

✉ Universität Bremen · **socium** · Postfach 330440 · 28334 Bremen

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)347(20)
gel ESV zur öffent Anh am
07.06.2021 - ÄA GVWG
06.06.2021

Abteilung
Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter

UNICOM, Mary-Somerville-Str. 5
Raum 3.4250
28359 Bremen
Telefon (0421) 218 - 58557
eMail rothgang@uni-bremen.de
www www.socium.uni-bremen.de

Sekretariat:
Vicki May
Telefon (0421) 218 - 58556
Fax (0421) 218 - 58623
eMail vicki.may@uni-bremen.de

www.socium.uni-bremen.de

4.6.2021

Stellungnahme

Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen
„Die Pflegeversicherung verlässlich und solidarisch
gestalten – Die doppelte Pflegegarantie umsetzen“
BT-Drucksache 19/14827

Antrag der Fraktion DIE LINKE
„Solidarische Pflegevollversicherung umsetzen“
BT-Drucksache 19/24448

Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur
Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
(Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG)
BT-Drucksache 19/26822

Änderungsanträge 1 bis 20 der Fraktionen CDU/CSU und SPD
zum Gesetzentwurf der Bundesregierung (BT-Drucksache 19/26822)
(Ausschussdrucksache des Ausschuss für Gesundheit 19(14)320.1)

anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschuss für
Gesundheit des Deutschen Bundestages am 7. Juni 2021

Synopse

In der Konzentrierten Aktion Pflege wurde zurecht festgestellt, dass die Attraktivität des Altenpflegeberufs gesteigert werden muss, um die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendigen Pflegekapazitäten zukünftig sicherzustellen. Hierzu müssen vor allem die Entlohnung und die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege verbessert werden. Letzteres erfordert in der stationären Altenpflege insbesondere die Einführung des in Umsetzung des Gesetzesauftrags des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes entwickelten Personalbemessungsverfahrens. Hieraus entstehen zusätzliche Kosten. Diese können allerdings nicht von den Pflegebedürftigen selbst getragen werden, deren monatliche Eigenanteile in der Heimpflege bereits derzeit bei mehr als 2.100 Euro liegen. Eine Pflegereform muss daher

- die vollumfängliche Einführung des Personalbemessungsverfahrens sicherstellen,
- eine Erhöhung der Entlohnung von Altenpflegekräften befördern,
- eine dauerhafte (!) Reduktion der Eigenanteile in der Heimpflege bewirken und
- vollständig gegenfinanziert sein.

Die vorliegenden Änderungsanträge erfüllen diese Bedingungen nicht:

1. Mit der Neufassung des § 113c SGB XI ist ein zweiter Schritt zur Einführung des Personalbemessungsverfahrens vorgesehen. Die dort angegebenen Personalschlüssel folgen in ihrer Relation den Werten, die sich aus dem Projekt zur Entwicklung und konzeptionellen Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens (Rothgang und das PeBeM-Team 2020) ergeben und der vorgesehene Übergang zu bundesweiten Personalanhaltswerten ist sachgerecht. Mit dem jetzt erstmalig benannten Umfang dieser Werte können insgesamt allerdings lediglich 40 % des bedarfsnotwendigen Personalmehrbedarfs umgesetzt werden. Dies wäre immer noch vertretbar, wenn sich der Gesetzgeber gleichzeitig verpflichten würde, im dritten Schritt die noch bestehende Lücke, die in den Modellprojekten noch einmal präzisiert wird, zu schließen. Diese Verpflichtung ist im vorgelegten Text hingegen *nicht* enthalten. Hier sollte § 113c Abs. 7 Satz 1 (neu) SGB XI umformuliert werden. Anstelle von

„Das Bundesministerium für Gesundheit prüft ..., **ob** eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalanhaltswerte nach Absatz 5 Nummer 1 **möglich und** notwendig ist.“

sollte es heißen

„Das Bundesministerium für Gesundheit prüft, **in welchem Umfang** eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalanhaltswahlen nach Absatz 5 Nummer 1 notwendig ist.“

2. Die vorgesehenen Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen gemäß dem neuen § 43c SGB XI sind dem Grunde nach ungeeignet, die Eigenanteile zu begrenzen. Bei einer derartigen Zuschlagsregelung steigen die Eigenanteile auch in Zukunft, wenn sich die pflegebedingten Aufwendungen erhöhen, der Anstieg wird lediglich abgemildert. Bei der vorliegenden Parametrisierung, werden bei einem Anstieg des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (und der Ausbildungskosten) um 100 Euro nach wie vor 61 Euro von den Heimbewohner:innen getragen. Eine individuelle Vorsorge ist damit nicht möglich, da das Ausmaß der in Zukunft anfallenden Kosten unbekannt ist – und das Ziel der Lebensstandardsicherung kann so nicht erreicht werden.

Wie saldierte Berechnungen zeigen, greift der Reformvorschlag auch der Höhe nach zu kurz. Die Entlastung der Heimbewohner*innen ist nur temporär. Sobald alle Reformelemente zum Tragen kommen, verbleibt für Heimbewohner*innen eine Entlastung von lediglich 1 % des derzeitigen Gesamteigenanteils und im Zeitverlauf wird bereits in der zweiten Jahreshälfte 2023 wieder ein Eigenanteilsvolumen erreicht, das dem im 1. Quartal 2021 entspricht. Die Reform erkaufte damit lediglich Zeit, statt das Problem final zu lösen.

Eine nachhaltige Begrenzung der Eigenanteile, die zudem individuelle Vorsorge ermöglicht, erfordert stattdessen eine absolute Deckelung der Eigenanteile – so wie es im ursprünglichen Reformvorschlag des Bundesgesundheitsministers vorgesehen war.

3. Zentrales Element der Gegenfinanzierung ist der Verzicht auf die Umsetzung der geplanten Leistungsdynamisierung, deren Volumen im Dezember 2020 auf 5 % festgelegt worden war. Durch diesen Verzicht werden 2021 alle Pflegebedürftigen im Vergleich zu einer Situation ohne diese Reform belastet. Pflegegeldbezieher werden sogar dauerhaft belastet, da die bei ihnen eingesparten Mittel der Leistungsdynamisierung zur Finanzierung der Leistungszuschläge für Heimbewohner:innen verwendet werden.

Die vorgeschlagene Gegenfinanzierung ist nicht ausreichend. Bei Berücksichtigung aller Reformfolgen zeigt sich vielmehr ein Defizit. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass der Steuerzuschuss nur 1 Mrd. Euro beträgt und nicht – wie ursprünglich geplant – rund 6 Mrd. Euro.

Eine Lösung bietet hier die Verbreiterung der Einnahmehasis durch Integration der Privatversicherten in die Sozialversicherung bzw. einen Finanzausgleich, die es erlauben würde die Eigenanteile absolut zu begrenzen, ohne gleichzeitig den Beitragssatz anzuheben.

Einleitung

Die Übersendung der zu beratenden Unterlagen lediglich drei Werktage vor der Anhörung selbst begrenzt die Möglichkeiten einer differenzierten Stellungnahme. Nachfolgend wird daher nur auf drei Aspekte eingegangen, die Auswirkungen der vorgesehenen Maßnahmen auf die Eigenanteile bei vollstationärer Pflege (Abschnitt 1), die teilweise Einführung des Personalbemessungsverfahrens (Abschnitt 2) und die Refinanzierung der Reformkosten (Abschnitt 3).

1 Auswirkungen der Maßnahmen auf die Eigenanteile in vollstationärer Pflege

Die zentrale Herausforderung für die Langzeitpflege besteht derzeit darin, in hinreichendem Ausmaß Pflegekräfte bereitzustellen. In der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) wurden u. a. die bessere Bezahlung von Pflegekräften und die Erhöhung der Stellenzahl als zentrale Elemente einer Strategie zur Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs benannt (Bundesregierung 2019). Dem wurde auch im Bericht der drei Minister:innen zur Umsetzung der KAP-Beschlüsse ausdrücklich zugestimmt (Bundesregierung 2020). Allerdings – und das hat der Bundesgesundheitsminister noch in dieser Woche betont (Pressemitteilung vom 2. Juni)¹ – darf dies nicht zu einer weiteren Erhöhung der Eigenanteile der Pflegeversicherung führen, die derzeit (Stand: Januar 2021) schon bundesdurchschnittlich bei 894 Euro für die pflegebedingten Kosten (einheitlicher Eigenanteil zuzüglich Ausbildungskosten) bzw. 2.135 Euro (Gesamteigenanteil) liegen (Rothgang und Kalwitzki 2021) und damit das Durchschnittseinkommen von Rentner:innen deutlich übersteigen.

Am 4. Oktober 2020 hat der Bundesgesundheitsminister daher in einem Interview mit der Bild am Sonntag einen Reformvorschlag gemacht, der eine absolute Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile auf 700 Euro monatlich und das wiederum begrenzt auf 36 Monate zum Inhalt hatte. In einem Eckpunktepapier, das auf den 4. November 2020 datiert ist, hat das Bundesgesundheitsministerium diese Vorstellungen konkretisiert. Tatsächlich ist dieser Vorschlag in der Lage, die Eigenanteile im Durchschnitt abzusenken, vor allem aber sie dauerhaft zu begrenzen, so dass weitere Personalkostensteigerungen durch Personalmehrung und bessere Bezahlung nicht zu einem Anstieg der Eigenanteile führen (Rothgang et al. 2021).

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/20202021/pflegereform.html>.

Die jetzt im Änderungsantrag 4 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Ausschussdrucksache 19(14)320.1) als § 43c SGB XI vorgesehene Zuschlagsregelung ist dagegen vollkommen ungeeignet, das Ziel einer nachhaltigen Begrenzung der Eigenanteile zu erreichen.

Tatsächlich kommt es für die Heimbewohnenden bei einer Umsetzung der Vorschläge unter Berücksichtigung aller Reformmaßnahmen nur zu einer Entlastung im Bereich von 1 % der Eigenanteile (Abschnitt 1.1). Zwar käme es im Jahr 2022 zu einer vorübergehenden Reduktion der Eigenanteile, allerdings würden diese im Zeitverlauf wieder steigen und schon 2023 die derzeitige Höhe übersteigen (Abschnitt 1.2). Dies führt dazu, dass auch der Anteil der Sozialhilfeempfänger:innen unter den Heimbewohner:innen zu diesem Zeitpunkt den aktuellen Wert wieder übersteigt (Abschnitt 1.3).

1.1 Effekt der Reformvorschläge

Das in den Änderungsvorschlägen formulierte Konzept enthält mehrere Elemente, die die Eigenanteile der Heimbewohnenden beeinflussen:

- a) einen Leistungszuschlag an den pflegebedingten Eigenanteilen (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) und in Rechnung gestellte Ausbildungskosten (AK)) in Höhe von 5 %, 25 %, 45 % bzw. 70 % für Bewohner:innen, die weniger als ein Jahr, ein bis zwei Jahre, zwei bis drei Jahre bzw. 3 Jahre und mehr Leistungen der stationären Pflege nach § 43 SGB XI beziehen (neuer § 43c SGB XI, eingeführt durch den Änderungsantrag 4 (Ausschussdrucksache 19(14)320.1));
- b) den Wegfall der für 2021 geplanten Leistungsdynamisierung, deren Höhe im Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung vom 9.12. 2020 (BT-Drucksache 19/25283) auf 5 Prozent festgelegt wurde;
- c) die Regelungen des Änderungsantrags 5 (Ausschussdrucksache 19(14)320.1) zur Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen;
- d) die Regelungen zum Personalbemessungsverfahren (§ 113c (neu) SGB XI) entsprechend Änderungsantrag 7 (Ausschussdrucksache 19(14)320.1), die die Refinanzierung von Mehrpersonal über bundeseinheitliche Personalanhaltswerte ermöglichen;
- e) die eigenanteilswirksame Integration der bis zu 13.000 Fachkraftstellen gemäß den Regelungen im PpSG (§ 8 Abs. 6 SGB XI) und der bis zu 20.000 Hilfskraftstellen gemäß den Regelungen im GPVG (§ 84 Abs. 9 SGB XI), die bislang außerhalb des Pflegesatzes finanziert werden, in Zukunft aber pflegesatzwirksam sein sollen (§ 113c Abs. 6 (neu) SGB XI).

Während der Leistungszuschlag zu den pflegebedingten Eigenanteilen die Heimbewohner:innen *entlastet*, führen alle anderen Elemente zu einer *Belastung*. Allerdings treten diese Maßnahmen zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Kraft. Die Berechnungen in diesem Abschnitt beziehen sich daher auf das zweite Halbjahr 2023, dem Zeitpunkt, an dem alle Maßnahmen in Kraft gesetzt sein sollen.²

Der nachstehenden Saldierung liegen folgende Annahmen zugrunde:

- Die Zahl der Heimbewohner:innen wird mit 781.923 angenommen, wovon 720.853 sozialversichert (BMG 2021) und 61.070 privatversichert sind³. Bezüglich der Pflegegrade wird eine Verteilung von 17 % (Pflegegrad 2), 35 % (Pflegegrad 3), 32 % (Pflegegrad 4) und 17 % (Pflegegrad 5) unterstellt (BMG 2021). Dieser Wert wird über Zeit konstant gehalten, da in der jüngeren Vergangenheit kein weiterer Trend zur Fallzahlveränderung erkennbar ist, der zukünftig fortgeschrieben werden müsste.
- Gemäß einer Auswertung der Routinedaten der BARMER wird weiterhin unterstellt, dass sich zu einem beliebigen Stichtag
 - 28,94 % der Heimbewohner:innen weniger als ein Jahr,
 - 18,90 % der Heimbewohner:innen ein bis zwei Jahre,
 - 15,38 % der Heimbewohner:innen zwei bis drei Jahre
 - 36,78 % der Heimbewohner:innen mindestens drei Jahrein vollstationärer Pflege befinden (Rothgang et al. 2021).
- Für die pflegebedingten Kosten (EEE zuzüglich AK) wird der bundesdurchschnittliche Wert für Januar 2021 in Höhe von 894 Euro pro Monat angesetzt (Rothgang und Kalwitzki 2021).
- Hinsichtlich der entgangenen Leistungsdynamisierung wird der Wert von 5 % auf die derzeitigen Leistungshöhen nach § 43 SGB XI angewendet, der von der Bundesregierung als angemessen angesehen wurde (BT-Drucksache 19/25283).

² Bei den Personalmengensteigerungen ist natürlich nicht bekannt, wann die Refinanzierungsmöglichkeiten tatsächlich genutzt sind. Nachfolgend werden die entsprechenden Maßnahmen so behandelt, als würden alle Stellen sobald sie refinanzierbar sind sofort besetzt.

³ Für die Zahl der Leistungsempfänger wird der im Zahlenportal der PKV (2021) für 2018 ausgewiesene Wert für drei Jahre um 3,708 % fortgeschrieben. Dies entspricht dem geometrischen Mittel der Fallzahlentwicklung der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) im stationären Bereich für die Jahre 2012 bis 2018 in Höhe von 3,178 % zuzüglich einer angenommenen zusätzlichen Steigerung durch die höhere Altersstruktur der PKV in Höhe von 0,53 %.

1.1.1 Reduktion der Eigenanteile durch Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI

Die Höhe der Zuschläge richtet sich danach wie lange die Pflegebedürftigen schon Leistungen der vollstationären Pflege gemäß § 43 SGB XI erhalten haben. Wie Tabelle 1 zeigt, steigt dieser Betrag von monatlich 45 Euro für Personen, die weniger als ein Jahr im Heim leben, auf bis zu 626 Euro für Personen, die schon mehr als drei Jahre entsprechende Leistungen beziehen. Höhere Entlastungen sind somit den Pflegebedürftigen vorbehalten, die bereits einige Jahre in stationärer Pflege verbracht haben.

Tabelle 1: Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI in Euro pro Monat

Dauer der stationären Pflege	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gewogener Durchschnitt
0-1 Jahr	44,70	44,70	44,70	44,70	44,70
1-2 Jahre	223,50	223,50	223,50	223,50	223,50
2-3 Jahre	402,30	402,30	402,30	402,30	402,30
Mind. 3 Jahre	625,80	625,80	625,80	625,80	625,80
Gewogener Durchschnitt	347,22	347,22	347,22	347,22	347,22

Quelle: eigene Berechnungen beruhend auf den Änderungsanträgen und Routinedaten der BARMER.

Im gewogenen Mittel aller Heimbewohner:innen ergibt sich ein monatlicher Entlastungsbetrag von 347 Euro. Wird dieser Betrag auf 720.853 sozialversicherte Heimbewohner:innen bezogen, resultiert allerdings ein jährlicher Entlastungsbetrag der Heimbewohner:innen von 3,00 Mrd. Euro, der einer Ausgabensteigerung der Pflegeversicherung in gleicher Höhe gegenübersteht. Dieser Betrag übersteigt den im Finanzierungstableau des BMG enthaltenen Wert von 2,54 Mrd. Euro um knapp eine halbe Mrd. Euro! Wird umgekehrt von den 2,54 Mrd. Euro ausgegangen, reduziert sich der durchschnittliche Entlastungsbetrag auf 294 Euro.

1.1.2 Belastung durch entgangene Leistungsdynamisierung

Die geplante Leistungsdynamisierung belief sich auf 5 % bezogen auf die derzeitigen Leistungshöhen gemäß § 43 SGB XI.

Tabelle 2: Entgangene Leistungsdynamisierung in Euro pro Monat

Dauer der stationären Pflege	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gewogener Durchschnitt
0-1 Jahr	38,50	63,10	88,75	100,25	73,48
1-2 Jahre	38,50	63,10	88,75	100,25	73,48
2-3 Jahre	38,50	63,10	88,75	100,25	73,48
Mind. 3 Jahre	38,50	63,10	88,75	100,25	73,48
Gewogener Durchschnitt	38,50	63,10	88,75	100,25	73,48

Quelle: eigene Berechnungen beruhend auf Leistungen des § 43 SGB XI und BT-Drucksache 19/25283.

Tabelle 2 zeigt den Effekt für die einzelnen Pflegegrade und im gewogenen Mittel. Demnach verlieren die Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege durch diese Maßnahme durchschnittlich monatlich 73 Euro.

1.1.3 Regelungen zur Tarifbindung und zum Personalbemessungsverfahren

Für die Regelungen zur Tarifbindung und zum zweiten Schritt der Einführung des Personalbemessungsverfahrens hat das BMG in seinem Finanztableau (s. Anlage) jährliche Mehrausgaben der Pflegeversicherung von 610 Mio. Euro bzw. 220 Mio. Euro, insgesamt also von 830 Mio. Euro zugrunde gelegt. Allerdings beteiligt sich die Pflegeversicherung an steigenden Pflegesätzen nur anteilig, entsprechend der Zuschüsse zu den Eigenanteilen. Dieser Zuschuss beläuft sich im gewogenen Mittel auf 38,84 %. Der von den Heimbewohner:innen demnach insgesamt zusätzlich zu tragende Betrag beläuft sich auf jährlich 1,307 Mrd. Euro,⁴ bzw. monatlich 151 Euro pro Heimbewohner:in (Tabelle 3).

Tabelle 3: Mehrbelastung durch Tarifbindung und Personalmehrung in Euro pro Monat

Dauer der stationären Pflege	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gewogener Durchschnitt
0-1 Jahr	151	151	151	151	151
1-2 Jahre	151	151	151	151	151
2-3 Jahre	151	151	151	151	151
Mind. 3 Jahre	151	151	151	151	151
Gewogener Durchschnitt	151	151	151	151	151

Quelle: eigene Berechnungen beruhend auf dem Finanztableau des BMG zu den Änderungsanträgen.

1.1.4 Mehrbelastung durch Finanzierung der PpSG- und GPVG-Stellen

Im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 (BGBl. I, S. 2394) wurde die Möglichkeit geschaffen, bis zu 13.000 Vollzeitstellen für Fachkräfte zu schaffen. Deren Finanzierung erfolgt aber außerhalb des Pflegesatzes durch die Gesetzliche Krankenversicherung. Ähnlich werden die bis zu 20.000 Vollzeitstellen für qualifizierte Hilfskräfte, deren Refinanzierung im Rahmen des Gesundheitsversorgungs-, und Pflegeverbesserungsgesetz (GVPG) vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I, S. 3299) ermöglicht wurden, direkt aus dem Ausgleichsfonds bzw. durch die Private Pflegepflichtversicherung finanziert ohne pflegesatzwirksam zu sein. In der Begründung zu Ziffer 6 des Änderungsantrags 7 wird deutlich gemacht, dass diese Stellen nach Inkrafttreten der Neufassung des § 113c SGB XI „Bestandteil dieser zukünftigen Personalanhaltswerte“ sind (Ausschussdrucksache 19(14)320.1, S. 48). Damit

⁴ Dieser Betrag ergibt sich als $((100\% - 38,84\%) / 38,84\%) \cdot 830 \text{ Mio. Euro} = 1,307 \text{ Mrd. Euro}$.

müssen sie ebenfalls über den Pflegesatz finanziert werden. Dieser für die SPV entlastende, die Heimbewohner:innen aber entsprechend belastende Posten fehlt in der Aufstellung des Bundesgesundheitsministeriums zu den „Finanzwirkungen der Änderungsanträge Pflege zum GVWG“.

Um diese Ausgaben zu berechnen, müssen die jährlichen Kosten für diese Stellen beziffert werden. Im PpSG wurde für eine Fachkraft jährliche Personalkosten von 49.231 Euro zugrunde gelegt.⁵ Wird für diesen Wert aus dem Jahr 2018 eine jährliche Lohnkostensteigerung von 3 % zugrunde gelegt, resultiert daraus für 2023 ein Wert von 57.072 Euro. Gemäß der Statistik der Bundesagentur für Arbeit belaufen sich die durchschnittlichen Kosten für eine Hilfskraft auf 70,9 % der Kosten für eine Fachkraft (BA 2020: 7). Insgesamt handelt es sich also um ein zusätzlich zu finanzierendes Finanzvolumen von 1,667 Mrd. Euro. Werden diese Personalkosten durch die Gesamtzahl der Sozial- und Privatversicherten von 781.923 geteilt, ergeben sich monatliche Mehrbelastungen von 166 Euro. Davon werden wiederum 38,84 % durch die Zuschüsse zu den Eigenanteile gedeckt, 61,16 % verbleiben aber bei den Heimbewohner:innen, die dadurch monatlich mit durchschnittlich 101 Euro belastet werden (Tabelle 4).

Tabelle 4: Mehrbelastung durch Auflösung der Sondertöpfe zur Finanzierung von Pflegepersonalstellen in Euro pro Monat

Dauer der stationären Pflege	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gewogener Durchschnitt
0-1 Jahr	101	101	101	101	101
1-2 Jahre	101	101	101	101	101
2-3 Jahre	101	101	101	101	101
Mind. 3 Jahre	101	101	101	101	101
Gewogener Durchschnitt	101	101	101	101	101

Quelle: eigene Berechnungen beruhend auf dem Finanztableau des BMG zu den Änderungsanträgen.

1.1.5 Saldierter Effekt

Werden die beschriebenen vier Effekte saldiert, ergibt sich das in Tabelle 5 enthaltene Bild: Pflegebedürftige, die bis zu zwei Jahren Leistungen der stationären Pflege in Anspruch nehmen, werden durch die Reform belastet, Pflegebedürftige die zwei Jahre oder länger in einem Pflegeheim leben, entlastet. Im gewogenen Mittel reduziert hieraus eine Entlastung von monatlich 21,54 Euro. Das entspricht etwa 1 % der derzeitigen Gesamteigenanteile. Von einer merklichen Entlastung der Heimbewohner:innen kann angesichts dessen nicht die Rede sein.

⁵ Dieser Wert ergibt sich, wenn die angesetzten Kosten von 640 Mio. Euro durch die Zahl von 13.000 Stellen dividiert wird.

Tabelle 5: Saldierte Veränderung der monatlichen Eigenanteile in Euro pro Monat

Dauer der stationären Pflege	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	Gewogener Durchschnitt
0-1 Jahr	-246,00	-270,60	-296,25	-307,75	-280,98
1-2 Jahre	-67,20	-91,80	-117,45	-128,95	-102,18
2-3 Jahre	111,60	87,00	61,35	49,85	76,62
Mind. 3 Jahre	335,10	310,50	284,85	273,35	300,12
Gewogener Durchschnitt	56,52	31,92	6,27	-5,23	21,54

Quelle: eigene Berechnungen beruhend auf den Werten der Tabellen 1 bis 4.

Merkliche Effekte resultieren lediglich aus den unterschiedlichen Zeitpunkten, zu denen die Maßnahmen in Kraft treten. 2021 kommt lediglich die Aussetzung der im Dezember bereits bezifferten Leistungsdynamisierung zum Tragen, die die Heimbewohnenden im Durchschnitt um monatlich 73 Euro belastet. Ab Januar 2022 werden dann die Zuschüsse zu den Eigenanteilen gewährt, was zu deren Reduktion führt. In dem Maße, in dem die Personalmehrung, die steigende Entlohnung der Pflegekräfte und die neuen Finanzierungsregeln für die bisher außerhalb des Pflegesatzes finanzierten Stellen umgesetzt werden, werden diese Reduktionen aber wieder kompensiert, so dass nach Umsetzung aller Reformmaßnahmen praktisch keine Entlastung verbleibt.

1.2 Veränderung der Eigenanteile im Zeitlauf

In Abschnitt 1.1 wurden die *differentiellen Wirkungen* der vorgeschlagenen Reformmaßnahmen im Vergleich zum Status quo betrachtet. Dabei war dann auch der Wegfall der ansonsten geplanten Dynamisierung zu berücksichtigen. Nicht berücksichtigt werden konnten dagegen Entwicklungen, die nicht durch die Reformmaßnahmen erzeugt werden. In einer zweiten Perspektive wird in diesem Abschnitt daher die *Entwicklung der privat zu zahlenden Beträge* für die stationär versorgten Pflegebedürftigen im Zeitverlauf untersucht. Dabei spielt der Wegfall der Dynamisierung als kontrafaktische Entwicklung keine Rolle, wohl aber Einflüsse auf die Heimentgelte, die nicht durch die Reformmaßnahmen ausgelöst werden.

Die zukünftig von den Heimbewohner:innen privat zu zahlenden Beträge für pflegebedingte Aufwände ergeben sich als Summe der Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile zuzüglich der Ausbildungskosten und abzüglich der Leistungszuschläge des neuen § 43c SGB XI. Um die Entwicklung der so definierten (Netto) Eigenanteile zu berechnen, müssen die zu erwartenden Steigerungen der EEE und der AK durch fortlaufende regelhafte Steigerungen der (tariflichen) Löhne und den fortlaufenden Anstieg der Sachkosten einbezogen werden. Im Finanztableau des BMG wird für die Summe der Zuschüsse zu den Eigenanteilen von 2022 bis 2025 ein

konstanter Wert von 2,54 Mrd. Euro angesetzt. Das impliziert nicht nur, dass von einem Fallzahlenanstieg abgesehen wird, sondern auch, dass die Eigenanteile im Zeitverlauf konstant bleiben, was – bei konstanten Leistungssätzen des § 43 SGB XI konstante Pflegesätze impliziert. Diese Annahme ist unrealistisch. In der jüngsten Vergangenheit ist der bundesdurchschnittliche pflegebedingte Eigenanteil (EEE und AK) kontinuierlich gestiegen, im Zeitraum vom 1. Quartal 2018⁶ bis zum 1. Quartal 2021 um 3,01 % pro Quartal (eigene Berechnungen auf Basis von Rothgang und Kalwitzki 2021: Abbildung 1). Diese Steigerungen beruhen auf steigenden Personalziffern in einigen Bundesländern, dem zunehmendem Beitritt von Pflegeeinrichtungen zu Tarifverträgen, aber auch den regulären Lohn- und Gehaltssteigerungen, die gerade bei Pflegekräften überdurchschnittlich waren und auch in Zukunft als überdurchschnittlich unterstellt werden können, sowie den Preissteigerungen für Sachkosten. Nun kann argumentiert werden, dass die Kostenfolgen des Übergangs von Einrichtungen in Tarifbindung und der Anhebungen von Personalschlüsseln schon in den Kostenfolgen der Reformmaßnahmen berücksichtigt sind. Das gilt aber nicht für die regulären Tarifsteigerungen und die Steigerungen der Sachkosten. Nachfolgend wird daher für die Zukunft von einem Anstieg des EEE ausgegangen, der nur noch halb so hoch ist wie in der jüngsten Vergangenheit. Der angesetzte quartalsweise Steigerungsfaktor beträgt somit 1,507 %. Unter Ansatz dieser Steigerungsrate entstehen für die Jahre 2021 bis 2024 die in Spalte (1) der Tabelle 6 dargestellten, fortgeschriebenen pflegebedingten Eigenanteile.

Zu diesen Ausgangswerten wurden dann in den Spalten (2) und (3) die bereits in den Abschnitten 1.1.3 und 1.1.4 behandelten Reformelemente quartalsbezogen und in Abhängigkeit zu ihrem Inkrafttreten zugeordnet. Da die Leistungszuschläge in Abhängigkeit von den pflegebedingten Eigenanteile berechnet und in Spalte (5) ausgewiesen wurden, enthalten die Spalten (2) und (3) – anders als in den Abschnitten 1.1.3 und 1.1.4 – nunmehr die gesamten Kosten, nicht nur die (nach Abzug der Zuschläge) von den Heimbewohner:innen zu zahlenden Werte. Nach ihrer Einführung werden die Beträge dabei zur Abbildung der allgemeinen Gehalts- und Preissteigerung ebenfalls mit einer Rate von 1,507 % pro Quartal gesteigert. Dabei werden sowohl die verschiedenen Einführungs- und Wirkungszeitpunkte der gesetzlichen Regelungen beachtet, als auch die zunehmende *absolute* Entlastungswirkung durch die Leistungszuschläge des § 43c SGB XI bei zunehmenden pflegebedingten Eigenanteilen abgebildet. Die Leistungszuschläge werden ab dem 1.1.2022 angesetzt, die Kosten der Tarifbindung

⁶ Um die Einführungseffekte des PSG II auszublenden, wird auf eine Berücksichtigung des Jahres 2017 im Stützzeitraum verzichtet.

ab dem 1.9.2022, die Kosten für Personalmehrungen und die Integration des bisher zusätzlichen Personals ab dem 1.7.2023.

Tabelle 6: Entwicklung der pflegebedingten Eigenanteile

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	907			907		907
	Q3	921			921		921
	Q4	935			935		935
2022	Q1	949			949	-369	580
	Q2	963			963	-374	589
	Q3	978	59		1.037	-403	634
	Q4	993	182		1.175	-456	719
2023	Q1	1.008	184		1.192	-463	729
	Q2	1.023	187		1.210	-470	740
	Q3	1.038	255	165	1.460	-567	893
	Q4	1.054	259	167	1.480	-575	905
2024	Q1	1.070	263	170	1.503	-584	919
	Q2	1.086	267	173	1.526	-593	933
	Q3	1.102	271	175	1.548	-601	947
	Q4	1.119	275	178	1.572	-611	961

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf den vorstehend genannten Annahmen.

Dabei zeigt, sich, dass die Einführung der Leistungszuschläge nach § 43c SGB XI zwar vom 1. Quartal 2022 bis einschließlich des 2. Quartals 2023 vorübergehend die privaten Zahlungsbeträge vermindern kann, dass dieser Effekt aber weder das Niveau längerfristig absenken, noch zukünftige Anstiege der privaten Zahlungsbeträge verhindern kann. Bereits ab dem 3. Quartal 2023 liegen die finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen exakt auf Höhe des 1. Quartals 2021, das bereits als nicht tragbar angesehen wurde und zu den vorliegenden Reformen geführt hat (Abbildung 1). Die Regelungen des neuen § 43c SGB XI verfehlen also das Ziel, niedrigere Belastungen für die Pflegebedürftigen zu erzeugen sobald alle Regelungen der Reform in Kraft getreten sind.

Zusätzlich ist erkennbar, dass zukünftige Steigerungen der pflegebedingten Aufwände zu weiteren Steigerungen der von den Bewohner:innen aufzubringenden Eigenanteilen führen. Das ist insbesondere von Bedeutung, da mit den Regelungen des § 113c (neu) SGB XI nur 40 % des erkannten Pflegepersonalmehrbedarfs ausgeglichen werden. Soll das Personalbemessungsverfahren tatsächlich vollumfänglich umgesetzt werden, ist mit weiteren erheblichen Anstiegen der pflegebedingten Aufwände ab 2025 zu rechnen. Bei Zugrundelegung der

derzeitigen Bezugsdauern stationärer Pflegeleistungen der Heimebewohnenden werden aber nur 38,8 % aller Kostensteigerungen für pflegebedingte Aufwände durch die Leistungszuschläge kompensiert, während weiterhin 61,2% zu einer Erhöhung der privat zu zahlenden Beträge führen.

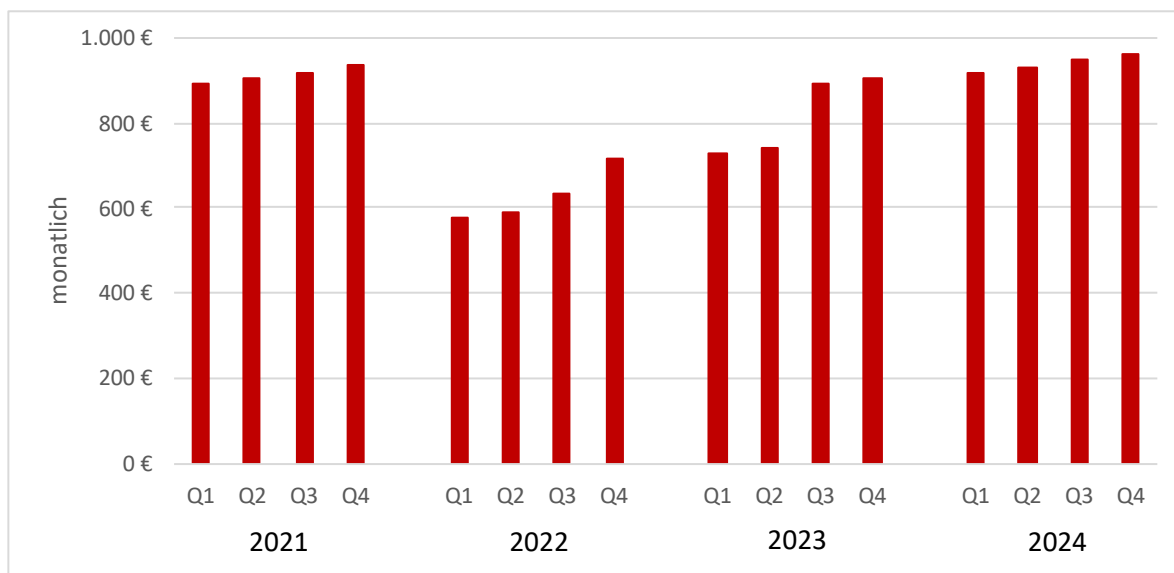


Abbildung 1: Privat zu zahlenden Beiträge für pflegebedingte Aufwände (EEE plus AK)

Damit wird klar, dass die Betitelung des neu eingeführten § 43c SGB XI als „Begrenzung des Eigenanteils“ irreführend ist, da keinerlei Begrenzung erfolgt, sondern allenfalls von einer differentiellen Reduzierung der privat zu zahlenden Beträge gesprochen werden kann. Eine echte „Begrenzung“ erfordert dagegen einen absoluten Ausgabendeckel auf den pflegebedingten Eigenanteilen – wie er vom Bundesgesundheitsminister in seinem ursprünglichen Vorschlag vorgesehen war.

1.3 Auswirkungen auf den Sozialhilfebezug

Nach zwanzigjähriger Diskussion wurde die Pflegeversicherung 1994 eingeführt, um zu „bewirken, dass [die] überwiegende[.] Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist“ (PflegeVG-E: 2). Dies sollte erreicht werden, indem die Pflegekassen die pflegebedingten Aufwände regelmäßig *vollständig* übernehmen: „Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln“ (Gesetzesbegründung, PflegeVG-E, S. 115). Wird die aktuelle Ausgestaltung der Pflegeversicherung an den sozialpolitischen Zielen gemessen, um derentwillen sie eingeführt wurde, muss also eine eklatante

Zielverfehlung festgestellt werden, der mit einer Finanzierungsreform entgegengetreten werden muss.

Stattdessen ergibt sich unter Berücksichtigung der in Abschnitt 1.2 angesetzten Steigerungsrate für die pflegebedingten Aufwände und der zusätzlichen pflegesatzsteigernden Reformmaßnahmen für das 3. Quartal 2023 gemäß der in Abschnitt 1.2 vorgestellten Modellrechnungen ein bundesdurchschnittlicher monatlicher Eigenanteil für pflegebedingte Aufwände von 1.460 Euro. Werden die hierauf gewährten Leistungszuschläge abgezogen, verbleibt ein durchschnittlicher von den Heimbewohner:innen aufzubringender pflegebedingter Eigenanteil von 893 Euro, der praktisch identisch ist mit dem im ersten Quartal 2021 aufzubringenden durchschnittlichen Eigenanteil von 894 Euro.

Insoweit die verbleibenden privat zu zahlenden Beträge von den Heimbewohner:innen nicht durch laufende Einnahmen und/oder Vermögensverzehr aufgebracht werden können, trägt sie der zuständige Sozialhilfeträger als Hilfe zur Pflege. Mittels eines stochastischen Mikrosimulationsmodells (vgl. Rothgang et al. (2021) für nähere Ausführungen) kann gezeigt werden, wie sich die Kosten für pflegebedingte Aufwendungen nach Umsetzung der Reformmaßnahmen auf die Kostenträger verteilen. Diese Effekte werden den Auswirkungen gegenübergestellt, die sich ergäben, wenn die Regelungen des Eckpunktepapiers des Bundesministerium für Gesundheit vom 4. November 2020 umgesetzt würden. In diesem Eckpunktepapier wurde vorgeschlagen, den Eigenanteil für die Pflegekosten (als Summe der einrichtungseinheitliche Eigenanteile für Pflegeleistungen (EEE) und der in Rechnung gestellten Ausbildungskosten) auf monatlich 700 Euro und die Zahlungsdauer auf 36 Monate zu begrenzen. Darüber hinaus gehende Beträge sollten von der Pflegeversicherung übernommen werden. Zusätzlich sollten die Länder verbindlich einen monatlichen Zuschuss zu den Investitionskosten in Höhe von 100 Euro pro Heimbewohnendem gewähren, wodurch die privat aufzubringende Gesamtsumme zusätzlich reduziert würde (Tabelle 7).

Wie die Tabelle zeigt, wäre eine Reform gemäß den Eckpunkten in Bezug auf die Reduktion der *pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit* deutlich effektiver als der nun vorliegende Gesetzentwurf. So läge die Sozialhilfeempfängerquote um 11,8 Prozentpunkte niedriger und auf einem Niveau, das rund 8 Prozentpunkte unter der Sozialhilfeempfängerquote von 2019 in Höhe von 33,1 % (Rothgang et al. 2021) liegt.⁷ Bei Umsetzung des vorliegenden Gesetzent-

⁷ 2019 ist das letzte Jahr für das bereits Ergebnisse der Sozialhilfestatistik vorliegen.

wurfs liegt die Sozialhilfequote dagegen um mehr als vier Prozentpunkte höher als der Vergleichswert für 2019. Bezogen auf die Heimbewohner:innen heißt dies, dass durch die Regelungen des GVWG über 92.000 Personen sozialhilfeabhängig werden, die unter Umsetzung der im Eckpunktepapier beschriebenen vollständigen Begrenzung der Eigenanteile nicht auf diese Sozialhilfeleistungen angewiesen wären. Die vorliegenden Änderungsanträge fallen also weit hinter das Eckpunktepapier zurück.

Tabelle 7: Auswirkungen verschiedener Reformvorschläge auf die Sozialhilfe und andere Kostenträger

			bundesweit einheitlicher Eigenanteil =1.460 EURO	
Gesetzentwurf	Reduzierung der Eigenanteile an pflegebedingten Aufwendungen in Jahresschritten um 5%/25%/45%/70%	HzP-Quote (in %)	37,2%	Differenz des Gesetzentwurfs zu den Eckpunkten
		HzP-Empfänger	291.105	
		HzP-Ausgaben (in Mrd. Euro)	3,117	
		Eigenanteile (in Mrd. Euro)	16,899	
		PV-Ausgaben (in Mrd. Euro)	18,930	
		Länderausgaben für IK (in Mrd. Euro)	0,000	
Eckpunkte	Begrenzung der Eigenanteile (EEE+Ausbildungskosten) auf max. 700 Euro für max. 36 Monate und Übernahme von 100 Euro pro Person für Investitionskosten durch Länder	HzP-Quote (in %)	25,4%	11,8%
		HzP-Empfänger	198.920	92.185
		HzP-Ausgaben (in Mrd. Euro)	1,462	1,655
		Eigenanteile (in Mrd. Euro)	13,075	3,824
		PV-Ausgaben (in Mrd. Euro)	23,471	-4,541
		Länderausgaben für IK (in Mrd. Euro)	0,937	-0,937

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Rothgang et al. 2021.

Entsprechend der höheren Zahl der Sozialhilfeempfänger:innen liegt ebenfalls der Wert der *Ausgaben für die Hilfe zur Pflege* in der Umsetzung des aktuellen Gesetzentwurfes um jährlich rund 1,65 Mrd. Euro höher. In der Vergleichsreform des Eckpunktepapiers werden 937 Mio. Euro pro Jahr dieser – bei den Ländern als Sozialhilfeträgern eingesparten – Differenz für eine Teilübernahme der Investitionskosten aufgewendet, die zu einer direkten Reduktion der ebenfalls privat zu tragenden Investitionskosten und so zur Entlastung der Pflegeheimbewohner:innen führt.

Die Ausgaben der Pflegeversicherung, die 1994 mit dem Ziel eingeführt wurde, den pflegebedingten Aufwand bei Heimpflege vollständig, und nicht nur anteilig, zu übernehmen, steigen trotz der Beibehaltung von Eigenanteilen in beiden Reformmodellen substantiell an, liegen aber bei Umsetzung des Gesetzentwurfes für das Jahr 2023 um rund 4,5 Mrd. Euro – und somit den Gegenwert von rund 0,25 Beitragssatzpunkten – unterhalb der Werte bei Umsetzung der Eckpunkte. Im Vergleich zur ursprünglich geplanten Pflegereform sind die vorgelegten Änderungsanträge deutlich weniger ambitioniert.

2 Zweite Stufe der Einführung des Personalbemessungsverfahrens

Das zentrale Instrument zur Minderung und schließlich Beseitigung des Pflegenotstands in der stationären Langzeitpflege ist die Umsetzung des einheitlichen Personalbemessungsverfahrens für stationäre Einrichtungen, das von 2017 bis 2020 in Umsetzung des im Zweiten Pflege-stärkungsgesetz implementierten Gesetzesauftrags des § 113c SGB XI (in der Fassung des PSG II) entwickelt und konzeptionell erprobt wurde (Rothgang und das PeBeM-Team 2020). Bereits in den Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5 der Konzertierte Aktion Pflege wurde im Juni 2019 festgelegt, das Personalbemessungsverfahren „in geeigneten Schritten gemeinsam zügig anzugehen“ und nach Abschluss der Entwicklungsphase „mit den hierfür erforderlichen Vorbereitungen zu beginnen“ (Bundesregierung 2019: 45). Im Ersten Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5 vom November 2020 haben die Partner der Konzertierte Aktion Pflege dann bekräftigt, „die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens zügig vorzubereiten und in Umsetzung des Koalitionsvertrags gesetzlich zu verankern“ (Bundesregierung 2020: 32). Die dazu mittlerweile ausgearbeitete Roadmap (BMG / BMFSFJ 2020) sieht die Einführung in drei Stufen vor, deren gesetzliche Verankerung nun abgeschlossen werden muss.

Im Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) vom 22. Dezember 2020 (BGBl. I, S. 3299) wurde ein erster Einführungsschritt gegangen und die Refinanzierung von bis zu 20.000 zusätzlichen Vollzeitstellen für Pflegekräfte mit ein- bis zweijähriger Ausbildung nach Landesrecht, aber unterhalb des Fachkräfteniveaus (bzw. von Personen, die diese Ausbildung begonnen haben oder in Kürze beginnen werden) ermöglicht. Die Dimensionierung dieser ersten gesetzlichen Stufe orientierte sich dabei an der maximalen Anzahl zusätzlicher Stellen, die auf Basis der Studienergebnisse ohne direkten Bezug zur Bewohnerschaft flächendeckend ausgeschüttet werden konnten, ohne Fehlsteuerungen zu erzeugen.

Als zweite Stufe der Einführung des Personalbemessungsverfahrens werden in der vorgesehenen Neufassung des § 113c SGB XI zum 1. Juli 2023 neue einheitliche Personalanhaltswerte vorgesehen. Diese legen bundeseinheitlich für Pflegekräfte unterschiedlicher Qualifikationsniveaus (Hilfskraftpersonal ohne landesrechtlich geregelte Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege von mindestens einem Jahr, Hilfskraftpersonal mit landesrechtlich geregelter Helfer- oder Assistenzausbildung in der Pflege mit einer Ausbildungsdauer von mindestens einem Jahr und Fachkraftpersonal) nach Pflegegrad gestaffelte Verhältniszahlen von Vollzeitäquivalenten je pflegebedürftiger Person fest (§ 113c Abs. 1 (neu) SGB XI). Während die erste Umsetzungsstufe also lediglich flächendeckende Personalzuschläge gewährt und

damit die Unterschiede zwischen den Ländern perpetuiert hat, wird mit den vorgelegten Regelungen von *bundeseinheitlichen* Bedarfen ausgegangen und die Personalausstattung in Menge und Qualifikation (Care-Mix) aus den Merkmalen der Bewohnerschaft (Case-Mix) abgeleitet. Dieser Reformschritt zielt demnach auch darauf ab, zwischen den Ländern unterschiedliche Personalausstattungen, die nicht sachlich (durch unterschiedlichen Case-Mix) begründet sind, abzubauen und damit eine Konvergenz der Personalausstattung einzuleiten, um so das Problem der Verteilungsgerechtigkeit in Bezug auf die Personalausstattung zu lösen. Der Übergang von einer Zuschlagslogik zu einem Verfahren, das von einer bundeseinheitlichen Zielgröße ausgeht, ist sachgerecht.

Das bisher zusätzliche Personal nach § 8 Abs. 6 und § 84 Abs. 9 SGB XI wird in die einheitliche Personalbemessung integriert und dann auch über den Pflegesatz finanziert (§ 113c Abs. 6 (neu) SGB XI). Auch diese Regelung ist sachlich angemessen – allerdings werden die dadurch ausgelösten Finanzfolgen weder im Gesetzentwurf noch im Finanztableau thematisiert. Das genannte zusätzliche Personal ist nun über den Pflegesatz von den Bewohner:innen zu zahlen – gemindert lediglich durch die Leistungszuschläge zum Eigenanteil, die sich auch auf diesen zusätzlichen Kostenposten beziehen.

Dass für geltende und in Pflegesatzvereinbarungen vereinbarte Personalmengen eine Bestandsschutzregelung eingeführt wird (§ 113c Abs. 2 (neu) SGB XI), die eine Absenkungen des Care-Mixes in einzelnen Einrichtungen verhindert, ist notwendig, da in diesem Schritt nur 40 % der zur bedarfsgerechten Personalausstattung notwendigen Personallücke geschlossen werden, so dass die aus den neuen Personalanhaltszahlen resultierenden Personalmengen in einer beachtlichen Zahl an Einrichtungen unterhalb der derzeitigen vertraglich vereinbarten Personalausstattung liegen.

Bei Umsetzung der in den Reformvorschlägen genannten Personalanhaltsziffern wird – so auch die Begründung zu Artikel 2 des Änderungsantrags 6 – der erkannte „personelle[.] Mehrbedarf, der sich nach dem Algorithmus 1.0 ergibt, in Höhe von 40 Prozent gegenüber den bereinigten bundesdurchschnittlichen Ist-Stellenschlüsseln“ berücksichtigt (Ausschussdrucksache 19(14)320.1, S. 37f.). Für eine Einrichtung mit 100 Pflegebedürftigen, deren Case-Mix dem Bundesdurchschnitt des Jahres 2017 entspricht, impliziert dies eine Refinanzierungsmöglichkeit von rund 5,8 zusätzlichen Vollzeitstellen gegenüber der Personalausstattung des Jahres 2018, von denen aber 2,7 Stellen bereits durch das GPVW refinanziert werden können.

Mithin erlauben die Regelungen des § 113c Abs. 1 (neu) SGB XI also im Mittel die Refinanzierung von rund 3 Vollzeitstellen für eine derartige Einrichtung. Damit bleibt eine Personallücke von 9 Vollzeitstellen weiterbestehen.

Ein derartiger Umsetzungsgrad ist zunächst enttäuschend – insbesondere vor dem Hintergrund des in der KAP geäußerten Versprechens, das Personalbemessungsverfahren einzuführen. Die im Änderungsantrag vorgesehene Refinanzierungsmöglichkeit für weniger als die Hälfte des Personalmehrbedarfs fällt weit dahinter zurück. Allerdings „prüft“ das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit den beiden anderen an der KAP beteiligten Ministerien „unmittelbar nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse“, die zum 1. April 2025 vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen vorgelegt werden, „ob eine Anpassung der Personalanhaltswerte [...] möglich und notwendig ist.“

Soll das Personalbemessungsverfahren tatsächlich – wie in der KAP beschlossen – umgesetzt werden, steht aber außer Frage, dass ein Umsetzungsgrad von 40 % nicht ausreicht, bedarfsgerechte Personalmengen zur Verfügung zu stellen. Mindestens notwendig ist es daher die Formulierung des § 113c Abs. 7 Satz 1 (neu) SGB XI wie folgt zu ändern:

„Das Bundesministerium für Gesundheit prüft im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales unmittelbar nach Vorlage der erforderlichen Daten und Ergebnisse durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach Satz 3, *in welchem Umfang* eine Anpassung der Personalanhaltswerte nach Absatz 1 und der Personalanhaltsszahlen nach Absatz 5 Nummer 1 möglich und notwendig ist.“

Es ist evident, dass die genaue Dimensionierung der abschließenden Stufe zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich ist, da sie gemäß der Roadmap-Vereinbarungen von den Evaluationsergebnissen des Modellprogramm zur „wissenschaftlich gestützten Begleitung der Einführung und Weiterentwicklung“ des Personalbemessungsverfahrens gemäß § 8 Abs. 3b SGB XI und einer hieraus abgeleiteten Aktualisierung der Personalbemessungsverfahrens abhängen soll. Jedoch sind die hierzu formulierten Verfahrensregelung des § 113c Abs. 7 (neu) SGB XI insofern nicht angemessen, als sie ein Prüfformat definieren, dessen Ergebnis sein kann, dass eine dritte Stufe nicht „notwendig“ oder nicht „möglich“ ist – somit also mehr die Hälfte der empirisch ermittelten Personallücke des Jahres 2018 nicht geschlossen wird. Insbesondere erscheint es nicht sachgerecht, die Entscheidung über die dritte Stufe u. a. auf Basis der landesdurchschnittlich vereinbarten Personalausstattungen (§ 113c Abs. 7 Satz 2 Ziffer 2 (neu) SGB XI) und der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation (§ 113c Abs. 7 Satz 2

Ziffer 3 (neu) SGB XI) zu treffen. Hier wird dem naturalistischen Fehlschluss, auf Basis des gegebenen IST auf das SOLL zu schließen, Tür und Tor geöffnet.

Die Finanzierungsoption für zusätzliche Stellen führt nur in dem Umfang zur Verbesserung der Situation in der Pflege wie diese Stellen auch besetzt werden. Es müssen daher unzweifelhaft flankierend verstärkte Anstrengungen unternommen werden, um die zusätzlichen Pflegepersonen, insbesondere qualifizierte Assistenzkräfte, auszubilden. Hierzu müssen jetzt die Weichen gestellt werden, sollen 2023 und 2025 schon entsprechende zusätzliche Kräfte auf dem Markt vorhanden sein. Das Gelingen oder eventuelle zeitliche Verzögerungen in diesem Prozess sind dennoch als Bezugspunkt für die Bestimmung der bedarfsorientierten Soll-Personalausstattung grundsätzlich ungeeignet.

Die Formulierungen des § 113c Abs. 7 (neu) SGB XI sind daher so zu ändern, dass dem Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit den anderen beteiligten Ministerien der Auftrag zur *Dimensionierung der dritten Einführungsstufe* gegeben wird, nicht der Auftrag zu einer erneuten Notwendigkeitsprüfung. Dabei ist bereits heute zu konkretisieren, dass die Größe dieser letzten Einführungsstufe so zu bestimmen ist, dass die Personallücke, die in der Evaluation der Modellprojekte nach § 8 Abs. 3b SGB XI ausgewiesen wird, vollständig geschlossen werden kann.

3 Refinanzierung der Reformkosten

Bevor auf die Refinanzierung der Reformkosten eingegangen wird, sollen diese zunächst beziffert werden, da das vom BMG vorgelegte Finanztableau die Reformkosten systematisch unterschätzt (Abschnitt 3.1). Anschließend werden die vorgesehenen Einzelmaßnahmen zur Gegenfinanzierung betrachtet, die insgesamt für eine Gegenfinanzierung ungeeignet erscheinen (Abschnitt 3.2). Mit Bezug auf die weiteren beratungsgegenständlichen Anträge wird daher in Abschnitt 3.3 eine systematische Verbreiterung der Einnahmebasis gefordert.

3.1 Höhe der Reformkosten

Die in Abschnitt 1.1 und 1.2 auf Ebene der Pflegebedürftigen ausgewiesenen Wirkungen auf die privat zu tragenden Beträge für pflegebedingte Aufwände verursachen korrespondierende

Leistungsausgaben der Pflegeversicherung, die differentiell als Reformkosten betrachtet werden können. Tabelle 8 enthält die Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für die vollstationäre Dauerpflege im Zeitverlauf.⁸

Die in Spalte (2) ausgewiesene durchschnittliche monatliche Leistungshöhe gemäß § 43 SGB XI ergibt sich als gewogenes Mittel der gesetzlichen Leistungssätze von 770 Euro (Pflegegrad 2), 1.262 Euro (Pflegegrad 3), 1.775 Euro (Pflegegrad 4) und 2.005 Euro (Pflegegrad 5), wobei die bereits in Abschnitt 1.1 ausgewiesene Pflegegradverteilung zur Gewichtung verwendet wird. Eine Dynamisierung der Leistungssätze wird nicht vorgenommen, da der Wegfall der geplanten Dynamisierung ausdrücklich als Maßnahme zur Gegenfinanzierung genannt wird. Die monatlichen durchschnittlichen Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI in Spalte (3) wurden aus Tabelle 6 übernommen. Daraus resultieren die mit Monatsbezug (Spalte (4)) und Quartalsbezug (Spalte (5)) ausgewiesenen Leistungsausgaben für vollstationäre Dauerpflege.

Tabelle 8: Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege

Jahr	Quartal	(1)	(2)	(3)	(4)=[(2)+(3)]*(1)	(5)=[(4)*3]
		Leistungsnehmer (PG 2 bis PG 5)	Durchschnittliche monatliche Leistungshöhe gemäß § 43 SGB XI	Monatliche Leistungszuschläge gemäß § 43c SGB XI	Monatliche Leistungsausgaben für vollstationäre Dauerpflege (in Mrd. €)	Leistungsausgaben für vollstationäre Dauerpflege pro Quartal (in Mrd. €)
2021	Q1	720.853	1.481		1,068	3,203
	Q2	720.853	1.481		1,068	3,203
	Q3	720.853	1.481		1,068	3,203
	Q4	720.853	1.481		1,068	3,203
2022	Q1	720.853	1.481	369	1,334	4,001
	Q2	720.853	1.481	374	1,337	4,012
	Q3	720.853	1.481	403	1,358	4,074
	Q4	720.853	1.481	456	1,396	4,189
2023	Q1	720.853	1.481	463	1,401	4,204
	Q2	720.853	1.481	470	1,406	4,219
	Q3	720.853	1.481	567	1,476	4,429
	Q4	720.853	1.481	575	1,482	4,446
2024	Q1	720.853	1.481	584	1,489	4,466
	Q2	720.853	1.481	593	1,495	4,485
	Q3	720.853	1.481	601	1,501	4,502
	Q4	720.853	1.481	611	1,508	4,524

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf den vorstehend genannten Annahmen.

Als Jahressummen resultieren somit Leistungsausgaben für vollstationäre Pflege von

- 12,811 Mrd. Euro für das Jahr 2021,
- 16,275 Mrd. Euro für das Jahr 2022,

⁸ Zur Berechnung wurden die Anzahl der leistungsbeziehenden Heimbewohner:innen und deren Pflegegradverteilung im Zeitverlauf konstant gehalten. Dieser Ansatz scheint auch dem Finanztableau des BMG zugrunde zu liegen, in dem die Leistungszuschläge zu den Eigenanteilen von 2022 bis 2025 konstant gehalten werden.

- 17,298 Mrd. Euro für das Jahr 2023 und
- 17,977 Mrd. Euro. für das Jahr 2024.

Im Vergleich zum Basisjahr 2021 ergeben sich im Zeitablauf somit Zusatzausgaben von

- 3,464 Mrd. Euro für das Jahr 2022,
- 4,487 Mrd. Euro für das Jahr 2023 und
- 5,166 Mrd. Euro für das Jahr 2024.

Diese Werte liegen deutlich über den Beträgen, die das Bundesministerium für Gesundheit in seiner Aufstellung der Finanzwirkungen der hier gegenständlichen Änderungsanträge für den vollstationären Sektor angegeben hat,⁹ nämlich um 724 Mio. Euro (2022), 1,227 Mrd. Euro (2023) bzw. 1,906 Mrd. Euro (2024).

Ursächlich hierfür ist, dass das BMG

- lediglich die Steigerung der pflegebedingten Kosten berücksichtigt, die durch die Reform entstehen, nicht aber die auch ansonsten anfallenden Kostensteigerungen wie insbesondere Entgelterhöhungen auch für die Pflegekräfte, die schon nach Tarif bezahlt werden, und zu steigenden Leistungszuschlägen für die Eigenanteile führen,
- die Steigerung der Eigenanteile (und damit auch der Leistungszuschläge) unberücksichtigt lässt, die sich aus der Finanzierungspflicht für die Stellen ergeben, die bislang gemäß § 8 Abs. 6 und § 84 Abs. 9 SGB XI außerhalb des Pflegegesetzes finanziert wurden, und
- die Ausgaben für die Leistungszuschläge schon initial zu niedrig ansetzt.

Für diese Leistungszuschläge werden im Finanztableau ab 2022 jährlich 2,54 Mrd. Euro angesetzt, während die Berechnungen auf Basis der Eigenanteile für das 1. Quartal 2021 – die im ersten Quartal 2022 sicherlich höher liegen werden – und der Verteilung der Aufenthaltsdauern in stationärer Pflege gemäß eigener Routinedatenauswertungen schon 2023 bei mehr als 3 Mrd. Euro liegen (vgl. Abschnitt 1.1.1).¹⁰

Die vorgesehenen Maßnahmen zur Gegenfinanzierung erscheinen daher nicht ausreichend und die Reform unterfinanziert.

⁹ Das BMG gibt Mehrausgaben aufgrund der Leistungszuschläge, der Verpflichtung zur Zahlung entsprechend Tariflohn und des 2. Schritts der Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens in Höhe von 2,74 Mrd. Euro (2022) bzw. 3,26 Mrd. Euro (2023 – 2025) an.

¹⁰ In Tabelle 1 wird die durchschnittliche Höhe der monatlichen Zuschläge auf 347,22 Euro beziffert. Bei einer angenommenen Zahl von 720.853 sozialversicherten Heimbewohner:innen in Pflegegrad 2-5 resultieren hieraus jährliche Zuschüsse von 3,00 Mrd. Euro.

3.2 Vorgesehene Einzelmaßnahmen zur Gegenfinanzierung

Eine systematische Gegenfinanzierung der Reformkosten ist insbesondere deshalb nicht einfach, weil die Regierungskoalition mit der sogenannte „Sozialgarantie“ den eigentlich zur Einnahmensteuerung freien Parameter einer Sozialversicherung, den Beitragssatz, willkürlich fixiert hat. In den Änderungsanträgen finden sich stattdessen eine Reihe von Einzelmaßnahmen zur Gegenfinanzierung.

3.2.1 Steuerfinanzierung

Im Eckpunktepapier vom 4. November 2020 wurde vorgeschlagen, dass der Bund wie für die Kindererziehungszeiten auch für Menschen, die Angehörige pflegen, die Beitragszahlung an die Rentenversicherung übernimmt. Zudem sollten „weitere gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie u. a. die Vermeidung von Überforderung durch zu hohe Eigenanteile“ steuerfinanziert werden. Werden nur die Ausgaben für die Leistungszuschläge von initial 3 Mrd. Euro (s.o.) und die Rentenversicherungsbeiträge, deren Höhe sich 2020 auf 2,72 Mrd. Euro belaufen hat,¹¹ zugrunde gelegt, hätte sich hieraus die Notwendigkeit für einen Bundeszuschuss von rund 6 Mrd. Euro ergeben. Entsprechend war in dem auf den 15.3.2021 datierten Arbeitsentwurf eines Pflegereformgesetzes die Einführung der §§ 61a und 61b SGB XI vorgesehen. In der erstgenannten Norm sollten ein jährlicher Bundeszuschuss in Höhe von 2,5 Mrd. Euro, zum Ausgleich der von der sozialen Pflegeversicherung übernommenen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben normiert werden, während § 61b SGB XI die Erstattung der Aufwendungen für Rentenversicherungsbeiträge festlegen sollte.

In der Fassung der Änderungsanträge lautet der § 61a SGB XI nunmehr: „Der Bund leistet zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2022 jährlich 1 Milliarde Euro ... an den Ausgleichsfond“. Der Steuerzuschuss beträgt damit nur noch rund ein Sechstel des ursprünglich angestrebten Wertes.

Hinzu kommt, dass die in den Eckpunkten und im Arbeitsentwurf zusätzlich vorgesehene obligatorische Beteiligung der Länder an den Investitionskosten in Höhe von monatlich 100 Euro pro Heimbewohner:in, die sich in Summe ebenfalls auf rund 1 Mrd. Euro belaufen hätte, wegfällt. Insgesamt sollen somit jetzt jährlich 1 statt 7 Mrd. Euro an Steuermitteln ins System fließen. Der Finanzierungsbeitrag des Bundeszuschusses ist damit sehr niedrig.

¹¹ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/2020_Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_bf.pdf.

3.2.2 Höherer Zuschlag für Kinderlose

In seinem Urteil vom 3.4.2001 (BvR 1629/94) hat es das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber auferlegt, bis 2004 die Kindererziehungsleistungen im Beitragsrecht der Pflegeversicherung zu berücksichtigen (vgl. Rothgang 2001 für Details). Im Kinder-Berücksichtigungsgesetz (KiBG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I, S. 3448) hat der Gesetzgeber diese Vorgabe derart umgesetzt, dass Kinderlose einen Zusatzbeitragssatz von 0,25 Beitragssatzpunkten zahlen müssen. Seitdem ist der allgemeine Beitragssatz für Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung mit Elterneigenschaft von 1,7 Beitragssatzpunkten auf 3,05 Beitragssatzpunkte um rund 80 % gestiegen. Die jetzt vorgesehene erstmalige Erhöhung des Zusatzbeitragssatzes für Kinderlose um 40 % von derzeit 0,25 auf zukünftig 0,35 Beitragssatzpunkte (§ 55 Absatz 3 Satz 1 (neu) SGB XI) erscheint vor diesem Hintergrund vertretbar.

Allerdings hat das Kinder-Berücksichtigungsgesetz die Intention des Bundesverfassungsgerichts nur sehr unvollständig umgesetzt. Im Kern hat das Gericht einen positiven externen Effekt der Kindererziehung auf das Versichertensystem bejaht, der ausgeglichen werden müsse. Dieser Effekt besteht in der Erziehungsleistung für die Kinder, die – bei typisierender Betrachtung – später selbst Beitragszahler werden. Hieraus folgt sachlogisch die Notwendigkeit, bei der Erziehungsleistung nach Kinderzahl zu differenzieren. Die Möglichkeit einer derartigen Weiterentwicklung des Kinder-Berücksichtigungsgesetzes, die damit den ursprünglichen Intentionen des Gerichts besser entsprechen würde (Rothgang 2004), wurde in den vorliegenden Änderungsanträgen nicht genutzt.

3.2.3 Regelhafte Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung an der medizinischen Behandlungspflege im stationären Sektor

In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung werden Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sektorenspezifisch unterschiedlich finanziert: Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege werden diese Leistungen als „häusliche Krankenpflege“ gemäß § 37 SGB V interventionsbezogen von der Krankenkasse getragen. In vollstationärer Pflege besteht dieser Anspruch dagegen nicht. Wechselt ein Pflegebedürftiger von häuslicher in vollstationäre Pflege, geht sein Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegenüber seiner Krankenkasse somit verloren, und die entsprechenden Leistungen sind als „medizinische Behandlungspflege“ Teil der pauschalen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gemäß § 43 SGB XI. Da diese Leistungssätze aber regelmäßig weit unterhalb der in Rechnung gestellten pflegebedingten Aufwendungen liegen, trägt der Pflegebedürftige in stationärer Versorgung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege als Teil seiner Eigenanteile de facto selbst, und es kommt so zu

einer nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung von Pflegebedürftigen in häuslichem und stationärem Setting. Diese Ungleichbehandlung wird schon seit langem kritisiert und ihre Auflösung gefordert. Wird zwischen „Care“ und „Cure“ unterschieden, gehört die medizinische Behandlungspflege systematisch in den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Hoberg et al. 2013).

Bei der Bezifferung von Leistungen und Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen kann nicht auf präzise Werte zurückgegriffen werden, da eben gerade keine Einzelabrechnung dieser Leistungen erfolgt und Abrechnungsdaten der Kassen somit nicht als direkter empirischer Bezugspunkt benutzt werden können. Nach den zur Verfügung stehenden Studien und Berechnungen beläuft sich der Gegenwert der medizinischen Behandlungspflege im stationären Sektor derzeit auf einen ungefähren finanziellen Gegenwert von 2,5 Mrd. Euro (vgl. hierzu auch Rothgang und Müller 2013).

Im PpSG wurde den Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eingeräumt, ihr Pflegepersonal im Kontext der medizinischen Behandlungspflege aufzustocken und hierfür einen Vergütungszuschlag zu erhalten (§ 8 Abs. 6 SGB XI). Zur pauschalen Abgeltung dieser Vergütungszuschläge leisten die Krankenkassen jährlich 640 Mio. Euro an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung (§ 37 Abs. 2a SGB V). Damit wird nur rund ein Viertel der tatsächlichen Kosten für medizinische Behandlungspflege von der GKV finanziert, drei Viertel verbleiben bei der Pflegeversicherung bzw. in den Eigenanteilen der Heimbewohner:innen. Eine übergeordnete Systematik in der Aufteilung der Finanzierungskompetenz zwischen den beiden Versicherungssystemen ist bei dieser Mischfinanzierung nicht erkennbar.

Im Änderungsantrag 1 Nummer 1b wird diese Norm dahingehend ergänzt, dass der genannte Betrag nunmehr als „jährlicher Pauschalbetrag“ zu leisten ist. Damit wird eine Integration der bis zu 13.000 Stellen in den über den Pflegesatz refinanzierten Personalbestand vorbereitet, materiell kommt es aber zu keinen Mehreinnahmen der Pflegeversicherung. Allerdings reduzieren sich die Ausgaben der Pflegeversicherung um rund 400 Mio. Euro, da die 13.000 Stellen in Zukunft – abzüglich der Leistungszuschläge für die Eigenanteile – von den Pflegebedürftigen zu zahlen sind. Diese „perspektivisch freiwerdenden Mittel“ werden zwar in der Begründung des § 113c Abs. 6 (neu) SGB XI (Ausschussdrucksache 19(14)320.1) zur Eigenanteilsreduktion vorgeschlagen, jedoch wird dafür im Finanztableau des BMG kein Posten vorgesehen.

3.2.4 Ausgesetzte Dynamisierung

Zur Gegenfinanzierung der Reform wird auf die eingeplante Leistungsdynamisierung verzichtet. Die dadurch erzielten Ausgabeneinsparungen werden im Finanztableau des BMG mit 1,8 Mrd. Euro beziffert. Pflegebedürftige finanzieren damit die Reform – wobei es zu Umverteilungen zwischen verschiedenen Gruppen der Pflegebedürftigen kommt, die in den Änderungsanträgen nicht thematisiert werden. So werden die reinen Pflegegeldempfänger – immerhin rund die Hälfte aller Pflegebedürftigen – durch den Verzicht auf die Leistungsdynamisierung belastet, um damit die Leistungszuschläge für die Eigenanteile finanzieren zu können. Eine derartige Lastenverschiebung ist nicht gerechtfertigt, wenn häusliche Pflege vorrangig unterstützt werden soll.

3.3 Systematische Verbreiterung der Einnahmenbasis

Die vorstehenden Betrachtungen haben Folgendes gezeigt:

1. Die vorgeschlagenen Maßnahmen führen nur vorübergehend zu einer Entlastung der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege. Schon 2023 erreichen die Eigenanteile dort wieder den aktuellen Wert. Die Maßnahmen greifen somit zu kurz und wirken nicht nachhaltig. Sie fallen weit hinter die ursprünglichen Reformpläne des Bundesgesundheitsministers und des Ministeriums zurück.
2. Die Einführung des Personalbemessungsverfahrens wird nur in kleinen Schritten angegangen. Der zweite Schritt ist sehr vorsichtig und bezüglich des dritten Schrittes sind die Ankündigungen sehr vage, so dass die Gefahr besteht, dass die Einführung des Personalbemessungsverfahrens letztlich nicht gelingt. Hier ist eine Nachschärfung der Fassung der Änderungsanträge noch im Gesetzgebungsprozess dringend notwendig.
3. Eine zentrale Ursache dafür, dass aus der großen Pflegereform, die im Herbst angekündigt wurde, eine derartiges „Pflegereformchen“ wurde, liegt darin, dass sich die Refinanzierung weitergehender Schritte als schwierig erweist. Steuerzuschüsse ließen sich nicht annähernd in der angestrebten Höhe durchsetzen, die sogenannte „Sozialgarantie“ verhindert die systemkonforme Finanzierung durch Beitragssatzerhöhung und einer Finanzierung von Leistungserhöhungen durch reale Leistungskürzungen mittels ausgesetzter Dynamisierung sind ebenfalls Grenzen gesetzt.

Die Reformagenda, die dringend notwendigen Schritte zur Steigerung der Attraktivität der Altenpflege, insbesondere Lohnsteigerungen und Personalmehrung, bei gleichzeitiger Begrenzung der Eigenanteile im stationären Bereich und Gewährleistung einer ausreichende Versorgung im ambulanten Bereich, droht an fehlenden Refinanzierungsmöglichkeiten zu scheitern.

Hier weisen die beiden weiteren Anträge der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und der LINKEN einen Ausweg: die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch Umbau in eine „solidarische Pflegeversicherung“ mit einer „doppelten Pflegegarantie“.

Derzeit weist die Ausgestaltung der Pflegeversicherung mehrere Ungerechtigkeiten auf (Rothgang 2019a): innerhalb der sozialen Pflegeversicherung werden nur bestimmte Einkommensarten verbeitragt, andere hingegen nicht, so dass Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit anders behandelt werden – was einen Verstoß gegen die horizontale Gerechtigkeit darstellt. Gleichzeitig wird das Gebot des Bundesverfassungsgerichts, das die Schaffung einer „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige“ nur unter der Maßgabe einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ für verfassungskonform erklärt hat (BVerfG 2001: Rn 92), massiv verletzt, da die Privatversicherten eine günstigere Alters- und Geschlechterverteilung sowie eine geringere Morbidität aufweisen, was dazu führt, dass die Ausgaben für eine sozialversicherte Person in der Pflegeversicherung – bei gleichem Leistungsrecht und unter Berücksichtigung von Beihilfezahlungen – mehr als doppelt so hoch sind wie für eine privatversicherte (vgl. hierzu ausführlich Rothgang 2019b). Da die Einkommen der Privatversicherten, die nach den Regeln der Sozialversicherung beitragspflichtig wären, die der Sozialversicherten zudem um zwei Drittel übersteigen, würde eine Integration der bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung oder hilfsweise ein Finanzausgleich zwischen beiden Zweigen, der schon im Koalitionsvertrag 2005 zwischen CDU/CSU und SPD vereinbart worden war, erhebliche finanzielle Spielräume schaffen, die gemeinsam mit einem Einbezug aller Einkommensarten in die Beitragspflicht und einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf diejenige der Rentenversicherung ausreichen, moderate Leistungsverbesserungen im ambulanten Bereich und eine Übernahme der pflegebedingten Eigenanteile der stationären Pflege durch die Pflegeversicherung zu ermöglichen (Rothgang und Domhoff 2019) und sogar noch über den Ansatz der „doppelten Pflegegarantie“ hinauszugehen.

Eine systematische Verbreiterung der Einnahmebasis der Pflegesozialversicherung in personeller und materieller Hinsicht würde damit die Voraussetzungen schaffen, die empirisch ermittelten bedarfsorientierten Personalmengen einzusetzen und gleichzeitig zu „bewirken, dass [die] überwiegende[.] Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist“ (PflegeVG-E: 2) – und dies ohne den Beitragssatz anheben zu müssen und so die Sozialgarantie zu respektieren.

4 Literatur

- BA [=Bundesagentur für Arbeit] (2020): Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Nürnberg, Mai 2020, <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?blob=publicationFile&v=7>.
- BMG / BMFSFJ [=Bundesministerium für Gesundheit & Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2020): Roadmap zur Verbesserung der Personalsituation in der Pflege und zur schrittweisen Einführung eines Personalbemessungsverfahrens für vollstationäre Pflegeeinrichtungen. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/Roadmap_zur_Einfuehrung_eines_Personalbemessungsverfahrens.pdf.
- BMG [=Bundesministerium für Gesundheit] (2021): Leistungsempfänger 1995 bis 2020 nach Leistungsarten. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/2020_Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden_bf.pdf.
- Bundesregierung (2019): Konzertierte Aktion Pflege: Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/191129_KAP_Gesamttext_Stand_11.2019_3._Auflage.pdf.
- Bundesregierung (2020): Konzertierte Aktion Pflege: Erster Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/2020-12-09_Umsetzungsbericht_KAP_barrierefrei.pdf.
- BVerfG [=Bundesverfassungsgericht] (2001): Urteil des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 03. April 2001, Aktenzeichen 1 BvR 2014/95 - Rn. (1-93), BVerfGE 103, 197 – 225; http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html.
- Hoberg, Rolf; Klie, Thomas; Künzel, Gerd (2013): Strukturreform PFLEGE und TEILHABE. Kurzfassung. Freiburg AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule Freiburg. https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Eckpunkte_Strukturreform_PFLEGE_TEILHABE_Kurzfassung.pdf.
- PflegeVG-E [Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)], Bundestags-Drucksache 12/5617.
- PKV-Verband [=Verband der Privaten Pflegeversicherung] (2021): Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung. Leistungsempfänger für stationäre Pflege. <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2008/2018/12/pers-ppv-lempf>.
- Rothgang, Heinz (2001): Die Verfassungsgerichtsurteile zur Pflegeversicherung: Ausgangspunkt für eine Neuordnung der Sozialversicherung? In: Sozialer Fortschritt, Heft 5: 121-126.
- Rothgang, Heinz (2004): Schriftliche Stellungnahme für die Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 22.9.2004 in Berlin zum Entwurf eines Gesetzes zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung, BT-Drucksache 15/3671. Mimeo.
- Rothgang, Heinz (2019a): Defizite der derzeitigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung, in: Soziale Sicherheit, Heft 11, S. 393-395.

- Rothgang, Heinz (2019b): Stellungnahme zum Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Pflege gerecht und stabil finanzieren – Die Pflege-Bürgerversicherung vollenden“ BT-Drucksache 19/8561 und zum Antrag der Fraktion DIE LINKE „Zwei-Klassen-System in der Pflegeversicherung beenden“ BT-Drucksache 19/7480 anlässlich der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 8. Mai 2019. Ausschussdrucksache 19(14)0074(13). <https://www.socium.uni-bremen.de/ueber-das-socium/mitglieder/heinz-rothgang/gutachten/>.
- Rothgang, Heinz / Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper Nr. 150 der Hans-Böckler-Stiftung. HBS: Düsseldorf, https://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_150_2019.pdf.
- Rothgang, Heinz / Heinze, Franziska / Wagner, Christian / Kalwitzki, Thomas (2021): Auswirkungen der aktuellen Pläne zur Finanzreform der Pflegeversicherung. <https://www.dak.de/dak/download/studie-2413956.pdf>.
- 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 (2013): Ökonomische Expertise zur Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege in die Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. https://agp-freiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf.
- 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>.

Anlage: Finanztableau des Bundesgesundheitsministeriums

Finanzwirkungen der Änderungsanträge Pflege zum GVWG in der Pflegeversicherung

Reformmaßnahme	Start	2021	2022	2023	2024	2025
Begrenzung Eigenanteil – vollstationär (Pflegebedürftige: 100% im 1 bis 12 Monat, 75% im 13. – 24. Monat, 50% im 25. – 36. Monat, 25 % ab 37. Monat)	01.01.2022	0,00	2,54	2,54	2,54	2,54
+ Verpflichtung zur Zahlung entsprechend Tariflohn ¹	01.09.2022	0,00	0,20	0,61	0,61	0,61
+ Umsetzung Personalbemessungskonzept 2. Schritt	01.07.2023	0,00	0,00	0,11	0,22	0,22
5 % Anhebung Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI	01.01.2022	0,00	0,30	0,30	0,30	0,30
10 % Anhebung Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI	01.01.2022	0,00	0,08	0,08	0,08	0,08
Sonstige Maßnahmen	01.07.2021	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02
Gesamtsumme der Mehrausgaben (SPV)		0,01	3,14	3,66	3,77	3,77

Gegenfinanzierung – Mehreinnahmen/Minderausgaben

Reformmaßnahme	Start	2021	2022	2023	2024	2025
Anhebung des Kinderlosenzuschlags um 0,1 PP	01.01.2022	0,00	0,40	0,40	0,40	0,40
Bundeszuschuss 1 Mrd. Euro ab 2022 jährlich	01.01.2022	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Verzicht auf die finanziell eingeplante Dynamisierung	01.01.2021	1,80	1,80	1,80	1,80	1,80
Gesamtsumme der Maßnahmen der Gegenfinanzierung (SPV)		1,80	3,20	3,20	3,20	3,20

¹ Bezugspunkt ist der Durchschnitt aus regionalem Tarif mit TVÖD und plus 10%.