

Die Pflege⁺ Versicherung

Vorschlag für eine generationengerechte,
paritätische Pflegekostenversicherung

ABSCHLUSSBERICHT

Die Pflege⁺ Versicherung

Vorschlag für eine generationengerechte,
paritätische Pflegekostenversicherung

Vorwort

Der Koalitionsvertrag von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP vom 7. Dezember 2021 sieht einen Prüfauftrag für eine generationengerechte Absicherung der Eigenanteile an den Pflegekosten in Pflegeeinrichtungen vor. Vor diesem Hintergrund hat der Verband der Privaten Krankenversicherung im September 2022 einen interdisziplinären Experten-Rat Pflegefinanzen initiiert, der Lösungsvorschläge erarbeiten soll, wie die Finanzierung der Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten abgesichert werden kann. Dem Experten-Rat Pflegefinanzen gehören an: Prof. Dr. Christine Arentz (Technische Hochschule Köln), Prof. Dr. Thiess Büttner (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg), Constantin Papaspyratos (Bund der Versicherten, Hamburg), Prof. Dr. Christian Rolfs (Universität zu Köln) und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender, Universität Duisburg-Essen).

Die Mitglieder des Experten-Rates legen hiermit ihr Gutachten vor.

Der Experten-Rat dankt Frau Dr. Susanna Kochskämper, die die Arbeit an dem Gutachten koordinierend unterstützt hat und immer für uns ansprechbar war. Wir danken zudem Herrn Holger Eich, dem für die Aktuarate des Verbandes der Privaten Krankenversicherung verantwortlichen Geschäftsführer, der mit dem Zugriff auf die Datenbank zu Pflegekosten in den stationären Pflegeeinrichtungen und seiner Expertise zum Kalkulationsmodell der Privaten Krankenversicherung die empirischen Analysen im Gutachten erst ermöglicht hat.

Köln, Nürnberg, Hamburg und Essen, den 17. April 2023

Christine Arentz
Thiess Büttner
Constantin Papaspyratos
Christian Rolfs
Jürgen Wasem

Executive Summary

1. Die in den 1990er Jahren geschaffene Gesetzliche Pflegeversicherung deckt nur einen Teil der pflegebedingten Kosten in den Pflegeeinrichtungen ab. Diese Kosten sind weitaus stärker gestiegen als die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung. In der Konsequenz sind die Eigenanteile, die Pflegebedürftige an den pflegebedingten Kosten tragen müssen, erheblich angestiegen und belaufen sich aktuell auf monatlich rund 1.200 Euro im Bundesdurchschnitt. Es ist davon auszugehen, dass die pflegebedingten Kosten (u. a. wegen der unterdurchschnittlichen Rationalisierbarkeit von Pflege sowie aufgrund des Fachkräftemangels und seinen Auswirkungen auf die Lohn- und Gehaltsentwicklung von Pflegekräften) weiter ansteigen werden und damit der **Eigenanteil auch zukünftig dynamisch wachsen wird**.
2. SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP haben in ihrem **Koalitionsvertrag** vom 7. Dezember 2021 einen **Prüfauftrag für eine weitergehende Absicherung der Eigenanteile** vereinbart. Vor diesem Hintergrund hat der Verband der Privaten Krankenversicherung im September 2022 einen interdisziplinären **Experten-Rat** initiiert, der Lösungsvorschläge in Bezug auf die Absicherung der Finanzierung der Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten erarbeiten soll. Dem Experten-Rat gehören an: Prof. Dr. Christine Arentz, Prof. Dr. Thiess Büttner, Constantin Papaspyratos, Prof. Dr. Christian Rolfs und Prof. Dr. Jürgen Wasem (Vorsitzender). Die Mitglieder des Experten-Rates legen hiermit ihr Gutachten vor.
3. Der Prüfauftrag im Koalitionsvertrag sieht vor, dass die ergänzende Absicherung **generationengerecht** ausgestaltet werden soll. Dies erscheint dem Experten-Rat nachvollziehbar, wird doch die absehbare demografische Entwicklung in den Systemen der sozialen Sicherung aufgrund des Umlageverfahrens zu einer weiteren Belastung der jüngeren Generationen zugunsten der älteren Jahrgänge führen. Vor diesem Hintergrund erachtet es der Experten-Rat für geboten, die Absicherung der Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten nicht ebenfalls über das Umlageverfahren zu finanzieren. Vielmehr wird vom Experten-Rat ein Vorschlag entwickelt, der eine **kapitalgedeckte Versicherung mit Auf- und Abbau von Alterungsrückstellungen** zur Abdeckung der Differenz zwischen den pflegebedingten Kosten und den Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung vorsieht. Das Modell ist innovativ, berücksichtigt die unterschiedlichen Sicherungsbedarfe in den verschiedenen Altersgruppen und verbindet Kapitaldeckung mit sozialpolitischen Flankierungen.
4. Der Vorschlag des Experten-Rats fokussiert auf die **Absicherung der Eigenanteile in der stationären Pflege**. Die ergänzende Versicherung – der Experten-Rat bezeichnet sie als „**Pflege+ Versicherung**“ – baut auf den von der Gesetzlichen Pflegeversicherung seit 2022 gezahlten Zuschlägen zu den Leistungen (§ 43c SGB XI) auf und sichert die beim Pflegebedürftigen verbleibenden pflegebedingten Eigenanteile ab. Es verbleibt lediglich ein prozentualer Selbstbehalt von 10 %. Die Pflege+ Versicherung ist als **Pflegekostenversicherung** ausgestaltet.
5. Die Pflege+ Versicherung berücksichtigt von Anfang an die zu erwartenden Kostensteigerungen in der Pflege und bietet durch das Einkalkulieren dieser pflegespezifischen Inflation einen **wirksamen Schutz vor der Entwertung der Versicherungsleistungen**.
6. Es besteht zwar bereits ein breites Angebot an Pflegezusatzversicherungen. Die Erfahrungen der vergangenen 30 Jahre zeigen allerdings, dass das Angebot zur Versicherung der von der Gesetzlichen Pflegeversicherung nicht gedeckten Pflegekosten nur sehr begrenzt genutzt wird. Hierfür sind verschiedene Gründe anzuführen. Die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von

Pflegebedürftigkeit, welche typischerweise erst im hohen Alter eintritt, wird von den Jungen vielfach unterschätzt. Zudem verlassen sich viele auf die Pflege durch Angehörige oder die Finanzierung im Rahmen des Sozialstaats. Eine sozialpolitisch wünschenswerte hinreichend breite Abdeckung des finanziellen Risikos der Eigenanteile kann daher nur erreicht werden, wenn sie obligatorisch ist. Der Experten-Rat empfiehlt daher, die ergänzende Absicherung der Eigenanteile als **Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung** auszugestalten. Das Angebot einer lediglich freiwilligen Versicherung, wie sie im Prüfauftrag des Koalitionsvertrags angedacht ist, wäre auch deswegen problematisch, weil es zu adverser Selektion einlädt: Personen mit überdurchschnittlichem Risiko, pflegebedürftig zu werden, würden die Versicherung voraussichtlich überdurchschnittlich häufig abschließen. Da aber die Prämien für die vom Experten-Rat vorgeschlagene Pflege+ Versicherung so berechnet werden, dass sie den erwarteten Kosten in den jeweiligen Alterskohorten entsprechen, gilt für die jeweiligen Geburtsjahrgänge eine **Äquivalenz zwischen Prämien und Leistungen**. Der Experten-Rat hält deshalb den mit der Versicherungspflicht verbundenen Eingriff in die Vertragsfreiheit zur Erreichung der Ziele des Koalitionsvertrags für vertretbar.

7. Die Pflicht zur Versicherung für die Bevölkerung muss durch eine **geeignete Regulierung der Anbieter** begleitet sein. So ist ein **Kontrahierungszwang für die Versicherungsunternehmen** erforderlich, sie dürfen niemanden ablehnen. Es gibt dabei **keine Gesundheitsprüfung**. Um den Versicherten einen nachteilsfreien Wechsel zwischen Versicherern zu ermöglichen und damit Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen zu befördern, ist es weiterhin erforderlich, dass den Versicherten beim Wechsel zwischen den Versicherungsunternehmen die bis dahin aufgebaute **Alterungsrückstellung vollständig mitgegeben wird**. Die Prämienkalkulation der Versicherer erfolgt nach einheitlichen Grundsätzen. Zum Ausgleich unterschiedlicher Versichertenstrukturen findet ein **Risikoausgleich zwischen den Versicherungsunternehmen** statt.
8. Der Vorschlag des Experten-Rats für die Pflege+ Versicherung sieht **sozialpolitische Flankierungen** vor:
 - Analog zum Basistarif in der PKV schlägt der Experten-Rat für die Pflege+ Versicherung **bei Hilfebedürftigkeit** eine **Prämienhalbierung** zulasten der Versichertengemeinschaft vor. Löst auch die hälftige Prämie Unterstützungsbedarf aus, wird diese hälftige Prämie von dem zuständigen Sozialleistungsträger übernommen.
 - **Kinder** werden bis zum Alter von 18 Jahren (23 Jahre bei Nichterwerbstätigkeit bzw. 25 Jahre bei Berufsausbildung/Studium) **prämienfrei** versichert.
 - Die **Prämien für nicht erwerbstätige Ehepartner** werden zulasten der Versichertengemeinschaft auf 50 % der Prämie begrenzt.
 - **Prämienhalbierung im Rentenalter**: Der Aufbau von Alterungsrückstellungen in der Pflege+ Versicherung ist so kalkuliert, dass mit Eintritt in die Rente eine Halbierung der Prämie ermöglicht wird.
9. Dem Koalitionsvertrag folgend, sieht der Vorschlag des Experten-Rats vor, dass die Prämie während der Erwerbsphase **paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern getragen** wird. Im Rentenalter wird die (halbierte) Prämie alleine von den Versicherten getragen.
10. Die Ausgestaltung im Kapitaldeckungsverfahren ist generationengerecht. Für die heute bereits älteren Geburtsjahrgänge wäre eine Vollabsicherung des pflegebedingten Eigenanteils indes mit sehr hohen Prämien verbunden. Zudem ist anzunehmen, dass die heute älteren Geburtsjahrgänge vielfach bereits finanziell für die Pflege im Alter vorgesorgt haben. Daher wird hier **für die Einführungsphase der Pflege+ Versicherung ein dreistufiges Modell** vorgeschlagen:

- Eine **Vollabsicherung des Eigenanteils** (mit Selbstbehalt von 10 %) für die bei Start der ergänzenden Pflege+ Versicherung **jüngerer Geburtsjahrgänge**. Innerhalb dieser Kohorte sind die Prämien der jüngeren Versicherten geringer als bei den Älteren, da sie eine längere Ansparphase für den Aufbau der Alterungsrückstellungen haben.
- Eine **„Gleitzone“ mit altersabhängiger Leistungsanpassung** für die bei Start der ergänzenden Pflege+ Versicherung **älteren Geburtsjahrgänge im erwerbsfähigen Alter**. In der vom Experten-Rat berechneten Variante wird der Schwellenwert zwischen „jüngeren“ und „älteren“ Versicherten bei 45 Jahren angesetzt. Mithin würde die Prämie für Versicherte im Alter von 46 Jahren oder älter nicht höher sein als bei einem Alter von 45 Jahren; die Leistungszusage für den Pflegefall wird aber bei den älteren Erwerbstätigen graduell verringert. Dies bedeutet, dass die bei Start der Versicherung zu entrichtenden Prämien für Versicherte mit 45 Jahren und Versicherte kurz vor Renteneintritt identisch sind, die Leistungszusage für den Pflegefall allerdings für den 45-Jährigen deutlich höher ist als für den 65-Jährigen. Die Äquivalenz zwischen den gezahlten Prämien und den erwarteten Leistungen ist dabei gewahrt.
- Falls es politisch für notwendig erachtet wird, auch die Eigenanteile der Geburtsjahrgänge im Rentenalter zu begrenzen, wird der Vorschlag mit einer dritten Stufe kombiniert: Sie **deckelt** die Belastung durch Eigenanteile **auf einen maximalen prozentualen Selbstbehalt** für Personen, die bei Start der ergänzenden Versicherung **bereits im Rentenalter** sind. Diese Personen würden altersunabhängig eine einheitliche Prämie zahlen und einheitliche Leistungen erhalten. Eine Umlage erfolgt somit nur zwischen Personen im Rentenalter, ein Rückgriff auf jüngere Jahrgänge erfolgt nicht.

Dieses dreistufige Modell trägt den unterschiedlichen Möglichkeiten und Bedarfen in den verschiedenen Altersgruppen angemessen Rechnung. Wo die Altersgrenze zwischen den ersten beiden Stufen des Modells gesetzt wird, ist politisch zu entscheiden.

11. Der Experten-Rat hat für das vorgeschlagene Modell mit den ihm zur Verfügung stehenden Daten exemplarisch die resultierenden Prämien errechnet. Dabei hat der Experten-Rat vorsichtig kalkuliert. So wurde etwa angenommen, dass die Leistungen jedes Jahr nominal um 4 % steigen werden. Für die Modellierung der Einführungsphase wurde die Altersschwelle zwischen „jüngeren“ und „älteren“ Erwerbstätigen bei 45 Jahren gesetzt.
 - Das Modell führt für **die im Einführungsjahr 20-Jährigen** bei einem (lebenslang prozentual konstanten) Anspruch auf Aufstockung der Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung auf 90 % des Eigenanteils zu Monatsprämien von rund 39 Euro, von denen bei Erwerbstätigen der Arbeitgeber die Hälfte abführt. Die Prämie für die Pflege+ Versicherung bleibt bei Verwirklichung der getroffenen, konservativen Annahmen in realen Preisen bis zum Eintritt in die Rente konstant, erhöht sich also jährlich nur im Umfang der allgemeinen Inflationsrate. Im Rentenalter sinkt sie dann auf die Hälfte und ist vom Versicherten alleine zu tragen. Um diese Absenkung zu erreichen, wird in den während der Erwerbsphase entrichteten Prämien eine Komponente zur Finanzierung der Prämientlastung integriert.
 - Dieser Tarif gilt auch für alle jüngeren Geburtsjahrgänge, die künftig mit Eintritt in das Erwerbsalter prämienspflichtig in die Pflichtversicherung einbezogen werden.
12. Für Versicherte, die **im Einführungsjahr der Pflege+ Versicherung bereits älter als 20 Jahre** sind, ergibt sich:
 - **Jüngere Erwerbstätige bis 45 Jahre** müssen in der Einführungsphase eine höhere Prämie als die 20-jährigen zahlen, um die erforderliche Ansparung zu leisten. Konkret steigt die im Einführungsjahr zu zahlende Prämie bis auf einen Wert von 52 Euro für Versicherte,

die im Einführungsjahr 45 Jahre alt sind. Auch dieser Betrag bleibt bei Realisierung der konservativen Annahmen in den Folgejahren real konstant.

- Für Versicherte, die **im Einführungsjahr zwischen 45 und 66 Jahre** alt sind, beträgt die (real konstante) Monatsprämie im Einführungsjahr ebenfalls 52 Euro, wovon bei Erwerbstätigen wiederum die Hälfte der Arbeitgeber abführt. Die (prozentual lebenslang konstante) Leistungszusage der Pflege+ Versicherung wird in dieser Personengruppe mit zunehmendem Alter geringer und beträgt (ausgehend von 90 % bei 45-Jährigen) bei Personen, die im Einführungsjahr 65 Jahre alt sind, noch rund 56 % des Eigenanteils.

13. Sofern auch Personen in die Pflege+ Versicherung einbezogen werden, die im **Einführungsjahr bereits das 67. Lebensjahr vollendet** haben, beträgt die Monatsprämie die Hälfte des zuvor genannten Betrags, also 26 Euro. Die Prämie für die Pflege+ Versicherung bleibt in den Folgejahren bei Verwirklichung der konservativen Annahmen des Experten-Rats real konstant, erhöht sich also nur im Umfang der allgemeinen Inflationsrate. Der Leistungsanspruch beläuft sich bei dieser Personengruppe auf 40 % des Eigenanteils.

Inhalt

Vorwort.....	3
Executive Summary.....	4
Abbildungsverzeichnis	10
Tabellenverzeichnis.....	10
1. Einleitung und Zielsetzung	11
1.1 Koalitionsvertrag	11
1.2 Zielsetzung.....	12
2. Ausgangssituation	13
2.1 Der Eigenanteil in der Gesetzlichen Pflegeversicherung	13
2.1.1 Finanzierbarkeit der stationären Pflege im Status quo	14
2.1.2 Einflussfaktoren auf die „Vorsorgelücke“ in der stationären Pflege	18
2.2 Bestehende Versicherungsmöglichkeiten	22
2.2.1 Marktübliche Verträge und vertragliche Leistungen.....	22
2.2.2 Prämienanpassungen in der Pflegezusatzversicherung	24
2.2.3 Die Kosten des Versicherungsschutzes: Prämienbeispiele.....	27
2.2.4 Personen mit bestehenden Pflegezusatzversicherungsverträgen.....	30
2.2.5 Verbraucher- und Vermittlungsprobleme beim Zugang zum bedarfsdeckenden Versicherungsschutz.....	31
2.2.6 Anforderungen und Voraussetzungen für einen bedarfsorientierten ergänzenden Pflegeversicherungsschutz.....	33
2.3 Versicherungspflicht im Vergleich zu freiwilliger Vorsorge	34
2.4 Generationengerechtigkeit.....	37
2.4.1 Finanzierungsspielräume für eine Ergänzung der Pflegeversicherung	37
2.4.2 Ergänzung der Gesetzlichen Pflegeversicherung: Finanzierung im Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren?	40
3. Ein konkreter Vorschlag für eine Ergänzung der Gesetzlichen Pflegeversicherung: die Pflege+ Versicherung	48
3.1 Kernelemente der Pflege+ Versicherung.....	48
3.1.1 Leistungsumfang der Pflege+ Versicherung.....	48
3.1.2 Anwartschaftsdeckungsverfahren und Kontrahierungszwang	50
3.1.3 Risikoausgleich	50
3.1.4 Nachteilsfreier Wechsel zwischen den Versicherern	51
3.2 Sozialpolitische Flankierung.....	51
3.2.1 Versicherte mit geringen Einkommen und Vermögen.....	51
3.2.2 Prämienfreie Mitversicherung von Kindern, Begrenzung der Prämienbelastung für Ehepaare mit nicht erwerbstätigem Ehepartner	52

3.2.3	Paritätische Finanzierung der Prämien während der Erwerbsphase	52
3.2.4	Brancheneinheitliches Produkt	53
3.3	Besondere Regelungen für die Einführungsphase: Dreistufenmodell	53
3.4	Zusammenfassung der Kernmerkmale	55
3.5	Pflege+ Versicherung: ein konkretes Rechnungsbeispiel	56
3.5.1	Grundsätzliche Annahmen	56
3.5.2	Annahmen für die sozialpolitische Flankierung	58
3.5.3	Berechnung der alterskohortenspezifischen Prämien und Kalibrierung des Modells in den einzelnen Modulen	58
4.	Implementierung der Pflege+ Versicherung	61
4.1	Generationengerechte Vorsorge: Konsequenzen für die Organisation	61
4.1.1	Kapitaldeckung in der Sozialversicherung	61
4.1.2	Insbesondere: der Pflegevorsorgefonds	62
4.1.3	Gestaltungsschranken des Europäischen Wettbewerbsrechts	63
4.1.4	Vorteile privatversicherungsrechtlicher Kapitaldeckung	63
4.2	Pflicht zur Eingehung und Aufrechterhaltung einer privatrechtlichen Versicherung	64
4.2.1	Gesetzgebungskompetenz	64
4.2.2	Versicherungspflicht	64
4.2.3	Durchsetzung der Versicherungspflicht	65
4.2.4	Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen	66
4.3	Einheitliches Versicherungsprodukt und Sicherung des Leistungsumfangs	66
4.4	Prämienhöhe	67
4.4.1	Grundsatz	67
4.4.2	Prämienhöhe für nicht erwerbstätige Ehegatten und Lebenspartner	67
4.4.3	Prämien für Leistungsberechtigte nach SGB II und SGB XII	67
4.4.4	Prämien für Kinder	68
4.5	Folgen der Nichtzahlung der Prämie	68
4.6	Paritätische Prämienbelastung	68
4.6.1	Grundsatz	68
4.6.2	Geringfügige Beschäftigung	69
4.6.3	Beamte, weitere Beihilfeberechtigte	69
4.6.4	Erwerbsminderungsrentner	70
5.	Zusammenfassung und Ausblick	71
	Literaturverzeichnis	72
	Kurzporträts der Mitglieder des interdisziplinären Experten-Rats Pflegefinanzen	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen.....	17
Abbildung 2: Jährliche Veränderungsrate der Vergütungssätze für Pflege und des Verbraucherpreisindex (VPI) von 1999 bis 2021	19
Abbildung 3: Prämienverlauf eines heute 20-Jährigen zu heutigen Preisen im Längsschnitt.....	59
Abbildung 4: Versicherungsumfang und Prämien der Pflege+ Versicherung im Einführungsjahr (2023)	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung der Pflegekostendifferenz im Bundesdurchschnitt seit 2018	14
Tabelle 2: Entwicklung des individuell zu zahlenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteils seit 2021 im Bundesdurchschnitt*	15
Tabelle 3: Beispielrechnung für den Kapitalbedarf einer heute 45-Jährigen für einen Pflegeheimaufenthalt in 30 Jahren.....	21
Tabelle 4: Variante 1 und 2 – Ergänzung der Leistung aus Sozialer und Privater Pflegeversicherung.....	28
Tabelle 5: Höhe der Monatsprämie in einer exemplarischen Pfl egetagegeldversicherung.	28
Tabelle 6: Übersicht über die verschiedenen Pflegezusatzversicherungen.....	29
Tabelle 7: Bestandsentwicklung Pflegezusatzversicherungsverträge.....	30
Tabelle 8: Bestandsgruppen Pflegezusatzversicherungsverträge.....	30
Tabelle 9: Bestand in den Leistungsbereichen der verschiedenen Zusatzversicherungen...	31
Tabelle 10: Merkmale der Pflege+ Versicherung.....	55

1. Einleitung und Zielsetzung

1.1 Koalitionsvertrag

Die finanzielle Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit steht seit vielen Jahren regelmäßig auf der sozial- und gesundheitspolitischen Agenda. Der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) in den 1990er Jahren folgten mehrere Reformen, in denen der Pflegebegriff verändert, Leistungen ausdifferenziert und Regelungen zur Vergütung der ambulanten und stationären Leistungserbringer modifiziert wurden. Infolge der demografischen Entwicklung, aber vor allem durch die Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen seit der Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung mehr als verdoppelt: Waren 1999 2,02 Mio. Menschen pflegebedürftig, bezogen im Jahr 2021 4,96 Mio. Menschen Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung.¹ Die Anzahl von Menschen in vollstationärer Pflege ist in diesem Zeitraum von rund 570.000 auf rund 790.000 Personen angestiegen. Aktuelle Prognosen gehen davon aus, dass die Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen bis 2030 um weitere 200.000 Personen ansteigen wird.²

Mit der Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und der Weiterentwicklung der Leistungen hat der Finanzbedarf für die Versorgung der Pflegebedürftigen deutlich zugenommen. Für stationäre und teilstationäre Pflege in Einrichtungen wurden von den unterschiedlichen Kostenträgern 1999 16,4 Mrd. Euro ausgegeben, im Jahr 2020 waren es 40,4 Mrd. Euro.³ Dies schlug sich in den Ausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung nieder und mündete bei der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) in steigenden Beitragssätzen: Hatte der Gesetzgeber bei Errichtung der Gesetzlichen Pflegeversicherung festgelegt, dass der Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung mit Einführung der stationären Leistungen ab 1. Juli 1996 bei 1,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen liegen sollte, beträgt sein aktuelles Niveau nach mehreren gesetzlichen Anpassungen 3,05 % (bzw. 3,4 % für Kinderlose), ein weiterer Anstieg in der unmittelbaren Zukunft ist vom Bundesgesundheitsminister bereits angekündigt.⁴

Der Gesetzgeber ist bei Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung von geteilten Finanzverantwortungen ausgegangen. Die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung beschränkten sich auf die pflegebedingten Aufwendungen.⁵ Demgegenüber sollten die Bundesländer die Investitionskosten übernehmen. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sollten von den Pflegebedürftigen getragen werden.

Seit Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung sind die pflegebedingten Kosten in den Pflegeeinrichtungen weitaus stärker gestiegen als die Leistungen der Pflegeversicherung. In der Konsequenz ist der Eigenanteil, den die Pflegebedürftigen an den pflegebedingten Kosten tragen müssen, erheblich angestiegen. Aktuell beträgt der Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten monatlich rund 1.200 Euro (vgl. Abschnitt 2.1.1).

Der Anstieg der Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten ist in den letzten Jahren verstärkt in den politischen Fokus gerückt. In den Jahren 2017 und 2021 hat der Gesetzgeber die Regelungen zu

1 Statistisches Bundesamt, (2001) sowie (2022).

2 Vgl. Rothgang, H., Müller, M. (2021).

3 Statistisches Bundesamt (2023a).

4 Vgl. Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 24. Februar 2023.

5 Vgl. Allgemeine Begründung zum Pflege-Versicherungsgesetz; Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 73.

den Eigenanteilen reformiert. Gleichwohl wird weiterer Handlungsbedarf gesehen. Entsprechend haben SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP in ihrem Koalitionsvertrag ausgeführt:

„Wir prüfen, die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung zu ergänzen, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert. Eine Expertenkommission soll bis 2023 konkrete Vorschläge vorlegen, die generationengerecht sind. Der privaten Pflegeversicherung würden wir vergleichbare Möglichkeiten geben.“

1.2 Zielsetzung

Vor dem Hintergrund des Prüfauftrags im Koalitionsvertrag hat der Verband der Privaten Krankenversicherung im September 2022 einen interdisziplinären Experten-Rat initiiert, der Lösungsvorschläge in Bezug auf die Absicherung der Finanzierung der Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten erarbeiten soll. Die Mitglieder des Experten-Rates legen hiermit ihr Gutachten vor.

Ausgangspunkt für den Experten-Rat ist die Feststellung, dass die absehbare demografische Entwicklung in den Systemen der sozialen Sicherung zu einer weiteren Belastung der jüngeren Generationen zugunsten der älteren Jahrgänge führen wird. Vor diesem Hintergrund sollte die im Koalitionsvertrag geforderte generationengerechte Ausgestaltung nicht durch eine Ausweitung des Umlageverfahrens erfolgen. Der Experten-Rat entwickelt daher einen Vorschlag, bei dem die Differenz zwischen den pflegebedingten Kosten und den Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung durch Ansparungen über den Lebensverlauf finanziert wird. Die wesentlichen Elemente einer solchen zusätzlichen Versicherung, die in diesem Gutachten als „Pflege+“ Versicherung bezeichnet wird, werden im Folgenden beschrieben. Dabei legt der Experten-Rat Wert auf die Feststellung, dass sein Vorschlag eine deutliche sozialpolitische Flankierung enthält. Zugleich wird das Modell der Pflege+ Versicherung vom Experten-Rat hinsichtlich der zu erwartenden Prämien versicherungsmathematisch durchkalkuliert.

Die Ausgestaltung mit eigener Ansparung (Kapitaldeckungsverfahren) ist generationengerecht. Dieses Verfahren wäre aber mit hohen Prämien für ältere Versicherte verbunden, wenn auch für sie eine weitgehende Absicherung des pflegebedingten Eigenanteils angestrebt wird. Zudem hat ein Teil der älteren Geburtsjahrgänge bereits hinreichend finanzielle Vorsorge auch für das Pflegekostenrisiko getroffen. Daher sieht der Vorschlag des Experten-Rates für die Einführungsphase der Pflege+ Versicherung Übergangslösungen vor, welche die Leistungen, aber auch die Prämien für die älteren Geburtsjahrgänge begrenzen. Der Experten-Rat weist darauf hin, dass die Festlegungen darüber, ab welchem Lebensalter entsprechende Übergangslösungen greifen, durch den Gesetzgeber (mit entsprechenden Wirkungen auf die Prämien) variiert werden können.

2. Ausgangssituation

2.1 Der Eigenanteil in der Gesetzlichen Pflegeversicherung

Bei Pflegebedürftigkeit werden von der Gesetzlichen Pflegeversicherung – diese umfasst sowohl die Soziale Pflegeversicherung (SPV) als auch die Private Pflegepflichtversicherung (PPV), für die das Leistungsrecht weitestgehend identisch ausgestaltet ist – je nach festgestelltem Pflegegrad und gewählter Versorgungsart bestimmte Pauschalen ausgezahlt. Da diese Pauschalen ihrer Höhe nach unabhängig von den jeweils konkret anfallenden Pflegekosten sind, die die Pflegeeinrichtungen mit den Verbänden der Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe vereinbaren, entspricht die Gesetzliche Pflegeversicherung einer Summenversicherung. Eine etwaige Kostendifferenz zwischen den tatsächlich zu zahlenden Pflegekosten und den Leistungspauschalen der Gesetzlichen Pflegeversicherung ist von den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen zu tragen.

Für Pflegebedürftige, die diese Kostendifferenz nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können, werden die selbst zu zahlenden Pflegekosten im Rahmen der Sozialhilfe – der „Hilfe zur Pflege“ – übernommen. Die Versorgung mit pflegerischen Leistungen ist dabei durchweg gesichert, und die Pflegequalität unterscheidet sich nicht danach, ob „Hilfe zur Pflege“ bezogen wird oder die Leistungen aus eigenen Mitteln finanziert werden. Damit ermöglicht die Kombination aus Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Eigenmitteln und steuerfinanzierten Hilfen allen Pflegebedürftigen unabhängig von ihrer finanziellen Situation eine angemessene Pflege.

Soll im Fall von Pflegebedürftigkeit der Sozialhilfebezug vermieden werden, gilt es, die nicht durch die Gesetzliche Pflegeversicherung gedeckten Kosten aus anderen Quellen zu finanzieren. Dazu zählen Einkommen und Vermögen ebenso wie eine zusätzliche Versicherung.⁶ Insoweit hierfür keine Vorsorge getroffen worden ist, wird vielfach von einer „Pflegevorsorgelücke“ gesprochen.

In der öffentlichen Diskussion kursieren allerdings verschiedene Zahlen, die diese Lücke beziffern. Dies ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass die Quantifizierung davon abhängt, welche Perspektive eingenommen wird:

- Bezogen auf die Gesamtheit der heute bereits Pflegebedürftigen geht es um die Differenz der heute zu leistenden Pflegekosten und der heutigen Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung.
- Aus Sicht der heute noch nicht Pflegebedürftigen, die für die Zukunft Vorsorge betreiben können, geht es hingegen um die zukünftige, individuell zu schließende „Vorsorgelücke“. Diese zu beziffern ist naturgemäß weitaus schwieriger, hängt sie doch von verschiedenen Faktoren ab: der Differenz der erwarteten Preise der jeweiligen Pflegeeinrichtung zu den von der Gesetzlichen Pflegeversicherung gezahlten Leistungspauschalen sowie der erwarteten individuellen Pflegedauer.

Dieses Gutachten zielt auf die künftige „Vorsorgelücke“, insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung der vollstationären Dauerpflege. Zunächst wird jedoch der Status quo mit Blick auf die heute bereits Pflegebedürftigen und auf die „pflegenah“ Bevölkerungsgruppe skizziert.

⁶ Alternativ können auch Pflegeleistungen unentgeltlich durch Angehörige erbracht und damit Pflegekosten vermieden werden.

2.1.1 Finanzierbarkeit der stationären Pflege im Status quo

Die von den Pflegebedürftigen für die vollstationäre Dauerpflege insgesamt zu entrichtenden Entgelte setzen sich aus drei Komponenten zusammen:

- dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE), der die *pflegebedingten* Kosten beinhaltet, die nicht von der Gesetzlichen Pflegeversicherung finanziert werden,
- dem Entgelt für *Unterkunft und Verpflegung*, das u. a. die Kosten für Mahlzeiten, Zimmerreinigung und weiteren hauswirtschaftlichen Service finanziert, und
- dem *Investitionskostenanteil*, mit dem Pflegeheimbetreiber u. a. Gebäudemieten bzw. die Kosten für Gebäudeerrichtung, Abschreibung und Instandhaltung auf Pflegeheimbewohner umlegen dürfen, soweit diese nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind.

In der gegenwärtigen Diskussion um die Gesetzliche Pflegeversicherung werden vor allem die pflegebedingten Kosten in den Blick genommen bzw. der Teil der pflegebedingten Kosten, der nicht durch die Gesetzliche Pflegeversicherung gedeckt ist. Deshalb liegt auch hier im Folgenden der Fokus auf den pflegebedingten Kosten.⁷

In der vollstationären Dauerpflege sind seit dem 1. Januar 2017 sogenannte „einrichtungseinheitliche Eigenanteile“ (EEE) für die nicht durch die Gesetzliche Pflegeversicherung abgedeckten Pflegekosten zu bezahlen: Jede Pflegeeinrichtung vereinbart zwar mit den Kostenträgern nach Pflegegrad differenzierte Preise für ihre Pflegeleistungen und erhält auch von den Trägern der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach Pflegegrad differenzierte Leistungspauschalen. Die Differenz zwischen den gesamten Kosten der Pflegeeinrichtung und den von den Pflegeversicherungsträgern insgesamt gezahlten Pauschalen wird allerdings, unabhängig vom jeweils individuellen Pflegegrad, pauschal auf die Pflegebedürftigen in dieser Pflegeeinrichtung umgelegt, ebenso wie die Ausbildungskosten bzw. die Ausbildungsumlage.

Seit ihrer Einführung im Jahr 2017 sind die EEE deutlich angestiegen. Im Bundesdurchschnitt haben sie sich seit dem Jahr 2018 bis zum Stichtag 1. Januar 2023 in laufenden Preisen fast verdoppelt (s. Tabelle 1). Auch wenn man die allgemeine Preissteigerung herausrechnet, beläuft sich der Anstieg noch auf 70 %.

Tabelle 1: Entwicklung der Pflegekostendifferenz im Bundesdurchschnitt seit 2018

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) zuzüglich Ausbildungskosten/Ausbildungsumlage
Stichtag: 1. Januar des jeweiligen Jahres (in Euro pro Monat)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
in laufenden Preisen	610	683	767	878	943	1.218
in konstanten Preisen (2018)	610	672	743	853	869	1.032

Quelle: Pflegedatenbank des PKV-Verbands, Statistisches Bundesamt (2023b) (Wert des Verbraucherpreisindex im jeweiligen Vormonat)

Allerdings unterscheiden sich die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (inklusive Ausbildungsumlage) stark nach Regionen: Lagen sie laut Pflegedatenbank des PKV-Verbands in Sachsen-Anhalt am 1. Januar 2023 im Landesdurchschnitt bei 961 Euro, waren es in Baden-Württemberg 1.512 Euro.

⁷ Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionen sind zwar nicht unerheblich. Allerdings müssen Wohn- und Verpflegungskosten im Alter auch finanziert werden, wenn keine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Diese Kosten sind – abhängig vom individuellen Bedarf – über die Renteneinkünfte, Vermögen und ggf. private Zusatzversicherungen abzusichern.

Um die EEE insbesondere für langjährig in Pflegeeinrichtungen Versorgte zu senken, wurde 2021 mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung⁸ eine anteilige Kostenbeteiligung der Gesetzlichen Pflegeversicherung an den EEE (§ 43c SGB XI) eingeführt: Seit dem Jahr 2022 übernimmt die Gesetzliche Pflegeversicherung einen je nach Aufenthaltsdauer gestaffelten Zuschuss zu den EEE: Bereits bei Eintritt reduzieren sich diese für die Pflegebedürftigen um 5 %, nach 12 Monaten um 25 %, nach 24 Monaten um 45 % und nach 36 Monaten trägt die Gesetzliche Pflegeversicherung 70 % des jeweiligen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils. Damit ist nun die für den Einzelnen zu tragende Pflegekostendifferenz auch von der individuellen Pflegedauer abhängig. Aktuell stellt sich der von den Pflegebedürftigen zu tragende Anteil an der Pflegekostendifferenz je nach Aufenthaltsdauer wie folgt dar:

Tabelle 2: Entwicklung des individuell zu zahlenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteils seit 2021 im Bundesdurchschnitt*

Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) zuzüglich Ausbildungskosten/Ausbildungsumlage
Stichtag: 1. Januar des jeweiligen Jahres (in Euro pro Monat)

nach Aufenthaltsdauer	2021	2022	2023
1. Jahr	878	896	1.157
2. Jahr	878	707	914
3. Jahr	878	519	670
Länger als 3 Jahre	878	283	365

* inklusive Ausbildungskosten

Quelle: Pflegedatenbank des PKV-Verbands; eigene Berechnungen

Mit Bezug auf die heute bereits Pflegebedürftigen hingegen von einer „Vorsorgelücke“ zu sprechen, ist insoweit irreführend, als dass für diese Gruppe Vermögensbildung und Vorsorgeentscheidungen bereits in der Vergangenheit liegen und daher in vielen Fällen gar keine „Lücke“ besteht. Beziffert werden kann in diesem Zusammenhang aber die Differenz aus den Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung und den tatsächlich anfallenden Pflegekosten.

Über die tatsächlich erfolgte Pflegevorsorge der heute bereits Pflegebedürftigen im Allgemeinen sowie über die Einkommens- und Vermögenssituation von Pflegebedürftigen in der stationären Dauerpflege sind keine Daten verfügbar. Es sind insbesondere keine Längsschnittdaten zugänglich, die es erlauben würden, soziodemografische Merkmale sowie die Einkommens- und Vermögenssituation von Pflegebedürftigen vor ihrem Eintritt in ein Pflegeheim nachzuvollziehen.

Somit kann auch die Frage, ob die individuell zu tragenden Kosten der vollstationären Pflege für einen Großteil der Pflegebedürftigen aufgrund erfolgter Vorsorge tragbar sind, nicht belastbar beantwortet werden. Als Indikator für die Leistungsfähigkeit der Gesetzlichen Pflegeversicherung und hierbei insbesondere für die stationäre Versorgung wird daher häufig auf die Anzahl der Menschen verwiesen, die auf „Hilfe zur Pflege“ in der stationären Dauerpflege angewiesen sind.⁹

⁸ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021, Bundesgesetzblatt I 2021, S. 2754, berichtigt I 2022, S. 1025.

⁹ Streng genommen ist dieser Zusammenhang nicht ganz trennscharf: „Hilfe zur Pflege“ kann in der vollstationären Dauerpflege auch dann bezogen werden, wenn die pflegebedingten Kosten theoretisch aus eigenen Mitteln (oder aus einer Versicherung) gedeckt werden könnten, die finanziellen Mittel eines Pflegebedürftigen aber nicht ausreichen, um zusätzlich das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und/oder den Investitionskostenanteil zu tragen. Aufgrund der Höhe der Pflegeheimkosten treffen hier in der Regel „Hilfe zum Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen“ sowie „Hilfe zur Pflege“ zusammen, da erstere auf Basis von festen Werten (Regelsatz, Barbetrag, Bekleidungsbeitrag) berechnet wird und alle dadurch nicht gedeckten Kosten von der „Hilfe zur Pflege“ getragen werden – unabhängig davon, ob es sich hierbei um „Pflegekosten“ im engeren Sinne oder Kosten der Unterkunft/Verpflegung oder Investitionskostenanteile handelt.

Entwicklung der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“

Laut den Daten des Statistischen Bundesamtes ist die Anzahl der Empfänger von „Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen“ in den letzten Jahren bundesweit gestiegen: Waren im Jahr 2015 zum 31. Dezember knapp 250.000 Menschen auf diese Art der Sozialhilfe angewiesen, lag ihre Anzahl im Jahr 2021 (Stichtag 31. Dezember) bei knapp 261.000 Personen.¹⁰ Ein deutlicher Rückgang war dabei zwischen dem Jahr 2016 und dem Jahr 2017 zu verzeichnen (250.000 auf 230.000 Personen), was mit der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes in Zusammenhang gebracht werden kann; seitdem erfolgte wieder ein Anstieg.

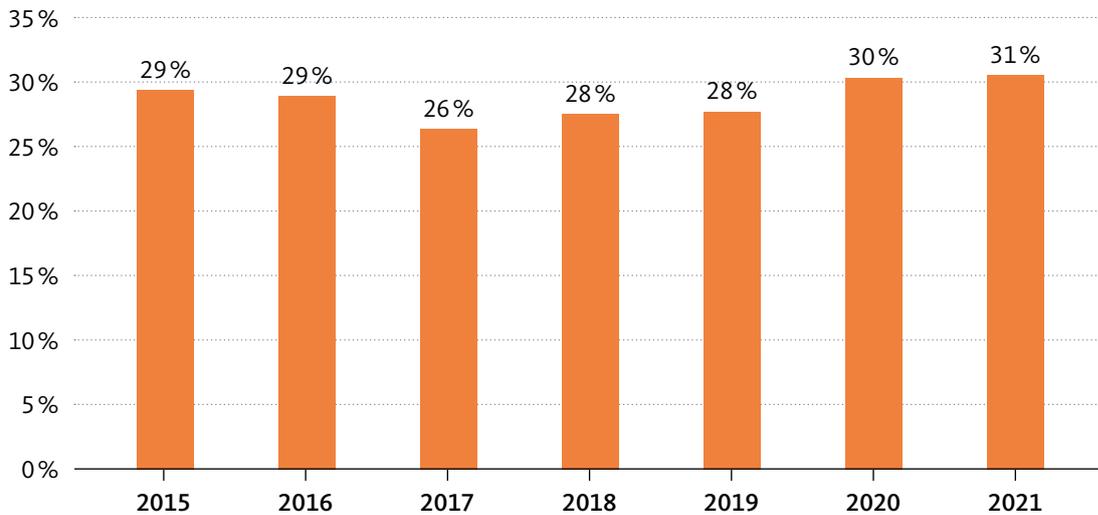
Dieser Vergleich umfasst jedoch auch (häufig eher jüngere) Personen, die Leistungen aus anderen sozialen Sicherungssystemen, wie beispielsweise der Eingliederungshilfe, beziehen.¹¹ Gleichzeitig fokussiert die Diskussion, ob Pflege Menschen finanziell überfordert, in der Regel auf die Älteren – und damit in der Regel auf die Personengruppen, die theoretisch über einen längeren Zeitraum hinweg für Pflege hätten vorsorgen können. Für die 65-Jährigen und älteren Jahrgänge zeigt sich nach einem deutlichen Rückgang von 2016 nach 2017 ein moderater Anstieg des Anteils derjenigen, die „Hilfe zur Pflege“ für stationäre Pflege beziehen, an den stationär versorgten Pflegebedürftigen insgesamt. So lag diese Quote im Jahr 2021 leicht höher als im Jahr 2015 (s. Abbildung 1). Allerdings kann auch hier ohne weitere Daten nicht eindeutig geklärt werden, ob dieser Anstieg ausschließlich als Ausdruck einer zunehmend höheren finanziellen Überforderung zu werten ist. Denn im Jahr 2020 trat das Angehörigenentlastungsgesetz in Kraft. Seitdem können Kinder mit einem individuellen Einkommen unter 100.000 Euro pro Jahr nicht mehr zur Finanzierung der Pflegeheimkosten ihrer Eltern herangezogen werden; zudem wird das Einkommen der Schwiegerkinder grundsätzlich nicht mehr herangezogen. Auch diese Änderung der Rahmenbedingungen dürfte Einfluss auf den Anteil der Sozialhilfeempfänger in Pflegeheimen genommen haben.

¹⁰ Diese Zahlen basieren auf einer Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes (2023c). Zusätzlich weist das Statistische Bundesamt die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege in Einrichtungen“ aus. Allerdings ist hier auch die teilstationäre sowie die Kurzzeitpflege inbegriffen. Darüber hinaus ist für die Frage der „Leistungsfähigkeit“ der Gesetzlichen Pflegeversicherung streng genommen nur die Anzahl derjenigen entscheidend, die gleichzeitig „zusätzliche Leistungen eines Sozialversicherungsträgers bzw. einer privaten Pflegeversicherung“ erhalten haben – im Jahr 2021 waren dies 254.490 Personen. Denn „Hilfe zur Pflege“ wird auch gewährt, wenn kein Versicherungsverhältnis vorliegt oder (noch) kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht.

¹¹ So waren beispielsweise im Jahr 2021 gut 40.000 Empfängerinnen und Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ jünger als 65 Jahre, im Jahr 2015 waren es noch gut 105.000 Personen in dieser Altersgruppe. Unter anderem Reformen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe (Bundesteilhabegesetz) sowie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff haben dazu geführt, dass der Zugang zu vorrangigen Leistungen für diese jüngeren Altersgruppen ausgebaut wurde und sich der Anteil derjenigen, die „Hilfe zur Pflege“ erhalten, deutlich verringert hat.

Abbildung 1: Entwicklung der Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen

Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur stationären Pflege im Alter 65 Jahre und älter an allen stationär versorgten Pflegebedürftigen derselben Altersgruppe von 2015 bis 2021



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2023c; Bundesministerium für Gesundheit, 2023a; Pflegedatenbank des PKV-Verbands, 2023; eigene Berechnungen

Für das Jahr 2022 liegen noch keine Daten vor. Somit kann noch nicht eingeschätzt werden, welchen Einfluss zum einen die jüngste Pflegereform (hierzu näher im Abschnitt 2.1.2), zum anderen aber auch die Kostensteigerungen seit 2021 auf den Bezug von „Hilfe zur Pflege“ haben. Bis zum Jahr 2021 lässt sich jedoch feststellen, dass in etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen ab einem Alter von 65 Jahren in Pflegeheimen die Heimentgelte finanzieren konnten und der Anteil derjenigen, die auf „Hilfe zur Pflege“ angewiesen waren, seit 2017 moderat angestiegen ist.

Ein Blick auf die Einkommens- und Vermögenssituation der älteren Haushalte

Obwohl die Einkommens- und Vermögenssituation der Pflegeheimbewohner aufgrund der fehlenden Daten nicht näher bestimmt werden kann, lässt sich der Anteil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ zumindest mit allgemeinen Auswertungen der Einkommens- und Vermögenssituation der Haushalte mit einem Haushaltsvorstand ab 65 Jahren vergleichen. So kommt beispielsweise eine Analyse der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von Rothgang u. a.¹² für das Jahr 2019 zu dem Ergebnis, dass rund 32 % der älteren Haushalte die Entgelte für Pflegeheime ausschließlich aus ihrem laufenden (Haushalts-)Einkommen tragen könnten, ohne auf Vermögen zurückgreifen zu müssen. Gut 22 % wären hingegen bereits bei Einzug in ein Pflegeheim auf Sozialhilfe angewiesen, während die übrigen rund 46 % aufgrund von Vermögensverzehr keine Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssten. Nach drei Jahren Aufenthaltsdauer wären rund 32 % und nach fünf Jahren rund 35 % auf „Hilfe zur Pflege“ angewiesen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Kochskämper u. a.¹³, die dieser Fragestellung ebenfalls auf Basis der SOEP-Daten nachgehen.

Die Auswirkungen der Pandemie-Jahre sowie insbesondere der Energiepreiskrise auf die Vermögen sind gegenwärtig noch nicht absehbar. Aktuelle Daten sind erst für dieses oder das kommende Jahr zu erwarten. Zudem haben sich einerseits, wie oben gezeigt, die Eigenanteile für langjährig

¹² Rothgang et al. (2021), S. 22 ff.

¹³ Kochskämper et al. (2020).

in Pflegeheimen Versorgte aufgrund der gesetzlichen Änderungen reduziert, andererseits sind sie seit 2021 trotz Zuschlägen aufgrund der Kostenentwicklung für das 1. Jahr deutlich und in geringem Umfang für das 2. Jahr angestiegen. Aus diesem Grund kann aktuell noch keine valide Aussage darüber getroffen werden, welche Auswirkungen diese Entwicklungen auf die finanziellen Möglichkeiten der Älteren hatten, stationäre Pflege aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

Für die fernere Zukunft ist eine solche Einschätzung auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten hingegen generell nicht seriös möglich. Einkommens- und Vermögensentwicklungen auf individueller Basis für einen Zeitraum von einem oder mehreren Jahrzehnten vorauszuberechnen und damit belastbare Aussagen über die individuelle Tragfähigkeit einer „Pflegevorsorgelücke“ zu treffen, ist mit zu vielen Unsicherheiten behaftet. So ließen sich allenfalls verschiedene Szenarien simulieren. Bisher liegen für diese spezifische Fragestellung jedoch keine umfassenden Studien vor.

2.1.2 Einflussfaktoren auf die „Vorsorgelücke“ in der stationären Pflege

Mit Blick auf heutige Vorsorgeentscheidungen ist die zukünftige „Lücke“ zwischen den erwarteten Pflegekosten im stationären Setting und den erwarteten Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung zu quantifizieren. Dies ist allerdings mit einigen Unsicherheiten verbunden, was sich kurz anhand der vergangenen Entwicklung skizzieren lässt.

Entwicklung der Pflegepreise in der vollstationären Pflege

Pflegeleistungen sind personalintensiv und weisen ein geringes Rationalisierungspotenzial auf. Zu erwarten wäre daher eine „pflegespezifische“ Inflationsrate, die insbesondere durch die Lohnentwicklung getrieben ist und die daher oberhalb der allgemeinen Preisentwicklung liegt.¹⁴

Allerdings sind Pflegeleistungen in einem hohen Maß reguliert. So legen die Pflegeeinrichtungen ihre Preise oder Vergütungssätze für die Pflege nicht vollständig frei fest. Sie sind Gegenstand von Verhandlungen zwischen den Einrichtungen, den Versicherungsträgern (Pflegekassen) sowie in der Regel auch den Trägern der Sozialhilfe. Darüber hinaus sind die Einrichtungsträger auch nicht vollständig frei darin, über organisatorische und strukturelle Faktoren der Pflege zu entscheiden. Sie sind sowohl durch rechtliche Rahmenseetzungen auf Bundes- und Landesebene als auch durch die Rahmenverträge der Verbände der Pflegeeinrichtungen mit den Verbänden der Pflegekassen auf Landesebene an bestimmte Grundsätze der personellen (Mindest-)Ausstattung, Inhalte der Pflegeleistungen, Personalvergütung, Berechnung der Ausbildungskosten u. a. gebunden.

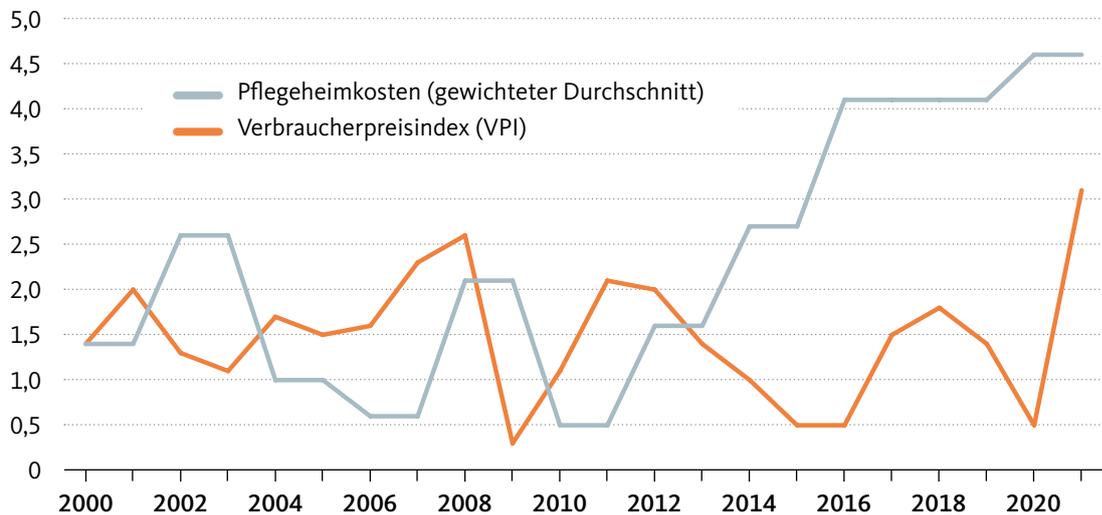
Die Preise für Pflege in Einrichtungen sind daher keine Marktpreise, die sich ausschließlich durch Angebot und Nachfrage entwickeln. Deshalb ist auch ihre bisherige Entwicklung immer im jeweiligen Regulierungsgeschehen zu bewerten.

Zwischen 1999 und 2013 verliefen die jährlichen Steigerungen der Vergütungssätze (im gewichteten Durchschnitt) relativ moderat, die Veränderungsrate lag in einigen Jahren sogar unterhalb der Entwicklung der Verbraucherpreise. Seit den Jahren 2014/2015 weisen die Vergütungssätze für

Pflegeleistungen hingegen deutlich höhere Zuwachsraten auf und heben sich von der Entwicklung der allgemeinen Verbraucherpreise ab (s. Abbildung 2).¹⁵

Abbildung 2: Jährliche Veränderungsrate der Vergütungssätze für Pflege und des Verbraucherpreisindex (VPI) von 1999 bis 2021

in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, 2021–2022, Pflegestatistik; Statistisches Bundesamt (2023b); eigene Berechnungen

Bereits im Jahr 2015 wurde der rechtliche Rahmen für die Vergütungsverhandlungen entscheidend verändert: Die Zahlung von Tariflöhnen bzw. Löhnen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen darf seitdem von den Kostenträgern nicht mehr als „unwirtschaftlich“ und damit nicht refinanzierungsfähig abgelehnt werden. Insbesondere seit dem Jahr 2017 haben weitere Reformen die Kostenstruktur und damit die Preise der Pflegeheime beeinflusst. Hierzu zählt u. a. die Etablierung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und in diesem Zuge die Umstellung der Definition der Schwere der Pflegebedürftigkeit in fünf Pflegegrade statt vormals drei Pflegestufen. Damit einhergehend wurden auch personelle Anforderungen angepasst.

Gleichzeitig zeigt sich im Bereich der Pflege ein zunehmender Fachkräfteengpass. Um diesem entgegenzuwirken, wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung¹⁶ ab dem Jahr 2022 die „tarifgerechte“ Entlohnung als Voraussetzung für einen Versorgungsvertrag eingeführt: Über den seit 2010 geltenden Pflegemindestlohn hinaus müssen Pflegeeinrichtungen seit Mitte des Jahres 2022 das Pflege- und Betreuungspersonal nach Tarifvertrag bzw. kirchlicher Arbeitsrechtsregelung oder nach einem „regional üblichen Durchschnittsentgelt“ entlohnen – letzteres errechnet sich aus den relevanten Tarifverträgen innerhalb eines Bundeslandes. Veränderungen fanden etwa auch in der Pflegedokumentation und durch die Einführung der

¹⁵ Das Statistische Bundesamt weist in seiner im zweijährlichen Turnus erscheinenden Pflegestatistik die bundesweit durchschnittlichen vollständigen Vergütungssätze – also die Preise – der (voll-)stationären Pflegeeinrichtungen aus. Diese sind nach den fünf Pflegegraden – bis 2015 nach drei Pflegestufen – differenziert, da auch die Pflegeeinrichtungen selbst diese Differenzierung vornehmen. Um hier eine langfristige Entwicklung seit 1999 – dem erstmaligen Erscheinen der Pflegestatistik – nachzuzeichnen, die auch die Reform der im Jahr 2017 erfolgten Umstellung der Pflegestufen auf Pflegegrade umfasst, wird hier ein gewichteter Durchschnitt aus den Vergütungssätzen nach Pflegegraden bzw. Pflegestufen gebildet: Für die Jahre 1999 bis 2015 wird die Gesamtheit der vollstationär Versorgten auf die im Jahr 2015 vollstationär Versorgten standardisiert, für die Jahre 2017 bis 2021 erfolgt die Standardisierung auf die im Jahr 2021 Versorgten. Dadurch soll der Einfluss von Schwankungen aufgrund einer unterschiedlichen Belegungsstruktur möglichst reduziert werden – aufgrund der Umstellung zum Jahr 2017 lässt sich diese allerdings nicht vollständig beheben.

¹⁶ Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021, Bundesgesetzblatt I 2021, S. 2754, berichtigt I 2022, S. 1025.

Generalistik in den Pflegeberufen und damit einhergehend Anpassungen der Ausbildungsvergütungen statt.

Die für die Bestimmung einer künftigen „Vorsorgelücke“ notwendige Pflegekostenentwicklung in der stationären Versorgung lässt sich nur auf Basis des vorhandenen Rechtsrahmens schätzen. Insbesondere die nun etablierte Regulierung hinsichtlich der tarifgerechten Entlohnung lässt für die Zukunft eine insbesondere durch die Lohnentwicklung getriebene Kostenstruktur und damit der Pflegepreise annehmen und weniger eine Entwicklung, die der allgemeinen Verbraucherpreisentwicklung entspricht.

Entwicklung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in der stationären Pflege

Die „Vorsorgelücke“ ist neben der Pflegekostenentwicklung auch von den zukünftigen Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung bestimmt. Diese waren schon in der Vergangenheit keineswegs „berechenbar“:

- Erstens wurden die Leistungspauschalen nicht gemäß der Pflegekostenentwicklung weiterentwickelt, sondern nur unregelmäßig angehoben. Auch in den Jahren seit 2017 wurden die Leistungspauschalen für die vollstationäre Pflege der Gesetzlichen Pflegeversicherung (§ 43 SGB XI) trotz steigender Vergütungssätze in der stationären Pflege nicht mehr angepasst. Gegenwärtig ist eine Dynamisierung der Leistungen nicht zwingend, § 30 SGB XI enthält nur einen „Prüfauftrag“ an die Politik.¹⁷
- Zweitens haben Reformen des Leistungsrechts dazu geführt, dass sich auch die selbst zu zahlenden Pflegekosten – und damit die „Vorsorgelücke“ – veränderten.

Bezüglich der Reformen des Leistungsrechts sind insbesondere zwei entscheidende Schritte zu nennen:

- Die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit einhergehende Etablierung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE): Bis einschließlich zum Jahr 2016 war die zugeordnete Pflegestufe und damit die innerhalb des gesetzlichen Rahmens des SGB XI definierte Schwere der Pflegebedürftigkeit entscheidend für die Höhe der individuellen Kosten. Seit 2017 zahlen hingegen, wie oben beschrieben, alle Pflegebedürftigen einen pflegeeinrichtungsindividuellen pauschalen Kostenanteil an den Pflegekosten – den EEE. Damit tritt die individuelle Schwere der Pflegebedürftigkeit in den Hintergrund. Allerdings bestimmt nun zusätzlich die Zusammensetzung der jeweiligen Pflegeheimbewohnerschaft die Höhe der individuell zu finanzierenden Ausgaben für die stationären Pflegeleistungen: Je höher der Anteil von Pflegebedürftigen in höheren Pflegegraden in einer Pflegeeinrichtung ist, desto höher ist unter ansonsten gleichen Bedingungen deren einrichtungseinheitlicher Eigenanteil.
- Die Einführung der Zuschläge nach § 43c SGB XI mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zum 1. Januar 2022, wie oben beschrieben.

Künftig ist mit weiteren Veränderungen der durch den Gesetzgeber gestalteten Rahmenbedingungen zu rechnen. Die Berechnung einer zukünftigen „Vorsorgelücke“ kann unter diesen Umständen nur auf dem Status quo aufsetzen und wird desto weniger treffsicher, je stärker zukünftig Rahmenbedingungen verändert werden. Selbst der Status quo bietet jedoch Interpretationsspielraum. Denn wie beschrieben, ist nach gegebenen rechtlichen Bedingungen z. B.

¹⁷ Der aktuelle Referentenentwurf für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz, PUEG) aus dem Bundesministerium für Gesundheit verweist darauf, dass noch in diesem Jahr ein Vorschlag zu einer regelhaften Dynamisierung erarbeitet werden soll.

nicht kalkulierbar, ob die Höhe der Leistungspauschalen der Gesetzlichen Pflegeversicherung entsprechend der Pflegekostenentwicklung angepasst wird – und somit gleichsam in ihrem Wert erhalten bleibt – oder ob diese zukünftig hinter der Pflegekostenentwicklung zurückbleibt.

Die „Vorsorgelücke“ aus individueller Sicht

Angesichts des hohen Risikos, insbesondere im fortgeschrittenen Lebensalter eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu erfahren, die ambulante oder gar stationäre Pflege erfordert, liegt es im individuellen Eigeninteresse, für die potenzielle finanzielle Belastung der Pflege Vorsorge zu treffen. Da das Pflegerisiko mit dem Alter ansteigt, kann eine solche Absicherung durch die Bildung von Ersparnissen erfolgen. Die Ersparnisse können dann als finanzielles Polster auch zur Abdeckung der Pflegekosten eingesetzt werden.

Die Schwierigkeit bei diesem Ansatz ist die Frage der Planbarkeit.

So muss zunächst die Höhe der „Vorsorgelücke“ eingeschätzt werden. Wie oben beschrieben sind dazu Annahmen zu treffen, wie sich pflegespezifische Kosten in Zukunft entwickeln und was die Gesetzliche Pflegeversicherung in Zukunft leistet.

Beispiel: „Vorsorgelücke“ bzgl. der pflegebedingten Kosten aus individueller Sicht

Zur Veranschaulichung soll hier ein Beispiel aus Sicht einer heute 45-jährigen dienen: Rechnet diese damit, im Alter von 75 Jahren – also in 30 Jahren – auf stationäre Pflegeleistungen angewiesen zu sein, wäre für diesen Zeitpunkt finanzielle Vorsorge zu treffen. Für die pflegebedingten Kosten wird angenommen, dass sich diese im Durchschnitt jährlich mit einer pflegespezifischen Inflationsrate von real 2 % fortentwickeln¹⁸; zugrunde gelegt ist hier der bundesdurchschnittliche EEE für das Jahr 2023 von rund 1.200 Euro.¹⁹ Gleichzeitig wird – entgegen der Erfahrungen in der Vergangenheit – unterstellt, dass die Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung (inklusive Zuschläge nach § 43c SGB XI) regelmäßig dynamisiert und damit in Zukunft nicht weiter entwertet werden. In heutigen Preisen ausgedrückt, wäre damit folgender Kapitalbedarf notwendig, um die „Vorsorgelücke“ für die stationäre Pflege zu schließen:

Tabelle 3: Beispielrechnung für den Kapitalbedarf einer heute 45-jährigen für einen Pflegeheimaufenthalt in 30 Jahren

Aufenthaltsdauer in einem Pflegeheim von	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	4 Jahre
Gesamter Kapitalbedarf (Vorsorgebedarf) für den pflegebedingten Eigenanteil in Euro in heutigen Preisen	30.700	55.400	73.800	84.100

Aktuell bietet die Versicherungswirtschaft zur Verringerung der Lücke zwischen der Pflegekostenentwicklung und den Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung Versicherungsprodukte an. Mit diesem Angebot befasst sich der folgende Abschnitt 2.2. Die typischen Varianten und ihre Verbreitung werden dargestellt und auf deren Probleme aus Verbraucher- und Vermittlungssicht – insbesondere mit Blick auf die wirtschaftliche Planbarkeit, also einerseits die adäquate Schließung der „Vorsorgelücke“ und andererseits die Einschätzung der persönlichen Fähigkeit

¹⁸ Bei einer allgemeinen Inflationsrate von 2 % wären dies 4 % jährlich – dies entspricht in etwa im Durchschnitt den Pflegekostensteigerungen der Jahre vor Einführung der tarifgerechten Entlohnung im Jahr 2022.

¹⁹ Entnommen der Pflegedatenbank des PKV-Verbandes.

zur „Bezahlbarkeit“ der Prämie in der Zukunft – eingegangen. Daraus werden Anforderungen und Voraussetzungen für einen bedarfsorientierten ergänzenden Pflegeversicherungsschutz abgeleitet.

2.2 Bestehende Versicherungsmöglichkeiten

Die privaten Versicherungsunternehmen bieten zur freiwilligen zusätzlichen Absicherung des Pflegerisikos unterschiedliche versicherungsvertragliche Varianten an. Gegenstand der folgenden Darstellung sind ausschließlich marktübliche Versicherungsverträge aus der Krankenversicherungssparte.²⁰

2.2.1 Marktübliche Verträge und vertragliche Leistungen

Im Rahmen der Privaten Krankenversicherung werden derzeit Pflegezusatzversicherungsverträge im Wesentlichen in zwei Formen angeboten:

1. als *Pflegekostenversicherung* und
2. als *Pflegetagegeldversicherung* (die zudem als „Pflege-Bahr“ in einer geförderten Variante angeboten wird).

Aus diesen Verträgen entstehen Leistungen

- bei Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI,
- lebenslang (solange die Pflegebedürftigkeit andauert und der Vertrag fortbesteht),
- in vertraglich vereinbartem Umfang.

Diese Zweige werden im Folgenden knapp skizziert. Anschließend wird auf die Prämienanpassung eingegangen und es werden typische Beispiele für Prämien aufgezeigt.

Pflegekostenversicherung

Die Pflegekostenversicherer erstatten entstandene Kosten, die nicht vollständig durch die Gesetzliche Pflegeversicherung abgedeckt werden. Bestimmte Kosten (z. B. für Pflegehilfsmittel) müssen Versicherte üblicherweise durch Rechnungen nachweisen.

Marktüblich sind bei dieser Leistungsdifferenzierung im Wesentlichen zwei vertragliche Varianten:

Variante 1: Ergänzung der Leistung der Gesetzlichen Pflegeversicherung bis zu einem vertraglich vereinbarten Höchstbetrag.

Variante 2: Erhöhung der Leistung der Gesetzlichen Pflegeversicherung um einen vertraglich vereinbarten Prozentsatz (z. B. um 100 %).

²⁰ Weitere Versicherungsverträge aus den anderen Sparten „Lebensversicherung“ und „Unfallversicherung“, die ebenfalls bei Pflegebedürftigkeit leisten (z. B. Pflegerentenversicherungen oder Unfallversicherungen, die bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit leisten), bleiben hier außer Betracht.

Pflegetagegeldversicherung

Pflegetagegeldtarife leisten bei Pflegebedürftigkeit das vertraglich vereinbarte Tagesgeld, oftmals als Monatsleistung. Versicherte können im Leistungsfall frei über die Geldleistung verfügen. Ein Kostennachweis wird nicht verlangt.

Die Tagesgeldleistung erfolgt üblicherweise abgestuft, d. h. sie ist differenziert nach

1. der Versorgungsform (ambulant oder stationär) sowie
2. dem festgestellten Pflegegrad.

Marktüblich sind bei dieser Leistungsdifferenzierung im Wesentlichen drei vertragliche Varianten.

Variante 1 der Pflegetagegeldversicherung: Bei dieser – v.a. bei älteren Verträgen relevanten – Variante leistet der Vertrag 100 % der Tagesgeldleistung in Pflegegrad 5 (beispielhaft 1.500 Euro Monatsleistung) und eine geminderte Leistung bei Pflegegrad 1 bis 4, sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Versorgung (z. B. 70 bis 90 % in Pflegegrad 4, 50 bis 60 % in Pflegegrad 3, 30 bis 40 % in Pflegegrad 2, 10 bis 15 % in Pflegegrad 1).

Variante 2 der Pflegetagegeldversicherung: Bei dieser Variante leistet der Versicherer die volle vereinbarte Leistung bei Pflegegrad 5 (beispielhaft 1.500 Euro im Monat) und erbringt eine geminderte Leistung bei Pflegegrad 1 bis 4 (ambulant); hingegen die volle vereinbarte Leistung ab Pflegegrad 2 (stationär).

Variante 3 der Pflegetagegeldversicherung: Hier leistet der Versicherer die volle vereinbarte Leistung ab Pflegegrad 2 (beispielhaft 1.500 Euro im Monat), sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Versorgung.

Einige Tarife ermöglichen es, die Tagesgeldhöhen für alle zehn Leistungsbereiche individuell zu vereinbaren: also einen frei wählbaren Eurobetrag für ambulante Pflege in Pflegegrad 1, einen frei wählbaren Eurobetrag für stationäre Pflege in Pflegegrad 1, einen frei wählbaren Eurobetrag für ambulante Pflege in Pflegegrad 2 etc.

Geförderte Pflegezusatzversicherung (als „Pflege-Bahr“)

Der „Pflege-Bahr“ ist eine staatlich geförderte Variante der Pflegetagegeldversicherung. Die staatliche Förderung umfasst einen monatlichen Prämienzuschuss in Höhe von 5 Euro, den der Versicherer direkt mit der Versicherungsprämie verrechnet.

Voraussetzung für die Förderung ist, dass der Versicherer bei „Pflege-Bahr“-Tarifen

- jeden volljährigen SPV- bzw. PPV-Versicherten aufnimmt, der bei Antragstellung noch keine Leistungen der SPV oder PPV bezieht oder bezogen hat (Annahmeverpflichtung bzw. „Kontrahierungszwang“),
- auf eine Risikoprüfung und die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen sowie ein ordentliches Kündigungsrecht verzichtet,
- Leistungen vereinbart, die mindestens monatlich
 1. 600 Euro in Pflegegrad 5,
 2. 240 Euro in Pflegegrad 4,
 3. 180 Euro in Pflegegrad 3,
 4. 120 Euro in Pflegegrad 2 sowie
 5. 60 Euro in Pflegegrad 1 betragen,
- eine monatliche Prämie in Höhe von mindestens 15 Euro verlangt (vor Verrechnung mit dem Prämienzuschuss).

Eine maximal fünfjährige **Wartezeit** nach Vertragsschluss ist zulässig, d.h. wenn die Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad 1) während dieser Wartezeit eintritt, wird das versicherte Pflegegeld erst nach Ablauf dieser fünf Jahre gezahlt. Alle Anbieter vereinbaren diesen maximal zulässigen Zeitraum, verzichten aber üblicherweise bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit auf die Wartezeit.

Es gibt Tarife, die über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehen – v.a. bei jüngeren Versicherten.

2.2.2 Prämienanpassungen in der Pflegezusatzversicherung

Versicherungsprämien und Prämienanpassungen

Der Versicherte erwirbt für seine Prämienzahlung einen Anspruch auf die vereinbarten Leistungen aus seinem Versicherungsvertrag, solange der Vertrag fortbesteht.

Es ist der Regelfall, dass sich im Zeitablauf Versicherungsprämien ändern. Prämienänderungen sind sowohl bei unveränderten vertraglichen Leistungen als auch bei vertraglichen Änderungen (z. B. der Nachversicherung von Mehrleistungen) möglich.

Prämienanpassung bei unveränderten vertraglichen Leistungen

Für die Prämienanpassungen sind insbesondere folgende Merkmale der von der Privaten Krankenversicherung angebotenen Pflegezusatzversicherungen relevant²¹:

1. Private Pflegezusatzversicherungsverträge sind grundsätzlich lebenslang vertraglich vereinbart.²²
2. Die Prämienhöhe ist im Wesentlichen vom Umfang der vereinbarten Versicherungsleistungen, dem Alter der versicherten Person sowie der unternehmensindividuellen Kalkulation des Versicherers abhängig.
3. Die bei Vertragsschluss vereinbarten Prämien dürfen aufgrund des zunehmenden Alters nicht steigen.
4. Die zukünftig zu erwartende Änderung externer Umstände (z. B. Inflation, Zinsänderungen) darf der Versicherer bei der aktuellen Prämienberechnung nicht berücksichtigen.

Diese Merkmale haben eine grundlegende Bedeutung, da sie sowohl beim Vertragsschluss als auch während der vertraglichen Fortführung auf die Prämienbelastung wirken und damit die wirtschaftliche Planbarkeit wesentlich beeinflussen. Sie führen auch dazu, dass sich mitunter sprunghafte Prämiensteigerungen ergeben.

Mit zunehmendem Alter steigt das Pflegerisiko – entsprechend müssen Pflegezusatzversicherungen für ältere Menschen mehr Versicherungsleistungen erbringen als für jüngere Menschen. Damit die Versicherungsverträge über die gesamte Vertragsdauer (= lebenslang) eine gleichbleibende Prämie ermöglichen, wird ein Teil der gezahlten Prämie in den frühen Vertragsjahren angespart und verzinst (sogenannte Alterungsrückstellungen).²³ Wenn in späteren

²¹ Diese Merkmale unterscheiden die Produkte der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung auch von den Produkten aus anderen Sparten (z. B. Lebens-, Unfall- und Sachversicherungen).

²² § 195 Absatz 1 Satz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG). Es steht dem Versicherungsnehmer dabei frei, den Vertrag zum Ende des ersten Versicherungsjahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu kündigen (siehe § 205 Absatz 1 VVG).

²³ Dieses System wird gemäß dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) als Krankenversicherung „nach Art der Lebensversicherung“ bezeichnet.

Vertragsjahren die Ausgaben für Versicherungsleistungen steigen, werden die angesparten und verzinsten Alterungsrückstellungen verwendet, um die gleichbleibende Prämie zu finanzieren.

Für die individuell zu zahlende Prämie sind daher v.a. die folgenden Größen maßgeblich, die der Versicherer zunächst zu Vertragsbeginn kalkuliert:

1. der durchschnittliche Betrag, den der Versicherer benötigt, um die Versicherungsleistungen erbringen zu können;
2. das Alter der versicherten Person zu Vertragsbeginn – sowie entsprechend seine durchschnittliche Lebenserwartung und damit der zeitliche Umfang für die Bildung und Verwendung der Alterungsrückstellungen;
3. der Zinssatz für die Bildung der Alterungsrückstellungen (= Rechnungszins).²⁴

Diese Größen müssen die Versicherer als Rechnungsgrundlagen aus aktuellen Erhebungen ermitteln und bei der Prämienkalkulation ansetzen.

Die grundlegende Funktionsweise der Kapitaldeckung wird in Unterabschnitt 2.4.2 beschrieben.

Ursachen und Auslöser für sprunghafte Prämiensteigerungen

Für private Pflegeversicherungsverträge ist rechtlich vorgeschrieben, wann eine Prämienanpassung rechtlich zulässig ist.

Die aktuell geltende Regulierung sieht vor, dass die Versicherer bei der Prämienkalkulation keine zukünftigen Änderungen der Rechnungsgrundlagen „einpreisen“ dürfen. Es ist also nicht zulässig, Annahmen zu berücksichtigen, inwieweit sich z. B. bei den heute 30-jährigen Versicherten in den nächsten 50 Jahren die Versicherungsleistungen entwickeln und diese von den Versicherungsleistungen für die heute 80-jährigen Versicherten abweichen. Für die Zukunft anzunehmende steigende Ausgaben für Versicherungsleistungen (z. B. bedingt durch Inflation, Lohn- und Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte sowie Pflegehäufigkeiten und -verweildauern) dürfen daher nicht in die Versicherungsprämie der Gegenwart einkalkuliert werden.

Gesetzlich vorgeschrieben ist, dass Prämienanpassungen dann vorzunehmen sind, wenn der Versicherer beobachtet, dass

1. die Ausgaben für Versicherungsleistungen (hier: Kostenerstattungs- oder Tagesgeldleistungen) und/oder
2. die Lebenserwartung

in einem bestimmten Umfang von den Werten in der Vergangenheit (zum Zeitpunkt der Kalkulation der Prämie) abweichen und diese Änderungen als dauerhaft und nicht nur vorübergehend anzusehen sind.

Erst dann, wenn der Umfang der Veränderung dieser Größen

- mindestens 10 % für die Versicherungsleistungen und 5 % für die Lebenserwartung überschreitet (§ 155 Absatz 3 VAG) bzw.
- die in den Versicherungsbedingungen vereinbarten Prozentsätze überschreitet (die über die rechtlich vorgeschriebenen Sätze gemäß § 155 Absatz 3 VAG nicht hinausgehen dürfen),

²⁴ § 2 Absatz 1 Nummer 1 Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV).

wird eine Prämienanpassung bewirkt.²⁵ Eine periodisch regelmäßige Prämienanpassung – z. B. jährlich – ist aktuell nicht zulässig. Zinsänderungen sind hingegen kein auslösender Faktor.

Die Größen „Versicherungsleistungen“ und „Lebenserwartung“ ändern sich regelmäßig (mit langfristig ausgeprägt steigender Tendenz). Oftmals ändern sie sich aber nicht innerhalb eines Jahres so weit, dass der Prozentsatz der auslösenden Faktoren überschritten wird. Marktüblich ist die Überschreitung eines Prozentsatzes (oder beider Prozentsätze) erst nach mehreren Jahren.

Die Versicherer müssen dann erneut die Rechnungsgrundlagen aus aktuellen Erhebungen ermitteln und bei der Kalkulation für die zukünftige Prämie ansetzen. Es sind dann in einem Schritt sämtliche Änderungen seit der vorherigen Prämienkalkulation – also auch Zinsänderungen – bei der Berechnung der neuen (erhöhten) Prämie zu berücksichtigen. Daraus resultiert gegebenenfalls dann ein sprunghafter und erheblicher Prämienanstieg.

Das PSG II als exemplarischer Auslöser für ausgeprägte Prämiensteigerungen

Mit Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II)²⁶ hat der Gesetzgeber den Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich ausgeweitet: Mit dem PSG II wurden zum einen die Leistungen angehoben, zum anderen wurden Menschen als pflegebedürftig eingestuft, die vor dem PSG II nicht als pflegebedürftig galten. Die Pflegezusatzversicherungen müssen seitdem zusätzlich in Fällen leisten, die bei Vertragsschluss nicht einkalkuliert werden konnten. Um diese Mehrleistungen lebenslang auszufinanzieren, erfolgte eine (massive und sprunghafte) Prämienhöhung unter Anwendung der in diesem Abschnitt beschriebenen Vorgehensweise.²⁷

Prämienanpassung bei vertraglichen Änderungen (z. B. Vereinbarung von Mehrleistungen bzw. „Dynamisierungen“)

Bedarfe können sich im zeitlichen Ablauf ändern. Bei der Absicherung des Pflegerisikos sind perspektivische Mehrbedarfe (die erst mit einem deutlichen zeitlichen Abstand zum Vertragsschluss entstehen) nicht ungewöhnlich.²⁸ Die marktüblichen Pflegezusatzversicherungen bieten für diesen Fall oftmals die grundsätzliche Möglichkeit, Mehrleistungen gegen eine Mehrprämie zu versichern.

Beispielhaft dafür ist die Pflegetagegeldversicherung. Sofern in den Versicherungsbedingungen vereinbart, können Mehrleistungen ohne erneute Beantwortung von Gesundheitsfragen vereinbart werden. So erhöht der Versicherer die Tagegeldleistung vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit

1. regelmäßig um einen bestimmten Prozentsatz (als „Prämien- und Leistungsdynamik“) – z. B. alle drei Jahre um 5 % – und/oder
2. bei bestimmten Anlässen oder innerhalb bestimmter Fristen einmalig um einen bestimmten Prozentsatz (als „Nachversicherungsgarantie“) – z. B. innerhalb der ersten zehn Vertragsjahre und/oder bei Heirat (oder anderen Ereignissen wie der Geburt eines Kindes) um 20 %.²⁹

²⁵ Daher wird auch von „auslösenden Faktoren“ gesprochen.

²⁶ Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015, Bundesgesetzblatt I 2015, S. 2424.

²⁷ Der Gesetzgeber hat für diesen Fall in § 143 SGB XI ein erweitertes Prämienanpassungsrecht vorgeschrieben.

²⁸ Zu den Gründen, Ursachen und Ausprägungen siehe Abschnitt 2.1.2.

²⁹ Der Regelfall ist, dass die Prämien- und Leistungsdynamik vom Versicherer vorgenommen wird und der Versicherungsnehmer der Dynamik widersprechen kann. Bei der Nachversicherungsgarantie muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Eintritt des Ereignisses mitteilen, um die Leistungserhöhung nutzen zu können.

Jede Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistung ist ein kalkulatorischer Neuabschluss, d. h. für die Mehrleistung erfolgt die Festsetzung der Mehrprämie auf Grundlage der zu diesem Zeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen (Alter der versicherten Person, Höhe des Rechnungszinses etc. – siehe oben). Bei jeder Dynamisierung der Tagesgeldleistung wird damit die Prämie überproportional erhöht.

Ebenfalls bieten aktuell angebotene Tarife die Möglichkeit, aufwachsende Leistungen nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu vereinbaren (als „Leistungsdynamik“). Das bedeutet, dass die Tagesgeldleistung in regelmäßigen Abständen um einen vereinbarten Prozentsatz erhöht wird, solange Pflegebedürftigkeit besteht – z. B. alle drei Jahre um 5 %. Im Unterschied zur „Prämien- und Leistungsdynamik“ wird die „Leistungsdynamik“ bereits zu Vertragsbeginn in die Prämie einkalkuliert.

Unter Inkaufnahme der erneuten Beantwortung von Gesundheitsfragen besteht darüber hinaus die Möglichkeit zu einem vertraglichen Neuabschluss. Das heißt, alternativ oder ergänzend zu einem bestehenden Versicherungsvertrag kann ein weiterer Versicherungsvertrag abgeschlossen werden.³⁰

Bei einem Wechsel des Versicherungsunternehmens sieht das geltende Recht nicht vor, dass der Versicherungsnehmer die bislang angesparten Alterungsrückstellungen zum neuen Versicherer mitnehmen kann. Sie verbleiben vielmehr beim bisherigen Versicherer, wo sie im Rahmen der Prämienberechnung als „Storno“ einkalkuliert sind. Beim neuen Versicherer ist daher erneut mit dem Aufbau von Alterungsrückstellungen zu beginnen, weswegen solche Wechsel unter ansonsten gleichen Bedingungen mit höheren Prämien verbunden sind.

2.2.3 Die Kosten des Versicherungsschutzes: Prämienbeispiele

Maßgeblich für die Prämie einer Pflegezusatzversicherung sind

1. das Alter der versicherten Person bei Antragstellung sowie
2. der Leistungsumfang im jeweiligen Tarif.

Die im Folgenden aufgezeigten Prämienbeispiele umfassen die zu zahlenden Monatsprämien zu Vertragsbeginn – für die gesamte Vertragslaufzeit gelten die oben aufgezeigten Mechanismen und Rechtsvorschriften zur Prämienanpassung.

Pflegekostenversicherung

Beispielhafte Monatsprämien für eine Pflegekostenversicherung liegen im folgenden aufgezeigten Bereich. Errechnet wurde das arithmetische Mittel der Tarife, die einen Abschluss für alle unten aufgeführten Altersgruppen ermöglichen und in den einzelnen Bereichen folgende Leistungen vorsehen:

Variante 1: Ergänzung der Leistung aus SPV/PPV in Pflegegrad 2 bis 689 Euro (ambulant) bzw. 770 Euro (stationär), in Pflegegrad 3 bis 1.298 Euro (ambulant) bzw. 1.262 Euro (stationär), in Pflegegrad 4 bis 1.612 Euro (ambulant) bzw. 1.775 (stationär), in Pflegegrad 5 bis 1.995 Euro (ambulant) bzw. 2.005 Euro (stationär).

Variante 2: Ergänzung der Leistung aus SPV/PPV um 100 %.

³⁰ Dies ist gemäß der unternehmensindividuellen Annahmerichtlinien und Versicherungsbedingungen nur in bestimmtem Umfang möglich (marktüblich ist, dass der Versicherer des bereits bestehenden Vertrags dem Abschluss eines weiteren Vertrags zustimmen muss).

Die Tarife nehmen in beiden Varianten ab Beginn die Bildung von Alterungsrückstellungen vor.

Tabelle 4: Variante 1 und 2 – Ergänzung der Leistung aus Sozialer und Privater Pflegeversicherung

Alter der versicherten Person bei Vertragsabschluss	Höhe der Monatsprämie	
	Variante 1	Variante 2
25 Jahre	39 Euro	39 Euro
35 Jahre	52 Euro	52 Euro
45 Jahre	72 Euro	70 Euro
55 Jahre	104 Euro	99 Euro
65 Jahre	164 Euro	151 Euro
75 Jahre	285 Euro	264 Euro

Quelle: eigene Recherche (kaufmännische Rundung der Monatsprämie auf volle Eurobeträge)

Pflegetagegeldversicherung

Beispielhafte Monatsprämien für eine Pflegetagegeldversicherung mit einer 100 %igen Leistungshöhe von 1.500 Euro (als Monatsleistung) liegen im in Tabelle 5 aufgezeigten Bereich. Errechnet wurde das arithmetische Mittel der Tarife, die einen Abschluss für alle unten aufgeführten Altersgruppen ermöglichen und in den einzelnen Bereichen Leistungen vorsehen, die bei den Varianten innerhalb der oben aufgezeigten Prozentbereiche liegen.

Es wurden ausschließlich Tarife berücksichtigt, die ab Beginn die Bildung von Alterungsrückstellungen vornehmen (zur Ausgestaltung der in Tabelle 5 gezeigten Varianten 1 bis 3 vgl. S. 23).

Tabelle 5: Höhe der Monatsprämie in einer exemplarischen Pflegetagegeldversicherung

Alter der versicherten Person bei Vertragsabschluss	Höhe der Monatsprämie		
	Variante 1	Variante 2	Variante 3
25 Jahre	32 Euro	34 Euro	47 Euro
35 Jahre	45 Euro	47 Euro	69 Euro
45 Jahre	64 Euro	67 Euro	102 Euro
55 Jahre	97 Euro	100 Euro	156 Euro
65 Jahre	155 Euro	159 Euro	247 Euro
75 Jahre	259 Euro	272 Euro	440 Euro

Quelle: eigene Recherche (kaufmännische Rundung der Monatsprämie auf volle Eurobeträge)

Bei „Pflege-Bahr“-Tarifen ist es nicht möglich, aussagekräftige durchschnittliche Monatsprämien auf Grundlage der oben aufgezeigten Leistungen zu errechnen, da die Versicherer abhängig vom Alter (bei Vertragsabschluss) unterschiedliche Leistungshöhen vorsehen, die oftmals in jeweils unterschiedlichen Leistungsbereichen von den gesetzlichen Mindestleistungen abweichen.

Zusammenfassung: Marktübliche Unterschiede der angebotenen Pflegezusatzversicherungszweige

Die angebotenen Pflegezusatzversicherungen in den beschriebenen Zweigen unterscheiden sich exemplarisch im Umfang der versicherbaren Leistungen:

Tabelle 6: Übersicht über die verschiedenen Pflegezusatzversicherungen

Leistungskriterien	Pflegekosten- versicherung	Pflegezeitgeld- versicherung	„Pflege-Bahr“- Versicherung
Kontrahierungszwang und Verzicht auf Gesundheitsfragen	Nein	Nein	Ja
Wartezeit	Nein	Möglich (nicht marktüblich)	Ja (5 Jahre, oftmals Verzicht bei Unfällen)
Staatliche Förderung	Nein	Nein	Ja (5 Euro/Monat)
Gesetzlich vorgeschriebene Mindestleistungen	Nein	Nein	Ja
Leistung ab Pflegegrad 1 bei häuslicher Pflege	Nein	Möglich (und marktüblich)	Ja
Beitrags- und Leistungsdynamik (= Dynamik vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit)	Indirekt (bei Leistungserhöhung von SPV/PPV)	Ja (gegen regelmäßige – überproportionale – Prämiensteigerungen)	Möglich (bei einigen Tarifen)
Leistungsdynamik (= Dynamik nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit)	Indirekt (bei Leistungserhöhung von SPV/PPV)	Ja	Möglich (bei wenigen Tarifen)
Leistung zur freien Verwendung	Möglich (für einzelne Leistungsarten, die nicht über Rechnungen nachzuweisen sind)	Ja	Ja
Nachversicherungsgarantie	Nein	Möglich	Nein
Beitragsbefreiung im Leistungsfall	Nein	Möglich (oftmals ab Pflegegrad 5)	Nein

2.2.4 Personen mit bestehenden Pflegezusatzversicherungsverträgen

Bei den folgenden Zahlen zu Pflegezusatzversicherungsverträgen ist zu berücksichtigen, dass keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Zahl der versicherten Personen möglich sind (ggf. eine Person über mehr als einen Versicherungsvertrag abgesichert ist – z. B. besteht neben einer Pflegetagegeldversicherung ein ergänzender Pflegekosten- oder „Pflege-Bahr“-Versicherungsvertrag).

Personen mit bestehenden Pflegezusatzversicherungsverträgen: Bestandsentwicklung

Die beschriebenen Pflegezusatzversicherungsverträge verteilen sich zahlenmäßig auf die einzelnen Versicherungszweige wie folgt:

Tabelle 7: Bestandsentwicklung Pflegezusatzversicherungsverträge

	Personen mit Pflegekostenversicherung	Personen mit Pflegetagegeldversicherung	Personen mit „Pflege-Bahr“-Versicherung
2021	366.500	3.038.000	917.100
2020	367.100	2.643.900	921.300
2019	366.700	2.644.000	917.400
2018	363.400	2.574.700	878.000
2017	361.300	2.525.300	834.000
2016	357.200	2.470.700	777.200
2015	353.700	2.378.400	683.600
2014	371.400	2.254.300	558.600

Quelle: PKV-Verband (Stand März 2023)

Seit 2019 stagniert die Zahl der bestehenden Pflegezusatzversicherungsverträge mit sinkender Tendenz. Bei der Pflegetagegeldversicherung ist zu berücksichtigen, dass der Bestandszuwachs auf einem einmaligen Sondereffekt beruht: Zum 1. Juli 2021 wurden rund 435.000 Tarifbeschäftigte der chemischen Industrie über eine betriebliche Pflegeversicherung versichert.

Bestand der Personen mit Pflegezusatzversicherungsverträgen: Bestandsgruppen

Eine weitergehende Differenzierung nach Bestandsgruppen ergibt folgende Aufteilung (2021):

Tabelle 8: Bestandsgruppen Pflegezusatzversicherungsverträge

	Frauen	Männer	Kinder
Pflegekostenversicherung	141.800	186.900	37.800
Pflegetagegeldversicherung	1.189.300	1.556.100	292.600
„Pflege-Bahr“-Versicherung	495.300	413.800	8.000

Quelle: PKV-Verband (Stand März 2023)

Mit Ausnahme des „Pflege-Bahr“ sind mehrheitlich Männer über Pflegezusatzversicherungen versichert.

Bestand der Personen mit Kranken- und Pflegezusatzversicherungsverträgen: Bestand über einzelne Leistungsbereiche

Nachfolgend wird die Größenordnung der Pflegezusatzversicherungen zahlenmäßig mit anderweitigen Zusatzversicherungsverträgen aus der Krankenversicherungssparte verglichen:

Tabelle 9: Bestand in den Leistungsbereichen der verschiedenen Zusatzversicherungen

Leistungsbereich	Versicherte Personen
Zusatzversicherung für zahnmedizinische Leistungen	17.831.000
Zusatzversicherung für ambulante Leistungen	8.506.200
Krankenhaustagegeldversicherung	7.506.300
Zusatzversicherung für stationäre Wahlleistungen	6.441.900
Krankentagegeldversicherung	3.708.400
Pflegertagegeldversicherung	3.038.000
„Pflege-Bahr“	917.100
Pflegekostenversicherung	366.500

Quelle: PKV-Verband (Stand März 2023)

Die Pflegezusatzversicherungen weisen im Vergleich zu den anderen aufgeführten Leistungsbereichen (z.T. deutlich) niedrigere Bestandszahlen auf.

Die oben aufgeführten Angaben zur Zahl der bestehenden Verträge lassen allerdings keine Rückschlüsse darauf zu, ob die versicherten Leistungen für den persönlichen Einzelfall bedarfsdeckend sind.

2.2.5 Verbraucher- und Vermittlungsprobleme beim Zugang zum bedarfsdeckenden Versicherungsschutz

Die angebotenen Pflegezusatzversicherungen erfordern in der Beratungs- und Vermittlungsphase weitgehende Vorbereitungen, die für Verbraucher wie Vermittler gleichermaßen aufwändig sein können. Diese Aufwände beruhen im Wesentlichen auf zwei Problemen, die beim Abschluss eines Pflegezusatzversicherungsvertrags zwingend zu lösen sind, um einen bedarfsdeckenden Versicherungsschutz sicherzustellen: der Bedarfsermittlung und die Erfüllung vorvertraglicher Anzeigepflichten.

Problem 1: Bedarfsermittlung

Die bedarfsdeckende Absicherung des Pflegerisikos erfordert eine Ermittlung des Bedarfs für den konkret-individuellen Einzelfall.

Die Pflegezusatzversicherungen vereinbaren ergänzende Leistungen zu den Leistungen aus SPV/PPV. Der Antragsteller muss sich dazu bei Vertragsabschluss festlegen, in welcher Höhe und in welchem Umfang er die Versicherungsleistung mit dem Versicherer vereinbaren möchte.

Zu ermitteln sind exemplarisch folgende Einnahmen und Ausgaben über die perspektivisch zu erwartende Höhe der

- Teilleistung aus SPV/PPV,
- Mehrausgaben bei häuslicher Pflege (z. B. Kosten für ambulante Pflegedienstleistungen),
- Gesamtheimentgelte (Kosten für die vollstationäre Dauerpflege, Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie Beteiligung an den Investitionskosten) und damit der Eigenanteile bei stationärer Versorgung im Pflegeheim,
- Einkünfte und Vermögenswerte – und in welchem Umfang diese für Mehrausgaben bei Pflegebedürftigkeit verwendet werden können und sollen (unter Berücksichtigung von Vererbungsmotiven und der gemeinsamen Lebenssituation mit dem Ehe- bzw. Lebenspartner) – sowie Unterstützungsleistungen durch nahestehende Personen.

Die Bedarfsermittlung erfordert entsprechend eine umfängliche und über lange Zeiträume in die Zukunft reichende Einschätzung der persönlichen wirtschaftlichen Situation. Es ist gleichermaßen naheliegend wie plausibel, dass sich die Parameter und entsprechend die individuellen Bedarfe und Absicherungsziele in der Zukunft ändern.

Besonders ausgeprägt ist das Bedarfsänderungsproblem bei der Pfl egetagegeldversicherung. Der Versicherungsnehmer muss für die zehn versicherbaren Leistungsbereiche (Pflegegrad 1 bis 5, jeweils ambulant und stationär) die benötigte/gewünschte Höhe in Eurobeträgen entsprechend seines individuellen Bedarfs ermitteln und vereinbaren. Vor allem die oben genannten Größen (z. B. Eigenanteile bei stationärer Versorgung unter Berücksichtigung der langfristigen Entwicklung und der regionalen Unterschiede) sind zu Vertragsschluss ungewiss und erschweren die bedarfsorientierte Absicherung. Prämien- und Leistungsdynamiken ermöglichen eine Anpassung der Versicherungsleistung im Zeitablauf – unter Inkaufnahme von höheren Prämien, die das wirtschaftliche Belastungsrisiko erhöhen (v.a. bei älteren Versicherungsnehmern).

Diese ausgeprägte Komplexität der Bedarfsermittlung – insbesondere im Vergleich zu Verträgen, die eine vergleichsweise niedrigschwellige Bedarfsermittlung erfordern (z. B. anderweitige Krankenzusatzversicherungen wie Zahnzusatzversicherungen) – trägt vermutlich zu dem niedrigen Verbreitungsgrad von Pflegezusatzversicherungsverträgen bei.

Mit Ausnahme der „Pflege-Bahr“-Verträge werden Pflegezusatzversicherungen nicht staatlich gefördert. Sozialrechtliche Flankierungen, um die wirtschaftlichen Belastungsrisiken zu mindern, bestehen für diese Verträge aktuell ebenfalls nicht.

Problem 2: Erfüllung vorvertraglicher Anzeigepflichten

Mit Ausnahme des „Pflege-Bahr“ besteht kein Kontrahierungszwang für die Versicherer. Bei der Antragstellung stellen die Versicherer Risikofragen, die für die individuelle Annahmeentscheidung maßgeblich sind. Dies sind vor allem Fragen nach gesundheitlichen Beeinträchtigungen der zu versichernden Person. Diese Gesundheitsfragen sind im Antrag vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Bestehen bei Antragstellung gesundheitliche Beeinträchtigungen, entscheidet das Versicherungsunternehmen, ob es den Antrag ablehnt oder (ggf. gegen Risikozuschläge) annimmt.

Im Leistungsfall kann der Versicherer prüfen, ob im Antrag erfragte Vorerkrankungen verschwiegen wurden und ob er (nicht) leisten muss. Er kann sich dann bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss vom Vertrag lösen oder den Vertrag anpassen.

Der Umfang der Fragestellungen sowie der Abfragezeitraum sind den Versicherern weitgehend freigestellt. Am Markt bestehen weder einheitliche Annahmerichtlinien noch Gesundheitsfragen – die Unterschiede sind zum Teil erheblich.

Die Problematik der komplexen Bedarfsermittlung wird von der umfangreichen Gesundheitsprüfung bei der Antragstellung flankiert. In der Gesamtschau der genannten Aspekte stehen einer umfänglichen Verbreitung von freiwilligen privaten Pflegezusatzversicherungsverträgen folgende Hemmnisse auf der Angebotsseite entgegen:

- Die angebotenen Versicherungsverträge sind hinsichtlich der vertragstypischen Leistungen, Leistungsunterschiede und Gestaltungsmöglichkeiten gleichermaßen komplex wie beratungsaufwändig.
- Die Bedarfsermittlung ist wegen des langen Zeithorizonts mit vielfältigen und zahlreichen Unsicherheiten behaftet.
- Das Prämienniveau ist vergleichsweise hoch. Dieser Umstand wirkt sich zwangsläufig auf die Budgetplanung der privaten Haushalte und ihre Priorisierung aus – insbesondere im Konkurrenzverhältnis mit anderen privaten Versicherungs- und Vorsorgeverträgen (beispielhafte anderweitige Verträge mit vergleichsweise hohem Prämienniveau sind Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsversicherungen).
- Die (z. B. inflationsbedingten) Prämiensteigerungen verstärken das Belastungsrisiko; zudem führen vereinbarte Prämien- und Leistungsdynamiken weitergehend zu höheren Belastungen.
- Die Antragstellung ist aufwändig und birgt für die Verbraucher Rechtsunsicherheiten und damit verbundene Risiken (z. B. Verlust des Versicherungsschutzes bei Verstoß gegen vorvertragliche Anzeigepflichtverletzungen).

2.2.6 Anforderungen und Voraussetzungen für einen bedarfsorientierten ergänzenden Pflegeversicherungsschutz

Wie aufgezeigt, gibt es derzeit bereits private Versicherungsverträge zur Abdeckung des Eigenanteils an den Pflegekosten. Gleichwohl zeigt die geringe Zahl der Verträge, dass diese Möglichkeiten bei Weitem nicht in ausreichendem Umfang genutzt werden.

Die vergleichende Gegenüberstellung der bestehenden Angebote am Versicherungsmarkt verdeutlicht folgende Problemstellungen:

- Verbraucher, die einen Versicherungsvertrag abschließen möchten, müssen die Höhe der vollständigen Pflegekosten – im Zusammenwirken mit den „Teilleistungen“ von SPV/PPV – verlässlich ermitteln können; dies insbesondere bei der Ermittlung des Bedarfs für ihren konkret-individuellen Einzelfall und der zeitlichen Perspektive von mehreren Jahrzehnten. Insbesondere bei Tagegeldversicherungen müsste abgeschätzt werden, wie die Pflegekosten sich in Relation zur abgesicherten Tagespauschale entwickeln – dies auch und vor allem unter Inkaufnahme von ausgeprägten Prämien-(Mehr-)Belastungen bei der Nutzung von Dynamisierungen und Nachversicherungen der Tagegeldleistung.
- Die Gesundheitsprüfung bei Antragstellung ist gleichermaßen umfänglich wie mit Unsicherheiten behaftet.
- Es ist nicht sichergestellt, dass die Versicherten im Einzelfall dauerhaft wirtschaftlich in der Lage sind, die Prämienzahlung zu leisten – dies unter besonderer Berücksichtigung der marktüblichen Prämienhöhen und regelmäßigen Prämienanpassungen.

Lösungsansätze sollten dementsprechend zum Gegenstand haben, dass

- der Zugang zum Versicherungsschutz nicht durch umfängliche Gesundheits- und Risikoprüfungen und Prämienbelastungsrisiken (z. B. für Niedrig- und Geringverdiener, Bezieher sozialer Grundsicherungsleistungen, Rentner) gehemmt wird,
- eine zu definierende (bzw. gesetzlich zu bestimmende) Mindestleistung sichergestellt ist, z. B. die Erstattung der Kosten für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) bei stationärer Versorgung,
- die Abhängigkeit der Kostenbelastung vom Pflegestandort in einem zu definierenden Umfang berücksichtigt wird,
- die (erfahrungsgemäß) im Zeitablauf dynamisch aufwachsenden pflegebedingten Kosten (= „pflegespezifische“ Inflationsrate) langfristig/dauerhaft mitversichert sind und die Prämienanpassungen verstetigt werden,
- für Personengruppen, die von Prämienbelastungsrisiken betroffen sind, sozialpolitische Flankierungen sichergestellt sind.

Neben einer Ergänzung der Leistung aus SPV/PPV sollte die Leistung das aktuelle Angebot der Pflegezusatzversicherungen und die aktuell bestehenden Verträge soweit berücksichtigen,

- dass kein Konkurrenzverhältnis zu ihnen ausgelöst wird, damit
- diese Verträge nicht nachträglich gegenstandslos erscheinen und
- keine Überversicherungsprobleme erzeugt werden.

Diese Anforderungen ließen sich in einer Pflegekostenversicherung umsetzen, die Mindestleistungen im Sinne des Prüfauftrags im Koalitionsvertrag zweckgebunden leistet und insbesondere den Eigenanteil bei stationärer Pflege adressiert.³¹ Eine Pfl egetagegeldversicherung, wie sie etwa der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz vorgeschlagen hat³², würde nach Auffassung des Experten-Rats nur unzureichend auf die Entwicklung bei den Pflegekosten reagieren und in Bezug auf die Abdeckung des Eigenanteils nicht zielgenau sein.

2.3 Versicherungspflicht im Vergleich zu freiwilliger Vorsorge

Zwar eröffnet eine Absicherung des Pflegekostenrisikos auf dem Wege einer Versicherung gegenüber anderen Formen der Vorsorge, etwa durch Ersparnis, das Potenzial für erhebliche Effizienzvorteile, weil lediglich eine Absicherung der durchschnittlich erwarteten Pflegekosten erforderlich ist. Die Realisierung dieser Vorteile ist jedoch an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, kann der Gesetzgeber ggf. durch Regulierung oder weitergehende Eingriffe auf eine Verbesserung hinwirken. Als zentrale Voraussetzung gilt die Informationslage bezüglich der Risiken. Sind die Risiken für Versicherte und Versicherer gleichermaßen bekannt, können sie in der Prämie entsprechend abgebildet werden. Wie auch bei der Alterssicherung wäre dann zu berücksichtigen, dass das Risiko mit dem Lebensalter steigt. Wird eine Versicherung in einem frühen Alter abgeschlossen, kann die Entwicklung der Prämien durch geeignete Rückstellungen so ausgestaltet werden, dass die finanzielle Belastung über die Zeit gleichförmig ist.

31 Weitere Sicherungsbedarfe, wie z. B. Versorgungslücken bei häuslicher Pflege, sind aufgrund der individuellen Lebensumstände deutlich weniger standardisierbar und daher weiterhin im Rahmen individueller Zusatzversicherungsverträge zu adressieren.

32 Vgl. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2022).

Tatsächlich gab es bereits vor Einführung der Sozialen Pflegeversicherung entsprechende Angebote für private Pflegeversicherungen, die durchaus nachgefragt wurden,³³ bezogen auf die Gesamtbevölkerung war der Anteil der Versicherten indes vernachlässigbar. Das geringe Interesse an einer privaten Pflegeversicherung, das auch für andere Staaten belegt ist, wird neben einer systematischen Unterschätzung des künftigen Risikos, zum Pflegefall zu werden, im Wesentlichen dadurch erklärt, dass sich die Menschen auf die Pflege durch Angehörige oder die Finanzierung im Rahmen des Sozialstaats verlassen.³⁴ Die Menschen verhalten sich dann individuell als „Trittbrettfahrer“ – die Kosten der Pflege werden auf andere abgewälzt. Tatsächlich war das Phänomen der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit eine wesentliche politische Motivation für die Einrichtung der Sozialen Pflegeversicherung,³⁵ wobei im Gesetzgebungsverfahren insbesondere die Belastung der Kommunen als Träger der Sozialhilfe eine Rolle gespielt hat.³⁶

Wie beschrieben, ist die Gesetzliche Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung konzipiert, und es sind im Pflegefall von den Versicherten Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten zu leisten. Wenn die Versicherungsleistungen dynamisiert, also mit der Entwicklung der Kosten für die Pflege regelmäßig angepasst werden, bleibt der Eigenanteil im Verhältnis zu den Kosten der Pflege im Zeitablauf konstant. Eine solche Ausgestaltung hat wichtige Vorzüge. Ein Eigenanteil stärkt die Eigenverantwortung und den Wettbewerb zwischen den Pflegeeinrichtungen und leistet mithin einen Beitrag zur Effizienz im Pflegesektor.³⁷ Zudem entlastet ein Eigenanteil die Beitragszahler und begrenzt die im System der Sozialen Pflegeversicherung angelegte intergenerationale Umverteilung.

Bei der Teilleistungsversicherung sind die Versicherten gehalten, eine finanzielle Eigenvorsorge zu betreiben. Sind die finanziellen Mittel aufgebraucht, muss am Ende „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch genommen werden. Diese Regelung entspricht dem Subsidiaritätsprinzip, weil staatliche Unterstützung erst gewährt wird, wenn die eigenen Mittel bzw. die Mittel in der Familie nicht ausreichen.³⁸

Die mit der Pflegereform 2021/2022 beschlossenen Leistungszuschläge (§ 43c SGB XI), die eine finanzielle Überforderung der Versicherten durch den Eigenanteil vermeiden sollen, widersprechen im Grundsatz der Konzeption einer Teilleistungsversicherung. Allerdings sind die Zuschläge zeitlich progressiv ausgestaltet, d. h. sie steigen mit zunehmender Dauer der vollstationären Pflege. Geht man davon aus, dass die finanziellen Mittel zur Eigenvorsorge begrenzt sind, entspricht diese Regelung zumindest im Ansatz noch dem Subsidiaritätsprinzip, indem zunächst eigene Mittel verwendet werden müssen. Gleichwohl verringert die Regelung den Anreiz zu einer umfassenden Eigenvorsorge.

Auch im Hinblick auf den Eigenanteil in der Pflege bietet das Versicherungsprinzip indes erhebliche Vorteile. Der Abschluss einer Zusatzversicherung zur Deckung des Eigenanteils ist vor allem für jüngere Versicherte attraktiv, schon weil bei einer langen Ansparphase ein günstigeres Prämienniveau besteht. Wie in Abschnitt 2.2.4 beschrieben, ist allerdings der Abschluss einer solchen Zusatzversicherung bislang wenig populär.

33 Der Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24. Juni 1993 berichtet von 200.000 Versicherten. Vgl. Deutscher Bundestag 12. Wahlperiode (1993), Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 72.

34 S. z. B. Breyer, F., Buchholz, W. (2007), S. 316.

35 Vgl. Rothgang, H., Kalwitzki, T. (2018).

36 Vgl. Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 24. Juni 1993, Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 61 f.

37 Paquet, R. (2020).

38 Wenn bei der stationären Pflege die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung nicht gezahlt werden können, greift, wie oben beschrieben, die Hilfe zur Pflege und Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen. Diese werden von den Kommunen bezahlt.

Da sich der Umfang der erforderlichen Vorsorge individuell in Abhängigkeit etwa des Familienstands, der Gesundheit und der Einkommenssituation unterscheidet, ist es nachvollziehbar, dass der Versichertenanteil unter 100 % liegt. Auch die individuelle Vermögenssituation kann eine geringe Nachfrage nach Versicherungsleistungen erklären. Bei ausreichenden finanziellen Mitteln zur Deckung des Eigenanteils sichert die Zusatzversicherung zwar die finanziellen Mittel im Versicherungsfall ab, es mag aber sein, dass diese Mittel aufgrund der erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen Pflegebedürftiger ohnehin nur einen geringen Nutzen stiften.³⁹

Allerdings gibt es neben individuellen auch systematische Gründe für die mangelnde Bereitschaft, eine entsprechende private Zusatzversicherung freiwillig abzuschließen.

- **Unterschätzung des Vorsorgeerfordernisses:**
Wegen der anhaltenden öffentlichen Diskussion um die Pflege könnte man erwarten, dass die systematische Unterschätzung des Risikos, ein Pflegefall zu werden, heute weniger von Bedeutung ist als noch Anfang der 1990er Jahre. Allerdings wird das Pflegerisiko nach wie vor unterschätzt.⁴⁰ So ist vielen Menschen nicht klar, dass die Gesetzliche Pflegeversicherung anders als etwa die Gesetzliche Krankenversicherung nur einen Teil der Kosten abdeckt. Zudem kann auch die Intransparenz über die zukünftig von der bestehenden Pflegeversicherung gewährten Leistungen zu einer Unterschätzung des Bedarfs an eigener Vorsorge beitragen.⁴¹
- **Marktunvollkommenheiten:**
Aufgrund von Informationsasymmetrien können systematische Marktverzerrungen vorliegen. Kann das individuelle Risiko nicht adäquat in der Prämie abgebildet werden, wird die Zusatzversicherung vor allem für Menschen attraktiv, die vergleichsweise hohe Risiken aufweisen.⁴² Aufgrund der adversen Selektion steigt die Prämie und die Versicherung kann für größere Bevölkerungsgruppen unattraktiv werden.⁴³
- **Trittbrettfahrerverhalten:**
Auch für die Zusatzversicherung gilt, dass die Menschen versucht sein könnten, sich anstelle der Eigenvorsorge auf andere zu verlassen, sei es im Familienkontext oder im Hinblick auf die Sozialhilfe. So sind insbesondere die finanziellen Risiken in Verbindung mit dem Eigenanteil an den Pflegekosten wegen der „Hilfe zur Pflege“ begrenzt.

Während einer Unterschätzung der Risiken möglicherweise durch Transparenz und Aufklärung begegnet werden könnte, legen die anderen Aspekte Zweifel an einer rein freiwilligen Eigenvorsorge nahe. Im politischen Raum wird mitunter diskutiert, eine freiwillige Zusatzversicherung im Rahmen eines Umlageverfahrens einzurichten: Im Vergleich zu bestehenden Pflegezusatzversicherungsprodukten auf dem freien Markt wären die Versicherungsbeiträge für Ältere in einer umlagefinanzierten Zusatzversicherung günstiger, für jüngere Versicherte jedoch teurer. Erstere würden sich unter ansonsten gleichen Bedingungen also für die Umlagevariante entscheiden, während die Jüngeren kapitalgedeckte Produkte bevorzugen würden. Dieser Selektionsprozess hätte zur Folge, dass die Beiträge in der Umlagevariante aufgrund der ungünstigen Risikostruktur hoch ausfallen müssten, was wiederum die Versicherung für Junge vollends unattraktiv macht. Entsprechend wäre davon auszugehen, dass eine freiwillige, umlagefinanzierte Pflegezusatzversicherung nach wenigen Jahren ähnlich hohe Beiträge aufweisen würde wie eine Versicherung mit risikoadjustierten Prämien für ältere Kohorten. Eine solche freiwillige Versicherung wird keine höhere Marktdurchdringung aufweisen als bereits existierende Versicherungsprodukte.

39 Vgl. Pauly, Mark V. (1990).

40 Vgl. Müller-Peters, H., Gatzert, N. (2020).

41 Vgl. Kochskämper, S. (2018).

42 Die Versicherten können bei Antragstellung die Beantwortung von Gesundheitsfragen verlangen. Wenn aber – wie bei Pflegeversicherungsverträgen – der Leistungsfall erst in ferner Zukunft zu erwarten ist, lässt sich die adverse Selektion dadurch nur in geringem Umfang eingrenzen, was höhere Prämien schon zu Beginn nach sich zieht.

43 Vgl. Jacobs, K., Rothgang, H. (2012).

Adverse Selektion kann durch die Einführung einer Pflicht zum Abschluss einer Zusatzversicherung für die ungedeckten Pflegekosten adressiert werden. Sind alle Menschen verpflichtet, eine Zusatzversicherung abzuschließen, kann die Selektion schlechter Risiken verhindert werden, auch ohne dass die Prämien die individuellen Risiken abbilden. Die Versicherungspflicht verhindert auch das Trittbrettfahrerverhalten.

Die im Prüfauftrag des Koalitionsvertrags angedachte Freiwilligkeit einer ergänzenden Begrenzung der Eigenanteile erweist sich vor diesem Hintergrund als letztlich nicht geeignet, das angestrebte Ziel zu erreichen: Die Versicherung weiterer Teile der Bevölkerung, die Vermeidung von adverser Selektion und einer Prämien differenzierung nach dem individuellen Gesundheitszustand sowie der Ausschluss von Trittbrettfahrerverhalten kann nur mit einer Pflicht zur Versicherung erreicht werden.⁴⁴

In der politischen Abwägung über die Einführung einer Versicherungspflicht ist auch zu berücksichtigen, dass Umverteilungseffekte ausgelöst werden. Insbesondere führt eine nur begrenzt ausdifferenzierte Versicherungsprämie zu systematischen Umverteilungseffekten: Versicherungsnehmer mit hohen Risiken profitieren stärker als Versicherungsnehmer mit geringen Risiken. Um eine intergenerative Umverteilung auszuschließen, ist eine Differenzierung nach dem Geburtsjahrgang erforderlich. Im Hinblick auf die familiäre Betreuung kann zudem eine Verdrängung der Eigenvorsorge resultieren.⁴⁵

2.4 Generationengerechtigkeit

2.4.1 Finanzierungsspielräume für eine Ergänzung der Pflegeversicherung

Das Bestreben der Regierungskoalition, die bestehenden Regelungen zur Gesetzlichen Pflegeversicherung zu ergänzen, um die finanzielle Belastung durch den Eigenanteil zu reduzieren, erfolgt vor dem Hintergrund einer zunehmend angespannten Lage bei den Sozialversicherungen. Bereits im Jahr 2022 belief sich die Summe der Beitragssätze zu den Sozialversicherungen auf 40,05 %. Dies beinhaltet einen Beitragssatz zur Gesetzlichen Rentenversicherung von 18,6 % und zur Gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich Zusatzbeitrag von 16 %. Auf die Soziale Pflegeversicherung entfielen 3,05 %. Der Beitragssatz der Arbeitslosenversicherung lag bei 2,4 %. Eine Gesamtbelastung durch Sozialversicherungsbeiträge von 40 % galt in der politischen Diskussion noch im Jahr 2020 als ein Höchstwert, der nicht überschritten werden sollte.⁴⁶ Tatsächlich nimmt Deutschland bei der Abgabenbelastung auf Arbeit im internationalen Vergleich einen Spitzenwert ein. Für einen Alleinstehenden ohne Kinder mit Durchschnittseinkommen errechnet die OECD für Deutschland unter Berücksichtigung der Einkommensteuer (Lohnsteuer) eine Gesamtbelastung von 48 %, ein Wert, der unter den 38 OECD-Staaten nur noch von Belgien übertroffen wird.⁴⁷

Für die kommenden Jahre wird mit deutlichen Steigerungen bei den Beitragssätzen gerechnet. Büttner und Werding⁴⁸ prognostizieren einen Anstieg der Summe der Beitragssätze bis zum Jahr 2030 auf einen Wert von über 45 %. Dabei erwarten sie Steigerungen bei den Beitragssätzen

44 Fetzter, S., Hagist, C. (2021).

45 Fetzter, S., Hagist, C. (2021).

46 Die vorherige Bundesregierung hat im Sommer 2020 eine „Sozialgarantie 2021“ beschlossen, nach der die Summe der Beitragssätze einen Wert von 40 % im Jahr 2021 nicht überschreiten sollte.

47 Vgl. OECD (2022).

48 Vgl. Büttner, T., Werding, M. (2022).

in allen Zweigen der Sozialversicherung.⁴⁹ Auch für die folgenden Jahre sind deutlich weiter steigende Beitragssätze zu erwarten.⁵⁰

Auch der Bundeshaushalt ist von der Dynamik bei den Sozialversicherungen betroffen. Selbst wenn der Gesetzgeber keine zusätzlichen Programme zur Begrenzung der Beitragssatzsteigerungen beschließt, ist mit einem deutlichen Anstieg der Bundeszuschüsse an die Sozialversicherungen zu rechnen. Büttner und Werding prognostizieren, dass die Bundeszuschüsse in den kommenden Jahren überproportional zur Wirtschaftsentwicklung steigen werden.⁵¹ Zugleich ist der Bundeshaushalt aktuell angespannt. Im Jahr 2023 verzeichnet der Bundeshaushalt nun schon im vierten Jahr außergewöhnlich hohe Defizite und in der Finanzplanung ist nur ein langsamer Rückgang dieser Defizite angelegt. Während die anderen Ebenen schon seit dem Jahr 2021 wieder Überschüsse verzeichnen, sind die Defizite des Bundes so hoch, dass die europäischen Vorgaben zum ersten Mal seit dem Jahr 2005 nicht mehr eingehalten werden. Das mittelfristige Haushaltsziel im europäischen Regelwerk ist ein gesamtstaatliches Defizit von höchstens 0,5 % der Wirtschaftsleistung (Bruttoinlandsprodukt). Nach der Finanzplanung stabilisiert sich das gesamtstaatliche Defizit in den kommenden Jahren aber auf ein deutlich höheres Niveau von 1,5 %, was vor allem durch Defizite auf der Bundesebene getrieben ist. Insofern besteht ein erhebliches Konsolidierungserfordernis. Hinzu kommt, dass die Regelungen zur Schuldenbremse ab dem laufenden Jahr wieder eingehalten werden sollen und dass die in den letzten Jahren aufgrund einer Notlage getätigte Neuverschuldung in der mittleren bis langen Frist getilgt werden muss, was die Spielräume weiter verengt. Insofern ist eine Dämpfung der Entwicklung der Beitragssätze durch zusätzliche Bundeszuschüsse im Bundeshaushalt schwer darstellbar.⁵²

Der für die Sozialversicherungen prognostizierte Finanzdruck hat verschiedene Ursachen. Aktuell sind der außergewöhnliche wirtschaftliche Einbruch im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie und eine im Zuge der Energiekrise weitgehend abgeschwächte wirtschaftliche Erholung zu nennen. Beides schlägt sich auch in einem Abbau der Rücklagen nieder. Trendmäßig ist vor allem die demografische Entwicklung von Bedeutung. Da geburtenstarke Jahrgänge in den Ruhestand gehen, resultiert eine wachsende Zahl von Leistungsempfängern. Aufgrund der besonderen Finanzierung der Sozialversicherungen sind diese Leistungen allerdings nicht durch die von den jeweiligen Versicherten im Vorfeld gezahlten Beiträge gedeckt.

Individuelle Versicherungen von Altersrisiken basieren auf einem Ansparen der zur Deckung von Leistungen erforderlichen Mittel. Im Versicherungsfall kann auf das gebildete Vermögen zurückgegriffen werden. Bei den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung kommt dieses Prinzip der Kapitaldeckung indes nicht zur Anwendung. Vielmehr werden die geleisteten Beiträge unmittelbar dazu genutzt, die aktuellen Ansprüche an die Versicherungen zu finanzieren. Diese als Umlagefinanzierung bezeichnete Finanzierungsform basiert auf einem ungedeckten Leistungsversprechen an die Beitragszahler: Es wird in Aussicht gestellt, dass sie im Versicherungsfall Leistungen erhalten, die dann von den anderen Beitragszahlern finanziert werden. Da diese Leistungsversprechen an die Beitragszahler nicht bilanziert werden und nicht verbrieft sind, wird auch von einer impliziten Verschuldung gesprochen.

Die Umlagefinanzierung hat aus politischer Sicht den großen Vorteil, dass Leistungen direkt ab Einführung einer Sozialversicherung oder bei Ausweitung der Leistungen gewährt werden können, ohne dass separat über eine Finanzierung entschieden werden muss und etwa Steuern erhöht oder Schulden aufgenommen werden müssen. Allerdings ist die Umlagefinanzierung im Kontext

49 Der jüngste Rentenversicherungsbericht bestätigt die Vorausschätzung für die Rentenversicherung und prognostiziert einen Anstieg bei der Rentenversicherung um einen weiteren Prozentpunkt bis zum Jahr 2036.

50 Für einen Überblick siehe Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft (2016).

51 Für das Jahr 2022 werden die Zuschüsse auf rund 140 Mrd. Euro veranschlagt. Bis 2030 erwarten Büttner und Werding einen Anstieg auf rund 190 Mrd. Euro, vgl. Büttner, T.; Werding, M. (2022).

52 Vgl. Büttner, T.; Werding, M. (2022).

des demografischen Wandels nicht generationengerecht. Ohne Anpassung von Beitragssätzen entstünde ein trendmäßig wachsendes Finanzierungsdefizit. Wenn die Beitragssätze aber erhöht werden, um das Defizit auszugleichen, kommt es zu einer intergenerativen Lastenverschiebung von den älteren zu den jüngeren Geburtsjahrgängen: Während die älteren Geburtsjahrgänge vergleichsweise geringere Beiträge zur Finanzierung des Systems leisten mussten, erhalten die jüngeren Geburtsjahrgänge vergleichbare Leistungen nur mit höheren Beiträgen.

Die demografisch bedingte Dynamik bei den Sozialversicherungen ist zwar lange vorhergesagt und erwartet worden,⁵³ und es sind in der Vergangenheit durchaus in den verschiedenen Zweigen Reformen auf den Weg gebracht worden, die auf eine Stabilisierung der Beitragssätze hinwirken. So wurde in der Rentenversicherung versucht, der zu erwartenden Entwicklung etwa durch einen Anstieg der Lebensarbeitszeit zu begegnen. Allerdings hat die positive Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt eine vorübergehende Entlastung gebracht. Vor diesem Hintergrund ist der Reformkurs zwischenzeitlich wieder aufgegeben worden, beispielsweise durch die Möglichkeit zur abschlagsfreien vorgezogenen Verrichtung von besonders langjährig Versicherten. Derzeit gehen alle Prognosen nun von einem deutlichen Rückgang der Erwerbspersonen aus. Dementsprechend wird ein geringeres Wirtschaftswachstum prognostiziert und in Bezug auf die Rentenversicherung werden zur Aufrechterhaltung der Leistungsstandards wachsende Beitragssätze projiziert.⁵⁴

Die demografische Entwicklung ist auch für die Entwicklung in der Pflege von großer Bedeutung. Das individuelle Pflegerisiko steigt mit dem Alter deutlich an, so dass sich die hohe Zahl der älteren Menschen und die steigende Lebenserwartung in einem wachsenden Pflegebedarf niederschlagen. Da auch bei der Sozialen Pflegeversicherung die Finanzierung durch Umlage auf die Beschäftigten erfolgt, ergibt sich hier ebenfalls ein doppelter Finanzdruck wie bei der Rentenversicherung. Um den weiter steigenden Finanzierungsdruck ab dem Jahr 2034 zu reduzieren, wenn der erste der geburtenstarken Jahrgänge das 75. Lebensjahr erreicht,⁵⁵ hat der Gesetzgeber im Jahr 2014 den Pflegevorsorgefonds eingeführt. Von 2015 bis Ende 2033 fließen demnach jährlich 0,1 Prozentpunkte des Beitragssatzes in den Fonds. Allerdings zeigen Projektionen, dass nur eine geringfügige Senkung des Beitragssatzes zu erwarten ist.⁵⁶ Zudem ist die Bindungswirkung des Vorsorgefonds schwach (siehe Abschnitt 4.1.2).⁵⁷

Im Jahre 2019 wurde der Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung vor dem Hintergrund von Leistungsausweitungen und der Dynamik bei den Leistungsausgaben um einen halben Prozentpunkt erhöht. Seit 2022 wird nun ein regelmäßiger Bundeszuschuss geleistet und es wurde der Beitragssatz für Kinderlose erhöht. Gleichwohl verzeichnet die Soziale Pflegeversicherung derzeit steigende Defizite und einen Abbau der Rücklage, so dass weitere Steigerungen des Beitragssatzes zu erwarten sind. Ein erster Anstieg ist derzeit bereits in der Planung.⁵⁸ So projizieren Büttner und Werding⁵⁹ einen weiteren Anstieg des Beitragssatzes bis zum Jahr 2030 auf Basis einer Fortschreibung. Unter Berücksichtigung von Altersstruktureffekten prognostizieren Breyer und Lorenz⁶⁰ für diesen Zeitraum einen erheblich stärkeren Anstieg um bis zu einen ganzen Prozentpunkt, der dann ab dem Jahr 2030 im weiteren Verlauf noch deutlich an Dynamik zulegt.⁶¹

53 Schmähl, W. (1983).

54 Vgl. Büttner, T., Werding, M. (2021).

55 Wie der Tragfähigkeitsbericht ausführt, ist das insofern relevant, als das 75. Lebensjahr ein Lebensalter ist, in dem die Pflegewahrscheinlichkeit deutlich ansteigt (vgl. Bundesministerium der Finanzen (2020), S. 50). Aktuell gehen etwa 1,4 Mrd. Euro pro Jahr in den Fonds ein.

56 Bowles, D., Greiner, W. (2016).

57 So stellen die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags fest, dass eine Umwidmung für eine anderweitige sozialversicherungsrechtliche Nutzung möglich ist, vgl. Wissenschaftliche Dienste (2017).

58 Vgl. Stellungnahme des unabhängigen Beirats des Stabilitätsrats vom 9. Dezember 2022.

59 Büttner, T., Werding, M. (2022).

60 Breyer, F., Lorenz, N. (2020).

61 Breyer, F., Lorenz, N. (2020).

Bei der Bewertung der Projektionen ist indes zu berücksichtigen, dass die beitragsatzerhöhende Wirkung der am aktuellen Rand beschlossenen Leistungsausweitungen, wie etwa die teilweise Übernahme der Eigenanteile durch die Gesetzliche Pflegeversicherung (§ 43c SGB XI) im Rahmen der Pflegereform 2021/2022, nicht oder nur eingeschränkt abgebildet wird und damit die Dynamik noch unterschätzt wird.⁶²

Vor dem Hintergrund des Finanzierungsdrucks in der Sozialversicherung und der Haushaltslage des Bundes steht das Vorhaben einer Ergänzung der Pflegeversicherung entsprechend des Prüfauftrags im Koalitionsvertrag vor einem Dilemma. Die Politik möchte in einer Zeit angespannter öffentlicher Finanzen den Eigenanteil an den Kosten der Pflege reduzieren. Eine substantielle Bezuschussung aus dem Bundeshaushalt ist aber nicht nur nicht nachhaltig, sondern in der gegebenen Situation kaum darstellbar. Zugleich erscheint eine Finanzierung durch höhere Beitragssätze wegen der ohnehin anstehenden Beitragssatzerhöhungen in den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung politisch kaum möglich und würde eine Umverteilung zulasten der ohnehin benachteiligten jüngeren Geburtsjahrgänge darstellen.

2.4.2 Ergänzung der Gesetzlichen Pflegeversicherung: Finanzierung im Umlage- oder Kapitaldeckungsverfahren?

Wie bereits angesprochen, ist eine Ergänzung der Gesetzlichen Pflegeversicherung entsprechend des Prüfauftrags im Koalitionsvertrag grundsätzlich über Umlagefinanzierung oder Kapitaldeckung (oder auch ein Mischsystem) denkbar. In diesem Abschnitt wird eine Analyse der Gestaltungsmöglichkeiten aus ökonomischer Perspektive vorgenommen.

Funktionalität von Kapitaldeckung und Umlageverfahren

Im Folgenden werden die beiden möglichen Finanzierungssysteme zunächst in ihrer Reinform dargestellt, um deren Funktionsweisen zu erläutern. Im Anschluss daran werden die Verfahren hinsichtlich ihrer möglichen Renditen und ihrer Resilienz verglichen.

Funktionalität des Kapitaldeckungsverfahrens

In einem Kapitaldeckungsverfahren muss jede Generation ihre zu erwartenden Pflegekosten durch Ansparungen selbst finanzieren. Die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten hoher Pflegekosten steigt, wie erläutert, mit dem Alter stark an. Eine an diesem Risiko orientierte durchschnittliche Kohortenprämie⁶³ hätte daher einen über den Lebenszyklus ansteigenden Verlauf, mit besonders drastischen Steigerungen in den hohen Lebensaltern. Um eine finanzielle Überforderung der Älteren zu vermeiden, kann durch das Ansparen eines zusätzlichen Vorsorgebetrages die Prämie über den Lebenszyklus geglättet werden. Wie in Abschnitt 2.2.1 bereits angesprochen, setzt sich die von den Versicherten zu zahlende Prämie dabei aus einer am durchschnittlichen Pflegekostenrisiko der Kohorte orientierten Risikoprämie und zum anderen aus einem Sparanteil (Sparprämie) für den Aufbau von Alterungsrückstellungen zusammen. In jungen Jahren zahlen die Kohorten

⁶² Die Mehrbelastung aus der Pflegereform 2021/2022 bezifferte der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestags mit jährlich rund 3,8 Mrd. Euro. Dem stehen neben dem erwähnten Bundeszuschuss von jährlich 1 Mrd. Euro Minderausgaben von etwa 1,8 Mrd. Euro durch Verzicht auf die Dynamisierung der Leistungsbeträge gegenüber. Dies impliziert ein rechnerisches Defizit von 1 Mrd. Euro. Vgl. Bericht des Haushaltsausschusses (8. Ausschuss) gemäß § 96 der Geschäftsordnung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz – GVWG), Bundestags-Drucksache 19/30551.

⁶³ Wenn keine Unterschiede im Pflegekostenrisiko zwischen den Mitgliedern der Kohorte erkennbar sind, entspricht eine Kohortendurchschnittsprämie einer risikoäquivalenten Prämie für die Versicherung. Dies ist denkbar bei Abschluss einer Versicherung bei Geburt oder in jungen Jahren.

somit eine Prämie, die über ihrer Risikoprämie liegt. Aus diesem Unterschiedsbetrag werden Alterungsrückstellungen angespart, welche die Prämiendefizite, die sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen der geglätteten Prämie und den Pflegekosten im Alter ergeben, finanzieren.

Je jünger eine Versichertenkohorte bei Einführung einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung ist, desto mehr Zeit hat diese Kohorte, um für die hohen Pflegekostenrisiken in den höheren Altersjahren vorzusorgen. Der Aufschlag auf ihre Risikoprämie kann entsprechend geringer ausfallen. Je älter die Kohorten bei Einstieg in ein Kapitaldeckungsverfahren sind, desto höher ist hingegen die durchschnittliche, real konstant kalkulierte Prämie pro Kohorte: Zum einen ist ihre Risikoprämie aufgrund des Alters höher, zum anderen muss der Aufschlag auf die Risikoprämie (Sparprämie) höher ausfallen als für jüngere Kohorten, da ihnen weniger Zeit bleibt, um die erwarteten Prämiendefizite in den späteren Jahren zu decken. In einem reinen Kapitaldeckungsverfahren besteht damit unter ansonsten gleichen Bedingungen kein Rückgriff auf jüngere Generationen, um die Leistungen an die Älteren zu finanzieren.

Funktionalität des Umlageverfahrens

Bei einem reinen Umlageverfahren finanzieren die jüngeren Generationen durch ihre Beiträge (pauschal oder einkommensabhängig) in jeder laufenden Periode neben ihren eigenen Leistungsausgaben auch teilweise die Leistungsausgaben der älteren Generationen derselben Periode, soweit deren Beitragszahlungen geringer als die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen sind. Bei Einführung des Umlageverfahrens erhalten die dann Leistungsberechtigten Leistungen aus dem Versicherungssystem, ohne zuvor je selbst eingezahlt zu haben, auch dann, wenn ihre eigenen aktuellen Beitragszahlungen ihre Leistungsausgaben nicht decken. Diese von den Erwerbstätigengenerationen finanzierten „Einführungsgewinne“ für die ältere Generation entstehen nicht nur bei Einführung des Systems, sondern auch bei jeder Leistungsausweitung in einem laufenden Umlageverfahren. Das Umlageverfahren erlaubt es mithin, die älteren Generationen unmittelbar mit Leistungen zu versorgen und sie an Leistungsausweitungen partizipieren zu lassen, ohne dass sie diese vollständig finanzieren müssen. Für die Finanzierung der Älteren erwarten die jüngeren Generationen, selbst von den ihnen nachfolgenden Generationen finanzierte Leistungen zu erhalten.

Diskussion der Renditen in beiden Systemen

In der Diskussion um die Vorteilhaftigkeit von Umlageverfahren und Kapitaldeckung spielt in der Literatur die Frage nach den jeweiligen Renditen der Systeme eine Rolle.

Eine Rendite erzielt eine Kohorte immer dann, wenn die Summe der erwarteten Prämienzahlungen bzw. Beiträge einer Versichertenkohorte geringer ist als die Summe der erwarteten Leistungen dieser Kohorte. Beim **Kapitaldeckungsverfahren** werden Rücklagen gebildet, die verzinst werden. Dies mindert die erforderlichen Prämien. Die Rendite im Kapitaldeckungsverfahren hängt daher davon ab, welche Verzinsung des Kapitalstocks realisiert werden kann und wie sich die Leistungen entwickeln. Dabei ist davon auszugehen, dass bei Pflegeleistungen im Vergleich zur gesamtwirtschaftlichen Entwicklung nur geringere Produktivitätsfortschritte zu erzielen sind.⁶⁴ Wie in Abschnitt 2.1.2 bereits angesprochen, resultiert daraus unter ansonsten gleichen Bedingungen eine „pflegespezifische“ Inflationsrate. Eine Rendite ergibt sich im Kapitaldeckungsverfahren demnach, wenn für den Kapitalstock eine Verzinsung realisiert werden kann, die höher liegt als die pflegespezifische Inflationsrate. Wird überwiegend in Staatsanleihen investiert, wird eine

⁶⁴ Auch in der Pflege sind Produktivitätsfortschritte möglich. Insbesondere können Prozessinnovationen die erforderliche Personalintensität verringern. Allerdings werden Prozessinnovationen in der Pflege in weitaus geringerem Ausmaß wirken als bei anderen Dienstleistungen, die sich z. B. in größerem Umfang automatisieren lassen.

geringere Rendite erzielt, als wenn in Produktivkapital (Aktien, Immobilien, Infrastruktur...) angelegt wird.⁶⁵

Im Umlageverfahren werden durch die Weiterreichung der Beiträge an die Leistungsempfänger derselben Periode keine Rücklagen gebildet. Die Erwerbstätigengenerationen verzichten in diesem Verfahren auf eine Verzinsung, die sie bei einer alternativen Anlage der Beiträge auf dem Kapitalmarkt hätten erzielen können.

Für die Rentenversicherung ist in der wissenschaftlichen Literatur ausführlich über eine implizite Rendite des Umlageverfahrens diskutiert worden. Hier gilt: Unterstellt man einen konstanten Beitragsatz im Zeitverlauf, kann die Rendite des Umlageverfahrens näherungsweise mit der Wachstumsrate der Lohnsumme gleichgesetzt werden. Das Wachstum der Lohnsumme ist wiederum davon abhängig, wie sich die Arbeitsproduktivität der Bevölkerung entwickelt und mit welcher Rate die Bevölkerung selbst wächst.⁶⁶ Grundsätzlich ist diese Analyse der Rendite der Rentenversicherung auch auf eine Pflegeversicherung übertragbar.⁶⁷ In dem Umfang allerdings, in welchem der Produktivitätszuwachs in der Pflege geringer als die gesamtwirtschaftliche Arbeitsproduktivität ist und insoweit die pflegespezifische Inflationsrate oberhalb der gesamtwirtschaftlichen Inflationsrate liegt, ist die implizite Rendite der umlagefinanzierten Pflegeversicherung geringer, als sie in der Literatur für die Rentenversicherung angenommen wird. Gäbe es im Extrem keine Produktivitätszuwächse in der Pflege, führte eine gestiegene Arbeitsproduktivität in der Gesamtwirtschaft zu einem gleich hohen Anstieg der Preise für pflegerische Leistungen und es bestünde keine „implizite“ Rendite in einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung, selbst wenn die Beitragszahlungen bzw. -einnahmen mit der Höhe der Produktivitätswachstumsrate steigen. In diesem Extremszenario könnte eine positive Rendite daher nicht über eine Steigerung der Arbeitsproduktivität, sondern nur in einer Bevölkerung mit sinkendem Altenquotienten erreicht werden.

Staaten mit einer wachsenden jungen Bevölkerung und robuster wirtschaftlicher Entwicklung könnten daher auch in einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung „Renditen“ für jede Generation erzielen. Für Deutschland mit seiner aktuell alternden Bevölkerung, die mit weniger Erwerbstätigen und einer im Verhältnis deutlich größeren Anzahl von Leistungsempfängern kalkulieren muss, ist dies in deutlich geringerem Umfang realisierbar. Hier müsste eine steigende Arbeitsproduktivität die negativen Auswirkungen der demografischen Strukturverschiebungen in einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung kompensieren. Insoweit aufgrund der Wechselwirkungen einer steigenden Arbeitsproduktivität und damit steigenden Löhnen in anderen Branchen und den Kosten der Pflegeleistungen (Verteuerung) eine zunehmende Arbeitsproduktivität alleine nicht den starken Anstieg an Pflegebedürftigen in der Bevölkerung kompensieren kann, ergeben sich für jüngere Geburtsjahrgänge systematisch negative implizite Renditen im Umlageverfahren.

Zusammengefasst würde die Einführung einer umlagefinanzierten Pflegezusatzversicherung (ebenso wie die Ausweitung der umlagefinanzierten Sozialen Pflegeversicherung in eine Vollkostenversicherung mit fixem Selbstbehalt) Folgendes bedeuten:

- Die bei Einführung eines Umlageverfahrens bereits Leistungsberechtigten bzw. bald Leistungsberechtigten haben eine hohe Rendite – sie haben für die entsprechenden Leistungen nur sehr geringe Beiträge geleistet. Von diesen Einführungsgewinnen profitieren alle Älteren, unabhängig von ihrer individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit.

65 Die Europäische Kommission nimmt bspw. im EU Ageing Report für den Zeitraum 2019-2070 eine durchschnittliche Arbeitsproduktivität von 1,4 % pro Jahr an und einen für die Altersvorsorge relevanten Kapitalmarktzins von 2 %, mithin übersteigt der Zinsertrag das Wachstum der Leistungen um 0,6 % pro Jahr. Dabei sind die Effekte der Alterung auf den (risikofreien) Kapitalmarktzins hier schon eingepreist (vgl. European Commission Economic and Financial Affairs European Economy Institutional Papers (2020), S. 70 und 78). Mithin ergäbe sich schon unter diesen konservativen Annahmen eine positive Rendite.

66 Vgl. Breyer (2000), S. 388.

67 Vgl. z. B. Breyer (1995).

- Die Generationen, die die Leistungen deutlich überwiegend finanzieren, erwerben dafür implizite Ansprüche gegenüber den Folgegenerationen. Aufgrund der Bevölkerungsalterung und der erwarteten Kostensteigerungen ist jedoch plausibel, dass für jüngere Generationen keine positive „Rendite“ mehr erzielt werden kann.

Zur Klarstellung sei hier noch angemerkt, dass eine negative Rendite des Umlageverfahrens oder eine ggf. positive Rendite des Kapitaldeckungsverfahrens im Vergleich zum Umlageverfahren kein Argument für eine Umstellung laufender Systeme liefert. Bei einer Umstellung müssten die älteren Generationen zumindest teilweise kompensiert werden, so dass etwaige Renditevorteile durch die Notwendigkeit der weiteren Leistungsfinanzierung für die Älteren aufgewogen werden. Bei der Neueinführung eines Systems sollten jedoch insbesondere die Verteilungswirkungen zwischen den Generationen beachtet werden.

Exkurs zur „Mackenroth“-These

Wird im politischen Raum über die Wirkungen von Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren diskutiert, wird des Öfteren darauf verwiesen, dass es keinen Unterschied mache, wie Leistungen finanziert werden, da jeder Sozialaufwand durch Verzicht auf Konsum durch die Erwerbstätigengeneration finanziert werden müsse. Dabei wird auf die sogenannte Mackenroth-These verwiesen: „Nun gilt der einfache und klare Satz, daß aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muß. Es gibt gar keine andere Quelle und hat nie eine andere Quelle gegeben, aus der Sozialaufwand fließen könnte, es gibt keine Ansammlung von Periode zu Periode, kein ‚Sparen‘ im privatwirtschaftlichen Sinne, es gibt einfach gar nichts anderes als das laufende Volkseinkommen als Quelle für den Sozialaufwand [...]. Kapitalansammlungsverfahren und Umlageverfahren sind also der Sache nach gar nicht wesentlich verschieden.“⁶⁸

Die Mackenroth-These abstrahiert von den unterschiedlichen Verteilungseffekten zwischen den Generationen, die diese alternativen Finanzierungsformen der sozialen Sicherung auslösen. Sie ist vielfach kritisiert worden und gilt seit Langem als wissenschaftlich widerlegt.⁶⁹ Sie hält sich im politischen Raum jedoch hartnäckig, wenn es um Finanzierungsverfahren von Sozialversicherungen geht. Deshalb werden hier die wichtigsten Argumente im Überblick zusammengefasst:

Richtig ist, dass die jeweiligen Erwerbstätigengenerationen sowohl im Umlage- als auch im Kapitaldeckungsverfahren auf einen Teil ihres gegenwärtigen Konsums verzichten, um Beiträge bzw. Prämien in die Versicherung einzahlen zu können. Im Umlageverfahren wird der Konsumverzicht der Erwerbstätigen dazu genutzt, über die Leistungen für die eigene Kohorte hinaus die Beitragsdefizite der Älteren derselben Periode zu finanzieren. Im Kapitaldeckungsverfahren dient der Konsumverzicht der Jungen primär der Finanzierung der Leistungen der Kohorte in der Zukunft: Gleichzeitig muss hier der in den Vorperioden gebildete Kapitalstock dazu dienen, die Leistungen in der gegenwärtigen Periode zu bedienen.

Die These aber, dass es deshalb kein Sparen gäbe, lässt sich hingegen schon in einer geschlossenen Volkswirtschaft nicht halten. Denn durch Investition in langlebige Konsumgüter wie Immobilien oder Infrastruktur ist es möglich, durch Konsumverzicht heute Konsum in die Zukunft zu verlagern und dabei den (Real-)Kapitalstock – und damit die verfügbaren Produktionskapazitäten – einer Generation durch das Handeln der vorangegangenen Generation zu variieren.

⁶⁸ S. Mackenroth (1952), S. 41.

⁶⁹ Vgl. Homburg (1988); Fuest (2007).

In einer offenen Volkswirtschaft lassen sich zudem über Kapitalexporte Ansprüche an ausländische Volkseinkommen generieren. Indem in einer Periode die Forderungen auf- und in einer späteren Periode abgebaut werden, besteht die Möglichkeit der Konsumverlagerung in die Zukunft.⁷⁰

Während die Finanzierung von Leistungen immer einen Konsumverzicht mit sich bringt, hat die Wahl des Finanzierungsverfahrens einen Einfluss auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, der in dem Mackenroth-Zitat außen vor gelassen wird: Die Möglichkeit, Güter und Dienstleistungen und damit Wohlstand zu produzieren, hängt von der Erwerbstätigkeit in der Bevölkerung und deren Arbeitsproduktivität ab. Letztere ist wiederum abhängig davon, wie viel Realkapital den Erwerbstätigen zur Verfügung steht. Bei der Frage nach der Art der Finanzierung von Sozialversicherungen muss daher auch beachtet werden, welchen Einfluss die Art der Finanzierung auf die Erwerbsbeteiligung und die Arbeitsproduktivität hat. Im Kapitaldeckungsverfahren wird durch den Konsumverzicht die gesamtwirtschaftliche Ersparnis erhöht und damit (Real-)Kapitalbildung ermöglicht. Ein höherer Kapitalstock führt wiederum zu höherer Produktivität der Arbeitnehmer und damit mehr Gütern und Dienstleistungen. Der Konsumverzicht in einer Periode ermöglicht somit einen höheren Konsum in der Zukunft. Dies gilt für den Fall des „reinen“ Kapitaldeckungsverfahrens, in dem keine (sozialpolitisch bedingte) Umverteilung zugunsten der älteren Generationen stattfindet.

In einer Volkswirtschaft mit überwiegend umlagefinanzierten sozialen Sicherungssystemen liegt unter ansonsten gleichen Bedingungen die Sparquote und damit die Kapitalbildung niedriger als in einer Volkswirtschaft mit stärkerer Verbreitung von Kapitaldeckungsverfahren. Die niedrigere Kapitalbildung resultiert aus der Spar- bzw. Vorsorgeillusion der Beitragszahlenden, also der Illusion, dass sie durch die Beitragszahlungen Vorsorge für sich selbst betreiben. In der Folge sparen sie weniger für das Alter. Weniger Sparen bedeutet gesamtwirtschaftlich weniger Kapitalbildung, geringere Kapitalintensität der Produktion und damit unter ansonsten gleichen Bedingungen eine niedrigere Produktivität der Arbeitnehmer. Da sich die Löhne an der Produktivität orientieren, führt eine geringere Produktivität auch zu niedrigeren Löhnen. Zudem muss beachtet werden, dass Umlageverfahren in der Regel über lohnabhängige Beiträge finanziert werden. Diese können über ihre potenziell negativen Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt einen zusätzlichen negativen Einfluss auf das Wirtschaftswachstum ausüben.⁷¹

Zusammenfassend lässt sich damit festhalten, dass Kapitaldeckung im Vergleich zum Umlageverfahren zu einem höheren Kapitalstock führen und damit ein höheres Wachstum ermöglichen kann. Das der Bevölkerung zur Verfügung stehende Angebot an Gütern und Dienstleistungen ist in diesem Fall höher als im Umlageverfahren und die Volkseinkommen, aus denen der Sozialaufwand finanziert werden muss, unterscheiden sich je nach Finanzierungsart der Sozialversicherung.⁷² Somit ist die Mackenroth-These, nach der die Wahl der Finanzierungsform in jedem Fall irrelevant ist, nicht zu halten.

Wesentlicher in Bezug auf eine mögliche ergänzende Pflegeversicherung ist jedoch, dass die intergenerationellen Verteilungswirkungen zwischen den beiden Systemalternativen sehr unterschiedlich sind. In der aktuellen Situation einer alternden Bevölkerung mit bereits hohen Belastungen der jüngeren Generationen in anderen Sozialversicherungssystemen ist der weitere Ausbau der Finanzierung mittels eines weiteren Umlageverfahrens nicht zielführend.

70 Vgl. Fuest (2007).

71 Vgl. Lindbeck, A., Persson, M. (2003); Frassi et al. (2019).

72 Vgl. Breyer (2000).

Leistungserhöhungen in laufenden Systemen

Sofern die Leistungen der Pflegeversicherung in nominalen Pauschalen bestehen, müssen diese bei Vorliegen von (pflegespezifischer) Inflation regelmäßig angepasst werden, um eine reale Entwertung der Leistungen zu verhindern. Auch ggf. notwendige Anpassungen des Leistungskataloges müssen durch entsprechende Veränderungen bei Beiträgen/Prämien finanziert werden.

Im Umlageverfahren werden zusätzliche Leistungen überwiegend durch die Belastung der jüngeren Generationen finanziert. Pflegebedürftige bzw. pflegenaher Jahrgänge zahlen für die zusätzlichen Leistungen keine ausreichenden Beiträge, profitieren aber unmittelbar von der Leistungsausdehnung. Im Kapitaldeckungsverfahren müssen zusätzliche Leistungen hingegen von der jeweiligen Alterskohorte finanziert werden. Die Prämien für ältere Versicherte müssen dabei stärker steigen als für jüngere Versicherte, denn zum einen steigt der Risikoanteil der Prämie aufgrund des höheren Alters, zum anderen müssen die Alterungsrückstellungen an das neue Leistungsniveau angepasst werden. Da älteren Kohorten für diese Anpassung weniger Zeit verbleibt, steigt der Sparanteil an der Prämie bei ihnen stärker als bei jüngeren Versicherten. Diese überproportionalen Prämienanstiege firmieren auch unter dem „Altenproblem“ des Kapitaldeckungsverfahrens.⁷³ In der Pflegeversicherung können die notwendigen Prämienanpassungen für ältere Kohorten aufgrund des steileren Kostenverlaufs noch deutlich höher ausfallen als in der Krankenversicherung. Von daher müssen Vorkehrungen getroffen werden, um eine finanzielle Überforderung von älteren Versicherten bei notwendigen Prämienanpassungen zu vermeiden. Dafür stehen grundsätzlich versicherungsinterne Umverteilungsmöglichkeiten und Umverteilungsmechanismen außerhalb der Versicherung zur Verfügung.

Leistungsausdehnungen haben in Umlage- und Kapitaldeckungssystemen also systematisch unterschiedliche Belastungswirkungen für die Generationen. Während im (reinen) Kapitaldeckungsverfahren die älteren Generationen die Finanzierung zusätzlicher Leistungen selbst tragen müssen, werden im Umlageverfahren überproportional jüngere Generationen mit der Finanzierung der zusätzlichen Leistungen belastet. Diese haben im Gegenzug zwar ihrerseits die Möglichkeit, höhere Ansprüche an Folgegenerationen weiterzugeben, haben jedoch das Risiko, dass diese Ansprüche aufgrund der demografischen Veränderungen nicht erfüllt werden können, indem die dann jüngeren Generationen zur Begrenzung der Finanzierungslasten Leistungskürzungen beschließen.

Resilienz der Finanzierungssysteme

In den kommenden Jahren werden die starken demografischen Veränderungen zu erheblichen Auswirkungen auf die Relation zwischen Erwerbstätigenkohorten und Leistungsempfängern führen. Umlageverfahren werden durch diese Strukturverschiebungen der Bevölkerung stark beeinflusst, weil sich das Verhältnis von Nettozahlern zu Nettoempfängern zugunsten der Nettoempfänger verschiebt – dieses Verhältnis wird sich in Deutschland insbesondere ab dem Eintritt der sogenannten „Babyboomer“ in den Ruhestand drastisch verschlechtern. Eine solche Verschiebung hat im einkommensabhängig finanzierten Umlageverfahren zwei Effekte: Zum einen steigen die Ausgaben an. Bezogen auf die Pflegeversicherung würden die Ausgaben allein schon durch die absolut stärkere Besetzung der älteren Kohorten ansteigen, selbst wenn sich die Pflegefallwahrscheinlichkeiten nicht verändern würden. Zusätzlich sinken die beitragspflichtigen Einnahmen gegenüber dem heutigen Status quo: Die künftigen Erwerbstätigengenerationen sind deutlich kleiner als die stark besetzten Babyboomer-Kohorten, die sich momentan zum Teil noch in den Altersklassen mit den höchsten Löhnen befinden und damit hohe Einnahmen in den Sozialversicherungen generieren. Wenn diese sukzessive in die Rente eintreten, generieren sie deutlich

⁷³ Vgl. Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter, 1996, Bundestags-Drucksache 13/4945.

weniger Einnahmen, da sich die Beitragssätze auf die nun niedrigeren Renten beziehen. Durch die zu erwartenden starken Ausgabenanstiege bei gleichzeitigem Rückgang der Einnahmehasis entsteht ein starker Druck auf die Beitragssätze. Die jüngere Generation kann allerdings im politischen Prozess durch Leistungskürzungen den Anstieg der Beitragssätze zu begrenzen suchen.

Kapitaldeckungsverfahren sind demgegenüber deutlich weniger von demografischen Veränderungen betroffen, weil jede Kohorte für ihre Kosten vorsorgt, ohne auf ausreichend große nachwachsende Generationen angewiesen zu sein. Auswirkungen demografischer Veränderungen werden hingegen im Rahmen der sogenannten Asset-Meltdown-These diskutiert: Die Nachfrage nach Kapital sinke in einer schrumpfenden Bevölkerung, während das Angebot durch Entsparen der „Babyboomer“ zunehme. Mithin sei auch in einem Kapitaldeckungsverfahren mit sinkenden Renditen zu rechnen. Dem stehen vor allem zwei Argumente entgegen: Zum einen dürfte der Kapitalbedarf bei einer schrumpfenden Bevölkerung sogar noch steigen, da die fehlenden Erwerbstätigen durch Kapital ersetzt werden müssen. Zum anderen können im Kapitaldeckungsverfahren Investitionen international erfolgen und damit von der demografischen Entwicklung des Inlandes zumindest teilweise abgekoppelt werden.⁷⁴ Kapitalmarktrisiken, also das Risiko von Wertverlusten, können über die Zeit ausgeglichen werden und über diversifizierte Anlageformen reduziert werden. Da die Effekte der Alterung gut prognostizierbar sind, dürfte die Entwicklung zudem schon lange vor ihrem Eintreten eingepreist werden.⁷⁵ Wenn überhaupt, wirkt sich die demografische Entwicklung auf die zu erzielende Rendite in geringem Maße aus, was unter ansonsten gleichen Bedingungen einen entsprechenden erhöhenden Effekt auf die Prämienhöhe hat.

Kapitaldeckungsverfahren können hingegen von Finanzmarktkrisen betroffen sein, so dass es zu einem (Teil-)Verlust der Kapitalanlage kommen könnte. Die Folgen von Finanzmarktkrisen können jedoch durch geeignete Regulierung vermindert werden. So hat es in der Versicherungsbranche in der Finanzmarktkrise von 2008/2009 im Gegensatz zum Bankensektor deutlich geringere Verwerfungen gegeben. Im Gegenteil haben sie durch ihre lang laufenden Kapitalanlagen zur Stabilisierung der Finanzmärkte beigetragen.⁷⁶

Fazit

Die Einführung einer Ergänzungsversicherung im Kapitaldeckungsverfahren ist grundsätzlich generationengerecht, weil die Einzahlungen jedes Geburtsjahrgangs nur für die Finanzierung der Leistungen für diesen Jahrgang genutzt werden. Dabei wird das Risiko, Pflegeleistungen finanzieren zu müssen, von der Versicherung übernommen. Dieses Risiko kann auch eine umlagefinanzierte Ergänzungsversicherung absichern. Sie würde aber zwischen den Generationen umverteilen. Dies würde zwar insbesondere den pflegenahen und schon pflegebedürftigen Jahrgängen deutliche Vorteile bringen, da sie direkt Leistungen erhielten, für die sie nur wenig Beiträge entrichtet haben. Dagegen sprechen jedoch vor allem zwei Gründe:

- Zum einen gehen die von den Älteren realisierten „Einführungsgewinne“ vollständig zulasten der jüngeren Generationen, die bereits hohe implizite Schulden in anderen Sozialversicherungszweigen zu tragen haben (siehe Abschnitt 2.4.1).
- Zum anderen würde eine umlagefinanzierte Pflegeergänzungsversicherung auch all diejenigen entlasten, die die Eigenanteile in der Pflege aus eigenem Einkommen/Vermögen finanzieren können. Diese Umverteilung ginge auch zulasten von beitragspflichtigen Personen, die selbst geringere Einkommen/Vermögen aufweisen.

⁷⁴ Vgl. OECD (2008).

⁷⁵ Vgl. ebenda.

⁷⁶ Vgl. The Geneva Association (2010) und European Central Bank (2011).

Zwar werden in einer Ergänzungsversicherung im Kapitaldeckungsverfahren „Einführungsgewinne“ zulasten jüngerer Generationen vermieden. Gleichwohl gibt es auch hier eine Übergangsproblematik. Perspektivisch führt das System zwar letztlich dazu, dass jede Generation bestmöglich abgesichert wird. Für ältere Geburtsjahrgänge fehlen zum Zeitpunkt der Einführung aber Ansparleistungen. Dies kann in der Einführungsphase durch höhere Prämien kompensiert werden. Um eine finanzielle Überforderung durch ein hohes Prämienniveau zu vermeiden, müsste alternativ für die älteren Jahrgänge das Leistungsniveau herabgesetzt werden. Der im Folgenden skizzierte Vorschlag beinhaltet vor diesem Hintergrund eine Kombination von Vorschlägen für jüngere und ältere Geburtsjahrgänge, verbunden mit einem Lösungsvorschlag für die Menschen, die bereits im Ruhestand sind.

3. Ein konkreter Vorschlag für eine Ergänzung der Gesetzlichen Pflegeversicherung: die Pflege+ Versicherung

Angesichts der in Deutschland fortschreitenden Bevölkerungsalterung lässt sich eine generationengerechte Absicherung der selbst zu tragenden Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten in der stationären Pflege in erster Linie in einem kapitalgedeckten System erreichen (siehe Abschnitt 2.4). Zugleich ist es ratsam, wie in Abschnitt 2.3 diskutiert, eine Versicherungspflicht zu etablieren und damit von der im Prüfauftrag des Koalitionsvertrags angedachten Freiwilligkeit abzuweichen.⁷⁷ Denn in einem freiwilligen Setting bleiben die systematischen Gründe bestehen, die eine nennenswerte Nachfrage nach freiwilligen Versicherungsprodukten bisher verhindern. Die aktuell am Markt existierenden Versicherungsangebote sind zudem nur in eingeschränktem Maß dazu geeignet, die Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten für alle Einkommensgruppen zu beheben (vgl. Abschnitt 2.2), da die Prämienbelastung zu einer wirtschaftlichen Überforderung führen kann. Vor diesem Hintergrund wird hier ein innovatives Versicherungsmodell – die Pflege+ Versicherung – entworfen, das auf die spezifischen Anforderungen eine Antwort geben kann.

Im Folgenden wird die Funktionsweise der vom Experten-Rat vorgeschlagenen kapitalgedeckten Ergänzungsversicherung genauer dargestellt und es werden Lösungsansätze vorgestellt, die die grundsätzliche Funktionsweise einer solchen Versicherung mit sozialpolitischen Erwägungen kombinieren. Darüber hinaus wird auch ein Weg zur Einführung einer solchen Versicherung präsentiert, der eine wirtschaftliche Überforderung älterer Versicherter vermeidet.

3.1 Kernelemente der Pflege+ Versicherung

3.1.1 Leistungsumfang der Pflege+ Versicherung

Die Ausführungen aus Abschnitt 2.1 haben gezeigt, dass Pflegebedürftigkeit insbesondere bei stationärer Versorgung mit erheblichen Kosten einhergeht. In welchem Umfang Eigenanteile an den Pflegekosten im ambulanten Bereich entstehen, ist im Gegensatz zum stationären Bereich kaum zu überprüfen. Zudem fokussiert sich die politische Diskussion auf die Eigenanteile im stationären Bereich. Der folgende Reformvorschlag folgt diesem Fokus und zielt auf die Absicherung der pflegebedingten Eigenanteile zunächst in der vollstationären Dauerpflege ab.⁷⁸

Innerhalb des stationären Bereichs werden die pflegebedingten Eigenanteile abgesichert, die derzeit im Bundesdurchschnitt monatlich rund 1.200 Euro ausmachen (siehe Abschnitt 2.1). Neben diesen Pflegekosten müssen zusätzlich die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten von den Pflegebedürftigen getragen werden. Diese Eigenanteile stellen jedoch Kosten dar, die auch im Falle ausbleibender Pflegebedürftigkeit zu finanzieren wären.

Die Pflege+ Versicherung ist so konzipiert, dass sie die beim Pflegebedürftigen verbleibenden pflegebedingten Eigenanteile bis auf einen aus Anreizgründen vorzusehenden Selbstbehalt von 10 % versichert. Ohne Selbstbehalt an den pflegebedingten Kosten bestünde ansonsten die Gefahr, dass die Pflegebedürftigen sich für ein besonders teures Pflegeheim entscheiden

⁷⁷ Die Versicherungspflicht umfasst die gesamte deutsche Wohnbevölkerung (siehe Abschnitt 4.2.2).

⁷⁸ Es wäre für den Gesetzgeber jedoch möglich, zusätzlich Sachleistungen aus dem ambulanten Bereich über die Ergänzungsversicherung absichern zu lassen. Dies ist in den Prämienbeispielen in Abschnitt 3.5 nicht berücksichtigt.

und damit höhere Leistungsausgaben verursachen als notwendig (bezeichnet als ex post Moral Hazard). Zudem bestünde für Pflegeheimbetreiber der Anreiz, Teile der Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für Investitionen in den pflegebedingten Eigenanteil zu verschieben.

Die Pflege+ Versicherung ist als Pflegekostenversicherung ausgestaltet. Berücksichtigt werden dabei die nach § 43c SGB XI von der Gesetzlichen Pflegeversicherung gezahlten Zuschläge, die nach Pflegedauer in der vollstationären Dauerpflege differenziert sind.⁷⁹

Beispiel: Leistungen der Pflege+ Versicherung im Versicherungsfall

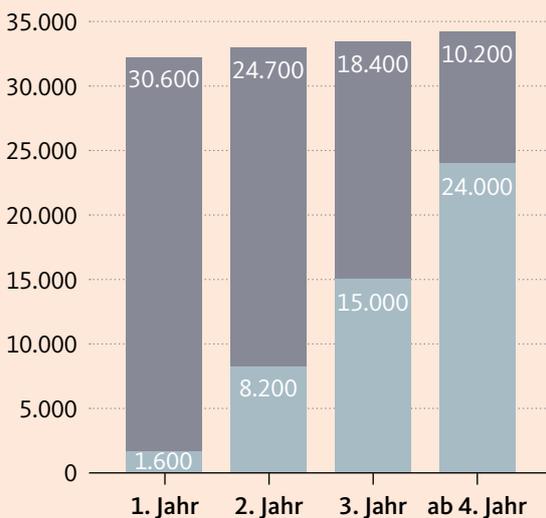
Die Pflege+ Versicherung ist so kalkuliert, dass sie die Zuschläge zu den pflegebedingten Eigenanteilen (EEE) nach § 43c SGB XI so aufstockt, dass Pflegebedürftige in der vollstationären Pflege lediglich 10 % des EEE aus eigenen Mitteln finanzieren müssen – Abweichungen in der Einführungsphase für bestimmte Altersgruppen werden unten beschrieben. Dadurch reduziert sich der individuelle Vorsorgebedarf für die Pflegekosten in der vollstationären Pflege deutlich. Dabei wird angenommen, dass die Leistungen aus der Gesetzlichen Pflegeversicherung regelmäßig dynamisiert werden.

Konkret lässt sich dies aus der Perspektive einer heute 45-jährigen verdeutlichen. Wie hoch sind Versicherungsleistungen und Eigenanteil für diese Person, falls sie im Alter von 75 zum Pflegefall wird? Unterstellt ist dabei wiederum eine pflegespezifische Inflation von real 2 % jährlich sowie das dem heutigen Umfang entsprechende Leistungsvolumen der Gesetzlichen Pflegeversicherung (vgl. Abschnitt 2.1.2).

Versicherungsleistungen und Selbstbehalt an den EEE in 30 Jahren im Status quo

In Euro pro jeweiliges Jahr Aufenthalt (alle Werte gerundet)

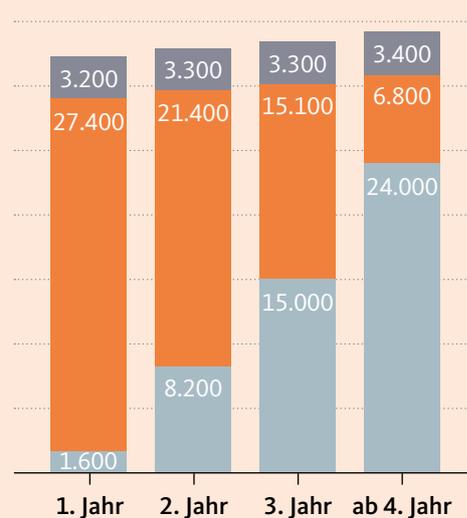
- Zuschläge nach §43c SGB XI
- Selbstbehalt



Versicherungsleistungen und Selbstbehalt an den EEE in 30 Jahren mit Pflege+ Versicherung

In Euro pro jeweiliges Jahr Aufenthalt (alle Werte gerundet)

- Zuschläge nach §43c SGB XI
- Pflege+ Versicherung
- Selbstbehalt



79 Rein technisch bedeutet dies auf Basis der aktuellen Regelung des § 43c SGB XI: Im ersten Jahr zahlt die Gesetzliche Pflegeversicherung 5 % der pflegebedingten Eigenanteile, die Pflege+ Versicherung übernimmt weitere 85 %. Nach zwölf Monaten beträgt der Zuschuss aus der Gesetzlichen Pflegeversicherung 25 %, die Pflege+ Versicherung trägt 65 %. Nach 24 Monaten zahlt die Pflege+ Versicherung 45 % der pflegebedingten Eigenanteile, die Gesetzliche Pflegeversicherung ebenfalls 45 %. Für eine Pflegedauer von drei Jahren und länger beträgt der Zuschuss der Gesetzlichen Pflegeversicherung 70 %, der der Pflege+ Versicherung dann 20 %.

3.1.2 Anwartschaftsdeckungsverfahren und Kontrahierungszwang

Für die Kalkulation der Pflege+ Versicherung kann auf das Kalkulationsmodell der Privaten Krankenversicherung (PKV) zurückgegriffen werden. In diesem Anwartschaftsdeckungsverfahren gilt es, zwei Komponenten der Prämie zu unterscheiden: den Risiko- und den Sparanteil (vgl. Abschnitt 2.2.1). Im Risikoteil der Prämie wird das Pflegekostenrisiko, das sich je nach Gesundheitszustand und Alter unterscheidet, abgebildet. Je höher das Alter, desto höher das Pflegekostenrisiko. Um einen mit dem Alter ansteigenden Prämienverlauf zu vermeiden, werden mit dem Sparanteil der Prämie Alterungsrückstellungen aufgebaut.

Auch bei Einführung der Pflicht zur Absicherung von Pflegekostenrisiken im Jahr 1995 galt es, das Anwartschaftsdeckungsverfahren in der Privaten Pflegepflichtversicherung so auszugestalten, dass sich für bereits alte und vorerkrankte Versicherte keine finanziell nicht tragbaren Prämien ergaben.

Die Prämien der Pflege+ Versicherung werden analog zur Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) nicht nach dem individuellen Gesundheitszustand (und damit dem individuell unterschiedlichen Pflegebedürftigkeitsrisiko) differenziert. Für die Versicherungsunternehmen, die die Pflege+ Versicherung anbieten, besteht Kontrahierungszwang.

Im Unterschied zur heutigen Prämienkalkulation der Privaten Pflegepflichtversicherung wird in der Pflege+ Versicherung bei Abschluss der Versicherung sowohl ein Faktor für die erwartete (reale) Leistungsentwicklung als auch eine Prämienentwicklung in Höhe der allgemeinen Inflationsrate (Inflationsziel der EZB) mit einkalkuliert. Dies vermeidet Prämien sprünge im Verlauf der Versichertenzeit unter ansonsten gleichen Bedingungen. Darüber hinaus soll jährlich überprüft werden, ob Prämienanpassungen notwendig werden, etwa weil sich Änderungen bei der Lebenserwartung oder über die bereits angesetzten Annahmen zur Leistungsentwicklung hinausgehende Leistungsveränderungen ergeben haben. Zudem wird hier vorgeschlagen, die Anpassungsschwelle (sogenannte „auslösende Faktoren“) mit 2,5 % niedriger zu setzen, als es aktuell der Fall ist, um auch damit schneller Anpassungen zu ermöglichen und so große Prämien sprünge zu vermeiden.⁸⁰ Gleichzeitig wird von Beginn an eine Komponente zur Prämientlastung integriert, die eine Halbierung der Prämie mit Erreichen der Regelaltersgrenze und damit auch im Rentenalter tragbare Prämien ermöglicht.

3.1.3 Risikoausgleich

Analog zur PPV ist ein Risikoausgleich zwischen Versicherern erforderlich, weil Prämienunterschiede aufgrund von unterschiedlichen Vorerkrankungen für Versicherte vermieden werden sollen. Zudem bedingt die sozialpolitische Flankierung (näher beschrieben in Abschnitt 3.2), die in der Pflege+ Versicherung vorgesehen ist, die Notwendigkeit eines Risikoausgleichs. Ansonsten wären Versicherer mit überdurchschnittlich vielen Versicherten mit Sozialausgleichsbedarf im Wettbewerb benachteiligt, weil sie höhere Prämien fordern müssten als diejenigen in Versicherungskollektiven, in denen ein geringerer Umverteilungsbedarf existiert. Darüber hinaus unterscheiden sich die Pflegekosten in der vollstationären Dauerpflege je nach Pflegeheim und sind in ihrer Höhe stark sowohl von regionaler bzw. bundesländerspezifischer Regulierung als auch von dem jeweiligen Lohnniveau abhängig. Da die Strukturen für den Risikoausgleich zwischen

⁸⁰ Beides erfordert eine entsprechende Anpassung rechtlicher Grundlagen durch den Gesetzgeber. Zu den gesetzten Annahmen vgl. Abschnitt 3.5.1.

den Versicherern schon mit Einführung der Privaten Pflegepflichtversicherung etabliert wurden, kann auf die dort getroffenen Regelungen zurückgegriffen werden.⁸¹

3.1.4 Nachteilsfreier Wechsel zwischen den Versicherern

Um den Versicherten einen nachteilsfreien Anbieterwechsel zu ermöglichen und so den Wettbewerb zwischen den Anbietern zu stärken, werden analog zur heutigen Privaten Pflegepflichtversicherung Alterungsrückstellungen bei einem Versicherungswechsel übertragen. Aufgrund des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern entstehen den Kollektiven, die von einem Wechsel betroffen sind, bei der Übertragung durchschnittlicher Alterungsrückstellungen keine Vor- oder Nachteile.

3.2 Sozialpolitische Flankierung

Die Versicherungspflicht und damit die Pflicht, die alterskohortenspezifischen Prämien zu finanzieren, kann insbesondere Versicherte mit geringen Einkommen und Vermögen finanziell überfordern. Darüber hinaus sind Familien genauer in den Blick zu nehmen. Daher wird hier vorgeschlagen, verschiedene Elemente in die Versicherung zu integrieren, die in den genannten Fällen umverteilenden Charakter haben und die spezifische Lebenssituation berücksichtigen. Dies betrifft namentlich Leistungsberechtigte nach dem SGB II oder SGB XII, die Prämienhalbierung für Versicherte mit geringen Einkünften, die prämienfreie Mitversicherung von Kindern und prämienbegünstigte Versicherung von Ehegatten und Lebenspartnern sowie die Halbierung der Prämie für Personen im Rentenalter.

Bezüglich der Erhebung der Prämien ist im Prüfauftrag des Koalitionsvertrags eine paritätische Finanzierung angedacht. Auch auf die Beteiligung der Arbeitgeber wird im Folgenden näher eingegangen.

3.2.1 Versicherte mit geringen Einkommen und Vermögen

Um die finanzielle Überforderung von Versicherten zu vermeiden, wird für die Pflege+ Versicherung ein Vorgehen analog zum Basistarif in der Privaten Krankenversicherung vorgeschlagen. Dort wird die zu zahlende Prämie zulasten der Versichertengemeinschaft halbiert, wenn die Zahlung der Prämie Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II (Bürgergeld) oder des SGB XII (Sozialhilfe) auslösen würde. Löst auch die hälftige Prämie Unterstützungsbedarf aus, wird diese hälftige Prämie von den zuständigen Sozialleistungsträgern übernommen.

Auch für Versicherte, die bereits steuerpflichtiges Einkommen beziehen, ergibt sich bei Pauschalprämien der Effekt, dass sie bei niedrigem Einkommen einen höheren Anteil am Einkommen ausmachen als bei höherem Einkommen. Eine Absetzbarkeit der Prämien als Vorsorgeaufwand im Rahmen der Einkommensteuer etwa durch Ausweitung des Vorsorgehöchstbetrags im Rahmen der Einkommensteuer mag geboten sein. Diese kann hier aufgrund der Einkommensteuerprogression nicht helfen.⁸² Denkbar wäre aber die Einführung eines Abzugsbetrags von der Steuerschuld, wie

⁸¹ Für den Fall, dass ein Versicherungsanbieter Insolvenz anmelden muss, kann wie im PKV-System verfahren werden: Der von allen privaten Krankenversicherungen verpflichtend gespeiste Sicherungsfonds Medicator übernimmt bei einer Insolvenz eines privaten Versicherungsunternehmens den Versichertenbestand und überträgt ihn auf andere Versicherungsunternehmen. Bis dieser Prozess abgeschlossen ist, werden die Vertragsleistungen aus dem Sicherungsfonds finanziert.

⁸² Siehe hierzu z. B. Pollak, H. (1980), S. 254.

sie bereits für Pflegeleistungen im Haushalt gilt.⁸³ Dies wäre indes mit entsprechend höheren Mindereinnahmen bei der Einkommensteuer verbunden, was Anpassungen in der Haushaltsplanung von Bund und Ländern erfordert.

3.2.2 Prämienfreie Mitversicherung von Kindern, Begrenzung der Prämienbelastung für Ehepaare mit nicht erwerbstätigem Ehepartner

Ebenfalls wie in der Privaten Pflegepflichtversicherung werden Kinder prämienfrei mitversichert. Diese prämienfreie Mitversicherung gilt analog zu den Regelungen in der Sozialen Pflegeversicherung (§ 25 Absatz 2 SGB XI) bis zum Alter von 18 Jahren bzw. bei Nichterwerbstätigkeit oder Berufsausbildung/Studium bis zum Alter von 23 bzw. 25 Jahren.

In der Privaten Pflegepflichtversicherung besteht zudem die Regelung, dass bei Ehepaaren mit nur einem Erwerbstätigen das Paar nicht mehr als 150 % des Höchstbeitrages zur Gesetzlichen Pflegeversicherung tragen muss. Diese Regelung wird für die Pflege+ Versicherung in einer entsprechenden Abwandlung vorgeschlagen, so dass für den nicht erwerbstätigen Ehepartner oder Lebenspartner nur 50 % der Prämie aufgebracht werden müssen.⁸⁴ Hierfür muss die Nichterwerbstätigkeit bei dem Versicherungsunternehmen angezeigt werden.

3.2.3 Paritätische Finanzierung der Prämien während der Erwerbsphase

Sollte der Gesetzgeber eine paritätische Finanzierung der Prämien als notwendig erachten, kann eine entsprechende Beteiligung der Arbeitgeber auch in dieses Modell integriert werden. Angesetzt werden kann eine hälftige Beteiligung an der kohortenspezifischen Prämie.

Allerdings würde der Eintritt in die Rente dann – analog zur Gesetzlichen Pflegeversicherung – eine vollständige Zahlung der Prämie durch die Rentner nach sich ziehen. Eine Übernahme durch die Gesetzliche Rentenversicherung ist hingegen vor dem Hintergrund der Generationengerechtigkeit abzulehnen. Denn damit würden im umlagefinanzierten System der Gesetzlichen Rentenversicherung letztlich die Arbeitnehmer die Hälfte der erforderlichen Prämienzahlungen für die Älteren übernehmen.

Um jedoch bei Renteneintritt eine Verdoppelung der vom Versicherten gezahlten Prämie zu vermeiden, wird für die Pflege+ Versicherung vorgeschlagen, in die Prämie bis Renteneintritt zusätzlich eine Prämientlastungskomponente zu kalkulieren, die ab Renteneintritt dann eine Prämienzahlung ermöglicht, die nur der Hälfte der kohortenspezifischen Prämie entspricht.

Hinsichtlich der paritätischen Finanzierung sei an dieser Stelle noch angemerkt, dass hierbei ein Unterschied zwischen Zahllast (wer muss die Prämie abführen?) und wirtschaftlicher Traglast (wer wird durch die Prämien wirtschaftlich belastet?) der Prämien besteht. Arbeitgeberanteile an Beiträgen oder Prämien zählen zu den Lohnnebenkosten – und müssen ebenso wie die Löhne und Gehälter durch die Arbeitsleistung der Arbeitnehmer erwirtschaftet werden, ansonsten wäre eine Beschäftigung der Arbeitnehmer für den Arbeitgeber unwirtschaftlich. So können die Arbeitgeber zwar formal verpflichtet werden, einen Teil der Versicherungsprämien zu übernehmen. Ob

⁸³ § 35a EStG sieht die Möglichkeit vor, bis zu 20 % der Pflegeleistungen steuerlich absetzen zu können.

⁸⁴ Mit Ehepaaren gleichgestellt sind eingetragene Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten).

sie auch die wirtschaftliche Belastung tragen, hängt hingegen davon ab, wie die wirtschaftliche Stellung und die Verhandlungsposition der beiden Parteien ist.

3.2.4 Brancheneinheitliches Produkt

Der Vorschlag des Experten-Rates sieht eine Versicherungspflicht mit Kontrahierungszwang und Risikoausgleich vor. Zudem enthält die Pflege+ Versicherung durch die sozialpolitischen Flankierungen in gewissem Umfang interpersonelle Umverteilungselemente. Daher ist es erforderlich, dass das Versicherungsprodukt brancheneinheitlich angeboten wird. Sicherungsumfang und die Kalkulationsgrundlagen für die Nettoprämie müssen bei allen Versicherern, die die Pflege+ Versicherung anbieten, gleich sein. Demgegenüber kann die Bruttoprämie versichererindividuell kalkuliert werden. Dies unterstützt einen Wettbewerb der Versicherer. Über die Pflege+ Versicherung hinausgehende Leistungen können nach wie vor im Rahmen der bestehenden freiwilligen Pflegezusatzversicherungen angeboten werden.

3.3 Besondere Regelungen für die Einführungsphase: Dreistufenmodell

Die Ausgestaltung im Kapitaldeckungsverfahren ist zwar generationengerecht, aber mit hohen Prämien für ältere Generationen verbunden, wenn eine Vollabsicherung des pflegebedingten Eigenanteils angestrebt wird. Zudem besteht bei den heute älteren Kohorten die Möglichkeit, dass sie schon zumindest teilweise Vorsorge für Pflege im Alter betrieben haben. Daher wird hier für die Einführung der Pflege+ Versicherung ein dreistufiges Modell vorgeschlagen:

- eine Vollabsicherung des Eigenanteils (mit Selbstbehalt von 10 %) für die jüngeren Geburtsjahrgänge
- eine „Gleitzone“ mit altersabhängiger Leistungsanpassung für die älteren Geburtsjahrgänge im erwerbsfähigen Alter
- eine Deckelung der Belastung durch Eigenanteile auf einen maximalen Selbstbehalt ab der Regelaltersgrenze

Konkret beinhalten diese drei Stufen folgende Elemente:

1. Die Vollabsicherung für jüngere Versicherte entspricht dem beschriebenen Modell mit seinen sozialpolitischen Flankierungen. Innerhalb dieser Gruppe der Versicherten unterscheiden sich die Prämien in der Einführungsphase, da sich der verbleibende Zeitraum für die Bildung der Alterungsrückstellungen mit dem Eintrittsalter in die Versicherung verringert: Je jünger die Versicherten bei Vertragsbeginn, desto niedriger ist die Prämie.
2. In der Gleitzone für die Versicherten im bei Einführung höheren erwerbsfähigen Alter bis Erreichen der Regelaltersgrenze wird die Prämie auf den politisch zu wählenden Höchstwert der jüngeren Geburtsjahrgänge begrenzt – es wird somit eine Referenzprämie gesetzt. Auf diese Weise wird zum einen eine finanzielle Überforderung der Versicherten durch die neu eingeführte Versicherungspflicht vermieden. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass in diesen Altersgruppen in der Regel schon konkretere Vorsorgeentscheidungen getroffen wurden und eine Versicherungspflicht zur Vollversicherung damit auch zu „Übersicherung“ führen kann. Daher kann bereits in dieser Altersgruppe die Verhältnismäßigkeit der Versicherungspflicht für den vollen Umfang der Pflege+ Versicherung in Frage gestellt werden. Aus diesen Gründen

wird vorgeschlagen, in dieser Altersgruppe eine Leistungsdifferenzierung nach Geburtsjahr vorzunehmen.

3. Endet die Gleitzone bei Erreichen der Altersgrenze für die Regelaltersrente, so wird – unter der Prämisse der Begrenzung der Prämie auf eine politisch festgesetzte Referenzprämie – die Pflege+ Versicherung für einen zum Einführungszeitpunkt z. B. 50-Jährigen um einen höheren Betrag aufstocken als für einen zum Einführungszeitpunkt 66-Jährigen. Der nicht abgesicherte Eigenanteil ist daher für den 50-Jährigen geringer als für den 66-Jährigen. Je älter die zu Versichernden zum Einführungszeitpunkt sind, desto eher ist allerdings anzunehmen, dass bereits in höherem Umfang (unspezifische) Alters- und Pflegevorsorgeentscheidungen getroffen wurden, was im Pflegefall eine Finanzierung der höheren Selbstbehalte ermöglichen kann. Dennoch werden auch diese Versicherten, sollten sie als Pflegebedürftige vollstationäre Pflege in Anspruch nehmen, im Gegensatz zum Status quo noch (deutlich) entlastet.

Will der Gesetzgeber auch einen Lösungsansatz zur Unterstützung bei den Eigenleistungen für Geburtsjahrgänge implementieren, die in der Einführungsphase bereits die Regelaltersgrenze überschritten haben, käme eine Deckelung des Eigenanteils auf einen einheitlichen maximalen prozentualen Selbstbehalt in Betracht. Für diese Altersgruppe beinhaltet der Vorschlag mithin einen „prozentualen“ *Sockel-Spitze-Tausch*.⁸⁵ Referenz ist wiederum die Prämie, die politisch als Maximalprämie gesetzt wird, allerdings ohne Arbeitgeberanteil. Diese Prämie ist von allen Versicherten dieser Gruppe altersunabhängig zu bezahlen. Gleichzeitig findet keine weitere altersabhängige Leistungsdifferenzierung in dieser Altersgruppe der 67-Jährigen und Älteren statt, da für zum Einführungszeitpunkt Hochaltrige der Versicherungsumfang sonst nur marginal wäre. Daher müssen alle ab diesem Alter im Fall der stationären Pflege denselben prozentualen Selbstbehalt finanzieren.

Der von Rothgang und Kalwitzki⁸⁶ vorgeschlagene sogenannte „Sockel-Spitze-Tausch“ zielt darauf ab, die pflegebedingten Eigenanteile pauschal und zeitlich begrenzt festzuschreiben und nicht, wie bisher, die Versicherungsleistungen. Dieser Reformvorschlag war von den Befürwortern zur Implementierung in der Sozialen Pflegeversicherung vorgesehen. Der deutliche Nachteil dieses Modells als integraler Bestandteil der Sozialen Pflegeversicherung ist allerdings die Finanzierung der Spitze im Umlageverfahren und damit eine weitere Belastung der jüngeren Generationen. Durch den höheren Kostenanteil, der in der Pflegeversicherung durch die Absenkung der privat finanzierten Eigenanteile getragen werden muss, müssen die Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung entsprechend stärker steigen. Im Vorschlag der Pflege+ Versicherung wird die Spitze hingegen kapitalgedeckt und damit ohne Rückgriff auf jüngere Generationen finanziert.

85 Vgl. Rothgang, H., Kalwitzki, T. (2017).

86 Rothgang, H., Kalwitzki, T. (2017).

3.4 Zusammenfassung der Kernmerkmale

Zusammengefasst hat die Pflege+ Versicherung folgende Merkmale:

Tabelle 10: Merkmale der Pflege+ Versicherung

Grundlegende Komponenten	
Versicherte	Gesamte deutsche Wohnbevölkerung
Versicherungspflicht	Ja
Umfang der Versicherungspflicht	Absicherung des pflegebedingten Eigenanteils im stationären Sektor mit Selbstbehalt von 10 %
Produktdifferenzierung	Nein; brancheneinheitliches Produkt
Kontrahierungszwang für die Versicherer	Ja
Prämienkalkulation und Leistungsentwicklung	
Gesundheitsprüfung	Nein
Prämienentwicklung	Berücksichtigung einer Prämiedynamisierung im Versicherungsverlauf bereits bei Erstkalkulation Jährliche Anpassung bei Überschreitung einer Veränderungsschwelle von 2,5 % möglich Integrierte Komponente zur Prämientlastung ab Erreichen der Regelaltersgrenze
Leistungsentwicklung	Berücksichtigung einer Leistungsdynamisierung im Versicherungsverlauf bereits bei Erstkalkulation
Versicherungsmarkt	
Organisationsform	Privatrechtlich
Wettbewerb	Ja Wechsel des Anbieters unter Mitgabe der Alterungsrückstellungen Risikoausgleich zwischen den Versicherern
Sozialpolitische Komponenten	
Familien	Prämienfreie Mitversicherung von Kindern bei vollem Leistungsanspruch Prämienhalbierung bei nicht erwerbstätigen Ehe-/Lebenspartnern
Versicherte mit geringem Einkommen/ Empfänger von Bürgergeld oder Sozialhilfeleistungen	Prämienhalbierung Bürgergeld-/Sozialhilfeanspruch steigt um die durchschnittliche Prämie der Pflege+ Versicherung
Rentner	Prämienhalbierung ab Erreichen der Regelaltersgrenze
Steuerrechtliche Berücksichtigung	Evtl. Berücksichtigung der Prämienzahlung als Vorsorgeaufwand
Besondere Regelungen für die „Einführungsgeneration“	
Versicherte bis 45 Jahre	Vollabsicherung der Eigenanteile mit Selbstbehalt von 10 %
Versicherte zwischen 45 Jahren und der Regelaltersgrenze	„Gleitzone“: Maximalprämie bei reduziertem Leistungsanspruch
Versicherte ab Regelaltersgrenze	Falls politisch als notwendig erachtet prozentualer kapitalgedeckter „Sockel-Spitze-Tausch“: Deckelung des Eigenanteils auf einen einheitlichen maximalen prozentualen Selbstbehalt bei altersunabhängiger, einheitlicher Prämie

3.5 Pflege+ Versicherung: ein konkretes Rechnungsbeispiel

Im Folgenden werden konkrete Prämien der Pflege+ Versicherung anhand des in der Privaten Krankenversicherung verwendeten aktuariellen Kalkulationsmodells berechnet. Da die Pflege+ Versicherung jedoch eine bevölkerungsumfassende Versicherung darstellt und um verschiedene Module ergänzt ist, weicht die Kalkulation der Pflege+ Versicherung an verschiedenen Stellen von dem aktuellen Kalkulationsmodell der PKV ab. Darüber hinaus ist für die Einführungsphase eine „Referenzprämie“ festzulegen, die den Eintritt in die „Gleitzone“ bestimmt und gleichzeitig den maximalen prozentualen Selbstbehalt für die Versichertenkohorte der 67-Jährigen und Älteren determiniert. Diese Referenzprämie ist letztlich politisch zu bestimmen, die hier vorgenommene Kalkulation zeigt daher eine mögliche Variante der Pflege+ Versicherung auf.

3.5.1 Grundsätzliche Annahmen

Im Gegensatz zu üblichen PKV-Tarifen wird als Versichertenkreis die Gesamtbevölkerung zugrunde gelegt. Daher liegen der Kalkulation die Sterbetafeln des Statistischen Bundesamtes zugrunde,⁸⁷ für die Bevölkerung wird die Fortschreibung so gewählt, dass sie der 15. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes⁸⁸ entspricht. Die zu erwarteten Kopfschäden der Pflege+ Versicherung werden auf Basis eines Vergleichs der Querschnittsdaten der Leistungsempfänger in der stationären Versorgung der SPV⁸⁹, der Daten der DAK zu der Verteilung der Zuschläge nach § 43c SGB XI⁹⁰ und der Daten der PPV sowie der Pflegedatenbank des PKV-Verbands für die Höhe der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile berechnet. Startjahr für das Modell ist auf Basis dieser Daten das Jahr 2023.

Für die Berechnung der (Brutto-)Prämien wird grundsätzlich das in der Privaten Krankenversicherung verwendete Kalkulationsverfahren angewendet. Zugrunde gelegt wird ein einheitlicher Rechnungszins (nominal) in Höhe von 2,5 %. Diese Annahme berücksichtigt die deutliche Zinssteigerung am Kapitalmarkt infolge der aktuellen Inflation. Der Wert liegt in dem Bereich, der zur Berechnung der langfristigen risikofreien Zinsstrukturkurve zur Bewertung versicherungstechnischer Rückstellungen unter Solvency II verwendet wird (Ultimate Forward Rate (UFR)). Der Rechnungszins ist dabei der Zins, der für die Berechnung der Prämien und Alterungsrückstellungen zugrunde gelegt und dessen maximale Höhe gesetzlich vorgegeben wird. Der Nettozins ist der Kapitalanlageertrag nach Abzug von Aufwendungen für die Kapitalanlage. Aus der Differenz zwischen Netto- und Rechnungszins ergibt sich der sogenannte Überzins. Die Mittel aus dem Überzins fließen zu mindestens 80 % in die Rückstellungen für Beitragsrückerstattungen (RfB-Mittel), die bei Prämienanpassungen zugunsten der Versicherten prämiemindernd eingesetzt werden können. Die Kalkulationsannahmen werden üblicherweise konservativ gewählt, so dass diese Überschüsse auch planmäßig entstehen. In den dargestellten (Brutto-)Prämien ist noch kein Einsatz von Mitteln aus der RfB enthalten, die Kalkulation sieht ferner den Verzicht auf eine Abschlussprovision vor.

87 Statistisches Bundesamt (2023d)

88 Statistisches Bundesamt (2023e), Szenario G2L2W2.

89 Bundesministerium für Gesundheit (2023b) und (2023c); eigene Berechnungen.

90 DAK-Gesundheit (2022).

Bei der Kalkulation ist der Aufwand der Versicherungsunternehmen zu berücksichtigen. Dies ist sachgerecht, da

- Transaktionskosten bei Vertragsabschluss entstehen,
- Rechnungen erfasst, geprüft und Auszahlungen vorgenommen werden müssen,
- die Prämientlastung von Bedürftigen weitere Kosten verursacht ebenso wie
- die Administration der Prämienfreiheit von Kindern,
- die Umsetzung der verschiedenen Erhebungsmodi (Arbeitnehmer- und Selbstständige) und
- die Übertragung von Alterungsrückstellungen.

Hierfür sind im Folgenden 11 % unterstellt. Weiterhin sieht § 7 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) einen Sicherheitszuschlag von mindestens 5 % vor, der allerdings aufgrund der berücksichtigten Kostensteigerung abgesenkt werden könnte. Im Folgenden wird mit 2,5 % gerechnet.

Abweichend von der üblichen Vorgehensweise bei PKV-Tarifen werden für die Pflege+ Versicherung Prämienanpassungen, die aufgrund von Veränderungen von Leistungen oder Lebenserwartung notwendig werden, nicht nur bei Überschreiten bestimmter Schwellenwerte vorgenommen. Stattdessen wird von Beginn an jährlich eine Prämienentwicklung in Höhe von 2 % (nominal) – dem Inflationsziel der Europäischen Zentralbank – mit einkalkuliert, sowie zusätzlich ein Faktor in Höhe von 4 % (nominal) für eine erwartete Entwicklung der Pflegeleistungen integriert – denn wie oben (Abschnitt 2.1) beschrieben, ist anzunehmen, dass die Wachstumsrate der stationären Eigenanteile – und damit die absolute Leistungshöhe der Pflege+ Versicherung – auch in Zukunft oberhalb der entsprechenden Rate der allgemeinen Verbraucherpreise liegt. Darüber hinaus beeinflusst die (zukünftige) Zusammensetzung der Pflegebedürftigen nach Schweregrad (Pflegegrade) die absolute Höhe der zukünftigen aus der Versicherung zu finanzierenden Leistungen. Der Dynamisierungsfaktor für die Leistungsentwicklung, der der Kalkulation zugrunde gelegt wird, wird etwas oberhalb langfristiger Prognosen für die allgemeine Bruttolohnentwicklung bzw. Entwicklung der Arbeitsproduktivität festgesetzt⁹¹ und beinhaltet damit noch einen Aufschlag für aktuell nicht exakt kalkulierbare Entwicklungen der stationären Pflegekosten.⁹²

Dadurch, dass die Dynamisierung sowohl der Leistungen als auch der Prämien von Versicherungsbeginn an in die Prämienkalkulation mit einbezogen ist, wird ein deutlich stabilerer Prämienverlauf über den versicherten Zeitraum erreicht, als es im heutigen Kalkulationsverfahren in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung bei vergleichbaren Leistungsentwicklungen der Fall sein kann. Ohne diese Dynamisierungsfaktoren wären insbesondere für ältere Versicherte hohe Prämiensteigerungen zu erwarten, sobald eine Leistungssteigerung beobachtet und damit verbunden eine Nachkalkulation notwendig wird. Denn sie müssten die dann höheren Leistungen und dementsprechend die dafür notwendigen Alterungsrückstellungen in einem kürzeren Zeitraum nachfinanzieren als jüngere Kohorten. Diese überproportionalen Prämiensteigerungen werden bei der Pflege+ Versicherung in dem Maße verhindert, in dem die erwartete Leistungsentwicklung bereits vorfinanziert wird.

⁹¹ So rechnet beispielsweise die Europäische Kommission (2020) mit einer langfristigen Wachstumsrate der Arbeitsproduktivität für Deutschland von 1,4 % (real), der Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022, S. 115 ff.) nimmt eine Veränderungsrate der Bruttolöhne und -gehälter je Arbeitnehmer von zwischen einmalig 5% im Jahr 2023 sowie 4,7 % im Jahr 2024 sowie in den darauffolgenden Jahren bis 2036 von 3 % (nominal) an.

⁹² Dazu gehören eine im Pflegesektor aufgrund des gegenwärtigen Fachkräfteengpasses noch überproportionale Lohn- und damit Pflegepreisentwicklung, mögliche Preissteigerungen aufgrund der ab Mitte 2023 geltenden Personalbemessungsverfahren (§ 113c SGB XI) und einer damit verbundenen höheren Anzahl von in der stationären Pflege beschäftigten Pflegehilfskräften ebenso wie mittel- und langfristig mögliche Veränderungen der Zusammensetzung der Bewohnerstruktur in Pflegeheimen.

3.5.2 Annahmen für die sozialpolitische Flankierung

Die prämienfreie Mitversicherung der Kinder (im Sinne von § 25 Absatz 2 SGB XI) sowie die Prämienreduktion für Versicherte mit geringem Einkommen oder im Transferbezug sowie von nicht erwerbstätigen Ehe-/Lebenspartnern erfordern weitere Variationen des gegenwärtigen Kalkulationsmodells der Privaten Krankenversicherung. Die erforderliche Umlage für die Mitversicherung der Kinder wird wie auch in der Privaten Pflegepflichtversicherung aus den berechneten Leistungsdaten (sogenannte Kopfschäden) erstellt. Der erforderliche Umlagebetrag für die prämienfreie Mitversicherung für Ehe-/Lebenspartner wird auf Basis der Versichertendaten der Sozialen Pflegeversicherung⁹³ sowie der Daten der Privaten Pflegepflichtversicherung geschätzt. Der notwendige Umfang der Prämienreduktion für Bürgerinnen und Bürger im Transfersystem ist berechnet auf Basis der Daten aus der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes⁹⁴ sowie der Daten der Bundesagentur für Arbeit⁹⁵ sowie der Statistik zum Wohngeld⁹⁶ als Proxy für Personen, die ohne Prämienreduktion in das Transfersystem wechseln müssten. Diese Belastungen werden auf alle Prämienzahler umgelegt.

Zudem wird für alle Alterskohorten bis zum Erreichen der Regelaltersgrenze (die derzeit schrittweise auf das 67. Lebensjahr angehoben wird) eine Komponente zu einer integrierten Prämienentlastung kalkuliert, die für die Prämienhalbierung im Alter sorgt: Die Versicherten zahlen bis zur Regelaltersgrenze eine zusätzliche Prämie, die verzinslich angelegt wird und so berechnet ist, dass die kumulierten Prämienzahlungen (zuzüglich Zinsen) ab Erreichen dieser Altersgrenze für die Halbierung der Prämie bis zum Versicherungsende verwendet werden können. Für Erwerbsminderungsrentner wird hingegen unterstellt, dass die hälftige Prämienzahlung aus der Rentenversicherung übernommen wird (s. Abschnitt 4.6.4), erst bei Erreichen der Regelaltersgrenze reduziert sich die Prämie dauerhaft.

3.5.3 Berechnung der alterskohortenspezifischen Prämien und Kalibrierung des Modells in den einzelnen Modulen

Das Modell der Pflege+ Versicherung setzt sich aus mehreren Modulen zusammen, deren jeweiliger Finanzierungsumfang sich durch die einzelnen, aufeinander aufbauenden Rechenschritte in Form der Prämienhöhe zeigen lässt.

Als Ausgangspunkt gewählt ist die Kalkulation einer Pflegekostenversicherung, die die Zuschläge aus § 43c SGB XI so aufstockt, dass nur noch 10 % Selbstbeteiligung an den pflegebedingten Kosten in der jeweils gewählten Pflegeeinrichtung von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Würde diese Versicherung nach den aktuellen Kalkulationsgrundlagen der PKV ausschließlich mit einer Prämienfreiheit für Kinder, aber ohne weitere zusätzliche Module der Pflege+ Versicherung kalkuliert, so ergäben sich bei einer Einführung im Jahr 2023 Einstiegsprämien von zwischen rund 7 Euro pro Monat für die 20-jährigen Versicherten, rund 13 Euro pro Monat für die bei Einführung bereits 40-jährigen und rund 36 Euro pro Monat für bereits 65-jährige.

Die Pflege+ Versicherung setzt auf dieser Kalkulation auf, eingefügt werden allerdings die zusätzlichen Elemente:

- jährliche Leistungsdynamisierung (4 %) sowie eine integrierte Komponente zur Prämienentlastung, um Prämien sprünge zu verhindern und im Alter die Prämienbelastung zu reduzieren

⁹³ Bundesministerium für Gesundheit (2023d).

⁹⁴ Statistisches Bundesamt (2023f).

⁹⁵ Bundesagentur für Arbeit (2023).

⁹⁶ Statistisches Bundesamt (2023g).

- sozialpolitische Flankierung: Prämienhalbierung für Versicherte mit geringem Einkommen, für Bürgergeld- bzw. Sozialhilfeempfänger, für nicht erwerbstätige Ehe-/Lebenspartner sowie für Personen nach Erreichen der Regelaltersgrenze; prämienfreie Mitversicherung von Kindern

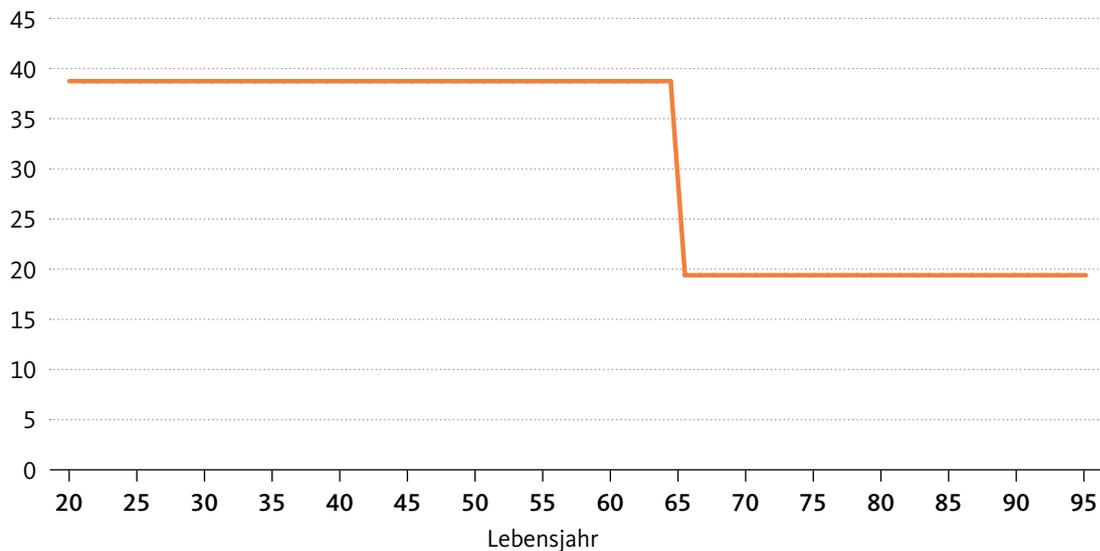
Diese zusätzlichen Module erhöhen die Prämien zu Versicherungsbeginn deutlich; insbesondere die einkalkulierte jährliche Leistungsdynamisierung erfordert höhere Prämienzahlungen, da hierfür von Beginn an zusätzliches Kapital angespart werden muss.

Auf diesen Rechnungsgrundlagen ergäbe sich bei Einführung der Pflege+ Versicherung mit vollständigem Leistungsumfang im Jahr 2023 eine rechnerische – bei Arbeitnehmern paritätisch finanzierte – Prämie von rund 39 Euro pro Monat für das Einstiegsalter von 20 Jahren, rund 48 Euro pro Monat für zum Einführungszeitpunkt bereits 40-jährige Versicherte und rund 115 Euro für bereits 65-Jährige.

Für alle Versicherten ist aufgrund der jährlichen Prämienentwicklung von 2 % eine real konstante Prämie für zwei Lebensphasen kalkuliert. In heutigen Preisen verändert sich damit die Einstiegsprämie aus dem Jahr 2023 nicht, nur für die Versicherten, die im erwerbsfähigen Alter neu versichert werden, halbiert sich die Prämie, wenn sie die Regelaltersgrenze erreicht haben. Der sich so langfristig ergebende Prämienverlauf aus Perspektive eines Versicherten über seinen gesamten individuellen Versicherungsverlauf hinweg (= im Längsschnitt) ist schematisch in Abbildung 3 – hier exemplarisch für einen 20-Jährigen – dargestellt:

Abbildung 3: Prämienverlauf eines heute 20-Jährigen zu heutigen Preisen im Längsschnitt

Monatsprämie in Euro



Quelle: eigene Berechnungen und Darstellung

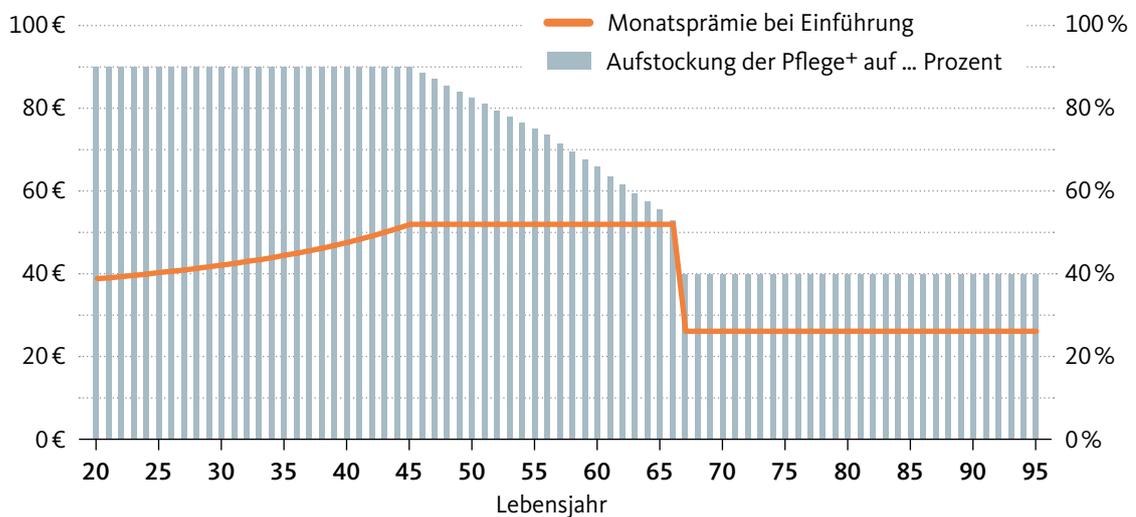
Aufgrund des deutlich kürzeren Zeitraumes, in dem Kapital akkumuliert werden kann, würden die Prämien der Pflege+ Versicherung für die bei Einführung ältere Generation sehr hoch ausfallen. Allerdings lässt sich auf Basis dieser Kalkulation nun eine Referenzprämie setzen, um die weiteren Bestandteile der Pflege+ Versicherung – die Module der Einführungsphase – zu berechnen. Hier wird als Basis exemplarisch die Prämie eines bei Einführung der Pflege+ Versicherung 45-Jährigen gewählt. Wie oben beschrieben, ist diese Referenzprämie politisch zu wählen und ergibt sich nicht rechnerisch aus dem Modell. Von der Höhe dieser gesetzten Prämie sind jedoch sowohl der Beginn als auch der Umfang der „Gleitzone“ sowie der des „Sockels“ für alle 67-Jährigen und Älteren abhängig.

Wird als politisch gesetzte Referenzprämie beispielsweise die Prämie der bei Versicherungseinführung 45-Jährigen gewählt – in der Kalkulation eine Bruttoprämie von rund 52 Euro – so startet die „Gleitzone“ für alle bei der Einführung 46-Jährigen und endet bei den zum Einführungszeitpunkt 66-Jährigen. Der Leistungsumfang der Pflege+ Versicherung für diese Alterskohorten variiert dann entsprechend der Differenz zwischen der Referenzprämie und der fairen Prämie für das jeweilige Einstiegsalter.

Wird es schließlich als politisch erforderlich angesehen, auch für die aktuellen Rentner Leistungen der Pflege+ Versicherung vorzusehen, errechnet sich der „Sockel“ der Versicherung für alle im Einführungsjahr 67-Jährigen und Älteren analog aus der halbierten Referenzprämie, die ab diesem Alter konstant bleibt. Damit ergeben sich schematisch ein in Abbildung 4 dargestellter Versicherungsumfang sowie korrespondierende Prämien differenziert nach Einstiegsalter (= im Querschnitt).

Abbildung 4: Versicherungsumfang und Prämien der Pflege+ Versicherung im Einführungsjahr (2023)

Prämien in Euro/Monat, Versicherungsumfang in Prozent der zu zahlenden EEE



Quelle: eigene Berechnungen

Der heutige pflegespezifische Eigenanteil (EEE) sinkt also bei künftiger Pflege für die jüngeren Kohorten auf im Bundesdurchschnitt 125 Euro im Monat in heutigen Preisen. Die bei Einführung der Pflege+ Versicherung älteren Versicherten im erwerbsfähigen Alter erhalten einen Versicherungsschutz, der die Zuschläge nach § 43c SGB XI weiterhin deutlich erhöht – so müssen zum Einführungszeitpunkt 50-Jährige bei stationärer Pflege ab dem 1. Jahr in heutigen Preisen im Bundesdurchschnitt nur rund 219 Euro monatlich zuzahlen statt wie gegenwärtig rund 1.160 Euro im ersten, rund 914 Euro im zweiten und rund 670 Euro im dritten Aufenthaltsjahr in einem Pflegeheim. Auch für 65-Jährige reduziert sich der zu zahlende Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten auf rund 550 Euro im Monat im Bundesdurchschnitt ab Eintritt in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung.

Für die bei der Einführung bereits älteren und damit pflegenahen Jahrgänge ist die Pflege+ Versicherung so kalkuliert, dass sie die Zuschläge zu den pflegebedingten Eigenanteilen in den ersten beiden Aufenthaltsjahren in der stationären Pflege auf 40 % anhebt und somit fast auf das Entlastungsniveau hebt, das aktuell erst ab dem dritten Jahr gilt. Damit kann die Pflege+ Versicherung die Zuschläge nach § 43c SGB XI auch für die bereits pflegenahen Jahrgänge noch kapitalgedeckt ergänzen.

4. Implementierung der Pflege+ Versicherung

Die Implementierung der Pflege+ Versicherung macht verschiedene Änderungen im Sozialgesetzbuch, dem Versicherungsvertrags-, dem Versicherungsaufsichtsrecht und den hierauf beruhenden Rechtsverordnungen erforderlich. In diesem Kapitel werden vertiefte, insbesondere rechtliche Überlegungen hierzu dargelegt. Zunächst werden organisationsrechtliche Fragen adressiert. Anschließend werden die vom Experten-Rat vorgeschlagene Versicherungspflicht, das Versicherungsprodukt sowie die Leistungs- und Prämienhöhe, die Folgen der Nichtzahlung von Prämien und die paritätische Prämientragung vertiefend thematisiert.

4.1 Generationengerechte Vorsorge: Konsequenzen für die Organisation

Der Experten-Rat schlägt vor, die Pflege+ Versicherung generationengerecht im Rahmen des Kapitaldeckungsverfahrens zu etablieren.

4.1.1 Kapitaldeckung in der Sozialversicherung

Eine Anwartschaftsdeckung (Kapitaldeckung) lässt sich in einer öffentlich-rechtlich organisierten Versicherung (Sozialversicherung) rechtssicher kaum erreichen.

Zwar wäre eine solche Konstruktion von der Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Sozialversicherung (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 GG) gedeckt. Sie allein gewährleistet aber nicht, dass die Mittel tatsächlich generationengerecht für das Risiko verwendet werden, für das sie aufgebracht worden sind. Das Haushaltsrecht der Sozialversicherungsträger vermittelt den Versicherten keinen individuellen Schutz vor andersartiger Verwendung ihrer Mittel. Dem Gesetzgeber ist es unbenommen, beispielsweise durch Leistungsausweitungen der Sozialen Pflegeversicherung die Einnahmen auch für andere Zwecke als die Finanzierung der Pflege+ Versicherung zu verwenden.

Individueller verfassungsrechtlicher Schutz der Versicherten in Form von Eigentum (Artikel 14 Absatz 1 GG) besteht an einer öffentlich-rechtlichen Rechtsposition nur, wenn diese „nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts dem Rechtsträger als privatnützig zugeordnet ist“ und darüber hinaus „auf nicht unerheblichen Eigenleistungen beruht und zudem der Sicherung seiner Existenz dient“.⁹⁷ Von einer „privatnützigen Zuordnung nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts“ kann nur die Rede sein, wenn jeder Versicherte – wie vor allem in der Renten-, mit Einschränkung auch in der Arbeitslosenversicherung – über einen individualisierbaren Anteil (in der Rentenversicherung: in Form von Entgeltpunkten) verfügt.

Selbst wenn der öffentlich-rechtlich organisierte Kapitalstock diese Voraussetzungen erfüllte, bliebe zudem zu bedenken, dass dem Gesetzgeber das Recht zur Inhalts- und Schrankenbestimmung des Eigentums verbleibt (Artikel 14 Absatz 1 Satz 2 GG). Anerkannt ist, dass Eingriffe aus Gründen des öffentlichen Interesses, der Solidarität und der Erhaltung der Funktions- und

⁹⁷ Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 16. Juli 1985 – 1 BvL 5/80 u. a., BVerfGE 69, S. 272 (298 ff.); Beschluss vom 12. Februar 1986 – 1 BvL 39/83, BVerfGE 72, S. 9 (18 f.); Beschluss vom 18. Februar 1998 – 1 BvR 1318/86 u. a., BVerfGE 97, S. 271 (284).

Leistungsfähigkeit (also der Finanzierungsfähigkeit) der Sozialversicherung zulässig sind.⁹⁸ Regelmäßig sind Eingriffe daher im Ergebnis als zulässig bewertet worden, solange die freiwerdenden Mittel nicht sozialversicherungsfremden Verwendungen zugeführt wurden und sich der Eingriff insgesamt als verhältnismäßig darstellte. Aufgrund dieser großen Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers zur Inhalts- und Schrankenbestimmung ist der Stellenwert des verfassungsrechtlichen Eigentumsschutzes im Bereich der Sozialversicherung deutlich relativiert. Die Verwendung des aufzubauenden Kapitalstocks zu anderen Zwecken als der Schließung der Pflegelücke lässt sich jedenfalls dann nicht verhindern, wenn diese Zwecke dem System der Sozialen Pflegeversicherung zuzuordnen sind.

4.1.2 Insbesondere: der Pflegevorsorgefonds

Die Schwächen einer öffentlich-rechtlichen Kapitaldeckung treten gerade bei dem 2015 eingerichteten Pflegevorsorgefonds (§§ 131 ff. SGB XI) deutlich zu Tage. Mit ihm hat der Gesetzgeber ein öffentlich-rechtlich organisiertes, kapitalgedecktes Sondervermögen geschaffen, mit dem die erwartete Steigerung der Beitragssätze in der Zukunft abgedeckt werden soll. Der Fonds wird zunächst während eines ca. 20-jährigen Ansparzeitraumes bis einschließlich 2033 aufgebaut. Im darauffolgenden Verwendungszeitraum werden die Mittel ab dem Jahr 2035, ebenfalls über einen Zeitraum von ca. 20 Jahren, schrittweise in die Soziale Pflegeversicherung reinvestiert. Diese Zeiträume wurden so gewählt, um die besonders geburtenstarken Jahrgänge 1959 bis 1967 in Zukunft bestmöglich zu versorgen.⁹⁹ Die rechtswissenschaftliche Diskussion hat bereits bei der Einführung dieses Fonds seine Defizite sehr deutlich herausgearbeitet: Der Fonds ist zwar durch eigene Leistungen der Versicherten, nämlich einen Beitragszuschlag in Höhe von 0,1 %, finanziert. Da ihnen aber keine individuellen Leistungsansprüche zugewiesen werden, besteht kein verfassungsrechtlicher Schutz aus Artikel 14 Absatz 1 GG auf zweckentsprechende Verwendung der Mittel. Dementsprechend wurde schon im Gesetzgebungsverfahren gefordert, den Vorsorgefonds im Grundgesetz zu verankern, so dass ihm seine Mittel nicht mehr durch einfaches Bundesrecht entzogen werden können. Auch die einzelnen Versicherten bzw. ihre Anteile an dem Fonds sollten besser geschützt werden. Hier wären etwa Treuhandverträge der Bundesbank oder individualvertragliche Ansprüche denkbar gewesen. Alle diese Forderungen haben sich nicht durchsetzen können.¹⁰⁰

Stattdessen ist der Pflegevorsorgefonds inzwischen ein Musterbeispiel für die Verwundbarkeit kapitalgedeckter Elemente in der Sozialversicherung geworden. Um angesichts der aktuell schwierigen Finanzlage der Sozialen Pflegeversicherung deren Liquidität kurzfristig zu stabilisieren,¹⁰¹ hatte die Koalition Ende 2022 erwogen, die Zuführung der Mittel zu dem Fonds auszusetzen. Sie erfolgt zwar nach längerer politischer Diskussion und derzeitiger Gesetzeslage im Ergebnis in voller Höhe, aber im Kalenderjahr 2023 nicht monatlich, sondern in einer Jahresrate im Dezember 2023.¹⁰² Der Referentenentwurf für das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz sieht sogar vor, die Zuführung auf das Jahr 2024 zu verschieben.¹⁰³

98 Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 28. Februar 1980 – 1 BvL 17/77 u. a., BVerfGE 53, S. 257 (293); Beschluss vom 1. Juli 1981 – 1 BvR 874/77 u. a., BVerfGE 58, S. 81 (110); Beschluss vom 8. April 1987 – 1 BvR 564/84 u. a., BVerfGE 75, S. 78 (98).

99 Bundestags-Drucksache 18/1798, S. 42.

100 Näher Rolfs (2015), § 131 SGB XI Randnummer 6 ff.

101 Bundestags-Drucksache 20/4708 (neu), S. 126.

102 § 135 Absatz 3 SGB XI in der Fassung von Artikel 8a Nummer 6 Krankenhauspflegeentlastungsgesetz – KHPfEG – vom 20. Dezember 2022, Bundesgesetzblatt I 2022, S. 2793.

103 § 135 Absatz 3 SGB XI in der Fassung des Entwurfs für ein Gesetz zur Unterstützung und Entlastung in der Pflege (Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz – PUEG) vom 24. Februar 2023.

Durch die verspätete Zuführung verliert der Fonds zumindest einen Teil der möglichen Zinserträge. Die Gesetzesänderung macht deutlich, dass der Fonds vor kurzfristigen Eingriffen nicht gefeit und weder die Zuführung noch die Entnahme der Mittel mit individuellem Rechtsschutz durchsetzbar gesichert sind.

4.1.3 Gestaltungsschranken des Europäischen Wettbewerbsrechts

Einer kapitalgedeckten Vorsorge mit individualisierbaren Ansprüchen der Versicherten innerhalb der Sozialversicherung setzt zudem das Wettbewerbsrecht der Europäischen Union (Artikel 101 AEUV) enge Grenzen. Versicherungspflicht bei gesetzlich definierten inländischen Sozialversicherungsträgern schließt notwendig den Wettbewerb mit Anbietern vergleichbarer Produkte, auch aus dem EU-Ausland, aus. Diese Monopolisierung ist nur dann zulässig, wenn es sich um ein System der sozialen Sicherheit handelt, das bestimmte Merkmale erfüllt. Dazu gehören neben der obligatorischen Mitgliedschaft im System und ihrem rein sozialen Zweck ohne Gewinnerzielungsabsicht insbesondere die Gewährung von Leistungen unabhängig von der Höhe der Beiträge und im Gegensatz zum Kapitalisierungsprinzip sowie die Kontrolle des Systems durch den Staat.¹⁰⁴ Die Etablierung eines Vorsorgekapitals mit individualisierbaren Versicherungsansprüchen in der Sozialversicherung schliesse in einem System, das nicht primär auf dem Gedanken der Solidarität, sondern der risikoäquivalenten individuellen Vorsorge beruht, privatrechtlich organisierte (in- und EU-ausländische) Versicherer vom Wettbewerb aus und wäre damit womöglich unionsrechtswidrig.

4.1.4 Vorteile privatversicherungsrechtlicher Kapitaldeckung

Derartige Wettbewerbshindernisse bestehen bei privatrechtlicher Organisation nicht. Sie vermittelt zudem einen weitreichenden verfassungsrechtlichen Grundrechtsschutz gegen zweckwidrige staatliche Eingriffe. Die angesparten Mittel stehen im unmittelbaren Eigentum (Artikel 14 Absatz 1 GG) der Versicherungsunternehmen bzw. derjenigen Unternehmen, in denen das Kapital angelegt ist. Mittelbar genießen auch die Versicherten über ihre Leistungsanswartschaften diesen Schutz.¹⁰⁵ Eine substantielle Inhalts- und Schrankenbestimmung kommt hier kaum in Betracht, da sich das Eigentum in einem privatrechtlichen Vermögenswert in Geld oder Geldeswert ausdrückt. Die privatrechtlichen Versicherungsverträge genießen ihrerseits verfassungsrechtlichen Schutz vor Eingriffen des Gesetzgebers. Damit ist unter der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gewährleistet, dass die aufgebrauchten Prämien generationengerecht zugunsten derjenigen Versicherten eingesetzt werden, die sie aufgebracht haben.

¹⁰⁴ Vgl. Europäischer Gerichtshof, Urteil vom 17. Februar 1993 – C-159/91 u. a., Neue Juristische Wochenschrift 1993, S. 2597 – Poucet und Pistre; Urteil vom 22. Januar 2002 – C-218/00, Neue Juristische Wochenschrift 2002, S. 2087 – Cisal; Urteil vom 5. März 2009 – C-350/07, Neue Juristische Wochenschrift 2009, S. 1325 – Kattner Stahlbau.

¹⁰⁵ Vgl. Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 26. Juli 2005 – 1 BvR 782/94 u. a., BVerfGE 114, S. 1 (37 f.) zur Überschussbeteiligung in der Lebensversicherung.

4.2 Pflicht zur Eingehung und Aufrechterhaltung einer privatrechtlichen Versicherung

4.2.1 Gesetzgebungskompetenz

Für eine privatrechtlich organisierte Pflichtversicherung wie die vom Experten-Rat vorgeschlagene Pflege+ Versicherung steht dem Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG (Recht der Wirtschaft, privatrechtliches Versicherungswesen) zu. Das hat das Bundesverfassungsgericht bereits mehrfach, insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung der privaten Pflegeversicherungspflicht 1994 entschieden.¹⁰⁶

4.2.2 Versicherungspflicht

Wie in der Krankenversicherung (§ 193 Absatz 3 VVG) sollten alle Personen mit Wohnsitz im Inland für sich selbst und für die von ihnen gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, verpflichtet sein, die Pflege+ Versicherung abzuschließen und aufrechtzuerhalten.

Eine solche Pflicht greift in die aus Artikel 2 Absatz 1 GG gewährleistete allgemeine Handlungsfreiheit ein. Sie muss daher legitime Zwecke des Gemeinwohls verfolgen und verhältnismäßig sein. Das Bundesverfassungsgericht hat bereits zur Pflegepflichtversicherung entschieden: Die Fürsorge für Menschen, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können und infolge dieser gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten der Hilfe durch andere bedürfen, gehört zu den sozialen Aufgaben der staatlichen Gemeinschaft (Artikel 20 Absatz 1, Artikel 28 Absatz 1 Satz 1 GG). Soweit der durch die Pflegebedürftigkeit hervorgerufene Hilfebedarf finanzielle Aufwendungen notwendig macht, ist es ein legitimes Konzept des zur sozialpolitischen Gestaltung berufenen Gesetzgebers, die dafür notwendigen Mittel auf der Grundlage einer Pflichtversicherung sicherzustellen, die im Grundsatz alle Bürger als Volksversicherung erfasst. Zudem ist es ein legitimes Anliegen des Gesetzgebers, die sich aus der Pflegebedürftigkeit ergebenden finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen abzumildern, um einer allein im Pflegebedarf begründeten Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen vorzubeugen.¹⁰⁷

Die Einführung der Pflege+ Versicherung ist geeignet, die Versorgungslücke zu schließen oder zumindest signifikant zu verringern.

Das Erfordernis einer Versicherungspflicht ergibt sich dabei primär aus der Konkurrenz zwischen Eigenvorsorge und staatlicher Fürsorge im System der sozialen Sicherung. Der Staat ist in der Verantwortung, Hilfebedürftige mit Leistungen der Fürsorge zu unterstützen. Dabei sind die Fürsorgeleistungen nicht davon abhängig, ob die Bedürftigkeit durch Eigenvorsorge hätte vermieden werden können. Im Ergebnis ist die Übernahme der Kosten aus Sicht des Hilfebedürftigen unabhängig von der Eigenvorsorge sichergestellt. In dieser Problemlage hat der Gesetzgeber im Jahr 1993 die Einführung einer Versicherungspflicht zur Abdeckung von Pflegekosten für alle Mitglieder der gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen beschlossen.

Die Konkurrenzbeziehung zur staatlichen Fürsorge gilt indes auch für die Eigenvorsorge zur Finanzierung des Eigenanteils an den Pflegekosten. Die gesetzliche Verantwortung für die Fürsorge

¹⁰⁶ Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95, BVerfGE 103, S. 197 (217 ff.).

¹⁰⁷ Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95, BVerfGE 103, S. 197 (221 f.).

im Pflegefall ist in den §§ 61 bis 66a SGB XII geregelt. Entsprechend hat jeder Einzelne einen gesetzlichen Anspruch auf Hilfeleistungen, die auch den Eigenanteil abdecken, unabhängig davon, ob eine Eigenvorsorge getroffen wurde. Diese Konkurrenzbeziehung unterminiert die Eigenvorsorge und behindert systematisch die Entwicklung einer leistungsgerechten privaten Ergänzungsversicherung für große Teile der Bevölkerung.

Die vom Experten-Rat vorgeschlagene obligatorische Zusatzversicherung ist zur Kompensation der mangelnden Eigenvorsorge dabei aus denselben Gründen im engeren Sinne verhältnismäßig wie die Pflegepflichtversicherung insgesamt: „Die gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss eines Pflege-Pflichtversicherungsvertrages stellt schließlich für die Betroffenen keine unangemessene Belastung dar. Diese Verpflichtung macht ein Lebensrisiko mit für die meisten nicht finanzierbaren Folgen durch verhältnismäßig niedrige Prämien kalkulierbar und im Versicherungsfall tragbar.“¹⁰⁸

4.2.3 Durchsetzung der Versicherungspflicht

Bereits heute besteht für jede Person mit Wohnsitz im Inland, die nicht gesetzlich krankenversichert ist, die Pflicht zum Abschluss einer privaten Krankenversicherung und damit korrespondierend einer privaten Pflegeversicherung (§ 23 SGB XI). Die Verletzung dieser Pflicht wird freilich nur in der Pflege-, nicht aber in der Krankenversicherung mit einem Bußgeld sanktioniert. Da sich aber nur ein sehr kleiner Teil der Bevölkerung der Versicherungspflicht entzieht und der Gesetzgeber dies hinnimmt, dürfte für die Pflege+ Versicherung nicht anders zu entscheiden sein, zumal der Aufwand, diese Personen zu ermitteln und zur Prämienzahlung heranzuziehen, außer Verhältnis steht.

Angesichts des für viele Versicherungspflichtige „in weiter Ferne“ erscheinenden Pflegerisikos ist die Durchsetzung einer Versicherungspflicht und daran anknüpfend der Prämienzahlung freilich auch gegenüber den gesetzlich oder privat Kranken- und Pflegeversicherten voraussetzungsvoll. Organisatorisch liegt folgende Lösung nahe:

- Für die privat Pflegepflichtversicherten wird kraft Gesetzes und anschließender Nachvollziehung desselben in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Pflege+ Schutz in den bestehenden Versicherungsvertrag integriert. Die Prämien werden entsprechend angepasst. Eine solche Ausweitung des Versicherungsschutzes kraft Gesetzes ist bereits im Zusammenhang mit der Pflegereform 2017¹⁰⁹ und eine Prämienanpassung jüngst im Zusammenhang mit den temporären Zusatzaufwendungen während der Corona-Pandemie¹¹⁰ erprobt worden.¹¹¹ Soweit sich dies als administrativ einfacher erweist, kann die Pflege+ Versicherung auch als eigenständiger Versicherungsvertrag konzipiert werden.
- Für die sozial Pflegeversicherten können die Pflegekassen mit einem oder mehreren Kooperationspartner(n) Verträge für die bei ihnen Versicherten abschließen. Hier sind verschiedene Modelle denkbar, die eine strikte Trennung der Haushalte der umlagefinanzierten Pflegekassen und der kapitalgedeckten Versicherer gewährleisten. Zu diesen gehört, dass die Pflegekassen selbst neue Versicherungsunternehmen unter der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gründen. Die Versicherten haben jederzeit die Möglichkeit des „opt-move“, können sich also für ein anderes Versicherungsunternehmen entscheiden. Bereits gebildete Alterungsrückstellungen werden – wie auch bei jedem sonstigen

¹⁰⁸ Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95, BVerfGE 103, S. 197 (224).

¹⁰⁹ Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II vom 21. Dezember 2015, Bundesgesetzblatt I, 2015 S. 2424.

¹¹⁰ § 110a SGB XI in der Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) vom 11. Juli 2021, Bundesgesetzblatt I 2021, S. 2754.

¹¹¹ Sofern zu einem späteren Zeitpunkt ein Versicherter in die Soziale Pflegeversicherung überwechseln sollte, ist die Vertragskomponente für die ergänzende Pflegeversicherung herauszurechnen.

Versichererwechsel – übertragen. Von einem Wechsel der Pflegekasse bleibt der private Versicherungsschutz unberührt.

4.2.4 Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen

Die Versicherungspflicht geht auf Seiten der Versicherungsunternehmen mit einem Kontrahierungszwang einher. Vergleichbar dem Basistarif der Privaten Krankenversicherung¹¹² darf ein Versicherer einen Antrag nur ablehnen, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer entweder (1.) den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder (2.) vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist. In dieser Ausgestaltung dürfte der Eingriff in die Berufsfreiheit (Artikel 12 Absatz 1 GG) der betroffenen Unternehmen verhältnismäßig und damit mit dem Grundgesetz vereinbar sein.

4.3 Einheitliches Versicherungsprodukt und Sicherung des Leistungsumfangs

Bei der Pflege+ Versicherung handelt sich – wie bei der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung im Übrigen – um eine Schadensversicherung (mit Selbstbehalt).

Es muss gewährleistet werden, dass sich die von der Pflege+ Versicherung zu schließende Lücke in realen Größen gegenüber dem heutigen Zustand, der (unter Berücksichtigung einer pflegespezifischen Teuerungsrate auf der Leistungsseite von 4 % und einer Prämienentwicklung entlang der allgemeinen Inflationsrate von 2 %) die Grundlage der Prämienkalkulation ist, nicht verändert. Eine solche Veränderung wäre insbesondere zu besorgen, wenn der Gesetzgeber das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Pflegeversicherung reduzieren würde (beispielsweise durch Abschaffung von § 43c SGB XI) oder deren Leistungen der Kostenentwicklung nicht Schritt hielten. Erforderlich ist daher eine regelmäßige Anpassung der Leistungen. Bisher besteht lediglich ein gesetzlicher Prüfauftrag (§ 30 Absatz 1 SGB XI). Zudem müssen die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung bei den Pflegesatzverhandlungen beteiligt werden.

Die Prämien werden für alle Geschlechter in gleicher Höhe erhoben (Unisex-Tarif; § 19 Absatz 1 Nummer 2 AGG).

Die die Pflege+ Versicherung betreibenden Versicherungsunternehmen können gesetzlich dazu verpflichtet werden, ein brancheneinheitliches Produkt anzubieten. Vorbilder hierfür sind u. a. der Basistarif in der Privaten Krankenversicherung und die freiwillige Pflegezusatzversicherung („Pflege-Bahr“).¹¹³ Auch für den Risikoausgleich zwischen den Versicherungsunternehmen gibt es Vorbilder in der Pflegepflichtversicherung und dem Basistarif.

112 § 193 Absatz 5 Satz 4 VVG, § 152 Absatz 2 Satz 4 VAG.

113 § 152 Absatz 1 Satz 1 VAG; § 158 Absatz 2 VAG: „Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe § 152 Absatz 1 und im Notlagentarif nach Maßgabe des § 153 Absatz 1 festzulegen.“; § 127 Absatz 2 Satz 2 SGB XI: „Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. wird damit beliehen, hierfür brancheneinheitliche Vertragsmuster festzulegen, die von den Versicherungsunternehmen als Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen förderfähiger Pflege-Zusatzversicherungen zu verwenden sind.“

4.4 Prämienhöhe

4.4.1 Grundsatz

Die Höhe der Prämie ist vom Eintrittsalter beim Beginn der Versicherung abhängig (siehe Abschnitt 3.3). Um eine wirtschaftliche Überforderung zu vermeiden, ist ihre Höhe bei Einführung des Versicherungsprodukts gedeckelt; für Ältere ergibt sich aus der limitierten Prämie ein risikoäquivalent geringerer Leistungssatz.

4.4.2 Prämienhöhe für nicht erwerbstätige Ehegatten und Lebenspartner

Ist in einer Ehe oder Lebenspartnerschaft nur eine der beiden Personen erwerbstätig und überschreitet das Einkommen eine bestimmte Grenze nicht, hält der Gesetzgeber es in verschiedenen Zusammenhängen für sachgerecht, die Prämienbelastung zu limitieren und das Risiko im Übrigen von der Versichertengemeinschaft tragen zu lassen. Versicherungstechnisch wird dies dadurch abgebildet, dass für den nicht erwerbstätigen Ehegatten oder Lebenspartner lediglich die halbe Prämie zu entrichten ist.

An zwei verschiedene Vorbilder kann der Gesetzgeber anknüpfen:

- Im Standardtarif der Privaten Krankenversicherung¹¹⁴ darf die Prämie für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 % des durchschnittlichen Höchstbeitrages der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt. Hier besteht Anspruch auf die Prämienhalbierung also, wenn im Jahr 2023 ein Gesamteinkommen von nicht mehr als 66.600 Euro erzielt wird.
- In der Privaten Pflegepflichtversicherung existiert eine vergleichbare Regelung,¹¹⁵ die aber nicht auf das Gesamteinkommen der Ehegatten bzw. Lebenspartner, sondern darauf abstellt, dass der nicht erwerbstätige Teil kein monatliches Einkommen erzielt, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße (2023: 485 Euro/West bzw. 470 Euro/Ost) bzw. die Geringfügigkeitsgrenze (bundeseinheitlich 520 Euro monatlich) übersteigt.

4.4.3 Prämien für Leistungsberechtigte nach SGB II und SGB XII

Für wirtschaftlich bedürftige Personen wird die Prämienbelastung nach dem Vorbild des Basis tariffs in der Privaten Krankenversicherung in zwei Stufen reduziert: Würde sich gerade wegen der Belastung mit den Versicherungsprämien Leistungsbedürftigkeit nach dem SGB II oder SGB XII ergeben, reduziert sich die Prämie im Basistarif um die Hälfte (§ 152 Absatz 4 VAG). Die andere Hälfte trägt wirtschaftlich die Versichertengemeinschaft im Rahmen eines Solidarausgleichs.

Besteht trotz dieser Reduktion ein Anspruch auf Bürgergeld oder Sozialhilfe, bleibt die Prämie halbiert, sie übernimmt der zuständige Leistungsträger.¹¹⁶

¹¹⁴ § 257 Absatz 2a Satz 1 Nummer 2 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung.

¹¹⁵ § 110 Absatz 1 Nummer 2 Buchstabe g SGB XI.

¹¹⁶ § 26 SGB II, § 32 Absatz 4 SGB XII.

4.4.4 Prämien für Kinder

Kinder sind bis zu derselben Altersgrenze, in der sie in der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert sind (18/23/25 Jahre, § 25 Absatz 2 SGB XI), prämienfrei versichert. Das damit der übrigen Versichertengemeinschaft im Rahmen des Solidarausgleichs aufgebürdete Risiko ist gering, weil pflegebedürftige Kinder nur selten stationär untergebracht sind.

4.5 Folgen der Nichtzahlung der Prämie

Wird die Prämie trotz entsprechender Mahnung/Fristsetzung nicht entrichtet, ist der Versicherer nach Ablauf der angemessen gesetzten Frist in der Pflege+ Versicherung leistungsfrei. Die durch bisherige Prämienzahlungen bereits erreichte Anwartschaft (Alterungsrückstellung) bleibt jedoch individualisiert erhalten, verfällt also nicht zugunsten der Versichertengemeinschaft. Die Versicherung kann (von wenigen Fällen abgesehen¹¹⁷) später beim gleichen oder jedenfalls bei einem anderen Versicherer fortgesetzt werden. Es besteht Kontrahierungszwang. Die „Wiedereinstiegsprämie“ berücksichtigt das höhere Eintrittsalter und die ggf. früher aufgebaute Alterungsrückstellung risikoäquivalent. Eine Gesundheitsprüfung findet auch hier nicht statt.

Der Verstoß gegen die Pflicht, einen Versicherungsvertrag für die Pflege+ Versicherung abzuschließen oder aufrechtzuerhalten, sollte eine Ordnungswidrigkeit darstellen. Ein Vorbild für einen entsprechenden Bußgeldtatbestand gibt es bereits in der Pflegepflichtversicherung (§ 121 SGB XI). Meldepflichten der sozialen und privaten Pflegeversicherer gegenüber der Bußgeldstelle finden ihr Vorbild ebenfalls dort (§§ 50, 51 SGB XI).

4.6 Paritätische Prämienbelastung

4.6.1 Grundsatz

Der Prüfauftrag im Koalitionsvertrag sieht vor, dass die Arbeitgeber an den Kosten der Versicherung paritätisch beteiligt werden. Dies lässt sich in Anlehnung an den aus der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung bekannten Beitragszuschuss für freiwillig Versicherte, die nur wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei sind (§ 257 SGB V, § 61 SGB XI), realisieren. Der Arbeitgeberzuschuss zur Pflege+ Versicherung sollte in gleicher Weise wie die vorgenannten Zuschüsse steuerfrei sein (§ 3 Nummer 62 EStG).

Diese mittelbare paritätische Belastung der Arbeitgeber mit der Hälfte der Versicherungsprämien greift in deren allgemeine Handlungsfreiheit aus Artikel 2 Absatz 1 GG ein. Dieser Eingriff ist aus denselben Gründen gerechtfertigt wie bei den Versicherten selbst. Eines spezifischen Sachzusammenhangs zwischen dem Arbeitsverhältnis und dem versicherten Risiko (Pflegebedürftigkeit) bedarf es hier ebenso wenig wie bei der Pflegeversicherung im Übrigen.¹¹⁸

¹¹⁷ Vgl. § 193 Absatz 5 Satz 4 VVG, § 152 Absatz 2 Satz 4 VAG.

¹¹⁸ Vgl. schon Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 10. Mai 1960 – 1 BvR 190/58 u. a., BVerfGE 11, S. 105 (115 ff.) zum damals von den Arbeitgebern durch Umlage finanzierten Kindergeld.

4.6.2 Geringfügige Beschäftigung

Der Kreis der gegen ein geringes Arbeitsentgelt (bis zu 520 Euro monatlich, § 8 Absatz 1a SGB IV) Beschäftigten ist sehr heterogen. Daher ist eine allgemeingültige Aussage über den Arbeitgeberzuschuss hier nicht möglich. Nur einige Beispiele:

- Wer über keine weiteren Einkünfte (und kein Vermögen und keine Unterhaltsansprüche gegen Ehegatten etc.) verfügt, hat als sogenannter „Aufstocker“ im Grundsatz Anspruch auf Bürgergeld nach dem SGB II. Für ihn trägt der Sozialleistungsträger (Jobcenter) die halbierte Prämie. Allerdings sind nicht unerhebliche Gruppen geringfügig Beschäftigter vom Bürgergeldanspruch ausgeschlossen, z. B. Studierende (sie erhalten im Bedarfsfall BAföG nach den hierfür geltenden Regeln) und nebenbeschäftigte Rentner.
- Wer eine geringfügige Beschäftigung neben einem versicherungspflichtigen Hauptberuf ausübt, erhält vom Arbeitgeber des Hauptberufs den Prämienzuschuss zur Pflege+ Versicherung.
- Personen, die neben einer selbständigen hauptberuflichen Tätigkeit einen geringfügig entlohnten Nebenjob haben, sollten keinen Arbeitgeberzuschuss erhalten, sondern die Prämie zur Pflege+ Versicherung allein tragen.
- Wer mehrere geringfügige Beschäftigungen nebeneinander ausübt, sollte den Arbeitgeberzuschuss zur Pflege+ Versicherung anteilig im Verhältnis der Arbeitsentgelte von seinen Arbeitgebern erhalten. Dasselbe gilt für Beschäftigte, die mehrere versicherungspflichtige Beschäftigungen ausüben (wie § 257 Absatz 1 Satz 3 SGB V).

4.6.3 Beamte, weitere Beihilfeberechtigte

Von der vorzusehenden Pflicht zur Versicherung sind auch Beamte erfasst. Bei ihnen stellt sich das Problem, dass sie typischerweise von ihrem Dienstherrn nicht die Hälfte der Prämien, sondern die Hälfte der Leistungen erstattet bekommen (und sich für die andere Hälfte privat versichern). Allerdings ist der Bund nur für seine (relativ wenigen) Beamten zuständig. Der Großteil steht im Landesdienst, die Gesetzgebungskompetenz obliegt insoweit nicht dem Bund, sondern den Ländern. Zudem sind die Beihilfesätze gestaffelt. Bestimmte Beamtengruppen (Bundeswehr, Polizei und Justizvollzug, Feuerwehr etc.) haben Anspruch auf freie Heilfürsorge, im Übrigen differenzieren einige Länder nach dem Familienstand, der Zahl der Kinder, dem Status (im Ruhestand ist der Beihilfesatz höher als während der aktiven Dienstzeit) und ggf. auch nach Besoldungsgruppen.

Für die Pflege+ Versicherung bieten sich zwei Lösungsansätze an:

- Entweder wird nach dem Vorbild der Privaten Krankenversicherung (§ 193 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2 VVG) die Versicherungspflicht modifiziert: Beamte müssen sich nur für denjenigen Anteil in der Pflege+ Versicherung versichern, für den die Beihilfe keine Leistungen gewährt. In welcher Höhe die Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten beihilfefähig sind, obliegt den beamtenrechtlichen Bestimmungen in Bund und Ländern.
- Oder Beamte erhalten wie Arbeitnehmer von ihrem Dienstherrn einen Arbeitgeberzuschuss zur Pflege+ Versicherung. Dieser wird im Grundsatz 50 % betragen. Bund und Länder werden im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeiten entscheiden, ob und ggf. für welche Beamtengruppen sie einen anderen Prozentsatz übernehmen.

4.6.4 Erwerbsminderungsrentner

Bezieher einer Erwerbsminderungsrente erhalten den „Arbeitgeberanteil“ von der Deutschen Rentenversicherung. Anders als bei Beziehern von Altersrenten, die lediglich die halbe Prämie aufzubringen haben und keinen Prämienzuschuss vom Rentenversicherungsträger erhalten, steht eine Verletzung der Generationengerechtigkeit hier nicht im Raum. Jüngere Versicherte tragen nicht durch ihre Rentenversicherungsbeiträge mittelbar die Prämien der älteren Generation, sondern diejenigen Gleichaltriger, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig zu sein.

5. Zusammenfassung und Ausblick

Die Regierungskoalition hat sich in ihrem Koalitionsvertrag einen Prüfauftrag für eine generationengerechte Absicherung der Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten in der stationären Pflege gegeben. Mit dem vorliegenden Gutachten leistet der Experten-Rat einen Beitrag zur Umsetzung dieses Prüfauftrages.

Der Experten-Rat Pflegefinanzierung schlägt vor, zur generationengerechten Umsetzung einer Absicherung der Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten in stationären Pflegeeinrichtungen eine ergänzende kapitalgedeckte Pflegekostenversicherung als Pflichtversicherung einzuführen: die Pflege+ Versicherung.

Die Versicherungsunternehmen, die die Pflege+ Versicherung anbieten wollen, unterliegen einer strikten Regulierung. So herrscht Kontrahierungszwang und es gibt keine Gesundheitsprüfung. Beim Versichererwechsel werden die Alterungsrückstellungen mitgegeben, zum Ausgleich unterschiedlicher Versichertenstrukturen findet ein Risikoausgleich zwischen den Versicherern statt, der den Wettbewerb zwischen den Unternehmen stärkt.

Die Pflege+ Versicherung berücksichtigt von Anfang an die zu erwartenden Kostensteigerungen in der Pflege und bietet durch das Einkalkulieren dieser pflegespezifischen Inflation einen wirksamen Schutz vor Entwertung der Versicherungsleistungen. Der Aufbau von Alterungsrückstellungen ist so kalkuliert, dass mit Erreichen der Regelaltersgrenze eine Halbierung der Prämie möglich ist.

Der Vorschlag des Experten-Rats für die Pflege+ Versicherung sieht sozialpolitische Flankierungen vor. So ist eine Prämienhalbierung bei Bedürftigkeit ebenso vorgesehen wie prämienfreie Kinderversicherung und eine Prämienbegrenzung für nicht erwerbstätige Ehegatten oder Lebenspartner. Bei Arbeitnehmern erfolgt die Finanzierung paritätisch durch Arbeitgeber und Versicherte.

Die Ausgestaltung im Kapitaldeckungsverfahren ist zwar generationengerecht. Für ältere Geburtsjahrgänge wäre eine Vollabsicherung des pflegebedingten Eigenanteils indes mit sehr hohen Prämien verbunden. Zudem ist anzunehmen, dass ältere Geburtsjahrgänge vielfach bereits finanzielle Vorsorge auch für die Pflege im Alter betrieben haben. Daher wird hier für die Einführungsphase der Pflege+ Versicherung ein dreistufiges Modell vorgeschlagen. Während für die bei Start jüngeren Geburtsjahrgänge eine Vollabsicherung des Eigenanteils (mit Selbstbehalt von 10 %) vorgeschlagen wird, wird für ältere Geburtsjahrgänge eine „Gleitzone“ mit altersabhängiger Leistungsanpassung empfohlen.

Falls es politisch für notwendig erachtet wird, auch die Eigenanteile der Geburtsjahrgänge, die bei Einführung der Versicherung bereits im Rentenalter sind, zu begrenzen, wird dazu eine Deckelung der Belastung durch Eigenanteile auf einen maximalen prozentualen Selbstbehalt vorgeschlagen.

Der Experten-Rat hat für das vorgeschlagene Modell mit den ihm zur Verfügung stehenden Daten exemplarisch die bei einer vorsichtigen Kalkulation resultierenden Prämien der Pflege+ Versicherung errechnet.

Da bei der Berechnung der Prämien strikt auf eine generationenbezogene Äquivalenz abgestellt wurde, legen die Prämien die tatsächlichen Aufwendungen für die vom Gesetzgeber gewünschte Absicherung offen. Diese Kosten entstehen modellunabhängig, werden in anderen Lösungsansätzen ggf. aber nicht generationengerecht verteilt.

Literaturverzeichnis

Baumol, W. (1967). Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. In: *The American Economic Review*, 57(3), S. 415–426.

Bowles, D., Greiner, W. (2016). Kollektiv-ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung – Wirkungen des Pflegevorsorgefonds auf die Beitragssatzentwicklung. In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 61(2), S.199–224.

Breyer, F. (1995). *Ökonomische Grundlagen der gesetzlichen Pflegeversicherung*. Online verfügbar unter: www.econstor.eu/bitstream/10419/68923/1/686701046.pdf [abgerufen am 25. Oktober 2022].

Breyer, F. (2000). Kapitaldeckungs- versus Umlageverfahren. In: *Perspektiven der Wirtschaftspolitik*, 1(4), S. 383–405.

Breyer, F., Buchholz, W. (2007). *Ökonomie des Sozialstaats*. Springer.

Breyer, F., Lorenz, N. (2020). Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert?. In: *Wirtschaftsdienst*, 100(8), S.591–596.

Bundesagentur für Arbeit (2023). Tabellen, Bedarfsgemeinschaften und deren Mitglieder (Monatszahlen), Nürnberg.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022). *Rentenversicherungsbericht 2022*. Online verfügbar unter: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/rentenversicherungsbericht-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [abgerufen am 8. März 2023].

Bundesministerium der Finanzen (2020). *Fünfter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen*, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2023a). Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Zahlen und Fakten der Pflegeversicherung, ihre Leistungen, ihre Versicherten und die Entwicklung ihrer Finanzen seit 1995, www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html [abgerufen am 8. Februar 2023].

Bundesministerium für Gesundheit (2023b). Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Leistungsempfängerinnen nach Altersgruppen und Pflegegrade (Frauen). 2021, www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html [abgerufen am 10. März 2023].

Bundesministerium für Gesundheit (2023c). Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegrade (Männer). 2021, www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html [abgerufen am 10. März 2023].

Bundesministerium für Gesundheit (2023d). Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. Versicherte nach Altersgruppen und Geschlecht. 2021, www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html [abgerufen am 10. März 2023].

Büttner, T., Werding, M. (2021). *Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen Nürnberg und Bochum*, WIP-Analyse.

Büttner, T., Werding, M. (2022). *Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen: Aktualisierung*, WIP-Analyse.

DAK-Gesundheit (2022). Pressemeldung. Eigenanteile in der stationären Pflege: 40 Prozent der Bewohner erhalten den Höchstzuschlag.

European Central Bank (2011). *Financial integration in Europe*. Online verfügbar unter: www.ecb.europa.eu/pub/pdf/other/financialintegrationineurope201105en.pdf?ba1d620, [abgerufen am 29. Dezember 2022].

European Commission Economic and Financial Affairs European Economy Institutional Papers (2020). *The 2021 ageing report. Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Luxembourg: Publication Office of the European Union (European economy Institutional paper, 142 (November 2020)). Online verfügbar unter: https://economy-finance.ec.europa.eu/publications/2021-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en [abgerufen am 19. Dezember 2022].

Fetzer, S., Hagist, C. (2021). Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung – Funktioniert die Soziale Marktwirtschaft noch?. In: *Wirtschaftsdienst*, 101(2), S.134–137.

- Frassi, B, Gnecco, G., Pammolli, F., Wen, X. (2019). Intragenerational redistribution in a funded pension system. In: *Journal of Pension Economics and Finance*, 18(2), S. 271–303.
- Fuest, C. (2007). *Sind unsere sozialen Sicherungssysteme generationengerecht?* (Freiburger Diskussionspapiere zur Ordnungspolitik, 03/07). Online verfügbar unter: www.econstor.eu/bitstream/10419/4373/1/07_3bw.pdf, [abgerufen am 29. Dezember 2022].
- Homburg, S. (1988). *Theorie der Alterssicherung*. Berlin (etc.): Springer-Verlag (Studies in contemporary economics).
- Jacobs, K., Rothgang, H. (2012). Der Pflege-Bahr. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 66(5), S.41–51.
- Kochskämper, S. (2018). *Stellungnahme zu einer öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit: zu dem Antrag „Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten“*. (BT-Drucksache 19/960) (No. 24/2018). IW-Report.
- Kochskämper, S., Neumeister, S., Stockhausen, M. (2020). *Unspezifische Vorsorge – reicht es für die Pflege? Untersuchung anhand der Daten des Sozio-oekonomischen Panels*. IW-Report 44/2020.
- Lindbeck, A., Persson, M. (2003). The Gains from Pension Reform. In: *Journal of Economic Literature*, 41 (1), S. 74–112.
- Mackenroth, G. (1952). Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan. In: Gerhard A. (Hrsg.): *Die Berliner Wirtschaft zwischen Ost und West: Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan. Verhandlungen auf der Sondertagung des Vereins für Socialpolitik in Berlin 1952*. 1. Aufl., Duncker and Humblot, S. 39–76.
- Müller-Peters, H., Gatzert, N. (2020). *Todsicher: die Wahrnehmung und Fehlwahrnehmung von Alltagsrisiken in der Öffentlichkeit*. ivwKöln.
- OECD (2008). *Revisiting the asset-meltdown hypothesis*. Online verfügbar unter: www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/revisiting-the-asset-meltdown-hypothesis_fmt-v2008-art16-en, [abgerufen am 19. Dezember 2022].
- OECD (2022). *Taxing Wages 2022: Impact of Covid-19 on the Tax Wedge in OECD Countries*, Paris.
- Paquet, R. (2020). Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 3–21.
- Pauly, M. V. (1990). The rational nonpurchase of long-term-care insurance. In: *Journal of Political Economy*, 98(1), S.153–168.
- Pollak, H. (1980). Steuertarife. In: Neumark, F. (Hrsg.): *Handbuch der Finanzwissenschaft*, Bd. 2., 3. Aufl., Tübingen, S. 239–266.
- Rolfs, C. (2015). § 131 SGB XI. Pflegevorsorgefonds. In: Hauck, K./Noftz, W. (Hrsg.), SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, Kommentar, Loseblatt.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. (2017). *Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur*. Online verfügbar unter: www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/user_upload/Gutachten_Rothgang_Kalwitzki_-_Alternative_Ausgestaltung_der_Pflegeversicherung.pdf, [abgerufen am 28. März 2023].
- Rothgang, H., Kalwitzki, T. (2018). Skizze einer neuen Finanzierung der Pflegeversicherung. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 72(6), S.6–12.
- Rothgang, H. et al. (2021). *Auswirkungen der aktuellen Pläne zur Finanzreform der Pflegeversicherung*. Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. Online verfügbar unter: www.dak.de/dak/download/studie-2413956.pdf, [abgerufen am 3. März 2023].
- Rothgang, H., Müller, R. (2021). Barmer Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. In: Barmer (Hrsg.), *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Band 32, Berlin.
- Rothgang, H., Müller, R. (2022). Barmer Pflegereport 2022. Stationäre Versorgung und Covid-19. In: Barmer (Hrsg.), *Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*, Band 38, Berlin.
- Schmähl, W. (1983). Geburtenentwicklung, Altersgrenze und Beitragssätze in der Rentenversicherung: Einige quantitative Zusammenhänge für die Bundesrepublik Deutschland. In: *Sozialer Fortschritt*, 32(10), S.217–220.

Statistisches Bundesamt (2023a). Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger, leistungsarten, Einrichtungen. Datenbank Genesis-Online, Tab. 23611-0004. www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1680264851339&code=23611#abreadcrumb [abgerufen am: 23. Februar 2023].

Statistisches Bundesamt (2023b). Verbraucherpreisindex: Deutschland, Monate. Datenbank Genesis-Online, Tab. 61111-0002, www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1680265072841&code=61111#abreadcrumb [abgerufen am 22 März 2023].

Statistisches Bundesamt (2023c). 4 Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege nach Leistungsarten, Bezug von Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, Altersgruppen, Ort der Leistungserbringung und Geschlecht. Deutschland. Stichtag 31.12., Tabelle 4.1, 2015-2021, Sonderauswertung.

Statistisches Bundesamt (2023d). Sterbetafel (Periodensterbetafel): Deutschland, Jahre, Geschlecht, Vollendetes Alter. Datenbank Genesis-Online, Tab. 12621-0001, www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1680265100990&code=12621#abreadcrumb [abgerufen am 22. März 2023].

Statistisches Bundesamt (2023e). 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Ergebnisse für Deutschland und Bundesländer, Datenbank Genesis-online, Tab. 12421 Bevölkerungsvorausberechnungen, Bev-Variante-02 Geburten, LE und WS moderat (G2L2W2), www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=12421-0002&bypass=true&levelindex=1&levelid=1680265013954#abreadcrumb [abgerufen am 10. Januar 2023].

Statistisches Bundesamt (2023f). Sozialhilfe: Statistik der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt, Statistik der Empfänger von Leistungen (5.-9- Kapitel SGB XII), Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Statistik der Empf. von Eingliederungshilfe (SGB IX), Datenbank Genesis-Online, Tabellen 221, www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=themes&levelindex=0&levelid=1680264851339&code=22#abreadcrumb [abgerufen am 10. März 2023].

Statistisches Bundesamt (2023g). Datenbank Genesis-Online, Tab. 22311 Wohngeld zum 31.12., www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=statistic&levelindex=0&levelid=1680264851339&code=22311#abreadcrumb [abgerufen am 10. März 2023].

Statistisches Bundesamt, 2001-2022, Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.

The Geneva Association (2010). *Systemic Risk in Insurance. An analysis of insurance and financial stability*. Special Report of The Geneva Association Systemic Risk Working Group. Online verfügbar unter: www.genevaassociation.org/sites/default/files/research-topics-document-type/pdf_public/ga2010-systemic_risk_in_insurance_1.pdf [abgerufen am 29. Dezember 2022].

Unabhängige Expertenkommission (1996). *Gutachten zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter*. Bundestags-Drucksache 13/4945.

Unabhängiger Beirat des Stabilitätsrats (2022). *Stellungnahme vom 9. Dezember 2022*. Online verfügbar unter: www.stabilitaetsrat.de/DE/Beirat/Dokumente/Dokumente_node.html, [abgerufen am 15. März 2023].

Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi (2016). *Nachhaltigkeit in der sozialen Sicherung über 2030 hinaus*, Berlin.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) (2022). *Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen*. Online verfügbar unter: www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ministerium/Veroeffentlichung-Wissenschaftlicher-Beirat/nachhaltige-finanzierungen-von-pflegeleistungen.html, [abgerufen am 15. März 2023].

Wissenschaftliche Dienste (2017). *Zur Umnutzung der Mittel im Pflegevorsorgefonds*, WD 9-3000-045/17, vom 24.10.2017.

Kurzporträts der Mitglieder des interdisziplinären Experten-Rats Pflegefinanzen



Prof. Dr. Jürgen Wasem

Prof. Dr. Jürgen Wasem ist seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Duisburg-Essen. Jürgen Wasem ist Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses sowie Vorsitzender der DiGA-Schiedsstelle. Von 2012 bis 2016 war Jürgen Wasem unter anderem als Vorsitzender Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (dggö). Als Gesundheitsökonom begleitet Jürgen Wasem seit Jahrzehnten in zahlreichen Publikationen, Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Organisationen und Beratungsaktivitäten die Gesundheits- und Pflegepolitik. Als Schwerpunkte stehen u. a. auch Fragen der Finanzierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen im Mittelpunkt des Interesses.



Prof. Dr. Christine Arentz

Prof. Dr. Christine Arentz, Diplom Volkswirtin, ist als Professorin der Technischen Hochschule Köln seit 2020 am Institut für Versicherungswesen (ivw Köln) tätig und lehrt dort Volkswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomik. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Dabei standen und stehen unter anderem Finanzierungsfragen der gesetzlichen und privaten Kranken- und Pflegeversicherung im Mittelpunkt des Interesses. Weitere berufliche Stationen waren das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) (2016–2020) sowie das Institut für Wirtschaftspolitik (IWP) an der Universität zu Köln (2008–2016).



Prof. Dr. Thiess Büttner

Prof. Dr. Thiess Büttner ist seit 2010 Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre an der Universität Erlangen-Nürnberg. Als Finanzwissenschaftler ist er Vorsitzender des unabhängigen Beirats des Stabilitätsrats und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen (Vorsitzender von 2015 bis 2018). Weitere wissenschaftliche Stationen waren das Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) sowie das ifo Institut für Wirtschaftsforschung. Forschungsschwerpunkte sind und waren die empirische Forschung zu den öffentlichen Finanzen, insbesondere zu Steuern, und die öffentlichen Haushalte einschließlich der Systeme der sozialen Sicherung.



Constantin Papaspyratos

Constantin Papaspyratos hat an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel Volkswirtschaftslehre und Sozialwissenschaften studiert. Seit 2016 ist Constantin Papaspyratos als Chefökonom und Leiter der Abteilung „Strategische Planung und interne Beratung“ beim gemeinnützigen Bund der Versicherten (BdV) tätig. Als eine der wichtigsten Verbraucherschutzorganisationen Deutschlands setzt sich der BdV für die Wahrnehmung und Förderung der Interessen der Verbraucher im Versicherungswesen ein.



Prof. Dr. Christian Rolfs

Prof. Dr. Christian Rolfs ist seit 2009 an der Universität zu Köln tätig. Er leitete dort zunächst das Institut für Versicherungsrecht und ist heute Direktor des Instituts für Deutsches und Europäisches Arbeits- und Sozialrecht. Forschungsschwerpunkte sind das Arbeits- und Versicherungsrecht, das Recht der betrieblichen Altersversorgung und Lebensversicherung sowie das Versicherungsprinzip im Sozialversicherungsrecht.

