



FORSCHUNGS
ZENTRUM
GENERATIONEN
VERTRÄGE

DISKUSSIONSBEITRÄGE DISCUSSION PAPERS

Pflegereform 2010: Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung

Jasmin Häcker
Tobias Hackmann
Bernd Raffelhüschen

No. 46 – Juli 2010

Pflegereform 2010:

Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung

Jasmin Häcker

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Tobias Hackmann*

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Bernd Raffelhüschen

Forschungszentrum Generationenverträge
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Juli 2010

Zusammenfassung

Das im Jahr 2012 zu erwartende Defizit in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) sowie die durch die geplante Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusätzlich entstehenden Mehrausgaben machen einschneidende Reformmaßnahmen der SPV dringend erforderlich. Ist es das erklärte Ziel der Politik, die bereits bestehende intergenerative Ungleichheit nicht weiter auszudehnen und die im Koalitionsvertrag vereinbarte Ergänzung der SPV um kapitalgedeckte Elemente umzusetzen, so zeigt der vorliegende Beitrag mit dem Vorschlag einer Karenzzeit – im Sinne einer Wartezeit bis zur Leistungsgewährung – eine Möglichkeit auf, die SPV in ein nachhaltiges System zu überführen. Die Karenzzeit findet hierbei ihre Rechtfertigung durch die genaue Analyse der Verweildauer in Pflege.

Abstract

As current research as well as current data reveal, the German long-term care insurance (LTCI) is expected to run a deficit in 2012. Additionally, further expenses will result due to the newly conceptualized definition of long-term care needs – in future, five instead of three care levels are to meet the needs of LTC patients. Accounting for the demographic turbulence ahead, the German LTCI is in urgent need of a broad reform. The paper suggests a reasonable transition from the current pay-as-you-go system to a partly funded strategy thereby accounting for the burden each generation is confronted with. With the help of generational accounting, we demonstrate that a certain waiting period (Karenzzeit) until LTC benefits are granted achieves an intergenerational balance. This reform proposal stems from the analysis of the length of stay in LTC.

*Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Finanzwissenschaft I, Bertoldstraße 17, D-79098 Freiburg, Tel. 0761/203-9246, Fax 0761/203-2290, E-Mail: tobias.hackmann@vwl.uni-freiburg.de

1. Einleitung

Die letzten Reformbemühungen zur Sozialen Pflegeversicherung gab es im Jahr 2008 im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PflWG). Wesentliche Merkmale dieses Gesetzes waren auf der Ausgabenseite die Stufendynamisierung und die Leistungsausweitung für den Personenkreis der Demenzkranken. Einnahmeseitig erfolgte die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95 Prozent – Maßnahmen, die allesamt nicht zur Nachhaltigkeit in der SPV beigetragen haben. Entgegen der Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierungsreform, diskutiert die Politik in Berlin gegenwärtig – auf Basis des Berichts des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – eine Ausweitung des Leistungskatalogs, nämlich die Umstellung von drei auf fünf Pflegestufen. Stattdessen wäre aber genauer gesagt eine Verjüngung der Versichertenstruktur wünschenswert, um die Finanzierungslast der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) künftig abzumildern. Dabei allerdings auf einen demografischen Umschwung zu hoffen, wäre fahrlässig. Vielmehr müssen alle Anstrengungen auf eine zukunftsweisende Politik konzentriert werden. Diese kann zwar keine Verjüngung der SPV erzielen – auch wenn dies von den Befürwortern einer Bürgerversicherung oftmals propagiert wird – durch entsprechende politische Maßnahmen, wie sie im Folgenden noch aufgeführt werden, kann dennoch die Nachhaltigkeit der SPV erreicht werden.

Um das Ziel einer nachhaltigen Weiterführung der SPV trotz demografischer Alterung nicht aus dem Auge zu verlieren, wird in diesem Beitrag der Vorschlag einer Karenzzeit in der SPV diskutiert – ein Zeitraum, in dem zwar die Pflegeversicherung besteht, aber noch keine Leistungen gewährt werden. Der Vorschlag der Einführung einer Karenzzeit ist dabei das Resultat einer umfassenden Analyse zum Pflegeverlauf und zur Pflegekarriere der Pflegefälle in Verbindung mit dem sozialpolitischen Argument, die SPV zu ihrer eigentlichen sozialpolitischen Kernaufgabe zurück zu führen.¹ Zur Präzisierung und Quantifizierung dieses Reformvorschlags als auch des Status quo wird auf die Methodik der Generationenbilanzierung zurückgegriffen, die eine umfassende Tragfähigkeitsanalyse erlaubt.

¹ In ihrer jetzigen Ausgestaltung sieht die SPV keine Karenzzeit vor. Der Leistungseintritt knüpft vielmehr an eine sogenannte Prognosezeit von sechs Monaten, d.h. an die Prognose des Arztes, dass die Pflegebedürftigkeit mindestens sechs Monate lang bestehen wird.

Der Aufbau dieses Beitrags gliedert sich wie folgt: Zunächst wird in Kapitel 2 der aktuelle Status quo sowie der Finanzierungseffekt der (geplanten) Pflegestufenreform aufgezeigt. Daran anschließend wird in Kapitel 3 die mögliche Ausgestaltung der Karenzzeit diskutiert und schließlich erfolgt im Rahmen einer Nachhaltigkeitsanalyse die quantitative und qualitative Bewertung dieses Reformvorschlags. In diesem Zusammenhang wird auf die im Koalitionsvertrag genannte Reformmaßnahme bezüglich der Ergänzung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung durch kapitalgedeckte Elemente eingegangen. So wird illustriert, zu welchem Preis eine teilweise Überführung der SPV in eine obligatorische kapitalgedeckte Versicherungsform erfolgt, um eine nachhaltige Finanzierungssituation herbeizuführen. Der Beitrag schließt mit einer Zusammenfassung und liefert einen Ausblick.

2. Bestandsaufnahme SPV

2.1 Fortschreibung des Status quo bis zum Jahr 2050

Seit der Einführung der SPV im Jahr 1995 ist die Zahl der Leistungsempfänger von 1,6 Mio. Personen auf knapp 2,2 Mio. Personen (im Jahr 2008) angestiegen; siehe Tab. 1. Mit einem Anteil von 46 Prozent ist die ambulante Pflege durch Angehörige dabei die meistgewählte Versorgungsform; 23 Prozent aller Pflegebedürftigen werden von einem professionellen ambulanten Anbieter versorgt. Der verbleibende Anteil von 31 Prozent der Pflegebedürftigen wird in stationären Pflegeheimen versorgt.

Die Betrachtung der Verteilung der Pflegefälle auf die unterschiedlichen Versorgungsformen seit 1995 offenbart, dass die SPV zweierlei Trends in der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen unterliegt. Zum einen findet ein Wandel innerhalb der ambulanten Pflege statt, nämlich die Verschiebung von Geld- hin zu Sachleistungen, zum anderen liegt eine Verschiebung von der ambulanten hin zur stationären Versorgungsform vor. Angesichts der unterschiedlich hohen Gewährung von Versicherungsleistungen bei häuslicher, professioneller ambulanter bzw. stationärer Pflege² hat jegliche Art der Verschiebung von einer günstigeren hin zu einer teureren Versorgungsform Auswirkungen

² So beträgt das Pflegegeld (die Pflegesachleistung) momentan in Stufe I monatlich 225 Euro (440 Euro), in Stufe II 430 Euro (1.040 Euro) und in Stufe III 685 Euro (1.510 Euro). Die stationären Leistungen belaufen sich demgegenüber auf monatlich 1.023 Euro in Stufe I, 1.279 Euro in Stufe II und 1.510 Euro in Stufe III.

auf die zukünftige Ausgabenentwicklung, da es bei gleicher Pflegestufe zu Steigerungen der Pro-Kopf-Ausgaben kommt.

Tab. 1: Leistungsempfänger nach Pflegestufen 2008

Leistungsart		Pflegerstufe	Leistungsempfänger	
			absolut	in Prozent
Ambulant	Geldleistung	I	639.738	29,42%
		II	291.693	13,42%
		II	77.692	3,57%
	Sachleistung	I	248.584	11,43%
		II	180.062	8,28%
		II	62.112	2,86%
Stationär	Sachleistung	I	266.230	12,24%
		II	270.779	12,45%
		II	137.354	6,32%
G e s a m t			2.174.244	100%

Quelle: BMG (2010).

Aufgrund der demografischen Entwicklung, oder präziser formuliert, aufgrund der steigenden Lebenserwartungen wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2050 auf etwa 4,4 Mio. Personen erhöhen.³ Desweiteren führen die zu erwartenden soziodemografischen Veränderungen im Personenkreis der pflegenden Angehörigen zu einem Rückgang des informellen Pflegepotentials, was zu einer weiteren Verschiebung in der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen führt und sich in einem Anstieg der Pflegeheimquote auf etwa 43 Prozent niederschlagen wird.⁴ Gleichzeitig aber sinkt die Zahl der erwerbstätigen Beitragszahler demografiebedingt – aufgrund einer sinkenden Fertilitätsrate – von etwa 38,7 Mio. im Jahr 2005 auf ca. 27,4 Mio. im Jahr 2050.⁵

Angesichts der auf dem Umlageprinzip basierenden Finanzierungsform der SPV geht mit einem steigenden Anteil älterer und damit tendenziell pflegebedürftiger Menschen an der Gesamtbevölkerung und mit einem abnehmenden Anteil erwerbstätiger Beitragszahler

³ Laut Hackmann und Moog (2009) sprechen die bisherigen empirischen Belege für konstante bis leicht abnehmende Pflegewahrscheinlichkeiten. In diesem Beitrag werden für die Hochrechnung der Zahl der Pflegefälle konstante Pflegewahrscheinlichkeiten unterstellt.

⁴ Dieser Trend hin zu einer stärkeren Nachfrage nach professionellen Pflegeleistungen wird auch als „Heimsogeeffekt“ bezeichnet.

⁵ Vgl. hierzu das Basis-Szenario von Börsch-Supan und Wilke (2007).

eine immer größere Spreizung von Einnahmen und Ausgaben einher. Diese muss entweder durch Ausgabensenkungen oder Beitragssatzerhöhungen geschlossen werden. In welchem Umfang alternative oder kompensatorische Maßnahmen notwendig sind, um eine intergenerativ ausgewogene und damit nachhaltige Entwicklung der SPV bei gegebener demografischer Entwicklung zu gewährleisten, lässt sich mittels der Generationenbilanzierung beantworten. Der im Folgenden verwendete Indikator „Nachhaltigkeitslücke“ quantifiziert dabei das Ausmaß der finanziellen Schieflage der SPV. Vereinfacht ausgedrückt, entspricht die Nachhaltigkeitslücke dem Barwert aller zukünftigen Budgetdefizite, wenn die heutige Pflegepolitik unverändert für die Zukunft beibehalten wird. Damit illustriert sie, welche Reserven fehlen, wenn alle zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau der SPV erhalten sollen. Die Nachhaltigkeitslücke wird im Folgenden in Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) des Basisjahres 2008 ausgedrückt.⁶

Im Status quo beträgt die implizite Staatsschuld der SPV im Basisjahr etwa 35,6 Prozent des BIP 2008, siehe Abb. 1. Dies sind knapp 0,88 Billionen Euro.⁷ Um die entstehenden Leistungsansprüche an die SPV voll und ganz aus dem Beitragsaufkommen zu finanzieren müsste somit der Beitragssatz von heute 1,95 Prozent auf 4,5 Prozent im Jahr 2050 ansteigen (siehe auch Abb. 2).⁸

2.2 Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Trotz der bereits äußerst angespannten finanziellen Lage der SPV wird seitens der Politik gegenwärtig über eine Ausweitung ihres Leistungskatalogs verhandelt. Aus Sicht der Pflegefälle finden sich für diese Leistungsausweitung mit Sicherheit gute Gründe, gleichwohl fehlen jegliche finanziellen Ressourcen. Ungeachtet dieser Bedenken beauftragte das

⁶ Die Anwendung der isolierten Form der Generationenbilanzierung auf die SPV und die methodisch darauf basierende Berechnungen erfolgte erstmals durch Fetzer et al. (2002) und Fetzer et al. (2003).

⁷ Die Berechnung des Status quo Szenarios lässt sich hierbei als konservativ bezeichnen, da übermäßige Kostensteigerungen gemäß der Baumol'schen Kostenkrankheit sowie der beschriebene Heimsogeeffekt nicht berücksichtigt werden.

⁸ Durch die restliche Ausschöpfung der Demografiereserve, abzüglich der gesetzlich vorgeschriebenen Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben (§ 63, § 64 SGB XI) kann der Beitragssatz – bei gleichem (arbeitsvermehrenden) Wachstum der altersspezifischen Einnahmen und Ausgaben – ausgehend von 1,95 Prozent im Jahr 2008 im Status quo noch bis einschließlich dem Jahr 2014 konstant gehalten werden, danach sind jährlich Beitragssatzanpassungen notwendig. Bei dieser sowie allen noch folgenden Beitragssatzprojektionen wurde der Familienlastenausgleich i. H. v. 0,25 Prozentpunkten als Einnahme berücksichtigt.

Bundesministerium für Gesundheit im November 2006 den Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zur Erarbeitung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstrumentes. Hintergrund hierfür war die Tatsache, dass der bisher im SGB XI gefasste Bedürftigkeitsbegriff zu sehr auf somatische Erkrankungen beschränkt war und andere Aspekte wie beispielsweise der Hilfe- und Betreuungsbedarf wenig bis gar nicht berücksichtigt wurde.⁹

Das neue Begutachtungsinstrument bewertet hingegen den Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit sowie die Abhängigkeit von personeller Hilfe. Der modulare Aufbau des Instruments ermöglicht es, die verschiedenen Dimensionen der Hilfe zu benennen und diese für eine zusammenfassende Bewertung unterschiedlich zu gewichten. Desweiteren ermöglicht der Einsatz des Instrumentes eine Abkehr von der bislang rein zeitorientierten Begutachtung. Neben der umfassenden Abbildung der Pflegebedürftigkeit ist es somit das erklärte Ziel des Instruments, auch die Problem- und Bedarfslagen der in der SPV bisher nicht konsequent berücksichtigten Betroffenen (insbesondere Personen mit beginnender Demenz) zu berücksichtigen. So werden gemäß dem neuen Begutachtungsverfahren letztlich die Ergebnisse der verschiedenen Module zusammengetragen und zu einem Punktwert zusammengefasst, der zugleich den Grad der Pflegebedürftigkeit determiniert. Anschließend werden die Pflegebedürftigen anhand bestimmter Schwellenwerte in fünf (statt bislang drei) verschiedene Pflegestufen eingeteilt.¹⁰

Die aus dem neuen Begutachtungssystem resultierenden Leistungsausgaben ergeben sich wie bisher durch die in der jeweiligen Stufe gewährten Leistungssätze. Desweiteren werden die Ausgaben maßgeblich durch die aus dem Begutachtungsverfahren resultierende Punktwert-Einteilung determiniert. Und schließlich werden die Ausgaben auch durch die jeweiligen Schwellenwerte beeinflusst, welche die verschiedenen Pflegestufen voneinander abgrenzen. Diesbezüglich diskutiert der „Beirat zur Überprüfung des

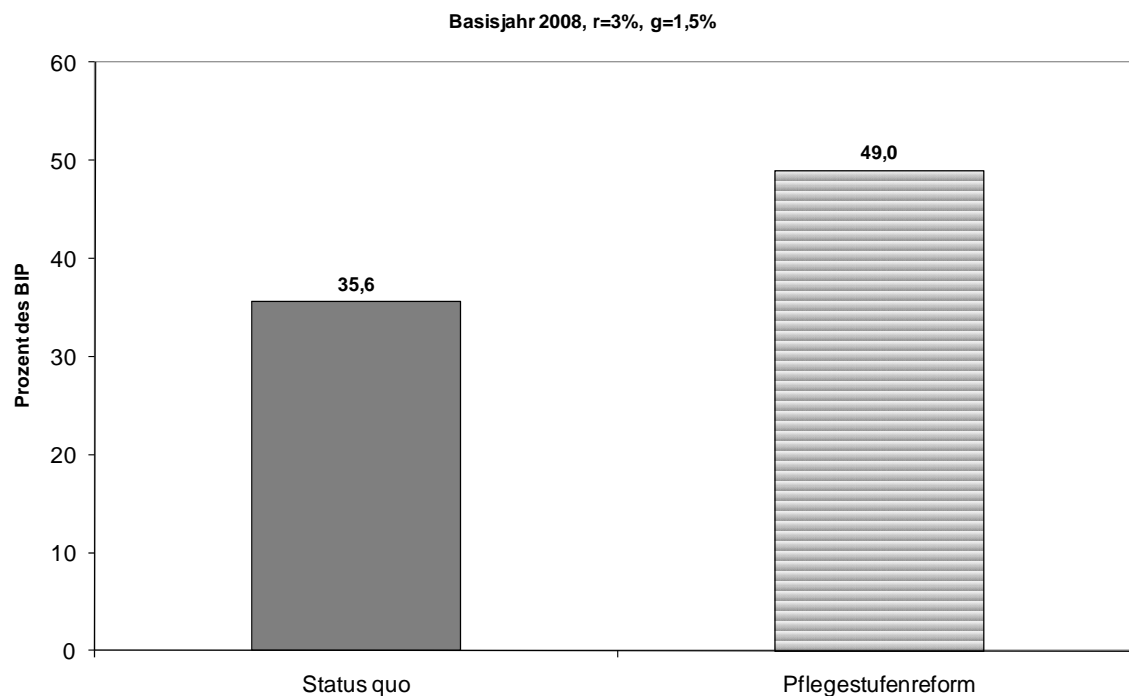
⁹ Siehe hierzu auch Häcker et al. (2009). Die Autoren zeigen, dass die privaten selbst zu tragenden Pflegeausgaben dementer Pflegefälle die entsprechenden Zahlungen der Gruppe der nicht-dementen Pflegefälle absolut sowie relativ (gemessen an den Gesamtausgaben für den Pflegeaufwand) deutlich übersteigen. Dieses Ergebnis erklärt sich durch die Nichtberücksichtigung des Hilfe- und Betreuungsbedarf dementer Pflegefälle.

¹⁰ Für weitergehende Informationen zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff siehe auch Windeler et al. (2008).

Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ verschiedene Modelle mit jeweils unterschiedlichen Schwellenwerten. Die Basisvariante sieht dabei prozentuale Ausgabensteigerungen von 18,7 Prozent (17,5 Prozent) im ambulanten (stationären) Bereich im Vergleich zum Status quo vor.

Findet die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in dieser Form statt, so ist – entsprechend der damit verbundenen Ausgabensteigerungen – mit einem Anstieg der Nachhaltigkeitslücke um 13,4 Prozentpunkte oder um 0,33 Billionen Euro zu rechnen. Insgesamt läge die Nachhaltigkeitslücke dann bei 49,0 Prozent des BIP oder knapp 1,21 Billionen Euro; vgl. auch Abb. 1.

Abb. 1: Nachhaltigkeitslücken der SPV im Status quo und bei Reform der Pflegestufen



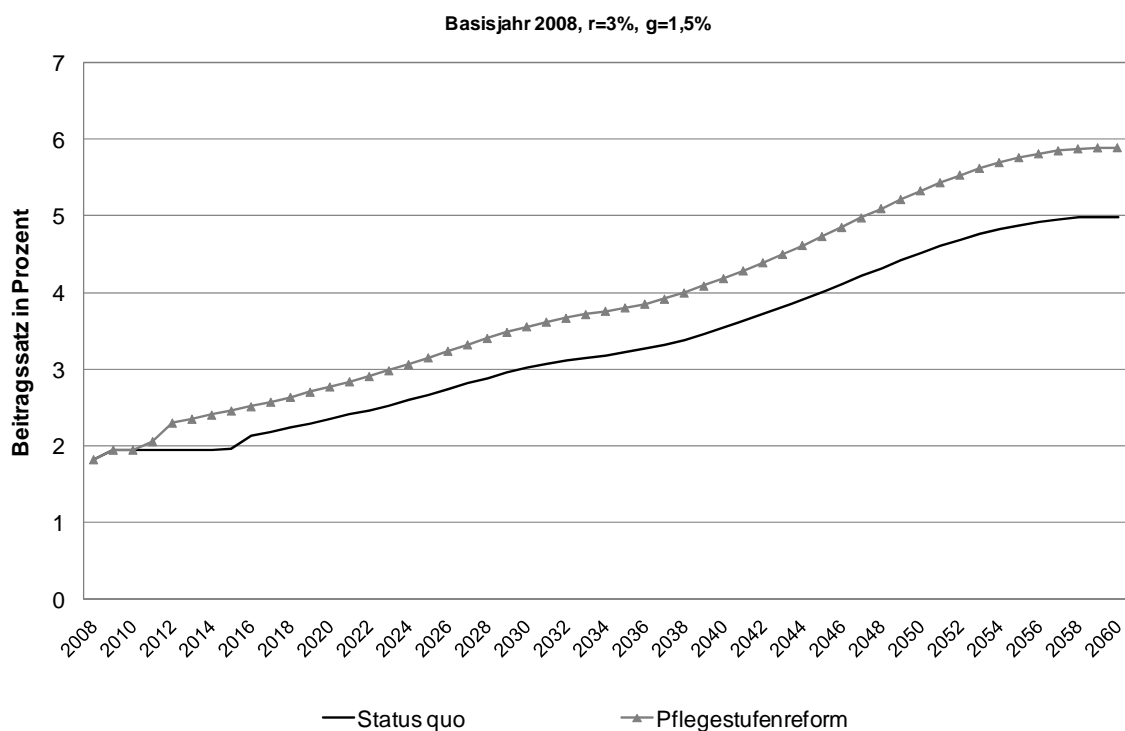
Quelle: Eigene Berechnungen.

Unabhängig davon, in welchem konkreten Ausmaß der Pflegebedürftigkeitsbegriff Umsetzung finden wird,¹¹ werden erneut „Einführungsgeschenke“ verteilt, die zudem an einen Personenkreis gehen, der ohnehin von der Einführung der SPV als Umlageverfahren profitiert hat. Es wird damit eine weitere implizite Schuld auf das System der SPV geladen.

¹¹ So wird argumentiert, dass bei einer starken Verschiebung der Schwellenwerte auch kostenneutrale Lösungen realisiert werden könnten.

Insofern stellt sich auch nicht die Frage nach dem „günstigsten“ Weg zur stärkeren Berücksichtigung von Pflegebedarfen, was seitens der Politik immer wieder auf Kosten zukünftiger Generationen versprochen wird. Vielmehr ist die Frage zu beantworten, wie die bestehenden Ansprüche zu bedienen sind und damit auch wie gesichert werden kann, dass die Personen, die seit Inkrafttreten des SGB XI die aktuellen Pflegejahrgänge finanzieren, diese Solidarität später auch für sich bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit in Anspruch nehmen können.

Abb. 2: Beitragssatzentwicklung der SPV im Status quo und bei Reform der Pflegestufen



Quelle: Eigene Berechnungen.

Angesichts der Tatsache, dass die SPV die Ausgaben eines jeden Jahres durch die Einnahmen desselben Jahres decken muss, spielt in der Realität – wie zuvor bereits erläutert – die defizitbereinigte Beitragssatzentwicklung die entscheidende Rolle, während der Indikator „Nachhaltigkeitslücke“ ausschließlich als zusammengefasste Maßzahl der intergenerativen Umverteilung durch die vorliegende Pflegepolitik dient. Die zum Ausgleich der jährlichen Defizite notwendigen Beitragssatzerhöhungen sind in Abb. 2 abgetragen. Im Vergleich zum Status quo würde der Beitragssatz im Fall der Pflegestufenreform im Jahr

2020 bereits bei 2,8 Prozent, im Jahr 2035 bei 3,8 Prozent und im Jahr 2060 – der Zeitpunkt, zu dem der demografische Alterungsprozess seinen Höhepunkt erreicht haben wird – bei einen Maximalwert von 5,9 Prozent liegen. Folglich bedarf es einiger Reformbemühungen, um eine Zunahme der impliziten intergenerativen Transfers innerhalb der SPV zu vermeiden – der Tatbestand, dass demografisch bedingt ein immer größer werdender Anteil des Beitrags der Jüngeren zur Finanzierung der Pflegeausgaben für die Älteren aufgewendet werden muss.

3. Einführung von Karenzzeiten als Reformoption

Bevor nachstehend die Details zum Reformvorschlag der Karenzzeit aufgeführt werden, sei an dieser Stelle ein kurzer Abriss zum Begriff und Zweck der Karenzzeit gegeben. Die Karenzzeit bezeichnet den leistungsfreien Zeitraum zwischen dem Entstehen des Leistungsanspruchs und dem tatsächlichen Beginn von Vertragsleistungen. M.a.W. setzt die Leistungspflicht des Versicherers erst ein, nachdem ein festgelegter Zeitraum verstrichen ist. Diese Form der Karenzzeit ist vor allem bei der Berufsunfähigkeitsversicherung anzutreffen.¹² Dabei wird die Karenzzeit vereinbart, um die finanzielle Belastung des Versicherers zu verringern. Im Umkehrschluss bedeutet dies einen niedrigeren Versicherungsbeitrag für den zu Versichernden. In exakt diesem Sinne soll das in der SPV zu ergänzende Instrument „Karenzzeit“ dazu dienen, das Wachstum der Pflegeausgaben zu begrenzen und damit stetig steigende Beitragssätze zu verhindern.

3.1 Sozialpolitische Motivation

Die demografiebedingte Entwicklung der Finanzierungsbasis der SPV sowie die gegenwärtig stattfindende Diskussion zur Einführung von fünf Pflegestufen unterstreichen nochmals den dringenden Handlungsbedarf für Einsparungen auf der Ausgabenseite der SPV. Falls es das erklärte Ziel ist, vor dem Hintergrund knapper (werdender) Ressourcen einen handlungsfähigen Sozialstaat zu erhalten, so sollte sich die Sozialstaatspolitik auf ihre Kernkompetenzen beschränken. Dieses Gebot gewinnt umso mehr an Gewicht, da die

¹² Je, nachdem welche Karenzzeit vereinbart wird, kann es sich um eine Wartezeit von 6 Monaten bis zu 24 Monaten handeln.

Sozialpolitik in aller Härte mit den Konsequenzen des demografischen Wandels konfrontiert wird. Wie in der Rentenpolitik ist auch in der Pflegepolitik ein Paradigmenwechsel hin zur stärkeren Eigenvorsorge notwendig, indem einzelne Teile der umlagefinanzierten SPV aus dem bestehenden System ausgegliedert werden. Unter stärkerer Betonung des Subsidiaritätsbegriffs wird durch diesen Eingriff der in einer alternden Gesellschaft notwendige Umbau des Sozialstaats vollzogen. Nur eine solche Neuorientierung erzielt auch Generationengerechtigkeit, und zwar in der Form, dass keine intergenerative Lastverschiebung (in Form steigender impliziter Transfers) auf zukünftige Generationen stattfindet.

Mit dem Aspekt der Eigenvorsorge lässt sich ein weiteres Argument verbinden – und zwar die Frage, welche Risiken durch die Sozialversicherung idealtypisch abgesichert werden sollen und damit von der Gesellschaft als Ganzes zu tragen sind und welche individuell dem eigenen Risikoprofil entsprechend abgesichert werden können. Während es jedem Individuum zugemutet werden kann, kleine Risiken – i. S. v. Risiken mit geringeren Folgekosten – entsprechend dem persönlichen Risikoprofil abzusichern, fällt die Absicherung großer Risiken in den gesamtgesellschaftlichen Aufgabenbereich. Im Fall einer Pflegebedürftigkeit liegt ein großes Risiko, d.h. ein Risiko mit hohen Folgekosten, vor allem dann vor, wenn entweder die Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) eintritt oder aber sich die Pflegedauer sehr in die Länge zieht. In beiden Fällen fallen Kosten an, die entweder durch die Schwere, durch die Pflegedauer oder durch beides individuell nicht zu stemmen sind. Die gesellschaftliche Akzeptanz eines solchen Eingriffs ist zudem gegeben, da alle Pflegebedürftigen gleichermaßen von der Ausgliederung des geringeren Risikos betroffen sind und es somit keinen privilegierten Personenkreis gibt, der von diesem Eingriff ausgenommen bleibt.

Der vorliegende Beitrag nimmt sich nunmehr der Herausforderung an, der Politik konkrete Vorschläge zu unterbreiten, wie ein Paradigmenwechsel in der SPV aussehen könnte. Vor diesem Hintergrund zeigt der Vorschlag einer Karenzzeit – im Sinne einer Wartezeit bis zum Leistungsanspruch in der SPV – eine zukunftsfeste Reform der SPV auf.

3.2 Zum Hintergrund

Um die Auswirkungen einer Karenzzeit bis zum verzögerten Leistungsanspruch bewerten zu können, ist es zunächst erforderlich, den Pflegeverlauf bzw. die Pflegekarriere der Pflegefälle genau zu analysieren.¹³ Der Pflegeverlauf wird maßgeblich durch die Faktoren Alter, Geschlecht und Ersteinstufung beeinflusst. Grundsätzlich ist bei älteren Personen und/oder Männern ein kürzerer Pflegeverlauf zu beobachten. Umgekehrt gilt, dass die Haupteinflussfaktoren für eine lange Pflegekarriere die Attribute Frau und ein nicht zu hohes Alter sind. Auch die Ersteinstufung trägt entscheidend zum Pflegeverlauf bei: Je niedriger die zugewiesene Pflegestufe bei Ersteinstufung, umso länger ist die Restlebenserwartung bzw. die Verweildauer in Pflege. Beginnt die Pflegekarriere außerdem in einer stationären Einrichtung, so liegt die Restverweildauer bei Ersteinstufung unterhalb den entsprechenden Werten der ambulanten Pflege. Daneben ist das Alter auch ein Indikator für die Notwendigkeit der Inanspruchnahme stationärer Pflege.

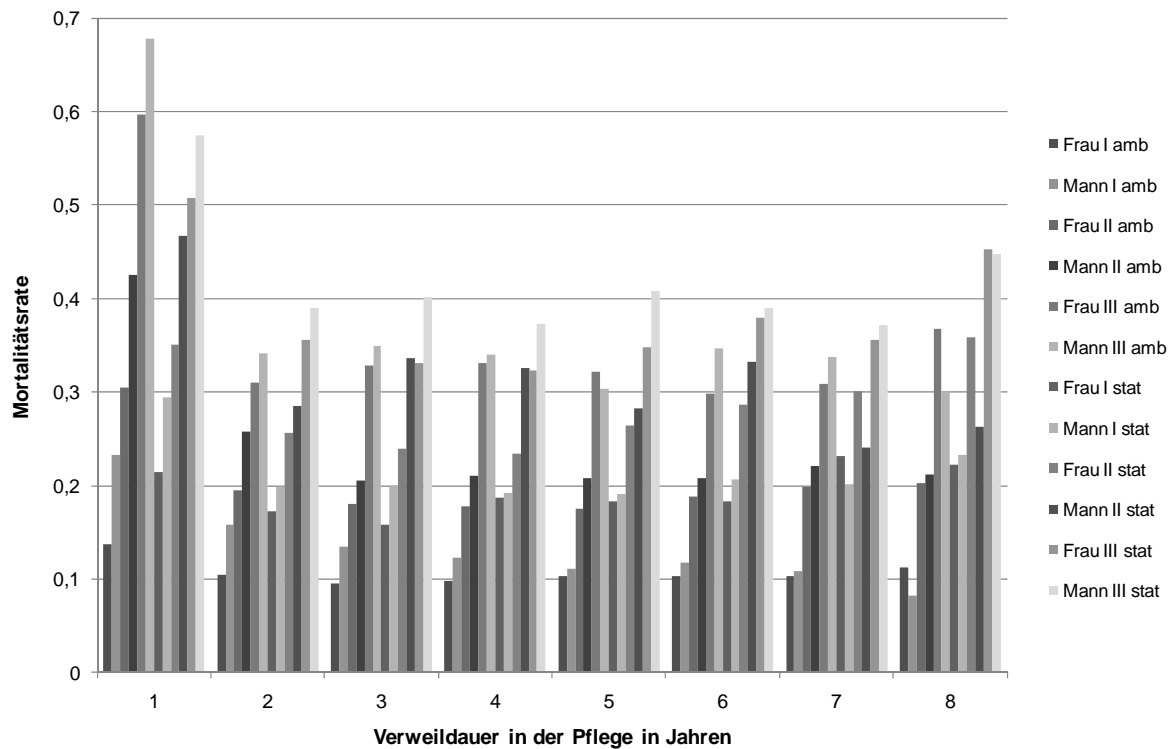
Männliche Pflegefälle verweilen durchschnittlich 48,4 Monate in Pflege, während weibliche Pflegefälle durchschnittlich etwa 60,3 Monate in Pflege verbringen. Ein weiterer markanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Pflegebedürftigen liegt im Anteil der Pflegezeit, der in ambulanter bzw. stationärer Pflege verbracht wird. So verbringen die männlichen Pflegebedürftigen immerhin 77 Prozent der Pflegezeit in ambulanter Pflege. Die weiblichen Pflegebedürftigen hingegen nur etwa 67 Prozent und verweilen somit absolut wie auch relativ betrachtet deutlich länger in der teureren und versorgungsintensiveren stationären Betreuungsform.

Neben dieser Durchschnittsbetrachtung interessiert vor allem, wie sich die unterschiedlichen Pflegeverweildauern über den gesamten Personenkreis der Pflegebedürftigen verteilen. Denn erst die Verteilung der Pflegeverweildauern liefert ein detailliertes Bild der unterschiedlichen Bedarfe. Einen ersten Eindruck hierzu liefern die Mortalitätsraten der Pflegebedürftigen; siehe Abb. 3. Die höchsten Mortalitätsraten finden sich grundsätzlich im ersten Jahr nach Eintritt in die Pflege. Der absolute Maximalwert ergibt sich hierbei in der Stufe III ambulanter Pflege. So versterben im ersten Jahr nach Eintritt in Pflege bereits 67,8 (60,0) Prozent der männlichen (weiblichen) Pflegebedürftigen. Ab dem

¹³ Zur ausführlichen Analyse der Verweildauern in Pflege, siehe Häcker und Hackmann (2010).

zweiten Jahr in Pflege sinken die Mortalitätsraten generell deutlich ab und verbleiben anschließend auf diesem niedrigeren Niveau. So sinken die Sterbewahrscheinlichkeiten für Männer (Frauen) in der Folge auf etwa 60 (69) Prozent der Werte des ersten Jahres ab.

Abb. 3: Mortalitätsrate nach Pflegestufen im Zeitablauf

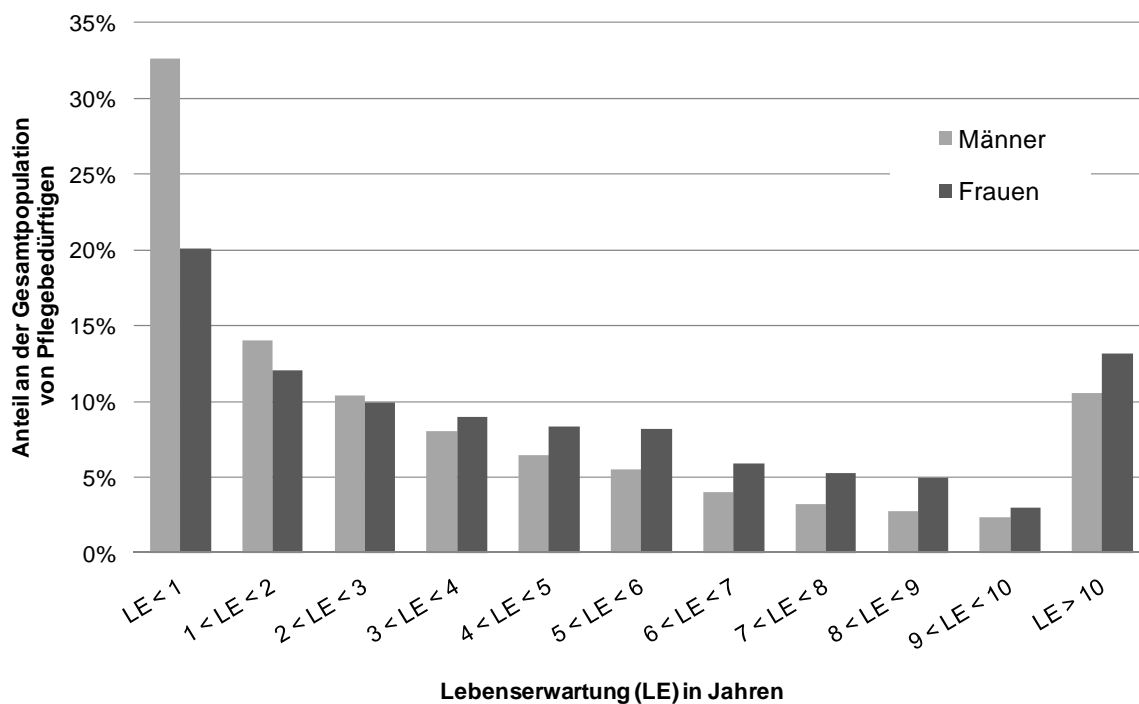


Quelle: Häcker und Hackmann (2010).

Unter Verwendung der pflegespezifischen Mortalitätsraten lässt sich mit Hilfe einer Monte-Carlo-Simulation eine Verteilung der verschiedenen Verweildauern über die gesamte Pflegepopulation generieren. Gemäß dieser Simulation sind 33 (20) Prozent der männlichen (weiblichen) Pflegefälle bereits nach dem ersten Jahr in Pflege verstorben, siehe auch Abb. 4. Damit verstirbt ein relativ großer Anteil aller Pflegebedürftigen im Verlauf des ersten Jahres der Pflegebedürftigkeit. Entsprechend der zuvor aufgeführten Mortalitätsraten verläuft das Absterben der Pflegepopulation in den Folgejahren unterproportional. So verbleiben 11 (13) Prozent der männlichen (weiblichen) Pflegefälle sogar 10 Jahre und länger in Pflege.

Dieser Sachverhalt offenbart die beiden Extremfälle bezüglich der Verweildauer: Entweder man verstirbt als Pflegefall innerhalb des ersten Jahres in Pflege oder aber man überlebt das erste Pflegejahr und verweilt dann (sehr) lange in Pflege. Das Reformkonzept der Karenzzeit berücksichtigt diese beiden Extremfälle und fusst zudem auf einem sozialpolitischen Argument, die SPV zu ihrer eigentlichen sozialpolitischen Funktion zurückzuführen.

Abb. 4: Verteilung der Verweildauer in Pflege



Quelle: Häcker und Hackmann (2010).

3.3 Das Konzept der Karenzzeit

Das Reformkonzept der Karenzzeit beinhaltet dabei nicht nur die eigentliche Karenzzeit, also den Zeitraum, in dem zwar eine Versicherung besteht, aber noch keine Leistungen gewährt werden, sondern auch den Tatbestand der teilweisen Überführung der SPV in die Kapitaldeckung. Diesem Gedanken liegt folgender offensichtlicher Sachverhalt zugrunde: Reformkonzepte, die im Umlageverfahren organisiert sind, unterliegen unabhängig von ihrer Ausgestaltung grundsätzlich dem Problem, dass sie der in der Bevölkerungsstruktur

angelegten intergenerativen Umverteilung nicht nachhaltig entgegenwirken können und durch die Lohnbezogenheit der Beiträge negative Beschäftigungsanreize generieren.¹⁴

Die Demografieanfälligkeit kann demgegenüber durch den Übergang in ein kapitalgedecktes System überwunden werden, da hierunter jeder für die Finanzierung seiner eigenen Leistungen aufkommt. Zudem wird so die zukünftig entstehende implizite Schuldenlast bereits heute sichtbar gemacht. Da sich für eine vollständige Transformation der SPV in ein kapitalgedecktes System in Deutschland jedoch keine politische Mehrheit finden lässt, sollte eine zukunftsfeste Reform der SPV das Umlageverfahren zumindest einschränken und einen Teil der Leistungen in ein Kapitaldeckungsverfahren unter Beibehaltung der allgemeinen Versicherungspflicht überführen. Zu den erklärten Zielen des Koalitionsvertrags zwischen CDU, CSU und FDP gehört auch die Ergänzung des bestehenden Umlageverfahrens der SPV durch Kapitaldeckung, wobei diese Kapitaldeckung „[...] verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss.“ (Bundesregierung (2009), S. 84). Offen bleibt allerdings die Frage, welche Teile in ein obligatorisches kapitalgedecktes System zu überführen sind.

Folgt man der vorangegangenen Argumentation und versucht die SPV auf ihre ursprünglichen sozialpolitischen Aufgaben zu konzentrieren, so ist es naheliegend, die Leistungen für die vergleichsweise leichteren Pflegebedarfe und damit die kleinen Risiken auszugliedern.¹⁵ Die Umsetzung dieser Maßnahme würde die Zahl der Leistungsbezieher der SPV spürbar verringern. Entsprechend positiv würde sich durch die Verkleinerung des leistungsberechtigten Personenkreises folglich auch die Einschränkung des Umlageverfahrens auf die Nachhaltigkeit der SPV auswirken. Durch die Einführung der Karenzzeit in der SPV von beispielsweise einem Jahr lassen sich die aggregierten Ausgaben der SPV für männliche (weibliche) Pflegefälle insgesamt um 17,2 (14,2) Prozent senken. Pro Kopf reduzieren sich die entsprechenden Leistungszahlungen seitens der SPV um

¹⁴ Vgl. hierzu ausführlich Häcker (2008).

¹⁵ Als leichtere Pflegebedarfe und damit kleine Risiken werden hier die ersten Jahre in Pflege betrachtet – also das Vorliegen einer kurzen Pflegedauer. Konsequenterweise wäre in diesem Zusammenhang aber auch über eine Ausgliederung der Pflegestufe I – ebenfalls ein kleines Risiko – nachzudenken. Allerdings sei in diesem Fall auf die mögliche Anreizproblematik seitens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bei Einstufung der Pflegebedürftigen hingewiesen.

durchschnittlich 7.067 (7.481) Euro für männliche (weibliche) Pflegefälle.¹⁶ Damit erscheint ein erster Schritt gewährleistet, die SPV auf ihre sozialpolitischen Kernaufgaben zurückzuführen ohne hierbei die soziale Absicherung pflegebedürftige Personen zu gefährden. Mittels der Einführung einer Karenzzeit kann sich die SPV auf jene Fälle konzentrieren, die – bedingt durch ihre Verweildauer in Pflege – hohe Kosten zu tragen haben.¹⁷ Während es im Bereich des Zumutbaren ist bzw. jedem individuell auferlegt werden kann, zumindest ein gewisses Pflegekostenrisiko zu tragen, ist der Schutz vor Not und den besonders schlimmen Wechselfällen des Lebens vorrangige Aufgabe der Sozialpolitik. So wird auch verhindert, dass es zu einer Umkehrung des sozialpolitischen Versicherungsanliegens kommt, indem normale Risiken versichert sind, große Risiken aber nicht oder nur zum Teil.

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden aufgezeigt, welche (positiven) Nachhaltigkeitseffekte sich durch die Einführung einer Karenzzeit von ein bis drei Jahren ergeben (Kapitel 3.3.1). Desweiteren wird als eine unter vielen Ausgestaltungsmöglichkeiten berechnet, wie hoch die durchschnittliche monatliche Prämie bei einem Unisex-Tarif ausfallen würde, falls der komplette Anteil der aus der SPV ausgegliederten Leistungen in einer obligatorischen privatwirtschaftlichen Versicherungslösung aufgefangen würde (Kapitel 3.3.2).¹⁸ Und schließlich erfolgt die Quantifizierung des sozialen Ausgleichs, der im Fall der Erhebung (einkommensunabhängiger) kohortenspezifischer Prämien anfällt (Kapitel 3.3.3)

3.3.1 Nachhaltigkeitsanalyse

Die Nachhaltigkeitsanalyse zur Karenzzeit offenbart, dass die Einführung einer Karenzzeit die intergenerative Lastverschiebung reduziert. So kann mittels einer einjährigen Karenzzeit die Nachhaltigkeitslücke um 11,4 Prozentpunkte auf 24,2 Prozent des BIP abgesenkt werden

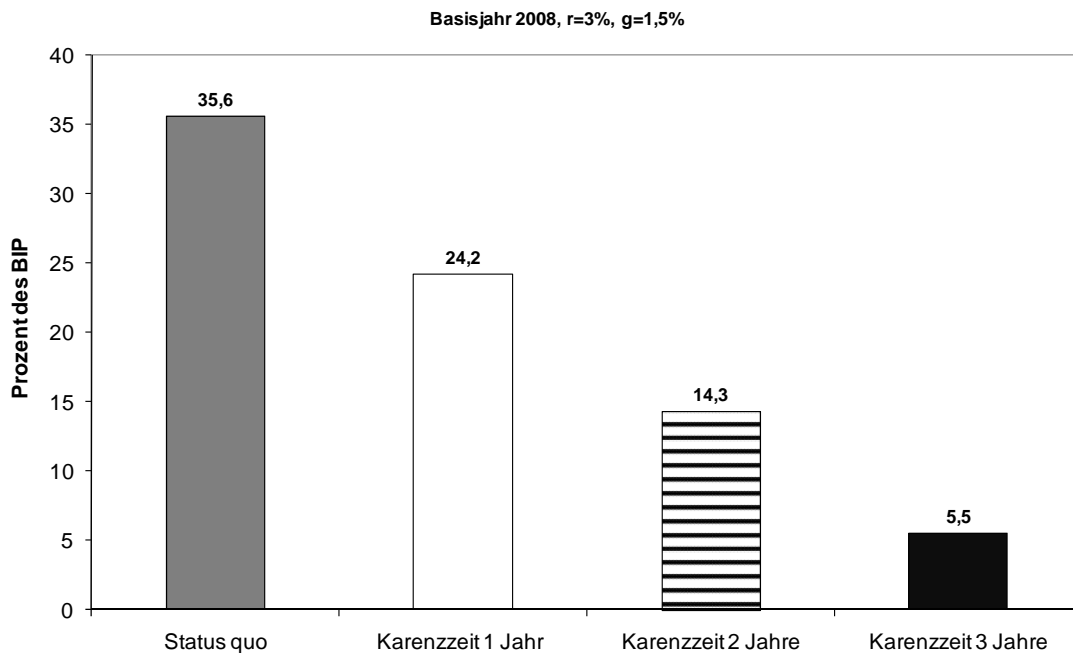
¹⁶ Der Wert der durchschnittlichen Leistungsreduktion schwankt je nach Pflegedauer, -schwere und Versorgungsform zwischen 440 und 18.100 Euro.

¹⁷ Die Betrachtung der Verteilung der Gesamtpflegekosten offenbart, in welchem Ausmaß mit Kosten bei langer Verweildauer gerechnet werden muss. So sind immerhin 27 (38) Prozent der männlichen (weiblichen) Pflegefälle mit Pflegekosten von im Barwert 120.000 Euro und mehr konfrontiert – Kosten, die nicht durch Eigenvorsorge geleistet werden können und die von der Gesellschaft solidarisch zu tragen sind.

¹⁸ Die kapitalgedeckte Versicherungslösung ließe sich grundsätzlich auch staatlich organisieren. Die Gefahr des Missbrauchs eines staatlichen Kapitalstocks für andere Finanzierungsvorhaben empfiehlt es allerdings, die privatwirtschaftliche Lösung vorzuziehen.

(siehe Abb. 5). Damit leistet die einjährige Karenzzeit bereits einen wesentlichen Beitrag zur Nachhaltigkeit der SPV. Allerdings wird auch offensichtlich, dass die Kombination aus Umlageverfahren und Demografie einen noch schärferen Einschnitt im Leistungskatalog der SPV erfordert. Folglich sind nachstehend zusätzlich die Varianten einer zwei- und dreijährigen Karenzzeit aufgeführt.

Abb. 5: Nachhaltigkeitslücken der SPV im Status quo und bei Einführung von Karenzzeiten



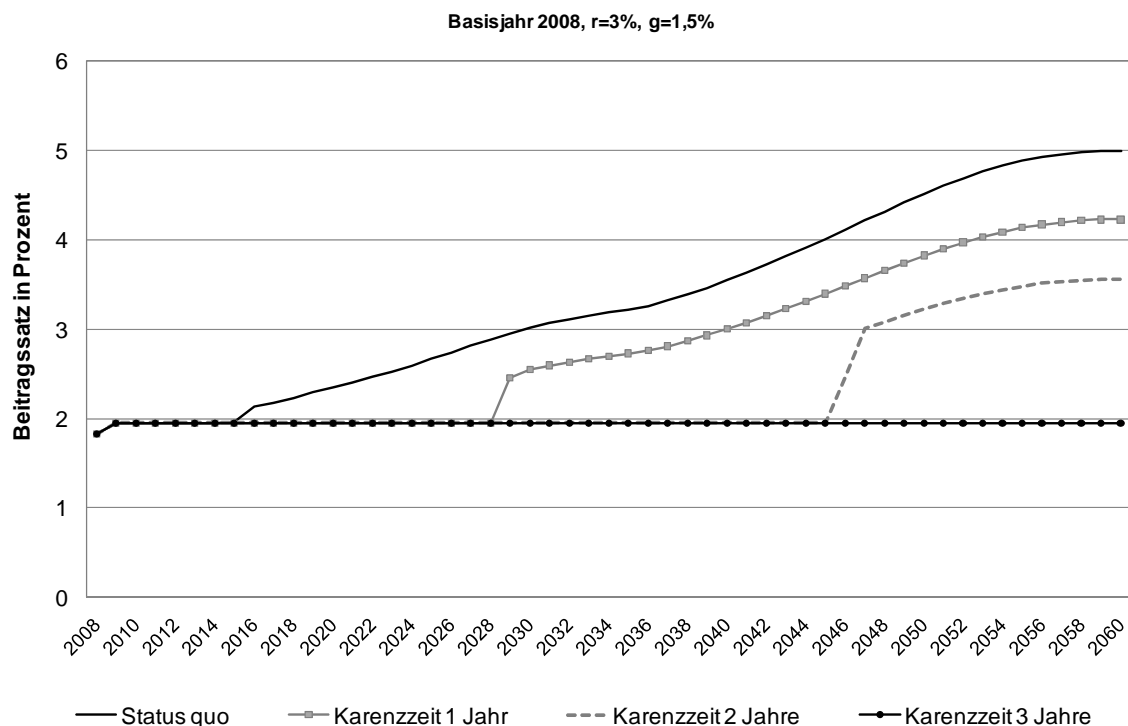
Quelle: Eigene Berechnungen.

Die zweijährige Karenzzeit reduziert die Nachhaltigkeitslücke der SPV naturgemäß noch weiter, und zwar auf 14,3 Prozent des BIP. Durch diese Maßnahme lassen sich die durchschnittlichen Leistungszahlungen pro männlichen (weiblichen) Pflegebedürftigen bereits um 31,1 (27,3) Prozent der Gesamtausgaben reduzieren. Im Zuge einer dreijährigen Karenzzeit sinken die durchschnittlichen Leistungszahlungen sogar um 42,9 (39,3) Prozent pro männlichen (weiblichen) Pflegebedürftigen und die Nachhaltigkeitslücke schmilzt auf 5,5 Prozent des BIP – dies entspricht 0,14 Billionen Euro.¹⁹

¹⁹ Alternativ zum Vorschlag, die Ausgliederung der Pflegeleistungen über die Zeit vorzunehmen, ließe sich ebenso darüber nachdenken, den entsprechenden Betrag an Pflegekosten in ein kapitalgedecktes System auszugliedern. Gemäß den hier angegebenen Reduktionen der Leistungszahlungen in Prozent wären demnach die ersten 12.768 (14.365) Euro an Pflegekosten entsprechend der zweijährigen Karenzzeit bzw. 17.624

Unter Berücksichtigung der Reformmaßnahme einer Karenzzeit von ein, zwei oder drei Jahren lässt sich der Beitragssatz zur SPV für die nächsten 19, 36 bzw. 60 Jahre letztlich konstant halten (vgl. Abb. 6). Damit wird die intergenerative Umverteilung – abhängig von der Dauer der Karenzzeit – deutlich reduziert.

Abb. 6: Beitragssatzentwicklung der SPV im Status quo und bei Einführung von Karenzzeiten



Quelle: Eigene Berechnungen.

Je nach Ausmaß des bereits bestehenden Vertrauensschutzes kann bzw. muss natürlich auch eine sukzessive Einführung der Karenzzeit für unterschiedliche Geburtsjahrgänge in Erwägung gezogen werden. Beispielsweise ließe sich die Karenzzeit so einphasen, dass Jahrgänge 1950 und älter überhaupt nicht mehr von der Karenzzeit betroffen sind. Für die Jahrgänge 1951 und jünger würde die Karenzzeit, angefangen bei beispielsweise einem Monat, nach und nach zur vollen Karenzzeit gesteigert. Wie ein solches

(20.695) Euro an Pflegekosten gemäß der dreijährigen Karenzzeit für männliche (weibliche) Pflegefälle in ein kapitalgedecktes System zu überführen. Im Gegensatz zum Vorschlag der Karenzzeit, wären bei einer Ausgliederung bestimmter Pflegeleistungen gemäß einem vorher fixierten Betrag im Zeitverlauf auf Grund der Kostensteigerungen im Pflegeverlauf ständige Anpassungen dieses Betrags notwendig. Demgegenüber weist die Pflegedauer gemäß Häcker und Hackmann (2010) eine deutlich höhere Konstanz auf und erfordert somit einen wesentlich geringeren Anpassungsbedarf im Zeitablauf.

Einphasungsmodell letztendlich ausgestaltet wird, ist beliebig und soll den politischen Akteuren überlassen bleiben. Je großzügiger dieses jedoch ausgestaltet wird, und zwar in dem Sinne, dass die einzelnen Jahrgänge geschont werden und die Einphasungsdauer sich folglich auf eine sehr lange Dauer streckt, umso geringer sind die dadurch erzielten Nachhaltigkeitseffekte. Dabei darf nicht vergessen werden, dass eine Schonung der heutigen älteren Generationen stets zu einer Belastung zukünftiger Generationen führt.

3.3.2 Karenzprämie und Karenzpauschale

Entsprechend der vorangegangenen Analyse sind nachfolgend die jeweiligen Prämienbedarfe bei unterschiedlicher Karenzzeit aufgeführt. Diese Prämien beinhalten die Absicherung der heutigen Pflegesätze.²⁰ Für die Karenzzeit in der SPV besteht eine private Versicherungspflicht. Die beitragsfreie Mitversicherung von nicht-erwerbstätigen Ehegatten entfällt, lediglich Kinder bleiben weiterhin beitragsfrei mitversichert.^{21,22} Die kohortenspezifische Prämie mit Alterungsrückstellung – im Folgenden als Karenzprämie bezeichnet –, die alle durch die Ergänzung einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung leisten müssen, wird nach dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzip gebildet: Die Beitragskalkulation erfolgt nach Maßgabe des Barwerts aller über den verbleibenden Lebenszyklus anfallenden Pflegekosten innerhalb des ersten, der ersten zwei oder der ersten drei Pflegejahre(s). Alternativ wird für die nachstehenden Berechnungen angenommen, dass im Rahmen der Kapitaldeckung ergänzend eine Art Subventionierung der Karenzprämien installiert wird – und zwar mittels Umlageelementen – wodurch innerhalb der Kapitaldeckung Prämienobergrenzen für die älteren Versicherten festgelegt werden. Die Karenzprämie samt Umlageelementen sei im Folgenden als Karenzpauschale bezeichnet.

²⁰ Natürlich sind auch hier etliche Variationen denkbar. So könnte bspw. festgelegt werden, dass nur die Hälfte der heutigen Pflegesätze kapitalgedeckt und obligatorisch abgesichert werden müssen. Alles darüber hinaus obliegt der freiwilligen Absicherung.

²¹ Das Ausgabenvolumen für Kinder (0- bis einschließlich 17-Jährige) beträgt im Jahr 2011 ca. 0,10 Mrd./0,18 Mrd./0,27 Mrd. Euro für eine Karenzzeit von einem/zwei/drei Jahr(en) und nimmt ausgehend hiervon im Zeitablauf stetig ab. Die Mitversicherung der Kinder führt damit zu einem Prämienaufschlag von etwa 12 Cent/23 Cent/32 Cent pro Monat.

²² Die bisherige Ausgestaltung der SPV sieht im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung keinen Risikostrukturausgleich (RSA) für die unterschiedlichen Pflegerisiken der Versicherten vor. Demzufolge wird ein RSA im vorliegenden Beitrag nicht näher diskutiert. Ergibt sich durch die private Versicherungslösung hingegen ein Bedarf an Umverteilungselementen, so wären diese gemäß Riedel (2003) entsprechend der Regelungen bei Einführung der privaten Pflegeversicherung, in Zukunft zu implementieren.

Diese Maßnahme ist im Rahmen der Einführung von kapitalgedeckten Prämien insofern angezeigt, als sich hiermit das Problem übermäßiger Prämienforderungen deutlich abschwächen lässt.

In Abb. 7 sind die jeweilige Karenzprämie sowie die Karenzpauschale für unterschiedliche Karenzzeiten abgebildet. Ein Vergleich der Karenzprämie und der Karenzpauschale zeigt, dass bereits alle im Reformjahr 2011 über 57-Jährigen durch die Karenzpauschale subventioniert werden.²³ Die maximale Subvention erhält der 100-Jährige im Fall einer dreijährigen Karenzzeit: seine Karenzprämie liegt bei ca. 202 Euro, durch die Prämiendeckung in Form der Karenzpauschalen muss er aber nur knapp 63 Euro Eigenbeitrag leisten. Demgegenüber muss der 18-Jährige durch die Karenzpauschale ca. 39 Euro im Monat mehr zahlen, als bei der Erhebung einer Karenzprämie anfallen würde.²⁴

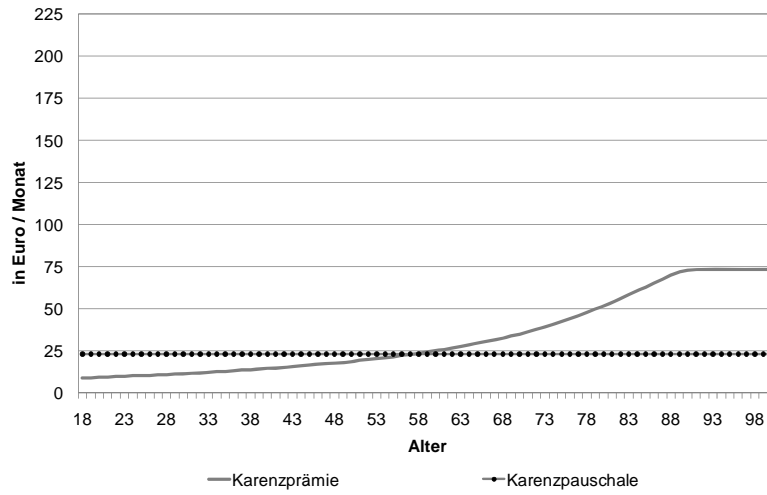
Abb. 8 enthält die Entwicklung der Karenzpauschalen im Zeitablauf. Während die über 74-Jährigen über ihre verbleibende (Rest-) Lebensdauer eine fixe Karenzpauschale zu leisten haben, sinkt die Karenzpauschale für alle jüngeren Kohorten. Dies ist auf die im Zeitablauf geringer werdenden Umlageelemente zurückzuführen, da immer mehr junge Jahrgänge nachrücken und sich die Umlageelemente auf immer mehr Köpfe verteilen und außerdem die alten Jahrgänge nach und nach versterben. Erreicht ein Jahrgang seine kohortenspezifische Prämienhöhe bzw. seine Karenzprämie, die er zum Zeitpunkt des Einstiegs in die Kapitaldeckung im Jahr 2011 entsprechend seines Lebensalters zu entrichten gehabt hätte, so nimmt dieser Jahrgang folglich auch nicht weiter an der allgemeinen Prämienenkung teil. Für die im Jahr 2011 35-Jährigen ist dieser Zeitpunkt im Jahr 2029 erreicht. Denn im Jahr 2029 ist die Karenzpauschale auf in etwa 13 Euro/25 Euro/36 Euro bei einer Karenzzeit von einem/zwei/drei Jahr(en) abgesunken und entspricht damit der Karenzprämie eines bei Eintritt in die Kapitaldeckung 35-Jährigen (vgl. Abb. 8 (a)-(c)).

²³ Dies gilt unabhängig von der Karenzzeit.

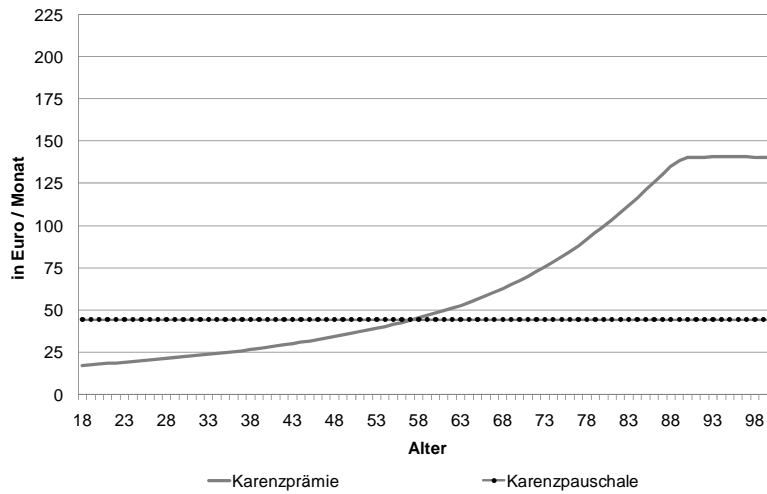
²⁴ In Bezug auf die Karenzpauschale sind natürlich etliche Variationen denkbar. So könnte diese auch mit gestaffelten Umlageelementen ausgestaltet werden und zwar derart, dass ältere Kohorten nicht so stark subventioniert werden und damit stärker zur Finanzierung ihrer eigenen Leistungen herangezogen werden; jüngere Kohorten müssten dann entsprechend geringere Umlageelemente leisten.

Abb. 7: Karenzprämie/Karenzpauschale bei unterschiedlicher Karenzzeit – Basisjahr 2008

(a) Karenzzeit 1 Jahr



(b) Karenzzeit 2 Jahre



(c) Karenzzeit 3 Jahre

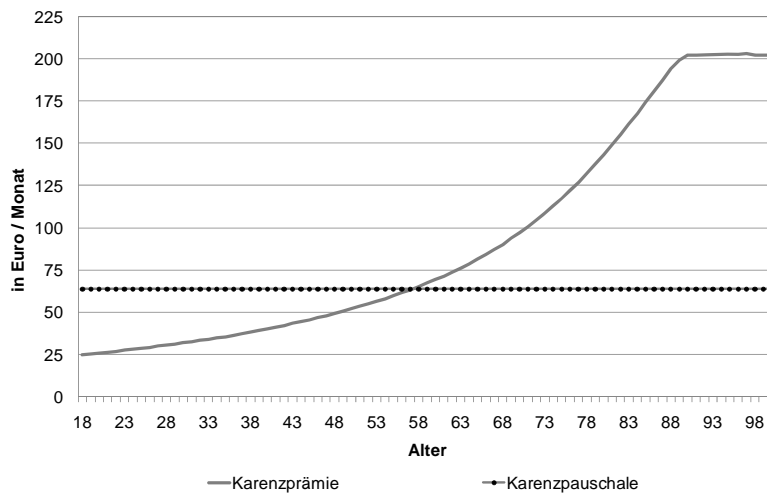
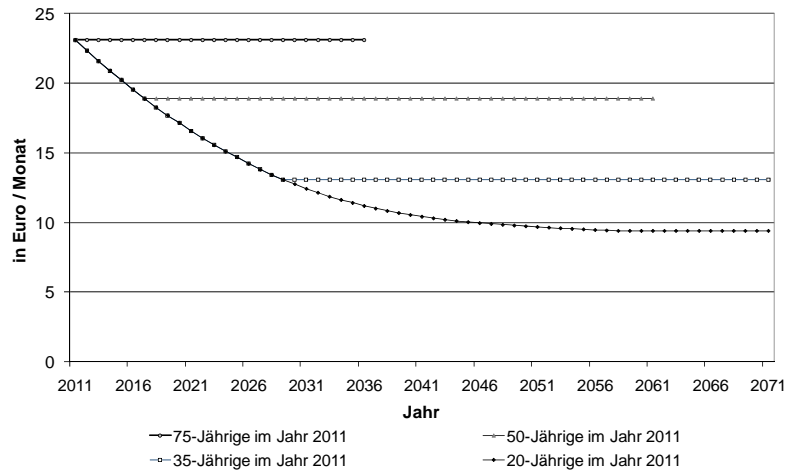
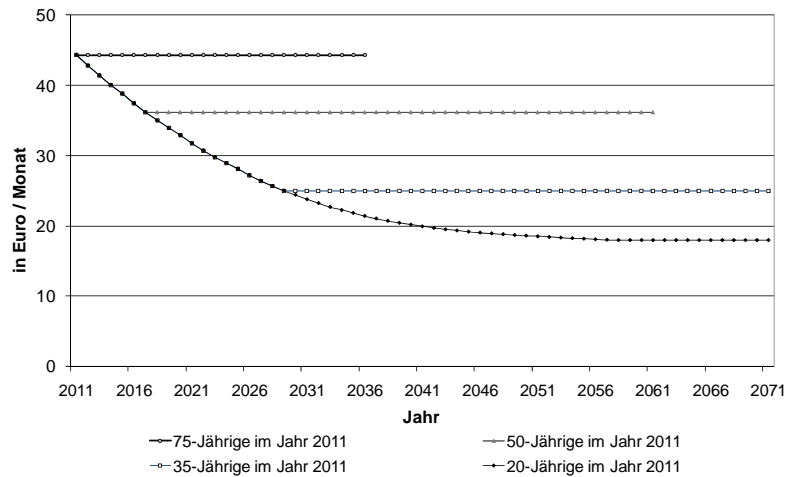


Abb. 8: Verlauf der Karenzpauschale für unterschiedliche Kohorten

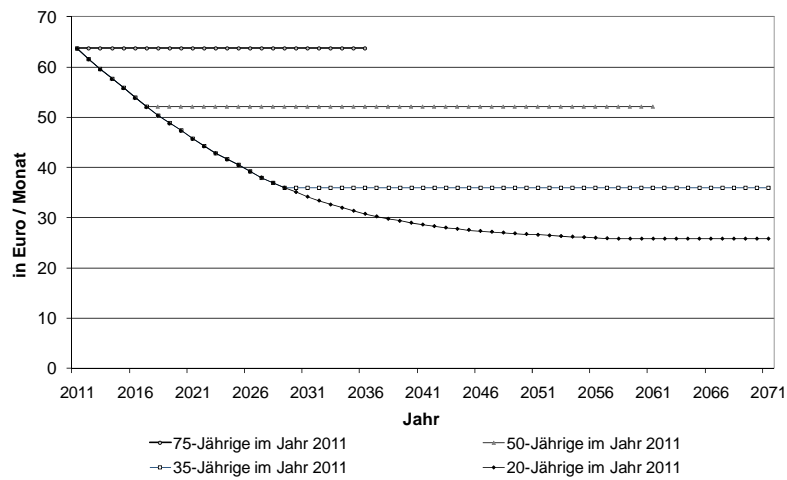
(a) Karenzzeit 1 Jahr



(b) Karenzzeit 2 Jahre



(c) Karenzzeit 3 Jahre



3.3.3 Sozialer Ausgleich

Um einen systemkonformen sozialen Ausgleich zu erzielen und zusätzliche Verwaltungskosten zu vermeiden, bietet es sich an, den sozialen Ausgleich in das bestehende Regelwerk auf kommunaler Ebene einzubetten. Insofern würde sich der Begriff der sozialen Bedürftigkeit auf den in SGB II und SGB XII – gemäß gesellschaftlichem Konsens – definierten Personenkreis der Hartz IV- und Sozialhilfeempfänger beziehen. Der entsprechende soziale Ausgleich führt somit zu Mehrausgaben in Höhe von 1,7 Mrd./3,2 Mrd./4,6 Mrd. Euro bei einer Karenzzeit von einem/zwei/drei Jahr(en). In den Folgejahren reduzieren sich diese Mehrausgaben aufgrund der über die Zeit sinkenden Karenzpauschale. So liegen die Mehrausgaben für den sozialen Ausgleich im Jahr 2030 (2050) bei 1,0 Mrd./1,9 Mrd./2,7 Mrd. Euro (0,7 Mrd./1,3 Mrd./1,8 Mrd. Euro) bei einer Karenzzeit von einem/zwei/drei Jahr(en).

Für den Fall, dass diese Regelung zum sozialen Ausgleich der Karenzpauschale politisch nicht mehrheitsfähig ist, sei an dieser Stelle alternativ die Implementierung einer allgemeinen Überforderungsgrenze in Höhe von 2,0 Prozent des Bruttohaushaltseinkommens vorgeschlagen. Eine solche Regelung sollte jedoch nur dann vollzogen werden, wenn diese an eine entsprechende „Bedürftigkeitsprüfung“ für die Zusatzbeiträge der gesetzlichen Krankenversicherung angeschlossen wird.²⁵

Die für diese Form des sozialen Ausgleichs notwendige Kalkulation des Subventionsbedarfs erfolgt auf Basis eines Modells von Fetzer und Hagist (2004), wobei die hier verwendete Datengrundlage auf der EVS 2003 (Statistisches Bundesamt (2003)) beruht. In diesem Modell werden die Karenzpauschalen für alle in einem Haushalt lebenden Erwachsenen addiert und überprüft, ob die Summe der Karenzpauschalen den zuvor festzulegenden Eigenanteilssatz des Haushaltseinkommens übersteigen oder nicht. Für den Fall, dass die Summe der von einem Haushalt zu zahlenden Karenzpauschalen den Eigenanteilssatz des Haushaltseinkommens übersteigt, wird der Differenzbetrag dem Haushaltsvorstand zugeschrieben. Schließlich werden die betreffenden Haushalte auf die Bevölkerung hochgerechnet.

²⁵ Aufgrund übermäßiger Verwaltungskosten, die im Zusammenhang mit der „Bedürftigkeitsprüfung“ anfallen, ist die Zusammenlegung von sozialer Abfederung im Rahmen der Kranken- und Pflegeversicherung unbedingt zu empfehlen.

Wird der Eigenanteilssatz auf 2,0 Prozent des Bruttohaushaltseinkommens festgelegt, so ergibt sich – abhängig von der Dauer der Karenzzeit und damit abhängig von der Karenzpauschale – ein Subventionsbedarf in Höhe von 2,5 Mrd./9,9 Mrd./20,3 Mrd. Euro im Jahr 2011 bei einer Karenzzeit von einem/zwei/drei Jahr(en) (siehe Abb. 9).^{26,27} Entsprechend der aufgezeigten zeitlichen Entwicklung der Karenzpauschale sinkt der Subventionsbedarf in den Folgejahren in allen drei Szenarien der Karenzzeit. So entfällt mit Versterben der heute älteren SPV-Kohorten auch der für die Karenzpauschale zusätzlich erforderliche soziale Ausgleich. Im Jahr 2050 liegt der Subventionsbedarf noch bei 0,7 Mrd./2,0 Mrd./4,6 Mrd. Euro bei einer Karenzzeit von einem/zwei/drei Jahr(en) und pendelt sich in der langen Frist schließlich auf ein jeweils noch etwas niedrigeres Niveau ein.

Zur Schließung der Finanzierungslücken im Rahmen des sozialen Ausgleichsmechanismus stehen dem Gesetzgeber grundsätzlich ein Kontinuum an Möglichkeiten zwischen einer reinen Ausgabensenkung und einer reinen Einnahmensteigerung zur Verfügung. Exemplarisch sei hier der Finanzierungsbedarf anhand einer Erhöhung der Umsatzsteuer dargestellt: Um den Subventionsbedarf gegenzufinanzieren, muss der Umsatzsteuersatz mit Reformbeginn im Jahr 2011 von 19 Prozent auf 19,3 Prozent/20,1 Prozent/21,2 Prozent bei einer Karenzzeit von einem/zwei/drei Jahr(en) angehoben werden. In den Folgejahren wiederum könnte der Umsatzsteuersatz schrittweise mit dem sinkenden Subventionsbedarf ebenfalls reduziert werden.

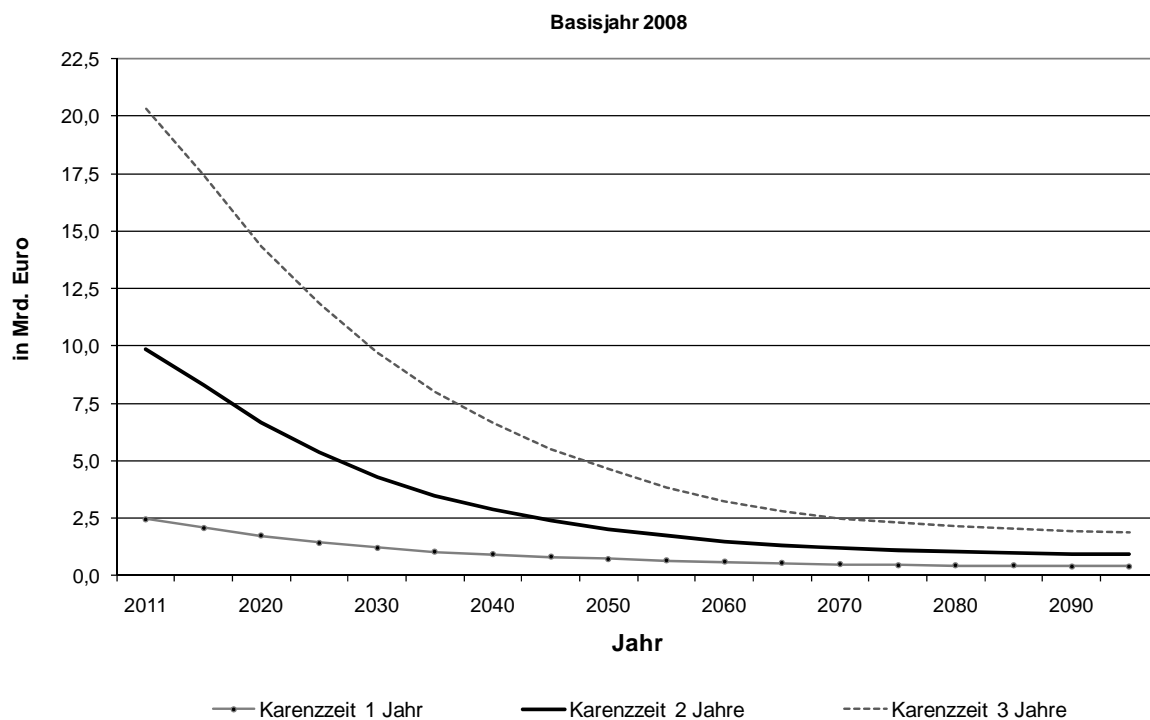
Wie die Nachhaltigkeitsanalyse gezeigt hat, kann die Demographieanfälligkeit der SPV nur durch den Übergang in ein kapitalgedecktes System überwunden werden, da hierunter jeder für die Finanzierung seiner eigenen Leistungen aufkommt. Jedoch ist der Übergang in die Kapitaldeckung mit temporären Mehrbelastungen verbunden, da die momentan im Umlageverfahren vorliegenden Anwartschaften in der Kapitaldeckung nachfinanziert werden

²⁶ Natürlich sind auch Variationen in der hier zugrundegelegten Überforderungsgrenze denkbar. Dabei fällt das Subventionsvolumen umso geringer aus, je höher die Überforderungsgrenze festgesetzt wird. Eine allgemeine Überforderungsgrenze von 3,0 Prozent führt zu einem anfänglichen Subventionsvolumen von 1,9 Mrd./6,1 Mrd./13,6 Mrd. Euro bei einer Karenzzeit von einem/zwei/drei Jahr(en). Wird die Überforderungsgrenze auf 4,0 Prozent des Haushaltseinkommens gelegt, so beträgt der Subventionsbedarf im Jahr 2011 1,8 Mrd./4,6 Mrd./9,6 Mrd. Euro.

²⁷ Für den hier aufgeführten Subventionsbedarf wurde unterstellt, dass die Karenzpauschale nicht paritätisch finanziert wird. Sofern die Karenzpauschale jedoch eine hälftige Beteiligung durch den Arbeitgeber erfährt, fällt natürlich auch der Subventionsbedarf entsprechend geringer aus.

müssen. Das hier aufgeführte Modell der Karenzzeit versucht, den Aufbau des notwendigen Deckungskapitals durch die Beteiligung möglichst vieler Kohorten vorzunehmen. So wird mit dem Umstieg in die Kapitaldeckung die Installation eines implizites Umlageverfahren kombiniert – und zwar in Form der Karenzpauschalen, was zur Abfederung der Mehrbelastungen bei den älteren Kohorten dient. Der Vorteil einer Kapitaldeckung mit dieser Art von Umlageelementen ist, dass diese über die Zeit immer geringer werden, während die Umlageelemente des Umlageverfahrens immer weiter zunehmen (hier sei an die Beitragssatzentwicklung im Status quo der SPV erinnert). Ähnliches gilt auch für den Subventionsbedarf (bzw. dessen Finanzierung). So ist der Subventionsbedarf bei Übergang in die Kapitaldeckung anfänglich zwar vergleichsweise relativ hoch, doch sinkt dieser stetig im Zeitablauf mit sinkender Karenzpauschale.

Abb. 9: Entwicklung der Prämiensubventionsbedarfe bei unterschiedlichen Karenzzeiten



Quelle: Eigene Berechnungen.

4. Fazit

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in Deutschland und der daraus resultierenden Verdopplung der Pflegebedürftigen bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der

Erwerbspersonen um ein Drittel bis zum Jahr 2050, werden künftige Pflegegenerationen in der umlagefinanzierten SPV entweder mit deutlich steigenden Beitragssätzen und/oder einem Absinken des realen Leistungsniveaus konfrontiert sein. Die vor kurzem von der Bundesregierung beschlossene Schuldenbremse zerstreut dabei sämtliche Hoffnungen, die fehlenden Finanzmittel durch staatliche Steuerzuschüsse – wie es in der Gesetzlichen Rentenversicherung der Fall ist – zu ersetzen.

Ungeachtet dieser Problematik befasst sich die Politik in Berlin gegenwärtig mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Leistungsausweitung und somit zu einem weiteren Anstieg der Nachhaltigkeitslücke führen wird. Macht die bestehende Regierung hingegen Ernst mit ihrer Ankündigung, die Schuldenlast für zukünftige Generationen eher zu reduzieren als zu steigern und zugleich den Sozialstaat auf seine Kernkompetenzen zu beschränken, so sollte dringend darüber nachgedacht werden, welche Teile der SPV ausgegliedert werden könnten und sich womöglich – wie im Koalitionsvertrag vereinbart – in eine obligatorische kapitalgedeckte Versicherung überführen ließen.

Um dieser dringend gebotenen Diskussion eine fundierte Grundlage zu liefern, hat der vorliegende Beitrag mit dem Modell einer Karenzzeit einen Reformvorschlag unterbreitet, der in der Lage ist, für mehr Nachhaltigkeit im System der SPV zu sorgen. So lassen sich je nach Länge der Karenzzeit unterschiedlich hohe Einsparpotentiale realisieren. Der Beitrag beschreibt außerdem die Konsequenzen einer kompletten Absicherung der ausgegliederten Leistungen in einem privatwirtschaftlich organisierten kapitalgedeckten Obligatorium, wobei es letztlich der Gesellschaft überlassen bleibt, zu beurteilen, in welchem Umfang die ausgegliederten Leistungsbereiche obligatorisch abzusichern sind.

Der Vorschlag einer Karenzzeit ist nicht nur aufgrund seiner zahlreichen Variationsmöglichkeiten sehr zweckmäßig; es lässt sich auch die politische Akzeptanz eines solchen Vorschlags steigern, da die Leistungseinbußen für den Einzelnen sehr gut kalkulierbar sind, im Bereich der Zumutbarkeit liegen und außerdem keine Personengruppe von der Ausgliederung der Leistungen in ein kapitalgedecktes System verschont bleibt. Ob letztlich eine Karenzzeit von einem, zwei oder drei Jahr(en) Umsetzung findet, ist ein politisches Werturteil und kann und soll daher hier nicht abschließend geklärt werden.

6. Literatur

- BMG (2010). Statistiken zur Pflegeversicherung – Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2008.
<http://www.bmg.bund.de/DE/Pflege/Statistiken/Pflegeversicherung.html>, vom 25. Mai 2010.
- Börsch-Supan, A. und C. B. Wilke (2007). Szenarien zur mittel- und langfristigen Entwicklung der Anzahl der Erwerbspersonen und der Erwerbstätigen in Deutschland, *MEA Diskussionspapier*, Nr. 153.
- Bundesregierung (2009). *Wachstum. Bildung. Zusammenhalt*. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Berlin.
- Fetzer, S., Moog, S., und Raffelhüschen, B. (2002). Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 91(3), 279–302.
- Fetzer, S., Moog, S., und Raffelhüschen, B. (2003). Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, in: Albring, M. und E. Wille (Hrsg.): *Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmenschwäche und Koordinierungsproblemen*, Peter Lang, Frankfurt, 85-114.
- Häcker, J. (2008). *Die Soziale Pflegeversicherung: Eine Generationenbilanz*, Peter Lang, Frankfurt.
- Häcker, J., Hackmann, T. und S. Moog (2009). Demenzkranke und Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung - Ein intertemporaler Kostenvergleich, *Schmollers Jahrbuch*, 129(3), 445–471.
- Häcker, J. und T. Hackmann (2010). LOS(T) in Long-term Care: Empirical Evidence from German Data 2000-2009, *Diskussionsbeiträge des Forschungszentrums Generationenverträge*, Albert-Ludwigs-Universität, 43.
- Hackmann, T. und S. Moog (2009). Die Auswirkungen der steigenden Lebenserwartung auf die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in Deutschland, *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 98, 73–89.
- Hackmann, T. und S. Moog (2010). Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage, *Zeitschrift für Sozialreform*, 56(1), 113–137.
- Riedel, H. (2003). Private Compulsory Long-Term Care Insurance in Germany, *Geneva Papers on Risk and Insurance*, 28(2), 275–293.

Windeler, J., Görres, S., Thomas, S., Kimmel, A., Langner, I., Reif, K. und A. Wagner (2008). *Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Abschlussbericht der Hauptphase 2.*

Seit 2005 erschienene Beiträge

- No. 1 Christian **Hagist**/ Norbert **Klusen**/ Andreas **Plate**/ Bernd **Raffelhüschen**
Social Health Insurance – the major driver of unsustainable fiscal policy?
- No. 2 Stefan **Fetzer**/ Bernd **Raffelhüschen**/ Lara **Slawik**
Wie viel Gesundheit wollen wir uns eigentlich leisten?
- No. 3 Oliver **Ehrentraut**/Matthias **Heidler**/Bernd **Raffelhüschen**
En route to sustainability: history, status quo, and future reforms of the German public pension scheme?
- No. 4 Jasmin **Häcker**/ Bernd **Raffelhüschen**
Die Interne Rendite der Gesetzlichen Pflegeversicherung
- No. 5 Jasmin **Häcker**/ Bernd **Raffelhüschen**
Internal Rates of Return of the German Statutory Long-Term Care Insurance
(Englische Fassung von Diskussionsbeitrag No. 4)
- No. 6 Matthias **Heidler**/ Bernd **Raffelhüschen**
How risky is the German Pension System? The Volatility of the Internal Rates of Return
- No. 7 Laurence J. **Kotlikoff**/ Christian **Hagist**
Who's going broke? Comparing Growth in Healthcare Costs in Ten OECD Countries
- No. 8 Jasmin **Häcker**
Dynamisierung der Pflegeleistungen: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft
- No. 9 Dirk **Mevis**/ Olaf **Weddige**
Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? Nachhaltigkeitsbilanz der 15. Legislaturperiode des deutschen Bundestages 2002-2005
- No. 10 Daniel **Besendorfer**/ Emily Phuong **Dang**/ Bernd **Raffelhüschen**
Die Schulden und Versorgungsverpflichtungen der Länder: Was ist und was kommt
- No. 11 Jasmin **Häcker**/ Bernd **Raffelhüschen**
Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“
- No. 12 Christian **Hagist**/ Bernd **Raffelhüschen**/ Olaf **Weddige**
Brandmelder der Zukunft – Die Generationenbilanz 2004
- No. 13 Matthias **Heidler**/ Arne **Leifels**/ Bernd **Raffelhüschen**
Heterogenous life expectancy, adverse selection, and retirement behavior
- No. 14 Pascal **Krimmer**/ Bernd **Raffelhüschen**
Grundsicherung in Deutschland - Analyse und Reformbedarf
- No. 15 Ulrich **Benz**/ Christian **Hagist**
Konjunktur und Generationenbilanz – eine Analyse anhand des HP-Filters
- No. 16 Jasmin **Häcker**/ Birgit **König**/ Bernd **Raffelhüschen**/ Matthias **Wernicke**/ Jürgen **Wettke**
Effizienzreserven in der stationären Pflege in Deutschland: Versuch einer Quantifizierung und Implikationen für die Reform der Gesetzlichen Pflegeversicherung
- No. 17 Christian **Hagist**/ Matthias **Heidler**/ Bernd **Raffelhüschen**/ Jörg **Schoder**
Brandmelder der Zukunft – Die Generationenbilanz Update 2007: Demografie trifft Konjunktur
- No. 18 Lukas **Mangelsdorff**
Die Geldsteuer: Vorschlag für eine radikal einfache Steuer
- No. 19 Jasmin **Häcker**/ Tobias **Hackmann**/ Stefan **Moog**
Demenzranke und Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung – Ein intertemporaler Kostenvergleich
- No. 20 Oliver **Ehrentraut**/ Matthias **Heidler**
Demografisches Risiko für die Staatsfinanzen? – Koordinierte Bevölkerungsvorsausberechnungen im Vergleich

- No. 21 Oliver **Ehrentraut**/ Matthias **Heidler**
Zur Nachhaltigkeit der GRV – Status quo, Potenziale und Risiken
- No. 22 Ulrich **Benz**/ Christian **Hagist**
Konjunktur und Generationenbilanz – eine Analyse anhand des HP-Filters
- No. 23 Ulrich **Benz**/ Christian **Hagist**
Technischer Anhang zu „Konjunktur und Generationenbilanz – eine Analyse anhand des HP-Filters“
- No. 24 Veronika **Deeg**/ Christian **Hagist**
The Fiscal Outlook in Austria – An Evaluation with Generational Accounts
- No. 25 Oliver **Ehrentraut**/ Bernd **Raffelhüschen**
Demografischer Wandel und Betriebsrenten – Zur Berücksichtigung der Langlebigkeit bei der Anpassung von Direktzusagen
- No. 26 Tobias **Hackmann**/ Stefan **Moog**
Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeit
- No. 27 Klaus **Kaier**/ Christian **Hagist**/ Uwe **Frank**/ Elisabeth **Meyer**
Antimicrobial drug use, alcohol-based hand disinfection and the burden of methicillin-resistant Staphylococcus aureus – A time series approach at a German University Medical Center
- No. 28 Jasmin **Häcker**/ Tobias **Hackmann**/ Thorsten **Henne**
Sozialgesetzgebung und Beihilfeverordnungen: Ein Leistungsvergleich von Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung und Beamten im Pflegefall
- No. 29 Stefan **Moog**
MacSim: Ein Simulationsmodell zur Analyse der gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der demografischen Entwicklung in Deutschland
- No. 30 Christian **Hagist**/ Stefan **Moog**/ Bernd **Raffelhüschen**
Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz – Update 2008: Migration und Nachhaltigkeit
- No. 31 Klaus **Kaier**/ Uwe **Frank**/ Christian **Hagist**/ Elisabeth **Meyer**
The impact of antimicrobial drug consumption and alcohol-based hand rub use on the emergence and spread of extended-spectrum β -lactamase (ESBL)-producing strains – A time series analysis
- No. 32 Friedrich **Fichtner**/ Christian **Hagist**
Oil and Intergenerational Redistribution – The case of Norway
- No. 33 Tobias **Hackmann**/ Stefan **Moog**
Pflege im Spannungsfeld von Angebot und Nachfrage
- No. 34 Christian **Hagist**/ Stefan **Moog**/ Bernd **Raffelhüschen** / Johannes **Vatter**
Ehrbare Staaten? Die Ergebnisse der Generationenbilanzierung im internationalen Vergleich
- No. 35 Christian **Hagist**/ Johannes **Vatter**
Measuring Fiscal Sustainability on the Municipal Level: A German Case Study
- No. 36 Uwe **Frank**/ Klaus **Kaier**
Dynamics between antibiotic drug use and resistance – An economic approach
- No. 37 Matthias **Heidler**/ Christoph **Müller**/ Olaf **Weddige**
Measuring accrued-to-date liabilities of public pension schemes – method, data and limitations
- No. 38 Stefan **Moog**/ Bernd **Raffelhüschen**
Ehrbarer Staat? Die Generationenbilanz – Update 2009: Wirtschaftskrise trifft Tragfähigkeit
- No. 39 Christoph **Müller**/ Bernd **Raffelhüschen**/ Olaf **Weddige**
Measuring pension liabilities and the perspective of sustainability: the case of the reformed German statutory pension scheme
- No. 40 Tobias **Hackmann**

- Arbeitsmarkt Pflege: Bestimmung der künftigen Altenpflegekräfte unter Berücksichtigung der Berufsverweildauer
- No. 41 Astrid L. **Grasdal**/Jasmin **Häcker**/ Christian **Hagist**/ Erling **Vårdal**
Who pays for whom? Redistributive Effects of the Norwegian Pension Reform
- No. 42 Christian **Hagist**/Tobias **Benz**
Der Rücklagenbedarf der Versorgungsausgaben in Baden-Württemberg – Projektion und Reformoptionen
- No. 43 Jasmin **Häcker**/Tobias **Hackmann**
LOS(T) in Long-term Care: Empirical Evidence from German Data 2000-2009
- No. 44 Stefan **Moog**/Christoph **Müller**/ Bernd **Raffelhüschen**
Ehrbare Staaten? Die deutsche Generationenbilanz im internationalen Vergleich: Wie gut ist Deutschland auf die demografische Herausforderung vorbereitet
- No. 45 Felix **Schnurr**/Johannes **Vatter**/Frank **Weinmann**
Zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen 2009: Wie teuer waren die Reformen?
- No. 46 Jasmin **Häcker**/Tobias **Hackmann**/ Bernd **Raffelhüschen**
Pflegereform 2010: Karenzzeiten in der Sozialen Pflegeversicherung

Forschungszentrum Generationenverträge

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Bertoldstraße 17

79098 Freiburg

Fon 0761 . 203 23 54

Fax 0761 . 203 22 90

www.generationenvertraege.de

info@generationenvertraege.de