

Karenzzeit, „Pflege-Riester“, Bürgerversicherung – Was hilft weiter?

Von Kornelia Hagen und Wolfram Lamping

Im Jahr 2009 bezogen 2,3 Millionen Menschen Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Bis 2020 wird diese Zahl um ein Fünftel steigen und sich bis 2050 mehr als verdoppelt haben. Auf einen solchen Anstieg ist die Finanzierung der Pflegeversicherung jedoch nicht angelegt. Spätestens nach 2015 dürfte die derzeit noch vorhandene Rücklage aufgebraucht sein. Ändert sich nichts, entsteht danach eine schmerzhafteste Finanzierungslücke. Will man keinen Pflegenotstand, ist eine Reform unausweichlich. In Politik und der Öffentlichkeit werden schon seit Längerem mehrere Modelle diskutiert. Auch wenn noch zu keinem genauen Details vorliegen, so lassen sich für alle Ideen und Konzepte, Gefahren und Risiken ausmachen, die sorgfältig gegeneinander abgewogen werden sollten. Das DIW Berlin analysiert hier die Stärken und Schwächen der einzelnen Modelle beziehungsweise Modellbausteine: eine komplett kapitalgedeckte Pflegeversicherung, eine das jetzige Umlageverfahren ergänzende kapitalgedeckte Pflegeversicherung und Modelle einer sogenannten Bürgerversicherung. Das DIW Berlin gibt zu bedenken, dass die Pflegeversicherung ein existenzielles Gut ist und die Finanzierung der Pflegeversorgung sich nicht für Experimente eignet. Aus versorgungs- und verteilungspolitischen Erwägungen heraus wird deswegen die Beibehaltung der Umlagefinanzierung und eine bürgerliche Form der Pflegefinanzierung mit erster Priorität empfohlen.

Soziale Pflegefinanzierung: Von der Sozialhilfe zur einkommensabhängig finanzierten Teilkaskoversicherung

Die 1995 eingeführte gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) ist als umfassende Pflichtversicherung für die gesamte Bevölkerung angelegt. Sie soll verhindern, dass Personen, die ein Arbeitsleben lang Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung gezahlt haben, im Pflegefall auf die Sozialhilfe angewiesen sind (Tabelle 1). Die Pflegeversicherung ist das Ergebnis einer langen politischen Auseinandersetzung und gliedert sich in die gemeinschaftlich finanzierte Soziale Pflegeversicherung (SPV) und in die Private Pflegeversicherung (PPV).¹ Die Leistungen in den drei Pflegestufen sind nach oben hin begrenzt, bemessen sich nicht an den tatsächlich anfallenden Kosten und unterschreiten häufig den realen Bedarf der Betroffenen, müssen also von ihnen ausfinanziert werden (Abbildung). Insbesondere von Pflegeheimbewohnern, ist ein hoher Eigenbeitrag – oftmals mehr als 50 Prozent – für Unterkunft und Verpflegung zu leisten.² Der prägnanteste Unterschied zwischen SPV und der gesetzlichen Krankenversicherung besteht also in der Abkehr vom Bedarfsprinzip.

Pflegeleistungen und deren Finanzierung regelt das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) (Kasten 1). Damit schlechte Pflegerisiken nicht abgewälzt werden können, unterliegen die Krankenkassen dem Kontrahierungszwang, sie müssen also ihre Versicherten in einer ihrer Krankenkasse angegliederten Pflegekasse absichern.

¹ Vgl. Wagner, G., Kirner, E. (1991): Pflegeversicherung – Einbeziehung in die Krankenversicherung mit allgemeiner Versicherungs- und Kontrahierungspflicht. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 46/1991; nachgedruckt in: Die Sozialversicherung, 47. Jg., Heft 2, 1992; Wagner, G., Kirner, E., Meinhardt, V. (1991): Pflegebedürftigkeit in den Krankenversicherungen absichern. Wochenbericht des DIW Berlin Nr. 6/1991.

² Vgl. Schulz, E. (2010): The Long-term Care System in Germany. DIW-Discussion Papers, No. 1039, Berlin, 9; Bundesministerium für Gesundheit (2008): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin.

Kasten 1

Die Pflegeversicherung

Der Austausch zwischen Anbietern (Leistungserbringern) und Nachfragern (Pflegebedürftigen) von Pflegedienstleistungen erfolgt im Marktprozess. Da es sich aber auch um die Sicherung existenzieller Bedürfnisse handelt, wird dieser Marktaustausch in hohem Maße im Rahmen des sozialen Sicherungssystems durch Gesetze geregelt sowie durch die Zwischenschaltung eines mit hoheitlichen Aufgaben versehenen Kostenträgers - den Pflegekassen - reguliert und beeinflusst.

Das *PflegeVG*¹ regelt die Grundlagen der Finanzierung und der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversorgung. Die Pflegeversicherung ist eine Pflegevolksversicherung, die sich in zwei Versicherungszweige, in die Soziale Pflegeversicherung (SPV) und die Private Pflegepflichtversicherung (PPV) gliedert. Die Zugehörigkeit zu einem dieser beiden Versicherungszweige erfolgt durch Zuweisung ohne Wahlmöglichkeit. Gut 95 Prozent der Bevölkerung werden der SPV oder PPV zugewiesen, 83 Prozent der Bevölkerung sind in der Krankenversicherung als Pflichtversicherte abgesichert. Diese Versicherten werden zugleich auch der SPV (Stand 1.1.2011: 69,49 Millionen) zugewiesen, die gut zehn Prozent privat Krankenversicherte gehören zugleich auch der PPV (Stand 31.12.2009: 9,43 Millionen) an.

Konzipiert ist die Pflegeversicherung als Teilkaskoversicherung; sie soll – politisch entschieden – nur einen Teil der Pflegekosten abdecken. Gegenwärtig ist sie nach dem Umlageverfahren mit lohnbezogenen Beiträgen gestaltet. Der seit dem 1. Juli 2008 geltende Beitragssatz zur gesetzlichen Pflege-

versicherung beträgt bis zu einer Bemessungsgrenze 1,95 Prozent des Lohns oder Gehalts. Aufgebracht wird der Beitrag anteilig von Arbeitgebern und Arbeitnehmern. Rentner zahlen ebenfalls einen Beitrag von 1,95 Prozent auf ihr Einkommen und tragen diesen Beitrag alleine. Kinderlose zahlen für die Pflegeversicherung einen Zuschlag (0,25 Prozent). Die private Pflegeversicherung finanziert ihre Ausgaben überwiegend durch eine einkommensunabhängige Kapitaldeckung.

Beide Teilsysteme der Pflegeversicherung sind auf der Grundlage des Solidaritätsprinzips gestaltet und bauen auf Elementen der Ex-ante-Einkommens- und -Risikoumverteilung auf. In der SPV erfolgt eine Einkommensumverteilung von reich nach arm durch einkommensbezogene Beiträge und durch Leistungen, die ohne Einkommens- oder Beitragsbezug gewährt werden. Auch wird der Beitrag nicht nach dem Risiko erhoben, es findet eine Umverteilung des Risikos von geringen zu hohen Schäden statt. Auch die PPV enthält Komponenten einer Ex-ante-Umverteilung (zum Beispiel Kontrahierungszwang, kein Ausschluss von Versicherten auf Grund von Vorerkrankungen, keine Staffelung der Prämien nach dem Geschlecht, Kinder werden beitragsfrei mitversichert). Das Solidaritätsprinzip kommt nicht zum Tragen, wenn das Verhältnis zwischen SPV und PPV betrachtet wird.²

Das Sozialgesetzbuch schreibt vor, dass sich die Leistungen der PPV und der SPV „nach Art und Umfang“ entsprechen müssen (§§ 22, 23).

1 Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26.05.1994 (Sozialgesetzbuch (SGB) XI), zum 1.1.1995 in Kraft getreten.

2 Vgl. Rothgang, H. (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, Sozialer Fortschritt, 60. Jahrgang, Nummer 4-5, Seite 81-87.

Während der Anspruch auf Leistungen für Versicherte der SPV und der PPV nach einheitlichen Regelungen erfolgt, gibt es wesentliche Finanzierungsunterschiede zwischen diesen beiden Systemen: Die SPV sichert das Risiko der Pflegebedürftigkeit durch eine umlagefinanzierte Pflichtversicherung für Arbeiter und Angestellte ab. Diese Beiträge werden bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze prinzipiell paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern erbracht.³ Die PPV finanziert ihre

Leistungen überwiegend über einkommensunabhängige Prämien. Sie verfügt im Hinblick auf die Einkommens- und Risikoverteilung über eine deutlich günstigere Struktur der Versicherten als die SPV (Tabelle 2).

Bei Einführung des jetzigen Modells wurde keine regelmäßige Leistungsdynamisierung vorgesehen, so dass die Kaufkraft der Leistungen seit 1995 gesunken ist und so der Wert und die Funktion der gesetzlichen Pflegeversicherung in Frage gestellt sind.

3 Als paritätisch finanziert lässt sich die Versicherung freilich nur bezeichnen, wenn man von dem Beitragssatzzuschlag von 0,25 Punkten für Kinderlose, der Streichung des Buß- und Bettages, der eine Mehrbelastung der Arbeitgeber durch den Pflegebeitrag in fünfzehn Bundesländern kompensieren soll und von der alleinigen Finanzierung des Beitragssatzes durch die Rentner absieht.

Eine repräsentative Studie über die Pflegeversicherung in Deutschland zeigt, dass gut 60 Prozent der Befragten Deutschen Angst haben, pflegebedürftig zu werden; und zwei Fünftel der Versicherten sind mit dem

Kasten 2

Warum eine Reform der Pflegeversicherung?

Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung beliefen sich 2010 auf 21,45 Milliarden Euro, der Überschuss betrug nicht ganz eine halbe Milliarde Euro.¹ Bereits für 2012 wird aber erwartet, dass – wird das gegenwärtige Beitragsniveau beibehalten – eine Deckung der Leistungen durch die Beitragseinnahmen der Pflegeversicherung nicht mehr zu erreichen sein wird.² Spätestens nach 2015 – so die Einschätzung in der Pflegepolitik – dürfte auch die derzeit noch bestehende Rücklage von rund fünf Milliarden Euro aufgebraucht sein, wenn bis dahin keine Pflegeform durchgeführt wird. Diese sich bereits andeutenden Schwierigkeiten der sozialen Pflegeversicherung, den Pflegebedarf ausreichend finanzieren zu können, dürften sich in mittel- und langfristiger Sicht weiter verstärken.

Auf der Leistungsseite ist dafür eine Kombination aus vielfältigen Faktoren ursächlich: So ist eine Leistungsdynamisierung erforderlich, eine Ausweitung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit steht aus, eine Erhöhung der Zahl der Pflegefälle, bedingt durch die Alterung der Bevölkerung ist gewiss und eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen, die damit weniger für die familiäre Pflege zur Verfügung stehen, muss durch professionelle Angebote ersetzt werden. Letztlich ist der künftige Leistungsumfang aber auch eine Frage des gesellschaftlichen Konsenses.

1 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html.

2 Vgl. Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2010), a. a. O. insbesondere 19, 246–248.

Leistungsvolumen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht zufrieden. Mehr als die Hälfte der Befragten lehnt jedoch eine private Zusatzversicherung ab und gut zwei Drittel sind dafür, die Trennung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung aufzuheben.⁴ Nicht nur in der Pflegepolitik und der Wissenschaft, sondern auch in der Bevölkerung besteht weitgehender Konsens, dass eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Finanzierungsseite erforderlich ist (Kasten 2).

4 Vgl. Zok, K. (2011): Erwartungen an eine Pflegereform. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. In: *WldOmonitor*, 8 (2), 1–8.

Tabelle 1

Empfänger von Pflegeleistungen und Pflegequote nach dem Alter Ende 2009

In Prozent

	Insgesamt		In vollstationärer Langzeitpflege	
	Anteile	Pflegequote ¹	Anteile	Pflegequote ¹
unter 65 Jahre	16,8	0,0	7,2	0,0
65 bis 70 Jahre	5,6	2,7	4,3	0,6
70 bis 75 Jahre	9,6	4,7	7,8	1,2
75 bis 80 Jahre	13,1	9,9	11,5	2,7
80 bis 85 Jahre	19,7	15,7	20,4	6,3
85 bis 90 Jahre	21,8	28,3	27,9	15,0
90 Jahre und älter	13,4	59,1	20,9	28,4
Pflegebedürftige insgesamt	100,0	2,9	100,0	0,9
<i>nachrichtlich:</i> Pflegebedürftige insgesamt	2 338 252		717 490	

1 Die Pflegequote ist der Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe.

Quellen: Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2009*; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2011

Mehr als die Hälfte der über 90-Jährigen ist pflegebedürftig.

Tabelle 2

Ausgaben, Einnahmen und Liquidität der sozialen Pflegeversicherung
In Milliarden Euro

Finanzierung	1995	2000	2005	2010
Einnahmen	8,31	16,31	17,38	21,64
Beiträge	6,85	13,46	13,98	16,49
Sonstige Einnahmen	1,46	2,85	3,40	5,15
Ausgaben	4,97	16,67	17,86	21,45
darunter				
Leistungsausgaben	4,42	15,86	16,98	20,34
darunter:				
Geldleistungen	3,04	4,18	4,04	4,67
Pflegesachleistungen	0,69	2,23	2,40	2,91
Vollstationäre Pflege ¹	0,00	7,88	8,90	9,82
Überschuss	3,44	-	-	0,34
Defizit	-	0,13	0,36	-
Liquidität	2,87	4,82	3,05	5,13
<i>Nachrichtlich:</i>				
Überschuss in der privaten Pflegeversicherung	0,27	0,10	0,19	0,34 ²
Gesundheitsausgaben insgesamt	186,30	212,20	239,70	-
Versicherte in der gesetzlichen Pflegeversicherung in Millionen				
Soziale Pflegeversicherung	-	-	-	69,49 ³
Private Pflegeversicherung	-	-	-	9,43 ²

1 Einschließlich in Behindertenheimen.

2 Angaben für Ende 2009.

3 Am 1.1.2011.

Quellen: Statistisches Bundesamt, *Gesundheit, Ausgaben, 1995 bis 2008*; Zusammenstellung des DIW Berlin.

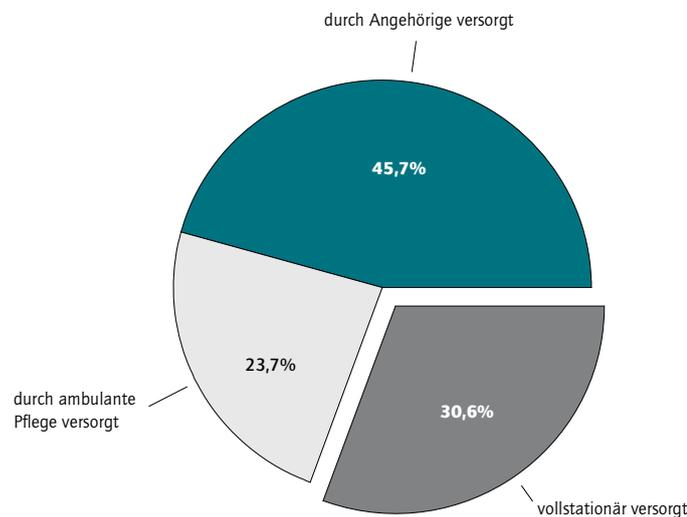
© DIW Berlin 2011

Heute decken die Einnahmen zur Pflegeversicherung noch die Ausgaben.

Abbildung

Pflegebedürftige nach der Versorgungsart

Anteile in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009.

© DIW Berlin 2011

Bereits heute müssen 30 Prozent der Pflegebedürftigen vollstationär versorgt werden.

Die Reformmodelle lassen sich nach drei Grundtypen klassifizieren, in *systemerhaltende beziehungsweise -erweiternde Reformmodelle*, *Mischmodelle*, die einen Teilerstiege in einen Systemwechsel vorsehen, sowie Optionen, die einen klaren *Systemwechsel* anstrengen. Weiterhin lassen sich drei grundsätzliche Modelltypen unterscheiden: Eine vollständige Kapitaldeckung, eine das Umlageverfahren ergänzende Kapitaldeckung und eine breite Umlagefinanzierung (Bürgerversicherung). Unter jedem dieser drei Typen sammeln sich wiederum verschiedene Varianten und spezielle Aspekte der Finanzierung. Jede Option enthält implizit – zum Teil auch explizit – Aussagen darüber, ob sie bei der jetzigen Zweigliederung einer sozialen und privaten Pflegeversicherung bleiben möchte oder ob es eine gemeinsame gesetzliche Pflegeversicherung für alle geben soll. Hierbei positionieren sich die Verfechter der verschiedenen Optionen auch dazu, ob ein Risikostruktur- oder Finanzausgleich oder eine institutionelle Verschmelzung zwischen PPV und SPV anvisiert wird.

**Finanzierungsmodelle:
Mehr Eigenvorsorge versus mehr Solidarität**

1. Die vollständige Kapitaldeckung

Bei der Kapitaldeckung handelt es sich um einen vollständigen Systemwechsel. Während im Umlageverfahren

ren die heute Versicherten die heute gewährten Pflegeleistungen durch eine Umlage finanzieren, werden die Pflegekosten bei der Kapitaldeckung über den Aufbau eines Kapitalstocks finanziert. Die heute Versicherten sparen also für die Pflege in der Zukunft. Probleme des Umlageverfahrens werden unter anderem in sogenannten „Einführungsgewinnen“ gesehen, die dadurch entstehen, dass Versicherte bereits gleich nach Einführung der Versicherung die vollen Leistungen erhalten können, obwohl sie keine oder nur für kurze Zeit Beiträge eingezahlt haben. Die Verfechter einer Kapitaldeckung der Pflegeversicherung heben drei Vorteile für diese Finanzierungsform hervor: Diese Finanzierung sei demographiefester, sie sei gerechter und würde über eine höhere Sparquote ein höheres Wirtschaftswachstum generieren als das Umlageverfahren.⁵

Nach einer Variante der Kapitaldeckung sollen Pflegeleistungen erst nach einer Karenzzeit, also im Rahmen einer Karenzpauschale oder -prämie finanziert werden.⁶ Danach würden Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung frühestens drei Jahre nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit erhalten.⁷ Die Versorgung während der Karenzzeit wäre eigenständig über die Versicherten, durch Privatvermögen oder eine private Pflegezusatzversicherung zu finanzieren.

2. Die Ergänzende individualisierte Kapitaldeckung – Beispiel „Pflege-Riester“

Zur Diskussion steht des Weiteren ein teilweiser Systemwechsel, der durch eine Mischung aus privatwirtschaftlichen und sozialen Versicherungsprinzipien charakterisiert ist. Eingeführt werden soll dabei unter

⁵ In der aktuellen Diskussion werden diese Argumente zum Teil verhaltener vertreten als früher, gleichwohl werden kapitalfundierte Finanzierungsoptionen auch heute noch mit diesen Begründungen vorgeschlagen. Vgl. beispielsweise PKV Verband der Privaten Krankenversicherung, www.pkv.de/positionen/pflegepolitik2/der_umstieg_auf_kapitaldeckung_in_der_pflegeversicherung_ist_unumgaenglich/; Häcker, J., Raffelhüschen, B. (2004): Denn sie wussten, was sie taten: Zur Reform der Sozialen Pflegeversicherung. In: Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung 73, 158-174. Die Autoren begründen ihre Ablehnung des Umlageverfahrens damit, dass die heute lebende Generation Nettotransferempfänger ist.

⁶ Eine kapitalgedeckte private Finanzierung wurde seit Beginn der Diskussion um eine Pflegeversicherung von Raffelhüschen vertreten, vgl. Häcker, J., Raffelhüschen, B. (2004): a. a. O.; Häcker, J., Raffelhüschen, B. (2007): Reformansätze zur Sozialen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand, In: Wirtschaftsdienst, 87 (6), 351-355.

⁷ Berechnungen von Raffelhüschen zufolge würde unter optimistischen Annahmen der Beitragssatz zur GPV, um alle Leistungen finanzieren zu können, bis 2060 um die Hälfte, auf 5,5 Prozent steigen. Vgl. Raffelhüschen, B. (2011): Die Pflegeversicherung – was könnte kommen? Tagung der Stiftung Marktwirtschaft (2011): „Die Pflegeversicherung als Pflegefall -Alternde Gesellschaft, Leistungsausweitung und knappe Kassen“, 24. Mai, Berlin, Vortrag Folie 12, www.stiftung-marktwirtschaft.de/inhalte/veranstaltungen/tagungen/24052011brdie-pflegeversicherung-als-pflegefall.html; Raffelhüschen, B., Moog, S. (2011): Ehrbarer Staat? Die deutsche Generationenbilanz. Update 2011 und Handlungsoptionen der Pflegepolitik; Pressegespräch der Stiftung Marktwirtschaft, 24. Mai 2011, Berlin.

Beibehaltung des „Grundsatzes der solidarischen Sozialversicherung“ eine „Ergänzung der Umlagefinanzierung durch eine Kapitaldeckung“.⁸ Dies soll „verpflichtend, individualisiert und generationengerecht“ erfolgen, indem die Solidarität zwischen den Generationen bestehen bleibt und die steigenden Ausgaben für die Pflege auch von den Älteren getragen werden sollen.⁹ Als eine Variante der das Umlageverfahren ergänzenden kapitalgedeckten Pflegeversicherung wird eine Finanzierung nach dem Vorbild der Riester-Rente diskutiert. Bekannt ist diese Variante unter dem Begriff „Pflege-Riester“. Diese Finanzierungsoption wurde schon vor und verstärkt innerhalb der Großen Koalition im Vorfeld der Pflegereform 2008 von Vielen favorisiert.¹⁰

Anders als bei der Riesterrente wäre zumindest nach Vorstellungen aus der Koalition der Pflege-Riester verpflichtend für alle Versicherten abzuschließen. Weitere Details einer Ausgestaltung des Pflege-Riesters fehlen in der jetzigen Reformdebatte. Soll die Riesterrente tatsächlich das Muster für einen Pflege-Riester sein, würde es sich um nach gesetzlichen Vorgaben zertifizierte Produkte handeln, die sich auf formale Kriterien – beispielsweise auf einen Garantiezins, auf einen Auszahlungsbeginn, auf die Produktparten und auf den Anbieter – beziehen. Die Zertifizierung würde aber keine Aussage über die Qualität der Produkte treffen. Bei den Produktparten würden dann sowohl klassische Versicherungen, Banksparpläne oder Fonds in Frage kommen. Bei der Riesterrente wird – um Sparern einen monetären Anreiz zu setzen – unter bestimmten Bedingungen zudem eine staatliche Zulage auf den Sparvertrag gewährt.¹¹ Dies dürfte bei einem Pflege-Riester, wenn er tatsächlich verpflichtend abgeschlossen werden sollte, nicht der Fall sein.

⁸ Vgl. beispielsweise Die Bundesregierung (2009): Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Deutschland zu neuer Stärke führen. Regierungserklärung von Bundeskanzlerin Angela Merkel vor dem Deutschen Bundestag, 20.

⁹ Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU/FDP (2009): Wir haben die Kraft – Gemeinsam für unser Land. Regierungsprogramm 2009-2013; Bundesausschuss Arbeit und Soziales, Gesundheitspolitik der CDU: Positionspapier „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, 3. In diesem Positionspapier sprechen sich gesundheitspolitische Akteure der CDU für eine maßvolle Erhöhung der Ausgaben aus sowie dafür, den Pflegebegriff und die Pflegeleistungen stärker als bisher an den Bedarf Betroffener anzupassen. Auf die Vorschläge des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird dabei allerdings nicht Bezug genommen. Vgl. auch Interview mit dem Bundestagsabgeordneten Spahn, Dezember 2009, www.gkv-netzwerk.de/CMS/12-Fragen-an-Jens-Spahn.html; Stiftung Marktwirtschaft (2011): a. a. O., Tagungsbericht, 6.

¹⁰ Das Konzept eines „Pflege-Riesters“ geht auf die damalige Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zurück. Das Konzept sah eine obligatorische private Altersvorsorge vor, die dazu dienen sollte, dass Rentner daraus einen Zusatzbeitrag zur Pflegeversicherung finanzieren.

¹¹ Vgl. die Ausgestaltung und Zertifizierung von Riesterprodukten beispielsweise Hagen, K., Reisch, L. A.: Riesterrente: Politik ohne Marktbeobachtung. Wochenbericht des DIW Nr. 8/2010.

3. Modelle der Bürgerversicherung

Bürgerversicherung nach ökonomischer Leistungsfähigkeit

Für die Varianten, die sich unter dem Modelltyp der sogenannte Bürgerversicherung sammeln, wäre kein Systemwechsel notwendig. Diese Optionen stellen jeweils eine Weiterentwicklung des gegenwärtigen Umlageverfahrens dar.¹² Alle Optionen wollen durch im Wesentlichen vier Komponenten eine erweiterte solidarische und nachhaltige Finanzierung für mehr finanzielle Spielräume erreichen und die vertikale Gerechtigkeit verbessern.

In allen Optionen, die einer Bürgerversicherung zuzuordnen sind, wird die paritätische Aufbringung der Versichertenbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern als essentiell und konstitutiv angesehen. Im Hinblick auf den Versichertenkreis wollen Bürgerversicherungen eine Einbeziehung der gesamten Bevölkerung. Dies ist einer der größten Unterschiede zur jetzigen Umlagefinanzierung, die nur für die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung gilt. Daher wird auch eine Zusammenführung der beiden bislang getrennt finanzierten Pflegeversicherungen, der SPV und PPV, in eine gemeinsame sozialversicherungsrechtliche Lösung der Pflegeversicherung gefordert. Für den Fall, dass eine Zusammenlegung von SPV und PPV politisch nicht durchsetzbar sei, sehen manche Konzepte ersatzweise zumindest eine vereinfachte Bürgerversicherung vor, in der die Strukturunterschiede zwischen PPV und SPV durch einen Finanz- oder Risikostrukturausgleich von der PPV zur SPV kompensiert werden sollen.¹³

Eine Ausweitung auf weitere Einkünfte zielt auf eine Gleichbehandlung der gesamten finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten und damit auf mehr vertikale Gerechtigkeit. In Anlehnung an das Konzept einer Bürgerkrankenversicherung für den Krankheitsfall gibt es

¹² Solche Konzepte werden etwa von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und den Linken vertreten. Aus der Wissenschaft treten für eine Option aus dieser Modellgruppe unter anderem Rothgang und das WIdO ein, vgl. beispielsweise Jacobs, K., Rothgang, H. (2011): Zukunft der Pflegefinanzierung: Eckpunkte für eine tragfähige Reform. In: GGW, 11 (3), 14-22. In diesem Artikel favorisieren die beiden Autoren als Finanzierungsmodell die Integration der privaten in die soziale Pflegeversicherung sowie eine modifizierte Beitrags- und Steuerfinanzierung, die regelgebunden und nicht ad-hoc zur Verfügung gestellt werden sollten.

¹³ Vgl. Jacobs, K., Rothgang, H. (2011), a. a. O. Diese Idee war in den Verhandlungen um die Pflegereform 2008 auf starken Widerstand der CDU gestoßen. In der gegenwärtigen Reformdiskussion wendet sich vor allem die PPV gegen diesen Vorschlag.

beispielsweise ein Säulenmodell.¹⁴ Danach würden auf Erwerbseinkommen und Einkommen, die ein Erwerbseinkommen ersetzen, Beiträge erhoben werden, während Zins- und Kapitalerträge – nur steuerlich berücksichtigt werden würden. Begründet wird diese Option damit, dass nur über Steuermittel eine zu hohe Belastung durch Sozialabgaben zu vermeiden sei. Im Gegensatz dazu strebt eine andere Variante der Bürgerversicherung, einen Beitragssatz auf alle Einkünfte an.¹⁵

Hinsichtlich der Beitragsbemessungsgrenze wird in einigen Optionen präferiert, dass alle Bürger entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit einkommensabhängige Beiträge in die Versicherung einzahlen sollen.¹⁶ Die Beitragsbemessungsgrenze soll dabei nicht vollständig aufgehoben, sondern lediglich – orientiert an der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung – angehoben werden. Demgegenüber gibt es auch Finanzierungsmodelle, die eine vollkommene Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze vorschlagen. Eine Option, die aber wohl politisch derzeit kaum durchsetzbar sein dürfte (Kasten 3).¹⁷

Die Bürger- oder Kopfpauschale: Steuerfinanzierter Sozialausgleich und kohortenspezifisches Beitragssplitting

Die Kernidee des Modells der umlagefinanzierten Kopfpauschale ist die der vollständigen Entkoppelung der Pflegefinanzierung vom Arbeitseinkommen und die Entlastung der Arbeitgeber bei den Arbeitskosten. Befürworter dieser Finanzierung treten zugleich dafür ein, dass die Kopfpauschale durch einen integrierten Sozialausgleich über das allgemeine Steuer-Transfer-System komplettiert wird.¹⁸ Ziel dieses Ansatzes ist es, die Kosteneffizienz zu steigern sowie Leistungsqualität, Transparenz und Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu stärken. Ergänzend wird in manchen Modellen der Kopfpauschale auch ein Splitting in Form

¹⁴ Vgl. Lungen, M., Büscher, G., Lauterbach, K. (2007): Quantitative Abschätzungen einer Kapitalansparung in der Pflegeversicherung. Wie hoch müssten Beiträge zur Demographiereserve sein? In: Soziale Sicherheit, 6-7/2007.

¹⁵ Diese Position vertritt beispielsweise Bündnis 90/Die Grünen.

¹⁶ Diese Finanzierungsoption wird beispielsweise von der SPD und Bündnis 90/Die Grünen favorisiert.

¹⁷ Die Linken präferieren eine vollständige Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Vgl. zu diesem Thema beispielsweise Dräther, H., Jacobs, K., Rothgang, H. (2009): Pflege-Bürgerversicherung. In: Dräther, H., Jacobs, K., Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin, 71-93.

¹⁸ Die Steuer-Transfer-Variante hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) schon in der Reformdebatte 2004 vorgeschlagen. Vgl. SVR (2010): Chancen für einen stabilen Aufschwung. Jahresgutachten 2010/2011, 246-248, Ziffer 29. Der SVR hält sein Konzept allerdings nur dann für realisierbar, wenn ein gleicher Schritt auch in der Krankenversicherung erfolgt.

Kasten 3

Reformdebatten

Die gesetzliche Pflegeversicherung wird seit ihrer Einführung von ständigen Reformdiskussionen begleitet. Bereits 2003 bis 2007 befassten sich mehrere Kommissionen mit der Finanzierung der Pflegeversicherung. Neben der „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ (Rürup-Kommission) und der Herzog-Kommission, legten unter anderem der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) sowie Karl Lauterbach (SPD) und seine Arbeitsgruppe jeweils ein Konzept vor.

In dem Koalitionsvertrag der Großen Koalition (CDU/CSU und SPD) wurde sodann eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung angekündigt. Vereinbart wurde dabei die Einführung einer ergänzenden Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung. Verabschiedet wurde aber 2008 nur das PFWG.

2009 kündigte die jetzige Regierungskoalition an, eine Reform der Pflegeversicherung durchführen zu wollen. Präferiert wurde in der Koalitionsvereinbarung eine ergänzende Kapitaldeckung zum Umlageverfahren, vorzugsweise in Form eines Pflege-Riesters. Konkrete Konzepte sollten im Spätsommer 2011 vorgelegt werden. Vor kurzem wurde die Reform erneut verschoben. Offen ist, wann das Bundesministerium für Gesundheit ein autorisiertes Konzept zur Pflegefinanzierung vorlegen wird.

eines Extrabeitrags für Rentner empfohlen, das die Belastung jüngerer Kohorten reduzieren soll. Der Beitrag der Rentner soll also in eine intergenerative Umverteilung eingebracht werden. Eine weitere Möglichkeit würde darin bestehen, das Beitragssplitting durch eine staatlich geförderte private Pflegeversicherung zu ergänzen (Kasten 4).

Risiken einer Kapitaldeckung

Auch Kapitaldeckung muss demographische Veränderungen bewältigen

Befürworter einer Kapitaldeckung argumentieren, dass sich die demographischen Veränderungen in einem Umlagesystem direkt auswirken und dieses Finanzierungssystem voraussetzt, dass die Kohorten zwischen Einzahlenden und (potentiellen) Leistungsempfängern in etwa gleich stark besetzt und leistungsstark sein müssten, damit es zu einer nachhaltigen Versorgung kommen kann. Allerdings muss sich der Bevölkerungswandel nicht eins

Kasten 4

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG)

Das *PFWG*, das zum 1. Juli 2008 in Kraft trat, reformierte einige Teile der gesetzlichen Pflegeversicherung. Zum Gesetz gehörten folgende Maßnahmen:

- Festschreibung des Anspruchs von Pflegebedürftigen und Personen, die einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, auf eine individuelle Rechtsberatung, die auch in den neu eingerichteten Pflegestützpunkten angeboten wird.
- Verabschiedung eines Pflegezeitgesetzes (PflegeZG).¹
- Einführung von Pflegenoten als Maßnahme zur Qualitätsverbesserung in der Pflegeversorgung.

¹ Nach dem PflegeZG erhalten Beschäftigte (bei Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten) für die Pflege von Angehörigen bis zu sechs Monaten eine unbezahlte volle oder teilweise Freistellung von der Arbeit. Die Sozialversicherungspflicht für die Pflegepersonen läuft während dieser Zeit weiter. Bei akutem Pflegebedarf besteht zudem der Anspruch auf eine bis zu zehntägige unbezahlte Freistellung zur Organisation der Pflege. Das PflegeZG bietet allerdings keine Lohnersatzleistungen wie etwa bei der Pflege kranker Kinder an und dürfte daher keine großen Anreize bieten, die Pflege für Angehörige zu übernehmen.

- Dynamisierung des Leistungssatzes in drei Stufen (1. Stufe: 1.7.2008; 2. Stufe: 1.1.2010; 3. Stufe: 1.1.2012; ab 2015 sollen die Leistungsbeiträge in einem dreijährigen Rhythmus der Preisentwicklung folgen).

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde in der Pflegereform von 2008 ebenso wenig auf Demenzerkrankte ausgeweitet wie die Pflegeleistungen in fünf Pflegestufen differenziert wurden.² Auch den grundsätzlichen Problemen der strukturellen Einnahmenschwäche in der Pflegeversicherung wurde mit dem PFWG nicht begegnet.

² Vgl. den Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009. Der Beirat wurde Ende 2006 von der damaligen Ministerin für Gesundheit mit der Prüfung des Pflegebegriffs beauftragt. Der Beirat vertritt, dass der jetzige Begriff zu eingeschränkt ist, da er nur auf die Verrichtungen des täglichen Lebens abstellt („verrichtungsbezogen“), allgemeine Betreuung und Anleitung indes bisher nicht berücksichtigt werden. Zudem werden demenziell Erkrankte mit der jetzigen Auslegung von Pflegebedürftigkeit immer noch weitgehend aus der Pflegeversicherung ausgegrenzt. Der Beirat spricht sich für eine weitere Differenzierung der Pflegestufen in fünf Stufen aus.

zu eins in der Pflegefinanzierung auswirken: So führt ein Rückgang der aktuell in die SPV Einzahlenden nicht zwangsläufig zu einem Sinken ihrer Lohnsumme, aus der sich die Beiträge ableiten. Die Lohnsumme wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, sie kann unter anderem durch höhere Einkommenszuwächse und eine andere Einkommensverteilung steigen.

Auch muss die Kapitaldeckung wie das Umlageverfahren den demographischen Wandel bewältigen.¹⁹ Die Unabhängigkeit einer kapitalfundierte Versicherung von der Demographie wird daher auch in manchen Arbeiten relativiert. So wird zugestanden, dass der Kapitalfinanzierung eine Komponente der Veränderungen in der Bevölkerung innewohnt, diese aber unter Umständen nicht so ausgeprägt ist und andere Faktoren entscheidend(er) seien (Tabelle 3).²⁰

¹⁹ Einen Literaturüberblick zu diesen Fragen bietet Schmähl, W. (1992): Zum Vergleich von Umlageverfahren und kapitalfundierte Verfahren zur Finanzierung einer Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Band 10.

²⁰ Vgl. beispielsweise Börsch-Supan, A., Ludwig, A., Sommer, M. (2003): Demographie und Kapitalmärkte. Die Auswirkungen der Bevölkerungsalterung auf Aktien-, Renten- und Immobilienvermögen. Köln: Deutsches Institut für Altersvorsorge.

Zudem muss das für die Absicherung im Alter ersparte Kapital sicher – beispielsweise in Immobilien und Wertpapieren – angelegt werden und im Alter mit sicherer Rendite wieder verkauft werden können, um daraus die Pflege zu finanzieren. Keine Anlageform bietet jedoch eine hundertprozentige Sicherheit. Ein Werteverfall des in Form von Realinvestitionen oder Finanzmarktstiteln angesparten Kapitals aber kann realistischere Weise nicht ausgeschlossen werden.²¹ Gerade die aktuelle Finanzmarktkrise zeigt, dass Anlageformen, die bis vor kurzem noch als sehr sicher galten, schnell an Wert verlieren können. Da es bei der Pflegeversorgung aber um die finanzielle Absicherung eines existenziellen Gutes geht, ist dies ein schwerwiegendes Problem.

Eine weitere These der Verfechter der Kapitaldeckung ist, dass diese im Gegensatz zu einer Umlagefinanzierung zu einer zusätzlichen und langfristigen Erspar-

²¹ Selbstverständlich wirken andere Mechanismen einem Werteverfall entgegen, im Grundsatz aber besteht der hier vorgetragene Zusammenhang.

Tabelle 3

Empfänger von Pflegeleistungen nach Altersgruppen

	2009	2020	2050
In 1 000 Personen			
unter 35 Jahre		140,4	106,2
35 bis 50 Jahre	748,3 ¹	77,6	61,4
50 bis 65 Jahre		215,9	161,3
65 bis 75 Jahre		315,6	318,0
75 bis 80 Jahre	306,9	320,6	362,1
80 bis 85 Jahre	460,1	646,7	861,2
85 bis 90 Jahre	509,8	603,8	1 297,2
90 Jahre und älter	313,2	562,4	1 425,4
Insgesamt	2 338,3	2 883,0	4 592,9
Anteile in Prozent			
unter 35 Jahre		4,9	2,3
35 bis 50 Jahre	32,0 ¹	2,7	1,3
50 bis 65 Jahre		7,5	3,5
65 bis 75 Jahre		11,0	6,9
75 bis 80 Jahre	13,1	11,1	7,9
80 bis 85 Jahre	19,7	22,4	18,8
85 bis 90 Jahre	21,8	20,9	28,3
90 Jahre und älter	13,4	19,5	31,0
Insgesamt	100,0	100,0	100,0
Veränderung gegenüber 2009 in Prozent			
75 bis 80 Jahre	-	4,5	18,0
80 bis 85 Jahre	-	40,6	87,2
85 bis 90 Jahre	-	18,4	154,5
90 Jahre und älter	-	79,6	355,1
Insgesamt	-	23,3	96,4

¹ Die Altersgruppen für 2009 sind in der amtlichen Pflegestatistik nicht in der Gruppierung verfügbar wie in der Prognose.

Quellen: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009; Berechnungen des DIW Berlin.

© DIW Berlin 2011

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich bis 2050 fast verdoppeln.

nisbildung in Deutschland führen würde.²² In der gesamtwirtschaftlichen Betrachtung ist eine Schwächung der Kapitalbildung durch das Umlageverfahren bislang allerdings empirisch nicht belegt und theoretisch nur unter der Voraussetzung bestimmter Annahmen herzu-leiten.²³ Im Gegenteil kann es dazu kommen, dass andere Sparformen für das Pflegesparen eingeschränkt

²² Vgl. beispielsweise Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) (2009): Pflegeversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar halten. BDA-Konzept zur Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung; BDA (2011): Pflegepläne gehen vollständig in die falsche Richtung. Beide Papiere siehe unter www.arbeitgeber.de/www/arbeitgeber.nsf/id/DE_Pflegeversicherung.

²³ Vgl. beispielsweise Krupp, H.-J., Weber, J. (2001): Risiken der Alterssicherung, Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren im Vergleich. In Mager, H. C., Schäfer, H. Schrüfer, K. (Hrsg.): Private Versicherung und Soziale Sicherung. Marburg, 185-202.

oder substituiert werden. Ein verpflichtender Kapitalaufbau kann dabei sogar zu einem Ausfall der Binnen-nachfrage führen und damit das Wachstum der Wirtschaft negativ beeinflussen. Genau zu diesem empirischen Befund kommt eine aktuelle ökonomische Studie am Beispiel der privaten steuerlich geförderten zusätzlichen Altersvorsorge (Riesterrente).²⁴

Freiwillige oder verpflichtende Pflegefinanzierung

In der gegenwärtigen Reformdebatte und in den Finanzierungsoptionen, die eine Kapitaldeckung präferieren, spielt auch die Frage eine Rolle, ob das Kapitalsparen freiwillig oder obligatorisch sein sollte. Hier kann wiederum – wenn auch aus einer anderen Perspektive als zuvor – die Riesterrente als Beispiel herangezogen werden. Die zusätzliche private Altersvorsorge wurde den Bürgern mit umfangreichen Informationskampagnen bekanntgemacht. Dennoch hat von den erwarteten rund 35 Millionen Riester-Sparern bis heute nicht einmal die Hälfte einen Riester-Sparvertrag abgeschlossen.²⁵

Der Nichtabschluss einer Versicherung für existenzielle Belange ist durchaus als mangelnde Eigenverantwortung zu kritisieren. Aus der Verhaltenswissenschaft wissen wir aber, dass sich Menschen aus verschiedenen Gründen ökonomisch nicht systematisch rational verhalten. Für die Pflegeversicherung ließe sich dies so erklären, dass Pflege in der Regel keine Leistung ist, die im Moment des Abschluss eines Versicherungsvertrages real gebraucht wird. Zudem ist der zeitliche Abstand zu einer möglichen Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen insbesondere für jüngere Bevölkerungsgruppen sehr groß. Letztlich ist es auch überhaupt nicht angenehm, sich mit einer möglichen Pflegebedürftigkeit auseinandersetzen zu müssen.

Daher würde der Staat mit einer privaten und freiwilligen Regelung bei existenziellen und Vertrauensgütern wie der Pflegeversicherung mit hoher Wahrscheinlichkeit riskieren, dass für eine Reihe von Menschen eine unzufriedenstellende Versorgungslage entsteht, Versorgungslücken wären nicht auszuschließen. Da der Grundkonsens in unserer Gesellschaft aber ist, dass Pflegebedürftige nicht ohne Hilfe bleiben dürfen, würden Versicherungslücken also unweigerlich zu zusätzlichen Kosten führen, die solidarisch von der Gesellschaft insgesamt getragen werden müssten.

²⁴ Vgl. Logeay, C., Meinhardt, V., Rietzler, K., Zwiener, R.: Gesamtwirtschaftliche Folgen des kapitalgedeckten Rentensystems. In: IMK Report, Nr. 43.

²⁵ Vgl. Hagen, K., Reisch, L. A. (2010), a. a. O.

Ein weiterer Aspekt spricht gegen eine freiwillige und private Finanzierung: Die Versicherten müssten in einer freiwilligen und kapitalgedeckten Lösung auch Kosten dafür tragen, dass die Versicherer einer privaten Pflegeversicherung sich gegen „schlechte“ Pflegerisiken schützen würden, etwa durch eine hohe Selbstbeteiligung und eine unzureichende Dynamisierung der Leistungen.²⁶

Intergenerative Lastenverschiebung und Doppelbelastung der heutigen Generation

Im Modell der Kapitaldeckung soll jede Versicherten-genera-tion durch den Aufbau von Altersrückstellungen Vorsorge für ihr mit dem Alter steigendes Pflegerisiko treffen. Dies soll verhindern, dass Finanzierungs-lasten auf die kommenden Generationen der Beitragszah-ler verschoben werden. Mit diesem Finanzierungskon-zept wird in Kauf genommen, dass eine Kapitaldeckung zwangsläufig zu einer Doppelbelastung der Einzahler während der Aufbauphase des Kapitalstocks führt. Zum individualisierten Sparen müsste eine weitere Kompo-nente kommen, um die gegenwärtigen Pflegeleistun-gen zu finanzieren, denn neben den derzeitigen Lasten sind zusätzlich auch künftige Aufwendungen vorzufinanzieren. Letztlich handelt es sich bei einer Kapitalde-ckung um ein Vorziehen der künftigen Finanzierungs-last in die Gegenwart, während das Umlageverfahren die Hauptlast auf später verschiebt.

Die Forderung nach einer Kapitaldeckung der Pflege-versicherung mit dem Ziel, Gerechtigkeit zwischen den Generationen herzustellen, übersieht auch ganz offen-sichtlich, dass die intergenerative Umverteilung aus sehr unterschiedlichen Facetten besteht. Würden die viel-fachen interfamiliären Transfersysteme von den Äl-teren zugunsten der Jüngeren (laufende Geschenke und Erbschaften) berücksichtigt werden, würde sich das Gesamtbild der Lastenverteilung zwischen den Gene-rationen deutlich zugunsten der älteren Kohorten ver-ändern.²⁷

Probleme der Riesterrente beim „Pflege-Riester“ wiederholen?

Angesichts der Risiken sowohl des Umlageverfahrens als auch der Kapitaldeckung wird verschiedentlich eine Risikoverteilung, also eine Mischfinanzierung aus Um-

lageverfahren und Kapitaldeckung für die Pflegeversi-cherung als der richtige Weg angesehen. Doch auch bei einer ergänzenden Kapitaldeckung bleiben die oben genannten Unsicherheiten einer Kapitaldeckung be-stehen.

Eine spezifische Variante der ergänzenden kapitalge-deckten Pflegeversicherung ist der sogenannte „Pflege-Riester“, der gegenwärtig als verpflichtender und indivi-dualisierter Kapitalaufbau zur Diskussion steht. Etliche Studien stellen der Riesterrente freilich ein schlechtes Urteil aus.²⁸ Ob die gewünschten Verteilungs-, Wachs-tums- und Absicherungsziele erreicht werden, wird in der Wissenschaft vielfach in Frage gestellt. In wieder-holten Produkttests der Stiftung Warentest und durch Ökotest werden hohe Abschluss-, Verwaltungs- und Ver-triebskosten, mangelnde Transparenz, schlecht ausge-führte Produktinformationsblätter und Jahresmeldun-gen sowie unzureichende Beratung und magere Ren-diten bemängelt.²⁹

Die Erfahrung mit den Riesterprodukten lehrt, dass es keinesfalls reicht, diese nur formal zu zertifizieren, sie aber ansonsten ohne kontinuierliche Produkt- und An-bieterkontrolle der privatwirtschaftlichen Vermarktung zu überlassen. Im Falle von existenziellen sowie Vertrau-ens- und Kontraktgütern – um ein derartiges Gut han-delt es sich bei der Pflegeversicherung – muss dies na-hezu unweigerlich zu einem Marktversagen, im Falle der Pflegeversicherung also zu einer Unterversorgung und einer unsicheren Versorgungslage führen. Dies er-klärt sich bei Riester- und auch möglichen Pflegeversi-

28 Vgl. dazu beispielsweise: Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011): Expertise: Herausforderungen des demografischen Wandels. 74–80; Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) in Zusammenarbeit mit Institut für Finanzdienstleistungen und infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft (2011): Transparenz von privaten Riester- und Basisprodukten. Abschlussbericht zu Projekt Nr. 7/09. Im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen; Hagen, K., Reisch, L. A. (2010), a. a. O., 2–14; Oehler, A. unter Mitarbeit von Kohler, D. (2009): Alles „Riester“? Die Umsetzung der Förderidee in der Praxis. Stärken und Schwächen, Risiken und Chancen der staatlich geförderten kapitalgedeckten privaten Altersvorsorge von abhängig Beschäftigten (ohne Beamte) im Kontext der umlagefinanzierten gesetzlichen Rentenversicherung. Studie im Auftrag der Verbraucherzentrale Dachverband; Lamping, W., Tepe, M. (2009): Vom Können und Wollen der privaten Altersvorsorge. Eine empirische Analyse zur Inanspruchnahme der Riester-Rente auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 4, 409–430. Auch aus der Politik heraus wird die Riesterrente kritisiert. So machte Die Linke der Regierung den Vorwurf, die „Riester-Förderung (sei) eine Subventionierung der Versicherungswirtschaft“. Vgl. Deutscher Bundestag: Kleine Anfrage von Abgeordneten und der Fraktion Die Linke: Riester-Förderung – Subventionierung der Versicherungswirtschaft ohne praktische rentenerhöhende Wirkung für die Riester-Sparenden. Drucksache 16/12774, vom 22.4.2009.

29 Vgl. beispielsweise Stiftung Warentest (2011): Beratung zur Altersvorsorge: Desaströs, Heft 5; Stiftung Warentest (2010): Etwas Rente ist sicher. Riester-Rentenversicherungen, Heft 10, 29–33; Stiftung Warentest (2008): Spezial Altersvorsorge, 2008, 55–59; Stiftung Warentest (2008): Rätselstunde für Riester-Sparer, Riester-Jahresmitteilungen, Heft 8, 29–35. Vgl. auch die jüngsten Tests von Ökotest (2011): Jahrbuch. Rente, Geld, Versicherungen. Mehr als 2000 Tarife im Test. Der große ÖKO-TEST Finanzratgeber, 26–41.

26 Vgl. Wagner, G., Kirner, E., Meinhardt, V. (1991), a. a. O.

27 Jacobs und Rothgang argumentieren hinsichtlich einer gerechten intergenerativen Verteilung der Lasten der Pflege, dass der Ansatz, die Staatsverschuldung abzubauen, dem Aufbau eines Kapitalstocks überlegen sein würde, da mit der Staatsverschuldung die Zinsbelastung der Bürger wächst und Sollzinsen höher sind als Habenzinsen. Vgl. Jacobs, K., Rothgang, H. (2011), a. a. O., 16.

cherungsprodukten daraus, dass die Nachfrager zum Zeitpunkt des Abschlusses eines Versicherungsvertrages die Qualität – also das Preis-Leistungsverhältnis – dieses Gutes nicht oder nicht sicher, auch nicht auf der Basis von Produkttests vergleichend beurteilen können.³⁰ Auch ist zu berücksichtigen, dass die Käufer auf Grund fehlender Erfahrung kaum einen Produkt- oder Anbieterwechsel vornehmen können. Beide Faktoren sind aber wesentliche Voraussetzungen dafür, dass der Anbieter- und Produktwettbewerb zugunsten der Sparrer beziehungsweise Versicherten funktionieren kann. Ein Wettbewerb hilft hier also recht wenig.

Sollte die Koalition trotz der bekannten Probleme der Riester-Versicherung am Konzept eines „Pflege-Riesters“ festhalten, wäre sie gut beraten, diesen zumindest auf der Basis vorausgewählter und kontrollierter Produkte einzuführen.³¹ Ohne eine umfassende gesetzliche Regulierung wird eine private kapitalgedeckte Pflege-Riester-Versicherung mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht zu einer angemessenen Pflegeversorgung führen.

Ein weiteres Argument ist anzuführen: Die Riesterrente ist nach anderen Prinzipien organisiert, als es eine Pflegeversicherung erfordert. So ist „Riester“ vererbbar im vorzeitigen Todesfall des Sparers. „Riester“ funktioniert zudem nicht nach dem Prinzip einer Schadensversicherung, sondern nach dem Prinzip der Leistungsäquivalenz. Der Leistungsumfang steht dabei in einem definierten Verhältnis zur Prämie, die gezahlt wird.

Letztlich ist gegen einen Pflege-Riester aber auch gegen andere Varianten der ergänzenden und individuellen Kapitaldeckung einzuwenden, dass es sich bei solchen Finanzierungsvarianten um eine verdeckte Beitragserhöhung mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand handeln würde.³²

30 Für die Schwierigkeit, die Qualität von Vertrauens- und Kontraktgütern zu bestimmen, gibt es mehrere Gründe: In der Regel erfährt der Käufer die Qualität solcher Güter erst in großer zeitlicher Distanz zu dem Kauf des Gutes. Der Versicherte kann auch seine einmal getroffene Auswahl kaum korrigieren und das Produkt oder die Dienstleistung wechseln, denn er kennt die Qualität der Leistung eben noch nicht. Hinzu käme im Fall der Pflegeversicherung, dass wenn die Leistung erfüllt wird, also der Pflegefall eingetreten ist, kaum noch eine Korrektur der einmal getroffenen Entscheidung möglich ist. Auch das Lernen und Erfahren ist im Fall der Pflegeversicherung nur sehr bedingt möglich.

31 Vgl. Hagen, K. (2011): Rückbuchungen von Riesterzulagen: Teure Ignoranz der Sozialpolitik. Kommentar, Wochenbericht des DIW Berlin, Nr. 18/2011. Die fachliche Vorauswahl solcher Produkte könnte durch eine Ausschreibung und ein Expertengremium garantiert werden.

32 Unter anderem mit diesem Argument hat die CSU jüngst eine kapitalgedeckte Pflegefinanzierung abgelehnt und ein Konzept vorgelegt, wonach neben der beitragsfinanzierten Umlage bestimmte Pflegefälle über ein aus Steuern zu finanzierendes Bundesleistungsgesetz finanziert werden sollen. Danach sollen „behinderte Menschen Eingliederungshilfen erhalten sowie demenzspezifische Leistungen und Leistungen für Schwerstpflegebedürftige in Härtefällen über die Pflegestufe III hinaus finanziert“ werden. Vgl. Welt Online (2011): Minister-Bahr-steht-ein-Sturm-bevor, vom 2.9.2011, www.welt.de/print/die_welt/politik/article13581789/Minister-Bahr-steht-ein-Sturm-bevor.html.

Sicherung der Pflegeversorgung durch eine Stärkung der Solidarität im Umlageverfahren – Gründe für eine Bürgerversicherung

Welches System der Gesetzgeber letztendlich wählt, ist eine Frage der Werte und Umverteilungsziele, die er zu Grunde legt. Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es kein richtiges oder falsches Ziel. Letztlich müssen die Wähler festlegen, welche (Um)Verteilungsziele sie mehrheitlich wünschen. Wähler und Gesetzgeber sollten sich aber der Gefahren und Risiken jeder einzelnen Finanzierungsoption bewusst sein. Vieles spricht dafür, dass das Hauptziel der Pflegeversicherung eine angemessene Versorgung aller, das heißt auch der gegenwärtigen Pflegebedürftigen sein sollte.

Der Einführung der heutigen gesetzlichen Pflegeversicherung lagen zwei Grundentscheidungen zugrunde, die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit als sozialem Risiko und die Absicherung der Folgen von Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe. Diese Funktion der Pflegeversicherung würde durch eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und die Einbeziehung der Gesamtbevölkerung in die soziale Pflegeversicherung – wie in den Modellen der Bürgerversicherung angestrebt – gestärkt werden.³³

Für eine Bürgerversicherung spricht, dass durch einen insbesondere um Selbständige und Beamte erweiterten Versichertenkreis die SPV eine bessere Einkommens- und Risikostruktur aufweisen würde als im Status quo und damit der Versicherung insgesamt mehr Beitragseinnahmen zur Verfügung stehen würden.³⁴ Hinzu kommt, dass in Modellen der Bürgerversicherung das Festhalten an der paritätischen Beteiligung von Arbeitgebern an der Finanzierung der Pflegeversicherung einem Grundprinzip des deutschen Sozialversicherungssystems Rechnung trägt. Auch würde eine Finanzierung der Pflege im Rahmen einer Bürgerversicherung, die prinzipiell an der paritätischen Finanzierung festhält, allein durch die Ausweitung des versicherten Personenkreises, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Verbreiterung der Beitragsbemessung den Beitragssatz spürbar reduzieren. Der Deutsche Gewerkschaftsbund geht beispielsweise davon aus, dass mit dem Ausbau der Pflege- zu

33 Hierzu wird verschiedentlich argumentiert, dass dies mit den vertraglichen Bestandsschutzrechten der privaten Versicherungswirtschaft kollidieren könnte. Dieser rechtliche Aspekt wird in diesem Bericht nicht diskutiert.

34 Rothgang beispielsweise weist zu Recht verschiedentlich darauf hin, dass die soziale Pflegeversicherung die ungünstigere Einkommens- und Risikostruktur nicht durch ineffizientes Handeln eigenverschuldet, sondern diese Strukturen einzig und allein der Zwangszuweisung der Versicherten zu einem der beiden Systeme geschuldet ist.

einer Bürgerversicherung der Beitragsanstieg bis 2030 auf 2,45 Prozent statt auf 2,9 Prozent gebremst werden könnte.³⁵

Würde die Trennung der beiden Systeme der Pflegeversicherung beibehalten werden, hieße das, dass Beamte, Selbständige und gut verdienende Angestellte weiterhin nicht in den Solidarausgleich einbezogen wären, während die Pflichtversicherten über die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage einer Art zweiter Einkommensteuer unterliegen würden.

Eine Beschränkung des Solidarausgleichs nur auf das Einkommen aus unselbständiger Arbeit ist kaum begründbar. Aber auch das Säulenkonzept, das die Ungleichbehandlung verschiedener Einkunftsarten vorsieht, überzeugt nicht. Diese Option dürfte zudem eine recht aufwändige Verwaltung erfordern, wobei die Pflegekassen in die Rolle von Finanzämtern geraten würden. Ebenso wenig lässt sich eine begrenzte Ausweitung und damit weiterhin willkürlich festgelegte Bemessungsgrenze nicht plausibel begründen. Der regressive Effekt einer Bemessungsgrenze würde wie im Status quo bestehen bleiben.³⁶

Es ist derzeit nicht zu erwarten, dass der Kapitalmarkt ausreichend ökonomische Sicherheit für die Versorgung künftig pflegebedürftiger Generationen gewährleistet. Daher ist es unklar, wie Verbraucher und der Kapitalstock vor den Kapitalmarktrisiken geschützt werden sollen. Auch das Umlageverfahren ist bekanntermaßen nicht gegen demographische und ökonomische Krisen immun, jedoch besteht bei diesem System – sieht man einmal von der Anlage der derzeit noch vorhandenen Überschüsse der sozialen Pflegeversicherung ab – kein Anlagerisiko.

Eine Bürgerpauschale, mit der eine Bürgerversicherung auch realisiert werden könnte, wird oftmals mit der Begründung abgelehnt, dass untere und mittlere Einkommen im Verhältnis zu höheren Einkommen stärker belastet würden und dass eine deswegen notwendige Prämienbezuschung bei finanzieller Überforderung der einzelnen Versicherten, politisch zu leicht zu reduzieren sei.³⁷ Zwar stimmt es, dass die Höhe der steuerlichen Zuschüsse für untere und mittlere Einkommen

politisch entschieden werden muss, dennoch ist dieses Argument – da auch der Beitragssatz recht leicht politisch veränderbar ist – systematisch nicht überzeugend. Allerdings finden Kopfpauschalen nur wenig Akzeptanz, da sie mit tradierten Prinzipien der Finanzierung brechen. Hinzu kommt die fiskalische Belastung, denn der Sozialausgleich würde den Bundeshaushalt (je nach Modell) mit Beträgen in Milliardenhöhe belasten und Steuererhöhungen (etwa bei der Einkommensteuer) nach sich ziehen.³⁸

Einfache Beitragserhöhungen als ein Baustein zur Finanzierung werden vielfach mit der Begründung abgelehnt, dass sie zu steigenden Lohnnebenkosten führen. Dabei wird außer Acht gelassen, dass Beitragssatzerhöhungen bei der Aushandlung von Löhnen – zumindest implizit – auf den verfügbaren Verhandlungsspielraum angerechnet werden.³⁹ Hinzu kommt, dass die Entwicklung der Beschäftigung nicht nur von den Lohnkosten allein abhängt. Auch ob höhere Lohnnebenkosten tatsächlich die Wachstumschancen der deutschen Wirtschaft direkt dämpfen, ist strittig: So gibt es Schätzungen, dass durch einen Anstieg der Sozialbeiträge von insgesamt gut einem Prozentpunkt bis 2050 allein Wettbewerb und Wachstumschancen der Wirtschaft nicht gefährdet werden würden.⁴⁰

Bei dem zuweilen vorgeschlagenen verpflichtenden Extrabeitrag für Rentner zur intergenerativen Umverteilung zugunsten der jüngeren Kohorten wird übersehen, dass Rentner schon heute aus der vollständigen Solidarität ausgegrenzt sind, da sie – anders als in der Krankenkasse – allein für ihre Pflegeversicherungsbeiträge aufkommen. Angesichts einer erwarteten zunehmenden Alterseinkommensarmut bei einer gegenwärtigen Durchschnittsrente um 800 Euro erscheint ein finan-

³⁵ DGB-Bundesvorstand (2011): Gute Leistungen – gerecht finanziert. Anforderungen des DGB an die Reform der Pflegeversicherung. In: Soziale Sicherheit 3.

³⁶ Regressiv sind die Effekte insofern, als sich zwar jedes zusätzliche Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze direkt in einem höheren Beitrag niederschlägt, dieser Effekt aber ab der Bemessungsgrenze abrupt abbricht und damit Beziehler hoher Einkommen relativ weniger belastet werden als Beziehler geringer und niedriger Einkommen.

³⁷ Beispielsweise argumentieren SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen diese Option.

³⁸ Vgl. beispielsweise Allinger, H.-J. (2006): Bürgerversicherung und Kopfpauschale im Vergleich. Anmerkungen zur Diskussion in einer Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung. Passauer Diskussionsbeitrag Nr. V-42-06, Universität Passau. Im Artikel werden die verschiedenen sozialpolitischen Wirkungen unterschiedlicher Finanzierungsmodelle ausgearbeitet.

³⁹ Vgl. zur Frage der empirischen Belegung dieser These beispielsweise Reiners H. (2009): Denn sie wissen nicht, was sie tun. Anmerkungen zum gesundheitspolitischen Programm der schwarz-gelben Koalition. In: Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S) 6, 11.

⁴⁰ Vgl. Ärztezeitung (2011): Kapitalgedeckte Pflege: Kalkulation bis Ende Oktober, vom 11.8.2011. Selbst bei einem Verzicht auf eine Reform der Pflegeversicherung, würde Rürup zufolge der Beitrag zur Pflegeversicherung von heute 1,95 Prozent ausgabenbedingt auf 3,5 Prozent in 2050 steigen müssen, was den Beitrag zur Sozialversicherung insgesamt nur marginal erhöhen würde. In dem Artikel äußerte sich Rürup auch dahingehend, dass er das Umlageverfahren in der Pflegeversicherung für effizienter hält als eine Kapitaldeckung.

zieller Extrabeitrag für die Älteren unangemessen.⁴¹ Wenn überhaupt, wäre bei einem Modell des Beitrags-splittings zur intergenerativen Umverteilung die Option überzeugend, dass Kinderlose, da sie keine Ressourcen für eine Humankapitalbildung aufbringen, einen höheren Beitrag als den heute geltenden leisten (Kasten 5).

Fazit

Die Einführung der Pflegeversicherung war ohne Zweifel eine große gesellschaftliche Errungenschaft. Deren konkrete Ausgestaltung – Finanzierung, Leistungen, Organisation – war aber schon in den Verhandlungen der 90er Jahre überaus strittig. Zu den Mängeln der gesetzlich implementierten deutschen Pflegeversicherung gehört, dass sie nur eine Teilkaskoversicherung ist, also entweder private Zusatzleistungen oder staatliche Fürsorge (Sozialhilfe) notwendig werden. Ein weiterer Mangel besteht in der Zweiteilung in eine soziale und eine private Pflegeversicherung, wobei die SPV gegenüber der PPV eine ungünstigere Einkommens- und Risikostruktur aufweist. Trotzdem gibt es keinen Ausgleich zwischen beiden Systemen. Zu diesen strukturellen Schwächen der Pflegeversicherung zählt auch das Tabu, den Beitragssatz zu erhöhen. Ein weiteres kommt hinzu: Wegen steigender Kosten der Pflege bei Konstanz der Zahlungen der Pflegeversicherungen, kommt es bereits seit Ende der 90er Jahre zu einem schleichenden Werteverfall der Pflegeleistungen. Dies führt seitdem zu einer wieder wachsenden Abhängigkeit der Leistungsempfänger von zusätzlicher Sozialhilfe. Tiefgreifende Reformen sind aber bis heute an den gegensätzlichen Auffassungen normativer Sozialpolitikverständnisse und damit an dem Wie der Ausgestaltung stecken geblieben.

Das Grundziel der gegenwärtigen Pflegeversicherung ist zwar nur eine Teilfinanzierung von Pflegeleistungen, aber die schleichende Entwertung der Zahlungen der Pflegeversicherung ist nur schwer zu rechtfertigen. Höhere Einnahmen sollen den Spielraum für die Erweiterung und Dynamisierung von Leistungen auch auf der Basis eines erweiterten Pflege(bedürftigkeits)begriffs und einer deutlichen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen schaffen.

Eine Kapitaldeckung geht grundsätzlich mit einer Doppelbelastung der gegenwärtigen Generation einher, da neben dem Ansparen des eigenen Kapitalstocks par-

⁴¹ Vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Rentenversicherung in Zeitreihen, DRV-Schriften, Band 22, 178. Bei einem Extrabeitrag in Höhe von zehn Euro würde die Durchschnittsrente bereits mit 1,25 Prozent zusätzlich belastet werden. Bei einem Extrabeitrag in Höhe von 50 Euro – wie er durchaus auch in der Diskussion genannt wurde – würde die Belastung der Durchschnittsrente bereits mehr als sechs Prozent betragen.

Kasten 5

Finanzierungstypen und -bausteine der Pflegefinanzierung

Systemerhalt und Erweiterung des Umlageverfahrens

- Bürgerversicherung nach Leistungsfähigkeit und Bausteine einer Bürgerversicherung
 - Erweiterung des Kreises der Versicherten
 - Berücksichtigung von anderen Einkünften als Einkommen
 - Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
 - Aufhebung der Gliederung der GPV in SPV und PPV
 - Risikostrukturausgleich zwischen SPV und PPV
 - Paritätische Finanzierung der Umlage durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer
- Bürger-/Kopfpauschale plus partielle Steuerfinanzierung zum Sozialausgleich
- Anhebung des Beitragssatzes

Teilweiser Systemwandel/Mischmodelle

- Ergänzende Kapitaldeckung
 - Pflege-Riester (privat und verpflichtend)
 - Solidarische Demographiereserve (gemeinschaftlich, verpflichtend)
 - Individuelle Demographiereserve (individuell, freiwillig, privat)
- Beitragssplitting (Rentner, Kinderlose)

Vollständiger Systemwechsel

- Obligatorische Privatversicherung
 - Karenzzeitmodell
- Steuerfinanziertes Bundesleistungsgesetz

allel das bestehende Umlageverfahren weiter bedient werden müsste. Hinzu kommen die Kapitalmarktrisiken. Beides führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Lücken in der Pflegeversorgung, insbesondere bei einkommensschwachen Gruppen, und zu sozialen Verteilungsfolgen, die eines sozialpolitischen Gegensteuerns bedürften. Die politische Aufgabe würde daher darin bestehen, über das Steuersystem Ausgleichsmechanismen zur Abfederung der Doppelbelastung zu entwickeln.

Angesichts der oben dargelegten Probleme und Ziele spricht vieles für einen Systemerhalt des Umlageverfahrens unter dem Label „Versorgungssicherheit geht

vor“ und „Stärkung der solidarischen Komponenten des Umlageverfahrens“ durch Optionen einer Bürgerversicherung. Die Lage von heute Pflegebedürftigen nicht zu verschlechtern, sondern möglichst zu verbessern, sollte bei der Diskussion der Finanzierungsoptionen stets oberste Priorität haben.

Gesundheit, Pflege, Alterssicherung, Bildung sind existenzielle Dienstleistungen, ihre Qualität erschließt sich den Nachfragern nach diesen Leistungen aber nur begrenzt. Daher ist alles in allem die Pflegeversicherung kein Gut, das über den Markt geregelt werden sollte; die Pflegeversicherung gehört in staatliche Verantwortung eingebettet.

Es ist richtig, dass der Wettbewerb, auf vielen Märkten Garant für eine ökonomisch effiziente Produktion

und Verteilung ist. Im Bereich existenzieller und quasi-öffentlicher Dienstleistungen, deren Qualität für den Nachfrager nicht umfassend zu beurteilen ist, überzeugt eine privatwirtschaftliche Marktlösung allerdings nicht, sie verlangt mindestens nach einer staatlichen Vorauswahl von Produkten und einer laufenden Kontrolle der Versicherungsprodukte.

Allerdings sind insbesondere Reformen auf der Einnahmeseite einer Sozialversicherung politisch stets umstritten. Dahinter stehen unterschiedliche Vorstellungen über soziale Gerechtigkeit und Umverteilung. Hier geht es um Antworten auf die Frage, wie weit die Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit über die Solidargemeinschaft und staatlich oder individuell, in Eigenvorsorge und privatwirtschaftlich erfolgen soll.

Kornelia Hagen ist wissenschaftliche Mitarbeiterin, Abteilung Wettbewerb und Verbraucher | khagen@diw.de.

Wolfram Lamping ist Vertretungsprofessor an der Universität Göttingen und Privatdozent an der TU-Darmstadt | wolfram.lamping@sowi.uni-goettingen

JEL: D6, D18, H44, H55, G23

Keywords: Pflegereform, Pflegefinanzierung, Bürgerversicherung, Pflege-Riester, Kapitaldeckung, Sozialstaat



DIW Berlin – Deutsches Institut
für Wirtschaftsforschung e.V.
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin
T +49 30 897 89 -0
F +49 30 897 89 -200
www.diw.de
78. Jahrgang

Herausgeber

Prof. Dr. Pio Baake
Prof. Dr. Tilman Brück
Prof. Dr. Christian Dreger
Dr. Ferdinand Fichtner
PD Dr. Joachim R. Frick
Prof. Dr. Martin Gornig
Prof. Dr. Peter Haan
Prof. Dr. Claudia Kemfert
Karsten Neuhoff, Ph.D.
Prof. Dr. Jürgen Schupp
Prof. Dr. C. Katharina Spiels
Prof. Dr. Gert G. Wagner
Prof. Georg Weizsäcker, Ph.D.

Chefredaktion

Dr. Kurt Geppert
Sabine Fiedler

Redaktion

Renate Bogdanovic
Dr. Frauke Braun
PD Dr. Elke Holst
Wolf-Peter Schill

Lektorat

Dr. Erika Schulz

Pressestelle

Renate Bogdanovic
Tel. +49-30-89789-249
presse@diw.de

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice
Postfach 7477649
Offenburg
leserservice@diw.de
Tel. 01805 - 19 88 88, 14 Cent./min.
ISSN 0012-1304

Gestaltung

Edenspiekermann

Satz

eScriptum GmbH & Co KG, Berlin

Druck

USE gGmbH, Berlin

Nachdruck und sonstige Verbreitung –
auch auszugsweise – nur mit Quellen-
angabe und unter Zusendung eines
Belegexemplars an die Stabsabteilung
Kommunikation des DIW Berlin
(kundenservice@diw.de) zulässig.

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier.