



Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung

Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de

April 2019

ISBN 978-3-9818269-7-5

Inhalt

Impressum	2
1. Einführung.....	3
2 Die Finanzierungssystematik der Pflegeausgaben in Sozialer und Privater Pflegeversicherung	4
2.1 Leistungen der Pflegeversicherung	4
2.2 Finanzierungslogik der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)	5
2.3 Finanzierungslogik der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)	6
3. Fiktives Kapitaldeckungsmodell zur Ermittlung der impliziten Schuld	8
3.1 Daten und Methoden	8
3.1.1 Versicherte	8
3.1.2 Risikoprofil.....	8
3.1.3 Kalkulationsgrundlagen.....	9
3.1.4 Beitragsentwicklung des fiktiven Modells	10
3.2 Alterungsrückstellungen als Indikator für die implizite Schuld der Sozialen Pflegeversicherung.....	12
4. Fazit.....	14
Literaturverzeichnis	15
WIP-Veröffentlichungen seit 2012	16

1. Einführung

1995 wurde der Abschluss einer Pflegeversicherung für alle Bürger in Deutschland verpflichtend. Obwohl damals schon bekannt war, dass sich die deutsche Bevölkerungsstruktur im Zuge des demografischen Wandels erheblich verändern würde, wurde die Pflegeversicherung für den Großteil der Bevölkerung im Umlageverfahren eingeführt.

Der Beitrag in der gesetzlichen Pflegeversicherung ist im Zeitverlauf von 1,0 % in 1995 auf 3,05 bzw. 3,3 % für Kinderlose in 2019 angehoben worden. Diese Erhöhung ging zum einen auf eine Zunahme der Pflegebedürftigen, zum anderen auf diverse Leistungsausdehnungen zurück. Die 2017 eingeführte Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, mit der Umstellung von drei auf fünf Pflegegrade, hat zu einer deutlich höheren Zahl von Anspruchsberechtigten geführt, so dass die prognostizierten Ausgabensteigerungen deutlich übertroffen wurden. Die Soziale Pflegeversicherung weist in der Folge ein Defizit auf, das 2018 etwa 3,5 Milliarden Euro betrug.¹

Derzeit werden weitere Vorschläge diskutiert, die auf eine Ausdehnung des Umlageverfahrens in der Pflegeversicherung hinauslaufen. Deutlich ist dies bei der von einigen in der Politik erhobenen Forderung, die Pflegeversicherung in eine Vollversicherung umzuwandeln.² Aber auch das Deckeln der Eigenanteile für die Pflegekosten, das von Hamburg angestrebt wird, führt perspektivisch zu Leistungsausdehnungen im Umlageverfahren.³ Angesichts des bevorstehenden Eintritts der Baby-Boomer in den Ruhestand und einer abnehmenden Zahl von Beitragszahlern, ist jedoch bereits heute absehbar, dass der Beitrag zur Sozialen Pflegeversicherung allein aufgrund der demografischen Komponente steigen wird.⁴

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung soll in der vorliegenden Analyse abgeschätzt werden, wie hoch die implizite Schuld der Sozialen Pflegeversicherung heute schon ausfällt, um die Dimension der Lasten für die jüngeren und zukünftigen Generationen zu verdeutlichen. Durch die Einführung der Pflegeversicherung haben vor allem bereits Pflegebedürftige und pflegenaher Jahrgänge Leistungen erhalten, denen keine ausreichenden Beitragszahlungen gegenüberstanden. Sie haben damit sogenannte Einführungsgewinne realisiert. Diese Einführungsgewinne wurden durch die Beitragszahlungen der jüngeren Generationen bezahlt. Dadurch haben diese einen Anspruch darauf erworben, dass deren Pflegeleistungen ebenfalls durch Beitragszahlungen folgender Generationen finanziert werden. Die Summe dieser Ansprüche entspricht der impliziten Schuld des Umlageverfahrens: es sind jene zukünftigen Leistungsversprechen, die durch heutige Beitragsleistungen nicht gedeckt sind.

Im Kapitaldeckungsverfahren werden für die zukünftigen Leistungsversprechen Rücklagen in Form von Alterungsrückstellungen gebildet. Deshalb erfolgt die Abschätzung der impliziten Schuld in der vorliegenden Analyse methodisch über die Modellierung eines fiktiven Kapitaldeckungssystems für das Versichertenkollektiv der SPV. Die in diesem fiktiven System aufgebauten Alterungsrückstellungen können dann als Indikator für die im Umlageverfahren aufgelaufene implizite Schuld dienen.

Für die Berechnungen wird das in der Privaten Pflegepflichtversicherung verwendete Kalkulationsmodell zugrunde gelegt. Für die Kalkulation werden die damals vorliegenden Informationen zum Leistungskatalog und den Wahrscheinlichkeiten der Leistungsanspruchnahme verwendet. Ebenso werden die politisch gewollten Umverteilungsfaktoren der Sozialen Pflegeversicherung übernommen.

1 Vgl. <https://www.tagesspiegel.de/politik/reformen-kommen-teuer-milliarden-defizit-in-der-pflegeversicherung/24082106.html>, zuletzt abgerufen am 20.3.19.

2 Vgl. bspw. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98633/Berliner-SPD-ruft-nach-Pflegevollversicherung>. Zuletzt abgerufen am 29.3.2019.

3 Zum Hamburger Vorschlag siehe Bundesrat Drucksache 106/19, abrufbar unter https://www.bundesrat.de/Shared-Docs/drucksachen/2019/0101-0200/106-19.pdf?_blob=publicationFile&v=1. Zuletzt abgerufen am 29.3.2019.

4 Vgl. auch Kochskämper (2017); Niehaus (2015), Arentz (2019), Gasche/Rausch (2016).

2 Die Finanzierungssystematik der Pflegeausgaben in Sozialer und Privater Pflegeversicherung

Seit 1995 sind alle Bürger in Deutschland verpflichtet, eine Pflegeversicherung abzuschließen. Die Pflegeversicherung folgt in der Regel der Krankenversicherung, so dass gesetzlich Krankenversicherte in der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und Privatversicherte in der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) versichert sind.⁵ Diese sichern die gleichen Leistungen ab, unterscheiden sich in ihrer Finanzierungsweise jedoch grundlegend. Im Folgenden sollen zunächst die gewährten Leistungen der Pflegeversicherung erläutert werden, bevor dargelegt wird, wie diese Leistungen in den unterschiedlichen Versicherungszweigen finanziert werden.

2.1 Leistungen der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung ist unabhängig von der Finanzierungsart als „Teilkaskoversicherung“ ausgestaltet. Folgende Tabelle zeigt die von den Versicherungszweigen PPV und SPV geleisteten Zahlungen in Abhängigkeit von der Art der Pflege (ambulant/stationär).⁶

Tabelle 2: Leistungen der Pflegeversicherung

	Pflegegeld	Sachleistungen	Entlastungsbetrag	
	Ambulante informelle Pflege	Ambulante professionelle Pflege	Ambulante Pflege	Vollstationäre Pflege
Pflegestufe	in Euro p.M.	in Euro p.M.	in Euro p.M.	in Euro p.M.
Pflegestufe 1			125	125
Pflegestufe 2	316	689	125	770
Pflegestufe 3	545	1.298	125	1.262
Pflegestufe 4	728	1.612	125	1.775
Pflegestufe 5	901	1.995	125	2.005

Diese Versicherungsleistungen decken die tatsächlich anfallenden Kosten nur teilweise. Daher müssen Pflegebedürftige zusätzlich zu den Pflegeversicherungsbeiträgen Eigenanteile im Pflegefall tragen. Im ambulanten Bereich werden die durchschnittlichen Eigenanteile auf 125 Euro monatlich geschätzt.⁷ Im stationären Bereich setzen sich diese aus dem Eigenanteil an den Pflegekosten und den Kosten für die Unterbringung und Verpflegung (sog. Hotelkosten) sowie den Investitionskosten zusammen. Im Bundesdurchschnitt betragen diese Eigenanteile in 2019 ca. 627 Euro für die Pflegekosten, 431 Euro für die Unterkunft, 294 Euro für die Verpflegung und 435 Euro für die Investitionskosten. In der Summe sind im Bundesdurchschnitt 1.787 Euro von den Versicherten selbst zu tragen (vgl. Tabelle 2). Aller-

5 Freiwillig in der GKV Versicherte sind in der SPV zunächst versicherungspflichtig, können aber innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht einen Antrag auf Befreiung von dieser Versicherungspflicht stellen. Hierfür genügt der Nachweis, dass sie bei einem privaten Versicherungsunternehmen gegen Pflegebedürftigkeit versichert sind. Die abgesicherten Leistungen müssen nach Art und Umfang den Leistungen des Sozialen Pflegeversicherung gleichgestellt sein (§ 22 SGB XI).

6 Eigene, gekürzte Darstellung nach https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2018.pdf. Dort sind noch zusätzliche Leistungen wie Kurzzeitpflege vermerkt.

7 Vgl. Rothgang/Kalwitzki (2017), S. 36.

dings variieren diese Eigenanteile je nach Bundesland erheblich. So bewegen sich die Eigenanteile nur für die Pflegekosten zwischen 301 Euro in Thüringen und 883 Euro in Baden-Württemberg. Betrachtet man die Gesamtsumme, so variieren die Eigenanteile zwischen 1.184 Euro in Sachsen und über 2.200 Euro in Nordrhein-Westfalen.⁸

Tabelle 2: Durchschnittliche monatliche Sätze in vollstationären Einrichtungen ohne Ausbildungsvergütung und ohne Sondereinrichtungen 2019

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil Pflegekosten	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Gesamt
627 Euro	431 Euro	294 Euro	435 Euro	1.787 Euro

Quelle: Auswertung der Pflegedatenbank des PKV-Verbands.

2.2 Finanzierungslogik der Sozialen Pflegeversicherung (SPV)

Die Finanzierung der SPV erfolgt im Umlageverfahren, d.h. die Ausgaben einer Periode werden über die Beiträge derselben Periode gedeckt. Die Beiträge sind einkommensabhängig.

Der Beitragssatz wird für Arbeitnehmer paritätisch und damit jeweils zur Hälfte vom Arbeitgeber und vom Arbeitnehmer abgeführt.⁹ Rentner tragen den Beitragssatz für die SPV allein. Es wird ein Aufschlag von 0,25 Prozentpunkten für kinderlose Erwachsene ab der Vollendung des 23. Lebensjahrs erhoben (SGB XI, § 55 Abs. 3). Aktuell liegen die Beiträge bei 3,05 % für Erwachsene mit Kindern und bei 3,3 % für Kinderlose. Die Beiträge werden nur bis zur sogenannten Beitragsbemessungsgrenze (2019: 54.450 €/Jahr) entrichtet. Alle darüber liegenden Einkünfte werden nicht mehr verbeitragt.

Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen bzw. mit einer geringfügigen Beschäftigung (450 €/Monat) sind in der SPV beitragsfrei mitversichert. 2017 hatte die Soziale Pflegeversicherung 72,3 Millionen Versicherte, davon 56 Millionen zahlende Mitglieder.¹⁰

Seit dem 1.1.2015 werden 0,1 Prozentpunkte der Beitragseinnahmen dem sog. Pflegevorsorgefonds, der von der Bundesbank verwaltet wird, zugeführt. Der Fonds soll ab dem Jahr 2035 die durch die Demografie erwarteten Beitragssatzsteigerungen abfedern.¹¹

Das Umlageverfahren ist aufgrund seiner Finanzierungslogik besonders anfällig für Strukturverschiebungen der Bevölkerung. Vergleicht man den Altersaufbau der Bevölkerung in 2019 mit 1995, also bei Einführung der Pflegeversicherung, wird deutlich, dass die Geburten fast durchgehend weiter abgenommen haben (vgl. Abbildung 2). Die Baby-Boomer-Generationen der 1950er und 1960er Jahre sind in das höhere Erwerbsalter vorgerückt, während die Zahl der über 70-Jährigen von 8,6 auf 13,2 Millionen gestiegen ist. Diese Verschiebungen machten sich auch in der Pflegeversicherung bemerkbar, wo die Zahl der Pflegebedürftigen über die Zeit von 1 Mio. auf über 3 Mio. zugenommen hat.¹²

8 Zahlen ohne Ausbildungszuschläge und ohne Sondereinrichtungen. Werden diese noch berücksichtigt, steigt bspw. der Eigenanteil für die Pflegekosten auf durchschnittlich 734 Euro. Quelle: Auswertung der Pflegedatenbank des PKV-Verbands <https://www.pflegeberatung.de/meine-pflegesuche.html>.

9 Aus ökonomischer Sicht muss jedoch zwischen Zahllast und Traglast unterschieden werden. Ob die Arbeitgeber oder Arbeitnehmer die Beitragsbelastung zu tragen haben, hängt von den jeweiligen Elastizitäten des Angebots und der Nachfrage ab. Unabhängig von der konkreten Zahllast trägt die unelastischere Seite des Marktes einen höheren Anteil der Beitragsbelastung. Zudem ist in einem lohnzentrierten System auch der Arbeitgeberanteil aus der Wertschöpfung des Arbeitnehmers zu finanzieren, so dass auf die Gesamtbelastung ankommt.

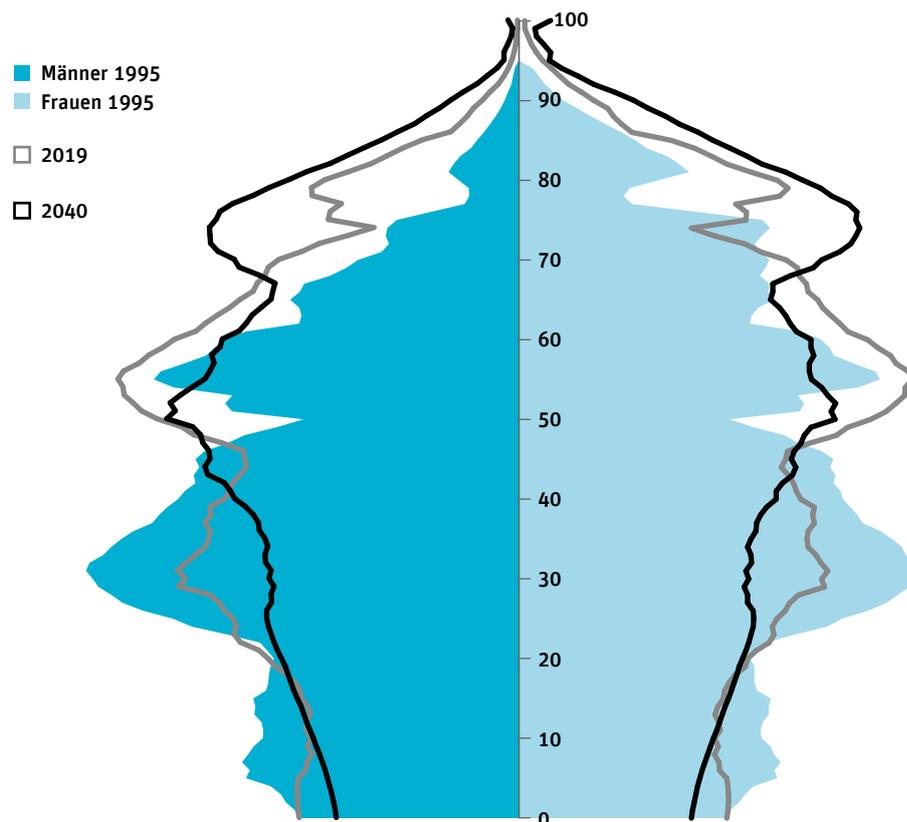
10 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (verschiedene Jahrgänge). Aktuellere Zahlen liegen noch nicht vor.

11 Vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegevorsorgefonds.html#c1188>, zuletzt abgerufen am 24.7.2018.

12 Vgl. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Altersgruppen_1995-2017.pdf, zuletzt abgerufen am 29.3.19. Ein Teil der Zunahme ist allerdings auch auf die Ausweitung der Anspruchsberechtigten zurückzuführen.

Die starken Strukturveränderungen der Bevölkerung mit dem Eintritt der Babyboomer in den Ruhestand stehen allerdings erst noch bevor. Betrachtet man den prognostizierten Aufbau der Bevölkerung in 2040 (dunkelgraue Linie in Abbildung 1), so ist eine weitere Abnahme jüngerer Kohorten gegenüber 2019 zu sehen. Die zahlenmäßig stärksten Altersgruppen befinden sich im Rentenalter, die Zahl der über 70-Jährigen erhöht sich auf 18,7 Mio. Selbst bei gleichbleibenden Pflegefallwahrscheinlichkeiten wird durch die absolute Zunahme der Besetzung der älteren Kohorten mit einer entsprechenden Zunahme an Pflegebedürftigen zu rechnen sein.¹³ Diese Kosten müssen dann von den zahlenmäßig deutlich kleineren Kohorten aufgebracht werden, was bei unverändertem Leistungskatalog zu steigenden Beiträgen führen wird.

Abbildung 1: Bevölkerungsaufbau 1995, 2019 und 2040



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis Statistisches Bundesamt, 2017. Variante: Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung.

2.3 Finanzierungslogik der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)

Die Finanzierung der PPV erfolgt im Kapitaldeckungsverfahren. Die Prämien werden so kalkuliert, dass sie bei gleichbleibenden Rechnungsgrundlagen über den Lebenszyklus der Versicherten real konstant bleiben. Dies führt dazu, dass die Prämien in jüngeren Jahren mit durchschnittlich wenig Leistungsbezug höher als die benötigten Leistungen sind, während sie im Alter unterhalb der für diese Altersjahre risikoäquivalenten Prämien liegen. So werden von der Versicherung für junge Kohorten Überschüsse gebildet und am Kapitalmarkt angelegt und im Alter wieder aufgelöst, um die Prämiendefizite auszugleichen. Die so akkumulierten Alterungsrückstellungen dienen also der Glättung der Prämien über den Lebenszyklus.

¹³ Vgl. auch Arentz (2019).

Grundsätzlich erfolgt somit im Gegensatz zum Umlageverfahren kein Rückgriff auf jüngere Generationen. Allerdings sind in der PPV durch den Gesetzgeber einige Elemente vorgeschrieben, die dazu führen, dass auch Umlageanteile in die Beitragsberechnung mit einfließen müssen.

Für die Versicherungsverträge in der PPV gelten folgende gesetzliche Regelungen (vgl. § 110 Abs. 3 SGB XI):

1. Kontrahierungszwang für alle Personen, die berechtigt sind, eine Private Pflegepflichtversicherung abzuschließen.
2. Kein Ausschluss von Vorerkrankungen der Versicherten (bereits im Jahr 1995 Pflegebedürftige durften ebenfalls nicht ausgeschlossen werden).
3. Keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht. Eine Prämiendifferenzierung erfolgt in der PPV also ausschließlich über das Alter.
4. Keine längeren Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung,
5. Maximalprämien: Versicherungsnehmer, die über eine Vorversicherungszeit von mindestens fünf Jahren in ihrer privaten Pflegeversicherung oder privaten Krankenversicherung verfügen, müssen keine Prämien leisten, die den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung übersteigen.
6. Beitragsfreie Mitversicherung von Kindern; für die Versicherten, die 1995 in die Pflegeversicherung eingetreten sind, gilt auch eine Begrenzung der Beiträge für nicht erwerbstätige Ehepartner.
7. Eine Kündigung der Versicherung durch den Versicherungsanbieter ist nicht möglich, solange der Kontrahierungszwang besteht.

Bei Einführung der PPV wurden Leistungen an bereits pflegenaher bzw. pflegebedürftige Personen ausgezahlt. Prämien mussten von diesen Personengruppen maximal in Höhe des – politisch gesetzten – SPV-Höchstbeitrags entrichtet werden. In der SPV hat der Höchstbeitrag die Funktion, den Steuercharakter von Beiträgen zu vermeiden. In der PPV übernimmt der Höchstbeitrag hingegen eine Sozialfunktion, nämlich die Kappung der altersgerechten Prämien, die für sehr alte Versicherte ansonsten in vielen Fällen nicht tragbar gewesen wären. Der deutsche Weg der Kapitaldeckung in der Pflege ist also eine Mischform, die sozialpolitische Elemente über eine Teilumlage integriert.

3. Fiktives Kapitaldeckungsmodell zur Ermittlung der impliziten Schuld

3.1 Daten und Methoden

Die implizite Schuld eines Umlageverfahrens besteht aus den zukünftigen Leistungsversprechen, die durch heutige Beitragszahlungen nicht gedeckt sind. Um diese implizite Schuld zu modellieren, wird ein fiktives Kapitaldeckungsmodell aufgesetzt. Im kapitalgedeckten Modell werden für die zukünftigen Leistungsversprechen Rücklagen in Form von Alterungsrückstellungen gebildet. Damit kann die Summe dieser Rückstellung als Indikator für die im Umlageverfahren aufgelaufenen impliziten Schuld dienen.

Damit eine realistische Abschätzung der impliziten Schuld möglich ist, werden dieselbe Versichertenstruktur mit demselben Risikoprofil und den entsprechenden sozialpolitischen Umverteilungsfaktoren der SPV in das fiktive Kapitaldeckungsmodell übernommen und eine Kalkulation nach den Grundsätzen der PPV durchgeführt.

3.1.1 Versicherte

Eine nach Altersjahren getrennte Aufschlüsselung der Versicherten der Sozialen Pflegeversicherung ist für 1995 nicht verfügbar. Daher wird die Simulation 1996 aufgesetzt, wo auf die Versichertenzahlen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegriffen werden kann. Hierfür werden die Daten aus dem Risikostrukturausgleich der GKV verwendet, die vom Bundesversicherungsamt veröffentlicht werden.¹⁴ Im Ergebnis erhält man ein nach Altersjahren aufgeschlüsseltes Startkollektiv für das fiktive kapitalgedeckte Pflegeversicherungssystem.

Da die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätiger Ehepartner ebenfalls in das fiktive kapitalgedeckte System übernommen werden soll, werden zusätzlich die Mitversicherungsquoten anhand der KM6-Statistik der GKV übernommen. Diese werden jährlich angepasst, um die Steigerung der Erwerbsbeteiligung über den Zeitverlauf von 20 Jahren zu berücksichtigen.

3.1.2 Risikoprofil

Für die Kalkulation eines kapitalgedeckten Systems müssen neben dem Versichertenkollektiv auch ein nach Altersjahren aufgeschlüsseltes Risikoprofil und die nach Altersjahren aufgeschlüsselten Ausgaben vorliegen. Die durchschnittliche Höhe der Pflegeleistungen, die eine einzelne Person in Anspruch nimmt, ist altersabhängig. Die Kosten nach Alter liegen in den offiziellen Statistiken nicht für Altersjahre, sondern nur gruppiert vor. Für die Ermittlung der Pflegefallwahrscheinlichkeiten wurden die Pflegebedürftigen pro Altersgruppe ins Verhältnis zu den Versicherten dieser Altersgruppe gesetzt.¹⁵ Diese Pflegefallwahrscheinlichkeiten wurden dann mit den durchschnittlichen Ausgaben pro Pflegebedürftigen der SPV (inkl. Verwaltungskosten) in den Einzeljahren multipliziert.¹⁶ Im Ergebnis erhält man die pro Altersgruppe verursachten Leistungsausgaben je Versicherten, die in die Kalkulation der kapitalgedeckten Versicherung einfließen.

¹⁴ Vgl. Bundesversicherungsamt (2018).

¹⁵ Datengrundlage: Bundesministerium für Gesundheit (verschiedene Jahrgänge a) und Bundesministerium für Gesundheit (verschiedene Jahrgänge b).

¹⁶ Vgl. zu den Ausgaben der SPV: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2017.xls, zuletzt abgerufen am 18.7.2018.

3.1.3 Kalkulationsgrundlagen

Für die Kalkulation des fiktiven kapitalgedeckten Systems werden die Kalkulationsgrundlagen der real existierenden Privaten Pflegepflichtversicherung zugrunde gelegt. Wie in Kapitel 2.3 dargelegt, sind die Prämien so zu kalkulieren, dass sie über den Lebenszyklus der Versicherten konstant bleiben, sofern keine Leistungsausdehnungen zu verzeichnen sind. Dies wird durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen erreicht. Die Prämien werden lediglich nach dem Einstiegsalter differenziert und geschlechtsunabhängig kalkuliert, was eine Umlage zwischen Männern und Frauen, die durchschnittlich höhere Leistungen aufweisen, impliziert.

Anpassungen der Prämien dürfen nur dann erfolgen, wenn die kalkulierten Ausgaben von den tatsächlichen Ausgaben aufgrund von Änderungen in den Leistungen oder der Lebenserwartung um mehr als fünf Prozent abweichen. In diesem Fall sind alle Kalkulationsgrundlagen zu überprüfen, mithin auch die Zinsentwicklung. Die Veränderung der Zinsen allein darf entsprechend der Kalkulationsverordnung nicht zu einer Prämienanpassung führen. In dem vorliegenden Modell werden jährliche Beitragsanpassungen vorgenommen, um einen glatteren Prämienverlauf zu generieren. Für die Zinsentwicklung wurden die real erzielten Nettozinsen unterlegt.

In der Privaten Pflegepflichtversicherung werden zudem sogenannte Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen (RfB) gebildet. Auch diese werden für das fiktive System übernommen. Diese Rückstellungen werden aus Unternehmensüberschüssen gebildet und können bei notwendigen Beitragsanpassungen beitragsdämpfend eingesetzt werden.

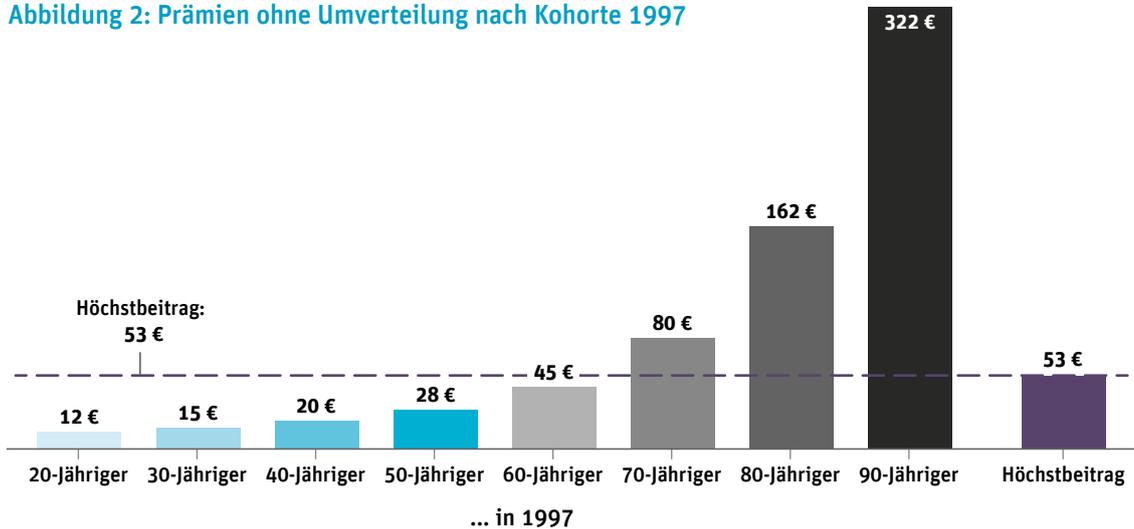
Abschlusskosten und Schadenregulierungskosten werden 1996 mit 40 Euro angesetzt und über den Zeitverlauf mit der Inflation fortgeschrieben.

Neben den rein aktuarischen bzw. aus der Kalkulationsverordnung erfolgenden Einflüssen ist für den Beitragsverlauf auch die Ausgestaltung der Umverteilungselemente ausschlaggebend. Wie in der PPV vorgesehen, wird auch für das fiktive kapitalgedeckte System davon ausgegangen, dass die älteren Kohorten durch die jüngeren Kohorten teilweise finanziert werden. Die älteren Kohorten müssen lediglich den Maximalbeitrag leisten, der durch die Multiplikation des Beitrages in der Sozialen Pflegeversicherung mit der Beitragsbemessungsgrenze bestimmt wird. Für das fiktive Kapitaldeckungssystem wird der tatsächliche Verlauf des Maximalbeitrags aus dem Betrachtungszeitraum zugrunde gelegt. Über die Umverteilungselemente in der PPV hinaus wird für das fiktive Kapitaldeckungsmodell auch die Beitragsfreiheit für nicht erwerbstätige Ehepartner unterstellt. Die Beitragsfreiheit für Kinder ist im Kalkulationsmodell ebenfalls unterstellt. Der Umlagebedarf wird bei jeder Beitragsanpassung neu berechnet und entsprechend angepasst.

3.1.4 Beitragsentwicklung des fiktiven Modells

Um einen Eindruck von der nötigen Subventionierung der älteren Kohorten zu gewinnen, soll in Abbildung 2 zunächst dargestellt werden, wie die Unisex-Beiträge pro Kohorte ausgefallen wären, wenn es keinerlei Umverteilung zwischen den Kohorten gegeben hätte. Als Beispielsjahr wird 1997 herausgegriffen, als die stationären Leistungen Teil des Versicherungskataloges wurden.

Abbildung 2: Prämien ohne Umverteilung nach Kohorte 1997

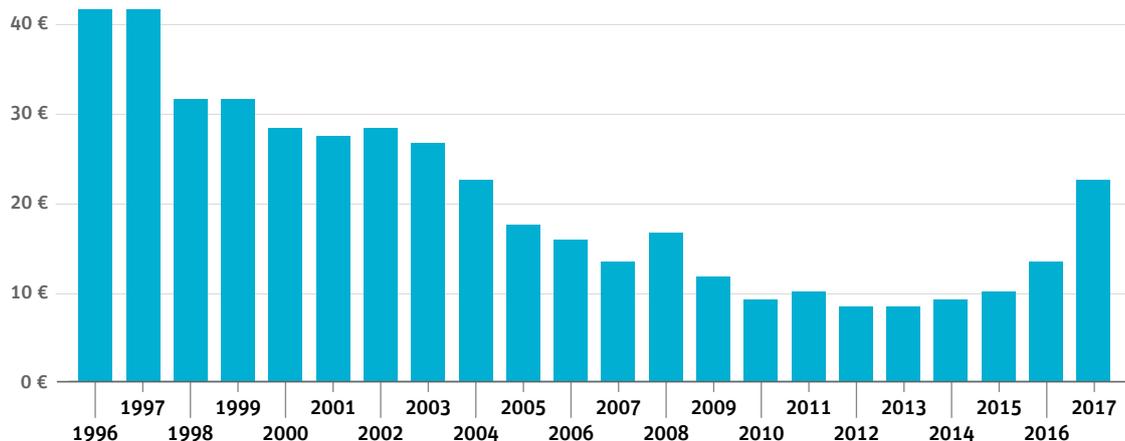


Quelle: Eigene Berechnungen

Ohne Subventionierung der älteren Kohorten hätten die 20- bis 50-Jährigen Startbeiträge von unter 30 Euro entrichten müssen (20-Jährige: 12 Euro, 30-Jährige 15 Euro, 40-Jährige 20 Euro und 50-Jährige 28 Euro). Auch die 60-Jährigen hätten einen Beitrag unterhalb des damals geltenden Höchstbeitrages von 53 Euro entrichtet.

Dagegen hätten die älteren Kohorten der 70- bis 90-Jährigen teilweise ein Vielfaches des Höchstbeitrages bezahlen müssen, 90-Jährige in Höhe von 322 Euro pro Monat. Durch den Höchstbeitrag wird diese Prämie auf 1/6 gekürzt. Die finanzielle Unterstützung der älteren Kohorten wird über Aufschläge auf die altersgerechten Prämien der jüngeren Kohorten finanziert. Im fiktiven Modell hätten 1996 und 1997 alle jüngeren Kohorten den Höchstbeitrag entrichten müssen. Ab 1998 hätten die unter 40-Jährigen Prämien unterhalb des Höchstbeitrages gezahlt.

Die Entwicklung des Bedarfs am maximalen Umlagebeitrag pro Mitglied über die Zeit wird vom Herauswachsen der kostenintensiven älteren Kohorten und dem Einsatz von RfB-Mitteln beeinflusst, die den Umlagebedarf reduzieren. Leistungsausweitungen führen zu einem steigenden Bedarf, weil durch die notwendige Beitragsanpassung mehr Versicherte am Höchstbeitrag gekappt werden. Diesen Effekt sieht man vor allem bei der kostenintensiven Leistungsausweitung 2017. Die Umlage wird jeweils von den Versicherten getragen, deren Prämien unterhalb des Höchstbeitrages liegen.

Abbildung 3: Maximaler Umlagebeitrag pro Monat und Mitglied

Quelle: Eigene Berechnungen

Diese Betrachtung zeigt, dass sich gesellschaftliche Vorstellungen von Solidarität auch in einem kapitalgedeckten System verwirklichen lassen. Alternativ könnte man die Umverteilung im Steuer-Transfer-System abbilden.

Durchschnittlicher Belastungsvergleich zur SPV

Die durchschnittliche Beitragsbelastung des fiktiven kapitalgedeckten Modells soll im Folgenden mit dem tatsächlichen Belastungsverlauf der SPV verglichen werden, um die Finanzierungsunterschiede zu verdeutlichen.

Zur Berechnung der durchschnittlichen Belastung im Umlageverfahren wurde das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen je Mitglied pro Jahr zugrunde gelegt und mit dem jeweils gültigen Beitragssatz multipliziert.¹⁷ Im kapitalgedeckten System wurde die zur Finanzierung notwendige Beitragssumme durch die zahlenden Mitglieder dividiert.

Der Vergleich der Durchschnittsbelastung je nach Finanzierungssystem zeigt die Unterschiede in der Finanzierungsweise sehr deutlich. Gemeinsam ist in beiden Systemen die Finanzierung der Beitragsdefizite der aktuell älteren Generationen. Im Umlagesystem finanzieren die Erwerbstätigengenerationen die älteren Kohorten und erwerben dadurch ihrerseits den (nicht garantierten) Anspruch, im Alter von den jüngeren Generationen subventioniert zu werden. Erfolgt ihre zukünftige Pflegeleistung nicht in dem erwarteten Umfang, stellen sich diese Generationen schlechter, weil sie Beiträge gezahlt haben, denen weniger Leistungen gegenüberstehen als sie erwarten konnten. Im fiktiven kapitalgedeckten System nach Vorbild der PPV (Mischsystem) finanzieren die Erwerbstätigengenerationen die Umlage für die älteren Generationen und bauen selbst Alterungsrückstellungen auf, um einen garantierten Leistungsanspruch zu erhalten.¹⁸

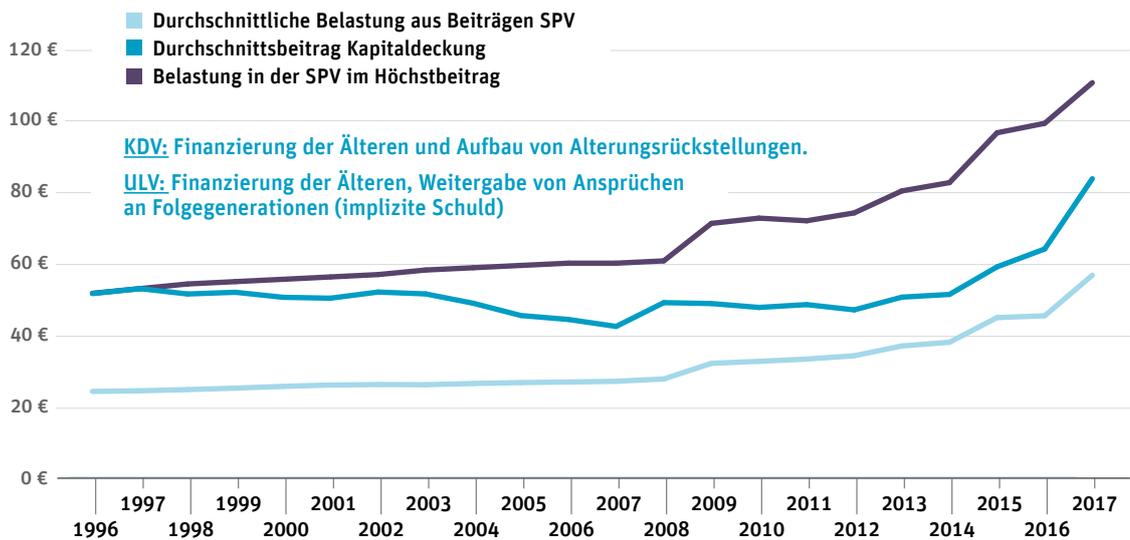
Gegenüber der durchschnittlichen Belastung der SPV fällt der Durchschnittsbeitrag des fiktiven Systems für dasselbe Kollektiv anfangs also höher aus, da sowohl die älteren Generationen mitfinanziert als auch Vorsorge betrieben wird (vgl. Abbildung 4). Zum Vergleich wurde der tatsächliche Verlauf des SPV-Höchstbeitrages zusätzlich eingefügt, der als Deckelung der Beiträge im kapitalgedeckten System dient. 1996 und 1997 hätten die Durchschnittsbeiträge dem Höchstbeitrag entsprochen, da die bereits pflegebedürftigen und pflegenahen Kohorten über die Umlage mitfinanziert werden mussten. Ab 1998 liegt die Durchschnittsbelastung unterhalb des Höchstbeitrages. Zum einen nimmt der Umlagebedarf

¹⁷ Hier wurde jeweils der Beitrag für Versicherte mit Kindern zugrunde gelegt.

¹⁸ Jüngere Generationen werden nur für die Finanzierung der Umlageelemente herangezogen.

für die älteren Kohorten über die Zeit ab, zum anderen können RfB-Mittel aufgebaut und beitragsentlastend eingesetzt werden. Die Leistungsausweitungen ab 2012 führen wieder zu einem Anstieg der durchschnittlichen Beitragsbelastung, weil diese Leistungsausdehnungen nachfinanziert werden müssen. Mittel- bis langfristig ist mit einer geringeren Beitragsbelastung im fiktiven kapitalgedeckten System zu rechnen, wenn die Generationen aus dem System rausgewachsen sind, die einen hohen Umlagebedarf haben.

Abbildung 4: Beitragsbelastung in der SPV versus fiktives kapitalgedecktes System



Quelle: Eigene Berechnungen.

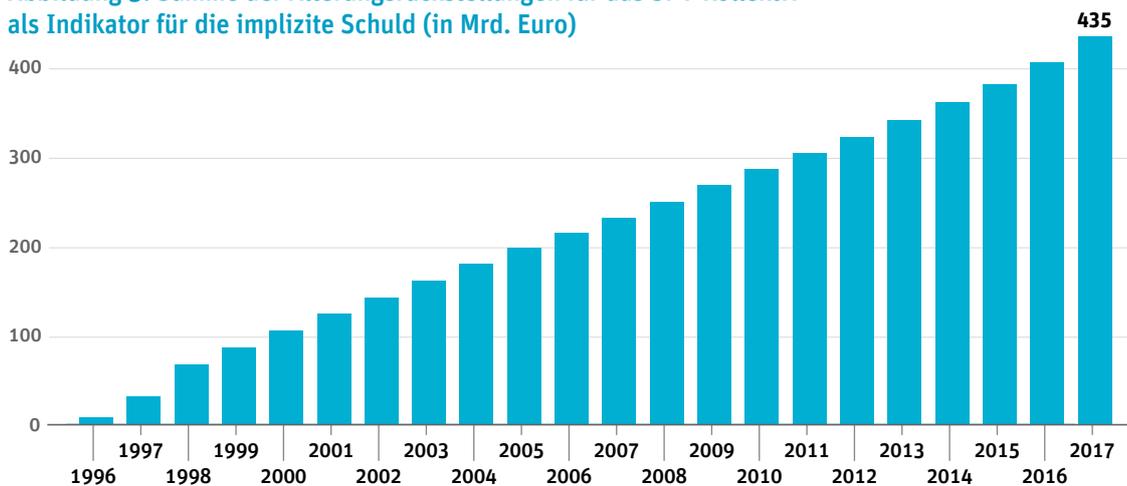
Die reine Betrachtung des Beitragsverlaufs des Umlageverfahrens zeigt jedoch nicht die Belastungswirkungen, die durch die weitergereichten Ansprüche an jüngere Generationen entstehen. Diese Belastungswirkungen werden im folgenden Kapitel aufgezeigt.

3.2 Alterungsrückstellungen als Indikator für die implizite Schuld der Sozialen Pflegeversicherung

Um eine Vorstellung von der Größenordnung der impliziten Schuld der SPV zu erhalten, wird im nächsten Schritt berechnet, wie hoch die im fiktiven System aufgebauten Alterungsrückstellungen ausgefallen wären. Diese Alterungsrückstellungen dienen wie dargelegt der Finanzierung der Leistungsausgaben im Alter. Spiegelbildlich entsprechen sie den Leistungsansprüchen, die im Umlageverfahren an die jüngeren Generationen weitergereicht werden.

Legt man die Kalkulationsgrundlagen der PPV für das SPV-Kollektiv an, wären im fiktiven kapitalgedeckten Modell bis zum Jahr 2017 in der Summe 435 Milliarden Euro an Alterungsrückstellungen angespart worden. Diese hätten zur Finanzierung der Leistungen im Alter zur Verfügung gestanden. Im Gegensatz zum Umlageverfahren ist ein kapitalgedecktes System also nicht auf Folgegenerationen angewiesen, um die Leistungsausgaben in kostenintensiven Altersjahren zu decken.

Abbildung 5: Summe der Alterungsrückstellungen für das SPV-Kollektiv als Indikator für die implizite Schuld (in Mrd. Euro)



Quelle: Eigene Berechnungen.

Wollte man Stand 2017 allen Versicherten der SPV die erwarteten Leistungen garantieren, wäre also ein Kapitalstock von 435 Mrd. Euro notwendig.

Auch ohne weitere Leistungsausweitungen sind also schon hohe Finanzierungslasten im Umlagesystem angelegt. Implizite Schulden sind ein Wesensmerkmal jedes Umlageverfahrens. Problematisch werden diese Ansprüche der älteren gegenüber jüngeren Generationen, wenn sich das Größenverhältnis zwischen den Generationen aufgrund der demografischen Veränderungen zulasten der Jüngeren verschiebt. Dann müssen die Ansprüche einer zahlenmäßig großen Generation von nachwachsenden Generationen getragen werden, die deutlich kleiner sind.

Jede Ausweitung von Leistungen erhöht die Finanzierungsansprüche gegenüber jüngeren Generationen im Umlageverfahren. Angesichts der heute schon hohen impliziten Schuld in der Pflegeversicherung sollten weitere Leistungsausweitungen daher nicht im Umlagesystem finanziert werden, zumal die jüngeren Generationen auch für die Leistungen in anderen Sozialversicherungszweigen aufkommen müssen.

4. Fazit

Die vorliegende Analyse hat gezeigt, dass in der Sozialen Pflegeversicherung eine hohe implizite Schuld in Höhe von 435 Mrd. Euro aufgelaufen ist, die angesichts der demografischen Strukturveränderungen von einer kleiner werdenden Zahl von Beitragszahlern zu bedienen ist.

Bei Einführung der Pflegeversicherung haben die älteren Generationen Einführungsgewinne erhalten, die durch die Jüngeren finanziert wurden. Einführungsgewinne beschränken sich jedoch nicht nur auf die Einführung des Systems, sondern entstehen bei jeder Leistungsausweitung im Umlageverfahren. Die derzeit politisch diskutierten Leistungsausdehnungen sollten daher nicht im Umlageverfahren erfolgen, um den jüngeren Generationen nicht noch mehr Finanzierungslasten aufzubürden – zumal neben der Belastung in der Sozialen Pflegeversicherung auch noch die Renten- und Krankenversicherung demografisch bedingte Beitragssteigerungen verzeichnen werden.

Die im Versicherungssystem angelegte pauschale Entlastung der älteren Generationen ist zudem sozialpolitisch fragwürdig. Entgegen der derzeitigen gesellschaftlichen Wahrnehmung sind die älteren Generationen in Deutschland im Durchschnitt ökonomisch keineswegs schlechter gestellt als jüngere Generationen.¹⁹

Angesichts der anstehenden demografischen Veränderungen, die den jüngeren Generationen hohe Lasten aufbürden werden, sollten Schritte unternommen werden, um die jüngeren und zukünftigen Erwerbstätigengenerationen in der Pflegeversicherung zu entlasten. Diese tragen heute die Beitragslasten, ohne selbst eine Garantie zu haben, später im Falle von Pflegebedürftigkeit ähnliche hohe Leistungen zu erhalten. Eine stärkere Belastung der älteren (Erwerbstätigen-)Generationen über höhere Eigenleistungen, mithin eine Reduzierung der Umlage und damit eine Reduzierung der Belastung jüngerer Generationen, würde diesen mehr Freiraum für kapitalgedeckte Vorsorge bieten. Der Übergang zu Teilkapitaldeckungsmodellen bzw. einem Zwei-Säulen-Modell in der Pflegeversicherung wäre hier eine Option.²⁰

19 Vgl. Niehues (2015), Kochskämper/Niehues (2017).

20 Zum Vergleich verschiedener Varianten der Teilkapitaldeckung siehe auch Arentz u.a. (2011) und die dort angegebene Literatur.

Literaturverzeichnis

Arentz, Christine (2019): Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung. WIP-Analyse 2/2019. Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP), Köln.

Arentz, Christine/Läufer, Ines/Roth, Steffen J. (2011): Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung: Teilkapitaldeckungsmodelle im Vergleich, Stand: 26. März 2019.

Bundesministerium für Gesundheit (verschiedene Jahrgänge a): Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>.

Bundesministerium für Gesundheit (verschiedene Jahrgänge b): Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>.

Bundesversicherungsamt (2018): GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2017, Stand: 6. Juli 2018.

Gasche, Martin/Rausch, Johannes (2016): Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung - Projektionen und Determinanten, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 65. Jg., Nr. 3, S. 195–238.

Kochskämper, Susanna (2017): Alternde Bevölkerung Herausforderung für die Gesetzliche Kranken- und für die soziale Pflegeversicherung, URL: https://www.iwkoeln.de/_storage/asset/330671/storage/master/file/12400497/download/IW-Report_8_2017_Kranken_Pflegeversicherung.pdf, Stand: 27. März 2017.

Kochskämper, Susanna/Niehues, Judith (2017): Entwicklung der Lebensverhältnisse im Alter, Stand: 29. März 2019.

Niehaus, Frank (2015): Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt, URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Pflege_Notwendigkeit_der_Kapitaldeckung_bleibt.pdf, Stand: 6. Juli 2018.

Niehues, Judith (2015): Vermögensverteilung und Altersgruppeneffekte, URL: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2015/251784/Vermoegensverteilung_Gutachten_IW_Koeln.pdf, Stand: 5. Juli 2018.

Rothgang, Heinz/Kalwitzki, Thomas (2017): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, URL: https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf, Stand: 28. März 2019.

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung Deutschlands. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungBundeslaender2060_Aktualisiert_5124207179005.xlsx?_blob=publicationFile, Stand: 18. Januar 2019.

WIP-Veröffentlichungen seit 2012

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV). Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV – 2006 bis 2016, WIP-Analyse 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz

Wartezeiten auf Arzttermine: Eine methodische und empirische Kritik der Debatte, WIP-Diskussionspapier 3/2017, Verena Finkenstädt

Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017, Christine Arentz

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2017 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-1-3

Die Bedeutung der Privatversicherten für Apotheken, WIP-Kurzanalyse 1/2017, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017, WIP-Diskussionspapier 1/2017, Sonja Hagemeister, Frank Wild

Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung – Ein europäischer Überblick, Verena Finkenstädt, ISBN 978-3-9818269-0-6

Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Eine Analyse auf Basis der Daten von 2006-2014, WIP-Diskussionspapier 1/2016, Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse 3/2016, Frank Wild, Christine Arentz

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV, WIP-Kurzanalyse 2/2016, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Die Heilmittelversorgung der Privatversicherten im Jahr 2014 – Mehrumsatz und Unterschiede zur GKV, WIP-Kurzanalyse 1/2016, Verena Finkenstädt

Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WIP-Diskussionspapier 4/2015, Verena Finkenstädt

Prävalenz und Krankheitskosten der HIV-Infektion in der PKV, WIP-Kurzanalyse 3/2015, David Bowles, Verena Finkenstädt, Frank Wild

Verlagerung staatlicher Finanzierungsaufgaben auf die Beitragszahler – Eine Analyse unter besonderer Berücksichtigung der PKV, WIP-Kurzanalyse 2/2015, Frank Wild

Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Hebammenleistungen, WIP-Diskussionspapier 3/2015, Frank Wild

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Aktualisierte Werte des Beitrags zum Nettosparvolumen Deutschlands, WIP-Kurzanalyse 1/2015, Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013, WIP-Diskussionspapier 2/2015, Frank Niehaus

Pflege: Notwendigkeit der Kapitaldeckung bleibt – Eine Analyse der neusten Entwicklung, WIP-Diskussionspapier 1/2015, Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2013 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-8-4

Die Aussagekraft von Länderrankings im Gesundheitsbereich – Eine Analyse des Einflusses der Altersstruktur auf die OECD-Daten, Verena Finkenstädt, Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-7-7

Die Heilmittelversorgung der PKV und GKV-Versicherten im Vergleich, WIP-Diskussionspapier 02/2014, Verena Finkenstädt

Die Arzneimittelversorgung bei Multipler Sklerose in der PKV, WIP-Diskussionspapier 1/2014, Frank Wild

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2012 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-6-0

Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung – Ein Beitrag zur aktuellen Reformdiskussion, Bruno Schönfelder, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-5-3

Das Gesundheitssystem in Singapur, WIP-Diskussionspapier 3/2013, Verena Finkenstädt

HIV-Infektion in der PKV – Prävalenz, Inzidenz und Arzneimittelversorgung, WIP-Diskussionspapier 2/2013, Verena Finkenstädt, Frank Wild

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011, WIP-Diskussionspapier 1/2013, Frank Niehaus

Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick, Verena Finkenstädt, Frank Niehaus, ISBN 978-3-9813569-4-6

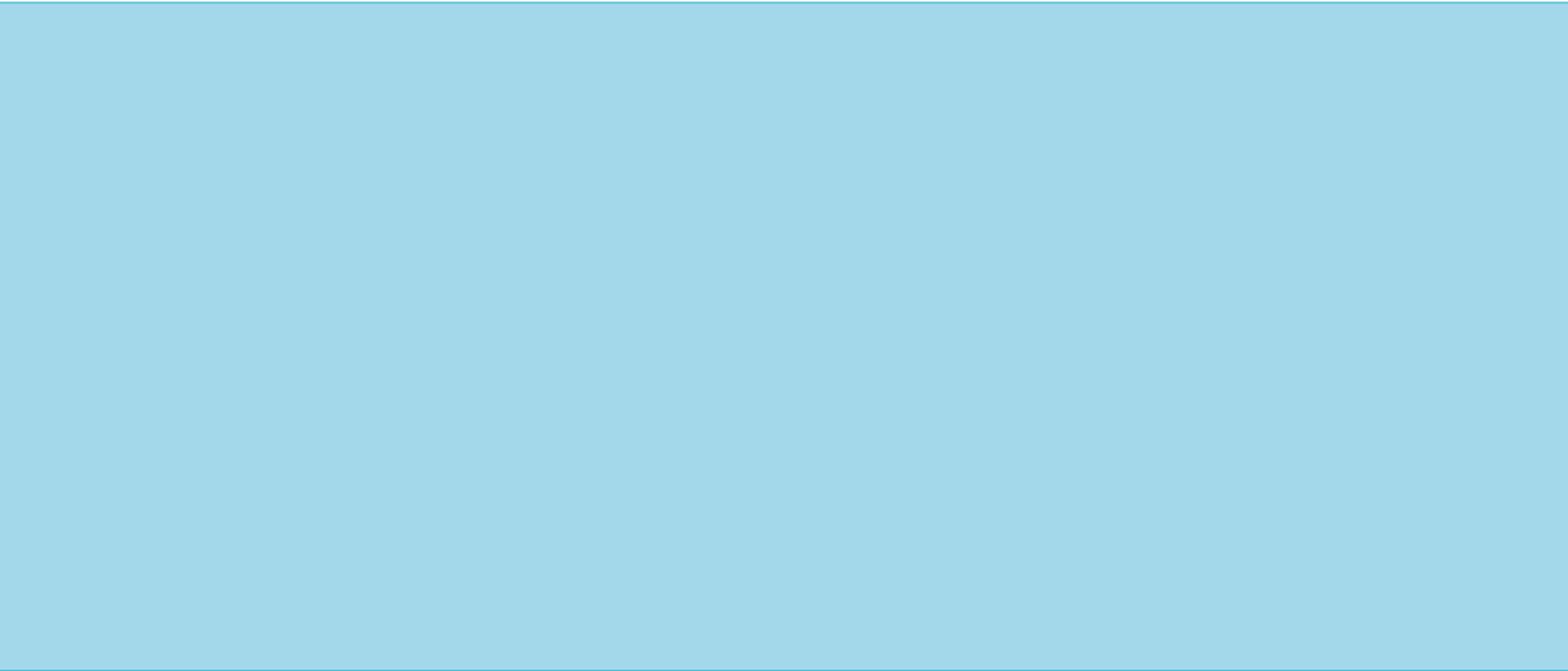
Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln als Folge von Innovationen, Eine Analyse der Verordnungen von monoklonalen Antikörpern in der PKV, WIP-Diskussionspapier 4/2012, Frank Wild

Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten – Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008, WIP-Diskussionspapier 3/2012, Verena Finkenstädt, Torsten Keßler

Geburten- und Kinderzahl im PKV-GKV-Vergleich – Eine Analyse der Entwicklung von 2000 bis 2010, WIP-Diskussionspapier 2/2012, Frank Niehaus

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2010 – Zahlen, Analysen, PKV-GKV-Vergleich, Frank Wild, ISBN 978-3-9813569-1-5

Vom Originalpräparat zum Generikum – Wann erfolgt eine Umstellung der Medikation bei Privatversicherten, WIP-Diskussionspapier 1/2012, Frank Wild



WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV