

**Solidarische Pflege-Bürgerversicherung  
Anforderungen des SoVD  
an eine leistungsfähige gesetzliche Pflegeversicherung**







**Adolf Bauer**  
Präsident des SoVD

## Vorwort

**Derzeit erhalten über 2,5 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung – Tendenz steigend.** Jeder Mensch hat das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Risiko. Die Absicherung dieses Risikos und die Sicherstellung einer würdevollen und qualitativ hochwertigen Pflege ist eine elementare Aufgabe unserer solidarischen Gesellschaft. Die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 war ein richtiger und wichtiger Schritt auf diesem Weg. Es hat sich jedoch gezeigt, dass in der pflegerischen Versorgung wie auch in der strukturellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung Defizite bestehen, die eine Fortentwicklung der Pflegeversicherung und der Pflegestrukturen in Deutschland notwendig machen.

Das beitragsfinanzierte Umlagesystem in der Pflege ist ein Erfolgsmodell, das vielen Ländern weltweit als Vorbild gilt. Es hat in der jüngsten Finanz- und Wirtschaftskrise erneut seine Stabilität und Leistungsfähigkeit bewiesen. Ein Vorteil ist, dass beitragsfinanzierte Umlagesysteme – anders als steuerfinanzierte Systeme – grundsätzlich von Sparzwängen infolge der Finanzmarktkrise sowie des Europäischen Fiskalpaktes weniger direkt betroffen sind.

Das Nebeneinander von Sozialer und Privater Pflegepflichtversicherung – ein deutscher Sonderweg – schafft aber eine Vielzahl von Problemen. Jedes solidarische Umlagesystem basiert auf dem grundlegenden Prinzip, dass Nichtbedürftige für Bedürftige eintreten. Bei der Pflegeversicherung bedeutet das, dass reiche für arme und gesunde für pflegebedürftige Menschen eintreten. Dieses Prinzip wird in Deutschland elementar verletzt, indem finanziell leistungsfähige und potenziell weniger pflegebedürftige Menschen in einem Sondersystem versichert werden.

Die Pflegeversicherung muss zu einer einheitlichen, öffentlich-rechtlich organisierten Versicherung für alle Bürgerinnen und Bürger weiterentwickelt werden. Dabei verstehen wir die Pflege-Bürgerversicherung nicht als bloßes Finanz- und Organisationskonzept. Durch ihre Einführung würden finanzielle Mittel frei, die in verbesserte Leistungen der Pflegeversicherung investiert werden könnten. Im Zuge der Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung wird langfristig auch über den Ausbau der Pflegeversicherung zu einer Versicherung mit Sachleistungscharakter zu diskutieren sein.

Mit der Formulierung von Anforderungen an Leistung und Struktur eines zukunftsfähigen Pflegesystems im vorliegenden Papier will der SoVD einen Beitrag zur Verbesserung in der Pflege leisten. Die formulierten Anforderungen verstehen wir als kurz- und mittelfristig konkret umsetzbare Schritte, die wir in die fachpolitische Diskussion einbringen möchten.

Berlin, im September 2013

Adolf Bauer

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>Zusammenfassung</b>	<b>3</b>
<b>Problemanalyse</b>	<b>6</b>
Teilleistungssystem	6
Kostenstabilität statt Bedarfsdeckung	6
Familienbasiertes Pflegesystem	7
Selektion in gute und schlechte Risiken	7
Erosion der Einnahmebasis	8
Privatisierung des Pflegerisikos	9
Rehabilitation vor und bei Pflege	9
<b>Forderungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Pflegesystems</b>	<b>10</b>
<b>Anforderungen an die zukünftige Finanzierung und Organisation der Pflegeversicherung</b>	<b>13</b>
Versichertenkreis	13
Versicherungssystem	13
Beiträge	14
<b>Schlussbemerkung</b>	<b>16</b>

## Zusammenfassung

Das Pflegesystem in der Bundesrepublik Deutschland steht vor einer Vielzahl aktueller und zukünftiger Herausforderungen. Neben grundsätzlichen Problemen, wie etwa dem Zuschusscharakter der Pflegeversicherung, dem Mangel an Pflege(fach)kräften, dem nach wie vor zu hohen Anteil an Heimunterbringungen, der Selektion in gute und schlechte Risiken sowie dem schleichenden Wertverlust der Leistungen der Pflegeversicherung und dem damit steigenden Armutsrisiko pflegebedürftiger Menschen, verändern sich die sozialen und demographischen Strukturen unserer Gesellschaft. Zukünftig werden mehr ältere und potenziell zu pflegende Menschen weniger potenziell pflegenden Menschen gegenüberstehen.

Im vorliegenden Papier stellt der SoVD seine Anforderungen an eine solidarische Pflege-Bürgerversicherung als gerechte und nachhaltige Stärkung einer leistungsfähigen und funktionierenden Versorgung und zukunftsfähigen Finanzierung der Pflegeversicherung vor. Im Zentrum aller Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflege stehen für den SoVD die Interessen und Bedarfe der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Viele notwendige Verbesserungen sind dabei nicht unmittelbar mit der Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung verbunden.

### **In Bezug auf die Leistungen müssen u.a. die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:**

- Flächendeckend muss ein Höchstmaß an Qualität der pflegerischen Versorgung erreicht sowie die Pflegequalität transparent dargestellt werden.
- Alle Menschen müssen unabhängig von der Art ihrer Einschränkung gleichen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung haben.
- Alternative wohnortnahe Wohn- und Pflegekonzepte müssen gefördert und weiterentwickelt werden.
- Die Möglichkeiten zur flexiblen Leistungsanspruchnahme müssen verbessert werden.
- Die Lücke zwischen den anfallenden und den von der Pflegeversicherung übernommenen Kosten bei eintretender Pflegebedürftigkeit muss deutlich verringert werden.

**In Bezug auf die Organisation müssen u.a. die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:**

- Die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland muss in einem einheitlichen System – der Pflege-Bürgerversicherung – versichert werden.
- Die Pflege-Bürgerversicherung muss auf Grundlage der Sozialen Pflegeversicherung öffentlich-rechtlich organisiert werden.
- Die Private Pflegeversicherung bietet zukünftig ausschließlich Zusatzversicherungen an.

**In Bezug auf die Finanzierung müssen u.a. die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:**

- Die paritätische Verteilung der Beiträge auf lohnbezogene Einnahmen muss in der Pflegeversicherung (wieder)hergestellt werden.
- Bei der Erhebung der Beiträge muss darüber hinaus die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit herangezogen werden, also auch Einnahmen aus Vermietung, Verpachtung sowie Kapitaleinkommen.
- Die Beitragsbemessungsgrenze muss zumindest auf das in der Gesetzlichen Rentenversicherung geltende Niveau angehoben werden.
- Bis zur Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung müssen die unterschiedlich gelagerten Risiken in Sozialer und Privater Pflegeversicherung durch einen Finanztransfer ausgeglichen werden.

Unstreitig ist, dass weder die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung als bloße Organisations- und Finanzierungsreform alle Probleme im Bereich der Pflegeversicherung lösen kann, noch eine solche Reform der Pflegeversicherung allein zur Bewältigung der Probleme im deutschen Pflegesystem genügt. Die Diskussion um die Weiterentwicklung des deutschen Pflegesystems ist ein Prozess. Sie muss besonders vor dem Hintergrund der weiterhin nicht bedarfsdeckenden Leistungen der Pflegeversicherung über die im vorliegenden Papier benannten Punkte hinaus weitergeführt werden.

Dennoch würde die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung durch das Freiwerden zusätzlicher finanzieller Mittel für Leistungs- und Strukturverbesserungen, die über unmittelbar mögliche Maßnahmen zur Stärkung der sozialen Pflegeversicherung hinausgehen, dazu beitragen, die Situation vieler pflegebedürftiger Menschen, ihrer Angehörigen und der professionell Pflegenden zu verbessern. Zugleich würde die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung die unsolidarische und ungerechte Selektion der Versicherten in eher wohlhabende und seltener pflegebedürftige (in der privaten Pflegepflichtversicherung) und weniger wohlhabende und eher pflegebedürftige Menschen (in der sozialen Pflegeversicherung) beenden. Sie trägt damit zu einer solidarischeren und gerechteren Gesellschaft bei.

## Problemanalyse

Viele Herausforderungen, mit denen das Pflegesystem in Deutschland konfrontiert ist, lassen sich zurückführen auf die grundsätzlichen konstruktiven Merkmale, mit denen die Pflegeversicherung 1995 unter Inkaufnahme politischer Kompromisse eingeführt wurde.

### **Teilleistungssystem**

Von Anfang an handelte es sich bei der sozialen Pflegeversicherung um eine partielle Grundabsicherung des Pflegefalls. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung gilt in der sozialen Pflegeversicherung das Sachleistungsprinzip nicht. Die derzeitigen Zuschüsse der Pflegekasse decken den pflegebedingten Bedarf nie vollständig ab, sondern sind durch Höchstbeträge gedeckelt. Sie unterstützen die pflegebedürftigen Menschen lediglich dabei, die bei Pflegebedürftigkeit anfallenden Kosten zu tragen. Die Versicherten sind gezwungen, stets einen zunehmend erheblichen Eigenanteil an den im Pflegefall entstehenden Kosten privat zu tragen.

### **Kostenstabilität statt Bedarfsdeckung**

Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde das Eintreten von Pflegebedürftigkeit in der Politik vor allem als Kostenbelastung gesehen, *„die in den meisten Fällen zu einer wirtschaftlichen Überlastung der Betroffenen und damit verbunden zum Verlust von Vermögen und zum sozialen Abstieg führt.“*<sup>1</sup> Vorrangiges Ziel der Pflegeversicherung sollte es seinerzeit nicht sein, den im Pflegefall bestehenden Bedarf vollständig zu decken, sondern ein Abrutschen in die Sozialhilfebedürftigkeit aufgrund der hohen Ausgaben für Pflegeleistungen bei Eintreten von Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Dieses Ziel wurde weitgehend verfehlt. In den letzten Jahren hat die Zahl der Menschen, die wegen des hohen Eigenkostenanteils bei den Pflegekosten auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, insbesondere bei vollstationärer Versorgung, wieder stetig zugenommen. Diese Entwicklung wird durch die bis 2008 fehlende und seither unzureichende Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung noch verschärft, die zu einem fortlaufenden Kaufkraftverlust der Leistungen der Pflegeversicherung führt.

Da steigende Pflegekosten auch unmittelbar die Sozialhilfeträger (Kommunen) belasten, setzen v.a. diese sich für eine Begrenzung der Leistungsausgaben ein. Auch dies hat dazu beigetragen, dass professionelle Pflege zu einer Niedriglohnbranche wurde, die Personalausstattung der Einrichtungen oft quantitativ und qualitativ unzureichend ist und der Versorgungsalltag von chronischem Zeitmangel geprägt ist.

---

1 BT-Drucksache 12/5262, S. 1f.



### **Familienbasiertes Pflegesystem**

In Deutschland existiert ein überwiegend familienbasiertes Pflegesystem. Zwei Drittel der 2,5 Millionen Menschen mit Pflegebedarf werden im häuslichen Umfeld gepflegt; über eine Million ohne Unterstützung professioneller Pflegekräfte ausschließlich durch Angehörige. Viele Leistungen, vor allem im Bereich der häuslichen Pflege, haben „unterstützenden Charakter“ und zielen schwerpunktmäßig darauf ab, die Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit der Angehörigen und Nachbarn zu erhalten (§ 3 SGB XI). Dieses System, in dem die Hauptlast der Pflege auf den pflegenden Angehörigen lastet, trägt dazu bei, dass Pflegende oft an ihre organisatorischen, physischen, psychischen und finanziellen Belastungsgrenzen geraten. Es kommt hinzu, dass sich trotz der Einführung der Pflegezeit 2008 und der Familienpflegezeit 2012, die ohne Rechtsanspruch eingeführt wurde, Berufs- und private Pflegetätigkeit vielfach nur sehr schwer vereinbaren lassen. Da pflegende Angehörige – weit überwiegend Frauen – für die Angehörigenpflege oft ihre Beschäftigung reduzieren oder ganz aufgeben und die soziale Absicherung von Pflegepersonen unzureichend ist, steigt mit langjähriger Übernahme von Angehörigenpflege darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit, im Alter selbst keine ausreichenden Renten zu haben und zumindest teilweise auf staatliche Hilfen wie Grundsicherung und Sozialhilfe angewiesen zu sein. Das familienbasierte Pflegesystem gerät darüber hinaus durch die demographische Entwicklung unter immer stärkerem Druck.

### **Selektion in gute und schlechte Risiken**

Mit der sozialen Pflegeversicherung (SPV) und der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) als substitutiver Pflegeversicherung existieren in Deutschland zwei Versicherungssysteme im Bereich der Pflege nebeneinander, die einen gleichwertigen Leistungsumfang haben. Sie unterscheiden sich vor allem in Bezug auf den Kreis der Versicherten und die Finanzierung.

Durch die Existenz beider Systeme nebeneinander setzt sich die Risikoselektion auch in der Absicherung des Pflegerisikos fort. So genannte „gute Risiken“, also jüngere und besser verdienende Menschen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, sind mehrheitlich in der PPV versichert. So genannte „schlechte Risiken“, also ältere und durchschnittlich bzw. gering verdienende Menschen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden, sind mehrheitlich in der SPV versichert. In der Praxis wirkt sich das so aus, dass in der SPV erstens ein größerer Anteil der Versicherten pflegebedürftig ist und zweitens die Leistungsausgaben pro Pflegebedürftigen deutlich höher

sind als in der PPV. Während die Leistungsausgaben 2011 bei der SPV rund 300 € je Versichertem betragen<sup>2</sup>, lagen sie bei der PPV nur bei etwa 74,5 € je Versichertem<sup>3</sup>. Während die SPV Ende 2011 über Rücklagen von 5,45 Mrd. € verfügte, betragen die Altersrückstellungen der PPV 24,023 Mrd. €.

Solidarität unter den Versicherten durch einen Ausgleich der Risiken findet nur innerhalb der sozialen Pflegeversicherung sowie eingeschränkt innerhalb der privaten Pflegepflichtversicherung statt. Die Folge ist, dass nicht nur ein konstitutives Element eines solidarischen Umlageverfahrens, sondern ein Kernelement unseres Sozialstaates dauerhaft verletzt wird, nämlich der Grundsatz, wonach reiche für arme, junge für alte, gesunde für kranke und nicht pflegebedürftige für pflegebedürftige Menschen eintreten.

### **Erosion der Einnahmehasis**

Entgegen der landläufigen Meinung hat es in der Pflegeversicherung in den vergangenen Jahren keine „Kostenexplosion“ gegeben. Der Anstieg der Ausgaben ist durch die gesetzliche Deckelung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung begrenzt. Vielmehr hat sie im Wesentlichen ein Einnahmeproblem. Dieses liegt aber keineswegs im Umlageverfahren an sich begründet, wie sich an der ausgesprochen stabilen Einnahmesituation der Sozialkassen während der jüngsten Finanz- und Wirtschaftskrise zeigt. Vielmehr geriet in den vergangenen Jahren die Einnahmehasis der sozialen Pflegeversicherung unter immer stärkeren Druck. Die Erwerbslosigkeit, die Zunahme von prekären Beschäftigungsverhältnissen, die Entstehung von Niedriglohnssektoren z. B. in der Pflege, die Zunahme von Teilzeitarbeit, die sinkende Lohnquote sowie die Abwanderung so genannter guter Risiken, also junger gutverdienender Versicherter in die private Kranken- und Pflegepflichtversicherung, haben zu einem strukturellen Einnahmeproblem auch der sozialen Pflegeversicherung geführt. Diese Finanzknappheit behindert eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Das sinkende Rentenniveau und die demografisch bedingte Zunahme von Pflegebedürftigkeit werden diese Situation weiter verschärfen.

---

2 Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten in: GKV-Spitzenverband (2013): Kennzahlen der Sozialen Pflegeversicherung, S.3 u. 20; [http://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/pflege\\_kennzahlen/spv\\_kennzahlen\\_02\\_1013/130215\\_SPV-Booklet\\_neu.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/pflege_kennzahlen/spv_kennzahlen_02_1013/130215_SPV-Booklet_neu.pdf).

3 Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten in: Verband der Privaten Krankenversicherung (2012): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012, S. 22 u. 24, [https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop\\_zahlenberichte/zahlenbericht\\_2011\\_2012.pdf](https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht_2011_2012.pdf).

### **Privatisierung des Pflegerisikos**

Weil die Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung konzipiert ist, zahlen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen stets einen erheblichen Anteil der bei eintretender Pflegebedürftigkeit anfallenden Kosten selbst. Dieser Anteil ist seit Einführung der Pflegeversicherung stetig gestiegen, was vor allem auf die zunächst fehlende und später mangelhafte Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung zurückzuführen ist. Insbesondere bei stationärer Pflege hat dies dazu geführt, dass der Anteil pflegebedürftiger Menschen, die auf Hilfen zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe angewiesen sind, stetig gestiegen ist. Pflegebedürftigkeit ist wieder zunehmend zum Armutsrisiko geworden. Statt dieser Entwicklung durch eine solidarische und gerechte Ausweitung der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu begegnen, wurden die Kosten des Pflegerisikos mit Einführung einer Förderung privater Pflegezusatzversicherung weiter privatisiert.

### **Rehabilitation vor und bei Pflege**

Rehabilitationsleistungen sind Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Wenn sie medizinisch notwendig sind und ärztlich verordnet werden, müssen die Krankenkassen sie erbringen. Im Rahmen der Pflegebegutachtungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) werden von den Gutachterinnen und Gutachtern auch der Bedarf und der potenzielle Nutzen von Maßnahmen der Rehabilitation festgestellt und an die Pflegekasse gemeldet. In der Praxis erhält nur ein Bruchteil der älteren Menschen Rehabilitationsleistungen. So werden beispielsweise nur bei gut zwei Prozent der Pflegebegutachtungen durch die MDK Rehabilitationsleistungen empfohlen. In 70 Prozent der Pflegebegutachtungen wird jegliches Rehabilitationspotenzial ausdrücklich verneint. Hinzu kommt, dass die Pflegekassen ihrem gesetzlichen Auftrag oftmals nur unzureichend nachkommen, bei den zuständigen Trägern frühzeitig auf Einleitung aller geeigneten Maßnahmen der Rehabilitation und Prävention hinzuwirken, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern. Im Ergebnis dieser Praxis wird das Potenzial von (geriatrischer) Rehabilitation zur Vermeidung, Verschiebung oder Milderung von Pflegebedürftigkeit zum Nachteil der pflegebedürftigen Menschen nicht oder kaum ausgeschöpft.

Insbesondere kann Pflege unter den heutigen unangemessenen Rahmenbedingungen den ihr nach fachlichem Verständnis stets eigenen und auch gesetzlich normierten Rehabilitationsauftrag (§ 2 Abs. 1 SGB XI) nur unzureichend umsetzen. Unzureichende Personalausstattung von Einrichtungen und Zeitknappheit im Versorgungsalltag stehen dem entgegen.

## Forderungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Pflegesystems

Pflegebedürftigen Menschen eine ihren Wünschen und Bedarfen gerecht werdende würdevolle Pflege zukommen zu lassen, ist eine erstrangige Aufgabe der Gesellschaft. Wie vorstehend skizziert existiert in Bezug auf das Pflegesystem umfangreicher Handlungsbedarf. Viele notwendige Veränderungen sind dabei nicht unmittelbar mit der Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung verbunden. Der SoVD stellt an ein zukunftsfähiges Pflegesystem folgende Anforderungen:

- ① Eine Reform des Pflegesystems muss mehr Aspekte umfassen als nur eine Organisations- und Finanzierungsreform der Pflegeversicherung. Notwendig ist ein breit angelegtes Reformkonzept, welches die Bedarfe der Versicherten und ihre Angehörigen im Blick hat, unterschiedliche Leistungsträger und -erbringer einbezieht und Aspekte wie die Rolle des Ehrenamtes, Stärkung von Prävention und Rehabilitation, Einbeziehung des Sozialraums sowie grundlegende Genderfragen berücksichtigt.
- ② Die überwiegend guten und sehr guten Ergebnisse, die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen bei den Kontrollen durch Heimaufsichten und Medizinische Dienste erhalten, können nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Verbesserung der Qualität der pflegerischen Versorgung zentrales Ziel aller Reformbemühungen im Bereich der Pflege sein muss.
- ③ Pflegebedürftige Menschen wollen selbstbestimmt und in häuslicher Umgebung gepflegt werden. Erforderlich ist, dass Dienstleistungen zu ihnen gebracht werden und sich an ihrem Bedarf messen lassen. Quartiersbezogene Pflegekonzepte müssen weiterentwickelt und alternative Wohn- und Betreuungskonzepte ausgebaut werden.
- ④ Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation tragen dazu bei, Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu verzögern oder im Verlauf zu mildern. Krankenkassen und Pflegekassen müssen stärker in die Pflicht genommen werden, ihrem gesetzlichen Auftrag zum Einsatz insbesondere von Rehabilitationsmaßnahmen vor und bei eingetretener Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden. Die pflegerische Versorgung ist so zu gestalten, dass Pflege ihrem Rehabilitationsauftrag nachkommen kann.
- ⑤ Ziel einer perspektivischen Pflegepolitik muss eine stärkere Orientierung der Leistungen der Pflegeversicherung an den Bedarfen Betroffener sein. Solange bedarfsdeckende Leistungen der Pflegeversicherung nicht sichergestellt worden sind, muss zumindest die Lücke zwischen den anfallenden und den von der Pflegeversicherung übernommenen Kosten bei eintretender Pflegebedürftigkeit deutlich

verringert werden – im ersten Schritt auf den Stand bei Einführung der Pflegeversicherung. Nach dem Vorbild der skandinavischen Staaten sollte auch in Deutschland ein erheblich höherer Anteil des Bruttosozialproduktes für die Pflege aufgewendet werden.

- 6 In der Pflegeversicherung muss allen Menschen mit Pflegebedarf gleicher Zugang zu Leistungen gewährt werden. Um die systematische Benachteiligung von aufgrund kognitiver Einschränkungen pflegebedürftig gewordenen Menschen zu überwinden, muss schnellstmöglich ein neuer an Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichteter Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und umgesetzt werden.
- 7 Auch behinderte Menschen, die pflegebedürftig sind und Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, dürfen nicht länger von den Leistungen der Pflegeversicherung weitgehend ausgeschlossen werden. Sie müssen unabhängig vom Ort der Versorgung bei Bedarf den gleichen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, wie alle anderen pflegebedürftigen Menschen auch. Dies folgt auch aus der UN-Behindertenrechtskonvention. Die Deckelung der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Pflegeleistungen, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe erbracht werden, ist aus diesem Grund zu streichen.
- 8 Für gleiche Hilfebedarfe muss die Pflegeversicherung auch gleichwertige Leistungen erbringen. Die Leistungen müssen stets abhängig vom Bedarf und unabhängig vom Erbringungsort erbracht werden.
- 9 Die Hauptlast der Pflege im deutschen Pflegesystem darf und kann nicht weiter auf der ehrenamtlichen familiären Pflege als Garant einer günstigen Erbringung von Pflegeleistungen liegen. Nötig ist ein neues Zusammenspiel von familiärer und professioneller Pflege. Im Zentrum des Leistungsgeschehens in der Pflege muss zukünftig auch im ambulanten Bereich die professionelle Pflege stehen, die von der privaten, familiären Pflege ergänzt wird.
- 10 Insgesamt muss der Staat wieder mehr Verantwortung für die Gestaltung der Pflegelandschaft übernehmen. Eine Schlüsselrolle kommt dabei den Ländern und den Kommunen zu. Sie müssen ihrer Planungs- und Strukturverantwortung für die Pflege vor Ort stärker nachkommen, wozu sie mit den entsprechenden Instrumenten und Mitteln auszustatten sind.
- 11 Teil der notwendigen Stärkung der professionellen Pflege muss die Einführung eines wissenschaftlich fundierten, verbindlichen und bundeseinheitlichen Personalbemessungssystems sein. Nur auf

diesem Weg lässt sich eine ausreichende Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen erreichen, die ihrerseits Grundvoraussetzung für eine dem Menschen zugewandte würdevolle und qualitativ hochwertige Pflege ist. Darüber hinaus können eine Reform der Pflegeausbildung sowie eine bessere Entlohnung der Pflegekräfte dazu beitragen, die Attraktivität des Berufsfeldes zu verbessern.

- 12 Um die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen zu stärken, müssen die Leistungen und die Möglichkeiten der Leistungsanspruchnahme deutlich flexibilisiert werden. Neben Zuschüssen für Sachleistungen, Geldleistungen sowie einer Kombination aus beiden sollte die Einführung eines integrierten Pflegebudgets in Höhe der Sachleistungszuschüsse forciert werden.
- 13 Damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen angesichts des unübersichtlichen und stark fragmentierten Anbietermarktes Pflegeleistungen passend und selbstbestimmt auswählen können, muss die im Pflegeversicherungsgesetz verankerte wohnortnahe Beratung im Sinne eines qualifizierten quartiersbezogenen Fallmanagements konsequent umgesetzt werden. In dessen Rahmen kann zukünftig der Versorgungsbedarf umfassend und individuell festgestellt, ein entsprechend zugeschnittenes Kosten- und Leistungsträger übergreifendes Leistungspaket aus einer Hand entwickelt sowie der Pflegeprozess begleitet und ggf. entsprechend angepasst werden. Darüber hinaus bleibt die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Berufs- und privater Pflgetätigkeit zu verbessern.
- 14 Um zu vermeiden, dass die ohnehin begrenzten Zuschussleistungen der Pflegeversicherung durch die Inflation stetig an Wert verlieren, müssen die derzeit geltenden Regelungen zur Dynamisierung weiterentwickelt werden. Notwendig ist eine jährliche, verpflichtende und regelgebundene Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen.
- 15 Zur Überwindung der ungerechten und unsolidarischen Selektion der Pflegerisiken zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung sowie zur nachhaltigen Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung muss die Pflegeversicherung zu einer einheitlichen Pflege-Bürgerversicherung weiterentwickelt werden.
- 16 Bis zur Einführung einer einheitlichen Pflege-Bürgerversicherung müssen die unterschiedlich gelagerten Risiken in SPV und PPV durch einen Finanztransfer ausgeglichen werden.

## Anforderungen an die zukünftige Finanzierung und Organisation der Pflegeversicherung

Viele notwendige Leistungsverbesserungen und Reformen in der Pflege lassen sich nur erreichen, wenn dauerhaft mehr Geld im System Pflege zur Verfügung steht. Aus Sicht des SoVD kann dies nachhaltig und gerecht nur durch eine Stärkung der solidarischen Umlagefinanzierung gelingen. Der SoVD setzt sich aus diesem Grund für die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung ein, deren Kern drei Grundprinzipien bilden:

- die gesamte Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland wird einbezogen,
- alle Einkommensarten werden zur Beitragsgewinnung herangezogen,
- Arbeitnehmer und Arbeitgeber entrichten die Beiträge paritätisch.

### Versichertenkreis

Grundlegendes Merkmal einer (Pflege-)Bürgerversicherung ist die Einbeziehung der gesamten Wohnbevölkerung in ein einheitliches Versicherungssystem. Die bestehende weitgehende Versicherungspflicht muss entsprechend weiterentwickelt werden. So kann gewährleistet werden, dass jede Bürgerin und jeder Bürger den gleichen Versicherungsschutz genießt und unter den gleichen Voraussetzungen Zugang zu den nötigen Leistungen erhält.

### Versicherungssystem

Grundlage des einheitlichen Versicherungssystems ist dabei die soziale Pflegeversicherung (SPV). In ihr soll zukünftig die ganze Wohnbevölkerung versichert sein. Dies kann natürlich nicht von heute auf morgen geschehen. Deshalb sollen ab einem Stichtag keine Neueintritte in das System der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) mehr möglich sein. Bisher PPV-Versicherte sollen in einem Übergangszeitraum weiterhin in der PPV versichert bleiben können, wenn sie es wollen. Sie müssen sich aber bis zu einem bestimmten Stichtag entscheiden, in welchem System sie dauerhaft versichert sein wollen. Wenn Versicherte von der privaten in die soziale Pflegeversicherung wechseln, müssen ihre Altersrückstellungen dem System Pflege-Bürgerversicherung zufließen. Im Ergebnis dieses Übergangsszenarios läuft das System der PPV als substitutive Versicherung aus.

Diese klare Abgrenzung zwischen den beiden Versicherungssystemen in Bezug auf ihre Aufgaben ist wichtig. Nur so sind die Zuständigkeiten hinsichtlich der Aufsicht und des rechtlichen Rahmens der Versicherungsverhältnisse eindeutig. Es muss vermieden werden, dass unterschiedliche Versicherungstypen in einem System konkurrieren, was wettbewerbs- und europarechtlich schwer absehbare Auswirkungen nach sich ziehen könnte.

Beim Übergang zu einem einheitlichen, öffentlich-rechtlich organisierten Versicherungssystem auf Basis der SPV müssen verfassungsrechtliche Vorgaben beachtet werden. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Schaffung eines einheitlichen Pflegeversicherungsschutzes, der im Pflegefall allen Menschen eine würdevolle Pflege ermöglicht, eine Kernaufgabe des Staates ist. Es ist darum ein legitimes Mittel des zur sozialpolitischen Gestaltung berufenen Gesetzgebers, sich zur Erreichung dieses Ziels einer Pflichtversicherung zu bedienen.

### **Beiträge**

An der generellen Tragung der Beiträge durch die Versicherten und die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber hält der SoVD fest. Allerdings muss das Prinzip der paritätischen Verteilung der Beiträge auf lohnbezogene Einnahmen auch in der Pflegeversicherung eingeführt werden, wo es durch den Wegfall des Buß- und Bettages, den Zuschlag für kinderlose Versicherte und die alleinige Beitragstragung der Rentnerinnen und Rentner bisher einseitig zu Lasten der Versicherten verletzt wird. Mit lohnbezogenem Einkommen sind dabei alle Einkommen jeder abhängigen Beschäftigung ab dem ersten Euro gemeint. Vom Beitragssatz soll je die Hälfte von den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern gezahlt werden. Entsprechendes muss auch für Rentnerinnen und Rentner gelten.

Der SoVD setzt sich dafür ein, dass bei der Beitragshebung zur Pflege-Bürgerversicherung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten herangezogen wird. Um höhere Einkommen stärker als bisher zur Finanzierung der Pflegeversicherung heranzuziehen, soll die Beitragsbemessungsgrenze in einem ersten Schritt mindestens auf das in der gesetzlichen Rentenversicherung geltende Niveau angehoben werden. Neben dem Einkommen aus jeglicher Erwerbstätigkeit sollen auch weitere Einkommensarten z. B. aus Vermietung, Verpachtung sowie Kapitaleinkommen verbeitragt werden. Die Erhebung des zu verbeitragenden Einkommens sollte dabei gemäß der heute geltenden Grundsätze zur Beitragsbemessung freiwilliger Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen. Eine Saldierung negativer Einkommen findet nicht statt. Für die zusätzlichen Beiträge der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer leisten die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber einen äquivalenten Beitrag, um die Parität auch in der Beitragsfinanzierung insgesamt zu sichern. So wird eine ansonsten eintretende strukturelle Verschiebung der Finanzierungsanteile zu Lasten der Versicherten vermieden. Kleine und kleinste Einkommen aus Vermögen, z. B. aus kleinen Sparguthaben, müssen beitragsfrei bleiben und durch Freigrenzen geschützt werden.



Für den SoVD ist zwingend, dass auch für Arbeitslosengeld I- und Arbeitslosengeld II-Beziehende angemessene Beiträge zur Pflegeversicherung zu entrichten sind. An der Familienversicherung als Prinzip der beitragsfreien (Teil)Absicherung des Pflegekostenrisikos der vom versicherten Mitglied unterhaltmäßig abhängigen Angehörigen hält der SoVD fest.

## Schlussbemerkung

Mit der Formulierung von Anforderungen an Leistungsfähigkeit und Organisation eines zukunftsfähigen Pflegesystems im vorliegenden Papier will der SoVD einen Beitrag zur Verbesserung in der Pflege leisten. Die formulierten Anforderungen versteht der SoVD als kurz- und mittelfristig konkret umsetzbare Schritte. Darüber hinaus hält der SoVD eine Debatte für notwendig, inwiefern die Pflegeversicherung bedarfsdeckende Leistungen für pflegebedürftige Menschen sicherstellen müsste. Langfristig könnte auch eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu einer Versicherung mit Sachleistungscharakter sinnvoll sein.

Die Einführung und Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und einer neuen Begutachtungssystematik steht noch aus. Der SoVD hält es für dringend erforderlich, dass der Paradigmenwechsel hin zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe, so wie er in der Politik für behinderte Menschen vollzogen wurde, endlich auch in der Pflege verwirklicht wird. Menschen mit Pflegebedarf sind in der Regel auch Menschen mit Behinderung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und haben einen Anspruch auf Selbstbestimmung und die vollständige Umsetzung ihres Wunsch- und Wahlrechtes.

Die Sicherstellung einer humanen Pflege, die die Würde des pflegebedürftigen Menschen, seine Belange, seine Interessen und Bedürfnisse sowie seine körperliche und geistige Integrität in den Mittelpunkt stellt, ist im Interesse aller und in einer solidarischen Gesellschaft unverzichtbar. Gute Pflege ist ein Menschenrecht.

## **Impressum**

### **Herausgeber**

Sozialverband Deutschland e.V.

### **Verfasser**

Fabian Müller-Zetsche

### **Stand**

August 2013

### **Titelbild**

© Kitty - Fotolia

### **Layout**

Matthias Herrndorff

### **Druck**

Druckerei Arnold, Großbeeren

Copyright © 2013 Sozialverband Deutschland e.V.  
Alle Rechte vorbehalten, insbesondere das Recht  
der Vervielfältigung und Verbreitung. Kein Teil des  
Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie,  
Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche  
Genehmigung des Verbandes reproduziert oder unter  
Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,  
vervielfältigt oder verbreitet werden.

## Sozialverband Deutschland

Bundesgeschäftsstelle  
Stralauer Straße 63  
10179 Berlin

Tel. (030) 72 62 22 - 0  
Fax (030) 72 62 22 - 311  
kontakt@sovd.de

[www.sovd.de](http://www.sovd.de) | [www.sovd-tv.de](http://www.sovd-tv.de)

