

Überlegungen zur Reform/ Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – Ein Angebot zur Diskussion

Gliederung

1. Zahlen und Fakten
2. Problemfelder
3. Lösungsvorschläge der Linkspartei.PDS

1. Zahlen und Fakten

Interessant ist zunächst, daß in den gegenwärtigen Diskussionen zur Pflegeversicherung nur die „soziale Pflegeversicherung“ als „reformbedürftig“ betrachtet wird! Die private Pflegeversicherung wird, wenn überhaupt erwähnt, als Erfolgsmodell betrachtet. Eine echte, eine zukunftsfähige Reform muß diesen Zweig der Pflegeversicherung – unter dem Aspekt der Bürgerversicherung für alle Menschen – in die Betrachtungen einbeziehen.

Nach 20-jähriger Diskussion wurde die Pflegeversicherung in zwei Stufen eingeführt. Die Leistungen der häuslichen Pflege erhalten die Versicherten seit dem 1. April 1995, die Leistungen bei stationärer Pflege seit dem 1. Juli 1996. Beiträge in Höhe von 1,7 % (0,85 % Arbeitgeberanteil) werden seit dem 1. Januar 1995 gezahlt. Für den Arbeitgeberanteil wurde der Buß- und Betttag als Kompensation als gesetzlicher Feiertag gestrichen (außer Freistaat Sachsen).

Ausgangslage 1995

1,65 Millionen pflegebedürftige Menschen erhalten aus der Pflegeversicherung Pflegeleistungen (ambulant ca. 1,2 Millionen, stationär ca. 450 Millionen)

Situation Ende 2003

Etwa 2,01 Millionen Menschen - ambulant 1,36 Millionen, stationär ca. 650.000 – erhalten Pflegeleistungen. In die Pflegestufe I sind 57,2 % aus der Sozialen Pflegeversicherung und 50,7 % aus der privaten Pflegeversicherung, in die Pflegestufe II sind 33,2 % aus der Sozialen Pflegeversicherung und 36,3 % aus der privaten Pflegeversicherung und in die Pflegestufe III 9,6 % bzw. 12,9 % eingeordnet. Prognostiziert wurden für 2015 ca. 500.000 stationär gepflegte Menschen, Ende 2003 waren es schon 650.000!

Artikel 52 PfIVG – Investitionsförderung in den ostdeutschen Bundesländern

In den 16 Bundesländern stellt sich die Investitionsförderung sehr unterschiedlich dar. Grundlage ist das jeweilige Landesrecht. Für die ostdeutschen Länder wurde 1994 ein erheblicher Nachholebedarf konstatiert, der im Rahmen eines Investitionsprogramm behoben werden sollte. Nach Artikel 52 PfIVG sollen acht Jahre lang bis 2002 (ab 1995) jährlich etwa 800 Millionen DM für Investitionen in die Pflegeinfrastruktur – insgesamt etwa 6,4 Mrd. DM – zur Verfügung gestellt werden. Zu Beginn dieses Zeitraumes hat die Bundesregierung eine Kredit bei der Pflegeversicherung in Höhe aufgenommen, der ab 2002 zurückgezahlt wird.

Private Pflegeversicherung

Ende 2002 bezogen rund 79.000 pflegebedürftige Menschen ambulante und rund 35.000 Menschen stationäre Leistungen der privaten Pflegeversicherung.

Die private Pflegeversicherung erzielte in jedem Jahr bisher einen Einnahmeüberschuß. Seit 1995 wurde ein Kapitalstock in einer Höhe von rund 12,3 Mrd. € gebildet. Interessant ist die Struktur der Ausgaben in der privaten Pflegeversicherung: 2002 wurden 46 % der Einnahmen zum weiteren Aufbau des Kapitalstocks, 12 % wurden als Rückstellung zur Abfederung späterer Beitragserhöhungen verwendet. Von den Gesamteinnahmen werden nur 16 % für Pflegeleistungen verwendet. Sehr hoch sind mit 9 % der Einnahmen die Verwaltungskosten (in der Sozialen Pflegeversicherung 5%).

Sozialhilfe

Mit der Einführung der Pflegeversicherung sanken die Ausgaben der Sozialhilfeträger im Bereich der Pflege erheblich. Die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen sank von 453 613 Personen im Jahr 1994 auf 246 212 Personen im Jahr 2002. Die Ausgaben verringerten sich entsprechend von ca. 9,2 Mrd. € im Jahre 1994 auf etwa 2,99 Mrd. € 2002. Seit etwa 2000 wird erneut ein leichtes Ansteigen der Zahl der auf Hilfe zur Pflege angewiesenen Menschen festgestellt.

Resümee und Bewertung

Insgesamt erhielten auf der Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes Ende 2003 etwa 2,1 Millionen Menschen Pflegeleistungen. In der sozialen wie in der privaten Pflegeversicherung wurden 2003 Einnahmen in Höhe von ca. 19,8 Mrd. € verzeichnet (davon 2,94 Mrd. € in der privaten Pflegeversicherung). Mit dem Aufbau eines Kapitalstocks in der privaten Pflegeversicherung gehen in jedem Jahr mehr als 2,2 Mrd. € an realen Pflegeleistungen „verloren“. Zählt man noch die Ausgaben in Rahmen des BSHG/SGB XII „Leistungen zur Pflege“ in Höhe von 2,99 Mrd. €/Jahr hinzu, so war noch nie soviel Geld im System Pflege wie bisher.

Die Pflegeversicherung hat die Situation pflegebedürftiger älterer Menschen und ihrer Angehörigen im Vergleich zur Lage vorher **deutlich verbessert**. Die Abhängigkeit von der Sozialhilfe aufgrund von Pflegebedürftigkeit wurde wesentlich reduziert. Mit etwa 44 Mrd. DM im System hat sich das Ausgabenvolumen für Pflegeleistungen fast verdoppelt. Gleichzeitig gibt es erhebliche Qualitäts- und Personalprobleme in der Pflege. Die Grundsituation „satt, sauber, still“ im stationären Bereich hat sich nicht in gleichem Ausmaß verändert oder gar verbessert. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, daß bedeutende Mittel nach wie vor im stationären Bereich verwendet werden. Wirksame Konzepte zur Umsetzung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege sowie des gesetzlichen Auftrages „ambulant vor stationär“ wurden nicht entwickelt oder mit erheblichen finanziellen Mitteln gefördert. Zu betonen ist dabei, daß dies nicht allein Auftrag und Aufgabe der Pflegeversicherung sein kann und sein konnte, dies ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die vor allem mit der umfassenden Durchsetzung des Prinzips der Barrierefreiheit Realität werden kann.

2. Problemfelder

1. Definition Pflegebedürftigkeit

Zu den anerkannten und häufig kritisierten Problemen der Pflegeversicherung gehört der verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff. Hier sind die vielfältigen Erscheinungen von eingeschränkter Alltagskompetenz, die auf gerontopsychiatrischen oder demenziellen Erkrankungen beruhen, nicht einbezogen. Notwendig ist, den Pflegebedürftigkeitsbegriff um die besonderen Bedarfe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu erweitern. (NDV, Mai 2004)

Zu dem bezieht sich der Pflegebegriff nur auf Teilbereiche notwendiger Hilfen und ist ausschließlich an Defiziten orientiert. Notwendig ist, die vorhandenen Ressourcen und Potentiale zu erfassen sowie die Rehabilitations- und Präventionsmöglichkeiten.

2. Benachteiligung der häuslichen Pflege

Das Auseinanderfallen der Leistungsbeträge für ambulant/ stationär hatte den finanzpolitischen Hintergrund, sofort eine hohe Entlastung der Sozialhilfeträger im Bereich der stationären Versorgung zu sichern. Fachlich gab es keine Begründung für die unterschiedlichen Leistungsbeträge bei gleicher Pflegebedürftigkeit. Inwieweit von einem „Sog“ in die stationäre Betreuung gesprochen werden kann ist nicht belegt. Fakt ist, daß die ambulante Betreuung seit 1994 um 100.000, während die stationäre Betreuung um 200.000 pflegebedürftige Menschen anwuchs, obwohl sehr viele ambulante Dienste neu entstanden. In der Praxis wurde, obwohl vielfach beschworen, der Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht umgesetzt! Ein Hauptgrund dafür liegt in der Unterfinanzierung dieses Bereiches!

3. Vernachlässigung von Rehabilitation und Prävention

Obwohl im Gesetz als Ziel formuliert wurden Fragen der Rehabilitation und Prävention vernachlässigt. Insbesondere fehlen Vorschläge, wie dem Vorrang von Prävention zum Durchbruch verholfen werden könnte. Auch ist die Bereitschaft gering, welche konkreten Verhaltensweisen und Haltungen der Bevölkerung besser unterbleiben sollten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern. Analoges ist zur Rehabilitation zu sagen. Oft werden Rehabilitationsleistungen an ältere Menschen durch die Rehaträger versagt, obwohl damit Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben werden könnte.

4. Wachsendes Defizit in der sozialen Pflegeversicherung

Seit 2000 übertreffen Jahr für Jahr die Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung die Einnahmen in bedeutenden Umfang. Die aus der Einführungsphase der Pflegeversicherung resultierende Rücklage wird ca. 2007, spätestens 2008 aufgebraucht sein. Im Unterschied erzielt die private Pflegeversicherung, insbesondere aufgrund der hohen Einzelbeiträge, Jahr für Jahr Überschüsse, obwohl mehr als 60 % der Einnahmen in die Kapitaldeckung fließen.

Hinzu kommt, daß die Leistungen der Pflegeversicherung nicht dynamisiert sind. So ist seit ihrer Einführung ein Leistungsverlust von etwa 13 % zu konstatieren, der sich auch in mangelhafter Pflege vor Ort, wie die Berichte belegen, niederschlägt.

5. Verschärfung der Problemlagen durch die demografischen Entwicklungen

Die Alterung der Gesellschaft bewirkt einen erhöhten Anteil pflegebedürftiger Menschen an der Gesellschaft. Daneben wird zugleich von einem Anstieg der Leistungsmenge ausgegangen, weil speziell für gerontopsychiatrisch und demenziell erkrankte Menschen in höherem Maße gesorgt werden muß. Hier ergibt sich für eine humanistische Gesellschaft ein expandierender Bereich als Dienstleistungsgesellschaft mit den Konsequenzen zur Schaffung von Arbeitsplätzen, der Forschung und der Ausbildung.

3. Forderungen und Novellierungsvorschläge der Linkspartei.PDS zur Pflegeversicherung und zur Sicherung eines selbstbestimmten und würdevollen Lebens pflegebedürftiger Menschen

A. Vorschläge zur Verbesserung der Betreuung und Pflege pflegebedürftiger Menschen

- Erweiterung des **Pflegebedürftigkeitsbegriffes** um Fragen des Betreuungs-, Beaufsichtigungs- und Anleitungsaufwandes; Anhebung der Pflegezeit bei dementiellen Erkrankungen um 60 Minuten.
- Einführung einer **Pflegestufe „0“** bei mehrmaligem aber nicht täglichem Hilfebedarf, insbesondere zur Sicherung eines selbständigen Lebens in der „eigenen“ Wohnung im gewohnten Wohnumfeld als wesentliche präventive Maßnahme zur Vermeidung und Hinausschieben stationärer Pflege und zur Stärkung der familiären Potenzen.
- Initiierung und Durchführung von **Modellprogrammen zur Prävention** und Erhaltung der Selbständigkeit im Alter. Durchführung und Finanzierung präventiver Hausbesuche zur Förderung bzw. zum Erhalt der Selbständigkeit im Alter ab 75 Jahre. Aufbau flächendeckender pflegeergänzender Dienstleistungen (zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen in der Pflegestufe 1 sind nicht mehr in der Lage, hauswirtschaftliche Verrichtungen allein auszuführen!)
- Sicherstellung eines **kultursensiblen** Umganges mit alten Menschen.
- Zeitzuschläge bei pflegebedürftigen Menschen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen.
- Maßnahmen zur **besseren Vereinbarkeit** von Beruf und Pflege von Angehörigen und Nachbarn, wie bspw. die Einführung einer „Pflegezeit“ (analog Elternzeit in der Kindererziehung) sowie die Einführung eines personenbezogenen Pflegebudgets zur Stärkung der Selbständigkeit und Selbstverantwortung

B. Vorschläge zur Verbesserung der Situation der in der Pflege beschäftigten ArbeitnehmerInnen

- Jährliche **Dynamisierung** der Pflegeleistungen, insbesondere unter Beachtung tariflicher Veränderungen
- **Abbau von Bürokratie** und Überregulierung durch Reduzierung von Dokumentationspflichten auf das notwendige Maß. Eine Stärkung der Selbstverantwortung der Pflegeeinrichtungen zur Sicherung von Qualität in der Pflege ist unumgänglich.
- Anwendung eines **neuen Personalschlüssels** in der Pflege in Reaktion auf hohe Fluktuation, einer überdurchschnittlich hohen Quote an depressiven Erkrankungen sowie einem hohen Anteil an Wirbelsäulenerkrankungen.

- **Umlagenfinanzierte** Ausbildung, so daß jede Pflegeeinrichtung ihren Anteil an der Sicherung eines gut ausgebildeten Berufsnachwuchses trägt.

C. Vorschläge zur Sicherung der finanziellen Grundlagen der sozialen Pflegeversicherung

- Umstellung der Pflegeversicherung auf eine **Bürgerversicherung** durch Schließung der privaten Pflegeversicherung. Damit würden mindestens **2 Milliarden € zusätzlich pro Jahr** für Pflegeleistungen zur Verfügung stehen. Die Beitragsstabilität wäre mittelfristig garantiert.
- Anhebung der **Beitragsbemessungsgrenze** und damit eine an der Leistungsfähigkeit des Einzelnen orientierte Belastung sowie Einbeziehung weiterer Einkommensarten in die Beitragsleistung
- Strikte Ansiedlung der **medizinischen Behandlungspflege** in der GKV. Auch PflegeheimbewohnerInnen zahlen Kassenbeiträge. Im voll- und teilstationären Bereich und in der Kurzzeitpflege sind im Pflegesatz die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege enthalten. Damit wird eine Ungleichbehandlung der pflegebedürftigen Menschen in Abhängigkeit vom Pflegeort beseitigt.

D. Maßnahmen, die nicht in den Verantwortungsbereich der Pflegeversicherung fallen

- Förderung neuer Wohnformen und Wohngemeinschaften
- Nutzung des Stadtumbauprogramms zur schrittweisen barrierefreien Umgestaltung des Wohnumfeldes als wichtigster Rahmenbedingung eines selbstbestimmten Lebens im Alter
- Initiierung und Bildung von regionalen Versorgungsverbänden und Pflegekonferenzen als begleitende Instrumente sowie zur Einbeziehung der Menschen in den notwendigen Umstrukturierungsprozeß der Pflegelandschaft!