

# ***Pflegeversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar halten***

## **BDA-Konzept zur Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung**

Oktober 2016

### ***Zusammenfassung***

Der Pflegesektor ist ein bedeutender Wachstumsbereich, der wegen seiner Personalintensität auch erhebliche Arbeitsmarktrelevanz hat. Soweit seine Finanzierung jedoch die Personalzusatzkosten belastet und die Arbeitskosten erhöht, entsteht daraus ein Beschäftigungshemmnis sowie eine Bremse für das Wirtschaftswachstum insgesamt.

Genau das ist der Fall bei der sozialen Pflegeversicherung: Mit einem durchschnittlichen Beitragssatz von 2,62 % (2,55 % für Eltern, 2,8 % für Kinderlose) ab dem 1. Januar 2017 trägt sie in zunehmendem Umfang zum Anstieg der Sozialbeiträge und zum Wachstum der Personalzusatzkosten bei (zum Vergleich: Beitragssatz 2004 = 1,7 %).

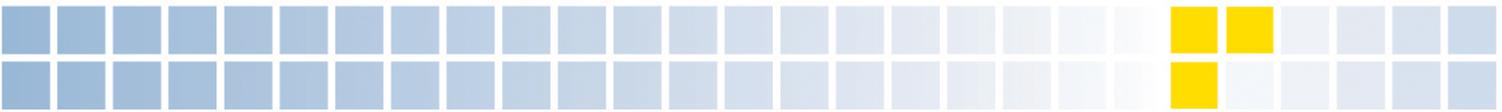
Ohne eine grundlegende und nachhaltige Strukturreform, die auch eine Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur und eine bessere Nutzung der vorhandenen gesellschaftlichen Potenziale umfassen muss, droht die Belastung der Arbeitskosten durch Pflegeversicherungsbeiträge zudem in den kommenden Jahren erheblich weiter zu steigen. Denn in Folge der demografischen Entwicklung wird es zu einem deutlichen Anstieg der Zahl der Pflegeleistungsempfänger kommen. Das Beitragsaufkommen wird jedoch nicht proportional ansteigen, weil die Zahl der potenziellen Erwerbspersonen sogar rückläufig sein wird.

So prognostiziert das Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW Köln) selbst unter güns-

tigen Annahmen bis 2030 einen Anstieg auf 3,4 Mio. Pflegebedürftige gegenüber 2,7 Mio. im Jahr 2013 und danach bis 2050 auf über 4 Mio. Pflegebedürftige. Der BARMER GEK Pflegereport 2015 erwartet unter Annahme konstanter altersspezifischer Pflegewahrscheinlichkeiten sogar gut 4,5 Mio. Pflegebedürftige bis 2060. Das Statistische Bundesamt sagt bis 2060 einen deutlichen Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials von heute 51 Mio. auf 36,1 bis 41,5 Mio. Personen voraus.

Keine Lösung dieser Herausforderungen wäre eine Einheitsversicherung. Im Gegenteil: In Deutschland existiert ein bewährtes duales Gesundheitssystem aus gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegepflichtversicherung, das erhalten werden muss. Der Systemwettbewerb trägt mit bei zu einer hohen Qualität des gesamten Versorgungsniveaus, erhöht die Handlungsspielräume der Bürger und wirkt zudem auch als Kostenbremse.

Zur Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der sozialen Pflegeversicherung bedarf es neben der Abkehr von der lohnbezogenen Finanzierung des Auf- und Ausbaus einer privatrechtlich organisierten ergänzenden kapitalgedeckten Risikovorsorge sowie vor allem durchgreifender Strukturreformen auf der Leistungsseite. Insbesondere muss der Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen den Pflegekassen und gegenüber den Leistungsanbietern ausgebaut werden. Pflegekassen benötigen daher größere vertragliche Gestaltungsspielräume mit den Leistungsanbietern.



Das beste Finanzierungskonzept für die soziale Pflegeversicherung ist das Pflegeprämienmodell. Mit ihm wird der Automatismus durchbrochen, dass sich steigende Finanzierungserfordernisse negativ auf die Entwicklung der Arbeitskosten auswirken und damit Wachstum und Beschäftigung gefährden. Zudem kann der gebotene Sozialausgleich für Einkommensschwache im Pflegeprämienmodell treffsicherer organisiert werden als im lohnbezogenen System des Status quo.

Ein erster richtiger Schritt wäre – wie in der gesetzlichen Krankenversicherung – die Festschreibung des allgemeinen Beitragsatzes auf dem ab 2017 geltenden Niveau mit Einführung eines einkommensunabhängigen Zusatzbeitrags für Versicherte.

In einem zweiten Schritt zur Einführung der Pflegeprämie sollte der gesetzlich festgeschriebene Arbeitgeberbeitrag steuerfrei in den Bruttolohn ausbezahlt werden.

Zur langfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit der sozialen Pflegeversicherung ist zudem der Aufbau der ergänzenden kapitalgedeckten Risikovorsorge unverzichtbar. Die steuerlich geförderte Pflegezusatzversicherung und andere Angebote leisten für immer mehr Menschen einen wertvollen Beitrag, etwas gegen eine drohende Finanzierungslücke im Pflegefall zu tun, und helfen damit, pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden.

### **Im Einzelnen**

Durchgreifende und nachhaltige Strukturformen auf der Leistungs- und Finanzierungsseite müssen spätestens ab 2022 greifen, da dann die Mehreinnahmen aus den kräftigen Beitragssatzerhöhungen 2015 und 2017 verbraucht und die Rücklagen der Pflegekassen aufgezehrt sein werden.

## **1. Reformbedarf auf der Leistungsseite**

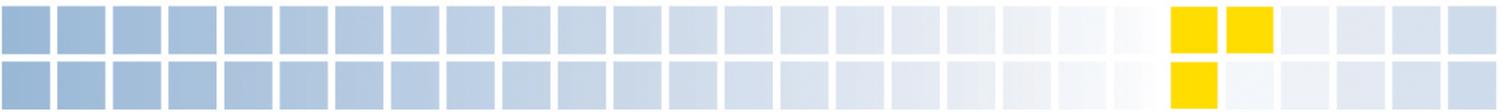
### **1. a Wettbewerb verstärken**

Wie in der gesetzlichen Krankenversicherung muss auch in der sozialen Pflegepflichtversicherung der Kosten-, Preis- und Qualitätswettbewerb zur Erzielung kostengünstiger, qualitativ hochwertiger und leistungsfähiger Versorgungsstrukturen verstärkt werden. Daher benötigen die Pflegekassen größere vertragliche Gestaltungsspielräume mit den Leistungsanbietern.

Dort, wo Wettbewerb herrscht, sind Leistungsanreize ungleich höher als dort, wo keine Konkurrenz vorhanden ist. Das ist im Sinne sowohl der Beitragszahler als auch der Pflegebedürftigen. Denn ein Monopol schafft Abhängigkeiten, verbaut Alternativen und treibt damit die Preise nach oben, während die Qualität leidet. Deshalb gilt es, den Rahmen für einen gesunden Wettbewerb zu schaffen, der keine Monopole und Oligopole erlaubt und auch kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) eine Teilnahme ermöglicht. Die damit erreichte Effizienz nützt am Ende vor allem den Pflegebedürftigen, während Wettbewerbsverzerrungen letztlich allen schaden.

Bei Einführung der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1995 ist jedoch durch den einheitlichen Beitragssatz und den vollständigen Finanzausgleich auf Wettbewerbselemente zwischen den Pflegekassen weitgehend verzichtet worden. Seitdem sind der gesetzlich festgelegte Einheitsbeitragssatz sowie der vollständige Finanzausgleich unter den Pflegekassen prägende Merkmale der sozialen Pflegeversicherung.

Die Pflegekassen haben unter diesen Rahmenbedingungen kaum ökonomische Anreize, ihre Ausgaben möglichst niedrig zu halten bzw. Wettbewerbsvorteile für ihre Versicherten zu erwirtschaften. Hierauf hat bereits im Jahr 2002 die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ in ihrem Schlussbericht hingewiesen.



Dabei ist gerade der Ausbau von Wettbewerbs-elementen eines der wirksamsten Mittel zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung in der Pflegeversicherung. Solange die Pflegekassen keine Anreize haben, sparsam mit dem Geld der Versicherten umzugehen, ist nicht zu erwarten, dass sie die ihnen anvertrauten Beitragsmittel wirtschaftlich einsetzen bzw. sich um hochwertige Leistungen für ihre Mitglieder bemühen. Bedarfsgerechte, qualitätssichernde sowie kostengünstige Strukturen und Angebote im Pflegewesen setzen wettbewerbsorientierte Steuerungsprozesse und Handlungsspielräume für alle Marktteilnehmer – Pflegekassen, Leistungsanbieter, Versicherte – voraus.

Wichtig für einen funktionsfähigen und ziel-führenden Wettbewerb ist – auch mit Blick auf KMU im Gesundheitsmarkt wie z. B. orthopädiotechnische Betriebe, die die Versicherten mit Pflegehilfsmitteln wie Gehhilfen oder Dekubitusmatratzen versorgen –, dass eine Anbietervielfalt gewährleistet ist. Eine Bündelung der Interessenvertretung kleinerer Leistungserbringer durch deren Verbände ist deshalb sinnvoll.

Der Gesetzgeber muss dabei auch die tragende Rolle privater Anbieter im Bereich der Pflege berücksichtigen. Sie bilden nicht nur eine stark wachsende Gruppe innerhalb der Pflegeheime und der ambulanten Dienste, sondern auch bei den sonstigen Dienstleistungen. In diesem privaten Segment werden auch die meisten Innovationen erbracht – zugunsten der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals. Insofern sollten alle staatlichen Eingriffe, sei es auf Bundes- oder Landesebene, sowie die Subventionierung bestimmter Einrichtungen unterbleiben, die den Chancen der privaten Anbieter schaden und einen fairen Wettbewerb verhindern.

Konkret sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Statt einheitlichem und gemeinsamem Handeln aller Pflegekassen muss Vertragsfreiheit gelten. Die Leistungsbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege dürfen nicht länger das Ergebnis eines Monopols der Pflegekassen sein,

sondern müssen von jeder Pflegekasse frei mit den Leistungsanbietern – Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen – ausgehandelt werden können.

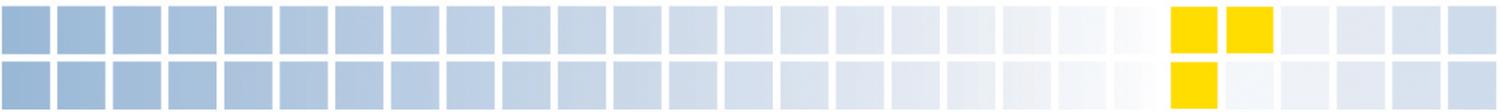
- Um Preissenkungsspielräume konsequent zu erschließen, sollten die einzelnen Pflegekassen künftig zudem nicht mehr nur über feste Leistungssätze (bzw. Festpreise für Einzelleistungen) mit den Leistungsanbietern verhandeln können, sondern auch über den Gesamtpreis der zu erbringenden Pflegeleistungen.

Auf dem Markt der Pflegeanbieter muss Wettbewerb herrschen. Das Instrument der Allgemeinverbindlichkeitserklärung von Tarifverträgen erfordert gerade auch im Pflegebereich einen verantwortungsbewussten und vorsichtigen Umgang. Tarifverträge mit Handlungsfreiheiten für alle Beteiligten sind ideal.

### **1. b Weitere Leistungsausweitungen unterlassen**

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung müssen sich daran orientieren, dass sie auch noch finanzierbar sind, wenn die geburtenstarken Jahrgänge in ein Alter kommen, in dem Pflegebedürftigkeit zunimmt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Pflegeversicherung von Anfang an als Teilkaskoversicherung konstruiert war und ein höheres Absicherungsniveau weder leisten sollte noch könnte.

In den vergangenen Jahren sind die Leistungen der Pflegeversicherung erheblich erhöht worden. Hierzu trugen vor allem das zum 1. Januar 2013 in Kraft getretene Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) und die beiden Pflegestärkungsgesetze entscheidend bei. Das PSG I ist zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten und das PSG II wird zum 1. Januar 2017 in Kraft treten. Mit diesen Gesetzen ist u. a. die noch bestehende Leistungslücke für demenziell Erkrankte geschlossen und der Pflegebegriff weiterentwickelt worden. Gemessen am Gesamtbeitragsvolumen von etwa 26 Mrd. € im Jahr 2014 erfolgt alleine durch die PSG I und II



ein Anstieg der Beitragsbelastung um insgesamt 23 % bzw. 6 Mrd. €. Auch ohne Beitragssatzanpassungen, alleine durch die Lohnentwicklung, steht der sozialen Pflegeversicherung derzeit jedes Jahr rund 1 Mrd. € mehr zur Verfügung. Bis 2022 werden aber die Zusatzeinnahmen aus den Beitragssatzanhebungen, die Rücklagen der Pflegekassen und zusätzlich die Mehreinnahmen durch Lohnsteigerungen allesamt aufgezehrt sein.

Schon beim heutigen Leistungsniveau der Pflegeversicherung ist ihre langfristige Finanzierbarkeit nicht gesichert. Selbst der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Leistungsversprechen der sozialen Pflegeversicherung trotz der hohen Beitragsmehreinnahmen durch das PNG und zusätzlich jährlich 6 Mrd. € durch die Beitragssatzanhebungen aufgrund des PSG I und II nicht dauerhaft einzuhalten sind. So ist laut Gesetzesbegründung des PSG II die Finanzierung der Pflegeversicherung gerade einmal für 7 Jahre gesichert.

Da die zusätzlichen Ausgaben schon im ersten Jahr nach Inkrafttreten des PSG II höher sind als die Mehreinnahmen, wird sogar von vornherein ein Abbau vorhandener Finanzreserven der Pflegeversicherung billigend in Kauf genommen. Die liquiden Mittel lagen Ende 2014 bei 6,6 Mrd. €, das Rücklagesoll bei 3,2 Mrd. €. Trotz Beitragssatzanhebungen und Mittelbestand bleibt der Pflegeversicherung ab 2022 voraussichtlich nur noch die Mindestreserve.

Eine stufenweise Anhebung oder regelmäßige Dynamisierung der Leistungen kann nur dann in Frage kommen, wenn alle im System vorhandenen Effizienzreserven ausgeschöpft sind, eine wirksame Qualitätssicherung implementiert worden ist und die Personalzusatzkosten hiervon unberührt bleiben. Da dies bislang nicht gewährleistet ist, muss die in § 30 SGB XI mit dem zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz festgelegte Dynamisierung weiter von einer ergebnisoffenen Prüfung der Bundesregierung abhängen und darf nicht zum gesetzlichen Automatismus werden.

### **1. c Leistungen angleichen**

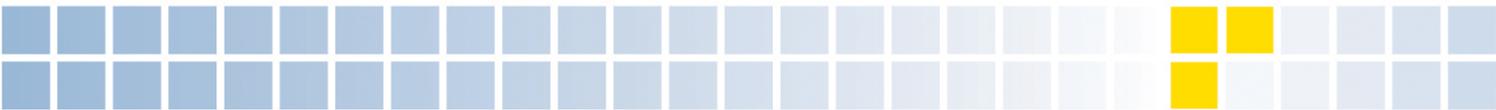
Die Geld- und Sachleistungen sowie die Leistungen für ambulante und stationäre Pflege müssen bei gleichbleibendem Gesamtbudget angeglichen werden, da die Leistungen nur vom Grad der Pflegebedürftigkeit abhängen sollten und nicht vom Ort, an dem sie erbracht werden.

Durch gleiche Leistungsbeträge werden Fehlanreize vermieden, weil die Präferenzen der Pflegebedürftigen für bestimmte Versorgungsformen nicht mehr durch finanzielle Anreize überlagert werden. Außerdem erhöht diese Vereinfachung die Transparenz für alle Beteiligten.

### **1. d Selbstbehalte einführen**

Zur Gewährleistung einer verantwortungsvollen und kostenbewussten Leistungsnachfrage sollten in der Pflegeversicherung prozentuale Selbstbehalte eingeführt werden. Das geltende Recht, das im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung fast keine steuernde Eigenbeteiligung kennt (Zuzahlungen zu Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln etc.), steht einer wirtschaftlichen Verwendung der knappen Mittel und einer Begrenzung des Gesamtleistungsvolumens entgegen. Der Selbstbehalt macht dort Sinn, wo er zu einer Verhaltenslenkung und damit zu einer sinnvollen Kostensteuerung führt. Nicht jede Pflegeleistung, auf die ein Anspruch besteht, ist wirklich nötig und würde beansprucht, wenn eine sozial ausgestaltete Eigenbeteiligung erwartet würde.

Es ist außerdem widersprüchlich und mit dem Konzept einer Teilkaskoversicherung nicht vereinbar, dass die heutige Gestaltung der Geld- und Sachleistungen in der Pflegeversicherung bei eher geringer Pflegebedürftigkeit meist ein hohes Maß an Absicherung zur Folge hat, bei hoher Pflegebedürftigkeit dagegen ein geringeres Maß an Absicherung bewirkt. Soziale Sicherungssysteme sollten gerade vor solchen Risiken schützen, deren Eintritt mit einer finanziellen Überforderung des Einzelnen verbunden sein kann, und



nicht Risiken abdecken, die der Einzelne in der Regel selbst tragen kann. Dies gebietet bereits der Grundsatz der Subsidiarität.

### **1. e Private Pflegeversicherung stärken**

Mit Blick auf den demografischen Wandel ist es wichtig, die kapitalgedeckte private Pflegeversicherung in der Pflicht- und Zusatzversicherung zu stärken. Es gilt – weil die Pflichtpflichtversicherung von Anfang an als Teilkostendeckung gedacht war – das Thema „Pflegevorsorge“ stärker im Bewusstsein der Menschen zu verankern. Dabei können (steuerlich geförderte) Pflegezusatzversicherungen für immer mehr Menschen einen wertvollen Beitrag leisten, um eine drohende Finanzierungslücke im Pflegefall zu schließen.

Anders als die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung (SPV) funktioniert die private Pflegepflichtversicherung (PPV) nach dem Prinzip der Kapitaldeckung: Jede Generation von Versicherten sorgt durch die Bildung von Alterungsrückstellungen frühzeitig für ihr mit dem Alter steigendes eigenes Pflegerisiko vor. Durch die kapitalgedeckte Finanzierung der Pflegeausgaben werden keine Finanzierungslasten auf kommende Generationen verschoben. Vielmehr werden Alterungsrückstellungen zur Entlastung der nachfolgenden Generationen aufgebaut. Die Alterungsrückstellungen der privaten Pflegeversicherung haben Ende 2015 eine Höhe von 30,0 Mrd. € und damit das 32fache der jährlichen Leistungsaufwendungen erreicht.

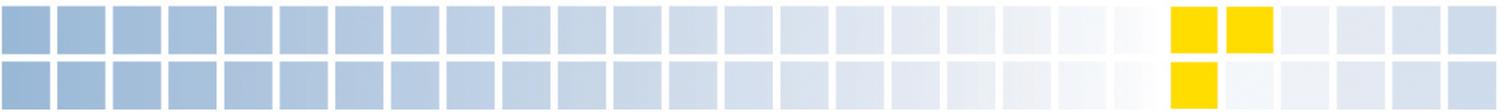
Im Umlageverfahren führt dagegen insbesondere die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge dazu, dass die jeweils jüngeren Kohorten lebenslang immer höhere Beiträge einzahlen müssen, selbst wenn das Leistungsversprechen, die Pflegekosten und das individuelle Pflegefallrisiko unverändert bleiben. Deshalb wäre eine Finanzierungsform ideal, in der die Mitglieder jeder Alterskohorte für die von ihnen verursachten Pflegekosten selber vorsorgen, statt die Lasten auf nachfolgende Generationen zu überwälzen. Das gelingt, wenn das Pflegefallrisiko in ei-

nem kapitalgedeckten privaten Versicherungssystem abgesichert wird.

Im Systemwettbewerb mit der umlagefinanzierten SPV hat die private Pflegepflichtversicherung neue Ideen, Strukturen und Innovationen geschaffen. Das Spektrum reicht von der vom Gesetzgeber als vorbildlich betrachteten aufsuchenden Pflegeberatung (COMPASS) bis hin zur wissenschaftsbasierten Verbesserung der Versorgungspraxis (Zentrum für Qualität in der Pflege, ZQP). Diese „Früchte“ des Systemwettbewerbs kommen sowohl gesetzlich als auch privat Versicherten zugute, eine Einheitsversicherung – die sogenannte Bürgerversicherung – würde sie gefährden. Dies wäre auch zum Nachteil der Pflegebedürftigen selbst.

Eine Zusammenlegung von sozialer und privater Pflegepflichtversicherung unter (verfassungswidrigem) Einbezug der eigentumsrechtlich geschützten Alterungsrückstellungen im Sinne einer Pflege-Bürgerversicherung würde den demografischen Herausforderungen für die Finanzierbarkeit des Pflegerisikos nicht gerecht. Gerade, weil das Pflegerisiko mehr als das Krankheitsrisiko ein altersabhängiges, im höheren Alter exponentiell ansteigendes Risiko darstellt, ist in der Pflegepflichtversicherung die Stärkung der kapitalgedeckten Vorsorge unumgänglich.

Die Etablierung eines einmaligen oder dauerhaften Risiko- und Finanzausgleichs zugunsten der sozialen Pflegepflichtversicherung wäre dagegen im Kern nichts anderes als der Einstieg in ein nicht zukunftstaugliches umlagefinanziertes Einheitsystem. Ein systemübergreifender Finanzausgleich zu Lasten der privaten Pflegeversicherung würde zudem unweigerlich zu einer Doppelbelastung führen: Es ist nicht vermittelbar, wenn Privatversicherte im Kollektiv zum einen für ihre eigene Pflegeversorgung im Alter mittels Alterungsrückstellungen einen Kapitalstock „ansparen“ und zum anderen im Zuge eines Finanzausgleichs zwischen PPV und SPV einen Ausgleichsbeitrag für die Versorgung der älteren Versicherten in der sozialen Pflegepflichtversicherung ohne entsprechender Vorsorge leisten müssen. Damit



würde das funktionierende, demografiefeste System der privaten Pflegepflichtversicherung in Frage gestellt und am Ende vollends zerstört.

## **2. Reformbedarf auf der Finanzierungsseite**

Eine zukunftssichere Pflegeversicherung setzt – vor allem mit Blick auf die künftige demografische Entwicklung und die resultierenden Personalzusatzkosten – eine durchgreifende und nachhaltige Neuordnung der Finanzierungsseite der sozialen Pflegeversicherung voraus.

### **2. a Prämienmodell bleibt die beste Lösung**

Zentraler Reformschritt muss die Entkoppelung der Pflegekostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis sein. Dazu sollte die lohnbezogene Beitragsfinanzierung auf ein einkommensunabhängiges Prämienmodell mit Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn umgestellt und für Einkommensschwache ein sozialer Ausgleich als Überforderungsschutz geschaffen werden:

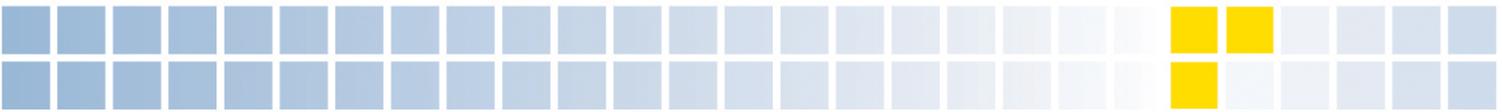
- Der versicherte Personenkreis entspricht dem heutigen in der sozialen Pflegeversicherung. Grundsätzlich müssen alle Erwachsenen eine Pflegeprämie zahlen. Die beitragsfreie Mitversicherung angehöriger Kinder bleibt erhalten.
- Mitglieder, die durch die Zahlung einer vollen Prämie finanziell überfordert würden, erhalten einen sozialen Ausgleich über das allgemeine Steuer- und Transfersystem.

Die Vorteile eines solchen Pflegeprämienmodells sind insbesondere:

- Arbeitskosten und Pflegekostenfinanzierung werden entkoppelt: höhere Beitragssätze führen nicht mehr automatisch zu Steigerungen der Personalzusatzkosten, der beschäftigungsfeindliche Abga-

benkeil zwischen Arbeitskosten und Nettolöhnen sinkt. Die Gesamtbelastung von Arbeitseinkommen durch Steuern und Sozialabgaben liegt in Deutschland nach wie vor weit über dem OECD-Durchschnitt. Nur in Belgien und Österreich ist bei einem alleinstehenden Durchschnittsverdiener laut OECD („Taxing Wages 2016“) die Belastung höher.

- Der soziale Ausgleich erfolgt deutlich zielgenauer und transparenter als heute, weil das allgemeine Steuer-Transfersystem die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten genauer erfasst, als es im Rahmen der Beitragsfinanzierung möglich ist. Die soziale Pflegeversicherung bleibt auch als prämienfinanzierte Versicherung solidarisch. Denn der Risikoausgleich zwischen Alt und Jung, zwischen den Geschlechtern und nach unterschiedlichen gesundheitlichen Voraussetzungen bleibt erhalten. Lediglich der soziale Ausgleich, der bislang über lohnbezogene Beiträge wenig treffsicher erfolgt, würde ausgelagert, dafür aber im Rahmen des allgemeinen Steuer-Transfer-Systems deutlich treffsicherer organisiert
- Die Abhängigkeit der Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung von der konjunkturellen Entwicklung wird weitgehend beseitigt.
- Ebenso werden negative einnahmeseitige Effekte des demografischen Wandels verringert, da ein steigender Rentneranteil nicht mehr zu Beitragsmindereinnahmen führt. Fast ein Drittel der fiskalischen Effekte der demografischen Veränderung in der sozialen Pflegeversicherung können hierdurch aufgefangen werden.
- Die bestehenden Ungerechtigkeiten in der Beitragsbelastung bei gleicher wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit haben ein Ende: Die Finanzierung erfolgt aus dem gesamten Einkommen und Vermögen, eine Diskriminierung von Doppelverdienerhaushalten gegenüber Alleinverdienerhaushalten findet nicht mehr statt.



Auf einen differenzierenden Beitrag für Kinderlose und Eltern sollte verzichtet werden. Deshalb sieht das BDA-Konzept zur Neuordnung der sozialen Pflegeversicherung die ersatzlose Streichung des Beitragszuschlags für Kinderlose vor. Dieser wird auch nicht durch einen Zuschlag auf die kassenindividuelle Pflegeprämie abgelöst.

Die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Entlastung Kindererziehender in der sozialen Pflegeversicherung (Urteile vom 3. April 2001 – 1 BvR 1629/94 und andere) lässt sich einfacher und zielgenauer im Rahmen des allgemeinen Steuer- und Transfersystems umsetzen als über eine Differenzierung des Beitragssatzes im Rahmen der bestehenden lohnbezogenen Umlagefinanzierung. Dazu bedarf es einer zweckgebundenen Anhebung bzw. veränderte Ausgestaltung des Kindergeldes, mit der im Ergebnis ebenfalls die geforderte Entlastung von Eltern gegenüber Kinderlosen erreicht werden kann.

## **2. b Schritte in die richtige Richtung**

Solange ein einkommensunabhängiges Prämienmodell nicht mehrheitsfähig ist, sollten zumindest erste Elemente hin zu einer nachhaltigeren Finanzierung im aktuellen System umgesetzt werden.

Die Beibehaltung des Status quo ist hingegen keine Alternative. Der steigende Finanzierungsbedarf in der SPV bei einer im Vergleich rückläufigen Beitragsbasis erzwingt immer höhere Beitragssätze, schränkt damit künftige Einkommens- und Beschäftigungschancen ein und verringert dadurch dauerhaft die wesentliche Finanzierungsgrundlage der SPV.

Keine Alternative ist auch die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage wie bei der Bürgerversicherung. Sie würde im Kern nichts an der stark lohnbezogenen Finanzierung der SPV ändern oder sie sogar bei Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze noch ausweiten.

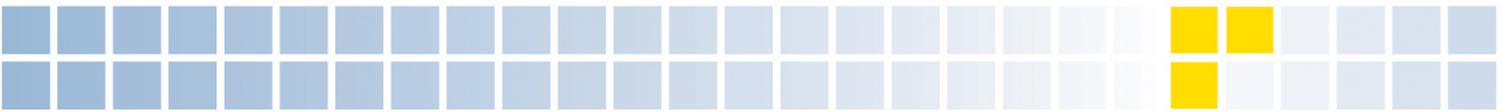
## **Schritt 1: Arbeitgeberbeitragssatz fest-schreiben**

Ein erster richtiger Schritt hin zu einer nachhaltigen Finanzierung wäre eine Festschreibung des Arbeitgeberanteils auf maximal 1,275 % des beitragspflichtigen Einkommens, also den halben Beitragssatz von 2,55 % ab 2017 für Eltern. Damit würde im Grundsatz in der SPV lediglich der Rechtsstand nachvollzogen, der in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits seit dem 1. Januar 2011 gilt. Entsprechend wäre dann ein zusätzlicher, allein von den Versicherten zu tragender Zusatzbeitrag zu entrichten, wenn aufgrund der Ausgabenentwicklung zusätzliche Finanzierungserfordernisse auftreten.

Das Festschreiben des Arbeitgeberanteils ist deshalb dringend geboten, weil sich dann überproportional steigende Pflegeausgaben nicht negativ auf Beschäftigung und Wachstum auswirken. Im Übrigen würde damit die Parität in der Finanzierung der gesetzlichen Sozialversicherung keineswegs in Frage gestellt, leisten Arbeitgeber doch über die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung sowie der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall immer noch einen höheren Beitrag als ihre Beschäftigten. Allein im Jahr 2014 haben die Arbeitgeber 51 Mrd. € (43,5 Mrd. € zzgl. 7,5 Mrd. € Sozialversicherungsbeiträge) für die Entgeltfortzahlung ausgegeben, was umgerechnet 4,3 Beitragssatzpunkten entsprechen hätte (vgl. BDA-Position zur Festschreibung des Arbeitgeberanteils in der Krankenversicherung vom 8. Januar 2016).

## **Schritt 2: Arbeitgeberanteil auszahlen**

Im nächsten Schritt sollte der Arbeitgeberbeitrag in seiner derzeit festgeschriebenen Höhe steuerfrei in den Bruttolohn ausgezahlt werden. Ohnehin ist der Arbeitgeberanteil nur eine buchhalterische Größe, denn tatsächlich müssen die Arbeitnehmer sowohl ihren Bruttolohn als auch die darauf entfallenden Lohnzusatzkosten erwirtschaften, damit ihr Arbeitsplatz dauerhaft rentabel ist.



Daher ist es nur folgerichtig, den festgeschriebenen Arbeitgeberanteil zu einem Stichtag einmalig dem Bruttolohn zuzurechnen. Die Auszahlung würde steuerfrei sein, weil der zusätzliche Bruttolohn als Vorsorgeaufwendung vom steuerpflichtigen Einkommen abzusetzen ist. Mit der Auszahlung des Arbeitgeberanteils würde zugleich eine nachhaltige Abkopplung der SPV-Finanzierung von den Arbeitskosten erreicht.

### **Schritt 3: (Teil-)Kapitaldeckung in der Pflegepflichtversicherung stärken**

Im Umlagesystem der sozialen Pflegeversicherung drohen angesichts der demografischen Entwicklung massive Beitragssatzsteigerungen und damit gravierende intergenerative Umverteilungen. Auch eine anhaltende Niedrigzinsphase ändert grundsätzlich nichts an den Vorzügen der Kapitaldeckung, da nicht die Rendite im Vordergrund steht, sondern die Absicherung der Generationengerechtigkeit im demografischen Wandel. Die Bildung eines Kapitalstocks innerhalb des öffentlich-rechtlichen Systems, wie 2013 mit 1,2 Mrd. € jährlich durch das PSG I begonnen, geht als Element der Kapitaldeckung grundsätzlich in die richtige Richtung. Der Kapitalstock ermöglicht, dass zumindest ein sehr begrenzter Teil des zusätzlichen Beitragsaufkommens zur späteren Stabilisierung des Beitragssatzes genutzt wird.

Besser wäre es jedoch, die kapitalgedeckte Vorsorge in privater statt in staatlicher Form zu organisieren und nicht einseitig zu Lasten von Löhnen und Gehältern zu finanzieren. Bei einer staatlichen Form besteht immer die begründete Gefahr, dass der Gesetzgeber die Rücklagen für Leistungsausweitungen zweckentfremdet oder Einfluss auf die Anlagpolitik nimmt. Ansprüche aus einer privaten und kapitalgedeckten Vorsorge sind hingegen privatrechtlich geschützt. Der von der Bundesbank verwaltete Pflegevorsorgefonds muss daher vor Zweckentfremdung geschützt, aber nicht weiter ausgebaut werden.

Die systematisch richtige Alternative ist dagegen eine obligatorische, private kapitalgedeckte Finanzierung zur Absicherung künftig

steigender Pflegekosten. Der Pflegefall wird damit in drei Säulen abgesichert:

- Die künftig prämiendifinanzierte Pflegepflichtversicherung springt im Pflegefall mit den nach Pflegegrad definierten Leistungen ein,
- die obligatorische, private kapitalgedeckte Säule sichert den realen Wert der Pflegeleistungen auch bei steigenden Kosten und
- die freiwillige private Pflegezusatzversicherung eröffnet die Möglichkeit auf Leistungen, die über den gesetzlichen Pflichtumfang hinausgehen.

Ein steuerfinanzierter Ausgleich beschränkt sich auf die ersten beiden obligatorischen Säulen, damit Personen nicht durch die erforderlichen Prämien finanziell überfordert werden.

#### **Ansprechpartner:**

##### **BDA | DIE ARBEITGEBER**

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

##### **Soziale Sicherung**

T +49 30 2033-1600

[soziale.sicherung@arbeitgeber.de](mailto:soziale.sicherung@arbeitgeber.de)