

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0014(9)
gel. VB zur öAnh am 04.06.2018 -
Eigenanteile
29.05.2018



DEUTSCHER EVANGELISCHER VERBAND FÜR
ALTENARBEIT UND PFLEGE E.V.

DEVAP · Geschäftsstelle · Invalidenstraße 29 · 10115 Berlin

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Ausschussvorsitzender Herr Erwin Rüdell
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Vorsitzender

Dr. Bodo de Vries
Invalidenstraße 29
10115 Berlin
Tel.: 030 83001-277
Fax: 030 83001-25277
bodo.de-vries@johanneswerk.de
www.devap.de

**Stellungnahme zur Anhörung des Antrags der Bundestagsfraktion DIE LINKE
Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell
Entlasten (BT-Drs. 19/960)** Berlin, 29.05.2018

Sehr geehrter Ausschussvorsitzender Rüdell,
sehr geehrte Abgeordnete des Ausschusses für Gesundheit,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, zum Antrag der Bundestagsfraktion
DIE LINKE schriftlich Stellung zu nehmen. In der Anlage erhalten Sie
unsere diesbezügliche Positionierung.

Für Fragen können Sie uns jederzeit kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Bodo de Vries

Geschäftsstelle

Deutscher Evangelischer
Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.
(DEVAP)

Invalidenstraße 29
10115 Berlin

Tel.: 030 83001-277
Fax: 030 83001-25277
info@devap.de
www.devap.de

Vorsitzender des Vorstandes
Dr. Bodo de Vries

Vereinsregister-Nr:
VR 29512B

Evangelische Bank eG
IBAN DE 46 5206 0410 1302 5010 15
BIC GENODEF1EK1

Anlage:

Stellungnahme zum Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE
Bundestagsdrucksache 19/960
Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlas



Deutscher Evangelischer Verband
für Altenarbeit und Pflege e. V.

Invalidenstraße 29

10115 Berlin

Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Bodo de Vries

Stellungnahme zum

Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE

Bundestagsdrucksache 19/960

Eigenanteile in Pflegeheimen senken – Menschen mit Pflegebedarf finanziell entlasten

Der Deutsche Evangelische Verband für Altenarbeit und Pflege (DEVAP) e.V. ist der größte evangelische Fachverband auf Bundesebene und vertritt über 1.950 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, über 1.400 ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste, mehr als 80 Altenpflegeschulen mit ca. 5.600 Ausbildungsplätzen sowie zahlreiche Altentagesstätten und Initiativen.

Ihre Ansprechperson:

Madeleine Viol

T +49 30 83 001-265

F +49 30 83 001-25277

viol@devap.de

www.devap.de

A. Vorbemerkung: Problem und Ursachenerforschung

Der DEVAP ist der Ansicht, dass der Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE ein aktuelles und drängendes Problem in der Versorgung von auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen in der stationären Pflege aufgreift, das – folgt man dem Koalitionsvertrag – nicht im Fokus der Pflegepolitik der Großen Koalition steht. Wir begrüßen deshalb die Initiative der Bundestagsfraktion DIE LINKE überaus.

Steigender Eigenanteil im stationären Pflegesetting

Die Träger der diakonischen Pflegeeinrichtungen betrachten mit Sorge die seit einigen Jahren zunehmende Anzahl von Sozialhilfeberechtigten unter den zu pflegenden Kunden in ihren stationären Pflegeeinrichtungen. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes sind die Ausgaben zur Hilfe zur Pflege im Jahr 2016 auf 3,8 Milliarden Euro gestiegen – ein Anstieg zum Vorjahr um 6,4 Prozent. Demzufolge waren im Jahr 1994 – einem Jahr vor Einführung der Pflegeversicherung – 560.000 Personen auf Hilfe zur Pflege angewiesen. Dank der Einführung der Pflegeversicherung halbierte sich die Anzahl. Im Jahr 2015 zählte das Bundesamt bereits wieder 450.674 Hilfeempfänger. Zum einen liegt diese Zunahme an dem Anstieg der absoluten Anzahl von Menschen mit Pflegebedarf. Die jährlichen Steigerungsraten der Hilfe zur Pflege Empfänger lassen aber auch den Schluss zu, dass die Pflegeversicherung nicht mehr dazu beiträgt, das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzufedern und den Betroffenen vor Armut zu schützen.

Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung

Die finanzielle Mehrbelastung der Betroffenen durch den zu entrichtenden Eigenanteil und der ungebremste Anstieg von auf Sozialhilfe angewiesenen Personen für die stationäre Versorgung weist schlichtweg auf einen „Geburtsfehler“ der Pflegeversicherung hin. Die Pflegeversicherung als Teilleistungsversicherung besteht als pauschalierte und gedeckelte Zuschussversicherung unabhängig der realen (pflegebedingten) Kosten und deren Steigerungsraten. Aus diesem Grund wirken sich die seit Jahren die Pflegeteilleistungsversicherung übersteigenden Pflegekosten – zu denen auch die

tarifliche und übertarifliche Bezahlung der Arbeitnehmer gehört – vollumfänglich auf den von den stationär versorgten Menschen zu entrichtenden Eigenanteil aus. Aber auch die wachsenden Investitionskosten aufgrund sich verändernder landesheimrechtlicher Gesetzesvorgaben oder gestiegener Ansprüche bspw. im Bereich Brandschutz, energetischer Sanierung oder die mitunter bestehende Ausbildungsumlage sind dahingehend nicht zu vernachlässigen. Das führt dazu, dass mittlerweile die pauschalierten und gedeckelten Pflegeversicherungsleistungen oftmals nicht einmal mehr die Hälfte des Gesamtheimentgelts abdecken. Durch die Schaffung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils wurde versucht, die pflegebedingten Kosten für die oberen Pflegegrade zu senken. Begründet wurde dieser Schritt damit, dass notwendige Höherstufungen aufgrund eines höheren Pflegebedarfs mitunter von den Betroffenen oder Angehörigen nicht vorgenommen wurden, um die damit verbundenen steigenden Eigenanteile zu vermeiden. Nach einer Erhebung des Verbands der Ersatzkassen e.V. (vdek) im Jahr 2017 ist dieser Effekt auch eingetreten. Es kam zu einer durchschnittlichen Entlastung in den vormaligen Pflegestufen II und III und zu einer höheren Belastung der Pflegestufe I. Gleichzeitig wurde mit dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil also das Risiko auf Anspruch von Sozialhilfeleistungen in den höheren Pflegebedarfen breiter gestreut, durch die Verteilung der Pflegekosten auf eine größere Gruppe. Der Aspekt der Vergemeinschaftung des Risikos auf Hilfe zur Pflege wurde bis heute als Nebeneffekt der Reform des Pflegestärkungsgesetzes II wenig bis gar nicht diskutiert.

Das Gros der Kostensteigerung wird derzeit also nicht mehr von den Leistungspauschalen der Pflegeversicherung gedeckt. Somit erfolgt eine Verlagerung der Mehrkosten auf den Eigenanteil der in Pflegeeinrichtungen versorgten Menschen. Diesen Umstand haben bereits vorhergehende Bundesregierungen erkannt, so verlautete eine Feststellung der Union und FDP im Koalitionsvertrag der 17. Legislaturperiode 2009, S. 93: „(...) kann die Pflegeversicherung, jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen.“ Nur leider wurden daraus falsche Schlüsse gezogen, wie die Stärkung der privaten Vorsorge, die sich – aufgrund geringer Resonanz von 2,66 Mio. privaten Zusatzversicherten im Jahr 2016 (etwa 3,28 aller GKV- und PKV-Versicherten unter der Annahme, dass keine Doppelversicherung vorliegt) und aufgrund der Teuerung im Zuge der Pflegegradumstellung – als unzureichendes Instrument herausstellt.

Leerstelle Dynamisierung der Pflegeleistungen

Verstärkt wird die Unterfinanzierung der Pflegeversicherung durch die bis zum Jahr 2008 ausgesetzte Leistungsdynamisierung. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde festgelegt, dass die im Rhythmus von 3 Jahren vorzunehmende Finanzierungsanpassung erstmals ab dem Jahr 2015 erfolgen sollte. Mit dem in der 18. Legislaturperiode verabschiedeten Pflegestärkungsgesetz I wurden die Leistungsbeträge ab dem Jahr 2015 um 4 Prozent angehoben. Doch der vorgenommene Inflationsausgleich hat den Kaufkraftschwund und die Preiserhöhungen der vorangegangenen Jahre nur zum Teil ausgeglichen – Berechnungen legen nahe, dass mindestens 5 Prozent notwendig gewesen wären. Durch den fehlenden Ausgleich des Kaufkraftverlustes von Pflegeleistungen wurde eine Kostenverlagerung hin zu den auf Pflege angewiesenen Personen befördert. Erst im Jahr 2020 soll eine erneute Überprüfung zur Anpassung der Pflegeleistungen erfolgen. Damit gibt es eine schleichende Entwertung der Leistung, die nur durch sich erhöhende Eigenanteile auszugleichen ist.

Fehlfinanzierung Behandlungspflege

Ein weiterer Problemkreis ist der steigende Anteil der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen. Pflegebedürftige Menschen haben bei häuslicher Pflege und notwendiger medizinischer Behandlungspflege gegenüber ihrer Krankenversicherung einen Anspruch auf Finanzierung der

notwendigen Leistungen – anders ist dies bei Pflegebedürftigen, die in stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden. Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde die Finanzierungskompetenz für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen nämlich „vorübergehend“ in der Pflegeversicherung verankert. Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege sind seitdem Bestandteil der Pflegevergütung (§ 82 SGB XI) und werden somit von der Pflegeversicherung und vom Versicherten getragen. Da, wie bereits mehrfach erwähnt, die stationären Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung die pflegebedingten Kosten nicht abdecken, muss der Betroffene selbst oder ggf. die Sozialhilfe einspringen. Somit wird der Versicherte bei stationärer Versorgung zusätzlich belastet und ihm werden Leistungen der Krankenversicherung vorenthalten, obwohl er Mitglied und weiterhin Beitragszahler der Krankenversicherung bleibt. Der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege nimmt jedoch unvermindert zu und somit muss der in einer stationären Einrichtung Gepflegte einen immer höheren Anteil der medizinischen Behandlungspflege refinanzieren. Aktuelle Berechnungen gehen davon aus, dass die Heimbewohner die Ausgaben für die medizinische Behandlungspflege de facto zu 100 Prozent selbst zahlen¹. Die Problematik hat auch die derzeitige Bundesregierung erkannt und will mit dem Pflege-Sofortprogramm und der Finanzierung von Pflegestellen über das SGB V dieser Fehlsteuerung in der Finanzierung teilweise Abhilfe schaffen.

Die in Expertenkreisen benannte „Kalte Privatisierung der Pflegeaufwandskosten“ kennt somit unterschiedliche Problemkreise, die in Teilen durch den Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE aufgegriffen wird und zu der wir gerne Stellung nehmen möchten.

B. Zu den Antragsforderungen im Einzelnen

Begrenzung des Einrichtungseinheitlichen Eigenanteils

Die pflegebedingten Eigenanteile sind im Laufe der Jahre deutlich gestiegen und stellen neben den weiteren Kosten, die von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, eine zunehmende Belastung dar. Im Jahr 1999 lagen die pflegebedingten Eigenanteile je nach Pflegestufe zwischen 133 Euro und 545 Euro, im Jahr 2011 bereits zwischen 346 Euro und 768 Euro und im Jahr 2013 zwischen 391 Euro und 815 Euro.² Nach einer neuen Studie der Barmer GEK (2017) liegt der durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteil bei nunmehr 587 Euro, mit einer erheblichen Spanne zwischen 234 Euro in Thüringen und 863 Euro in Berlin.³

Die Bundestagsfraktion DIE LINKE fordert aufgrund dieser Analyse und aktueller Meldungen, dass die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile gedeckelt und festgeschrieben werden. Diese Forderung begründet ebenso die immer größer werdende Kritik, die von Selbsthilfe- und Angehörigenverbänden gegen die teilweise exorbitant steigenden Eigenanteile bei stationärer Pflege geäußert werden. Exemplarisch seien hier einige angeführt: Die Deutsche Stiftung Patientenschutz weist darauf hin: „Derzeit explodieren an vielen Orten die Kosten für Pflegeheimbewohner. Teilweise liegen die Erhöhungen der Eigenanteile bei über 30 Prozent. Hier besteht dringender Handlungsbedarf“⁴. Auch der Sozialverband VdK Deutschland e.V. fordert, dass die Mehrkosten, die etwa mit

¹ vgl. Rothgang, H., Kalwitzki, T.: Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, 2017, Studie im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform

² vgl. BARMER GEK (Hrsg.) (2013) Rothgang H; Müller R; Unger R; BARMER GEK Pflegereport 2013 – Schwerpunktthema: Reha bei Pflege; ebs. BARMER GEK (Hrsg.) (2015) Rothgang H et al.; BARMER GEK Pflegereport 2015 – Schwerpunktthema: Pflege zu Hause

³ vgl. BARMER (Hrsg.) (2017) Rothgang H et al.: Pflegereport 2017 – Schwerpunktthema: Junge Pflegebedürftige S. 30

⁴ Stiftung Patientenschutz, 14.03.2018 – Positionspapier 100-Tage-Sofortprogramm für Pflegebedürftige in Patientenschutz-Info-Dienst 1/2018

Personalzuwachsen in der Pflege verbunden sind, nicht auf die Pflegebedürftigen abgewälzt werden dürfen. Die ehemalige VdK-Präsidentin Ulrike Mascher betonte, man brauche neue und innovative Finanzierungskonzepte für gute Pflege, die die Versicherten entlasten angesichts der immer höher ausfallenden Eigenanteile.⁵ Der BIVA Pflegeschutzbund, die Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V., ließ ebenso verlauten, dass die Mehrkosten durch Qualitätsverbesserungen nach dem jetzigen System von den Pflegebedürftigen komplett aus eigener Tasche gezahlt werden müssen. Der Verband plädiert für eine Reform der Pflegeversicherung, die das Risiko, pflegebedürftig zu werden, für den Einzelnen finanziell absichert und berechenbar macht. Der notwendige Eigenanteil muss für den Pflegebedürftigen von Anfang an kalkulierbar sein. Die Kosten für die Bewohner sind in stationären Einrichtungen teilweise um mehrere Hundert Euro monatlich angestiegen, so die BIVA.⁶

Auch in der Landespolitik wird das Problem offenbar. Sachsen-Anhalts Sozialministerin Petra Grimm-Benne (SPD) bestätigte in einer Landtagsrede, dass die steigenden Pflegekosten zu einem Armutsrisiko führen und die Pflegeversicherung nicht mehr davor schützt. Eine Reform der Pflegeversicherung sei deshalb nötig. Die Sozialministerin von Brandenburg, Diana Golze, ist damit konfrontiert, dass die AWO nach einer Tarifvereinbarung der Gewerkschaft ver.di steigende Heimkosten von 35 Prozent angekündigt hat. Da die AWO Brandenburg Ost bereits die Tarifizahlung an die Pflegekräfte vollzieht, haben sich die Heimkosten dort seit Februar 2018 mitunter um bis zu 500 Euro erhöht. Die Sozialministerin des Landes Brandenburg behält sich diesbezüglich vor, eine Bundesratsinitiative anzuregen.⁷ Selbst in der 1. Lesung zum Antrag räumte die Union ein, von diesen „Fällen“ gehört zu haben. Der pflegepolitische Sprecher Erich Irlstorfer erwartet sich aber paradoxerweise eine harmonische Symbiose von ordentlicher Bezahlung der Pflegekräfte und machbaren Eigenanteilen – lässt aber die Lösung offen, wie die Träger der stationären Angebote diesen Spagat bewerkstelligen sollen. Das legt den Schluss nahe, dass ein breites Problembewusstsein auch in der Politik vorherrscht, aber keine tiefgreifende Reformdebatte über den Lösungsweg erfolgt. Somit ist der LINKEN-Antrag ein erster Schritt.

Die im Antrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE geforderte Deckelung des Eigenanteils kann aber nur dann zielführend erfolgen, wenn gleichzeitig für den Ausgleich der Kosten an anderer Stelle, bspw. durch die Pflegeversicherung, gesorgt wird. Ansonsten würden die Träger für die Fehlbeträge in Haftung genommen und es könnte keine stationäre Einrichtung mehr kostendeckend geführt werden. Deshalb plädiert der DEVAP dafür, gleichzeitig mit einem einkalkulierbaren Eigenanteil die Pflegeversicherung von einer Zuschussversicherung zu einer echten Teilkasko umzubauen.

Pflegeteilkasko als nächster Reformschritt

Derzeit entspricht die Pflegeversicherung, auch wenn dies fälschlicherweise immer in den Medien kolportiert wird, NICHT dem Teilkaskoprinzip. Sie zahlt lediglich einen festgelegten Zuschuss und die Mehrkosten muss der Betroffene oder der Sozialhilfeträger entrichten. In der stationären Pflege beläuft sich der von den Pflegebedürftigen selbst zu zahlende Betrag aus einrichtungseinheitlichem Eigenanteil, Entgelten für die Unterkunft und Verpflegung sowie den gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten derzeit auf durchschnittlich 1691 Euro pro Monat⁸ – mit teils erheblicher Streuung

⁵ vgl. VdK (Hrsg.) (2018): Pressemitteilung „VdK fordert: Gute Pflege langfristig sichern“ v. 15.03.2018

⁶ vgl. BIVA (Hrsg.) (2018): Pressemitteilung „BIVA-Pflegeschutzbund fordert Veränderungen in der Finanzierung der Pflege“ v. 06.02.2018

⁷ vgl. Märkisches Medienhaus (2017, 2018): „Kostendilemma in der Altenpflege“ v. 12.12.2017; <https://www.moz.de/landkreise/barnim/eberswalde/artikel4/dg/0/1/1624654/> (Stand: 25.05.2018); „Protest gegen Kostenexplosion“ v. 21.02.2018 <https://www.moz.de/landkreise/uckermark/schwedt-und-angermuende/artikel90/dg/0/1/1640249/> (Stand: 25.05.2018)

⁸ vgl. BARMER (Hrsg.) (2017) Rothgang H et al.: Pflegerreport 2017 – Schwerpunktthema: Junge Pflegebedürftige, S. 30

zwischen den Bundesländern. Durchschnittlich trägt die Gesamtanzahl von Pflegebedürftigen (unabhängig vom Versorgungsort) von Beginn der Pflegebedürftigkeit bis zum Tod demnach noch 31.131 €, die privat aus eigener Tasche gezahlt werden müssen – zusätzlich zu den Ausgaben der Sozialen Pflegeversicherung.⁹ „Für pflegebedürftige Frauen ergeben sich somit im Lebensverlauf durchschnittliche Pflegekosten in Höhe von insgesamt 84.000 €. Davon entfallen 39.000 € auf die Pflegeversicherung, und 45.000 € sind privat zu tragen. Für Männer sind die durchschnittlichen Pflegekosten mit insgesamt 42.000 € nur halb so hoch (...).“¹⁰ Weitere Kostensteigerungen sind absehbar und vor diesem Hintergrund ist auch das sinkende Rentenniveau nicht zu vernachlässigen.

Würde die Pflegeversicherung dem Prinzip der Teilkasko folgen, dann müsste die versicherte Person nur einen vorher versicherungsvertraglich vereinbarten fixen Eigenanteil übernehmen. Die Versicherung würde alle darüberhinausgehenden Kosten und pflegebedingten Variablen gänzlich übernehmen. Folgt man diesem Prinzip einer Pflegeeteilkaskoversicherung, wäre es sogar möglich, je nach politischer Willensgestaltung, einen pflegebedingten fixen Eigenanteil bis zu einer Belastungsgrenze auch abhängig vom Einkommen und Einkünften – ähnlich der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalten und der Belastungsgrenze im Bereich der Krankenversicherung – an die zu pflegende Person weiterzureichen. Eine weitere politische Option wäre, die Zahlung des pflegebedingten fixen Anteils auf eine Karenzzeit zu beschränken, sodass Personen mit einer längeren Dauer ihrer Pflegebedürftigkeit ganz von dem pflegebedingten fixen Eigenanteil entlastet werden. Auf jeden Fall wäre von vorneherein klar, wie der Eigenanteil sich gestaltet und der Einzelne könnte mit einer verlässlichen Prognose für diese zukünftige Belastung eine ausreichende Vorsorge treffen. Für die stationär versorgten pflegebedürftigen Personen bliebe zudem die Kostenübernahme der Anteile für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten.

Der DEVAP fordert deshalb nichts weniger als einen Kraftakt der SGB-XI-Solidargemeinschaft, nicht nur in finanzieller, sondern auch in zivilgesellschaftlicher Hinsicht. Ein Ausweg aus dem Dilemma von Qualitätsanspruch, Arbeitsbedingungen, Bezahlbarkeit und Wirtschaftlichkeit ist nur durch einen umfassenden Paradigmenwechsel möglich. Die „Blümsche Pflegezuschussversicherung“ aus dem Jahr 1995 muss perspektivisch durch eine Umkehrung des bisherigen Verhältnisses von Versicherungsleistung und Eigenanteil zu einer echten Pflegeeteilkaskoversicherung weiterentwickelt werden. Hierdurch wird es für alle Bürger möglich, das eigene Finanzierungsrisiko zu kalkulieren und Vorsorge zu treffen.

Um die Grundlage einer Berechnungsformel zur Festlegung des Eigenanteils zu eruieren, sieht der DEVAP noch weiteren Forschungsbedarf, auch in Bezug auf die Harmonisierung der heute noch unterschiedlichen Finanzierungslogik im ambulanten und stationären Pflegesektor. Zielvorgabe dieser Bemühungen sollte sein, dass die Segmentierung von ambulant und stationär durch eine Angleichung der Leistungssätze überwunden und das Leistungsgeschehen einheitlich in Leistungspaketen erfolgt sowie im Rahmen eines Case Managements erbracht und koordiniert wird. Mit dem Modell der echten Pflegeeteilkaskoversicherung und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel werden in jedem Falle die Verhältnisse im SGB XI solidarisch ausgerichtet. Kostensteigerungen, die aufgrund von fachlichen Weiterentwicklungen zu erwarten sind, – beispielsweise durch das angekündigte Personalbemessungssystem, erhöhte Qualitätsanforderungen oder dringend benötigtes Zusatzpersonal für eine adäquate hospizliche Begleitung am Lebensende – übernimmt künftig die Pflegeversicherung. Das gilt auch für Mehrkosten, die durch Tarifierhöhungen oder durch höhere Personalschlüssel nach den Landesrahmenverträgen entstehen. Pflegebedürftige, Angehörige und die Kommunen als Sozialhilfeträger werden so deutlich entlastet.

⁹ vgl. BARMER GEK (Hrsg.) (2012) Rothgang H et al.: Barmer GEK Pflegereport 2012 – Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit, S. 19 und S. 211

¹⁰ ebd. S. 20

Damit auch der vom Betroffenen zu finanzierende Anteil von Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten kalkulierbar bleiben, plädiert der DEVAP zudem für eine landesweite Wiedereinsetzung der Förderung der Investitionskosten für Neu- und Umbauten von stationären Angeboten. Seit Jahren werden diese von den Ländern sukzessive abgebaut und haben somit auch zu einer Mehrbelastung der zu pflegenden Menschen geführt.

Pflegevorsorgefonds umwidmen und medizinische Behandlungspflege in das SGB V

Mit dem Pflegevorsorgefonds sollten die erwartbaren Kostensteigerungen der Pflegeversicherung durch die geburtenstarken Jahrgänge, die ab dem Jahr 2035 in das Alter kommen, das mit einem höheren Risiko für Pflegebedarf verbunden ist, abgedeckt werden. Mit dem Pflegestärkungsgesetz I wurde der Pflegevorsorgefonds eingeführt. Von 2015 bis Ende 2033 fließen jährlich 0,1 Prozent des Beitragssatzes in den Fonds. Nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums werden hier ab 2015 jährlich 1,2 Mrd. Euro zugeführt. Ziel war und ist es, dass künftig erforderliche Beitragssatzsteigerungen durch An- und entsprechender Entspaltung des Fonds unterbleiben oder abgemildert werden. Der DEVAP meint, dass damit aber nur über einige Jahre hinweg der Beitragssatz zur Pflegeversicherung stabil gehalten werden kann. Vorgesehen ist zwar, dass eine Entspaltung über 20 Jahre erfolgt, aber ob dieser Zeitraum überhaupt eingehalten wird, ist noch fraglich. Zudem ist auch noch ungewiss, ob die Mittel im Jahr 2035 überhaupt noch zur Verfügung stehen, da sie lediglich einem einfachgesetzlichen Schutz unterliegen und somit nicht vor dem Zugriff für andere Projekte des Bundes geschützt sind. Nach Berechnungen aus dem Jahr 2014 von David Bowles und des Mitglieds des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Prof. Dr. Wolfgang Greiner steigt allein der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2060 auf 4,42 Prozent (Achtung: seine Annahme beruht auf den Rahmenbedingungen vor den Leistungsverbesserungen der Pflegestärkungsgesetze). Zieht man eine positive Einkommensentwicklung, eine regelmäßige Anpassung der Leistungshöhen und eine moderate Leistungsverlagerung hin zu professioneller Pflege heran, liegt der Beitragssatz in 2060 bei 5,32 Prozent. Hier zeigt sich, dass im Jahr 2060 ein vorläufiger Beitragssatz-Höhepunkt erreicht wird und dann in den Folgejahren auf diesem Hochplateau verbleibt, um danach weiter anzusteigen. Bei einer Entspaltungsphase in der Periode 2035 bis 2055 könnte mit dem Finanzpolster jährlich die Reduktion des Beitragssatzes durchschnittlich um 0,17 Beitragssatzpunkte gelingen. Diese Berechnung setzt aber eine jährliche Nettoverzinsung in Höhe von 4,87 Prozent voraus – die derzeit am Kapitalmarkt nicht zu erreichen ist. Somit wird die nun schon länger andauernde Negativverzinsung zu einem weit weniger beitragsentlastenden Effekt führen.¹¹

Ist der Vorsorgefonds abgeschmolzen, werden also die Beiträge sprunghaft ansteigen. Grund ist der Rückgang der Beitragszahler¹² und das für ein umlagefinanziertes Sozialversicherungssystem ungünstige Verhältnis von Beitragszahlern und denjenigen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung bedürfen. Der Pflegevorsorgefonds geht nämlich davon aus, dass die Entspaltung dazu dient, Belastungsspitzen abzufedern, welche durch die geburtenstarken Jahrgänge der „Babyboomer“ entstehen. Am Ende dieser demografisch bedingten Zusatzbelastung der Pflegeversicherung soll dann wieder das gleiche günstige Niveau der Versicherungsbeiträge erreicht

¹¹ Bowles D; Greiner W (2014): Pflegevorsorgefonds greift zu kurz – Gastbeitrag in Süddeutsche Zeitung vom 23.04.2014, <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/2.220/weiterentwicklung-der-sozialen-pflegeversicherung-pflegevorsorgefonds-greift-zu-kurz-1.1939387> [Stand: 26.05.2018]

Ebs. Bowles D; Greiner W (2016): Kollektiv-ergänzende Kapitaldeckung in der sozialen Pflegeversicherung – Wirkungen des Pflegevorsorgefonds auf die Beitragssatzentwicklung In: Zeitschrift für Sozialreform, Band 61, Heft 2, S. 199-224.

¹² lt. Destatis ist die Geburtenziffer im Jahr 2016 nur noch 1,59 (Kinder je Frau) im Gegensatz zum Jahr 1960 mit 2,5 Kindern

werden. Es ist aber eine Fehlannahme, davon auszugehen, dass die Anzahl der Netto-Beitragszahler zu diesem späteren Zeitpunkt genauso groß sein wird wie zuvor. Aufgrund des demografischen Wandels wird das Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern voraussichtlich nie wieder ein vergleichbares Niveau erreichen können, auch wenn eine moderate Zuwanderung und geringfügig steigende Geburtenraten ggf. dämpfende Effekte entwickeln. Stehen einem Pflegebedürftigen heute noch circa 24 Beitragszahler gegenüber, wird das Verhältnis im Jahr 2060 1:12 betragen. D.h. weniger Beitragszahler müssen immer mehr auf Pflege angewiesene Menschen finanzieren und das macht einen höheren Beitragssatz notwendig. Somit werden die Generationen nach den Babyboomern über die politische Entscheidung zur Anlage eines Pflegevorsorgefonds nicht im Geringsten profitieren. Sie werden aber erstaunt sein, dass nach einigen Jahren Beitragsstabilität die Beiträge danach in raschem Tempo wachsen werden. Der DEVAP kann dem Pflegevorsorgefonds in seiner jetzigen Art nichts abgewinnen, zumal die angesparten Einlagen bei der Deutschen Bundesbank durch den Negativzins allein im Jahr 2015 bereits 17.000 Euro¹³ Verlust erzielten.

Nach der Expertise des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages vom 24. Oktober 2017 steht einer Umwidmung des Pflegevorsorgefonds in einen Pflegepersonalfonds weder der Vertrauensschutz nach Artikel 20 Absatz 3 GG noch die Eigentumsgarantie nach Artikel 14 GG im Wege. Der DEVAP würde eine anderweitige Verwendung im Versorgungsbereich der Pflege – vor allem für die Bezahlung zusätzlicher Pflegekräfte – sehr begrüßen.

Medizinische Behandlungspflege in das SGB V überführen

Mit der Überführung der Finanzierungsverantwortung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen in das SGB V würde im Versorgungssetting Klarheit geschaffen, da die Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege zur Krankenversicherung systemkonform und rechtlich trennscharf erfolgt. Unabhängig vom Ort der Leistungserbringung stehen dem Versicherten die vollumfänglich gleichen Leistungen zu und damit wird der Gleichbehandlungsgrundsatz erfüllt. Sowohl die Pflegeversicherung als auch der auf Pflege angewiesene Versicherte bzw. der Sozialhilfeträger werden dadurch entlastet. Der Finanzierungsaufwand der Krankenversicherung – der sich aus der Übernahme der medizinischen Behandlungspflege ergibt – wurde in einigen Untersuchungen dargelegt: In einer Studie von Rothgang/Müller (2012) wird das Leistungsvolumen zwischen 1,1 und 2,3 Mrd. Euro – nach deren eigener Modellrechnung mit der höchsten plausiblen Vorabannahme mit 1,8 Mrd. Euro – beziffert, das aus dem Leistungsbereich der Sozialen Pflegeversicherung in den Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung übergeht.¹⁴ Der Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD) geht in seiner Datenerhebung von Kosten in Höhe von 3 Mrd. Euro aus. Dies entspricht einem durchschnittlichen Betrag von 470 Euro pro Heimbewohner/in.¹⁵ Nach Aussage des ehemaligen Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten Karl-Josef Laumann, kostete die Pflegeversicherung die Behandlungspflege derzeit 2 Mrd. Euro.

Die mit der anstehenden Pflegereform angekündigten zusätzlichen 13.000 Pflegekräfte, die künftig für die medizinische Behandlungspflege aus dem SGB V refinanziert werden sollen, sind nicht wirklich eine Lösung des Problems der Fehlfinanzierung. Es wäre stringenter gewesen die beiden Themen

¹³ Bt. Drs. 18/7794; Schriftliche Frage Nummer 59 der Bundestagsabgeordneten Pia Zimmermann, S. 39

¹⁴ Rothgang, Heinz / Müller, Rolf (2012): Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen von der Pflege- in die Krankenversicherung. Ökonomische Expertise, gefördert von der Robert Bosch Stiftung. URL: https://archive.is/o/zqykK/agpfreiburg.de/downloads/pflege-teilhabe/Reformpaket_Oekonomische_Expertise_Rothgang.pdf.

¹⁵ Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (Hrsg.): Medizinische Behandlungspflege - Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege, 2017.

Personalmangel und Refinanzierung der bereits geleisteten medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen getrennt voneinander zu betrachten und anzugehen.

Der DEVAP vertritt seit Einführung der Pflegeversicherung die Position, dass die medizinische Behandlungspflege in die Finanzverantwortung der Krankenkassen gehört. Gerne möchten wir auch aufzeigen, wie dies schrittweise gelingen kann.

> Der gesetzliche Änderungsbedarf bezieht sich auf die Streichung der medizinischen Behandlungspflege aus den Leistungen der Pflegeversicherung für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen, die von der Pflegekasse im Rahmen der pauschalen Leistungsbeträge § 43 Abs. 2 SGB XI getragen werden.

> Weiterhin muss eine Erweiterung der geeigneten Orte zur Erbringung von Häuslicher Krankenpflege um die stationären Pflegeeinrichtungen in § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V erfolgen.

> Der Gemeinsame Bundesausschuss muss darauf aufbauend eine Änderung der Richtlinie zur Erbringung der Häuslichen Krankenpflege (HKP-Richtlinie), die bisher eine Verordnung von Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen ausschließt, vornehmen.

> Die ärztliche Anordnung der medizinischen Behandlungspflege bleibt auch im stationären Bereich bestehen und ist einmalig notwendig, danach besteht eine fortlaufende Meldepflicht bei Veränderungen. Es ist ein vereinfachtes Genehmigungsverfahren von den Krankenkassen durchzuführen.

> Ein bürokratiearmer Übergang der Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege ist zu gewährleisten, indem die Leistungserbringer eine Pauschalzahlung zur Abgeltung der erbrachten Behandlungspflege von der jeweiligen Krankenkasse erhalten. Damit ist gewährleistet, dass die Kassen bundesweit gemeinsam und einheitlich agieren.

> In den ersten 2-3 Jahren des Übergangs muss eine Datenerhebung erfolgen, damit erstmals eine statistisch valide Datenlage über das Ausmaß der Gesamtkosten der medizinischen Behandlungspflege entsteht. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse ist die Pauschale nachzuzustieren.

Es ist auch zu prüfen, ob nicht ebenso aus der derzeit durchgeführten Untersuchung zur Entwicklung eines Personalbemessungsinstruments wichtige Eckdaten zum Ausmaß der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen gewonnen werden können.

> Auf jeden Fall ist es notwendig, in der Erhebung zu klären, ob es Anhaltspunkte gibt, nach denen der individuelle Umfang von Behandlungspflege exakt abgeleitet werden kann (Annahmen: Korreliert das Ausmaß an Behandlungspflege mit dem Pflegegrad oder bildet das neue Begutachtungs-Assessment den Aufwand der Behandlungspflege komplett ab?)

> Es ist zu gewährleisten und abzusichern, dass die medizinische Behandlungspflege in der Regel durch das Fachpersonal in den stationären Einrichtungen erbracht wird.

> Der Pauschalbetrag der medizinischen Behandlungspflege, der zukünftig von den Krankenkassen finanziert und nicht mehr von der Pflegeversicherung und von dem Heimbewohner getragen wird, soll nach unseren Vorstellungen anteilig (50/50) den Bewohnern zugutekommen und zur finanziellen Entlastung beitragen. Der verbleibende Anteil soll zur Verbesserung der Personalschlüssel in den Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

C. Fazit und Ausblick

Der Antrag der LINKEN-Bundestagsfraktion enthält Überlegungen, die durchaus dazu dienen können, einige bisher bestehende Probleme zu lösen. Wir sprechen uns als Verband entschieden für eine Finanzierungsreform und den Umbau der Pflegeversicherung zu einer echten Pflegegeldkasko aus. Die Zeit dafür war noch nie günstiger, da die Mehrzahl der Akteure des Pflegesektors diesen Schritt begrüßen würden. Aus diesem Grund hat der DEVAP auch die Initiative Pro-Pflegereform mit begründet und gemeinsam mit den Gründungsmitgliedern ein Gutachten zur Alternativen

Ausgestaltung der Pflegeversicherung bei der Universität Bremen in Auftrag gegeben. Es war uns wichtig zu eruieren, wie eine Finanzierungsreform gelingen kann und, ob wirklich die erwünschten Auswirkungen eintreten würden. Die Ergebnisse des Gutachtens liegen vor (www.pro-pflegereform.de). Dieser Reformidee schließen sich immer mehr Befürworter an. Angedacht wird, dass die Verantwortlichkeit der Initiative unter die Schirmherrschaft des Kuratoriums für Deutsche Altershilfe (KDA) gestellt wird. Damit wäre ein wichtiger Schritt getan, um sie aus der ursprünglichen Trägergemeinschaft zu lösen. Der evangelische Fachverband ist sich durchaus bewusst, dass Trägerinteressen immer mit Skepsis vonseiten der Selbsthilfe und Betroffenenverbandes betrachtet werden. Aber in dem Punkt der Entlastung der zu pflegenden Personen kann ein Schulterschluss gelingen.

Faktisch würde sich für die Träger der stationären Pflegeeinrichtungen durch diese Finanzierungsreform keine große Veränderung ergeben. Weiterhin müssten in Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern die Ist-Kosten nachgewiesen werden. Es könnte eventuell zu einer Erleichterung der Anerkennung von pflegebedingten Aufwendungen kommen, aber nach wie vor wären die Kostenträger interessiert, die Kosten nach ökonomischen Kriterien zu begrenzen. Einen großen Vorteil hätten die Einrichtungen, die bereits heute eine besondere qualitativ bessere Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit Demenz oder für palliative Versorgung und Begleitung vorhalten. Derzeit müssen diese Einrichtungen die entstehenden Mehrkosten durch Leistungsverbesserungen an die zu versorgenden Menschen weitergeben, wohl wissend, die zu versorgenden Personen in die Gefahr des Sozialhilferisikos zu bringen; oder sie stehen vor der Entscheidung, an anderer Stelle Einsparungen vorzunehmen, bspw. beim Personal. Einrichtungen mit höheren Kostenanteilen durch Zusatzangebote und spezielle Versorgungskonzepte konkurrieren demnach mit anderen Einrichtungen am Markt, die lediglich eine Grundversorgung anbieten. Sie können den Wettbewerb aber nicht über bessere Qualität zu gleichen Preisen gewinnen. Hierdurch entsteht die paradoxe Situation, dass Anbieter mit höheren Qualitätsmaßstäben und/oder einem Mehr an Personal verschärfend auf die teils prekäre finanzielle Situation von zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen einwirken. Mit Einführung der echten Teilkasko würden Leistungsverbesserungen nicht mehr unmittelbar zulasten der Pflegebedürftigen gehen. Darüber hinaus müssten sich die Träger unter vergleichbaren Bedingungen einem echten Qualitätswettbewerb stellen.

Natürlich sind noch weitere Überlegungen zu treffen, wie der Übergang hin zu einer Pflegezeitkaskoversicherung erfolgen kann, bspw. wie der Ausgleich der höheren pflegebedingten Kosten zwischen den Regionen und Bundesländern vollzogen wird oder ein Ausgleich als solidarische Leistung unterbleiben soll.

Bis zu dem Übergang zu einer Pflegezeitkaskoversicherung muss zumindest eine jährliche werterhaltende Dynamisierung erfolgen anhand des Verhältnisses von Personal- und Sachkosten in der Pflege. Damit werden die Lohnentwicklung und die Inflation entsprechend abgebildet. Es gibt für den Ausgleich des Realwertverlustes der Pflegeleistungen bisher keinen absehbaren wirksamen Automatismus, der dringend für den Übergang geschaffen werden muss.

Der DEVAP fordert ebenso entschieden wie nachdrücklich, dass die Ungleichbehandlung bei der medizinischen Behandlungspflege der Pflegebedürftigen im stationären und ambulanten Setting aufgehoben wird. Im ersten Schritt muss also eine zügige und einfache Lösung erfolgen. Im zweiten Schritt sollen nach einer Datenerhebung Grundlagen geschaffen werden, auf denen dann eine langfristige Lösung generiert wird.

Einige Hinweise möchte der DEVAP noch zum Antrag geben. Es wird in der Antragseinleitung davon gesprochen, dass höhere Zuzahlungen für Investitionskosten, für Unterhalt und Verpflegung und Ausbildung fällig werden (S. 1, Z. 3-5). Der Unterhalt fließt nicht in die Zuzahlung von Heimkosten ein

– gemeint sind hier wohl die Hotelkosten, die sich aus Unterkunft und Verpflegung zusammensetzen. Zudem wird im dritten Absatz die Begrifflichkeit Pflegefall bedient. Wir raten dringend von der Verwendung ab, da sich – auch im Zuge des neuen Pflegebegriffs – die Reduzierung auf den Objektstatus des Hilfsbedürftigen verbietet. Klie führt in seiner Publikation „Wen kümmern die Alten“ eine dezidiert kritische Diskussion über den zu vermeidenden „Pflegefall“ aus, der „(...) ein überflüssiger Begriff“ ist. „Schon in den 1990er-Jahren hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe eine Kampagne ins Leben gerufen, die sich gegen die weitere Verwendung des Begriffs und für seine Verbannung aus der fachpolitischen Diskussion aussprach. Er sei diskriminierend und entfalte hochproblematische Wirkungen auf (...) Menschen (...). Der Begriff ist Ausdruck eines negativen Altersbildes, dass in hohem Maße verhaltenswirksam ist (...).“¹⁶ Der 6. Altenbericht regte an, dass der „Pflegefall“ als Unwort auf einen Index von zu vermeidenden Begrifflichkeiten zu setzen ist. „Im Dritten Reich war der „Pflegefall“, insbesondere in Verbindung mit dementiellen Erkrankungen („Greisenveränderung“ des Gehirns), assoziiert mit Lebensunwert.“¹⁷

Berlin, 29.05.2018

Vorstandsvorsitzender Dr. Bodo de Vries

Kontakt:

Madeleine Viol, Referentin für Alten- und Pflegepolitik,

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege; Tel. 030 83 001 265; viol@devap.de

¹⁶ Klie Th (2014); Wen kümmern die Alten, Pattloch Verlag, S. 32

¹⁷ Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2010); Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft; S. 347