

Wesentliche Positionen der Ersatzkassen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Langfassung

vom 07. Juli 2005

A. Editorial

Die mit Wirkung vom 01.01.1995 eingeführte gesetzliche Pflegeversicherung hat sich nach Auffassung der Ersatzkassen als Bestandteil des Sozialsystems der Bundesrepublik Deutschland etabliert.

Die Ersatzkassen bekennen sich ausdrücklich zu der sozialpolitischen Werteentscheidung, das "Pflegerisiko" im Rahmen verschiedener Verantwortungsträger – Eigenleistung/Eigenvorsorge, solidarischer Absicherung, Leistungen staatlicher/kommunaler Träger, ehrenamtlicher Hilfen und Leistungen anderer Sozialleistungsträger – abzusichern bzw. zu minimieren. Insoweit hat die Pflegeversicherung auch mit dazu beigetragen, die Diskussion hinsichtlich notwendiger Sozialreformen (Stichwort: demografische Entwicklung, alternde Gesellschaft, Veränderung in den Familienstrukturen) in Gang zu setzen.

Gerade auf das "System" Pflegeversicherung werden hier neue und sich verändernde Anforderungen (u. a. demografische Entwicklung, längere Lebenszeit, Hochaltrigkeit, Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen) zukommen. Denn immer drängender wird gefragt, was wir uns finanziell leisten können (oder wollen). Soll die solidarische Absicherung beibehalten oder soll es künftig dem Einzelnen überlassen bleiben, für die Absicherung des Risikos "Pflege" selbst vorzusorgen? Wie erreichen wir Gerechtigkeit zwischen den Generationen?

B. Rückblick

Mit Blick auf die finanziellen, physischen und psychischen Überforderungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und dem sich abzeichnenden Wandel der Familienstrukturen war die Einführung eines obligatorischen (Sozial-)Sicherungssystems für das Pflegerisiko dringend notwendig und richtig. Der Absicherung des typischen Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit stand die Überlegung gegenüber, dass für viele pflegebedürftige Menschen nach einem arbeitsreichen Leben und nach jahrzehntelanger Beitragszahlung in die Sozialversicherungssysteme ausgerechnet für das allgemeine und typische Risiko der Pflegebedürftigkeit nur das eigene Vermögen und subsidiär die Sozialhilfe zur Verfügung stehe. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden nunmehr (finanzielle) Aufwendungen für Pflegebedürftigkeit reguläre Versicherungsleistungen mit dem Ergebnis, dass

heute zahlreiche Pflegebedürftige (und deren Angehörige) diese erhalten und nicht auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Darüber hinaus erfolgte durch die soziale Absicherung (u. a. im Rentenrecht) von Pflegepersonen im Rahmen häuslicher Pflege die notwendige gesellschaftliche Anerkennung deren pflegerischer Tätigkeit.

Will man die sozialpolitische Bedeutung der Pflegeversicherung bewerten, so liegt sie zum einen darin begründet, die menschliche Würde zu achten und aktiver Sterbehilfe entgegenzuwirken und zum anderen sichert sie den Betroffenen und ihren Familien die Möglichkeiten zu autonomen Entscheidungen.

Die Sicherstellung notwendiger Hilfen bei Pflegebedarf und insbesondere die Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit ist dabei nicht allein beschränkt auf das Finanzierungs- und Leistungsspektrum der Pflegeversicherung. Die Aufteilung auf Leistungen der Pflegeversicherung, Leistungen anderer Sozialleistungsträger (u. a. GKV), staatlicher und kommunaler Träger, Eigenleistungen und ehrenamtlicher Hilfen war und ist nicht nur politisch gewollt, sondern auch richtig.

Von daher ist die Pflegeversicherung so angelegt, dass sie im ambulanten (häuslichen) Bereich ergänzende Leistungen zur Familienpflege und bei stationärer Pflege entlastende finanzielle Hilfen zur Verfügung stellt. Zu keiner Zeit waren bedarfsnotwendige (Sach-)Leistungen vorgesehen, so dass die Pflegeversicherung hinsichtlich ihres Leistungsumfangs den Charakter einer "Teil-Kasko-Versicherung" hat. Auch dies ist ein richtiger und auch zukünftig beizubehaltender Ansatz!

C. Zielvorgaben erreicht

Die Pflegeversicherung kann seit ihrer Einführung im Jahr 1995 beträchtliche Erfolge aufweisen, insbesondere:

- ◆ Der die Pflegeversicherung – wie auch die übrigen Sozialversicherungssysteme – tragende Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist im Hinblick auf die Wettbewerbssituation der deutschen Wirtschaft von erheblicher Bedeutung. Der festgeschriebene bundeseinheitliche Beitragssatz von 1 v. H. (Zeitraum 01.01.1995 – 30.06.1996) bzw. 1,7 v. H. ab dem 01.07.1996 konnte bislang stabil gehalten werden.

- ◆ Rund 2 Mio. Pflegebedürftige erhalten heute Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Entsprechend dem Grundsatz "ambulant vor stationär" ca. 1,3 Mio. für die häusliche Versorgung.
- ◆ Die Leistungsausgestaltung im Rahmen einer Grundabsicherung gewährleistet eine ausgewogene Balance zwischen notwendiger Eigenleistung und solidarischer Unterstützung.
- ◆ Die vormals pflegebedingte Abhängigkeit von Sozialhilfe konnte im Bereich der häuslichen Pflege auf ca. 5 v. H. (vorher 8–9 v. H. in den alten Bundesländern und ca. 14 v. H. in den neuen Bundesländern) reduziert werden. Im stationären Bereich konnte eine erhebliche Verringerung der Sozialhilfeabhängigkeit von rd. 80 v. H. auf ca. 30 v. H. erreicht werden. Eine erhebliche Entlastung der kommunalen Haushalte.
- ◆ Die Versorgungsstruktur vor allem im ambulanten, wie aber auch im stationären Sektor hat sich erheblich verbessert. Dies hat zur Folge, dass Pflegebedürftige und deren Angehörige gute Wahlmöglichkeiten unter den verschiedenen Leistungsanbietern haben. Damit einhergehend wurden rd. 250.000 neue Arbeitsplätze geschaffen.
- ◆ Durch zwischenzeitliche Gesetzesänderungen (z. B. 4. SGB XI-ÄndG, Pflege-Qualitätssicherungs-Gesetz, Pflegeleistungs-Ergänzungs-Gesetz) und Entscheidungen des Bundessozialgerichts sind weitere Leistungs- und Qualitätsmerkmale in das Pflegegeschehen eingeflossen. Auch darin manifestiert sich eine positive Entwicklung zu Gunsten der Pflegebedürftigen und der am Pflegeprozess Beteiligten.
- ◆ Die Pflegeversicherung stößt auf breite gesellschaftliche Akzeptanz (gilt nicht nur bei Betroffenen).
- ◆ Die Pflege hat sich als eigenständiges, gesellschaftliches und sozialpolitisches Thema etabliert.
- ◆ Zusammenfassung: Die grundsätzlichen Ziele der Pflegeversicherung wurden erreicht.

D. Reformen unabdingbar

Trotz der erreichten Erfolge sind Reformen in der Pflegeversicherung unabdingbar. Folgende Fakten und Entwicklungen machen dies deutlich:

- ◆ Die Finanzsituation der (sozialen) Pflegeversicherung wird zunehmend kritischer. Erzielte die (soziale) Pflegeversicherung in den Jahren bis 1998 noch finanzielle Überschüsse, ist seit 1999 ein Überhang der Ausgaben über die Einnahmen getreten. So belief sich das Defizit im Jahre 2002 auf rd. 430 Mio. EURO, im Jahre 2003 auf rd. 700 Mio. EURO und im Jahre 2004 auf rd. 820 Mio. EURO. Demzufolge verringert sich der finanzielle Rücklagebestand der sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich; am Ende des Jahres 2004 beliefen sie sich noch auf rd. 3,4 Milliarden EURO. Wenn auch aufgrund des seit dem 01.01.2005 geltenden Kinderberücksichtigungsgesetzes in diesem Jahr mit Mehreinnahmen (die Bundesregierung schätzt diese auf rd. 700 Mio. EURO) zu rechnen sein wird, dürfte gleichwohl auch im Jahre 2005 – bei anhaltender schwieriger konjunktureller Lage – mit einem – wenn auch geringerem – Defizit zu rechnen sein.

Die aktuellen Finanzprobleme sind zum einen der konjunkturellen und wirtschaftlichen Lage und zum anderen der derzeitigen Einnahmeproblematik aller Sozialversicherungssysteme geschuldet und kein spezifisches Problem der sozialen Pflegeversicherung. Zum anderen wirken aber auch hier – wie in der GKV – die so genannten Verschiebebahnhöfe (z. B. Kürzung der Beitragsbemessungsgrundlage für Arbeitslose). Hinzu kommen aber auch zwischenzeitlich vorgenommene – positiv zu wertende – kleinere Leistungsverbesserungen (z. B. Leistungsverbesserungen für Demente – Inanspruchnahme niedrigschwelliger Angebote). Ebenso gilt es zu berücksichtigen, dass die Zahl der Leistungsempfänger in 2004 (rd. 2 Mio.) schon deutlich über denjenigen liegt, die man bei Einführung der Pflegeversicherung für das Jahr 2010 prognostiziert hatte.

- ◆ Exkurs: Finanzsituation der privaten Pflegeversicherung (PPV)

Ganz anders stellt sich die aktuelle Finanzsituation in der PPV dar: Aufgrund ihrer (kostengünstigeren) Mitgliederstruktur gelingt es der PPV deutlich größere Finanzreserven – bei gleichem Leistungsspektrum – aufzubauen. Mit Blick auf die unterschied-

liche Risikoverteilung (i. d. sozialen Pflegeversicherung erhalten ca. 2,7 % Pflegeleistungen; in der PPV ca. 1,3 %) hat die soziale Pflegeversicherung im Jahre 2002 ca. 246 EURO je Versichertem und die PPV nur ca. 57 EURO aufbringen müssen. Gravierende Unterschiede zeigen sich auch auf der Einnahmeseite. Während die soziale Pflegeversicherung 2002 mit durchschnittlich 240 EURO pro Versichertem über der privaten Pflegeversicherung (PPV) mit 227 EURO lag, konnte die PPV einen Überschuss von ca. 1,43 Milliarden EURO verzeichnen. Die Kapitalrücklagen der PPV belaufen sich zwischenzeitlich auf fast 14 Milliarden EURO; während die Rücklagen der sozialen Pflegeversicherung – ohne Reformen – ab 2006 aufgezehrt sein dürften.

- ◆ Seit Beginn der Pflegeversicherung (1995) sind die Leistungsbeträge hinsichtlich ihrer Höhe unverändert geblieben. An der allgemeinen Preisentwicklung orientiert sind somit die Leistungsbeträge real abgewertet worden. Dies führt zwangsläufig zu höheren Zahlungen der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen und insbesondere im stationären Bereich zum Anstieg der Sozialhilfeempfänger. Das Statistische Bundesamt weist Ende 2002 242.000 Pflegebedürftige aus, die Hilfe zur Pflege erhalten und damit etwa 10 % mehr als Ende 1998.
- ◆ Die jetzt schon erkennbare Zunahme gerontopsychiatrisch veränderter pflegebedürftiger alter Menschen (Demente/Alzheimer) führt sowohl im häuslichen (ambulanten) als auch im stationären Pflegebereich zu neuen Anforderungen. Zum jetzigen Zeitpunkt leiden etwa 1,2 Mio. Menschen an Demenzerkrankungen. Lässt man mögliche präventive und therapeutische Erfolge unberücksichtigt, wird sich die Anzahl der mittelschweren und schweren Demenzen bis zur Jahrhundertmitte verdoppeln. Der der Pflegeversicherung zugrunde liegende, rein somatische Pflegebegriff führt dazu, dass diese Personengruppe nicht oder nur unzureichend hinsichtlich ihres Leistungsbedarfs von der Pflegeversicherung erfasst werden.
- ◆ Hinzu kommt die demografische Entwicklung: Sie ist die Herausforderung für die Zukunft. Sie wird dazu führen, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahre 2030 auf etwa 3,1 Mio. ansteigen wird.
- ◆ Eines der wesentlichen Ziele der Einführung der Pflegeversicherung war die Stärkung der häuslichen Pflege entsprechend dem Grundsatz: "ambulant vor stationär"; Pflegebedürftige sollen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben (vgl. § 3

SGB XI). Zwischenzeitlich ist ein Trend zur stationären Pflege festzustellen; die Analyse zeigt erhebliche Zuwachsraten hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer Pflege.

- ◆ Der im Gesetz verankerte Grundsatz von Prävention und Rehabilitation (vgl. § 5 SGB XI) ist bisher in der Praxis nicht verwirklicht. Eine stärkere Vernetzung von präventiven, rehabilitativen und pflegerischen Angeboten ist unverzichtbar.

Die zuvor aufgezeigten Beispiele zeigen den notwendigen Reformbedarf auf; erstens hinsichtlich der Finanzsituation der Pflegeversicherung und zweitens hinsichtlich ihrer qualitativen Weiterentwicklung. Gerade letzteres ist Voraussetzung dafür, dass die mit der Einführung der Pflegeversicherung gesetzten Ziele in stärkerem Maße umgesetzt werden können als bisher und dass damit zugleich Wirtschaftlichkeit und Effizienz des Systems verbessert werden.

Ungeachtet des – aus den vorstehenden Ausführungen – deutlich werdenden Reformbedarfs, sprechen sich die Ersatzkassen für den Erhalt der Pflegeversicherung als eigenständigen Versicherungszweig aus. Ein Umstieg auf ein generell anderes System

- ☞ **Steuerfinanziertes Bundes-Pflegeleistungsgesetz oder**
- ☞ **eine vollständig kapitalgedeckte private Pflegeversicherung**

wird aus folgenden Gründen abgelehnt:

Steuerfinanziertes Bundes-Pflegeleistungsgesetz

Ein steuerfinanziertes Bundes-Pflegeleistungsgesetz bedeutet eine unnötige Neukonzeption der Pflegeversicherung, eine Finanzierungsabhängigkeit von schwankenden bzw. verfügbaren Steueraufkommen sowie Organisationsstrukturen, die sich in der Vergangenheit nicht bewährt haben. Außerdem müssen sich pflegebedürftige Menschen wieder einer Bedürftigkeitsprüfung unterziehen, um staatliche Pflegeleistungen zu erhalten.

Kapitalgedeckte (private) Pflegeversicherung

Der Umbau zu einer völlig kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung wäre – wegen bereits erworbener (Leistungs-)Ansprüche der derzeit Versicherten – nicht vor Ablauf der nächsten 20 Jahre möglich. Zudem hätten die heutigen Beitragszahler neben dem Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung bis zu deren Auslaufen zusätzliche Beiträge in die kapitalgedeckte private Pflegeversicherung einzuzahlen. Hinzu käme noch die seit Jahren anhaltende Unsicherheit an den Kapitalmärkten, die zu nicht unerheblichen Finanzverlusten – gerade im Bereich der privaten Assekuranz – führten. Eine verlässliche Beitragskalkulation und darauf fußende Leistungsansprüche unterlägen erheblichen Schwankungen und Unwägbarkeiten.

Integration Sozialer Pflegeversicherung in die GKV

Auch in der Zusammenlegung von Sozialer Pflegeversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung sehen die Ersatzkassen wegen der unterschiedlichen Ordnungsprinzipien mehr Nachteile als Vorteile. Die Effekte einer Integration müssen vor allem vor dem Hintergrund der Struktur- und Systemunterschiede bewertet werden. Bei grundsätzlicher Beibehaltung der jetzigen Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung (u. a. Teilkaskostruktur, Leistungsbudgets; vollständigem Finanzausgleich bei gesetzlich festgelegtem Beitragssatz, gemeinsamem und einheitlichem Handeln der Leistungsträger (einschl. der Sozialhilfeträger) wäre eine Integration weder sinnvoll noch zielführend, zumal damit die Schnittstellenprobleme keineswegs gelöst würden. Eine Integration auf der Grundlage der derzeitigen Rahmenbedingungen würde unkalkulierbare Risiken in sich bergen. Für die Pflegebedürftigen wären angesichts der wettbewerblichen Bedingungen in der GKV eher Nachteile zu erwarten. Für die GKV ergäben sich erhebliche Mehrausgaben, die sich für die einzelnen Krankenkassen unterschiedlich auswirken würden.

Erhalt der eigenständigen gesetzlichen Pflegeversicherung

Nicht zuletzt unter dem Eindruck der künftigen Herausforderungen aufgrund des demografischen Wandels ist auch künftig die umfassende Pflicht zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit notwendig. Auch die Zunahme allein stehender älterer Menschen – auf der Basis sich ändernder Lebens- und Familienstrukturen – und der sich daraus ergebenden steigenden Versorgung der Bevölkerung mit Pflegedienstleistungen machen eine entsprechende Absicherung notwendig. Nur der Erhalt einer eigenständigen gesetzlichen Pflegeversicherung ermöglicht eine – strukturell notwendige – Weiterentwicklung, um den künftigen Herausforderungen gewachsen zu sein.

E. Handlungsbedarf

1. Begriff der Pflegebedürftigkeit

Der derzeit für die Pflegeversicherung maßgebende Pflegebedürftigkeitsbegriff ist mit Blick auf seine somatische Ausrichtung insofern einschränkend, als er keinen gerontologisch-bedürfnisorientierten Ansatz zugrunde legt. Er bezieht sich ausschließlich auf einen Hilfebedarf bei den im Gesetz definierten Verrichtungen des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung.

Der durch psychische oder kognitive Einschränkungen – insbesondere bei Demenzen – verursachte Hilfebedarf liegt insbesondere in der allgemeinen sozialen Betreuung mit den Elementen Kommunikation, Beaufsichtigung und ggf. medizinischer Behandlungspflege. Die restriktive Definition von Pflegebedürftigkeit führt zu einer Vernachlässigung dieses tatsächlich vorhandenen Hilfebedarfs und auch dazu, dass Zielgruppen unberücksichtigt bleiben, die nach pflegewissenschaftlichen Kriterien als pflegebedürftig anzusehen sind.

Anmerkung:

Seit dem 01.01.2002 wurde – durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – die Situation von Demenzkranken i. R. eines 1. Schrittes (460 EURO jährlich für zusätzliche Betreuungsleistungen, Förderung niedrighschwelliger Angebote zur Entlastung der pflegenden Angehörigen) verbessert. Das dafür vorgesehene jährliche Finanzvolumen von 280 Mio. EURO jährlich wurde bisher von den Anspruchsberechtigten (u. a. auch aufgrund fehlender Angebotsstrukturen) nicht ausgeschöpft; im Jahr 2004 belief sich das Ausgabenvolumen auf ca. 18 Mio. EURO.

Ungeachtet der Tatsache, dass im politischen Raum als ein weiterer Schritt für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und geistigen Behinderungen zunächst ein pauschaler Zeitzuschlag von 30 Minuten täglich diskutiert wird, führt letztlich nur eine Neudefinition des Pflegebegriffs zum Ziel.

Die derzeitige gesetzliche Grundlage sieht vor, dass zum 01.07.2007 die bisherige Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen auf die GKV übergeht. Ungeachtet

dessen bleibt eine Verlagerung auf die GKV fachlich, ordnungspolitisch und angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen der GKV ein Schritt in die falsche Richtung (Kostenvolumen rd. 1,6 Mrd. EURO). Sinnvoller und richtig wäre es, bei zuerkannter Pflegebedürftigkeit die medizinische Behandlungspflege bei stationärer Pflege dauerhaft – als Sachleistung – der Pflegeversicherung zuzuordnen.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **eine Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit über die bisherige rein somatische Begrenzung hinaus. Neben den Verrichtungen des täglichen Lebens sind auch die Bereiche der sozialen Betreuung (u. a. Betreuung, allgemeine Beaufsichtigung, Anleitung, Kommunikation) miteinzubeziehen.**

- ☞ **Die Finanzierungszuständigkeit für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bei anerkannter Pflegebedürftigkeit ist bei stationärer Pflege dauerhaft – als Sachleistung – der Pflegeversicherung zuzuordnen.**

2. Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Begutachtung des MDK dient heute schon der Feststellung von Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer Pflegestufe. Mit der geforderten Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit ist das bisherige Begutachtungsassessment neu zu strukturieren. Die künftige Begutachtung muss systematisch dazu genutzt werden, den Hilfebedarf umfassend und ganzheitlich zu erfassen. Die jetzt schon dem MDK obliegenden Aufgaben hinsichtlich der Feststellung notwendigen Rehabilitationsbedarfs, Hilfsmittelversorgung, wohnumfeldverbessernder Maßnahmen und zur Sicherstellung der Pflege müssen konkretisiert und in einem individuellen Hilfeplan münden, der sowohl die Defizite als auch die Ressourcen des Pflegebedürftigen im Blick hat.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **ein neues Begutachtungsassessment, welches alle relevanten Hilfebedarfe berücksichtigt und in einen umfassenden Hilfeplan einmündet.**

3. Neue Versorgungsstrukturen (Hilfemix)

Die Versorgung Pflegebedürftiger im ganzheitlichen Sinne gelingt – und erst Recht mit Blick auf die zukünftigen Herausforderungen (demografische Entwicklung) – nur in Netzstrukturen (vgl. integrierte Versorgung). Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips ist die im häuslichen Umfeld zu erbringende (erbrachte) familiäre und bürgerschaftliche Hilfe die Basisstruktur, die durch professionelle Hilfe vervollständigt wird. Professionelle Pflegefachkräfte übernehmen in diesem Sinne auch Anleitungsfunktionen zur Steigerung von Kompetenzen und Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in Zusammenarbeit mit anderen Netzwerkpartnern bzw. -strukturen ergänzt um Supervisionsaufgaben.

Das bisherige Nebeneinander von Institutionen und Berufsgruppen (Ärzte, Pflege(fach)kräften, Therapeuten, Sozialarbeitern, Hauswirtschaftlichen Diensten, Mahlzeitendiensten etc.) muss zu einem abgestimmten Berufs- und Institutenmix werden. Ausgehend von den sich u. a. aus den Modellvorhaben nach § 8 Abs. 3 SGB XI ergebenden Ergebnissen müssen insbesondere neue Versorgungskonzepte, u. a. auch angesiedelt zwischen den bisherigen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen (z. B. Wohngruppen mit familienähnlichen Strukturen, neue Wohnformen wie Jung und Alt etc.), implementiert werden.

Vervollständigt werden diese neu zu entwickelnden Strukturen durch einen Finanzierungsmix unter Einbeziehung der Betroffenen als Zuzahlung für marktgängige Dienstleistungen.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

☞ **Das Pflegeversicherungsrecht so flexibel zu gestalten, dass die Entwicklung von Netzwerkstrukturen auf kommunaler Ebene gefördert werden, weil letztlich nur hier (vor Ort) die Rahmenbedingungen dafür sichergestellt werden können. Hierzu gehört auch eine gesellschaftspolitische und berufsgruppenbezogene Diskussion über künftige neue Pflegestrukturen, die durch die Kommunal- und Landespolitik, aber auch seitens der Kostenträger (einschl. der Sozialhilfeträger) und Leistungsanbieter vorangetrieben werden sollte. Insbesondere müssen auch und gerade die Kommunen (einschl. der Sozialhilfeträger) mit Blick auf die ihnen obliegende Verpflichtung zur "Daseins-Fürsorge" in die Verantwortung genommen werden (u. a. bisherige und zukünftige finanzielle Entlastung der Sozialhilfe).**

4. Case-Management – Kompetenzen und Strukturen

Für die (erfolgreiche) Umsetzung des personenbezogenen individuellen Hilfeplans sind Case-Management-Kompetenzen und -Strukturen unverzichtbar.

Gerade bei komplexem Hilfebedarf (z. B. ambulante Pflegeleistungen, notwendige Wohnraumanpassungen, Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote etc.) ist der Pflegebedürftige und in aller Regel auch sein familiäres Umfeld mit der Organisation der notwendigen Hilfe überfordert. Sie sind auf Hilfe durch ein Case-Management angewiesen. Im Sinne einer Hilfeplanung und Unterstützung im Einzelfall muss sich Case-Management als Methode und Arbeitsprinzip durchsetzen (z. B. Pflegeüberleitung vom Krankenhaus, Reha-Einrichtungen, Tages- und Kurzzeitpflege, Pflege- und Wohnberatung). Zwar erfordert Case-Management einerseits zusätzliche Finanzmittel, spart andererseits aber auch Kosten durch Vermeidung von Fehl- und Überversorgung. Darüber hinaus erhöht Case-Management durch koordinierte und angemessene Hilfestellung die Lebensqualität der Betroffenen.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

☞ **Case-Management als ein Leistungselement im Pflegeversicherungsrecht zu etablieren. Folglich wäre es damit ein Leistungsbestandteil und nicht aus Verwal-**

tungsmitteln der Pflegekassen zu finanzieren. Zudem darf Case-Management den Leistungsanspruch des Pflegebedürftigen nicht reduzieren.

5. **Konsequentes Entlassungs- und Überleitungsmanagement zur Vermeidung von Fehl-
anreizen**

Der Unterstützungs- und Hilfebedarf entsteht oftmals bei plötzlich auftretender Pflegebe-
dürftigkeit in Folge einer Akuterkrankung (z. B. Schlaganfall). Die damit einhergehende
Überforderung der Angehörigen führt oftmals zu einer an sich nicht erforderlichen stationä-
ren Unterbringung in Pflegeeinrichtungen.

Entsprechend dem Grundsatz "ambulant vor stationär" ist es daher erforderlich, auf der
Grundlage einer assessmentgestützten Entscheidung hinsichtlich der nachstationären
Versorgung (und deren Möglichkeiten) die Angehörigen zu beraten und über die vorhan-
denen Alternativen aufzuklären. Auf dieser Basis ist die jeweilige Entscheidung vorzuberei-
ten (z. B. Einbeziehung eines ambulanten Pflegedienstes, Pflege- und Wohnraumbera-
tung). Ein derartiges – konsequent angewandtes – Entlassungs- und Überleitungsmana-
gement verhindert falsche Weichenstellungen (Vermeidung vollstationärer Pflege) und si-
chert zugleich die Qualität der nachstationären Versorgung und verbessert die Lebensqua-
lität der Betroffenen.

In diesem Zusammenhang wäre zu prüfen, ob und inwieweit die Leistung "Kurzzeitpflege"
(vgl. § 42 SGB XI) – die derzeit in aller Regel nur als "vorübergehende Urlaubspflege" ge-
nutzt wird, im Anschluss an einen Krankenhaus-/Reha-Aufenthalt in Anspruch genommen
werden könnte. Damit erhielten auch noch nicht "auf Dauer" Pflegebedürftige die Chance,
dass in einem Zeitraum von 4 bis 6 Wochen geprüft werden könnte, ob eine stationäre
Unterbringung im Pflegeheim tatsächlich zwingend notwendig ist oder ob es gelingt, ein
tragfähiges Hilfenetzwerk (vgl. Ziffer 3) aufzubauen.

Darüber hinaus muss die stationäre Kurzzeitpflege zur Aktivierung und Rehabilitation ge-
nutzt werden, um auf die häusliche Situation und Versorgung vorzubereiten.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **die Voraussetzung für die Einführung eines Entlassungs- und Überleitungsma-
nagement zur Vermeidung von Fehlanreizen im Pflegeversicherungsrecht (flan-**

kiert im GKV-Recht) zu implementieren, welches zugleich mit einem qualifizierten Case-Management (vgl. Ziffer 4) einhergeht.

- ☞ **Unter den zuvor aufgezeigten Gründen zu prüfen, ob und inwieweit die Leistung "Kurzzeitpflege" neu auszurichten ist und ggf. ein eigenständiger Anspruch auf diese Leistung eingeräumt wird, wenn Pflegebedürftigkeit "auf Dauer" noch nicht gegeben ist. Im Zuge einer Neuausrichtung der bisherigen Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung (u. a. Dynamisierung, Anpassung der Leistungsbeiträge bei ambulanter/stationärer Pflege) könnten ggf. kostenneutral Finanzmittel umgeschichtet werden.**

6. Prävention und Rehabilitation vor Pflege

Schon das derzeitige Recht der Pflegeversicherung (§§ 5, 31 SGB XI) betont den Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation einschließlich der Krankenbehandlung, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass – von wenigen Ausnahmen abgesehen – Leistungen zu Prävention für ältere Menschen nicht vorgehalten und angeboten werden. Von daher begrüßen die Ersatzkassen die mit dem vorliegenden "Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention (Dr. 15/4833 vom 15.02.2005)" verfolgte Zielsetzung, u. a. auch die soziale Pflegeversicherung als einen weiteren sozialen Präventionsträger in das Präventionsgesetz mit einzubeziehen. Nicht nachvollziehbar ist jedoch die Nichteinbeziehung der privaten Pflegeversicherung. Aus Sicht der Ersatzkassen gibt es keine Gründe dafür, die private Pflegeversicherung außen vor zu lassen.

Die Einleitung und Durchführung medizinischer Reha-Maßnahmen sowohl zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit als auch bei eingetretener Pflegebedürftigkeit (Minderung/Verschlimmerung verhüten) begegnet ebenfalls Schwierigkeiten. Die Erfahrungen zeigen, dass insbesondere pflegebedürftige ältere Menschen ihren Rechtsanspruch auf Rehabilitation nur unzureichend verwirklichen können. Dies hat nicht nur Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen, sondern führt auch zu höheren finanziellen Kosten für die Pflegekassen. Die Gründe hierfür liegen zum einen in der Schnittstellenproblematik zwischen GKV und PV, zum anderen aber auch in dem Nichtvorhandensein adäquater Angebote (z. B. mobile Reha) und dem oft unzureichenden Know-how der Leistungsanbieter (z. B. nicht fachlich qualifizierte Aus- und Weiterbildungsangebote).

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **Die Einbeziehung auch der privaten Pflegeversicherung in das Präventionsgesetz.**
- ☞ **Den MDK zu verpflichten, im Rahmen der Pflegebegutachtung ausdrücklich und ausführlich auf das Rehapotenzial des Versicherten einzugehen, die erforderlichen Maßnahmen konkret zu benennen und diese im Zusammenhang mit dem Gesamt-Hilfeplan zu bewerten.**
- ☞ **Die Pflegekassen zu verpflichten, auf der Grundlage des MDK-Gutachtens die Vorschläge zur Rehabilitation – in Absprache mit den übrigen Kostenträgern – umzusetzen.**
- ☞ **Die Pflegekassen zu verpflichten, nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu deren Minderung oder zur Verhütung der Verschlimmerung die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu übernehmen.**

7. Neuregelung der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)

Das derzeitige Pflegeversicherungsrecht regelt den Anspruch auf teilstationäre Pflege in Form von Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI), wobei die Inanspruchnahme als äußerst gering angesehen werden muss. Das Haupthindernis ist darin zu sehen, dass die Leistungsansprüche in diesem – unter pflegfachlichen Gesichtspunkten notwendigen Angebot – mit den Leistungen der häuslichen Pflege konkurrieren. Werden Leistungen der Tages- oder Nachtpflege beansprucht, dürfen die Gesamtleistungen (Häusliche Pflege versus teilstationäre Pflege) das Leistungsbudget nach § 36 Abs. 3 und 4 SGB XI nicht überschreiten. Mit Blick auf die vorrangige häusliche Pflege bleibt demzufolge kaum finanzieller Spielraum für die an sich notwendige – die häusliche Pflege ergänzende – Tages- oder Nachtpflege, die ja gerade auch zur Entlastung der häuslichen Pflegepersonen beitragen soll (u. a. Demente, Alzheimerkranke). Dementsprechend haben sich – seit Existenz der Pflegeversicherung – zu wenig entsprechend qualifizierte Angebote am Markt etabliert

bzw. werden als so genannte "eingestreute Betten" in vollstationären Pflegeeinrichtungen vorgehalten bzw. angeboten.

Im Rahmen der anstehenden "Pflege-Reform" sollte deshalb geprüft werden, ob und inwieweit die Tages- und Nachtpflege zu einem eigenständigen Leistungsanspruch (losgelöst von der häuslichen Pflege) umgebaut werden sollte. Denkbar wäre hier eine Zusammenführung der bisher eigenständigen Leistungsbudgets nach § 45 b SGB XI (Inanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote) und § 41 SGB XI (Leistungsbudget der Tages- und Nachtpflege). Die Betroffenen bzw. die Angehörigen könnten dann entscheiden, welches Angebot (ggf. auch kombiniert) in der jeweiligen häuslichen Situation das Passende wäre. Im Rahmen einer Finanzmittelumschichtung könnte dies finanzneutral bewerkstelligt werden.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

☞ **im Zuge einer Reform der Pflegeversicherung die aufgezeigten Reformansätze zur Tages- und Nachtpflege zu prüfen.**

8. Dynamisierung der Pflegeleistungen

Seit ihrer Einführung (1995) sind die Leistungen der Pflegeversicherung in ihrer Höhe unverändert geblieben. Orientiert an der allgemeinen Preisentwicklung sind mithin die Leistungsbeträge real abgewertet worden. Ein weiteres Festhalten an den derzeitigen Leistungsbeträgen führt zu steigenden Zuzahlungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Zudem führt dies im stationären Pflegebereich zum Anstieg der Zahl derjenigen, die ergänzend auf Leistungen der Sozialhilfeträger angewiesen sind. Damit wäre ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung verfehlt.

In diesem Zusammenhang sollte aber auch die Höhe der Leistungsbeträge in den einzelnen Pflegestufen überprüft werden und ggf. kostenneutral so verändert werden, dass die Eigenleistungen in allen Pflegestufen in etwa gleich hoch sind. Letzteres gilt im Sachleistungsbereich der ambulanten und stationären Pflege.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **eine Dynamisierung der bisherigen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung. Gleichzeitig sollte die bisherige Spreizung der Sachleistungsbeträge der ambulanten und stationären Pflege neu ausjustiert werden. Eine Zunahme der Sozialhilfeabhängigkeit muss dabei vermieden werden.**

9. Vollstationäre Pflege in Behinderteneinrichtungen

Im Zuge des Vermittlungsverfahrens zum 1. SGB XI – ÄndG wurde § 43 a in das SGB XI eingefügt. Die Regelung sieht vor, dass die Pflegekassen für pflegebedürftige Behinderte in vollstationären Behinderteneinrichtungen, die sich dort i. R. der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (BSHG) befinden, zur Abgeltung des pflegebedingten Aufwandes monatlich 256 EURO an die Einrichtungen zu leisten haben. Ungeachtet der Tatsache, dass es sich um behinderte und pflegebedürftige Menschen handelt, muss festgehalten werden, dass es sich bei den Einrichtungen um keine klassischen Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI handelt, in denen Pflegebedürftigen ausschließlich – aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit – gepflegt werden.

Menschen zur Teilnahme am Leben in der Gesellschaft zu befähigen ist in erster Linie eine staatliche Aufgabe i. R. der Fürsorgepflicht. Folglich müssten die damit verbundenen Kosten durch die Träger der Behinderten-/Eingliederungshilfe aufgebracht werden. Insofern dient die Regelung letztlich nur der finanziellen Entlastung dieser Träger.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **im Zuge der anstehenden Reformdebatte zu prüfen, ob die Zuständigkeit der Pflegeversicherung für Leistungsansprüche, die im Rahmen der Behinderten-/Eingliederungshilfe zu realisieren sind, tatsächlich mit den rechtsstaatlichen Grundprinzipien in Einklang steht bzw. mit den Zielen der Pflegeversicherung zu vereinbaren ist. (Die bisher von der Pflegeversicherung hierzu aufgebrauchten Finanzmittel (2004 = rd. 231 Mio. EURO) könnten ggf. im Rahmen von Umschichtungen für notwendige Leistungsverbesserungen an anderer Stelle zielführender eingesetzt werden.)**

10. Neubestimmung der Rolle der Kommunen im Rahmen der Altenhilfe

Schon das derzeitige Pflegeversicherungsgesetz weist darauf hin, dass die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist (§ 8 SGB XI). Danach haben die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen eng zusammenzuarbeiten, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Von daher stehen auch die Kommunen in der Pflicht. Nur ein adäquates Case-Management, für das auch und vor allem die kommunale Ebene verantwortlich ist und bei dessen Ausgestaltung länderspezifische Regelungen möglich sind, kann dieser o. a. Zielsetzung gerecht werden.

Bei den Hilfen, die pflegebedürftige Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit brauchen, steht häufig nicht nur die unmittelbar pflegerische Versorgung im Vordergrund, sondern ebenso Hilfen im hauswirtschaftlichen Bereich, kommunikative Angebote, Beratung, Wohnungs- und Wohnraumanpassung und weitere niedrigschwellige Hilfsangebote wie Mahlzeitendienste und Fahrdienste. Diese pflegeergänzenden Dienste gehören nicht unmittelbar zum Aufgabenspektrum der Pflegeversicherung. Dies sind Leistungen, die durch die örtlichen Kommunen i. R. der "Daseins-Fürsorge" mitgetragen werden müssen. Der für die Kommunen damit verbundene finanzielle Aufwand ist zudem niedriger zu veranschlagen, als die Kosten, die bei Nichtvorhandensein dieser Leistungen für vorzeitige und unnötige Heimunterbringung entstehen. Bei einer zunehmenden Zahl älterer und hilfebedürftiger Menschen muss in diesem pflegeergänzenden Bereich investiert werden.

Darüber hinaus sollte seitens der Kommunen die Zusammenarbeit mit Wohnungsbaugesellschaften – insbesondere in kommunaler Trägerschaft oder bei deren Beteiligung (Anteilseigner) – forciert werden. Insbesondere in Ballungszentren haben Wohnungsbaugesellschaften häufig mit Leerständen zu kämpfen. Diese Wohnungen können durch geringfügige Umbaumaßnahmen so umgestaltet werden, dass kleine und überschaubare Pflegewohnungen entstehen. Die Unterstützung mit niedrigschwelligen Diensten und durch geschickte Finanzierungsarrangements aus eigenen Einkünften, Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung sowie subsidiär der Sozialhilfe sind in den meisten Fällen kostengünstiger als die Pflege im Heim. Der eigentliche Vorteil derartiger Pflegewohnungen besteht jedoch darin, dass die Menschen in ihren angestammten Wohnquartieren bleiben können. Diese Form einer bedarfsgerechten und angemessenen Organisation von Pflege und Wohnen reduziert die pflegebedingten Belastungen insgesamt, auch und gerade die finanziellen Belastungen der Kommune.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **eine Neubestimmung der Rolle der Kommunen (einschl. ihrer finanziellen Ausgestaltung), wonach diese (wieder) Verantwortung für eine koordinierende, vernetzende und beratende Funktion im Sinne eines Sicherstellungs- und Koordinierungsauftrags sowie für die Weiterentwicklung des Hilfeangebots übernehmen. Dazu muss die Bereitschaft der auf kommunaler Ebene Verantwortlichen gestärkt werden, damit dort die Einsicht wächst, dass derartige pflegerischen und pflegeergänzenden Hilfen notwendig und für die Belastung der kommunalen Haushalte erträglicher sind als neue (Pflege-) Heimplätze.**
- ☞ **Klargestellt werden muss auch, dass die Städte und Gemeinden künftig in der finanziellen Verantwortung für pflegeergänzende Leistungen bleiben. Zu diesem Zweck sollte der Finanzausgleich zwischen Bund, Ländern und Gemeinden so gestaltet werden, dass die Kommunen auch tatsächlich handlungsfähig bleiben.**

11. Bürgerschaftliches Engagement

Schon heute ist auf vielfältigen Gebieten ein bürgerschaftliches, ehrenamtliches Engagement (z. B. Krankenhaus-, Pflegeheim-Besuchsdienst, Unterstützung und Hilfestellung in familiären Krisensituationen, Hospizbereich etc.) festzustellen. Nicht zuletzt unter dem Eindruck der künftigen Herausforderungen (demografische Entwicklung) muss es darum gehen, für die häusliche und stationäre Pflege – neben den unbestreitbar weiterhin notwendigen professionellen Fachkräften und -diensten – zusätzliche Unterstützungspotenziale zu erschließen. Die in der Bevölkerung unstreitig vorhandene hohe Bereitschaft zu bürgerschaftlichem Engagement ist in noch stärkerem Maße als bisher für den Pflege- und Hilfebereich (Unterstützungsbereich) zu mobilisieren. Gerade in Ballungsgebieten können durch ehrenamtliche Kräfte wichtige Aufgaben in der niedrighschwelligen Betreuung hilfebedürftiger Menschen wahrgenommen werden. Dieses Engagement gilt es anzuregen und zu begleiten (z. B. durch Befähigung; Supervision), ohne die Grenzen der Belastbarkeit und Zumutung zu überschreiten.

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz ist im Bereich der Betreuung Demenzkranker ein erster sozialversicherungsrechtlich abgesicherter Einstieg gemacht worden. Darauf gilt es aufzubauen.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **das bürgerschaftliche Engagement als Ergänzung professioneller Dienstleistungen zu fördern bzw. auszubauen, da die Stärkung des Selbsthilfepotenzials als ein wichtiger Beitrag zur Lebensqualität der älteren und pflegebedürftigen Menschen anzusehen ist. Bürgerschaftliches Engagement muss dabei als ein Element der kommunalen Altenhilfestrukturen verstanden werden.**

- ☞ **Dass die kommunale Ebene als Verantwortungsträger für die Förderung bürgerschaftlichen Engagements die Federführung übernimmt, d. h. dass eine Institution, ein Koordinator, interessierte Freiwillige und Einrichtungen berät, Öffentlichkeitsarbeit betreibt, die Schulung und Fortbildung organisiert und ggf. Sponsoren gewinnt (z. B. Ehrenamtsbörse).**

12. Imageverbesserung des Berufsbildes "Pflege"

Nicht nur unter dem Eindruck der demografischen Entwicklung, sondern auch und gerade unter dem Eindruck der heute schon zu verzeichnenden Problematik (Fluktuation, früher Ausstieg aus dem Beruf, Belastungseffekte etc.) im Berufsfeld "Pflege" gilt es, die Kompetenz der professionellen Pflege zu erhalten und weiter zu stärken. Dies gilt ungeachtet der Tatsache des zuvor dargestellten Hilfemix der familiären und bürgerschaftlichen Hilfe- und Pflegeunterstützung.

Um den Bedarf an hoch qualifizierten und engagierten Pflegekräften auf Dauer befriedigen zu können, muss die Attraktivität der Pflegeberufe gestärkt werden. Im Hinblick auf die derzeit hohe Fluktuation und dem absehbaren Mangel an (jungen) Berufseinsteigern muss der Pflegeberuf nicht nur konkurrenzfähig bleiben, sondern er muss auch attraktiv werden, so dass er im Wettbewerb mit anderen Berufsbildern bestehen kann.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ unter Einbeziehung aller Akteure im Pflege- und gesellschaftlichen Bereich entsprechende (Werbe-) Kampagnen und eine zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit auf allen Ebenen zu initiieren, um so eine höhere Wertschätzung für Pflegeberufe zu erzielen.
- ☞ Die Zusammenführung der bisher (noch getrennten) Krankenpflege- und Altenpflegeausbildung hin zu einer die Professionen übergreifenden Grundausbildung und die sich daran anschließende Entwicklung qualifizierter berufsbegleitender Aus-, Fort- und Weiterbildungsgänge, ergänzt um Elemente zu Haushaltsführungskompetenzen, kommunikative Kompetenzen und demenzadäquate Betreuungskompetenzen.
- ☞ Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch neue Arbeitszeitmodelle, Karrieremöglichkeiten und flexiblere tarifrechtlich abgesicherte Lohn- und Gehaltsstrukturen. Hierzu gehören auch Verbesserungen hinsichtlich des beruflichen Wiedereinstiegs (insbesondere für Frauen nach der Familienphase).

F. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung

Vorbemerkung

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung war seinerzeit schon das alles – die Diskussion – beherrschende Thema. Schon vor ihrer Einführung – und damit drängen sich Parallelen zur heutigen Situation auf – war die Diskussion über die finanzielle Absicherung der Pflegeversicherung dadurch gekennzeichnet, dass sie sich auf die Faktoren Beitragsatzstabilität und Senkung der Lohnnebenkosten fokussierte. Im Ergebnis führte dies dazu, für die aus Arbeitgeberbeiträgen (paritätische Umlagefinanzierung) zur Pflegeversicherung entstehenden Belastungen der deutschen Wirtschaft einen Ausgleich zu schaffen: Kompensation! Das Schlagwort von der Kompensation hat die Diskussion um die Pflegeversicherung von Anfang begleitet und sie zeitweise in den Schatten gestellt; Kompensation erschien wichtiger als manche inhaltliche Fragen dieses neuen Sozialversicherungssystems. Am Ende wurde aber der Grundsatz allgemein akzeptiert und in der Abschaffung eines Feiertages auch eine tragfähige Lösung gefunden.

Dennoch leidet die Pflegeversicherung von Anfang an unter diesen Mängeln: Zum einen hinsichtlich der Vorgabe des auf 1,7 v. H. begrenzten Beitragssatzes. Zum anderen an der Weigerung der Länder, die bei Einführung der Pflegeversicherung vereinbarten Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen in Höhe von rd. 2 Mio. DM zu finanzieren – als Gegenleistung für die mit rd. 11 Mio. DM prognostizierten Einsparungen bei der Sozialhilfe. Dieser – von vornherein – enge Finanzierungsrahmen führte zwangsläufig zu einer Reihe von Einschränkungen, z. B. der Verzicht auf automatische Dynamisierung der Leistungen und die Beschränkung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit.

Ungeachtet dessen haben die o. a. Mängel nicht unmittelbar mit der derzeitigen Finanzkrise der sozialen Pflegeversicherung zu tun. Auch das die soziale Pflegeversicherung seit Jahren kennzeichnende Finanzierungsproblem besteht zunächst einmal darin, dass die Einnahmen stagnieren bzw. wegbrechen.

Dies ist zum einen auf die schlechte konjunkturelle Lage zurückzuführen. Zum anderen wirken aber auch hier – wie in der GKV – die so genannten Verschiebepbahnhöfe, d. h. die Eingriffe des Gesetzgebers, mit denen er Kosten des Bundeshaushalts in die Sozialversicherung verschiebt. Hinzu kommen aber auch – wenn auch kleine – Leistungsverbesserungen (vgl. vorherige Ausführungen), die sich naturgemäß finanziell auswirken und die seit Jahren festzustellende Zunahme der Pflegebedürftigen, die sich insbesondere auch und gerade in der Zunahme stationärer Pflegefälle bemerkbar machen. So lag die Zahl der Leistungsempfänger insgesamt in 2004 bereits deutlich über denjenigen, die man bei Einführung der Pflegeversicherung erst für 2010 vorausgesagt hatte.

Dessen ungeachtet hatte auch die damalige Bundesregierung – mit Blick auf die zu erwartende demografische Entwicklung – einen Beitragssatz von 1,9 v. H. für das Jahr 2010 und 2,4 v. H. für das Jahr 2030 prognostiziert.

Wenn auch die soziale Pflegeversicherung derzeit von einer Finanzschwäche (vgl. oben) gekennzeichnet ist, müssen dennoch jetzt die Weichen für eine Reform gestellt werden, die das System insgesamt für die nächsten 30 – 40 Jahre "wetterfest" machen.

Alle Beteiligten – dies gilt gleichermaßen für Versicherte, Arbeitnehmer, Arbeitgeber und den Staat und darüber hinaus für die Pflegedienstleister mit Blick auf die Pflegeinfrastrukturen – in diesem System müssen wissen, was auf sie zukommt.

Zentral ist und bleibt die Frage der mittel- bis langfristigen Finanzierung der Pflegeversicherung mit Blick auf die demografische Entwicklung. Die für 2010, 2020 oder 2040 zu erwartenden Zahlen von Pflegebedürftigen sind mit einem Beitragssatz von 1,7 v. H. nicht zu finanzieren, wenn man auch künftig hin ausreichende Leistungen bereitstellen will. Deshalb muss die Grundsatzfrage nach der Wertigkeit der Pflege zunächst beantwortet werden. Welche Optionen es hierzu gibt, darauf soll nachstehend eingegangen werden:

1. Anhebung des Beitragssatzes und Beibehaltung der Umlagefinanzierung (Arbeitnehmer/Arbeitgeber)

Der derzeit – vom Gesetzgeber – festgeschriebene Beitragssatz von 1,7 v. H. (seit 01.07.1996) war seinerzeit das Ergebnis des "Pflegekompromiss, wenngleich bereits im damaligen Gesetzgebungsverfahren für die Zeit ab 2010 ein Beitragssatz von 1,9 v. H. und für die Zeit ab 2030 ein solcher von 2,4 v. H. (vgl. Bundestags-Drucksache 12/5262) prognostiziert wurde.

Schon von daher – weil allgemein bekannt – kann der derzeitige Beitragssatz kein endgültiges und abschließendes "Dogma" sein; eine Beteiligung der Arbeitgeber an der umlagefinanzierten Beitragszahlung darf auch bei einer Beitragssatzerhöhung deshalb nicht in Frage gestellt werden.

Denn schließlich

- sind zum einen die Versicherten angesichts des (auch zukünftigen beizubehaltenden) Teilkasko-Charakters der Pflegeversicherung ohnehin schon überproportional an den Kosten der Pflegebedürftigkeit beteiligt,
- zum anderen sind die Arbeitgeber – mit Blick auf die Kompensation (Abschaffung eines Feiertages) – bisher mit ihren Beitragszahlungen so gut wie gar nicht belastet worden, jedenfalls viel geringer als die Versicherten. Die Abschaffung eines Feiertages als Kompensation für die Beitragszahlung der Arbeitgeber darf nicht in Vergessenheit geraten. Deshalb kann und darf das übliche Argument von den Lohnnebenkosten in der Pflegeversicherung nicht "überstrapaziert" werden.

Würde man die derzeitige umlagefinanzierte Beitragserhebung (Arbeitnehmer/Arbeitgeber) zugunsten der Auszahlung des bisherigen – ggf. festgeschriebenen – Arbeitgeberbeitrags an die Arbeitnehmer aufgeben, würde man die künftige Finanzierungsbelastung der Pflegebedürftigkeit und insbesondere für Ausgabensteigerungen allein auf die Versicherten abwälzen. Damit würde auch der arbeitgeberseitige Druck auf die Politik, durch Strukturmaßnahmen (gesamtgesellschaftliche Verantwortung!) für stabile Beiträge zu sorgen, aufgegeben. Dies wäre aus Sicht der Ersatzkassen – mit Blick auf eine möglichst effektive und effiziente Pflegeversicherung – äußerst kritisch zu sehen. Es bestünde die Gefahr, dass von Arbeitgeberseite (insbesondere Einrichtungsträger, Betreiber von Heimen und Pflegediensten) nur noch Gewinn- und Umsatzinteressen im Vordergrund stünden. Das Interesse an einer Kostenbegrenzung würde völlig aus dem Blickfeld geraten.

Im Übrigen ist die Vorstellung, nach Auszahlung des Arbeitgeberanteils wären die Arbeitgeber von den Pflegeausgaben nicht mehr tangiert, illusorisch. Sie verkennt, dass die Gewerkschaften dazu in der Lage wären, als Kompensation für steigende Gesundheits-/Pflegeausgaben auch Lohnerhöhungen durchzusetzen.

Die Ersatzkassen lehnen deshalb:

- ☞ **eine Entlassung der Arbeitgeber aus der Verantwortung für die Finanzierung der Pflegeausgaben und aus der daraus resultierenden Gestaltungsverantwortung für das Pflegewesen ab. Das gilt sowohl für die Auszahlung des Arbeitgeberanteils als auch hinsichtlich der Einfrierung des Arbeitgeberbeitrags.**

2. Veränderung der Beitragsbemessungsgrundlage

Die Einbeziehung anderer Einkunftsarten wie Mieten und Zinsen zur Bemessung der Beiträge bedarf der besonderen Prüfung durch den Gesetzgeber. Deren Einbeziehung wäre ggf. so auszugestalten, dass die ökonomische Leistungsfähigkeit ausschlaggebend ist. So sehen auch die Ersatzkassen, dass die Ausgrenzung derartiger Einkommen das Grundprinzip der solidarischen Finanzierung – Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit des Einzelnen – mehr und mehr aushöhlen, wenn deren Anteil bei Arbeitnehmern und Rentnern künftig zunimmt. Dies ist bei der Gruppe der zukünftigen Rentner absehbar, weil – politisch gewollt – der Anteil der gesetzlichen Rente am Alterseinkommen sinken und der

Anteil der Eigenvorsorge im Gegenzug steigen soll. Eigenvorsorge wird im Wesentlichen über Kapitaldeckung und über den Erwerb von Immobilien betrieben werden. Wenn man bedenkt, dass der Anteil der Rentner an den Mitgliedern der Krankenkassen/Pflegekassen steigen wird (potenzielle Pflegebedürftige), spricht dies für die Einbeziehung anderer Einkommensarten.

Denkbar wäre es, ggf. die "anderen Einkunftsarten" lediglich arbeitnehmerseitig mit Beiträgen zu belasten, um so die Arbeitgeber zu entlasten, bei Beibehaltung der Finanzierungsbeitrag am Beitragsaufkommen aus dem Arbeitsentgelt. Fraglich wäre allerdings, ob mit Blick auf die "Gerechtigkeit" sich möglicherweise "verteilungspolitische/verfassungsrechtliche Probleme" ergeben.

In diesem Zusammenhang ist es aber wesentlich, auch die Frage der Einheitlichkeit der Sozialversicherung (GKV, Renten- und Arbeitslosenversicherung) im Auge zu behalten (u. a. Grundsatz: PV folgt KV).

3. Gemeinsame Finanzierung der Pflege durch alle gesetzlich und privat Versicherten im Sinne einer umfassenden Solidarität

Aus dem Grundgedanken der Solidarität und der Tatsache, dass jeder Bürger bzw. jede Bürgerin vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen sein kann, wurde schon bei der Einführung der Pflegeversicherung – aus wohlverstandenen Gründen heraus – eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten fest gelegt. Als Konsequenz wurde für die gesetzliche Pflegeversicherung ein umfassender Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen eingeführt. Lediglich die private Pflegeversicherung wurde als eigenständiger Zweig etabliert, der sich somit der umfassenden Solidarität entziehen konnte. Dieser – aus Sicht der Ersatzkassen – schwere Konstruktionsfehler führt in der Konsequenz dazu, dass gerade diejenigen entlastet werden, die aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit zu einem angemessenen Solidarbeitrag in der Lage wären.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **eine gemeinsame Finanzierung der Pflege durch alle gesetzlich und privat Versicherten zur Durchsetzung einer umfassenden Solidarität in der Pflegeversicherung.**
- ☞ **Instrumente hierzu sind entweder die Aufhebung der bisherigen sozialen und privaten Pflegeversicherung im Sinne einer alle Bundesbürger umfassenden solidarischen Pflegeversicherung oder die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung.**

G. Qualitätsverbesserung in der Pflege

Neben den schon erzielten Verbesserungen im Bereich der Qualitätssicherung sind aus Sicht der Ersatzkassen weitere Qualitätsverbesserungen anzustreben:

- ☞ Umfassende Qualitätsmanagementkonzepte sind in den (Pflege-)Einrichtungen umzusetzen und weiterzuentwickeln.
- ☞ Dem Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen ist im Rahmen des Qualitätsentwicklungsprozesses Priorität einzuräumen.
- ☞ Führungskräfte haben ihre Leitungsverantwortung wahrzunehmen und sind gegenüber der Mitarbeiterschaft Vorbild für berufliche Qualifizierung. Gleichzeitig sind sie gehalten, den aktuellen Stand des Berufswissens weiterzugeben.
- ☞ Träger von Pflegeeinrichtungen sind gehalten, die Auswahl von Management- und Leistungskräften zu verbessern und haben darüber hinaus eine ausreichende Unterstützung bei deren Aufgabenwahrnehmung sicherzustellen.
- ☞ Pflegeeinrichtungen sind gefordert, Maßnahmen und Instrumente der Personalentwicklung konsequent und zukunftsorientiert umzusetzen.
- ☞ Leiter von Pflegeeinrichtungen und Führungskräfte aller Funktionsbereiche sind aufgefordert, belastungsreduzierende und ressourcenfördernde Arbeitsbedingungen als Voraussetzung für eine gute Pflege zu schaffen.
- ☞ Grundsätze des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind konsequent umzusetzen.
- ☞ Pflegequalität lässt sich – entsprechend dem Grundsatz des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes – nicht von außen in die Einrichtungen hineinprüfen. Eine Stärkung des internen Qualitätsmanagements setzt damit nicht nur eine vertrauensvolle Zusam-

menarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen der externen Qualitätsprüfungen und den Einrichtungen voraus, sondern auch eine Stärkung der Selbstregulierungspotenziale der Einrichtung. So sollten stärker als bisher solche Qualitätsmanagements fachlich anerkannt und von Heimaufsicht und MDK als Instrumente zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen gefördert werden, die die Integration von Fachanforderungen, Anforderungen an den Träger und gesetzlicher Anforderungen sicherstellen (integrierte QM-Systeme). Hierzu zählt auch die Nutzbarmachung von objektivierbaren, kennzahlengeschützten Vergleichen der Qualität zwischen Einrichtungen (Benchmarking). Neben einem systematischen Erfahrungsaustausch über die hinter den Ergebnissen liegenden Strukturen und Prozessen kann die Qualität einer Einrichtung durch unabhängige externe Berater im Rahmen von Visitationen und Audits evaluiert werden. Das langfristige Ziel dieser Forderung liegt darin, die Weichen für die Anerkennung eines in Selbstverantwortung der Leistungserbringer aufgebauten Qualitätsmanagements zu stellen und die Selbstregulierungspotenziale der Einrichtungen insgesamt zu stärken.

- ☞ Einführung einer Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen im Rahmen einer Selbstverpflichtung aller an der Pflege Beteiligten.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **alle am Pflegeprozess Beteiligten auf, bereits vorhandene "pflegequalitätsverbessernde" Instrumentarien umzusetzen sowie auch zukünftige neue – die Qualität verbessernde – Potenziale einzusetzen (z. B. Pflegeplanungsinstrumente). Dabei dürfen allerdings auch Wirtschaftlichkeitsaspekte (z. B. verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen), Pflegeheimvergleiche (Benchmarking) und die Offenlegung von Ergebnissen durchgeführter Qualitätsprüfungen nicht außen vor bleiben.**

H. Entbürokratisierung in der Pflege

Die Diskussion um einen Abbau von Regelungen, Bürokratie und Verwaltungsaufwand gewinnt auch im Bereich der ambulanten und stationären Betreuung und Pflege zunehmend an Aufmerksamkeit und Bedeutung. Es wird allenthalben ein Übermaß an Regulierung und Bürokratie beklagt. Diese können sowohl in einzelnen Gesetzen und Vorschrif-

ten, wie auch im Verhältnis einzelner Gesetze und Vorschriften oder auch bei der Anwendung von Gesetzen und Vorschriften auftreten.

So ist die Leistungserbringung in der Pflege gekennzeichnet durch eine Fülle gesetzlicher und untergesetzlicher Vorgaben und Verfahrensvorschriften zur einrichtungsinternen und zur externen Prüfung dieser Leistungen. So haben beispielsweise Heimaufsichten und Medizinische Dienste (im Auftrage der Pflegekassen) für ihre Prüftätigkeiten unterschiedliche Ausgangspositionen. Die unterschiedliche Ausgangslage und der Focus der Betrachtung führen dabei durchaus zu divergierenden Auffassungen beider Prüfinstanzen und in deren Folge zu Reibungsverlusten und unnötigem Doppelaufwand für die Heimträger und für die beiden Prüfinstanzen selbst. Auch wenn MDK und Heimaufsicht in den vergangenen Jahren gewisse Prüfschwerpunkte entwickelt haben, bestehen dennoch in ihren Prüfgegenständen teilweise Überschneidungen. Nicht selten bewerten MDK und Heimaufsicht dabei z. B. den gleichen Sachverhalt unterschiedlich. Angesichts dieser Ausgangssituation müssen die Rollen von Heimaufsicht und MDK noch konkreter definiert werden; zudem bedarf es einer besseren Abstimmung bei der praktischen Umsetzung der §§ 20 HeimG und 117 SGB XI. Eine damit mögliche Verbesserung der Zusammenarbeit ermöglicht eine einheitliche und praxisnahe Prüfung und Beratung der Einrichtung sowie der in den Einrichtungen lebenden Bewohnerinnen und Bewohner.

Die Ersatzkassen fordern deshalb:

- ☞ **alle in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich Beteiligten auf, alle bestehenden gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen und Vorschriften auf ihren möglichen Verzicht bzw. eine Anpassung hin zu prüfen. Dabei gilt es jedoch die Qualität der personenbezogenen Pflegedienstleistung, mit Blick auf die auf den konkreten Einzelfall bezogene Ergebnisqualität, nicht aus dem Auge zu verlieren. Entbürokratisierung darf weder die Pflegequalität negativ beeinflussen, noch den Schutz des Pflegebedürftigen vernachlässigen.**