

# Finanzausgleich in der Pflegeversicherung weiter sinnvoll

von Dietmar Haun

## Abstract

**Ein Finanzausgleich im dualen System** der gesetzlichen Pflegeversicherung aufgrund ungleicher Risiken und Kosten der Pflegeversicherten steht seit Jahren zur Debatte. Nach Analysen der privaten Krankenversicherung (PKV) wäre ein Finanzausgleich oder eine Bürgerversicherung aufgrund der fortschreitenden Alterung des Versichertenbestandes der privaten Pflegeversicherung mittlerweile finanziell nachteilig für die soziale Pflegeversicherung. Die empirischen Analysen des Beitrags bestätigen einen höheren Versichertenanteil der vulnerablen Altersgruppen im privaten Sektor. Dieser hat allerdings keine Auswirkungen auf die ungleichen Ausgaben- und Risikoprofile. Wesentliche Ursache hierfür ist der Selektionsprozess beim Zugang zur PKV. Ein Finanzausgleich ist daher weiterhin empirisch begründet.

**Schlüsselwörter:** gesetzliche Pflegeversicherung, duales System, Pflegefinanzierung, Pflege-reform, solidarische Finanzierung

**Financial equalization in the dual system** of statutory long-term care insurance has been debated for years because of unequal risks and costs. According to analyses of the association of private health insurance (PKV), financial equalization or the introduction of the so-called citizens' insurance would now be financially disadvantageous for the social nursing care insurance due to the progressive aging of private nursing care insurees. The empirical analyses presented in this article confirm a higher proportion of insurees from vulnerable age groups in the private sector. However, this has no impact on the unequal spending and risk profiles. This is mainly due to the selection process when accessing private health insurance. Financial equalization therefore remains empirically justified.

**Keywords:** statutory nursing care insurance, dual system, care sector financing, care reform, solidarity-based financing

# 1 Die These des geringen Nutzens für die SPV

Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung in Deutschland vor 30 Jahren war mit einem Kompromiss verbunden (*Deutscher Bundesrat 1994*): Die FDP, die eine private Pflegeversicherung mit Kapitaldeckung favorisierte, stimmte im Kern nur zu, weil eine Teilung des Systems beschlossen wurde. Ob die Versicherten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) oder der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) angehören, wird durch ihre Zugehörigkeit zur gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bestimmt. Der versicherte Leistungsumfang ist hingegen identisch. Die unterschiedlichen Risiko- und Kostenstrukturen in beiden Teilsystemen spielten in den politischen Debatten um die Einführung der Pflegeversicherung erstaunlicherweise keine Rolle.

Das änderte sich im Lauf der Zeit. Mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes 2001 zur Verfassungsmäßigkeit der Pflichtversicherung in der PPV wurde auch ein Bewertungsmaßstab formuliert, an dem sich die Aufteilung des Systems messen lassen muss. In seiner Urteilsbegründung stellte das Gericht fest, 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, Rn. 92*).

Verschiedene empirische Studien belegen jedoch eindrücklich, dass seit Beginn der gesetzlichen Pflegeversicherung von einer ausgewogenen Lastenverteilung keine Rede sein kann (*Rothgang und Domhoff 2019; Greß et al. 2019; Haun und Jacobs 2021; Rothgang 2023*). Über Jahrzehnte hinweg war die von Pflegebedürftigkeit besonders betroffene Altersgruppe der über 80-Jährigen überproportional in der SPV versichert. Von Bedeutung ist hierbei die Entwicklung der privaten Krankenversicherung (PKV), die bis in das Jahr 2011 expandierte und überwiegend junge und gut verdienende Erwerbstätige, somit sogenannte gute Risiken, hinzugewann (*IAQ 2023*).

Vonseiten der PKV wurde allerdings argumentiert, dass sich dieser strukturelle Vorteil infolge der Alterung des Versicherungsbestandes in der PPV bald umkehren würde, da der „Anteil von Pflegebedürftigen mittelfris-

tig in der PPV höher sein wird als in der SPV“ (*Bahnsen und Wild 2021, 8*). Zudem sei bei PPV-Versicherten mit erheblich höheren Kosten je Pflegefall zu rechnen als in der SPV. Mit ähnlicher Argumentation kam Neusius (*2019*) in seiner Analyse zu dem Schluss, dass die SPV durch einen Finanzausgleich oder ein Zusammengehen von sozialer und privater Pflegeversicherung sogar zusätzlich belastet werden könnte.

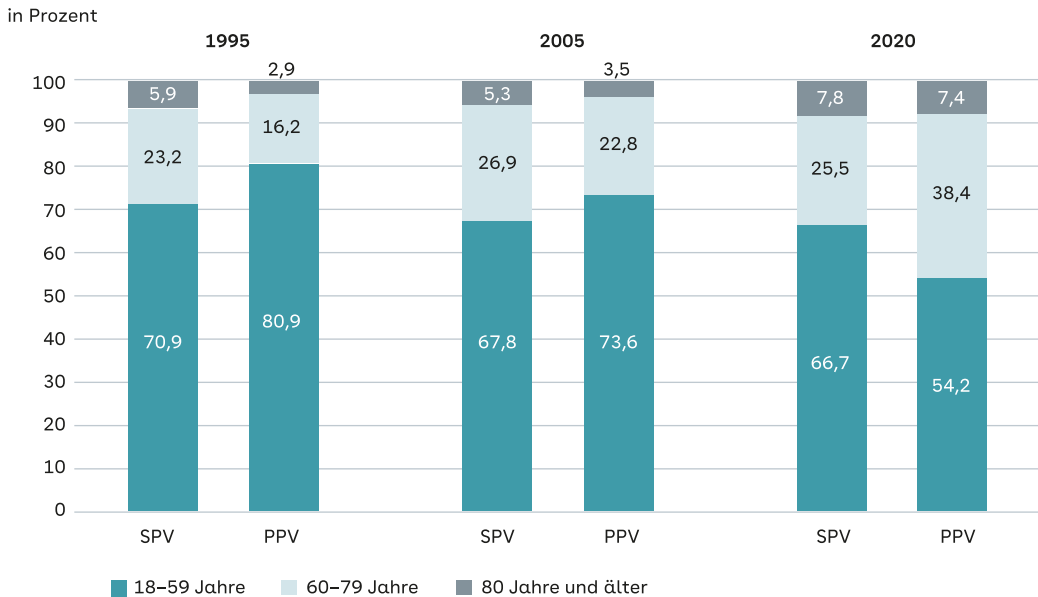
Der vorliegende Beitrag unterzieht diese These einer empirischen Überprüfung. Mithilfe von Daten des sozio-oekonomischen Panels (SOEP) (*Goebel et al. 2019*) wird die Entwicklung der Altersstruktur von SPV- und PPV-Versicherten über mehrere Zeitpunkte hinweg untersucht und mit Daten zur Finanzlage in SPV und PPV verglichen.

## 2 Empirische Überprüfung

**Abbildung 1** stellt die Altersstruktur der Versicherten von SPV und PPV auf Basis der SOEP-Daten für die Jahre 1995, 2005 und 2020 dar. Die Analysepopulation der auf die Wohnbevölkerung hochgerechneten repräsentativen Daten des SOEP bilden die Personen im Erwachsenenalter. Im Jahr der Einführung der Pflegeversicherung und auch zehn Jahre danach waren die Jahrgänge mit höherem Pflegerisiko in der PPV unterdurchschnittlich vertreten. Bei den über 80-jährigen Personen mit dem höchsten Pflegerisiko war 1995 der Versichertenanteil in der PPV mit 2,9 Prozent nur halb so hoch wie in der SPV. Auch 2005 war der Anteil an Hochaltrigen in der SPV deutlich höher. Für das Jahr 2020 ist hingegen eine Verschiebung der vulnerablen Altersgruppen in der PPV festzustellen. Bei den über 80-Jährigen sind die Anteile an versicherten Personen in SPV und PPV nahezu identisch, bei den 60- bis 79-Jährigen weist die PPV höhere Anteile an Versicherten auf. Dem höheren Anteil der Altersgruppen mit hoher Pflegeprävalenz entsprechend wäre zu erwarten, dass sich die pflegebedingten Ausgaben der PPV an das Ausgabenniveau der SPV angleichen. Ein Vergleich der Finanzkennzahlen von SPV und PPV führt jedoch zu dem Ergebnis, dass sich trotz dieser Altersverschiebung an den für die SPV nachteiligen Risiko- und Finanzstrukturen auch im Jahr 2021 wenig geändert hat (**Abbildung 2**).

Ähnlich wie im Jahr 2005 ist der relative Anteil der Pflegebedürftigen in der SPV 2021 mit 6,3 Prozent der Versicherten weiterhin doppelt so hoch wie in der PPV

**Abbildung 1 Altersstruktur der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und in der privaten Pflegeversicherung (PPV) 1995, 2005 und 2020 (Erwachsene)**



1995 und 2005 war der Prozentsatz der Menschen ab 60 Jahre in der SPV höher als in der PPV. 2020 war es umgekehrt. Bei den über 80-Jährigen lagen die Versichertenanteile 2020 in SPV und PPV auf ähnlichem Niveau.

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis des SOEP: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter; Grafik: G+G Wissenschaft 2024

mit einem Anteil von 3,2 Prozent. Die Leistungsausgaben sind infolge der Pflegestärkungsgesetze und der jüngeren Gesetzgebung zur Stärkung der Attraktivität der Pflegeberufe in beiden Teilsystemen deutlich gestiegen. In Relation zur Anzahl der Versicherten machten die Leistungsausgaben in der PPV mit 234 Euro jedoch nur ein Drittel der Ausgaben aus, die in der SPV pro Kopf für Pflegeleistungen erforderlich waren. Berücksichtigt man die zusätzlichen staatlichen Beihilfeausgaben für pflegebedürftige Beamte, Pensionäre und Angehörige, vermindert sich der Abstand zwar, die Pro-Kopf-Ausgaben sind in der SPV mit 683 Euro aber weiterhin doppelt so hoch.

Die geringeren Leistungsausgaben der PPV spiegeln sich in günstigeren Prämienkosten wider. Versichertenbezogen lagen die Prämien 2005 um 21 Prozent, 2021 gar um 41 Prozent unter den Beiträgen, die pro Kopf in der SPV zu leisten waren, um die Pflegeausgaben zu decken. Und dies, obwohl ein Anteil von 66 Prozent der Prämieinnahmen der PPV im Jahr 2021 (2,9 Milliarden Euro) nicht für Pflegeleistungen benötigt, sondern den Altersrückstellungen zugeführt wurde. Diese belaufen sich zum Jahresende 2021 auf

eine Summe von 47 Milliarden Euro, während in der SPV nur marginale Rücklagen vorhanden sind.

Die Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen liegen in der SPV aktuell mit knapp 11.000 Euro pro Jahr deutlich höher als in der PPV. Werden die staatlichen Beihilfeleistungen in die Kalkulation einbezogen, erreichen die Ausgaben für die vergleichsweise geringe Zahl der privat versicherten Pflegebedürftigen ein ähnlich hohes Niveau wie in der SPV. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftige in der PPV seltener Leistungen in den niedrigeren Pflegegraden beanspruchen (*Bahnsen und Wild 2021, 5*) und damit die durchschnittlichen Leistungsausgaben steigen.

### 3 Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die PPV aktuell bereits höhere Anteile an Versicherten in den Altersgruppen mit hoher Pflegeprävalenz aufweist als die SPV. Die Alterung des Versichertenbestandes in der PPV führt jedoch nicht dazu, dass sich an der seit 1995 bestehenden, für die SPV nachteiligen Risiko- und Kostenstruktur grundlegend etwas ändert.

Verantwortlich hierfür sind zum einen Selektionsprozesse, die bereits beim Zugang zur PKV wirksam werden, etwa in Form der obligatorischen Gesundheitsprüfung (Ochmann et al. 2020; DAV 2020, 12). Vorerkrankungen oder Behinderungen von Versicherten und Angehörigen setzen negative Anreize, verteuern die Versicherungsprämien oder führen gar zur Ablehnung des Versicherungsantrages. Dadurch werden vorwiegend junge und gesunde Versicherte von der PKV angesprochen. Hinzu kommt, dass der Zugang zur PKV nur überwiegend gut situierten Bevölkerungsgruppen wie Selbstständigen, gut verdienenden Arbeitnehmern sowie Beamten und Pensionären nebst Angehörigen offensteht. Nach einer aktuellen Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) wird das Risiko einer Pflegebedürftigkeit entscheidend durch Gesellschaft, Einkommen und Arbeitswelt beeinflusst: „Personen mit geringem Einkommen werden häufiger und früher pflegebedürftig als Besserverdienende“ (Geyer et al. 2021). Durch die Anbindung der gesetzlichen Pflegeversicherung an das duale System der Krankenversicherung wird die Risikoselektion auf die Pflegeversicherung übertragen. Somit ist auch zukünftig nicht zu erwarten, dass sich dieser strukturelle Vorteil der PPV maßgeblich vermindert.

Verschiedene Maßnahmen, die zu einer ausgewogenen Lastenverteilung zwischen SPV- und PPV-Versicherten und einer gerechteren Finanzierung der Pflege beitragen könnten, stehen seit Jahren in der gesundheitspolitischen Diskussion. Zum einen könnten alle Pflegeversicherten in einem einheitlichen System der Pflegeversicherung zusammengeführt werden (Rothgang 2023). In einer Simulationsanalyse von Greß et al. (2019) wurde der Nettoeffekt einer Einbeziehung der PPV-Versicherten in eine solidarisch finanzierte Pflegeversicherung für das Jahr 2017 auf 5,8 Milliarden Euro beziehungsweise 0,4 Beitragssatzpunkte beziffert. Alternativ käme auch ein Finanzausgleich zwischen SPV und PPV nach dem Muster des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Betracht, bei dem auch die unterschiedliche Finanzkraft der beiden Versichertenkollektive ausgeglichen würde – eine Lösung, die bereits im Koalitionsvertrag der Großen Koalition von 2005 vorgesehen war, aber letztlich nicht umgesetzt wurde (CDU, CSU, SPD 2005, 91). Für die Stabilisierung der Pflegefinanzierung und eine gerechtere Lastenverteilung sind diese Optionen weiterhin von gesundheitspolitischer Relevanz.

**Abbildung 2 Finanzkennzahlen zu SPV und PPV 2005 und 2021**

	SPV	PPV	SPV	PPV
	2005		2021	
<b>Anzahl Versicherte (in Tausend)</b>	70.522	9.164	73.510	9.214
<b>Beitragseinnahmen in Milliarden Euro</b>	17,38	1,87	49,70	4,40
<b>Beitrag/Prämie je Versicherten und Jahr in Euro</b>	246	204	676	478
<b>Anzahl Pflegebedürftige (in Tausend)</b>	1.952	116	4.606	293
<b>Anzahl Pflegebedürftige je 100 Versicherte</b>	2,77	1,27	6,27	3,17
<b>Leistungsausgaben in Milliarden Euro</b>	16,98	0,55	50,23	2,15
<b>Leistungsausgaben je Versicherten in Euro</b>	241	60	683	234
<b>Leistungsausgaben je Versicherten in Euro inklusive Beihilfeausgaben*</b>	241	90	683	351
<b>Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro</b>	8.699	4.744	10.904	7.361
<b>Leistungsausgaben je Pflegebedürftigen in Euro inklusive Beihilfeausgaben<sup>[1]</sup>*</b>	8.699	7.116	10.904	11.042
<b>Mittelbestand/Altersrückstellungen in Milliarden Euro</b>	3,05	15,17	6,85	46,61

\* Schätzung externe Zusatzkosten der staatlichen Beihilfekassen für Beamte, Pensionäre und Versorgungsempfänger. Die durchschnittlichen Pflegekosten in der PPV wurden für den beihilfeberechtigten Personenkreis doppelt so hoch veranschlagt (ähnlich Rothgang 2023, 504).

## Literatur

- Bahnens L, Wild F (2021): Bürgerversicherung oder Finanzausgleich? Keine Lösungen für die demografischen Herausforderungen in der Pflege. WIP-Kurzanalyse Oktober 2021. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, Stand: 1. Dezember 2023; bundesgesundheitsministerium.de → Themen → Pflege → Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten
- BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001): Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95; www.bverfg.de → Entscheidungen → Aktenzeichen: 1 BvR 2014/95
- CDU, CSU, SPD (2005): Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005
- DAV (Deutsche Aktuarvereinigung) (2020): Herleitung der Rechnungsgrundlagen DAV 2008 P für die Pflegerenten(zusatz)versicherung. Richtlinie. Köln, 20. März 2020
- Deutscher Bundesrat (1994): Sitzungsprotokoll 668. Sitzung vom 29.04.1994. Beschlussfassung zum PflegeVG, Punkt 74 der Tagesordnung. Drucksache 342/194. Bonn: Deutscher Bundesrat, 129–137
- Geyer J, Haan P, Kröger H, Schaller M (2021): Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. DIW Wochenbericht, Nr. 44, 727–734
- Goebel J et al. (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). Journal of Economics and Statistics, Vol. 239, No. 2, 345–360
- Greß S, Haun D, Jacobs K (2019): Zur Stärkung der Solidarität bei der Pflegefinanzierung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Berlin: Springer, 241–254
- Haun D, Jacobs K (2021): Weiterer Handlungsbedarf bei der Pflegefinanzierung. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 21, Heft 4, 7–14
- IAQ (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen) (2023): Vollversicherte in der privaten Krankenversicherung 1991–2021. Kommentierte Grafik; www.sozialpolitik-aktuell.de → Gesundheit & Krankenversicherung → Kommentierte Infografiken → Private Krankenversicherung
- Neusius T (2019): Pflegeversicherung – Ausgleich mit Privatversicherung hilft nicht. Wirtschaftsdienst, Jg. 99, Heft 16, 421–424
- Ochmann R, Albrecht M, Schiffhorst G (2020): Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. Gütersloh: Bertelsmann Institut; bertelsmann-stiftung.de → Suche: Krankenversicherungsmarkt
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2006): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2005/06. Köln
- PKV (Verband der privaten Krankenversicherung) (2023): Kennzahlen-Abfrage zur Pflegeversicherung 2021; <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2011/2021/12>
- Rothgang H (2023): Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Bd. 66, Heft 5, 498–507; link. [springer.com/article/10.1007/s00103-023-03695-3](https://www.springer.com/article/10.1007/s00103-023-03695-3)
- Rothgang H, Domhoff D (2019): Die Pflegeversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Nr. 150. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 28. Februar 2024)

## Der Autor



**Dietmar Haun**, Jahrgang 1962, studierte Soziologie an der Universität Mannheim und der Indiana University, Bloomington, USA. Er ist seit 2001 für den AOK-Bundesverband tätig, zunächst im Change-Management, danach als Referent für Risikomanagement im Geschäftsbereich Finanzen. Seit 2012 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

### Kontakt

Dietmar Haun, Wissenschaftliches Institut der AOK, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, Telefon: 030 346462148, E-Mail: [dietmar.haun@wido.bv.aok.de](mailto:dietmar.haun@wido.bv.aok.de)