

Weiterer Handlungsbedarf bei der Pflegefinanzierung

von Dietmar Haun¹ und Klaus Jacobs²

ABSTRACT

Kontinuierlich steigende Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege signalisieren seit vielen Jahren einen dringenden Reformbedarf bei der Pflegefinanzierung. Die erst ganz zum Schluss der 19. Legislaturperiode verabschiedete Pflegereform greift aber zu kurz. In diesem Beitrag wird gezeigt, dass zur Sicherung nachhaltiger Finanzierung der Pflege drei Grundsatzfragen klar beantwortet werden sollten: Was sollen die Pflegebedürftigen künftig selbst bezahlen, und welches Risiko trägt die Pflegeversicherung? Welche Rolle kann eine konzeptionell stimmig ausgestaltete Steuerfinanzierung von Bund und Ländern spielen? Wie wird dem Postulat des Bundesverfassungsgerichts Rechnung getragen, eine ausgewogene Lastenverteilung zwischen allen Pflegeversicherten herzustellen?

Schlüsselwörter: Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, Pflegefinanzierung, Pflegereformgesetze, solidarische Beitragsfinanzierung, Steuerfinanzierung

Continuously rising own shares paid by persons requiring long-term care in nursing homes have shown an urgent need for reform for a number of years. The reform adopted at the end of the 19th legislative period falls short of this aim. This article demonstrates that three fundamental questions need to be addressed in order to secure sustainably financed long-term nursing care: Which amount or percentage should people in need of care pay themselves, and which amount or percentage should be paid by long-term care insurance? Which role can tax-based financing play when the concept behind it harmoniously balances the contributions of the Länder and the federal state? How to deal with the postulate of the Federal Constitutional Court that the burden between all contributing persons should be shared fairly?

Keywords: Health Care Development Act, financing of nursing-care, nursing reform acts, solidarity-based financing of contributions, tax financing

1 Einleitung

Am Ende der 19. Legislaturperiode hat die Große Koalition im Juni 2021 im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) Elemente einer Pflegereform verabschiedet, die zwei zentrale Maßnahmen umfasst: zum einen Regelungen zur Verbesserung der personellen Ausstattung von Pflegeeinrichtungen sowie zur Sicherung der Bezahlung der Pflegekräfte auf Tarifniveau und zum anderen gestaffelte prozentuale Zuschüsse zu den pflegebedingten Eigenanteilen in stationären Pflegeeinrichtungen. Hintergrund dieser zweiten Reformmaßnahme sind die kontinuierlich steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege. Nach Berechnungen des WIdO auf Basis von Daten des AOK-Pflegenavigators sind diese allein seit

der Bundestagswahl im Herbst 2017 bis zum zweiten Quartal 2021 insgesamt um rund 25 Prozent auf einen bundesdurchschnittlichen Betrag von 2.185 Euro im Monat gestiegen. Der deutlich größte Anteil an diesem Zuwachs entfiel auf die unmittelbaren Pflegekosten einschließlich Ausbildungskosten: Die nicht von den Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckten und von den Pflegebedürftigen selbst zu tragenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) an den Pflegekosten legten in diesem Zeitraum im Durchschnitt um 53,7 Prozent zu. Durch die genannten Maßnahmen des GVWG zur Verbesserung der Situation der Pflegekräfte werden die Pflegekosten – erkennbar gewünscht – weiter steigen, sodass ein wirksamer Schutz der Heimbewohnenden vor Überforderung umso notwendiger wird. Nur so kann verhindert werden, dass immer mehr

¹ Dietmar Haun, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462148 · E-Mail: dietmar.haun@wido.bv.aok.de

² Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462182
E-Mail: klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

stationär Gepflegte die Eigenanteile nicht mehr tragen können und auf Sozialhilfe angewiesen sind. Zur Erinnerung: Die Entlastung der Sozialhilfe war ein wesentlicher Grund für die Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre. Davor waren rund 70 Prozent der stationär Gepflegten auf Sozialhilfe angewiesen (*BMAS 2021, 124*); aktuell (Stand: Ende 2019) sind es 34,4 Prozent (*Deutscher Bundestag 2021a, 95*).

Die im GVWG beschlossenen Finanzierungsmaßnahmen geben keine längerfristige Antwort auf die künftigen Finanzierungserfordernisse der sozialen Pflegeversicherung (SPV). Dafür spricht auch, dass Gesundheitsminister Jens Spahn selbst in zwei früheren Reformkonzepten weitere Maßnahmen vorgesehen hatte, die in das GVWG nicht mehr einbezogen werden konnten. Das gilt sowohl für das Anfang November 2020 vorgelegte Eckpunkte-Papier „Pflegeversicherung neu denken“ (*BMG 2020b*) als auch für den Arbeitsentwurf für ein Pflegereformgesetz von Mitte März 2021 (*BMG 2021*).

Die Pflegefinanzierung wird somit schon bald wieder auf der pflegepolitischen Agenda stehen. Hierfür sollen im Folgenden einige Anregungen gegeben werden, die bewusst grundsätzlicher ordnungspolitischer Natur sind. Natürlich kann die Politik auch in Zukunft auf Sicht fahren. Ob sie der Pflegeversicherung und ihren Versicherten sowie insbesondere den Pflegebedürftigen damit einen Gefallen tut, ist allerdings fraglich. Stattdessen erscheint es geboten, explizit drei Grundsatzfragen zu adressieren: die künftige Risikoteilung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegeversicherung, den möglichen Beitrag von Steuerfinanzierung sowie die Stärkung der solidarischen Beitragsfinanzierung.

2 Risikoteilung zwischen Pflegeversicherung und Pflegebedürftigen

Die Pflegeversicherung ist als ein Teilleistungssystem konzipiert. Doch was heißt das überhaupt konkret? Bei einer Begriffsklärung ist zunächst zu berücksichtigen, dass die Gesamtkosten von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in drei Teile zerfallen: die unmittelbaren Pflegekosten, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und die Investitionskosten. Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde davon ausgegangen, dass die Investitionskosten (wie im Krankenhausbereich) von den Ländern getragen werden, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung – anders als bei der Krankenhausversorgung – von den Pflegebedürftigen selbst, und die Pflegeversicherung nur für den Part der unmittelbaren Pflegekosten zuständig ist. Dies ist aber heute in der Regel gar nicht gemeint, wenn die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem bezeichnet wird, son-

dern damit soll zumeist ausgedrückt werden, dass die Leistungen der Pflegeversicherung auch die unmittelbaren Pflegekosten nur zu einem Teil abdecken. Selbst wenn dies allgemein akzeptiert würde, wäre damit noch nichts darüber ausgesagt, wie groß dieser Teil ist und wie er konkret ermittelt wird.

Auch zu dieser Lesart gibt es unterschiedliche Auffassungen und unklare Begrifflichkeiten. So schrieb etwa Dorothea Siems im Juni 2021 in einem Kommentar in der „Welt“: „Die Pflegeversicherung wurde bei ihrer Einführung 1995 bewusst als Teilkaskoversicherung konzipiert“ (*Siems 2021*). Diese Aussage führt gleich in zweifacher Hinsicht in die Irre. So ist die den meisten Menschen vermutlich bekannte Kfz-Teilkaskoversicherung in der Regel so ausgestaltet, dass sie mit einem Selbstbehalt vereinbart werden kann: Im Schadensfall trägt der Versicherungsnehmer dann selbst zum Beispiel 150 oder 300 Euro der Reparaturkosten und die Versicherung den darüber hinausgehenden Rest. Das ist aber gerade das genaue Gegenteil der bisherigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die mit ihren Leistungssätzen fixe Beträge abdeckt, während die Pflegebedürftigen die verbleibenden tatsächlichen Pflegekosten übernehmen.

Unzutreffend ist zudem die Aussage, dass die Übernahme eines substanziellen Teils der Pflegekosten durch die Pflegebedürftigen von Anfang an vorgesehen war. Auch in dieser Hinsicht trifft vielmehr das Gegenteil zu. So hieß es etwa im Ersten Pflegebericht der Bundesregierung: Die Pflegeversicherung „soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen zu decken“ (*Deutscher Bundestag 1997, 7 f.*). Da es jedoch bis zum Jahr 2008 keinerlei Anpassungen der Leistungssätze an die Kostenentwicklung gab (und danach auch nur begrenzt), hat sich die Realität immer mehr von dieser ursprünglichen Zielstellung entfernt.

Diese Überlegungen sind keine akademische Fingerübung, denn es geht im Kern um die zentrale Zielstellung der Pflegeversicherung. Darüber kann letztlich nicht wissenschaftlich, sondern nur politisch entschieden werden, aber das sollte möglichst explizit geschehen. In Bezug auf den Begriff des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung bedeutet dies eine klare Entscheidung darüber, was für einen Teil der Pflegekosten die Pflegebedürftigen tragen sollen und für welchen Teil die Pflegeversicherung zuständig ist. Bei den stationären Pflegekosten gibt es dafür vom Grundsatz her drei unterschiedliche Modelle:

- Die Pflegeversicherung zahlt fixe Leistungssätze, und das Risiko steigender Kosten liegt bei den Pflegebedürftigen, soweit es keine regelmäßige Anpassung der Leistungssätze an die Kostenentwicklung gibt. Dieses Modell kennzeichnet im Wesentlichen den bisherigen Status quo.

- Die Pflegebedürftigen tragen einen fixen Höchstbetrag der Pflegekosten für einen bestimmten Zeitraum, und die Pflegeversicherung trägt das Risiko steigender Kosten. Dieses Modell entspricht dem ursprünglichen Vorschlag eines „Pflegedeckels“ von Jens Spahn, wonach die Pflegebedürftigen maximal 700 Euro pro Monat für längstens drei Jahre stationärer Langzeitpflege selbst bezahlen sollten (*BMG 2020b*); es folgt dem Vorschlag eines „Sockel-Spitze-Tauschs“ (*Rothgang et al. 2019*).
- Pflegeversicherung und Pflegebedürftige teilen sich das Risiko steigender Pflegekosten nach einem definierten Verteilungsschlüssel; dieses Modell entspricht der mit dem GVWG beschlossenen Regelung eines prozentualen Zuschusses der Pflegeversicherung zu den EEE plus Ausbildungskosten, der ab 2022 jährlich gestaffelt 5, 25, 45 und 70 Prozent beträgt.

Zusätzlich erfordert das jetzt beschlossene Zuschussmodell – genauso wie der bisherige Status quo – klare Dynamisierungsvorschriften, an denen es zumindest in der Vergangenheit gemangelt hat. So führt auch die neue Zuschussregelung nach Modellrechnungen von Rothgang et al. ohne weitere Anpassungen nur für eine Zeitdauer von zwei Jahren zu einer Entlastung der durchschnittlichen Eigenanteile und einer geringeren Quote an stationär Pflegebedürftigen, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind (*Rothgang et al. 2021, 24*).

Das berührt zugleich einen weiteren Unterschied zwischen dem Deckel- und dem Zuschuss-Modell. In den Eckpunkten vom Herbst 2020 stand, dass der „Pflegedeckel“ neben spürbaren Entlastungen für Planbarkeit Sorge (*BMG 2020*). Entlastungen bewirkt auch das Zuschuss-Modell, zumindest kurzfristig, aber Planbarkeit bewirkt es nicht. Zwar hieß es im Arbeitsentwurf eines Pflegereformgesetzes vom März 2021, dass die Planbarkeit der im Pflegefall zu erwartenden Kosten und damit passgenaue Formen der privaten und betrieblichen Pflegevorsorge erleichtert würden (*BMG 2021, 2*), aber das ist nicht wirklich der Fall. Auch künftig sind die Pflegebedürftigen am Risiko steigender Pflegekosten beteiligt – in einem gewiss geringeren, aber nach wie vor nicht kalkulierbaren Umfang.

Es wäre wünschenswert, wenn die Politik klar entscheiden würde, welches Modell sie grundsätzlich anstrebt; konkrete Ausgestaltungen – ob 700 Euro pro Monat beim „Deckel“ beziehungsweise welche konkreten Prozentsätze bei den Zuschüssen – wären dann in einem zweiten Schritt festzulegen, auch im Sinne von Stellschrauben für die weitere Entwicklung. Eine solche grundsätzliche Diskussion einschließlich einer gründlichen Analyse der jeweiligen Konsequenzen hat es bei dem in großer Eile geschnürten Pflegereform-Paket des GVWG nicht gegeben. Doch wenn Pflegepolitik mehr sein soll als ständige Flickschusterei, darf ihr die Politik nicht ausweichen.

3 Perspektiven der Steuerfinanzierung

Durch das GVWG wurde beschlossen, dass die SPV ab dem Jahr 2022 einen Zuschuss aus Steuermitteln des Bundes im Umfang von einer Milliarde Euro erhält. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) war die SPV bislang ohne einen Bundeszuschuss ausgekommen. Warum sich das jetzt ändern soll, hat Gesundheitsminister Jens Spahn rund einen Monat vor der Vorstellung seiner Eckpunkte im Herbst 2020 erläutert. Die dort vorgestellte Pflegereform, so Spahn gegenüber der „Bild am Sonntag“, koste rund sechs Milliarden Euro. Beitragserhöhungen kämen dafür aber nicht infrage, weil die Regierung ihr Versprechen ernst nehme, die Lohnnebenkosten nicht über 40 Prozent steigen zu lassen. Deshalb sollte dieser Betrag aus Steuermitteln finanziert werden (*Spahn 2020*). Spahn verweist somit auf das als „Sozialgarantie“ bezeichnete Versprechen der Bundesregierung, die von ihm als „Lohnnebenkosten“ bezeichnete Summe aller Sozialversicherungsbeiträge nicht über 40 Prozent wachsen zu lassen. Dies war als Teil des Corona-Konjunkturpakets der Bundesregierung für die beiden Jahre 2020 und 2021 vorgesehen. Ob es danach eine Anschlussregelung geben wird, muss die neue Bundesregierung entscheiden.

In den Eckpunkten selbst war von der „Sozialgarantie“ keine Rede. Vielmehr hieß es, dass die Pflegeversicherung Leistungen erbringe, deren Finanzierung gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei. Deshalb übernehme künftig der Bund für Menschen, die Angehörige pflegen, wie für Zeiten der Kindererziehung die Beitragszahlungen an die Rentenversicherung. Für weitere gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie unter anderem die Vermeidung von Überforderung durch zu hohe Eigenanteile, die beitragsfreie Versicherung von Kindern und nicht erwerbstätigen Partnern sowie das Pflegeunterstützungsgeld erhalte die Pflegeversicherung künftig einen pauschalen Bundeszuschuss (*BMG 2020b*).

Diese Begründung folgt bereits vor Corona gestellten Forderungen nach Einführung eines dauerhaften Bundeszuschusses zur Pflegeversicherung (etwa *GKV-Spitzenverband 2020*). Wie an anderer Stelle gezeigt (*Greß et al. 2019*), ist sie inhaltlich jedoch nicht unstrittig, zumindest in Bezug auf die Übernahme der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und vor allem im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung, nachdem das Bundesverfassungsgericht die Betreuung und Erziehung von Kindern als generativen Beitrag zur Funktionsfähigkeit eines umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems eingestuft hat (*BVerfG 2001a, Leitsatz*), weshalb kinderlose SPV-Mitglieder seit 2005 einen Beitragszuschlag entrichten müssen.

Konzeptionell besonders fragwürdig erscheint die sowohl in den Eckpunkten vom November 2020 als auch im Arbeits-

entwurf eines Pflegereformgesetzes vom März 2021 enthaltene Aussage, dass die Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen – in den Eckpunkten per Pflegedeckel, im Gesetzentwurf mittels Zuschüssen – eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sei (*BMG 2020b, 5; BMG 2021, 121*). Wenn dies der Fall ist, kann es sich aber nicht gleichzeitig um eine „originäre“ Versicherungsleistung handeln. Ob es hier „nur“ darum geht, einen möglichst hohen Betrag für den Bundeszuschuss zu begründen, oder ob bewusst das Tor für mögliche Bedürftigkeitsprüfungen geöffnet werden soll, wie sie für steuerfinanzierte Sozialleistungen – im Unterschied zu Versicherungsleistungen – kennzeichnend sind, kann hier nicht beurteilt werden. In die zweite Richtung gingen jedenfalls einige kritische Reaktionen auf Spahns ersten Reformvorschlag. So wurde SPD-Generalsekretär Lars Klingbeil zitiert, dass der Deckel nicht für jeden gelten dürfe: „Wenn alle den gleichen Beitrag für die stationäre Pflege bezahlen – egal ob Verkäuferin oder Millionär – empfinde ich das als ungerecht“ (*Harbusch et al. 2020*). Wer so etwas äußert, hat entweder das zentrale Wesensmerkmal einer (Sozial-)Versicherung nicht verstanden oder sagt bereits an ihrem Fundament.

In der mittlerweile via GVWG beschlossenen Reform der SPV ist der Bundeszuschuss auf jährlich eine Milliarde Euro ab dem Jahr 2022 geschrumpft – das Zuschuss-Modell kostet weniger als der Pflegedeckel; es wird zudem auf jegliche Erhöhung des Pflegegeldes für Angehörige in der ambulanten Pflege verzichtet, obwohl die Bundesregierung selbst erst Ende 2020 einen fünfprozentigen Anstieg aller Leistungen der Pflegeversicherung für angemessen gehalten hatte (*Deutscher Bundestag 2020*). Verzichtet wird aber vor allem auch auf eine inhaltliche Begründung für den Bundeszuschuss. Laut Paragraph 61a Sozialgesetzbuch XI leistet der Bund den Zuschuss ab dem Jahr 2022 „zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung“, und in der Begründung wird dieser Satz lediglich noch einmal wortgleich wiederholt (*Deutscher Bundestag 2021b, 65*). Eine sozialversicherungsrechtliche Einschätzung kann hier nicht erfolgen, aber ordnungspolitisch erscheint es höchst problematisch, wenn einer Sozialversicherung ein diskretionär festgesetzter Betrag ihrer nicht weiter differenzierten Aufwendungen ohne nähere Begründung aus Steuermitteln erstattet wird.

Der Bundeszuschuss zur SPV steht somit auf wackeligen Beinen – konzeptionell, aber auch materiell, wie aktuell der Verzicht auf die Anpassung des Pflegegeldes an die Preisentwicklung zeigt. Damit kein Missverständnis entsteht: Ein regelgebundener Bundeszuschuss für definierte Leistungen ist zweifellos sinnvoll, aber ein Zuschuss nach Kassenlage – je nach aktueller Situation mal der Pflegeversicherung und mal des Bundeshaushalts – kann kaum als zweckmäßiges Instrument zur nachhaltigen Finanzierung der SPV angesehen werden.

Es gibt allerdings sehr wohl einen Bereich im Pflegekontext, in dem ein konsequenter Ausbau von Steuerfinanzierung unbestritten Sinn ergeben würde, nämlich bei der Wahrnehmung der Verantwortung der Länder „für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ (Paragraph 9 SGB XI). Bis heute kommen die Länder dieser Vorgabe nur unzureichend nach (*IGES 2021*) und wälzen diese Kosten mehrheitlich auf die Pflegebedürftigen in den Einrichtungen ab. Nach Berechnungen des WiDO sind den Pflegeheimbewohnenden hierdurch im Bundesdurchschnitt im zweiten Quartal 2021 zusätzliche Kosten von monatlich 443 Euro entstanden. Ein stärkeres Engagement der Länder durch eine substanzielle Übernahme von Investitionskosten ginge somit mit einer signifikanten Entlastung der stationär Gepflegten einher. In beiden Reformkonzepten von Jens Spahn war vorgesehen, die Länder zu einem Zuschuss von 100 Euro pro Monat je vollstationär Gepflegten zu verpflichten, doch fand diese Maßnahme keine Berücksichtigung in der schließlich verabschiedeten Reform. Aus der Perspektive des Status quo wäre eine solche Subjektförderung gewiss eine Verbesserung, von ihrem Steuerungspotenzial her einer gezielten bedarfsorientierten Objektförderung allerdings deutlich unterlegen (vergleiche *Greß und Jacobs 2021*).

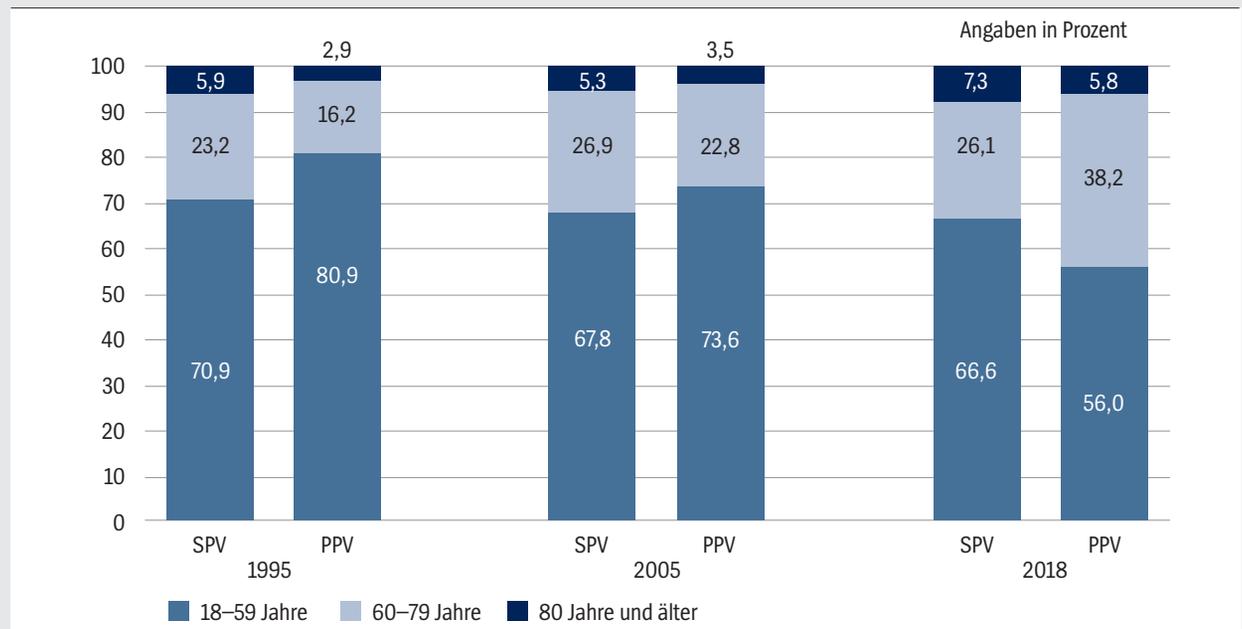
4 Stärkung der solidarischen Beitragsfinanzierung

Bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 hatte der Gesetzgeber das in der Krankenversicherung bestehende duale System übernommen und eine zweigeteilte Pflegeversicherung eingeführt. Während die SPV nach dem Umlageverfahren arbeitet und sich über einkommensbezogene solidarische Beiträge finanziert, gilt für die private Pflegepflichtversicherung (PPV) ein überwiegend vom individuellen Risiko beziehungsweise Alter abhängiges Prämiensystem und das Kapitaldeckungsprinzip. Wettbewerb zwischen den Systemen auf der Grundlage individueller Wahloptionen existiert nicht. Bis auf wenige Ausnahmen entscheidet allein die Zugehörigkeit zur Krankenversicherung über die Mitgliedschaft in SPV oder PPV. Es gibt weder unterschiedliche Vergütungen von Leistungserbringern noch unterschiedliche Pflegeleistungen. Diese sind im Sozialgesetzbuch XI fixiert und richten sich in beiden Systemen allein nach dem gutachterlich festgestellten Pflegebedarf beziehungsweise den Pflegegraden. Die unterschiedliche Risikostruktur der Versicherten in beiden Systemen blieb bei dieser Konstruktion allerdings außer Betracht, und es ist zu klären, in welchem Ausmaß Gerechtigkeitsdefizite im dualen System bestehen und wie damit umgegangen werden kann.

Eine Richtschnur für diese Frage bietet ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001 zur Rechtmäßig-

ABBILDUNG 1

Altersstruktur der Versicherten im Erwachsenenalter in SPV und PPV 1995, 2005 und 2018



Bei Einführung der Pflegeversicherung waren die mittleren Altersgruppen in der privaten Pflegeversicherung (PPV) überproportional vertreten. Der Anteil der über 80-Jährigen mit besonders hoher Pflegeprävalenz war in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) zu allen drei Zeitpunkten deutlich höher als in der PPV.

keit einer obligatorischen privaten Pflegepflichtversicherung. Demnach durfte „der Gesetzgeber, der eine Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen hat, (...) die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ (BVerfG 2001b, Rn. 92). Inwiefern die Lastenverteilung zwischen SPV und PPV tatsächlich ausgewogen ist, war wiederholt Gegenstand empirischer Untersuchungen (Grefß et al. 2019; Rothgang und Domhoff 2019). Wesentliche Ergebnisse hierzu werden nachfolgend unter Berücksichtigung aktueller Daten und Analysen dargestellt.

Generell ist das Risiko von Pflegebedürftigkeit in hohem Maße vom Lebensalter abhängig und weist bei den Älteren zudem deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen auf. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Stand: Ende 2019) liegt das Risiko von Pflegebedürftigkeit in der Gruppe der 60- bis 65-Jährigen bei drei Prozent und steigt graduell bis zu einer Pflegequote von 14 Prozent bei den 75- bis 79-Jährigen an. Ab dem 80. Lebensjahr nimmt das Risiko von Pflegebedürftigkeit stark zu. So ist in der Altersgruppe von 80 bis 85 Jahren mehr als jeder Vierte pflegebe-

dürftig, im Alter zwischen 85 und 89 bereits jeder Zweite, und in der Gruppe der Hochaltrigen über 90 Jahre nehmen mehr als drei Viertel Pflegeleistungen in Anspruch. In Verbindung mit der höheren Lebenserwartung waren von den 2,3 Millionen Pflegebedürftigen über 80 Jahre 71 Prozent Frauen (Statistisches Bundesamt 2020).

Vergleicht man mithilfe von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) (Goebel et al. 2019) die Alters- und Geschlechtsstrukturen der SPV- und PPV-Versicherten zu unterschiedlichen Zeitpunkten, zeigen sich folgende Unterschiede (Abbildung 1): Bei der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er-Jahre waren die mittleren Altersgruppen in der PPV überproportional vertreten, die Altersjahrgänge mit hoher Pflegeprävalenz dagegen deutlich seltener. Insbesondere war der Anteil der über 80-Jährigen in der PPV nur halb so groß wie in der SPV. An diesen strukturellen Unterschieden hatte sich auch zehn Jahre später wenig geändert.

Erst 2018 spiegelt sich die zunehmende Alterung des Versichertenbestandes auch in den Strukturen der PPV wider: Der Anteil der 60- bis 79-Jährigen liegt mit 38,2 Prozent sogar über dem Anteil in der SPV. Doch auch 23 Jahre nach Einfüh-

Die Pflegeversicherung liegt der Anteil der Pflegeversicherten in der Altersgruppe über 80 Jahre mit dem höchsten Pflegerisiko in der SPV mit 7,3 Prozent immer noch um rund ein Viertel über dem der PPV. Die altersbedingten Strukturunterschiede werden verstärkt durch einen unterdurchschnittlichen Anteil an Frauen in der PPV. Dieser Unterschied betrifft alle Altersgruppen, wirkt sich aber vor allem bei den über 80-Jährigen aus, wo Frauen besonders häufig von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Hier sind nur 47 Prozent in der PPV, hingegen über 60 Prozent in der SPV versichert.

Auch in den jüngeren und mittleren Altersgruppen ist das altersspezifische Risiko, pflegebedürftig zu werden, in der PPV unterdurchschnittlich. Bei den 20- bis 50-Jährigen beträgt es teilweise nicht einmal 20 Prozent des entsprechenden Risikos der SPV-Versicherten (DAV 2020, 12). Generell wirken sich hierbei die Selektionsmechanismen beim Zugang zur privaten Krankenversicherung (PKV) aus. Für Personen mit Vorerkrankungen oder Behinderungen bestehen aufgrund der in der PKV üblichen Gesundheitsprüfungen sowie des fehlenden Kontrahierungszwanges hohe, vielfach unüberwindliche Zugangshürden zur PKV und damit auch zur PPV.

Gravierende Unterschiede zwischen den Versicherungszweigen bestehen auch im Hinblick auf die ökonomische Leistungsfähigkeit der Versicherten. Als Folge der selektiven Zugangsmodalitäten sind die PPV-Versicherten zu einem höheren Anteil voll erwerbstätig und nehmen gehobene Positionen im Erwerbssystem ein. Einer Analyse mit Daten des SOEP für das Jahr 2018 zufolge sind neben Beamten und Pensionären hoch qualifizierte und leitende Angestellte sowie Selbstständige und Freiberufler überproportional häufig privat pflegeversichert. Arbeiter und einfache Angestellte wie auch Arbeitslose und sonstige Nichterwerbstätige sind demgegenüber in der PPV unterrepräsentiert. Die privilegierte Struktur der PPV-Versicherten spiegelt sich in den Jahreseinkommen wider. Mit einem Bruttogesamteinkommen von durchschnittlich 54.334 Euro verfügten die PPV-Versicherten 2018 über ein doppelt so hohes Einkommen wie die Versicherten in der SPV mit einem Durchschnittseinkommen von 27.313 Euro.

Die Strukturunterschiede hinsichtlich des Pflegerisikos und der wirtschaftlichen Leistungskraft in beiden Versicherungsträgern führen letztlich zu unterschiedlichen Finanzierungsbedingungen in SPV und PPV (Tabelle 1). Entsprechend waren in der PPV im Jahr 2005 mit 1,27 Pflegebedürftigen je 100 Versicherte nur halb so viele Pflegebedürftige zu versorgen wie in der SPV. Bemerkenswert ist der dauerhafte Fortbestand dieser ungleichen Risikorelation. Denn 14 Jahre später ist die Anzahl der Pflegebedürftigen zwar in beiden Systemen angestiegen, der Anteil der Pflegebedürftigen beträgt in der PPV jedoch mit 2,7 Prozent weiterhin nur etwa die Hälfte des Anteils in der SPV.

Dies spiegelt sich auch in den von der PPV aufzuwendenden Leistungsausgaben je Versicherten wider. Diese machten 2005 mit 60 Euro gerade ein Viertel und 2019 mit 171 Euro weniger als ein Drittel der Ausgaben aus, die in der SPV pro Kopf für Pflegeleistungen ausgegeben wurden. Selbst wenn man die über die staatliche Beihilfe aus Steuermitteln finanzierten Pflegeausgaben für die in der PPV versicherten Beamten, Pensionäre und Versorgungsempfänger komplett mit einbezieht, waren die Pro-Kopf-Ausgaben 2019 in der SPV mit 557 Euro mehr als doppelt so hoch wie in der PPV. Diesen Vorteil kann die PPV an ihre Versicherten weitergeben. Die Prämienkosten für die Pflegeversicherung in der PPV betragen 2019 kalkulatorisch 349 Euro je Versicherten, in der SPV dagegen waren die Beitragskosten mit 637 Euro fast doppelt so hoch. Dabei verwendet die PPV einen großen Teil der Einnahmen und Kapitalerträge für die Altersrückstellungen ihrer Versicherten, die sich bis Ende 2019 auf 39 Milliarden Euro aufsummiert hatten.

Von einer ausgewogenen Lastenverteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegeversicherung, wie vom Bundesverfassungsgericht postuliert, kann nach diesen Ergebnissen somit keine Rede sein. Deshalb ist es naheliegend, nach Wegen zu suchen, wie die PPV-Versicherten an der solidarischen Pflegefinanzierung beteiligt werden können. Schon im Koalitionsvertrag der ersten Großen Koalition von 2005 war ein Finanzausgleich zwischen SPV und PPV zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen vereinbart worden (CDU, CSU und SPD 2005, 91 f.), der aber anschließend nicht umgesetzt wurde. Das ist jetzt 16 Jahre her – die gesamte Amtszeit von Angela Merkel als Bundeskanzlerin. In dieser Zeit haben die im Durchschnitt deutlich besser verdienenden PPV-Versicherten für dieselben Pflegeleistungen Monat für Monat einen erheblich geringeren Beitrag gezahlt und dabei gleichzeitig noch hohe Altersrückstellungen gebildet. Ihr Einbezug in die solidarische Finanzierung der gesamten Pflegevolksversicherung erscheint deshalb überfällig. Nach einer Simulationsanalyse von Greß et al. für das Jahr 2017 hätte die Beteiligung aller Pflegeversicherten an der solidarischen Beitragsfinanzierung nach identischen Regelungen, unter Berücksichtigung der steuerfinanzierten Aufwendungen für Beihilfeberechtigte, per Saldo zu einer finanziellen Entlastung der gemeinsamen Pflegekasse in Höhe von über 5,8 Milliarden Euro geführt (Greß et al. 2019, 251). Zumindest für diesen Betrag müsste heute entsprechend nicht mehr nach Mitteln der Steuerfinanzierung gesucht werden.

5 Fazit und Ausblick

Die pflegepolitische Bilanz der vorigen Bundesregierung ist zweigeteilt. Zum einen ist es ihr gelungen, wichtige Schritte der in der Konzertierte Aktion Pflege initiierten Maßnah-

TABELLE 1

Finanzkennzahlen zu SPV und PPV 2005 und 2019

	SPV	PPV	SPV	PPV
	2005		2019	
Anzahl Versicherte (in Tausend)	70.522	9.164	73.050	9.220
Beitragseinnahmen in Milliarden Euro	17,38	1,87	46,53	3,21
Beitrag/Prämie je Versicherten und Jahr in Euro	246	204	637	349
Anzahl Pflegebedürftige (in Tausend)	1.952	116	4.000	252
Anzahl Pflegebedürftige je 100 Versicherte	2,77	1,27	5,48	2,73
Leistungsausgaben in Milliarden Euro	16,98	0,55	40,70	1,6
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro	241	60	557	171
Leistungsausgaben je Versicherten in Euro inkl. Beihilfeausgaben	241	90	557	256
Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro	8.699	4.744	10.176	6.251
Mittelbestand/Altersrückstellungen in Milliarden Euro	3,05	15,17	6,7	38,96

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von BMG 2020a, PKV 2006, PKV 2020, Grafik: G+G Wissenschaft 2021

men zur Verbesserung der Attraktivität der Pflegeberufe umzusetzen. Dazu zählen höhere Mindestentgelte für Pflegekräfte und die im GVWG beschlossenen Regelungen zur Personalbemessung und zur Tarifbindung. Mit einem Reformgesetz zur Pflegefinanzierung, das den Auswirkungen dieser Maßnahmen auf die steigenden Eigenanteile der Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege wirksam begegnet, ist sie dagegen gescheitert. Die gestaffelte Zuschussregelung zu den pflegebedingten Eigenanteilen mindert die rapide steigenden Eigenanteile nur kurzfristig, ihre Finanzierung ist ungesichert. Aktuell wird die partielle Entlastung der stationär Pflegebedürftigen zudem per Verzicht auf eine Erhöhung des Pflegegeldes mit einem Sparbeitrag aus dem ambulanten Pflegesetting gegenfinanziert, was dem pflegepolitischen Ziel der Stärkung der ambulanten häuslichen Pflege eklatant widerspricht. Vor diesem Hintergrund ist absehbar, dass sich die neue Bundesregierung schon bald wieder mit der Pflegefinanzierung befassen muss.

Damit böte sich aber auch die Chance, zu klaren Entscheidungen im Hinblick auf die künftige Ausgestaltung der Finanzierungszuständigkeiten für die Pflege zu gelangen. Dabei ist insbesondere zu klären, in welcher Form die finanzielle Risikoteilung zwischen den Pflegebedürftigen und der Pflegeversicherung künftig erfolgen soll, damit die Pflegebedürftigen mit ihren Eigenanteilen in der Regel nicht überfordert werden. Hierbei kann ein Steuerzuschuss des

Bundes von Nutzen sein, doch sollte dieser vom Gesetzgeber in Verbindung mit klar definierten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der Pflegeversicherung festgelegt werden. Gleichermaßen ist es erforderlich, die Länder in die Finanzierungsreform der Pflegeversicherung einzubinden, damit sie einen signifikanten Beitrag zur Investitionskostenförderung leisten und damit zu einer Entlastung der stationär Pflegebedürftigen beitragen – ganz unabhängig von der Wahrnehmung ihrer Aufgabe, für eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur zu sorgen.

Unabhängig von einer verstärkten sachgerechten Steuerfinanzierung im Pflegekontext sollten künftig alle Pflegeversicherten in die solidarische Finanzierung einbezogen werden. Dies könnte über die Einführung einer einheitlichen Bürgerpflegeversicherung, aber auch bei Fortbestand des dualen Systems in Form eines Strukturausgleichs zwischen SPV und PPV erfolgen, bei dem auch die im Durchschnitt deutlich höhere Finanzkraft der Privatversicherten mitberücksichtigt würde. Beide Optionen wäre geeignet, die unausgewogene Lastenverteilung zwischen den Versichertengruppen im dualen System zu vermindern, die Basis der solidarischen Finanzierung zu verbreitern und somit zu einer nachhaltigen Stabilisierung der Pflegefinanzierung beizutragen. Für diese Grundsatzprobleme muss die Politik möglichst klare Lösungen finden. Mit einer Fortsetzung kurzfristiger Flickschusterei ist es dabei nicht getan.

Literatur

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2021): Sozialbericht 2021. Bonn

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 28. Juli 2020

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020b): Pflegeversicherung neu denken: Eckpunkte der Pflegereform 2021. Stand: 4. November 2021

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2021): Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeversicherung. Bearbeitungsstand: 15. März 2021

BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001a): Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94

BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001b): Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95

CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005

DAV (Deutsche Aktuarvereinigung) (2020): Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung. Richtlinie. Köln, 20. März 2020

Deutscher Bundestag (1997): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Drucksache 13/9528 vom 19. Dezember 1997. Berlin

Deutscher Bundestag (2020): Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung. Drucksache 19/25283 vom 9. Dezember 2020. Berlin

Deutscher Bundestag (2021a): Unterrichtung durch die Bundesregierung. Siebter Pflegebericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Drucksache 19/30300 vom 20. Mai 2021. Berlin

Deutscher Bundestag (2021b): Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 19/26822, 19/27214, 19/28005 Nr. 1 – Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG) (und zu weiteren Anträgen). Drucksache 19/30560 vom 10. Juni 2021. Berlin

Goebel J et al. (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). Journal of Economics and Statistics, Vol. 239, No. 2, 345–360

Greß S, Haun D, Jacobs K (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, 241–254

Greß S, Jacobs K (2021): Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin: Springer, 185–194

GKV-Spitzenverband (2020): Pflege verlässlich finanzieren. Statement vom 3. Januar 2020; gkv-spitzenverband.de → Über uns → Presse

→ Pressemitteilungen und Statements → Suchen: Finanzierung, 2020

Harbusch N, Bockenheimer J, Schuler R (2020): SPD unterstützt Spahns Pflege-Deckel. Bild vom 5. Oktober 2020, 4

IGES Institut (2021): Berichtspflicht der Bundesländer zu Förderung und Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. Berlin, Februar 2021

PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2006, 2020): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2005/06, 2019. Köln; pkv.de → Suchbegriff: Zahlenbericht

Rothgang H, Domhoff D (2019): Die Pflegeversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Nr. 150. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

Rothgang H, Heinze F, Kalwitzki T, Wagner C (2021): Auswirkungen der Regelungen des GVWG auf die stationären Pflegekosten und ihre Aufteilung. Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit

Rothgang H, Kalwitzki T, Cordes J (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung II: bedarfsgerecht – ortsunabhängig – bezahlbar. Gutachten im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform. Bremen

Siems D (2021): Minister Spahn rechnet falsch. Die Welt vom 3. Juni 2021, 1

Spahn J (2020): „Heimbewohner sollen weniger für Pflege zahlen“ (Interview). Bild am Sonntag vom 4. Oktober 2020, 10

Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 23. September 2021)

DIE AUTOREN



Dietmar Haun, Diplom-Soziologe,

Jahrgang 1962, studierte an der Universität Mannheim und der Indiana University, Bloomington, USA. Anschließend war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Methoden der empirischen Sozialforschung und angewandte Soziologie der Universität Mannheim. Seit 2001 arbeitet er beim AOK-Bundesverband, zunächst im Geschäftsbereich Change Management, anschließend war er als Referent für Risikomanagement im Geschäftsbereich Finanzen tätig. Seit 2012 ist Haun wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo).



Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs,

Jahrgang 1957, ist seit 2002 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) und leitet dort den Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen. Er hat Volkswirtschaftslehre in Bielefeld studiert und promovierte an der Freien Universität (FU) Berlin. Es folgten wissenschaftliche Tätigkeiten an der FU Berlin, am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und am Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin. Jacobs ist Honorarprofessor der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.