

03.08.2007

Kommentar zu den Eckpunkten der geplanten Pflegeversicherungsreform

Bereits im Vorfeld der Reform haben wir unsere Vorstellungen und Erwartungen dargelegt. Das Positionspapier finden Sie auf unserer Homepage. Nachdem nun die Eckpunkte bekannt sind, können wir dazu konkret Stellung nehmen.

- 1. Beitragserhöhung:** Zum 1. Juli 2008 soll der Versicherungsbeitrag um 0,25 Prozent erhöht werden - derzeit liegt er bei 1,7 % des Bruttoeinkommens (1,95 % für Kinderlose). Im Gegenzug sollen die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung (derzeit 4,2 %) zum 1. Januar 2008 um 0,3 gesenkt werden. Für Rentner, die davon nicht profitieren, stellte die Koalition entsprechende Rentenerhöhungen für 2008 in Aussicht. Die höheren Pflegebeiträge bringen rund 2,5 Milliarden Euro zusätzliche Einnahmen pro Jahr und sollen bis 2014 oder 2015 ausreichen, um die zusätzlichen Leistungen zu finanzieren.

Kommentar: Die Probleme und Notstände in der Pflege, wie wir diese wahrnehmen, sind in erster Linie inhaltlicher Natur. Bekannt sind Heime, die unter gleichen wirtschaftlichen Bedingungen Hervorragendes leisten, wohingegen andere Optimales versprechen, gleichzeitig jedoch unzureichende Pflegesätze beklagen, weshalb man nicht in der Lage sei, allen "Rechten hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" im Alltag zu entsprechen. In jedem vernünftigen Wirtschaftsunternehmen würde die Geschäftsleitung eruieren, wie effektiv mit den vorhandenen Mitteln gewirtschaftet wurde bzw. wodurch sich die Effektivität verbessern ließe, bevor an finanzielle Aufstockung gedacht wird. Derartige Fragen interessierten bei der Pflegereform offenbar nicht, denn hier stand von Anfang an fest, um eine Erhöhung der Versicherungsbeiträge nicht herum zu kommen. Die Frage ist nur, wie hoch. Ein viertel Prozentpunkt, das hört sich wenig und durchaus vertretbar an, schließlich will man damit einige Verbesserungen erreichen. Angesichts der bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes erscheinen die geplanten Maßnahmen jedoch wenig hilfreich.

In qualitativer Hinsicht hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung Vieles sogar verschlechtert, vor allem, weil falsche Anreize gesetzt werden.

Pflegegeld und Kassenleistung sind zwar kaum noch wegzudenken, doch wer genau hinschaut, wird feststellen, dass die Pflegebedürftigen davon am allerwenigsten profitiert haben. Denn die enorme Kostensteigerung hat den anfänglichen Effekt längst aufgebraucht und ganzheitliche Betreuungsansätze früherer Zeit zu einem Wunschtraum werden lassen. Zeit für Zuwendung war immer schon knapp, doch seit die Pflegekassen und der MDK bestimmen, was sinnvoll und notwendig ist bzw. wofür es Geld gibt, konzentriert sich der Dienstleistungssektor Pflege auf die körperliche Grundversorgung. Seelisch und geistig darf man alte, pflegebedürftige Menschen verhungern lassen, Hauptsache die Kalorien- und Flüssigkeitsmenge entspricht ernährungswissenschaftlichen Vorgaben. Zwangsernährung auf der einen Seite, Vernachlässigung auf der anderen, beherrschen mehr denn je das Bild speziell in der stationären Pflege. Unruhezustände werden in aller Regel medikamentös unterdrückt, bis die Betroffenen nur noch teilnahmslos herum sitzen oder liegen. Alternative Lösungen im menschenwürdigen Sinne findet man nur in wenigen Einrichtungen, solchen, die sich nicht mit dem zufrieden geben, was von den Kassen gefordert und bezahlt wird.

Positiv ist der Effekt der Pflegeversicherung vor allem für pflegende Angehörige, vorausgesetzt, das Pflegegeld fließt auf ein gemeinsames Konto (etwa bei Eheleuten) oder wird im internen Verhältnis dem Familienmitglied zugeleitet, welches die Hauptlast der Pflege trägt. In diesen Fällen muss der Dienst an einem Familienmitglied nun nicht mehr, wie zuvor und in anderen Ländern gängige Praxis, völlig unentgeltlich erbracht werden. Hierum beneiden uns die europäischen Nachbarn sehr. Allerdings wurde das Ziel einer Stärkung der ambulanten vor der stationären Pflege damit in keiner Weise erreicht. Prozentual hat sich der Anteil der Pflegebedürftigen, die von Angehörigen gepflegt werden, verringert, von über 80 vor der Pflegeversicherung auf derzeit rund 70 Prozent. In Frankreich z.B. werden heute noch mehr als 80 Prozent pflegebedürftiger alter Menschen zu Hause betreut, nicht zuletzt deshalb, weil die Kosten für die Heimbetreuung in der Regel selbst aufgebracht werden müssen, was sich nur relativ wenige Familien leisten können.

Anders als beabsichtigt, löste die Einführung der Pflegeversicherung einen nie da gewesen Boom beim Zuwachs an Heimen und Heimplätzen aus. Die gestiegene Nachfrage nach Heimplätzen hat verschiedene Gründe, nicht zuletzt den, dass die Heimpflege in allen Fällen die preiswerte Alternative ist, in denen Angehörige alleine nicht in der Lage sind, eine 24stündige Betreuung zu Hause zu leisten. Denn wenn z.B. ein ambulanter Pflegedienst einmal am Tag für eine Stunde zur Verrichtung der Grundpflege kommt, ist der "Sachleistungsbetrag", den die Pflegekasse beisteuert, bereits erschöpft. Wird darüber hinaus fremde Hilfe benötigt, muss der Betroffene dafür selbst aufkommen. Eine Ganztagsbetreuung im eigenen Haushalt durch regulär bezahlte Hilfsdienste, kostet um die 6000 Euro im Monat, ein Betrag den nur wenige aufbringen können. Also bleibt vielen keine andere Wahl als das Heim oder eine "Polin", die für 800-1500 Euro im Haushalt lebt und sich um alles kümmert. Man rechnet mit derzeit mehr als 100000 illegal beschäftigten Pflegerinnen in Deutschland, die überwiegend als Haushaltshilfe deklariert sind. Würde es diese nicht geben, brauchten wir noch entsprechend viele Heimplätze mehr. Denn anstatt hilfreiche ambulante Betreuungsstrukturen aufzubauen, die bezahlbar sind, wurde die Heimpflege in unverhältnismäßiger Weise gefördert.

Von dem Kernziel **ambulant vor stationär**, sind wir, 10 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung, weiter entfernt denn je. Deshalb müsste eine Reform an dieser Stelle konsequent in die andere Richtung zeigen, was sie jedoch nur andeutungsweise tut.

Während die ambulanten Dienste geradezu in Existenzsorge gerieten, aufgrund der ihnen vordiktierten Preise und Zeiteinheiten pro Pflegemaßnahme, machte sich mit der Pflegeversicherung auf dem Heimsektor regelrechte Goldgräberstimmung breit. Ein Effekt dieser Entwicklung, die hier im Einzelnen nicht aufgezeigt werden kann, ist die Tatsache, dass sich die Heimplatzkosten seit Bestehen der Pflegeversicherung verdoppelt haben. Hat der Heimplatz bis Mitte der 90iger Jahre rund 3000 DM gekostet, müssen heute 3000 Euro aufgebracht werden. Mithin muss ein Bewohner, der heute ins Heim geht, etwa den gleichen Betrag aufbringen, wie vor der Zeit der Pflegekassenleistungen.

Angesichts dieser und anderer Entwicklungen wäre eine grundlegende Überprüfung und Beurteilung von Kosten und Nutzen der Pflegeversicherung angezeigt, bevor die Erhöhung der Beiträge beschlossen wird oder andere Finanzierungsmodelle die Diskussion um die Pflegereform beherrschen. Grundsätzlich verkennen wir aber nicht die Notwendigkeit, die Finanzierung der Pflege nachhaltig zu sichern.

2. Anpassung der Kassenleistung je Pflegestufe: Im ambulanten Bereich sollen die Leistungen in Pflegestufe eins von 2008 bis 2012 schrittweise von 384 auf 450 Euro steigen, in Pflegestufe zwei von 921 auf 1100 Euro und in Pflegestufe drei von 1432 auf 1550 Euro im Monat. Die stationären Pflegesätze in den Stufen eins und zwei sollen unverändert bleiben, während die in Stufe drei von 1432 auf 1550 Euro steigen und bei Härtefällen von 1688 auf 1918 Euro. Nach 2012 sollen die Leistungen alle drei Jahre angepasst werden (Dynamisierung).

Kommentar: Von Anfang an habe ich diese Stufeneinteilung als den wohl schwerwiegendsten Webfehler der Pflegeversicherung gewertet und mich dazu an vielen Stellen mit Beispielen und Kommentaren zu Wort gemeldet. Vereinzelt gibt es inzwischen sogar Zustimmung oder wenigstens Nachdenklichkeit bei Regierenden und Abgeordneten.

Doch diejenigen, die sich keine bessere Lösung vorstellen können, sind offenbar in der Mehrheit, weshalb hier lediglich etwas an den Zahlen geschraubt wurde.

Weiterhin wird also viel Zeit und Geld auf die Einstufung verwendet werden müssen, einschließlich des damit verbundenen Ärgers, mit dem sich regelmäßig Betroffene an unseren Verband wenden. Seither werden speziell die Heime verleitet, die größeren Anstrengungen darauf zu verwenden, die höchstmögliche Stufe für den Pflegebedürftigen zu erwirken, anstatt in umgekehrte Richtung zu investieren. Daran wird auch die geplante einmalige "Belohnung" bei Aktivierungserfolgen und Zurückstufung wenig ändern.

So plädieren wir für die Abschaffung der Pflegestufenregelung und die Einführung einheitlicher Leistungssätze in der stationären Pflege, bei denen Angebot und Ergebnisqualität der Einrichtung honoriert werden. Denkbar wäre hier z.B. ein bestimmter Mindestsatz den die Pflegekassen allen Pflegebedürftigen in einem Heim zusichern, unabhängig vom Leistungsangebot und der Ergebnisqualität. Heime mit einem bestimmten Leistungs- und Ergebnisniveau könnten hingegen eine deutliche höhere Kassenleistung pro Bewohner erreichen. Das wäre ein wirkliches Anreizsystem für Heimträger, den Pflegebedürftigen tatsächlich zu bieten, was sie versprechen und worauf jeder Mensch laut Grundgesetz ein Anrecht hat, nämlich menschenwürdige Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Die geplante Leistungserhöhung in der häuslichen Pflege durch Angehörige ist grundsätzlich zu begrüßen. Doch dürfte dies an der oben beschriebenen Situation wenig ändern, denn sobald regelmäßig Fremdhilfe in Anspruch genommen werden muss, bleibt für den Angehörigen nichts mehr übrig. Folglich verzichten viele lieber komplett auf die Unterstützung durch ambulante Dienste. Tatsächlich ist es für Angehörige weder nützlich noch verständlich, wenn z.B. ein Pflegedienst, der nur eine Stunde am Tag kommt, 1000 Euro und mehr erhält, während der Angehörige der sich den Rest des Tages kümmert, in keiner Weise honoriert wird. Darüber hinaus plädieren wir auch bei der häuslichen Pflege für eine pflegestufenunabhängige Kassenleistung, die sich am individuellen Bedarf sowie am Ergebnis orientiert. Hierzu sehen wir verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten, die sich rechnen lassen. Einige Beispiel dafür fügen wir hier bei.

3. Aufwertung der Pflege von Menschen mit Demenz: Die Leistungen für Menschen mit "erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" (darunter Demenz-, Alzheimer- und psychisch Kranke sowie geistig Behinderte) sollen von 460 auf bis zu 2400 Euro im Jahr anwachsen. Dabei handelt es sich um einen Beitrag, der zusätzlich zu den eigentlichen Pflegeleistungen gezahlt wird, aber auch dann, wenn die Betroffenen noch nicht körperlich pflegebedürftig sind und damit noch nicht in die erste Pflegestufe fallen.

Kommentar: Also ein kleines Zubrot für diejenigen, die die größte Schwerstarbeit in der Pflege verrichten. Obschon Pflegebedürftigkeit in den überwiegenden Fällen durch die Entwicklung einer Demenz entsteht und jeder weiß, dass diese Menschen die höchsten Anforderungen stellen, orientiert sich die Einstufung alleine am körperpflegerischen Hilfebedarf. Darüber hat es von Anfang an große Verärgerung gegeben. Die Unzufriedenheit mit dem Pflegeversicherungssystem in seiner jetzigen Form beruht im Wesentlichen auf den nicht akzeptablen Einstufungen, die dem Krankheitsbild der Demenz und dem tatsächlichen Betreuungsbedarf in keiner Weise entsprechen. Im Grunde wird hierdurch die Stufenregelung ad absurdum geführt, und solange diese bestehen bleibt, wird auch die Unzufriedenheit mit dem gesamten System bestehen. Es ist einfach ungerecht und logisch nicht begreifbar, weshalb ein geistig orientierter und selbstständiger Pflegebedürftiger, der nur wenige Male am Tag bei bestimmten körperlichen Verrichtungen Hilfe benötigt, meist problemlos eingestuft wird und in der Regel höhere Leistungen von der Kasse erhält, als jemand, der in Panik gerät, sobald er alleine gelassen wird, der einer ständigen Beaufsichtigung und liebevollen Begleitung bedarf.

Wenn man sich schon nicht generell von der widersinnigen Stufeneinteilung verabschieden will, sollte man wenigstens bei Demenzzkranken darauf gänzlich verzichten und stattdessen einer individuellen Leistungsbemessung den Weg bahnen. Sofern diese an regelmäßige Ergebnisbewertungen gekoppelt würde, kann gewährleistet werden, dass die Versicherungsleistung tatsächlich denen zu Gute kommt, für die sie gedacht ist. Im Übrigen sollte man bedenken, dass die Entwicklung von Demenzzerscheinungen durch die unzureichenden Betreuungsangebote in Krankenhäusern und Heimen wie auch im häuslichen Umfeld begünstigt wird. Wenn alte Menschen auffälliges Verhalten entwickeln, steckt dahinter selten eine organische Störung. In aller Regel würde man dafür eine plausible Erklärung finden, ein aktuelles Ereignis, das Verhalten eines Angehörigen oder Pflegers oder einen anderen Umstand, wenn es jemanden gäbe, der sich die Zeit nähme danach zu suchen, oder wenn Ärzte Gespräche und soziale Kontakte anordnen würden, statt der üblichen Tabletten. Sowohl prophylaktisch als auch therapeutisch bedarf es hier eines Richtungswechsels: Weg von der einseitig körperlichen Definition und Behandlung hin zur ganzheitlichen Betrachtung der Zusammenhänge.

4. Ambulante Versorgung: Die Reform soll den Grundsatz "ambulant vor stationär" stärken. Geplant sind wohnortnahe Pflegestützpunkte, eine Art Pflege-Berater (Case Manager, Family Health Nurse ?) sowie die Förderung betreuter Wohnformen. Vorgesehen ist z.B. dass Wohngemeinschaften Pflegebedürftiger gemeinsam pflegerische Unterstützung einkaufen können. Außerdem sollen Kassen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften schließen können.

Kommentar: Hier wurde einiges in eine richtige Richtung angedacht und an einigen starren Mustern ambulanter Leistungsangebote gekratzt. Wohnortnahe "Pflegestützpunkte" sind eine grundsätzlich gute Idee, die jedoch auch zu einem reinen Selbstzweck werden kann, wenn sie nicht zu Ende gedacht wird. So teilen wir die Hoffnungen nicht, die in das sog. Case-Management gesetzt werden, jedenfalls nicht in der bisher angedachten Weise, da hier wichtige Faktoren vollkommen unberücksichtigt bleiben. Vor allem sollte ausgeschlossen werden, dass dadurch eine zusätzliche Kostenfalle generalisiert wird. Insgesamt müsste sich sehr viel mehr bewegen, um den tatsächlichen Bedarf an Betreuung in vertrauter Umgebung halbwegs entsprechen zu können.

5. Anrechnung der Pflegezeit: Pflegenden Angehörige erhalten einen Anspruch auf eine bis zu sechsmonatige unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Recht auf Rückkehr (Pflegezeit). Für Betriebe mit bis zu zehn Beschäftigten ist eine solche Regelung freiwillig. Geprüft wird noch, ob es in plötzlichen Notsituationen die Möglichkeit geben soll, dass Angehörige kurzfristig bis zu zehn Tage freigestellt werden (wie dies auch Eltern bei Krankheit ihrer Kinder möglich ist).

Kommentar: Diese Maßnahme wird von unserem Verband grundsätzlich begrüßt. Eine Begrenzung der Freistellung auf sechs Monate zielt jedoch am tatsächlichen Bedarf vorbei. Wie allgemein bekannt, bestehen Langzeitpflegeverhältnisse meist über mehrere Jahre. Eine Freistellung von nur sechs Monaten könnte viele Angehörige verleiten, sich in dieser Zeit um einen Heimplatz für die Mutter, den Vater etc. zu bemühen oder eine andere Lösung zu finden, etwa in Form einer Haushaltshilfe aus Polen. Wer unbedingt im Beruf bleiben will und seinen Arbeitsplatz aus wirtschaftlichen Gründen nicht aufgeben kann, dem bleibt bei dieser zeitlich begrenzten Freistellung nach wie vor keine andere Wahl, als binnen dieser Zeit eine andere Lösung zu suchen. Unterstützenswert finden wir die Idee, bei einem plötzlich eingetretenen Pflegebedarf in der Familie den pflegenden Angehörigen kurzfristig bis zu zehn Tage freizustellen. Darüber hinaus befürworten wir den Ansatz, die Pflegezeiten mit einem bestimmten Betrag umfänglicher bei der Rentenanrechnung zu berücksichtigen. Dieser wurde im Vorfeld der Reform von verschiedenen Seiten angesprochen, hat bislang jedoch keinen Niederschlag gefunden.

6. Belohnung für Aktivierungserfolge: Für Pflegeeinrichtungen sollen sich gute Pflege und Rehabilitation künftig finanziell auszahlen, heißt es im Reformentwurf.

Das Heim soll einmalig 1536 Euro erhalten, für jeden Pflegebedürftigen, der dank aktivierender Pflege in eine niedrigere Stufe eingruppiert werden kann.

Kommentar: Diese Neuregelung ist zwar gut gemeint und besser als gar nichts, sie dürfte jedoch nicht annähernd den Erfolg haben, den man haben könnte, wenn das Stufensystem abgeschafft würde und stattdessen z.B. die Pflegesätze entweder komplett individuell oder je nach allgemeiner Ergebnisqualität bemessen würden. Siehe auch Kommentar zu Punkt 2 und 3. Im Übrigen stellt sich die Frage, warum nicht auch Aktivierungserfolge in der häuslichen Pflege belohnt werden? Diese Bevorzugung der Heime ist weder nachvollziehbar noch gerecht.

7. Ausbau der Qualitätssicherung: (In welche Richtung ?)

Kommentar: An dieser Stelle können wir unsere Forderungen nach mehr Transparenz und effektiveren Kontrollen nur nochmals mit allem Nachdruck bekräftigen. Es sollte nicht Aufgabe des Staates sein, Pflegeeinrichtungen konkret vorzuschreiben, was sie wie zu tun haben. Viele der bisherigen Reglementierungen leisten lediglich der Erstarrung des Systems Vorschub und treiben den Bürokratismus wie die Kosten in die Höhe. Stattdessen wäre es Aufgabe des Staates die Durchsetzung elementarer Grundrechte sicher zu stellen. Hier ist eine Schwachstelle, die dringend gestärkt werden müsste. Es würde vollkommen reichen, die "Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen" zum Qualitätsmaßstab zu erklären und deren Beachtung einzufordern. Weil die Heimkontrollen heutigen Zuschnitts nicht darauf abzielen, menschenwürdige Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Heimen sicher zu stellen, sehen wir uns zur Selbsthilfe genötigt. So haben Mitglieder von Pflege-shv die Initiative ergriffen, ein externes Bewertungssystem für Heime zu entwickeln, vergleichbar den Hotelsternen, die bestimmte Qualitätsmerkmale symbolisieren. Näheres dazu finden sie auf unserer Homepage www.pflege-shv.de unter "Sterne für Pflegeheime".

8. Finanzreform: Eine umfassende Finanzreform bleibt vorerst aus, weil sich beide Koalitionspartner mit ihren jeweiligen Forderungen gegenseitig blockieren. Während die SPD einen Finanzausgleich zwischen privaten und gesetzlichen Pflegekassen fordert, strebt die Union die Einführung einer individuellen kapitalgedeckten Altersreserve an.

Kommentar: Betroffene stellen immer wieder enttäuscht fest, dass die Pflegeversicherung nur eine Teilkaskoversicherung ist. Die Eigenbeteiligung an den Kosten ist beträchtlich, Tendenz steigend. Auch unter unseren Mitgliedern befinden sich Bürger, die eine bessere finanzielle Absicherung im Falle von Pflegebedürftigkeit anmahnen, z.B. durch private Zusatzversicherungen und Auswahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Preis-Leistungskategorien, seitens der Kassen.

Fazit: Bevor in irgendeiner Form mehr Geld in das Pflegesystem geschleust wird, und Missstände finanziert beziehungsweise kompensiert werden, sollte eine inhaltliche Reform greifen, die auf einem durchdachten Gesamtkonzept beruht. Mit kleinen Zugeständnissen hier und Nachbesserungen da, lassen sich die erwähnten Webfehler der Pflegeversicherung nicht beseitigen.

Adelheid von Stösser

1.Vorsitzende Pflege-Selbsthilfeverband e.V.