Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(1)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
30.4.2019

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa)

Stellungnahme zum

Antrag der Fraktion der FDP

Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern
Bundestags-Drucksache 19/7691

und zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden
Bundestags-Drucksache 19/7480

sowie zum

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden
Bundestags-Drucksache 19/8561

Berlin, 30. April 2019

bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Friedrichstr. 148, 10117 Berlin
Tel. 030 – 30 87 88 60, Fax 030 – 30 87 88 89
bund@bpa.de – www.bpa.de

Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkung 3

I.) Grundsätzliche Anmerkungen 3

II.) Antrag der Fraktion der FDP 9
„Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“

III.) Antrag der Fraktion DIE LINKE. 11
„Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“

IV.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 13
„Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“

Vorbemerkung

Der **Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)** bildet mit mehr als 10.000 aktiven Mitgliedseinrichtungen die größte Interessenvertretung privater Anbieter sozialer Dienstleistungen in Deutschland. Einrichtungen der ambulanten und (teil-) stationären Pflege, der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe in privater Trägerschaft sind im bpa organisiert. Die Mitglieder des bpa tragen die Verantwortung für rund 305.000 Arbeitsplätze und ca. 23.000 Ausbildungsplätze. Mit rund 5.050 Pflegediensten, die ca. 230.000 Patienten betreuen, und 4.950 stationären Pflegeeinrichtungen mit etwa 303.000 Plätzen vertritt der bpa mehr als jede dritte Pflegeeinrichtung bundesweit. Vor diesem Hintergrund nimmt der bpa wie folgt Stellung.

I.) Grundsätzliche Anmerkungen

Die Pflegeversicherung ist ein Erfolgsmodell. Sie ermöglicht eine qualitativ hochwertige Versorgung zu tragbaren Kosten. In Anbetracht des demographischen Wandels, der absehbar stark steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen, dem dramatischen Fachkräftemangel und dem weiter großen Investitionsbedarf stehen jedoch eine Vielzahl großer Herausforderungen für das System bevor.

Die finanziellen Auswirkungen dieser Herausforderungen lassen sich schon heute beobachten und werden in Kürze in Folge der politisch motivierten Lohnpolitik sowie der neuen Ausbildungsfinanzierung deutlich beschleunigt. Die Ausgaben der Pflegeversicherung sind in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Die zentralen Gründe hierfür waren die deutlich gestiegene Zahl der Pflegebedürftigen und die Leistungsausweitungen der vergangenen Legislaturperiode. Die mit den Pflegestärkungsgesetzen I-III in den letzten Jahren einhergehenden Leistungsverbesserungen wurden vom bpa insgesamt begrüßt. Die deutlich größere Inanspruchnahme von Leistungen gegenüber der ursprünglichen Schätzung der Bundesregierung spricht auch für das gute Leistungsangebot der Pflegeunternehmen. Gleichwohl hat der bpa zu Beginn dieser Legislaturperiode deutlich davor gewarnt, immer neue Maßnahmen anzukündigen, ohne vorher eine Aussage darüber zu treffen, wer die Kosten am Ende zahlt. Den pflegebedürftigen Menschen dürfen keine Verbesserungen versprochen werden, die sie am Ende selbst bezahlen müssen.

Die Bundesregierung hat bis dato in erster Linie mit Beitragssatzerhöhungen auf die konstant steigenden Kosten reagiert. Zuletzt stieg zum 1. Januar 2019 der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung um 0,5 Prozentpunkte. In den vergangenen fünf Jahren wuchs der Beitragssatz somit von 2,05 auf 3,05 Prozent an. Entgegen der immer wieder aufgestellten Be-

hauptung des wachsenden Anteils der Sozialhilfeempfänger in der Pflege sinkt dieser und erreichte 2017 den niedrigsten Stand seit zehn Jahren. 2017 sind die Ausgaben der Hilfe zur Pflege im Vergleich zum Vorjahr um fast 11 Prozent gesunken; 60.000 Menschen weniger waren auf Unterstützungsleistungen angewiesen.

Pflegeversicherung entlasten

Während der bpa in der Vergangenheit grundsätzlich Verständnis für die Notwendigkeit der Anpassung des Beitragssatzes gezeigt hat, so bedarf es endlich einer Diskussion über die Leistungen der Pflegeversicherung und welche Kosten von ihr übernommen werden sollen. Es ist wenig sinnvoll, eine deutliche Ausweitung der Einnahmen der Pflegeversicherung zu fordern, ohne parallel einen Blick auf die Ausgaben zu werfen.

Der bpa verweist seit vielen Jahren auf die derzeit von der Pflegeversicherung geleisteten Aufgaben, die nicht originär in deren Zuständigkeit liegen. Würden diese von den eigentlich Verantwortlichen finanziert, wäre eine sofortige Entlastung der Pflegeversicherung und der pflegebedürftigen Menschen möglich. Dies umfasst unter anderem die Kosten der medizinischen Behandlungspflege, die mit dem PpSG eingeführte Förderung von Familie, Pflege und Beruf sowie die Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (beispielsweise die Zahlung von Rentenpunkten für pflegende Angehörige). Insgesamt betragen die Kosten dieser Leistungen bis zu 6 Milliarden Euro. Dies entspricht etwa 0,4 Beitragssatzpunkten.

Die fehlende Finanzierung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen durch die Krankenversicherung ist ein Systemfehler, der vom bpa seit vielen Jahren kritisiert wird. Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime sind wie alle anderen Versicherten auch Beitragszahler der Krankenversicherung. Bei den Leistungen der Krankenkasse werden sie jedoch systematisch benachteiligt, da sie die Kosten für die medizinische Behandlungspflege und für zahlreiche Hilfsmittel aus eigener Tasche zahlen müssen. Bei allen anderen Versicherten übernimmt die Krankenversicherung die Finanzierung dieser Leistungen. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden damit Monat für Monat mit mehreren hundert Euro zusätzlich belastet. Die zusätzlichen Kosten liegen bei über drei Milliarden Euro jährlich und stellen damit die größte Position von Leistungen dar, die nicht originär in der Zuständigkeit der Pflegeversicherung liegen und dennoch von ihr und insbesondere von den Pflegebedürftigen gezahlt werden. Die durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) eingeführte Regelung zur Finanzierung zusätzlicher Stellen, die insbesondere im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege stehen sollen und von der Krankenversicherung finanziert werden, führt aufgrund ihrer Ausgestaltung zu keiner finanziellen Entlastung der Pflegeversicherung oder der pflegebedürftigen Menschen.

Die durch das PpSG ebenfalls eingeführte Fördermöglichkeit von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf (§ 8 Abs. 7 SGB XI) bedeutet Mehrausgaben von 100 Millionen Euro jährlich für die Pflegeversicherung. Während die Zielsetzung des Gesetzgebers, Einrichtungen bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu unterstützen, vom bpa ausdrücklich begrüßt wird, kann jedoch in Frage gestellt werden, ob die Finanzierung insbesondere der Kinderbetreuung aus Mitteln der Pflegeversicherung erfolgen muss. Es darf nicht der Eindruck entstehen, dass die Kommunen aus einer ihrer zentralen Verantwortlichkeiten entlassen werden. Die Pflegeversicherung kann nicht für das fehlende Engagement der Kommunen verantwortlich gemacht werden und es auch nicht ausgleichen.

Mit Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes werden in allen Bundesländern Ausbildungsumlagen eingeführt, die – anders als im Krankenhausbereich – maßgeblich durch die Pflegebedürftigen refinanziert werden müssen. Diese Mittel reduzieren deren Sachleistungsanspruch. Die Kosten der Pflegeausbildung, inklusive der gesamten Schulkosten, werden zukünftig aus den Umlagen zu finanzieren sein. Hinzu kommen deutliche Kostensteigerungen aufgrund der deutlich ausgeweiteten Personal- und Qualitätsanforderungen. Die Bundesländer werden hingegen von der Verpflichtung der Finanzierung der Schulen weitestgehend entlastet und die entstehenden Kosten stattdessen über die Umlage anteilig den Pflegebedürftigen aufgebürdet.

Konsequenzen der Modelle zur „Weiterentwicklung“ der Pflegeversicherung beachten

Die derzeit vorrangig diskutierten Modelle zur „Weiterentwicklung“ der Pflegeversicherung stellen aus Sicht des bpa keine Verbesserung des Status Quo dar. Besonders problematisch ist das Modell des sogenannten „Sockel-Spitze-Tausches“. Dieses würde eine Kostenexplosion bei den Pflegekassen verursachen.

Bei einer Begrenzung der Zuzahlung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf einen festen Betrag würde die je nach Personalschlüsseln und -kosten in den Bundesländern unterschiedliche Zuzahlung nivelliert. Aus Verbrauchersicht gäbe es als Folge der politisch motivierten Beendigung einer wettbewerblichen Ausrichtung keinen Preisunterschied mehr. Eine wahrscheinliche Folge wäre, dass die Pflegekassen in Bundesländern mit höheren Eigenanteilen wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg wesentlich höhere Beträge zahlen müssten als zum Beispiel in Sachsen-Anhalt, Brandenburg oder Mecklenburg-Vorpommern. Es käme demnach zu einer Umverteilung der Bei-

tragsgelder von Ost nach West.

Überhaupt gäbe es erstmals ein echtes Kostenrisiko für die Pflegekassen. Bereits heute, wo die Kassen Mehrausgaben aus höheren Gehältern und besserer Personalausstattung nicht selbst tragen müssen, verzögern die Pflegekassen in Verhandlungen wiederholt die Einigung, drücken die Preise und verweigern notwendige Verbesserungen und Finanzierungen. Im ambulanten Bereich erfolgt dabei regelmäßig der Hinweis auf die zur Verfügung stehende Leistungsmenge. Es ist davon auszugehen, dass bei einer tatsächlichen Pflicht zur Kostenübernahme durch die Pflegekassen entsprechende Verhandlungen zukünftig nur noch konfliktreicher würden. Die Folgen der Verweigerungshaltung der Pflegekassen lassen sich aktuell u.a. in Niedersachsen beobachten.

Darüber hinaus sind weitere Aspekte beim Sockel-Spitze-Tausch ungeklärt. Beispielhaft sei auf die offene Frage verwiesen, wie zukünftig die Inanspruchnahme von Leistungen gesteuert werden soll. Wenn pflegebedürftige Menschen für ein mehr an Leistungen nicht mehr zahlen müssen, wird es zu einer massiven Ausweitung kommen. Die teils vorgeschlagene individuelle Leistungsbedarfsermittlung wäre gegenüber dem derzeitigen System keinesfalls zwingend besser. Im ambulanten Bereich würde dem Pflegebedürftigen die Wahlfreiheit entzogen. Anspruch bestünde ausschließlich auf die von der Pflegekasse definierten und genehmigten Leistungen. Zu befürchten ist, dass es in allen Leistungsbereichen aus Kostengründen zu einer rigiden Leistungsgewährung kommt und die pflegebedürftigen Menschen sowie die Pflegeeinrichtungen mit einer Vielzahl an bürokratischem Mehraufwand konfrontiert wären.

Der bpa begrüßt dennoch, dass endlich Diskussionen über die Ausgestaltung der Pflegeversicherung geführt werden. Im Rahmen dieser gilt es wichtige Entscheidungen über die zukünftige Ausrichtung zu treffen:

- Eine erste Richtungsentscheidung ist notwendig, um die bisherige Teilleistungsausrichtung der Pflegeversicherung zu bestätigen oder zu verändern.
- Eine zweite Richtungsentscheidung ist notwendig zur Beibehaltung oder Abschaffung der bisher einheitlichen Leistungen aus der Pflegeversicherung, welche in den einzelnen Bundesländern zu teils sehr unterschiedlicher Belastung der pflegebedürftigen Menschen führen.
- Eine dritte Richtungsentscheidung müsste festlegen, welches Kostenniveau bei einer Begrenzung der individuellen Zuzahlung zugrunde gelegt werden soll. Denkbar wären hier als Orientierungsmaßstab in der stationären Pflege die bundesweit niedrigste individuelle Zuzahlung (niemand soll stärker belastet werden), die

durchschnittliche Zuzahlung oder auch die aktuelle Zuzahlung. Bei einer Anwendung des Vorschlages auf den ambulanten Bereich wäre vorab die Leistungsmenge pro Pflegegrad zu definieren. Die Finanz- und Verteilungswirkung wären jeweils sehr unterschiedlich, die Anreize für eine verstärkte Inanspruchnahme ebenso schwer kalkulierbar wie die Kostenentwicklung bei teils fragwürdigen Auswirkungen auf die Nutzerinnen und Nutzer.

- Beantwortet werden muss auch, ob die Pflegeversicherung Vermögen schonen oder vor pflegebedingter Sozialhilfebedürftigkeit bewahren soll. Im zweiten Falle wäre z.B. eine nach Dauer der finanziell belastenden Pflegebedürftigkeit gestaffelte Leistungshöhe denkbar.

Um eine konstant steigende Belastung der pflegebedürftigen Menschen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfeträger zu vermeiden, muss endlich eine gesetzliche Regelung über eine jährlich regelgebundene Dynamisierung zur Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung eingeführt werden. Diese kann beispielsweise an die Lohn- oder Preisentwicklung angeknüpft sein. Die durch das PSG II erfolgte Leistungsanpassung genügt nicht. Im Koalitionsvertrag wird eine kontinuierliche Anpassung der Sachleistungen an die Personalentwicklung angekündigt. Abhängig von der konkreten Ausgestaltung, stellt dies einen sinnvollen ersten Schritt der Dynamisierung dar.

Wettbewerb erhalten

Entscheidend für die langfristige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und den Erhalt der qualitativ hochwertigen Versorgung ist deren wettbewerbliche Ausgestaltung. Der politisch gewollte Wettbewerb hat pflegebedürftige Menschen und Sozialhilfeträger vor ungebremsten Kostensteigerungen bewahrt und gleichzeitig einen Wettbewerb um gute Qualität und Innovationen gefördert. Wer Markt und Wettbewerb in der Pflege in Frage stellt, der verschärft die Probleme weiter.

Dies gilt umso mehr, als bis 2030 allein in stationären Einrichtungen bis zu 80 Milliarden Euro investiert werden müssen. Im Bereich der teilstationären und ambulanten Einrichtungen kommen nochmals rund 40 Milliarden Euro hinzu. Die Länder haben sich aus der Förderung und Finanzierungsverantwortung längst herausgezogen. Die Pflegeversicherung finanziert keine pflegerische Infrastruktur. Investitionen der privaten Träger sichern ein flächendeckendes und bedarfsdeckendes Angebot. Privates Kapital wird jedoch nur dann zur Verfügung gestellt, wenn die dafür nötigen Rahmenbedingungen geschaffen werden, eine langfristige Planungssicherheit herrscht und es risikogerechte Renditemöglichkeiten gibt.

Vor diesem Hintergrund muss jede weitere Einschränkung des Wettbe-

werbs in der bereits überregulierten Pflege kritisch gesehen werden. Dies umfasst auch weitere Eingriffe in das System aus sozialer und privater Pflegeversicherung. Weniger Wettbewerb und immer weitere Regulierung helfen dem Gesundheits- und Pflegewesen nicht. Stattdessen treiben sie die Kosten nach oben, erhöhen den Bürokratieaufwand und senken die Innovationskraft. Deshalb brauchen wir mehr statt weniger Wettbewerb.

II.) Antrag der Fraktion der FDP „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“

A) Forderungen des Antrags

Der Antrag der Fraktion der FDP fordert die Bundesregierung auf, noch in dieser Legislaturperiode einen Vorschlag zur zukünftigen Finanzierung der Pflege vorzulegen, der sich an einem Dreisäulenmodell aus sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegevorsorge sowie betrieblicher Pflegevorsorge orientiert.

Der Bedarf zur privaten Vorsorge soll offen kommuniziert, die kapitalgedeckten Elemente in der Pflegeversicherung weiterentwickelt und die wettbewerblichen Elemente erhöht werden. Staatliche geförderte Pflege-Zusatzversicherungen („Pflege-Bahr“) sollen evaluiert, die Einführung vergleichbarer Instrumente geprüft und die steuerlichen Anreize zur Vorsorge erhöht werden.

Die Bundesregierung soll Modellprojekte zur betrieblichen Pflegevorsorge unterstützen und fördern sowie die Umwidmung von Altersvorsorgeprodukten zweckgebunden für die Pflege prüfen. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beitragssatzanpassungen der privaten Pflegeversicherung sollen verändert werden, um die Beitragssatzentwicklung zu glätten. Zudem soll die Forschung im Bereich der Pflegevorsorge intensiviert werden.

B) Stellungnahme

Der bpa begrüßt grundsätzlich die Forderung, noch in der laufenden Legislaturperiode einen konkreten Vorschlag zur künftigen Finanzierung auszuarbeiten. Wichtig ist jedoch, dabei keine Vorfestlegungen zu treffen. Die Forderung einiger Bundesländer und Parteien zur Begrenzung der Eigenanteile der pflegebedürftigen Menschen ist eine derartige Vorfestlegung und für eine zielführende Diskussion über die Zukunft der Pflegeversicherung keinesfalls hilfreich. Gleichzeitig darf eine solche Diskussion aber eben nicht nur auf die Frage der Finanzierung der Pflegeversicherung begrenzt bleiben. Die Leistungen dieser müssen gleichberechtigt in den Blick genommen werden. Andernfalls droht die Wiederholung vergangener Reformen, bei denen durch Veränderungen im Leistungsrecht die Ausgaben die Einnahmen der Pflegeversicherung deutlich übertrafen. Zudem müssen auch derzeitige Leistungen der Pflegeversicherung betrachtet werden, deren Zuständigkeit systematisch bei anderen Kostenträgern läge. Beispielhaft sei diesbezüglich auf die medizinische Behandlungs-

pflege in stationären Pflegeeinrichtungen verwiesen (siehe S. 4).

Der Ausbau der wettbewerblichen Elemente im System der privaten und sozialen Pflegeversicherung kann sinnvoll sein. Wichtig ist jedoch, dass dies nicht zu weniger Leistungen für die pflegebedürftigen Menschen führt oder einseitig in den Wettbewerb der Leistungserbringer eingreift.

Die Intensivierung und Evaluation der Forschung im Bereich der Pflegevorsorge erscheint sinnvoll. Neben den aus der demographischen Entwicklung resultierenden Mehrausgaben sollte eine solche Forschung insbesondere die Kosten der im politischen Raum diskutierten Reformvorschläge untersuchen. Der bpa warnt wiederholt davor, immer neue Maßnahmen anzukündigen, ohne vorher eine Aussage darüber zu treffen, wer die Kosten am Ende zahlt.

III.) Antrag der Fraktion DIE LINKE.
„Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“

A) Forderungen des Antrags

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE. fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch welchen ein Finanzausgleich zwischen der privaten und sozialen Pflegeversicherung aufgebaut wird, der die unterschiedlichen Versichertenausgaben vollständig ausgleicht.

Im Anschluss sollen innerhalb von zwölf Monaten Regelungen erarbeitet werden, die die private in die soziale Pflegeversicherung überführen.

B) Stellungnahme

Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen ist es nicht relevant, ob ein Bewohner oder Kunde in der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung versichert ist. Die erbrachten Leistungen unterscheiden sich weder im Umfang noch in der Qualität zwischen den Versicherungsarten.

Vorteile der Abschaffung der privaten Pflegeversicherung ergeben sich somit weder für die pflegebedürftigen Menschen noch für die Pflegeeinrichtungen. Der bpa lehnt eine solche auch aus systematischen Gründen ab. Weniger Wettbewerb und immer weitere Regulierung helfen dem Gesundheits- und Pflegewesen nicht. Stattdessen treiben sie die Kosten nach oben, erhöhen den Bürokratieaufwand und senken die Innovationskraft.

Die unter I. im Antrag dargestellten Gründe für steigende Finanzbedarfe würden durch den Antrag gleichwohl keineswegs angegangen. Der Antrag würde zunächst weder eine Reduzierung der Eigenanteile noch einen geringeren Sozialhilfebedarf bedeuten. Es findet ebenfalls keine Finanzierung entstehender Kosten aus besseren Personalschlüsseln oder höheren Gehältern statt. Hierzu bedarf es einer Erhöhung der Leistungen der Pflegeversicherung sowie einer regelmäßigen jährlichen Dynamisierung der Leistungshöhen. Derlei Regelungen sind im Antrag jedoch nicht vorgesehen.

Problematisch ist, dass der Antrag nur auf die Einnahmesituation der Pflegeversicherung eingeht. Die Leistungen dieser müssen aber gleichberechtigt in den Blick genommen werden. Andernfalls droht die Wiederholung vergangener Reformen, bei denen durch Veränderungen im Leistungsrecht die Ausgaben die Einnahmen der Pflegeversicherung deutlich übertrafen. Zudem müssen auch derzeitige Leistungen der Pflegeversi-

cherung betrachtet werden, deren Zuständigkeit systematisch bei anderen Kostenträgern läge. Beispielhaft sei diesbezüglich auf die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen verwiesen (siehe S. 4).

IV.) Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“

A) Forderungen des Antrags

Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert die Bundesregierung auf, verschiedene Änderungen des SGB XI umzusetzen. Zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung soll ein vollständiger Finanzausgleich erfolgen. In beiden Versicherungsarten sollen einheitliche, einkommensabhängige Beiträge erhoben werden. Als Basis der Beitragsberechnung sollen dabei alle Einkommensarten berücksichtigt werden. Die Beitragsbemessungsgrenze soll schrittweise bis zur Höhe der der Rentenversicherung gehoben werden.

Die Altersrückstellungen der privat Krankenversicherten sollen aufgelöst und möglichst allen Pflegeversicherten zu Gute kommen.

Kinder sowie nicht erwerbstätige, pflegende oder erziehende Lebens- und Ehepartner sollen keine Beiträge zahlen müssen. Bestehen Anreize, die eine Alleinverdienendenehe begünstigen, sollen abgebaut werden.

B) Stellungnahme

Wie bereits unter III.) zum Antrag der Fraktion DIE LINKE. ausgeführt (siehe S. 11), ist es für die Pflegeeinrichtungen und die Leistungserbringung nicht relevant, ob ein Bewohner oder Patient Mitglied der privaten oder der sozialen Pflegeversicherung ist.

Vorteile der Abschaffung der privaten Pflegeversicherung ergeben sich somit weder für die pflegebedürftigen Menschen noch für die Pflegeeinrichtungen. Der bpa lehnt eine solche auch aus systematischen Gründen ab. Weniger Wettbewerb und immer weitere Regulierung helfen dem Gesundheits- und Pflegewesen nicht. Stattdessen treiben sie die Kosten nach oben, erhöhen den Bürokratieaufwand und senken die Innovationskraft.

Problematisch ist, dass der Antrag nur auf die Einnahmesituation der Pflegeversicherung eingeht. Die Leistungen dieser müssen aber gleichberechtigt in den Blick genommen werden. Andernfalls droht die Wiederholung vergangener Reformen, bei denen durch Veränderungen im Leistungsrecht die Ausgaben die Einnahmen der Pflegeversicherung deutlich übertrafen. Zudem müssen auch derzeitige Leistungen der Pflegeversicherung betrachtet werden, deren Zuständigkeit systematisch bei anderen

Kostenträgern läge. Beispielhaft sei diesbezüglich auf die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen verwiesen (siehe S. 4).

Nicht nachvollziehbar ist die unter I. vorgebrachte Behauptung, dass Leistungsverbesserungen wie wohnortnahe Pflegekonzepte einzig mit einer veränderten Pflegeversicherung bzw. einer sogenannten Pflege-Bürgerversicherung möglich seien. Bereits heute bieten die privaten Pflegeeinrichtungen eine Vielzahl innovativer Pflegekonzepte an, die eine ganz individuelle Versorgung der pflegebedürftigen Menschen ermöglichen. Die Grundlage dessen bildet keineswegs die Arbeit der Pflegekassen, sondern die durch die wettbewerbliche Ausrichtung der Pflege hervorgebrachte Innovationskraft der privaten Pflegeanbieter.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(2)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
30.4.2019

Spitzenverband

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 30.04.2019

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 8. Mai 2019 zu den Anträgen der Fraktionen DIE LINKE, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNE zur Zukunft der Pflegeversicherung

GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
Fax 030 206288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de

Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung 3
Antrag der Fraktion DIE LINKE (19/7480) 3
Antrag der Fraktion der FDP (19/7691) 3
Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (19/8561) 4
II. Gemeinsamkeiten und Systemunterschiede von sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung 5
Grundgedanke der beiden Pflegeversicherungszweige 5
Gemeinsamkeiten der beiden Pflegeversicherungszweige 6
Unterschiede der beiden Pflegeversicherungszweige 7
1 Finanzierung 7
2 Versicherter Personenkreis 8
III. Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung 9
Status quo 9
Ausblick 12
IV. Entwicklung der von den Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile 13
V. Reformnotwendigkeiten 14

I. Vorbemerkung

Der Ausschuss für Gesundheit führt eine öffentliche Anhörung durch zu den Anträgen der Fraktionen

- DIE LINKE: „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden" (Bundestagsdrucksache 19/7480) vom 31.01.2019,
- FDP: „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern" (19/7691) vom 12.02.2019 sowie
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden" (19/8561) vom 20.03.2019.

In allen drei Anträgen stellen die Fraktionen auf Basis der aktuellen Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung einen dringenden Reformbedarf fest und fordern die Bundesregierung auf, kurzfristig bzw. noch in dieser Legislaturperiode Gesetzesvorschläge vorzulegen, die eine langfristig stabile Finanzierung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sicherstellen.

Antrag der Fraktion DIE LINKE (19/7480)

Die Fraktion DIE LINKE kritisiert, dass in Deutschland nebeneinander zwei Systeme zur Absicherung des Pflegerisikos bestehen, zum einen die private Pflegeversicherung, die Menschen mit einem geringeren Pflegerisiko mit entsprechend geringeren Beitragsbelastungen absichert, und zum anderen die soziale Pflegeversicherung, die die übrigen Menschen mit einem deutlich höherem Pflegerisiko absichert und in der – bei identischen Leistungen – die Pro-Kopf-Ausgaben mehr als dreieinhalb Mal so hoch seien wie in der privaten Pflegeversicherung. Aus Sicht der Fraktion DIE LINKE ist dies grundlegend ungerecht. Sie fordert daher die unverzügliche Einführung eines vollständigen Finanzausgleiches zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung. Nachfolgend sollte die Bundesregierung innerhalb der nächsten zwölf Monate Regelungen vorlegen, mit denen die private Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung mit dem Ziel der vollständigen Integration überführt werden kann.

Antrag der Fraktion der FDP (19/7691)

Für die Fraktion der FDP steht fest, dass die soziale Pflegeversicherung aufgrund ihrer Umlagefinanzierung bereits heute an die Grenzen ihrer Finanzierbarkeit stößt und die Folgen des demografischen Wandels und des pflegerisch-technischen Fortschritts nicht wird bewältigen können.

Dagegen sei die private Pflegepflichtversicherung aufgrund ihres Kapitaldeckungssystems mit der Bildung von Alterungsrückstellungen „generationengerecht" und zukunftsfähig. Die Fraktion der FDP fordert die Bundesregierung auf, noch in der laufenden Legislaturperiode einen konkreten Vorschlag zur Finanzierung der Pflege vorzulegen, der sich an einem Dreisäulenmodell aus sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegevorsorge und betrieblicher Pflegevorsorge orientiert. Im Kern geht es der FDP darum, die private Pflegevorsorge zu fördern, wettbewerbliche Elemente im System der Pflegeversicherung zu erhöhen, kapitalgedeckte Instrumente in der Pflegeversicherung auszuweiten (u. a. den Pflegevorsorgefonds weiterzuentwickeln) und – perspektivisch – die betriebliche Pflegevorsorge als dritte Säule auszubauen.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (19/8561)

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN schlägt dem Gesetzgeber mit ihrem Antrag die Einführung einer solidarischen Pflege-Bürgerversicherung vor. Nach Auffassung der GRÜNEN sichert das vorgeschlagene Modell der Pflege-Bürgerversicherung, das für alle Bürgerinnen und Bürger eine umlagefinanzierte und konsequent einkommensbezogene Beitragsfinanzierung vorsieht, eine gerechte und stabile Finanzierung. Konkret wird die Bundesregierung aufgefordert, Änderungsvorschläge für das Elfte Buch Sozialgesetzbuch vorzulegen, die einen vollständigen Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung vorsehen und die für beide Versicherungszweige die Erhebung einheitlicher und – bezogen auf alle Einkommensarten – einkommensabhängiger Beiträge festschreiben. Zugleich soll die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise bis maximal zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung erhöht werden, die Alterungsrückstellungen der privaten Pflegepflichtversicherung sollen im Wege einer verfassungskonformen Lösung zu Gunsten der Gemeinschaft aller Pflegeversicherten aufgelöst werden und das Prinzip der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Ehegattinnen und -gatten bzw. Lebenspartnerinnen und -partnern, soweit sie Angehörige pflegen oder Kinder erziehen, soll für die Pflege-Bürgerversicherung gelten.

II. Gemeinsamkeiten und Systemunterschiede von sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung

Alle drei Anträge fokussieren wesentlich auf das Nebeneinander der beiden Zweige der Pflegeversicherung, die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung, stellen jeweils bestimmte Gemeinsamkeiten bzw. Systemunterschiede heraus, setzen diese in Bezug zur gegenwärtigen Finanzlage und leiten hieraus - verbunden mit den jeweiligen politischen Bewertungen - konkrete Reformmaßnahmen ab, insbesondere zum einen die stufenweise Integration der privaten Pflegepflichtversicherung in die soziale Pflegeversicherung (LINKE und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN), zum anderen den Ausbau der ergänzenden privaten Pflegevorsorge im Verbund mit Instrumenten der Kapitaldeckung.

Der GKV-Spitzenverband wird sich zu diesen grundlegenden politischen Reformvorschlägen nicht inhaltlich positionieren, da diese gesellschaftliche und verteilungspolitische Grundsatzfrage im Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes, der paritätisch aus Versicherten- und Arbeitgebervertreterinnen und -vertretern besetzt ist, unterschiedlich bewertet wird. Der GKV-Spitzenverband wird aber im Folgenden zur Fundierung der Debatte, die aus seiner Sicht wesentlichen Gemeinsamkeiten und Systemunterschiede der beiden Pflegeversicherungszweige skizzieren.

Grundgedanke der beiden Pflegeversicherungszweige

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) wurde zum 1. Januar 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Sie soll das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit absichern und Pflegebedürftigen trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Ziel der Einführung war es, die Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen und die Sozialhilfe, die für die Kosten der Pflege von finanziell Bedürftigen aufkommt, zu entlasten. Bis zur Einführung der SPV brachte Pflegebedürftigkeit für viele Betroffene eine wirtschaftliche Überforderung mit sich. Die Leistungen der SPV wurden bedürftigkeitsunabhängig, aber nicht bedarfsdeckend angelegt. Die SPV ist als Teilleistungssystem konzipiert, ihre Finanzierung sollte von Anfang an in einem begrenzten Rahmen gehalten werden. Die Absicherung des Risikos von Pflegebedürftigkeit liegt daher bisher auch in der individuellen Eigenverantwortung. Seit 2013 besteht eine staatliche Förderung privater Pflege-Zusatzversicherungen. Bei der SPV handelt es sich um eine Pflichtversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger. Hinsichtlich des zuständigen Versicherungszweiges gilt das Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“, d. h. Versicherte

der gesetzlichen Krankenversicherung sind zugleich Versicherte der SPV und werden von der bei ihrer Krankenkasse errichteten Pflegekasse betreut.

Privat Versicherte sind hingegen versicherungspflichtig in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) und müssen eine private Pflegeversicherung in der privaten Krankenversicherung abschließen.

Gemeinsamkeiten der beiden Pflegeversicherungszweige

Neben dem Strukturprinzip der Versicherungspflicht, welches dem Ziel dient, alle Bürgerinnen und Bürger gegen das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern, bestehen zwischen den beiden Versicherungszweigen weitere wesentliche Gemeinsamkeiten:

- In der PPV gelten hinsichtlich des Vertragsabschlusses und der Beitragskalkulation für die Versicherungsunternehmen wesentliche Prinzipien bzw. gesetzliche Regelungen der SPV. Zu nennen sind u. a.:
    - Korrespondierend zur Versicherungspflicht besteht Kontrahierungszwang auf Seiten der Versicherungsunternehmen.
    - Die Versicherungsunternehmen dürfen Vorerkrankungen der Versicherten sowie bereits pflegebedürftige Personen nicht von Verträgen ausschließen.
    - Die Tarife der Versicherungsunternehmen dürfen keine Staffelung der Prämien nach Geschlecht vorsehen.
    - Es dürfen in der PPV keine längeren Wartezeiten als in der SPV gelten (dort Vorversicherungszeit von zwei Jahren in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung, siehe § 33 Absatz 2 SGB XI).
    - Die Prämienhöhe ist gesetzlich begrenzt auf den Höchstbeitrag der SPV.
    - Die Versicherer haben analog zur SPV die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern zu gewährleisten.
    - Wie in der SPV, die für alle Pflegekassen eine einheitliche Beitragskalkulation mit einem einheitlichen Beitragssatz vorsieht, besteht auch in der PPV kein Preiswettbewerb: Für die privat Pflegeversicherten besteht in der PPV ein Einheitstarif, der seitens des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. für alle Versicherungsunternehmen kalkuliert wird.

- Auf der Leistungsseite besteht in der PPV – folgerichtig, weil ein unternehmensübergreifender Risikoausgleich durchgeführt wird – auch ein einheitlicher Leistungskatalog; dieser entspricht nach den gesetzlichen Vorgaben nach Art und Umfang den Leistungen der SPV (normiert im

Vierten Kapitel SGB XI). Insofern besteht auf der Leistungsseite – jenseits möglicher ergänzender Absicherungen, die alle Bürgerinnen und Bürger abschließen können – ein einheitlicher Leistungsanspruch für alle Pflegeversicherten in Deutschland.

- Korrespondierend zum einheitlichen Leistungskatalog erfolgt die Feststellung der Pflegebedürftigkeit (als Voraussetzung für die Leistungsgewährung) über ein einheitliches Pflegebegutachtungssystem. Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gelten gleichermaßen für die Pflegebegutachtung, die die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für die Pflegekassen durchführen, als auch für die Begutachtung durch die Gutachter von Medicproof für die privat Pflegeversicherten.

Die Versicherungszweige unterscheiden sich im Wesentlichen hinsichtlich ihrer grundsätzlichen Finanzierungsprinzipien und hinsichtlich der Prävalenz des versicherten Personenkreises:

Unterschiede der beiden Pflegeversicherungszweige

1 Finanzierung

Die SPV ist umlagefinanziert: Die laufenden Ausgaben für die Versicherungsleistungen und die anfallenden Verwaltungsaufgaben werden im Wesentlichen aus den laufenden Beitragseinnahmen der Versicherten und Arbeitgeber finanziert. Zum Ausgleich von Einnahmenschwankungen im Jahresverlauf wird eine Rücklage gebildet, um möglichst kurzfristige Beitragssatzanpassungen zu vermeiden. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit dem Pflegestärkungsgesetz I den Vorsorgefonds eingeführt. Mit diesem Sondervermögen strebt der Gesetzgeber eine langfristige Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung an. Die Pflegekassen erheben einheitliche einkommensabhängige Beiträge, zurzeit auf Basis eines Beitragssatzes von 3,05 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (plus eines Kinderlosenzuschlags von 0,25 Prozent). Die Mittelaufbringung innerhalb der Versichertengemeinschaft erfolgt demnach solidarisch, d. h. grundsätzlich einkommensproportional, begrenzt durch die monatliche Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 4.537,50 Euro. Die Monatsbeiträge variieren damit zwischen 13,72 Euro (monatliches Einkommen von 450,01 Euro) und 138,40 (Einkommen ab 4.537,50 Euro). Bei Beschäftigten tragen Versicherte und Arbeitgeber den Beitrag je zur Hälfte (Ausnahmereglung in Sachsen).

Zur aktuellen Finanzlage der SPV wird auf den nachfolgenden Abschnitt III verwiesen.

In der PPV werden für den Einheitstarif eingeschränkt risikoäquivalente Beiträge erhoben, die nach dem Versicherungsrisiko – gemessen an Gesundheitszustand und Alter des Versicherten zum

Zeitpunkt des Vertragsabschlusses – kalkuliert werden. Es wird das Kapitaldeckungsverfahren angewandt, welches die Bildung von Alterungsrückstellungen für die mit dem Alter steigenden Ausgaben vorsieht. Laut PKV-Verband betrugen die Alterungsrückstellungen der PPV im Jahr 2017 bei 9,3 Mio. Versicherten rd. 34,5 Mrd. Euro (PKV-Verband, Zahlenbericht 2017), mithin je Versicherten rd. 3.700 Euro.

2 Versicherter Personenkreis

Durch die vom Gesetzgeber vorgegebene Zuweisung der Versichertengruppen entsprechend ihres Krankenversicherungsschutzes werden den beiden Versicherungszweigen hinsichtlich sozioökonomischer Parameter (Bildung, Schulabschluss, Beruf, Einkommen, Wohnort, Wohnverhältnisse etc.) unterschiedliche Versichertenkollektive zugeordnet. Naheliegender Weise ergeben sich hieraus auch unterschiedliche Versicherungsrisiken bezogen auf den Versicherungsfall der Pflegebedürftigkeit. Da die Leistungsvoraussetzungen und die Pflegebegutachtung bei beiden Versicherungszweigen einheitlich ausgestaltet sind, ergeben sich aus der Betrachtung der relativen Anzahl der Leistungsempfänger in SPV und PPV klare Aussagen zu den Prävalenzunterschieden.

Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung 2017				
	PPV		SPV	
	absolut	in Prozent der Versicherten	absolut	in Prozent der Versicherten
ambulante Pflege	**158.406**	**1,70%**	**2.560.979**	**3,52%**
davon				
Pflegegrad 1	5.290	0,06%	190.364	0,26%
Pflegegrad 2	69.750	0,75%	1.273.025	1,75%
Pflegegrad 3	51.143	0,55%	699.842	0,96%
Pflegegrad 4	23.198	0,25%	287.777	0,40%
Pflegegrad 5	9.025	0,10%	109.971	0,15%
stationäre Pflege	**53.176**	**0,57%**	**778.200**	**1,07%**
davon				
Pflegegrad 1	276	0,00%	4.112	0,01%
Pflegegrad 2	9.054	0,10%	185.445	0,26%
Pflegegrad 3	16.182	0,17%	240.465	0,33%
Pflegegrad 4	17.273	0,19%	224.175	0,31%
Pflegegrad 5	10.391	0,11%	124.003	0,17%
insgesamt	**211.582**	**2,27%**	**3.339.179**	**4,59%**
Versicherte insgesamt	**9.326.700**		**72.699.499**	
Quellen: PKV-Verband: Zahlenbericht 2017; amtliche Statistik PG 2 und KM1 12/2017				

Die Übersicht zeigt, dass in der PPV im Jahr 2017 rd. 2,3 Prozent der Versicherten pflegebedürftig und damit Leistungsempfänger der privaten Pflegeversicherung waren, während dieser Anteil in

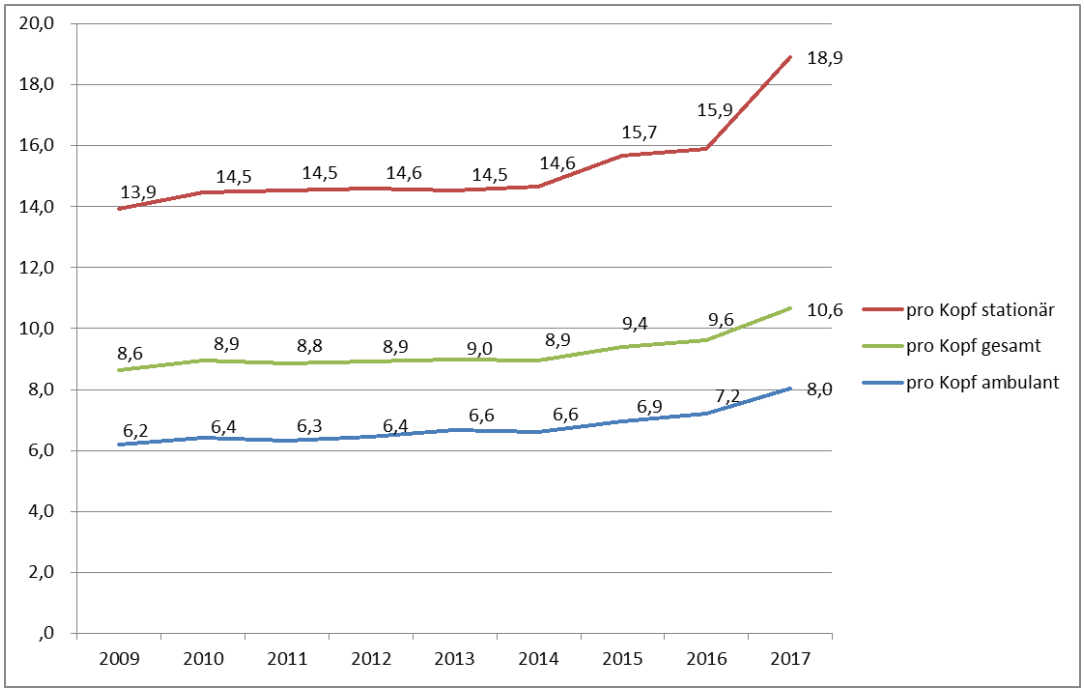
der SPV in dem entsprechenden Jahr rd. 4,6 Prozent betrug. Schaut man sich die Anteile in den einzelnen Leistungsbereichen an, ergibt sich auffallend durchgängig, dass die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit in der PPV nur halb so hoch ist wie in der SPV.

III. Finanzlage der sozialen Pflegeversicherung

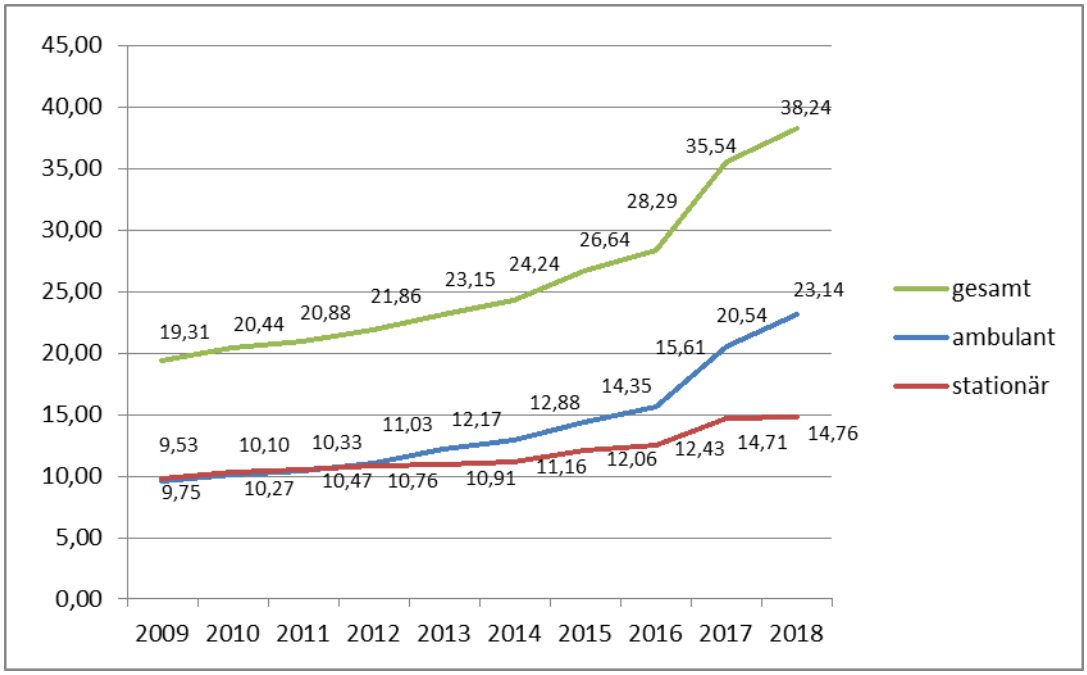
Status quo

Die aktuelle Finanzlage der SPV ist wesentlich geprägt durch die jüngste Reformgesetzgebung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde zum 01.01.2017 eingeführt und damit der leistungsberechtigte Personenkreis der SPV deutlich erweitert. So ist die Anzahl der Pflegebedürftigen vom 01.01.2017 bis zum 01.01.2019 um rd. 735 Tsd. auf rd. 3,7 Mio. Menschen gestiegen; ca. 456 Tsd. sind dabei auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren zurückzuführen. Zudem wurde das Leistungsniveau insgesamt erhöht.

Gemäß § 30 SGB XI hat die Bundesregierung alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Anpassung der Leistungen zu prüfen. Als ein Orientierungswert für die Anpassungsnotwendigkeit dient die kumulierte Preisentwicklung in den letzten drei abgeschlossenen Kalenderjahren. Eine solche gesetzlich vorgesehene Dynamisierung der Leistungsbeträge ist bisher nicht erfolgt. Stattdessen gab es jedoch Anpassungen der Leistungsbeträge im Rahmen von Gesetzesreformen: Nach Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG, 1995) folgten Anpassungen durch das erste und dritte SGB-XI-Änderungsgesetz (1996, 1998) und noch einmal durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000, durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) 2002, das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 und zuletzt durch die Pflegestärkungsgesetze PSG I und PSG II in 2015 und 2016. Neben der Erhöhung der Leistungsbeträge wurde auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen flexibilisiert. Die Erhöhung der Leistungsbeträge und der Anstieg der Leistungsinanspruchnahme führten in 2017 zu einer sprunghaften Erhöhung der Leistungsausgaben der SPV im ambulanten und stationären Bereich. Die nachfolgenden Grafiken verdeutlichen die Entwicklung im Zeitverlauf.

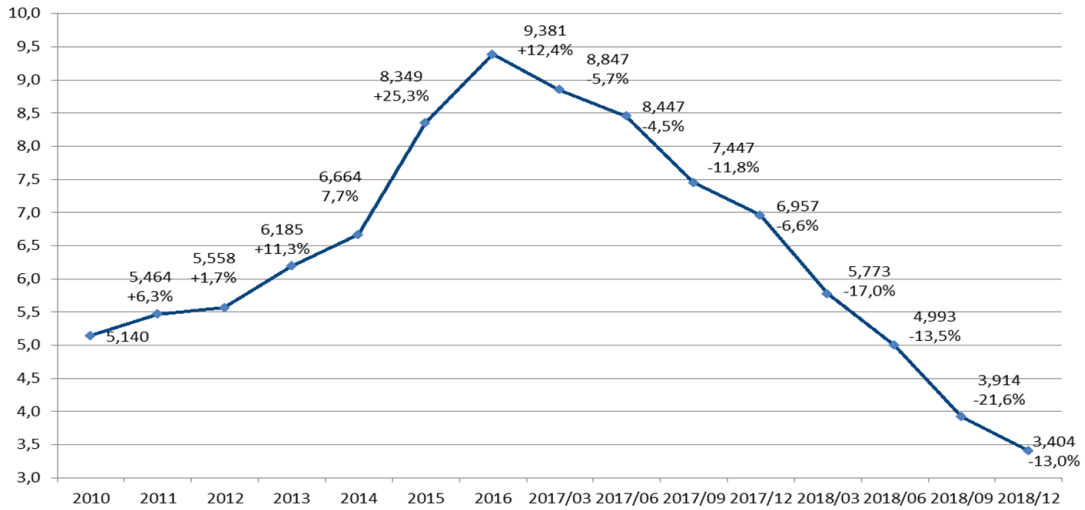


Grafik: Entwicklung der jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben je Leistungsempfänger der SPV im Zeitverlauf in Tausend Euro, insgesamt und differenziert nach ambulantem und stationärem Sektor



Grafik: Entwicklung der jährlichen Leistungsausgaben der SPV im Zeitverlauf in Milliarden Euro, insgesamt (einschließlich Leistungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI) und differenziert nach ambulantem und stationärem Sektor (ohne Leistungen der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI)

Der Finanzstatus der Pflegeversicherung am Ende des Jahres 2018 verzeichnete auf der Einnahmenseite insgesamt 36,3 Mrd. Euro, auf der Ausgabenseite insgesamt 39,9 Mrd. Euro. Das Defizit betrug dementsprechend 3,6 Mrd. Euro. Der Mittelbestand wurde damit, dem Trend der vorausgehenden Jahre folgend, auf 3,4 Mrd. Euro geschmälert. Auf das bereits im ersten Halbjahr 2018 absehbare Finanzierungsdefizit des Jahres 2018 hat der Gesetzgeber mit dem Fünften Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch vom 17.12.2018 reagiert und den Beitragssatz zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf nunmehr 3,05 bzw. 3,3 Prozent für Kinderlose angehoben (vgl. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 22.11.2018 zu diesem Gesetzentwurf, Ausschussdrucksache 19(14)0046(8.1)). Um Liquiditätsengpässe in der gesetzlichen Pflegeversicherung abzuwenden, wurde der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung auch in den vergangenen Jahren bereits mehrfach angehoben. Nachdem im Jahre 2005 der Beitragszuschlag für Kinderlose in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten (BSP) eingeführt wurde (neuer Beitragssatz 1,7 bzw. 1,95 Prozent für Kinderlose), stieg der Beitragssatz im Jahre 2008 erneut um 0,25 BSP. Es folgten weitere Erhöhungen des Beitragssatzes in jeweils Zweijahresabständen von + 0,1 BSP in 2013, + 0,3 in 2015, + 0,2 in 2017 und zuletzt die oben genannte Erhöhung um 0,5 BSP im Jahr 2019.



Grafik: Entwicklung des Mittelbestandes der sozialen Pflegeversicherung im Zeitverlauf in Milliarden Euro, zusätzlich wird die prozentuale Entwicklung im Vergleich zum Vorjahreswert dargestellt

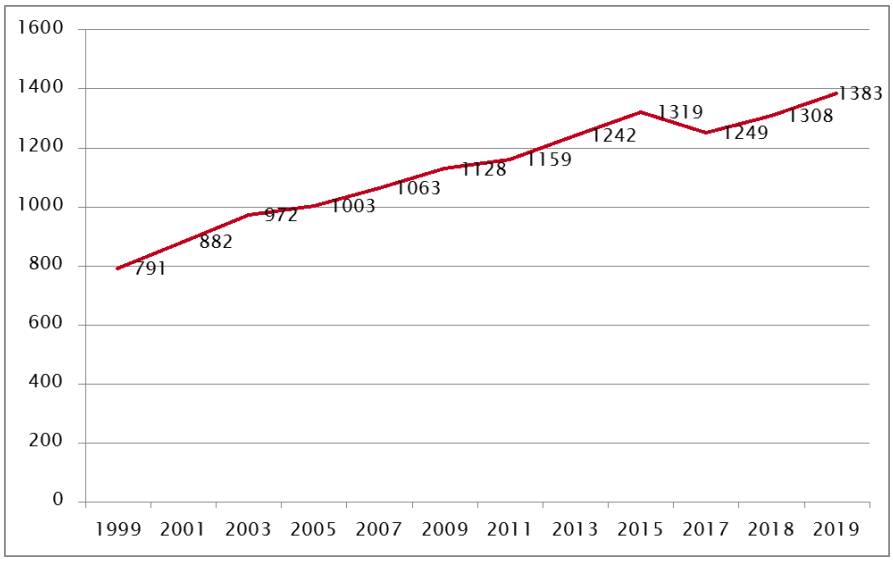
Ausblick

Der GKV-Spitzenverband geht weiterhin davon aus, dass mit dem derzeitigen Beitragssatz ohne finanzwirksame Reformmaßnahmen eine Beitragssatzstabilität in der sozialen Pflegeversicherung bis voraussichtlich mindestens 2022 sichergestellt werden kann. Auf der Einnahmenseite liegt dieser Einschätzung die Annahme zu Grunde, dass sich die Bruttolohn- und Gehaltsentwicklung von 4,2 Prozent in 2019 auf 3,7 Prozent bis 2023 abschwächen wird. Eine zunehmende Zurückhaltung der Konjunkturforschungsinstitute wurde bislang nicht zum Anlass genommen, das Risiko einer schwächeren Entwicklung des Arbeitsmarktes besonders zu berücksichtigen. Ausgabenseitig sind ein Zuwachs von jährlich rund 150.000 Leistungsempfängern, ein Inflationsausgleich der Leistungsbeträge gemäß § 30 SGB XI von 5,0 Prozent im Jahr 2021 sowie die Wirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes in dieser Prognose berücksichtigt.

Entsprechend dieser Annahmen wird sich in Folge der Beitragssatzerhöhung vom 01.01.2019 der Mittelbestand der SPV in den nächsten zwei Jahren von 3,4 Mrd. Euro Ende 2018 auf 8,4 Mrd. Euro bis Ende 2020 aufbauen und sich nach Anpassung der Leistungsbeträge im Jahr 2021 auf diesem Niveau zunächst stabilisieren. Die Gesamteinnahmen und -ausgaben der SPV werden nach diesem Modell für das Jahr 2022 auf jeweils rund 52 Milliarden Euro geschätzt. Hierbei nicht berücksichtigt sind weitere finanzwirksame Reformvorhaben der Regierung wie beispielsweise die bereits diskutierte Einführung eines Flächentarifvertrags in der Pflege oder die Einführung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens, die je nach Gegenfinanzierung zu einer höheren Anpassung der Leistungsbeträge führen könnten. Außerdem sind die ab 2020 zu erwartenden Kostensteigerungen durch die Neuordnung der Pflegeausbildung, die Abgrenzungsneuregelungen zur Eingliederungshilfe und eventuelle weitere Auswirkungen aufgrund der Konzertierten Aktion Pflege noch nicht berücksichtigt.

IV. Entwicklung der von den Pflegebedürftigen aufzubringenden Eigenanteile

Trotz verschiedener Anpassungen der Leistungsbeträge ist die Eigenbelastung im stationären Bereich stetig gestiegen. Dies soll am Beispiel der Pflegestufe 2 bzw. nach 2017 der Pflegegrade 2 bis 5 exemplarisch gezeigt werden. Die pflegebedingten Kosten sowie die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung stiegen von 1999 bis 2019 durchschnittlich um rund 75 Prozent, von 791 Euro auf 1.383 Euro. Die in der nachfolgenden Graphik erkennbare signifikante Absenkung der Eigenbelastung in 2017 erfolgte aufgrund einer Neuberechnung der Pflegesätze. Diese war gesetzlich vorgegeben, flankiert durch Bestandsschutzregelungen, und mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden. Infolgedessen wurden die bislang auf drei Pflegestufen bezogenen Pflegesätze für fünf Pflegegrade kalkuliert; seit 2017 müssen je Pflegeeinrichtung für alle Pflegegrade einheitliche pflegebedingte Eigenanteile der Pflegebedürftigen (einrichtungseinheitliche Eigenanteile – EEE) berechnet werden.



Grafik: Entwicklung der durchschnittlichen monatlichen Eigenbelastung bei stationärer Pflege für Pflegestufe 2 bzw. Pflegegrade 2 bis 5 ohne Investitionskosten in Euro

Gemäß § 9 SGB XI sind die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen Pflegeinfrastruktur verantwortlich. Insofern ist eine finanzielle Förderung der Investitionen der Pflegeeinrichtungen durch die Länder gesetzlich vorgesehen. Die Länder können bestimmen, ob und in welchem Umfang eine Förderung von Pflegeeinrichtungen oder eine finanzielle Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Tragung der ihnen von den Pflegeeinrichtungen berechneten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen erfolgt. Nur wenige Länder nehmen diese Möglichkeit der finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen tat-

sächlich wahr. Zudem ist die landesrechtliche Ausgestaltung in den Ländern sehr verschieden und trotz der seit 01.01.2017 eingeführten Berichtspflicht der Länder gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit nach (§ 10 Abs. 2 SGB XI) intransparent und zum Teil nicht direkt miteinander vergleichbar. Nicht oder nicht vollständig geförderte Investitionskosten dürfen den Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden. Dies führt für die Pflegebedürftigen zu einer weiteren erheblichen Eigenbelastung. Derzeit tragen Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen allein für Investitionsaufwendungen im Bundesdurchschnitt über 450 Euro monatlich.

Gemäß § 9 SGB XI sollen die Länder zur Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen Einsparungen nutzen, die sich aus der Einführung der Pflegeversicherung für die Sozialhilfeträger ergeben. Diese Einsparungen fallen auch heute noch an, sie beliefen sich im Jahr 2015 auf rund 5 Milliarden Euro (Bericht der Bundesregierung nach § 10 SGB Abs. 1 XI). Es ist nicht erkennbar, dass die Länder ihrer Verantwortung nachkommen, die Investitionskosten vollständig zu übernehmen bzw. mit einer direkten finanziellen Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen zu deren Entlastung beizutragen.

V. Reformnotwendigkeiten

Es ist Aufgabe des Gesetzgebers, eine langfristig stabile Finanzierung der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit sicherzustellen. Der absehbar steigende Finanzbedarf darf hierbei nicht ausschließlich über Anpassungen des Beitragssatzes gedeckt werden. Dieser Automatismus, lediglich den Beitragssatz zu erhöhen, ist keine auf Dauer tragfähige Lösung in Anbetracht der dargestellten Entwicklung der Pflegeversicherung.

Die pflegerische Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (§ 8 Absatz 1 SGB XI). Von der Pflegeversicherung wird jedoch auch beispielsweise die Alterssicherung für pflegende Angehörige getragen. Aber anders als bei der Renten- oder der Krankenversicherung werden die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung bisher ausschließlich durch die Beitragszahler finanziert. Es muss ein gesellschaftlicher Konsens darüber herbeigeführt werden, wie künftig die Finanzierungszuständigkeit zwischen der öffentlichen Hand und der Sozialversicherung aufgeteilt wird. Die Einführung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses für die Pflegeversicherung ist ein richtiger Schritt, um steigende Eigenanteile und Beitragssatzerhöhungen abzumildern.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(3)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Plegeversicherung
30.4.2019

DER PARITÄTISCHE
GESAMTVERBAND

Stellungnahme zu den Anträgen der Bundestagsfraktionen: BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflege gerecht und stabil finanzieren – die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (BT-Drs. 19/8561), DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480) und FDP „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (BT- Drs. 19/7691)

Vorbemerkung

Der Antrag „Pflege gerecht und stabil finanzieren – die Pflege-Bürgerversicherung vollenden (BT-Drs. 19/8561), der Bundestagfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zielt darauf ab, einen vollständigen Kostenausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung und in diesem Zusammenhang eine verfassungskonforme Lösung für die bestehenden Altersrückstellungen in der PPV vorzunehmen. Es wird weiterhin beantragt, eine einheitliche Versicherung zu schaffen, die alle Bürger, unabhängig ihrer Einkommensart, einkommensabhängig zur Beitragszahlung heranzieht.

Der Antrag „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480) der Bundestagfraktion DIE LINKE zielt darauf ab, zunächst einen Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung herzustellen, bevor die Regierung in den nächsten zwölf Monaten geeignete Regelungen mit dem Ziel einer vollständigen Integration der privaten Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung erarbeitet.

Paritätischer Gesamtverband
Oranienburger Straße 13-14, 10178 Berlin, Tel: 030 24636-0, Fax: 030 24636-110
Email: info@paritaet.org, Internet: http://www.paritaet.org

Der Antrag „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (BT- Drs. 19/7691) der FDP - Bundestagfraktion zielt darauf ab, die Pflegefinanzierung durch den Auf- und Ausbau einer kapitalgedeckten Säule zukunftsfest zu machen. Hierfür soll unter anderem der bestehende Pflegevorsorgefonds weiterentwickelt sowie die private Vorsorge gestärkt werden, indem steuerliche Anreize zur privaten Vorsorge erhöht, der „Pflege-Bahr“ ausgebaut und der Bedarf zur privaten Pflegevorsorge offen kommuniziert wird.

Der Paritätische Gesamtverband gibt zu den Anträgen anlässlich der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 08. Mai 2019 diese Stellungnahme ab:

Mit dem Beitragssatzanpassungsgesetz wurde kürzlich der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2019 um 0,5 Prozentpunkte auf insgesamt 3,05 Prozentpunkte angehoben. Der Paritätische hielt die Erhöhung des Beitragssatzes für zwingend erforderlich. Allerdings ist die Höhe auch wegen Unterlassung der Verwendung weiterer Mittel für die Pflege nicht ausreichend, um alle anstehenden Aufgaben in der laufenden Legislaturperiode zu bewältigen. Mit den rund 7,6 Mrd. Euro, mit denen die Einnahmebasis der sozialen Pflegeversicherung jährlich erhöht werden soll, müssen in erster Linie die Mehrausgaben finanziert werden, die sich aus der Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Zweiten Pflege-Stärkungsgesetz ergeben haben, insbesondere durch die Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises. Ursprünglich sollte die Finanzierung der Pflegeversicherung bereits mit den letzten Beitragssatzsteigerungen bis 2022 stabil gehalten werden. Die Bundesregierung geht davon aus, dass dies nun mit der erfolgten Anhebung gelingen kann und dass zudem damit die Mehrkosten finanziert werden können, die sich aus dem Pflege-Personal-Stärkungsgesetz (PpSG) ergeben.

Nicht berücksichtigt sind dabei allerdings weitere notwendige und kostenintensive Schritte, wie die kontinuierliche Anpassung der Sachleistungen in der Altenpflege an die Personalentwicklung und die Entlastung pflegender Angehöriger sowie weiterer im

Koalitionsvertrag vereinbarter Maßnahmen, welche ebenfalls finanziert werden müssen. Der Paritätische geht überschlägig davon aus, dass ungeachtet der notwendigen Mittel für die Folgekosten der Pflege-Stärkungsgesetze I und II und der Mehrausgaben durch das PpSG weitere 6 – 10 Mrd. € benötigt werden, um kurzfristig bei der notwendigen Verbesserung der Personalschlüssel sowie der Lohn- und Arbeitsbedingungen gleichzeitig für eine angemessene Begrenzung der Eigenanteile bei den betroffenen Pflegebedürftigen zu sorgen. Auch die Entlastung pflegender Angehöriger muss seriös refinanziert werden, wenn bspw. das in dieser Legislaturperiode versprochene Entlastungsbudget dafür sorgen soll, dass mehr Anspruchsberechtigte davon Gebrauch machen.

Um all die bereits beschlossenen und weiteren notwendigen Maßnahmen finanzieren zu können, muss – wie von den Fraktionen B90 DIE GRÜNEN und DIE LINKE gefordert - die Finanzierungsstruktur in der Pflegeversicherung auf ein breiteres und stabileres Fundament gestellt werden. Eine rein kosmetische Korrektur, die vor allem zulasten der wirtschaftlich Benachteiligten geht, wie seitens der Fraktion der FDP vorgeschlagen, reicht nicht aus. Ohne eine grundsätzliche Finanzierungsreform ist eine zukunftssichere, planbare und sozial gerechte Pflegeversicherung nicht mehr denkbar.

Es ist hierfür ein Umdenken erforderlich. Die Finanzierungsgrundlagen zu reformieren und ferner auch die Eigenanteile zu begrenzen, muss zwangsläufig Teil eines Gesamtkonzepts sein, um die Personalsituation und die Versorgung endlich zu verbessern.

Der Paritätische Gesamtverband sieht in der Finanzierung der Pflege ein Schlüsselthema. Wir stehen ein für die notwendige Verbreiterung der Einnahmebasis der Pflegversicherung und die Nutzung anderer Finanzmittel, um die finanzielle Belastung der Betroffenen schnell zu senken. Deshalb unterstützen wir die Anträge der Bundestagsfraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflege gerecht und stabil finanzieren – die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (BT-Drs. 19/8561) sowie DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480) und schlagen folgende Reformschritte in Bezug auf die Finanzierung der Pflegeversicherung vor:

Bürgerversicherung

Die Finanzierung der Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dem Anspruch jeder Person auf eine seinen Bedürfnissen angepasste Pflege entspricht der Verpflichtung der Gesellschaft, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung der Pflege sicherzustellen. Die gegenwärtige Finanzierung der Pflege wird dem nicht gerecht.

In der Pflegeversicherung sind die Leistungen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung gesetzlich vorgegeben und identisch. Die soziostrukturelle Zusammensetzung der beiden getrennten Versichertengemeinschaften ist demgegenüber in hohem Maße disparat und ist dadurch gekennzeichnet, dass die private Pflegeversicherung strukturell über deutlich bessere Finanzierungsbedingungen verfügt, ohne dass diese in der Logik einer gesamtgesellschaftlichen, solidarischen Pflegefinanzierung legitimierbar wären. Der aktuelle Pflegereport 2018 der Barmer Ersatzkasse zitiert beispielsweise die ungleichen Leistungsausgaben, die 2016 im Bereich der sozialen Pflegeversicherung 393 Euro per Versichertem betrugen, bei privat Versicherten einschliesslich berücksichtigter Beihilfezahlungen nur 168 Euro. Ebenfalls in dem Report werden Annahmen zitiert, dass das Einkommen der Versicherten in der privaten Pflegeversicherung um 60 Prozent über dem der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung liegt. Die Entlastungseffekte eines Finanzausgleichs zwischen den Versicherungszweigen werden dabei mit ein bis zwei Milliarden Euro zu Gunsten der sozialen Pflegeversicherung geschätzt. Der Paritätische fordert daher einen umfassenden Leistungs- und Finanzausgleich zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen. Er unterstützt die Forderung nach einem vollständigen Kostenausgleich, wie ihn die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN erhebt.

Die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung hat sich in der Vergangenheit grundsätzlich bewährt. Die Beitragssatzsteigerungen der vergangenen Jahren hätten dabei erheblich gemindert und zum Teil vermieden werden können, wenn der Kreis der Versicherten ausgedehnt, die Beitragsbemessungsgrundlagen erweitert und die Versicherungsbeiträge die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten besser abbilden würden.

Um dies zu gewährleisten, tritt der Paritätische bereits seit langem dafür ein, die Beitragsbemessungsrundlage der Kranken- und Pflegeversicherung zu erweitern und andere Einkommensarten, etwa Kapitaleinkünfte, mit einzubeziehen. Auf diese Weise würde nicht nur die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten besser abgebildet, sondern auch die Finanzierung des Pflegerisikos auf „breitere Schultern“ verteilt und eine stabilere, noch weniger von zweitweise schwankenden Beitragseinnahmen aus Lohneinkommen abhängige Finanzierung gewährleistet . Dass eine Beitragsbemessung, die neben dem Lohneinkommen auch andere Einnahmen einbezieht - etwa aus Vermietung, Verpachtung und Kapitalvermögen – administrativ ohne Probleme umzusetzen ist, belegt die entsprechende Beitragserhebung bei freiwillig Versicherten.

Der Paritätische tritt dafür ein, in einem ersten Schritt die Beitragsbemessungsgrenze deutlich anzuheben, mindestens auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Kleine und mittlere Einkommen werden dadurch entlastet, denn die Ausweitung der Bemessungsgrundlage ermöglicht eine Senkung des allgemeinen Beitragssatzes oder zusätzliche Leistungsausgaben. Eine Anhebung kann auch schrittweise erfolgen.

Durch diesen Schritt würde der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont. Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich ausgerechnet der einkommensstärkste und häufig überdurchschnittlich gesunde Teil der Bevölkerung durch einen Wechsel in eine private Versicherung einem Beitrag zur solidarischen Finanzierung entziehen kann, ist anachronistisch und findet weltweit nahezu kein Pedant. Aus diesem Grund ist die Versicherungspflichtgrenze künftig aufzuheben und eine allgemeine Versicherungspflicht einzuführen. Rechtlich notwendigen Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz sind dabei Rechnung zu tragen.

Die Rückstellungen der privaten Pflegeversicherung betragen über 32 Milliarden Euro. Das ist nur wenig weniger als die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung

im Jahr 2017, die bei gut 35 Milliarden Euro liegen. Es zählt jedoch nicht zu den Aufgaben einer privaten Pflegeversicherung, einen möglichst umfassenden Kapitalstock zu bilden. Der Paritätische unterstützt deshalb die Forderung nach Einführung einer einheitlichen Bürgerversicherung in der Pflege und nach einer Umverteilung der bestehenden Rückstellungen, die allen zugute kommt.

Die vorliegenden Anträge der Bundestagsfraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflege gerecht und stabil finanzieren – die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (BT-Drs. 19/8561) sowie DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480) stimmen in wesentlichen Punkten mit den Forderungen des Paritätischen überein. Der Paritätische unterstützt die in dem Antrag enthaltenen Forderungen hin zu einer neuen, solidarischen, leistungsfähigen und gerechteren Finanzierung der Pflegeversicherung.

Finanzierung der Behandlungspflege in Pflegeheimen durch das SGB V

Die Finanzierung der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen muss endlich durch die Krankenkassen erfolgen. Rund 70 Prozent der Pflegebedürftigen im Heim sind auf Leistungen der Behandlungspflege angewiesen. Schätzungsweise wird dabei ein Betrag von rd. 3 Mrd. € für Behandlungspflege durch die Pflegeversicherung und die Heimbewohner, statt durch die Krankenversicherungen getragen[1]. Diese Maßnahme würde zu einer deutlichen Entlastung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen führen.

Investitionskosten

Es muss zudem eine verbindlichere Förderung, oder besser noch, Übernahme der Investitionskosten durch die Länder geben. Mit Einführung der Pflegeversicherung haben die Länder das Versprechen abgegeben, dass sie im Gegenzug zur Entlastung

[1] Siehe Leopold, David: "Medizinische Behandlungspflege Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege", Forschungsbericht des Verbandes der Katholischen Altenhilfe Deutschland (VKAD), 2017.

bei der Sozialhilfe, die Investitionskosten der Einrichtungen finanzieren. Dieses Versprechen ist nicht eingehalten worden. Wird es endlich umgesetzt, führt dies zu einer spürbaren finanziellen Entlastung der Betroffenen und die Länder erhalten ihrerseits dadurch ein Mittel zur Steuerung der Versorgungsstrukturen.

Einsatz von Steuermitteln

Der gezielte Einsatz von Steuermitteln kann aus Sicht des Paritätischen die Einnahmen einkommensabhängiger Beitragszahlungen und somit die Finanzierung der Pflege sinnvoll ergänzen.

Pflegevorsorgefonds

Eine Ausweitung des Pflegevorsorgefonds, wie ihn die FDP - Bundestagfraktion in ihrem Antrag „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (BT- Drs. 19/7691) fordert, lehnen wir ab.
Grund hierfür ist die aktuelle Ertragsentwicklung der kapitalgedeckten Fonds, die im Falle des Pflegevorsorgefonds derzeit negativ ausfällt. Hierdurch werden Reserven in der Pflegeversicherung abgeschmolzen statt aufgebaut. Dies beweist, dass kapitalgedeckte Finanzierungsformen keine zukunftsfeste und solide Grundlage für die künftigen kostenintensiven Herausforderungen in der Pflege bieten können.

Anstatt auf weitere kapitalgedeckte Finanzierungselemente zu setzen, die am Ende eine Verringerung der Finanzierungsgrundlage bedeuten, sollte der Pflegevorsorgefonds aufgelöst werden. Der Fonds verfügt mit 3,7 Mrd. € über ausreichende Mittel, um die Bewältigung der anstehenden Aufgaben „Übergänge“ und ad hoc entstehende Mehrausgaben zu refinanzieren.

Eigenanteile begrenzen

Wir haben keinerlei Erkenntnisprobleme. Für Reformen mit dem Ziel, die Eigenanteile für pflegebedürftige Menschen zu begrenzen oder gar zu senken, gibt es eine breite

Zustimmung aus vielen Lagern. Dies ist angesichts der drohenden massiven Kostensteigerungen in der Pflege durch bessere Löhne, bessere Arbeitsbedingungen und durch die Einstellung von mehr Personal auch nachvollziehbar. In Anbetracht der heute schon hohen Anzahl an Pflegebedürftigen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, gibt es grundsätzlichen Handlungsbedarf. Die zuletzt leicht rückläufigen Zahlen bei der Hilfe zur Pflege ändern daran überhaupt nichts. Im Gegenteil: Die genannten und dringend notwendigen Verbesserungen, der demographische Wandel und sinkende Alterseinkünfte werden in kürzester Zeit die Armut im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit enorm ansteigen lassen. Auch die Ausgaben der Sozialhilfe werden stark steigen.

Die vorliegenden Anträge der Bundestagsfraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflege gerecht und stabil finanzieren – die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (BT-Drs. 19/8561) sowie DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480) sind daher ein wichtiger Schritt hin zu einem Finanzierungs- oder besser Gesamtkonzept, wie es der Paritätische fordert. Die Absicherung des Pflegefalls ist ein Sorgenkind der Bevölkerung. Über 70 Prozent der Bürgerinnen und Bürger wünschen sich mehr politisches Engagement bei der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos. Die hier beantragten Maßnahmen wären ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Berlin, 30. April 2019
Anne Linneweber, Thorsten Mittag
Gesundheit, Teilhabe und Dienstleistungen

Kontakt

Anne Linneweber und Thorsten Mittag, altenhilfe@paritaet.org

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(4)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
2.5.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
BAG SELBSTHILFE
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)

zum

Antrag der Abgeordneten Nicole Westig, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (BT-Drucksache 19/7691),

Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drucksache 19/7480),

Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege gerecht und stabil finanzieren - Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden (BT-Drucksache 19/8561).

- Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 8. Mai 2019 -

Als Dachverband von 117 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und deren Angehörigen sowie von 13 Landesarbeitsgemeinschaften **begrüßt die BAG SELBSTHILFE, dass die dringend notwendige Debatte über die Neugestaltung der Pflegeversicherung intensiv geführt wird.** Neben der in den Anträgen diskutierten Ausgestaltung der Systeme sollte jedoch auch dringend geklärt werden, wie **den steigenden Eigenanteilen** begegnet werden kann. Aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE sollten die Pflege-Eigenanteile in einem ersten Schritt im stationären Bereich auf einen bundeseinheitlichen Satz gedeckelt werden und vor allem eine besser Kontrolle der Investitionskosten und der Kosten für Unterkunft und Verpflegung stattfinden. Ferner sollte klargestellt werden, dass die Länder die Verpflichtung haben, die Investitionskosten als Teil der Daseinsvorsorge zu tragen; soweit eine derartige Verpflichtung nicht möglich sein sollte, wird angeregt, eine Finanzierung über einen Bundeszuschuss sicherzustellen. Gerade bei diesen Kosten – wie auch bei den Ausbildungskosten - besteht seitens der Pflegebedürftigen kaum Verständnis für deren Bezahlung durch sie. In einem zweiten Schritt sollte der Webfehler der Pflegeversicherung, dass diese nur als „Teilkaskoversicherung“ ausgestaltet ist, beseitigt werden und zu einer Pflegevollversicherung mit einheitlichen einkommensabhängigen Beiträgen ausgebaut werden.

1. Stärkung der kapitalgedeckten Vorsorge (Antrag der Fraktion der FDP)

Auch die BAG SELBSTHILFE sieht das Ansteigen der Beiträge und der Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege – auch vor dem Hintergrund des bevorstehenden demographischen Wandels - mit Sorge. Sie bewertet aber die stabilere Finanzsituation der privaten Pflegeversicherung nicht als Beleg der Überlegenheit dieses Systems, sondern ist – wie auch das Gutachten von Prof. Rothgang[1] gezeigt hat – der Auffassung, dass im Bereich der privaten Pflegeversicherung überwiegend die „guten" Risiken und die höheren Beitragszahler versichert sind: So liegen die Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung drei bis vier Mal pro Versicherter höher als in der privaten Pflegeversicherung.[2]

Gerade die Finanzkrise, aber auch die – ebenfalls im Antrag angesprochene - derzeitige Situation der niedrigen Zinsen (Negativzinsen beim Pflegevorsorgefonds) zeigt vielmehr, dass das Umlagesystem das deutlich stabilere Konstrukt ist. Vor diesem Hintergrund wird es für zielführender angesehen, ein Ausgleichssystem für die unterschiedlichen Risiken und Einkommensverhältnisse der Versicherten zu schaffen und weitere Einkommensarten zur Finanzierung der Versicherungen heranzuziehen. Zudem sollte auch der angesprochene Pflegevorsorgefonds in das Umlagesystem eingespeist werden; angesichts der sich abzeichnenden höheren Kosten durch tarifliche Bezahlung dürfte dieser Betrag wichtig zur Vermeidung oder zur Abfederung höherer Beitragssätze sein.

2. Zusammenführung der sozialen und der privaten Pflegeversicherung (Antrag der Fraktion DIE LINKE)

Die BAG SELBSTHILFE hält eine Angleichung der verschiedenen Systeme für sinnvoll. Private und soziale Pflegeversicherung haben – im Gegensatz zur Situation in der Krankenversicherung - den Vorteil, dass sie sehr ähnliche Leistungsstrukturen haben. Vor diesem Hintergrund dürfte sich die Angleichung der Systeme bzw. ein ent-

[1] Rothgang, Darstellung des Gutachtens in der Stellungnahme zum 5. SGB XI Beitragsanpassungsgesetz, zit: https://www.bundestag.de/resource/blob/580716/49f13683a0f752dd00ad54b02b8710bb/19_14_0046-12-_ESV-Prof-Dr-Heinz-Rothgang_5-SGB-XI-Aenderungsgesetz-data.pdf

[2] Rothgang, a.a.O.

sprechendes Ausgleichssystem deutlich einfacher gestalten als im Bereich der Krankenversicherung. Dennoch erscheint es sinnvoll, die Zusammenführung – wie im Antrag der Fraktion DIE LINKE ausgeführt - schrittweise mit Ausgleich und erst anschließender Zusammenführung einzuführen: Zum einen stellt sich das Problem der Altersrückstellungen auch im Bereich der privaten Pflegeversicherung. Zum anderen lassen sich dadurch die Risiken einer Zusammenführung der Systeme besser abschätzen. Insoweit wird die vorgesehene Strategie im Antrag der Fraktion DIE LINKE seitens der BAG SELBSTHILFE begrüßt.

3. Pflege-Bürgerversicherung (Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN)

Auch die BAG SELBSTHILFE sieht die Ähnlichkeit der Systeme als wichtige Voraussetzung für ihre Angleichung bzw. möglicherweise deren Verschmelzung im Sinne einer Pflege-Bürgerversicherung.

a. Kostenausgleich zwischen sozialer und privater Pflegversicherung

Wie bereits dargestellt, befürwortet die BAG SELBSTHILFE einen Kostenausgleich zwischen sozialer und privater Bürgerversicherung, da ein Ausgleich bisher nur innerhalb der Systeme stattfinden und gleichzeitig in der privaten Pflegeversicherung die „guten“ Risiken versichert sind.

Unabhängig davon wäre aus ihrer Sicht zu prüfen, ob es - neben den Personengruppen Männer und Frauen, jüngere und ältere Menschen, Beitragszahlern und beitragsfreien Kinder – nicht auch weitere Personengruppen gibt, für die höhere Risiken bestehen, pflegebedürftig zu werden und für die daher ein Ausgleich notwendig wäre. Denkbar wäre etwa die Personengruppe der Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen.

b. Schaffung von einheitlichen und einkommensabhängigen Beiträgen

Die BAG SELBSTHILFE tritt grundsätzlich für einen solidarischen Ausgleich zwischen den finanziell stärker aufgestellten und weniger stark aufgestellten Personengruppen ein. Vor diesem Hintergrund hält sie einheitliche und einkommensabhängige

Beiträge für den richtigen Weg, die einheitlich sowohl für privat als auch für sozial Pflegeversicherte gelten sollten. Gerade in Anbetracht des identischen Leistungskataloges dürfte es auch dem Gerechtigkeitsempfinden widersprechen, dass unterschiedliche Beitragssätze bestehen, deren niedrigere Höhe im Bereich der privaten Krankenversicherung im Wesentlichen die günstigere Versichertenstruktur zurückzuführen ist.

c. Einbeziehung anderer Einkommensarten als zu berücksichtigendes Einkommen

Auch dieser Vorschlag wird seitens der BAG SELBSTHILFE als sinnvolle Maßnahme begrüßt, um die Einnahmeseite der Pflegeversicherung zu verbreitern.

d. Schrittweise Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Auch die BAG SELBSTHILFE sieht rechtliche Probleme, die Beitragsbemessungsgrenze abzuschaffen. Der Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, die Beitragsbemessungsgrenze auf das 1,3fache des durchschnittlichen Monatsverdienstes anzuheben, wird jedoch für zielführend erachtet, da damit die Situation zur Einführung der Pflegeversicherung wieder hergestellt wird.

e. Klärung der Zuordnung/ Zusammenführung der Altersrückstellungen der privaten Krankenversicherungen

Wie bereits dargestellt, hält die BAG SELBSTHILFE das – mit Ausnahme des Pflegevorsorgefonds - umlagefinanzierte Modell der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für das stabilere Modell; dies zeigt sich bspw. an den bereits erwähnten Negativzinsen des Pflegevorsorgefonds. Vor diesem Hintergrund wird ein verfassungskonformer Abbau der Altersrückstellungen befürwortet.

f. Beitragsfreiheit für pflegende Angehörige

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt nachdrücklich das Vorhaben, Menschen, die Angehörige pflegen, von der Beitragspflicht freizustellen. Der gesellschaftliche und finan-

zielle Wert des Pflegedienstes „Angehörige“ kann nicht hoch genug bewertet werden; er entlastet die Pflegeversicherung und die Sozialkassen in hohem Maße. Nicht selten nehmen dabei Angehörige persönliche Einbußen in Kauf, etwa wenn ihre Arbeitszeit reduzieren. Vor diesem Hintergrund wird diese Maßnahme als wichtiges Element für eine Anerkennung der Leistung von pflegenden Angehörigen und gleichzeitig als Maßnahme zu ihrer Entlastung angesehen.

Berlin/ Düsseldorf, 30.04.2019

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(5)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
2.5.2019

Stand: 30.04.2019

Stellungnahme des Arbeitgeberverbandes Pflege e.V. zur Öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am Mittwoch, den 08. Mai 2019 von 14.30 bis 16.30 Uhr zu folgenden Anträgen der Fraktionen:

- **FDP: Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern (BT-Drucksache: 19/7691)**
- **Die Linke: Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden (BT-Drucksache: 19/7480)**
- **Bündnis 90/Die Grünen: Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden (BT-Drucksache: 19/8561)**

Für eine gute und bezahlbare Pflege für Alle - Das Bewusstsein für Wettbewerb und privates Unternehmertum in der Pflegeversicherung stärken

1. Die Erfolgsgeschichte Pflegeversicherung wollte neben vielen anderen Ansätzen privates Kapital für die Altenpflege mobilisieren. Für ein flächendeckendes Angebot an Pflegeleistungen sollte der Wettbewerb zwischen privaten und kirchlichen bzw. gemeinnützigen Unternehmen gefördert werden. Der Mentalität des Selbstkostenerstattungsprinzips sollten Managementkompetenz und Effizienzstreben entgegengesetzt werden.
   Unter diesen Aspekten ist die Pflegeversicherung eine großartige Erfolgsgeschichte. Heute werden 45% aller stationären und 60% aller ambulanten Pflegeunternehmen privat geführt. Bei gleicher Qualität müssen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen in vielen Fällen einen geringeren Preis für die gleiche Leistung bezahlen. Von 1,1 Millionen Beschäftigten in der Altenpflege arbeiten heute rd. 460.000 bei privaten Unternehmen, 330.000 bei kirchlichen Unternehmen, 180.000 bei freigemeinnützigen Unternehmen (AWO, Parität und DRK) und 45.000 Arbeitnehmer bei kommunalen Pflegeunternehmen.
   Von 1991-2013 wurden rd. 60 Milliarden Euro in Einrichtungen der Altenpflege investiert, davon sind weit über die Hälfte private Investitionen.
   Deutschlandweit gibt es heute ein umfassendes Angebot an ambulanten und stationären Pflegeangeboten. Deutschlandweit gibt es heute ein befriedigendes Angebot an modernen Einzelzimmern mit eigenem Bad in stationären Pflegeeinrichtungen. Deutschlandweit ist der Personalschlüssel quantitativ und qualitativ stark gestiegen.

2. Das Märchen vom „Pflegenotstand“
   Diese Erfolgsgeschichte der Pflegeversicherung wird oft ein angeblicher „Pflegenotstand“ entgegengesetzt. Dabei wird immer fälschlicherweise auf drei Aspekte verwiesen:
   a. Fälschlicherweise wird behauptet, niemand wolle in der Altenpflege arbeiten. Dabei ist die Altenpflege der Jobmotor in Deutschland. Die Zahl der in der Altenpflege beschäftigten Personen ist von rd. 624.000 Arbeitnehmer/innen in 1999 auf rd. 1,1 Millionen Arbeitnehmer/innen in 2015 gestiegen.

b. Fälschlicherweise wird behauptet, die Arbeitnehmer/innen in der Altenpflege würden aus dem Beruf flüchten. Die sogenannte Stayer-Quote der Personen, die in ihrem erlernten Beruf bleiben, liegt in der Pflege bei 74,4 %. Die durchschnittliche Stayer-Quote liegt bei 46,7 %.
c. Fälschlicherweise wird behauptet, es gebe geringe Ausbildungszahlen in der Altenpflege. Die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege ist von 45.000 im Jahr 2004 auf 68.000 im Jahr 2016 gestiegen. Dabei liegt die Abbrecherquote von durchschnittlich 13,5% deutlich niedriger als bei vielen anderen Berufen.

3. Eine gute und bezahlbare Pflege für alle können wir nur mit privaten Unternehmen erreichen
Der Arbeitgeberverband Pflege fordert von der Bundesregierung ein eindeutiges Bekenntnis zu den ursprünglichen Ideen der Pflegeversicherung und zum Engagement privater Unternehmen in der Pflege. Dazu gehören Wettbewerb, Effizienz, privates Unternehmertum, privates Kapital sowie unternehmerische Freiheit mit Gewinn und Risiko.
Laut RWI „Faktenbuch Pflege 2016“ sind bis 2030 weitere 71 Milliarden Euro notwendig, um den Bestand an Altenpflegeplätzen zu erhalten und den Bedarf an zusätzlichen Pflegeplätzen zu decken.
Die großen Herausforderungen für die Altenpflege aus der demografischen Entwicklung wird Deutschland nur meistern können, wenn zusätzliches Kapital aus privater Hand mobilisiert wird.
Bei allen Entscheidungen, mit dem Ziel einer höheren Bezahlung der Altenpflegekräfte, müssen mindestens zwei Dinge bedacht werden:
   a. Die unternehmerische Freiheit darf nicht zerstört werden.
   b. Die Zuzahlung, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen heute leisten müssen, können nicht unbegrenzt wachsen.
   Sie reichen heute von rd. 1.200 € in Sachsen-Anhalt bis rd. 2.400 Euro in Nordrhein-Westfalen. Der Bundesdurchschnitt beträgt rd. 1.800 Euro.

Insgesamt gilt: Private Unternehmen benötigen verlässliche Bedingungen. Immer mehr bürokratische Pflichten führen dazu, dass viele Unternehmen verkauft werden. Der Grad an unternehmerischer Freiheit ist im Vergleich zum Start der Pflegeversicherung stark gesunken. Bei allen politischen Entscheidungen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung muss bedacht werden, dass diese Entscheidungen keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit haben.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(6)
gel. ESV zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
2.5.2019

Anhörung von Sachverständigen des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages

Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationen-gerecht sichern
BT-Drucksache 19/7691

Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden
BT-Drucksache 19/7480

Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden
BT-Drucksache 19/8561

Stellungnahme

Vallendar, den 30. April 2019

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Excellence in Management Education

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Christian Hagist

WHU - Otto Beisheim School of Management
Lehrstuhl für Generationenübergreifende Wirtschaftspolitik
Burgplatz 2
56179 Vallendar

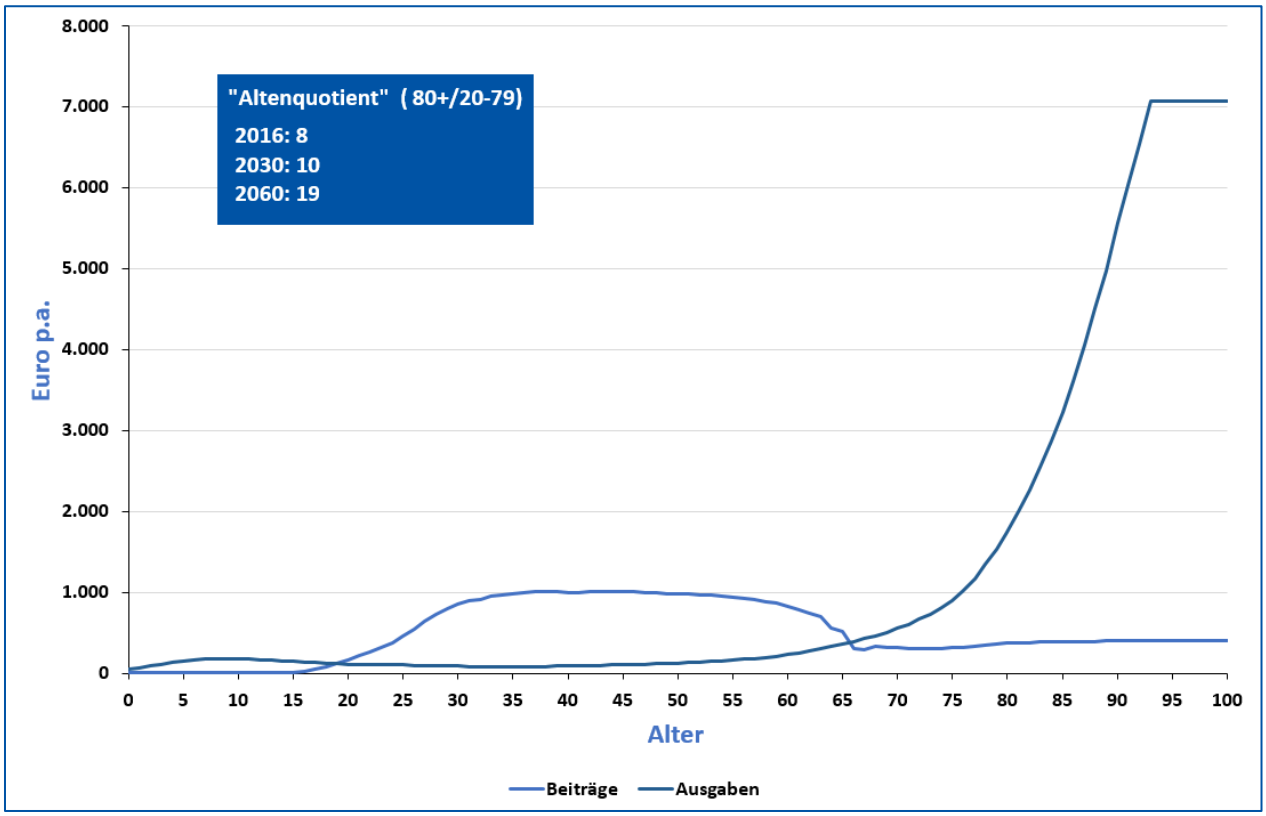
Telefon: +49 261 6509 - 255
Fax: +49 261 6509 - 259
E-Mail: christian.hagist@whu.edu
Web: www.whu.edu/wipo

Einleitung

In Deutschland wird die Frage, ob eine Versicherung umlagefinanziert oder kapitalgedeckt sein sollte, oft mit der Frage nach der Organisation – privat („mit Profitorientierung“) oder staatlich („sozial“) – verbunden bzw. verwechselt. Dabei gehören die Begriffspaare staatlich-umlagefinanziert und privat-kapitalgedeckt nicht zwingend zusammen. Bei Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 hätte man sich für eine staatliche Organisation entscheiden können und trotzdem auf einen starken Kapitaldeckungsgrad achten können. Leider wurde diese Chance damals vertan.

Abbildung 1 zeigt die altersspezifischen Beiträge und Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Man erkennt deutlich, wie die Ausgaben mit dem Alter ansteigen, insbesondere jenseits der 80-Jährigen. Ein solches Ausgabenprofil ist prädestiniert für eine (mit hohem Grad) kapitalgedeckte Finanzierung, da das Risiko erst sehr spät ansteigt und somit für jeden Versicherten eine lange Ansparphase gegeben ist.

Abbildung 1: Altersspezifische Ausgaben und Beiträge der SPV



Quelle: Bahnsen et al. (2018)[1]

Im Jahr 1995 hätte man aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht einen Mix analog zur privaten Pflegeversicherung wählen sollen, die ebenfalls einen Teil der Leistungen umlagefinanziert, allerdings das Gros über das sogenannte Anwartschaftsdeckungsverfahren, also kapitalgedeckt, absichert. Vor mehr als 20 Jahren hätte so die geburtenstarke Generation der sogenannten Baby-Boomer sehr gut für sich selbst vorsorgen können, anstatt die Lasten der Finanzierung der Pflegeleistungen den sehr viel weniger stark besetzten jüngeren Jahrgängen aufzubürden. Bereits in Abbildung 1 zeigt sich diese Wucht des demografischen Wandels für die Pflegeversicherung. Während im Jahr 2016 acht über 80-Jährige auf einhundert 20-79-Jährige kamen, werden es im Jahr 2060 mehr als doppelt so viele sein. Dieser

[1] Bahnsen et al. (2018), https://opus4.kobv.de/opus4-whu/files/702/WP-18-05.pdf.

Druck wird – sofern die Generosität des Systems gleichbleibt – einen entsprechenden Druck auf den Beitragssatz zur SPV auslösen. Noch ist etwas Zeit, das Verhältnis von Kapital- zu Umlagefinanzierung in die Richtung zu entwickeln, damit auch die Baby-Boomer-Jahrgänge einen Teil ihrer Pflegevorsorge selbst leisten. Der Jahrgang 1964, der geburtenstärkste Jahrgang der Nachkriegsgeschichte, ist heute 55 Jahre alt und hat somit noch ungefähr 25 Jahre Zeit, entsprechend vorzusorgen. 50 Jahre wären besser gewesen, doch hier gilt eindeutig die Devise „besser spät als nie".

Bewertung der vorliegenden Anträge

Während die Anträge *Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden* (BT-Drucksache 19/7480) und *Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden* (BT-Drucksache 19/8561) die Umlagefinanzierung weiter ausbauen wollen, geht der Antrag *Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern* (BT-Drucksache 19/7691) in eine andere Richtung und will – neben anderen Maßnahmen – insbesondere die Kapitaldeckung ausbauen.

***Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden* BT-Drucksache 19/7480 und *Pflege gerecht und stabil finanzieren* – *Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden* BT-Drucksache 19/8561**

Die Dreiteilung (gesetzlich, privat und privat/Beihilfe) in der Kranken- und Pflegeversicherung in Deutschland ist ein historisches Konstrukt und folgt keinem optimalen sozialen Kalkül. Dies heißt jedoch nicht, dass der Umkehrschluss, also die Auflösung der Dreiteilung und eine einheitliche Versicherungsstruktur, automatisch zu einer Wohlfahrtsverbesserung führen würde. Hier muss nämlich wiederum der demografischen Struktur der Versichertengruppen Rechnung getragen werden. So stimmt es zwar, dass die Risikostruktur der Privat-Pflegeversicherten besser ist als die der SPV, was insbesondere mit der Geschlechterverteilung (überproportional mehr Männer sind in die PKV pflegeversichert) und den unterschiedlichen Lebenserwartungen zwischen den Geschlechtern zu tun hat. Allerdings wissen wir auch, dass die PKV-Pflegeversicherten per se über eine höhere Lebenserwartung verfügen, da sich bspw. hier das Gros der Beamten befindet (Altis und zur Nieden (2017)[2] zeigen, dass Beamte eine deutliche längere Lebenserwartung als die Gesamtbevölkerung haben). Langfristig können PKV-Pflegeversicherte somit tendenziell eher als höhere Risiken gelten.

Leider wissen wir über die soziodemografischen Charakteristika von Pflegefällen recht wenig, da Krankenkassendaten hier nur bedingt Auskunft geben können. Jedoch ist bekannt, dass insbesondere niedrig verdienende Männer eine geringere Lebenserwartung haben (vgl. Breyer und Hupfeld (2009)[3]). Somit ist der Effekt einer Zusammenlegung der beiden Versichertenpopulationen auf der Ausgabenseite keineswegs eindeutig. Zum einen finden zwar mehr Männer (günstige Risiken) Beachtung, zum anderen aber ist die Lebenserwartung der privatversicherten Gruppe aufgrund der sozio-demografischen Struktur höher und verschlechtert somit die Risikostruktur.

Auf der Einnahmenseite dürfte es bei einer Pflegebürgerversicherung kurzfristig eine Entlastung des Beitragssatzes geben, da überdurchschnittlich Verdienende in den Kreis der Beitragszahler aufgenommen werden. Die Tragfähigkeit des Gesamtsystems insgesamt leidet jedoch, da eben mit einer solchen Maßnahme, wie sie in den Drucksachen 19/7480 und 19/8561 angedacht ist, der Kapitaldeckungsgrad sinkt. Da die Kapitaldeckung allerdings für die Pflegeversicherung das effizientere Finanzierungsverfahren darstellt, verschlechtert sich die Nachhaltigkeit des Gesamtsystems. Man holt sich zwar zum

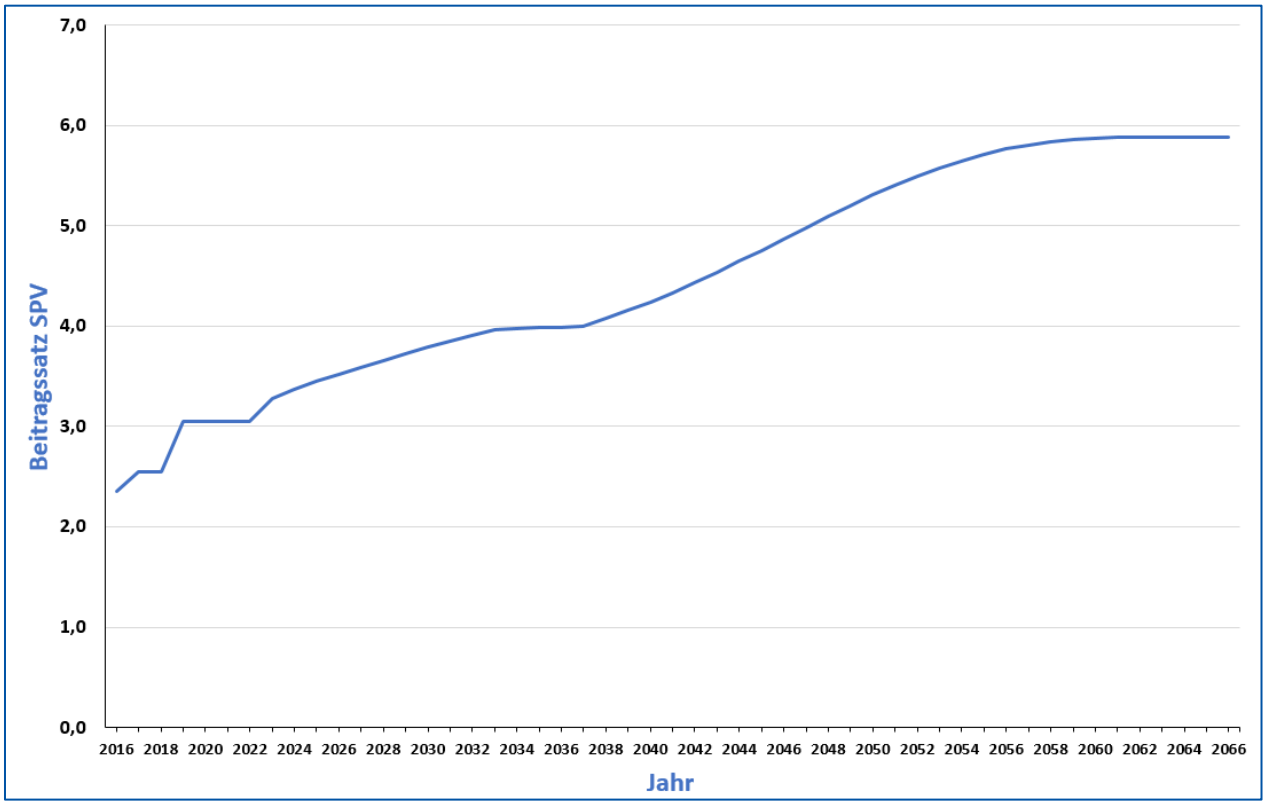
[2] Altis und zur Nieden (2017), https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/BYMonografie_derivate_00000672/Lebenserwartung%20von%20Beamtinnen%20und%20Beamten%20(Gastbeitrag).pdf.
[3] Breyer und Hupfeld (2009), https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.94159.de/09-5-1.pdf.

jetzigen Zeitpunkt ein paar starke Ruderer an Bord, bekommt jedoch, wenn diese Leistungsträger zu Leistungsempfängern werden, umso mehr Schlagseite.

***Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern* BT-Drucksache 19/7691**

Die Drucksache 19/7691 fordert die Bundesregierung auf, mehrere Maßnahmen zu ergreifen, um den Kapitaldeckungsgrad des Gesamtsystems und insbesondere für die SPV, zu erhöhen. Dies ist meiner Ansicht nach, wie in der Einleitung dargelegt, folgerichtig. Die Rendite echter Kapitaldeckung, die bei langen Ansparphasen, wie im Falle der Pflegeversicherung, mit einem starken Aktienanteil ausgestattet sein sollte, liegt bei gegebener Demografie über der Rendite des Umlageverfahrens. Zudem sorgt so jede Kohorte zumindest zum Teil für sich selbst vor und verlagert die Finanzierung des eigenen Pflegerisikos nicht auf die kommenden Generationen. Ansonsten wird es zu einem massiven Anstieg des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung kommen, wie Abbildung 2 zeigt:

Abbildung 2: Beitragssatzprojektion SPV



Quelle: Bahnsen et al. (2018)[4]

Wie mehr Kapitaldeckung in das System gebracht werden kann, ist dabei zweitrangig. Jedoch ist es richtig, wie im Antrag gefordert, alle Vorsorgewege in Betracht zu ziehen und sich eine schlüssige Gesamtlösung zu überlegen. Natürlich bietet sich hier in erster Linie auch der bestehende Pflegevorsorgefonds an, welcher aber ausgebaut und insbesondere hinsichtlich seiner sehr restriktiven Anlagekriterien überprüft werden sollte. Ein höherer Aktienanteil, weltweit breit gestreut, wäre hier angebracht. Die Idee einer betrieblichen Pflegevorsorge könnte speziell vor dem Hintergrund unterschiedlicher Lebenserwartungen einzelner sozio-demografischer Gruppen treffsicher sein. Auf diesem Wege könnten Gruppen, welche eine eher niedrige Lebenserwartung innehaben, auch aus ihrer Sicht faire Verträge erhalten, die mit einem niedrigeren Pflegerisiko kalkulieren. So könnte die kapitalgedeckte

[4] Bahnsen et al. (2018), https://opus4.kobv.de/opus4-whu/files/702/WP-18-05.pdf.

Absicherung auch sozial ausgewogen ausgestaltet werden. Auch bei einer steuerlich bezuschussten Pflegeabsicherung ist zu beachten, dass nicht solche Haushalte, die sowieso eine hohe Sparquote besitzen, gefördert werden, sondern vielmehr die Haushalte, die entsprechende Rücklagen nicht nur aus eigenem Einkommen bilden können. Familien mit niedrigem und mittlerem Einkommen sollten entsprechende Beachtung finden.

Fazit

Die Finanzierung im Umlageverfahren war der Geburtsfehler der Pflegeversicherung und wird sie in absehbarer Zeit selbst zum Pflegefall machen. Die demografische Entwicklung war auch Mitte der 1990er Jahre bereits bekannt, daher hätte man bereits damals eine kapitalgedeckte Variante wählen müssen. Jetzt gilt es, möglichst schnell Schadensbegrenzung zu betreiben. Erstens sollte bis zu einer nachhaltigen Finanzierung auf weitere – auch möglicherweise aus Versorgungssicht sinnvolle – Leistungsausweitungen verzichtet werden. Zweitens muss der umlagefinanzierte Teil der Pflegeversicherung zu einer Hochrisikoversicherung umgebaut werden – also nur für die schwersten Pflegefälle. Und drittens braucht es eine große gesellschaftliche Debatte, wie das verbleibende (durchschnittliche) Pflegerisiko abzusichern ist: freiwillig oder obligatorisch? Administriert durch den Staat oder durch private Unternehmen? Fest steht dabei nur, dass diese Absicherung auf Basis einer Kapitaldeckung erfolgen muss. Der Antrag der FDP-Fraktion geht hier in die richtige Richtung und wäre damit ein echtes Pflegestärkungsgesetz.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(7)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
2.5.2019

Bundesverband

Sozialverband Deutschland · Stralauer Straße 63 · 10179 Berlin

Abteilung Sozialpolitik
Bei Rückfragen:
Tel. 030 72 62 0
Fax 030 72 62 22-328
sozialpolitik@sovd.de
sovd.de

30. April 2019

Stellungnahme des SoVD anlässlich der öffentlichen Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 8. Mai 2019 zu den Vorlagen

Antrag der Fraktion der FDP

Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationen-gerecht sichern

BT-Drucksache 19/7691

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden

BT-Drucksache 19/7480

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pflege gerecht und stabil finanzieren - Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden

BT-Drucksache 19/8561

A Zusammenfassung der Anträge

1 Antrag der Fraktion der FDP

Mit ihrem Antrag fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller der Fraktion der FDP die Stärkung der privaten Vorsorge und den Aus- bzw. Aufbau einer kapitalgedeckten Säule der Pflegeversicherung. Wettbewerbliche Elemente im System der Pflegeversicherung und steuerliche Anreize zur privaten Pflegevorsorge seien zu erhöhen und kapitalgedeckte Instrumente der Pflegeversicherung wie den Pflegevorsorgefonds weiterzuentwickeln. Der Pflege-Bahr sei zu evaluieren und Modellprojekte zur betrieblichen Pflegevorsorge zu unterstützen und zu fördern. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beitragssatzanpassungen der privaten Pflegeversicherung sollen verändert werden, um die Beitragssatzentwicklung zu glätten. Sie sind der Meinung, dass die private Pflegepflichtversicherung aufgrund ihres kapitalgedeckten Finanzierungssystems mit Bildung von Altersrückstellungen zeige, dass Generationengerechtigkeit auch in der Pflege funktionieren kann. Dieses Element fehle in der sozialen Pflegeversicherung. Die soziale Pflegeversicherung könne die Folgen des demographischen Wandels und des pflegerisch-technischen Fortschritts nicht allein bewältigen. Angeregt wird die Forschung im Bereich der Pflegevorsorge zu intensivieren und eine Debatte darüber, ob eine private Pflegevorsorge verpflichtend eingeführt werden soll.

2 Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Für die Antragstellerinnen und Antragsteller der Fraktion DIE LINKE. ist es grundlegend ungerecht, die Gesellschaft infolge zweier unterschiedlicher Systeme zur Absicherung des Pflegerisikos in hohe und niedrige Pflegerisiken zu spalten, die sich dann lediglich untereinander absichern. Sie fordern mittels eines Gesetzentwurfs unverzüglich einen Finanzausgleich zwischen der privaten und sozialen Pflegeversicherung zu installieren, der die unterschiedlichen Ausgaben pro Versicherten vollständig ausgleicht.

Anschließend sollen innerhalb von zwölf Monaten Regelungen erarbeitet und vorgelegt werden, die geeignet sind, in weiteren Schritten die private Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung zu überführen mit dem Ziel der vollständigen Integration.

3 Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Nach Ansicht der Antragstellerinnen und Antragsteller der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN biete nur eine solidarische Pflege-Bürgerversicherung eine gerechte, stabile und nachhaltige Basis zur Finanzierung der Pflege. Sie wäre wegen der erheblichen strukturellen Ähnlichkeit der Zweige in der Pflegeversicherung einfach und schrittweise umsetzbar. Auf der Leistungsseite würden sozial und privat Versicherte bereits identische Leistungen erhalten.

Die Begutachtung und Einstufung in Pflegegrade erfolge nach identischen Kriterien. Dass die bestehenden Umlagen der Ein- und Ausgaben jedoch nur innerhalb des jeweiligen und nicht zwischen den beiden Versicherungszweigen greife, sei angesichts der sehr unterschiedlichen Risiken in den Versichertenzweigen ungerecht. Auf der Ausgaben- sowie der Einnahmenseite ließe sich durch die Weiterentwicklung der bestehenden Umlageinstrumente einfach und schnell eine vollständige, solidarische und gerechtere Pflege-Bürgerversicherung schaffen. Vor diesem Hintergrund fordern die Antragstellerinnen und Antragsteller einen vollständigen Kostenausgleich zwischen beiden Zweigen der Pflegeversicherung mit einheitlichen, einkommensabhängigen Beiträgen für beide Versicherungszweige. Es sollen alle Einkommensarten bei der Berechnung der Beiträge herangezogen werden und die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise bis maximal zur Höhe der in der Rentenversicherung geltenden Bemessungsgrenze erhöht werden. Für die im privaten Zweig der Pflegeversicherung bestehenden Alterungsrückstellungen soll eine verfassungskonforme Lösung zur sukzessiven, möglichst allen Pflegeversicherten zugutekommenden Auflösung gefunden werden. Kinder sowie nicht Erwerbstätige Ehe- und Lebenspartner sollen keine Beiträge zahlen müssen. Heute bestehende Anreize, die eine sogenannte Alleinverdienendenehe begünstigen, sollen abgebaut werden.

B SoVD – Gesamtbewertung

Am 22. April 1994 beschloss der Deutsche Bundestag das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz, PflegeVG), das die soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung einführte. Vorausgegangen war eine jahrelange politische und gesellschaftliche Diskussion, besonders über ihre Finanzierbarkeit. Vorrangiges Ziel der Pflegeversicherung sollte es sein, ein Abrutschen in die Sozialhilfebedürftigkeit aufgrund der hohen Ausgaben für Pflegeleistungen bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Dieses Ziel wurde weitgehend verfehlt. Es war von vornherein ein Konstruktionsfehler, die soziale Pflegeversicherung als Teilkostenversicherung auszugestalten. Die derzeitigen Zuschüsse der Pflegekasse decken den pflegebedingten Bedarf nie vollständig ab, sondern sind durch Höchstbeträge gedeckelt. Statt alle notwendigen Leistungen und Kosten der Pflege zu übernehmen, wird lediglich ein pauschaler Zuschuss zu den Pflegekosten gewährt. Die steigenden Eigenanteile belasten die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zusehends. Jede Kostensteigerung haben sie zu 100 Prozent selbst zu tragen. Zugleich sind weitere ausgabensteigernde Investitionen etwa zur Verbesserung der Personalausstattung und der Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende unerlässlich. Parallel steigt die Zahl der Pflegebedürftigen weiter an. Zugleich trägt das System, in dem die Hauptlast der Pflege auf den pflegenden Angehörigen lastet, selbst dazu bei, dass die privat Pflegenden oft selbst an ihre organisatorischen, physischen, psychischen und finanziellen Belastungsgrenzen geraten. Mit langjähriger Übernahme von Angehörigenpflege steigt die Wahrscheinlichkeit, im Alter selbst keine ausreichende Rente zu haben und zumindest teilweise auf staatliche Hilfen wie Grundsicherung und Sozialhilfe angewiesen zu sein. Damit droht auch die Zahl derjenigen

Betroffenen weiter zu steigen, die wegen finanzieller Überforderung auf die Hilfe zur Pflege angewiesen sind. Nach 25 Jahre befindet sich die Pflegeversicherung in Deutschland erneut an einem Scheideweg. Pflege darf kein Armutsrisiko sein.

Die Lösung sieht der SoVD nicht in der Stärkung der privaten Vorsorge und den Aus- bzw. Aufbau einer kapitalgedeckten Säule der Pflegeversicherung. Sie ist nicht für jeden geeignet oder bezahlbar. Gerade für Betroffene mit einem begrenzten Einkommen oder niedriger Rente ist es absehbar, dass die Beiträge für eine private Zusatzversicherung im Alter zu hoch sind. Daran vermögen auch steuerliche Anreize kaum etwas zu ändern. Mit einer stärkeren Ausrichtung auf wettbewerbliche Elemente im System der Pflegeversicherung besteht v.a. die Gefahr einer Etablierung eines vorherrschenden Preiswettbewerbs anstelle eines Wettbewerbs um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dies zeigen bereits die Entwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Beitragssatzunterschiede sind in der Pflegeversicherung indes vom Gesetzgeber bewusst ausgeschlossen worden. Der Beitragssatz wird einheitlich für alle Pflegekassen gesetzlich bestimmt (§ 55 Abs. 1 SGB XI) und kann auch nur einheitlich für alle Pflegekassen durch Gesetzesänderung angepasst werden. Zudem wäre ein funktionsfähiger, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (RSA) erforderlich, um die unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen den Kassen auszugleichen und einen auf Risikoselektion ausgerichteten Wettbewerb zulasten der Versicherten zu vermeiden. Trotz fortlaufender Anpassungen und struktureller Fehlerbehebungen des Morbi-RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen Wettbewerbsverzerrungen weiterhin fort. Hinzu kommen gravierende Fehlanreize in Form der systematischen Einflussnahme auf das ärztliche Kodierverhalten, um aufgrund entsprechender Diagnosen finanzielle Zuschläge aus dem Gesundheitsfonds zu erlangen.

Vielmehr fordert der SoVD die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung in der Gesundheit und Pflege für die gesamte Bevölkerung in Deutschland auf der Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung und sozialen Pflegeversicherung. So kann gewährleistet werden, dass jede Bürgerin und jeder Bürger den gleichen Versicherungsschutz genießt und unter den gleichen Voraussetzungen Zugang zu den nötigen Leistungen erhält. Dies kann nach Ansicht des SoVD nicht von heute auf morgen geschehen. Mit der Einführung der Bürgerversicherung darf es keine Neueintritte in das System der privaten Kranken- und Pflegeversicherung mehr geben. Deshalb müssen in einem ersten Schritt sämtliche Neueintritte – also sowohl abhängig Beschäftigte, wie auch Selbstständige oder Beamtinnen und Beamte – automatisch in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert werden. Für bereits privat Versicherte müssen Übergangsregelungen gelten. Dabei können sie weiterhin privat versichert bleiben, wenn sie dies wünschen. Bis zu einem Stichtag müssen sie sich aber entscheiden, in welchem System sie versichert sein wollen. Die gebildeten Altersrückstellungen von wechselbereiten Versicherten müssen in die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegeversicherung überführt werden. Das System der privaten Kranken- und Pflegeversicherung in seiner jetzigen Ausgestaltung läuft damit perspektivisch aus. Zukünftig sollen sich die privaten

Versicherungsunternehmen allein auf Zusatzversicherungen beschränken. Es wäre systemfremd, ein privates Versicherungsunternehmen in Regelungen eines sozialrechtlichen Systems einzubinden und die Versicherten zur Geltendmachung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche an ein privatwirtschaftlich organisiertes, gewinnorientiertes Versicherungsunternehmen zu verweisen. Bis zur endgültigen Verwirklichung einer Bürgerversicherung müssen die unterschiedlich gelagerten Risiken in der gesetzlichen und in der privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung durch einen Finanztransfer ausgeglichen werden, wie es auch die Antragstellerinnen und Antragsteller von den Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE. vorsehen. Zur weiteren Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung muss die Beitragsbemessung auf eine breitere Basis gestellt werden. Bei der Erhebung der Beiträge muss die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und damit auch weitere Kapitaleinkünfte herangezogen werden, wie Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung sowie Kapitaleinkommen. Gleichzeitig muss die Beitragsbemessungsgrenze zumindest auf das in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Niveau angehoben werden.

Daneben sind aus Sicht des SoVD weitere Reformschritte für ein gerechtes und leistungsfähiges Pflegesystem notwendig. Die Pflege muss stärker als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrgenommen werden. Versicherungsfremde Leistungen etwa müssen auch in der Pflegeversicherung über Steuerzuschüsse finanziert werden. Gleichzeitig muss das Prinzip der paritätischen Verteilung der Beiträge auch in der Pflegeversicherung (wieder)hergestellt werden, wo es durch den Wegfall des Buß- und Bettages, den Zuschlag für kinderlose Versicherte und die alleinige Beitragstragung der Rentnerinnen und Rentner bisher einseitig zu Lasten der Versicherten verletzt wird. Die Beitragssätze sollen paritätisch je zur Hälfte von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gezahlt werden. Entsprechendes muss auch für Rentnerinnen und Rentner gelten. Die Deutsche Rentenversicherung muss sich zukünftig wieder paritätisch an den Beitragszahlungen der Rentnerinnen und Rentner zur Pflegeversicherung beteiligen. Die jüngste Rückkehr zur vollen Beitragsparität in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2019 durch das GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) war richtig, aber überfällig. Dieser Schritt muss auch in der sozialen Pflegeversicherung nachgeholt werden. Gleichzeitig sind Maßnahmen zur finanziellen Entlastung der solidarischen Pflegeversicherung zu treffen. So ist beispielsweise die medizinische Behandlungspflege künftig vollständig und systemgerecht aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren. Die Finanzierung "zusätzlicher" Stellen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeeinrichtungen durch das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz –PpSG genügt nicht. Es sollte nicht nur der finanzielle Mehraufwand für neue Stellen, sondern die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege insgesamt aus Mitteln der Krankenversicherung erfolgen. Es stößt diesseits auf Unverständnis und Kritik, dass die Leistungszuständigkeit der Krankenkassen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen nicht gilt. Die Behandlungspflege umfasst medizinische Leistungen zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung und ist eine originäre Aufgabe der Krankenversicherung. Für Leistungen in stationären Pflegeeinrichtungen ist sie derzeit systemfremd bei der

Pflegeversicherung angesiedelt, was in der Praxis zu erheblichen Unterschieden in der Versorgung von Personen in ambulanter und stationärer Versorgung führt. Dies geht infolge der Limitierung der Leistungen der Pflegekassen bei stationärer Pflege letztlich auch zulasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Denn sie tragen die Mehrkosten, die über den Betrag der Pflegekasse je Pflegegrad hinausgehen in vollem Umfang selbst. Damit führen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, die eigentlich der krankenkassenärztlichen Versorgung als originäre Versicherungsleistung unterliegen, u.U. zur vorzeitigen Erschöpfung des pflegegradabhängigen Pflegebudgets nach dem jeweiligen Pflegegrad, obwohl dies eigentlich nur für reine Pflegeleistungen zur Verfügung steht.

Auf der Leistungsseite fordert der SoVD die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung von einer Teilkostenabsicherung zu einer solidarischen Pflege-Vollversicherung zur Absicherung des gesamten Pflegerisikos. Sie trägt die im Einzelfall zur Pflege, Betreuung und Teilhabe erforderlichen Aufwendungen und sichert damit das Pflegerisiko vollständig ab. Umfasst sind dabei alle Leistungen zur Pflege und Betreuung, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind. Die Kosten werden von der Solidargemeinschaft übernommen. Dies ist das Grundprinzip der Krankenversicherung. Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII werden damit grundsätzlich entbehrlich. Damit wird auch das Gründungsversprechen der Pflegeversicherung eingelöst, pflegebedingte Armut und Sozialhilfebedürftigkeit zu überwinden: Wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen. Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt hingegen der Einzelne nach wie vor selbst, egal ob in den eigenen vier Wänden oder im stationären Pflegeheim. Um eine bedarfsgerechte pflegerische Hilfestellung zu ermöglichen, muss der individuelle Pflege- und Unterstützungsbedarfs ermittelt werden. Dazu muss ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur einheitlichen Bemessung des Pflegebedarfs in Auftrag gegeben und entwickelt werden.

C Fazit

Pflege darf kein Armutsrisiko sein. Nach 25 Jahre befindet sich die Pflegeversicherung in Deutschland erneut an einem Scheideweg. Der SoVD fordert die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung und die Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung neben weiteren Reformschritten für ein gerechtes und leistungsfähiges Pflegesystem. Zur Absicherung des gesamten Pflegerisikos fordert der SoVD die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung von einer Teilkostenabsicherung zu einer solidarischen Pflege-Vollversicherung.

Berlin, den 30. April 2019

DER BUNDESVORSTAND

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(8)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
2.5.2019

Stellungnahme zu dem Antrag der Fraktion DIE Linke (BT-Drucksache 19/7480), dem Antrag der Fraktion der FDP (BT-Drucksache 19/7691) und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 19/8561)

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V.
Ansprechpartnerin: Susanna Kochskämper

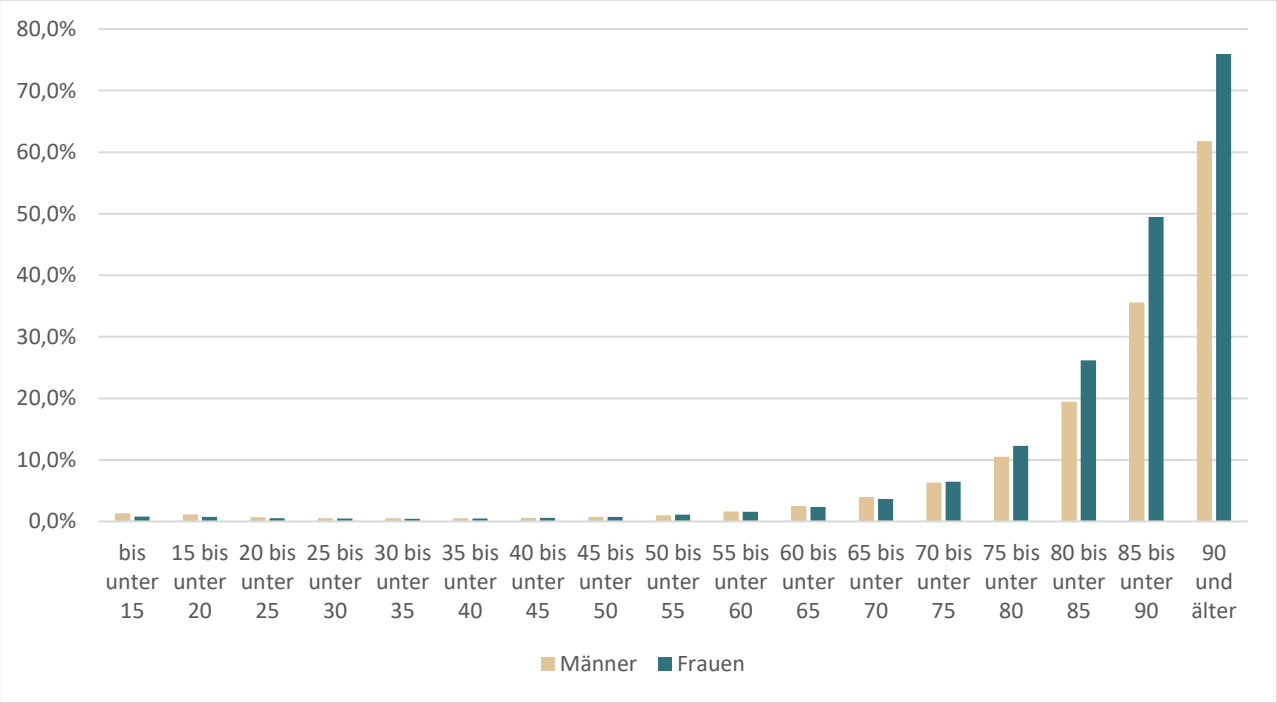
1 Herausforderungen für die soziale Pflegeversicherung

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen. Systematisch erfasst wird sie seit 1999 in der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts. Waren 1999 noch rund 2 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, gab es 2017 bereits 3,4 Millionen Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt, 2001, 2019).

Zurückzuführen ist dies zum Teil auf demografische Gründe. Denn die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, ist stark mit dem Alter korreliert. Insbesondere in den älteren Jahrgängen ist der Anteil der Pflegebedürftigen an ihrer jeweiligen Alterskohorte entsprechend hoch (Abbildung 1-1).

Abbildung 1-1: Pflegeprävalenzen nach Altersgruppen und Geschlecht

2017, in Prozent



Quellen: Statistisches Bundesamt, 2018, 2019, eigene Berechnung

Da die deutsche Bevölkerung seit Jahren altert und laut Aussagen verschiedener Bevölkerungsprognosen (Statistisches Bundesamt, 2017; Deschermeier, 2016) auch in Zukunft weiter altern wird, ist daher mit einer weiteren Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen.

Gleichzeitig hat aber auch die jüngste Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und damit die Erweiterung des gegenüber der Pflegeversicherung anspruchsberechtigten Personenkreises zu einem zusätzlichen Anstieg der Pflegefallzahlen geführt.

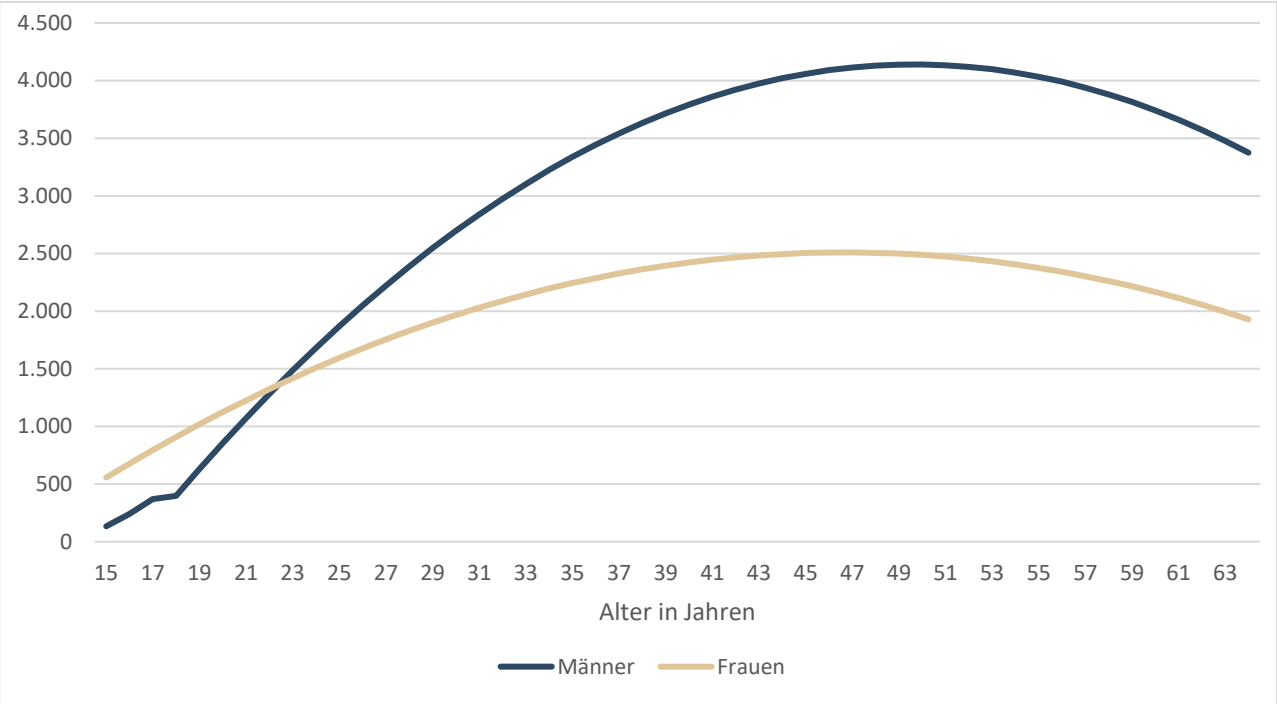
Die demografische Entwicklung stellt insbesondere die vollständig umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung vor Herausforderungen. In ihr sind rund 88 Prozent der Bevölkerung versichert. Bereits in der Vergangenheit sind die Beitragssätze in diesem Versicherungszweig gestiegen – von 1,0 Prozent bei Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung auf aktuell 3,05 Prozent für Eltern respektive 3,3 Prozent für Kinderlose. Diese Beitragssatzsteigerungen sind nicht nur auf die Bevölkerungsalterung und auf die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückzuführen, sondern auch verschiedenen Leistungsausweitungen in der Vergangenheit geschuldet – unter anderem der Kostenübernahme bei stationärer Pflege und der Einführung zusätzlicher Betreuungsleistungen.

Allein aufgrund der prognostizierten Bevölkerungsalterung ist damit zu rechnen, dass der Beitragssatz zur Pflegeversicherung auch in Zukunft weiter steigen wird. So prognostiziert die Bertelsmann Stiftung (2019) in ihrer Studie aus dem Jahr 2019 einen Beitragssatz für das Jahr 2045 von 4,25 Prozent. Eigene aktuelle, noch nicht veröffentlichte Berechnungen kommen zu einem Beitragssatz in ähnlicher Größenordnung.

Die Bevölkerungsalterung wirkt dabei nicht nur auf der Ausgaben-, sondern auch auf der Einnahmenseite der sozialen Pflegeversicherung. Zunächst kann die Bevölkerungsalterung sogar noch einen positiven Effekt auf die Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung haben. Eine Schätzung des altersabhängigen Lohnprofils abhängig Beschäftigter (wobei geringfügig Beschäftigte ausgeschlossen wurden) auf Basis der Einkommensinformationen des Soziökonomischen Panels (SOEP) zeigt, dass insbesondere im Alter zwischen 40 und 59 die im Durchschnitt höchsten Löhne erzielt werden (Abbildung 1-2). Dies gilt sowohl für Männer als auch für Frauen, für letztere jedoch auf einem insgesamt geringeren Niveau.

Abbildung 1-2: Alters- und geschlechtsspezifisches Lohnprofil abhängig Beschäftigter

Bruttomonatslohn

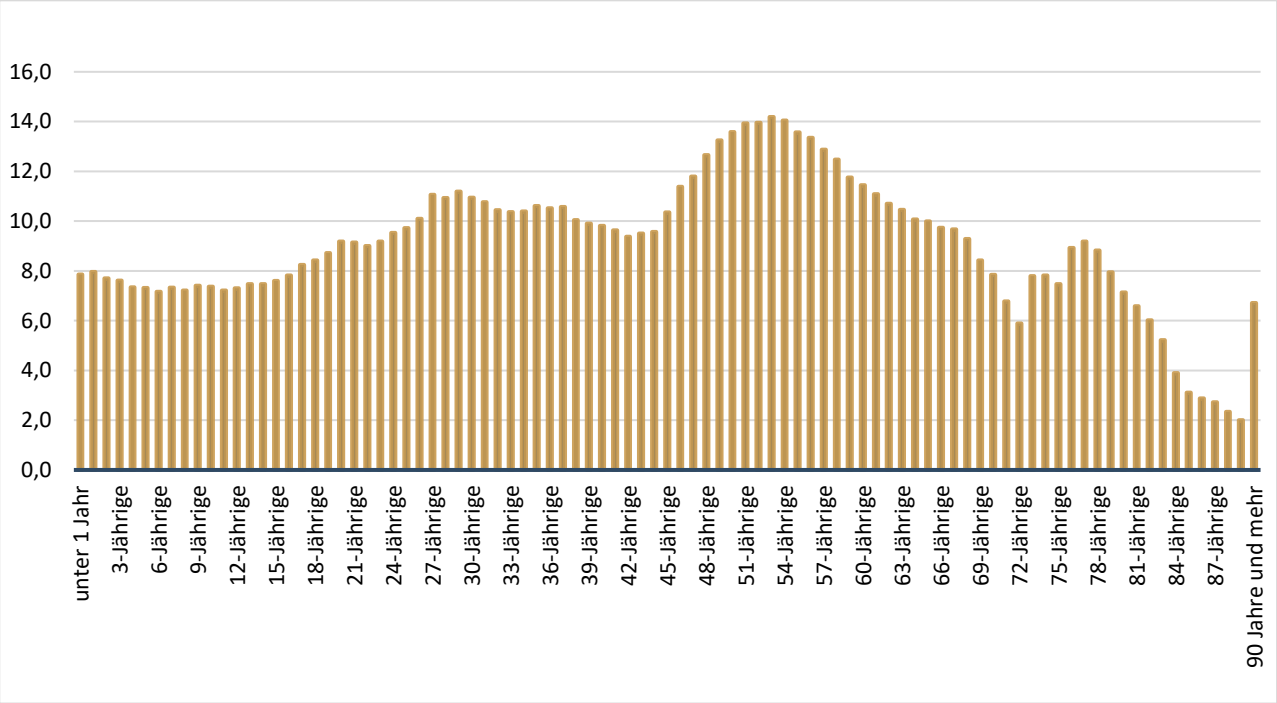


Quellen: SOEP, Institut der deutschen Wirtschaft

Ein Großteil der geburtenstarken Jahrgänge ist gegenwärtig genau in dem Alter mit dem im Durchschnitt höchsten Löhnen (Abbildung 1-3). Darüber hinaus kann auch die Veränderung der Regelaltersgrenze zu in den nächsten Jahren noch steigenden Erwerbstätigenquoten in höheren Lebensaltern führen. Treten diese Jahrgänge jedoch nach und nach in die Rente ein, hat dies entsprechende negative Wirkungen auf die Einnahmebasis der sozialen Pflegeversicherung. Denn die ebenfalls beitragspflichtigen Renten sind im Durchschnitt geringer als die beitragspflichtigen Einkommen der Arbeitnehmer.

Abbildung 1-3: Bevölkerung nach Altersjahren im Jahr 2017

In 100.000



Quellen: Statistisches Bundesamt, 2017, eigene Darstellung

Obwohl inzwischen 0,1 Beitragssatzpunkte in einen Pflegevorsorgefonds abgeführt werden, der Demografie bedingte Beitragssatzsteigerungen in Zukunft auffangen soll, ist dieser angesichts aktueller Schätzungen zu gering dimensioniert, um große Wirkung erzielen zu können (Kochskämper, 2018, 457).

Neben der Demografie existieren noch weitere Reformbaustellen, die, sollten sie angegangen werden, Wirkung auf Ausgaben und Finanzierung der Pflegeversicherung entfalten: Angesichts des anhaltenden Fachkräftemangels in der Pflegebranche sind Investitionen in Personal und gegebenenfalls auch Ausstattung der Anbieter professioneller Pflege notwendig, um diesem Mangel zu begegnen. Dies wird sich jedoch auf die Preise für Pflege niederschlagen. Sollen diese Preissteigerungen jedoch nicht vollständig von den Pflegebedürftigen getragen werden, ist eine angemessene Dynamisierung der Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung unumgänglich. Eine Orientierung an der kumulierten Preisentwicklung, wie sie die aktuelle Rechtslage vorsieht, die zudem nur optional und in einem Dreijahresrhythmus erfolgen soll, wird das reale Leistungsniveau der Versicherung dabei nicht erhalten. Eine hinreichende Dynamisierung muss sich vielmehr an den (regelmäßigen) Preissteigerungen für Pflegeleistungen orientieren. Bereits ohne „Nachholbedarf“ im Personalbereich ist davon auszugehen, dass eine kaufkrafterhaltende Leistungsdynamisierung etwa in Höhe von zwei Drittel der Reallohnsteigerung (Bruttostundenlöhne und -gehälter) angesetzt werden müsste (s. Rothgang et al., 2011, 26). Entsprechend höher wird sie für die nächsten Jahre ausfallen müssen, sollen in diesem Bereich kurzfristig Lohnsteigerungen umgesetzt werden, die über die allgemeine Bruttolohnentwicklung hinaus gehen.

Von diesen Herausforderungen ist auch die private Pflegeversicherung betroffen. Allerdings unterscheidet sich die intergenerative Belastung bei zusätzlichen Finanzierungserfordernissen in den Versicherungszweigen. Die private Pflegeversicherung ist gegenwärtig als vornehmlich kapitalgedeckt und nur mit einer teilweisen Umlagefinanzierung mit Höchstbeitrag ausgestaltet. Aus diesem Grund wird hier die jüngere Generation weniger stark belastet, falls Prämiensteigerungen aufgrund von Ausgabensteigerungen notwendig sind, als es in der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung der Fall ist. Im Durchschnitt trägt in der sozialen Pflegeversicherung die Erwerbstätigengeneration einen größeren Teil der in so einem Fall notwendigen zusätzlichen Finanzierung.

2 Lösung Bürgerversicherung?

Neben den hauptsächlich rechtlichen Fragen zur Umsetzung einer Bürgerversicherung, die unter anderem die Eigentumsrechte der Alterungsrückstellung der privaten Pflegeversicherung betreffen, ist auch zu diskutieren, ob und inwiefern die Bürgerversicherung bestehende Herausforderungen bewältigen kann.

Dazu ist es hilfreich, zunächst gedanklich zwischen der inter- und der intragenerativen Verteilung zu unterscheiden – auch wenn sich in der Realität beide Dimensionen überlappen und nicht immer ganz trennscharf auseinanderzuhalten sind.

2.1 Intergenerative Belastungswirkungen

Eine reine Ausweitung des Versichertenkreises bei unveränderten Regeln zur Beitragspflicht kann der Dimension der intergenerativen Verteilung zugeordnet werden, und es kann untersucht werden, ob sich die Belastungen zukünftiger Generationen so besser eindämmen lassen. Die Einbeziehung der Privatversicherten wird zu einer kurzfristigen Beitragssatzentlastung führen, so dass die gegenwärtigen sozial Pflegeversicherten und damit insbesondere die heute Erwerbstätigen in dieser Gruppe profitieren würden. Allerdings reduziert sich dieser Effekt und wird laut Berechnungen von Rothgang et al. (2011, 54) ab 2040 kaum noch vorhanden sein. Dies liegt unter anderem daran, dass sich der gegenwärtige Vorteil der Privatversicherten aufgrund ihrer momentan günstigen Altersstruktur mit der Zeit in einen Nachteil verkehrt, wenn die derzeit überrepräsentierten erwerbstätigen Jahrgänge in das pflegerelevante Alter hineinwachsen (Rothgang et al., 2011, 46). Werden sie jedoch bereits heute in eine umlagefinanzierte Bürgerversicherung integriert, werden auch keine weiteren Alterungsrückstellungen für diese Gruppe gebildet. Damit entsteht eine Deckungslücke für die künftigen Pflegekosten dieser Generation, für die dann die in Zukunft Erwerbstätigen aufkommen müssen. Selbst wenn es aus juristischer Perspektive möglich sein sollte, die Alterungsrückstellungen der privaten Versicherung in eine Bürgerversicherung zu überführen, und selbst wenn diese tatsächlich sukzessive zur Finanzierung der Pflegekosten der Kohorten genutzt würden, wird also die Belastung der künftigen Generation nicht eingedämmt, sondern kann sogar noch zunehmen. Profitieren würden hingegen die heute Erwerbstätigen – und damit insbesondere die geburtenstarken Jahrgänge.

Bezüglich der intergenerativen Verteilung ist daher eher zu fragen, ob sich die Belastung durch die Bevölkerungsalterung besser zwischen den Generationen aufteilen lässt. Grundsätzlich war die dem Pflegevorsorgefonds zugrundeliegende Idee, dem Umlageverfahren eine zweite, kapitalgedeckte Säule hinzuzustellen, indem die heute Erwerbstätigen – und damit vor allem die geburtenstarken Jahrgänge – zusätzlich Kapital ansparen, richtig. Um künftige Beitragszahler zu entlasten, sollten daher Konzepte entwickelt werden, die diesen Ansatz weiter ausbauen. Erst dann kann sinnvoll über eine Ausweitung des Versichertenkreises diskutiert werden. Ansonsten werden ausschließlich zusätzliche Ansprüche im Umlageverfahren generiert, die künftige Generationen bedienen müssen.

2.2 Intragenerative Verteilung

Langfristig positive Beitragssatzeffekte werden vielmehr ausschließlich durch Maßnahmen erreicht, die die Beitragsbemessungsgrundlage erweitern – und damit der intragenerativen Verteilung zuzuordnen sind. Dazu gehört der Vorschlag, alle Einkunftsarten zur Verbeitragung heranzuziehen, die Beitragsbemessungsgrenze anzuheben und die Beitragsfreiheit für Ehepartner einzuschränken. Umverteilungsziele könnten demnach in einer so ausgestalteten Bürgerversicherung besser erreicht werden. Befriedigend lösen lassen sie sich allerdings nicht (Eekhoff et al., 69 f.):

- Einkommen oberhalb einer (angehobenen) Beitragsbemessungsgrenze bleiben weiterhin unberücksichtigt – die höchsten Einkommen werden also nicht am stärksten belastet.
- Negative Einkünfte, die steuerlich berücksichtigt werden, finden für die Beitragserhebung keine Berücksichtigung.
- Die Beiträge der Einkommensschwachen werden weiterhin aus Steuermitteln finanziert.

Damit ist die Umverteilung in einer so gestalteten Bürgerversicherung weder eindeutig an der Bedürftigkeit noch an der Leistungsfähigkeit der Bürger orientiert. Es bleibt bei einer Umverteilung innerhalb der „mittleren“ Einkommen, die parallel neben der Umverteilung innerhalb des Steuer-Transfer-Systems existiert.

Geht es um die tatsächliche Lösung des Verteilungsproblems, ist die Einführung einer Pauschalprämie und die Auslagerung der Verteilung in das Steuer-Transfer-System die beste Lösung – zuletzt wieder vorgeschlagen vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2018, 396). Auch wenn diese Lösung politisch immer wieder kritisch diskutiert wird: Theoretisch ist es möglich, exakt dieselben Verteilungsströme wie die des gegenwärtigen Versicherungssystems abzubilden. Umgekehrt ist es aber leichter, Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit besser zu erfassen, da auf eine Beitragsbemessungsgrenze keine Rücksicht genommen werden muss. Um einen so weitreichenden Systemwechsel durchzuführen, bietet sich eine langfristig angelegte stufenweise Umstellung der Pflegeversicherungsbeiträge hin zu Pauschalen an (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2018, 396). Gerade weil das Ausgabenvolumen der sozialen Pflegeversicherung um ein Vielfaches geringer ist als das der gesetzlichen Krankenversicherung, könnte hier auch die gesellschaftliche Akzeptanz zu einem solchen Schritt größer sein – ein zusätzlicher Umverteilungsmechanismus

im Steuer-Transfer-System vorausgesetzt. So wäre nach eigenen Berechnungen in 2017 – bei einer kostenfreien Mitversicherung aller unter 15-Jährigen – eine Pauschalprämie von monatlich knapp 51 Euro pro Versichertem ausreichend gewesen, um alle Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung zu decken, inklusive der Zuführung zum Pflegevorsorgefonds.

3 Schlussfolgerungen

Insbesondere die demografische Entwicklung stellt für die soziale Pflegeversicherung eine Herausforderung dar. Daher ist die Frage zu beantworten, wie die demografisch bedingten Lasten künftig besser zwischen den Generationen aufgeteilt werden können. Unter diesem Gesichtspunkt liefert die vorgeschlagene Bürgerversicherung kein befriedigendes Ergebnis, sondern stellt einen Schritt in die entgegengesetzte Richtung dar: Begünstigt werden die heutigen Generationen, zusätzlich belastet hingegen die künftig Erwerbstätigen.

Hinsichtlich der intragenerativen Umverteilung beschreibt die Bürgerversicherung zwar eine Verbesserung zum Status quo – befriedigend lösen kann sie sie aber auch nicht. Dazu eignet sich nur die vollständige Ausgliederung der Verteilung in das Steuer-Transfer-System.

Literaturverzeichnis

Bertelsmann Stiftung, 2019, Perspektive Pflege. Beitragssatzprognose SPV. Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung im rechtlichen Status quo bis 2045, Gütersloh.

Deschermeier, Philipp, 2016, Einfluss der Zuwanderung auf die demografische Entwicklung in Deutschland, in: IW-Trends, 43. Jg., Nr. 2, S. 21–38

Eekhoff, Johann / Bünnagel, Vera / Kochskämper, Susanna/ Menzel, Kai, 2008, Bürgerprivatversicherung, Tübingen

Goebel, Jan / Grabka, Markus M. / Liebig, Stefan / Kroh, Martin / Richter, David / Schröder, Carsten / Schupp, Jürgen, 2019, The German Socio-Economic Panel Study (SOEP), in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik / Journal of Economics and Statistics 239 (2), S. 345-360

Kochskämper, Susanna, 2018, Der demografische Wandel als Herausforderung für die umlagefinanzierte Kranken- und Pflegeversicherung, in: List Forum, 43. Jg., S. 445-460

Rothgang, Heinz / Arnold, Robert/ Wendlandt, Katharina / Sauer, Sebastian/ Wolter, Annika, 2001, Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, 2018, Jahresgutachten 2018/2019. Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2001, Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2017, Bevölkerungsentwicklung bis 2060. Ergebnisse der 13 koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2018, Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden

SOEP v33 – Sozio-oekonomisches Panel, 2016, Version 33, Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(9)
gel. ESV zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
2.5.2019

Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

Prof. Dr. Stefan Greß

Inhaber der Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Leiter des Studiengangs Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Hochschule Fulda

Stellungnahme

zu den Anträgen der Bundestagsfraktionen

1. DIE LINKE: *Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden*, BT-Drucksache 19/7480 vom 31.01.2019.
2. FDP: *Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern*, BT-Drucksache 19/7691 vom 12.02.2019.
3. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: *Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden*, BT-Drucksache 19/8561 vom 20.03.2019.

1. Marktsegmentierung in der gesetzlichen Pflegeversicherung

Die beiden Anträge der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN weisen mit Recht darauf hin, dass die Lasten zur Finanzierung pflegebedingter Kosten in den beiden Teilsystemen der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht gerecht verteilt sind. Wie das Bundesverfassungsgericht 2001 in seinem Urteil zur Verfassungsmäßigkeit der privaten Pflegepflichtversicherung ausführte, durfte „der Gesetzgeber, der eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, (…) die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen.“[1] Von einer ausgewogenen Lastenverteilung konnte jedoch schon bei Einführung der Pflegeversicherung nicht die Rede sein. Auch aktuell tragen die Versicherten in den beiden Versicherungszweigen unterschiedlich hohe Lasten.

Eine erste Annäherung an diese unterschiedliche Lastenverteilung besteht im Vergleich der Altersstruktur der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV). Die Altersstruktur hat sich zwar seit Einführung der Pflegeversicherung etwas angeglichen. Der Anteil der über 80-Jährigen liegt in der SPV weiterhin mehr als ein Drittel über dem entsprechenden Anteil in der PPV. Zudem ist der Frauenanteil in der PPV deutlich geringer als in der SPV. Dies ist insofern relevant, als dass sowohl über 80-Jährige als auch Frauen ein erhöhtes Pflegerisiko aufweisen. Allerdings vermittelt die Alters- und Geschlechtsstruktur der SPV- und PPV-Versicherten nur einen ersten Eindruck von den systematischen und verstetigten Unterschieden im Pflegerisiko der beiden Versicherungszweige. Insbesondere für Personen mit Vorerkrankungen und Behinderungen ist ein Zugang zur privaten Kranken- und damit auch zur privaten Pflegepflichtversicherung aufgrund der in der privaten Krankenversicherung üblichen Gesundheitsprüfung sowie fehlenden Kontrahierungszwangs nicht möglich. Gravierende Unterschiede bestehen zudem in der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten in den beiden Versicherungszweigen. Auf der Basis von Daten des sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2016 lässt sich zeigen, dass das jährliche Durchschnittseinkommen in der PPV mit 52.287 Euro mehr als doppelt so hoch liegt wie in der SPV mit 24.790 Euro.[2]

---

[1] Bundesverfassungsgericht: Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95: Rn. 92).

[2] vgl. Greß, S./D. Haun/K. Jacobs (2019). Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege - aber woher? K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber, A. Schwinger. Berlin, Springer Open. In Druck.

Die Strukturunterscheide bei Pflegerisiko und ökonomischer Leistungsfähigkeit der jeweiligen Versichertenkreise führen letztlich zu unterschiedlichen Finanzierungsbedingungen in den beiden Versicherungszweigen. Der Anteil der Pflegebedürftigen je 100 Versicherten war im Jahr 2017 in der PPV doppelt so hoch wie in der SPV. Selbst unter Berücksichtigung der von Bund, Ländern und Kommunen finanzierten Beihilfeausgaben lagen die Ausgaben in der SPV mit fast 500 Euro mehr als doppelt hoch wie in der PPV mit nur knapp 200 Euro. Bei einem identischen Leistungsanspruch in beiden Versicherungszweigen können diese strukturelle verfestigten Abweichungen nur auf massive Unterschiede im Pflegerisiko zurückzuführen sein.

Tabelle 1: Finanzkennzahlen SPV und PPV 2005 und 2017

	SPV	**PPV**	**SPV**	**PPV**
	2005		**2017**	
Anzahl Versicherte (in Tsd.)	70.522	9.164	72.240	9.327
Beitragseinnahmen in Mrd. Euro	17,38	1,87	36,10	2,59
Beitrag/Prämie je Versicherten und Jahr in Euro	246	204	500	278
Anzahl Pflegebedürftige (in Tsd.)	1.952	116	3.302	212
Anzahl Pflegebedürftige je 100 Versicherte	2,77	1,27	4,57	2,27
Leistungsausgaben in Mrd. Euro	16,98	0,55	35,54	1,23
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro	241	60	492	131
Leistungsausgaben je Vers. in Euro inklusive Beihilfeausgaben	241	90	492	197
Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro	8.699	4.744	10.763	5.790
Mittelbestand/Altersrückstellungen in Mrd. Euro	3,05	15,17	6,9	34,5

Quelle: Greß/Haun/Jacobs 2019 auf der Basis von Daten des BMG, GKV-Spitzenverband und PKV-Verband

2. Einführung einer Pflegebürgerversicherung

Von einer ausgewogenen Lastenverteilung in den beiden Zweigen der vom Bundesverfassungsgericht so genannten Pflegevolksversicherung kann also keine Rede sein. Die von den Antragstellern geforderte Einführung einer Pflegebürgerversicherung lässt sich somit schon alleine unter Gerechtigkeitsaspekten gut begründen. Zudem würde eine Pflegebürgerversicherung die zukünftigen Lasten nicht nur gerechter, sondern auch nachhaltiger finanzieren. Diese finanziellen Effekte lassen sich simulieren, wenn auch für den bisher in der PPV versicherten Personenkreis eine Beitragserhebung analog zur Beitragsbemessung in der SPV angenommen wird.

Der Entlastungseffekt hätte sich im Jahr 2017 auf etwa 5,8 Mrd. Euro oder rund 0,4 Beitragssatzpunkte belaufen. Entlastungseffekte für den Beitragssatz durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Verbeitragung weiterer Einkommensarten kämen noch hinzu.[3]

Tabelle 2: Finanzlage einer Pflegebürgerversicherung (nur Personen ab 18 Jahren)

	SPV	**PPV**	**GPV**
Anzahl Versicherte (in Tsd.)	60.860	8.129	69.134
Durchschnittliche Beitragszahlungen je Vers. in Euro p.a.	570	943	614
Beitragseinnahmen in Mio. Euro	34.667	7.665	42.395
Leistungsausgaben in Mio. Euro	35.540	1.225	36.765
Zusätzliche Ausgaben der Beihilfe in Mio. Euro	--	613	--
Leistungsausgaben inklusive Beihilfeausgaben in Mio. Euro	35.540	1.838	37.378
Saldo (Beitragseinnahmen - Leistungsausgaben) in Mio. Euro	**-873**	**5.827**	**5.017**

Quelle: Greß/Haun/Jacobs 2019 mit Daten des SOEP

Die Integration der beiden Versicherungssysteme durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht zur sozialen Pflegeversicherung würde die beschriebenen Ungleichbehandlungen der beiden Versichertengruppen beseitigen. Verfassungsrechtlich ist die Ausweitung der Versicherungspflicht zur SPV auf den bisher in der PPV versicherten Personenkreis zulässig.[4] Die Ziele dieses Vorhabens - die Nachhaltigkeit der Finanzierung der SPV zu stärken und die horizontale und vertikale Gerechtigkeit zu verbessern – sind vom Bundesverfassungsgericht als besonders wichtige Interessen der Gemeinschaft anerkannt, die entsprechend starke Eingriffe rechtfertigen. Die Beschränkung der Vertrags- und Vorsorgefreiheit der Neu-Versicherungspflichtigen und der Vertrags- und Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen, in Zukunft neue Verträge abzuschließen, sind geeignet und erforderlich diese Ziele zu erreichen. Diese Reform ist damit zumutbar und angemessen, auch wenn in der Beurteilung dieser Schranke große Spielräume bestehen. Bisher hat das Bundesverfassungsgericht alle Erweiterungen der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung für verfassungsgemäß gehalten.

---

[3] vgl. Rothgang, H./D. Domhoff (2017). Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer "Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung". Bremen, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE.

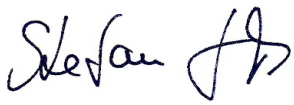
[4] vgl. hierzu und zu den folgenden Ausführungen: Greß, S./K.-J. Bieback (2013). Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt. Berlin, AWO Bundesverband.

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung kann die Defizite der Beitragsfinanzierung insbesondere im Hinblick auf vertikale und horizontale Gerechtigkeit teilweise kompensieren. Außerdem wird die Nachhaltigkeit der Finanzierung deutlich verbessert – dies gilt vor allem in einem integrierten Finanzierungssystem. Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in Kranken- und Pflegeversicherung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung daher als am ehesten umsetzbar zu beurteilen.

Die Heranziehung weiterer Einkommensarten zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung zur Verbesserung der horizontalen Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung ist auch aus einer verfassungs- und sozialrechtlichen Perspektive dringend geboten. Die Umsetzung des Einbezugs weiterer Einkommensarten kann mit überschaubarem bürokratischem Aufwand durch die Finanzbehörden erfolgen.

Eine Ausweitung von Elementen individueller oder kollektiver Finanzierungsemelemente der Kapitaldeckung – wie im Antrag der FDP gefordert – ist jedoch nicht zu empfehlen. Individuelle Kapitaldeckung („Pflege-Bahr“) erreicht nur einen kleinen Teil der Bevölkerung. Der kollektiv finanzierte Pflegevorsorgefonds ist ungeeignet, die demographischen Wirkungen in der sozialen Pflegeversicherung wirkungsvoll zu begrenzen.[5] Es wäre zudem geradezu fatal, in Zeiten von Niedrig- und Negativzinsen die Abhängigkeit der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung vom Kapitalmarkt weiter zu erhöhen. Der Pflegevorsorgefonds sollte daher im Gegenteil in einen Pflegepersonalfonds umgewandelt und die bisher gebildeten Rücklagen zur Teilfinanzierung eines bedarfsgerechten Personalschlüssels und einer angemessenen Vergütung der Pflegekräfte verwendet werden.[6]

Fulda, den 2. Mai 2019



Prof. Dr. Stefan Greß

---

[5] vgl. Jacobs, K./H. Rothgang (2014). “Pferdefuß beim Pflegefonds.” Gesundheit und Gesellschaft 17(6): 26-29.

[6] vgl. Greß, S./K. Stegmüller (2018). Umsetzung und Implementierung der Personalstandards nach § 113c SGB XI in der Langzeitpflege. Fulda, pg-papers: Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit - 02/2018.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(10)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
2.5.2019

Verband der Privaten Krankenversicherung

Stellungnahme

zu den Anträgen

Fraktion der FDP
Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern
BT-Drucksache 19/7691

Fraktion DIE LINKE
Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden
BT-Drucksache 19/7480

Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflege gerecht und stabil finanzieren - Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden
BT-Drucksache 19/8561

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 8. Mai 2019 in Berlin

Postfach 511040	Gustav-Heinemann-Ufer 74c	Telefon	Telefax	E-Mail	Internet
50946 Köln	50968 Köln	(0221) 99 87 – 0	(0221) 99 87 – 39 50	info@pkv.de	www.pkv.de

ZU DRUCKSACHE 19/7691

Antrag der Fraktion der FDP
„Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“

Der PKV-Verband teilt die Auffassung der FDP-Fraktion, dass es der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) an Generationengerechtigkeit mangelt. Aufgrund der demografischen Entwicklung werden die Beitragssätze in der umlagefinanzierten SPV auch zukünftig weiter stark steigen und vor allem die jüngere Generation über Gebühr belasten – und dies gilt bereits, wenn das bestehende Leistungsniveau der Pflegeversicherung ohne Leistungsausweitungen fortbestünde. Eine aktuelle Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) verdeutlicht die Finanzierungsschwierigkeiten, die sich zukünftig in der Pflege ergeben werden. Selbst in einem Szenario ohne Kostendruck käme es allein durch die demografischen Verschiebungen zu einem Anstieg des Beitragssatzes auf 4,1 % im Jahr 2040. Das heißt, allein aufgrund der veränderten Altersstruktur der Versicherten der SPV müsste ein Mitglied bis zu 45 % mehr an Beitragsbelastung tragen. Unterstellt man einen Kostendruck im System, resultieren je nach Szenario Beitragssätze zwischen 5,2 % und 7,9 % im Jahr 2040. Geht man von Ausgabenanstiegen wie in den letzten zehn Jahren aus (7,4 % p.a.), läge der SPV-Beitragssatz bereits 2025 bei 4,85 %.[1]

Wenn die demografischen Strukturveränderungen allein schon zu Ausgabensteigerungen führen werden, während die Beitragseinnahmen demografiebedingt abnehmen, wird eine weitere Ausweitung des Umlagesystems (oder gar eine „Pflege-Bürgerversicherung“) umso mehr eine zusätzliche Hypothek für die ohnehin schon programmierte prekäre Generationenbilanz sein. Gerade mit Blick auf die Generationengerechtigkeit muss daher die Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung gestärkt und insgesamt erhöht werden. Hier weist der Antrag der FDP den richtigen Weg. Die PKV steht seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung für den Ausbau der kapitalgedeckten Säule bereit und bietet im Rahmen der Privaten Pflegezusatzversicherung maßgeschneiderte Lösungen an. Mit den individuellen Produkten der Pflegezusatzversicherung kann ein relativ teures Risiko wie die Pflege mit relativ kleinen Beiträgen abgesichert werden – bis hin zu einer Vollabsicherung im Pflegefall.

Mit Einführung des Pflegevorsorgefonds (als kapitalgedecktes Sondervermögen) ab 2015 hat der Gesetzgeber den Bedarf an kapitalgedeckter Vorsorge beziehungsweise das bestehende Defizit an Generationengerechtigkeit in der umlagefinanzierten SPV anerkannt. Wie die Fraktion der FDP in ihrem Antrag feststellt, sind die Zuführungen an den Fonds allerdings nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Der PKV-Verband hat bereits bei Einführung dieses Instruments den unzureichenden Umfang der anzusparenden Mittel kritisiert: Derzeit fließen für die zukünftigen demografiebedingten Mehrausgaben der SPV mit 70 Millionen Versicherten rund 1,3 Milliarden Euro jährlich in den Fonds. Zum Vergleich: Die Zuführung zu den Alterungsrückstellungen der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) mit ihren 9 Millionen Versicherten beläuft sich auf 1,9 Milliarden Euro jährlich (2017). Mangels Eigentumsschutz wird sich der Fonds außerdem als genauso wenig zugriffssicher wie z. B. die Schwankungs-

[1] Vgl. Arentz, Christine (2019): Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.

reserve in der Gesetzlichen Rentenversicherung erweisen. Die PKV plädiert deshalb dafür, Kapitaldeckung ausschließlich in privater Hand zu organisieren.

Der PKV-Verband begrüßt insbesondere die Forderung der FDP, Modellprojekte zur betrieblichen Pflegevorsorge zu unterstützen und zu fördern. Gerade über betriebliche Angebote lässt sich die Bevölkerung in Bezug auf die Absicherung des Pflegerisikos möglicherweise besser erreichen als über die bislang genutzten Kanäle. Für ein Pflegeprodukt im betrieblichen Rahmen gibt es bislang ein Beispiel: Als erstes Unternehmen in Deutschland hat Henkel gemeinsam mit der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE) im Rahmen eines Sozialpartnermodells eine betriebliche Pflegezusatzversicherung entwickelt. Als betriebliche Krankenversicherung (bKV) wird dieses Produkt zu den günstigen Konditionen eines Gruppenvertrages und bei Aufnahme aller Mitarbeiter unabhängig vom Risiko angeboten. Leider hat ein Erlass des Bundesfinanzministeriums von 2013 der bKV die bis dato geltende Steuer- und Sozialabgabenfreiheit untersagt – gegen die Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes und gegen alle großen Verbände der deutschen Wirtschaft, die sich für eine Förderung der bKV einsetzt. Der PKV-Verband würde es sehr begrüßen, wenn die Finanzverwaltung die aktuellen BFH-Urteile durch Veröffentlichung im Bundessteuerblatt oder durch Anwendungsschreiben anerkennt. Dies würde zudem den Anreiz für Arbeitgeber erhöhen, die Pflegevorsorge in den Betrieben umzusetzen.

Sehr begrüßenswert ist schließlich die Forderung der FDP, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beitragsanpassungen der PPV zu verändern, um die Beitragsentwicklung zu glätten. Denn nach den geltenden Regeln können die Beiträge nur im Abstand von vielen Jahren angepasst werden. In diesem Zeitraum gewöhnt sich der Versicherte an den stabilen Beitrag, um schließlich von einem die Kostenentwicklung vieler Jahre nachholenden Beitragssprung unangenehm überrascht zu werden. Im Interesse der Versicherten sollte der Gesetzgeber eine Verstetigung der Beitragsanpassungen ermöglichen. Dafür engagiert sich der PKV-Verband (sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung) bereits seit vielen Jahren. Der Reformvorschlag der PKV wird auch vom Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) unterstützt. Das deckt sich mit den Interessen der Versicherten. So ergab eine repräsentative INSA-Umfrage unter 2.000 Befragten im November 2017, dass eine Zweidrittel-Mehrheit bei Kostenanstiegen lieber mehrere kleine Erhöhungen wünscht als große Erhöhungen alle paar Jahre.

ZU DEN DRUCKSACHEN 19/7480 UND 19/8561

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“

sowie

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Pflege gerecht und stabil finanzieren - Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“

Sowohl die Fraktion Die Linke als auch die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen fordern in ihren Anträgen die Abschaffung der Privaten Pflegeversicherung (PPV) und die Überführung sämtlicher privat Pflegeversicherter in die soziale Pflegeversicherung (SPV). Im Antrag der Grünen wird dies als „Pflege-Bürgerversicherung“ bezeichnet.

Der Antrag der Linken sieht im ersten Schritt vor, unverzüglich einen Finanzausgleich zwischen PPV und SPV zu installieren. Im zweiten Schritt soll die PPV vollständig in die SPV integriert werden. Es werden jedoch keine Details genannt, wie dieser Prozess vonstattengehen soll. Abgesehen von einem Hinweis auf unterschiedliche Ausgaben pro Versicherten in Folge angeblich unterschiedlicher Pflegerisiken in PPV und SPV fehlt eine Begründung für die Forderungen.

Der Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hat dasselbe Ziel (vollständiger Kostenausgleich zwischen PPV und SPV und Einführung einer „Pflege-Bürgerversicherung“), geht aber noch über die Forderungen der Linken hinaus: Künftig sollen in der Pflegeversicherung alle Einkommensarten (inkl. Kapitaleinnahmen) verbeitragt werden. Zudem soll die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) bis zur Höhe der in der Rentenversicherung geltenden Grenze erhöht werden. Zum Vergleich: In der SPV beträgt die BBG derzeit bundesweit 54.450 Euro jährlich, während sie in der Rentenversicherung in den alten Bundesländern bei 80.400 Euro jährlich liegt.

Letztlich wollen die Fraktionen von Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen mit den dualen Konstruktionsprinzipien des deutschen Pflegeversicherungssystems brechen, weil sie von der falschen Prämisse ausgehen, eine „Pflege-Bürgerversicherung“ sichere die Finanzierung der Pflege. Das Gegenteil ist der Fall: Die Pflege-Bürgerversicherung löst kein Finanzierungsproblem, sondern verschärft die Finanzierungsprobleme der Pflege im demografischen Wandel. Sie führt auch nicht zu ‚mehr Gerechtigkeit‘, wie die Antragsteller versprechen, sondern zu einer ungerechten Lastenverteilung zwischen den Generationen. Und sie schwächt die Pflege, indem sie den Qualitätswettbewerb in der Pflege beseitigt.

Eine „Pflege-Bürgerversicherung“ verschärft die Finanzierungsprobleme der Pflege anstatt sie zu lösen

Jeder Vorschlag zur Reform der Pflegeversicherung muss sich daran messen lassen, ob er den demografischen Herausforderungen für die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung gerecht wird. Die Anträge der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen bedeuten die vollständige Umstellung der gesetzlichen Pflegeversicherung auf die Umlagefinanzierung.

Damit würde nicht nur auf jegliche Zukunftsvorsorge verzichtet. Vielmehr würden die hohen Kosten, die sich aus der zunehmenden Alterung ergeben, einfach auf zukünftige Generationen verschoben. Weniger erwerbstätige Beitragszahler müssen dann die zunehmende Zahl der Pflegebedürftigen direkt durch ihre Beiträge finanzieren, was eine ungerechte intergenerative Umverteilung zu Lasten der jüngeren Generationen bedeutet.[2] Dieser Umverteilungsstrom hat sich bereits in der Vergangenheit verstärkt und wird weiter zunehmen. In einer aktuellen Studie ermittelt das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP), dass in der SPV seit ihrer Einführung im Jahr 1995 versteckte Schulden in Höhe von 435 Milliarden Euro aufgelaufen sind.[3] Die zu erwartenden steigenden Beitragssätze und die bereits jetzt vorhandene hohe implizite Verschuldung sind eine zunehmende Belastung der jüngeren Generationen. Ihnen droht eine weitaus höhere Steuer- und Sozialabgabenlast als den heutigen Erwerbstätigen – sowie das Risiko zukünftiger Leistungskürzungen in der SPV.

Wenn die Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen als Antwort auf die drängenden Finanzierungsfragen der Pflege die Einbeziehung der Privatversicherten in das Umlageverfahren erzwingen wollen, dann gleicht dieser Lösungsansatz dem absurden Versuch, ein Problem zu lösen, indem man die Quelle des Problems vergrößert.

Es überzeugt auch nicht, die Einbeziehung der Privatversicherten mit ihrer angeblich besseren Risikostruktur zu begründen:

- Erstens ist für die Finanzwirkungen einer Risikostruktur nicht so sehr die Höhe des altersspezifischen Pflegerisikos von Bedeutung, sondern das Pflegekostenrisiko. Bereits jetzt zeigt sich, dass privatversicherte Pflegebedürftige in höheren und damit teuren Pflegegraden anteilig mehr vertreten sind als GKV-Versicherte. Dies ist auch die Folge einer etwas längeren Lebenserwartung von Privatversicherten. Damit wären Privatversicherte selbst dann, wenn sie ein niedrigeres altersspezifisches Pflegerisiko aufwiesen, aufgrund der höheren Kosten im Pflegefall ein schlechtes Geschäft für die „Pflege-Bürgerversicherung“.
- Zweitens sind die Privatversicherten auch mit Blick auf ihre Alterung kein Kostenvorteil. Denn die demografische Entwicklung führt hier zu einem stärkeren relativen Anstieg der Pflegefallzahlen in der PPV als in der SPV. Während das Durchschnittsalter in der SPV im letzten Jahr sogar etwas gesunken ist, ist das Durchschnittsalter in der PPV gestiegen und liegt bereits seit einigen Jahren oberhalb der SPV. Aus diesem Grund kann eine „Pflege-Bürgerversicherung“ unter Einbezug der PPV-Versicherten an der langfristigen Beitragssatzprognose für die SPV nichts ändern, sondern würde sie noch verschärfen.

Nachhaltigkeit des Kapitaldeckungsverfahrens

Nur im Kapitaldeckungsverfahren werden auch die langfristigen Kostenrisiken des demografischen Wandels berücksichtigt und wird für jede Leistungsverbesserung ihr tatsächlicher Preis nachhaltig einkalkuliert – nämlich unter Berücksichtigung der demografiebedingt wachsenden Inanspruchnahme dieser Leistung. Im Kapitaldeckungsverfahren sorgt jede Genera-

[2] Selbst bei optimistischen Zuwanderungsprognosen nimmt die Zahl der Erwerbstätigen (als wesentliche Einnahmequelle der umlagefinanzierten Sozialversicherung) nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ab: bis 2060 um über zehn Millionen.

[3] Vgl. Arentz, Christine, Moritz, Maik, Eich, Holger, Wild, Frank (2019): Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Köln.

tion für sich selbst. Dies hat den großen Vorteil, dass es bei unterschiedlich stark besetzten Generationen nicht zu Generationenungerechtigkeiten durch höhere Beitragsbelastungen und geringere Leistungen kommt.

Der SPV-Beitrag eines Durchschnittsverdieners liegt heute bereits bei 107 Euro, während die PPV-Versicherten auch bei einem späten Versicherungsbeginn mit 50 Jahren – also einem späten Start für den Aufbau von Alterungsrückstellungen − für dieselbe Leistung die Hälfte zahlen. Wer sich früher in der PPV versichert, zahlt dementsprechend noch einmal deutlich weniger. Diese Relation gilt auch für die Ergänzung der Pflegeteilkasko- zu einer Vollversicherung: Für den SPV-Durchschnittsverdiener wird die kapitalgedeckte private Zusatzversicherung günstiger sein als eine entsprechende Anhebung des Beitragssatzes.

Die nachhaltigere Prämienperformance kapitalgedeckter Pflegeversicherungsprodukte im Vergleich zur umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung zeigt, dass eine individuell maßgeschneiderte und zugleich generationengerechte Absicherung des Pflegerisikos zu bezahlbaren Preisen möglich ist. Das ist nicht nur gut für die Versicherten. Auch Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen dürften ein Interesse an einer langfristig stabilen und demografiefesten Basis ihrer Refinanzierung haben.

Ausweitung der Umlagefinanzierung belastet Arbeitgeber und den Wirtschaftsstandort Deutschland

Deutschland gehört schon heute zu den Ländern mit der höchsten Steuer- und Abgabenquote. Unter den OECD-Ländern weist Deutschland die zweithöchste Steuer- und Sozialabgabenquote auf.[4] Es besteht das politische Ziel, die Sozialversicherungsbeiträge in der Summe nicht über 40 % steigen zu lassen. Vor diesem Hintergrund erstaunt es, dass in der Politik weitere Ausgabensteigerungen in der Pflege diskutiert werden, ohne auf deren nachhaltige Finanzierung zu achten. Aktuell liegt die Summe der Sozialversicherungsbeiträge bei 39,65 % (Krankenversicherung 15,5 % inkl. Zusatzbeitrag, Pflegeversicherung 3,05 %, Arbeitslosenversicherung 2,5 % und Rentenversicherung 18,6 %). Der SPV-Beitragssatz musste erst dieses Jahr stark angehoben werden, weil durch die Leistungsausweitungen der letzten Jahre Defizite in Milliardenhöhe entstanden waren. Es zeigt sich, dass die letzten Pflegereformen vor allem im ambulanten Bereich eine neue Ausgabendynamik ausgelöst haben. Zusammen mit den zukünftigen demografisch bedingten Strukturverschiebungen der Bevölkerung, also der bloßen Alterung, sind weitere Beitragssatzanstiege zu Lasten der Attraktivität Deutschlands als Wirtschaftsstandort programmiert.

Auflösung der PPV-Alterungsrückstellungen und Finanzausgleich zwischen SPV und PPV sind verfassungswidrig

Alterungsrückstellungen sind kollektive Rückstellungen, aus denen sich lebenslange individuelle Leistungsansprüche ableiten lassen. Eine gesetzliche Verpflichtung, diese Beträge in die SPV zu überführen, ist verfassungsrechtlich nicht haltbar. Die Alterungsrückstellungen der PPV (34,48 Mrd. Euro im Jahr 2017) wären auch gar nicht vorhanden, wenn die Betreffenden nicht PPV-versichert gewesen wären, denn die SPV bildet keine derartigen Rückstel-

[4] Vgl. OECD (2019): Taxing Wages 2019, OECD Publishing, Paris.

lungen. Sie sind auch nicht etwa auf Kosten der SPV gebildet worden, z. B. aus Ersparnissen aufgrund einer vermeintlich günstigeren Risikostruktur, wie dies gelegentlich behauptet wird. Sie sind vielmehr Ergebnis des Kalkulationsmodells der PKV. Eine Überführung in die SPV wäre ein verfassungsrechtlich unzulässiger Eingriff in die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG und damit verfassungswidrig.[5]
Der von den Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen geforderte Finanzausgleich zwischen SPV und PPV stellt zudem ebenso einen unzulässigen Eingriff zumindest in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG der privaten Pflegeversicherung und ihrer Versicherten dar. Er ließe sich mit dem legitimen Gemeinwohlziel des Erhalts der SPV-Finanzierbarkeit genauso wenig rechtfertigen wie mit Blick auf die unterschiedlichen Risikostrukturen in den beiden unterschiedlichen Systemen.

Die Dualität von SPV und PPV stärkt den Qualitätswettbewerb in der Pflege
Bündnis 90/Die Grünen suggerieren, dass es auf der Leistungsseite der Pflegeversicherung bereits eine Bürgerversicherung gebe. So erfolge die Begutachtung und Einstufung in Pflegegrade durch MEDICPROOF (privater Zweig) und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK) (sozialer Zweig) nach identischen Kriterien. Hierbei wird jedoch unterschlagen, was gerade in der Pflege für einen Systemwettbewerb von SPV und PPV spricht. Tatsächlich produziert dieser permanent neue Ideen und Lösungen für eine bessere Pflegeversorgung aller Bürger.

- MEDICPROOF, der medizinische Dienst der Privaten, nimmt nicht nur bundesweit sowie im Ausland die Einstufung der privatversicherten Antragsteller vor, sondern bringt seine Expertise zugunsten der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ein, z. B. im Expertenbeirat der Bundesregierung zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Für MEDICPROOF sind rund 900 Gutachterinnen und Gutachter tätig. Die hohe Effizienz des privaten Systems wurde in der Reformumstellung deutlich: MEDICPROOF erstellt Fristgutachten in 9,0 Arbeitstagen (dazu im Vergleich MDK Durchschnitt 14,4 Arbeitstage), nur 0,9 % der Gutachten werden in mehr als 18 Arbeitstagen erstellt – ausgeglichen über das gesamte Bundesgebiet (Jahr 2018) – und das bei einem starken Wachstum von +9 % gegenüber dem Vorjahr (zum Vergleich MDK +6 %). MEDICPROOF punktet auch im Servicewettbewerb: Jeder Begutachtungstermin wird individuell zwischen dem Gutachter und dem privat Versicherten und seinen Angehörigen vereinbart. Viele Begutachtungstermine finden außerhalb „normaler Öffnungszeiten“ statt, die Angehörigen eine Teilnahme erleichtern. Für eine hohe Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse legt MEDICPROOF Wert auf eindeutige Beschreibungen im Gutachten. Zudem werden den Versicherten und ihren Angehörigen direkt und indirekt über die Versicherungen Erklärungen – textlich und filmisch – zur Verfügung gestellt. Im Ergebnis sind die Versicherten unverändert zufrieden: 50 % bewerteten die Begutachtung mit „sehr gut“, 33 % mit „gut“. Wettbewerb in der Pflegebegutachtung reduziert die Abhängigkeit von einzelnen Akteuren und vermeidet Nachteile monopolistischer Strukturen.

[5] Vgl. Papier/Schröder (2013): Rechtsgutachten zum verfassungsrechtlichen Schutz der Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung im Auftrag des PKV-Verbandes.

- Die aufsuchende Pflegeberatung ist zunächst nur durch die PPV und deren Tochterunternehmen „compass private pflegeberatung“ entwickelt und flächendeckend eingeführt worden. Der große Erfolg dieses Angebotes hat den Gesetzgeber dazu bewogen, es mit dem Pflege-Neuordnungsgesetz 2012 auch den Pflegekassen verbindlich vorzuschreiben. Die bundesweit erreichbare individuelle Pflegeberatung am Telefon ist ein compass-Angebot, das jeder – unabhängig von der Art der Versicherung – anonym und kostenlos in Anspruch nehmen kann. Ein vergleichbares umfassendes Angebot der Pflegekassen gibt es bisher nicht. Zahlreiche weitere innovative Ansätze wie etwa der Hausbesuch und das Case-Management zeigen, dass compass derzeit die treibende Kraft bei der bundesweiten Fortentwicklung der Pflegeberatung ist.

- Der Prüfdienst der PKV führt seit 2011 jährlich bundesweit im gesetzlichen Auftrag und auf eigene Kosten ca. 2.400 Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und bei Pflegediensten durch. Er entlastet damit nicht nur Pflegekassen und deren medizinische Dienste, sondern setzt als einer der größten Prüfdienste überhaupt Standards für effiziente und dienstleistungsorientierte Qualitätsprüfungen. Während die Medizinischen Dienste der Pflegekassen regional begrenzt tätig sind und weitgehend unabhängig voneinander agieren, macht der PKV-Prüfdienst durch sein bundesweit einheitliches Vorgehen den direkten Vergleich möglich.

- Schließlich gäbe es ohne die PPV das Zentrum für Qualität in der Pflege in Berlin (ZQP) nicht. Diese gemeinnützige Stiftung der PKV, die ihre wissenschaftlichen Forschungsergebnisse der Öffentlichkeit kostenlos zur Verfügung stellt, nimmt faktisch die Rolle eines nationalen Kompetenzzentrums für Pflegequalität und Pflegeversorgung wahr und genießt als solches höchste Anerkennung.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(11)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
6.5.2019

SOZIALVERBAND VdK DEUTSCHLAND

Stellungnahme des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

zum Antrag der FDP-Fraktion „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“

zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“

zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“

Abteilung Sozialpolitik
Linienstraße 131
10115 Berlin

Telefon: 030 9210580-300
Telefax: 030 9210580-310
E-Mail: sozialpolitik@vdk.de

Berlin, den 29.04.2019

1. Grundsätzliche Anmerkungen zu den Anträgen

Pflegebedürftigkeit wird zunehmend ein Armutsrisiko. Dabei war es ein wesentliches Ziel, bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 zu verhindern, dass durch Pflegebedürftigkeit weite Teile der Bevölkerung von Sozialhilfe abhängig werden. Nach starkem Rückgang aufgrund der Einführung der Pflegeversicherung wächst seit 1998 die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege wieder kontinuierlich an. Im Laufe des Jahres 2015 bezogen 450.674 Personen Hilfe zur Pflege. Die Pflegekosten werden zunehmend zum Sprengsatz der Kommunal- bzw. Landesfinanzen. Die zuletzt leicht rückläufigen Zahlen bei der Hilfe zur Pflege sind nach unserer Einschätzung nur eine Momentaufnahme.

Das verdeutlicht, dass die Pflegeversicherung im derzeitigen Zuschnitt sowohl hinsichtlich ihrer Leistungen als auch hinsichtlich ihrer Finanzierung an ihre Grenze stößt. Als Teilkostenversicherung gewährt sie nur einen Zuschuss zu den tatsächlichen Pflegekosten. Von Anfang an wurden die Leistungen der Pflegeversicherung niedrig angelegt und jahrelang nicht an die steigenden Kosten angepasst. Im Ergebnis hat das dazu geführt, dass pflegebedürftige Menschen derzeit nur einen Teil der von ihnen benötigten pflegerischen und/oder betreuerischen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Dies führt zu Ungleichheit und Entsolidarisierung. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit darf nach Auffassung des Sozialverbands VdK nicht privatisiert werden. Die Vorstellung, die wachsende Versorgungslücke mit privaten Versicherungsprodukten schließen zu können, führt zur finanziellen Überforderung weiter Teile der Bevölkerung und letztlich zur „Mehrklassenpflege“.

Aktuell liegt der Eigenanteil für Pflegeheimkosten im Bundesdurchschnitt bei 1.831 Euro pro Monat. Zukünftige Mehrkosten für Maßnahmen, die bspw. im Rahmen der Konzertierten Aktion Pflege zu einer besseren Bezahlung und mehr Personal führen, würden im heutigen System dazu führen, dass die Eigenanteile von Pflegebedürftigen weiter ohne Grenze ansteigen. Bei der Pflege in der eigenen Häuslichkeit wird entweder auf die Leistungsinanspruchnahme gänzlich verzichtet oder halblegale Pflegearrangements mit sogenannten Haushaltskräften aus Osteuropa organisiert. Alternativ übernehmen pflegende Angehörige die Betreuung, teilweise über viele Jahre und bis zur Selbstaufgabe. Kostensteigerungen in der ambulanten Pflege führen also eher zu einer Reduktion von professioneller Pflege und zur Abwahl eigentlich benötigter Leistungen. Das hat wiederum erhebliche Auswirkungen auf die Pflege und damit auch auf die Lebensqualität der Menschen. Der VdK fordert deswegen nachdrücklich ein nachhaltiges Finanzierungskonzept für die Pflege. Von daher unterstützen wir die Intention aller Anträge, noch in der laufenden Legislaturperiode einen nachhaltigen Vorschlag zur zukünftigen Finanzierung der Pflege vorzulegen. Dabei muss auch mitgedacht werden, wie wir uns zukünftig die Situation bei Pflegebedürftigkeit vorstellen. Heute ist Pflegedürftigkeit zunehmend ein individuelles Armutsrisiko geworden. Der Sozialverband VdK fordert mittelfristig einen Systemwechsel, bei dem die Leistungen der Pflegeversicherung als Vollversicherung auszugestalten sind.

2. Zu den Anträgen im Einzelnen

Bei allen drei Anträgen wird die derzeitige Finanzierungssituation der Pflegeversicherung und speziell das Verhältnis zwischen der gesetzlichen Pflegevollversicherung und der privaten Pflegevollversicherung in den Blick genommen. Während im Antrag der FDP-Fraktion die Bundesregierung aufgefordert wird, die Elemente der privaten Pflegevorsorge durch zahlreiche Maßnahmen zu stärken, fordern die Fraktionen von DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN einen vollständigen Finanzausgleich zwischen der privaten und der gesetzlichen Pflegeversicherung. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordern darüber hinaus die Pflege-Bürgerversicherung zu vollenden.

Die Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierung der Pflege wird – wie schon weiter oben dargelegt – seitens des Sozialverbands VdK geteilt. Zur Sicherung der notwendigen Leistungen im Rahmen einer Vollversorgung hält der Sozialverband VdK eine Verbesserung der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung für notwendig. Nach allen bisherigen Erfahrungen ist von einem weiteren Wachstum der pflegerischen Ausgaben auszugehen. Hier hat es sich als problematisch erwiesen, dass Bemessungsgrundlage für die Beiträge im Wesentlichen nur die Erwerbseinkommen sind. Ebenso haben sich Erwerbs- und Kapitaleinkommen ungleich entwickelt. Diese sind in der Vergangenheit wegen sinkender oder stagnierender Lohnquote oder Arbeitslosigkeit nicht entsprechend den Ausgaben gewachsen. Überproportional zugenommen haben insbesondere höhere Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Daher hält es der Sozialverband VdK für notwendig, die Beitragsbemessungsgrenze mindestens auf das Niveau der Rentenversicherung anzuheben und die Bemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten auszudehnen. Dadurch würde es insgesamt zu einer Senkung des Beitragssatzes kommen und insbesondere kleine und mittlere Einkommen würden entlastet. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze hat aber auch für Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit eine positive Wirkung. Der Grundsatz der Leistungsfähigkeit würde deutlich gestärkt werden, da die Beitragsbelastung mit steigender Leistungsfähigkeit weiter steigen würde. Auch die Gleichbehandlung von Haushalten mit gleich hohen Einkommen würde verbessert werden. Die Frage, ob bei Ehepaaren das Einkommen ausschließlich durch einen der beiden Ehegatten erzielt wird oder beide gleichberechtigt für das Haushaltseinkommen sorgen, würde an Relevanz verlieren.

Die Abgrenzung zwischen gesetzlicher Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung ist verteilungspolitisch ungerecht und vor dem Hintergrund gleicher Leistungen in beiden Systemen auch überflüssig. Gemessen an ihrem Einkommen zahlen heute privat Pflegeversicherte relativ gesehen einen geringeren Beitrag für ihr individuelles Pflegerisiko als gesetzlich Versicherte. Schon diese Ungleichheit lässt sich durch eine Zusammenlegung beider Systeme beenden. Darüber hinaus sind trotz identischer Leistungen in beiden Systemen die Pro-Kopf-Ausgaben der Versicherten aus der gesetzlichen Pflegeversicherung um ein vielfaches höher als die Pro-Kopf-Ausgaben der Versicherten aus der privaten Pflegeversicherung. Das ist ungerecht, unsolidarisch und versorgungspolitisch ein Armutszeugnis. Entsprechend fordert der Sozialverband VdK, dass zur Stärkung der Solidargemeinschaft und der Vermeidung einer Zweiklassenpflege die gesamte Bevölkerung im System der gesetzlichen Pflegeversicherung versicherungspflichtig wird und damit eine Pflegevollversicherung in der privaten Pflegeversicherung abgeschafft wird.

In einem ersten Schritt sollten ein Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung eingeführt und Beamten auf Antrag die Möglichkeit der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung mit paritätischer Beteiligung des Dienstherrn gegeben werden. Hinsichtlich der Altersrückstellungen der individuellen Ansprüche im Segment der privaten Pflegevollversicherung muss dringend eine verfassungskonforme Möglichkeit gefunden werden, die ein angemessenes Verhältnis zwischen einem solidarischen Ausgleich aller Versicherten mit unterschiedlichen Risiken und unterschiedlicher Leistungsfähigkeit bei gleichzeitigem Schutz der heute privat Pflegevollversicherten.

Unabhängig davon leisten wir uns nicht nur den Dualismus zweier gänzlich unterschiedlicher Versicherungssysteme bei gleichen Leistungen, sondern darüber hinaus auch über 100 unterschiedliche gesetzliche Pflegekassen, die identische Leistungen zu gleichen Beiträgen anbieten. Für die Pflegeversicherten macht auch diese Unterscheidung keinen Sinn und führt lediglich zu höheren Beiträgen und mehr Kosten im Rahmen von Eigenanteilen. Konsequenterweise muss die Auflösung des Dualismus der gesetzlichen und privaten Pflegevollversicherung auch dazu führen, dass alle Pflegeversicherten bei einer Pflegekasse versichert sind.

stellungnahme

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu
zu den Anträgen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(12)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
6.5.2019

03.05.2019

Antrag der Fraktion der FDP
Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern
BT-Drucksache 19/7691

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Pflege gerecht und stabil finanzieren - Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden
BT-Drucksache 19/8561

Antrag der Fraktion DIE LINKE.
Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden
BT-Drucksache 19/7480

zur Erörterung
im Ausschuss für Gesundheit

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik

Marco Frank
Referatsleiter Pflegepolitik

marco.frank@dgb.de

Telefon: +49 30 – 24060-289
Telefax: +49 30 – 24060-226

Henriette-Herz-Platz 2
D – 10178 Berlin

Verantwortlich: Annelie Buntenbach, Mitglied des Geschäftsführenden DGB-Bundesvorstandes

Allgemeine Einschätzung und Bewertung

DGB begrüßt den Diskurs zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, um die Zukunftsfähigkeit des Sozialversicherungssystems für eine qualitativ gute Versorgung pflegebedürftiger Menschen sicher zu stellen.

In Ermangelung von Vorschlägen und Konzepten des Gesundheitsministeriums zur nachhaltigen Lösung des Finanzierungsproblems in der Pflegeversicherung sind Ideen und Konzepte gefragt, die über ein einfaches ‚Weiter so' hinausgehen müssen. Eigentlich sollte der Beitragssatz der Sozialen Pflegeversicherung nach der Beitragssatzanhebung um 0,2 Prozentpunkte 2017 bis 2022 stabil bleiben. Doch nun wurde eine weitere Beitragssatzsteigerung um nochmals 0,5 Prozentpunkte zu Beginn 2019 im Bundestag beschlossen. Damit setzt sich die Finanzierungslogik der sozialen Pflegeversicherung weiter fort, nach der die unbestreitbar dringend notwendigen Leistungsausweitungen der einzelnen Pflegereformen in immer kürzeren Abständen immer teurer werden, ohne dass bislang eine auskömmlich zu finanzierende Pflege für die Menschen dabei heraus kam. Die Leistungsausgaben in der Pflegeversicherung haben sich in den letzten zehn Jahren von 19,1 in 2008 auf 38,5 in 2018 verdoppelt. Trotzdem haben viele Menschen den Eindruck, dass die Leistungsverbesserungen der Pflegestärkungsgesetze gar nicht bei ihnen ankommen. Aus gewerkschaftlicher Sicht ist das kein Wunder, denn das ohnehin viel zu knapp besetzte Pflegepersonal hat für die im Gesetz vorgesehenen zusätzlichen Aufgaben gar keine Zeit.

Die im Koalitionsvertrag festgehaltenen Maßnahmen zur Stärkung des Pflegepersonals im Sinne verbesserter Lohn- und Arbeitsbedingungen machen das Finanzierungsproblem der Pflegeversicherung einerseits und das Armutsrisiko der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen andererseits immer virulenter. Die gerade beschlossenen zusätzlichen 7,6 Mrd. Euro sind dringend erforderlich – und reichen für eine auskömmliche Pflegesituation doch nicht aus. Neben der Kompensation des aufgelaufenen Defizits durch erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen nach der Umstellung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes gilt es, die weiteren im Koalitionsvertrag geplanten Maßnahmen umzusetzen und zu refinanzieren.

Aus gewerkschaftlicher Sicht ist es besonders wichtig, dass die noch ausstehende flächendeckende tarifliche Entlohnung auskömmlich finanziert wird, um die Attraktivität des physisch und psychisch hoch anspruchsvollen Berufes entscheidend zu steigern und den Beruf in Konkurrenz zu anderen Branchen aufzuwerten.

Alles in allem sollte deshalb als generelle Maßnahme vorab eine Kostenschätzung sämtlicher Vorhaben in der Pflege, inklusive der Finanzierung einer bedarfsgerechten bundeseinheitlichen Pflegepersonal-Bemessung in Form eines Gesamtkonzeptes, auf den Tisch. Das Pflegerisiko muss gesamtgesellschaftlich solidarisch verteilt und auch entsprechend finanziert werden. Nur so ist es für die/den Einzelnen kalkulier- und tragbar. Dazu gehört auch, dass versicherungsfremde Leistungen in der Pflegeversicherung über Steuerzuschüsse finanziert werden müssen. Nach Schätzungen erreichten die Ausgaben dafür im Jahr 2018 bereits ein Volumen von mindestens 2,7 Mrd. Euro, was umgerechnet 0,2 Beitragspunkten entspricht.

Des Weiteren ist die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bis auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung, die Verbreiterung der Einnahmebasis durch die Verbeitragung weiterer Einkommensarten sowie ein finanzieller Ausgleich der Privaten Pflegeversicherung dringend nötig. Letztere konnte bei gleichen Leistungen allein durch Risikoselektion rund 34,4 Mrd. Euro auf Kosten der Solidargemeinschaft ‚erwirtschaften'.

Natürlich werden die angekündigten Maßnahmen für bessere Lohn- und Arbeitsbedingungen und mehr Personal in der Pflege zu höheren Kosten führen. Diese dürfen im Teilleistungssystem Pflegeversicherung jedoch nicht explizit auf den zu zahlenden Eigenanteil der vor allem stationär Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen draufgeschlagen werden. Der Mittelwert der Eigenanteile von Pflegeheimbewohnern liegt mittlerweile deutlich über 50% der Gesamtkosten. Der durchschnittlich zu zahlende Eigenanteil beträgt 1830 Euro monatlich, in vielen Fällen ist es noch deutlich mehr.

Insbesondere in der ambulanten Pflege führen steigende Kosten bei gedeckelten Leistungen zu verminderter Leistungsinanspruchnahme. Hinzu kommt, dass zukünftig sinkende Alterseinkünfte das Armutsrisiko noch erheblich vergrößern werden. Gerade für die meist betroffenen Rentnerinnen und Rentner schlägt der allein zu zahlende gesamte Pflege-Beitrag voll durch – der im Gegensatz zu den noch Erwerbstätigen nicht durch sinkende Beiträge der Arbeitslosenversicherung kompensiert werden kann. Deshalb ist in einem ersten Schritt eine seit langem geforderte gesetzlich zwingende jährliche Dynamisierung der Pflegeleistungen einzuführen, um den fortschreitenden Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen und das damit verbundene Armutsrisiko bei Pflegebedürftigkeit zu mindern.

Aus gewerkschaftlicher Sicht dürfen die berechtigten Interessen der Pflegekräfte nicht gegen die Ansprüche Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen an eine qualitativ gute pflegerische Versorgung ausgespielt werden. Höhere Kosten sind vor diesem Hintergrund, aber auch unter den absehbaren demografi-

schen Herausforderungen unausweichlich. Sie können jedoch durch die Einführung einer Pflegevollversicherung in Kombination mit der Pflegebürgerversicherung auf breite Schultern verteilt werden.

Antrag der Fraktion der FDP

Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte –
Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern

Anstatt eine wirksame Finanzierungsreform für die Soziale Pflegeversicherung vorzunehmen, soll die kapitalgedeckte Vorsorge gefördert und damit das Pflegerisiko weiter privatisiert werden.

Damit würde ein weiterer Schritt in Richtung Systemwechsel – weg vom paritätischen und einkommensabhängigen Umlageverfahren hin zur kapitalgedeckten Eigenvorsorge – gegangen. Dies ist aus gewerkschaftlicher Sicht nicht akzeptabel. Finanzielle Lasten und soziale Risiken würden damit weiter privatisiert, mit der Folge, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit geringen Einkommen sowie Rentnerinnen und Rentnern mit kleinen Renten systematisch in ihrer pflegerischen Versorgung benachteiligt würden. Gerade deren Sicherungslücken aufgrund der geringen Alterseinkommen sind auch in Bezug auf die Pflegekosten besonders groß.

Es ist ein Skandal, dass Menschen mit geringen Einkommen über geförderte Eigenbeteiligungen dazu gebracht werden sollen, von ihren knappen Einkommen zusätzliche Mittel für die private Pflegevorsorge aufzubringen. Gerade sie können ihre Situation durch die private Vorsorge nicht verbessern, weil die privat angesparten Leistungen auf die Sozialhilfe, d.h. auf die Hilfe zur Pflege nach SGB XII angerechnet werden. Zusätzliche Mittel für eine bessere Pflege stehen also diesen Menschen eben nicht zur Verfügung. In höheren Einkommensbereichen kommt es hingegen nur zu Mitnahmeeffekten bei der Förderung. Der Vorschlag, den sog. Pflege-Bahr auszuweiten, löst somit keine Probleme, sondern schafft neue und ist zudem sozial ungerecht.

Ein Blick auf die Entwicklung des sog. Pflege-Bahrs zeigt, dass Ende 2018 nur 880.000 Verträge existierten. Auch die Rückstellungen zur Dämpfung der Beiträge stellen bislang keine Lösung des Finanzierungs-Problems der Pflegeversicherung in adäquatem Ausmaß dar. Ende 2017 betrug der Bestand des Pflegevorsorgefonds ca. 3,8 Mrd. Euro. Deshalb spricht sich der DGB dafür aus, die Mittel direkt in die Verbesserung der Versorgungsqualität zu investieren, so dass alle – eben auch geringverdienende Menschen – etwas davon haben.

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Pflege gerecht und stabil finanzieren -
Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden**

Der Antrag geht aus gewerkschaftlicher Sicht in die richtige Richtung, denn er setzt an der ungleichen Verteilung des Versicherungsrisikos in der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegeversicherung an. So sind privat Versicherte in der Regel jünger, gesünder und einkommensstärker, während sozial pflege Versicherte älter, multimorbide und einkommensschwächer sind. Dies führt zu einer klaren Benachteiligung zu Lasten der Sozialen Pflegeversicherung. Derzeit sind die Pro-Kopf-Ausgaben für deren Versicherte ca. dreieinhalb Mal so hoch wie für privat Versicherte.

In einem beide Zweige umfassenden Vollkostenausgleich würden die Ausgaben vereinheitlicht und könnten zur Entlastung der großen Mehrzahl der Versicherten in der Pflege beitragen.

Auch die Finanzierung der Pflege ausschließlich durch Erwerbseinkommen in Form von Löhnen und Gehältern sowie Renten und Arbeitslosengeld stellt sich in der heutigen Zeit als überholt dar. Insofern schließt sich der DGB der Forderung an, auch Kapitaleinkünfte zur Verbeitragung mit heranzuziehen, um somit zu einer größeren Finanzierungsgerechtigkeit beizutragen. Einheitliche, einkommensabhängige Beiträge würden alle Bürger nach denselben Maßstäben an der Finanzierung des Pflegerisikos beteiligen.

Die Forderung nach einer schrittweisen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bis maximal zur Höhe der in der Rentenversicherung geltenden Bemessungsgrenze wird vom DGB ebenfalls mitgetragen und entspricht somit den eigenen inhaltlichen Vorstellungen einer künftigen Pflegeversicherung. Diese Maßnahme könnte dazu beitragen, gerade einkommensschwache Menschen, die heute eine überdurchschnittlich hohe absolute und prozentuale Belastung erfahren, zu entlasten, und umgekehrt mehr Menschen mit höheren Einkommen zur solidarischen Beitragsfinanzierung heranzuziehen.

Die immensen Rückstellungen in Höhe von fast 34,5 Mrd. Euro konnten nur zu Lasten der gesetzlichen Pflegeversicherung erwirtschaftet werden. Insofern ist es nur gerecht, einen finanziellen Ausgleich zu ermöglichen, der auch den Versicherten der gesetzlichen Pflegeversicherung zu Gute kommt. Der DGB unterstützt dieses Vorhaben ausdrücklich.

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden

Die Kernforderungen dieses Antrags werden vom DGB unterstützt und mitgetragen. Der geforderte Finanzausgleich zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung ist eine Frage der Gerechtigkeit und damit von zentraler Bedeutung. In einem beide Zweige umfassenden Vollkostenausgleich würden die Ausgaben vereinheitlicht und könnten zur Entlastung der großen Mehrzahl der Versicherten in der Pflege beitragen.

Die zweite Forderung des Antrags, die private Pflegeversicherung vollständig in die soziale Pflegeversicherung zu überführen, entspricht der systematischen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hin zu einer Bürgerversicherung Pflege, in die ausnahmslos alle Versicherten einzahlen müssten. Dies würde zu einer massiven finanziellen Entlastung der sozialen Pflegeversicherung beitragen und das Gerechtigkeits-Defizit durch Risiko-Selektion beheben. Der DGB unterstützt diese Weiterentwicklung hin zu einer einheitlichen, solidarischen Finanzierung in der Pflegeversicherung als einen ersten Schritt zu einer Pflegevollversicherung.

Universität Bremen

Universität Bremen · **socium** · Postfach 330440 28334 Bremen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(13)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
6.5.2019

Abteilung
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 3.4250
28359 Bremen
Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@uni-bremen.de
www www.socium.uni-bremen.de

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@uni-bremen.de

www.socium.uni-bremen.de

3.5.201906.05.2019

Stellungnahme zum

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
„Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“
BT-Drucksache 19/8561
und zum
Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“
BT-Drucksache 19/7480

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 8. Mai 2019

1 Einleitung

In ihrem Beschlussvorschlag fordert die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen die Einführung einer Pflegebürgerversicherung. Die Fraktion DIE LINKE fordert gleichfalls die Integration der Sozialen und Privaten Pflegepflichtversicherung. Nachstehend wird zu dieser Entwicklungsperspektive Stellung genommen. Zunächst wird noch einmal auf die Ausgangslage und die darin enthaltenen Probleme der Pflegeversicherung eingegangen (Abschnitt 2). Anschließend werden Umsetzbarkeit und Wirkungen einer Pflegebürgerversicherung diskutiert (Abschnitt 3) bevor ein kurzes Fazit gezogen wird (Abschnitt 4). Für den Entschließungsantrags 19/7691 verweise ich auf meine Stellungnahmen vom 20.6.2012 (Ausschussdrucksache 17(14)0294(10) und vom 18.9.2014 (Ausschussdrucksache 18(14)0049(28).

2 Ausgangslage

Das derzeitige duale Versicherungssystem in der Pflege weist erhebliche Gerechtigkeitsdefizite auf (Abschnitt 2.1). Auch innerhalb der Sozialen Pflegeversicherung sind Gerechtigkeitsdefizite zu erkennen (Abschnitt 2.2). Beides gemeinsam führt zu einer strukturellen Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung, die deren nachhaltige Finanzierung gefährdet (Abschnitt 2.3).

2.1 Gerechtigkeitsdefizite in der „Pflegevolksversicherung“

Bevor „Gerechtigkeitsdefizite“ untersucht werden können, gilt es zunächst die *normativen Grundlagen* einer Bewertung offen zu legen. Im zweiten Leitsatz seines Urteils vom 3. April 2001 (BvR 2014/95) hat der erste Senat des Bundesverfassungsgerichts die Kompetenz des Gesetzgebers bestätigt, mit dem Pflegeversicherungsgesetz „eine im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung“ einzurichten (BVerfGE 103, 197 – 225). Dabei habe der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“, wobei er „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ durfte (BVerfG 2001: Rn 92).

Damit hat das Bundesverfassungsgericht den normativen Maßstab genannt, an dem Finanzierungsgerechtigkeit zu bemessen ist: eine „*ausgewogene Lastenverteilung*“. Diese ist insbesondere zwingend, weil die weit überwiegende Zahl der Versicherten einem der beiden Zweige der Pflegevolks-

versicherung, entweder der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der Privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) *zugewiesen* werden, ohne diesbezüglich ein Wahlrecht zu haben (Rothgang 2011). Wenn Versicherte aber einem System zugewiesen werden und ihnen dadurch höhere Finanzierungslasten entstehen, lässt sich für die resultierende systematische Besser- bzw. Schlechterstellung keine überzeugende Begründung finden und es besteht Reformbedarf (Rothgang 2010). Nachfolgend wird daher geprüft, inwieweit Risiko- und Einkommensunterschiede zwischen den beiden Teilkollektiven bestehen, die eines finanziellen Ausgleichs bedürfen, um eine umfassende Einkommens- und Risikosolidarität zwischen beiden Zweigen der Pflege*volks*versicherung zu gewährleisten.

2.1.1 Altersstruktur

Inzwischen liegt das Durchschnittsalter der Privatversicherten nicht mehr unter dem der Sozialversicherten. Allerdings ist das Durchschnittsalter für einen Strukturvergleich auch irrelevant. Wichtig ist vielmehr die Alters*verteilung*. Abbildung 1 zeigt den Anteil der PPV-Versicherten an der jeweiligen Altersklasse. Dabei zeigt sich, dass die Personen im Alter von 40 bis 75 Jahren in der PPV über-, die Personen bis 40 und über 80 Jahren dagegen unterrepräsentiert sind. Stark besetzt sind damit die Altersklassen, in denen Erwerbstätige ihre im Lebenszyklus höchsten Einkünfte erzielen, Pflegebedürftigkeit aber noch selten ist. Gleichzeitig ist die PPV in den hohen Altersklassen, die in besonderem Maße von Pflegebedürftigkeit betroffen sind und in denen die Einkommen durchschnittlich unterhalb der Einkommen der Erwerbstätigen liegen, geringer besetzt. Die PPV weist damit die deutlich günstigere Altersstruktur auf.

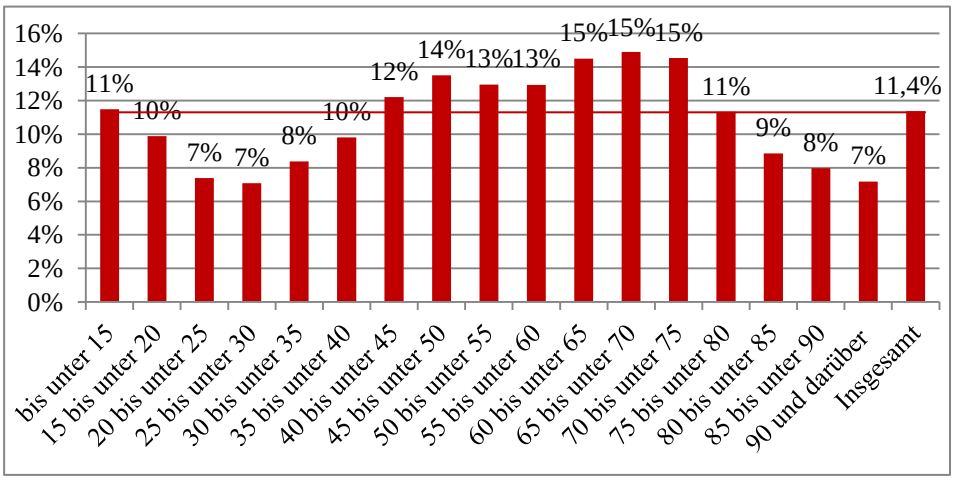


Abbildung 1: Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten 2017

2.1.2 Geschlechterverteilung

Dieser Effekt ist bei den Männern noch deutlich ausgeprägter als bei den Frauen (Abbildung 2). Vor dem Hintergrund der im Durchschnitt deutlich höheren Erwerbseinkünfte von Männern im Vergleich zu Frauen (gender pay gap) führt dies zu einer zusätzlichen systematischen Begünstigung des PPV-Kollektivs auf der Einnahmenseite. Da Frauen zusätzlich höhere Pflegeprävalenzen aufwiesen, bewirkt die „männlichere“ Versichertenstruktur die PPV ebenfalls eine Bevorzugung auf der Ausgabenseite.

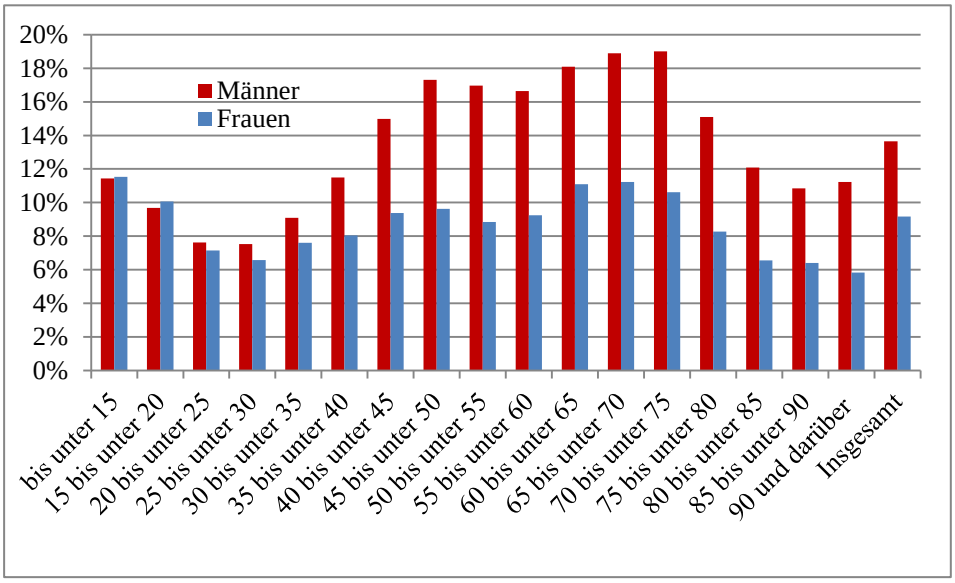


Abbildung 2: Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten nach Geschlecht 2017

2.1.3 Prävalenzen

Die PPV weist aber nicht nur eine günstigere Altersstruktur auf, sondern auch niedrigere altersspezifische Pflegeprävalenzen – und zwar in jeder Altersklasse (Abbildung 3). Dabei ist zu beachten, dass beim Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1 nur Leistungen in geringer Höhe zur Verfügung gestellt werden. Zur Abschätzung der Finanzeffekte (ebenso wie zum Vergleich mit der Situation vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) ist daher eine Betrachtung nur der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 aussagekräftiger. Hier sind die Unterschiede zwischen SPV und PPV sogar noch deutlich ausgeprägter (Abbildung 4).

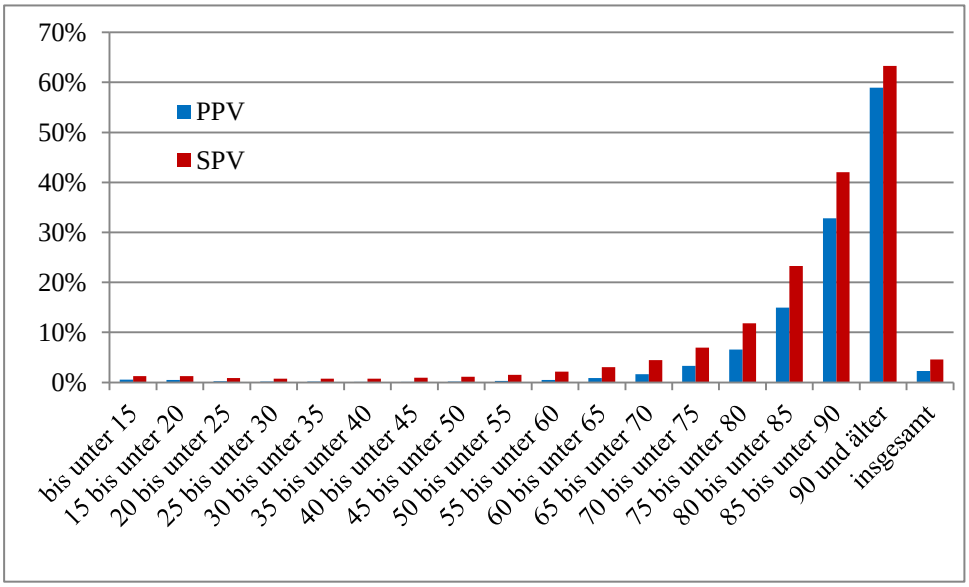


Abbildung 3: Altersspezifische Pflegeprävalenzen für beide Versicherungszweige 2017

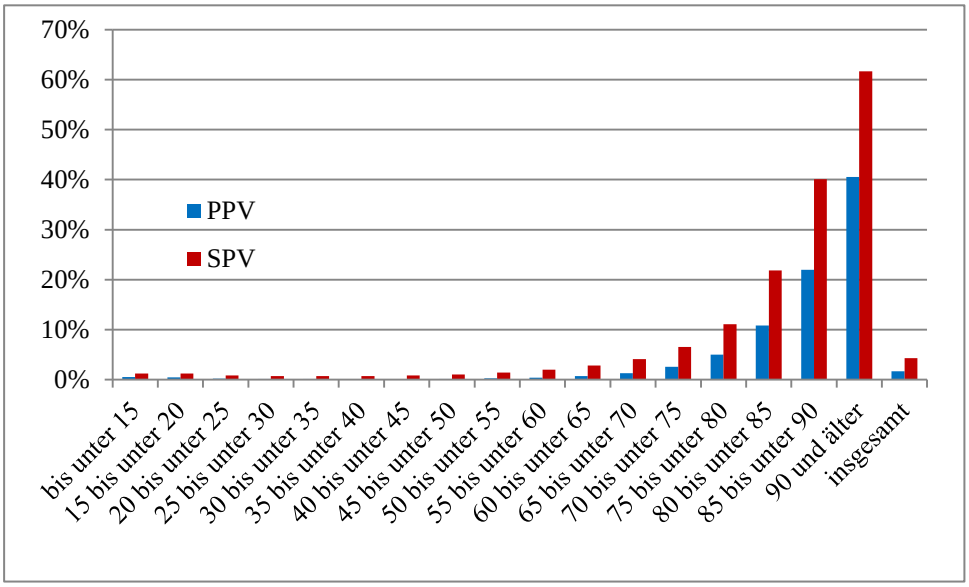


Abbildung 4: Altersspezifische Prävalenzen für Pflegegrad 2-5 für beide Versicherungszweige 2017

Abbildung 5 setzt die Prävalenzen beider Systeme ins Verhältnis zueinander – sowohl für alle Pflegebedürftigen als auch ausschließlich für die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5. Wie die Abbildung zeigt, belaufen sich die Prävalenzen der PPV-Versicherten im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter, in dem der Eintritt in die PKV und damit auch die PPV in der Regel erfolgt, nur

auf 10-20% des Wertes für die SPV. Dies ist insbesondere Ausdruck der Risikoprüfung des Privatversicherungssystems, die dafür sorgt, dass sich vor allem gesunde Personen privatversichern (können). Mit steigendem Alter nähern sich die Prävalenzen dann an, da Privat- und Sozialversicherte gleichermaßen neue Erkrankungen und Behinderungen, die auch zur Pflegebedürftigkeit führen können, erleiden. Im gewogenen Mittel liegt die Prävalenz der Privatversicherten dabei nur halb so hoch wie die der Sozialversicherten. Wird auf die – hinsichtlich der damit verbundenen Leistungsausgaben – relevantere Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 abgestellt, sind die Unterschiede zwischen den beiden Versicherungszweigen sogar noch deutlich ausgeprägter. Im Durchschnitt liegt die Pflegehäufigkeit der Privatversicherten dann bei weniger als 40 % der Häufigkeit der Sozialversicherten.

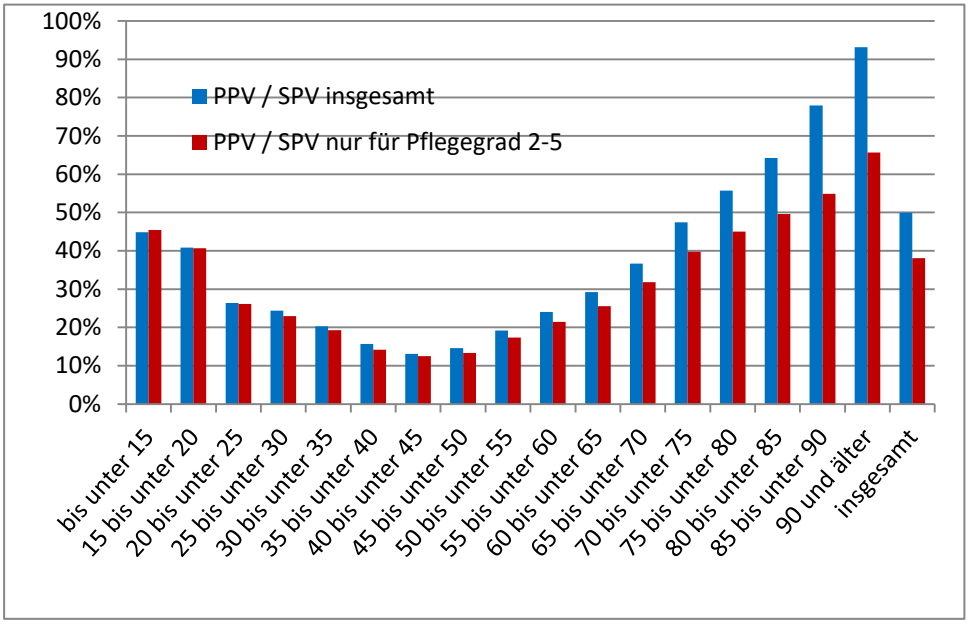


Abbildung 5: Quotient der Pflegeprävalenzen in PPV und SPV 2017

2.1.4 Ausgaben pro Versichertem

Der kombinierte Effekt der aufgezeigten unterschiedlichen Risikostruktur sowohl nach Alter, Geschlecht als auch nach altersspezifischen Prävalenzen zeigt sich, wenn die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Versichertem verglichen werden (Tabelle 1). Sie liegen in der SPV um den Faktor 3,6 höher als die der PPV und auch unter Einbezug der durch die Beihilfe zusätzlich getragenen Leistungsausgaben verbleibt ein Unterschied, der sich mit dem Faktor 2,4 beziffern lässt. Die ku-

mulierten Unterschiede in der Risikostruktur der beiden Versichertenkollektive führen somit dazu, dass die Leistungsausgaben pro Versicherten in der SPV mehr als doppelt so hoch sind wie in der PPV – und zwar bei im Wesentlichen gleichem Leistungsrecht und gleichen Begutachtungsregeln.

Tabelle 1: Leistungsausgaben pro Versichertem in beiden Teilkollektiven im Jahr 2017

	(1) Leistungsausgaben in Mrd. Euro	(2) Versicherte (in Mio.)	(3) = (1) / (2) Leistungsausgaben pro Versichertem (in €)	(4) = (3_{SPV}) / (3_{PPV})
SPV	35,540	72.266.619	491,79	
PPV	1,286	9.326.700	137,89	3,566
PPV zuzügl. Beihilfe[1]	1,929	9.326.700	206,84	2,378

Quellen: PKV 2017: 31, 53; BMG 2019a und b.

2.1.5 Einkommen

Unterschiede zeigen sich auch im jährlichen Durchschnittseinkommen der Versicherten. Beläuft sich dies im Jahr 2016 bei den SPV-Versicherten auf 24.790 Euro, liegt es bei den PPV-Versicherten mit 52.287 Euro (Greß et al. 2019: 214) mehr als doppelt so hoch. Wird das nach den Regeln der GKV berechnete beitragspflichtige Einkommen der Privatvollversicherten betrachtet, zeigt sich, dass dieses immer noch um rund 70 % über dem der SPV-Versicherten liegt (Leinert 2006; Arnold/ Rothgang 2010; 78).

2.1.6 Gesamteffekt

Unterschiede zwischen den Versicherungszweigen zeigen sich somit sowohl bei der Einkommens- als auch bei der Risikostruktur. Um den kombinierte Effekt beider Aspekte zu berücksichtigen, kann berechnet werden, wie groß der Beitragssatzunterschied wäre, wenn für die bislang Privatversicherten eine eigene Sozialversicherung nach den Regeln der SPV eingerichtet und der resultierende Beitragssatz zum Beitragssatz der SPV ins Verhältnis gesetzt würde.

Da die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen für das Privatversicherungskollektiv um 70 % höher liegen als für die Sozialversicherten, die Ausgaben aber um den Faktor 2,4 niedriger

[1] Rund die Hälfte aller Privatversicherten haben Beihilfeansprüche (PKV 2017: 27). Die Höhe des Beihilfeanspruchs unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und dem Bund. Im Durchschnitt dürften für Beihilfeberechtigte aber rund 2/3 der Pflegekosten übernommen werden. Die von der PPV getragenen Leistungsausgaben betragen dann 0,5 * 1 + 0,5 * 1/3 = 2/3 der insgesamt von PPV und Beihilfe getragenen Ausgaben. Die Beihilfeausgaben für die Privatversicherten wurden daher mit 50% der PPV-Ausgaben angesetzt.

sind, wäre der resultierenden Beitragssatz um den Faktor 2,378 * 1,7 = 4,0426 *niedriger* als der zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in der SPV. Der Beitragssatz würde damit weniger als ein Viertel des Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung ausmachen.

Das Risiko der beiden Versicherungszweige unterscheidet sich in Bezug auf Einkommen und Pflegerisiko somit insgesamt um den Faktor 4. Von der – vom Bundesverfassungsgericht geforderten – „ausgewogene[n] Lastenverteilung" kann also nicht die Rede sein. Vielmehr zeigt sich hier aus Gerechtigkeitsüberlegungen ein deutlicher und dringender Reformbedarf.

2.2 Gerechtigkeitsdefizite in der Sozialen Pflegeversicherung

Die Sozialversicherung in Kranken- und Pflegeversicherung ist ihrem eigenen Selbstverständnis nach durch das *Solidarprinzip* geprägt, das sich aus dem Zusammentreffen einer Leistungsgewährung nach dem *Bedarfsprinzip* mit einer Finanzierung nach dem *Leistungsfähigkeitsprinzi*p ergibt (Greß & Rothgang 2010). Das Leistungsfähigkeitsprinzip impliziert dabei, dass Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit in gleichem Umfang (horizontale Gerechtigkeit), Haushalte mit höherem Einkommen aber stärker als solche mit niedrigerem Einkommen belastet werden (*vertikale Gerechtigkeit*). Gegen diese Prinzipien wird bei der derzeitigen Ausgestaltung der Sozialen Pflegeversicherung mehrfach verstoßen.

Der offensichtlichste Verstoß gegen das Postulat *horizontaler Gerechtigkeit* liegt darin, dass bei der Einkommensbestimmung nur bestimmte Einkunftsarten berücksichtigt werden. Von den in § 2 EStG unterschiedenen sieben Einkunftsarten (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sonstige Einkünfte) sind nur Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sowie Lohnersatzleistungen (insbesondere Renten), die unter „sonstige Einkünfte" fallen, beitragspflichtig.[2] Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbständiger Arbeit, Kapitalvermögen sowie Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung werden dagegen *nicht* berücksichtigt. Dies ist ein offensichtlicher Verstoß

[2] Für freiwillig Versicherte wird hingegen auf die gesamte Leistungsfähigkeit abgestellt. Beim Arbeitslosengeld wird der Beitrag vom Träger der Arbeitslosenversicherung abgeführt.

gegen den Grundsatz der horizontalen Gleichbehandlung, da der Ursprung der Einkünfte über die Verbeitragung entscheidet.[3]

Ein weiterer Verstoß gegen die horizontale Gerechtigkeit ergibt sich regelmäßig, wenn das Haushaltseinkommen insgesamt oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) liegt. Dann ist die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens auch davon abhängig, wie sich das Haushaltseinkommen auf die Haushaltsmitglieder verteilt (Dräther/Rothgang 2004). Dies verdeutlicht Tabelle 2, in der Haushalte von Ehepaaren (ohne Kinder) mit gleichem Haushaltseinkommen, aber unterschiedlicher Aufteilung auf die Partner eingetragen sind. Das Haushaltseinkommen ist dabei auf das Doppelte der BBG des Jahres 2019 (2 x 4.537,50 = 9.075 Euro im Monat) festgesetzt worden, um die maximal möglichen resultierenden Ungleichbehandlungen zu demonstrieren.

Tabelle 2: Beitragspflichtiges Einkommen von Ehepaaren in Abhängigkeit von ihrer Einkommensaufteilung

		Beitragsrelevantes Einkommen			Beitragspflichtiges Einkommen		
#	Haushaltstyp	Partner 1	Partner 2	Haushalt	Partner 1	Partner 2	Haushalt
1	Alleinverdienerehe	9.075,00	0,00	9.075,00	4.537,50	0	4.537,50
2	Doppelverdienerehe	8.167,50	907,50	9.075,00	4.537,50	907,50	5.445,00
3	Doppelverdienerehe	7.260,00	1.815,00	9.075,00	4.537,50	1.815,00	6.352,50
4	Doppelverdienerehe	6.352,50	2.722,50	9.075,00	4.537,50	2.722,50	7.260,00
5	Doppelverdienerehe	5.445,00	3.630,00	9.075,00	4.537,50	3.630,00	8.167,50
6	Doppelverdienerehe	4.537,50	4.537,50	9.075,00	4.537,50	4.537,50	9.075,00

Für die Alleinverdienerehen (Haushaltstyp 1) werden nur beitragspflichtige Einnahmen in Höhe der einfachen Beitragsbemessungsgrenze von 4.537,50 Euro verbeitragt. Sobald sich die haushaltsinterne Einkommensverteilung aber verschiebt, erhöht sich das beitragspflichtige Einkommen bis auf das Doppelte. Dies ist genau dann der Fall, wenn beide Partner gleich viel verdienen und insgesamt 9.075 Euro verbeitragt werden (Haushaltsyp 6). Die Ungleichbehandlung bezieht sich also nicht nur auf das Verhältnis von Allein- und Doppelverdienerehen. Auch innerhalb der Gruppe der Doppelverdienerehen ist die Beitragslast bei identischem Haushaltseinkommen umso größer, je

[3] Zudem führen Verschiebungen in der Struktur der Einkünfte dann zu Schwankungen in der Beitragsbasis. Dies hat in der Vergangenheit zur strukturellen Einnahmeschwäche der GKV (siehe Abschnitt 2.3) beigetragen.

geringer die Einkommensunterschiede zwischen den Partnern sind (Vergleich der Haushaltstypen 2-6). Auch diese horizontale Ungleichbehandlung lässt sich normativ schwer rechtfertigen.

Ursache für diese horizontale Ungerechtigkeit ist letztlich die *Beitragsbemessungsgrenze*, die auch zu *vertikaler Ungerechtigkeit* führt. Da Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) nicht mehr beitragsrelevant ist, führt ein höheres Einkommen nicht mehr zu einer höheren Beitragslast. Das Postulat einer mit dem Einkommen steigenden Gesamtbelastung erfordert dabei nicht zwingend, dass der bis zur BBG geltende Beitragssatz auch für Einkommen darüber gilt. Kompatibel wäre etwa auch ein ab der BBG reduzierter Beitragssatz (Greß/Rothgang 2010).[4] Eine Grenzbelastung von Null wie sie derzeit oberhalb der BBG gilt, ist aber mit der vertikalen Gerechtigkeit, wie sie aus dem Leistungsfähigkeitsprinzip abgeleitet werden kann, nicht kompatibel.

2.3 Strukturelle Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung

Das sogenannte „duale System“ von Sozial- und Privatversicherung führt nicht nur zu einer höchst ungleichen und damit ungerechten Lastenverteilung zwischen Sozial- und Privatversicherten, es ist auch dysfunktional für eine nachhaltige Sozialversicherung. Bis 2012 sind im wiedervereinigten Deutschland jedes Jahr mehr Menschen von der Sozial- zur Privatversicherung gewechselt als umgekehrt (Abbildung 6).[5] Dabei haben einkommensstarke und risikoarme Personen die Sozialversicherung verlassen und damit die Unterschiede in der Risikostruktur der beiden Kollektive noch verschärft. Die Beitragsbemessungsgrenze und eine Beschränkung der Beitragspflicht auf den Faktor Arbeit hat – bei einer sinkenden Lohnquote – ebenfalls dazu geführt, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen insgesamt langsamer gewachsen ist als das Bruttoinlandsprodukt (Abbildung 7). Bezogen auf die jeweiligen Werte für 1995 ist das Bruttoinlandsprodukt bis 2016 fast doppelt so stark gestiegen wie die beitragspflichtigen Einkommen je GKV-Mitglied. Diese „strukturelle Einnahmeschwäche“ der gesetzlichen Kranken- und der Sozialen Pflegeversicherung (vgl. Rothgang/Götze 2013 für Details) hat daher den Beitragssatz mit nach oben getrieben und schwächt die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der Sozialversicherung entscheidend.

---

[4] Ein solcher reduzierter Beitragssatz führt zwar zu einem regressiven Tarifverlauf, der aber mit dem Postulat der vertikalen Gerechtigkeit kompatibel ist.

[5] Da die Pflegeversicherung der Krankenversicherung folgt, sind die versicherten Personenkreise in der privaten Kranken- und der privaten Pflegepflichtversicherung annähernd identisch. Die Angaben zum Wechsel zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherten können daher auf die Pflegeversicherung übertragen werden.

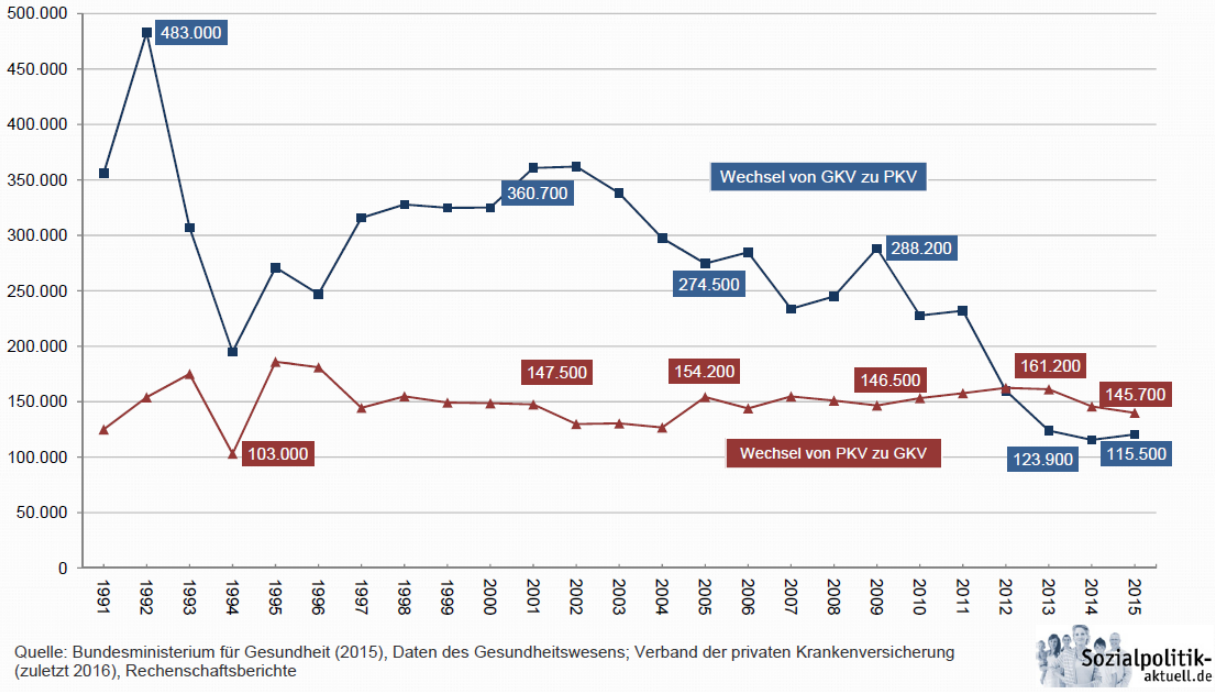


Abbildung 6: Jährlicher Wechselsaldo zwischen Sozial- und Privatversicherung

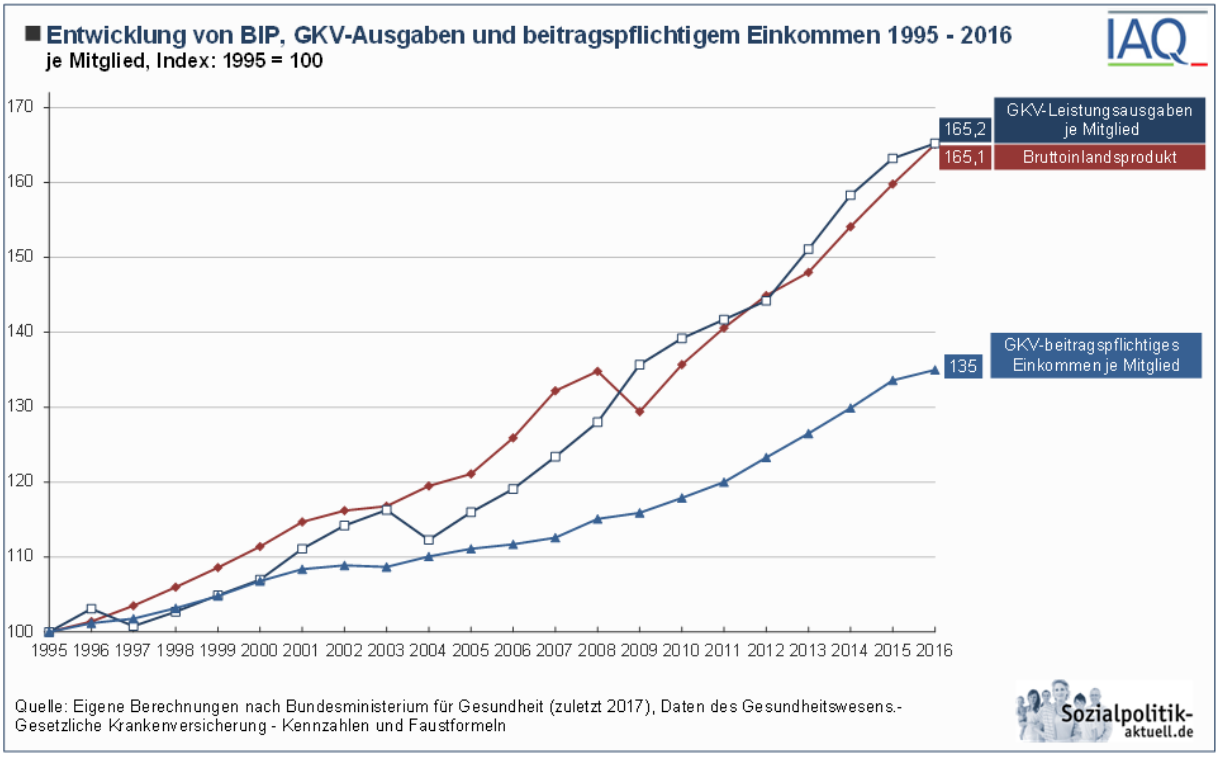


Abbildung 7: Entwicklung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied und des Bruttoinlandsprodukts (Index: 1005 = 100)

3 Reformoption Pflegebürgerversicherung

Ein verfassungskonforme „ausgewogene Lastenverteilung“ ist im Verhältnis der Sozial- und Privatversicherten derzeit nicht gegeben (s. Abschnitt 2.1). Zur Schaffung von Finanzierungsgerechtigkeit ist daher mindestens ein *Finanzausgleich* zwischen den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung angezeigt, wie er in Teil II unter Ziffer 1 des zur Diskussion stehenden Entschließungsantrags 19/8561 gefordert wird und im Koalitionsvertrag zwischen den auch heute die Regierung tragenden Parteien 2005 schon einmal vereinbart war (CDU/CSU/SPD 2005: 91f.). Ein solcher Finanzausgleich müsste sowohl an der Einnahmeseite als auch an der Ausgabenseite ansetzen. Eine Umsetzung könnte z.B. erfolgen indem die bislang Privatversicherten einkommensbezogenen Beiträge an den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI abführen, der im Gegenzug Zuweisungen an das PKV-interne Ausgleichssystem gemäß § 111 SGB XI abführt, die den Durchschnittsausgaben der PKV-Versicherten entsprechen. Diese Zuweisungen wären von den privaten Versicherungsunternehmen dann bei der Berechnung der Prämien zu berücksichtigen. Auf diese Weise wäre sowohl Einkommens- als auch Risikosolidarität gewährleistet, ohne dass die PPV abgeschafft werden muss.

Angesichts der massiven Verletzungen der vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Bedingung für eine Pflegevolksversicherung in zwei Zweigen (s.o.), erscheint dieses duale System aber auch an sich fragwürdig und die in den beiden hier behandelten Entschließungsanträgen erhobene weitergehende Forderung nach Integration der bislang Privatversicherten in eine als Sozialversicherung konzipierte *Pflegebürgerversicherung* gerechtfertigt. Wie im Teil II des Entschließungsantrags 19/8561 unter Ziffer 2-4 gefordert, sollte dabei die einkommensabhängige Finanzierung der SPV dahingehend weiterentwickelt werden, dass grundsätzlich *alle Einkomm*ensarten beitragspflichtig werden, um so Defizite bei der horizontalen Gerechtigkeit abzubauen, und gleichzeitig durch *Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze* die vertikale Gerechtigkeit zu steigern. Durch Einbezug aller Einwohner in eine Sozialversicherung, die Verbeitragung aller Einkommen und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wird auch die *strukturelle Einnahmeschwäche* dieser Sozialversicherung abgebaut. Damit zielt die Pflegebürgerversicherung genau auf die erkannten Gerechtigkeitsdefizite ab und beseitigt die strukturelle Einnahmeschwäche der Sozialversicherung.

Dass eine integrierte Versicherung dem „dualen System“ in Pflege- und Krankenversicherung überlegen ist, hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung

bereits 2004 prägnant zusammengefasst: „Bezüglich der Abgrenzung des Versichertenkreises sieht der Sachverständigenrat ein Krankenversicherungssystem, in dem alle Bürger versicherungspflichtig sind, dem derzeitigen System mit seinem segmentierten Krankenversicherungsmarkt sowohl aus allokativer als auch aus verteilungspolitischer Sicht als überlegen an“ (SVR-W, 2004, Ziffer 34). Entsprechend forderte er 2008 die „Abschaffung dieser zwar historisch gewachsenen, jedoch angesichts der damit einhergehenden allokativen und distributiven Verwerfungen wenig sinnvollen und versicherungsökonomisch nicht begründbaren Trennung der Versichertenkreise“ (SVRBgE 2008: 677). Allerdings stehen der Einführung einer Bürgerversicherung in der Krankenversicherung Umsetzungsprobleme entgegen, die es in der Pflegeversicherung so nicht gibt. In Abschnitt 3.1 wird daher noch auf die Umsetzbarkeit eingegangen, während einige zu erwartende Wirkungen einer Pflegebürgerversicherung in Abschnitt 3.2 angesprochen werden.

3.1 Umsetzbarkeit

Im hier zur Diskussion stehenden Entschließungsantrag 19/8561 wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die Voraussetzungen für die Einführung einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung ungleich günstiger sind als in der Krankenversicherung. PPV-Versicherten stehen Versicherungsleistungen zu, „die nach Art und Umfang“ den Leistungen für Sozialversicherte „gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung“ (§ 23 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI). Zudem sind die privaten Versicherungsunternehmen verpflichtet „für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen“ (§ 23 Abs. 6 Ziffer 1 SGB XI). Da zudem – anders als bei ambulanten ärztlichen Leistungen in der Krankenversicherung – die gleiche Vergütungssystematik und die gleichen Vergütungssätze für (ambulant und stationär erbrachte) Pflegesachleistungen gelten, die von allen relevanten Kostenträger einschließlich des Verbands der privaten Krankenversicherung e. V. gemeinsam ausgehandelt und kontrahiert werden, gibt es weder im Leistungs- noch im Leistungserbringungsrecht Gesichtspunkte, die einer Integration der beiden Versicherungszweige entgegenstehen. Insbesondere der im Krankenversicherungsbereich drohende Konflikt mit der Ärzteschaft ist in der Pflegeversicherung nicht gegeben.

Im Entschließungsantrag 19/8561 wird weiterhin zutreffend darauf verwiesen, dass in der PPV bereits in erheblichem Umfang Elemente der Umlagefinanzierung und des Risikoausgleichs zwischen

den privaten Krankenversicherungsunternehmen enthalten sind. Bereits 1995 hat Jürgen Wasem die PPV daher als Privatversicherung eigener Art „[z]wischen Sozialbindung und versicherungstechnischer Äquivalenz“ charakterisiert und als „ein Modell für eine alternative Organisation der sozialen Sicherung zwischen Markt und Staat“ diskutiert (Wasem 2000). Auch diese Besonderheiten der PPV erleichtern die Umgestaltung des dualen Versicherungssystems in der Pflege zu einer „monistischen Einwohnerversicherung“ (Kingreen/Kühling 2013) sehr.

Zu diskutieren ist lediglich, wie mit den *Altersrückstellungen der PPV* umgegangen werden soll. Diese werden gebildet, damit die Privatversicherten im Alter keine risikoäquivalenten Prämien zahlen müssen, die sie dann finanziell überfordern würden. Bei der Integration der PPV in die SPV entfällt die Notwendigkeit für diese Altersrückstellungen, da die hohen Versorgungskosten im Alter dann vom gesamten Versicherungskollektiv übernommen werden. Um dieses nicht zu belasten, ist es wiederum sinnvoll, wenn die zu diesem Zweck gebildeten Altersrückstellungen in eine integrierte Sozialversicherung übergeben werden. Die rechtliche Bewertung der Altersrückstellungen ist allerdings strittig (vgl. Bieback Kingreen / Kühling 2013; Bieback 2014; Boetius 2014; WD 2018) und wird abschließend nur durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu klären sein.

3.2 Effekte

Die Einbeziehung der einkommensstärkeren, aber risikoärmeren PPV-Versicherten in eine Sozialversicherung führt – ceteris paribus – dazu, dass der zum Budgetausgleich notwendige *Beitragssatz* sinkt. Gleiches gilt für die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten. Schon 2011 wurde der resultierende Gesamtbeitragssatzeffekt einer Pflegebürgerversicherung bei Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe des in der Rentenversicherung (West) geltenden Betrags (bei einer fiktiven Einführung im Jahr 2010) unter Rückgriff auf Einkommensdaten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) auf 0,4 Beitragssatzpunkte geschätzt (Rothgang et al. 2011: 50). Neuere Berechnungen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben des Statistischen Bundesamtes (EVS) bestätigen diese Größenordnung und kommen sogar zu einem absolut noch etwas größeren Effekt von mehr als 0,5 Beitragssatzpunkten bei fiktiver Einführung einer Pflegebürgerversicherung in der gleichen Variante (Einbezug aller Einwohner, Verbeitragung aller Einkommensarten und Beitragsbemessungsgrenze in Höhe der Grenze der Rentenversicherung) für 2013 (Rothgang/Domhoff 2017: 23). Aktuelle,

noch unveröffentlichte Berechnungen von Rothgang und Domhoff wiederum auf Basis des SOEP ergeben erneut einen Beitragssatzeffekt von rund einem halben Beitragssatzpunkt.

Die angesprochenen Beitragssatzeffekte führen – trotz der Verbeitragung aller Einkommensarten und der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – gemäß den Berechnungen von Rothgang und Domhoff (2017: 32-41) – dazu, dass mehr als 80 % der Haushalte entlastet werden (Abbildung 8 – blaue Linie). Bei den bislang Sozialversicherten zeigt sich ein Entlastungseffekt im Durchschnitt sogar für alle Einkommensklassen (Abbildung 8 – rote Linie). Lediglich bei den bislang Privatversicherten kommt es für eine Mehrheit der Haushalte zu Belastungen – allerdings lediglich im Umfang eines niedrigen zweistelligen Betrags pro Monat.

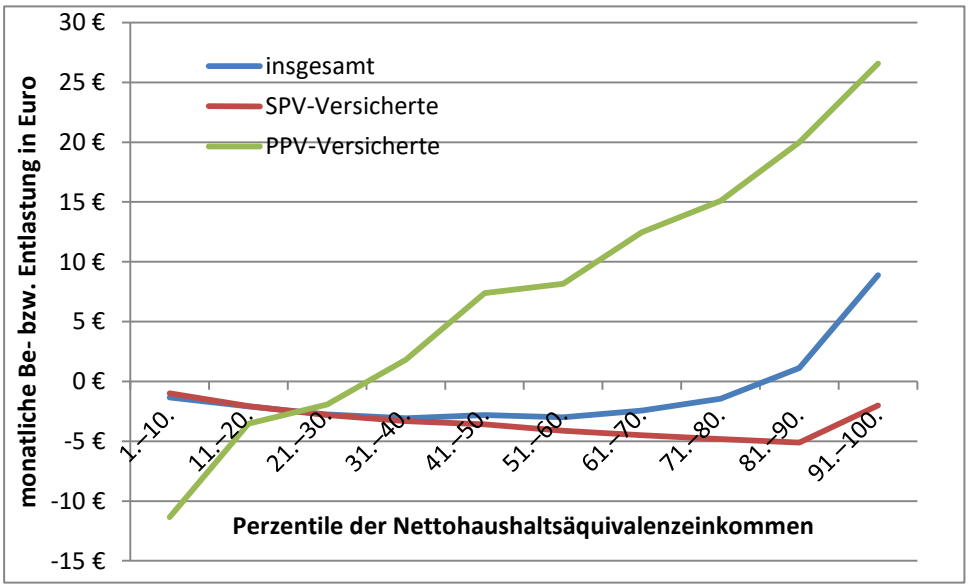


Abbildung 8: Be- und Entlastung durch Einführung einer Pflegebürgerversicherung im Vergleich zum Status quo nach Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen

Werden die absoluten Be- und Entlastungsbeträge in Relation zu den Beiträgen und Prämien im Status quo gesetzt, ergibt sich das in Abbildung 9 enthaltene Bild. Wieder sind die Haushalte gemäß ihrem Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen[6] aufsteigend geordnet. Erkennbar wird hier, dass sich

[6] Zu Berechnung des Nettoäquivalenzeinkommens wird das gesamte Haushaltseinkommen durch die entsprechend der modifizierten OECD-Skala gewichtete Anzahl der Haushaltsmitglieder geteilt. Dabei gehen Haupteinkommensbeziehende mit einem Faktor von 1,0 in die Gewichtung ein, weitere Haushaltsmitglieder von 14 Jahren und älter haben den Faktor 0,7 und Personen unter 14 Jahren den Faktor 0,5. Alle Personen in einem Haushalt weisen demnach das gleiche Nettoäquivalenzeinkommen auf.

der Beitrag zur Pflegeversicherung für 90 % der bislang SPV-Versicherten um rund 20 % reduziert. Für die einkommensschwächeren PPV-Versicherten ist die relative Entlastung sogar noch deutlich größer, für die einkommensstarken PPV-Haushalte kommt es dagegen zu einer deutlichen Belastung, die für die 10 % einkommensstärksten PPV-Haushalte zu mehr als einer Verdopplung des Beitrags zur Pflegeversicherung führt.

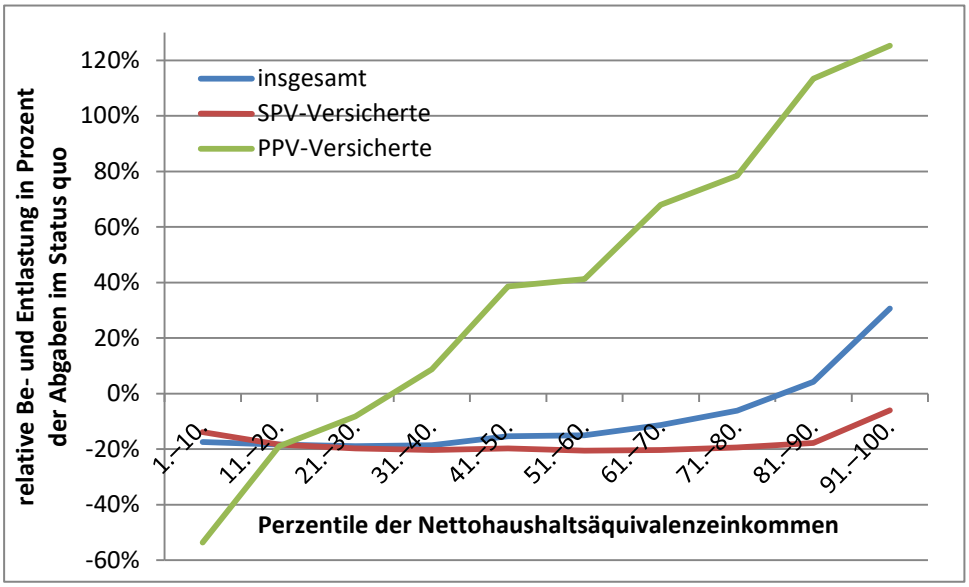


Abbildung 9: Relative Be- und Entlastung durch Einführung einer Pflegebürgerversicherung im Vergleich zum Status quo nach Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen

4 Fazit

Insgesamt weist die Pflegevolksversicherung in ihrer aktuellen Ausgestaltung erhebliche Gerechtigkeitsdefizite auf. Insbesondere die Ausgestaltung als duale Versicherung wiederspricht dabei dem vom Bundesverfassungsgericht ausdrücklich als konstitutiv bestätigten Postulat einer ausgewogenen Lastenverteilung. Zur Beseitigung dieser Ungerechtigkeit ist mindestens die Schaffung eines Finanzausgleichs zwischen SPV und PPV notwendig, der die Unterschiedlichkeit der beiden Versichertenkollektive in Bezug auf Einkommen und Pflegerisiko ausgleicht. Sinnvoller noch wäre die Schaffung einer Pflegevolksversicherung in einem Zweig als Pflegebürgerversicherung wie im Entschließungsantrag 19/8561 gefordert.

Um die derzeit in der SPV augenfälligen horizontalen und vertikalen Ungerechtigkeiten zu beseitigen, sollten die Beitragsregeln der SPV für eine solche die gesamte Bevölkerung umfassende Pfle-

geversicherung weiterentwickelt werden, indem – wie im Entschließungsantrag 19/8561 vorgeschlagen – weitere Einnahmearten beitragspflichtig gemacht werden und die Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird. Die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze erscheint dagegen nicht zielführend, da der Versicherungsgedanke, der dem Grunde nach Leistung für Gegenleistung fordert, überdehnt wird. Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die jeweilige Grenze der Rentenversicherung erscheint dagegen unproblematisch, nicht zuletzt, weil die derzeitige Beitragsbemessungsgrenze in Relation zum durchschnittlichen Monatsbruttoverdienst aktuell deutlich niedriger liegt als etwa in den 1950er oder auch den 1980er Jahren.

Eine Bürgerversicherung ist in der Pflegeversicherung deutlich leichter umsetzbar als in der Krankenversicherung, weil die private Pflegepflichtversicherung schon in erheblichem Umfang Merkmale einer Sozialversicherung aufweist und leistungs- sowie leistungserbringungsrechtlich keine relevanten Unterschiede zwischen den beiden Versicherungszweigen bestehen. Hervorzuheben ist hierbei insbesondere, dass die Privatversicherung heute schon beim Abschluss kollektiver Zulassungs-, Versorgungs-, Vergütungs- und Rahmenverträge regelmäßig auf der Kostenträgerseite vertreten ist und Vertragspartner der gemeinsamen Selbstverwaltung nach § 110 SGB XI ist. Funktional ist die PPV damit bereits Teil einer Sozialversicherung. Aus diesem Grund ist die Forderung nach Einführung einer Pflegebürgerversicherung, ohne gleichzeitig die Krankenversicherung verändern zu müssen, sinnvoll.

Eine Pflegebürgerversicherung würde durch Abbau der strukturellen Einnahmeschwäche die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Sozialversicherung stärken und den Beitragssatzanstieg verlangsamen. Da die Zahl der Pflegebedürftigen bis in die 2050er Jahre hinein steigen wird, ist es weniger bedeutsam, dass die Beitragssatzeffekte, die sich für eine sofortige Einbeziehung aller Versicherten zu einem Stichtag ergeben, bei einer gestuften Einführung nur über einen Einführungszeitraum gestreckt sichtbar werden. Die resultierende Absenkung des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes führt schließlich zu einer Umverteilung, bei der die SPV-Versicherten und die einkommensschwächeren PPV-Versicherten entlastet, die einkommensstärkeren PPV-Versicherten aber belastet werden, im Vergleich zum Status quo kommt es damit insgesamt zu einer Verstärkung der vertikalen Umverteilung von oben nach unten.

5 Literatur

Arnold, Robert / Rothgang, Heinz (2010): Finanzausgleich zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegeversicherung. In welchem Umfang ist ein Finanzausgleich aus Gründen der Gleichbehandlung notwendig? In: Göpffarth, Dirk / Greß, Stefan / Jacobs, Klaus / Wasem, Jürgen (Hg.): Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? Heidelberg: Medhochzwei Verlag, 65-94.

Bieback, Jürgen (2014): Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung, 2. Aufl., Baden-Baden: Nomos.

Boetius, Jan (2014): Aufbau und rechtliche Struktur der Alterungsrückstellung – zur Diskussion um den Eigentumscharakter der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (PKV), in: Versicherungsrecht 2014, S. 140 ff.

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2019a): Versicherte der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2017 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/Versicherte_2017.xls.

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2019b): Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung__2017.xls.

BVerfG [=Bundesverfassungsgericht] (2001): Urteil des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 03. April 2001, Aktenzeichen 1 BvR 2014/95 - Rn. (1-93), BVerfGE 103, 197 – 225; http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html.

CDU, CSU, SPD (2005) Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005. https://www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/05_11_11_Koalitionsvertrag_Langfassung_navigierbar_0.pdf?file=1&type=field_collection_item&id=543

Dräther, Hendrik / Rothgang, Heinz (2004): Die Familienmitversicherung für Ehepartner in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Problemanalyse und Lösungsvorschläge. ZeS-Arbeitspapier Nr. 9/04. Zentrum für Sozialpolitik: Universität Bremen

Fisahn, Andreas (2013): Eine Bürgerversicherung ist rechtens – Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Problemen bei der Einführung einer Bürgerversicherung in Deutschland. HSI-Working Paper Nr. 02. Hugo Sinzheimer Institut für Arbeitsrecht; http://www.hugo-sinzheimer-institut.de/fileadmin/user_data_hsi/Veroeffentlichungen/Working_Paper/02_2013/Working_Paper_2_2013.pdf

Greß, Stefan / Haun, Dietmar / Jacobs, Klaus (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung, in: Jacobs, Klaus / Kuhlmey, S / Greß, Stefan / Klauber, Jürgen / Schwinger, Antje (2019): Mehr Personal in der (Langzeit-)Pflege – aber woher? Berlin: Springer Open, i.D.

Kingreen, Thorsten / Kühling, Jürgen (2013): Monistische Einwohnerversicherung. Konzeptionelle und rechtliche Fragen der Transformation der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Leinert, Jürgen (2006), Einkommensselektion und ihre Folgen, in: Jacobs, Klaus et al. (Hrsg.), Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn, 31–47.

PKV [Verband der privaten Krankenversicherung] (2017): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017. https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2017.pdb.pdf.

Rothgang, Heinz (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Das Gesundheitswesen, 72 (3): 154– 16.

Rothgang, Heinz (2011): Solidarität in der Pflegeversicherung: Das Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung, in: Sozialer Fortschritt, Heft 4-5/2011: 81-87.

Rothgang, Heinz / Arnold, Robert / Wendlandt, Katharina / Sauer, Sebastian / Wolter, Annika (2011): Berechnung der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik für die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. https://www.gruene-bundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebuergerversicherung.pdf.

Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2017): Beitragseffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE. und der Rosa-Luxemburg-Stiftung: https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Ge-sundheits-_und_Pflegeversicherung__Mai_2017.pdf.

Rothgang, Heinz / Götze, Ralf (2013): Perspektiven der solidarischen Finanzierung, in: Jacobs, Klaus / Schulze, Sabine (Hg.): Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin: KomPart-Verlag: 127-175.

SVRBgE [=Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung] (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland, Jahresgutachten 2004/05, Bundestags-Drucksache 15/4300 vom 18.11.2004; https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/04_gesa.pdf.

SVRBgE [=Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung] (2008): Die Finanzkrise Meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/9. https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/publikationen/jahresgutachten/fruehere-jahresgutachten/jahresgutachten-200809.html.

Wasem, Jürgen (1995): Zwischen Sozialbindung und versicherungstechnischer Äquivalenz – die private Krankenversicherung und die Pflicht-Pflegeversicherung, in: Fachinger, Uwe / Rothgang, Heinz (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin: Duncker & Humblot: 263-278.

Wasem, Jürgen (2000): Die private Pflegepflichtversicherung – ein Modell für eine alternative Organisation der sozialen Sicherung zwischen Markt und Staat?, in: Schmähl, Winfried (Hg.): Soziale Sicherung zwischen Markt und Staat. Schriften des Vereins für Socialpolitik. Neue Folge, Band 275. Berlin: Duncker & Humblot: 79-110.

WD [=Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages] 2018: WD 3 – 3000 – 486/10, Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerversicherung, https://www.bundes-tag.de/blob/423772/24fbcf9aa538acbc2da3cdd13a6e58df/wd-3-486-10-pdf-data.pdf.

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(14)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 -
Pflegeversicherung
6.5.2019

BDA
DIE ARBEITGEBER

Nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung gewährleisten

Stellungnahme zu den Anträgen "Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern" der Fraktion der FDP (BT-Drs. 19/7691), "Pflege gerecht und stabil finanzieren - Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden" der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 19/8561) sowie "Zwei-Klassen-System in der Pflege beenden" der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 19/7480)

6. Mai 2019

Zusammenfassung

Es ist mehr als überfällig, dass endlich die offene Frage der künftigen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung geklärt wird. Die bisher fast ausschließlich lohnbezogene Finanzierung ist nicht nachhaltig, weil es dann künftig zu deutlich höheren Beitragssätzen käme, was Wachstum und Beschäftigung schaden und damit die Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung schmälern würde.

Die Notwendigkeit der Klärung der künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung ist besonders dringlich, weil die Ausgaben im Pflegebereich – auch politisch verursacht – deutlich stärker als in den anderen Sozialversicherungszweigen steigen. Allein in den letzten sechs Jahren sind die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung um 80% (!) von 23 Mrd. € im Jahr 2012 auf 41 Mrd. € im Jahr 2018 gewachsen.

Die Pflegeversicherung wird nur dann dauerhaft finanzierbar bleiben, wenn sie auf eine Teilkostendeckung beschränkt bleibt und weitere Leistungsausweitungen unterbleiben. Darüber hinaus sind wettbewerbliche Steuerungselemente unumgänglich, um Fehlsteuerung zu vermeiden.

Die private Pflegevorsorge, die mit ihren Altersrückstellungen deutlich besser als die soziale Pflegeversicherung auf die bevorstehende demografische Entwicklung vorbereitet ist, darf nicht geschwächt werden. Insbesondere wäre es ein großer Fehler, wenn die bei den privaten Pflegeversicherungen gebildeten Rückstellungen jetzt aus kurzfristigem Kalkül vorzeitig aufgelöst würden. Das wäre das Gegenteil einer nachhaltigen Sozialpolitik.

Im Einzelnen

Beitragssatzsteigerungen kosten Arbeitsplätze

Die künftige Finanzierung der Pflegeversicherung muss vom Arbeitsverhältnis entkoppelt werden. Wenn die Leistungsausgaben der Pflegekassen stärker steigen als Löhne und Gehälter, darf sich dies nicht über höhere Lohnzusatzkosten negativ auf Beschäftigung und Wachstum auswirken. Dies ist gerade auch deshalb wichtig, weil die Beitragsbelastung in der Renten- und Krankenversicherung – sofern keine durchgreifenden Reformen erfolgen – in der Zukunft deutlich steigen wird.

Auf der Grundlage des geltenden Rechts ist bis 2040 mit einem Anstieg des Gesamtsozialversicherungsbeitragssatzes auf rund 50 % zu rechnen. Jeder zusätzliche Beitragssatzpunkt, der über den ohnehin zu erwartenden Beitragssatzanstieg hinausgeht, führt langfristig zu einem geringeren Wachstum und zum Verlust von 90.000 Arbeitsplätzen (u. a. Studie der Prognos AG „Sozialbeitragsentwicklung und Beschäftigung“ vom Juni 2017). Deshalb muss gegengesteuert werden, um dies zu verhindern.

Finanzierbarkeit dauerhaft sicherstellen

Zur Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der sozialen Pflegeversicherung bedarf es – neben der Abkehr von der lohnbezogenen Finanzierung – des Auf- und Ausbaus einer privatrechtlich organisierten ergänzenden kapitalgedeckten Risikovorsorge sowie vor allem durchgreifender Strukturreformen auf der Leistungsseite. Insbesondere muss der Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den Pflegekassen und gegenüber den Leistungsanbietern ausgebaut werden. Pflegekassen benötigen daher größere vertragliche Gestaltungsspielräume mit den Leistungsanbietern.

Ein zukunftsfestes Finanzierungskonzept für die soziale Pflegeversicherung ist das Pflegeprämienmodell. Mit ihm wird der Automatismus durchbrochen, dass sich steigende Finanzierungserfordernisse negativ auf die Entwicklung der Arbeitskosten auswirken und damit Wachstum und Beschäftigung gefährden.

Dementsprechend wäre die Einführung eines Prämienmodells auch mit Beschäftigungsgewinnen verbunden (Sachverständigenrat-Wirtschaft, JG 2003, Z. 325, zuletzt JG 2018, Z. 821ff.). Zudem kann der gebotene Sozialausgleich für Einkommensschwache im Pflegeprämienmodell treffsicherer organisiert werden als im lohnbezogenen System des Status quo. Hiermit würde auch das von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geforderte Ziel erreicht, in Zukunft alle Erwerbseinkommen bei der Beitragszahlung gleichermaßen zu berücksichtigen.

Ein erster richtiger Schritt wäre die Festschreibung des allgemeinen Beitragssatzes auf dem derzeit geltenden Niveau mit Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags für Versicherte. In einem weiteren Schritt zur Einführung der Pflegeprämie sollte der gesetzlich festgeschriebene Arbeitgeberbeitrag steuerfrei in den Bruttolohn ausgezahlt werden.

Sinnvoll wäre zudem, die kapitalgedeckte Vorsorge im Pflegebereich auszubauen. Die staatlich geförderte Pflegezusatzversicherung sowie andere ergänzende Angebote leisten für immer mehr Menschen einen wertvollen Beitrag, um für den Pflegefall vorzusorgen, und helfen damit, pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden

Teilkostendeckung beibehalten

Die Pflegeversicherung ist richtigerweise nach dem Prinzip der Teilkostendeckung konzipiert. Ein staatlich organisiertes und über Zwangsabgaben finanziertes Pflegesystem muss sich auf eine Basissicherung beschränken, um dauerhaft finanzierbar zu sein.

Steigende Eigenanteile der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sind eine direkte Konsequenz aus den politisch gewollten Lohnerhöhungen in der Pflege. Sie sind keineswegs das Ergebnis der demografischen Entwicklung. Diese politisch gewollten Zusatzausgaben können daher auch nicht – wie von der Fraktion DIE LINKE – als Argument angeführt werden, die Beitragszahler durch eine abermalige Leistungsanhebung zusätzlich zu belasten.

Ohnehin haben die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung zuletzt stark zugenommen. Sie stiegen von 23 Mrd. € im Jahr 2012 auf 41 Mrd. € im Jahr 2018. Das entspricht einem Ausgabenwachstum von 80 % in nur sechs Jahren!

Zu bedenken ist ferner, dass auch ohne den Eintritt einer Pflegesituation Kost und Logis vollständig aus eigenen Mitteln zu finanzieren sind. Es wäre daher nicht vermittelbar, warum

über die pflegerische Versorgung hinaus eine finanzielle Unterstützung für Verpflegung und Unterkunft erfolgen soll, die andere Menschen nicht erhalten. Die Finanzierung von Unterhaltskosten ist bei einer finanziellen Überforderung des Pflegebedürftigen zwar geboten, dies ist dann aber eine Aufgabe der steuerfinanzierten Grundsicherung.

Im Übrigen würden durch eine Vollkostenabsicherung insbesondere auch wohlhabende Pflegebedürftige durch die Finanzierung ihrer Wohn- und Verpflegungskosten bessergestellt werden. Denn Personen, die bislang durch den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit tatsächlich finanziell überfordert sind und daher auf ergänzende Hilfe zur Pflege angewiesen sind, hätten wegen der Anrechnung der zusätzlichen Pflegeleistungen auf die Grundsicherung selbst keinen finanziellen Vorteil. Profitieren würden in diesen Fällen lediglich die Sozialhilfeträger.

Private Pflegeversicherung erhalten

Die private Pflegeversicherung ist dank der gebildeten Alterungsrückstellungen deutlich besser auf die bevorstehenden demografischen Veränderungen vorbereitet als die rein umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung. Deshalb ist von der Fraktion Die LINKE vorgeschlagene Abschaffung der privaten Pflegepflichtversicherung abzulehnen. Ebenso verkehrt wäre es, durch einen Finanzausgleich zwischen den Systemen ausgerechnet das demografiefeste System der privaten Pflegepflichtversicherung zu schwächen.

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass die Alterungsrückstellungen in der privaten Pflegeversicherung von den dort finanzierten Versicherten aufgebaut wurden, um ihre Beitragsbelastung im Alter zu mildern. Zu diesem Zweck werden die Rückstellungen auch weiter benötigt. Schon deshalb darf diese sinnvolle kapitalgedeckte Vorsorge jetzt nicht für andere Zwecke verwendet werden.

Pflegevorsorgefonds vor Zweckentfremdung schützen

Der von der Bundesbank verwaltete Pflegevorsorgefonds ist als Element der Kapitaldeckung grundsätzlich sinnvoll. Er ermöglicht, dass zumindest ein Teil des zusätzlichen Beitragsaufkommens zur künftigen Stabilisierung des Beitragssatzes genutzt wird. Daher ist der Vorschlag der Fraktion der FDP grundsätzlich zu begrüßen, kapitalgedeckte Instrumente wie den Pflegevorsorgefonds auszubauen. Besser als die Einrichtung der Pflegevorsorgefonds wäre jedoch gewesen, die kapitalgedeckte Vorsorge in privater statt in staatlicher Form zu organisieren und nicht einseitig zu Lasten von Löhnen und Gehältern zu finanzieren.

Die BDA hat stets verdeutlicht, dass der Pflegevorsorgefonds wirksam vor vorzeitigem politischem Zugriff geschützt werden muss. Im Sinne der Generationengerechtigkeit muss der Pflegevorsorgefonds wie vorgesehen zur späteren Entlastung der Beitragszahler verwendet werden.

Ansprechpartner:

BDA | DIE ARBEITGEBER
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Soziale Sicherung
T +49 30 2033-1600
soziale.sicherung@arbeitgeber.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(15)
gel. VB zur öAnh am 8.5.2019 -
Pflegeversicherung
7.5.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zur Anhörung „Pflegeversicherung“ des BT-Ausschusses für Gesundheit am 08.05.2019

Antrag der Bundestagsfraktion der FDP „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (BT-Drs. 19/7691)

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480)

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (BT-Drs. 19/8561)

Antrag der Bundestagsfraktion der FDP „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (BT- Drs. 19/7691)

Zur langfristigen Sicherstellung der Finanzierung der Pflege fordert die FDP die Stärkung kapitalgedeckter Elemente in der sozialen Pflegeversicherung, z.B. durch die Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds. Generell solle die Finanzierung der Pflege auf 3 Säulen gestellt werden: Neben der gesetzlichen Versicherung soll sie durch private sowie betriebliche Pflegevorsorge ergänzt werden. Zur betrieblichen Pflegevorsorge sollen nach Auffassung der FDP Modellprojekte gefördert werden. Die private Pflegevorsorge soll durch steuerliche Anreize sowie durch die Einführung weiterer Elemente, ergänzend zum Pflege-Bahr, gestärkt werden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nehmen zu den Vorschlägen der FDP im Einzelnen wie folgt Stellung: Generell lehnen die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände die Stärkung der privaten Pflegevorsorge als Königsweg zur dringend gebotenen nachhaltigen Sicherstellung der Finanzierungsgrundlage der Pflege ab. Stattdessen setzen sie sich für eine Stärkung der Einnahmebasis der sozialen Pflegeversicherung ein. Aus Sicht der BAGFW soll nicht nur das Arbeitseinkommen, sondern auch weitere Einkommensarten auf der Grundlage der steuerlichen Einkommensarten in die Beitragsbemessung einfließen. Des Weiteren soll die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden, perspektivisch bis auf das Niveau der Rentenversicherung. Des Weiteren setzen sich die Verbände der BAGFW für eine jährliche, an den Kriterien der Kostenentwicklung orientierte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung ein, um einen weiteren Realwertverlust der Leistungen zu vermeiden.

Die Verbände der BAGFW lehnen es ab, kapitalgedeckte Instrumente in der Pflegeversicherung wie den Pflegevorsorgefonds weiter zu stärken. Der Pflegevorsorgefonds, an den derzeit 0,1 Prozent Beitragssatzpunkte abgeführt werden, erwirtschaftet aktuell sogar Negativzinsen, sodass Reserven in der Pflegeversicherung abgeschmolzen statt aufgebaut werden. Dies zeigt, wie fragil eine Finanzierungsbasis in einer Sozialversicherung ist, die auf kapitalgedeckte Elemente setzt. Der Pflegevorsorgefonds sollte aus diesem Grund aufgelöst und in einen Pflegepersonalfonds überführt und für die Finanzierung einer besseren Personalausstattung in der Altenpflege verwendet werden, ohne dass dadurch die Eigenanteile der Leistungsempfänger weiter steigen würden. Die Überlegung, steuerliche Anreize für die private Pflegevorsorge zu prüfen, geht in die richtige Richtung; gleichzeitig verweisen wir darauf, dass steuerliche Entlastungen gerade Geringverdienern nicht helfen werden. Sinnvoll ist es, wie von der FDP gefordert, den Bedarf an privater Pflegevorsorge offen zu kommunizieren. Zu diesem Zweck muss jedoch klar sein, wie hoch die Lücke ist. Die Verbände der BAGFW setzen sich für eine klare Begrenzung der Eigenbeteiligung und eine Festschreibung des Eigenanteils ein. Auf diese Weise wäre die Lücke, die ggf. durch private Vorsorge gedeckt werden könnte, beziffert.

Die Einführung einer betrieblichen Säule in die Finanzierung der Pflege lehnen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ab. Im Gegensatz zur Rente, die das fehlende Erwerbseinkommen in der nach-aktiven Phase sicherstellen soll, ist Pflege ein Risiko, das nicht alle Menschen treffen wird. Die Rentenversicherung folgt zu Recht dem Äquivalenzprinzip, Pflege- und Krankenversicherung hingegen dem Risikoprinzip.

Daher ist der Ansatz, eine verpflichtende betriebliche Säule in der Pflegefinanzierung aufzubauen, verfehlt. Zudem zeigen sich bereits in der betrieblichen Rentenversicherung erhebliche Portabilitätsprobleme, wenn Menschen den Arbeitsplatz wechseln.

Der Antrag der FDP widmet sich auch dem Problem der privaten Pflegeversicherung. Die FDP fordert, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beitragssatzanpassungen in der privaten Pflegeversicherung so zu gestalten, dass Beitragssatzentwicklungen in der Zukunft geglättet werden können. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen darauf hin, dass die privat Versicherten gegenüber den gesetzlich Versicherten heute erheblich bevorzugt sind: Gesetzlich Versicherte zahlen weitaus höhere Beiträge in die Pflegeversicherung ein als privat Versicherte. Das liegt daran, dass in der privaten Versicherung – immer noch – die „besseren“ Risiken versichert sind. Des Weiteren sind in der privaten Pflegeversicherung – anders als in der privaten Krankenversicherung – auch die Kinder mitversichert, d.h., es müssen für sie keine eigenen Prämien bezahlt werden. Angesichts der Tatsache, dass die Leistungen der sozialen und privaten Pflegeversicherung absolut identisch sind, könnte die Pflegeversicherung somit problemlos in ein einheitliches Versicherungssystem überführt werden. Vor diesem Hintergrund sehen wir keinerlei Notwendigkeit, Schritte zu ergreifen, um Beitragssatzentwicklungen vorbeugend zu glätten.

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480)

Die LINKE beschreibt in ihrem Antrag die drei wesentlichen Problemfaktoren, die eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung unumgänglich machen: erstens, steigende Eigenanteile vieler Versicherter; zweitens, die Notwendigkeit zur Verbesserung der Personalausstattung und die Refinanzierung der tariflichen Bezahlung sowie drittens, die demographische Entwicklung mit steigenden Anteilen älterer und damit potenziell pflegebedürftiger Menschen. Die LINKE schlägt einen schrittweisen Umbau der Finanzierung der Pflege vor: Zunächst solle ein Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung erfolgen. Richtigerweise wird beschrieben, dass die private Pflegeversicherung die besseren Risiken zu zumeist geringeren Prämien bzw. Beiträgen bei gleichen Leistungen versichert, wodurch Rücklagen von 34,5 Mrd. Euro bei der PPV entstanden seien. In einem weiteren Schritt solle die Regierung in den nächsten 12 Monaten geeignete Regelungen mit dem Ziel einer vollständigen Integration der privaten Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung erarbeiten.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege teilen die Problemanalyse des Antrags. Zunächst ist positiv zu konstatieren, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung mit dem 1.1.2019 erneut innerhalb kurzer Zeit angehoben wurden, um die notwendigen Leistungsverbesserungen und vor allem auch den besseren Zugang von demenziell erkrankten Menschen zu Leistungen der Pflegeversicherung zu finanzieren, den der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nach sich gezogen hat. Eine gute Pflege muss der Gesellschaft etwas wert sein und dies drückt sich auch in adäquaten Beiträgen zur Pflegeversicherung aus. Beitragssatzerhöhungen führen jedoch auch zu einer Belastung der Arbeitskosten. Dies ist auf Dauer nicht tragfähig.

Daher bedarf es aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege eines Gesamtkonzeptes, um die Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen.

- Eine **solidarische und paritätische Finanzierung**: Dazu soll die Beitragsbemessungsgrenze bis auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung angehoben werden.
- Ein **einheitliches Versicherungssystem** mit risikounabhängiger Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und einheitlichen Rahmenbedingungen für alle Anbieter. Alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sollen das Recht haben, zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu werden.
- **Erweiterung der Einnahmebasis** der gesetzlichen Pflegeversicherung durch Ausweitung der Beitragsbemessung auf über das Arbeitseinkommen hinausgehende Einkommensarten auf der Grundlage des steuerlichen Einkommensbegriffs.
- Des Weiteren setzen sich die Verbände der BAGFW für eine jährliche, an den Kriterien der Kostenentwicklung orientierte **Dynamisierung der Leistungen** der Pflegeversicherung ein, um einen weiteren Realwertverlust der Leistungen zu vermeiden.

- Die **Refinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege** in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V: Ein erster Schritt hierzu ist im PpSG erfolgt, indem die Kosten für die 13.000 zusätzlichen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von 640 Mio. Euro im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege, deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, noch in dieser Legislaturperiode vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.

Ein wesentliches Ziel einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung muss es sein, die Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Menschen dauerhaft zu begrenzen. Steigende Eigenanteile sind insbesondere im stationären Bereich ein Problem: Obwohl die Eigenanteile in den vollstationären Einrichtungen nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils zunächst stabil waren bzw. in den ehemaligen Pflegestufen 2 und 3 sogar gesunken sind, ist seit dem 1.1.2018 in allen Bundesländern ein Anstieg zu beobachten. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil liegt im bundesweiten Durchschnitt bei 655 Euro (vgl. vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2018/19, S. 56). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen für Pflegebedürftige des Pflegegrad (PG) 1, die nicht dem einheitlichen Eigenanteil unterliegen, mit 984 Euro überdurchschnittlich hoch liegt, auch wenn diese Gruppe relativ klein ist (7,4 Prozent aller stationär Begutachteten des MDS im 1. Quartal 2017, 1,9% im 1. Quartal 2018). Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegebedürftigen des PG 2 im Vergleich zu ihrer Leistung aus der Pflegeversicherung in Höhe von 770 Euro einen hohen Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen zu entrichten haben. Hauptgrund für den Anstieg des Eigenanteils für die pflegebedingten Aufwendungen, insbesondere in 2018, dürften Tarifsteigerungen sein. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich für eine gute Bezahlung auf tariflicher Grundlage ein. Gegenwärtig werden dazu Vorschläge u.a. in der Konzertierten Aktion Pflege erarbeitet. Tarifsteigerungen in der Altenpflege dürfen – ebenso wenig wie im Krankenhaus – nicht zu Lasten der Leistungsempfänger gehen.

Ein weiteres Ziel der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung muss aus Sicht der BAGFW eine bedarfsgerechte Personalbemessung auf der Grundlage der Ergebnisse des Projektes zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI sein, die bis Mitte 2020 zu erproben ist. Auch hier ist Sorge zu tragen, dass eine bessere Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen nicht zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen geht und dass die erhobenen Personalbemessungswerte Verbindlichkeit erhalten.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an den Leistungsempfänger/innen, der sich in den Anfangsjahren der Pflegeversicherung nahezu halbiert hatte, ist aufgrund der steigenden Eigenbelastung seit 1999 wieder gestiegen. Er beläuft sich – mit Schwankungen – seit 10 Jahren auf ca. 30 Prozent im stationären Bereich und auf unter 5 Prozent im ambulanten Bereich, mit zuletzt leicht sinkenden Tendenzen. Einen wesentlichen Beitrag zu der vergleichsweise hohen Quote von Sozialhilfeempfänger/innen im stationären Bereich dürften auch die (nicht refinanzierten) Investitionskosten geleistet haben. Der Anteil der Investitionskosten an der Gesamteigenbelastung der Versicherten in stationären Einrichtungen belief sich im

bundesweiten Durchschnitt zum 1.1.2019 auf 447 Euro (vgl. vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2018/19, S. 56), das sind 24,4 Prozent der Gesamtbelastung der Heimbewohner/innen. Grund ist die mangelhafte bis fehlende Förderung der Investitionskosten durch die Bundesländer: Nur sechs Bundesländer fördern die Investitionskosten in der vollstationären Pflege (BT-Drs. 19/1572, S. 5). Vier Bundesländer (Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt sowie Rheinland-Pfalz) fördern gar nicht mehr, in fünf Bundesländern existiert eine Subjektförderung in Form des sog. Pflegewohngelds.

Dabei gibt es erhebliche Schwankungen zwischen den Bundesländern: In den östlichen Bundesländern liegt der Anteil der Investitionskosten mit Ausnahme von Berlin und Brandenburg und in Norddeutschland teilweise höher als der Eigenanteil der pflegebedingten Kosten, im Süden (Bayern, Baden-Württemberg) liegt der Anteil bei einem Fünftel der Gesamtkosten. Es bedarf daher nicht nur auf der Bundesebene, sondern auch auf der Länderebene Initiativen, den Eigenanteil zu begrenzen, indem die Länder künftig wieder ihrer Investitionskostenförderung nachkommen, zu der sie gemäß § 9 SGB XI verpflichtet sind.

Perspektivisch muss das Pflegeversicherungssystem vom heutigen Teilleistungssystem so weiterentwickelt werden, dass die Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten und ihre selbst zu tragenden Kosten auf einer transparenten und verlässlichen Basis begrenzt werden.

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflege gerecht und stabil finanzieren – die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (BT-Drs. 19/8561)

Die GRÜNEN beschreiben in ihrem Antrag, dass die Pflegeversicherung aufgrund ihrer Funktionsmechanismen dem Grunde nach heute schon eine „Bürgerversicherung“ ist, die nach den Prinzipien der Sozialversicherung funktioniert: So sind die Leistungen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung gleich. In beiden Versicherungssystemen gibt es einen Kontrahierungszwang. Die Prämien in der privaten Pflegeversicherung dürfen – abweichend von allen anderen privaten Versicherungszweigen – nicht nach Gesundheitsrisiken oder Geschlecht kalkuliert werden. Kinder werden in der privaten Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert und Ehepartner/innen sowie Lebenspartner/innen aus eingetragenen Lebenspartnerschaften werden gemäß § 110 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2e und 2g sowie Absatz 3 SGB XI vor Überforderung durch zu hohe Prämien geschützt. In der Problemanalyse wird des Weiteren beschrieben, dass die private Pflegeversicherung derzeit die „besseren“ Risiken versichert, wodurch die Prämien im Durchschnitt wesentlich niedriger sind als die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stellen dazu fest, dass dies sozial ungerecht ist und es aus diesem Grunde der Schaffung eines einheitlichen Sicherungssystems für die Pflege bedarf.

Die GRÜNEN fordern in ihrem Antrag zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung einen vollständigen Kostenausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung und in diesem Zusammenhang eine verfassungskonforme Lösung für die bestehenden Altersrückstellungen in der privaten Pflegeversicherung. Sie setzen sich des Weiteren für die Schaffung einer einheitlichen Versicherung ein, die alle Bürger/innen einkommensabhängig zur Beitragszahlung heranzieht. In die Einkommensarten sollen neben den Arbeitskosten auch andere Einkommensarten herangezogen werden, um die Einnahmebasis zu stabilisieren. Die Beitragsbemessungsgrenze soll schrittweise bis max. zur Höhe der Gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden.

Das Gesamtkonzept der GRÜNEN entspricht wesentlich dem Gesamtkonzept der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, deren Ziel es ebenfalls ist, die Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen.

- Eine solidarische und paritätische Finanzierung: Dazu soll die Beitragsbemessungsgrenze **bis auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung** angehoben werden.
- Ein **einheitliches Versicherungssystem** mit risikounabhängiger Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und einheitlichen Rahmenbedingungen für alle Anbieter. Alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sollen das Recht haben, zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu werden.
- **Erweiterung der Einnahmebasis** der gesetzlichen Pflegeversicherung durch Ausweitung der Beitragsbemessung auf über das Arbeitseinkommen hinausgehende Einkommensarten auf der Grundlage des steuerlichen Einkommensbegriffs.

- Des Weiteren setzen sich die Verbände der BAGFW für eine jährliche, an den Kriterien der Kostenentwicklung orientierte **Dynamisierung der Leistungen** der Pflegeversicherung ein, um einen weiteren Realwertverlust der Leistungen zu vermeiden.

Zu einem langfristigen Konzept der Reform der sozialen Pflegeversicherung gehören aus Sicht der BAGFW noch weitere Elemente:

- Die **Refinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege** in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V: Ein erster Schritt hierzu ist im PpSG erfolgt, indem die Kosten für die 13.000 zusätzlichen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von 640 Mio. Euro im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege, deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, noch in dieser Legislaturperiode vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.
- Eine **Begrenzung des Eigenanteils** der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung: Der Eigenanteil ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen. Dafür sind drei Ursachen zu nennen: 1. Tarifsteigerungen bei den Personalkosten, die aufgrund des Teilleistungssystems der Pflegeversicherung vollständig von den Versicherten getragen werden müssen, 2. der hohe Anteil der Investitionskosten, die vollständig von den Leistungsempfängern zu tragen sind und insbesondere im stationären Bereich teilweise höher als die pflegebedingten Zuzahlungen liegen und 3. Verbesserungen in der Personalausstattung (detaillierte Ausführungen dazu siehe vorstehend zum Antrag der LINKEN).

Perspektivisch muss das Pflegeversicherungssystem vom heutigen Teilleistungssystem so weiterentwickelt werden, dass die Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten und ihre selbst zu tragenden Kosten auf einer transparenten und verlässlichen Basis begrenzt werden.

Berlin, 03.05.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Christian Hener, c.hener@drk.de
Dr. Elisabeth Fix, elisabeth.fix@caritas.de

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0074(16)
gel. ESV zur öAnh am 8.5.2019 - Pflegeversicherung
7.5.2019

Stellungnahme für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit

zu den Anträgen BT-Drucksachen 19/7691, 19/7480 und 19/8561

Dr. Martin Albrecht (IGES Institut GmbH)

Berlin, 7. Mai 2019

Dr. Martin Albrecht
c/o IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
T +49 30 230 809 43
martin.albrecht@iges.com

www.iges.com

Die drei vorliegenden Anträge befassen sich mit der zukünftigen Finanzierung der Pflegeversicherung und setzen hierbei unterschiedliche Schwerpunkte.

- Die Kernforderung der Anträge der Fraktionen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Partei DIE LINKE ist die Überwindung der bisherigen Trennung von sozialer und privater Pflegeversicherung in Form einer „Pflege-Bürgerversicherung“ bzw. einer vollständigen Integration beider Zweige dieser im Jahr 1995 eingeführten obligatorischen Versicherung. Die Fraktion der Partei DIE LINKE begründet ihre Forderung mit Gerechtigkeitsaspekten, die Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen zusätzlich mit dem Ziel einer Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen der Pflegeversicherung.
- Die von der Fraktion der FDP in ihrem Antrag geforderten Maßnahmen zielen hingegen auf eine Stärkung der privaten und betrieblichen Pflegevorsorge, um den finanziellen Druck auf die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung zu mindern. Sie begründet ihre Forderung mit dem Ziel einer generationengerechten Finanzierung.

Entsprechend dieser unterschiedlichen Zielrichtungen gliedert sich die Stellungnahme in zwei Abschnitte.

Gerechtigkeit und Stabilität

Der umfangreichere Antrag der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN enthält einen Mix aus Maßnahmen mit dem Ziel einer gerechten und stabilen Finanzierung. Darunter befinden sich auch solche Maßnahmen, deren Umsetzung auch ohne Integration der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) im Rahmen einer Pflege-Bürgerversicherung möglich wäre (Einbeziehung aller Einkommensarten, Aufhebung der Beitragsvorteile für Alleinverdienerehen).

Ein zentrales Argument in den Anträgen der Fraktionen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Partei DIE LINKE ist das der Risikoselektion zugunsten der PPV. Für dieses Argument spricht eine Reihe wichtiger Kennzahlen:

- So war im Jahr 2017 der Anteil der Leistungsbezieher unter den Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nahezu doppelt so hoch wie in der PPV.
- Die Ausgaben der SPV *je Versicherten* entsprachen in den letzten Jahren jeweils mindestens dem 2,5-fachen des Vergleichswertes in der PPV, wenn man bei letzterem – unter stark vereinfachenden Annahmen – den von der Beihilfe getragenen Ausgabenanteil hinzurechnet.
- Und obwohl in der PPV der Anteil der Leistungsbezieher mit höheren Pflegestufen (2016) über dem in der SPV lag, übertrafen die Ausgaben *je Leistungsbezieher* in der SPV die in der PPV (zuzüglich dem geschätzten Beihilfeanteil) zuletzt um rd. 25 %.
- Gleichzeitig verfügen die Mitglieder der PPV im Durchschnitt über deutlich höhere Einnahmen, die in der SPV der Beitragspflicht unterlägen (auf Basis von Daten des SOEP geschätzt etwa +50 %).

Insgesamt lässt sich hieraus – nach ersten überschlägigen Schätzungen – für die SPV ein Risikostrukturnachteil in Höhe von rd. 0,3 Beitragssatzpunkten ableiten. Vor diesem Hintergrund und angesichts des Umstands, dass – anders als in der Krankenversicherung – die Leistungsansprüche der Versicherten in beiden Systemen identisch sind, ist ein finanzieller Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen PPV und SPV begründbar, wie er auch in den Anträgen der Fraktionen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Partei DIE LINKE gefordert wird.

Eine weitergehende, vollständige Integration beider Zweige der Pflegeversicherung erscheint hingegen problematisch. Angesichts der als Folge der demografischen Entwicklung zu erwartenden Belastungen sollten Elemente der Kapitaldeckung – d. h. der Vorfinanzierung – eher gestärkt werden. Sie ermöglicht eine Glättung der Beitragsbelastung im Zeitverlauf. So lagen – bei ungefähr vergleichbarem Anstieg der Ausgaben je Versicherten seit dem Jahr 1997 – in der PPV die Beitragseinnahmen je Versicherten im Jahr 2017 nur geringfügig über ihrem Wert des Jahres 1997, während sie sich in der SPV mehr als verdoppelten. In Summe ist allerdings der relative Abstand zwischen Beitragseinnahmen und Ausgaben in der PPV über die Jahre kontinuierlich und deutlich geschrumpft, so dass zukünftig mit stärker steigenden Beitragsbelastungen zu rechnen ist.

Dass sich die Kapitaldeckung im gegenwärtigen System auf die PPV konzentriert, ist historisch und nicht ordnungspolitisch begründbar. Eine Auflösung bzw. Kollektivierung der vorhandenen Alterungsrückstellungen der PPV stieße auf eine Reihe rechtlicher Probleme. So hat das Bundesverfassungsgericht (2009) dem Geschäftsmodell der substitutiven kapitalgedeckten Vollversicherung indirekten Bestandsschutz eingeräumt. Jenseits der juristischen Probleme spricht gegen eine Abschaffung der kapitalgedeckten PPV, dass damit die finanzielle Nachhaltigkeit des Gesamtsystems geschwächt würde. Im Falle eines systemübergreifenden Risikostrukturausgleichs zwischen SPV und PPV blieben zudem die Art der Beitragskalkulation in der PPV sowie die Organisationsalternativen bei Pflegebegutachtung und Pflegeberatung erhalten.

Darüber hinaus verbinden sich mit der Forderung nach einer Integration von SPV und PPV zu einer Pflege-Bürgerversicherung weitergehende Vorschläge zur Ausweitung der Beitragsgrundlagen durch Einbeziehung aller Einkommensarten. Eine solche erweiterte Beitragsbasis gilt bereits heute für alle freiwilligen Mitglieder der SPV – der Fokus liegt aber aufgrund der Tradition als Arbeitnehmerversicherung auf den Einkommen aus abhängiger Beschäftigung. Hinsichtlich einer deutlich stärkeren Einbeziehung anderer Einkommensarten ist auf einige Probleme hinzuweisen, die bereits im Zusammenhang mit ähnlichen Vorschlägen für das System der Krankenversicherung diskutiert wurden:

- Frühere eigene Berechnungen für die Krankenversicherung haben gezeigt, dass der Finanzierungseffekt durch die Beitragspflicht von Kapital- bzw. Vermögenseinkommen marginal ist, weil sich diese Einkommen überwiegend bei Personen konzentrieren, die bereits mit ihren Erwerbseinkom-

men die Beitragsbemessungsgrenze erreichen. Ein merklicher Finanzierungseffekt könnte folglich nur durch eine deutliche Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze erreicht werden.

- Solange aber eine Beitragsbemessungsgrenze besteht, stellt sich die Frage der Reihenfolge der Einkommensarten bei der Verbeitragung. Zudem wäre der Umgang mit negativen Kapitaleinkünften zu klären.
- Je stärker die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ausfiele, desto mehr erhielten die Beiträge den Charakter einer Steuer, allerdings mit unter Anreiz- und Verteilungsgesichtspunkten fragwürdigen Effekten im Vergleich zum existierenden Steuersystem. So werden Geringverdiener durch Beiträge stärker belastet (im Unterschied zum Steuersystem gibt es weder Freibetrag noch Progression).

Steuerzuschüsse oder besser noch steuerfinanzierte Beitragszuschüsse wären daher aus anreiz- und verteilungspolitischer Perspektive gegenüber einer Ausweitung des gegenwärtigen Beitragssystems auf alle Einkommensarten zu bevorzugen.

Generationengerechtigkeit

Die Forderung nach einer Stärkung der privaten und betrieblichen Pflegevorsorge geht davon aus, dass die Pflegeversicherung dem Grunde nach eine „Teilkostenabsicherung“ bleiben soll. Dieser Teilkaskocharakter der Pflegeversicherung hat sich in den letzten Jahren in Form zunehmender finanzieller Eigenleistungen der Pflegebedürftigen niedergeschlagen. Bei finanzieller Überforderung können Pflegebedürftige Sozialhilfeleistungen („Hilfe zur Pflege“) in Anspruch nehmen. Die hohen finanziellen Belastungen der Kommunen als Sozialleistungsträger waren einer der wesentlichen Gründe für die Einführung der Pflegeversicherung. Entgegen den Eindrücken aus der aktuellen Diskussion war die Inanspruchnahme der Sozialhilfe wegen Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahren rückläufig. Der Anteil der Bezieher von Hilfe zur Pflege unter den Pflegebedürftigen ist bereits seit Jahresende 2011 von 13,2 % auf 12,2 % zum Jahresende 2015 gesunken und dann noch einmal besonders stark nach Umstellung auf die neuen Pflegegrade (8,4 % zum Jahresende 2017). Unter den Pflegebedürftigen mit vollstationärer Pflege ist dieser Anteilswert zwar deutlich höher, allerdings ist deren Anzahl seit Jahresende 2015 gesunken.

Das Pflegerisiko ist – mehr noch als das Krankheitsrisiko – mit höherem Alter assoziiert und eignet sich daher prinzipiell stärker für Formen der finanziellen Vorsorge, bei denen die Belastungen über längere Zeiträume verteilt werden können. Angesichts der demografiebedingten Herausforderungen für die Finanzierung der Pflegeversicherung ist nur schwer zu begründen, warum auf die Möglichkeiten des „Entsparens“ (Vermögensabbau) im Alter und der Bedürftigkeitsprüfung in Verbindung mit erweiterten Ansprüchen an das Sozialsystem verzichtet werden soll. Darauf liefe jedoch ein Ausbau der Pflegeversicherung in Richtung einer Vollkostenabsicherung hinaus, die letztlich unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten

einer „Schonversicherung“ für das vererbbare Vermögen gleichkäme und auch international ohne Beispiel wäre. Unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten ist nicht nachvollziehbar, warum auch Beitragszahlungen von Geringverdienern den Vermögens- und Erbenschutz von wirtschaftlich besser situierten Haushalten ermöglichen sollen. Schließlich trägt die aktuelle Diskussion zu einer Diskreditierung des Sozialhilfesystems bei, die – soweit berechtigt – zum Anlass genommen werden sollte, Defizite dort zu beseitigen.

Da sowohl weitere Leistungsverbesserungen als auch Mehrausgaben zur Verbesserung der Beschäftigungssituation in der Pflege angestrebt werden, sollten die Möglichkeiten zur privaten Pflegevorsorge in Ergänzung zur Teilkostenabsicherung ausgeweitet werden. Die gegenwärtigen, teilweise geförderten Formen der privaten Vorsorge erscheinen jedoch wenig attraktiv. Pflegezusatzversicherungen lohnen sich vor allem, wenn man sie in jüngerem Alter abschließt – ihr realer Deckungsbeitrag zum späteren Pflegerisiko ist aber aufgrund der langfristig fixierten Leistungsobergrenzen nur schwer abschätzbar. Gesetzliche Förderungen sollten daher auch alternative und innovative Formen der Pflegevorsorge in den Blick nehmen (z. B. Versicherungsprodukte mit Assistance-Leistungen, Immobilienrenten oder Umkehrhypotheken). Staatliche Unterstützung sollte dabei nicht in erster Linie Produktsubventionierungen vorsehen, sondern vor allem die Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen zur Förderung innovativer Anbieter und Produkte sowie des Verbraucherschutzes.