassungsrechtlich zulässig ist. Selbst wenn dies der Fall sein sollte, stellt sich die Frage nach einem sachgerechten Ausgleich. So schreibt etwa die Deutsche Bundesbank¹⁴:

„Während für das umlagefinanzierte System die Risikoverteilung unter den Versicherten zu einem bestimmten Zeitpunkt relevant ist (Querschnittsbetrachtung), kommt es bei Systemen mit Alterungsrückstellung auf die Entwicklung des Pflegerisikos im Zeitablauf an (Längsschnittbetrachtung). Ein überproportional hoher Anteil älterer Versicherter löst beispielsweise in umlagefinanzierten Sozialversicherungen einen Ausgleichsanspruch aus. In kapitalgedeckten Versicherungen sind unterschiedliche Altersstrukturen dagegen irrelevant. Eine unterdurchschnittliche Pflegehäufigkeit, die auf eine relativ günstige Alterszusammensetzung des Versichertenbestandes zurückzuführen ist, rechtfertigt daher noch keine Ausgleichsverpflichtung.“

Ausgehend von diesen strukturellen Unterschieden zwischen SPV und PPV erscheint ein Risikostrukturausgleich, der sowohl die unterschiedlichen Bestände als auch die unterschiedlichen Risiken ausgleicht, als nicht zulässig. Dennoch wird dieses „Non-Modell“ unter Abschn. 4.2 einer Betrachtung unterzogen (Abb. 8).

Im Sinne der Deutschen Bundesbank wäre es eher vorstellbar, einen reinen Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen vorzunehmen (vgl. Abschn. 4.3). Damit würde jeder Versicherte mit seinem Beitrag die Differenz der durchschnittlichen Leistungen pro Versicherten zum erreichten Alter zwischen SPV und PPV ausgleichen. Hieraus ergeben sich deutlich geringere Ausgleichsbeträge als in Abschn. 4.2. Eine sich verschlechternde Bestandsstruktur der PPV, die zukünftig vielleicht sogar schlechter als in der SPV ist, wird dabei nicht berücksichtigt.

4.2 Ausgleich der durchschnittlichen Pro-Kopf-Schäden über alle Alter – Risiko- und Bestandsstrukturausgleich

Ausgehend von den nur rudimentär vorhandenen Informationen zum Leistungsverhalten der SPV wird bei diesem Verfahren der Unterschied zwischen dem durchschnittlichen Schaden pro Kopf zwischen SPV und PPV ausgeglichen.¹⁵

¹⁴a.a.O., S. 41.

¹⁵Die SPV Daten zu dieser Auswertung sind dem Link http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_601096/DE/Statistiken/In-Zahlen/in-zahlen-node.param=.html__nnn=true (aufgerufen im April 2007) entnommen.

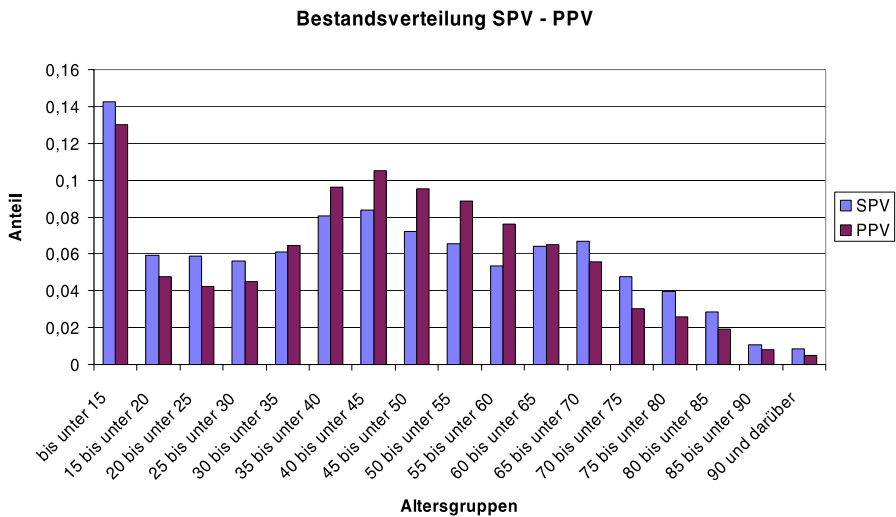


Abb. 8 Bestandsverteilung in der SPV und der PPV

Die durchschnittliche Pro-Kopf-Leistung in der SPV ergibt sich dann z. B. für 2005 aus der Zahl von 70,31 Millionen Versicherten in der SPV und den Leistungen in Höhe von 16,9 Milliarden Euro in der SPV. Hieraus erhält man einen Wert von 240 Euro. Berücksichtigt man auch die Versicherten der PPV, ergibt sich über alle Versicherte in Deutschland ein Durchschnittswert von 228 Euro.

In der PPV wird der durchschnittliche Pro-Kopf-Schaden aus den aktuellen Rechnungsgrundlagen der PPV (gültig seit 01.01.2005) und den Beständen der PPV im Jahr 2005 ermittelt. Hierbei könnte variiert werden zwischen einer getrennten Ermittlung der Durchschnittswerte von Nichtbeihilfe und Beihilfe und einer gemeinsamen Ermittlung (für die Durchschnittsermittlung muss die PVB-Leistung auf 100% hochgerechnet werden).

Getrennt würden sich gemäß

$$K^{\text{PVN}} = \frac{\sum_x L_x^{\text{PVN}} * K_x^{\text{PVN}}}{\sum_x L_x^{\text{PVN}}}, \quad K^{\text{PVB}} = \frac{\sum_x \frac{1}{0,3} * (L_x^{\text{PVB}} * K_x^{\text{PVB}})}{\sum_x L_x^{\text{PVB}}},$$

mit: PVB = Pflegepflichtversicherungstarif für Beihilfeberechtigte; PVN = Pflegepflichtversicherungstarif für Nicht-Beihilfeberechtigte; L_x^{PVN} bzw. L_x^{PVB} = Anzahl der in Tarif PVN bzw. PVB versicherten x -jährigen Frauen/ x -jährigen Männer; K_x^{PVN} bzw. K_x^{PVB} = erwartete Jahresleistung für eine x -jährige Frau/einen x -jährigen Mann versichert nach Tarif PVN bzw. PVB folgende durchschnittliche Pro-Kopf-Leistungen ergeben:

PVN: 59 Euro, Differenz zum bundesweiten Durchschnitt: 169 Euro.

PVB: 196 Euro, Differenz zum bundesweiten Durchschnitt: 10 Euro (auf 30% Leistung heruntergerechnet).

Sollte diese Differenz von jedem Versicherten in PVN bzw. PVB getragen werden, würden sich folgende Ausgleichsbeträge ergeben:

PVN: 705 Millionen Euro.

PVB: 46 Millionen Euro.

Insgesamt ergäbe sich ein jährlicher Ausgleichsbetrag von 751 Millionen Euro.

Deutlich wird dabei, dass die durchschnittliche Pro-Kopf-Leistung gerade im Nichtbeihilfesegment sehr niedrig ist. Dies kann mit der sehr jungen Altersstruktur dieses Bestandes erklärt werden. Daher liegt es nahe, aus PVN und PVB einen gemeinsamen durchschnittlichen Pro-Kopf-Schaden zu ermitteln:

$$K = \frac{\sum_x (L_x^{\text{PVN}} * K_x^{\text{PVN}} + \frac{1}{0,3} * (L_x^{\text{PVB}} * K_x^{\text{PVB}}))}{\sum_x (L_x^{\text{PVN}} + L_x^{\text{PVB}})}$$

Daraus ergibt sich ein Durchschnittswert von 133 Euro pro Kopf und eine Differenz pro Person von 95 Euro für PVN und 29 Euro in PVB (wiederum auf 30% Leistung heruntergerechnet). Würden diese Differenzbeträge von jedem Versicherten getragen, ergäbe sich ein Ausgleichsbetrag von:

PVN: 394 Millionen Euro.

PVB: 140 Millionen Euro.

Insgesamt ergäbe sich dann ein jährlicher Transfer von der PPV zur SPV in Höhe von 534 Millionen Euro.

4.3 Ausgleich der durchschnittlichen Pro-Kopf-Schäden getrennt nach Einzelaltern und Beihilfe/Nichtbeihilfe – reiner Risikoausgleich

Die hohen Ausgleichsbeträge, die sich aus dem unter Abschn. 4.2 beschriebenen Verfahren ergeben, sind zu einem großen Teil der unterschiedlichen Bestandsstruktur geschuldet. Werden nur die altersabhängigen Unterschiede in den Kopfschäden ausgeglichen, bleibt die abweichende Bestandsstruktur der SPV unberücksichtigt.

Hierzu wird aber eine alters- und geschlechtsabhängige Kopfschadenreihe der SPV benötigt. Diese kann den Veröffentlichungen der SPV nicht direkt entnommen werden. Eine Möglichkeit, dennoch zu Werten zu kommen, besteht darin, die bekannten, nach Alter und Geschlecht getrennten Anteile der Leistungsempfänger in der SPV und deren jeweiliges Verhältnis zu den Leistungsempfängern der PPV heranzuziehen: Die Kopfschäden der PPV werden mit diesen Verhältnissen multipliziert; hieraus ergibt sich die Altersabhängigkeit der SPV-Leistungen; der Übergang zu den Kopfschäden der SPV wird durch Normierung auf die tatsächlichen Leistungsauszahlungen der SPV unter Verwendung der Bestandsverteilung erreicht.

Getrennt nach den Leistungsarten ambulant und stationär, sowie den Pflegestufen I bis III ergibt sich der Kopfschaden $K_x^{\text{SPV,Lart}}$ folgendermaßen:

$$\tilde{K}_x^{\text{SPV,Lart}} = S_x^{\text{PPV,Lart}} \cdot \frac{L E_x^{\text{SPV,Lart}} / L_x^{\text{SPV}}}{L E_x^{\text{PPV,Lart}} / L_x^{\text{PPV}}}$$

und weiter

$$K_x^{\text{SPV,Lart}} = \tilde{K}_x^{\text{SPV,Lart}} \cdot \frac{S^{\text{SPV,Lart}}}{\sum_x \tilde{K}_x^{\text{SPV,Lart}} \cdot L_x^{\text{SPV}}}$$

mit: $S_x^{\text{PPV,Lart}}$ = beobachtete Jahres-Leistungen der PPV nach Leistungsart für eine x -jährige Frau/einen x -jährigen Mann; $S_x^{\text{SPV,Lart}}$ = beobachtete Jahres-Leistungen der SPV nach Leistungsart für Frauen/Männer; $LE_x^{\text{SPV,Lart}}$ = x -jährige weibliche/ x -jährige männliche Leistungsempfänger der SPV nach Leistungsart; $LE_x^{\text{PPV,Lart}}$ = x -jährige weibliche/ x -jährige männliche Leistungsempfänger der PPV nach Leistungsart; L_x^{PPV} = Anzahl der in der PPV versicherten x -jährigen Frauen/ x -jährigen Männer; L_x^{SPV} = Anzahl der in der SPV versicherten x -jährigen Frauen/ x -jährigen Männer.

Beim Vergleich der Kopfschadenreihen (gebildet aus den Kopfschäden nach Leistungsarten) wird deutlich, dass die SPV in den mittleren Altern deutlich höhere Werte aufweist, in den höheren Altern aber unter den PPV-Werten liegt.

Der Ausgleich erfolgt über den Vergleich der Kopfschadenreihen. Ausgeglichen wird die Differenz im Einzelalter zwischen K_x^{SPV} und K_x^{PVB} bzw. K_x^{PVN} , und zur Ermittlung des Ausgleichsbetrags wird die Differenz gewichtet mit dem Bestand im jeweiligen Einzelalter L_x^{PVB} bzw. L_x^{PVN} . Damit entstehen natürlich in den bestandschwachen hohen Altern im PVN kaum Ausgleichsbeträge A^{PVB} bzw. A^{PVN} :

$$A^{\text{PVB}} = \sum_x L_x^{\text{PVB}} \cdot \left(K_x^{\text{SPV}} - \frac{K_x^{\text{PVB}}}{0,3} \right),$$

$$A^{\text{PVN}} = \sum_x L_x^{\text{PVN}} \cdot (K_x^{\text{SPV}} - K_x^{\text{PVN}}).$$

Hinterlegt man diese Kopfschadenreihen und den PPV-Bestand im Jahr 2005 nach Alter und Geschlecht, ergeben sich folgende „Ausgleichsbeträge“:

PVB: 42 Millionen Euro,

PVN: 225 Millionen Euro,

insgesamt also ein jährlicher Transferbetrag von 267 Millionen Euro.

Da unterschiedliche Bestandsstrukturen nicht ausgeglichen werden, ergibt sich ein wesentlich geringerer Betrag als unter Abschn. 4.2 ermittelt. Allerdings sind die Kopfschadenreihen der SPV nur eingeschränkt verwendbar, weil aufgrund fehlenden Datenmaterials nur eine sehr grobe Schätzung der SPV-Reihen möglich war.

4.4 Bewertung

Wenn man die beiden Modelle vergleicht, fällt zunächst ins Auge, dass sich im ersten Modell deutlich höhere Transferbeträge ergeben als im zweiten Modell – 751 Millionen Euro bzw. 534 Millionen Euro im Vergleich zu 267 Millionen Euro.

Somit ergibt sich bei Verwendung des ersten Modells zunächst ein Vorteil für die SPV aufgrund der höheren Unterstützung durch die PPV. Sollten sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Schäden über alle Alter in der PPV jedoch aufgrund der sich ändernden Altersstruktur erhöhen und somit die der SPV übersteigen, wäre innerhalb dieses Modells ein Transfer der SPV zur PPV die Folge. Der Vorteil der SPV wäre in einen Nachteil verkehrt. Ein derartiges Modell ist jedoch von vornherein aktuariell nicht sachgerecht, da es – wie eingangs beschrieben – die grundsätzlichen Unterschiede zwischen Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren ignoriert. Abgesehen davon dürfte es bereits aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht umsetzbar sein.

Im anderen Modell würde sich der Zahlungsfluss von der PPV zur SPV nur in dem relativ unwahrscheinlichen Fall umkehren, dass die Kopfschäden pro Einzelalter in der PPV in den meisten Altern höher werden als in der SPV. Es würde also langfristig bei einem Transfer von der PPV zur SPV bleiben. Aber auch diesem Modell stehen erhebliche verfassungsrechtliche Hürden entgegen.

Wenn überhaupt, kann ein Risikostrukturausgleich nur dort in Erwägung gezogen werden, wo bestimmte Anbieter im Wettbewerb um denselben Personenkreis stehen. Dies trifft natürlich für weite Bereiche von SPV und PPV nicht zu. Die SPV-Pflichtversicherten können keinen Vertrag bei der PPV abschließen. Also ist auch ein Ausgleich von schlechten Risikostrukturen der Pflichtversicherten durch die PPV nicht sachgemäß. Daher wäre ein erfolgsversprechenderer Schritt, die Versicherten der PPV nur mit den freiwillig GKV-Versicherten Mitgliedern der SPV zu vergleichen. Dabei würden die Ausgleichsbeiträge weiter schrumpfen. Konkrete Zahlen für dieses Modell konnten jedoch nicht ermittelt werden.

5 Pflegeversicherung und Kapitaldeckung

Bei der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung werden die laufenden Pflegekosten über aktuell in die Umlage eingezahlte Beiträge finanziert. Das Umlageverfahren ist somit stark abhängig von der jeweils aktuellen finanziellen Leistungsfähigkeit der Beitragszahler auf der einen und von den Ansprüchen der Pflegebedürftigen auf der anderen Seite. Die Balance dieser beiden Seiten wird durch den absehbaren demographischen Wandel zunehmend gefährdet.

Die Geburtenrate liegt nur knapp über 1,3 Kinder je Frau. Ein wesentlicher Anstieg ist nicht erkennbar. Weil die Mütter von Morgen gar nicht geboren sind, wird der demographische Wandel unaufhaltsam sein. Derzeit hat Deutschland rund 82,4 Millionen Einwohner. 2050 werden es nur noch knapp 69 bis 74 Millionen Menschen sein.¹⁶

In der Bevölkerung stehen immer mehr alte immer weniger jungen Menschen gegenüber. So lag im Jahr 2005 der Altenquotient – das Verhältnis der 65-Jährigen und Älteren zu den Personen zwischen 20 und 65 Jahren – bei 32 Prozent. Aber schon in den nächsten Jahren wird der Altenquotient deutlich ansteigen und 2050 je nach Variante der Bevölkerungsvorausberechnung 60 bis 64 Prozent erreichen.

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland steigt an. Bis zum Jahr 2050 wird sich die durchschnittliche Lebenserwartung für Männer voraussichtlich auf über 85 und für Frauen auf über 89 Jahre erhöhen.

Immer mehr Menschen erreichen ein sehr hohes Alter. Bis 2050 wird sich die Zahl der über 80-Jährigen nahezu verdreifachen. Dies hat große Folgen für die Pflegeversicherung. Das Pflegerisiko liegt vor dem 60. Lebensjahr nur bei rund 0,6 Prozent, zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr bei rund 3,9 Prozent und steigt nach dem 80. Lebensjahr auf rund 32 Prozent an. Sind derzeit rund zwei Millionen Menschen

¹⁶Statistisches Bundesamt (2006): 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung.

pflegebedürftig, wird sich die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis 2050 auf rund vier Millionen erhöhen.

Die demographische Entwicklung führt dazu, dass im umlagefinanzierten System der sozialen Pflegeversicherung immer weniger Beitragszahlern immer mehr Leistungsempfänger gegenüber stehen. Immer weniger junge Menschen werden die Kosten für immer mehr Pflegebedürftige schultern müssen. Die Beiträge werden somit kontinuierlich steigen. Eine Vorsorge ist im umlagefinanzierten System nicht vorgesehen. Anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung kann in der Pflegeversicherung naturbedingt auch nicht durch eine Erhöhung des „Pflegeeintrittsalters“ entlastend eingegriffen werden. Das Kapitaldeckungsverfahren hingegen ist demographiesicher und generationengerecht.

Im Gegensatz zum in der SPV gebräuchlichen Umlageverfahren sorgt das in der PPV praktizierte Prinzip der Kapitaldeckung dafür, dass jede Alterskohorte für den eigenen wachsenden Finanzbedarf im Alter vorsorgt. Durch die Bildung von Alterungsrückstellungen trifft jede Generation frühzeitig Vorsorge für das mit dem Alter steigende Pflegerisiko. Da das Pflegerisiko erst in höherem Alter stark ansteigt, kann eine vergleichsweise lange Phase geringer Pflegekosten genutzt werden, um einen Kapitalstock aufzubauen, aus dem die hohen Pflegekosten im Alter bestritten werden. Eine im Kapitaldeckungsverfahren organisierte Pflegeversicherung ist damit weitgehend unabhängig von der demographischen Entwicklung.

Dies zeigt auch ein Vergleich der beiden Systeme unter Renditegesichtspunkten: Im Umlageverfahren entspricht das Verhältnis von im Pflegefall erhaltenen Mitteln zu „eingezahlten“ Beiträgen der Entwicklung der Lohnsumme (unter der Annahme konstanter Beitragssätze). Die Rendite des Umlageverfahrens wird also kleiner und kann sogar negativ werden, wenn der Rückgang der erwerbstätigen Bevölkerung nicht durch eine Zunahme der Arbeitsproduktivität mindestens kompensiert wird – davon ist nicht auszugehen.

Die Rendite kapitalgedeckter Systeme entspricht der Verzinsung der gewählten Anlageform, wird also durch den Kapitalmarkt bestimmt, und ist natürlich von dem eingegangenen Risiko abhängig. Für deutsche Staatsanleihen (Laufzeit ≥ 10 Jahre) beispielsweise lag die Realverzinsung im Zeitraum von 1970 bis 1994 bei durchschnittlich 4,1 Prozent pro Jahr. Auch können Konjunkturschwankungen, denen beide Systeme unterliegen, im Kapitaldeckungsverfahren durch die langen Laufzeiten ausgeglichen werden. Kritiker des Kapitaldeckungsverfahrens befürchten allerdings, dass der demographische Wandel auch zu einer ernsthaften Bedrohung für die Kapitalrendite werden könnte. Dann nämlich, wenn die „Baby-Boomer-Generation“ in den Ruhestand geht und versucht, ihren Wertpapierbestand an die jüngere, aber zahlenmäßig kleinere Generation zu verkaufen. Die Angst vor einem „Asset Melt-down“ scheint jedoch übertrieben.¹⁷ Nach Berechnungen des Mannheimer Forschungsinstituts Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA) werden die Kapitalmarktrenditen auf Grund der Alterung bis zum Jahr 2035 lediglich um etwa

¹⁷GDV Volkswirtschaft Themen und Analysen (2003): Altersvorsorge und demographischer Wandel: Kein Vorteil für das Kapitaldeckungsverfahren?

einen Prozentpunkt fallen. Der Renditerückgang ist zwar spürbar, doch relativ moderat.¹⁸

Angesichts der eklatanten Nachteile der Umlagefinanzierung in Zeiten des demographischen Wandels herrscht in einem überwiegenden Teil der Wissenschaft die Meinung vor, dass in der Pflegeversicherung der Umstieg auf die Kapitaldeckung unumgänglich sei.

Zahlreiche Modellvorschläge aus der Wissenschaft – unterscheiden sie sich auch im Detail hinsichtlich der Organisation, der Art und Form – planen einen vollständigen Umstieg auf Kapitaldeckung.

Der Vorschlag des Kronberger Kreises¹⁹ sieht vor, dass jeder Bürger – auch Rentner und bereits Pflegebedürftige – eine kapitalgedeckte private Pflegepflichtversicherung abschließt, die ein Mindestsicherungs niveau, das umso höher ist, je jünger die Versicherten sind, abdeckt. Personen, die nicht in der Lage sind, den erforderlichen Versicherungsbeitrag zu zahlen oder deren Pflegekosten sowohl den Versicherungsschutz als auch die verfügbaren Eigenmittel überschreiten, erhalten Unterstützung aus öffentlichen Mitteln.

In dem Modell der Herzog-Kommission²⁰ soll zunächst bis 2030 ein kollektiver Kapitalstock aufgebaut werden, der danach aufgelöst und in Form von individualisierten Alterungsrückstellungen eingesetzt wird. Dann sollen die Beiträge nach Eintrittsalter der Versicherten differenziert werden. Zum Aufbau des kollektiven Kapitalstocks sollen alle Versicherten bis 2030 zunächst einen konstanten Beitragssatz von 3,2 Prozent auf alle Einkunftsarten bis zur Beitragsbemessungsgrenze zahlen. Erst nach 2030 erfolgen exakte Berechnungen.

Nach dem Auslaufmodell von Raffelhüschen²¹ und dem Kohortenmodell des Sachverständigenrates²² erfolgt der Umstieg auf das kapitalgedeckte System nur für Jahrgänge im Erwerbstätigenalter. Alle anderen Jahrgänge bleiben in der heutigen SPV.

Alle Modelle sind ordnungspolitisch zielführend, haben aber gleichwohl ihren Preis. In allen Modellen werden die derzeit „mittleren“ Jahrgänge, das heißt die derzeitigen Beitragszahler, unverhältnismäßig stark belastet. Sei es im Modell des Kronberger Kreises durch Steuern, im Modell der Herzog-Kommission über höhere Beitragssätze oder im Auslaufmodell dadurch, dass die laufenden Kosten über die Beiträge weiterhin finanziert werden und die Beitragszahler gleichzeitig für ihr eigenes Pflegerisiko vorsorgen müssen.

Vor diesem Hintergrund bietet die vollständige Umstellung vom Umlageverfahren auf das Kapitaldeckungsverfahren ohne Zuschüsse aus Steuermitteln keine praktikable Lösung. Die Einführung kapitalgedeckter Elemente in das Umlageverfahren erscheinen hier realistischer und zielführender.

¹⁸Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA) (2005).

¹⁹Kronberger Kreis (2005).

²⁰Herzog-Kommission (2003).

²¹Raffelhüschen et al. (2004).

²²Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005).

6 Einführung der Kapitaldeckung für die Dynamisierung der Leistungen in der sozialen Pflegeversicherung

6.1 Modellbeschreibung

Es wird eine private Pflegeversicherung betrachtet, die den Teil der Pflegeleistungen umfasst, der zusätzlich entsteht, wenn Pflegeleistungen²³ dynamisiert werden.

Die Beiträge für diese Leistungsdynamisierung werden angesichts des mit dem Alter steigenden Pflegerisikos nach dem Kapitaldeckungsverfahren bestimmt. Bei jedem Dynamisierungsschritt erfolgt eine Anpassung der Versicherung, und für die zukommenden Leistungen wird ein zusätzlicher Beitrag berechnet. Beitragsfrei sind Kinder bis zu einem Alter von 18 Jahren; der hierfür benötigte Betrag wird durch pauschale Umlage auf alle „Erwachsenen“ ab Alter 19 erhoben.

Der Beginn der Versicherung ist 2009. Die Dynamisierung beträgt nominal 1,5% jährlich. Für Verwaltungskosten wird ein monatlicher Stückkostenanteil von anfangs 2 Euro berücksichtigt, der ebenfalls mit 1,5% dynamisiert wird.

Der Rechnungszins beträgt 3,5%. Es wird von einer (niedrigen) Nettoverzinsung von 4% ausgegangen.

Soweit Bestandsentwicklungen/-verteilungen benötigt werden, basieren sie auf Ergebnissen der 11. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes.²⁴ Die Ausscheideordnung beruht auf der PKV-Sterbetafel 2001, die die Sterblichkeit in der Bevölkerung – versehen mit Sicherheiten – wiedergibt. Storno wird nicht berücksichtigt.

In einem ersten Schritt werden risikogerechte alters- und geschlechtsabhängige Beiträge ermittelt. Im zweiten Schritt wird der Zahlbeitrag auf einen maximalen Wert begrenzt, der in jedem Jahr „passend“ erhöht wird. Der Fehlbetrag wird dann durch pauschale Umlage auf alle Versicherten gedeckt.

In beiden Fällen werden 90% der überrechnungsmäßigen Kapitalerträge pauschal beitragsmindernd eingesetzt (im 2. Schritt wird dadurch die Umlage für die Beitragskappung gesenkt).

Zusätzlich wird für die Erwachsenen auch ein alters- und geschlechtsunabhängiger Pauschalbeitrag angegeben, der jährlich um einen konstanten Betrag erhöht wird.

6.2 Ergebnisse und Bewertung

Für die in Abschn. 6.1 beschriebene Versicherung ergeben sich für das Jahr 2009 folgende Beiträge (für ausgewählte Alter) (Tab. 1).

Die folgende in Abb. 9 Grafik zeigt die alters- und geschlechtsabhängigen Beiträge für das Jahr 2009.

Wegen des mit dem Alter zunehmenden Anteils der Frauen nähert sich der mit Bestandsgewichtung gewonnene Mittelwert dem Beitrag für Frauen an.

Auf Grund der durch die Dynamik ausgelösten Beitragsanpassungen ergeben sich für das Jahr 2030 folgende Zahlbeiträge (siehe Tab. 2).

²³Die Rechnung basiert auf den bis 30.06.2008 gültigen Pflegesätzen, zuzügl. der Leistungen für „Demenzranke“ (750 Millionen Euro, die pauschal den über 65-jährigen ambulant Pflegebedürftigen zugeordnet werden).

²⁴Statistisches Bundesamt (2006).

Tab. 1 Monatlicher Beitrag im Jahr 2009

Alter im Jahr 2009	Beitrag im Jahr 2009 (monatl.)		
	Mann	Frau	gew. Mittel
20	2,30 Euro	2,40 Euro	
40	2,46 Euro	2,69 Euro	2,58 Euro
60	2,94 Euro	3,53 Euro	3,25 Euro
80	4,77 Euro	7,24 Euro	6,26 Euro
90	7,74 Euro	14,22 Euro	12,76Euro
Durchschnittsbeitrag			3,49 Euro

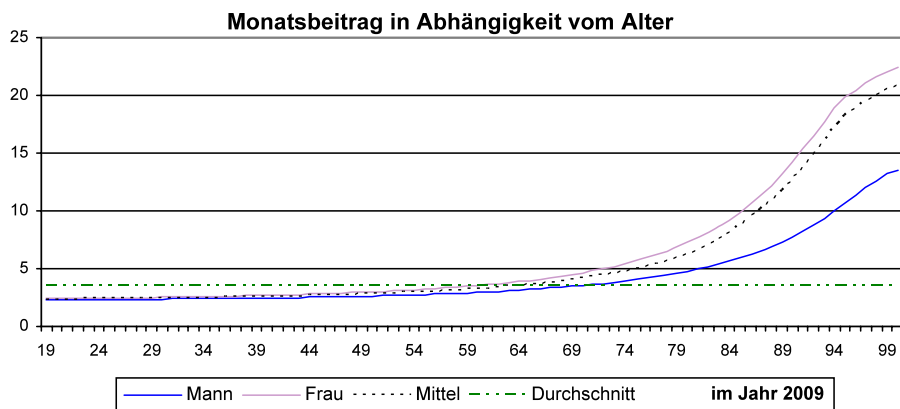


Abb. 9 Monatsbeitrag im Jahr 2009 in Abhängigkeit vom Alter

Tab. 2 Monatlicher Beitrag im Jahr 2030

Alter im Jahr 2009	Beitrag im Jahr 2030 (monatl.)	
	Mann	Frau
20	9,29 Euro	13,46 Euro
40	17,21 Euro	27,47 Euro
60	45,10 Euro	80,77 Euro
80	177,70 Euro	349,03 Euro
Durchschnittsbeitrag	29,90 Euro	

Für eine/n im Jahr 2009 40-jährige/n Frau/Mann bedeutet dies dass der Beitrag bis 2030 um 921%/600% und damit durchschnittlich pro Jahr um 11,7%/9,7% steigt. Der Durchschnittsbeitrag steigt im gleichen Zeitraum um 757%, also pro Jahr um durchschnittlich 10,8%.

Die Beitragsentwicklung wird am Beispiel der im Jahr 2009 40-Jährigen dargestellt (Abb. 10).

Wie sich der pro Erwachsenen zu zahlende Durchschnittsbeitrag entwickelt, wird in der folgenden Grafik (Abb. 11) dargestellt („Durchschnittsbeitrag PSPV“).

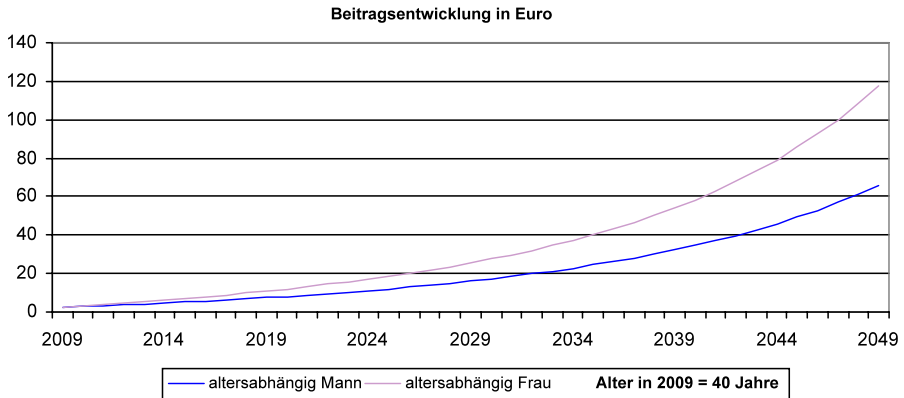


Abb. 10 Beitragsentwicklung einer/s im Jahr 2009 40-Jährigen

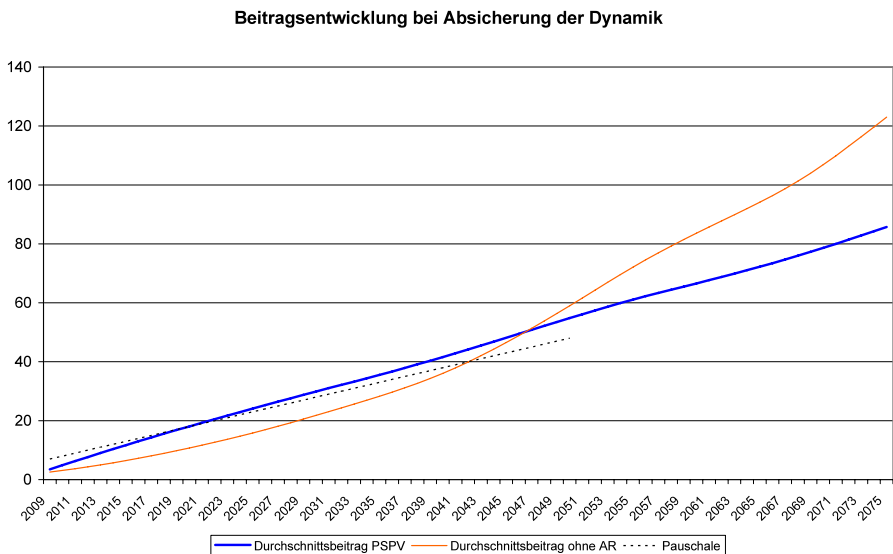


Abb. 11 Entwicklung des Durchschnittsbeitrages (PSPV)

Zum Vergleich wird auch eine Entwicklung des Durchschnittsbeitrages dargestellt, die sich ergibt, wenn Beiträge ohne Bildung einer Alterungsrückstellung kalkuliert werden. Es zeigt sich, dass der zugehörige Durchschnittsbeitrag erst ab dem Jahr 2047 über dem mit Kapitalbildung gewonnenen Durchschnittsbeitrag liegt.

Da die in höheren Altern zu zahlenden Beiträge relativ deutlich über dem jeweiligen Durchschnittsbeitrag liegen (im Jahr 2009 für eine 90-jährige Frau 14,22 Euro gegenüber 3,49 Euro Durchschnittsbeitrag), wird auch eine Variante mit Begrenzung der Beiträge auf einen Höchstbeitrag betrachtet. Der über der Grenze liegende Betrag wird durch Umlage auf alle Versicherten (Erwachsene) gedeckt (analog der Kappung auf den Höchstbeitrag in der privaten Pflegepflichtversicherung). Für das Jahr 2009

Tab. 3 Entwicklung der Beiträge mit Begrenzung auf einen Höchstbeitrag

Alter im Jahr 2009	Beiträge (in Euro) 2009 mit Begrenzung auf Höchstbeitrag			Veränderung zu Tab. 1		
	Mann	Frau	gew. Mittel	Mann	Frau	gew. Mittel
20	2,50	2,60	2,55	8,7%	8,3%	8,5%
40	2,66	2,89	2,78	8,1%	7,4%	7,8%
60	3,14	3,73	3,45	6,8%	5,7%	6,2%
80	4,97	7,00	6,20	4,2%	-3,3%	-1,0%
90	7,00	7,00	7,00	-9,6%	-50,8%	-45,1%
Durchschnittsbeitrag	3,49					

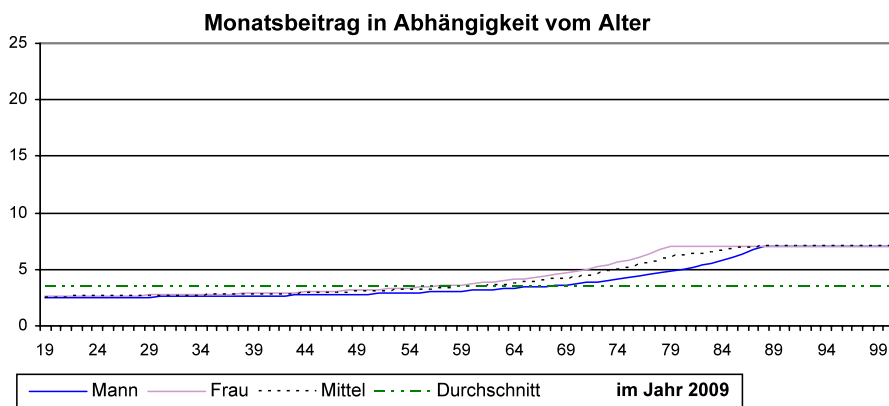


Abb. 12 Monatsbeiträge im Jahr 2009 in Abhängigkeit vom Alter

wird der Höchstbeitrag auf 7 Euro gesetzt (doppelter Durchschnittsbeitrag), der dann jährlich um 1,40 Euro angehoben wird (d. h. im ersten Jahr um 20%; zum Vergleich: der Beitrag für 40-jährige Frauen/Männer steigt durchschnittlich im ersten Jahr ebenfalls um 20%).

Es ergeben sich dann folgende Beiträge als in Tab. 3.

Die Kappung greift in 2009 bei Frauen ab dem Alter 79 und bei Männern ab dem Alter 88 (Abb. 12).

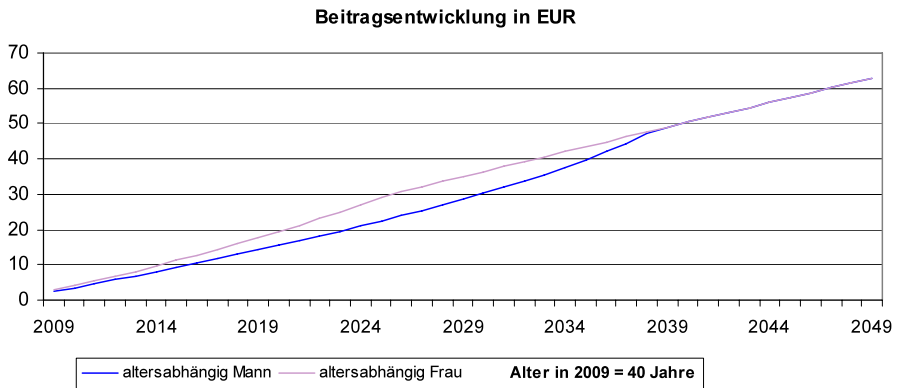
Werden anfangs noch relativ geringe Zusatzbeiträge zur Finanzierung der Kappung auf den Höchstbeitrag benötigt, steigen diese im Laufe der Zeit recht deutlich (Beispieljahr 2030; Tab. 4).

Ob im Einzelfall Beiträge den Höchstbeitrag erreichen, hängt vom Alter bei Beginn der Versicherung, dem Geschlecht und der Versicherungsdauer ab. So unterliegt der Beitrag für eine im Beginnjahr 2009 40-jährige Frau bereits ab dem Jahr 2026 der Beitragskappung, während dies für einen Mann ab dem Jahr 2039 gilt (Abb. 13).

Im gewählten Modell steigt der pro Kopf erforderliche Umlagebedarf immer weiter an, kann aber auf Grund der in den Bestand hineinkommenden jungen Versicher-

Tab. 4 Beiträge im Jahr 2030 mit Begrenzung auf den Höchstbeitrag

Alter im Jahr 2009	Beitrag (in Euro) 2030 mit Begrenzung auf Höchstbeitrag		Veränderung zu Tab. 1	
	Mann	Frau	Mann	Frau
	20	22,27	26,44	139,7%
40	30,19	36,40	75,4%	32,5%
60	36,40	36,40	-19,3%	-54,9%
80	36,40	36,40	-79,5%	-89,6%

**Abb. 13** Beitragsentwicklung einer/s im Jahr 2009 40-Jährigen

ten immer wieder gedeckt werden. Eine Alternative wäre, den Zuwachs des Höchstbeitrages selbst von Zeit zu Zeit zu erhöhen; dies wurde aber nicht weiter verfolgt.

Modell mit Pauschalbeitrag:

Das für die betrachtete Versicherung erforderliche Beitragsaufkommen könnte auch durch einen von jedem Erwachsenen zu zahlenden identischen Pauschalbeitrag gedeckt werden, der jährlich um einen bestimmten Betrag erhöht wird. Über das Jahr 2050 hinaus ausreichen würde ein Pauschalbeitrag von anfangs 7 Euro, der jährlich um 1 Euro angehoben wird (vgl. auch Abb. 11). Bei einer pauschalen Erhöhung um 0,90 Euro ginge das Modell nur bis zum Jahr 2035 auf, so dass dann eine Neuberechnung erforderlich wird.

Im Modell ergibt sich für 2030 eine Alterungsrückstellung von ca. 137 Milliarden Euro und für 2050 von ca. 402 Milliarden Euro (Abb. 14).

In dem betrachteten Modell, die aus der Dynamik der Pflegeleistungen stammenden Aufwendungen über eine Versicherung mit Kapitaldeckung zu finanzieren, kann nicht verhindert werden, dass die insgesamt erforderlichen Beiträge mit der Zeit doch recht stark ansteigen (vgl. Abb. 11). Der Grund dafür ist, dass die durch die Dynamik hinzukommenden Leistungen immer wieder nachversichert werden müssen und dabei für den Zusatzbeitrag das erreichte Alter zu Grunde gelegt werden muss. Verhältnismäßig hohe Beiträge für ältere Versicherte können durch Begrenzung auf Höchstbeiträge vermieden werden. Es bleibt dann aber auf Dauer bei einem nicht kleiner

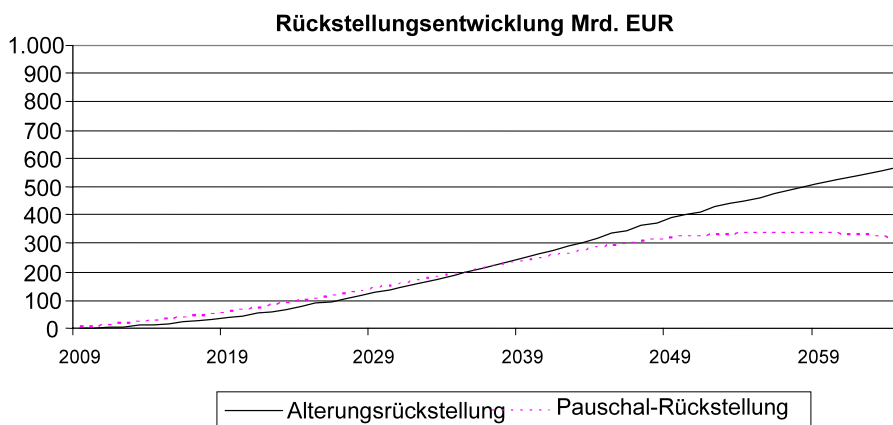


Abb. 14 Entwicklung der Rückstellungen (Pauschale Anfangs mit 7 Euro um 0,90 Euro steigend)

werdenden Umlageelement im Beitrag, das durch die jüngere Generation getragen werden müsste. Insofern ist das betrachtete Modell wenig zielführend.

7 Beschreibung eines Modells zur Stärkung der Demographiefestigkeit in der sozialen Pflegeversicherung

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die verschiedensten Denkmodelle („Risikostrukturausgleich“, Kapitaldeckung und Teilkapitaldeckung) untersucht. Bei der Betrachtung der Überlegungen zu einem „Risikostrukturausgleich“ zwischen der PPV und der SPV wurde mithin deutlich, dass ein Finanztransfer von der PPV zur SPV die Zukunftsprobleme der SPV auf keinen Fall lösen kann. Modelle, die mittel- oder langfristig einen vollständigen Umbau der SPV auf Kapitaldeckung vorsehen, haben verschiedene Mängel (zu hohe Beitragsbelastung entweder der jungen Generation oder der Geringverdiener, zu hoher Bedarf an Steuerzuschüssen) und werden daher als politisch nicht realisierbar angesehen. Auch Modelle mit der Idee, die Kapitaldeckung sukzessive zur ergänzenden Finanzierung der SPV zu entwickeln, indem die Dynamisierung der Leistungen kapitalgedeckt erfolgt, sind mit erheblichen organisatorischen Schwierigkeiten und in der Anfangsphase relativ hohen Kosten verbunden. Keines der hier diskutierten Modelle bietet eine befriedigende Lösung der demographiebedingten Finanzierungsprobleme der SPV.

Vor diesem Hintergrund hat der Arbeitskreis „Pflegeversicherung“ der DAV ein neues Modell erarbeitet: Anders als in der „reinen Lehre“ soll keine vollständige und keine individuelle Kapitaldeckung erfolgen. Vielmehr soll kollektiv die durch die demographische Veränderung der Bestandsstruktur der SPV ausgelöste Leistungserhöhung durch Kapitaldeckung aufgefangen werden.

Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsentwicklung²⁵ wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung bei kon-

²⁵ Statistisches Bundesamt, 2007.

stanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeit von derzeit rund 1,97 Millionen auf rund 3,09 Millionen im Jahr 2030 und rund 4 Millionen im Jahr 2050 erhöhen. Bis zum Jahr 2050 sind also mehr als doppelt so viele pflegebedürftige Menschen wie heute zu erwarten. Im Jahr 2006 beliefen sich die Ausgaben der SPV auf rund 17,1 Milliarden, die nach dieser Schätzung, ohne Einbeziehung einer Dynamisierung oder Leistungsausweitung, bis zum Jahr 2050 auf rund 34 Milliarden anstiegen. Der Beitragssatz müsste, unter der Annahme, dass die Anzahl der Beitragszahler gleich bleibt verdoppelt werden. Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung wird sich die Zahl der Beitragszahler allerdings sogar maßgeblich verringern, so dass ein deutlich höherer Beitragssatz erhoben werden muss. Schätzungen gehen davon aus, dass mit einem Beitragssatz von bis zu 6 Prozent zu rechnen ist. Zur Abmilderung des Demographie-Effekts wird folgendes Modell vorgeschlagen:

7.1 Modellbeschreibung

Dem Modell liegt die Idee zugrunde, dass anders als in vielen bisherigen Modellvorschlägen keine vollständige individuelle Kapitaldeckung erfolgt, sondern kollektiv nur die durch den Demographie-Effekt ausgelöste Leistungserhöhung (d. h. die wachsenden Anteile der „Alten“ in der Bevölkerung und ihre zu erwartenden Leistungen in der Pflegeversicherung) durch Kapitaldeckung aufgefangen wird.

Um den zunehmenden Anteil der „Alten“ in der Bevölkerung zu bestimmen, wird zunächst die Bestandsentwicklung der SPV bis 2100 fortgeschrieben (unter Zugrundelegung der Sterbetafel PKV2001 für die Abgänge und des durchschnittlichen Wanderungssolls aus der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für die Zugänge zur Bevölkerung). Natürlich könnte die Bestandsentwicklung auch z. B. nur bis zum Jahr 2050 fortgeschrieben werden. Dadurch lässt sich der „Altenüberschuss“ bestimmen, d. h. wie viele alte Menschen wir in den nächsten Jahrzehnten im Vergleich zu heute mehr haben werden.

Mit den geschätzten Durchschnittsleistungen²⁶ der SPV pro Kopf (vgl. Abschn. 4.3), nach Alter und Geschlecht getrennt, wird dann der zusätzliche Bedarf dieses „Altenüberschusses“ im Jahr j zum Alter x folgendermaßen bestimmt:

$$K_x^j = \max\left(0; K_x^{\text{SPV}} \cdot \frac{L_x^j - L_x^{2005}}{L_x^j}\right), \quad \text{für } j = 2006, \dots, 2100$$

mit: K_x^{SPV} = erwartete Jahres-Leistung für eine x -jährige Frau/einen x -jährigen Mann, jeweils in der SPV versichert; L_x^j = Anzahl der im Jahr j in der SPV versicherten x -jährigen Frauen/ x -jährigen Männer; L_x^{2005} = Anzahl der im Jahr 2005 in der SPV versicherten x -jährigen Frauen/ x -jährigen Männer.

Dies bedeutet, es wird für jedes Jahr j die Differenz aus den geschätzten Beständen im Alter x zu den vorhandenen Beständen im Jahr 2005 gebildet und in das Verhältnis zu den Beständen im Jahr j gesetzt. Dies ergibt für jedes Jahr und jedes

²⁶Die Rechnung basiert auf den bis 30.06.2008 gültigen Pflegesätzen, zuzügl. der Leistungen für „Demenzkranke“ (750 Millionen Euro, die pauschal den über 65-jährigen ambulant Pflegebedürftigen zugeordnet werden).

Tab. 5 Beispielrechnung für den Zusatzbedarf pro Kopf für 60-Jährige

60-jährige		2005	2010	2030	2050
Männer	Bestand	292.745	443.253	501.854	458.264
Frauen		326.669	487.850	527.978	448.398
Männer	$L_{60,j} - L_{60,2005}$		33,96%	41,67%	36,12%
Frauen	$L_{60,j}$		33,04%	38,13%	27,15%
Männer	$K_{60,j}$		45,30 Euro	55,58 Euro	48,18 Euro
Frauen			32,82 Euro	37,88 Euro	26,97 Euro

Tab. 6 Beispielrechnung für den Zusatzbedarf pro Kopf für 80-Jährige

80-jährige		2005	2010	2030	2050
Männer	Bestand	155.903	220.736	288.356	326.448
Frauen		318.806	329.719	388.723	420.656
Männer	$L_{80,j} - L_{80,2005}$		29,37%	45,93%	52,24%
Frauen	$L_{80,j}$		3,31%	17,99%	24,21%
Männer	$K_{80,j}$		313,96 Euro	490,99 Euro	558,44 Euro
Frauen			43,63 Euro	237,38 Euro	319,45 Euro

Alter einen „Zuschlagsfaktor“ für die Alterung der Gesellschaft (d.h. wie viel Prozent älterer Menschen es im Jahr j im Vergleich zum Jahr 2005 mehr gibt), der dann mit den erwarteten Leistungen für dieses Alter multipliziert wird. Somit ergibt sich für jedes Jahr eine Tabelle mit den geschätzten Mehrleistungen (Zusatzbedarf pro Kopf), die sich durch das Älterwerden der Bevölkerung ergeben.

Beispielrechnung für den Zusatzbedarf pro Kopf für 60-jährige Männer und Frauen in der SPV²⁷ (Tab. 5).

Bis zum Jahr 2030 werden wir voraussichtlich 41,67 Prozent mehr 60-jährige Männer und 38,13 Prozent mehr 60-jährige Frauen als im Jahr 2005 haben. Der errechnete Zusatzbedarf pro Kopf beträgt für Männer 55,58 Euro und für Frauen 37,88 Euro. Bis zum Jahr 2050 wird der Anteil wieder leicht sinken. Im Jahr 2050 werden wir voraussichtlich 36,12 Prozent mehr 60-jährige Männer und 27,15 Prozent mehr 60-jährige Frauen haben als im Jahr 2005. Der errechnete Zusatzbedarf pro Kopf beträgt dann 48,18 Euro bei den Männern und 26,97 Euro bei den Frauen.

Noch deutlicher wird die Finanzierungslücke, wenn man sich die Entwicklung für die 80-Jährigen betrachtet, da ab dem achtzigsten Lebensjahr die Pflegewahrscheinlichkeit signifikant ansteigt.

Im Jahr 2050 werden wir 52,24 Prozent mehr 80-jährige Männer und 24,21 Prozent mehr 80-jährige Frauen haben als im Jahr 2005. Der errechnete Zusatzbedarf pro Kopf beträgt für die Männer 558,44 Euro, für die Frauen 319,45 Euro.

²⁷Eigene Berechnungen.

Tab. 7 Leistungsbarwerte im Jahr 2005 für eine(n) 60-Jährige(n) bzw. 80-Jährige(n)

Männer	A_{60}	2.635,42 Euro
Frauen		4.062,99 Euro
Männer	A_{80}	5.831,91 Euro
Frauen		11.438,96 Euro

Mit Hilfe dieser Mehrleistungen (Zusatzbedarf pro Kopf) wird anschließend ein Leistungsbarwert (A_x) berechnet, der der Summe der erwarteten Leistungen, die mit dem Rechnungszinssatz von 3,5% diskontiert wurden, entspricht:

$$A_x = \sum_{m=0}^{90} \frac{D_{x+m}}{D_x} \cdot K_{x+m}^{2005+m}$$

mit: K_{x+m}^{2005+m} = erwartete Jahres-Leistung für eine $x + m$ -jährige Frau/einen $x + m$ -jährigen Mann, jeweils im Jahr 2005 + m in der SPV versichert; D_x = aus dem Ursprungsbestand noch vorhandene, mit dem Rechnungszins diskontierte Versicherte.

Der Leistungsbarwert, den ein 60-Jähriger durchschnittlich in seinem Leben in Anspruch nehmen wird, beläuft sich auf 2.635,42 Euro, der einer 60-Jährigen auf rund 4.062,99 Euro. Ein 80-Jähriger verbraucht bereits 5.831,91 Euro und eine 80-Jährige 11.438,96 Euro.

Wie in der PKV zur Beitragsbestimmung üblich, werden diese Leistungsbarwerte dann benutzt, um mit Hilfe von Rentenbarwerten, die den Wert der zukünftigen Beitragseinnahmen wiedergeben (Storno = 0 und Sterbetafel PKV2001), Beiträge pro Alter zu bestimmen.

Da der zusätzliche Finanzbedarf nicht über individualisierte Beiträge gedeckt werden soll, sondern eine kollektive Finanzierung über den Beitragssatz zur SPV angestrebt wird, werden die Beiträge pro Alter mit den Beständen aus 2005 multipliziert, um so den gesamten jährlichen Beitragsbedarf zu bestimmen. Dieser kann in den erforderlichen Beitragsprozentsatz umgerechnet werden (auf der Basis der Beitragseinnahme der SPV im Jahr 2006 in Höhe von 18,4 Mrd. Euro). Dieser erforderliche zusätzliche Beitragsprozentsatz ist stark davon abhängig, welche Bevölkerungsteile in diesem Modell versichert werden. Er reicht von 0,6 Beitragssatzpunkten (6,4 Mrd. Euro), falls nur die Versicherten bis Alter 65 einbezogen werden, bis zu 1,7 Beitragssatzpunkten (18,4 Mrd. Euro), falls die Versicherung auf alle Alter ausgedehnt wird.

Der größte Teil des Zusatz-Beitragssatzes zur SPV wird dann einer kollektiven Alterungsrückstellung zugeführt. Dabei gilt: Je jünger der Beitragszahler, desto höher wird der Prozentsatz des Zusatz-Beitrages sein, der in die Alterungsrückstellung fließt (bis Alter 70 über 90%). Je älter der Beitragszahler, desto niedriger.

Diese kollektiven Alterungsrückstellungen dürfen natürlich nicht im System der SPV verbleiben. Erfahrungsgemäß würde die Politik, je nach Haushaltslage, die Mittel sachfremd verwenden. Die Verwaltung der Alterungsrückstellungen könnte durch einen Pool der privaten Krankenversicherer, der Lebensversicherer oder durch die Bundesbank erfolgen. Eine gesetzliche Grundlage hierfür wäre jedoch nicht ausreichend sicher. Der sachgerechte Einsatz der Gelder etwa als Sondervermögen zur De-

mographiestärkung der SPV müsste durch 2/3-Mehrheit im Grundgesetz verankert werden.

7.2 Bewertung

Die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung wird den demographiebedingten Herausforderungen schon in absehbarer Zeit nicht mehr standhalten können. Die Beiträge werden weiter stark steigen müssen und auch die Einbeziehung der PPV-Versicherten würde daran nichts ändern. Der vollständige Umstieg auf kapitalgedeckte Modelle wäre mit erheblichen Schwierigkeiten und Belastungen für die derzeitigen Beitragszahler verbunden und bietet so auch keinen gangbaren Weg.

In dem hier beschriebenen Modell der „kollektiven Finanzierung des Demographie-Effekts“ bleibt die umlagefinanzierte Pflegeversicherung im Kern erhalten, wird aber um das wesentliche Element des kapitalgedeckten Zusatz-Beitrages erweitert. Damit wird im Gegensatz zum derzeitigen rein umlagefinanzierten System der demographische Wandel einkalkuliert und die Möglichkeit zur Bildung finanzieller Reserven geschaffen. Der Beitragssatz muss aktuell zwar angehoben werden, kann dann aber durch die Bildung von Alterungsrückstellungen stabil gehalten werden und langfristig, wenn die derzeit älteren Jahrgänge, die wenig Rücklagen bilden konnten, naturgemäß aussterben, sogar gesenkt werden. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass auch die Zahl der Beitragszahler abnehmen wird. Ein stark vereinfachtes Modell zur Untersuchung dieser beiden Effekte besagt, dass der Beitragssatz zwischenzeitlich leicht steigen wird (auf 0,8 Beitragssatzpunkte in 2010, bzw. 7,4 Mrd. Euro bei Einbeziehung der Versicherten bis zum Alter 65), um dann jedoch über 0,6 Beitragssatzpunkte (6,4 Mrd. Euro) in 2020 kontinuierlich zu fallen.

Im Gegensatz zu Modellen der vollständigen individuellen Kapitaldeckung, bleiben in dem Modell der kollektiven Finanzierung des Demographie-Effekts über den Beitragssatz in der SPV auch politisch gewollte Allokationseffekte erhalten. Durch die kollektive Finanzierung findet weiterhin eine Umverteilung von den höher Verdienenden zu den geringer Verdienenden statt. Auch wird ein Lastenausgleich zwischen den Generationen geschaffen. Jede Generation beteiligt sich in gleichem Umfang an den anfallenden Mehrkosten. Die Älteren, indem der Beitragssatzzuschlag für „direkt“ anfallende Leistungen verwendet wird, die Jüngeren durch die Bildung von Alterungsrückstellungen.

Wie gezeigt wurde, ist das Modell der kollektiven Finanzierung des Demographie-Effekts demographiesicher und wirkt lastenausgleichend. Damit trägt es den wesentlichen Forderungen nach einer zukunftssicheren und generationengerechten Gestaltung der Pflegeversicherung Rechnung und ermöglichte, die SPV auf eine solide finanzielle Basis zu stellen, ohne dabei die Beitragszahler unverhältnismäßigen Belastungen auszusetzen.

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2007a) Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (05/07)
Bundesministerium für Gesundheit (2007b) Reform zur nachhaltigen Entwicklung der Pflegeversicherung

- Deppenheuer O (2007) Der verfassungsrechtliche Schutz der Rückstellungen der privaten Pflegepflichtversicherung. Rechtsgutachten
- Deutsche Bundesbank (2007) Finanzielle Entwicklung und Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung. Monatsbericht, April 2007
- DIW Berlin (2001) Starker Anstieg der Pflegebedürftigkeit zu erwarten: Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. Wochenbericht 5/2001
- GDV Volkswirtschaft Themen und Analysen (2003) Altersvorsorge und Demographischer Wandel: Kein Vorteil für das Kapitaldeckungsverfahren?
- Herzog-Kommission (2003) Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme
- Hof B, Schlömer C (2007) Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss: Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, WIP-Diskussionspapier 5/07
- Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD (2005)
- Kronberger Kreis (2005) Tragfähige Pflegeversicherung. Schriftenreihe der Stiftung Marktwirtschaft, Bd 42, Berlin
- Lauterbach K (2005) Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln, Köln
- Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Demographischer Wandel (MEA) (2005) Asset Meltdown in Sicht? November
- Niehaus F (2006) Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben. WIP-Diskussionspapier 5/06
- Raffelhüschen B et al. (2005) Reformkonzepte der Gesetzlichen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand. Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft
- Raffelhüschen B et al. (2004) Wie kann die gesetzliche Pflegeversicherung nachhaltig reformiert werden? Diskussionsbeiträge 119/04, Freiburg
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1994) Zur aktuellen Diskussion um die Pflegeversicherung. Sondergutachten vom 18.2.1994
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004/2005) Jahresgutachten 2004/2005: Pflegeversicherung
- Schulze-Ehring F (2007) Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung. WIP-Diskussionspapier 2/07
- Statistisches Bundesamt (2006) Ergebnisse der 11. Bevölkerungsvorausberechnung
- Verband der privaten Krankenversicherung (2005) Dynamische und demographieresistente Pflegeleistungen für alle Bürger – Kapitalgedeckte Dynamisierung der Pflegeversicherung
- Verband der privaten Krankenversicherung (2007) Die Zukunft der Pflegeversicherung – Generationengerechtigkeit erfordert Kapitaldeckung und politische Weitsicht
- Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (2004) Pflegeversorgung – Vorschlag für eine finanzierbare, soziale und nachhaltige Reform der Pflegeversicherung
- Widmaier S (2005) Die soziale Pflegeversicherung in der Krise – Reformvorschläge im Überblick, ZEW, Dossier Nr. 9, 2005