

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0014(10)**  
gel. ESV zur öAnh am 04.06.2018 -  
Eigenanteile  
29.05.2018



Albert-Ludwigs-Universität Freiburg . 79085 Freiburg  
Institut für Finanzwissenschaft und Sozialpolitik

## Stellungnahme

zum

Antrag der Abgeordneten Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau),  
Matthias W. Birkwald, Sylvia Gabelmann, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping,  
Jan Korte, Cornelia Möhring, Bernd Riexinger, Harald Weinberg und der  
Fraktion DIE LINKE

### **Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten**

Drucksache 19/960

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des  
Deutschen Bundestages am 4. Juni 2018 in Berlin

## ■ Kontaktdaten Ansprechpartner

1

Lewe Christoph Bahnsen  
+49 (0)761 / 203 9246  
lewe.bahnsen@vwl.uni-freiburg.de

### **Postadresse:**

Institut für Finanzwissenschaft und Sozialpolitik  
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
79085 Freiburg im Breisgau

### **Hausadresse:**

Institut für Finanzwissenschaft und Sozialpolitik  
Rheinstraße 10/12  
79104 Freiburg im Breisgau

## ■ Antrag: Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten

2

Der Antrag (Drucksache 19/960) beschreibt die zunehmende finanzielle Belastung infolge von Pflegebedürftigkeit. Angeführt wird die steigende Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege. Als Ursache für diese Zunahme werden die privat zu tragenden Eigenanteile genannt. Als Antwort auf die Problematik wird eine Deckelung bzw. Senkung der Anteile sowie eine Pflegevollversicherung ins Spiel gebracht.

Konkret gefordert wird:

- Einrichtungseinheitliche Eigenanteile deckeln und Erhöhungen ausschließen
- Schrittweise Senkung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile und Umgestaltung der Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung
- Umwidmung des Pflegevorsorgefonds zur Bekämpfung des Fachkräftemangels und besseren Bezahlung der Pflegekräfte
- Verschiebung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen in die Finanzierungskompetenz der Krankenversicherung

### (1) Einrichtungseinheitliche Eigenanteile deckeln

*Bemerkung: Diese Einschätzung erfolgt unter der Annahme, dass die Teilkostendeckung der Pflegeversicherung beibehalten bleibt.*

Um einer steigenden Belastung Pflegebedürftiger entgegenzuwirken, bedarf es einer etwas weitergehenden Analyse, als im Antrag dargestellt. Für die steigende Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege (nur) die hohen Eigenanteile verantwortlich zu machen, ist erheblich zu kurz gegriffen. Wie in Kochskämpfer (2014) anschaulich dargelegt, kann ein Anstieg der Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege auf zweierlei Ursachen zurückzuführen sein. Zum einen kann ein genereller Anstieg der Zahl an Pflegebedürftigen dafür verantwortlich gemacht werden. Die Zahl der Empfänger der Hilfe zur Pflege ist in den vergangenen zehn Jahren gestiegen, parallel dazu aber auch die Gesamtzahl an Pflegebedürftigen (BMG, 2017; Statistisches Bundesamt, 2015). Ein Anstieg letzterer ist zu einem nicht unerheblichen Teil auch auf die fortschreitende Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Zum anderen kann es für Pflegebedürftige natürlich zunehmend schwerer sein, ihren Eigenanteil selbst zu decken, wenn die Einkommens- und Vermögenssituation unzureichend ist. Dabei stellt sich vorab die Frage, ob Empfänger der Hilfe zur Pflege bereits im Vorfeld Grundsicherungsempfänger waren oder ob sie erst im Zuge der Pflegebedürftigkeit zu Empfängern wurden.

■ Durch die Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) im Zuge des Pflegestärkungsgesetzes II wurden die pflegebedingten Eigenanteile ersetzt. Somit konnten zumindest die steigenden Kosten fortschreitender Pflegebedürftigkeit gedämpft werden. Wie in Rothgang et al. (2017) gezeigt, konnten Pflegebedürftige, auch aufgrund des Bestandsschutzes nach § 141 Abs. 3 SGB XI, durch diese Umstellung kurzfristig finanziell profitieren. Auch mittelfristig zeigt sich eine Entlastung von Pflegebedürftigen in höheren Pflegegraden, allerdings zu Lasten Pflegebedürftiger in niedrigeren Pflegegraden. Sofern die EEE folglich als treibender Faktor ausgemacht werden, sollten die erheblichen regionalen Unterschiede nicht vernachlässigt werden. Je nach Standort der Einrichtung variieren EEE erheblich. Eine pauschale Belastungsaussage ist hier dementsprechend schwierig. Zusätzlich zeigen sich erhebliche Unterschiede in den Bestandteilen des zu tragenden Gesamtentgeltes (Pflegekosten, Kosten für Unterhalt und Verpflegung, Investitionskosten, Ausbildungsumlage und Kosten für eventuelle Zusatzleistungen). Eine genaue Betrachtung ebendieser ist notwendig, um Entlastungspotenziale zu finden und nutzen zu können. Da sie keinen direkt pflegerelevanten Kostenfaktor darstellt, könnte ein erster Schritt die Finanzierung der Ausbildungsumlage aus Steuermitteln sein.

Zu Eigenanteilen sei abschließend allgemein gesagt, dass sie nur von denen geleistet werden, die die entsprechenden Mittel zur Verfügung haben. Für alle anderen greift die Hilfe zur Pflege. In diesem Sinne dienen sie der sozialen Gerechtigkeit. Sozialer wäre, wenn überhaupt, eine relative Deckelung am Einkommen analog zu den Regelungen für private Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Einfacher formuliert, hilft eine Deckelung den höheren und mittleren Einkommen und nicht den niedrigen. Bevor es also zu einer Deckelung (oder Senkung) der Eigenanteile kommt, sollten Ursachen für eine zunehmende Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege detailliert ergründet sein.

## **(2) Einrichtungseinheitliche Eigenanteile senken und Pflegeversicherung zu einer Vollversicherung umgestalten**

*Bemerkung: Auf eine Senkung der EEE wurde indirekt schon in Punkt 1 eingegangen. Die Einschätzung zur Pflegevollversicherung basiert auf dem Konzept der solidarischen Pflegeversicherung, wie in Rothgang und Domhoff (2017) skizziert. Es wird rein ökonomisch argumentiert, mögliche rechtliche Bedenken finden keine Berücksichtigung.*

Allein aufgrund gestiegener Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege eine Pflegevollversicherung zu fordern, ist etwas zu einfach. Gründe für die komplexe Natur der Problemstellung sind in Punkt 1 bereits genannt.

Den Berechnungen von Rothgang und Domhoff (2017) zufolge kann der Beitragssatz im Rahmen einer vollumfassenden solidarischen Pflegeversicherung zunächst gesenkt werden. Gleichzeitig entfallen für die Pflegebedürftigen alle privaten Zuzahlungen. Das Problem der demografisch bedingten Beitragssatzerhöhungen bleibt allerdings weiterhin ungelöst. Die Umlagefinanzierung würde aufgrund der demografischen Abhängigkeit ältere Kohorten bevorzugen und jüngere Kohorten benachteiligen. Es ist nicht ersichtlich, wie soziale Gerechtigkeit hier mit finanzieller Nachhaltigkeit in Einklang gebracht werden soll. Auch deshalb sollte die Diskussion über eine Pflegevollversicherung offen geführt werden und Aspekte wie Kapitaldeckung und Karenzzeiten berücksichtigen. Des Weiteren bedarf es einer Überlegung darüber, welche Leistungen über den Katalog einer Vollversicherung abgedeckt sein sollten und inwieweit eine private Absicherung zugemutet werden kann. Eigenverantwortung muss ein wichtiger Bestandteil bleiben, auch im Sinne nachhaltiger öffentlicher Finanzen. Am Ende des Tages kann auch eine Pflegevollversicherung nicht pauschal als sozial gerechter angesehen werden, da sie höhere Einkommen und Erbschaften schützt und für die tatsächlich Schwachen zu keinen signifikanten Unterschieden führt.

### **(3) Umwidmung des Pflegevorsorgefonds**

*Bemerkung: Diese Einschätzung erfolgt unter der Annahme, dass die Teilkostenabdeckung der sozialen Pflegeversicherung beibehalten bleibt. Mögliche Arbeitsmarkteffekte aus einer Umwidmung werden hier nicht beleuchtet.*

Der Pflegevorsorgefonds soll gemäß § 132 SGB XI der langfristigen Beitragssatzstabilisierung in der sozialen Pflegeversicherung dienen. Dem Grundverständnis nach stellt er ein Instrument des, zumindest partiellen, Ausgleichs von Gegenwartsinteressen und Zukunftserfordernissen dar. Da die Kapitalrücklage lediglich zur Stabilisierung und nicht zur Senkung des Beitragssatzes gedacht ist, sieht sich der Pflegevorsorgefonds nachvollziehbarer Kritik ausgesetzt (u.a. Jacobs und Rothgang, 2014). Insofern ist eine Umwidmung zur Finanzierung zusätzlichen Personals und besserer Entlohnung durchaus nachvollziehbar. Eine Umwidmung könnte kurzfristig Stellen für Pflegekräfte finanzieren, ohne Leistungsempfängern und Beitragszahlern zusätzliche Kosten aufzubürden. Ab 2035 würden dann aber die eingeplanten Mittel fehlen, eine Beitragsglättung würde ausbleiben und die Finanzierung der kurzfristigen Maßnahmen zu weiteren Beitragssatzsteigerungen führen. Auf diese Weise fehlen den jüngeren Kohorten zukünftige Mittel, von denen die älteren Kohorten profitieren, während letztere gleichzeitig nur bedingt an der Finanzierung beteiligt wären. Wenn also die Dimensionierung des Pflegevorsorgefonds als zu klein kritisiert wird, dann wäre doch ein Ausbau und nicht eine Umwidmung der richtige Schritt. Gänzlich ohne Belastung der Pflegebedürftigen

- und Versicherten wird eine Verbesserung der Situation der Pflegekräfte nur bedingt möglich sein.

Im Prinzip lässt sich hier an die Argumentation aus Punkt 2 anknüpfen. Eine Umwidmung könnte vielleicht kurzfristig Spielräume schaffen, aber nur langfristig angelegte Reformen würden allen beteiligten, insbesondere den Pflegekräften, nachhaltig helfen. Des Weiteren würde eine Umwidmung zu Lasten einer ohnehin schon fehlenden Nachhaltigkeit gehen und damit die verschiedenen Alterskohorten ungleichmäßig bevorzugen und belasten.

#### **(4) Finanzierungskompetenz der medizinischen Behandlungspflege**

Die Verlagerung der medizinischen Behandlungspflege in die gesetzliche Krankenversicherung ist eine legitime Forderung. Originär gehört sie zum Leistungskatalog der Krankenversicherung und sollte dementsprechend nicht zu Lasten der Leistungsbezieher und des Beitrags in der Pflegeversicherung gehen. Bei einer Verlagerung der Finanzierungskompetenz ist die Berücksichtigung der Kosten im Risikostrukturausgleich zu bedenken (Rothgang und Müller, 2013). Die Kassen erhalten dementsprechend Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Um bei dieser Frage nicht pauschal und voreilig zu urteilen, sollte die Schnittstelle der Kompetenzen von Kranken- und Pflegeversicherung von einer Expertenkommission begutachtet und gegebenenfalls neu definiert werden.

**Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017).** Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Berlin.

**Jacobs, K. und Rothgang, H. (2014).** Pferdefuß bei Pflegefonds, *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 17(6), 26-29.

**Kochskämpfer, S. (2014).** Steigende Inanspruchnahme von Hilfe zur Pflege – Reformbedarf für die Pflegeversicherung?, *Zeitschrift für Wirtschaftspolitik*, 63(3), 219-239.

**Rothgang, H. und Domhoff, D. (2017).** Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa-Luxemburg-Stiftung.

**Rothgang, H. und Müller, R. (2013).** Verlagerung der Finanzierungskompetenz für Medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung, Ökonomische Expertise, gefördert von der Robert Bosch Stiftung.

**Rothgang, H., Müller, R., Runte, R. und Unger, R. (2017).** Pflegereport 2017 – Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, BARMER, Berlin.

**Statistisches Bundesamt (2015).** Statistik der Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege – 2013, Wiesbaden.