**Hilde Mattheis** Mitglied des Bundestages

# Pflege gehört zum Leben.

Pflege muss zum Leben passen.

Pflege an entscheidenden Stellen reformieren!

Hilde Mattheis, MdB / Hilde.Mattheis@bundestag.de / Tel.: 030 227 75142



#### **Hilde Mattheis**

#### Mitglied des Deutschen Bundestages

Die Einnahmen der Pflegeversicherung betrugen 2019 aus den Beiträgen der gesetzlich versicherten 47,27 Mrd. Euro. Die Ausgaben betrugen 43,95 Mrd. Euro. Beschäftigte zahlen 3,05 % ihres Einkommens als Beitrag, Kinderlose zahlen 0,25 % mehr. Seit 2015 werden jährlich 1,6 Mrd. Euro aus Beitragsgeldern in den Pflegefonds eingezahlt. Mittlerweile liegen im Pflegefonds ca. 10 Mrd. Euro.

Mit den letzten Reformen der Pflegestärkungsgesetze und insbesondere der Einführung von Pflegegraden wurden Leistungsverbesserungen erreicht.

#### Dadurch

- 1. haben Pflegebedürftige eine breite Palette von Leistungsansprüchen,
- 2. können sich pflegende Angehörige vielfältige Unterstützung hinzuholen,
- 3. sind Pflegefachkräfte gesucht und es steigt ihre gesellschaftliche Anerkennung,
- 4. wissen immer mehr Kommunen, dass Pflegeinfrastruktur ein Standortvorteil ist.

2019 bezogen 4,25 Millionen Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung, 3,14 Mio. Pflegebedürftige bezogen ambulante Leistungen in Höhe von 25,8 Mrd. Euro, 0,86 Mio. Pflegebedürftige bezogen insgesamt 14,9 Mrd. Euro für die stationäre Pflege. Die Leistungsansprüche sind an 5 Pflegegraden ausgerichtet und können Pflegegeld, Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich sowie die unterschiedlichsten zusätzlichen Leistungen oder eine Pauschalen für vollstationäre Pflege beinhalten (siehe Anhang 1).

#### Aber:

- Die Zustimmung zur Pflegeversicherung ist zwar unverändert hoch, aber Pflegebedürftigkeit eines Familienmitglieds ist für Familien immer noch ein tiefer Einschnitt.
- Es gibt eine starke Unkenntnis darüber, welche Ansprüche bei Pflegebedürftigkeit bestehen.
- Es gibt eine zu strikte Aufteilung und Unterschiedlichkeit von ambulanten und stationären Angeboten und Leistungen.
- Es gibt trotz verbesserter Leistungsansprüche eine große Angst vor Pflegebedürftigkeit und eine große Angst vor großen finanziellen Belastungen.
- Es gibt eine große Angst bei Pflegebedürftigkeit einsam und ausgegrenzt zu sein.
- Es gibt z.T. zu wenig flexible Angebote in den Kommunen.
- Auf längere Sicht wird eine zu geringe Solidarität bei der Finanzierung der Pflege festzustellen sein, es wird ein Einnahmeproblem geben.
- Pflegefachkräfte steigen trotz steigender gesellschaftlicher Anerkennung oft nach wenigen Jahren wieder aus dem Beruf aus obwohl jetzt schon 60 % in Teilzeit arbeiten.
- Zu viele Investoren können durch Pflege hohe Gewinne erzielen.

Wir wollen Pflege an entscheidenden Stellen reformieren:

## Pflege gehört zum Leben – Pflege muss zum Leben passen.

## 1. Die Rolle der Kommunen stärken

Wir brauchen die Änderung des Art. 74, Abs. 1 Nr. 7 GG nicht nur um den öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken, sondern auch um die "öffentliche Fürsorge" im Bereich der Altenhilfe auszuweiten. Neben dem ÖGD muss es die Finanzierungsmöglichkeiten nach Art. 104 GG für den Pflegebereich geben.

Investitionsprogramm in kommunale Pflegeinfrastruktur.

Nach Vorbild des Investitionsprogramms zum Kita-Ausbau muss der Bund ein Investitionsprogramm zum Pflegeinfrastruktur-Ausbau auflegen und dafür mindestens über 5 Milliarden Euro bis 2030 zur Verfügung stellen. Nachdem für Kommunen der Ausbau der Kinderbetreuung zum Standortfaktor geworden ist, muss jetzt das Angebot an Pflegeinfrastruktur wie Pflegehotel, Demenzdorf u.v.m. zum Standortfaktor werden.

Kommunen müssen nach § 71, SGB XII mehr Kompetenzen eingeräumt werden.

Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahre müssen Anspruch auf aufsuchende Beratung haben, die das Wohnumfeld und die gesamte Lebenssituation betrifft. Das Ziel muss sein, dass ein Pflegestützpunkt pro 30 000 Einwohner:innen in enger Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) Beratung und Unterstützung anbietet und koordiniert.

Beratung und Unterstützung aus einer Hand muss die Devise sein. Kommunale Angebotsstrukturen müssen den Markt der ambulanten und stationären Pflegedienstleistungen ergänzen.

•

## 2. Den Unterschied von ambulanten und stationären Leistungsansprüchen abschaffen und Entlastung für alle ab 80 Jahren

Das Risiko pflegebedürftig zu werden liegt derzeit bei Menschen zwischen 60 und 80 Jahren bei 7,5 %; bei Menschen über 80 Jahren bei 38,5 %. Bei Annahme einer dauerhaft konstanten altersspezifischen Pflegebedürftigkeit wird die Zahl der Pflegebedürftigen von jetzt 4,2 Mio Menschen im Jahr 2030 auf 4,8 Mio. Menschen ansteigen, 2040 werden es 5,1 Mio. Menschen sein.

Die Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung betrug 2019 im ambulanten Bereich 3,14 Mio. Pflegebedürftige, stationär waren es 0,86 Mio. Pflegebedürftige, die Leistungsausgaben betrugen ambulant 25,8 Mrd. Euro, stationär 14,9 Mrd. Euro.

Aufhebung der Trennung zwischen ambulanten und stationären Pflegeleistungen.

Meist sind es die kleinen Erschwernisse des Lebens, die Menschen bewegen, in eine stationäre Einrichtung zu gehen. Neben dem Ausbau einer breiten Angebotspalette der Pflegeinfrastruktur muss die Trennung zwischen ambulanten und stationären Pflegeleistungen aufgehoben werden.

Die Kosten der stationären Pflege in Einrichtungen, die aus dem Investitionsprogramm für Kommunen mitfinanziert wurden, sind ausschließlich aus Kosten, die für Pflege und medizinische Versorgung anfallen und nach SGB XI und SGB V finanziert werden und Kosten für Unterkunft und Verpflegung, die nach marktüblichen Preisen anfallen, zu berechnen. Investitionskosten und der Eigenanteil für Pflege müssen entfallen.

Der Unterschied zwischen ambulanten und stationären Leistungsansprüchen muss entfallen und es muss eine klare Unterscheidung zwischen Leistungen nach SGB XI und SGB V geben. Pflegeleistungen werden aus der Pflegevollversicherung finanziert und im SGB XI geregelt. Leistungen der medizinischen Versorgung werden im SGB V geregelt.

Entlastungsbetrag für alle +80jährigen

Der Anteil der Menschen in Deutschland, die ihren 80sten Geburtstag gefeiert haben, wird im Jahr 2030 bei 8,3 % der Bevölkerung liegen. Diese Zahl wird kontinuierlich steigen. Die Prognose für 2050 liegt bei 11 Mio. Menschen.

Wir müssen daher davon ausgehen, dass es trotz positiver Entwicklung im Bereich der Pflegefachkräfte, es auch in Zukunft einen personellen Engpass geben wird. Und da Pflegebedürftigkeit in der Regel nicht plötzlich einsetzt, braucht es ein Unterstützungsangebot vor dem Beginn von Pflegebedürftigkeit. Neben der Beratung und Unterstützung durch Kommunen, brauchen alle, die den 80sten Geburtstag gefeiert haben, den Entlastungsbetrag von derzeit 125 Euro/pro Monat für Unterstützung bei der Alltagsbewältigung. Hierfür werden die Einlagen aus dem Pflegevorsorgefonds aufgebraucht und ergänzend Steuermittel eingesetzt.

3. Pflege darf kein Geschäft sein, Pflege eignet sich nicht für Spekulationen. Pflege ist Sache der Allgemeinheit und muss vor Ort organisiert sein.

Stationäre Pflege ist ein lukratives Geschäftsmodell geworden. Daher muss der Aufbau der Pflegeinfrastruktur durch ein Investitionsprogramm für Kommunen unterstützt werden.

Die Vorrangregelung für private Anbieter und frei gemeinnützige Anbieter im SGB XI entfällt.

Kommunen müssen nach den Jahren des Aufbaus der Kinderbetreuung jetzt in den nächsten Jahren in Angebote für die ältere Generation investieren.

Die Vorrangregelung für freigemeinnützige und Private Anbieter im § 11, Abs. 2 SGB XI muss entfallen.

# 4. Angehörige brauchen Sicherheit, dass es ihren Eltern/Partner:innen gut geht.

Pflegende Angehörige wollen auch ein "eigenes Leben" und sich dieses nicht zu Lasten ihrer pflegebedürftigen Angehörigen sichern. Derzeit werden Pflegebedürftige immer noch zu einem überwiegenden Teil von Angehörigen gepflegt. Der Verhältnis Geld-Sachleistungen betrug 2019 in Bezug auf Empfänger\*innen 84:16.

Pflegebedürftigkeit darf nicht dazu führen, dass das Leben von pflegenden Angehörigen komplett umgekrempelt wird.

- Angehörige müssen besseren Anspruch auf begleitende Beratung und Unterstützung durch Mitarbeiter\*innen des Pflegestützpunktes haben.
- Die Freistellungsmöglichkeit für pflegende Angehörige wird ausgeweitet.
- Die Alterssicherung verbessert.
- Das Verhältnis von Pflegegeld zu Pflegesachleistung wird verringert.

## 5. Pflegefachkräfte wollen, dass für sie die Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich ist.

2019 arbeiteten 1.218.039 Beschäftigte im ambulanten und stationären Pflegebereich. Die Zunahme der Beschäftigtenzahl hält nicht Schritt mit der Zunahme der Pflegebedürftigen. Immer noch arbeitet der überwiegende Teil in der Altenpflege in Teilzeit.

Pflegefachkräfte brauchen eine generelle Arbeitszeitverkürzung auf 35
Wochenstunden bei vollem Lohnausgleich. Dadurch können Pflegekräfte
überwiegend von Teilzeit in Vollzeit wechseln und Schichtpläne so
ausgestaltet werden, dass mindestens zwei zusammenhängende freie Tage
ermöglicht werden.

- Der Schlüssel von Pflegefachkräfte und Betreuungskräften wird neu geregelt.
- Die Organisation von Pflegearbeit muss sich an erfolgreichen Modellen wie dem niederländischen Modell Buurtzorg orientieren: Pflegekräfte sind bei den Kommunen angestellt. Die Kommunen leisten jedoch lediglich Abrechnungsaufgaben der Kund:innen und Mitarbeiter:innen. Die Arbeit wird in autark organisierten Pflegeteams ohne Leitungsposition organisiert. Im Team werden auch individuell Verwaltung und Organisation übernommen, beispielsweise Absprachen und Art und Umfang von Arbeitszeiten, Urlaubsplanung, etc. Einen hohen Wert haben die Präventionsarbeit und die Förderung der Selbstpflege. Zentral ist dabei der Aufbau eines breiten lokalen Unterstützungsnetzwerkes der Pflegekräfte rund um ihre Klienten unter Einbeziehung von Sozialarbeiter, Ärzten, Nachbarschaftshilfe, etc.
- Berufe in haushaltsnahen Dienstleistungen werden nach dem österreichischen bzw. belgischen Modell geregelt.

# 6. Die Finanzierung der Pflegeversicherung muss solidarisch sein.

Die Unterscheidung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung ist nicht mehr zeitgemäß, denn sowohl private wie auch soziale Pflegeversicherung gewähren den identischen Leistungsanspruch, kennen die beitragsfreie Kindermitversicherung und orientieren sich am gleichen Beitragssatz. Die privat Versicherten haben allerdings ein geringeres Pflegerisiko. Die Altersrückstellungen der privaten Pflegeversicherung betrug zum Jahresende 2018 insgesamt 36,2 Mrd. Euro. Die Finanzierung von Pflege ist aber eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss solidarisch sein.

- Der Pflegevorsorgefonds wird abgeschafft, die Mittel fließen in den Entlastungsbeitrag.
- Es wird eine Pflegevollversicherung, in die alle mit gleichem Beitragssatz für alle einzahlen, aufgebaut. Die Beitragsbemessungsgrenze orientiert sich an der Beitragsbemessungsgrenze der heutigen Rentenversicherung.
- Es erfolgt eine Ausgleichszahlung der privaten Pflegeversicherung an die soziale Pflegeversicherung.

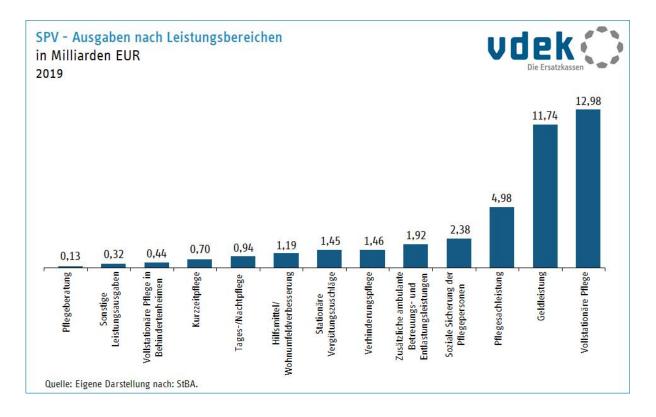
### ANLAGEN zu "Pflege gehört zum Leben – Pflege muss zum Leben passen."

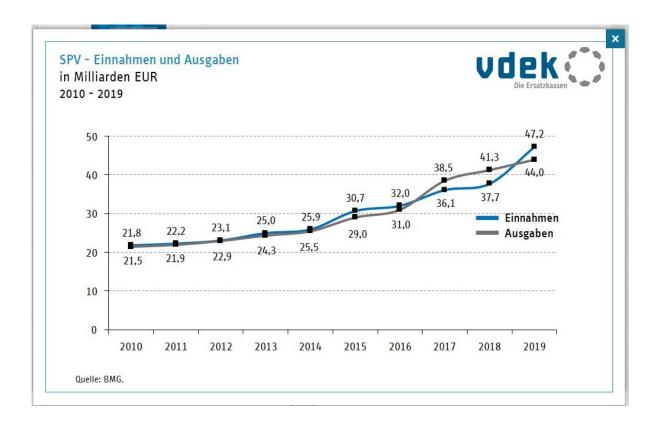
#### ANLAGE 1 – Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung

#### Bundesministerium für Gesundheit:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3 Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen und Fakten/Zahlen und Fakten der SPV Februar-2021 bf.pdf

2019 gab es Deutschland exakt 4 Mio. Empfänger\*innen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV), davon 3,14 Mio. in der ambulanten Pflege <a href="https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248173/umfrage/anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-nach-pflegestufe/">https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248173/umfrage/anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-nach-pflegestufe/</a>, Ausgaben der SPV in 2019 insgesamt 40,69 Mrd. €, nach dieser Statistik des VDEK ist eine eindeutige Aufschlüsselung der Kosten nach stationärer und ambulanter Pflege so nicht möglich, für stationäre Pflege sind es aber mindestens 12,98 + 1,45 + 0,44 = 14,47 Mrd. €.





#### Mitglied des Deutschen Bundestages

#### ANLAGE 2 - Kommunen

#### Art 74 GG / Daseinsvorsorge

Rechtliche Grundlage der Daseinsvorsorge ist in Deutschland die Garantie der kommunalen Selbstverwaltung nach Art. 28 Abs. 2 GG. Das GG vermeidet den Begriff Daseinsvorsorge, sondern umschreibt ihn als "alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft." Darunter versteht das BVerfG diejenigen "Bedürfnisse und Interessen, die in der örtlichen Gemeinschaft wurzeln oder auf sie einen spezifischen Bezug haben". Was letztlich zum Inhalt der Daseinsvorsorge wird, muss jede Kommune im Rahmen der Selbstverwaltung für sich entscheiden. Daseinsvorsorge ist also keineswegs bundeseinheitlich regelbar. In § 2 Abs. 2 Nr. 1 Raumordnungsgesetz wird bestimmt, dass in Deutschland ausgeglichene soziale, infrastrukturelle, wirtschaftliche, ökologische und kulturelle Verhältnisse anzustreben sind. Hierbei ist die "nachhaltige Daseinsvorsorge zu sichern".

Die Bundeskompetenzen im Bereich Gesundheit wären zu erweitern, um eine Beteiligung des Bundes an einem weiterreichenden Ansätzen zur medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Hierfür braucht der Bund unter Berufung auf die öffentliche Fürsorge eine erweiterte Zugriffsmöglichkeit auf das Gesundheitswesen. Bislang schränkt Art. 74 Abs.1 Nr.7 GG diese ein. Die im Bereich des Gesundheitswesens bestehende konkurrierende Gesetzeskompetenz gemäß Art. 74 Abs.1 Nr. 19 GG bezieht sich ausschließlich auf "Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, sowie das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte". Darüber hinaus gemäß Art.74 Abs.1 Nr. 19a GG in Bezug auf die "wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze".

Eine ausgeweitete Gesetzgebungskompetenz des Bundes für den Gesundheits- und Pflegebereich würde die Ausweitung der Finanzierungsmöglichkeiten des Bundes nach Art. 104b GG möglich machen.

Vielfältige Beispiele für ambulante Pflegestrukturen wie Demenzdorf, Pflegehotel,...

Im 2012 verabschiedeten Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) hat der Gesetzgeber ein Modellprogramm "Weiterentwicklung neuer Wohnformen für pflegebedürftige Menschen" mit dem Ziel, innovative Konzepte für neue Wohnformen zu fördern und wissenschaftlich begleitet zu evaluieren. Der beauftragte GKV-Spitzenverband hat mit einem wissenschaftlichen Beirat einen Reader mit 53 Projekten für das Mo-

dellprogramm zusammengestellt. Diese sollen Alternativen zur regulären vollstationären Versorgung bilden und damit ein weitgehend selbstbestimmtes Leben ermöglichen: <a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversiche-rung/forschung/projekte wohnen 45f/20181008 Reader Pflegemodellprojekte barrierefrei.pdf">https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversiche-rung/forschung/projekte wohnen 45f/20181008 Reader Pflegemodellprojekte barrierefrei.pdf</a>

Aktuelle Kosten für Pflegestützpunkte

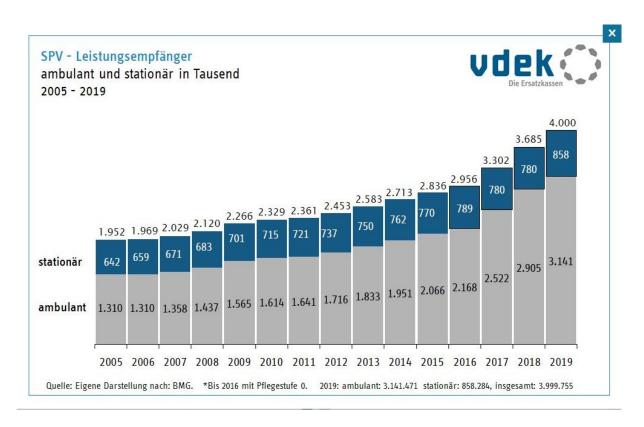
Kosten eines Pflegestützpunktes p.a. 250.000€, davon werden zwei Drittel von Kranken- und Pflegekassen bezahlt.

Kosten Ausbau der Pflegeinfrastruktur im Vergleich zu Kosten Ausbau Kinderbetreuung mit Vergleichsrechnung

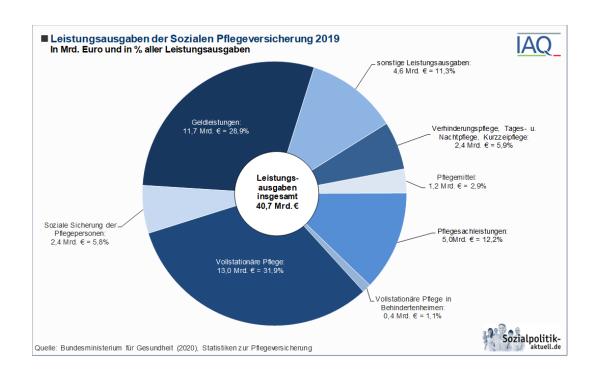
Im Rahmen des "Gesetz zum weiteren quantitativen und qualitativen Ausbau der Kindertagesbetreuung" stellt der Bund den Bundesländern 1,124 Mrd. € zum Ausbau der Kitaplätze zur Verfügung, jedem Bundesland anteilig entsprechend der Kinderzahl, insgesamt sollen so Kapazitäten für 90.000 zusätzliche Betreuungsplätze geschaffen werden, rund 12.500€ werden so pro Betreuungsplatz zur Verfügung gestellt <a href="https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/kinderbetreuung/kita-ausbau/kita-ausbau-gesetze-und-investitionsprogramme/86394">https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/kinderbetreuung/kita-ausbau-gesetze-und-investitionsprogramme/86394</a>

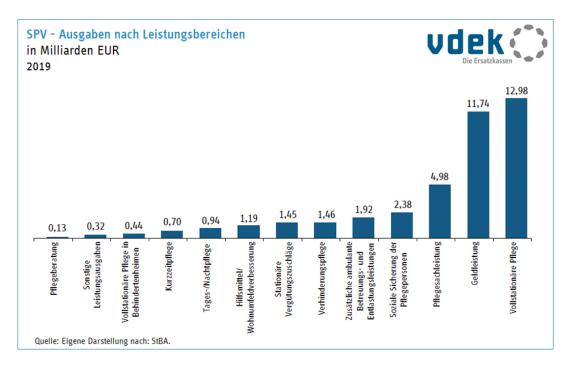
Insgesamt hat der Bund seit 2008 über 5 Mrd. Euro zur Verfügung gestellt.

#### ANLAGE 3 – ambulante und stationäre Pflegeleistungen



2019 gab es Deutschland exakt 4 Mio. Empfänger\*innen in der sozialen Pflegeversicherung (SPV), davon 3,14 Mio. in der ambulanten Pflege <a href="https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248173/umfrage/anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-nach-pflegestufe/">https://de.statista.com/statistik/daten/studie/248173/umfrage/anzahl-der-pflegebeduerftigen-in-deutschland-nach-pflegestufe/</a>, Ausgaben der SPV in 2019 insgesamt 40,69 Mrd. €, nach dieser Statistik des VDEK ist eine eindeutige Aufschlüsselung der Kosten nach stationärer und ambulanter Pflege so nicht möglich, für stationäre Pflege sind es aber mindestens 12,98 + 1,45 + 0,44 = 14,47 Mrd. €.





Laut Destatis gab es in Deutschland zum 31.12.19 9,56 Mio. Menschen über 75, an die auf 12 Monaten berechnet Entlastungsbeträge in Höhe von 14,34 Mrd. € ausgezahlt werden.



#### Mitglied des Deutschen Bundestages

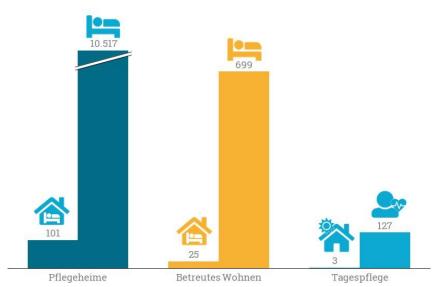
#### ANLAGE 4 - Profiteure in der Pflege

## Die Top 5 Immobilieninvestoren in der Pflege

Rang	Name	Erworbene Standorte	Erworbene Pflegeheime	Erworbene Pflegeplätze	Land
1	Deutsche Wohnen	37	37	5.368	DE
2	Cofinimmo sa/nv	22	22	2.166	BE
3	Aedifica Asset Management GmbH	22	13	1.034	BE
4	INP Invest GmbH	8	8	531	DE
5	Threestone Capital	5	5	439	FR

Quelle: Top-Liste Immobilieninvestoren Pflege, pflegemarkt.com, abgerufen am 14.02.2018

## Immobiliendeals Pflege 2018 \*Analysiert wurden reine Immobiliendeals, keine Übernahmen durch Betreiberübernahme



Quelle: Dealradar, pflegemarkt.com, abgerufen am 14.02.2018

endenz	Rang	Name	Auszeichnung	Anzahi PH	Anzahl PP	Marktanteil	Wachstum organisch	Wachstum Zukauf	Art	Eigentümer	Land Inhaber
*	-	Korian Gruppe	<b>⇔</b> →	247	26.598	3,02%	6,2%	0,3%	privat	Korian SA	=
<b></b>	2	Alloheim Senioren-Residenzen SE	<b>→</b> II	221	20.132	2,28%	2,0%	2,9%	privat	Nordic Capital	H
<b></b>	က	Victor's Group	1	120	14.928	1,69%	%0'0	0,5%	privat		I
<b>4</b>	4	Orpea Deutschland GmbH	•1 •]	134	11.868	1,35%	7,4%	7,9%	privat	Orpea SA	
<b></b>	2	Kursana Residenzen GmbH		96	9.043	1,03%	%6'0	%0'0	privat	Dussmann Gruppe	I
R	9	Azurit-Hansa-Gruppe		84	8.030	0,91%	1,2%	%0'0	privat		I
K	7	Johanniter Seniorenhäuser GmbH	•1	94	7.841	%68'0	%0'0	3,2%	gemeinnützig		I
R	∞	Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westliches Westfalen e.V.		58	6.591	0,75%	%0'0	%0'0	gemeinnützig		I
R	0	Evangelische Heimstiffung GmbH		98	6.140	%02'0	Ľ	ı	gemeinnützig		I
*	10	DOMICIL Senioren-Residenzen Hamburg SE	•1	49	6.135	%02'0	%9*0	%0'0	privat		I
R	7	compassio GmbH & Co. KG (Schönes Leben Gruppe)	•1	29	5.959	0,68%	%0'0	105,0%	privat	Waterland Private Equity Investments	II
R	12	DOREA GmbH		69	5.944	0,67%	%2'0	15,6%	privat	Maisons de Famille	
×	13	EMVIA Living GmbH	<b>→</b>	51	5.909	%29'0	3,5%	2,0%	privat	Chequers Capital	=
*	4	Vitanas GmbH & Co. KGaA		44	5.513	0,62%	1	347	privat	Oaktree Capital Management	
N	15	Cura AG		49	5.293	%09'0	%0'0	%0'0	privat		I
R	16	Convivo Holding GmbH	∌I	55	4.367	0,49%	4,3%	36,5%	privat		=
Ħ	17	K & S - Dr. Krantz Sozialbau und Betreuung SE & Co. KG		33	4.037	0,46%	3,0%	%0'0	privat		I
×	18	Burchard Führer GmbH		42	3.834	0,44%	%0'0	2,9%	privat		I
R	19	Charleston Holding GmbH	•1	48	3.796	0,43%	2,7%	%0'0	privat	KOS Group	=
Ħ	20	Ev. Johanneswerk e.V.		35	3.409	0,39%	1,9%	%0'0	gemeinnützig		ı
Nen	21	Argentum Holding (DPUW Deutsche Pflege und Wohnstift GmbH)		22	3.041	0,33%	,	1	privat	Trilantic Europe	
R	22	Saarländischer Schwesternverband e.V.		33	2.759	0,31%	11,3%	%0'0	gemeinnützig		I
*	23	HVVG Heimverwaltungs- und vermietungs GmbH		24	2.747	0,31%	%0'0	%0'0	privat		ı
R	24	Evangelische Perthes-Stiftung e.V.		30	2.696	0,31%	4,3%	%0'0	gemeinnützig		I
R	25	Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland e.V.		59	2.665	0,30%	4,0%	%0'0	gemeinnützig		I
×	26	Sozialservice-Gesellschaft des Bayerischen Roten Kreuzes GmbH		23	2.611	0,28%	ī	ï	gemeinnützig	Bayerisches Rotes Kreuz	
NEO	27	PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH		13	2.437	0,27%	1	1	privat	Deutsche Wohnen AG	I
R	28	DSG Deutsche Seniorenstiff Gesellschaft mbH & Co. KG		21	2.356	0,27%	3,9%	%0'0	privat		I
Nen	59	CURATA Care Holding GmbH		27	2.251	0,26%	ī	r	privat	Capital Bay	ı
Nen	30	Die v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel		29	2.172	0,25%			gemeinnützig	Landeskirchenamt Ev. Kirche von Westfalen	I

\_\_\_ Top 40 unter 40

💡 Top 25 Frauen in der Pflege

Top Betreiber betreutes Wohnen

Quelle: www.pflegemarkt.com Stichtag: 15.01.2020

PP = Pflegeplätze

PH = Pflegeheim

Top baufreudigste Betreiber

#### ANLAGE 5 – Anteil des Pflegegeldes in der Pflegeversicherung

#### Pflegegeld aktuell:

Das Pflegegeld ist eine finanzielle Leistung der Pflegeversicherung. Diese wird gezahlt, wenn die Pflege selbst sichergestellt wird – zum Beispiel, wenn sie durch Angehörige er-folgt. Das Pflegegeld wird nicht direkt an die Pflegeperson gezahlt, sondern an die Pflege-bedürftige oder den Pflegebedürftigen. Sie oder er kann das Geld als finanzielle Anerkennung an pflegende Angehörige weitergeben. Die Höhe des Pflegegeldes ist vom Pflegegrad einer Person abhängig.

### Pflegegeld

Pflegebedürftigkeit in Graden	max. Leistungen (pro Monat in Euro)
Pflegegrad 1	-
Pflegegrad 2	316
Pflegegrad 3	545
Pflegegrad 4	728
Pflegegrad 5	901

Das Pflegegeld wird den Betroffenen von der Pflegekasse überwiesen. Sie können über die Verwendung des Pflegegeldes grundsätzlich frei verfügen und geben das Pflegegeld regelmäßig an die sie versorgenden und betreuenden Personen als Anerkennung weiter. Um eine optimale, auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmte Pflege zu gewährleisten, ist es möglich, den Bezug von Pflegegeld mit der Inanspruchnahme von ambulante Pflegesachleistung (Hilfe von Pflegediensten) zu kombinieren. Wie Sie die Leistungen kombinieren können erfahren Sie zum Beispiel mit dem Pflegeleistungs-Helfer.

#### Bisherige Regelung Freistellung für Pflegende Angehörige

#### Pflegezeit

Anspruch auf Pflegezeit wird Beschäftigten gewährt, die eine nahe Angehörige oder einen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen. Ein Anspruch auf Freistellung besteht für die häusliche oder auch außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen und für die Begleitung von nahen Angehörigen in der letzten Lebensphase. Der Anspruch gilt für alle Pflegegrade. Es handelt sich um eine sozialversicherte, vom Arbeitgeber nicht bezahlte voll-ständige oder teilweise Freistellung von der Arbeitsleistung für die Dauer von bis zu sechs Mona-ten. Der Anspruch besteht nur gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 Beschäftigten. Als nahe Angehörige gelten insbesondere: Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegeunterstützungsgeld Was bedeutet "kurzzeitige Arbeitsverhinderung"?

Wird die beziehungsweise der nahe Angehörige einer oder eines Beschäftigten akut pflegebedürftig, besteht das Recht, bis zu zehn Arbeitstage der Arbeit fernzubleiben, wenn dies erforderlich ist, um für die betroffene Person eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder eine pflegerische Versorgung in dieser Zeit sicherzustellen. Angehörigen wird hiermit geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Beschäftigte sind verpflichtet, dem Arbeitgeber ihre Verhinderung an der Arbeitsleistung und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Auf Verlangen der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers muss eine ärztliche Bescheinigung über die voraussichtliche Pflegebedürftigkeit der oder des Angehörigen sowie die Erforderlichkeit der Arbeitsbefreiung vorgelegt werden. Eine kurzzeitige Arbeitsverhinderung können alle Beschäftigten in Anspruch nehmen - unabhängig von der Anzahl der bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber Beschäftigten. Der Schutz in der Kranken¬-, Pflege¬-, Renten¬- und Arbeitslosenversicherung bleibt bestehen.

#### Was ist das Pflegeunterstützungsgeld?

Als Ausgleich für entgangenes Arbeitsentgelt können Beschäftigte ein auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenztes sogenanntes Pflegeunterstützungsgeld in Anspruch nehmen. Dies gilt für die Pflege von pflegebedürftigen Personen aller Pflegegrade. Dabei handelt es sich um eine Entgeltersatzleistung. Als Brutto¬-Pflegeunterstützungsgeld werden 90 Prozent (bei Bezug beitragspflichtiger Einmalzahlungen in

den letzten zwölf Monaten vor der Freistellung 100 Prozent) des ausgefallenen Nettoarbeitsentgelts gezahlt. Angehörigen wird hiermit geholfen, kurzfristig eine Pflege zu organisieren, zum Beispiel nach einem Schlaganfall. Wenn mehrere Beschäftigte ihren Anspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung zugunsten derselben bzw. desselben pflegebedürftigen nahen Angehörigen geltend machen, ist ihr Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld zusammen auf insgesamt bis zu zehn Arbeitstage begrenzt. Das Pflegeunterstützungsgeld ist unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - bei der Pflegekasse beziehungsweise dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen der oder des pflegebedürftigen nahen Angehörigen zu beantragen. Wenn ein entsprechender Antrag gestellt wird, ist die ärztliche Bescheinigung über die (voraussichtliche) Pflegebedürftigkeit der beziehungsweise des Angehörigen (außer gegebenenfalls bei der Arbeitgeberin oder beim Arbeitgeber) auch bei der Pflegekasse oder beim privaten Pflegeversicherungsunternehmen einzureichen. Der Arbeitgeber ist zur Fortzahlung der Vergütung nur verpflichtet, soweit sich eine solche Verpflichtung aus anderen gesetzlichen Vorschriften oder aufgrund einer Vereinbarung ergibt.

Quelle BMG: <a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf.html">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/vereinbarkeit-von-pflege-und-beruf.html</a>

#### Familienpflegezeit

Beschäftigte haben einen Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit, das heißt, sie können sich für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden im Durchschnitt eines Jahres teilweise für die Pflege in häuslicher Umgebung einer beziehungsweise eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen (Pflegegrade 1 bis 5) freistellen lassen. Ein Anspruch auf teilweise Freistellung besteht auch für die außerhäusliche Betreuung von minderjährigen pflegebedürftigen nahen Angehörigen.

Der Rechtsanspruch findet nur Anwendung gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 25 Beschäftigten ausschließlich der zu ihrer Berufsbildung Beschäftigten. Die Ankündigungsfrist für die Freistellung beträgt acht Wochen. Gleichzeitig ist zu erklären, für welchen Zeitraum und in welchem Umfang innerhalb der Gesamtdauer die Freistellung von der Arbeitsleistung in Anspruch genommen wer-den soll. Dabei ist auch die gewünschte Verteilung der Arbeitszeit anzugeben. Arbeitgeber und Beschäftigte haben über die Verringerung und Verteilung der Arbeitszeit eine schriftliche Vereinbarung zu treffen. Hierbei hat der Arbeitgeber den Wünschen der Beschäftigten zu entsprechen, es sei denn, dass dringende betriebliche Gründe dem entgegenstehen.

#### **Hilde Mattheis**

Mitglied des Deutschen Bundestages

#### ANLAGE 6 - Zahlen Pflegekräfte in Vollzeit und in Teilzeit (Anteile)

Pharma & Gesundheit > Pflege & Betreuung

#### Anteil Teilzeitbeschäftigter in der Pflege in Deutschland nach Pflegeart im Jahr 2019

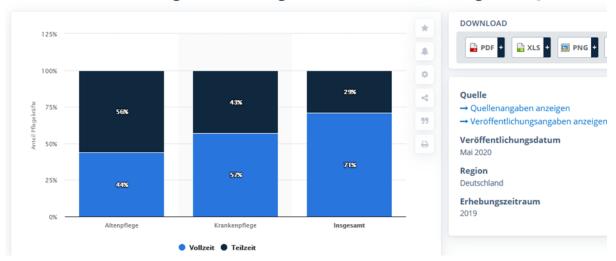


Tabelle 2.13: Personal der ambulanten Pflegedienste nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2017

				Tellzeit			
Land	insgesamt Anzahl	Vollzeit	über 50 Pro- zent	bis 50 Pro- zent, nicht geringfügig	gering- fügig	Sonstige*	Vollzeit- äquiva- lente Anzahl
			Ant	eil davon in Proz	ent		
Baden-Württemberg	34.687	19,2	29,8	24,7	22,9	3,3	20.891
Bayern	52,458	25,2	31,4	17,9	23,8	1.7	33.379
Berlin	22.308	37,5	40,3	8,3	12,2	1,7	16.813
Brandenburg	17.574	34,8	50,8	5,1	7,5	1,9	13.702
Bremen	4.678	18,0	43,4	11,5	24,5	2,7	2.960
Hamburg	11.217	29,5	32,4	12,0	23,1	3,0	7.462
Hessen	28.678	31,4	30,0	16,2	20,1	2,3	19.326
Mecklenburg-Varpammern	11.199	35,6	51,2	5,5	5,9	1,8	8.840
Niedersachsen	40.713	20,9	40,3	16,7	19,2	2,9	26.452
Nordrhein-Westfalen	83,864	28,7	30,6	14,8	20,0	5,9	55.617
Rheinland-Pfalz	15,342	29,4	28,1	18,3	19,3	5,0	10.134
Saarland	3.862	27,3	26,5	18,5	21,1	6,6	2.477
Sachsen	26.774	30,7	53,1	6,1	6,5	3,6	20.548
Sachsen-Anhalt	12.195	37,4	50,0	5,9	4,8	1,9	9.722
Schleswig-Holstein	12.831	22,6	38,6	17,6	19,1	2,1	8.381
Thüringen	11.942	36,5	47,3	6,4	6,3	3,5	9.336
Deutschland	390.322	28,1	36,6	14,4	17,6	3,4	266.041
Deutstmanu	590.322	26,1	36,6	14,4	17/6	3,4	200.041

<sup>\*</sup> Unter Sonstige fallen Praktikanten, Schüler, Auszubildende, Helfer im freiwilligen sozialen Jahr, Helfer im Bundesfreiwilligendienst, vormals auch Zivildienstleistende. Quelle: Statistisches Bundesamt (2020h), eigene Berechnungen

Tabelle 2.19: Personal in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsverhältnis in den Bundesländern im Jahr 2017

				Teilzeit			Vollzeit- äquivalente  Anzahl 68.916 79.230 17.864 15.267 4.811 10.770 37.152 11.881 64.250 121.483 24.688 8.103 31.319 17.698 23.386 15.654
Land	insgesamt Anzahl	Vollzeit	über 50 Prozent	bis 50 Prozent, nicht geringfügig	gering- fügig	Sonstige	
			An	teil davon in Prozent	:		Anzahl
Baden-Württemberg	99.536	27,0	34,6	18,4	10,1	9,9	68.916
Bayern	106.757	33,8	38,9	13,9	7,4	6,1	79.230
Berlin	22.511	40,7	42,0	6,1	5,3	6,0	17.864
Brandenburg	19.814	27,5	57,5	5,4	4,0	5,6	15.267
Bremen	6.754	23,3	49,2	10,4	9,8	7,2	4.811
Hamburg	14.176	39,0	36,0	7,4	9,7	7,9	10.770
Hessen	51.442	32,7	35,0	15,0	9,5	7,8	37.152
Mecklenburg-Vorpommern	15.563	23,4	61,9	6,2	3,3	5,2	11.881
Niedersachsen	90.531	27,7	41,2	14,4	10,5	6,2	64.250
Nordrhein-Westfalen	175.888	25,0	37,5	18,8	9,3	9,4	121.483
Rheinland-Pfalz	34.929	30,3	32,9	18,5	8,8	9,5	24.688
Saarland	10.689	42,5	24,5	14,1	6,7	12,2	8.103
Sachsen	41.311	21,6	63,1	6,1	3,0	6,2	31.319
Sachsen-Anhalt	22.630	28,8	58,4	5,6	2,6	4,6	17.698
Schleswig-Holstein	31.597	34,9	37,5	12,5	9,4	5,6	23.386
Thüringen	20.520	25,3	58,5	6,3	3,7	6,2	15.654
Deutschland	764.648	28,9	41,0	14,3	8,2	7,7	552.470

Anmerkung: vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege Quelle: Statistisches Bundesamt (2020h), eigene Berechnungen

#### Quelle Barmer Pflegereport 2020

#### Modell zwei zusammenhängende Tage Schichtdienst

Habe leider bisher keine Studie oder Befragung zum präferierten Schichtmodell von Pflegekräften gefunden. Es gibt eine Petition gegen das 12/2 Modell, die Westerfellhaus 2020 übergeben wurde. Das 7/7 Modell wurde in Berlin erprobt und wurde recht positiv bewertet.

#### Österreichisches und belgisches Modell staatlicher Zuschüsse

Österreich: 24h-Personenbetreuung zu Hause kostet rund 1.500 pro Pflegebedürftigem, staatlich Förderung deckt bis zu 30% der Kosten ab, der Rest muss selbst aufgebracht werden (also rund 1.000€ pro Monat), 2015 nutzten 21.900 Personen die staatliche Förderung, wie viele darauf komplett verzichteten und die Pflege gänzlich alleine zahlen, ist unklar => Fördersumme liegt insgesamt bei rund 100 Mio. € p.a., es gibt rund 60.000 Personenbetreuer <a href="https://www.bertelsmann-stiftung.de/filead-min/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/EZ\_SIM\_Policy\_Brief\_Pflege\_2018\_DT.pdf">https://www.bertelsmann-stiftung.de/filead-min/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/EZ\_SIM\_Policy\_Brief\_Pflege\_2018\_DT.pdf</a> (S. 14)

Belgien: In Belgien können sich Angehörige für die häusliche Pflege von Angehörigen von der Arbeit freistellen lassen, um Personen zu Hause zu pflegen (sie erhalten

dafür bis zu 803€ in Vollzeit oder bei Teilzeitpflege entsprechende Teilsummen) <a href="https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/c731415fbd.pdf">https://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/c731415fbd.pdf</a> (S. 7), zur finanziellen Förderung von Pflegediensten habe ich keine Zahlen gefunden

#### Mitglied des Deutschen Bundestages

#### ANLAGE 7 – Finanzierung

Die Rücklagen des Pflegevorsorgefonds betrugen zum Jahresende 2019 rund 7,2 Mrd. Euro

Soziale Pflegeversicherung: Der Mittelbestand der Pflegeversicherung betrug zum Jahres-ende 2019 rund 6,7 Mrd. Euro. Dieser Mittelbestand entspricht laut Haushaltsplänen der Pflegekassen rund 1,8 Monatsausgaben.

Quelle: Schriftliche Anfrage DIE GRÜNEN an die BR vom 25.06.2020 DS 19/20371

#### Beitragsbemessungsgrenze

Als Beitragsbemessungsgrenze bezeichnet man die Einkommensgrenze, bis zu der das Ein-kommen zur Berechnung der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen wird. Für die soziale Pflegeversicherung gilt die gleiche Beitragsbemessungsgrenze wie für die gesetzliche Krankenversicherung. Im Jahr 2020 liegt diese Einkommensgrenze, bis zu der Einnahmen für die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge herangezogen werden, bei 56.250 Euro im Jahr (4.687,50 Euro monatlich).

#### Rechengrößen der Sozialversicherung [in Euro]

	Jahr	Monat
Renten- und Arbeitslosenversicherung West	82.800	6.900
Renten- und Arbeitlosenversicherung Ost	77.400	6.450
Kranken- und Pflegeversicherung	56.250	4.687,50
Bezugsgröße Rentenversicherung West	38.220	3.185
Bezugsgröße Rentenversicherung Ost	36.120	3.010
Bezugsgöße Kranken- und Pflegeversicherung	38.220	3.185
Geringfügigkeitsgrenze*		450
Grenze für Familienversicherung ohne geringfügige Beschäftigung		455
Grenze für Familienversicherung mi geringfügiger Beschäftigung		450
* Bis zu diesem Einkommen trägt der Arbeitgeber die Beiträge zur Sozialversicherung allein.		

## Beitragshöhen der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV) [in Euro]

	Monat	Bemessungsgrundlage
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Mitglieder	32,38	90. Teil der monatl. Bezugsgröße
SPV-Mindestbeitrag für freiwillige Selbstständige	32,38	90. Teil der monatl. Bezugsgröße
Höchtbeitrag Pflegeversicherung	142,96	
SPV, Beitrag bei Weiterversicherung im Ausland	16,19	180. Teil der monatl. Bezugsgröße
SPV, Beitrag für Studierende	22,69	
PPV, Beiträg für Studierende (bis 34 Jahre)	16,46	
PPV, Höchstbetrag für Beamte	57,18	
PPV-Beitrag für Ehegatten	214,44	

#### Beitragssätze:

Rentenversicherung: 18,6 Prozent Arbeitslosenversicherung: 2,4 Prozent Pflegeversicherung: 3,05 Prozent

 $\label{lem:quelle:decomp} \begin{tabular}{ll} Quelle: $\underline{$https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratge-ber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html} \end{tabular}$ 

#### Finanzvolumen private Pflegeversicherung (Zahlen Juli 2020)

Versicherte mit privater Pflege	versicherung		9,26 Mio.
Beitragseinnahmen PPV in Mrd. I	Euro		
Pflegeversicherung	3,20	2,56	+ 25,4
Versicherungsleistungen in Mrd.	Euro		
Pflegeversicherung	1,53	1,44	+ 6,3

#### Zukunftsvorsorge in der PKV: Alterungsrückstellungen

Die Private Krankenversicherung bildet Alterungsrückstellungen und trifft damit Vorsorge für die mit dem Alter steigende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ihrer Versicherten.

	2019 in Mrd. Euro	2018 in Mrd. Euro	Veränderung in Prozent
Krankenversicherung	234,25	223,90	+ 4,6
Pflegeversicherung	37,64	36,16	+ 4,1
insgesamt	271,89	260,06*	+ 4,6

<sup>\*</sup> aufgrund Rundung ungleich Summe der Teile

Stand: Iuni 2020

Quelle: https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/

Die Beitragseinnahmen der sozialen Pflegeversicherung haben sich in den Jahren 2016 bis 2019 durch die gute Konjunktur und die Beitragssatzerhöhungen zum 1. Januar 2017 und zum 1. Januar 2019 von 32,0 Milliarden Euro auf 47,0 Milliarden Euro erhöht. Die Leistungsausgaben sind gleichzeitig von 28,3 Milliarden Euro auf 40,7 Milliarden Euro 47,0 Mrd. € gestiegen. Mit dem Überschuss von 3,3 Milliarden Euro im Jahr 2019 sind die Defizite in Höhe von 6,0 Milliarden Euro aus den beiden Vorjahren aber noch nicht ausgeglichen.

Die private Pflegeversicherung nimmt weiterhin weitaus mehr Geld durch die Prämienzahlungen ein, als sie für Leistungen ausgibt. Im Jahr 2018 wurden nur 56 Prozent der Beitragseinnahmen für Leistungen aufgewendet. Der Kapitalstock beläuft

sich inzwischen auf 36,2 Milliarden Euro. Der Mittelbestand in der sozialen Pflegeversicherung beläuft sich hingegen zum Jahresende 2019 auf 7,1 Milliarden Euro. Der Anteil der Empfänger von "Hilfe zur Pflege" innerhalb von Einrichtungen bleibt im gesamten 21. Jahrhundert bei leichten Schwankungen relativ konstant bei rund 30 Prozent. Der Anteil außerhalb von Einrichtungen lag im 21. Jahrhundert zunächst bei rund 13 Prozent. In den Jahren 2017 und 2018 hat sich der Anteil aber auf knapp sieben Prozent reduziert. Hauptfinanzier der Leistungsausgaben für Pflegebedürftige ist weiterhin die soziale Pflegeversicherung mit 87,0 Prozent der Anteile an den öffentlichen Ausgaben und 69,9 Prozent der Gesamtausgaben.

Quelle: Barmer Pflegereport 2020 S.15,

Finanzierung einer Pflegevollversicherung

Heinz Rothgang und Dominik Domhoff: Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Hans-Böckler-Stiftung: September 2019.

Quelle: <a href="https://www.boeckler.de/pdf/p">https://www.boeckler.de/pdf/p</a> fofoe WP 150 2019.pdf

## Zusammenfassung

Die Pflegeversicherung wurde 1994 als Teilleistungssystem etabliert. Zielvorstellung für die stationäre Langzeitpflege war es dabei, dass die pflegebedingten Kosten im Normalfall durch die Leistungen der Pflegeversicherung gedeckt werden sollten, die Pflegebedürftigen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung übernehmen sollten und insofern – anders als etwa bei einem Krankenhausaufenthalt - an den Kosten des Aufenthalts beteiligt sind. Von dieser Zielvorstellung hat sich die Realität inzwischen weit entfernt. Pflegebedürftige in der stationären Langzeitpflege müssen neben monatlichen Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sowie für nicht geförderte Investitionskosten von zusammen derzeit bundesdurchschnittlich 1.212 Euro auch Eigenanteile für die Pflegekosten in Höhe von bundesdurchschnittlich 662 Euro aufbringen (Stand: 1. Quartal 2019). Die insgesamt aus eigenen Mitteln zu tragenden Kosten für stationäre Pflege belaufen sich damit aktuell bundesdurchschnittlich auf 1.874 Euro im Monat mit großer regionaler Varianz und weiter steigender Tendenz. Diese Eigenanteile übersteigen bereits heute die Einkommen vieler Pflegebedürftiger.

Für die Zukunft ist mit weiteren, erheblichen Steigerungen der Pflegesätze zu rechnen. So haben die Partner der "Konzertierten Aktion Pflege" im Sommer 2019 vereinbart, eine stärkere Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen zu fördern und die Ergebnisse des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI umzusetzen, was zusätzlich zu steigenden Personalschlüsseln und damit dann auch zu steigenden Personalkosten in Einrichtungen führen dürfte. Diese Maßnahmen sind zur Bekämpfung des Pflegenotstands unerlässlich. Bleiben die Finanzierungsregeln unverändert, werden die daraus resultierenden Mehrausgaben allerdings ausschließlich von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen sein. Die steigenden Eigenanteile werden die Pflegebedürftigen in höherer Zahl und in zunehmendem Maße finanziell überfordern und so den Anteil der Sozialhilfeempfänger erhöhen. Die Pflegeversicherung verfehlt dann das zentrale Ziel, das Grund für ihre Einführung war – die Verhinderung von pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit.

Soll dies verhindert werden, müssen die Eigenanteile der Pflegebedürftigen zumindest in absoluter Höhe begrenzt werden. Lediglich über fortlaufende Anpassungen der Leistungspauschalen der Pflegeversicherung ist eine zielkonforme Ausgestaltung dabei nicht möglich. Wenn Pflegeeinrichtungen auf Tarifbindung umstellen, kommt es nämlich zu sprunghaften Steigerungen der Pflegesätze um mehrere Hundert Euro im Monat, die in regelmäßigen Leistungsanpassungen nicht abgebildet werden können. Notwendig ist vielmehr eine Systemreform. Diese kann in Form eines Sockel-Spitze-Tauschs vollzogen werden, bei dem - in genau umgekehrter Logik zum derzeit geltenden Finanzierungsprinzip der Pflegeversicherung - der Eigenanteil der Pflegebedürftigen auf einen festen Sockel begrenzt wird und die Pflegeversicherung alle darüberhinausgehenden Pflegekosten in der Spitze übernimmt. Bereits damit kann das Anwachsen der Eigenanteile nachhaltig verhindert werden. Sollen die Eigenanteile an den Pflegekosten – wie bei Einführung der Pflegeversicherung geplant - im Durchschnitt auf null zurückgefahren werden, resultiert hieraus eine "Vollversicherung", bei der lediglich die Pflegekosten voll durch die Versicherung übernommen werden, die Eigenanteile für Unterkunft und Verpflegung sowie die nicht geförderten Investitionskosten aber nach wie vor vom Pflegebedürftigen getragen werden. Eine solche Vollversicherung führt ceteris paribus zu steigenden Beitragssätzen. Ein entsprechender Anstieg wird jedoch verhindert, wenn die Vollversicherung gleichzeitig als Bürgerversicherung ausgestaltet wird, in welcher der gesetzliche und der private Zweig der Pflegeversicherung zusammengeführt werden.

Dies erscheint auch aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten: Bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 wurde mit dem Pflege-Versicherungsgesetz in Deutschland eine "Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen" (BVerfG 2001: zweiter Leitsatz). In seinem Urteil zur Verfassungskonformität einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung vom 3. April 2001 hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt, dass der Gesetzgeber dabei "die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen" durfte (BVerfG 2001: Rn. 92). Diese "ausgewogene Lastenverteilung" wird tatsächlich aber nicht realisiert. Das Versicherungskollektiv der Privaten Pflegepflichtversicherung weist eine günstigere Alters- und Geschlechterstruktur auf, bei gleichzeitig niedrigeren Pflegeprävalenzen. Bei gegebenem gleichen Leistungsrecht und gleichen Begutachtungskriterien betragen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Privatversicherten (bereits bei Hinzurechnung der Beihilfeleistungen) nur 40 % der Leistungsausgaben der Sozialversicherten. Da die Sozialversicherten zudem durchschnittlich nur ein halb so hohes Einkommen haben wie die Privatversicherten, liegt der Beitragssatz zur Sozialen Pflegeversicherung beim Vierfachen des Beitragssatzes, der notwendig wäre, um die Privatversicherten in einer eigenen Sozialversicherung nach gleichen Regeln abzusichern. Von einer "ausgewogenen Lastenverteilung" kann somit nicht die Rede sein. Soll der normativen Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts Rechnung getragen werden,

muss daher ein Finanzausgleich zwischen Privat- und Pflegeversicherung etabliert werden oder müssen diese bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung integriert werden. Diese würde so zu einer Bürgerversicherung weiterentwickelt. Das ist im Bereich der Pflegeversicherung wesentlich leichter umsetzbar als in der Krankenversicherung, da sich die Soziale Pflegeversicherung und die Private Pflegepflichtversicherung in Bezug auf Pflegebedürftigkeitsbegriff, Leistungsrecht und Vergütung der Leistungsanbieter nicht unterscheiden. Die resultierende Bürgerversicherung reduziert dann den zum Ausgabenausgleich notwendigen Beitragssatz und kann so dem ansonsten unvermeidlichen Beitragssatzanstieg einer Vollversicherung entgegenwirken.

Hauptgegenstand dieser Studie ist daher eine *Pflegebürgervollversicherung*, die sich als Kombination einer Vollversicherung (auf der Leistungsseite) und einer Bürgerversicherung (auf der Finanzierungsseite) ergibt. Für die Bürgerversicherung wird dabei nicht nur die Integration der gesamten Bevölkerung in eine Sozialversicherung, sondern zudem die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Grenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West) sowie die Ausdehnung der Beitragspflicht auf alle Einkunftsarten des Steuergesetzbuches unterstellt. Damit kann auch der bislang vorherrschenden strukturellen Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung entgegengetreten werden, die darin besteht, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt.

Für eine derartige Pflegebürgervollversicherung wird berechnet, welcher Beitragssatz zum Umstellungszeitpunkt zum Budgetausgleich notwendig ist und wie sich dieser Beitragssatz vom Status quo sowie von einer reinen Bürgerversicherung (ohne Vollversicherung) und einer reinen Vollversicherung (ohne Bürgerversicherung) unterscheidet. Hierzu wird ein zellenbasiertes Makrosimulationsmodell verwendet, das die Ausgaben der verschiedenen Versicherungsmodelle durch Kombination der aktuellen alters- und geschlechtsspezifischen Pflegeprävalenzen und den aktuellen Inanspruchnahmequoten für die verschiedenen Versicherungsleistungen sowie deren Leistungshöhen erfasst. Für die Einnahmen werden die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen für verschiedene Versichertengruppen verwendet, wie sie sich aus dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) entnehmen lassen. Die Effekte einer Pflegebürgervollversicherung werden nicht nur zum hypothetischen Umstellungszeitpunkt im Jahr 2017 ermittelt, sondern auch bis zum Jahr 2060 vorausberechnet. Hierbei wird eine Dynamisierung der Versicherungsleistungen gemäß der Bruttolohn- und -gehaltsentwicklung und nicht - wie die derzeitige gesetzliche Regelung dies vorsieht - gemäß der Inflationsrate vorgesehen. Da angesichts des Pflegekräftemangels von (Brutto)Reallohnsteigerungen ausgegangen werden muss, ist diese Annahme notwendig, soll eine kontinuierlich sinkende reale Kaufkraft der Versicherungsleistungen vermieden werden. Im Ergebnis liegen dann alle Beitragssätze deutlich höher als bei einer inflationsindexierten Leistungsdynamisierung. Darüber hinaus wird die *personelle Einkommensverteilung* betrachtet, und es wird berechnet, welche Einkommensgruppen bei Einführung einer Pflegebürgervollversicherung höhere oder niedrigere Beitragsbelastungen erfahren. Dabei wird zwischen den bislang Sozial- und Privatversicherten unterschieden, und es werden die Auswirkungen auf die Arbeitgeber der Versicherten untersucht. Verwendet wird hierbei ein Mikrosimulationsmodell unter Nutzung von SOEPbasierten Individualdaten zur sozioökonomischen Situation von Privatpersonen.

Bezüglich der Beitragssatzentwicklung zeigt sich, dass der im Referenzjahr zum Budgetausgleich notwendige Beitragssatz in der Pflegebürgervollversicherung nur unmerklich, nämlich um 0,02 Beitragssatzpunkte über dem im Status quo liegt. Auch bei der Vorausberechnung liegt der Beitragssatz in der Pflegebürgervollversicherung durchgängig nur sehr wenig über dem im Status quo der Sozialen Pflegeversicherung, im Jahr 2060 um 0,25 Beitragssatzpunkte. In einer Vollversicherung ohne Bürgerversicherung läge der Beitragssatz dann dagegen um 1,1 Beitragssatzpunkt über dem im Status quo. Bemerkenswert ist auch. dass der Beitragssatz für eine Bürgerversicherung (ohne Vollversicherung) nicht nur niedriger ist als im Status quo, sondern der Betrag dieser Differenz im Zeitverlauf sogar noch steigt, obwohl die Zahl der Pflegebedürftigen unter den derzeit PPV-Versicherten schneller steigt als die unter den SPV-Versicherten, weil sich der Vorteil einer günstigeren Altersstruktur der PPV-Versicherten im Zeitverlauf in sein Gegenteil verkehrt. Die unterschiedliche Einkommensstruktur der beiden Versicherungskollektive sorgt dafür, dass die stärkere demographische Alterung des PPV-Versichertenkollektivs überkompensiert wird.

Übersicht: Zum Budgetausgleich notwendiger Beitragssatz

	Beitragssatz (Prozentpunkte)	Differenz zur (in Prozen	
Modell	2017	2017	2060
Status quo (SPV)	2,72	±0,00	±0,00
Pflegebürger- vollversicherung	2,74	+0,02	+0,25
Vollversicherung (nur in der SPV)	3,33	+0,61	+1,08
Pflegebürgerversicherung	2,24	-0,49	-0,684

Bei der Ermittlung von Verteilungseffekten ist zu berücksichtigen, dass sich in den Reformmodellen nicht nur die Beitragssätze ändern, sondern dass bei Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Ausdehnung der Beitragspflicht auch für andere Einnahmenarten zudem modellspezifisch je eigene Bemessungsgrundlagen entstehen.

Im hypothetischen Einführungsjahr 2017 führt die Pflegebürgervollversicherung auch für die bislang Sozialversicherten zu höheren Beiträgen. Diese Mehrbelastungen liegen aber nur bei monatlich gut 5 Euro pro Mitglied. Hierbei steigt die Belastung mit dem Einkommen. Für die Mitglieder in den unteren zwei Dritteln der Einkommensverteilung liegt die Mehrbelastung sogar unterhalb des genannten Durchschnittswertes. Nur für die einkommensstärksten 10 Prozent entstehen monatliche Mehrbelastungen von 10 Euro und mehr. Da Arbeitgeberbeiträge weder für Selbständige noch für Rentner gezahlt werden und auch die zusätzlich beitragspflichtig gemachten Einnahmenarten keinen Arbeitgeberbeitrag aufweisen, sind die Mehrbelastungen der Arbeitgeber noch geringer und belaufen sich pro beitragszahlendes Mitglied auf gut 2 Euro.

Anders stellt sich dies für bislang *Privatversicherte* dar. Diese sind aufgrund der Risikoselektion im bisherigen dualen System im hohen Maße bevorteilt und werden jetzt den SPV-Versicherten gleichgestellt. Für eine Pflegebürgervollversicherung resultieren hieraus monatliche Beitragssteigerungen von durchschnittlich 44 Euro für Versicherte und 22 Euro für deren Arbeitgeber. Auch hier steigen die Belastungen mit dem Einkommen. Liegen die monatlichen Mehrbelastungen für Mitglieder im untersten Einkommensdezil bei 15 Euro, steigen sie bis ins oberste Einkommensdezil auf 75 Euro an.

Ausgangspunkt dieser Studie ist der gegenwärtig bereits offensichtliche und sich zukünftig verschärfende Reformbedarf der Pflegeversicherung. Von den analysierten Reformvarianten erweist sich die Pflegebürgervollversicherung als überlegene Variante: Auf der Leistungsseite wird mit der Vollversicherung erreicht, dass – im Zeitverlauf sicher steigende Pflegekosten von der Versicherung und nicht von den Pflegebedürftigen getragen werden, und somit auch als geeignet, die ursprüngliche Zielvorstellung der Pflegeteilleistungsversicherung umzusetzen. Auf der Finanzierungsseite können die damit einhergehenden Beitragssteigerungen für die Sozialversicherten begrenzt werden, wenn die Vollversicherung zugleich als Bürgerversicherung ausgestaltet wird. Die daraus resultierende Beitragsmehrbelastung für SPV-Versicherte und ihre Arbeitgeber ist äußerst moderat - insbesondere in Relation dazu, dass damit die Pflegekosten nun vollständig abgedeckt sind und die Sozialversicherung so Lebensstandardsicherung leisten kann. Damit einhergehend werden auch die ungerechten Belastungen im derzeitigen dualen Versicherungssystem beendet, und der Forderung des Bundesverfassungsgerichts nach einer "ausgewogenen Lastenverteilung" wird Rechnung getragen. Hieraus ergeben sich für die bislang Privatversicherten deutliche Mehrbelastungen, die aber unvermeidlich sind, wenn das Gerechtigkeitsdefizit zwischen Sozial- und Privatversicherten ausgeglichen werden soll. Aber auch Privatversicherten können trotz Beitragsmehrbelastungen Verbesserungen in Aussicht gestellt werden: In einer Pflegbürgervollversicherung werden bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit erstmals die Pflegekosten vollumfänglich abgedeckt.