

**Präsidium  
Bundesvorstand  
Bundesausschuss  
alle Landesverbände**

**Antrag 3**

**Annahme**

**Pflege**

# Inhalt

1	Zur Ausgangssituation.....	3
1.1	Anzahl der Pflegebedürftigen.....	3
1.2	Häusliche Pflege .....	3
1.3	Versorgung in Pflegeheimen.....	3
1.4	Die Pflegestärkungsgesetze I bis III.....	4
1.5	Leistungsniveau der Pflegeversicherung .....	4
2	Forderungen des Sozialverbands VdK.....	5
2.1	Zur Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze .....	5
2.2	Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung.....	6
2.3	Häusliche Krankenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen .....	6
2.4	Leistungsumfang der Pflegeversicherung.....	7
2.5	Verzicht auf Unterhaltsverpflichtung .....	8
2.6	Investitionskosten bei stationärer Pflege.....	9
2.7	Ausbau der palliativen Versorgung .....	10
2.8	Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit.....	11
2.9	Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit .....	12
2.10	Demenzielle Erkrankungen.....	12
2.11	Quartiersbezogene Pflege- und Versorgungsorganisation .....	13
2.12	Zukunftsfähige Wohn- und Betreuungsformen sowie Einsatz von technischen Unterstützungssystemen .....	14
2.13	Altersgerechte und barrierefreie Infrastruktur als Aufgabe der Kommunen .	15
2.14	Pflegende Angehörige .....	16
2.14.1	Entlastende Angebote .....	16
2.14.2	Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.....	16
2.14.3	Rentenrechtliche Bewertung von Pflegezeiten für pflegende Angehörige .....	17
2.15	Pflegequalität .....	18
2.16	Mitbestimmung in der Pflege .....	18
2.17	Personalsituation in der Pflege .....	19
2.18	Finanzierung.....	20
2.18.1	Paritätische Finanzierung .....	20
2.18.2	Beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze.....	20
2.18.3	Gesetzliche und private Pflegeversicherung.....	21
2.18.4	Finanzierung durch Beiträge.....	21
2.18.5	Private Zusatzvorsorge/Kapitalfundierung.....	22

# 1 Zur Ausgangssituation

## 1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen

Im Dezember 2015 waren 2,9 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Die Mehrheit (64 Prozent) waren Frauen.<sup>1</sup> 83 Prozent der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter. 85 Jahre und älter waren 37 Prozent. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter überproportional. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder Zwanzigste (5 Prozent) pflegebedürftig war, beträgt die Quote für die ab 90-Jährigen 66 Prozent.

## 1.2 Häusliche Pflege

Fast drei Viertel (73 Prozent bzw. 2,08 Mio.) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten 1.385.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 692.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste.

Von den 2,9 Mio. Pflegebedürftigen wies mehr als ein Drittel (1.202.000 bzw. 42 Prozent) auch eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf. Bei weiteren 180.000 Personen lag keine Pflegebedürftigkeit bzw. Pflegestufe nach den Definitionen des Pflegeversicherungsgesetzes vor, aber es war bei ihnen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt worden.

## 1.3 Versorgung in Pflegeheimen

2015 wurden 27 Prozent der Pflegebedürftigen (783.000 Personen) in **Pflegeheimen** vollstationär betreut. Im Vergleich zu 2001 ist die Anzahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 32,4 Prozent (192.000 Pflegebedürftige) gestiegen, bei den durch ambulante Pflegedienste um 59,3 Prozent (258.000).

Der Pflegesatz für vollstationäre Dauerpflege in der Pflegeklasse III betrug im Durchschnitt rund 81 Euro pro Tag; der für Unterkunft und Verpflegung über 22 Euro pro Tag. Monatlich sind somit für Pflege und Unterbringung bundesweit durchschnittlich in der höchsten Pflegestufe an das Heim ca. 3200 Euro als **Vergütung** zu entrichten.<sup>2</sup> Dieser Betrag beinhaltet die pflegebedingten Aufwendungen, die Kosten für Un-

---

<sup>1</sup> Statistisches Bundesamt 2017: Pflegestatistik 2015, Wiesbaden.

<sup>2</sup> ebd.

terkunft und Verpflegung sowie die Investitions- und Ausbildungskosten. Das führt häufig zur finanziellen Überforderung der pflegebedürftigen Haushalte.

## 1.4 Die Pflegestärkungsgesetze I bis III

Im Koalitionsvertrag hatten sich die Regierungsparteien auf eine mehrstufige Pflege-reform geeinigt. Am 1. Januar 2015 ist das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I) und da-mit die erste Stufe der Pflegereform in Kraft getreten. Mit dem Gesetz wurden unter anderem die Beitragssätze zur Pflegeversicherung angehoben und die Pflegeleistun-gen ausgeweitet.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) wurde auch die zweite Stufe der Pflege-reform in dieser Legislaturperiode umgesetzt. Im Zentrum des PSG II steht die Neu-fassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Das Gesetz ist seit dem 1. Januar 2016 in Kraft. Zentrale Bestandteile, wie etwa die Einstufung in 5 Pflegegrade, gelten ab dem 1. Januar 2017.

Ein weiterer Baustein der Pflegereform ist das dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III). Es soll vor allem die Rolle der Kommunen in der Pflege stärken. Des Weiteren wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) in das SGB XII (Sozialhilfe) übertragen. Das PSG III ist zusammen mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten.

## 1.5 Leistungsniveau der Pflegeversicherung

Die **Leistungen der Pflegeversicherung** blieben von 1996 bis 2008 unverändert. Erst mit der Pflegereform 2007 wurde eine stufenweise Anhebung beschlossen. Ab 2015 war eine Dynamisierung vorgesehen, die jedoch im Ermessen der Politik liegt und im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze ausgesetzt wurde. Dies hat – trotz der Leistungsausweitungen – zur Folge, dass sich die Schere zwischen Leistungen der Pflegeversicherung und tatsächlichem Bedarf immer weiter öffnet. Ende 2015 waren in Deutschland in Pflegeklasse III für Pflege und Unterbringung im Durchschnitt 3200 Euro an das Pflegeheim zu entrichten. Hinzu kamen Investitionskosten von im Durchschnitt rund 500 Euro im Monat, die dem Heimbewohner zusätzlich in Rech-nung gestellt werden.

## 2 Forderungen des Sozialverbands VdK

### 2.1 Zur Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dahinter stehenden neuen Begutachtungssystems werden körperliche sowie geistige und psychische Beeinträchtigungen bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zukünftig gleichermaßen berücksichtigt. Damit entfällt die Unterscheidung zwischen körperlicher Pflegebedürftigkeit und eingeschränkter Alltagskompetenz, z. B. Demenz. Die 3 Pflegestufen werden durch 5 Pflegegrade abgelöst, die Höhe der konkreten Leistungsbeträge hängt vom Pflegegrad ab. Zusätzlich wird „Betreuung“ als Regelleistung der Pflegeversicherung etabliert. Nach vorne blickend haben zukünftig mehr Menschen Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, Schätzungen gehen von mittelfristig bis zu 500.000 aus, die erstmalig Anspruch auf Leistungen haben werden. Großzügige Überleitungs- und Bestandsschutzregelungen haben in der Regel dafür gesorgt, dass nach der Systemumstellung Anfang 2017 keiner schlechter steht. Für viele haben sich die Leistungsbeträge sogar erhöht.

Mit den Pflegestärkungsgesetzen I bis III hat die Politik die Pflegeversicherung insgesamt gänzlich neu geordnet. Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes geht auch eine neue Philosophie und Leistungsgerechtigkeit in der Betrachtung der Pflegebedürftigkeit eines Menschen einher. **Der Sozialverband VdK hat sich in den letzten Jahren sehr für diese Neugestaltung stark gemacht. Trotzdem bleiben in der Pflege zahlreiche Baustellen, die vor dem demografischen Hintergrund schnellstmöglich angegangen werden müssen.**

**So muss sich nach Auffassung des Sozialverbands VdK durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auch ein erweitertes Pflegeverständnis etablieren. Speziell für die häusliche Pflege müssen Pflegearrangements ermöglicht werden, die eine passgenaue und individuelle Pflege und Betreuung in der eigenen Häuslichkeit sichert.**

**Um dem wachsenden Bedarf an pflegerischen Leistungen begegnen zu können, ist es auch insgesamt notwendig, die Pflegeinfrastruktur weiterzuentwickeln, speziell die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten wird zukünftig eine wichtige Rolle spielen.**

Die soziale Pflegeversicherung wird aufgrund der demografischen Entwicklung mittelfristig unter finanziellen Druck geraten. Nach aktuellen Berechnungen ist davon auszugehen, dass die Zahl von derzeit rund 2,9 Mio. Pflegebedürftigen im Jahr 2015

auf voraussichtlich rund 3,6 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2030 und rund 4,5 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2045 steigt.<sup>3</sup> **Der Sozialverband VdK fordert diesbezüglich ein nachhaltiges Finanzierungskonzept (vgl. auch 2.18). Gleichzeitig stellt sich die Frage, wer die immer größer werdende Gruppe hilfs- und pflegebedürftiger Menschen zukünftig betreuen und pflegen soll. Auch hierzu bedarf es eines politischen Gesamtkonzeptes (vgl. 2.14).**

## **2.2 Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung**

Ausgaben für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen für Prävention, Akutbehandlung, Behandlungspflege und Rehabilitation wirken ohne Ausgleich für die Krankenkassen finanziell entlastend im System der Pflegeversicherung, während sie im System der Krankenversicherung die Wettbewerbssituation einzelner Kassen schwächen können.

Demzufolge besteht für Krankenkassen der falsche Anreiz, notwendige Maßnahmen in den genannten Bereichen zu unterlassen und die Betroffenen in das System der Pflegeversicherung mit ihren nicht bedarfsdeckenden Leistungen abzuschieben.

**Der Sozialverband VdK fordert die Beseitigung der Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Ist dies nicht erreichbar, muss zügig eine Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung in Angriff genommen werden.**

## **2.3 Häusliche Krankenpflege in stationären Pflegeeinrichtungen**

Bei der Einführung der Pflegeversicherung wurde aus verwaltungstechnischen Gründen zunächst übergangsweise die Regelung getroffen, dass die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Altenhilfeeinrichtungen pauschal aus den Mitteln der Pflegeversicherung finanziert werden. Diese zeitliche Befristung wurde jedoch zur Dauerlösung. Die bestehende, pauschalierte Vergütung seitens der Pflegeversicherung steht aber in keiner Relation zu den tatsächlichen Aufwendungen der Einrichtungen im Bereich der medizinischen Behandlungspflege. Die Krankenkassen sparen so mit jedem Umzug eines mit Behandlungspflege versorgten Patienten in eine stationäre Pflegeeinrichtung die jeweiligen Aufwendungen, die im häuslichen Bereich vergütet werden müssten. Diese Fehlanreize für die Krankenversicherung führen vielfach zu pflegefachlich unbegründeten Heimbelegungen.

---

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt, September 2017.

Auch aus sozialemethischer Sicht ist die derzeitige Finanzierungsregelung abzulehnen, weil sie Menschen ungleich behandelt, je nachdem, wo sie leben. Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen müssen einen Teil ihrer behandlungspflegerischen Leistungen selbst bezahlen bzw. im Bedarfsfall der Sozialhilfeträger, wohingegen sie das nicht müssten, wenn sie zuhause leben würden. Dort kommt für die gleiche Leistung die Krankenversicherung auf. Im Rahmen einer aktuellen Untersuchung<sup>4</sup> wurde nachgewiesen, dass ca. 70 Prozent der stationär versorgten Pflegebedürftigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Anspruch nehmen. Der durchschnittliche finanzielle Aufwand für diese Leistungen wird mit über 470 Euro monatlich pro Bewohner beziffert.

**Der Sozialverband VdK fordert die Beseitigung der bestehenden, pauschalieren Vergütung durch die Pflegeversicherung. Die Finanzierung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege hat – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – durch die Krankenkassen zu erfolgen.**

## 2.4 Leistungsumfang der Pflegeversicherung

Die Versorgungssituation in der Pflege ist gekennzeichnet durch einen unzureichenden Leistungsumfang.

Pflegebedürftigkeit wird zunehmend ein Armutsrisiko. Dabei war es ein wesentliches Ziel, bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 zu verhindern, dass durch Pflegebedürftigkeit weite Teile der Bevölkerung von Sozialhilfe abhängig werden. Nach starkem Rückgang aufgrund der Einführung der Pflegeversicherung wächst seit 1998 die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege wieder kontinuierlich an. Im Laufe des Jahres 2015 bezogen 450.674 Personen Hilfe zur Pflege<sup>5</sup>. Die Pflegekosten werden zunehmend zum Sprengsatz der Kommunal- bzw. Landesfinanzen. So sind allein im Jahr 2016 die Ausgaben der Hilfe zur Pflege nochmals um 6,4 Prozent auf 3,8 Mrd. Euro gestiegen.<sup>6</sup>

Der privat zu tragende Anteil der Pflegekosten ist in Deutschland damit einer der höchsten innerhalb der gesamten OECD. Frauen werden vor allem wegen ihrer längeren Heimpflege am höchsten belastet. Sie müssen zu ihren Pflegekosten privat durchschnittlich etwa 45.000 Euro beisteuern.<sup>7</sup>

Das verdeutlicht, dass die Pflegeversicherung im derzeitigen Zuschnitt sowohl hinsichtlich ihrer Leistungen als auch hinsichtlich ihrer Finanzierung an ihre Grenze

---

<sup>4</sup> David Leopold 2017: Medizinische Behandlungspflege.

<sup>5</sup> Statistisches Bundesamt 2017: Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege.

<sup>6</sup> ebd.

<sup>7</sup> Barmer GEK Pflegereport 2012

stößt. Die soziale Pflegeversicherung war 1995 ein Meilenstein zur sozialen Absicherung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Doch als Teilkostenversicherung gewährt sie nur einen Zuschuss zu den tatsächlichen Pflegekosten. Von Anfang an wurden die Leistungen der Pflegeversicherung niedrig angelegt und jahrelang nicht an die steigenden Kosten angepasst. Im Ergebnis hat das dazu geführt, dass pflegebedürftige Menschen derzeit nur einen Teil der von ihnen benötigten pflegerischen und/oder betreuerischen Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten.

Dies führt zu Ungleichheit und Entsolidarisierung. **Das Risiko der Pflegebedürftigkeit darf nach Auffassung des Sozialverbands VdK nicht privatisiert werden.** Die Vorstellung, die wachsende Versorgungslücke mit privaten Versicherungsprodukten schließen zu können, führt zur finanziellen Überforderung weiter Teile der Bevölkerung und letztlich zur „Mehrklassenpflege“.

**Der Sozialverband VdK fordert, dass Pflege für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wieder bezahlbar wird. Solidarität und Eigenverantwortung müssen bei den Leistungen der Pflegeversicherung zukünftig wieder so gewichtet werden, dass Pflegende und ihre Angehörigen nicht überfordert werden.** Der Anstieg der Eigenfinanzierung der Betroffenen und die wieder steigende Sozialhilfeabhängigkeit müssen schnellstens gestoppt und zurückgeführt werden. Seit Einführung der Pflegeversicherung hat ein realer Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen um 20 bis 25 Prozent stattgefunden. Deshalb ist Pflegebedürftigkeit zunehmend ein Armutsrisiko. Immer mehr Menschen können die Heimkosten nicht mehr bezahlen und brauchen zusätzliche staatliche Unterstützung. Um dies zukünftig zu verhindern, ist eine jährliche automatische Anpassung der Pflegeversicherungsleistungen notwendig, die sich sowohl an der Lohn- als auch an der allgemeinen Preisentwicklung orientiert.

**Zur Finanzierung schlägt der VdK – neben der Stärkung der Einnahmeseite der Pflegeversicherung (vgl. 2.18) – einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss vor. Dieser könnte sich in einem ersten Schritt auf konkrete Sachverhalte beziehen, die bspw. infrastrukturelle Fragestellungen berühren (z. B. Investitionskosten, Ausbildungskosten, Kosten für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, quartiersbezogene Aufgaben, Leistungen für pflegende Angehörige) oder versicherungsfremde Leistungen (z. B. Familienversicherung von Ehepartnern) betreffen.**

## 2.5 Verzicht auf Unterhaltsverpflichtung

Wenn es ohne Pflegeheim oder Pflegedienst aber nicht geht, müssen Pflegebedürftige und ihre Familien oft ihre gesamten Rücklagen aufbrauchen und geraten unter die Armutsschwelle. Dann muss das Sozialamt mit der sogenannten „Hilfe zur Pflege“

einspringen und den Eigenanteil übernehmen. Somit trägt letztlich der Steuerzahler die finanziellen Folgen des schleichenden Wertverlustes von Pflegeversicherungsleistungen. Schlimm für viele Heimbewohner: Sie müssen nicht selten in ein anderes Heim umziehen, in dem der vom Sozialamt zu tragende Anteil geringer ist.

Das Sozialamt nimmt häufig die Kinder der Pflegebedürftigen in Regress, die sich dann an den Pflegekosten beteiligen müssen – mit weitreichenden Folgen: Viele ältere Menschen schrecken davor zurück, Hilfe vom Sozialamt in Anspruch zu nehmen, damit ihre Kinder nicht unterhaltspflichtig werden. Dies leistet versteckter Altersarmut weiter Vorschub.

**Der Sozialverband VdK fordert, auf Unterhaltsansprüche gegenüber unterhaltsverpflichteten Angehörigen zu verzichten, sofern deren steuerpflichtiges Jahreseinkommen unter 100.000 Euro liegt. Das Sozialamt kann davon ausgehen, dass diese Einkommensgrenze im Regelfall nicht überschritten wird.**

## 2.6 Investitionskosten bei stationärer Pflege

Neben den reinen Pflegekosten fallen bei der Pflege in einem Heim für die Bewohner Kosten für Unterbringung und Verpflegung sowie Investitionskosten an. Letztere haben sich zu einer erheblichen finanziellen Belastung entwickelt.

Investitionskosten sind die Kosten für Aus-, Um- und Neubauten, für technische Ausstattung, für Investitionsgüter wie Fuhrpark oder Einrichtungsgegenstände sowie für Instandhaltung. Sie können auf die Heimbewohner umgelegt werden. Um eine angemessene pflegerische Infrastruktur zu gewährleisten, sind die Bundesländer nach § 9 SGB XI verpflichtet, sich an den Investitionskosten für Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Allerdings kommen nur noch wenige Bundesländer dieser Verpflichtung nach und wenn, dann sehr unzureichend. Dies hat dazu geführt, dass sich in den vergangenen Jahren die Investitionskosten in vielen Bundesländern zu einer erheblichen finanziellen Belastung für Heimbewohner entwickelt haben.

Innerhalb Deutschlands variieren die Kostensätze beträchtlich: Mit im Schnitt 7,27 Euro pro Person und Tag zahlen Heimbewohner in Brandenburg nicht einmal halb so viel wie in Bremen, wo täglich 18,54 Euro in Rechnung gestellt werden. Im Einzelfall kann sich der Investitionskostenanteil, den der Bewohner tragen muss, auf bis zu 1500 Euro im Monat belaufen.<sup>8</sup>

**Der Sozialverband VdK fordert einen verbindlichen, einklagbaren Rechtsanspruch auf Übernahme der Investitionskosten durch die öffentliche Hand sowie**

<sup>8</sup> Sebastian Meißner, [www.pflegemarkt.com/datenbank/](http://www.pflegemarkt.com/datenbank/) (Stand vom: September 2017).

**auch insgesamt eine Steuerfinanzierung aller Infrastrukturmaßnahmen im Bereich Pflege.**

## **2.7 Ausbau der palliativen Versorgung**

Selbstbestimmtes Leben und Erhalt der Lebensqualität stehen zunehmend im Vordergrund für Patienten und Patientinnen, die schwer, chronisch oder ohne Heilungschancen erkrankt sind und/oder nur eine kurze Lebenserwartung haben sowie für Pflegebedürftige mit einer „längeren bis langen“ Lebenserwartung.

70 Prozent der Bürgerinnen und Bürger möchte zu Hause sterben, 27 Prozent in Hospizen. Die große Mehrheit möchte dabei möglichst von Lebenspartner (82 Prozent) oder Familienangehörigen (70 Prozent) begleitet werden. Nur 6 Prozent möchte die letzten Tage im Krankenhaus verbringen, tatsächlich stirbt nahezu jeder Zweite im Krankenhaus.<sup>9</sup> Viele Menschen brauchen also am Lebensende eine palliative Begleitung.

Durch die Verabschiedung des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz und Palliativversorgung (HPG) im Deutschen Bundestag wird Palliative Care ausdrücklicher Bestandteil der Regelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Sterbebegleitung ausdrücklicher Bestandteil des Versorgungsauftrages der Pflegeversicherung. Versicherte haben gegenüber ihrer Krankenkasse Anspruch auf individuelle Beratung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliative Care. Außerdem wird Palliativpflege, die innerhalb der häuslichen Krankenpflege geleistet wird, für Pflegedienste abrechenbar.

Trotzdem sind noch weitere Schritte notwendig. **Vor allem muss die Versorgung alter, pflegebedürftiger Menschen am Lebensende konsequenter und übergreifender einbezogen werden.** Denn im Zuge des demografischen Wandels und der Zunahme von demenziellen Erkrankungen wächst in Deutschland der Bedarf an Sterbebegleitung für die Ältesten besonders stark. Deren Bedürfnissen in der letzten Lebensphase zu entsprechen, ist ein Kernaspekt guter Pflege. Zugleich nimmt die Bedeutung von Pflegeheimen als Sterbeorte zu. Schätzungsweise stirbt dort bereits deutlich über ein Viertel der Menschen hierzulande. In den stationären Pflegeeinrichtungen fehlt es aber häufig an ausreichend qualifiziertem Personal sowie an einer engen Zusammenarbeit mit Hospizdiensten und Palliativmedizinerinnen. Insgesamt bedarf es in den Einrichtungen der Etablierung einer übergreifenden „Abschiedskultur“.

**Der Sozialverband VdK fordert deshalb, das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung am Lebensende verpflichtend auf alle Einrichtungen und**

---

<sup>9</sup> Bertelsmann-Stiftung November 2015: Faktencheck Gesundheit.

**Dienste der Altenhilfe auszudehnen. Darüber hinaus muss die Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen finanziell gesichert werden, ohne die Bewohnerinnen und Bewohner durch höhere Eigenbeträge zu belasten. Der Sozialverband VdK fordert die Gleichbehandlung der Hospiz- und Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen mit der Versorgung in der Häuslichkeit.**

Die Palliativversorgung kann ambulant oder stationär erfolgen – auf beides haben Versicherte einen gesetzlichen Anspruch. Teil dieses gesetzlichen Anspruchs aller Versicherten sind seit April 2007 Leistungen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). In den meisten Bundesländern wurden inzwischen SAPV-Strukturen aufgebaut, eine flächendeckende Umsetzung ist jedoch bislang bei weitem noch nicht erreicht. **Der Rechtsanspruch ist aber eine Bringschuld der Krankenkassen, der endlich überall umgesetzt werden muss. An dieser Stelle fordert der Sozialverband VdK auch den zügigen Ausbau der neuen Leistungen der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) im Rahmen der „Häusliche Krankenpflege Richtlinie“.** Hier darf es keine Verzögerungstaktik aus Kostengründen seitens der Krankenkassen geben.

Die Krankenkassen müssen darüber hinaus ihre Versicherten bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung beraten und unterstützen. **Auch hier fordert der Sozialverband VdK eine schnelle und fachlich angemessene Umsetzung dieses Rechtsanspruchs.**

## **2.8 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit**

Die zunehmende Zahl pflegebedürftiger Menschen ist keine zwangsläufige Folge einer älter werdenden Gesellschaft. Präventive Maßnahmen können verhindern, dass Pflegebedürftigkeit überhaupt entsteht. Durch rehabilitative Maßnahmen kann Pflegebedürftigkeit ganz überwunden, in ihren Auswirkungen abgemildert oder eine Verschlimmerung abgewendet werden. **Um „Verschiebebahnhöfe“ auszuschließen, muss die gesetzliche Pflegeversicherung Rehabilitationsträger werden.**

**Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist auch weiterhin eine Präventions- und Rehabilitationsoffensive unbedingt notwendig, um der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen entgegenzuwirken. Hierzu ist notwendig, dass der präventive Hausbesuch in den Pflichtleistungskatalog der Kranken- bzw. Pflegeversicherung aufgenommen wird. Der Hausarzt muss als Präventionslotse fungieren und individuelle Präventionsangebote für ältere Menschen müssen bereitgestellt werden. Der Rechtsanspruch auf geriatrische Rehabilitation muss tatsächlich umgesetzt werden. Um die Rehabilitationsfähigkeit älterer Men-**

**schen zu erhöhen, sind spezifische Programme und Maßnahmen, z. B. im Rahmen der Kurzzeitpflege, zu entwickeln.**

Mit dem Präventionsgesetz wurden zudem die Pflegekassen verpflichtet, Leistungen zur Prävention in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI für in der sozialen Pflegeversicherung Versicherte zu erbringen. **Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist es fachlich nicht sinnvoll, dass der Präventionsauftrag der Pflegeversicherung mit einer Leistungsverpflichtung auf den Bereich der Pflegeeinrichtungen beschränkt wird.** Denn etwa zwei Drittel der Pflegenden von Angehörigen und/oder ambulanten Pflegediensten werden zu Hause versorgt. Notwendig sind auch Präventionsleistungen, die geeignet sind – bei bestehender Hilfebedürftigkeit – Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung sollten bereits bei Pflegebedürftigen, die in ihren eigenen vier Wänden betreut werden, ansetzen. Langfristig kann so ein längerer Verbleib in der eigenen Häuslichkeit erreicht werden und damit auch eine Kostenersparnis auf Seiten der Pflegekassen.

**Der Sozialverband VdK fordert, dass auch die private Pflegeversicherung in die Finanzierung der Prävention in stationären Einrichtungen einbezogen wird.**

## **2.9 Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit**

Es gibt keinen Pflegebedürftigen, der nicht auch mehrfach krank und somit behandlungsbedürftig ist. Auf Multimorbidität folgt im weiteren Verlauf in der Regel Pflegebedürftigkeit. Multimorbide Menschen brauchen multiprofessionelle Hilfen.

**Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass die medizinisch-pflegerische Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen sichergestellt wird. Die integrierte Versorgung bei Multimorbidität muss zur Pflichtleistung sowohl der Krankenversicherung als auch der Pflegeversicherung werden. Bei der Pflegeversicherung muss hierzu ein eigenständiges Finanzierungsinstrument geschaffen werden, das ausschließt, dass die Pflegebedürftigen zusätzlich belastet werden. Die bestehende Möglichkeit integrierter Versorgungsverträge zwischen Kranken- und Pflegekassen muss viel entschiedener als bisher genutzt werden.**

## **2.10 Demenzielle Erkrankungen**

Demenzielle Erkrankungen belasten schon jetzt die Betroffenen und ihre Angehörigen enorm. Die Behandlungs-, Versorgungs- und Betreuungskosten steigen an.

**Aus Sicht des Sozialverbands VdK wird daher schnellstens mehr ursachen- und therapiebezogene, öffentlich verantwortete und finanzierte Forschung benötigt, damit Demenz früher erkannt, ihr Verlauf verlangsamt, ihre Auswirkungen verringert oder in Zukunft ganz geheilt werden kann. Professionelle Früh-erkennungs-, Vorsorge- und Therapieangebote müssen flächendeckend sichergestellt werden. Begleitende, entlastende und fördernde Hilfen für die Angehörigen demenzkranker Menschen gehören verpflichtend in jedes Wohnquartier.**

## **2.11 Quartiersbezogene Pflege- und Versorgungsorganisation**

Hilfe- bzw. pflegebedürftige Menschen haben einen multiplen Versorgungsbedarf. Sie benötigen gleichzeitig bzw. nacheinander präventive, kurative, rehabilitative und versorgende Leistungen. Gleichzeitig geht das Potential an Helfern aufgrund veränderter Familienstrukturen oder zunehmenden Personalmangels bei professionellen Leistungsanbietern zurück. Zukünftig werden die notwendigen Leistungen in der Pflege von professionellen Kräften allein nicht zu erbringen sein.

Daher ist es notwendig, bei der Verwirklichung bedarfsgerechter Pflegekonzepte auf die Vernetzung aller verantwortlichen Personen und Institutionen zu achten, von der Stadtplanung über Wohnungsbaugesellschaften, Pflegekassen bis hin zu Leistungsanbietern.

Diese Entwicklung zwingt zu **einer quartiersbezogenen Pflege- und Versorgungsorganisation** einschließlich einer verbindlichen Beratung und Begleitung für die mittelbar und unmittelbar Betroffenen. Ein Hilfe-Mix aus Profis und Laien muss die Regel werden. **Die Siebte Altenberichtscommission sieht die Zukunft der Pflege in tragfähigen Sorgearrangements und dem Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, professionellen und freiwilligen Formen der Hilfe – unter Einbeziehung lebensdienlicher Technik.** Dies entspricht der Auffassung des Sozialverbands VdK.

Die **Pflege- und Gesundheitsversorgung im Wohnquartier** für multimorbide, hilfe- und pflegebedürftige Menschen muss zur gemeinsamen, abgestimmten Pflichtleistung von Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträgern werden. Zu erwägen ist, die Verantwortung für präventive, niederschwellige und familienunterstützende Angebote und Leistungen auf die Kommunen zu übertragen und ihnen hierzu die notwendigen finanziellen Ressourcen sicherzustellen.

Die **Pflegestützpunkte** brauchen im Rahmen einer quartiersbezogenen Pflege- und Versorgungsorganisation einen erweiterten Auftrag, eine quartiersbezogene Struktur, eine verbindliche, die Unabhängigkeit und Neutralität der Pflegeberatung sichernde Trägerschaft, eine nachhaltige Finanzierung und eine kontinuierlich tätige bedarfsge-

rechte Professionalisierung. **Der bestehende Rechtsanspruch auf Pflegeberatung ist eine Bringschuld der Pflegekassen und muss verbindlich und einklagbar ausgestaltet werden.**

**Ehrenamtliche Strukturen** müssen deutlich mehr gefördert und wertschätzend anerkannt werden.

## **2.12 Zukunftsfähige Wohn- und Betreuungsformen sowie Einsatz von technischen Unterstützungssystemen**

**Die selbstständige Lebensführung im Alter ist durch die Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen abzusichern. Dazu gehören Angebote betreuten Wohnens, Senioren-Wohngemeinschaften, generationenübergreifende Wohnformen sowie neue Technologien, die Selbstständigkeit erhalten (AAL).**

Selbstständigkeit und Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen können mit Hilfe von gezielt eingesetzten Assistenzsystemen gefördert werden. Menschen, die sich verbal nicht äußern können, haben z. B. über sogenannte Talker – technische Sprachunterstützungssysteme – die Möglichkeit, mit anderen zu kommunizieren und ihre Wünsche zu äußern. Dadurch kann die individuelle Lebensqualität gesteigert werden. Die Möglichkeiten für Menschen mit Beeinträchtigung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am technologischen Fortschritt werden erweitert, u. a. durch die Nutzung neuer Medien und digitaler sozialer Netzwerke. Damit wird auch der Gedanke der Inklusion gefördert. Gezielt eingesetzte Technologien unterstützen individuelle Interessen und Neigungen von pflegebedürftigen Menschen. Ihre Kompetenzen und Fähigkeiten werden besser gefördert, indem z. B. EDV-gestützte Lern- und Trainingsprogramme eingesetzt werden.

Durch die Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien werden neue Wege zur Kontaktaufnahme mit anderen Menschen eröffnet, beispielsweise durch die Nutzung von Videotelefonie. Der Auf-/Ausbau sozialer Netzwerke für pflegebedürftige Menschen wird unterstützt. Individuelle Handlungsspielräume und die Mobilität der Betroffenen werden ausgebaut, indem z. B. die räumliche Orientierung mit Hilfe von GPS-gestützten Navigationsgeräten unterstützt wird. Das hat auch positive Auswirkungen auf ihre Möglichkeiten zu Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe und damit auf ihre Lebensqualität.

Außerdem bieten viele assistive Technologien nicht nur Unterstützung in der Bewältigung des Alltags, sondern auch eine Kompensation, z. B. von körperlichen Einschränkungen bei pflegebedürftigen Menschen. Schließlich werden auch Pflegeper-

sonen von personenfernen und körperlich belastenden Aufgaben entlastet und haben zusätzliche Ressourcen für persönliche Unterstützungsleistungen.

**Der Sozialverband VdK fordert diesbezüglich nachdrücklich konkrete Vorschläge, welche technischen Hilfs- und Unterstützungssysteme in das Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgenommen oder als wohnumfeldverbessernde Maßnahme anerkannt werden können.**

## **2.13 Altersgerechte und barrierefreie Infrastruktur als Aufgabe der Kommunen**

Aufgrund der demografischen Entwicklung, des sozialen Umfeldes und der Wohnsituation werden die Chancen in Zukunft immer geringer, bei Pflegebedürftigkeit in der gewohnten Umgebung zu Hause von Angehörigen gepflegt zu werden.

**Deshalb müssen die Rahmenbedingungen verändert werden. Eine die häusliche Versorgung fördernde nationale demografiesensible Infrastrukturoffensive ist notwendig. Die Basis für Teilhabe und Lebensqualität älter werdender Menschen sind die vorhandenen Zugangsmöglichkeiten zu entsprechenden Unterstützungsstrukturen für alle Älteren. Das zu gewährleisten, ist die Hauptaufgabe der Kommunen.**

**Gebietskörperschaften müssen verpflichtet werden, eine altersgerechte und barrierefreie Infrastruktur, einen inklusiven Sozialraum, zu gestalten.** Notwendig sind

- Barrierefreiheit und Ausstattung der Wohnung mit technischen Assistenzsystemen (AAL) einschließlich angeschlossener Dienste,
- Barrierefreiheit der Wege und des öffentlichen Verkehrsraums, des öffentlichen Personennahverkehrs, der Geschäfte, der Banken, der Post, der Arztpraxen und anderer Gesundheitsdienste und der Freizeitangebote ebenso
- wie Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Treffpunkte und Netzwerke.

**Die finanziellen Handlungsspielräume der Kommunen müssen mit Hilfe eines Daseinsvorsorgeprogramms von Bund und Ländern erweitert werden. Die besondere Bedeutung der Sicherung der Daseinsvorsorge rechtfertigt nach Auffassung des Sozialverbands VdK eine gemeinsame Bund-Länder-Finanzierung.** Daneben sollte die Möglichkeit einer zielgerichteten Ausgestaltung zweckgebundener Zuweisungen und bestehender Förderprogramme, wie beispielsweise „Soziale Stadt – Soziale Region“ oder „Altersgerecht Umbauen“ erfolgen. Die Bundesprogramme müssen in jedem Fall so gestaltet werden, dass sie Quartiers- und Dorfma-

nagement gezielt mit der Förderung altengerechten Wohnraums und Wohnumfelds sowie der Versorgung und Erreichbarkeit verbinden. Quartiersfonds können Finanzierungsquellen bündeln und weitere Akteure einbeziehen. Kommunen mit einer ungünstigen Ausgangssituation sind dabei zu unterstützen.

## **2.14 Pflegende Angehörige**

### **2.14.1 Entlastende Angebote**

Die häusliche Pflege verlangt von den Angehörigen viel Engagement, Verzicht auf Freizeit und die Bereitschaft, gegebenenfalls „rund um die Uhr“ zu begleiten und zu unterstützen. Pflegende Angehörige stehen daher häufig unter hohem psychischen, physischen und sozialen Druck. Hierdurch verschlechtert sich oft ihre eigene Gesundheit. Sie verlieren den Kontakt zu Freunden und Bekannten und müssen liebge-wordene Hobbies oder den Beruf ganz oder teilweise aufgeben.

**Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist deshalb der Auf- und Ausbau von Entlastungsangeboten und weiteren Hilfen notwendig. Hierzu gehören Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Helfer, Tages-, Kurzzeit-, Urlaubs- und Verhinderungspflege sowie betreuter Urlaub und betreute Kuren für Pflegebedürftige zusammen mit ihren Angehörigen. Die Pflegekassen müssen verpflichtet werden, ihren Versicherten Übersichten über regionale Entlastungsangebote inklusive deren Preise zur Verfügung zu stellen.**

**Der Sozialverband VdK spricht sich überdies dafür aus, die Leistungen der Verhinderungs- sowie der Kurzzeitpflege zur Vereinfachung zusammenzuführen. Diese dann neu zu benennende Leistung sollte ohne die bisher notwendige Wartezeit von 6 Monaten sofort in Anspruch genommen werden können. Hier gilt es, eine Erschöpfungssituation der Pflegeperson gar nicht erst entstehen zu lassen.**

### **2.14.2 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf**

Die zukünftige Arbeitsgesellschaft braucht aufgrund der demografischen Entwicklung alle erwerbsfähigen Menschen. Dazu gehören insbesondere auch die Menschen, die die häusliche Pflege und Versorgung hilfebedürftiger Angehöriger sichern.

Pflege, Versorgung und berufliche Tätigkeit müssen uneingeschränkt nebeneinander möglich werden. Die Pflegebereitschaft von Angehörigen zu stärken ist auch im Eigeninteresse von Bund, Ländern und Kommunen, weil sie Beitrags- und Steuerzahler um Milliardenbeträge entlastet.

Um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern, sind weitere Anstrengungen unumgänglich. Der VdK fordert diesbezüglich die Einführung einer Lohnersatzleistung analog des Elterngeldes. Die Finanzierung sollte über Steuermittel erfolgen.

### **2.14.3 Rentenrechtliche Bewertung von Pflegezeiten für pflegende Angehörige**

Die langjährige Pflege von Angehörigen darf für pflegende Angehörige im Alter nicht zur Armutsfalle werden. Sie dürfen keine Nachteile haben, wenn sie ihre sozialversicherungspflichtige Beschäftigung teilweise oder vorübergehend wegen Pflege reduzieren.

Deshalb ist die rentenrechtliche Absicherung für Pflegende so zu gestalten, dass ihre Rentenanwartschaften aus ihrer beruflichen Tätigkeit nicht geschmälert werden. Auch entlastende Hilfen und gesundheitliche Prävention und Rehabilitation müssen zum Rechtsanspruch für Pflegende werden. Pflege von Angehörigen muss denselben Stellenwert bekommen wie Kindererziehung. **Der Sozialverband VdK fordert die rentenrechtliche Gleichstellung von Familienpflege- und Kindererziehungszeiten.**

Überdies hält der Sozialverband VdK die derzeitige Regelung nicht für sachgerecht und auch versorgungspolitisch für einen Fehler. Pflegende Angehörige versuchen bestmöglich, die Pflege und Betreuung ihrer pflegebedürftigen Angehörigen zu organisieren. Dabei ist die Belastung für pflegende Angehörige immens. Die Möglichkeiten, diese Versorgung mittels der Kombinations- bzw. Sachleistung zu stärken und damit auch ein häusliches Pflegearrangement auf Dauer zu gewährleisten, dürfen für pflegende Angehörige nicht dadurch eingeschränkt werden, dass ihnen weniger Rentenbeiträge zustehen. **Entsprechend fordert der Sozialverband VdK, die entsprechende Regelung anzupassen. Die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen ist von der Frage der Inanspruchnahme von Pflegegeld oder Kombinations- bzw. Sachleistung abzukoppeln.**

Um das Risiko von Altersarmut bei Pflegepersonen zu verringern, fordert der Sozialverband VdK darüber hinaus, dass auch für verrentete Pflegepersonen – sofern sie die Anforderungen für Pflegepersonen erfüllen – Rentenversicherungsbeiträge von der Pflegeversicherung bezahlt werden.

Gleichfalls fordert der Sozialverband VdK, dass die Pflegezeiten im Rentenrecht unabhängig vom Erwerbsstatus der pflegenden Person angerechnet werden. Dementsprechend muss die derzeit geltende Voraussetzung für den Anspruch wegfallen, dass pflegende Angehörige ihre wöchentliche Arbeitszeit auf 30 Stunden reduzieren. Die Finanzierung sollte über Steuermittel erfolgen.

## 2.15 Pflegequalität

Der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 eingeleitete Prozess der Nachhaltigkeit in der Qualitätsentwicklung wurde durch die Schaffung neuer Instrumente und Verfahren im Zuge des PSG II fortgesetzt. Qualitätssicherungsverfahren sollen auf Grundlage wissenschaftlicher Standards geschaffen, die Transparenz von Pflegequalität weiterentwickelt sowie die Entscheidungsstrukturen der Selbstverwaltungspartner gestrafft werden. Der hierfür geschaffene Qualitätsausschuss soll nach dem Willen des Gesetzgebers als unabhängige Instanz fungieren. Nach den Erfahrungen der letzten Monate hält der Sozialverband VdK es aber für dringend erforderlich, dass dieser gesetzgeberischen Intention auch in personeller Hinsicht Rechnung getragen und ein Mechanismus zur Entscheidungsfindung bei Dissens zwischen den Vertragsparteien etabliert wird.

**Der Sozialverband VdK fordert die Berufung eines ständigen, unparteiischen Vorsitzenden für den Qualitätsausschuss, der wie sein Stellvertreter vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) benannt wird.** Angesichts der Bedeutung der Aufgabenstellung und Reichweite der Selbstverwaltungskompetenzen in Fragen der pflegerischen Qualität kann die größtmögliche Unabhängigkeit des Qualitätsausschusses nach Auffassung des Sozialverbands VdK nur durch einen ständigen, unparteiischen Vorsitzenden gewährleistet werden.

## 2.16 Mitbestimmung in der Pflege

Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz und der darauf basierenden Pflegebedürftigen-Beteiligungsverordnung wurde in Anlehnung an die Patientenbeteiligung in Fragen der Gesundheitsversorgung nun auch eine Beteiligung der Interessenverbände pflegebedürftiger und behinderter Menschen in der Pflegeselbstverwaltung gesetzgeberisch verankert. Dazu gehören gegenwärtig das Recht zur schriftlichen und mündlichen Mitberatung, ein Anwesenheitsrecht bei Beschlussfassungen und zuletzt die Schaffung eines Antragsrechts durch das PSG III.

Zweifelsohne sind diese bestehenden Regelungen ein wichtiger und begrüßenswerter Schritt, wenn es um die Einbeziehung der Interessenverbände der betroffenen Menschen auf Bundesebene geht. Die bisherigen Regelungen sind allerdings nicht ausreichend, um die Rechte Pflegebedürftiger und behinderter Menschen ausreichend in allen Strukturen einzubringen. Insbesondere fehlt es an der Schaffung von Strukturen für Pflegebedürftigenvertreter, ähnlich wie denen in der Gesundheits-selbstverwaltung, die eine kontinuierliche Mitwirkung in Fragen der Pflege-Selbstverwaltung ermöglichen.

**Entsprechend fordert der Sozialverband VdK eine Stärkung der Betroffenenbeteiligung im Sinne einer Anpassung des § 118 SGB XI an die Regelungen des § 140f Absatz 5 und 6 SGB V sowie eine Stärkung der Strukturen in der Pflege-Selbstverwaltung, namentlich der Rolle des Qualitätsausschusses und seiner Geschäftsstelle.**

## **2.17 Personalsituation in der Pflege**

Der Gesamtbedarf an beruflich Pflegenden wird in den nächsten Jahren massiv ansteigen. Unterschiedliche Berechnungen gehen von 300.000 bis 500.000 zusätzlichen Pflegekräften bis 2050 aus. **Diesbezüglich ruft der Sozialverband VdK alle gesellschaftlichen Akteure dazu auf, die Attraktivität des Pflegeberufes auf allen Ebenen zu verbessern.** Altenhilfeträger müssen sich einer verantwortungsbewussten Personalpolitik und -entwicklung verpflichten, Kostenträger eine tarifliche Finanzierung von Pflegekräften akzeptieren und die Politik insgesamt entsprechende Rahmenbedingungen schaffen.

Die Versorgungslücke in der Pflege wird bis zum Jahr 2030 vor allem in den Kommunen für große Herausforderungen sorgen. Während die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 50 Prozent zunehmen wird, werden nach heutigen Berechnungen ohne grundlegende Weichenstellungen rund eine halbe Mio. Stellen für Vollzeitkräfte in der Pflege unbesetzt bleiben.<sup>10</sup> Ursache hierfür ist u. a. auch, dass die Pflege und die Pflegeberufe in der Konkurrenz der Berufe und Branchen dramatisch benachteiligt sind. Sie sind aufgrund physisch wie psychisch höchst belastender Arbeitsbedingungen, unzureichender Vergütung, hohen Anforderungen und schlechtem Image äußerst unattraktiv.

Deshalb ist **schnellstens eine Offensive nötig, die diese Defizite nachhaltig korrigiert. Pflege- und Versorgungsstandards müssen die Personalsituation in den pflegenden Einrichtungen verbessern.** Die mit dem Pflegeberufereformgesetz geplante Abschaffung des Schulgeldes in der Pflegeausbildung und die Anerkennung von Tariflöhnen sind richtige Schritte, um den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten. Es ist aber ein Bündel von Maßnahmen erforderlich, das u. a. eine der verantwortungsvollen Tätigkeit angemessene Bezahlung, akzeptable Arbeitsmodelle, eine am Pflegebedarf orientierte Personalausstattung sowie Karriere- und Qualifizierungschancen umfasst. **Insgesamt fordert der Sozialverband VdK ein breit angelegtes Berufsgruppenkonzept mit horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit.**

---

<sup>10</sup> Bertelsmann-Stiftung Pflegereport 2030

## 2.18 Finanzierung

Aus Sicht des Sozialverbands VdK muss die **Finanzierung der Pflegeversicherung** auf eine nachhaltige Grundlage gestellt werden, um die steigenden Kosten und notwendigen Leistungsverbesserungen abzudecken. Hierzu werden derzeit unterschiedliche Modelle diskutiert, wie insbesondere

- Pflegevollversicherung von Verdi,
- „Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung“ der Initiative Pro-Pflegereform (Umkehrung des Teilkaskoprinzips),
- Verpflichtende Festlegung von 85 Prozent der Kosten für pflegebedingte Aufwände durch die Pflegeversicherung (Paritätischer Gesamtverband).

**Der VdK wird hierzu eine Positionierung erarbeiten.**

### 2.18.1 Paritätische Finanzierung

Die Arbeitgeber sind jetzt bereits durch die Streichung eines Feiertages gegenüber den Versicherten entlastet. Bei einer künftigen Beitragsgestaltung darf die paritätische Finanzierung nicht, wie systemwidrig in der Krankenversicherung, durch eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages ausgehöhlt werden.

### 2.18.2 Beitragspflichtige Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

Zur Sicherung der notwendigen, zweckmäßigen Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts hält der Sozialverband VdK eine Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für notwendig. Nach allen bisherigen Erfahrungen ist von einem weiteren Wachstum der Gesundheitsausgaben auszugehen. Hier hat sich als problematisch erwiesen, dass Bemessungsgrundlage für die Beiträge im Wesentlichen nur die Erwerbseinkommen sind. Ebenso haben sich Erwerbs- und Kapitaleinkommen ungleich entwickelt. Diese sind in der Vergangenheit wegen sinkender oder stagnierender Lohnquote oder Arbeitslosigkeit nicht entsprechend den Ausgaben gewachsen. Überproportional zugenommen haben insbesondere höhere Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze. Hierdurch kam es zu Defiziten in der Kranken- und Pflegeversicherung.

**Daher hält es der Sozialverband VdK für notwendig, die Beitragsbemessungsgrenze mindestens auf das Niveau der Rentenversicherung anzuheben und die Bemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten auszudehnen. Für Altersvorsorge muss es wirksame Freibeträge geben. Dadurch würde es insgesamt zu**

einer Senkung des Beitragssatzes kommen und insbesondere kleine und mittlere Einkommen würden entlastet.

### **2.18.3 Gesetzliche und private Pflegeversicherung**

Die Abgrenzung zwischen gesetzlicher Pflegeversicherung und privater Pflegeversicherung ist verteilungspolitisch ungerecht und vor dem Hintergrund gleicher Leistungen in beiden Systemen auch überflüssig.

**Der Sozialverband VdK fordert, dass zur Stärkung der Solidargemeinschaft und der Vermeidung einer Zweiklassenmedizin die gesamte Bevölkerung im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig wird und damit eine Pflegevollversicherung in der privaten Pflegeversicherung abgeschafft wird.**

**In einem ersten Schritt sollten**

- **ein Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung eingeführt und**
- **Beamten auf Antrag die Möglichkeit der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Pflegeversicherung mit paritätischer Beteiligung des Dienstherrn gegeben werden.**

### **2.18.4 Finanzierung durch Beiträge**

Die umlagefinanzierte Kranken- und Pflegeversicherung hat sich in Krisenzeiten bewährt. Die Finanz- und Wirtschaftskrise hat bewiesen, dass Kapitaldeckung keine Alternative ist. Die Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung im umlagefinanzierten Kranken- und Pflegeversicherungssystem wird abgelehnt. Die Finanzierung sollte deshalb weiter überwiegend durch Beiträge – und einen verlässlichen Bundeszuschuss – erfolgen.

Versicherungspflichtige wie freiwillig versicherte Ruheständler werden mit dem vollen Pflegeversicherungsbeitrag sowohl auf Renten als auch auf Versorgungsbezüge und in der Krankenversicherung mit dem vollen Krankenversicherungsbeitrag auf Versorgungsbezüge belastet. Bei der Beitragsgestaltung und den Beitragssätzen ist eine unterschiedliche Behandlung für die Aufbringung von erwerbstätig beschäftigten Versicherten und Ruheständlern nicht sachgerecht. Weitere Belastungen sind deshalb völlig inakzeptabel.

Bei freiwillig versicherten Selbstständigen und Ruheständlern gelten Mindestbemessungsgrundlagen für die Beitragsfestsetzung, auch wenn das tatsächlich erzielte und mittels Steuerbescheid ausgewiesene Einkommen darunter liegt. Dies widerspricht dem Solidarprinzip und dem Grundsatz in § 240 SGB V, wonach die Beitragsfestset-

zung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit berücksichtigen soll. Auch führen die Mindestbemessungsgrundlagen häufig zu unzumutbaren Härten. Unverhältnismäßig hohe Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge erschweren zusätzlich gering verdienenden Selbstständigen den Aufbau einer Alterssicherung.

**Der Sozialverband VdK fordert deshalb die Einführung einer Versicherungspflicht für Selbstständige in der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Pflegeversicherung. In einem ersten Schritt sollten die bestehenden Mindestbemessungsgrundlagen für freiwillige Mitglieder deutlich abgesenkt werden.**

### **2.18.5 Private Zusatzvorsorge/Kapitalfundierung**

Pflegebedürftigkeit setzt oft, aber nicht nur im Alter ein. Neben insbesondere hochaltrigen Menschen können auch Kinder oder Erwachsene durch Erkrankung oder plötzlichen Unfall jederzeit betroffen werden. Wenn Pflegebedürftigkeit eintritt, bedeutet es für diese Menschen und ihre Angehörigen eine Katastrophe, die in der Regel ohne Absicherung durch Erwerbs- oder Renteneinkommen und Ersparnisse nicht zu bewältigen ist. Dies war ein wesentlicher Grund für die Einführung der umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung.

Die Erfahrungen mit der Riesterreute belegen, dass von einer steuerlich geförderten staatlichen Zusatzvorsorge vorrangig Personen mit höherem Einkommen profitieren. Gerade Geringverdiener – also die eigentliche Zielgruppe – nehmen die private Zusatzvorsorge nur selten in Anspruch, weil sie sich die Ausgaben für die Versicherungsprämien nicht leisten können oder später als Grundsicherungsempfänger hiervon keinen Vorteil haben.

Bei der Absicherung des Pflegerisikos kommt noch hinzu, dass – wenn der Pflegefall eintritt – hohe Aufwendungen notwendig werden. Pflegebedingte Aufwendungen können mit Leistungen aus einem „Pflege-Bahr“ mit einer Prämie von 120 Euro jährlich, die Voraussetzung für die steuerliche Förderung von 60 Euro jährlich ist, nur in kaum spürbaren Umfang abgedeckt werden.

Die Folgen der Wirtschaftskrise haben gezeigt, dass eine Kapitalfundierung in Bezug auf Rendite und Sicherheit keine dem Umlageverfahren überlegene Lösung ist. Sie ist noch nicht einmal vergleichbar.

**Aus Sicht des Sozialverbands VdK sollten daher für Neuverträge die steuerliche Förderung von Pflegezusatzversicherungen abgeschafft und die dafür vorgesehenen Steuermittel direkt zur Verbesserung der Versorgung in der Pflegeversicherung genutzt werden.**