



Bundesinteressenvertretung für alte
und pflegebetroffene Menschen e.V.

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0014(6)

gel. VB zur öAnh am 04.06.2018 -

Eigenanteile

29.05.2018

Stellungnahme

**der Bundesinteressenvertretung für alte und
pflegebetroffene Menschen (BIVA-Pflegeschtzbund) e.V.**

**zur öffentlichen Anhörung am Montag, 4. Juni 2018,
auf Antrag der Fraktion DIE LINKE**

**„Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen
mit Pflegebedarf finanziell entlasten“**

BT-Drucksache 19/960

BIVA-Pflegeschtzbund e.V.

Siebenmorgenweg 6-8

53229 Bonn

Tel.: 0228-909048-0

E-Mail: info@biva.de

Ansprechpartner: Annette Stegger

Bonn, den 29.05.2018

Vorbemerkung

Der BIVA-Pflegeschatzbund stimmt mit der Analyse der Antragsteller und mit den dort vorgeschlagenen Maßnahmen grundsätzlich überein. An dieser Stelle möchten wir aus unserer Sicht eine Systematisierung und einige Ergänzungen vornehmen.

Der Begriff der Pflegeversicherung erzeugt bei vielen Bürgerinnen und Bürgern falsche Erwartungen und legt eine Analogie zur Krankenversicherung nahe. Viele Menschen trifft es daher unvorbereitet, wenn sie erkennen müssen, dass das finanzielle Risiko im Pflegefall ganz allein bei ihnen selbst liegt und die Versicherung lediglich einen Zuschuss leistet in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegegrad. Dieser deckt nur 65 % bis 75 % der reinen Pflegekosten. Bei stationärer Pflege kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (Hotelkosten) und die Investitionskosten (Miete) dazu und müssen zu 100 % von den Betroffenen selbst getragen werden. Reicht deren Einkommen oder Vermögen nicht aus, springt die Sozialhilfe ein. Zusammengenommen zahlen die Pflegekassen etwa 40%, die Sozialkassen etwa 15 %. Der Anteil, den die Pflegebedürftigen selbst zahlen liegt dagegen bei etwa 45 %.

In zeitlicher Betrachtung hat sich der Anteil, den die Pflegekassen übernehmen, seit Bestehen der Pflegeversicherung deutlich vermindert.

Aktuelle Lage

Durch Maßnahmen des Pflegestärkungsgesetzes– und nun durch die aktuell beabsichtigten Veränderungen , wie tarifliche Bezahlung der Pflegekräfte und die voraussichtliche Erhöhung des Stellenschlüssels , – alles Maßnahmen, die der BIVA-Pflegeschatzbund ausdrücklich begrüßt - werden sich Kostensteigerungen und Kostenverschiebungen ergeben. Sie führen dazu, dass für zahlreiche Betroffene nun innerhalb kurzer Zeit mehrere Erhöhungen anfallen.

- Die Umstellung auf einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE) durch das PSG II führte bei etwa einem Drittel der Bewohner, nämlich bei denjenigen mit einem niedrigen Pflegegrad, zu einer deutlichen Steigerung der Zuzahlungen. Dies schlägt sich aus Gründen des Bestandsschutzes seit der Umstellung aber nur für neue Bewohner nieder. Im Verlauf ihrer späteren „Pflegebiografie“ in höheren Pflegegraden werden sie – rein statistisch – dafür „Einsparungen“ haben. Das ändert aber nichts an der Tatsache, dass die Betroffenen mit einem niedrigen Pflegegrad heute zunächst einmal ca. 200 Euro monatlich zusätzlich an Eigenleistung aufbringen müssen gegenüber der Zeit vor der Umstellung. Diese Anhebung der Kosten in den niedrigen Pflegegraden dürfte daneben den Effekt haben, dass aus Kostengründen viele Menschen den Einzug in eine stationäre Einrichtung hinauszögern bis sie in einen noch

höheren Pflegegrad eingestuft werden. Dadurch wird der EEE steigen, weil der Mittelwert höher ist, wenn weniger Bewohner mit niedrigem Pflegegrad berücksichtigt werden.

- Die im Rahmen der PSG II-Umsetzung möglichen Zuschläge führten in etlichen Bundesländern zu Personalerhöhungen. Finanziell belastet werden damit die Bewohner ohne Bestandsschutz. Denn: Grundsätzlich schlägt jede Verbesserung im Personalbereich direkt auf die Eigenanteile durch. In diesem System wird jede Leistungsverbesserung, die i.d.R. mit Kostensteigerungen verbunden ist, allein vom Betroffenen finanziert. (Ausnahme jetzt die beabsichtigten 13.000 Krankenkassen-finanzierten Stellen)
- Hinzu kommen nunmehr Lohnsteigerungen. Allein bei einer Anhebung der Löhne in der Altenpflege auf das Niveau der Krankenpflege müssten nach unseren Schätzungen die Bewohner durchschnittlich mindestens 300 Euro monatlich mehr aufbringen. Hinzu kommen angedachte Verbesserungen der Personalschlüssel mit noch nicht kalkulierbaren Auswirkungen auf die Kosten.
- Verschärft wird dieses Bild noch durch starke regionale Unterschiede in Pflegekosten und den daraus ableitbaren Zuzahlungen. Besonders in den östlichen Bundesländern, bei denen bislang die Standards und Bezahlungen niedriger waren, kommt es durch Nachholeffekte und Anpassungen an Tariflöhne zu besonders starken Steigerungen.
- Weitere Entgelterhöhungen ergeben sich aus dem Anstieg der Investitionskosten.

Die hier kurz dargestellten Einzeleffekte addieren sich. Ein durchschnittlicher Betroffener mit Pflegegrad II muss mit Erhöhungen in der Größenordnung von 500 Euro und mehr rechnen. Der BIVA-Pflegeschatzbund erhält aufgrund seines deutschlandweiten juristischen Beratungsdienstes immer wieder Beschwerden und Anfragen zu Entgelterhöhungen, besonders im Osten aber auch in allen anderen Teilen Deutschlands. Uns sind jetzt bereits Steigerungen von monatlich 700 Euro nur für die Pflegekosten bekannt. Dies sprengt die meisten individuellen „Vorsorgebudgets“, auf die sich die Menschen eingestellt und wofür sie Geld zurückgelegt haben. Es bleibt dann nur noch der Gang zur Sozialhilfe mit den bekannten Nebenwirkungen – u.a. Rückgriff auf Vermögen, Eigenheim, Kinder.

Für die politischen Akteure stellen sich aus unserer Sicht drei Hauptziele:

- **Kurzfristig gilt es, die plötzlichen Steigerungen zu begrenzen,**
- **mittelfristig müssen die finanziellen Risiken der Pflege in geeigneter Weise für den Einzelnen begrenzt bzw. kalkulierbar werden, und**
- **längerfristig sind die Pflegekosten von der Solidargemeinschaft vollständig zu übernehmen,**

Hinter dem zweiten und dritten Ziel steht die Überlegung, dass die Kostensteigerungen größtenteils von den Tarifparteien, dem Gesetzgeber und der allgemeinen Preisentwicklung veranlasst sind. Der einzelne Betroffene kann

diese weder beeinflussen noch voraussehen. Wenn er sich mit den finanziellen Fragen einer späteren Pflege befasst, kann er nicht wissen, wie hoch sein Zuzahlungsrisiko im Pflegefall sein wird. Er kennt nicht die zukünftig geltenden Standards, nicht das zukünftige Gehaltsniveau, nicht die von der Pflegeversicherung (PV) später gezahlten Zuschüsse etc.

Kurzfristig mehr Geld für die Pflege mobilisieren

Zur kurzfristigen Begrenzung der Steigerungen müssen der PV rasch mehr Mittel zur Verfügung gestellt werden. Im Folgenden stellen wir Möglichkeiten dar, wie die finanziellen Spielräume der PV schnell vergrößert werden könnten. Mit einem Mehr an Finanzmitteln können die Zuschüsse der PV erhöht werden. Der drohende starke Anstieg der Eigenanteile kann damit begrenzt werden.

1. In erster Linie sehen wir hier eine Verlagerung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege von den Pflegekassen auf die eigentlich dafür zuständigen Krankenkassen. Die jetzige Regelung ist systemwidrig, benachteiligt einseitig die stationäre Pflege gegenüber der ambulanten und setzt falsche Anreize für die Krankenkassen, die aufgrund dessen wenig Interesse an Rehabilitation haben.
Nach diversen Schätzungen und Studien dürften dadurch Entlastungen in der Größenordnung von monatlich rund 200 bis 500 Euro pro Bewohner möglich sein. Vgl. z.B.: die Studie des Verbands katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. von April 2017.
2. In einem weiteren Schritt befürworten wir die Auflösung/Abschmelzung des Vorsorgefonds. Hier liegen ca. **5 Mrd. Euro**, die heute zur Verbesserung der Pflege benötigt werden. Sie sollten auch dafür verwendet werden.
3. Als weitere Maßnahme, die die operativen Mittel der PV erhöhen können, fordern wir einen Abbau der Pflegekassenbürokratie. Allein für Verwaltungsaufgaben haben die Pflegekassen 600 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Davon werden aufwendige Parallelstrukturen aufrechterhalten, z.B. ein Nebeneinander von ca. 100 verschiedenen Pflegekassen. Sie stehen untereinander nicht in Wettbewerb (weder nach Leistungen, die sämtlich einheitlich vom Gesetzgeber festgelegt sind, noch bei den Beiträgen, die ebenfalls einheitlich festgelegt sind). Die meisten Kassen unterhalten noch 16 Landesverbände mit eigenen Strukturen.. In der Gesamtschau werden wir an die 1 000 verschiedene regionale Pflegekassen haben, die alle nicht im Wettbewerb stehen und aus Sicht des Verbrauchers (Kunden) keinen zusätzlichen Nutzen liefern. Hier ließen sich viele Millionen einsparen.
4. Das Nebeneinander der privaten und der gesetzlichen Pflegeversicherung sollte beendet werden. Allein durch Unterschiede in den Risikoklassen der

Mitglieder von privater und gesetzlicher Pflegeversicherung, kann die private PV hohe Rücklagen bilden, die an anderer Stelle fehlen.

Weitere ökonomische Potenziale sehen wir in einer effizienteren Marktgestaltung. In erster Linie wird es darum gehen, Betroffene in die Lage zu versetzen, ihre Position als Kunde oder Verbraucher, wie sie auch im Gesetz genannt werden, tatsächlich auszufüllen und dadurch Preise und Qualität mit zu beeinflussen.

5. Der Pflegemarkt ist durch eine starke Intransparenz gekennzeichnet. Sie macht es für den einzelnen Betroffenen (Verbraucher) schwer, echte Vergleiche zu ziehen und das für ihn kostengünstigste und leistungsgerechte Angebot auszuwählen. Der Gesetzgeber hat im PSG II den Kassen die Aufgabe zugewiesen, Leistungs- und Preisvergleichslisten zu fertigen. Diese sind nicht nur den Verbrauchern im Rahmen der Pflegeberatung an die Hand zu geben, was häufig gar nicht umgesetzt wird, sondern diese Listen sind darüber hinaus in maschinenlesbarer Form (auch) Verbraucherschutzorganisationen zur Verfügung zu stellen. Diese könnten damit verbrauchergerechte Alternativen zu den bisherigen Beratungsangeboten herstellen. Nach fast 1,5 Jahren liegen noch keine Nutzungsbedingungen vor. Weiterhin sollen auch die Daten der Transparenzberichte (bekannt als Pflege-TÜV) mit den Daten der Qualitätsprüfungen den Verbraucherorganisationen zur Verfügung gestellt werden. Die mittlerweile dafür von der Pflegeselbstverwaltung ausgearbeiteten Nutzungsbedingungen sind jedoch leider so ausgestaltet, dass sie neue Auswertungen und Analysen aus dem bestehenden Datenmaterial verhindern und sogar unter Strafe stellen. Diese Nutzungsbedingungen gehen daher am Kern des Gesetzes vorbei und müssten neu erarbeitet werden.
6. Es sollte sich für Heime zukünftig nicht mehr lohnen, durch Schlechtleistung zusätzliche Gewinne zu machen. In den Vergütungsverträgen (nach § 85 SGB XI) werden Sollpersonalmengen vereinbart, die dann zur Kalkulation des zu zahlenden Pflegegeldes herangezogen werden. Ein Heim, das – egal aus welchem Grund – das vereinbarte Personal später nicht vorhält, braucht die zu viel kalkulierten und (vom Bewohner) bezahlten Kosten nicht zurückzahlen. Dadurch erhöht sich unmittelbar der Gewinn. „Kreatives Personalmengen-Management“ wird von Heimen als Gewinnmaximierungsinstrument eingesetzt. Man könnte dem leicht vorbeugen, indem (etwa in SGB XI) festgeschrieben wird, dass eine Retrobetrachtung der Personalmengen in der vergangenen Periode durchgeführt wird und ggf. zu hoch angesetzte Pflegekosten zurückgezahlt werden. Ein weiterer Ansatzpunkt wäre, die Kassen zu verpflichten, bei Personalunterschreitungen und Pflegemängeln die Heimentgelte zu mindern und an die betroffenen Bewohner auszahlend. Eine solche Regelung besteht zwar bereits, wird aber nach Recherchen des BIVA-

- Pflegeschatzbundes praktisch niemals angewendet. Für die Durchsetzung dieser Regelung müssten wirkungsvolle Maßnahmen entwickelt werden.
7. Bei jeder Vergütungsverhandlung muss nach § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB XI eine schriftliche Stellungnahme der zuständigen Bewohnervertretung (Heimbeirat) vorliegen – eine sinnvolle Maßnahme, die auch die Glaubwürdigkeit und Akzeptanz einer Preiserhöhung bei den Betroffenen vergrößern kann. Die Bewohnervertretungen sind i.d.R. mit dem damit verbundenen intensiven Studium der Kalkulationsunterlagen überfordert. In den Landesheimgesetzen, die den Status der Vertretungen festlegen, werden ihnen unterschiedliche Ressourcen zugestanden. Es würde sehr helfen, wenn von Bundesseite (z.B. in § 85 SGB XI) festgelegt würde, dass sich die Bewohnervertretungen bei der Analyse der Kalkulationsunterlagen zum Zwecke der Erhöhung des Heimentgeltes Rat von einem Experten einholen dürfen, der vom Heimträger bezahlt werden muss.

Mittelfristig: das Leistungssystem umstellen.

8. Mittelfristig muss das Leistungssystem der Pflegeversicherung in seiner Systematik umgestellt werden: Nicht die Pflegekasse sollte einen festen Betrag, sondern der zu Pflegenden einen festen, von vorneherein bekannten gedeckelten Eigenanteil zahlen. Eventuelle und wahrscheinliche Kostensteigerungen gehen dann zu Lasten der gesamten Solidargemeinschaft der Beitragszahler und müssen nicht vom Einzelnen aufgefangen werden. Der Versicherte kann damit eine zukunfts feste Vorsorgeplanung machen. Nebenbei: das wäre echtes Teilkasko.

Längerfristig muss die Pflegeversicherung zur Vollversicherung werden.

9. Die Kosten für die Pflege werden weiter steigen. Das gesetzlich geregelte System lässt dies ohne Kappungsgrenze zu, indem jede Veränderung der Berechnungsgrundlage zu einer Entgelterhöhung berechtigt, die von den Bewohnern abzufangen ist. Beitragserhöhungen zur Pflegeversicherung sowie weitere Anpassungen der Unterstützungsleistungen gegenüber den Versicherungsnehmern werden nicht zu vermeiden sein. Nur eine Versicherung, die die Kosten der gesamten Pflege im Alter übernimmt, wird den Problemen einer immer älter werdenden Gesellschaft gerecht. Es wird daher notwendig sein, die Basis der Beitragszahler zu erweitern.

Fazit:

Ziel aller Bemühungen muss es sein, das finanzielle Risiko, pflegebedürftig zu werden, für den Einzelnen kalkulierbar und vor allem bezahlbar zu machen. Wir begrüßen daher eine Deckelung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile.

Schrittweise muss sich die Pflegeversicherung zu einer Form der Vollversicherung entwickeln, die sämtliche Pflegekosten abdeckt. Auf dem Weg dahin kann bereits eine Teilkaskoversicherung mit festgelegtem Eigenanteil die Situation erleichtern. Um den Einzelnen zu entlasten, muss endlich die medizinische Behandlungspflege von den Krankenkassen übernommen werden. Außerdem kann der Vorsorgefonds genutzt werden. Die Verwaltungskosten der Kassen müssen reduziert werden u.a. durch Vereinheitlichung der Kassen und Verzicht auf Parallelstrukturen. Zugleich soll durch mehr Transparenz der Verbraucherschutz gestärkt werden, der nach den Regeln der Marktwirtschaft Preissenkungen und Qualitätsverbesserungen mit sich bringt.

Mai, 2018