



HINTERGRUNDPAPIER

# **Stell Dir vor, die Pflegeversicherung ist pleite und keiner hat´s rechtzeitig bemerkt**

05.Juni 2024

**Weblink** [www.bkk-dachverband.de/politikpapiere/positionspapier](http://www.bkk-dachverband.de/politikpapiere/positionspapier)

## HINTERGRUNDPAPIER

# Stell Dir vor, die Pflegeversicherung ist pleite und keiner hat's rechtzeitig bemerkt

---

05. Juni 2024

---

EINLEITUNG

Kurz vor ihrem dreißigsten Geburtstag befindet sich die soziale Pflegeversicherung (SPV) in dramatischer Verfassung:

Der Zugang zu pflegerischer Versorgung wird immer schwieriger. Gleichzeitig steigen die Ausgaben und Eigenanteile der Pflegebedürftigen ungebremst. Und trotz Beitragssatzerhöhung Mitte 2023 geht der SPV nach Berechnungen des BKK Dachverbandes bereits zum Ende des Jahres 2024 das Geld aus. Mit einem Defizit von rund 1,4 Mrd. Euro in 2024 wird gerechnet. Damit rutscht der Ausgleichsfonds in einen negativen Mittelbestand von rund 1 Mrd. Euro. Das Defizit könnte auf 3 Mrd. Euro bis Ende 2025 anwachsen. Der negative Mittelbestand des Ausgleichsfonds läge dann bereits bei rund 4,4 Mrd. Euro. Unterdessen steigen die Ausgaben. Im Jahr 2023 lagen sie pro Versicherten um 8,3 % höher, als im Vorjahr.

In ihrer aktuellen Ausgestaltung ist die SPV nicht mehr fit für eine Zukunft, in der immer mehr Menschen pflegerisch versorgt und betreut werden müssen. Der Gesetzgeber ist also gefordert, die Pflegeversicherung strukturell neu auszurichten. Es wird außerdem nicht genügen, nur Empfehlungen für eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung vorzulegen – zur Stabilisierung der SPV muss auch eine gesetzliche Verankerung erfolgen.

Und so kann es gehen: 4 Handlungsfelder

1. Befreiung der SPV von versicherungsfremden Leistungen und perspektivisch Unterstützung durch dauerhafte Steuerzuschüsse; die Umlagefinanzierung ist zu stärken und nicht durch private Zusatzversicherungselemente auszuhöhlen; finanzielle Absicherung durch einen Lasten- bzw. Risikoausgleich mit der PPV
2. Potentiale für Prävention und Rehabilitation im Kontext von Pflegebedürftigkeit zielgerichtet und effizient ausschöpfen; engere Verzahnung der medizinischen und pflegerischen Versorgung
3. Beheben der bestehenden Schnittstellenprobleme und fehlenden Anreize für einen Präventions- und Versorgungswettbewerb in der SPV; Entwicklung von Ansätzen durch einen Expertenbeirat
4. Neuaufstellung des Leistungs- und Vertragsrechts der SPV, welches u.a. die längst aus der Zeit gefallene starre sektorale Trennung in ambulant und stationär überwindet

### **Steuerzuschüsse, Umlagefinanzierung stärken, Lasten- bzw. Risikoausgleich SPV und PPV**

Würdiges Altern und die pflegerische Versorgung auf dem Fundament der SPV ist heute – mehr denn je – als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen. Der heutige Ansatz der alleinigen erwerbseinkommensbasierten Verbeitragung sichert den gesamtgesellschaftlichen Anspruch nur noch unzureichend und ist zudem unsolidarisch.

### **Perspektivisch regelhafte Bezuschussung der SPV aus Steuermitteln, und dies zwingend für versicherungsfremde Leistungen**

Eine regelhafte Bezuschussung der SPV aus Steuermitteln ist vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung sachgerecht und perspektivisch zur Entlastung der Pflegebedürftigen einzuführen.

In einem ersten Schritt sind zwingend die versicherungsfremden Leistungen, die die SPV derzeit finanziell trägt, aus Steuermitteln zu refinanzieren. Im Koalitionsvertrag bereits vorgesehen, bislang jedoch noch nicht der SPV zugeführt sind Steuermittel für:

1. Rentenversicherungsbeträge für pflegende Angehörige
2. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung
3. Die Kosten der beruflichen Pflegeausbildung
4. Vollständiger Ausgleich der pandemiebedingten Zusatzkosten

### **(Endlich) verlässliche Investitionen der Bundesländer**

Die Länder müssen zudem (endlich) ihrer Finanzierungsverantwortung bei der Investitionsförderung von Pflegeeinrichtungen nachkommen, welche bereits als originäre Länderaufgabe gesetzlich definiert ist. Die Träger der Sozialhilfe werden durch die Einführung der Pflegeversicherung und die Zuschüsse zu den pflegebedingten Eigenanteilen in der stationären Pflege finanziell deutlich entlastet.

### **Generationengerechtigkeit in der SPV**

Wir kommen nicht umhin zu diskutieren, inwieweit die Leistungen der SPV vermögens- und einkommensunabhängig gewährt werden sollten. Eine Verstärkung der Steuerfinanzierung und der Solidargedanke erfordern, dass vermögende Bevölkerungsschichten im Versorgungsfall nicht übervorteilt werden und sich eine Erbenabsicherung leisten, während gleichzeitig Bedürftige auf Sozialhilfe angewiesen sind.

Zudem muss die Inanspruchnahme der SPV-Leistungen daran gekoppelt sein, dass sämtliche ergänzenden Sozialleistungen, wie Wohngeld Plus oder Pflegewohngeld bei stationärer Versorgung vorrangig ausgeschöpft werden müssen. Gleiches gilt für die Hilfe zur Pflege gerade auch im ambulanten Bereich.

### **Ausgewogene Lastenverteilung zwischen SPV und PPV statt unnötige obligatorische Pflege(zusatz)versicherung**

Der von der PKV eingesetzte Experten-Rat „Pflegefinanzen“ hat einen Vorschlag zur privaten Absicherung der Finanzierung der pflegebedingten

Eigenanteile (Pflege+) vorgelegt. Dieser kalkuliert bei einem verbleibenden Selbstbehalt von 10 Prozent monatliche Kosten für die Versicherten in Höhe von durchschnittlich 45 Euro. Damit würden die Versicherten stärker

finanziell belasten, als eine solidarische Absicherung innerhalb der umlagefinanzierten SPV: In einer Vergleichsberechnung des BKK Dachverbandes, die eine Vollabdeckung der pflegebedingten Eigenanteile berücksichtigt, endstünden der SPV jährliche Mehrkosten von rd. 6,3 Mrd. Euro. Dies entspräche einer Beitragssteigerung um ca. 0,35 Prozent. Bei einem Versicherten mit einem durchschnittlichen beitragspflichtigen Monatseinkommen von 2.550 Euro entspräche dies einem zusätzlichen monatlichen Betrag von 9 Euro. Die Betriebskrankenkassen lehnen daher eine ergänzende obligatorische bzw. freiwillig angelegte kapitalgedeckte Pflege(zusatz)versicherung ab. Die notwendigen Gelder sollten in der SPV statt für Gewinnmargen der privaten Versicherungswirtschaft eingesetzt werden.

Vielmehr muss in den Fokus rücken, dass die Risiken bei Pflegebedürftigkeit zwischen der SPV und der privaten Pflege(pflicht)versicherung (PPV) zu Ungunsten der SPV verteilt sind. Das Bundesverfassungsgericht stellte bezogen auf die Versicherten zudem im Jahr 2001 fest, dass eine ausgewogene Lastenverteilung zwischen SPV und PPV eine Voraussetzung für das Zuordnungsprinzip *Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung* sei. Daher ist ein finanzwirksamer Ausgleichsmechanismus zugunsten der SPV einzuführen – wie bereits im Koalitionsvertrag zwischen Union und SPD im Jahr 2005 zuletzt vorgesehen.

### **Potentiale für Prävention und Rehabilitation ausschöpfen - medizinische und pflegerische Versorgung enger verzahnen**

In einer alternden Gesellschaft mit einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen und steigenden Versorgungskosten müssen konsequent alle Chancen genutzt werden, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden und weitestgehend hinauszuzögern. Allerdings sind weder die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) noch die SPV speziell hierauf ausgerichtet – insbesondere nicht in ihrem Zusammenspiel. Zusätzlich ist eine alternde Gesellschaft durch ein verändertes Krankheitspanorama geprägt: Chronische Krankheiten dominieren, während Menschen im hohen Alter oft an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden. Viele dieser Krankheiten finden ihre Ursache in bestimmten Risikofaktoren oder werden hierdurch begünstigt, wie bspw. durch ungesunde Ernährung, mangelnde körperliche Aktivitäten oder auch durch Hypertonie.

Dies bedeutet, dass einer potentiellen Pflegebedürftigkeit bzw. den damit verbundenen Risiken frühzeitig durch präventive und ggf. rehabilitative Maßnahmen begegnet werden kann und muss. Die Finanzierungszuständigkeit für die medizinische und mithin die geriatrische Rehabilitation obliegt bspw. den wettbewerblich agierenden Krankenkassen. Zugute kommen würden die Erfolge aber den Pflegekassen, denen jedoch wettbewerbliches Agieren systembedingt fremd ist. Ordnungspolitisch ist dies ein Problem, da geriatrisch-rehabilitative Maßnahmen im Kontext von (drohender) Pflegebedürftigkeit nicht im Fokus des Handelns der Krankenkassen liegen. Gleiches gilt für die Prävention von Pflegebedürftigkeit.

Konkrete Lösungsvorschläge:

- Überprüfung sämtlicher Schnittstellen der GKV und SPV bezgl. rehabilitativer und präventiver Leistungen im Kontext von drohender und bestehender Pflegebedürftigkeit
- systemübergreifende und settingunabhängige Ausgestaltung sämtlicher Leistungen der Kranken- und Pflegekassen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention auf die Vermeidung und

Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit und - bspw. mit Blick auf die heutige enge Ausrichtung von § 5 SGB XI - auf die (teil-) stationäre Pflege

- frühzeitiger Einsatz rehabilitativer Maßnahmen im Kontext von (drohender) Pflegebedürftigkeit: diesbezügliche Bedarfe regelhaft und datengestützt erheben und von den Kassen auf dieser Grundlage ihren Versicherten proaktiv anbieten
- Einführung eines Präventionsbudgets: Grundsätzlich sollten Kosten der Rehabilitation im Kontext von (drohender) Pflegebedürftigkeit von dem Kostenträger finanziert werden, der den Nutzen aus dem Erfolg der Maßnahme zieht. Die Rehabilitation für Pflegebedürftige könnte deshalb kurzfristig besser – aufgrund des strukturellen Nebeneinanders von GKV und SPV – aus einem von Krankenkassen und Pflegekassen gemeinsam getragenen Präventionsbudget finanziert werden

### **Präventions- und Versorgungswettbewerb etablieren**

Die Gründung der SPV erfolgte 1995 als eigenständiger Sozialversicherungszweig unter dem administrativen Dach der GKV bzw. den Krankenkassen in dem Bewusstsein, dass sich in beiden Sozialversicherungszweigen faktisch vergleichbare soziale Lebensrisiken abbilden. In einer alternierenden Gesellschaft tritt dies – aufgrund des veränderten Krankheitspanoramas – noch deutlicher in Erscheinung. Im Ergebnis kommt es bei älteren Versicherten vermehrt zu Überschneidungen der Leistungsansprüche beider Versicherungszweige, die aber miteinander korrespondieren und aufeinander abgestimmt sein sollten. Dabei provoziert die organisatorische Trennung der teils wettbewerblich organisierten GKV und der nichtwettbewerblich aufgestellten SPV Nachteile für die Versicherten in der konkreten Versorgung. Dies zeigt sich besonders negativ durch Fehlanreize, Kostenverschiebungen und (zuweilen politischen) Kostenübernahmebegehrlichkeiten zwischen beiden Versicherungszweigen. Ein Beispiel ist die Prävention und Rehabilitation im Kontext von (drohender) Pflegebedürftigkeit aber auch die medizinische Behandlungspflege/häuslichen Krankenpflege.

Die Etablierung von derzeit bereits möglichen Modellen der integrierten Versorgung (§ 92b SGB XI) verzeichnet indes eine magere Bilanz. Sie spielt in der praktischen Versorgung pflegebedürftiger und mithin multimorbider Menschen kaum eine Rolle. Auch der Wunsch, damit die wechselseitige Abschottung der Sektoren auch bzgl. des Nebeneinanders von GKV und SPV zu überwinden, hat sich bislang nicht bewahrheitet.

Die aufgezeigten Schnittstellenprobleme und fehlenden Anreize für einen Präventions- und Versorgungswettbewerb in der SPV müssen weiter thematisiert und schlussendlich behoben werden. Dies ist nicht trivial und deshalb eine sozialpolitische Diskussion hierzu notwendig. Daher empfiehlt sich – ähnlich wie bei der Einführung des heute geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs – zur Umsetzung eines solchen Vorhabens die Einsetzung eines entsprechenden Expertenbeirats, welcher konkrete und detaillierte Umsetzungsvorschläge für die Politik erarbeitet.

Der Beirat sollte auch Alternativszenarien entwickeln, die berücksichtigen, dass sich das der SPV immanente Pflegeverständnis seit ihrer Gründung weiterentwickelt hat. Die Versorgungsleistungen der SPV sollten künftig verstärkt auch darauf hinwirken, die gesellschaftliche Teilhabe pflegebedürftiger Menschen und den Erhalt ihrer Kompetenzen sicherzustellen.

## Neuaufstellung des Leistungs- und Vertragsrechts

Die bislang starre Trennung in einen ambulanten und einen (teil-) stationären Sektor wird den heutigen Versorgungsansprüchen bei Pflegebedürftigkeit nicht mehr gerecht und wirkt zudem innovationshemmend – auch bezogen auf Reformen: Pflegebedürftige Menschen möchten möglichst lange in der häuslichen Umgebung bzw. im Quartier leben und schieben mitunter den Umzug in die stationäre Langzeitpflege auf. Gleichzeitig sinken die Verweildauern in stationären Pflegeeinrichtungen weiter. Letztendlich muss es das Ziel sein, den Anspruch *ambulant vor stationär* neu mit Leben zu füllen und gezielt an den Bedarfen des Einzelnen zu orientieren.

Die vermeintlich einfache Idee, eine Art Zwischensektor („stambulant“) leistungsrechtlich zu definieren, ist de facto eine Zementierung der Sektoren, in dem man einen neuen schafft. So würde das enge Korsett der Sektoren in der SPV nicht konsequent aufgebrochen, sondern verstärkt. Ein ganzheitlicher leistungsrechtlicher Ansatz schlägt sich letztlich auch im Vertragsrecht der SPV nieder und könnte damit einen innovativen Impuls für die Konzeption neuer Versorgungsformen auslösen.

Konkrete Lösungsvorschläge:

- Etablierung einer möglichst kleinräumigen und gezielten Versorgungsbedarfsermittlung – in der Verantwortung der Bundesländer und der Kommunen in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen – auf deren Grundlage die Versorgerstrukturen aufgebaut und angepasst werden können (Care-Management). Der heutige Kontrahierungszwang bei der Zulassung von Pflegeeinrichtungen würde damit obsolet. Auf dieser Grundlage ist das Vertrags- und Vergütungsmanagement zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern neu auszugestalten.
- Der Leistungsanspruch bei Pflegebedürftigkeit sollte perspektivisch in Form eines Gesamtsachleistungsbudgets definiert werden und sich demnach (in der Höhe) nicht mehr an der Logik der heutigen starren Sektoren orientieren, sondern ausschließlich am Pflegegrad. Die Pflege- und Sorgearbeit von An- und Zugehörigen muss hierbei konzeptionell neu gedacht werden. Die für die Versorgung dringend notwendigen Anreize für ihr Engagement müssen dabei gesetzt werden – und zwar unabhängig von deren Lebenslage. Die eigentliche Leistungserbringung und letztlich auch das damit verbundene Vertragsrecht müssen hierauf aufsetzen und angepasst werden. Von einem solchen Pflegegesamtbudget profitieren alle:
  - Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige, die sich auf die Pflegeversorgung konzentrieren statt auf den Paragraphenschungel;
  - Kassen, weil Verwaltungsverfahren vereinfacht und effizienter werden;
  - Leistungserbringer, die flexibler versorgen und sich innovativ aufstellen können.
- Begleitend muss bei komplexen Pflegesituationen ein verpflichtendes Case-Management und eine Versorgungsplanung – aufbauend auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI – in der Zuständigkeit der Pflegekassen implementiert werden. So können Pflegebedürftige und deren An- und Zugehörige bei der Entwicklung ihrer individuellen Versorgungsarchitektur unterstützt werden.
- An- und Zugehörigen als unterstützende Komponente müssen im Kontext der pflegerischen Versorgung nicht nur mitgedacht, sondern

als wesentlich anerkannt werden: Es bedarf für die versorgenden und pflegenden An- und Zugehörigen eines umfassenden Unterstützungs-, Erhaltungs- und Beihilfesystems. Dies muss jenseits der Grenzen der SPV und GKV im kommunalen, betrieblichen und sozialversicherungsbasiertem Umfeld stattfinden und Aspekte der gezielten Gesundheitsförderung und Prävention beinhalten. Inkludiert muss zudem eine angemessene und gesamtsystemisch angelegte monetäre Vergütung oder finanziellen Entlastung sein. Darüber hinaus werden fachliche und gesellschaftliche Unterstützungsangebote benötigt.

#### Literatur:

Blüher, S., Schilling, R., Stein, T. et al. Prävention von Pflegebedürftigkeit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 66, S. 490–497 (2023). URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-023-03685-5>

BVerfG (Bundesverfassungsgericht) (2001): Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001 – 1 BvR 2014/95. URL: [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2001/04/rs20010403\\_1bvr201495.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2001/04/rs20010403_1bvr201495.html)

DEVAP – Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (2020): Strategiepapier DEVAP Altenarbeit und Pflege 2021 bis 2025. URL: [https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02\\_Unsere\\_Positionen/pdf/devap\\_strategiepapier\\_2025\\_content\\_web.pdf](https://www.devap.de/fileadmin/Mediathek/02_Unsere_Positionen/pdf/devap_strategiepapier_2025_content_web.pdf)

Jacobs, Klaus. (2023). Kranken- und Pflegeversicherung: Zukunftsfähigkeit durch Stärkung der Solidarität. In: Sozialer Fortschritt. Band 72, Heft 6, S. 479 – 498.

Paquet, R., Jacobs, K. (2015): Die Pflegeversicherung als Sozialversicherung – institutionelle Rahmenbedingungen und Grenzen. In: Sozialer Fortschritt. Band 64, Heft 1/2. S. 1-7.

Paquet, R. (2020). Struktureller Reformbedarf in der Pflegeversicherung – ein Vierteljahrhundert nach ihrer Einführung. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., Schwinger, A. (Hrsg.) Pflege-Report 2020. S. 3-21.

Rothgang, H (2023): Zur Notwendigkeit einer Finanz- und Strukturreform der Pflegeversicherung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 66, S. 498–507. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-023-03695-3>



## **HABEN SIE FRAGEN?** WIR BEANTWORTEN SIE GERNE

### **Kontakt**

Ansprechpartner  
Abteilung Politik  
TEL +49 30 2700 406 - 300  
Mail politik@bkk-dv.de

BKK Dachverband e.V.  
Mauerstraße 85  
10117 Berlin  
[www.bkk-dachverband.de](http://www.bkk-dachverband.de)