

Pflege-Report 2016

Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus

Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmei, Stefan Greß,
Jürgen Klauber und Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 263–272



16	Kosten und Finanzierung von Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege.....	263
	Stefan Greß und Klaus Jacobs	
16.1	Pflegereform – die Unvollendete.....	263
16.2	Finanzielle Auswirkungen eines Maßnahmenpakets zur Bekämpfung des Fachkräftemangels	264
16.3	Finanzierung des Maßnahmenpakets	267

16 Kosten und Finanzierung von Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel in der Pflege

Stefan Greß und Klaus Jacobs

Abstract

In diesem Beitrag werden die finanziellen Auswirkungen von Maßnahmen zur Bekämpfung des Fachkräftemangels in der Pflege analysiert. Eine Schlüsselrolle spielt in diesem Zusammenhang eine attraktivere Vergütung in der Altenpflege. Diese wäre jedoch nicht zum Nulltarif zu haben. Allein eine rechnerische Angleichung des Vergütungsniveaus in der Altenpflege an das der Krankenpflege würde einen jährlichen Finanzierungsbedarf von mehreren Milliarden Euro auslösen. Hinzu käme weiterer Finanzierungsbedarf für eine (Teil-)Akademisierung der Pflege sowie eine verbesserte Personalausstattung. Solche Herausforderungen ließen sich über das derzeitige Finanzierungssystem nicht nachhaltig und sozial gerecht finanzieren. Deshalb wird ein Finanzierungsbeitrag der privaten Pflegepflichtversicherung bzw. ihrer Versicherten als notwendig und sachgerecht angesehen – bis hin zu der langfristigen Etablierung einer Pflegebürgerversicherung. Wenig zielführend ist dagegen eine Ausweitung von Elementen der Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung.

This paper analyses the financial impact of a package of measures against the shortage of skilled care workers. A more attractive salary in care for the elderly plays a key role in this context. This is, however, not to be obtained for free. A mathematical approximation of the salary levels in geriatric nursing alone would trigger an annual financing gap of several billion euros. Further funds would be needed for a (partial) academisation of nursing and improved staffing levels. Such challenges cannot be financed sustainably and socially just via the current financing system. Therefore, the authors consider a financial contribution of private care insurance or its insurees necessary and appropriate – or even the establishment of a citizens' nursing care insurance in the long run. In contrast, there is little point in an extension of elements of capital-based funding in social care.

16

16.1 Pflegereform – die Unvollendete

Mit der zweiten Stufe des Pflegestärkungsgesetzes setzt der Gesetzgeber nach langjähriger Diskussion eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung um. Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ohne Zweifel als ein Meilenstein bei der Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahr 1995 an-

zusehen. Aus den Beiträgen dieses Bands ist jedoch deutlich geworden, dass die Pflegeversicherung auch zukünftig eine Reformbaustelle bleiben wird. Ein veränderter Versorgungsmix, der drohende bzw. schon feststellbare Fachkräftemangel in der Pflege, die sich auch in Deutschland abzeichnende Akademisierung von Pflegeberufen und die vielfach als unattraktiv empfundene Entlohnung von Pflegekräften werden in der aktuellen Pflegereform nicht thematisiert.

Nichtsdestoweniger werden die genannten Entwicklungen in den nächsten Jahren Auswirkungen sowohl auf die Versorgung der Pflegebedürftigen als auch auf den Finanzbedarf der Pflegeversicherung entfalten. In diesem Beitrag kalkulieren wir daher zunächst die finanziellen Auswirkungen eines Maßnahmenpakets zur Bekämpfung des Fachkräftemangels. Im Anschluss diskutieren wir Reformoptionen auf der Finanzierungsseite, um die notwendigen Maßnahmen nachhaltig und sozial gerecht finanzieren zu können.

16.2 Finanzielle Auswirkungen eines Maßnahmenpakets zur Bekämpfung des Fachkräftemangels

Eine wesentliche Herausforderung für die Weiterentwicklung des Versorgungsmixes in der Pflege wird die Überwindung des Fachkräftemangels sein. Lehmann und Behrens (Kapitel 4 in diesem Band) entwickeln vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen eine Reihe von möglichen Maßnahmen, die auch in Deutschland Anwendung finden könnten. Diese Maßnahmen (Akademisierung, Modernisierung der Pflegebildung, neue Berufsprofile) haben gemeinsam, dass sie die Attraktivität des Pflegeberufs durch eine qualifikatorische Aufwertung steigern sollen. Die Autoren heben hervor, dass insbesondere ein akademischer Abschluss nicht nur zu einer höheren Identifikation der Pflegenden mit ihrem Beruf, sondern auch zu einer verbesserten Anerkennung durch andere Berufsgruppen und einer verbesserten Versorgung für die Pflegebedürftigen führt. Allerdings – auch darauf weisen Lehmann und Behrens mit Recht hin – gibt es auch in Ländern mit vollständig akademisierten und qualifikatorisch damit stark aufgewerteten Pflegeberufen Fachkräftemangel. Pflegenden mit akademischem Abschluss sind auch nicht zufriedener in ihrem Beruf, wenn die Arbeitsbedingungen keine Anwendung der erworbenen Kompetenzen zulassen – etwa weil die Personalausstattung und andere organisatorische Rahmenbedingungen dies verhindern.

Konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der organisatorischen Rahmenbedingungen aus Sicht der Beschäftigten könnten etwa Maßnahmen zur Entlastung von älteren Beschäftigten, zur Erhöhung der Verlässlichkeit des Dienstplans, Pausenregelungen sowie die Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen sein. Auch aus Sicht der Beschäftigten scheitert die Implementierung dieser Strategien jedoch regelmäßig an der nicht hinreichenden Personalausstattung (Benedix und Medjedovic 2014).

Die mangelnde Personalausstattung in der Altenpflege führt allerdings nicht nur zu einer hohen physischen und psychischen Belastung der Beschäftigten und engt die Möglichkeiten zur Umsetzung von entlastenden Strategien ein. Zumindest Studien aus dem Ausland zeigen, dass eine verbesserte Personalausstattung die Quali-

tät der Pflege erhöht – zum Beispiel durch Reduktion von Pflegefehlern und eine verbesserte Versorgung von schwer pflegebedürftigen Personen (Chen und Grabowski 2015; Lin 2014). Umgekehrt ist damit begründet zu befürchten, dass eine mangelnde Personalausstattung die Gefahr von Pflegefehlern deutlich erhöht und die Pflegequalität gefährdet.

Der Gesetzgeber hat diese Problematik erkannt und im zweiten Pflegeförderungs-gesetz einen neuen § 113c SGB XI zur Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen eingeführt; danach wird bis zum 30. Juni 2020 die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben vorgeschrieben. Dabei seien – so die Gesetzesbegründung – der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und die neuen Pflegegrade ebenso zu berücksichtigen wie bereits vorliegende Untersuchungen und Erkenntnisse zu Anforderungs- und Qualifikationsprofilen in der Pflege (Deutscher Bundestag 2015, S. 104).

Die finanziellen Effekte einer einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen lassen sich ohne ein entsprechendes Instrumentarium derzeit nicht quantifizieren. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Auswirkungen der mangelnden Personalausstattung auf Beschäftigte und Pflegebedürftige, der zusätzlichen Anspruchsberechtigung etwa von Demenzzkranken im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der generellen Effekte des demografischen Wandels dürfte hier in den nächsten Jahren jedoch ein erheblicher Finanzierungsbedarf entstehen.

Zu den Konzepten zur Überwindung des Fachkräftemangels in der Pflege gehört zwingend neben der qualifikatorischen Komponente und der Verbesserung der Arbeitsbedingungen – insbesondere durch eine verbesserte Personalausstattung – auch eine Vergütungskomponente. Hier sind zwei Ebenen zu unterscheiden. Erstens zeigt sich in der niedrigen Vergütung von Pflegekräften in der Altenpflege nicht nur, dass diese zu einem geringeren Grad gewerkschaftlich organisiert sind und – im Vergleich etwa zu Pflegekräften in Kliniken – eine geringere Konfliktbereitschaft zur Durchsetzung verbesserter Vergütungsstrukturen aufweisen (Bellmann et al. 2012). Die geringe Vergütung zeigt zudem die geringe gesellschaftliche Wertschätzung für die Arbeit von Pflegekräften in der Altenpflege (vgl. Tabelle 16–1).

Tabelle 16–1

Monatliche Median-Bruttoentgelte von Vollzeitbeschäftigten in den Pflegeberufen in Deutschland 2013 (in Euro)

	Westdeutschland	Ostdeutschland
Fachkraft Krankenpflege	3 139	2 738
Fachkraft Altenpflege	2 568	1 945
<i>Differenz</i>	<i>571</i>	<i>793</i>
Helfer Krankenpflege	2 470	1 854
Helfer Altenpflege	1 885	1 495
<i>Differenz</i>	<i>585</i>	<i>359</i>

Quelle: Bogai et al. 2015, S. 11

Pflege-Report 2016

WIdO

Tabelle 16–2

Finanzierungsbedarf für eine Vergütungsanpassung Altenpflege an Krankenpflege

	Vollzeitäquivalente	Fachkraftquote	Fachkräfte	Helfer/innen
Ambulante Pflege	213 000	60 %	127 800	85 200
Pflegeheime	491 000	52 %	255 320	235 680
Gesamt			383 120	320 880
Finanzierungsbedarf pro Person pro Jahr in Euro			8 862	7 773
Gesamter Finanzierungsbedarf pro Jahr in Mrd. Euro			3,4	2,5

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamts 2015

Pflege-Report 2016

WIdO

Allein eine Angleichung der Vergütung in der Altenpflege an die der Krankenpflege – bei konstantem Qualifikationsniveau und konstanter Beschäftigtenzahl – hätte vergleichsweise dramatische finanzielle Auswirkungen. Nach unseren Berechnungen liegt – unter Berücksichtigung der Bevölkerungsanteile in West- und Ostdeutschland und der Arbeitgeberkosten für Sozialausgaben – der jährliche Vergütungsunterschied zwischen Kranken- und Altenpflege für eine Fachkraft bei etwa 8 862 Euro und für einen Helfer bzw. eine Helferin bei etwa 7 773 Euro. Eine entsprechende Angleichung würde einen dauerhaften Finanzierungsbedarf von rund 5,9 Mrd. Euro nach sich ziehen (vgl. Tabelle 16–2).

Sämtliche Konzepte zur qualifikatorischen Aufwertung von Pflegeberufen sind zudem zum Scheitern verurteilt, wenn sich diese zusätzlichen Qualifikationen nicht auch durch eine erhöhte Vergütung bemerkbar machen. Dies lässt sich am Beispiel der (Teil-)Akademisierung der Pflegeprofession verdeutlichen. Die finanziellen Effekte hängen zum einen von der Akademisierungsquote und zum anderen von den Vergütungsaufschlägen infolge eines akademischen Abschlusses ab. Bei einer vom Wissenschaftsrat empfohlenen Akademisierungsquote von 10 bis 20 Prozent (Wissenschaftsrat 2012) – hier bezogen ausschließlich auf die Fachkräfte in der ambulanten und der stationären Pflege – und einem Vergütungszuschlag von 15 Prozent für den akademisierten Personenkreis würde sich ausgehend vom derzeitigen Vergütungsniveau sowie vom derzeitigen Personalbestand ein dauerhafter Finanzierungsbedarf von rund 200 bis 400 Mio. Euro pro Jahr ergeben. Beide Ebenen – eine generell notwendige Erhöhung der Vergütung in der Altenpflege und die finanzielle Berücksichtigung erworbener Zusatzqualifikationen – werden daher in den nächsten Jahren eine erhebliche und sich gegenseitig verstärkende finanzielle Dynamik entfalten.

Zusammenfassend zeigen die Ausführungen dieses Abschnitts, dass eine aus Versorgungsnotwendigkeiten resultierende Attraktivitätssteigerung des Pflegeberufs nicht zum Nulltarif zu haben ist. Parallel zu den Anstrengungen zur qualifikatorischen Aufwertung des Pflegeberufs – etwa durch Schaffung neuer Berufsbilder oder durch die (Teil-)Akademisierung der Profession – sind eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch eine verbesserte Personalausstattung und eine finanzielle Aufwertung des Pflegeberufs und die Honorierung zusätzlich erworbener Qualifikationen unabdingbar. Es ist außerdem deutlich geworden, dass die hierzu notwendigen Investitionen durchaus nennenswert sein werden. Zum von uns errechneten

ten Finanzierungsbedarf von knapp 6 Mrd. Euro für eine rechnerische Anpassung der Vergütungsstrukturen der Altenpflege an die der Krankenpflege kommen 200 bis 400 Mio. Euro für eine (Teil-)Akademisierung der Pflege sowie ein derzeit noch nicht quantifizierbarer Betrag für eine verbesserte Personalausstattung hinzu. Natürlich ist nicht damit zu rechnen, dass diese drei Maßnahmen kurzfristig und in voller Höhe ausgabenwirksam werden könnten. Das vorgeschlagene Maßnahmenpaket – Vergütungsangleichung, Akademisierung, Verbesserung der Personalausstattung – würde sicherlich nur sukzessive umgesetzt werden können. Nichtsdestoweniger bedarf es eines Konzepts, wie die entstehenden Ausgaben nachhaltig und sozial gerecht finanziert werden können.

16.3 Finanzierung des Maßnahmenpakets

In der Vergangenheit sind Leistungszuwächse in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) in der Regel über Beitragssatzsteigerungen finanziert worden. Die Leistungssätze waren seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre mehr als zehn Jahre lang nominal unverändert geblieben, was aufgrund der Kostenentwicklung zu einem erheblichen Realwertverlust des Versicherungsschutzes und einer ständigen Zunahme des Eigenanteils am Pflegesatz führte (vgl. Rothgang und Jacobs 2013), der in zunehmendem Umfang von den Sozialhilfeträgern aufgebracht werden musste. Erst aufgrund des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes der damaligen großen Koalition im Zeitraum von 2008 bis 2012 kam es erstmals zu einer schrittweisen Anhebung der Leistungssätze beim Pflegegeld, bei ambulanten Sachleistungen und bei stationären Leistungen der Pflegestufe III in drei Stufen. Vor allem auch deshalb wurde der seit Beginn der sozialen Pflegeversicherung unverändert bei 1,7 Prozent liegende Beitragssatz zum 1.7.2008 um 0,25 Prozentpunkte angehoben. Zuvor hatte es lediglich eine Veränderung beim Beitragssatz gegeben, als das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 2001, in dem eine Beitragsdifferenzierung für Mitglieder mit und ohne Kinder gefordert worden war, dergestalt umgesetzt wurde, dass kinderlose Mitglieder ab 2005 einen gegenüber Mitglieder mit Kindern um 0,25 Beitragssatzpunkte erhöhten Versicherungsbeitrag zahlen mussten, der damals entsprechend 1,95 Prozent betrug.

Die nächste Beitragssatzerhöhung von einem Zehntel Beitragssatzpunkt ab 2013 wurde im Rahmen des von der schwarz-gelben Bundesregierung verabschiedeten Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes beschlossen, in dem insbesondere Leistungsverbesserungen für Demenzkranke eingeführt wurden. Im Pflegestärkungsgesetz I der großen Koalition wurde dann ab 2015 eine gesetzliche Klausel zur regelmäßigen Anpassung der Leistungssätze im Drei-Jahres-Turnus eingeführt, die sich an der kumulierten Preisentwicklung der letzten drei Jahre orientieren soll. Diese Maßnahme sowie weitere Leistungsausweitungen wurden über eine abermalige Beitragssatzerhöhung um 0,3 Beitragssatzpunkte ab 2015 finanziert (wovon allerdings ein Zehntel Beitragssatzpunkt in den neu eingerichteten Pflegevorsorgefonds fließt; dazu siehe unten). Das Pflegestärkungsgesetz II, mit dem insbesondere der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt wird, führt ab 2017 zu einer weiteren Beitragssatzerhöhung um 0,2 Prozentpunkte, sodass der Beitragssatz zur sozialen Pfl-

geversicherung dann 2,55 Prozent für Mitglieder mit Kindern beträgt und 2,80 Prozent für Kinderlose.

Nach rund zwölf Jahren Beitragssatzkonstanz – abgesehen von der Erhöhung für Kinderlose 2005 – gibt es damit in einem Zeitraum von neun Jahren gleich vier Beitragssatzerhöhungen. Vor diesem Hintergrund erscheinen somit auch weitere Erhöhungen zur Finanzierung gezielter Maßnahmen gegen den Fachkräftemangel keineswegs als ausgeschlossen, zumal angesichts der fortschreitenden Alterung der Bevölkerung ohnehin weitere Beitragssatzsteigerungen in der Zukunft zu erwarten sind, wenn das durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gerade erst neu austarierete Leistungsspektrum der Pflegeversicherung auf einem substanziellen Sicherungsniveau erhalten bleiben soll.

In der Bevölkerung stößt die soziale Pflegeversicherung mit ihren Elementen der solidarischen Finanzierung unverändert auf große Zustimmung; ein substanzieller Leistungskatalog findet breite Unterstützung, während die Verpflichtung zu vermehrter individueller Vorsorge im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung ebenso auf große Ablehnung stößt wie Überlegungen, die Arbeitgeber künftig nicht mehr an steigenden Beitragsbelastungen zu beteiligen. Breite Zustimmung findet zudem der Vorschlag, die bestehende „Spartentrennung“ in der Pflegeversicherung nach sozialer Pflegeversicherung und privater Pflegepflichtversicherung (PPV) aufzuheben und die gesamte Bevölkerung gleichermaßen an der Finanzierung des Pflegerisikos zu beteiligen (Zok 2011).

Mit dieser differenzierten Einschätzung zeigt die Bevölkerung mehrheitlich ein gutes Gespür für weitere Reformperspektiven zur Finanzierung der Pflegeversicherung. Dass das Pflegerisiko im alternden Deutschland wächst – in individueller Sicht genauso wie in der gesamtgesellschaftlicher Perspektive –, ist der großen Mehrheit wohl durchaus bewusst (Zok 2015). Um dieses Bewusstsein zu schaffen, bedurfte es keineswegs der 2013 erfolgten Einführung der steuerlich geförderten privaten Zusatzversicherung auf freiwilliger Basis, auch bekannt als „Pflege-Bahr“ nach dem damaligen freidemokratischen Gesundheitsminister. Vielmehr kann diese von der schwarz-gelben Bundesregierung beschlossene Maßnahme und insbesondere auch die Art ihres Zustandekommens als Paradebeispiel dafür gelten, wie gerade nicht für eine zukunftssichere Finanzierung des Pflegerisikos gesorgt wird (Jacobs und Rothgang 2012, 2013). Besonders erfolgreich ist dieses fragwürdige Finanzierungsinstrument allerdings bislang offenbar nicht geworden, denn während bei der Verabschiedung des Gesetzes noch davon ausgegangen wurde, dass es bereits im ersten Jahr zu rund 1,5 Millionen Abschlüssen bei der staatlich geförderten Pflege-Zusatzversicherung kommen würde (Deutscher Bundestag 2012), war Ende 2014, also nach zwei Jahren Laufzeit, erst gut ein Drittel dieser Zahl erreicht (PKV 2015, S. 35). Da sich gleichzeitig der Zuwachs an ungeförderten Policen deutlich abgeschwächt hat, kann zumindest zu einem nennenswerten Anteil von Mitnahmeeffekten ausgegangen werden.

Der Pflege-Bahr war aber nicht der einzige Missgriff der Politik im Kontext der Pflegefinanzierung, denn auch der mit dem Pflegestärkungsgesetz I ab 2015 eingeführte kollektive Pflegevorsorgefonds wird nicht halten können, was seine Urheber in der Politik sich und den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung davon versprochen haben. Mit einem Zehntel Beitragssatzpunkt der Pflegeversicherung soll bis zum Jahr 2033 ein Sondervermögen gebildet werden, das dann anschließend

rund 20 Jahre lang mit dem Ziel wieder aufgelöst werden soll, künftige Beitragssteigerungen abzumildern. Dabei lasten dieser Konstruktion insbesondere zwei Denkfehler an (Jacobs und Rothgang 2014): Zum einen ist das bewegte Finanzvolumen viel zu klein, um in den 2030er bis 2050er Jahren tatsächlich zu einer merklichen Abmilderung des in dieser Zeit demografisch bedingt zu erwartenden Beitragssatzanstiegs zu führen; zum anderen ist dann der Fonds genau zu dem Zeitpunkt wieder leer, für den laut Demografie-Projektionen mit dem höchsten Beitragssatzniveau gerechnet werden muss. Zwar geht danach die Zahl der mutmaßlich Pflegebedürftigen aus den besonders geburtenstarken Jahrgängen wieder zurück, doch gilt dies ebenfalls für die Anzahl der Beitragszahler der Pflegeversicherung. Wer nach 2055 Beiträge bezahlen muss, hat von dem Pflegevorsorgefonds somit nichts.

Begründet wurden diese beiden Finanzierungsinstrumente – sowohl die staatliche Förderung aus Steuermitteln für den Abschluss einer privaten Pflegezusatzversicherung als auch der kollektive Pflegevorsorgefonds – zumeist in Verbindung mit dem schillernden Begriff der Generationengerechtigkeit, die hierdurch angeblich erhöht würde. Abgesehen davon, dass die Operationalisierung dieses Gerechtigkeitskonstrukts unter Berücksichtigung aller relevanten Geld- und Realtransfers zwischen den Angehörigen unterschiedlicher „Generationen“ praktisch ein Ding der Unmöglichkeit ist (Reiners 2013), stellt sich darüber hinaus die Frage, ob es sich allein in monetärer Sicht für die künftige Finanzlage in Deutschland nicht günstiger auswirken würde, wenn auf eine kollektive Kapitalbildung – zumal in Zeiten eines anhaltenden Niedrigzinsniveaus – verzichtet würde, während gleichzeitig höhere Sollzinsen für den Schuldendienst öffentlicher Haushalte bezahlt werden.

Wenn man diese beiden einerseits hochgradig symbolträchtigen, aber andererseits wenig wirksamen Maßnahmen der Pflegefinanzierung betrachtet, drängt sich geradezu der Eindruck auf, als wenn mit dem weithin unbestimmten Begriff der Generationengerechtigkeit von gravierenden Schieflagen in Bezug auf einen anderen Gerechtigkeitsbegriff abgelenkt werden: die personelle Verteilungsgerechtigkeit. Sie wird durch das unverbundene Nebeneinander der beiden „Sparten“ der gesetzlichen Pflegeversicherung, der SPV und der PPV, erkennbar hochgradig verletzt. Dass dieses Gerechtigkeitsproblem in der Pflegeversicherung noch sehr viel deutlicher zutage tritt als im Bereich der Krankenversicherung, liegt vor allem daran, dass beide Systeme vollkommen identische Leistungen aufweisen, die vom Gesetzgeber einheitlich festgelegt werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat 2001 in seinem Urteil zur Verfassungsmäßigkeit der 1995 eingeführten Pflegeversicherung festgestellt, dass 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 (durfte)“ (BVerfG 2001, Rz. 92). Von einer solchen „ausgewogenen Lastenverteilung“ kann allerdings in keiner Weise die Rede sein. Das macht bereits ein Blick auf das Beitragsniveau in den beiden Systemen deutlich. Auch wenn die unmittelbare Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Kalkulationsweise in SPV und PPV eingeschränkt ist – hier einkommensabhängige Beiträge im Umlageverfahren, dort risikoäquivalent kalkulierte Beiträge im Anwartschaftsdeckungsver-

fahren –, sind augenfällige Unterschiede feststellbar. Der Verband der Privaten Krankenversicherung weist selbst darauf hin, dass die Beiträge für Neuversicherte in der Vergangenheit mehrfach gesenkt werden konnten und hält dies auch in Zukunft für denkbar; zudem wird in einer Verbandsbroschüre exemplarisch der Monatsbeitrag eines im Jahr 2015 neuversicherten 40-jährigen Mannes von rund 25 Euro dem Beitrag eines freiwillig versicherten SPV-Mitglieds gegenübergestellt, der ein beitragspflichtiges Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bezieht und mit 96,94 Euro (mit Kind bzw. Kindern) bzw. 107,25 Euro (kinderlos) einen rund viermal so hohen Monatsbeitrag zu entrichten habe (PKV 2015b, S. 6).

Der Hauptgrund für diesen gravierenden Unterschied ist darin zu sehen, dass das zu finanzierende Pflegerisiko der PPV-Versicherten erheblich niedriger liegt, als dies bei den SPV-Versicherten der Fall ist. Auch wenn es keine allgemein zugänglichen Informationen z. B. über alters(klassen)spezifische Pflegequoten in der PPV gibt (Walendzik et al. 2015), finden sich gleichwohl Belege für sehr unterschiedliche Pflegeprävalenzen von SPV- und PPV-Versicherten. So heißt es etwa in einer Richtlinie der Deutschen Aktuarsvereinigung: „Besonders große Unterschiede bestehen dabei im Altersbereich der 20- bis 50-Jährigen. Hier macht sich die Selektionswirkung der medizinischen Risikoprüfung bemerkbar: Die meisten privaten Pflegepflichtversicherungsverträge wurden zusammen mit einer privaten Krankenvollversicherung abgeschlossen, bei der eine medizinische Risikoprüfung durchgeführt wurde. In höheren Altern bestehen allerdings immer noch erhebliche Unterschiede zwischen privater und sozialer Pflegepflichtversicherung, die nicht allein mit der oft Jahrzehnte zurückliegenden Risikoprüfung erklärt werden können. Vielmehr scheinen hier auch sozioökonomische Effekte vorzuliegen“ (DAV 2015, S. 12).

Dass es nennenswerte Unterschiede in den Pflegerisiken der SPV- und PPV-Versicherten gibt, die über Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur der beiden Versichertenkollektive hinausreichen, stand auch für die große Koalition von 2005 außer Frage. In ihrem damaligen Koalitionsvertrag war vorgesehen, dass „zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen (...) ein Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung eingeführt (wird)“ (CDU/CSU/SPD 2005, S. 91f.). Dazu ist es jedoch weder damals gekommen noch steht dieses Thema aktuell auf der politischen Agenda.

Die künftigen Herausforderungen der zunehmenden Pflegebedürftigkeit in Deutschland, zu denen nicht zuletzt auch die Gewährleistung einer ausreichenden Zahl an qualifizierten Pflegekräften zählt, können nicht von den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung allein finanziert werden. Was die große Koalition bereits vor zehn Jahren in Angriff nehmen wollte, nämlich einen umfassenden Solidar- ausgleich zwischen allen Versicherten der gesamten – so das Bundesverfassungsgericht – „Pflegevolksversicherung“ zu schaffen, ist heute nicht weniger geboten als damals, sondern eher noch mehr. Dies kann in einem ersten Schritt durch einen „Solidarbeitrag“ der Privatversicherten erfolgen, der neben der Berücksichtigung der unterschiedlichen Pflegerisiken auch eine Komponente des Einkommensausgleichs enthalten müsste. Eine konsequente weitergehende Reform wäre die Einrichtung eines einheitlichen Pflegeversicherungssystems für die gesamte Bevölkerung. Wie Modellrechnungen zu unterschiedlichen Ausgestaltungsvarianten einer solchen Pflegebürgerversicherung gezeigt haben (vgl. z. B. Rothgang et al. 2011;

zur praktischen Umsetzbarkeit siehe auch Greß und Bieback 2013), darf man von einem solchen Schritt nicht erwarten, dass künftig keine Beitragssatzsteigerungen in der Pflegeversicherung mehr erforderlich sein werden. Insbesondere wenn der Leistungsumfang umfassend bleiben und keinen weiteren Realwertverlust erleiden soll und wenn eine ausreichende Anzahl qualifizierter Pflegekräfte mit einem hinreichend attraktiven Entgeltniveau für die wachsende Zahl an Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen soll, muss in jedem Fall mit weiteren Beitragssatzsteigerungen gerechnet werden. Sie lassen sich aber durch eine Pflegebürgerversicherung deutlich wirkungsvoller abmildern als etwa durch die Einführung des Pflegevorsorgefonds, und sie dürften vor allem auch auf sehr viel größere Akzeptanz in der Bevölkerung stoßen, wenn alle Einwohner Deutschlands nach ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung beteiligt wären.

Literatur

- Bellmann L, Grunau P, Maier F, Thiele G. Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung 2012.
- Benedix U, Medjedovic I. Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Bremen: Institut für Arbeit und Wirtschaft/Arbeitsnehmerkammer Bremen 2014.
- Bogai D, Carstensen J, Seibert H, Wiethölter D, Hell S, Ludewig O. Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Nürnberg: IAB 2015.
- BVerfG; Bundesverfassungsgericht. Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 zum Pflege-Versicherungsgesetz. 1 BvR 2014/95. 2001.
- Chen MM, Grabowski DC. Intended and Unintended Consequences of Minimum Staffing Standards for Nursing Homes. *Health Economics* 2015; 24 (7): 822–39.
- CDU/CSU/SPD. Gemeinsam für Deutschland – mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005; www.cdu.de/artikel/gemeinsam-fuer-deutschland-mit-mut-und-menschlichkeit-koalitionsvertrag-2005 (06. Dezember 2015).
- DAV; Deutsche Aktuarvereinigung. Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflege(renten)zusatzversicherung. Richtlinie, Köln, 15.06.2015; https://aktuar.de/unsere-themen/lebensversicherung/sterbetaeln/UT_LV_16.pdf (06. Dezember 2015).
- Deutscher Bundestag. Ausschuss für Gesundheit. Änderungsantrag 18 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Pflegeversicherung. Ausschuss-Drucksache 17(14)287 vom 12.06.2012.
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II). Berlin: Drucksache 18/5926 vom 07.09.2015.
- Greß S, Bieback KJ. Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Gutachten für den Arbeiterwohlfahrt Bundesverband 2013. www.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_Awo/aktuelles_und_presse/Presse_Downloads/AWO-Gutachten_Umsetzung_Buergerversicherung.pdf (06. Dezember 2015).
- Jacobs K, Rothgang H. Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012; 66 (5): 41–51.
- Jacobs K, Rothgang H. Der Pflege-Bahr: falsches Signal und untaugliches Geschäftsmodell. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2013; 67 (4): 24–7.
- Jacobs K, Rothgang H. Pferdefuß beim Pflegefonds. *Gesundheit und Gesellschaft* 2014; 17 (6): 26–9.
- Lin H. Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics* 2014; 37: 13–24.

- PKV; Verband der privaten Krankenversicherung. Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2014. Köln 2015a.
- PKV; Verband der privaten Krankenversicherung. Die private Pflegepflichtversicherung, Stand: Januar 2015. Köln 2015b. www.pkv.de/service/broschueren/verbraucher/private-pflegepflichtversicherung.pdb.pdf (06. Dezember 2015).
- Reiners H. Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in der GKV-Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg). Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System. Berlin 2013; 175–96.
- Rothgang H, Arnold R, Wendlandt K, Sauer S, Wolter A. Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Bremen 2011. www.gruenebundestag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/pflege/solidaritaet_wirkt/gutachten_pflegebuegerversicherung.pdf (06. Dezember 2015).
- Rothgang H, Jacobs K. Pflegereform 2014: Was ist zu tun? G+G Wissenschaft 2013; 13 (3): 7–14.
- Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2015.
- Walendzik A, Lux G, van der Linde K, Wasem J. Datenlage in der Gesetzlichen Pflegeversicherung (Soziale Pflegeversicherung und Private Pflegepflichtversicherung). Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft der Universität Duisburg-Essen. Diskussionspapier Nr. 214; Essen 2015. www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/IBES_Diskussionsbeitrag_2015_Datenlage_in_der_Gesetzlichen_Pflegeversicherung_online.pdf (06.12.2015).
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Drs. 2411-12. Berlin 2012.
- Zok K. Erwartungen an die Pflegereform. WIdO-monitor 2011; 8 (2): 1–8; www.wido.de/wido_monitor_2_2011.html (06. Dezember 2015).
- Zok K. Wahrnehmungen zur eigenen Pflegebedürftigkeit. WIdO-monitor 2015; 12 (2): 1–12; www.wido.de/wido_monitor_2_2015.html (06. Dezember 2015).