



## Wortprotokoll der 47. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 8. Mai 2019, 14:30 Uhr

Marie-Elisabeth-Lüders-Haus, Sitzungssaal: 3 101

Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1, 10557 Berlin

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Tagesordnungspunkt

Seite 5

- a) 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**

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**  
Finanzausschuss  
Haushaltsausschuss

- b) 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**

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit



- c) Antrag der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

**BT-Drucksache 19/8561**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Möhring, Cornelia Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:33 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren Sachverständige, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer von nah und fern. Ich darf Sie alle ganz herzlich zu unserer Anhörung, die gleichzeitig die 47. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit ist, begrüßen. Ich freue mich ganz besonders, dass Frau Naase, die zuständige Abteilungsleiterin aus dem BMG, das Ministerium hier vertreten wird und begrüße natürlich auch alle anderen Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung. Wir beschäftigen uns heute mit der künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung. Dazu liegen drei Anträge vor. Ein Antrag der Fraktion der FDP auf Drucksache 19/7691 „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“, ein Antrag der Fraktion Die Linke auf Drucksache 19/7480 „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ und eine Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen auf Drucksache 19/8561 „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“. Meine sehr verehrten Damen und Herren, alle drei Antragsteller sind der Auffassung, dass die derzeitige Form der Finanzierung der Pflegeversicherung dem steigenden Pflegebedarf einer immer älter werdenden Gesellschaft nicht mehr genügt und deshalb das Finanzierungsmodell geändert werden muss. Während die Fraktion der FDP ein Drei-Säulen-Modell aus sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegevorsorge und betrieblicher Pflegevorsorge präferiert, sind die Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/Die Grünen der Auffassung, dass die künftigen Kosten nur durch eine solidarische Pflege-Bürgerversicherung aufgefangen werden können. Allerdings sind die Modelle der Fraktionen unterschiedlich ausgestaltet. Gemeinsam ist ihnen, dass entsprechende Schritte zeitnah eingeleitet werden sollen, um die drohende Unterfinanzierung abzuwenden. Über diese unterschiedlichen Ansätze werden wir heute mit den Sachverständigen sprechen. Ich darf zuvor einige Anmerkungen zum Ablauf machen. Uns stehen genau 120 Minuten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Größe der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt.

Nach genau 120 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich darf die Fragenden und die Antwortenden darum bitten, sich kurz zu fassen, damit wir möglichst viele Fragen und Antworten erhalten können. Ich bitte das Mikrofon zu benutzen und das der Name des Sachverständigen und der Verband genannt wird, damit die Protokollierung einfacher ist und die Zuschauer auf den Rängen und an den Fernsehgeräten nachvollziehen können, welche Partei welche Frage gestellt und welcher Sachverständige darauf geantwortet hat. Ich darf mich bei allen bedanken, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Das erleichtert den Fraktionen und auch dem Ausschuss die Arbeit. Mobiltelefone sollten ausgeschaltet sein, ansonsten kostet das fünf Euro, die wir einem guten Zweck zuleiten werden. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und zeitversetzt im Parlamentsfernsehen übertragen. Außerdem kann man sie sich in der Mediathek des Deutschen Bundestages ansehen. Zusätzlich gibt es ein Wortprotokoll, das auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht wird. Ich darf jetzt für die erste Frage der Kollegin Karin Maag das Wort geben.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Wir beginnen wie in jeder Anhörung sehr grundsätzlich. Deswegen richte ich meine erste Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Helge Sodan. Die Antragsteller fordern die Abschaffung der privaten Pflegepflichtversicherung. Wie ist dieser Vorschlag verfassungsrechtlich zu beurteilen?

**ESV Prof. Dr. Helge Sodan:** Die Fraktion Die Linke fordert in ihrem Antrag vom 29. Januar 2019, die private Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung mit dem Ziel der vollständigen Integration zu überführen. Diese zum wiederholten Male erhobene Forderung stößt nach meiner Überzeugung weiterhin auf schwerwiegende verfassungsrechtliche Einwände, die ich im Rahmen einer öffentlichen Anhörung dieses Ausschusses zuletzt am 21. Juni 2017 vortragen durfte. Diese Einwände lassen sich nochmals kurz wie folgt zusammenfassen. Sehr zweifelhaft ist bereits, ob der Deutsche Bundestag für gesetzliche Festlegungen einer als umfassende Zwangsversicherung ausgestalteten sozialen Pflegeversicherung den Kompetenztitel Sozialversicherung für sich in Anspruch nehmen



könnte. Nach der Judikatur des Bundesverfassungsgerichtes können zwar neue Lebenssachverhalte in das Gesamtsystem Sozialversicherung einbezogen werden, wenn zumindest eine Orientierung am klassischen Bild der Sozialversicherung erfolgt. Von diesem Bild würde sich jedoch eine umfassende Einwohnerversicherung gerade durch die künftige Einbeziehung von Selbständigen und Beamten vollends lösen. Zusätzliche Probleme im Hinblick auf die notwendige Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergäben sich hier bezüglich der Beihilfeberechtigten. Nach Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherung waren im Jahr 2017 insgesamt ca. 9,3 Millionen Menschen in den Schutz der privaten Pflegeversicherung einbezogen. Etwa die Hälfte von diesen Versicherten war beihilfeberechtigt. Der Bundesgesetzgeber besitzt nach dem Grundgesetz aber keine Kompetenz, Landesbeamte in die soziale Pflegeversicherung zwangsweise einzubeziehen. Ferner fehlt eine Zuständigkeit des Bundes, die Länder zur Eingliederung ihrer Beamten in eine Einheitsversicherung nach dem Modell dieses Sozialversicherungszweiges zu verpflichten. Eine als umfassende Einwohnerversicherung ausgestaltete Sozialversicherung ließe sich auch mit Grundrechtsvorschriften nicht vereinbaren. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes greifen Zwangsmitgliedschaften in öffentlich-rechtlichen Körperschaften in das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ein und sind von daher rechtfertigungsbedürftig. Zwar ist eine soziale Pflegeversicherung prinzipiell zulässig. Eine die gesamte Bevölkerung einbeziehende Sozialversicherung würde aber für viele Pflichtmitglieder, die anderenfalls in den Schutz der privaten Pflegeversicherung einbezogen werden, zu einer unnötigen und damit unverhältnismäßigen Zwangszugehörigkeit führen. Auch das fiskalische Motiv niedriger Beitragssätze oder einer Vermeidung von Bundeszuschüssen kann eine umfassende soziale Bürgerzwangsversicherung in grundrechtlicher Hinsicht nicht legitimieren. Dies hat der frühere Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichtes, Prof. Dr. Ferdinand Kirchhof, bereits 2004 in einem Aufsatz zur Krankenversicherung zu Recht ausgeführt. Ein solches Versicherungsmodell wäre daher wegen Verstoßes gegen das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit verfassungswidrig. Abgesehen davon müsste, und da lese ich von der Fraktion Die Linke weiterhin gar nichts, jedenfalls ein Bestandsschutz zugunsten

derjenigen Personen geregelt werden, die derzeit über eine private Pflegeversicherung verfügen. Abschließend möchte ich noch darauf hinweisen, dass eine Abschaffung dieser privaten Versicherung ferner gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit verstoßen würde, auf welches sich private Versicherer berufen können. Der Antrag der Fraktion Die Linke lässt keine öffentlichen Interessen erkennen, die von einem solchen Gewicht sind, dass sich mit ihnen im Rahmen einer Verhältnismäßigkeitsprüfung die Zerstörung des Geschäftsmodells der privaten Pflegeversicherung rechtfertigen ließe.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Frau Dr. Fix. Im Unterschied zur Krankenversicherung erhalten Versicherte in der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung die gleichen Leistungen. Die Ausgaben pro Versichertem liegen in der gesetzlichen Pflegeversicherung jedoch wesentlich höher als in der privaten. Wie bewerten Sie diesen Sachverhalt auch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Risikostruktur in den beiden Zweigen der Pflegeversicherung?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): In der Tat gibt es in der sozialen Pflegeversicherung und in der privaten Pflegeversicherung gleiche Leistungen. Gleichzeitig sind die Risikostrukturen beider Versicherungszweige sehr unterschiedlich. Das kann man an Hand von Zahlen sehr schön aufzeigen. Der BARMER-Pflegereport weist für das Jahr 2016 aus, dass die Ausgaben pro Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung im Durchschnitt 393 Euro betragen haben, in der privaten Pflegeversicherung hingegen nur 168 Euro. In der sozialen Pflegeversicherung waren ca. 4,6 Prozent der Mitglieder Leistungsempfänger, in der privaten Pflegeversicherung hingegen nur 2,27 Prozent. Zudem sind in der privaten Pflegeversicherung die besseren Einkommensklassen versichert, also das Einkommen liegt 60 Prozent über dem Durchschnitt der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung und wir wissen, dass Einkommen mit Gesundheitszustand korreliert. Zudem gibt es die Entwicklung, dass noch, zumindest in der privaten Pflegeversicherung, die Altersstruktur der Versicherten im Hinblick auf die Möglichkeit der Inzidenz von Pflegebedürftigkeit besser ist. All dies führt dazu, dass



in der privaten Versicherung die besseren Risiken abgesichert sind, sodass die private Versicherung eine große Menge an Rückstellungen angesammelt hat. Es stellt sich die Frage, ob es gerechtfertigt ist, das sehe ich anders als Prof. Dr. Sodan, dass private und soziale Pflegeversicherung angesichts der vielen Gemeinsamkeiten nicht nur im Leistungsgeschehen, sondern auch in den Strukturprinzipien – ich verweise auf die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, keine Prämienkalkulation, die nach Geschlechtern differenziert, festgelegte Prämien, die auf die Höchstbeträge in der Sozialversicherung begrenzt sind, keine Wartezeiten etc. – also alles Elemente, die der privaten Versicherung sonst fremd sind, beide Versicherungszweige nebeneinander aufrecht zu erhalten und ob man nicht darüber nachdenken sollte, das ist die Position der Freien Wohlfahrtspflege, eine einheitliche Versicherung in der sozialen und der privaten Pflegeversicherung zu schaffen.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage geht an den Arbeitgeberverband Pflege, Herrn Greiner. Unabhängig von den eben gehörten verfassungsrechtlichen Bedenken stelle ich folgende Frage. Kann ein Umbau der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung, wie von den Grünen und von der Linken gefordert wird, eine bessere pflegerische Versorgung sicherstellen?

SV **Thomas Greiner** (Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP)): Für jeden Menschen, der heute betroffen ist und Leistungen bekommt, ist es zunächst nicht relevant, ob es die private oder die soziale Pflegeversicherung ist. Auch in der Zukunft wäre es für die Betroffenen nicht relevant, ob die beiden Systeme zusammengeführt werden. Die Probleme, die wir haben, mit denen wir im Moment am meisten zu kämpfen haben sind, wo kommen Pflegekräfte her, wie können wir einen wachsenden Bedarf erfüllen, wie finanzieren wir das Ganze. Kurz gesagt, wer macht das zukünftig und wer bezahlt es. Darauf hat diese Entscheidung keinerlei Auswirkungen.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Herrn Dr. Martin Albrecht. Können Sie zum tieferen Ver-

ständnis kurz die derzeitige Struktur der Pflegeversicherung als Grundabsicherung, Teilabsicherung, im Pflegefall erläutern?

ESV **Dr. Martin Albrecht**: Die Pflegeversicherung ist von Beginn an als Teilkostenabsicherung konzipiert. Das heißt, dass ihre Leistungen nur einen Teil der mit der Pflegebedürftigkeit entstehenden Kosten decken. Dieser Teilkaskocharakter hat sich in den letzten Jahren in Form zunehmender finanzieller Eigenleistungen der Pflegebedürftigen niedergeschlagen und bei finanzieller Überforderung können Pflegebedürftige Sozialhilfeleistungen 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 aber 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 Prozent auf 12,2 Prozent zum Jahresende 2015 gesunken und dann noch einmal besonders stark nach Umstellung auf die neuen Pflegegrade auf jetzt 8,4 Prozent zum Jahresende 2017. Unter den Pflegebedürftigen mit vollstationärer Pflege sind die Anteilswerte natürlich deutlich höher. Allerdings ist deren Anzahl seit Jahresende 2015 gesunken. Ein Ausbau der Pflegeversicherung in Richtung einer Vollkostenabsicherung ist insbesondere verteilungspolitisch kritisch zu sehen. Damit würde noch mehr auf die Möglichkeit des Entsparens, also des Vermögensabbaus im Alter und der Bedürftigkeitsprüfung im Zusammenhang mit Sozialhilfeleistungen bei finanzieller Überforderung, verzichtet. Das käme einer Schonversicherung für das vererbte Vermögen gleich und wäre auch international ohne Beispiel. Unter verteilungspolitischen Gesichtspunkten ist nicht nachvollziehbar, warum auch Beitragszahlungen von Geringverdienern den Vermögens- und Erbenschutz von wirtschaftlich besser situierten Haushalten ermöglichen sollen. Ein weiterer Aspekt ist, dass die aktuelle Diskussion zu einer Diskreditierung des Sozialhilfesystems beiträgt, die, soweit sie berechtigt ist, zum Anlass genommen werden sollte, die Defizite in diesem System zu beseitigen.



Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Prof. Dr. Christian Hagist. Wie bewerten Sie das Zusammenspiel der Kapitaldeckung und der Umlagefinanzierung in der Pflegeversicherung?

ESV **Prof. Dr. Christian Hagist**: Wenn man sich das Pflegerisiko anschaut, sieht man eindeutig, dass das Gros der Ausgaben in der Pflegeversicherung um das Alter 80 stark anzusteigen beginnt. Das heißt, die Pflege hat im Prinzip ein Langlebigerisiko. Wenn sie lange leben, dann haben sie auch ein hohes Pflegerisiko. Aufgrund dieses Risikoverlaufs ist es eigentlich prädestiniert dafür, dass man große Teile dieses Pflegerisikos kapitalgedeckt vorsorgt. Das war schon zur Einführung der sozialen Pflegeversicherung beziehungsweise der gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 der Fall. Schon dort hätte man eigentlich einen viel größeren Teil kapitalgedeckt vorsorgen können und aus ökonomischer Sicht auch müssen, da im demografischen Wandel die Kapitaldeckung das wesentlich effizientere Vorsorgeverfahren als die Umlagefinanzierung darstellt. Daher wäre es schon damals angebracht gewesen, einen besseren Ausgleich zwischen Kapitaldeckung und Umlagefinanzierung vorzusehen. Nichtsdestotrotz heißt das nicht, dass, wenn man es 1995 nicht gemacht hat, das heute zu unterlassen. Wir können auch heute noch umsteuern und ein optimaleres Verhältnis von Kapital zu Umlagefinanzierung in das Pflegesystem integrieren, was dann die Lasten des demografischen Wandels gleichmäßiger auf die Generationen verteilen würde.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Prof. Dr. Stefan Greß. Können Sie die Unterschiede beziehungsweise Ungerechtigkeiten zwischen den beiden Pflegeversicherungszweigen mit Zahlen sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite belegen? Welche Entlastungseffekte auf den Beitragssatz hätte ein vollständiger Finanzausgleich zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Versicherung sowohl auf der Einnahmen- als auch auf der Ausgabenseite?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Es wurde gerade schon angesprochen, dass die Anzahl der Pflegebedürfti-

gen in der sozialen Pflegeversicherung relativ gesehen ungefähr doppelt so hoch ist wie in der privaten Pflegepflichtversicherung. Die Leistungsausgaben sind, selbst wenn man die Beihilfenausgaben dazu rechnet, ungefähr zweieinhalb Mal so hoch. Auch die Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung sind mit ungefähr 500 Euro pro Versichertem pro Jahr im Jahr 2017 deutlich höher. Im privaten Zweig waren es nur etwa 278 Euro. Von diesem Teil ist natürlich auch ein erheblicher Teil in die Alterungsrückstellung geflossen, bei, und das wurde schon angesprochen, identischem Leistungsanspruch, sodass die Ursachen für diese Unterschiede in massiven Unterschieden im Pflegerisiko liegen müssen. Es gibt deutliche Unterschiede bei den Pflegeprävalenzen in sämtlichen Altersgruppen. Ursache hierfür sind die Selektionseffekte bei der Einwahl in die private Krankenversicherung, sodass von einer ausgewogenen Lastenverteilung, wie es 2001 im Urteil des Bundesverfassungsgerichtes angesprochen wurde, weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart und auch nicht in der Zukunft die Rede sein kann. Entgegen vieler Vorhersagen haben sich diese Unterschiede nämlich nicht grundsätzlich angeglichen. Ich sehe auch ohne Intervention in der Zukunft keine Änderung im Zeitablauf, weil wir diese Selektion an der Schnittstelle zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung immer noch haben. Dieser Effekt wird dauerhaft weiterbestehen. Das Pflegerisiko ist, auch in den hohen Altersgruppen, im privaten Bereich geringer als in der sozialen Pflegeversicherung. Das hat auch etwas mit sozialer Schicht zu tun. Mit dem angesprochenen Finanzausgleich – wir haben mal durchgerechnet, wie die Beitragskalkulation aussehen würde, wenn wir in beiden Zweigen der gesetzlichen Pflegeversicherung identisch kalkulieren würden – würde sich nach Zahlen aus dem Jahr 2016 aus dem sozioökonomischen Panel eine Entlastung von etwa 5,8 Milliarden Euro ergeben. Das sind ungefähr 0,4 Beitragssatzpunkte. Ursache dafür sind zum einen die hohen Einkommensunterschiede von ungefähr 52 000 Euro pro Versicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung, im Vergleich zu 25 000 Euro in der sozialen Pflegeversicherung, und natürlich auch die Unterschiede in den Ausgaben, sodass sich aus meiner Sicht mit einem solchen Finanzausgleich, und das ist meine abschließende Bemerkung, zukünftige Lasten, insbesondere für eine verbesserte Personal-





ausstattung und auch für eine verbesserte Bezahlung von Pflegekräften, nicht nur gerechter, sondern auch nachhaltiger finanzieren ließen.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Herrn Kalwitzki von SOCIUM. Welche Verteilungswirkungen sind im Model der von uns Grünen vorgeschlagenen Pflegebürgerversicherung zu erwarten und teilen Sie die Kritik aus der Stellungnahme von Frau Dr. Susanne Kochskämper vom Institut der deutschen Wirtschaft, dass die Pflegebürgerversicherung künftige Generationen zusätzlich belasten würde?

SV **Thomas Kalwitzki** (Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik): Die Verteilungswirkung einer Bürgerversicherung folgt der Logik der Integration der systematisch besseren Versicherungsstruktur der PPV, die Frau Dr. Fix und Herr Prof. Dr. Greß schon angesprochen haben, in die soziale Pflegeversicherung. Die hieraus resultierende Absenkung des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes führt bei einer gleichzeitigen Anhebung von Beitragsbemessungsgrenzen und einer Ausweitung der Beitragspflicht auf andere Einkommensarten, jedenfalls im Querschnitt, zu einer intragenerativen Umverteilung. Diese würde dann sowohl die heute bei der sozialen Pflegeversicherung Versicherten, als auch die heute einkommensschwächeren bei der privaten Pflegeversicherung Versicherten entlasten, während die einkommensstärkeren bei der privaten Pflegeversicherung Versicherten belastet werden. Das wäre eine Umverteilung im Vergleich zum Status quo, bei der es zu einer Verstärkung der vertikalen Umverteilung von oben nach unten kommt. Sie führt dann dazu, dass alle heute bei der sozialen Pflegeversicherung Versicherten entlastet und etwa zwei Drittel der heute bei der privaten Pflegeversicherung Versicherten belastet werden. Die letzteren, die zusätzlich Belasteten, allerdings in einem Umfang von durchschnittlich weniger als 15 Euro Mehrbelastung pro Monat. Neben diesen somit eher geringen Mehrbelastungen für einen Teil der heute bei der privaten Pflegeversicherung Versicherten stellt sich auf Systemebene die Frage, wie sich diese Umstellung dann langfristig und mit einem Kollektivbezug auswirken wird. Dazu lässt sich sagen, dass in einer Sozialversicherung, die jedenfalls

altersbezogene Risiken abdeckt, die finanzielle Last des Risikos typischerweise durch die Folgegeneration getragen wird. Dabei erhält die nahe am Einführungszeitpunkt der Sozialversicherung leistungsbeziehende Generation sozusagen ein Einführungs Geschenk, weil sie nicht vorgeleistet hat. Dieses Geschenk wird dann über die Zeit fortgeschrieben und läuft als implizierte Schuld vor jeder leistungszahlenden Generation her. Das ist ein Wesen einer solchen Sozialversicherung. Das ist kein Fehler, kein Betriebsunfall, der behoben, der vermieden werden kann oder muss. Die steigende Anzahl von Versicherten in dieser Sozialversicherung, zu der es dann bei einer Integration kommen würde, führt aber tatsächlich zu einer höheren implizierten Schuld. Hier geht es dann allerdings, da es nichts ist, was zu beheben oder zu vermeiden ist, eher darum, wie diese Schuld normativ unter solidarischen Gesichtspunkten zu bewerten ist. Sie ist dabei nicht als systematisch falsch zu bewerten, da es in Bezug auf die Generationengerechtigkeit nicht nur um die reinen Finanzströme geht, sondern vielmehr auch um die strukturellen, ideellen Gegenwerte, die an die folgende Generation übergeben werden. Im vorliegenden Fall wäre das etwa eine belastbare Pflegeinfrastruktur, die darüber aufgebaut wird, dass Humankapital, nämlich diese Struktur auch mit Leistung zu füllen, an die nächste Generation wiederum weitergegeben wird. Auch bei einer engeren Betrachtung, die nur die finanziellen Wirkungen betrachtet, wird die beschriebene implizierte Schuld einerseits steigen. Gleichzeitig werden bei einer vollständigen Integration der privaten Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung, wenn es denn verfassungsmäßig zulässig ist, die gebildeten Altersrückstellungen überführt. Diese könnten dann genau dazu genutzt werden, um den beschriebenen Effekt der implizierten Schuld, nämlich das Ansteigen proportional zur steigenden Zahl der Versicherten, deutlich zu reduzieren, wenn auch systembedingt nicht vollständig aufzuheben oder auszugleichen. Zur explizierten Herstellung und Forderung von Generationengerechtigkeit sind hier auch letztlich alle Maßnahmen innerhalb der Sozialversicherungssysteme ungeeignet, weil es eher der falsche Weg ist und man sollte die Staatsverschuldung reduzieren.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Die Frage geht an Prof. Dr. Stefan Greß. Sie raten in Ihrer Stellungnahme ausdrücklich von einer Ausweitung der kapital-



gedeckten Finanzierung der Pflegeversicherung ab und empfehlen eine Umwidmung des Pflegevorsorgefonds. Bitte erläutern Sie uns dies.

**ESV Prof. Dr. Stefan Greß:** Eine Ausweitung von Elementen individueller oder kollektiver Finanzierungselemente der Kapitaldeckung, wie wir sie als Bestandteil des Systems der Pflegeversicherung schon haben, ist aus meiner Sicht in der Tat nicht zu empfehlen. Die individuelle Kapitaldeckung, der sogenannte Pflege-Bahr erreicht nur einen sehr kleinen Teil der Bevölkerung und der kollektiv finanzierte Pflegevorsorgefonds ist ungeeignet, die demografischen Wirkungen in der sozialen Pflegeversicherung wirkungsvoll zu begrenzen. Es wäre aus meiner Sicht geradezu fatal, in Zeiten von Niedrig- und teilweise sogar Negativzinsen die Abhängigkeit der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung vom Kapitalmarkt weiter zu erhöhen. Ich schlage daher tatsächlich vor, den Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds umzuwandeln und die bisher gebildeten Rücklagen zur dringend notwendigen zumindest Teilfinanzierung eines bedarfsgerechten Personalschlüssels in der Pflege beziehungsweise in der Langzeitpflege und in einer angemessenen Vergütung der Pflegekräfte zu verwenden.

**Abg. Erich Irlstorfer (CDU/CSU):** Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Martin Albrecht. Wie wichtig ist eine Stärkung der privaten Pflegevorsorge für die Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung? Wie ist Ihre Einschätzung?

**ESV Dr. Martin Albrecht:** Eine Stärkung der privaten Pflegevorsorge ist wichtig, solange die Pflegeversicherung eine Teilkostenversicherung bleibt, wofür einige Gründe sprechen, die ich vorhin erläutert habe. Das Pflegerisiko ist mehr noch als das Krankheitsrisiko mit höherem Alter assoziiert. Daher eignet es sich prinzipiell stärker für Formen der finanziellen Vorsorge, bei denen die Belastungen über längere Zeiträume verteilt werden können. 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 aus-

geweitet werden. Die gegenwärtigen, teilweise geförderten Formen der privaten Vorsorge erscheinen mir jedoch wenig attraktiv. Pflegezusatzversicherungen lohnen sich vor allem, wenn man sie in jüngerem Alter abschließt. Ihr realer Deckungsbeitrag zum späteren Pflegerisiko ist aber nur schwer abschätzbar, weil in der Regel langfristig fixierte Leistungsobergrenzen gelten. Eine Stärkung der privaten Pflegevorsorge, die größere Teile der Bevölkerung erreicht, erfordert daher einen breiteren Ansatz, der den gesamten Bereich der Alterssicherung mit einbezieht. Die gezielt gesetzlich geförderten Formen der Pflegevorsorge sollten zudem alternative und innovative Formen vorsehen und adressieren, beispielsweise Versicherungsprodukte mit Assistenzleistungen oder der Bereich Immobilienverrentung oder Umkehrhypotheken. Staatliche Unterstützung sollte dabei nicht in erster Linie Produktsubventionierungen vorsehen. Notwendig ist meines Erachtens auch, rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, welche die Entwicklung innovativer Anbieter und Produkte begünstigen. Flankiert werden sollte dies durch Maßnahmen für einen ausreichenden Verbraucherschutz, zum Beispiel durch Schaffung verbindlicher Produktstandards oder die Absicherung der Folgen von Insolvenzen gerade innovativer Anbieter für die Verbraucher.

**Abg. Prof. Dr. Claudia Schmidtke (CDU/CSU):** Meine Frage geht an den Verband der privaten Krankenversicherung. Welche Fördermöglichkeiten bietet der Staat schon heute, um die Bürger bei der privaten Vorsorge durch eine Pflegezusatzversicherung zu unterstützen?

**SV Dr. Florian Reuther (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)):** Wir haben im Moment ein System aus verschiedenen Säulen der privaten Vorsorge für den Pflegefall. Das, was staatlich gefördert wird, ist die ergänzende Pflegeversicherung, landläufig der sogenannte Pflege-Bahr, der seit 2013 am Markt ist, und der eine deutliche Verbesserung zu der Situation davor dargestellt hat. Man muss sehen, seitdem es diese Förderung gibt, hat sich die Zahl der ergänzenden Pflegeversicherungen fast verdoppelt im Verhältnis zu den zehn Jahren davor. Allerdings wäre ein weiterer Ausbau der Fördermechanismen in diesem Zusammenhang



wünschenswert, weil sämtliche Formen der ergänzenden, privaten Pflegeversicherung ein geeignetes Mittel sind, um Rücklagen für das Alter zu schaffen, um damit die pflegerische Versorgung zu finanzieren.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. Im Gegensatz zur ambulanten Pflege werden die Kosten für die medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich teilweise nicht von der Krankenversicherung getragen. Welchen Beitrag zur Entlastung der Versicherten kann die Übernahme der Kosten für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V leisten?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Ganz kurz eine Bemerkung vorweg. Es ist so, dass diese Situation, die Sie beschreiben, ein Stück weit ein wahrscheinlich historisch gebundener Kompromiss bei der Einführung der Pflegeversicherung gewesen ist. Insofern kann man manche Mechanismen, glaube ich, nur anhand dieser historischen Blaupause erklären. Konkret ist es nach den Berechnungen, die uns vorliegen, so, dass wenn der Gesetzgeber eine vollständige Übernahme der Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung vorsehen würde, wir in etwa von einer Entlastung für den Zweig der Pflegeversicherung von rund 3 Milliarden Euro und einer Belastung der Krankenversicherung in etwa der gleichen Höhe reden würden. Da es sich in der Regel bei 90 Prozent um den gleichen Personenkreis handelt, ist das natürlich eine Verschiebung zwischen den Versicherungszweigen. Hinsichtlich der Frage, wer dann für die Beiträge aufkommt, ist die Konsequenz im Wesentlichen auch bekannt. Das muss man sehen. Einen Effekt bezogen auf die Versicherten hätte dies nur dann, wenn der Gesetzgeber gleichzeitig eine in der Sache sehr klare und durchsetzungsfähige Regelung schafft, die eine entsprechende Entlastung bei den Beiträgen der Pflegeversicherung bedingt, damit die heute finanzierten Aufwendungen der häuslichen Krankenpflege auch aus dem Finanztableau der Pflegeversicherungskosten für die stationären Einrichtungen herausgerechnet werden. Das ist die dringende Notwendigkeit, wenn man darüber nachdenkt. Man kann hier einen robusten Entlastungseffekt nur dann erzielen, wenn tatsächlich die heutigen Budgets und Verträge um diesen Betrag bereinigt werden.

Abg. **Ulrich Oehme** (AfD): Meine Frage geht an den Arbeitgeberverband Pflege. Zur Sicherung der pflegerischen Versorgung und deren Finanzierung ist aus unserer Sicht die Stärkung der pflegenden Angehörigen zum einen in steuerlicher Hinsicht und zum anderen in organisatorischer Hinsicht notwendig. Was halten Sie von diesem Ansatz und welche Maßnahmen müssten Ihrer Ansicht nach ergriffen werden, um Leistungsanbietern eine konzeptionelle Umsetzung zu ermöglichen?

SV **Thomas Greiner** (Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP)): Zunächst, wenn Sie Unternehmer sind, haben Sie die gute Eigenschaft, dass Sie sagen, wo sind die größten Zielgruppen. In meiner Wahrnehmung geht die öffentliche Diskussion sehr stark um die Themen im stationären oder im ambulanten Bereich. Wenn wir uns klarmachen, dass wir von 3,4 Millionen Pflegebedürftigen heute 2,6 Millionen haben, die zu Hause versorgt werden, davon 1,76 Millionen durch die Angehörigen allein und noch einmal 830 000 durch Angehörige und ambulante Dienste, dann ist es wichtig, auf diese Gruppe zu schauen. In unserem Verband ist die Zahl der Unternehmen, die 24 Stunden häusliche Betreuung anbieten, in den letzten Jahren sehr stark gewachsen. Es gibt darüber relativ wenige Zahlen, Manchmal wird davon gesprochen, dass es rund 400 000 Betreuungskräfte in privaten Haushalten gäbe. Insofern hat man eine Vorstellung, wie groß diese Zielgruppe ist. In meiner Erfahrung ist es so, dass es ein Angebot ist. Das ist für die Menge der Leute die erste Priorität. Sie möchten gerne zu Hause bleiben, haben aber insbesondere das Problem, wenn sie in einem Einpersonenhaushalt leben, ihre Kinder weit weg wohnen und sie keine Familienangehörigen mehr vor Ort haben, wie dann dafür gesorgt werden kann, dass die Familie je nach Bedarf entweder abschnittsweise unterstützt oder sie durch 24 Stunden häusliche Betreuung ersetzt wird. Insofern glaube ich, dass es Sinn macht, von der aus meiner Sicht völlig überfixierten Konzentration auf ambulant und stationär mit einem unglaublichen Regelungstsunami, sich beispielsweise anzusehen, wie es andere Länder machen. Es empfiehlt sich insbesondere nach Österreich zu schauen, die in dem Bereich, was Lösungen anbelangt, schon ein großes Stück weiter sind. Da kommen Stichworte wie Sozialversicherungsthemen, Steuerzuschüsse, Zuschüsse zur Sozialversicherung, Abgaben, um diese Modelle auf eine Basis zu



stellen. Darüber hinaus macht es durchaus Sinn, sich zu überlegen, wie kann man Familien steuerlich entlasten. Wenn ich einen Maler oder einen sonstigen Handwerker beschäftige, erhalte ich bestimmte steuerliche Beträge. Das ist ein Ansatz, weil ich davon ausgehe, dass der Druck auf die Versorgung im familiären Bereich noch steigen wird. Wir haben heute schon die Situation, dass im ambulanten Bereich Kunden abgewiesen werden müssen, weil wir keine Pflegekräfte dafür haben. Wir haben durch die Erhöhung der Personalschlüssel im stationären Bereich das Problem, wenn Sie keine Pflegekräfte finden, dann haben sie eben nur eine reduzierte Bettenzahl. Hier gibt es Entwicklungen, die dafür sorgen werden, dass es noch mehr auf die Familie ankommt. Die Dinge, die wir im Moment diskutieren, Stichwort bessere Bezahlung, egal ob über den Weg Mindestlohnkommission oder über den Weg eines allgemeinverbindlichen Tarifvertrages, werden dazu führen, dass die Zuzahlungen massiv, insbesondere in den neuen Bundesländern, steigen werden. Das wird auch dazu führen, dass die Frage kommt, was können wir in der Familie machen. Die bisherigen Angebote wie Schulungen etc. sind aus meiner Sicht zu begrüßen. Es gibt aber in diesem Bereich noch vieles, womit man die Situation für die Familien noch verbessern könnte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Kiefer vom GKV-Spitzenverband. Welche Ausgabenentwicklung der sozialen Pflegeversicherung prognostizieren Sie für die kommenden Jahre unter Berücksichtigung der demografischen und konjunkturellen Entwicklung?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Wir gehen davon aus, dass unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen, das heißt also die Anhebung des Beitragssatzes in der Pflegeversicherung auf 3,05 Prozent, die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in etwa bis zum Jahr 2022 so verlaufen werden, dass mit dem jetzigen Beitragssatz das heutige Leistungsniveau finanziert werden kann. Dem liegt einnahmeseitig eine Schätzung zugrunde, dass sich die Bruttolohn- und Gehaltsentwicklung etwa um 3,7 Prozent weiter positiv entwickeln wird. Wir gehen davon aus, dass sich die überproportionalen Zugänge in die Pflegeversicherung, die wir aufgrund der Sonderentwicklung der

Pflegestärkungsgesetze und der Umstellung hatten, etwas abschwächen werden, und wir etwa einen jährlichen Zuwachs von 150 000 Leistungsempfänger haben werden und dass in diesem Zeitraum der gesetzliche Auftrag zur Anhebung der Leistungsbeträge nach § 30 SGB XI etwa 5 Prozent beträgt. Das sind die Annahmen. Bei diesen Annahmen kommen wir dazu, dass in etwa 2021 eine Rücklage in der Pflegeversicherung von ungefähr 8 Milliarden Euro bestehen wird. Ich will deutlich darauf hinweisen, dass diese gesamten Aussagen zu den Zahlenwerten immer ein gewisses Risiko darstellen. Wenn finanzwirksame Reformen, wie sie teilweise diskutiert, auch zu Recht mindestens erwogen werden, dazu kommen, wie beispielsweise die Wirkung einer deutlichen Anhebung des Tarifgefüges und Personalbemessungsverfahrens mit entsprechenden Effekten und ähnlichem, dann muss man davon ausgehen, dass dieses Finanztableau, so wie ich es hier vorgetragen habe, so eins zu eins nicht entsprechend eintreten wird. Unter ceteris paribus-Bedingungen haben wir bis etwa 2022, was die Finanzlage der Pflegeversicherung betrifft, eine gewisse Stabilität.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Kochskämper vom Institut der deutschen Wirtschaft. Führt eine Pflegebürgerversicherung aus Ihrer Sicht zu einer geringeren Belastung zukünftiger Generationen?

Sve **Dr. Susanna Kochskämper** (Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (IW)): Aus unserer Sicht führt die Einführung oder die Umstellung in eine Pflegebürgerversicherung nicht zu einer Entlastung künftiger Generationen. Das hatten wir ja gerade auch schon gehört. Langfristig ist damit zu rechnen, dass die implizierte Schuld in der Versicherung durch eine solche Maßnahme steigt. Das liegt, darüber hatten wir auch schon gesprochen, auch an der Versichertenstruktur, denn momentan steht die Versichertenstruktur der privaten Pflegeversicherung zwar besser da, aber die Altersstruktur dort ist schon heute ungünstiger als in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Somit ist davon auszugehen, dass sich hier in Zukunft die Altersstruktur der Bürgerversicherung sogar ungünstiger entwickeln würde als die einer sozialen Pflegeversicherung im Status quo. Deswegen gehen wir davon aus, dass die Belastung für die künftige Generation



steigt. Die Diskussion, ob heutige Investitionen durch eine Erhöhung der implizierten Schuld so gerechtfertigt sein könnten, haben wir schon in der Staatsverschuldung, wenn wir über die Frage diskutieren, können wir Schulden machen, um Investitionen für die Zukunft zu rechtfertigen. Diese Diskussion in einem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem zu führen, ist umso problematischer.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richte ich an Prof. Dr. Stefan Greß. Die Integration der privaten Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung ist nach Einschätzung vieler nicht verfassungsgemäß. Sie sagen aber, es sei verfassungsgemäß. Worauf stützen und wie begründen Sie Ihre Rechtsauffassung?

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Ich nehme mir das Recht, vorab vor der Beantwortung der Frage eine zusätzliche Frage zu stellen, nämlich, ob die derzeitige Situation verfassungsgemäß ist. Das Bundesverfassungsgericht hat 2001 in seinem Urteil zur Verfassungsmäßigkeit der privaten Pflegepflichtversicherung ausgeführt, dass der Gesetzgeber eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, die einzelne Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Leistungsverteilung zugeordnet hat. Von einer ausgewogenen Leistungsverteilung oder Lastenverteilung kann nicht die Rede sein, weder in der Vergangenheit noch in der Gegenwart und auch nicht in der Zukunft, selbst wenn sich die Altersstruktur annähern sollte. Von einer Annäherung der Pflegeprävalenzen in den beiden Versicherungszweigen kann überhaupt keine Rede sein. Die Ziele einer Pflegebürgerversicherung, um auf Ihre Frage zurückzukommen, insbesondere die Nachhaltigkeit der Finanzierung zu stärken und Gerechtigkeitsdefizite abzubauen, sind vom Bundesverfassungsgericht in der Vergangenheit als besonders wichtige Interessen der Gemeinschaft anerkannt worden, die entsprechend starke Eingriffe rechtfertigen. Die Beschränkung der Vertrags- und Vorsorgefreiheit, zumindest der neu Versicherungspflichtigen und der Vertrags- und Berufsfreiheit der Unternehmen der privaten Krankenversicherung, in Zukunft neue Verträge abzuschließen, sind aus meiner Sicht geeignet und erforderlich, diese Ziele

zu erreichen. Aus meiner Sicht ist deswegen eine solche Reform zumutbar und angemessen, auch wenn in der Beurteilung dieser Schranke große Spielräume bestehen. Endgültig werden wir es erst wissen, wenn das Bundesverfassungsgericht geurteilt hat.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die PKV, Herrn Dr. Reuther. Frau Dr. Kochskämper hat ausgeführt, was die Einführung einer Bürgerversicherung in der Pflege im Hinblick auf die Generationengerechtigkeit bedeutet. Das hätte ich gerne auch aus Ihrer Sicht beleuchtet.

SV **Dr. Florian Reuther** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Ich glaube, es gibt drei verschiedene Aspekte, die hier zu betrachten sind. Das erste ist die Frage der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit eines solchen Vorhabens. Hierzu hat Herr Prof. Dr. Sodan schon alles Notwendige gesagt. Verfassungsrechtlich wäre eine solche Bürgerversicherung nicht haltbar. Der zweite Aspekt ist, ob ein solches Vorhaben eine strukturelle Verbesserung der langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung mit sich bringen würde. Auch das würden wir anders sehen. Wir stehen vor einer erheblichen demografischen Herausforderung und Pflegekosten sind altersabhängig. Das größte Pflegerisiko tritt ab dem 80. beziehungsweise 85. Lebensjahr ein. In diesem Alter stellt sich, wenn die Pflegebedürftigen die Kosten für die pflegerische Versorgung nicht selber aus aktuellen Einkünften tragen, die Frage, wie die Finanzierung zu erfolgen hat. Da gibt es zwei Wege. Der eine Weg ist, andere zahlen es. Im Grunde genommen sind das die Jüngeren. Das ist der Weg der Umlage, der allerdings voraussetzt, dass es jüngere Beitragszahler gibt, die ausreichend leistungsfähig sind. Das ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, die wir vor uns sehen, nicht mehr gewährleistet, wie wir an den verschiedenen Beitragsatzprognosen sehen. Der andere Weg, den die private Pflegepflichtversicherung nimmt, geht dahin, dass die Finanzierung der Pflegekosten durch das Ansparen von Mitteln finanziert wird, sodass jede Altersgruppe, die pflegebedürftig wird oder in pflegenahen Jahrgängen kommt, über entsprechende Rückstellungen verfügt. Derzeit sind rund 35 Milliarden Euro



für 9,3 Millionen Versicherte in der Pflegepflichtversicherung. Dieser Weg ist unabhängig von der demografischen Entwicklung und es wäre geradezu ein Irrsinn, die demografische Entwicklung außer Acht zu lassen und dieses Verfahren zugunsten einer Einheitslösung abzuschaffen. Die Einheitslösung würde, und das ist der dritte Aspekt, dazu führen, dass die Belastung der dann größeren sozialen Pflegeversicherung, größer würde, denn hier ist auch das Risikokollektiv der privaten Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Anders als es einige der Vorredner behauptet haben, ist die Risikostruktur in der PKV derzeit nicht besser als in der sozialen Pflegeversicherung. Das Durchschnittsalter ist jetzt schon mehr als zwei Jahre höher als in der sozialen Pflegeversicherung. Hinzu kommt, dass für die Risikostruktur abzustellen ist auf die Frage, welche Leistungen zu erbringen sind und nicht auf das Verhältnis der Leistungsempfänger zu den Versicherten insgesamt. Ein Versicherter in Pflegegrad 1 bekommt fast gar keine Leistungen. Ein Versicherter in Pflegegrad 4 ist etwa drei Mal so teuer wie ein Versicherter in Pflegegrad 2. Wenn Sie sich anschauen, wie die Besetzung in den einzelnen Pflegegraden ist, so zeigt sich, dass in der privaten Pflegepflichtversicherung die teuren Pflegegrade 4 und 5 deutlich stärker besetzt sind als in der sozialen Pflegepflichtversicherung. Wenn man dieses Kollektiv in die soziale Pflegepflichtversicherung überführen würde, würde man eine zusätzliche Belastung herbeiführen. Auch deswegen ist es nicht geboten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Rosenbrock vom Paritätischen Wohlfahrtsverband. Der Paritätische setzt sich, wie auch wir Grünen, für eine Pflegebürgerversicherung ein. Welche systematischen Aspekte sind Ihnen dabei besonders wichtig und welche Ziele verfolgen Sie damit?

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Für uns ist die Pflegebürgerversicherung wie auch die Pflegekrankenversicherung die Vollendung des Bismarck'schen Gedankens. Danach ist die Aufgabe der Sozialpolitik, die großen Lebensrisiken, die der Einzelne und seine Familie nicht auffangen können, solidarisch zu bewältigen. Das sind

die Risiken Krankheit, Alter, Arbeitslosigkeit, Invalidität und Pflegebedürftigkeit. Diese Risiken sollen so abgesichert werden, dass zwischen Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen, zwischen Jung und Alt, zwischen großen und kleinen Familien, zwischen Arm und Reich ein gerechter, fairer und solidarischer Ausgleich erzielt wird. Dieses Ziel ist anders als in einer Bürgerversicherung nicht zu erreichen. Die bisherige Sozialversicherung, die sich nur auf Arbeitseinkommen stützt, geht zunehmend an der Realität der Arbeitswelt und der Einkommensstrukturen vorbei oder entwickelt sich von diesen fort. Es fehlen bei der Verbeitragung die Vermögenserträge und es fehlen die Werkverträge und alle die Einkommensarten, die nicht unmittelbare Arbeitseinkommen sind. Die Trennung zwischen gesetzlicher und gewinnwirtschaftlicher Versicherung ist eigentlich immer ein Kompromiss gewesen, um denen, die reicher sind, die Annahme des Sozialversicherungsgedankens zu erleichtern. Das ist im gewissen Sinne auch politisch richtig, das so zu machen, aber das führt an seine Grenzen, wenn die Systeme so nicht mehr finanzierbar sind. Dann ist es ein öffentliches Interesse von großem Gewicht, um den Kollegen Sodan zu zitieren, dass es erforderlich macht, nach neuen Lösungen zu suchen. Vor dieser Situation stehen wir. Wir haben in der Pflegeversicherung eine erheblich gestiegene Anzahl an Leistungsempfängern. Es wurde gesagt, wir haben erhebliche Leistungsumfangsteigerungen und neue Leistungen. Wenn ich in das PSG III sehe, ist da sozialraumorientierte Pflege gefordert. Das ist ein Gebiet, was noch gar nicht betreten wurde, wo noch viel zu tun ist, gerade für uns von der Zivilgesellschaft. Wir haben zu wenig Personal, wir haben unterbezahltes Personal, wir haben Investitionsstau und der Personalschlüssel stimmt nicht. Das alles sind Gründe, weshalb es nicht angeht, dass für acht Prozent der Versicherten eine Rücklage von 35 Milliarden Euro einfach ruht, während der Pflegevorsorgefonds mit ungefähr drei Milliarden Euro auch nicht für die Zwecke eingesetzt wird. Aus all den Gründen sind wir der Auffassung, dass in der Tendenz eine Bürgerversicherung die einzige Lösung ist. Das würde einfach nur bedeuten, die Versicherungspflichtgrenze aufzuheben, dann sind nämlich alle in der sozialen Versicherung drin. Unsere Forderung ist es, die Beitragsbemessungsgrenze, zunächst mal in einem ersten Schritt auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung anzuheben.



Natürlich sehe ich ein Problem mit dem Bestandschutz, das geht sicherlich nicht so, dass man einfach die Reserven der privaten Pflegeversicherung in eine neu zu schaffende Institution überführt. Es sind Eigentumsrechte berührt und die müssen geschützt werden. Da haben Herr Prof. Dr. Sodan und Kollegen sicherlich noch viel zu tun, um das gut zu begründen. Was wir auch sehen müssen ist der ursprüngliche Zweck der Pflegeversicherung, die Entlastung der Kommunen. Dies gerät unter den von mir geschilderten zusätzlichen Belastungen immer mehr unter Druck. 13 Prozent der Ausgaben für Pflege sind mittlerweile Hilfe zur Pflege von den Kommunen. Das genau sollte 1995 abgebaut werden. Deswegen zu sagen, wir haben da überhaupt kein Problem, das kann ich überhaupt nicht verstehen. Es ist auch für mich unverständlich, wie gesundheitswissenschaftlich gebildete Menschen sagen können, die Pflege sei ein altersabhängiges Risiko. Natürlich, wenn man genau hinguckt, das wissen wir aus den jährlich veröffentlichten Zahlen des Robert-Koch-Institutes, Menschen an oder unter der Armutsgrenze, das sind 16 Prozent in Deutschland, leben nicht nur im Durchschnitt zehn Jahre kürzer, sondern von ihrer geringeren Lebenszeit verbringen sie im Durchschnitt auch 3,5 Prozent mehr in chronischer Krankheit und sind dadurch häufiger pflegebedürftig. Das Pflegerisiko ist nicht nur ein Altersrisiko, es ist in gleichem Maße ein soziales Schichtisiko. Da kann man nicht sagen, die einen, die mit dem geringen Risiko, haben die Luxusfinanzierung und die anderen sollen sehen, wo sie herkommen. Noch ein letztes Wort. Ich verstehe auch als gelernter Ökonom nicht, wie man nach der Finanzkrise 2007/2008 ungebrochen das Lob der Kapitalmarktfinanzierung singen kann. Mein verehrter Fachgroßvater Mackenroth hat mal gesagt, jede Sozialleistung muss logisch aus dem Wirtschaftsertrag der Periode bezahlt werden, in der die Leistung anfällt. Das ist nun mal so. Ich kann das mit Risiko machen, dann gehe ich auf Kapitalansparverfahren, aber ich kann es ohne Risiko machen, dann mache ich es im Umlageverfahren. Infolgedessen hat sich das Umlageverfahren in den gut 130 Jahren, die der deutsche Sozialstaat damit fährt, gut bewährt und es gibt keinerlei Grund davon abzuweichen.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht ebenfalls an Herrn Prof. Dr. Rosenbrock. Die Investitionskosten in der stationären Pflege werden zurzeit

von den Pflegebedürftigen getragen. Meine Frage ist, inwiefern die Länder über die Förderung der Investitionskosten zu einer finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen beitragen können.

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Es gab im Zuge der Verabschiedung des Gesetzbuches zur sozialen Pflegeversicherung immer wieder Zusagen der Länder, Investitionskosten im Pflegebereich zu übernehmen. Ich glaube, dass die Lage im Pflegebereich hinsichtlich der Übernahme von Investitionskosten durch die Länder noch dramatischer als im stationären Sektor ist, in dem wir auch große Varianzen zwischen den Bundesländern, aber insgesamt eine Nichterfüllung gebotener Verpflichtungen und Versprechen, zu beobachten haben. Ich weiß, wir sind hier im Deutschen Bundestag, wo es wenig Möglichkeiten gibt, in diese Richtung zu wirken, aber mal wieder deutlich zu machen, dass die Bundesländer Dinge in der Pflege versprochen haben und diese Versprechen nicht eingehalten werden, könnte einen gewissen politischen Druck entfalten. Es geht auch darum, die immer höhere Eigenbeteiligung der zu Pflegenden zu stoppen. Vielfach wird die Pflegeversicherung in der Öffentlichkeit als Teilkaskoversicherung bezeichnet, was sie gar nicht ist. Bei der Teilkaskoversicherung erhalte ich den Schaden nämlich ersetzt und muss aber zum Beispiel 500 Euro bei einer Autoteilkaskoversicherung zahlen. Wenn wir einen solchen Zustand in der Pflege hätten, wären wir schon sehr viel weiter. Wir sagen auch als paritätischer Gesamtverband, dass wir irgendeine Begrenzung der Eigenzahlung der Versicherten wollen. Wir können auf Prozente oder einen Betrag gehen. Das wären zusammen mit einer Aktivierung der Finanzierungsmöglichkeiten der Länder zwei Wege, das Problem etwas kleiner zu machen.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Ich stelle die Frage an Herrn Prof. Dr. Sodan. Der privaten Pflegeversicherung wird immer wieder vorgeworfen, dass sie die Solidarität behindern würde. Auch wenn es historisch unterschiedliche Betrachtungsweise darüber gibt, was Solidarität ist, wie ist Ihre Position zu solch einer Definition von Solidarität?



**ESV Prof. Dr. Helge Sodan:** Zur Solidarität trägt wesentlich die Verwirklichung des sogenannten und grundgesetzlich verankerten Sozialstaatsprinzips bei. Da dieses Prinzip auf verfassungsrechtlicher Ebene weitgehend unbestimmt bleibt, ist eine Konkretisierung notwendig, die nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes vor allem durch den Gesetzgeber erfolgt. Dem Pflegeversicherungsgesetz von 1994 entnahm das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil von 2001, ich zitiere: „das gesetzgeberische Gesamtkonzept einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegepflichtversicherung“. Das Bundesverfassungsgericht hielt es für zulässig, dass der Gesetzgeber des Bundes für einen von ihm neu geschaffenen Typ von privatrechtlicher Versicherung Regelungen des sozialen Ausgleichs vorsieht. Es verwies unter anderem auf die Versicherungspflicht, den Kontrahierungszwang und Einschränkungen privatautonomer Gestaltungsfreiheit. Eine Verwirklichung des Sozialstaatsprinzips erkannte das Bundesverfassungsgericht in einem Urteil aus dem Jahre 2009 auch in der privaten Krankenversicherung. Ich zitiere: „für das im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz formulierte Ziel, allen Bürgern der Bundesrepublik Deutschlands einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung zu sichern, kann sich der Gesetzgeber auf das Sozialstaatsgebot des Artikels 20 Absatz 1 Grundgesetz berufen.“ Der Schutz der Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Kernaufgabe des Staates. Tragen demnach sowohl die private Kranken- als auch die private Pflegeversicherung zur Verwirklichung des Sozialstaatsprinzips bei, so sind Behauptungen, diesen Versicherungen fehle die notwendige Solidarität schlicht falsch. Insoweit finanzieren in jeder Versicherungsgemeinschaft die Gesunden über ihre Versicherungsbeiträge die notwendigen Leistungen für die Kranken und die Pflegebedürftigen wesentlich mit. Man kann es auch mit dem berühmten Bibelzitat aus dem Brief des Paulus an die Galater formulieren: „Einer trage des anderen Last“. Wechselseitige Solidarität üben in der privaten Pflegeversicherung insgesamt circa 9,3 Millionen Menschen. Wie man vor diesem Hintergrund der privaten Pflegeversicherung vorwerfen kann, sie behindere die Solidarität, ist für mich nicht nachvollziehbar. Eine

letzte Bemerkung zu dem, was Herr Kollege Prof. Dr. Rosenbrock angemerkt hat. Ich halte es schon für sehr problematisch, sich in diesem Zusammenhang auf Otto von Bismarck zu beziehen und darf insoweit daran erinnern, dass die sogenannte Krankenversicherung der Arbeiter im Jahr 1883 mit einem sehr kleinen Versichertenkreis begann. Das waren knapp 10 Prozent der Bevölkerung und die Arbeiter mit den niedrigsten Löhnen. Wie man vor diesem Hintergrund jetzt Bismarck bemühen könnte, um eine umfassende Volksversicherung zu rechtfertigen, kann ich beim besten Willen nicht erkennen.

**Abg. Dr. Heiko Wildberg (AfD):** Meine Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Ich komme zurück auf den Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Dort wird die Behauptung aufgestellt, dass Leistungsverbesserungen, wie zum Beispiel wohnortnahe Pflegekonzepte, nur mit Einführung einer Bürgerversicherung möglich seien. Ist diese Behauptung stichhaltig?

**SV Herbert Mauel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)):** Ich glaube, dass diese Verknüpfung zu einer Form der Finanzierung nicht wirklich zutreffend ist. Der Deutsche Bundestag legt den Leistungsumfang sowie die Finanzierung fest und damit eben auch, welchen Anteil die Versicherten anschließend selber übernehmen müssen. Das Thema der bürgernahen Versorgung ist ja nicht wirklich neu. Wir haben fast 5 000 Pflegeeinrichtungen, die vor Ort und nicht 50 Kilometer entfernt versorgen. Wir haben die Pflegeeinrichtungen, die bundesweit versorgen. Es wird immer so getan, als ob das ein völlig neues Thema wäre. Dass es einen untrennbaren Zusammenhang gibt, können wir an der Stelle wirklich nicht erkennen.

**Abg. Sabine Dittmar (SPD):** Meine Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrtspflege, Frau Dr. Fix. Es besteht inzwischen breiter Konsens, die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu begrenzen. Wie kann aus Ihrer Sicht die Absicherung des finanziellen Pflegerisikos in Zukunft sichergestellt werden?





SV **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Sie sprechen wahrscheinlich den sogenannten Sockel-Spitze-Tausch an, das derzeit prominenteste Modell zur Begrenzung der Eigenanteile. Wir haben natürlich in der Freien Wohlfahrtspflege große Sympathien für dieses Modell. Gleichviel muss man sagen, dass noch einige Fragen zu beantworten sind, da sie noch nicht gelöst sind, wie beispielsweise die Frage, wie der Sockel-Spitze-Tausch in der ambulanten Pflege funktionieren könnte. Dort haben wir keine Vollversorgung, sondern die Versicherten haben die Wahlfreiheit zwischen unterschiedlichen Leistungsarten. Es sind auf jeden Fall noch einige Fragen offen. Gleichviel teile ich die Ansicht. Es gibt, glaube ich, auch hier im Deutschen Bundestag einen breiten Konsens zu dem Thema Begrenzung der Eigenanteile. Die Eigenanteile, das ist zu konstatieren, sind gerade in den letzten Jahren extrem angestiegen. Eine wesentliche Ursache dafür ist der nicht mehr geförderte Anteil der Investitionskosten durch die Länder. Die Investitionskosten nehmen mittlerweile einen breiten Anteil an den Gesamtkosten und somit an der Eigenbelastung ein, der in einigen Bundesländern Ostdeutschlands und Norddeutschlands sogar höher ist als die pflegebedingten Kosten. Eine andere wesentliche Ursache für den Anstieg des Eigenanteils ist die Refinanzierung der Tarife. Das ist auch eine Entwicklung, die wir gerade als Freie Wohlfahrtspflege ausdrücklich begrüßen. Aber sie geht zu Lasten der Eigenbeteiligung der Betroffenen. Des Weiteren streben wir alle eine verbesserte Personalausstattung in der stationären und in der ambulanten Pflege an. Aber im Teilleistungssystem oder Teilkostensystem, wie Herr Prof. Dr. Rosenbrock vorher ausgeführt hat, führt auch dies zu einer steigenden Eigenbeteiligung der Betroffenen. Somit ist es dringend notwendig, hier etwas zu tun. Als Sofortmaßnahme könnte man beispielsweise den von Prof. Dr. Greß erwähnten Pflegevorsorgefonds einführen, indem man den Vorsorgefonds des SGB XI umwidmet. Das wäre eine Sofortmaßnahme, die 3,7 Milliarden Euro betrifft, womit man die Mehrpersonalisierung finanzieren könnte. Ein anderer Punkt, dazu hat der Kollege Kiefer ausgeführt, wäre, die medizinische Behandlungspflege in den stationären Einrichtungen vollständig aus dem SGB V zu refinanzieren. Hier haben wir mit dem PPSG, dem Sofortprogramm für 13 000 neue Perso-

nalstellen einen ersten Schritt getan. Wir befürchten allerdings, dass bei einer bürokratischen Umsetzung der Entlastungseffekt nur schleppend eintreten wird. Dieser Pfad sollte gleich weiterverfolgt werden. Wir sollten zu einer vollständigen Entlastung dieser Belastung der Betroffenen kommen. Ich würde sagen, man kann von Zahlen bis zu 3 Milliarden Euro ausgehen. Das sollte noch in dieser Legislaturperiode erfolgen. Das würde die Eigenbeteiligung massiv reduzieren. Zuletzt, ich komme zum Anfang zurück, müssen die Länder wieder die Förderung der Investitionskosten übernehmen. Das ist ein wesentlicher Beitrag zur Entlastung. Noch ein allerletzter Satz. Wenn wir insgesamt eine Bürgerversicherung oder ein einheitliches Versicherungssystem, es gibt ja die unterschiedlichsten Begrifflichkeiten, einführen, hätten wir eine breitere Einnahmebasis und könnten über weitere Leistungsverbesserungen nachdenken. Das würde auch zu einer nachhaltigen Entlastung der Versicherten führen.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie führen in Ihrer Stellungnahme aus, wie sich die durch die Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteile entwickelt haben. Sie gehen dabei auch auf die Rolle der Länder ein. Inwieweit tragen die Länder zur Entlastung bei Pflegebedürftigkeit aktuell bei? Mich würde hier Ihre Meinung interessieren. Wir haben eine Ausführung dazu bereits gehört.

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): In der Tat, wenn man sich die Situation aus der Betrachtungsweise anschaut, wie die derzeitige Finanzierungssystematik auf den einzelnen Pflegebedürftigen wirkt, wir reden in der Tat in der Regel von demjenigen, der stationäre Leistungen in Anspruch nimmt, in Anspruch nehmen muss, dann sehen wir ganz problematische Entwicklungen. Es gibt eine klare Entwicklung, das ist angesprochen worden. Wir haben im Durchschnitt in der Bundesrepublik etwa 450 Euro in der stationären Pflege an Investitionskosten, die durch die einzelnen Pflegebedürftigen oder durch deren Familien aufzubringen sind. Das war, historisch ist es angesprochen worden, ein anderes Versprechen der Länder bei der Einführung der Pflegeversicherung. In der Tat muss man feststellen, das Unterlassen von bestimmten sozialstaatlichen Verpflichtungen der Länder im Bereich



der Pflege ist wahrscheinlich als noch gravierender zu bezeichnen, als die Unterlassungen bei der Investitionskostenfinanzierung für den akut stationären Bereich. Das ist ein Thema, mit dem man umgehen muss. Man muss auch deutlich sagen, diejenigen auch in den Kommunen und in den Ländern, die ein Stück weit Gestaltung für die Pflege beanspruchen, sind sicherlich auch offen für die Frage. Gestaltung heißt auch immer, Verantwortung in finanzieller Hinsicht gegebenenfalls wahrzunehmen. Es gibt einen weiteren Punkt, den man diskutieren muss. Es ist nicht ganz so klar erkennbar, aber wir haben offensichtlich im Bereich der Pflege eine Situation, dass es einen größeren Generationswechsel auf der Seite der Anbieter gibt. Offensichtlich sieht eine ganze Reihe von Investoren im Bereich der stationären Langzeitpflege ein geeignetes Anlageinstrument und kauft dort auf. Da stellt sich schon die Frage, die zu meiner Freude und teilweise Überraschung auch der Bundesgesundheitsminister vor einiger Zeit gestellt hat. Haben wir ein gemeinsames Bild auf die Frage, wie hoch in einem regulierten Sozialversicherungsbereich eine angemessene Rendite ist? Jede Rendite, die erzielt wird, wenn entsprechende Investoren und entsprechende Fonds sich engagieren, ist offensichtlich immer durch die Gemeinschaft der Betroffenen oder individuell zu bezahlen. Vielleicht ist sie in ihrer Höhe gesellschaftspolitisch anders zu bewerten als in anderen Bereichen, die nicht der sozialen Vorsorge unterliegen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Herrn Prof. Dr. Hagist zum Pflegevorsorgefonds. Wenn wir ihn nicht umwidmen wollen, was verfassungsrechtlich schwierig wäre, da er als einziges Instrument innerhalb der Pflegeversicherung das demografische Risiken abfedert, was können wir tun, welche Möglichkeiten sehen Sie zur Reform dieses Pflegevorsorgefonds?

ESV **Prof. Dr. Christian Hagist**: Wie ich in meinem Eingangsstatement schon angeführt habe, sehe ich zwingend eine Ausweitung der Kapitaldeckung. Die von Kollegen Rosenbrock angesprochene Mackenroth-These ist sowohl theoretisch als auch empirisch mittlerweile wissenschaftlich abgefrüht. Hierzu muss man nur Piketty lesen. R ist

größer als G – ich wollte nicht in den Vorlesungsmodus schalten. Aber Kapitaldeckung ist das effizientere Verfahren in einer Demografie, wie wir sie in Deutschland haben, in einer alternden Gesellschaft und insbesondere für solche Langlebigerisiken. Jetzt haben wir einen Pflegevorsorgefonds, der strengen Anlagekriterien unterliegt. Als Kritik an der Kapitaldeckung wurde angeführt, dass wir uns in einer Niedrigzinsphase befinden. Die erste Maßnahme, die wir bei einer Reform des Pflegevorsorgefonds vorsehen sollten, wäre aus meiner Sicht, die Anlagekriterien zu lockern und einen viel, viel höheren Aktienanteil zu implementieren. Wenn man sich die Aktienmärkte anschaut, so haben sich diese von der Finanzkrise sehr gut erholt. Wenn Sie sich den breitest gestreuten Weltindex, den MSCI World-Index, beispielsweise anschauen, hat dieser in der Finanzkrise gerade mal eine Null-Rendite eingefahren, ist danach aber wieder auf fünf Prozent gestiegen. Hier gibt es Möglichkeiten, durch ein vermehrtes Engagement in Aktien, besser vorzusorgen, gerade eben auch demografiefester vorzusorgen. Das wäre die erste Maßnahme. Die zweite Maßnahme wäre, dass man, glaube ich, den Pflegevorsorgefonds länger installieren sollte. Denn die Baby-Boomer wird nach dem Jahre 2040 in das Pflegerisiko kommen. Das sind Lasten, die 2050 und 2060 uns noch beschäftigen werden. Das heißt, auch hier sollten wir den Pflegevorsorgefonds als konstantes, als dauerhaftes Instrument etablieren. Das wären aus meiner Sicht die beiden größten Stellschrauben, um dieses Instrument zu reformieren und die Pflegeversicherung insgesamt demografiefester und damit auch generationengerechter aufzustellen.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Existiert Ihrer Ansicht nach eine Zweiklassenpflege, die Versicherte privater Pflegeversicherungen bevorzugt?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Aus unserer Sicht ist das leicht zu beantworten. Es existiert weder eine Zweiklassen- noch eine Dreiklassenpflege, weil immer angeführt wird, es gibt die Sozialhilfempfänger und dort könnte nach Leistungen differenziert werden. Diesen Gedanken könnte man ja haben. Für die Versorgung vor Ort spielt es keine



Rolle, ob jemand gesetzlich oder privat krankenversichert ist. Die zahlen die gleichen Leistungen, haben den gleichen Leistungsanspruch und erhalten ungeschmälert die gleichen Leistungen. Gleiches gilt für diejenigen, die das nicht aus eigenen Mitteln zahlen können. Auch sie haben Anspruch darauf, dass sie bedarfsdeckend umfassend Leistungen bekommen. In der ambulanten Pflege ist es so, dass die Menschen selber wählen. Aber auch dort gibt es diesen systematischen Unterschied nicht.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Ich möchte noch einmal Herrn Prof. Dr. Greß fragen. Nachdem wir interessante Ausführungen zur Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung und vor allem zur Ermutigung, stärker in Aktieninvestments zu gehen, gehört haben, bitte ich Sie um Ihre Einschätzung, wie man die Pflegeversicherung für die Zukunft demografiefest machen kann.

ESV **Prof. Dr. Stefan Greß**: Das wäre nicht der Weg, den ich vorschlagen würde, die Abhängigkeit von Anleihen in Aktien umzuschichten und zu hoffen, dass alles gut geht. Das wäre nicht mein Vorschlag. Ich könnte mir eine Mischung verschiedener Instrumente vorstellen, die hier heute in dieser Anhörung teilweise schon angesprochen wurden, zumindest der Einstieg in einen Finanzausgleich zwischen privater Pflegepflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung wäre aus meiner Sicht ein erster Schritt. Ein zweiter Schritt, der nicht zur Nachhaltigkeit der Finanzierung, aber zumindest zu einer sachgerechten Finanzierung beiträgt, Herr Kiefer hatte die Historie schon angedeutet, wäre folgendes. Es ist sachlich nicht zu rechtfertigen, dass es diese Trennung bei der Behandlungspflege gibt. Das würde die Beitragszahler in der Pflegeversicherung sicher entlasten, aber genauso umgekehrt aus der anderen Tasche etwas rausziehen. Das würde nicht zur Nachhaltigkeit beitragen. Spannend fände ich die Idee, tatsächlich die Länder dazu zu bekommen, ihrer Verantwortung gerecht zu werden. Das steht sogar im Gesetz drin, im § 9 SGB XI glaube ich. Ich weiß nicht, wie das dann politisch gehen soll, das wäre etwas für die konzertierte Aktion Pflege, die ja momentan noch tagt, wo die Länder offensichtlich auch dabei sind. Also ein Mix von Finanzierungsinstrumenten. Kapitaldeckung gehört nicht dazu und aus meiner

Sicht auch nicht ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss. Dafür sehe ich für die Pflegeversicherung im Gegensatz zur Krankenversicherung nicht so richtig die Rechtfertigung.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Frau Dr. Verspohl vom VdK. Der VdK will eine Pflegevollversicherung in der privaten Pflegeversicherung abschaffen und fordert dafür als ersten Schritt einen Solidarausgleich. Wie soll dieser Solidarausgleich konkret ausgestaltet werden und welche weiteren Schritte wären noch notwendig?

SVe **Dr. Ines Verspohl** (Sozialverband VdK Deutschland e. V.): Es stellt sich die Frage, ob diese private Pflegevollversicherung nicht schon jetzt eine Sozialversicherung ist. Sie ist im Sozialgesetzbuch geregelt und dort angelegt, es gibt zwischen den Unternehmen einen Finanzausgleich, der eigentlich der PKV fremd ist, es gibt einheitliche Prämien und es gibt eine beitragsfreie oder eine günstige Mitversicherung für Ehegatten. Dies alles sind sehr soziale Elemente. Der Leistungskatalog entspricht komplett der gesetzlichen Pflegeversicherung. Unserer Meinung nach könnte man deshalb sehr leicht diesen Ausgleichsfonds nach § 66 SGB XI für die gesetzliche Pflegeversicherung mit dem Ausgleichsfonds nach § 111 SGB XI für die private Pflegeversicherung zusammenlegen. Dabei müsste natürlich sichergestellt werden, dass die private Pflegeversicherung pro Kopf den gleichen Beitrag in diesen Fonds wie die gesetzliche Pflegeversicherung leistet. Damit hätten wir in einem ersten Schritt einen Risikoausgleich zwischen den beiden Systemen. Was wir dann noch nicht haben und in einem zweiten Schritt dahinkommen müssten, wäre ein Einkommensausgleich zwischen den Zahlern in den beiden Systemen. Deshalb schlagen wir in einem zweiten Schritt eine verfassungsrechtliche Prüfung vor, wie man die Rücklagen der privaten Pflegeversicherung in den Pflegevorsorgefonds, der jetzt schon in der gesetzlichen Pflegeversicherung besteht, überführen könnte. Wie man also die beiden Kapitaldeckungssysteme zusammenführt. Diese Systeme sind sich sehr, sehr ähnlich. Viel, viel ähnlicher als sich GKV und PKV jetzt sind. In einem dritten Schritt schlagen wir, wie schon genannt, eine echte Pflegevollversicherung vor. Die haben wir jetzt nicht, die heißt nur so, um sie von



der Pflegezusatzversicherung (Pflege-Bahr) abzugrenzen, in der alle pflegerelevanten Kosten übernommen werden. Damit würden wir uns auch den bürokratischen Aufwand ersparen abzugrenzen, was in Pflegeheimen medizinische Behandlungspflege ist, oder in der Häuslichkeit, was Grundpflege und was häusliche Krankenpflege ist. An dieser Schnittstelle führen wir sehr harte Verhandlungen, weil alles, was in der häuslichen Krankenpflege ist, von der GKV komplett übernommen wird. Sonst wird es faktisch vom Pflegebedürftigen gezahlt, weil es weit über dem Satz liegt, den die Pflegeversicherung zahlt. Es reden alle über die hohen Eigenanteile in der stationären Pflege, weil wir keine Ahnung haben, was in der ambulanten Pflege eigentlich passiert. Dort sind auch sehr, sehr hohe Eigenanteile. Die sind aber nicht so gut in Euro zu messen. Was da eingebracht wird, ist die Gesundheit der pflegenden Angehörigen und die Gesundheit der Pflegebedürftigen, weil hier häufig eine Unterversorgung stattfindet. Hier wird häufig keine, obwohl sie notwendig wäre, Hilfe zur Pflege in Anspruch genommen. Aus Scham, Unwissenheit und Angst verzichten die Pflegebedürftigen auf notwendige Pflege und gehen dafür gesundheitliche Risiken und Schädigungen ein. Daher brauchen wir eine echte Pflegevollversicherung, die alle pflegerisch notwendigen Leistungen erbringt.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Frau Dr. Fix von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege. Im Antrag der FDP wird gefordert, den Pflegevorsorgefonds und damit die kapitalgedeckten Elemente weiter auszubauen. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag auch vor allem unter dem Gesichtspunkt einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Der Pflegevorsorgefonds wird mit 0,1 Beitragssatzpunkten gefüllt und hat derzeit ein Volumen von ca. 3,7 Milliarden Euro. Statt aufzuwachsen wird er wegen der negativen Zinsentwicklung in all den Jahren abgeschmolzen. Vorsorge wird also nicht aufgebaut, sondern abgebaut. Wir sehen im Moment auch nicht, dass diese Phase der Niedrigzins- oder gar Negativzinsentwicklung in näherer Zeit

gestoppt wird. Somit ist das Nachhaltigkeitselement im Pflegevorsorgefonds nicht zu erkennen. Wir schlagen vor, den Pflegevorsorgefonds in einen Personalvorsorgefonds umzuwidmen, um mehr Nachhaltigkeit für die Entlastung der Versicherten zu schaffen.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Die Frage geht an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste. Zurzeit übernimmt die Pflegeversicherung viele versicherungsfremde Leistungen. Wir hatten deshalb schon einmal vorgeschlagen, die medizinische Behandlungspflege aus der Kostenübernahme der Pflegeversicherung herauszulösen und in die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuführen. Wie würde sich Ihrer Ansicht nach eine Bereinigung der Pflegeversicherung um die versicherungsfremden Leistungen auf die finanzielle Situation, insbesondere der Pflegebedürftigen auswirken?

SV **Herbert Mauel** (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa)): Die Frage diskutieren wir schon sehr lange. Herr Kiefer hat darauf hingewiesen, dass sie aus einem historischen Kompromiss entstanden ist. Deshalb ist sie aber nie richtig gewesen, sondern die Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege ist eine systematische Benachteiligung aller Heimbewohner. Sie zahlen Beiträge so wie jeder andere auch, bekommen aber Leistungen vorenthalten und zahlen die mit ihrem Heimentgelt. Das ist die Situation in den Pflegeheimen. Jetzt gibt es mehrere Möglichkeiten. Herr Kiefer hat eine Möglichkeit geschildert, die ein Nullsummenspiel sei. Diese halte ich nicht für zwingend, nach der Devise, die Krankenversicherung nimmt etwas, dafür fährt die Pflegeversicherung ihren Beitrag zurück. Genauso gut wäre es denkbar, die Pflegeversicherung zahlt weiter wie bisher und die Pflegebedürftigen werden um 300 bis 400 Euro im Monat entlastet. Ich glaube, dass das aus Sicht der Versicherten die richtige Antwort wäre, das ist auch eine Antwort, die jeder Versicherte sofort versteht, die sehr logisch ist. Es ist die einzige Ausnahme bei der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege, ohne dass es irgendwelche Unterschiede bei den Beiträgen gäbe. Der zweite Teil wurde eben angesprochen. Die Länder haben es seit Jahr und Tag in der Hand, ihrer gesetzlichen Ver-



pflichtung nachzukommen und die Investitionskosten zu senken. Das können sie wettbewerbsschädlich und wettbewerbsneutral machen. Die wettbewerbsneutrale Fassung ist ein Pflegewohngeld, eine Unterstützung der Investitionskosten für den belegten Platz. Dieser Verpflichtung kommen sie bis auf einer Ausnahme, diese Ausnahme ist in großen Teilen Nordrhein Westfalen, konsequent nicht nach. Das sind die beiden Stellschrauben, mit denen ich sehr schnell eine Entlastung der pflegebedürftigen Menschen herbeiführen kann.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Frau Dr. Kochskämper. Für wie realistisch halten Sie das mit der Pflegebürgerversicherung immer wieder verbundene Versprechen, dass der Beitragssatz stabilisiert und die Pflegeversicherung so langfristig zukunftsfähig bleibt?

SVe **Dr. Susanna Kochskämper** (Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (IW)): Wir halten dieses Versprechen in der Tat nicht für realistisch. Allein aus der Tatsache, der schon häufig angesprochenen fortschreitenden Bevölkerungsalterung, die auch in einer Bürgerversicherung nicht gestoppt wird. Selbst wenn man weitere Einkommen in diese Bürgerversicherung einbezieht, selbst dann ist es nicht möglich, den Beitragssatz auf einem bestimmten heutigen Niveau langfristig zu stabilisieren. Nachhaltigkeit, verstanden als Nachhaltigkeit zwischen den Generationen, funktioniert in diesem Umlageverfahren nicht vollständig. Das ist einfach aufgrund der demografischen Entwicklung nicht möglich.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich noch einmal an Herrn Prof. Dr. Sodan. Beim Antrag der Grünen geht es um eine angeblich verfassungskonforme Auflösung der Altersrückstellung, die dort vorgesehen ist. Ich möchte von Ihnen wissen, ob das vor dem Hintergrund von Eigentumsverhältnissen und Artikel 14 Grundgesetz rechtlich überhaupt möglich ist?

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ich habe dem Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen geradezu einen verfassungsrechtlichen Prüfauftrag entnommen. Es blieb allerdings offen, an wen er sich richtete. Ich bin aber aufgrund Ihrer Frage so frei, hier

Hilfestellung zu leisten. Alterungsrückstellungen sollen möglichst gleichmäßige Beiträge über den gesamten Versicherungsverlauf hinweg bewirken. Diese kollektiven Rückstellungen sollen dazu beitragen, die durch altersbedingte Pflegeleistungen entstehenden Ausgaben der Versicherungsunternehmen zu decken. Dabei verkenne ich natürlich nicht, Herr Kollege Rosenbrock, dass es auch Pflegebedürftigkeit vor dem Erreichen des sogenannten Alters gibt. Die verfassungsrechtliche Qualifikation der Alterungsrückstellung ist seit langem umstritten. Ich kann aus Zeitgründen nur kurz skizzieren, wie im Moment der Meinungsstand ist. Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts fallen Alterungsrückstellungen speziell in der privaten Krankenversicherung nicht in den Schutz der Eigentumsgarantie, weil ihnen nicht der Charakter eines konkreten, dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts zugeordneten Eigentumsrechts zuzukomme. Entsprechendes müsste dann auch für die private Pflegeversicherung gelten. In der rechtswissenschaftlichen Literatur wird teilweise auf die hinter den Rückstellungen stehenden einzelnen Vermögensgegenstände abgestellt, wobei diese aber den Versicherungsunternehmen zuzurechnen seien, also nicht den einzelnen Versicherten. Nach dem Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts von 2009 zu wesentlichen Fragen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes greift die Einführung eines Anspruchs auf Übertragung eines Teils der Altersrückstellungen bei Wechsel des privaten Krankenversicherers nicht in die Eigentumsfreiheit des bisherigen Unternehmens, sondern in dessen Vertrags- und Dispositionsfreiheit als Bestandteil der grundrechtlich geschützten Berufsfreiheit ein, denn dem Unternehmen werde die bisherige Vertragsgestaltung untersagt. Danach kann man darüber streiten, ob die in der privaten Pflegeversicherung gebildeten Alterungsrückstellungen von etwa 34,5 Milliarden Euro, Stand 2017, Herr Dr. Reuther wies schon darauf hin, nun durch die Eigentumsgarantie und/oder die Berufsfreiheit geschützt sind. In jedem Falle würde eine Überführung der in der privaten Pflegeversicherung angesparten Alterungsrückstellungen in eine umfassende soziale Pflegeversicherung schwerwiegende Grundrechtseingriffe verursachen, deren Rechtfertigung ich nicht einmal ansatzweise erkennen kann. Nichts von dem, was ich hier bisher gehört habe in dieser Anhörung hat mich vom Gegenteil überzeugen können. Eine ver-



fassungskonforme Lösung zur sukzessiven, möglichst allen Pflegeversicherten zugutekommenden Auflösung der Alterungsrückstellungen in der privaten Pflegeversicherung zu Gunsten einer umlagefinanzierten Sozialversicherung ist für mich nicht ersichtlich.

Abg. **Bettina Müller** (SPD): Ich habe noch einmal eine Frage an Frau Dr. Fix. Die Sozialhilfe ist ein Rechtsanspruch, der allen zusteht, die ihre Pflege nicht selbst finanzieren können. Ist es aus Ihrer Sicht gewährleistet, dass Bezieher von Hilfe zur Pflege die gleichen Leistungen erhalten wie alle anderen oder gibt es da qualitative Unterschiede?

Sve **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW)): Herr Mauel hatte den Aspekt eben auch schon angesprochen. Natürlich werden Sozialhilfeempfänger in den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege und auch der privaten Träger in gleicher Weise mit Leistungen und auch ohne Qualitätsunterschiede voll versorgt. Das würde ich durchgängig sagen. Es ist natürlich auch so, dass dem Sozialhilfeträger durch die Tatsache, dass es Unterschiede in den Preisen zwischen den Einrichtungen gibt, ein gewisser Steuerungsmechanismus zukommt, wobei damit nicht ausgesagt sei, dass billigere Pflegeheime in der Qualität schlechtere Pflegeheime sind. Ich sage Ihnen das ausdrücklich. Es gibt aber durchaus einige Probleme, die mit dem PSG III geschaffen wurden und die wir mit im Blick haben müssen. Ein Problem ist, dass die zusätzlichen Betreuungsleistungen, die ehemals im § 87b SGB XI verankert waren und jetzt in den § 43b SGB XI überführt wurden, zusätzliche Leistungen sind, die in der Regel für die Versicherten der Pflegeversicherung – davon geht der Gesetzgeber aus, alle sind versichert – von der Pflegekasse finanziert werden. Wir haben aber eine Reihe von nicht Versicherten und diese nicht Versicherten können natürlich auch keine Leistungen der Pflegekassen erhalten. So ist es in der Hand des Sozialhilfeträgers für diese Leistungen aufzukommen oder nicht. Da gibt es zwischen den Bundesländern und auch innerhalb der Bundesländer einen erheblichen Flickenteppich. Wir glauben und sind zuversichtlich, dass dieser beseitigt werden kann, sehen aber die Notwendigkeit einer gesetzlichen Klarstellung. Ich darf übrigens darauf hinweisen, dass

zumindest in den Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege, und das wird bei den Privaten nicht anders sein, die Menschen dennoch mit diesen zusätzlichen Betreuungsleistungen versorgt werden, auch wenn diese nicht von der Pflegekasse finanziert werden. Das möchte ich ausdrücklich sagen. Des Weiteren haben wir Probleme mit der Bedarfsfeststellung, wenn Menschen beispielsweise aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim kommen und heimbefähigt sind. Wir haben mit dem PSG II die Heimbefähigkeit abgeschafft. Das haben wir damals sehr begrüßt, gleichwohl muss der Sozialhilfeträger die Möglichkeit haben zu prüfen, braucht jemand stationäre Pflege oder reicht ambulante Versorgung aus. Hierfür gibt es aber keine Fristen und wir haben Problemmeldungen beispielsweise aus Nordrhein-Westfalen vorliegen, wonach diese Entscheidung sich relativ lange hinzieht, sodass es sinnvoll wäre, hier auch Fristen zu verankern. Die Menschen müssen eine Sicherheit haben, ob sie ihre eigene Wohnung durch Umzug ins Pflegeheim aufgeben müssen. Das zieht ja erhebliche Folgen nach sich. Ein letztes Thema, das ich ansprechen möchte, ist das mit dem PSG III, das ich schon erwähnt habe, erstmalig Lücken in der Bedarfsdeckung auftreten könnten, weil Menschen, die sich im Pflegegrad 1 befinden oder auch unterhalb des Pflegegrades 1, Pflegegrad 0 und Hilfebedürftigkeit haben, nicht mehr von der Hilfe zur Pflege erfasst werden. Die Konferenz der obersten Landessozialbehörden, die KOLS, hat dazu sehr hilfreiche Empfehlungen herausgegeben und wir haben uns im Deutschen Verein, einem absolut sich anbietenden Ort für solche Thematiken, mit Empfehlungen, wie diese Versorgungslücken zu vermeiden sind oder geschlossen werden können, befasst. Dafür gibt es auch einige Hilfskonstruktionen, aber ich möchte darauf verweisen, dass wir die Entwicklung hier im Blick haben und gegebenenfalls auch gesetzgeberisch nachsteuern müssen.

Abg. **Nicole Westig** (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Reuther vom Verband der privaten Krankenversicherung. Welche Möglichkeiten und Hindernisse sehen Sie für die Ausweitung der betrieblichen Pflegevorsorge?

SV **Dr. Florian Reuther** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Die betriebliche Vorsorge nimmt auch eine zunehmende Rolle ein,



weil die Arbeitgeber vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung attraktiv sein müssen. Sie müssen über die bloße Geldleistung hinaus zusätzliche Leistungen erbringen, um attraktiv zu sein und Fachkräfte zu gewinnen. Die betriebliche Krankenversicherung nimmt dafür schon eine sehr wesentliche Aufgabe ein, indem über einen Arbeitgeber zu sehr einfachen und versichertenfreundlichen Bedingungen den Arbeitnehmern und ihren Angestellten ein Versicherungsschutz vermittelt werden kann. Im Grunde genommen handelt es sich um eine Zusatzversicherung in der Regel zur gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses Modell, was wir in der Krankenversicherung schon seit langem haben, gibt es auch für die Pflegeversicherung als betriebliche Pflegeversicherung, die nach dem gleichen Muster läuft. Der Arbeitgeber bietet seinen Arbeitnehmern und deren Angehörigen die Möglichkeit, einen Pflegeversicherungsschutz zu erwerben, der dann selbst nach Ausscheiden aus der Beschäftigung fortgeführt werden kann, um so eine zusätzliche Absicherung zu erreichen. In der Vergangenheit war es so, dass diese Verträge so ausgestaltet werden konnten, dass der zugewandte Versicherungsschutz lohnsteuerrechtlich und dann in der Folge auch sozialversicherungsbeitragsrechtlich als Sachlohn ausgestaltet werden konnte, sodass auch eine attraktive Förderung erreicht wurde. Das entsprach auch der Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs. Das Bundesfinanzministerium hat diese Rechtsprechung zwar zum Teil als für nicht anwendbar erklärt, trotzdem gibt es neue Rechtsprechung, die weiterhin eine Sachlohnmöglichkeit offen lässt. Das Bundesfinanzministerium hat nun einen Referentenentwurf vorgelegt, mit dem diese steuerliche Möglichkeit wieder abgeschafft werden soll. Hier wäre dringend gegenzusteuern und es wäre sicherzustellen, dass die Arbeitgeber die Möglichkeit haben, betriebliche Kranken- und Pflegeversicherungen, die ein echtes Asset im Wettbewerb um Fachkräfte und Arbeitskräfte sind, steuerlich als Sachlohn behandeln zu können.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (DCU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verband der privaten Krankenversicherung. Wie bewerten Sie aus Ihrer Sicht hinsichtlich der Einschätzung, die Herr Prof. Dr. Sodan eben getroffen hat, den Vorschlag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, die Altersrückstellung sukzessive aufzulösen und allen Krankenversicherten zugutekommen zu lassen?

SV **Dr. Florian Reuther** (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV)): Verfassungsrechtlich hat Herr Prof. Dr. Sodan schon sehr schlüssig dargelegt, dass ein solches Vorhaben unvereinbar mit wesentlichen grundrechtlichen Gewährleistungen wäre, namentlich der Berufsfreiheit der Versicherungsunternehmen, aber auch mit der Eigentumsgarantie nach Artikel 14 Grundgesetz. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass ein solches Vorgehen nicht weit entfernt von einer Enteignung wäre, wie sie unsere grundgesetzliche Ordnung nur unter engen Voraussetzungen zulässt. Diese würden hier nicht vorliegen. Ein solches Vorhaben würde aber auch, was die nachhaltige Finanzierung der Absicherung von der Pflege angeht, nichts bringen, weil diese Alterungsrückstellungen von den Versicherten in der privaten Pflegepflichtversicherung aufgebaut worden sind, um ihre zukünftigen Kosten im Alter für die pflegerische Versorgung zu finanzieren. Wenn man jetzt diese Mittel umwidmen würde, indem man sie kurzfristig verfrühstückt, wenn ich das mal so formulieren darf, und auch heute wurden wieder eine ganze Reihe von Vorschlägen gemacht, was man mit dem Geld alles kurzfristig finanzieren kann, dann würde man den Vorteil, den diese Alterungsrückstellungen bieten, nämlich eine nachhaltige Finanzierungsgrundlage auch für die Zukunft zu schaffen, verschenken und die Finanzierungsproblematik, die wir im Umlagesystem langfristig haben, noch verschärfen. Der richtige Weg ist eigentlich die Kapitaldeckung auszubauen sowie mehr Alterungsrückstellung aufzubauen und diese auch über die jetzigen Leistungsansprüche hinaus mit Kapital zu unterdecken. Das funktioniert auch in der Niedrigzinsphase. Es ist ziemlich genau zehn Jahre her. Am 15. September 2008 war die Pleite von Lehman Brothers. Wir haben in den letzten zehn Jahren die größte Finanzmarktkrise erlebt, die wir seit der Rezession in den 30er- und 20er-Jahren hatten. In dieser Zeit haben sich die Alterungsrückstände in der privaten Krankenversicherung trotzdem verdoppelt und die durchschnittliche Nettoverzinsung lag 2017, also neun Jahre nach Ausbruch der Finanzmarktkrise, immer noch bei 3,4 Prozent.

Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Sie sprechen sich für einen Steuerzuschuss für versicherungsfremde Leistungen aus. Würde dies aus Ihrer Sicht das Problem



der steigenden Eigenanteile vollständig lösen beziehungsweise wie hoch wäre dann die Entlastung der Beitragszahler?

**SV Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Das Thema Steuerzuschuss ist ein Thema, was wir seit etwa zwölf Monaten durchaus noch einmal sehr intensiv in die inhaltliche Debatte einbringen, weil wir im Gegensatz zu einigen anderen Sachverständigen, die heute hier vor Ort schon gesprochen haben, wie der Kollege Prof. Dr. Greß, schon der Auffassung sind, dass es auch in der Pflegeversicherung gute inhaltliche Begründungen gibt. Die Pflegeversicherung erfüllt und übernimmt nämlich, ähnlich wie die Begründung in der Krankenversicherung, auch gesamtgesellschaftliche Leistungen. Der größte Betrag, der aus unserer Sicht dem zuzuordnen ist, umfasst die Aufwendungen für die Alterssicherung von Pflegepersonen, die die Pflegeversicherung entsprechend hat. Wir haben dazu eine Summe, um nur mal den Wert zu nennen, von ungefähr 2,1 Milliarden Euro im Jahre 2018 insgesamt als Pflegeversicherung aufzuwenden gehabt. Weitere kleinere Beträge hinzugerechnet, gehen wir nach derzeitigen Stand etwa von einem Volumen Steuerzuschuss, was man mit dieser Argumentationslinie legitimieren kann, von etwa 2,7 Milliarden Euro aus. Das löst das Problem unangemessen steigender Eigenanteile in der Pflegeversicherung nicht vollständig. Das kann es auch nicht, aber es wäre ein Beitrag. Das sind etwa 0,2 Beitragssatzpunkte. Ich glaube aber auch, dass man hier an verschiedenen Schrauben drehen muss. Wir hatten im Verlauf der Anhörung heute Nachmittag verschiedenste Aspekte angesprochen. Letzte Bemerkung, gerne noch mal auf Herrn Dr. Albrecht bezogen. Ich glaube, wir müssen auch unter Verteilungsgesichtspunkten in der Diskussion immer sehen, dass das System der Sozialversicherung auch immer nur, heute wie historisch, mit einer darunter liegenden Grundsicherung über entsprechende staatliche Verantwortung, die dann auch vom Staat wahrgenommen wird, zu denken ist. Das ist das Prinzip, beispielsweise ausgedrückt in dem Prinzip Hilfe zur Pflege. Ich werbe dafür, dieses Prinzip ein Stück weit aus einer emotional und politisch vielleicht schwierigen Ecke rauszuholen und zu sagen, dass es ein legitimer Anspruch des Bürgers gegen die Fürsorgeverantwortung des Staates ist, auch entsprechende Hilfe zu beantworten und nicht irgendetwas, was in die

Schmuddelecke gehört. Vielmehr ist es die Fürsorgepflicht des Staates unterhalb der Grenzen der Sozialversicherungsleistungen für seine Bürgerinnen und Bürger und deshalb sind Hilfen zur Pflege nichts Ehrenrühriges, sondern ein verdammt Rechtsanspruch.

**Abg. Ulrich Oehme** (AfD): Meine Frage richtet sich noch einmal an den Arbeitgeberverband Pflege. Der Antrag der Fraktion Die Linke führt aus, dass ständig steigende Eigenanteile in der stationären Pflege immer mehr Pflegebedürftige in die Sozialhilfe trieben. Dabei wird der Eindruck erweckt, dass dies wesentlich mit den Renditeerwartungen von Einrichtungsträgern und einer besseren Situation von Privatversicherten zusammenhängt. Können Sie noch einmal erläutern, welche Ursachen wesentlich für die Steigerung von Eigenanteilen sind? Würden diese Kostensteigerungen zu Lasten der Pflegebedürftigen mit einer Einführung einer Zwangspflegeversicherung für alle oder einer Bürgerversicherung obsolet?

**SV Thomas Greiner** (Arbeitgeberverband Pflege e. V. (AGVP)): Es wurde schon ausgeführt, dass die Pflegeversicherung als Teilkasko- oder Teilkostenversicherung organisiert ist. Wovon hängen die Eigenanteile ab? Es gibt aus meiner Sicht zunächst noch einen wichtigeren Begriff, nämlich die Frage nach den Zuzahlungen. Was muss der Einzelne oder was müssen seine Angehörigen bezahlen, wenn sie oder Angehörige in eine stationäre Einrichtung gehen? Das interessiert die Leute. Was muss raus aus meinem Geldbeutel? Das sind nun mal in der Bundesrepublik ganz grob von 1 200 Euro in Sachsen-Anhalt bis zu 2 400 Euro in Nordrhein-Westfalen. Der Durchschnitt ist ungefähr bei 1 800 Euro. Wie kommt das jetzt zustande? Die entscheidenden Stellschrauben sind zum einen die Personalschlüssel, das heißt, wieviel Personal habe ich zum Beispiel für die Versorgung von 100 alten Menschen? Da geht es von Mecklenburg-Vorpommern mit 32 Vollzeit- bis hin nach Bayern mit 42 Vollzeitkräften. Das muss man einfach klar machen. Das bedeutet natürlich, dass ich eine ganz andere Kostenstruktur habe. Die nächste Frage ist, was bezahlt wird? Es ist natürlich so, dass in Nordrhein-Westfalen deutlich mehr bezahlt wird als in Sachsen-Anhalt. Das beides führt in der Kombina-





tion dazu, dass die Zuzahlungen in Sachsen-Anhalt, weil der Personalschlüssel deutlich kleiner ist, weil die Löhne und Gehälter deutlich geringer sind, eben auch deutlich niedriger sind. Wir diskutieren im Moment aus meiner Sicht am folgenden Punkt. Der Landesgesetzgeber regelt den Personalschlüssel. Im Moment geht es politisch darum, ob zukünftig auch die Bezahlung quasi durch den Gesetzgeber geregelt wird, Stichwort allgemeinverbindlicher Tarifvertrag. Hier stecken Kostensteigerungen, die kommen werden und die vom letzten Jahr am besten am Beispiel von Brandenburg zu erkennen sind. In Brandenburg wurde der Personalschlüssel leicht angehoben und es gab einen Tarifvertrag AWO/verdi. Daraufhin sind die Zuzahlungen von vielen Leuten um ca. 500 Euro pro Monat gestiegen. Über diese Themen diskutieren und ringen wir im Moment. Dazu kommt etwas, das mich auch stört. Ich erlebe es oft so. Die Politik, ohne dass ich die Politik bashen möchte, hat ein bestimmtes Modell, nämlich dass der Erfolg viele Väter hat. Wenn aber refinanziert werden muss, ist das Modell ein Waisenkind. Wenn ich höre, wie hier an die Bundesländer appelliert wird. Letztes Jahr gab es die Generalistik, tolle Sache. Jetzt geht es darum, wer refinanziert die Pflegeschulen? Das ist Sache der Bundesländer. Aber es passiert nichts. Das ist das, was es für Unternehmen extrem schwierig macht. Ein anderes Beispiel, weil Herr Kiefer sich zur Profitabilität geäußert hat. Alle sind froh, dass es zwischenzeitlich viele Einzelzimmer gibt. Dafür wurde investiert. Im Moment gibt es in Baden-Württemberg und in Nordrhein-Westfalen die Einzelzimmerregelung. Jetzt steigen die Investitionskosten für die Leute. Die Leute, die bei uns ein Altenheim führen und jetzt den Bewohnern und ihren Angehörigen sagen müssen, dass das teurer wird, werden nicht geküsst. Jetzt geht man hin und suggeriert, dass das die Renditevorstellungen sind beziehungsweise dass das der Rendite der Unternehmen geschuldet ist. Es ist politisch entschieden worden, zu sagen, in Bayern und in Baden-Württemberg machen wir die Einzelzimmerregelung. Dafür gibt es auch gute Argumente. Gott sei Dank gibt es private Unternehmen, die diesbezüglich das Kapital auftreiben wollen. Ich sitze in einem Unternehmen im Aufsichtsrat. Dieses hat in Bad Schussenried ein Altenheim, das wir sanieren. Das sind 12 Millionen Euro, die dort investiert werden müssen. Das ist ein 250-Bettenhaus. Das hätte

ein kleiner Unternehmer gar nicht refinanziert bekommen. Das liegt insbesondere auch an den Debatten, die wir hier führen, also nicht nur hier, sondern allgemein im politischen Raum, die es für die Unternehmen immer schwieriger machen, sich zu refinanzieren. Ich wünsche mir, dass diese Zusammenhänge öffentlich viel mehr kommuniziert werden. Denn auf Dauer müssen wir uns im Klaren sein, die Zuzahlungen werden nur steigen, wenn wir jetzt sagen, wir erhöhen die Personalschlüssel und wir bezahlen beispielsweise allen Pflegekräften in diesem Land oder zumindest den Fachkräften 2 500 Euro. Es ist absehbar, dass dann die Zuzahlungen in den neuen Bundesländern um 400 oder 500 Euro pro Monat steigen werden. Das muss man wissen. Man darf sich dann nicht vom Acker machen, wenn die Rechnung gestellt wird.

Abg. **Pia Zimmermann** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Herrn Frank vom DGB. Wie beurteilen Sie die Forderung nach mehr Eigenvorsorge, also eine Ausweitung von individuellen und kollektiven Finanzierungselementen der Kapitaldeckung anstelle höherer Leistungen der sozialen Pflegeversicherung?

SV **Marco Frank** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Bei diesem Vorschlag oder mit dieser Forderung würde natürlich die Privatisierung des Pflegerisikos vorangetrieben werden und eben nicht, wie es jetzt ist, die Absicherung des Pflegerisikos solidarisch erfolgen. Deswegen lehnen wir diese Forderung ab.

Abg. **Erich Irlstorfer** (CDU/CSU): Meine Frage geht an das Institut der deutschen Wirtschaft in Köln, an Frau Dr. Kochskämper. Mit der Ausweitung der sozialen Pflegeversicherung auf privat Versicherte würde auch der Kreis der Versicherten mit Leistungsanspruch ausgeweitet. Können sie die wirtschaftlichen Folgen dieser Ausweitung für die soziale Pflegeversicherung bitte darstellen?

SVe **Dr. Susanna Kochskämper** (Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V. (IW)): Ich wiederhole auch gern noch einmal ein bisschen die Problematik. Wir haben momentan angesichts der Prävalenz, also des Pflegerisikos, zwar eine etwas günstigere



Versichertenstruktur in der privaten Pflegeversicherung. Aber die Altersstruktur der privat Versicherten ist heute schon etwas weiter fortgeschritten, um es positiv zu formulieren, als die der gesetzlichen Pflegeversicherung. Wenn ich nun diesen Personenkreis in eine Bürgerversicherung überführe, dann kommt es dazu, dass allein dieser Alterungseffekt des Kollektivs künftig die Versichertenstruktur und insbesondere das Alter einer solchen Bürgerversicherung verschlechtert. Wir hätten also für die Zukunft im Schnitt eine etwas schlechtere Altersstruktur als wir sie heute in der sozialen Pflegeversicherung haben und in Zukunft hätten. Wie gesagt, der Alterungseffekt überspielt sozusagen den Effekt, den die etwas günstigere Risikostruktur hat. Der zweite Punkt ist die Tatsache, dass, wenn wir heute überführen würden, wir aufhören würden, für diese Gruppe der privat Versicherten Alterungsrückstellungen zu bilden. Das, was dann in Zukunft an Alterungsrückstellungen fehlt, muss in Zukunft auch von den Beitragszahlern erwirtschaftet werden. Selbst die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage anhebe oder weitere Einkünfte einbeziehe, kann dies dadurch nicht vollständig kompensiert werden. Das heißt, langfristig verschlechtert sich die wirtschaftliche Situation einer solchen Bürgerversicherung im Vergleich zu der heutigen sozialen Pflegeversicherung.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte eine Frage an Herrn Kiefer vom GKV-Spitzenverband. Wir hatten vorhin im Raum, dass es gerade bezogen auf die Bezahlung der Pflegekräfte noch einen großen Nachholbedarf gibt, wenn wir Richtung tarifgerechter Bezahlung gerade in der Altenpflege gehen wollen. Halten Sie diese Kosten für das Sozialversicherungssystem für stemmbar und welche Elemente würden Sie vorschlagen, damit wir das hinbekommen?

SV **Gernot Kiefer** (GKV-Spitzenverband): Rein abstrakt ist klar, wir reden von zusätzlichen Kosten. Wir wissen nicht genau, in welchem Umfang sie sein werden. Aber wir haben gemeinsam eine gefühlte Lage, dass sie voraussichtlich nicht nachrangig sein werden. Natürlich ist es im Sozialversicherungssystem finanzierbar, wenn die entsprechende Bereitschaft besteht, die Beitragssätze in der Pflegeversicherung weiter anzuheben. Das ist eine relativ

platte Antwort. Aber in der jetzigen Mechanik haben wir natürlich immer die Wirkung, und darüber diskutieren wir in der letzten Stunde besonders intensiv, dass bei entweder stabilen, stagnierenden Einnahmen der Pflegeversicherung, gleichzeitig überproportional steigenden Aufwendungen es im Wesentlichen mechanisch zu Lasten der einzelnen Pflegebedürftigen läuft. Das ist das Problem in der Grundkonstruktion. Da plädieren wir für ein Bündel von Maßnahmen, um diesen Effekt, der insbesondere mit Blick auf die sehr ungleiche Verteilung von Alterseinkommen sozialpolitisch am unteren Rand der Alterseinkommen zunehmend ein Problem wird, aufzufangen. Es geht nicht um die mittleren und guten Renten, die in der Lage waren, Vorsorge zu betreiben und ein Stück weit Vermögen aufzubauen, sondern insbesondere, da muss man sich die Daten des Statistischen Bundesamtes heranziehen, um eine große Gruppe, insbesondere auch Frauen, mit relativ überschaubaren oder geringen Alterseinkommen, die genau dieses sozialpolitische Problem ausmachen. Auf diese Gruppe muss man gezielt mit entsprechenden Maßnahmen, die aus dieser Mechanik ein Stück weit rausgehen oder ihre Wirkung dämpfen, eingehen. Das ist die Empfehlung, die ich geben kann. Ich glaube, wir haben ein Problem, was die soziale Belastung angeht, nicht generell für alle potenziell Pflegebedürftigen, sondern einkommensabhängig für diejenigen, die geringe Alterseinkommen haben und die nicht in der Lage waren, was meistens miteinander korreliert, entsprechende Vorsorge zu betreiben.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Martin Albrecht. Wie beurteilen Sie aus systematischer Sicht den Vorschlag, alle Einkommensarten zur Beitragsbemessung in der sozialen Pflegeversicherung mit einzubeziehen?

ESV **Dr. Martin Albrecht**: Es ist nicht so, dass es das Element heute nicht schon gäbe. Bereits für heute freiwillig versicherte Mitglieder in der SPV werden alle Einkommensarten berücksichtigt. Natürlich konzentrieren sich die Beitragseinnahmen auf die Einkommen aus abhängiger Beschäftigung, was aus der Tradition der Kranken- und damit auch Pflegeversicherung als Arbeitnehmersversicherung herrührt. Eine deutlich stärkere Einbeziehung anderer Einkommensarten träfe aber auf bestimmte



Probleme, die schon im Zusammenhang mit ähnlichen Vorschlägen bei der Krankenversicherung diskutiert wurden. Ich möchte drei wesentliche nennen. Das eine ist, dass eigene frühere Berechnungen gezeigt haben, dass der Finanzierungseffekt durch die Beitragspflicht von Kapital und Vermögenseinkommen relativ überschaubar bis marginal ist, weil sich diese Einkommen überwiegend bei Personen konzentrieren, die bereits mit ihrem Erwerbseinkommen die Beitragsbemessungsgrenze erreichen. Also müsste man gleichzeitig, wie auch teilweise gefordert, die Beitragsbemessungsgrenze sehr deutlich anheben, damit diese Einkommensarten einen Finanzierungsbeitrag leisten könnten. Wenn wir aber weiterhin eine Beitragsbemessungsgrenze haben, stellt sich das Problem, in welcher Reihenfolge unterschiedliche Einkommensarten verbeitragt werden und wie mit negativen Kapitaleinkommen umgegangen werden sollte. Wenn man jetzt eine sehr starke Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ins Auge fasst, dann hätte das meiner Meinung nach unter Anreiz- und Verteilungsgesichtspunkten sehr fragwürdige Effekte, denn die Sozialabgaben belasten vor allem Geringverdiener. Im Unterschied zum Steuersystem haben wir da weder einen Freibetrag noch eine progressive Belastungsgestaltung. Insofern würde ich dafür plädieren, wenn man die Finanzierungsbasis verbreitern will, eher Steuerzuschüsse in Erwägung zu ziehen oder, noch besser, steuerfinanzierte Beitragszuschüsse, denn die werden aus anreiz- und verteilungspolitischer Perspektive einer Verbreiterung der Einkommensbasis auf andere Einkommensarten bevorzugen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Prof. Dr. Rosenbrock. Die Bundesregierung geht davon aus, dass mit den letzten Beitragssatzsteigerungen die Finanzierung der Pflegeversicherung bis 2022 stabil gehalten werden kann. Teilen Sie diese Einschätzung insbesondere vor dem Hintergrund weiterer Vorhaben aus dem Koalitionsvertrag?

SV **Prof. Dr. Rolf Rosenbrock** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Lassen Sie mich zunächst sagen, dass die prozentual gesehen sehr beträchtlichen Erhöhungen des Pflegeversicherungsbeitrages in den letzten

Jahren auf überraschend wenig Gegenwehr gestoßen sind, weil jedem Akteur in der Gesellschaft klar ist, dass es hier ein riesengroßes Problem gibt, welches nur mit mehr Geld gelöst werden kann. Wir sind bei 3,05 beziehungsweise 3,30 Prozent und wir waren mal bei 2 Prozent. Das ist eine Steigerung, wenn Sie es prozentual sagen, von 50 Prozent und die ist locker weggegangen. Gleichwohl bin ich nicht der Auffassung, dass das reicht, sondern wir glauben, dass wir jährlich ungefähr 10 Milliarden Euro mehr brauchen, um die von mir genannten Punkte zu bewältigen, also Steigerung der Anzahl der Leistungsempfänger, Leistungsumfangssteigerung, neue Leistungen, zu wenig Personal, unterbezahltes Personal und Investitionsstau. Das haben wir sicherlich nicht präzise. Wir kommen auf ungefähr 10 Milliarden Euro zusätzlich und sind deshalb näher bei der Schätzung der Bertelsmann-Stiftung, die, ich bin nicht sicher, welches Jahr das war, 4,35 Prozent vorgesehen hat. Das Modell der Bertelsmann-Stiftung, das dieses Jahr veröffentlicht worden ist, schien uns sehr viel einleuchtender zu sein. Ich glaube, man muss dem einfach klar entgegensehen, man kann das Problem nicht kleinrechnen. Auch die Demografie spielt nicht nach Flöte, sondern sie spielt nach ihren eigenen Gesetzen und das ist alles gar nicht bedrohlich, wenn man es rechtzeitig anfasst und verständlich kommuniziert.

Der **Vorsitzende**: Ich bedanke mich bei den Fraktionen und ganz besonders bei den Sachverständigen, dass sie so qualifiziert geantwortet haben. Das Thema hat gezeigt, dass wir vor großen Herausforderungen stehen. Wir werden uns mit dieser Frage in den nächsten Monaten noch intensiv auseinandersetzen. Vielleicht muss man prüfen, ob jeder Euro, den wir ausgeben, an der richtigen Stelle ausgegeben wird, ohne dass man neues Geld ins System holt. Man muss sehen, ob das, was da ist, nicht an einer anderen Stelle besser investiert ist. Vielleicht muss man prüfen, ob die Sektorengrenzen nicht nur im medizinischen Bereich, sondern auch im pflegerischen Bereich weiter geöffnet werden können. Ich denke, es gibt genügend Bereiche, über die wir diskutieren können. Wie hat der heilige Augustinus gesagt: „Wo mehr Mühe ist mehr Ertrag“. Dann kommen wir auch zu guten Lösungen.



Schluss der Sitzung: 16:39 Uhr

gez.  
Erwin Rüdgel, MdB  
**Vorsitzender**