

✉ Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39 28209 Bremen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0271(44)
gel. ESV zur öAnh. am 21.5.
12_Pflege-Neuausrichtungsgesetz
22.05.2012

ZeS
Zentrum für Sozialpolitik
Centre for Social Policy Research

Abteilung/Division
Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter / Director

Barkhof, Parkallee 39, Raum 3030
28209 Bremen

Telefon: (0421) 218 - 4132
Fax: (0421) 218 - 7540
eMail: rothgang@zes.uni-bremen.de
www: www.zes.uni-bremen.de

10.01.08

Stellungnahme zum
Gesetzentwurf der Bundesregierung
„Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflege-
versicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)“,
BT-Drs. 17/9369
sowie der Anträge

„Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde
ermöglichen“, BT-Drs. 17/9393
und
„Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung -
Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest“, BT-Drs. 17/9566

anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des
Deutschen Bundestages am 21. Mai 2012

Einleitende Bemerkungen

Im Namen des geplanten Pflege-*Neuausrichtungsgesetzes* wird der Anspruch sichtbar, die Soziale Pflegeversicherung angesichts der im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung beschriebenen Herausforderungen (BT-Drucks. 17/9369, S. 32f.) neu auszurichten. Tatsächlich enthält das Gesetz neben Einzelmaßnahmen zwei Ankündigungen, die aber nicht Gegenstand dieses Gesetzes sind. Andere Bereiche, die für die Einlösung eines Anspruchs zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung von zentraler Bedeutung sind, werden im Gesetz gar nicht thematisiert. Aus diesem Grund wird in der nachstehenden Stellungnahme sowohl auf die im PNG-Entwurf enthaltenen Regelungen eingegangen (Abschnitt I) als auch auf die angekündigten Regelungen (Abschnitt II) und die fehlenden Regelungen, also die über das PNG hinausgehenden Reformbedarfe.

I. Im PNG-Entwurf enthaltene Regelungen

Im allgemeinen Teil der Gesetzesbegründung werden 13 „Schwerpunkte“ des Gesetzes genannt (BT-Drucks. 17/9369 S. 33 ff.). Nachfolgend sei kurz auf die „Leistungsverbesserung für Demente“ und die „Stärkung des Grundsatzes ‚Rehabilitation vor Pflege‘“ eingegangen.

1. Leistungsverbesserungen für Demente

Seit vielen Jahren besteht in der fachpolitischen Debatte Einigkeit darüber, dass die besonderen Belange kognitiv beeinträchtigter und verhaltensauffälliger Menschen bei der Bemessung von Pflegeversicherungsleistungen nur unzureichend berücksichtigt sind. Die geplanten Leistungsverbesserungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind daher zwar insgesamt begrüßenswert. Allerdings wären weitere Sonderregelungen für diese Personengruppe nicht notwendig, wenn ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt würde, der systematisch umfassend alle pflegerelevanten Belange berücksichtigt. Die stattdessen vorgesehene kurzfristige Einführung neuer Leistungen als Übergangsregelung (§ 123 SGB XI) kann sogar kontraproduktiv sein, wenn die neuen Leistungen dann womöglich unter den Bestandsschutz fallen, und so finanzielle Mittel binden, die für die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs benötigt werden, jedenfalls aber einer umfassenden Neuregelung vorgreifen und den diesbezüglichen Handlungsspielraum einschränken.

2. Stärkung des Grundsatzes ‚Rehabilitation vor Pflege‘

Zutreffend wird im Gesetzentwurf darauf hingewiesen, dass die Maßnahmen des am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nicht geeignet sind, dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zum Durchbruch zu verhelfen (BT-Drucks. 17/9369, S. 36). Die nunmehr vorgesehene Stärkung des Rechtes der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen „auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs“ greift aber ebenfalls zu kurz, weil ein zentraler Systemfehler nicht thematisiert wird: das Nebeneinander von Risikostrukturausgleich in der Kranken- und einem Ausgabenausgleich in der Pflegeversicherung. Dies führt zu dem, was in der ökonomischen Theorie als „perverser Anreiz“ bezeichnet wird: Ausgaben, die in der Krankenversicherung anfallen, sind für sich wettbewerblich verhaltende Kassen relevant, Ausgaben in der Pflegeversicherung hingegen

nicht, da sie über den Ausgabenausgleich an alle anderen Kassen externalisiert werden. Damit werden Anreize geschaffen, Reha-Maßnahmen, deren Kosten bei den Krankenkassen anfallen, deren Effekte aber die Pflegekasse entlastet, zu unterlassen.

Dem könnte durch Schaffung originärer Anreize bei den Kassen entgegengewirkt werden: Würden diese Ihre Erträge durch erfolgreiche Reha-Maßnahmen dauerhaft behalten, würden hiermit Anreize zu einer kosteneffektiven Rehabilitation gesetzt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich in seinem Gutachten 2005 diesbezüglich für eine Zusammenlegung von Kranken- und Pflegekassen ausgesprochen (SVR Gesundheit 2005). Bei diesem Vorschlag bestünde jedoch die Gefahr einer zunehmenden Medikalisierung der Pflege durch die Dominanz der *Krankenkassen* sowie – berufsgruppenbezogen – der Ärzte gegenüber den Pflegekräften. Die Besonderheiten der Langzeitpflege, die insbesondere in der zentralen Rolle pflegender Angehöriger liegt, würden dann womöglich nicht mehr hinreichend beachtet. Zielführender wäre es daher, zwar die Selbstständigkeit der Pflegekassen zu erhalten, diese aber ebenfalls wettbewerblich zu organisieren, also die Einführung eines Kassenwettbewerbs in der Pflege analog zum Krankenkassenwettbewerb. Dieser Pflegekassenwettbewerb muss dann ebenfalls durch einen Risikostrukturausgleich begleitet werden und unterschiedliche Beitragssätze der Einzelkassen zulassen. Dieses Szenario würde erstmals Anreize für die Pflegekassen schaffen, durch geeignete Maßnahmen – insbesondere im Bereich der Rehabilitation – den Verlauf der Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen.

II. Im PNG-Entwurf angekündigte Regelungen

Zwei zentrale Bereiche für eine „Neuausrichtung“ der Pflegeversicherung, die im Gesetzentwurf zwar angesprochen, nicht aber geregelt werden, sind die Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung und die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

1. Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung

„Künftig werden die Menschen dabei unterstützt, für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich privat vorzusorgen. Die freiwillige private Pflege-Vorsorge wird daher ab dem 1. Januar 2013 steuerlich gefördert. Das bedarf noch einer gesetzlichen Regelung.“ (BT-Drucks. 17/9369, S. 1f.). Abgesehen von den generellen Einwänden gegen Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung (s. u.), erweist sich insbesondere die *Freiwilligkeit* der Zusatzversicherung als großer Nachteil, da nicht damit zu rechnen ist, dass mehr als eine Minderheit der Bundesbürger eine solche freiwillige Zusatzversicherung abschließt. Hierfür sprechen u. a. folgende Daten und Erfahrungen:

1. Bereits vor Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes konnten privaten Pflegeversicherungen abgeschlossen werden. 1993, im letzten Jahr vor Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung, lag die Zahl dieser privaten Verträge aber lediglich bei 300.000 (Hauschild 1994: 13).
2. Auch heute, obwohl das Pflegeethema inzwischen ungleich größere Publizität genießt, liegt die Zahl der Personen, die eine private Pflegezusatzversicherungen abgeschlossen haben, bei lediglich 1,5 Millionen (PKV-Verband 2011: 35).

3. Zehn Jahre nach Einführung der Riester-Rente liegt die Zahl der Zulagenkonten bei der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen der Deutschen Rentenversicherung Bund bei 11,6 Mio. Zwar liegt die Zahl der Riester-Verträge um 2,5 Mio. höher, allerdings sind darin auch stornierte Verträge enthalten (Blanck 2011: 111).

Ohne steuerliche Förderung ist die Zahl der Personen, die eine private Pflegezusatzversicherung abschließen, also sehr gering. Aber selbst mit steuerlicher Förderung – dies legen zumindest die Erfahrungen der Riester-Rente nahe – wird allenfalls eine kleine Minderheit eine Pflegezusatzversicherung abschließen. Gerade einkommensschwächere Haushalte werden auf den Abschluss einer solchen Versicherung verzichten und dann im Fall der Pflegebedürftigkeit wieder verstärkt auf die Sozialhilfe zurückgreifen (müssen). Stattdessen ist mit Mitnahmeeffekten in beträchtlicher Höhe zu rechnen, die daraus resultieren, dass die privaten Verträge, die sowieso abgeschlossen worden wären, nunmehr steuerlich subventioniert werden. Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Personen mit Vorerkrankungen keine privaten Zusatzversicherungen zu für sie erschwinglichen Prämien angeboten bekommen, wenn diese risikogerecht kalkuliert werden. Damit würden aber gerade die Personen mit der höchsten Pflegewahrscheinlichkeit von einer – steuerlich geförderten! – privaten Zusatzpflegeversicherung ausgeschlossen. Das Beispiel des in den USA gerade gescheiterten CLASS Act, der als Teil der Obama-Gesundheitsreform eine freiwillige private Pflegeversicherung vorsah, zeigt die Problematik eine freiwilligen Pflegeversicherung sehr deutlich: Wird diese risikobezogen kalkuliert, ist sie für einkommensschwache und gesundheitlich beeinträchtigte Personen, also genau die Zielgruppe, unerschwinglich. Wird ein Risikobezug bei der Tarifierung verboten, ist sie für die Versicherungswirtschaft letztlich unkalkulierbar. Diese Problematik kann nur durch einen Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen und eine umfassende Versicherungspflicht vermieden werden, dann aber im Rahmen einer obligatorischen, nicht aber einer freiwilligen Versicherung. Eine freiwillige steuerlich geförderte private Pflegezusatzversicherung ist daher kein geeigneter Weg für eine Finanzreform in der Pflegeversicherung.

2. Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die Pflegeversicherung konnte 1995 nur eingeführt werden, weil ihre Protagonisten die Kostenbegrenzung zu einem zentralen Ziel erhoben (Pabst & Rothgang 2000; Rothgang 1997: 9-40). Auch die Definition der Anspruchsvoraussetzungen für Pflegeversicherungsleistungen wurde entsprechend eng gewählt, so dass der im Gesetz niedergelegte Pflegebedürftigkeitsbegriff schon sehr bald unter fachlichen Gesichtspunkten als unzureichend kritisiert wurde (vgl. Döhner/Rothgang 2006). Kritisch ist insbesondere, dass der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff zwar somatische Einschränkungen gut abbildet, die besondere Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe kognitiv beeinträchtigter und verhaltensauffälliger Menschen aber weitgehend unberücksichtigt lässt. Bereits 2006 hat das Bundesgesundheitsministerium daher einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingerichtet, der 2009 zwei Berichte vorgelegt hat (BMG 2009a und b), in denen in seltener Einmütigkeit ein *neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff* vorgeschlagen und ein dazugehöriges Neues Begutachtungsassessment (NBA) vorgelegt wurden. Gemäß dieses Vorschlags sollen nicht mehr die Defizite bei den alltäglichen Verrichtungen zum Ausgangspunkt der Begutachtung genommen, sondern vielmehr geprüft werden, welche Hilfestellungen notwendig sind, damit der

Pflegebedürftige am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Dabei werden kognitive Beeinträchtigungen systematisch berücksichtigt, so dass insbesondere die Bedarfe der dementiell Erkrankten wesentlich besser erfasst werden. Das NBA wurde zudem einem umfangreichen Praxistest unterzogen, in dem es sich als reliabel und valide erwiesen hat. Die Vorschläge des Beirates wurden von Fachwelt und Politik durchgängig positiv bewertet, so dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes inzwischen von allen Parteien gefordert wird.

Obwohl die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch im Koalitionsvertrag angekündigt wurde und das Jahr 2011 vom damaligen Bundesgesundheitsminister zum „Jahr der Pflege“ erklärt wurde, ist 2010 und 2011 jedoch nichts weiter geschehen. Inzwischen wurde der Beirat vom Bundesgesundheitsminister erneut eingesetzt und hat am 1. März diesen Jahres, also fast 3 Jahre nach Vorlage des Umsetzungsberichts, seine Arbeit erneut aufgenommen. Allerdings muss in Frage gestellt werden, inwieweit dies zielführend ist, da der Beirat nur fachliche Fragen lösen, nicht aber die notwendigen politischen Prioritätssetzungen vornehmen kann.

So kann das Neue Begutachtungsassessment (NBA) zwar alle Antragsteller auf einer Skala von 0 bis 100 abbilden und der Beirat hat zudem gut begründete Grenzwerte auf dieser Skala vorgeschlagen, mit deren Hilfe 5 Bedarfsgrade unterschieden werden können. Die politisch zu lösende Frage ist aber, *mit welchen Leistungen* diese Bedarfsgrade hinterlegt werden sollen. Hierzu hat der Beirat mehrere Szenarien vorgelegt. In einer annähernd ausgabenneutralen Variante werden die Mehrausgaben, die sich durch die bessere Erfassung insbesondere der kognitiven Beeinträchtigungen ergeben, dadurch finanziert, dass die Leistungen für die Gruppe der rein somatisch Beeinträchtigten insgesamt gesenkt werden. Eine Pflegereform, die mit Leistungskürzungen in einem System einhergeht, das wegen der bis 2008 fehlenden Leistungsdynamisierung (s. u.) bereits erhebliche reale Leistungskürzungen erlebt hat, ist allerdings politisch schwer zu vermitteln. Sollen daher die bisherigen Leistungshöhen für alle Betroffenengruppen zumindest gehalten, gleichzeitig aber insbesondere Demenz stärker berücksichtigt werden, resultieren Mehrausgaben von 3-4 Mrd. Euro oder etwa 15 % des derzeitigen Ausgabenniveaus – zuzüglich der temporären Zusatzausgaben für eine Bestandsschutzregelung für den Übergang. Zu entscheiden ist daher die Frage, wie viel der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kosten darf, also welche Mehrausgaben als akzeptabel angesehen werden. Diese Frage ist aber eminent politisch und kann nur von der Politik gelöst werden und nicht von einem Beirat. Der Beirat kann einen sinnvollen Beitrag zur Lösung noch offener technischer und fachlicher Probleme leisten und wird diesbezüglich sicherlich entsprechende Vorschläge erarbeitet. Das Kernproblem, der Zielkonflikt zwischen Ausgabenstabilisierung und Leistungsverbesserung, kann aber nur durch die Politik gelöst werden. Erst wenn diese entsprechenden Vorgaben macht, ist eine Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die ja unisono von Wissenschaft und Politik gefordert wird, möglich.

III. Über das PNG hinausgehender Reformbedarf

Bei dem über das PNG hinausgehenden Reformbedarf sollen ebenfalls zwei Bereiche thematisiert werden: die Leistungsdynamisierung und die notwendige zukünftige Finanzreform. Bemerkenswert ist hierbei, dass die Ausführungen zur Leistungsdynamisierung in großen Teilen meiner Stellung-

nahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 (Ausschuss-Drucksache 16(14)0327 (72neu)) entnommen werden konnte. Dies zeigt, dass sich in dieser Frage in den vergangenen vier Jahren keine positiven Entwicklungen ergeben haben.

1. Leistungsdynamisierung

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind – anders als etwa die Leistungen der Krankenversicherung – schon vom Grundsatz her nicht bedarfsdeckend und durchgängig betraglich gedeckelt oder pauschaliert. Von 1995 bis 2008 sind sie zudem nominal konstant geblieben. Dies hat zu einem erheblichen *Kaufkraftverlust* geführt, da beispielsweise die Heimentgelte (Pflegesatz zuzüglich des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung) in den zehn Jahren von 1999 bis 2009, die von der Pflegestatistik erfasst werden, um jahresdurchschnittlich (geometrisches Mittel) 1,5 Prozent (Stufe I und II) bzw. 1,3 Prozent (Stufe III) gestiegen. Die entspricht einer Gesamtsteigerung für diesen 10-Jahreszeitraum von 16 % (Pflegestufe I und II) bzw. 14 % (Pflegestufe III) bzw. einer entsprechenden realen Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen. Bezogen auf den Zeitraum von 1996 (Inkrafttreten der stationären Leistungen) bis 2008 (erste Leistungsdynamisierung) entspricht das einer Gesamtsteigerung von 21 % (Pflegestufe I und II) bzw. 19 % (Pflegestufe III) bzw. eine entsprechenden Realwertverlust.

Um diesem Kaufkraftverfall entgegenzutreten, wurde im PfWG eine Leistungsanpassung in drei Stufen (2008, 2010 und 2012) vorgesehen und eine Absichtserklärung für eine regelmäßige Anpassung ab 2015 abgegeben. Tabelle 1 enthält die entsprechenden Leistungshöhen für die Kernleistungen der Pflegeversicherung und ihre Anpassung von 2007-2012. Weiterhin sind die absolute Veränderung (in Euro) und die relative Veränderung (in % des Ausgangswertes) angegeben. Wie die Tabelle zeigt, unterscheiden sich die Anpassungen je nach Leistungsart und Pflegestufe erheblich. Deutlich wird insbesondere die implizite Angleichungstendenz zwischen den Sachleistungen bei häuslicher Pflege und vollstationärer Pflege in den Stufen I und II. Eine solche Angleichung ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings werden bei der vorgesehenen Dynamisierung insbesondere die ausgabenträchtigen Leistungsarten nicht angehoben. So machen die Leistungen der vollstationären Pflege in Stufe I und II, die nicht angepasst werden, derzeit insgesamt 43% der SPV-Ausgaben aus. Wird – unter Berücksichtigung der derzeitigen Inanspruchnahme- und Ausgabenstruktur – errechnet, wie sich die Pflegeversicherungsleistungen *insgesamt* entwickeln, so ist erkennbar, dass die Anpassung unzureichend ist.

Für den Zeitraum von 2007-2012 ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Anpassungsrate (geometrisches Mittel) von 1,4%, die damit sogar noch unter der Inflationsrate liegt. Nun haben die Leistungen der Pflegeversicherung vor Inkrafttreten des PfWG bereits erheblich an Wert verloren (s.o.). Es kann daher auch geprüft werden, inwieweit es mit der Anpassung gelingt, diesen Realwertverlust wieder auszugleichen. Wird die Anpassung daher auf den Zeitraum von 1996 (Einführung der stationären Leistungen) bis 2015 (Beginn der regelmäßigen Dynamisierung) bezogen, ergibt sich eine jährliche Steigerungsrate von nur noch 0,4 Prozent, die vollkommen ungeeignet ist, den Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen einzudämmen. Insgesamt ist die vorgesehene schrittweise Anpassung damit zu gering, um den Realwert der Pflegeversicherungsleistungen auch nur von 2008 bis 2012 konstant zu halten.

Tabelle 1: Leistungshöhen für Pflegesachleistung, Pflegegeld und vollstationäre Pflege

	Jahr		Veränderung		Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate in % (geometrisches Mittel)	
	2007	2012	in €	in % des Ausgangswertes	2007-2012	1996-2015
Sachleistungen						
Stufe I	384	450	66	17,2	3,2	0,8
Stufe II	921	1.100	179	19,4	3,6	0,9
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
Pflegegeld						
Stufe I	205	235	30	14,6	2,8	0,7
Stufe II	410	440	30	7,3	1,4	0,4
Stufe III	665	700	35	5,3	1,0	0,3
vollstationär						
Stufe I	1.023	1.023	0	0,0	0,0	0,0
Stufe II	1.279	1.279	0	0,0	0,0	0,0
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
insgesamt				7,1	1,4	0,4

Für den Zeitraum ab 2015 sieht § 30 SGB XI in der Fassung des PfwG vor, die „Bundesregierung ... alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014 Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung“ prüft (§ 30 Satz 1 SGB XI). Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttolohnentwicklung. Zudem „können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden“ (ebd.). Insbesondere die letztgenannte Einschränkung eröffnet die Möglichkeit, die Leistungsanpassungen ganz auszusetzen oder die Pflegeversicherungsleistungen sogar nach unten anzupassen. Bei der Norm handelt es sich daher um eine *diskretionäre Anpassung*, die regelmäßig Anlass zu politischen Auseinandersetzungen bieten dürfte. Tatsächlich finden sich im PNG *keine* Ankündigungen einer Leistungsdynamisierung, obwohl § 30 SGB XI vorsieht, dass eine solche Anpassung im Jahr 2014 erstmals (für 2015) geprüft werden sollen. Nun kann eine solche Anpassung nach Vorlage eines Berichts per Rechtsverordnung vorgenommen werden und erfordert kein Gesetzgebungsverfahren. Dennoch ist das Fehlen einer Ankündigung, gerade angesichts der im Gesetzentwurf enthaltenen Ankündigungen zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur steuerlichen Förderung der privaten Pflegeversicherung schon für sich genommen bemerkenswert und beunruhigend.

Soll ein weiterer Kaufkraftverlust langfristig vermieden werden, ist dagegen ein Gesetzgebungsverfahren notwendig, um eine *regelgebunden Dynamisierung* ohne diskretionären Spielraum nach einer vorgegebenen Formel im SGB XI zu verankern. Hinsichtlich der Höhe der Anpassung sollte auf makroökonomische Größen wie die Inflationsrate und die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abgestellt werden. Hierbei kann zwischen dem Pflegegeld und den Sachleistungen unterschieden werden. Für das Pflegegeld ist eine Anpassung entsprechend der allgemeinen Preisentwicklung sinnvoll. Bei den Pflegesachleistungen sollte die Kaufkraftherhaltung das Ziel der Anpassung

sung sein. Nun ist davon auszugehen, dass die Preise langfristig der Kostenentwicklung folgen. Personalintensive Dienstleistungen unterliegen aber generell der Baumolschen „*Kostenkrankheit*“ (Baumol 1967; Baumol & Oates 1972): Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte, übersteigt deren Kostensteigerung (und damit dann annahmegemäß auch die Preissteigerung) regelmäßig die Inflationsrate. Da – angesichts der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung – von steigenden Reallöhnen auszugehen ist, würde eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflationsrate und unterhalb der Lohnsteigerungsrate zu einem fortgesetzten Kaufkraftverlust führen. Nun ist die Pflegeversicherung von vorne herein als Teilleistungssystem konzipiert. Allerdings ist die Fähigkeit dieses Systems, die bei seiner Einführung verfolgten Ziele zu erfüllen, etwa in der Heimpflege im Durchschnitt zumindest die Pflegekosten zu finanzieren, schon in den letzten Jahren gesunken (vgl. z. B. Rothgang et al. 2009: 35). Eine weitere reale Reduktion der Pflegeversicherungsleistungen dürfte daher langfristig dazu führen, dass die Funktionsfähigkeit dieses Sicherungssystems in Frage gestellt wird und so die Pflegeversicherung delegitimieren.

Eine Leistungsdynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen in Anlehnung an die Lohnentwicklung in der Pflege verbietet sich aber, weil dadurch eine Lohn-Preis-Spirale nach oben ausgelöst würde. Sinnvoll erscheint dagegen die Anlehnung an die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung der *gesamten* Volkswirtschaft, da sich die Lohnentwicklung in der Pflege langfristig nicht von der übrigen Lohnentwicklung abkoppeln kann. Da neben den Personalkosten auch Sachkosten zu berücksichtigen sind, ist auch die Berücksichtigung der Inflationsrate plausibel. Eine Anpassungsformel, die auf einen gewogenen Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abstellt, wäre daher ideal. Entsprechend wurde bereits in der Nachhaltigkeitskommission der Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltssteigerung als Anpassungsformel vorgeschlagen. Noch besser wäre eine Anpassungsformel, bei der Lohnentwicklung und Inflation im Verhältnis von Personal- zu Sachkosten (also etwa im Verhältnis 2 : 1) eingehen. Eine Anpassung gemäß der Inflation – die in der geltenden Fassung des § 30 als Obergrenze vorgesehen ist – würde bei steigenden realen Bruttolöhnen dagegen zu einem weiteren Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen führen, der sich auch in der Sozialhilfequote der stationär versorgten Pflegebedürftigen niederschlagen dürfte. Sie ist daher unzureichend.

2. Finanzreform

Die bisherigen Ausführungen sollten verdeutlichen, dass die Finanzierungsfrage nicht nur für sich genommen von entscheidender Bedeutung ist, sondern deren Lösung auch Voraussetzung für die angesprochene Leistungsdynamisierung und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist. Bevor über Reformoptionen bei der Finanzierung gesprochen werden kann (Abschnitt 2.2 und 2.3), ist es aber sinnvoll, zunächst die Ausgangslage zu betrachten (Abschnitt 2.1).

Die nachstehenden Ausführungen versuchen dabei, einen knappen Abriss zu liefern. In der Anlage 1 wird die allgemeine Finanzierungsfrage daher noch einmal etwas ausführlicher thematisiert, während Anlage 2 konkrete Berechnungen insbesondere zu den Effekten einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung enthält.

2.1 Ausgangslage

Seit Anfang dieses Jahrhundert weist die Soziale Pflegeversicherung (SPV) zunehmende Defizite auf, denen in der zweiten Hälfte der vergangenen Dekade zunächst mit Einzelmaßnahmen (Einführung der Zusatzbeitrags für Kinderlose (2005), Vorziehen der Fälligkeit mit der Folge einer 13. Monatseinnahme (2006)) und dann mit einer Beitragssatzanhebung zum Juli 2008 begegnet wurde. Seitdem verzeichnet die Pflegeversicherung zwar wieder Überschüsse, allerdings sind diese rückläufig, weil die Beitragssatzanhebung zwar zum 1.7.2008 erfolgte, die Dynamisierung der Pflegeleistungen aber in drei Stufen (2008, 2010, 2012). Spätestens nach Inkrafttreten der letzten Stufe der Leistungsdynamisierung 2012 wäre die SPV erneut defizitär und hätte 2014 ihre Rücklagen weitgehend aufgezehrt (Deutscher Bundestag 2011) würde nicht mit dem PNG eine erneute Beitragssatzerhöhung vorgenommen.

Ursache für die Defizittendenzen ist – ähnlich wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – die strukturelle Einnahmeschwäche der SPV, nicht deren Ausgabenentwicklung. So sind die Ausgaben 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). Bereinigt um die genannten Sondereffekte (Vorziehen der Fälligkeit der Beitragszahlung im Jahr 2006 und Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose) lag das jährliche Einnahmewachstum im gleichen Zeitraum dagegen bei durchschnittlich 0,9 % (geometrisches Mittel) und damit deutlich unterhalb der Inflationsrate, die in diesem Zeitraum 1,3 % betrug (Rothgang & Dräther 2009). 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 (BIP) (vgl. für viele: Wille 2010; Reiners 2009).

Die Ursachen für diese Einnahmeschwäche liegen sowohl in Veränderungen der Zahl der Beitragszahler als auch in der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen: So ist die Zahl der in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) Pflegeversicherten kontinuierlich zu Lasten der Sozialversicherten gestiegen. Da die Abwanderer aus der Sozialversicherung überdurchschnittlich verdienen, reduziert sich dadurch nicht nur die Beitragszahlerzahl, sondern auch deren durchschnittliches beitragspflichtige Einkommen. Hinsichtlich der Höhe der Beitragszahlung ist entscheidend, dass sich die Beitragspflicht nur auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzleistungen (Arbeitslosengeld, Renten) erstreckt, nicht aber etwa auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung und selbständiger Tätigkeit oder Kapitaleinkommen. Die sinkende Lohnquote trägt deshalb dazu bei, dass die Grundlohnsumme langsamer steigt als das BIP. 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.

Daneben weist die Finanzierung der Pflegeversicherung – weitgehend analog zur GKV – sowohl *horizontale* als auch *vertikale Ungerechtigkeiten* auf. Eine sich an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientierende Beitragsbemessung muss in horizontaler Hinsicht dazu führen, dass ökonomisch gleich starke Wirtschaftssubjekte zu einer gleich hohen Beitragszahlung herangezogen werden. Dieser Grundsatz ist im derzeitigen System durchbrochen: Haushalte mit gleichem Ein-

kommen und damit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit werden zu ungleichen Beitragszahlungen herangezogen, je nachdem aus welchen Einkommensarten sich ihr Einkommen speist. Bei einem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze hängt die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens zudem davon ab, wie sich das Haushaltseinkommen bei einem Ehepaar auf die beiden Partner verteilt. In Bezug auf die vertikale Gerechtigkeit wird insbesondere beklagt, dass sich Besserverdiener der Umverteilung insgesamt in Richtung auf einkommensschwächere Haushalte entziehen können, indem sie von der SPV in die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) wechseln. Die daraus resultierende Begünstigung der Mitglieder der Privatversicherung ist in der Pflegeversicherung sogar noch deutlicher stärker ausgeprägt als im Bereich der Krankenversicherung, da sich die Risiken der beiden Teilpopulationen erheblich unterscheiden (Rothgang 2010). Schließlich wird das Leistungsfähigkeitsprinzip durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt, deren Höhe diskutabel ist.

Eine Finanzreform sollte deshalb 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 diese 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.

2.2 Kapitaldeckung

Im Koalitionsvertrag wird die „Ergänzung“ des bestehenden Umlageverfahrens (in der SPV) durch „Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss“ (CDU, CSU und FDP 2009: 85), festgeschrieben, und im Gesetzesentwurf des PNG wird die steuerliche Förderung von – inzwischen allerdings nur noch freiwilligen – privaten kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherungen angekündigt.

Nun ist aber nicht erst seit der aktuellen Finanzkrise bekannt, dass kapitalgedeckte Sicherungssysteme erheblichen Kapitalmarktrisiken unterliegen. Auch zeigt die Riester-Rente die durchaus beachtlichen Verwaltungskosten einer zusätzlichen kapitalgedeckten Säule. Das an sich schon kleinste Sozialversicherungssystem mit einer Zusatzsäule zu ergänzen, kann nur zu weiteren Schnittstellenproblemen, Steuerungsdefiziten und Reibungsverlusten führen, die das Vorhaben als höchst ineffizient erscheinen lassen. Allerdings ist auch bereits der Grundansatz der Kapitaldeckung nicht problemadäquat. Grundgedanke vieler entsprechender Modelle ist die „*Untertunnelung*“ eines zukünftigen „Pflegeberges“. Da die Zahl der Pflegebedürftigen bis Mitte der 2050er Jahre steigen, danach aber wieder sinken wird, gelte es für die damit verbundenen Beitragsspitzen durch rechtzeitigen Kapitalaufbau vorzusorgen. Zwar sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen ab Mitte der 2050er Jahre wieder, jedoch sinkt auch die Zahl der Beitragszahler. In einem Umlageverfahren ist aber das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beitragszahlern für den Beitragssatz entscheidend, nicht die bloße Zahl der Pflegebedürftigen. Dieses Verhältnis wird insbesondere durch die Fertilitätsrate geprägt. Diese ist aber seit 1970, also inzwischen seit vier Dekaden, bemerkenswert stabil – bei etwa

2/3 der zur Bestanderhaltung notwendigen Rate. In seiner Bevölkerungsvorausberechnung geht das Statistische Bundesamt davon aus, dass diese Rate auch in den nächsten 50 Jahren konstant bleibt. In den 2060er Jahren leben dann fast nur noch Personen, die in einer Zeit mit einer stabilen, aber niedrigen Fertilitätsrate geboren wurden. Der demographische Wandel ist damit abgeschlossen und für die Zukunft ist von einem im Wesentlichen konstanten Verhältnis von Alten und Jungen auszugehen. Dem entsprechend ist nach 2060 nicht mit einem merklichen Rückgang des Beitragssatzes im Umlageverfahren zu rechnen. Wir haben es bezüglich der Beitragssatzentwicklung also nicht mit einem Berg, sondern mit dem Aufstieg auf eine „Hochplateau“ zu tun. Jede temporäre Kapitalbildung, die dann in eine Phase des Kapitalverzehr übergeht, führt dazu, dass es nach Auflösung des Kapitals zu einem Beitragssatzsprung kommen muss. Der „Tunnel“ in den „Berg“ führt aus diesem nicht wieder hinaus. Vielmehr muss dann ein Ausgang durch eine „vertikale Bohrung“ nach oben auf das Hochplateau gesucht werden – zurück auf den „normalen“ Beitragssatzpfad im Umlageverfahren. Jegliche temporäre Kapitalbildung führt daher nur dazu, dass der Beitrag zur Pflegeversicherung zunächst erhöht wird, ab dem Zeitpunkt, an dem zum Kapitalverkehr übergegangen wird, dann für einige Zeit niedriger ist und sobald das Kapital verzehrt ist dann wieder auf den „normalen“ Beitragssatzpfad im Umlageverfahren springt. Eine permanente Kapitaldeckung ist aber nichts anderes als das Einmalige Vorziehen ansonsten in der Zukunft anfallender Kosten.

Das mit der Einführung einer ergänzenden Kapitaldeckung verbundene Vorziehen ansonsten in der Zukunft anfallender Belastungen wird mitunter unter dem Gesichtspunkt der *Generationengerechtigkeit* gefordert. Geht es wirklich um die Entlastung zukünftiger Generationen ist der Aufbau eines Kapitalstocks bei gleichzeitigem Bestand erheblicher Staatsverschuldung allerdings ineffizient, da für die Staatsschulden Soll-Zinsen zu zahlen sind, die regelmäßig höher liegen als die Haben-Zinsen für den dann gebildeten Kapitalstock. Ein Abbau der Staatsschulden ist daher das einzig sinnvolle Mittel um die Generationenbilanz entsprechend zu beeinflussen, ein Nebeneinander von Staatsverschuldung und Kapitalstock in einem Sozialversicherungssystem dagegen unsinnig.

Schließlich sind beide Optionen einer Kapitaldeckung, in der Sozialversicherung oder – wie im PNG angedeutet – in der Privatversicherung, problematisch. Bei der *Sozialversicherungsoption* besteht ein nicht zu vernachlässigendes Risiko, dass der Kapitalstock im Fall einer wirtschaftlichen Notlage zweckentfremdet wird. Der Einbau entsprechender Schutzmechanismen gegen den Zugriff des Finanzministers ist sicher nicht unproblematisch. Eine *Privatversicherungslösung* ist nicht nur in Bezug auf die Verwaltungs- und Marketingkosten sehr teuer, sie ist auch nur ohne Einkommensbezug der Prämien möglich. Dies führt dann im Vergleich zum Status quo zu einer Umverteilung von unten nach oben

Insgesamt ist die Einführung einer zusätzlichen kapitalgedeckten Säule daher eine Sackgasse und keine sinnvolle Lösungsstrategie.

2.3 Bürgerversicherung als Alternative

Eine Bürgerversicherung, die durch den Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung, die Einführung einer Beitragspflicht für alle Einkommensarten, eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und ein Beitragssplitting für Ehepartner / eingetragene Lebensgemeinschaften gekennzeichnet ist, würde die horizontalen Ungleichheiten des derzeitigen Systems aufheben,

da alle Einkommensarten beitragspflichtig werden und das Splitting die Abhängigkeit der Beitragshöhe von der Zusammensetzung des Haushaltseinkommens aufhebt. Die vertikalen Ungerechtigkeiten werden erheblich abmildern, da Besserverdienende nicht länger aus dem Sozialversicherungssystem mit seinen Umverteilungseffekten hinausoptieren können und auch Einkommen oberhalb der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze teilweise beitragspflichtig werden. Der Verstoß gegen den Leitgedanken einer Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip würde sogar ganz aufgehoben, wenn die Beitragsbemessungsgrenze nicht angehoben, sondern für Einkommen oberhalb dieser Grenze ein Solidarbeitrag mit geringem Beitragssatz erhoben wird.¹

Da PPV und SPV hinsichtlich ihrer Leistungsvoraussetzungen (Pflegebedürftigkeitsbegriff und Begutachtungsrichtlinien) und ihrer Leistungshöhen weitgehend identisch sind (vgl. Rothgang 2010), die private Pflegepflichtversicherung Teil eines „gesetzgeberischen Gesamtkonzepts einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ sei (BVerfGE 103, 197, 216) und der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ hat (BVerfGE 103, 197, 224), sind die *rechtlichen Hindernisse* für eine Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung deutlich geringer als in der Krankenversicherung.

Fiskalisch beendet eine Pflegebürgerversicherung mit den oben skizzierten Parametern zunächst einmal die strukturelle Einnahmeschwäche des Systems. Bei sofortiger und vollständiger Umsetzung führt sie zu Mehreinnahmen von rund 4 Mrd. Euro (Rothgang et al. 2011 = Anlage 2). Allerdings beruht ein wesentlicher Teil dieser Mehreinnahmen auf dem Einbezug der bislang Privatversicherten, die eine günstigere Altersstruktur und daher niedrigere Ausgaben aufweisen. Im Zeitverlauf ist dieser Effekt aber rückläufig. Auch eine Bürgerversicherung weist daher langfristig steigende Beitragssätze auf. Selbst bei einer *angemessenen Leistungsdynamisierung* wie eingangs geforderten und einer *ausgabenträchtigen Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs* mit Mehrausgaben von 15 % aufgrund dieser Umsetzung wird der Beitragssatz der Bürgerversicherung eigenen Berechnungen zufolge aber nicht über 3 – 3,5 Beitragssatzpunkte steigen (Rothgang et al. 2011). Dies scheint angesichts einer zu erwartenden annähernden Verdopplung der Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten vier Jahrzehnten sowohl beherrschbar als auch angemessen. Eine Bürgerversicherung mit den Kernelementen

- Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in einem integriertem System
 - Verbeitragung aller Einkommensarten und
 - Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Grenz in der Rentenversicherung
- ist in der Lage, die angesprochenen Leistungsverbesserungen (Dynamisierung, Pflegebedürftigkeitsbegriff) zu finanzieren, den Beitragssatzanstieg dabei zu begrenzen und Ungerechtigkeiten im derzeitigen Finanzierungssystem zu beseitigen und die Pflegeversicherung so „zukunftsfest“ zu machen.

¹ Eigene Berechnungen zeigen, dass ein solcher Solidarbeitrag bei geeigneter Ausgestaltung ähnliche Einnahmeeffekte hat wie einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Rentenversicherung (vgl. Rothgang & Arnold 2011).

Literatur

- Baumol, William J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review* 57, 415-426.
- Baumol, William J. / Oates, Wallace E. (1972): The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life, in: *Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review* 1, 44-54.
- Blanck, Florian (2011): Die Riester-Rente – Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitische Bewertung nach zehn Jahren, in: *Sozialer Fortschritt*, 11: 109-115.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf;
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf.
- CDU, CSU und FDP (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode vom 26. Oktober 2011: S. 93.
- Deutscher Bundestag (2011): Ausschuss für Gesundheit: Ausschussdrucksache 17(14)0215 TOP 9e der TO am 9.11.2011 vom 8.11.2011.
- Döhner, Hanneli / Rothgang, Heinz (2006): Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege für die Sicherung der Langzeitpflege, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Vol. 49, No. 6: 583-594.
- Dräther, Hendrik; Holl-Manoharan, Nauka (2009): Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung, in: Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*. Berlin: KomPart-Verlag: 15-40.
- Hauschild, Reinhard (1994): Soziale Pflegeversicherung: Vorschläge und Konzeptionen, in: *Bundesarbeitsblatt* 45: 12-21.
- Pabst, Stefan / Rothgang, Heinz (2000): Die Einführung der Pflegeversicherung, in: Leibfried, Stefan / Wagschal, Uwe (Hg.): *Bilanzen, Reformen und Perspektiven des deutschen Sozialstaats*. Frankfurt: Campus, 340-377
- PKV-Verband (2011): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010. Korrigierte Version (Stand Januar 2011), Köln.
URL: http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2009_2010.pdf
(Stand 11.11.2011).
- Reiners, Hartmut (2009): *Mythen der Gesundheitspolitik*. Bern: Huber.
- Rothgang, Heinz (1997): *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse*. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.

- Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: *Das Gesundheitswesen*, 72, 3: 154– 160.
- Rothgang, Heinz / Arnold, Robert (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag. WSI-Diskussionspapier No. 176. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans Böckler Stiftung.
- Rothgang, Heinz; Arnold, Robert; Sauer, Sebastian; Wendtland, Katharina; Wolter, Annika (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen. URL: http://www.zes.uni-bremen.de/ccm/cms-service/stream/asset/?asset_id=6262357 [vom 11.11.2011].
- Rothgang, Heinz / Kulik, Dawid / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2009): GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. GEK-Edition Band 73. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Rothgang, Heinz; Dräther, Hendrik (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 41-69.
- Rothgang, Heinz; Dräther, Hendrik (2009): Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther, Hendrik; Jacobs, Klaus; Rothgang, Heinz (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag. S. 41-69.
- SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) 2005: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005
<http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht05/Kurzfassung.pdf>.
- Wille, Eberhard (2010): Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. In: *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 15, 3: 102-104.

Anlagen:

- Anlage 1: Rothgang, Heinz / Jacobs, Klaus (2011): Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung, in: G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 4: 9-19.
- Anlage 2: Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Sauer, Sebastian / Wendlandt, Katharina / Wolter, Annika (2011): Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen.

Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung

Heinz Rothgang
Klaus Jacobs

Prof. Dr. Heinz Rothgang,
Zentrum für Sozialpolitik der
Universität Bremen

Prof. Dr. Klaus Jacobs, Wissen-
schaftliches Institut der AOK
(WiDO), Berlin

Ab jetzt werde geliefert – das kündigte Philipp Rösler als neu gewählter Parteivorsitzender der FDP im Mai 2011 auf dem Parteitag in Rostock an. Ausgerechnet Daniel Bahr, Röslers Amtsnachfolger als Bundesgesundheitsminister, hat ihn Lügen gestraft, denn die immer wieder angekündigten »Eckpunkte zur Pflegereform« der schwarz-gelben Bundesregierung lagen auch zu Beginn des vierten Quartals im angeblichen »Jahr der Pflege« noch nicht vor. Währenddessen warten die Versicherten auf die versprochene Reform der Pflegeversicherung, die sie sich nach überwiegender Mehrheitsmeinung substanziell und solidarisch wünschen. Wie Reformmaßnahmen aussehen müssten, die diesem Anspruch genügen, wird im folgenden Beitrag dargelegt.

1 Einleitung

Vollmundig hatte der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler das Jahr 2011 zum »Jahr der Pflege« ausgerufen und damit hohe Erwartungen geweckt. Sein Amtsnachfolger Daniel Bahr hatte noch bis zum August 2011 an der Ankündigung festgehalten, bis »Ende des Sommers« Eckpunkte der Bundesregierung zur Reform der Pflegeversicherung vorlegen zu wollen.

Nachdem der kalendarische Sommer vorüber ist, muss jedoch konstatiert werden, dass nichts geschehen ist. Von den Koalitionsparteien ist vielmehr zu vernehmen, dass die angestrebte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sorgfältig vorbereitet werden müsse und es dabei erforderlich sei, noch einmal den Rat des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einzuholen (Ausschuss für Gesundheit 2011: 4). Dieser Beirat war im Oktober 2006 zur Zeit der großen Koalition vom Bundesgesundheitsministerium einberufen worden und hatte im Januar 2009 einen umfangreichen Bericht sowie im Mai 2009 einen ergänzenden Umsetzungsbericht vorgelegt (Beirat 2009a; 2009b; vgl. Wingenfeld/Schaeffer 2011). Den Beirat im Hinblick auf das beabsichtigte Reform-

vorhaben jetzt noch einmal einschalten zu wollen, bedeutet somit zunächst nichts anderes, als dass die schwarz-gelbe Bundesregierung die ersten zwei Jahre ihrer Tätigkeit in dieser Frage offenbar ungenutzt gelassen hat.

Es drängt sich allerdings der Eindruck auf, dass der eingetretene Verzug im Zeitplan der angekündigten Pflegereform in Wirklichkeit damit zusammenhängt, dass die Bundesregierung weit davon entfernt ist, sich auf ein gemeinsames Konzept zur künftigen Pflegefinanzierung zu verständigen. In diesem Punkt herrscht seit Monaten öffentlicher Streit, der sich zuletzt in der Vorstellung völlig unterschiedlicher Reformkonzepte von zwei unionsgeführten Landesministerien aus Bayern und Niedersachsen sowie wiederholten öffentlichen Äußerungen von Jens Spahn, dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, manifestiert hat. Demgegenüber pocht die FDP unverdrossen auf den vor zwei Jahren geschlossenen Koalitionsvertrag, wonach eine ergänzende kapitalgedeckte Vorsorge gebraucht werde, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein müsse (FDP 2011: 7).

Die derzeitigen Oppositionsparteien – die Grünen, die Linken und die SPD –

haben sich währenddessen in der Frage der Finanzierung der Pflegeversicherung sämtlich für eine umlagefinanzierte Pflege-Bürgerversicherung ausgesprochen, wobei es – soweit derzeit bereits erkennbar – in der konkreten Ausgestaltung gewisse Unterschiede gibt.

Vor dem Hintergrund dieser »Gefechtslage« erscheint es sinnvoll, zentrale Gesichtspunkte der aktuellen Reformdebatte im Folgenden noch einmal strukturiert aufzuarbeiten. Das beginnt zunächst mit einer Skizzierung des in den kommenden Dekaden unvermeidbar wachsenden Finanzierungsbedarfs und seiner zentralen Determinanten (Abschnitt 2), ehe anschließend die drei wesentlichen Dimensionen einer möglichen Finanzierungsreform der Pflegeversicherung beleuchtet werden: das Vorhaben, die Umlagefinanzierung durch Elemente der Kapitaldeckung zu ergänzen (Abschnitt 3), die Schaffung von ungeteilter Solidarität zwischen allen Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) (Abschnitt 4) sowie Modelle einer künftig modifizierten Steuer- und Beitragsfinanzierung (Abschnitt 5).

2 Wachsender Finanzierungsbedarf

Bei allen Kontroversen über die richtige Ausgestaltung der Absicherung des Pflegerisikos besteht grundsätzlich Übereinstimmung in der Einschätzung, dass der erforderliche Finanzierungsbedarf in den nächsten Dekaden steigen wird. Dafür sorgt allein die demografische Entwicklung in Deutschland, die bei einer insgesamt schrumpfenden Wohnbevölkerung von einer stark wachsenden Zahl von Menschen im hohen Lebensalter gekennzeichnet ist. Laut aktueller Vorausberechnung der Statistischen Ämter (Variante »mittlere Bevölkerung, Untergrenze«) nimmt die Gesamtbevölkerung gegenüber 2009 bis 2030 um gut 5 Prozent und bis 2050 um 15 Prozent ab. Im selben Zeitraum wächst die Zahl der 80-Jährigen und Älteren um rund 55 (bis 2030) bzw. sogar um fast 150 Prozent (bis 2050). Das heißt in absoluten Zahlen: Von den knapp 82 Millionen Einwohnern Deutschlands sind heute mit gut 4 Millionen rund 5 Prozent 80 Jahre und älter. 2050 läge dieser Anteil bei einer auf weniger als 70 Millionen Menschen gesunkenen Wohnbevölkerung mit

mehr als 10 Millionen Menschen bei fast 15 Prozent (StatÄ 2010).

Ob die Anzahl bzw. der Anteil der Pflegebedürftigen gleichermaßen zunimmt, ist weniger gewiss. In vielen Projektionen wird unterstellt, dass die altersspezifischen Pflegehäufigkeiten von heute auch in 20 oder 40 Jahren noch Bestand haben. Diese Annahme ist jedoch zumindest umstritten, weil die Angehörigen nachwachsender Geburtsjahrgänge im Durchschnitt gesünder altern als ihre Vorgänger (Kuhlmey 2006). Dadurch sinken die altersspezifischen Pflegeinzidenzen, also die Häufigkeiten des (Neu-) Auftretens von Pflegebedürftigkeit (Rothgang et al. 2009: 127ff.).

Weil sich gleichzeitig aber auch eine Zunahme bei der mittleren Pflegedauer beobachten lässt, führt die immer höhere Lebenserwartung nicht nur zu mehr »pflegefreier« Zeit, sondern verlängert auch die Lebenszeit mit Pflegebedürftigkeit (Unger et al. 2011). Deshalb führt »gesünderes Altern« per Saldo noch keineswegs automatisch zu insgesamt sinkenden »Pflegelasten« (Prävalenzen). Im Zeitraum von 1999 bis 2008 sind die Prävalenzen lediglich um 1 Prozent gesunken (StatÄ 2010: 27) – und damit praktisch konstant geblieben.

Diese Feststellung schließt keineswegs aus, dass gezielte Pflegeprävention sowie eine forcierte geriatrische Rehabilitation ausgesprochen positive Wirkungen für viele ältere Menschen haben können, indem Pflegebedürftigkeit individuell erst später und womöglich in geringerem Umfang auftritt oder sogar vollständig ver-

mieden wird. Die demografisch bedingte Zunahme des insgesamt zu finanzierenden Pflegevolumens ließe sich damit jedoch keinesfalls kompensieren.

Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder haben vorausberechnet, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2050 entwickeln würde. Auf der Basis konstanter altersspezifischer Pflegehäufigkeiten ergibt sich demnach bis 2030 ein Anstieg auf 3,4 und bis 2050 auf 4,5 Millionen Pflegebedürftige (StatÄ 2010: 30). Darin eingeschlossen sind aber alle Pflegebedürftigen in Deutschland, unabhängig davon, ob sie der SPV oder der PPV angehören. Nur für die Soziale Pflegeversicherung hat das Bundesgesundheitsministerium (2011: 16) für 2050 – ebenfalls unter der Annahme konstanter altersspezifischer Prävalenzen – 4,37 Millionen Pflegebedürftige vorausberechnet. Dabei hat das Ministerium unterstellt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in den beiden Versicherungszweigen SPV und PPV in gleichem Maße zunimmt. Diese Annahme übersieht jedoch, dass die Altersstruktur der beiden Teilpopulationen ganz unterschiedlich ist und die demografische Alterung die PPV in wesentlich höherem Ausmaß betreffen wird als die SPV.

Wie Abbildung 1 zeigt, sind die PPV-Versicherten derzeit in der Gruppe der 35-65 Jährigen deutlich über-, in der Gruppe der über 70-Jährigen aber unterrepräsentiert. Dies wird sich in der Zukunft aber ändern, wenn die Versicherten, die jetzt im erwerbsfähigen Alter

Abb. 1: Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen - 2010

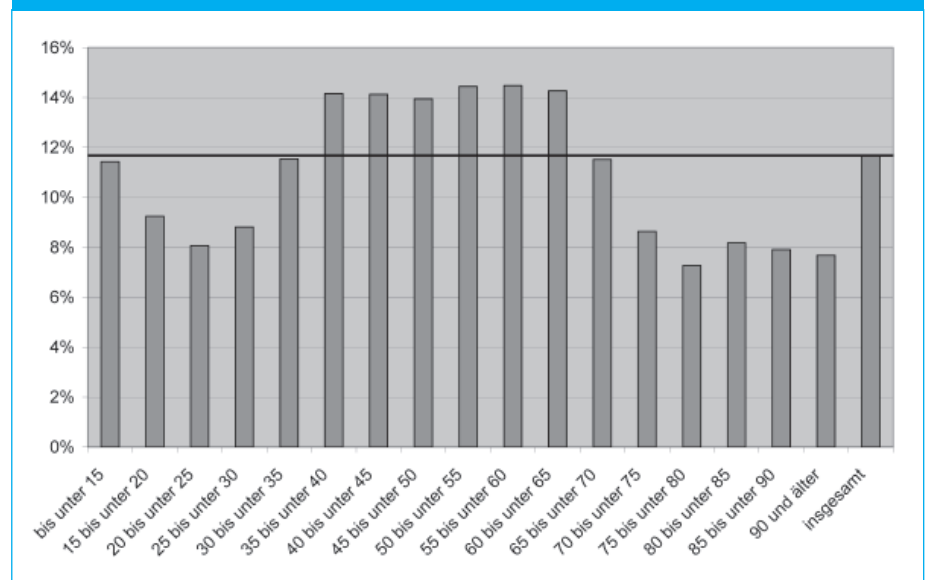
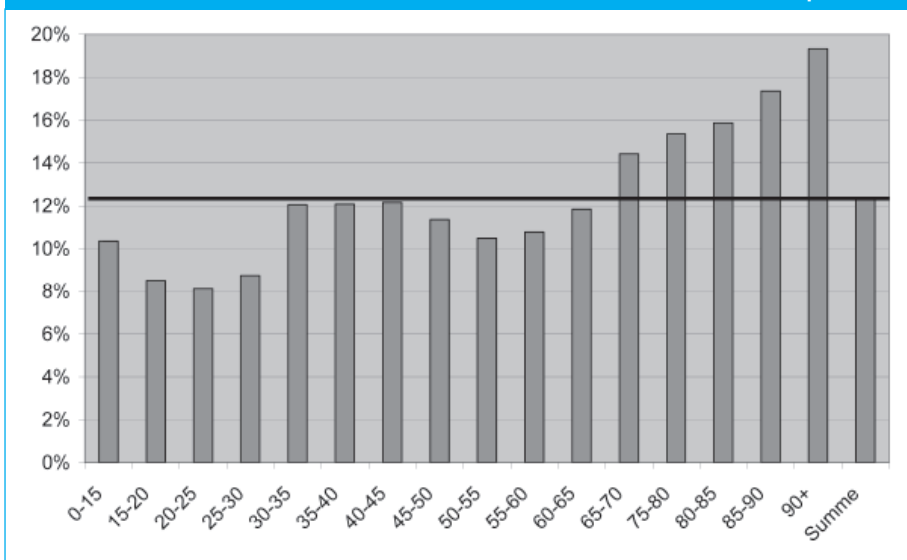


Abb. 2: Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen - 2040



sind, in die pflegerelevanten Jahrgänge aufrücken. Abbildung 2 zeigt die Altersstruktur der PPV für 2040. Dabei wird unterstellt, dass die heute mindestens 30-Jährigen in der Zukunft nicht mehr zwischen SPV und PPV wechseln. Für die bis zu 30-Jährigen wurde unterstellt, dass sie sich für jedes Alter jeweils so auf die SPV und PPV aufteilen, wie sich dies derzeit darstellt. Abbildung 2 zeigt, dass unter diesen Annahmen 2040 die Altersjahrgänge 65+ in der PPV überrepräsentiert sind, während die Anteile an PPV-Versicherten in allen jüngeren Kohorten unterdurchschnittlich ausfallen. Der Anteil der PPV-Versicherten nimmt bei den über 65-jährigen sogar noch mit dem Alter zu. Dies ist Ausdruck der relativ geringeren Sterblichkeit der PPV-Versicherten.

ten. Aus diesem Grund liegt ihr Anteil z.B. bei den 55-60-Jährigen 2010 noch bei gut 14 Prozent, bei den 85-90-Jährigen 30 Jahre später aber bei mehr als 17 Prozent.

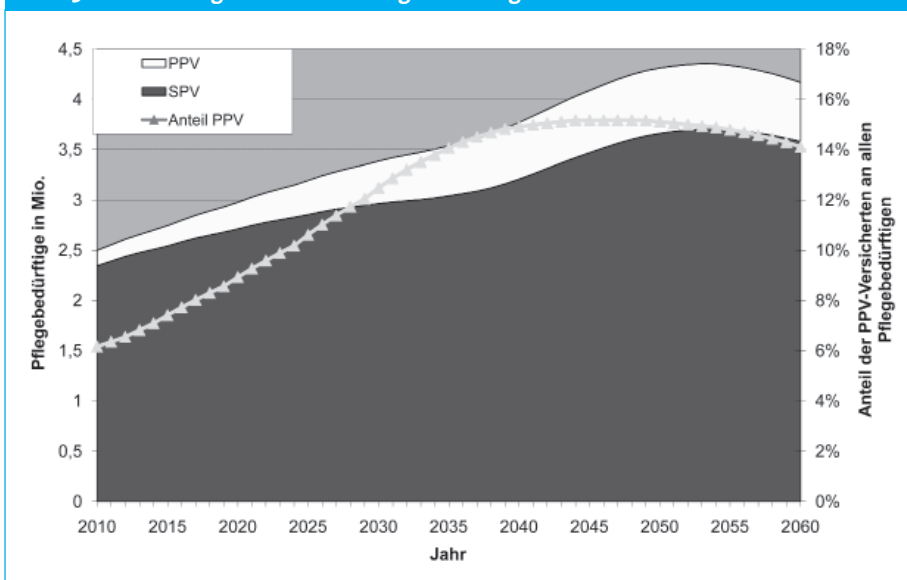
Diese Verschiebung führt zu einer anderen Aufteilung der Pflegebedürftigen auf die beiden Versicherungszweige.¹ Wie Abbildung 3 zeigt, steigt der Anteil der PPV-Versicherten an den Pflegebedürftigen in den nächsten drei Dekaden drastisch an. Liegt er derzeit noch bei 6 Prozent, steigt er bis 2044 auf mehr als 15 Prozent. Unter Berücksichtigung dieser Verschiebung ist die zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV deutlich niedriger, als vom BMG ausgewiesen. Im Jahr 2050 liegt sie bei 3,66 Millionen, und auch in der Spitze im Jahr 2054 über-

steigt sie die 3,7 Millionen kaum. Selbst ohne einen Rückgang der altersspezifischen Pflegehäufigkeiten wächst der Finanzbedarf in der SPV wegen des demografisch bedingten Fallzahlwachses somit geringer, als derzeit vielfach angenommen.

Erkennbare Veränderungen hat es seit Bestehen der Pflegeversicherung auch bei der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsarten gegeben. Dabei ist der Anteil der zu Hause gepflegten reinen Pflegegeld-Empfänger in der SPV deutlich gesunken: von 56,3 Prozent 1997 über 50,7 Prozent (2000) auf 44,8 Prozent (2010) (BMG 2011). Gleichzeitig hat die professionelle Pflege durch ambulante Pflegedienste und in stationären Pflegeeinrichtungen an Bedeutung gewonnen. Angesichts der zu erwartenden Abnahme des privaten Pflegepotenzials muss davon ausgegangen werden, dass sich dieser Trend fortsetzt. Auch diese Entwicklung resultiert allein schon aus der demografischen Entwicklung, aber auch aus wachsender Erwerbstätigkeit von Frauen in der »Töchter- und Schwiegertöchter-Generation« und zunehmend großen Entfernungen zwischen den Wohnorten von Eltern und Kindern. Auch weil der künftige Finanzierungsbedarf dadurch ebenfalls weiter erhöht würde, ist es sinnvoll, Anstrengungen zu unternehmen, den Trend zur Professionalisierung der Pflege zumindest ein Stück zu verlangsamen. Das kann insbesondere dadurch geschehen, dass die Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessert und pflegende Angehörige wirksamer unterstützt werden.

Ein weiterer wesentlicher Einflussfaktor hinsichtlich der künftigen Entwicklung der Ausgaben der Pflegeversicherung ist die Dynamisierung der Leistungen. Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde zunächst auf eine regelmäßige Anpassung der Leistungssätze vollständig verzichtet. Dadurch kam es bei steigenden Pflegekosten zu einem beträchtlichen Realwertverlust des Versicherungsschut-

Abb. 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV und PPV



¹ Insgesamt ist die Zahl der Pflegebedürftigen mit gut 4,3 Millionen für 2050 hier etwas niedriger, als vom Statistischen Bundesamt ausgewiesen. Das ist darauf zurückzuführen, dass bei der Vorausberechnung für SPV- und PPV-Versicherte hier jeweils unterschiedliche Prävalenzen zugrunde gelegt werden. Da die Prävalenzen in der PPV niedriger sind als in der SPV, führt die Verschiebung zwischen den Teilkollektiven zu einer geringfügig niedrigeren Gesamtzahl an Pflegebedürftigen.

zes, der die Akzeptanz der Pflegeversicherung zunehmend in Frage stellte. So sind beispielsweise die Heimentgelte (Pflegesatz zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung) in den zehn Jahren von 1999 bis 2009, die von der Pflegestatistik erfasst werden, um jahresdurchschnittlich (geometrisches Mittel) 1,5 Prozent (Stufe I und II) bzw. 1,3 Prozent (Stufe III) gestiegen.

Aus diesem Grund wurden im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) der großen Koalition für den Zeitraum 2008 bis 2012 schrittweise Erhöhungen beim Pflegegeld, bei ambulanten Sachleistungen sowie bei stationären Leistungen der Pflegestufe III in einer Größenordnung von insgesamt (gewogenes Mittel mit den Ausgabenanteilen als Gewichte) rund 1,4 Prozent pro Jahr beschlossen (Rothgang 2008), ohne dass es jedoch einen Ausgleich für den bereits zuvor entstandenen Realwertverlust gegeben hätte. Für die Folgezeit wurde im PfWG festgelegt, dass die »Bundesregierung ... alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014 Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung« prüft (§ 30 Satz 1 SGB XI). Dabei soll die Inflationsrate als Richtschnur dienen, keinesfalls soll der Anstieg aber höher ausfallen als die Bruttolohnentwicklung. Zudem »können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden« (ebenda).

Nun ist davon auszugehen, dass die Preise langfristig der Kostenentwicklung folgen. Personalintensive Dienstleistungen unterliegen aber generell der Baumoltschen »Kostenkrankheit« (Baumol 1967; Baumol/Oates 1972): Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte, übersteigt deren Kostensteigerung (und damit dann annahmegemäß auch die Preissteigerung) regelmäßig die Inflationsrate. Da angesichts der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung von steigenden Reallöhnen auszugehen ist, würde eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflationsrate und unterhalb der Lohnsteigerungsrate zu einem fortgesetzten Kaufkraftverlust führen, der langfristig zu einer Delegitimierung dieses Sicherungssystems führen wird.

Wenn die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen erhalten werden soll, sollte das derzeitige System einer diskretionären Leistungsanpassung daher durch

eine regelgebundene Dynamisierung ersetzt werden, die sich als gewogenes Mittel zwischen allgemeiner Bruttolohnsteigerung und Inflationsrate bestimmen lässt. Gemäß dem Verhältnis von Personal- und Sachkosten in Pflegeeinrichtungen würde sich dabei eine Berücksichtigung dieser beiden Größen im Verhältnis 2 zu 1 anbieten. Insbesondere ist aber der Verweis auf die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu streichen, der geradezu einer Öffnungsklausel für eine Finanzierung nach Kassenlage gleichkommt. Eine kaufkrafterhaltende Dynamisierung der Versicherungsleistungen entsprechend diesem Vorschlag dürfte bei den Versicherten selbst auf Zustimmung stoßen, die mit großer Mehrheit einen umfassenden Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit befürworten (Zok 2011).

Bei Einführung der Pflegeversicherung standen die Zeichen auf Kostenbegrenzung und -kontrolle. Auch die Definition der Anspruchsvoraussetzungen für Pflegeversicherungsleistungen wurde entsprechend eng gewählt, so dass der im Gesetz verankerte Pflegebedürftigkeitsbegriff schon bald unter fachlichen Gesichtspunkten als unzureichend kritisiert wurde. Zwar bildet der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff somatische Einschränkungen gut ab, doch lässt er die besonderen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarfe kognitiv beeinträchtigter und verhaltensauffälliger Menschen weitgehend unberücksichtigt. Im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz wurden daher 2003 in § 45b SGB XI erstmals zusätzliche Betreuungsleistungen für »Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz« eingeführt. Im PfWG wurden diese Leistungen 2008 nicht nur erhöht, sondern auch auf solche Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ausgedehnt, die nicht mindestens erheblich pflegebedürftig sind und daher keine anderen Leistungen der Pflegeversicherung beziehen können.

Die Pflegeversicherung gewährt damit schon heute Leistungen an Personen, die nicht pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind. Systematisch ist diese Lösung unbefriedigend. Deshalb hatte das Bundesgesundheitsministerium im Herbst 2006 einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingerichtet, der 2009 zwei Berichte vorgelegt hat. Darin wurden in seltener Einmütigkeit ein

neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein dazugehöriges Neues Begutachtungssassessment (NBA) vorgelegt. Nach diesen Vorschlägen soll künftig geprüft werden, welche Hilfestellungen notwendig sind, damit der Pflegebedürftige am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Dabei werden kognitive Beeinträchtigungen systematisch berücksichtigt, so dass insbesondere die Bedarfe der dementiell Erkrankten wesentlich besser erfasst werden. Das NBA wurde zudem einem umfangreichen Praxistest unterzogen, in dem es sich als reliabel und valide erwies. Die Vorschläge des Beirates wurden von Fachwelt und Politik durchgängig positiv be-

Die Dynamisierung der Leistungen muss regelmäßig erfolgen.

wertet, so dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes inzwischen von allen Parteien gefordert wird.

Warum ist dennoch seit nunmehr zwei Jahren nichts geschehen? Das NBA kann zwar alle Antragsteller auf einer Skala von 0 bis 100 abbilden, und der Beirat hat zudem gut begründete Grenzwerte auf dieser Skala vorgeschlagen, mit deren Hilfe fünf Bedarfsgrade unterschieden werden können. Die politisch zu lösende Frage ist aber, mit welchen Leistungen diese Bedarfsgrade hinterlegt werden sollen. Hierzu hat der Beirat mehrere Szenarien vorgelegt. In einer annähernd ausgabenneutralen Variante werden die Mehrausgaben bei Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen durch Kürzungen bei den somatisch Beeinträchtigten finanziert. Eine Pflegereform, die mit Leistungskürzungen in einem System einhergeht, das wegen der bis 2008 fehlenden Leistungsdynamisierung bereits einen erheblichen Realwertverlust erlebt hat, dürfte allerdings politisch schwer zu vermitteln sein. Wenn die bisherigen Leistungshöhen für alle Betroffenengruppen zumindest gehalten werden, gleichzeitig aber insbesondere Demenz stärker berücksichtigt werden soll, ergäben sich Mehrausgaben von bis zu 3 Mrd. Euro oder etwa 15 Prozent des derzeitigen Ausgabenniveaus. Der ungelöste Konflikt zwischen dem Ziel der Leistungsverbesserung und dem Ziel der Ausgaben- bzw. Beitragssatzstabilisierung ist der tiefere Grund, warum der neue Pflegebedürftig-

keitsbegriff bisher nicht umgesetzt wurde. Jede Pflegereform, die ihren Namen verdient, wird sich zu dieser Frage aber verhalten und den Konflikt auflösen müssen.

Mit welchen Beitragssatzentwicklungen muss vor dem Hintergrund dieser Einflussfaktoren gerechnet werden? Das BMG rechnet mit einem Beitragssatzanstieg auf 2,8 Beitragssatzpunkte bis 2050. Dabei wird von konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten, einer graduellen Verschiebung der Inanspruchnahme in Richtung professionelle Pflege und einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung ausgegangen. Wie oben ausgeführt, wird die Fallzahlentwicklung innerhalb der SPV dabei allerdings überschätzt. Andererseits ist – in Anlehnung an die aktuelle Gesetzeslage – die unterstellte Leistungsdynamisierung jedoch zu gering, um die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen zu erhalten, und außerdem ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht »eingepreist«. Wenn man von einer Ausgabensteigerung um 15 Prozent als Folge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausgeht sowie eine Leistungsdynamisierung unterstellt, die 2/3 der Reallohnsteigerung berücksichtigt, ergibt sich bis in die 2050er Jahre nach eigenen Berechnungen eine Beitragssatzsteigerung auf rund 3,5 Beitragssatzpunkte. Sollte dies als »zu hoch« angesehen werden, müssen zusätzliche Finanzierungsquellen erschlossen werden.

3 Ergänzende Kapitaldeckung

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung vom Oktober 2009 ist formuliert, dass die Pflegeversicherung ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, in der Form der Umlagefinanzierung auf Dauer nicht erfüllen könne. Daher sei neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung erforderlich, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein müsse (CDU/CSU/FDP 2009: 93).

Schon im Koalitionsvertrag der großen Koalition von 2005 hatte es geheißt: »Um angesichts der demographischen Entwicklung sicherzustellen, dass die Pflegebedürftigen auch in Zukunft die Pflegeleistungen erhalten, die sie für eine ausreichende und angemessene Pfle-

ge zu einem bezahlbaren Preis brauchen, ist die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demografiereserve notwendig« (CDU/CSU/SPD 2005: 91). Dieser Feststellung waren jedoch keine entsprechenden Taten gefolgt. Inzwischen scheint die SPD von der Idee einer ergänzenden Kapitaldeckung ganz abgerückt zu sein. In einem im Herbst 2011 von der Bundestagsfraktion vorgelegten »Orientierungspapier« wird stattdessen ausschließlich auf den Ausbau der solidarischen und paritätischen Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung gesetzt (SPD 2011: 29).

Die unkalkulierbaren Kapitalmarktrisiken, die mit jeder Form von Kapitaldeckung verbunden sind – im Übrigen neben demografischen Risiken, die keineswegs ein »Privileg« von Umlageverfahren darstellen –, sind inzwischen wohl unbestritten. Aber was spricht überhaupt für Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung? Wenn heute einige (vor allem jüngere) Politiker sagen, es sei ein Fehler gewesen, »die Pflegeversicherung 1994 als ein Umlagesystem aufzubauen« (so Daniel Bahr im Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung vom 09.10.2011), blenden sie – möglicherweise aus Unkenntnis – aus, dass diese Frage Anfang der 1990er Jahre vor Einführung der Pflegeversicherung intensiv diskutiert wurde (vgl. etwa Schmähl 1992) und letztlich auch deshalb abschlägig beantwortet wurde, weil ein solcher Schritt schlicht für nicht finanzierbar gehalten worden war (Rothgang 2009).

Heute geht es offenbar vor allem darum, die grundsätzlich nicht zur Disposition gestellte Umlagefinanzierung für einen gewissen Zeitraum, in dem aufgrund der demografischen Entwicklung mit besonderen »Belastungsspitzen« gerechnet wird, zu ergänzen und diese »Spitzen« durch Rücklagenbildung vorzufinanzieren. So hat Jens Spahn, explizit auf die geburtenstarken Jahrgänge – die sog. »Babyboomer« – hingewiesen, die voraussichtlich ab 2035 für einen starken Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen sorgen werden. Er möchte – wie er etwa in einem Interview im Deutschlandradio Kultur am 15.09.2011 ausgeführt hat – »die Beitragszahler von 2035, 2040 einfach nicht alleine lassen mit dieser

schwierigen Aufgabe, dann für die vielen Pflegebedürftigen zu zahlen«.

Das Problem ist allerdings, dass diese Überlegung davon ausgeht, dass es sich bei den »Belastungsspitzen« um ein vorübergehendes Phänomen handelt, bis die geburtenstarken Jahrgänge praktisch durch das Pflegealter »hindurchgewachsen« sind. Das ist jedoch ein Trugschluss, denn es gibt keinen »Pflegeberg«, der durch einen temporären Kapitalstock quasi »untertunnelt« werden kann, indem dieser zunächst aufgebaut und dann wieder abgeschmolzen wird. Tatsächlich geht die Zahl der Pflegebedürftigen ab Mitte der 2050er Jahre zwar wieder zurück, doch sinkt gleichzeitig auch die Zahl der Beitragszahler. Entscheidend ist aber nicht allein die bloße Zahl der Pflegebedürftigen, sondern das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beitragszahlern. Dieses Verhältnis wird insbesondere durch die Fertilitätsrate geprägt, die seit 1970, also inzwischen seit vier Dekaden, bemerkenswert stabil ist und bei etwa zwei Dritteln der zur Bestanderhaltung notwendigen Rate liegt. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass diese Rate auch in den nächsten 50 Jahren konstant bleibt. In den 2060er Jahren leben dann fast nur noch Personen, die in einer Zeit mit einer stabilen, aber niedri-

Es gibt keinen »Pflegeberg«, der »untertunnelt« werden kann.

gen Fertilitätsrate geboren wurden. Der demografische Wandel ist damit praktisch abgeschlossen, und für die weitere Zukunft ist von einem im Wesentlichen konstanten Verhältnis von Alten und Jungen auszugehen. Das heißt jedoch, dass nach 2060 nicht mit einem merklichen Rückgang des Beitragssatzes im Umlageverfahren zu rechnen ist.

Dies zeigt auch Abbildung 4, die eine »bedingt demografische« Beitragssatzprojektion bis 2100 enthält. Die Fortschreibung beruht auf einer Weiterführung der demografischen Projektion mit den Annahmen, die der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde liegen. Gleichfalls konstant gehalten sind die Pflegeprävalenzen und der weiter fortgeschriebene Trend von der informellen zur formellen Pflege. Allerdings sind alle Löhne, Renten etc. sowie

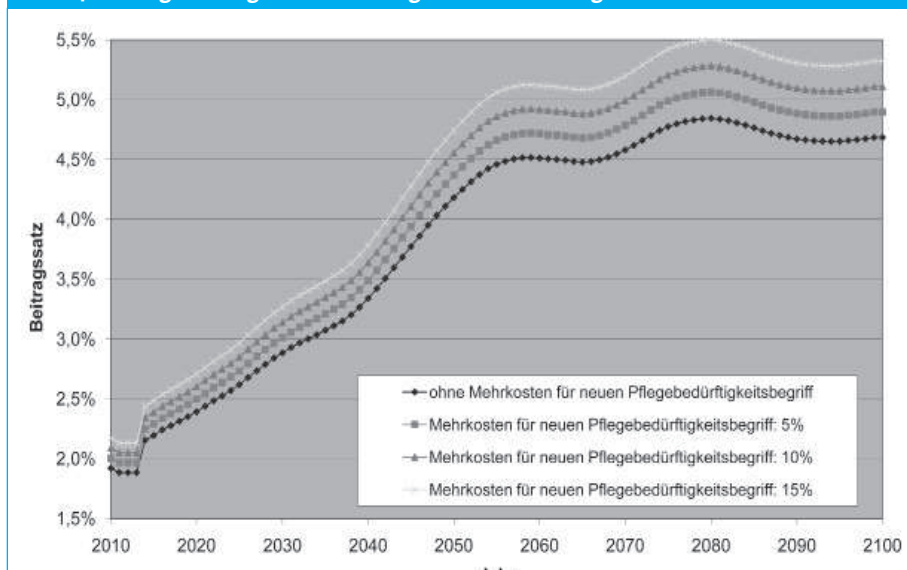
die Pflegeleistungen auf den Stand 2010 »eingefroren«, so dass nur die demografischen und sozialstrukturellen Trends zum Tragen kommen, nicht aber die monetären Faktoren. Die Abbildung zeigt für den Beobachtungszeitraum bis 2060 daher ein stärkeres Beitragssatzwachstum, als oben angesprochen, da die Leistungsdynamisierung nur mit 2/3 der Reallohnsteigerung erfolgt, während die Einnahmeseite von der vollen Reallohnsteigerung profitiert.²

Wie die Grafik zeigt, sinkt der Beitragssatz in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts nicht. Er erreicht in der Mitte der 2050er Jahre seinen ersten Höhepunkt, wenn die Generation der »Babyboomer«, also die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre, im pflegerelevanten Alter ist, und zeigt ein Vierteljahrhundert später einen zweiten Gipfel, der als »Echo« zu interpretieren ist, das den Kindern der Babyboomer

Das mit der Einführung einer ergänzenden Kapitaldeckung verbundene Vorziehen von Belastungen, die sonst in der Zukunft anfallen, wird häufig unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit gefordert. Wenn es tatsächlich um die Entlastung zukünftiger Generationen gehen soll, ist der Aufbau eines Kapitalstocks bei gleichzeitigem Bestand einer erheblichen Staatsverschuldung allerdings ineffizient, denn für die Staatsschulden müssen Soll-Zinsen gezahlt werden, die regelmäßig höher liegen als die Haben-Zinsen für den gebildeten Kapitalstock. Die aus dem privaten Bereich stammende Devise »Spare in der Zeit, dann hast Du in einer Not«, mit der Kapitaldeckung als »eine Art Sparbuch« angepriesen wird, verkennt nicht nur die grundsätzlichen Unterschiede zwischen individuellem Sparen und einer kollektiven Kapitalbildung, sondern bezieht sich auf eine Situation, in der ausschließlich gespart wird, ohne

dierung der Pflegefinanzierung bleiben noch genug Fragen hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung. Dabei ist in der Formulierung des schwarz-gelben Koalitionsvertrags vor allem das Wort »individualisiert« problematisch. Die von führenden FDP-Politikern (Minister Daniel Bahr, Fraktionsvorsitzender Rainer Brüderle) explizit hergestellte Analogie zur Riester-Rente (»Pflege-Riester«) führt geradezu in die Irre, denn bei der Riester-Rente – die Frage »optional oder obligatorisch« einmal ausgeblendet – handelt es sich um einen staatlich geförderten individuellen Sparplan, der im Erlebensfall ein zusätzliches Altereinkommen in Abhängigkeit von den geleisteten Einzahlungen generiert und im vorzeitigen Todesfall vererbt werden kann. Die Pflegeversicherung ist dagegen eine Schadenversicherung, bei der weder eine Äquivalenzbeziehung zwischen individuellem Beitrag und Leistungsumfang im Versicherungsfall, noch die Möglichkeit der Vererbbarkeit Sinn machen (vgl. auch Jacobs 2011). Da niemand wissen kann, ob und gegebenenfalls wie lange er oder sie pflegebedürftig sein wird, ist eine Versicherungslösung zum Risikoausgleich essenziell und sind Sparpläne grundsätzlich ungeeignet. Das weiß auch die private Versicherungswirtschaft: »Es geht um eine bessere Absicherung der Pflegebedürftigen, nicht um einen Sparplan für Nicht-Pflegebedürftige«, stellte etwa Reinhold Schulte, der Vorsitzende des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, in einem Interview mit der FAZ vom 28.12.2010 fest.³

Abb. 4: Bedingt demografische Beitragssatzentwicklung in der SPV



geschuldet ist. Es gibt also keinen »Berg«, der untertunnelt werden kann. Vielmehr befinden wir uns auf dem Anstieg auf ein »Hochplateau«. Jede temporäre Kapitalbildung, die in eine Phase des Kapitalverzehr übergeht, würde unweigerlich dazu führen, dass es nach Auflösung des angesparten Kapitals zu einem Beitragssatzsprung käme. Um im Bild zu bleiben: Der (vermeintliche) »Tunnel« in den »Berg« führt aus diesem nicht wieder hinaus. Vielmehr müsste ein Ausgang durch eine »vertikale Bohrung« nach oben auf das Hochplateau gesucht werden – zurück auf den »normalen« Beitragssatzpfad im Umlageverfahren.

das gleichzeitig eine hohe Verschuldung existiert. Um bei der Analogie zur Lebenswelt zu bleiben: Kein »Häuslebauer« wäre gut beraten, ein Sparbuch anzulegen, wenn er gleichzeitig höhere Hypothekenzinsen zahlen muss. Wie im Privatbereich ist auch für eine Generationenbetrachtung immer die Gesamtbelastung relevant. Ein Abbau der Staatsschulden ist daher das einzig probate Mittel, um die Generationenbilanz positiv zu beeinflussen, ein Nebeneinander von hoher Staatsverschuldung und dem Aufbau eines Kapitalstocks dagegen wenig sinnvoll.

Aber selbst bei grundsätzlicher Befürwortung einer ergänzenden Kapitalfun-

² Damit wird aber auch deutlich, dass der Verlauf der Beitragssatzentwicklung in hohem Maße von der Dynamisierung abhängt. Sinkt der reale Wert der Pflegeversicherungsleistungen im Zeitablauf, kann es durchaus auch in der zweiten Jahrhunderthälfte zu sinkenden Beitragssätzen führen. Das ist dann aber keine Folge der demografischen Entwicklung, sondern dem trivialen Umstand geschuldet, dass ein System mit sinkenden realen Leistungen auf Dauer einen geringeren Finanzierungsaufwand erfordert.

³ Abgesehen davon, dass die Riester-Rente – wie gesehen – grundsätzlich kein geeignetes Instrument zur (ergänzenden) Absicherung des Pflegerisikos darstellt, erscheint ohnehin unverständlich, warum sie noch immer unkritisch als »pures Erfolgsmodell« dargestellt wird. Dabei mehren sich mittlerweile kritische Töne – einige Stichworte dazu lauten: hohe Kosten, ungewisse Rendite, teure Mitnahmeeffekte –, und wenn zehn Jahre nach ihrer Einführung überhaupt ein Befund feststeht, dann dürfte es das hohe Maß an Intransparenz sein, das eine einigermaßen gesicherte Beurteilung bis heute nahezu unmöglich macht (Hagen/Reisch 2010; Blank 2011).

Verschiedentlich wird das Attribut »individualisiert« auch dahingehend interpretiert, dass damit auf den Schutz angesparter Beitragsmittel vor einer Zweckentfremdung durch den Staat verwiesen werden soll, was angeblich nur im Rahmen einer Privatversicherung möglich sei. Es ist schon bemerkenswert, dass dieses Argument zugunsten privatwirtschaftlicher Kapitaldeckung noch immer bemüht wird, nachdem es gerade »der Staat« war (und weiterhin ist), der die private Bank- und Versicherungswirtschaft unter Einsatz von zig Milliarden Euro aus Steuermitteln weithin schadlos durch die Finanzmarktkrise gebracht hat. Außerdem lässt sich sehr wohl diskutieren, inwieweit wirksame Vorkehrungen getroffen werden können, um die Gefahr von »Zugriffen auf die Pflegekasse« auch innerhalb der Sozialversicherung zu minimieren (Rolfs 2010). Für eine Rücklagenbildung innerhalb der SPV sprechen deren höhere Verwaltungseffizienz, die Abwesenheit von Renditeinteressen sowie die Vermeidung neuer Schnittstellenprobleme, die bei einer Erweiterung partikularer Finanzierungszuständigkeiten unausweichlich erschienen. Zudem ist eine solidarische Finanzierung nur innerhalb des Systems der SPV zu gewährleisten, während eine Privatversicherungslösung nur mittels Pauschalprämien möglich ist, die im Vergleich zum Status quo eine Umverteilung von unten nach oben implizieren. (vgl. Abschnitt 5).

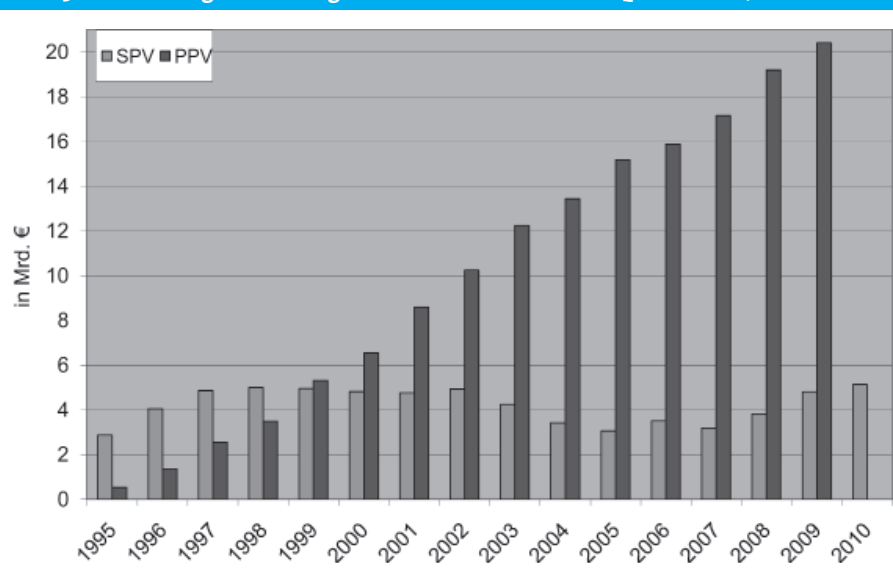
4 Ungeteilte Solidarität in der Pflegevolksversicherung

Die große Koalition hatte in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, einen Finanzausgleich zwischen SPV und PPV »zum Ausgleich der unterschiedlichen Risiken« einzuführen (CDU/CSU/SPD 2005: 91f.), hatte dieses Vorhaben jedoch ebenso wenig realisiert wie den Einstieg in den Aufbau einer Demografiereserve durch Elemente der Kapitaldeckung. Hintergrund des Vorhabens eines gemeinsamen Finanzausgleichs zwischen den beiden getrennten Versicherungszweigen der Pflegeversicherung ist deren höchst ungleiche Versichertenstruktur. Hinzukommt, dass rund 95 Prozent der Bevölkerung einem der beiden Zweige ohne ein eigenes Wahlrecht alternativlos zugewiesen sind (Rothgang 2011a: 82).

Im Hinblick auf die versicherten Leistungen gibt es zwischen der SPV und der

Abb. 5: Entwicklung der Rücklagen in SPV und PPV

Quelle: BMG, PKV-Verband



PPV praktisch keinen Unterschied. Bei der Finanzierung könnte der Unterschied dagegen kaum größer sein, wie bereits ein Blick auf Umfang und Entwicklung des Kapitalbestands der beiden Systeme zeigt (Abbildung 5). Während für die rund 9,5 privat Pflegeversicherten inzwischen mehr als 20 Milliarden Euro an Alterungsrückstellungen gebildet worden sind – trotz zwischenzeitlich wiederholt erfolgter Prämien-Senkungen (!) – und dieser Betrag weiterhin von Jahr zu Jahr wächst, bewegt sich der Mittelbestand der SPV bei rund 70 Millionen Versicherten seit ihrem Bestehen – bei zwei zwischenzeitlichen Beitragssatz-Erhöhungen – in einer Größenordnung zwischen 3 und 5 Milliarden Euro. Allein hieraus jedoch bereits die vermeintliche Überlegenheit von Kapitaldeckung gegenüber dem Umlageverfahren abzuleiten (PKV 2011: 5), erscheint allerdings geradezu absurd.

Als der Gesetzgeber die Pflegeversicherung – so das Bundesverfassungsgericht – als »Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, durfte (er) die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen« (BVerfG 2001a: Rz. 92). Das Problem ist nur: Es gibt keine auch nur einigermaßen ausgewogene Lastenverteilung. Das zeigen allein schon die unterschiedlichen Anteile an Leistungsempfängern unter den Versicherten der beiden Versicherungszweige: So betrug der Anteil der Leistungs-

empfänger unter den Versicherten der SPV 2009 3,2 Prozent, in der privaten Pflege-Pflichtversicherung aber nur 1,4 Prozent. Daher fallen die Leistungsausgaben je Versichertem in der SPV rund doppelt so hoch aus wie in der PPV (einschließlich Beihilfeleistungen für Beamte und deren Angehörige) (Dräther et al 2009: 77). Dies ist auf zwei Gründe zurückzuführen: auf die niedrigeren altersspezifischen Prävalenzen in der PPV, vor allem aber auf die unterschiedliche Altersstruktur beider Versichertenkollektive. Liegt der Anteil der Privatversicherten an der Bevölkerung insgesamt bei 11,8 Prozent, übersteigt er diesen Wert bei den – beitragsrelevanten – 35-65-Jährigen deutlich, während er bei den – pflegerelevanten – 70-Jährigen und Älteren weit niedriger liegt (Abbildung 1).

Wenn man neben den Ausgabenunterschieden noch die durchschnittlich höheren Einkommen der PPV-Versicherten im Vergleich zu den SPV-Versicherten in Rechnung stellt, kann von einer auch nur einigermaßen ausgewogenen Lastenverteilung auch in relativer Sicht keine Rede sein: Unter den Kalkulationsbedingungen der SPV käme das sowohl ausgaben- als auch einnahmensseitig deutlich günstigere Versichertenkollektiv der PPV mit einem ausgabendeckenden Beitragssatz aus, der lediglich rund ein Drittel des in der SPV erforderlichen Beitragssatzes beträgt (Dräther et al. 2009: 77). Das heißt umgekehrt: Zum Aufbau von Alterungsrückstellungen in einer der PPV vergleichbaren Größenordnung wäre in der SPV

ein weit mehr als doppelt so hoher Beitragssatz erforderlich gewesen. Dass hierauf bei Einführung der Pflegeversicherung bewusst verzichtet wurde, hatte – und hat – rein gar nichts mit der grundsätzlichen Über- oder Unterlegenheit des einen oder anderen Finanzierungsverfahrens zu tun.

Die Ungerechtigkeit, die sich aus der alternativlosen Zuweisung zu einem der beiden vollständig unverbundenen Versicherungssysteme mit höchst unterschiedlichen Versichertenstrukturen und Solidarlasten ergibt, spüren vor allem die SPV-Versicherten im höheren Einkommensbereich; bei ihnen fällt die Zustimmung zur Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung des Pflegerisikos durch Aufhebung der bestehenden Systemtrennung besonders hoch aus (vgl. Zok 2011) – sind sie es doch, die gegenwärtig die Hauptlast des Verzichts auf jegliche »systemübergreifende« Solidarität in der vermeintlichen »Pflegevolksversicherung« (BVerfG) tragen, während gleich gut verdienende Privatversicherte von diesem Verzicht in erheblichem Umfang profitieren.

Dass die schwarz-gelbe Bundesregierung das Thema der Einkommens- und Risikosolidarität zwischen SPV- und PPV-Versicherten völlig ausblendet, heißt keineswegs, dass in dieser Frage kein Handlungsbedarf mehr bestünde. Entsprechende Reformmaßnahmen könnten vergleichsweise einfach ergriffen werden (vgl. dazu Rothgang 2011a). Auch wenn die fiskalische Ergiebigkeit eines systemübergreifenden Solidarausgleichs oder gar die Schaffung eines gemeinsamen Pflegeversicherungsmarktes im Rahmen einer Bürgerversicherung nicht überschätzt werden sollte, scheinen Reformen in dieser Richtung allein schon aus Gründen der Verteilungsgerechtigkeit geboten. Nicht zuletzt dürfte sich die Herstellung von ungeteilter Solidarität ausgesprochen vorteilhaft auf die Akzeptanz aller Versicherten auswirken, sich selbst an der Übernahme wachsender Finanzierungslasten zu beteiligen.

5 Reformperspektive Pflege-Bürgerversicherung

Die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre hatte vor allem auch das Ziel, die Sozialhilfeträger und damit die Steuerzahler zumindest ein Stück von wachsenden Ausgabenlasten

zu befreien. Vor diesem Hintergrund – nicht zuletzt auch im Kontext der bereits angesprochenen Problematik der durch eine steigende Staatsverschuldung verursachten Belastung zukünftiger Generationen – sind aktuelle Reformvorschläge, die einen zunehmenden Anteil der zu erwartenden Pflegelasten dem Steuerzahler aufbürden wollen, schwer nachvollziehbar. Das gilt namentlich für den aktuell von der CSU vorgelegten Vorschlag eines »Bundesleistungsgesetzes für Menschen mit Behinderung, demenzkranke Menschen und schwerstpflegebedürftige Härtefälle«⁴ (CSU 2011).

Aufgrund aller bisherigen Erfahrungen mit Steuerzuschüssen in der Sozialversicherung erscheint gegenüber mehr Steuerfinanzierung bei der Pflege grundsätzlich eher Skepsis geboten. Eine Lehre aus diesen Erfahrungen könnte bestenfalls lauten: Wenn überhaupt Steuerzuschüsse, dann auf keinen Fall diskretionär, sondern nur mit klarer Regelbindung. Das könnte zum Beispiel die Übernahme der Kosten für die Pflegeversicherung von Kindern und Jugendlichen als gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein (Jacobs/Rothgang 2011: 20).

Denkbar wäre aber auch, das »Beitragskinderurteil« des Bundesverfassungsgerichts von 2001 (BVerfG 2001b) anders umzusetzen, als es damals durch die rot-grüne Bundesregierung geschehen ist. Völlig zu Recht hatten die damaligen Oppositionsparteien CDU, CSU und FDP kritisiert, dass die Umsetzung des BVerfG-Urteils durch Rot-Grün – die Erhöhung des SPV-Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte für Kinderlose – der Intention des Gerichts, in mindestens drei Punkten zu widerliefe (vgl. auch Rothgang 2004): Bei der Entlastung von Eltern wird nicht nach der Kinderzahl differenziert, obwohl beispielsweise fünf Kinder als künftige Beitragszahler die SPV fünfmal so stark entlasten wie ein Kind; es gibt keine Gleichbehandlung von Kindern als künftige Beitragszahler, weil die Entlastung einkommensabhängig erfolgt und damit Kinder von einkommensstarken Versicherten »höher gewichtet« werden als Kinder von einkommensschwachen; es gibt ferner keine Gleichbehandlung, weil Kinder von »jungen Eltern« aufgrund der nach der Geburt des ersten

Kindes lebenslangen Günstigerstellung beim Beitragssatz »höher gewichtet« werden als Kinder von »alten Eltern«. Grundsätzlich spräche nichts dagegen, diese heute nach wie vor berechnete Kritik bei der anstehenden Reform der Pflegefinanzierung wieder aufzugreifen – etwa indem die vom Bundesverfassungsgericht für erforderlich gehaltene Kompensation des »generativen Beitrags« Kindererziehung und -betreuung aus Steuermitteln erfolgt, wie es insbesondere die FDP seinerzeit gefordert hatte (FDP 2004).

Problematisch für die künftige Ausgestaltung der Pflegefinanzierung, und zwar insbesondere aus verteilungspolitischer Sicht, sind aber auch Reformvorschläge, die vorsehen, künftige Ausgabenwüchse – ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Von einer ausgewogenen Lastenverteilung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung kann keine Rede sein.

– zumindest teilweise über einen pauschalen Zusatzbeitrag der Mitglieder der Pflegekassen zu finanzieren. So hat etwa Jens Spahn, die Idee eines »Zukunftsführers« in die Diskussion gebracht (Interview mit der TAZ vom 19.09.2011). Unabhängig von der Frage, ob ein solcher zusätzlicher Pauschalbeitrag zum Zweck der ergänzenden Kapitaldeckung (siehe Abschnitt 3) oder zur laufenden Ausgabenfinanzierung verwendet werden soll, stellt sich damit grundsätzlich das Problem der Belastungsgerechtigkeit. Derselbe Jens Spahn, der 5 Euro im Monat unabhängig vom Einkommen der Ver-

⁴ Zusätzliche Probleme, die mit dem CSU-Vorschlag verbunden sind, liegen etwa darin, dass damit eine weitere Zersplitterung von Finanzierungszuständigkeiten einherginge. Wer gleichzeitig pflegebedürftig (nach bisheriger Definition), behindert, demenzkrank und multimorbide ist, müsste wohl befürchten, dass ein Finanzierungsträger versucht, die Verantwortung auf den nächsten zu schieben. Zudem wäre viel zusätzliche Bürokratie unvermeidlich. So heißt es etwa in dem Vorschlag selbst, dass »etwaige Doppelleistungen durch Überschneidungen (...) durch die Schaffung von Anrechnungsvorschriften vermieden werden (müssten)« – das mag man sich im Interesse der Betroffenen lieber gar nicht erst ausmalen.

sicherten in der SPV offenbar für sozial vertretbar hält, sieht in der GKV einen besonderen Vorteil (»sozial gerechter«) des von Schwarz-Gelb modifizierten Sozialausgleichs beim kassenindividuellen Zusatzbeitrag gerade darin begründet, dass dieser Ausgleich nicht erst – wie es bei der vorherigen Regelung der großen Koalition der Fall war – ab einem monatlichen Betrag von acht Euro greift (Singhammer/Spahn 2011: 4). Das heißt aber gleichzeitig, dass auch ein »Zukunftsfünfer« ohne Sozialausgleich nicht besonders gerecht wäre – oder gilt diese Einschätzung erst ab einem Betrag irgendwo zwischen 5 und 8 Euro? Und was würde geschehen, wenn der »Zukunftsfünfer« als eine neue zusätzliche Stellschraube im System der SPV-Finanzierung eines Tages zu einem »Sechser« oder »Achter« ausgebaut würde – wäre dann doch ein Sozialausgleich nötig? Der wäre dann allerdings zwangsläufig derart aufwendig, dass selbst von einem »Achter« mutmaßlich kaum mehr als ein »Fünfer« für Pflegeleistungen verwendet werden könnte. Der Spahn'sche »Zukunftsfünfer« sollte besser keine Zukunft haben.

Letztlich führt kein Weg daran vorbei, das bestehende System der Beitragsatzgestaltung der SPV im Sinne einer Bürgerversicherung weiterzuentwickeln (vgl. aktuell auch Hagen/Lamping 2011, Rothgang 2011b). Wie dies zweckmäßig geschehen könnte, zeigt ein Blick auf die zentralen Ursachen der aktuell bestehenden Finanzierungsprobleme, die ja mit den in Abschnitt 2 dargestellten Einflussfaktoren für den in Zukunft wachsenden Finanzierungsbedarf noch nichts zu tun haben. Auch bereits unabhängig von Demografie, Dynamisierung und verändertem Pflegebedürftigkeitsbegriff weist die SPV nämlich seit Anfang der 2000er Jahre zunehmende Defizite auf, denen zunächst mit Einzelmaßnahmen – Einführung des Zusatzbeitrags(satzes) für Kinderlose (2005) und Vorziehen der Fälligkeit der Beitragszahlungen mit der Folge einer 13. Monatseinnahme (2006) – und danach mit einer Beitragsatzanhebung um 0,25 Prozentpunkte zum 1. Juli 2008 begegnet wurde. Seitdem verzeichnet die Pflegeversicherung zwar wieder Überschüsse, doch sind diese rückläufig, weil die im PFWG beschlossene Dynamisierung der Pflegeleistungen in drei Stufen (2008, 2010, 2012) erfolgt. Spätestens nach In-

krafttreten der letzten Stufe der Leistungsdynamisierung 2012 wird die SPV erneut defizitär sein und bis 2014 ihre Rücklagen weitgehend aufgezehrt haben.

Ursache für die Defizittendenzen ist – ähnlich wie in der GKV – die strukturelle Einnahmeschwäche der SPV, nicht deren Ausgabenentwicklung. So sind die Ausgaben im Zeitraum von 1998 (nach Auslaufen der erkennbaren »Einführungseffekte«) bis 2007 (also vor Inkrafttreten der ersten Stufe der Leistungsdynamisierung) im geometrischen Mittel um jährlich 1,6 Prozent gestiegen (Dräther/Hollmanoharan 2009: 16). Bereinigt um die genannten Sondereffekte lag das jährliche Einnahmewachstum im gleichen Zeitraum dagegen lediglich bei durchschnittlich 0,9% (geometrisches Mittel) und damit deutlich unterhalb der Inflationsrate, die in diesem Zeitraum 1,3 Prozent betrug (Rothgang/Dräther 2009: 45). Die Einnahmen sind damit real jedes Jahr um fast ein halbes Prozent gesunken. Diese strukturelle Einnahmeschwäche resultiert daraus, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (BIP) (Reiners 2011; Wille 2010).

Die Ursachen für diese Einnahmeschwäche liegen sowie in Veränderungen der Zahl der Beitragszahler als auch in der Höhe der beitragspflichtigen Einkommen: So ist die Zahl der PPV-Versicherten kontinuierlich zu Lasten der SPV-Versicherten gestiegen. Da die Abwanderer aus der Sozialversicherung überdurchschnittlich verdienen, reduziert sich dadurch nicht nur die Beitragszahlerzahl, sondern auch deren durchschnittliches beitragspflichtiges Einkommen. Hinsichtlich der Höhe der Beitragszahlung ist entscheidend, dass sich die Beitragspflicht nur auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzeinkommen erstreckt, nicht aber etwa auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung und selbständiger Tätigkeit oder Kapitaleinkommen. Die sinkende Lohnquote trägt deshalb dazu bei, dass die Grundlohnsumme langsamer steigt als das BIP. Strukturelle Verschiebungen auf dem Arbeitsmarkt, die zu einer sinkenden Bedeutung des Normalarbeitsverhältnisses führen, und ein Anstieg von Beschäftigungsverhältnissen mit verminderten Beitragszahlungen (insbesondere

geringfügige Beschäftigung) verstärken diesen Effekt noch.

Daneben weist die Finanzierung der Pflegeversicherung – weitgehend analog zur GKV – sowohl horizontale als auch vertikale Ungerechtigkeiten auf. Der Grundsatz der ökonomischen Leistungsfähigkeit ist im derzeitigen System durchbrochen: Haushalte mit gleich hohem Einkommen werden zu ungleichen Beitragszahlungen herangezogen, wenn sich ihr Einkommen aus unterschiedlichen Quellen speist. Bei einem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze hängt die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens zudem davon ab, wie sich das Haushaltseinkommen bei einem Ehepaar auf die beiden Partner verteilt. In Bezug auf die vertikale Gerechtigkeit fällt insbesondere ins Gewicht, dass sich Besserverdiener der Solidarität vollständig entziehen können, indem sie von der SPV in die PPV wechseln. Schließlich wird das Leistungsfähigkeitsprinzip durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt, deren Höhe letztlich willkürlich ist.

Eine tragfähige Finanzierungsreform sollte an der erkannten Hauptursache der Finanzierungsprobleme der Vergangenheit ansetzen: der strukturellen Einnahmeschwäche. Deren Beseitigung oder zumindest Abschwächung erfordert die Einbeziehung der gesamten Bevölke-

Die strukturelle Einnahmeschwäche der sozialen Pflegeversicherung muss beendet werden.

rung in die solidarische Finanzierung sowie die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommen, um zu verhindern, dass mit den Arbeitseinkommen ein zunehmend schrumpfender Teil des Volkseinkommens herangezogen wird, um die gesamte Beitragslast zu schultern.

Eine Bürgerversicherung, die durch den Einbezug der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung, die Einführung einer Beitragspflicht für alle Einkommensarten, eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und ein Beitragsplitting für Ehepartner und eingetragene Lebensgemeinschaften gekennzeichnet ist, würde die horizontalen Ungleichheiten des derzeitigen Systems aufheben, da alle Einkommensarten bei-

tragspflichtig werden und das Splitting die Abhängigkeit der Beitragshöhe von der Zusammensetzung des Haushaltseinkommens aufhebt. Die vertikalen Ungerechtigkeiten werden erheblich abgemildert, da Besserverdienende nicht länger aus dem Sozialversicherungssystem mit seinen Umverteilungseffekten hinausoptieren können und auch Einkommen oberhalb der heutigen Beitragsbemessungsgrenze teilweise beitragspflichtig werden. Der Verstoß gegen den Leitgedanken einer Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip würde sogar ganz aufgehoben, wenn die Beitragsbemessungsgrenze nicht angehoben, sondern für Einkommen oberhalb dieser Grenze ein Solidarbeitrag mit geringem Beitragsatz erhoben wird.⁵

Fiskalisch beendet eine Pflegebürgerversicherung mit den oben skizzierten Parametern zunächst einmal die strukturelle Einnahmeschwäche des Systems und verhindert so ein weiteres systematisches Wegbrechen der Beitragsbasis. Bei sofortiger und vollständiger Umsetzung würde sie zu Mehreinnahmen von rund 4 Mrd. Euro führen. Allerdings beruht ein wesentlicher Teil dieser Mehreinnahmen auf dem Einbezug der bislang Privatversicherten, die eine günstigere Altersstruktur und daher niedrigere Ausgaben aufweisen. Wie gesehen, ist dieser Effekt im weiteren Zeitverlauf jedoch rückläufig (Abbildung 3). Auch eine Bürgerversicherung weist daher langfristig steigende Beitragssätze auf. Selbst bei einer angemessenen Leistungsdynamisierung in der beschriebenen Form Sinn und einer ausgabenwirksamen Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz der Bürgerversicherung nach eigenen Berechnungen aber nicht wesentlich über 3 Beitragssatzpunkte steigen. Im Hinblick darauf, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten vier Jahrzehnten nahezu verdoppeln dürfte, erscheint das allerdings sowohl sozialpolitisch angemessen als auch ökonomisch beherrschbar.

⁵ Eigenen Berechnungen zufolge hätte ein solcher Solidarbeitrag bei geeigneter Ausgestaltung ähnliche Einnahmeeffekte wie eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Rentenversicherung (Rothgang/Arnold 2011).

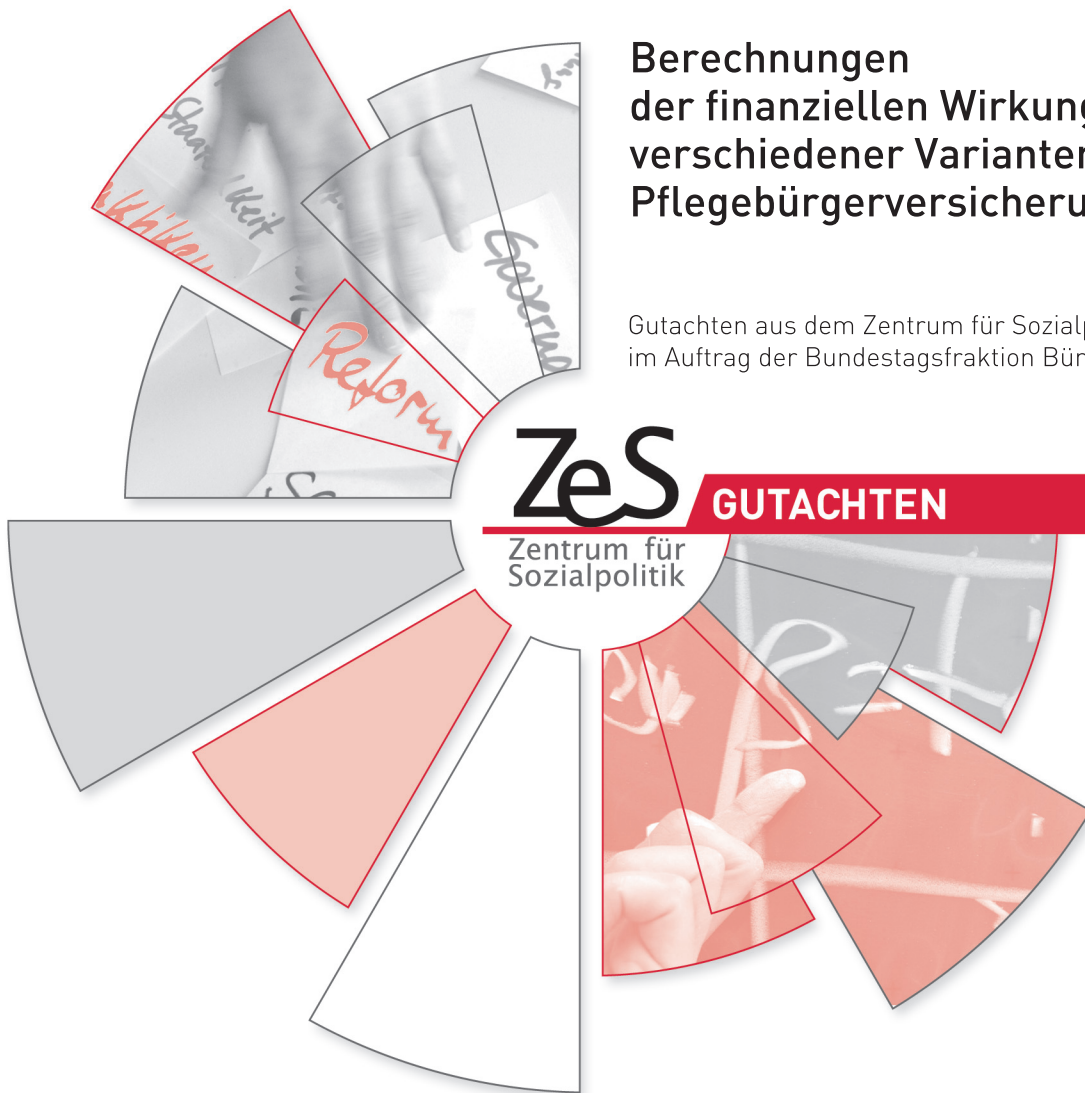
Literatur:

- Ausschuss für Gesundheit (2011):** Beschlussempfehlung und Bericht zum Antrag des SPD-Fraktion »Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einführen – Chancen zu nötigen Veränderungen nutzen«, Bundestags-Drucksache 17/7082 vom 23.09.2011.
- Baumol WJ (1967):** Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *American Economic Review* 57, 415-426.
- Baumol WJ, Oates, WE (1972):** The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life, in: *Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review* 1, 44-54.
- Beirat (2009a):** Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, hrsgg. vom Bundesministerium für Gesundheit, 26. Januar 2009. Download: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf (Zugriff am 05.10.2011).
- Beirat (2009b):** Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, hrsgg. vom Bundesministerium für Gesundheit, 20. Mai 2009. Download: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Umsetzungsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff_200905.pdf (Zugriff am 05.10.2011).
- Blank F (2011):** Die Riester-Rente – Überblick zum Stand der Forschung und sozialpolitische Bewertung nach zehn Jahren. *Sozialer Fortschritt* 60 (6), 109-115.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2011):** Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (Zeitreihen 1995 bis 2010) im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten. Download: http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/110520_Leistungsempfaenger_der_sozialen_PV_nach_Leistungsarten.pdf (Zugriff: 05.10.2011).
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2001a):** Urteil des Ersten Senats zum Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) vom 3. April 2001, AZ 1 BvR 2014/95. Download: http://www.bverfng.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr201495.html (Zugriff: 05.10.2011).
- Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (2001b):** Urteil des Ersten Senats zum Pflege-Versicherungsgesetz (SGB XI) vom 3. April 2001, AZ 1 BvR 1629/94. Download: http://www.bverfng.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr162994.html (Zugriff: 05.10.2011).
- CDU/CSU/FDP (2009):** Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU UND FDP, 26.10.2009: Download: <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cdu-csu-fdp.pdf> (Zugriff am 05.10.2011).
- CDU/CSU/SPD (2005):** Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 11.11.2005. Download: http://www.cdu.de/doc/pdf/05_11_11_Koalitionsvertrag.pdf (Zugriff: 05.10.2011).
- CSU (2011):** Konzeptionelle Überlegungen für ein Bundesleistungsgesetzes für Menschen mit Behinderung, demenzkranke Menschen und schwerstpflegebedürftige Härtefälle, mimeo, München, 01.09.2011; Download unter: www.der-paritaetische.de -> Fachinformationen -> Eintrag »Pflege_Eingliederungshilfe« vom 14.09.2011 (Zugriff am 05.10.2011).
- Dräther H, Holl-Manoharan N (2009):** Modellrechnungen zum zukünftigen Finanzierungsbedarf der sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 15-40.
- Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (2009):** Pflege-Bürgerversicherung. In: dies. (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 71-93.
- FDP (2004):** Familien spürbar durch einen Kinder-Bonus entlasten – Keine Beitragserhöhungen in der Sozialen Pflegeversicherung – Grundlegende Reform beginnen. Antrag der FDP-Bundestagsfraktion. BT-Drucksache 15/3683 vom 07.09.2004.
- FDP (2011):** Stabilität in Deutschland und Europa sichern. Bensberger Erklärung der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag, Beschluss vom 30. August 2011.
- Hagen K, Lamping W. (2011):** Karenzzeit, »Pflege-Riester«, Bürgerversicherung – Was hilft weiter? In: *DIW-Wochenbericht* Nr. 39, 3-15.
- Hagen K, Reisch LA (2010):** Riesterrente: Politik ohne Marktbeobachtung. In: *DIW-Wochenbericht* Nr. 8, 2-14.
- Jacobs K (2011):** Kapitaldeckung in der Pflege: Sparmodell mit Tücken. *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 14, Heft 6, 30-33.
- Jacobs K, Rothgang H (2011):** Zukunft der Pflegefinanzierung: Eckpunkte für eine tragfähige Reform. *G+G Wissenschaft* 11 (3), 14-22.
- Kuhlmeier A (2006):** Gesundes Altern – geht das? *G+G Wissenschaft* 6 (1), 7-13.
- PKV (2011):** Gelegenheit macht Diebe. Die Pflege benötigt Finanzreserven, doch die müssen vor dem Zugriff des Staates sicher sein. *PKV publik – Das Magazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.*, Ausgabe 3/2011, 4-5.
- Reiners H (2011):** Mythen der Gesundheitspolitik, 2. vollständig überarb. Aufl., Bern: Huber.
- Rolfs C (2010):** Voraussetzungen und Konsequenzen einer Ergänzung des bestehenden Finanzierungssystems der sozialen Pflegeversicherung um kapitalgedeckte Elemente. Rechtsgutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Universität zu Köln.
- Rothgang H (2004):** Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 22.09.2004 in Berlin, mimeo; Download unter: www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang -> Stellungnahmen (Zugriff am 05.10.2011).
- Rothgang H (2008):** Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung »Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (BT-Drs. 16/7439). BT-Ausschussdrucksache 16(14)0327 (72neu); Download unter: www.zes.uni-bremen.de/homepages/rothgang -> Stellungnahmen (Zugriff am 05.10.2011).
- Rothgang H (2009):** Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 95-121.
- Rothgang H (2010):** Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: *Das Gesundheitswesen*, 72 (3): 154–160.
- Rothgang H (2011a):** Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. *Sozialer Fortschritt* 60 (4-5), 81-87.
- Rothgang, Heinz (2011b):** Reformoptionen und Reformsackgassen bei der Reform der Pflegeversicherung. *Wirtschaftsdienst* 91 (10), 659-663.
- Rothgang H, Arnold R (2011):** Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag. WSI-Diskussionspapier No. 176, Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung.
- Rothgang H, Dräther H (2009):** Zur aktuellen Diskussion über die Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung. In: Dräther H, Jacobs K, Rothgang H (Hrsg.): *Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform*, Berlin: KomPart, 41-69.
- Rothgang H, Kulik D, Müller R, Unger R (2009):** GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung, GEK-Edition Band 73, St. Augustin: Asgard Verlag.
- Schmähl W (1992):** Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren Band 10, Bonn.
- Singhammer J, Spahn J (2011):** Zwischenbilanz der Gesundheitspolitik, mimeo, 13.09.2011. Download unter: http://jensspahn.de/4_13_Service_Uebersicht-und-Downloads.html (Zugriff: 05.10.2011).
- SPD (2011):** Orientierungspapier der SPD-Bundestagsfraktion zur Reform der Pflegeversicherung: »Für eine umfassende Pflegereform: Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe stärken«. Download: http://www.spdfraktion.de/cnt/rs/rs_datei/o,,14985,00.pdf (Zugriff am 05.10.2011).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (StatÄ) (2010):** Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Wiesbaden; Download unter: <http://www.destatis.de> -> Publikationen -> Fachveröffentlichungen -> Bevölkerung -> Bevölkerungsvorausberechnung (Zugriff: 05.10.2011).
- Wille E (2010):** Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung – Reformen unumgänglich. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 15 (3), 102-104.
- Wingenfeld K, Schaeffer D (2011):** Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung. *G+G Wissenschaft* 11 (3), 7-13.
- Zok K (2011):** Erwartungen an die Pflegereform. *WIdOmonitor*, Ausgabe 2/2011; Download unter: http://www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html (Zugriff am 05.10.2011).

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dr. Robert Arnold
Katharina Wendlandt
Sebastian Sauer
Annika Wolter

Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung

Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik
im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen



Inhalt

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	9
Zusammenfassung	10
0. Einleitung	18
1. Problemaufriss	18
2. Untersuchungsauftrag	20
3. Daten und Methoden	21
4. Die Grüne Pflegebürgerversicherung	23
5. Aufbau des Gutachtens	24
I. Beitragssatzeffekte der Grünen Bürgerversicherung	24
1 Festlegung von Parametern und Varianten	25
2 Beitragssatzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im Status quo	28
2.1 Zahl der Pflegebedürftigen	29
2.2 Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung	31
2.3 Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung	34
2.3.1 Zahl der Beitragszahler	34
2.3.2 Beitragspflichtige Einnahmen	37
2.3.3 Rücklagen und Zinserträge	38
2.4 Entwicklung des Beitragssatzes	38
3 Beitragssatzentwicklung im Grundmodell der Pflegebürgerversicherung	40
3.1 Zahl der Pflegebedürftigen	40
3.2 Ausgabenentwicklung	47
3.3 Einnahmenentwicklung	47
3.4 Beitragssatzentwicklung	49
4 Beitragssatzreduktion durch die Pflegebürgerversicherung	50
5 Varianten der Pflegebürgerversicherung	53
5.1 Einbeziehung der PPV-Versicherten bei unveränderter Einkommensberücksichtigung	53
5.2 Bürgerversicherung bei unveränderter Beitragsbemessungsgrenze	54
6 Sozialpolitische Bewertung	57
II. Beitragssatzeffekte der kollektiven Demographiereserve in der Bürgerversicherung	58
1. Berechnung des zum Budgetausgleich notwendigen bis 2060 konstanten Beitragssatzes	59
2. Effekte der Einführung eines Zusatzbeitragssatzes in vorgegebener Höhe	61
3. Sozialpolitische Bewertung	67

III. Steuerliche Auswirkungen einer Grünen-Pflegebürgerversicherung	72
1. Hintergrund	72
1.1 Gesetzliche Änderung zur Anrechnung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen	73
1.2 Sonstige Vorsorgeaufwendungen	73
2. Modellvariationen zur Berechnung der steuerlichen Auswirkungen	74
3. Berechnungsgrundlage, methodisches Vorgehen und Operationalisierung der Parameter	76
4. Steuerliche Auswirkungen	82
4.1 Status quo-Modell	83
4.2 Pflegebürgerversicherung mit angepasstem Beitragssatz	84
4.3 Pflegebürgerversicherung bei konstantem Beitragssatz	86
5. Sozialpolitische Bewertung	89
IV. Verteilungswirkungen	91
1. Status quo	98
2. Grundmodell der Grünen Bürgerversicherung	108
3. Variante 1: Nur Ausweitung des Personenkreises	120
4. Variante 2: Grundmodell ohne Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	130
5. Sozialpolitische Bewertung	140
Anhang	142
1. Datengrundlage und Grundgesamtheit der Simulation	142
2. Hochrechnung des SOEP an die GKV- und PKV-Versicherten in Deutschland	143
3. Kalibrierung des beitragspflichtigen Entgelts	143
4. Verwendete Einkommensvariablen	143
1.1 Arbeitseinkommen	143
1.2 Vermögenseinkommen	144
1.3 Äquivalenzeinkommen	144
1.4 Weitere verwendete Variablen	145
Literatur	146

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kaufkraftentwicklung bei inflationsindexierter Leistungsdynamisierung.....	27
Abbildung 2: Determinanten des Beitragssatzes	29
Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung	31
Abbildung 4: Entwicklung der Ausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung.....	33
Abbildung 5: Entwicklung der Zahl der Beitragszahler in der SPV.....	36
Abbildung 6: Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung	39
Abbildung 7: Bevölkerungsentwicklung im Vergleich zum Basisjahr 2010	41
Abbildung 8: Prävalenzraten für Männer	42
Abbildung 9: Prävalenzraten für Frauen.....	42
Abbildung 10: Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen - 2010.....	44
Abbildung 11: Anteil der PPV-Versicherten an der Bevölkerung.....	44
Abbildung 12: Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen - 2040.....	45
Abbildung 13: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV, der PPV und der Bürgerversicherung	45
Abbildung 14: Entwicklung der Ausgaben in der Pflegebürgerversicherung	47
Abbildung 15: Beitragssatzentwicklung in der Pflegebürgerversicherung	49
Abbildung 16: Differenz der Beitragssatzentwicklung in Sozialer Pflegeversicherung und Pflegebürgerversicherung.....	50
Abbildung 17: Differenz des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes: Beitragssatz zur SPV abzüglich Bürgerversicherungsbeitragssatz	51
Abbildung 18: relative Differenz des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes:(SPV-Beitragssatz – BV-Beitragssatz) / SPV-Beitragssatz (in %).....	52
Abbildung 19: Relative Beitragssatzreduktion (in % des SPV-Beitragssatzes) bei Erweiterung der Bemessungsgrundlage, ohne Einbeziehung der PPV-Versicherten	53
Abbildung 20: Relative Beitragsreduktion durch Einbeziehung der PPV-Versicherten in die SPV bei unveränderter Einkommensberücksichtigung	54

Abbildung 21: Relative Beitragsreduktion durch Bürgerversicherungsvariante ohne erhöhte Beitragsbemessungsgrenze	55
Abbildung 22: Entwicklung des Kapitalstocks in ausgewählten Varianten zur Leistungsdynamisierung und zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bei verschiedenen Zinsvarianten.....	60
Abbildung 23: Entwicklung des Kapitalstocks bei verschiedenen Zinsvarianten in Variante 1.0	65
Abbildung 24: Entwicklung des Kapitalstocks bei verschiedenen Zinsvarianten in Variante 1.3	65
Abbildung 25: Entwicklung des Kapitalstocks bei verschiedenen Zinsvarianten in Variante 2.0	66
Abbildung 26: Entwicklung des Kapitalstocks bei verschiedenen Zinsvarianten in Variante 2.3	66
Abbildung 27: Entwicklung des Beitragssatzes bei temporärer Teilkapitalbildung,.....	67
Abbildung 28: Bedingt demographische Beitragssatzentwicklung in der SV.....	68
Abbildung 29: Bedingt demographische Beitragssatzentwicklung in der BV	69
Abbildung 30: Durchschnittliche Lohn-/Einkommensteuervolumina (EST) 2010 nach Höhe der gezahlten Lohn-/Einkommensteuer je Haushalt	83
Abbildung 31: Lohn-/Einkommensteuervolumina im Status quo und einer Pflegebürgerversicherung mit konstantem Beitragssatz.....	87
Abbildung 32: Durchschnittliche Änderung der Lohn-/Einkommensteuervolumina bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung mit konstantem Beitragssatz.....	88
Abbildung 33: Durchschnittliche Differenz der Lohn-/Einkommensteuervolumina einer Pflegebürgerversicherung mit Beitragssatz im Vergleich zum Status quo.....	89
Abbildung 34: Höhe der PPV-Beiträge nach Alter und Geschlecht.....	93
Abbildung 35: Beitrag für Alleinstehende im Status quo.....	101
Abbildung 36: Alleinstehende Beitragszahler im Status quo	101
Abbildung 37: Beitrag für Alleinerziehende im Status quo	102
Abbildung 38: Alleinerziehende Beitragszahler im Status quo.....	102
Abbildung 39: Beitrag für Ehepaare ohne Kinder im Status quo	103
Abbildung 40: Beitragszahler - Ehepaare ohne Kinder im Status quo	103
Abbildung 41: Beitrag für Ehepaare mit einem Kinder im Status quo.....	104
Abbildung 42: Beitragszahler - Ehepaare mit einem Kinder im Status quo.....	104
Abbildung 43: Beitrag für Ehepaare mit zwei Kindern im Status quo	105

Abbildung 44: Beitragszahler - Ehepaare mit zwei Kindern im Status quo	105
Abbildung 45: Beitrag – Haushaltsvorstand sozial versichert im Status quo.....	106
Abbildung 46: Beitragszahler – Haushaltsvorstand sozial versichert im Status quo ..	106
Abbildung 47: Beitrag – Haushaltsvorstand privat versichert im Status quo.....	107
Abbildung 48: Beitragszahler – Haushaltsvorstand privat versichert im Status quo ..	107
Abbildung 49: Beitrag für Alleinstehende im Grundmodell	113
Abbildung 50: Alleinstehende Beitragszahler im Grundmodell.....	113
Abbildung 51: Beitrag für Alleinerziehende im Grundmodell.....	114
Abbildung 52: Alleinerziehende Beitragszahler im Grundmodell	114
Abbildung 53: Beitrag für Ehepaare ohne Kinder im Grundmodell	115
Abbildung 54: Beitragszahler - Ehepaare ohne Kinder im Grundmodell	115
Abbildung 55: Beitrag für Ehepaare mit einem Kind im Grundmodell	116
Abbildung 56: Beitragszahler - Ehepaare mit einem Kind im Grundmodell	116
Abbildung 57: Beitrag für Ehepaare mit zwei Kindern im Grundmodell	117
Abbildung 58: Beitragszahler - Ehepaare mit zwei Kindern im Grundmodell	117
Abbildung 59: Beitrag – Haushaltsvorstand sozial versichert im Grundmodell	118
Abbildung 60: Beitragszahler – Haushaltsvorstand sozial vers. im Grundmodell	118
Abbildung 61: Beitrag – Haushaltsvorstand privat versichert im Grundmodell	119
Abbildung 62: Beitragszahler – Haushaltsvorstand privat vers. im Grundmodell	119
Abbildung 63: Beitrag für Alleinstehende in Variante 1	123
Abbildung 64: Alleinstehende Beitragszahler in Variante 1	123
Abbildung 65: Beitrag für Alleinerziehende in Variante 1.....	124
Abbildung 66: Alleinerziehende Beitragszahler in Variante 1	124
Abbildung 67: Beitrag für Ehepaare ohne Kinder in Variante 1	125
Abbildung 68: Beitragszahler - Ehepaare ohne Kinder in Variante 1	125
Abbildung 69: Beitrag für Ehepaare mit einem Kind in Variante 1	126
Abbildung 70: Beitragszahler - Ehepaare mit einem Kind in Variante 1	126
Abbildung 71: Beitrag für Ehepaare mit zwei Kindern in Variante 1	127
Abbildung 72: Beitragszahler - Ehepaare mit zwei Kindern in Variante 1	127
Abbildung 73: Beitrag – Haushaltsvorstand sozial versichert in Variante 1	128
Abbildung 74: Beitragszahler – Haushaltsvorstand sozial versichert in Variante 1....	128
Abbildung 75: Beitrag – Haushaltsvorstand privat versichert in Variante 1	129
Abbildung 76: Beitragszahler – Haushaltsvorstand privat versichert in Variante 1....	129
Abbildung 77: Beitrag für Alleinstehende in Variante 2	133
Abbildung 78: Alleinstehende Beitragszahler in Variante 2	133
Abbildung 79: Beitrag für Alleinerziehende in Variante 2.....	134
Abbildung 80: Alleinerziehende Beitragszahler in Variante 2	134

Abbildung 81: Beitrag für Ehepaare ohne Kinder in Variante 2	135
Abbildung 82: Beitragszahler - Ehepaare ohne Kinder in Variante 2	135
Abbildung 83: Beitrag für Ehepaare mit einem Kind in Variante 2	136
Abbildung 84: Beitragszahler - Ehepaare mit einem Kind in Variante 2	136
Abbildung 85: Beitrag für Ehepaare mit zwei Kindern in Variante 2	137
Abbildung 86: Beitragszahler - Ehepaare mit zwei Kindern in Variante 2	137
Abbildung 87: Beitrag – Haushaltsvorstand sozial versichert in Variante 2	138
Abbildung 88: Beitragszahler – Haushaltsvorstand sozial versichert in Variante 2....	138
Abbildung 89: Beitrag – Haushaltsvorstand privat versichert in Variante 2	139
Abbildung 90: Beitragszahler – Haushaltsvorstand privat versichert in Variante 2....	139

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Szenarien der Beitragssatzentwicklung.....	28
Tabelle 2:	Leistungshöhen pro Monat.....	32
Tabelle 3:	Berechnung der Pro-Kopf-Ausgaben für weitere Ausgabenarten.....	33
Tabelle 4:	Beitragspflichtige Einnahmen pro Mitglied und Jahr für 2010.....	37
Tabelle 5:	Zahl der in der Pflegeversicherung Versicherten in Mio. im Jahr 2010.....	40
Tabelle 6:	Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung von 2010 bis 2060.....	46
Tabelle 7:	Beitragspflichtige Einnahmen pro Mitglied und Jahr für 2010.....	48
Tabelle 8:	Beitragssätze für verschiedene Szenarien 2010.....	56
Tabelle 9:	Zinsvarianten der Modellrechnung.....	58
Tabelle 10:	Konstanter Beitragssatz (für 2010 – 2060) in Abhängigkeit von der Verzinsung.....	59
Tabelle 11:	Zeitpunkt der nächsten Beitragssatzerhöhung bei Einführung eines Zusatzbeitrags zur Kapitalbildung - ohne Einbeziehung der PPV- Rücklagen.....	62
Tabelle 12:	Zeitpunkt der nächsten Beitragserhöhung bei Einführung eines Zusatzbeitrags zur Kapitalbildung - mit Einbeziehung der PPV- Rücklagen.....	63
Tabelle 13:	Übersicht Modellvariationen einer Pflegebürgerversicherung – steuerliche Auswirkungen.....	74
Tabelle 14:	Varianten zur Anrechnung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen.....	78
Tabelle 15:	Berücksichtigte Einkommensarten.....	79
Tabelle 16:	Bedarfsgewichte nach Haushaltstyp.....	93
Tabelle 17:	Verteilung der Haushaltstypen.....	142

Zusammenfassung

Ausgangslage

1. Die Soziale Pflegeversicherung (SPV) leidet – wie auch die gesetzliche Krankenversicherung – seit vielen Jahren unter einer *strukturellen Einnahmeschwäche*, die daraus resultiert, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt. Solange auf der Ausgabenseite nur – allein schon demographisch bedingt – steigende Fallzahlen sowie Ausgabenerhöhungen aufgrund einer – sozialstrukturell bedingten – Verschiebung der Pflegeformen hin zu professioneller Pflege zu Buche schlugen, konnte der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung dennoch bis 2008 weitgehend konstant gehalten werden. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde 2008 aber erstmals eine Leistungsdynamisierung der nominal fixierten Versicherungsleistungen beschlossen, die zum Erhalt der Kaufkraft der Versicherungsleistungen allerdings schon lange überfällig war. Obwohl die beschlossene Leistungsdynamisierung sogar unzureichend ist, um die Kaufkraft der SPV-Leistungen zu stabilisieren, ist sie – gemeinsam mit den demographisch und sozialstrukturell bedingten Ausgabensteigerungen – im derzeitigen System nur bei steigenden Beitragssätzen zu finanzieren. Spätestens für 2014 droht daher die nächste Beitragssatzsteigerung.
2. Die strukturelle Einnahmeschwäche beruht darauf, dass in den letzten Jahren eine Abwanderung junger, gesunder und einkommensstarker Versicherter in die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) stattgefunden hat und die beitragspflichtigen Einkommensanteile – Löhne, Gehälter und Lohnersatzleistungen bis zur Beitragsbemessungsgrenze – nicht in gleichem Maße gewachsen sind wie andere Anteile des Volkseinkommens, die Finanzierung der SPV also auf einer immer kleineren Finanzierungsbasis beruht. Jede auf Nachhaltigkeit angelegte Finanzreform muss daher darauf abzielen, die *Ursachen der strukturellen Einnahmeschwäche* sowohl in Bezug auf den versicherungspflichtigen Personenkreis als auch hinsichtlich der beitragspflichtigen Einnahmen in den Blick zu nehmen.
3. Daneben weist die Finanzierung der Pflegeversicherung – weitgehend analog zur Gesetzlichen Krankenversicherung – *Ungerechtigkeiten* auf, die sich sowohl auf die horizontale als auch auf die vertikale Gerechtigkeit beziehen. Eine sich an der Leistungsfähigkeit der Versicherten orientierende Beitragsbemessung muss in *horizontaler Hinsicht* dazu führen, dass ökonomisch gleich starke Wirtschaftssubjekte zu einer gleich hohen Beitragszahlung herangezogen werden. Dieser Grundsatz ist im derzeitigen System durchbrochen: Haushalte mit gleichem Einkommen und damit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit werden zu ungleichen Beitragszahlungen herangezogen, je nachdem aus welchen Ein-

kommensarten sich ihr Einkommen speist. Bei einem Haushaltseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze hängt die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens zudem davon ab, wie sich das Haushaltseinkommen bei einem Ehepaar auf die beiden Partner verteilt. In Bezug auf die *vertikale Gerechtigkeit* wird insbesondere beklagt, dass sich Besserverdiener der Umverteilung insgesamt in Richtung auf einkommensschwächere Haushalte entziehen können, indem sie von der Sozialen in die Private Pflegepflichtversicherung wechseln. Die daraus resultierende Begünstigung der Mitglieder der Privatversicherung ist in der Pflegeversicherung sogar noch deutlicher stärker ausgeprägt als im Bereich der Krankenversicherung. Schließlich wird das Leistungsfähigkeitsprinzip durch die Beitragsbemessungsgrenze begrenzt, deren Höhe diskutabel ist.

Grüne Pflege-Bürgerversicherung

4. Das Konzept der Pflege-Bürgerversicherung will sowohl der strukturellen Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung als auch den Gerechtigkeitslücken des derzeitigen Systems entgegenreten insbesondere durch
 - a) die Ausweitung des versicherungs- und beitragspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung,
 - b) eine weitergehende Verbeitragung auch anderer Einkommensarten,
 - c) einer Einschränkung der beitragsfreien Familienmitversicherung und
 - d) einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Untersuchungsauftrag

5. In diesem Gutachten sollen fiskalische und verteilungspolitische Effekte der Einführung einer Pflegebürgerversicherung untersucht werden. Dabei wird eine unmittelbare Einführung ohne Übergangsregelungen unterstellt. Weiterhin werden steuerliche Effekte und die Wirkungen der Einführung einer kollektiven Demographiereserve untersucht. Im einzelnen geht es um die
 - a) Ermittlung der Beitragssatzeffekte der Einführung einer Bürgerversicherung zum Einführungszeitpunkt, aber auch im Zeitverlauf (Teil I),
 - b) Diskussion einer zusätzlichen kollektiven Demographiereserve (Teil II),
 - c) Rückwirkungen einer Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf die Lohn- und Einkommensteuer (Teil III) sowie
 - d) Verteilungswirkungen in Bezug auf die Versicherungsbeiträge zur Pflegebürgerversicherung (Teil IV).

6. Das in den folgenden Berechnungen als *Grundmodell* der Grünen Bürgerversicherung bezeichnete Modell beruht auf folgenden Merkmalen:

Grundmodell der Grünen Bürgerversicherung

- Einbeziehung auch der bislang in der PPV versicherten Bürger in eine einheitliche Bürgerversicherung.
- Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragspflicht. Negative Einkünfte werden nicht berücksichtigt und auch nicht mit anderen Einkünften verrechnet. Alle Einkommen werden in einer Säule mit einer Bemessungsgrenze verbeitragt.
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die in der Rentenversicherung (West) geltende Höhe von 5.500 Euro im Monat und Fortschreibung dieser Grenze mit der Lohnentwicklung,
- Beschränkung der beitragsfreien Mitversicherung auf Kinder und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen/-partner, die Kinder erziehen und/oder Pflegeleistungen erbringen,
- Einführung eines Beitragssplittings für die sonstigen bisher beitragsfrei Mitversicherten.

Neben diesem Grundmodell werden nachfolgend zwei *Varianten* untersucht:

- Variante 1: „Nur Ausweitung des Personenkreises“. Hier wird lediglich das erste o.g. Merkmal umgesetzt. Diese Variante soll dazu dienen festzustellen, welcher Anteil des Beitragssatzeffektes auf die Ausweitung des Personenkreises und welcher auf Veränderung der Beitragspflicht zurückzuführen ist.
 - Variante 2: „Bürgerversicherung ohne Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze“. Diesbezügliche Berechnungen dienen dazu, den isolierten Effekt einer BBG-Erhöhung im Kontext einer Bürgerversicherung zu ermitteln. An der Einbeziehung weiterer Einkommensarten und dem Beitragssplitting wird deshalb festgehalten.
7. Hinsichtlich der von der Partei Bündnis 90/Die Grünen diskutierten *kollektiven Demographiereserve* wird auftragsgemäß insbesondere zwei Fragen nachgegangen:
- a) Wie hoch müsste der Beitragssatz in der Pflegebürgerversicherung angehoben werden, damit er dann bis 2060 konstant bleiben kann?
 - b) Wie lange kann der Beitragssatz konstant bleiben, wenn er initial um einen bestimmten Prozentsatz angehoben wird?

Daten und Methoden

8. Zur Ermittlung der *Beitragssatzeffekte* wird zunächst die Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung vorausberechnet und diese dann mit der Entwicklung verglichen, die sich für die untersuchten Varianten der Pflegebürgerversicherung ergibt. Grundlage hierfür ist ein zellenbasiertes Makrosimulationsmodell. Datengrundlage bilden die demographischen Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes, aber auch die von der Privatversicherung für die PPV-Versicherten verwendeten Sterbetafeln sowie die derzeitigen Prävalenzraten, die als im Zeitverlauf konstant unterstellt werden. Zur Dynamisierung der gesetzlich fixierten Leistungsausgaben werden zwei Dynamisierungsszenarien verwandt. Einkommensdaten werden dem SOEP entnommen und für die Arbeitsmarktentwicklung wird insbesondere auf die Potentialerwerbsquotenvorausberechnung des IAB zurückgegriffen. Für die Berechnungen zur *Demographie-reserve* werden verschiedene Zinsszenarien verwendet.
9. Die Simulation der *steuerlichen Auswirkungen* einer Pflegeversicherung untersucht zwei Optionen: die Einführung einer Pflegebürgerversicherung, die mit einer entsprechenden Reduktion des Beitragssatzes einhergeht und die Einführung einer Pflegebürgerversicherung, bei der der aktuelle Beitragssatz unverändert weiter gilt. Datengrundlage hierfür sind sowohl das Sozioökonomische Panel also auch die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008.
10. Die *Verteilungsanalyse* schließlich bezieht sich ausschließlich auf die Verteilungswirkungen der Beitragsfinanzierung. Steuerliche Rückwirkungen werden nicht betrachtet. Als Datengrundlage wird wiederum das SOEP verwendet.

Beitragssatzeffekte

11. Bereits die Beitragsvorausberechnung für die *Soziale Pflegeversicherung* zeigt ein überraschendes Ergebnis. Die vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) vorausberechnete Beitragssteigerung ist unter den gewählten Modellannahmen zu hoch, da das BMG die unterschiedliche Altersstruktur von SPV- und PPV-Versicherten nicht berücksichtigt und einen großen Teil der Bevölkerungsalterung, der in der PPV zu erwarten ist, daher der SPV zurechnet. Wird dagegen unterstellt, dass die heute 30-jährigen keinen weiteren Systemwechsel vornehmen und insbesondere eine Rückwanderung in die SPV im hohen Alter ausgeschlossen ist, kommt es bei einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung – wie sie auch vom BMG unterstellt wird – bis 2050 lediglich zu einem Beitragssatzanstieg auf 2,3 Beitragssatzpunkte. Allerdings wird dabei unterstellt, dass die strukturelle Einnahmeschwäche für die Zukunft keine Bedeutung hat.

12. Die Modellrechnungen bestätigen erneut die große Bedeutung der *Leistungsdynamisierung* für die Beitragssatzentwicklung. So steigt der Beitragssatz bis Mitte der 2050er Jahre auf mehr als 3 Beitragssatzpunkte wenn die Dynamisierung kaufkrafterhaltend vorgenommen wird und neben der Inflation auch 2/3 der allgemeinen Reallohnsteigerungen berücksichtigt. Eine solche Dynamisierung ist notwendig, da die Kosten von Pflegeeinrichtungen zu etwa zwei Dritteln aus Personalkosten bestehen, und für die Personalkosten in Pflegeberufen eine gleich hohe Lohn- und Gehaltssteigerung wie für die gesamte Wirtschaft unterstellt werden kann. Wird zusätzlich die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unterstellt und für diesen mit Mehrausgaben von 15% gerechnet, dann steigt der Beitragssatz bis Mitte der 2050er Jahre sogar auf über 3,5 Beitragssatzpunkte.
13. Tatsächlich kann von einem Ende der strukturellen Einnahmeschwäche der Pflegeversicherung allerdings erst nach Einführung einer *Bürgerversicherung* ausgegangen werden, da die Ursachen für die strukturelle Einnahmeschwäche damit verschwunden sind. So ist bei einer Bürgerversicherung ein weiteres „Ausbluten“ der SPV in Richtung PPV ebenso ausgeschlossen wie negative Auswirkungen einer sinkenden Lohnquote, da alle Einkommensarten gleichermaßen beitragspflichtig sind. Bei einer Einführung ohne Übergangsregelungen führt die Pflegebürgerversicherung dazu, dass der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz um rund 0,4 Beitragssatzpunkte sinkt. Dies entspricht einer Reduktion um rund 20 %. Der Effekt einer Pflegebürgerversicherung ist damit relativ sogar größer als der einer Bürgerversicherung in der Krankenversicherung (16 %). Für die beiden Bürgerversicherungsvarianten ergeben sich etwas geringere Effekte.
14. Bemerkenswert ist weiterhin, dass sich der Beitragssatzeffekt der Pflegebürgerversicherung im Zeitverlauf verringert – von ursprünglich 20 % auf nur noch knapp 10 % am Ende des Betrachtungszeitraums (2060). Bei einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung beläuft sich der Unterschied zur SPV 2060 dann noch auf 0,2 Beitragssatzpunkte, bei einer kaufkrafterhaltenden Dynamisierung auf 0,3 Beitragssatzpunkte. Auch bei einer kaufkrafterhaltenden Dynamisierung und einer „teuren“ Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bleibt der Beitragssatz der Pflegebürgerversicherung im gesamten Betrachtungszeitraum aber auf gut 3,2 Beitragssatzpunkte im Maximum begrenzt.

Beitragssätze für verschiedene Szenarien 2010

	2010	2035	2060
Soziale Pflegeversicherung (Status quo)			
Variante V1.0	1,92%	2,00%	2,02%
Variante V1.3	2,17%	2,26%	2,29%
Variante V2.0	1,92%	2,40%	3,04%
Variante V2.3	2,17%	2,72%	3,46%
Bürgerversicherung Grundmodell			
Variante V1.0	1,55%	1,79%	1,83%
Variante V1.3	1,76%	2,03%	2,08%
Variante V2.0	1,55%	2,15%	2,76%
Variante V2.3	1,76%	2,45%	3,15%
BV-Variante 1: nur Ausweitung des Personenkreises			
Variante V1.0	1,65%	1,91%	1,95%
Variante V1.3	1,87%	2,16%	2,21%
Variante V2.0	1,65%	2,29%	2,94%
Variante V2.3	1,87%	2,60%	3,35%
Bürgerversicherungsvariante 2: ohne Erhöhung der BBG			
Variante V1.0	1,61%	1,87%	1,90%
Variante V1.3	1,83%	2,11%	2,16%
Variante V2.0	1,61%	2,24%	2,87%
Variante V2.3	1,83%	2,55%	3,27%

Variante V1.x: inflationsindexierte Leistungsdynamisierung

Variante V3.x: kaufkrafterhaltende Leistungsdynamisierung: Inflation + 2/3 der Reallohnsteigerung

Variante Vx.0: Mehrkosten für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: 0

Variante Vx.1: Mehrkosten für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: 5%

Variante Vx.2: Mehrkosten für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: 10%

Variante Vx.3: Mehrkosten für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff: 15%

Kollektive Demographiereserve

15. Die Berechnungen zur *kollektiven Demographiereserve* zeigen, dass eine Beitragssatzerhöhung von gut einem halben Beitragssatzpunkt, die sofort vorgenommen wird, in etwa ausreichend ist, um den Beitragssatz bis 2060 konstant zu halten. Allerdings weist dieses Modell mehrere Schwächen auf:

- a) Nach Abbau der Demographiereserve würde der Beitragssatz dann doch auf den Wert springen, der sich ansonsten im Umlageverfahren ohne zwischenzeitliche Kapitalbildung ergeben hätte. Im Ergebnis kommt es lediglich für 3 Dekaden zum Kapitalaufbau, dann für 2 Dekaden zum Kapitalabbau und für die Zeit danach ist die Situation so, als hätte es den zwischenzeitlichen Kapitalstock nie gegeben.
- b) Da der Beitragssatz im Umlageverfahren vom Verhältnis der Leistungsempfänger zu den Beitragszahlern abhängt, und ab 2060 beide Größe weitgehend im Gleichschritt sinken, wird der Beitragssatz im Umlageverfahren

auch nicht sinken, wenn die größte Zahl der Pflegebedürftigen 2050-60 erreicht wird und die Zahl der Leistungsempfänger dann sinkt. Aus diesem Grund ist es nicht möglich einen Belastungsberg zu „untertunneln“.

- c) Zwischenzeitlich beläuft sich der notwendige Kapitalstock auf mehr als 230 Mrd. Euro. Angesichts dieser Größenordnung werden nicht nur die Kapitalmarktrisiken deutlich, sondern auch das politische Risiko, das darin besteht, dass der Fonds zweckentfremdet wird.
- d) Schließlich erweist sich die Kapitalbildung zur Förderung der Generationengerechtigkeit als ineffizient. Sollen zur Förderung einer so verstandenen Generationengerechtigkeit zukünftige Lasten in die Gegenwart gezogen werden, so ist der Abbau der Staatsverschuldung dazu das geeignetere Mittel: Der gleichzeitige Aufbau eines Kapitalstocks, für den dann Haben-Zinsen bezogen werden, bei Fortbestehen einer erheblichen Staatsverschuldung, für die die höheren Soll-Zinsen gezahlt werden müssen, ist ökonomisch unsinnig.

Insgesamt erweist sich der Aufbau eines Kapitalstocks, um damit den Beitragssatz über mehrere Dekaden zu stabilisieren, zwar als möglich, aber zugleich als wenig sinnvoll.

Rückwirkungen auf die Einkommensteuereinnahmen

- 16. Seit Januar 2010 sind Beiträge zur Pflegeversicherung voll steuerlich abzugsfähig. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit die Einführung einer Pflegebürgerversicherung zu *Steuerausfällen* bei der Lohn-/Einkommenssteuer führt, die etwaigen Mehreinnahmen im Versicherungssystem gegenüberzustellen sind.
- 17. Wird die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung mit einer *kompensatorischen Reduktion des Beitragssatzes* verknüpft, sind die resultierenden Effekte so gering, dass sie im Rahmen der Modellungenauigkeiten nicht mehr sinnvoll ausgewiesen werden können. Es ist davon auszugehen, dass die Effekte für diesen Fall quasi zu vernachlässigen sind.
- 18. Anders ist dies, wenn die Einführung der Pflegeversicherung bei unverändertem Beitragssatz erfolgt und so Mehreinnahmen generiert werden, die etwa zur Finanzierung der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verwendet werden. Die dann *gestiegenen Beitragszahlungen* reduzieren tatsächlich die Steuereinnahmen. Allerdings ist der Umfang dieser Rückwirkungen vergleichsweise gering. So würden der Modellrechnung zufolge Beitragsmehreinnahmen

im Umfang von 4 Mrd. € zu Steuermindereinnahmen von $\frac{1}{4}$ Mrd. Euro führen. Eine „Gegenfinanzierung“ über die Steuer erfolgt somit nur zu rund einem Sechzehntel.

Verteilungswirkungen

19. Gerechtigkeitslücken in Bezug auf die *horizontale Gerechtigkeit* zeigt die SPV vor allem durch die ungleiche Behandlung verschiedener Einkommensarten und die Abhängigkeit der Höhe der Beitragszahlung von der Verteilung der Einkommen auf die beiden Partner bei Ehepaaren/Lebensgemeinschaften, von denen das Einkommen eines Partners die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet. Durch die Einbeziehung aller Einkommensarten und die Einführung eines Beitragsplittings wird diesen Ungerechtigkeiten in der Pflegebürgerversicherung effektiv entgegengearbeitet.
20. Hinsichtlich der *vertikalen Verteilungswirkungen* zeigen die vorgelegten Berechnungen insgesamt nicht nur eine tendenzielle Entlastung der bislang Sozialversicherten und eine Belastung der bislang Privatversicherten bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung, sondern generell eine Entlastung einkommensschwächerer Haushalte zu Lasten einkommensstärkerer Haushalte. Dies stellt sich bei unterschiedlichen Haushaltstypen numerisch jeweils anders dar, zeigt aber durchgängig die gleiche Tendenz. Durch die Einführung einer Bürgerversicherung würde das Umverteilungselement der Pflegesozialversicherung also gestärkt.

0. Einleitung

Die Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung steht auf dem Prüfstand. In Ihrem Koalitionsvertrag hat die Bundesregierung angekündigt, noch in dieser Legislaturperiode eine Finanzreform der Pflegeversicherung durchzuführen. Hierzu gibt es verschiedene Ansätze, die schon seit Jahren diskutiert werden (vgl. z.B. Rothgang 2004, 2007). Eine viel versprechende Option zur Weiterentwicklung des bestehenden Systems ist die Pflege-Bürgerversicherung (Dräther et al. 2009). Um die Effektivität dieser Option besser beurteilen zu können, ist es aber notwendig, die (para-)fiskalischen Effekte der Einführung einer Bürgerversicherung, ihre Verteilungswirkungen und ihre Auswirkungen auf die Steuereinnahmen zu ermitteln. Die Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen hat daher ein Gutachten zu den finanziellen Auswirkungen einer Pflege-Bürgerversicherung in Auftrag gegeben, das mit diesem Bericht vorgestellt wird.

Im Folgenden soll kurz auf die Ausgangssituation in der Finanzierung der Pflegeversicherung, (Abschnitt 1), den Untersuchungsauftrag (Abschnitt 2), die methodische Vorgehensweise und die verwendeten Daten (Abschnitt 3) und den Aufbau des Gutachtens (Abschnitt 4) eingegangen. Die für die Berechnung etwaig notwendigen Setzungen von Parametern werden dagegen immer an den entsprechenden Stellen in den Berechnungen thematisiert.

1. Problemaufriss

Die Soziale Pflegeversicherung leidet – wie auch die gesetzlichen Krankenversicherung – seit vielen Jahren unter einer strukturellen Einnahmeschwäche (Rothgang/Dräther 2009), die daraus resultiert, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt (vgl. aktuell und für viele Wille 2009; Reiner 2009). Solange auf der Ausgabenseite nur – allein schon demographisch bedingt – steigende Fallzahlen sowie Ausgabenerhöhungen aufgrund einer – sozialstrukturell bedingten – Verschiebung der Pflegeformen hin zu professioneller Pflege zu Buche schlugen, konnte der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung dennoch bis 2008 weitgehend konstant gehalten werden.¹ Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde aber erstmals eine Leistungsdynamisierung der nominal fixierten Versicherungsleistungen beschlossen, die zum Erhalt der Kaufkraft der Versicherungsleistungen allerdings schon lange überfällig war (vgl. hierzu bereits Rothgang/Schmähl

¹ Die Einführung des Zusatzbeitrags für Kinderlose im Jahr 2004 kann natürlich bereits als eine verdeckte Beitragssatzerhöhung angesehen werden.

1995: 155-176 und Rothgang 1997: Kapitel 4). Zu kritisieren ist daher nicht, dass eine Dynamisierung beschlossen wurde, sondern lediglich, dass diese Dynamisierung mittel- und langfristig zu gering ausfällt, um die reale Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen konstant zu halten (vgl. hierzu Rothgang 2008 sowie Rothgang et al. 2009: Kapitel 3). Selbst die beschlossene Leistungsdynamisierung ist aber – gemeinsam mit den demographisch und sozialstrukturell bedingten Ausgabensteigerungen – im derzeitigen System nur bei steigenden Beitragssätzen zu finanzieren. Spätestens für 2014 droht daher die nächste Beitragssatzsteigerung (vgl. Rothgang et al. 2010a: Kapitel 3).

Weiterhin zeigen sich bei der Finanzierung der Pflegeversicherung – weitgehend analog zur Gesetzlichen Krankenversicherung – diverse Ungerechtigkeiten, die sich sowohl auf die horizontale als auch auf die vertikale Gerechtigkeit beziehen (vgl. Rothgang et al. 2010b; Greß/Rothgang 2010). Die Begünstigung der Mitglieder der Privatversicherung ist dabei in der Pflegeversicherung sogar noch deutlicher als im Bereich der Krankenversicherung (vgl. Arnold/Rothgang 2010 sowie Rothgang 2010 und 2011).

Das Konzept der Pflege-Bürgerversicherung will dem entgegenzutreten insbesondere durch

- e) die Ausweitung des versicherungs- und beitragspflichtigen Personenkreises auf die gesamte Bevölkerung,
- f) eine weitergehende Verbeitragung auch anderer Einkommensarten,
- g) einer Einschränkung der beitragsfreien Familienmitversicherung und
- h) einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.²

Allerdings hängen sowohl die fiskalischen Gesamteffekte als auch die Verteilungswirkungen von der *Ausgestaltung* der Konzeption ab, für die mehrere Parameter variiert werden können. Zudem kann auch eine Pflege-Bürgerversicherung zukünftige Beitragssatzsteigerungen nicht verhindern, sondern nur abmildern. Es stellt sich daher die Frage, ob Beitragssatzspitzen im Zeitverlauf durch den Aufbau einer „kollektiven Demographiereserve“ abgefedert werden können.

In dem hier vorgelegten Gutachten, werden daher sowohl die Auswirkungen einer Pflege-Bürgerversicherung (auf Beitragssatzentwicklung, Verteilungswirkungen und steuerliche Effekte) umfassend analysiert als auch Berechnungen zur kollektiven Demographiereserve vorgelegt.

² Vgl. Dräther et al. 2009 sowie insbesondere den Beschluss der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/DIE GRÜNEN der 16. Wahlperiode vom 19.09.2006, „Pflege menschenwürdig gestalten“. Nach dem die Bundesversammlung der Partei im Herbst 2010 für die Bürgerversicherung in der Krankenversicherung die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf den Wert der Rentenversicherung beschlossen hat, erscheint es konsistent, dies auch für das Grundmodell der Grünen Pflegebürgerversicherung anzusetzen.

2. Untersuchungsauftrag

Der Gutachtenauftrag gliedert sich in insgesamt vier verschiedene Teile:

In *Teil 1* werden verschiedene Varianten einer Pflegebürgerversicherung in Bezug auf ihre fiskalische Ergiebigkeit untersucht. Dabei wird aber nicht nur der Effekt zum Umstellungszeitpunkt thematisiert, sondern eine Vorausberechnung bis 2060 vorgenommen. Im Einzelnen werden Berechnungen und Projektionen

- zur Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung nach derzeit geltender Rechtslage (Status quo),
- zur Beitragssatzentwicklung in einer Pflegebürgerversicherung und
- zum Vergleich der differenziellen Effekte von Status quo und Pflegebürgerversicherung

vorgenommen. Dabei werden verschiedene Varianten zu

- der Leistungsdynamisierung und
- den Kosten der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

berücksichtigt.

In *Teil 2* wird eine *kollektive Demographiereserve* modelliert. Hierzu werden zwei Fragestellungen behandelt:

1. Wie hoch müsste der Beitragssatz jetzt angehoben werden, damit er dann bis 2060 konstant bleiben kann, und eine kollektive Demographiereserve zwischenzeitlich aufgebaut und wieder abgebaut wird?
2. Wie lange könnte der Beitragssatz konstant gehalten werden, wenn jetzt eine Beitragssatzerhöhung um x Beitragssatzpunkte erfolgt, wobei für x insgesamt 6 verschiedene Werte eingesetzt werden.

Da die Beantwortung dieser Fragen in erheblichem Ausmaß von dem unterstellten Zinssatz abhängt, mit dem der Kapitalstock verzinst wird, werden auch hierfür verschiedene Szenarien unterstellt.

Seit dem 1.1.2010 sind die Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung vollständig steuerlich abzugsfähig. Jede Erhöhung der Beiträge – sei es durch Anhebung des Beitragssatzes oder aber durch Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage – führt daher zu Steuerausfällen. In *Teil 3* wird deshalb die Höhe dieser vermehrten Steuerausfälle berechnet. Dabei geht es jeweils um den differenziellen Effekt im Vergleich zum Status quo, nicht um den Gesamteffekt der neuen gesetzlichen Regelung. Bei der Berechnung dieses Effektes wird von einer Bürgerversicherung ohne Demographierücklage ausgegangen.

In *Teil 4* werden schließlich die Verteilungswirkungen der Grünen Bürgerversicherung analysiert. Dabei wird untersucht, welche Haushaltstypen durch eine solche Reform be- und entlastet werden und wie viele Personen den entsprechenden Haushaltstypen zuzuordnen wären.

3. Daten und Methoden

Der Vorausberechnung 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 Mitglieder-statistiken dieser beiden Systeme.
- Aufteilung der Gesamtbevölkerung in SPV und PPV bei der Bevölkerungsfortschreibung:
 - Für die Versicherten, die 2010 30 Jahr und älter sind, wird ein Wechsel zwischen SPV und PPV 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 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 angenommen, dass sich der Pflegegeldbezug analog zur Entwicklung des familialen Pflegepotentials verringert. Für die Berechnung des familialen Pflegepotentials werden die demographische Entwicklung, Veränderungen im Erwerbesverhalten, ebenso berücksichtigt wie die Entwicklung der Anteile allein lebender älterer Menschen (vgl. für die Berechnung des Pflegepotentials Rothgang 2004b). In Anlehnung an entsprechende Berechnungen des Pflegepotentials in NRW bis 2040 wird in diesem Gutachten unterstellt, dass die Quote der Pflegegeldempfänger 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 und
 - 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 (verschiedenen Varianten der) 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 als nicht zu hoch gegriffen, weil der Arbeitsmarkt im überwiegenden Teil des Betrachtungszeitraums durch Arbeitskräftemangel gekennzeichnet ist, der tendenziell zu höheren Lohnabschlüssen führen dürfte.

Beitragssatz

- Der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz ergibt sich als Quotient aus den um die Zinseinnahmen reduzierten Ausgaben und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen. Solange die Rücklagen die Mindestreserve übersteigen, wird allerdings an einem konstanten Beitragssatz festgehalten, und werden etwaig entstehende Defizite durch Abschmelzen dieser Rücklage finanziert. Angegeben wird der allgemeine Beitragssatz ohne Zusatzbeitrag für Kinderlose, der für diese jeweils hinzuzaddieren ist.

4. Die Grüne Pflegebürgerversicherung

Das in den Berechnungen als *Grundmodell* der Grünen Bürgerversicherung bezeichnet Modell beruht auf folgenden Merkmalen:

1. Einbeziehung auch der bislang in der PPV versicherten Bürger in eine einheitliche Bürgerversicherung.
2. Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragspflicht. Negative Einkünfte werden nicht berücksichtigt und auch nicht mit anderen Einkünften verrechnet. Alle Einkommen werden in einer Säule mit einer Bemessungsgrenze verbeitragt.
3. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die in der Rentenversicherung (West) geltende Höhe von 5.500 Euro im Monat und Fortschreibung dieser Grenze mit der Lohnentwicklung,

4. Beschränkung der beitragsfreien Mitversicherung auf Kinder und Ehegatten bzw. Lebenspartnerinnen/-partner, die Kinder erziehen und/oder Pflegeleistungen erbringen,
5. Einführung eines Beitragssplittings für die sonstigen bisher beitragsfrei Mitversicherten.

Neben diesem Grundmodell werden nachfolgend zwei *Varianten* untersucht:

- Variante 1: „Nur Ausweitung des Personenkreises“. Hier wird lediglich das erste o.g. Merkmal umgesetzt. Diese Variante soll dazu dienen festzustellen, welcher Anteil des Beitragssatzeffektes auf die Ausweitung des Personenkreises und welcher auf Veränderung der Beitragspflicht zurückzuführen ist.
- Variante 2: „keine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze“. Diesbezügliche Berechnungen dienen dazu, den isolierten Effekt einer BBG-Erhöhung im Kontext einer Bürgerversicherung zu ermitteln. An der Einbeziehung weiterer Einkommensarten und dem Beitragssplitting wird deshalb festgehalten.

5. Aufbau des Gutachtens

Der Aufbau des Gutachtens folgt der Gliederung in die Teile des Gutachtensauftrags. In Teil I werden demnach die Beitragssatzeffekte der Grünen Bürgerversicherung dargestellt, während Teil II die kollektive Demographiereserve untersucht.

I. Beitragssatzeffekte der Grünen Bürgerversicherung

Die projizierte Beitragssatzentwicklung der Pflegeversicherung hängt neben der institutionellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung von der Setzung zentraler Parameter in der Modellrechnung ab (Abschnitt I.1). Auf Basis dieser Festlegungen werden dann die Beitragssatzentwicklung in Sozialen Pflegeversicherung wie sie derzeit besteht (Abschnitt I.2), in der *Pflegebürgerversicherung* (Abschnitt I.3) und die Differenz zwischen beiden (Abschnitt I.4) thematisiert. Daran schließt sich die Analyse der beiden o.g. Varianten der Bürgerversicherung (Abschnitt I.5) und eine sozialpolitische Wertung der Ergebnisse (Abschnitt I.6) an.

1 Festlegung von Parametern und Varianten

Alle nachfolgenden Berechnungen unterstellen, dass die so skizzierte Bürgerversicherung 2010 eingeführt worden wäre und ohne weitere Übergangsfristen wirkt. In der Realität ist dagegen eher von einem graduellen Übergangsprozess auszugehen, der aber mittelfristig auf den hier beschriebenen Entwicklungspfad führt. An dieser Stelle geht es aber ausschließlich um die Ermittlung des potentiellen Effektes eines sofortigen Umstiegs.

Neben den bereits erörterten Festlegungen etwa zur Lohnentwicklung und zum Inanspruchnahmeverhalten müssen für die Modellrechnung insbesondere noch zwei weitere Parameter festgelegt werden: die Leistungsdynamisierung und der Umfang der Mehrausgaben, die die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach sich zieht.

Für die *Leistungsdynamisierung* werden zwei Varianten unterschieden:

- eine inflationsindexierte Leistungsdynamisierung,
- eine Leistungsdynamisierung, bei der zusätzlich noch zwei Drittel der Reallohnsteigerung berücksichtigt wird.

Die erste Variante einer *inflationsindexierten Leistungsdynamisierung* bildet im Wesentlichen die derzeitige Rechtslage ab.³ Wird davon ausgegangen, dass die (Nominal)-Lohnentwicklung in Deutschland die Inflationsrate übersteigt, also Reallohnsteigerungen erfolgen, wird weiterhin unterstellt, dass die Lohnentwicklung im Pflegesektor dem der gesamten Volkswirtschaft entspricht und wird schließlich unterstellt, dass die Lohnkosten als Hauptkomponente der Kosten formeller Pflegeeinrichtungen deren Preis determinieren, so führt diese Variante zu einem permanenten Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen.

Soll die reale Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen dagegen konstant gehalten werden, muss die Dynamisierung der Preissteigerung von Pflegeleistungen entspre-

³ Die ersten drei Sätze des § 30 SGB XI haben derzeit folgenden Wortlaut: „Die Bundesregierung prüft alle drei Jahre, erstmals im Jahre 2014, Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren; dabei ist sicherzustellen, dass der Anstieg der Leistungsbeträge nicht höher ausfällt als die Bruttolohnentwicklung im gleichen Zeitraum. Bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden.“ Die Anpassung ist also *nicht* obligatorisch. Für die Modellrechnungen wird hingegen eine regelmäßige, regelgebundene Anpassung unterstellt. Zudem erfolgt die Anpassung laut SGB XI in einem Dreijahresrhythmus. Für die Modellrechnungen wird dagegen eine jährliche Anpassung unterstellt. Da für den gesamten Betrachtungszeitraum von einer positiven Reallohnentwicklung ausgegangen wird, ist der zweite Halbsatz des Satz 2 nicht weiter von Belang.

chen.⁴ Zwar werden die Preise für Pflegeleistungen zwischen den Kostenträgern und den Anbieterverbänden ausgehandelt und weisen dabei derzeit erhebliche regionale Unterschiede auf (vgl. Augurzky et al. 2008; Rothgang et al. 2009), die den Einfluss der Verhandlungspraxis nahe legen, allerdings ist davon auszugehen, dass die Preise langfristig der Kostenentwicklung folgen. Personalintensive Dienstleistungen unterliegen aber generell der Baumolschen „Kostenkrankheit“ (Baumol 1967; Baumol/Oates 1972): Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte übersteigt deren Kostensteigerung (und damit dann auch die Preissteigerung) regelmäßig die Inflationsrate.

Rund zwei Drittel der Kosten von Pflegeeinrichtungen sind Personalkosten, ein Drittel sind Sachkosten. Um die Kaufkraft konstant zu halten, dürfte für die Sachkosten eine Leistungsdynamisierung gemäß der Inflationsrate ausreichend sein. Für die Personalkosten hingegen muss die Dynamisierung hierzu gemäß der Lohnsteigerung (Bruttostundenlöhne und –gehälter) erfolgen. Angesichts des bereits erkennbaren und in Zukunft verschärft auftretenden Pflegenotstands, insbesondere des Fachkräftemangels, ist davon auszugehen, dass die Lohnentwicklung im Pflegesektor nicht hinter der allgemeinen Lohnentwicklung zurückbleibt.⁵ Eine kaufkrafterhaltende Leistungsdynamisierung erfordert diesen Überlegungen zufolge eine Anpassung gemäß der Formel

$$\text{Leistungsdynamisierung}_{\text{nominal}} = \frac{2}{3} \cdot \text{Nominallohnsteigerung} + \frac{1}{3} \cdot \text{Inflationsrate} \quad (1)$$

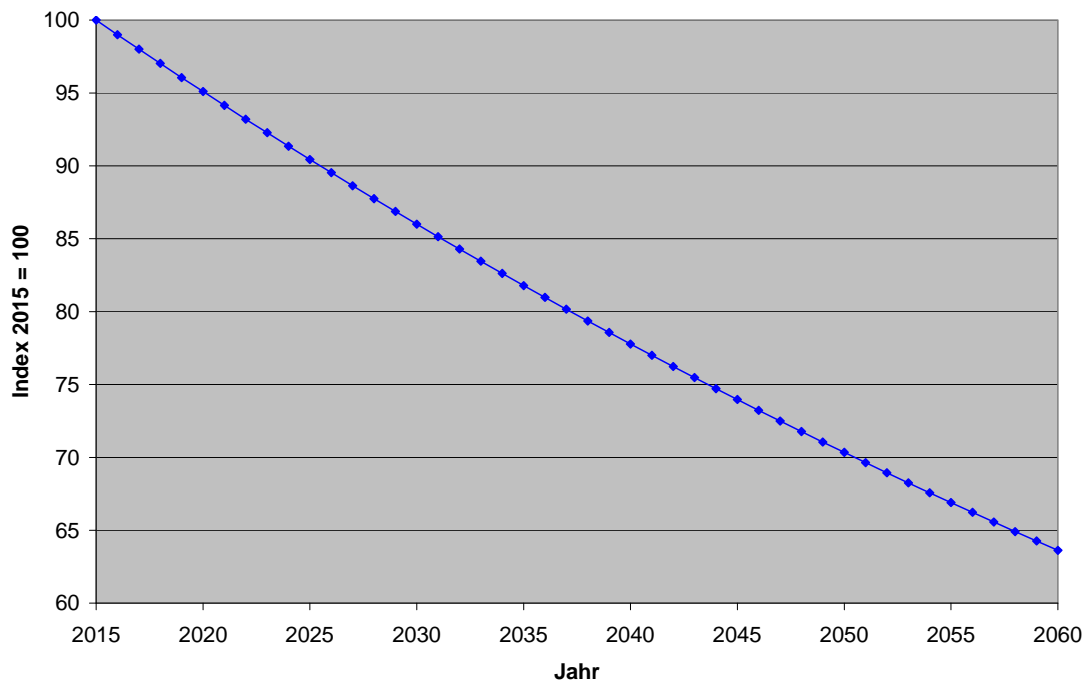
$$\text{Leistungsdynamisierung}_{\text{real}} = \frac{2}{3} \cdot \text{Reallohnsteigerung} \quad (2).$$

Bei der hier unterstellten Reallohnsteigerung von 1,5% per annum führt dies dazu, dass die Pflegeversicherungsleistungen jährlich real um 1 % steigen müssen. Wird umgekehrt an einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung festgehalten, kommt es zu einem Kaufkraftverlust dieser Leistungen, der in Abbildung 1 dargestellt ist. Demnach verringert sich die Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen für formelle Pflege von 2015 bis 2060 um 36 %, also um mehr als ein Drittel, wenn eine lediglich inflationsindexierte Leistungsdynamisierung erfolgt.

⁴ Allerdings verbietet es sich, die Dynamisierung an die tatsächliche Preissteigerung von Pflegeeinrichtungen zu koppeln, da sonst Anreize entstünden, diese Preise anzuheben und so eine Preis-Leistungsdynamisierungsspirale in Gang zu setzen.

⁵ Um eine steigende Zahl von Arbeitnehmern für Pflegetätigkeiten zu gewinnen, werden Maßnahmen ergriffen werden müssen, die die Personalkosten für Pflegekräfte weiter erhöhen. Eine Lohnentwicklung in diesem Sektor oberhalb der allgemeinen Lohnentwicklung ist daher durchaus plausibel, wird hier aber nicht weiter modelliert.

Abbildung 1: Kaufkraftentwicklung bei inflationsindexierter Leistungsdynamisierung



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 2009). Je nach leistungsrechtlicher Ausgestaltung ergeben sich demnach Mehrkosten im Bereich von 0,3 bis 3,6 Mrd. Euro. Bezogen auf die Leistungsausgaben, die sich 2010 auf 20,4 Mrd. Euro beliefen, entspricht das einem Mehrausgabenanteil von annähernd Null bis 18%. Um diese Spannweite abzudecken werden im Folgenden vier Varianten zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs unterschieden, die mit Mehrausgaben von

- 0 %
- 5%
- 10 % und
- 15%

einhergehen und so das Spektrum der erwartbaren Mehrausgaben abdecken. 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.

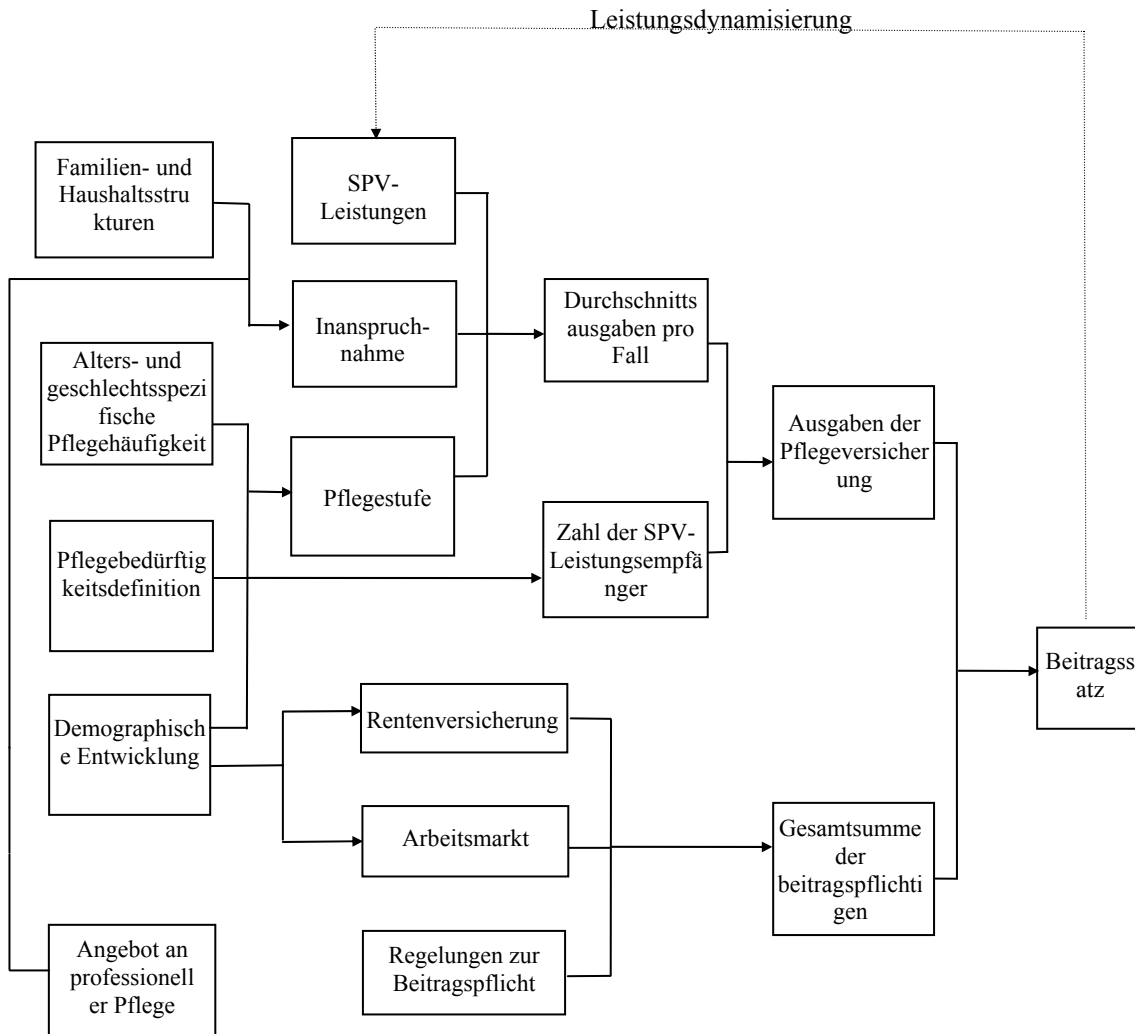
Werden die beiden Szenarien zur Leistungsdynamisierung und die vier Szenarien zu den Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verknüpft, ergeben sich die in Tabelle 1 zusammengefassten 8 Varianten. Die erste Ziffer verweist dabei jeweils auf die Leistungsdynamisierung, die zweite auf die Ausgabenszenarien bei der Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Tabelle 1: Szenarien der Beitragssatzentwicklung

Variante 1: Dynamisierung entsprechend Inflation	
Variante 1.0	Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: 0 %
Variante 1.1	Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: 5 %
Variante 1.2	Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: 10 %
Variante 1.3	Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: 15 %
Variante 2: Kaufkraftstabilisierende Dynamisierung: Inflation + 2/3 der Reallohnsteigerung	
Variante 2.0	Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: 0 %
Variante 2.1	Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: 5 %
Variante 2.2	Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: 10 %
Variante 2.3	Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: 15 %

2 Beitragssatzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im Status quo

Ziel der nachfolgenden Modellrechnungen ist es, Aussagen über die Entwicklung des Beitragssatzes unter verschiedenen Annahmen abzuleiten. Die Hauptdeterminanten der Beitragssatzentwicklung stellt Abbildung 2 schematisch dar. Vorausberechnungen zur Entwicklung des Beitragssatzes müssen demnach in mehreren Schritten erfolgen. Zunächst ist die Zahl und Struktur der Leistungsfälle vorzuschätzen (Abschnitt 2.1). Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Leistungshöhen lassen sich hieraus – in Abhängigkeit von Annahmen zum Inanspruchnahmeverhalten – die zukünftigen Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung projizieren (Abschnitt 2.2). Wird zudem die Einnahmeseite in die Betrachtung einbezogen (Abschnitt 0), so lässt sich der Beitrag als Quotient aus Ausgaben und Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen berechnen und projizieren (Abschnitt 2.4).

Abbildung 2: Determinanten des Beitragssatzes

2.1 Zahl der Pflegebedürftigen

Die Zahl der Leistungsempfänger einer bestimmten Pflegestufe und Pflegeform (N_{kl}) ergibt sich für ein gegebenes Jahr gemäß Gleichung (3) als Summe der Produkte von – nach Alter, Geschlecht, Pflegestufe und Pflegeleistung gegliederten – Pflegehäufigkeiten (P_{ijkl}) mit der jeweiligen Bevölkerungszahl (A_{ij}).

$$N_{kl} = \sum_i \sum_j P_{ijkl} \cdot A_{ij} \quad (3)$$

mit $i = 1, 2$ Geschlecht
 $j = 1, \dots, 100$ Alter

$k = 1, 2, 3$ Pflegeleistung⁶
 $l = 1, 2, 3$ Pflegestufe.

Bei der Modellrechnung handelt es sich somit um eine Status quo-Projektion, bei der insbesondere die im Querschnitt erhobenen Pflegehäufigkeiten im Grundmodell zunächst als im Zeitverlauf konstant unterstellt werden. Die Gesamtzahl der Leistungsempfänger ergibt sich gemäß Gleichung (4) als Summe der Leistungsempfänger über alle Pflegestufen und Pflegeformen.

$$N = \sum_k \sum_l N_{kl} \quad (4).$$

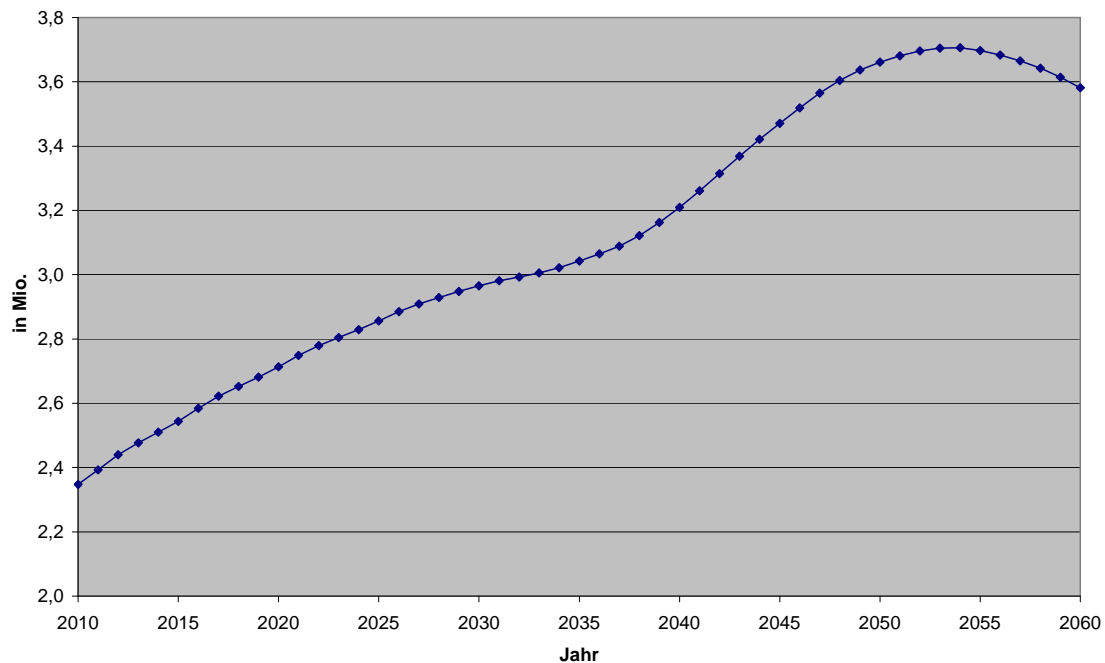
Für diese Berechnungen werden Informationen über die zukünftige Bevölkerungsentwicklung und über die Pflegehäufigkeiten verwendet. Die nach Alter, Geschlecht und Pflegestufen differenzierten Pflegehäufigkeiten werden für die Projektion über den gesamten Projektionszeitraum hinweg konstant gehalten. Lediglich zwischen den Leistungsarten wurde eine Verschiebung derart modelliert, dass sich die Prävalenzen für Pflegegeld in jedem Jahr um 1 % der Vorjahreswerte reduzieren und die entsprechenden Pflegebedürftigen anteilig auf Pflegesachleistungs- (25 %) und Kombinationsleistungsbezug (25 %) sowie stationäre Pflege (50 %) verteilt werden. Die verwendeten Daten zur Bevölkerungsvorausberechnung wurden in Einklang mit den Annahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (untere Grenze der mittleren Bevölkerungsentwicklung) zur Migration, Mortalität und Fertilität unter Berücksichtigung der „Startwerte“ der SPV berechnet.⁷ Gemäß diesen Daten wird die SPV-Bevölkerung im Betrachtungszeitraum von 70 Mio. im Jahr 2010 auf 55,3 Mio. im Jahr 2060 um insgesamt 21 % des Ausgangswertes sinken.

Unter Rückgriff auf die Pflegehäufigkeiten und die Bevölkerungsvorausberechnung lässt sich die Zahl Pflegebedürftigen in der SPV vorausberechnen. Wie Abbildung 3 zeigt, steigt die Zahl der Leistungsempfänger von 2,3 Mio. im Jahr 2010 auf 3,7 Mio. im Jahr 2054 um insgesamt 58 % an, um dann bis 2060 wieder leicht auf 3,6 Mio. zurückzugehen.

⁶ Da einige Leistungsarten kumuliert werden können, kommt es hierbei zu einer leichten Überschätzung der Zahl der Pflegebedürftigen. Dieser „Fehler“ lag 2010 bei rd. 30 Tsd. Pflegebedürftigen. Allerdings können die Ausgaben so präziser abgeschätzt werden, da bei einer solchen Fallstatistik nunmehr eine einfache Addition der Ausgaben möglich ist.

⁷ Die 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bezieht sich auf die gesamte Bevölkerung, die sich in Alters- und Geschlechterzusammensetzung von den Versicherten in der SPV unterscheidet. Es war daher notwendig, ein eigenes Bevölkerungsmodell zu entwerfen, das aber auf den Annahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung beruht.

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der Sozialen Pflegeversicherung



Damit liegt die Zahl der vorausgerechneten Pflegedürftigen deutlich unter dem vom BMG errechneten Wert, der für 2050 bei 4,37 Millionen liegt (BMG 2011: 16). Der Hauptgrund hierfür liegt darin, dass das BMG bei seiner Vorausberechnung die derzeitige Altersverteilung von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung als konstant unterstellt, während in den hier vorgenommenen Berechnungen berücksichtigt wird, dass die Bevölkerungsalterung in einem deutlich stärkeren Maße in der PPV zu erwarten ist (vgl. hierzu ausführlich Abschnitt I.3.1).

2.2 Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung

Für die Vorausberechnung der Ausgaben müssen die Pflegefälle mit den Ausgaben für die jeweilige Leistungsart und Pflegestufe multipliziert werden. Die Leistungshöhen der Kernleistungen können dabei direkt aus dem SGB XI entnommen werden. Für die Kombinationsleistungen, deren Pflegegeld- und Sachleistungsanteile individuell bestimmt werden können, wurde dabei eine durchschnittliche Quote von 60 % Sachleistungs- und 40 % Geldleistungsanspruchnahme angesetzt. Die verwendeten Beträge können Tabelle 2 entnommen werden. Die Werte beziehen sich dabei jeweils auf das Startjahr 2010. Da alle Einnahmen- und Ausgabenwerte in Preisen von 2010 angegeben werden, wurden die Werte für die Jahre 2011 deflationiert, wobei eine Inflationsrate von

1,0 % zugrunde gelegt wurde. Ab dem Jahr 2015 wurden dann die jeweiligen Varianten der Leistungsdynamisierung verwendet. Die bereits beschlossene, 2012 in Kraft getretene 3. Stufe der Leistungsdynamisierung, die in der Tabelle in Klammern angegeben sind, wurde natürlich berücksichtigt. Aufgrund der berücksichtigten Deflationierung liegen die verwendeten Werte aber unterhalb der absoluten im SGB XI genannten Werte.

Tabelle 2: Leistungshöhen pro Monat

Pflegesachleistung	Pflegestufe I: 440 (450) Pflegestufe II: 1.040 (1.100) Pflegestufe III: 1.510 (1.550) Härtefall: 1.918 (1.918)
Pflegegeld	Pflegestufe I: 225 (235) Pflegestufe II: 430 (440) Pflegestufe III: 685 (700) Härtefall: -
Kombination aus Sach- und Geldleistung	Jeweils $0,6 * \text{Pflegesachleistung} + 0,4 * \text{Pflegegeld}$
Kurzzeitpflege	Pflegestufe I: 1.510 (1.550) Pflegestufe II: 1.510 (1.550) Pflegestufe III: 1.510 (1.550) Härtefall: 1.510 (1.550)
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	Pflegestufe I: 256 (256) Pflegestufe II: 256 (256) Pflegestufe III: 256 (256) Härtefall: 256 (256)
Vollstationäre Pflege	Pflegestufe I: 1.023 (1.023) Pflegestufe II: 1.279 (1.279) Pflegestufe III: 1.510 (1.550) Härtefall: 1.825 (1.918)

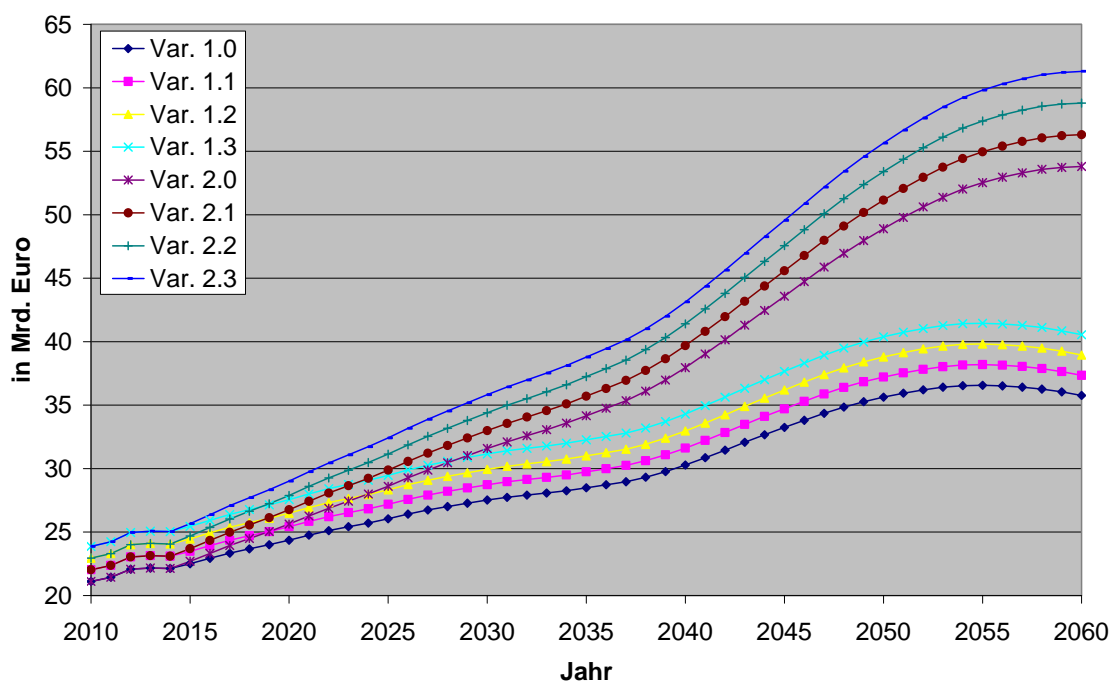
Die übrigen Ausgabenarten wurden durch die Zahl der jeweils betroffenen Nutzer dividiert, um so einen Pro-Kopf-Wert zu erhalten, um die Ausgaben entlang der demographischen Entwicklung fortschreiben zu können (Tabelle 3).

Abbildung 4 zeigt die resultierenden Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für die 8 Varianten zur Leistungsdynamisierung und zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Wie die Abbildung zeigt, hängt die Entwicklung der Ausgaben insbesondere davon ab, wie die Leistungen der Pflegeversicherung dynamisiert werden.

Tabelle 3: Berechnung der Pro-Kopf-Ausgaben für weitere Ausgabenarten

Verhinderungspflege	$\frac{\text{Ausgaben Verhinderungspflege}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger Verhinderungspflege}_{2010}}$
Tages- und Nachtpflege	$\frac{\text{Ausgaben Tages – und Nachtpflege}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger Tages – und Nachtpflege}_{2010}}$
Pflegehilfsmittel	$\frac{\text{Ausgaben Pflegehilfsmittel}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger Gesamt}_{2010}}$
Technische Hilfsmittel	$\frac{\text{Ausgaben Technische Hilfsmittel}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger Gesamt}_{2010}}$
Beiträge für Pflegeperson	$\frac{\text{Ausgaben Soziale Sicherung Pflegeperson}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger Pflegegeld}_{2010}}$
Zusätzliche Betreuungsleistungen	$\frac{\text{Ausgaben Zusätzliche Betreuungsleistungen}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger Sach + Geld + Kombi}_{2010}}$
Verwaltungskosten	$\frac{\text{Ausgaben Verwaltung}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger Gesamt}_{2010}}$
Stationäre Vergütungszuschläge (§ 87b SGB XI)	$\frac{\text{Ausgaben für stationäre Vergütungszuschläge}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger stationäre Pflege}_{2010}}$
Pflegeberatung (§ 7a SGB XI)	$\frac{\text{Ausgaben Verwaltung}_{2010}}{\text{Leistungsempfänger Sach + Geld + Kombi}_{2010}}$

Abbildung 4: Entwicklung der Ausgaben in der Sozialen Pflegeversicherung



Unter der hier abgebildeten Annahme einer jährlichen Bruttolohnsteigerung von real 1,5 % sind die Ausgaben der Pflegeversicherung bei der kaufkraftstabilisierenden Dynamisierung (Varianten 2.x) am Ende des Betrachtungszeitraums daher um gut die Hälfte höher als bei der jeweiligen bloß inflationsindexierten (Variante 1.x).⁸

2.3 Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung

Die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen der SPV (*GS*) ergibt sich aus der Summe der Anzahl der Beitragszahler (*M*) multipliziert mit ihrem jeweiligen beitragspflichtigen Einkommen (*bpE*). Zusätzliche Einnahmen ergeben sich aus den Zinserträgen für die Rücklage.

$$GS = \sum_i M_i \cdot bpE_i \quad (5).$$

Sowohl auf die Zahl der Beitragszahler (Abschnitt 2.3.1) als auch auf deren beitragspflichtige Einnahmen (Abschnitt 2.3.2) wird nachstehend kurz eingegangen. Zudem wird die Berechnung der Rücklage und der Zinserträge (Abschnitt 2.3.3) thematisiert.

2.3.1 Zahl der Beitragszahler

Zu den Einnahmen tragen Erwerbstätige, Rentner, Arbeitslose und sonstige Mitglieder mit ihren jeweiligen beitragspflichtigen Einkommen bei. Ausgangspunkt der diesbezüglichen Berechnung ist die demographische Entwicklung der in der SPV versicherten Bevölkerung (SPV-Bevölkerung). Diese wird in drei Altersklassen eingeteilt:

- Altersklasse 1: Personen im Alter von 15 bis zur Regelaltersgrenze der Rentenversicherung
- Altersklasse 2: Personen im Alter von der Regelaltergrenze bis 74 Jahre
- Altersklasse 3: Personen im Alter von mindestens 75 Jahren.

Die Regelaltersgrenze wird dabei in der Projektion entsprechend der „Riester-Treppe“ von zunächst 65 Jahren schrittweise auf 67 Jahre angehoben.

⁸ Je nach betrachteten Variante zu den Umsetzungskosten der Pflegebedürftigkeitsbegriffs übersteigen die Ausgaben in Variante 2.x die in Variante 1 um zwischen 50,5 % und 51,2 %.

Gemäß den im Anhang angegebenen Potentialerwerbsquoten des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit, wird aus den ersten beiden Altersklassen das Erwerbspersonenpotential ermittelt, das dann dem Arbeitsangebot gleich gesetzt wird.⁹ Hierbei werden die variablen Potentialerwerbsquoten verwendet, die im Zeitverlauf insbesondere einen Anstieg der Erwerbsquoten für Frauen und ältere Arbeitnehmer unterstellen.

Für die Altersklasse 1 ist für die verbleibenden Personen noch zwischen Mitversicherten und Sonstigen Beitragszahlern zu unterscheiden. Zur Berechnung der Zahl der Sonstigen Beitragszahler wird ein fester Anteilswert der anderen Beitragszahler (Beschäftigte, Arbeitslose, Rentner) verwendet, der im Zeitverlauf konstant gehalten wird. Für die Altersklasse 2 wird unterstellt, dass alle Nicht-Erwerbspersonen Rentner sind und die Personen in Altersklasse 3 werden ausnahmslos als Rentner klassifiziert.

$$\text{Erwerbspersonen} = \sum_{i=15}^k \sum_j EQ_{ij} \cdot A_{ij} \quad (6)$$

$$\text{Rentner} = \sum_{i=k}^{100} \sum_j (1 - EQ_{ij}) \cdot A_{ij} \quad (7)$$

$$\text{Sonstige Mitglieder} = \sum_{i=1}^k \sum_j SQ_{ij} \cdot A_{ij} \quad (8)$$

mit:

EQ_{ij} = Potentialerwerbsquote für Alter i und Geschlecht j

SQ_{ij} = Anteil der Sonstigen Mitglieder an der Summe aus Erwerbspersonen und Rentnern

A_{ij} = Zahl der SPV-Versicherten im Alter i und mit Geschlecht j

k = Regelaltersgrenze und

$EQ_{ij} + SQ_{ij} < 1$ für $i = 15, 16, \dots, k$ und beide Geschlechter ($j = 1, 2$).

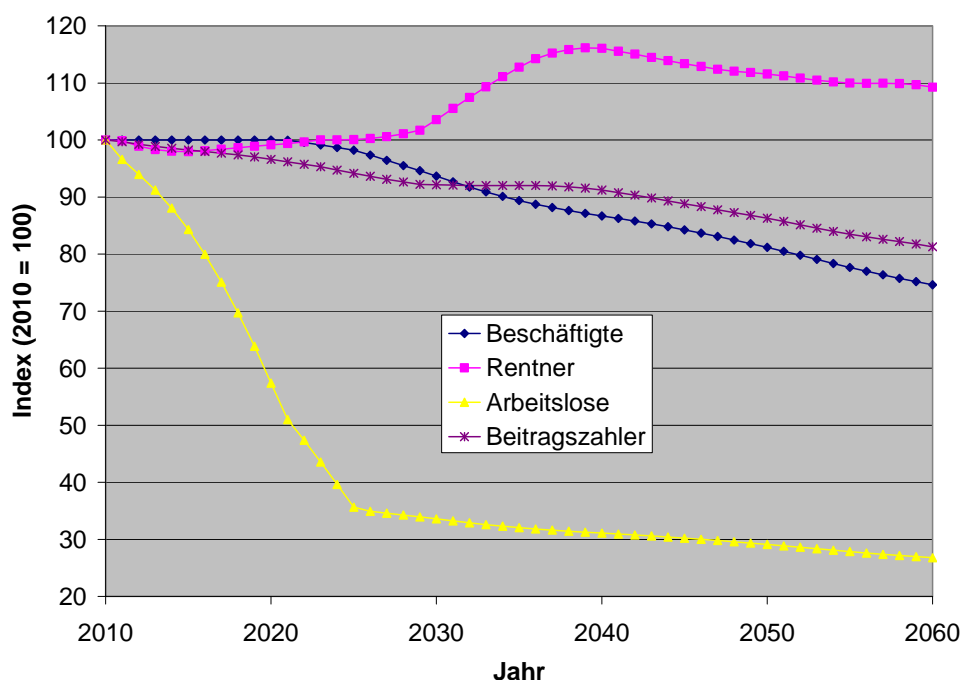
⁹ Bei genauer Betrachtung wäre hiervon noch die „Stille Reserve“ abzuziehen. Allerdings hat diese Kategorie in der letzten Dekade bereits deutlich an Bedeutung verloren. Angesichts einer für die Zukunft zu erwartenden Arbeitskräfteknappheit, ist davon auszugehen, dass diese Kategorie in Zukunft weiter an Bedeutung verlieren wird. Sie wird hier deshalb nicht modelliert. Die Vorausberechnung des IAB reicht nur bis 2050. Für den Zeitraum bis 2060 werden konstante Potentialerwerbsquoten entsprechend des Wertes aus 2050 angenommen. Die Potentialerwerbsquoten liegen dabei in Altersgruppen vor, die für die Modellierung in Einjahres Altersklassen interpoliert wurden.

Erwerbspersonen werden wiederum in Erwerbstätige und Erwerbslose unterschieden. Dazu wird ein einfaches Arbeitsmarktmodell verwendet, das die Beschäftigtenzahl als Minimum von Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage ermittelt unter Berücksichtigung einer Sockelarbeitslosenquote von 4 %, die auf friktionale Arbeitslosigkeit und „mismatch“ auf dem Arbeitsmarkt zurückzuführen ist.¹⁰

$$\text{Beschäftigtenzahl} = \min(0,96 * \text{Arbeitsangebot}; \text{Arbeitsnachfrage}) \quad (9).$$

Da der Arbeitsmarkt derzeit durch einen Arbeitskräfteangebotsüberschuss gekennzeichnet ist, wird die aktuelle Beschäftigtenzahl als Ausdruck der Arbeitsnachfrage interpretiert und für die Dauer der Projektionszeit als konstant unterstellt. Die Anzahl der Erwerbstätigen wird dabei den Daten des Mikrozensus für das Jahr 2009 entnommen.¹¹ Da die Daten des Mikrozensus die Gesamtbevölkerung abbilden, wird der gemeldete Wert mit dem Anteil der SPV-Versicherten im Alter von 15-65 Jahren an der Gesamtbevölkerung derselben Altersgruppe multipliziert. Die Arbeitsnachfrage wird für die Zukunft als konstant angenommen, der ermittelte Wert wird demnach für alle weiteren Jahre des Prognosezeitraums angenommen.

Abbildung 5: Entwicklung der Zahl der Beitragszahler in der SPV



¹⁰ Die jeweils „kürzere Marktseite“ bestimmt also das Transaktionsvolumen, wobei eine sektorale Unterscheidung oder eine Unterscheidung nach verschiedenen Qualifikationsniveaus an dieser Stelle nicht vorgenommen werden kann.

¹¹ Die Berechnungen werden jeweils getrennt für die männlichen wie für die weiblichen Erwerbspersonen vorgenommen.

Abbildung 5 zeigt wie sich die Zahl der Beitragszahler in den einzelnen Beitragszahlergruppen in der Sozialen Pflegeversicherung entwickelt. Der Ausgangswert wurde dabei gleich 100 gesetzt, um die Entwicklung so vergleichbar zu machen. Die Abbildung zeigt, dass sich die Zahl der beitragspflichtigen Beschäftigten im Betrachtungszeitraum um rund ein Viertel reduziert. Da gleichzeitig aber die Zahl der ebenfalls beitragspflichtigen Rentner steigt, ist der Rückgang der Beitragszahlerzahl insgesamt etwas geringer und liegt bei unter 20 %.

2.3.2 Beitragspflichtige Einnahmen

Die beitragspflichtigen Einkommen pro SPV-Mitglied werden aus den Daten des Sozio-ökonomischen Panels für 2007 berechnet und dann anhand der Produktivitätsentwicklung auf das Jahr 2010 hochgerechnet. Tabelle 4 enthält die verwendeten Startwerte für 2010.

Tabelle 4: Beitragspflichtige Einnahmen pro Mitglied und Jahr für 2010

Erwerbstätige		Arbeitslose		Rentner		Sonstige Mitglieder	
Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
28.348	20.225	17.412	13.213	15.076	11.185	17.784	14.308

Diese Werte stimmen gut mit anderen in der Literatur genannten Werten überein. So verwendet Niehaus (2010: 28) für 2008 (ohne Geschlechterdifferenzierung) Werte von 23.910 € für Beschäftigte und 11.909 € für Rentner.¹²

Für die Beschäftigten wird dieser Wert mit der durchschnittlichen Produktivitätsentwicklung der letzten 20 Jahre fortgeschrieben, da unterstellt wird, dass die Lohnentwicklung langfristig der Produktivitätsentwicklung folgt und sich diese in Zukunft im Wesentlichen wie in der Vergangenheit entwickelt. Die gleiche Steigerungsrate wird auch für Arbeitslose und Sonstige Mitglieder zugrunde gelegt. Bei den Rentnern wird dagegen zusätzlich zur Lohnsteigerung der Nachhaltigkeitsfaktor berücksichtigt. Dieser führt dazu, dass die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner im Projektionszeitraum um 91 % steigen, die der anderen Beitragszahlergruppen hingegen um 111 %.

¹² Arbeitslose und sonstige Mitglieder werden im Modell von Niehaus nicht berücksichtigt.

2.3.3 Rücklagen und Zinserträge

Einen weiteren Teil der Einnahmen stellen die Zinserträge dar, die sich aus den Rücklagen generieren. Für das Jahr 2009 beläuft sich die Rücklage auf 4,8 Mrd. Euro. Für die Fortschreibung wird zur bestehenden jedes Jahr der Beitrag addiert, der sich aus der Differenz von Einnahmen und Ausgaben der SPV ergibt

$$Rücklage_t = Rücklage_{t-1} + (Einnahmen_t - Ausgaben_t) \quad (10).$$

Sobald die laufenden Einnahmen die Aufgaben nicht mehr decken, wird die Rücklage bis zur Mindestrücklage abgeschmolzen. Diese muss nach § 64 Abs. 2 SGB XI mindestens eine halbe Monatsausgabe betragen. Danach wird der Beitragssatz stets so gewählt, dass die Rücklage exakt der Mindestrücklage entspricht.

2.4 Entwicklung des Beitragssatzes

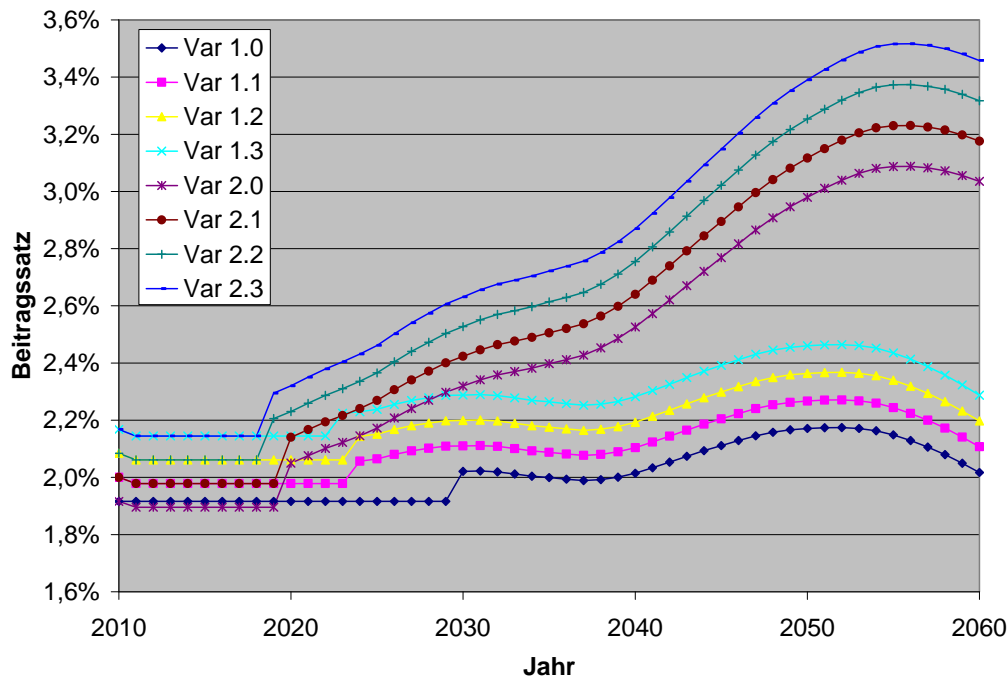
Der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung kann nun als Quotient der um die Zinseinnahmen verminderten Ausgaben und der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen berechnet werden. Das Modell ergibt für 2010 einen solchen Beitragssatz von 1,896 Beitragssatzpunkten – tatsächlich lag der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz 2010 bei 1,9164.¹³ Zur Kalibrierung wird daher ein Korrekturfaktor von 1,01095 verwendet, der sich als Quotient des tatsächlichen und des errechneten Beitragssatzes ergibt. Mit einer Korrektur von nur 1% bildet das Modell die Realität damit sehr gut ab. Bei dem hier angegebenen Beitragssatz handelt es sich immer um den allgemeinen Beitragssatz ohne den Zusatzbeitragssatz für Kinderlose. Entsprechend muss er bei der Betrachtung der Entwicklung immer auch mit dem derzeitigen allgemeinen Beitragssatz von 1,95 Beitragssatzpunkten verglichen werden.

Abbildung 6 zeigt die Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung. Die unterste Linie repräsentiert dabei die Variante 1.0, die sich auf den Status quo, d.h. eine Situation ohne Implementation des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (bzw. einer kostenneutralen Einführung) und bei einer Leistungsdynamisierung in Abhängigkeit von der Inflation (vgl. Tabelle 1), bezieht. Letzteres entspricht im Wesentlichen der geltenden Rechtslagen, die allerdings eine Anhebung in 3-Jahres-Schritten vorsieht. Wie die Abbildung (unterste Linie) zeigt, kann der Beitragssatz im Wesentlichen über

¹³ Dieser Wert ergibt sich wenn der gesetzliche fixierte Beitragssatz von 1,95 Beitragssatzpunkten für 2010 um den in diesem Jahr erzielten Überschuss bereinigt wird.

den gesamten Betrachtungszeitraum konstant gehalten werden und erreicht im Jahr 2052 sein Maximum mit einem Wert von 2,2 Beitragssatzpunkten. Dieser Wert liegt sogar noch deutlich unter dem vom BMG unter gleichen Dynamisierungsannahmen berechneten Wert von 2,8 Beitragssatzpunkten für 2050.

Abbildung 6: Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung



Wird der Pflegebedürftigkeitsbegriff so umgesetzt, dass daraus Mehrkosten resultieren, erhöht sich der Beitragssatz entsprechend. So ergibt die *Variante 1.3*, bei der Mehrausgaben von 15% unterstellt werden, für das Jahr 2052 einen Beitragssatz von 2,5 Beitragssatzpunkten.

Eine deutliche Beitragssatzsteigerung zeigt sich dagegen bei einer kaufkraftstabilisierenden Dynamisierung (Variante 2.x). Da in dieser Modellrechnung durchgängig eine Reallohnsteigerung von 1,5 % pro Jahr und – gemäß der verwendeten Dynamisierungsformel – dann eine reale Leistungsdynamisierung von 1 % pro Jahr unterstellt wird, ergeben sich hierbei deutliche Beitragssatzeffekte. Der maximale Beitragssatz liegt nun bei 3,1 Beitragssatzpunkten in Variante 2.0 und bei 3,5 Beitragssatzpunkten in Variante 2.3. Er wird zudem später, nämlich erst 2056 erreicht. Zu beachten ist zudem, dass diese Modellrechnung davon ausgeht, dass die strukturelle Einnahmeschwäche überwunden wird und es etwa keine Abwanderung zahlungsstarker Versicherter in die PPV gibt.

3 Beitragssatzentwicklung im Grundmodell der Pflegebürgerversicherung

Die Grüne Pflegebürgerversicherung ist durch eine Ausweitung des in der Sozialversicherung versicherungspflichtigen Personenkreises und eine erweiterte Beitragsbemessungsgrundlage gekennzeichnet. Gegenüber dem Status quo ergeben sich daher Veränderungen bei der Zahl der Pflegebedürftigen (3.1) und den Ausgaben (3.2), die jeweils auf die größere Zahl der in der Sozialversicherung Versicherten zurückzuführen sind, sowie den Einnahmen (3.3) aufgrund der erhöhten Zahl an Beitragszahlern und der erweiterten Bemessungsgrundlage. In Abschnitt 3.4 wird dann die sich unter Berücksichtigung dieser Veränderungen ergebende Beitragssatzentwicklung dargestellt.

3.1 Zahl der Pflegebedürftigen

Im hier dargestellten Modell wird die Bürgerversicherung aus den bisherigen Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung gebildet (Tabelle 5). Auf Sondersysteme wie die freie Heilsfürsorge der Polizei wurde hierbei nicht eingegangen. Tatsächlich ist die resultierende Bevölkerungszahl geringer als die vom Statistischen Bundesamt für Deutschland angegebene Bevölkerungszahl. Selbst wenn die Unversicherten, deren Zahl auf etwa 0,2 Mio. geschätzt wird und die Zahl der in Sondersystemen abgesicherten Bevölkerung hinzuaddiert wird, liegt der resultierende Wert nur bei rund 80 Mio. und damit um 2 Mio. unterhalb der derzeit in der amtlichen Statistik ausgewiesenen Bevölkerungszahl.

Tabelle 5: Zahl der in der Pflegeversicherung Versicherten in Mio. im Jahr 2010

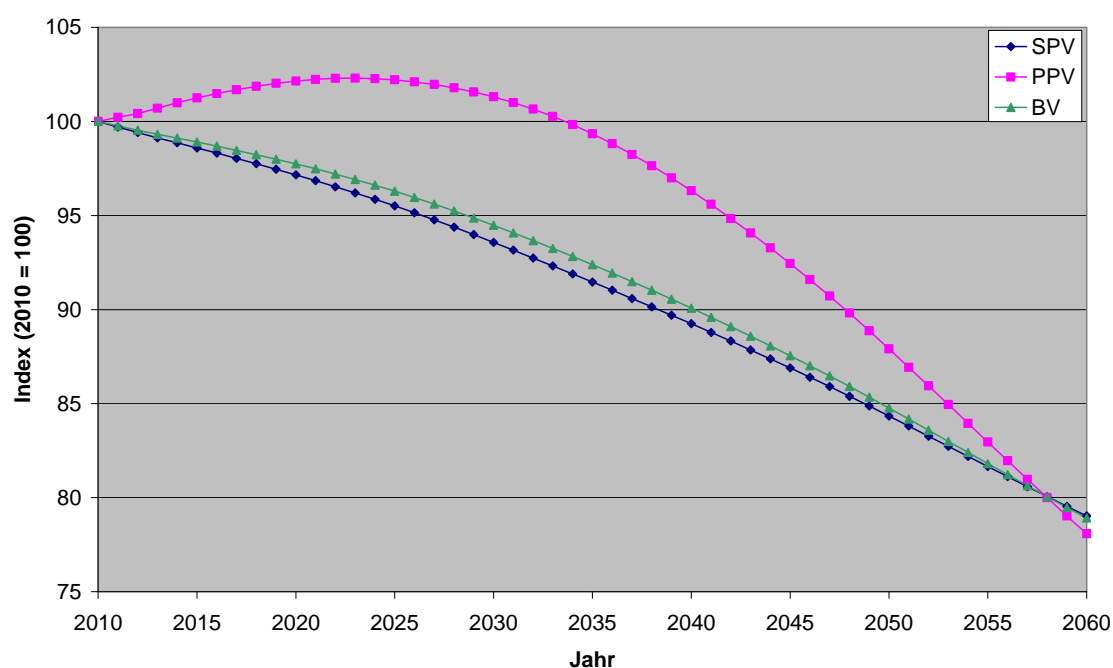
Jahr	(1) Soziale Pflegeversicherung	(2) Private Pflegepflichtversicherung	(3) = (1) + (2) Bürgerversicherung
2010	70,032	9,307	79,339

Da die Bevölkerungszahlen in der Versichertenstatistik und der amtlichen Bevölkerungsstatistik so weit auseinander liegen, musste eine Entscheidung getroffen werden, welchen Zahlen gefolgt wird. In dieser Arbeit wird dabei der Versichertenstatistik gefolgt, weil diese auf zahlungsrelevanten Daten beruht, die für die Frage der Beitragssatzentwicklung bedeutsam sind. Zudem wird im Zusammenhang mit dem aktuellen Zensus diskutiert, dass die veröffentlichten Bevölkerungszahlen durch den Zensus nach

unten korrigiert werden könnten, so dass es auch diesem Grund sinnvoll erscheint, die niedrigeren Zahlen der Versichertenstatistik zu verwenden.

Abbildung 7 stellt dar, wie sich die Bevölkerungszahl entwickelt. Der Wert für 2010 ist dabei mit einem Indexwert von 100 gleichgesetzt. Wie die Abbildung zeigt, steigt die Zahl der PPV-Versicherten zunächst noch, sinkt dann aber ebenfalls ab, so dass der Bevölkerungsumfang bis 2060 in SPV und PPV um gut 20 % abgenommen hat. Der unterschiedliche Verlauf ist zum einen auf die unterschiedliche Altersstruktur der beiden Versichertenkollektive zurückzuführen (vgl. Rothgang 2011) zum anderen aber auch auf die unterschiedlichen Mortalitätsraten (vgl. Arnold/Rothgang 2010). Für die Bürgerversicherung ergibt sich dann der mittlere Verlauf mit einem – im Vergleich zur SPV – zunächst etwas geringfügigeren Rückgang der Versicherten.

Abbildung 7: Bevölkerungsentwicklung im Vergleich zum Basisjahr 2010



Zur Berechnung der Zahl der Pflegebedürftigen wurden für SPV und PPV die jeweiligen Prävalenzraten verwendet.¹⁴

¹⁴ Vgl. hierzu die entsprechenden Anhangtabellen, in denen differenzierte Prävalenzraten angegeben sind.

Abbildung 8: Prävalenzraten für Männer

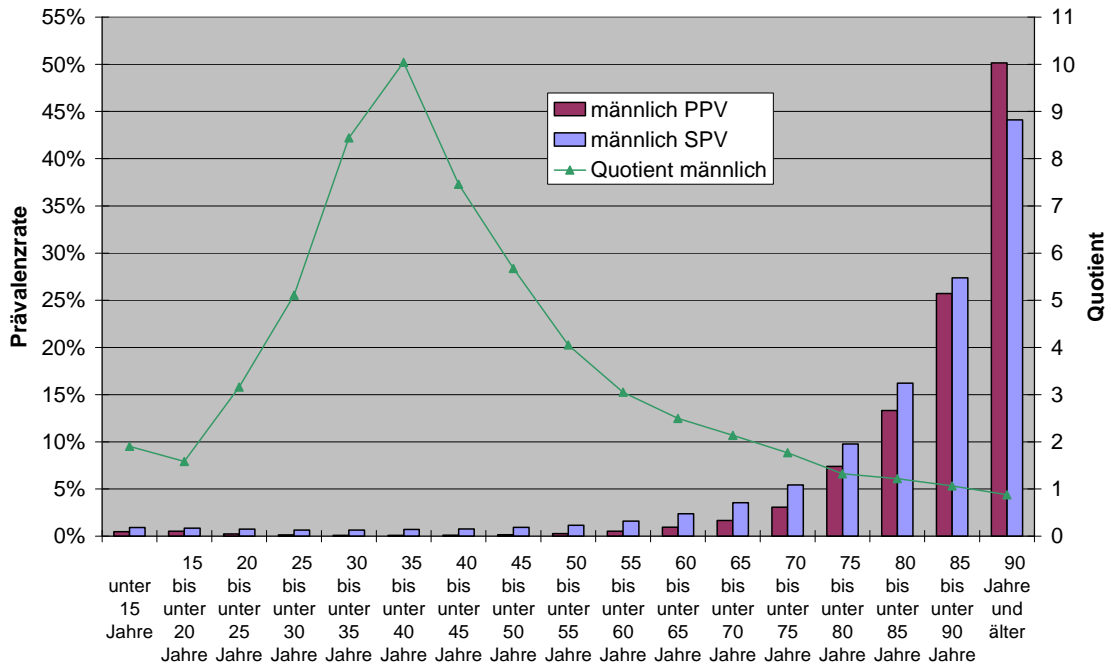


Abbildung 9: Prävalenzraten für Frauen

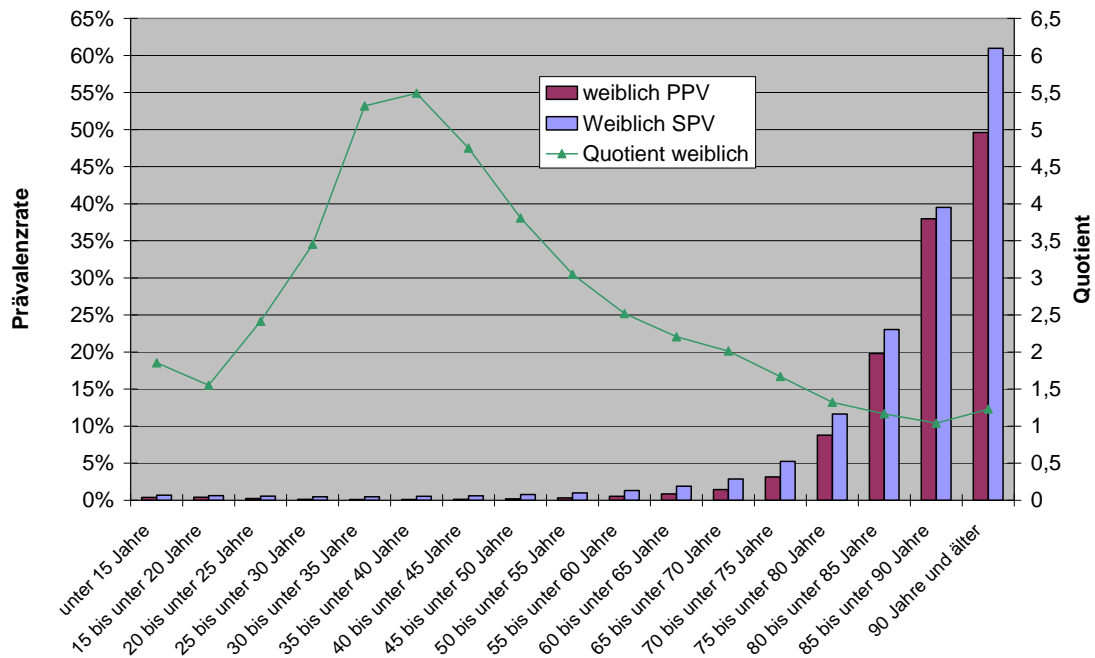


Abbildung 8 und Abbildung 9 zeigen die verwendeten Prävalenzen für Männer und Frauen sowie einen Quotienten aus den SPV- und PPV-Prävalenzen, um so die Unterschiede zwischen den beiden Versichertenkollektiven deutlich zu machen (vgl. hierzu auch Rothgang 2010 und 2011). Bei den Frauen sind die altersspezifischen Prävalenzen der SPV-Versicherten in allen Alterskategorien höher als die der PPV-Versicherten – bei den Personen im erwerbsfähigen Alter um ein Mehrfaches. Bei Personen im höheren Alter ist dieser Unterschied deutlich geringer.

Dies dürfte nicht zuletzt daran liegen, dass in diesen Altersstufen noch viele Personen enthalten sind, die als Angehörige der ehemaligen Post und Bahn der Privaten Pflegepflichtversicherung zugeordnet wurden. Bei den Männern sind die Unterschiede zwischen SPV und PPV in jüngeren Jahren sogar noch ausgeprägter, nehmen dann aber noch stärker ab, so dass die Prävalenz in der höchsten Alterskategorie bei der SPV sogar über der in der PPV liegt. Dies kann aber möglicherweise auch schon (zu) geringen Fallzahlen in der PPV geschuldet sein.

Neben den unterschiedlichen altersspezifischen Prävalenzen sind die Unterschiede in der Lebenserwartung zu berücksichtigen. Den Berechnungen zugrunde gelegt wurden für die SPV die Annahmen der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes für die SPV und die Angaben der Bundesagentur für Finanzdienstleistungen (BaFin) für die PPV.

Schließlich ist die unterschiedliche Altersstruktur in SPV und PPV zu beachten. Abbildung 10 zeigt den Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen. Insgesamt sind dabei 11,8 % der Bevölkerung in der PPV-Versicherten. Bei den Personen im erwerbsfähigen Alter sind es dagegen über 14 %, bei den 70jährigen und älteren dagegen nur 8 %. Die Altenbevölkerung ist daher innerhalb der PPV-Versicherten deutlich unterrepräsentiert.

Allerdings wird sich das im Zeitverlauf ändern. Abbildung 11 zeigt, wie sich die Altersstruktur der PPV-Versicherten innerhalb von 20 Jahren ändert. Die heute überrepräsentierten 35-65-jährigen kommen in ein entsprechend höheres Alter, so sich der „Buckel“ der überrepräsentierten Jahrgänge nach rechts verschiebt. Deutlich wird zudem der Effekt der unterschiedlichen Lebenserwartung. So liegt der PPV-Anteil bei den 85-90jährigen mit mehr als 17 % im Jahre 2030 sogar noch höher als der Anteil der 65-70-jährigen 20 Jahre zuvor. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Sterblichkeit in hohen Alterklassen bei den PPV-Versicherten deutlich niedriger ist. Abbildung 12 entspricht Abbildung 10 – nur für das Jahr 2040. Bei einem insgesamt kaum erhöhtem Versichertenanteil ist der Anteil bei den über 80-jährigen doppelt so hoch wie 2010.

Abbildung 10: Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen - 2010

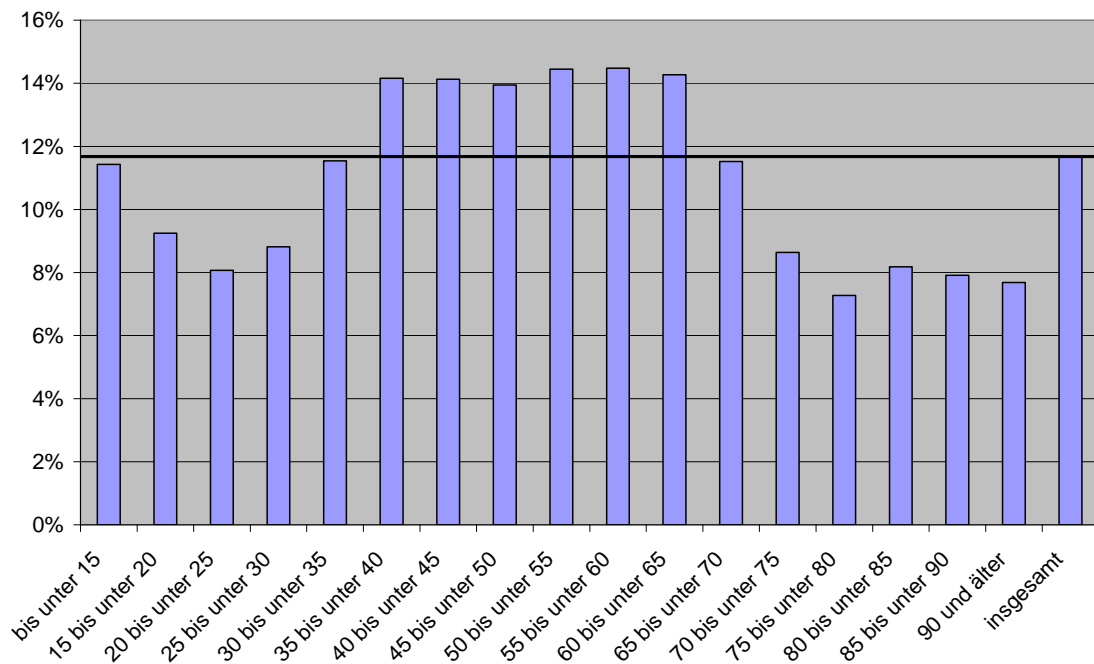


Abbildung 11: Anteil der PPV-Versicherten an der Bevölkerung

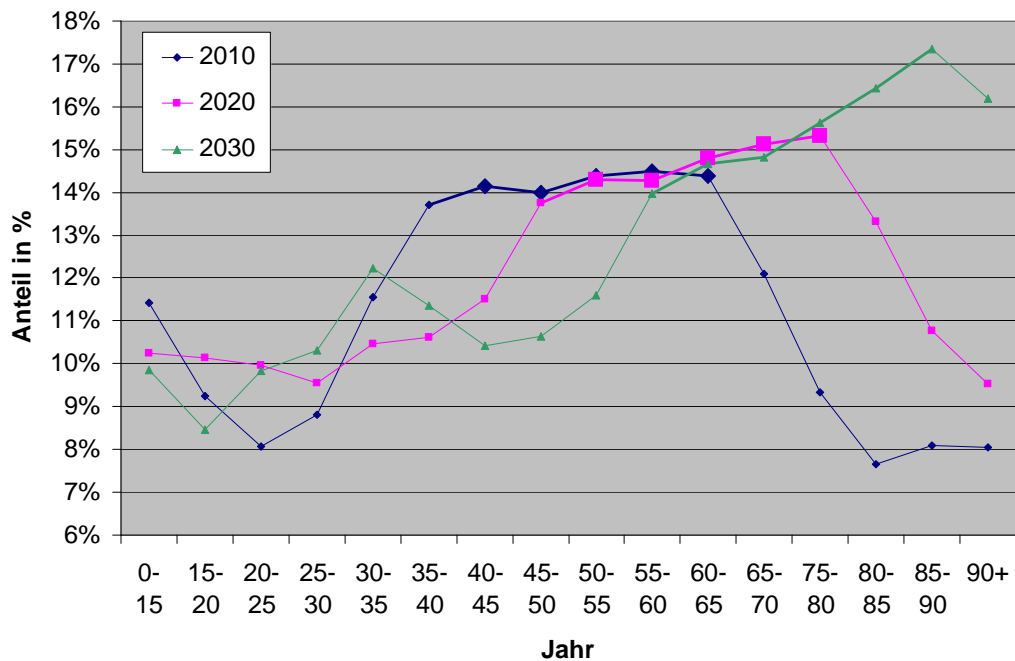


Abbildung 12: Anteil der PPV-Versicherten an den verschiedenen Altersklassen - 2040

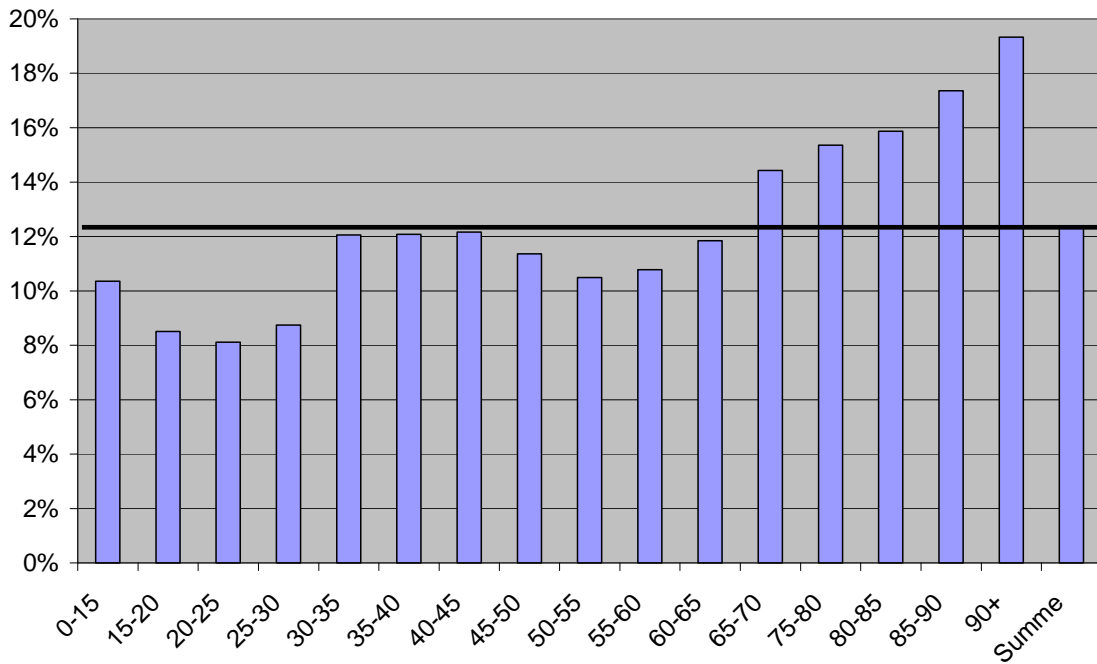
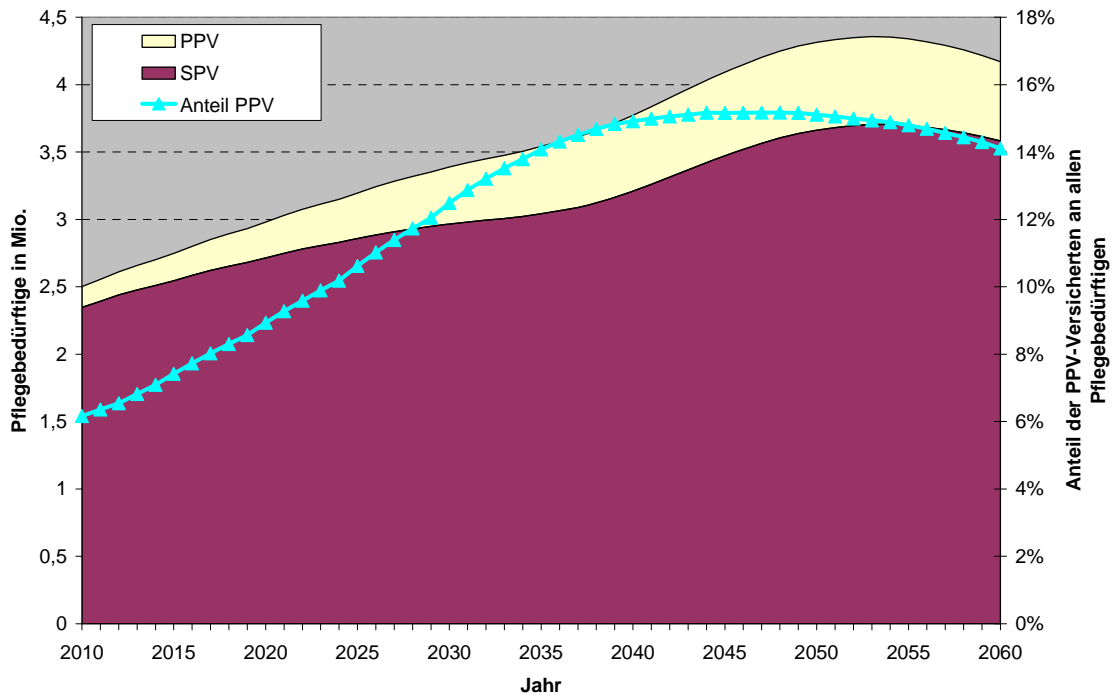


Abbildung 13: Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in der SPV, der PPV und der Bürgerversicherung



Hieraus ergibt sich das in Abbildung 13 enthaltene Ergebnis der Vorausberechnung zur Zahl der Pflegebedürftigen in SPV, PPV und der diese beiden Versichertenkollektive umfassenden Bürgerversicherung. Dieser Modellrechnung zufolge steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in der Bürgerversicherung bis ins Jahr 2053 auf 4,4 Mio. an und sinkt dann bis 2060 wieder etwa ab. Dieses Ergebnis stimmt gut mit den Status quo-Vorausberechnungen der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder überein, die bei Annahme von im Zeitverlauf konstanten Pflegequoten für 2050 eine Zahl von 4,5 Mio. Pflegebedürftigen vorausberechnet (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 30).

Auffällig ist, dass sich zwischen der Fallzahlentwicklung in SPV und Bürgerversicherung eine Schere auftut, die darauf zurückzuführen ist, dass die Zahl der Pflegebedürftigen unter den bislang Privatpflegepflichtversicherten deutlich schneller und stärker steigt als in der Sozialen Pflegeversicherung. So steigt die Fallzahl gemäß dieser Modellrechnung in der Sozialen Pflegeversicherung von 2010 bis 2060 zwar um 53 %, die in der privaten Pflegepflichtversicherung aber um 281%, also um mehr als das Fünffache (Tabelle 6).

Tabelle 6: Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung von 2010 bis 2060

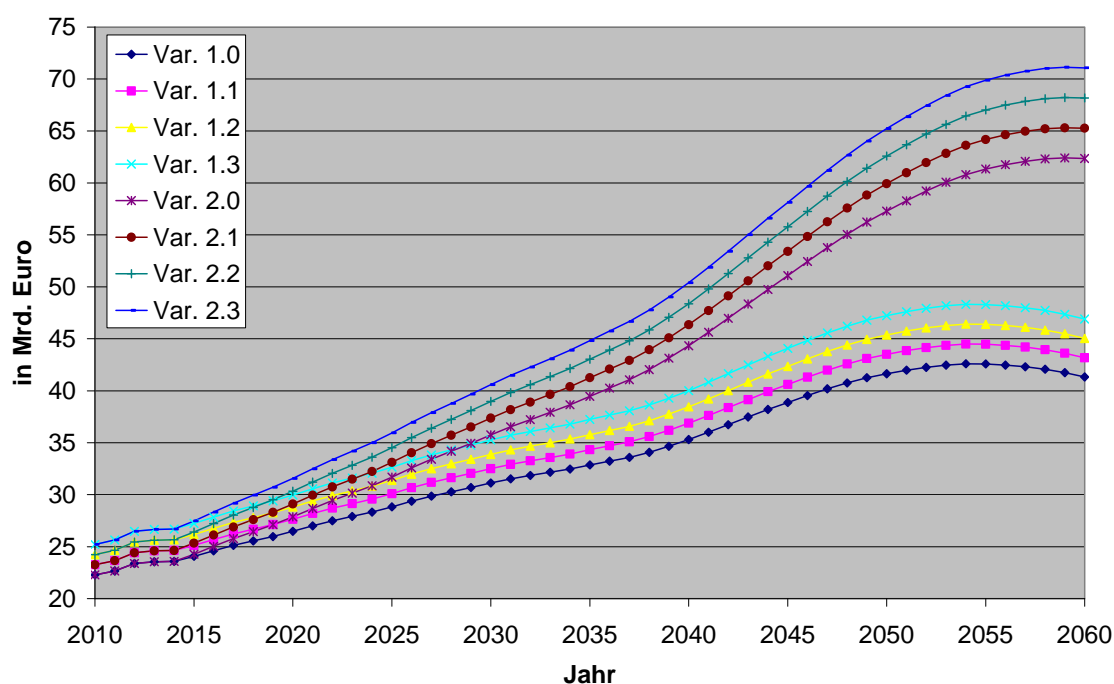
Zeitraum	(1) Soziale Pflegeversicherung	(2) Private Pflegepflichtversicherung	(3) = (1) + (2) Bürgerversicherung
2010 – 2060	53 %	281 %	67 %

Dieser Effekt ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die PPV-Versicherten eine längere Lebenserwartung haben und zum anderen auf die dargestellte Altersstruktur der PPV-Versicherten. Diese führt zwar derzeit zu niedrigen PPV-Ausgaben und damit zu einem großen Vorteil für diesen Zweig der Pflegeversicherung, langfristig aber zu erheblichen Fallzahl- und Ausgabensteigerungen, wenn die derzeit überrepräsentierten 35-65jährigen in das pflegerelevante Alter hineinwachsen. Der derzeitige Vorteil der Privatversicherung verkehrt sich dann in einen Nachteil, da dieses Teilkollektive sehr viel schneller „altert“ als die Versicherten der Sozialversicherung. Allerdings hat die Private Pflegepflichtversicherung zur Vorsorge hierfür Altersrückstellungen gebildet, deren Übernahme durch eine Bürgerversicherung daher diskutiert werden sollte.

3.2 Ausgabenentwicklung

Durch Einführung der Bürgerversicherung erhöhen sich die Fallzahlen (s.o.). Für die Inanspruchnahme, für Leistungsdynamisierung und Kosten des Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden dagegen die gleichen Annahmen wie für die Soziale Pflegeversicherung getroffen. Das gilt auch für die in Abschnitt I.2.1 beschriebenen Verschiebungen im Inanspruchnahmeverhalten. Entsprechend ähneln die Verläufe der Ausgabenentwicklung in Abbildung 14 auch denen in Abbildung 4. Bei ähnlichen Startwerten ist die Ausgabendynamik in der Bürgerversicherung aufgrund der überproportionalen Zunahmen der Zahl der Pflegebedürftigen, die bislang PPV-versichert sind, aber deutlich ausgeprägter.

Abbildung 14: Entwicklung der Ausgaben in der Pflegebürgerversicherung



3.3 Einnahmenentwicklung

Die Einnahmen der Bürgerversicherung (BV) übersteigen die der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) zum einen, weil sich die Zahl der Beitragszahler erhöht und zum anderen, weil die beitragspflichtigen Einkommen pro Mitglied höher liegen. Letzteres ist Ausfluss der höheren Einkommen der bislang PPV-Versicherten. Tabelle 7 enthält die Startwerte für die SPV, BBV und die Differenz zwischen beiden.

Tabelle 7: Beitragspflichtige Einnahmen pro Mitglied und Jahr für 2010

	Erwerbs Männer	tätige Frauen	Arbeit Männer	lose Frauen	Rentner Männer		Son Mit Männer	Stige glieder Frauen	Summe
Beitragszahler (in Tsd.)									
SPV	17.363	15.779	1.782	2.068	6.236	9.098	996	1.551	54.873
BV	20.556	17.438	2.162	2.275	7.145	9.798	1.244	2.551	63.169
Differenz	3.193	1.659	380	208	909	699	249	1.000	8.296
Beitragspflichtige Einkommen pro Mitglied in (Euro / Jahr)									
SPV	28.348	20.225	17.412	13.213	15.076	11.185	17.784	14.308	
BV	33.758	21.690	15.910	12.170	17.836	11.786	20.105	11.550	
Differenz	5.410	1.465	-1.502	-1.043	2.760	8.920	-6.234	-2.757	
Gesamtsumme der beitragspflichtige Einkommen (in Mrd. €)									
SPV	492,2	319,1	31,0	27,3	94,0	101,8	17,7	22,2	1105,4
BV	693,9	378,2	34,4	27,7	127,4	115,5	25,0	29,5	1431,6
Differenz	201,7	59,1	3,4	0,4	33,4	13,7	7,3	7,3	326,3

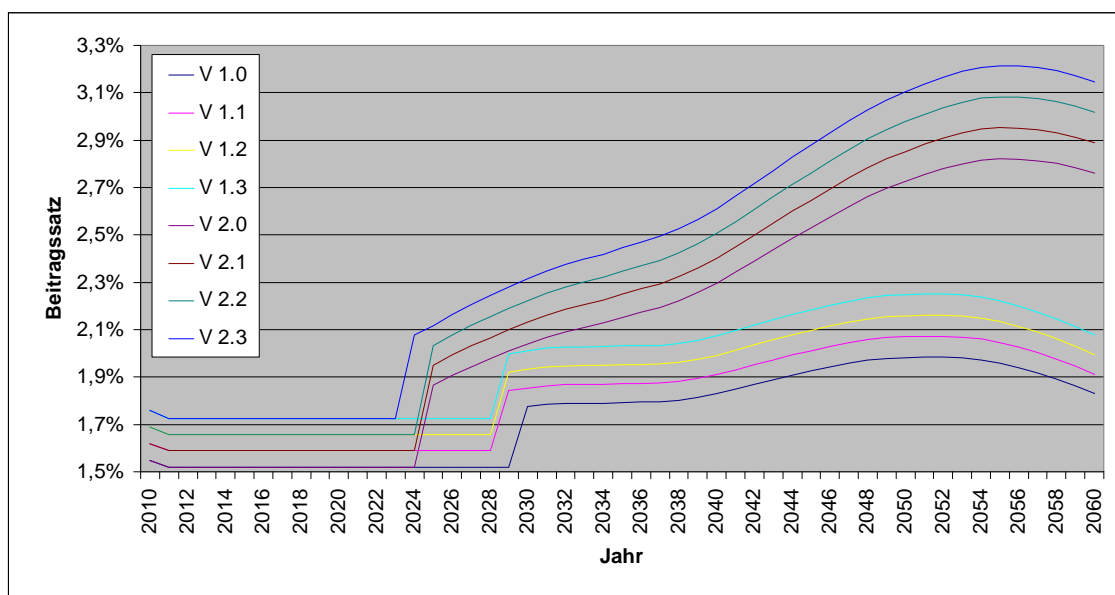
Insbesondere bei den quantitativ bedeutsamen Beschäftigten und Rentnern steigen die beitragspflichtigen Einkommen durch Einbeziehung der PPV-Versicherten deutlich an. So erhöht sich die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen von 1.105 Mrd. € auf 1.431 Mrd. €. Bei einem Beitragssatz von 1,9164 Beitragssatzpunkten für 2010 ergeben sich hieraus Einnahmen in Höhe von 21,1 Mrd. € für die Soziale Pflegeversicherung, aber 27,3 Mrd. € für die Bürgerversicherung. Die Einführung der Bürgerversicherung steigert die Einnahmen damit um 6,2 Mrd. oder fast 30 % des Ausgangswertes.

Für die Projektion wurden alle Einkommensarten mit dem gleichen Faktor fortgeschrieben – der angenommenen Produktivitätsentwicklung. In der Vergangenheit wurde dagegen konstatiert, dass die Lohn- und Lohnersatzeinkommen in geringerem Maße gestiegen sind als andere Einkommensarten (vgl. z.B. Wille 2010). Würde auch für die Zukunft eine solche Entwicklung angesetzt, müssten die beitragspflichtigen Einkommen der Bürgerversicherung stärker dynamisiert werden als die der Sozialen Pflegeversicherung. Auf eine Berücksichtigung dieses – grundsätzlich plausiblen – Effektes wird in der hier vorliegenden Modellrechnung aber verzichtet.

3.4 Beitragssatzentwicklung

Entsprechend stellt sich die Beitragssatzentwicklung dar. Abbildung 15 enthält eine zu Abbildung 5 analoge Darstellung für das Grundmodell der Grünen Pflegebürgerversicherung. Durch die Einbeziehung der Privatversicherten und die erweiterte Bemessungsgrundlage sinkt der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz zunächst ab, wobei sich die Höhe dieses Effektes geringfügig danach unterscheidet, mit welchen Mehrausgaben die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden ist. Das Niveau der rechnerisch möglichen Beitragssatzreduktion liegt dabei in einem Bereich von 0,37 (Varianten x.0) bis 0,41 (Varianten x.3) Beitragssatzpunkten.

Abbildung 15: Beitragssatzentwicklung in der Pflegebürgerversicherung



In Abbildung 15 ist unterstellt, dass die Rücklagen der Privaten Pflegeversicherung ebenfalls in die Bürgerversicherung überführt werden und so dafür sorgen, dass der initiale Beitragssatz über einen längeren Zeitraum (je nach Szenario bis zu Beginn der 2030er Jahre) konstant bleibt. Würde dieser Kapitalstock nicht übernommen, würde der „Sprung“ auf den ausgabendeckenden Beitragssatz schon früher, nämlich in den Jahren 2017 erfolgen. Für die Folgejahre ergibt sich durch die (Nicht) Berücksichtigung der in der PPV akkumulierten Rücklagen aber dann kein Unterschied.

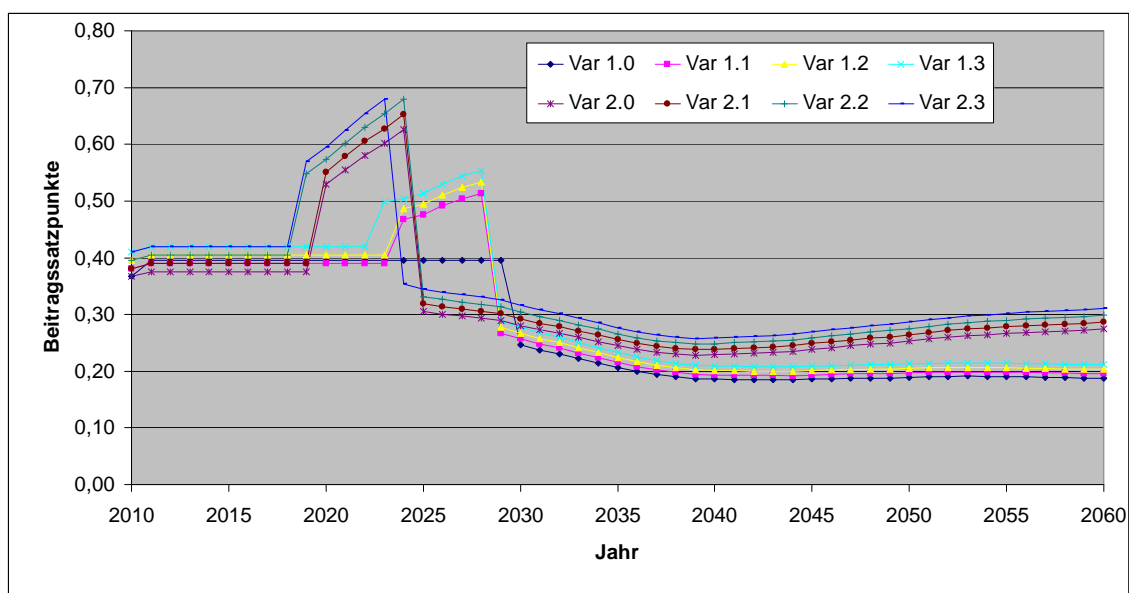
In der Variante 1.0 bleibt der Beitragssatz nun im gesamten Betrachtungszeitraum unterhalb der 2 %-Marke, und auch bei einer großzügigen Umsetzung des neuen Pflege-

bedürftigkeitsbegriffs bleibt der Beitragssatz in Variante 1.3 durchgängig bei unter 2,3 Beitragssatzpunkten. Wiederum zeigt sich der starke Effekt unterschiedlicher Dynamisierungsannahmen. Bei einer kaufkraftstabilisierenden Leistungsdynamisierung steigt der Beitragssatz auch in der Pflegebürgerversicherung auf bis zu 2,8 Beitragssatzpunkte (Variante 2.0) bzw. 3,2 Beitragssatzpunkte im Jahr 2055 (Variante 2.3).

4 Beitragssatzreduktion durch die Pflegebürgerversicherung

Bei ihrer Einführung reduziert die Bürgerversicherung den zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz um rund 0,4 Beitragssatzpunkte, wobei die genaue Höhe vom gewählten Szenario zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs abhängt. Da der „Beitragssatzsprung“ in der Sozialen Pflegeversicherung früher als in der Bürgerversicherung einsetzt, steigt diese Differenz zunächst sprunghaft und geht dann genauso sprunghaft zurück, wenn auch in der Bürgerversicherung die Rücklagen aufgebraucht sind und der Beitragssatz auf den zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz angehoben werden muss (Abbildung 16).

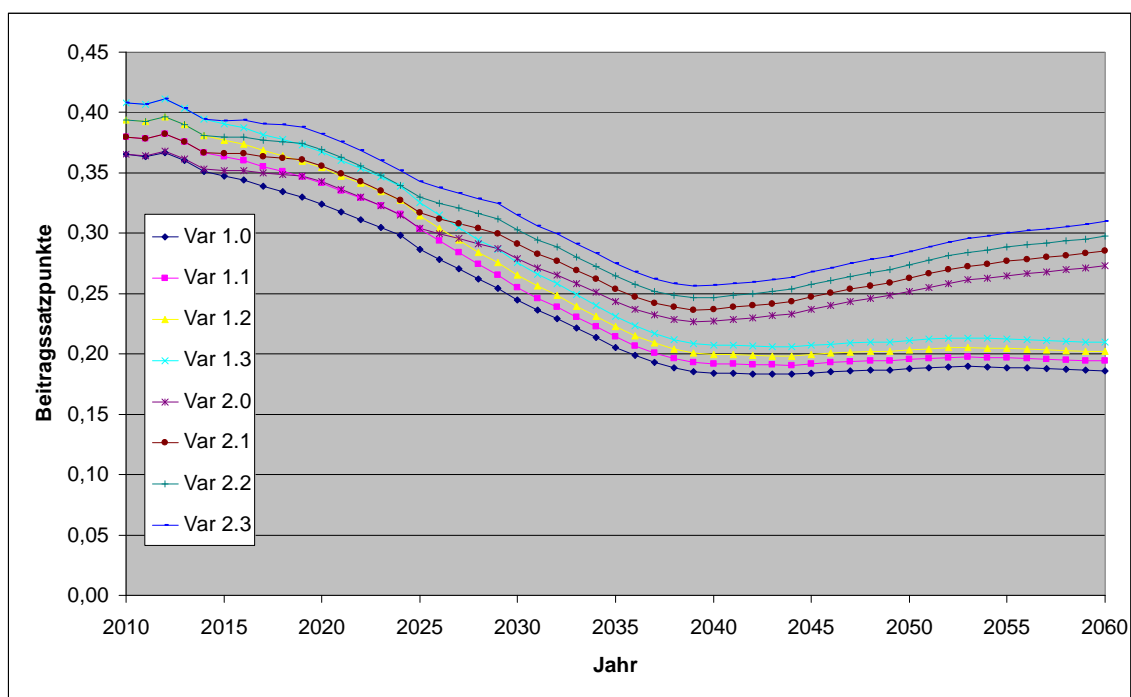
Abbildung 16: Differenz der Beitragssatzentwicklung in Sozialer Pflegeversicherung und Pflegebürgerversicherung



Um diesen irritierenden Effekt auszublenden, sind in Abbildung 17 die Differenzen der jeweils zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssätze in Bürgerversicherung und

Sozialer Pflegeversicherung angegeben. Die Rücklagen und der Prozess der Aufzehrung dieser Rücklagen bleiben bei dieser Darstellung unberücksichtigt.

Abbildung 17: Differenz des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes: Beitragssatz zur SPV abzüglich Bürgerversicherungsbeitragssatz

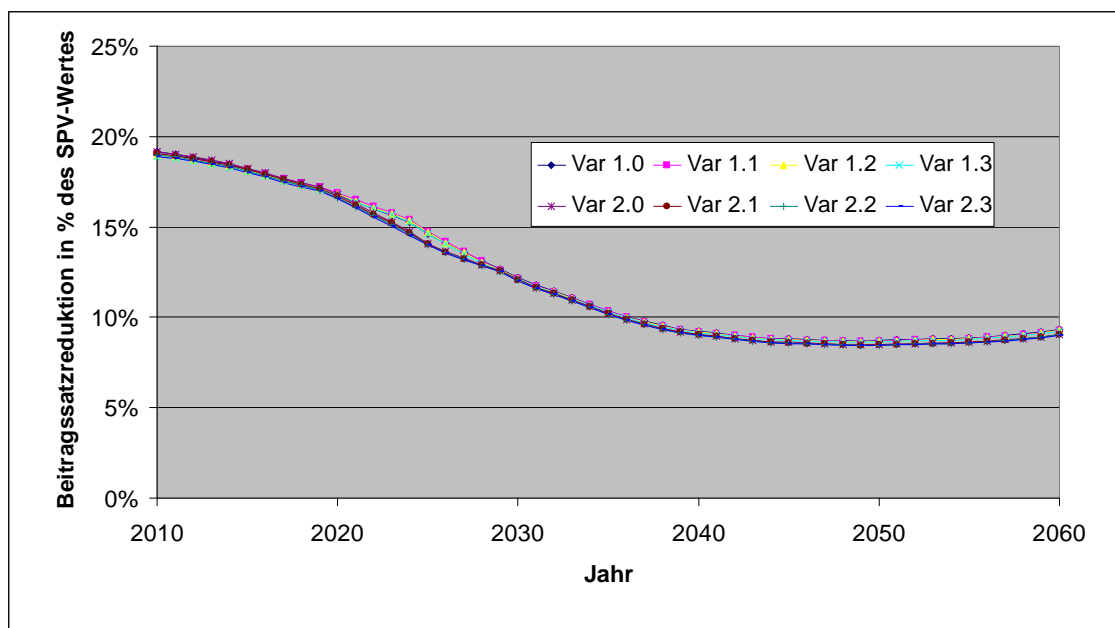


Gut erkennbar ist, dass die Pflegebürgerversicherung in ihrem Grundmodell, d.h. bei Einbeziehung der PPV-Versicherten, Berücksichtigung aller Einkommensarten, Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Grenze in der Rentenversicherung und Einführung eines Beitragssplittings, bei Einführung insgesamt eine Beitragsreduktion von etwa 0,4 Beitragssatzpunkten bewirkt. Dieser Effekt sinkt bis zu Beginn der 2040er Jahre und bleibt dann im Wesentlichen konstant (Varianten 1.x) bzw. steigt wieder an (Varianten 2.x). Allerdings ist es nicht so, dass die Entwicklung in den Varianten 2 grundsätzlich anders verläuft als in den Varianten 1. Vielmehr führen die deutlich höheren Beitragssätze in Variante 2 dazu, dass auch die *absolute* Differenz zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Pflegebürgerversicherung ansteigt.

Dies verdeutlicht Abbildung 18, in der die *relative* Differenz angegeben ist. Hierzu wurde die absolute Differenz der Beitragssätze in SPV und Bürgerversicherung ins Verhältnis zum jeweiligen SPV-Beitragssatz gesetzt. Wie in der Abbildung gut zu erkennen ist, ist der relative Entlastungseffekt der Pflegebürgerversicherung für die 8 hier be-

trachteten Varianten letztlich weitgehend identisch: Eine initiale Entlastung von knapp 20 % sinkt bis 2040 auf rund 9 % und verharrt dann auf diesem Wert.

Abbildung 18: relative Differenz des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragsatzes: $(\text{SPV-Beitragsatz} - \text{BV-Beitragsatz}) / \text{SPV-Beitragsatz}$ (in %)

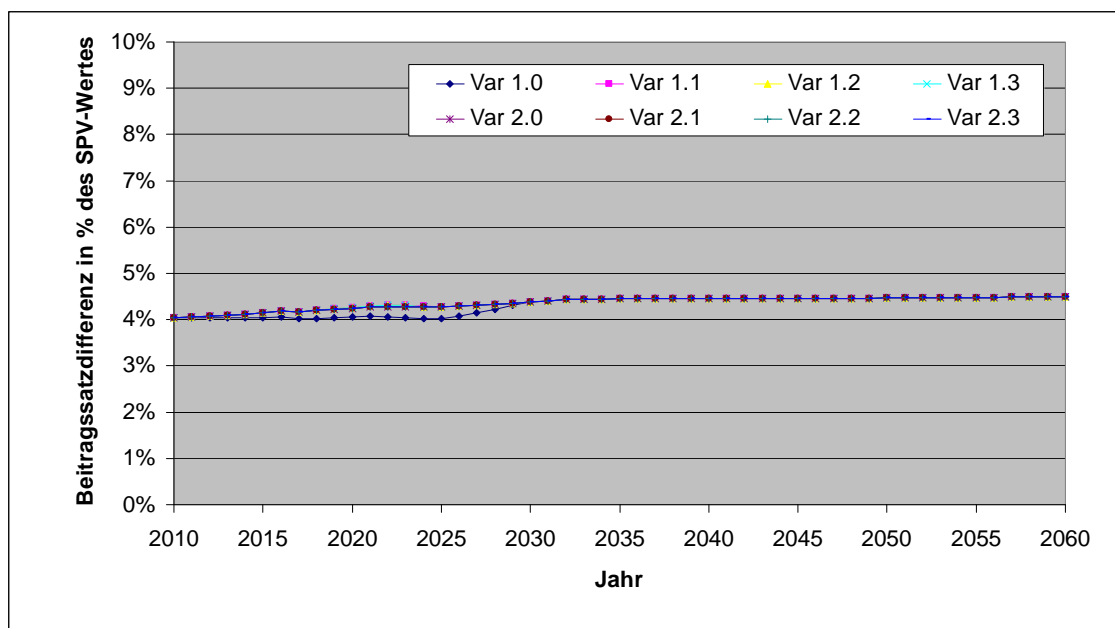


Dieser abnehmende Verlauf des relativen Entlastungseffektes ist auf den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in der PPV zurückzuführen, der weit höher liegt als der Fallzahlanstieg in der SPV (Abbildung 13, Tabelle 6). Die Beitragssatzeffekte der Bürgerversicherung beruhen auf zwei Faktoren: einer Erweiterung der Bemessungsgrundlage für alle Versicherten und eine Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung auf alle Bürger:

- Der Effekt einer Erweiterung der Bemessungsgrundlage (Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, Einbeziehung anderer Einkommensarten, Beitragssplitting) tritt – bei der hier modellierten übergangslosen Einführung der Bürgerversicherung – bereits im ersten Jahr (hier: 2010) auf. Im Zeitablauf bleibt dieser Effekt konstant, da für alle Einkommensarten eine einheitliche Steigerungsrate unterstellt wurde. Abbildung 19 zeigt diesen isolierten Effekt. Er führt zu einer – im Zeitverlauf im Wesentlichen konstanten – Reduktion des Beitragssatzes von gut 4 %.
- Der bei weitem größere Anteil der initialen Beitragssenkung resultiert dagegen aus der Ausdehnung der Versicherungspflicht. Dieser Effekt ist aber wegen der

gezeigten verstärkten Alterung der bislang PPV-Versicherten im Zeitverlauf rückläufig.

Abbildung 19: Relative Beitragssatzreduktion (in % des SPV-Beitragssatzes) bei Erweiterung der Bemessungsgrundlage, ohne Einbeziehung der PPV-Versicherten



5 Varianten der Pflegebürgerversicherung

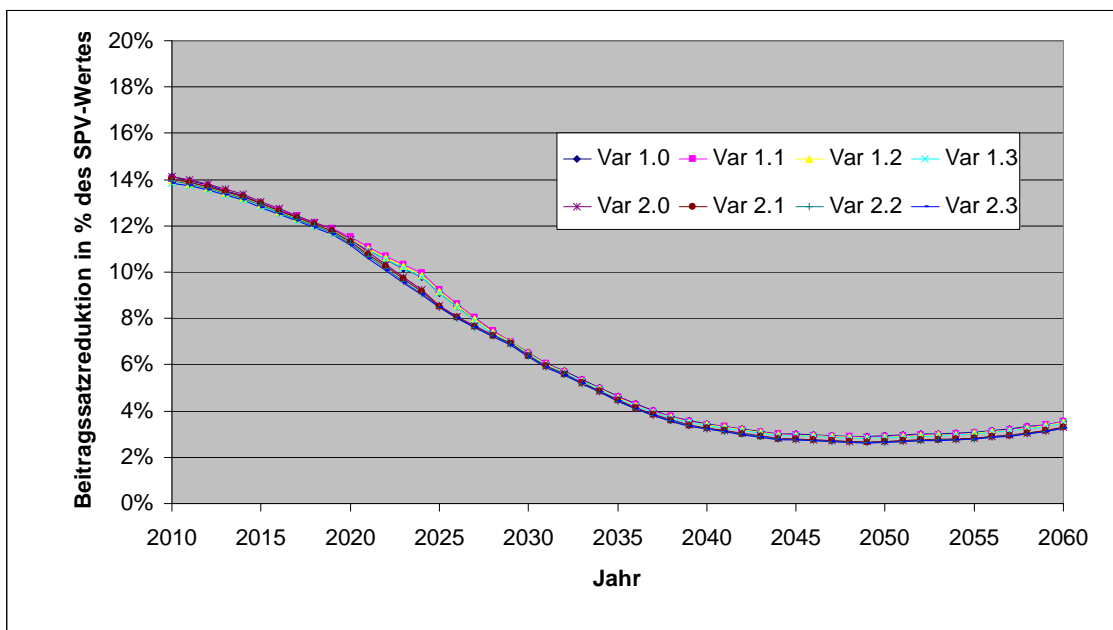
In diesem Abschnitt sollen zwei Varianten auf ihre Beitragssatzeffekte hin untersucht werden: eine Einbeziehung der PPV-Versicherten in die Bürgerversicherung *ohne* Veränderung der Bemessungsgrundlage (Abschnitt 5.1) und der Verzicht auf die Anhebung der Beitragsbemessungsgrundlage (Abschnitt 5.2).

5.1 Einbeziehung der PPV-Versicherten bei unveränderter Einkommensberücksichtigung

Die Beitragssatzreduktion im Grundmodell der Grünen Bürgerversicherung beruht auf einer Ausdehnung des versicherungspflichtigen Personenkreises in der Sozialversicherung und einer Erweiterung der Bemessungsgrenze. Um die relative Bedeutung beider Faktoren abschätzen zu können, ist in Abbildung 20 die relative Beitragssatzdifferenz

zum Status quo angegeben, die sich ergibt, wenn lediglich die Versichertenzahl erhöht wird, die Regeln zur Beitragspflicht aber unverändert bleiben.

Abbildung 20: Relative Beitragsreduktion durch Einbeziehung der PPV-Versicherten in die SPV bei unveränderter Einkommensberücksichtigung



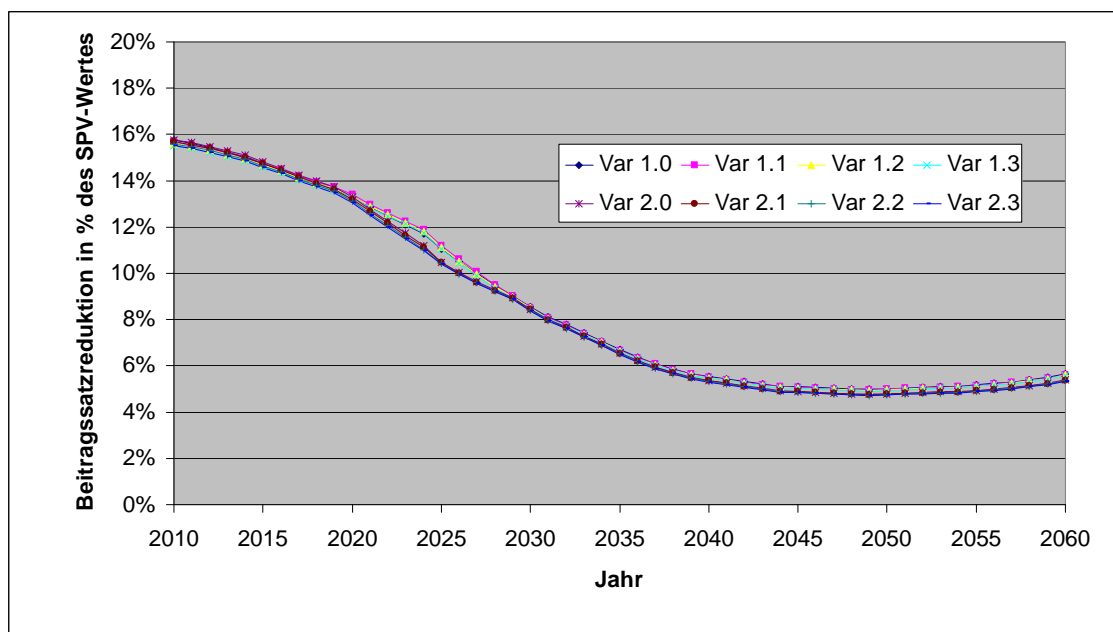
Der Beitragsrückgang beträgt initial jetzt etwa 15 % des SPV-Wertes. Der Vergleich zu Abbildung 18 zeigt aber, dass der überwiegende Teil der Beitragssatzreduktion aus der Einbeziehung der PPV-Versicherten und nicht aus den Änderungen der Beitragsbemessungsgrundlage resultiert. Der Verlauf der Beitragsreduktionskurven in Abbildung 20 bestätigt weiterhin, dass der Rückgang der relativen Entlastung der SPV auf dem Alterungseffekte der PPV-Versicherten beruht, da auch diese Kurven bis etwa 2040 einen fallenden Verlauf aufweisen. Die Einbeziehung der PPV-Versicherten ist für die fiskalische Ergiebigkeit einer Pflegebürgerversicherung daher zunächst essentiell. Im Zeitverlauf reduziert sich dieser Effekt soweit, dass er ab 2040 kaum noch vorhanden ist.

5.2 Bürgerversicherung bei unveränderter Beitragsbemessungsgrenze

Im Grundmodell der Grünen Pflegebürgerversicherung ist eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Grenze der Rentenversicherung vorgesehen. Diese Maßnahme ist aber nicht unumstritten. In Abbildung 21 ist daher angegeben, welche relative Beitragssatzreduktion sich ergibt, wenn die Bürgerversicherung ohne Anhebung der

Beitragsbemessungsgrenze eingeführt wird, ansonsten aber alle anderen Elemente des Grundmodells zum Einsatz kommen.

Abbildung 21: Relative Beitragsreduktion durch Bürgerversicherungsvariante ohne erhöhte Beitragsbemessungsgrenze



Da die PPV-Versicherten einbezogen sind, zeigt sich auch hier der typische fallende Verlauf der Entlastungskurve. Ein Vergleich mit Abbildung 18 und Abbildung 20 zeigt zudem, welche Bedeutung die Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze hat. Im Vergleich zum Grundmodell der Bürgerversicherung reduziert sich der relative Entlastungseffekt nun um etwa 3 Prozentpunkte von rund 19% (Abbildung 18) auf rund 16%. Interessant ist auch der Vergleich zu den Werten in Abbildung 20, in der die relativen Beitragssatzeffekte angegeben sind, die sich ergeben, wenn die Bemessungsgrenze insgesamt unverändert bleibt. Die relative Entlastung liegt dort initial bei 14%. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze hat somit einen größeren Effekt als die anderen Maßnahmen zur Verbreiterung der Bemessungsgrenze (Berücksichtigung anderer Einkommensarten, Beitragssplitting) zusammen.

Die Betrachtung der relativen Beitragssatzreduktion hat den Vorteil, dass sie sich hinsichtlich der unterschiedlichen Dynamisierungsvarianten praktisch nicht unterscheidet. Nachteilig ist dagegen, dass dieser Wert nicht wirklich anschaulich ist. In Tabelle 8 sind daher für drei Zeitpunkte, die beiden Dynamisierungsszenarien und die beiden Extremvarianten zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Beitragssätze angegeben,

die sich bei Sozialer Pflegeversicherung (Status quo), Bürgerversicherung (Grundmodell) und den Bürgerversicherungsvarianten 1 und 2 ergeben. Durch den Vergleich zeigen sich die Effekte verschiedener Bürgerversicherungsvarianten in Form von Beitragssatzpunktdifferenzen.

Für die Leistungsdynamisierungsvariante 2.3 führt das Grundmodell der Bürgerversicherung so bei Einführung zu einem Beitragssatzrückgang von 0,41 Beitragssatzpunkten. Diese Differenz reduziert sich bis 2035 auf 0,27 Beitragssatzpunkte und steigt dann bis 2060 wieder auf 0,31 Beitragssatzpunkte an. Der größte Teil dieser Differenz beruht auf der Einbeziehung der bislang Privatversicherten. Dieser Schritt allein (BV-Variante 1) führt in Szenario 2.3 zu einer Beitragssatzreduktion von 0,3 Beitragssatzpunkte für 2010 bzw. 0,12 Beitragssatzpunkten für 2035 und 0,11 Beitragssatzpunkte für 2060. Wird auf die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze verzichtet reduziert sich der Bürgerversicherungseffekt. Er liegt dann – ceteris paribus – in Variante 2.3 bei 0,34 Beitragssatzpunkten (2010) bzw. 0,17 (2035) und 0,19 (2060) Beitragssatzpunkten.

Tabelle 8: Beitragssätze für verschiedene Szenarien 2010

	2010	2035	2060
Soziale Pflegeversicherung (Status quo)			
Variante V1.0	1,92%	2,00%	2,02%
Variante V1.3	2,17%	2,26%	2,29%
Variante V2.0	1,92%	2,40%	3,04%
Variante V2.3	2,17%	2,72%	3,46%
Bürgerversicherung Grundmodell			
Variante V1.0	1,55%	1,79%	1,83%
Variante V1.3	1,76%	2,03%	2,08%
Variante V2.0	1,55%	2,15%	2,76%
Variante V2.3	1,76%	2,45%	3,15%
BV-Variante 1: nur Ausweitung des Personenkreises			
Variante V1.0	1,65%	1,91%	1,95%
Variante V1.3	1,87%	2,16%	2,21%
Variante V2.0	1,65%	2,29%	2,94%
Variante V2.3	1,87%	2,60%	3,35%
Bürgerversicherungsvariante 2: ohne Erhöhung der BBG			
Variante V1.0	1,61%	1,87%	1,90%
Variante V1.3	1,83%	2,11%	2,16%
Variante V2.0	1,61%	2,24%	2,87%
Variante V2.3	1,83%	2,55%	3,27%

6 Sozialpolitische Bewertung

Die vorstehenden Modellrechnungen zeigen, dass die Einführung der Pflegebürgerversicherung – neben der bekannten Verbesserung der Finanzierungsgerechtigkeit – auch positive Beitragssatzeffekte nach sich zieht. Diese belaufen sich – im Grundmodell – auf zunächst knapp 0,4 Beitragssatzpunkte. Dies entspricht einer Entlastung von etwa 20 % des Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung – einem Wert der höher ist als der entsprechende Wert in der GKV. Aufgrund der Alterung der PPV-Versicherten sinkt im Zeitverlauf die absolute (in Beitragssatzpunkten) und relative (in Anteilen am Beitragssatz im Status quo) Entlastung zunächst ab. Ab 2040 verharrt die relative Entlastung bei einem Wert von rund 9 %. Allerdings wird der Effekt der Bürgerversicherung in diesen Berechnungen tendentiell dadurch unterschätzt, dass auch in der SPV für die Zukunft nicht weiter von einer strukturellen Einnahmeschwäche ausgegangen wird. Tatsächlich bietet aber nur der Übergang zur Bürgerversicherung tatsächlich Gewähr dafür, dass diese strukturelle Einnahmeschwäche beendet wird.

Die Einbeziehung der PPV-Versicherten führt im gesamten Betrachtungszeitraum zu einer Beitragsentlastung der Pflegeversicherung. Allerdings sinkt dieser Entlastungseffekt im Zeitverlauf wegen der stärkern Alterung der PPV-Versicherten. Nun wird im Rahmen der privaten Pflegepflichtversicherung für diesen Alterungsprozess durch Aufbau der Altersrückstellungen vorgesorgt. Wird die PPV in die Bürgerversicherung integriert, liegt es daher nahe, auch diese Altersrückstellungen in den Ausgleichsfonds der Pflegebürgerversicherung zu überführen, um so zu gewährleisten, dass dieser Kapitalstock der gesamten Versichertengemeinschaft in der Bürgerversicherung zur Verfügung steht, die auch für die Kosten der zukünftigen demographischen Alterung der PPV-Versichertengemeinschaft aufkommen muss.

Die Einführung einer Bürgerversicherung nach dem hier vorgestellten Grundmodell trägt zur fiskalischen Entlastung der Pflegeversicherung bei. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass auch bei einer Bürgerversicherung mit Beitragssatzsteigerungen zu rechnen ist, wenn sich die Leistungsdynamisierung kaufkrafterhaltend dynamisiert werden. Eine derartige Leistungsdynamisierung entsprechend den Varianten 2.x führt dabei zu Beitragssätzen von rund 3 Beitragssatzpunkten für Mitte der 2050er Jahre.¹⁵ Angesichts der sich aus der Bevölkerungsalterung ergebenden steigenden Zahl an Pflegebedürftigen, deren angemessene Versorgung zu entsprechenden Mehrausgaben führt, erscheint dieser Wert durchaus vertretbar.

¹⁵ Je nach Zusatzausgaben für die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs liegen die Höchstwerte zwischen 2,8 (Variante 2.0) und 3,2 (Variante 2.3) Beitragssatzpunkten (vgl. Abbildung 15).

II. Beitragssatzeffekte der kollektiven Demographiereserve in der Bürgerversicherung

Auch bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung wird der Beitragssatz bis in die 2050er Jahre steigen (s. o.). Damit ist bereits jetzt absehbar, dass in der Zukunft eine größere Finanzierungslast anfällt als in der Gegenwart. Soll diese zukünftige Last in die Gegenwart vorgezogen werden, so kann dies geschehen, indem der Beitragssatz in der Sozialversicherung über den zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz angehoben wird und die Überschüsse zur Kapitaldeckung verwendet werden.

Das Konzept einer solchen „kollektiven Demographiereserve“ wirft die Fragen auf, wie lange der Beitragssatz nach der initialen Beitragssatzerhöhung konstant bleiben kann bzw. wie hoch der Beitragssatz angehoben werden muss, damit er bis zu einem bestimmten Zeitpunkt konstant bleiben kann und wie sich der zugehörige Kapitalstock entwickelt.

Gemäß dem Gutachtenauftrag wird nachfolgend untersucht,

- wie hoch der Beitragssatz im Jahr 2010 angehoben werden muss, damit er dann bis 2060 konstant bleiben kann (Abschnitt II.1)
- wie lange kann der Beitragssatz konstant gehalten werden, wenn initial – d.h. 2010 – ein Zusatzbeitragssatz in bestimmter Höhe eingeführt wird (Abschnitt II.2) und
- wie dieses Modell bewertet werden kann (Abschnitt II.3).

Zentral für die rechnerischen Effekte einer (Teil) Kapitalbildung ist die zugrunde gelegte Verzinsung. Hierzu werden nachfolgend die drei in Tabelle 9 angegebenen Zinsvarianten zugrunde gelegt, die sich jeweils auf den Realzins beziehen.

Tabelle 9: Zinsvarianten der Modellrechnung

Variante	Zinsvariante 1 (ZV 1)	Zinsvariante 2 (ZV 2)	Zinsvariante 3 (ZV 3)
Realzins	2 %	3 %	4 %

Für die übrigen Determinanten der Beitragssatzentwicklung werden die in Teil I genannten Setzungen übernommen. Dies gilt auch für die Annahmen zur Leistungsdynamisierung und den Mehrkosten des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, für die die 12 Varianten des Teils I übernommen werden. Die Berechnungen werden für das Grundmodell der Grünen Bürgerversicherung vorgenommen.

1. Berechnung des zum Budgetausgleich notwendigen bis 2060 konstanten Beitragssatzes

Tabelle 10 zeigt, auf welchen Wert der Beitragssatz im Jahre 2010 angehoben werden muss, um dann bis 2060 konstant bleiben zu können. Dabei wird danach unterschieden, ob der bislang bereits aufgebaute Kapitalstock der PPV in den kollektiven Kapitalstock der Pflegebürgerversicherung integriert wird.

Tabelle 10: Konstanter Beitragssatz (für 2010 – 2060) in Abhängigkeit von der Verzinsung

Ausgabenvarianten (bzgl. Leistungsdynamisierung & Pflegebedürftigkeitsbegriff)	Beitragssatz ohne Integration der Rücklagen in der PPV	Beitragssatz mit Integration der Rücklagen in der PPV
Variante 1.0		
ZV 1: Realzins 2 %	1,73%	1,69%
ZV 2: Realzins 3 %	1,71%	1,66%
ZV 3: Realzins 4 %	1,69%	1,63%
Variante 1.1		
ZV 1: Realzins 2 %	1,81%	1,76%
ZV 2: Realzins 3 %	1,79%	1,73%
ZV 3: Realzins 4 %	1,77%	1,70%
Variante 1.2		
ZV 1: Realzins 2 %	1,89%	1,84%
ZV 2: Realzins 3 %	1,87%	1,81%
ZV 3: Realzins 4 %	1,84%	1,78%
Variante 1.3		
ZV 1: Realzins 2 %	1,96%	1,92%
ZV 2: Realzins 3 %	1,94%	1,89%
ZV 3: Realzins 4 %	1,92%	1,86%
Variante 2.0		
ZV 1: Realzins 2 %	2,08%	2,04%
ZV 2: Realzins 3 %	2,02%	1,97%
ZV 3: Realzins 4 %	1,97%	1,90%
Variante 2.1		
ZV 1: Realzins 2 %	2,18%	2,14%
ZV 2: Realzins 3 %	2,12%	2,06%
ZV 3: Realzins 4 %	2,06%	1,99%
Variante 2.2		
ZV 1: Realzins 2 %	2,27%	2,23%
ZV 2: Realzins 3 %	2,21%	2,16%
ZV 3: Realzins 4 %	2,15%	2,08%
Variante 2.3		
ZV 1: Realzins 2 %	2,37%	2,33%
ZV 2: Realzins 3 %	2,30%	2,25%
ZV 3: Realzins 4 %	2,24%	2,17%

Gut erkennbar ist, dass die Varianten mit lediglich inflationsindexierter Leistungsdynamisierung (V1.x) nur eine vergleichsweise geringe Anhebung benötigen, während die Varianten mit kaufkrafterhaltender Leistungsdynamisierung (V2.x) höhere Anhebungen benötigen, die Variante V2.3 beispielsweise eine Anhebung des Beitragsatzes auf rund 2,2 bis 2,4 Beitragssatzpunkte. Hierbei ist zu bedenken, dass der zum Budgetausgleichsnotwendige Beitragssatz bei Einführung einer Bürgerversicherung in Variante 2.3 bei gut 1,7 Beitragssatzpunkten liegt (Abbildung 15), der Zusatzbeitragssatz, der notwendig ist, um weitere Beitragssatzanpassungen bis 2060 auszuschließen, also bei 0,5 bis 0,7 Beitragssatzpunkten liegt. Die Frage, ob die Rücklagen der PPV in die neue Pflegebürgerversicherung eingebracht werden, hat dabei insgesamt eine eher geringe Bedeutung. Die Unterschiede zwischen beiden Optionen liegen in allen Varianten deutlich unterhalb von einem Zehntel Beitragssatzpunkt. Wird ein höherer Zinssatz angesetzt, verringert sich der notwendige Beitragssatzanstieg entsprechend.

Abbildung 22: Entwicklung des Kapitalstocks in ausgewählten Varianten zur Leistungsdynamisierung und zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bei verschiedenen Zinsvarianten

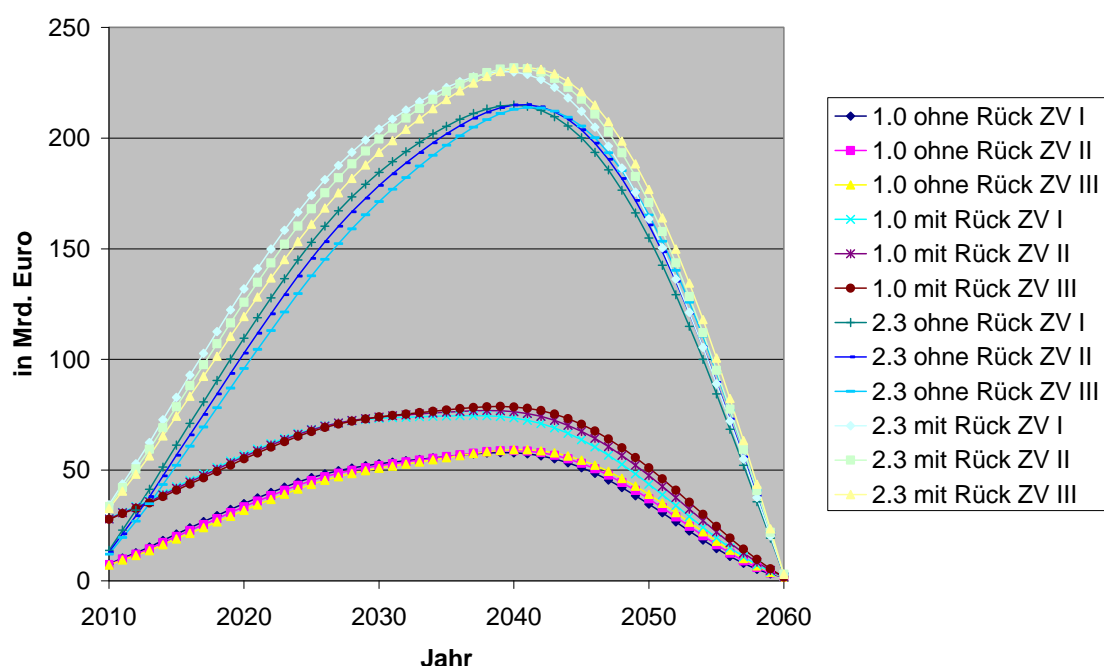


Abbildung 22 zeigt, wie sich der Kapitalstock in den in betrachteten Varianten entwickelt. Der Beitragssatzanstieg ist so berechnet, dass die Rücklagen zunächst auf-

und dann abgebaut werden, so dass 2060 wieder eine freie Rücklagen¹⁶ von Null erreicht wird. Wie die Abbildung zeigt, wird insbesondere in der Dynamisierungsvariante 2.x ein erheblicher Kapitalstock aufgebaut, der sich in der Spitze auf real (d.h. in Preisen von 2010) mehr als 230 Mrd. Euro beläuft.

Der Vergleich der Verläufe zeigt insbesondere Folgendes:

- Höhere Leistungsdynamisierung führt dazu, dass der notwendige Beitragssatz höher ist und dann auch der Kapitalstock im Maximum einen größeren Betrag aufweist.
- Die Einbeziehung der Rücklagen führt dazu, dass der Kapitalstock jeweils höher ist als in der Variante ohne Einbeziehung der Rücklage, der Beitragssatz dagegen etwas niedriger.
- Die Höhe der Verzinsung bleibt praktisch ohne Einfluss auf den Kapitalstock. Die jeweils drei Kurven, die sich nur durch die Zinsvariante unterscheiden, verlaufen fast übereinander. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die höhere Verzinsung zu einem niedrigerem errechneten Beitragssatz führt (s. Tabelle 10) und es deshalb zu einer geringeren Zuführung zum Kapitalstock kommt. Dieser Effekt wird durch die höhere Verzinsung gerade kompensiert. Dies ist auch zu erwarten, weil der Beitragssatz gerade so berechnet wurde, dass der Kapitalstock bis 2060 abgeschmolzen ist, so dass sich Variationen im Zinssatz und im Beitragssatz kompensieren müssen und der Kapitalstock daher parallel auf- und abgebaut wird.

2. Effekte der Einführung eines Zusatzbeitragssatzes in vorgegebener Höhe

Anstatt den Beitragssatz zu berechnen, der gerade ausreicht, um den Kapitalstock bei 2060 aufzubauen und dann wieder abzuschmelzen, kann auch gefragt werden, wie lange der Beitragssatz konstant gehalten werden kann, wenn initial – d.h. 2010 – ein *Zusatzbeitragssatz* in einer bestimmten Höhe eingeführt wird. Der Grundgedanke hierbei ist, dass die so generierten Zusatzeinnahmen des Zusatzbeitragssatzes dann zum Aufbau des Kapitalstocks verwendet werden. Sobald der im Umlageverfahren zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz den festgelegten (inkl. Zusatzbeitragssatz) übersteigt, wird der Kapitalstock wieder abgebaut. Angegeben wird dann das Jahr, in dem der Abbau des Kapitalstocks beendet ist und der Beitragssatz auf den im Umlageverfahren zur Finanzierung der Ausgaben notwendigen Beitragssatz springt.

¹⁶ Die Mindestreserve bleibt immer erhalten und ist in den hier ausgewiesenen Beträgen nicht enthalten.

Für die Höhe des Zusatzbeitragssatzes wurden folgende Werte angesetzt:

- ZBV a: 0,2 Beitragssatzpunkte
- ZBV b: 0,3 Beitragssatzpunkte
- ZBV c: 0,4 Beitragssatzpunkte
- ZBV d: 0,5 Beitragssatzpunkte
- ZBV e: 0,6 Beitragssatzpunkte

Tabelle 11 und Tabelle 12 enthalten jeweils das Jahr, an dem „gesprungen“ werden muss. Dabei bezieht sich Tabelle 11 auf eine Situation ohne Einbeziehung der PPV-Rücklagen und Tabelle 12 auf eine Situation mit Einbeziehung der Rücklagen.

Tabelle 11: Zeitpunkt der nächsten Beitragssatzerhöhung bei Einführung eines Zusatzbeitrags zur Kapitalbildung - ohne Einbeziehung der PPV-Rücklagen

Ausgabenvarianten	Höhe des Zusatzbeitrags in Beitragssatzpunkten				
	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6
Variante 1.0					
ZV 1: Realzins 2 %	-	-	-	-	-
ZV 2: Realzins 3 %	-	-	-	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	-	-	-	-	-
Variante 1.1					
ZV 1: Realzins 2 %	-	-	-	-	-
ZV 2: Realzins 3 %	-	-	-	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	-	-	-	-	-
Variante 1.2					
ZV 1: Realzins 2 %	2060	-	-	-	-
ZV 2: Realzins 3 %	-	-	-	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	-	-	-	-	-
Variante 1.3					
ZV 1: Realzins 2 %	2056	-	-	-	-
ZV 2: Realzins 3 %	-	-	-	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	-	-	-	-	-
Variante 2.0					
ZV 1: Realzins 2 %	2034	2042	2049	2057	-
ZV 2: Realzins 3 %	2035	2044	2053	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	2037	2047	2058	-	-
Variante 2.1					
ZV 1: Realzins 2 %	2033	2041	2048	2055	-
ZV 2: Realzins 3 %	2034	2043	2051	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	2036	2046	2055	-	-
Variante 2.2					
ZV 1: Realzins 2 %	2033	2040	2047	2053	-
ZV 2: Realzins 3 %	2034	2042	2050	2058	-
ZV 3: Realzins 4 %	2035	2044	2053	-	-
Variante 2.3					
ZV 1: Realzins 2 %	2032	2039	2046	2052	2059
ZV 2: Realzins 3 %	2033	2041	2048	2056	-
ZV 3: Realzins 4 %	2034	2043	2052	-	-

Anmerkung: eine fehlende Jahreszahl impliziert, dass bis 2060 keine Anpassung vorgenommen werden muss.

Tabelle 12: Zeitpunkt der nächsten Beitragserhöhung bei Einführung eines Zusatzbeitrags zur Kapitalbildung - mit Einbeziehung der PPV-Rücklagen

Ausgabenvarianten	Höhe des Zusatzbeitrags in Beitragssatzpunkten				
	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6
Variante 1.0					
ZV 1: Realzins 2 %	-	-	-	-	-
ZV 2: Realzins 3 %	-	-	-	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	-	-	-	-	-
Variante 1.1					
ZV 1: Realzins 2 %	-	-	-	-	-
ZV 2: Realzins 3 %	-	-	-	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	-	-	-	-	-
Variante 1.2					
ZV 1: Realzins 2 %	-	-	-	-	-
ZV 2: Realzins 3 %	-	-	-	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	-	-	-	-	-
Variante 1.3					
ZV 1: Realzins 2 %	-	-	-	-	-
ZV 2: Realzins 3 %	-	-	-	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	-	-	-	-	-
Variante 2.0					
ZV 1: Realzins 2 %	2038	2044	2051	2059	-
ZV 2: Realzins 3 %	2040	2047	2055	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	2042	2051	-	-	-
Variante 2.1					
ZV 1: Realzins 2 %	2037	2043	2050	2056	-
ZV 2: Realzins 3 %	2039	2046	2053	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	2041	2049	2060	-	-
Variante 2.2					
ZV 1: Realzins 2 %	2036	2042	2048	2055	-
ZV 2: Realzins 3 %	2038	2045	2052	-	-
ZV 3: Realzins 4 %	2040	2048	2057	-	-
Variante 2.3					
ZV 1: Realzins 2 %	2035	2042	2047	2053	2060
ZV 2: Realzins 3 %	2037	2044	2051	2058	-
ZV 3: Realzins 4 %	2039	2047	2055	-	-

Anmerkung: eine fehlende Jahreszahl impliziert, dass bis 2060 keine Anpassung vorgenommen werden muss.

Wie ein Vergleich der Tabellen zeigt, spielt die Einbeziehung der Rücklagen der PPV für diese Frage letztlich eine begrenzte Rolle. Entscheidend sind vielmehr die Dynamisierungsvarianten. So würde bei den Dynamisierungsvarianten 1.x bereits die Einführung eines Zusatzbeitrags in Höhe von 0,3 Beitragssatzpunkten ausreichen, um sicherzustellen, dass der Beitragssatz dann bis 2060 nicht mehr angehoben werden muss. Bei einer kaufkrafterhaltenden Dynamisierung (Variante 2.x), zeigt sich dagegen, dass auch ein Zusatzbeitrag von 0,6 Beitragssatzpunkten nicht bzw. nur knapp ausreicht, um einen Beitragssatzsprung nach oben innerhalb des Betrachtungszeitraums zu verhindern.

Je nach Kombination von Dynamisierungs- und Zusatzbeitragssatzvarianten entwickelt sich der Kapitalstock. In Abbildung 23 bis Abbildung 26 ist die Kapitalstockentwicklung für die Leistungsdynamisierungsvarianten 1.0, 1.3, 2.0 und 2.3 ausgewiesen, also in beiden Dynamisierungsszenarien jeweils für die Variante mit den geringsten (x.0) und höchsten (x.3) Mehrausgaben aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Werte beziehen sich jeweils auf die Zinsvariante 2, also eine reale Verzinsung von 2 %, die die mittlere der hier untersuchten Zinsvarianten darstellt. Die Werte wurden *ohne* Berücksichtigung einer Einbeziehung der PPV-Rücklagen errechnet.

Wie Abbildung 23 und Abbildung 24 zeigen, wächst der Kapitalstock in Dynamisierungsvariante 1.x schon ab einem Zusatzbeitragssatz von 0,3 Beitragssatzpunkten (Zusatzbeitragsvariante = ZBV: 0,3 Beitragssatzpunkte) über den gesamten Betrachtungszeitraum. In der Dynamisierungsvariante 2.x ist dagegen auch ein Zusatzbeitragssatz von 0,6 Beitragssatzpunkten nicht ausreichend, um kontinuierlich Kapital aufzubauen (Abbildung 25 und Abbildung 26). Vielmehr kommt es in allen hier betrachteten Zusatzbeitragssatzvarianten im Betrachtungszeitraum auch wieder zu einem Kapitalabbau. Je nach Höhe des Zusatzbeitragssatzes und der Variante in Bezug auf die Mehrkosten des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Kapitalstock bereits vor Ablauf des Betrachtungszeitraums wieder vollkommen aufgelöst, und es käme dann zu einem Beitragssatzsprung auf den Beitragssatz, der sich im Umlageverfahren ergibt.

Abbildung 27 verdeutlicht diesen „Sprungeffekt“ für einige der in II.2 dargestellten Szenarien für die Einführung eines Zusatzbeitragssatzes. Solange der Gesamtbeitragssatz (inklusive Zusatzbeitragssatz) den zum Budgetausgleich im Umlageverfahren notwendigen Beitragssatz übersteigt, wird ein Kapitalstock aufgebaut. Übersteigt der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz dann den Gesamtbeitragssatz, wird dieser Kapitalstock bis auf Null abgeschmolzen. Danach „springt“ der Beitragssatz auf den zum Budgetausgleich notwendigen. Abbildung 27 zeigt diesen Effekt für die Dynamisierungsvariante 2.3 und einen Realzins von 2 % (Zinsvariante 2). Bei niedrigen Zusatzbeitragssätzen springt der Beitragssatz früher, bei höheren später. Allerdings ist dieser Sprung je größer, je später er stattfindet. Bei einem Zusatzbeitragssatz von 0,2 Beitragssatzpunkten (ZBV a) erfolgt der Sprung schon im Jahr 2032, beläuft sich dann aber „nur“ 0,4 Beitragssatzpunkte. Bei einem Zusatzbeitragssatz von 0,5 Beitragssatzpunkten (ZBV e) erfolgt der Sprung erst 2054, beträgt dann aber fast einen ganzen Beitragssatzpunkt.

Abbildung 23: Entwicklung des Kapitalstocks bei verschiedenen Zinsvarianten in Variante 1.0

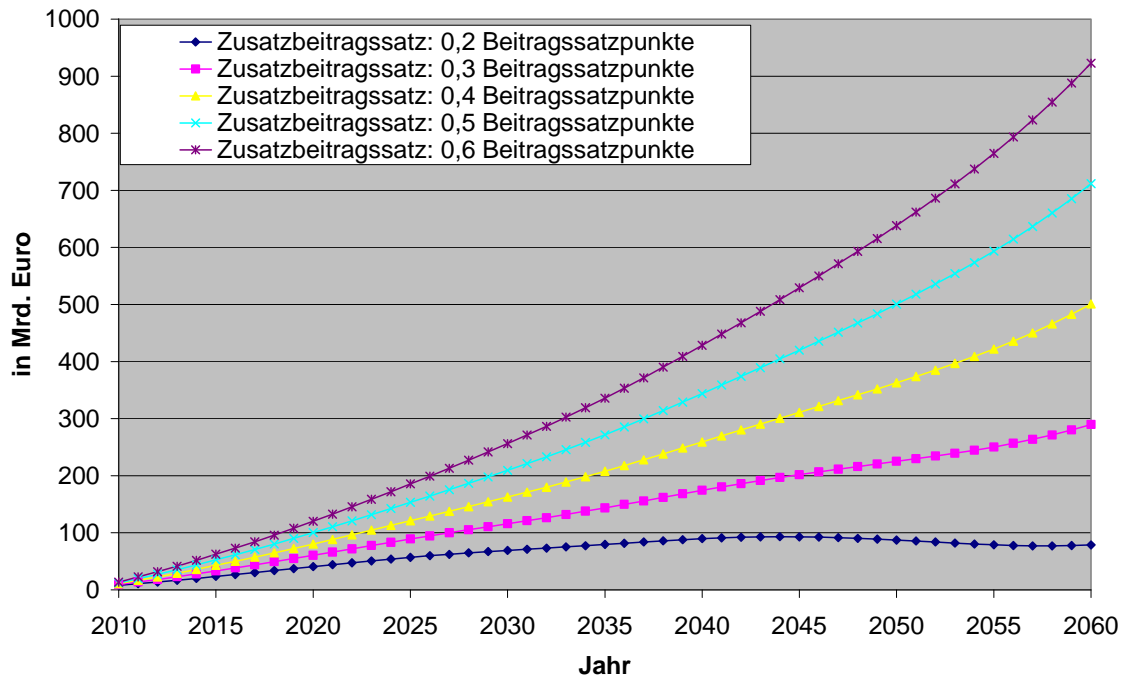


Abbildung 24: Entwicklung des Kapitalstocks bei verschiedenen Zinsvarianten in Variante 1.3

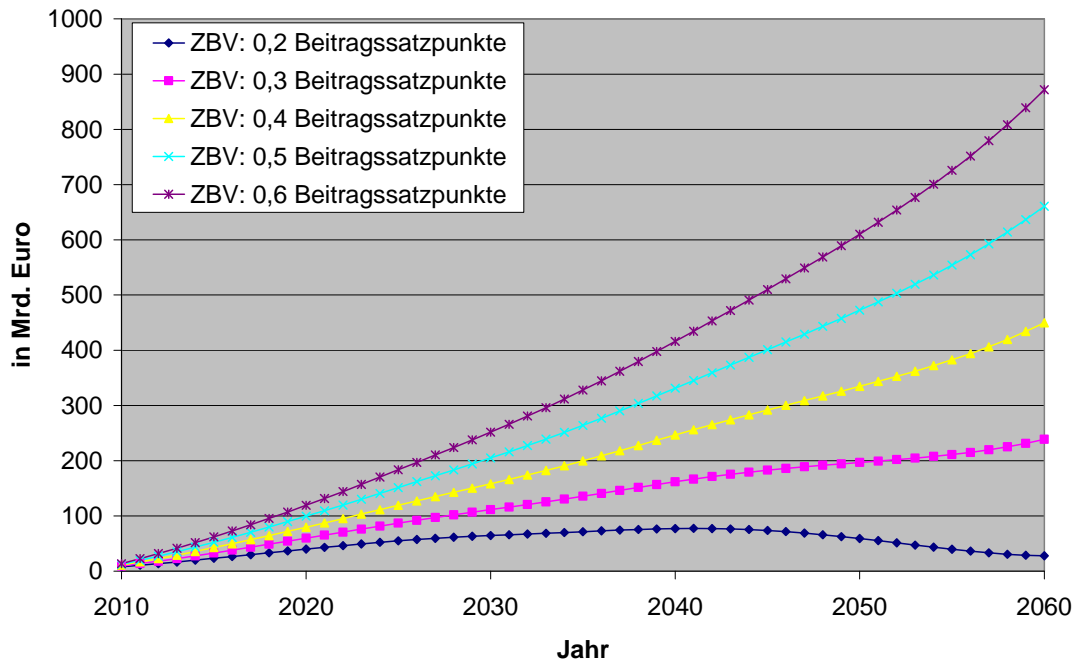


Abbildung 25: Entwicklung des Kapitalstocks bei verschiedenen Zinsvarianten in Variante 2.0

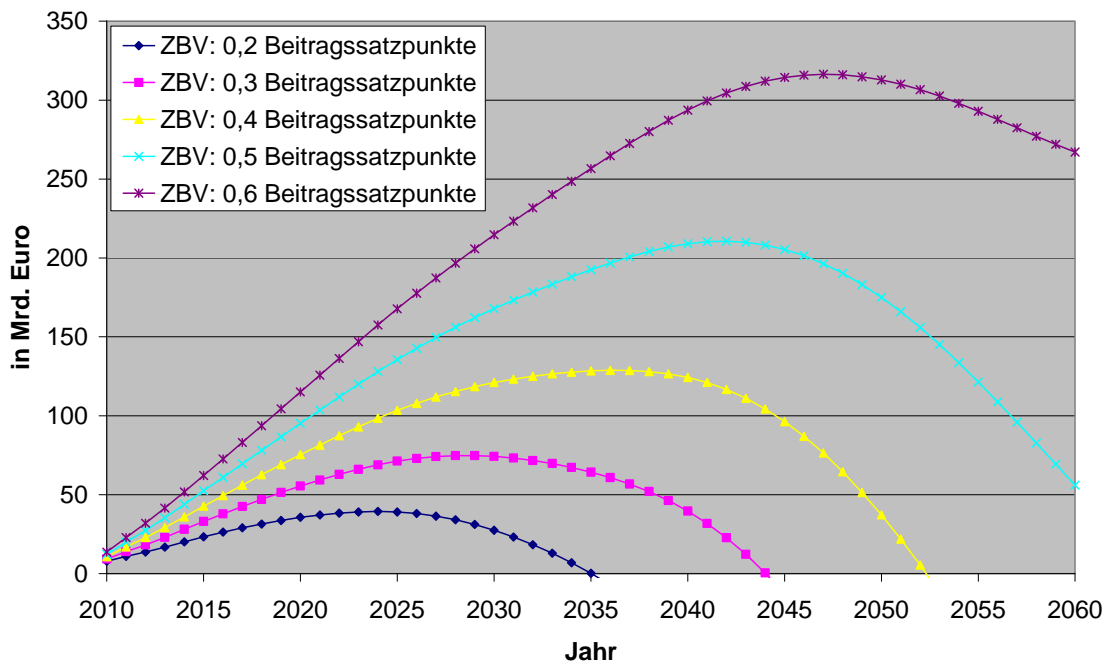


Abbildung 26: Entwicklung des Kapitalstocks bei verschiedenen Zinsvarianten in Variante 2.3

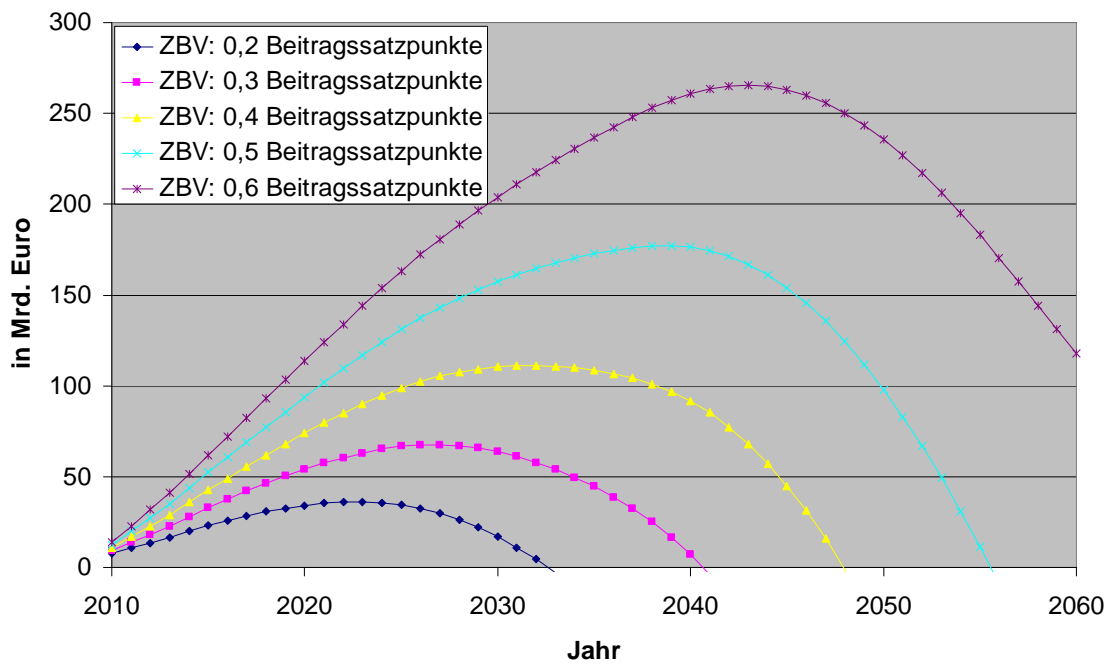
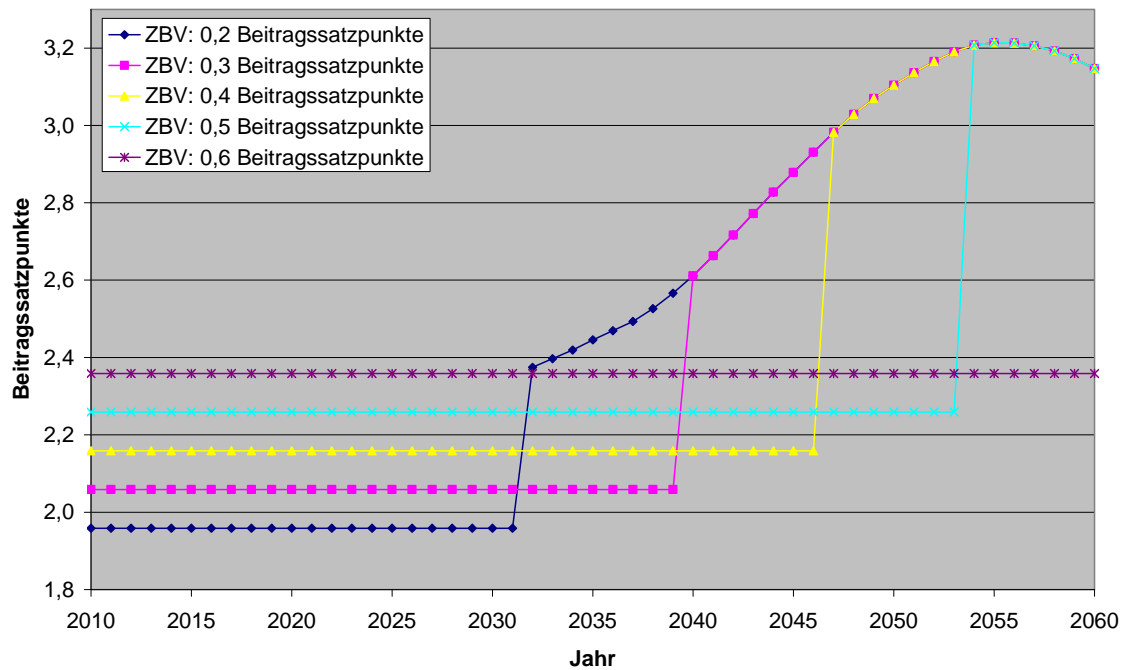


Abbildung 27: Entwicklung des Beitragssatzes bei temporärer Teilkapitalbildung, - Dynamisierungsvariante 3.3, Zinsvariante 2 -



3. Sozialpolitische Bewertung

Die vorstehenden Berechnungen zeigen, dass es möglich ist, eine kollektive Demographiereserve aufzubauen, in dem der Beitragssatz zunächst erhöht und dann über einen Zeitraum von 50 Jahren konstant gehalten wird. Allerdings stellt sich die Frage, nach der Sinnhaftigkeit einer solchen Vorgehensweise (vgl. hierzu auch Rothgang 2009).

Zunächst haben die Berechnungen deutlich gemacht, dass es sich bei der hier diskutierten Variante nur um eine temporäre Kapitalbildung handelt. Zwar können ansonsten in der Zukunft anfallende Finanzlasten so in die Gegenwart vorgezogen werden, jedoch ist diese Lösung *nicht wirklich nachhaltig*, weil der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung bzw. zur Bürgerversicherung in dem Moment, in dem der Kapitalstock abgeschmolzen ist, wieder auf den „normalen“ Beitragssatzpfad im Umlageverfahren zurück springt. Bei einem Kapitalstock, der bis 2060 aufgebaut und dann wieder abgeschmolzen werden soll, werden somit die Beitragszahler der nächsten dreißig Jahre belastet, die Beitragszahler der beiden folgenden Dekaden entlastet und für alle folgenden Beitragszahlerkohorte ändert sich im Vergleich zur Situation ohne Demographiereserve nichts.

Dies ist darauf zurückzuführen, dass der Gedanke einer „Untertunnelung“ einer „Pflegeberges“ nicht zutreffend ist. Zwar sinkt die Zahl der Pflegebedürftigen ab Mitte der 2050er Jahre wieder, jedoch sinkt auch die Zahl der Beitragszahler. In einem Umlageverfahren ist aber das Verhältnis von Pflegebedürftigen zu Beitragszahlern für den Beitragssatz entscheidend, nicht die bloße Zahl der Pflegebedürftigen. Dieses Verhältnis wird insbesondere durch die Fertilitätsrate geprägt. Diese ist aber seit 1970, also inzwischen seit vier Dekaden, bemerkenswert stabil – bei etwa 2/3 der zur Bestandhaltung notwendigen Rate. In seiner Bevölkerungsvorausberechnung geht das Statistische Bundesamt davon aus, dass diese Rate auch in den nächsten 50 Jahren konstant bleibt. In den 2060er Jahren leben dann fast nur noch Personen, die in einer Zeit mit einer stabilen, aber niedrigen Fertilitätsrate geboren wurden. Der demographische Wandel ist damit abgeschlossen und für die Zukunft ist von einem im Wesentlichen konstanten Verhältnis von Alten und Jungen auszugehen.

Dem entsprechend ist auch nicht mit einem merklichen Rückgang des Beitragssatzes im Umlageverfahren zu rechnen. Dies zeigt auch Abbildung 28, in der die Beitragssatzprojektion in der Sozialen Pflegeversicherung bis 2100 fortgeschrieben wurde. Abbildung 29 enthält die analoge Darstellung für die Pflegebürgerversicherung.

Abbildung 28: Bedingt demographische Beitragssatzentwicklung in der SV

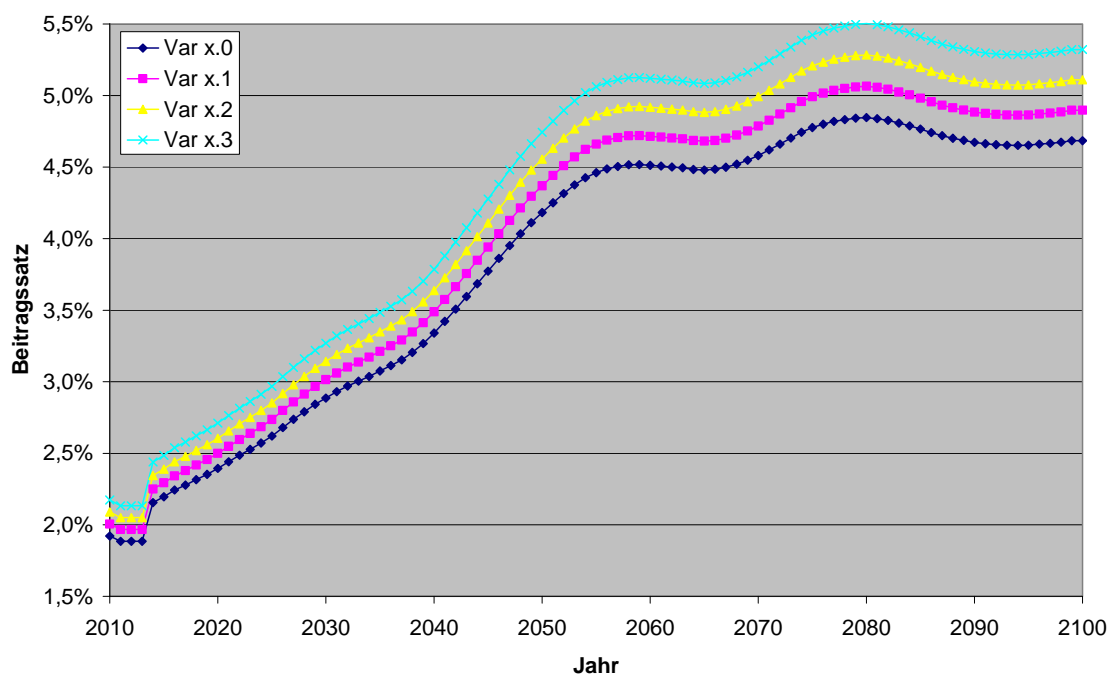
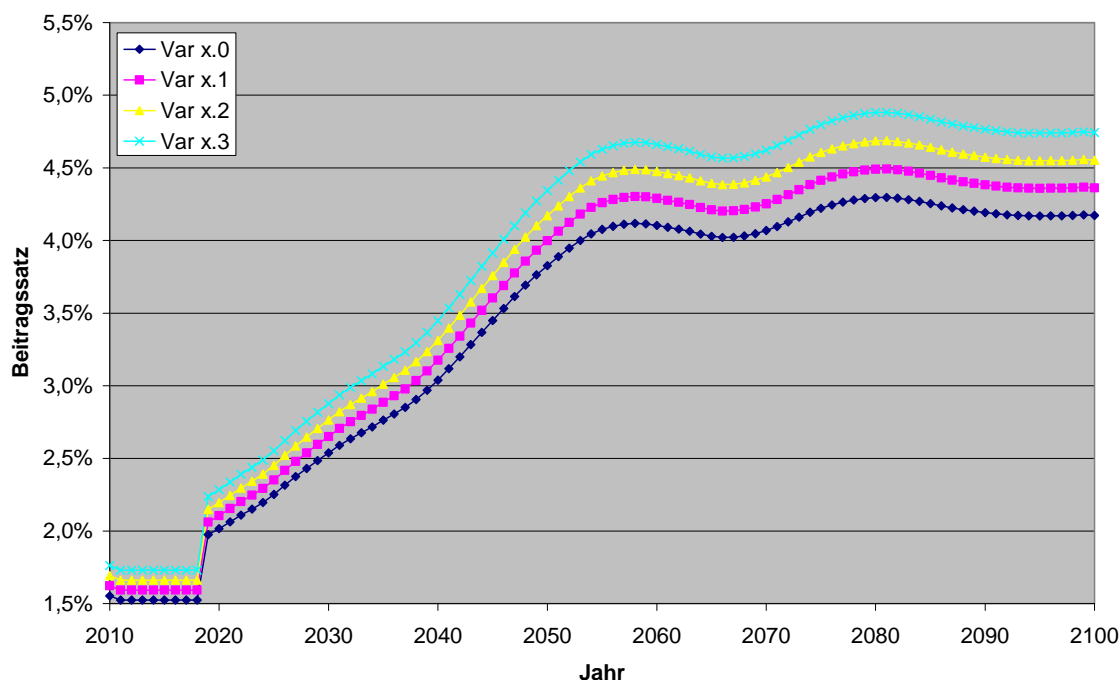


Abbildung 29: Bedingt demographische Beitragssatzentwicklung in der BV

Die Fortschreibung beruht auf einer Weiterführung der demographischen Projektion mit den Annahmen, die der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zugrunde liegen. Gleichfalls konstant gehalten sind die Pflegeprävalenzen und der weiter fortgeschriebene Trend von der informellen zur formellen Pflege. Allerdings sind alle Löhne, Gehälter, Renten etc. ebenso wie die Leistungen der Pflegeversicherung auf den Stand 2010 eingefroren, so dass nur die demographischen und sozialstrukturellen Trends zum Tragen kommen, nicht aber die monetären Faktoren. Die Abbildungen zeigen für den Beobachtungszeitraum bis 2060 daher ein stärkeres Beitragssatzwachstum als die Berechnungen in Abschnitt I.2.4 und I.3.4. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Leistungsdynamisierung auch in Variante 2.x nur mit 2/3 der Reallohnsteigerung erfolgt, während die Einnahmeseite von der vollen Reallohnsteigerung profitiert. Die Leistungsdynamisierung ist nämlich so konzipiert, dass zwar der reale Wert der Pflegeversicherungsleistungen erhalten bleibt, die Leistungshöhen aber nicht an der Steigerung des Sozialproduktes partizipieren. Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt pro Kopf der Bevölkerung sinkt der Wert der Pflegeversicherungsleistungen damit. Dieser Effekt ist ausgeschlossen, wenn alle Euro-Beträge – wie in Abbildung 28 und Abbildung 29 eingefroren werden.

Die eigentliche Aussagekraft der Abbildungen liegt aber im Verlauf des Beitragssatzes in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts. Wie im Hinblick auf die Entwicklung der

Fertilitätsraten zu erwarten, sinkt der hier errechnete Beitragssatz nämlich *nicht*. Er erreicht in der Mitte der 2050er Jahre seinen ersten Höhepunkt, wenn die Generation der „Babyboomer“, also die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre, im pflegerelevanten Alter ist, und zeigt eine Vierteljahrhundert später einen zweiten Gipfel, der unschwer als „Echo“ zu interpretieren ist, das den Kindern der Babyboomer geschuldet ist. Der Verlauf dieses „bedingt demographischen“ Beitragssatzes zeigt damit, dass kein „Berg“ untertunnelt werden kann, sondern wir vielmehr den Anstieg auf ein „Hochplateau“ erleben. Versuche, einen „Pflegeberg“ mittels einer kollektiven Demographiereserve zu „untertunneln“, sind daher zum Scheitern verurteilt. Jede temporäre Kapitalbildung, die dann in eine Phase des Kapitalverzehr übergeht, führt dazu, dass es nach Auflösung des Kapitals zu einem Beitragssatzsprung kommen muss. Der „Tunnel“ in den „Berg“ führt aus diesem nicht wieder hinaus. Vielmehr muss dann ein Ausgang durch eine „vertikale Bohrung“ nach oben auf das Hochplateau gesucht werden – zurück auf den „normalen“ Beitragssatzpfad im Umlageverfahren.

Neben diesen konzeptionellen Fragen nach Sinn und Zweck der kollektiven Demographiereserve stellt sich auch die *rechtliche und rechtspraktische Frage* nach dem den Schutz dieser dem Wesen nach zweckgebundenen Rücklage vor dem *Zugriff der Finanzpolitik*. Es ist nämlich davon auszugehen, dass in Zeichen einer Krise und knapper öffentlicher Mittel regelmäßig der Gedanke aufkommt, die aktuelle Notlage durch Zugriff auf diese Kapitalrücklage zu lindern. In der Vergangenheit konnte immer wieder beobachtet werden, dass Rücklagen in staatlichen und parafiskalischen Systemen dann für andere Zwecke gebraucht wurden. Auch in Bezug auf die Soziale Pflegeversicherung kamen derartige Vorschläge Ende der 1990er Jahr auf, als dieses System einen Kapitalstock von rund 9 Mrd. DM aufwies.¹⁷ Inwieweit eine solche Demographierücklage vor dem Zugriff der Finanzpolitik geschützt werden kann, ist aus rechtlicher Sicht strittig.¹⁸ Abbildung 26 zeigt nun welchen Umfang eine solche Demographiereserve haben

¹⁷ Diskutiert wurde damals u. a. den Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,2 Beitragssatzpunkte zu senken, den Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung entsprechend anzuheben und dadurch den Bundeszuschuss zur Bundesanstalt für Arbeit zu reduzieren oder den Beitragssatz zur Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte zu senken, um damit die Erhöhung des Rentenbeitrags abzumildern und die Überschüsse so zur Kompensation drohender Defizite eines anderen Sozialversicherungszweiges zu nutzen (vgl. Rothgang/Vogler 1998).

¹⁸ In einem m Auftrag des GKV-Spitzenverbandes erstellten Rechtsgutachten zu den „Voraussetzungen und Konsequenzen einer Ergänzung des bestehenden Finanzierungssystems der sozialen Pflegeversicherung um kapitalgedeckte Elemente“ kommt Christian Rolfs jedoch zu dem Ergebnis, dass der Eigentumsschutz des Art. 14 Grundgesetz auch für einen in der Sozialen Pflegeversicherung aufgebauten Kapitalstock gelte, wenn dieser für konkrete Risiken – etwa die stationäre Pflege oder die Leistungsdynamisierung – eingesetzt werde. Diene er hingegen im Sinne einer allgemeinen „Demographiereserve“ einem nicht näher definierten Bedarfsfall, greife dieser grundgesetzliche Eigentumsschutz nicht. Allerdings könne die „Mündelsicherheit“ der Kapitalanlage auch dann gewährleistet

muss. Bei einer kaufkrafterhaltenden Leistungsdynamisierung, einer mit Mehrkosten verbundenen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Varianten 2.3) und der Einführung eines Zusatzbeitragssatzes der ausreicht, um im Folgenden Beitragssatzkonstanz bis 2060 zu gewährleisten, wächst der Kapitalstock zwischenzeitlich auf mehr als 230 Mrd. Euro. Es handelt sich somit um einen durchaus beträchtlichen Betrag der vor dem Zugriff der Finanzpolitik geschützt werden muss, und es bedarf keiner großen Phantasie, um sich vorzustellen, dass ein derart gefüllter Fonds Begehrlichkeiten der Finanzpolitik erwecken wird. Auch hinsichtlich der Finanzmarktrisiken, die – wie spätestens die letzte Finanzmarktkrise gezeigt hat – mit jeder Kapitaldeckung verbunden sind, wird das Ausmaß der Kapitaldeckung dabei deutlich.

Schließlich ist noch auf ein weiteres generelles Problem hinzuweisen: Die Notwendigkeit einer Demographiereserve wird insbesondere damit begründet, dass – aus Gründen der *Generationengerechtigkeit* – die jetzigen Kohorten belastet werden müssen, um so zukünftige Kohorten zu entlasten. Allerdings würde diese Vorgehensweise dazu führen, dass auf der einen Seite ein Kapitalstock aufgebaut wird, während auf der anderen Seite explizite Staatsschulden in großer Höhe vorhanden sind. Dies ist aber ineffizient, da für die Verzinsung der Kapitalrücklage Habenzinsen bezogen werden, für die Staatsschulden aber Sollzinsen zu zahlen sind und Habenzinsen regelmäßig niedriger sind als Sollzinsen. Soll etwas für die zukünftigen Generationen getan werden, wäre ein Abbau der Staatsschulden die bessere Wahl. Generationengerechtigkeit ist nämlich ein übergreifendes Konzept, das selbst in der schon verengten Konzeption der Generationenbilanzen *alle* öffentlichen Leistungssysteme in den Blick nehmen sollte. Generationengerechtigkeit kann daher durch den Abbau von Staatsverschuldung viel effizienter gefördert werden als durch den Aufbau einer Kapitalreserve bei gleichzeitig bestehender Verschuldung. Hier wäre daher eine sektor- und systemübergreifende Betrachtungsweise angebracht.

Insgesamt kann das Konzept der kollektiven Demographiereserve somit nicht überzeugen. Es sollte daher überdacht werden, dieses Element nicht weiter zu verfolgen.

werden, „indem die Pflegekassen die Beiträge beispielsweise unter Beachtung der §§ 80 ff. SGB IV oder der aufsichtsrechtlich für private Unternehmen der Lebensversicherung geltenden Bestimmungen anzulegen haben.“ Mögliche Eingriffe des späteren Gesetzgebers unterlägen dann auch den Schranken des Art. 14 GG, was tendenziell zur Folge habe, „dass die Inhalts- und Schrankenbestimmung in der Sozialversicherung den gleichen engen Beschränkungen unterliegt wie in der Privatversicherung“ (Rolfs 2010: 21f.). Letztlich gilt aber, dass jede Form einer Kapitalrücklage die Begehrlichkeiten späterer Regierungen erweckt und immer die Gefahr besteht, dass in Zeiten fiskalischer Krisen Mittel und Wege gefunden werden, diese Rücklagen anzugreifen.

III. Steuerliche Auswirkungen einer Grünen-Pflegebürgerversicherung

Seit dem 01.01.2010 sind die Beiträge zur Pflegeversicherung nach § 10 des Einkommensteuergesetzes (EStG) vollständig von dem zu versteuernden Einkommen (zvE) steuerlich abzugsfähig. Jede Erhöhung der Beitragssumme – sei es durch Anhebung des Beitragssatzes oder durch Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage – führt daher ceteris paribus zu Steuerausfällen. Inwieweit eine im Wesentlichen aufkommensneutrale Einführung einer Pflegebürgerversicherung, bei der die erweiterte Bemessungsgrundlage mit einer entsprechenden Beitragssatzsenkung einhergeht, zu Steuerausfällen führt, ist dagegen weniger eindeutig. Effekte entstehen insofern als Haushalte mit unterschiedlichen Grenzsteuersätzen be- und entlastet werden. Derartige Effekte werden aber durch komplexe Anrechnungsvorschriften moderiert.

In diesem Teil sollen daher die steuerlichen Auswirkungen der Einführung einer Pflegebürgerversicherung simuliert werden. Dabei geht es ausschließlich um den differenziellen Effekt einer Bürgerversicherung im Vergleich zum Status quo, nicht um den Gesamteffekt der neuen gesetzlichen Regelung ab 2010. Bei der Berechnung wird von einer Pflegebürgerversicherung ohne Demographierücklage ausgegangen. Weiterhin wird unterstellt, dass der Kapitalbestand der Privaten Pflegepflichtversicherung in die Bürgerversicherung überführt wird, so dass die daraus resultierenden höheren Zinseinnahmen den zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatz verringern.

Zunächst wird hierzu der steuerrechtliche Hintergrund (Abschnitt 1) dargestellt, danach werden die berücksichtigten Modellvarianten (Abschnitt 2) und das methodische Vorgehen einschließlich der vorgenommenen Operationalisierungen (Abschnitt 3) vorgestellt. Abschnitt 4 enthält dann die Ergebnisse der Berechnungen, die in Abschnitt 5 einer kurzen sozialpolitischen Bewertung unterzogen werden.

1. Hintergrund

Einleitend werden hierzu die wesentlichen gesetzlichen Änderungen zur Anrechnung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (Abschnitt 1.1) im Zusammenhang mit den entsprechenden Änderungen der Anrechnungsvorschriften für sonstige Vorsorgeaufwendungen (Abschnitt 1.2) behandelt.

1.1 Gesetzliche Änderung zur Anrechnung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen

Der Gesetzgeber hat zum 01.01.2010 die Anrechnung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen auf das zu versteuernde Einkommen aufgrund der Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichtes vom 13. Februar 2008 ändern müssen. Die bis dahin geltenden Vorschriften zum Umfang der steuerlichen Berücksichtigung von Beiträgen zugunsten einer privaten Kranken- und Pflegeversicherung seien – so das Gericht – mit dem Grundgesetz unvereinbar, „da sie nicht die volle steuerliche Abziehbarkeit der Beiträge zur sozialhilfegleichen Kranken- und Pflegeversorgung des Steuerpflichtigen und seiner Familie gewährleisten [...]“ (BMF 2010). Die auf Basis dieses Urteils umgesetzten gesetzlichen Änderungen zur Anrechnung der privaten Kranken- und Pflegeversicherung gelten gleichermaßen für gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherte. Ab 2010 können Steuerpflichtige folglich

- Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung, gekürzt um einen Beitragsanteil, der zur Finanzierung des Krankengeldes eingesetzt wird,
- Beiträge zugunsten einer privaten Krankenversicherung, soweit diese der Finanzierung einer Basisabsicherung dienen, und
- Beiträge zur privaten und gesetzlichen Pflegepflichtversicherung

vollständig steuerlich absetzen.

1.2 Sonstige Vorsorgeaufwendungen

Bis zum 31.12.2009 konnten sonstige Vorsorgeaufwendungen inklusive Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nur bis zu einer Höchstgrenze von maximal 1.500 € für Personen, die nicht vollständig für ihren Versicherungsschutz aufkommen müssen, und bis zu 2.400 € für Selbständige steuerlich abgesetzt werden. Ab 2010 haben sich die Höchstgrenzen für Singles um 400 € auf 1.900 € bzw. 2.800 € (Selbständige) erhöht. Für Ehepaare gilt die Summe der beiden individuellen Höchstgrenzen für sonstige Vorsorgeaufwendungen.¹⁹ Die Höchstgrenzen gelten jedoch nicht für die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung. Sollten diese jedoch alleine die jeweiligen Höchstgrenzen der sonstigen Vorsorgeaufwendungen übersteigen, können keine anderen sonstigen Vorsorgeaufwendungen steuerlich angerechnet werden, es kann daher zu einer Verdrängung kommen. Zu den sonstigen Vorsorgeaufwendungen zählen neben den privaten und gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträgen auch (vgl. BMF 2010b):

¹⁹ Zur Übersicht und den Sonderregelungen zur Bestimmung der Höchstgrenzen der sonstigen Vorsorgeaufwendungen vgl. OFD Frankfurt/M. v. 09.03.2006 – S 2221 A – 78 – St II 2.08.

- Beiträge zur privaten und gesetzlichen Arbeitslosenversicherung,
- Beiträge zur Unfall- und Haftpflichtversicherung,
- Beiträge zur eigenständigen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung,
- Beiträge zur Risiko-Lebensversicherung für den Todesfall und
- kapitalbildende Lebens- und Rentenversicherungsbeiträge, die bereits vor dem 01.01.2005 gezahlt worden sind.

2. Modellvariationen zur Berechnung der steuerlichen Auswirkungen

Die Grüne Pflegebürgerversicherung weist drei Hauptmerkmale auf:

- die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze,
- die Einbeziehung der bislang Privatversicherten,
- die Berücksichtigung aller Einkommensarten (vgl. Abschnitt 0.4).

Die steuerlichen Effekte im Vergleich zum Status quo können

- a) für jede einzelne dieser „Stellschrauben“ (3 Varianten),
- b) für jede Kombination von je zwei dieser Maßnahmen (3 Varianten) und
- c) für den Einsatz aller drei Merkmale (eine Variante)

berechnet werden. Tabelle 13 fasst die so entstehenden insgesamt 7 Varianten der Grünen Pflegebürgerversicherung noch einmal zusammen. Variante 7 entspricht dabei in den wichtigsten Merkmalen dem Grundmodell der Grünen Bürgerversicherung.

Tabelle 13: Übersicht Modellvariationen einer Pflegebürgerversicherung – steuerliche Auswirkungen

Status quo	Simulation der neuen gesetzlichen Regelungen zur Anrechnung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen nach § 10 EStG des Jahres 2010
Variante 1	Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf die der Rentenversicherung West im Jahr 2008, also auf 5.300 € monatlich
Variante 2	Einbezug der privat versicherten Personen ²⁰
Variante 3	Einbezug aller Einkommensarten
Variante 4	Kombination aus Varianten 1 und 2
Variante 5	Kombination aus Varianten 1 und 3
Variante 6	Kombination aus Varianten 2 und 3
Variante 7	Kombination aus Varianten 1, 2 und 3

²⁰ Beitragsfrei mitversicherte Personen wurden nach § 10 SGB V entsprechend zugeordnet.

Nachfolgend werden die steuerlichen Auswirkungen der Einführung einer Pflegebürgerversicherung für jede dieser insgesamt sieben Varianten der Pflegebürgerversicherung, jeweils im Vergleich zum Status quo modelliert.

In Teil I und II dieses Gutachtens wurde der Effekt der Einführung einer Bürgerversicherung jeweils durch die Reduktion des im neuen System zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes ausgedrückt. Dabei werden die Ausgaben konstant gehalten und die Beitragssatzreduktion errechnet, die sich aus der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage ergibt.²¹ Die steuerlichen Effekte einer solchen Umstellung sind gering, da die Summe der Vorsorgeaufwendungen für die Pflegeversicherung insgesamt unverändert bleibt. Da die Bürgerversicherung aber Personen mit niedrigerem Einkommen tendenziell entlastet, solche mit höherem Einkommen – und damit einem höheren Grenzsteuersatz – tendenziell belastet (vgl. Teil IV), kann es dennoch zu Effekten kommen, die in ihrem Umfang aber sehr begrenzt sind.²²

Tatsächlich soll die Einführung der Pflegeversicherung aber zu erhöhten Einnahmen der Pflegeversicherung führen, die genutzt werden können, um erhöhte Leistungsausgaben – etwa durch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – zu finanzieren. Sinnvoll ist daher auch eine Betrachtung, bei der der Beitragssatz konstant gehalten wird, die Einführung der Bürgerversicherung dann zu erhöhten Einnahmen führt, die wiederum steuerlich anrechenbar sind.

Nachfolgend werden daher zwei Optionen betrachtet:

- *Option I* unterstellt eine ausgabenneutrale Einführung der Pflegebürgerversicherung, wie sie im Wesentlichen auch in Teil I und II zugrunde gelegt wurde.²³ Der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage steht dabei eine entsprechende Reduktion des Beitragssatzes gegenüber. Insgesamt bleibt die Summe der Pflegeversicherungsbeiträge, die als Vorsorgeaufwendungen steuermindernd berück-

²¹ Bei der Variante ohne Einbeziehung der PPV-Versicherten werden die Ausgaben der SPV konstant gehalten. bei Einbeziehung der PPV die Leistungsausgaben der beiden Versicherungssysteme. Für die Verwaltungsausgaben werden nun die (niedrigeren) Werte der SPV angesetzt. Zudem fällt der Aufbau der Altersrückstellungen weg, so dass die zu finanzierende Ausgaben Summe insgesamt etwas geringer ist.

²² Die Wirkrichtung kann sich allerdings sogar umkehren – etwa bei Rentnern, mit hohem Einkommen, das aber weitgehend steuerfrei ist.

²³ In Fußnote 21 wird präzisiert, inwieweit sich die über Beitragszahlungen zu finanzierende Ausgaben Summe dennoch durch die modellierte Einführung einer Pflegebürgerversicherung geringfügig geändert hat. Für die hier vorliegenden Berechnungen in Teil III wird dagegen von exakt gleichen über die Beitragszahlung zu finanzierenden Ausgaben Summen im Status quo und bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung ausgegangen.

sichtigt werden könnten, daher unverändert. Steuerliche Effekte ergeben sich nur dadurch, dass diese Aufwendungen anders auf die Zensiten verteilt werden.

- *Option II* unterstellt dagegen einen auch nach Einführung der Bürgerversicherung unveränderten Beitragssatz.²⁴ Da gleichzeitig die Bemessungsgrundlage erweitert wird (und mit den PPV-Versicherten ein Teilkollektiv mit deutlich besserer Risikostruktur integriert wird), erhöhen sich die insgesamt aufgebrauchten Pflegeversicherungsbeiträge. Damit wird der auch bei Variante I wirkende Struktureffekt durch einen Niveaueffekt ergänzt: Die für Pflegeversicherungsbeiträge aufgebrauchte Summe steigt insgesamt, so dass insgesamt mehr Vorsorgeaufwendungen steuerlich geltend gemacht werden können.

Die verwendete Datengrundlage erfordert die Setzung einer Vielzahl von Annahmen, um die steuerlichen Auswirkungen der Einführung der Pflegeversicherung abschätzen zu können. Um der daraus resultierenden Unsicherheit Rechnung zu tragen, werden eine obere und eine untere Grenze angegeben, die jeweils daraus resultieren, dass alle unsicheren Annahmen einmal so gesetzt werden, dass daraus eine höhere steuerliche Entlastung entsteht und zum anderen so, dass daraus eine niedrigere steuerliche Entlastung resultiert. Der „wahre Wert“ dürfte dann in dem so markierten Intervall liegen.

3. Berechnungsgrundlage, methodisches Vorgehen und Operationalisierung der Parameter

Für die Fragestellung der steuerlichen Auswirkungen kommen in Deutschland grundsätzlich zwei Datengrundlagen in Frage: die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamtes (EVS) und das Sozioökonomische Panel (SOEP).²⁵ Wie auch für Teil I und II bildet wiederum das SOEP die Grundlage. Im Sozioökonomischen Panel ist jedoch die Höhe der Steuerzahlungen nicht erfasst, so dass zu deren Modellierung die EVS verwendet wird. Die Ergebnisse dieser Modellierung werden dem SOEP zugespielt. Die EVS ist eine vom Statistischen Bundesamt durchgeführte Haushaltsbefragung, die alle fünf Jahre stattfindet – 2008 zum zehnten Mal (vgl. Statistisches Bundesamt 2005). Sie beinhaltet detaillierte Angaben zu Einkünften und Ausgaben von

²⁴ Für die Berechnungen verwendet wird der Beitragssatz aus dem Jahr 2008, der in der ersten Jahreshälfte bei 1,7 Beitragssatzpunkten und ab dem 01.07.2008 bei 1,95 Beitragssatzpunkten lag. Der Zuschlag für Kinderlose von 0,25 Beitragssatzpunkten wird berücksichtigt.

²⁵ Die Einkommensteuerstatistik, die außerdem grundsätzlich in Frage käme, wird insbesondere nicht verwendet, weil sie erst mit sehr großer Verzögerung (7 Jahre) der Wissenschaft zur Verfügung steht.

ca. 45.000 privaten Haushalten. Unter Verwendung des haushaltsbezogenen Gewichtungsfaktors der EVS können insgesamt Aussagen über 39.408 Mio. private Haushalte getroffen werden. Dies entspricht ca. 98% der gesamten privaten Haushalte (40.076 Mio.) in Deutschland im Jahr 2008 (vgl. Statistisches Bundesamt 2009). Für die Hochrechnung wurden diese Hochrechnungsfaktoren verwendet.

Weil die Datenbasis der EVS des Jahres 2008 die aktuellen gesetzlichen Regelungen zur Anrechnung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen, die erst 2010 eingeführt wurden, bei dem zu versteuernden Einkommen nicht abbildet, sind die folgenden Operationalisierungs- und Berechnungsmethoden angewendet worden, um die steuerlichen Auswirkungen des Jahres 2010 für das Referenzmodell „Status quo“ und in den verschiedenen Modellvariationen zu simulieren:

Ermittlung des zu versteuernden Einkommens des Jahres 2008 sowie Berechnung der angerechneten sonstigen Vorsorgeaufwendungen im Jahr 2008

In der EVS 2008 ist die entrichtete Lohn-/Einkommensteuer (EST) des Jahres 2008 für jede Person angegeben. Um die Lohn-/Einkommensteuer des Jahres 2010 einer Person bzw. eines Haushaltes aufgrund der geänderten gesetzlichen Anrechnungsvorschriften der sonstigen Vorsorgeaufwendungen im Status quo-Modell simulieren zu können, ist zunächst das zu versteuernde Einkommen (zvE) des Jahres 2008 ermittelt worden. Die Ermittlung des zvE erfolgt, indem die Formeln der linear-progressiven- und der Proportionalzonen nach §§ 32a Abs. 1 und 52 Abs. 41 EStG des Jahres 2010 nach dem zvE umgestellt werden. Bei der Berechnung des zvE ist das Ehegattensplitting entsprechend den Angaben zur Stellung im Haushalt in der EVS berücksichtigt worden. Das resultierende zvE wird anschließend um den anrechenbaren Betrag der sonstigen Vorsorgeaufwendungen des Jahres 2008 erhöht. Bei der Ermittlung der anzurechnenden sonstigen Vorsorgeaufwendungen des Jahres 2008²⁶ werden zwei Varianten herangezogen, weil die EVS nicht alle Informationen enthält, um die Anrechenbarkeit der Beiträge festzustellen. Die beiden Varianten sind so gewählt, dass Variante A die anzurechnenden sonstigen Vorsorgeaufwendungen eher über- und Variante B sie eher unterschätzt (siehe Tabelle 14).

Bevor die anzurechnenden Vorsorgeaufwendungen des Jahres 2010 auf Basis der beiden Varianten A und B ermittelt werden, bedarf es der Berechnung des beitragsrelevanten sowie des beitragspflichtigen Einkommens, um die jeweiligen Pflegeversicherungs-

²⁶ Hier wurden die Höchstgrenzen für sonstige Vorsorgeaufwendungen gemäß der alten Regelung von 2008 angewendet (vgl. BMF 2010).

beiträge in den verschiedenen Modellvariationen, die zur Anrechnung benötigt werden, zu bestimmen.

Tabelle 14: Varianten zur Anrechnung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen

Variante A ²⁷	Variante B
Beiträge...	Beiträge...
zur Kranken- und Pflegeversicherung	zur Kranken- und Pflegeversicherung
zur Arbeitslosenversicherung	zur Arbeitslosenversicherung
zu Pensions-, Sterbe- und Alterskassen	
zur Zusatzversicherung im öffentlichen Dienst	
zur privaten Rentenversicherung	zur privaten Rentenversicherung
zu privaten Unfallversicherungen	zu privaten Unfallversicherungen
zu Hausrat- und Personenhaftpflichtversicherungen	
zu Risikolebensversicherungen	zu Risikolebensversicherungen
zu Lebens-, privaten Renten-, Ausbil- dungs-, Aussteuer- und Sterbegeldver- sicherungen	zu Lebens-, privaten Renten-, Ausbildungs-, Aussteuer- und Sterbegeldversicherungen

Ermittlung des beitragsrelevanten und des beitragspflichtigen Einkommens

Das beitragsrelevante Einkommen ist aus den Angaben in der EVS 2008 für sozialversicherungspflichtige, freiwillige- und privat versicherte Personen generiert worden. Dabei sind die in Tabelle 15 genannten Einkommensarten berücksichtigt worden.

Unter Anwendung der personenkreisabhängigen Mindest- und Beitragsbemessungsgrenzen des Jahres 2008 für Ost und West²⁸ ist aus dem beitragsrelevanten das beitragspflichtige Einkommen gebildet worden. Zur Kalibrierung der Einkommensangaben in

²⁷ Wenn nur haushaltsbezogene Angaben zu bestimmten Angaben in der EVS vorliegen, werden die Werte als Quotient auf alle über 18-jährigen Personen im Haushalt verteilt.

²⁸ Es sind folgende Beitragsbemessungsgrenzen bei der Bestimmung des beitragspflichtigen Einkommens angewendet worden: Beitragsbemessungsgrenze Ost/West = 3.600 €, die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für Selbständige Ost/West = Bezugsgröße Ost/West * 0,75, die Mindestbeitragsbemessungsgrenze für freiwillige Mitglieder Ost/West = Bezugsgröße Ost/West /3 und die Beitragsbemessungsgrenze für Studenten in der KvdS = 512 €.

der EVS wurde das berechnete beitragspflichtige Entgelt an die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV im Jahr 2008 von 1.018,6 Mrd. angepasst. Der Korrekturfaktor wurde iterativ auf 1,083622482 bestimmt.

Tabelle 15: Berücksichtigte Einkommensarten

Personengruppe	Berücksichtigte Einkommensarten
Sozialversicherungspflichtige Personen	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlohn • Einmalzahlungen • Renten²⁹ • Arbeitslosengeld³⁰
Freiwillige bzw. privat Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlohn • Einmalzahlungen • Einnahmen aus einer nebenberuflichen Tätigkeit • Bruttoeinkommen Selbständiger (Sachentnahmen) • Bruttoeinkommen von Gewerbetreibenden und Freiberuflern • Renten • Arbeitslosengeld • Auslandsrenten • Nettoeinnahmen aus Vermietung und Verpachtung • Zinsen³¹, Dividenden und Ausschüttungen

²⁹ Hierzu gehören: Renten aus eigenem Anspruch, Renten für Hinterbliebene, Renten berufsständischer Versorgungswerke, Renten der Zusatzversorgungskassen aus eigenem Anspruch, Renten der Zusatzversorgungskassen für Hinterbliebene, Renten von Unfallversicherungen, Pensionen aus eigenem Anspruch, Pensionen für Hinterbliebene und Betriebsrenten aus eigenem Anspruch.

³⁰ Beim Arbeitslosengeld sind 80 % des letzten Bruttolohnes beitragspflichtig (§ 232a Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Da es grob 40 % des letzten Bruttolohnes beträgt, ist die Bemessungsgrundlage etwa doppelt so hoch wie das Arbeitslosengeld.

³¹ Bei Zinsen ist nur der Teil als beitragsrelevanter Teil angerechnet worden, der den monatlichen Sparerfreibetrag des Jahres 2008 in Höhe von 750 € übersteigt. Eine Zusammenveranlagung von Ehegatten wurde entsprechend berücksichtigt.

Berechnung der Pflegeversicherungsbeiträge aus dem zuvor ermittelten beitragspflichtigen Einkommen

In den Varianten der Option I, bei denen der Beitragssatz je nach Pflegebürgerversicherungsvariante unterschiedlich ist, wird der Beitragssatz so bestimmt, dass die Beitragseinnahmen in der Summe über alle Beitragszahler dem Status quo entsprechen.³²

Im Status quo-Modell werden die Pflegeversicherungsbeiträge auf Grundlage des Beitragssatzes³³ des Jahres 2008 berechnet. Hierbei wurde die Beitragssatzänderung zum 01.07.2008 von zuvor 1,7 % auf 1,95 % entsprechend berücksichtigt. In den Modellvarianten einer Pflegebürgerversicherung ergibt sich der jeweilige Beitragssatz³⁴ aus der Summe der ermittelten Pflegeversicherungsbeiträge im Status quo Modell³⁵ dividiert durch die Summe des als beitragspflichtig ermittelten Einkommens in der jeweiligen Modellvariante, so dass in der Summe über alle Haushalte die gleichen Beitragseinnahmen generiert werden wie im Status quo.

In Varianten, bei denen die bislang privat Pflegeversicherten mit in eine Pflegebürgerversicherung einbezogen werden, wurden die Beitragssatzberechnungen aus Teil I zugrunde gelegt. Da die neueste EVS für 2008 vorliegt, die Modellrechnungen in Teil I sich aber auf das Jahr 2010 beziehen, wurden hierbei nicht die absoluten Beitragssätze herangezogen, sondern das Verhältnis des Beitragssatzes der jeweiligen Bürgerversicherungsvariante zum Status quo und dies mit dem geltenden, gesetzlich fixierten Beitragssatz für 2008 multipliziert. Damit erfolgt die Kalibrierung auf die Werte des Jahres 2008.³⁶

³² Bei Einschluss der bislang Privatversicherten wird davon abweichend wie weiter unten beschrieben verfahren.

³³ Kinderlose Mitglieder über 23, die nicht vor dem 01.01.1940 geboren sind und kein Arbeitslosengeld II beziehen, haben zudem einen Kinderlosenzuschlag in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten zusätzlich zu zahlen. Wehrpflichtige können in der EVS nicht eindeutig identifiziert werden. Entsprechende Sonderregelungen werden nicht modelliert.

³⁴ Modellvariationsabhängige Pflegebürgerversicherungsbeitragssätze für Arbeitnehmer: Variante 1: 0,86 %, Variante 2: 0,77 %, Variante 3: 0,87 %, Variante 4: 0,75 %, Variante 5: 0,84 %, Variante 6: 0,70 % und Variante 7: 0,67 %. Für Selbständige ergeben sich jeweils die doppelten Höhen.

³⁵ Hier 776,617 Millionen € pro Monat. Dies entspricht ca. 96 % der für 2008 erzielten monatlichen Pflegeversicherungsbeitragseinnahmen für Arbeitnehmer (exklusive der Pflegeversicherungsbeiträge für Landwirte).

³⁶ So liegt der Beitragssatz in Variante 1 (nur Einbeziehung der bislang Privatversicherten beispielsweise bei 85,88 % des Beitragssatzes im Status quo. Dieser Quotient wurde dann mit dem geltenden Beitragssatz für 2008 multipliziert. Die Beitragssätze in den Kombinationsvarianten Einbeziehung der PPV mit (a) Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und (b) Einbeziehung aller Einkommensarten ergibt sich dann durch unterschiedliche Summen beitragspflichtiger Einnahmen, die innerhalb der EVS berechnet wurden.

Ermittlung der für das Jahr 2010 anzurechnenden sonstigen Vorsorgeaufwendungen

Gemäß den beiden zuvor beschriebenen Modellannahmen der Varianten A und B zur Ermittlung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen in Jahr 2008 sind auch unter Anwendung der neuen gesetzlichen Regelungen (vgl. BMF 2010) die sonstigen Vorsorgeaufwendungen für 2010 berechnet worden.³⁷ Hierbei wurde beachtet, dass aufgrund der gesetzlichen Bestimmung nach § 10 EStG die Krankenversicherungsbeiträge der gesetzlich und privat Versicherten nur in Höhe einer Basisabsicherung bei der steuerlichen Anrechnung berücksichtigt werden können. Zusätzliche Leistungen wie das Krankentagegeld zählen nicht zur Basisabsicherung. Die anrechenbaren Krankenversicherungsbeiträge der gesetzlich versicherten Personen wurden deshalb pauschal um 4 % gekürzt (vgl. BMF 2010).³⁸ Für die privat Versicherten ist nach dem BMF-Schreiben vom 13.09.2010 BStBl. 210 I S. 68 1 Tz. 68 bis 71 weiterhin bestimmt, dass mindestens 80 % ihrer Krankenversicherungsbeiträge begünstigt absetzbar sind, wenn über die Basisabsicherung hinausgehende Leistungen vereinbart worden sind. Die Krankenversicherungsbeiträge von Privatversicherten wurden unter der Annahme, dass im Jahr 2008 alle über den Basisschutz hinausgehende Leistungen vertraglich vereinbart haben, pauschal um 20 % gekürzt.

Ermittlung des zu versteuernden Einkommens und der gezahlten Einkommenssteuer/Lohnsteuer für 2010

Die anrechenbare personenbezogene Summe der sonstigen Vorsorgeaufwendungen des Jahres 2010 wird von der zuvor ermittelten Summe des zu versteuernden Einkommens und der sonstigen Vorsorgeaufwendungen des Jahres 2008 abgezogen, um das neue zu versteuernde Einkommen zu bilden. Unter Anwendung der nach §§ 32a Abs. 1 und 52 Abs. 41 EStG geltenden Einkommensteuerformeln des Jahres 2010 – und unter Berücksichtigung der Zusammenveranlagung bei Ehegatten – wurde die Lohn-/Einkommensteuer in den verschiedenen Modellvariationen auf Haushaltsebene simuliert.³⁹

³⁷ Eine Günstigkeitsprüfung wurde nicht durchgeführt, da die Berechnungen der Annahme unterliegen, dass die gesetzlichen Änderungen zur Anrechnungen der sonstigen Versorgungsbezügen für alle Personen zu einer Besserstellungen gegenüber 2008 führt.

³⁸ Die pauschale Kürzung von 4 % aller versicherungspflichtigen, freiwillig und privat Versicherten Personen folgt der Annahme, dass alle einen Krankenversicherungsschutz mit Anspruch auf Krankentagegeld abgeschlossen haben.

³⁹ Landwirte wurden bei der simulierten Anrechnung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen nicht berücksichtigt. Ihre entrichtete Lohn-/Einkommensteuer des Jahres 2008 wurde auch für das Jahr 2010 angesetzt.

Das ausgewiesene Brutto-Lohnsteueraufkommen des Jahres 2008 betrug nach Angaben des BMF 176,760 Mrd. €. ⁴⁰ In der EVS des Jahres 2008 ist nach Gewichtung der Haushalte ein Lohnsteueraufkommen von 182,760 Mrd. € ausgewiesen. Dies entspricht einer Abweichung von ca. +3,4 %. Für 2010 weist das BMF ein Lohnsteueraufkommen in Höhe von 169,323 Mrd. € aus. Aufgrund des oben beschriebenen methodischen Vorgehens wird im *Status quo-Modell* ein Lohnsteueraufkommen von insgesamt 172,884 Mrd. € (Variante A) bis 173,019 Mrd. € (Variante B) generiert. Die Abweichung zu dem vom BMF angegebenen Lohnsteueraufkommen für das Jahr 2010 beträgt somit zwischen +2,18 % und +2,21 %. Die Abweichung des simulierten Effektes der Regeländerung ($182,760 - 172,884 \approx 9,9$ Mrd. € [Variante A] bzw. $\sim 9,7$ Mrd. €) von der Änderung des Lohnsteueraufkommens ($176,760 - 169,323$ $7,7 \approx 7,4$ Mrd. €) beträgt 2,3 – 2,4 Mrd. €, das entspricht 1,3 % bis 1,4 % des Lohn-/Einkommensteueraufkommens und erklärt sich vermutlich durch die zwischen 2008 und 2010 gestiegenen Einkommen.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt als Gesamteffekt der steuerlichen Auswirkungen im Vergleich zum Status quo und als Effekt nach der Höhe der gezahlten Lohn-/Einkommensteuer je Haushalt⁴¹ im Vergleich zum Status quo.

4. Steuerliche Auswirkungen

Die Betrachtung der steuerlichen Auswirkungen der verschiedenen Modellvarianten erfolgt für

1. das berechnete Lohn-/Einkommensteueraufkommens im *Status quo-Modell* (Abschnitt 4.1).
2. die Veränderung durch die Einführung einer Pflegebürgerversicherung bei konstanten Ausgaben und sich daher änderndem Beitragssatz (*Option I*) im Vergleich zum Status quo (Abschnitt 4.2).
3. die Veränderung durch die Einführung einer Pflegebürgerversicherung bei konstantem Beitragssatz aus dem Jahr 2008 und daraus resultierenden Mehreinnahmen (*Option II*) im Vergleich zum Status quo-Modell (Abschnitt 4.3).

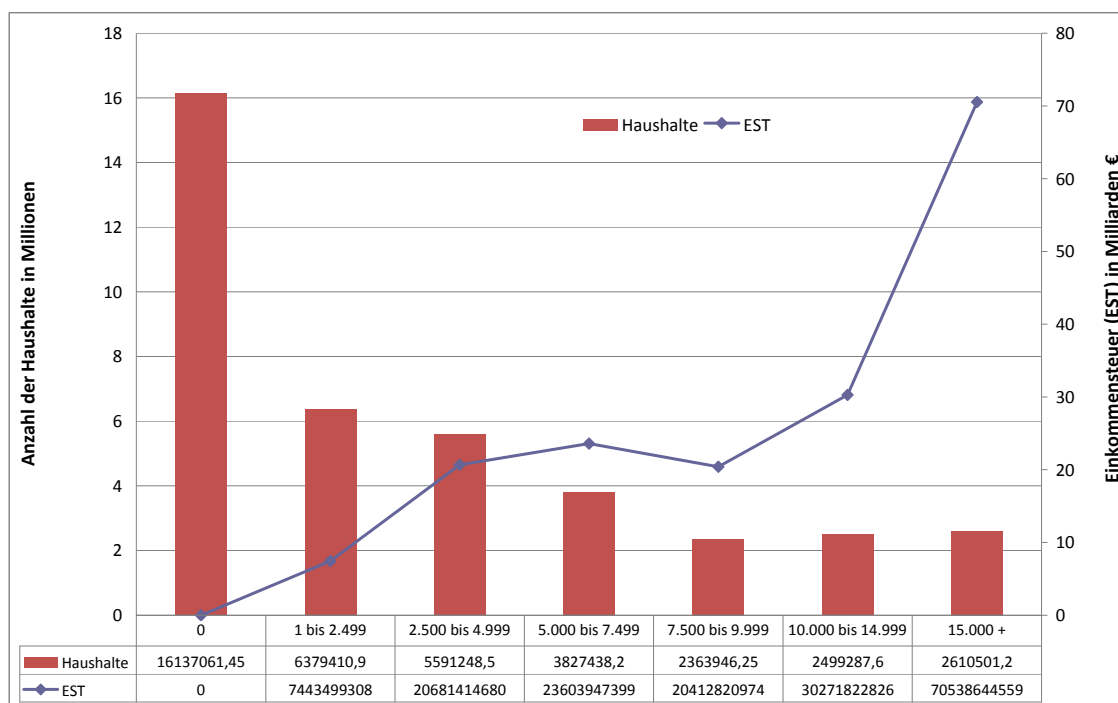
⁴⁰ Vgl. http://www.bundesfinanzministerium.de/nm_82808/DE/BMF__Startseite/Publikationen/Monatsbericht__des__BMF/2009/07/analysen-und-berichte/b02-steuereinnahmen-bund-laender/steuereinnahmen-bund-laender.html#2.1 [Stand: 30.08.2011].

⁴¹ Bei der Darstellung der haushaltbezogenen Effekte wird immer das Mittel der über- und unterschätzten angerechneten sonstigen Versorgungsaufwendungen (Varianten A und B) angegeben.

4.1 Status quo-Modell

Im Status quo-Modell einer simulierten Anrechnung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen des Jahres 2010 wird eine Lohn-/Einkommensteuer in Höhe von 172,884 Mrd. € (Variante A) bis 173,019 (Mrd. € Variante B) ausgewiesen. Abbildung 30 zeigt die durchschnittliche Verteilung der simulierten Lohn-/Einkommensteuer der Varianten A und B differenziert nach der Höhe der haushaltsbezogenen Lohn-/Einkommensteuer für das Jahr 2010.

Abbildung 30: Durchschnittliche Lohn-/Einkommensteuervolumina (EST) 2010 nach Höhe der gezahlten Lohn-/Einkommensteuer je Haushalt



Daraus geht hervor, dass

- 2,610 Mio. Steuerpflichtige mit einer haushaltsbezogenen Lohn-/Einkommensteuer größer gleich 15.000 € ca. 40,8%,
- 2,499 Mio. Steuerpflichtige in der Klasse 10.000 bis 14.999 € ca. 17,5 %,
- 2,363 Mio. Steuerpflichtige in der Klasse 7.500 bis 9.999 € ca. 11,8 %,
- 3,827 Mio. Steuerpflichtige in der Klasse 5.000 bis 7.499 € ca. 13,6 %,
- 5.591 Mio. Steuerpflichtige in der Klasse 2.500 bis 4.999 € ca. 12 % und
- 6,379 Mio. Steuerpflichtige in der Klassierung 1 bis 2.499 € ca. 4,3 %

des gesamten Lohn-/Einkommensteueraufkommens in Deutschland aufbringen.

Die Einteilung der Haushalte nach ihrer Höhe der entrichteten Lohn-/Einkommensteuer aus dem Status quo-Modell dient als Referenz zur Beurteilung der Effekte der steuerlichen Auswirkungen in den nachfolgenden Modellvarianten einer Bürgerversicherung mit variablen und mit festen Pflegeversicherungsbeitrag.

4.2 Pflegebürgerversicherung mit angepasstem Beitragssatz

In Teil I wurde die Einführung einer Pflegebürgerversicherung so modelliert, dass die Erhöhung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen zu einer entsprechenden Reduktion des Beitragssatzes führt. Dieser Grundgedanke liegt auch diesem Abschnitt zugrunde. Daraus ergibt sich, dass die Gesamtsumme der Pflegeversicherungsbeiträge für das jeweilige Versichertenkollektiv (nur SPV oder Bürgerversicherung) unverändert bleibt. Tendenziell verändern sich damit auch die steuermindernden Versorgungsaufwendungen nicht. Im Ergebnis sind daher für alle hier betrachteten sieben Varianten einer so modellierten Pflegebürgerversicherung die Effekte kleiner als 0,5 % des Lohn-/Einkommensteueraufkommens. Sie liegen damit unter der Modellierungsgenauigkeit und werden deswegen nachstehend *nicht* dargestellt. Der Grund für die nur sehr geringe Veränderung des Steueraufkommens liegt darin, dass die Summe der Beiträge in allen Varianten gleich ist.⁴²

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und/oder die Einbeziehung aller Einkommensarten bewirkt einerseits, dass die Beiträge bei Personen mit hohen Einkommen bzw. anderen Einkommensarten steigen. Andererseits sinken die Beiträge bei allen Versicherten wegen des niedrigeren Beitragssatzes. Wenn die Veränderung der Beiträge zu 100 % auf das zu versteuernde Einkommen durchschlagen und alle Personen mit dem gleichen Grenzsteuersatz belastet würden, wäre das Steueraufkommen insgesamt bei allen Bürgerversicherungsvarianten und im Status quo exakt identisch, also durch die Einführung der Bürgerversicherung unberührt. Tatsächlich gibt es dagegen beides: Änderungen des zu versteuernden Einkommens und unterschiedliche Grenzsteuersätze, so dass es kleine Abweichungen des Steuereinkommens nach oben oder nach unten geben kann.

⁴² Werden die Privatversicherten einbezogen erhöht sich zwar die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen stärker als die Ausgaben. Allerdings ist auch die kompensatorische Beitragssatzsenkung größer. Auch für die Varianten mit Einbeziehung der bislang Privatversicherten bleiben die Abweichungen im Steueraufkommen deshalb deutlich kleiner als 0,5 %, so dass auch für diesen Fall keine Ergebnisse ausgewiesen werden.

So führen Beitragsänderungen nicht notwendigerweise eins-zu-eins zu einer entsprechenden Änderungen des zu versteuernden Einkommens. Hierfür sind insbesondere zwei Gründe maßgebend:

- Die Regelungen zur Absetzbarkeit von Vorsorgeaufwendungen bewirken unter bestimmten Umständen, dass andere Vorsorgeaufwendungen die Änderung des Pflegeversicherungsbeitrages ausgleichen.
- Manche Versicherte zahlen wegen eines niedrigen zu versteuernden Einkommens keine Lohn-/Einkommensteuer, so dass eine Änderung des Pflegeversicherungsbeitrages die jeweilige Steuerlast nicht verändert.⁴³

Die Wirkung auf das Steueraufkommen ist in beiden Fällen gleich: Eine Erhöhung der Beitragslast führt selbst dann nicht zu einer proportionalen Reduktion des Steueraufkommens, wenn ein proportionaler Steuertarif unterstellt wird.

Bei der zweiten Konstellation ist der Anteil der Rentner besonders groß, denn bei ihnen ist nur ein kleiner Teil der Rente steuerpflichtig, während sie voll beitragspflichtig ist. Dadurch kann ihr Beitrag bei einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze oder durch die Einbeziehung weiterer Einkommensarten steigen, ohne dass dies Auswirkungen auf die Lohn-/Einkommensteuer hat.

Der umgekehrte Effekt findet sich bei vielen Steuerpflichtigen mit einem geringen Lohn: ihr Beitrag sinkt, weil der Beitragssatz in der Pflegebürgerversicherung niedriger ist, aber ihr Lohn ist so niedrig, dass sie entweder keine Steuern zahlen oder die Pflege- und Krankenversicherungsbeiträge so niedrig sind, dass sie steuerliche Absetzungsgrenzen für andere Einkommensarten unterschreiten. Die Verringerung des Pflegeversicherungsbeitrages führt daher nicht zu entsprechenden Steuermehreinnahmen.

Die modellierten Regelungen zur Absetzbarkeit von Vorsorgeaufwendungen ab 2010 sehen vor, dass

1. die Summe aus Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag absetzbar ist und
2. soweit diese Summe kleiner als 1.900 Euro im Jahr ist (bei unverheirateten Arbeitnehmern, bei verheirateten: 3.800), andere Vorsorgeaufwendungen abgesetzt

⁴³ Zur Modellierung wurde angenommen, dass die Änderung des Pflegeversicherungsbeitrages bei Steuerpflichtigen, die 2008 keine Lohn-/Einkommensteuer entrichtet haben, auch nach Einführung der grundsätzlich vollständigen Absetzbarkeit von Pflege- und Krankenversicherung 2010 und in der Pflegebürgerversicherung keine Steuern entrichten. Diese Annahme ist notwendig, weil in der EVS das zu versteuernde Einkommen nicht direkt abgefragt wurde und nur aus der Zurückrechnung von den Einkommensteuerzahlungen ermittelt wurde, was nicht möglich ist, wenn keiner Steuerzahlung vorliegt.

werden können, so dass in diesem Fall maximal 1.900 Euro bzw. 3.800 bei Arbeitnehmern insgesamt abgesetzt werden können.

Dies bedeutet, dass bei Personen, für die der zweite Fall zutrifft, eine Änderung des Pflegeversicherungsbeitrages nicht zu einer Änderung der individuellen Steuerlast führt. Bei alleinstehenden Arbeitnehmern kann dieser Fall eintreten, wenn der Bruttolohn unter ca. 21.565⁴⁴ Euro Bruttolohn im Jahr liegt; bei Ehepaaren, bei denen nur ein Gatte arbeitet, kann dieser Fall unter 43.130 Euro Bruttolohn eintreten.

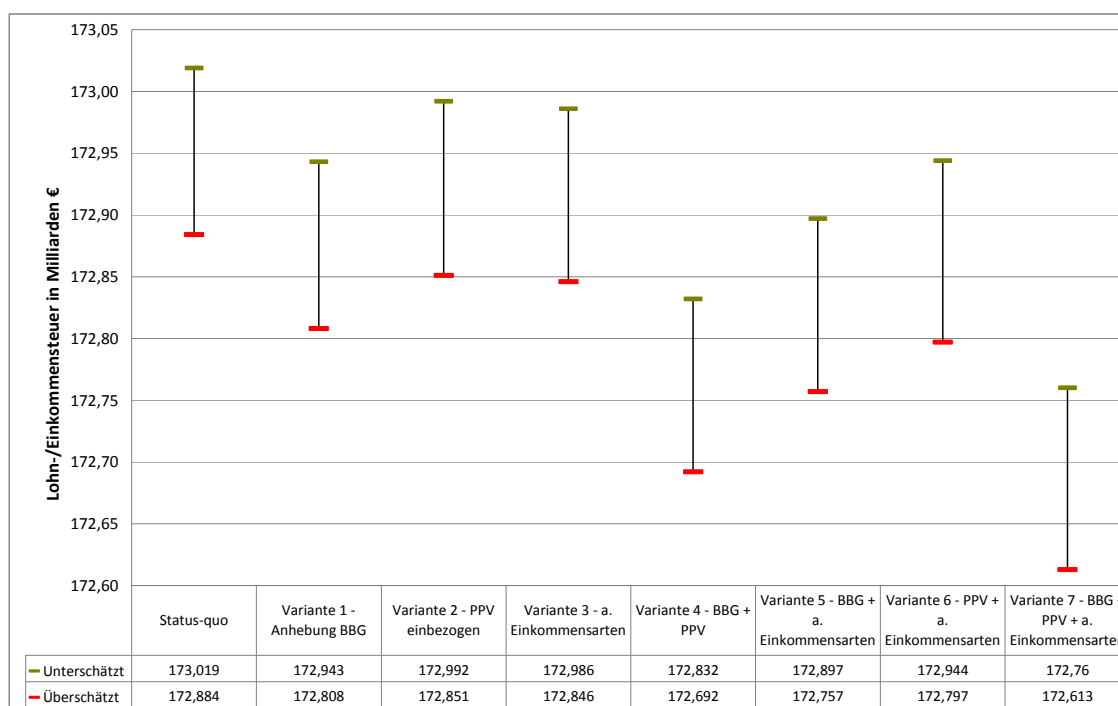
Im Ergebnis gibt es gegenläufige Effekte, die sich ungefähr ausgleichen. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass nach den Berechnungen wie sie Abschnitt III.3 beschrieben wurden, die Einführung von allen sieben zu Anfang dieses Teils (III) beschriebenen Bürgerversicherungsvarianten, die mit einer entsprechenden Senkung des Beitragssatzes verbunden ist, das Lohn-/Einkommensteueraufkommen um weniger als +/-0,5 Prozentpunkte ändern.

4.3 Pflegebürgerversicherung bei konstantem Beitragssatz

Auf Grundlage einer Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage bei einem gleichzeitig festgesetzten Pflegeversicherungsbeitragssatz in Höhe der sozialversicherungsrechtlich gesetzlichen Regelungen aus 2008 und einer steuerlichen Anrechnung der sonstigen Versorgungsaufwendungen nach den Regelung seit 2010, ist im Vergleich zum Status quo-Modell in allen Modellvarianten ein Rückgang des Lohn-/Einkommensteueraufkommens festzustellen (Abbildung 31).

⁴⁴ Bei einem Bruttolohn von 21.565 und einem Beitragssatz von 1,95 % in der Pflegeversicherung, plus 0,25 Prozentpunkte Kinderlosenzuschlag, und 14 % in der Krankenversicherung, plus 0,9 Prozentpunkte Arbeitnehmerzusatzbeitrag im Jahr 2008, ergeben sich Arbeitnehmeranteile zu 264,17 Euro (Pflegeversicherung) und 1.703,64 Euro in der Krankenversicherung. Da von der Gesetzlichen Krankenversicherung 96 % (hier also 1635,49 Euro) absetzbar sind, ergibt sich eine absetzbare Summe aus Pflege- und Krankenversicherung von gerundet 1.900 Euro.

Abbildung 31: Lohn-/Einkommensteuervolumina im Status quo und einer Pflegebürgerversicherung mit konstantem Beitragssatz

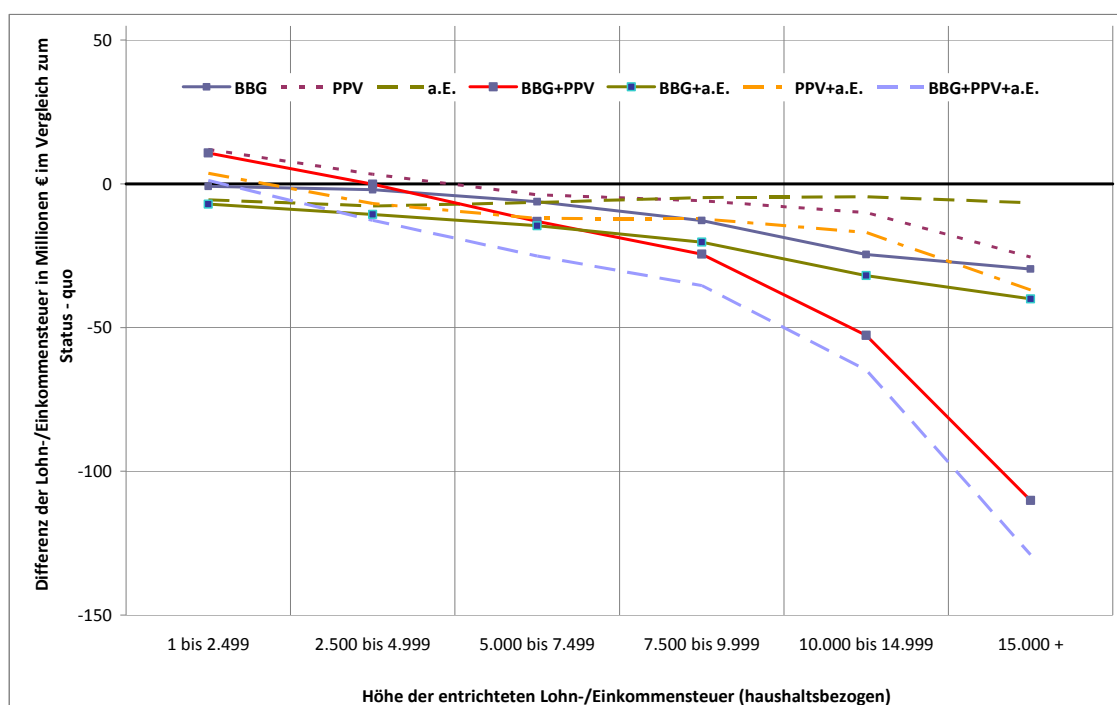


Eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage führt demnach zu einem niedrigeren Lohn-/Einkommensteueraufkommen. In ihrer Höhe unterscheiden sich die einzelnen Modellvarianten. Der größte Effekt ergibt sich im Grundmodell (Variante 7), bei dem der in der Sozialversicherung versicherte Personenkreis auf die bislang Privatpflegeversicherten ausgedehnt ist, die Beitragsbemessungsgrenze angehoben wurde und außerdem alle Einkommensarten beitragspflichtig sind. Einen klaren Effekt ergibt zudem Variante 4, d.h. der Einbezug der bislang privat Versicherten bei gleichzeitiger Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Die Höhe der Lohn-/Einkommensteuersenkung beträgt in der Modellvariante 4 ca. 190 Mio. € und in der Variante 7 ca. 260 Mio. €. Die Unter- oder Obergrenze des geschätzten Lohn-/Einkommensteueraufkommens in allen anderen Varianten (1, 2, 3, 5 und 6) liegt hingegen zwischen der Ober- und Untergrenze im Status quo, so dass bei diesen Modellvarianten nicht von einem deutlichen Effekt auf das Lohn-/Einkommensteuervolumen ausgegangen werden kann.

Um darzustellen, bei welchem Einkommen die Entlastungen anfallen, ist in Abbildung 32 die Differenz der Lohn-/Einkommensteuer in Mio. € gegenüber dem Status quo in Abhängigkeit von der 2008 entrichteten Einkommensteuer als Indikator für das Einkommen aufgetragen – für alle Modellvarianten. Dabei ist das zu versteuernde Einkom-

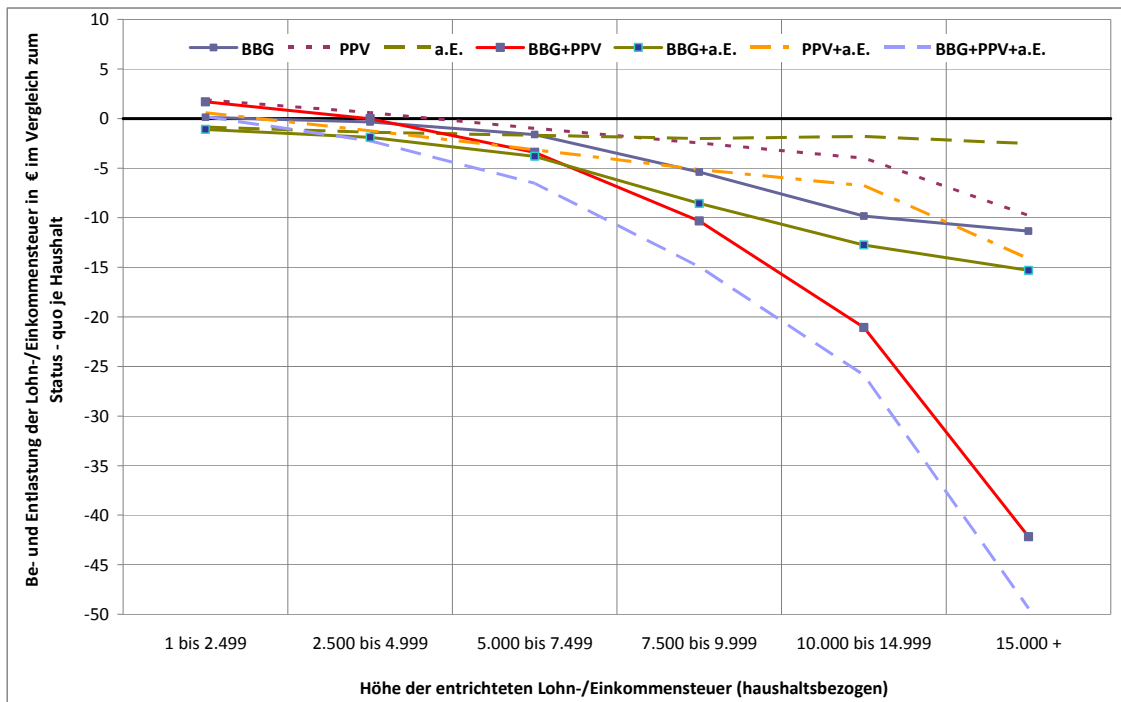
men aller Personen in einem Haushalt aufsummiert worden. Um die Darstellung übersichtlich zu halten, wurden jeweils nicht Ober- und Untergrenze, sondern der zugehörige Mittelwert aufgetragen. Es zeigt sich, dass in fast allen Varianten über alle Einkommensklassen hinweg die Steuerzahlung sinkt – außer in der untersten Lohn-/Einkommensteuerklasse 1 bis 2.499 € bei den Varianten 2, 4, 6 und 7. Das Volumen des Rückgangs steigt dabei mit der Höhe der entrichteten Einkommensteuer der Haushalte bei nahezu allen Modellvarianten kontinuierlich an, außer bei der Variante 3.

Abbildung 32: Durchschnittliche Änderung der Lohn-/Einkommensteuervolumina bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung mit konstantem Beitragssatz



Um darzustellen, wer von der Steuerentlastung in welchem Umfang profitiert, ist in Abbildung 33 nach rechts wieder die 2008 entrichtete Lohn-/Einkommensteuer als Indikator für das Einkommen aufgetragen und nach oben dieses Mal die Entlastung pro Haushalt statt in Summe über alle Haushalte. Die Be- und Entlastungen in den einzelnen Modellvarianten steigen durchgehend mit der Höhe der entrichtenden Lohn-/Einkommensteuer, wieder mit Ausnahme von Variante 3. Exemplarisch bedeutet dies in die Variante 7, dass ein Haushalt der im Status quo-Modell eine Lohn-/Einkommensteuer in Höhe von über 15.000 € entrichtet hat, um durchschnittlich ca. 49 € pro Jahr steuerlich entlastet wird.

Abbildung 33: Durchschnittliche Differenz der Lohn-/Einkommensteuervolumina einer Pflegebürgerversicherung mit Beitragssatz im Vergleich zum Status quo



5. Sozialpolitische Bewertung

Im Vergleich zur Status quo-Modellierung (Simulation der Anrechnung der sonstigen Vorsorgeaufwendungen nach den seit 2010 entsprechend § 10 EStG geltenden Regelungen) erzeugen alle Modellvarianten bei einer Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage

- bei einem festen Pflegeversicherungsbeitragssatz eine Minderung des Lohn-/Einkommensteueraufkommens und
- bei einer der Variante entsprechenden Verringerung des Beitragssatzes der Pflegebürgerversicherung eine Änderung des Lohn-/Einkommensteueraufkommens, die kleiner ist als 0,5 Prozent des gesamten Aufkommens.

Bei einem festen Beitragssatz werden Haushalte mit einer bereits hohen Einkommensteuerschuld stärker steuerlich entlastet als Haushalte mit einer geringeren Steuerschuld, also geringerem Einkommen. Dies ist jedoch ein rein steuerlicher Effekt, der die Mehrbelastung durch höhere Beiträge in höheren Einkommensklassen bei Einführung einer Pflegebürgerversicherung nur verringern, nicht aber kompensieren kann. Bei einer auf

Beitrags- und Steuereffekte abzielenden Gesamtbetrachtung, bleibt der Verteilungseffekt der Bürgerversicherung, nämlich eine Belastung der einkommensstärkeren und eine Entlastung der Einkommensschwächeren, grundsätzlich erhalten. Die Berücksichtigung der Einkommensteuereffekte moderiert diesen Effekt lediglich und führt nicht zu einer vollständigen Rückerstattung der erhöhten Beiträge.

Für eine Gesamtbetrachtung ist zudem immer zu berücksichtigen, dass den Mehreinnahmen in der Pflege(bürger)versicherung aufgrund einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage steuerliche Mindereinnahmen gegenüberstehen, wenn der Beitragssatz bei Einführung der Pflegeversicherung nicht kompensatorisch gesenkt wird. Allerdings belaufen sich die Mehreinnahmen der Pflegebürgerversicherung im Grundmodell auf rund 4 Mrd. Euro – dem Gegenwert des in Teil I errechneten Beitragssatzrückgangs von 0,4 Beitragssatzpunkten. Die Steuermindereinnahmen liegen dagegen eher in einem Bereich von 250 Mio. Euro. Bei einer Gesamtbetrachtung von Steuern und Beiträgen bleiben damit 15/16 des errechneten Beitragssatzeffektes auch bestehen, wenn der gegenläufige Effekt der Lohn-/ Einkommensteuer berücksichtigt wird.

Für die Berechnungen dieses Teils insgesamt bleibt aber zu beachten, dass die Effekte gering sind und ihre Quantifizierung angesichts der Modellunsicherheit nicht überbewertet werden darf.

IV. Verteilungswirkungen

Neben den Beitragssatzeffekten interessieren auch die Verteilungswirkungen der Pflegebürgerversicherung. Dazu werden durchgängig die Beitragsbelastungen durch die Pflegeversicherung in Bezug auf das Nettoeinkommen der Haushalte analysiert.⁴⁵ Diese Belastungen werden zunächst für den Status quo dargestellt (Abschnitt 1), der dann als Referenz für die Bürgerversicherung dient. Abschnitt 2 analysiert die resultierenden Belastungen im Grundmodell der Pflegebürgerversicherung und die Be- oder Entlastungen, die sich durch Einführung der Bürgerversicherung im Vergleich zum Status quo ergeben. In den Abschnitten 3 und 4 werden dann die aus Abschnitt I.5 bekannten Varianten analysiert. Hierbei werden jeweils die Veränderungen im Vergleich zum Status quo, aber auch die Unterschiede zum Grundmodell ausgewiesen. Die Analysen werden jeweils getrennt für insgesamt fünf Haushaltstypen und abschließend für das Äquivalenzeinkommen (s. u.) durchgeführt. Abschnitt beinhaltet eine kurze sozialpolitische Bewertung der Ergebnisse der Berechnungen.

Haushaltstypen

Die Verteilungswirkungen unterscheiden sich für verschiedene Haushaltstypen. Nachstehend werden dabei für Status quo, Grundmodell und die Varianten jeweils fünf Haushaltstypen betrachtet.

1. Alleinstehende
2. Alleinerziehende
3. Ehepaare ohne Kinder
4. Ehepaare mit 1 Kind
5. Ehepaare mit 2 Kindern.

Diese Haushaltstypen bilden mehr als 90% der gegenwärtig sozial- oder privatversicherten Bevölkerung Deutschlands ab. Zusätzlich ist eine Darstellung enthalten, die sich auf das *Äquivalenzeinkommen* bezieht (s.u.).

⁴⁵ Das Nettoeinkommen wird im Sozioökonomischen Panel mit folgender Frage ermittelt: „Wenn man mal alle Einkünfte zusammennimmt: Wie hoch ist das monatliche Haushaltseinkommen aller Haushaltsmitglieder heute? Bitte geben Sie den monatlichen Netto-Betrag an, also nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben. Regelmäßige Zahlungen wie Renten, Wohngeld, Kindergeld, BAföG, Unterhaltszahlungen usw. rechnen Sie bitte dazu! Falls nicht genau bekannt: Bitte schätzen Sie den monatlichen Betrag.“

Äquivalenzeinkommen

Dieses gemäß der von der OECD entwickelten Äquivalenzskala umgerechnete Einkommen dient dazu, das Wohlstandsniveau unterschiedlich zusammengesetzter Haushalte vergleichbar zu machen. Dazu wird das Einkommen berechnet, das ein Alleinstehender haben müsste, um den gleichen Wohlstand zu genießen wie der untersuchte Mehrpersonenhaushalt.

Um dieses Ziel zu erreichen, könnte in einem einfachen Ansatz das Haushaltseinkommen durch die Anzahl der Personen im Haushalt geteilt werden. Dies würde jedoch vernachlässigen, dass

- Kinder weniger Geld benötigen, um das gleiche Wohlstandsniveau zu erreichen wie Jugendliche und Erwachsene,
- dass manche Güter im Haushalt weitgehend unabhängig von der Personenzahl nur einmal gebraucht werden (Küche, Toiletten, Licht und Ähnliches) und
- dass durch den Kauf von Großpackungen günstiger eingekauft werden kann.

Die OECD hat darum eine Gewichtungsskala entworfen, die diesen Wirkungen Rechnung trägt. Sie weist der ersten Person im Haushalt ein Bedarfsgewicht von 1 zu, jede weitere Person ab einem Alter von 15 Jahren erhalten ein Bedarfsgewicht von 0,5 und Kinder bis 14 Jahren ein Bedarfsgewicht von 0,3 (neue OECD-Skala). Das zu einem Alleinstehenden äquivalente Einkommen wird berechnet, indem das Haushaltsnettoeinkommen durch die Summe der Bedarfsgewichte, die den Personen im Haushalt zugewiesen wurden, geteilt wird.⁴⁶

Damit entspricht das Haushaltsnettoeinkommen von Alleinstehenden dem Äquivalenzeinkommen. Das Haushaltsnettoeinkommen von Paaren ohne Kinder wird durch 1,5 geteilt, um das Äquivalenzeinkommen zu bestimmen. Für die Haushaltstypen, für die im Folgenden Verteilungswirkungen dargestellt sind, ergeben sich die in Tabelle 16 enthaltenen Bedarfsgewichte.

Um die unterschiedliche Wirkung der Modellvarianten auf die Privat- und Sozialversicherten sichtbar zu machen, sind die Verteilungswirkungen gemessen am Äquivalenzeinkommen getrennt dargestellt für Haushalte, bei denen der Haushaltsvorstand privat und solchen, bei denen er sozial versichert ist.

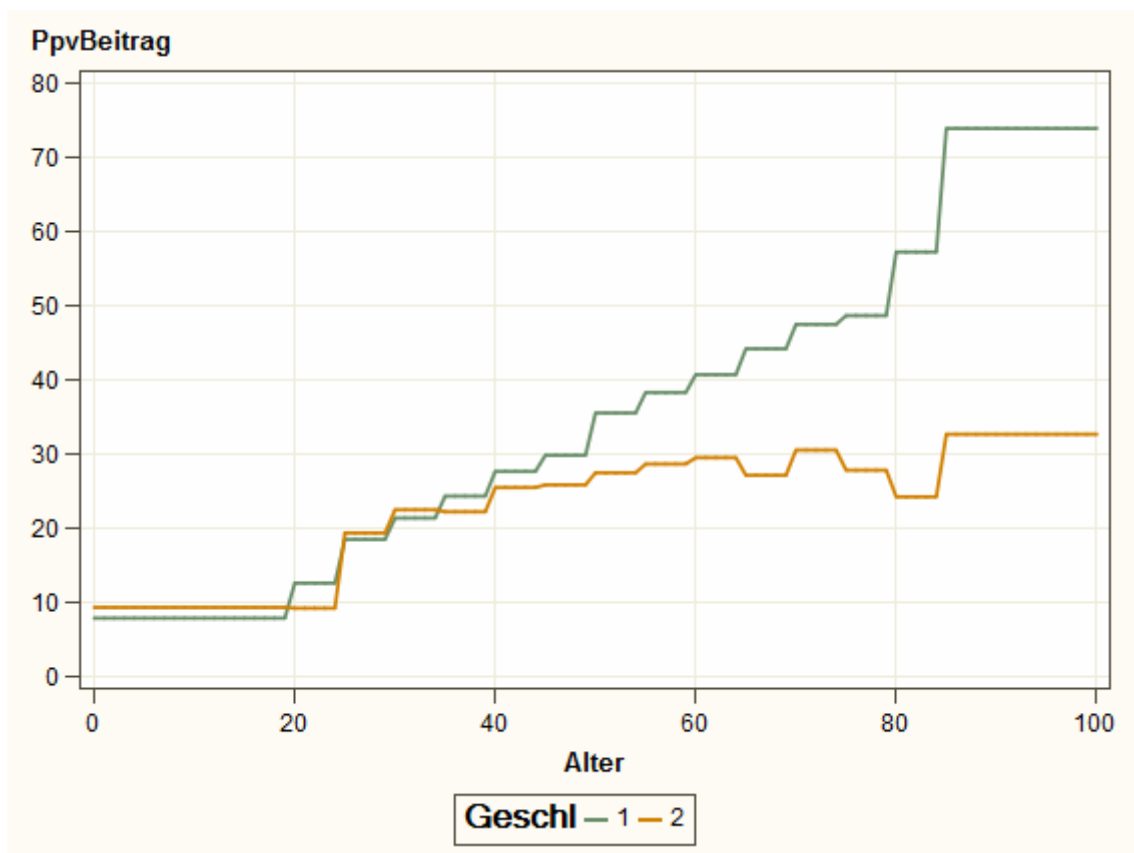
⁴⁶ Zur Begründung für die Bedarfsgewichte, siehe Statistisches Bundesamt 2002: 10-11.

Tabelle 16: Bedarfsgewichte nach Haushaltstyp

Haushaltstyp	Devisor zur Ermittlung des Äquivalenzeinkommens
Alleinstehend	1
Alleinerziehend	1,3 bis 1,5 (je nach Alter der Kinder)
Paar ohne Kinder	1,5
Paar mit einem Kind	1,8 bis 2 (je nach Alter der Kinder)
Paar mit zwei Kindern	2,1 bis 4 (je nach Alter der Kinder)

Operationalisierungen

Im SOEP sind die Beiträge zur Pflegeversicherung nicht ausgewiesen. Darum wurden die Beiträge für die SPV aus dem beitragspflichtigen Einkommen berechnet, das wie im Anhang beschrieben, berücksichtigt wurde.

Abbildung 34: Höhe der PPV-Beiträge nach Alter und Geschlecht

Die Beiträge der Privatversicherten wurden nach Alter und Geschlecht zugerechnet (Abbildung 34). Diese Werte wurden aus den Beiträgen von nicht behilfeberechtigten Personen, wie sie in der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (=EVS) 2008 erfasst sind, gewonnen. Bei abhängig beschäftigten PPV-Versicherten wurde von diesem Beitrag der Arbeitgeberzuschuss zur Pflegeversicherung (=halber PPV-Beitrag) abgezogen, um den Arbeitnehmeranteil zu bestimmen.

Grafische Darstellung

Die Verteilungswirkungen des Status quo, des Grundmodells und der beiden Varianten der Pflegebürgerversicherung sind in den folgenden Abschnitten grafisch wiedergegeben. Dabei gehören jeweils zwei Abbildungen zusammen. Die obere Abbildung weist die Beitragsbelastung bzw. deren Veränderung aus, während der unteren Abbildung zu entnehmen ist, wie viele Beitragszahler in die jeweilige Einkommensklasse fallen. Im Grundmodell der Pflegebürgerversicherung und ihren beiden Varianten sind die Besetzungszahlen der unteren Abbildungen dabei jeweils identisch. Sie unterscheiden sich aber vom Status quo, der die bislang PPV-Versicherten nicht einschließt.

In den oberen Abbildungen sind jeweils die Krankenversicherungsbeiträge abzüglich der Arbeitgeberanteile ausgewiesen. Dabei ist auf der Abszisse nach rechts zunehmend das bisherige Haushaltsnettoeinkommen in Einkommensklassen von jeweils 500 Euro aufgetragen und auf der Ordinate nach oben der Pflegeversicherungsbeitrag des jeweiligen Haushalts bzw. dessen Veränderungen. Dabei wurden alle Pflegeversicherungsbeiträge der Haushaltsmitglieder zusammengerechnet.

In den oberen Grafiken finden sich bis zu vier Kurven:⁴⁷

- Die schwarze Kurve gibt die Beiträge im Grundmodell an. In den Bürgerversicherungsmodellen dient sie zum Vergleich.
- Die grüne Kurve repräsentiert dagegen die Beiträge im Grünen Grundmodell der Pflegebürgerversicherung. In den Abschnitten 3 und 4 wird sie zudem nachrichtlich zu Vergleichszwecken ausgewiesen.
- Die rote Kurve gibt die durch das jeweilige Modell entstehende Entlastung (plus) gegenüber dem Status quo wieder.
- Die blaue Kurve enthält in den Abschnitten die Beiträge in der jeweiligen Variante der Pflegebürgerversicherung.

⁴⁷ Bei der Status quo-Betrachtung in Abschnitt 1 fehlen naturgemäß die blauen, roten und grünen Linien. Im Grundmodell (Abschnitt 2) fehlt die blaue Linie.

Dabei sind die gegenwärtig privat und sozial Versicherten zusammengefasst. Dargestellt ist der vom Versicherten selbst zu tragende Beitragsanteil, also der Gesamtbeitrag abzüglich des Arbeitgeberanteils. Hierbei ist folgendes zu beachten:

- Die Darstellungen geben die kurzfristige Verteilungswirkung wieder. Überwälzungsprozesse, die beispielsweise dazu führen können, dass erhöhte Arbeitgeberbeiträge den Lohnanstieg bremsen (Rückwälzung) oder die Preise für die Nachfrager der produzierten Güter erhöhen (Vorwälzung), sind nicht modelliert.
- Bei gleichem Einkommen ist der ausgewiesene Beitrag bei Personen, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten, also insbesondere bei Selbständigen, entsprechend doppelt so hoch ist wie bei Arbeitnehmern mit einem Arbeitgeberanteil. Das führt in der Abbildung dazu, dass es innerhalb einer Einkommensklasse große Schwankungen der Pflegeversicherungsbeiträge gibt und der Anteil der Selbständigen in einer Einkommensklasse deutlichen Einfluss auf den Durchschnittsbeitrag in der Einkommensklasse hat. Um diesen Effekt abschätzen zu können, ist in der unteren Abbildung jeweils der Anteil derjenigen, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten, zusätzlich ausgewiesen.
- Für den Status quo wurde bei derzeit privat Versicherten ein nach Alter und Geschlecht differenzierter PPV-Beitrag eingesetzt.⁴⁸ Bei abhängig beschäftigten PPV-Versicherten wurde von diesem Beitrag der Arbeitgeberzuschuss zur Pflegeversicherung abgezogen.

Die Kurven verbinden jeweils den Median der einzelnen Einkommensklassen. Der Median bezeichnet dabei den Mittelwert, der die Verteilung so teilt, dass jeweils 50% der Haushalte einen größeren und die anderen 50% einen kleineren Beitrag zahlen. Der Median ist generell robuster gegen Ausreißer und wird gerade bei schiefen Verteilungen häufig dem Mittelwert vorgezogen. Bei der Entlastungskurve (rote Kurve) impliziert der Median, dass 50% der Haushalte mit mindestens dem angegebenen Betrag entlastet werden. Aus der Differenz der Mediane der Beiträge im Status quo und der jeweiligen Modellvariante kann nicht der Median der Entlastung berechnet werden, weil es etwa Entlastungen geben kann, ohne dass sich der Median der Beiträge ändert. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn die Entlastungen nur bei Haushalten auftreten, deren Beitrag sowohl vor als auch nach der Reform oberhalb (unterhalb) des Medians liegt.

⁴⁸ In der Datengrundlage, dem SOEP, sind die Beiträge zur Pflegeversicherung nicht erfasst. Aus diesem Grund wurden die aus den Daten der EVS 2008 errechneten durchschnittlichen Beiträge von privat Versicherten in jeder Altersklasse und nach Geschlecht differenziert den Daten hinzugefügt.

Unter anderem aus diesem Grund sind zusätzlich zum Median bei der Kurve des Grundmodells, der betrachteten Variante und der Status quo-Kurve der arithmetische Mittelwert als runder Punkt in der jeweiligen Linienfarbe angegeben. Der rote runde Punkt in der Grafik gibt dementsprechend die Differenz der Beitragsdurchschnitte und damit die durchschnittliche Entlastung (arithmetischer Mittelwert) an.

Um die Verteilungswirkung noch genauer beurteilen zu können, sind weiterhin das erste und dritte Quartil mit dünnen Strichen nach unten bzw. oben angegeben. Dabei kennzeichnet das erste Quartil den Beitrags- bzw. Entlastungsbetrag, der von 25% der Haushalte in der jeweiligen Einkommensklasse unterschritten wird, während das dritte Quartil den Wert angibt, der von einem Viertel der Betroffenen überschritten wird.

Zur Beurteilung, wie viele Personen jeweils betroffen sind und um den Verlauf der Beitragshöhe besser erklären zu können, ist unter jeder Beitragsgrafik eine weitere Grafik abgebildet, die die Anzahl der beitragszahlenden Personen in der jeweiligen Einkommensklasse des jeweiligen Haushaltstypes und der Modellvariante angibt. Da sich die Zahl der beitragszahlenden Personen nur in den Modellvarianten mit unterschiedlicher Mitversicherungsregelung und bei Einbeziehung der PPV unterscheidet, sind diese Abbildungen in den anderen Fällen identisch. Die beitragszahlenden Personen sind in der Grafik danach unterteilt, ob sie bisher privat versichert waren und ob ihr Beitrag durch einen Arbeitgeberanteil gemindert wird. Aus der Kombination dieser beiden Merkmale ergeben sich vier Gruppen: (1) die privat Versicherten, die einen Zuschuss vom Arbeitgeber erhalten, (2) die privat Versicherten, die keinen Arbeitgeberzuschuss erhalten (insbesondere Selbständige und teilweise Angehörige von Arbeitnehmern, die privat versichert sind), (3) die sozial Versicherten, bei denen der Arbeitgeber einen Anteil zahlt und (4) die sozial Versicherten, die keinen Arbeitgeber haben (insbesondere Selbständige). In der Grafik repräsentieren die hell- und dunkelgrau gezeichneten Flächen diejenigen Beitragszahler, die einen Teil der Pflegeversicherungsbeiträge vom Arbeitgeber bezahlt bekommen und die hell- und dunkelviolett gezeichneten Flächen diejenigen Beitragszahler, die den vollen Pflegeversicherungsbeitrag alleine zahlen. Dabei stehen die hellen Flächen jeweils für sozial und die dunklen für privat Versicherte.

Da in den oberen Einkommensklassen die Zahl der Beitragszahler so klein ist, dass man die Größe der Flächen kaum mehr beurteilen kann, ist zusätzlich die blaue Linie eingezeichnet, die das Verhältnis von der Anzahl derjenigen Beitragszahler, die keinen Arbeitgeberanteil erhalten, zu allen Beitragszahlen angegeben. Der entsprechende Anteil ist auf der *rechten* Y-Achse abzulesen. Je größer er ist, desto größer ist bei konstantem Einkommen der in der oberen Abbildung ausgewiesene Beitrag des jeweiligen Modells.

Die Kurven gehen häufig nicht über das gesamte Einkommensspektrum, da für die zuverlässige Ermittlung der jeweiligen Median- und Durchschnittsbeiträge hinreichende Fallzahlen zugrunde liegen müssen. Ausgewiesen sind daher nur die Einkommensklassen, für die in der Stichprobe (dem Sozioökonomisches Panel) mehr als 50 Datensätze vorhanden sind. Für Einkommensklassen, bei denen diese Bedingung nicht erfüllt ist, sind keine Werte ausgewiesen. Alle eingezeichneten und zusammengehörenden Median-Punkte sind jeweils mit einer Line verbunden.

Umverteilung und Einnahmeniveau

Die Effekte der Einführung einer Bürgerversicherung werden in diesem Gutachten grundsätzlich so gerechnet, dass die Beitragssatzreduktion ermittelt wird, die durch Einführung von Bürgerversicherungselementen möglich ist, wenn gleichzeitig die unveränderten Ausgaben finanziert werden sollen. Dies scheint eine reine Umverteilung zu implizieren. Demzufolge müssten sich die Be- und Entlastungen in den nachstehenden Verteilungsrechnungen insgesamt ausgleichen. Dies ist allerdings aus zwei Gründen nicht der Fall: Zum einen kann sich der Arbeitgeberanteil verändern. Die Arbeitgeber werden entlastet, wenn andere Einkommensarten (für die es keinen Arbeitgeberbeitrag gibt) beitragspflichtig werden und sich aus diesem Grund der Beitragssatz – und damit auch der Arbeitgeberanteil – verringert. Bei Beitragssatzreduktionen, die durch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze oder höhere Beitragszahlungen für bislang Privatversicherte erzeugt werden, kommt es dagegen immer zu einer Gegenfinanzierung. Zum anderen werden in der PPV derzeit noch regelmäßig per Saldo Altersrückstellungen gebildet. Die hierfür notwendigen Finanzierungsanteile fallen in der rein umlagefinanzierten Pflegebürgerversicherung zunächst weg. Dies führt ceteris paribus zunächst zu einer Entlastung aller Beitragszahler, in der Zukunft aber zu einer höheren.

Beide Effekte führen zusammen dazu, dass sich die Be- und Entlastungen einzelner Haushaltstypen insgesamt nicht exakt ausgleichen müssen – wenngleich es sich insgesamt im Wesentlichen um Umverteilungseffekte handelt.

1. Status quo

In Abbildung 35 bis Abbildung 48 sind die Belastungsverteilungen im Status quo (Abbildungen mit ungeraden Nummern) und die jeweilige Besetzung der betrachteten Einkommensklassen (gerade Nummern) angegeben. Der Quartilsabstand ist Ausdruck der horizontalen (Un-) Gleichheit, während der Vergleich von Mittelwert und Median Rückschlüsse auf die Schiefe der Verteilung erlaubt.

In Abbildung 35 ist erkennbar, dass der Pflegeversicherungsbeitrag bei *Alleinstehenden* bis zu einem Nettogesamteinkommen von 2.500 Euro ansteigt (schwarze Kurve). Bei höheren Einkommen greift zum einen die Bemessungsgrenze von 3.562,50 Euro im Jahr 2007 und zum anderen ermöglicht die Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze (3.975 Euro) den Wechsel in die private Pflegeversicherung. Da sich diese Bemessungsgrenze bei Pflichtversicherten auf den *Bruttolohn* bzw. der *Bruttorente* bezieht, in der Abbildung aber das *Nettoeinkommen* aufgetragen ist, ist die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze schon ab der dritten ausgewiesenen Einkommensklasse (2.000 – 2500) und die der Versicherungspflichtgrenze ab der vierten Einkommensklasse (2.500 – 3.000 Euro) deutlich erkennbar. In dieser Klasse ist der Anteil der privat Versicherten, die einen Arbeitgeberanteil erhalten, besonders hoch (siehe Verhältnis des dunkelgrauen Balkens zum hellgrauen in Abbildung 36). Diese Gruppe zahlt niedrigere Beiträge in der PPV als in der SPV zu entrichten wären, so dass sowohl im Mittelwert als auch im Median bei dieser Einkommensklasse die Beiträge niedriger sind als in der Einkommensklasse darunter. Dass der Medianbeitrag für die Einkommensklasse von 3.000 – 3.500 Euro dann wieder steigt, ist insbesondere auf den steigenden Anteil der Beitragszahler ohne Arbeitgeberanteil (Abbildung 36) zurückzuführen.

Die durchschnittlichen Beiträge liegen (abgesehen von der höchsten dargestellten Einkommensklasse zwischen 3.000 und 3.500) oberhalb der Medianbeiträge (schwarze runde Punkte oberhalb der schwarzen Kurve). Dies impliziert, dass es einige Beitragszahler gibt, die wesentlich höhere Beiträge zahlen als 50 % der Beitragszahler und den arithmetischen Mittelwert so nach oben ziehen. Da sowohl in der SPV als auch in der PPV die Beiträge bestimmte Summen nicht überschreiten dürfen, ist in der höchsten Einkommensklasse der Mittelwert dann niedriger als der Median: viele zahlen in dieser Einkommensklasse den Maximalbeitrag (30,28 Euro für pflichtversicherte Arbeitnehmer), aber einige nicht, so dass der Durchschnitt etwas nach unten gezogen wird, während der Medianbeitrag nah am Maximum bleibt.

Für *Alleinerziehende* sind für die Einkommensklassen oberhalb von 2.500 Euro in der zugrunde liegenden Stichprobe nicht genug Fälle vorhanden, um zuverlässige Mittelwerte angeben zu können (vgl. Abbildung 38). Die grafische Darstellung in Abbildung 37 endet daher bei der Einkommensklasse 2.000 bis 2.500 Euro. Hierdurch ist die Wirkung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze nicht sichtbar. Anders als bei den Alleinstehenden greift sie bei Alleinerziehenden noch nicht in der Einkommensklasse 2.000-2.500 Euro, da vor allem wegen des Kindergeldes das Haushaltsnettoeinkommen bei Alleinerziehenden bei gleichem Bruttolohn größer ist als bei Alleinstehenden.

Der Pflegeversicherungsbeitrag von *Ehepaaren ohne Kinder* steigt für die ersten fünf angegebenen Einkommensklassen nahezu linear mit dem Haushaltsnettoeinkommen. Die Beitragsbemessungsgrenze zeigt erst ab einem Haushaltsnettoeinkommen ab 3.500 Euro durchschlagende Wirkung (Abbildung 39). Der Hauptgrund dafür, dass die Beitragsbemessungsgrenze erst bei einem höheren Haushaltsnettoeinkommen als bei Alleinstehenden seine Wirkung entfaltet, liegt darin, dass bei diesem Haushaltstyp der Anteil der Doppelverdiener hoch ist und die auf den Haushalt bezogene Beitragsbemessungsgrenze daher höher liegt – bei gleichem Einkommen beider Verdienener sogar doppelt so hoch wie bei Alleinverdienern. Ab einem Einkommen von 4.500 Euro steigt der Anteil der Beitragszahler ohne Arbeitgeberanteil, also insbesondere der Selbständigen, deutlich an (Abbildung 40). Da für diese Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil berücksichtigt ist, steigert ein hoher Anteil von Selbständigen in einer Einkommensgruppe den ausgewiesenen Pflegeversicherungsbeitrag. Auch dieser Effekt ist in Abbildung 39 gut zu erkennen. Wiederum liegt der Mittelwert bis zur vorletzten Einkommensklasse über dem Median und zeigt damit an, dass ein Teil der Versicherten deutlich höhere Beiträge zahlt. Wie auch schon bei den Alleinstehenden verschwindet dieser Effekt in der höchsten ausgewiesenen Einkommensklasse, da hier die Beitragsbegrenzung durch Beitragsbemessungsgrenze und Höchstbeitrag in der PPV Abweichungen der individuellen Beiträge vom Mittelwert nach oben effektiv begrenzt.

Ein ganz ähnliches Bild zeigt sich bei *Ehepaaren mit einem Kind* (Abbildung 41). Die zugehörige Abbildung 42, zur Einkommensverteilung zeigt, dass hier deutlich höhere Einkommen vorliegen als etwa bei den Alleinstehenden oder Alleinerziehenden. Insofern es sich um Doppelverdienerhaushalte handelt, entfaltet die Beitragsbemessungsgrenze ihre Wirkung wiederum erst bei höheren Einkommen.

Bei den *Ehepaaren mit zwei Kindern* (Abbildung 43) zeigt sich der Effekt der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze – bei einem zunächst wieder fast linearen Belastungsverlauf – ebenfalls für die Einkommensklassen von 4.000 bis 4.500 Euro.

Anders als in den Abbildungen nach Haushaltstyp sind in Abbildung 45 und Abbildung 47, die die Beitragsbelastung in Abhängigkeit vom *Äquivalenzeinkommen* enthalten, die Pflegeversicherungsbeiträge des Haushaltes gleichmäßig auf alle Personen im Haushalt verteilt worden. Entsprechend ist nicht der Gesamtbetrag des Haushaltes ausgewiesen, sondern die Belastung pro Person. Bei den *Haushalten mit einem sozial versicherten Haushaltsvorstand* liegt der Medianbeitrag deshalb sogar in der höchsten Einkommensklasse unter 25 Euro (Abbildung 45). Die Beiträge steigen bei den *Äquivalenzeinkommensklassen*, die mit 1.000 bis 2.000 Euro anfangen, zunächst linear mit dem *Äquivalenzeinkommen*. Ab 2.500 Euro *Äquivalenzeinkommen* wird die Beitragsbemessungsgrenze wirksam, so dass die Beitragsbelastung bis zu einem *Äquivalenzeinkommen* von 4.000 Euro im Wesentlichen konstant bleibt. Lediglich in der obersten Einkommensklasse, für die noch hinreichend viele Beobachtungen vorliegen, um Aussagen machen zu können, liegt der Beitrag um etwa 9 Euro höher. Ursächlich hierfür ist unter anderem, dass diese Einkommensklasse den größten Anteil an Beitragszahler ohne Arbeitgeberanteil aufweist. Letztlich sind in dieser Einkommensklasse aber nur rd. 150 Tausend Versicherte vertreten (vgl. Abbildung 46). Insgesamt zeigt die *Äquivalenzeinkommensbetrachtung* damit die zu erwartende Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze: Ab einem bestimmten Einkommen bleibt die Beitragsbelastung auch bei steigendem Einkommen konstant. Gleichzeitig sind die Quartilsabstände insbesondere bei den einkommensstärkeren Haushalten durchgängig sehr groß. Für die *Äquivalenzeinkommen* ab 2.000 Euro liegen sie fast im Bereich des Beitrags. Dies deutet auf eine beträchtliche horizontale Ungleichbehandlung – etwa durch unterschiedliche Verbeitragung verschiedener Einkommensarten hin.

Bei den Haushalten, *bei denen der Haushaltsvorstand privat versichert* ist, zeigt sich dagegen ein anderes Bild: Auch hier steigt der Beitrag mit zunehmendem *Äquivalenzeinkommen* bis zur Einkommensklasse von 2.000 bis 2.500 Euro zunächst an, um danach aber wieder zurückzugehen (Abbildung 47). Dass der Beitrag zunächst mit dem Einkommen steigt, obwohl die Beitragszahlung zur privaten Pflegeversicherung einkommensunabhängig ist, hat zwei Hauptursachen: Erstens leben in den Haushalten, bei denen der Haushaltsvorstand privat versichert ist, etwa 10% bis 20% sozialversicherte Personen, die einen einkommensabhängigen Beitrag zahlen. Zweitens steigt sowohl das Einkommen als auch der private Pflegeversicherungsbeitrag (Abbildung 34) mit dem Alter, so dass sich über diesen Mechanismus ein indirekter Einkommensbezug in der PPV ergibt. Der Rückgang des Beitrags bei *Äquivalenzeinkommen* oberhalb von 3.500 Euro ist unter anderem auf den ab dieser Einkommensklasse sinkenden Anteil der Beitragszahler ohne Arbeitgeberanteil (Abbildung 48) zurückzuführen.

Abbildung 35: Beitrag für Alleinstehende im Status quo

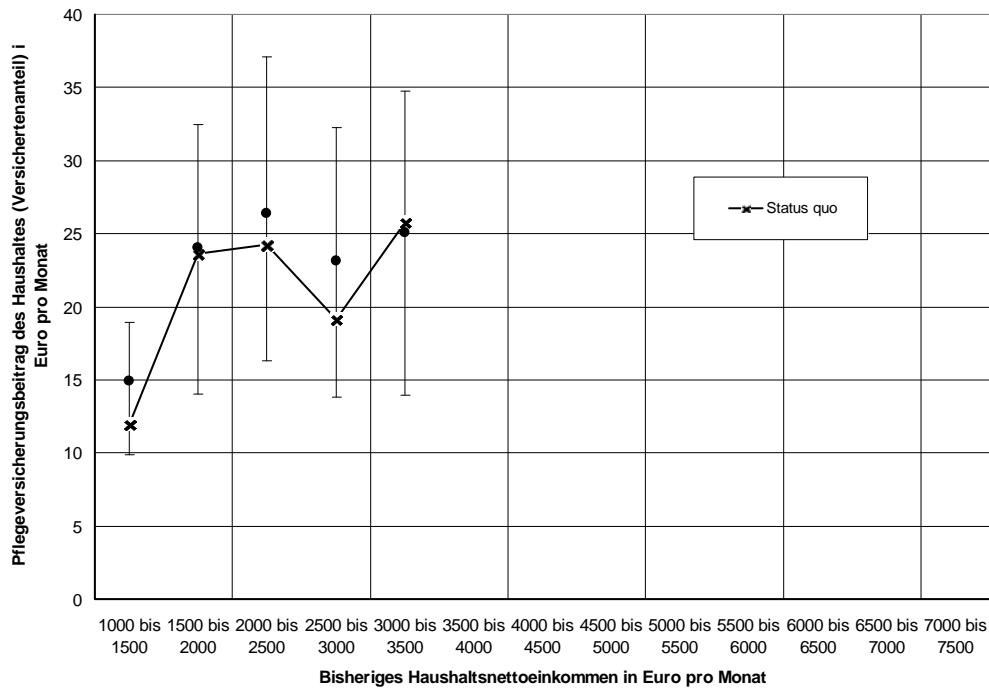


Abbildung 36: Alleinstehende Beitragszahler im Status quo

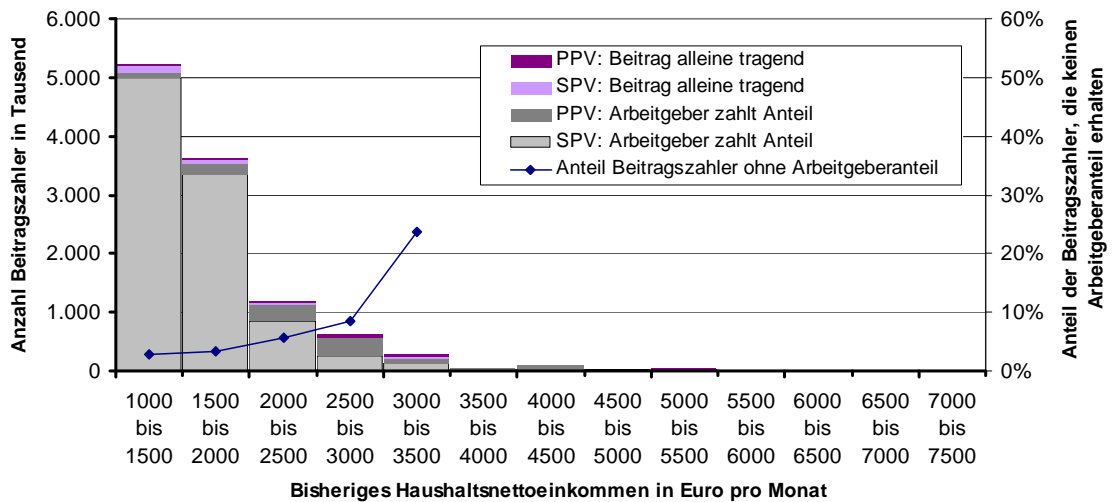


Abbildung 37: Beitrag für Alleinerziehende im Status quo

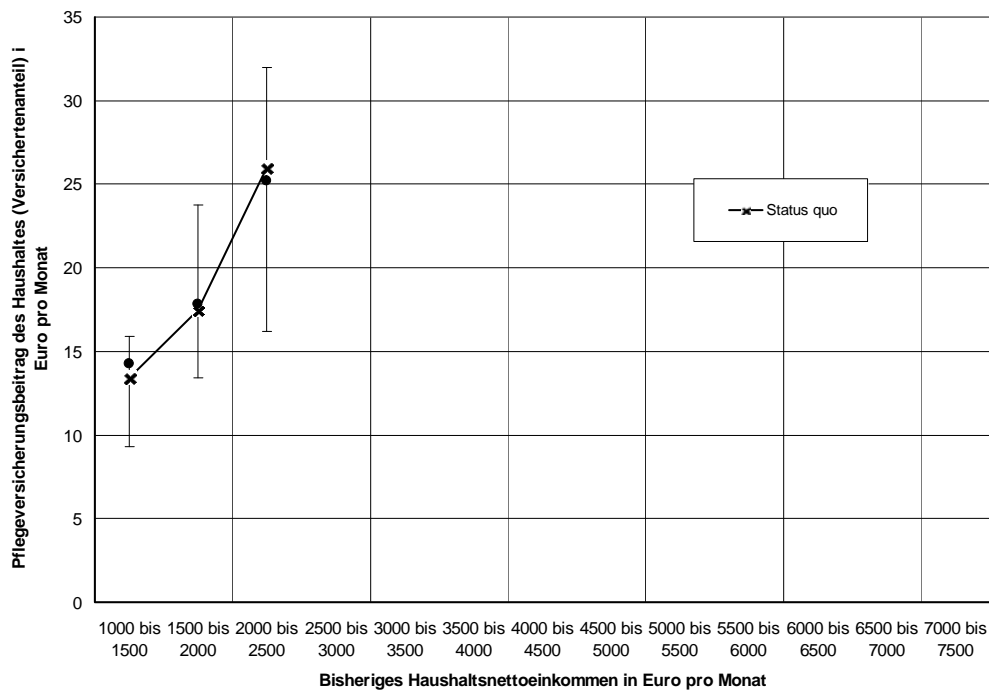


Abbildung 38: Alleinerziehende Beitragszahler im Status quo

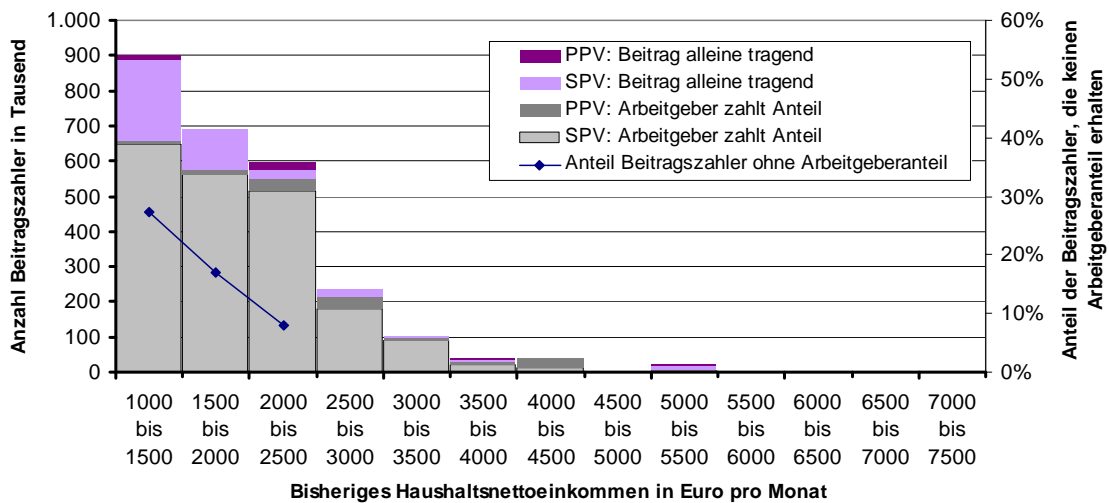


Abbildung 39: Beitrag für Ehepaare ohne Kinder im Status quo

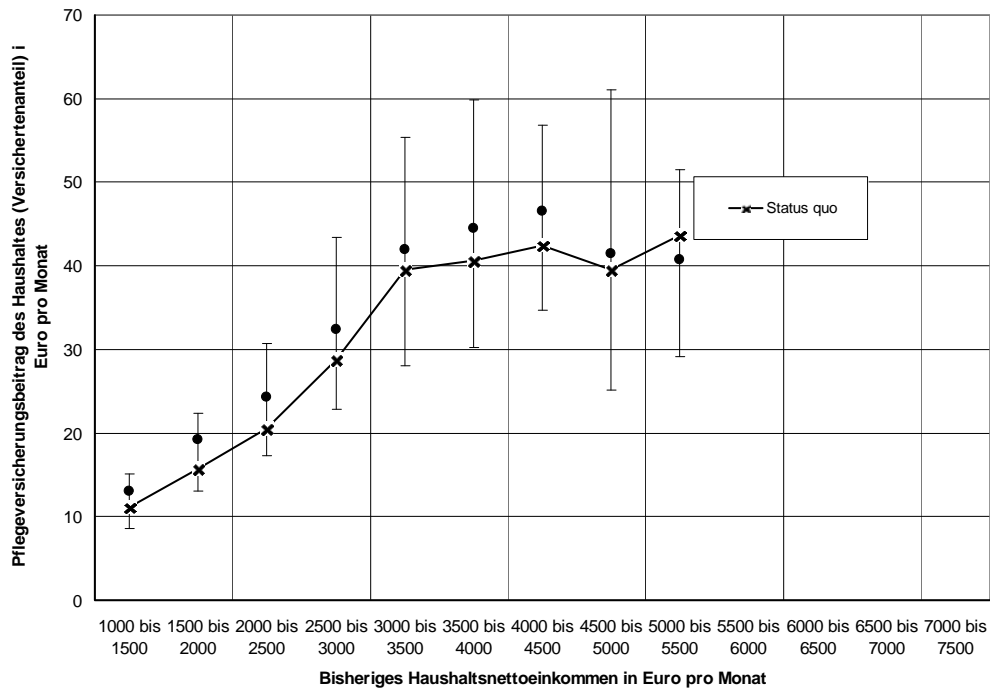


Abbildung 40: Beitragszahler - Ehepaare ohne Kinder im Status quo

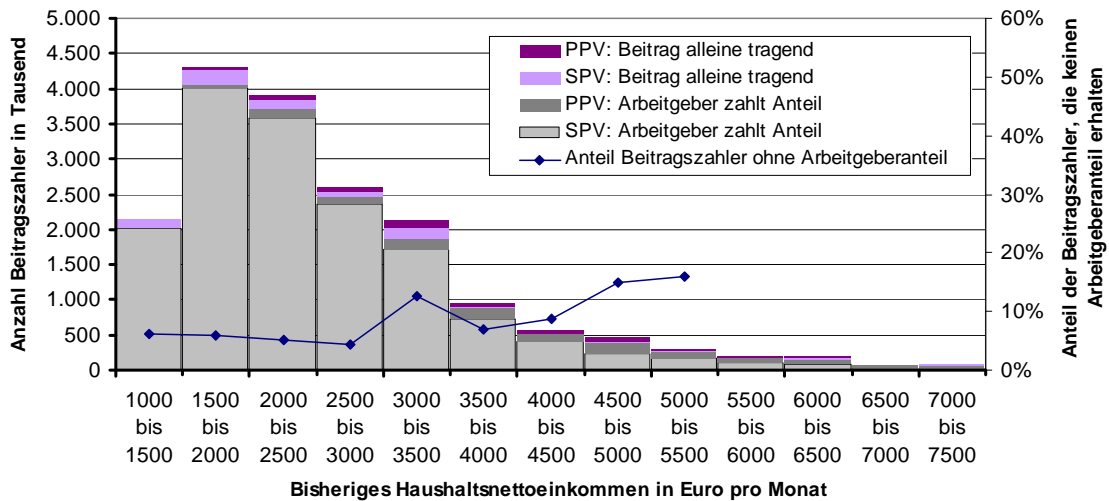


Abbildung 41: Beitrag für Ehepaare mit einem Kinder im Status quo

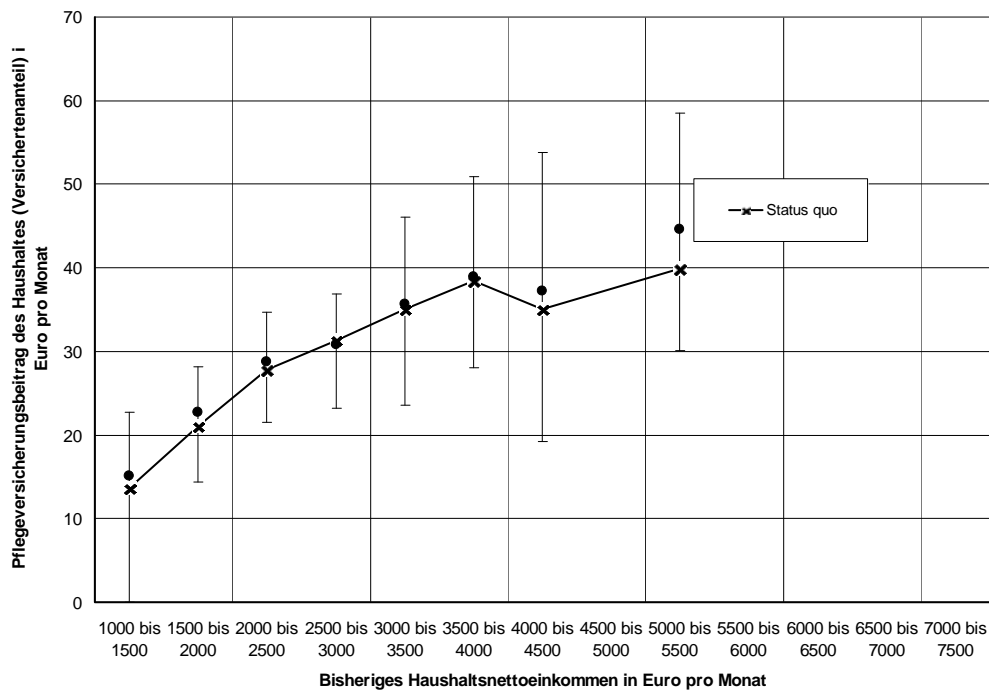


Abbildung 42: Beitragszahler - Ehepaare mit einem Kinder im Status quo

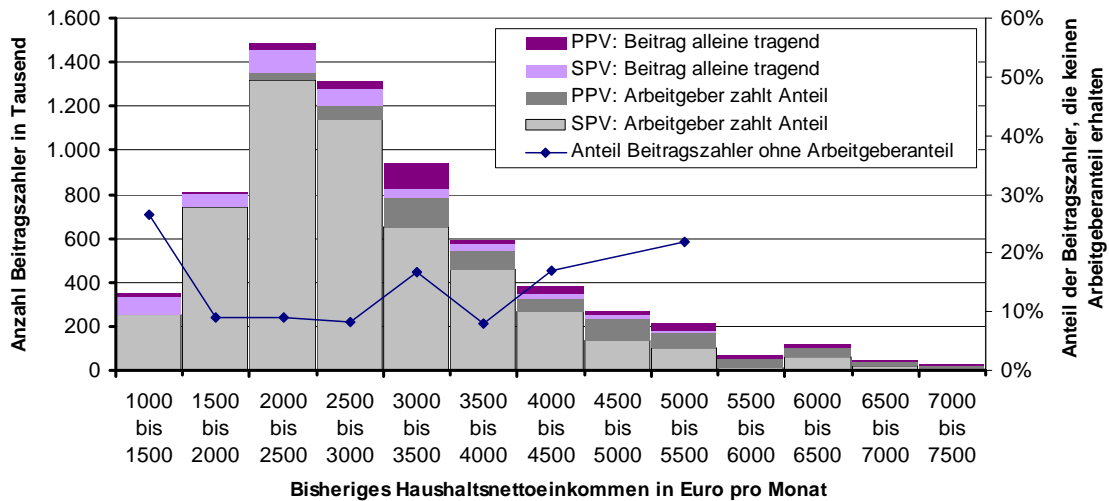


Abbildung 43: Beitrag für Ehepaare mit zwei Kindern im Status quo

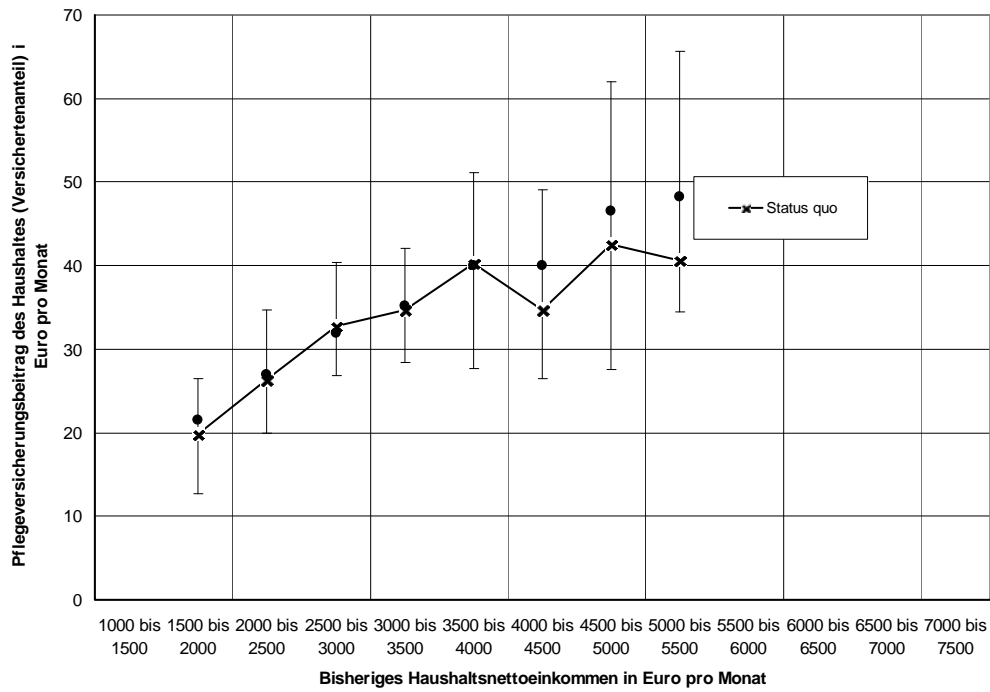


Abbildung 44: Beitragszahler - Ehepaare mit zwei Kindern im Status quo

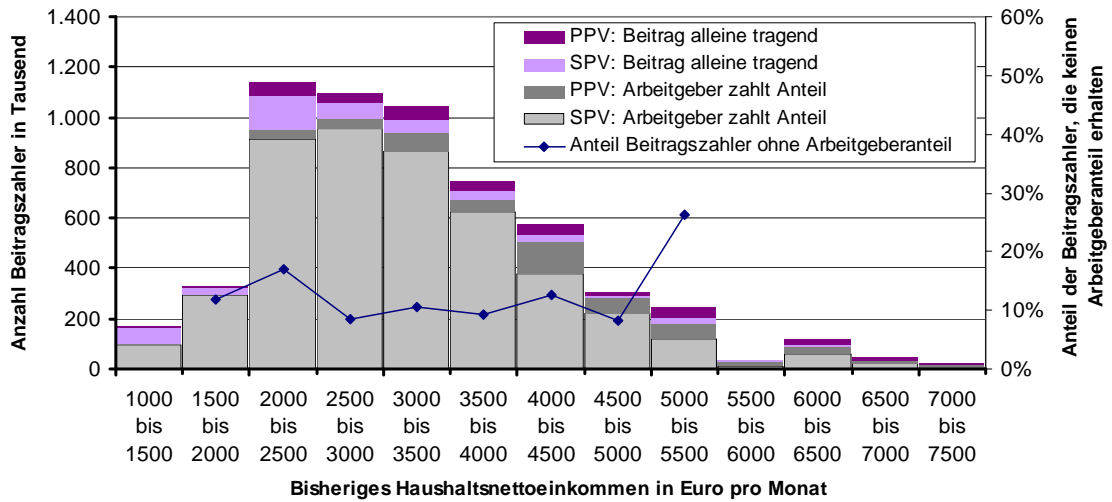


Abbildung 45: Beitrag – Haushaltsvorstand sozial versichert im Status quo

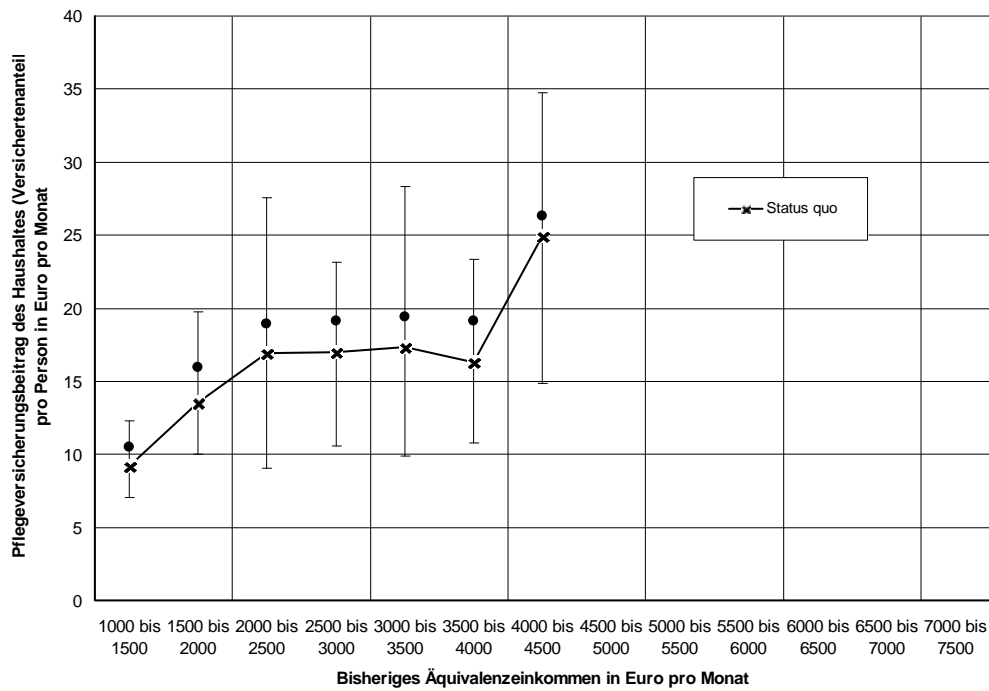


Abbildung 46: Beitragszahler – Haushaltsvorstand sozial versichert im Status quo

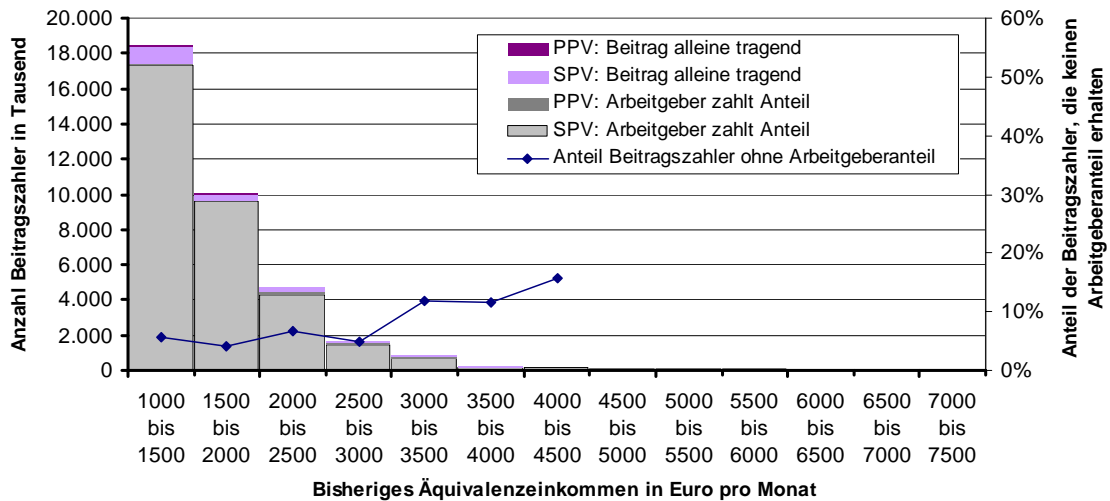


Abbildung 47: Beitrag – Haushaltsvorstand privat versichert im Status quo

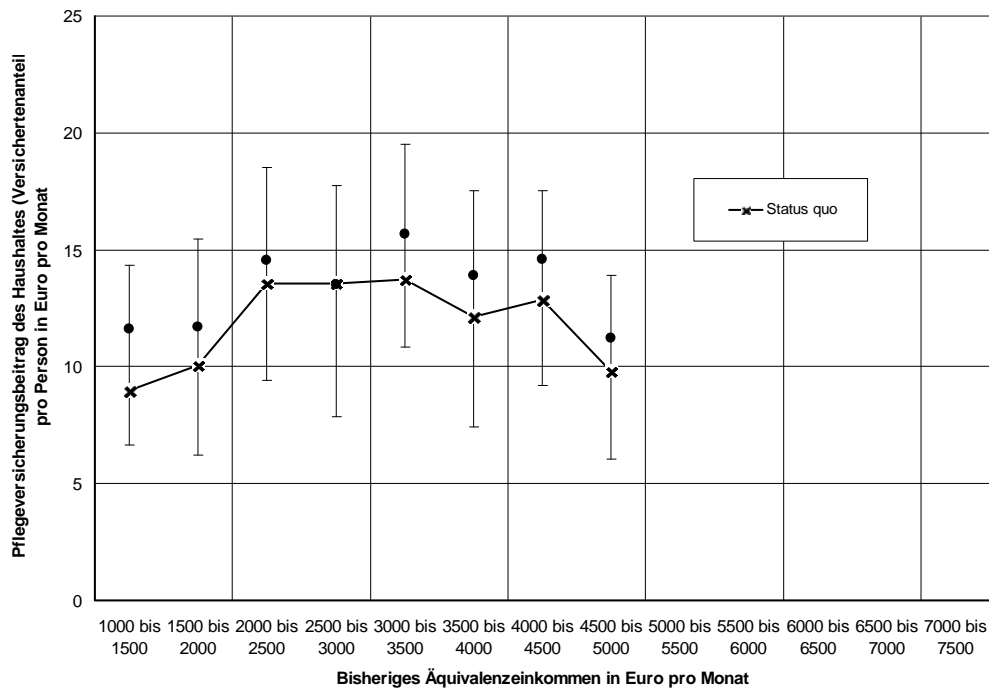
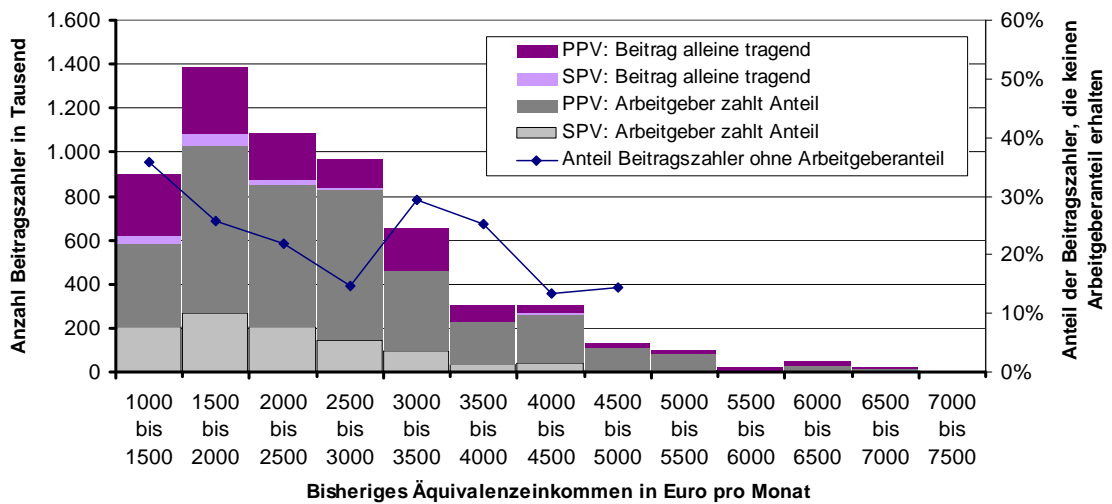


Abbildung 48: Beitragszahler – Haushaltsvorstand privat versichert im Status quo



2. Grundmodell der Grünen Bürgerversicherung

In Abbildung 49 bis Abbildung 62 sind die Beiträge im Grundmodell der Grünen Pflegebürgerversicherung (Abbildungen mit ungeraden Nummern) angegeben. Um einen Eindruck davon zu erhalten, wie viele Personen betroffen sind, sind zusätzlich wiederum die jeweilige Besetzung der betrachteten Einkommensklassen (gerade Nummern) angegeben.⁴⁹

Bei den *Alleinstehenden* liegt der Median und der Mittelwert des Beitrages im Grundmodell in den Einkommensklassen bis 2.000 Euro niedriger als im Status quo (Abbildung 49). Der Entlastungsbetrag in den unteren Einkommensklassen liegt bei ca. 2-3 Euro im Monat (Median). Diese Entlastung greift für fast 75% der Versicherten in den unteren drei Einkommensklassen. Das ist daran abzulesen, dass der untere Quartilswert der (roten) Entlastungslinie nur knapp unter die Nulllinie reicht. In den höheren Einkommensklassen ist die Wirkung der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Grundmodell deutlich zu erkennen: In der Einkommensklasse von 2.000 – 2.500 Euro liegt der Medianbeitrag jetzt deutlich höher als in der Vorgängerklasse während der Medianbeitrag im Status quo gegenüber dem Wert für die Vorgängerklasse praktisch unverändert war. Im arithmetischen Mittel werden die Beitragszahler mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2.000 belastet – in der höchsten dargestellten Einkommensklasse mit einem Betrag von 26 Euro. Von einer Belastung sind mehr als 75% der Haushalte in den oberen beiden Einkommensklassen betroffen: das obere Quartil der (roten) Entlastungskurve liegt deutlich unterhalb der Nulllinie. Der Grund für die Entlastung liegt im niedrigeren Beitragssatz im Grundmodell. Veränderungen bei der Ehegattenmitversicherung spielen bei Alleinstehenden naturgemäß keine Rolle und die Mehrbelastungen durch Berücksichtigung weiterer Einkommensarten werden durch den Beitragssatzeffekt im Durchschnitt überkompensiert. Die Belastung in den höchsten Einkommensgruppen ist dagegen insbesondere auf die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und daneben auf die Berücksichtigung weiterer Einkommensarten zurückzuführen, die das beitragspflichtige Einkommen eines Teils der Versicherten an die Beitragsbemessungsgrenze heranführt, der im Status quo noch nicht den Höchstbeitrag gezahlt hat.

Bei den *Alleinerziehenden* können wegen der begrenzten Fallzahl in der Stichprobe nur drei Einkommensklassen ausgewiesen werden (Abbildung 51). Bei diesen liegt der Durchschnitt und Median des Beitrages im Grundmodell niedriger als im Status quo.

⁴⁹ Da die beitragsfreie Familienmitversicherung im Grundmodell im Vergleich zum Status quo eingeschränkt ist, ändert sich die Zahl der Beitragszahler, so dass sich die unteren Grafiken im Vergleich zur Betrachtung des Status quo (Abschnitt 1) ändern.

Mehr als die Hälfte der Alleinerziehenden (Median) in jeder Einkommensklasse wird monatlich um 2 bis gut 3 Euro entlastet. In der zweiten (1.500 – 2.000 Euro) und der dritten Einkommensklasse (2.000-2.500 Euro) werden jeweils rund ein Viertel der Versicherten belastet (unteres Quartil der Entlastungskurve liegt auf der Nulllinie). Für ein anderes Viertel der Haushalte (oberes Quartil) in dieser Einkommensklasse ergibt sich hingegen eine Entlastung um mehr als 4 Euro (zweite Einkommensklasse) bzw. 6 Euro (dritte Einkommensklasse). Die Streuung der Entlastung innerhalb der Einkommensklassen ist relativ groß, dennoch werden mehr als drei Viertel der Versicherten über alle dargestellten Einkommensklassen hinweg entlastet. Der Grund für die Entlastung ist wiederum der niedrigere Beitragssatz im Grundmodell. Da dieser einkommensproportional wirkt, steigt die absolute Entlastung mit dem Einkommen an. Die im Grundmodell vorgesehene Änderung der Familienmitversicherung ist für diesen Haushaltstyp wiederum irrelevant und die Einbeziehung weiterer Einkommensarten von geringer Bedeutung, da die Einkommensgruppen, bei denen vermehrt Vermögenseinkommen vorliegen, nicht ausgewiesen sind.

Bei den *Ehepaaren ohne Kinder* werden die Einkommensklassen bis 5.500 Euro ausgewiesen, so dass zum ersten Mal auch Aussagen über Bezieher höherer Einkommen möglich sind. Für die Einkommensklassen bis 3.500 Euro liegt der Durchschnitt und Median des Beitrages im Grundmodell unter dem im Status quo, es kommt also zu einer Entlastung (Abbildung 53). Die Entlastung ist zunächst zunehmend, von durchschnittlich ca. 2 Euro (Differenz der Mediane) bei einem Haushaltsnettoeinkommen von 1.000 – 1.500 Euro auf gut ca. 5 Euro bei einem Haushaltsnettoeinkommen von 3.000 bis 3.500 Euro. Dies kann wiederum auf den Beitragssatzeffekt zurückgeführt werden, der einkommensproportional (allerdings in Bezug auf das beitragspflichtige Bruttoeinkommen) wirkt. In den folgenden Einkommensklassen dreht sich der Effekt um: je größer das Haushaltsnettoeinkommen ist, desto größer ist die Belastungswirkung gegenüber dem Status quo. In der Einkommensklasse 3.500 bis 4.000 Euro werden zwischen 25% und 50% der Haushalte belastet (das untere Quartil der Entlastungskurve liegt unter der Nulllinie, der Median aber darüber). In den höheren Einkommensklassen werden mehr als 50% der Haushalte mit Beträgen von mindestens 2 Euro, in der höchsten Einkommensklasse um mindestens 6 Euro, belastet. Ursache für diese Belastungen ist zum einen die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze im Grundmodell zusammen mit der Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung und der Einführung des Beitragsplittings und zum anderen die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragspflicht.

Bei den *Ehepaaren mit einem Kind* ist der Verlauf der Entlastung ähnlich (Abbildung 55). Die durchschnittliche Entlastung (Median) steigt absolut von knapp 2 Euro in der niedrigsten berücksichtigten Einkommensklasse (1.000 bis 1.500 Euro Haushaltsnettoeinkommen) bis auf gut 5 Euro für Haushalte mit einem Nettohaushaltseinkommen von 2.500 bis 3.000 Euro. Ab diesem Einkommen sinkt die Entlastung, um bei der letzten Klasse auf eine Belastung von ca. 15 Euro umzuschlagen. Für alle anderen Einkommensgruppen werden mehr als die Hälfte der Haushalte entlastet. Der Grund für die Entlastung liegt wiederum in der aus der Bürgerversicherung resultierenden Beitragsatzreduktion, die auch den zunächst mit dem Einkommen steigenden Verlauf des Entlastungsbetrags erklärt. Dass die Entlastung in eine Belastung umschlägt, ist vor allem auf die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zurückzuführen, daneben spielt auch die Aufhebung der beitragsfreien Mitversicherung für Ehegatten und Lebenspartner, die keine Pflegebedürftigen und keine Kinder unter 10 Jahren betreuen, eine Rolle.

Ein letztlich wieder ähnliches Bild ergibt sich bei *den Ehepaaren mit zwei Kindern* (Abbildung 57). Verlauf und Höhe der Entlastung sind ähnlich. Allerdings zeigt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bereits bei etwas niedrigeren Haushaltsnettoeinkommen für viele Haushalte seine Wirkung als bei Ehepaaren mit einem Kind. Der Hauptgrund dafür liegt darin, dass im Status quo mehr Ehegatten von der beitragsfreien Mitversicherung profitieren als in anderen Haushaltstypen. Das Beitragssplitting bewirkt, dass für das Haushaltseinkommen insgesamt (d.h. für die Summe der Einkommen beider Ehepartner) die Beitragsbemessungsgrenze doppelt so hoch ist wie für eine Person. Dieses Beitragssplitting wird nicht angewandt, wenn der Ehegatte beitragsfrei mitversichert, d.h. insbesondere wenn ein Kind im Haushalt ist, das 10 Jahre alt oder jünger ist (dann gilt die Beitragsbemessungsgrenze für jeden Ehepartner einzeln). Da bei zwei Kindern die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass eines die Altersgrenze nicht überschreitet, ist der Anteil der Haushalte, bei denen das Splittingverfahren angewandt wird, bei zwei Kindern kleiner und die einfache Beitragsbemessungsgrenze greift häufiger (und die doppelte seltener) als bei nur einem Kind im Haushalt.

Die Zusammenfassung über alle Haushaltstypen mittels der *Äquivalenzeinkommen* zeigt bei den Haushalten, bei denen der *Haushaltsvorstand sozial versichert* ist, folgenden Verlauf (Abbildung 59): In den unteren drei Einkommensklassen werden mehr als die Hälfte der Personen um ca. 2 Euro entlastet (Entlastungskurve oberhalb der Nulllinie), für die Einkommensklassen 2.500 bis 3.500 Euro ist für mehr als die Hälfte der Personen die Veränderung gegenüber den Status quo kleiner als 1 Euro pro Monat (Entlastungskurve sehr nah an der Nulllinie), während mehr als die Hälfte der Personen mit einem Äquivalenzeinkommen von 4.000 bis 4.500 Euro um mindestens 4 Euro belastet

werden. Der wichtigste Grund für diesen Verlauf ist wiederum die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die über einen abgesenkten Beitragssatz die Belastung niedriger Einkommen verringert und die Belastung hoher Einkommen vergrößert.

Ein anderes Bild ergibt sich bei den Haushalten, bei denen der *Haushaltsvorstand privat versichert* ist (Abbildung 61): Ab einem Äquivalenzeinkommen von 1.500 Euro werden mehr als drei Viertel der Personen belastet. Grund hierfür ist der niedrige Beitrag in der privaten Pflegepflichtversicherung. Versicherungsverträge können bereits gegen einen Beitrag von 30 Euro abgeschlossen werden, von denen der Arbeitgeber die Hälfte übernimmt. Bei einem Beitragssatz von 1,95% ist dieser Betrag (15 Euro) bei einem beitragspflichtigen Einkommen von *brutto* 1.540 Euro bereits überschritten. Personen mit einem *Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen* von 1.000 – 1.500 Euro monatlich liegen offenbar gerade an dieser Grenze, so dass deren Belastungsveränderung kleiner als 1 Euro ist. Bei höheren Einkommen ergibt sich für die Haushalte mit bislang privat-versichertem Haushaltsvorstand durchgängig eine Belastung, die mit steigendem Einkommen größer wird, da der Beitrag in der PPV nicht direkt an das Einkommen gekoppelt ist, wohl aber der in der SPV bzw. der Bürgerversicherung

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Grüne Pflegebürgerversicherung mehr als die Hälfte der Haushalte mit sozial versichertem Haushaltsvorstand und einem Äquivalenzeinkommen unter 3.000 Euro besser stellt, während für mehr als die Hälfte der Haushalte mit einem Nettoäquivalenzeinkommen zwischen 3.000 und 4.000 Euro kaum eine Belastungsänderung eintritt. Belastungen für mehr als die Hälfte der Haushalte treten bei der kleinen Gruppe (weniger als eine halbe Millionen Beitragszahler) mit einem Äquivalenzeinkommen oberhalb von 4.000 Euro auf. Anders ist hingegen das Bild bei bislang privat Versicherten: Ab einem Äquivalenzeinkommen von 1.500 Euro werden mehr als 75% der Haushalte mit Beträgen zwischen 1 und 15 Euro monatlich belastet und damit auf die Belastung der Sozialversicherten angehoben.

Diese Belastung der privat Versicherten gleicht dennoch in ihrer Summe die Entlastung der sozial Versicherten nicht vollständig aus. Dies erscheint zunächst kontraintuitiv, da kurzfristig alle Entlastungen durch Belastungen an anderer Stelle refinanziert werden müssen. Tatsächlich kommt es durch die Bürgerversicherung in der hier modellierten Form – im Vergleich zum Status quo – zu einer Lastverschiebung über die Zeit: Bei der Einbeziehung der Privatversicherten in die Bürgerversicherung entfallen die Beiträge, die bisher für die Altersrückstellungen aufgewandt wurden. Aufgrund ihrer Altersstruktur, die durch ein deutlich niedrigeres Durchschnittsalter gekennzeichnet ist, als dies in

der SPV der Fall ist,⁵⁰ werden in der privaten Pflegeversicherung derzeit per Saldo Altersrückstellungen aufgebaut. So hat sich der Bestand der Altersrückstellungen von 2008 auf 2009 um ca. 1,2 Mrd. Euro von 19,2 Mrd. Euro auf 20,4 Mrd. Euro erhöht (PKV-Verband 2011: 97). Da in der Bürgerversicherung keine Altersrückstellungen gebildet werden, muss dieser Aufwand *gegenwärtig* nicht mehr finanziert werden. Dies ist der Hauptgrund dafür, dass die Beitragsbelastung den obigen Berechnungen zufolge im Durchschnitt für alle Einkommensgruppen sinkt. Allerdings impliziert dies, dass eine entsprechende Vorsorge für die demographische Alterung entfällt und zukünftige Lasten *ceteris paribus* höher sind als wenn Altersrückstellungen gebildet würden.

Dieser Effekt bewirkt eine kurzfristige Entlastung der Versicherten um insgesamt 1,2 Mrd. Euro pro Jahr. Bei ca. 82,6 Mio. Einwohnern entspricht dies einer Entlastung von durchschnittlich gut 1 Euro im Monat.⁵¹ Dies entspricht von der Größenordnung her der Besserstellung, die in Abbildung 59 über alle Haushalte, deren Vorstand sozial versichert ist, an den Mittelwerten der Entlastung (rote Punkte) grob geschätzt werden kann. Sie schwankt in den Einkommensklassen bis 2.500 Euro Äquivalenzeinkommen zwischen weniger als 1 Euro und gut 1 Euro.

⁵⁰ Siehe Abschnitt I.3.1, Abbildung 10.

⁵¹ Aus der Division der Entlastung, die sich auf 1,2 Mrd. Euro im Jahr beläuft, durch die Zahl der Bürger (82,6 Mio.), ergibt sich ein Entlastungsbetrag von 1,21 Euro pro Bürger und Monat.

Abbildung 49: Beitrag für Alleinstehende im Grundmodell

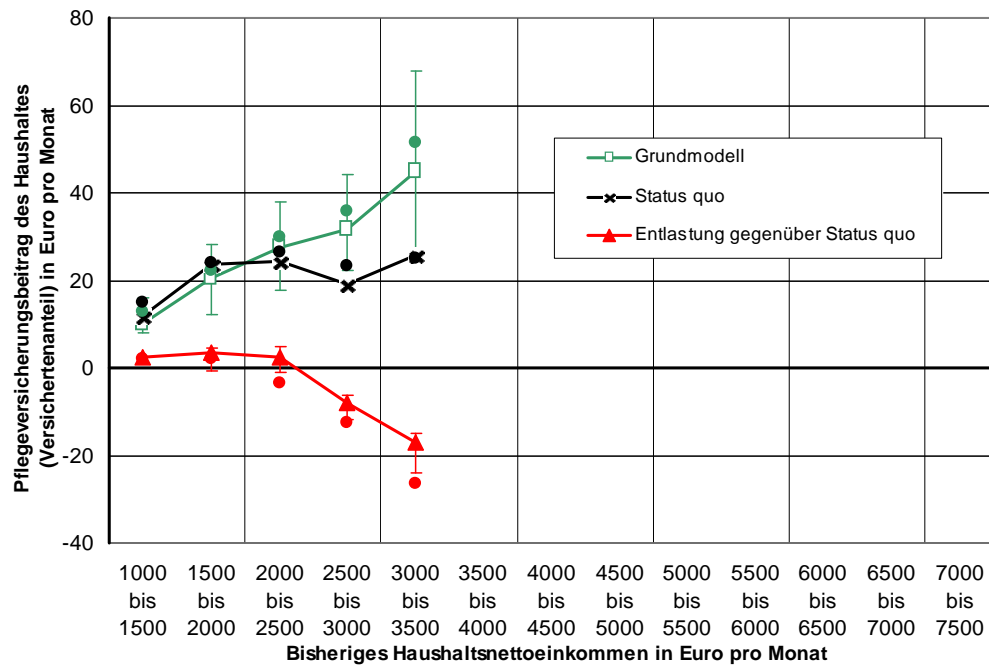


Abbildung 50: Alleinstehende Beitragszahler im Grundmodell

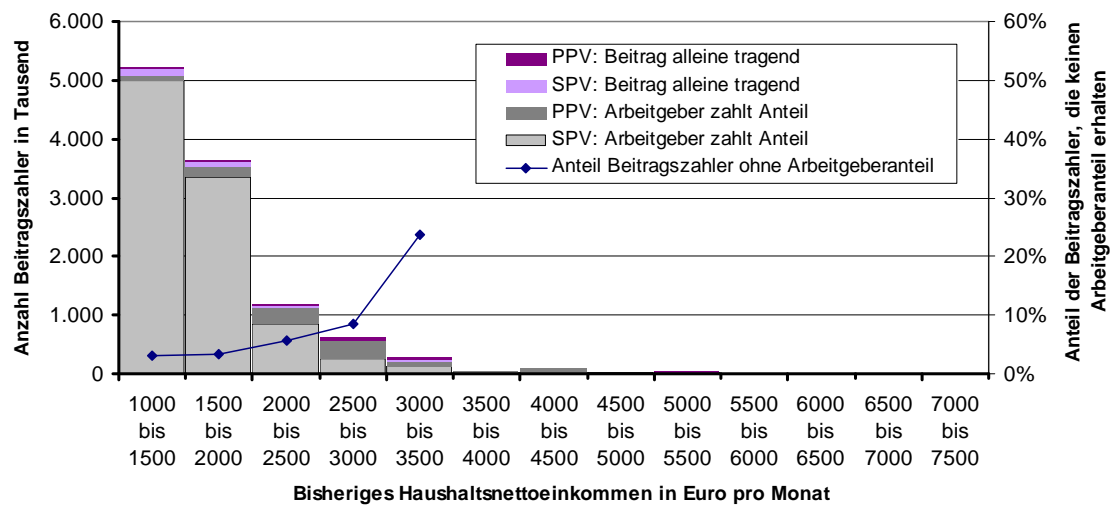


Abbildung 51: Beitrag für Alleinerziehende im Grundmodell

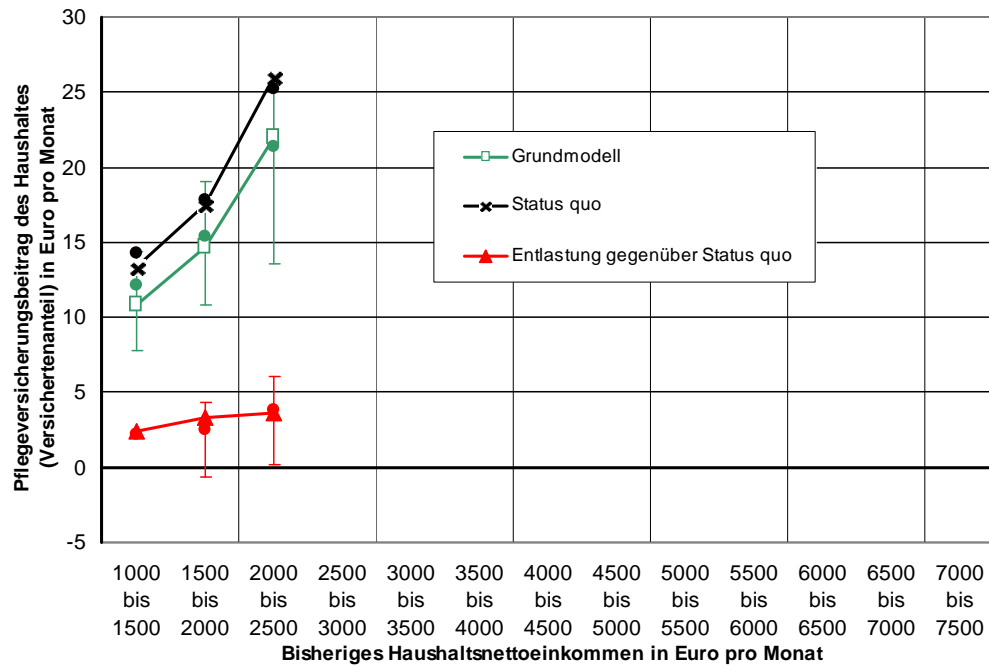


Abbildung 52: Alleinerziehende Beitragszahler im Grundmodell

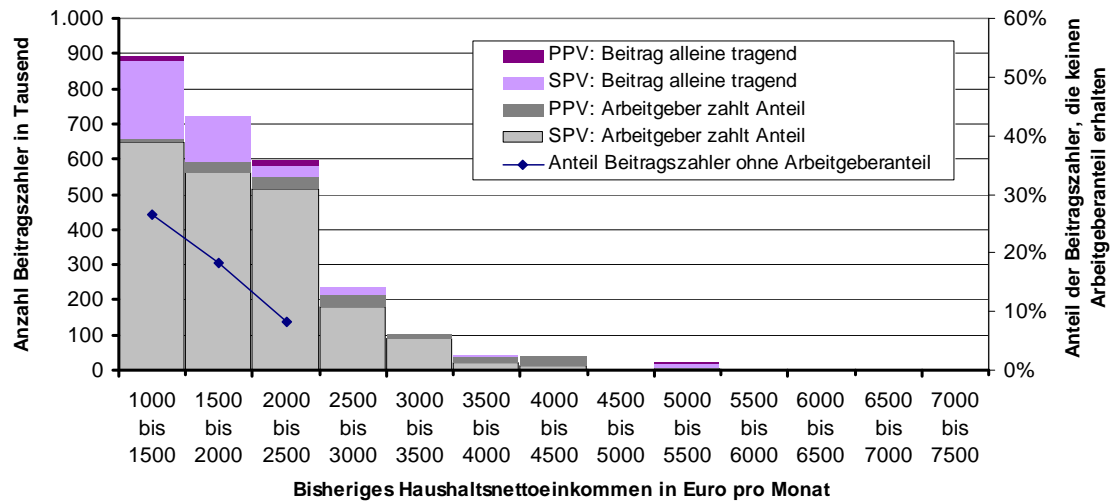


Abbildung 53: Beitrag für Ehepaare ohne Kinder im Grundmodell

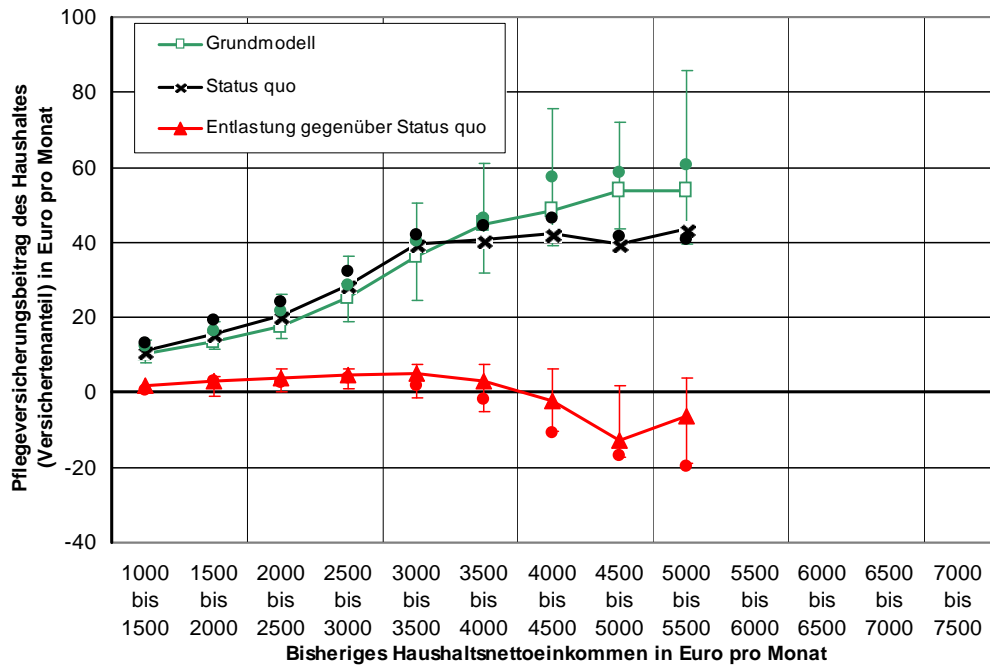


Abbildung 54: Beitragszahler - Ehepaare ohne Kinder im Grundmodell

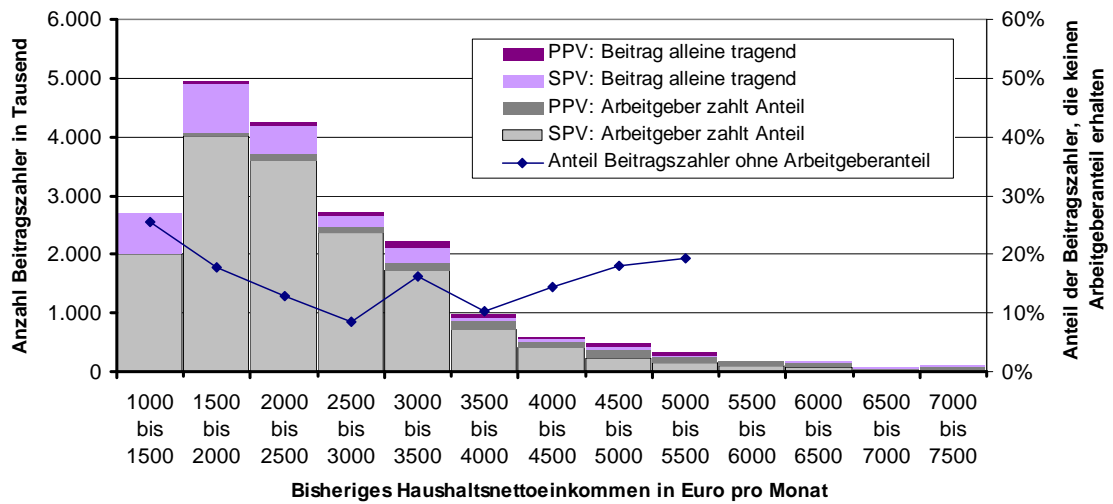


Abbildung 55: Beitrag für Ehepaare mit einem Kind im Grundmodell

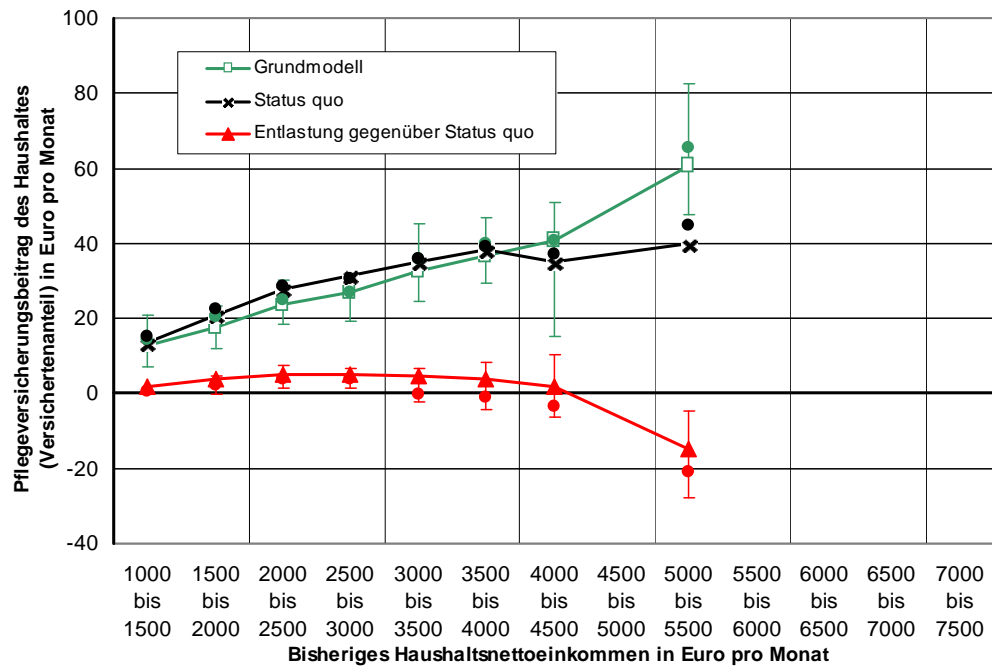


Abbildung 56: Beitragszahler - Ehepaare mit einem Kind im Grundmodell

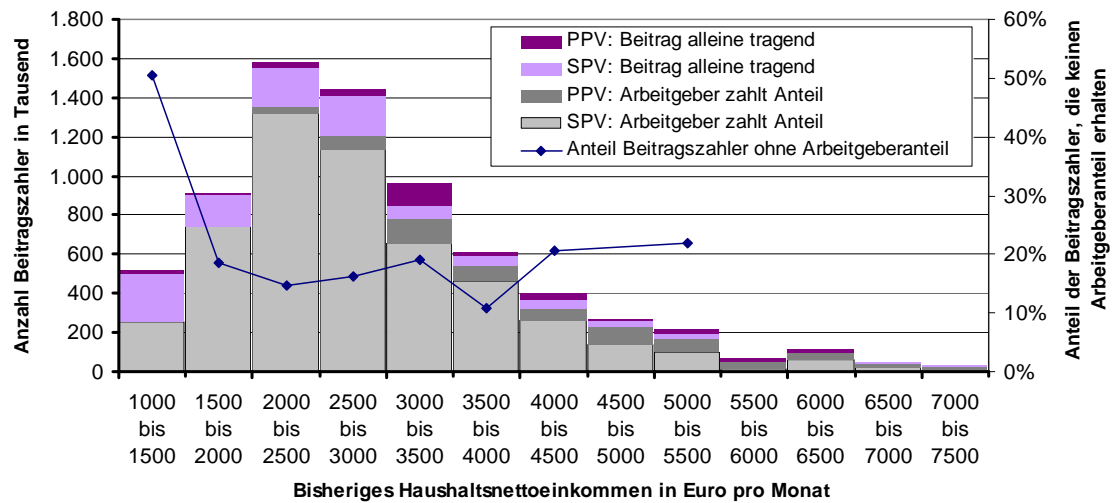


Abbildung 57: Beitrag für Ehepaare mit zwei Kindern im Grundmodell

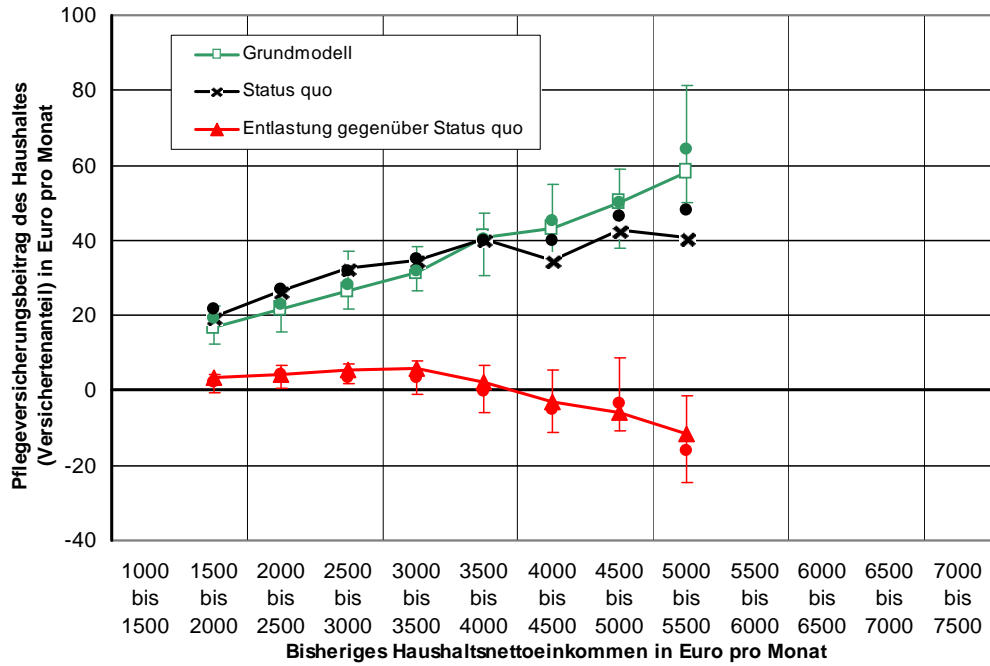


Abbildung 58: Beitragszahler - Ehepaare mit zwei Kindern im Grundmodell

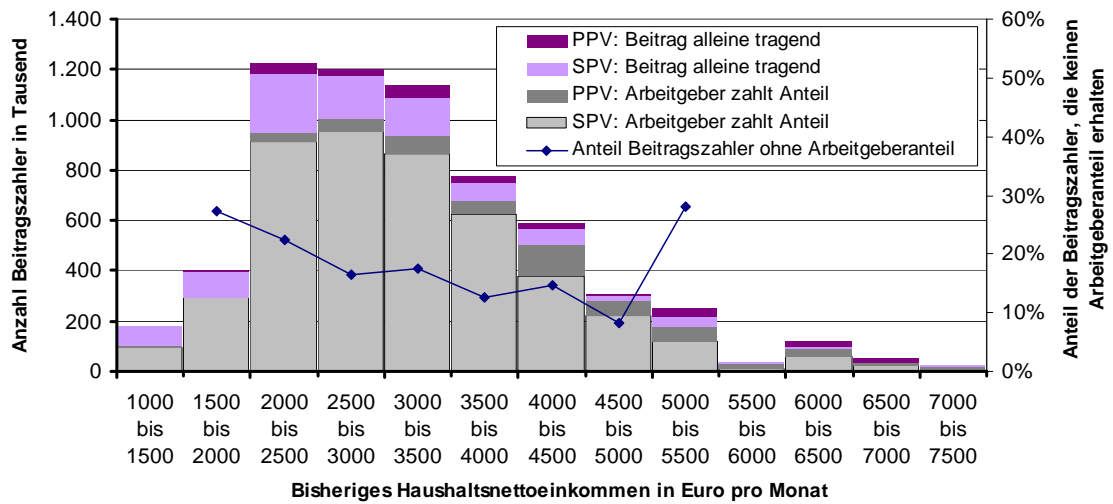


Abbildung 59: Beitrag – Haushaltsvorstand sozial versichert im Grundmodell

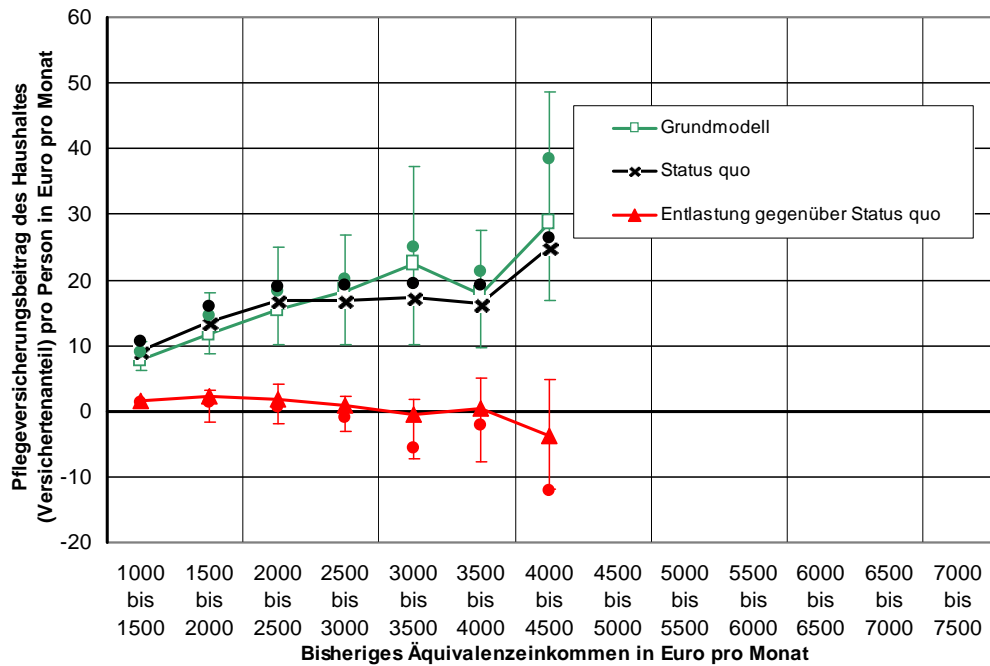


Abbildung 60: Beitragszahler – Haushaltsvorstand sozial vers. im Grundmodell

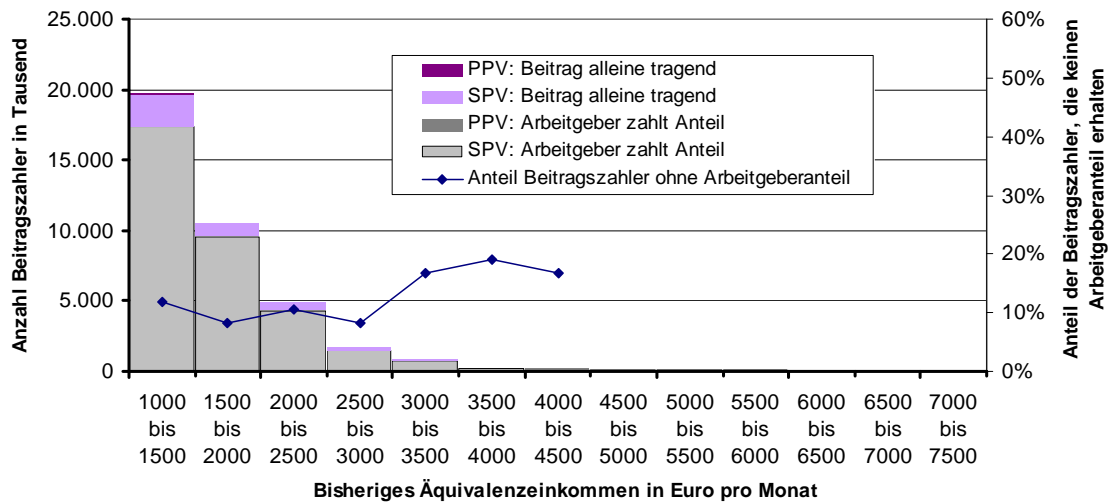


Abbildung 61: Beitrag – Haushaltsvorstand privat versichert im Grundmodell

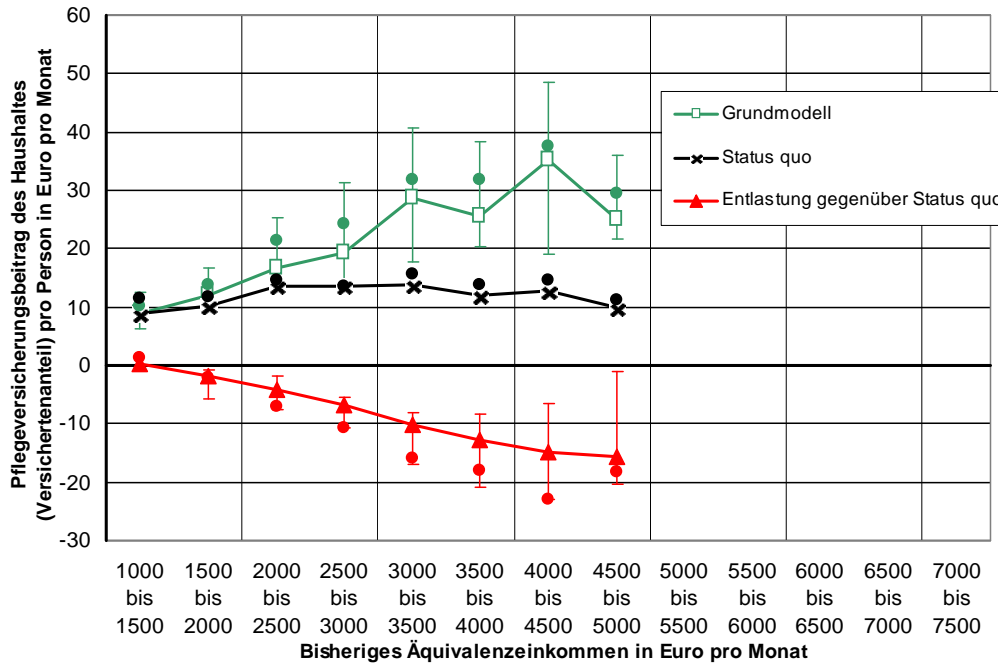
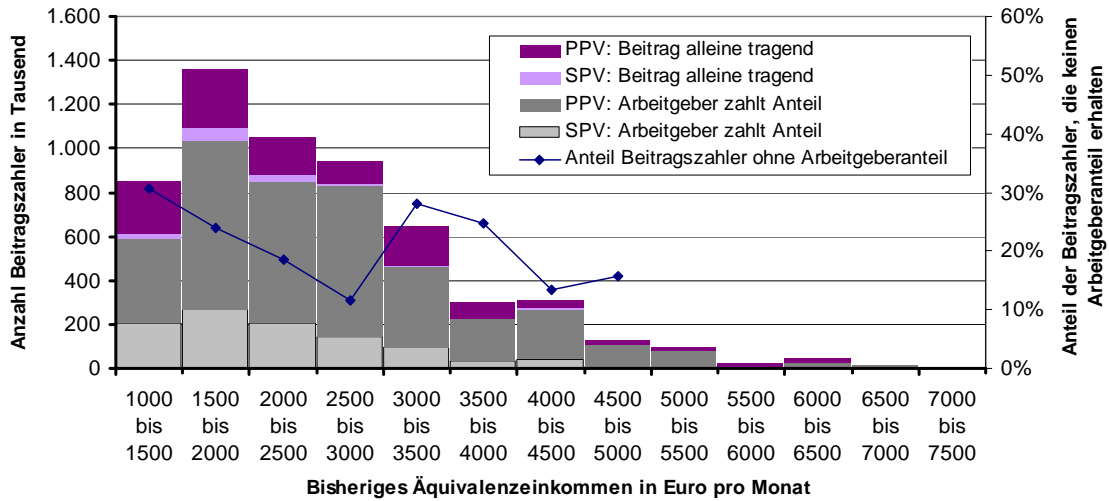


Abbildung 62: Beitragszahler – Haushaltsvorstand privat vers. im Grundmodell



3. Variante 1: Nur Ausweitung des Personenkreises

Im Grundmodell der Grünen Bürgerversicherung ist vorgesehen, den Personenkreis, der in der Sozialen Pflegeversicherung versichert ist, auf die bislang Privatversicherten auszudehnen. Um zu untersuchen, welche Verteilungswirkungen von dieser Regelung ausgehen, wird in diesem Abschnitt eine Variante der Bürgerversicherung untersucht, bei der gegenüber dem Status quo lediglich der Personenkreis der in der SPV Versicherten um die bislang Privatversicherten erweitert wird, so dass der Effekt der Einbeziehung der Privatversicherten isoliert betrachtet werden kann.

Im Vergleich zum Grundmodell ist insbesondere die Beitragsbemessungsgrenze auf der Höhe des Status quo, außerdem sind nicht alle Einkommensarten einbezogen und die beitragsfreie Mitversicherung ist umfangreicher. Dadurch ist der Beitragssatz in Variante 1 höher als im Grundmodell was im Vergleich zum Grundmodell zu einer proportionalen Belastung der Beitragszahler führt. Dieser – im Vergleich zum Grundmodell – einkommensproportionalen Belastung für alle Beitragszahler steht vor allem eine Entlastung für Versicherte oberhalb der gegenwärtigen Beitragsbemessungsgrenze gegenüber.

Im Vergleich zum Status quo ist der Beitragssatz in Variante 1 kleiner, denn in der PPV ist der Altersdurchschnitt deutlich niedriger und die Einkommen höher als in der SPV. Dies führt im Vergleich zum Status quo zu einer Beitragssatzsenkung von ungefähr 0,3 Beitragssatzpunkten (Abschnitt 1.5.2, Tabelle 8). Dieser einkommensproportionalen Entlastung für alle Beitragszahler steht im Vergleich zum Status quo eine Belastung für privat Versicherte gegenüber.

Bei den *Alleinstehenden* ist der Belastungseffekt im Vergleich zum Grundmodell in Abbildung 63 deutlich erkennbar, aber klein. Der Median der Beiträge in Variante 1 (blaue Kurve) in allen Nettoeinkommensklassen bis 3.000 Euro liegt oberhalb des jeweiligen Medianbetrags im Grundmodell (grüne Kurve). Die Differenz beginnt in der untersten dargestellten Einkommensklasse mit weniger als 1 Euro monatlich und steigt auf maximal gut 1 Euro in der Klasse 2.500 bis 3.000 Euro. In der obersten dargestellten Einkommensklasse 3.000 bis 3.500 Euro dreht sich die Belastung in eine Entlastung (Differenz der Mediane) um. Der wichtigste Grund dafür ist, dass in dieser Einkommensklasse im Grundmodell die Beiträge durch die höhere Beitragsbemessungsgrenze noch nicht begrenzt werden. Im Vergleich zum Status quo werden mehr als die Hälfte der Alleinstehenden mit einem Nettoeinkommen unter 2.500 Euro um 2 bis 3 Euro entlastet, während mehr als 75% derjenigen mit höherem Einkommen um 4 bis 5 Euro

belastet werden (Entlastungskurve). Die Belastung resultiert aus dem höheren Anteil privat Versicherter in dieser Einkommensklasse (Abbildung 64).

Bei *Alleinerziehenden* (Abbildung 65) zeigt sich, dass in den ersten beiden dargestellten Einkommensklassen (1.000 bis 2.000 Euro) eine minimale Belastung im Vergleich zum Grundmodell (weniger als 1 Euro) durch den höheren Beitragssatz eintritt. In der dritten dargestellten Einkommensklasse (2.000 bis 2.500 Euro) ist der Anteil der privat Versicherten deutlich größer (dunkelgraue Fläche in Abbildung 66) als in den unteren Einkommensklassen. Da die privat Versicherten durch die Einbeziehung in die Bürgerversicherung mehr zahlen müssen, werden im Medianbeitrag Alleinerziehenden-Haushalte in dieser Einkommensklasse mit etwa 1 Euro (Differenz der Mediane) belastet. Im Vergleich zum Status quo werden jedoch mehr als 75% aller Alleinerziehenden-Haushalte in allen Einkommensklassen durch den niedrigeren Beitragssatz entlastet (unteres Quartil der Entlastungskurve liegt auf bzw. über der Nulllinie).

Bei *Ehepaaren ohne Kinder* führt die Variante 1 im Vergleich zum Grundmodell ausweislich des Medians fast durchgängig zu einer Entlastung – die grüne Linie verläuft in Abbildung 67 oberhalb der blauen. Lediglich bei Haushaltsnettoeinkommen von 4.500 bis 5.500 Euro liegt der Median der Variante 1 um ungefähr 1 Euro über dem des Grundmodells. Im Mittel (Median) der Haushalte der übrigen Einkommensklassen überkompensiert die Belastung durch die Einschränkung der Mitversicherung im Vergleich zum Grundmodell die Entlastung durch den Beitragssatzeffekt. Dies ist insofern plausibel, als Einverdienerehen in diesem Haushaltstyp in Variante 1 automatisch beitragsfrei mitversichert sind, im Grundmodell aber nicht. Auffallend ist der deutliche Effekt Ausweitung der beitragsfreien Mitversicherung für die Haushalte mit einem Nettoeinkommen von 4.500 bis 5.000 Euro – im Vergleich zum Grundmodell. Anscheinend gibt es in dieser Einkommensklasse besonders viele Doppelverdienerhaushalte, die durch die Einschränkung der Mitversicherung auf Kindererziehende und Pflegende im Grundmodell kaum negativ betroffen sind.⁵²

Bei den *Ehepaaren mit einem Kind* treten je nach Einkommensklasse sowohl Be- als auch Entlastungen im Medianbeitrag im Vergleich zum Grundmodell auf (Abbildung 69). Diese sind jedoch sehr klein, bis zur Einkommensklasse von 4.500 Euro liegt der Belastungsunterschied zwischen Grundmodell und Variante 1 bei weniger als 2 Euro (Differenz der Mediane). Lediglich in der obersten dargestellten Einkommensklasse

⁵² Natürlich darf nicht vergessen werden, dass die Stichprobe durch die vielfältige Differenzierung für jede Einzelklasse nur eine begrenzte Fallzahl enthält – in diesem Fall 80 Fälle. Die zufallsbedingte Überrepräsentanz einer bestimmten Konstellation kann daher zu Ausschlägen führen, die stichprobenbedingt sind.

5.000 bis 5.500 Euro ist die Beitragsbelastung im Grundmodell ca. 8 Euro größer als in Variante 1 (Differenz der Mediane). Grund dafür dürfte sein, dass hier die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze in Variante 1 zum Tragen kommt, während sie im Grundmodell höher liegt und daher einen geringeren Effekt auf den Medianbeitrag hat.

Bei *Ehepaaren mit 2 Kindern* ergibt sich folgendes Bild. Bis zum Einkommen von 3.500 Euro ist der Beitragssatzeffekt erkennbar: in Variante 1 sind die Medianbeiträge etwas höher als im Grundmodell. Die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze wird hier bereits bei einem Einkommen von 3.500 Euro sichtbar, vermutlich weil der Anteil von Doppelverdienern bei Haushalten mit zwei Kindern kleiner ist als bei Haushalten mit einem Kind. Gegenüber dem Medianbeitrag im Status quo fällt auf, dass in der Einkommensklasse 4.000 bis 4.500 Euro in Variante 1 der Beitrag höher ist. Grund dafür dürfte der ungewöhnlich hohe Anteil privat Versicherter in dieser Einkommensklasse sein (dunkelgraue Fläche in Abbildung 72 ist besonders groß), so dass der Beitrag im Status quo besonders niedrig ist.

Bezogen auf die *Äquivalenzeinkommen* zeigen sich bei allen *Haushalten mit einem sozialversicherten Haushaltsvorstand* bei den unteren drei dargestellten Einkommensklassen kaum Unterschiede (weniger als 1 Euro) zwischen Variante 1 und Grundmodell – die blaue und die grüne Kurve sind fast deckungsgleich (Abbildung 73). Ab einem Äquivalenzeinkommen von 3.000 Euro führt Variante 1 zu einer deutlicheren Entlastung im Vergleich zum Grundmodell. In diesen Einkommensklassen liegt der Median der Beitragsbelastung in Variante 1 um maximal etwa 6 Euro niedriger als im Grundmodell. Grund dafür dürfte vor Allem die gegenüber dem Grundmodell niedrigere Beitragsbemessungsgrenze in Variante 1 sein.

Bei Haushalten mit einem *privatversicherten Haushaltsvorstand* sind die Effekte der Variante 1 bezogen auf das Äquivalenzeinkommen (Abbildung 75) gegenüber dem Grundmodell ähnlich wie bei Haushalten mit sozial versichertem Haushaltsvorstand. In den unteren 4 Einkommensklassen sind die Unterschiede in der Beitragsbelastung zwischen Grundmodell und Variante 1 gering (im Mediandifferenz kleiner als etwa 1 Euro). Darüber ist die Wirkung der bei Variante 1 niedrigeren Beitragsbemessungsgrenze erkennbar.

Abbildung 63: Beitrag für Alleinstehende in Variante 1

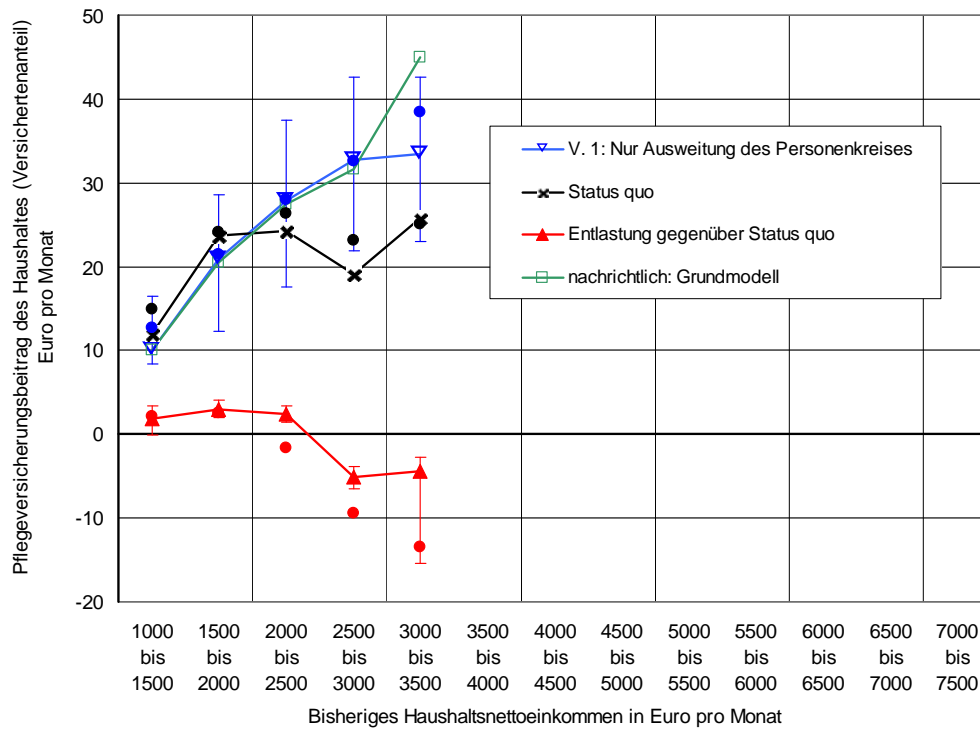


Abbildung 64: Alleinstehende Beitragszahler in Variante 1

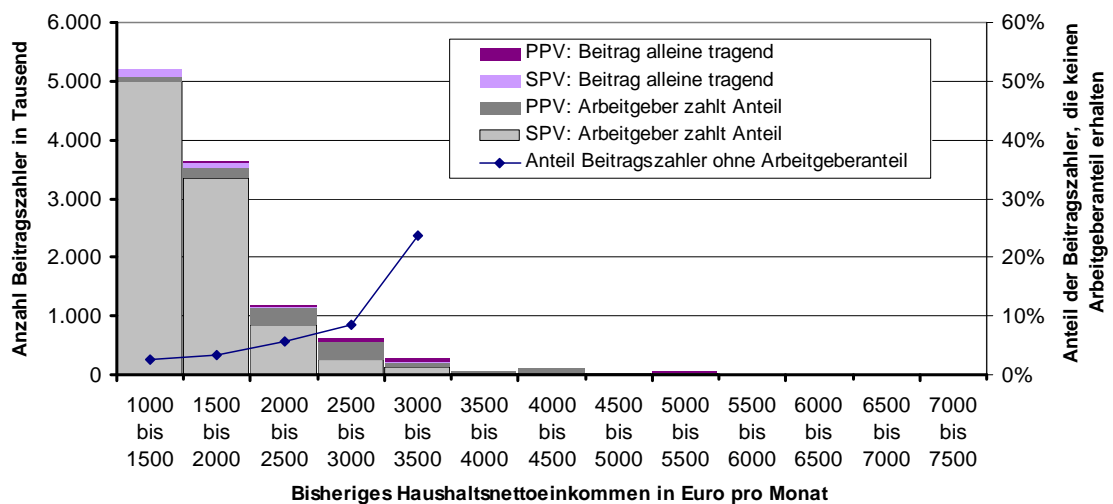


Abbildung 65: Beitrag für Alleinerziehende in Variante 1

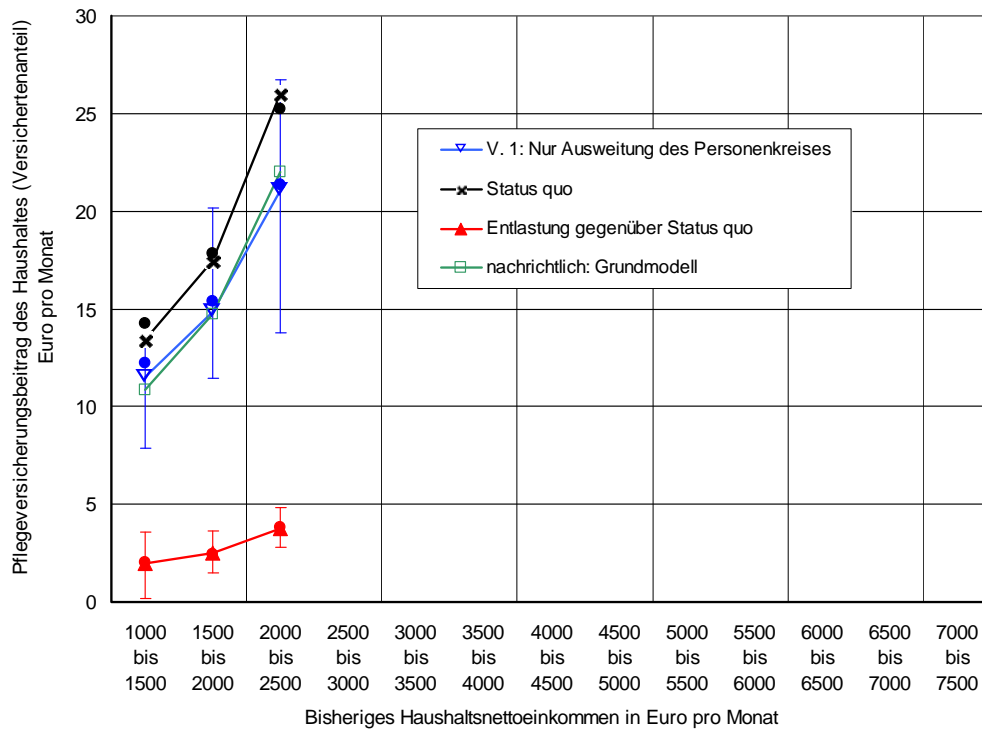


Abbildung 66: Alleinerziehende Beitragszahler in Variante 1

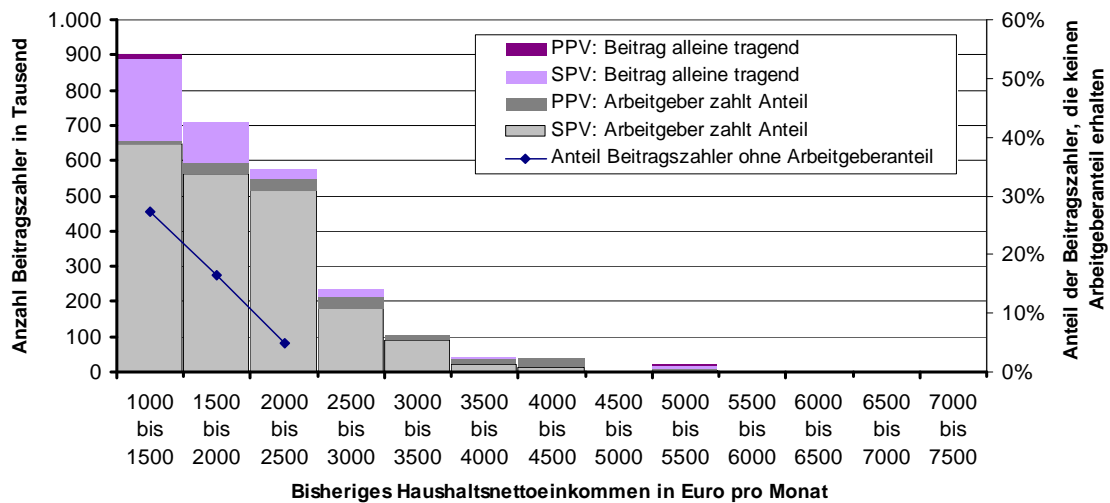


Abbildung 67: Beitrag für Ehepaare ohne Kinder in Variante 1

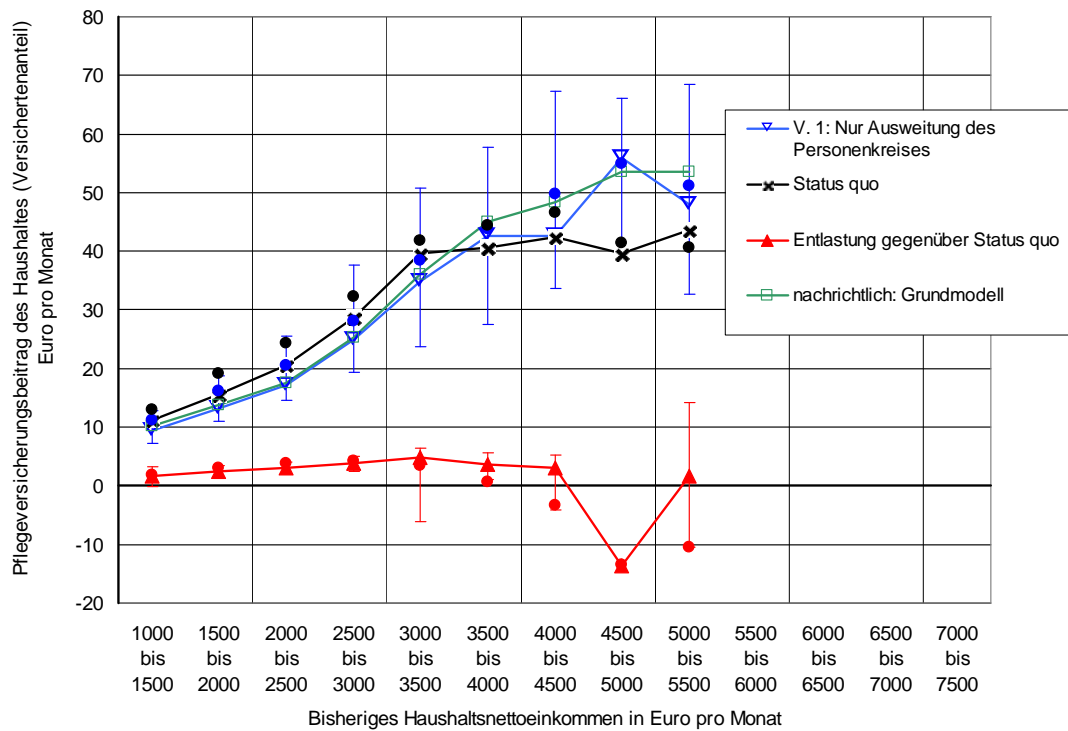


Abbildung 68: Beitragszahler - Ehepaare ohne Kinder in Variante 1

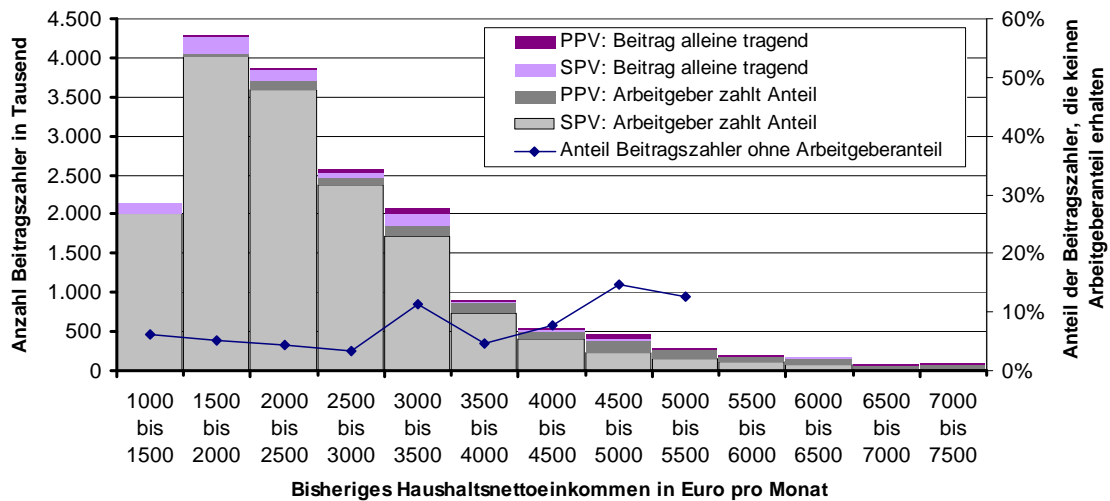


Abbildung 69: Beitrag für Ehepaare mit einem Kind in Variante 1

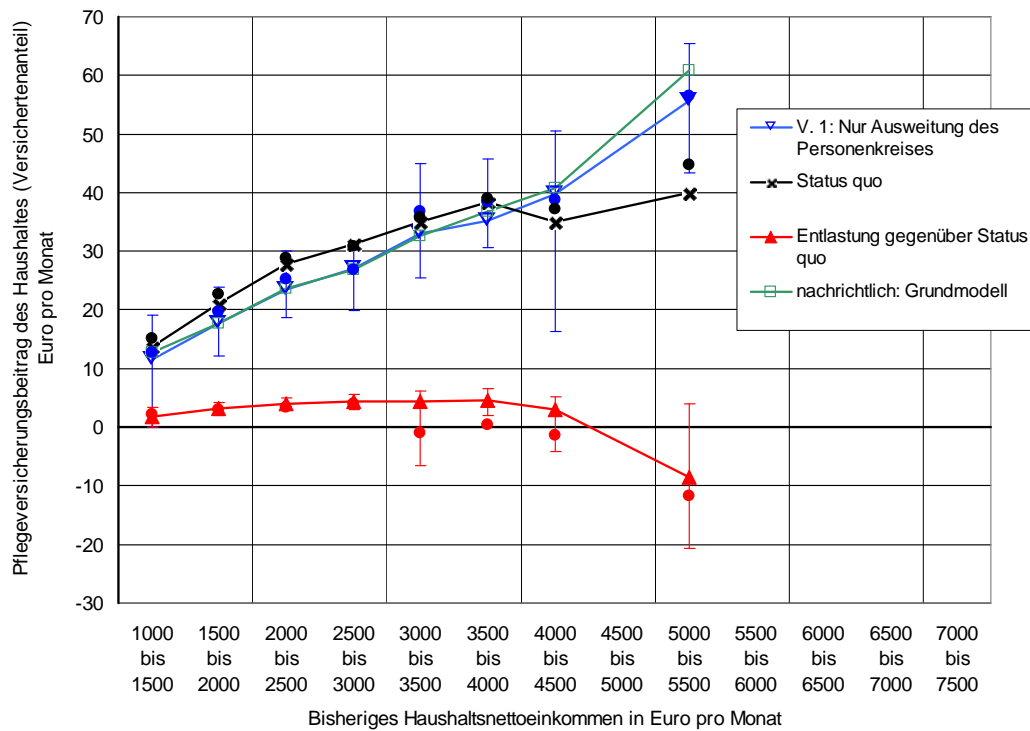


Abbildung 70: Beitragszahler - Ehepaare mit einem Kind in Variante 1

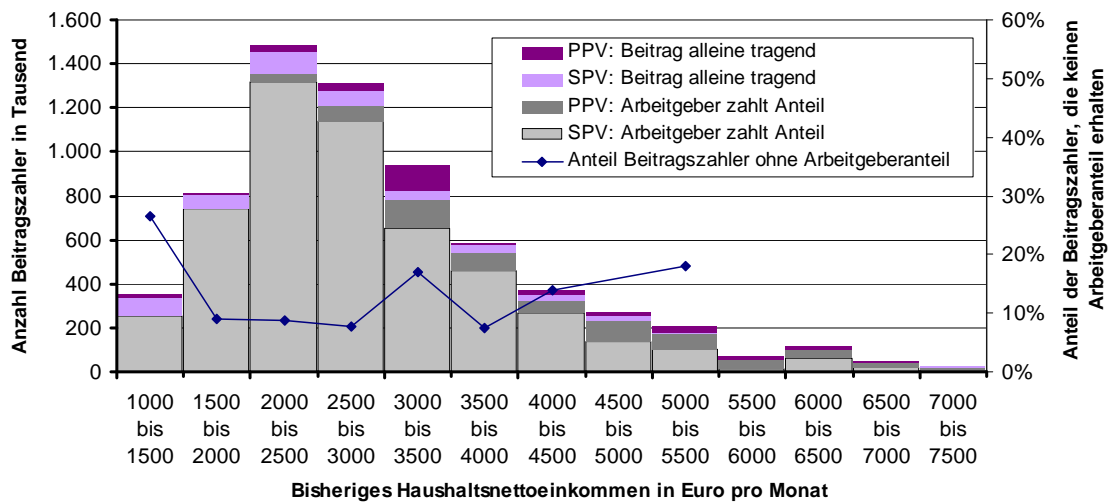


Abbildung 71: Beitrag für Ehepaare mit zwei Kindern in Variante 1

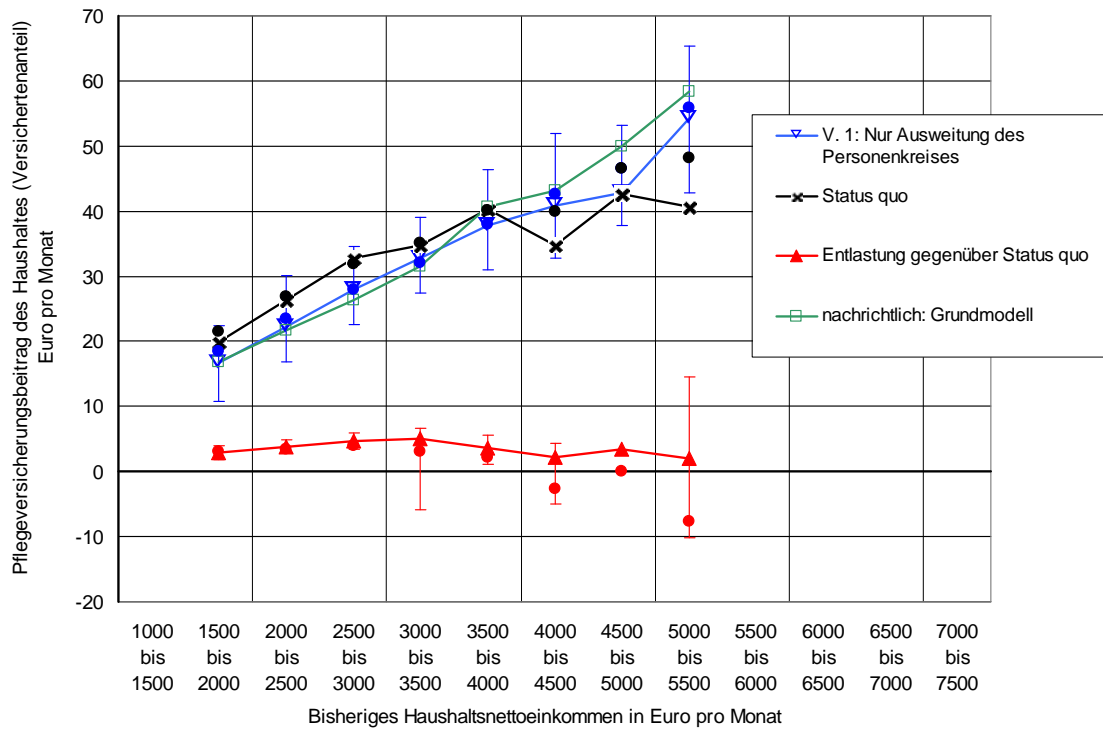


Abbildung 72: Beitragszahler - Ehepaare mit zwei Kindern in Variante 1

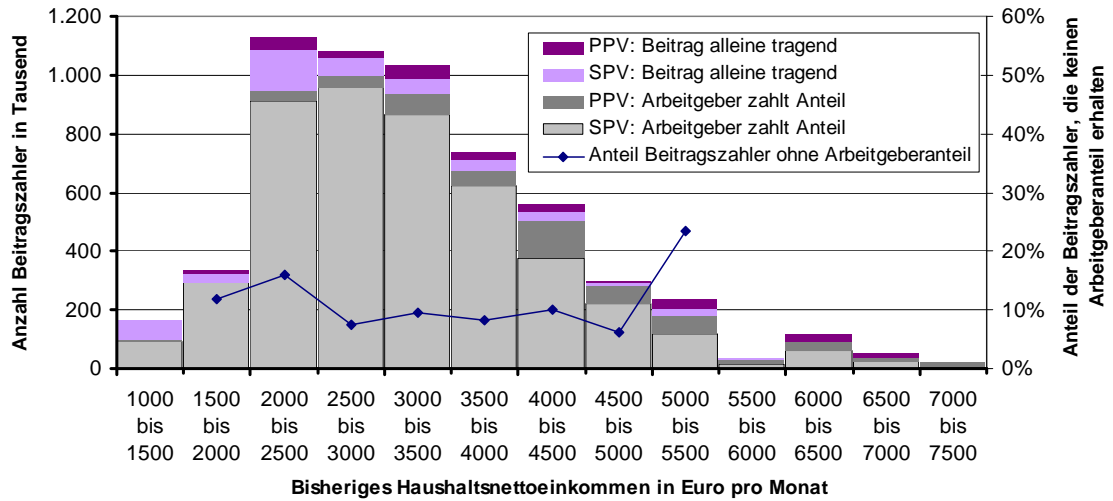


Abbildung 73: Beitrag – Haushaltsvorstand sozial versichert in Variante 1

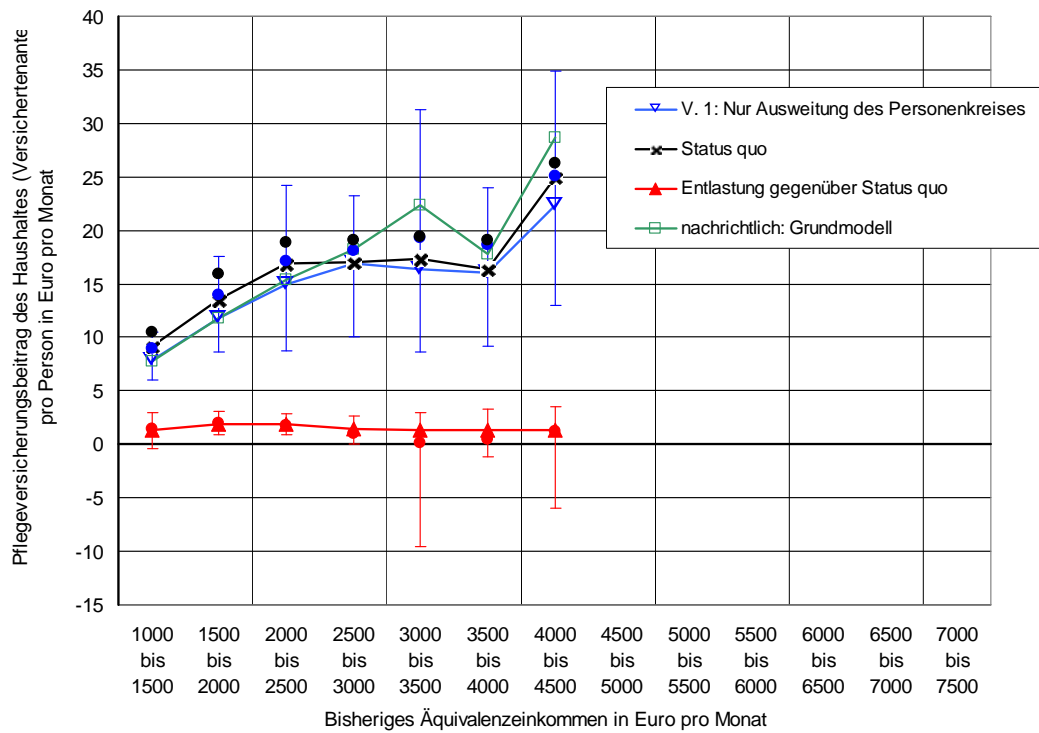


Abbildung 74: Beitragszahler – Haushaltsvorstand sozial versichert in Variante 1

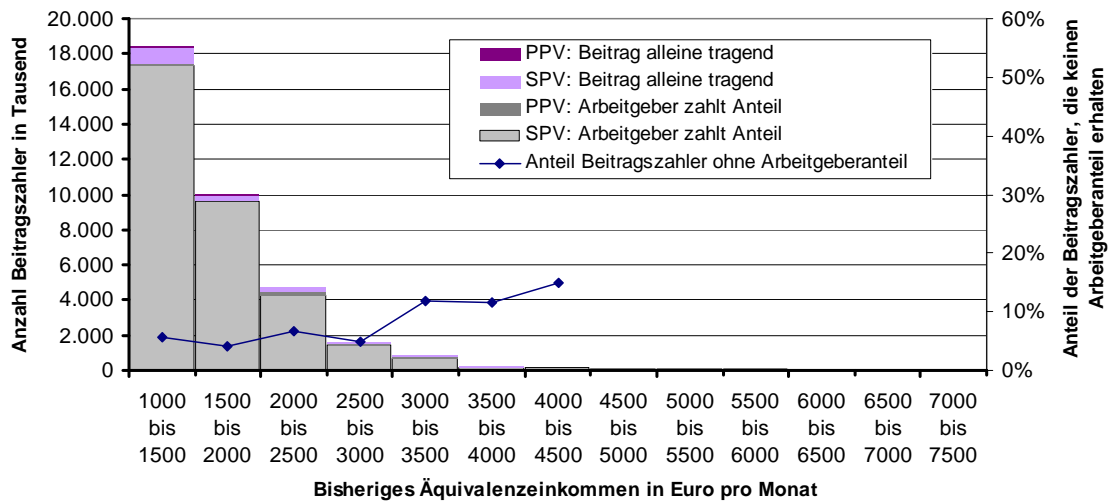


Abbildung 75: Beitrag – Haushaltsvorstand privat versichert in Variante 1

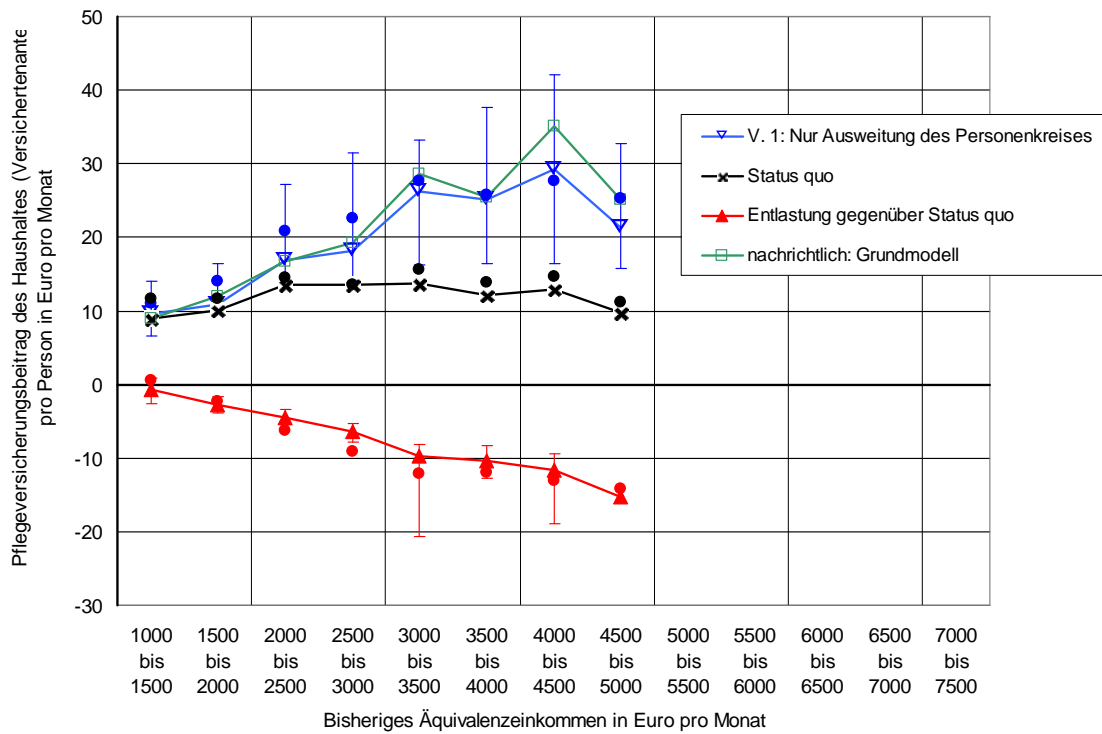
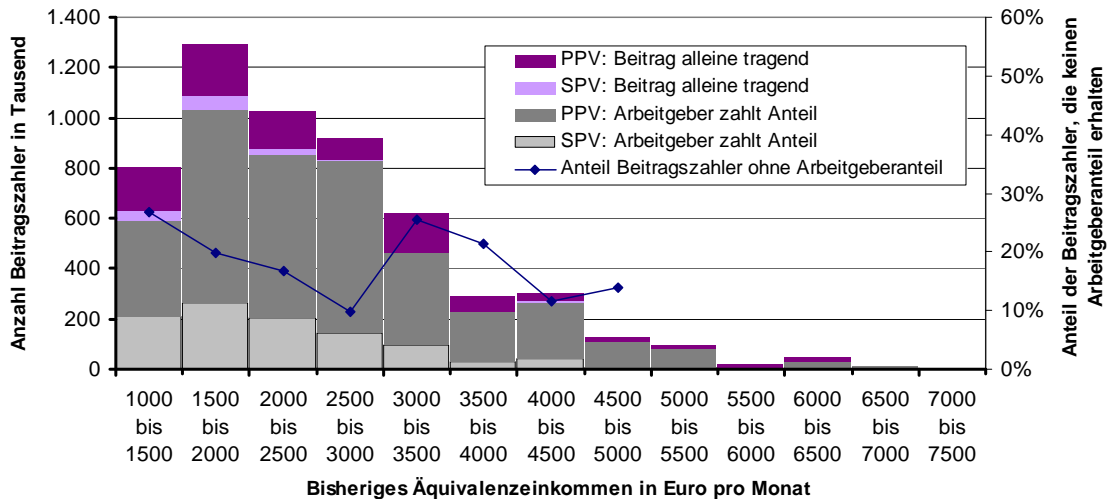


Abbildung 76: Beitragszahler – Haushaltsvorstand privat versichert in Variante 1



4. Variante 2: Grundmodell ohne Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Im Grundmodell der Grünen Bürgerversicherung ist vorgesehen, die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung anzuheben. Um zu untersuchen, welche Verteilungswirkungen von dieser Regelung ausgehen, wird in diesem Abschnitt eine Variante 2 der Bürgerversicherung untersucht, bei der gegenüber dem Grundmodell lediglich die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau im Status quo abgesenkt ist, so dass der Effekt der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze isoliert dargestellt wird. Da die Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung vom Grundmodell beibehalten wird, wird auch die Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze für Alleinstehende in dieser Variante beibehalten.⁵³

Wie schon bei Variante 1 ist der Beitragssatz in Variante 2 höher als im Grundmodell, was im Vergleich zum Grundmodell zu einer proportionalen Belastung führt. Dieser einkommensproportionalen Belastung für alle Beitragszahler steht eine Entlastung für Versicherte oberhalb der gegenwärtigen Beitragsbemessungsgrenze gegenüber.

Ebenfalls wie bei Variante 1 ist der Beitragssatz in Variante 2 niedriger als im Status quo, denn neben der Beschränkung der beitragsfreien Mitversicherung ermöglicht hauptsächlich der Einbezug der privat Versicherten eine Senkung des Beitragssatzes in der SPV, weil in der PPV der Altersdurchschnitt deutlich niedriger und die Einkommen höher sind als in der SPV (vgl. Abschnitt I.3.1, Abbildung 10). Die Größe dieses Effektes ist mit dem der Effekt von Variante 1 vergleichbar: knapp 0,3 Beitragssatzpunkte (Abschnitt I.5.2, Tabelle 8). Dieser einkommensproportionalen Entlastung für alle Beitragszahler steht im Vergleich zum Status quo vor Allem eine Belastung für bislang privat Versicherte und Alleinstehende mit Einkommen über der einfachen Beitragsbemessungsgrenze gegenüber.

Bei den *Alleinstehenden* liegen der Median und der Mittelwert des Beitrages in Variante 2 in allen dargestellten Einkommensklassen höher als im Grundmodell (Abbildung 77). Es kommt damit im Vergleich zum Grundmodell zu einer Belastung über alle Einkommensklassen hinweg. Der Belastungsbetrag steigt dabei im Median von weniger als einem Euro in der untersten Einkommensklasse (1.000 bis 1.500 Euro) auf etwa 3 Euro in der obersten dargestellten Einkommensklasse (3.000 bis 3.500 Euro). Grund für diese

⁵³ Die Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung durch die Einführung eines Beitragssplittings könnte Eheleute gegenüber zusammenlebenden Unverheirateten schlechter stellen, da für Unverheiratete die Beitragsbemessungsgrenze jeweils einzeln gilt. Diese Schlechterstellung von Eheleuten würde vermutlich gegen Artikel 6 Abs. 1 des Grundgesetzes verstoßen. Sie könnte vermieden werden, indem die Beitragsbemessungsgrenze für Unverheiratete verdoppelt wird.

Belastungen ist der höhere Beitragssatz in Variante 2. Im Vergleich zum Status quo wird jedoch die Hälfte der Haushalte in den unteren drei Einkommensklassen um 1 bis 2 Euro entlastet (Entlastungskurve knapp über der Nulllinie). Mehr als 75% der Haushalte in den höheren beiden Einkommensklassen werden vor Allem durch die Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze für Alleinstehende im Vergleich zum Status quo um etwa 10 Euro (Einkommensklasse 2.500 bis 3.000 Euro) bzw. ca. 20 Euro (Einkommensklasse 3.000 bis 3.500 Euro) belastet (obere Quartilswerte der Entlastungskurve). Die Verdoppelung der Beitragsbemessungsgrenze für Alleinstehende hat gegenüber dem Status quo in den oberen Einkommensklassen den gleichen Effekt wie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Bei den *Alleinerziehenden* ergibt sich in den dargestellten drei Einkommensklassen das gleiche Bild wie in den unteren drei Einkommensklassen bei Alleinstehenden: Belastungen im Vergleich zum Grundmodell und Entlastungen im Vergleich zum Status quo. Allein die Entlastungsbeträge sind etwas größer, weil ein größerer Teil der Alleinerziehenden keinen Arbeitgeberbeitrag erhält (Abbildung 80), so dass die Wirkung der Änderung des Beitragssatzes in absoluten Beträgen etwas größer ausfällt.

Bei den *Ehepaaren ohne Kinder* werden die Einkommensklassen bis 3.500 Euro gegenüber dem Grundmodell belastet. Die Belastung steigt von weniger als 1 Euro auf etwa 2 Euro in der Einkommensklasse 2.500 bis 3.000 Haushaltsnettoeinkommen. Darüber beginnt für ein Teil der Haushalte die in Variante 2 niedrigere Beitragsbemessungsgrenze zu wirken, so dass der Medianbeitrag in Variante 2 etwas sinkt und in der obersten Einkommensklasse (5.000 bis 5.500 Euro) schließlich um ca. 5 Euro niedriger liegt als im Grundmodell. Zu Bemerkem ist, dass der Medianbeitrag in Variante 1 ab etwa 3.500 Euro Haushaltsnettoeinkommen deutlich über dem im Status quo (und nah am Grundmodell) liegt, obwohl die Beitragsbemessungsgrenze genauso hoch ist wie im Status quo. Die Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze ist bei Variante 1 nicht so stark wie im Status quo, weil bei Einverdiener-Ehen durch das Beitragssplitting die Beitragsbemessungsgrenze im Ergebnis wie verdoppelt wirkt. Weiterhin werden im Vergleich zum Status quo mehr als die Hälfte aller Haushalte bis zum Haushaltsnettoeinkommen von 4.500 Euro entlastet (Entlastungskurve über der Nulllinie). In der höchsten Einkommensklasse findet für die Hälfte der Haushalte nur eine minimale Belastungsänderung statt (kleiner als 1 Euro), allerdings sind die Haushalte in dieser Einkommensklasse deutlich unterschiedlich betroffen: das obere Quartil weist Entlastungen aus, während das untere Quartil Belastungen gegenüber dem Status quo anzeigt. Dies ist vermutlich auf die Heterogenität der Zusammensetzung des Einkommens aus Ein- und

Doppelverdieneren, sowie aus unterschiedlichen Einkommensarten und der Versicherung bislang (SPV, PPV, mit oder ohne Arbeitgeberbeitrag) zurückzuführen.

Bei den *Ehepaaren mit einem Kind* zeigt sich wieder das gleiche Muster (Abbildung 83): in den unteren Einkommensklassen ist die Belastung in Variante 2 wegen des höheren Beitragssatzes größer als im Grundmodell, während in den höheren Einkommensklassen der Median der Beiträge niedriger ist, weil für einige die Beitragsbemessungsgrenze Wirkung zeigt.

Ein letztlich wieder ähnliches Bild ergibt sich bei *Ehepaaren mit 2 Kindern* (Abbildung 85). In den unteren vier Einkommensklassen ist der Beitrag in Variante 1 um etwa 2 Euro größer als im Grundmodell. Ab der Einkommensklasse 3.500 Euro ist der Medianbeitrag, genau wie bei Ehepaaren mit einem Kind, in Variante 1 kleiner als im Grundmodell. Allerdings ist in diesen Einkommensklassen die Entlastung bei zwei Kindern deutlich größer. Der Grund dafür liegt darin, dass mehr Ehegatten beitragsfrei mitversichert sind, denn bei zwei Kindern im Haushalt, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass ein Kind 10 Jahre alt oder jünger ist. Bei diesen Haushalten greift für den Alleinverdiener die einfache Beitragsbemessungsgrenze, während bei Haushalten, in denen kein Kind lebt, das 10 Jahre alt oder jünger ist, durch das Beitragssplitting die Beitragsbemessungsgrenze wie verdoppelt wirkt.

Abbildung 77: Beitrag für Alleinstehende in Variante 2

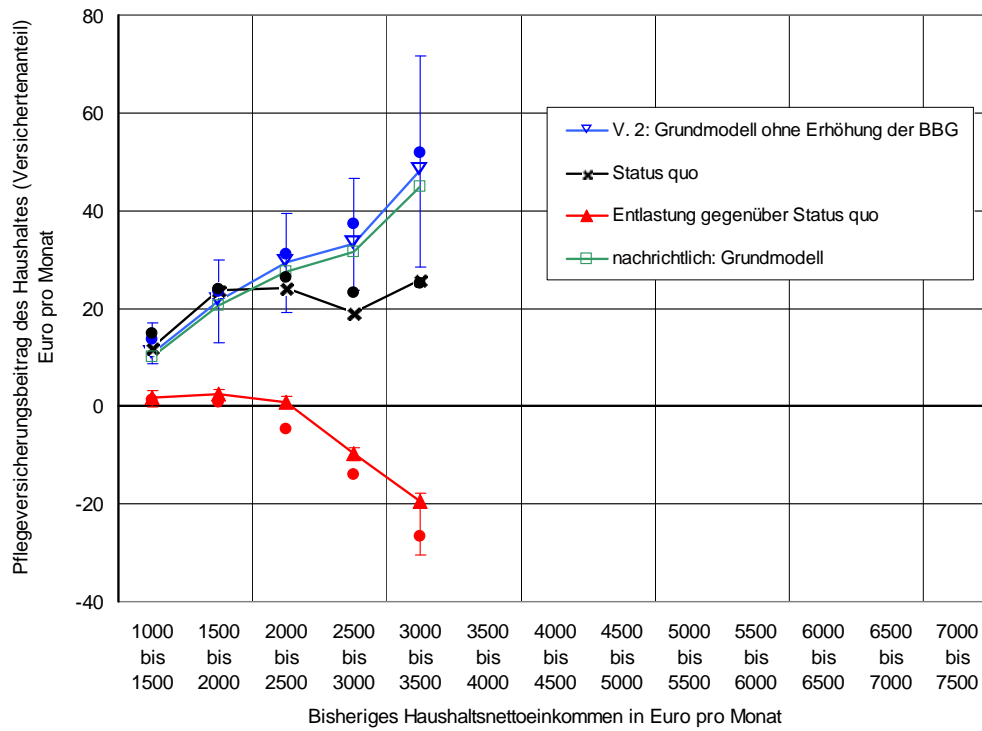


Abbildung 78: Alleinstehende Beitragszahler in Variante 2

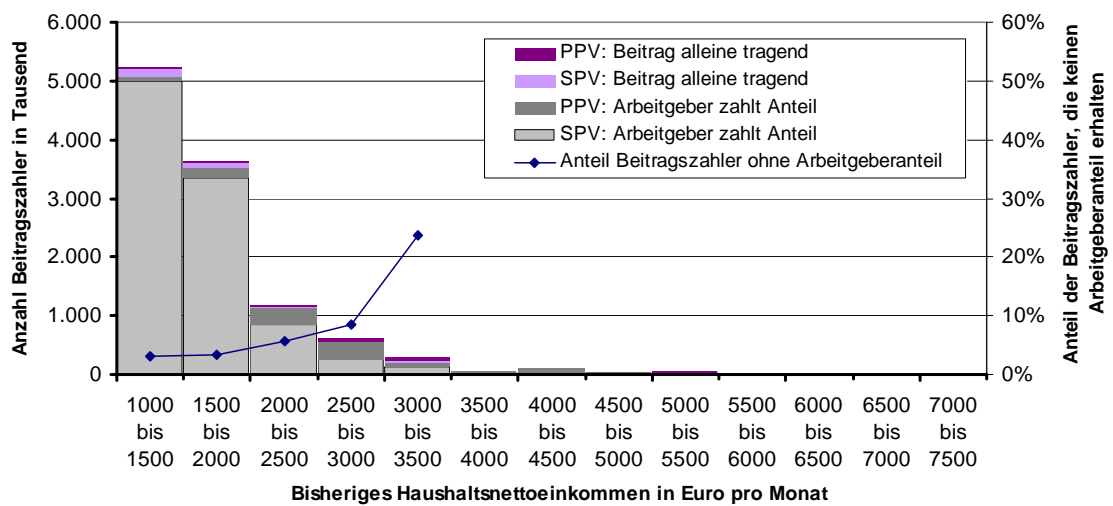


Abbildung 79: Beitrag für Alleinerziehende in Variante 2

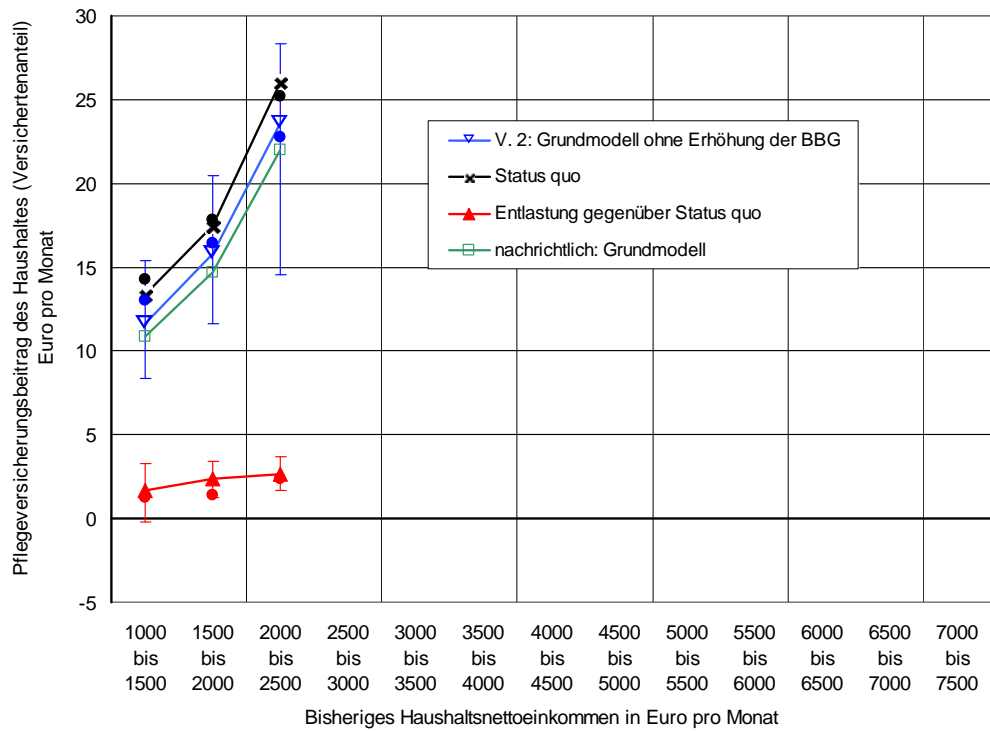


Abbildung 80: Alleinerziehende Beitragszahler in Variante 2

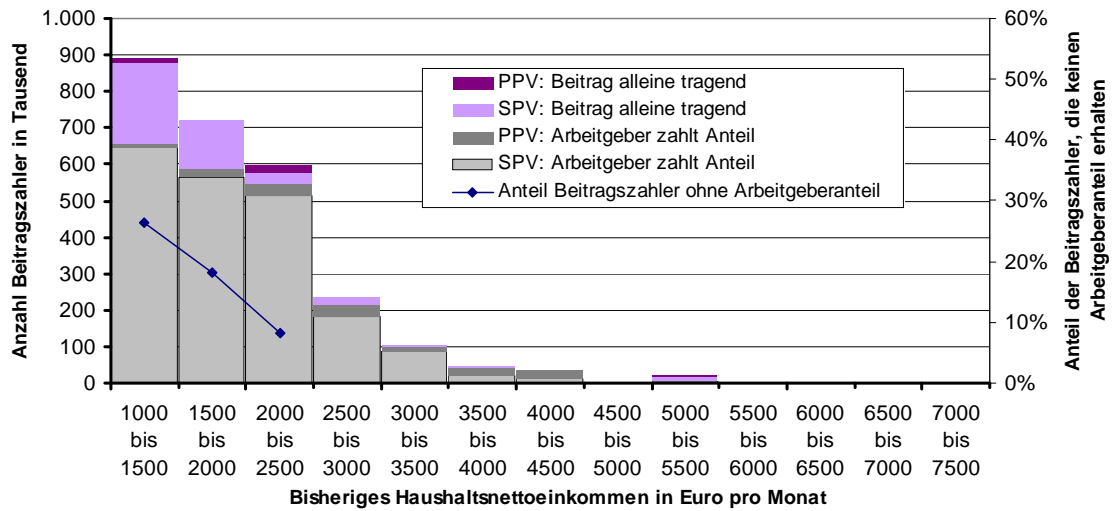


Abbildung 81: Beitrag für Ehepaare ohne Kinder in Variante 2

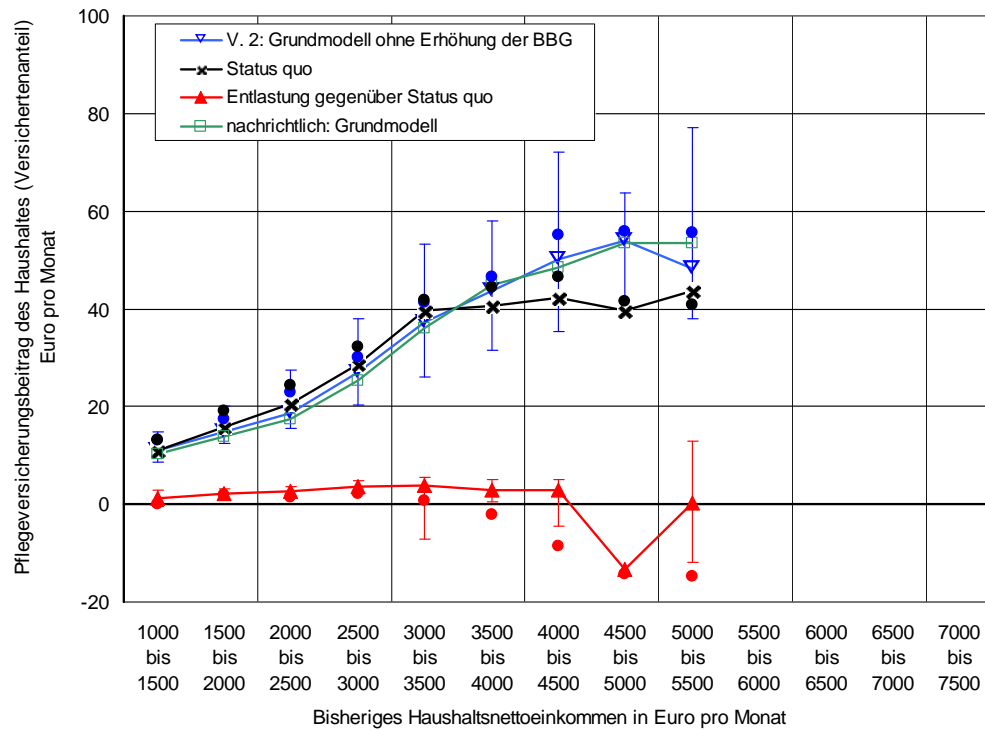


Abbildung 82: Beitragszahler - Ehepaare ohne Kinder in Variante 2

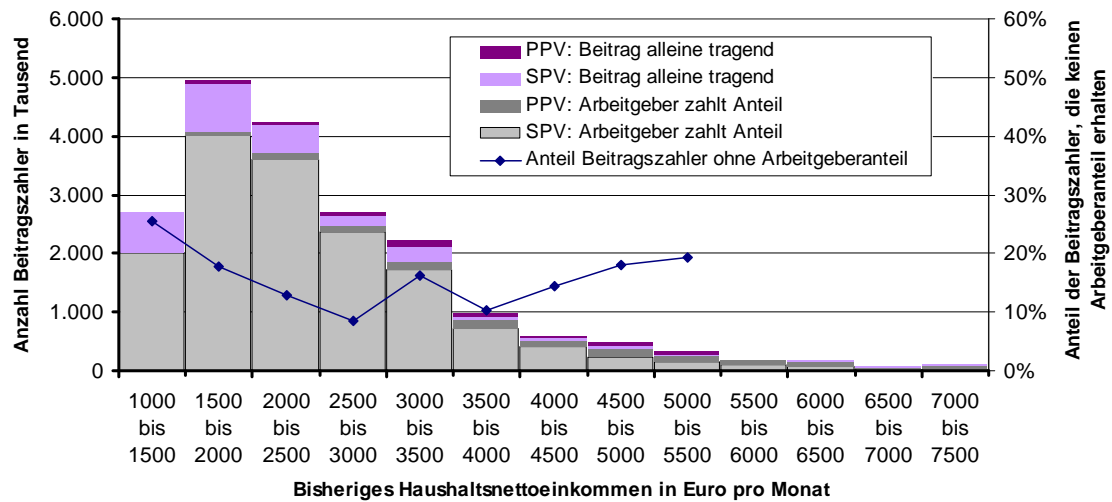


Abbildung 83: Beitrag für Ehepaare mit einem Kind in Variante 2

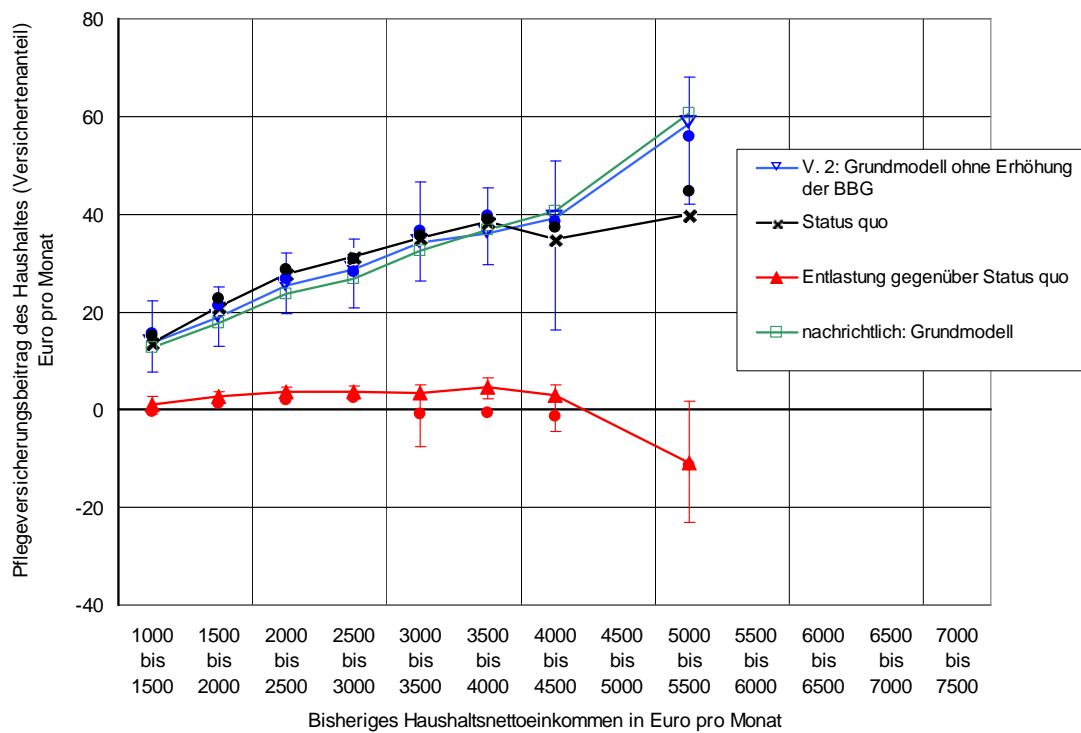


Abbildung 84: Beitragszahler - Ehepaare mit einem Kind in Variante 2

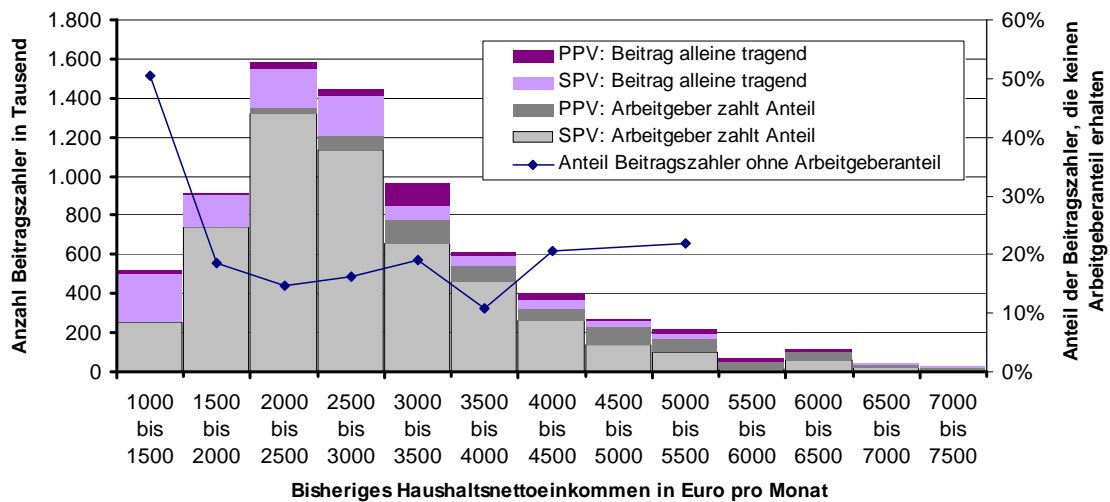


Abbildung 85: Beitrag für Ehepaare mit zwei Kindern in Variante 2

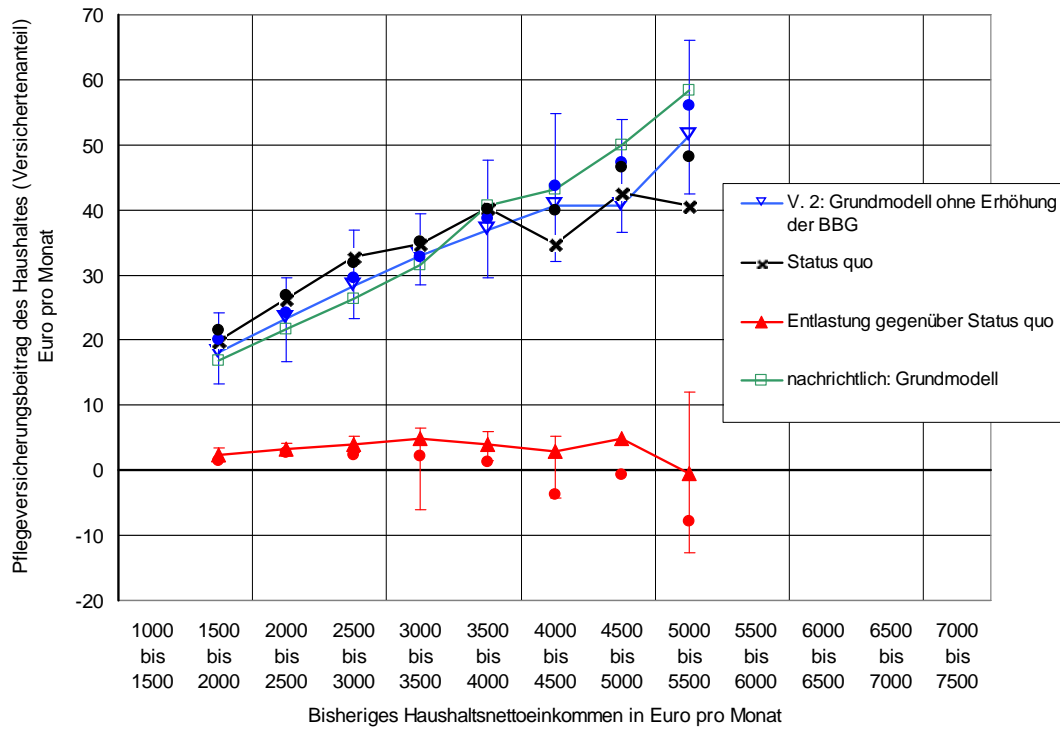


Abbildung 86: Beitragszahler - Ehepaare mit zwei Kindern in Variante 2

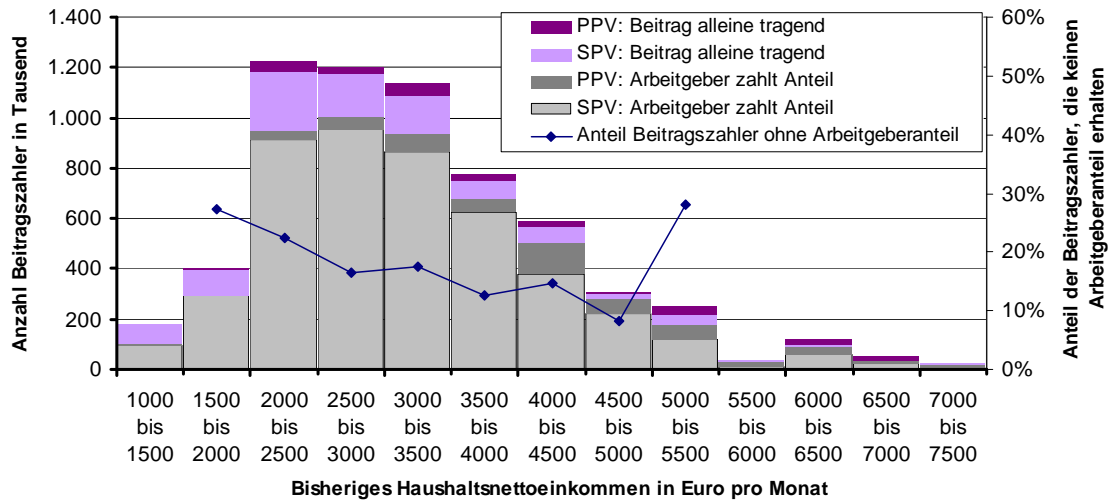


Abbildung 87: Beitrag – Haushaltsvorstand sozial versichert in Variante 2

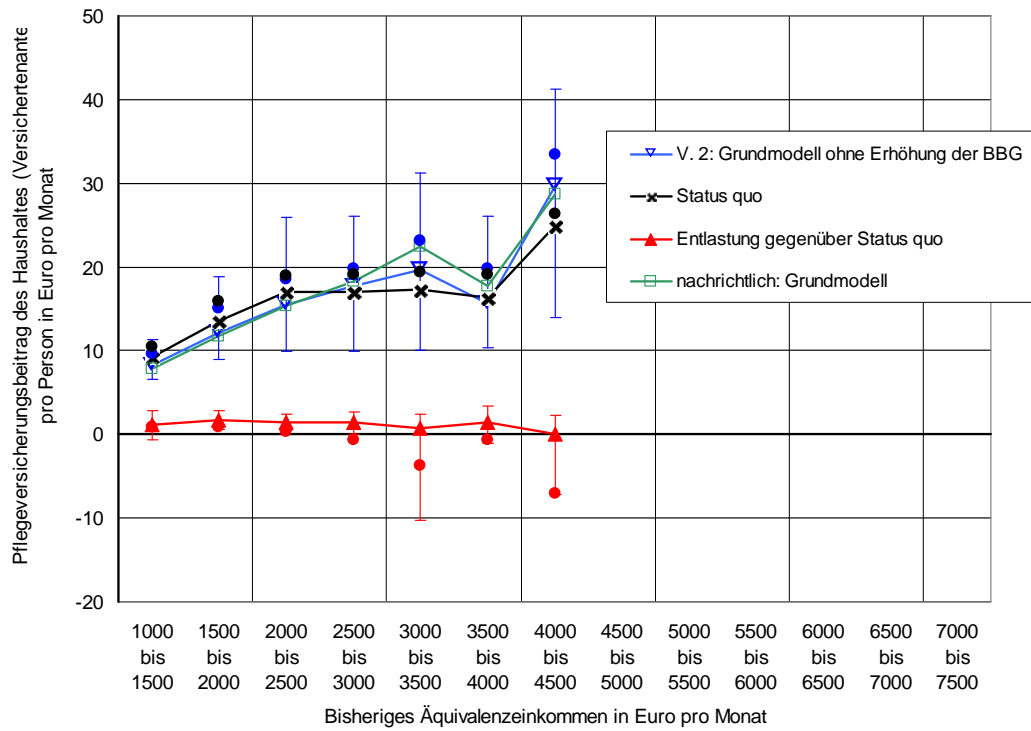


Abbildung 88: Beitragszahler – Haushaltsvorstand sozial versichert in Variante 2

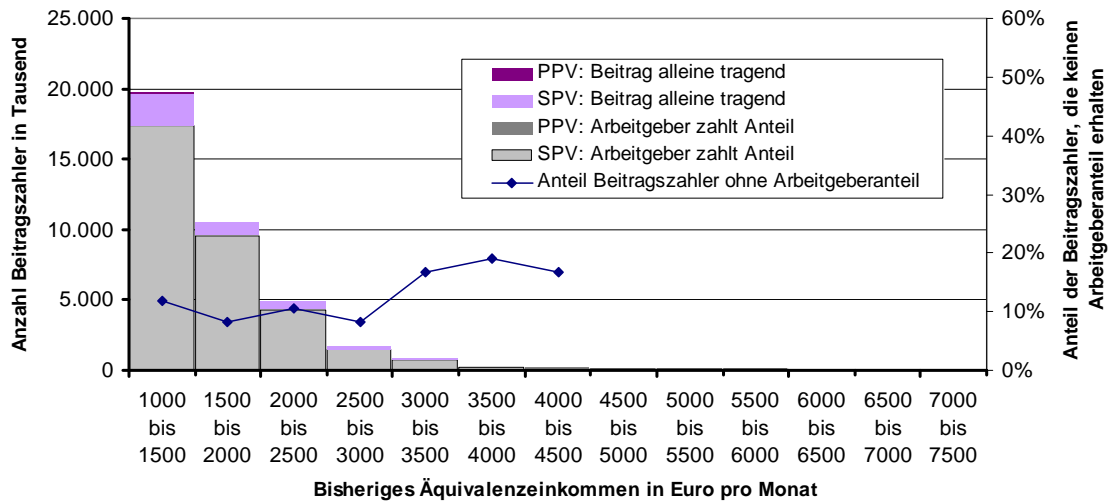


Abbildung 89: Beitrag – Haushaltsvorstand privat versichert in Variante 2

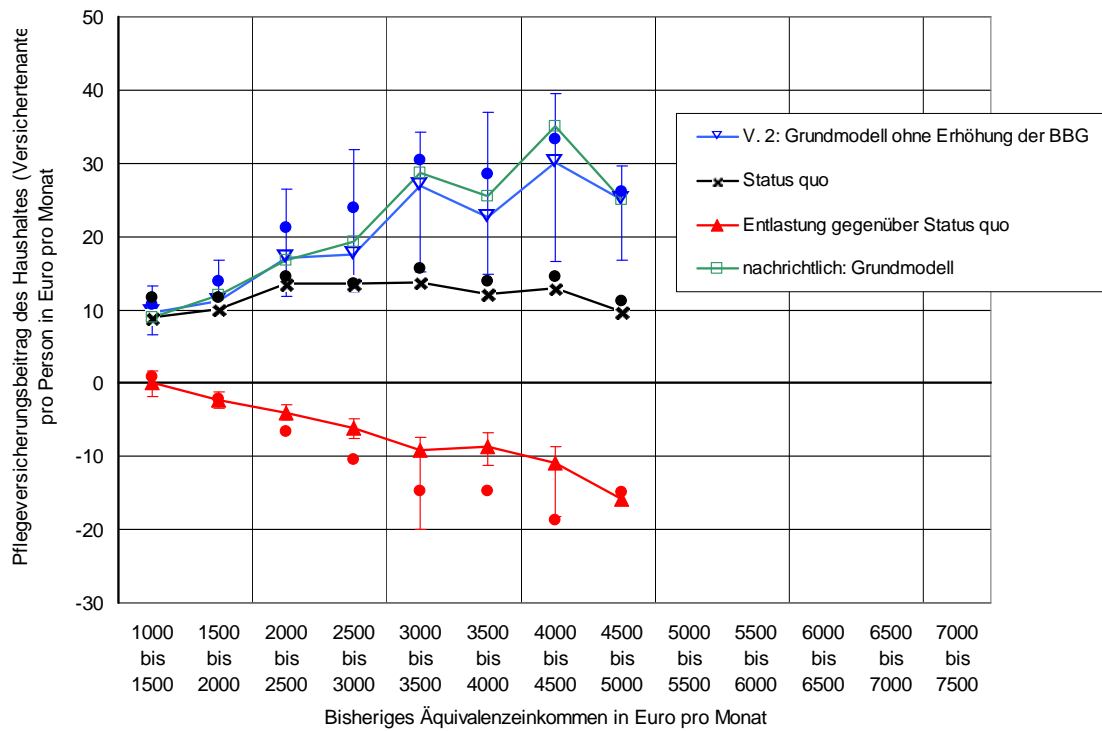
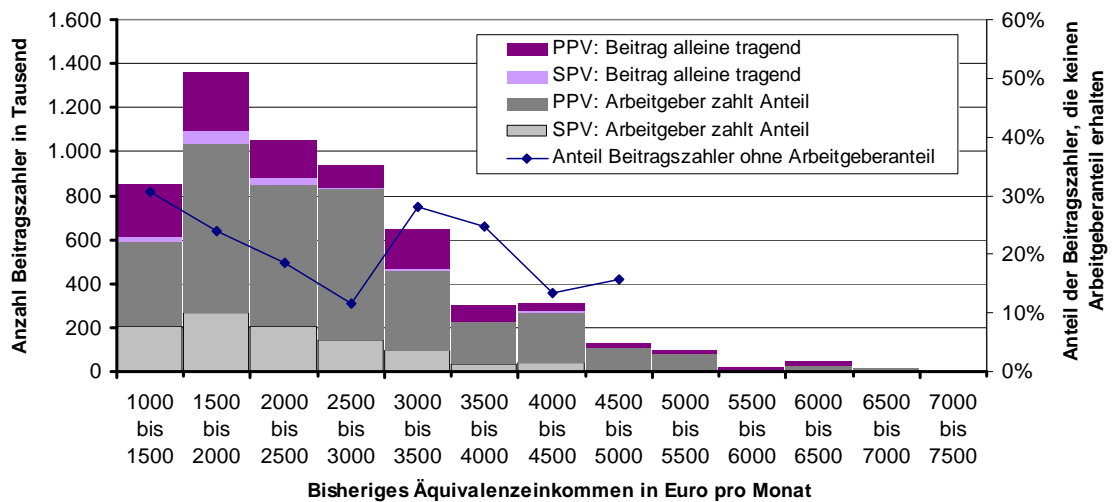


Abbildung 90: Beitragszahler – Haushaltsvorstand privat versichert in Variante 2



5. Sozialpolitische Bewertung

Ein Grund für die Einführung einer Bürgerversicherung (in der Kranken- ebenso wie in der Pflegeversicherung) liegt in den Verteilungungerechtigkeiten des derzeitigen Systems. In *horizontaler Hinsicht* krankt die Soziale Pflegeversicherung daran, dass die Beitragszahlungen zweier Haushalte trotz gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit unterschiedlich sein können. Diese Ungleichbehandlung kann zum einen darauf beruhen, dass – wegen der weitgehenden Beschränkung der Beitragspflicht auf Löhne, Gehälter und Lohnersatz Einkommen – die Einkommensquellen und nicht nur die Einkommenshöhe für die Höhe der Beitragszahlung verantwortlich ist. Zum anderen führt die Beitragsbemessungsgrenze dazu, dass immer dann, wenn das Haushaltseinkommen die einfache Beitragsbemessungsgrenze übersteigt, die Verteilung des Haushaltseinkommens auf die Haushaltmitglieder über die Höhe des Beitrags mitbestimmt – und nicht nur die Höhe des Einkommens.⁵⁴ Mit einer Bürgerversicherung können beide Probleme angegangen werden. Die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragspflicht beseitigt den ersten der beiden genannten Ursachen für horizontale Ungerechtigkeiten dem Grunde nach. Das Beitragssplitting hat das Potential, auch die zweite Ursache zu bekämpfen. Allerdings wird dieser positive Impuls dadurch eingeschränkt, dass das Splitting nur auf den Teil der bisher beitragsfrei Mitversicherten angewandt werden soll, der weder Kinder erzieht noch Pflegebedürftige pflegt. Zwar ist anzuerkennen, dass diese Leistungen gesellschaftlich honoriert werden sollten, allerdings ist der vorgeschlagene Weg hierzu wenig geeignet. Sinnvoller wäre es, das Splitting auf alle Haushalte anzuwenden und an anderer Stelle eine explizite Berücksichtigung der Erziehungs- und Pflegeleistungen vorzusehen.⁵⁵ Im Hinblick auf die horizontale Gerechtigkeit ist eine Bürgerversicherung daher dem Status quo überlegen.

Die vorstehenden Berechnungen stellen dagegen vor allem auf die vertikalen Verteilungswirkungen ab. Hierbei zeigt sich, dass der Umstieg auf eine Bürgerversicherung tendenziell zu einer Entlastung der bislang Sozialversicherten und zu einer Belastung der bislang Privatversicherten führt und weiterhin generell einkommensschwächere

⁵⁴ Hierbei wird unterstellt, dass der Haushalt als Wirtschaftseinheit die entscheidende Einheit für die Beurteilung der finanziellen Leistungsfähigkeit ist. Allerdings kann das Splitting dazu führen, dass Unverheiratete besser gestellt werden als Verheiratete. Dies könnte den verfassungsrechtlichen Schutz der Ehe gemäß Art. 6 GG verletzen. Dies kann nur sicher ausgeschlossen werden, wenn die Beitragsbemessungsgrenze für Alleinstehende verdoppelt wird.

⁵⁵ Anknüpfend an das Beitrags-Kinder-Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2001 ist eine Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen im Beitragsrecht der Pflegeversicherung durchaus denkbar (und mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz von 2004 auch teilweise erfolgt. Eine solche Anerkennung muss sich dann aber auf alle Erziehende beziehen und nicht auf solche, die durch die Vermeidung des ansonsten drohenden Beitragssplitting in besonderem Maße profitieren.

Haushalte entlastet, einkommensstärkere Haushalte hingegen belastet. Durch die Einführung einer Bürgerversicherung würde das Umverteilungselement der *Pflegesozialversicherung* also gestärkt.

Anhang

1. Datengrundlage und Grundgesamtheit der Simulation

Die Untersuchung der Verteilungswirkungen basiert auf dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP), das seit 1984 als jährliche Wiederholungsbefragung von anfänglich circa 12.000 befragten Personen ab 16 Jahren in Privathaushalten vom *Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung* in Berlin (DIW) durchgeführt wird (SOEP Group 2001). Für die Erhebungsjahre ab 2000 stehen Informationen über mehr als 20.000 befragte Personen zur Verfügung. Die Ergebnisse der Simulationen beruhen auf den Angaben für das Jahr 2007. Da viele Einkommens- und Vermögensangaben im SOEP retrospektiv für das Vorjahr der Befragung erhoben werden, werden daher insgesamt die Befragungsjahre 2007 und 2008 herangezogen. Grundgesamtheit der Simulation bilden die GKV- und PKV-Versicherten in Deutschland des Jahres 2007.⁵⁶ Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkassen wurden aufgrund der Sonderstellung innerhalb der GKV von der Analyse ausgeschlossen.

Die Verteilungsanalysen (Be- und Entlastungen im Krankenversicherungsbeitrag in den einzelnen Simulationen des Beitragssatzes unter Anwendung unterschiedlicher Ausgestaltungen) werden für verschiedene Haushaltstypen getrennt vorgenommen (Tabelle 17). Insgesamt werden damit über 90% aller Gkv- und Pkv-Versicherten abgedeckt.

Tabelle 17: Verteilung der Haushaltstypen

Haushaltstyp	Anteil in Prozent
Alleinstehend	21,33
Alleinerziehend	7,89
Paar ohne Kinder	29,01
Paar mit einem Kind	15,21
Paar mit zwei Kinder	17,32
Sonstige	9,25

Quelle: SOEP (2007/2008), eigene Berechnungen.

⁵⁶ Im SOEP ist die Angabe, ob jemand privat oder sozial pflegeversichert ist nicht enthalten. Es ist aber die Angabe enthalten, ob eine Person in der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist. Dem gesetzlichen Grundsatz "Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung" entsprechend wurde angenommen, dass die gesetzlich Krankenversicherten auch sozial pflegeversichert sind, ebenso dass die privat Krankenversicherten .privat pflegeversichert sind.

2. Hochrechnung des SOEP an die GKV- und PKV-Versicherten in Deutschland

Das SOEP wurde auf die 69,426 Mio GKV- und 8,549 Mio. PKV-Versicherten in Deutschland im Jahr 2007 hochgerechnet (im Jahr 2007 sind 70,314 Mio Personen Mitglieder der GKV, wovon 887.531 auf die Mitglieder der Landwirtschaftlichen Kassen entfallen, die im Folgenden nicht berücksichtigt werden). Da Kinder bis zum Lebensalter von 15 Jahren im SOEP nicht selbst befragt werden, wird ersatzweise die Zuordnung zum Personenkreis der GKV- bzw. PKV-Versicherten über den Haushaltsvorstand vorgenommen.

Für die Hochrechnung wurden neben den Querschnittshochrechnungsfaktoren des SOEP, die eine Anpassung an die Wohnbevölkerung in Deutschland erlauben, Korrekturgewichte in Höhe von 1,35340469 für die GKV- und von 1,50751739 für die PKV-Versicherten berücksichtigt.

3. Kalibrierung des beitragspflichtigen Entgelts

Zur Kalibrierung der Einkommensangaben im SOEP wurde das berechnete beitragspflichtige Entgelt (siehe unten) an die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV im Jahr 2007 von 988,819 Mrd. Euro abzüglich der Einnahmen der Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Höhe von 34,156 Mrd. Euro = 954,663 Mrd. Euro angepasst. Der entsprechende Korrekturfaktor beträgt 0,8455645.

4. Verwendete Einkommensvariablen

1.1 Arbeitseinkommen

Die Arbeitseinkommen werden den Retrospektivangaben für das Jahr 2007 aus dem Befragungsjahr 2008 entnommen. Als Arbeitseinkommen werden herangezogen: Bruttolohn/Gehalt als Arbeitnehmer, Sondervergütungen (13. und 14. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Sonstige), Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Einkommen aus Nebenerwerbstätigkeit, Altersrenten und Pensionen, Kriegspopferversorgung, Unfallversicherung, Zusatzversorgung des Öffentlichen Dienstes, Betriebliche Altersversorgung, Arbeitslosengeld I. Zur Ermittlung der Bemessungsgrundlage für die Beiträge an die gesetzliche Krankenversicherung wurde das Arbeitslosengeld I verdoppelt,

weil es selbst im Ergebnis grob 40% des letzten Bruttoentgelts ausmacht und der Gesetzgeber die Bemessungsgrundlage auf 80% davon festgelegt hat ($1/0,4 \times 0,8 = 2$).

1.2 Vermögenseinkommen

Die Vermögensangaben werden den Retrospektivangaben für das Jahr 2007 aus dem Befragungsjahr 2008 entnommen. Als Vermögenseinkommen werden (1) die Einkommen aus Wertpapieren (Zinsen, Dividenden und Gewinnen aus allen Wertanlagen) sowie (2) die Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung gewertet.

Ad (1): Die Einnahmen aus Zinsen und Dividenden liegen sowohl als metrische, als auch kategoriale Variable vor. Wenn die metrische Angabe nicht beantwortet wurde, wurde ersatzweise die kategoriale Variable herangezogen. Zur Umrechnung der kategorialen Variable wurden jeweils die Gruppenmittelwerte zugrunde gelegt, sowie für die unterste Kategorie (unter 250 Euro) und die nach oben offene, oberste Kategorie (10.000 Euro und mehr) die Mittelwerte, die sich bei Anwendung dieser Kategorien auf die metrische Variable ergeben (98 Euro bei Anwendung der untersten und 58.600 Euro bei Anwendung der obersten Kategorie). Da die Vermögensangaben haushaltsbezogen vorliegen, wurden sie entsprechend dem Familienstand aufgeteilt. D.h. bei verheirateten Personen wurde das Vermögen gleichmäßig beiden Ehepartnern zugerechnet und bei Unverheirateten dem Erwachsenen in voller Höhe zugerechnet.

Ad (2): Von den Bruttoeinnahmen aus Vermietung und Verpachtung wurden die Ausgaben abgezogen, die steuerlich abgesetzt bzw. als Verlust geltend gemacht werden können. Wenn das einen negativen Betrag ergab, wurden sie mit null angesetzt.

1.3 Äquivalenzeinkommen

Das Äquivalenzeinkommen wird auf Grundlage des Haushaltsnettoeinkommens und der Anzahl der Haushaltsmitglieder im Befragungsjahr 2007 berechnet. Es erlaubt den Vergleich von Einkommenspositionen bei unterschiedlichen Haushaltsgößen und -zusammensetzungen, da bei der Berechnung die Kostenersparnisse, die sich auf Grund gemeinsamen Wirtschaftens im Haushalt, zum Beispiel aus der Teilung von Fixkosten (z.B. Strom und Miete) und den günstigeren Konsumbedingungen (z.B. Einkauf von günstigeren Großpackungen) ergeben, berücksichtigt werden. Bei der Berechnung des bedarfsgewichteten Äquivalenzeinkommens wird das Haushaltsnettoeinkommen durch Bedarfsgewichte geteilt. Die Gewichte betragen 1 für den Haushaltsvorstand, 0,5 für jede weitere Person im Alter von mindestens 14 Jahren im Haushalt und 0,3 für jede Person, die jünger als 14 Jahre ist (sog. neue OECD-Äquivalenzskala). Das bedarfsgewichtete

wichtete Äquivalenzeinkommen lässt sich auch als das individuelle Wohlstandsniveau interpretieren.

1.4 Weitere verwendete Variablen

Für Modellvarianten, bei denen erziehende Eltern beitragsfrei mitversichert sind, wurde festgelegt, dass ein Elternteil beitragsfrei wird, wenn (1) es in dem Haushalt ein Kind gibt, das jünger als 10 Jahre alt ist und (2) der Elternteil kein eigenes Arbeitseinkommen erzielt, bzw. das Arbeitseinkommen unter 400 liegt.

Für Modellvarianten, bei denen Personen, die Pflegeleistungen erbringen, beitragsfrei sind, wurde festgelegt, dass dafür mindestens zwei Stunden pro Tag Pflegeleistungen erbracht werden müssen.

Literatur

- Arnold, Robert / Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göppfarth, Dirk / Greß, Stefan / Jacobs, Klaus / Wasem, Jürgen (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 65-94.
- Augurzky, Boris / Borchert, Lars / Deppisch, Rebecca / Krolop, Sebastian / Mennicken, Roman / Preuss, Maike / Rothgang, Heinz / Stocker-Müller, Melanie / Wasem, Jürgen (2008a): Heimentgelte bei der stationären Pflege in Nordrhein-Westfalen. Ein Bundesländervergleich. RWI-Materialien, Heft 44. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,
- Baumol, William J. (1967): Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, *American Economic Review* 57, 415-426.
- Baumol, William J. / Oates, Wallace E. (1972): The Cost Disease of the Personal Services and the Quality of Life, in: *Skandinaviska Enskilda Banken Quarterly Review* 1, 44-54.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2009): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2011): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011_08_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf.
- BMF [=Bundesministerium für Finanzen] (2010): Einkommensteuerrechtliche Behandlung von Vorsorgeaufwendungen und Altersbezügen. Dok 2010/0628045. Berlin: BMF.
- 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.
- Greß, Stefan / Rothgang, Heinz (2010): Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.

- Niehaus, Frank (2010): Zukünftige Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. WIP-Diskussionspapier 1/10. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV.
- PKV-Verband (2011): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010. Korrigierte Version (Stand Januar 2011), Köln, http://www.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2009_2010.pdf 5.9.2011.
- Reiners, H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Huber.
- Rolfs, Christian (2010): Voraussetzungen und Konsequenzen einer Ergänzung des bestehenden Finanzierungssystems der sozialen Pflegeversicherung um kapitalgedeckte Elemente Rechtsgutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, Berlin von Professor Dr. Christian Rolfs unter Mitwirkung von Melanie Heikel Universität zu Köln. Köln im November 2010.
- Rothgang, Heinz (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7. Frankfurt: Campus.
- Rothgang, Heinz (2004a): Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegesicherung – Darstellung und Bewertung –, in: Zeitschrift für Sozialreform, 50. Jg., Heft 6, 584-616.
- Rothgang, Heinz (2004b): 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.
- Rothgang, Heinz (2007): Reform der Pflegeversicherung durch Weiterentwicklung des bestehenden Systems, in: Wirtschaftsdienst, Heft 6: 364-370
- Rothgang, Heinz (2008): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (BT-Drs. 16/7439) anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 23. Januar 2008 zum Fragenblock „Finanzierung und PKV“. BT-Ausschussdrucksache 16(14)0327(72neu).

- Rothgang, Heinz (2009): Einführung von Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung – Möglichkeiten Grenzen und Gestaltungsoptionen, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag., 95-121
- Rothgang, Heinz (2010): 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 / Arnold, Robert / Unger, Rainer (2010b): Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung: Bürgerversicherung als Alternative zu den aktuellen Regierungsplänen, in: GGW, Jg. 10, Heft 4: 27-35
- Rothgang, Heinz / Iwansky, Stephanie / Müller, Rolf / Sauer, Sebastian / Unger, Rainer (2010a): Barmer GEK-Pflegereport 2010. Demenz und Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. St. Augustin: Asgard-Verlag
- Rothgang, Heinz / Kulik, Dawid / Müller, Rolf / Unger, Rainer (2009): GEK-Pflegereport 2009. Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. GEK-Edition Band 73. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- 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.
- Rothgang, Heinz / Vogler, Anke (1998a): Was soll mit den Pflegeversicherungsüberschüssen geschehen? In: Wirtschaftsdienst. Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 78. Jg., Heft 3: 157-163.
- 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.
- Statistisches Bundesamt (2005): Wirtschaftsrechnungen, Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. Einnahmen und Ausgaben privater Haushalte Fachserie 15 Heft 4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2009): Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

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

