



DISKUSSIONSBEITRÄGE DISCUSSION PAPERS

Dynamisierung der Pflegeleistungen:
Vergangenheit - Gegenwart - Zukunft

Jasmin Häcker

No. 8 – Januar 2006



Dynamisierung der Pflegeleistungen: Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft

Jasmin Häcker*

Januar 2006

Zusammenfassung

Seit ihrer Einführung ist die Leistungsvergütung der Pflegeversicherung in ihrer Höhe unverändert geblieben. Orientiert an der allgemeinen Preisentwicklung bedeutet dies eine reale Abwertung des Versicherungswertes. Im Rahmen dieser Beitrags soll anhand von Daten aus der Hilfe zur Pflege – jene Sozialhilfekategorie, die vor Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung den Pflegefall abdeckte – ein Dynamisierungsparameter ermittelt werden, der dem Erhalt der Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen dient. Zudem werden die Auswirkungen der mittels diesen Faktors abgeleiteten kaufkrafterhaltenden Pflegeversicherungsleistungen auf die künftige Entwicklung des Beitragssatzes aufgezeigt.

JEL classification: I18; J10

Keywords: Pflegeversicherung, Leistungsdynamisierung, Demographie

*Forschungszentrum Generationenverträge, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, D-79085 Freiburg (Fax: +49-761-203 2290; jasmin.haecker@generationenvertraege.de). Für wertvolle Hinweise und Korrekturen danke ich Stefan Fetzner.

1 Einleitung

Im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV) werden abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit sowie abhängig vom Leistungstyp Pflegeleistungen gewährt, deren Höhen gesetzlich festgelegt sind. Seit Inkrafttreten der GPV im Jahr 1995 bestehen diese Pflegesätze unverändert fort; eine von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung diskretionär vorgenommene Leistungsdynamisierung (§ 30 SGB XI) ist bisher ausgeblieben. Findet auch in Zukunft keine Anpassung der Leistungssätze an die Preisentwicklung im Pflegesektor statt, so ist dies gleichbedeutend mit einer Politik der Abschmelzung des Wertes der Versicherungsleistung in Bezug auf die damit finanzierbaren Pflegeleistungen und damit der Mindestversicherungspflicht. Dies steht nicht nur im Widerspruch zum eigentlichen Ziel der GPV, in der Folge kommt es überdies zu einer Belastung der Allgemeinheit. So werden die Ausgaben für Pflegeleistungen in immer geringer werdendem Maße von der Pflegeversicherung gedeckt und müssen in zunehmendem Maße von den Pflegebedürftigen – sofern möglich – selbst getragen werden. Dadurch wiederum wird eine Situation erzeugt, wie sie bereits vor Einführung der GPV vorlag, nämlich eine Entwicklung hin zur “pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit”.¹ Dies scheint sich durch die seit 1999 zunehmenden Zahl derer, die im Rahmen ihrer Pflegebedürftigkeit in stationärer Pflege auf ergänzende Leistungen der Sozialhilfe, oder genauer, der Hilfe zur Pflege (HzP), angewiesen sind, bereits zu bestätigen.

Die bislang zwar oft diskutierte aber nie vollzogene Dynamisierung der Pflegeleistungen ist vorrangig wohl auf die damit verbundenen beträchtlichen Mehrausgaben zurückzuführen. Diese würden, abhängig vom Dynamisierungs- bzw. Indexierungsparameter, eine deutliche Verschärfung der Finanzierungssituation der GPV bewirken, die seit dem Jahr 1999 – frei von jeglicher Form der Dynamisierung – bereits Defizite zu verzeichnen hat. Daran schließt sich auch direkt die Frage nach dem Dynamisierungsausmaß. Obwohl Einigkeit darüber besteht, *dass* eine Dynamisierung gemäß dem Kriterium der Realwerterhaltung der Pflegeleistungen erfolgen sollte, ist bislang offen geblieben, *wie hoch* diese Indexierung im Pflegesektor anzusetzen ist. Wohl der Finanzierungsproblematik bewußt, herrscht zumindest seitens der Politik die Tendenz, die zur Realwerterhaltung notwendige Dynamisierung möglichst niedrig anzusetzen. So schlägt beispielsweise die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003) eine Indexierung von Pflegeleistungen vor, die noch unterhalb der allgemeinen nominalen Wachstumsrate liegt.²

Wie hoch der Dynamisierungsparameter gewählt werden muss, der – zumindest

¹Siehe hierzu u.a. Rothgang (1997).

²Siehe Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003), Kapitel 5.1.3. Siehe hierzu aber auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005), S. 421.

annähernd – dem Erhalt der Kaufkraft der Pflegeversicherungsleistungen dient, soll im Rahmen dieses Beitrags anhand der vergangenen Ausgabenentwicklung der Sozialhilfekategorie *Hilfe zur Pflege* quantifiziert werden. Hierzu wird in Abschnitt zwei die im Bundessozialhilfegesetz geregelte HzP kurz skizziert sowie deren Ausgabenentwicklung für den Zeitraum 1970 bis 1994 aufgezeigt. Daran anschließend wird im dritten Abschnitt anhand von Pro-Kopf-Leistungstransfers die durchschnittliche Wachstumsrate der Pflegeleistungen für diesen Zeitraum ermittelt. Da der Dynamisierungspfad entscheidend für die Gesamtausgabenentwicklung der GPV ist, zeigt Abschnitt 4 anhand einer Beitragssatzprojektion den finanziellen Mehrbedarf auf, den eine derartige für alle Zukunft unterstellte (stetige) Leistungsdynamisierung nach sich zieht. Abschnitt 5 schließt mit einem Fazit.

2 Die Sozialhilfekategorie “Hilfe zur Pflege”

Vor Einführung der GPV im Jahr 1995 war es im Wesentlichen die Hilfe zur Pflege (HzP), die den Pflegefall regelte.³ Unter Beachtung der Subsidiarität wurde bzw. wird die HzP als Unterkategorie der Hilfe in besonderen Lebenslagen (HibL) im Rahmen des Bundessozialhilfegesetz (§ 68, 69 BSHG) gewährt.

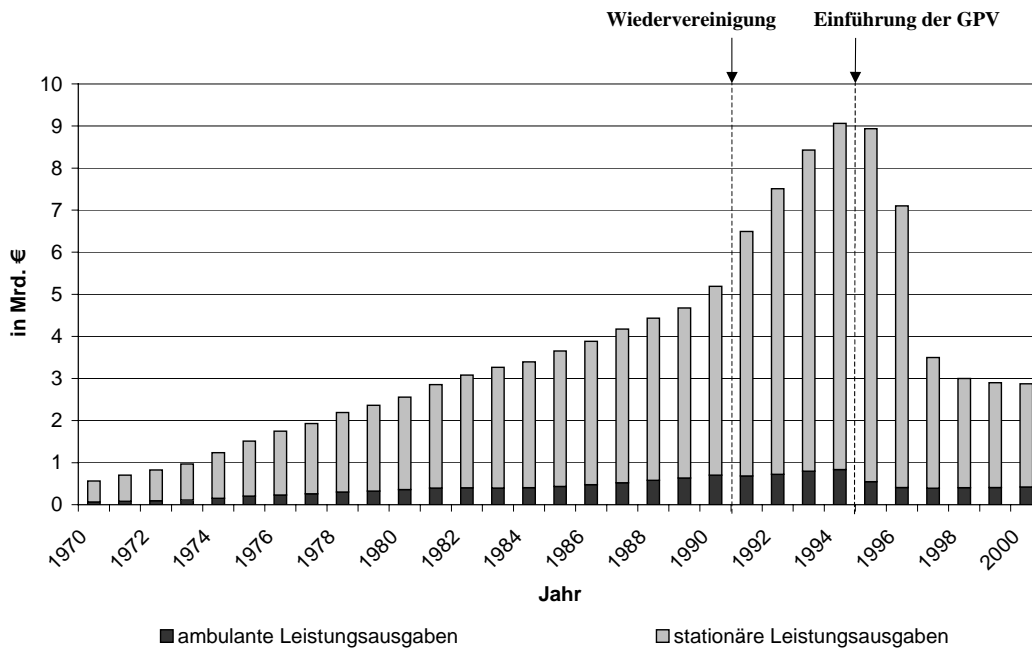
Nach § 68 BSHG (alte Fassung) ist Personen, “[...]die infolge Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, dass sie nicht ohne Wartung und Pflege bleiben können, Hilfe zur Pflege zu gewähren”, wobei sich die Hilflosigkeit auf Verrichtungen des täglichen Lebens beziehen muß.⁴ So ist ein Hilfesuchender immer dann Leistungsberechtigt, wenn die in § 79 ff. BSHG festgelegten Einkommensgrenzen, die sich aus einem Grundbetrag, den Kosten der Unterkunft und einem Familienzuschlag zusammensetzen, unterschritten werden und dem Hilfesuchenden demzufolge die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten ist.

Die HzP umfaßt sowohl die ambulante als auch die stationäre Pflege, wobei – wie im SGB XI – der Hauspflege Vorrang gegenüber der Heimpflege einzuräumen ist (§ 3a BSHG). Vom Gesetzgeber werden drei Pflegestufen unterschieden: einfache, erhebliche und außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit. Je nach Grad der Pflegebedürftigkeit kommen bzw. kamen unterschiedliche Leistungen in Betracht. Reichte die ambulante Pflege aus, so galten vor Einführung der GPV die Absätze (1)-(6) § 69 BSHG (al-

³Außerhalb der Sozialhilfe, allerdings für eine nur begrenzte Personengruppe bzw. bei entsprechend vorliegender Kausalität, gab es Regelungen im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung, der Beihilfe, der Kriegsopferversorgung und -fürsorge, des Lastenausgleichsgesetzes und der Landesgesetze über Pflegegeld. Siehe hierzu ausführlich Kleemann (1998), S. 26ff.

⁴Die §§ 68-69c BSHG der neuen Fassung treffen jetzt eine entsprechende Regelung unter Berücksichtigung des SGB XI.

Abbildung 1: Ausgaben der HzP im Zeitraum 1970 bis 2000 (in jeweiligen Preisen)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2, eigene Darstellung

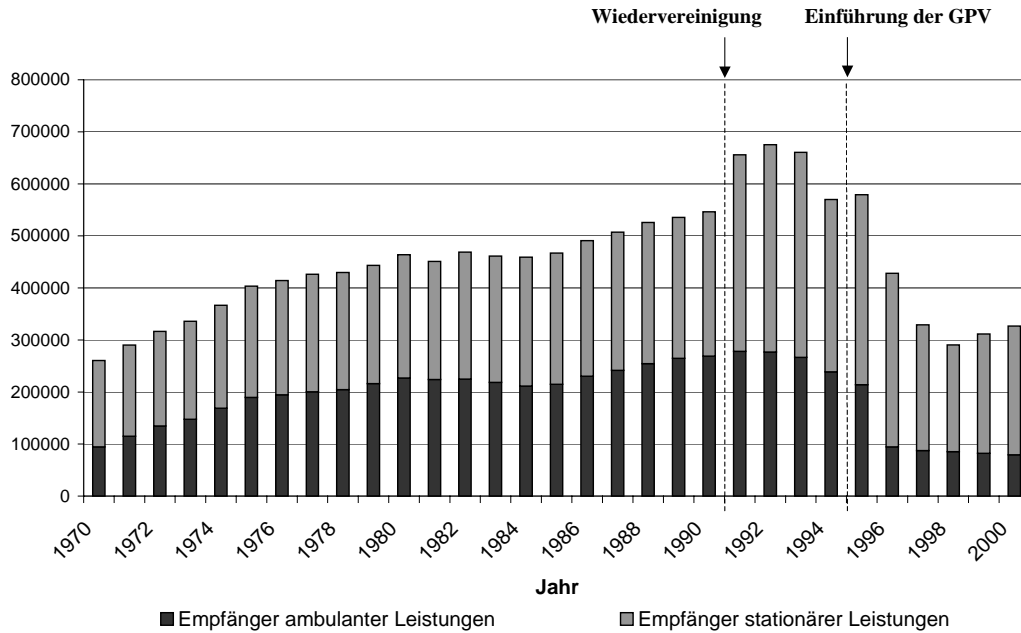
te Fassung) und es wurde entsprechend Pflegegeld gewährt.⁵ War eine Person derart pflegebedürftig, dass sie in einem Heim gepflegt werden mußte, übernahm der Sozialhilfeträger die Kosten der Unterbringung und der Pflege, soweit der Heimbewohner sie nicht aus eigenen Mittel tragen konnte.

Betrachtet man die Ausgabenentwicklung der HzP im Zeitraum 1970 bis kurz vor Einführung der GPV im Jahr 1994 so ist es offensichtlich, weshalb Mitte der 70er Jahre die Diskussion um die Frage der Absicherung des Pflegerisikos von den Kommunen als Sozialhilfeträger so nachdrücklich aufgegriffen wurde: Ausgehend vom Jahr 1970, in dem die Ausgaben für ambulante Leistungen knapp 65 Mio. Euro, die Ausgaben für stationäre Leistungen ca. 501 Mio. Euro betragen, kam es zu einem durchschnittlichen jährlichen nominalen Wachstum von ca. 11,2 bzw. 12,4 Prozent. So steigerten sich die Ausgaben im Jahr 1985 (1994) auf 0,43 Mrd. (0,84 Mrd.) Euro im ambulanten bzw. auf 3,2 Mrd. (8,2 Mrd.) Euro im stationären Bereich (siehe hierzu auch Abb. 1). Bezogen auf die Gesamtausgaben der Sozialhilfe fielen damit rund ein Drittel der Ausgaben allein auf die HzP zurück, bezogen auf die HibL waren dies rund die Hälfte der Ausgaben.

Im Unterschied zu den Ausgaben, die im Zeitraum von 1970 bis 1994 stetig gestiegen sind und sich versechzehnfacht haben, ist die Zahl der Empfänger der HzP weniger kon-

⁵Erforderte der Zustand des Pflegebedürftigen außergewöhnliche Pflege, so war das Pflegegeld angemessen zu erhöhen.

Abbildung 2: Zahl der Empfänger von HzP im Zeitraum 1970 bis 2000



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2, eigene Darstellung

tinuierlich gestiegen und hat sich im selben Zeitraum noch nicht einmal verdreifacht (vgl. Abb 2). Mit knapp 260.700 Empfängern im Jahr 1970 (früheres Bundesgebiet) ist die Zahl auf knapp 660.700 bzw. 570.000 im Jahr 1993 bzw. 1994 (Deutschland) gestiegen. Über den hier betrachteten Zeitraum ist der Anteil von männlichen zu weiblichen Empfängern der HzP weitestgehend konstant geblieben, nämlich 1/3 Männer zu 2/3 Frauen. Indes hat sich die Aufteilung in der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen verschoben. So ist – entgegen dem momentan in der GPV vorliegenden Heimsog-Effekt, also dem Effekt der Substitution von ambulant gestützter Hauspflege durch stationär geleistete Heimpflege – der Anteil der Empfänger ambulanter Leistungen an den Gesamtempfängern von 1/3 auf 1/2 gestiegen.

Erwartungsgemäß ist nach Einführung der GPV – bzw. mit Gewährung stationärer GPV-Leistungen im Jahr 1996 – die Zahl der HzP-Leistungsempfänger deutlich zurückgegangen. Umso beachtenswerter ist daher die Tatsache, dass die Zahl stationärer Leistungsempfänger der HzP seit 1999 dennoch wieder ansteigt. Dies muss mitunter wohl auch auf die fehlende Dynamisierung in der GPV zurückgeführt werden.

3 Die Dynamisierungsrate der Leistungen der HzP für den Zeitraum 1970 bis 1994

In diesem Abschnitt soll das Wachstum der Pro-Kopf-Pflegeleistungen der Jahre 1970 bis 1994 ermittelt werden, um so einen realwerterhaltenden Index für Pflegeleistungen der GPV zu erhalten. Hierfür wird eine Deflationierung aller Ausgabengrößen auf das Jahr 1970 mit dem Preisindex der Lebenshaltung vorgenommen.⁶ An dieser Stelle sei angemerkt, dass durch die Deflationierung mit dem allgemeinen Preisindex die im Folgenden aufgeführten Wachstumsraten neben realen Produktivitätssteigerungen ebenfalls die (speziellen) Preissteigerungen des Pflegesektors enthalten, die in der Regel über dem allgemeinen Preisniveau liegen. Der spezielle Preisanstieg kann dabei auf fehlende Rationalisierungspotentiale im Dienstleistungssektor zurückgeführt werden. Da Einsparungen hier kaum möglich sind, bleiben Produktivitätssteigerungen im Dienstleistungsbereich hinter den allgemeinen Produktivitätssteigerungen zurück. Gegeben die Lohnsteigerungen über die einzelnen Sektoren hinweg sind identisch, führt dies zu einem Anstieg der Relativpreise für Dienstleistungen. Dies wiederum bedeutet, dass die Preise im Pflegesektor schneller als das allgemeine Preisniveau ansteigen. So führt eine im Vergleich zur übrigen Wirtschaft unterproportionale Rationalisierbarkeit zu einer überproportionalen Preissteigerung. In der folgenden Analyse werden die Wachstumsraten der Pro-Kopf-Pflegeleistungen daher als Dynamisierungsraten bezeichnet.

Für die Berechnung der jährlichen Dynamisierungsraten der Pro-Kopf-Pflegeleistungen wird lediglich zwischen dem Wachstum der durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungen aus dem ambulanten und dem Wachstum der durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungen aus dem stationären Sektor unterschieden. Alle hierfür benötigten Daten wurden aus der Fachserie 13, Reihe 2 des Statistischen Bundesamts der Jahre 1970 bis 1994 entnommen. Dementsprechend betragen die Leistungen pro (bedürftigem) Pflegefall im Bereich der ambulanten HzP-Inanspruchnahme im Jahr 1970 knapp 686 Euro, zehn Jahre später waren dies im Durchschnitt bereits 982 Euro.⁷ Ausgehend hiervon stieg der Betrag ein Jahr vor Einführung der GPV auf fast das Doppelte, nämlich auf 1.835 Euro pro ambulanten Leistungsempfänger. Ein ähnliches Bild zeichnet sich für den stationären Sektor ab. Hier betragen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Leistungen im Jahr 1970 3.016 Euro, 1980 5.724 Euro und im Jahr 1994 knapp 12.745 Euro pro stationärem HzP-Leistungsempfänger. Hinsichtlich der Entwicklung dieser Pro-Kopf-Leistungen sei erwähnt, dass diese Größen von realen Pro-Kopf-Ausweitungen des HzP-

⁶Für die Deflationierung wurde der Preisindex der Lebenshaltung eines 4-Personen-Haushalts von Arbeitern und Angestellten mit mittlerem Einkommen verwendet, vgl. Statistisches Bundesamt (2004), Tab. 19.10.

⁷Diese Größen ergeben sich, indem die ambulanten Gesamtausgaben eines Jahres durch die Anzahl der HzP-Empfänger ambulanter Leistungen desselben Jahres geteilt werden.

Leistungskatalog weitestgehend ausgenommen sind. So erfolgt einerseits die Erfassung des Datenbestandes erst ab dem Jahr 1970 wodurch das “Erste” und “Zweite Gesetz zur Änderung des BSHG” vom 31. August 1965 bzw. vom 14. August 1969 von der Betrachtung ausgeschlossen sind. Andererseits fällt aber sowohl das “Dritte Gesetz zur Änderung des BSHG” vom 25. März 1974 sowie das Gesundheitsstrukturreformgesetz (GRG) vom 1. Januar 1989 in den entsprechenden Zeitrahmen. Während Ersteres mit realen Leistungsverbesserungen verbunden war – hier fand eine Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug von Pflegegeld vom dritten auf das erste Lebensjahr, eine Heraufsetzung des monatlichen Pflegegeldes von 150 DM auf 180 DM sowie das Einfügen eines neuen Absatzes zur Anpassung des Pflegegeldes statt –, brachte das Gesundheitsstrukturreformgesetz (GRG), bezogen auf die HzP, Leistungskürzungen. So wurden unter dem GRG erstmals (ambulante) Leistungen für Schwerpflegebedürftige in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen, was auf die HzP angerechnet wurde. Für die hier durchgeführte Pro-Kopf-Betrachtung spielt zwar die Leistungskürzung durch das GSG eine Rolle – obwohl sich diese weder bei den ambulanten HzP-Empfängern noch bei den ambulanten HzP-Ausgaben wirklich bemerkbar macht (siehe hierzu auch Abb. 5) –, jedoch haben die Leistungsverbesserungen der dritten Novellierung des BSHG effektiv keinen Einfluß auf die Pro-Kopf-Größen. So führt die Herabsetzung der Altersgrenze lediglich zu einer Veränderung des anspruchsberechtigten Personenkreises, nicht aber zu einer realen Pro-Kopf-Leistungsausweitung. Und die Pflegegelddynamisierung beinhaltet deshalb keine reale Pro-Kopf-Leistungsausweitung, da es sich bei dieser Pflegegelddynamisierung weniger um eine Leistungsverbesserung als vielmehr um eine Anpassungen an die Preisentwicklung des Pflegesektors handelt. So war es Ziel des im Jahr 1974 neu eingerichteten Absatzes 6 des § 69 BSHG, die *notwendige* Dynamisierung des Pflegegeldes sicherzustellen.

In Abbildung 5 ist die jährliche Dynamisierungsrate, unterschieden nach ambulantem und stationärem Leistungstyp, für den Zeitraum 1970 bis 1994 dargestellt. Ebenfalls abgebildet ist die Wachstumsrate des Pro-Kopf-BIP. Obwohl die Dynamisierungsrate im Zeitablauf eine ähnliche Dynamik wie die Wachstumsrate des BIP aufweist, lag der Dynamisierungsfaktor der Pro-Kopf-Pflegeleistungen – von einigen wenigen Jahren abgesehen – über der Wachstumsrate des Pro-Kopf-BIP. So waren insbesondere die Jahre 1970 bis 1981 durch eine deutlich über der BIP-Wachstumsrate liegende Dynamisierungsrate gekennzeichnet. In den Jahren 1982 bis 1990 lagen die Dynamisierungsrate und die Wachstumsrate des BIP wiederum näher beieinander. Erst seit Anfang der 1990er Jahre hat sich abermals eine zunehmende Diskrepanz zwischen den Raten herausgebildet.

Über den gesamten Zeitraum betrachtet ergeben sich dementsprechend als geometrisches Mittel berechnete durchschnittliche jährliche Dynamisierungsraten pro Pflegefall

Abbildung 5: Dynamisierungs- und Wachstumsraten der ambulanten und stationären Pflegeleistungen und des BIP pro Kopf für den Zeitraum 1970 bis 1994

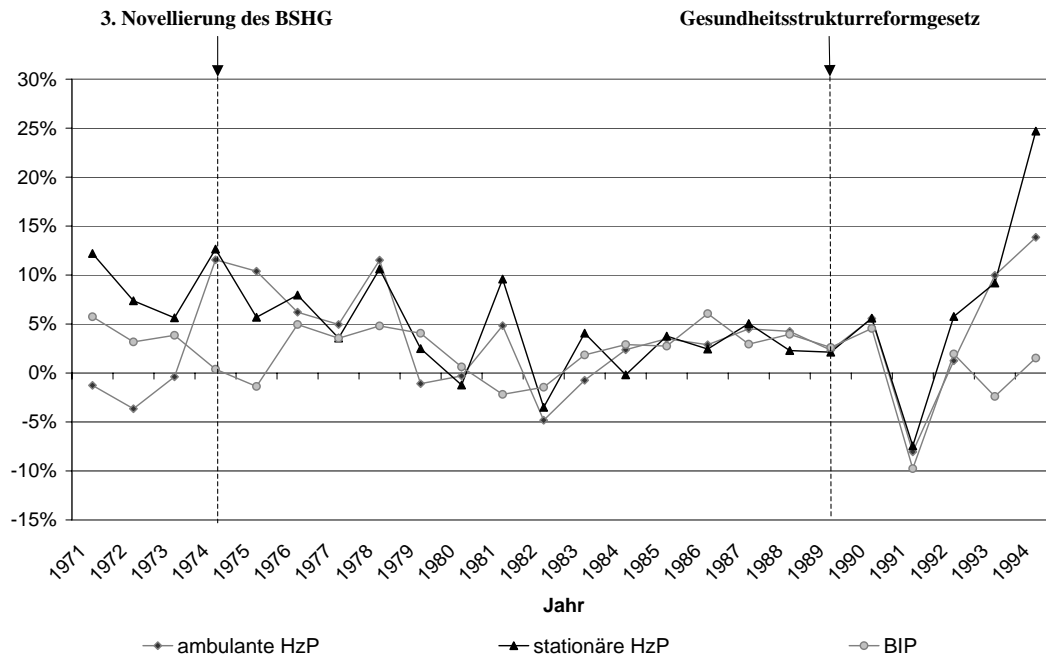


Tabelle 1: Durchschnittliche jährliche Dynamisierungs- bzw. Wachstumsrate der/ des...

	Pro-Kopf-Pflegeleistungen	Pro-Kopf-BIP
aus Daten der Jahre 1970-1993	4,09 %	1,83 %
	darunter	
	ambulant 2,74 %	stationär 4,49 %
Daten für Projektion ab 2006	3,32 %	1,5 %
	darunter	
	ambulant 2,25 %	stationär 3,68 %

von 2,74 Prozent im ambulanten bzw. 4,49 Prozent im stationären Sektor.⁸ Die Tatsache, dass die stationäre Dynamisierungsrate über der ambulanten liegt, scheint dabei den Tatbestand einer überproportionalen Preissteigerungen im Pflegesektor zu bestätigen, wobei dies innerhalb des Pflegesektors bei der sehr personalintensiven Heimpflege stärker ausgeprägt ist als bei der Hauspflege. Ein Vergleich zu der im selben Zeitraum vorliegenden durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate des Pro-Kopf-BIP weist auf einen deutlich niedrigeren Wert hin, wie er bereits bei der vergleichenden Betrachtung von Wachstums- und Dynamisierungsrate im Zeitablauf deutlich gemacht werden konnte. So betrug diese gerade einmal 1,83 Prozent. Damit lag die Dynamisierungsrate der ambulanten Pro-Kopf-Leistungen um 0,91 Prozentpunkte, die Dynamisierungsrate der stationären Pro-Kopf-Leistungen um 2,66 Prozentpunkte über der Pro-Kopf-BIP Wachstumsrate (siehe auch Tab. 1).

Ausgehend von diesen Dynamisierungsraten für Pflegeleistungen, oder genauer, ausgehend von dem hier ermittelten Verhältnis von Dynamisierungs- zu Wachstumsrate, soll im folgenden Abschnitt nun das fiskalische Ausmaß der realwerterhaltenden Dynamisierung aufgezeigt werden. Dabei führt Tab. 1 die für die weitere Analyse verwendeten Dynamisierungs- und Wachstumsraten auf.

4 Die Auswirkungen einer realwerterhaltenden Dynamisierungspolitik auf den Beitragssatz der GPV

Die Auswirkungen einer kaufkraftstabilisierenden Dynamisierungspolitik auf die künftige Finanzentwicklung der GPV wird hier anhand einer Beitragssatzentwicklung aufgezeigt. Ausgangspunkt dieser Beitragssatzprojektion ist die Bestimmung von Anpassungsfaktoren für den Beitragssatz der GPV, die gewährleisten, dass alle Ausgaben eines Jahres stets durch die Einnahmen desselben Jahres gedeckt sind.⁹ Um den Anpassungsfaktor für jedes Jahr s nach dem Basisjahr t , im Weiteren das Jahr 2003, berechnen zu können, müssen alle zukünftigen Ausgaben- und Einnahmenströme bestimmt werden.

Hierzu wird in einem ersten Schritt für ein durchschnittliches in k geborenes Individuum – es erfolgt lediglich die Unterscheidung in Mann ($j = m$) und Frau ($j = f$) – auf der Mikroebene eine relative altersspezifische Zahlungs- bzw. Transferposition $\zeta_{t-k,i,t}^j$

⁸Ein deutlicher Ausschlag in der zeitlichen Betrachtung der Dynamisierungsrate liefert das Jahr 1994, also das Jahr vor Einführung der GPV. Da im Vorfeld einer solchen Gesetzesänderung zahlreiche nicht voneinander trennbare Effekte auf die Wachstumsrate einwirken, wird diese Dynamisierungsrate bei der Berechnung des durchschnittlichen jährlichen Dynamisierungsfaktors nicht berücksichtigt.

⁹Die folgende Notation und methodische Darstellung findet weitestgehend in Anlehnung an Bonin (2000) statt.

des entsprechenden Beitrags- bzw. Transfertyps i der GPV, das sogenannte Rohprofil ermittelt. Dabei gibt $t-k$ das Alter des Individuums im Basisjahr an. Insgesamt werden $I = 9$ unterschiedliche Beitrags- und Transfertypen berücksichtigt. Auf der Beitragsseite wird zwischen Beitragsrohprofilen aus der Arbeitslosenhilfe, Beitragsrohprofilen von Rentnern und Beitragsrohprofilen von Erwerbstätigen differenziert. Auf der Leistungsseite werden die Rohprofile nach den Pflegestufen 1 bis 3 sowie in die Kategorien ambulant und stationär aufgeschlüsselt. In einem zweiten Schritt werden diese Rohprofile nun mit einem entsprechenden Reskalierungsparameter $\lambda_{i,t}$ multipliziert, so dass sich die folgenden altersspezifischen individuellen Zahlungen und Transfers $h_{t-k,i,t}$ ergeben:¹⁰

$$h_{t-k,i,t}^j = \lambda_{i,t} \cdot \zeta_{t-k,i,t}^j \quad (1)$$

Dabei muß der Reskalierungsparameter die Erfüllung der folgenden im Basisjahr t – das einzige Jahr, für welches tatsächlich makroökonomische Aggregatsdaten vorliegen – geltenden Gleichung gewährleisten: Die mit der Kohortengröße gewichtete Summe der altersspezifischen individuellen Zahlungen und Transfers $h_{t-k,i,t}$ muss dem korrespondierenden makroökonomischen Beitrags- oder Transferaggregat $H_{i,t}$ entsprechen, so dass gilt:

$$H_{i,t} = \sum_{k=t-D}^t h_{t-k,i,t}^m P_{t,k}^m + \sum_{k=t-D}^t h_{t-k,i,t}^f P_{t,k}^f \quad (2)$$

Hierbei entspricht $P_{t,k}^j$ mit $j \in (m, f)$ der Anzahl der männlichen bzw. weiblichen Überlebenden der entsprechenden Kohorte im Basisjahr t .

Für die Bestimmung der zukünftigen Ausgaben- und Einnahmenentwicklung werden nun die skalierten Beitragsquerschnittsprofile des Basisjahres ($h_{t-k,i,t}^j > 0$) unter Berücksichtigung der Wachstumsrate g , die skalierten Leistungsquerschnittsprofile ($h_{t-k,i,t}^j < 0$) unter Berücksichtigung der Dynamisierungsrate d auf den zeitlichen Längsschnitt angewendet, so dass:

$$h_{s-k,i,s}^j = h_{s-k,i,t}^j (1+g)^{(s-t)} \quad \text{bzw.} \quad h_{s-k,i,s}^j = h_{s-k,i,t}^j (1+d)^{(s-t)}, \quad \forall \quad s > t. \quad (3)$$

Für die folgenden Berechnungen wurde angenommen, dass die Wachstumsrate $g = 1,5\%$ beträgt.¹¹ Um das im vorherigen Abschnitt ermittelte Verhältnis von Dynamisierungs-

¹⁰Datengrundlage dieser Profile sind zum einen die makroökonomische Aggregatsdaten, die aus der VGR 2003 stammen, vgl. Statistisches Bundesamt (2003). Zum anderen werden altersspezifische Querschnittsdaten benötigt. Die altersspezifischen Leistungsprofile wurden dabei aus Daten generiert, die direkt beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung angefordert wurden. Die Profile für die Beitragszahlungen der Erwerbstätigen und Arbeitslosen stammen aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. Die Zahlungsprofile der Rentner aus direkten und – bis zum 1. April 2004 durch die gesetzliche Rentenversicherung gezahlten – indirekten Beiträgen wurden mit Hilfe der VDR-Statistik 2001 gewonnen.

¹¹Diese Wachstumsrate entspricht der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate des Pro-Kopf-

und Wachstumsrate beizubehalten, ist die kaufkraftstabilisierende Dynamisierungsrate d entsprechend nun auf 3,84 Prozent festzusetzen. Für eine getrennte Dynamisierung von ambulanten und stationären Leistungen ergibt sich entsprechend eine Indexierungsrate von $d_{amb} = 2,25\%$ für ambulante und $d_{stat} = 3,68\%$ für stationäre Leistungen (siehe auch Tab. 1). Mit diesen über die Zeit konstanten Wachstums- und Dynamisierungsraten wird unterstellt, dass alle Generationen von einer "Pflegepolitik" betroffen sein werden, deren Einnahmenströme mit dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt und deren Ausgabenströme mit der Pflegedynamisierungsrate wachsen, die ansonsten jedoch unverändert Bestand hat.¹² Von einer rückwirkende Dynamisierung, wie beispielsweise vom Sachverständigenrat (2005) vorgeschlagen, wird bei den folgenden Berechnungen abgesehen.

Der Anpassungsfaktor des Beitragssatzes läßt sich nun für jedes Jahr s berechnen, indem die im Jahr s anfallenden Gesamtausgaben in Relation zur Summe der im selben Jahr erzielten Beitragseinnahmen gesetzt werden. Die im Folgenden aufgeführten Indizes 1 bis 3 stellen dabei die drei zuvor bereits genannten Beitragstypen und die Indizes 4 bis 9 die sechs unterschiedlichen Typen von Transferleistungen dar:

$$q_s = \frac{\sum_{i=4}^9 \sum_{k=s-D}^s \sum_{j=m}^f h_{s-k,i,s}^j P_{s,k}^j}{\sum_{i=1}^3 \sum_{k=s-D}^s \sum_{j=m}^f h_{s-k,i,s}^j P_{s,k}^j} = \frac{\sum_{i=4}^9 H_{i,s}}{\sum_{i=1}^3 H_{i,s}}. \quad (4)$$

Ist $q_s > 1$ so impliziert dies im Vergleich zum Basisjahr eine Beitragssteigerung von $100 \cdot (q_s - 1)$ Prozent. Formal wird also der Beitragssatz des Basisjahres t – hier 1,7 Prozent – in jedem Jahr s mit einem Faktor q_s multipliziert.¹³

Im Folgenden werden unterschiedliche Dynamisierungsszenarien betrachtet. Angefangen mit der realwerterhaltenden bis hin zur beitragsstabilisierenden Indexierung der Pflegeleistungen sollen jeweils die Auswirkungen der entsprechenden Dynamisierungspolitik auf den Beitragssatz sowie auf das Leistungsniveau aufgezeigt werde.¹⁴

Unter einer Dynamisierungspolitik, die eine Kaufkraftstabilisierung der Pflegelei-

BIP der Jahre 1970 bis 2002.

¹²Es sei an dieser Stelle nocheinmal betont, dass die Dynamisierung mit der Rate d lediglich eine Kaufkraftstabilisierung der Pflegeleistungen darstellt und nicht etwa mit einer Leistungsausweitung gleichzusetzen ist.

¹³Für die Beitragssatzprojektion wird außerdem angenommen, dass das Vermögen der GPV (abzüglich der gesetzlich vorgeschriebenen Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben [§§ 63, 64 SGB XI], welches im Basisjahr 2003 ca. 2,06 Mrd. Euro betrug) dazu dient, das Defizit solange zu decken, bis es aufgebraucht ist - danach erfolgt eine laufende Anpassung der Beitragssätze.

¹⁴Rothgang und Schmähl (1995) betrachteten ebenfalls die Auswirkungen unterschiedlicher Dynamisierungsszenarien auf die Beitragssatzentwicklung. Als mögliche Dynamisierungsszenarien wählen sie – analog zu den hier im folgenden aufgeführten Szenarien 1 und 5 – eine kaufkraft- und eine beitragsstabilisierende Indexierung. Ferner untersuchen sie die Auswirkungen auf die Entwicklung des Beitragssatzes, die mit einer demographieindizierten (eine Dynamisierung, bei der der Beitragssatz proportional zur demographische bedingten Ausgabensteigerung wächst) und einer inflationsindizierten Dynamisierung einhergehen.

Tabelle 2: Dynamisierungsszenarien

		realer Dynamisierungsfaktor d*
Szenario 1:	Realwerterhaltende Dynamisierung	2,25 % bzw. 3,68 %
Szenario 2:	Dynamisierung nach Fetzer et al. (2001)	2,5 %
Szenario 3:	Dynamisierung gemäß Produktivitätsfortschritt	1,5 %
Szenario 4:	Keine Dynamisierung	0%
Szenario 5:	Stabiler Beitragssatz, negative Dynamisierung	< 0%

* Für die Beitragssatzprojektion von Szenario 1 wurden jeweils die Dynamisierungsraten des ambulanten und stationären Sektors angewendet. Für die Beitragssatzprojektionen der übrigen Szenarien hingegen wurde die durchschnittliche Indexierung verwendet.

stungen (Szenario 1) zum Ziel hat, kommt es ausgehend vom Jahr 2006 und einem Beitragssatz von 1,7 Prozent zu einer Erhöhung im Beitragssatz auf knapp 3 Prozent im Jahr 2025. Entsprechend der immer weiter voranschreitenden demographischen Alterung setzt sich der Beitragssatzanstieg fort und erreicht im Jahr 2040 einen Wert von 4,7 Prozent bzw. einen Wert von 7,1 Prozent im Jahr 2055 (siehe Abb. 6a).¹⁵ Dieselbe Dynamik, allerdings auf einem niedrigeren Niveau, erreicht die Beitragssatzentwicklung des Szenarios 2. Dieses Szenario unterstellt ein Wachstum im Pflegebereich um einen Prozentpunkt über der allgemeinen realen Produktivitätssteigerung liegend. Bislang von Fetzer et al. (2001) sowie u.a. von Häcker und Raffelhüschen (2004) und Häcker und Raffelhüschen (2005) als für den Pflegebereich realwerterhaltendes Wachstumsszenario verwendet, dient dieses in Anbetracht der hier aus vergangenen Daten ermittelten Dynamisierungsrate eher als konservative Schätzung für die zukünftige Ausgabenentwicklung. Im Unterschied zu Szenario 1 steigt der Beitragssatz nun von 1,7 Prozent im Jahr 2006 auf 3,3 Prozent im Jahr 2030 und erreicht einen Wert von 6,2 Prozent im Jahr 2055.¹⁶ Unter der Annahme, dass die Realwerterhaltung der Leistungen eine

¹⁵Wäre für die Beitragssatzprojektion des Szenarios 1 die durchschnittliche Indexierung $d = 3,32\%$ verwendet worden, so würde die entsprechende Beitragssatzentwicklung noch über der hier aufgeführten liegen. Grund hierfür ist, dass die Profile der ambulanten Leistungen der Pflegestufen 1 bis 3 etwas steiler verlaufen als die der stationären Leistungen.

¹⁶Unterschiede zu Häcker und Raffelhüschen (2005) ergeben sich hier dadurch, dass für das stärkere

Abbildung 6: Beitragssatzprojektionen sowie (reales) Leistungsniveau der GPV in unterschiedlichen Dynamisierungsszenarien

Abb. 6a: Beitragssatzentwicklung der GPV für die Jahre 2005 bis 2060

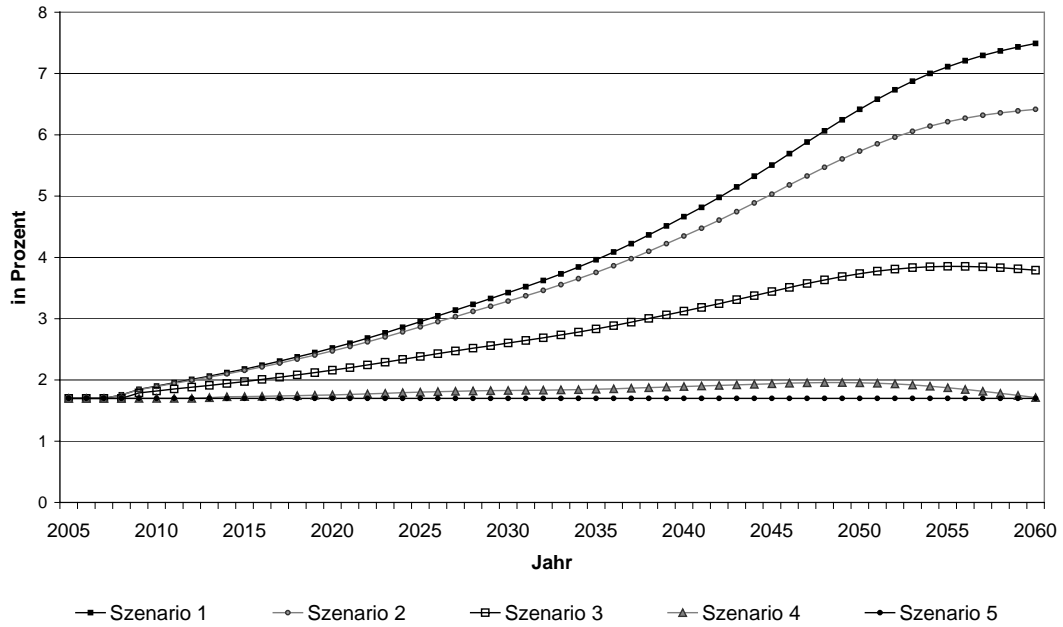
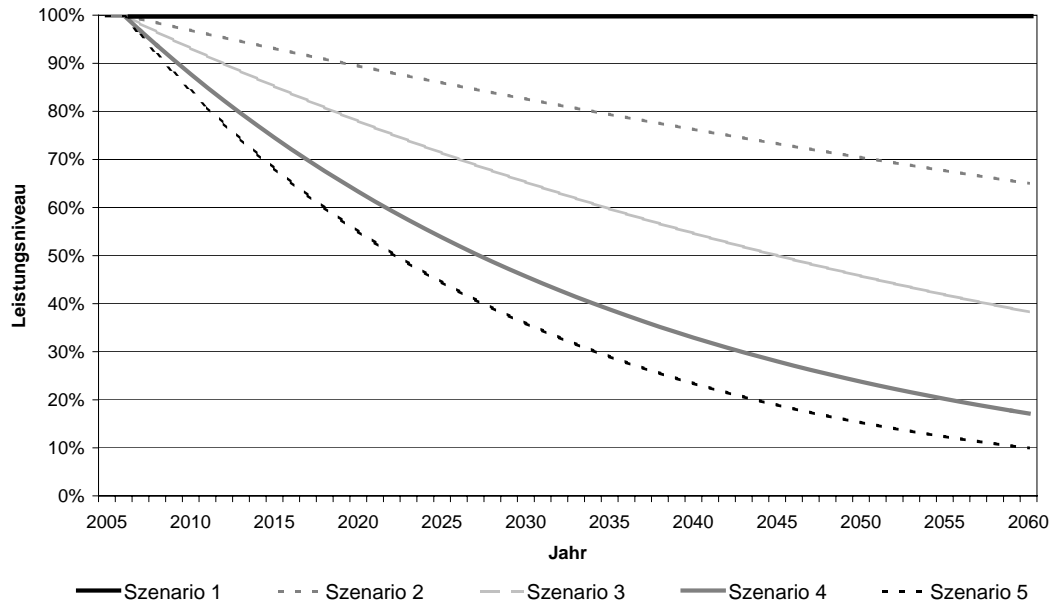


Abb. 6b: Reales Leistungsniveau der GPV für die Jahre 2005 bis 2060



Indexierungsrate von 3,32 Prozent erfordert – wie für die Darstellung in Abbildung 6b angenommen –, führt die Dynamisierung der Pflegeleistungen von 2,5 Prozent, obwohl oberhalb des allgemeinen Produktivitätsfortschritts liegend, zu einer deutlichen Leistungsabschmelzung. Demzufolge erhält ein Pflegebedürftiger im Jahr 2030 gerade noch 83 Prozent des heutigen Pflegeleistungsniveaus. Je geringer die Indexierung der Pflegeleistungen nun gewählt wird, desto geringer fällt zwar die damit einhergehende Beitragssatzsteigerung aus, desto geringer ist aber auch das in Zukunft zu erwartende Leistungsniveau der Pflegeversicherungsleistungen. So bedeutet eine Indexierung gemäß dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt (Szenario 3) zwar “lediglich” einen Beitragssatzanstieg auf maximal 3,9 Prozent, andererseits führt dies auch zu einem noch stärkeren Absinken des Wertes der Versicherungsleistungen im Vergleich zu Szenario 2. Gemessen an dem heutigen Leistungsniveau werden bei einer dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt identisch vorgenommenen Dynamisierung der Pflegesätze im Jahr 2035 nur noch 60 Prozent des heutigen Leistungsniveaus an Versicherungsleistung im Fall der Pflegebedürftigkeit gewährt. Gegeben die Politik kann sich angesichts der offensichtlich mit jeder Indexierung einhergehenden Mehrausgaben zu keiner realen Dynamisierung der Pflegeleistungen (Szenario 4) entschließen, so ist in Anbetracht der Tatsache, dass dies eine erhebliche Leistungseinkürzung nach sich zieht, dennoch ein Ansteigen des Beitragssatzes bis zu einem Wert von knapp 2 Prozent nicht zu verhindern. So führt das reale Einfrieren der Leistungen dazu, dass ein Pflegebedürftiger in 20 Jahren nur noch etwa die Hälfte des heutigen Leistungsniveaus erhält. In weiteren zwanzig Jahren, also um das Jahr 2046, sind dies dann gerade noch 1/4 aller heutigen Leistungen. Ein fünftes hier aufgeführtes Szenario soll schließlich noch jene Politikvariante abbilden, die streng das Ziel der Beitragssatzstabilisierung in der GPV verfolgt. In diesem Fall muss sogar eine negative Dynamisierung der Leistungen vollzogen werden. Im Vergleich zu Szenario 4 bedeutet dies also ein aktives Zurückfahren des realen Versicherungsniveaus der GPV.

Ob es letztlich tatsächlich die aus vergangenen Daten ermittelte Dynamisierungsrate von 3,32 Prozent ist, die in Zukunft eine Kaufkraftstabilisierung der Pflegeleistungen gewährleistet, oder dies eher auf die hier als konservative Schätzung bezeichnete Dynamisierung von 2,5 Prozent zutrifft, kann und soll im Rahmen dieses Beitrags nicht abschließend geklärt werden.¹⁷ Allerdings erscheint es plausibel anzunehmen, dass eine

Ausgabenwachstum der Pflegeleistungen eine lange Frist unterstellt wurde und nicht wie bei Häcker und Raffelhüschen (2005) eine mittlere Frist von 40 Jahren angenommen wurde.

¹⁷Wird davon ausgegangen, dass eine Dynamisierung von 2,5 Prozent für den Realwerterhaltung der Leistungen ausreicht, so ändern sich die in Abb. 6b dargestellten realen Leistungsverläufe zwar quantitativ, nicht jedoch qualitativ. So wäre der Abfall im Leistungsniveau bei einer Dynamisierung unterhalb der 2,5 Prozent zwar immer noch vorhanden, allerdings nicht mehr so stark ausgeprägt. Für den Fall, dass bereits im Rahmen des konservativen Szenarios eine Kaufkraftherhaltung gewährleistet werden würde, würde nun die Indexierungspolitik gemäß dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt

Realwerterhaltung der Leistungen der GPV nur mit einer Indexierung erfolgen kann, die oberhalb des allgemeinen Produktivitätsfortschritts liegt. Jede anders ausgerichtete Dynamisierungspolitik bringt zwar moderatere Beitragssatzsteigerungen mit sich, allerdings beinhaltet dies auch eine Abschmelzung der Pflegeleistungen und damit der Mindestversicherungspflicht.

5 Fazit

Seit ihrer Einführung im Jahr 1995 sind die Leistungen der GPV in ihrer Höhe unverändert geblieben, was – orientiert an der allgemeinen Preisentwicklung – bereits eine deutliche reale Abwertung beinhaltet. Den Erfordernissen einer Dynamisierung wohl bewußt, sind bislang zwar Vorschläge, die Anpassungen der Versicherungsleistungen am Pflegesektor betreffend, gemacht worden, allerdings – wie sich im Rahmen dieses Beitrags herausgestellt hat – nur unzureichend hinsichtlich der Zielvorgabe einer Realwerterhaltung der Leistungen, da sie meist unterhalb des allgemeinen Produktivitätsfortschritts liegt.

So war es Ziel dieses Beitrags eine kaufkraftstabilisierende Dynamisierung für die Versicherungsleistungen der GPV zu bestimmen. Dazu wurde auf vergangene Daten der Sozialhilfekategorie Hilfe zur Pflege zurückgegriffen, da es im Wesentlichen die HzP war, die bis zur Einführung der Pflegeversicherung den Pflegefall regelte. Mittels einer Betrachtung der Pro-Kopf-Pflegeleistungen der HzP für den Zeitraum 1970 bis 1994 konnte eine durchschnittliche jährliche Dynamisierungsrate der HzP-Transfers ermittelt werden. Hierbei stellte sich heraus, dass diese im Vergleich zu der im selben Zeitraum vorliegenden Wachstumsrate des Pro-Kopf-BIP mehr als doppelt so hoch war. Mit der auf Grundlage der kaufkraftstabilisierenden Dynamisierung der Pflegeleistungen durchgeführte Beitragssatzprojektion der GPV wurde daran anknüpfend das tatsächliche Ausmaß der finanziellen Schieflage der GPV bei Zielverfolgung konkretisiert.

Durch die Betrachtung der Beitragssatzprojektionen mit den jeweils korrespondierenden realen Leistungsniveaus konnte damit auch der Trade-off zwischen Kaufkraft- und Beitragsstabilisierung verdeutlicht werden. Dieser Trade-off weist zudem ganz deutlich auf das drastische Ausmaß an Fehlkonstruktion der GPV hin: Entweder kann in der jetzigen Ausgestaltung der GPV der Beitragssatz stabil gehalten werden, dann aber wird die Zielvorgabe nicht erreicht bzw. muss diesem Ziel – wie im Rahmen dieses Beitrags deutlich gemacht werden konnte – durch eine für die Beitragsstabilisierung notwendige negative Dynamisierungspolitik sogar aktiv entgegengewirkt werden.

($d = 1,5\%$) implizieren, dass das Leistungsniveau im Jahr 2035 75 Prozent beträgt und nicht, wie zuvor im Rahmen des realwerterhaltenden Szenario von $d = 3,32\%$ ausgewiesen, nur 60 Prozent.

Oder aber eine Kaufkraftstabilisierung wird erreicht, dann aber muß mit erheblichen Beitragssatzsteigerungen gerechnet werden.

Gemäß diesem Ergebnis steht die jetzige Ausgestaltung der GPV damit vor einem erheblich größeren Reformbedarf als bislang vermutet. An dieser Stelle sei diesbezüglich nur gesagt, dass ein Reformbedarf sicherlich nicht darin besteht, aufgrund des Trade-offs zwischen Beitrags- und Kaufkraftstabilisierung, einen Mischweg einzuschlagen, der da lautet: ein bißchen Dynamisierung, ein bißchen Beitragssatzerhöhung. In der mittleren bis langen Frist führt dies nämlich dazu, dass die Sozialhilfe von einer Ausnahmhilfe zu einer Grundsicherung für eine immer größer werdende Bevölkerungsgruppe mutiert. Und damit würde schlicht und ergreifend wieder jene Situation geschaffen, wie sie bereits vor Einführung der GPV vorlag.

Literatur

- Bonin, H. (2000). *Generational Accounting in Theory and Practice*. Springer, Berlin.
- Fetzer, S., Moog, S., und Raffelhüschen, B. (2001). Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung. *Diskussionsbeiträge, Institut für Finanzwissenschaft der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Nr. 99*.
- Häcker, J. und Raffelhüschen, B. (2004). Denn sie wußten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung, 73/1:158–174*.
- Häcker, J. und Raffelhüschen, B. (2005). Note mangelhaft: Die Bürgerpflegeversicherung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 10:231–237*.
- Kleemann, G. (1998). *Verfassungsrechtliche Probleme der sozialen Pflegeversicherung und ihrer Finanzierung*. Erich Schmidt Verlag, Berlin.
- Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (2003). *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*.
- Rothgang, H. (1997). *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse*. Campus Verlag, Frankfurt/Main.
- Rothgang, H. und Schmähl, W. (1995). Die langfristige Entwicklung von Ausgaben und Beitragssatz in der gesetzlichen Pflegeversicherung. In: Fachinger, U. and H. Rothgang (Hrsg.), *Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes: 155-175*. Duncker + Humblot, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005). *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Bundestag Drucksache 15/5670.
- Statistisches Bundesamt (2003). *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung, Konten und Standardtabellen, Hauptbericht 2003, Fachserie 18, Reihe 1.3*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2004). *Statistisches Jahrbuch*. Wiesbaden.

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 **Heldler**/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 **Heldler**/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