



TEXTE

Pflegeversicherung

**Entwicklung, aktueller Stand
und Perspektiven**

Pflegeversicherung

Entwicklung, aktueller Stand und Perspektiven

Die vorliegende Veröffentlichung rekonstruiert die Entwicklung der Pflegeversicherung, schildert ihren aktuellen Stand und positioniert sich hinsichtlich ihrer Weiterentwicklung.

Download unter:

www.arbeitskammer.de/AK-Texte/pflegeversicherung

Zur besseren Lesbarkeit wurde in diesem Text darauf verzichtet, gleichzeitig die weibliche und die männliche Schreibweise zu benutzen. Die Formulierungen umfassen in gleicher Weise Männer, Frauen und dem diversen Geschlecht zugehörige Personen.

Herausgeber:

Arbeitskammer des Saarlandes
Fritz-Dobisch-Straße 6-8
66111 Saarbrücken
Tel.: 0681 4005-0
oeffentlichkeitsarbeit@arbeitskammer.de
arbeitskammer.de

ISSN 2367-2188**Verfasser:**

Bernd Meyer M.A., Leiter Wichernhaus, Altenpflegeheim Saarbrücken
Andreas Dörr, Pflegereferent der Arbeitskammer des Saarlandes

Verantwortlich:

Dr. Torsten Brandt, Abteilungsleiter Gesellschaftspolitik der Arbeitskammer
Beatrice Zeiger, Geschäftsführerin der Arbeitskammer

Vorwort

Gute Pflege sieht sich einem Dilemma gegenüber: Eine aktivierende und erhaltende Pflege führt im Erfolgsfall dazu, dass sich der Zustand der Patienten verbessert. Dies führt logischerweise dazu, dass die Patienten hinsichtlich Pflegebedarf niedriger eingestuft werden. Somit werden geringere Einnahmen generiert und weniger Personal kann finanziert werden. Mit zu dünner Personaldecke ist eine gute Pflege nicht möglich. Solange der ökonomische Maßstab der zentrale Maßstab ist, kann gute Pflege nicht dauerhaft gelingen.

Die Diskussion um eine Umgestaltung, Neugestaltung bis hin zur Abschaffung der Sozialen Pflegeversicherung hat in den letzten Jahren, durch die deutlich gestiegenen und weiter steigenden Eigenanteile in der stationären Altenhilfe, an Fahrt aufgenommen.

Nicht zuletzt wegen des eklatanten Pflegepersonalmangels sind die steigenden Kosten und deren Refinanzierung ein zentrales Thema. Auch ist in den letzten Jahren die personelle Ausstattung der stationären Altenpflege ins Blickfeld geraten.

Um die Diskussion über die Pflegeversicherung besser nachvollziehen zu können, muss ihre Entwicklung in den Blick genommen werden. Dabei werden auch die verschiedenen Ansätze zu ihrer Weiterentwicklung betrachtet und die Position der Arbeitskammer des Saarlandes dargestellt.

Grundsätzlich präferiert die Arbeitskammer des Saarlandes eine Pflegevollversicherung, die alle Leistungen übernimmt, welche notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind. Hier ist die Solidargemeinschaft ebenso gefordert wie bei der Krankenversicherung. Dies wäre die Übertragung des Grundprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung.

Beatrice Zeiger

Geschäftsführerin der Arbeitskammer des Saarlandes, im November 2022

Inhaltsverzeichnis

Pflegeversicherung	1
1. Inhalte und geschichtliche Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung	5
1.1 Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1994	5
1.2 Reformen der Jahre 2002 bis 2021	6
Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2002.....	6
Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008	6
Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012	7
Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) 2014.....	8
Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) 2015.....	8
Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) 2016.....	9
Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) 2019	10
Eckpunktepapier zur Pflegeversicherung 2021.....	11
2. Auswirkungen und Entwicklungen in der stationären Altenhilfe	11
2.1 Auswirkungen auf die berufliche Pflege und Entwicklungen der beruflichen Pflege	11
Stellenabbau und Arbeitsverdichtung	12
Deprofessionalisierung, Imageverlust und Berufsflucht.....	14
2.2 Auswirkungen und Entwicklungen für die Klienten	15
Leistungsbegrenzung und Versorgungsunsicherheiten	16
Steigende finanzielle Belastungen	16
2.3 Auswirkungen und Entwicklungen für die Pflegeanbieter.....	18
2.4 Ökonomisierung der Pflege, wirtschaftliche Risiken und Verwerfungen	19
2.5 Auswirkungen auf die Kostenträger.....	21
Auswirkungen auf die Sozialhilfeträger	21
Auswirkungen auf Pflege- und Krankenkassen	22
3. Fazit	23
4. Perspektiven	25
4.1 Positionen der Parteien	25
4.2 Reformvorschlag: Sockel – Spitze -Tausch.....	27
4.3 Position der Arbeitskammer des Saarlandes.....	28

1. Inhalte und geschichtliche Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es keine Bedarfe, die Altenpflege finanziell zu regeln. Die Pflege der älteren Menschen fand überwiegend zuhause durch die Familie statt. Mussten Pflegeleistungen finanziert werden, traf dies die Kommunen. Dies blieb bis in die 70er Jahre hinein so. Erst dann wurde der sogenannte "Pillenknicke" als demografischer Wandel deutlich: Die Bevölkerungspyramide begann sich auf den Kopf zu stellen und es wurde davor gewarnt, dass die nun zu erwartenden Kosten für Pflegeleistungen den finanziellen Rahmen der Kommunen sprengen würden. Deshalb wurden dann bis Mitte der 90 er Jahre Einrichtungen der Altenpflege (wie auch Krankenhäuser) über das sogenannte Selbstkostendeckungsprinzip¹ refinanziert.

1.1 Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1994

Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1994 kamen auf die Einrichtungen der Altenhilfe weitreichende Veränderungen zu.

Zwar war von Anfang an nicht beabsichtigt, sie als „Vollkaskoversicherung“ zu konzipieren, die alle Kosten der Pflegebedürftigkeit decken sollte. Allerdings war vorgesehen, dass nur die Kosten für Unterkunft und Logis (die sogenannten "Hotelkosten"), von den zu Pflegenden getragen werden sollten. Mit der sozialen Pflegeversicherung waren im Wesentlichen drei Ziele verbunden:

1. Die Situation der Pflegebedürftigen zu verbessern
2. Die Pflegeinfrastruktur auszubauen
3. Die Sozialhilfeabhängigkeit zu vermindern

Nicht so offen thematisiert, aber klarer Wille der handelnden Akteure, war die Schaffung eines „Pflegemarktes“ um „neuen, innovativen Leistungsanbietern den Zugang (...) offen zu halten und so den Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen (zu) fördern²

¹ Bis Ende 1992 geltendes Prinzip für die Finanzierung der Krankenhauskosten, nach dem die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses durch die von den Krankenkassen zu zahlenden Pflegesätze und durch die Investitionskostenfinanzierung der öffentlichen Hand vollständig gedeckt werden mussten.

² Bundeszentrale für politische Bildung:
<https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72804/ziele-und-wirkungen-der-pflegeversicherung>(zuletzt abgerufen am 16.10.2022)

1.2 Reformen der Jahre 2002 bis 2021

Eine Folge dieses neuen “Pflegemarktes” war ein teilweises Absinken der Pflegestandards. Die daran zunehmend geäußerte Kritik aus unterschiedlichen Lagern führte zu diversen Überarbeitungen und Reformen des Gesetzes. Die Wichtigsten in Kürze:

Pflege-Qualitätssicherungsgesetz 2002

Um die angestrebte Qualitätssicherung der Pflege zu erreichen, wurden erstmals alle ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen verpflichtet, bis spätestens Ende 2003 ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen (§ 80 Abs. 1 SGB XI bzw. Art. 1 Nr. 8 PQsG) und mindestens alle zwei Jahre Leistungs- und Qualitätsnachweise zu erbringen (§ 113 SGB XI bzw. Art. 1 Nr. 23 PQsG). Nur bei Erfüllung dieser Pflicht konnte eine Vergütungsvereinbarung mit den Kostenträgern abgeschlossen werden.

Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008

Flächendeckende Schaffung von Pflegestützpunkten durch die Pflegekassen und die Einführung einer Pflegezeit, ambulante und stationäre Leistungen sollen schrittweise angehoben werden. Auch Menschen mit der so genannten Pflegestufe 0 sollen künftig Leistungen erhalten können. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen soll der Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte erhöht werden.

Pflegebedürftige und deren Angehörige sollen über die Qualität jeder Pflegeeinrichtung informiert werden. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung überprüft Pflegeeinrichtungen (Pflege – TÜV) und erstellt eigene Qualitätsberichte, die in fünf Themenbereiche gegliedert sind.

- Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern und anderen gerontopsychiatrisch veränderten Menschen (10 Kriterien)
- soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)
- Befragung der Bewohner (18 Kriterien, nur stat. Pflege)

Aus den Ergebnissen der ersten vier Themenbereiche wird eine Gesamtnote errechnet; für die Bewohner-Befragung gibt es eine separate Note.

Kritiker bemängelten von Anfang an, dass die Gesamtnote für ein Pflegeheim kaum Aussagekraft habe, da alle 82 Kriterien und Themenbereiche miteinander verrechnet

werden. Durch die Bildung von Mittelwerten würden einzelne und strukturelle Mängel in der Gesamtnote untergehen. So könnte ein „mangelhaft“ bei schweren Pflegemängeln (wie zum Beispiel einem falsch behandelten Druckgeschwür) durch „regelmäßige Schulung der Mitarbeiter in erster Hilfe“ oder „mit einem Zaun gesicherte Gartenanlagen“ ausgeglichen werden.

„Nach diesem Benotungssystem wird es in Deutschland auf dem Papier keine ‚mangelhaften‘ Einrichtungen geben – selbst, wenn sie mangelhaft sind“, kritisierte der Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz und die AOK Rheinland-Pfalz in einer gemeinsamen Pressekonferenz am 28. April 2009.

Die Kritiker sollten Recht behalten, die durchschnittliche Benotung in Deutschlands Heimen liegt bei 1,3!

Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012

Neben Grundpflege und hauswirtschaftlichen Leistungen werden auch Leistungen der häuslichen Betreuung in Pflegestufe 1 – 3 gewährt. Leistungen für Menschen mit Demenz (auch ohne Pflegestufe) in der häuslichen und ambulanten Pflege wurden verbessert. Wohngruppen für pflegebedürftige Menschen „Pflege-WGS“ und private Vorsorge „Pflege-Bahr“ werden gefördert. Zusätzliche Betreuungskräfte (Alltagsbegleiter) für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden von den Pflegekassen finanziert.

Mit den sog. Alltagsbegleiterinnen (Betreuungsassistentinnen...) wurde faktisch ein neues Berufsbild in der Altenpflege eingeführt. Eine „Ausbildung“ im Umfang von 160 Stunden Theorie und sechs Wochen Praktikum sollen die Fähigkeiten und Kompetenzen vermitteln, mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen den Alltag zu gestalten. 20 – 24 KlientInnen mit attestierter „eingeschränkter Alltagskompetenz“ refinanzieren eine Vollzeitstelle. Die Zielgruppe wird auf Webseiten von Bildungsträgern wie folgt beschrieben:

„Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Arbeitssuchende und Zugewanderte, die an der Arbeit im Pflegebereich interessiert sind. Vorerfahrungen im Pflegebereich (z.B. in Form eines Orientierungspraktikums) sind hilfreich, aber nicht erforderlich. (...) Kenntnisse der deutschen Sprache in Wort und Schrift sind Voraussetzung.“ (Bildungsträger: date up training GmbH)

Mit den „Alltagsbegleiterinnen“ wurde, aus arbeitsmarktpolitischer Sicht, eine Gruppe von Menschen, die dem ersten Arbeitsmarkt nicht oder nur begrenzt zur Verfügung standen, Betätigungsfelder geschaffen. Aus berufspolitischer Sicht wurden zentrale Aspekte der

Altenpflege, die soziale Betreuung, ausgelagert, was der Attraktivität des Berufes nicht unbedingt förderlich ist.

Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) 2014

Am Januar 2015 trat das erste Pflegestärkungsgesetz in Kraft. Neben einer Erhöhung der Leistungen (4%) in den einzelnen Pflegestufen, wurden Kurzzeit- und Verhinderungspflege flexibler gestaltet und niedrighschwellige Betreuungs- und Entlastungsleistungen für alle Pflegebedürftigen ausgeweitet. Der Anspruch auf soziale Betreuung durch „Alltagsbegleiterinnen“ wurde auf alle Pflegebedürftigen in der stationären und teilstationären Pflege ausgedehnt. Dadurch entstanden in Deutschland rund 45 000 Arbeitsplätze zusätzlich (s.o.)³. Eine deutliche Verbesserung für viele Pflegebedürftige und berufstätige Angehörige: Die Leistungen von ambulanter Pflege und Tages- bzw. Nachtpflege wurden nicht mehr gegeneinander verrechnet, sondern beide können vollumfänglich in Anspruch genommen werden. Das bedeutete eine Verdoppelung der Gelder für die Inanspruchnahme von ambulanten und teilstationären Leistungen und führte zu einem „Boom“ von neuen teilstationären Leistungsangeboten.

Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) 2015

Im Dezember 2015 wurde das nächste Pflegestärkungsgesetz, dass zum 01.01.2017 weitgehend in Kraft trat, verabschiedet. Wesentliche Neuerungen sind die Neudefinition der Pflegebedürftigkeit, und die Einführung von fünf Pflegegraden anstelle der bisherigen drei Pflegestufen. Damit verbunden sind auch die Neubemessungen der Leistungen und der Höhe der Eigenleistungen⁴.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll körperliche und psychische Einschränkungen bei der Bestimmung des Pflegebedarfes gleich gewichten. Grundlage ist, mit unterschiedlicher Gewichtung, der Grad der Selbständigkeit in sechs Bereichen. Diese umfassen:

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung

³ Bäcker, Gerhard, Naegele, Gerhard, Bispink, Reinhard: (2020), Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Ein Handbuch, Wiesbaden 62020, Kapitel IX Pflegebedürftigkeit und Pflege, hier S. 785.

⁴ ebd., S. 786f.

- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte ⁵

Menschen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen werden automatisch in das neue System übergeleitet. Menschen mit ausschließlich körperlichem Pflegebedarf werden in den nächsthöheren Pflegegrad (Pflegestufe (PS)1 wird zu Pflegegrad 2) eingestuft. Kommen kognitive Beeinträchtigungen hinzu, erfolgt die Überleitung in den übernächsten Pflegegrad (PS 1 plus kognitive Einschränkungen = Pflegegrad 3). Pflegegrad 1 bekommt, wer noch keinen erheblichen Unterstützungsbedarf hat, aber niederschwellige Unterstützung braucht.

Der zu zahlende Eigenanteil in der stationären Pflege ist nicht mehr abhängig von der jeweiligen Pflegestufe, sondern ist für alle Pflegegrade einheitlich. Für viele Pflegebedürftige bringt dies (vorrübergehend) Entlastung. Der durchschnittliche, pflegebezogene Eigenanteil im Saarland lag im Juli 2022 bei ca. 1.074€ im Monat. Die Gesamtzuzahlungen einschließlich Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten und Ausbildungsrefinanzierungsbeitrag belaufen sich im Saarland auf durchschnittlich 2.537€/Monat in den Pflegegraden 2 – 5. Da die Zuzahlungen der Pflegekassen gleichbleiben, steigen die Eigenanteile jährlich um rund 4%, unberücksichtigt einer Verbesserung der Personalausstattung.

Pflegestärkungsgesetz III (PSG III) 2016

Ebenfalls 2017 trat auch das dritte Pflegestärkungsgesetz in Kraft. Das PSG III setzt in erster Linie die Empfehlungen der Bund-Länder-AG zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege um und dient zwei zentralen Zielen. Zum einen geht es um die Verbesserung der Steuerung, Kooperation und Koordination von Beratung und Pflege in den Kommunen, um die Sicherstellung der Versorgung, um sogenannte niedrigschwellige Angebote und um die Pflegeberatung. Zum anderen sollen die Regelungen zur im Kapitel sieben des Zwölften Sozialgesetzbuches (SGB XII) verankerten Hilfe zur Pflege, an die bereits im PSG II erfolgte Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und an das Bundesversorgungsgesetz angepasst werden. Außerdem erhält die gesetzliche Krankenversicherung ein systematisches Prüfrecht, um gegen Abrechnungsbetrug vorgehen zu können. Die Länder werden in die Verantwortung genommen, in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen, eine

⁵ ebd.

leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche Pflegeinfrastruktur zu gewährleisten.

Erstmals müssen Pflegekassen und Sozialhilfeträger Tariflöhne als wirtschaftlich anerkennen und auch refinanzieren. Sie bekommen aber auch die Möglichkeit, die Umsetzung zu kontrollieren und bei Verstößen zu sanktionieren.

Städte und Gemeinden sollen auf Initiative der Landkreise und kreisfreien Städte neue Beratungsstrukturen in Modellprojekten erproben dürfen. Die Landesverbände der Pflegekassen werden verpflichtet, gemeinsam und einheitlich mit dem zuständigen Sozialhilfeträger entsprechende Vereinbarungen zu schließen, auch über das Personal, die Finanz- und Sachmittel, die die Pflegekassen beisteuern müssen.

Ebenso erhalten Landkreise und kreisfreie Städte ein Initiativrecht zur Errichtung von Pflegestützpunkten. Die Pflegekassen werden verpflichtet, an den Pflegestützpunkten mitzuwirken und ebenfalls entsprechende Rahmenverträge zu schließen. Das Recht auf die Einrichtung von Schiedsstellen für den Streitfall liegt beim Land.

Zusammenfassend soll das PSG III die Rolle der Kommunen, bezüglich der lokalen pflegerischen Versorgung stärken. Verbesserungspotenzial wird dabei vor allem in Bezug auf Koordination, Kooperation und Gestaltung gesehen. Ziel ist es Sozialräume weiterzuentwickeln, um das übergeordnete politische Hauptaugenmerk, einer angemessenen Versorgung Pflegebedürftiger mit möglichst langem Verbleib in ihrem vertrauten Umfeld zu erreichen.⁶

Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) 2019

Bundestag und Bundesrat haben 2019 das Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal – Stärkungs-Gesetz, PpSG) verabschiedet. Mit dem Gesetz will die Große Koalition erste Schritte bei der Behebung des Fachkräftemangels in der Kranken- und Altenpflege einleiten. Kern des Programms sind 13.000 neue Stellen in der Altenpflege. Jede vollstationäre Pflegeeinrichtung erhält, abhängig von der Größe (bis 40 Bewohnerinnen: 0,5, 40 bis 80: 1,0, 80 bis 120: 1,5, >120 2,0 Stellen), zusätzliches Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung pauschal vollfinanziert wird. Damit soll der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser berücksichtigt werden. Zur Entlastung des Pflegepersonals fördert die Pflegeversicherung durch einen Zuschuss für die Digitalisierung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Die Zusammenarbeit von

⁶ Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Pressemeldungen/Presse_2016/PM_PSG_III.pdf (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

niedergelassenen Ärzten mit stationären Pflegeeinrichtungen soll durch verbindliche Kooperationsverträge gestärkt werden. Hierfür soll zudem ein technischer Standard für die digitale Kommunikation entwickelt werden. Darüber hinaus wird der Anwendungsbereich der Nutzung von Sprechstunden per Video erweitert. Pflegende Angehörige erhalten einen verbesserten Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Eckpunktepapier zur Pflegeversicherung 2021

Das Eckpunktepapier der Pflegereform 2021 sieht vor, die Eigenanteile für die stationäre Pflege auf maximal 700 Euro monatlich zu deckeln – befristet auf maximal drei Jahre. Im ersten Jahr wird der Eigenanteil für Bewohner um 5 Prozent gesenkt, im zweiten Jahr wird er um 25 Prozent reduziert. Im dritten Jahr erfolgt eine Reduzierung in Höhe von 45 Prozent. Ab dem vierten Jahr soll der Eigenanteil schließlich um 70 Prozent reduziert werden.

2. Auswirkungen und Entwicklungen in der stationären Altenhilfe

Das bereits erwähnte Absinken der Pflegequalität durch den neuen „Pflegermarkt“ hatte seinen Grund in den Renditeerwartungen der neuen Marktteilnehmer. Auch wenn gesetzliche Vorgaben, Mindeststandards wie eine 50% Fachkraftquote und (flexible) Personaluntergrenzen, definierten, blieb ausreichend Spielraum, Rendite deutlich jenseits der 10% Marke zu erzielen, zumal zumindest bei den Personalvorgaben eine bundesweite Regelung bis heute nicht zustande kam⁷.

Die Folge war, dass nunmehr weniger Geld im System zur Verfügung stand. letztendlich begann mit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung die Ökonomisierung der Altenpflege. Der zunehmende wirtschaftliche Druck führte im Ergebnis zu vielfältigen Verwerfungen, die nachfolgend dargestellt werden.

2.1 Auswirkungen auf die berufliche Pflege und Entwicklungen der beruflichen Pflege

Während kommunale, freigemeinnützige und kirchliche Anbieter in der Regel an Tariflöhne gebunden waren, konnten private Anbieter, mit deutlich niedrigeren Lohnkosten (Lohnkosten machen rund 70% der Ausgaben aus) die Einnahmen steigern und gleichzeitig die marktüblichen Preise unterbieten. Dadurch gerieten auch die „alten“ Anbieter zunehmend unter Druck, dem sie, unter anderem durch Auslagerungen von Dienstleistungen (Reinigung, Küche, Serviceangeboten) zu begegnen versuchten.

⁷ Verband der Ersatzkassen: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2018-0304/personalbemessung.html> (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

Erschwerend kam hinzu, dass die Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) bei Pflegesatzverhandlungen die niedrigsten Preise am Markt und damit auch die Mindestbesetzung als Maßstab zugrunde legten. Aus der gesetzlich definierten Mindestbesetzung wurde so eine Maximalbesetzung, deren Überschreitung nicht refinanziert wurde.

Die Folgen waren: Personalabbau, Arbeitsverdichtung, Deprofessionalisierung, Imageverlust und letztendlich Berufsflucht.

Im Ergebnis trug die Pflegeversicherung zum heutigen „Pflegetotstand“ in der Altenpflege maßgeblich bei.

Stellenabbau und Arbeitsverdichtung

Tabelle 1: Anzahl der Pflegebedürftigen und des Personals in der stationären Pflege im Vergleich 1999 – 2017 (Deutschland)

	1999 (Anzahl in Köpfen)	2017 (Anzahl in Köpfen)	Zunahme 1999 bis 2017 (in %)	Verhältnis Gesamtpersonal zu Pflegebedürftigen 1999	Verhältnis Gesamtpersonal zu Pflegebedürftigen 2017
Pflegebedürftige	573.211	921.878	60,81%		
Gesamtpersonal	440.940	764.648	73,38%	1 - 1,3	1 – 1,6
Pflegepersonal (= der Pflege zugeordnetes Personal)	287.257	469.584	63,47%	1 - 2	1 – 1,96
Hauswirtschaft	93.622	121.516	29,79%	1 – 6,12	1 – 7,59
Verwaltung	24.502	42.199	72,62%	1 – 23,39	1 – 21,85
Haustechnik	13.635	17.265	26,62%	1 – 42,03	1 – 53,4

Quellen: Statistisches Bundesamt, Bonn (2001) Kurzbericht Pflegestatistik 1999, statistisches Bundesamt (Destatis) (2018) Pflegestatistik, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse 2017

Bei den statistischen Zahlen wurde nur die Gesamtzahl der Beschäftigten angegeben. Eine Umrechnung in Vollzeitäquivalente erfolgte erst ab 2003. Die Steigerungsraten von Pflegebedürftigen und Pflegepersonal waren in etwa ausgeglichen. In den Strukturen der Beschäftigten sind aber Verschiebungen feststellbar. So ist zum Beispiel der Anteil der Teilzeitbeschäftigten im Zeitraum (1999 – 2013) von 45,0% auf 61,9% gestiegen.⁸ Bis 2017 sank die Zahl der Vollzeitbeschäftigten auf 28,9% (Saarland 42,5%). Das Verhältnis von Personal zur Pflegebedürftigen wäre also bei Ausweis in Vollzeitäquivalenten – was die Realität genauer abbilden würden - im Jahr 2017 ungünstiger als in Tabelle 1 angegeben.

Die Gründe für die Ausweitung der Teilzeitarbeit liegen sowohl auf Arbeitnehmer als auch auf Arbeitgeberseite. Viele Pflegekräfte sehen sich körperlich schlicht nicht mehr in der Lage eine Vollzeitstelle anzunehmen, weil die Arbeitsbelastung in hohem Maße zugenommen hat. Für Arbeitgeber wiederum ergeben sich Vorteile durch Teilzeitstellen bei der Dienstplangestaltung. Insbesondere die Abdeckung der von Arbeitsspitzen ist so besser zu bewältigen.

Die Entwicklung der Anzahl Pflegebedürftiger zu Personal zeigt in den einzelnen Berufsfeldern deutliche Unterschiede. Wird das Gesamtpersonal betrachtet, verschlechtert sich das Verhältnis Kunde zu Personal um den Faktor 0,3. Das Verhältnis Pflegepersonal zu Kunden bleibt auf den ersten Blick annähernd stabil, stellt man dieser Relation die deutlich gestiegene Zunahme der Teilzeitarbeit (55% 1999 zu 71,1% 2017) gegenüber, ist auch hier von einer deutlichen Verschlechterung auszugehen.

Noch deutlicher werden die Personaleinsparungen in den Bereichen Hauswirtschaft und Haustechnik. Bei einer Steigerung der Pflegebedürftigen um rund 61% stiegen die Personalzahlen in der Hauswirtschaft lediglich um rund 30% und bei der Haustechnik um rund 27%. In Zahlen ausgedrückt sind in der Hauswirtschaft rund 29.200 Stellen und in der Haustechnik rund 4.700 Stellen weggefallen (eigene Berechnungen auf Basis der Pflegestatistik 1999 und 2017). Es muss davon ausgegangen werden, dass dadurch zusätzliche Arbeiten aus den Bereichen Hauswirtschaft, Reinigung und einfachen hausmeisterlichen Tätigkeiten von der Berufsgruppe der Pflegenden mit übernommen werden mussten. Gleichzeitig stieg der Dokumentationsaufwand woraus sich einerseits eine deutliche Arbeitsverdichtung und andererseits eine zunehmende Diffusion des beruflichen Handlungsrahmens ergab. Symbolisch dafür steht der Begriff der „Minutenpflege“, in

⁸ Statistisches Bundesamt: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36554/umfrage/beitragssatz-pflegeversicherung-entwicklung-seit-1996/> (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

Anlehnung an die für die ursprünglichen Pflegestufen definierten Zeitvorgaben für pflegerische Verrichtungen.

Ein weiterer, in der Öffentlichkeit wenig wahrgenommener, Aspekt ist die deutlich kürzer werdende Verweildauer, bei gesteigerter Pflegebedürftigkeit, in der stationären Altenpflege. 20% der Bewohner versterben innerhalb der ersten vier Wochen nach dem Einzug, bis zum dritten Monat versterben 24% der Frauen und 41% der Männer⁹. Von 2007 bis 2014 sank die durchschnittliche Verweildauer um mehr als fünf Monate, von 32,2 auf 27,1.¹⁰

Gleichzeitig ist ein deutlicher Zuwachs der Neuzugänge von Pflegeheimen direkt aus dem Krankenhaus zu beobachten. 2015 wurden 385.000 Personen aus Krankenhäusern in ein Heim überwiesen, dies entsprach 74 Prozent aller Neuzugänge. 2005 betrug dieser Anteil noch 31 Prozent.¹¹ Damit einher geht auch ein deutlich höherer Aufwand für medizinische Behandlungspflege und Dokumentation.

Deprofessionalisierung, Imageverlust und Berufsflucht

Kalwitzki geht davon aus, dass etwa 50% der Arbeitszeit von Pflegefachkräften in der stationären Altenhilfe auf Hilfstätigkeiten wie Reinigungs- und Küchenarbeiten, Bettenmachen und Ähnlichem entfallen. Er spricht von einer Deprofessionalisierung der Pflege: „Wir haben also einerseits Probleme, alle Fachpflegestellen zu besetzen, gleichzeitig führen Fachpflegekräfte die Hälfte ihrer Arbeitszeit Tätigkeiten aus, für die sie ihre Ausbildung nicht benötigen.“¹² Nicht zuletzt dadurch wurden das berufliche Selbstverständnis und das Berufsimago der Altenpflege beschädigt.

Mit dem Pflege- Neuausrichtungsgesetz (2012) wurde, mit den sogenannten Alltagsbegleiterinnen (§ 87b), eine neue „Berufsgruppe“ in der Altenpflege installiert. Damit wurden wesentliche Kernkompetenzen der Profession Altenpflege, die soziale Betreuung, Förderung und Aktivierung, faktisch aus der Verantwortung bzw. aus dem Handlungsfeld herausgetrennt und an „Laien“ abgegeben.

⁹ Techtmann, Gero: Die Verweildauern sinken, in: Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen 2015, verfügbar unter: <http://www.alters-institut.de> (zuletzt abgerufen am 02.11.2022).

¹⁰ ebd.

¹¹ „Bedarf an Pflegeplätzen steigt, Personalknappheit auch“, Pressemitteilung des [RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung vom 23.11.2017](https://www.rwi-essen.de), verfügbar unter: <https://www.rwi-essen.de> (zuletzt abgerufen am 02.11.2022).

¹² Kalwitzki, Thomas: Mehr Zeit für Fachpflege, in: Die Schwester Der Pfleger 4(2020), S. 40f.

Dadurch wurde der Beruf Altenpflege auf „Grund- und Behandlungspflege“, hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Verwaltungsaufgaben verkürzt, das berufliche Fremd- und Selbstbild beschädigt und die Attraktivität des Berufes gemindert.

Das bereits genannte Verhalten der Kostenträger bei den Pflegesatzverhandlungen, den niedrigsten ortsüblichen Pflegesatz als Grundlage der Finanzierung zugrunde zu legen, drückte die Lohnkosten in der Altenpflege. Altenpflegefachkräfte verdienten im Jahr 2020 im Vergleich zu Fachkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege durchschnittlich 600€ brutto im Monat weniger.¹³

Im Ergebnis verlor der Beruf Altenpflege nicht nur sein eigenständiges Profil, er verlor auch im Vergleich zur Gesundheits- und Krankenpflege, an gesellschaftlichem Ansehen. Im Ergebnis gingen die Ausbildungszahlen zurück, Fachkräfte wanderten in attraktivere und besser bezahlte Bereiche wie Krankenhäuser und Reha Einrichtungen ab oder verließen den Beruf ganz.

2.2 Auswirkungen und Entwicklungen für die Klienten

Ein Grundgedanke der Pflegeversicherung war u.a. (s.o.) die Erwartung, dass Konkurrenz unter den Anbietern die Kosten reduziert und damit die Sozialhilfeträger entlastet werden.

Erwartet wurde, dass durch die Öffnung, insbesondere für private Anbieter, die Anzahl der Angebote erhöht und die Auswahl für die Klienten größer wird.

Zwischen 1999 und 2017 stieg die Anzahl der privaten stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland von rund 5000 auf 7600, die der freigemeinnützigen verdoppelte sich von rund 3100 auf 6200 und die Anzahl der kommunalen Einrichtungen sank leicht von 750 auf 680.¹⁴

Gleichzeitig wurde vorausgesetzt bzw. erwartet, dass dadurch auch die Qualität der Angebote positiv beeinflusst werden würde.

Während die ersten beiden Erwartungen, zumindest in den ersten Jahren, erfüllt wurden zeigten sich bei der Qualitätsentwicklung deutliche Defizite, so dass bereits 2002 die ersten Gegensteuerungsversuche notwendig wurden.

¹³ Carstensen, Jeanette, Seibert, Holger, Wiethölter, Doris: Entgelte von Pflegekräften 2020 (in der aktualisierten Fassung vom 11.10.2021), in: Aktuelle Daten und Indikatoren, hg. von Institut für Arbeitsfragen und Berufsforschung, Nürnberg 2021, S. 4f.

¹⁴ Vereinigung der Ersatzkassen: https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

Leistungsbegrenzung und Versorgungsunsicherheiten

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff war, bis 2017, ausschließlich über körperliche Einschränkungen (Ernährung, Mobilität, Körperpflege, Hauswirtschaft) definiert. Kognitive Beeinträchtigungen wurden nicht berücksichtigt, wodurch (politisch gewollt) viele Menschen, z. B. mit demenziellen Veränderungen, von Leistungen ausgeschlossen blieben. Drei Pflegestufen sollten Zeitaufwand (45, 120, 240 Minuten) für den durchschnittlichen (Grund-) Pflegeaufwand pro Tag abbilden. Der Begriff der „Minutenpflege“, basierend auf den Zeitvorgaben für bestimmte Tätigkeiten (s.o.) als Orientierung für die Pflegeinstufung, wurde zur zentralen Kritik an der Pflegeversicherung.

„Angesichts der Interessen der Pflegekassen an einer Begrenzung der Fallzahlen und der Stellung des MDK, der von den Pflege- und Krankenkassen finanziert wird und zumindest in dieser Hinsicht nicht vollständig unabhängig ist, kann ... mit einem für die Pflegebedürftigen ungünstigen Bias gerechnet werden.“¹⁵

Erst mit dem Pflegestärkungsgesetz II 2017 wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff auch auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erweitert.

Mit der Ökonomisierung der Pflege und deren primär marktwirtschaftlicher Ausrichtung zeigten sich deutliche Fehlentwicklungen in der stationären pflegerischen Versorgung, die auch in zahlreichen Medienbeiträgen und Veröffentlichungen für zunehmende Verunsicherungen bei Leistungsempfängern und Angehörigen sorgten.

Steigende finanzielle Belastungen

Das Hauptziel der Pflegepolitik ist „ambulant vor stationär“, das heißt, die Voraussetzungen zu schaffen, um Pflegebedürftige so lange wie möglich in der gewohnten häuslichen Umgebung belassen zu können. Geregelt ist dies in § 3 SGB XI. Dieses Ziel wurde offensichtlich nicht erreicht.

Die Hoffnung der politisch Verantwortlichen, durch Geldleistungen die Pflege durch Angehörige zu intensivieren und dadurch die Kosten für die Pflege niedrig zu halten erfüllte sich nicht.

Bereits in einer ersten Studie zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung zeigte sich eine Verlagerung von Geldleistungen zu Sachleistungen, eine Verschiebung im

¹⁵ Rothgang, Heinz: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/M.- New York 1999, S. 100.

Pflegestufenspektrum von den höheren zu den niedrigeren Pflegestufen und eine in allen Altersgruppen überproportionale Zunahme der vollstationären Pflege.¹⁶

Gleichzeitig blieben die Leistungen der Pflegeversicherung von 1996 bis 2008 unverändert und wurden mit der Einführung des Euro nur angepasst.

Erst mit dem **Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008)** findet eine Erhöhung, aber nur in Pflegestufe III und bei Härtefällen statt.

Mit dem PSG I (2015/2017) erhöht sich der Anspruch in PG 2 auf 770, in PG 3 auf 1.262, in PG 4 auf 1.775 und in PG 5 auf 2.005 €.

Neu sind die sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteile: Für die Pflegesätze im vollstationären Bereich sind in den Pflegegraden 2 bis 5 für die jeweilige Pflegeeinrichtung gleich hohe Beträge für die nicht von der Pflegeversicherung gedeckten Kosten festgelegt. Damit wird erreicht, dass der von den Pflegebedürftigen bzw. vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragende Eigenanteil nicht mehr mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit steigt.

Während die Leistungen der Pflegeversicherung bis 2017 weitestgehend unverändert blieben und seitdem auch nicht wieder angepasst wurden, stiegen die, vom Pflegeempfänger zu zahlenden Eigenanteile kontinuierlich an.

Im Saarland liegen sie aktuell bei rund 2.537 €/Monat¹⁷, die sich im Saarland ausfolgenden fünf Positionen zusammensetzt:

1. Pflegebedingte Kosten (Pflegesatz), abhängig von festgestelltem Pflegegrad, einrichtungsindividuell. Dient der Refinanzierung des pflegebedingten Aufwandes, umfasst in erster Linie die Personalkosten der Pflegekräfte.
2. Ausbildungsrefinanzierungsbetrag (ARB), für alle stationären Einrichtungen einheitlich, aktuell 5,36€ / Tag. Dient der Refinanzierung der Pflegeausbildung und ist abhängig von der Anzahl der Auszubildenden im Saarland.
3. Unterkunft, einrichtungsindividuell, beinhaltet die Mietkosten für das Zimmer und anteilige Flächen sowie deren Reinigung.

¹⁶ Simon, Michael: Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit. Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001, Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule, ²Hannover 2003, S. 20f.

¹⁷ Verband der Ersatzkassen: Situation der Pflegebedürftigen im Südwesten, verfügbar unter: <https://www.vdek.com/LVen/BAW/fokus/Pflege.html> (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

4. Verpflegung, einrichtungsindividuell, Kosten der Ernährung und zugehörigem Service
5. Investitionskosten, einrichtungsindividuell, auf Dauer festgelegt.

Investitionskosten stellen einen eigenen Kostenfaktor bei der Finanzierung von Pflegeheimen dar und dienen der Refinanzierung der Kosten, die für die Nutzung des Gebäudes und für Anlagegüter anfallen, die für den Betrieb des Pflegeheims notwendig sind. Man kann unterscheiden zwischen den Kosten, die der Einrichtungsträger aufzuwenden hat, um die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude zu errichten, die Gebäude instand zu halten, Mieten und Pacht zu finanzieren und sein Kapital zu verzinsen¹⁸. Im Bundesdurchschnitt lagen die Investitionskosten der stationären Altenhilfeeinrichtungen 2018 bei 14,36 Euro pro Tag¹⁹.

Die Leistungen der Pflegeversicherung dienen ausschließlich der Teilfinanzierung der pflegebedingten Kosten. Je nach Pflegegrad übernimmt sie zwischen rund 30% in Pflegegrad 2 und 70% in Pflegegrad 5 (eigene Berechnungen, basierend AOK – Pflegenavigator 2020). Die restlichen Anteile müssen ausschließlich vom Pflegebedürftigen getragen werden. Die Eigenanteile über alle Bereiche außer den Investitionskosten, steigen durchschnittlich um 3 – 4 % pro Jahr. 2018²⁰ waren rund 245 000 Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen auf Hilfe zur Pflege angewiesen, was für diese bedeutet, dass sie monatlich (2020) nur über ein „Taschengeld“ für persönliche Bedürfnisse von 116,64 € verfügen können.²¹ Aktuelle statistische Zahlen zum sog. Elternunterhalt, also, wenn Kinder für die pflegebedürftigen Eltern Zuzahlungen leisten müssen, liegen nicht vor. 2020 wurde der Schonbetrag (Angehörigenentlastungsgesetz) für Kinder auf 100 000 Euro Jahresbruttoeinkommen erhöht.

2.3 Auswirkungen und Entwicklungen für die Pflegeanbieter

Bei Einführung der Pflegeversicherung waren rund 1,7 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen. Hiervon wurden ca. 1,2 Millionen Menschen zu Hause und knapp eine halbe Million Menschen in stationärer Pflege betreut (sozialversicherung-kompetent.de; 2018). Bis 1995 wurde die stationäre Altenhilfe in Deutschland weitgehend durch öffentliche,

¹⁸ Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen: Investitionskosten im Pflegeheim, verfügbar unter: <https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Investitionskosten-im-Pflegeheim.pdf> (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

¹⁹ <https://www.biva.de/beratungsdienst/investitionskosten/> (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

²⁰ Statistisches Bundesamt: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html> 2020 (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

²¹ <https://www.biva.de/beratungsdienst/investitionskosten/> (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

freigemeinnützige, kirchliche sowie inhabergeführten privaten Träger erbracht. Konkrete Angaben über die Verteilung der stationären Pflege nach Anbietern sind, da die vom Statistischen Bundesamt durchgeführte Pflegestatistik erstmals erst im Dezember 1999 erhoben wurde, erst ab diesem Zeitpunkt vorhanden.

Die Anzahl der privaten Träger verdoppelte sich von 1999 (3092 Einrichtungen) bis 2017 (6167) während die der freigemeinnützigen von 5017 auf 7631 anstieg und die öffentlichen von 750 auf 682 sank.

Von den rund 622 000 Menschen, die 1999 in der stationären Pflege lebten, wurden 25,8% in privaten stationären Altenpflegeeinrichtungen betreut. 2017, bei rund 877 000 Pflegebedürftigen, lag der Anteil der privaten Träger bei 39,7%.²²

Der überproportionale Anstieg der Einrichtungen in privater Trägerschaft lässt sich vor allen durch die, mit Einführung der Pflegeversicherung angestoßene, Ökonomisierung der Pflege erklären.

2.4 Ökonomisierung der Pflege, wirtschaftliche Risiken und Verwerfungen

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung wurde die stationäre Pflege über das sog. Kostendeckungsprinzip refinanziert. Kurzgefasst: Die für den Betrieb der Einrichtung notwendigen Personal- und Sachkosten mussten nachgewiesen werden und wurden von den Kostenträgern bei den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt. Verluste waren weitgehend ausgeschlossen, die Gewinne hielten sich aber auch in Grenzen und ein Wettbewerb zwischen den Anbietern fand kaum statt.

Aber während die „alten“ Anbieter gleichzeitig Besitzer und Betreiber der Einrichtungen sind, sparen private Anbieter durch unterschiedliche Modelle Kosten und generieren gleichzeitig steuerliche Vorteile für ihre Anteilseigner.

Bsp. Ein Baukonzern/Investor baut eine Altenpflegeeinrichtung und vermietet sie an einen Träger, der sie wiederum an einen Betreiber verpachtet. Die Einnahmen der ersten Beiden sind sicher.

Nach wie vor problematisch ist, dass die Höhe der Einnahmen und die Personalausstattung einer Einrichtung (auch ambulant und teilstationär) durch die, vom MDK attestierten, Pflegestufen, heute Pflegegrade, abhängig ist. Ein Fehler im System ist, dass eine Pflege nach professionellen Standards zu Mindereinnahmen führen kann. Eine aktivierende und erhaltende Pflege führt im Erfolgsfall dazu, dass sich der Zustand der Patienten verbessert.

²² https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00000938 (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

Dies führt logischer Weise dazu, dass die Patienten niedriger eingestuft werden. Somit werden geringere Einnahmen generiert und weniger Personal finanziert. Hiermit ist ein Zielkonflikt zwischen „guter Pflege“ und wirtschaftlichem Erfolg geschaffen. Gute Pflege verhindert somit wirtschaftlichen Erfolg.

„Wie viel Markt verträgt die Pflege?“ titelte vor 2018 das Handelsblatt in einer Schlagzeile, die in Kurzfassung 20 Jahre „Pflegemarkt“ zusammenfasst. Pflegeheime sind längst zu begehrten Renditeobjekten für Investoren geworden. Schon damals ging der Marktcharakter der Pflege Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zu weit: "Ein kapitalmarktgetriebenes Fokussieren auf zweistellige (!) Renditeerwartungen" sei nicht angemessen und sehr hohe Gewinne könnten "fast nur durch vorsätzliches Absenken der Versorgungsqualität zustande kommen".²³

Seit der Staat den Pflegesektor 1995 für private Anbieter geöffnet hat, machen Konzerne wie die Deutsche Wohnen, aber auch Versicherungen, Pensions- oder Hedgefonds den Wohlfahrtsverbänden wie Caritas, Diakonie und AWO Konkurrenz. Die börsennotierte französische Korian-Gruppe ist mit mehr als 25 000 Pflegeplätzen der größte Pflegeheimbetreiber in Deutschland. 2017 wurden 40 000 Pflegebetten von Finanzinvestoren übernommen. Gemessen an der Zahl der Plätze kommen private Anbieter heute auf einen Marktanteil von rund 40 Prozent.

Geraedts und seine Kollegen zeigen in ihrer Auswertung von MDK-Daten, dass auch in Deutschland profitorientierte Pflegeheime eine schlechtere Qualität bieten als nicht-profitorientierte: "41% der 10.168 untersuchten deutschen Pflegeheime arbeiteten profitorientiert und verlangten im Durchschnitt 10% geringere Tagespreise als nicht-profitorientierte Pflegeheime. Bei vier der sechs berücksichtigten Qualitätskategorien (i.e. Pflegeprozesse, Betreuungsprozesse, Qualitätsmanagement, Einrichtungsstruktur, Anm. Verfasser) boten die profitorientierten Pflegeheime eine signifikant schlechtere Qualität. Die Qualität verbesserte sich bei allen Qualitätskategorien mit steigenden Tagespreisen."²⁴ Die gewinnorientierten Pflegeheime schnitten hierbei unabhängig vom Preis schlechter ab als die gemeinnützigen.

Gleichwohl ist aber deutlich, dass zumindest ein Zusammenhang zwischen Qualität der Leistungen und dem Preis besteht. Wenn, trotz niedrigerer Preise, auch noch Gewinne im

²³ Zitiert nach <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/pflegeheime-spahn-will-gegen-zu-hohe-renditen-in-der-pflege-vorgehen/22915172.html?ticket=ST-2404631-O0hjte0aeqXSO57iXbQR-ap2> (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

²⁴ Gaerets, Max, Harrington, Charlene, Schumacher, Daniel, Kraska, Rike: Verhältnis zwischen Qualität, Preis und Profitorientierung deutscher Pflegeheime, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 112 (2016), S. 3-10.

zweistelligen Prozentbereich generiert werden (müssen), kann dies, neben den bereits genannten Instrumenten, nur über zusätzliche Einsparungen bei den Personalkosten erreicht werden.

2.5 Auswirkungen auf die Kostenträger

Im Jahr 1994 wurde mit der Verabschiedung der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) durch den Bundestag die fünfte Säule der Sozialversicherung in Deutschland etabliert.

Vorangegangen war eine zwei Jahrzehnte andauernde Diskussion um die Situation der Pflegebedürftigen, die Folgen des demografischen Wandels sowie die finanzielle Belastung der Kommunen im Zusammenhang mit der Pflege.²⁵

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung war Pflegebedürftigkeit ein „individuelles Risiko“, dass aus eigenen finanziellen Mittel bewältigt werden musste. Reichten diese Mittel, z. B. bei der Notwendigkeit einer stationären pflegerischen Versorgung nicht aus, musste „Hilfe zur Pflege“ in Anspruch genommen werden.

Auswirkungen auf die Sozialhilfeträger

Ein Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung waren ca. 80 Prozent der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen auf Leistungen aus der subsidiären Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege gemäß §§ 68 - 69 BSHG) angewiesen. Die pflegebedingten Sozialhilfeausgaben lagen 1993 bei knapp 35 Prozent aller Sozialhilfeausgaben²⁶. In dem Maße, wie die Sozialhilfe für immer mehr pflegebedürftige Menschen, insbesondere für Heimbewohner, de facto zur Regelsicherung wurde, stieg die Belastung der Sozialhilfeträger, d. h. vor allem der Kommunen. Anfangs erreichte die Pflegeversicherung ihr Ziel, die Sozialhilfeträger zu entlasten. Nach 1994 sank die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege auf weniger als die Hälfte, stieg jedoch ab 1998 wieder kontinuierlich auf über 450.000 an im Jahre 2015. In den nächsten Jahren wird sich wohl der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege erhöhen. Die Gründe liegen hauptsächlich darin, dass die Heimkosten weiterhin steigen und das Rentenniveau sinken wird.

²⁵ Naegele, Gerhard: 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung - Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2014, S. 43-44.

²⁶ Rothgang, Heinz: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/M. - New York 1997.

Auswirkungen auf Pflege- und Krankenkassen

Die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung führte zu einer deutlichen Entlastung der Krankenversicherung. Während in der ambulanten Pflege Leistungen der Behandlungspflege von den Krankenkassen erstattet werden, werden die sogenannten SGB V Leistungen in der stationären Pflege über die Pauschale der Pflegeversicherung abgedeckt: Der Verbandswechsel, der ambulant zu Hause gemacht wird, wird über die Krankenkasse finanziert. Wird der gleiche Verbandswechsel aber im Altenheim durchgeführt, muss er pauschal über die Pflegeversicherung abgerechnet werden. Dabei ist auch zu bedenken, dass SGB V Leistungen ausschließlich von Pflegefachkräften erbracht werden dürfen, die dadurch zeitlich stark gefordert werden. Für den Betroffenen bedeutet die Abrechnung über die Pflegeversicherung, dass er für eine Leistung, die er in seiner häuslichen Umgebung finanziert bekam, als Bewohner aus seiner eigenen Tasche zu zahlen muss. Bereits 2018 lagen die durchschnittlichen monatlichen Kosten der Behandlungspflege bei rund 475 € pro Bewohner.²⁷ Letztendlich fehlt dieses Geld in der pflegerischen Versorgung und erhöht indirekt die vom Bewohner zu zahlenden Eigenanteile und belastet damit auch wieder die Sozialhilfeträger.

Eine ansatzweise Mitfinanzierung der Pflegekosten durch die Krankenkassen wurde mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (2019) in die Wege geleitet. Jede vollstationäre Pflegeeinrichtung erhält, abhängig von der Größe (bis 40 Bewohner*innen: 0,5, 40 bis 80: 1,0, 80 bis 120: 1,5, >120 2,0 Stellen), zusätzliches Pflegepersonal, das von der Krankenversicherung pauschal vollfinanziert wird. Damit soll der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege besser berücksichtigt werden.

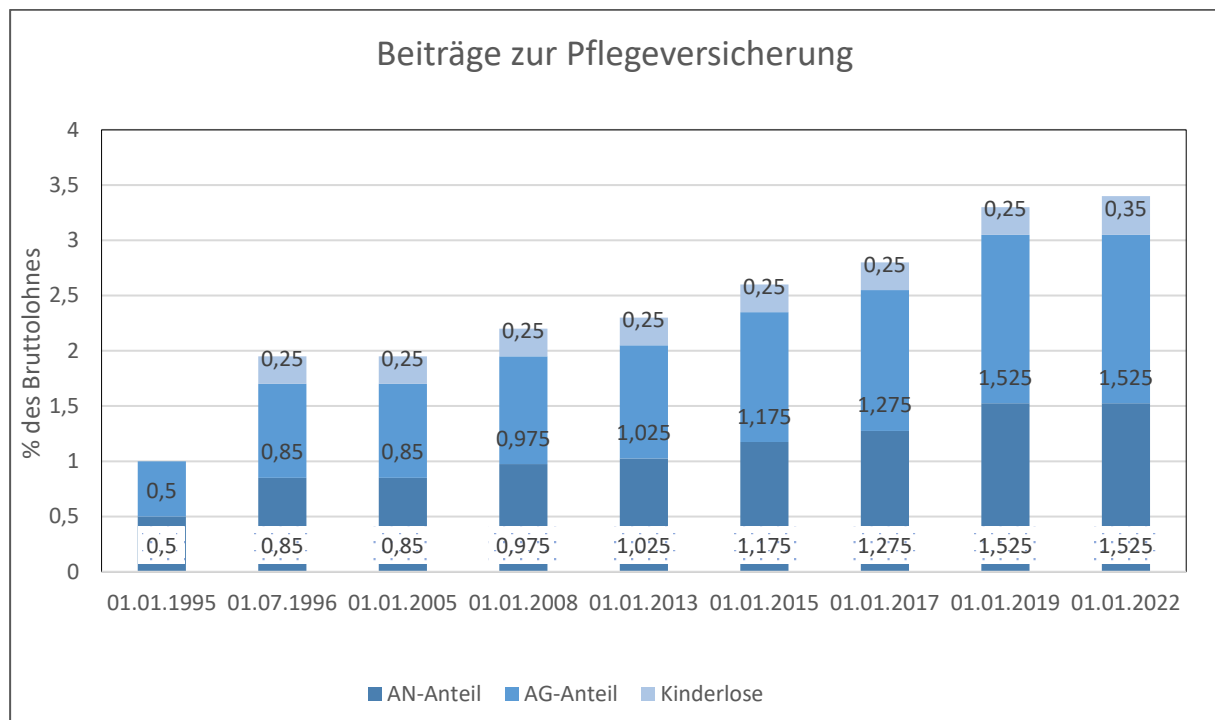
Mit Start der Sozialen Pflegeversicherung erfolgte eine Vollkompensation des Arbeitgeberbeitrags durch Abschaffung des stets auf einen Werktag fallenden „Buß- und Bettages“ (außer Sachsen – Anhalt). Erstmals in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung, wurde damit von der paritätischen Verteilung von Sozialkosten auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber abgewichen.

Auch ein Novum: Seit 2005 müssen kinderlose gesetzlich Versicherte zwischen 23 und 65 Jahren einen Zuschlag in Höhe von 0,25 Prozentpunkten zur Pflegeversicherung zahlen, ab 2022 erhöht sich der Beitrag der Kinderlosen auf 0,35 Prozentpunkte. Auch hier verbleibt die zusätzliche Belastung beim Arbeitnehmer.

²⁷ <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2018/artikel/krankenkassen-sollten-die-medizinische-behandlungspflege-in-?searchterm=Behandlungspflege> (zuletzt abgerufen am 04.11.2022).

Die Beiträge zur Pflegeversicherung starteten 1995 mit 1 % und stiegen bis zum Jahr 2022 auf 3,05% für Eltern und 3,4 % für Kinderlose. Zu berücksichtigen ist, dass letztendlich der Beitragssatz nicht paritätisch finanziert ist, da die Arbeitnehmer, durch Wegfall eines gesetzlichen Feiertages, eine Kompensation von 0,5% leisten.

Grafik 1: Entwicklung der Beschäftigten-Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung 1995 bis 2022 (für Eltern und Kinderlose, in % des Bruttoeinkommens)



Quelle: destatis ²⁸ Darstellung: Arbeitskammer

Die Einnahmen betragen 1995 rund 8,4 und 2021 52,5 Milliarden Euro, die Ausgaben rund 5 und 2021 53,85 Milliarden. Seit 2017 liegen die Ausgaben über den Einnahmen. Die Pflegeversicherung verfügte zum Jahresende 2021 über einen Mittelbestand von 6,9 Milliarden Euro.

3. Fazit

Ausgehend von der Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes kann, nach rund 25 Jahren, zusammengefasst werden, dass keines der Ziele, trotz vieler Nachbesserungen, umfänglich erreicht wurde.

²⁸ Statistisches Bundesamt: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36554/umfrage/beitragssatz-pflegeversicherung-entwicklung-seit-1996/> (zuletzt abgerufen am 16.10.2022).

Die zuerst erreichte Entlastung der Kommunen ging auf Kosten der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, weil ab 1995 sie die Kosten für die Pflegeversicherung übernehmen. Seit 2005 wurde dann zusätzlich noch von der grundlegenden Idee der Parität abgewichen und die Arbeitnehmer überproportional belastet.

Der Ausbau der Pflegeinfrastruktur ist vor allem quantitativer Natur. Insbesondere private Anbieter und börsenorientierte (Pflege-) Konzerne haben das „Geschäft“ Pflege zur Gewinnoptimierung, insbesondere über niedrigere Lohnkosten, entdeckt. Um am „Markt“ zu überleben sind die Träger gezwungen ihre Kosten zu senken. Diese Kostensenkung ging hauptsächlich zulasten von Mitarbeitenden und Klienten. Die niedrigsten Pflegesätze als Maßstab bei den Pflegesatzverhandlungen zugrunde zu legen, verstärkte diese Dynamik. Der Versuch, die schlimmsten Auswüchse durch Gesetze und Kontrollen (PQS, Pflege – TÜV) in den Griff zu bekommen, ist nachweislich gescheitert.

Die bestehende Infrastruktur ist nicht ausreichend auf den tatsächlichen Bedarf des Klientels ausgerichtet.

Die Schaffung eines „freien Pflegemarktes“ führte zu einer Ökonomisierung der Altenpflege und brachte vor allem gewinnorientierten „Pflegekonzernen“ deutliche Rendite. Die Folgen dieser Maßnahmen zeigten sich in Personalabbau, Arbeitsverdichtung, Deprofessionalisierung, Imageverlust und letztendlich Berufsflucht. Der „Pflegenotstand“ in der Altenpflege wurde maßgeblich durch die Pflegeversicherung mit verursacht.

Die Reformen von 2002 und 2008 brachten keine erkennbaren Verbesserungen, erhöhten aber den administrativen Druck und hier insbesondere den Dokumentationsaufwand auf Kosten der pflegerischen Versorgung.

Zwar wurden die Leistungen mit den Pflegereformgesetzen deutlich ausgeweitet, aber erst mit dem PSG 2 hat sich die Auswahlmöglichkeit (ambulante plus teilstationäre Leistungen) verbessert. Der Kreis der Anspruchsberechtigten ist jetzt so definiert, dass er in etwa dem tatsächlichen Bedarf entspricht.

Festzuhalten bleibt aber ein an sich skandalöser Umstand: Die Pflegeversicherung wurde ursprünglich eingeführt, damit alle pflegerischen Leistungen abgedeckt werden. Nun aber müssen Pflegeleistungen teilweise privat bezahlt werden. Weil damit die eigenen finanziellen Möglichkeiten über den Umfang der Inanspruchnahme von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen entscheiden, führt dies zu einer erneuten sozialen Ungleichheit.

Da sich auch die personelle Ausstattung der Dienstleister nicht wesentlich verbessert hat, aber die Anforderungen an das vorhandene Personal deutlich gestiegen sind, hat sich die Situation der Pflegebedürftigen nicht wesentlich verbessert.

Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (2019) wurde erstmals der Versuch unternommen, auch die Krankenkassen in die Verantwortung zu nehmen. Von den rund 13 000 Stellen für Pflegefachkräfte, die neu geschaffen werden sollen, konnten bis Mitte 2020 knapp 2 000 besetzt werden.

4. Perspektiven

Die Diskussion um eine Umgestaltung, Neugestaltung bis hin zur Abschaffung der Sozialen Pflegeversicherung hat in den letzten Jahren, nicht zuletzt durch die deutlich gestiegenen und weiter steigenden Eigenanteile in der stationären Altenhilfe, an Fahrt aufgenommen. Nicht zuletzt dem eklatanten Pflegepersonalmangel geschuldet, ist die personelle Ausstattung der stationären Altenpflege ins Blickfeld geraten.

Bereits 2018 bezogen rund 40% der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen Sozialhilfeleistungen. Mit dem Angehörigenentlastungsgesetz (2020) und den dort geregelten Freigrenzen von 100.000 Euro Jahresverdienst für Angehörige 1. Grades stieg die Anzahl der Sozialhilfeempfänger deutlich. Angehörige werden in etwa 90 Prozent der Fälle nicht mehr an den Pflegekosten beteiligt. Gerade Gutverdiener profitieren dabei von der Änderung beim Elternunterhalt. Eine alleinstehende Tochter, die jährlich 60.000 Euro brutto verdient, zahlt bis 2019 585 Euro im Monat für die vollstationäre Pflege ihrer Angehörigen. Seit 2020 sind es nun 0 Euro, wie aus einem Beispiel des BMAS hervorgeht.

Bei der zukünftigen Finanzierung der Pflege werden, je nach politischer Couleur, unterschiedliche Wege, favorisiert.

4.1 Positionen der Parteien

Innerhalb des Spektrums der politischen Parteien, sind von einer kapitalgedeckten privaten Vorsorge über eine Pflegevollversicherung bis zu einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung unterschiedliche Vorschläge im Angebot.

Zu der Bundestagswahl 2021 haben die Parteien in unterschiedlicher Deutlichkeit die Anforderungen an eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in ihren Parteiprogrammen dargelegt. Die folgenden Forderungen sind in den einzelnen Parteiprogrammen aufgenommen worden:

SPD

Die sozialdemokratische Partei Deutschlands will eine Vollversicherung als Bürgerversicherung, die alle pflegerischen Bedarfe und Leistungen abdeckt. Ein erster Schritt dorthin ist es, für Pflegebedürftige mit kleinen und mittleren Einkommen den Eigenanteil zu deckeln, damit Pflege bezahlbar bleibt. Zukünftige Kostensteigerungen sollen

nach ihrem Willen solidarisch über einen Mix aus moderat steigenden Pflegeversicherungsbeiträgen und einem dynamischen Bundeszuschuss finanziert werden.²⁹

CDU/CSU

Die Pflegeversicherung soll nach dem Willen der Christdemokraten stetig weiterentwickelt werden, um einen verlässlichen Beitrag zur Absicherung des Pflegerisikos und eine hohe Betreuungs- und Pflegequalität zu gewährleisten. Betriebliche Pflegezusatzversicherungen sollen aufgebaut werden, damit Menschen das Pflegerisiko im Alter zusätzlich wirksam absichern können. Es soll geprüft werden, wie das Instrument der betrieblichen Pflegezusatzversicherung zu stärken und staatlich zu fördern wäre, damit möglichst viele Menschen davon profitieren können. Um mit Blick auf den demografischen Wandel künftig unverhältnismäßig steigenden Beiträgen in der Pflegeversicherung entgegenzuwirken, soll der Pflegevorsorgefonds³⁰ bis 2050 verlängert werden.³¹

Bündnis90/Die Grünen

Die Ausführungen der Grünen zu dem Thema Pflegeversicherung sind in Ihrem Wahlprogramm sehr kurzgehalten. Wie die Pflegeversicherung sich weiterentwickeln soll, wird nicht thematisiert. Jedoch sollen Leistungen der Pflegeversicherung bedarfsgerecht, wohnformunabhängig und als persönliches Budget verfügbar sein.³²

FDP

Wie auch bei der Rente soll ein Drei-Säulen-Modell für die Pflege eingeführt werden – bestehend aus der sozialen Pflegeversicherung sowie aus privater und betrieblicher Vorsorge. Insbesondere der Ausbau von betrieblichen Modellen zur Pflegezusatzvorsorge ist zu unterstützen. An der Pflegeversicherung als Teilleistung ist festzuhalten und sie ist zudem durch Kapitaldeckungselemente zu ergänzen.³³

Die Linke

Pflegeversicherung soll zu einer Vollversicherung umgebaut werden, die alle Leistungen übernimmt. Die Eigenanteile für die Versicherten oder ihre Angehörigen sollen entfallen. Ein grundlegender Umbau der Pflegeversicherung ist angedacht: die Solidarische Pflegevollversicherung deckt alle pflegerischen Leistungen ab. Menschen mit Pflegebedarf

²⁹ Aus Respekt vor Deiner Zukunft. Bundestagswahlprogramm der SPD 2021.

³⁰ Pflegevorsorgefond: Ein Anteil von 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge pro Jahr wird angelegt. Aktuell sind dies etwa 1,2 Milliarden Euro pro Jahr. Über einen Zeitraum von 20 Jahren soll so Geld angespart werden, um danach zu erwartende Beitragssteigerungen abzumildern

³¹ Das Programm für Stabilität und Erneuerung. Bundestagswahlprogramm der CDU 2021.

³² Deutschland. Alles ist drin. Bundestagswahlprogramm des Bündnis90/Die Grünen 2021.

³³ Wahlprogramm der Freien Demokraten. Bundestagswahlprogramm der FDP 2021.

und ihre Familien müssen keinen Eigenanteil zahlen. Keine Pflegeleistung wird aus Kostengründen verweigert.

Die private Pflegeversicherung muss in die gesetzliche überführt werden. Auch Beamtinnen, Abgeordnete und Selbstständige zahlen entsprechend ihren Einkommen in die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung ein, auch aus Einkommen aus Kapitaleinnahmen und ohne eine Beitragsbemessungsgrenze, Damit soll die finanzielle Grundlage für die Solidarische Pflegevollversicherung geschaffen werden.³⁴

Koalitionsvereinbarung 2021

Nach der Wahl ist eine Koalition aus SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP in die Regierungsverantwortung gekommen. Die Koalitionäre haben sich im Koalitionsvertrag auch mit dem Thema Pflegeversicherung auseinandergesetzt. Die gemeinsame Linie der 3 Parteien lautet:

Es wird geprüft, „die soziale Pflegeversicherung um eine freiwillige, paritätisch finanzierte Vollversicherung zu ergänzen, die die Übernahme der vollständigen Pflegekosten umfassend absichert. Eine Expertenkommission soll bis 2023 konkrete Vorschläge vorlegen, die generationengerecht sind. Der privaten Pflegeversicherung werden vergleichbare Möglichkeiten gegeben.“³⁵

Klar ist: Ein tragfähiges Konzept muss den unterschiedlichen Dimensionen und Positionen der Thematik Rechnung tragen.

4.2 Reformvorschlag: Sockel – Spitze -Tausch

2019 veröffentlichte die Initiative Pro Pflegereform (Rothgang et al.) das zweite Gutachten zur alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung mit umfangreichen Reformvorschlägen. Grundgedanke ist der sog. „Sockel – Spitze – Tausch“, was eine völlige Abkehr vom bisherigen Finanzierungssystem bedeuten würde. Aktuell wird von der Pflegeversicherung, je nach Pflegegrad, ein Festzuschuss (Sockel) für Pflegeleistungen gewährt. Pflegebedingte Aufwendungen, die darüber hinausgehen, sowie weitere Kosten (Spitze), die z. B. in der stationären Pflege anfallen, sind vom Klienten zu tragen. Die Schere zwischen Sockel und Spitze klafft immer weiter auseinander. Neben den pflegebedingten Aufwendungen, die vor allem durch steigende Lohnkosten verursacht werden, sorgen vor

³⁴ Zeit zu handeln! Für soziale Sicherheit, Frieden und Klimagerechtigkeit. Bundestagswahlprogramm der Partei Die Linke 2021.

³⁵ Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP 2021.

allein die Kosten für Unterkunft, Verpflegung, Ausbildungsrefinanzierung sowie die Investitionskosten dafür, dass die Eigenanteile der Pflegebedürftigen, z. B. im Saarland, bei durchschnittlich 2537 € monatlich liegen. Zunehmend müssen diese Kosten von den Sozialhilfeträgern bezahlt werden.

Der Reformvorschlag sieht u. a. vor, dass Pflegebedürftige einen festen Eigenanteil für pflegebedingte Aufwendungen aufbringen und die restlichen Kosten von der Pflegeversicherung refinanziert werden. Im Prinzip eine Umkehr des bisherigen Systems.

4.3 Position der Arbeitskammer des Saarlandes

Die Arbeitskammer des Saarlandes favorisiert die Einführung einer Pflegevollversicherung, wie sie der Sache nach schon Norbert Blüm geplant hatte: Eine Versicherung, die mit Ausnahme der sogenannten "Hotelkosten" (Unterkunft und Verpflegung) alle sonstigen Leistungen abdeckt. Diese belaufen sich aber im Saarland im Schnitt auf nur 872 EUR im Monat. Ein großer Teil der Rentner wäre damit entlastet und mit den somit wegfallenden Sozialhilfeanteilen auch die Kommunen.

Eine Pflegevollversicherung im Sinne der Arbeitskammer des Saarlandes muss alle Leistungen, die notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig sind, übernehmen. Hier wird die Solidargemeinschaft ebenso gefordert wie bei der Krankenversicherung. Dies ist die Übertragung des Grundprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung.

Im Jahr 2021 lagen die Einnahmen bei 52,5 Milliarden Euro, die Ausgaben bei 53,85 Milliarden Euro, es bestand also ein Defizit von 1,35 Milliarden Euro. Bei einer Einführung einer Pflegevollversicherung würde sich das Defizit deutlich erhöhen. Zur Gegenfinanzierung dieser Maßnahme schlägt die Arbeitskammer des Saarlandes vor, die private und die gesetzliche Pflegeversicherung in ein gemeinsames System zu überführen und somit eine einheitliche Versorgung in der Pflege zu gewährleisten. Ebenfalls sollten die Arbeitgeber die 0,5 Prozentpunkte, die die Arbeitnehmer durch den Wegfall des Buß- und Bettages finanziert haben in die Pflegeversicherung einbringen. Die dann noch verbleibenden Mehrausgaben sollten steuerfinanziert bereitgestellt werden.

Weil durch eine Pflegevollversicherung der Eigenanteil des Einzelnen sinkt, bleibt jedem Pflegebedürftigen mehr Geld zur freien Verfügung. Hinsichtlich der Fragen nach Teilnahme am öffentlichen Leben und sozialer Gerechtigkeit wäre hiermit eine große Verbesserung erreicht.

Für eine Pflegevollversicherung sprechen daher nach Ansicht der Arbeitskammer des Saarlandes gute Gründe. Diese hat ver.di in ihrem Gutachten zur Pflegevollversicherung³⁶ unter fünf Schlagworten auf den Punkt gebracht:

- **Gleichheit:** Heute leben die meisten Pflegebedürftigen in Haushalten mit geringem Einkommen. Diese Haushalte tragen auch die Hauptlast der heutigen Teilkostenversicherung und würden entlastet. Dennoch würden natürlich auch Bezieher hoher Einkommen von einer Vollversicherung profitieren.
- **Qualitätsstandards:** Privatorganisierte und eingekaufte Pflegeleistungen unterliegen auch nur selbstgesetzten Qualitätsstandards. Eine Vollversicherung verteilt öffentliche Mittel und würde daher auch staatlich definierte Standards der Qualität setzen und prüfen.
- **Prävention:** Heute wird teure stationäre Pflege oftmals notwendig, weil ambulante Leistungen nicht oder zu spät einsetzen. Eine Vollversicherung setzt im Gegensatz zu privat organisierter Pflege definierte Pfade fest, nach denen stationäre Pflege vermieden werden kann. Dies umfasst wesentlich auch die Anordnung haushaltsnaher Dienstleistungen.
- **Stärkung der Pflegekräfte:** Die bisherige Pflegeversicherung war bereits ein starker Jobmotor. Eine Vollversicherung würde durch Care- und Case-Management³⁷ die Position von Pflegekräften stärken, neue Arbeitsplätze schaffen und das Bild von Pflege Tätigkeit in der Öffentlichkeit aufwerten.
- **Sicherheit:** Die Sorge vor Finanzierung einer Pflegebedürftigkeit im Alter sorgt bei vielen Personen für erhebliche Sorgen und Unsicherheit. Angstmacherei sorgt zudem für Abschluss von falschen und ineffizienten privaten Policen. Eine Vollversicherung wird ein Versprechen für eine Absicherung des Pflegerisikos im Alter abgeben.

Grundgedanke aller Sozialversicherungen ist, dass der Einzelne in einer unverschuldeten Notlage von der Gemeinschaft aufgefangen wird. Mit einer solchen Pflegevollversicherung im Sinne der Arbeitskammer des Saarlandes wäre der Grundgedanke aller

³⁶ Längen, Markus: Gutachten zur Pflegevollversicherung. Im Auftrag der Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, verfügbar unter: <https://www.verdi.de/presse/downloads/pressemappen/++co++c4247134-2e69-11e2-82bb-0019b9e321cb> (zuletzt abgerufen 16.10.2022).

³⁷ Das **Care** Management koordiniert und gestaltet das Pflege- und Betreuungsangebot im Bezirk. Das **Case** Management koordiniert und gestaltet die familien- und situationsbezogene Pflege und Betreuung, um den individuellen Erfordernissen und Sorgen der Betroffenen und deren Familien zu begegnen.

Sozialversicherungen erfüllt: Der Einzelne soll in einer unverschuldeten Notlage von der Gemeinschaft aufgefangen werden.



Arbeitskammer des Saarlandes
beraten.bilden.forschen.

Arbeitskammer des Saarlandes

Fritz-Dobisch-Straße 6–8
66111 Saarbrücken

Tel. 0681 4005-0

info@arbeitskammer.de
www.arbeitskammer.de

ISSN 2367-2188