

- Ø **Pflegekräfte aus Drittstaaten?**
- Ø **Budgets für die neue Pflegeausbildung ungeklärt**
- Ø **Pflegereformkonzepte in Bundesrat und Bundestag**

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk
für Diakonie und
Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Dr. Peter Bartmann
Leitung
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
T +49 30 65211-1661
F +49 30 65211-3661
Peter.bartmann@diakonie.de

Newsletter Pflegepolitik der Diakonie Deutschland

Monatliche Überblicke und Schwerpunktthemen aus Politik und Verbandsarbeit

Die Diakonie Deutschland gestaltet die Pflegepolitik auf der Bundesebene mit. Gemeinsam mit den anderen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege, oft auch in Zusammenarbeit mit den privat-gewerblichen Verbänden begleitet sie die Gesetzgebungsvorhaben von der ersten Ankündigung bis zur Umsetzung in den Verhandlungen mit den Kranken- und Pflegekassen oder im Qualitätsausschuss Pflege. Dabei stehen die Referent*innen der Diakonie Deutschland im engen Kontakt mit den Kolleg*innen in den gliedkirchlichen Diakonischen Werken, die die erforderlichen Regelungen auf der Landesebene und die Praxis der diakonischen Träger im Blick haben. Gemeinsam mit ihrem Fachverband, dem Deutschen Evangelischen Verband für Altenhilfe und Pflege (DEVAP) – aber auch in Gesprächen mit anderen Partnern und Akteuren - setzt sich die Diakonie Deutschland darüber hinaus an vielen Stellen im politischen Berlin für die Weiterentwicklung der Altenhilfe und Pflege ein. Aus diesen Aktivitäten und Kontakten, aus den Anhörungen in den Ministerien und im Bundestag sowie aus den Gesprächen mit den Kassen wird die Diakonie Deutschland künftig in dem monatlichen Newsletter Pflegepolitik berichten. Dabei werden Schwerpunkte gesetzt und Entwicklungen zusammengefasst – in der Hoffnung, für Leitende in den diakonischen Verbänden und Einrichtungen, ein nützliches Impulspapier anzubieten. (Dr. Peter Bartmann)

Pflegekräfte aus Drittstaaten?

Aus der „Konzertierten Aktion Pflege“

Die Arbeitsgruppe 4 der *Konzertierten Aktion Pflege* beschäftigt sich mit der Gewinnung von Pflegefachpersonen aus EU-Mitgliedstaaten sowie aus Drittstaaten. Dabei geht es auch um Menschen aus Drittstaaten, die in Deutschland eine Pflegeausbildung aufnehmen wollen. Die Diakonie Deutschland hat sich dafür ausgesprochen, in Deutschland lebende geflüchtete Menschen stärker einzubeziehen. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht die Gewinnung von Pflegefachpersonen im Ausland, die Vereinfachung der Verfahrensabläufe bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen durch die Bundesländer und die zeitliche Straffung der Verwaltungsverfahren im In- und Ausland in Zusammenhang mit der Erteilung von Visa. Damit soll das aufenthaltsrechtliche Verfahren und die Berufsanerkennung in Deutschland vereinfacht werden. Weitere erfolgskritische Faktoren sind der Erwerb deutscher Sprachkenntnisse und die Integration der Pflegefachpersonen in ihr neues berufliches

und soziales Umfeld.

Zu der, im politischen Raum geborenen, Idee der Ausbildung von Pflegefachkräften in den Herkunftsländern wird eine Machbarkeitsstudie vorbereitet. Zu den entsprechenden Abkommen über eine langfristig angelegte Kooperation sind verschiedene Staaten Asiens, möglicherweise auch Afrikas bereit. Die Bundesagentur für Arbeit würde eine zentrale Rolle bei der Koordination der Aktivitäten auf der deutschen Seite übernehmen.

An die Verbände erging eine Abfrage zu den voraussichtlichen Bedarfen an Pflegefachpersonen aus dem Ausland. Allerdings sind die Konditionen für die Träger nicht konkretisiert:

Welche Kosten kommen auf sie zu?

Die Diakonie Deutschland ist in der AG 4 indirekt über die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) vertreten. Der Vereinbarungstext wird gegenwärtig für die Abstimmung im Dachgremium der Konzentrierten Aktion Pflege vorbereitet und voraussichtlich im Juni 2019 veröffentlicht. (Manfred Carrier)

Budgets für die neue Pflegeausbildung ungeklärt

Angebote unzureichend – Schiedsverfahren noch nicht gesichert

Für die Budgetverhandlungen der Pflegeschulen und der Träger der praktischen Ausbildung in den Bundesländern hat der Gesetzgeber eine Frist bis zum 30. April 2019 gesetzt. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen. In vielen Bundesländern lagen die Forderungen der Leistungserbringer und die Angebote der Kostenträger weit auseinander. Dies hat zu großen Enttäuschungen auf Seiten der Leistungserbringer geführt, die nach der Neuregelung der Pflegeausbildung auf eine leistungsgerechte Vergütung gehofft haben. In sehr vielen Bundesländern ist es bis zum Fristende nicht zu einer Einigung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern gekommen, so dass in vielen Fällen die Schiedsstelle angerufen werden muss. Die Besetzung der Schiedsstelle, in der auch die Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen vertreten sind, als auch die Verfahrensfragen werden auf Länderebene geregelt. Allerdings ergibt sich für die Schiedsstellen - abhängig vom Streitwert - ein erhebliches Prozesskostenrisiko, wenn eine Partei gegen den Schiedsspruch klagt. Die Diakonie Deutschland setzt sich zusammen mit den anderen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege dafür ein, den Streitwert solcher Gerichtsverfahren im Gerichtskostengesetz zu begrenzen. Da eventuelle Schiedsstellenverfahren bis Mitte Juni 2019 abgeschlossen werden sollten, ist Eile geboten. (Manfred Carrier)

Pflegereformkonzepte in Bundesrat und Bundestag

Eigenanteile als „Treiber“ – Bürgerversicherungsmodelle vs. private Vorsorge

Die Bundesländer Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Berlin haben im Bundesrat einen Antrag zur erneuten Reform der Pflegeversicherung vorgelegt (Anlage 2.1, 2.2).

Er fordert die Bundesregierung auf, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die Leistungssystematik der Pflegeversicherung grundlegend verändert sowie eine Verbesserung der solidarischen Finanzierungsbasis erreicht wird. Ziel der gesetzlichen Neuregelung sollte insbesondere sein, dass notwendige qualitative Verbesserungen für die Pflegebedürftigen und die Pflegekräfte umgesetzt werden, ohne dass die Eigenanteile für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen stetig steigen und sie die Finanzierungslast zu tragen haben.

Der Antrag wurde am 12. April 2019 von der Tagesordnung abgesetzt – dem Vernehmen nach auf Antrag der unionsgeführten Bundesländer.

Auch der **SPD-Parteivorstand** hat sich mit der Pflegepolitik befasst. Sein Beschluss vom 8. April 2019 (Anlage 3) trägt den Titel „Zusammenhalt und Solidarität in der Pflege: Eigenanteile der Pflegebedürftige“. Die Schwerpunkte des Beschlusses sind zum einen die Forderung nach einer besseren Qualität, besseren Arbeitsbedingungen und besseren Löhnen in der Pflege und zum anderen die Begrenzung Eigenanteile der Pflegebedürftigen.

Der Antrag der **Bundestagsfraktion der FDP** „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (BT- Drs. 19/7691), (Anlage 4) geht in eine andere Richtung. Zur langfristigen Sicherstellung der Finanzierung der Pflege fordert die FDP die Stärkung kapitalgedeckter Elemente in der sozialen Pflegeversicherung, z.B. durch die Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds. Generell solle die Finanzierung der Pflege auf drei Säulen gestellt werden: Neben der gesetzlichen Versicherung soll sie durch private sowie betriebliche Pflegevorsorge ergänzt werden. Zur betrieblichen Pflegevorsorge sollen, nach Auffassung der FDP, Modellprojekte gefördert werden. Die private Pflegevorsorge soll durch steuerliche Anreize sowie durch die Einführung weiterer Elemente ergänzend zum „Pflege-Bahr“ gestärkt werden.

In dem Antrag der **Bundestagsfraktion DIE LINKE** „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480), (Anlage 5) benennt die Linksfraktion die drei wesentlichen Problemfaktoren, die eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung unumgänglich machen: erstens, steigende Eigenanteile vieler Versicherter; zweitens, die Notwendigkeit zur Verbesserung der Personalausstattung und die Refinanzierung der tariflichen Bezahlung sowie drittens, die demographische Entwicklung mit steigenden Anteilen älterer und damit potenziell pflegebedürftiger Menschen. Die LINKE schlägt einen schrittweisen Umbau der Finanzierung der Pflege vor, mit dem Ziel, eine vollständige Integration der privaten Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung zu erarbeiten.

Der Antrag der **Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** lautet „Pflege gerecht und stabil finanzieren – die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (BT-Drs. 19/8561), (Anlage 6). Die GRÜNEN weisen darauf hin, dass die Pflegeversicherung aufgrund ihrer Funktionsmechanismen dem Grunde nach heute schon eine „Bürgerversicherung“ sei, die nach den Prinzipien der Sozialversicherung funktioniert: So sind die Leistungen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung gleich. In beiden Versicherungssystemen gibt es einen Kontrahierungszwang. Die Prämien in der PPV dürfen – abweichend von allen anderen privaten Versicherungszweigen – nicht nach Gesundheitsrisiken oder Geschlecht kalkuliert werden. Kinder werden in der PPV beitragsfrei mitversichert. Die GRÜNEN schlagen vor, im Bereich der Pflege die Bürgerversicherung zu vollenden und die derzeit privat versicherten „besseren“ Risiken, in die bürgerweite Solidargemeinschaft einzubeziehen.

Die **öffentliche Anhörung im Bundestag zu diesen Anträgen** fand am 8. Mai 2019 im Deutschen Bundestag statt. Die Diakonie Deutschland war im Rahmen der BAGFW vertreten. In der Anlage finden Sie die Stellungnahme der BAGFW (Anlage 1).

Aus Sicht der Diakonie Deutschland müssen die notwendigen Leistungsverbesserungen bei den Sachleistungen von der Pflegeversicherung getragen werden. Die Eigenanteile für die pflegerischen Leistungen sollten begrenzt und damit kalkulierbar für die Versicherten werden. Einer stärkeren Kapitaldeckung und der Förderung der privaten Pflege Vorsorge (FDP) steht die Diakonie Deutschland skeptisch gegenüber. Elemente der Bürgerversicherungsmodelle entsprechen eher der Auffassung der Diakonie Deutschland. (Erika Stempfle)

Kontakte:

Erika Stempfle
**Ambulante gesundheits-und
sozialpflegerische Dienste/
ambulante Altenhilfe**
T+ 49 30 65211 – 1672
erika.stempfle@diakonie.de

Manfred Carrier
**Stationäre und teilstationäre
Altenhilfe und Pflege**
T +49 30 65211- 1671
manfred.carrier@diakonie.de



**Stellungnahme
der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW)
zur Anhörung „Pflegeversicherung“ des BT-Ausschusses für
Gesundheit am 08.05.2019**

**Antrag der Bundestagsfraktion der FDP
„Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege
generationengerecht sichern“
(BT-Drs. 19/7691)**

**Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE
„Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“
(BT-Drs. 19/7480)**

**Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
„Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-
Bürgerversicherung vollenden“
(BT-Drs. 19/8561)**

Antrag der Bundestagsfraktion der FDP „Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern“ (BT- Drs. 19/7691)

Zur langfristigen Sicherstellung der Finanzierung der Pflege fordert die FDP die Stärkung kapitalgedeckter Elemente in der sozialen Pflegeversicherung, z.B. durch die Weiterentwicklung des Pflegevorsorgefonds. Generell solle die Finanzierung der Pflege auf 3 Säulen gestellt werden: Neben der gesetzlichen Versicherung soll sie durch private sowie betriebliche Pflegevorsorge ergänzt werden. Zur betrieblichen Pflegevorsorge sollen nach Auffassung der FDP Modellprojekte gefördert werden. Die private Pflegevorsorge soll durch steuerliche Anreize sowie durch die Einführung weiterer Elemente, ergänzend zum Pflege-Bahr, gestärkt werden.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege nehmen zu den Vorschlägen der FDP im Einzelnen wie folgt Stellung: Generell lehnen die in der BAGFW zusammengeschlossenen Verbände die Stärkung der privaten Pflegevorsorge als Königsweg zur dringend gebotenen nachhaltigen Sicherstellung der Finanzierungsgrundlage der Pflege ab. Stattdessen setzen sie sich für eine Stärkung der Einnahmehasis der sozialen Pflegeversicherung ein. Aus Sicht der BAGFW soll nicht nur das Arbeitseinkommen, sondern auch weitere Einkommensarten auf der Grundlage der steuerlichen Einkommensarten in die Beitragsbemessung einfließen. Des Weiteren soll die Beitragsbemessungsgrenze angehoben werden, perspektivisch bis auf das Niveau der Rentenversicherung. Des Weiteren setzen sich die Verbände der BAGFW für eine jährliche, an den Kriterien der Kostenentwicklung orientierte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung ein, um einen weiteren Realwertverlust der Leistungen zu vermeiden.

Die Verbände der BAGFW lehnen es ab, kapitalgedeckte Instrumente in der Pflegeversicherung wie den Pflegevorsorgefonds weiter zu stärken. Der Pflegevorsorgefonds, an den derzeit 0,1 Prozent Beitragssatzpunkte abgeführt werden, erwirtschaftet aktuell sogar Negativzinsen, sodass Reserven in der Pflegeversicherung abgeschmolzen statt aufgebaut werden. Dies zeigt, wie fragil eine Finanzierungsbasis in einer Sozialversicherung ist, die auf kapitalgedeckte Elemente setzt. Der Pflegevorsorgefonds sollte aus diesem Grund aufgelöst und in einen Pflegepersonalfonds überführt und für die Finanzierung einer besseren Personalausstattung in der Altenpflege verwendet werden, ohne dass dadurch die Eigenanteile der Leistungsempfänger weiter steigen würden. Die Überlegung, steuerliche Anreize für die private Pflegevorsorge zu prüfen, geht in die richtige Richtung; gleichzeitig verweisen wir darauf, dass steuerliche Entlastungen gerade Geringverdienern nicht helfen werden. Sinnvoll ist es, wie von der FDP gefordert, den Bedarf an privater Pflegevorsorge offen zu kommunizieren. Zu diesem Zweck muss jedoch klar sein, wie hoch die Lücke ist. Die Verbände der BAGFW setzen sich für eine klare Begrenzung der Eigenbeteiligung und eine Festschreibung des Eigenanteils ein. Auf diese Weise wäre die Lücke, die ggf. durch private Vorsorge gedeckt werden könnte, beziffert.

Die Einführung einer betrieblichen Säule in die Finanzierung der Pflege lehnen die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege ab. Im Gegensatz zur Rente, die das fehlende Erwerbseinkommen in der nach-aktiven Phase sicherstellen soll, ist Pflege ein Risiko, das nicht alle Menschen treffen wird. Die Rentenversicherung folgt zu Recht dem Äquivalenzprinzip, Pflege- und Krankenversicherung hingegen dem Risikoprinzip.

Daher ist der Ansatz, eine verpflichtende betriebliche Säule in der Pflegefinanzierung aufzubauen, verfehlt. Zudem zeigen sich bereits in der betrieblichen Rentenversicherung erhebliche Portabilitätsprobleme, wenn Menschen den Arbeitsplatz wechseln.

Der Antrag der FDP widmet sich auch dem Problem der privaten Pflegeversicherung. Die FDP fordert, die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beitragssatzanpassungen in der privaten Pflegeversicherung so zu gestalten, dass Beitragssatzentwicklungen in der Zukunft geglättet werden können. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege weisen darauf hin, dass die privat Versicherten gegenüber den gesetzlich Versicherten heute erheblich bevorzugt sind: Gesetzlich Versicherte zahlen weitaus höhere Beiträge in die Pflegeversicherung ein als privat Versicherte. Das liegt daran, dass in der privaten Versicherung – immer noch – die „besseren“ Risiken versichert sind. Des Weiteren sind in der privaten Pflegeversicherung – anders als in der privaten Krankenversicherung – auch die Kinder mitversichert, d.h., es müssen für sie keine eigenen Prämien bezahlt werden. Angesichts der Tatsache, dass die Leistungen der sozialen und privaten Pflegeversicherung absolut identisch sind, könnte die Pflegeversicherung somit problemlos in ein einheitliches Versicherungssystem überführt werden. Vor diesem Hintergrund sehen wir keinerlei Notwendigkeit, Schritte zu ergreifen, um Beitragssatzentwicklungen vorbeugend zu glätten.

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ (BT-Drs. 19/7480)

Die LINKE beschreibt in ihrem Antrag die drei wesentlichen Problemfaktoren, die eine Reform der Finanzierung der Pflegeversicherung unumgänglich machen: erstens, steigende Eigenanteile vieler Versicherter; zweitens, die Notwendigkeit zur Verbesserung der Personalausstattung und die Refinanzierung der tariflichen Bezahlung sowie drittens, die demographische Entwicklung mit steigenden Anteilen älterer und damit potenziell pflegebedürftiger Menschen. Die LINKE schlägt einen schrittweisen Umbau der Finanzierung der Pflege vor: Zunächst solle ein Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung erfolgen. Richtigerweise wird beschrieben, dass die private Pflegeversicherung die besseren Risiken zu zumeist geringeren Prämien bzw. Beiträgen bei gleichen Leistungen versichert, wodurch Rücklagen von 34,5 Mrd. Euro bei der PPV entstanden seien. In einem weiteren Schritt solle die Regierung in den nächsten 12 Monaten geeignete Regelungen mit dem Ziel einer vollständigen Integration der privaten Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung erarbeiten.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege teilen die Problemanalyse des Antrags. Zunächst ist positiv zu konstatieren, dass die Beiträge zur Pflegeversicherung mit dem 1.1.2019 erneut innerhalb kurzer Zeit angehoben wurden, um die notwendigen Leistungsverbesserungen und vor allem auch den besseren Zugang von demenziell erkrankten Menschen zu Leistungen der Pflegeversicherung zu finanzieren, den der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nach sich gezogen hat. Eine gute Pflege muss der Gesellschaft etwas wert sein und dies drückt sich auch in adäquaten Beiträgen zur Pflegeversicherung aus. Beitragssatzerhöhungen führen jedoch auch zu einer Belastung der Arbeitskosten. Dies ist auf Dauer nicht tragfähig.

Daher bedarf es aus Sicht der Freien Wohlfahrtspflege eines Gesamtkonzeptes, um die Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen.

- Eine **solidarische und paritätische Finanzierung**: Dazu soll die Beitragsbemessungsgrenze bis auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung angehoben werden.
- Ein **einheitliches Versicherungssystem** mit risikounabhängiger Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und einheitlichen Rahmenbedingungen für alle Anbieter. Alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sollen das Recht haben, zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu werden.
- **Erweiterung der Einnahmehasis** der gesetzlichen Pflegeversicherung durch Ausweitung der Beitragsbemessung auf über das Arbeitseinkommen hinausgehende Einkommensarten auf der Grundlage des steuerlichen Einkommensbegriffs.
- Des Weiteren setzen sich die Verbände der BAGFW für eine jährliche, an den Kriterien der Kostenentwicklung orientierte **Dynamisierung der Leistungen** der Pflegeversicherung ein, um einen weiteren Realwertverlust der Leistungen zu vermeiden.

- Die **Refinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege** in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V: Ein erster Schritt hierzu ist im PpSG erfolgt, indem die Kosten für die 13.000 zusätzlichen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von 640 Mio. Euro im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege, deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, noch in dieser Legislaturperiode vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.

Ein wesentliches Ziel einer nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung muss es sein, die Eigenbeteiligung der pflegebedürftigen Menschen dauerhaft zu begrenzen. Steigende Eigenanteile sind insbesondere im stationären Bereich ein Problem: Obwohl die Eigenanteile in den vollstationären Einrichtungen nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils zunächst stabil waren bzw. in den ehemaligen Pflegestufen 2 und 3 sogar gesunken sind, ist seit dem 1.1.2018 in allen Bundesländern ein Anstieg zu beobachten. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil liegt im bundesweiten Durchschnitt bei 655 Euro (vgl. vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2018/19, S. 56). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen für Pflegebedürftige des Pflegegrad (PG) 1, die nicht dem einheitlichen Eigenanteil unterliegen, mit 984 Euro überdurchschnittlich hoch liegt, auch wenn diese Gruppe relativ klein ist (7,4 Prozent aller stationär Begutachteten des MDS im 1. Quartal 2017, 1,9% im 1. Quartal 2018). Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Pflegebedürftigen des PG 2 im Vergleich zu ihrer Leistung aus der Pflegeversicherung in Höhe von 770 Euro einen hohen Eigenanteil für die pflegebedingten Aufwendungen zu entrichten haben. Hauptgrund für den Anstieg des Eigenanteils für die pflegebedingten Aufwendungen, insbesondere in 2018, dürften Tarifsteigerungen sein. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege setzen sich für eine gute Bezahlung auf tariflicher Grundlage ein. Gegenwärtig werden dazu Vorschläge u.a. in der Konzertierte(n) Aktion Pflege erarbeitet. Tarifsteigerungen in der Altenpflege dürfen – ebenso wenig wie im Krankenhaus – nicht zu Lasten der Leistungsempfänger gehen.

Ein weiteres Ziel der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung muss aus Sicht der BAGFW eine bedarfsgerechte Personalbemessung auf der Grundlage der Ergebnisse des Projektes zur Personalbemessung nach § 113c SGB XI sein, die bis Mitte 2020 zu erproben ist. Auch hier ist Sorge zu tragen, dass eine bessere Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen nicht zu Lasten der pflegebedürftigen Menschen geht und dass die erhobenen Personalbemessungswerte Verbindlichkeit erhalten.

Der Anteil der Sozialhilfeempfänger/innen an den Leistungsempfänger/innen, der sich in den Anfangsjahren der Pflegeversicherung nahezu halbiert hatte, ist aufgrund der steigenden Eigenbelastung seit 1999 wieder gestiegen. Er beläuft sich – mit Schwankungen – seit 10 Jahren auf ca. 30 Prozent im stationären Bereich und auf unter 5 Prozent im ambulanten Bereich, mit zuletzt leicht sinkenden Tendenzen. Einen wesentlichen Beitrag zu der vergleichsweise hohen Quote von Sozialhilfeempfänger/innen im stationären Bereich dürften auch die (nicht refinanzierten) Investitionskosten geleistet haben. Der Anteil der Investitionskosten an der Gesamteigenbelastung der Versicherten in stationären Einrichtungen belief sich im

bundesweiten Durchschnitt zum 1.1.2019 auf 447 Euro (vgl. vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2018/19, S. 56), das sind 24,4 Prozent der Gesamtbelastung der Heimbewohner/innen. Grund ist die mangelhafte bis fehlende Förderung der Investitionskosten durch die Bundesländer: Nur sechs Bundesländer fördern die Investitionskosten in der vollstationären Pflege (BT-Drs. 19/1572, S. 5). Vier Bundesländer (Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt sowie Rheinland-Pfalz) fördern gar nicht mehr, in fünf Bundesländern existiert eine Subjektförderung in Form des sog. Pflegegelds.

Dabei gibt es erhebliche Schwankungen zwischen den Bundesländern: In den östlichen Bundesländern liegt der Anteil der Investitionskosten mit Ausnahme von Berlin und Brandenburg und in Norddeutschland teilweise höher als der Eigenanteil der pflegebedingten Kosten, im Süden (Bayern, Baden-Württemberg) liegt der Anteil bei einem Fünftel der Gesamtkosten. Es bedarf daher nicht nur auf der Bundesebene, sondern auch auf der Länderebene Initiativen, den Eigenanteil zu begrenzen, indem die Länder künftig wieder ihrer Investitionskostenförderung nachkommen, zu der sie gemäß § 9 SGB XI verpflichtet sind.

Perspektivisch muss das Pflegeversicherungssystem vom heutigen Teilleistungssystem so weiterentwickelt werden, dass die Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten und ihre selbst zu tragenden Kosten auf einer transparenten und verlässlichen Basis begrenzt werden.

Antrag der Bundestagsfraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: „Pflege gerecht und stabil finanzieren – die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ (BT-Drs. 19/8561)

Die GRÜNEN beschreiben in ihrem Antrag, dass die Pflegeversicherung aufgrund ihrer Funktionsmechanismen dem Grunde nach heute schon eine „Bürgerversicherung“ ist, die nach den Prinzipien der Sozialversicherung funktioniert: So sind die Leistungen in der sozialen und privaten Pflegeversicherung gleich. In beiden Versicherungssystemen gibt es einen Kontrahierungszwang. Die Prämien in der privaten Pflegeversicherung dürfen – abweichend von allen anderen privaten Versicherungszweigen – nicht nach Gesundheitsrisiken oder Geschlecht kalkuliert werden. Kinder werden in der privaten Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert und Ehepartner/innen sowie Lebenspartner/innen aus eingetragenen Lebenspartnerschaften werden gemäß § 110 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2e und 2g sowie Absatz 3 SGB XI vor Überforderung durch zu hohe Prämien geschützt. In der Problemanalyse wird des Weiteren beschrieben, dass die private Pflegeversicherung derzeit die „besseren“ Risiken versichert, wodurch die Prämien im Durchschnitt wesentlich niedriger sind als die Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege stellen dazu fest, dass dies sozial ungerecht ist und es aus diesem Grunde der Schaffung eines einheitlichen Sicherungssystems für die Pflege bedarf.

Die GRÜNEN fordern in ihrem Antrag zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung einen vollständigen Kostenausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung und in diesem Zusammenhang eine verfassungskonforme Lösung für die bestehenden Altersrückstellungen in der privaten Pflegeversicherung. Sie setzen sich des Weiteren für die Schaffung einer einheitlichen Versicherung ein, die alle Bürger/innen einkommensabhängig zur Beitragszahlung heranzieht. In die Einkommensarten sollen neben den Arbeitskosten auch andere Einkommensarten herangezogen werden, um die Einnahmehasis zu stabilisieren. Die Beitragsbemessungsgrenze soll schrittweise bis max. zur Höhe der Gesetzlichen Rentenversicherung angehoben werden.

Das Gesamtkonzept der GRÜNEN entspricht wesentlich dem Gesamtkonzept der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, deren Ziel es ebenfalls ist, die Pflegeversicherung langfristig auf eine tragfähige Basis zu stellen.

- Eine solidarische und paritätische Finanzierung: Dazu soll die Beitragsbemessungsgrenze **bis auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung** angehoben werden.
- Ein **einheitliches Versicherungssystem** mit risikounabhängiger Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und einheitlichen Rahmenbedingungen für alle Anbieter. Alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sollen das Recht haben, zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu werden.
- **Erweiterung der Einnahmehasis** der gesetzlichen Pflegeversicherung durch Ausweitung der Beitragsbemessung auf über das Arbeitseinkommen hinausgehende Einkommensarten auf der Grundlage des steuerlichen Einkommensbegriffs.

- Des Weiteren setzen sich die Verbände der BAGFW für eine jährliche, an den Kriterien der Kostenentwicklung orientierte **Dynamisierung der Leistungen** der Pflegeversicherung ein, um einen weiteren Realwertverlust der Leistungen zu vermeiden.

Zu einem langfristigen Konzept der Reform der sozialen Pflegeversicherung gehören aus Sicht der BAGFW noch weitere Elemente:

- Die **Refinanzierung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege** in vollstationären Pflegeeinrichtungen aus dem SGB V: Ein erster Schritt hierzu ist im PpSG erfolgt, indem die Kosten für die 13.000 zusätzlichen Stellen in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Höhe von 640 Mio. Euro im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege fordern den Gesetzgeber auf, die medizinische Behandlungspflege, deren Kosten nach unterschiedlichen Quellen auf ca. 3 Mrd. Euro geschätzt werden, noch in dieser Legislaturperiode vollumfänglich aus dem SGB V zu refinanzieren.
- Eine **Begrenzung des Eigenanteils** der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung: Der Eigenanteil ist in den letzten Jahren erheblich angestiegen. Dafür sind drei Ursachen zu nennen: 1. Tarifsteigerungen bei den Personalkosten, die aufgrund des Teilleistungssystems der Pflegeversicherung vollständig von den Versicherten getragen werden müssen, 2. der hohe Anteil der Investitionskosten, die vollständig von den Leistungsempfängern zu tragen sind und insbesondere im stationären Bereich teilweise höher als die pflegebedingten Zuzahlungen liegen und 3. Verbesserungen in der Personalausstattung (detaillierte Ausführungen dazu siehe vorstehend zum Antrag der LINKEN).

Perspektivisch muss das Pflegeversicherungssystem vom heutigen Teilleistungssystem so weiterentwickelt werden, dass die Versicherten eine bedarfsgerechte Versorgung erhalten und ihre selbst zu tragenden Kosten auf einer transparenten und verlässlichen Basis begrenzt werden.

Berlin, 03.05.2019

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien Wohlfahrtspflege e. V.

Dr. Gerhard Timm
Geschäftsführer

Kontakt:
Christian Hener, c.hener@drk.de
Dr. Elisabeth Fix, elisabeth.fix@caritas.de

01.03.19

Antrag
der Länder Hamburg, Berlin, Bremen,
Schleswig-Holstein

Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung

Der Präsident des Senats
der Freien und Hansestadt Hamburg

Berlin, 28. Februar 2019

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Daniel Günther

Sehr geehrter Herr Präsident,

die Landesregierungen von Hamburg, Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein haben beschlossen, dem Bundesrat die als Anlage mit Begründung beigefügte

Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zuzuleiten.

Ich bitte Sie, die Vorlage gemäß § 36 Absatz 2 der Geschäftsordnung des Bundesrates auf die Tagesordnung der 975. Sitzung des Bundesrates am 15. März 2019 zu setzen und sie anschließend den zuständigen Ausschüssen zur Beratung zuzuweisen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Peter Tschentscher
Erster Bürgermeister

Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Der Bundesrat möge folgende Entschließung fassen:

Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die Leistungssystematik der Pflegeversicherung grundlegend verändert sowie eine Verbesserung der solidarischen Finanzierungsbasis erreicht wird.

Ziel der gesetzlichen Neuregelung ist insbesondere, dass notwendige qualitative Verbesserungen für die Pflegebedürftigen und die Pflegekräfte umgesetzt werden, ohne dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Finanzierungslast alleine zu tragen haben.

Eckpunkte der Reform sind aus Sicht der Länder:

- a) Die Kosten für die Behandlungspflege von Heimbewohnerinnen und -bewohnern werden aus der Krankenversicherung finanziert.
- b) Das bisherige System der Pflegeversicherung wird so geändert, dass für den Eigenanteil der Pflegebedürftigen an den erforderlichen Pflegeleistungen eine Obergrenze gesetzlich festgelegt wird und die Pflegeversicherung alle darüber hinausgehenden und erforderlichen Pflegekosten trägt.
- c) Das Verhältnis von Eigenverantwortung und Solidarität bei der Finanzierung von Pflegeleistungen wird neu ausbalanciert. Begrenzte und kalkulierbare Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen und die paritätischen Beiträge zur Pflegeversicherung werden ergänzt durch einen dynamisierten Zuschuss aus dem Bundeshaushalt an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. In einem ersten Schritt orientiert sich die Höhe des steuerfinanzierten Zuschusses am Wert der Leistungen, die die Pflegeversicherung derzeit vordringlich im gesamtgesellschaftlichen Interesse erbringt.

Begründung:

Die mit den Pflegestärkungsgesetzen II und III umgesetzte Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und entsprechenden Leistungen in fünf Pflegegraden haben insbesondere für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen die Unterstützung durch Leistungen der Pflegeversicherung deutlich verbessert. Vorrangig ist der Personenkreis größer geworden, der auf Leistungen der Pflegeversicherung vertrauen kann.

Die gewünschte Entwicklung aus besseren Leistungen und mehr Pflegepersonal mit besserer Bezahlung wird jedoch dazu führen, dass die Kosten der Pflegedienste und Pflegeheime und in der Folge die Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen im heutigen Leistungssystem der Pflegeversicherung rapide steigen werden. Denn die Pflegeversicherung ist bisher noch nicht einmal eine Teilkaskoversicherung. Die Pflegeversicherung sichert nicht das Risiko des Einzelnen umfassend ab, sondern gewährt im Falle der Pflegebedürftigkeit nur einen nach Pflegegraden gestaffelten Zuschuss mit festen gesetzlichen Höchstbeträgen. Darüber hinausgehende Kosten der Pflege müssen die Pflegebedürftigen selbst tragen oder bei nicht ausreichendem Einkommen und Vermögen die Hilfe zur Pflege als Sozialhilfeleistung in Anspruch nehmen. Der Eigenanteil steigt bei jeder Vergütungserhöhung, die zwischen den Pflegekassen und den Trägern der Einrichtungen vereinbart wird.

Durch aktuelle Reformgesetze wie das Pflegepersonalstärkungsgesetz ist es den Pflegeeinrichtungen ermöglicht worden, mehr Pflegefachkräfte einzustellen und die Bezahlung der Pflegekräfte und die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Dies ist neben der Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen ein wichtiger Beitrag dazu, auch in Zukunft genügend Fachkräfte für die berufliche Arbeit in der Pflege zu gewinnen, sie im Beruf zu halten und dadurch die pflegerische Versorgung in Deutschland sicher zu stellen. Im Einzelnen sind hier folgende Entwicklungen zu nennen:

- Tarifliche Vergütungen dürfen von den Kostenträgern nicht mehr als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Die für die Beschäftigten notwendigen Tarifabschlüsse der letzten Jahre erhöhen unmittelbar die Pflegesätze.
- Die Vergütung der Pflegefachkräfte in der Langzeitpflege hinkt immer noch der Bezahlung in den Krankenhäusern hinterher. Bei steigender beruflicher Mobilität der Pflegekräfte, die sich mit der generalistischen Pflegeausbildung noch einmal erhöhen (und damit den Pflegeberuf insgesamt attraktiver machen) wird, muss es hier einen Nachholeffekt geben, um die Pflegefachkräfte in der Altenpflege zu halten. Wird die heutige durchschnittliche Differenz von 600 Euro zwischen der Bezahlung von Pflegefachkräften in Langzeitpflege und Krankenhaus ausgeglichen, würden sich alleine daraus Mehrbelastungen von rund 2,3 Mrd. Euro für die Pflegebedürftigen und Sozialhilfeträger ergeben. In Pflegeheimen würde dadurch der Eigenanteil um rund 120 € monatlich steigen.¹
- Die Personalausstattung der Pflegeheime muss bundesweit besser an den tatsächlichen Bedarf angepasst werden. Dazu hat der Gesetzgeber die Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungssystems in Auftrag gegeben, die bis Ende Juni 2020 abgeschlossen sein sollen. Ein einheitliches Personalbemessungssystem wird wahrscheinlich in mehreren Bundesländern die Personalschlüssel in den Pflegeheimen deutlich verbessern und zu entsprechenden Mehrkosten für die Pflegebedürftigen führen.

¹ Berechnung auf Basis Fachkräfte nach Pflegestatistik 2017 (VZÄ).

- Pflegedienste und Pflegeheime benötigen dringend mehr Nachwuchs und bilden entsprechend in den letzten Jahren stetig mehr Menschen zu Pflegefachkräften aus. Bei steigender Zahl von Auszubildenden trifft die Finanzierung der Ausbildungskosten wiederum in stetig zunehmendem Maße die Pflegebedürftigen.

Für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ist diese Entwicklung der Eigenanteile nicht beeinflussbar und nicht kalkulierbar. Sie gibt Anlass zur Sorge vor einem mit dem Pflegerisiko immer noch verbundenen Armutsrisiko bzw. der Notwendigkeit, am Ende des Lebens Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Schon jetzt beziehen in Deutschland rd. 300.000² Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen (37 %) und rd. 77.000³ Pflegebedürftige (3 %), die zu Hause versorgt werden, Hilfe zur Pflege als Leistung der Sozialhilfe.

Dass die Pflegebedürftigen im Pflegeheim die Kosten für Wohnen und allgemeinen Lebensunterhalt (Investitionskosten im Sinne von Kaltmiete und Vergütung für Unterkunft und Verpflegung) selbst tragen, ist breit akzeptiert. Es stellt auch einen Aspekt der Gleichbehandlung von häuslicher und vollstationärer Pflege dar.

Der deutschlandweite durchschnittliche Eigenanteil zu den eigentlichen Pflegekosten im Pflegeheim liegt aktuell bei 618 Euro monatlich. Die durchschnittlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in den 16 Bundesländern unterscheiden sich zum Teil deutlich.

Politisches Ziel sollte es zumindest sein, diesen Eigenanteil angesichts der absehbaren und notwendigen Mehrkosten für Pflegepersonal und Ausbildung nicht weiter wachsen zu lassen und damit für die Versicherten verlässlich berechenbar zu machen.

Zu diesem Zweck ist es erforderlich, in einer nächsten Stufe der Pflegeversicherungsreform das Leistungssystem so zu ändern, dass der Eigenanteil der Pflegebedürftigen gesetzlich festgelegt wird und die Pflegeversicherung künftig alle darüber hinausgehenden und erforderlichen Pflegekosten trägt. Es soll also nunmehr eine *echte* Teilkaskoversicherung eingeführt werden.

Um den Eigenanteil sozial verträglich zu gestalten, soll, wie bereits von der 95. Arbeits- und Sozialministerkonferenz⁴ gefordert, die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Heimen systemgerecht von der Krankenversicherung übernommen werden. Im Gegenzug könnte die Finanzierungsverantwortung für die

² Laut

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_BL_HilfePflege.html : Zahlen von 2017 301.784 Empfänger/innen von HzP.

³ Laut

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/Tabellen_BL_HilfePflege.html: zahlen von 2017 77.040 Empfänger/innen von HzP außerhalb von Einrichtungen

⁴ „Mitverantwortung der sozialen Pflegeversicherung für die geriatrische Rehabilitation“

geriatriische Rehabilitation der Pflegeversicherung (SGB XI) übertragen werden, da erfolgreiche Rehabilitation Pflegebedürftigkeit verhindert, verringert oder hinauszögert. Der Aufwand für die medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen beläuft sich derzeit schätzungsweise auf ca. 3 Mrd. Euro pro Jahr. Wenn die medizinische Behandlungspflege nicht mehr Teil der Pflegesätze nach SGB XI sind, reduziert sich die Höhe des Eigenanteils für Pflegebedürftige erheblich.

Auf dieser neuen, abgesenkten Basis soll der bundesdurchschnittliche Eigenanteil der Pflegebedürftigen an den Pflegekosten im Heim gesetzlich „eingefroren“ werden. Trotz der regionalen Unterschiede in der Höhe der Eigenanteile würden alle Pflegebedürftigen ausreichend von dieser Neuregelung profitieren.

Ohne die systemgerechte Neufinanzierung der Behandlungspflege sollten bei der gesetzlichen Festlegung auf einen von den Pflegebedürftigen zu tragenden Eigenanteil zunächst die unterschiedlichen bundesländerbezogenen durchschnittlichen Eigenanteile zum Maßstab genommen werden. Nach Einführung eines bundesweiten Personalbemessungssystems ist zu prüfen, ob die Höchstbeträge der Eigenanteile bundesweit angeglichen werden können und ggf. in welchem Zeitraum.

Auch in der ambulanten Pflege ist eine Begrenzung des zu tragenden Eigenanteils notwendig. Allerdings unterscheidet sich die Ausgangssituation erheblich: Ein großer Teil der Pflegebedürftigen (ca. 68 %⁵) nimmt gar keine Sachleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch, stellt die Pflege selbst (in der Regel durch pflegende Angehörige) sicher und bezieht Pflegegeld. Die übrigen nehmen Pflege von Pflegediensten in Anspruch. Sie organisieren insbesondere außerhalb der großen Städte die Pflege oft so, dass die Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung z.T. oder vollständig genutzt werden und restliche Bedarfe familiär oder informell gedeckt werden. Im Vergleich zum stationären Bereich entstehen nur bei einem relativ kleinen Teil privat zu tragende finanzielle Eigenanteile. Bei lang andauernder steigender Pflegebedürftigkeit müssen aber oft immer mehr Pflegedienstleistungen eingekauft werden und die Eigenanteile steigen erheblich. Im Sinne einer Gleichbehandlung mit dem stationären Bereich und der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ soll in der ambulanten Pflege deshalb ebenfalls eine Begrenzung der Eigenanteile eingeführt werden. Andernfalls gäbe es einen finanziellen Anreiz für einen fachlich im Einzelfall nicht erforderlichen Umzug in ein Pflegeheim.

Eckpunkte der vorgeschlagenen Lösung sind:

- Das Pflegegeld bleibt erhalten.
- Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen nach Pflegegraden bleiben grundsätzlich ebenfalls erhalten.

⁵ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017, Stichtag 31.12.2017, S. 18

- Steigt der Bedarf an Pflegedienstleistungen über diese Beträge hinaus, sind sie wie bisher zunächst als Eigenanteil zu finanzieren.
- Übersteigt der Eigenanteil dann einen gesetzlich festgelegten Höchstbetrag, tritt die Pflegeversicherung bedarfsdeckend ein. Die Pflegeversicherung wird künftig nicht nur die Feststellung des Pflegegrades vornehmen, sondern den realen Hilfebedarf detailliert ermitteln; sie leistet damit auch einen fachlichen Beitrag zur Hilfeplanung für Pflegebedürftige und Pflegedienste.

Eine begründete Grenze für den Höchstbetrag läge zunächst bei dem jeweiligen durchschnittlichen länderbezogenen Eigenanteil, der derzeit in der stationären Pflege zu leisten ist.

Nach Einführung der neuen Leistungssystematik wird der zu leistende Eigenanteil der Versicherten durch seine gesetzliche Fixierung kalkulierbar und ggf. auch zusätzlich versicherbar. Wer ihn nicht leisten kann, erhält ihn aus der Sozialhilfe. Im Ergebnis sind Leistungsbezieher, die schon bis zur Obergrenze des Eigenanteils zur Finanzierung beitragen, vor weiteren Kostensteigerungen geschützt.

Die oben geschilderten Kostenentwicklungen, die sich aus der Notwendigkeit der Fachkräftesicherung und der Qualitätsentwicklung ergeben, treffen danach das solidarische beitragsfinanzierte System der Pflegeversicherung.

Wie in anderen Zweigen der Sozialversicherung wird die Solidarität durch einen dynamisierten Zuschuss aus dem Bundeshaushalt auf eine noch breitere Basis gestellt. Die Auswirkungen auf die beitragszahlenden Versicherten und Arbeitgeber und damit auf die Arbeitskosten werden wirksam gedämpft. Es wird an bereits bestehende Mechanismen in der Kranken- und Rentenversicherung angeknüpft.

In einem ersten Schritt bieten die gesamtgesellschaftlichen Leistungen der derzeitigen Pflegeversicherung einen Anhaltspunkt für die Höhe des Bundeszuschusses. Die soziale Pflegeversicherung bietet in Anlehnung an die Regelung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V) Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern sowie Kindern, unter bestimmten Voraussetzungen die beitragsfreie Familienversicherung. Zudem erbringt die soziale Pflegeversicherung für Pflegepersonen in einem erheblichen Rahmen Beitragsleistungen zur gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 1,5 Mrd. € jährlich.

Der steuerfinanzierte Zuschuss ist zu dynamisieren, damit er auf Dauer einen Beitrag zur Deckung der erforderlichen Kostensteigerungen leistet.

Kurzbewertung des Entschließungsantrages der Länder Hamburg, Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein: Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Drs. 106/19, 01.03.2019

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie
und Entwicklung e. V.

Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin
T +49 30 65211-1632
F +49 30 65211-3632
maria.loheide@diakonie.de
www.diakonie.de

Berlin, 03.04.2019

Die Bundesländer Hamburg, Berlin, Bremen und Schleswig-Holstein haben am 15.03.2019 eine Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Drs. 106/19) in den Bundesrat eingebracht. Nach Beratung in den Fachausschüssen entscheidet am 12.04.2019 das Plenum, ob es die Entschließung fassen will.

Der Entschließungsantrag fordert die Bundesregierung auf, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, mit dem die Leistungssystematik der Pflegeversicherung grundlegend verändert sowie eine Verbesserung der solidarischen Finanzierungsbasis erreicht wird. Kern der Initiative ist die Deckelung des Eigenanteils von Pflegebedürftigen für die pflegebedingten Aufwendungen und damit eine Umkehr vom bisherigen Leistungsprinzip, wonach die Leistungen der Pflegeversicherung begrenzt sind. Damit würde die Pflegeversicherung laut Antragstellern zu einer echten Teilkaskoversicherung werden. Diese Kurskorrektur soll verhindern, dass die Eigenanteile der Versicherten angesichts absehbarer und notwendiger Mehrkosten für Pflegepersonal und Ausbildung weiter steigen.

Die notwendigen qualitativen Verbesserungen für die Pflegebedürftigen und die Pflegekräfte sollen umgesetzt werden, ohne dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen die Finanzierungslast alleine zu tragen haben. Diese Zielsetzung wird von der Diakonie Deutschland grundsätzlich begrüßt. Aus unserer Sicht können Verbesserungen in der Pflege nicht erreicht werden, ohne auch die Frage der Finanzierung einzubeziehen und eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung anzustreben.

Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte des Entschließungsantrages zusammenfassend dargestellt und abschließend kurz bewertet.

Eckpunkte einer Reform der Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege aus Sicht der antragstellenden Länder

- Die Kosten für die Behandlungspflege von Heimbewohnerinnen und -bewohnern werden aus der Krankenversicherung finanziert. Im Gegenzug soll die geriatrische Rehabilitation im SGB XI verankert werden.
- Das bisherige System der Pflegeversicherung wird so geändert, dass für den Eigenanteil der Pflegebedürftigen an den erforderlichen Pflegeleistungen eine Obergrenze gesetzlich festgelegt

wird und die Pflegeversicherung alle darüber hinausgehenden und erforderlichen Pflegekosten trägt.

1. Konkret sieht der Vorschlag in einem ersten Schritt vor, die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Heimen systemgerecht der Krankenversicherung zuzuordnen. Dadurch könnte der Eigenanteil sozialverträglich gestaltet werden. („Der Aufwand für die medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen beläuft sich derzeit schätzungsweise auf ca. 3 Mrd. Euro pro Jahr. Wenn die medizinische Behandlungspflege nicht mehr Teil der Pflegesätze nach SGB XI sind, reduziert sich die Höhe des Eigenanteils für Pflegebedürftige erheblich.“ S.4)
2. In einem zweiten Schritt sollen die um die Kosten der medizinischen Behandlungspflege bereinigten Eigenanteile gesetzlich festgelegt („festgefroren“) werden und die Pflegeversicherung soll künftig alle darüber hinausgehenden und erforderlichen Pflegekosten tragen (Einführung einer echten Teilkaskoversicherung). Nach Auffassung der Antragssteller würden trotz der regionalen Unterschiede in der Höhe der Eigenanteile alle Pflegebedürftigen ausreichend von dieser Neuregelung profitieren. Maßstab für die Festlegung der „eingefrorenen“ Eigenanteile sollten die durchschnittlichen Eigenanteile in den einzelnen Bundesländern sein.
3. In einem dritten Schritt ist dann nach Einführung eines bundesweiten Personalbemessungssystems zu prüfen, ob die Höchstbeträge der Eigenanteile bundesweit angeglichen werden können.

Eckpunkte einer Reform der Pflegeversicherung für die häusliche Pflege aus Sicht der antragstellenden Länder

- Das Pflegegeld bleibt erhalten.
- Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen und Kombinationsleistungen nach Pflegegraden bleiben grundsätzlich ebenfalls erhalten.
- Steigt der Bedarf an Pflegedienstleistungen über diese Beträge hinaus, sind sie wie bisher zunächst als Eigenanteil zu finanzieren.
- Übersteigt der Eigenanteil einen gesetzlich festgelegten Höchstbetrag (Bezugsgröße vollstationäre Pflege) tritt die Pflegeversicherung bedarfsdeckend ein.
- Außerdem soll der reale Hilfebedarf detailliert ermittelt werden. Die Pflegeversicherung leistet damit auch einen fachlichen Beitrag zur Hilfeplanung für Pflegebedürftige und Pflegedienste.

Im Sinne einer Gleichbehandlung mit dem stationären Bereich und der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ soll in der ambulanten Pflege ebenfalls eine Begrenzung der Eigenanteile eingeführt werden. Andernfalls gäbe es einen finanziellen Anreiz für einen fachlich im Einzelfall nicht erforderlichen Umzug in ein Pflegeheim.

Weitere Punkte

- Zur Finanzierung des Reformkonzeptes soll der Bund einen dynamisierten Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung einrichten. Es soll paritätische Beiträge zur Pflegeversicherung geben.
- Außerdem wird ausgeführt, dass nach Einführung der neuen Leistungssystematik der zu leistende Eigenanteil der Versicherten durch seine gesetzliche Fixierung kalkulierbar und ggf. auch zusätzlich versicherbar wird. Subsidiär tritt hier weiterhin die Sozialhilfe ein.

Bewertung

- Die Zielsetzung, den Eigenanteil der Leistungsbezieher*innen für die pflegebedingten Aufwendungen zu begrenzen und diese vor weiteren Kostensteigerungen zu schützen, wird unterstützt.
- Die Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in Heimen ist auch nach Auffassung der Diakonie Deutschland systemgerecht der Krankenversicherung zuzuordnen. Die Zuordnung der geriatrischen Rehabilitation in die Zuständigkeit des SGB XI sieht die Diakonie Deutschland eher kritisch.
- Die Einführung einer Höchstgrenze bei den Eigenanteilen für die vollstationäre Pflege (Schritt 2) bringt eine von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich starke Entlastung der Heimbewohner*innen.
- Bundesweit einheitliche Höchstbeträge in Verbindung mit einer einheitlichen Personalbemessung (verbindliche Umsetzung des Schrittes 3) sind zu befürworten. Das würde bedeuten, dass die Pflegekassen regional unterschiedlich hohe Personal- und Sachkosten tragen, die Heimbewohner*innen jeweils nur einen Eigenanteil bis zur Höchstgrenze. Aus der Sicht der Diakonie Deutschland sind bundeseinheitliche Personalrichtwerte erforderlich, bundesweite Standardpflegesätze hingegen nicht.
- Der Vorschlag für die häusliche Pflege ist nur skizziert und bedarf sicherlich einer vertiefenden Diskussion.
- Der Steuerzuschuss, die paritätische Finanzierung und die Aussage, dass nach der neuen Leistungssystematik der zu leistende Eigenanteil der Versicherten durch seine gesetzliche Fixierung kalkulierbar und damit privat versicherbar wird, entspricht auch der Auffassung der Diakonie Deutschland.

gez.
Maria Loheide

Beschlussvorlage für die Sitzung des SPD-Parteivorstands am 8. April 2019

Zusammenhalt und Solidarität in der Pflege: Eigenanteile der Pflegebedürftigen begrenzen

Vorbemerkung

Mit dem Beschluss des Parteivorstandes „Arbeit – Solidarität – Menschlichkeit: ein neuer Sozialstaat für eine neue Zeit“ haben wir Grundpfeiler des Sozialstaats neu bestimmt. Dazu gehören:

- Der Sozialstaat soll das Leben der Menschen leichter und sicherer machen.
- Der Sozialstaat muss die Würde des Einzelnen achten.
- Der Sozialstaat muss Abstiegsängsten entgegenwirken.
- Er schafft es, alle angemessen an seiner Finanzierung zu beteiligen.
- Er sorgt für mehr Zusammenhalt und Solidarität

Für uns bedeutet dies auch ein klares Bekenntnis zum Wert der Arbeit. Dazu gehört insbesondere die stärkere Anerkennung und Aufwertung der Berufe in der Pflege. Die Beschäftigten in der Pflege verdienen für ihre Arbeit unseren Respekt und gute wertschätzende Löhne.

Ein weiterer Schritt voran: Pflege in Deutschland stärken

Mit ersten Vorschlägen für eine solidarische Weiterentwicklung der Pflege setzen wir die Reihe von Reformvorschlägen zum „Sozialstaat für eine neue Zeit“ fort. Gerade in der Pflege muss der Sozialstaat Partner sein und Sicherheit geben, wo die Menschen mit Sorge auf ein großes Lebensrisiko blicken.

An dieser Stelle geht es um höhere Löhne in der Pflege und die Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Wir wollen dabei nicht stehen bleiben, sondern diesen Vorschlägen in diesem Jahr weitere Schritte folgen lassen, die Pflegeberufe weiter zu stärken und die Leistungen in der Pflege vor allem für Familien, in der Nachbarschaft und in Kommunen zu verbessern.

Derzeit sind rund 3,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, 2,6 Millionen werden ambulant versorgt. Bei mehr als drei Viertel der Pflegebedürftigen geschieht dies zu Hause. Sie und ihre Familien entscheiden sich dafür meistens ganz bewusst. Rund 2,3 Mio. Menschen pflegen ihre Angehörigen; 70% davon sind Frauen. Diese Menschen sind häufig in schwierigen und aufreibenden Situationen zwischen Beruf, Familie und Pflege.

Aktuell sind gut 1,15 Mio. Personen bei ambulanten Pflegediensten und in Pflegeheimen beschäftigt. Mehr als 85 % davon sind Frauen, etwa 72%, sind teilzeitbeschäftigt. Rund 30.000 Stellen sind nicht besetzt. Wir haben gut 68.000 Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung.

In den vergangenen Jahren haben wir die Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen deutlich verbessert. Vor allem ist der Personenkreis größer geworden, der auf Leistungen der Pflegeversicherung vertrauen kann. Zugleich erhalten die Menschen früher Leistungen aus der Pflegeversicherung und können länger zu Hause bleiben. Wer in eine stationäre Einrichtung aufgenommen wird, bleibt dort im Durchschnitt kürzer, aber mit größerem Pflegebedarf.

In seiner jetzigen Struktur kann das Pflegewesen die Herausforderungen, die auf uns zukommen nicht mehr ausreichend bewältigen, wenn die Zahl der Hochaltrigen und der Pflegebedürftigen steigt. Wir müssen deshalb neue Wege gehen, damit die Menschen die Hilfe bekommen, die sie brauchen. Die finanziellen Lasten müssen stärker gemeinsam getragen werden. Arbeit in der Pflege muss endlich Wert und Wertschätzung erfahren.

Unser Schwerpunkt: Wir wollen bessere Qualität, bessere Arbeitsbedingungen und bessere Löhne in der Pflege

Die Bezahlung in der Pflege ist wirklich ungerecht. Nach wie vor ziehen private Anbieter starke Rendite aus den ambulanten und stationären Einrichtungen der Pflege. Beschäftigte in der Altenpflege sind durch eine mehrjährige, anspruchsvolle Ausbildung hoch qualifiziert, sie haben einen Beruf, der geistig und körperlich fordernd ist. Sie tragen viel Verantwortung für das Wohlergehen von Menschen. Aber ihr Einkommen liegt unter dem Durchschnittslohn für eine Vollzeitbeschäftigung in Deutschland.

Einen Grund für die großen Gehaltsunterschiede sind fehlende Tarifverträge. Besonders niedrig ist die Bezahlung im Bereich der ambulanten Altenpflege, wo besonders selten nach Tarif gezahlt wird.

Mit dem Sofortprogramm Pflege haben wir den ersten Schritt gemacht, in Alten- und Pflegeheimen mehr Zeit für die Bewohnerinnen und Bewohner zu gewinnen.

Wir werden künftig deutlich mehr Pflegepersonal und eine bedarfsgerechte Personalbemessung brauchen, wenn wir in Zukunft eine hochwertige und würdevolle pflegerische Versorgung sicherstellen wollen.

Wir wollen für die steigende Zahl von Hochaltrigen und Pflegebedürftigen gerüstet sein und zugleich die Berufe in der Pflege nachhaltig aufwerten. Dazu müssen wir für die Pflege vor allem bessere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen durchsetzen. Daran arbeiten Hubertus Heil und Franziska Giffey in der Konzierten Aktion Pflege. Dort werden gemeinsam mit allen Akteuren der Pflege Maßnahmen verabredet, die Arbeitsbedingungen von beruflich Pflegenden spürbar zu verbessern, die Ausbildung in der Pflege attraktiver zu machen und vor allem bessere Wertschätzung und Bezahlung in der Pflege umzusetzen. Die Reform der Pflegeausbildung, mit der wir zum 1.1.2020 endlich bundesweit das Schulgeld abgeschafft und eine Ausbildungsvergütung eingeführt haben, ist ein wichtiger Schritt in diese Richtung. Mit der im Januar 2019 gestarteten „Ausbildungsoffensive Pflege“

wollen wir mehr Ausbildungsplätze schaffen und mehr Menschen für die Pflegeberufe gewinnen.

Denn Pflegeberufe werden nur attraktiver, wenn sie besser bezahlt und die Arbeitsbedingungen verbessert werden. Dazu zählt an erster Stelle, dass es für Arbeit in der Pflege einen Tarifvertrag gibt, der für alle gilt. Denn der aktuell gültige Pflegemindestlohn von 11,05 Euro (West) und 10,55 Euro (Ost) ist zu niedrig, differenziert nicht zwischen verschiedenen Qualifikationsstufen und kann daher nur als absolute Lohnuntergrenze gelten.

Wir unterstützen alle Anstrengungen, gemeinsam mit den Sozialpartnern tarifliche Mindestbedingungen für alle in der Pflege Beschäftigten zu erreichen. Es ist ein gutes Signal, dass freigemeinnützige Träger und kirchliche Träger der Altenpflege gemeinsam mit der Politik und Gewerkschaften einen Weg zu angemessene Lohnbedingungen in der Pflege finden. Dafür soll im SGB XI eine Regelung geschaffen werden, die die Refinanzierung von Pflegeleistungen an die Geltung von Tarifverträgen bindet. Wer sich nicht an Tarifverträge hält, kann kein Geld aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erwarten. Nur ein allgemeinverbindlicher Tarifvertrag sichert der Arbeit in der Pflege ihren angemessenen Wert. Zudem setzen wir uns für eine Angleichung der Löhne zwischen Ost und West ein. 30 Jahre nach der Deutschen Einheit wollen wir keine unterschiedlichen Löhne in Ost und West. Daher muss der Pflegemindestlohn schneller angeglichen und erhöht werden. Wir setzen darauf, dass die Konzertierte Aktion Pflege ein Erfolg wird.

Eigenanteile der Pflegebedürftigen begrenzen

Mehr Personal, bessere Bezahlung und gute Arbeitsbedingungen in der Pflege bedeuten, dass wir mehr Geld für eine bessere Pflege brauchen. Die Pflege muss in Zukunft anders und stärker solidarisch finanziert werden. Wir brauchen mehr Pflegepersonal und bessere Leistungen. Aber höhere Kosten dürfen nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Familien gehen, weil deren Eigenanteil ständig wächst.

Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen können ihren Eigenanteil für pflegebedingte Kosten nicht beeinflussen. Pflegebedürftigkeit ist mit einem hohen Risiko verbunden, am Ende des Lebens Sozialhilfe in Anspruch nehmen zu müssen. Derzeit beziehen in Deutschland rd. 37 % der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen Hilfe zur Pflege als Leistung der Sozialhilfe.

Die Eigenanteile zu den eigentlichen Pflegekosten im Pflegeheim sind regional sehr unterschiedlich und liegen derzeit deutschlandweit durchschnittlich bei 618 Euro monatlich. Bisher gilt, dass die Höhe des Eigenanteils nach oben offen ist und der von der Pflegeversicherung finanzierte Anteil festgelegt ist. Betroffene müssten befürchten, bedürftig zu werden, wenn ihre Ersparnisse aufgebraucht sind.

Wir wollen einen grundlegenden Wechsel einleiten: Nicht die Leistungen der Pflegeversicherung werden begrenzt, sondern die Eigenanteile der Pflegebedürftigen. Zukünftige Kostensteigerungen werden solidarisch über einen Mix

aus moderat steigenden Beiträgen und einem dynamischen Bundeszuschuss finanziert. Die Länderinitiative im Bundesrat setzt hier das richtige Signal.

Um die Begrenzung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen zu finanzieren, wollen wir mit folgenden Maßnahmen die solidarische Finanzierung stärken.

Erstens: Pflege, die nur aus medizinischen Gründen erfolgt, soll künftig von der Krankenversicherung bezahlt werden. Im Gegenzug soll die Pflegeversicherung mehr tun, um Pflegebedürftigkeit überhaupt zu vermeiden.

Zweitens: Wir wollen, dass die Rücklagen der privaten Pflegeversicherung von rund 35 Mrd. € in dem Umfang für die solidarische Finanzierung einer besseren Pflege herangezogen werden, der verfassungsrechtlich möglich ist. Gesetzliche und private Pflegeversicherung decken den gleichen Leistungsumfang ab. Wir wollen das Nebeneinander beider Versicherungsformen überwinden. Ziel muss es sein, alle Menschen auf die gleiche Weise in einer Bürgerversicherung für die Pflege zu versichern und an der solidarischen Finanzierung zu beteiligen.

Drittens soll die Pflegeversicherung mit einem Steuerzuschuss an den Ausgleichsfonds zusätzlich finanziert werden, um etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen oder die Beitragsleistungen an die Rentenversicherung mitzufinanzieren.

Viertens sind auch moderate Erhöhungen des einkommensbezogenen Pflegeversicherungsbeitrags sinnvoll und gerechtfertigt, um das Mehr an besserer Pflege solidarisch zu finanzieren.

Antrag

der Abgeordneten Nicole Westig, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Renata Alt, Christine Aschenberg-Dugnus, Nicole Bauer, Jens Beeck, Nicola Beer, Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Mario Brandenburg (Südpfalz), Dr. Marco Buschmann, Carl-Julius Cronenberg, Britta Katharina Dassler, Hartmut Ebbing, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Thomas Hacker, Katrin Helling-Plahr, Markus Herbrand, Torsten Herbst, Katja Hessel, Dr. Christoph Hoffmann, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Olaf in der Beek, Dr. Marcel Klinge, Pascal Kober, Carina Konrad, Konstantin Kuhle, Ulrich Lechte, Oliver Luksic, Alexander Müller, Roman Müller-Böhm, Dr. Martin Neumann, Bernd Reuther, Dr. Wieland Schinnenburg, Matthias Seestern-Pauly, Frank Sitta, Judith Skudelny, Bettina Stark-Watzinger, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Benjamin Strasser, Katja Suding, Stephan Thomae, Manfred Todtenhausen, Dr. Andrew Ullmann, Gerald Ullrich, Sandra Weeser und der Fraktion der FDP

Mehr Transparenz in der Pflege-Debatte – Finanzierung der Pflege generationengerecht sichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die soziale Pflegeversicherung kann die Folgen des demographischen Wandels und des pflegerisch-technischen Fortschritts nicht allein bewältigen. Bereits heute – noch bevor die geburtenstarken Jahrgänge der Babyboomer pflegebedürftig werden – stößt die Finanzierung an ihre Grenzen. Bereits zweimal seit 2017 musste der Beitragssatz erhöht werden. Im Jahr 2017 war die soziale Pflegeversicherung erstmals seit 2007 wieder defizitär. Das Defizit von ca. 2,42 Mrd. Euro war dabei das höchste seit ihrer Einführung im Jahr 1995. Die Rücklagen schrumpften somit auf 6,92 Mrd. Euro. Zum Jahr 2017 wurde der Pflegebeitragssatz um 0,2 Prozentpunkte erhöht (Bundestagsdrucksache 19/6183). Bereits zum 1. Januar 2019 erfolgte eine weitere Anhebung um 0,5 Prozentpunkte auf 3,05 Prozent. Laut einer jüngst veröffentlichten Studie der Bertelsmann-Stiftung wird der Pflegebeitrag bis 2045 voraussichtlich auf 4,25 Prozent steigen (www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/zukunft-pflege/projekt-nachrichten/pflegekostenprognose/).

Die private Pflegepflichtversicherung zeigt hingegen aufgrund ihres kapitalgedeckten Finanzierungssystems mit Bildung von Altersrückstellungen, dass Generationengerechtigkeit auch in der Pflege funktionieren kann. Dieses Element fehlt in der sozialen

Pflegeversicherung. Der Pflegevorsorgefonds, an den derzeit 0,1 Beitragspunkte abgeführt werden, ist nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Um auch die soziale Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen, benötigen wir eine verstärkte private Vorsorge und den Aus- bzw. Aufbau einer kapitalgedeckten Säule der Pflegefinanzierung. Eine Stärkung der privaten Vorsorge ist auch vor dem Hintergrund der steigenden Sozialausgaben der Kommunen bei der „Hilfe zur Pflege“ notwendig.

Trotz all dieser Herausforderungen regte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zwar jüngst eine Grundsatzdebatte zur zukünftigen Finanzierung der Pflege an, brachte aber keinen Reformvorschlag ein (www.tagesschau.de/inland/spahn-debatte-pflegefinanzieren-101.html). Auch in der Beantwortung der Kleinen Anfrage zur zukünftigen Finanzierung der Pflege (Bundestagsdrucksache 19/6183) wurde von der Bundesregierung kein Konzept vorgelegt, wie die Finanzierung der Pflege in Zukunft gesichert und generationengerecht ausgestaltet werden kann. Dabei zeichnet sich aufgrund der Umlagefinanzierung ein starker Druck auf die Beitragssätze der Pflegeversicherung ab. Vor allem die jüngere Generation wird über Gebühr belastet.

Wir benötigen deshalb eine ehrliche Debatte über die kommenden Herausforderungen der Pflege und Lösungsvorschläge, die den Menschen keine falschen Versprechungen von der Sicherheit der Finanzierung des derzeitigen Systems oder gar der Ausweitung auf eine „Vollkasko-Pflege“ machen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. noch in der laufenden Legislaturperiode einen konkreten Vorschlag zur zukünftigen Finanzierung der Pflege vorzulegen, der sich an einem Dreisäulenmodell aus sozialer Pflegeversicherung, privater Pflegevorsorge und betrieblicher Pflegevorsorge orientiert;
2. den Bedarf zur privaten Pflegevorsorge offen zu kommunizieren;
3. wettbewerbliche Elemente im System der Pflegeversicherung zu erhöhen;
4. kapitalgedeckte Instrumente der Pflegeversicherung wie den Pflegevorsorgefonds weiterzuentwickeln;
5. steuerliche Anreize zur privaten Pflegevorsorge zu erhöhen;
6. den Pflege-Bahr zu evaluieren und ggf. die Einführung weiterer Instrumente zur Förderung privater Vorsorge zu prüfen;
7. Modellprojekte zur betrieblichen Pflegevorsorge zu unterstützen und zu fördern;
8. die Umwidmung von Altersvorsorgeprodukten zweckgebunden für die Pflege zu prüfen;
9. die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Beitragssatzanpassungen der privaten Pflegeversicherung zu verändern, um die Beitragssatzentwicklung zu glätten;
10. die Forschung im Bereich der Pflegevorsorge zu intensivieren.

Berlin, den 12. Februar 2019

Christian Lindner und Fraktion

Begründung

Zurzeit ist nicht erkennbar, inwiefern sich die Bundesregierung in die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geforderte Grundsatzdebatte zur zukünftigen Pflegefinanzierung einbringen will. Ein konkreter Vorschlag ist bereits in dieser Legislaturperiode notwendig, da die zum 1. Januar 2019 eingeführte Beitragserhöhung die Ausgabensteigerungen der sozialen Pflegeversicherung maximal bis 2022 auffangen kann. Vor einer nächsten möglichen Beitragserhöhung muss ein Modell zur zukünftigen Finanzierbarkeit der Pflege darstellbar sein. In der aktuellen politischen Debatte wird suggeriert, dass das aktuelle oder qualitativ sogar erhöhte Niveau der Pflege auch in Zukunft mit konstanten Ausgaben für die Beitragszahler und Pflegebedürftigen gehalten werden kann. Durch dieses Vorspiegeln einer „Vollkasko“-Absicherung fehlen Anreize zur privaten Vorsorge. Angesichts des Teilleistungscharakters der sozialen Pflegeversicherung braucht es hier eine ehrliche Kommunikation der Bundesregierung, dass private Vorsorge für eine auskömmliche Finanzierung der Pflege notwendig ist. Wir müssen auch eine Debatte darüber führen, ob eine private Pflegevorsorge verpflichtend eingeführt werden soll.

Die private Pflegeversicherung trägt ihren Teil zur generationengerechten Finanzierung der Pflege bei. Allerdings gibt es auch ihr Handlungsbedarf, damit diese ihre Aufgaben erfüllen kann. Durch die aktuellen gesetzlichen Auflagen dürfen private Versicherer die Prämien erst erhöhen, wenn die erwarteten Ausgaben um mehr als 10 Prozent stärker als kalkuliert steigen oder sich die Sterbewahrscheinlichkeit um mehr als 5 Prozent verändert. Durch diese Mechanismen verzögern sich notwendige Prämienanpassungen stark, was anstelle einer konstanten Beitragssatzentwicklung zu hohen, sprunghaften Beitragserhöhungen führt. Dies führt für privat Versicherte zu schwer zu kalkulierenden Ausgabensteigerungen. Ebenso ist durch das Prinzip des gleichen Leistungsrechts und Zugangsvoraussetzungen sowie des bundesweit festgeschriebenen Beitragssatzes in der Pflegeversicherung im Gegensatz zur Krankenversicherung kein Wettbewerb gegeben.

Unabhängig von der Teilung der Pflegeversicherung in die soziale und private Pflegeversicherung muss die Kapitaldeckung in der Pflegefinanzierung insgesamt erhöht werden. Dazu bedarf es einer Reform der kapitalgedeckten Elemente in der Pflegefinanzierung, wie dem Pflegevorsorgefonds. Dieser ist in seiner aktuellen Verfassung nicht in der Lage, seinen Auftrag zur Abmilderung demographiebedingter Mehrausgaben zu erfüllen. So schreibt der Fonds derzeit Negativzinsen. Denkbar wäre eine u. a. eine Änderung der Anlagerichtlinien. Außerdem müssen die Anreize und Rahmenbedingungen zur privaten Vorsorge erhöht und verbessert werden. Zusätzlich bedarf es neuer, innovativer Vorsorgeprodukte zur Pflege, die auf dem Prinzip der Kapitaldeckung basieren.

Da zur aktuellen Situation der Pflegevorsorge und zur Wirkung möglicher politischer Maßnahmen im Bereich der Pflegeversicherung laut wissenschaftlicher Meinung ein erhöhter Forschungsbedarf besteht, sollte die Forschung in diesem Bereich durch die Bundesregierung unterstützt werden. Dies ist vor allem angebracht angesichts dessen, dass die Bundesregierung ausgehend von ihrer Antwort zu Frage 5 der Kleinen Anfrage „Zukünftige Finanzierung der Pflege“ (Bundestagsdrucksache 19/6183) von der oben genannten Bertelsmann-Studie zur Beitragssatzentwicklung offensichtlich überrascht wurde.

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Klaus Ernst, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Thomas Lutze, Dr. Petra Sitte, Azize Tank, Kathrin Vogler, Birgit Wöllert und der Fraktion DIE LINKE.

Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung einführen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Beitragsschulden in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung explodieren. Waren es 2011 noch etwa 1 Mrd. Euro, 2013 dann 2,2 Mrd. Euro, 2015 schon 3,2 Mrd. Euro, liegen sie nach aktuellen Meldungen nun bei 6,6 Mrd. Euro. Der größte Teil der Schulden betrifft freiwillig Krankenversicherte, darunter zu einem großen Teil Selbstständige. Das liegt an fortdauernd unbezahlbaren Beiträgen für geringverdienende Selbstständige. Gerade geringverdienende Selbstständige sind oft gesetzlich kranken- und pflegeversichert. So ergab eine Untersuchung des wissenschaftlichen Instituts der AOK, dass 81 Prozent der Selbstständigen mit unter 15.010 Euro Jahreseinkommen gesetzlich versichert sind. Selbstständige mit über 60.100 Euro Jahreseinkommen sind hingegen zu 65 Prozent privat krankenversichert.

Dieser Befund steht den Beitragsregelungen diametral entgegen. Denn gesetzlich versicherte Selbstständige müssen Beiträge nach einem fiktiven Einkommen zahlen, das deutlich höher ist als ihr tatsächliches Einkommen. Wenn dann Beitragsschulden auflaufen, zahlt die Krankenkasse nur noch bei Schmerzen, akuten Krankheiten und Schwangerschaft. Die Lage der Betroffenen verschlechtert sich weiter.

Diese Regelungen gibt es nur deshalb, weil Selbstständige sich zwischen gesetzlicher und privater Versicherung entscheiden können. Ohne Mindestbemessung wird befürchtet, dass sich dann insbesondere Menschen mit geringem Einkommen und mehr Krankheiten gesetzlich versichern, während die privaten Versicherungsunternehmen die „guten“ Versicherten als Kunden gewinnen. Dies ist ein weiterer Grund, um eine Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung zu schaffen und die Möglichkeit der privaten Vollversicherung (vgl. Bundestagsdrucksachen 18/11722 und 18/4099) zu beenden. So würden auch die beschriebenen Regelungen überflüssig. 90 Prozent der gesamten Bevölkerung würden entlastet.

Menschen mit Pflegebedarf werden aufgrund der Teilkostendeckung weiter durch hohe Eigenanteile und Zuschläge belastet. Die höheren Leistungssätze der Pflegekassen nach Verabschiedung der Pflegestärkungsgesetze decken noch immer im Durch-

schnitt kaum die Hälfte der pflegebedingten Kosten. Die Differenz zahlen die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Familien. Wer das nicht mehr kann, muss Hilfe zur Pflege, also Sozialhilfe, beantragen.

Weiterhin ist es so, dass sich trotz steigender Eigenanteile die Pflegeleistungen verringern können. Denn die Kosten und Preise der Pflegeleistungen wachsen schneller als die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung. Der Realwertverlust der Pflegeleistungen seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 ist bis heute nicht annähernd kompensiert. Die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung schafft die Voraussetzungen, um die Pflegeleistungen bedarfsgerecht auszubauen. Damit die Menschen mit Pflegebedarf nicht weiter doppelt zur Kasse gebeten werden: als Versicherte und als Leistungsberechtigte.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf vorzulegen und die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung einzuführen und damit besonders durch Beiträge belastete Gruppen wie prekäre Selbstständige und kleine und mittlere Einkommen wirksam von den Kosten der Kranken- und Pflegeversicherung zu entlasten sowie eine hochwertige gesundheitliche und pflegerische Versorgung für alle Menschen zu ermöglichen. Folgende Grundsätze sind dabei umzusetzen:

1. Alle in Deutschland lebenden Menschen, auch die bislang privat Krankenversicherten, werden in die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung einbezogen.
2. Hohe Einkommen werden gerecht verbeitragt. Die Beitragsbemessungsgrenze wird abgeschafft.
3. Alle Einkommen aus abhängiger und selbstständiger Arbeit sowie aus allen anderen Einkommensarten werden zur Finanzierung herangezogen.

Berlin, den 27. Juni 2017

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Antrag

der Abgeordneten Kordula Schulz-Asche, Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Kerstin Andreae, Anja Hajduk, Britta Haßelmann, Ekin Deligöz, Sven Lehmann, Corinna Rüffer, Stefan Schmidt, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Nur eine solidarische Pflege-Bürgerversicherung bietet eine gerechte, stabile und nachhaltige Basis zur Finanzierung der Pflege. Sie hilft den demografischen Wandel zu bewältigen und ermöglicht überfällige Leistungsverbesserungen wie z. B. wohnortnahe Pflegekonzepte und angemessene Personalstandards.

Die von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgeschlagene Pflege-Bürgerversicherung sichert eine Finanzierung, die sich den unterschiedlichen Lebensphasen, den Höhen und Tiefen sowie den individuellen Herausforderungen des Lebens ihrer Versicherten anpasst. Sie ist eine treue Begleiterin für das ganze Leben: Ist das Gehalt oder der Gewinn bei Selbständigen nicht so hoch, fallen geringere Beiträge an. Ist das Einkommen im Alter geringer, sinkt der Beitrag.

Die von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgeschlagene Pflege-Bürgerversicherung schafft mehr Solidarität, stabilere Beitragssätze und eine gute Pflege für alle. Starke stehen für Schwächere ein, Gesunde für Pflegebedürftige und Junge für Alte – diese Prinzipien werden gefestigt.

Entwicklungen und Zukunft der Pflegeversicherung

Im Jahr 1995 wurde, eingebracht von der damaligen schwarz-gelben Bundesregierung, vom Deutschen Bundestag die Pflegeversicherung als eine Sozialversicherung mit zwei Zweigen (soziale und private Pflegeversicherung) beschlossen. Beide Versicherungszweige sind gemeinsam im XI. Sozialgesetzbuch geregelt. Der soziale Zweig ist vollständig, der private teilweise umlagefinanziert.

In beiden Zweigen der Pflegeversicherung

- sind Kinder kostenfrei versichert,
- besteht ein Kontrahierungszwang und ein Ausschluss aufgrund von Vorerkrankungen ist ausgeschlossen,

- existiert jeweils ein zweiginterner Risikoausgleich¹,
- existiert jeweils eine zweiginterne einheitliche Festlegung der Beitragssätze bzw. eine einheitliche Prämienkalkulation.

Im sozialen Zweig

- existiert für Beamtinnen und Beamte ein beihilfefähiger Tarif.

Im privaten Zweig

- existieren Mechanismen, die Versicherte und Ehepaare/eingetragene Lebenspartnerschaften vor zu hohen Prämien schützen soll².

Diese Regelungen sowie auch die gesetzliche Verankerung in einem Sozialgesetzbuch sind anderen privaten Versicherungen völlig fremd und machen die private Pflegeversicherung zu einer begrüßenswerten Ausnahme.

Auf der Leistungsseite existiert bereits eine Bürgerversicherung: In der Pflegeversicherung erhalten sozial und privat Versicherte identische Leistungen. Auch die Begutachtung und Einstufung in Pflegegrade erfolgt nach identischen Kriterien. Medicproof übernimmt im privaten Zweig die gleichen Aufgaben wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) im sozialen.

Auf der Ausgaben- sowie der Einnahmenseite ließe sich durch die Weiterentwicklung der bestehenden Umlageinstrumente einfach und schnell eine vollständige, solidarische und gerechtere Pflege-Bürgerversicherung schaffen.

Diese bestehenden Umlagen der Ein- und Ausgaben greifen jedoch nur innerhalb des jeweiligen und nicht zwischen den beiden Versicherungszweigen. Dies ist ungerecht, da die in den beiden Zweigen versicherten Personengruppen zum einen sehr unterschiedliche Risiken tragen, da privat Versicherte aktuell beispielsweise deutlich jünger sind. Zum anderen liegen die beitragspflichtigen Einkommen der Privatvollversicherten gut 60 Prozent über denen der sozial Pflegeversicherten.³ In der Konsequenz tragen derzeit die im Durchschnitt einkommensstärkeren, jüngeren, gesünderen und häufig männlichen privat Versicherten einen deutlich geringeren Anteil zu den Ausgaben der Pflege bei, als ihr Anteil an den insgesamt Versicherten beträgt.

Es ist damit zu rechnen, dass die Ausgaben und damit die Beiträge bzw. Prämien zur Pflegeversicherung weiter ansteigen werden: In gut zehn Jahren werden die ersten geburtenstarken Jahrgänge (1955 bis 1969), die sogenannte „Babyboomer“-Generation, in das Alter von 75+ kommen, in dem die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit deutlich zunimmt. Es wird prognostiziert, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2035 insgesamt um 50 Prozent steigt. Im privaten Zweig wurde geschätzt, dass die Zahl der Pflegebedürftigen von 2010 bis 2060 aufgrund der höheren Lebenserwartung und einer anderen Altersstruktur etwa 280 Prozent zunimmt. Im sozialen Zweig wurde für denselben Zeitraum geschätzt, dass die Zahl um rund 50 Prozent steigt.⁴ Im Jahre 2060 wird nur noch die Hälfte der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter sein. Diese Entwicklungen machen eine alle Einkommen umfassende solidarische Finanzierung für den Fall der Pflegebedürftigkeit immer drängender. Es ist ungerecht, dass bei rund 90 Prozent der Bürgerinnen und Bürger für die Absicherung

¹ In der sozialen Pflegeversicherung (SPV) findet ein vollständiger Einnahmen- und Ausgabenausgleich über das Bundesversicherungsamt (BVA) via Ausgleichsfonds statt. In der privaten Pflegeversicherung (PPV) findet ein in § 111 SGB XI vorgeschriebener Risikoausgleich zwischen den privaten Versicherungsunternehmen über den Pflege-Pool statt. Hinzu kommt die einheitliche Prämienkalkulation.

² § 110 (1) Nr. 2 e) und (3) Nr. 5 SGB XI Prämien maximal bis zum Höchstbeitrag der SPV sowie § 110 (1) Nr. 2 g) SGB XI für vor der Einführung der Pflegeversicherung privat Krankenversicherte Ehepaare/eingetragene Lebenspartnerschaften dürfen die Prämien maximal bis zu 150 % des Höchstbeitrages der SPV betragen, wenn eine/einer maximal ein geringfügiges Einkommen hat.

³ Die beitragspflichtigen Einkommen der Privatvollversicherten liegen gut 60 Prozent über denen der gesetzlich Krankenversicherten. Barmer Pflegereport 2018 S. 96.

⁴ Rothgang/Arnold et al Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung, Gutachten im Auftrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 2011 S. 46.

des Pflegerisikos einseitig Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung (Löhne und Gehälter), Renten und Arbeitslosengeld belastet werden, während Vermögenseinkommen sowie Gewinne beitragsfrei bleiben. Darüber hinaus zahlen Ehepaare/eingetragenen Lebensgemeinschaften mit sehr ungleicher Verteilung der Einkommen bei einem identischen (hohen) Gesamteinkommen weniger Beiträge als Paare deren Einkommen ähnlicher verteilt ist.

Die Pflegeversicherung vollenden und zu einer gerechten und stabilen Pflege-Bürgerversicherung weiterentwickeln

Die bereits heute existierenden Umlageelemente innerhalb des privaten Zweigs der Pflegeversicherung erleichtern die Weiterentwicklung hin zu einer solidarischen und gerechteren Pflege-Bürgerversicherung für alle Versicherten. Dabei kann schrittweise vorgegangen werden. Der erste Schritt, der sich auch im Koalitionsvertrag 2005 zwischen CDU, CSU und SPD fand, ist der Finanzausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zwischen beiden Zweigen der Pflegeversicherung.

Wegen der erheblichen strukturellen Ähnlichkeit des privaten und des sozialen Zweiges der Pflegeversicherung ist eine Pflege-Bürgerversicherung relativ einfach umsetzbar:

- Auf der Leistungsseite bleibt es in beiden Zweigen unverändert bei identischen Pflegeleistungen. Dies entspricht bereits einer Bürgerversicherung, da alle Versicherten, die pflegebedürftig sind oder werden, gleichbehandelt werden.
- Auf der Ausgabenseite werden die beiden bestehenden Ausgleichsmechanismen für Pflegeleistungen zu einem gemeinsamen, beide Zweige umfassenden Vollkostenausgleich zusammengeführt. Derzeit sind die Pro-Kopf-Ausgaben für die Versicherten im sozialen Zweig der Pflegepflichtversicherung rund dreieinhalb mal so hoch wie für privat Versicherte. Durch einen gemeinsamen Finanzausgleich werden die Pro-Kopf-Ausgaben vereinheitlicht und die fast 90 Prozent Versicherten im sozialen Zweig entlastet.
- Auf der Einnahmenseite der Pflegeversicherungen werden alle Bürgerinnen und Bürger – gerade auch die Einkommensstärksten – zum Solidarausgleich durch einkommensabhängige Beiträge beitragen.

Doch auch das bisher im sozialen Zweig geltende Beitragsverfahren weist Gerechtigkeitslücken auf. Es belastet einseitig Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung (Löhne und Gehälter), Renten und Arbeitslosengeld. Dagegen bleiben Vermögenseinkommen und Gewinne beitragsfrei. Das ist ungerecht, da es den Einkommensverhältnissen der Bürgerinnen und Bürgern widerspricht. Das ist ungerecht, da es insbesondere die jüngeren Generationen belastet, die eher Erwerbs- als Kapitaleinkommen erzielen. Daher sollen alle Einkommensarten bei der Berechnung der Beiträge berücksichtigt werden, um mehr Generationengerechtigkeit zu erzielen.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

gesetzliche Änderungen des Sozialgesetzbuchs XI vorzulegen,

1. die einen vollständigen Kostenausgleich zwischen beiden Zweigen der Pflegeversicherung vorsehen, um die extrem unterschiedlichen und im sozialen Zweig deutlich höheren Pflegerisiken auszugleichen;
2. die in beiden Versicherungszweigen einheitliche, einkommensabhängige Beiträge vorsehen, um alle Bürgerinnen und Bürger gerechter und nach denselben Maßstäben an der Finanzierung des Pflegerisikos zu beteiligen;
3. die bei allen Versicherten als Basis der Beitragsberechnung alle Einkommensarten und nicht nur direkte und indirekte Erwerbseinkommen bei der Berechnung der Beiträge heranziehen, um damit die Einkommensverhältnisse gerechter

zu berücksichtigen, die Einnahmenbasis zu stabilisieren und die jüngeren Generationen zu entlasten;

4. die die Beitragsbemessungsgrenze schrittweise (bis max. zur Höhe der in der Rentenversicherung geltenden Bemessungsgrenze) erhöhen, um so die überdurchschnittlich hohe absolute und prozentuale Belastung von Personen mit geringen (Erwerbs-)Einkommen zu senken und die bestehende prozentual unterdurchschnittliche geringere Heranziehung von Personen mit hohen (Erwerbs-)Einkommen teilweise abzubauen;
5. für die im privaten Zweig der Pflegeversicherung bestehenden Alterungsrückstellungen eine verfassungskonforme Lösung zur sukzessiven, möglichst allen Pflegeversicherten zugutekommenden Auflösung enthält, da zukünftig das Risiko des Alters und des demografischen Wandels von allen Versicherten gemeinsam getragen werden soll;
6. durch die Kinder kostenlos versichert sind und nicht erwerbstätige Ehegattinnen/-gatten bzw. Lebenspartnerinnen/-partner, die Angehörige pflegen oder Kinder erziehen, keine Beiträge zahlen müssen. Heute bestehende Anreize, die eine Alleinverdienendehe begünstigen, sollen abgebaut werden.

Berlin, den 19. März 2019

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Der Weg zur Pflege-Bürgerversicherung

Wegen der erheblichen strukturellen Ähnlichkeit des privaten und des sozialen Zweiges der Pflegeversicherung ist eine Pflege-Bürgerversicherung einfach umsetzbar. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, einen spezifischen und sich von der Krankenversicherung unterscheidenden Weg für die Umsetzung der Bürgerversicherung in der Pflege zu wählen.

Die Pflege-Bürgerversicherung erfährt eine breite Unterstützung. So setzen sich z. B. konfessionelle und nicht-konfessionelle Wohlfahrtsverbände sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler wie z. B. Prof. Dr. Heinz Rothgang dafür ein, eine solche solidarischere und gerechtere Finanzierung einzuführen.

Die zentralen Umlageinstrumente in den Pflegeversicherungszweigen

In der sozialen Pflegeversicherung erfolgt ein vollständiger Einnahmen- und Ausgabenausgleich.

In der privaten Pflegeversicherung existieren ein Teilausgleich zwischen den privaten Versicherungsunternehmen sowie eine einheitliche Grundlage der Prämienkalkulation (§ 11 SGB XI). Im PKV-Zahlenbericht 2017 wird die Umlage in der privaten Pflegeversicherung wie folgt dargestellt: „Der Gesetzgeber schreibt für die Pflegeversicherung Beitragsfreiheit für Kinder sowie geschlechtsunabhängige und brancheneinheitliche Nettobeiträge vor. Darüber hinaus gelten die gleichen Höchstbeiträge wie in der Sozialen Pflegeversicherung. Daher wird in der Privaten Pflegeversicherung das übliche Kapitaldeckungsverfahren durch Umlageelemente ergänzt. Der Ausgleich erfolgt unternehmensübergreifend zwischen Beitragszahlern und beitragsfreien Kindern, zwischen Männern und Frauen sowie zwischen jungen und älteren Versicherten. Der Bedarf wird bei jeder Beitragsanpassung neu ermittelt. Insgesamt gab es 2017 ein Umlagevolumen von 226,0 Mio. Euro. Daraus wurde auch eine Umlage in Höhe von 7,4 Mio. Euro zugunsten der GPV finanziert. In der GPV, die mehr ältere Versicherte im Verhältnis zum übrigen PKV-Bestand hat, sind die Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten pflegeversichert.“⁵

Dies bedeutet, dass das dortige Umverteilungsvolumen bezogen auf die Einnahmen (2,594 Mrd. Euro 2017) etwa 9 Prozent und bezogen auf die Ausgaben (1,27 Mrd. Euro 2017) etwa 18 Prozent beträgt.

Zu den Forderungen (II) im Einzelnen

Zu 1.: Analyse Ist – die Risiken in den beiden Versicherungszweigen sind sehr ungerecht verteilt

Die Ausgaben des sozialen Zweiges betragen 1995 4,97 Mrd. Euro, 2001 16,87 Mrd. Euro und beliefen sich 2017 auf 38,52 Mrd. Euro. Der private Zweig startete 1995 mit 0,0928 Mrd. Euro, 2001 wurden 0,49 Mrd. Euro ausgegeben und 2017 1,27 Mrd. Euro.⁶

Derzeit tragen die im Durchschnitt einkommensstärkeren, jüngeren, gesünderen und häufig männlichen privat Versicherten einen deutlich geringeren Anteil an den Ausgaben der Pflege bei, als ihr Anteil an den insgesamt Versicherten beträgt: Die jährlichen Ausgaben pro Versicherte/n betragen 2016 im sozialen Zweig etwa 393 Euro, im privaten Zweig etwa 112 Euro. Unter Berücksichtigung der Beihilfeausgaben werden durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben von 168 Euro für privat Versicherte angenommen. Dies sind 42 Prozent der Ausgaben der im sozialen Zweig Versicherten. Das zeigt, wie ungleich das Pflegerisiko zwischen den beiden Zweigen der Pflegeversicherung verteilt ist.

Im Jahr 2016 betrug der Anteil der durch die sozialen Pflegeversicherung getragenen öffentlichen Ausgaben für Pflege 83,7 Prozent, der der privaten Pflegeversicherung 3 Prozent. Dazu kommen 1,5 Prozent Beihilfe und 11,2 Prozent Sozialhilfe.⁷ Dies ins Verhältnis gesetzt zu den Versicherten⁸, die zu 88,45 Prozent im sozialen Zweig und zu 11,5 Prozent im privaten Zweig versichert sind, zeigt, dass die privat Versicherten deutlich unterdurchschnittlich zur Finanzierung der Pflegeausgaben beitragen.

⁵ www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2017.pdf

⁶ Barmer Pflegereport 2018 und www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html

⁷ Barmer Pflegereport 2018 S. 94 Die zu 100 % fehlenden 0,5 % entfallen auf die Kriegsopferfürsorge.

⁸ 1.7.2016 SPV 71.450.198 Versicherte (Frauenanteil unter den Mitgliedern 50,55 %, unter den Versicherten 52,26 %) eigene Berechnungen auf der Basis www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Versicherte/20160701.pdf PPV 9.326.700 Versicherte (Frauenanteil Mitglieder (ohne Kinder) 39,35 %) eigene Berechnungen auf der Basis www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2017.pdb.pdf S. 31

Zu 2.: Analyse Ist – die finanziellen Belastungen der Versicherten sind sehr ungleich verteilt

Der Beitragssatz im sozialen Zweig der Pflegeversicherung hat sich seit der Einführung bis heute mehr als verdreifacht. Er stieg von 1 Prozent 1996 auf 3,05 Prozent (plus 0,25 Prozent für Kinderlose) im Jahr 2019. Im Vergleich dazu sind die Beitragssätze der ebenfalls umlagefinanzierten gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung in diesem Zeitraum relativ konstant geblieben. Die massive Steigung in der Pflege hat u. a. folgende Gründe:

- Seit Juli 1996 werden auch die Kosten in der stationären Pflege übernommen, die davor die Pflegebedürftigen oder die Kommunen getragen haben.⁹
- Die steigenden Kosten wurden teilweise berücksichtigt und die Leistungen angehoben (2008, 2010 und 2012).
- Es wurden neue Leistungen, wie z. B. zusätzliche Betreuungsleistungen, sowohl ambulant als auch stationär eingeführt.
- Durch den umfassenderen „neuen“ Pflegebedürftigkeitsbegriff, der auch kognitive und psychische Aspekte berücksichtigt, wurden 2017 sowohl die Leistungen als auch die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich ausgeweitet.
- Die Beitragsbemessungsgrenze, bis zu der der prozentuale Beitrag zu bezahlen ist, ist geringer gestiegen als der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst ohne Sonderzahlungen.¹⁰
- Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt aus demografischen Gründen seit Jahren an.

Es ist damit zu rechnen, dass die Beiträge der Pflegeversicherung weiter ansteigen werden: Eine im Januar 2019 veröffentlichte Studie der Bertelsmann-Stiftung prognostiziert einen Beitragssatz für den sozialen Zweig der Pflegeversicherung im Jahr 2045 von 4,25 Prozent.¹¹

Die durchschnittlichen Prämien im privaten Zweig der Pflegeversicherung betragen 2017 das 1,346-fache der durchschnittlichen Prämie des Jahres 2004. Für den sozialen Zweig betragen die durchschnittlichen Einnahmen pro Mitglied im Jahr 2017 das 1,957-fache des Wertes im Jahr 2004.¹² Diese, trotz identischer Leistungen für die/den einzelnen Pflegebedürftige/n, unterschiedlichen Anstiege verdeutlichen erneut das extrem auseinanderklaffende Risiko der Pflegebedürftigkeit der beiden Versicherungszweige.

Zu 3. Analyse Ist – direkte und indirekte Erwerbsarbeitseinkommen werden einseitig belastet

Die Lohnquote (prozentualer Anteil des Arbeitnehmerentgelts – Bruttolöhne, -gehälter, Sozialbeiträge des Arbeitgebers) am Volkseinkommen¹³ ist von 1995 bis 2007 deutlich gesunken, danach bis 2013/2014 wieder gestiegen und ist seitdem relativ konstant geblieben, hat jedoch nicht mehr das Niveau von 1995 erreicht.¹⁴

Jahr	Lohnquote unbereinigt	Lohnquote bereinigt ¹⁵
1995	71,1 %	73,5 %
2007	63,6 %	65,0 %
2013	68,2 %	69,3 %
2017	68,5 %	69,0 %

⁹ Die Erhöhung des Beitragssatzes auf 1,7 % ab Juli 1996 war von Anfang an vorgesehen.

¹⁰ 19(14)0046(12) Stellungnahme Professor Dr. Heinz Rothgang

¹¹ www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/zukunft-pflege/projektnachrichten/pflegekostenprognose/

¹² Eigene Berechnungen auf der Basis www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html und Zahlenberichte der Privaten Krankenversicherung 2004-2005, 2005-2006 sowie 2017 – für die Zeit vor 2004 liegen für den privaten Zweig keine Angaben über die kostenfrei versicherten Kinder vor. Die Prämien zahlenden Versicherten des privaten Zweiges zahlten jährlich im Durchschnitt 250 € (2004) bzw. 336 € (2017). Die Mitglieder im sozialen Zweig zahlten (inkl. Arbeitgeberbeitrag) jährlich im Durchschnitt 329 € (2004) bzw. 644 € (2017).

¹³ Der Gegenpart ist die Gewinnquote, die Unternehmens- und Vermögenseinkommen beinhaltet.

¹⁴ www.bpb.de/nachschlagen/lexika/lexikon-der-wirtschaft/20017/lohnquote und www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/VGR.pdf?__blob=publicationFile S. 333

¹⁵ Die Veränderung der Erwerbsstruktur wird herausgefiltert. Details siehe FN 12

Gewinne und Vermögenseinkünfte haben einen Anteil von mehr als 30 Prozent am Volkseinkommen, spielen für die Finanzierung der Pflege bislang aber keine Rolle. Weiterhin wird die soziale Pflegeversicherung jedoch fast ausschließlich durch Beiträge auf Löhne und Gehälter, Renten oder Arbeitslosengeld finanziert.

Bestehende Regelung für freiwillig im sozialen Zweig Versicherte auf alle ausdehnen

Bereits heute werden bei freiwillig¹⁶ im sozialen Pflegeversicherungszweig Versicherten alle Einkommensarten bei der Beitragsberechnung berücksichtigt. Konkret relevant wird dies insbesondere bei Selbstständigen.¹⁷ Diese bestehende Regelung sollte auf alle Pflegeversicherten ausgeweitet werden, um damit die Einkommensverhältnisse gerechter zu berücksichtigen und die jüngeren Generationen zu entlasten.

Zu 4.: Analyse Ist – die Beitragsbemessungsgrenze ist geringer gestiegen als die Einkommen, wodurch Geringverdienende stärker belastet werden

Ziel der Beitragsbemessungsgrenze ist es, den Charakter der (Sozial-)Versicherung eines Risikos zu wahren: Beiträge und Leistungen müssen in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die Höhe kann politisch gesetzt werden – es gibt jedoch Grenzen, die dabei zu berücksichtigen sind: Beiträge, die höher liegen als die Kosten sehr teurer Erkrankungsrisiken, entsprechen diesem Charakter einer Risikoabsicherung nicht. Dies ist der erste Grund, warum die Beitragsbemessungsgrenze nicht abgeschafft werden kann. Der zweite ist, dass mit einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze quasi eine Steuer eingeführt würde, die dann nicht mehr automatisch für den Zweck der Pflege eingesetzt werden könnte, sondern bei jeder Beratung des Bundeshaushaltes in Konkurrenz zu anderen Aufgaben stehen könnte.

Bei der Einführung der Pflegeversicherung betrug die Relation zwischen dem durchschnittlichen Bruttomonatsverdienst ohne Sonderzahlungen und der Beitragsbemessungsgrenze (bis zu der der prozentuale Beitrag zu bezahlen ist) etwa 1,3, 2013 nur noch etwa 1,1.¹⁸ In einem ersten Schritt sollte direkt zur Relation von 1,3 zurückgekehrt werden, die Beitragsbemessungsgrenze sollte also 1,3 mal höher sein als der durchschnittliche Bruttomonatsverdienst ohne Sonderzahlungen.

Wie sich das Festhalten an fast ausschließlich direkten oder indirekten Erwerbseinkommen (siehe zu 3.) und die relativ gesunkene Beitragsbemessungsgrenze auswirken zeigt sich, wenn die Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes (BIP) mit den im sozialen Zweig der Pflegeversicherung beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied verglichen wird: Seit 1995, dem Jahr der Einführung der Pflegeversicherung (Basis = 100), hat sich bis zum Jahr 2017 das BIP auf 171,9 erhöht. Die im sozialen Zweig der Pflegeversicherung beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied haben sich im selben Zeitraum (1995 ebenfalls Basis = 100) nur auf 138,8 erhöht. Im selben Zeitraum sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung fast analog mit dem BIP gestiegen (2017 168,5)¹⁹, die Ausgaben des sozialen Zweiges der Pflegeversicherung erfuhren jedoch eine extreme Steigerung auf 775.

Zu 5.: Kapitalgedeckte Alterungsrückstellungen verfassungskonform abbauen

In beiden Zweigen der Pflegeversicherung bestehen Rücklagen, die das Ziel verfolgen, entweder individuell (privater Zweig) oder kollektiv (sozialer Zweig) Vorsorge zu treffen, um die Prämie bzw. den Beitragssatz in der Zukunft nicht übermäßig ansteigen zu lassen.

Die im privaten Zweig angesammelten individuellen Alterungsrückstellungen betragen 2017 insgesamt 34,4816 Mrd. Euro. Die im sozialen Zweig bestehenden kollektiven, zeitlich befristeten Rücklagen des sogenannten „Pflegevorsorgefonds“ sollen bis 2033 aufgefüllt und können ab 2035 schrittweise aufgelöst werden.²⁰ Ende 2017 betrug der Bestand des Pfelevorsorgefonds rund 3,8 Mrd. Euro.²¹ Beide Kapitalelemente sollen einen ähnlichen Zweck erfüllen: Im privaten Zweig sollen sie das individuelle Risiko des Älterwerdens abdecken, im sozialen ist

¹⁶ Insbesondere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze sowie Selbstständige

¹⁷ Da freiwillig im sozialen Zweig versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Erwerbseinkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze erzielen, greift bei ihnen diese Regelung faktisch nicht.

¹⁸ 19(14)0046(12) Stellungnahme Professor Dr. Heinz Rothgang

¹⁹ www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI52_Grafik_Monat_07_2018.pdf

²⁰ In den sogenannten „Pflegevorsorgefonds“ (§ 131 ff. SGB XI) fließen bis einschließlich dem Jahr 2033 jährlich 0,1 % der beitragspflichtigen Einkommen zur SPV zu. Ab 2035 kann der Fonds dazu eingesetzt werden, Beitragserhöhungen, die nicht auf die Dynamisierung der Leistungen beruht, auszugleichen. Jährlich darf dabei jährlich maximal eine zwanzigstel des Wertes zum Stichtag 31.12.2034 verwendet werden. Bei stetiger und vollständiger Inanspruchnahme ist der Fonds im Jahr 2055 geleert.

²¹ www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/p_stellungnahmen/180928_GKV-SV_Stn_AntragLINKE-Altenpflege-19-4524_financial.pdf

das Ziel den Beitragssatz demografieresistenter zu gestalten und damit das kollektive Altern der Gesellschaft abzufedern.

Um den Wechsel von einem teilweise auf Kapitaldeckung basierenden zu einem vollständig umlagefinanzierten System zu gestalten, ist verfassungsrechtlich zu prüfen, ob für die im privaten Zweig der Pflegeversicherung durch die Versicherten angesparten Alterungsrückstellungen eine verfassungskonforme Lösung zur sukzessiven Auflösung möglich ist.

Zu 6.: Bevorzugung von Alleinverdienendenehen abbauen

Im sozialen Versicherungszweig besteht die beitragsfreie Mitversicherung für nicht oder nur geringfügig beschäftigter Ehepartnerinnen/Ehepartner bzw. Lebenspartnerinnen/Lebenspartner. Diese führt dazu, dass Ehepaare/eingetragene Lebensgemeinschaften mit identischem Gesamteinkommen einer unterschiedlichen Verteilung der Einkommen auf die beiden Personen unterschiedlich hohe Pflegeversicherungsbeiträge zu zahlen haben. Je ungleicher die Einkommen innerhalb des Paares verteilt sind und je höher das Einkommen einer Person ist, desto weniger Pflegeversicherungsbeiträge zahlen diese. Hintergrund für diese Ungerechtigkeit ist die Wirkung der Kombination von Mitversicherung und Beitragsbemessungsgrenze. Darüber hinaus hat diese Regelung in der Kombination mit nicht versicherungspflichtigen geringfügigen Beschäftigungen („450-Euro-Jobs“) die Wirkung, dass insbesondere Frauen seltener eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufnehmen.