

Die Reform der Pflegeversicherung

Rothgang, Heinz

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Rothgang, H. (2008). Die Reform der Pflegeversicherung. *ZeS Report*, 13(2), 1-5. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-349488>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Die Reform der Pflegeversicherung

1 Einleitende Bemerkungen

Neben dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG) das zweite zentrale Gesetzeswerk der großen Koalition im Bereich der Gesundheitspolitik. Mit dem am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen PfwG werden Forderungen nach einem Systemwechsel – sei es ein Umstieg auf ein kapitalgedecktes Privatversicherungssystem, sei es der Rückbau zu einem reinen bedürftigkeitsgeprüften Leistungsgesetz oder sei es die Integration von Kranken- und Pflegeversicherung – zurückgewiesen. Stattdessen wird eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems durch gezielte Veränderungen einzelner Regelungen auf der Finanzierungs- und auf der Leistungsseite angestrebt.

Auf der Finanzierungsseite ist lediglich eine moderate Beitragssatzanhebung um 0,25 Beitragssatzpunkte vorgesehen. Auf der Finanzierungsseite handelt es sich deshalb um eine „kleine“ Reform, der weitere Reformschritte in der nächsten und/

oder übernächsten Legislaturperiode folgen müssen. Auf der Leistungsseite werden praktisch alle aktuellen Diskussionspunkte angesprochen. Neben einer Leistungsdynamisierung werden viele neue, insbesondere infrastrukturelle und leistungerschließende, Regelungen eingeführt, auf die an dieser Stelle aber nicht eingegangen werden kann. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich daher auf Fragen der Leistungsdynamisierung und der Finanzierung.

2 Leistungsdynamisierung

Anders als in der Krankenversicherung werden in der Pflegeversicherung lediglich betraglich fixierte Zuschüsse zu Pflegeleistungen bzw. ein ebenfalls fixiertes Pflegegeld gewährt. Die Leistungssätze der Hauptleistungsarten wurden bereits 1993 festgelegt und seitdem nicht mehr angepasst, was zu massiven Realwertverlusten geführt hat.

Dies kann besonders gut für den stationären Sektor gezeigt werden, da das Statistische Bundesamt seit 1999 im zweijährigen Abstand am 15.

Aus dem Inhalt

• Die Reform der Pflegeversicherung	1
• Arzneimittelreform „Viagra fürs Gehirn“?	6
• Wer wird „aktiviert“ – und warum (nicht)? Erste Erkenntnisse zur Realisierung der gleichstellungspolitischen Ziele des SGB II	9
• Berichte	12
• Tagungen	12
• Kooperationen	21
• Projekte	23
• Personalien	25
• Ankündigungen	28
• Tagungen	28
• Gesundheitspolitisches Kolloquium	29
• Veröffentlichungen	30
• Neuerscheinungen	30
• Arbeitspapiere	31
• Jour-fixe	32

Editorial

Anwendungsorientierte Forschung im ZeS

– Transfer und Expertise stehen inhaltlich im Mittelpunkt dieser Ausgabe des ZeS report.

Heinz Rothgang untersucht die Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfwG), das im Juli 2008 in Kraft getreten ist. Im Vordergrund des Beitrags stehen Fragen der Leistungsdynamisierung und der Finanzierung. Sein Fazit: viele gute Ansätze auf der Leistungsseite, aber weiterhin hoher Reformbedarf auf der Finanzierungsseite.

Der Missbrauch von Psychostimulantien ist Thema des Beitrags von **Gerd Glaeske**: „Viagra für's Gehirn?“ – ist die Frage danach, in welchem Ausmaß und mit welchen Folgen psychostabilisierende Medikamente – zweckentfremdet – als Dopingmittel für den Alltag eingenommen werden.

Die gleichstellungspolitischen Ziele des SGB II waren Gegenstand eines gemeinsam mit der Evangelischen Akademie Loccum durchgeführten ExpertInnen Workshops. **Sigrid Betzelt** fragt nach: „Wer wird ‚aktiviert‘ – und warum nicht?“ – und stellt damit erste Erkenntnisse zur Realisierung der gleichstellungspolitischen Ziele des SGB II vor.

In den Berichten über Tagungen und Projekte werden diese Themen ebenfalls aufgegriffen – und der Bericht über die erfolgreiche Evaluation des Zentrums für Sozialpolitik im Mai 2008 gibt einen Einblick in das gesamte Spektrum der Forschungs-, Lehr- und Transfer-Aktivitäten des ZeS.

Gisela Hegemann-Mahltig

Dezember eine Vollerhebung bei allen Pflegeheimen durchführt, in der auch die Heimentgelte erhoben werden. *Tabelle 1* enthält die entsprechenden bundesweiten Durchschnittswerte für die bisherigen vier Erhebungszeitpunkte.

Wie die *Tabelle 1* zeigt, sind die Pflegesätze in diesem 6-Jahreszeitraum deutlich gestiegen – insgesamt um 8 (Stufe III), 11 (Stufe I) bzw. 12

entgegengetreten werden, wobei das PfwG zwischen einer schrittweisen Anhebung der Leistungen bis 2012 und einer regelmäßigen Leistungsanpassung gemäß § 30 SGB XI ab 2015 unterscheidet.

Schrittweise Leistungsanpassung

Bis 2012 werden die Leistungen schrittweise erhöht. *Tabelle 2* enthält neben den aktuellen Leistungshöhen und den für 2012 vorgesehenen

Dynamisierung insbesondere die ausgabenbeträchtigen Leistungsarten nicht angehoben. So machen die Leistungen der vollstationären Pflege in Stufe I und II, die nicht angepasst werden, derzeit insgesamt 43% der SPV-Ausgaben aus. Wird – unter Berücksichtigung der derzeitigen Inanspruchnahme- und Ausgabenstruktur – errechnet, wie sich die Pflegeversicherungsleistungen insgesamt entwickeln, so ist erkennbar, dass die Anpassung unzureichend ist.

Tabelle 1: Vergütung in der vollstationären Pflege (in € pro Monat)

	Pflegesatz der Pflegeklasse			Durchschnittlicher Pflegesatz	Unterkunft und Verpflegung und Pflegesatz der Pflegeklasse		
	I	II	III		I	II	III
1999	1.155	1.520	1.976	2.056	1.702	2.067	2.523
2001	1.186	1.581	2.006	2.120	1.763	2.158	2.584
2003	1.246	1.672	2.098	2.194	1.824	2.250	2.675
2005	1.277	1.702	2.128	2.223	1.855	2.280	2.706
Wachstum 1999-2005	10,5	12,0	7,7	8,1	9,0	10,3	7,2
Durchschnittliches jährliches Wachstum	1,68	1,90	1,24	1,30	1,44	1,65	1,17

Anmerkung: Für die Jahre 1999 bis 2001 liegen die Angaben in Euro / Tag, gerundet auf ganze Euro-Beträge vor. Wegen dieser Rundungsungenauigkeit sind die Daten für Unterkunft und Verpflegung für sich genommen weniger aussagekräftig und werden hier nicht einzeln ausgewiesen.

Quelle: eigene Berechnungen nach Daten der Bundespflegestatistik

(Stufe II) Prozent. Werden die Pflegesätze für die einzelnen Stufen mit dem jeweiligen Belegungsanteil gewichtet und werden dann die Kosten für Unterkunft und Verpflegung addiert, ergibt sich ein durchschnittlicher Pflegesatz, der die relative Bedeutung der Pflegestufen für die Heimentgelte und deren Verschiebung über die Zeit berücksichtigt. Dieser durchschnittliche Pflegesatz ist im Betrachtungszeitraum um insgesamt 8 Prozent bzw. um jährlich durchschnittlich 1,3% (geometrisches Mittel) gestiegen. Bereits 1999 übersteigen die durchschnittlichen Pflegesätze die Leistungen der Pflegeversicherung in Höhe von 1.023 € (Stufe I), 1.279 € (Stufe II) und 1.432 € (Stufe III). 2005 liegt die durchschnittliche Deckungslücke dann bereits bei 254 € (Stufe I), 423 € (Stufe II) bzw. sogar 696 € (Stufe III).

Wird davon ausgegangen, dass die Entgelte auch vor 1999 und nach 2005 in gleichem Umfang gestiegen sind, so ergibt sich für den Zeitraum seit Einführung der Pflegeleistungen im stationären Bereich eine kumulierte Ausgabensteigerung von rund 15% und ein entsprechender Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen.

Diesem Kaufkraftverfall soll durch eine Leistungsanpassung

Leistungshöhen für die Kernleistungen der Pflegeversicherung auch die absolute Veränderung (in Euro) und die relative Veränderung (in % des Ausgangswertes).

Wie *Tabelle 2* zeigt, unterscheiden sich die Anpassungen je nach Leistungsart und Pflegestufe erheblich. Deutlich wird insbesondere die implizite Angleichungstendenz zwischen den Sachleistungen bei häuslicher Pflege und vollstationärer Pflege in den Stufen I und II. Allerdings werden bei der vorgesehenen

Für den Zeitraum von 2007-2012 ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Anpassungsrate (geometrisches Mittel) von 1,4%, die damit eher unter als über der Inflationsrate liegen dürfte. Nun haben die Leistungen der Pflegeversicherung in der letzten Dekade bereits erheblich an Wert verloren (s.o.). Es kann daher auch geprüft werden, inwieweit es mit der Anpassung gelingt, diesen Realwertverlust wieder auszugleichen. Wird die Anpassung daher auf den Zeitraum von 1996 (Einführung der stationären Leistungen) bis 2015 (Beginn der regelmäßigen Dynamisierung) bezogen, ergibt sich eine jährliche Steigerungsrate von nur noch 0,4 Prozent, die vollkommen ungeeignet ist, den Realwertverlust der Pflegeversicherungsleistungen einzudämmen.

Regelmäßige Leistungsanpassung ab 2015

Ab 2015 sollen die Leistungen dann regelmäßig in einem 3-Jahres-Rhythmus angehoben werden. Allerdings sieht der Wortlaut des § 30 SGB XI n.F. lediglich vor, dass

Tabelle 2: Leistungshöhen für Pflegesachleistung, Pflegegeld und vollstationäre Pflege

	Jahr		Veränderung in % des Ausgangswertes		Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate in % (geometrisches Mittel)	
	2007	2012	in €		2007-2012	1996-2015
Sachleistungen						
Stufe I	384	450	66	17,2	3,2	0,8
Stufe II	921	1.100	179	19,4	3,6	0,9
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
Pflegegeld						
Stufe I	205	235	30	14,6	2,8	0,7
Stufe II	410	440	30	7,3	1,4	0,4
Stufe III	665	700	35	5,3	1,0	0,3
vollstationär						
Stufe I	1.023	1.023	0	0,0	0,0	0,0
Stufe II	1.279	1.279	0	0,0	0,0	0,0
Stufe III	1.432	1.550	118	8,2	1,6	0,4
insgesamt				7,1	1,4	0,4

die Notwendigkeit einer Anpassung alle drei Jahre „geprüft“ werde. Als Orientierungsgröße werden die Inflations- und die Bruttolohnentwicklung genannt, wobei jeweils die niedrigere Rate ausschlaggebend ist. Weiterhin können „die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt“ werden. Insbesondere die letztgenannte Einschränkung eröffnet die Möglichkeit, die Leistungsanpassungen ganz auszusetzen oder die Pflegeversicherungsleistungen sogar nach unten anzupassen. Bei der vorgeschlagenen Form handelt es sich daher um eine diskretionäre Anpassung, die regelmäßig Anlass zu politischen Auseinandersetzungen bieten dürfte.

Um einen weiteren Realwertverlust der Pflegeversicherung auszuschließen, ist dagegen eine regelgebundene Anpassung ohne diskretionären Spielraum nach einer vorgegebenen Formel notwendig, die auf makroökonomische Größen wie die Inflationsrate und die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abstellt. Hierbei kann zwischen dem Pflegegeld und den Sachleistungen unterschieden werden. Für das Pflegegeld ist eine Anpassung entsprechend der allgemeinen Preisentwicklung sinnvoll. Bei den Pflegesachleistungen sollte

chend wurde bereits in der Nachhaltigkeitskommission der Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltssteigerung als Anpassungsformel vorgeschlagen. Noch besser wäre eine Anpassungsformel, bei der Lohnentwicklung und Inflation im Verhältnis von Personal- zu Sachkosten (also etwa im Verhältnis 2 : 1) eingehen.

Eine Anpassung gemäß der Inflation – die im vorliegenden Entwurf ja nur als Obergrenze vorgesehen ist – würde bei steigenden realen Bruttolöhnen dagegen zu einem weiteren Wertverlust der Pflegeversicherungsleistungen führen, der sich auch in der Sozialhilfequote der stationär versorgten Pflegebedürftigen niederschlagen dürfte. Sie ist daher unzureichend.

3 Finanzierung

Hinsichtlich der Finanzierung soll zunächst kurz auf die Ausgangslage eingegangen werden (1), bevor die im PfwG vorgesehenen Maßnahmen bewertet werden (2). Dabei zeigt sich, dass die geplante Beitragssatzerhöhung zwar sinnvoll ist, allein aber nicht ausreicht. Abschließend wird daher auf die Einbeziehung der PKV (3) und die ergänzende Kapitalfundierung (4) als mögliche zusätzliche Reformmaßnahme eingegangen.

Tabelle 3: Überschuss der Ausgaben über die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung

Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Defizit (in Mrd. €)	0,03	0,13	0,06	0,38	0,69	0,82	0,36	- 0,45	0,32

die Kaufkraftherhaltung das Ziel der Anpassung sein. Mittel- und langfristig folgt die Preisentwicklung von Pflegeleistungen der Kostenentwicklung, wobei die Personalkosten der quantitativ wichtigste Kostenblock sind.

Eine Leistungsdynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen in Anlehnung an die Lohnentwicklung in der Pflege verbietet sich aber, weil dadurch eine Lohn-Preis-Spirale nach oben ausgelöst würde. Sinnvoll erscheint dagegen die Anlehnung an die Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung der gesamten Volkswirtschaft, da sich die Lohnentwicklung in der Pflege langfristig nicht von der übrigen Lohnentwicklung abkoppeln kann. Da neben den Personalkosten auch Sachkosten zu berücksichtigen sind, ist auch die Berücksichtigung der Inflationsrate plausibel. Eine Anpassungsformel, die auf einen gewogenen Mittelwert aus Inflation und Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung abstellt, wäre daher ideal. Entspre-

Finanzierungsproblem resultiert vor allem aus der Einnahme- und nicht aus der Ausgabenentwicklung: Die Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung sind von 1997 bis 2004 nominal lediglich um jährlich 2,2% gewachsen (geometrisches Mittel) – mit sinkender Tendenz. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist dies kein hoher Wert. Allerdings lag das durchschnittliche jährliche Einnahmewachstum der Pflegeversicherung (geometrisches Mittel) im gleichen Zeitraum bei nur 0,8% und somit unterhalb der Inflationsrate von 1,3%. Damit ist die Einnahmenentwicklung weit hinter gängigen Prognosen zurückgeblieben.

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es somit auch in der Sozialen Pflegeversicherung die strukturelle Einnameschwäche, also das Zurückbleiben der Grundlohnsummenentwicklung hinter der Steigerung des Sozialprodukts, die zu Finanzierungsproblemen des Systems führt. Auch für die Zukunft ist mit steigenden SPV-Ausgaben zu rechnen, die allein schon aus einer – demographisch bedingt – höheren Zahl an Leistungsempfängern und einer Verschiebung des Inanspruchnahmeverhaltens hin zu für die SPV „teureren“ Pflegesachleistungen und stationärer Pflege resultieren. Ob die Steigerung der Grundlohnsumme ausreicht, um diese Ausgabensteigerung auszugleichen, hängt dabei von der makroökonomischen Entwicklung ab, die nicht präzise vorhersagbar ist. Sobald die Leistungen der Pflegeversicherung aber dynamisiert werden, ist ein steigendes Defizit bzw. ein steigender Beitragssatz unumgänglich. Soll beides vermieden werden, sind gesetzliche Maßnahmen unumgänglich.

(2) Anhebung des Beitragssatzes

Die Anhebung des Beitragssatzes ist die administrativ einfachste Methode, die Einnahmen der SPV zu erhöhen. Durch den Einkommensbezug der Beitragszahlung ist dieser Weg sozial ausgewogen und in der vorgesehenen Höhe volkswirtschaftlich unschädlich. Eine derartige Beitragssatzerhöhung war schon bei Einführung der Pflegeversicherung vorgesehen. So wird in der Gesetzesbegründung aus dem Jahr 1993 ausgeführt, dass der Beitragssatz „von 1,7 % im Jahr 1996 aus demographischen Gründen im Laufe der Zeit steigen [wird]. Der Umlagebeitragssatz wird im Jahre 2010 etwa 1,9 % und im Jahre 2030 etwa 2,4% betragen“ (Bundestagsdrucksache

(1) Ausgangslage

Seit 1999 weist die Soziale Pflegeversicherung (SPV) Defizite auf, die ab 2002 dreistellige Millionenhöhen erreichen (Tabelle 3). Das geringere Defizit des Jahres 2005 resultiert aus den Zusatzeinnahmen durch den Zusatzbeitrag für Kinderlose, der seit 2005 regelmäßig anfällt. Der für das Jahr 2006 gemeldete Überschuss in Höhe von ca. 450 Mio. € resultiert lediglich aus einer Vorverlegung der Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge im Januar (Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 03.08.2005). Dies führte zu einem Zufluss von insgesamt 13 Beiträgen in diesem Jahr. Hierbei handelt es sich um einen Einmaleffekt in Höhe von rd. 0,8 Mrd. €, der allein zu dem positiven Ergebnis führt. Für 2007 ist folgerichtig wieder eine Defizit von 320 Mio. € zu verzeichnen.

Das damit deutlich werdende

12/5262, S. 178).

Allerdings ist die im PFWG vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Beitragssatzpunkte allein nicht ausreichend. Dies verdeutlicht *Tabelle 4*, in der die Mehrbelastungen in Mrd. € (und bei den Eckpunkten zusätzlich auch in Beitragssatzpunkten) angegeben sind, wie sie in den Eckpunkten vom 19. Juni 2007 und dem Gesetzentwurf vom 7. Dezember 2007 ausgewiesen sind (*Tabelle 4*).

Bereits 2012 werden die Zu-

Rentenhöhen (mit negativen Auswirkungen auf die Beitragszahlungen der Rentner) ergeben, berücksichtigt sind. Weiterhin sind eventuelle Mehrausgaben, die sich aus einer Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben, nicht berücksichtigt. Da sich die Debatte um den Pflegebedürftigkeitsbegriff aber vor allem an der Frage unberücksichtigter Bedarfe bei demenziell erkrankten Versicherten entzündet hat, ist fast davon auszugehen, dass sich hier weitere finanzielle Belastungen ergeben.

Tabelle 4: Mehrbelastungen durch Maßnahmen des PFWG in Mrd. € und Beitragssatzpunkten

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2015	2020	2030
	Eckpunkte							
Mrd. €	0,83	0,98	1,52	1,71	2,22	3,37	4,94	12,38
BSP*	0,09	0,09	0,15	0,16	0,2	0,28	0,36	0,68
	Gesetzentwurf							
Mrd. €	0,48	1,04	1,53	1,70	2,20			

satzeneinnahmen durch die Beitragssatzerhöhung demnach weitgehend von den durch das PFWG ausgelösten Mehrausgaben verzehrt sein. Ab 2015 liegen die durch das PFWG ausgelösten Ausgabensteigerungen höher als die Mehreinnahmen. Einen Beitrag zur Lösung der strukturellen Defizite der SPV leistet das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz demnach nicht. Im Gesetzentwurf (S. 3) wird geschlussfolgert, dass mit der Beitragssatzerhöhung „die Auswirkungen der demografischen Entwicklung sowie die Leistungsverbesserungen mit Ausnahme der Dynamisierung dauerhaft finanziert werden“ können. Für die zum Systemerhalt notwendige Dynamisierung ist damit keine Vorsorge getroffen. Die Beitragssatzerhöhung dient ausschließlich zur Finanzierung der Leistungsverbesserungen, selbst ein Beitrag zur Tragung der demografisch bedingten Ausgabensteigerungen erfolgt nicht. Eine neuerliche Finanzreform ist daher in der nächsten, spätestens in der übernächsten Legislaturperiode notwendig.

Tatsächlich ist selbst die Annahme einer gesicherten Finanzierung bis 2014 optimistisch, da sie auf der Annahme beruht, dass die Grundlohnsumme in Zukunft – anders als in der Vergangenheit – in mindestens gleichem Umfang steigt wie die Ausgaben. Hiervon kann – angesichts der aktuellen Wirtschaftskrise – nicht ausgegangen werden. Im Gesetzentwurf sind zudem keine Aussagen dazu enthalten, inwieweit fiskalische Risiken der Pflegeversicherung, die sich etwa aus der verstärkten Nutzung der Entgeltumwandlungen (mit Beitragsverlusten für die SPV) und aus einem geringen Wachstum der

Insgesamt ist daher unabweisbar, dass spätestens 2014, wenn die erste Leistungsdynamisierung beschlossen werden soll, erneut über eine Finanzreform der Pflegeversicherung diskutiert werden muss. Aus den genannten Gründen ist es aber nicht unwahrscheinlich, dass bereits in der nächsten Legislaturperiode eine Finanzreform der Pflegeversicherung vorzunehmen ist. Da auch die Umsetzung der Vorschläge des Beirats zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die nächste Legislaturperiode fallen dürfte, bietet es sich an, diese beiden Aspekte zu verbinden und den nächsten Reformschritt bereits jetzt vorzubereiten. Die geplante Anhebung des Beitragssatzes ist daher zwar ein sinnvoller erster Schritt, dem aber weitere Reformschritte folgen müssen.

(3) Einbeziehung der PKV

Kernpunkt einer solchen Finanzreform muss die Einbeziehung der privat Pflegeversicherten sein – durch Integration der beiden Zweige der Volksversicherung in ein Versicherungssystem oder durch einen Risikostrukturausgleich, der die Ausgabenseite, aber auch die Einnahmeseite umfassen sollte.

Bereits jetzt ist die private Pflegepflichtversicherung eine obligatorische Versicherung. In einem Urteil vom 3. April 2001 zur Zulässigkeit einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung hat das Bundesverfassungsgericht diesbezüglich ausdrücklich festgestellt, dass der Gesetzgeber die Kompetenz hat, die gesamte Bevölkerung zum Abschluss einer Versicherung gegen das Pflegerisiko zu verpflichten. Das Bundesverfassungsgericht hat die Regelung der

privaten Pflegeversicherung als Teil eines „gesetzgeberischen Gesamtkonzepts einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ angesehen (BVerfGE 103, 197, 216) und spricht davon, dass der Gesetzgeber „eine Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen“ habe (BVerfGE 103, 197, 224). Insofern erscheint die Zusammenführung beider Zweige vergleichsweise unproblematisch. Da die Leistungsansprüche in der gesetzlichen und der privaten Pflegeversicherung praktisch identisch sind, bestehen auch diesbezüglich keine Hindernisse für eine Zusammenführung beider Systeme. Allerdings dürften die in der privaten Pflegepflichtversicherung bereits akkumulierten Altersrückstellungen dem Zugriff der Sozialen Pflegeversicherung entzogen sein.

Sollte eine die gesamte Bevölkerung umfassende integrierte Lösung aus politischen Gründen nicht möglich sein, ist ein Risikoausgleich zwischen beiden Systemen zwingend – wie er bereits im Koalitionsvertrag vereinbart war. Es ist normativ nicht zu rechtfertigen, eine „Pflegevolksversicherung“ so zu organisieren, dass zwei Versicherungskollektive mit ganz unterschiedlichen Risikostrukturen entstehen, die nur untereinander, aber nicht zwischen einander Solidarität praktizieren.

Tatsächlich unterscheidet sich die Risikostruktur zwischen Sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung erheblich. Dies zeigt schon ein kurzer Blick auf die Altersstruktur. So lag der Anteil der über 80jährigen Versicherten im Jahr 2005 in der privaten Pflegepflichtversicherung bei 3,2%, in der Sozialen Pflegeversicherung aber bei 4,9% und damit um mehr als die Hälfte höher. Zudem sind die alters- und geschlechtsspezifischen Pflegehäufigkeiten in der Sozialen Pflegeversicherung höher als für die private Pflegeversicherung, was als Ausdruck eines besseren Gesundheitszustands und von sozialer Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit gedeutet werden kann. Im Ergebnis führt dies dazu, dass die durchschnittlichen Leistungsausgaben für einen Versicherten im Jahr 2005 in der Sozialen Pflegeversicherung bei 241 €, in der privaten Pflegepflichtversicherung aber nur bei 60 € lagen.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass etwa die Hälfte der privat Versicherten Beamte sind, die über einen Beihilfeanspruch verfügen, der

mehr als die Hälfte der Leistungsansprüche abdeckt. Selbst wenn die Ausgaben des Beihilfesystems hinzugerechnet werden, liegen die Durchschnittsausgaben für privat Versicherte aber nur bei 120 €.

Die Risikostruktur in beiden Versicherungssystemen unterscheidet sich demnach um den Faktor 2. Dieser Vorteil der privaten Pflegepflichtversicherung muss durch einen entsprechenden risikoorientierten Finanzausgleich ausgeglichen werden. Werden auch die Einnahmeunterschiede berücksichtigt und ausgeglichen – wie es im Rahmen des Finanzkraftausgleichs im Risikostrukturausgleich in der GKV üblich ist – wird sich die Transfersumme noch einmal deutlich erhöhen.

(4) Ergänzende Kapitalfundierung

Ebenfalls im Koalitionsvertrag vorgesehen, aber im PfwG nicht umgesetzt, ist die ergänzende Kapitalfundierung bzw. – wie es im Koalitionsvertrag heißt – „die Ergänzung des Umlageverfahrens durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve“. Während alle Modelle, die einen vollständigen Umstieg auf eine kapitalgedeckte Privatversicherung vorsehen, wegen der damit verbundenen großen Umstellungskosten letztlich unrealistisch sind, kann die ergänzende Kapitalfundierung so dosiert werden, dass die Mehrkosten begrenzt werden.

Im Ergebnis führt eine ergänzende Kapitalfundierung zu einer intertemporalen Lastverschiebung, indem Finanzierungslasten, die ansonsten in der Zukunft anfallen würden, in die Gegenwart vorgezogen werden. Wenn eine solche Glättung der Lasten über die Zeit gewollt wird, ist die ergänzende Kapitalfundierung ein geeignetes Instrument, das allerdings unterschiedlich ausgestaltet werden kann. Angesichts des begrenzten Volumens erscheint es nicht sinnvoll, ein solches zusätzliches Element in eine Zusatzversicherung auszulagern. Vielmehr kann die ergänzende Kapitalfundierung innerhalb der SPV stattfinden, wenn durch rechtliche Regelungen sichergestellt werden kann, dass der Kapitalstock dem zweckwidrigen Zugriff der Politik entzogen werden kann.

Wird die ergänzende Kapitalfundierung als Instrument der intertemporalen Umverteilung angesehen, spricht nichts dagegen, sie einkommensbezogen und nicht als Pauschale auszugestalten, da so – im Vergleich zu Status quo – eine Umverteilung von unten nach oben vermieden wird, die aus Pauschalzahlungen resultie-

ren würde. Allerdings sind auch innovativere Ausgestaltungen denkbar, die etwa an der Kinderzahl anknüpfen. In seinem Urteil vom 3.4.2001 hat das Bundesverfassungsgericht die Kindererziehung als „konstitutiven Beitrag“ für die SPV angesehen. Jedes zusätzliche Kind sei ein potentieller Beitragszahler und die Kindererziehung und -betreuung somit ein Realbeitrag zur Pflegeversicherung. Damit deutet das Verfassungsgericht die ökonomische Äquivalenz von finanzieller Beitragszahlung und Kindererziehung an. Diesen Gedanken aufgreifend, könnte auch die obligatorische Einzahlung in eine kollektive „Demographiereserve“ nach der Kinderzahl ausgestaltet werden. Die Beiträge würden für einen festzulegenden Zeitraum von 20-30 Jahren angespart und dann der SPV zufließen, um so die Beitragszahlung von Kindern zu simulieren. Der Vorteil eines solchen Systems wäre, dass die Demographiereserve automatisch auf variierende Fertilitätsraten reagiert und damit einen wirklichen Beitrag dazu leistet, das System „demographiefest“ zu machen.

4 Fazit

Das PfwG enthält insbesondere auf der Leistungsseite viele gute Ansätze, die zu einer positiven Weiterentwicklung der Pflegeversicherung führen können. Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ausdrücklich von der Reform angenommen, da hier die für Ende 2008 zu erwartenden Vorschläge des beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzten Beirats abgewartet werden sollen. Defizitär ist das Gesetz dagegen hinsichtlich der Leistungsdynamisierung, die als unzureichend einzustufen ist und insbesondere hinsichtlich der Finanzierung. Die vorgesehene Erhöhung des Beitragssatzes um 0,25 Beitragssatzpunkte ist als Einzelmaßnahme sinnvoll und vertretbar, reicht aber nicht aus, um eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung sicherzustellen. Eine Finanzreform der Pflegeversicherung bleibt daher auf der Tagesordnung. Hierbei sollte insbesondere der Finanzausgleich zwischen Privater und Sozialer Pflegeversicherung, der bereits im Koalitionsvertrag vereinbart war, umgesetzt werden.

Heinz Rothgang
Telefon: 0421/218-4132
rothgang@zes.uni-bremen.de