

Die Leistungsausdehnungen für Demenzkranke sind unsolid finanziert, die Förderung privater Zusatzvorsorge ist sozialpolitisch fragwürdig

- Ein Kommentar zum Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG)

Steffen J. Roth und Ines Läufer¹

Das vom Kabinett verabschiedete *Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG)* sieht insbesondere Leistungsausweitungen für Personen mit Demenzerkrankungen vor. Diese sind aus pflegewissenschaftlicher Sicht dringend notwendig, aber sie bedürften einer nachhaltigen Finanzierungsbasis. Dasselbe gilt uneingeschränkt auch für eine seit langem vorbereitete und angekündigte – nun aber wieder verschobene – Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, falls dieser dem Anspruch systematischer Leistungsverbesserungen für Demenzkranke ohne kostenbedingt willkürliche Leistungskürzungen für somatisch eingeschränkte Personen gerecht werden soll.

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde 1995 eingeführt, um die Sozialhilfeträger zu entlasten, welche bis dahin einen großen Anteil der mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Kosten trugen. Die bei rechtzeitiger Vorsorge vermeidbare Inanspruchnahme von Sozialhilfe zur Finanzierung der Pflegekosten sollte durch die neu eingeführte Versicherungspflicht zumindest reduziert werden. Da die gesetzliche Pflegeversicherung als umlagefinanziertes System jedoch demografieabhängig und damit finanziell instabil ist, müsste eine nachhaltige Pflegereform den Umstieg auf eine verpflichtende kapitalgedeckte Versicherung vorbereiten, um das Niveau der abgesicherten Leistungen aufrechtzuerhalten.

Das Pflegeneuausrichtungsgesetz sieht aber eine Beitragssatzerhöhung um 0,1 Prozentpunkte sowie eine noch nicht endgültig definierte Förderung freiwilliger privater Zusatzvorsorge vor.

¹ Dieser Kurzkomentar wird ermöglicht durch ein von der Otto Wolff Stiftung im Otto Wolff Institut für Wirtschaftsordnung gefördertes Projekt zur Weiterentwicklung der Pflegevorsorge.

Die Beitragssatzerhöhung soll u. a. der Gewährleistung dringend notwendiger Betreuungsleistungen für demenzkranke Personen dienen. Eine Finanzierung der neuen Leistungen über eine Erhöhung der Beiträge zur umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung führt aber zu neuen Einführungsgewinnen und damit zu weiteren sozialpolitisch unerwünschten Umverteilungswirkungen: Durch die Ausdehnung des Leistungskataloges erhalten – auch finanziell besser gestellte – ältere Personen Leistungen, für die sie bisher keinen Beitrag entrichtet haben. Finanziert werden müssen diese neuen Leistungen aber von jüngeren Beitragszahlern – auch von einkommensschwachen. Sinnvoller wäre es, die notwendigen Betreuungsleistungen für Demenzkranke in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufzunehmen und durch eine allgemeine Kürzung der durch die Pflegeversicherung übernommenen Anteile an den tatsächlichen Pflegekosten zu finanzieren. Einkommensschwache Personen, die den dadurch gestiegenen Eigenanteil an den Pflegekosten nicht aus eigenen Mitteln tragen können, würden über die steuerfinanzierten Transferleistungen im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ unterstützt.

Eine systematische Absicherung der als notwendig erachteten Pflegeleistungen über eine kapitalgedeckte Säule ist im Gesetzesentwurf nicht vorgesehen. Stattdessen soll freiwillig vorsorgenden Bürgern im Falle späterer Pflegebedürftigkeit die Finanzierung ihres Eigenanteils der in der Pflegeversicherung festgelegten Leistungen bzw. zusätzlicher Leistungen erleichtert werden.

Zum einen ist es aber trotz der Förderung fraglich, ob der Abschluss einer freiwilligen privaten Zusatzversicherung für viele Bürger überhaupt attraktiv wird: Im Fall der Pflegebedürftigkeit würde die Zusatzversicherung einen Teil der Ausgaben decken, die ansonsten durch privates Einkommen bzw. Vermögen oder nachrangig durch die Inanspruchnahme von Sozialhilfe finanziert würden. Ohne eigenes Vermögen müsste der Umfang der privat abgesicherten Leistungen sehr hoch sein, um im Pflegefall den von der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht gedeckten Anteil finanzieren zu können. Die Gewissheit, ansonsten aber von der Grundsicherung aufgefangen zu werden (und dabei aufgrund der Freibeiträge auch die eigenen Kinder nicht stark beanspruchen zu müssen), reduziert die Attraktivität einer privaten Pflegezusatzversicherung im Vergleich zu einer ebenfalls geförderten und nicht zweckgebundenen Altersvorsorge deutlich.

Noch ist unklar, ob die Förderung ausschließlich in Form von steuerlicher Absetzbarkeit der Beiträge zu einer privaten Zusatzversicherung oder auch in Form von Zuschüssen zu den Beiträgen gewährt werden soll. In beiden Fällen ist aber die Förderung selbst

höchst fragwürdig. Erstens sind Mitnahmeeffekte zu erwarten, weil auch jene Personen gefördert werden, die auch ohne staatliche Unterstützung eine Zusatzversicherung abgeschlossen hätten. Zweitens hat die Förderung sozialpolitisch unerwünschte Folgen. Erfolgt die Förderung nur über die steuerliche Absetzbarkeit der Beiträge zur privaten Pflegezusatzversicherung, entsteht eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung: Personen, die über kein steuerpflichtiges Einkommen verfügen und eine private Zusatzversicherung abschließen, kommen nicht in den Genuss der Förderung. Diese bleibt in diesem Fall nur einkommenssteuerpflichtigen Personen vorenthalten. Aber auch eine einkommensunabhängige Förderung in Form von direkten Beitragssubventionen beinhaltet tendenziell eine Umverteilung von einkommensschwachen zu einkommensstarken Bürgern. So erhalten gut verdienende Bürger finanzielle Unterstützung für ihre Zusatzversicherung – deren Förderungskosten müssen aber über das Steuersystem finanziert werden, damit auch unter der Beteiligung bzw. zu Lasten von Bürgern, die sich die Zusatzversicherung nicht leisten können und somit auch nicht in den Genuss der Subventionen kommen.

Das Ziel, Pflegebedürftigen eine flexiblere Leistungsanspruchnahme zu ermöglichen, ist zu begrüßen. Durch die Wahlmöglichkeit von Zeitvolumina, die durch individuelle Absprachen mit den Pflegediensten ausgefüllt werden können, kann individuellen Bedürfnissen und Umständen der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen besser Rechnung getragen werden. Auch die geplante Förderung von ambulanten Wohngruppen kann im gegebenen System sinnvoll sein: Die im derzeitigen Leistungsrecht gewährten Leistungssätze sind in ein und derselben Pflegestufe für eine stationäre Betreuung höher als für die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes. Dadurch werden die mit stationärer Betreuung verbundenen höheren Kosten anteilig vom Versicherungskollektiv getragen und nicht vollständig in der individuellen Entscheidung berücksichtigt. Unter diesen Bedingungen ist die Unterstützung von Alternativen zu einer stationären Betreuung sinnvoll. Konsequenter wäre jedoch die Auszahlung von gleichen Leistungssätzen innerhalb einer Pflegestufe, unabhängig von der dann gewählten Betreuungsform.

Kontakt:

Ines Läufer

Tel: 0221- 470 5354

E-Mail: laeuffer@wiso.uni-koeln.de