

Menschenwürdige Pflege braucht sichere Rahmenbedingungen

Eckpunkte der Volkssolidarität für eine Reform der Pflegeversicherung

(vom Bundesvorstand der Volkssolidarität auf seiner Sitzung am 12. März 2005 beschlossen)

Die Volkssolidarität leistet mit ihren sozialen Diensten und Einrichtungen einen wichtigen Beitrag zur Betreuung und Pflege von pflegebedürftigen Menschen, überwiegend Älteren und Hochaltrigen.

Mehrere Tausend haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Volkssolidarität sind in den 147 Sozialstationen/Ambulanten Pflegediensten, 38 Altenwohn- und Pflegeheimen sowie in Einrichtungen der Kurzzeit- und Tagespflege tätig. Sie gewährleisten eine anspruchsvolle pflegerische und Betreuungsarbeit für täglich etwa 25.000 Menschen, darunter auch viele Mitglieder des Verbandes. Der Handlungsrahmen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den sozialen Diensten und Einrichtungen wird weitgehend durch die 1995 eingeführte Soziale Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI, damit eng zusammenhängenden Gesetzen und Regelungen¹ sowie Vorschriften der Träger der Sozialhilfe bestimmt.

Für die Pflege und Betreuung in ihren sozialen Diensten und Einrichtungen hat die Bundesdelegiertenversammlung der Volkssolidarität im April 2004 das **Pflegeleitbild der Volkssolidarität** beschlossen. Es stellt die **Würde des Menschen in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns**. „Menschenwürdige Pflege muss sich vor allem am tatsächlichen Bedarf von älteren und anderen hilfebedürftigen Menschen orientieren. Das erfordert eine ganzheitliche Pflege, die auch Leistungen zur Befriedigung der sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Menschen einschließt.“²

Mit ihrem Pflegeleitbild, ihren qualitätsorientierten Pflegekonzepten und den Qualitätsprüfungen ihrer Einrichtungen stellt sich die Volkssolidarität den Anforderungen an eine zeitgemäße Pflege, die dem Wohl der zu pflegenden Menschen verpflichtet ist³.

Es ist daher ein wichtiges Anliegen der Volkssolidarität, sich zu grundlegenden Fragen in der Entwicklung des sozialen Sicherungssystems „Soziale Pflegeversicherung“ zu äußern, auf Probleme und Herausforderungen hinzuweisen, Reformbedarf zu benennen und eigene Lösungsvorschläge zu unterbreiten.

I. Stand und Probleme in der sozialen Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung ist seit ihrer Einführung 1995 zu einem wichtigen und unverzichtbaren Bestandteil der sozialen Sicherungssysteme geworden, um das individuelle Pflegerisiko abzusichern, insbesondere im Alter.

Fast **97 Prozent der Bevölkerung sind heute pflegeversichert** – 70,78 Mio. Personen in der sozialen Pflegeversicherung und 8,76 Mio. Personen in der privaten Pflegeversicherung. Gegenwärtig erhalten monatlich rd. 2 Mio. Menschen **Leistungen der Pflegeversicherung** (rd. 1,36 Mio. erhalten ambulante und 650.000 erhalten stationäre Leistungen, mehr als die Hälfte aller Leistungsempfänger im Jahre 2002 war bereits 80 Jahre alt oder älter)⁴.

Wichtige Ziele hat die Pflegeversicherung **erreicht**:

- Durch die Einführung der Pflegeversicherung haben die Versicherten einen **rechtlichen Anspruch** auf Leistungen für den Fall des Pflegerisikos. Dadurch konnte die **pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit**, vorwiegend älterer Menschen, deutlich zurückgedrängt werden, wenn auch nicht in dem erhofften Umfang. So ging die Zahl der Personen, die Hilfe zur Pflege im Rahmen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen mussten, von 573.636 im Jahre 1995 auf 313.190 im Jahre 2002 zurück⁵. Über 260.000 Menschen verloren somit den Status von Almosenempfängern.
- Die **Pflege in den Familien**, die nach wie vor die Hauptlast der Pflege trägt, wurde durch die nicht-bedürftigkeitsgeprüfte Geldleistung gestärkt. Etwa 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, wobei mehr als 70 Prozent ausschließlich Pflegegeld und nur 15 Prozent ausschließlich Pflegesachleistungen beziehen.
- Die **professionelle Pflegestruktur** wurde deutlich ausgebaut und verbessert. Seit Einführung der Pflegeversicherung wurden in diesem Bereich etwa 250.000 Arbeitsplätze geschaffen.⁶
- Die jährlichen **Aufwendungen der Sozialhilfe** für Hilfe zur Pflege gegenüber 1994, dem letzten Jahr vor In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung, sind um 6,1 Mrd. Euro zurückgegangen. Dennoch entfallen für Hilfe zur Pflege immer noch ca. 2,9 Mrd. Euro auf die Sozialhilfe.

Die Pflegeversicherung weist aber auch eine **Reihe von erheblichen Defiziten** auf. Einige waren bereits bei ihrer Einführung strukturell angelegt. Sie wirken sich negativ auf die pflegebedürftigen Menschen und auf die im Pflegebereich Tätigen aus:

- Die soziale Pflegeversicherung wurde von Anfang an als eine Art **„Teilkasko“-Versicherung** eingeführt, die vor allem aus Kostengründen auf Defizite bei Verrichtungen des täglichen Lebens ausgerichtet ist. Der **enge, vorwiegend verrichtungsbezogene Pflegebegriff** trägt der tatsächlichen Pflegesituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen nur ungenügend Rechnung. Allgemeinem Betreuungsbedarf für psychisch Kranke, Menschen mit geistigen Behinderungen und Demenzkranke kann daher nur unzureichend entsprochen werden. Der **sozial-kulturelle Bedarf** pflegebedürftiger Menschen, der einen wichtigen Bestandteil ihrer gesellschaftlichen Teilhabe darstellt, wird nur sehr eingeschränkt berücksichtigt.

- Die **Leistungen** der Pflegeversicherung – im ambulanten Bereich das Pflegegeld und die Sachleistungen sowie im stationären Bereich die Zuschüsse – wurden auf dem Niveau zum Zeitpunkt ihrer Einführung **fest budgetiert** („gedeckelt“), um den gesetzlich festgeschriebenen Beitragssatz von 1,7 Prozent nicht erhöhen zu müssen.

Angesichts der Kostensteigerungen in den letzten zehn Jahren führt die ausstehende Dynamisierung zu einer Entwertung der im SGB XI vorgesehenen Pflegeleistungen. **Insbesondere im ambulanten Bereich sind Pflegebedürftige und Leistungserbringer einem wachsenden Kostendruck ausgesetzt.** Dabei ist zu berücksichtigen, dass neben den Leistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe **nicht unerhebliche Leistungen von den Pflegebedürftigen selbst und von deren Angehörigen** aufgebracht werden⁷.

Nicht akzeptabel ist ein Vorgehen in den neuen Bundesländern, bei dem die zusätzlichen Belastungen nach dem Auslaufen des langjährig vom Bund finanzierten Investitionsprogramms für Pflegeeinrichtungen nunmehr verstärkt auf Kommunen und pflegebedürftige Heimbewohner abgewälzt werden.

Darüber hinaus zeigen sich im heutigen System der sozialen Pflegeversicherung weitere Schwachpunkte:

- **Prävention und Rehabilitation** sind unzureichend in das System der Pflegeversicherung eingebunden. Die Pflegeversicherung ist selbst kein Leistungsträger für die Rehabilitation und daher auf andere Leistungssysteme (Gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung) angewiesen. In der Praxis hat daher vor allem die geriatrische Rehabilitation einen viel zu geringen Stellenwert. Führt Rehabilitation zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und zu einer verminderten Pflegebedürftigkeit, wird dies im bestehenden Leistungssystem nicht honoriert.
- Der Grundsatz **ambulant vor stationär** kann in der Praxis oft nicht durchgesetzt werden, weil die Versorgungsstrukturen Lücken aufweisen, nicht aufeinander abgestimmt bzw. vernetzt sind, alternative Angebote fehlen und/oder pflegende Angehörige nicht zur Verfügung stehen. Dies verstärkt den Trend zur stationären Pflege⁸. Ferner ist ein Mangel an deutlicheren Anreizen für niedrigschwellige Angebote⁹ und für innovative Pflegestrukturen zu verzeichnen.
- Der hohe **Bürokratie–Aufwand in der Pflege** ist in den letzten Jahren weiter gewachsen. Dies belastet nicht nur das Pflegepersonal sondern führt auch zu einer Verschiebung der Gewichte zwischen der Pflege am/für Menschen und administrativ-sachlichen Tätigkeiten zugunsten letzterer.
- Unklare bzw. strittige Fragen der **Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung und Gesetzlicher Krankenversicherung** („Schnittstellen“ bzw. Leistungsverlagerung von der GKV in die Pflegeversicherung, insbesondere bei der häuslichen Krankenpflege) führen zur Verunsicherung für Leistungserbringer und Pflegebedürftige, die sich negativ auf die Qualität der Pflege auswirkt¹⁰.
- Trotz zusätzlicher gesetzlicher Regelungen und verstärkter Anstrengungen vieler Leistungsanbieter, die **Qualität in der Pflege** zu erhöhen, sind **Missstände** zu verzeichnen, die gegen das Ziel einer menschenwürdigen

Pflege verstoßen. Anlage und Ausrichtung des SGB XI und abgeleiteter Vorschriften stellen die Prozess-Qualität der Pflege in den Vordergrund, während im Vergleich dazu die Ergebnis-Qualität für die zu pflegenden Menschen oft einen zu geringen Stellenwert einnimmt.¹¹

- Pflege am und für Menschen ist nicht oder nur eingeschränkt mit der Erzeugung/Vermarktung anderer Güter und Dienstleistungen vergleichbar. **Pflege kann nur durch Menschen geleistet werden.** Sie sind nicht ersetzbar, für Rationalisierung im Pflegebereich sind daher Grenzen gesetzt. Gut ausgebildete Pflegefach- und Hilfskräfte mit der Fähigkeit zu menschlicher Zuwendung und mit sozialer Kompetenz sind entscheidend für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung. Dies wird jedoch **gesellschaftlich unzureichend anerkannt und honoriert.**

Darüber hinaus steht die Gesellschaft vor einer Reihe von Problemen und **Herausforderungen**, denen die Pflege in Gegenwart und Zukunft gerecht werden muss.

- Die **demografische Entwicklung** bringt mit sich, dass in Zukunft mehr ältere und mehr hochaltrige Menschen zu pflegen sind. Damit sind sowohl quantitative als auch qualitative Anforderungen an die Zukunft der Pflege verbunden¹². Gleichzeitig ist jedoch auch eine Erhöhung der Lebensjahre zu verzeichnen, in denen Menschen nicht krank oder pflegebedürftig sind. Zu den Herausforderungen gehört daher, das anwachsende Potential für die informelle Pflege zu erschließen und zu nutzen.
- Der **soziale Wandel** in Familienstrukturen und Lebensformen trägt dazu bei, dass familiäre Netzwerke künftig in geringerem Umfang für pflegerische Aufgaben zur Verfügung stehen, als dies heute der Fall ist¹³. Daraus ergeben sich höhere Anforderungen zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur Förderung ehrenamtlicher Pflegepotentiale.
- Tiefgreifende **Änderungen in der Finanzierung des Gesundheitssystems**, insbesondere die Einführung des Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich, erfordern ein verändertes Bedarfsspektrum in der häuslichen bzw. ambulanten Pflege. Die Pflege-Infrastruktur muss sich mit entsprechenden Leistungs- und Angebotsprofilen auf diese Entwicklung einstellen.¹⁴

II. Reformbedarf für eine menschenwürdige Pflege

Die Pflegeversicherung ist dringend reformbedürftig – darin sind sich nahezu alle Akteure einig, obwohl sie den Reformbedarf sehr unterschiedlich bewerten und daher unterschiedliche Reformmaßnahmen in die Diskussion bringen¹⁵.

Für die Volkssolidarität ist Pflege, die die Menschenwürde in den Mittelpunkt stellt, eine entscheidende Frage des Umgangs mit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen jeden Alters. Mit zunehmendem Alter sind Menschen jedoch häufiger und in größerem Umfang auf Pflegeleistungen angewiesen. Sie haben ein Recht darauf, qualitativ hochwertige Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen, die darauf gerichtet sind, ihre „Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten und wiederherzustellen“ (Pflegeleitbild der Volkssolidarität).

Um dieses Ziel erreichen zu können, ergeben sich folgende **grundlegende Anforderungen an eine Reform der Pflegeversicherung**:

- (1) ***Die soziale Pflegeversicherung benötigt einen verlässlichen Rahmen zur Finanzierung der Pflegeleistungen in Gegenwart und Zukunft.***

Dieser Rahmen soll eine langfristig stabile und sozial gerechte Einnahme-Basis ermöglichen und zugleich gewährleisten, dass die Pflegebedarfe in allen Bereichen ausreichend finanziert werden können. Dies schließt die erforderliche ***Dynamisierung der Pflegesätze***, vorrangig ***im ambulanten Bereich***, ein.

Die gegenwärtige Finanzierung der Pflegeleistungen entspricht diesen Erfordernissen nicht und kann – ohne Änderungen – bestenfalls bis 2007 das gegenwärtige Leistungsniveau aufrechterhalten. Die künftigen Herausforderungen an die Pflege können mit den gegenwärtigen Finanzierungsgrundlagen nicht bewältigt werden. Deshalb ist ein gesicherter und auf künftige Anforderungen eingestellter Finanzierungsrahmen ***eine Schlüsselfrage*** für eine menschenwürdige Pflege, die von einem ganzheitlichen Pflegebegriff ausgeht.

- (2) ***Die Soziale Pflegeversicherung muss den sich verändernden demografischen und sozialen Bedingungen qualitativ besser Rechnung tragen.***

Eine engere Einbindung von Prävention und Rehabilitation in die Pflege ist eine Voraussetzung dafür, dass die demografische Herausforderung in der Pflege positiv bewältigt werden kann. Gesunde Lebensweisen, die Vermeidung von Altersarmut, ein gesundheitsförderndes soziales Umfeld, harmonische Familienkontakte und gesellschaftliche Teilhabe sind wichtige Faktoren dafür, dass Pflegebedürftigkeit vermieden, verzögert oder vermindert werden kann.

- (3) ***Der bisherige verrichtungsbezogene Pflegebegriff muss überwunden und im Sinne einer ganzheitlichen Pflege erweitert werden.***

Die Ausgrenzung von Pflege- bzw. Betreuungsbedarfen, insbesondere für psychisch Kranke, Menschen mit geistigen Behinderungen und Demenzkranke, durch einen zu engen, vorwiegend verrichtungsbezogenen Pflegebegriff ist mit menschenwürdiger Pflege nicht vereinbar. Pflege, die gegenwärtig in einem „Teilkasko“-System auf Teilleistungen beschränkt ist, kann auch dem eigentlichen Ziel der Pflege nur beschränkt entsprechen, die Lebensqualität, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe pflegebedürftiger Menschen zu erhöhen. Das Pflege-Engagement von Angehörigen und Pflegekräften gleicht diesen Mangel zwar teilweise aus und ist daher hoch zu würdigen. Gleichzeitig werden aber Angehörige und Pflegekräfte durch diesen Mangel oft in Überforderungs-Situationen gedrängt, anstatt sie zu entlasten.

- (4) ***Die gegenwärtigen Rahmenbedingungen verhindern, dass Pflegedienste und –einrichtungen in ausreichendem Maße notwendige Aufwendungen tätigen können, um ihre Angebote besser auf den sich verändernden Bedarf einzustellen und die Qualität der Pflege zu erhöhen.***

Die rund 10.600 zugelassenen ambulanten Pflegedienste und die nahezu 9.200 zugelassenen voll- bzw. teilstationären Pflegeheime betreuten im Jahre 2001 ca. 1.040.000 pflegebedürftige Menschen. Vor allem in den ambulanten Diensten gelingt es immer weniger, kostendeckend zu arbeiten – etwa 80

Prozent der ambulanten Pflegedienste stehen vor erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten¹⁶, weil sie die im Leistungsrecht verankerten Rahmenbedingungen für die Entgelte kaum beeinflussen können. Dringend notwendige Leistungen, wie z. B. Beratung, Prävention und Prophylaxe, können über die Kostenträger unzureichend oder gar nicht finanziert werden.

III. Elemente für eine Reform der Pflegeversicherung

Die Bilanz und der dringende Reformbedarf in der Sozialen Pflegeversicherung sind wichtige Gründe für die Volkssolidarität, sich für ihre Stärkung als **eigenständige Säule in den sozialen Sicherungssystemen** einzusetzen, Fehlentwicklungen zu korrigieren und sie auf Anforderungen der Zukunft vorzubereiten. Die Volkssolidarität setzt sich für folgende Elemente einer Reform der sozialen Pflegeversicherung ein:

1. Finanzierung der Pflegeversicherung erneuern

Eine zuverlässige und zukunftsfeste Finanzierung der Pflege muss eine geregelte Dynamisierung der Pflegeleistungen, einen regelmäßigen Mittelzufluss sowie eine sozial gerechte Beitragsbelastung der Versicherten ermöglichen.

Deshalb sollte die **Einnahmebasis der Pflegeversicherung** durch folgende Maßnahmen gestärkt werden:

- **Einführung einer Bürgerversicherung** auch in der Pflegeversicherung durch
 - Ausweitung des Versicherten-Kreises auf alle Bürgerinnen und Bürger
 - Einbeziehung zusätzlicher Einkommensarten in die Beitragserhebung
 - Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Aufhebung der Versichertenpflichtgrenze¹⁷.

Legt man für diese Elemente gleiche Voraussetzungen wie bei der Einführung einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde, würde dies in der Pflegeversicherung zu Mehreinnahmen von 2,4 bis 2,5 Milliarden Euro führen. Dieser Betrag entspricht etwa 0,25 Beitragssatzpunkten in der Pflegeversicherung¹⁸. Das heißt, dass ohne die Einführung einer Bürgerversicherung die gleiche Einnahme-Verbesserung nur durch die Anhebung des Beitragssatzes von heute 1,7 auf 1,95 Prozent erreichbar wäre.

- Durch einen **steuerfinanzierten Ausgleich** sollten vor allem wachsende Belastungen der Pflegeversicherung durch eine ungünstige Entwicklung des Verhältnisses von weniger Beitragszahlern und einer zunehmenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen aufgefangen werden. Dieser **steuerfinanzierte Ausgleich für die Pflege** ist durch höhere Erbschaftssteuern zu finanzieren. Er muss auch einen Beitrag dazu leisten, für die Pflegeversicherung finanzielle Rücklagen bilden zu können.
- Die Einführung eines **Risikoausgleichs zwischen der Sozialen und der Privaten Pflegeversicherung** muss zu einer gerechteren Risiko- und Lastenteilung beitragen. Unter den gegenwärtigen Bedingungen hieße dies, die Soziale Pflegeversicherung an Überschüssen zu beteiligen, die in der Privaten Pflegeversicherung erzielt werden.

- **Leistungen der medizinischen Behandlungspflege** sollten wieder der Gesetzlichen Krankenversicherung zugeordnet und durch sie finanziert werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die übergroße Mehrheit der pflegebedürftigen Personen Mitglieder der GKV sind.

Beitragserhöhungen zur Abbremsung der defizitären Entwicklung in der Pflegeversicherung, die **bestimmte Bevölkerungsgruppen** (z. B. Rentner, Kinderlose) einseitig belasten, lehnt die Volkssolidarität entschieden ab¹⁹. Vorschlägen für die **Ablösung der Sozialen Pflegeversicherung durch ein steuerfinanziertes Pflege-Leistungsgesetz** kann die Volkssolidarität nicht zustimmen²⁰.

Neben den hier dargestellten Wegen zur Verbesserung der Einnahmehasis müssen auch Struktur-Verbesserungen in der Pflege auf der Ausgabenseite zur finanziellen Stärkung der Sozialen Pflegeversicherung beitragen.

2. Menschenwürdige Pflege sichern – alternative Pflegeangebote ausbauen

Die Volkssolidarität setzt sich für **strukturelle Veränderungen** ein, die ein breiteres und bedarfsgerechtes Leistungsangebot ermöglichen und zu mehr Qualität und Effizienz beitragen. Sie schlägt dafür folgende Richtungen bzw. Schritte vor:

- a) **Prävention und Rehabilitation** sollen in geeigneter Weise als **Leistungsangebote im SGB XI** verankert werden. Dabei sind insbesondere erweiterte Möglichkeiten für die **geriatrische Rehabilitation** vorzusehen.
- b) Die **Erweiterung des Pflegebegriffs im SGB XI** um die Bedarfe, die mit Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwand (einschließlich soziale Betreuung, Begleitung und Kommunikation) verbunden sind, ist notwendig, um durch eine ganzheitliche Pflege Lebensqualität und Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten. Gleichzeitig muss mit diesem Schritt der dafür notwendige pflegerische bzw. Betreuungsaufwand durch Angehörige und Pflegepersonal honoriert werden. Längerfristig können auf diese Weise Reserven erschlossen werden, um eine **aktivierende Pflege** zu stärken und in vielen Fällen hohen Pflegebedarf hinauszuzögern oder zu vermeiden.
- c) **Niederschwellige und pflegeergänzende Leistungen** sollten verstärkt gefördert und finanziell abgesichert werden. Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen, hauswirtschaftliche Hilfen, aufsuchende Betreuung (wie z. B. präventive Hausbesuche), Wohnraumanpassung, kommunikative und Mobilitätshilfen sowie Mahlzeitendienste sind wichtig, damit pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen besser den **Alltag bewältigen** können. Die Deckung des Bedarfs an niederschweligen und pflegeergänzenden Leistungen muss dazu beitragen, die steigende Nachfrage nach stationärer Pflege abzubremsen. Auf diese Weise könnten mittel- und längerfristig Mittel aus dem stationären in den ambulanten Bereich umgelenkt werden.
- d) Neue **Wohnformen**, wie z. B. Haus- und Wohngemeinschaften mit ergänzenden Serviceangeboten, sollten stärker gefördert werden, um möglichst flächendeckend **alternative Angebote zur stationären Versorgung** zu sichern. Solche Wohnformen müssen allerdings auch für

ältere Menschen nutzbar bleiben, die nur über ein geringes Alterseinkommen verfügen (ggf. über spezielle Wohngeldregelungen oder zusätzliche Hilfen für altersgerechtes Wohnen).

- e) Die Nutzung **Persönlicher Budgets** in der Pflege sollte dazu beitragen, pflegebedürftigen Menschen mehr Autonomie und Wahlmöglichkeiten für eine an ihrem individuellen Bedarf orientierte pflegerische Versorgungsleistung einzuräumen. Dazu bedarf es zusätzlicher Unterstützung (Beratung, Qualitätssicherung, Budgetsteuerung), die gewährleistet, dass das persönliche Budget zur Erhöhung der Lebensqualität und Selbstbestimmung beiträgt und effektiv verwendet wird.
- f) Die Sicherung **zuverlässiger Versorgungsketten** und **Einzelfall-Management** (case management) sollten als Mittel zur Erhöhung der Pflegequalität stärker entwickelt und gefördert werden. Diese Mittel sind als Strukturelemente einer möglichst lückenlosen Pflege-Infrastruktur (integrierte Versorgung) wichtig, um rechtzeitig den Anforderungen entsprechen zu können, die sich im künftigen Bedarf pflegebedürftiger Menschen aus Änderungen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (Einführung Fallpauschalensystem).

3. Pflegeleistungen besser honorieren und gesellschaftlich anerkennen

Die Volkssolidarität setzt sich für eine Reform der Pflegeversicherung ein, die es ermöglicht, die in der Pflege zu erbringenden Leistungen besser zu honorieren und Pfl egetätigkeit besser anzuerkennen. Dies ist dringend notwendig, um das Engagement und die Motivation von Angehörigen und pflegenden Personen besser nutzen zu können und die Qualität in der Pflege zu erhöhen. Die Pfl egetätigkeit sollte sowohl materiell als auch ideell besser anerkannt werden. Im Einzelnen heißt das:

- a) Die **Dynamisierung der Pflegesätze**, vor allem in der ambulanten Pflege, muss sich in Entgelten niederschlagen, die eine **ganzheitliche Pflege** ermöglichen und dafür eine leistungsgerechte Bewertung der pflegerischen Tätigkeit – einschließlich der Betreuungs- und Hilfetätigkeiten – des Personals in den Diensten und Einrichtungen gewährleisten. Sie ist eine entscheidende Voraussetzung, um den erforderlichen Einsatz von Fachpersonal zu sichern, das Pflegeleistungen in hoher Qualität erbringt.
- b) Eine **Entlastung des Pflegepersonals** (z. B. bei administrativen Aufgaben) sollte zugunsten der konkreten Pflege am Menschen genutzt werden. Dazu gehört ferner, dass den Diensten und Einrichtungen auch der wirtschaftliche Spielraum eingeräumt wird, notwendige Personaleinstellungen vorzunehmen.
- c) Die Volkssolidarität unterstützt alle Bemühungen zur **Nutzung ehrenamtlichen Engagements in der Pflege**. Dazu müssen jedoch die Rahmenbedingungen verbessert werden (z. B. durch mehr Angebote für Schulung, Anleitung und Begleitung). Ehrenamtliche Pfl egetätigkeit sollte jedoch nicht in die Position gebracht werden, als Ersatz für reguläre fachliche Pflege zu dienen, um Kosten einzusparen. Ehrenamtliches Engagement – als Partner der professionellen Pflege – sollte professionelle Angebote ergänzen.

- d) Die bessere **Unterstützung der Angehörigen durch Beratung und Begleitung, bessere Weiterbildungsangebote sowie die stärkere Nutzung von Selbsthilfe – Möglichkeiten** stellt eine wichtige Ressource dar, um vor allem die häusliche Pflege sowie spezielle Pflege-Bedarfe (z. B. bei Kindern, Hospizarbeit) besser abzusichern. Gleichzeitig müssen entsprechende Angebote helfen, die Qualität der Pflege auch im häuslichen Bereich zu gewährleisten.
- e) Zur Qualitätssicherung in der Pflege erforderliche **Aufwendungen für Bildung und Weiterbildung, für Hilfen bei der Konfliktbewältigung im Pflegealltag sowie für die Einhaltung von Qualitätsstandards** müssen in den Pflegesatzverhandlungen durch die Kostenträger anerkannt und entsprechend eingeplant werden.
- f) Eine gesellschaftliche **Aufwertung der Berufsbilder in pflegerischen Berufen** ist dringend notwendig, um betreuende und pflegerische Tätigkeiten besser anzuerkennen und sowohl für Berufsanfänger als auch für in diesem Bereich bereits arbeitendes Personal attraktiver zu machen. Die Aufwertung des Pflegeberufs stellt eine wichtige Reserve dar, die besser genutzt werden muss, um den Verbleib von Fachkräften im Pflegeberuf zu fördern.
- e) Die **öffentliche Darstellung des Berufsbildes in pflegerischen Berufen** darf nicht in erster Linie durch bestehende Mängel und Defizite in der Pflege geprägt werden, sondern sollte verstärkt die engagierte und verantwortungsvolle Tätigkeit der Menschen würdigen, die pflegerisch tätig sind. Ein **gesellschaftliches Altenbild**, das viel zu oft und undifferenziert ältere Menschen nur als pflegebedürftige Fürsorge-Fälle darstellt, trägt ebenfalls nicht dazu bei, Pflgetätigkeit in ein positives Licht zu rücken und dafür in der Öffentlichkeit Aufgeschlossenheit zu erzeugen.

IV. Reform der Pflegeversicherung auf den Weg bringen

Eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung ist – nach Jahren der Diskussion über bestehende Pflege-Defizite und zahlreichen Vorschlägen für deren Überwindung – überfällig.

Die Volkssolidarität fordert daher die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern dazu auf, eine gründliche Reform zur Stärkung der Sozialen Pflegeversicherung nicht weiter auf die lange Bank zu schieben.

Im Interesse der pflegebedürftigen Menschen und derjenigen, die die tägliche Pflgetätigkeit leisten, muss eine solche Reform im Jahre 2005 auf den Weg gebracht werden.

Dafür wird sich die Volkssolidarität in den entsprechenden Fachgremien und gemeinsam mit anderen Verbänden einsetzen.

Kommentare, Erläuterungen, Quellenhinweise

1

Dazu gehören insbesondere das Heimgesetz, das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) für die häusliche Krankenpflege (§ 37), das Pflegequalitätssicherungsgesetz (PQSG), das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) mit Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) mit den nachrangigen Leistungen der Hilfe zur Pflege, das Gesetz über die Ausbildung in Berufen der Altenpflege etc.

2

Siehe **Sozialpolitische Positionen der Volkssolidarität (Diskussionsmaterial)**, März 2003, S. 27

3

Siehe Dr. Bernd Niederland **Zwei Verbände – eine Aufgabe: Pflege**, in „Spätsommer“, Verbandsjournal der Volkssolidarität, 01-2004

4

Für detaillierte Angaben zur Sozialen Pflegeversicherung verweisen wir auf den **3. Bericht der Bundesregierung zur Pflegeversicherung** vom November 2004, der auf den Internet-Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) unter www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege abrufbar ist. Insbesondere ist dort auf Kapitel **II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger** (Seite 47 ff.) und die entsprechenden Anlagen hinzuweisen.

Eine ausführliche Darstellung der Pflegeversicherung enthält ferner der **Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Pflege**, der Ende 2004 vom **Robert Koch Institut (RKI)** im Rahmen des Informationssystems der Gesundheitsberichterstattung des Bundes herausgegeben wurde (siehe auch www.rki.de/GBE/GBE.HTM).

5

Siehe **Schwerpunktbericht Pflege** des **RKI**, a. a. O., S 21 f. Dieser Quelle ist zu entnehmen, dass im Jahre 2002 313.190 pflegebedürftige Menschen nach wie vor von zusätzlichen Leistungen der Sozialhilfe abhängig waren, davon über 85.779 im Bereich der ambulanten Pflege und 228.789 im Bereich der stationären Pflege. Etwa zwei Drittel der Personen, die von zusätzlichen Sozialhilfeleistungen zur Pflege abhängig waren, waren Frauen.

6

Die in diesem Abschnitt enthaltenen Zahlenangaben wurden dem Beitrag von Dr. Heinz Rothgang (Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen) **Reformoptionen zur Finanzierung der Pflegeversicherung – Darstellung und Bewertung** – entnommen, den er am 14.10.2004 auf der Tagung „Zukunft der Pflege“ der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt in Hennef hielt, sowie Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung anlässlich der Behandlung des **3. Berichts der Bundesregierung zur Pflegeversicherung** durch das Bundeskabinett am 03.11.2004.

7

Siehe **Schwerpunktbericht Pflege** des **RKI**, a. a. O., S 21 f. Es verdient Beachtung, dass die Autoren des **Schwerpunktberichts Pflege** darauf hinweisen, dass zu diesen „Eigenleistungen“ der pflegebedürftigen Menschen bzw. ihrer Angehörigen keine zuverlässigen Daten vorliegen.

8

Während 1996 erst 25 Prozent aller Pflegebedürftigen in Heimen versorgt wurden, waren es 2001 nach Angaben des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) bereits annähernd 30 Prozent. Noch drastischer zeigt sich dieser Trend in der Ausgabenstruktur der Pflegeversicherung. Im Jahre 2003 entfielen **46,7 Prozent aller Leistungsausgaben auf den stationären Bereich**, 23,4 Prozent auf Pflegegeld und 13,5 Prozent auf Pflegesachleistungen. „Der Anteil der vollstationären Pflege an den Leistungsausgaben steigt kontinuierlich an“, konstatiert der **3. Bericht der Bundesregierung zur Pflegeversicherung**, a. a. O., S. 52

9

Mit dem Pflegeleistungsergänzungs-Gesetz (PflEG) wurden 2002 Voraussetzungen geschaffen, um niedrigschwellige Angebote, vor allem für demenzerkrankte Menschen, zu fördern. Der komplizierte Prozess der Schaffung rechtlicher Voraussetzungen auf Länderebene und die Anerkennungsverfahren für solche Angebote führen jedoch zu Verzögerungen, so dass 2004 bundesweit von etwa 1.100 solcher Angebote gesprochen werden kann. Dies ist ein wichtiger Fortschritt, bleibt aber offenbar weit unter dem realen Bedarf. Der mit dem PflEG nach § 45b SGB XI möglich gewordene finanzielle Leistungs-Rahmen von jährlich 460 € pro Pflegeperson grenzt die Nutzung der Angebote relativ eng ein. Von ursprünglich erwarteten 400.000 anspruchsberechtigten Personen erhielten im Jahr 2003 ca. 220.000 Personen einen positiven Bescheid ihrer Kasse, davon nahmen jedoch nur ca. 30.000 diese neue Leistung in Anspruch. „Die Angebotsdichte (bei niedrigschwelligem Angeboten) ist regional unterschiedlich ausgeprägt und es gibt kein bundesweit flächendeckendes Angebot an Betreuungsmaßnahmen“ (siehe **3. Bericht**, a. a. O., Seite 41 ff.).

Innovative Pflegeformen werden zur Zeit in einer Reihe von Modellprojekten erprobt (z. B. Pflegebudget, Pflegebegleiter, Wohnformen für Demenzerkrankte, neue Wohnformen im Alter u. a.). Eine Aufstellung der wichtigsten Modellprojekte ist dem **3. Bericht**....., a. a. O., Seite 45 f. zu entnehmen.

10

Mit dem GKV-Modernisierungs-Gesetz (GMG) ist jedoch eine gewisse Klärung bei der Zuordnung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen erfolgt (z. B. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen wurde wieder zu einer Leistung der Krankenkassen). In der Praxis führt die Verlagerung von Leistungen der Behandlungspflege zu zusätzlichen Belastungen für die Pflegebedürftigen.

11

Auf diesen Aspekt verwies Werner Hesse (Geschäftsführer des DPWV-Gesamtverbandes) in seinem Beitrag **Kriterien und Sicherstellung der Qualität – Positionen der Träger der freien Wohlfahrtspflege** am 15.10.2004 auf der Tagung „Zukunft der Pflege“ der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt in Hennef. Eine wichtige Ursache dafür liegt in der Anlage der Pflegeversicherung als „Teilkasko“-Versicherung, in der das Kriterium „sich Wohlfühlen“ des pflegebedürftigen Menschen und die Berücksichtigung von sozial-kulturellen Bedürfnissen *als Qualitätsanforderungen* nicht vorgesehen sind.

Der im November 2004 vorgelegte **Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege** macht deutlich, dass in der Pflege ernsthafte Qualitätsprobleme bestehen. So wurde bei 9 Prozent der untersuchten Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege ein „unzureichender Pflegezustand“ festgestellt. In der stationären Pflege galt dies sogar für 17 Prozent der untersuchten Pflegebedürftigen. Im Bericht des MDS wird darauf hingewiesen, dass in den stationären Einrichtungen bei 41 Prozent der Pflegebedürftigen die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit als „mangelhaft“ zu bewerten sei. Bei 43 Prozent der pflegebedürftigen Heimbewohner seien Mängel in der Dekubitus-Prophylaxe festgestellt worden. (Der volle Text des Berichts kann auf den Internet-Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung abgerufen werden. Siehe auch Fußnote 3.)

Die im Bericht des MDS aufgezeigten Probleme in der Qualität der Pflege wurden auch öffentlich thematisiert, z. B. in den vom Präsidenten des Sozialverbandes Deutschland (SoVD), Adolf Bauer, am 30.11.2004 vorgestellten 12 Forderungen zur Pflege in Deutschland (siehe www.sovd-bv.de) sowie in einer Kleinen Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion (Bundestags-Drucksache 15/4452)

12

Generell gehen alle Prognosen von einer erheblichen Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen in den nächsten Jahrzehnten aus. Je nach Prognose-Ansatz variieren die Erwartungen zwischen 2,7 Millionen (bei einem Bevölkerungsrückgang) und 4,4 Millionen (bei einer wesentlichen Erhöhung der Lebenserwartung durch eine deutlich bessere gesundheitliche Versorgung) für das Jahr 2040. Für die Finanzierung der Pflegeleistungen hätte dies – bei gleichem Leistungsumfang wie heute – zur Folge, dass der Beitragssatz für die soziale Pflegeversicherung auf 3 bis 4 Prozent ansteigen müsste (siehe Dr. Heinz Rothgang **Reformoptionen**....., a. a. O.).

Eine ausführliche Darstellung der Probleme, die mit der Pflege hochaltriger, insbesondere an Demenz erkrankter Menschen verbunden sind, enthält der **4. Bericht zur Lage der älteren Generation in der**

Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung vom 18.04.2002 (Bundestags-Drucksache 14/8822). Dieser Bericht wurde am 28.01.2005 im Plenum des Deutschen Bundestages behandelt. Die in diesem Zusammenhang vom Bundestags-Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegte Beschlussempfehlung enthält eine EntschlieÙung aller Fraktionen mit wichtigen Anregungen und Empfehlungen in den Bereichen **Stärkung der Altersforschung (Gerontologie), Wohnen und Leben im Alter, Pfliegerische und medizinische Betreuung, Demenzrisiko und das Leben mit Demenz** (siehe Bundestagsdrucksache 15/4192 vom 10.11.2004)

13

Thomas Klie (Universität Freiburg) weist darauf hin, dass dies nicht nur eine Frage ist, ob eine ausreichende Anzahl von Personen für die familiäre Pflege zur Verfügung steht, sondern auch der gesellschaftlichen Einstellung. Er wirft die Frage auf, ob sich nicht künftig verstärkt eine „Güterabwägung“ zwischen dem Wert Solidarität einerseits und den „Opportunitätskosten“ für die Übernahme pflegerischer Aufgaben durchsetzen werde (siehe auch **Blinkert / Klie: Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“**, Hannover 2004, Vincentz Verlag).

14

Siehe dazu Anja Ludwig und Doris Scheffer **Die Pflege wird ambulant – Auswirkungen der Krankenhausfallpauschalen auf ambulante Dienste** in Blätter der Wohlfahrtspflege 5/2004, S. 163 ff.

15

Siehe z. B. **Bericht der Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme** vom 28.08.2003 (so genannte Rürup-Kommission) unter www.soziale-sicherungssysteme.de, der sich im Kapitel 5 ausführlich mit der Zukunft der Pflegeversicherung, insbesondere ihrer Finanzierung, befasst (S. 185 – 226).

In der 15. Wahlperiode, d. h. seit Oktober 2002, führte der **Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages** bereits vier öffentliche Anhörungen durch, die sich mit Fragen der Pflegeversicherung beschäftigten (19. Sitzung am 07.05.2003 mit dem Schwerpunkt Demenz, 57. Sitzung am 03.03.2004 mit den Schwerpunkten häusliche Pflege und Demenz, 72. und 73. Sitzung am 22.09.2004 zur Frage der Beitragserhebung in der Pflegeversicherung bzw. zum Kinderberücksichtigungsgesetz). Dazu wurden von allen Fraktionen und vom Bundesrat parlamentarische Initiativen eingebracht, die wichtige Einschätzungen und Anregungen enthalten.

Mit Ausnahme der erhöhten Beitragsbelastung für Kinderlose ab 01.01.2005 durch das 2004 verabschiedete Kinderberücksichtigungsgesetz haben diese parlamentarischen Aktivitäten jedoch de facto keinerlei Änderungen oder Verbesserungen in den Rahmenbedingungen für die Pflege bewirkt.

16

Eine aktuelle Einschätzung der wirtschaftlichen Lage im Bereich der ambulanten Pflegedienste ist der Studie **Pflege-Thermometer 2004** zu entnehmen, die vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), Köln, gemeinsam mit der Forschungsgruppe Metrik erarbeitet und am 02.11.2004 öffentlich vorgestellt wurde. Die Studie kommt u. a. zu folgender Einschätzung:

„.....Mit mehr als 80% sieht sich eine überraschend große Anzahl der Anbieter ambulanter Pflegeleistungen in der unternehmerischen Existenz gefährdet, wenn es nicht in absehbarer Zeit zu nennenswerten Veränderungen der Rahmenbedingungen in der häuslichen Pflege kommt. Ursachen für diese drastische Einschätzung sind insbesondere in der unzureichenden Finanzierung der gesetzlich verankerten Leistungen, der zunehmenden Bürokratisierung und einer komplizierten Verordnungs- und Genehmigungspraxis zu sehen. Hausärztliche Verordnung von Pflegeleistungen werden der Studie zufolge nicht selten von der Krankenkasse in der Dauer gekürzt oder abgelehnt und damit gar nicht finanziert. Immer mehr Leistungen wie beispielsweise Beratungsbesuche bei Pflegebedürftigen können den Angaben der Befragten zufolge nicht mehr kostendeckend erbracht werden. Ambulante Dienste finanzieren sich der Untersuchung nach zu 90% aus den Leistungen der Kranken- und Pflegekassen und nur zu 10% aus privat bezahlten Leistungen. Sie sind somit im Wesentlichen von den Rahmenbedingungen, die im Leistungsrecht verankert sind, abhängig...“

17

Aus diesen Maßnahmen ergibt sich die Notwendigkeit, auch im Bereich der Pflegeversicherung die Trennung zwischen einem beitragsfinanzierten Umlagesystem und einer privaten kapitalgedeckten Absicherung des Pflegerisikos zugunsten einer solidarisch von allen getragenen Versicherung aufzuheben. Die private Pflegeversicherung reproduziert im Bereich der Pflege eine soziale Zwei-Klassen-Systematik - ähnlich wie in der GKV – mit der Folge, dass die „schlechten“ Risiken in der sozialen Pflegeversicherung zu Defiziten führen, während die „guten“ Risiken in der privaten Pflegeversicherung Überschüsse ermöglichen.

(Siehe dazu auch den Beitrag des Vorsitzenden der BARMER EK, E. Fiedler, auf der Fachkonferenz von DGB und AG Sozialdemokraten im Gesundheitswesen am 07. Juli 2004 in Berlin, der uns als Power-Point-Präsentation vorliegt.)

18

Legt man die sehr vorsichtige Erwartung der Experten zugrunde, dass bei Einführung einer Bürgerversicherung in der GKV der durchschnittliche Beitragssatz von heute 14,2 Prozent um etwa 2 Prozent abgesenkt werden könnte, entspricht dies einem Anteil an den Einnahmen von etwa einem Siebentel. Bezogen auf die Pflegeversicherung würde dies bei Einnahmen von 16,86 Milliarden Euro im Jahr 2003 (siehe **3. Bericht**, a. a. O., Seite 52) einem Betrag von 2,41 Milliarden Euro entsprechen bzw. einem Beitragssatz in der Pflegeversicherung von knapp 0,25 Prozent.

19

Die **Belastung der Rentnerinnen und Rentner mit dem vollen Beitrag zur Pflegeversicherung** ab 01.04.2004 ist keineswegs als Beitrag der Älteren zur „Generationengerechtigkeit“ zu rechtfertigen und daher auch rechtlich umstritten. Es ist zwar zutreffend, dass die Älteren wegen der späten Einführung der PV 1995/1996 erst relativ wenig Beiträge zahlen konnten und nun bereits einen Anspruch auf die Leistungen der PV haben. Diese Argumentation berücksichtigt aber z. B. nicht, dass diese Generation mit ihrer Lebensleistung und ihren Kindern dazu beigetragen hat, um auch unter schwierigeren Bedingungen Pflege für ihre Elterngeneration (vorwiegend im häuslichen Bereich) zu ermöglichen, ohne auf ein soziales Sicherungssystem und ausgebauten Pflegestrukturen zurückgreifen zu können.

Die von der Bundesregierung zur Umsetzung des Bundesverfassungsgerichts-Urteils von 2001 vorgelegte „Lösung“ zur **einseitigen Belastung Kinderloser** ist ungeeignet, um dem Ziel einer Entlastung der Eltern bei der Beitragserhebung zur PV zu entsprechen. Es verschiebt lediglich den Zeitpunkt des vollständigen Abbaus der Rücklagen in der PV von 2007 auf 2008.

Die in der Bundestags-Anhörung zum Entwurf für ein Gesetz zur Berücksichtigung der Kindererziehung (KiBG, Bundestags-Drucksache 15/3671) vorgetragenen Stellungnahmen zeigen, dass hier der falsche Weg eingeschlagen wird. Insbesondere soll auf die Stellungnahmen von Prof. W. Schmähl und Dr. Heinz Rothgang, von Frau Prof. Vjenka Garms-Homolova, des VdK und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger(VDR) hingewiesen werden.

20

Der Vorschlag für ein steuerfinanziertes Pflegeleistungsgesetz, wie er gegenwärtig vom DPWV vorgetragen wird, berücksichtigt unzureichend, dass Pflege – wie Gesundheit – ein Lebensrisiko darstellt (pflegebedürftig kann jeder werden) und **Pflegeleistungen daher nicht nur auf einen begrenzten Kreis von Bedürftigen eingeengt** werden sollten. Damit verbunden wäre die Frage, ob sich dann nicht wieder mehr Menschen als heute Bedürftigkeitsprüfungen unterziehen müssten und dies dann zu einer Situation führt, wie sie bereits vor Einführung der Pflegeversicherung existierte. Außerdem ist fraglich, ob eine komplett steuerfinanzierte Pflegeleistung nicht zu sehr von der „Kassenlage“ abhängig wäre und insbesondere Gefahr liefe, die Kommunen zu überfordern.