

Auszug aus dem Jahresgutachten 2007/08

Die geplante Pflegereform 2008: Kein weiter Wurf
(Ziffern 291 bis 312)

bleibt – die Gefahr, dass es zu einem Wettbewerb um Versicherte mit hohen Einkommen und nicht zu dem gewünschten Leistungswettbewerb kommt, denn die aus der 1 vH-Überforderungsgrenze resultierenden Beitragsausfälle sollen zulasten der jeweiligen Krankenkasse gehen.

290. Mit der Fonds-Lösung wurde der **politische Lagerstreit** zwischen den Unionsparteien, die sich für ein Pauschalprämienmodell ausgesprochen hatten, und der SPD, die ein Bürgerversicherungskonzept verfolgte, nur scheinbar überwunden. Die von der Politik letztlich verworfenen Reformmodelle, namentlich die Pauschalbeitragskonzepte, waren nicht nur durch mehr konzeptionelle Klarheit und Stringenz gekennzeichnet, etwa hinsichtlich der Abgrenzung des Versichertenkreises und der Beitragsgestaltung. Diese Konzepte gaben auch deutlich zielführendere Antworten auf die Fragen, wie die Finanzierung des Gesundheitswesens längerfristig stabilisiert und die Abgabenbelastung des Faktors Arbeit verringert werden können. Dadurch, dass diese Reformmodelle, darunter die Bürgerpauschale des Sachverständigenrates, durchweg detailliert mit quantitativen Schätzungen zu ihren Finanzierungs- und Verteilungseffekten unterlegt waren, machten sie sich jedoch politisch angreifbar. Die gefundene Fonds-Lösung ist hingegen in vielerlei Hinsicht unbestimmt und interpretationsoffen, und genau darin bestand vermutlich ihr politischer Charme. Denn mit dem Fonds lassen sich einige nur schwer umkehrbare konzeptionelle Festlegungen vermeiden oder zeitlich aufschieben. Zudem ist ein etablierter Fonds eine gute Voraussetzung, bei geänderten politischen Mehrheiten entweder sehr schnell durch den Einbezug der Privaten Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung zu gelangen oder durch eine Umwandlung der einkommensabhängigen Mitgliederbeiträge in Arbeitnehmerpauschalen das Konzept einer Gesundheitsprämie umzusetzen. Insofern gilt gerade bei der Gesundheitsreform 2007: **Nach der Reform ist vor der Reform.**

III. Die geplante Pflegereform 2008: Kein weiter Wurf

1. Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben

291. Die finanzielle Lage der Sozialen Pflegeversicherung hat sich im Jahr 2007 nach einer leichten Entspannung im Jahr 2006, die eine Folge des Vorziehens des Zahlungstermins der Beitragszahlungen war, wieder verschlechtert. Zur Jahresmitte ergab sich ein Defizit von rund 350 Mio Euro, das aber bis zum Jahresende unter anderem aufgrund der Beitragseffekte aus dem 13. Monatsgehalt nur noch leicht ansteigen dürfte. Damit setzte sich die Entwicklung der Jahre 1999 bis 2005 fort, in denen jährlich Finanzierungsdefizite von kumuliert 2,47 Mrd Euro zu verzeichnen gewesen waren und die nur im Jahr 2006 durch den aus dem Sondereffekt resultierenden Überschuss von 450 Mio Euro unterbrochen wurde. Insgesamt führte dies dazu, dass die Reserven der Sozialen Pflegeversicherung, das heißt der Mittelbestand am Ende des Abrechnungszeitraums, weiter auf 3,15 Mrd Euro zum Ende des ersten Halbjahres abgeschmolzen wurden; Ende des Jahres 2000 hatte der Mittelbestand noch 4,8 Mrd Euro betragen.

Isoliert betrachtet haben sich die Einnahmen der Sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2007 durchaus positiv entwickelt. Nach einem Anstieg von rund 1,1 vH im Jahr 2006, unter Herausrechnung des Sondereffekts, ist aufgrund der guten Beschäftigungsentwicklung und der höheren Tarifabschlüsse mit einem Anstieg der Beitragseinnahmen von etwa 2 vH zu rechnen. Im ersten Halbjahr beliefen sich die Gesamteinnahmen auf 8,8 Mrd Euro. Parallel hierzu stiegen aber auch die Ausga-

ben im Jahr 2007 stärker als in den Jahren zuvor. Bereits im ersten Halbjahr 2007 war ein Anstieg der Gesamtausgaben um 1,8 vH gegenüber dem Vorjahreszeitraum auf 9,1 Mrd Euro zu verzeichnen. Bei den Leistungsausgaben erhöhten sich die Ausgaben für Pflegesachleistungen überproportional um 2,2 vH auf 1,22 Mrd Euro. Als größter Ausgabenposten bei den Leistungen schlugen die Zahlungen für die vollstationäre Pflege mit 4,38 Mrd Euro zu Buche, die um 1,7 vH gegenüber dem ersten Halbjahr 2006 wuchsen. Zudem hat sich der bisherige Trend sinkender Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen nicht fortgesetzt.

292. Im kommenden Jahr wird sich die Einnahmesituation der Sozialen Pflegeversicherung auch durch die geplante Anhebung des Allgemeinen Beitragssatzes auf 1,95 vH zum 1. Juli 2008 verbessern; in den nächsten Jahren wird sich die Finanzlage der Pflegeversicherung daher zunächst wieder positiver darstellen. Angesichts des weiteren Anstiegs der Zahl der Leistungsempfänger und aufgrund der schrittweisen Einführung der Leistungsverbesserungen im Rahmen der für das nächste Jahr geplanten Pflegereform wird sich allerdings die Finanzsituation wieder verschlechtern, und später werden weitere Beitragssatzerhöhungen oder ein Abschmelzen des Mittelbestands notwendig werden.

2. Die geplanten Reformmaßnahmen: Leistungsausweitung und Dynamisierung

293. Die von der Bundesregierung am 17. Oktober 2007 beschlossene Reform zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Entwurf zum **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz**) zielt einerseits auf eine Ausweitung der solidarischen, über einkommensabhängige Beiträge finanzierten Teilabsicherung des Pflegerisikos, und andererseits auf eine kostendämpfende Umstrukturierung auf Seiten der Leistungserbringer ab. Dem Ansatz „**ambulant vor stationär**“ zufolge soll die kostengünstigere ambulante Versorgung von erheblich bis schwerst Pflegebedürftigen (Pflegestufe I bis III) weiter ausgebaut werden (Tabelle 23). Das bedeutet, dass die ambulanten Sachleistungsbeträge und das Pflegegeld der Pflegestufen I bis III bis zum Jahr 2012 schrittweise angehoben werden. Die finanziellen Anreize zugunsten der teureren stationären Pflege von erheblich und schwer Pflegebedürftigen (Pflegestufe I und II) sollen hingegen nicht weiter erhöht werden. Bei den Pauschalen der Pflegestufe III ist dagegen sowohl in der stationären wie in der ambulanten Pflege eine deutliche Anhebung vorgesehen. Außerdem ist geplant, die Höchstpauschalen für Härtefälle in der stationären Pflege der Pflegestufe III bis zum Jahr 2012 stufenweise an die gegenwärtigen Höchstpauschalen für ambulante Sachleistungen in Höhe von 1 918 Euro anzugleichen. Nach den Berechnungen des Bundesgesundheitsministeriums führt die schrittweise Anhebung der Leistungsbeträge zu Mehrausgaben im zweiten Halbjahr 2008 von rund 0,2 Mrd Euro und im Jahr 2009 von etwa 0,4 Mrd Euro. Mit Einsetzen der zweiten Stufe der Anhebung steigen die Mehrausgaben im Jahr 2010 auf circa 0,8 Mrd Euro und im Jahr 2012 nochmals auf 1,25 Mrd Euro an. Mittel- und langfristig sollen diese Mehrausgaben etwa 0,1 Beitragssatzpunkten entsprechen.

294. Darüber hinaus sollen Anreize zur Stärkung der ambulanten Versorgung und Betreuung durch die Einführung von ortsnahen **Pflegestützpunkten**, den Einsatz ansässiger **Fallmanager** und die Förderung von betreutem Wohnen und betreuten Wohngemeinschaften wie auch durch den verstärkten Einsatz von Einzelpflegekräften gesetzt werden. Pflegekassen, Krankenkassen, Leistungserbringer und Kommunen sollen deshalb Verträge für „Integrierte wohnortnahe Versor-

gung und Betreuung“ abschließen können. Durch einen „gepoolten“ Einsatz von Pflegekräften sollen zusätzliche Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Die Einrichtung von städtischen Pflegestützpunkten zur Organisation und Koordination von Pflegeangeboten wird durch die Pflegeversicherung in den ersten zwei Jahren der Entstehung finanziert.

Tabelle 23

**Die wichtigsten finanziellen Leistungen in der Pflegeversicherung:
Status quo 2007 und geplante Verbesserungen bis 2012¹⁾**

bis zu ... Euro, monatlich

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit	Jahr	Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	Pflegestufe II (schwer Pflegebedürftige)	Pflegestufe III/Härtefälle (schwerst Pflegebedürftige)
Häusliche Pflege				
Sachleistungen bei häuslicher Pflege durch professionelle Pflegekräfte von Vertragsdiensten	2007	384	921	1 432 / 1 918
	2008	420	980	1 470 / 1 918
	2010	440	1 040	1 510 / 1 918
	2012	450	1 100	1 550 / 1 918
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen ²⁾	2007	205	410	665
	2008	215	420	675
	2010	225	430	685
	2012	235	440	700
Teil- oder vollstationäre Pflege				
Tages- und Nachtpflege in teilstationären Einrichtungen	2007	384	921	1 432
	2008	420	980	1 470
	2010	440	1 040	1 510
	2012	450	1 100	1 550
Pflege in vollstationären Einrichtungen	2007	1 023	1 279	1 432 / 1 688
	2008	1 023	1 279	1 470 / 1 750
	2010	1 023	1 279	1 510 / 1 825
	2012	1 023	1 279	1 550 / 1 918

1) Gemäß Beschluss der Bundesregierung vom 17. Oktober 2007.– 2) Zum Beispiel von geeigneten Pflegepersonen aus der Familie.

Neu ist die Einbeziehung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch keinen erheblichen Pflegebedarf nachweisen können, aber dennoch zusätzliche Betreuung benötigen (Demenzkranken). Der Leistungsbetrag für diesen Personenkreis wird auf einen Betrag in Höhe von bis zu 2 400 Euro jährlich erhöht.

295. Zudem wurde eine Reihe von Maßnahmen verabredet, von denen langfristig eine Ausgaben-senkung erwartet wird:

- Angehörige sollen für die Dauer einer Pflegezeit von bis zu sechs Monaten ein Anrecht auf eine unbezahlte Freistellung von der Arbeit erhalten, ohne den Anspruch auf ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Bei kurzfristig auftretenden Pflegefällen in der Familie sollen Angehörige in Zukunft einmalig einen Freistellungsanspruch von bis zu zehn unbezahlten Tagen beantragen können.

- Die Pflegekassen sollen gemeinsam mit den Ländern und anderen Vertragspartnern dazu verpflichtet werden, bürgerschaftliches generationsübergreifendes Engagement auf kommunaler Ebene besser in das Versorgungsangebot zu integrieren.
- Stationäre Pflegeeinrichtungen sollen durch finanzielle Gegenleistung animiert werden, den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen mit **aktivierender Pflege und Rehabilitation** zu verbessern.

296. Nach der schrittweisen Anpassung der Leistungen bis zum Jahr 2012 sollen dann ab dem Jahr 2015 alle drei Jahre die betragsmäßig festgelegten Leistungen dynamisiert werden. Seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind die Pauschalen unverändert geblieben. Der reale Versicherungswert der Leistungen hat sich somit seitdem um etwa 15 vH verringert. Damit stieg die Gefahr, dass Pflegebedürftige zunehmend wieder auf eine Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen waren. Die stufenweise Anhebung und **Dynamisierung der Leistungen** nach Maßgabe einer unterstellten durchschnittlichen Inflationsrate von jährlich 1,5 vH soll dies nach den Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums verhindern und gewährleisten, dass der reale Wert der Pflege auch langfristig in etwa dem heutigen entspricht. Die Prüfung der Anpassungsrate der Beträge in Anlehnung an die Entwicklung der Verbraucherpreise soll alle drei Jahre vorgenommen werden. Die Leistungsangleichung soll jedoch – so die interpretationsoffene Formulierung in den Eckpunkten – „nicht höher sein als die Bruttolohnentwicklung im selben Zeitraum“.

3. Ausgleichszahlungen der Privaten Pflegeversicherung

297. Im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 hatten die Regierungsparteien eine Reform der Sozialen Pflegeversicherung vereinbart, die neben den beschriebenen Leistungsverbesserungen und einem Abbau von Fehlanreizen zugunsten der stationären Pflege auch die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente (Demografiereserve) sowie einen Finanzausgleich zwischen der Privaten und der Sozialen Pflegeversicherung zum Ausgleich der schlechteren Risikostrukturen der Sozialen Pflegeversicherung vorsah. Die Einführung kapitalgedeckter Elemente auf der Finanzierungsseite war das Anliegen der Unionsparteien, der Finanzausgleich zugunsten der Sozialen Pflegeversicherung das der SPD.

Während die SPD zum **Ausgleich der Risikounterschiede** – in der Sozialen Pflegeversicherung kommen aufgrund der schlechteren Altersstruktur der dort Versicherten auf je 100 Versicherte 2,8 Leistungsempfänger, in der Privaten Pflegeversicherung dagegen aufgrund des geringeren Durchschnittalters der dort Versicherten nur 1,3 Leistungsempfänger – regelmäßige Zahlungen von „zunächst“ 1 Mrd Euro in den Jahren 2008 bis 2010 forderte, war die CDU/CSU in Teilen bereit, eine einmalige, in der Höhe freilich nicht festgelegte Ausgleichszahlung durch die Private Pflegeversicherung zu akzeptieren.

Beide Optionen – jährliche Zahlungen oder Einmalzahlung – wurden dem Bundesinnenministerium und dem Bundesjustizministerium zur verfassungsrechtlichen Prüfung des damit verbundenen übergreifenden Solidarausgleichs vorgelegt. Während das Bundesjustizministerium einen jährlichen Solidarausgleich zugunsten der Sozialen Pflegekassen für verfassungsrechtlich möglich, eine

Einmalzahlung dagegen als bedenklich ansah, wurden vom Bundesinnenministerium beide Alternativen verworfen.

Da die SPD ohne einen **Finanzausgleich zwischen Privater und Sozialer Pflegeversicherung** einer Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente nicht zustimmen wollte, zog der aufgrund des Gutachtens des Bundesinnenministeriums von den Unionsparteien geforderte Verzicht auf den im Koalitionsvertrag vereinbarten Finanzausgleich im Gegenzug den Verzicht auf die Demografiereserve nach sich.

298. Das Bundesinnenministerium argumentiert, dass durch die unüberbrückbare Strukturentscheidung der parallelen Etablierung einer Sozialen und einer Privaten Pflegeversicherung kein Raum für Ausgleichszahlungen aufgrund unterschiedlicher Risikomerkmale beider Versicherungstypen bestehe. Die Private und die Soziale Pflegeversicherung würden sich in ihren rechtlichen Strukturen grundsätzlich unterscheiden. Denn während die Private Pflegeversicherung auf der Grundlage und nach Maßgabe des Privatrechts organisiert sei, verdanke die Soziale Pflegeversicherung Existenz, Organisation und Inhalt allein dem staatlichen Organisationsakt. Die Private Pflegeversicherung orientiere sich am Prinzip der Individualäquivalenz, während die Soziale Pflegeversicherung durch die Prinzipien der Sozialversicherung, insbesondere dem der sozialen Umverteilung nach Maßgabe der individuellen Leistungsfähigkeit geprägt sei. Die Private Pflegeversicherung müsse „dem Staat als privates Eigentum vorausliegende Rückstellungen aufbauen“, die Soziale Pflegeversicherung dagegen eröffne „durch das staatlich vermittelte Umlageverfahren nur solidarisch gebundene Teilhabeanprüche am jeweiligen Beitragsaufkommen“. Im Ergebnis sei daher „nur die soziale Pflegeversicherung als eine am Solidarprinzip orientierte „Sozial“-Versicherung zu qualifizieren, während der privaten Pflicht-Pflegeversicherung prinzipiell – sowohl eine interne wie erst recht eine externe – soziale Umverteilungskomponente fremd ist“ (BMI, 2007).

Dieses sehr dezidierte Votum muss insofern überraschen, als sich – jenseits der Tatsache, dass die Leistungen der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung identisch sind und bei Streitigkeiten auch im Bereich der Privaten Pflegeversicherung der Sozialrechtsweg zu beschreiten ist – die Private Pflegeversicherung eben nicht am Prinzip der Individualäquivalenz orientiert, sondern – im Gegensatz zur Privaten Krankenversicherung – durch **Unisex-Tarife** sowie eine beitragsfreie Mitversicherung der Kinder gekennzeichnet ist. Zudem ist ein voller Risikostrukturausgleich zwischen den privaten Versicherern etabliert, und § 110 SGB XI schreibt vor, dass die Prämienhöhe in der Privaten Pflegeversicherung den Höchstbeitrag in der Sozialen Pflegeversicherung nur in bestimmten Ausnahmen übersteigen darf.

Richtig ist, dass im Gegensatz zu einer umlagefinanzierten Sozialversicherung in einer kapitalgedeckten Versicherung unterschiedliche Altersstrukturen und damit auch unterschiedliche Pflegewahrscheinlichkeiten prinzipiell irrelevant sind. Denn während in einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung in der Altersstruktur begründete unterschiedliche Pflegewahrscheinlichkeiten der einzelnen Kassen durch den Risikostrukturausgleich kompensiert werden, geschieht dies in einem kapitalgedeckten System durch die versicherungsindividuellen Alterungsrückstellungen. Vor einem etwaigen Ausgleich zugunsten der Sozialen Pflegeversicherung müsste daher die günstigere Risikostruktur der Privaten Pflegeversicherung um die unterschiedlichen Altersstrukturen der Ver-

sicherten bereinigt werden. Dieses der Sache nach zutreffende Argument blendet freilich aus, dass die schlechtere Risikostruktur der Sozialen Pflegeversicherung nicht zuletzt eine Folge des Prinzips „Pflege folgt Krankheit“ und der damit verbundenen Risikoentmischung zulasten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ist.

299. Der größte Teil der günstigeren Risikostruktur der privaten Kassen ist das Ergebnis der Strukturentscheidung, dass es eine **Versicherungspflichtgrenze** und damit neben der Gesetzlichen Krankenversicherung eine substitutive Private Krankenversicherung gibt. Wenn man das Argument akzeptiert, dass die aus dieser Systementscheidung erwachsenden Unterschiede in den Risikostrukturen der gesetzlichen und privaten Pflegekassen keine Ausgleichszahlungen zugunsten der Sozialen Pflegeversicherung begründen, so berücksichtigt diese Sichtweise dennoch nicht, dass die Risikoentmischung zulasten der Sozialen Pflegeversicherung nicht nur das Ergebnis dieser Systementscheidung ist. Zu den unterschiedlichen Alters- und damit Risikostrukturen haben auch die im Jahr 1998 ausgelaufenen Möglichkeiten beigetragen, als privat Versicherter beim Renteneintritt in die gesetzlichen Kassen zurückzukehren, während die noch nicht verzehrten, bei den privaten Versicherern gebildeten Alterungsrückstellungen dieser Wechsler aber in den privaten Systemen verblieben. Nicht die aus der **Systementscheidung**, und der aus dieser Entscheidung erwachsenden Versicherungspflichtgrenze, wohl aber die sich aus diesen Rückkehrmöglichkeiten ergebenden Unterschiede in den Risikostrukturen legitimieren vom Prinzip her Ausgleichszahlungen zugunsten der Sozialen Pflegeversicherung. Dieser Ausgleich wäre allerdings vom Volumen her deutlich geringer als die von der SPD geforderte Summe von 1 Mrd Euro pro Jahr, und auf jeden Fall ein zeitlich befristeter Transfer, da – nach dem Auslaufen dieser Rückkehrmöglichkeiten – die daraus resultierenden Effekte auf die Pflegewahrscheinlichkeit spätestens in 20 bis 30 Jahren verschwunden sind.

4. Determinanten der Beitragssatzentwicklung

300. Sieht man von temporären Defiziten oder Überschüssen ab, muss – da die Soziale Pflegeversicherung keine steuerlichen Zuschüsse erhält – in jeder Periode das Beitragsaufkommen dem Ausgabenvolumen entsprechen. Der durchschnittliche Beitragssatz ergibt sich deshalb als Quotient aus dem Ausgabenvolumen und der Summe der beitragspflichtigen Einkommen. Dieser so ermittelte durchschnittliche Beitragssatz entspricht aber nicht dem allgemeinen Beitragssatz, der niedriger ist, da kinderlose Versicherte einen Zusatzbeitrag von derzeit 0,25 Prozentpunkten zu entrichten haben.

301. Die Determinanten des Beitragssatzes lassen sich formal anhand einer Bilanzgleichung der Sozialen Pflegeversicherung bestimmen. Diese Bilanzgleichung besagt, dass in jeder Periode die laufenden Einnahmen (E_t) den laufenden Ausgaben (A_t) entsprechen müssen,

$$E_t = A_t, \quad (1)$$

wobei

$$E_t = b_t L_{Et} + b_t^{KI} L_{Et}^{KI} + b_t (R_t + BR_t) + b_t^{KI} (R_t^{KI} + BR_t^{KI}) \quad \text{und} \quad (2)$$

$$A_t = X_t \sum_{-\infty}^{+\infty} a_{it}^{m, f} \lambda_{it}^{m, f} K_{it}^{m, f}. \quad (3)$$

In diesen Gleichungen stehen jeweils für das Jahr t

- E : die Gesamteinnahmen;
 A : die Gesamtausgaben;
 b : der allgemeine Beitragssatz;
 b^{KI} : der Sonderbeitrag der Kinderlosen;
 L_E : die beitragspflichtigen Einkommen der Erwerbstätigen;
 L_E^{KI} : die beitragspflichtigen Einkommen der kinderlosen Erwerbstätigen;
 R : die beitragspflichtigen Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung;
 BR : die beitragspflichtigen Betriebsrenten;
 L_R : die beitragspflichtigen Einkommen der Rentner ($= R + BR$);
 L_R^{KI} : die beitragspflichtigen Einkommen der kinderlosen Rentner ($= R^{KI} + BR^{KI}$);
 X : der Faktor, mit dem Ausgaben zum Erhalt der realen Leistungen dynamisiert werden;
 $a_i^{m,f}$: die durchschnittlichen kohortenspezifischen Pflegeausgaben für Frauen und Männer;
 $\lambda_i^{m,f}$: die kohortenspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten von Frauen und Männern;
 $K_i^{m,f}$: die geschlechts- und kohortenspezifischen Besetzungszahlen;
 N : die maximale Lebenserwartung.

Aus Gleichung (2) lässt sich der **durchschnittliche Beitragssatz** b_t ableiten, der in jeder Periode das finanzwirtschaftliche Gleichgewicht gewährleistet.

$$b_t = \frac{E_t - b_t^{KI} (L_{Et}^{KI} + L_{Rt}^{KI})}{L_{Et} + L_{Rt}}; \quad (4)$$

oder

$$b_t = \frac{X_t \sum_{-\infty}^{+\infty} a_{it}^{m,f} \lambda_{it}^{m,f} K_{it}^{m,f} - b_t^{KI} (L_{Et}^{KI} + L_{Rt}^{KI})}{L_{Et} + L_{Rt}}. \quad (5)$$

Der erste Summand des Zählers des Bruchs in (5) steht für die ausgabenseitigen Determinanten, während der zweite Summand und der Nenner die einnahmeseitigen Einflussfaktoren erfassen.

302. Von zentraler, wenn auch nicht alleiniger Bedeutung für die Entwicklung des Beitragssatzes sind die demografischen Determinanten, nämlich die Änderung der Bevölkerungszahl, die Änderung der Altersstruktur sowie die Entwicklung der kohortenspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten.

Dieser demografische Einfluss auf den Beitragssatz lässt sich in einen Ausgabeneffekt und einen Einnahmeeffekt zerlegen. Der **Ausgabeneffekt** resultiert aus den altersabhängigen Pflegewahrscheinlichkeiten in Kombination mit der Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen als Folge des steigenden Anteils der Älteren an der Gesamtbevölkerung. Der **Einnahmeeffekt** erwächst daraus, dass mit einer Zunahme der Anzahl der Rentner an der Gesamtzahl der Versicherten das durchschnittliche Beitragsaufkommen je Versicherten sinkt, da Rentner im Durchschnitt und trotz der Beitragspflicht von Betriebsrenten regelmäßig ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen be-

ziehen als Erwerbstätige. Da aber die Soziale Pflegeversicherung wie die Gesetzliche Krankenversicherung, jedoch anders als die Gesetzliche Rentenversicherung, auf einem Drei-Generationen-Vertrag basiert und die Kinder aller Versicherten beitragsfrei mitversichert sind, hat eine niedrige Geburtenzahl für sich genommen einen positiven Effekt auf das durchschnittliche Beitragsaufkommen je Versicherten. Verstärkt wird dieser das durchschnittliche Beitragsaufkommen erhöhende Effekt rückläufiger Geburtenzahlen dadurch, dass ein dann wachsender Anteil von kinderlosen Versicherten den Zusatzbeitrag entrichten muss.

Die den durchschnittlichen Beitragssatz im Zeitverlauf treibenden demografischen Parameter werden allerdings in ihrer Wirkmächtigkeit – teilweise deutlich – modifiziert durch

- **politische Faktoren** wie die Höhe des Zusatzbeitrags für die kinderlosen Versicherten und insbesondere die Rate, mit der die Leistungen dynamisiert werden, um den materiellen Versicherungswert der Sozialen Pflegeversicherung zu erhalten, sowie
- durch die **Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen**, konkret der Löhne, der Renten aus der Gesetzlichen Rentenversicherung und der Leistungen aus der Betrieblichen Altersversorgung.

Bei konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten führen steigende Besetzungszahlen der älteren Kohorten zu einem Anstieg der Gesamtausgaben und ceteris paribus zu einem steigenden durchschnittlichen Beitragssatz.

303. In den folgenden Simulationsrechnungen hinsichtlich der langfristigen Entwicklung des Beitragssatzes soll ausgehend von einem **Basiszenario**, welches auf den Eckpunkten der geplanten Reform basiert, die Sensitivität abweichender Annahmen der wichtigsten politischen und ökonomischen Faktoren für den Beitragssatz bestimmt werden. Denn die Notwendigkeit weiterer einnahmeseitiger Reformmaßnahmen wird letztlich von der als wahrscheinlich erachteten Entwicklung des Beitragssatzes bestimmt.

Die **wichtigste Determinante** der Pflegeausgaben ist die Anzahl der Pflegefälle. Diese Größe wird mit Hilfe der projizierten demografischen Entwicklung ermittelt. Hinsichtlich der demografischen Entwicklung wird die mittlere Variante der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 1 - W2) als Rechengrundlage verwendet. Die Annahmen dieser Variante sind eine annähernd konstante Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern pro Frau, ein Anstieg der Lebenserwartung neugeborener Jungen bis zum Jahr 2050 auf 83,5 Jahre und neugeborener Mädchen auf 88,0 Jahre sowie ein jährlicher Wanderungssaldo von 200 000 Personen.

Das Pflegerisiko errechnet sich aus den alters- und geschlechtsspezifischen **Pflegewahrscheinlichkeiten** des Jahres 2006. Die Pflegewahrscheinlichkeiten werden getrennt nach ambulanter und stationärer Versorgung berechnet und für die Zukunft konstant gesetzt. Aus diesen Annahmen folgt, dass die Anzahl der Pflegefälle in der Sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2050 auf über 3,9 Millionen Personen ansteigen wird.

Für die Ausgabenentwicklung sind zudem der Leistungsumfang und die Dynamisierung der Leistungspauschalen von großer Bedeutung. Die skizzierten Eckpunkte der Pflegereform 2008, namentlich die Leistungsausweitungen und die Erhöhung der Pauschalen im ambulanten Bereich bis zum Jahr 2012, wurden bei der Modellierung der Ausgabenseite berücksichtigt und in Pro-Kopf-Ausgaben transformiert. Die **Leistungsdynamisierung** ab dem Jahr 2013 wurde mit einer Rate von jährlich 1,5 vH festgeschrieben und wird erstmals im Jahr 2015 umgesetzt.

Die **Einkommensentwicklung**, die der Simulation zugrunde liegt, folgt den Annahmen des Rentenversicherungsberichts 2006, die sich in der mittleren und längeren Frist mit den Annahmen der Rürup-Kommission decken (JG 2003 Ziffer 358). Die Zahlen für die Jahre 2007 und 2008 wurden aktualisiert. So wird für das Jahr 2007 eine Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einkommen je Versicherten in der Altersklasse der 20- bis 65-Jährigen von 2 vH unterstellt, für das Jahr 2008 nur ein Zuwachs von 1,5 vH. Bis zum Jahr 2020 steigt die unterstellte Zunahme der beitragspflichtigen Arbeitsentgelte auf 3 vH und bleibt bis zum Jahr 2050 auf diesem Niveau. Für Rentner wird eine um durchschnittlich etwa 0,6 Prozentpunkte geringere Zuwachsrate der beitragspflichtigen Entgelte angenommen. Dabei wurde berücksichtigt, dass die Rentenentwicklung nach Maßgabe der Rentenanpassungsformel hinter der Lohnentwicklung zurückbleibt, aber auch, dass die beitragspflichtigen Betriebsrenten an Bedeutung gewinnen und über die Jahre in einer Erhöhung der Alterseinkommen resultieren.

304. Die **Alternativszenarien** basieren gegenüber dem Basisszenario auf modifizierten Annahmen hinsichtlich der Einkommensentwicklung, Leistungsdynamisierung, Bevölkerungsalterung und der Pflegewahrscheinlichkeiten. So werden im Szenario „Stärkere Leistungsdynamisierung“ Dynamisierungsraten von 2 vH oder 2,5 vH unterstellt, während im Szenario „Schwächere Einkommensentwicklung“ die aus dem Rentenversicherungsbericht entnommenen Annahmen für die Entwicklung der Einkommen um einen halben beziehungsweise einen Prozentpunkt reduziert wurden. Das Szenario „Stärkere Alterung“ basiert zwar auf den Basisannahmen bezüglich der ökonomischen und politischen Faktoren, allerdings wird die Variante 6 - W1 der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung als Rechengrundlage für die Simulation genutzt. Die dieser Variante zugrunde liegenden Annahmen sind ein Rückgang der Geburtenhäufigkeit bis zum Jahr 2050 auf 1,2 Kinder pro Frau, ein Anstieg der Lebenserwartung neugeborener Jungen auf 85,4 Jahre im Jahr 2050 und neugeborener Mädchen auf 89,8 Jahre sowie ein jährlicher Wanderungssaldo von 200 000 Personen. Im Szenario „Sinkende Pflegewahrscheinlichkeit“ wurde von verminderten Pflegewahrscheinlichkeiten ausgegangen, die beispielsweise durch medizinischen Fortschritt erreicht werden könnten, das heißt, die festgeschriebenen konstanten Pflegewahrscheinlichkeiten des Jahres 2006 wurden für die 70- bis 90-Jährigen bis zum Jahr 2030 um 10 vH herabgesetzt.

305. Das vom Sachverständigenrat als „realistisch“ erachtete **Referenzszenario** basiert ebenfalls in Ermangelung validerer Annahmen auf der unterstellten Entgeltentwicklung des Rentenversicherungsberichts 2006 der Bundesregierung. Wenn das Ziel der Dynamisierung eine weitgehende Konstanz der realen Versicherungsleistung sein soll, ist eine Anpassung der Leistungen nur nach Maßgabe der Inflationsrate unzureichend, da dies im personalintensiven Pflegebereich den Anstieg der Realeinkommen der dort Erwerbstätigen ausschließen würde. Daher erscheint dem Sachverständigenrat eine über der Inflationsrate von 1,5 vH liegende Leistungsdynamisierung angebracht.

Deshalb wird im Referenzszenario von einer Anhebung der Leistungspauschalen ab dem Jahr 2013 um 2,25 vH pro Jahr ausgegangen, der Hälfte der Summe aus angenommener Inflationsrate von 1,5 vH und dem langfristig unterstellten nominalen Lohnwachstum von 3 vH. Diese unterhalb der erwarteten Lohnsteigerung liegende Dynamisierungsrate bedeutet nicht, dass die Löhne der im Pflegebereich Beschäftigten nicht auch um jährlich 3 vH steigen, sondern dass die Anbieter von Pflegedienstleistungen bei Lohnsteigerungen von 3 vH ihre Preise für die gleichen Leistungen nur um 2,25 vH anheben müssen, da auch im Pflegebereich vorhandene Rationalisierungspotenziale erschlossen werden. Erfolgte hingegen eine Dynamisierung parallel zur Lohnentwicklung, so ließen die Leistungsanbieter entweder mögliche Rationalisierungsgewinne ungenutzt oder gäben diese nicht an die Versichertengemeinschaft weiter (Rürup-Kommission, 2003).

Um bei der Prognose des Beitragssatzes auf einer sicheren Seite zu sein, wird trotz der regelmäßig mit einem Gewinn an gesunden Jahren verbundenen Zunahme der Lebenserwartung in einer konservativen Annahme bis zum Jahr 2050 von einer Konstanz der kohortenspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten ausgegangen.

5. Die Beitragssatzentwicklung und Ergebnisse

306. Der **durchschnittliche Beitragssatz**, das heißt das gewogene arithmetische Mittel aus dem allgemeinen Beitragssatz und dem Zusatzbeitrag für Kinderlose, betrug 1,76 vH im Jahr 2007. In der für das nächste Jahr vorgesehenen Pflegereform soll der allgemeine Beitragssatz ab dem 1. Juli 2008 um 0,25 Beitragssatzpunkte erhöht werden. Dies würde zu einem Durchschnittsbeitragssatz von 1,89 vH im nächsten Jahr und von 2,01 vH im Jahr 2009 führen.

307. Ab dem Jahr 2017 kann im Basisszenario der Beitragssatz von 2,01 vH nicht mehr gehalten werden. Der erforderliche Satz steigt bis auf 2,48 vH im Jahr 2050 an (Tabelle 24). Diese vergleichsweise moderate Beitragssatzentwicklung ist zum einen auf die unterstellte Entwicklung der versicherungspflichtigen Entgelte zurückzuführen und zum anderen auf eine nur die **Inflationsrate** von 1,5 vH pro Jahr kompensierende Leistungsdynamisierung. Unterstellt man ein um einen Prozentpunkt geringeres Wachstum der Einkommen ab dem Jahr 2011, läge der Beitragssatz im Jahr 2050 bei 3,64 vH. Eine Leistungsdynamisierung von 2 vH beziehungsweise 2,5 vH, die eine reale Einkommenssteigerung der im Pflegesektor Beschäftigten impliziert, würde zu einem Beitragssatz von 2,93 vH beziehungsweise 3,45 vH im Jahr 2050 führen.

Die bei der Variante „stärkere Alterung“ um rund 500 000 Personen größere Anzahl an Pflegefällen schlägt mit einem um 0,5 Beitragssatzpunkte höheren Beitragssatz im Jahr 2050 zu Buche. Die hohe Sensitivität der Sozialen Pflegeversicherung gegenüber der Bevölkerungsalterung, der isolierte Demografieeffekt, lässt sich abschätzen, wenn man unterstellt, dass bereits heute die Bevölkerungsstruktur des Jahres 2050 gegeben wäre. In diesem Fall läge nämlich der das finanzwirtschaftliche Gleichgewicht garantierende durchschnittliche Beitragssatz bei 4,5 vH.

Sinkende Pflegewahrscheinlichkeiten in den vom Pflegerisiko besonders betroffenen Altersklassen wirken sich signifikant auf den Beitragssatz aus, da mit einem sinkenden Pflegerisiko die Anzahl der Pflegefälle nicht so stark steigt. Die angenommene Reduktion des Pflegerisikos um 10 vH bis zum Jahr 2030 in den Altersklassen 70 Jahre und älter impliziert knapp 3,6 Millionen Pflegefälle

im Jahr 2050 und würde faktisch Beitragssatzstabilität zur Folge haben, wenn die Einkommen wie im Basis- und Referenzszenario unterstellt zunehmen.

Tabelle 24

**Beitragssatzentwicklung in der Sozialen Pflegeversicherung bis 2050
bei unterschiedlichen Annahmen**

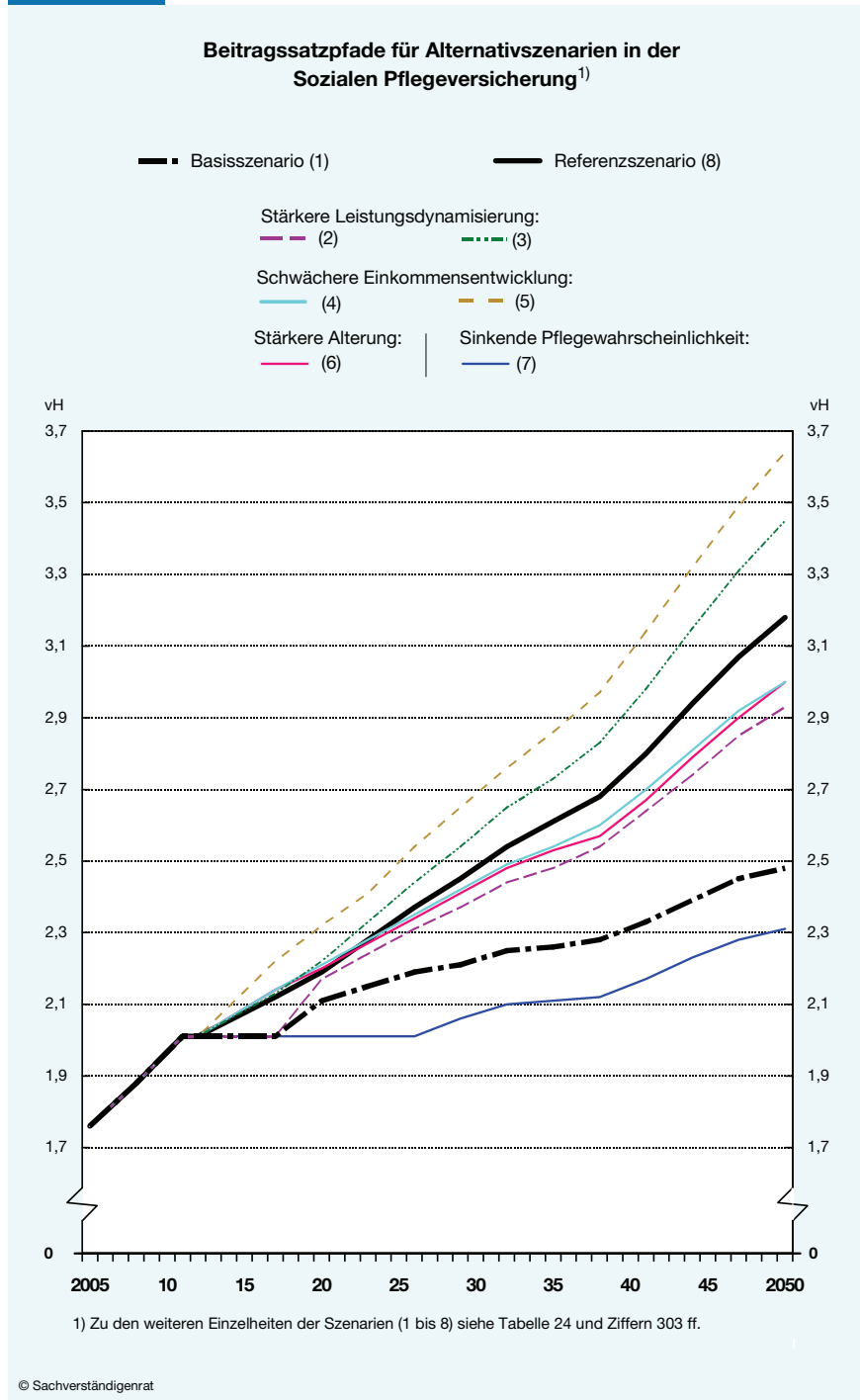
Annahmen/Ergebnisse	Basis- szenario	Alternativszenarien zum Basisszenario						Referenz- szenario	
		Stärkere Leistungs- dynamisierung		Schwächere Einkommens- entwicklung		Stärkere Alterung	Sinkende Pfle- ge- wahr- schein- lichkeit		
		a)	b)	a)	b)				
Szenarien	1	2	3	4	5	6	7	8	
Annahmen¹⁾									
Demografie	Gemäß Variante ... der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung 1-W2						6-W1	1-W2	
Pflegewahrscheinlichkeit	Gemäß der im Jahr 2006						bis 2030 um 10 vH	2006	
Leistungen an Versicherte	Bis 2012 gemäß Status quo einschließlich der geplanten Leistungsverbesserungen in der Pflegereform 2008 ab 2013 jährliche Anpassung um ... vH								
	+ 1,5	+ 2,0	+ 2,5	+ 1,5	+ 1,0	+ 1,5	+ 1,5	+ 2,25	
Einkommen der Versicherten	Ab 2009 gemäß Rentenversicherungsbericht 2006 der Bundesregierung ²⁾ , schwächerer Anstieg um jeweils 0,5/1,0 Prozentpunkte bei den Szenarien 4/5								
Ergebnisse für den Zeitraum 2006 bis 2050 (vH)³⁾									
Beitragspflichtige Einkommen:									
- Insgesamt	2,35	2,35	2,35	1,91	1,47	2,35	2,35	2,35	
- Je Versicherten	2,58	2,58	2,58	2,13	1,69	2,58	2,58	2,58	
Leistungsausgaben:									
- Insgesamt	3,05	3,56	3,81	3,05	3,05	3,34	2,88	3,62	
- Je Versicherten	3,28	3,65	4,04	3,28	3,28	3,72	3,11	3,84	
Beitragssatz im Jahr 2050	2,48	2,93	3,45	3,00	3,64	3,00	2,31	3,18	

1) Zu den weiteren Einzelheiten siehe Ziffern 300 ff.– 2) Mittlere Variante.– 3) Jahresdurchschnittliche Veränderungsdaten.

308. Die Ergebnisse zeigen, dass die demografische Entwicklung zusammen mit den Leistungsausweitungen bei der geplanten Pflegereform 2008 durchschnittliche Ausgabensteigerungen von jährlich 1,85 vH bis zum Jahr 2050 bedingt. Pro Versicherten bedeutet dies einen jährlichen Ausgabenzuwachs von 2,08 vH. Die Einkommen je Versicherten müssen mit der gleichen Rate wachsen, nur um den Demografieeffekt zu kompensieren. Kommt eine Leistungsdynamisierung in Höhe von jährlich 1,5 vH hinzu, steigen die Gesamtausgaben um über 3 vH jährlich. Damit dies ohne Auswirkungen auf den Beitragssatz bleibt, müssten die beitragspflichtigen Einkommen um jährlich 3,1 vH je Versicherten zunehmen.

Im **Referenzszenario** des Sachverständigenrates steigt durch die höhere Dynamisierungsrate gegenüber dem Basisszenario der Beitragssatz auf 3,18 vH im Jahr 2050 (Schaubild 62). Der Beitragssatz von nur 2,48 vH im Jahr 2050, wie er sich im Basisszenario nach Maßgabe der Annahmen der Bundesregierung ergibt, resultiert im Wesentlichen aus den niedrigeren Wachstumsraten der Ausgaben je Versicherten.

Schaubild 62



Der regelmäßig vom Freiburger Forschungszentrum für Generationenverträge errechnete markante Anstieg des Beitragssatzes auf über 7 vH im Jahr 2050 resultiert zum einen aus einem auch langfristig als sehr flach unterstellten Pfad der beitragspflichtigen Entgelte und zum anderen aus der

Annahme sehr hoher Dynamisierungsfaktoren bei den Leistungen in der Größenordnung von 3 vH bis 4,25 vH. Abgeleitet sind diese hohen Dynamisierungsfaktoren aus den Steigerungen der Pro-Kopf-Ausgaben für Pflegeleistungen in den Jahren 1970 bis 1994. Dies war aber ein Zeitraum mit deutlichen Verbesserungen der Pflegeleistungen. Daher können diese Steigerungsraten der Vergangenheit, denen Leistungsausweitungen zugrunde liegen, nicht als relevante Dynamisierungsparameter dienen, wenn nur der reale Versicherungswert der Sozialen Pflegeversicherung erhalten werden soll. Bei einer langfristigen Inflationsrate von jährlich 1,5 vH würde eine Dynamisierung der Pro-Kopf-Ausgaben von deutlich über 3 vH pro Jahr – selbst unter der Annahme des Fehlens jeglicher Rationalisierungspotenziale – eine reale Leistungsausweitung, aber eben keine Stabilisierung des derzeitigen realen Leistungsniveaus der Sozialen Pflegeversicherung implizieren (Häcker, 2007; Schölkopf, 2007).

6. Nachhaltige finanzierungsseitige Absicherung: Nur noch begrenzte Möglichkeiten

309. Geht man von der langfristigen Entwicklung des Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung nach Maßgabe des Referenzszenarios aus, dann ist ein Anstieg des durchschnittlichen Beitragssatzes von derzeit 1,7 vH auf 1,95 vH ab dem Jahr 2008 bis auf 3,18 vH im Jahr 2050 zu erwarten. Die Notwendigkeit eines Umbaus des Finanzierungssystems der Sozialen Pflegeversicherung erwächst deshalb weniger aus einem besonders starken Aufspreizen des beschäftigungsfeindlichen Abgabenkeils als Folge des Zusammenwirkens von lohnabhängiger Beitragsbemessung und Bevölkerungsalterung, sondern mehr aus der zunehmenden, die nachwachsenden Generationen belastenden intergenerativen Umverteilung und der Risikoentmischung zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung als Folge einer Segmentierung der Märkte der Kranken- und der Pflegeversicherung durch die ökonomisch nicht zu begründende Versicherungspflichtgrenze.

Der Sachverständigenrat hat im Jahresgutachten 2004/05 zwei Reformoptionen entwickelt (JG 2004 Ziffern 510 ff.), die Bürgerpauschale und das Kohortenmodell mit einem Übergang zu einem voll kapitalgedeckten System, um

- im Interesse eines einheitlichen Versicherungsmarkts die effizienzfeindliche Versicherungspflichtgrenze zu überwinden,
- die in der Zukunft steigenden Pflegekosten von den Arbeitskosten zu entkoppeln und
- die intergenerative Umverteilung zulasten der Jüngeren zu beseitigen oder zumindest deutlich zu reduzieren.

Im vollen Umfang werden alle drei Ziele lediglich vom Kohortenmodell erreicht.

310. Das Konzept der **Bürgerpauschale** hält am Umlageverfahren fest, sieht aber eine Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung mit einem einheitlichen Pauschalbeitrag von derzeit gut 25 Euro pro Monat vor, der mit einem steuerfinanzierten sozialen Ausgleich verknüpft werden muss, um eine Überforderung Einzelner durch die einkommensunabhängigen Beiträge zu verhindern.

Durch einen gleitenden Umstieg vom Umlageverfahren zu einer voll kapitalgedeckten Pflegeversicherung, wie es das detailliert durchgerechnete **Kohortenmodell** (JG 2004 Ziffern 546 ff.) vorsieht, würde in der langen Frist die intergenerative Umverteilung der derzeitigen Umlagefinanzierung eliminiert, der Steuercharakter der Beiträge noch stärker reduziert als bei der Bürgerpauschale und im Zuge des Auslaufens sowohl der derzeitigen Sozialen Pflegeversicherung als auch der Privaten Pflegeversicherung ein einheitlicher Versicherungsmarkt etabliert. Wäre dieser Systemwechsel im Jahr 2005 eingeleitet worden, wären damals damit – bei einem Eigenanteilssatz von einheitlich 2 vH – fiskalische Belastungen in der Größenordnung von 10,5 Mrd Euro pro Jahr verbunden gewesen.

311. Da die Krankenversicherung und die Pflegeversicherung institutionell eng verbunden sind, hängt ein konzeptioneller Umbau des Finanzierungssystems der Pflegeversicherung davon ab, dass eine gleichgerichtete Reform der Finanzierungsseite der Krankenversicherung gelingt. Eine **umlagefinanzierte Bürgerpauschale mit einem integrierten steuerfinanzierten Sozialausgleich** nur für die Soziale Pflegeversicherung, nicht aber für die Gesetzliche Krankenversicherung zu etablieren, ist wenig sinnvoll. Ein gleitender Übergang von der derzeitigen umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung – nach Maßgabe des Kohortenmodells – zu einer perspektivisch kapitalgedeckten Pflegeversicherung, der derzeit allerdings mit beachtlichen fiskalischen Umstiegskosten noch möglich wäre, würde im Interesse einer Überwindung der Segmentierung dieses Versicherungsmarkts das Auslaufen der Privaten Pflegeversicherung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung nahelegen.

Die Politik findet nach Lage der Dinge nicht die Kraft zu einkommensunabhängigen Beiträgen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Sozialen Pflegeversicherung, deren Vorteilhaftigkeit unter Effizienz Gesichtspunkten kaum zu bestreiten ist. Noch ist sie bereit, auch unabhängig von der Art der Beitragsbemessung die versicherungsökonomisch nicht zu begründende Versicherungspflichtgrenze zu beseitigen. Wenn die verabredete Reform umgesetzt ist, sind die Chancen den Fehler des Jahres 1995 – die Einrichtung einer über lohn- und rentenabhängige Beiträge finanzierten Sozialen Pflegeversicherung – zu korrigieren, deutlich geschwunden. Das Zeitfenster eines Umstiegs zum Kapitaldeckungsverfahren ist mit der Umsetzung der verabredeten Reform faktisch geschlossen. Denn mit zunehmender Reife dieses Umlagesystems und den dort erworbenen Ansprüchen steigen die Kosten eines Systemwechsels markant an.

Als vermeintlicher Königsweg, um bei der Sozialen Pflegeversicherung im Umlageverfahren zu bleiben, aber dennoch zu einer Glättung der Beitragsbelastungen zu gelangen und die intergenerative Umverteilung zulasten der nachwachsenden Generationen zu reduzieren, wird von vielen – so auch von der Herzog-Kommission (2003) – der Aufbau einer kollektiven Reserve in der Sozialen Pflegeversicherung gefordert, solange die geburtenstarken Jahrgänge noch im Erwerbsleben stehen. Dahinter steht die Idee, über einen Zusatzbeitrag einen Kapitalstock aufzubauen und diese Demografiereserve ab einem bestimmten Zeitpunkt aufzulösen, um so einen Anstieg des Beitragsatzes zu verhindern (Fiedler et al., 2007). Gegen die Bildung eines solchen temporären Kapitalstocks in der Sozialen Pflegeversicherung sprechen neben einer Reihe ordnungspolitischer Argumente (JG 2004 Ziffern 506 f.) insbesondere die damit verbundenen Verteilungswirkungen, denen man beim besten Willen nicht das Prädikat „verteilungsgerecht“ verleihen kann. Denn es muss

entschieden werden, welche Jahrgänge mit dem Zusatzbeitrag zum Aufbau dieser Demografiereserve belastet werden, für welche Jahrgänge der Beitragssatz durch ein Abschmelzen stabilisiert werden soll und von welchem Jahr an mit dem Abschmelzen des Kapitalstocks der Beitragssatz wieder die Höhe erreichen soll, die er ohne diesen befristeten Teilausstieg aus dem Umlageverfahren erreicht hätte. Eine temporäre Demografiereserve, das heißt die Auflösung eines zuvor gebildeten Kapitalstocks, lässt sich nur bei einem zeitlich befristeten demografischen Problem rechtfertigen, nicht aber – wie bei der Pflegeversicherung – bei einem ansteigenden und in der langen Frist auf dem höchsten Niveau verharrenden Altenquotienten.

Verzichtet man dagegen auf das Abschmelzen, dann erschöpft sich die intertemporale Wirkung dieser Reserve in den deutlichen Belastungen der ersten Generationen beim Aufbau des Kapitalstocks und den geringfügigen Entlastungen zukünftiger Generationen durch die Verwendung der Zinserträge. Deshalb rät der Sachverständigenrat über zahlreiche ordnungspolitische Bedenken hinaus davon ab, eine kollektive Demografiereserve anzulegen.

312. Hält man an der einkommensabhängigen Beitragsbemessung im Rahmen der Umlagefinanzierung fest, bleibt als einzige Möglichkeit ein **Beitragssplitting**, um die intergenerative Umverteilung zulasten der nachwachsenden Generationen zu reduzieren. Damit ist gemeint, dass bei einer notwendigen Erhöhung des durchschnittlichen Beitragssatzes der Beitragssatz für die Rentner zumindest stärker als der der Arbeitnehmer angehoben wird. Dies würde ein Durchwirken der steigenden Pflegekosten auf die Arbeitskosten verhindern und hätte einen höheren Finanzierungsanteil der Rentner an den ganz überwiegend auf sie entfallenden Pflegeausgaben zur Folge. Mit der Entscheidung, den Zuschuss der Gesetzlichen Rentenversicherung zum Pflegeversicherungsbeitrag der Rentner zu streichen und den Rentnern den vollen Beitrag anzulasten, hat die Politik den Weg des Beitragssplittings bereits eingeschlagen. Geht man vom Referenzszenario des Sachverständigenrates mit der Dynamisierungsrate von 2,25 vH pro Jahr aus und hält den durchschnittlichen Beitragssatz für Arbeitnehmer bei 2,01 vH konstant, dann ergäbe sich im Jahr 2050 ein fiktiver Beitragssatz der Rentner von 6,4 vH beziehungsweise im Basisszenario mit einer Dynamisierungsrate von 1,5 vH pro Jahr ein Beitragssatz von 3,8 vH. Bei diesen Beitragssätzen würden die in der Bevölkerungsalterung angelegten Steigerungen der Pflegeausgaben nicht auf die Arbeitskosten durchschlagen und die intergenerative Umverteilung zulasten der jüngeren Kohorten deutlich reduziert, freilich um den Preis sehr hoher Zusatzbelastungen der Rentner. Zusatzbelastungen der zukünftigen Rentner in dieser Größenordnung wären nur dann zu akzeptieren, wenn sie durch ein höheres verfügbares Alterseinkommen kompensiert werden könnten.

Wenn ein abhängig beschäftigter Durchschnittsverdiener mit einem Arbeitsentgelt von 2 500 Euro pro Monat 15 Jahre lang monatlich 100 Euro und damit 1 200 Euro pro Jahr bestehend aus eigenen Mitteln plus Zulagen, also 4 vH seines Jahreseinkommens im Rahmen eines über das Altersvermögensgesetz geförderten privaten Altersvorsorgevertrags spart und mit 65 Jahren aus dem Erwerbsleben ausscheidet, könnte er bei einer angenommenen Verzinsung seines Altersvorsorgesparens von 4 Prozent – abzüglich der Verwaltungskosten in Höhe von 10 vH des Sparbeitrags – mit einer lebenslangen monatlichen Zusatzrente in Höhe von gut 130 Euro rechnen. Bei einem um 0,5 vH auf 4,5 vH erhöhten Altersvorsorgesparen würde sich diese Rente auf 150 Euro erhöhen. Hätte diese Person 30 (45) Jahre 4 vH ihres Lohns angespart, beliefe sich – in Werten von heute – die

daraus erwachsende Rente auf rund 360 (760) Euro und bei einer Sparleistung von 4,5 vH auf etwa 400 (860) Euro monatlich. Bereits diese grobe Überschlagsrechnung zeigt, dass eine Erhöhung des Altersvorsorgesparens um 0,5 vH mit zunehmender Ansparzeit – als Folge des Zinseszinsseffekts – eine beachtliche Hebelwirkung auf das kapitalgedeckte Alterseinkommen hat. Dieses erhöhte Zusatzeinkommen im Alter, welches – sofern es sich um eine Riester-Rente handelt – nach Lage der Dinge zudem nicht sozialabgabenpflichtig wäre, würde nicht nur ausreichen, die Belastung des Beitragssplittings zu kompensieren, sondern auch noch das Nettogesamtversorgungsniveau erhöhen. Durch eine solche Verlängerung der Riester-Treppe um eine weitere Stufe würden einerseits die Zerstückelung des staatlich geförderten Versorgungsmarkts und andererseits zusätzlicher gesetzgeberischer und administrativer Aufwand vermieden. Der Preis wäre freilich eine höhere fiskalische Belastung, da mit einer Aufstockung des Förderrahmens um 12,5 vH eine entsprechende Anhebung der Zulagen und steuerlichen Abzugsmöglichkeiten verbunden ist. Nach neuesten Berechnungen des Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) würden sich unter den Annahmen eines ab dem Jahr 2020 auf 50 vH der förderfähigen Personen gestiegenen Verbreitungsgrads von Riester-Produkten, einem Zuwachs der Nominallöhne um jährlich 3 vH sowie entsprechenden Anpassungen der Beitragsbemessungsgrenze und unter der Annahme, dass alle Riester-Sparer – die derzeitigen wie die zukünftigen – die verbesserten Sparmöglichkeiten ausnutzen. Die zusätzlichen Kosten eines solchen **Pflege-Riesters** würden sich für den Zeitraum der Jahre 2020 bis 2030 auf bis zu 1,3 Mrd Euro belaufen (Sommer, 2007).

Im Vorfeld der beschlossenen Eckpunkte der Reform der Sozialen Pflegeversicherung wurde von beiden Koalitionsparteien ein sogenannter „Pflege-Riester“ ins Spiel gebracht, eine Chiffre für eine Erhöhung des derzeitigen Förderrahmens der über Zulagen und Sonderausgaben gemäß § 10a EStG geförderten Privatvorsorge wie auch der über die Steuer- und Sozialabgabenfreiheit gemäß § 3 Nr. 63 EStG geförderten betrieblichen Altersversorgung. Eine solche Erweiterung des Förderrahmens des Altersvorsorgesparens kann sinnvoll sein, hat aber definitiv nichts mit einer Demografiereserve oder einer Teilkapitaldeckung der Sozialen Pflegeversicherung zu tun. Es können lediglich höhere kapitalgedeckte Alterseinkommen generiert werden, eine Glättung der Pflegekosten über die Zeit und eine Verringerung der intergenerativen Umverteilung durch die Soziale Pflegeversicherung ist damit aber nicht verbunden. Das heißt, ein „Pflege-Riester“ ließe sich nur in Kombination mit dem beschriebenen Beitragssplitting nicht nur legitimieren, eine solche Ausweitung des Förderrahmens wäre in diesem Fall sogar geboten. Denn durch die Ausweitung des Förderrahmens kann perspektivisch der Anteil der kapitalgedeckten Renten steigen, und die zukünftigen Rentner würden in die Lage versetzt, aus den so erhöhten Alterseinkommen steigende Beiträge zur Sozialen Pflegeversicherung und private Pflegeaufwendungen zu finanzieren. Das heißt, es käme aus der Sicht der Rentner auch bei einem nur für sie steigenden, gespaltenen Beitragssatz zu einer **intertemporalen Belastungsglättung**.

IV. Arbeitslosenversicherung: Ein neuer Verschiebepbahnhof

313. Die deutliche Erholung auf dem Arbeitsmarkt, die auch die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung erfasste (Ziffern 456, 488), hat zu einer spürbaren Entlastung der Arbeitslosenversicherung sowohl auf der Einnahmeseite als auch auf der Ausgabenseite geführt. Trotz der Senkung des Beitragssatzes wurde wieder ein Überschuss erzielt, so dass die der Bundesagentur für Arbeit