



## **Pflegeversicherung – Zum Stand der aktuellen Debatte**

Die Koalitionsparteien streiten derzeit über die Zukunft der Pflegeversicherung. Umstritten sind vor allem die Wege zur Finanzierung zukünftiger Pflegekosten. Zum einen wird alterungsbedingt mit steigendem Pflegebedarf gerechnet, der mit dem derzeitigen Beitragsaufkommen nicht finanzierbar ist, zum anderen soll der Kreis der Leistungsberechtigten auf Menschen mit kognitiven Einschränkungen (z. B. Demenz) ausgeweitet werden.

### **1. Grundstruktur der Pflegeversicherung**

Die Pflegeversicherung ist mit einem Ausgabevolumen von etwa 20 Mrd. € im Jahr 2009 der kleinste und jüngste Zweig im deutschen Sozialversicherungssystem. Der „**fünften Säule**“ der Sozialversicherung kommt seit 1995 die Aufgabe zu „Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind“ [§1 (4) SGB XI]. Lediglich als **Grundsicherung** konzipiert deckt sie weder im häuslichen noch im stationären Bereich dem gesamten Versorgungsaufwand bei Pflegebedürftigkeit ab (sog. „**Teilkasko-Charakter**“).

Die **Leistungen** (Geld und Sachleistungen) der Pflegeversicherung sind in ihrer Höhe, nach Form der Leistungserbringung und dem Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) gestaffelt. Die **Finanzierung** der sozialen Pflegeversicherung lehnt sich in wichtigen Merkmalen an das aus der Krankenversicherung bekannte Umlageverfahren an. Die Beiträge richten sich nach dem beitragspflichtigen Bruttoeinkommen des Versicherten und werden hälftig von Arbeitnehmern und Arbeitgebern entrichtet (§§ 54-61 SGB XI). Um die Arbeitgeber zu entlasten, wurde 1996 ein Feiertag gestrichen (Ausnahme Sachsen), so dass die Parität real nicht besteht. Außerdem wurde ein Zuschlag für kinderlose Arbeitnehmer eingeführt. Aktuell beträgt der **Beitragssatz 1,95 % bzw. 2,2 % für Kinderlose**.

Die Träger der Pflegeversicherung sind die **Pflegekassen**, die organisatorisch den gesetzlichen Krankenkassen zugeordnet sind (§ 46 SGB XI).

Rund **69,7 Mio.** Versicherte waren im Juli 2011 in der **Sozialen Pflegeversicherung (SPV)** abgesichert, etwa **8,9 Mio.** Versicherte in der **Privaten Pflegeversicherung (PPV)**. Zum Jahresende 2009 waren rund **2,3 Mio. Menschen pflegebedürftig**, mehr als 2/3 wurden zu Hause versorgt (69 %).

## 2. Wachsender Handlungsdruck

In der Pflegeversicherung besteht ein nicht zu übersehender Handlungsdruck. Hierfür sprechen vor allem folgende Entwicklungen:

Erstens: Bis 2008 erfolgte keine **Dynamisierung** der Leistungen, so dass der Realwertverlust durch höhere Eigenanteile bzw. Sozialhilfe ausgeglichen werden muss. Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) sieht bis 2012 eine schrittweise Anhebung der Leistungssätze sowie eine künftige Dynamisierung vor. Erstmals 2015 und dann regelmäßig alle 3 Jahre soll die Bundesregierung die Dynamisierung der Leistungen prüfen. Gleichwohl muss davon ausgegangen werden, dass der Realwertverlust durch die Reform nicht völlig ausgeglichen wird.

Zweitens: Der bisherige **Pflegebedürftigkeitsbegriff** wird als unzureichend angesehen, weil er z. B. Einschränkungen aufgrund von Demenz oder psychischer Beeinträchtigung nicht angemessen berücksichtigt. Ein vom Gesundheitsministerium beauftragter wissenschaftlicher Beirat hat bereits im Januar 2009 einen Bericht zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgelegt. Die Empfehlungen des Beirats für einen umfassenden teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsinstrument wurden bisher nicht umgesetzt.

Drittens: Auch wenn die Prognosen zum **künftigen Anstieg des Pflegebedarfs** erheblich voneinander abweichen (je nach getroffenen Angaben zur Lebenserwartung und Pflegewahrscheinlichkeit), besteht kein Zweifel, dass in den kommenden Jahren der Pflegebedarf steigen und der Trend zu mehr professioneller Pflege im Heim oder durch Pflegedienste anhalten wird. So rechnet das Statistische Bundesamt bis 2030 mit 3 bis 3,4 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr.

Viertens: Die Finanzen der Pflegeversicherung können gegenwärtig noch als stabil angesehen werden. Dazu trägt die 2008 erfolgte Beitragsatzanhebung bei. Hinzu kommt der Umstand, dass bei der Einführung der Versicherung ein Finanzsockel angespart wurde. Aber: Die Rücklagen der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) haben stetig abgenommen, da die jährlichen Ausgaben die Einnahmen übersteigen. Wie in der Kranken- und Rentenversicherung machen sich auch hier Arbeitslosigkeit und der wachsende Niedriglohnsektor bemerkbar. In der Privaten Pflegeversicherung (PPV) steigen die Rücklagen dagegen kontinuierlich an. Das liegt an der ungleichen Verteilung des **Pflegerisikos**. Die Pflegehäufigkeit ist in der SPV in fast allen Altersgruppen höher als in der PPV, die zudem eine günstigere Altersstruktur aufweist. Entsprechend waren die Leistungsausgaben je Versichertem in der SPV im Jahr 2005 etwa doppelt so hoch wie in der PPV. Der Kapitalbestand der SPV betrug Ende

2008 knapp 4 Mrd. Euro gegenüber etwa 19 Mrd. Euro bei der PPV. Ein Solidarausgleich unter den Systemen besteht nicht!

### 3. Die aktuelle Debatte

Die Debatte über Modelle zur künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung ist nicht neu. Sie wird seit Jahren von Verbänden, Wissenschaft und Politik geführt. Dabei stehen vor allem Konzepte zur Debatte, die die Einführung von **Elementen** der **Kapitaldeckung** favorisieren und/oder auf eine (zumindest teilweise) **Entkopplung** der **Beitragszahlungen** von den Erwerbseinkommen orientieren. Zudem wurden Überlegungen zur Einführung einer Bürgerversicherung zur Diskussion gestellt.

Der **Koalitionsvertrag** von CDU/CSU und FDP sieht eine „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ vor. Dazu gehört etwa die Neudefinition der Pflegebedürftigkeit. Da nach Auffassung der schwarz-gelben Koalition die Umlagefinanzierung „eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten (...) auf Dauer nicht erfüllen (kann)“, will sie „eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss“. Dazu solle „zeitnah“ ein Vorschlag vorgelegt werden. Doch der liegt bislang nicht vor. Die für September 2011 angekündigten Eckpunkte wurden vertagt, die Koalitionäre streiten:

Die **FDP** beruft sich auf den Koalitionsvertrag. **Gesundheitsminister Bahr** beharrt auf einer kapitalgedeckten Säule in Form einer verpflichtenden privaten Zusatzversicherung. Er argumentiert, nur diese Variante schütze vor staatlichem Zugriff.

Die **CDU**-Fraktion will alterungsbedingte Pflegerisiken durch einen Kapitalstock in der Pflegeversicherung absichern. Fraktionsvorsitzender Kauder sieht die Möglichkeit, diesen über das allgemeine Beitragsaufkommen zu finanzieren und auch die Arbeitgeber zu beteiligen. Jens Spahn schlägt vor, Kosten von der Pflege- in die Krankenversicherung zu verschieben.

**CSU**-Chef Seehofer lehnt eine Kapitaldeckung sowie Beitragserhöhungen grundsätzlich ab. Er will die Pflegeversicherung entlasten, indem Pflegeleistungen für Behinderte, Demenzkranke und Schwerstpflegebedürftige aus Steuern finanziert werden.

### 4. Nein zur Kapitaldeckung

Gegenwind bekommt die FDP auch aus Fachkreisen der Wirtschafts- und Sozialwissenschaft. Für eine Kapitalrücklage sei es zu spät, eine Beitragssatzanhebung von derzeit 1,9 auf 2,8 % bis 2050 sei wirtschaftlich verkraftbar (Rürup). Daneben sprechen aus Sicht der IG Metall vor allem grundsätzliche Erwägungen **gegen** den Aufbau einer **kapitalgedeckten Säule**: Angesichts der Unwägbarkeiten deregulierter Finanzmärkte kann der Realwert der angesparten Gelder keinesfalls als gesichert gelten.

## 5. Vorschläge der IG Metall

Auch wenn die Prognosen über den zukünftigen Pflegebedarf und kommende Kosten unsicher sind, ist doch der Reformbedarf in den Pflegeversicherung nicht zu übersehen. Leistungen, Finanzierung und organisatorischer Rahmen bedürfen einer grundlegenden Reform. Nötig ist eine solidarische Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Die IG Metall hat dazu Vorschläge entwickelt. (vgl. dazu E 4/2007 und E 2/2011 sowie die Information des FB Sozialpolitik zum Pflegeweiterentwicklungsgesetz, April 2008). Kernelemente sind:

### *Leistungen*

Die Pflegeversicherung muss eine qualitativ hochwertige, umfassende Versorgung der zu Pflegenden gewährleisten. Dazu sind eine **weitergehende Dynamisierung** der Leistungen und eine **Erweiterung des Pflegebegriffs** eine unabdingbare Voraussetzung. Unterstützenswert sind die seit 2009 vorliegenden Vorschläge des wissenschaftlichen Beirats für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Sie müssen rasch umgesetzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Ausweitung von Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht durch Leistungskürzungen in anderen Bereichen „kompensiert“ wird. Hinzu kommen müssen Maßnahmen, die die **gesellschaftlichen Rahmenbedingungen** für Betroffene, Pflegepersonal und pflegende Angehörige **verbessern**. Dazu gehören etwa die Einführung einer Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige, die Schaffung eines aussagefähigen „Pflege-TÜVs“ oder die stärkere Berücksichtigung von Pflegezeiten bei der Rente.

### *Finanzierung*

Die **IG Metall** hat sich bislang dafür ausgesprochen, die Finanzierung der Pflegeversicherung durch eine so genannte „**Bürgerversicherung Pflege**“ auf eine neue Grundlage zu stellen. Dazu gehören - analog zu den Überlegungen in der Krankenversicherung – eine umlagefinanzierte, paritätische gesetzliche Pflegeversicherung, die alle Bürgerinnen und Bürger schrittweise einbezieht, eine Verbreiterung der Beitragsbasis (im ersten Schritt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung), sowie die ergänzende Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Steuermitteln. Solange ein Nebeneinander von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung besteht, muss angesichts der unterschiedlichen Risikostruktur ein finanzieller Ausgleich zwischen beiden Systemen erfolgen.

### *Organisation*

Die bisherige **organisatorische Trennung** zwischen **Pflege- und Krankenkassen** bringt in der Praxis eine Reihe von Schnittstellen und Problemen mit sich. Dazu gehören beispielsweise medizinische Behandlung in Heimen oder die häusliche Krankenpflege. Eine Integration beider Systeme könnte diese Schnittstellenprobleme beseitigen.