



BKK Positionen

zu einer Reform der Pflegeversicherung

Oktober 2011

Inhaltsverzeichnis

I Ausgangslage

II Verbesserung von Qualität und Leistungen in der Pflege

III Finanzierung

I. Ausgangslage

Die 1995 eingeführte Pflegeversicherung ist mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz reformiert worden. Neben wichtigen Leistungsverbesserungen vor allem für demenziell erkrankte Pflegebedürftige sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, der erstmaligen Anpassungen der Leistungen sowie einer umfassend verbesserten Pflegeberatung wird die Finanzierung mit dem aktuellen Beitragssatz bis etwa Frühjahr 2014 sichergestellt.

Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde darauf hingewiesen, dass aufgrund der zu erwartenden demographischen Entwicklung im Jahr 2010 ein Beitragssatz in Höhe von 1,9 % und für das Jahr 2030 in Höhe von 2,4 % wahrscheinlich sein wird (Abschnitt C.VI des Gesetzentwurfs, BT-Drs 12/5262). Aktuelle Prognosen gehen davon aus, dass der rechnerisch notwendige Beitragssatz bis zum Jahr 2030 eine Größenordnung von etwa 2,3 % erreichen wird (4. Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung schätzte in seinem Jahresgutachten 2008/2009 für das Jahr 2050 einen zu erwartenden Beitragssatz von über 3 %.

In den 15 Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung ist es gelungen, in Deutschland eine flächendeckende Pflegeinfrastruktur aufzubauen und zu etablieren. Der Bereich hat auch als Beschäftigungsfeld zunehmend an Bedeutung gewonnen.

Neben der langfristigen Sicherung der Finanzierung bleibt die Fortentwicklung von Qualität und Leistungen auch vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung von zentraler Bedeutung.

Beitragssätze seit 1995

Pflegeversicherung	01.01.1995 (ab 1.04.1995 Beginn amb. Leistungsgewährung)	1.07.1996 (amb. und stat. Leistungen)	1.01.2005 Einführung Beitragszuschlag für Kinderlose	1.07.2008
Beitragssatz	1 %	1,70 %	1,70 %	1,95 %
Beitragszuschlag für Kinderlose	---	---	0,25 %	0,25 %

II. Verbesserungen von Qualität und Leistungen in der Pflege

1. Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der bisherige somatisch- und defizitorientierte Pflegebedürftigkeitsbegriff ist und war von Beginn an nicht in der Lage, den Bedürfnissen von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gerecht zu werden. Auch der besondere Pflegeaufwand von Kindern kann durch den aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht in angemessenem Umfang abgebildet werden.

Insbesondere aufgrund der steigenden Zahl Demenzkranker wird eine Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs immer dringlicher. Der vom Bundesministerium für Gesundheit Ende 2006 berufene „Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ hat im Januar 2009 seinen Abschlussbericht vorgelegt. Ausgangspunkte für die darin enthaltenen Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und für ein neues Begutachtungs-Assessment (NBA) sind dabei eine stärkere Orientierung am Teilhabeanspruch pflegebedürftiger Menschen und die Überwindung der bisher fast vollständigen Ausrichtung auf körperbezogene Hilfeleistungen. Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen sollen besser berücksichtigt werden. Das NBA orientiert sich am Selbständigkeitsgrad pflegebedürftiger Menschen und verabschiedet sich von der sog. Minutenpflege. Damit soll eine ganzheitliche und kontextbezogene Wahrnehmung der Lebenslagen pflegebedürftiger Menschen erzielt werden. An die Stelle der bisherigen drei Pflegestufen sollen fünf Bedarfsgrade treten.

- Die BKK begrüßen den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue vorgeschlagene Begutachtungsverfahren, das aus ihrer Sicht geeignet ist, die Pflegeleistungen bedarfsgerecht auszurichten. Die Politik sollte jetzt zeitnah die gesetzgeberischen Konsequenzen ziehen.
- Die vom Beirat vorgeschlagenen fünf Bedarfsgrade sind aus Sicht der BKK realitätsbezogen und begrüßenswert. Je nach Ausgestaltung der Leistungen in den einzelnen Bedarfsgraden können die Mehrausgaben bis zu 3,6 Milliarden EUR betragen. Hier muss die Gesellschaft entscheiden, wie viel ihr eine gute Pflege Wert ist. Eine kostenneutrale Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist nur durch Änderung in der Bewertungssystematik und Gewichtung der einzelnen Aktivitäten zu erreichen, was dazu führen würde, dass die tatsächlichen Beeinträchtigungen oder Fähigkeitsstörungen nicht mehr berücksichtigt werden. Dies ist abzulehnen.

- Unabdingbar für die Akzeptanz des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist nach Auffassung der BKK ein Besitzstandsschutz für bereits erworbene Leistungsansprüche. Die Leistungsausgestaltung der bisherigen Pflegestufe 0 (als besondere Leistung für demenziell Erkrankte) muss weiterentwickelt werden. Ein Übergangsverfahren ist unumgänglich.
- Die Anpassung der Leistungsausgestaltung der neuen Bedarfsgrade darf nicht zu neuen „Verschiebebahnhöfen“ unter den beteiligten Leistungsträgern führen. Kostenverlagerungen auf die Pflegeversicherung, z.B. zu Gunsten der Sozialhilfe, werden abgelehnt. Leistungsverbesserungen müssen bei den unmittelbar Betroffenen und nicht bei anderen Trägern ankommen.

2. Pflegekräftemangel - Bedarf an Pflegekräften

Aufgrund des prognostizierten Anstiegs der Pflegebedürftigen wird der Bedarf an gut ausgebildeten Pflegekräften wachsen. (Destatis geht für das Jahr 2025 von 193.000 fehlenden Pflegevollkräften aus; PWC geht für nichtärztliche Fachkräfte in der Pflege von einem Fehlen von 140.000 Fachkräften für 2020 und 800.000 für 2030 aus.)

- Aus Sicht der BKK ist sicherzustellen, dass eine ausreichende Zahl qualifizierter Pflegekräfte zur Verfügung stehen wird. Es gilt dabei ebenso das bürgerschaftliche und nachbarschaftliche Engagement im ambulanten und stationären Bereich zu unterstützen, welches neben der familiären und professionellen Hilfe eine wesentliche Stütze bei der Versorgung der Pflegebedürftigen ist. Den Kommunen kommt in ihrer Verantwortung die Aufgabe zu, dieses unterstützende Potenzial an pflegenden „Laien“ als zweiten und wichtigen Pflegekräftemarkt zu erschließen und in bestehende Pflegearrangements einzubinden.
- Die BKK setzen sich für eine an den Pflegeleistungen orientierte, qualitativ hochwertige Ausbildung der Pflegekräfte ein.

Möglichkeiten dieses Ziel zu erreichen sind:

- die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten,
- die Verbesserung der Arbeitsbedingungen,
- die leistungsgerechte Vergütung,
- die Attraktivität der Pflegeberufe zu erhöhen,
- Umlagefinanzierung der Ausbildungskosten

Durch eine Finanzierung der Ausbildung im Umlageverfahren kann die Zahl der Ausbildungsplätze erhöht werden. Die Pflegeversicherung soll an dieser Finanzierung beteiligt werden.

- Die Tätigkeit der Pflegekräfte ist von erheblichen körperlichen und psychischen Belastungen geprägt, die zu langwierigen und schweren Erkrankungen führen können. Die BKK setzen sich deshalb nachdrücklich für eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsaufgaben und -abläufe bei den Pflegekräften ein. Erforderlich ist, dass die Arbeitsbelastungen bei den Pflegetätigkeiten deutlich reduziert werden und dass die Gesundheit der Pflegekräfte durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gestärkt wird. Die BKK halten insbesondere diese Maßnahmen für erforderlich um einen dauerhaften Verbleib der Pflegekräfte in ihrem Beruf zu ermöglichen.

3. Neue Versorgungskonzepte

Die meisten älteren Menschen haben den Wunsch, solange wie möglich in der eigenen Wohnung und dem vertrauten sozialen Umfeld zu bleiben. Bei eintretender Pflegebedürftigkeit soll die Versorgung im eigenen Haushalt erfolgen. Dies entspricht dem Postulat der vorrangigen Unterstützung der häuslichen Pflege und der Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn (§3 SGB XI).

Die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung und Betreuung im häuslichen Bereich wird wesentlich durch die familiären und sozialen Verhältnisse bedingt. Dabei sind erforderliche Wohn- und Familienstrukturen häufig nicht ausreichend vorhanden. Mit der prognostizierten Zunahme der Anzahl von Einzelhaushalten und dem Rückgang intrafamiliärer Pflegeleistungen wird sich diese Entwicklung fortsetzen.

Traditionelle Wohnformen, wie klassische Altenwohnungen und Pflegeheime, entsprechen nicht mehr den Bedürfnissen heutiger und wohl auch künftiger Seniorengenerationen. Das Spektrum spezieller Wohnungsangebote bzw. Wohnformen hat in den letzten Jahren durchaus zugenommen. An den tatsächlichen Bedürfnissen und dem quantitativen Bedarf gehen diese Angebote jedoch vielfach noch vorbei.

- Die BKK halten es für zwingend erforderlich, mit einer regionalen und ortsnahen koordinierten Gesundheits- und Sozialplanung auf diese Entwicklung zu reagieren. Nach Auffassung der BKK kommt den Ländern und Kommunen hier eine zentrale Rolle zu. Die Förderung des altengerechten Wohn- und Lebensraumes und die Weiterentwicklung der kommunalen Pflegeinfrastruktur kann nicht regional davon abhängig gemacht sein, ob z.B. eine Stadt vor dem Hintergrund von Haushaltssanierungszwängen keinen ausreichenden finanziellen Rahmen für erforderliche Zukunftsinvestitionen bereitstellen kann. Notwendige Rahmenbedingungen für den Erhalt und die Weiterentwicklung altersgerechten Wohnens und die Sicherung und den Ausbau der erforderlichen Infrastruktur sind

zu schaffen. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, einem bundesweiten Investitionsgefälle vorzubeugen und regional erforderliche Investitionsnotwendigkeiten sicherzustellen. Unter Einbeziehung und Sensibilisierung der Wohnungswirtschaft bedarf es zur Entwicklung der notwendigen ambulanten Strukturen der Erarbeitung entsprechender Konzepte.

Personenkonzentriert soll eine altersgerechte Infrastruktur das selbständige Wohnen in vertrauter Umgebung ermöglichen und stärken. Professionelle Hilfen, die Unterstützung und Beratung über Alltagshilfen und niedrigschwellige Angebote, wie haushaltsnahe Dienstleistungen oder Essen auf Rädern, sind auszubauen und zu verbessern. Notwendige Verbesserungen sind über eine Flexibilisierung bestehender Angebote und deren Vernetzung zu erreichen.

- Die Abgrenzung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen ist im Sinne neuer Unterstützungsarrangements durchlässig zu gestalten und mit Strukturen bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe zu verknüpfen.
- In die Quartiersgestaltung und -planung sind aus Sicht der BKK Angebote zum altersgerechten Wohnungsbau, der Wohnanpassung und entsprechender Beratung verpflichtend einzubeziehen. Einer Entmischung der Generationen ist entgegenzuwirken.

Zukünftig wird der Leistungsbedarf größeren Veränderungen unterworfen werden. Ursache ist die demographische Entwicklung, nicht zuletzt aber auch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Dynamisierung der Leistungen. Das Pflegeangebot muss den veränderten Rahmenbedingungen der Zukunft gerecht werden, eine Anpassung ist unumgänglich. Unter der Prämisse „ambulant vor stationär“ müssen diese neuen Versorgungsstrukturen durch kompatible Leistungsansprüche und Anreizstrukturen weiter flankiert werden.

- An dieser Stelle betonen die BKK die besondere Verantwortung der Kommunen. Diese sollen insbesondere auch als Initiator der kooperativen Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Akteure und Förderer eines am Gemeinwesen orientierten bürgerschaftlichen Engagements auftreten.
- Eine staatliche/kommunale finanzielle Förderung zur Schaffung einer bedarfsorientierten pflegerischen Infrastruktur ist erforderlich. Möglicherweise sind dafür gesetzliche Regelungen weiter zu fassen und dezidiert zu gestalten (§ 9 Satz 3 SGB XI).

4. Dynamisierung der Pflegeleistungen

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Dynamisierung aller Leistungen der Pflegeversicherung festgeschrieben mit dem Ziel, die Kaufkraft der Versicherungsleistungen im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen langfristig zu erhalten. Inzwischen werden vereinzelt Stimmen laut, die aus Kostengründen die Aussetzung der Dynamisierung nach § 30 SGB XI fordern.

- Aus Sicht der BKK sind diese Forderungen zurückzuweisen und es ist an der Dynamisierung festzuhalten.

5. Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen

Am 26.03.2009 ist in Deutschland das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention) in Kraft getreten. Leitbild ist eine inklusive Gesellschaft, in der alle Bürgerinnen und Bürger selbstbestimmt leben können. Der Bund beabsichtigt, das Übereinkommen in einer langfristigen Gesamtstrategie im Rahmen eines nationalen Aktionsplans in die nationale Behindertenpolitik umzusetzen. In diesem Zusammenhang steht auch die Reform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

Gefordert wird u.a.

- die Auflösung von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungsformen („Personenzentrierung“),
- die Trennung der Leistungen zum Lebensunterhalt einschließlich Wohnen von den (Fach-)Leistungen der Eingliederungshilfe und
- die Gesamtsteuerungsverantwortung der Sozialhilfeträger.

Die Umsetzung dieser Forderungen hätte zum einen durch das Abrücken von dem Grundprinzip der einheitlichen Kostenträgerschaft für einrichtungsbezogene Leistungsangebote eine Kostenverlagerungsdiskussion zur Folge, zum anderen könnten künftig Entscheidungen über bestimmte Leistungen mit erheblicher finanzieller Tragweite durch einen dafür unzuständigen Träger getroffen oder präjudiziert werden.

Die Ausgaben der Sozialhilfeträger für die Eingliederungshilfe sind in den letzten Jahren regelmäßig gestiegen. Sie stellen den größten Anteil der Sozialversicherung bei den Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe (im Jahr 2009 ca. 13 Mrd. € - ca. 6,7 % mehr als im Jahr 2008). Insbesondere in den Kommunen hat sich der Kostendruck erheblich verstärkt. Dies dürfte einer der Hauptgründe für die Reform der Eingliederungshilfe sein und lässt befürchten, dass über diesen Weg Kosten auf andere Sozialleistungsträger abgewälzt werden.

Einer solchen fremdbestimmten Kostenbelastung muss mit Nachdruck widersprochen werden. Auch zukünftig muss die Wahrung der Autonomie der einzelnen Träger der Sozialen Sicherung - also auch der Pflegeversicherung - bei der Verwirklichung des spezifischen gesetzlichen Auftrages gewährleistet sein. Jeder Leistungsträger muss weiterhin seine Leistungsentscheidungen auf der Grundlage der für ihn geltenden Gesetze selbst und ohne Vorfestlegung durch andere Leistungsträger treffen.

- Die BKK unterstützen das Anliegen des Reformvorhabens, Teilhabemöglichkeiten und Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen und für deren Angehörige in Übereinstimmung mit der UN-Behindertenrechtskonvention weiterzuentwickeln. Eine Kostenverschiebung - unter dem Deckmantel der Verbesserung der Leistungen für die betroffenen Menschen - hin zu anderen Sozialleistungsträgern und hier insbesondere zur Pflegeversicherung wird abgelehnt. Der Gesetzgeber darf Leistungszuständigkeit und Finanzverantwortung für die Eingliederungshilfe nicht voneinander trennen. Die Finanzentwicklung der Pflegeversicherung darf nicht von Entscheidungen der Sozialhilfeträger abhängig gemacht werden.

III. Finanzierung

Die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) beschlossene und zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene Beitragssatzerhöhung soll ausweislich der Gesetzesbegründung sicherstellen, dass „die Auswirkungen der demographischen Entwicklung sowie die Leistungsverbesserungen mit Ausnahme der Dynamisierung dauerhaft finanziert werden können“. Allein durch die Dynamisierung, deren Notwendigkeit erstmals im Jahr 2014 geprüft werden soll, droht dann bereits ein Defizit. Leistungsverbesserungen, z.B. durch die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, unterstreichen die Notwendigkeit einer Finanzierungsreform. Die Bundesregierung plant dazu laut Koalitionsvertrag, das bestehende Umlageverfahren durch eine Kapitaldeckung zu ergänzen, die verpflichtend, individualisiert und generationen-gerecht ausgestaltet sein soll. Allgemein besteht Konsens, rechtzeitig politische Entscheidungen zur zukünftigen Finanzierung anzustreben.

Aus Sicht der BKK muss sich eine Finanzierungsreform an folgenden Eckpunkten orientieren:

- Nach wie vor bleibt die solidarische und paritätische Finanzierung die Grundlage der sozialen Pflegeversicherung. Im Prinzip sind über die „traditionelle“ Finanzierung alle Ausgaben der Pflegeversicherung abzudecken. Dazu gehören Maßnahmen, wie z.B. die Dynamisierung der Pflegeleistungen oder die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die nicht über längerfristig angelegte Rücklagenmodelle zu finanzieren sind. Insoweit dürfen angemessene Beitragssatzerhöhungen kein Tabu sein.
- Eine ergänzende Kapitaldeckung kommt allenfalls als Nachhaltigkeitsreserve in Betracht. Auf diesem Weg können deutliche Beitragsanpassungen verhindert werden, die aufgrund einer steigenden Zahl der Pflegebedürftigen bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Erwerbstätigen spätestens ab 2030 erforderlich wären. Die Nachhaltigkeitsreserve muss nach einheitlichen Kriterien und wettbewerbsneutral ausgestaltet sein und sich an folgenden Grundsätzen messen lassen:

1. Obligatorische Versicherung

Sie muss obligatorisch sein. Eine freiwillige ergänzende Pflegeversicherung würde höchstwahrscheinlich nur von einem Teil der Bevölkerung abgeschlossen. Für mögliche Versorgungslücken des anderen Teils müssten Dritte eintreten.

2. Kollektive Versicherung

Sie muss in einer kollektiven Versicherung erfolgen (nicht abhängig von Alter, Geschlecht, Vorerkrankungen).

3. Einkommensabhängige Aufbringung der Mittel

Die Beiträge müssen einkommensabhängig sein. Ansonsten droht eine Umverteilung von unten nach oben bzw. es müsste ein aufwändiger steuerfinanzierter Sozialausgleich installiert werden.

4. Realisierung innerhalb der bestehenden Pflegeversicherung

Die ergänzende Kapitaldeckung als Nachhaltigkeitsreserve muss innerhalb der bestehenden Systeme realisiert werden. Bei Etablierung eines weiteren Leistungsträgers in der Pflege entstehen neue Schnittstellen und mehr Bürokratie.

5. Ausschluss sachfremder Eingriffsmöglichkeiten

Der Kapitalstock ist juristisch zuverlässig gegen den Zugriff der Politik im Krisenfall abzusichern. Kurs- und Anlagerisiken sind auszuschließen („Mündelsicherheit“).

Bei der zukünftigen Finanzierung der Pflegeversicherung wird auch die Rolle der PKV zu diskutieren sein. Hier käme ein Finanzausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung in Betracht, auch eine Beteiligung an der kollektiven Nachhaltigkeitsreserve ist denkbar.