

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-ökonomischen 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. Kuhlmeier, 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
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 Beitragsatzpunkte 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.

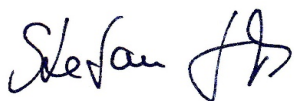
⁴ vgl. hierzu und zu den folgenden Ausführungen: Greß, S./K.-J. Bieback (2013). Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt. Berlin, AWO Bundesverband.

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 Finanzierungselemente 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.