

Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung

Lauterbach, Karl W.; Lungen, Markus; Stollenwerk, Björn; Gerber, Andreas; Klever-Deichert, Gabriele

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lauterbach, K. W., Lungen, M., Stollenwerk, B., Gerber, A., & Klever-Deichert, G. (2005). Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformationsdienst soFid, Gesundheitsforschung* 2005/2, 11-31. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-202145>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung

K. W. Lauterbach, M. Längen, B. Stollenwerk, A. Gerber, G. Klever-Deichert

1 Zusammenfassung

Die Pflegeversicherung wurde vom Gesetzgeber zum 1.1.1995 eingeführt. Sie ist nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ zweigeteilt aufgebaut. Die Soziale Pflegeversicherung (Gesetzliche Pflegeversicherung)¹ orientiert sich dabei an der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Private Pflegeversicherung orientiert sich an der Privaten Krankenversicherung. Momentan weist die Soziale Pflegeversicherung mehrere drängende Problembereiche auf:

1. Seit dem Jahr 1999 wird in der Sozialen Pflegeversicherung ein *Defizit* ausgewiesen (2004: 860 Mio. Euro), das vorwiegend auf eine Verschiebung der Inanspruchnahme von stationären Sachleistungen zu Lasten von ambulanten Sachleistungen erfolgt. Nur aufgrund der Rücklagen aus den Anfangsjahren ohne Leistungsauszahlung konnte eine Anhebung der Beitragssätze bisher vermieden werden.
2. Die Leistungen für einzelne Gruppen der Anspruchsberechtigten sind nicht ausreichend. Dies gilt insbesondere für *Leistungen bei Demenz*. Die notwendige intensivere pflegerische Betreuung macht zusätzliche Leistungen für Demente erforderlich.
3. In der *ambulanten Pflege* der Stufen I und II liegt eine Unterfinanzierung vor. Die bestehende Begünstigung der stationären gegenüber der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung läuft dem grundsätzlichen Vorrang der häuslichen Pflege zuwider. Der Anstieg der Pflegebedürftigenzahl war im stationären Bereich relativ stärker als im ambulanten Bereich.
4. Mit zunehmender *Alterung der Gesellschaft* wird auch der Anteil Pflegebedürftiger zunehmen. Steigende Ausgaben bedürfen daher einer adäquaten Struktur der Lastenverteilung auf der Einnahmeseite. Mit der Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage sind erhebliche Veränderungen eingetreten, welche die Defizite der Pflegeversicherung wesentlich mitverursacht haben.
5. Die *Schiefelage zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung* nimmt zu. Während in der Privaten Pflegeversicherung Beitragssenkungen möglich sind, drohen in der Sozialen Pflegeversicherung Beitragssatzsteigerungen. Ursache sind nicht Effizienzunterschiede, sondern eindeutig bessere Risiken der Versicherten in der Privaten Pflegeversicherung. Dort liegen die Ausgaben pro Versichertem bei ca. einem Viertel der Ausgaben je Versicherten in der Sozialen Pflegeversicherung. Selbst alters- und geschlechtsadjustiert verursachen Privatversicherte nur ca. 30% der Ausgaben der gesetzlich Versicherten. Ergebnis der gegenwärtigen Aufteilung in Soziale und Private Pflegeversicherung ist, dass die Bezieher hoher Einkommen in der Privaten Pflegeversicherung (auch absolut) niedrigere Beiträge zahlen als Versicherte in der Sozialen Pflegeversicherung. Dies ist eine Umkehrung des Solidarprinzips. So hatte die Private Pflegeversicherung im Jahr 2003 Beitragseinnahmen in Höhe von 205 Euro pro Versicherten gegenüber 238 Euro (2003) in der Sozialen Pflegeversicherung. Während die Soziale Pflegeversicherung trotz der höheren

1 Im Folgenden wird einheitlich der Begriff der Sozialen Pflegeversicherung gebraucht. Die entspricht der gesetzlichen Formulierung.

durchschnittlichen Beitragsseinnahmen mit einem Defizit abschloss, konnte die Private Pflegeversicherung aufgrund der um ca. 75% geringeren Leistungsausgaben je Versicherten hohe Rücklagen bilden und die Beitragssätze senken.

Tabelle 1: Kennzahlen zur Sozialen und Privaten Pflegeversicherung

	Soziale Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung
Beitragsseinnahmen pro Versichertem	238 Euro (2003)	205 Euro (2003)
Leistungsausgaben pro Versichertem	248 Euro (2003)	58 Euro (2003)
Verwaltungsausgaben	4,8%	9%

In der vorliegenden Analyse wurden folgende Reformvorschläge untersucht:

- *Ausweitung der Versicherungspflicht auf die ganze Bevölkerung:* Einbeziehung aller Versicherten aus der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in eine *Bürgerversicherung Pflege*.
- *Einbeziehung anderer Einkommensarten:* Das Modell der Bürgerversicherung sieht vor, dass Lohn- und verwandte Einkünfte in einer Säule zusammengefasst und verbeitragt werden und Einkünfte aus Kapitalvermögen - ohne Mieteinkommen - in einer zweiten Säule zur Verbeitragung gebracht werden. In beiden Beitragssäulen wird die Beitragsbemessungsgrenze eingehalten.
- *Verbesserte Leistungen bei Demenz:* Für die Verbesserung der Versorgung von Demenzerkrankten wurden Ausgabensteigerung von 750 Mio. Euro pro Jahr veranschlagt.
- *Anhebung der ambulanten Leistungen in Pflegestufe I und II:* Die Sätze sollen auf 704 Euro in Pflegestufe I und 1100 Euro in Pflegestufe II angehoben werden (derzeit: 384 Euro bzw. 921 Euro). Dadurch würde der Vorrang der häuslichen Pflege betont, die Qualität der ambulanten Pflege verbessert und es würden Arbeitsplätze in der ambulanten Pflege geschaffen.

Die zentralen Ergebnisse lauten:

- Die Analyse zeigt, dass eine *Anhebung des Beitragssatzes von derzeit 1,7% bis 2007 nicht notwendig wird*. Im Jahr 2008 sind die vorhandenen Reserven verbraucht bis zum Rücklagesoll. Für 2005 wird ein Defizit von 300 Mio. Euro vorausgesagt, für 2006 ein Defizit von 400 Mio. Euro und für 2007 ein Defizit von 500 Mio. Euro.
- Ohne Einführung der Bürgerversicherung würde der Beitragssatz bis zum *Jahre 2025 auf 2,33%* demographiebedingt steigen. Mit der Verbesserung der Versorgung für Demenzerkrankte und der Anpassung der Pflegesätze in der ambulanten Pflege würde der Beitragssatz auf *2,52%* steigen.
- Durch die *Einführung einer Bürgerversicherung* könnte der Beitragssatz im Jahr 2006 auf *1,50%* gesenkt werden einschließlich der verbesserten Versorgung Demenzerkrankter und der Anhebung ambulanter Pflegesätze. Die Einführung der Bürgerversicherung entlastete die Soziale Pflegeversicherung um etwa 4 Mrd. Euro pro Jahr. Im Jahr 2025 läge der Beitragssatz bei *2,0%*.
- Würde man bei Einführung der Bürgerversicherung den Beitragssatz von *1,7%* beibehalten, könnten bis zum Jahr 2015 *Rücklagen* in der Bürgerversicherung Pflege angespart werden. Dies gilt inklusive der Verbesserungen für Demenzerkrankte und die Erhöhung der ambulanten Leistungen. Erst dann würden die Ausgaben die Einnahmen übersteigen und die angesparten Rücklagen könnten wieder abgebaut werden.
- Ohne Ansparung von Rücklagen bliebe der Beitragssatz im Modell der Bürgerversicherung bis zum Jahre 2024 unter *2%*.

2 Hintergrund

2.1 Gegenstand

Die vorliegende Analyse beschäftigt sich mit der Möglichkeit der Einführung einer Bürgerversicherung im Bereich der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in Deutschland. Unter einer Bürgerversicherung wird dabei die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in Deutschland sowie die Einbeziehung aller Einkommensarten des Steuerrechts - mit Ausnahme von Mieteinkommen - in die Beitragsbemessung verstanden. Der Schwerpunkt der Analyse besteht in der Abschätzung des erzielbaren Beitragsaufkommens und darauf aufbauend in der Behebung der momentan zu beobachtenden Unterdeckung in der Sozialen Pflegeversicherung. In weiteren Schritten werden die Beitragsätze für die nächsten 20 Jahre auf der Basis eines ausgeglichenen Haushalts für die Pflegeversicherung als Bürgerversicherung ermittelt. Zu Grunde gelegt wird der Gesetzesstand zu Beginn des Jahres 2005, also bereits unter Einbeziehung der Anhebung des Beitragssatzes für Versicherte ohne Kinder.

2.2 Wirtschaftliche Bedeutung der Pflegewirtschaft

Im Dezember 2001 gab es in Deutschland rund 9.200 Pflegeheime, wobei davon 8.331 Einrichtungen mit vollstationärer Dauerpflege waren.² Insgesamt werden rund 604.000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen betreut, davon 582.000 in der vollstationären Dauerpflege.³ Im Durchschnitt betreut ein Heim 66 Pflegebedürftige. In den Heimen waren 475.000 Personen beschäftigt, davon 85% weiblich und 46% in Vollzeitstellung. In der ambulanten Pflege waren nochmals 190.000 Personen beschäftigt. Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 betrug der Beschäftigungsanstieg der abhängig Beschäftigten im Sozialwesen mit pflegerischem und hauswirtschaftlichem Beruf außerhalb des Krankenhauswesens rd. 250.000 Personen. In dieser Entwicklung dürfte sich am ehesten der Einfluss der Pflegeversicherung niedergeschlagen haben.⁴

2.3 Der Rahmen der Pflegeversicherung im Überblick

Die Pflegeversicherung wurde vom Gesetzgeber zum 1.1.1995 eingeführt. Sie ist nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ zweigeteilt aufgebaut. Die Soziale Pflegeversicherung orientiert sich dabei an der gesetzlichen Krankenversicherung und die Private Pflegeversicherung orientiert sich an der Privaten Krankenversicherung. Jeder Versicherte schließt die Pflegeversicherung dort ab, wo er auch seine Krankenversicherung hat.⁵ Die Abweichungen davon sind

2 Die folgenden Angaben stammen aus dem „Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ des BMGS, S. 73ff.

3 Daneben existiert beispielsweise noch Tagespflege, Kurzzeitpflege und Nachtpflege.

4 Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 75.

5 Freiwillig Versicherte haben ein einmaliges Wahlrecht zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung. Davon haben 31.000 GKV-Versicherte Gebrauch gemacht, also 0,06% der Versicherten. (Siehe BMGS. Die Soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004). Privat Krankenversicherte sind grundsätzlich bei der Krankenkasse ihrer Wahl auch pflegeversichert. Sie ha-

marginal und werden mit 0,1% beziffert.⁶ Entsprechend sind in der Sozialen Pflegeversicherung fast exakt gleich viel Versicherte wie in der GKV. Zum 1.7.2002 betrug die Zahl der Versicherten dort 70,78 Mio., wovon 50,88 beitragspflichtige Mitglieder und 19,9 Mio. beitragsfrei Mitversicherte waren.⁷

Die Beitragsbemessung ist unterschiedlich geregelt:

- In der Sozialen Pflegeversicherung wird ein gesetzlich festgelegter Beitragssatz vom sozialversicherungspflichtigen Einkommen abgeführt. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlten bis Ende 2004 jeweils 0,85%. Ab 2005 wurde eine Staffelung in zwei Beitragsgruppen vorgenommen an Hand des Kriteriums, ob jemand Kinder hat. Für Mitglieder ohne Kinder⁸ erhöhte sich der Arbeitnehmerbeitrag um 0,25 Prozentpunkte.⁹ Es gilt die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung (2005: 3525 Euro).
- Die Private Pflegeversicherung wird im Anwartschaftsdeckungsverfahren finanziert. Sie beruht somit nicht auf dem Umlageverfahren. Es besteht Kontrahierungszwang, ein Ausschluss auf Grund von Vorerkrankungen wird ausgeschlossen. Die Beitragshöhe darf bei Versicherten, die schon länger als 5 Jahre privat krankenversichert waren, nicht höher liegen als der Höchstbeitrag in der Sozialen Pflegeversicherung.¹⁰

Während die Beiträge bereits ab Beginn 1995 fällig wurden, wurde mit den Auszahlungen an Leistungsempfänger in der häuslichen Pflege am 1.4.1995 und für die stationäre Pflege am 1.7.1996 begonnen. Dadurch wurde eine Rücklage gebildet, von der auch heute noch gezehrt wird. Die Rücklage in der sozialen Pflegeversicherung betrug Ende 2002 4,93 Mrd. Euro¹¹. Es wurde geschätzt, dass die Rücklagen eine Anhebung der Beitragssätze bis 2007 vermeiden können.¹² Unter Einbeziehung der Beitragssatzanhebung für Kinderlose geht der Dritte Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung davon aus, dass bis in das Jahr 2008 eine Beitragssatzanhebung nicht notwendig wird.¹³

Im Jahr 2003 betragen die Einnahmen 16,86 Mrd. Euro, während die Ausgaben bei 17,56 Mrd. Euro lagen. Daraus ergibt sich ein Defizit von 0,69 Mrd. Euro. Die Höhe der Rücklage sank dadurch in der Sozialen Pflegeversicherung auf 4,24 Mrd. Euro Ende 2003.¹⁴ Die Ausgabensteigerung im Jahr 2002 von 2,9% rührte daher, dass die Zahl der Leistungsempfänger deutlich anstieg. Rund 50% des An-

ben jedoch ein Wahlrecht innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht, ein anderes Unternehmen zu wählen. (Siehe BMGS. Pflegeversicherung; Berlin; 2003).

6 BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

7 BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

8 Siehe die Anforderungen zum Nachweis der Elterneigenschaft unter [http://www.vdr.de/internet/vdr/infopool.nsf/0/64C3E9529EDC9290C1256F39004A8E_AB/\\$FILE/GR+Elterneigenschaft.pdf](http://www.vdr.de/internet/vdr/infopool.nsf/0/64C3E9529EDC9290C1256F39004A8E_AB/$FILE/GR+Elterneigenschaft.pdf)

9 Nähere Ausführungen unter Kapitel 3.1.

10 BMGS. Pflegeversicherung. Berlin; 2003.

11 BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 52.

12 Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS. Berlin; August 2003: 188.

13 BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 32.

14 BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 52.

stiegs wurde im Bereich der stationären Pflege verursacht.¹⁵ Die Ausgabenentwicklung in 2003 verlief mit einem Anstieg von 1,1 v.H. eher moderat.¹⁶

Die Leistungsausgaben gliedern sich nach Pflegestufen und Versorgungsarten. Sie werden auf Antrag und auf der Basis einer Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen gewährt.¹⁷ Die Hälfte der Pflegebedürftigen ist über 80 Jahre alt. Zwei Drittel sind Frauen.¹⁸

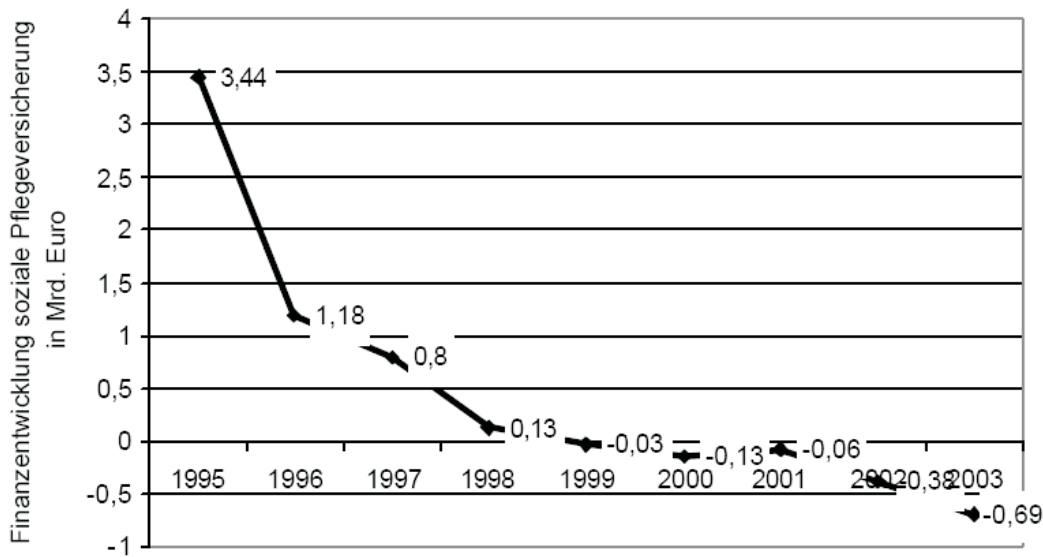


Abb. 1: Entwicklung der Finanzsituation der Sozialen Pflegeversicherung; Jahre 1995 bis 2003
Quelle: BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung; Anlage 3, S. 117.

15 BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Anlage 2, S. 116

16 BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 52

17 In der Privaten Pflegeversicherung übernimmt diese Aufgabe die private Firma „medicproof – Gesellschaft für Medizinische Gutachten mbH“.

18 BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

Tabelle 2: Verteilung der Pflegebedürftigen der Privaten bzw. Sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen; Ende 2002 (Private Pflegeversicherung in Klammern)

	ambulant	stationär
Pflegestufe I	57,2 % (50,7 %)	38,8 % (26,2 %)
Pflegestufe II	33,2 % (36,3 %)	41,4 % (45,7 %)
Pflegestufe III	9,6 % (12,9 %)	19,8 % (28,2 %)

BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung: S. 48 ff

Tabelle 3: Kennzahlen zur sozialen Pflegeversicherung

	2001	2002
<i>Anerkennung</i>		
Anträge auf Pflegebedürftigkeit	837000	834000
Rate:	73,1%	73,5%
Davon:		
I	55,2%	56,4%
II	32,6%	31,9%
III	11,6%	11,2%
<i>Leistungsempfänger</i>		
Anerkannte ambulante Pflegebedürftige (zum 31.12.)	1,26 Mio. Davon I: 55,3% Davon II: 34,6% Davon III: 10,1%	1,29 Mio. Davon I: 56,3% Davon II: 33,8% Davon III: 9,9%
Anerkannte stationäre Pflegebedürftige	0,58 Mio. Davon I: 37,9% Davon II: 42,0% Davon III: 20,1%	0,60 Mio. Davon I: 38,4% Davon II: 41,6% Davon III: 20,0%

BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

Tabelle 4: Ausgabenstruktur Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2002

Bereich	Anteil in %
Vollstationäre Pflege	46,2
Pflegegeld	23,9
Pflegesachleistung	13,6
Sonstiges	6,0
Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen	5,5
Verwaltung	4,8

BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

Tabelle 5: Übersicht über das Leistungsniveau nach Pflegestufen und Versorgungsart. (Angaben in Euro pro Monat)

	Häusliche Pflege: Pflegegeld	Ambulante Pflege	Stationäre Pflege
Pflegestufe I	205	384	1023
Pflegestufe II	410	921	1279
Pflegestufe III	665	1432	1432

Anmerkung: Weitere Leistungen, wie Kurzzeitpflege, Hilfsmittel etc sind nicht aufgeführt. Siehe zu weiteren Details der Leistungen: <http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/index.cfm> (Abfrage Februar 2005)

Die Verwaltungsaufgaben der Pflegeversicherung werden in Personalunion mit der entsprechenden Krankenkasse durchgeführt.¹⁹ Zur Abdeckung der Kosten wird an die Krankenkassen eine Verwaltungskostenpauschale entrichtet. Diese beträgt 3,5%, bezogen auf den Mittelwert aus Leistungsausgaben und Beitragseinnahmen.²⁰ Die tatsächlichen Verwaltungskosten wurden (ohne die Kosten des Medizinischen Dienstes) mit 3,4% im Jahr 2003 angegeben.²¹

3 Probleme und bisher diskutierte Lösungsvorschläge für die Pflegeversicherung

3.1 Probleme der sozialen Pflegeversicherung

Die Soziale Pflegeversicherung in Deutschland sieht sich insbesondere folgenden Problembereichen gegenüber:

1. Erstmals im Jahr 1999 hatte die Sozialen Pflegeversicherung ein *Defizit* in ihrer Leistungsbilanz (-0,03 Mrd. Euro). Das Defizit belief sich im Jahr 2003 auf 690 Mio. Euro. Gemäß ersten Übersichten des Sozialministeriums liegt das Defizit für 2004 bei 860 Mio. Euro.²² Die Tendenz ist somit stark steigend.²³ Nur aufgrund der Rücklagen aus den Anfangsjahren ohne Leistungsauszahlung konnte eine Anhebung der Beitragssätze bisher vermieden werden. Die Zahl der Pflegebedürftigen soll von 1,9 Mio. im Jahr 2000 auf 3,1 Mio. im Jahr 2030 steigen, sofern lediglich die demografische Komponente berücksichtigt wird.²⁴
2. Die Leistungen für einzelne Gruppen der Anspruchsberechtigten scheinen in ihrer Struktur nicht ausreichend zu sein. Genannt werden müssen insbesondere zusätzliche Leistungen für *Demente/Demenzkranken*.

19 Gleichwohl sind die Sozialen Pflegekassen rechtlich selbstständige Körperschaften.

20 BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

21 BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. S.117.

22 Die Welt, 21.02.2005.

23 BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Anlage 3.

24 Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS. Berlin; August 2003, S. 189.

3. Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden seit ihrer Einführung (mit Ausnahme der Leistungen bei Demenz) *nicht dynamisiert*, so dass die festen Auszahlungsbeträge die gestiegenen Kosten für die Pflegeleistungen nicht mehr auffangen.
4. In der ambulanten Pflege der Stufen I und II liegt eine Unterfinanzierung vor. Die bestehende Begünstigung der stationären gegenüber der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung läuft dem grundsätzlichen Vorrang der häuslichen Pflege zuwider. Der Anstieg der Pflegebedürftigenzahl war im teureren stationären Bereich relativ stärker als im ambulanten Bereich.²⁵
5. Mit zunehmender Alterung der Gesellschaft wird auch der Anteil Pflegebedürftiger potentiell zunehmen. Steigende Ausgaben bedürfen daher einer adäquaten Struktur der Lastenverteilung auf der Einnahmeseite. Mit der Entwicklung der Beitragsbemessungsgrundlage sind erhebliche Veränderungen eingetreten, welche die Defizite der Pflegeversicherung wesentlich mitverursacht haben.

Überlagert wird dieser Problemaufriss von der durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts notwendig gewordenen Neuordnung der Beitragsstruktur.²⁶ Das Gericht hatte den Gesetzgeber verpflichtet, die Kinderziehung im Beitragsrecht der Sozialen Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Kinderlose Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung zahlen ab 1. Januar 2005 einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten. Mitglieder, die Kinder haben oder gehabt haben, werden dadurch in der Sozialen Pflegeversicherung auf der Beitragsseite relativ besser gestellt als solche ohne Kinder. Kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind (also die im Jahre 2005 über 65-Jährigen), werden von der Zuschlagspflicht ausgenommen. Ausgenommen sind auch Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II und Wehr- und Zivildienstleistende.

3.2 Gegenüberstellung der Sozialen und der Privaten Pflegeversicherung

Neben diesen Problemen besteht, ähnlich wie in der Krankenversicherung, ein Nebeneinander von zwei Versicherungssystemen. Während sich in der Krankenversicherung gesetzlich Versicherte im Wesentlichen in der Sozialen Pflegeversicherung wiederfinden, sind die privat Krankenversicherten in der Privaten Pflegeversicherung abgesichert. Es gilt der Grundsatz, dass die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt. Tabelle 6 zeigt, dass sich die Soziale und Private Pflegeversicherung bereits in den wenigen Jahren des Bestehens stark abweichend entwickelt haben. Während die Soziale Pflegeversicherung mit Defiziten kämpft, werden in der Privaten Pflegeversicherung Überschüsse erwirtschaftet, die zu Reduzierungen der Beitragssätze eingesetzt werden. Allein in 2003 waren die Rückstellungen zur Absenkung der Beiträge höher als die gesamten Leistungsausgaben. Ergebnis der gegenwärtigen Aufteilung in Soziale und Private Pflegeversicherung ist, dass die Bezieher hoher Einkommen in der Privaten Pflegeversicherung (auch absolut) niedrigere Beiträge zahlen als Versicherte in der Sozialen Pflegeversicherung. Dies ist eine Umkehrung des Solidarprinzips. Welche Ursachen sind dafür maßgeblich? Kein Grund ist die größere Effizienz der Privaten Pflegeversicherung. Die Verwaltungskosten liegen dort höher (9% versus 4,8% inklusive der Kosten des jeweiligen Medizinischen Dienstes), die Leistungen sind zumindest identisch mit denen der Sozialen Pflegeversicherung. Ebenfalls kein Grund sind höhere Beitragssätze in frühen Jahren, die nunmehr als eine Art

25 BMGS: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, S. 48.

26 Das Folgende in Anlehnung an die Pressemitteilung des BMGS zur Thematik:
http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/index_6310.cfm (Zugriff Febr. 2005).

ausgezahlt Kapitalstock herangezogen werden können. Denn die Höhe der Beiträge darf den Höchstbeitrag der Sozialen Pflegeversicherung nicht übersteigen. Zudem liegen die durchschnittlichen Beiträge pro Versichertem in der Privaten Pflegeversicherung niedriger (205 Euro versus 238 Euro). Ebenso sind Mehreinnahmen für versicherte Kinder keine Ursache, da diese ebenso wie in der Sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert sind. Augenscheinlich ist jedoch das große Gefälle der Leistungsausgaben pro Versicherten zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung. Die Soziale Pflegeversicherung hat etwa um den Faktor 4,1 höhere Ausgaben pro Versichertem (248 Euro versus 58 Euro), wobei sich die Schere in den vergangenen Jahren weiter öffnete. Selbst bei Alters- und Geschlechtsadjustierung verursachen die privat Versicherten nur ca. 30% der Ausgaben. Grund hierfür sind geringere Leistungsanspruchnahme durch die privat Versicherten pro Kopf. Antragstellung und Bewilligung sind in beiden Bereichen der Pflegeversicherung identisch geregelt, so dass signifikante Abweichungen wenig wahrscheinlich sind.

Tabelle 6: Gegenüberstellung von Sozialer und Privater Pflegeversicherung

Gegenstand	Soziale Pflegeversicherung	Private Pflegeversicherung
Versichertenkreis	Im Wesentlichen die gesetzlich Versicherten	Im wesentlichen die Privat Versicherten; freiwillig gesetzlich Versicherte haben ein einmaliges Wahlrecht innerhalb von 3 Monaten.
Zahl der Versicherten	70.853.000 Personen (2002)	8.999.300 Personen (Ende 2003)
Kontrahierungszwang	Ja; Versicherung bei der Pflegekasse, welche auch die Krankenversicherung abdeckt.	Ja; privat Versicherte haben Wahlrecht innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht.
Prämiengestaltung	Nach Lohneinkommen und Kinderlosigkeit; Einheitlicher gesetzlich festgelegter Beitragssatz.	Nach Lebensalter und (für Neuverträge nach 1995) nach der Morbidität. Keine Unterscheidung nach Geschlecht. Bei Versicherten mit über 5 Jahren Versicherungspflicht dürfen die Prämien nicht höher liegen als der Höchstbeitrag zur Sozialen Pflegeversicherung.
Familienversicherung	Beitragsfrei	Kinder beitragsfrei; Ehepartner beitragspflichtig.
Leistungen	Gestaffelt nach Pflegestufen und Versorgungsart.	In der Regel gleichwertig wie in der sozialen Pflegeversicherung.
Leistungsantrag	Verfahren über Medizinischen Dienst der (gesetzlichen) Krankenkassen	Verfahren über private „Medicproof – Gesellschaft für Medizinische Gutachten mbH“
Sachleistungen/ Geldleistungen	Sach- oder Geldleistungen. Sachleistungen bedeutet, dass die pflegebedürftige Person ambulante oder stationäre Pflege erhält. Geldleistungen umfassen im Wesentlichen das Pflegegeld.	Geldleistungen (Abwicklung wie in der Privaten Krankenversicherung), keine eigenen Tarife wie beispielsweise GOÄ.
Finanzsituation	Defizit von 690 Mio. in 2003. Mittelbestand von 4,24 Mrd. Euro Ende 2003.	Überschuss von 120 Mio. Euro in 2002. Aufbau eines Kapitalstocks von 12,3 Mrd. Euro seit 1995. Rund 46% der Einnahmen fließen in den Kapitalstock.

Fortsetzung Tabelle 6

Beitragseinnahmen	16,86 Mrd. Euro (2003)	1.847,9 Mio. Euro (2003)
Beitragseinnahmen pro Versichertem	238 Euro (2002)	205 Euro (2003)
Leistungsausgaben gesamt (2003)	17,56 Mrd. Euro (2003)	517,9 Mio. Euro (2003)
Leistungsausgaben pro Versichertem	248 Euro (2003)	57,55 Euro (2003)
Verwaltungsausgaben	3,4% ohne medizinischen Dienst; 4,8% mit medizinischen Dienst	9% mit medizinischem Dienst

Eigene Darstellung; Quellen: Dritter Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung, BMGS Siehe auch die Hinweise bei http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/index_2230.cfm sowie Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2003/2004.

Letztlich ist die geringere Morbidität der Versicherten in der Privaten Pflegeversicherung die verbleibende Erklärung für die abweichende Entwicklung zwischen Privater und Sozialer Pflegeversicherung. Soll jedoch Morbidität durch die Solidargemeinschaft aufgefangen werden, scheint ein wesentlicher Verstoß gegen das Solidarprinzip vorzuliegen: Das Nebeneinander von zwei Versicherungssystemen, das dazu führt, dass die Solidargemeinschaft belastet und eine Minderheit, die finanziell in der Tendenz sowieso schon besser gestellt ist, von einer günstigeren Absicherung der Pflege profitiert. Dies macht unter wohlfahrtsökonomischer Betrachtung wenig Sinn.

4 Umsetzung und Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung

4.1 Bürgerversicherung Pflege

Die Ausgestaltung der Beitragserhebung in der Pflegeversicherung nach Prinzipien einer Bürgerversicherung beruht auf folgenden zwei Komponenten

- Einbeziehung aller Versicherten aus der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung Pflege.
- Berücksichtigung aller Einkommen in der Beitragsbemessung. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung werden jedoch nicht einbezogen. Es wird auf zwei Beitragsäulen abgestellt.²⁷

Die Beitragsbemessungsgrenze (2005: 3.525 Euro Bruttoeinkommen/ Monat) wird zugrunde gelegt. Freibeträge auf Kapitaleinkommen werden berücksichtigt wie im Steuerrecht.

²⁷ Siehe zu möglichen Ausgestaltungsvarianten der Beitragsbemessung: Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes. Modell einer solidarischen Bürgerversicherung. Berlin 26. August 2004 <http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/buergerversicherungsmodell.pdf> (Zugriff Febr. 2005).

4.2 Änderungen gegenüber dem Status Quo

Gegenüber dem derzeitigen System (2005)²⁸ der Sozialen Pflegeversicherung wurde zunächst die *Beitragssatzänderung für Versicherte ohne Kinder berechnet*. Der Beitragssatz von 1,7% wird um 0,25% erhöht für Mitglieder ohne Kinder. Es gilt die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung (3.525 Euro pro Monat in 2005).

Die sich daraus ergebende finanzielle Situation der Sozialen Pflegeversicherung wurde danach als *Status Quo (SQ)* eingesetzt.

Aufbauend auf diesen Status Quo wurden folgende Varianten berechnet:

- **Herstellung der Bürgerversicherung Pflege:** Eingliederung der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung Pflege. Die Beiträge werden nach der Leistungsfähigkeit der Mitglieder auf alle Einkunftsarten erhoben.
- **Verbesserte Versorgung für Demenzkranke:** Anhand der Prävalenzen für Demenzerkrankungen in Deutschland wurde abgeschätzt, wie viele Versicherte der Pflegeversicherung in angemessener Weise in eine höhere Pflegestufe eingruppiert werden müssten. Dadurch erhöht sich die zur Verfügung stehende Pflegezeit für diese Versicherten. Eine zusätzliche Veranschlagung von 30 Minuten täglich für den Mehraufwand in der Pflege von Demenzkranken würde nach Abschätzungen des BMGS zu Mehrausgaben von 750 Mio. Euro jährlich führen.²⁹ Dieser Betrag wurde von uns auf alle Demenzkranke als zusätzliche Leistungsausgaben gleichmäßig verteilt.
- **Besserstellung ambulanter Pflege in Pflegestufen I und II:** Es wird vorgeschlagen, die Leistungen für ambulante Pflege in den Stufen I und II anzuheben. Dadurch wird die gegenwärtige Unterfinanzierung der ambulanten Pflege in den Stufen I und II behoben, so dass dem Vorrang der häuslichen Pflege Rechnung getragen wird und die teureren, häufig für den Pflegebedürftigen nicht mit Vorteilen verbundene stationäre Unterbringungen, vermieden werden. Die neuen Beträge der ambulanten Leistungen ergeben sich als arithmetisches Mittel aus den aktuellen Beträgen für ambulante und stationäre Leistungen in den jeweiligen Stufen. Einen entsprechenden Überblick gibt Tabelle 7.
- Die Pflegesätze werden proportional zu den Einkommen der Versicherten dynamisiert.

Tabelle 7: Beträge für ambulante bzw. stationäre Leistungen nach Pflegestufen (ohne Pflegegeld)³⁰

	Bürgerversicherung Pflege; ambulant	Status Quo ambulant	Status Quo stationär	„Rürup“-Kommission: einheitlich ambulant/stationär
Pflegestufe I	704	384	1023	400 Euro
Pflegestufe II	1100	921	1279	1000 Euro
Pflegestufe III	1432	1432	1432	1500 Euro

28 Die Anhebung des Beitragssatzes für Mitglieder ohne Kinder wurde ebenfalls modelliert, da es dazu noch keine abschließenden empirischen Werte gab.

29 Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS. Berlin; August 2003, S. 198-199.

30 Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS. Berlin; August 2003, S. 193-197.

4.3 Ergebnisse

4.3.1 Verbesserung der Pflege für Demenzerkrankte und Anhebung ambulanter Leistungen (ohne Pflegegeld)

Aus dem Datensatz wurde für den Status Quo ein Beitragssatz von 1,74% für das Jahr 2006 (1,72% für 2004, 1,73% für 2005) ermittelt, welcher die Differenzierung nach Kinderangehörigkeit bereits enthält. Es besteht somit gegenüber dem tatsächlichen Beitragssatz von 1,7% eine leichte Unterdeckung. Die Verbesserung der Versorgung von Demenzerkrankten würde Ausgabensteigerung von 750 Mio. Euro verursachen (von 17,6 auf 18,4 Mrd. Euro, Basis 2006). Entsprechend ergäben sich Beitragssatzsteigerungen im Status Quo um 0,09 Prozentpunkte. Die Anhebung der Ausgaben für ambulante Leistungen der Stufe I und II (ohne Pflegegeld) würden Mehrausgaben von 0,5 Mrd. Euro verursachen, was einer Anhebung des Beitragssatzes um 0,06 Prozentpunkten entspricht. Werden beide Maßnahmen zusammen eingeführt, ergeben sich Mehrausgaben von 1,4 Mrd. Euro im Jahr 2006, beziehungsweise eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,14 Prozentpunkte. Beachtet werden muss, dass Wechsel in der Inanspruchnahme zwischen ambulanten und stationären Leistungen darin nicht enthalten sind.

4.3.2 Einführung der Bürgerversicherung Pflege

Die Bürgerversicherung würde im Status-Quo-Modell eine Reduzierung des Beitragssatzes um 0,36 Prozentpunkte (Jahr 2006) ermöglichen. (Tabelle 8)

Blieben in einer Bürgerversicherung Pflege die Einbeziehung der zusätzlichen Einkunftsarten unberücksichtigt und würde somit nur der Personenkreis ausgeweitet, würde die Beitragssatzreduzierung noch 0,31 Prozentpunkte betragen. Auch damit wäre eine kostendeckende Finanzierung der Pflegeversicherung ohne Rückgriff auf vorhandene Reserven möglich. Würde zusätzlich zur Bürgerversicherung die Verbesserung der Pflege für Demenzerkrankte sowie die Anhebung der Beträge für ambulante Leistungen vorgenommen, ergäben sich Beitragssatzreduktionen von immerhin noch 0,24 Prozentpunkten (von 1,74% auf 1,50%). Die Ausgaben stiegen durch die Bürgerversicherung um 0,5 Mrd. Euro gegenüber dem Status Quo in 2006. Daraus ergibt sich, dass die zusätzlichen Einnahmen der Bürgerversicherung die zusätzlichen Ausgaben aus den Leistungsverbesserungen weit überwiegen.

Tabelle 8: Gegenüberstellung der wichtigsten Kennzahlen zur Einführung einer Bürgerversicherung, Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter sowie der Anhebung der ambulanten Leistungen in Stufe I und II Jahr 2006

2006	Status Quo: (derzeitige Leistungen)	+ Verbesserung Demenz	+ Anhebung der ambulanten Sachleistungen (Stufe I und II, ohne Pflegegeld)	+ Verb. Demenz + Anhebung amb. Leistungen
Ausgaben (Mrd. Euro)				
Status Quo	17,6	18,4	18,1	19,0
Bürgerversicherung	18,1	19,0	18,7	19,5
Beitragspflichtige Einnahmen (Mrd. Euro)				
Status Quo	969	969	969	969
Bürgerversicherung	1.239	1.239	1.239	1.239
Davon: Beitragspflichtige Einnahmen kinderlose Mitglieder (Mrd. Euro)				
Status Quo	289	289	289	289
Bürgerversicherung	386	386	386	386
Kostendeckender Beitragssatz (in %)				
Status Quo	1,74	1,83	1,80	1,88
Bürgerversicherung	1,38	1,45	1,43	1,59

SQ: Status Quo (keine Bürgerversicherung, jedoch inkl. 0,25% Anhebung für Mitglieder ohne Kinder)

4.3.3 Abschätzung der Entwicklung bis zum Jahr 2025

Der Beitragssatz würde im Status Quo bis zum Jahr 2025 auf 2,33 % steigen. In einer Bürgerversicherung läge er bei 1,85 %, ebenfalls im Jahr 2025. In der grafischen Darstellung zeigt sich, dass im Status Quo Modell die Verbesserung der Versorgung für Demenzerkrankte die größten Ausgabesteigerungen verursacht. Würden die Verbesserungen für Demenzerkrankte sowie die Anhebungen für die ambulante Pflege umgesetzt, lägen die Beitragssätze im Status Quo Modell bei 2,52 %, in der Bürgerversicherung hingegen bei 2,00 %. (Abbildung 2)

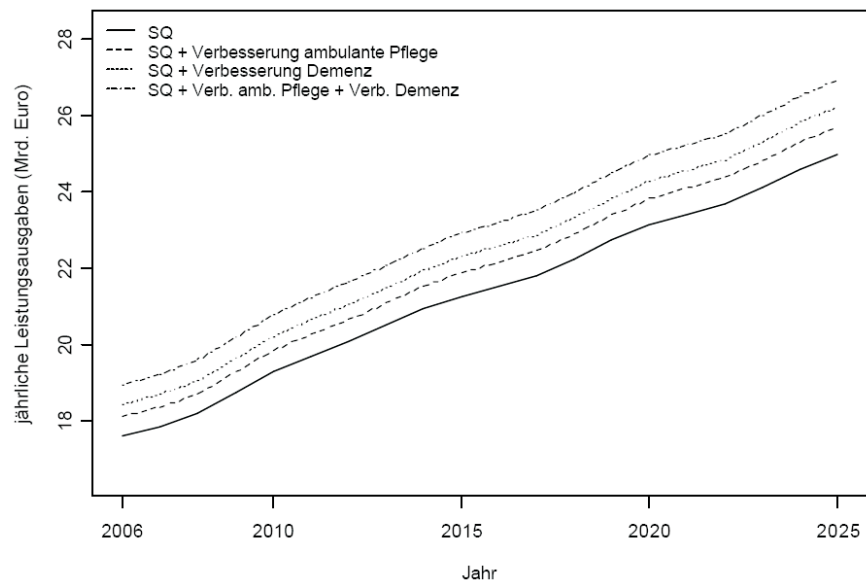


Abb. 2: Leistungsausgaben Status Quo, Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter sowie der Anhebung der ambulanten Leistungen in Stufe I und II; Jahre 2006 bis 2025

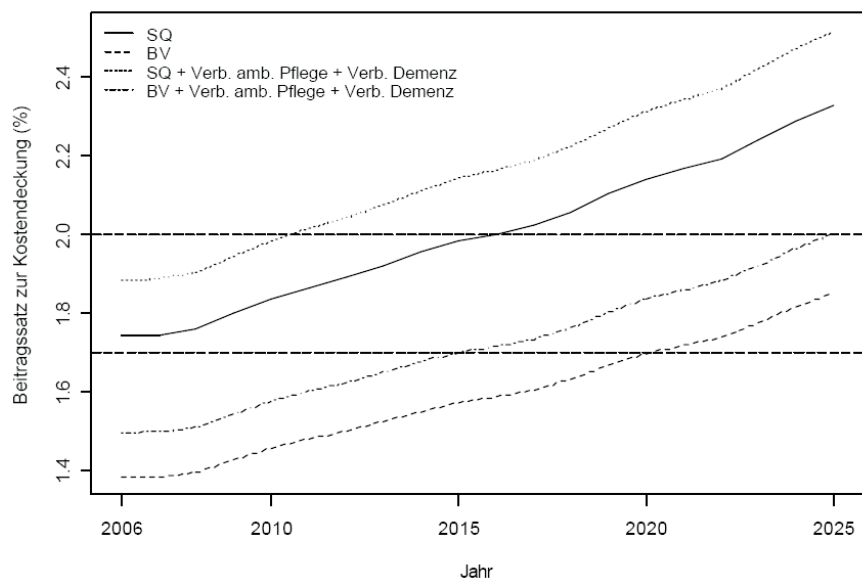


Abb. 3: Beitragssatz Status Quo versus Bürgerversicherung Pflege, Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter sowie der Anhebung der ambulanten Leistungen in Stufe I und II (ohne Pflegegeld); Jahre 2006 bis 2025

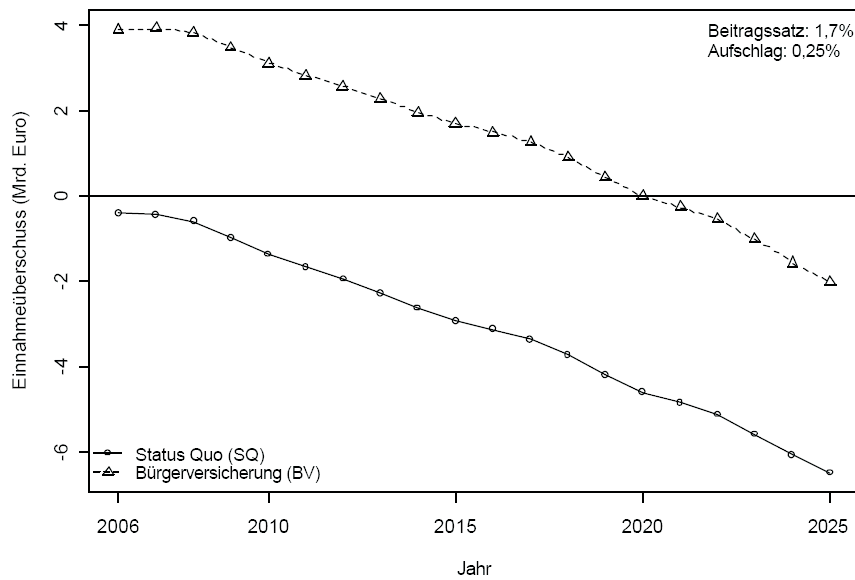


Abb. 4 : Einnahmenüberschuss beziehungsweise Unterdeckung Status Quo versus Bürgerversicherung Pflege bei aktuellem Beitragssatz; Jahre 2006 bis 2025

Tabelle 9: Gegenüberstellung der wichtigsten Kennzahlen zur Einführung einer Bürgerversicherung, Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter sowie der Anhebung amb. Leistungen; Jahr 2025

2025	Status Quo: (derzeitige Leistungen)	+ Verbesserung Demenz	+ Anhebung amb. Leistungen	+ Verb. Demenz + Anhebung der amb. Leistungen
Ausgaben (Mrd. Euro)				
Status Quo	25,0	26,2	25,7	26,9
Bürgerversicherung	25,7	27,0	26,5	27,7
Beitragspflichtige Einnahmen (Mrd. Euro)				
Status Quo	1032	1032	1032	1032
Bürgerversicherung	1322	1322	1322	1322
Davon: Beitragspflichtige Einnahmen kinderlose Mitglieder (Mrd. Euro)				
Status Quo	372	372	372	372
Bürgerversicherung	492	492	492	492
Kostendeckender Beitragssatz (in %)				
Status Quo	2,33	2,45	2,40	2,52
Bürgerversicherung	1,85	1,95	1,91	2,00

SQ: Status Quo (keine Bürgerversicherung, jedoch inkl. 0,25% Anhebung für Mitglieder ohne Kinder)

5 Methodik im Detail

5.1 Der Datensatz

Als Grundlage unserer Berechnungen dienten die Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), einer repräsentativen Stichprobe mit jährlich mehr als 22.000 Befragten.³¹ Alle herangezogenen Angaben der SOEP-Daten beziehen sich auf das Jahr 2002. Sie wurden zum größten Teil in der Befragung von 2003, teilweise auch in der Befragung von 2002 erhoben. Der größte Teil der Einkommen wird in seiner Höhe dem Personenfragebogen entnommen, der von allen Personen ab 16 Jahren beantwortet wurde. Die Einkommen werden differenziert abgefragt (Lohn, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Renten jeder Art, Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe, Weihnachtsgeld etc.). Weitere Einkünfte werden per Haushaltsfragebogen erhoben. Einkünfte des Haushaltsfragebogens wurden gewichtet auf die Haushaltsmitglieder verteilt: Diese werden, falls es im Haushalt mehr als zwei Erwachsene gibt, zu zwei Dritteln demjenigen zugeordnet, der das höchste Einkommen hat und zu einem Drittel demjenigen, dessen Einkommen am zweithöchsten ist. Lebt nur ein Erwachsener im Haushalt, so wird ihm der volle Betrag zugewiesen. Fehlende Werte werden zufällig von Personen mit ähnlichen Charakteristika ersetzt (Altersgruppen, Geschlecht und Berufsgruppe). Der Pflegeversicherungsstatus wurde vom Krankenversicherungsstatus übernommen, da der Personenkreis nahezu identisch ist. Nur der Krankenversicherungsstatus ist in den SOEP-Daten erfasst.³² Ob eine Person Kinder hat, wurde aus den vom Robert-Koch-Institut generierten Tabellen biobirth und biobirthm entnommen, die ebenfalls zu den SOEP-Daten gehören.

5.2 Beitragspflichtiges Einkommen der Pflegeversicherung im Status Quo

Die Berechnung der zu verbeitragenden Einkommen im Status Quo wird so detailgetreu wie möglich nachgebildet. Lediglich die Sonderregelungen der Landwirte kommen nicht zum Tragen. Relevante Einkommensarten für die Verbeitragung im Status Quo sind Lohn/ Gehalt als Arbeitnehmer, 13./14. Monatsgehalt, Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Gewinnbeteiligung etc., Einkommen aus selbständiger/freiberuflicher Tätigkeit, Nebenverdienste, gesetzliche Altersrente, Invalidenrente oder Beamtenpension, gesetzliche Witwen-/Waisenrente, Betriebs- und Hinterbliebenenrente, Arbeitslosengeld (wird zu 80% verbeitragt). Bei freiwillig Versicherten mit geringem Einkommen und Arbeitslosengeld II - Empfängern werden mindestens 880 Euro pro Monat verbeitragt.³³ Die Beiträge der Arbeitslosengeld II -Empfänger werden auf diese Weise erfasst und dynamisiert.³⁴ Verbeitragt wird bis zur Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.525 Euro Bruttoeinkommen pro Monat. Für freiwillig Versicherte mit Selbstständigen-Einkommen werden zusätzlich folgende Einkommen zur Verbeitragung herangezogen: Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Gewinne aus Vermietung und Ver-

31 Weitere Informationen unter <http://www.diw.de/deutsch/sop/index.html> (Abfrage August 2004).

32 Freiwillig Versicherte haben ein einmaliges Wahlrecht zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung. Davon haben 31.000 GKV-Versicherte Gebrauch gemacht.

33 Der Betrag von 880 Euro entspricht einer Mischkalkulation. Je nach Personengruppe variiert das mindestens zu verbeitragende Einkommen von 805 Euro bis zu 1.811,25 Euro.

34 Bei Veränderungen des Beitragsatzes in der Zukunft steigen somit auch die Beiträge von freiwillig Versicherten sowie Arbeitslosengeld II - Empfängern.

pachtung, wobei nur die positiven Gewinne berechnet werden, das sind Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung abzüglich Betriebs- und Instandhaltungskosten, Tilgung und Zinsen (Anmerkung: Tilgung wird abgezogen, da nicht zwischen Tilgung und Zinsen bei der Erhebung differenziert wird.). Renten aus privater Vorsorge werden entsprechend steuerrechtlicher Regelungen mit dem Ertragsanteil (ein Drittel) verbeitragt. Sonderregelungen für geringfügige Beschäftigung und für Beschäftigung in der Gleitzone werden berücksichtigt. Bei Kindern wird der Versicherungsstatus über den Haushaltsvorstand festgelegt. Liegen über diesen keine Angaben vor, so wird statt dessen der Krankenversicherungsschutz der Mutter oder einer anderen Bezugsperson übernommen. Für Personen, die keine Kinder haben, werden separat die beitragspflichtigen Einnahmen bestimmt. Ausgenommen werden dabei Personen, die im Alter von 23 Jahren oder jünger waren sowie Personen, die im Jahr 2005 65 Jahre alt oder älter waren.³⁵ Aufgrund konjunktureller Schwankungen gibt es im Jahr 2004 ein Tief bei der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Abbildung 5). Daher werden die beitragspflichtigen Einkommen durch Multiplikation eines Skalars kalibriert. Für das Jahr 2004 wird das Skalar so gewählt, dass das beobachtete Defizit 860 Mio. Euro ergibt. Langfristig wird das Skalar durch Umgewichtung an die eins angenähert. Dazu wird der Gewichtungssparameter Lambda gewählt als 0,9 hoch des absoluten Betrags der Differenz aus betrachtetem Jahr und 2004. Der Skalar ergibt sich, indem zu $(1-\text{Lambda})$ das Lambdafache des Skalars von 2004 addiert wird.



Quelle: Bundesagentur für Arbeit

Abb. 5: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte; Jahre 1992 bis 2004

³⁵ In den Zukunftsprognosen wurde berücksichtigt, dass sich die obere Altersgrenze (d. h. 65 Jahre in 2005) Jahr für Jahr um 1 erhöht.

5.3 Beitragspflichtiges Einkommen der Bürgerversicherung

Es wird das Zwei-Säulen-Modell der Bürgerversicherung modelliert. Die Einkommensarten, die bereits bei Selbstständigen im Status Quo verarbeitet werden, werden auf alle Mitglieder der Bürgerversicherung ausgedehnt. Ausgenommen werden Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung.³⁶ Die geltenden Sonderregelungen des Status Quo werden für die Bürgerversicherung übernommen. Die Beitragsbemessungsgrenzen beider Säulen betragen 3.525 Euro pro Monat. In einer Säule werden Kapitaleinkünfte, in der zweiten Säule alle übrigen Einkünfte verarbeitet. Es gilt ein monatlicher Freibetrag von 111,67 Euro auf Zinseinkünfte und Dividenden. In Anspruch genommene Freibeträge werden auf die Beitragsbemessungsgrenze der jeweiligen Säule aufgeschlagen.

5.4 Berechnung der Ausgaben der Pflegeversicherung

Bei den Ausgaben der Pflegeversicherung wird zwischen Verwaltungsausgaben und Leistungsausgaben unterschieden. Die Verwaltungsausgaben (inklusive des Medizinischen Dienstes) der Versichererten in der Sozialen Pflegeversicherung wurden mit 0,84 Mrd. Euro angesetzt³⁷ und gleichmäßig auf diese Versicherten aufgeteilt. Bei einer Erweiterung des Versichertenkreises wurden privat Versicherten die gleichen durchschnittlichen Verwaltungskosten pro Person unterstellt. Für Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung wurden pro Alters-/ und Geschlechtsgruppe durchschnittliche Ausgaben bestimmt. Dazu wurden die Leistungsausgaben der Gruppe auf alle Gruppenmitglieder des SOEP-Datensatzes aufgeteilt. Da sich die Leistungsausgaben auf das Jahr 2003 beziehen, wurden dazu die an das Jahr 2003 angepassten Hochrechnungsfaktoren verwendet. Wie die Leistungsausgaben pro Gruppe bestimmt wurden, wird in Abschnitt 5.5 erläutert. Die Private Pflegeversicherung hatte 2002 Leistungsausgaben in Höhe von 496,9 Mio. Euro. Es wurde unterstellt, dass privat Versicherte strukturell dasselbe Inanspruchnahmeverhalten aufweisen wie gesetzlich Versicherte. Die individuellen Ausgaben der privat Versicherten wurden mit einem Skalar multipliziert, so dass sich für das Jahr 2002 Leistungsausgaben in der oben genannten Höhe ergaben.

5.5 Leistungsausgaben der Pflegeversicherung:

Die Anzahl der Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung wurde unterteilt nach Altersgruppen, Geschlecht, Pflegestufe, ambulante/stationäre Versorgung von den offiziellen Statistiken des BMGS übernommen (Bezugsjahr 2003). Für jede Pflegestufe wurden getrennt nach ambulanter bzw. stationärer Versorgung durchschnittliche Ausgaben pro pflegebedürftiger Person berechnet. Dabei wurde auf die in Anspruch genommenen Leistungen zurückgegriffen („Soziale Pflegeversicherung - Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2003“, Quelle: BMGS). Jeder Leistung wurde ein fester Betrag zugewiesen. Diese orientieren sich an der Tabelle „Leistungen der Pflegeversicherung – Leistungen im Überblick“³⁸ Eindeutig zugeordnet werden können: Pflegesachleistungen und Pflegegeld der häuslichen Pflege, Kurzzeitpflege, teilsta-

36 In den Zukunftsprognosen wurde berücksichtigt, dass sich die obere Altersgrenze (d. h. 65 Jahre in 2005) Jahr für Jahr um 1 erhöht. Siehe hierzu: Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes. Modell einer solidarischen Bürgerversicherung. Berlin; 26. August 2004.

37 Verwaltungsausgaben gemäß den Angaben des BMGS für das Jahr 2002: 4,8% von 17,35 Mrd. Euro.

38 BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

tionäre Tages- und Nachtpflege und vollstationäre Pflege. Da bei der Leistungsanspruchnahme der Pflegevertretung nicht differenziert wird, ob die Pflegevertretung durch nahe Angehörige oder durch sonstige Personen durchgeführt wird, werden folgende jährliche Beträge festgesetzt: 818,50 Euro für Pflegestufe 1, 921 Euro für Pflegestufe 2 und 1.048,50 Euro für Pflegestufe 3 und Härtefälle. Pflege in vollstationären Einrichtungen für behinderte Menschen werden mit 256 Euro monatlich kalkuliert. Die Tabelle der Leistungsanspruchnahme enthält keine Informationen über die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel, die technischen Hilfsmittel, etc. Daher werden pauschal folgende jährliche Beiträge pro Person addiert: Pflegestufe 1: 150 Euro, Pflegestufe 2: 280 Euro, Pflegestufe 3 und Härtefälle: 400 Euro. Insgesamt kommt es laut Berechnung zu Leistungsausgaben in Höhe von rund 16,6 Mrd. Euro, was mit den Angaben der „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ übereinstimmt.³⁹ Im Szenario einer verbesserten ambulanten Versorgung werden die monatlichen ambulanten Pflegesachleistungen der Pflegestufen I und II modifiziert. In der Pflegestufe I wurden sie auf 704 Euro (statt derzeit 384 Euro), in der Pflegestufe II auf 1100 Euro (statt derzeit 921 Euro) gesetzt. Für Härtefälle und die Pflegestufe III gab es keine Modifizierung. Die erhöhten Ausgaben für Demenzkranke im sogenannten 30-Minuten-Regelungs-Szenario wurden folgendermaßen berücksichtigt: 750 Mio. Euro Mehrausgaben wurden auf alle gesetzlich pflegeversicherten Personen aufgeteilt⁴⁰. Dabei wurden pro Demenzkranken dieselben zusätzlichen Kosten unterstellt. Die Prävalenz der Demenz wurde wie in Tabelle 10 angenommen:

Tabelle 10: Prävalenz der Demenz nach Altersgruppen

Alter in Jahren	Prävalenz der Demenz
< 60	0 %
60 bis 64	1 %
65 bis 69	2 %
70 bis 74	4 %
75 bis 79	8 %
80 bis 84	15 %
85 bis 89	30 %
90 und älter	35 %

Mehrausgaben für Demenzkranke bei privat Versicherten wurden mit dem oben beschriebenen Skalar angepasst, ansonsten altersspezifisch übernommen.

5.6 Berechnung der Beitragssätze

Bei der Berechnung der Beitragssätze wurde das Kostendeckungsprinzip (Einnahmen gleich Ausgaben) unterstellt. Dazu werden die Gesamtausgaben durch die beitragspflichtigen Einkommen geteilt. In den Szenarien, in denen Kinderlose⁴¹ einen um 0,25%-Punkte erhöhten Beitragssatz zahlen müs-

³⁹ BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

⁴⁰ Dabei wurden die an das Jahr 2000 angepassten Hochrechnungsfaktoren verwendet.

⁴¹ Im Sinne von Absatz 5.1.

sen, wurden 0,25% der beitragspflichtigen Einkommen der Kinderlosen von den Ausgaben abgezogen.

5.7 Zukunftsprognosen

Um die Entwicklung der Beitragssätze in der Zukunft zu approximieren, wird eine Anpassung der Hochrechnungsfaktoren vorgenommen. Die Hochrechnungsfaktoren werden an die Bevölkerungsentwicklung laut des Berichtes der „Rürup-Kommission“ angepasst. Neben der demographischen Entwicklung wird auch der Verlauf der Arbeitslosigkeit gemäß dem Bericht der „Rürup-Kommission“ integriert.⁴² Die Hochrechnungsfaktoren für das Jahr 2002 des SOEP-Datensatzes dienen als Referenzwert und ändern sich durch die Anpassung nicht. Die alters- und geschlechtsspezifischen Einkommen- und Ausgabenprofile werden für Zukunftsprognosen beibehalten.

6 Literatur

BMGS. Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Bonn; 2004.

BMGS. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung.

BMGS. Pflegeversicherung. Berlin; 2003.

BMGS. Pflegeversicherung: Kinderberücksichtigungsgesetz beschlossen. Pressemitteilung vom 26.11.2004; Berlin.

http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/index_6310.cfm (Zugriff Febr. 2005)

Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS. Berlin; August 2003

Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes. Modell einer solidarischen Bürgerversicherung. Berlin; 26. August 2004

<http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/buergerversicherungsmodell.pdf>
(Zugriff Febr. 2005)

Private Krankenversicherung. Zahlenbericht 2003/ 2004. Köln: Verband der privaten Krankenversicherung e.V. <http://www.pkv.de/downloads/Zb04.pdf> (Zugriff Feb. 2005)

⁴² Kommission des BMGS zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme des BMGS. Berlin; August 2003.

Autoren

Karl W. Lauterbach, Univ.-Prof. Dr. med. Dr. sc. (Harvard), Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Mitglied im Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Dr. M. Lünen, B. Stollenwerk, Dr. A. Gerber, G. Klever-Deichert

Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie
der Universität zu Köln (IGKE)
Gleueler Straße 176-178
50935 Köln