

5 REFORMVORSCHLÄGE ZUR SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG

5.1 BESONDERE PROBLEMLAGE UND ZIELE

5.1.1 STATUS QUO DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG

Die Soziale Pflegeversicherung wurde nach einer nahezu 20-jährigen Beratungsphase als fünfte Säule der Sozialversicherungssysteme 1994 vom Gesetzgeber verabschiedet. Von Anfang an war ihre Einführung als Umlageverfahren umstritten. Bei der Gesetzlichen Rentenversicherung zeichnete sich bereits seit längerem ab, dass umlagefinanzierte Versicherungssysteme aufgrund der absehbaren demografischen Entwicklung der Gesellschaft unter einem zunehmenden Mangel an nachwachsenden Generationen leiden werden. Unter dem Gesichtspunkt der Finanzierbarkeit muss daher festgestellt werden, dass die gegenwärtige Form der Sozialen Pflegeversicherung nicht nachhaltig ist.

Die gewählte Lösung erlaubte trotz ihres „Teilkaskocharakters“ eine recht umfassende und schnelle Absicherung des Pflegerisikos, da Leistungen zur häuslichen Pflege bereits ab dem 01.04.1995 und Leistungen zur stationären Pflege ab dem 01.07.1996 in Anspruch genommen werden konnten. In den Genuss davon kamen bislang vor allem ältere Leistungsempfängerinnen und -empfänger, ohne selbst nennenswerte Versicherungsbeiträge entrichtet zu haben. Aus Gründen der finanziellen Nachhaltigkeit wäre die Einführung einer obligatorischen kapitalgedeckten Pflegeversicherung vorteilhafter gewesen. Damit hätte allerdings der Nachteil in Kauf genommen werden müssen,

dass man den Älteren aufgrund der – mangels Altersrückstellungen – sehr hohen versicherungsmathematischen Versicherungsprämien eine Versicherungspflicht nicht hätte zumuten können. Dies hätte zur Folge gehabt, dass der heute älteren Generation keine Leistungen der Pflegeversicherung zugute kommen würden. Es wird auch die Auffassung vertreten, dass es sachgerechter gewesen wäre, die vor der Einführung der Pflegeversicherung bestehende Sozialhilfөлösung durch ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz zu ersetzen. Dies wurde jedoch aus fiskalischen Gründen sowie wegen der Abhängigkeit der Leistungen von der jeweiligen Haushaltslage abgelehnt.

Merkmale der Sozialen Pflegeversicherung sind der „Teilkaskocharakter“¹, die Festschreibung des paritätisch finanzierten Beitragsatzes bei 1,7%, um die übermäßige Belastung des Faktors Arbeit durch ein weiteres Ansteigen der Lohnnebenkosten zu vermeiden, sowie die nach Pflegestufen und Versorgungsarten gestaffelten Leistungen.² Durch das flächendeckende Nebeneinander der Sozialen und der privaten Pflegeversicherung³, deren Abgrenzung untereinander sich an der Krankenversicherung orientiert, ist nahezu die gesamte Bevölkerung in der Pflegeversicherung abgesichert. Von den insgesamt rund 79 Mio. Versicherten entfällt mit rund 71 Mio. der Großteil auf die Soziale Pflegeversicherung.⁴

Die Soziale Pflegeversicherung erfreut sich in weiten Bevölkerungskreisen großer Akzeptanz, ohne dass der Teilkaskocharakter dieser Versicherung hinreichend bekannt wäre. Mit der

1 Teilkasko bedeutet, dass die Differenz zwischen den tatsächlich entstehenden Pflegekosten und den Leistungspauschalen vom Versicherten selbst oder dem Sozialhilfeträger zu zahlen ist.

2 Die Leistungen sind in drei Pflegestufen (Stufe I: erheblich Pflegebedürftige, Stufe II: Schwerpflegebedürftige und Stufe III: Schwerstpflegebedürftige) in jeweils Geldleistungen (Pflegegeld) und Sachleistungen (ambulante und stationäre Leistungen) gestaffelt.

3 Mit Ausnahme der Beitragserhebung entspricht die private Pflegeversicherung im Wesentlichen den Prinzipien der Sozialen Pflegeversicherung.

4 Quelle: BMGS.

Sozialen Pflegeversicherung wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass die Sozialhilfekosten für Pflegeleistungen, die von den Betroffenen nicht mehr eigenständig aufgebracht werden konnten, vor ihrer Einführung bedrohlich angestiegen waren. Hierdurch wurden die Kommunen als Träger der Sozialhilfe immer stärker belastet. Dies ist neben der längeren Lebenserwartung auch durch das abnehmende Pflegepotenzial innerhalb der familiären Strukturen begründet sowie auf die steigenden Kosten für die zunehmende stationäre Pflege zurückzuführen. Ferner spielt dabei eine Rolle, dass die Kosten für Pflegeleistungen in stärkerem Maße angestiegen sind als die Alterseinkommen. Das neben einer generellen Absicherung des Pflegerisikos erklärte Ziel der Pflegeversicherung, einerseits die Sozialhilfeträger zu entlasten und andererseits eine verbesserte Versorgung für die Pflegebedürftigen insbesondere im ambulanten Bereich sicherzustellen, wurde weitgehend erreicht. Die mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung geschaffenen Strukturen und die damit einhergehende Planungssicherheit haben zu einer erheblichen Ausweitung des Angebots ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen sowie teilweise zu qualitativen Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen geführt.

Ein Problem ist die bislang fehlende Dynamisierung von Pflegeleistungen. Unter Beibehaltung des Status quo wird die Entwertung durch die allgemeine Preissteigerung über kurz oder lang zur Folge haben, dass die aufgrund des „Teilkaskocharakters“ aufzuwenden-

den Eigenbeiträge der Versicherten erheblich steigen werden. Genauso wird das Volumen der Sozialhilfeleistungen bei Bedürftigkeit anwachsen. Es besteht also ein gewisser Zielkonflikt zwischen der Realwerterhaltung der Pflegeleistungen einerseits und einer Stabilisierung der Lohnnebenkosten andererseits. Ein weiteres Problem der Sozialen Pflegeversicherung ist der reduzierte Pflegebegriff gemäß § 14 SGB XI, der sich auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung beschränkt und nicht die speziellen Bedürfnisse etwa geistig Behinderter oder der zunehmenden Zahl Demenzkranker berücksichtigt.

Bereits heute ist die Soziale Pflegeversicherung finanziell stark belastet: Die Zahl der Pflegeleistungen in Anspruch nehmenden Pflegebedürftigen steigt seit Einführung der Sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich an. Ende 2002 waren rund 1,9 Mio. Versicherte pflegebedürftig, im Jahr 2000 waren es noch rund 1,8 Mio. (siehe Tabelle 5-1).⁵ Für die Zukunft wird aufgrund der absehbaren demografischen Entwicklung mit einer noch wesentlich stärkeren Fortschreibung dieses Trends gerechnet (siehe Kapitel 5.1.2 / Abbildung 5-2).

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit verteilt sich sehr unterschiedlich auf die einzelnen Jahrgänge und nimmt mit dem Alter erheblich zu.⁶ Aufgrund der Alterung der Bevölkerung stellen die Jahrgänge ab 65 Jahren im Jahr 2002 bereits 77,9 % aller Leistungsempfänger, während die unter 65-Jährigen lediglich auf 22,1 % kamen.

TABELLE 5-1: LEISTUNGSEMPFÄNGERINNEN UND LEISTUNGSEMPFÄNGER DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG NACH LEISTUNGSARTEN AM JAHRESENDE 2002, IN TAUSEND

	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Insgesamt
Pflegegeld	588	331	92	1.011
ambulante Sachleistungen	138	105	35	278
stationäre Sachleistungen	230	250	120	600
Insgesamt	956	686	247	1.889

Quelle: BMGS, eigene Berechnungen

⁵ Quelle: BMGS. Die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, d.h. unter Zuzählung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger der privaten Pflegeversicherung, belief sich Ende 2001 auf 1,95 Mio., im Jahr 1999 lag die Zahl noch 1,1 % darunter.
⁶ Das Pflegerisiko liegt vor dem 60. Lebensjahr bei rund 0,6 %, zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr bei rund 3,9 % und nach dem 80. Lebensjahr bei rund 31,8 % (Quelle: BMGS).

KASTEN 5-1: GRUNDZÜGE DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG

Die Soziale Pflegeversicherung wird im Umlageverfahren über Beiträge finanziert, die je zur Hälfte von den Versicherten und Arbeitgebern bzw. Rentenversicherungsträgern getragen werden. Während sich die Beitragsbemessungsgrenze (3.450 €) und die Versicherungspflichtgrenze (3.825 €) an der Gesetzlichen Krankenversicherung orientieren, ist der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung auf 1,7% festgeschrieben. Für die unterhaltsberechtigten Ehepartner und Kinder eines Mitgliedes besteht die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung unter den gleichen Voraussetzungen wie bei der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Pflegebedürftig im Sinne der Sozialen Pflegeversicherung ist, wer wegen einer Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer in erheblichem Maße der Hilfe bedarf. Je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit werden drei Stufen unterschieden:

- **Pflegestufe I:** Erheblich Pflegebedürftige haben mindestens einmal täglich Hilfebedarf bei wenigstens zwei der aufgeführten Verrichtungen aus dem Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt 90 Minuten betragen, wobei mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.
- **Pflegestufe II:** Schwerpflegebedürftige haben mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.
- **Pflegestufe III:** Schwerstpflegebedürftige sind rund um die Uhr bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität hilfebedürftig. Zusätzlich werden mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Der Zeitaufwand muss mindestens wöchentlich im Tagesdurchschnitt fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Dabei wird zwischen häuslicher/ambulanter, teil- und vollstationärer Pflege unterschieden. Sachleistungen für stationäre Pflege werden in Form von Leistungspauschalen gewährt, darüber hinausgehende Kosten müssen die Pflegebedürftigen selbst tragen. Bei häuslicher Pflege können Pflegebedürftige anstelle von Sachleistungen Pflegegeld erhalten, wenn die häusliche Pflege von Angehörigen oder einer sonstigen Pflegeperson erbracht wird. Für diese Pflegepersonen besteht Versicherungsschutz in der Gesetzlichen Unfallversicherung. Zudem zahlen die Träger der Pflegeversicherung für sie abhängig vom zeitlichen Umfang der Pflege Beiträge zur Gesetzlichen Rentenversicherung. Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch kombiniert in Anspruch genommen werden; möglich ist auch die Kombination mit dem Anspruch auf Tagespflege. Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche/ambulante Pflege unterstützen, und es gilt der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“.

Bei vorübergehender Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung übernimmt die Pflegekasse jährlich für bis zu vier Wochen die Kosten bis maximal 1.432 €. Gleiches gilt für eine Ersatzpflegekraft, wenn die eigentliche Pflegeperson verhindert ist. Die Pflegekasse gewährt ferner Zuschüsse für Pflegehilfsmittel zum pflegebedingten Umbau der Wohnung und bietet unentgeltliche Pflegekurse zur Schulung von Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen an.

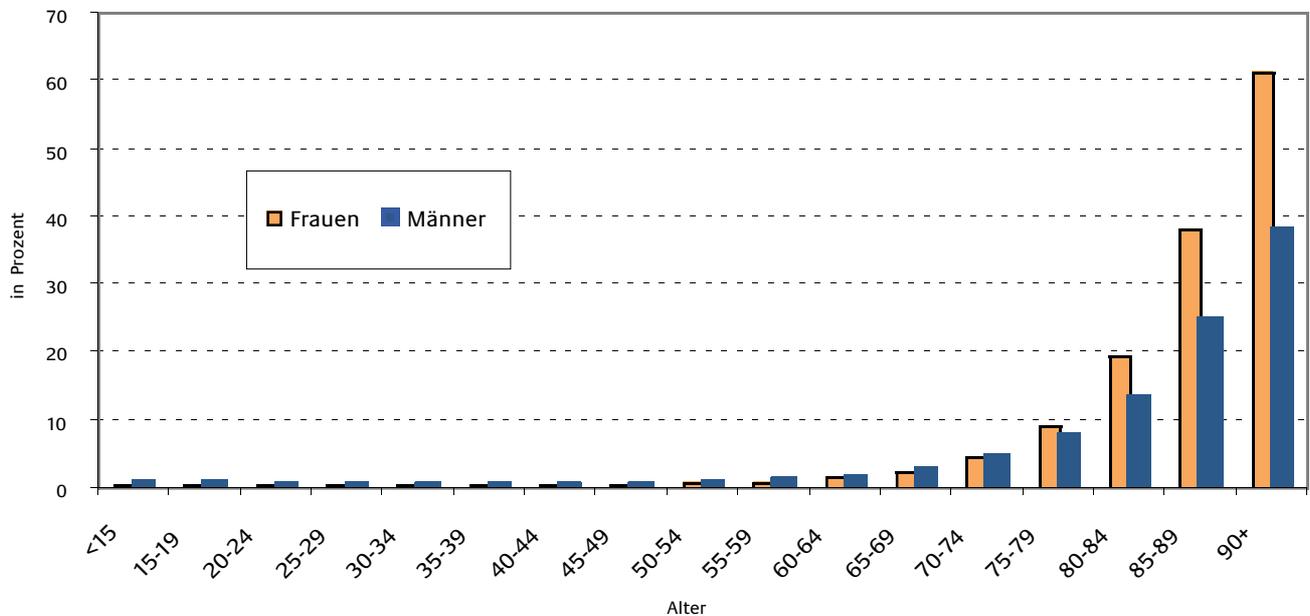
Abbildung 5-1 zeigt die mit zunehmenden Alter stark progressiv verlaufenden Pflegefallprävalenzen sowie deren sehr unterschiedliche Verteilung auf Frauen und Männer. Während die Pflegefallwahrscheinlichkeit bei unter 60-jährigen Frauen und Männern noch bei unter einem Prozent liegt, steigt das Pflegeisiko bei über 90-jährigen Männern auf rund 40% an. Frauen weisen im Vergleich zu Männern dabei ein wesentlich höheres Pflegefallrisiko auf: etwa 60% der über 90-jährigen Frauen sind pflegebedürftig (siehe Abbildung 5-1, nächste Seite).

Für die Pflegekassen kommt belastend hinzu, dass die Pflegebedürftigen immer öfter die teureren ambulanten oder stationären Pflegesachleistungen wählen und der Bezug von Pflegegeld zunehmend eine geringere Rolle spielt.⁷ Neben der unumkehrbaren demografischen Entwicklung führt dieser Trend zu einem Anstieg der Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung.

Deutlicher Reformbedarf der Sozialen Pflegeversicherung zeigt sich auch an der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung von 1999 bis 2002. In diesem Zeitraum überstiegen die

⁷ Der Anteil der Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger (ohne Kombinationsleistung) an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen der Sozialen Pflegeversicherung ist von 54% im Jahresdurchschnitt 1998 auf 50% im Jahresdurchschnitt 2002 gesunken (Quelle: BMGS).

ABBILDUNG 5-1: PFLEGEFALLWAHRSCHEINLICHKEITEN NACH ALTER UND GESCHLECHT IM JAHR 2002



Quelle: BMGS, eigene Berechnungen

jährlichen Gesamtausgaben jeweils die Gesamteinnahmen. Im Jahr 2002 standen Ausgaben in Höhe von 17,4 Mrd. € Einnahmen in Höhe von 17,0 Mrd. € gegenüber, womit sich ein Defizit von rund 400 Mio. € ergab.⁸ Die in den ersten Jahren der Pflegeversicherung geschaffene Finanzreserve (Pflegeleistungen wurden erst drei Monate nach Einsetzen der Beitragspflicht gewährt)⁹ kann das aktuelle Defizit der Pflegeversicherung noch ausgleichen, dürfte nach den Kommissionsberechnungen des demografischen Szenarios aber nur bis maximal 2007 auskömmlich sein (vgl. Kapitel 2 und 5.1.2).¹⁰

5.1.2 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNG IM REFERENZMODELL

In den nächsten Jahrzehnten wird die Anzahl der pflegebedürftigen Personen infolge des demografischen Wandels weiter erheblich ansteigen. Darüber hinaus wird sich die Anzahl der erwerbstätigen Beitragszahlerinnen und -zahler aufgrund der niedrigen Geburtenraten deutlich verringern. Insgesamt führt diese Entwicklung zu einem sich permanent verschärfenden Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung.

Prognosen über die Finanzentwicklung der Pflegeversicherung sind allerdings durch erhebliche Unsicherheiten geprägt. Diese resultieren vor allem daraus, dass über die zukünftigen Pflegefallwahrscheinlichkeiten vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung und des medizinisch-technischen Fortschritts nur sehr vage Vorstellungen bestehen. In welcher Weise sich die bereits heute sichtbaren strukturellen Veränderungen hin zu den kostenintensiveren Leistungsarten (professionelle ambulante und stationäre Sachleistungen) in Zukunft fortsetzen werden, ist nur schwer abschätzbar.

Um den Reformbedarf der Pflegeversicherung und die Auswirkungen von Reformoptionen zu messen, ist trotz aller Unsicherheiten eine Projektion der Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung unumgänglich. Gerade aufgrund der hohen Unsicherheiten ist dabei die Transparenz der getroffenen Annahmen wichtig.

Die Entwicklung der Anzahl der Pflegefälle ist einer der bedeutendsten Einflussfaktoren für die Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (siehe oben). Für die Projektion der

⁸ Quelle: BMGS.

⁹ Der Mittelbestand der Finanzreserve betrug Ende 2002 4,9 Mrd. € abzüglich des gesetzlichen Betriebs- und Rücklagesolls von rund 2,2 Mrd. € (Quelle: BMGS).

¹⁰ Dies gilt für den Fall, dass die derzeitige Lohnbezogenheit der Beiträge beibehalten wird. Im Falle eines Ausweichens auf andere Einkommensarten würden sich zusätzliche Finanzierungsspielräume ergeben (siehe Gesetzliche Krankenversicherung).

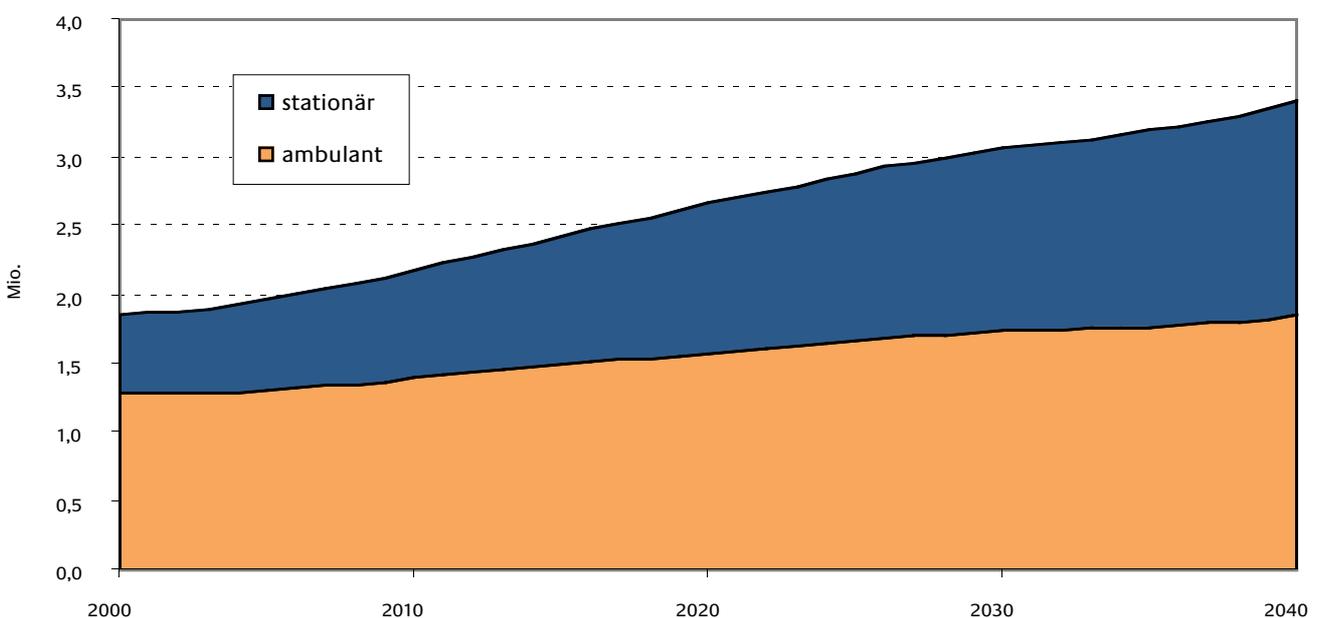
Anzahl der Pflegefälle wird unterstellt, dass die altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten im Zeitablauf konstant bleiben. Im Zusammenhang mit den steigenden Lebenserwartungen von Männern und Frauen bedeutet dies, dass sich die durchschnittliche Dauer der Pflegebedürftigkeit parallel zur Verlängerung der Lebenszeit erhöht. Ob dies eine realistische Annahme ist oder ob sich das Pflegerisiko mit steigender Lebenserwartung in das höhere Alter verschiebt oder aber im ungünstigen Fall die hinzugewonnene Lebenszeit mit einem überdurchschnittlichen Pflegerisiko behaftet ist, kann aus heutiger Sicht nicht verlässlich prognostiziert werden. Allerdings deuten einige Studien darauf hin, dass das Pflegefallrisiko über das gesamte Leben betrachtet eher unverändert bleibt und damit die altersspezifischen Pflegefallwahrscheinlichkeiten bei steigender Lebenserwartung sinken.¹¹

Bei konstanten Pflegefallwahrscheinlichkeiten wird die Anzahl der Pflegefälle von gegenwärtig rund 1,9 Mio. bis zum Jahr 2030 auf 3,1 Mio. ansteigen (siehe Abbildung 5-2). Auch danach

nimmt die Anzahl der Pflegefälle weiter dynamisch zu, wobei im Jahr 2040 ein Wert von 3,4 Mio. erreicht sein wird. Erst nach 2050 ist damit zu rechnen, dass der Anstieg der Pflegebedürftigkeit zum Erliegen kommt, da die geburtenstarken Jahrgänge zu einer steigenden Besetzung höherer Altersklassen beitragen werden.

Neben der Anzahl der Pflegefälle sind die in Anspruch genommenen Leistungsarten für die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung von Bedeutung. Für die Projektion wird davon ausgegangen, dass sich der seit Einführung der Pflegeversicherung zu beobachtende Trend zur stationären Pflege – u.a. aufgrund sich verändernder Familien- und Beschäftigungsstrukturen – zukünftig fortsetzen wird. Gegenwärtig nehmen rund 32 % aller Pflegebedürftigen stationäre Leistungen in Anspruch, im Jahr 2030 wird dieser Anteil annahmegemäß auf über 43 % ansteigen. Ebenso wird sich der Anteil der professionellen ambulanten Pflege zulasten des Pflegegeldes weiter erhöhen.

ABBILDUNG 5-2: ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN BIS ZUM JAHR 2040



Quelle: BMGS, eigene Berechnungen

¹¹ Vgl. Röthgang, Heinz [2001], Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklung in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte, Bremen.

Die Ausgabenseite der Pflegeversicherung wird neben der Anzahl und Struktur der Pflegefälle durch die Leistungen in den einzelnen Pflegestufen und -kategorien bestimmt. Entgegen dem rechtlichen Status quo wird für die Referenzentwicklung unterstellt, dass die Leistungen ab 2005 um 2,25% p.a. angehoben werden.¹² Die Einnahmenseite wird dagegen durch die Beschäftigungs- und Lohnentwicklung sowie durch die Entwicklung der Renten determiniert. Hier werden die Annahmen des Kommissionsszenarios und die Projektionen zur Gesetzlichen Rentenversicherung herangezogen.¹³

Bei einer langfristigen Festschreibung des Beitragssatzes bei 1,7% und einem Verzicht auf weitere Reformmaßnahmen außer der Dynamisierung der Leistungen ergäbe sich auf der Basis dieser Annahmen das in Abbildung 5-3 dargestellte Bild der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung. Zu beachten ist, dass wegen der unterstellten Dynamisierung der Pflegeleistungen diese Finanzentwicklung nicht den rechtlichen Status quo widerspiegelt. Ohne Dynamisierung würde das reale Leistungsniveau durch den permanenten Kaufkraftverlust jedoch stetig absinken, so dass die Pflegeversicherung als Absicherung gegen das Lebensrisi-

ko Pflegebedürftigkeit langfristig immer weiter an Bedeutung verlieren würde.

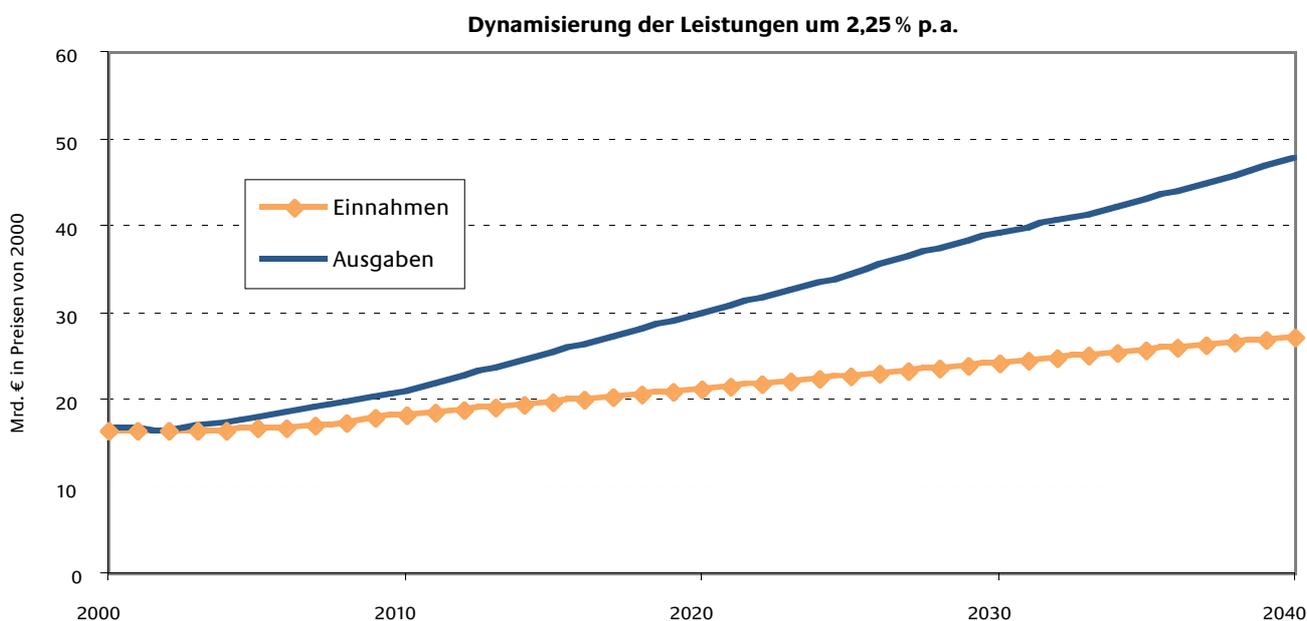
Um Einnahmen und Ausgaben auszugleichen, müsste nach dieser Projektion der Beitragssatz bis zum Jahr 2040 auf 3,0% angehoben werden. Wenn keine weiteren Reformen ergriffen würden, hätten die jetzige jüngere Generation und die zukünftigen Generationen für eine mit heute vergleichbare Leistung der Sozialen Pflegeversicherung eine erheblich höhere finanzielle Belastung zu tragen als die heute Älteren.

5.1.3 ZIELE DER REFORMMASSNAHMEN

Die demografische Entwicklung und die damit einhergehenden Ausgabensteigerungen stellen die Soziale Pflegeversicherung vor große Herausforderungen, wenn die finanzielle und soziale Nachhaltigkeit in einem umlagefinanzierten System für die Zukunft gesichert werden soll. Eine erfolgreiche Soziale Pflegeversicherung muss folgenden Ansprüchen genügen:

- Angemessene Absicherung des Lebensrisikos Pflegebedürftigkeit für alle Bürgerinnen und Bürger,

ABBILDUNG 5-3: FINANZENTWICKLUNG IN DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG OHNE REFORMEN BEI EINEM BEITRAGSSATZ VON 1,7%



Quelle: BMGS, eigene Berechnungen

¹² Siehe zur Begründung Kapitel 5.3.1.

¹³ Vgl. Kapitel 2 und Kapitel 3.3.2.

- Bewahrung der hohen Qualität der finanzierten Pflegeleistungen,
- Vermeidung des Anstiegs der Lohnzusatzkosten,
- Gleichmäßige Verteilung der finanziellen Belastungen auf alle Generationen,
- Langfristiger Erhalt des Leistungsniveaus der Sozialen Pflegeversicherung.

In den folgenden Kapiteln wird das Reformkonzept der Kommission vorgestellt, das auf der Grundlage dieser Ziele entwickelt wurde.

5.2 GRUNDLEGENDE KOMPONENTEN DES REFORMKONZEPTS

Die vorgeschlagenen Reformmaßnahmen stellen die Grundprinzipien der Sozialen Pflegeversicherung – wie das Versicherungsprinzip, die solidarische Finanzierung, den sozialen Ausgleich, die pauschalierten Leistungen und den begrenzten Beitragssatz – nicht in Frage. Allerdings wird die Ausgestaltung der solidarischen Finanzierung zugunsten der zukünftig höher belasteten jüngeren Beitragszahlerinnen und -zahler reformiert, indem ein intergenerativer Lastenausgleich eingeführt wird. Mit einer Dynamisierung der Pflegeleistungen, einer pflegepolitisch sinnvollen und ökonomisch notwendigen finanziellen Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege, einer besonderen Berücksichtigung von Demenzkranken sowie der Erprobung personenbezogener Budgets schlägt die Kommission eine Leistungsumschichtung vor, in deren Vordergrund die Verbesserung der finanziellen Nachhaltigkeit sowie die qualitative Weiterentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung steht.

5.2.1 GRUNDLEGENDE REFORMIDEE – INTERGENERATIVER LASTENAUSGLEICH

Die Kommission spricht sich dafür aus, die notwendigen Reformen innerhalb des bestehen-

den Systems durchzuführen, weil nur dieses einen funktionierenden Markt für qualitätsgesicherte Pflegeleistungen garantiert, d.h. also die solidarisch beitragsfinanzierte Soziale Pflegeversicherung – in einer zukunftsfesteren Form – zu erhalten. Hierfür wird ein in sich geschlossenes Reformkonzept vorgelegt, dessen einzelne Komponenten aufeinander abgestimmt sind und sich gegenseitig bedingen.

Zentrales Anliegen ist die Sicherstellung der nachhaltigen Finanzierung sowie die gleichmäßige Verteilung der Lasten aus dem demografischen Wandel auf alle Generationen. Nur wenn dies gelingt, wird sich die Pflegeversicherung auch zukünftig einer hohen Akzeptanz erfreuen können. Hierfür muss ein Mechanismus geschaffen werden, der es den heute Jüngeren ermöglicht, einen Teil ihrer Pflegebeiträge anzusparen, um den zukünftig unvermeidlichen Mehraufwand zu kompensieren. Durch die Erhebung eines zusätzlichen einkommensabhängigen Ausgleichsbeitrags für Rentnerinnen und Rentner kann ein Teil des allgemeinen Beitragssatzes zur Schaffung individueller kapitalgedeckter Pflegekonten umgewidmet werden. Damit können die für die heutige jüngere Generation steigenden Beitragsbelastungen ausgeglichen werden, so dass im Saldo über die Gesamtlebensdauer für die Generationen in etwa gleich hohe Beiträge zur Pflegeversicherung zu entrichten sind.

Neben der gleichmäßigen Verteilung der finanziellen Lasten müssen im Sinne der Generationengerechtigkeit die realen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten bleiben. Daraus ergibt sich die Forderung nach einer Dynamisierung der von der Sozialen Pflegeversicherung getragenen Leistungen. Die Dynamisierung gewährleistet erstmals, dass das Leistungsniveau der Pflegeversicherung dauerhaft auf dem heutigen realen Niveau erhalten bleibt. Ohne eine solche Anpassung der Leistungen würde die Pflegeversicherung langfristig nicht mehr nennenswert zur Absicherung

des Pflegerisikos beitragen können und sich somit selbst überleben.

Sowohl pflegepolitische Erwägungen als auch die Finanzierung des vorgeschlagenen Gesamtkonzepts machen die Umsteuerung von Mitteln aus dem vollstationären in den ambulanten Pflegebereich notwendig. Damit wird eine Stärkung der häuslichen Pflege und eine dämpfende Wirkung auf die zunehmende Heimquote angestrebt. Hierdurch soll unter anderem den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nach längstmöglicher Pflege in den eigenen vier Wänden Rechnung getragen werden. Ferner verspricht sich die Kommission durch die Aufwertung ambulanter Pflegeleistungen eine Zunahme förderungswürdiger alternativer Pflegeangebote, wie z.B. das gemeinschaftliche altengerechte Wohnen.

Zudem befürwortet die Kommission in einem finanzierbaren Rahmen (zumindest in Höhe der durch die Umfinanzierung der stationären Behandlungspflege frei werdenden Mittel) Leistungsverbesserungen für Demenzkranke und geistig Behinderte. Für diese Gruppe soll die Einstufung in die verschiedenen Pflegestufen zukünftig unter Berücksichtigung besonderer Bedarfe gestaltet werden.

Darüber hinaus sollte die vom Gesetzgeber bereits in § 8 SGB XI vorgesehene Erprobung personenbezogener Budgets genutzt werden. Bei positiven Erfahrungen mit derartigen Budgets könnte durch deren flächendeckende Einführung die Entscheidungsfreiheit und die Nachfragemacht der pflegebedürftigen Personen einerseits und der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern andererseits gefördert werden.

Da die zuletzt genannten Reformkomponenten die Ausgestaltung des intergenerativen Lastenausgleichs determinieren, werden zunächst diese in den nächsten Kapiteln im Detail vorgestellt.

5.2.2 DYNAMISIERUNG DER LEISTUNGEN

Die Kommission spricht sich dafür aus, die Leistungspauschalen der Sozialen Pflegeversiche-

rung (Pflegegeld, ambulante Sachleistungen, stationäre Sachleistungen) regelgebunden zu dynamisieren, um die Kaufkraft der Versicherungsleistungen langfristig auf dem heutigen Niveau zu erhalten. Mit einer angemessenen Dynamisierung kann ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung, die Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfebedürftigkeit, auch langfristig erreicht werden. Gegenüber dem geltenden Recht, wonach eine Dynamisierung nur in Abhängigkeit der Beitragssatzstabilität möglich ist, stellt diese Maßnahme eine wesentliche Verbesserung dar, die die langfristige Existenz der Pflegeversicherung als „Teilkaskoabsicherung“ auf heutigem realen Niveau bewahrt.

Eine realwerterhaltende Dynamisierung ist auch vor dem Hintergrund der Generationengerechtigkeit angezeigt: Die über die Generationen hinweg gleichmäßige finanzielle Belastung durch die Pflegeversicherung führt erst dann zu einer wirklichen Generationengerechtigkeit, wenn den finanziellen Aufwendungen im Zeitablauf vergleichbare Leistungen gegenüber stehen. Werden die Leistungen jedoch nicht dynamisiert, geht der reale Wert aufgrund des Kaufkraftverlustes langfristig immer weiter zurück.

Die Höhe der Dynamisierung der Leistungen soll die jährlichen Preissteigerungen für Pflegedienstleistungen ausgleichen, so dass Pflegebedürftige dauerhaft die gleiche „Menge“ an Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen können. Gleichzeitig soll gewährleistet werden, dass Anreize zu Effizienzsteigerungen auf Seiten der Anbieter von Pflegedienstleistungen, die nicht zuletzt aus einem gewissen Kostendruck entstehen, erhalten bleiben. Auf den ersten Blick würde sich deshalb eine Anpassung der Leistungen anhand der allgemeinen Inflationsrate anbieten. Diese entspricht dem Durchschnittswert der Preissteigerungen von verschiedensten Waren und Dienstleistungen. Dienstleistungen im Bereich der Pflege weisen allerdings naturgemäß überdurchschnittliche Preissteigerungen auf, da diese besonders personalintensiv sind.

Während die Nominallöhne nach dem Kommissionsszenario langfristig durchschnittlich um 3 % pro Jahr steigen, liegt die Inflationsrate nur bei 1,5 %, so dass die Reallöhne und damit der Wohlstand der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer pro Jahr um 1,5 % zunehmen. Trotz der Nominallohnsteigerung um 3,0 % heben die Unternehmen die Preise im Durchschnitt nur um 1,5 % an, da die Produkte durch Produktivitätssteigerungen mit geringerem Faktoreinsatz (z.B. mit weniger Arbeitsinsatz) hergestellt werden können.

Die Möglichkeiten für Rationalisierungsgewinne (Produktivitätssteigerungen) sind bei Pflegedienstleistungen unterdurchschnittlich hoch, weil die reinen pflegerischen Tätigkeiten (z.B. das Waschen der Pflegebedürftigen) kaum beschleunigt werden können. Aber auch bei Pflegedienstleistungen ist grundsätzlich ein Potenzial für Produktivitätssteigerungen, z.B. im Bereich der Ablauforganisation, vorhanden. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen sollte daher nur so hoch ausfallen, dass damit Anreize zur Verbesserung der Kosteneffizienz auf Seiten der Anbieter von Pflegeleistungen erhalten bleiben. Aus diesem Grund spricht vieles dafür, die Dynamisierung der Leistungen zwischen der durchschnittlichen Inflationsrate und dem Pfad der Nominallohnentwicklung anzusetzen, damit das reale Leistungsniveau langfristig konstant gehalten werden kann.

Die Kommission schlägt vor diesem Hintergrund vor, die Leistungspauschalen der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe des Durchschnitts aus Inflation und Lohnsteigerung zu dynamisieren. Auf der Grundlage des Kommissionsszenarios, das eine Inflationsrate von 1,5 % p.a. und eine Lohnsteigerung von 3,0 % p.a. beinhaltet, ergibt sich eine Anhebung der Leistungen um 2,25 % pro Jahr.

Die mit 2,25 % p.a. unterhalb der Lohnsteigerung liegende Dynamisierung bedeutet nicht, dass das Pflegepersonal unterdurchschnittliche Lohnsteigerungen erhält. Vielmehr werden die Anbieter von Pflegedienstleistungen auch bei Lohnsteigerungen von 3,0 % ihre Preise – für die gleichen Leistungen – im Durchschnitt nur um 2,25 % erhöhen müssen, wenn die vorhandenen Rationalisierungspotenziale genutzt werden. So hat es sich in der Praxis gezeigt, dass es insbesondere im stationären Bereich Anbieter gibt, die überdurchschnittliche Leistungen zu unterdurchschnittlichen Preisen anbieten, da sie entsprechend effiziente Organisationsstrukturen geschaffen haben. Eine Dynamisierung parallel zur Lohnentwicklung würde es den Anbietern auf Kosten der Solidargemeinschaft erlauben, diese Rationalisierungspotenziale ungenutzt zu lassen oder die Rationalisierungsgewinne für sich zu behalten.¹⁴

Die Dynamisierung der Leistungen um 2,25 % p.a. bedeutet eine deutliche Verbesserung gegenüber dem derzeitigen Status quo. Allerdings ergäbe sich gemessen am höheren gesamtwirtschaftlichen Wachstum daraus gleichwohl eine schleichende reale Entwertung für den Fall, dass die angenommenen Rationalisierungspotenziale nicht in vollem Umfang erschlossen werden können.

5.2.3 FINANZIELLE GLEICHSTELLUNG DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGE

Wesentlicher Bestandteil des vorgeschlagenen Reformkonzepts für die Soziale Pflegeversicherung ist die Umsteuerung von Finanzmitteln aus dem vollstationären in den qualitätsgesicherten ambulanten Pflegebereich durch eine finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflegesachleistungen ab dem Jahr 2005. Mit der Egalisierung der ambu-

¹⁴ Dass Preise für Pflegedienstleistungen nicht wesentlich überdurchschnittlich steigen, zeigt die Preisentwicklung seit dem Jahr 2000. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sind die Preise für ambulante und stationäre Pflegeleistungen etwa gleich stark gestiegen wie der harmonisierte Verbraucherpreisindex insgesamt:

Preisindex Heimpflege Pflegestufe II im Jahr 2002	= 104,4
Preisindex ambulante Pflege Pflegestufe I im Jahr 2002	= 103,1
Verbraucherpreisindex insgesamt im Jahr 2002	= 103,4

lanten und stationären Leistungen in den Pflegestufen I und II wird dem grundsätzlichen Vorrang der häuslichen Pflege besser entsprochen, indem vermehrt Anreize zur Inanspruchnahme qualitätsgesicherter ambulanter Pflegeleistungen geschaffen und ein differenzierter Ausbau der ambulanten Pflegeinfrastruktur gefördert wird. Die vorgeschlagene Erhöhung der ambulanten und stationären Leistungspauschalen in der Pflegestufe III, in der bereits einheitliche Leistungen gewährt werden, trägt dem steigenden Kostendruck bei der Pflege Schwerstpflegebedürftiger Rechnung.

In der Pflegestufe I soll eine Angleichung der ambulanten und der stationären Pflegeleistungen in Höhe von jeweils 400 € erfolgen. Die Leistungen in der Pflegestufe II sollen im ambulanten und stationären Bereich bei jeweils 1.000 € liegen. Die Kommission sieht zudem eine Anhebung der Pflegestufe III bei den ambulanten und stationären Leistungen auf 1.500 € vor. Das Pflegegeld bleibt in allen Pflegestufen in der jetzigen Höhe erhalten. Aus Gründen des Vertrauensschutzes werden die neuen Pflegepauschalen nur auf Neuzugänge bei den Leistungsbezieherinnen und -bezieher angewendet. Durch die genannten Anpassungen ergibt sich mittelfristig ein jährliches Umschichtungspotenzial für die Soziale Pflegeversicherung von rund 2 Mrd. €. ¹⁵

Die heutigen Sachleistungen für die stationäre Pflege in den Pflegestufen I und II liegen deutlich höher als die Leistungen im Rahmen der qualitätsgesicherten ambulanten Pflege:

- Pflegestufe I: 384 € mtl. ambulant/
1.023 € mtl. stationär,
- Pflegestufe II: 921 € mtl. ambulant/
1.279 € mtl. stationär.

In der Pflegestufe III existiert bereits eine finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege:

- Pflegestufe III: 1.432 € mtl. ambulant
und stationär.

Die bestehende Begünstigung der stationären gegenüber der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung verstärkt den durch die demografisch bedingte Alterung der Gesellschaft zu beobachtenden Trend zur teureren vollstationären Pflege. Derartige kostenverursachende Anreize müssen auch im Hinblick auf die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen, die sich lieber zuhause oder in Tageseinrichtungen pflegen lassen möchten, als in vollstationären Einrichtungen, ¹⁶ zukünftig abgebaut werden. Dies bedeutet jedoch keine Infragestellung der Leistungen der stationären Heimpflege. Insbesondere bei psychisch Kranken, schwer Dementen und Schwerstpflegebedürftigen wird es nur eingeschränkt Alternativen zu einer Unterbringung in Pflegeheimen geben. Von den Gesamtprävalenzen ist daher nicht mit einem Rückgang der Heimquote gegenüber dem Status quo zu rechnen. Von der Veränderung der Anreizstrukturen verspricht sich die Kommission, den zu erwartenden Anstieg bei der vollstationären Pflege vor allem in den Pflegestufen I und II künftig einzudämmen.

Die professionelle qualitätsgesicherte ambulante Pflege soll gegenüber der stationären Pflege gestärkt werden, indem die Anreize für die Wahl der spezifischen Pflegeformen egalisiert werden. Nach Einschätzung der Kommission kann die Zahl der Heimbewohnerinnen und -bewohner der Pflegestufe I reduziert werden, weil viele von ihnen noch zu Hause versorgt werden könnten; dennoch wird in dieser Pflegestufe die stationäre Pflege in steigendem Maß in Anspruch genommen und machte im Jahr 2002 mit mehr als 2 Mrd. € bereits fast die Hälfte der Gesamtausgaben in der Pflegestufe I aus. ¹⁷ Die Ausgaben in der Pflegestufe II im stationären Bereich liegen bereits deutlich über der Hälfte der Gesamt-

¹⁵ Weiteres Umschichtungspotenzial könnte sich ergeben, wenn die Rentenversicherungsbeiträge für nicht erwerbsmäßig pflegende Angehörige aus Steuermitteln finanziert würden. Dies wird teilweise deshalb gefordert, weil es sich bei den Rentenversicherungsbeiträgen um „versicherungsfremde Leistungen“ handele. Die Kommission teilt diese Auffassung nicht, da auch diese Leistungen letztlich den Pflegebedürftigen zu Gute kommen. Dies wird auch daran deutlich, dass die (höheren) Pflegepauschalen für professionelle Pflegedienste sämtliche Sozialbeiträge des Pflegepersonals mit abdecken müssen. Entsprechend lehnt die Kommission eine Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für nichterwerbsmäßig pflegende Angehörige ab.

¹⁶ Vgl. Hopfmüller, Röttger-Liepmann [2001], Initiative zur Einrichtung einer „Enquete der Heime“. Dokumentation einer Tagung am 21.03.2002, Bielefeld.

¹⁷ Quelle: BMGS.

ausgaben in dieser Pflegestufe, obwohl auch bei Schwerpflegebedürftigen in vielen Fällen eine ambulante oder eine Mischversorgung möglich erscheint. Diese Anreize für eine vorzeitige Entscheidung für die stationäre Pflege sind vermeidbar, indem die ambulanten und die stationären Pflegesachleistungen umfänglich voll aneinander angepasst werden. Die Anpassung muss aus Gründen der Finanzierbarkeit sowie um ihre Anreizfunktion voll entfalten zu können unterhalb des jetzigen Niveaus der stationären Leistungen erfolgen.¹⁸ Die Vereinheitlichung der Leistungen bei 400 € in der Pflegestufe I und die damit verbundene Absenkung der heutigen stationären Leistungen ist aus fiskalischen Erwägungen angezeigt. Zu berücksichtigen ist zum einen, dass die Pflegestufe I die Pflegefälle umfasst, bei denen die Wiedergewinnung von Selbsthilfe eine besondere Rolle spielt. Zum anderen liegen in einigen Regionen die Pflegesätze zum Teil unter den aktuellen Leistungsbeträgen der Pflegeversicherung, so dass die finanzielle Attraktivität der stationären Pflege zurzeit in der Pflegestufe I am höchsten ist. Im Übrigen erscheint eine größere Eigenbeteiligung im Rahmen der bestehenden „Teilkaskoversicherung“ an der Schwelle der Pflegebedürftigkeit durchaus vertretbar.

Aufgrund der in der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) benötigten Hilfe rund um die Uhr, die einen Zeitaufwand einer nicht als Pflegekraft ausgebildeten Person von mindestens fünf Stunden erfordert, dürfte es hier trotz finanzieller Anreize nur in eingeschränktem Maß möglich sein, den weiteren Anstieg in der stationären Unterbringung zugunsten der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgungsrate zu verringern. Da die heutigen Leistungen der Pflegeversicherung in der Stufe III überwiegend nicht ausreichen, um die Kosten in einer

stationären Einrichtung zu finanzieren, ist die hier vorgesehene Anhebung der ambulanten wie stationären Pflegeleistungen auf 1.500 € ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen.

Die Kommission hält die in allen Pflegestufen vorgeschlagenen neuen einheitlichen Sachleistungsbeträge auch im Hinblick auf die Leistungsdynamisierungen ab dem Jahr 2005 für ausreichend hoch und weist darauf hin, dass eine höhere Festsetzung der Pflegeleistungen in den einzelnen Pflegestufen zwangsläufig eine Erhöhung des Ausgleichsbeitrags für Rentnerinnen und Rentner zur Folge hätte und deshalb unterbleiben sollte.¹⁹ Der bestehende „Teilkaskocharakter“ der Pflegeversicherung soll explizit beibehalten werden.

ERHALT UND DYNAMISIERUNG DES PFLEGESELDES

Der Erhalt des Pflegegeldes wird in allen Pflegestufen als sinnvoll erachtet. Rund eine Million Pflegebedürftige erhalten ausschließlich Pflegegeld und werden in der Regel zu Hause von Angehörigen betreut, davon 12 % mit sehr hohem Pflegeaufwand (Pflegestufe III). Eine Streichung des Pflegegeldes würde die Umorientierung in Richtung professioneller häuslicher und stationärer Pflege noch begünstigen und damit die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung zusätzlich zu den demografisch bedingt steigenden Mehrkosten in die Höhe treiben.²⁰

Die Höhe des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufen beträgt zurzeit:

- Pflegestufe I: 205 € mtl,
- Pflegestufe II: 410 € mtl,
- Pflegestufe III: 665 € mtl.

¹⁸ Inwieweit es durch die Absenkung der stationären Pflegesachleistungen in den Pflegestufen I und II zu zusätzlichen finanziellen Belastungen der Sozialhilfeträger kommen wird, hängt sehr stark von dem Nachfrageverhalten der Pflegebedürftigen ab und kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeschätzt werden. Zu berücksichtigen ist, dass das vorgelegte Reformkonzept für den ambulanten Bereich zu einer Entlastung der Träger der Sozialhilfe gegenüber dem Status quo beitragen wird. Dagegen dürften sich nach Absenkung der Leistungen der Pflegeversicherung für den stationären Bereich zunächst Mehraufwendungen für die Träger der Sozialhilfe ergeben. Dadurch werden Anreize zu einem weiteren Ausbau ambulanter Angebote gesetzt. In der Gesamtwirkung dürfte die vorgeschlagene Leistungsdynamisierung langfristig zu einer Entlastung der Sozialhilfeträger gegenüber dem Status quo beitragen.

¹⁹ Siehe im Einzelnen dazu Kapitel 5.4.

²⁰ Siehe Kapitel 5.5.1 und Kapitel 5.5.2.

Diese Zahlbeträge werden im Rahmen der Dynamisierung der Pflegeleistungen ebenfalls regelmäßig angepasst. Bereits heute zeichnet sich ab, dass das Pflegegeld in allen Pflegestufen zunehmend eine geringere Rolle spielen wird. Der Trend zu professioneller Pflege ist unumkehrbar. Daher müssen bestimmte Formen der professionellen Pflege, vor allem ambulante und gemeinschaftliche Wohnformen, stärker ausgebaut werden.

Das Pflegegeld trifft auf eine hohe Akzeptanz bei den Pflegebedürftigen. Dies gilt vor allem für die Pflegestufe I: Ende 2002 standen in der Pflegestufe I 588.000 Pflegegeldbezieher 138.000 Leistungsbeziehern von ambulanten und 230.000 Leistungsbeziehern von vollstationären Pflegeleistungen gegenüber.²¹

ERHALT DER PFLGESTUFE I

Die Kommission befürwortet die Beibehaltung der Pflegestufe I. Die Pflegestufe I umfasst einen Zeitaufwand von wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten für Körperpflege, Ernährung oder Mobilität sowie mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, wobei mehr als 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen (§ 15 SGB XI). Diese Pflegeleistungen können nicht als gering oder vernachlässigbar angesehen werden. Hier ist zu berücksichtigen, dass gerade in dieser Pflegestufe eine präventiv ausgerichtete Pflege unter anderem auch dazu beitragen kann, den Übergang der Pflegebedürftigen in die Pflegestufe II und III zu verhindern oder hinauszuzögern und ebenso eine zu frühzeitige Entscheidung für den Wechsel in eine stationäre Einrichtung zu vermeiden. Durch die Abschaffung der Pflegestufe I würde zudem der primäre Anwendungsbe-

reich des Pflegegeldes entzogen, was nicht im pflegepolitischen Interesse wäre. Der gegenüber den Pflegestufen II und III geringeren Bedeutung der Pflegestufe I wird ausreichend durch das geringere Pflegegeld und die vergleichsweise niedrigen Leistungssätze im ambulanten und stationären Bereich Rechnung getragen.

5.2.4 FAMILIENLASTENAUSGLEICH

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Pflegeurteil vom 03.04.2001 (1 BvR 1629/94), festgestellt, dass es nicht mit dem Grundgesetz vereinbar ist, wenn Mitglieder der Sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag belastet werden wie Mitglieder ohne Kinder. Dieses Urteil ist bis zum 31.12.2004 vom Gesetzgeber umzusetzen. Laut Bundesverfassungsgericht verpflichtet das Grundgesetz den Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Beitragsrechts dazu, beitragspflichtige Versicherte mit einem oder mehreren Kindern gegenüber kinderlosen Mitgliedern der Sozialen Pflegeversicherung bei der Bemessung der Beiträge relativ zu entlasten. Dieser zwischen Eltern und Kinderlosen vorzunehmende Ausgleich muss dabei zu einer Entlastung der Elterngeneration während der Zeit der Kinderbetreuung und -erziehung führen. Dies wird damit begründet, dass die Beiträge, die von der heutigen Kindergeneration später im Erwachsenenalter auch zugunsten kinderloser Versicherter geleistet werden, maßgeblich auf den Erziehungsleistungen ihrer heute versicherungspflichtigen Eltern basieren, deren Belastung in der Erwerbsphase auftritt.

Nach Ansicht der Kommission greift die familienpolitische Forderung des Bundesverfassungsgerichts nach einem Ausgleich auf der

KASTEN 5-2: PRÄVENTION UND REHABILITATION VOR PFLEGE

Der Prävention und Rehabilitation vor Pflege ist im Interesse der Pflegebedürftigen ein höherer Stellenwert als bisher beizumessen. Bei einer Verminderung der alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten bzw. einer Vermeidung von Pflegebedürftigkeit werden zudem langfristig die Gesamtkosten in der Pflegeversicherung reduziert.

²¹ Quelle: BMGS, eigene Berechnungen.

Beitragsseite innerhalb des Systems der Sozialen Pflegeversicherung zu kurz. Die der Forderung zu Grunde liegende These, dass jede Generation und jeder Versicherte einen monetären sowie einen Realbeitrag in Form der Kindererziehung erbringen muss, damit die umlagefinanzierte Soziale Pflegeversicherung funktionsfähig bleibt, ist in ihrem Kern zutreffend. Dabei wird allerdings nicht berücksichtigt, dass der Ausgleich erziehungsbedingter Lasten nicht allein die Aufgabe der Solidargemeinschaft der gesetzlich Pflegeversicherten, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt, die aus dem Steueraufkommen zu finanzieren ist.

Die Kommission hat grundsätzliche Bedenken gegenüber einer kinderzahlabhängigen Differenzierung der Beitragssätze bei den einzelnen Sozialversicherungszweigen (vgl. Kapitel 3.4.2). Nicht nur die Soziale Pflegeversicherung ist auf eine auch in Zukunft kontinuierliche Generationenfolge angewiesen. Gleiches gilt für alle staatlichen und gesellschaftlichen Bereiche, so dass eine die einzelnen Versicherungszweige übergreifende Gesamtlösung gefunden werden sollte, wie sie sich etwa in der Erhöhung des Kindergeldes widerspiegeln würde.

Eine pflegeversicherungsimmanente Lösung mit einer Finanzierung des Familienlastenausgleichs aus Beitragsmitteln würde zu einer geringeren Akzeptanz der beitragsfinanzierten Sozialen Pflegeversicherung bei Kinderlosen führen. Vor allem würde sie aber Kinderlose bevorzugen, die nicht der Sozialen Pflegeversicherung angehören, da sie zur Finanzierung nicht herangezogen würden. Umgekehrt käme eine Beitragsentlastung nur den Kindererziehenden zugute, die in der Sozialen Pflegeversicherung versichert sind, obwohl die Wahrscheinlichkeit, dass auch die Kinder privat Pflegeversicherter später junge Beitragszahlerinnen und -zahler der Sozialen Pflegeversicherung werden, hoch ist. Eine einkommensproportionale Beitragsentlastung Kindererziehender bzw. eine einkommensproportio-

nale Beitragsbelastung von Kinderlosen hätte die unerwünschte Folge, dass etwa Kindererziehende mit geringem Einkommen gegenüber Besserverdienenden benachteiligt würden. Eine pauschale Entlastung von kindererziehenden Eltern, würde diese Ungerechtigkeiten vermeiden, käme damit aber der generell – vorzugswürdigeren – Kindergeldlösung nahe. Die Kommission spricht sich dafür aus, dass die vom Bundesverfassungsgericht geforderte stärkere Berücksichtigung von Erziehungsleistungen steuerrechtlich gelöst wird.

5.2.5 LEISTUNGS AUSWEITUNGEN FÜR DEMENZKRANKE DURCH UMFINANZIERUNG DER BEHANDLUNGSPFLEGE

Die Kommission spricht sich dafür aus, ab dem Jahr 2005 demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen und psychische Erkrankungen bei der Einstufung in die jeweiligen Pflegestufen zu berücksichtigen. Die darin liegenden Leistungsausweitungen, insbesondere für die wachsende Gruppe der Demenzkranken, können durch die Leistungsumfinanzierung bei der stationären Behandlungspflege und den dadurch in der Pflegeversicherung gewonnenen Finanzierungsspielraum erfolgen.

Die Kommission begrüßt in diesem Zusammenhang die vom Gesetzgeber getroffene Festlegung in dem zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (§ 43b SGB XI), wonach die Aufwendungen für die in den teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege ab dem 01.01.2005 von der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmen sind.

Der sich daraus ergebende finanzielle Handlungsspielraum sollte verwendet werden, um die Defizite der Pflegeversicherung beim Umgang mit Demenzkranken abzumildern. Die Pflegebedürftigkeit von Menschen mit De-

menz stellt die Familienpflege und die professionelle Pflege vor qualitativ und quantitativ andere Herausforderungen als eine somatisch begründete Pflegebedürftigkeit. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 Abs. 1 SGB XI) umfasst Hilfsbedürftigkeit in erheblichem oder höherem Maße bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Die speziellen Bedürfnisse Demenzkranker nach Betreuung und Beaufsichtigung fallen aus dem Katalog von Hilfeleistungen heraus. Durch die pauschale Heraufsetzung des individuellen Zeitbedarfs soll der spezifische Bedarf der Betreuung und allgemeinen Beaufsichtigung für Demente abgegolten werden. Eine darüber hinaus gehende generelle Erweiterung des Pflegebegriffs für Demente und psychisch Kranke ist aufgrund der angespannten finanziellen Situation in der Sozialen Pflegeversicherung nicht zu leisten.

Die Wichtigkeit einer stärkeren Berücksichtigung insbesondere von Demenzerkrankungen in der Pflegeversicherung zeigt sich an der hohen Zahl Demenzkranker, die langfristig noch erheblich steigen wird. Unter den Entstehungsursachen für Pflegebedürftigkeit nehmen demenzielle Erkrankungen einen vorderen Rang ein. Jedes Jahr steigt die Zahl der in Pflegeheimen stationär untergebrachten Demenzkranken um 25 % an. Schätzungen der Entwicklung der Demenz stehen allerdings vor dem Problem, dass ein erheblicher Teil der demenziellen Erkrankungen auf Grund ihrer unspezifischen Symptomatik und ihres schleichenden Verlaufs von den Hausärztinnen und -ärzten nicht erkannt bzw. nicht zutreffend diagnostiziert wird.

Nach Schätzungen von Bickel²² bewegt sich die Gesamtprävalenz bei den über 65-Jährigen in Deutschland zwischen 6 % und 8,7 %, wobei der Durchschnitt bei knapp über 7 % liegt, was einer Krankenzahl in der Altenbevölkerung von etwas mehr als 900.000 entspricht. Die Prävalenzrate steigt steil mit dem Alter an. Während die so genannten präsenilen Demenzen weni-

ger als 3 % dieses Bestandes ausmachen, entfällt mehr als die Hälfte aller Krankheitsfälle auf die Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen. Rund 15 % der Patientinnen und Patienten sind bereits 90 Jahre alt. Das restliche Drittel verteilt sich auf die Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen. Dabei schwankt die Prävalenz zwischen 1,2 % bei den 65- bis 69-Jährigen und 34,6 % bei den über 90-Jährigen. Frauen (70 %) sind aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung weitaus stärker als Männer von einer Demenzerkrankung betroffen. Was die Neuerkrankungen anbelangt, ist mit einer jährlichen Inzidenzrate in der Altenbevölkerung von 1,5 % bis 2 % zu rechnen. Auch hier ist ein steiler Anstieg mit dem Lebensalter zu verzeichnen. Nach den vorliegenden Befunden ist zu erwarten, dass unter den über 90-Jährigen jeder zehnte bis dahin noch nicht Erkrankte innerhalb eines Jahres eine Demenz entwickelt.

Welche Folgerungen sich aus der Prävalenzstruktur für die zukünftige Entwicklung von Demenzen ergeben, versucht Dinkel²³ mit einer Modellrechnung für die Bundesrepublik Deutschland aufzuzeigen. In einer günstigen, auf konservativen Annahmen basierenden Variante wird, ausgehend vom Jahr 1992, ein Anstieg der Anzahl der Demenzkranken in der Bundesrepublik um 240 % bis zum Jahr 2050 geschätzt. In der ungünstigen Variante beträgt dieser Wert sogar 325 %. Würde außerdem noch das Ausmaß der tatsächlich erkannten Fälle von derzeit etwa 50 auf 80 % der Erkrankten steigen, dann ergäbe sich eine nochmals um mehr als die Hälfte höhere Anzahl Demenzkranker.

Die Berücksichtigung eines pauschalen Zeitzuschlags von 30 Minuten täglich zum im Bereich der Grundpflege festgestellten zeitlichen Hilfebedarf würde nach Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung auf der Basis von Begutachtungsergebnissen des Medizinischen Dienstes im Jahr 1998 dazu führen, dass zusätzlich etwa 60.000 Personen durch die erstmalige Einstufung in die Pflegestufe I Leistungen der Pflege-

22 Vgl. Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demografischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Bundestagsdrucksache 14/8800 vom 28.03.2002, S. 235.

23 Vgl. ebenda, S. 235.

Exakte statistische Angaben zu den Kosten der behandlungspflegerischen Leistungen in den stationären Pflegeeinrichtungen liegen nicht vor.

versicherung erhalten würden. Zudem würden rund 84.000 Personen von der Pflegestufe I in die Pflegestufe II und rund 34.000 Personen von der Pflegestufe II in die Pflegestufe III höhergestuft. Die mit dem Zeitzuschlag verbundenen Mehrausgaben werden auf rund 750 Mio. € geschätzt.

Durch die Neuordnung der Finanzierung der stationären medizinischen Behandlungspflege zugunsten der Sozialen Pflegeversicherung dürften die Mehrausgaben bei einem Zeitzuschlag von 30 Minuten in Höhe von rund 750 Mio. € von der Sozialen Pflegeversicherung zunächst kostenneutral getragen werden können.²⁴ Zu berücksichtigen ist aber, dass seitens der Kommission nicht abgeschätzt werden kann, ob die demografisch bedingt zukünftig steigenden Kosten für Demenzkranke mit den zu erwartenden Mehrkosten der stationären Behandlungspflege deckungsgleich sind. Sofern sich hier Verschiebungen der Relationen ergeben sollten, müssten in der ferneren Zukunft ggf. weitere Umfinanzierungen erfolgen, um die befürwortete Ausweitung der Leistungen für Demenzkranke beibehalten zu können.

5.2.6 PERSONENBEZOGENE BUDGETS

Die Kommission befürwortet die Erweiterung

der rechtlichen Grundlagen zur Erprobung personenbezogener Budgets im Rahmen der professionellen Pflege.²⁵ Die Einführung von personenbezogenen, frei verfügbaren Budgets erlaubt den Pflegebedürftigen, auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflegedienstleistungen zu erwerben und sich flexible qualitätsgesicherte Pflegearrangements zusammenzustellen. Hierdurch würden die Selbstbestimmung und die Patientensouveränität gestärkt. Zur Qualitätssicherung und Steuerung dieser Budgets bedarf es des Aufbaus von Case-Management-Institutionen, die im Wettbewerb stehen. Diese haben die Aufgabe der Beratung und Begleitung der Pflegebedürftigen sowie in Einzelfällen auch der Verwaltung des Budgets.

Die Veränderung der Familienstrukturen hin zu Individualisierung, einer wachsenden Anzahl von Alleinlebenden und einer niedrigen Kinderzahl wird zusammen mit dem weiteren Anstieg der Erwerbstätigkeit von Frauen zu einem sinkenden informellen Pflegepotenzial beitragen. Die sich ändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erfordern ein erweitertes Angebot an unterstützenden ambulanten Diensten. Eine Flexibilisierung des Sachleistungsprinzips durch Gewährung von personenbezogenen, frei verfügbaren

KASTEN 5-3: AUSBAUMÖGLICHKEITEN DEMENZSPECIFISCHER BETREUUNGSANGEBOTE

- Abbau von Informationsdefiziten,
- Ausbau von Maßnahmen wie Pflegekurse oder Bildung von familialen Pflegeteams,
- Schaffung eines übergreifenden Netzes von Einrichtungen der Tages-, Nacht-, Kurzzeit-, Wochenend- und Urlaubsbetreuung, um Überforderungssituationen von Pflegepersonen zu vermeiden,
- Erprobung von demenzgerechten Versorgungsmodellen, wie z.B. gerontopsychiatrischen Wohngruppen und Zentren – bestehend aus Tagesklinik, ambulantem Dienst und Altenbetreuung,
- probeweise Angebote von flexiblen, niedrighschwelligem Dienstleistungen zur Entlastung der pflegenden Personen und Überwindung ihrer psychosozialen Widerstände gegen eine Hilfe von außen,
- Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten auf dem Gebiet der Demenzerkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten zur Förderung der Früherkennung von Demenz,
- bessere Qualifizierung des Personals sowohl in Heimen als auch in ambulanten und stationären Einrichtungen, um eine angemessene Versorgung von Demenzkranken gewährleisten zu können,
- Bildung von multiprofessionellen Teams und Einsetzung von Case-Managern als Anlaufstelle für Angehörige von Demenzkranken, wie auch für Dienste und Einrichtungen,
- Einführung von Qualitätsstandards für einen patientengerechten Umgang mit Demenzkranken.

²⁴ Schätzungen reichen von 0,9 bis 1,5 Mrd. €. Daraus könnte sich für die Soziale Pflegeversicherung ein Umschichtungspotenzial ergeben, wenn die Leistungspauschalen so angepasst werden, dass die durchschnittlichen Zuzahlungen für die Pflegebedürftigen unverändert blieben. ²⁵ Nach einer Evaluierung der personenbezogenen Budgets im Anschluss an die Erprobungsphase könnte gegebenenfalls an deren flächendeckende Einführung gedacht werden.

Budgets gibt den Pflegebedürftigen die Möglichkeit, Pflegedienstleistungen zu erwerben und flexible Pflegearrangements zusammenzustellen. Die ambulanten Pflegedienste würden Anreize erhalten, sich mit ihren Leistungsangeboten an den unterschiedlichen Bedürfnissen der Pflegehaushalte zu orientieren. Der Ausbau von teilstationären Hilfen – zeitlich differenziert und den Wünschen der Pflegehaushalte angepasst – wäre auch eine Voraussetzung zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit. Ein optimaler „Pfleagemix“ erfordert flexible Arbeitsbedingungen der erwerbstätigen Pflegepersonen. Hierbei ist an die Ausweitung der Teilzeitarbeit, die Ermöglichung einer freieren Arbeitszeitgestaltung, die Einführung von „Pflegeurlaub“ und die weitere Schaffung von Mini- und Midijobs im Pflegebereich zu denken.

Die zu schaffenden Case-Management-Institutionen sollten als unabhängige Beratungsinstanzen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen in den verschiedenen Phasen der Pflegebedürftigkeit fachkundig beraten und begleiten. Der Pflege- und Betreuungsprozess könnte auch die Verwaltung des Budgets mit einschließen, aber nur dort, wo die Situation der Pflegebedürftigen dies unbedingt erforderlich macht. Die Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs könnte weiterhin vom Medizinischen Dienst wahrgenommen werden, indem der Pflegebedarf individuell im Rahmen eines Assessments bestimmt und darauf basierend individuelle Zeitwerte und Stundensätze für die Vergütung festgelegt werden.

Das Konzept der personenbezogenen Budgets erfordert eine Flexibilisierung des Sachleistungsprinzips, es kann aber auch mit einem konzeptionellen Übergang zum Kostenerstattungsprinzip verbunden werden. Letzteres würde den Übergang von kollektiven Vergütungsverhandlungen zur Marktpreisbildung erleichtern. Um über eine Stärkung der Nachfragemacht der Pflegebedürftigen auch Kostensenkungen zu erreichen, sind die Mechanismen und Strukturen einer unabhängigen Qualitätssicherung zu verbessern. Die Pflege-

leistungen würden sich damit nicht mehr primär an den Erfordernissen von Versorgungssystemen orientieren. Allerdings müsste die Kostenerstattung der professionellen ambulanten und stationären Pflegeleistungen so ausgestaltet werden, dass pflegebedürftigen Personen bzw. deren Angehörigen, die von dieser zusätzlichen Gestaltungsfreiheit überfordert sind, entsprechende Hilfsangebote zuteil werden.

Durch die Egalisierung der qualitätsgesicherten ambulanten und der stationären Sachleistungen in den Pflegestufen I und II und die Beibehaltung der einheitlichen Sachleistungen in der Pflegestufe III wird bereits eine wesentliche Voraussetzung für die Erprobung von personenbezogenen Budgets geschaffen. Des Weiteren werden die Rahmenbedingungen für sektorübergreifende Fallmanagementmodelle deutlich verbessert.

Schließlich wäre bei der Umstellung auf das Kostenerstattungsprinzip die Frage zu stellen, ob Pflegeversicherte, die ihren Lebensabend im EU-Ausland verbringen, einen europarechtlichen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung für ambulante und stationäre Pflegeleistungen erhalten würden, wie er nach dem heutigem Sachleistungsprinzip nicht besteht. Davon ist allerdings nicht auszugehen, sofern die Kostenerstattung an einen Verwendungsnachweis gekoppelt würde. Anders als bei dem vom EuGH als Geldleistung eingestuftem Pflegegeld käme der Kostenerstattung im Rahmen der die nationalen Rechtsvorschriften koordinierenden VO 1408/71 weiterhin der Charakter einer Sachleistung zu.²⁷

5.3 DER INTERGENERATIVE LASTENAUSGLEICH

Im Sinne der nachhaltigen Finanzierung und der Generationengerechtigkeit empfiehlt die Kommission, die Beitragsfinanzierung der Sozialen Pflegeversicherung um einen intergenerativen Lastenausgleich zu ergänzen: Rentnerinnen und Rentner leisten ab dem

²⁷ Vgl. EuGH vom 05.03.1998, Rs. C-160/96 (Molenaar), Slg.1998, I-843, 890.

Jahr 2010 zusätzlich zum allgemeinen Beitragssatz einen einkommensabhängigen generativen Ausgleichsbeitrag. Die zusätzlichen Finanzmittel aus diesem Ausgleichsbeitrag erlauben eine Dynamisierung der Leistungen, in deren Genuss vor allem die Rentnerinnen und Rentner kommen, und ermöglichen es, den heute Aktiven einen Teil ihres Beitrags zur Pflegeversicherung anzusparsen, um hieraus später die demografisch bedingten Mehrkosten zu finanzieren. Der Ausgleichsbeitragssatz wird dabei so festgesetzt, dass die aus dem demografischen Wandel resultierende Nettobelastung für alle Generationen gleich hoch bleibt.

5.3.1 KONKRETE AUSGESTALTUNG

Die im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Komponenten des Reformkonzepts führen auf der einen Seite zu Entlastungen der Sozialen Pflegeversicherung durch die finanzielle Gleichstellung von ambulanter und stationärer Pflege. Andererseits werden die Ausgaben durch die Dynamisierung der Leistungen zum Erhalt des realen Leistungsniveaus ansteigen. Dies führt vor allem infolge des demografischen Wandels zu einem sich immer weiter verschärfenden Auseinanderlaufen von Ausgaben und Einnahmen der Pflegeversicherung, wenn der Beitragssatz stabil bleiben soll.²⁸

Die aus der Bevölkerungsalterung der Gesellschaft resultierenden Lasten können jedoch durch geeignete Maßnahmen gleichmäßig auf die Generationen verteilt werden. Die zukünftigen Lasten der heute Jüngeren können begrenzt werden, wenn die heute Älteren einen höheren Beitrag leisten als sie dies gegenwärtig tun. So kann erreicht werden, dass im Sinne der Generationengerechtigkeit die im Verlauf des Lebens zu tragende Last für die Versicherungsleistungen der heute Älteren und der heute Jüngeren gleich hoch ist.

Hierfür wird zusätzlich zum allgemeinen

Beitragssatz ein einkommensabhängiger Ausgleichsbeitrag von Rentnerinnen und Rentnern erhoben. Die damit verbundene zukünftige Zusatzbelastung der Rentnergeneration ist dadurch gerechtfertigt, dass die Leistungen bereits ab 2005 dynamisiert werden. Soziale Härten können dabei vermieden werden, indem bei Empfängerinnen und Empfängern der bedarfsorientierten Grundsicherung dieser Ausgleichsbetrag auf den Zahlbetrag der Grundsicherung aufgeschlagen wird.

Durch die Erhebung des Ausgleichsbeitrags werden finanzielle Mittel frei, die eine Reduzierung des allgemeinen Beitrags zur Sozialen Pflegeversicherung ermöglichen. Der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern abzuführende Beitrag bleibt dennoch dauerhaft bei 1,7 % des versicherungspflichtigen Einkommens. Die Differenz zwischen dem abgeführten Beitrag und dem allgemeinen Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung wird für Aktive (alle Nicht-Rentner) obligatorisch auf privaten Pflegekonten angespart (Vorsorgebeitrag), die wegen der geringeren Verwaltungskosten zentral bei den Rentenversicherungsträgern geführt werden. Das auf diesen Konten akkumulierte Kapital wird den Versicherten im Rentenalter als zusätzliche Leibrente ausgezahlt. Diese dient dazu, die demografisch bedingte Steigerung der Beitragssätze zur Pflegeversicherung zu kompensieren. Bei einem weniger starken Ansteigen der Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung als prognostiziert können diese finanziellen Mittel frei verwendet werden.

NEBENBEDINGUNGEN FÜR DIE QUANTITATIVE AUSGESTALTUNG

Unter der Prämisse der Generationengerechtigkeit kommt es bei der konkreten Ausgestaltung dieses Reformkonzepts darauf an, den Ausgleichsbeitragssatz und die Leistungen der Pflegeversicherung so auszubalancieren, dass deren Finanzierung nachhaltig gesichert und die Nettobelastung für alle Generationen

²⁸ Siehe Kapitel 5.1.2.

gleich hoch ist. Bei einem fixierten allgemeinen Beitragssatz muss der generative Ausgleichsbeitrag der Rentnerinnen und Rentner um so höher sein, je umfangreicher die Leistungen der Pflegeversicherung ausgestaltet sind.

Die im Folgenden vorgestellte quantitative Ausgestaltung ist unabdingbar mit den übrigen von der Kommission vorgeschlagenen finanzwirksamen Reformkomponenten verknüpft und unterstreicht noch einmal, dass es sich um ein geschlossenes Gesamtkonzept handelt. Dies sind:

- **Dynamisierung der Leistungen**
Die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung werden ab dem Jahr 2005 regelgebunden um den Durchschnitt aus Inflationsrate und Nominallohnsteigerung angehoben. Auf der Grundlage des Kommissionsszenarios ergibt sich daraus eine Dynamisierung in Höhe von 2,25 % p.a. Diese Maßnahme führt in einem Jahr zu Ausgabensteigerungen um über 300 Mio. €.
- **Finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Pflege**
Die Leistungen für die ambulante und die stationäre Pflege werden ab 2005 wie folgt angeglichen:
Pflegestufe I 400 € pro Monat
Pflegestufe II 1.000 € pro Monat
Pflegestufe III 1.500 € pro Monat
Durch die Anhebung der Leistungen für ambulante und die Absenkung für stationäre Pflege wird mittelfristig ein Umschichtungspotenzial in Höhe von rund 2 Mrd. € realisiert. Die Höhe des Pflegegeldes bleibt in den jeweiligen Pflegestufen unverändert.
- **Familienlastenausgleich**
Bei der Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum Familienlastenausgleich zugunsten der Erziehenden werden zusätzliche Einnahmen für die Pflegeversicherung in Höhe von 1 Mrd. € erwartet.²⁹

Diese Reformmaßnahmen sollen bereits zum Jahr 2005 umgesetzt werden. Allerdings werden sich die finanziellen Wirkungen erst nach

einer gewissen Zeit in vollem Umfang einstellen, da beispielsweise die finanzielle Gleichstellung der ambulanten und stationären Leistungen aus Vertrauensschutzgründen nur bei neu eintretender Pflegebedürftigkeit erfolgen kann. Die Finanzreserve der Sozialen Pflegeversicherung wird durch die Einsparungen bis zum Jahr 2010 leicht ansteigen. Hierdurch kann der Einstieg in das intergenerative Lastenausgleichsmodell sanft erfolgen.

HÖHE DES AUSGLEICHSBEITRAGS UND DES VORSORGEBEITRAGS IM JAHR 2010

Die Ausgleichsabgabe für Rentnerinnen und Rentner wird ab dem Jahr 2010 eingeführt.³⁰ Dadurch erhalten die heutigen Rentnerinnen und Rentner und die rentennahen Jahrgänge die Möglichkeit, entsprechend zu disponieren, so dass Vertrauensschutz hinreichend gewährleistet wird.

Im Jahr 2010 wird erstmals ein allein von Rentnerinnen und Rentnern zu entrichtender generativer Ausgleichsbeitrag in Höhe von 2 % des versicherungspflichtigen Einkommens erhoben. Die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter soll um diesen Ausgleichsbeitrag erhöht werden. Der Ausgleichsbeitrag erlaubt es, gleichzeitig den allgemeinen Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung auf 1,2 % zu senken. Der Gesamtbeitragssatz an die Soziale Pflegeversicherung auf Renten beträgt damit 3,2 %.

Wie bisher wird die Hälfte des allgemeinen Beitrags zur Sozialen Pflegeversicherung, also 0,6 % des versicherungspflichtigen Einkommens, von den Rentenversicherungsträgern übernommen. Die Rentnerinnen und Rentner tragen somit 2,6 % ihres Beitrags selbst. Gegenüber geltendem Recht steigt der von ihnen selbst zu tragende Beitrag also um 1,75 Prozentpunkte. Ein Standardrentner zahlt damit ab dem Jahr 2010 etwa 30 € pro Monat an die Pflegeversicherung, also 20 € mehr als nach geltendem Recht. Rentnerinnen und Rentner mit einer geringeren Rente zahlen entsprechend weniger, mit einer höheren Rente entsprechend mehr.

²⁹ Sollten sich diese Mehreinnahmen nicht einstellen, müsste die Kalkulation des Ausgleichsbeitrags entsprechend angepasst werden.

³⁰ Der Ausgleichsbeitrag wird von Personen erhoben, die eine Altersrente beziehen. Renten wegen Erwerbsminderung sind davon nicht betroffen.

Der von Arbeitgebern und Arbeitnehmern abzuführende Beitrag wird dauerhaft bei 1,7 % des versicherungspflichtigen Einkommens eingefroren. Da aber nur noch 1,2 % an die Soziale Pflegeversicherung zu entrichten sind, verbleiben 0,5 %, die als Vorsorgebeitrag obligatorisch auf private Pflegekonten eingezahlt werden und der Kapitalstockbildung dienen. Der Vorsorgebeitrag kann freiwillig aufgestockt werden.

Zum Zeitpunkt des Renteneintritts wird das so angesparte Kapital als zusätzliche Leibrente (nicht vererbbar, nicht kapitalisierbar, nicht veräußerbar und nicht beleihbar) ausgezahlt. Im Rentenalter erhalten die heute Aktiven also ein zusätzliches Einkommen, das sie in die Lage versetzt, die demografisch bedingt steigenden Beitragslasten zu kompensieren. Die zusätzliche Nettobelastung – Ausgleichsbeitrag abzüglich zusätzlicher Rente – bleibt dadurch für alle Generationen gleich hoch.

Da die eingezahlten Beiträge auf das private Pflegekonto absolut gesehen mit 13 € pro Monat bei Personen mit einem Durchschnittsverdienst relativ gering sind, sollten diese Konten zentral verwaltet werden, um den bürokratischen Aufwand und die Verwaltungskosten – auch auf Seiten der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber – zu minimieren. Als Institutionen bieten sich hierfür die Rentenversicherungsträger an, die bereits für jeden (Renten-)Versicherten Konten führen. Wichtig ist dabei, dass der Eigentumsanspruch für die eingezahlten Beiträge bei den Versicherten selbst verbleibt, die Rentenversicherungsträger also nur als Verwalter fungieren. Damit sind diese Mittel verfassungsrechtlich vor einem etwaigen staatlichen Zugriff geschützt.

Zusammenfassend wird festgehalten: Im Jahr 2010 sind auf Renten insgesamt 3,2 % Beiträge an die Soziale Pflegeversicherung zu leisten, wovon 2,6 % von den Rentnerinnen und Rentnern selbst gezahlt werden. Auf Arbeitsein-

kommen werden wie zuvor 1,7 % abgeführt, davon aber nur 1,2 % an die Soziale Pflegeversicherung. Die verbleibenden 0,5 % werden zu Vorsorgezwecken angespart. Das akkumulierte Kapital dient dazu, eine in der Zukunft steigende Gesamtbeitragslast abzufedern. Durch die höheren Lasten der heute Älteren wird erreicht, dass die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung real erhalten bleiben und gleichzeitig die zukünftig steigenden Belastungen der dann Älteren deutlich reduziert werden können und somit ein intergenerativer Lastenausgleich gewährleistet wird.

ENTWICKLUNG IM ZEITABLAUF

Aufgrund der demografischen Entwicklung werden insbesondere bei dynamisierten Leistungen die Ausgaben der Pflegeversicherung zukünftig stärker steigen als die Einnahmen (siehe Kap. 5.1.2). Entsprechend müssen der an die Soziale Pflegeversicherung abzuführende Beitragssatz und der Ausgleichsbeitragssatz sukzessive angehoben werden, um das finanzielle Gleichgewicht in der Sozialen Pflegeversicherung zu gewährleisten (siehe Tabelle 5-2). Hierdurch steigt nicht nur der auf Renten zu entrichtende Gesamtbeitrag bis zum Jahr 2040 auf 4,5 % an. Gleichzeitig wird auch der an die privaten Pflegekonten abgeführte Vorsorgebeitrag langfristig abgebaut. Hinsichtlich der Entwicklung der Verteilung der Beitragslast zeigt sich, dass die Rentenversicherungsträger mittelfristig leicht entlastet werden, da diese jeweils nur den hälftigen allgemeinen Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung tragen müssen. Der von den Rentnerinnen und Rentnern selbst zu tragende Beitragssatz steigt dagegen im Zeitablauf auf 3,65 % an. Dabei sind jedoch die Erträge aus den privaten Pflegekonten noch nicht berücksichtigt, die als Kompensation für den Beitragssatzanstieg angespart werden.

Auf Seiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verändert sich der insgesamt abzu-

TABELLE 5-2: BEITRAGSENTWICKLUNG ZUR SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG (GPV)

	auf Arbeitsentgelt abzuführen	Vorsorgebeitrag für Pflegekonto	GPV-Beitragsatz	generativer Ausgleichsbeitragssatz	auf Renten abzuführen
2005	1,7	0,0	1,7	0,0	1,7
2010	1,7	0,5	1,2	2,0	3,2
2015	1,7	0,3	1,4	2,2	3,6
2020	1,7	0,2	1,5	2,4	3,9
2025	1,7	0,1	1,6	2,6	4,2
2030	1,7	0,0	1,7	2,6	4,3
2035	1,7	0,0	1,7	2,8	4,5
2040	1,7	0,0	1,7	2,8	4,5

Quelle: Eigene Berechnungen

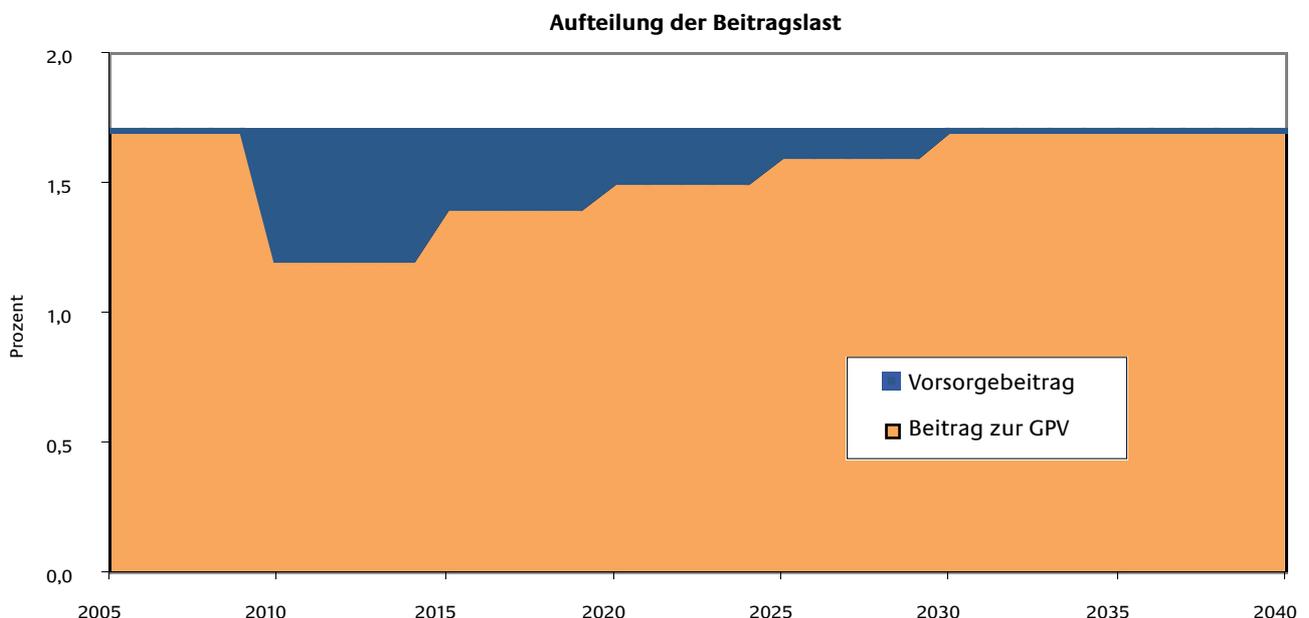
führende Beitragssatz im Zeitablauf nicht. Allerdings wird der Vorsorgeanteil der abgeführten Beiträge nach und nach niedriger (siehe Abbildung 5-4). Ab dem Jahr 2030, wenn der an die Soziale Pflegeversicherung abzuführende Beitragssatz wieder bei 1,7% liegt, wird kein Geld mehr – zumindest nicht obligatorisch – auf das private Pflegekonto eingezahlt. Das angesparte Kapital erhöht sich ab diesem Zeitpunkt aber immer noch durch die anfallenden Zinsen.

Insgesamt steigt der auf den privaten Pflegekonten akkumulierte Kapitalstock bis zum Jahr 2040 auf 125 Mrd. € an. Die Höhe des angesparten Kapitals der einzelnen Versicherten

hängt dabei entscheidend von deren Erwerbsbiografie ab. Versicherte, die im Jahr 2040 in Rente gehen und während ihres gesamten Erwerbslebens über ein Einkommen in Höhe des Durchschnittsentgelts verfügten, können auf einen Kapitalstock in Höhe von gut 6.100 € zurückgreifen.³¹

Erst zusammen mit den zusätzlichen Renten aus den privaten Pflegekonten entsteht ein schlüssiges Bild dieses Reformkonzepts. Die von Rentnerinnen und Rentnern selbst zu tragenden Beiträge an die Soziale Pflegeversicherung (allgemeiner Beitragssatz und Ausgleichsbeitrag) steigen zwar im Zeitablauf deutlich an (siehe Tabelle 5-3). Gleichzeitig wächst

ABBILDUNG 5-4: ENTWICKLUNG DES GESAMTBEITRAGS DER AKTIVEN IM ZEITABLAUF



Quelle: Eigene Berechnungen

31 Ausgedrückt in heutigen Preisen wird ein Kapitalstock in Höhe von insgesamt 75 Mrd. € akkumuliert; für die genannten Versicherten beläuft sich das angesammelte Kapital auf rund 3.500 €.

TABELLE 5-3: BEITRAG DER RENTNERINNEN UND RENTNER ZUR PFLEGEVERSICHERUNG IN PROZENT

	auf Renten abzuführen	Beitragsatz		Rente aus privatem Pflegekonto ¹⁾	Netto-Beitrag an Pflegevers.
		davon zu tragen von RV-Trägern	von Rentnern		
2005	1,70	0,85	0,85	0,00	0,85
2010	3,20	0,60	2,60	0,00	2,60
2015	3,60	0,70	2,90	0,34	2,56
2020	3,90	0,75	3,15	0,57	2,58
2025	4,20	0,80	3,40	0,76	2,64
2030	4,30	0,85	3,45	0,90	2,55
2035	4,50	0,85	3,65	0,97	2,68
2040	4,50	0,85	3,65	1,03	2,62

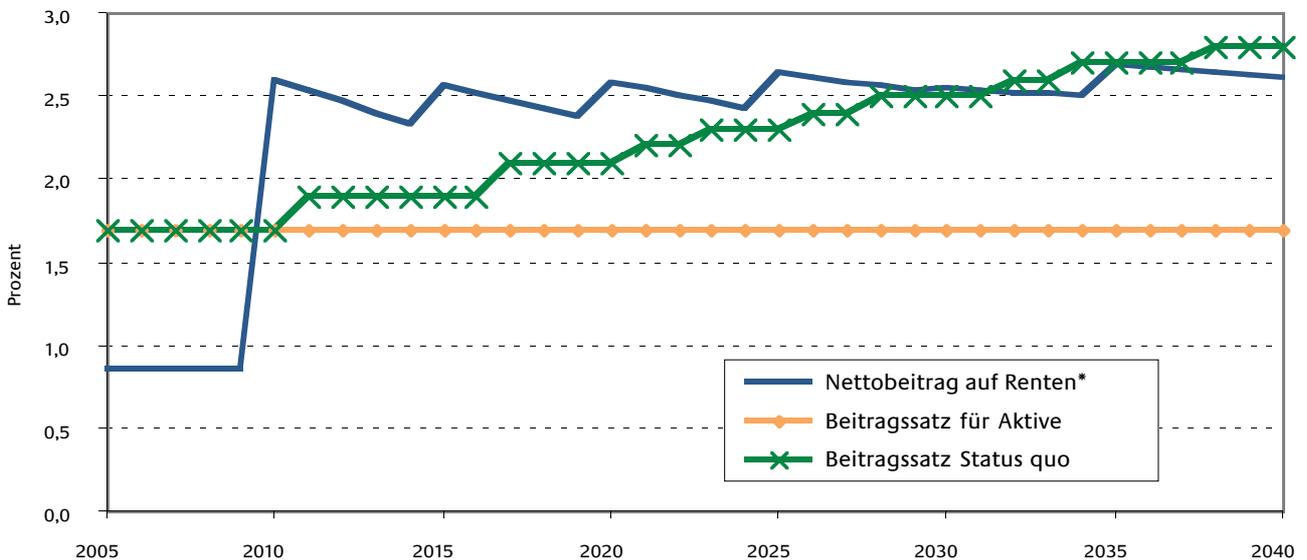
1) Zusätzliche Rente eines Durchschnittsverdieners im Jahr des Rentenzugangs in % der Standardrente

aber auch das auf den privaten Pflegekonten angesparte Kapital und damit die sich daraus ergebende zusätzliche Rente. Bei Berücksichtigung dieser Rente – ausgedrückt in Prozent einer Standardrente der Gesetzlichen Rentenversicherung – zeigt sich, dass der von den Rentnerinnen und Rentnern zu tragende Nettobeitrag an die Soziale Pflegeversicherung im Zeitablauf bei etwa 2,6% konstant bleibt.

Nach der Status quo-Entwicklung, die neben

der Dynamisierung der Leistungen keine weiteren Reformen enthält, müsste der Beitragsatz bis zum Jahr 2040 auf 3,0% angehoben werden. Durch das Reformkonzept werden Arbeitgeber und Arbeitnehmer langfristig deutlich entlastet, da der Beitragsatz auf Erwerbseinkommen bei 1,7% konstant bleibt (siehe Abbildung 5-5). Auf Seiten der Rentnerinnen und Rentnern liegt die Beitragsatzbelastung – unter Berücksichtigung der zusätzlichen Renten aus den privaten Pflegekonten – etwa bis zum Jahr 2022 höher als nach der Status

ABBILDUNG 5-5: BEITRAGSSATZENTWICKLUNG IM VERGLEICH ZUM STATUS QUO



* Von Rentnern allein zu tragender Anteil, unter Berücksichtigung der Erträge aus dem privaten Pflegekonto

Quelle: Eigene Berechnungen

quo-Entwicklung. Im Zeitraum danach werden aber Rentnerinnen und Rentner durch diese Reformmaßnahme entlastet. Daran wird deutlich, dass die einseitige Belastung der zukünftigen Generationen infolge der demografisch bedingt steigenden Ausgaben durch dieses Reformkonzept beseitigt und eine gleichmäßige Lastenverteilung erreicht wird.

Betrachtet man die einzelnen Geburtsjahrgänge, so zeigt sich, dass ein Standardrentner, der im Jahr 2010 in Rente geht, über die Rentenbezugsdauer von 18 Jahren eine zusätzliche Belastung von insgesamt knapp 6.000 € (Barwert in Preisen des Jahres 2010) tragen muss. Dies entspricht etwa 2,1 % seiner gesamten Rentenbezüge.

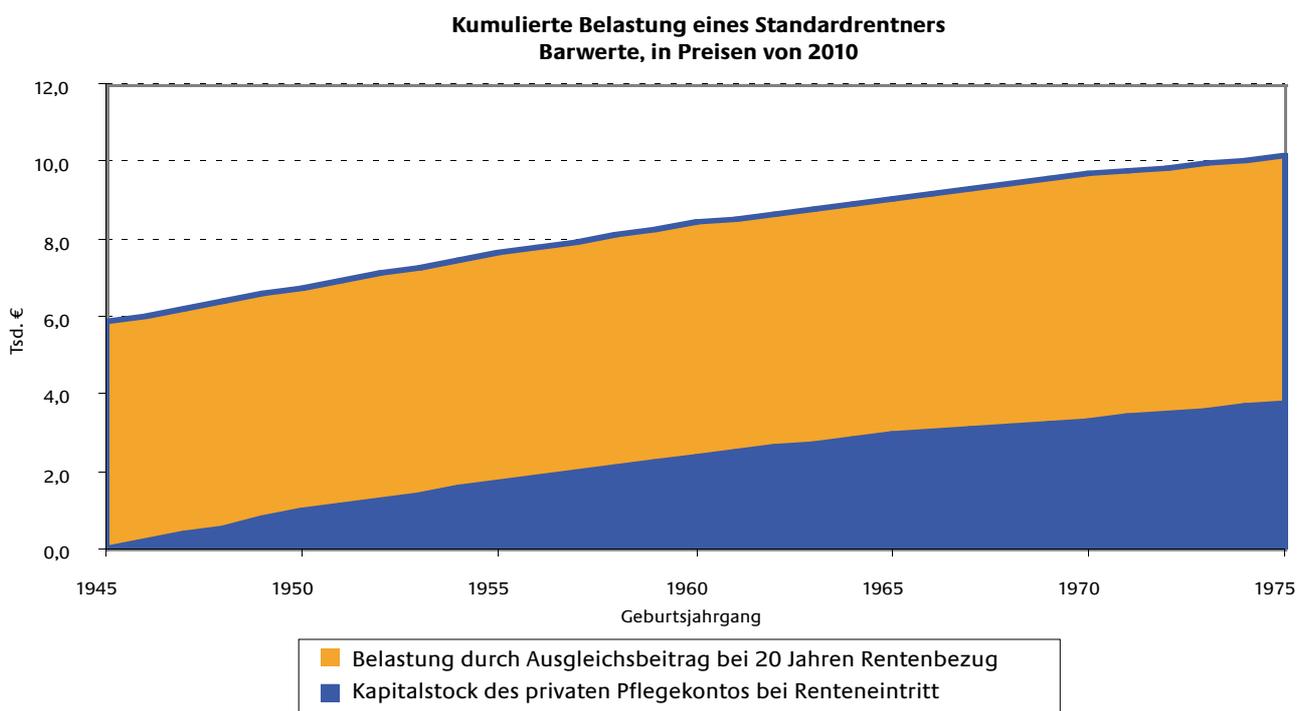
Für die zukünftigen Rentenzugänge steigt die zusätzliche Belastung aufgrund der Erhöhung des Ausgleichsbeitrags zwar an, die zusätzliche Rente aus den Pflegekonten reicht jedoch aus, um diese Steigerung zu kompensieren.³² Abbildung 5-6 zeigt die aufsummierte Mehrbelastung von Standardrentnern nach Geburtsjahrgängen (in Preisen des Jahres 2010)

und den auf dem privaten Pflegekonto angesparten Kapitalstock von Durchschnittsverdienern (untere Fläche). Ersichtlich ist, dass die Nettobelastung (obere Fläche) für alle hier betrachteten Geburtsjahrgänge gleich hoch ist.

Schließlich verdeutlicht die Abbildung 5-7, dass sich die Einnahmen und Ausgaben durch die Reformmaßnahmen auch langfristig ausgleichen, die nachhaltige Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung also anders als in der Referenzentwicklung auch bei unveränderten Lohnzusatzkosten gewährleistet wird. Innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung wird nur bis zum Jahr 2010 eine nennenswert oberhalb der gesetzlichen Mindestreserve liegende Finanzreserve kumuliert, die jedoch bis zum Jahr 2015 weitestgehend wieder abgebaut wird.

Wie gezeigt, wird die nachhaltige Finanzierung und die generationengerechte Verteilung der demografischen Lasten mit diesem Reformkonzept bis zum Jahr 2040 gewährleistet. Jedoch lässt die demografische Entwicklung vermuten, dass sich die Finanzsituation der Sozial-

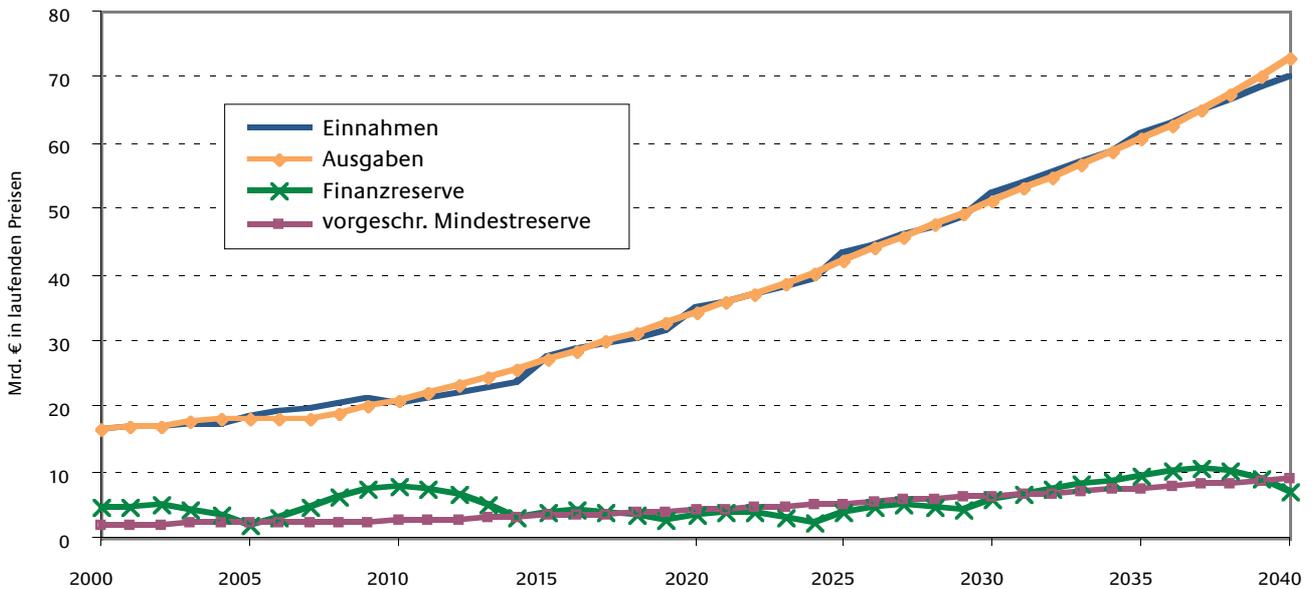
ABBILDUNG 5-6: FINANZIELLE BELASTUNG DURCH DIE REFORM NACH GEBURTSJAHRGÄNGEN VON STANDARDRENTNERN



Quelle: Eigene Berechnungen

³² Die unterstellte Verzinsung beträgt 4 % nominal. Würde eine höhere Verzinsung erreicht, könnte die Steigerung des Ausgleichsbeitrags durch die zusätzliche Rente aus dem privaten Pflegekonto sogar überkompensiert werden.

ABBILDUNG 5-7: FINANZENTWICKLUNG IN DER PFLEGEVERSICHERUNG MIT REFORMMASSNAHMEN



Quelle: Eigene Berechnungen

len Pflegeversicherung zwischen 2040 und 2060 noch weiter verschärfen dürfte, da die geburtenstarken Jahrgänge erst dann in die hohen Alter hineinwachsen. Da die Unsicherheiten von Prognosen zur Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, die eben auch von der wirtschaftlichen Entwicklung und der Entwicklung der Pflegefallwahrscheinlichkeiten abhängt, über das Jahr 2040 hinaus jedoch immer größer werden, sind belastbare Aussagen hierzu nur schwer möglich.

Ob sich das vorgelegte Konzept über das Jahr 2040 hinaus als tragfähig erweist, oder ob langfristig – in zehn bis zwanzig Jahren – Nachjustierungen erforderlich werden, kann aus heutiger Sicht nicht beurteilt werden. Gegebenenfalls notwendig werdende Nachjustierungen sind jedoch problemlos möglich. Der Anspruch an eine Reform, die nächsten 50 Jahre unverändert zu überdauern, wäre illusorisch, da die tatsächliche zukünftige Entwicklung nicht vorhersehbar ist.³³ Gleichwohl wird das vorgelegte Reformkonzept dem Anspruch gerecht, auf der Grundlage von realistischen Annahmen die nachhaltige Finanzierung ge-

nerationengerecht über einen Zeitraum von mehr als 35 Jahren zu gewährleisten.

FAZIT

Mit diesem Reformkonzept wird in der Sozialen Pflegeversicherung erstmals dem für den gesellschaftlichen Zusammenhalt wichtigen Prinzip der Gegenseitigkeit Rechnung getragen. Das Zusammenwirken von generativem Ausgleichsbeitrag der Älteren und Vorsorgebeitrag der Jüngeren gewährleistet, dass die Generationen in der Zukunft für die gleiche Absicherung des Pflegerisikos das Gleiche bezahlen.

Die ambitionierten Ziele des Reformvorhabens in der Pflegeversicherung – die fachpolitische Weiterentwicklung, die gleichmäßige Belastung aller Generationen, der Erhalt des realen Leistungsniveaus sowie die dauerhafte Stabilität des auf Lohn Einkommen zu entrichtenden Beitragssatzes – werden durch dieses Gesamtkonzept erfüllt. Das Gesamtkonzept leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit der Sozialen Sicherungssysteme.

³³ Sollte z. B. die Fertilitätsrate – anders als angenommen – etwa aufgrund familienpolitischer Maßnahmen zukünftig ansteigen, könnte das vorgelegte Konzept elastisch an die langfristig damit verbundenen Mehreinnahmen angepasst werden. Gleiches gilt umgekehrt bei einer etwaigen höheren Lebenserwartung als unterstellt.

5.3.2 VERFASSUNGSRECHTLICHE BEWERTUNG DES REFORMKONZEPTS DES INTERGENERATIVEN LASTENAUSGLEICHS

Das von der Kommission vorgelegte Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs betritt sozialrechtliches Neuland, indem es – zusätzlich zu dem allgemeinen Beitragsatz – einen einkommensabhängigen Ausgleichsbeitrag für Altersrentnerinnen und -rentner einführt. Es stellt sich somit die Frage nach der verfassungsrechtlichen Bewertung dieses für das vorgestellte Gesamtkonzept wesentlichen Reformbestandteils. Die Kommission geht davon aus, dass diesbezüglich keine schwer wiegenden verfassungsrechtlichen Bedenken bestehen, da die Einführung des Ausgleichsbeitrags sachlich gut begründbar ist.

Artikel 3 Absatz 1 Grundgesetz gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Eine Ungleichbehandlung, wie sie in der Einführung eines zusätzlichen Beitrags nur für Ältere liegt, ist nur ohne einen den Verhältnismäßigkeitserfordernissen genügenden sachlichen Differenzierungsgrund verfassungswidrig. Der Gleichheitssatz will in erster Linie eine ungerichtfertigte Verschiedenbehandlung von Personen verhindern. Daher unterliegt der Gesetzgeber bei einer Ungleichbehandlung von Personengruppen regelmäßig einer strengen Bindung. Zwar kann er grundsätzlich frei entscheiden, welche Merkmale er als maßgebend für eine Gleich- oder Ungleichbehandlung ansieht, eine Grenze ist jedoch dann erreicht, wenn sich für eine Ungleichbehandlung kein in angemessenem Verhältnis zu dem Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund finden lässt.³⁴

Die Kommission sieht einen sachlich hinreichenden Rechtfertigungsgrund für die Ungleichbehandlung der Versicherten über 65 Jahre darin, dass insbesondere die Rentnerinnen und Rentner in den Genuss der durch den Aus-

gleichsbeitrag finanzierten Dynamisierung der Pflegeleistungen kommen. Hinzu kommt, dass nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts die Sicherung der Funktions- und finanziellen Leistungsfähigkeit der Sozialen Pflichtversicherungssysteme sowie die Vermeidung eines höheren Beitragsatzes mit der Folge steigender Lohnzusatzkosten gewichtige Gemeinwohlbelange darstellen. Auch das Bestreben einer Entlastung der jüngeren Versichertengeneration ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.³⁵ Der Gesetzgeber muss im Bereich der Sozialversicherungssysteme aus Gründen des Allgemeinwohls Neuregelungen treffen können, die sich geänderten Erfordernissen anpassen. Das Bundesverfassungsgericht hat deshalb z.B. auch eine höhere Beitragsbelastung für freiwillig Versicherte gegenüber Pflichtversicherten als zulässig erachtet.

Fraglich ist, ob das Alter vor diesem Hintergrund ein sachlich gerechtfertigter Grund für einen höheren Beitrag in der Sozialen Pflegeversicherung sein kann. Aus Sicht der Kommission erscheint zunächst eine solche typisierende Regelung, wie sie grundsätzlich auch vom Bundesverfassungsgericht anerkannt wird, für gut vertretbar, da sich statistisch belegen lässt, dass sich das im Alter höhere Pflegerisiko bei den über 65-Jährigen weitaus häufiger realisiert, als bei den unter 65-Jährigen und Erstere weit überproportional Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen.³⁶

Zu den Gründen des Allgemeinwohls zählt ohne Zweifel auch eine an der sozialen Schutzbedürftigkeit und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Betroffenen orientierte Verteilung der Beitragslasten. Im Rahmen der Abwägung der sich gegenüberstehenden Allgemeinwohlbelange ist sicherlich zu berücksichtigen, dass mit dem Ausgleichsbeitrag Elemente der privatversicherungstypischen risikoadäquaten Beitragsbelastung in die Sozialversicherung hineingetragen werden und ein solcher Beitrag dem bisherigen Umlageverfahren widerspricht. Für die Kommission ist

³⁴ Vgl. BVerfGE 99, 165, 178; ständige Rechtsprechung.

³⁵ BVerfG, 1 BvR 1660/96 vom 13.12.2002.

³⁶ Siehe Kapitel 5.1.1.

aber entscheidend, dass Solidarität auf Gegenseitigkeit beruhen muss und nicht bedeuten kann, dass nur Jüngere Ältere unterstützen.

Bei den Belastungen der Generationen haben sich Verschiebungen ergeben, so dass nicht argumentiert werden kann, dass Rentnerinnen und Rentner durch den Ausgleichsbeitrag über Gebühr belastet würden. Die pauschale Aussage, Rentnerinnen und Rentner seien weniger leistungsfähig als Erwerbstätige, stimmt so nicht mehr: Bezogen auf den Durchschnitt aller Haushalte in Deutschland verfügen sie über 80 bis 90 % des Haushaltsnettoeinkommens³⁷ und sind damit heute i. d. R. weitaus leistungsfähiger als vor 30 Jahren. Die jüngeren Versicherten tragen dagegen bereits heute zunehmend höhere Lasten, die ohne entsprechende Reformmaßnahmen perspektivisch deutlich ansteigen würden (Alterspyramide, private Vorsorge, eingeschränkte Arbeitsmarktchancen aufgrund hoher Lohnzusatzkosten etc.). Überspitzt gesagt kann unter den sich wandelnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ein gleicher Beitrag für ältere und jüngere Versicherte sogar eine „Ungleichbehandlung“ für die jüngeren Beitragszahlerinnen und -zahler darstellen, wobei sich dies aufgrund der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Lasten noch über das Jahr 2040 hinaus fortsetzen wird. Das Kommissionsziel der nachhaltigen Finanzierung verpflichtet aber, genau hier tätig zu werden und den bestehenden Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei der Unterbreitung von Reformmaßnahmen auszuschöpfen.

Dass das Bundesverfassungsgericht neuen Wegen zur Lösung der demografischen Probleme aufgeschlossen gegenüber steht, zeigt auch die – hinsichtlich ihrer konkreten Vorgabe nicht unumstrittene – Entscheidung zur Beitragsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung bei Kinderbetreuung³⁸, wo eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Generationsprob-

lematik erfolgt ist und das Gericht mit der Entlastung von Kindererziehenden neue Wege des Gesetzgebers gefordert hat.

In der Einführung eines zusätzlichen Ausgleichsbeitrags liegt eine so genannte unechte Rückwirkung, da zukunftsgerichtet in ein in der Vergangenheit entstandenes öffentlich-rechtliches Versicherungsverhältnis zum Nachteil der Versicherten eingegriffen wird. Nach dem rechtsstaatlichen Grundsatz des Vertrauensschutzes ist dies rechtmäßig, wenn das schutzwürdige Bestandsinteresse des Einzelnen gegenüber den gesetzlich verfolgten Gemeinwohlinteressen bei der gebotenen Interessenabwägung nicht überwiegt.³⁹ Gegen die oben genannten (Gemeinwohl)-Gesichtspunkte ist die Tatsache abzuwägen, dass die jetzigen Rentnerinnen und Rentner nur noch beschränkte Möglichkeiten haben, die aus dem Ausgleichsbeitrag resultierende finanzielle Belastung abzufedern. Unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes sieht die Kommission die Einführung des Ausgleichsbeitrags daher erst im Jahr 2010 vor. Bis dahin verbleiben zum einen für die von der neuen Regelung Betroffenen gewisse Dispositionsspielräume. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass die Mehrzahl der im Jahr 2010 pflegebedürftigen Personen bis dahin im Vergleich zu der dann erwerbstätigen Generation geringere Beitragszahlungen geleistet haben wird, so dass eine Einführung des Ausgleichsbeitrags im Jahr 2010 unter Vertrauensgesichtspunkten zum frühesten vertretbaren Zeitpunkt, aber unter demografischen Gesichtspunkten letztmöglichen Zeitpunkt, geboten erscheint.

Aus europarechtlicher Sicht ergeben sich keine Bedenken gegen den vorgesehenen Ausgleichsbeitrag für Altersrentnerinnen und -rentner. Die Ausgestaltung der Systeme der Sozialen Sicherheit fällt in die ausschließliche Kompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten. Eine Harmonisierung der Sozialsysteme auf

37 Quelle: Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998.

38 BVerfG, 1 BvR 1629/94 vom 03.04.2001.

39 Vgl. BVerfGE 103, 392, 403.

Gemeinschaftsebene existiert nicht. Im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit dem gemeinsamen Markt rechtfertigt sich das bestehende Sozialversicherungsmonopol im Bereich der Pflegeversicherung mit dem Grundsatz der Solidarität⁴⁰, im Einzelnen dem Prinzip der Umverteilung, dem Generationenvertrag sowie damit, dass nur in einem staatlichen System eine Negativauslese wirksam ausgeschlossen werden kann. Die Pflegeversicherung nimmt damit eine rein soziale Aufgabe wahr und führt keine Tätigkeit im Sinne des Wettbewerbsrechts aus. Die Einführung des Ausgleichsbeitrags schmälert den sozialen Charakter der Pflegeversicherung in keiner Weise, da es sich bei der so reformierten Sozialen Pflegeversicherung weiterhin um ein solidarisches Umlageverfahren handelt, wenn auch in leicht modifizierter Form.

5.4 ABGELEHNTRE REFORMOPTIONEN

Die Kommission hat sich ausführlich mit verschiedenen alternativen Reformoptionen im Bereich Pflegeversicherung auseinandergesetzt: der Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes, welches bedarfsgerechte Leistungen nach Bedürftigkeit anstelle von Versicherungsleistungen vorsieht, mit der Zusammenlegung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung zur Eindämmung der Schnittstellenproblematik zwischen den beiden Versicherungszweigen sowie mit dem sofortigen bzw. auslaufenden Umstieg von der Sozialen Pflegeversicherung auf eine obligatorische private kapitalgedeckte Pflegeversicherung. Die Kommission hat jedoch die den Modellen anhaftenden Nachteile im Vergleich zum vorgelegten Reformvorschlag als so gravierend angesehen, dass sie die nachfolgend dargestellten Reformoptionen – die allesamt einen Systemwechsel bedeutet hätten – nicht empfehlen kann.

5.4.1 EINFÜHRUNG EINES BUNDESPFLEGELEISTUNGSGESETZES

Die Grundidee der Reformoption „Einführung eines Bundespflegeleistungsgesetzes“ besteht darin, die Soziale Pflegeversicherung durch eine bedarfs- und einkommensabhängige Finanzierung aller Pflegeleistungen aus Steuermitteln zu ersetzen. Es entfielen die lohnbezogene Beitragserhebung. Damit würde sowohl steigenden Einkommensdisparitäten als auch einer wachsenden Bedeutung von Vermögenseinkommen in Arbeitnehmerhaushalten Rechnung getragen. Die Aufwendungen für Pflegeleistungen wären von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen, sofern ihre wirtschaftliche Leistungsfähigkeit unterhalb einer bestimmten Grenze liegt. In diesem Falle würden die Pflegeaufwendungen im Rahmen des Bundespflegeleistungsgesetzes vollumfänglich erstattet. Bei vorhandenem eigenen Einkommen und Vermögen oberhalb dieser Grenze fände das Bundespflegeleistungsgesetz keine Anwendung. Vermögenden würde zugemutet, sich privat gegen das Pflegerisiko zu versichern bzw. die Kosten bei Eintreten des Pflegefalls selbst zu tragen. Die Einkommensgrenze würde oberhalb des Durchschnittseinkommens festgelegt, so dass die Mehrzahl der Pflegebedürftigen in den Genuss der steuerfinanzierten Unterstützung käme. Die genaue Höhe der einzuführenden Freibeträge für Einkommen und Vermögen wäre anhand der zu erwartenden Verteilungswirkungen zu prüfen und festzulegen.

Eine sofortige Umstellung der Finanzierungszuständigkeit auf Steuermittel ist nicht zu empfehlen, da rund 16 Mrd. € zusätzlich vom Bund finanziert werden müssten. Stattdessen sollte die Beitragsfinanzierung allmählich abgeschmolzen und durch Steuergelder substituiert werden, wobei der derzeitige Sozialhilfeanteil der Städte und Landkreise beibehalten werden sollte. Eine solche „Interessenquote“ hätte den Vorteil, dass die kommunalen Kostenträger ein ausgeprägtes Eigeninteresse an einer kostensparenden pflegefreundlichen Infrastruktur hätten. Der heutige Leistungsumfang in der Sozialen

⁴⁰ Vgl. EuGH vom 17.02.1993, Rs.C-159 und 160/91 (Poucet und Pistre), Slg. 1993, I-639, 667 ff; EuGH vom 22.01.2002, Rs. C-218/00 (Cisal di Battistello Venanzio & C.Sas/INAIL), Slg. 2002, I-691.

Pflegeversicherung ist aufgrund der festgelegten Leistungspauschalen begrenzt. Die darüber hinaus gehenden Kosten sind von den Pflegebedürftigen oder – bei eng definierter – Bedürftigkeit durch die ergänzende Sozialhilfe zu tragen. Der Leistungskatalog des Bundespflegeleistungsgesetzes würde sich dagegen am tatsächlichen Bedarf des Pflegebedürftigen orientieren und nicht wie nach geltendem Recht eine „Teilkaskoabsicherung“ sein. Das Leistungsniveau läge damit für den – weiter gefassten – Kreis der Bedürftigen deutlich über dem bisherigen Niveau der Pflegeversicherung wie auch der Sozialhilfe.

Dem Pflegeleistungsgesetz läge ein ganzheitlicher Pflegebegriff zugrunde, der auch den Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und an Aktivitäten zum Ausgleich von Kommunikationsbeeinträchtigungen in vollem Umfang erfassen und damit auch dem besonderen Bedarf geistig behinderter, psychisch kranker und altersdementer Menschen gerecht würde. Der derzeitige den Leistungskatalogen zu Grunde liegende Pflegebegriff beschränkt sich vor allem auf die Frage, ob ein Mensch noch in der Lage ist, selbst die Mahlzeiten zu sich zu nehmen, sich selbst zu waschen oder anzukleiden, und greift damit hinsichtlich einer bedarfsgerechten Entwicklung des Leistungsspektrums zu kurz.

Die Zuständigkeit für die Umsetzung des Bundespflegeleistungsgesetzes könnte nach diesem Konzept bei den Trägern der Sozialhilfe oder der Grundsicherung liegen, so dass die Pflegekassen aufgelöst und die Verwaltungskosten gesenkt werden könnten. Die örtlichen bzw. überörtlichen Träger der Sozialhilfe waren vor Einführung der Pflegeversicherung allein zuständig und haben auch heute noch eine Mitzuständigkeit aufgrund der Unterstützungsleistungen im Falle von Bedürftigkeit. Die Leistungen des Medizinischen Dienstes der Kassen, die im Rahmen der Pflegeversicherung erbracht werden, könnten auf Vertragsbasis

abgesichert werden. Diese administrative Neuregelung wäre eine Konsequenz aus der Umsteuerung von einer Versicherung hin zu einem Leistungsgesetz. Sie würde den nachhaltigen Abbau des Verwaltungsaufwands ermöglichen, der mit der Einführung der Pflegeversicherung geschaffen wurde und der sich unter anderem aus der Doppelzuständigkeit von Pflegekassen und Sozialhilfeträgern ergibt.

Die Durchführungszuständigkeit der Kommunen für Sozialhilfe, Grundsicherung und Pflegegesetz würde eine ganzheitliche Altenpolitik ermöglichen und die Kompetenz der kommunalen Selbstverwaltung für die Daseinsvorsorge stärken. Dies könnte unter Umständen auch bedeuten, dem öffentlichen Gesundheitsdienst Aufgaben der Prävention zu übertragen.

Schnittstellen gäbe es zur Krankenversicherung, zur Sozialhilfe und zur Altersgrundsicherung. Mindestens zwei dieser Schnittstellen (Sozialhilfe und Altersgrundsicherung) könnten einfacher als bisher gehandhabt werden, weil es sich jeweils um kommunale Ämter handelt. Die Schnittstellen zur Krankenversicherung müssten durch gesetzgeberische Klärstellungen (die auch bei Beibehaltung des Pflegeversicherungsgesetzes nötig sind) abgebaut werden. Die Durchführungszuständigkeit des Bundespflegeleistungsgesetzes bei den Sozialhilfeträgern in Kooperation mit den für die Grundsicherung verantwortlichen Kommunen würde wieder Leistungen aus einer Hand ermöglichen und einen wichtigen Beitrag zur Entbürokratisierung darstellen.

Eine weitgehende Variante dieses Ansatzes geht von abweichenden Voraussetzungen aus. Grundlage dieser weitergehenden Reformoption ist die Überzeugung, dass die finanzierungsseitige Orientierung allein am Status der Arbeitnehmerschaft sowohl die wachsende Bedeutung der Produktivitätsentwicklung für die gesamtgesellschaftliche Wertschöpfung aus-

blendet, als auch die Tatsache, dass neben den Arbeitsentgelten andere Einkunftsarten eine wachsende Bedeutung auch für abhängige Beschäftigte gewinnen. Die einkommensunabhängige Leistungsgewährung wird umso fragwürdiger, je weiter die Einkommens- und Vermögensdisparitäten in der Gesellschaft zunehmen.

Ein Bundespflegeleistungsgesetz in dieser Version würde unter drei unterschiedlichen Aspekten ein Systemwechsel sein:

- Die Pflegeleistungen werden bedarfsorientiert erbracht (Abkehr von Teilkaskoprinzip). Jede und jeder Pflegebedürftige erhält alle medizinisch und pflegerisch notwendigen Leistungen.
- Die Finanzierung der Leistungen erfolgt aus Steuermitteln (Abkehr vom Versicherungsprinzip).
- Der Leistungsanspruch ist einkommens- und vermögensorientiert (Abkehr vom Erbschutzprinzip). Alle Bürgerinnen und Bürger mit Einkünften oberhalb einer festzulegenden Freigrenze haben keinen Anspruch auf Leistungen, Bürgerinnen und Bürger unterhalb der Freigrenze erhalten bedarfsorientiert steuerfinanzierte Pflegeleistungen.

Damit könnten die zwangsläufig steigenden Kosten einer umfassenden Absicherung der Pflegebedürftigkeit gleichmäßiger auf alle Steuerzahler verteilt werden.

BEWERTUNG

Die Kommission spricht sich unter Berücksichtigung der nachfolgend genannten Gesichtspunkte für den Erhalt der Sozialen Pflegeversicherung aus.

Die Umsetzung des Bundespflegeleistungsgesetzes brächte – nach der Übergangsphase – dauerhafte und erhebliche jährliche Mehrausgaben in Höhe von ca. 16 Mrd. € mit sich, die aus Steuermitteln finanziert werden müssten. In diesen Ausgaben ist das geforderte erhöhte

Leistungsspektrum des Bundespflegeleistungsgesetzes gegenüber der bisherigen „Teilkaskoabsicherung“ noch nicht berücksichtigt. Langfristig würden die Aufwendungen für Pflege aufgrund der Alterung der Gesellschaft noch erheblich über die genannte Summe hinaus ansteigen.

Wie hoch die Pflegeleistungen langfristig ausfallen würden und nach welchen Kriterien der Kreis der Bedürftigen abzugrenzen wäre, würde letztlich von der jeweiligen Kassenlage des Bundes abhängen. Hinsichtlich der Planungssicherheit würde sich die Situation der heute Jüngeren weitaus problematischer darstellen als in der Sozialen Pflegeversicherung, die eine Leistungsdynamisierung und damit den Erhalt des heutigen Leistungsniveaus vorsieht. Ferner dürfte der gut entwickelte Markt für Pflegeleistungen geschwächt werden.

Schließlich wäre die Abschaffung der Sozialen Pflegeversicherung zu Gunsten einer Bedürftigkeit voraussetzenden Bundespflegeleistungsgesetzes damit verbunden, dass die generelle Absicherung des Pflegerisikos aller Bürgerinnen und Bürger abgeschafft würde. Diese Absicherung war aber mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung zusammen mit einer Entlastung der Sozialhilfeträger vorrangig bezweckt und wird nach wie vor als wichtig angesehen.

5.4.2 ZUSAMMENLEGUNG VON GESETZLICHER KRANKENVERSICHERUNG UND SOZIALER PFLEGEVERSICHERUNG

Die Kommission hat sich mit der Reformoption der Zusammenlegung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung befasst. Sie hat sich insbesondere unter dem Aspekt der finanziellen Nachhaltigkeit und der unterschiedlichen Ordnungsprinzipien für den Erhalt der Sozialen Pflegeversicherung als eigenständigen Versicherungszweig ausgesprochen. Eine Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung böte zwar die Möglichkeit, die unterschiedlichen Organisations- und Finanzierungszu-

ständigkeiten vollständig zu vereinheitlichen. Eine derartige Vereinheitlichung wird aber unter Abwägung der dafür und der dagegen stehenden Argumente abgelehnt.

ARGUMENTE FÜR EINE ZUSAMMENLEGUNG VON GESETZLICHER KRANKENVERSICHERUNG UND SOZIALER PFLEGEVERSICHERUNG

Als Argument für eine Integration der beiden Versicherungssysteme kann die Verbesserung der ökonomischen Anreizstrukturen durch Übertragung des Wettbewerbsprinzips auf die Pflegeversicherung sowie die Erhöhung der Effizienz der gesamten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung durch die Schaffung „integrierter Strukturen“ angeführt werden. Leistungsanbietern wäre es – bei einer offeneren Gestaltung des Vertragsrechts – beispielsweise einfacher als bei getrennten Systemen möglich, eine patientenorientierte integrierte haus- oder fachärztliche Versorgung sowohl ambulant als auch stationär, unter Einschluss von Prävention, Rehabilitation und Pflege sowie weiteren nichtärztlichen Leistungen, in einem einheitlichen Organisationskonzept anzubieten.

Zu Gunsten der Zusammenführung von Gesetzlicher Krankenversicherung und Sozialer Pflegeversicherung wird auch das Argument genannt, dass durch die Leistungsgewährung aus einer Hand „Schnittstellenprobleme“ zwischen den beiden Systemen besser abgebaut werden könnten. Zu nennen sind zum einen Abgrenzungsschwierigkeiten bei der häuslichen Grund- und Behandlungspflege (§ 37 SGB V). Die Krankenkassen zahlen diese Leistungen zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten oder zur Ergänzung der ärztlichen Behandlung, sofern niemand im Haushalt lebt, der die erkrankte Person im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann. Handelt es sich jedoch um einen pflegebedürftigen Patienten, fällt die Finanzierungszuständigkeit für die Grundpflege in den Zuständig-

keitsbereich der Pflegeversicherung, während die Behandlungspflege weiterhin von der Krankenversicherung getragen wird. Abgesehen davon, dass eine genaue Unterscheidung von Grund- und Behandlungspflege in der Praxis oft schwierig ist, bedeutet die unterschiedliche Zuständigkeit für die Grundpflege, dass diese im einen Fall über die Krankenversicherung als unbeschränkte Sachleistung gewährt wird, aber kein Pflegegeld für eine häusliche Pflegeperson zur Verfügung steht. Dagegen wird im anderen Fall über die Pflegeversicherung eine in der Höhe gedeckelte Sachleistung oder ein Pflegegeld geleistet.

Eine weitere „Schnittstelle“ besteht im Hinblick auf die Durchführung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Pflegebedürftigkeit im fortgeschrittenen Alter kann insbesondere durch eine qualifizierte geriatrisch-rehabilitative Behandlung, wie aktivierende Therapiemaßnahmen der Krankengymnastik, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie, erfolgreich vermieden, vermindert oder zumindest hinausgezögert werden. Für die Durchführung und Finanzierung entsprechender Maßnahmen sind die Krankenkassen verantwortlich. Die Erfolge der Prävention und der Rehabilitationsmaßnahmen kommen bei der derzeitigen Aufgabenverteilung den Pflegekassen aber in wesentlich stärkerem Maße als den Krankenkassen zugute. Dies führt dazu, dass bei den wettbewerbsorientierten Krankenkassen zurzeit keine Anreize bestehen, sich aktiv um die Prävention und Rehabilitation – potentieller – Pflegebedürftiger zu bemühen, da dies mit Kosten, aber nicht mit Einsparungen bei den Krankenkassen verbunden ist.

Problematisch zu sehen ist ferner, dass bislang in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege der besondere behandlungspflegerische Bedarf des Personenkreises der psychisch Kranken und Demenzkranken nicht berücksichtigt wird. Hierdurch werden die Be-

troffenen teilweise der stationären Pflege überantwortet, obwohl eine häusliche Versorgung möglich und sinnvoll wäre.

Bei der medizinischen Behandlungspflege im Heim wird sich zukünftig eine weitere Schnittstelle ergeben, da dann die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege – systematisch richtig – von den Krankenkassen getragen werden sollen und nicht wie bisher im Rahmen der begrenzten Leistungserbringung durch die Pflegekassen (siehe Kapitel 5.3.3).

Allerdings ist zu bedenken, dass die Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung die genannten „Schnittstellenprobleme“ nicht per se vermeiden hilft. Es handelt sich nämlich um – auch bei einer Integration fortbestehende – Probleme bei der gesetzlichen Aufgabenbeschreibung und -wahrnehmung durch die Krankenkassen. Dies ist auf die Bedingungen des Kassenwettbewerbs und des Finanzdrucks zurückzuführen, der das Verhalten bei der Bewilligung von Leistungen mitbestimmt. Zu berücksichtigen ist auch, dass eine verstärkte Grundlagenforschung und Qualitätssicherung die Gefahr nicht zielführender Rehabilitationsmaßnahmen reduzieren und so die Bereitschaft der Krankenversicherung fördern können, sich stärker in diesem Bereich zu engagieren. Entsprechend müssten die Anreize der Krankenkassen zur Genehmigung von Rehabilitationsmaßnahmen durch konkrete Maßnahmen, z.B. durch eine konsequentere Rehabilitationsbedürftigkeits- und -fähigkeitsprüfung im Rahmen der MDK-Pflegebegutachtung sowie durch gezieltes Fall-Management, verstärkt werden.

ARGUMENTE GEGEN EINE ZUSAMMENLEGUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG UND DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG

Die Soziale Pflegeversicherung folgt als begrenzte Teilversicherung einem völlig anderen Ordnungsprinzip als die Gesetzliche Krankenversicherung, die eine Vollversicherung darstellt. Weitere Unterschiede bestehen in der Ausgestaltung der Beitragssätze und der Leis-

tungserbringung sowie in der wettbewerblichen Ausgestaltung beider Versicherungszweige. Eine Zusammenlegung dürfte dazu führen, dass die Ordnungsprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung auf die integrierten Pflegeleistungen übertragen werden, wobei die „Belange“ der „großen“ Krankenversicherung diejenigen der „kleinen“ Pflegeversicherung teilweise überlagern könnten. Durch die Integration beider Systeme könnte sich zudem ein Reformstau ergeben, weil beide Bereiche mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen nicht mehr im heutigen Maß gesondert voneinander „handhabbar“ wären.

- Die Aufnahme der gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung würde dort einen Fremdkörper darstellen, da die Krankenversicherung weitestgehend ungedeckelte bedarfsgerechte Leistungen vorsieht. Hierdurch würden neue gravierende „Schnittstellenprobleme“ geschaffen, die ggf. einen erheblichen Druck hinsichtlich der Einführung ungedeckelter Pflegeleistungen aufbauen würden. Die damit langfristig nicht auszuschließende Aufhebung des Teilversicherungscharakters der Sozialen Pflegeversicherung zu Gunsten einer Ausdehnung der Versicherungsleistungen hätte aber erhebliche Mehrkosten zur Folge und wird von der Kommission strikt abgelehnt. Dieser Effekt würde zu massiven Beitragssatzsteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit zu einer starken Erhöhung der Lohnzusatzkosten führen.
- Die Aufnahme der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung birgt aber auch umgekehrt die Gefahr weiterer Forderungen nach Leistungsausweitungen in der Krankenversicherung. So wäre es z.B. unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten schwieriger zu rechtfertigen, dass pflegende Angehörige, die die Grundpflege vornehmen, Pflegegeld erhalten, während pflegende Angehörige, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in zeitlich gleichem Umfang erbringen, kein Pflegegeld erhalten können.

- Bei einer „Integrationslösung“ wären Prioritätenstreitigkeiten zwischen Pflege- und Krankenversicherung in Abhängigkeit von der Finanzlage in einer einheitlichen Versicherung nicht auszuschließen.
- Es wäre zu befürchten, dass die Finanzreserve der Sozialen Pflegeversicherung zu Gunsten eines vorübergehenden beitrags-satzentlastenden Einmaleffekts in der Gesetzlichen Krankenversicherung verzehrt würde und damit nicht mehr ihrem eigentlichen Verwendungszweck zugute käme.
- In der Sozialen Pflegeversicherung könnten die finanziellen Belastungen aufgrund der demografischen Entwicklung relativ stärker steigen als in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Bei einer Integration der Versicherungszweige käme es zu zusätzlichen pflegebedingten Beitragssatzbelastungen und letztlich zu einer Verlagerung der langfristig zu erwartenden Finanzierungsprobleme der Sozialen Pflegeversicherung auf die Krankenversicherung. Aktuelle Reformvorhaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Entlastung der Beitragssätze und der Lohnzusatzkosten würden erschwert.
- Eine Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung würde rechtliche und administrative Anpassungen notwendig machen, die mit erheblichen Kosten verbunden wären, ohne im Einzelnen zu einer signifikanten Verringerung des weiterhin bestehenden Verwaltungsaufwands zu führen.

Wegen der mit einer Zusammenführung der Pflege- und der Krankenversicherung verbundenen negativen Auswirkungen sollten die vorhandenen Effizienzreserven innerhalb der jeweiligen Systeme gesondert ausgeschöpft werden. Die Bewältigung der „Schnittstellenproblematik“ bedarf zudem keiner Zusammenlegung der Pflege- und Krankenversicherung, da auch unter Beibehaltung getrennter

Versicherungszweige die bestehenden „Schnittstellenbereiche“ besser aufeinander abgestimmt werden können, indem klarere gesetzliche Aufgabenbeschreibungen erfolgen. Die spezifischen Anreizstrukturen beider Versicherungszweige zur Verbesserung der Versorgungseffizienz sollten unter Zurückstellung von Partikularinteressen ausgebaut werden. Ferner bietet sich in der Sozialen Pflegeversicherung einfacher als in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, kapitalgedeckte Finanzierungselemente einzuführen, wie dies durch das von der Kommission befürwortete Konzept des intergenerativen Lastenausgleichs auch geschieht (siehe Kapitel 5.4).

5.4.3 SYSTEMWECHSEL ZUR PRIVATEN KAPITALGEDECKTEN PFLEGEVERSICHERUNG

Die Soziale Pflegeversicherung steht als umlagefinanziertes Sicherungssystem aufgrund der Bevölkerungsalterung insbesondere bei einer Leistungsdynamisierung langfristig vor gravierenden Finanzierungsproblemen.

Zur Gewährleistung des realen Leistungsniveaus ist unter den demografischen und ökonomischen Annahmen der Kommission ein Anstieg des Beitragssatzes zur Sozialen Pflegeversicherung auf 3 % bis zum Jahr 2040 erforderlich.⁴¹ Allerdings werden sich die für die Pflegeversicherung relevanten demografischen Veränderungen noch über das Jahr 2050 hinaus beitrags-satzsteigernd auswirken, da die Anzahl der mit einem hohen Pflegefallrisiko behafteten Altersgruppe der über 80-Jährigen auch dann noch anwachsen wird. Vor diesem Hintergrund wurden in der Kommission auch Modelle für einen Übergang von der umlagefinanzierten Pflegeversicherung zu einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung diskutiert, da auf diesem Wege eine von der demografischen Entwicklung unabhängige Finanzierung der Pflegeversicherung gewährleistet werden könnte. Der Übergang von einem umlagefinanzierten auf ein kapitalgedecktes

⁴¹ Siehe Kapitel 5.1.2.

Sicherungssystem ist aber immer notwendigerweise mit einer zweifachen Belastung der Beitragszahlergeneration, zu deren Lebzeiten der Umstieg stattfindet, verbunden, da in der Übergangsphase neben den laufenden Ausgaben für die Pflegeleistungen auch der notwendige Kapitalstock für die Altersrückstellungen aufgebaut werden muss.

Die Kommission hat in diesem Kontext zwei Modelle für den Übergang zur Kapitaldeckung analysiert:

- das Modell eines sofortigen Umstiegs zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung und
- das Auslaufmodell der Sozialen Pflegeversicherung.

UMSTIEG ZUR PRIVATEN KAPITALGEDECKTEN PFLEGEVERSICHERUNG IM JAHR 2005

Der Grundgedanke des Modells des Umstiegs zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung besteht darin, dass die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2005 gänzlich abgeschafft und durch eine obligatorische private Pflegeversicherung ersetzt wird. Die privaten Versicherer würden unmittelbar sämtliche Leistungen für Pflegebedürftige übernehmen. Diese Leistungen wären bis zum Ende der Über-

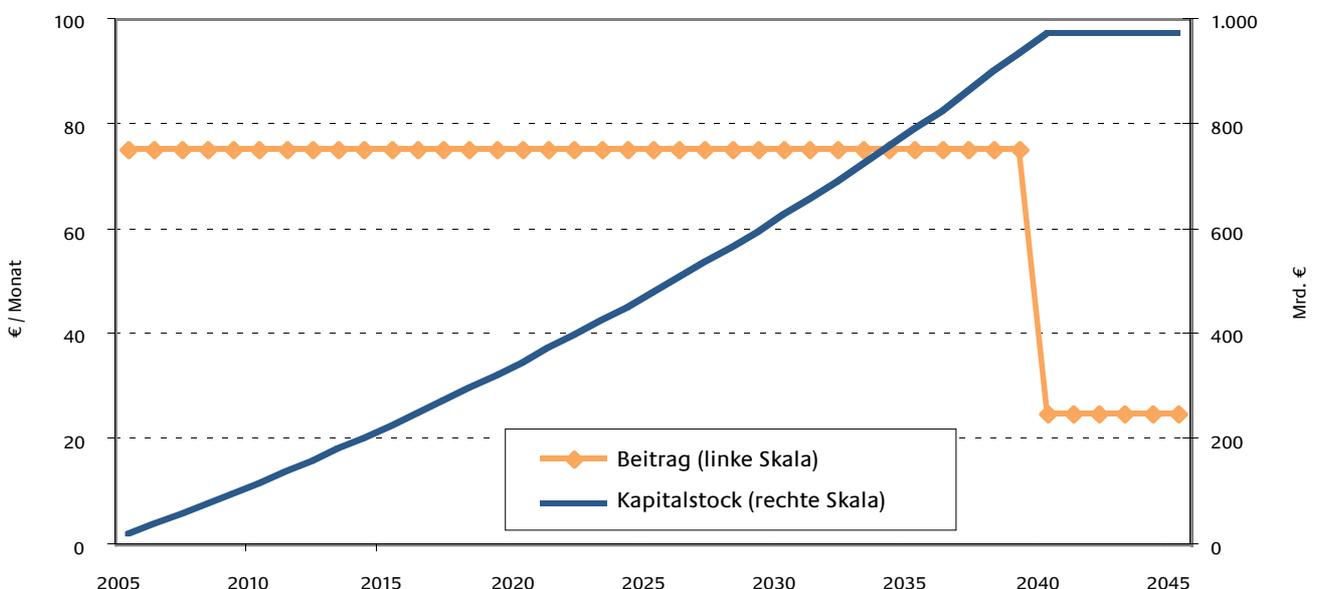
gangsphase im Jahr 2040 weiterhin im Umlageverfahren über einkommensabhängige Beiträge zu finanzieren. Gleichzeitig wäre in dieser Übergangsphase ein erheblicher Kapitalstock für individuelle Alterungsrückstellungen aufzubauen, so dass der Umstieg auf ein vollständig kapitalgedecktes Versicherungssystem erst im Jahr 2040 abgeschlossen werden könnte.

Im Falle des unverzüglichen Übergangs zur Kapitaldeckung müssten die Versicherer im Umstellungsjahr altersspezifische Prämien erheben. Da jedoch das Pflegefallrisiko mit zunehmendem Alter stark ansteigt, wäre in diesem Fall die Prämienbelastung für die Älteren außerordentlich hoch, da ihnen keine Zeit verbliebe, die zur Glättung des Prämienverlaufs über das Leben hinweg erforderlichen Alterungsrücklagen anzusparen.

Um neben der Finanzierung der laufenden Pflegeleistungen den für die Altersrückstellungen benötigten Kapitalstock aufbauen zu können, müssten die Beiträge während der für die Jahre 2005-2040 angenommenen Übergangsphase wie folgt angehoben werden:

- Der allgemeine, paritätisch finanzierte Beitragssatz würde ab dem Jahr 2005 von der-

ABBILDUNG 5-8: BEITRAG ZUR PFLEGEVERSICHERUNG BEI DURCHSCHNITTSVERDIENST UND AUFBAU DES KAPITALSTOCKS FÜR ALTERSRÜCKSTELLUNGEN



Quelle: Eigene Berechnungen.

zeit 1,7 % auf 3 % des versicherungspflichtigen Einkommens angehoben. Dieser Beitragssatz bliebe bis zum Jahr 2040 konstant.

- Zusätzlich zu der allgemeinen Beitragssatzerhöhung müsste ein Ausgleichsbeitrag für Altersrentnerinnen und -rentner in Höhe von pauschal 20 € pro Monat erhoben werden.

Insgesamt würden die finanziellen Belastungen in der Übergangsphase damit für alle Versicherten um 1,3 Prozentpunkte des versicherungspflichtigen Einkommens und für Rentnerinnen und Rentner darüber hinaus um 20 € pro Monat ansteigen. Im Jahr 2040, wenn die Übergangsphase abgeschlossen und das erforderliche Deckungskapital aufgebaut wäre, könnte die Beitragserhebung zur privaten Pflegeversicherung auf altersunabhängige Prämien umgestellt werden (siehe Abbildung 5-8).

Im Anschluss an die Übergangsphase würden sich die Prämien für die obligatorische private Pflegeversicherung unabhängig vom Alter – ausgedrückt in heutigen Preisen – auf 20-30 € pro Monat belaufen. Allerdings müssten alle volljährigen Bürgerinnen und Bürger diese Prämien zahlen. Eine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder Prämienreduktionen für Einkommensschwache ist nicht vorgesehen. Hierfür käme nur eine Finanzierung aus Steuermitteln in Frage. Die Größenordnung der benötigten Steuerzuschüsse kann nach jetzigem Kenntnisstand nicht beziffert werden.

In diesem Umstiegsszenario hätten alle Beitragszahlerinnen und -zahler während des Zeitraums von 2005 bis 2040 eine zweifache Belastung zu tragen. Entsprechend hoch wäre die Belastung für diese Jahrgänge, während die darauf folgenden Kohorten unveränderte Leistungen zu deutlich günstigeren Konditionen erhalten würden.

AUSLAUFMODELL SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG

Die Grundidee dieser Option besteht in einem Auslaufen der Sozialen Pflegeversicherung durch ein Ausscheiden all derjenigen Versicherten, die im Jahr 2005 unterhalb der Altersgrenze von 60 Jahren liegen. Die unter 60-Jährigen hätten keinerlei Anspruch mehr auf Leistungen aus der Sozialen Pflegeversicherung, stattdessen würde für sie eine obligatorische private Pflegeversicherung eingeführt. Alle anderen Personen (die über 60-Jährigen) behielten ihren Anspruch auf Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (Vertrauensschutz).⁴²

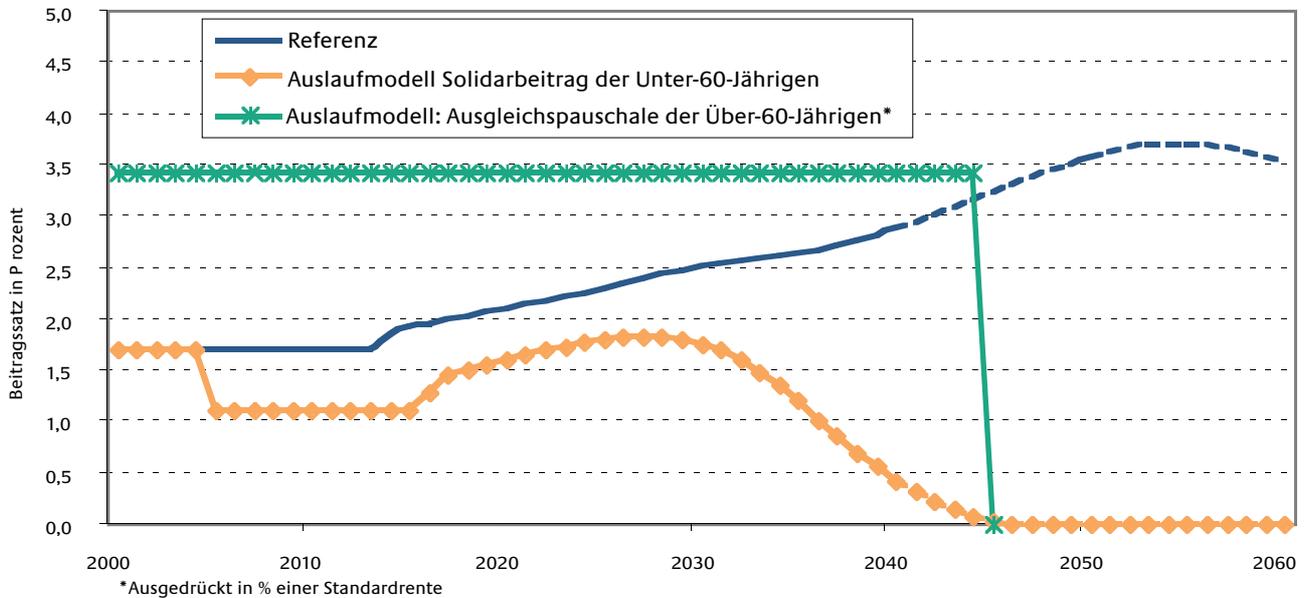
Auch in dieser Umstiegsvariante steigen die finanziellen Belastungen für die heute lebenden Kohorten erheblich an. Die Pflegeleistungen für die über 60-Jährigen müssten vollständig weiter finanziert werden, bis diese Generation versterben würde, während für die unter 60-Jährigen zur Sozialen Pflegeversicherung zusätzlich erhebliche Aufwendungen zur Bildung der erforderlichen Altersrückstellungen innerhalb der privaten Pflegeversicherung aufzubringen wären.

Die Finanzierung der noch von der Sozialen Pflegeversicherung zu tragenden Pflegeleistungen sähe wie folgt aus:

- Die im Jahr 2005 über 60-Jährigen, die ein vergleichsweise hohes Pflegerisiko aufweisen, hätten aus eigenen Mitteln bis an ihr Lebensende eine nicht mehr paritätisch finanzierte Ausgleichspauschale von 40 € pro Monat zu entrichten.
- Da diese Prämie nicht ausreichen würde, um die Ausgaben abzudecken, müssten die im Jahr 2005 unter 60-Jährigen zusätzlich einen einkommensabhängigen Beitrag (Solidarbeitrag) zur Finanzierung des Fehlbetrags in den jährlich laufenden Ausgaben der Älteren ent-

⁴² Die exakte Bestimmung der Ausscheidungsgrenze oder eines Ausscheidungsfensters von einigen Jahrgängen würde dabei nach Maßgabe des bereits bestehenden Bestands- und Vertrauensschutzes erfolgen. Die bisherigen Einzahlungen könnten mit langfristigen Schuldverschreibungen (Fristigkeit: z. B. 75 minus Lebensalter) bedient, als explizite Staatsschuld sichtbar gemacht und zugleich abgegolten werden. Eine solche Maßnahme wäre sinnvoll, um den verfassungsrechtlich geschützten Eigentumsschutz zu gewährleisten. Ebenfalls wünschenswert und steuerrechtlich angezeigt wäre es, die privaten Versicherungsprämien als Sonderausgaben von der Bemessungsgrundlage der Einkommensteuer abzugsfähig zu machen. Die unten aufgeführten Berechnungen verzichten trotz möglicher verfassungsrechtlicher Bedenken auf die Einbeziehung dieser beiden Maßnahmen. Diese wären mit erheblichen finanziellen Belastungen für den Staatshaushalt verbunden.

ABBILDUNG 5-9: BEITRAGSSATZENTWICKLUNG DER SOZIALEN PFLEGEVERSICHERUNG IM AUSLAUFMODELL



Quelle: Eigene Berechnung

richten. Der Beitragssatz in der auslaufenden Sozialen Pflegeversicherung, der zunächst auf 1,1 % abgesenkt und im späteren Verlauf auf über 1,8 % ansteigen würde, könnte in etwa bis zum Jahr 2045 auf null reduziert werden (siehe Abbildung 5-9 nächste Seite).

- Neben dem Solidarbeitrag, aus dem keinerlei Ansprüche gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung resultieren würden, müssten die im Jahr 2005 unter 60-Jährigen in der privaten Pflegeversicherung Prämien in Höhe von etwa 50 € pro Monat entrichten.⁴³

Etwa bis zum Jahr 2045 wäre der Übergang zur privaten kapitalgedeckten Pflegeversicherung abgeschlossen. Der Solidarbeitrag müsste nicht mehr erhoben werden und die Versicherungsprämien könnten altersunabhängig auf 20-30 € pro Monat (ausgedrückt in heutigen Preisen) reduziert werden. Im Ergebnis würde somit vor den Jahren mit der höchsten demografisch bedingten Anspannung – aufgrund der starken Zunahme der über 80-Jährigen – für die Pflegeversicherung nur noch eine private kapitalgedeckte Pflegepflichtversicherung bestehen.

BEWERTUNG

Durch die Option des sofortigen Umstiegs zur kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung und durch das Auslaufmodell der Sozialen Pflegeversicherung würde längerfristig der Übergang von der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung zu einer vollständig kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung erreicht. In der langen Frist würde dadurch die Finanzierung auf eine Basis gestellt, die unabhängiger von demografischen Veränderungen wäre.

Allerdings wäre mit dem Umstieg eine erhebliche zweifache Belastung der heute lebenden Jahrgänge verbunden, da neben den laufenden Pflegeleistungen erhebliche finanzielle Mittel für den Aufbau der Altersrückstellungen aufgebracht werden müssten.

Selbst in der „sanfteren“ Umstiegsvariante, dem Auslaufmodell Soziale Pflegeversicherung, würden sich die folgenden erheblichen Belastungen ergeben:

- Für die unter 60-Jährigen würde sich die Belastung deutlich erhöhen. Ein Durch-

⁴³ Um hinreichende Altersrückstellungen aufbauen zu können, müssten 20-Jährige einen Beitrag in Höhe von ca. 20-30 € pro Monat an die private Pflegeversicherung abführen. Mit zunehmendem Eintrittsalter würde die Beitragsbelastung exponentiell ansteigen, da die Altersrückstellungen in einem kürzeren Zeitraum aufgebaut werden müssten. Beispielsweise würde sich der monatliche Beitrag von 59-Jährigen auf mehr als 100 € belaufen. Um derart gravierende Unterschiede der Beitragshöhen nach Alter zu vermeiden, könnten diese innerhalb der privaten Pflegeversicherung weitgehend vereinheitlicht werden, indem die Beiträge für Jüngere entsprechend höher angesetzt würden. Der zunächst notwendige einheitliche Monatsbeitrag in Höhe von ca. 50 € (Schätzung) könnte bis etwa zum Jahr 2040 auf 20-30 € pro Monat zurückgeführt werden. Sollten die bisherigen Einzahlungen der unter 60-Jährigen zur Sozialen Pflegeversicherung als Altersrückstellung in die private Pflegeversicherung überführt werden, könnte der Beitrag deutlich niedriger ausfallen. Da dieser Kapitalstock jedoch nicht vorhanden ist, müsste er zunächst aus Steuermitteln oder über eine explizite Schuldaufnahme generiert werden. Damit wären erhebliche Belastungen für den Staatshaushalt verbunden.

schnittsverdiener leistet gegenwärtig einen Beitrag in Höhe von rund 21 € pro Monat, der bis zum Jahr 2040 unter Status quo-Bedingungen auf fast 40 € pro Monat ansteigen würde. Der Beitrag an die Soziale Pflegeversicherung würde zwar im Auslaufmodell zwischenzeitlich auf 1,1 % absinken, es müssten also nur noch gut 13 € durchschnittlich pro Monat abgeführt werden. Hinzu käme jedoch der Beitrag an die private Pflegeversicherung in Höhe von ca. 50 € pro Monat. Insgesamt beliefen sich die Belastung damit auf ca. 63 € pro Monat.

- Die Belastungen der über 60-Jährigen würden sich gegenüber heute im Durchschnitt drastisch erhöhen. Gegenwärtig zahlt beispielsweise ein Standardrentner rund 10 € pro Monat aus eigenen Mitteln an die Pflegeversicherung; nach diesem Modell wären es jedoch 40 € pro Monat.⁴⁴

Durch das von der Kommission vorgeschlagene Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs werden die bestehenden Belastungsverschiebungen auf künftige Generationen aufgehoben, ohne dass so gravierende Belastungen für eine Generation in Kauf genommen werden müssten wie bei einem Umstieg zur kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung.

Die Kommission hat sich auch deshalb für das Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs entschieden, da hiermit kein radikaler Systemwechsel verbunden ist, sondern die erforderlichen Reformen systemimmanent mittels einer Ergänzung des Umlageverfahrens um Komponenten der Kapitaldeckung erfolgen können. Aufgrund des Systemerhalts entfällt die einseitige Belastung der Übergangsgeneration; zudem fällt die zukünftige Mehrbelastung insgesamt moderater aus. Durch die Einführung des Ausgleichsbeitrags

kommt es darüber hinaus zu einer gleichmäßigen Belastung der Generationen. Gleichwohl werden die Erwerbstätigen entlastet, ihre lohnabhängigen Beiträge gesenkt und im Ergebnis ihre Beschäftigungschancen verbessert.

Da ferner auch das Kapitaldeckungsverfahren – neben dem im Vergleich zur Lohnentwicklung volatileren Geschehen an den Kapitalmärkten – nicht unabhängig von der demografischen Entwicklung ist, hält die Kommission in der Pflegeversicherung einen Finanzierungsmix aus Umlage- und Kapitaldeckungs-elementen für erstrebenswert, wie er durch das Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs gewährleistet wird.

Schließlich verbleibt der Politik im Reformkonzept des intergenerativen Lastenausgleichs ein vergleichsweise größerer Handlungsspielraum, um auf unvorhersehbare demografische oder ökonomische Entwicklungen reagieren zu können. Je nach Bedarf und Möglichkeit ist dieses Modell flexibel genug, um die Belastungsverteilung in der Zukunft, z. B. durch eine Prolongation des Vorsorgesparens, neu zu justieren.

5.5 MINDERHEITENVOTEN

1. MINDERHEITENVOTUM ZUR FINANZIELLEN ANGLEICHUNG DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGELEISTUNGEN (KAP. 5.2.3)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Frank Nullmeier, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel können den Vorschlag der Kommission, wonach in der Pflegestufe I die Leistungen für die ambulante und die stationäre Hilfe auf 400 € begrenzt werden sollen, nicht mittragen. Bisher werden entweder 205 € Pflegegeld oder bis 384 € häusliche Pflegehilfe im ambulanten Bereich gewährt. Der Satz für vollstationäre Pflege liegt zurzeit

⁴⁴ Grundsätzlich sind höhere Beiträge für die jetzige und die zukünftigen Altengenerationen mit dem Argument zu rechtfertigen, dass die von ihnen erbrachten Beiträge nicht ausreichen, um die aufgrund ihrer zunehmenden Lebenserwartung steigenden Pflegekosten zu decken. Die steigenden Pflegekosten sollten sich aber beitragsseitig niederschlagen, um eine gleichmäßige Belastung für die Generationen zu gewährleisten. Die im Modell vorgesehene erhebliche Mehrbelastung geht aber über die notwendige stärkere Heranziehung zur Kostentragung dieser Personengruppe hinaus.

aber bei 1.023 €. Die Egalisierung der Leistungshöhe bedeutet hier also eine Absenkung auf unter 40% des heutigen Satzes für stationäre Leistungen. Dadurch entstünde eine zu große Lücke zu den tatsächlichen Kosten. Nach Auffassung der oben genannten Kommissionsmitglieder droht somit erneut eine Entwicklung, dass eine sehr große Zahl von Menschen allein wegen des Eintritts von erheblicher Pflegebedürftigkeit von der Sozialhilfe abhängig wird. Gerechnet wird durch diese Maßnahmen mit Einsparungen von bis zu 2 Mrd. €. Dies stand zweifellos im Mittelpunkt der Überlegungen der Kommissionsmehrheit. Das Ziel der Korrektur falscher Anreize diene als Rechtfertigung für Leistungskürzungen. Zudem muss berücksichtigt werden, dass in der Pflegestufe I die Zahl der Leistungsbezieherinnen und -bezieher in beiden Versorgungsbereichen zugenommen hat und dass in vielen Fällen eine häusliche pflegerische Versorgung objektiv – also auch ohne falsche Anreize – unmöglich ist.

2. MINDERHEITENVOTUM ZUR FINANZIELLEN ANGLEICHUNG DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN PFLEGELEISTUNGEN (KAP. 5.2.3)

Ein Kommissionsmitglied, Rosemarie Wilcken, widerspricht der Empfehlung, die ambulanten und stationären Leistungen in den Pflegestufen I und II auf einem Niveau unterhalb der heutigen Leistungspauschalen im stationären Bereich zu egalisieren.

Die mit der Egalisierung der ambulanten und stationären Leistungen in den Pflegestufen I und II verbundene Absenkung der Leistungen im stationären Bereich würde eine Vielzahl von Selbstzahlern zu Sozialhilfeempfängern machen. Mit der Absenkung der Leistungen im stationären Bereich würde auch das Ziel der Pflegeversicherung, Sozialhilfebedürftigkeit im Pflegefall zu vermeiden, noch weiter verfehlt. Die Sozialhilfe ist als unterstes Netz der Sozialsysteme nicht zur Sicherung von Massenrisiken vorgesehen. Den Kommunen würden hierfür die finanziellen Mittel fehlen. Durch die von der Kommission vorgeschlagene

finanzielle Gleichstellung werden Einsparungen bei der Sozialen Pflegeversicherung in Höhe von rund 2 Mrd. € realisiert, denen – bei einer unterstellten unveränderten Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen – Mehrbelastungen auf Seiten der Pflegebedürftigen und damit zu einem erheblichen Teil auch auf Seiten der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger gegenüberstehen.

3. MINDERHEITENVOTUM ZUM INTERGENERATIVEN LASTENAUSGLEICH (KAP. 5.3)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel können den Vorschlag, Rentnerinnen und Rentnern zusätzlich zum allgemeinen Beitragsatz einen rentenabhängigen generativen Ausgleichsbeitrag aufzuerlegen, nicht mittragen.

Zum einen wird dadurch die paritätische Finanzierung der Beiträge zur Pflegeversicherung stark geschwächt. Im Gegenzug käme es zu einer spürbaren Mehrbelastung für Rentnerinnen und Rentner. Betrachtet man alle vorgeschlagenen und bereits vollzogenen Belastungen für die ältere Generation, droht sogar eine Überlastung der Betroffenen.

Die genannten Kommissionsmitglieder sehen zwar, dass es bei der Pflegeversicherung am wenigsten zwingend ist, die Beitragsanbindung an die Löhne und Renten beizubehalten. Schließlich ist in der Pflegeversicherung mit der Versicherungspflicht für alle Erwerbstätigen – einschließlich der Selbständigen – bereits eine Abkoppelung der Beitragspflicht von abhängiger Beschäftigung erfolgt. Alternative Konzeptionen sollten allerdings mit Blick auf die anderen Sicherungssysteme geprüft werden: Die Diskussion, ob die Verbreiterung der Finanzierungsbasis der Sozialen Sicherungssysteme im Sinn einer Erwerbstätigenversicherung eine sinnvolle und stabilisierende Weiterentwicklung darstellen kann, muss die Soziale Pflegeversicherung miteinbeziehen.

4. MINDERHEITENVOTUM ZUR STEUERFINANZIERUNG VON RENTENVERSICHERUNGSBEITRÄGEN FÜR NICHT ERWERBSMÄSSIG PFLEGENDE ANGEHÖRIGE (KAP. 5.2.3)

Die Kommissionsmitglieder Ursula Engelen-Kefer, Nadine Schley, Manfred Schoch und Klaus Wiesehügel halten die Entscheidung der Kommission, eine Steuerfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Familienangehörige abzulehnen, für falsch. Die Begründung, es handele sich bei der Anerkennung dieser Pflegezeiten nicht um eine „versicherungsfremde Leistung“, da diese Leistung indirekt den Pflegebedürftigen zugute käme, ist nicht schlüssig. Daneben wird davor gewarnt, sich von Bundesmitteln abhängig zu machen, die später eingeschränkt oder abgeschafft werden könnten.

Diese Argumentation halten die oben genannten Kommissionsmitglieder für nicht stichhaltig. Zum einen geht es um einen Betrag in Höhe von höchstens 1 Mrd. € (Stand: 2002). An anderer Stelle, bei der Finanzierung des Sozialausgleichs im Kopfprämienmodell, würden zusätzliche Steuermittel in Höhe von 4 bis 10 Mrd. € beansprucht.

Zum anderen ist in der Gesetzlichen Rentenversicherung mit der Zahlung von Beiträgen durch den Bund für Kindererziehungszeiten bereits ein systemgerechter Weg für die Finanzierung familienpolitischer Leistungen eingeschlagen worden. Die daraus resultierenden Rentenleistungen kommen dem Versicherten nicht nur indirekt, sondern sogar direkt zugute. Trotzdem sind sie über Steuern zu finanzieren, da es sich dabei um eine familienpolitische und damit gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Auch bei der Zahlung von Beiträgen zur Rentenversicherung für Pflegezeiten geht es um die Anerkennung von Leistungen, die gegenüber hilfsbedürftigen Familienmitgliedern erbracht werden. Somit ist die Beitragszahlung für pflegende Angehörige als

familienpolitisch motivierte Regelung zu betrachten. Sie sollte nicht von der Pflegeversicherung, sondern vom Bund und damit über Steuern finanziert werden.

5. MINDERHEITENVOTUM ZUR ABGELEHNTEN REFORMOPTION „AUSLAUFMODELL SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG“ (KAP. 5.4.3)

Die Kommissionsmitglieder Claus-Michael Dill, Dominique Döttling und Bernd Raffelhüschen können sich aufgrund ihrer deutlich abweichenden Problemeinschätzung hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung im Pflegebereich nicht dem Mehrheitsvotum der Kommission anschließen. Die von der Kommission verabschiedeten Maßnahmen sind unzureichend und basieren auf einer unrealistischen Einschätzung der Gegebenheiten in der Sozialen Pflegeversicherung.

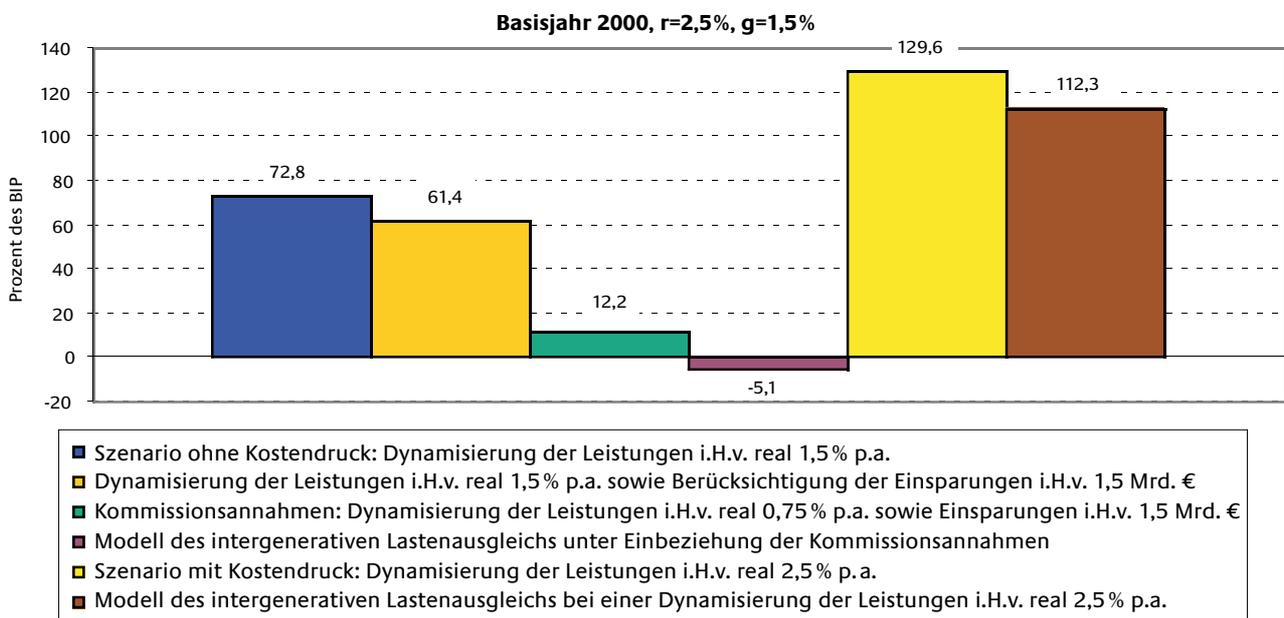
Die Kritik an dem von der Kommission vorgelegten Gesamtkonzept zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung bezieht sich im Wesentlichen auf die zu Grunde gelegten Annahmen und dabei insbesondere auf die vorgeschlagene Dynamisierung der Leistungsausgaben. Zur Präzisierung der Kritik wird auf die Generationenbilanz zurückgegriffen, welche sämtliche Pflegeleistungen an alle heute und in Zukunft lebenden Generationen abzüglich der von ihnen gezahlten Beiträge berechnet. Ist die Differenz positiv, so besteht eine Nachhaltigkeitslücke (NHL), die illustriert, welche Reserven fehlen, wenn alle zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung erhalten sollen. Im Folgenden soll verdeutlicht werden, inwiefern die Reduktion der Nachhaltigkeitslücke auf die Setzung spezifischer Annahmen bzw. auf konkrete Politikmaßnahmen zurückzuführen ist (Abbildung). Die Generationenbilanz der Sozialen Pflegeversicherung, welche sämtliche Pflegeleistungen an alle heute und in Zukunft lebenden Generationen abzüglich der von ihnen gezahlten Beiträge erfasst, weist

eine Nachhaltigkeitslücke (NHL) auf. Diese Nachhaltigkeitslücke illustriert, welche Reserven fehlen, wenn alle zukünftigen Generationen das gegenwärtige Leistungsniveau der Sozialen Pflegeversicherung erhalten sollen. Der von der Kommission unterstellte Referenzfall sieht – abweichend von der durchschnittlichen realen Wachstumsrate von 1,5% – im Pflegebereich nur eine reale Wachstumsrate von 0,75% der Leistungsausgaben je Pflegefall vor. Diese Dynamisierung wird dem Bürger von der Kommission als Großzügigkeit seitens des Gesetzgebers angepriesen, da der rechtliche Status quo überhaupt keine Dynamisierung der Leistungsausgaben vorsieht. Fakt ist aber, dass eine Dynamisierung unterhalb des allgemeinen Produktivitätswachstums keinesfalls ausreichend sein kann, um das reale Leistungsniveau in der Sozialen Pflegeversicherung zu erhalten.

Die seit Bestehen der Sozialen Pflegeversicherung zunehmende Substitution der Geld- durch Sachleistungen im ambulanten Bereich sowie der Trend zur stationären Pflege sind nur allzu deutliche Indikatoren dafür, dass ein Kostenanstieg im Pflegebereich nicht länger zu unterdrücken ist (Szenario ohne Kostendruck). Im Gegenteil, die zunehmende Nachfrage nach professioneller Pflege lässt sogar

einen zusätzlichen Lohnanstieg des Pflegepersonals erwarten, vor allem da Pflegedienstleistungen in höchstem Grade personalintensiv sind und damit kaum Rationalisierungspotential besteht (Szenario mit Kostendruck). Daher wird mit einer Dynamisierung von lediglich 0,75% entweder das Gegenteil eines Kostendrucks unterstellt, d.h. die Realleistungen werden deutlich abgeschmolzen und zugleich geben sich die Beschäftigten im Pflegebereich über Jahrzehnte mit nur der Hälfte der Reallohnsteigerung anderer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zufrieden. Oder aber das Pflegepersonal nimmt an der allgemeinen Lohnsteigerung teil, dann wird aber unterstellt, dass die Differenz von 0,75% „aus dem System heraus“, also durch Kosteneinsparungen finanziert wird. Betrachtet man den Zeithorizont der Reform von 30 Jahren, so bedeutet dies, dass etwa ein Viertel der heutigen Gesamtausgaben auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen ist. Daher ist es dringend geboten, sich auf ein realistisches Szenario einzustellen, in dem die Beschäftigten im Pflegebereich an den allgemeinen Lohnsteigerungen teilhaben, ohne aber von den hohen Ineffizienzen bei den Gesamtausgaben auszugehen. Konkret bedeutet dies, dass entweder das Referenzszenario ohne Kostendruck oder sogar das mit Kostendruck als Maßstab für eine Reform hätte he-

ABBILDUNG: NACHHALTIGKEITSLÜCKEN DER PFLEGEVERSICHERUNG



Quelle: Häcker und Raffelhüschen, Universität Freiburg.

rangezogen werden müssen. Die grundlegend unterschiedlichen Einschätzungen der Rahmenbedingungen führten zu dem von der Kommission verworfenen „Auslaufmodell“ (vgl. Kap. 5.4.3). Dieser Ansatz sah vor, die bestehende umlagefinanzierte Pflegeversicherung langfristig abzuschaffen und durch eine Pflicht zur privaten Absicherung des Pflegerisikos zu ersetzen. Die entsprechende private Kapitalbildung sollte unverzüglich angegangen werden, damit vor der demografischen Maximalbelastung in den Jahren 2040-2060 eine nachhaltige Entlastung zukünftiger Beitragszahler greifen kann.

Die Abbildung illustriert die Auswirkungen der oben dargestellten Rahmensetzungen auf die NHL. Allein durch die von der Kommission getroffenen Annahmen sinkt die NHL um 60,6 Prozentpunkte von 72,8 % auf 12,2 % des Bruttoinlandsprodukts, ausgehend vom Szenario ohne Kostendruck. Lediglich der Übergang von der dritten auf die vierte NHL stellt eine wirksame Reformmaßnahme dar, nämlich das sogenannte „Modell des intergenerativen Lastenausgleichs“. Mit dieser Politikmaßnahme lässt sich die NHL nur um 17,3 Prozentpunkte reduzieren. Abstrahiert man von den als kritisch zu beurteilenden Annahmen der Kommission, ist dies ein unbefriedigendes Resultat. Dieser Tatbestand wird unmittelbar deutlich, betrachtet man den Übergang vom fünften auf den sechsten Balken in der Abbildung. Im Szenario mit Kostendruck verbleibt nach Implementierung des „intergenerativen Lastenausgleichs“ eine drastische NHL von 112,3 % des Bruttoinlandsprodukts. Von einer nachhaltigen Reform wäre dieses Ergebnis weit entfernt.

Die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung war nach Ansicht der Kommissionsmitglieder Dill, Döttling und Raffelhüschen ein historischer Fehler, der nur noch innerhalb eines Zeitfensters von wenigen verbleibenden Jahren zu korrigieren ist, weil zukünftige Pfl-

gebedürftige – dann mit Recht – darauf verweisen werden, dass sie lange Jahre in die Soziale Pflegeversicherung eingezahlt hätten und das System dennoch unbezahlbar bleibt. Zukünftige Generationen müssten nämlich Beitragssätze in der Größenordnung von – je nach Kostendruck – sechs bis fast zehn % im Jahr 2057 zahlen. Dies ist nicht zumutbar. Zukünftige Generationen müssten nämlich sehr deutlich steigende Beitragssätze zahlen. Deshalb wird, wenn nicht unverzüglich im Sinne des Auslaufmodells gehandelt wird, die wohl letzte Chance auf eine solide Absicherung des Pflegerisikos verspielt.