

PFLEGEVERSICHERUNG

Wann, wenn nicht jetzt?

■ Herbert Mauel

Seit über zwölf Jahren unterstützt die Pflegeversicherung Menschen und ihre Angehörigen im Fall der Pflegebedürftigkeit. Die fünfte Säule der gesetzlichen Sozialversicherung hat zudem beim Aufbau einer pflegerischen Infrastruktur mit ambulanten, teilstationären und vollstationären Diensten und Einrichtungen entscheidend mitgeholfen. Die nun beabsichtigten Reformen sind ein wichtiger Schritt angesichts der demografischen Veränderungen.

Pflegebedürftigkeit kann für die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen große physische, psychische und finanzielle Belastungen bedeuten. Einen allgemeinen Versicherungsschutz für den Fall der Pflegebedürftigkeit, insbesondere einen sozialversicherungsrechtlichen Schutz wie im Falle von Krankheit, gab es trotz der zwischen Pflege und Krankheit oft fließenden Grenzen bis 1995 nicht. Die mit der Pflege verbundenen Belastungen mussten bis dahin grundsätzlich die Pflegebedürftigen und ihre Familien tragen. Dies überstieg in vielen Fällen die finanziellen Möglichkeiten der Betroffenen und führte regelmäßig zur Abhängigkeit von Leistungen der Sozialhilfe. Eine Situation, die von vielen als unverdient und demütigend empfunden wurde.

Heute werden die Kosten für die Pflege im Heim zu einem guten Teil von der sozialen Pflegeversicherung getragen (SGB XI). Das Konzept der Pflegeversicherung bedeutete einen grundlegenden Neuansatz, der neben den verschiedenen Leistungen für die Pflegebedürftigen auch die pflegerische Infrastruktur mit ihren ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgungseinrichtungen umfasste und den Pflegekräften, sowohl den professionellen als auch den häuslichen und ehrenamtlichen Kräften, einen gebührenden Platz einräumte.

Rund 80 Millionen Bürgerinnen und Bürger haben so einen Versicherungsschutz für den Fall, dass sie eines Tages zu Hause oder in einer stationären Einrichtung gepflegt werden müssen. Jeder ist dort pflegeversichert, wo er auch krankenversichert ist. Alle in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten sind in die »soziale Pflegeversicherung« einbezogen. Wer privat gegen das Krankheitsrisiko versichert ist, muss eine private »Pflege-Pflichtversicherung« abschließen. Die soziale Pflegeversicherung ist neben der Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung die fünfte Säule der Sozialversicherung. Als Grundsicherung – nicht als Vollversorgung – konzipiert, bietet sie den betroffenen Menschen verlässliche Entlastung und Unterstützung. Wenn die bewilligten Leistungen der Pflegeversicherung zusammen mit der Eigenleistung des Pflegeversicherten (Einkommen z. B. aus



Herbert Mauel ist Geschäftsführer des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa). Der Zusammenschluss privater ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen wurde im Jahre 1964 gegründet und repräsentiert heute rund 2.600 private Alten- und Pflegeheime, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, ambulante Dienst und private Sozialdienstleistungsbetriebe. Mauel war nach dem Studium der Sozialpädagogik und der Weiterbildung zum Supervisor fast eineinhalb Jahrzehnte bei Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege tätig. Internet <http://www.bpa.de>

der Rente) nicht ausreichen, um die Pflege- oder Heimkosten zu decken, besteht die Möglichkeit, Sozialhilfe zu beantragen. Der Entscheidung über einen Antrag auf Leistungen vom Sozialamt geht stets eine Bedürftigkeitsprüfung voraus. Auch wer hilfebedürftig ist, jedoch keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegeversicherung erhält (»Pflegestufe 0«), kann unter den Voraussetzungen der Angemessenheit und Bedürftigkeit gegebenenfalls Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII erhalten. Hierüber entscheidet der zuständige Sozialhilfeträger.

Bilanz

Bekanntermaßen nimmt mit der steigenden Lebenserwartung der Deutschen auch die Anzahl der Pflegebedürftigen zu, mittlerweile liegt sie bei 2,13 Millionen Menschen. Um aber die Relationen nicht aus dem Blick zu verlieren, darf nicht vergessen werden, dass nur ein Teil der älteren Bevölkerung von Pflegebedürftigkeit betroffen ist. Älterwerden ist nicht zwingend gleichzusetzen mit pflegebedürftig werden. Vielmehr sind mehr als 80 Prozent aller 65-Jährigen nicht pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung. Der Großteil älterer Menschen lebt zu Hause und ist nicht auf Hilfe angewiesen. Hochbetagte haben allerdings ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden. Wenn eine Krankheit oder nachlassende Kräfte dazu führen, dass es ohne Hilfe nicht geht, entscheiden sich Pflegebedürftige oft zunächst für das Angebot der

ambulanten Versorgung, um weiterhin selbstbestimmt leben zu können.

- **Häusliche Pflege:** In der sozialen Pflegeversicherung erhalten heute rund 1,45 Millionen Pflegebedürftige Leistungen bei der Pflege zu Hause. Rund 838.000 in Pflegestufe I beziehen 205 Euro Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 384 Euro, rund 474.000 in Pflegestufe II 410 Euro Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 921 Euro und rund 139.000 in Pflegestufe III 665 Euro Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 1.432 Euro, in Härtefällen bis zu 1.918 Euro pro Monat.
- **Stationäre Pflege:** In der sozialen Pflegeversicherung beziehen rund 677.000 Menschen stationäre Pflegeleistungen. Hiervon erhalten rund 231.000 Leistungen der Stufe I 1.023 Euro, rund 293.000 Leistungen der Stufe II 1.279 Euro und rund 141.000 (einschließlich Härtefälle) Leistungen der Stufe III 1.432 Euro.

Seit Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Zahl der ambulanten Pflegedienste verdreifacht; im gesamten Bundesgebiet gibt es derzeit etwa 11.000 Einrichtungen, die zusammen mit den zirka 10.400 teil- und vollstationären Angeboten sowie ergänzenden Hilfsdiensten eine ausreichende und flächendeckende Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellen.

Reform

Lange Zeit stand die Reform der Pflegeversicherung ganz oben auf der politischen Agenda. Der seit 1995 unverändert geltende Beitragssatz von 1,7 Prozent reicht – insbesondere im Blick auf die demografische Entwicklung und die beabsichtigten Leistungsweiterentwicklungen – nicht mehr zur Finanzierung der Pflegeleistungen aus. Die nun von der großen Koalition beabsichtigte Pflegereform ist ein wichtiger Schritt. Dies gilt in besonderem Maße für die große Gruppe der demenziell erkrankten Menschen und deren pflegende Angehörige. Nach dem vorliegenden, vom Koalitionsausschuss beschlossenen, Eckpunktepapier zur Reform der Pflegeversicherung vom 19. Juni 2007 (vgl. Kasten Seite 14 und 15) soll unter anderem die häusliche Pflege schrittweise gestärkt werden – und damit die Pflegebereitschaft in den Familien. In der stationären Pflege erfolgt keine Absenkung der Sachleistungsbeträge, vielmehr werden Erhöhungen in Stufe III und für Härtefälle angekündigt. Ferner wird der Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, das heißt in erster Linie Demenzerkrankte, auf bis zu 2.400 Euro jährlich angehoben.

Dank des unermüdlichen Engagements tausender Einrichtungen konnten ursprünglich beabsichtigte milliardenschwere Leistungskürzungen im stationären Bereich verhindert werden. Diese hätten dazu geführt, dass Hunderttausende von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern von Sozialhilfe abhängig geworden wären, was ja mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung der Vergangenheit angehören sollte. Dass dem nun nicht so ist, gebührt allen Beteiligten ein herzlicher Dank!

Eine fundierte Handlungsgrundlage hatte der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und dem Deutschen Pflegerat den Verantwortlichen bereits auf dem Deutschen Pflegekongress beim Hauptstadtkongress »Medizin und Gesundheit 2005« mit dem gemeinsamen Positionspapier »Zur Zukunft der Pflegeversicherung« an die Hand gegeben. Damit wurde der Politik ein von über einer Million Pflegekräften und 90 Prozent aller Pflegeeinrichtungen getragenes Grundsatzpapier übergeben, das den Reformbedarf konkret auf den Punkt bringt und Lösungswege aufzeigt. An der Gültigkeit dieser gemeinsamen Positionen und Forderungen hat sich nichts geändert: Nach den beabsichtigten – sehr begrüßenswerten – Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung – bleiben als weitere wichtige Forderungen die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Regelungen zum Aufbau eines Kapitalstocks zur nachhaltigen finanziellen Sicherung der Pflege.

*»Zwei wichtige Forderungen bleiben:
die Einführung eines neuen
Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der
Aufbau eines Kapitalstocks«*

Pflegebegriff

Ein neu gebildeter Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes soll für das Bundesministerium für Gesundheit Entscheidungsgrundlagen erarbeiten, damit der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert und das Begutachtungsverfahren geändert werden kann. Seit Einführung der Pflegeversicherung wird nach Auffassung vieler Experten ein zu eng gefasster, nicht genügend ausdifferenzierter Pflegebedürftigkeitsbegriff zugrunde gelegt, der rein somatisch ausgerichtet ist. Wesentliche Aspekte wie Kommunikationsfähigkeit und soziale Teilhabe werden nicht berücksichtigt. Eines der größten Defizite ist die unzureichende Berücksichtigung der speziellen Hilfebedarfe demenziell erkrankter Menschen. Deren besonderen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfe, zum Beispiel bei Weglauftendenzen, Selbst- und Fremdgefährdung, Angst, Wahnvorstellungen, Aggressionen etc., werden nicht erfasst und haben somit keine Auswirkungen auf die Begutachtung. An einen neuen Pflegebegriff – weg vom verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 Abs.4 SGB XI, hin zu einem umfassenden Begriff – haben wir die Erwartung, dass der zu erhebende tatsächliche Pflege- und Betreuungsbedarf qualitativ wie quantitativ in die Planung des Pflegeprozesses einbezogen werden kann. Pflegerelevante Risiken müssen ebenso abgebildet werden wie vorhandene Ressourcen.

Werden aber nicht nur die heutigen Verrichtungen berücksichtigt, sondern der umfassende Bedarf erhoben,

weiter auf Seite 16

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) hat am 19. Juni 2007 ein »Eckpunktepapier« zur Pflegeform vorgelegt. Auszüge daraus:

»Die Pflegeversicherung bleibt ein zentraler Baustein der sozialen Sicherungssysteme. Die solidarische Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit mit dem Leitbild einer menschlichen Pflege wird auch in Zukunft gewährleistet sein. Die Pflegeversicherung muss jedoch – wie auch die anderen sozialen Sicherungssysteme – den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden. [...]

1. Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf – Integrierte wohnortnahe Versorgung und Pflegestützpunkte

Mit dem Ziel, wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen sowie aus einer Hand anzubieten, werden quartiersbezogene Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung vorhandener Strukturen gebildet. Diese werden mit einem neuen Vertragstyp »Integrierte wohnortnahe Versorgung und Betreuung« realisiert, der zwischen Krankenkassen, Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringern geschlossen werden kann. Es wird eine Anschubunterstützung für die Pflegestützpunkte von der Pflegeversicherung für 2 Jahre gewährt. Bei einer Förderung von durchschnittlich einem Stützpunkt je 20.000 Einwohner mit 15.000 würden Kosten von rd. 60 Mio. entstehen.

Fallmanagement: Die Pflegekassen werden verpflichtet, für ihre pflegebedürftigen Versicherten ein Fallmanagement (etwa im Rahmen der Pflegestützpunkte) anzubieten, welches die zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgt. Ein(e) Fallmanager(in) soll künftig Ansprechpartner(in) für jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sein. [...]

Förderung betreuter Wohnformen/Wohngemeinschaften: Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohneinrichtungen sollen die dort erbrachten Betreuungsleistungen flexibler als bisher in Anspruch nehmen und diese Leistungen allein oder mit anderen Pflegebedürftigen gemeinsam abrufen (»poolen«) können.

Einzelpflegekräfte: Pflegekassen sollen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften unterschiedlicher Qualifikation schließen können. Damit kann ambulante Pflege künftig individueller und bedarfsgerechter – persönlicher – erbracht werden. Die Pflegekassen haben nicht nur für die notwendige Qualität sondern auch dafür zu sorgen, dass die Zahl der Einzelpflegekräfte in einem angemessenen Verhältnis zu dem vorhandenen Leistungsangebot steht.

Qualifizierung und Abbau von Schwarzarbeit: Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen müssen bezahlbar sein und dürfen keinen Anreiz für Schwarzarbeit bieten. Der im Rahmen der Arbeitsmarktpolitik diskutierte Vorschlag, sozialversicherungspflichtige Tätigkeit im Haushalt als Auftraggeber bis zu einer bestimmten Lohnhöhe durch Steuergutschriften bis zur Höhe der jeweiligen Sozialversicherungsbeiträge staatlich zu fördern, dürfte auch im Bereich der Betreuung pflegebedürftiger Menschen viele neue legale Beschäftigungschancen eröffnen. Dazu müssen passgenaue Qualifizierungsmaßnahmen angeboten werden.

2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen

- Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 stufenweise wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher	2008	2010	2012
Stufe I	384	420	450	450
Stufe II	921	980	1.040	1.100
Stufe III*	1.432	1.470	1.510	1.550

- Die Stufe III für Härtefälle im ambulanten Bereich in Höhe von 1.918 /monatlich bleibt unberührt.

- Das Pflegegeld wird bis 2012 wie folgt angehoben:

Pflegestufe	bisher	2008	2010	2012
Stufe I	205	215	225	235
Stufe II	410	420	430	440
Stufe III	665	675	685	700

- Die stationären Sachleistungsbeträge der Stufen I und II bleiben zunächst unverändert. Die Stufe III und Stufe III in Härtefällen werden bis 2012 stufenweise wie folgt verändert:

Pflegestufe	bisher	2008	2010	2012
Stufe III	1.432	1.470	1.510	1.550
Stufe III (Härtefall)	1.688	1.750	1.825	1.918

[...]

- Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird auf bis zu 2400 jährlich angehoben. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber Betreuungsbedarf haben, können diesen Betrag auch erhalten. Der zusätzliche Leistungsbetrag wird in unterschiedlicher Höhe (2 Stufen) entsprechend des festgestellten Betreuungsaufwands geleistet. In der Regel korreliert der Betreuungsaufwand von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit den Pflegestufen, da mit der Schwere der demenziellen Erkrankung neben dem Beaufsichtigungsbedarf auch der verrichtungsbezogene Hilfebedarf ansteigt.

[...]

- Der Anspruch auf Tagespflege wird ausgebaut. Neben dem Anspruch auf Tagespflege soll noch ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege geleistet werden.

[...]

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen künftig in einem dreijährigen Rhythmus dynamisiert werden. Da die bisherigen Leistungsbeträge ab 2008 stufenweise angehoben werden, beginnt die entsprechende Dynamisierung erstmals 2015, drei Jahre nach Abschluss der Anhebung der Sachleistungsbeträge. Ob und inwieweit eine Dynamisierung entsprechend der Preissteigerungsrate in der Folgezeit geboten ist, wird danach alle 3 Jahre geprüft. Die Höhe der Anpassung wird von der Bundesregierung gegebenenfalls per Rechtsverordnung in Anlehnung an die Inflationsentwicklung in den letzten 3 Jahren festgelegt. Dabei soll der Anstieg nicht höher sein als die Bruttolohnentwicklung im selben Zeitraum.

[...]

- Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 5 Mio. im Jahr auf 15 Mio. angehoben, so dass mit der Kofinanzierung der Länder und Kommunen 30 Mio. pro Jahr zur Verfügung stehen werden.

3. Einführung einer Pflegezeit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

Bei Pflege durch Angehörige wird für die Dauer von 6 Monaten ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt. Betriebe mit bis zu zehn Mitarbeitern werden aufgenommen. Die Pflegezeit kann von verschiedenen Angehörigen nacheinander wahrgenommen werden.

Die notwendige soziale Absicherung in der Rentenversicherung ist nach geltendem Recht gewährleistet. Wo keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienmitversicherung) besteht, gewährt die Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des Mindestbeitrags zur Kranken- und Pflegeversicherung. Hinsichtlich der Rahmenfristen, Wartezeiten etc. in der Arbeitslosenversicherung gilt für die Pflegezeit die gleiche Rechtslage wie bei der Inanspruchnahme von Elternzeit.

Die Einführung der Pflegezeit ist für die Pflegeversicherung in etwa kostenneutral. Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, sollte für diese Fälle für Angehörige ebenfalls ein kurzfristiger Freistellungsanspruch von der Arbeit (unbezahlt) von bis zu 10 Tagen geschaffen werden.

Es wird geprüft, für diese Fälle nach dem Muster des kurzzeitigen Krankengeldanspruches (für max. 10 Tage) für Eltern bei Erkrankung von Kindern eine vergleichbare Finanzierung zu schaffen.

4. Bessere Ausgestaltung der Prävention und Rehabilitation in der Pflege

Mit finanziellen Anreizen sollen Anstrengungen von stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden, mit aktivierender Pflege und Rehabilitation qualitativ gute Pflege zu bieten und – soweit möglich – Verbesserungen im Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zu erzielen bzw. Verschlechterungen zu vermeiden. Pflegeheime, denen es durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich 1.536 €. Der Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe II und der Pflegestufe I, der sich innerhalb eines halben Jahres ergibt.

Die Krankenversicherung erstattet der Pflegeversicherung den Betrag in Höhe von 1.536 € für diejenigen pflegebedürftigen Menschen, für die innerhalb von 6 Monaten nach Begutachtung und Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind.

5. Ausbau der Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich soll weiter ausgebaut werden. Eigene Anstrengungen der Träger im Qualitätsmanagement für eine bessere Pflege sollen im Rahmen der Regelprüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) berücksichtigt werden. Die Prüfberichte des MDK werden in verständlicher Sprache aufbereitet und veröffentlicht. Damit wird Transparenz hinsichtlich der qualitativen Leistungsfähigkeit der Einrichtungen für den Bürger geschaffen.

6. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

- Die Pflegekassen werden verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern und den übrigen Vertragspartnern darauf hinzuwirken, dass bürgerschaftlich Engagierte noch besser in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler

Ebene wie z. B. in Betreuungsgruppen für Demenzzranke, Helferkreise und Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen eingebunden werden.

- Aufwendungen, die z. B. für die vorbereitende und begleitende Schulung der bürgerschaftlich engagierten Helfer oder für die Organisation und Planung dieser Einsätze entstehen, können in den Vergütungsverträgen angemessen berücksichtigt werden.

7. Abbau von Schnittstellenproblemen

Schon mit der Gesundheitsreform wurden mehrere wichtige Schnittstellenprobleme gelöst (z. B. Erweiterung der Integrierten Versorgung, Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit, Präzisierung des Hilfsmittelanspruchs). Weiterer Bedarf besteht in folgenden Bereichen: Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder eigene Heimärzte einstellen. Die Schnittstellenprobleme zwischen dem SGB XI und dem Heimrecht sollen gelöst werden. Die Krankenhäuser haben in ihrem Versorgungsmanagement den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege zu gewährleisten. Die Durchführung erfolgt durch hierfür qualifiziertes Personal, insbesondere Pflegefachkräfte. Die Pflegekassen wirken daran mit.

8. Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung

Durch verschiedene Maßnahmen sollen die Wirtschaftlichkeit der Pflegeversicherung im Interesse der Pflegebedürftigen verbessert und die Pflegekräfte sowie die Einrichtungen von unnötiger Bürokratie entlastet werden. Für den Bereich der Pflegeheime werden flexible Personalschlüssel eingeführt. Sie sind nach den Notwendigkeiten der Qualität, des Bedarfs der Pflegeheimbewohner und der Wirtschaftlichkeit von den Pflegesatzparteien zu vereinbaren.

9. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassungsbedarf in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Die Pflegekassen erhalten wie im Bereich der GKV die Möglichkeit, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln. Die Portabilität der individuellen Altersrückstellungen und soziale Regelungen zur Tragung der Beiträge bei niedrigen Einkommen analog zum Basisstarif in der PKV werden auch für den Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung eingeführt.

10. Finanzierung

Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes um 0,25 % ab 1. Juli 2008. Zur Abdeckung der bestehenden leichten Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung und zur Finanzierung der vorgeschlagenen Verbesserungen der Leistungen wird der Beitragssatz ab 1. Juli 2008 auf 1,95 % erhöht. Aus heutiger Sicht reicht dieser Beitrag aus, die Leistungen der Pflegeversicherung bis etwa 2014/2015 zu finanzieren, ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss.

Das Dokument steht auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit zum Herunterladen zur Verfügung (Internet http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Pflegereform.html)

würde bei ansonsten gleich bleibenden gesetzlichen Regelungen die Zahl der Pflegebedürftigen sprunghaft steigen. Aus diesem Grunde muss die finanzielle Situation der Pflegeversicherung verbessert werden. Ob die dafür ins Auge gefasste Beitragserhöhung ausreicht, bleibt zweifelhaft.

Selbstverwaltung

Die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung in der Pflege steht immer wieder zur Diskussion. Letztlich fehlt es hier aber nicht an Einigungswillen. Immer stärker macht sich bemerkbar, dass nicht weiter akzeptiert werden kann, dass Diskussionen um »Leistung und Qualität« getrennt geführt werden von denen um die Finanzierbarkeit. Insofern ist die momentan schwierige Situation erster Ausdruck der sich weiter verschärfenden Finanzierungsdebatte. Die Einführung einer Schiedsstelle, auch auf Bundesebene, könnte hilfreich sein. Genauso wichtig wäre dann aber auch die Option, ähnliche Schiedsstellenstrukturen auch im SGB XII einzuführen; auf Bundes- wie auf Landesebene für den Bereich der Leistungsvereinbarungen.

Entbürokratisierung

Der politisch beliebte Wunsch nach Entbürokratisierung und die anzutreffende Wirklichkeit sind weit voneinander entfernt. So wird das gegenwärtige System im Übermaß von bürokratischen Zwängen, Qualitätskontrollen und Überregulierungen bestimmt. Heim- und Pflegedienstleitungen sowie Pflegekräfte müssen eine Flut von neuen bürokratischen Anforderungen umsetzen, die die Planungssicherheit und den kontinuierlichen, teamorientierten Aufbau systematischer Arbeitsprozesse hindern. Der erhebliche Zeitaufwand zur Erfüllung der bürokratischen Vorschriften fehlt den Pflegekräften, um auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können. Auch eine langfristig verlässliche Finanzplanung wird durch diese latente Instabilität der Rahmenbedingungen erheblich behindert. Deshalb müssen überflüssige Regelungen und Bürokratie durch Deregulierung auf allen Ebenen abgebaut werden – beispielsweise durch Streichung des Leistungs- und Qualitätsnachweises, der Pflegebuchführungsverordnung, des Pflegeheimvergleichs und des Genehmigungsvorbehaltes in der häuslichen Krankenpflege sowie durch eine klare Abgrenzung der Aufgaben der Medizinischen Dienste und Heimaufsicht.

Schwarzarbeit

Mittlerweile sorgen zirka 100.000 osteuropäische Hilfskräfte in Pflegehaushalten dafür, dass professionelle Anbieter nicht mehr konkurrenzfähig und gewachsene Strukturen in der Altenpflege in der Existenz bedroht sind: Während in anderen Bereichen, wie der Baubranche, die Schwarzarbeit zurückgeht, verzeichnet die Pflegebranche gegenwärtig eine deutliche Zunahme an illegaler Beschäftigung. Personalentlassungen bis hin zu Betriebs-schließungen sind nachweisbare Folgen. Die Ausbildung

junger Menschen wird zwangsweise eingestellt. Im Rahmen seines bereits vor zwei Jahren vorgelegten Konzeptes zur Bekämpfung der Schwarzarbeit in Pflegehaushalten fordert der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste unter anderem eine gesetzlich verankerte Verpflichtung der Pflegekassen gegenüber Pflegebedürftigen, die Geldleistungen wählen, regelmäßig und detailliert nachzuweisen, welche Personen die Pflege sicherstellen. Ein solcher Nachweis muss Voraussetzung für den Geldbezug sein. Nur so ist ein Missbrauch zu verhindern und die Schwarzarbeit in diesem Bereich einzudämmen.

Fazit

Die beabsichtigte Reform stellt ein wichtiger Schritt zur Sicherung des Erfolgs der Pflegeversicherung dar. Besonders erfreulich ist es, dass sich die Pflege zu Wort gemeldet hat und eine breite gesellschaftliche Diskussion geführt wurde, die auch die Politik erreicht sowie deutlich beeinflusst hat. So ist inzwischen allen bewusst, dass gute Pflege unserer Gesellschaft etwas wert sein muss und wir gemeinsam dafür verantwortlich sind, dass die jetzt merklich bessere Stimmung dauerhaft anhält und Pflege selbstbewusst ihre wichtige Arbeit leistet.

Wer die Leistungsverbesserungen als »Minireform« kritisiert, denkt taktisch und nicht im Sinne der pflegebedürftigen Menschen. Die zusätzliche Belastung liegt bei ein bis zwei Euro je 1.000 Euro Einkommen. Die Reform ist angesichts des demografischen Wandels und der gesellschaftlichen Entwicklung erforderlich und muss gegen Widerstände von Interessengruppen beschlossen werden. Wer, wenn nicht eine große Koalition, sollte dieses sonst umsetzen? ◆