



PFLEGE MUSS GEPFLEGT WERDEN!

weitblick

2/2014



QUO VADIS PFLEGEPOLITIK?

Wie die Politik die Pflegeversicherung (nicht) zukunftsfest macht.

PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ:

Passen Ziele und Inhalte des Pflegestärkungsgesetzes zueinander?

PFLEGEREFORM:

Lösen die Neuregelungen die dringenden und wichtigen Herausforderungen in der Pflege?

DIE PRIVATE PROFESSIONELLE PFLEGE IN DEUTSCHLAND

Inhalt

Editorial	3
Quo vadis Pflegepolitik?	4
Hohe Ziele, richtige Mittel? Passen Ziele und Inhalte des Pflegestärkungsgesetzes zueinander?	9
Pflegereform: Steht die Leiter an der richtigen Wand?	17
Autorenverzeichnis, Impressum	24



**Sehr geehrte Leserin,
sehr geehrter Leser,**

es ist leider nicht überliefert, von wem der Spruch stammt, wonach Politik die Kunst sei, Probleme zu lösen, ohne neue größere zu schaffen. Fakt ist: der Blick auf das politische Bühnenspiel lädt bislang dazu ein, dem unbekannten Zitatgeber zuzustimmen. Man kann aber nur hoffen, dass nun die Zeit angebrochen ist, da sich die Politiker trotz allem an die großen Probleme wagen, ohne dass sie sich mit Blick auf das damit verbundene Risiko nur an die kurzen mutlosen Schritte trauen. Bei den Reformen zur Pflegeversicherung war eher letzteres der Fall. Abhilfe möchte nun die Große Koalition mit dem Pflegestärkungsgesetz schaffen. Teil eins des Gesetzes ist bereits auf dem Weg. Die neuen Regelungen sollen zu Anfang 2015 schon gelten.

Nun hat Pflegepolitik seit Einführung der Pflegeversicherung bis auf wenige Ausnahmen stets zum Haarerufen eingeladen. Von daher schauen wir als Vertreter derjenigen, die die Suppe regelmäßig auszulöffeln haben, besonders genau hin. Das heißt nun nicht, dass man dem alten Lotsen Bismarck Recht geben muss, der einmal sagte, es sei ein Grundbedürfnis der Deutschen, beim Biere schlecht über die Regierung zu reden. Gerade die Private Professionelle Pflege ist aufgerufen, mit den Verantwortlichen konstruktiv, aber auch selbstbewusst Klartext zu reden und den Finger in die Wunde zu legen. Für die Verantwortlichen muss dabei deutlich werden, wo es hakt und wo mehr WEITBLICK angebracht wäre.

Die zentrale Frage aus Sicht der Privaten Professionellen Pflege lautet daher: Was trägt das Pflegestärkungsgesetz dazu bei, dass trotz der großen Herausforderungen, vor denen wir stehen, jeder, der auch in Zukunft Professionelle Pflege braucht, diese auch bekommen kann? Die Antwort auf diese Frage finden Sie im vorliegenden WEITBLICK.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Stephan Baumann

Bundesvorsitzender des VDAB

Quo vadis Pflegepolitik?

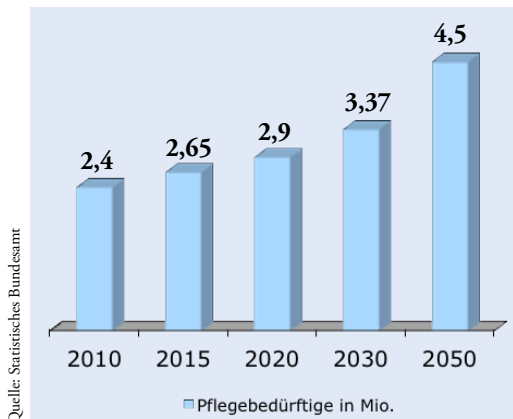


von
Thomas Knieling

Die Bundesregierung hat die erste Stufe ihres „Pflegestärkungsgesetzes“ in das parlamentarische Verfahren gegeben. Ziel ist, die Novellierung der Regelungen zur Pflegeversicherung zum 01.01.2015 in Kraft zu setzen. Dieses Gesetzesvorhaben ist das vorläufige Ende einer langen Reihe von Pflegeversicherungsreformen seit 1995. Trotz der vielen Reformen stellt sich die Frage, in welche Richtung Pflegepolitik steuert und ob die Richtung die richtige ist. Alle Reformgesetze hatten wie selbstverständlich zum Ziel, die Pflege in Deutschland zukunftsfest zu machen. Dies ist bisher nicht gelungen. Deutschland steht in Sachen Pflege vor großen Herausforderungen, die eine Pflegepolitik mit Weitblick meistern muss.

Die Ausgangslage:

Inzwischen ist die Erkenntnis Allgemeingut, dass der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen wird, bei gleichzeitig sinkender Zahl von Erwerbstätigen. Die demografische Entwicklung ist keine bloße Prognose, sondern schon heute feststehende Realität.



Dies entspricht einer Steigerung von 87,5%.

Angesichts dieser Fakten steht die Pflege in Deutschland vor einer zentralen Herausforderung – der Sicherung der pflegerischen Versorgung auf lange Sicht.

Soll auch in Zukunft jeder, der Professionelle Pflege braucht, diese auch bekommen können, muss sich Pflegepolitik folgenden Handlungsfeldern zuwenden:

1. Nachhaltige Finanzierung der Pflege
2. Sicherung einer flächendeckenden professionellen pflegerischen Versorgung
3. Bewältigung des Fachkräftemangels

Die Herausforderungen sind da. Wo ist das Konzept?

Bei der aktuellen Pflegeversicherungsreform handelt es sich um das inzwischen 5. Änderungsgesetz zum SGB XI. Es stellt sich die Frage, ob in der Gesamtschau gesetzgeberischen Handelns ein langfristiger politischer Masterplan zur Zukunftssicherung der Pflege zu erkennen ist.

1. Nachhaltige Finanzierung:

Angesichts der bereits skizzierten demografischen Entwicklung ist die Frage einer nachhaltigen Finanzierung das Zukunftsthema schlechthin. Denn das System der Pflegeversicherung droht, zwischen stark steigenden Ausgaben und stark sinkenden Einnahmen zerrieben zu werden. Hier ist Politik gefordert, die Weichen in die richtige Richtung zu stellen. Dabei müssen kaum zu vereinbarende Aspekte übereingebracht werden:

- Erhalt der finanziellen Leistungsfähigkeit als Sozialversicherung
- Bezahlbarkeit von Pflege für Pflegebedürftige und Sozialkassen
- Weitgehende Beitragssatzstabilität

Zum Thema Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung als Sozialversicherung setzt Politik derzeit auf zwei Komponenten. Zum einen soll ein **Vorsorgefond** die finanziellen Risiken der Pflegeversicherung abfedern. Zum anderen hat schon die Vorgänger-Regierung für den Versicherten den sogenannten „**Pflege-Bahr**“ ins Leben gerufen, der die gesetzliche Versicherung um eine private Säule erweitern soll. Damit sind allerdings die Zukunftsfragen an der Finanzierung nicht gelöst. Die Mittel des Vorsorgefonds werden allenfalls die auf die Pflegeversicherung zurollenden Kostenwelle abschwächen – eine Überschwemmung aber nicht verhindern können. Auch der „Pfleger-Bahr“ ist keine ernst zu nehmende zusätzliche Säule. Dazu reichen die Attraktivität des Produktes und sein Finanzierungsumfang bei Weitem nicht aus. Ganze 5 Euro pro

Monat beträgt die staatliche Förderung für denjenigen, der solch einen Vertrag abschließt. Dies zeigt die politische Unentschlossenheit bei der Frage, ob man nun konsequent auf eine private Säule der Pflegeversicherung setzt oder nicht. Viel Zeit bleibt nicht, denn die soziale Pflegeversicherung wird schon jetzt ihrem ursprünglichen Zweck, Versicherte im Bedarfsfall von den Pflegekosten zu entlasten, nur noch eingeschränkt gerecht. Denn lange Jahre blieben die Zuzahlungsbeträge aus der Pflegeversicherung unverändert, während die Pflegekosten anstiegen. Diese führte zwangsläufig dazu, dass sich die finanziellen Lasten immer mehr in Richtung des Pflegebedürftigen bzw. des Sozialhilfeträgers verschoben haben. Erst seit dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz hat sich der Gesetzgeber zu einer Dynamisierung der Leistungsbeträge durchgerungen. Daneben sind auch weitere Leistungsverbesserungen vor allem im Bereich der Betreuung geplant. Dies alles wird mit Beitragssatzsteigerungen finanziert. Das ist kurzfristig gesehen konsequent, löst aber das Strukturproblem innerhalb der Finanzierung der Pflegeversicherung im Hinblick auf deren Demografiefestigkeit nicht.

Es fehlt also nach wie vor ein konsistentes Konzept für eine langfristige nachhaltige Finanzierung, das über den zeitlichen Horizont einer Legislaturperiode hinaus reicht. Die punktuelle Steigerung der Einnahmeseite durch Beitragssatzerhöhung und Ansparversuche über einen Vorsorgefond wird diesem Anspruch nicht gerecht. Letztlich wird es um politische Prioritätensetzung gehen und um die Antworten auf die Frage:



Welche Rolle misst Politik der sozialen Pflegeversicherung in Zukunft bei der Finanzierung zu?

Diese Frage ist gleichzeitig die an das Selbstverständnis als Sozialstaat. Soll weiterhin im Solidarprinzip finanziert werden, sind eklatante Beitragssatzsteigerungen oder eine Finanzierung aus Steuermitteln unausweichlich. Dies würde einen gesellschaftlichen Konsens zwischen den Generationen erfordern, dass uns das die Pflege unserer Eltern wert ist. Ein anderer Weg ist, auf eine zusätzliche private Säule der Vorsorge für den Pflegefall zu setzen. Um einen Entlastungseffekt zu erzielen, müsste diese Säule die Finanzierung substanzieller Bereiche der sozialen Pflegeversicherung übernehmen und nicht nur den Eigenanteil absichern. Doch schließt sich auch hier wieder der Kreis beim sozialstaatlichen Selbstverständnis. Denn wer steht finanziell dann für diejenigen ein, die keine Vorsorge betreiben können oder wollen? Hier gibt es nur zwei Optionen, die Zweiklassenpflege oder die generelle Einstandspflicht der Sozialsysteme. Letztere würde den Aufbau einer privaten Säule aber obsolet machen.

Der erste Schritt zum Ausweg aus diesem Dilemma muss eine ehrliche politische und gesellschaftliche Debatte über die Frage sein, welchen Kernbereich der pflegerischen Versorgung die Solidargemeinschaft aus eigener Kraft finanziell sicherstellen muss. Auf Basis eines definierten Mindestniveaus lässt sich dann ein tragfähiges Konzept aufbauen. Das ist unbequem, denn dieses Vorgehen bricht mit den bisher gelebten politischen Automatismen, immer wieder nur Leistungsverbesserungen verkünden zu wollen.

2. Sicherung einer flächendeckenden professionellen pflegerischen Versorgung

Die Versorgung Pflegebedürftiger wird immer anspruchsvoller. Aufgrund der hohen Lebenserwartung ist der Anteil Schwerstpflegebedürftiger und Demenzerkrankter stark angestiegen. Dies gilt es anzuerkennen und daraus systemisch die richtigen Schlüsse zu ziehen.

In der Gesamtschau aller bisherigen Pflege-reformen fällt auf, dass der Gesetzgeber zunehmend sein Heil darin sucht, durch Ausweitung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsleistungen die Inanspruchnahme von professioneller Pflege hinauszuzögern oder zumindest abzuschwächen. Dies mag im Einzelfall geboten sein, ersetzt aber nicht ein Konzept zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Dazu gehört insbesondere die Ausweitung der geriatrischen Rehabilitation und die Vernetzung von professionellen und nicht professionellen Angeboten. Die Strategie, die Pflege durch Angehörige zu stärken und wenn möglich noch auszuweiten, wird angesichts der eingangs dargestellten steigenden Anforderungen an Pflege keine tragfähige Lösung sein. Letztlich wird es darum gehen, alle Versorgungsformen zu nutzen. Dazu muss der Pflegemarkt flexibilisiert und entbürokratisiert werden. Definitionen von Vorrang oder Nachrang bestimmter Versorgungsformen und die starre Trennung der Leistungsbereiche innerhalb und außerhalb des SGB XI sind da wenig sachgerecht und verstellen den Blick auf praktikable Lösungen. Richtig verstanden müsste der Grundsatz nicht „ambulant vor stationär“ sondern „ambulant mit stationär“ lauten. Eine flexible,

individuelle und verlässliche Versorgung kann flächendeckend nur über mittelständische Unternehmen der Professionellen Pflege gewährleistet werden.

Die Professionelle Pflege in Deutschland zukunftsfest zu machen muss also vornehmste politische Pflicht werden, denn nur mit ihr lassen sich die enormen Herausforderungen meistern. Das aktuelle Reformgesetz spricht nicht dafür. Es treibt die Trennung von Pflege- und Betreuungs- bzw. Entlastungsleistungen voran mit dem Ziel, die Betreuung in die Hände von Laien oder angelernten Betreuungskräften zu geben. Diese Entwicklung ist das falsche Signal an die Professionelle Pflege. Sie hat sich über Jahre vor allem in der Demenzversorgung wertvolle Kompetenzen angeeignet, die nun nicht mehr gefragt sein sollen. Denn Betreuung kann nach dem Verständnis des Gesetzgebers offensichtlich jeder, der etwas Empathie mitbringt. Flankiert wird dies noch durch das Vorhaben, den Altenpflegeberuf zugunsten einer generalisierten Ausbildung aufzugeben und gleichzeitig auch die Akademisierung voranzutreiben. Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass das Leistungsspektrum in der ambulanten und stationären Pflege in möglichst weiten Bereichen von Hilfskräften erbracht werden sollen, die von Pflegeakademikern angeleitet und kontrolliert werden. Solche Systeme gibt es bereits in anderen Ländern, die allerdings nicht über eine Kultur dualer Berufsausbildungen verfügen.

Berufsständisch ausgebildete Pflegefachkräfte schlicht überflüssig werden zu lassen, sollte nicht das Rezept zur Bewältigung des Fachkräftemangels sein. Mit ihnen würden wertvolle praktische Kompetenzen in Versorgung alter Menschen verloren gehen.

Es bleibt also nur, Pflegeeinrichtungen und Pflegenden aktiv in ein Zukunftskonzept Pflege einzubeziehen.

3. Bewältigung des Fachkräftemangels

Mit der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive auf Bundesebene ist dafür auch ein Grundstein gelegt. Und die neuen Ausbildungszahlen lassen auch hoffen. Nur blenden lassen sollte man sich davon nicht. Von den „TOP 10“ der sogenannten Mangelberufe liegen die Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege inzwischen auf Platz 4, wenn die Zeit von dem Freiwerden einer Stelle bis zu ihrer Wiederbesetzung zugrunde gelegt wird. Die Altenpflege belegt in dieser Liste sogar Platz 2. Ob die steigende Zahl der Berufsanfänger das langfristig aufzufangen vermag, bleibt fraglich. Fragwürdig ist auch der immer lauter werdende Ruf nach dem „Import“ von ausländischen Fachkräften nach Deutschland, um dem Fachkräftemangel Herr zu werden. Auch hier fehlt die längerfristige Perspektive, denn in der momentanen Situation werden auch ausländische Fachkräfte nicht lange bleiben. Nur über die substanzielle Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen für Pflege ist nachhaltig das zwingend notwendige Wachstum der Fachkräftezahl im Pflegeberuf herzustellen. Die Baustellen dafür sind bekannt. Sie reichen von der Bürokratielast bis zum fehlenden Gestaltungsspielraum für Pflegenden durch ärztliche Bevormundung, ganz zu schweigen vom allgegenwärtigen Misstrauen gegenüber der ganzen Branche. Erst, wenn sich hier etwas grundsätzlich zum Besseren entwickelt ist Pflege nicht nur keine Branche mit Mangelberufen mehr, sondern auch eine Branche, die dauerhaft



attraktiv ist, weil sie Gestaltungsspielraum und Anerkennung bietet. Erst so lassen sich einerseits alle Ressourcen innerhalb Deutschlands ausschöpfen und andererseits auch die Voraussetzungen für eine nachhaltige Zuwanderung schaffen. Dazu müssen sich die Pflegereformer auch auf unbequeme Wege machen. Denn es gilt unter anderem manch haushohes Anspruchsdenken bei Kostenträgern und Prüfinstitutionen, aber auch bestehende Vorurteile gegenüber der professionellen Pflege zu überwinden.

Fazit

Wie steht es also um die Zukunft der Pflege angesichts der vielen politisch nicht oder nur mangelhaft beantworteten Fragen? Gibt es ein tragfähiges Konzept, wie Pflege in Zukunft gesichert werden kann? Die Antwort lautet klar Nein! Statt sich tatsächlich um Zukunftsgestaltung zu bemühen, bleibt Pflegepolitik weitgehend Anlasspolitik mit dem Blick auf eine Legislaturperiode. Der Fokus auf Laienpflege, informelle, nachbarschaftliche Unterstützungssysteme und das Altwerden im Quartier sind sicher interessante Ansätze. Das Allheilmittel zur Bewältigung der demografischen Herausforderungen sind sie nicht.

Pflegepolitik ist aufgerufen, alle Ressourcen zu nutzen, damit auch in Zukunft jeder der Professionelle Pflege braucht, diese auch bekommen kann. Dazu braucht es eine flexible Angebotslandschaft mit einem gestärkten Mittelstand. Schematische Lösungen, wie sie im Grundsatz „ambulant vor stationär“ deutlich werden, sind kein Zukunftsmodell.

Es braucht eine langfristige Perspektive über eine Legislaturperiode hinaus. Dies setzt

langfristiges Denken voraus, das die Branche, die Pflegebedürftigen und auch die Beitragszahler von einer verantwortungsvollen Pflegepolitik erwarten.



Hohe Ziele, richtige Mittel?

Passen Ziele und Inhalte des Pflegestärkungsgesetzes zueinander?

Wieder einmal ist Pflegereformzeit. Auch mit Pflegestärkungsgesetz I (PSG) werden hohe Ziele verbunden. Abseits der Frage, ob diese Reform die wesentlichen Probleme anpackt, muss erlaubt sein zu fragen, ob wenigstens die richtigen Instrumente eingesetzt werden, um die gesteckten Ziele zu erreichen. Dem soll im Folgenden nachgegangen werden.



von
Heiner Schülke

Als Ziele nennt der Gesetzentwurf:

- Stabilisierung der häuslichen Pflege und Deckung des pflegerischen Bedarfs (Laienpflege und professionelle Pflege)
- Flexiblere Gestaltung der Häuslichen Pflege
- Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf
- Demenzerkrankungen bei der Definition von Pflegebedürftigkeit (und damit bei der Leistungsgewährung) besser anerkennen
- In der stationären Pflege: Verbesserung der ergänzenden Betreuung
- Die Pflegeversicherung demographisch zukunftsfest machen
- Die Preisentwicklung der vergangenen Jahre bei der Leistungshöhe berücksichtigen
- Das Vertrauen in die Belastbarkeit der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen stärken

Das sind mehrere Baustellen, die sowohl an der Gegenwart ansetzen als auch an der Zukunft. Wesentlich ist, dass der Gesetzgeber darauf verzichten will, Strukturen zu verändern. Das lässt den Rückschluss zu, dass er sie grundsätzlich für in Ordnung hält. Allerdings könnte mit dieser Reform durchaus eine durchgreifende Verschiebung der Inanspruchnahme von Leistungen

verbunden sein. Denn die ambulante Versorgung wird finanziell und von der Möglichkeit her, diese Leistungen flexibel in Anspruch zu nehmen, enorm gestärkt. Damit könnte ein struktureller Effekt zu Lasten der stationären Einrichtungen verbunden sein, der noch lange nachwirkt.

Zu den Zielen im Einzelnen:

1. Stabilisierung der häuslichen Pflege und Deckung des pflegerischen Bedarfs

Dieser Punkt hat mehrere Aspekte. Zum einen ist es der finanzielle. Die früher einmal geäußerte Kritik, dass die Leistungssätze ambulant und stationär (zu) weit auseinander liegen würden, muss relativiert werden. In Pflegestufe III leistet die Pflegeversicherung immer schon deutlich mehr für die ambulante Versorgung als für die stationäre.

In der Pflegestufe II ebenfalls. Der Leistungsbetrag ist deutlich höher, insbesondere bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Die Differenz kann – je nach Einzelfall und je nachdem, ob ein Versicherter ausschließlich Sachleistungen erhält oder sich für eine Kombination



aus Sach- und Geldleistungen entscheidet – bei über 400 Euro pro Monat liegen. Wohnt der Versicherte in einer ambulant betreuten Wohngruppe können die das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen noch einmal 4 000 Euro „kosten“ und für die Organisation kommen noch einmal 205 Euro pro Monat hinzu.

Sogar in Pflegestufe I kann der Leistungsbetrag ambulant zukünftig über dem für die stationäre Versorgung liegen, wenn der Versicherte ausschließlich Sachleistungen erhält und alle Leistungen der Verhinderungspflege, der Tages- und Nachtpflege, der Kurzeitpflege, der zusätzlichen Entlastungsleistungen und den Betrag für die Verbrauchsmittel in Anspruch nimmt. Ganz sicher kommt er über den stationären Betrag, wenn er in einer Wohngruppe wohnt.

Insofern ist in finanzieller Hinsicht alles getan, um dem Wunsch der Menschen zu entsprechen, so lange wie möglich in der eigenen Häuslichkeit zu leben und dort auch gepflegt zu werden. Nach Auffassung des Verfassers ist damit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen.

Bei der Stabilisierung der häuslichen Pflege ist auch in der Unterscheidung von Laienpflege und professioneller Pflege – zumindest im Leistungsrecht – das getan, was eine Teilkaskoversicherung leisten kann.

Auch fachlich bleiben viele Fragezeichen

Ein weiterer Aspekt ist der fachliche, sofern davon bei der Laienpflege die Rede sein kann. Die Pflegekurse für Angehörige sind nach Information des Verfassers schlecht besucht. Insofern ist die Deckung des (fach-)pflegerischen Bedarfs auch in Zukunft fraglich, wenn die

Entscheidung überwiegend für Laienpflege getroffen wird. Hierzu bietet der Gesetzentwurf nichts Substantielles. Das aber wäre zu wünschen. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand:

Erstens: die zunehmende Multimorbidität. Zweitens: die immer geringere Unterstützung von Eltern durch ihre Kinder. Denn die moderne Berufswelt verlangt auch räumliche Flexibilität. Drittens: die Zunahme der Demenz. Die Entlastungsleistungen sind eine mögliche Antwort des Gesetzgebers auf diese Herausforderung. Sie können jedoch die persönliche Not des „Verlierens“ seines Angehörigen kaum mindern. Insofern greift dieses Instrument dann zu kurz, wenn kaum noch zu unterscheiden ist, wer mehr unter der Situation leidet: Der von Demenz Betroffene oder seine Angehörigen.

Einschränkend ist allerdings hinzuzufügen, dass eine Teilkasko-Sozialversicherung niemals alle Risiken des Lebens auffangen kann. Es ist sogar zu fragen, ob sie das soll.

Formale Hürden für Verhinderungspflege bleiben

Ein dritter Aspekt ist der bürokratische. Der Gesetzgeber will offensichtlich keinerlei Verbesserungen einführen. Das ist ebenso erstaunlich wie realitätsfern. Denn es sollte sich auch bis in den Bundestag herumgesprochen haben, dass die Verhinderungspflege durch die Pflegekassen zu einer Bewilligungsleistung verkommen ist. Damit verbunden ist sie ein bürokratisches Monstrum, das Versicherte, die Kassenbürokratie selbst und die beteiligten Pflegeeinrichtungen beschäftigt. Es sollte daher im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens klar gestellt werden, dass es für die Inanspruchnahme dieser Leistung keinerlei formale Hürden seitens der Kassen

geben darf. Natürlich müssen je Versicherten die Leistungen im Laufe des Jahres addiert werden, um die gesetzlich gegebene Obergrenze einzuhalten. Das gibt den Kassenverwaltungen jedoch kein Recht, nach den Gründen für eine Verhinderungspflege zu fragen beziehungsweise die Leistungsgewährung abzulehnen, wenn keine Gründe genannt sind. Auch steht im Gesetz kein Passus, der diese Leistung von einer Genehmigung der Kassen abhängig machte. Indem dies jedoch gelebte Praxis ist und die Aufsicht in den Ländern und dem Bund hierbei versagt, muss der Gesetzgeber – wer sonst – die Kassen an die Rechtslage erinnern.

2. Flexiblere Gestaltung der Häuslichen Pflege

Dies ist in mehreren Bereichen verbessert worden:

- Zukünftig wird Tages- und Nachtpflege in voller Höhe neben den Geld- und Sachleistungen gewährt.
- Zusätzlich werden die Versicherten entscheiden können, ob sie ihren halben Sachleistungsanspruch für Betreuungs- und Entlastungsleistungen einsetzen.
- Des Weiteren können sie ergänzend zum bisherigen Betrag der Verhinderungspflege zusätzlich die Hälfte des Leistungsbetrages für Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen.

Kompetente Beratung ist notwendig

Das klingt alles etwas kompliziert, und das ist es auch. Andererseits ist der Koalition zugute zu halten, dass mit dieser Art und Weise von Flexibilisierung ein hohes Maß an Individualität

in der Inanspruchnahme gegeben ist. Natürlich muss die Frage erlaubt sein, ob die betroffenen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen (in der Regel ohne juristische Staatsprüfung) immer die richtige Wahl treffen können. Der Verfasser bezweifelt das.

Es bedarf für die überwiegende Mehrheit der Versicherten also der Beratung und Erläuterung. Dafür kommen nach der Gesetzeslage (§7, § 7a, §7b SGB XI) zunächst und grundsätzlich die Pflegekassen sowie die von ihnen beauftragten Stellen in Betracht. Deren Qualität in dieser Hinsicht zeigt Unterschiede zwischen Selbstbild und Fremdbild.

Sehr wahrscheinlich ist, dass die Beratung überwiegend von den Pflegediensten geleistet werden wird. Das bleibt zwar ohne Refinanzierung – im Gegensatz zu allen anderen in Frage kommenden Beratern – hat für die Versicherten jedoch den Vorteil, dass ihre Gesprächspartner wissen, wovon sie reden.

Alles in allem ist die Neuregelung unter den gegebenen politischen Bedingungen wohl das maximal Erreichbare an Flexibilität. Insofern sind die geplanten Neuregelungen „richtig“ und führen zum Ziel. Einschränkend muss allerdings hinzugefügt werden, dass die Instrumente eben auch handhabbar durch die Beteiligten sein müssen. Daher der Hinweis auf Kompliziertheit und Bürokratie. Denn wenn die Flexibilisierung durch bürokratisches Handeln auf der Strecke bleibt, besteht für die Versicherten der Anspruch nur nach dem Radio-Eriwan-Prinzip: „Grundsätzlich ja, aber“.

Großer Wurf im Leistungsrecht bleibt aus

Bedauerlich ist, dass der „große Wurf“ hinsichtlich des Leistungsrechts keine Chance hatte, in 

der Tiefe durchdiskutiert zu werden. Das wäre die Umstellung des Leistungsrechts auf persönliche Budgets. Bei der Höhe der Ansprüche lohnt es sich nach Ansicht des Verfassers allerdings, darüber ernsthaft nach zu denken. Denn das würde zugleich die Wahlrechte der Versicherten in erheblicher Weise erweitern. Die Politik könnte sicher sein, dass genau die Leistungen in Anspruch genommen würden, die individuell passen. Zugleich würde dadurch die Stellung der Versicherten gegenüber den Leistungserbringern gestärkt – allerdings die Stellung der Kassen gegenüber den Leistungserbringern geschwächt.

3. Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf verbessern

Auch dies soll erreicht werden durch mehrere Instrumente und gesetzgeberische Maßnahmen:

- Die zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen sollen einen Beitrag leisten, dass berufstätige Angehörige von Pflegebedürftigen Beruf und Pflege miteinander verbinden können (siehe oben) und generell noch Zeit für die Familie bleibt.
- Die Möglichkeit zur Umwandlung von Pflegesachleistungen in Betreuungs- und Entlastungsleistungen zielt in dieselbe Richtung.
- Die Verlängerung der sog. Verhinderungspflege von vier auf sechs Wochen ist ebenfalls ein großer Schritt.
- Die Ansprüche auf Kurzzeitpflege werden – in Verbindung mit nicht verbrauchten Ansprüchen auf Verhinderungspflege – auf maximal 8 Wochen ausgeweitet.
- Versicherte können schon in der Pflegestufe 0 Kurzzeitpflege bis zu vier Wochen erhalten

- Niedrigschwellige Entlastungsleistungen im Wert bis zu 104 Euro können ab 1.1.15 alle Versicherten mit einer Pflegestufe erhalten.
- Die Absicht, bis zu 10 Tagen bezahlte „Auszeit“ vom Beruf zur Organisation von Pflege umzusetzen, wird in einem eigenen Gesetz geregelt.

Generell sind alle Maßnahmen geeignet, die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu verbessern. Allerdings ist zu fragen, ob all die gut gemeinten Leistungsausweitungen jeweils die richtige Zielgruppe erreichen. Denn in der weit überwiegenden Zahl der von Angehörigen gepflegten Versicherten sind dies die Ehepartner, überwiegend die Frauen. Die sind ebenfalls älter. Natürlich kann der erhöhte Anspruch auf Verhinderungspflege und die Entlastung von den sogenannten „Kleinigkeiten“ des Alltags und hier vor allem die hauswirtschaftliche Versorgung, dazu beitragen, die Pflege in der Familie zu verstetigen. Sie kann auch dazu beitragen, dass Erschöpfung der Angehörigen später oder gar nicht eintritt. Das ist zu hoffen. Es gibt jedoch begründete Zweifel an der Bereitschaft der Mehrheit der älteren Familien, fremde Leute lang gewohnte Alltagsverrichtungen für sich machen zu lassen. Daher werden diese Maßnahmen eher bei denjenigen greifen, die Angehörige zu Hause pflegen und noch berufstätig sind. Das ist die Minderheit.

4. Demenzerkrankungen bei der Definition von Pflegebedürftigkeit besser anerkennen

Demenz als Bestandteil des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (und damit bei der Leistungsgewährung) besser anzuerkennen ist Kern des zweiten PSG. Es soll dem jetzigen, dem ersten PSG, in 2016

folgen, so dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zum 1.1.2017 Anwendung finden kann.

Vorab ist jedoch bereits ab kommenden Januar eine ganze Reihe von Leistungsausweitungen vorgesehen, die speziell Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (und ihren Angehörigen) zugutekommen sollen.

Dies sind:

- Teilstationäre Leistungen der Tages- und Nachtpflege können auch bei Pflegestufe 0 mit bis zu 231 Euro pro Monat in Anspruch genommen werden.
- Die Leistungssätze in Pflegestufe 1 bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz werden in der Tages- und Nachtpflege auf 689 Euro pro Monat erhöht.
- In Pflegestufe 0 können an Demenz erkrankte Versicherte bis zu 1 612 Euro im Kalenderjahr für Kurzeitpflege einsetzen.
- An Demenz erkrankte Versicherte, die in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben, können auch in Pflegestufe 0 zusätzlich Leistungen für 205 Euro pro Monat abrufen.

Leistungsrecht immer unüberschaubarer

Das Leistungsrecht ist auch an dieser Stelle damit noch einmal komplizierter geworden. Es gerade in diesem Abschnitt in seinen Einzelheiten zu verstehen, verlangt volle Konzentration und erheblichen Zeitaufwand. Zwar wird mit dem ersten PSG die Pflegestufe 0 in der ambulanten und teilstationären Versorgung grundsätzlich den anderen Pflegestufen gleichgestellt, wenn bei einem Versicherten die Voraussetzungen nach § 45a SGB XI erfüllt sind. Das trägt zur Überschaubarkeit bei. Dennoch ist das

Leistungsrecht auch in diesem Kapitel immer noch ein wahrer Quell von Querverweisen, Ansprüchen auf eine Leistung, deren Höhe von der Inanspruchnahme anderer Leistungen abhängt, Anrechnungen einer Leistung auf die andere, von Obergrenzen und von unterschiedlichen Abständen der Leistungssätze in den Pflegestufen. Es sind Zweifel angebracht, ob dies der Inanspruchnahme der Leistungen dient, die ihren Zweck ja nur dann erfüllen, wenn sie beim Versicherten ankommen.

Aus Sicht des Verfassers ist das gewählte Instrument mit dieser Einschränkung „richtig“, um das formulierte Ziel zu erreichen. Das gilt vor allem in Bezug auf die heutige Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Es wäre bedauerlich gewesen, wenn diese Versichertengruppe auf erhöhte Leistungen und eine höhere Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Leistungen bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hätte warten müssen.

5. Verbesserung der ergänzenden Betreuung in der stationären Pflege

Dazu ist vorgesehen, die Zahl der Betreuungskräfte um rund 20 000 insgesamt zu erhöhen. Kosten soll das rund 510 Mio. Euro, mithin im Durchschnitt 25 000 Euro pro Betreuungskraft. Der gesetzgeberische Weg läuft über eine Veränderung des Personalschlüssels in § 87b SGB XI. Darin werden nun alle Bewohner einer stationären Einrichtung einbezogen, unabhängig von dem Grad ihrer Alltagskompetenz. Spazieren gehen, Vorlesen oder Gespräche führen, können in der Regel Mitarbeiter, die eine andere Qualifikation haben als Pflegefachkräfte. Mit der Neuordnung werden die Fachkräfte entlastet. Der Umfang



der Entlastung ist: Pro stationärer Einrichtung sind knapp zwei zusätzliche Kräfte finanzierbar. Aus Sicht des Verfassers ist das ein Schritt in die richtige Richtung. Indem die Umsetzung den Vertragspartnern vor Ort vorbehalten bleibt, können zwar noch Hürden zu überwinden sein. Grundsätzlich jedoch ist das Ziel mit dem Instrument des § 87b erreichbar.

6. Pflegeversicherung demographisch zukunftsfest machen

Um dieses Ziel zu erreichen, sind erhebliche Beitragssatzerhöhungen vorgesehen. Ob sie ausreichen werden, daran hat der Gesetzgeber offensichtlich erhebliche Zweifel. Angesichts der historisch einmaligen Leistungsausweitung sind diese Zweifel berechtigt. Denn mit der neuen Flexibilität und vor allem den neuen Ergänzungsleistungen sind enorme Mitnahmeeffekte zu erwarten. Daher stehen alle Berechnungen für die Kassenfinanzen auf einer viel unsichereren Grundlage als bei jeder anderen Reform vorher.

Vorsorgefonds ist kein sicheres Mittel

Immerhin soll für die Zeit ab 2034 vorgesorgt werden. Dazu führt die Koalition den Pflegevorsorgefonds ein. Er dient zum Aufbau eines finanziellen Polsters, das überproportionale Beitragssatzsteigerungen ab 2034 mildern soll.

Er ist quasi eine milliardenschwere Finanzreserve, die zweckgebunden angespart werden soll. Die dem Fonds jährlich zufließenden Mittel liegen in 2015 bei rund 1,2 Mrd. Euro und steigen je nach Zahl der beitragspflichtig Beschäftigten und der Lohnentwicklung.

Theoretisch könnten sie aber auch stabil bleiben oder sogar leicht sinken. Das tritt dann ein, wenn die Konjunktur einbricht und die Arbeitslosigkeit stark ansteigt. Davon mag allerdings keiner ausgehen. Es ist vorgesehen, den Fonds 19 Jahre lang (2015–2033) aufzubauen. Entnahmen sollen erst nach 2034 möglich sein. Grundsätzlich ist es sinnvoll, ein Instrument zu haben, das die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf einen Sozialversicherungszweig abfedert. Ob es das richtige Instrument für dieses richtige Ziel ist, darf allerdings bezweifelt werden. Denn die Begehrlichkeiten der Politiker bei vorhandenen Finanzreserven sind fast unbremst. Wir erleben dies gerade in der Krankenversicherung, der Rentenversicherung und haben es in der Arbeitslosenversicherung ebenfalls schon erfahren müssen. Der Bundeshaushalt geht im Zweifel immer vor einer vernünftigen Mittelverwendung in den Sozialversicherungen.

Aus Sicht des Verfassers sinnvoller wäre es daher, an den Erfolg der Riester-Rente anzuknüpfen und die freiwillige Vorsorge engagierter steuerlich zu begünstigen. Für die Bürger ist dies gleich. Denn ob sie aufgrund höherer Beiträge weniger netto haben oder wegen der Steuergesetze, ist im Endeffekt egal.

7. Preisentwicklung der vergangenen Jahre bei der Leistungshöhe berücksichtigen

Dazu werden die Leistungsbeträge um 4,0% bzw. um 2,5–2,67% (für die Leistungen, die es neu ab 1.1.2013 gibt) erhöht. Die Preisentwicklung der letzten drei Jahre ist damit allenfalls „berücksichtigt“, aber keinesfalls ausgeglichen.

Welche Preisentwicklung dient als Maßstab?

Zunächst einmal bleibt unklar, um welche Preisentwicklung es sich handelt. Von der Sache her geboten wäre es, die Preisentwicklung für Pflegeleistungen als Maßstab zu nehmen. Davon ist im Entwurf und seiner Begründung jedoch keine Rede. Sodann würde sich der allgemeine Index für die Verbraucherpreise anbieten. Der ist jedoch in den letzten drei Jahren um 5,69% (von 2011 bis 2013, Quelle: Inflation EU-Data) gestiegen. Weiterhin kann die durchschnittliche Bruttolohnentwicklung als Maßstab genommen werden. Dieser Wert liegt von 2011 bis 2013 allerdings bei 12,37% (Quelle: Statista, 2014). In der Begründung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von 2008 ist ausdrücklich genannt, dass die Anpassung der Leistungsbeträge den Zweck hat, „die Kaufkraft der Versicherungsleistungen“ langfristig zu erhalten (Siehe Begründung zu § 30 SGB XI). Davon ist die Neuregelung weit entfernt. Das Instrument, die Erhöhung der Leistungsbeträge, um die Preisentwicklung der letzten Jahre auszugleichen, ist zwar richtig, es wäre jedoch fair, wenn es zu einem Ausgleich käme anstatt nur zu einem Teil(-chen)ausgleich.

8. Vertrauen in die Belastbarkeit der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen stärken

Bei allem Respekt: Das ist der Comedy-Teil des Gesetzes. So enthält der Entwurf unter anderem eine Vorschrift, wonach bei „sachlich begründeten Beschwerden oder Hinweisen“ die Prüfung ausgeweitet werden muss, indem die betreffenden Pflegebedürftigen in die Prüfung

einbezogen werden. Das gilt ausdrücklich dann, wenn die Pflegebedürftigen außerhalb der zunächst vorgesehenen Stichprobe waren. Eine Regelprüfung wird dann zu einer Anlassprüfung. Die Frage, was denn „sachlich begründete Hinweise“ sein könnten, beantwortet die Begründung des Entwurfes gleich mit: Das sind „alle Hinweise, die nicht offensichtlich unbegründet sind“.

Damit erlebt die Misstrauenskultur gegenüber den Einrichtungen und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine neue Blüte. Aus Sicht des Verfassers eine Sumpflüte.

Die Art der Qualitätsprüfung wird willkürlich

Die Grundfrage ist hier jedoch, ob mit diesem Instrument das postulierte Ziel, die Qualität der pflegerischen Betreuung auf hohem Niveau zu halten, erreicht werden kann.

Dazu gibt es eine eindeutige Antwort: Es hat in der Literatur keine unabhängige Stellungnahme gegeben, nach der diese Art der Qualitätsprüfung eine Aussage zur Qualität der Pflege am entscheidenden Punkt zuließe: dem Pflegeergebnis. Dementsprechend lässt auch eine Ausweitung dieser Prüfungen keine Aussage zur Qualität zu. Aus einem hohlen Stock wird auch dann kein Fernglas, wenn er länger wird. Und eine Qualitätsprüfung ist noch lange keine Qualitätsprüfung, bloß weil sie so heißt.

Im Ergebnis: Mit diesem Instrument wird das Ziel klar verfehlt. Es ist sogar mit Grund festzustellen, dass die neue Vorschrift das Gegenteil von dem erreichen wird, was (angeblich) gewollt ist. Denn der Willkür der Prüferinnen und Prüfer ist nun Tür und Tor geöffnet. Es steht ihnen frei, was sie als „Hinweis“ nehmen. Außerdem



sinkt das Niveau der Vergleichbarkeit der Ergebnisse der sogenannten Qualitätsprüfungen mit jeder einzelnen Ausweitung von einer Regelprüfung zu einer Anlassprüfung – eben weil die quantitativen Prüfgrundlagen voneinander abweichen.

Dabei hat es in der jüngsten Vergangenheit gleich mehrere vielversprechende Vorschläge gegeben – bis hin zu einem Prüfmoratorium (denn es ist aus Sicht des Verfassers besser, nichts zu tun als das erkennbar Falsche) um das Prüfwesen zu reformieren. Der VDAB hat mit dem Ergebnis der Bonato-Kommission sogar ein in sich geschlossenes Konzept erarbeitet, das sich zudem auf positive Erfahrungen in anderen Bereichen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen stützt.

Der Gesetzgeber hat diese Vorschläge verworfen. Das ist für die Versicherten teuer, denn es kostet sie über 110 Mio. Euro Beitragsmittel jährlich an Prüfungskosten allein bei den Medizinischen Diensten und der PKV. Bei den Einrichtungen kommen noch einmal 150 Mio. Euro dazu.

Fazit

Alles in Allem lassen sich mit einem Teil der geplanten Maßnahmen die gesetzten Ziele erreichen. Die Ausnahmen sind die Bereiche des Vertrauens in die Belastbarkeit der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie die Betreuung und die Stabilisierung der häuslichen Versorgung, insbesondere wenn Laienpflege überwiegt. Einschränkungen in der Ziel-Instrumente-Relation sieht der Verfasser auch bei der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf und bei dem Ziel, die Pflegeversicherung demographisch

zukunftsfest zu machen. Hierzu trägt vor allem bei, dass die Inanspruchnahme der neuen Leistungsumfänge kaum kalkulierbar ist. Schließlich ist die zunehmende Komplexität des SGB XI ohne Zweifel ein Hinderungsgrund dafür, dass die Leistungen auch bei denen ankommen, die sie brauchen. Die Bürokratie erhält weitere Nahrung und Macht. 

Pflegereform: Steht die Leiter an der richtigen Wand?

Wie bei jeder Pflegereform stellt sich auch bei den Pflegestärkungsgesetzen I und II (PSG) die Frage, ob die gewollten Neuregelungen diejenigen sind, mit denen entweder die dringenden oder die wichtigen Herausforderungen in der Pflege gelöst werden. Am besten, beides ist der Fall.



von
Petra Schülke

Dieser Gedanke führt zu der Überlegung, welche denn die dringendsten und die wichtigsten Problemfelder beziehungsweise Herausforderungen sind. Dabei kommen unterschiedliche Sichtweisen und Interessen in Betracht.

Erstens: die Sichtweise und Interessen der handelnden Politiker

Für sie ist wichtig, Handlungsfähigkeit zu zeigen. Sie dürfen und wollen keinesfalls die gleiche Zögerlichkeit oder Gleichgültigkeit im Bereich Pflege an den Tag legen wie die Vorgängerregierung.

In der Pflegeversicherung bietet sich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit all seinen Folge Regelungen wie auf dem Silbertablett an. Denn in der Sache besteht schon lange Konsens. Und wenn es richtig angepackt wird, kann es keine Verlierer geben. Außerdem ist die Politik hier schon lange im Wort.

Daher erfüllt die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus Sicht der handelnden Politiker beide Kriterien. Es ist klar, dass bei dieser Gelegenheit auch die Leistungssätze angepasst und die Beitragssätze erhöht werden. Das geht nur am Anfang einer Legislaturperiode.

Schließlich haben sie das Interesse, als vorausschauend anerkannt zu werden und es sei

unterstellt, dass sie das aus Überzeugung auch selbst wollen. Die mit dem PSG verbundene Vorsorge in Form eines in 20 Jahren zur Verfügung stehenden Beitragssatz-Dämpfungs-„Sparbuch“ ist hierzu die Lösung. Insofern bedient das Pflegestärkungsgesetz die Interessen der Politiker der Koalition in geradezu idealer Weise.

Zweitens: sind da die Sichtweise und die Interessen der Versicherten

Diese Analyse ist zwangsläufig komplexer. Denn die Versicherten, die noch mindestens 10 Jahre Zeit haben, bis die Eltern pflegebedürftig werden, haben andere Interessen als diejenigen, die gerade beginnen, sich damit zu befassen. Gemeinsam ist ihnen in aller Regel jedoch der Wunsch, dass die Pflege so lange es geht zu Hause stattfindet. Hinsichtlich der o.g. Kriterien bestätigen alle Umfragen immer wieder, dass dieser Wunsch auf der Skala der Wichtigkeit ganz oben steht.

Das PSG bietet hier eine ganze Reihe von Neuregelungen, die vor allem in Richtung auf Flexibilisierung der Inanspruchnahme von Leistungen hinauslaufen. Indem dieses Thema in diesem Heft an anderer Stelle thematisiert wird, sei lediglich unterstrichen, dass der Grundsatz



„ambulant vor stationär“ mit dem PSG konsequent umgesetzt wird.

In dieser Form neu ist die Möglichkeit, Leistungsansprüche zu kumulieren und auf eine Versorgungsart zu konzentrieren. Zusätzlich wird der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen beachtlicher finanzieller Spielraum eröffnet. Das gilt für die ambulante wie auch für die stationäre Versorgung und ebenso für die teilstationäre und Kurzzeitpflege. Besonders gut werden die neuen Wohnformen finanziell ausgestattet. Ambulant betreute Wohngemeinschaften und Wohngruppen sind die großen Gewinner der aktuellen Reform.

Angehörige und Pflegebedürftige haben zudem ein Interesse daran, dass die ambulanten Leistungen unbürokratisch bei ihnen ankommen, unabhängig welche Form gewählt wird. In der stationären Versorgung besteht natürlich der Wunsch auf mentale Entlastung der Angehörigen und dementsprechend das Interesse, dass der pflegebedürftige Angehörige „in guten Händen“ ist. In beiden Bereichen bietet das PSG für die Versicherten nichts.

Abgesehen von der geforderten Qualität der Versorgung und Betreuung ist natürlich das Interesse groß, schnell eine Pflegeeinrichtung zu finden, die versorgen kann. Dabei darf unterstellt werden, dass bei der breiten Mehrheit der Versicherten noch kein Bewusstsein darüber vorhanden ist, wie angespannt die Lage auf dem Arbeitsmarkt für die Pflegeeinrichtungen ist. Das wird sich erst ändern, wenn zunächst ambulante Einrichtungen keine neuen Pflegen mehr annehmen und in der mittleren Frist die Suche nach einer passenden stationären Einrichtung immer aufwendiger wird.

Dafür dringt immer stärker die Tatsache in das Bewusstsein, dass wir es mit einer nie da gewesenen demographischen Entwicklung zu

tun haben. Das erzeugt zunächst Unsicherheit. Daraus erwächst wiederum der Wunsch nach Sicherheit im Alter und bei gesundheitlichen und pflegerischen Problemen. Der Erfolg der Riester-Rente und die vielen Millionen Krankenversicherten mit Zusatzpolice für eine bessere Krankenhausbehandlung zeigen, dass der private Vorsorgegedanke in breiten Teilen der Bevölkerung angekommen ist. Daher wird die Grundidee des Vorsorgefonds nur von den selbst ernannten Fachleuten madig gemacht. Die breite Mehrheit der Versicherten hat zweifellos dafür viel Sympathie. Die einzige Ausnahme werden die ganz jungen Versicherten sein.

Für sie besteht das PSG in beiden Teilen zunächst einmal aus einer kräftigen Beitragserhöhung. Insgesamt 0,5%-Punkte erhöhen die Beitragslast um knapp 25%.

Für die älteren Versicherten ist das PSG in seinen beiden Teilen die richtige Antwort auf die sie bedrängenden Probleme. Die Angehörigen werden dies überwiegend ebenso beurteilen. Dass die Bürokratie, vor allem die von den Kassen zusätzlich geschaffene Bürokratie (Stichwort: Verhinderungspflege), keine Begrenzung erfährt, ist für die Versicherten in der Regel kein Problem. Denn erstens war es immer schon so und die „Kassenbeamten“ genießen bei der Mehrheit der Versicherten Vertrauen.

Drittens: Das PSG aus Sicht der Kassen

Für die Kassen ist nach eigenen Aussagen wichtig und dringend, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff einschließlich seiner verwaltungstechnischen Folgen möglichst bald und mit ausreichender Vorlaufzeit eingeführt wird. Die Vorlaufzeit ist denn auch der eigentliche Grund für die zwei Stufen des PSG. Dem wird das

Gesetz in Form und Inhalt gerecht.

Für die lange Frist haben die Kassen erkannt, dass die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung die große Herausforderung neben den leistungsrechtlichen Aspekten der Pflegeversicherung ist. Die Entscheidungsträger auf Kassenseite wissen, dass sie in der Pflege den Sicherstellungsauftrag haben. Auch deshalb ist es nachvollziehbar, wenn sie sich zur Ausbildung in der Pflege äußern und bei den Bürokratielasten grundsätzlich gesprächsbereit sind. In ihren Stellungnahmen zum PSG gehen sie daher über die reine Bewertung des Gesetzentwurfes gern hinaus. Tatsächlich bietet das PSG keinerlei Ansatzpunkte für Überlegungen, wie das, was an zusätzlichen Leistungen und in neuer Flexibilität versprochen wird, denn durch professionelle Pflege an die Versicherten kommen soll. Indem sie die Herausforderung für ihren Sicherstellungsauftrag erkannt haben, verschleiern sie auch bewusst die Problematik, die mit der unterschiedlichen Behandlung von sogenannten Haushaltshilfen, die im Haushalt leben und den professionellen Diensten verbunden ist. Sie wissen, dass sie und die Politik hier mit zweierlei Maß zu Lasten ihrer Vertragspartner, den Pflegeeinrichtungen, messen. Dasselbe gilt auch für die neuen niedrigschwelligen Ergänzungsleistungen.

Die Kassen sind daher mit dem PSG in seiner jetzigen Form zufrieden, ohne den Hinweis zu unterlassen, dass ein komplexes Problem noch zu lösen ist. Dabei gehen sie sogar so weit, eine höhere Vergütung der Pflegekräfte zu fordern. Sie begründen dies mit der klaren Erkenntnis, dass die Pflegebranche bei zurückgehender Erwerbstätigenzahl – netto – Arbeitskräfte aus anderen Wirtschaftsbereichen gewinnen muss, wenn die Versorgung aufrechterhalten bleiben

soll. Den Gedanken konsequent zu Ende gedacht, heißt allerdings, den Einrichtungen höhere Vergütungen anzubieten. Dazu fehlt den Kassen leider der Wille.

Viertens sind die Interessen und Sichtweisen der Leistungserbringer zu betrachten

Dazu eine Vorbemerkung: Eine einheitliche Sichtweise der Leistungserbringer zu definieren, ist der Autorin angesichts der Erfahrungen in gemeinsamen Gremien und der zum Teil tatsächlich unterschiedlichen Interessenlagen unmöglich. Die Professionelle Pflege hat es in über 20 Jahren vermocht, sich den Kostenträgern und der Politik als zuverlässig uneinig darzustellen. Der Grundsatz „(nur) Einigkeit macht stark“ hat bisher keine Geltung gefunden. Dies gilt zwischen den Kommunalen und Wohlfahrtsverbänden sowie den Privaten Verbänden ebenso wie innerhalb der Privaten selbst. Das geht so weit, dass bestimmte private Verbände Arm in Arm mit den Kassen gegen andere private Vertreter in einer Schiedsstelle stimmen. Daher beschränkt sich die Autorin an dieser Stelle darauf, die vom VDAB an mehreren Stellen als dringend und wichtig herausgestellten Baustellen zu benennen.

Vom Grundsatz her kommt es in der Zukunft darauf an, sicher zu stellen, dass jeder, der Professionelle Pflege braucht, sie auch bekommen kann. Besteht über diese Kernfrage Konsens, lassen sich daraus verschiedene Handlungsfelder aufzeigen, die bearbeitet werden müssen, damit dieses übergeordnete Ziel erreicht werden kann. Dabei besteht Einigkeit mit den Kassen und allen Experten, die – gleichbleibendes Versorgungs- und Betreuungsniveau unterstellt – betonen, dass die Pflege netto Arbeitskräfte aus



anderen Wirtschaftssektoren gewinnen muss.

Der Ansatz der Politik war und ist, die Zahl der Ausbildungsplätze zu erhöhen und über Imagekampagnen mehr junge Menschen für diesen Beruf zu interessieren. Angesichts der jüngsten Zahlen ist dem ein gewisser Erfolg beschieden. Unabhängig davon ist die Verweildauer im Beruf nach wie vor niedrig. Wenn, wie in der Studie von Rheinland-Pfalz ermittelt, rund 30% der Altenpflegerinnen und Altenpfleger nach 10 Jahren aus dem Beruf ausgeschieden sind, ist dies ein beträchtlicher Aderlass. Das Institut für Gesundheit und Management kommt für NRW in 2004 auf eine Verweildauer von 9,4 Jahren. Die zuständige Berufsgenossenschaft wird in 2013 (siehe Pflegegipfel in Mainz am 03.09.2013) mit einer durchschnittlichen Verweildauer im Beruf von 8,4 Jahren für die Altenpflege und 13,7 Jahren für die Krankenpflege zitiert. Diese Zahlen sind alarmierend.

Auch sei der Krankenstand ca. 20% höher als in anderen Branchen (ebenda, ebenfalls BGW).

Bei einer älter und damit immer pflegebedürftiger werdenden Gesellschaft, bei einer zunehmenden Anzahl von an Demenz erkrankten Menschen, die außer Versorgung auch Betreuung benötigen und bei einer Tendenz der Politik, die Zahl der Leistungsempfänger deutlich zu erhöhen, wird eine größere Zahl an Berufsanfängern keinesfalls ausreichen, um den Bedarf zu decken. Das gilt umso mehr als die Erwerbsbevölkerung abnimmt und aus der Laienpflege keine zusätzlichen Ressourcen zu gewinnen sind (siehe Pflegestatistik 2014 des BMG). Auch werden ausländische Kräfte das Problem keinesfalls lösen können – im Einzelfall verschärfen sie es noch – beispielsweise durch Sprachbarrieren oder unterschiedliche

pflegefachliche Sozialisation.

Die Lösung liegt also außer in einer erhöhten Zahl an Berufsanfängern (und Umschülern) vor allem darin, die Pflegekräfte möglichst lange im Beruf zu halten. Grundsätzlich besteht unter Fachleuten auch darüber Konsens.

Der Weg dazu kann nach Auffassung des VDAB nur über andere Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Professionelle Pflege führen.

Arbeitsbedingungen, die Verbesserungen brauchen

Zunächst zu den Arbeitsbedingungen, deren Änderung geeignet ist, die Verweildauer im Beruf deutlich zu erhöhen:

1. Es ist schon oft genug über die bürokratischen Belastungen geschrieben worden, denen Pflegekräfte bei ihrer täglichen Arbeit ausgesetzt sind. Auch wenn sie durch das „Beikirch-Projekt“ wieder mehr Zeit für die Pflegebedürftigen haben werden, besteht die Ursache für die Überbürokratisierung weiterhin fort. Das ist die Misstrauenskultur gegenüber den Einrichtungen und in der zwangsläufigen Folge das Bemühen der Einrichtungen, sich abzusichern. Daher rührt auch die an sich paradoxe Duldung auch noch der unsinnigsten „Hinweise“ von Seiten der „Qualitätsprüfer“. Diese Misstrauenskultur ist eine der großen Demotivationsecken in der täglichen Arbeit.

Aus Sicht der Autorin ist es völlig unverständlich, dass im PSG die Situation sogar noch verschlimmert wird. Mit der Möglichkeit für die Prüfer, ab 1.1.15 aus jeder Regelprüfung eine Anlassprüfung zu machen, werden die Einrichtungen und ihre Mitarbeiter der Willkür des einzelnen Prüfers

hilflos ausgesetzt. Dagegen gibt es auch kein Rechtsmittel. Diese zusätzliche Demotivation für die Pflegekräfte ist nur mit dem starken Einfluss des MDS im Ministerium zu erklären. Im Übrigen motiviert sie die Prüfer, nach den im Gesetz genannten „Hinweisen“ zu suchen.

2. Die Professionelle Pflege ist in weiten Teilen ihrer Tätigkeit fremdbestimmt. Selbst in ihren ureigenen Tätigkeitsfeldern ist sie abhängig von ärztlichen Entscheidungen und von Entscheidungen von (Kassen-) Verwaltungen. Damit erlebt jede Pflegekraft täglich, dass sie für unfähig gehalten wird, Verantwortung zu tragen.

Motivierend wäre es dagegen, wenn Pflegekräfte in die Lage kämen – wie in anderen Ländern auch – selbstständig Entscheidungen treffen zu können. Die Einrichtungen sollten die Möglichkeiten haben, bestimmte Hilfsmittel, Salben oder Inkontinenzprodukte zu verordnen. Die Anordnung von Blutzuckerkontrollen vor einer Insulingabe gehört ebenfalls in diese Liste. In einem Pflegereformgesetz, das seinen Namen verdient, muss also ein Katalog der vorbehaltenen Tätigkeiten festgestellt sein mit einer klaren Regelung der Beziehungen zu Kranken- und Pflegekassen und den anderen Kostenträgern.

3. Die Höhe der Vergütung ist sicherlich nur ein nachrangiger Grund sich für oder gegen einen Beruf zu entscheiden. Sie kann jedoch ein wichtiger Grund sein, im Beruf zu bleiben oder, zum Beispiel nach einer Familienphase, wieder in den Beruf zurück zu kehren. Die Mindestlohndiskussion für die Mitarbeiter,

die überwiegend Grundpflege leisten, hat zweifellos zur Demotivation erheblich beigetragen. Wenn Fensterputzen, Bagger fahren, elektrische Leitungen verlegen u.a. gesellschaftlich eine höhere materielle Anerkennung erhalten, da ist es kein Wunder, wenn Pflegekräfte sich nach wenigen Berufsjahren oder im Anschluss an die Familienphase nach „besseren“ Arbeitsverhältnissen umsehen – und sie finden.

Gesetzlich zu regeln ist hier einiges. So muss die Grundlohnsummenbindung im SGB V für die Häusliche Krankenpflege aufgehoben werden. Der Grund liegt darin, dass die Einrichtungen ihren Mitarbeitern nur das zahlen können, was sie vorher von den Kostenträgern bekommen. Und in die Grundlohnsumme gehen auch die Steigerungen der Rentenzahlungen mit ein. Damit wird die Krankenpflege von der allgemeinen Lohnentwicklung zwangsläufig abgekoppelt. Weiterhin muss es eine gesetzliche Klarstellung geben, dass die Pflegekassen ihrem Sicherstellungsauftrag auch durch eine Vergütung nachkommen sollen, die der Konkurrenzsituation der Pflege zu anderen Branchen der Volkswirtschaft entspricht.

Rahmenbedingungen mit Änderungsbedarf

Die Rahmenbedingungen für die Professionelle Pflege zu verändern, wird ebenfalls positive Auswirkungen auf die Verweildauer im Beruf haben:

1. Die Wettbewerbsgleichheit aller, die professionell pflegen, ist eine schon langjährige Forderung. Es ist keiner Pflegekraft klar zu machen, worin der Unterschied zwischen den



sog. „Hilfskräften“, die im Haushalt leben und den Pflegekräften, die als Angestellte ambulant oder stationär dasselbe tun, liegt. Während die einen ohne jede Qualitätskontrolle arbeiten, ohne jede Fortbildungspflicht und ohne jede Aufzeichnungspflicht und dazu noch ohne jede Rückkopplung in Zweifelsfragen, haben die anderen dies penibel nachzuweisen bzw. über sich ergehen zu lassen, soweit es die Kontrollen angeht. Der Gesetzgeber soll sich an dieser Stelle entscheiden: Entweder, die Professionelle Pflege wird von den ständigen Kontrollen und Nachweispflichten befreit oder die bei den Pflegebedürftigen wohnenden Haushaltshilfen werden in das Reglement einbezogen. Das Erstere wäre für alle Beteiligten am besten.

2. Bei den Vertragsverhandlungen hat die eine Seite längere Spieße als die andere. Die gibt es auf zwei Ebenen: Zum einen sind die persönlichen Kosten der Nicht-Einigung bei den Leistungserbringern unmittelbar zu spüren. So kann es sich kein Leistungserbringer leisten, die Verhandlungen taktisch hinauszuzögern. Denn er braucht die höhere Vergütung für den laufenden Betrieb. Das stellt sich auf Kassenseite völlig anders dar. Zum anderen ist jede Einrichtung, die vor eine Schiedsstelle zieht, mit umfangreichen Nachweispflichten konfrontiert. Sie muss ihre Forderung begründen. Des Weiteren ist es fast aussichtslos, die Kostenträgerseite zu bewegen, ihre Ablehnung von Forderungen sachlich zu begründen. Das führt zu Ungleichgewichten in den Ergebnissen. Besonders bizarr ist dies in Zeiten hoher Kassenüberschüsse. Die Lösung kann

darin liegen, die Haftung für Vorstände, die aus taktischen Gründen erhebliche wirtschaftliche Nachteile für die Einrichtung und ihre Mitarbeiter billigend in Kauf nehmen, zu verschärfen.

3. Die Mitarbeiter jeder Einrichtung haben es schon häufig erfahren, dass Genehmigungen von Kostenträgern zu Hilfsmitteln oder, im ambulanten Bereich, von Blutzuckermessungen vor Insulingabe, verzögert oder verweigert wurden. Die Demotivation, die damit in der täglichen Arbeit einhergeht, ist groß. Denn wenn eine Pflegekraft sieht, wie ihr Bemühen um den Pflegebedürftigen von einer Verwaltung gleichgültig behandelt wird, kann daraus keine Freude am Beruf wachsen. Das gilt erst recht, wenn das Verwaltungshandeln klar gegen geltendes Recht verstößt. Auch ist die Aussichtslosigkeit, dagegen mittels einer Aufsichtsbeschwerde oder vor einem Sozialgericht vorzugehen, jeder Pflegekraft bekannt. Es ist gelebte Erfahrung, dass die Aufsicht gegenüber den Kranken- und Pflegekassen weit überwiegend eine Wegsicht ist. Die Kassen können (fast) machen, was sie wollen, siehe die eigenmächtige Verbürokratisierung der Verhinderungspflege. Sie wissen auch, dass Sozialgerichtsverfahren eine Länge haben, die „keinem Rechtsschutz“ sehr nahekommt. Abhilfe kann hier nur eine deutliche Verschärfung des Aufsichtsrechts in einer Pflegereform zu den Arbeits- und Rahmenbedingungen bringen und eine Reform des Sozialgerichtsgesetzes mit verbindlichen Bearbeitungsfristen.
4. Die Mitarbeiter in den Einrichtungen erleben es immer wieder, dass der Grundsatz der Fremdbestimmung der Pflege sich durch ihren

beruflichen Alltag zieht. Jüngste Beispiele sind die Pflicht von ambulanten Pflegeeinrichtungen, sich Auflagen der Landesheimgesetze zu beugen und die Pflicht von stationären Einrichtungen, eine schriftlich fixierte Kooperation zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung ihrer Bewohner nachzuweisen. (siehe § 119b, Abs. 2 u. 3 SGB V). Bei der Gestaltung des konkreten rechtlichen Rahmens dazu haben die Verbände der Einrichtungen nur Mitberatungs- aber kein Stimmrecht. Auch dies ist bei einer Reform der Arbeits- und Rahmenbedingungen zu verändern. Das, was die Professionelle Pflege angeht, muss von ihr auch mitbestimmt werden können.

Bürokratiekosten kleingerechnet

Abschließend sei angemerkt, dass „Rechenfehler“ zu Lasten der Pflegeeinrichtungen und ihrer Mitarbeiter sehr wohl zur Kenntnis genommen werden. Aktuelles Beispiel ist die Kostenrechnung zum Erfüllungsaufwand des Gesetzes.

Für die Wirtschaft (dazu gehören auch die Pflegeeinrichtungen) wird er mit nur 826 000 Euro einmalig und dann jährlich 226 800 Euro geschätzt. Das ist lächerlich. Denn

- die Information der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen
- die individuelle Beratung, wenn gewünscht
- Vereinbarung und anschließende Umstellung von Pflegeverträgen, wenn gewünscht
- die Anpassung von Heimverträgen
- die Bürokratiekosten für die Einstellung von 24 000 Betreuungskräften (allein stationär)
- die Information der Betreuer, deren Bürokratiekosten

- die Veränderung der Einsatzpläne, wenn nötig

werden insgesamt einen mittleren Millionenbetrag kosten.

Die Daten für diese Feststellung liefert das Ministerium selbst: Nach seinen Angaben haben in 2013 rund 530 000 Versicherte ambulante Sachleistungen bzw. Kombinationsleistungen erhalten. Weitere knapp 740 000 Menschen befanden sich in der vollstationären Pflege. Das sind zusammen 1,27 Mio. Versicherte. Für die Umsetzung des Gesetzes rechnet das Ministerium also einen einmaligen Aufwand von 65 Cent pro Versicherten, wenn sonst in der Wirtschaft keine Kosten für den Erfüllungsaufwand anfallen würden. Das ist jedoch der Fall, allein schon durch die Umstellung der EDV wegen des erhöhten Beitrags zur Pflegeversicherung. Das wissen auch diejenigen, die den Gesetzentwurf formuliert haben.

Fazit

Dieser Artikel soll aufzeigen, an welchen Stellen zu arbeiten sein wird, wenn die Pflege durch professionelle Kräfte auch in Zukunft sichergestellt werden soll. Andernfalls drohen nach den heutigen personellen Engpässen, regionale Pflegenotstände. Denn die Leistungen, die das Gesetz den Versicherten verspricht, muss auch jemand an die Versicherten heranbringen. Das geht nur mit der Professionellen Pflege, keinesfalls ohne sie. Denn das Ziel muss sein, dass jeder, der in Zukunft Professionelle Pflege braucht, sie auch bekommt. 

AUTORENVERZEICHNIS

Stephan Baumann, Bundesvorsitzender des VDAB

Dipl. Betriebswirt, seit 2007 Bundesvorstandsvorsitzender des VDAB, Mitgesellschafter mehrerer Pflegeeinrichtungen und Geschäftsführer der Unternehmensgruppe GESBE in Essen.

Thomas Knieling, Bundesgeschäftsführer des VDAB

Volljurist, Betriebswirt (Sozialwesen) und Sozialmanager, seit Anfang 2009 Bundesgeschäftsführer des VDAB in Berlin.

Heiner Schülke, Pflege-Experte

Diplom-Volkswirt und Fachautor zu Fragen der Gesundheitsversorgung und der Pflegeversicherung, Kommunikations- und Verhandlungstrainer.

Petra Schülke, stellvertretende Bundesvorsitzende des VDAB

stellvertretende Bundesvorsitzende des VDAB und Mitglied im VDAB-Landesvorstand Niedersachsen ist Gesellschafterin und Geschäftsführerin für den Bereich Pflege der CarePool Hannover GmbH, „Pflege nach Maß“.

Impressum

weitblick ist das politische Magazin des Verbandes deutscher Alten- und Behindertenhilfe. Es erscheint dreimal jährlich. Für Mitglieder ist der Bezug des Magazins kostenlos.

Herausgeber und Redaktion:

Thomas Knieling (V.i.S.d.P.)
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Hauptstadtbüro
Reinhardtstraße 19
10117 Berlin
Fon 030 - 20 05 90 79 - 0
Fax 030 - 20 05 90 79 - 19

Der Nachdruck von Artikeln, auch auszugsweise, oder von im Auftrag des VDAB erstellten Zeichnungen, Diagrammen und Schaubildern ist nur mit Quellenangabe und nach Genehmigung der Redaktion gestattet.

Der **weitblick** ist beim VDAB unter folgender Anschrift erhältlich:

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Im Teelbruch 132
45219 Essen
Fon 02054 - 95 78 - 0 | Fax 02054 - 95 78 - 40
E-Mail info@vdab.de | www.vdab.de

Gestaltung: FuhlrottDesign
Druck: Im intermedia GmbH
Auflage: 3 200