

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 Finanzierungs- lasten 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 Teilkollek- tiven bestehen, die eines finanziellen Ausgleichs bedürfen, um eine umfassende Einkommens- und Risikosolidarität zwischen beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung zu gewährleisten.

2.1.1 Altersstruktur

Inzwischen liegt das Durchschnittsalter der Privatversicherten nicht mehr unter dem der Sozialver- sicherten. Allerdings ist das Durchschnittsalter für einen Strukturvergleich auch irrelevant. Wichtig ist vielmehr die *Altersverteilung*. Abbildung 1 zeigt den Anteil der PPV-Versicherten an der jewei- ligen 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 durch- schnittlich unterhalb der Einkommen der Erwerbstätigen liegen, geringer besetzt. Die PPV weist damit die deutlich günstigere Altersstruktur auf.

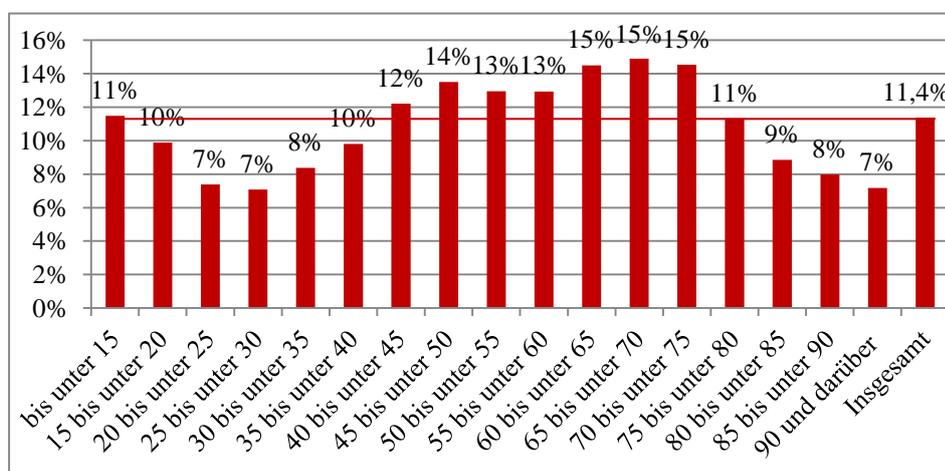


Abbildung 1: Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten 2017

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.

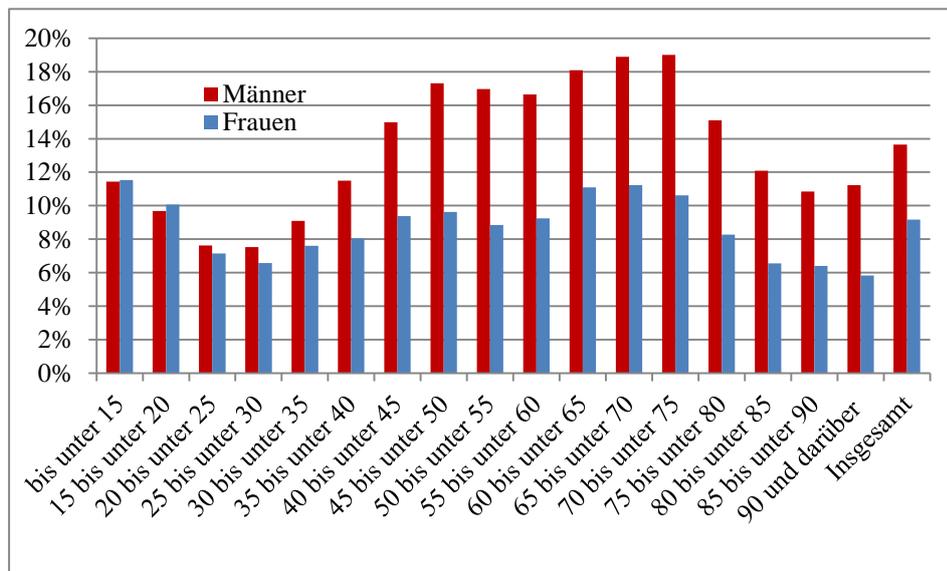


Abbildung 2: Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten nach Geschlecht 2017

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).

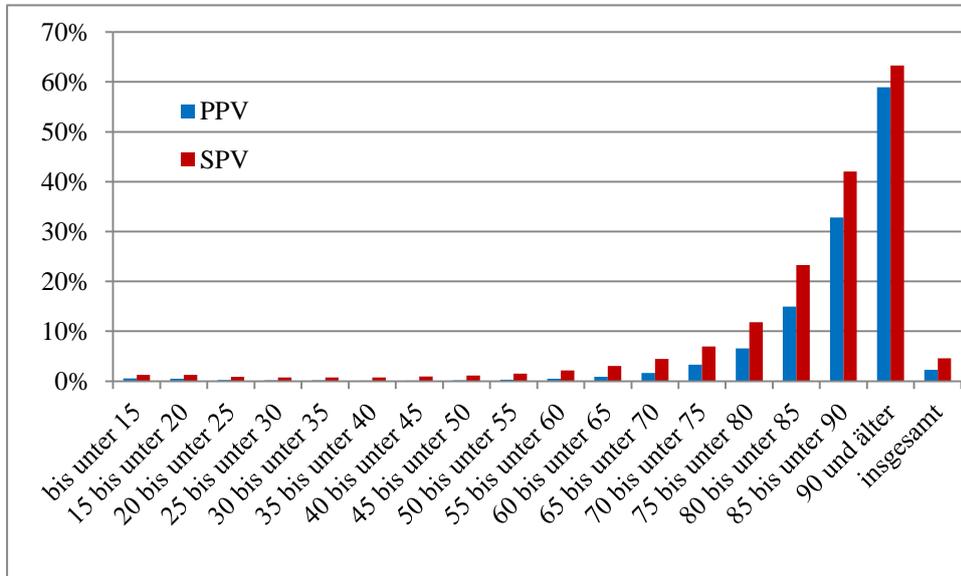


Abbildung 3: Altersspezifische Pflegeprävalenzen für beide Versicherungswege 2017

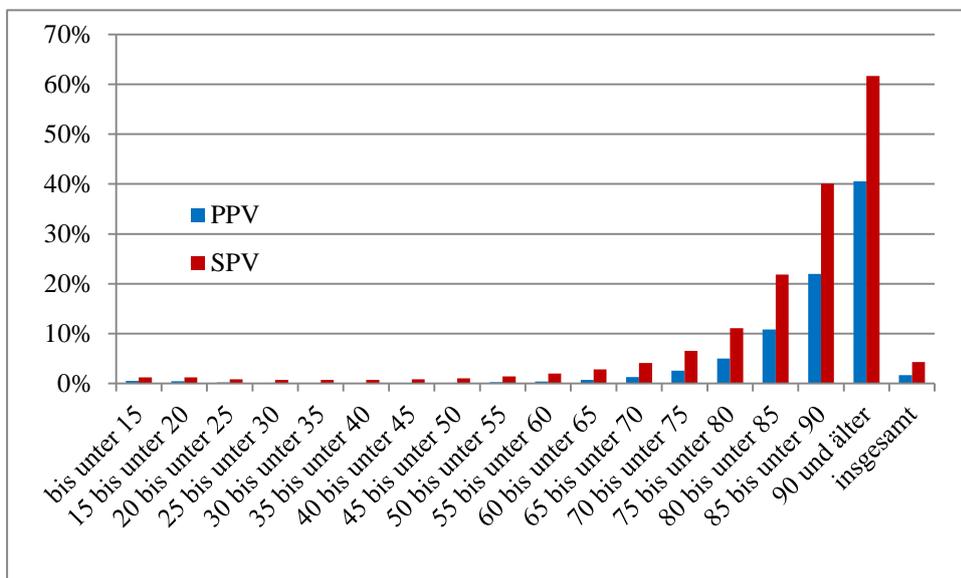


Abbildung 4: Altersspezifische Prävalenzen für Pflegegrad 2-5 für beide Versicherungswege 2017

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 deutlicher ausgeprägter. Im Durchschnitt liegt die Pflegehäufigkeit der Privatversicherten dann bei weniger als 40 % der Häufigkeit der Sozialversicherten.

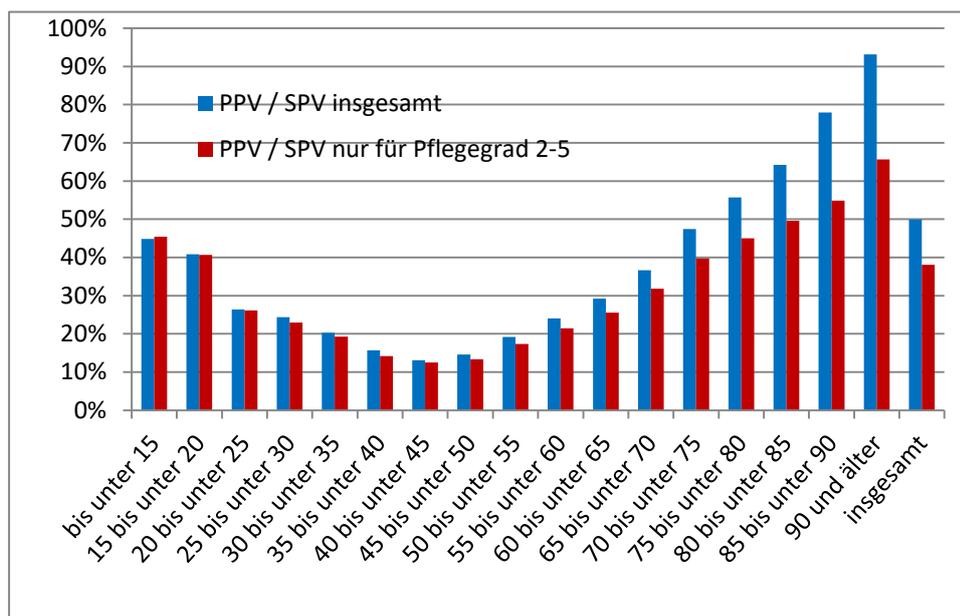


Abbildung 5: Quotient der Pflegeprävalenzen in PPV und SPV 2017

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-

multierten 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 Pfliegerisiko 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 *Leistungsfähigkeitsprinzip* 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 ($2 \times 4.537,50 = 9.075$ Euro im Monat) festgesetzt worden, um die maximal möglichen resultierenden Ungleichbehandlungen zu demonstrieren.

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

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

Für die Alleinverdiener Ehen (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 (Haushaltstyp 6). Die Ungleichbehandlung bezieht sich also nicht nur auf das Verhältnis von Allein- und Doppelverdiener Ehen. Auch innerhalb der Gruppe der Doppelverdiener Ehen 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.

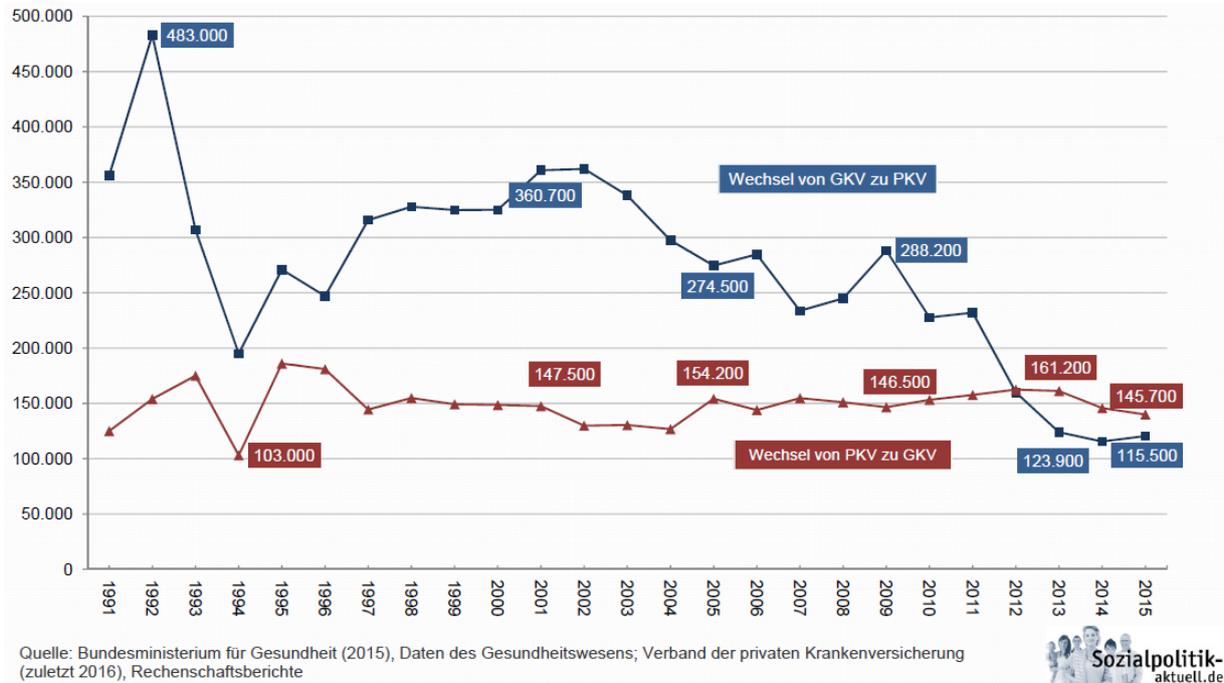


Abbildung 6: Jährlicher Wechselsaldo zwischen Sozial- und Privatversicherung

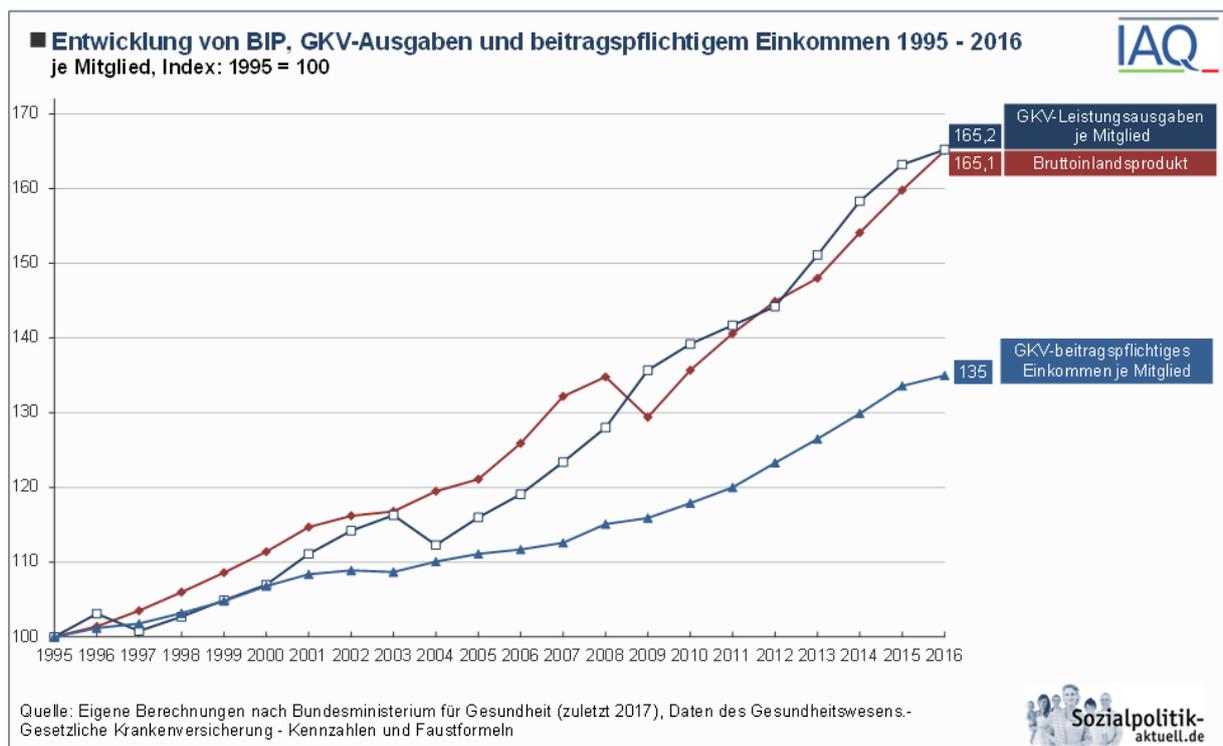


Abbildung 7: Entwicklung der Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einkommen je Mitglied und des Bruttoinlandsprodukts (Index: 1005 = 100)

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 Einkommensarten* 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 *Beitragsatz* 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.

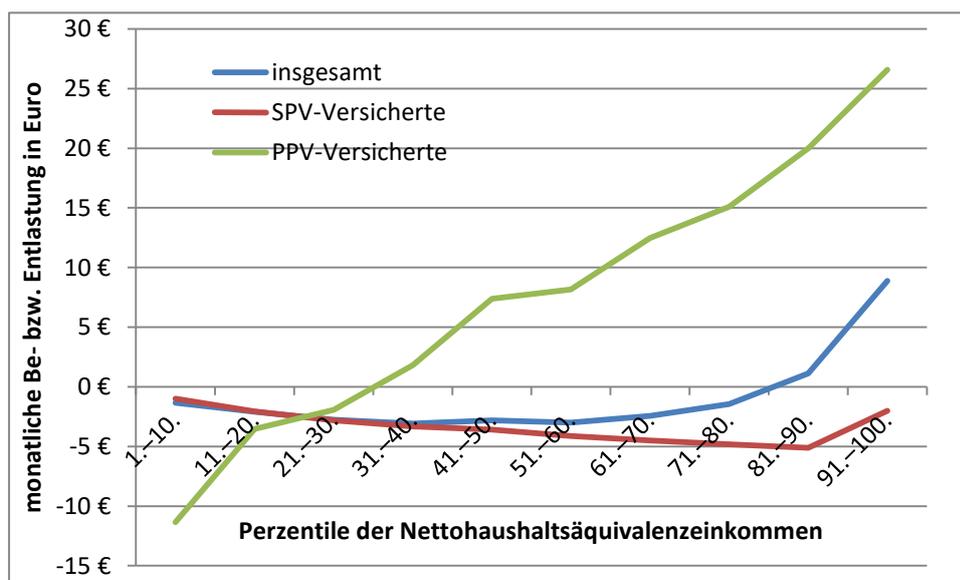


Abbildung 8: Be- und Entlastung durch Einführung einer Pflegebürgerversicherung im Vergleich zum Status quo nach Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen

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 Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen⁶ 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 Haupteinkommensbezieher 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.

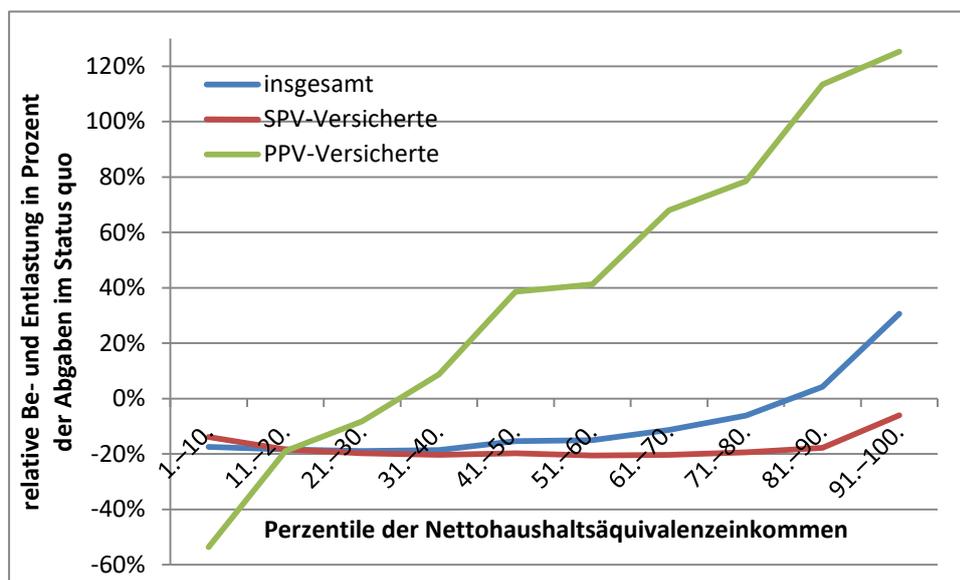


Abbildung 9: Relative Be- und Entlastung durch Einführung einer Pflegebürgerversicherung im Vergleich zum Status quo nach Nettohaushaltsäquivalenzeinkommen

4 Fazit

Insgesamt weist die Pflegevolksversicherung in ihrer aktuellen Ausgestaltung erhebliche Gerechtigkeitsdefizite auf. Insbesondere die Ausgestaltung als duale Versicherung widerspricht 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 Pfl-

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: Göppfarth, 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/tmf/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 / Kuhlmei, 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), Einkommenselektion 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 Gesundheits- und Pflegeversicherung_Mai_2017.pdf](https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung_Mai_2017.pdf).
- Rothgang, Heinz / Götz, 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>.