

Die Pflegeversicherung wird 25 Jahre alt – Zeit für eine solidarische Neuausrichtung!

LISA MARCELLA SCHMIDT

Referentin für Altenhilfe und
Pflege beim Paritätischen
Wohlfahrtsverband

THORSTEN MITTAG

Referent für Altenhilfe und Pflege
des Paritätischen Gesamtverbands

Die Pflegeversicherung sollte die pflegebedingten Kosten decken und die Bundesländer sollten im Gegenzug zur Entlastung bei der Sozialhilfe in die Finanzierung der Investitionskosten einsteigen. Davon sind wir fast 25 Jahre nach der Einführung weit entfernt.

Die Soziale Pflegeversicherung erblickte Mitte der 1990 Jahre als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung die Welt. Notwendig wurde die Einführung einer Pflegeversicherung durch die steigenden Kosten der Sozialhilfeträger, da meist weibliche Pflegebedürftige für ihre Langzeitpflege nicht mehr selbst aufkommen konnten. Norbert Blüm setzte sie in einer schwarz-gelb geführten Bundesregierung als Teilleistungsversicherung durch, die familiäre, nachbarschaftliche und ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen sollte.

Konstruktionsfehler der Pflegeversicherung, wie etwa die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, wurden schnell sichtbar, politische Lösungen ließen jedoch zum Teil lange auf sich warten. Die verschleppten, jedoch notwendigen Reformen führten schließlich dazu, dass sich in den letzten Jahren eine Pflegereform an die andere reihte. Alleine die Dynamik der letzten 5 Jahre ist schwindelerregend und ein deutliches Zeichen dafür, dass die soziale Pflegeversicherung einer Großbaustelle gleicht.

Kostenrelevante Pflegereformen der letzten und kommenden Jahre

Mit den Pflegestärkungsgesetzen (PSG) I – III sind seit dem Jahr 2015 drei große strukturelle Pflegereformen durchgeführt worden, wodurch die Leistungsbeträge zum Teil erheblich angehoben und die Leistungen sowie die Inanspruchnahme erweitert und flexibilisiert wurden.

Insbesondere wurde mit den Gesetzen das System der Pflegestufen durch das Pflegegrade ersetzt: der Grad der Selbstständigkeit ist seitdem entscheidend für die Einstufung in einen Pflegegrad. Mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bekommen seither auch kognitiv und psychisch beeinträchtigte Menschen Leistungen aus der Pflegeversicherung. Das nun geltende Pflegeverständnis zeichnet sich dadurch aus, dass die Pflege stärker als bisher auf die Förderung der Fähigkeiten zum Erhalt der Selbstständigkeit und zur Verbesserung der Selbstpflegekompetenzen ausgerichtet ist. Zudem ist das Pflegeverständnis deutlich teilhabeorientierter und die pflegerischen Problemlösungen sollen die gesamte Lebenswelt einbeziehen.

Im Zuge dieser Reformen wurde der Beitragssatz zur Pflegeversicherung insgesamt um 0,55 Prozentpunkte angehoben, dies bedeutete ca. 6 Milliarden € mehr für die Pflegekassen. Im Zuge der Einführung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs stieg die Anzahl der Leistungsempfänger*innen von jährlich zwischen 130.000 bis 160.000 Personen an¹. Die veränderte Inanspruchnahme von Leistungen zog ein Defizit von ca. 3,5 Mrd. € in der Pflegeversicherung nach sich, eine weitere Beitragssatzanhebung erfolgte zu Beginn dieses Jahres in Höhe von 0,5 Prozentpunkte auf nun insgesamt 3,05 Prozentpunkte². Mit diesen weiteren rund 7,6 Mrd. € müssen in erster Linie die oben genannten Mehrausgaben finanziert werden.

Zudem sollen damit die Mehrkosten getragen werden, die sich aus dem jüngsten Reformvorhaben, dem Pflege-Personal-Stärkungsgesetz (PpSG), das u.a. Fördermaßnahmen zu den Themen Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und Digitalisierung vorsieht, ergeben. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Beitragssatz nun bis zum Jahr 2022 stabil gehalten werden kann.

Mit der Reformagenda sind große Erwartungen geweckt worden, alle Pflegebedürftigen sollten eine bessere Versorgung erhalten, so das politische Generalversprechen. Diese Erwartungen konnten nicht in jeder Hinsicht erfüllt werden. Konnten mit den Pflegestärkungsgesetzen die Leistungen für Pflegebedürftige verbessert werden, so haben diese keine entscheidende Wirkung zur Verbesserung der Personalsituation entfaltet. Über 50 % der Pflegekräfte geben an, dass die Arbeitsverdichtung und der Druck in allen Bereichen seit 2015 zugenommen haben (vgl. Isfort et al. 2018). An der Situation von Menschen, die in der Pflege arbeiten, hat sich wenig geändert, obwohl mit dem PSG III sogar die Refinanzierung »tarifähnlicher« Bezahlung von Pflegekräften eingeführt wurde. Eine Studie der Universität Bremen für das Bundesgesundheitsministerium kommt zu dem Ergebnis (Rothgang/Wagner 2019), dass zwischen Juli 2016 und Mai 2018, dem Zeitraum der Umstellung auf Pflegegrade und deren unmittelbaren Folgewirkungen, bezogen auf die vereinbarten Personalschlüssel bis zu 18.000 zusätzliche Pflegestellen entstanden sind. Unklar bleibt jedoch weitgehend, wie viele dieser Stellen bisher tatsächlich besetzt werden konnten. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist ein Meilenstein. Er ändert jedoch nichts am bestehenden Pflegenotstand, sondern hat ihn von einem gewissen Standpunkt aus betrachtet teilweise verschärft. Es muss daher bezweifelt werden, dass das in ihm angelegte neue Pflegeverständnis mittelfristig mit der angespannten Personalsituation³ richtig umgesetzt werden kann.

Weitere kosteneffektive Maßnahmen, die im Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung vereinbart sind, warten auf ihre Umsetzung. Dazu zählt zum Beispiel die kontinuierliche Anpassung der Sachleistungen in der Altenpflege, die an die Personalentwicklung gekoppelt sein soll und eine Verbesserung der Entlohnung der Pflegekräfte. Ein im Auftrag des

Bundesgesundheitsministeriums erstelltes Gutachten des iGES-Institut kommt zu dem Ergebnis, dass die Aufwertung aller Gehälter auf ein »tarifliches Niveau« zwischen 1,4 und 5,2 Milliarden € kosten würde (vgl. iGES-Institut 2019). Ferner sind im Koalitionsvertrag die Einführung eines Budgets zur Entlastung pflegender Angehöriger und der Auf- und Ausbau der solitären Kurzzeitpflege festgehalten. Auch das Flexirentengesetz für pflegende Angehörige, mit dem die Möglichkeit geschaffen wurde die Vollrente auf eine Teilrente zu reduzieren, um somit zusätzliche Rentenpunkte durch die Pflege von Angehörigen zu erwerben, entfaltet seine Kostenrelevanz.

Sofortprogramm Pflege und die Konzentrierte Aktion Pflege

Die Bundesregierung hat sich für ihre Regierungsarbeit in der 19. Legislaturperiode ins Pflichtenheft geschrieben, dass über ein Sofortprogramm Pflege hinaus eine »Konzentrierte Aktion Pflege« (KAP) zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Situation in der Pflege auf den Weg gebracht wird. Im Juni 2019 ist im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP) ein umfassendes Maßnahmenpaket beschlossen worden, um die Umsetzung der neuen Pflegeausbildungen zu unterstützen und um die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen von beruflich Pflegenden zu verbessern. Damit soll dem Mangel an Pflegekräften und dem Pflegenotstand entgegengewirkt werden. BMG, BMFSFJ und BMAS haben hierfür Vertreter*innen aus Ländern, Kommunen, Verbänden von Pflegeeinrichtungen, Pflegeberufsverbänden, Pflegekammern, Betroffenenverbänden, Pflege- und Krankenkassen, Berufsgenossenschaft und viele andere Sozialpartner einbezogen – auch den Paritätischen. Die Vereinbarungen werden insgesamt begrüßt, weil nicht nur umfassende Zielbeschreibungen für alle Partner der KAP formuliert wurden, sondern sich damit auch eine politische und praxisbezogene Weiterentwicklung von unterschiedlichen pflegespezifischen Themenfeldern eröffnet. Die Agenda der KAP kann die Skizze für ein Gesamtkonzept sein, wenn es gelingt, einen sinnvollen Zeitplan zu hinterlegen und die Umsetzung in Anbetracht des »bedrängten Pflegealltags« durch gegenseitige Rücksichtnahme zu prägen.

Große Schritte wagen: Die solidarische Pflegefinanzierung

Um die laufenden und anstehenden Aufgaben zu bewältigen und insbesondere dem Problem der steigenden Eigenanteile⁴ angemessen zu begegnen stehen die finanziellen Mittel nicht im ausreichenden Maß zur Verfügung – auch weil die Verwendung weiterer Mittel unterlassen wird. Der Paritätische geht überschlägig davon aus, dass ungeachtet der notwendigen Mittel für die Folgekosten der PSG I und II und der Mehrausgaben durch das PpSG weitere 6 – 10 Mrd. € benötigt werden. Damit müssen kurzfristig die notwendigen Verbesserungen der Personalschlüssel sowie der Lohn- und Arbeitsbedingungen und gleichzeitig eine angemessene Begrenzung der Eigenanteile bei den betroffenen Pflegebedürftigen erreicht werden.

Die Finanzierungsgrundlagen zu reformieren und die Eigenanteile zu begrenzen müssen zwangsläufig Teile eines Konzepts sein, um die Personalsituation und die Versorgung endlich spürbar zu verbessern. Nach Auffassung des Paritätischen soll die Pflegeversicherung daher kurzfristig mit einer Sofortmaßnahme 85 Prozent der Kosten für pflegebedingte Aufwände ambulant (wenn sie über den derzeitigen Sachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI hinausgehen) und stationär übernehmen. Es ist davon auszugehen, dass sich ein begrenzter Eigenanteil von 15 Prozent korrigierend bei der Leistungsanspruchnahme auswirkt (Moral Hazard) und daher für diesen Schritt noch keine zusätzlichen Prüf- und Kontrollinstanzen geschaffen werden müssen. Mittelfristig ist die Pflegeversicherung zu einer echten Teilkaskoversicherung oder Pflege-Vollversicherung auszubauen.

Die Finanzierung der Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dem Anspruch jeder Person auf eine seinen Bedürfnissen angepasste Pflege entspricht der Verpflichtung der Gesellschaft, eine solidarische, der persönlichen Leistungsfähigkeit entsprechende Finanzierung der Pflege sicherzustellen. Die gegenwärtige Finanzierung der Pflege wird dem nicht gerecht. Daher ist eine soziale Bürgerversicherung einzuführen. Die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung hat sich in der Vergangenheit bewährt. Die Beitragssatzsteigerungen der vergangenen Jahre hätten dabei erheblich gemindert und zum Teil vermieden werden können,

wenn der Kreis der Versicherten ausgedehnt, die Beitragsbemessungsgrundlagen erweitert und die Versicherungsbeiträge die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abbilden würden. Um dies zu gewährleisten, tritt der Paritätische bereits seit langem dafür ein, die Beitragsbemessungsgrundlage der Kranken- und Pflegeversicherung zu erweitern und andere Einkommensarten, etwa Kapaleinkünfte, mit einzubeziehen. Auf diese Weise wird nicht nur die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Versicherten abgebildet, sondern auch die Finanzierung des Pflegerisikos auf »mehreren Schultern« getragen und eine stabilere, noch weniger von zeitweise schwankenden Beitragseinnahmen aus Lohneinkommen gesichert.

Administrativ ist dieses Modell problemlos umsetzbar. Bereits heute werden die Beiträge freiwillig versicherter Rentnerinnen und Rentner in der Gesetzlichen Krankenversicherung in ähnlicher Weise berechnet. Eine steuerliche Freistellung von Einkommen würde entsprechend auch für die Beitragsbemessung in der Pflegeversicherung gelten. Die nicht freigestellten Einkommen sollten bis zur Beitragsbemessungsgrenze mit dem halben Beitragssatz berücksichtigt werden. Lohnbezogene Anteile der Pflegeversicherung sind paritätisch zu finanzieren. Die Beitragsbemessungsgrenze ist in einem ersten Schritt auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Durch diesen Schritt würde der solidarische Charakter der sozialen Pflegeversicherung zusätzlich betont.

Die in Deutschland bestehende Möglichkeit, dass sich der einkommensstärkste und häufig überdurchschnittlich gesunde Teil der Bevölkerung durch einen Wechsel in eine private Versicherung einem Beitrag zur solidarischen Finanzierung entziehen kann, ist anachronistisch und findet weltweit nahezu kein Pendant. Aus diesem Grund ist die Versicherungspflichtgrenze künftig aufzuheben und eine allgemeine Versicherungspflicht einzuführen. Rechtlich notwendigen Übergangsfristen und dem gebotenen Bestandsschutz sind dabei Rechnung zu tragen.

Rothgang (2017) belegt, dass die Einführung einer Bürgerversicherung in der Pflege nach den genannten Reformprinzipien im Jahr 2013 eine Verringerung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung im Umfang von 0,56 bzw. – bei

vollständigem Verzicht auf die Beitragsbemessungsgrenze – 0,65 Prozentpunkte geführt hätte. Das Gutachten zeigt auch, dass von einer solchen Reform 80 Prozent der Bevölkerung, die Personen mit den geringsten Einkommen, entlastet würden, während lediglich das obere Fünftel in moderater Weise zusätzlich belastet würde. Auch diese Ergebnisse sprechen für die vorliegenden Vorschläge für eine solidarische Finanzierung der Pflege (Rothgang, 2017).

Neben der Einführung einer Pflegebürgerversicherung gibt es noch weitere Möglichkeiten, die ausgeschöpft werden sollten: Die Finanzierung der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen muss endlich durch die Krankenkassen erfolgen. Rund 70% der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen sind auf Leistungen der Behandlungspflege angewiesen. Schätzungsweise wird dabei ein Betrag von rd. 3 Mrd. € für Behandlungspflege durch die Pflegeversicherung und die Heimbewohner*innen, statt durch die Krankenkassen getragen (Leopold, 2017). Darüber hinaus muss aus Sicht des Paritätischen die Förderung der Investitionskosten durch die Länder endlich verbindlich geschehen. Der Anteil der Investitionskosten an der Gesamteigenbelastung der Versicherten in stationären Einrichtungen belief sich im bundesweiten Durchschnitt zum 01.01.2019 auf 447 € (Vdek 2019), das sind 24,4 Prozent der Gesamtbelastung der Heimbewohner*innen. Die genannten Maßnahmen würden zu einer deutlichen Entlastung der Eigenanteile führen. Wie in anderen Sozialversicherungen auch, kann der gezielte Einsatz von Steuermitteln aus Sicht des Paritätischen die Einnahmen einkommensabhängiger Beitragszahlungen und somit die Finanzierung der Pflege sinnvoll ergänzen. Und schließlich verfügt der so genannte Pflegevorsorgefonds derzeit mit 3,8 Mrd. € über ausreichende Mittel, um für die Bewältigung der anstehenden Aufgaben »Übergänge« und »Besitzstandsschutzefekte« zu refinanzieren.

Fazit

Die Erfüllung der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe – die pflegerische Versorgung der Bevölkerung (§ 8 Abs. 1 SGB XI) – wird mit der bestehenden Konstruktion der Pflegeversicherung, die sich durch eine Grundversorgung mit

nicht ausreichender Dynamisierung und einer bisher wenig qualitätsorientierten Wettbewerbsorientierung auszeichnet, zunehmend schwerer. Es sind aber auch soziodemographische und -kulturelle Veränderungen, wie u.a. die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen, das abnehmende Potenzial familialer häuslicher Pflege, die weitere Reformen notwendig machen. Um in Zukunft diesen Herausforderungen gerecht werden und am Bedarf orientierte Pflege leisten zu können, muss die in die Jahre gekommene Konstruktion der Pflegeversicherung überdacht und nachhaltige sowie solidarische Pflegebedingungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sowie für die professionell und informell Pflegenden geschaffen werden.

Anmerkungen

- (1) Ein Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger*innen ist allerdings nicht erst seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu verzeichnen: Bereits seit 2008 sind die Leistungsausgaben vor allem im ambulanten Bereich kontinuierlich angestiegen. Dieser Effekt ist auf die demographische Entwicklung zurückzuführen.
- (2) Weiterhin gilt die Besonderheit des Beitragszuschlages von 0,25 Prozentpunkten für Kinderlose ab 23 Jahren. Für diese Personen stieg der Beitrag zu Pflegeversicherung auf 3,30 Prozentpunkte.
- (3) Die Verpflichtung der Pflegeheime, zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI grundsätzlich für alle Heimbewohner vorzuhalten, ist ebenfalls eine wichtige Weiterentwicklung. Da sie nicht für die reguläre Pflege eingesetzt und auch nicht mit Fachkräften verwechselt werden dürfen, lässt sich mit ihnen das neue Pflegeverständnis allerdings kaum umsetzen.
- (4) Der Mittelwert der Eigenanteile von Pflegeheimbewohnern liegt mittlerweile deutlich über 50% der Gesamtkosten: BARMER-GEK (2012): BARMER-GEK Pflegereport 2012. Der einrichtungseigene Eigenanteil liegt im bundesweiten Durchschnitt in stationären Einrichtungen bei 655 €: Vdek (2019): vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2018/19, S. 56 ■

Literatur



IGES-Institut (2019): Quantifizierung der finanziellen Auswirkungen flächendeckender Tarife in der Altenpflege Ergebnisse des Forschungsgutachtens. Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin, März 2019.

Isfort, Michael / Weidner, Frank unter Mitarbeit von **Rottländer, Ruth / Hylla, Jonas / Gehlen, Danny / Tucman, Daniel** (2018): Pflege- Thermometer

2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland, herausgegeben vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), Köln. Online: https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege_Thermometer_2018.pdf

Leopold, David (2017): Medizinische Behandlungspflege Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege, Forschungsbericht des Verbandes der Katholischen Altenhilfe Deutschland (VKAD).

Rothgang, Heinz (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer »solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung«, Bremen.

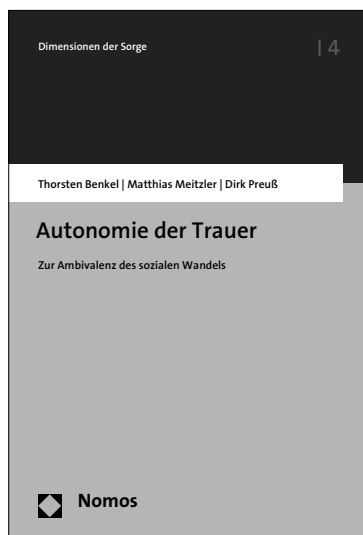
Rothgang, Heinz / Müller, Rolf / Unger, Rainer / Weiß, Christian / Wolter, Annika (2012): BARMER-GEK Pflegereport 2012. Online: <https://www.barmer.de/blob/37026/cc127a3bf245e033dbdc9d20c938b07a/data/pdf-pflegereport-2012.pdf> (aufgerufen am 23.9.2019)

pdf-pflegereport-2012.pdf (aufgerufen am 23.9.2019)

Rothgang, Heinz / Wagner, Christian (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit, 28. Februar 2019. Online: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Quantifizierung_der_Personalverbesserungen.pdf (aufgerufen am 23.9.2019).

Vdek (2019): vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2018/19, S. 56. Online: https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2019/broschuere-vdek-basisdaten-gesundheitswesen-2018-2019/_jcr_content/par/download_1463329294/file.res/VDEK_Basisdaten018-019_web.pdf (aufgerufen am 23.9.2019)

Über den Wandel der modernen Trauerkultur



Autonomie der Trauer

Zur Ambivalenz des sozialen Wandels

Von AkadR Dr. Thorsten Benkel, Matthias Meitzler und Dr. Dr. Dirk Preuß

2019, 220 S., brosch., 44,- €

ISBN 978-3-8487-6032-9

(Dimensionen der Sorge, Bd. 4)

nomos-shop.de/42060

Die Bestattungskultur ist im Umbruch. Während Handlungskonzepte rund um das Lebensende plural geworden sind, bleibt das Recht erstaunlich starr. Gegenwärtig etablieren sich Praktiken, bei denen die Asche Verstorbener abseits des Friedhofs aufbewahrt bzw. verstreut wird. Dies ist ein Wandel hin zur Autonomie der Trauer.

»äußerst lehrreiche Studie.«

Alexander Helbach, aeternitas.de 9/2019



www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei online unter nomos-shop.de

Bestell-Hotline (+49)7221.2104-37 | E-Mail bestellung@nomos.de | Fax (+49)7221.2104-43

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos