

# Landzeitpflege in Deutschland: Grundlagen, Herausforderungen und Reformnotwendigkeiten

---

**Verwaltungslehrgang Bayerisches Staatsministerium  
am 24. November 2021**

Prof. Dr. Heinz Rothgang  
Universität Bremen  
SOCIUM Forschungszentrum  
Ungleichheit und Sozialpolitik

- I. Grundstrukturen der Pflegeversicherung
- II. Herausforderung I: Eigenanteile
- III. Herausforderung II: Finanzierung
- IV. Herausforderung III: Pflegenotstand
- V. Fazit

## I. Grundstrukturen der Pflegeversicherung

1. Der Weg zur Pflegeversicherung
2. Zentrale Ausgestaltungsmerkmale
3. Geburtsfehler der Pflegeversicherung: Pflegebedürftigkeitsbegriff, duales Versicherungssystem, fehlende Leistungsdynamisierung

## II. Herausforderung I: Eigenanteile

## III. Herausforderung II: Finanzierung

## IV. Herausforderung III: Pflegenotstand

## V. Fazit

- Sozialpolitische Begründung:
  - „Wer sein Leben lang gearbeitet hat, soll bei Pflegebedürftigkeit nicht auf den Gang zum Sozialamt angewiesen sein“  
→ Anteil der Sozialhilfeempfänger
- ... und finanzpolitische Notwendigkeit
  - Ausgabensteigerung für Hilfe zur Pflege übersteigen Leistungsfähigkeit der Kommunen und Länder

*Tabelle 1: Steigerungsraten der realen Ausgaben für Hilfe zur Pflege, Empfängerzahlen und Ausgaben/Kopf in % (Westdeutschland)*

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Ausgaben	17,6	19,3	12,2	9,9	20,8	16,3	11,1	6,9	10,8	3,6	3,0	5,3
Empfänger	8,8	11,2	9,0	6,3	9,3	9,8	2,7	2,9	0,9	3,0	4,8	-2,6
Ausgaben/Kopf	7,8	6,8	2,4	3,0	9,9	5,4	8,0	3,8	9,7	0,4	-1,9	8,2
	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Ausgaben	2,7	2,6	1,9	5,2	6,3	7,3	5,0	5,0	8,3	5,3	10,3	5,3
Empfänger	4,0	-1,7	-0,4	1,7	5,1	3,3	3,6	3,6	2,1	-0,5	-2,8	-1,9
Ausgaben/Kopf	-1,4	4,5	2,4	3,3	1,1	3,9	1,3	0,7	6,1	5,9	13,5	7,4

Quelle:  
Pabst & Rothgang 2000

Quellen: Eigene Berechnungen auf Grundlage von Statistisches Bundesamt 1995: 20, 22.

- Duale Finanzierung
- Umlageverfahren in der sozialen Pflegeversicherung
- Kompensation der Arbeitgeber
- Vorrang der häuslichen Pflege (Pflegegeld, Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen, gestuftes Inkrafttreten)
- Ausgabenbegrenzung durch
  - engen Pflegebedürftigkeitsbegriff
  - Leistungszertifizierung nicht durch Leistungserbringer
  - gedeckelte Leistungen ohne (regelmäßige) Leistungsdynamisierung
  - Beitragssatzfestsetzung per Gesetz

- Ungerechtigkeiten durch Risikoselektion bei der Zuweisung zu den beiden Zweigen der „Pflegevolksversicherung“  
→ noch unbearbeitet
- Ausgrenzung der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Vernachlässigung ihrer besonderen Bedarfe bei der Leistungsbemessung  
→ korrigiert 2017 mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
- Fehlende Leistungsdynamisierung  
→ einzelne Dynamisierungsschritte ab 2008 (ambulant) bzw. 2015 (stationär), aber noch keine Regelbindung
- Fehlende Vorsorge zur Sicherstellung hinreichender Pflegekapazitäten  
→ Korrekturansätze bei Entlohnung und Personalbemessung (KAP)

- I. Grundstrukturen der Pflegeversicherung
- II. Herausforderung und Reformnotwendigkeiten I: Eigenanteile**
  - 1. Leitidee: Lebensstandardsicherung
  - 2. Ausgangslage: Eigenanteile
  - 3. GVWG: Von der Überholspur in die Sackgasse
  - 4. Reformnotwendigkeit
- III. Herausforderung und Reformnotwendigkeiten II: Finanzierung
- IV. Herausforderung III: Pflegenotstand
- V. Fazit

- Leitidee des konservativen Wohlfahrtsstaats:  
Lebensstandardsicherung
- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung:  
Pflegebedingte Verarmung soll verhindert werden.

*„Die Pflegeversicherung soll ... bewirken, daß ... [die] überwiegende[.] Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen.“*

(PflegeVG-E, S. 2)

- Leitidee des konservativen Wohlfahrtsstaats: Lebensstandardsicherung
- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung: Pflegebedingte Verarmung soll verhindert werden.
- Dazu soll die Pflegeversicherung die pflegebedingten Kosten vollständig übernehmen.

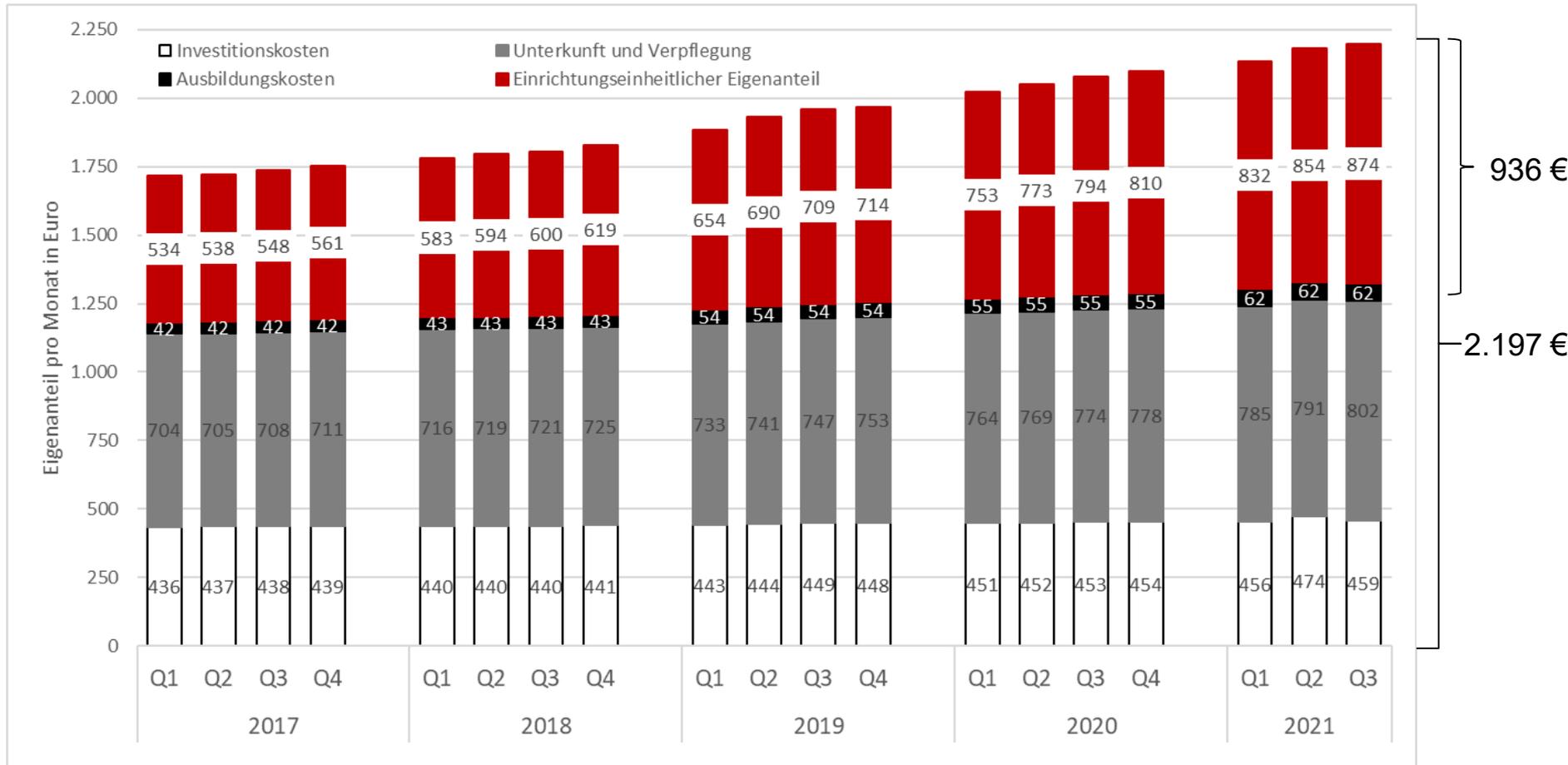
*„Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege ...“*

(Gesetzesbegründung: PflegeVG-E, S. 115)

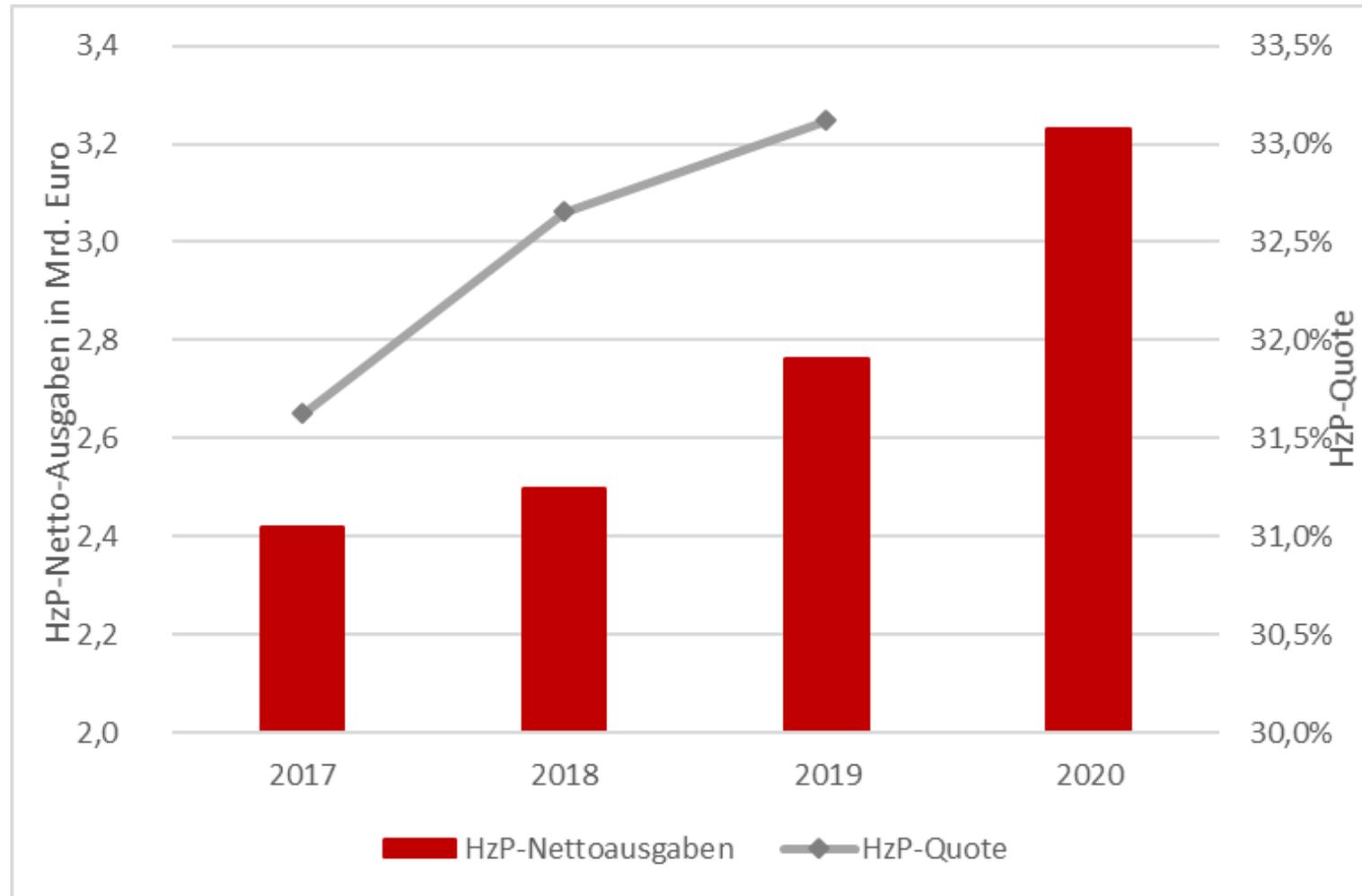
*„Die Pflegeversicherung ... soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken.“*

(Bundesregierung (1997: 8f.)

- Leitidee des konservativen Wohlfahrtsstaats: Lebensstandardsicherung
- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung: Pflegebedingte Verarmung soll verhindert werden.
- Dazu soll die Pflegeversicherung die pflegebedingten Kosten vollständig übernehmen.
- **Dieses Ziel wurde bei Einführung der Pflegeversicherung tatsächlich weit überwiegend realisiert!**
- **Die fehlende/unzureichende Dynamisierung bis 2017 hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt – auch die Effekte des PSG II waren nur kurzfristig.**



(Quelle: Rothgang & Kalwitzki 2021: 7, aktualisiert)



(Quelle: Rothgang et al. 2021c: 20)

### Eckpunktepapier vom 4.11.2020

- Begrenzung des Eigenanteils für Pflegekosten einschließlich Ausbildungskosten bundesweit auf 700 Euro
- Zeitliche Begrenzung dieser Zahlungen auf 36 Monate
  
- Länder übernehmen Investitionskostenanteil von 100 Euro pro Monat und Heimbewohner

Greift ein Kernelement des Reformkonzeptes von Pro-Pflegereform auf:  
Sockel-Spitze-Tausch mit Karenzzeit, hier mit einem Sockel von 700 Euro und einer Karenzzeit von 36 Monaten

Ergänzt das Reformkonzept sinnvoll durch zusätzliche Reduktion der Eigenanteile

### Eckpunktepapier vom 4.11.2020

- Begrenzung des Eigenanteils für Pflegekosten einschließlich Ausbildungskosten bundesweit auf 700 Euro
- Zeitliche Begrenzung dieser Zahlungen auf 36 Monate

- Länder übernehmen Investitionskostenanteil von 100 Euro pro Monat und Heimbewohner
- Steuerzuschuss 6 Mrd. Euro

### Arbeitsentwurf vom 15.3.2021

- Nach 1. Jahr: Pflegeversicherung übernimmt 25% der pflegebedingten Eigenanteile
- Nach 2. Jahr: Pflegeversicherung übernimmt 50% dieser Eigenanteile
- Nach 3. Jahr: Pflegeversicherung übernimmt 75% dieser Eigenanteile

- Länder übernehmen Investitionskostenanteil von 100 Euro pro Monat und Heimbewohner
- Steuerzuschuss von 6 Mrd. Euro

### Eckpunktepapier vom 4.11.2020

- Begrenzung des Eigenanteils für Pflegekosten einschließlich Ausbildungskosten bundesweit auf 700 Euro
- Zeitliche Begrenzung dieser Zahlungen auf 36 Monate
- Länder übernehmen Investitionskostenanteil von 100 Euro pro Monat und Heimbewohner
- Steuerzuschuss 6 Mrd. Euro

### GVWG

- Pflegeversicherung übernimmt Anteile der pflegebedingten Eigenanteile, gestaffelt nach der Bezugsdauer stationärer Leistungen:
  - Bei weniger als 1. Jahr 5%
  - Bei 1-2 Jahren: 25% der pflegebedingten Eigenanteile
  - Bei 2-3 Jahren: 45%
  - Bei mehr als 3 Jahren: 70%
- Keine weitere Verpflichtung der Länder zur Übernahme weiterer Investitionskostenanteile
- Steuerzuschuss von 1 Mrd. Euro

- Der neue § 43c SGB XI bietet Leistungszuschläge für Heimbewohner:innen in Abhängigkeit von der Länge des Heimaufenthaltes.
- Die Zuschläge beziehen sich auf die pflegebedingten Eigenanteile (EEE+AK) und belaufen sich auf 5% für das erste Jahr, 25% für das zweite Jahr, 45% für das dritte Jahr und 70% für die Zeit darüber hinaus.
- Gewichtet mit den Bezugsdauern einer Kohorte ergibt sich ein mittleres Zuschlagsniveau von 38,8% der Eigenanteile oder 347 Euro pro Person und Monat beim gegenwärtigen Preisniveau.
- Diese Zuschläge sind dem Grundsatz nach geeignet, Eigenanteile *zu reduzieren*, keinesfalls jedoch eine „*Begrenzung* des Eigenanteils“ – wie im Titel des § 43c SGB XI versprochen – zu erzeugen.

- Mit dem GVWG werden zusätzliche Belastungen für die Heimbewohner:innen eingeführt, die den differentiellen Entlastungswirkungen entgegenlaufen:
  - Die beschlossene Leistungsdynamisierung im stationären Sektor wird ausgesetzt, was 2021 zu durchgängig höheren Belastungen führt.
  - Die Regelungen zur Tarifbindung und zu Mehrpersonal erhöhen die Eigenanteile um monatlich durchschnittlich 151 Euro (gemäß BMG-Finanztableau) und
  - die Integration der bisher zusätzlich finanzierten Personalstellen in der Pflegesatz erhöht die monatlichen Eigenanteile um durchschnittlich 101 Euro (gemäß BMG-Finanztableau).

- Saldiert entstehen für die 48% der Heimbewohner:innen, die bisher weniger als 2 Jahre im Heim leben, zusätzliche Belastungen, für die restlichen 52% Entlastungen.
- Die mittlere Entlastung beträgt mit 37 Euro nur 1,7% des durchschnittlichen Gesamteigenanteils.

Dauer der stationären Pflege	Prozentualer Anteil der Heimbewohner	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gewogener Mittelwert
0-1 Jahr	28,94%	-244,11	-268,71	-294,36	-305,86	-279,09
1-2 Jahre	18,90%	-57,11	-81,71	-107,36	-118,86	-92,09
2-3 Jahre	15,38%	129,89	105,29	79,64	68,14	94,91
3 Jahre und mehr	36,78%	363,64	339,04	313,39	301,89	328,66
Gewogener Mittelwert		72,28	47,68	22,03	10,53	<b>37,30</b>

Annahme:  
Pflugesätze  
von Juli 2021

Quelle:  
Rothgang &  
Müller 2021:  
38

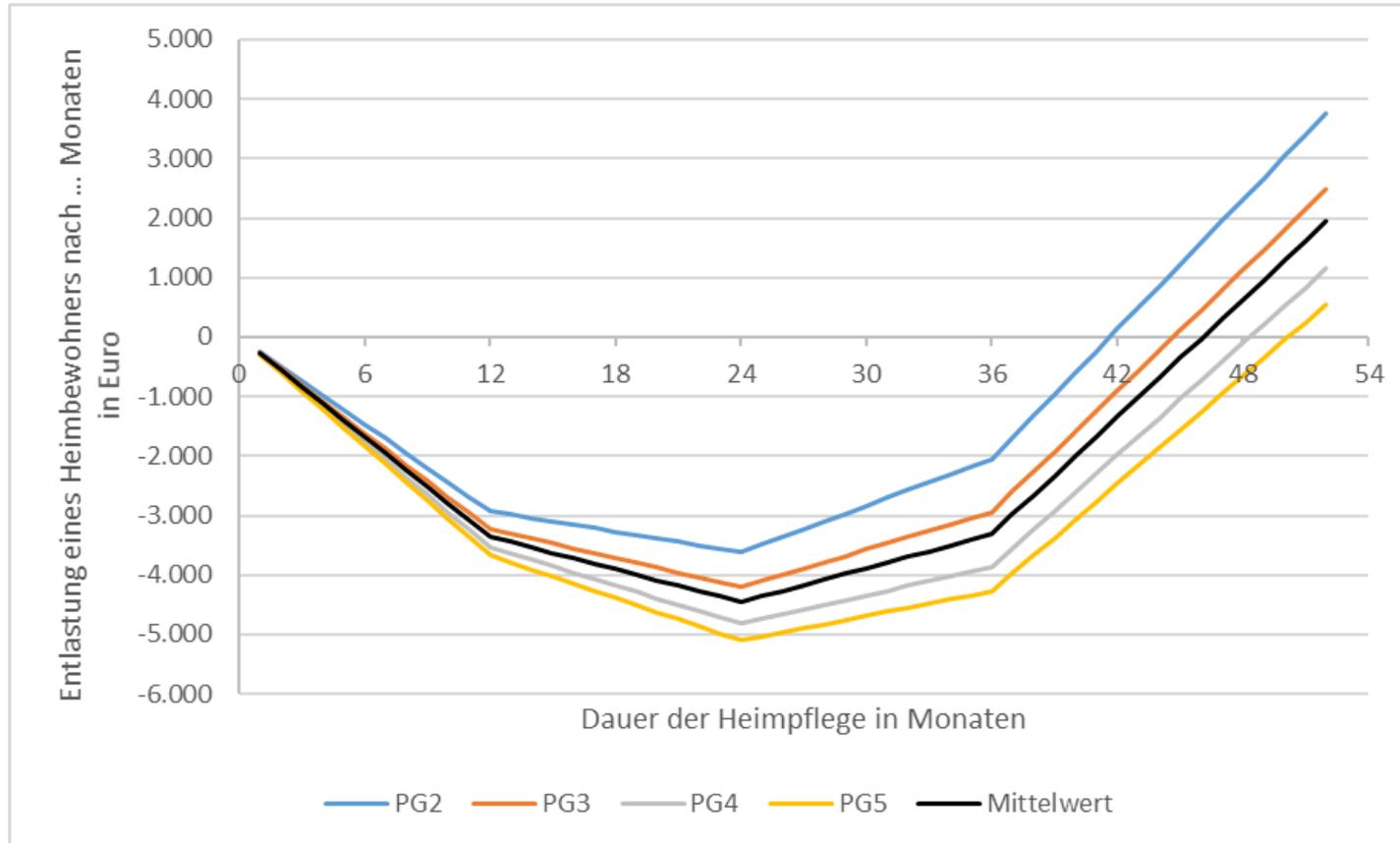
- Die Zuschläge *reduzieren* die Eigenanteile zudem nur kurzfristig.

- Bereits im dritten Quartal 2023 wird die Preisentwicklung alle Entlastungen aufgezehrt haben.

Jahr	Quartal	(1)	(2)	(3)	(4)=(1)+(2)+(3)	(5)	(6)=(4)+(5)
		EEE + AK (ohne Reform- maßnahmen)	Tarif und Mehrpersonal	Integration Zusatzpersonal	Eigenanteil an pflegebedingten Aufwendungen	Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI	Privat zu zahlende Beträge
2021	Q1	894			894		894
	Q2	916			916		907
	Q3	935			935		921
	Q4	949			949		935
2022	Q1	963			963	-374	590
	Q2	978			978	-379	599
	Q3	993	59		1.052	-408	644
	Q4	1008	182		1.190	-462	728
2023	Q1	1.023	184		1.207	-468	739
	Q2	1.038	187		1.225	-475	750
	Q3	1.054	255	165	1.460	-566	894
	Q4	1.070	259	167	1.496	-580	915
2024	Q1	1.086	263	170	1.519	-589	930
	Q2	1.102	267	173	1.542	-598	944
	Q3	1.119	271	175	1.565	-607	958
	Q4	1.136	275	178	1.589	-616	972

(Quelle: Rothgang & Müller 2021:41)

# Kumulierte Entlastung eines Heimbewohners x Monate nach Erstbezug der Leistungen bei vollstationärer Pflege

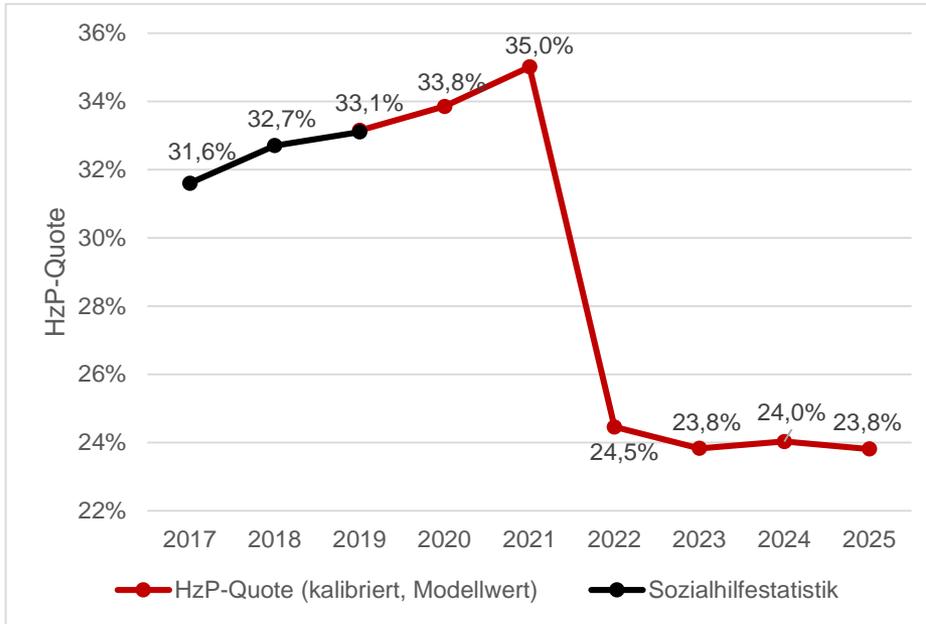


(Quelle: Rothgang & Müller 2021: 39)

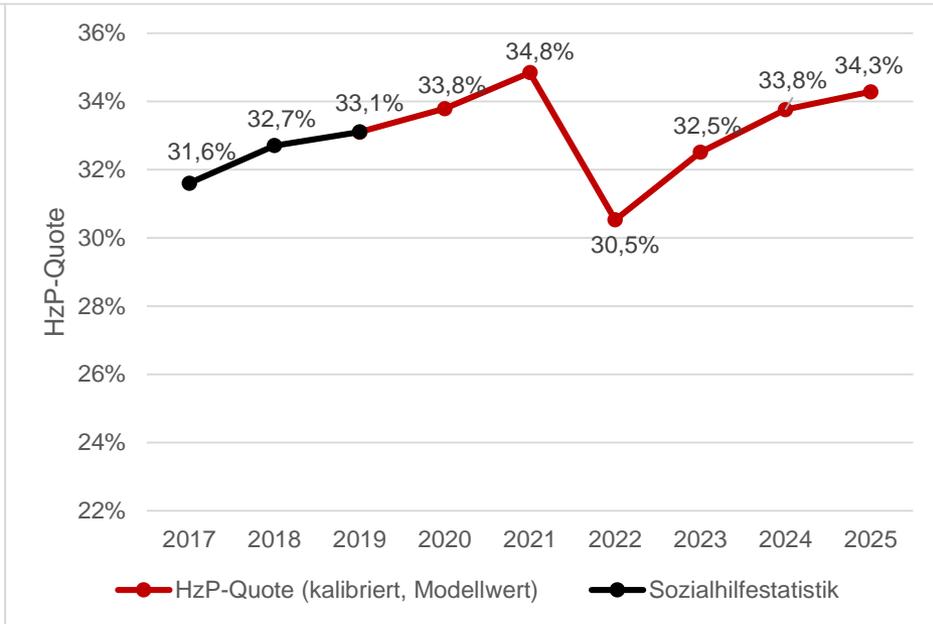
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
HzP-Quote (in %)	33,10%	33,78%	34,84%	30,52%	32,51%	33,76%	34,28%
HzP-Empfänger	258.794	264.168	272.434	238.677	254.170	263.960	268.027
HzP-Ausgaben (in Mrd. Euro)	2,764	3,021	3,356	2,217	2,976	3,244	3,391
Private Eigenanteile (in Mrd. Euro)	15,725	16,495	17,149	15,141	16,862	17,213	17,632
PV-Ausgaben (in Mrd. Euro)	13,409	13,409	13,409	17,725	19,547	19,880	20,175

(Quelle: Rothgang et al. 2021b: 25, aktualisierte Darstellung von Rothgang 2021)

- Schon 2024 liegt der Anteil der Sozialhilfeempfänger wieder höher als 2019.
- Die Sozialhilfeausgaben übersteigen schon 2023 wieder den Wert des Jahres 2019.
- Inzwischen vorgelegte Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2020 zeigen, dass die Ausgabenentwicklung für 2020 mit den genannten Werten noch unterschätzt wird.
- Die Entlastung durch das GVWG ist zudem *nicht nachhaltig*.



Eckpunktepapier

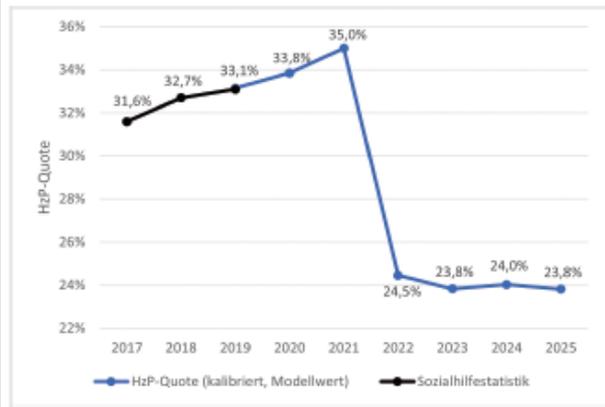


GVWG

(Quelle: Rothgang et al. 2021c: 23)

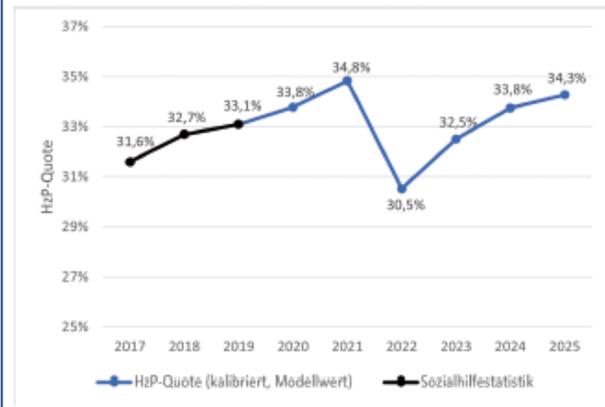
- Kurz vor der Wahl hat die CDU/CSU das auch erkannt und in ihrem „Sofortprogramm“ vom 13. September einen Eigenanteilsdeckel von 700 Euro gefordert.

Abbildung 3: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen In Szenario 1 (Eckpunktepapier)



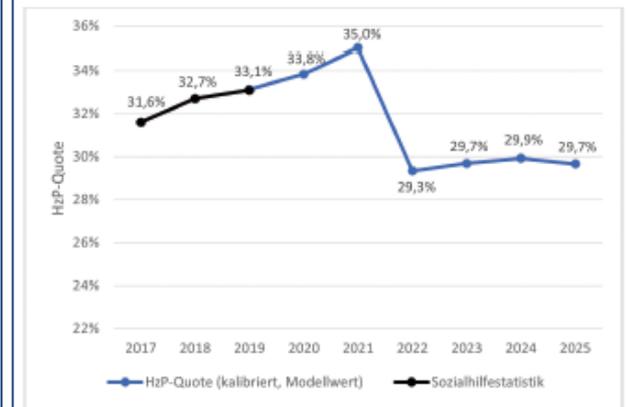
Quelle: Ergebnisse der eigenen Modellrechnungen

Abbildung 5: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen In Szenario 2 (GVWG)



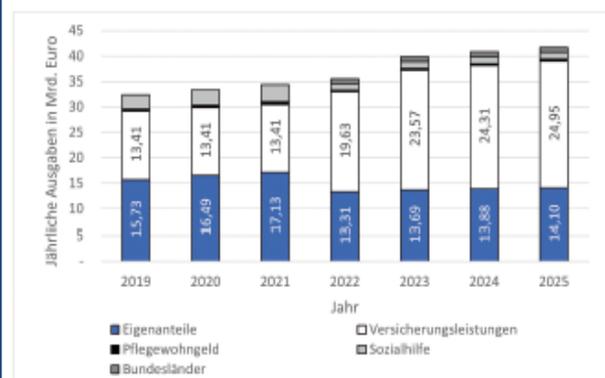
Quelle: Rothgang et al. (2021), Abbildung 4

Abbildung 7: Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen in Szenario 3 („Sofortprogramm“ der CDU/CSU)



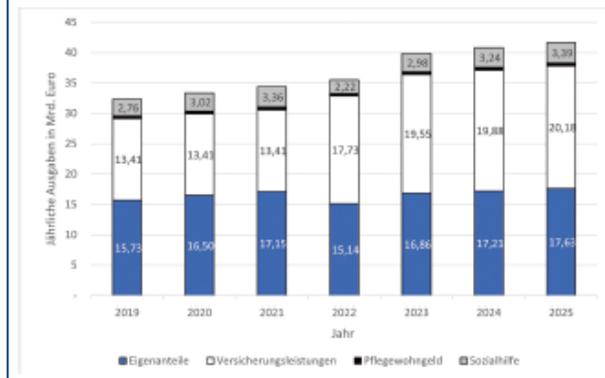
Quelle: Ergebnisse der eigenen Modellrechnungen

Abbildung 4: Kostenverteilung bei Sockel-Spitze-Tausch



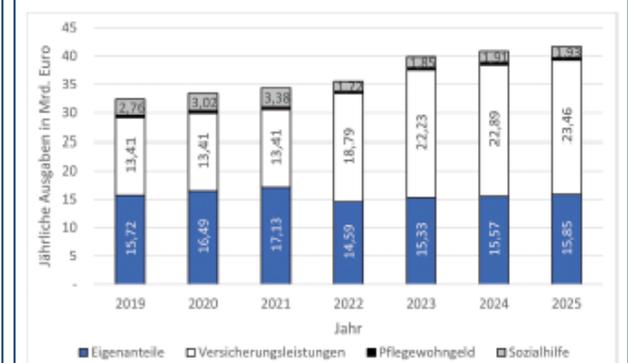
Quelle: Ergebnisse der eigenen Modellrechnungen

Abbildung 6: Kostenverteilung bei Leistungszuschlägen gemäß GVWG



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Rothgang et al. (2021), Abbildung 5

Abbildung 8: Kostenverteilung bei Kombination von Leistungszuschlägen (GVWG) und absoluter Begrenzung der Eigenanteile („Sofortprogramm“ der CDU/CSU)



Quelle: Ergebnisse der eigenen Modellrechnungen

Eckpunktepapier

GVWG

GVWG + Deckelung bei 700 Euro

(Quelle: Rothgang et al. 2021c: 23)

- Die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen sind dem Grunde nach ungeeignet, die Eigenanteile zu begrenzen.
- Die Pflegeversicherung trägt bei steigenden pflegebedingten Eigenanteilen durchschnittlich nur 40 % der Steigerung, 60 % müssen von den Heimbewohner:innen getragen werden.
- Die Entlastung der Heimbewohner:innen beträgt nur <2 % der Gesamteigenanteile und ist so temporär, dass bereits in 2023 wieder höhere Eigenanteile als heute zu erwarten sind.
- **Notwendig ist eine absolute Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile und ihrer Zahlungsdauer.**
- **Der Koalitionsvertrag sieht vor die Eigenanteile „zu begrenzen und planbar zu machen.“**

- I. Grundstrukturen der Pflegeversicherung
- II. Herausforderung und Reformnotwendigkeiten I: Eigenanteile
- III. Herausforderung und Reformnotwendigkeiten II: Finanzierung**
  - 1. Ausgangslage: Unzureichende Finanzierung der Pflegeversicherung
  - 2. Duales Versicherungssystem als Gerechtigkeitsproblem
  - 3. Bürgerversicherung als mögliche Lösung
  - 4. Private Zusatzversicherung als Scheinlösung
- IV. Herausforderung III: Pflegenotstand
- V. Fazit

- Die Pflegeversicherung hatte 2020 nur noch einen Überschuss von 1,5 Mrd. €, 2021 ist mit einem Defizit zu rechnen.
  - Das GVWG ist nicht ausfinanziert. Nach eigenen Berechnungen resultieren reformbedingte Defizite von 1,1 Mrd. Euro für 2022, die auf 3,5 Mrd. Euro im Jahr 2025 ansteigen.
  - Im Koalitionsvertrag ist eine „moderate Beitragssatzerhöhung“ angekündigt, die allein nicht reichen wird um die Mehrausgaben u.a. der Mehrpersonalisierung und die demographisch steigenden Ausgaben zu decken.
- Weitere Finanzquellen müssen erschlossen werden.

- Privatversicherte sind deutlich einkommensstärker als Sozialversicherte

**Tabelle 19.1** Stellung im Erwerbssystem und jährliches Durchschnittseinkommen von SPV- und PPV-Versicherten 2016

	Anzahl und Anteil an Versicherten			Bruttogesamteinkommen je Versicherten, in Euro	
	SPV	PPV	Gesamt	SPV	PPV
Arbeiter, einfache und mittlere Angestellte	25.688.167	454.819	26.142.986		
	42,4 %	5,6 %	38,0 %	28.050	38.167
Hochqualifizierte und leitende Angestellte	5.436.529	947.175	6.383.704		
	9,0 %	11, % <sup>[TS.4]</sup>	9,3 %	53.348	102.448
Beamte	301.910	2.222.613	2.524.523		
	0,5 %	27,5 %	3,7 %	47.248	46.953
Selbständige, Freie Berufe (mit Mitarbeitern)	629.512	698.035	1.327.547		
	1,0 %	8,6 %	1,9 %	58.572	91.281
Selbständige, Freie Berufe (ohne Mitarbeiter)	1.782.380	653.103	2.435.483		
	2,9 %	8,1 %	3,5 %	30.157	75.621
Rentner, Pensionär	16.021.718	2.400.941	18.422.659		
	26,4 %	29,7 %	26,8 %	17.660	34.825
Studierende, Auszubildende	4.198.727	370.777	4.569.504		
	6,9 %	4,6 %	6,6 %	7849	5247
Arbeitslose und sonstige Nichterwerbstätige	6.572.413	337.442	6.909.855		
	10,8 %	4,2 %	10,1 %	10.903	15.757
<b>Gesamt</b>	<b>60.631.356</b>	<b>8.084.905</b>	<b>68.716.261</b>	<b>24.790</b>	<b>52.287</b>
	<b>88,2</b>	<b>11,8</b>	<b>100,0</b>		

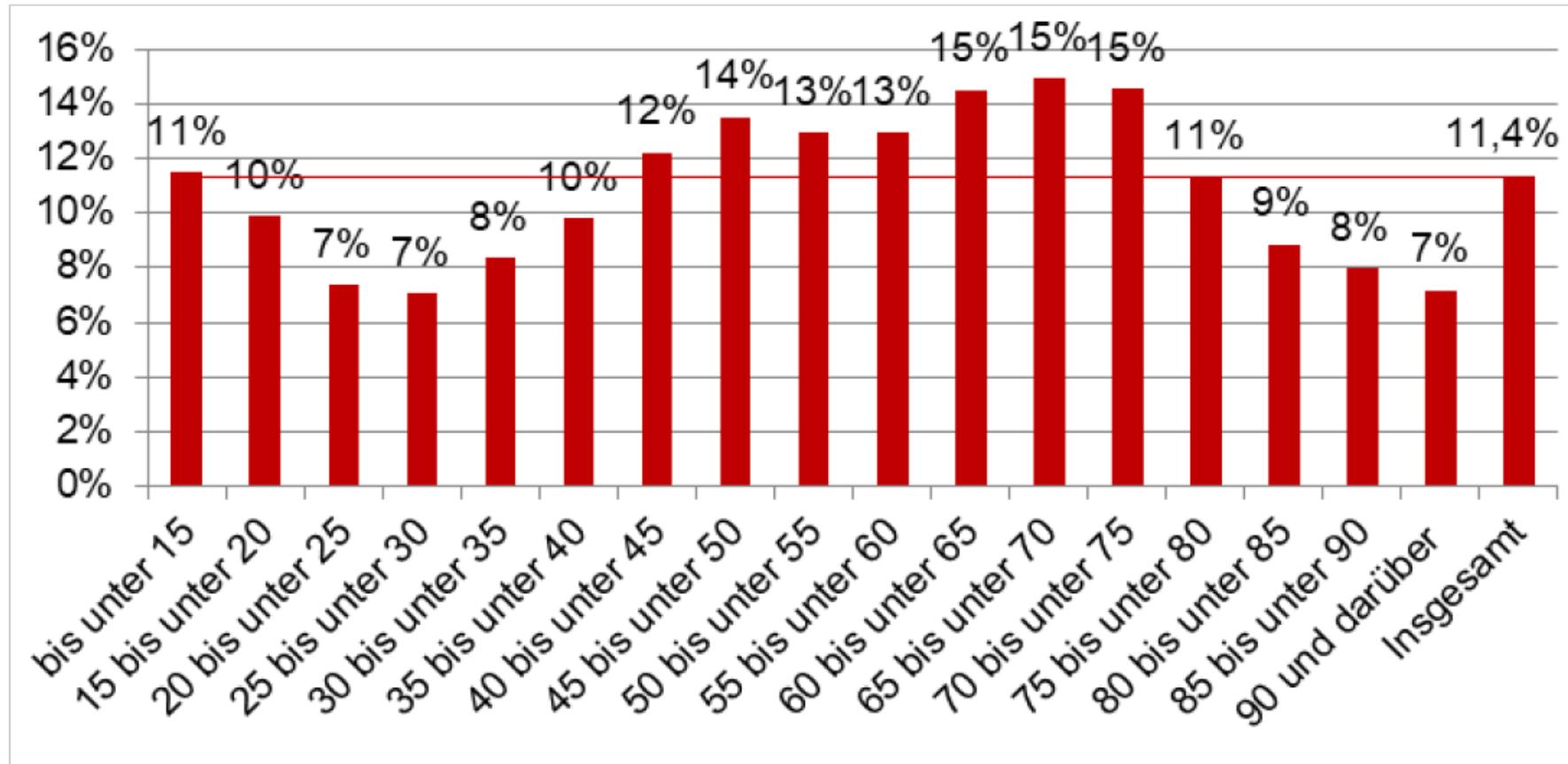
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis SOEPv33.1, Population: Personen in Privathaushalten 18 Jahre und älter

Quelle: Greß/Haun/Jacobs 2019

- Durchschnittseinkommen der Privatversicherten ist mehr als doppelt so hoch wie das der Sozialversicherten (Greß et al. 2019)
- „Beitragspflichtiges“ Einkommen der Privatversicherten ist 60-70% höher als das der Sozialversicherten (Leinert 2006; Arnold/Rothgang 2011)

- Privatversicherte sind deutlich einkommensstärker als Sozialversicherte
- Privatversicherte sind die besseren gesundheitlichen Risiken in Bezug auf
  - Altersstruktur

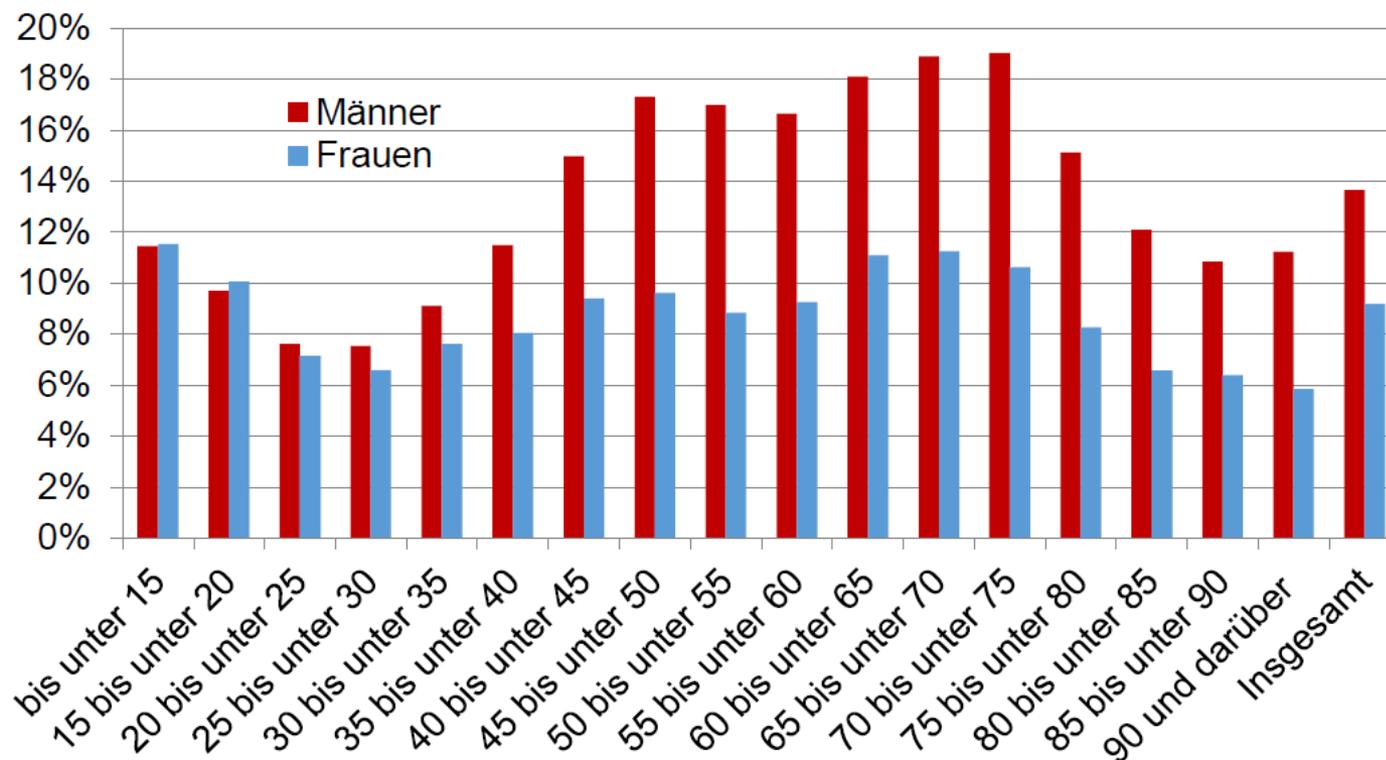
*Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten nach Altersklassen, 2017*



Quelle: Meldung des PKV-Verbands an das BMG; Daten auch bei BAFIN 2018.

- Privatversicherte sind deutlich einkommensstärker als Sozialversicherte
- Privatversicherte sind die besseren gesundheitlichen Risiken in Bezug auf
  - Altersstruktur
  - **Geschlechterstruktur**

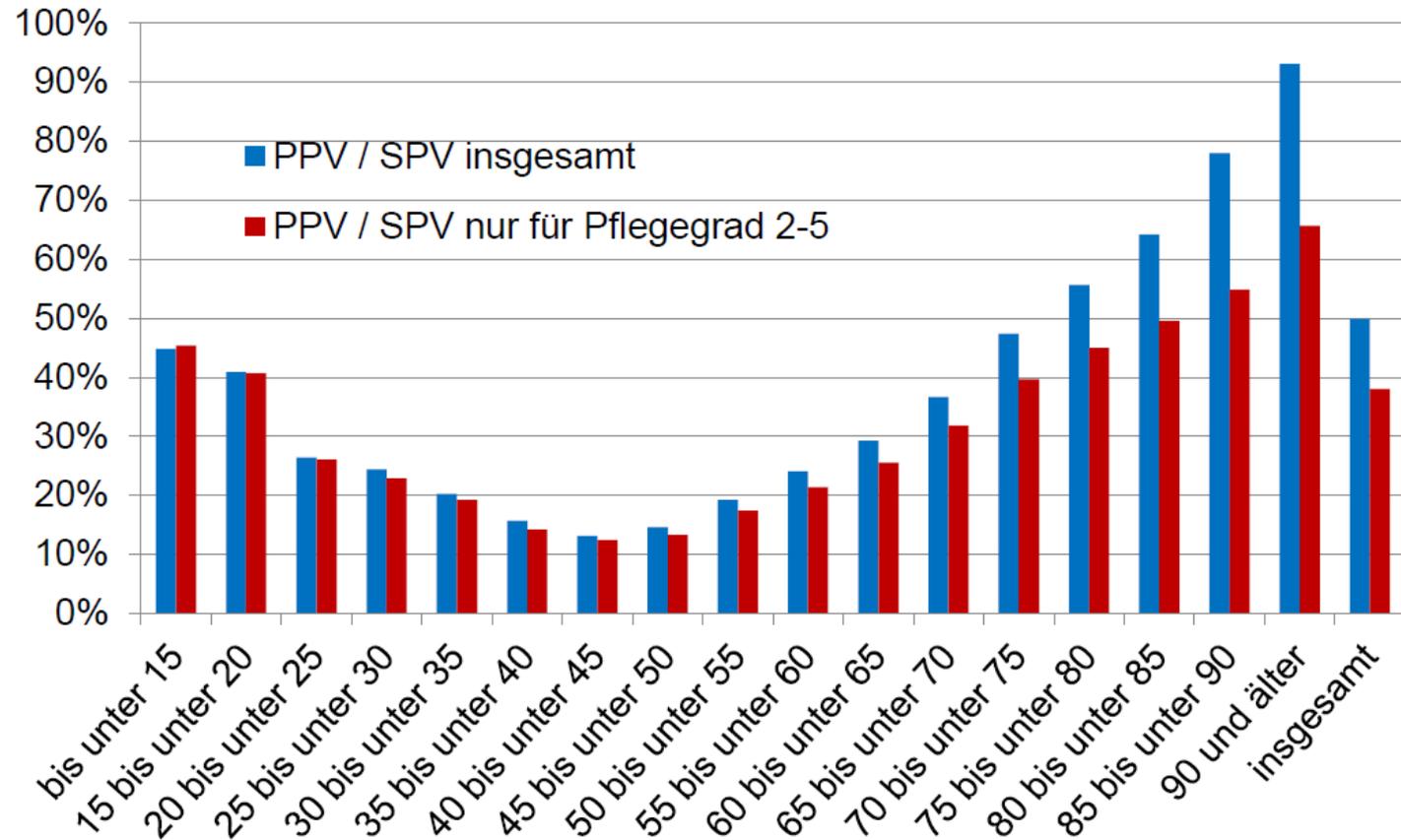
*Anteil der Privatpflichtversicherten an allen Versicherten nach Geschlecht, 2017*



*Quelle: Meldung des PKV-Verbands an das BMG; Daten auch bei BAFIN 2018*

- Privatversicherte sind deutlich einkommensstärker als Sozialversicherte
- Privatversicherte sind die besseren gesundheitlichen Risiken in Bezug auf
  - Altersstruktur
  - Geschlechterstruktur
  - altersspezifische Morbidität

### Quotient der Pflegeprävalenzen in PPV und SPV, 2017



Quelle: Meldung des PKV-Verbands an das BMG; Daten auch bei BAFIN 2018

- Privatversicherte sind deutlich einkommensstärker als Sozialversicherte
- Privatversicherte sind die besseren gesundheitlichen Risiken in Bezug auf
  - Altersstruktur
  - Geschlechterstruktur
  - altersspezifische Morbidität
- Die Leistungsausgaben pro sozialversicherter Person sind in der Pflegeversicherung um ein Vielfaches höher als die für Privatversicherte.
- Der Beitragssatz einer Sozialversicherung für die PPV-Versicherten ist um den *Faktor 3,3* niedriger als der SPV-Satz.

## Leistungsausgaben pro versicherter Person in beiden Teilkollektiven

Für das Jahr 2017	(1) Leistungsausgaben (in Mrd. Euro)	(2) Versicherte (in Mio.)	(3) = (1) / (2) Leistungsausgaben pro versicherter Person (in Euro)	(4) = (3 <sub>SPV</sub> ) / (3 <sub>PPV</sub> )
SPV	35,54	72,267	492	
PPV ohne Beihilfe	1,286	9,327	138	3,6
PPV zuzüglich Beihilfe	1,929	9,327	207	2,4

Für das Jahr 2019	(1) Leistungsausgaben (in Mrd. Euro)	(2) Versicherte (in Mio.)	(3) = (1) / (2) Leistungsausgaben pro versicherter Person (in Euro)	(4) = (3 <sub>SPV</sub> ) / (3 <sub>PPV</sub> )
SPV	40,69	73,004	557	
PPV ohne Beihilfe	1,575	9,246	170	3,3
PPV zuzüglich Beihilfe	2,362	9,246	255	2,2

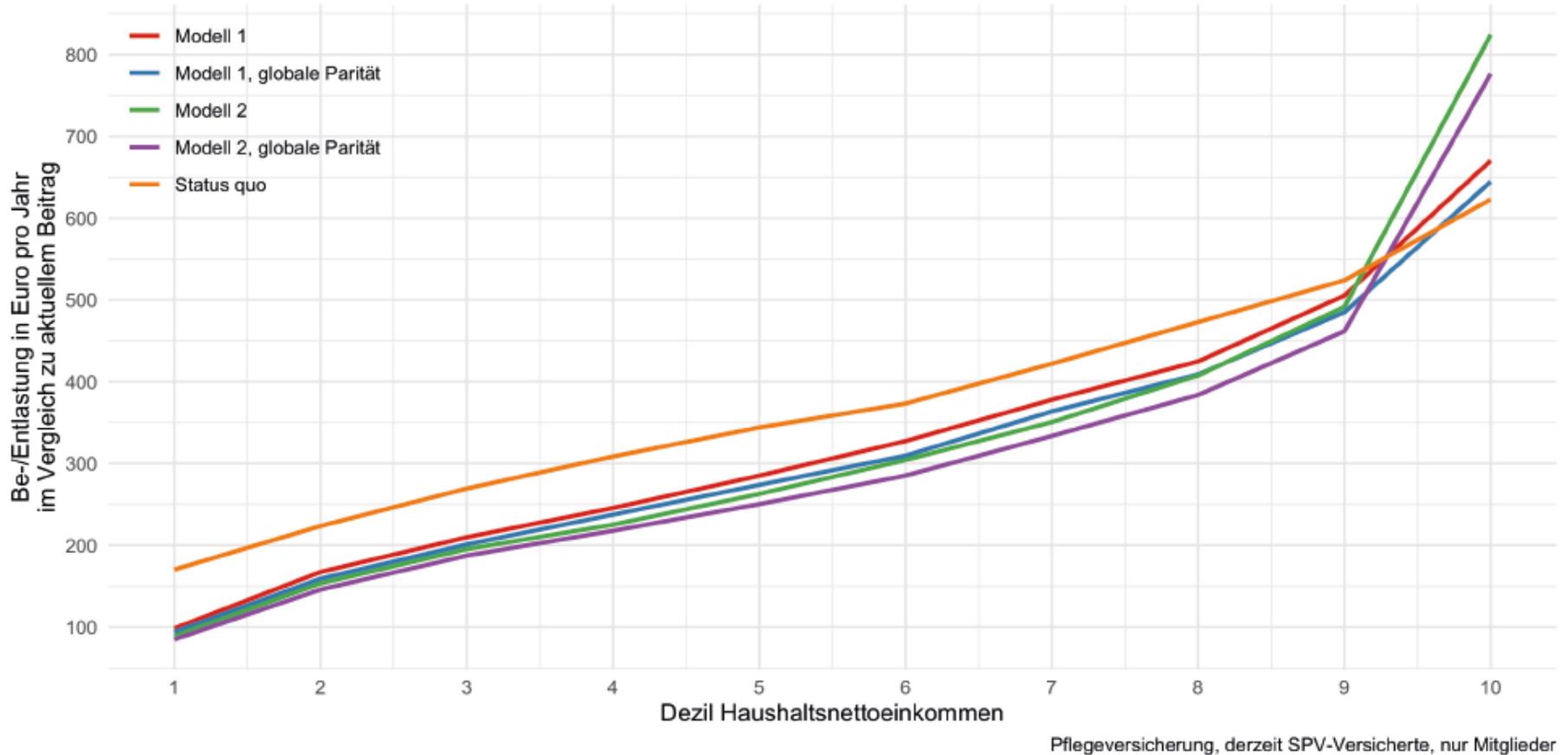
### Schlussfolgerungen:

- Mindestens ein Finanzausgleich zwischen Privat- und Sozialversicherung ist zwingend erforderlich.
- Ein solcher Finanzausgleich war in der Pflegeversicherung bereits im Koalitionsvertrag 2005 vorgesehen – von den derzeitigen Regierungsparteien.
- Besser ist die Integration beider Versicherungszweige in eine integrative Bürgerversicherung, bei der auch Gerechtigkeitsprobleme der Sozialversicherung gelöst werden können:
  - Verbeitragung aller Einkommensarten zur Schaffung horizontaler Gerechtigkeit
  - Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zur Erhöhung der vertikalen Gerechtigkeit.

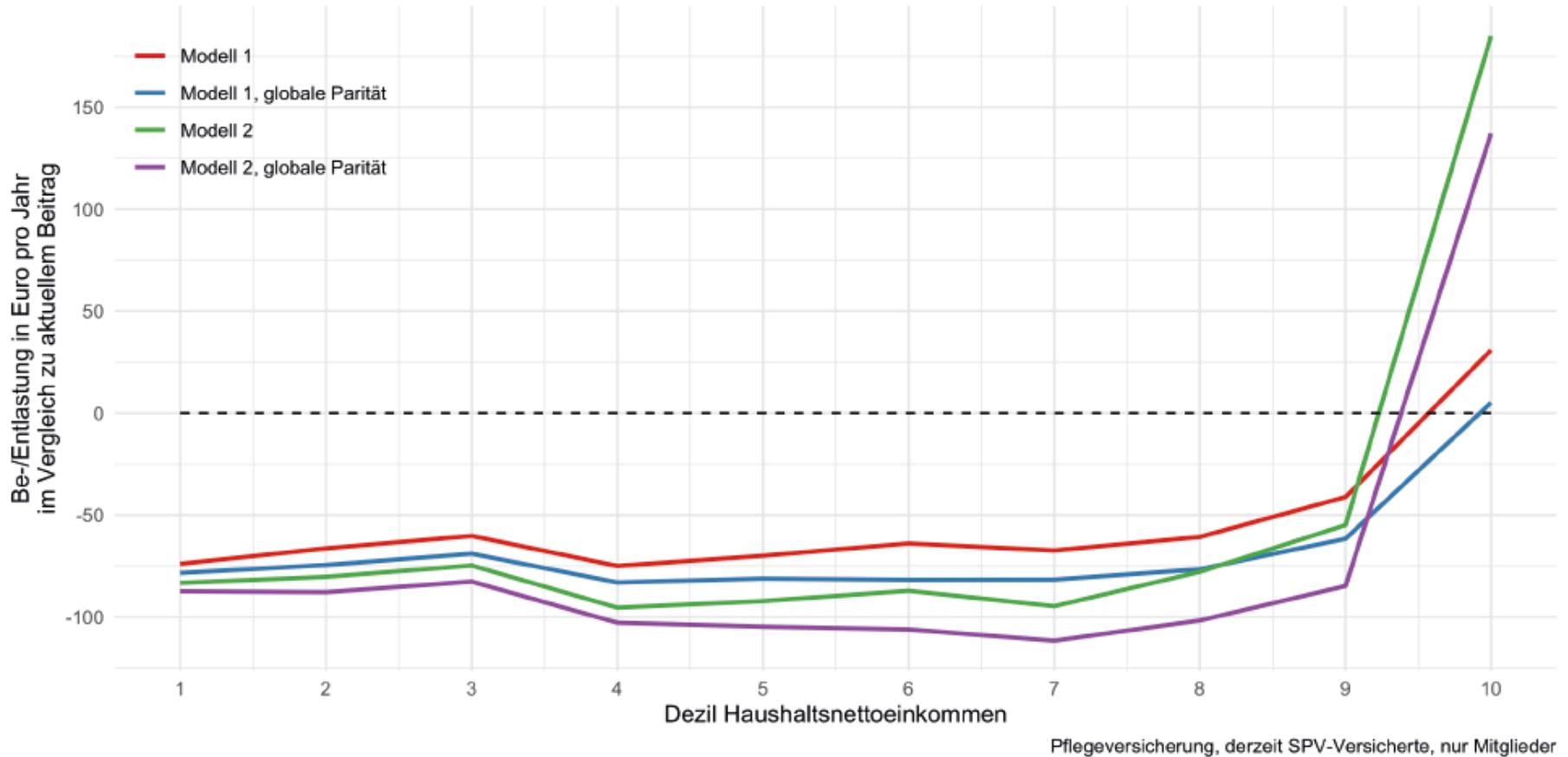
**Tabelle 9: Beitragssatzeffekte einer solidarischen Pflegeversicherung bei unterschiedlichen Ausgestaltungsvarianten (in Prozentpunkten)**

Modell	Beitragssatz	Differenz zum	
		Grundmodell	Status quo
Status quo	2,55	0,57	-
Modell 1: Grundmodell solidarische Gesundheitsversicherung	1,97	-	-0,57
Modell 2: Solidarische Gesundheitsversicherung bei Aufhebung der BBG	1,78	-0,19	-0,76
<b>Status quo mit einer Veränderung, nämlich</b>			
Variante 1: Anhebung der BBG auf 78.000 Euro	2,41	0,43	-0,14
Variante 2: Aufhebung der BBG	2,29	0,31	-0,26
Variante 3: Beitragspflicht für alle Einkommensarten	2,43	0,45	-0,12
Variante 4: Einbezug der bislang Privatversicherten	2,23	0,25	-0,32

**Abbildung 7: Durchschnittliche jährliche Beiträge zur Pflegeversicherung im Status quo und in einer „solidarischen Pflegeversicherung“ nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommen für bislang SPV-Versicherte**



**Abbildung 8: Differenz der durchschnittlichen jährlichen Beiträge zwischen einer solidarischen Pflegeversicherung und dem Status quo nach Dezilen des Nettoäquivalenzeinkommens für SPV-Mitglieder**



**Tabelle 17: Durchschnittliche monatliche Beiträge und Differenzen zwischen Status quo und Modellen einer solidarischen Pflegeversicherung bei derzeit SPV-Versicherten**

Perzentil	Status quo	Modell 1			Modell 2		
	Beitrag	Beitrag	Veränderung absolut	Veränderung relativ	Beitrag	absolut	relativ
1.-10.	170 €	98 €	-74 €	-43%	89 €	-83 €	-48%
11.-20.	224 €	167 €	-66 €	-28%	153 €	-80 €	-34%
21.-30.	269 €	210 €	-60 €	-22%	195 €	-75 €	-28%
31.-40.	309 €	246 €	-75 €	-23%	225 €	-95 €	-30%
41.-50.	344 €	285 €	-70 €	-20%	263 €	-92 €	-26%
51.-60.	373 €	327 €	-64 €	-16%	304 €	-87 €	-22%
61.-70.	422 €	378 €	-67 €	-15%	351 €	-95 €	-21%
71.-80.	473 €	425 €	-61 €	-13%	408 €	-78 €	-16%
81.-90.	524 €	505 €	-41 €	-8%	492 €	-55 €	-10%
91.-100.	623 €	670 €	31 €	5%	824 €	185 €	29%

- Im Koalitionsvertrag ist die Schaffung einer ergänzenden freiwilligen paritätisch finanzierten Vollkostenversicherung vorgesehen.
- Paritätische Finanzierung einer freiwilligen Versicherung ist innovativ – der zu erwartende Effekt insgesamt aber gering
  - Riester-Rente erreicht nur Minderheit der Arbeitnehmer:innen;
  - Pflege-Bahr hat immer noch mehr weniger als 1 Mio. Verträge.
- **Ausreichende Absicherung des Pflegerisikos ist nur durch Pflichtversicherung bzw. Versicherungspflicht möglich.**

- I. Grundstrukturen der Pflegeversicherung
- II. Herausforderung und Reformnotwendigkeiten I: Eigenanteile
- III. Herausforderung und Reformnotwendigkeiten II: Finanzierung
- IV. Herausforderung III: Pflegenotstand**
  - 1. Ausgangslage
  - 2. Personalausstattung
  - 3. Entlohnung
  - 4. Personalbemessungsverfahren
- V. Fazit

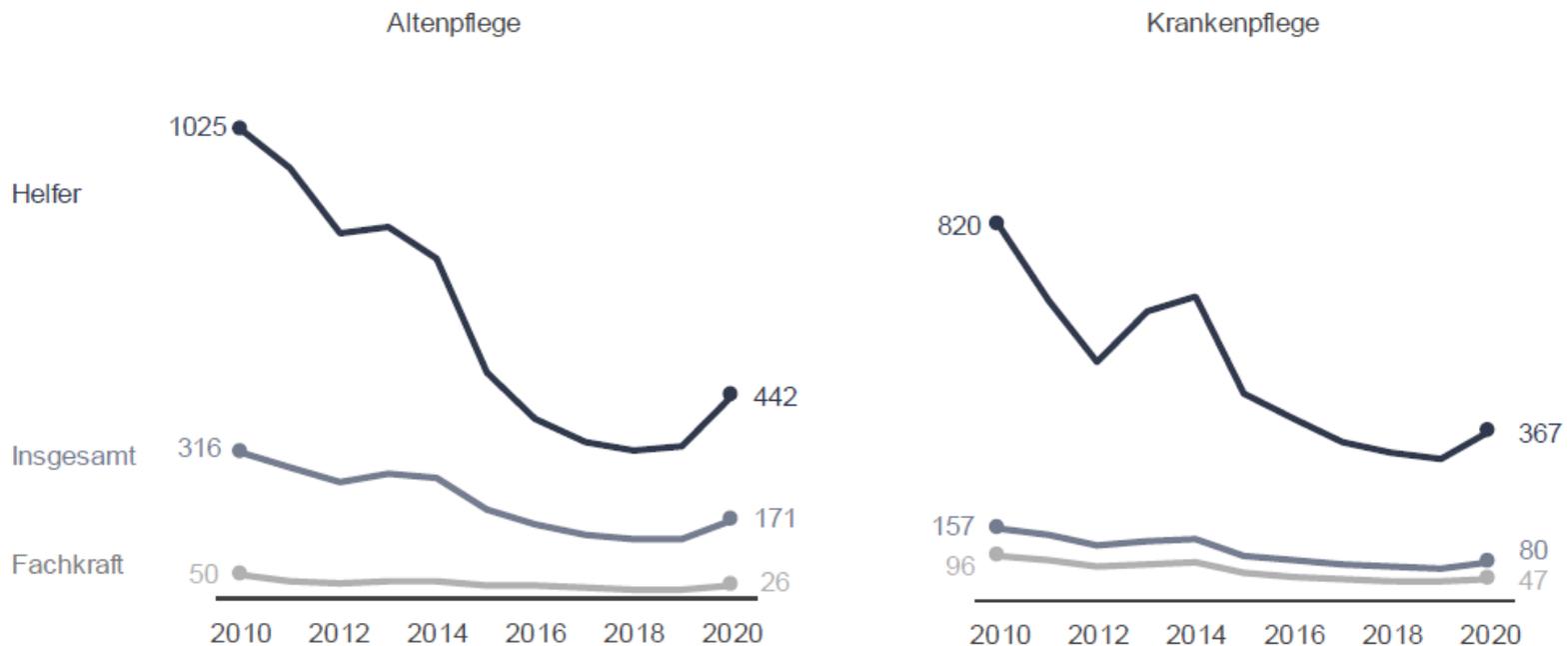
- Bereits heute können Pflegefachkraftstellen nicht mehr besetzt werden.

Abbildung 9

## Arbeitslosen-Stellen-Relation

Arbeitslose je 100 gemeldete Arbeitsstellen

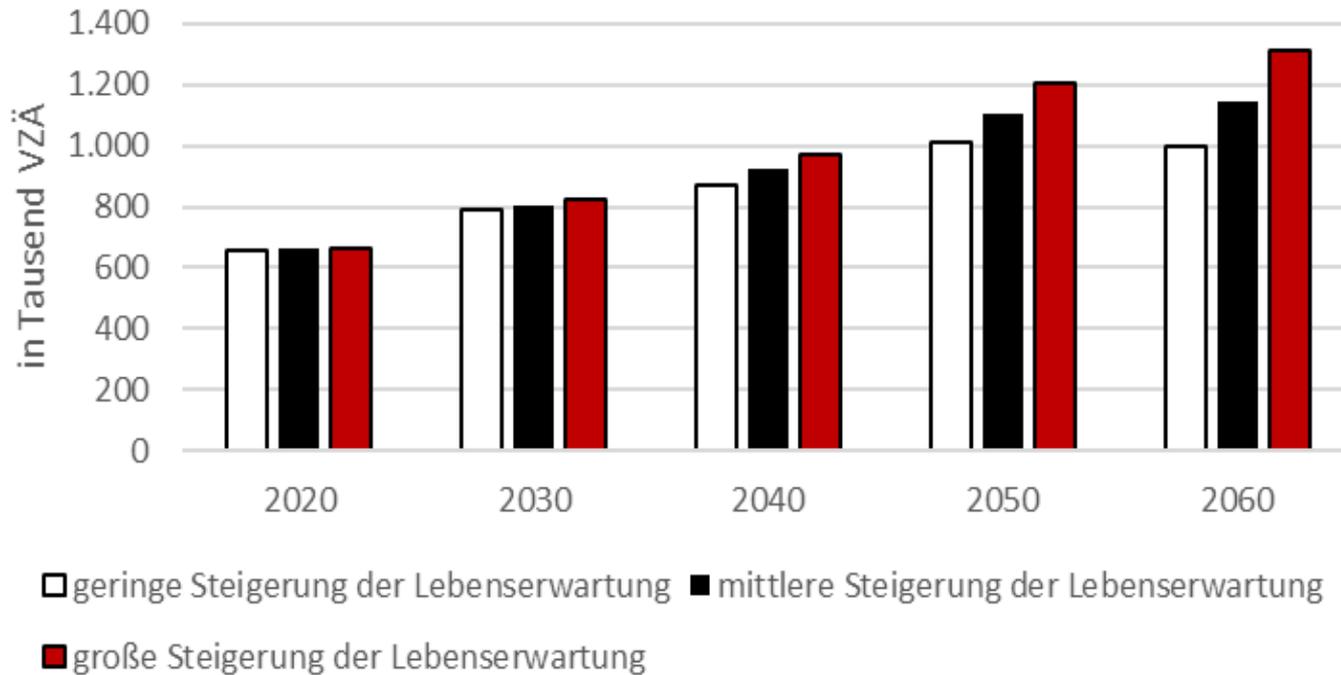
Deutschland, jeweils Jahresdurchschnitt 2010 bis 2020



Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

- Bereits heute können Pflegefachkraftstellen nicht mehr besetzt werden.
- Die Zahl der Pflegekräfte wird sich bis in die 2050er Jahre von derzeit 4,5 Mio. auf 7,5 Mio. erhöhen (Erhöhung um 2/3).
- Pflegepersonalbedarf steigt von derzeit gut 600 Tsd. bis 2050 auf rund 1 – 1,2 Mio. (in Abhängigkeit von der Entwicklung Lebenserwartung).

### Pflegepersonalbedarf insgesamt



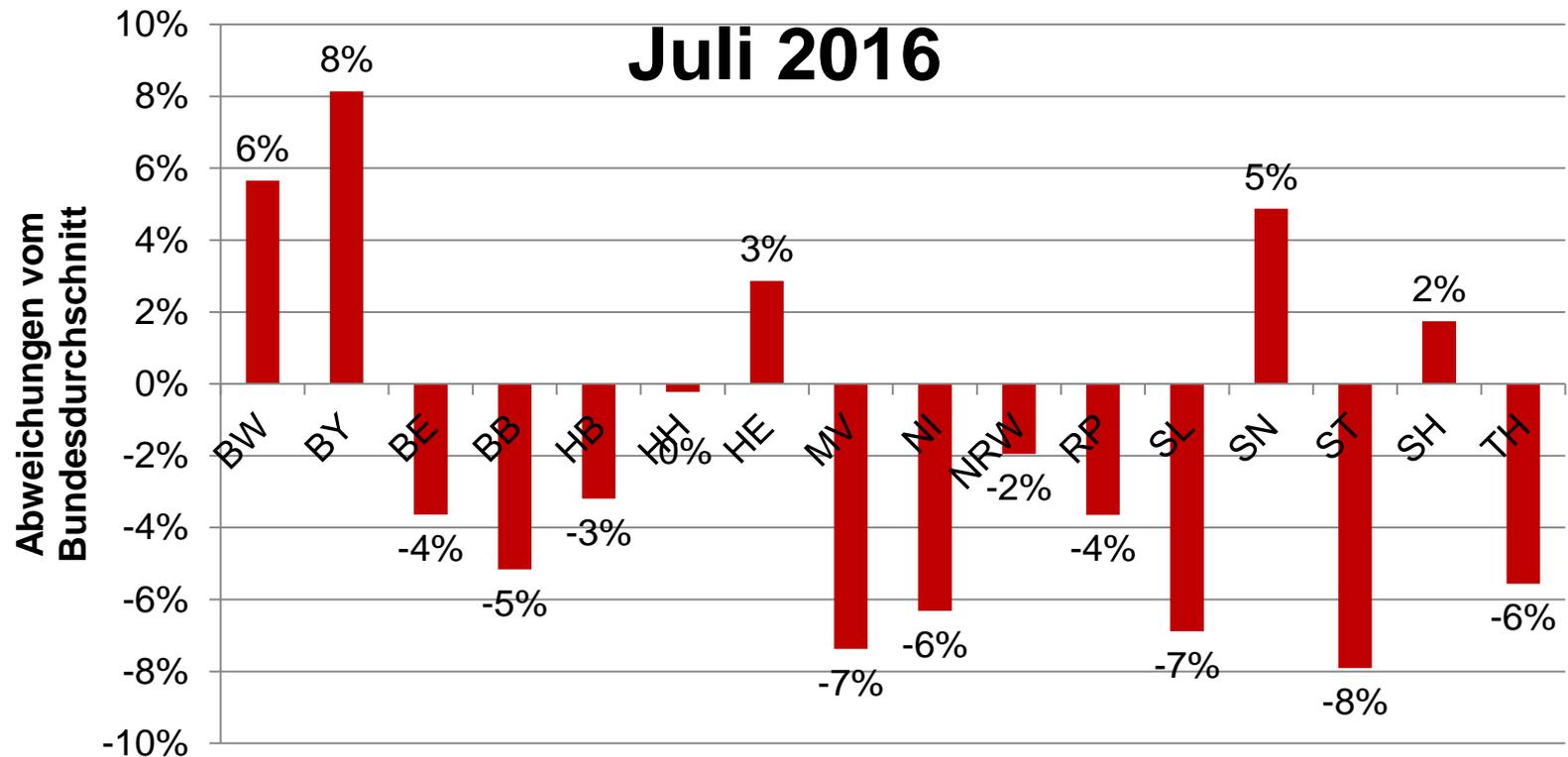
Für 2050: bei  
Lebenserwartung  
gering: 1,008 Mio.  
mittel: 1,106 Mio.  
Hoch: 1,207 Mio.

Differenz der  
Szenarien:  
Mittel zu gering:  
10%  
Hoch zu gering:  
20%

Quelle: BARMER Pflegereport 2021

- Bereits heute können Pflegefachkraftstellen nicht mehr besetzt werden.
- Die Zahl der Pflegekräfte wird sich bis in die 2050er Jahre von derzeit 4,5 Mio. auf 7,5 Mio. erhöhen (Erhöhung um 2/3).
- Pflegepersonalbedarf steigt von derzeit gut 600 Tsd. bis 2050 auf rund 1 – 1,2 Mio. (in Abhängigkeit von der Entwicklung Lebenserwartung).
- **Notwendig ist die Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs durch**
  - Bessere Bezahlung und
  - Bessere Arbeitsbedingungen → Mehr Personal.

1. Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung

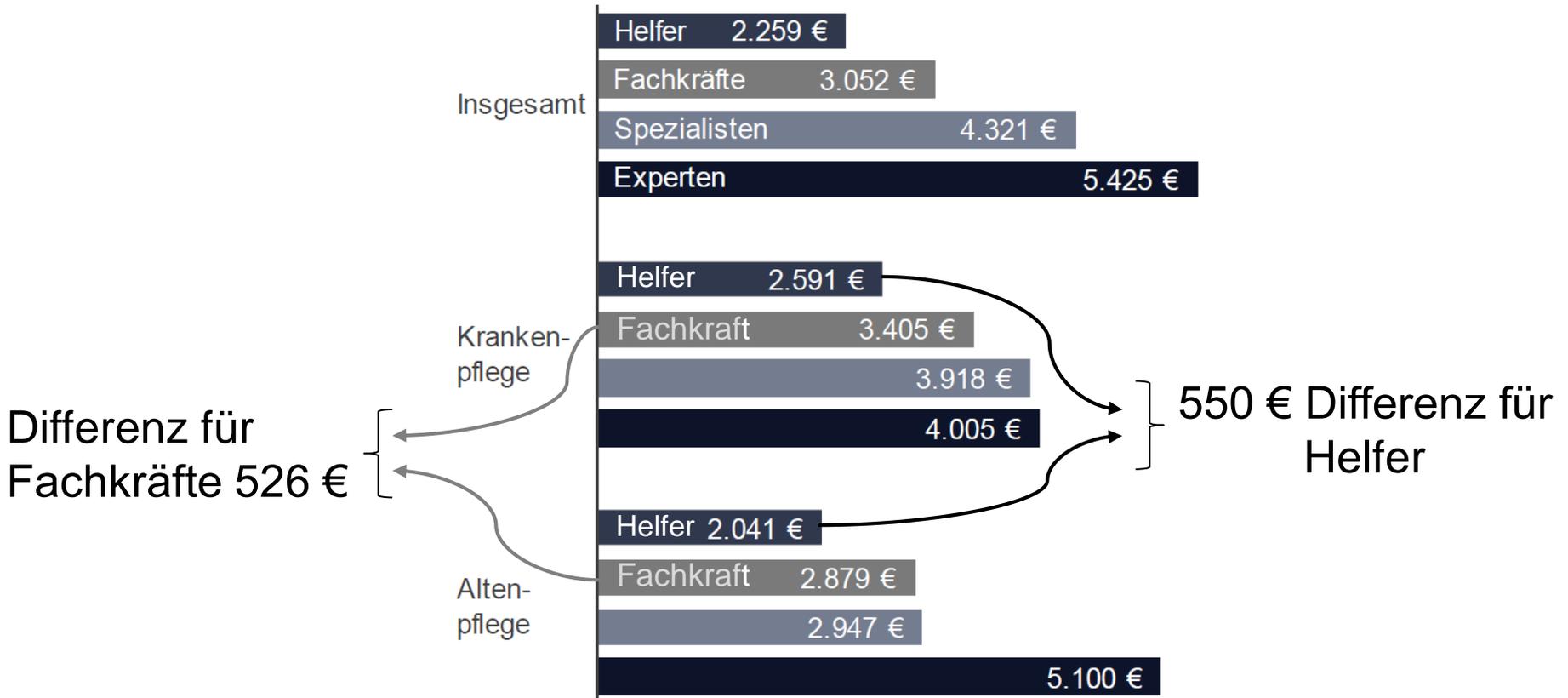


(Quelle: Rothgang/Wagner 2019)

1. Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung
2. Personalausstattung wird durchgängig als zu niedrig beschrieben
  - Pflegekräfte fühlen sich gehetzt und leiden unter den Folgen einer Arbeitsintensivierung (DGB 2018: 7f.)
  - Die Hälfte der befragten Pflegekräfte gibt an, ihr (verdichtetes) Arbeitspensum nur durch kompensatorisch Abstriche bei der Pflegequalität bewältigen zu können (DGB 2018: 16f.)
    - fachgerechte Pflege ist gefährdet
  - Schlechte Arbeitsbedingungen sind der Hauptgrund für Ausscheiden aus dem Pflegeberuf (Hasselhorn et al. 2005). Sie führen zu vermehrten AU-Zeiten (Isfort et al. 2018: 2f.)
    - Pflegenotstand wird verschärft

## Bruttolöhne im Vergleich

Deutschland, Dezember 2018, Veränderung zum Vorjahr  
Medianentgelte sv-pflichtig Vollzeitbeschäftigter

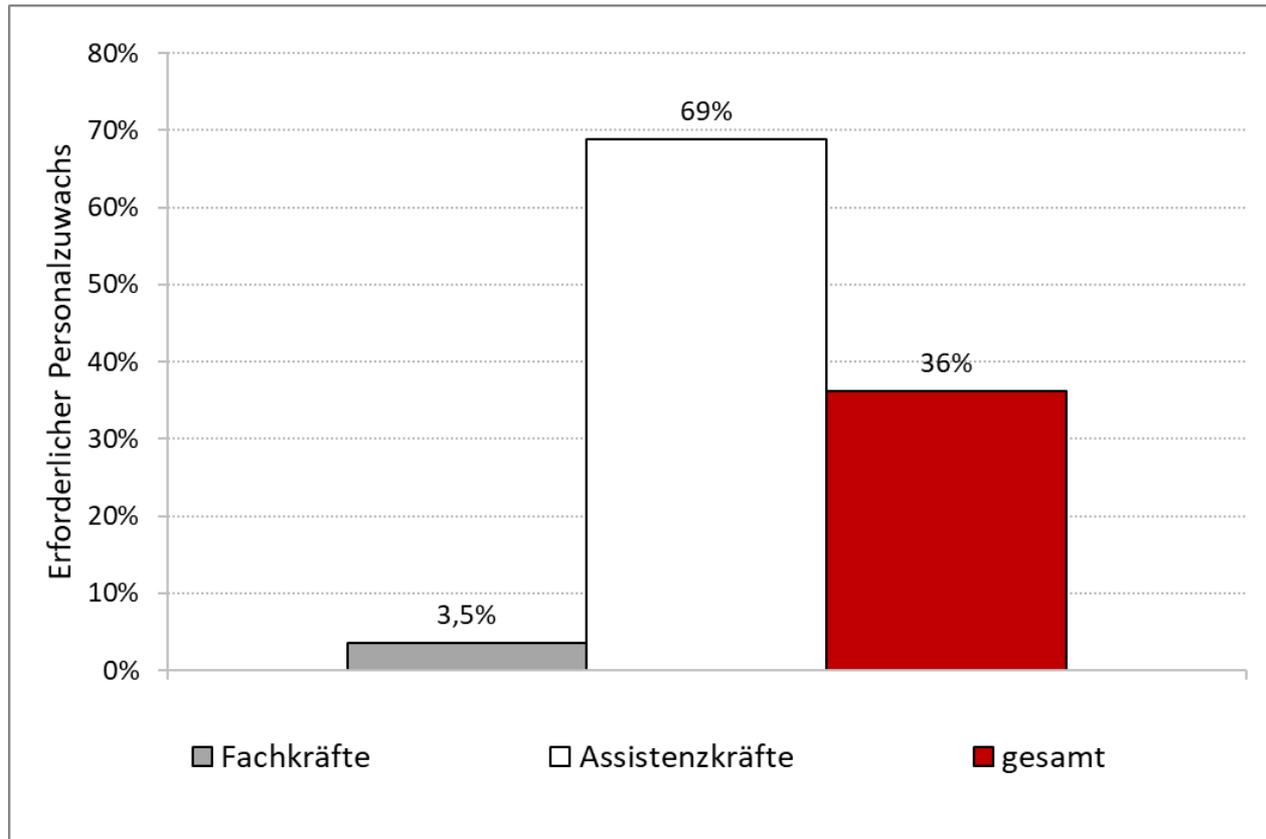


(Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit 2020)

- Mit dem PSG II ist ein gesetzlicher Auftrag zur Entwicklung und Erprobung eines (bundes)einheitlichen Personalbemessungsverfahrens in § 113c SGB XI aufgenommen worden.
- Dieser Auftrag wurde von 2017 bis 2020 an der Universität Bremen bearbeitet.

- Das Personalbemessungsverfahren zeigt einen erheblichen Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von Assistenzkräften.

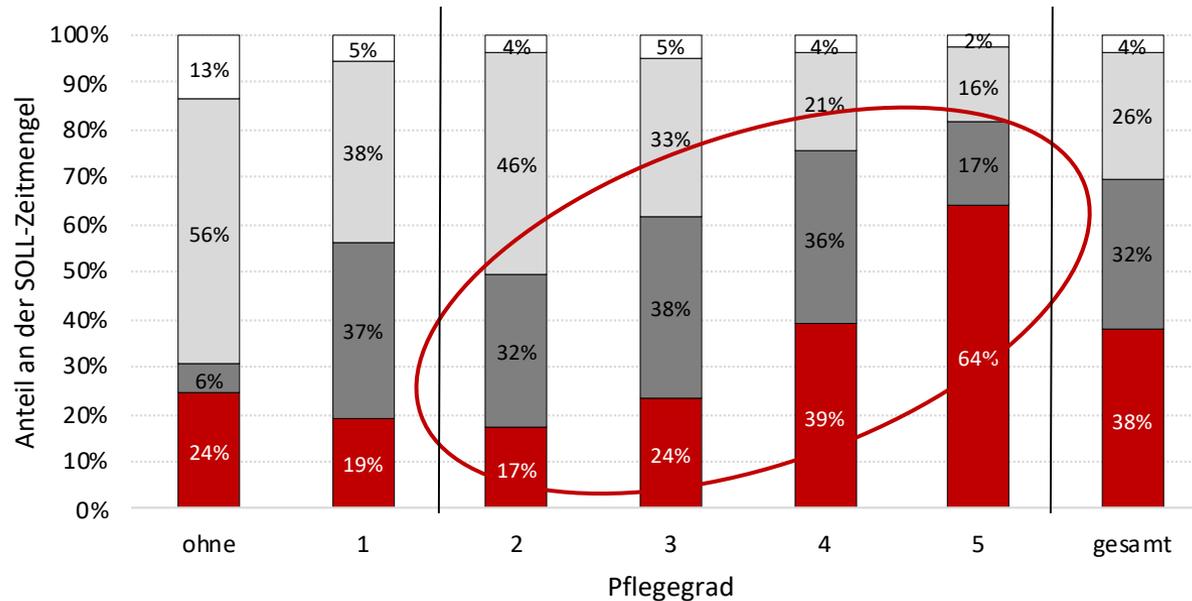
## Personalmehrbedarf nach Qualifikationsgruppen in stationären Einrichtungen



(Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020: 258)

- Das Personalbemessungsverfahren zeigt einen erheblichen Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von Assistenzkräften.
- Einrichtungen mit höherem Pflegegradmix benötigen dabei auch einen höheren Fachkräfteanteil.

## SOLL-Personalmix nach vier Qualifikationsstufen

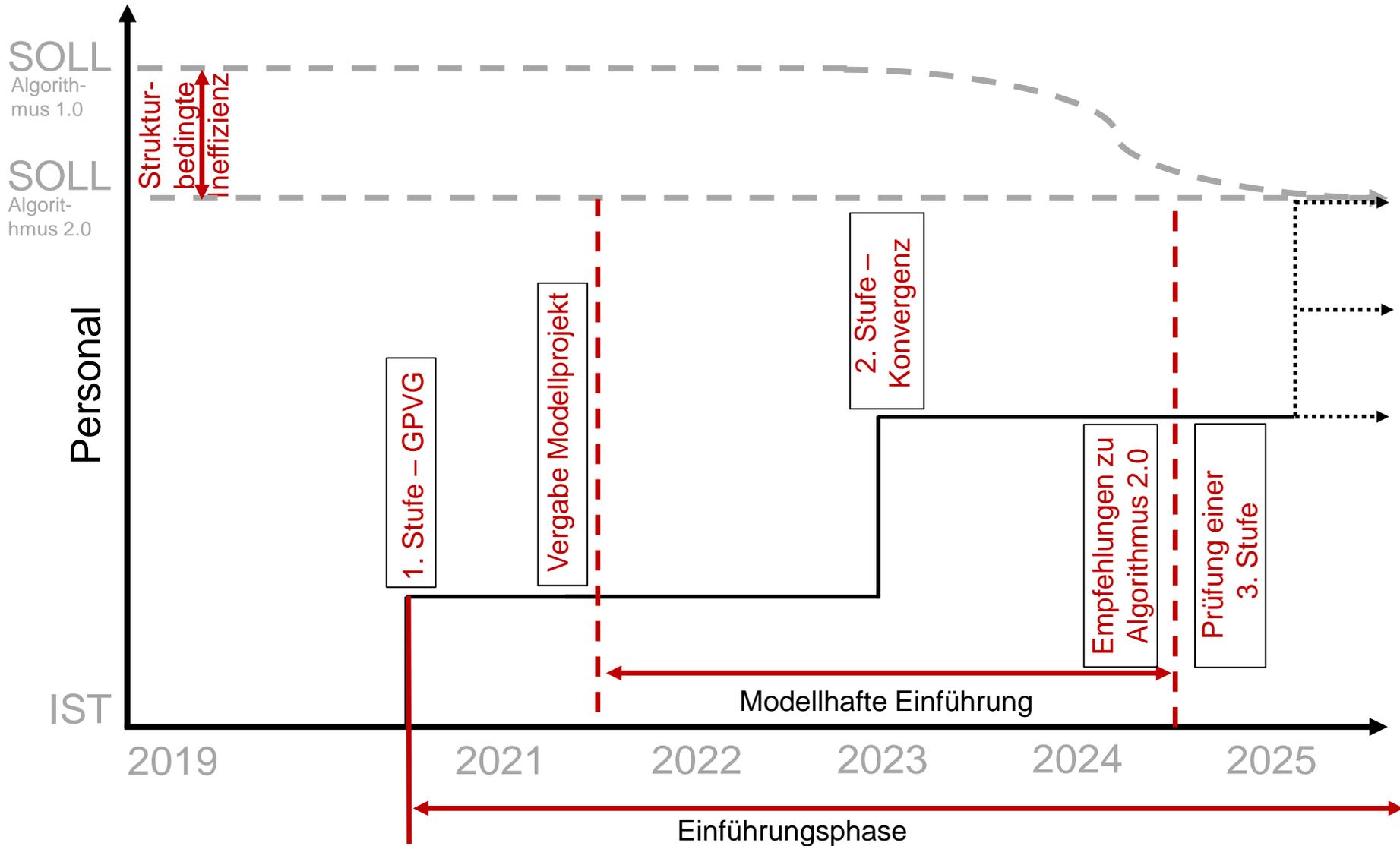


- QN 1: Personen ohne Ausbildung, nach 4 Monaten angeleiteter Tätigkeit
- QN 2 (Pflege): Personen ohne Ausbildung mit einem 2-6monatigen Pflegebasiskurs und 1-jähriger angeleiteter Tätigkeit; QN 2 (Betreuung): Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI
- QN 3: Pflegehelfer\*innen mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung (ASMK 2012)
- QN 4: Pflegefachpersonen mit 3-jähriger Ausbildung (PflBRefG 2017, Teil 2)

(Quelle: Rothgang und das PeBeM-Team 2020: 256)

- Das Personalbemessungsverfahren zeigt einen erheblichen Pflegekraftmehrbedarf, ganz überwiegend im Bereich von Assistenzkräften.
- Einrichtungen mit höherem Pflegegradmix benötigen dabei auch einen höheren Fachkräfteanteil.
- Die aktuelle einheitliche Fachkraftquote von 50% wird durch *heimindividuelle bedarfsgerechte Qualifikationsstrukturen* abgelöst.
- Für eine bundesdurchschnittliche Einrichtung ergibt sich
  - 38% Fachkraftzeit und
  - 32% Arbeitszeit für ausgebildete Pflegehilfskräfte mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung.

- Das Projekt zur Personalbemessung hat bundesweit einen Personalmehrbedarf von zusätzlichen 115.000 Vollzeitstellen ausgewiesen, der zu refinanzieren ist.
- Diese Stellen sollen nach den Beschlüssen der KAP in insgesamt drei Stufen geschaffen werden.
- Das GVWG ermöglicht 40% der Personallücke zu schließen.
- Darüber hinaus bleiben die Regelungen unverbindlich.
- Eine Roadmap hierfür ist mit dem GPVG angelegt und im GVWG erweitert worden.



## 1. Stufe: GPVG

- Das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz ermöglicht die Refinanzierung von bis zu 20.000 Pflegeassistentenkräften.
- Diese Pflegepersonalmehrung erfolgt abgestuft nach dem Case-Mix der Einrichtung – höhere Pflegegrade erhalten mehr Zusatzpersonal.
- Die Finanzierung erfolgt über den Ausgleichsfonds und damit ohne Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohner.
- Die Regelungen sind grundsätzlich sinnvoll, weil sie zusätzliche Assistenzkräftestellen schaffen, deren Anzahl nach Pflegegraden staffeln – ohne die Bewohner zu belasten. Die Umsetzung hinkt aufgrund (falscher) Bedenken der Heime.

### Modellprojekt(e)

- Nach langem Ringen ist die Erprobung von Modellen zum Einsatz von Mehrpersonal in die Roadmap aufgenommen worden.
- Die Modellprojekte sind schon im GPVG verankert, und die Ausführung wurde dem GKV-Spitzenverband übertragen.
- Die Modellprojekte sollen dazu dienen
  - zu testen, wie Mehrpersonal in die Pflegepraxis integriert werden kann,
  - ein Roll-Out-Konzept für eine flächige Einführung abzuleiten und
  - den Personalbedarf *nach* entsprechenden Organisations- und Personalentwicklungsprozessen zu bestimmen (Algorithmus 2.0).

### 2. Stufe: GVWG: einheitliche Personalgrundlage (Konvergenz)

- Zum 1.7.2023 wird die Personalbemessung auf eine *bundeseinheitliche* Grundlage gestellt, die Länderwerte konvergieren.
- Das Niveau wird in Relation zum Algorithmus 1.0 festgelegt: Dabei werden ab 2023 insgesamt 40% des Deltas zwischen Status quo ante und Algorithmus 1.0 refinanziert, also 45 Tsd. der 115 Tsd. Vollzeitstellen.
- Dann werden alle „Sondertöpfe“ aufgelöst und das gesamte Pflegepersonal wird über den Pflegesatz finanziert.
- Ohne absolute Deckelung steigen dadurch die Eigenanteile der Heimbewohner:innen.

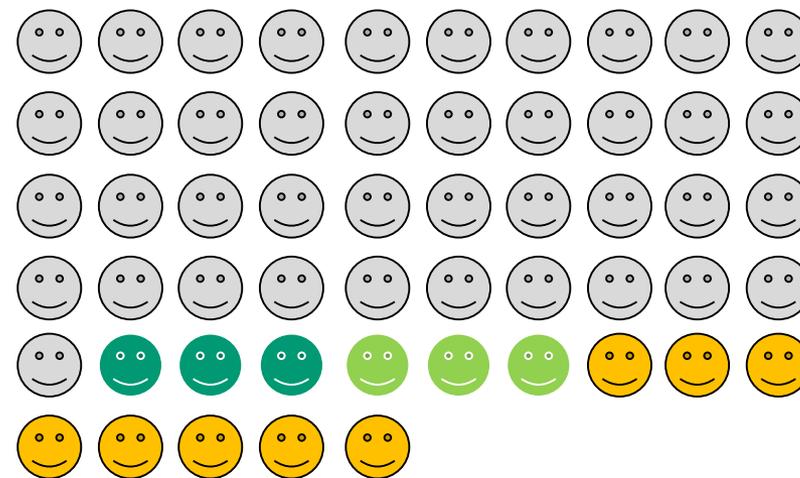
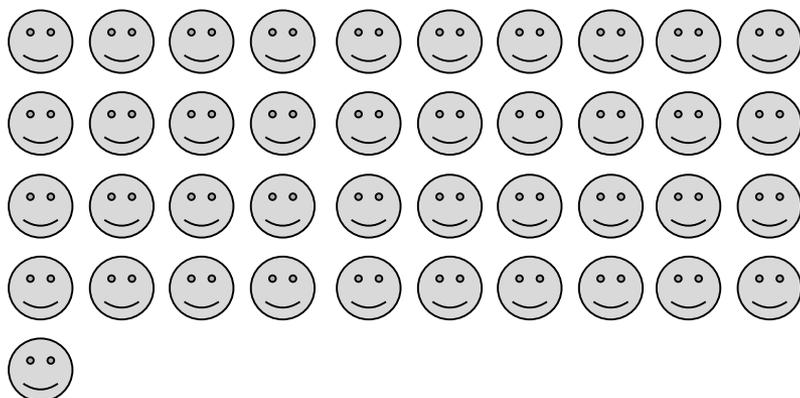
## 3. Stufe: Algorithmus 2.0

- Nach Abschluss der Modellprojekte – frühestens also Anfang des Jahres 2025 – soll darüber entschieden werden, *ob* eine weitere Stufe der Personalmehrung erfolgen muss und kann.
- Es besteht die Gefahr, dass
  - bis dahin keine ausreichenden Anstrengungen gemacht werden, um Pflegekräfte zusätzlich auszubilden und im Beruf zu halten,
  - dann nicht genügend Pflegekräfte zur Verfügung stehen und
  - deshalb kein weiterer Personalaufwuchs entstehen „kann“.
- Erkenntnistheoretisch ist das ein „naturalistischer Fehlschluss“, weil aus dem IST, dann auf ein neues SOLL geschlossen wird.
- Die Versprechungen der KAP, das Personalbemessungsverfahren umzusetzen, wären damit hinfällig.

Für eine durchschnittliche 100-Bewohner-Einrichtung

Aktuell: 41 VZÄ

Bedarf: 55 VZÄ



 durch das GPVG

2021

 durch das GVWG

2023

 Umsetzung offen

2025 ff.

- Die Neufassung des § 113c SGB XI im GVWG vollzieht den Übergang von einer Zuschlagslogik zu bundesweiten Personalanhaltswerten.
- Die angegebenen Personalschlüssel lassen allerdings lediglich die Refinanzierung von *40 % des bedarfsnotwendigen Personalmehrbedarfs* zu. Es besteht weiterer Umsetzungsbedarf.
  - Im Koalitionsvertrag wird eine „Beschleunigung“ der Umsetzung festgelegt – was schwer möglich ist.
  - Das Umsetzungsprojekts ist vor zwei Wochen ausgeschrieben worden.
  - Notwendig ist 2024 die verbindliche Festlegung einer dritte (und vierten) Einführungsstufe auf Basis dann verfeinerter Empirie.

- I. Grundstrukturen der Pflegeversicherung
- II. Herausforderung und Reformnotwendigkeiten I:  
Eigenanteile
- III. Herausforderung und Reformnotwendigkeiten II:  
Finanzierung
- IV. Herausforderung III: Pflegenotstand
- V. Fazit**

- Die Pflegeversicherung weist einige „Geburtsfehler“ auf, die bisher erst teilweise korrigiert wurden.
- Die verbleibenden Probleme sind miteinander verbunden:
  - Zur Bekämpfung des Pflegenotstands sind bessere Entlohnung und Personalmehrung notwendig
  - Ohne eine nachhaltige Begrenzung der Eigenanteile führt das aber zur finanziellen Überforderung der Pflegebedürftigen und zu steigenden Sozialhilfequoten und -ausgaben.
- Eine nachhaltige Finanzreform ist daher notwendige Voraussetzung auch für die notwendigen Strukturreformen der Pflegeversicherung.
- Zu diesen Strukturreformen zählen auch die Digitalisierung und die Schaffung einer sektorfremen Versorgung.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Bundesregierung (1997):** Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/1.Pflegebericht.pdf).

**PflegeVG-E** [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)], Bundestags-Drucksache 12/5617.

**Rothgang, Heinz (2021):** Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GPVG) (BT-Drucksache 19/26822) und zu den Änderungsanträgen 1 bis 20 der Fraktionen CDU/CSU und SPD zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (Ausschussdrucksache 19(14)320.1) anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7.6.2021. Ausschussdrucksache 19(14)347(20).

**Rothgang, Heinz und das PeBeM-Team (2020):** Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM). Abschlussbericht. <https://doi.org/10.26092/elib/294>.

**Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Wagner, Christian / Kalwitzki, Thomas (2021a):** Auswirkungen der aktuellen Pläne zur Finanzreform der Pflegeversicherung. <https://www.dak.de/dak/download/studie-2413956.pdf>.

**Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Wagner, Christian / Kalwitzki, Thomas (2021b):** Auswirkungen der Regelungen des GVWG auf die stationären Pflegekosten und ihre Aufteilung. <https://www.dak.de/dak/download/studie-2476878.pdf>.

**Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Kalwitzki, Thomas (2021c):** Zur Notwendigkeit einer Finanzreform der Pflegeversicherung jenseits der „kleinen Pflegereform“ des GVWG. In: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 4-5: 19-28.

**Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2021):** Pflegeversicherungsreform 2021 – Was muss geschehen und was geht noch? In: Gesundheits- und Sozialpolitik – Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 2: 6-15, <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2021-2>.

**Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2021):** BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 32.