

Positionen und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung und nachhaltigen Finanzierung der Pflege

Die Positionen und Empfehlungen (DV 3/20) wurden am 24. November 2020 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.



Deutscher Verein

für öffentliche und
private Fürsorge e.V.

Inhalt

Einleitung	3
1. Eigenanteile an pflegebedingten Kosten begrenzen	6
1.1 Leistungen dynamisieren	7
1.2 Sockel-Spitze-Tausch	8
1.3 Pflegebedingte Eigenanteile prozentual begrenzen	9
2. Förderung der Investitionskosten und Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur	10
3. Medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen systemgerecht aus GKV finanzieren	11
4. Flexibilisierung und Durchlässigkeit der Leistungen erhöhen	11
5. Versorgung in der Häuslichkeit verbessern und pflegende Zu- und Angehörige entlasten	14
5.1 Pflegezeitgesetze weiterentwickeln	15
5.2 Flexibilisierung der Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Zu- und Angehörige	16
5.3 Überlegungen zur Weiterentwicklung des Pflegegeldes	17
5.4 Digitale Kommunikations- und Unterstützungstechnologien ausbauen	18
6. Prävention und Gesundheitsförderung stärken	18
7. Stärkung der Rolle der Kommunen	20
8. Erweiterung der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung	21
8.1 Einführung eines Steuerzuschusses	22
8.2 Einnahmehasis verbreitern durch Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage	22
8.3 Ausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung schaffen	23

Einleitung

Mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung im Jahr 1995 wurde Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko anerkannt. Die Pflegeversicherung sollte dazu beitragen, die hohen finanziellen Belastungen von Menschen mit Pflegebedarf zu begrenzen. Pflegebedürftigkeit sollte fortan kein Armutsrisiko darstellen und auf Pflege angewiesene Menschen in der überwiegenden Zahl von Sozialhilfe unabhängig bleiben.¹ Damit verbunden war auch das Ziel, die Länder und Kommunen als Träger der Hilfe zur Pflege, deren Aufwendungen Anfang der 1990er-Jahre auf ein knappes Drittel aller Ausgaben der Sozialhilfe angewachsen waren, finanziell zu entlasten.² Der Einführung war eine jahrzehntelange politische und gesellschaftliche Diskussion vorausgegangen, bei der insbesondere die Frage der Finanzierbarkeit eine wichtige Rolle spielte.³

Der Deutsche Verein war maßgeblich an den Diskussionen um die Einführung der sozialen Pflegeversicherung beteiligt und hat die Entwicklung und Umsetzung der Gesetzgebung zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit fachlich begleitet. In mehreren Stellungnahmen wurde seit Ende der 1990er-Jahre grundlegender Reformbedarf geäußert⁴ und in weiteren Positionen Vorschläge zur Weiterentwicklung der Struktur der Pflegeversicherung unterbreitet.⁵ Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 wurde eine wichtige Forderung des Deutschen Vereins umgesetzt. Allerdings hat der Deutsche Verein bereits im Jahr 2007 in seiner Stellungnahme deutlich gemacht, dass eine Reform des Leistungsrechts und des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit einer nachhaltigen Finanzreform der Pflegeversicherung verzahnt werden müsse.⁶ Diese steht bislang noch aus.

Die Pflegeversicherung wurde als Teilleistungssystem mit dem Anspruch konzipiert, die pflegebedingten Kosten vorrangig und zu einem Großteil zu tragen.⁷ Der Beitragssatz ist fest und kann nur durch gesetzliche Entscheidungen geändert werden. Erhebliche Folgen für den Zuschnitt des versicherten Risikos hatte außer-

Ihre Ansprechpartnerin
im Deutschen Verein:
Dr. Anna Sarah Richter.

1 Vgl. BT-Drucks. 12/5262: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), S. 61.

2 Ebd., S. 184; Schütze, B.: 20 Jahre soziale und private Pflegeversicherung, 2016, S. 2.

3 Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags: 25 Jahre soziale Pflegeversicherung, 2019.

4 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Weiterentwicklungsbedarf des SGB XI, NDV 1999, 181–184; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung, NDV 2004, 262–263; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses: „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, NDV 2007, 340 ff.; Pflegesystem den gesellschaftlichen Strukturen anpassen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege, NDV 2013, 385 ff.

5 Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 5. Dezember 2007, NDV 2008, 1 ff.; Diskussionspapier zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit vom 1. Oktober 2008, NDV 2008, 435 ff.; Stellungnahme zu den Ergebnissen und Beratungen des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 18. März 2009, NDV 2009, 117 f.; Stellungnahme zum Entwurf eines Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vom 28. März 2012 vom 18. Mai 2012, NDV 2012, 329 ff.; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II), NDV 2015, 561 ff.; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), NDV 2016, 486–495.

6 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Eckpunktepapier des Koalitionsausschusses: „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“, NDV 2007, 340ff.

7 Vgl. BT-Drucks. 12/5262: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG), S. 90.

dem der bis Ende 2016 geltende enge körperbezogene Verrichtungsbezug, durch den insbesondere Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen nur einen partiellen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung hatten.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung kam es durch eine Reihe von Reformen zu Leistungsausweitungen und -verbesserungen, zuletzt grundlegend insbesondere durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im zweiten Pflegestärkungsgesetz, das zum 1. Januar 2017 in Kraft trat. Damit verbunden war auch ein sprunghafter Anstieg der Ausgaben, die die Einnahmen im Jahr 2018 um 3,5 Mrd. € überstiegen.

Die fehlende regelhafte Leistungsdynamisierung hatte für Menschen mit Pflegebedarf in der stationären Versorgung eine kontinuierliche Steigerung der pflegebedingten Eigenanteile zur Folge. Durch das PSG II kam es ab Januar 2017 zwar zu einem kurzfristigen Rückgang der Kosten, seitdem steigen sie jedoch wieder und liegen heute im Bundesdurchschnitt bei 786,- € im Monat.⁸ Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von durchschnittlich 774,- € im Monat und die von den Pflegebedürftigen zu übernehmenden Investitionskosten von im Durchschnitt 455,- €, sodass die finanzielle Belastung eines auf stationäre pflegerische Versorgung angewiesenen Menschen bei 2.015,- € im Monat im Bundesdurchschnitt liegt.⁹

§ 3 SGB XI beschreibt das Ziel, dass die Pflegeversicherung vorrangig die häusliche Pflege sowie die Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn der auf Pflege angewiesenen Person unterstützen soll. Auch im ambulanten Bereich führte die fehlende regelhafte Dynamisierung zu einer Erhöhung der Zuzahlungen und birgt das Risiko der Unterversorgung.

Für eine gute pflegerische Versorgung, Beratung und Betreuung unabhängig von der Wohnform ist die Begleitung aller auf Pflege angewiesener Menschen durch qualifizierte Pflegefachpersonen eine notwendige Voraussetzung. Die 2019 in der Konzierten Aktion Pflege¹⁰ beschlossenen und zur Bekämpfung des Personal Mangels in der Pflege und zur Gewinnung von Pflegefachkräften dringend notwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Pflegekräfte,¹¹ eine Umsetzung des wissenschaftlich fundierten Personalbemessungsverfahrens sowie die Umsetzung der ebenso dringend notwendigen Maßnahmen zur angemessenen Bezahlung in der Pflege, die in dem im November 2019 in Kraft getretenen Gesetz für bessere Löhne in der Pflege¹² auf den Weg gebracht wurden, werden absehbar zu weiteren deutlichen Kostensteigerungen in der Pflege führen.

8 Stichtag 1. Juli 2020, Quelle: vdek: Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR je Monat, https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html

9 Ebd.

10 Im Juli 2018 haben das Bundesgesundheits-, das Bundesfamilien- und das Bundesarbeitsministerium die Konzierte Aktion Pflege mit dem Ziel ins Leben gerufen, die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften zu verbessern, vgl. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>

11 Siehe dazu die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, NDV 2012, 272–282.

12 Das Gesetz für bessere Löhne in der Pflege eröffnet zwei Wege, um zu höheren Pflegegehältern zu kommen: Branchenweit erstreckte Tarifverträge oder höhere Pflegegemindestlöhne durch Rechtsverordnungen, die auf Empfehlungen der Pflegekommission basieren. Im Januar 2020 hat die Pflegekommission Empfehlungen für differenzierte Mindestlöhne für Pflegefach- und Pflegehilfskräfte vorgelegt.

Die Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherung und damit für das Recht der Pflegeversicherung hat nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 i.V.m. Art 72 Abs. 2 GG hier der Bund. Mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes hat er von diesem Recht Gebrauch gemacht. Er hat in § 1 Abs. 3 SGB XI die Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung bestimmt und ihnen die Verantwortung für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung übertragen (§ 12 SGB XI).

Gemäß Art. 70 Abs. 1 und Abs. 2 GG haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund nicht gesetzgeberisch tätig geworden ist. Die Bundesländer haben von dieser Befugnis Gebrauch gemacht und entsprechende Landespflegegesetze erlassen. § 9 SGB XI bringt zum Ausdruck, dass die Länder für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich sind. Sie haben das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen durch ihr Landesrecht zu bestimmen. Außerdem ermöglichen die Regelungen des § 9 SGB XI, die Pflegebedürftigen und die Pflegeeinrichtungen durch die finanzielle Förderung der Investitionskosten als Subjekt- oder Objektförderung zu unterstützen.

Neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen spielen die lokalen Rahmenbedingungen vor Ort eine entscheidende Rolle für eine gute pflegerische Versorgung. Bei der Gestaltung der lokalen Strukturen kommt den Kommunen eine Schlüsselrolle zu. Der Deutsche Verein hat bereits zahlreiche Vorschläge zur Ausgestaltung einer kommunalen und wohnortnahen Infrastruktur für pflegebedürftige Menschen unterbreitet.¹³

Die pflegerische Versorgung wird im Pflegeversicherungsgesetz als gesamtgesellschaftliche Aufgabe bestimmt (§ 8 Abs. 1 SGB XI). Das ist Ausdruck ihrer subsidiären Ausrichtung und vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit besonderen Handlungsaufträgen aller verantwortlichen Akteure verbunden. Zur Gewährleistung einer leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen und aufeinander abgestimmten ambulanten, teil- und vollstationären pflegerischen Langzeitversorgung, die derzeit keineswegs im Sinne der gleichwertigen Lebensbedingungen in der Pflege gewährleistet ist,¹⁴ haben Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammenzuwirken. Die Verantwortung für die pflegerische Versorgung beschränkt sich nicht nur auf die bewährten Maßnahmen, sondern zielt auf einen innovativen Ausbau und eine Weiterentwicklung der Pflege ab.

Für eine gute flächendeckende und bereichsübergreifende pflegerische Versorgung und für die nachhaltige Finanzierung der Pflege sind aus Sicht des Deutschen Vereins Weiterentwicklungen und Reformen in folgenden Bereichen notwendig:

13 Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, NDV 2011, 14–21, 72–79; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Unterstützung und Betreuung demenziell erkrankter Menschen vor Ort, NDV 2011, 437; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur besseren Teilhabe älterer Menschen mit Migrationshintergrund, NDV 2011, 61; Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung, NDV 2006, 529–537; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur zukünftigen Rolle der Kommunen in der Altenhilfe, NDV 1998, 2–5; Positionspapier Koordination von Altenhilfe auf kommunaler Ebene, NDV 1995, 180–181.

14 Klie, T.: DAK Pflegereport 2018 Pflege vor Ort, Heidelberg 2018.

- Eigenanteile an pflegebedingten Kosten begrenzen
- Förderung der Investitionskosten und Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur
- Medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen systemgerecht aus GKV finanzieren
- Flexibilisierung und Durchlässigkeit der Leistungen erhöhen
- Versorgung in der Häuslichkeit verbessern und pflegende Zu- und Angehörige entlasten
- Prävention und Gesundheitsförderung stärken
- Stärkung der Rolle der Kommunen
- Erweiterung der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung.

Als normative Referenz muss bei allen Reformen das in § 2 SGB XI formulierte Ziel der Pflegeversicherung dienen, pflegebedürftigen Personen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in Würde zu ermöglichen – und dies in einem subsidiär ausgerichteten Verständnis sozialer Sicherung.

In den vorliegenden Positionen und Empfehlungen werden Reformvorschläge unterschiedlicher Reichweite diskutiert und abgewogen. Es werden konkrete, kurzfristig umsetzbare und wirksame Empfehlungen ausgesprochen und grundlegende Reformideen auf ihre Wirkungsweisen hin befragt und bewertet. Das Papier ist nicht abschließend und bildet die Grundlage für weitere Positionierungen des Deutschen Vereins im Rahmen des aktuell vom Bundesministerium für Gesundheit angestoßenen Reformprozesses.

Grundlegend ist der Gedanke, dass es keine Finanzierungsreform ohne eine Weiterentwicklung der Strukturen geben kann. Vielmehr muss das System so organisiert sein, dass die eingesetzten Mittel da ankommen, wo sie benötigt werden. Ziel ist es also, die Effizienz des Gesamtsystems zu erhöhen. Dabei geht es nicht darum, die Pflege am Menschen als interaktive Beziehungsarbeit nach ökonomischen Effizienzkriterien zu organisieren, sondern das System als Ganzes so effektiv wie möglich zu gestalten. Es gilt, Unter-, Über- oder Fehlversorgung zu vermeiden und die bestehenden Schnittstellen so zu verzahnen, dass sie gut ineinandergreifen.

1. Eigenanteile an pflegebedingten Kosten begrenzen

Die Eigenbeteiligung an den pflegebedingten Aufwendungen ist insbesondere im stationären Bereich in den vergangenen Jahren so stark gestiegen, dass nach Daten des Statistischen Bundesamtes bereits heute 36 % aller in stationären Einrichtungen lebenden Pflegebedürftigen auf Sozialhilfe angewiesen und damit über ihre finanziellen Grenzen hinaus belastet sind.¹⁵ Die von den Pflegebedürftigen selbst zu tragenden Kosten setzen sich zusammen aus dem sogenannten einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE, im Folgenden pflegebedingte Eigenanteile), den Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten. In die-

¹⁵ Vgl. Süddeutsche Zeitung: Mit Sozialhilfe im Pflegeheim, 4. August 2020, online abrufbar unter: <https://www.sueddeutsche.de/politik/pflege-mit-sozialhilfe-im-pflegeheim-1.4989010>

sem Kapitel werden nur die aktuell im politischen Raum diskutierten Vorschläge zur Reduzierung oder Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile betrachtet, die Investitionskosten werden im zweiten Kapitel erörtert. Auf die Höhe der pflegebedingten Eigenanteile hat im stationären Bereich des Weiteren die medizinische Behandlungspflege einen Einfluss, worauf im dritten Kapitel näher eingegangen wird.

In der Pflegeversicherung ist keine regelhafte Leistungsdynamisierung zum Ausgleich des Kaufkraftverlusts vorgesehen. Dies führte in den Jahren seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes bis zur ersten Anpassung der Leistungssätze im Jahr 2008 zu einer Entwertung der Leistungspauschalen und damit faktisch zu Leistungskürzungen. Mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurden ab 2008 zunächst die Leistungen im ambulanten Bereich, wie die häuslichen Pflegesach- und Geldleistungen, die Leistungen bei Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege stufenweise erhöht. Außerdem wurde eine im dreijährigen Rhythmus durchzuführende Prüfung der Notwendigkeit und Höhe einer Leistungsanpassung entsprechend der kumulierten Preisentwicklung durch die Bundesregierung eingeführt.

Zwar wurde der Kaufkraftverlust durch die Leistungsausweitungen im Zweiten Pflegestärkungsgesetz ausgeglichen, der weitere Anstieg der pflegebedingten Eigenanteile seit 2018 konnte auf diese Weise jedoch nicht verhindert werden. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) lag im Juli 2020 im Bundesdurchschnitt bei monatlich 786,- €¹⁶ und ist damit innerhalb von zwei Jahren um knapp 180,- € angestiegen.¹⁷ Die Pflegeversicherung wird so zunehmend dem bei ihrer Einführung formulierten Anspruch, die pflegebedingten Kosten weitgehend zu tragen, nicht mehr gerecht.

Die mit steigenden Pflegesätzen verbundenen Kostensteigerungen aufgrund von Leistungsausweitungen bzw. der gestiegenen Anforderungen an die Leistungserbringung, angestrebte Lohnverbesserungen der Pflegekräfte, höheren Personalschlüsseln und weiteren Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege sowie die steigenden Kosten der Pflegeausbildung werden auch zukünftig zu höheren Pflegesätzen und damit zu einem erheblichen Anstieg der insgesamt zu zahlenden Eigenanteile der auf Pflege angewiesenen Menschen führen. Damit wird auch die Quote derjenigen steigen, die auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII angewiesen sind.

Der Deutsche Verein fordert den Gesetzgeber auf, Regelungen zu treffen, um die pflegebedingten Eigenanteile effektiv und dauerhaft zu begrenzen.

1.1 Leistungen dynamisieren

Ein Weg, die Eigenanteile kurzfristig zu begrenzen, ist eine regelhafte Dynamisierung der Leistungen. Die bisherige Dynamisierung ist an der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung orientiert. Das wird der Spezifik der Pflege insofern nicht gerecht, als dass hier größere Handlungserfordernisse bestehen als in anderen

¹⁶ Stichtag 1. Juli 2020, Quelle: vdek: Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in EUR je Monat, https://www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html

¹⁷ Zum Stichtag 1. Juli 2018 lag der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Bundesdurchschnitt bei 608,- €, Quelle: vdek.

Berufszweigen. Grund dafür sind die wegen des zunehmenden Fachkräftemangels dringend notwendigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und der Personalschlüssel sowie der vielerorts bestehende Nachholbedarf im Lohngefüge. Eine künftige Dynamisierungsregelung sollte dementsprechend so ausgestaltet sein, dass eine Angleichung der Leistungen an die tatsächliche Kostenentwicklung nach festgelegten Kriterien erfolgt. Um der Dynamik der Kostenentwicklung standzuhalten, ist eine jährliche Dynamisierung nötig, die neben der Preisentwicklung auch die Personalkostenentwicklung in der Pflege einbezieht.

Der Deutsche Verein empfiehlt zunächst eine jährliche und regelhafte Dynamisierung der Leistungen entsprechend der Preisentwicklung und der Personalkostenentwicklung in der Pflege. Eine jährliche und regelhafte Dynamisierung wird als kurzfristig umsetzbare Maßnahme empfohlen, um genügend Zeit zu haben, eine umfassende Reform zu erarbeiten und umzusetzen.

1.2 Sockel-Spitze-Tausch¹⁸

Eine weitere Möglichkeit zur Begrenzung der Eigenanteile, ist der von Heinz Rothgang et al. aufgegriffene „Sockel-Spitze-Tausch“. Ziel ist die Umwandlung der Pflegeversicherung in eine „echte Teilkasko“-Versicherung, d.h. der Eigenanteil für pflegebedingte Kosten ist festgelegt, alle darüber hinaus gehenden pflegerischen Bedarfe werden von der Pflegeversicherung gedeckt.¹⁹ Die Kosten für Versorgung und Unterkunft sowie nicht geförderte Investitionskosten in der stationären Versorgung würden weiterhin von den Pflegebedürftigen selbst übernommen. Vorgesehen ist ein bundesweit einheitlicher Eigenanteil in jedem Pflegesetting, dessen Höhe politisch festgelegt werden kann. Mit der Absenkung der pflegebedingten Eigenanteile auf null könnte eine Vollversicherung erreicht werden. In diesem Sinne kann der Sockel-Spitze-Tausch als echte Teilkaskoversicherung auch einen Übergang in eine Pflegevollversicherung darstellen.

Um die großen Unterschiede sowohl zwischen den derzeit zu zahlenden Eigenanteilen als auch zwischen den Personalschlüsseln in den einzelnen Bundesländern auszugleichen, müsste eine mit einer Umsetzung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens abgestimmte Konvergenzphase zur Angleichung der Kosten und der Personalschlüssel eingeplant werden. Der Deutsche Verein schätzt einen bundeseinheitlichen Sockel als problematisch ein, da die Leistungs- und Kostenunterschiede auch bei einer vollständigen Umsetzung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahrens aufgrund der erheblichen regionalen Disparitäten in den Lebensverhältnissen voraussichtlich bestehen bleiben (beispielsweise durch Unterschiede in der Belegungs- und/oder der Personalkostenstruktur).

Die mit dem Sockel-Spitze-Tausch verfolgten Ziele dürfen nicht auf den stationären Bereich beschränkt bleiben, sondern müssten auch in der ambulanten Langzeitversorgung Anwendung finden. Dabei ist zu beachten: Derzeit haben Pflegebedürftige Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung (Entlastungsbetrag,

¹⁸ Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) teilt die in diesem Abschnitt vertretene Position nicht.

¹⁹ Ausführlich dazu: Rothgang, H./Kalwitzki, T.: Gutachten: Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, 2017; Rothgang, H. et al.: 2. Gutachten Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung, 2019.

Sachleistungen oder Pflegegeld bzw. eine Kombinationsleistung), d.h. sie zahlen lediglich diejenigen Leistungen oder Leistungsanteile selbst, die die festen Beträge der Pflegeversicherung übersteigen. In der Logik des Sockel-Spitze-Tauschs müssten ambulant versorgte Menschen die erhaltenen Leistungen aber zunächst bis zu einem bestimmten Betrag („Sockel“) selbst zahlen. Erst Leistungen, die diesen Sockelbetrag übersteigen, würden durch die Pflegeversicherung getragen. Im Gutachten von Rothgang et al. heißt es dazu: „Der Sockelbetrag muss dann einheitlich von allen Pflegebedürftigen aufgebracht werden, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.“²⁰ Welche Konsequenzen dies insbesondere für Menschen mit geringem Hilfe- und Unterstützungsbedarf bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung hat, bleibt im zitierten Gutachten unberücksichtigt. Vor diesem Hintergrund gilt es abzuwägen, inwiefern das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs für den ambulanten Bereich nicht auch dazu führen kann, dass die Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen vermieden bzw. hinausgezögert wird. Weiterhin stellt sich die Frage, ob die festen Eigenanteile im ambulanten und stationären Bereich tatsächlich die gleiche Höhe haben sollten.

Der Deutsche Verein sieht das Modell des Sockel-Spitze-Tauschs trotz noch offener Fragen als einen wichtigen Impuls für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Die grundlegende Idee eines festen und damit in der Höhe (und ggf. auch in der Dauer) begrenzbaren Eigenanteils wird als richtungsweisend eingeschätzt.

1.3 Pflegebedingte Eigenanteile prozentual begrenzen

Ein weiterer Vorschlag zur wirksamen Senkung der pflegebedingten Eigenanteile bzw. um einen weiteren Anstieg zu vermeiden, sieht eine Begrenzung der jeweiligen Eigenanteile in einer festzulegenden prozentualen Höhe vor.²¹ Mit einer kurzfristig einzuführenden Begrenzung der Eigenanteile in Höhe von z.B. 15 % der jeweiligen pflegebedingten Aufwendungen für alle Pflegebedürftigen würden in stationären Einrichtungen versorgte Menschen schnell und deutlich entlastet. Gleichzeitig würden sie das Risiko steigender Kosten nicht mehr alleine tragen, weil die Pflegeversicherung 85 % der pflegebedingten Aufwendungen übernimmt. Im ambulanten Bereich sollte diese Begrenzung erst anfallen, wenn die Leistungsausgaben über die heute geltenden Sachleistungen hinausgehen. Eine solche prozentuale Begrenzung lässt sich kurzfristig in das bestehende System einführen. Diese Eigenbeteiligung wirkt dem sog. „Moral Hazard“-Risiko entgegen, also der Inanspruchnahme von Leistungen, die nicht erforderlich sind.²² Dieser mögliche Fehlanreiz macht im Modell des Sockel-Spitze-Tauschs und bei einer Vollversicherung ein neues Bewilligungsverfahren für die bedarfsgerechte Versorgung notwendig. Die prozentuale Begrenzung der Eigenanteile stellt eine mögliche

20 Rothgang et al. 2019 (Fußn. 19), S. 36.

21 Vgl. Der Paritätische Gesamtverband: Der Weg zur Vollversicherung in der Pflege, 2019, [http://infothek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/0/2a1dba6c9c979ea5c12584be003dc5e8/\\$FILE/2019_11_14_Paritaetische_Position_Pflegevollversicherung.pdf](http://infothek.paritaet.org/pid/fachinfos.nsf/0/2a1dba6c9c979ea5c12584be003dc5e8/$FILE/2019_11_14_Paritaetische_Position_Pflegevollversicherung.pdf)

22 Ökonomen bezeichnen den Anreiz, Ausgaben über das wohlfahrtsoptimale Niveau hinaus auszudehnen, indem nicht notwendige oder teure Leistungen in Anspruch genommen werden, als Moral Hazard (vgl. Rothgang et al. 2019 [Fußn. 19], S. 41).

Übergangslösung zu einer umfassenderen Reform wie dem Sockel-Spitze-Tausch oder eine Pflegevollversicherung²³ dar.

Aus Sicht des Deutschen Vereins hat diese kurzfristig umsetzbare Maßnahme den Vorteil, dass die mit dem bundeseinheitlichen Sockel verbundenen Probleme der Leistungs- und Kostenunterschiede in den Regionen bzw. in den Pflegeeinrichtungen nicht auftreten. Bestehen bleiben dagegen Unterschiede in der Höhe der von den Pflegebedürftigen zu tragenden pflegebedingten Eigenanteile in den einzelnen stationären Pflegeeinrichtungen. Bestehende Anreize für einen Preiswettbewerb, der darauf zielt, die Kosten der Pflege zulasten möglicher Tarifierhöhungen für das Pflegepersonal zu senken, bleiben unberührt. Die bereits bestehende Arbeitsverdichtung in der Pflege und der Pflege(fach)kraftmangel werden nicht gemildert. Auch dieser Ansatz kann das Problem des heute bestehenden Preisdrucks nicht lösen, der die Steigerung der Attraktivität und die qualitätsorientierte Ausrichtung der Pflegeberufe erschwert. Es werden aber kurzfristig Eigenanteile im nennenswerten Umfang gesenkt und eine einseitige Belastung für Pflegebedürftige bei Kostensteigerungen in Zukunft ausgeschlossen, was das Ziel ist.

2. Förderung der Investitionskosten und Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur

Die Gesamthöhe der Eigenbeteiligung bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ergibt sich neben den pflegebedingten Eigenanteilen und im stationären Bereich den Kosten für Unterkunft und Verpflegung auch aus den Investitionskosten. In der stationären Pflege stellen diese im Bundesdurchschnitt eine finanzielle Belastung für Pflegebedürftige von 455,- € dar. Eine an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Pflegebedürftigen orientierte finanzielle Unterstützung (sog. Subjektförderung) kann zu einer erheblichen Entlastung bei den Personen führen, die nur über geringe finanzielle Mittel verfügen. Um Fehlsteuerungen zu vermeiden, muss eine solche Form der Förderung für alle Wohnformen gleichermaßen gelten.

Allerdings ist die Förderung der Investitionskosten – ob im Sinne der Objekt- oder Subjektförderung, von der sich die meisten Bundesländer verabschiedet haben – immer im Zusammenhang mit Fragen der Versorgungsplanung und -steuerung zu betrachten. Die Länder haben unterschiedliche Möglichkeiten durch Landespflegegesetze und finanzielle Fördermaßnahmen auf die Entwicklung der regionalen Versorgungsstruktur Einfluss zu nehmen und die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur und ihre innovative Weiterentwicklung zu fördern. Eine weitere Möglichkeit der investiven Förderung ergibt sich z.B. im Rahmen der Digitalisierung, der Robotik und der die Pflege unterstützenden technischen Ausstattung.

Der Deutsche Verein empfiehlt den Ländern, ihre gesetzliche Infrastrukturverantwortung im Bereich der Pflege stärker wahrzunehmen, um eine flächendeckende und leistungsfähige Pflegeinfrastruktur zu sichern und weiterzuentwickeln.

²³ Die prozentuale Begrenzung für pflegebedingte Eigenanteile ist eine mögliche Lösung, denkbar sind aber auch andere Modelle.

3. Medizinische Behandlungspflege in stationären Einrichtungen systemgerecht aus GKV finanzieren

Der Deutsche Verein hat in der Vergangenheit mehrfach gefordert, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im stationären Bereich systemgerecht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verankern.²⁴ Im Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz wurde im Jahr 2018 ein Vergütungszuschlag für stationäre Einrichtungen zur Unterstützung der Leistungserbringung der medizinischen Behandlungspflege festgelegt. Zur Finanzierung dieser Leistungen zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Mio. € an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung. Eine vom Verband katholischer Altenhilfe Deutschland (VKAD) im Jahr 2017 veröffentlichte Studie beziffert den durchschnittlichen finanziellen Aufwand für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege mit 474,75 € monatlich für Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen. Die Gesamtkosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Altenpflege belaufen sich demnach auf 2,6 Mrd. € im Jahr.²⁵ Die Kosten der in stationären Einrichtungen erbrachten Behandlungspflege werden, anders als im ambulanten Bereich, weiterhin nicht durch die GKV gedeckt. **Die Forderung des Deutschen Vereins, die medizinische Behandlungspflege vollständig aus Mitteln des SGB V zu finanzieren, bleibt somit bestehen, um die Finanzierungsungleichheit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung an dieser Stelle aufzuheben, ambulant und stationär versorgte Menschen gleich zu behandeln sowie die pflegebedürftigen Menschen in der stationären Versorgung finanziell zu entlasten.**

Durch die systemgerechte Verankerung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen im SGB V werden außerdem Hürden bei der flexiblen Gestaltung unterschiedlicher Formen der Pflege in Gruppen, z.B. im Quartier oder in Wohngemeinschaften, beseitigt. **Um eine schnelle Lösung zur Reduzierung der Eigenanteile und zur Beseitigung der Hürden bei der Entwicklung innovativer Versorgungsformen zu erzielen, empfiehlt der Deutsche Verein eine unbürokratische Regelung zur Überführung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen in das SGB V.**

4. Flexibilisierung und Durchlässigkeit der Leistungen erhöhen

In der Pflegeversicherung wird hinsichtlich der leistungsrechtlichen Ansprüche und der Leistungserbringung zwischen ambulanter, teil- und vollstationärer Versorgung unterschieden. Auch das Ordnungsrecht auf Länderebene orientiert sich zum Teil an diesen Kategorien. Diese Unterscheidung verschwimmt in der Praxis pflegerischer Versorgung zunehmend, auch aufgrund politischer Intentionen und rechtlicher Entwicklungen in den vergangenen Jahren, die die Entwicklung alter-

24 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds, DV 21/14; Stellungnahme der Geschäftsstelle des Deutschen Vereins zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG), DV 14/18.

25 Leopold, D.: Medizinische Behandlungspflege – Erhebung des Bedarfs beim Übergang in die stationäre Altenpflege, Herausgegeben vom Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V., Freiburg 2017.

nativer Wohnformen förderten. So haben sich Versorgungsformen pluralisiert. Die weitere Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte, die in der Bevölkerung zunehmend präferiert werden, hin zu Wohn- und Pflegeformen, die den Wünschen und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen entsprechen, wird durch die zum Teil strikte Sektorentrennung erschwert. **Eine Neukonzeptionierung und Erhöhung der Durchlässigkeit der Leistungen im System der Pflegeversicherung hält der Deutsche Verein daher für erforderlich.**

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass in den klassischen stationären, aber auch in den neuen Wohnformen für Personen mit hohem Hilfebedarf eine fachlich anspruchsvolle und umfassende Pflege und Sorge gewährleistet werden muss. Die stationären Einrichtungen stehen für die Pflegebedürftigen in einer umfassenden (24-h-)Verantwortung, die mit hohen Anforderungen verbunden ist.²⁶

Im Jahr 2013 hat der Deutsche Verein die Empfehlung ausgesprochen, dass perspektivisch die Aufhebung der Unterscheidung der Leistungsformen ambulant und stationär anzustreben ist. Pflegebedürftige sollten entsprechend ihrer Bedarfslagen und orientiert am Grad der Selbstständigkeit vergleichbare Leistungen grundsätzlich unabhängig vom Wohnort erhalten.²⁷ Dies erhöht die Flexibilität der Inanspruchnahme von Leistungen und ermöglicht eine Durchlässigkeit der Versorgungsformen. Aufgrund der großen Unterschiede in den Rahmenbedingungen und Zuschnitten der benannten Sektoren kann die Aufhebung der Sektorengrenzen allerdings nur ein längerfristiges Ziel sein. Bei der Umsetzung sollten die praktischen Erfahrungen mit dem Prinzip der Personenzentrierung und der Trennung von fach- und existenzsichernden Leistungen im Bundesteilhabegesetz berücksichtigt und alle Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen werden.

Voraussetzungen zur Erhöhung der Durchlässigkeit der Leistungen

Eine Voraussetzung für eine vom Wohnort unabhängige Leistungserbringung und um infrastrukturelle Fehlanreize zu verhindern, ist die Verlagerung der sogenannten Behandlungspflege in stationären Einrichtungen aus dem SGB XI ins SGB V (siehe dazu ausführlich Kapitel 3).

Zur Flexibilisierung und erhöhten Durchlässigkeit tragen modularisierte Leistungen bei, in denen typische Pflege- und Betreuungsbedarfe beschrieben und vereinbart werden. Im stationären Bereich bieten sie die Grundlage für die dort anzubietenden und den gesamten Bedarf deckenden Leistungen. Im ambulanten Bereich stellen sie ein optionales Angebot der Inanspruchnahme von Leistungen dar. Bei einer solchen Modularisierung der Leistungen könnten z.B. bei stationärer Versorgung bestimmte Leistungen durch Angehörige erbracht werden oder stationäre Einrichtungen können Pflegeleistungen im Quartier anbieten.²⁸ Um eine höhere Durchlässigkeit der Leistungserbringung zu erproben, sollten modellhaft

26 Diese Anforderungen ergeben sich aus dem Spannungsverhältnis zwischen der Fürsorgepflicht der Träger der Einrichtung und dem Gebot der Selbstbestimmung der Bewohner/innen. Angesichts konkreter Lebensrisiken hat die Selbstbestimmung im institutionellen Setting dort ihre Grenzen, wo es um den Schutz anderer geht.

27 Pflegesystem den gesellschaftlichen Strukturen anpassen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege, NDV 2013, 386.

28 Siehe dazu die Ausführungen in Rothgang, H./Kalwitzki, T.: Gutachten: Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, 2017; Rothgang et al. 2019 (Fußn. 19).

und wissenschaftlich begleitet Pflegeleistungen sektorenübergreifend modularisiert werden.²⁹ Dabei sind auch die Vorhaltekosten und ihre Refinanzierung zu betrachten.

Als weiteren Schritt in Richtung Flexibilisierung und Erhöhung der Durchlässigkeit der Leistungen regt der Deutsche Verein an, ein für den ambulanten und im stationären Bereich einheitliches Ordnungsrecht zu schaffen.

Vorschläge zur Flexibilisierung der Leistungen

Darüber hinaus hält es der Deutsche Verein für geboten, um bedarfsgerechte, sozialraumorientierte und selbstbestimmungsförderliche Leistungen zu befördern und zu ermöglichen, zeitbezogene Vergütungen im Sinne von Fachkraft- und Hilfskraftstunden vorzusehen und Sachleistungsbudgets einzuführen. Auf diese Weise würden Buurtzorg³⁰ oder Ansätze nach dem Walzbachtaler Modell³¹ in der Breite etabliert werden können. Schließlich sollten Voraussetzungen dafür geschaffen werden, wie moral-hazard-sichere Gewährungsformen des persönlichen Pflegebudgets etabliert werden können. Sie sind als Leistungsform gemäß § 29 SGB IX nicht mehr zurückzuweisen, nachdem das individuelle Wunsch- und Wahlrecht vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention in verbindlicher Weise im Bundesteilhabegesetz niedergelegt wurde und § 29 SGB IX festschreibt, dass auch Leistungen der Pflegeversicherung in das persönliche Budget mit einbezogen werden können.

Voller Zugang von Menschen mit Behinderung zu Leistungen der Pflegeversicherung

An dieser Stelle bekräftigt der Deutsche Verein seine wiederholt vorgebrachte Forderung, dass versicherten pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung unabhängig davon, wo und wie sie leben, die Leistungen der Pflegeversicherung vollumfänglich zur Verfügung stehen müssen.³² Der Deutsche Verein lehnt eine Beschränkung der von der Pflegekasse zu übernehmenden Aufwendungen auf die nach § 43a SGB XI vorgesehene Höhe von maximal 266,- € ab.

29 Vgl. Rothgang et al. 2019 (Fußn. 19), S. 42–48.

30 Vgl. Gray, B./Sarnak, D./Burgers, J.: Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. Hrsg. v. The Commonwealth Fund, 2015. Online verfügbar unter https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model?redirect_source=/publications/case-studies/2015/may/home-care-nursing-teams-netherlands, zuletzt geprüft am 21. August 2018.

31 Vgl. Klie, T.: Das Walzbachtaler Modell. Ambulante Rund-um-die-Uhr-Betreuung für pflegebedürftige Menschen auf der Grundlage Case-Management-basierter Arbeitsweise. Innovative Sorgearrangements und Impulse für das Leistungserbringungsrecht in der ambulanten Pflege, in: Case Management 15 (2), 2018, S. 79–89.

32 Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III), NDV 2016, 486–495; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Pflege vom 11. Juni 2013, NDV 2013, 385–390.

5. Versorgung in der Häuslichkeit verbessern und pflegende Zu- und Angehörige entlasten

Über 76 % der Pflegebedürftigen werden ambulant, also in der eigenen Häuslichkeit und davon wiederum 65 % ausschließlich durch Angehörige – zumeist Frauen – versorgt.³³ Das entspricht sowohl den mehrheitlichen Wünschen der Pflegebedürftigen als auch der Intention des Pflegeversicherungsgesetzes, nach der die ambulante Versorgung der stationären vorgeht (§ 3 SGB XI). Trotz gesetzlicher Verbesserungen ist die Situation für pflegende An- und Zugehörige häufig nach wie vor belastend. Auch sind Formen der Unterversorgung sowie Formen der Gewalt im häuslichen Pflegearrangement ein relevantes Problem.³⁴ Über längere Zeiträume hinweg müssen Zu- und Angehörige immer wieder neue tragfähige Pflegearrangements aufbauen und diese an sich verändernden Pflegesituationen anpassen. Wenn das Pflegegeld nicht ausreicht, um anfallende Ausgaben im Zusammenhang mit der Pflegesituation sowie fehlende Einnahmen z.B. aufgrund einer reduzierten Berufstätigkeit zu kompensieren, kommen finanzielle Belastungen hinzu.³⁵ Immer noch müssen insbesondere Frauen ihre Erwerbsarbeit aufgeben oder zurückstellen, um häusliche Pflegearrangements aufrechterhalten zu können, auch weil die ambulante Versorgung die finanziellen Möglichkeiten übersteigen. Lange Pflegezeiten können ein Risiko für Altersarmut sein, wovon derzeit ebenfalls insbesondere Frauen betroffen sind.³⁶ Zwar ist der Anteil pflegender Männer in den letzten Jahren gestiegen, dennoch wird die häusliche Pflege überwiegend von Frauen geleistet, zumeist durch Töchter, (Ehe)Partnerinnen, Schwiegertöchter oder Mütter pflegebedürftiger Personen. Je höher der Pflegeumfang in Stunden, desto höher ist auch der Anteil von Frauen in der Gruppe pflegender Angehöriger.³⁷ Die hohen Belastungen führen in vielen Fällen zu psychischen und physischen Beschwerden, insbesondere dann, wenn Unterstützungs- und Entlastungsangebote nicht genutzt werden können.³⁸

In der sog. 24-Stunden-Betreuung oder Live-In-Pflege übernehmen meist aus Ost- und Mitteleuropa kommende Arbeitsmigrantinnen (Migrant Care Workers) Haushalts- und Betreuungsaufgaben sowie Aufgaben der Grundpflege in Privathaushalten. Schätzungen gehen von 200.000 bis 600.000 Pflege- und Betreuungskräften aus, die etwa ein Viertel der bezahlten Pflegearbeit in Deutschland leisten. Die Arbeitsbedingungen sind häufig prekär, arbeitsrechtliche Regelungen werden insbesondere in Bezug auf die Höchstarbeitszeiten in der Regel nicht eingehalten,

33 Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2018, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden.pdf

34 Stiftung ZQP: Wie oft kommt Gewalt in der Pflege vor? Online verfügbar unter: <https://www.pflege-gewalt.de/wissen/haeufigkeit/>

35 Ehrlich, U./Minkus, L./Hess, M.: Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn. *Z Gerontol Geriat* 53, 22–28 2020. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01666-5>

36 Knauthe, K./Deindl, C.: Altersarmut von Frauen durch häusliche Pflege. Gutachten im Auftrag des Sozialverbands Deutschland e.V., 2019.

37 Vgl. Nowossadeck, S./Engstler, H./Klaus, D.: Pflege und Unterstützung durch Angehörige, in: Report Altersdaten, Heft 1/2016, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), 2016, S. 9. Online verfügbar unter: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Report_Altersdaten_Heft_1_2016.pdf; Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung: Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, 2017, S. 31.

38 Rothgang, H./Müller, R.: Pflegerreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 2018, S. 174 f.

und neben legalen Beschäftigungsvarianten über Vermittlungsagenturen und Modelle der Unterstützung und Begleitung der Live-ins durch Pflegedienste ist Schwarzarbeit verbreitet.³⁹ Die hohe Zahl von Live-Ins und die weitverbreitete Nutzung dieser Versorgungsform – meist in Kombination mit der Pflege durch Angehörige und ambulante Dienste – ist ein Beleg, dass die Betreuung und Alltagsbegleitung in der privaten Häuslichkeit unzureichend geregelt ist und daher dieses in vielerlei Hinsicht problematische Betreuungsverhältnis genutzt wird. Der Deutsche Verein sieht hier einen regulativen Bedarf.

5.1 Pflegezeitgesetze weiterentwickeln

Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG, 2008), dem Familienpflegezeitgesetz (FPfZG, 2012) und dem Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf (2015) Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger und zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ergriffen. **Dennoch sieht der Deutsche Verein Weiterentwicklungs- und Harmonisierungsbedarf in diesem Bereich.**

Im Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite wurden befristet vereinfachte Zugänge zum Pflegeunterstützungsgeld und den Pflegezeiten, die Verkürzung der Ankündigungsfristen sowie die Flexibilisierung der Mindestarbeitszeit während der Familienpflegezeit (durchschnittlich 15 Std./Wo. statt mindestens 15 Std./Wo.) beschlossen. **Der Deutsche Verein empfiehlt, die vereinfachten Zugänge zum Pflegeunterstützungsgeld, die Verkürzung der Ankündigungsfristen und die Flexibilisierung der Mindestarbeitszeit zu verstetigen.**

Da Pflegebedürftigkeit ein dynamischer Prozess ist, kann es immer wieder zu plötzlichen Veränderungen der benötigten Unterstützung kommen. **Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Deutsche Verein, in regelmäßigen Abständen Auszeiten zu ermöglichen. Angeregt wird ein Anspruch auf jährlich zehn Tage kurzzeitige Arbeitsverhinderung bei Zahlung des Pflegeunterstützungsgeldes analog zur Freistellung bei erkrankten Kindern.**⁴⁰

Nach dem Pflegezeitgesetz von 2008 haben Beschäftigte Anspruch auf eine bis zu sechsmonatige teilweise oder vollständige Freistellung zur Pflege von Angehörigen in häuslicher Umgebung. Seit 2015 besteht Anspruch auf Familienpflegezeit für die Dauer von bis zu 24 Monaten bei einer Mindestarbeitszeit von 15 Wochenstunden. Für die Begleitung naher Angehöriger in der letzten Lebensphase gibt es ebenfalls seit 2015 die Möglichkeit einer bis zu drei Monate dauernden vollständigen oder teilweisen Freistellung nach dem PflegeZG. Die verschiedenen Ansprüche können kombiniert werden. Dafür müssen sie jedoch nahtlos aneinander anschließen und dürfen eine Gesamtdauer von 24 Monaten nicht überschreiten. **Aus Sicht des Deutschen Vereins sollte eine Karenzzeit von drei Monaten für die Sterbephase eines Angehörigen nicht auf die Höchstdauer der Pflegezeit und**

39 Vgl. Habel, S./Tschenker, T.: Stay at Work. Zur Situation der Live-In-Pflege in der Corona-Krise, Soziale Sicherheit 6/2020, S. 215; Klie, T.: Osteuropäische Haushaltshilfen. Symptom von Strukturproblemen? Soziale Sicherheit 6/2020, S. 220.

40 Gesetzlich Krankenversicherte mit Kindern, die ebenfalls gesetzlich versichert sind, haben gemäß § 45 SGB V pro Kind unter 12 Jahren zehn Tage Anspruch auf Krankengeld wegen Erkrankung eines Kindes, insgesamt höchstens 25 Tage. Bei Alleinerziehenden verdoppelt sich die Anzahl der Tage (§ 45 SGB V).

Familienpflegezeit nach dem PflegeZG und FPfZG von 24 Monaten angerechnet werden.

Einen weiteren Harmonisierungsbedarf sieht der Deutsche Verein in Bezug auf die ungleichen Betriebsgrößen im Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und Familienpflegezeitgesetz (FPfZG). Ein Rechtsanspruch gegenüber dem Arbeitgeber besteht bei Freistellungen nach dem Pflegezeitgesetz ab einer Betriebsgröße von mindestens 15 Beschäftigten, nach dem Familienpflegezeitgesetz jedoch erst ab einer Betriebsgröße von 25 Beschäftigten. Die Regelung im FPfZG sollte an die im PflegeZG angepasst werden.

Lohnersatzleistung statt Pflegedarlehen

Der Deutsche Verein unterstützt die Empfehlung des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, das Pflegedarlehen durch eine Lohnersatzleistung analog zum Bundeselterngeld zu ersetzen.⁴¹ Anspruchsberechtigt für die steuerfinanzierte monetäre Leistung ist der für das Elterngeld benannte Personenkreis.⁴² Es sollen mehrere Personen parallel oder hintereinander zugelassen werden. Damit sollen Anreize gesetzt werden, dass sich Angehörige die Pflegeaufgabe teilen und ein vollständiger Berufsausstieg einzelner Angehöriger – in der Realität meist Frauen – vermieden wird. Pro pflegebedürftige Person sollen die Leistungen einmalig bis zu 36 Monate gezahlt werden. Die Fortführung der Berufstätigkeit sollte durch eine Durchschnittsarbeitszeit von 15 Stunden/Woche ermöglicht, der Umfang der Arbeitszeit dementsprechend flexibel gestaltet werden können. Auch diese Regelung soll die anschließende Rückkehr in den Beruf erleichtern. Bei der Einführung einer Lohnersatzleistung ist das Verhältnis zum Pflegegeld zu gestalten.

5.2 Flexibilisierung der Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Zu- und Angehörige

In fachlichen und politischen Diskursen werden derzeit verschiedene Vorschläge zur flexibleren Nutzung unterschiedlicher, derzeit zweckgebundener Mittel wie Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege und Entlastungsbetrag verhandelt.⁴³ Die unterschiedlichen Leistungen sollen zu Budgets zusammengefasst werden, um ihren Einsatz bedarfsorientierter, passfähiger und hinsichtlich der Unterstützungswirkung effizienter zu machen. **Eine Flexibilisierung der Leistungen für pflegende Angehörige bzw. Unterstützungsleistungen für Pflegebedürftige wertet der Deutsche Verein als grundsätzlich sinnvoll und notwendig.**

41 Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 2019, online verfügbar unter: https://www.wege-zur-pflege.de/fileadmin/daten/Beirat/Erster_Bericht_des_unabhaengigen_Beirats_2019.pdf

42 Dieser Personenkreis umfasst angestellte Personen, Selbstständige, Hausfrauen/-männer und Studierende.

43 Im Koalitionsvertrag 2018 zwischen CDU, CSU und SPD wurde vereinbart, Angebote in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie in der Tages- und Nachtpflege zu einem jährlichen Entlastungsbudget zusammenzufassen, das flexibel in Anspruch genommen werden kann. Einen ähnlichen Vorschlag hat der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung vorgelegt, vgl.: <https://www.pflegebevollmaechtigter.de/aktuelles-details/entlastungsbudget-2-0-mehr-flexibilitaet-und-entlastung-fuer-die-haesusliche-pflege.html>; ein weiterer Vorschlag liegt vor von wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V., vgl.: https://www.wir-pflegen.net/images/downloads/stellungnahme_entlastungsbudget.pdf

Zu diskutieren sind unterschiedliche Modelle einer solchen Flexibilisierung, wie z.B. die vollständige Anrechenbarkeit der Leistungsansprüche der Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Die Praxis zeigt, dass es je nach Pflegearrangement ausgesprochene Präferenzen für den einen oder anderen Rechtsanspruch gibt. Von einer Flexibilisierung würden somit viele profitieren. Pauschalen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel und für den Entlastungsbetrag würden den finanziellen Spielraum und die flexible Nutzung bei den Leistungsempfängern erhöhen und zur vereinfachten Abrechnung für die Kostenträger führen.

Darüber hinaus sind bei allen Überlegungen zu einer flexibleren Nutzung der Leistungen die damit intendierten Infrastruktureffekte zu berücksichtigen. Mit den Einzelleistungen werden bestimmte Zielsetzungen der Infrastrukturentwicklung durch Anreizsteuerung verfolgt, die allerdings regelmäßig zusätzlich kommunale Anstrengungen im Sinne örtlicher Pflegeplanung voraussetzen. So zielen Angebote wie z.B. die Tagespflege nicht nur auf Entlastung, sondern sind auch unter dem Gesichtspunkt der Teilhabe für auf Pflege angewiesene Menschen zu sehen.

Um eine breitere Nutzung der Verhinderungspflege zu ermöglichen, empfiehlt der Deutsche Verein die Leistungsgewährung ohne die Voraussetzung einer vorausgegangenen Pflegezeit von mindestens sechs Monaten.

5.3 Überlegungen zur Weiterentwicklung des Pflegegeldes

Bei der Versorgung in der Häuslichkeit spielt das Pflegegeld eine wichtige Rolle. So bezogen im Jahr 2018 83 % der ambulant versorgten Menschen Pflegegeld (einschließlich 50 % derjenigen, die eine Kombinationsleistung erhalten).⁴⁴ Bei Überlegungen zur Weiterentwicklung des Pflegegeldes ist zu bedenken, dass das Pflegegeld auf verschiedene Weise genutzt wird und unterschiedliche Funktionen erfüllt. Drei Nutzungslogiken sind insbesondere zu unterscheiden:

- Das Pflegegeld wird genutzt, um auf Gegenseitigkeit basierende Solidaritätsformen zu stabilisieren (nachbarschaftliche Hilfen, Unterstützung durch An- und Zugehörige) und stärkt so die Pflege- und Unterstützungsbereitschaft im informellen Sektor.
- Es wird genutzt, um die sogenannte 24-Stunden-Betreuung durch Live-Ins zu finanzieren.
- Schließlich dient das Pflegegeld auch zur Aufstockung des Familieneinkommens. Hier übernimmt das Pflegegeld quasi die Funktion einer Lohnersatzleistung.

Der Deutsche Verein spricht sich dafür aus, die spezifischen unterschiedlichen Nutzungsweisen und Funktionen des Pflegegeldes bei der Weiterentwicklung zu berücksichtigen. Eine eindimensionale Betrachtungsweise der Verwendung des Pflegegeldes, wie sie z.B. im Modell des Pflegegeldes 2.0 vorliegt,⁴⁵ wird der Komplexität nicht gerecht und stellt in der Tendenz die subsi-

44 Soziale Pflegeversicherung. Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegegraden im Jahresdurchschnitt 2018, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungsempfaenger/Leistungsempfaenger-nach-Leistungsarten-und-Pflegegraden.pdf

45 Das sog. Pflegegeld 2.0 soll weiterhin steuer- und beitragsfrei sein, an die Pflegeperson direkt ausgezahlt werden, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung sein und an eine Leistungsverpflichtung sowie eine

diäre Ausrichtung der Pflegeversicherung infrage. Um genauer zu verstehen, wie das Pflegegeld in der Praxis Verwendung findet und eingesetzt wird, regt der Deutsche Verein eine wissenschaftliche Untersuchung dazu an.

5.4 Digitale Kommunikations- und Unterstützungstechnologien ausbauen

Der Deutsche Verein tritt dafür ein, digitale Kommunikations- und Unterstützungstechnologien auch in der Häuslichkeit zu berücksichtigen, um auf Pflege angewiesenen Personen den Verbleib zu ermöglichen, ihre Lebensqualität zu erhöhen und einen Beitrag zu mehr Sicherheit und Teilhabe zu leisten.⁴⁶ Sie können außerdem dazu beitragen, pflegende Angehörige zu entlasten und häusliche Pflegearrangements zu stabilisieren. Zu diesen technischen und digitalen Hilfsmitteln gehören die vielfältigen Angebote im Bereich der Sensorik (Hausnotrufsysteme, Rauchmelder, Sturzsensoren, automatische Beleuchtung, Herderkennung etc.), Möglichkeiten der digitalen Kontaktaufnahme (z.B. Video-Telefonie zur psychosozialen Begleitung, Telemedizin und Beratung) sowie bestimmte Robotik Systeme bspw. für hauswirtschaftliche Verrichtungen. **Die Finanzierung technischer und digitaler Hilfsmittel ist derzeit weitgehend ungeklärt, da sie im Leistungskatalog der Pflegeversicherung nur ungenügend abgebildet sind.⁴⁷ Der Deutsche Verein empfiehlt den Hilfsmittelkatalog entsprechend anzupassen.**

Die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer ist bei der Entwicklung wirkungsvoller digitaler Angebote unverzichtbar. Damit die Bedarfe und Kompetenzen der jeweiligen Zielgruppen angemessene Berücksichtigung finden, müssen diese bestmöglich in Forschungs- und Entwicklungsprozesse einbezogen werden. Nur so können Akzeptanz und Nutzung digitaler Kommunikations- und Unterstützungstechnologien in der Praxis sichergestellt werden.

Um digitale und technische Unterstützung für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige nutzbar zu machen und um auf sich verändernde Unterstützungsbedarfe reagieren und Anpassungen vornehmen zu können, sollten bestehende Beratungsstellen auch zu den Möglichkeiten technischer Assistenzsysteme und Unterstützungsangebote beraten. Vorhandene Beratungsstrukturen sollen sich im Hinblick darauf weiterqualifizieren und -entwickeln und entsprechende Kompetenzen aufbauen.⁴⁸

6. Prävention und Gesundheitsförderung stärken

Um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verringern oder ihr Eintreten hinauszuzögern, sind Prävention und Gesundheitsförderung von herausragender Bedeutung. Der Deutsche Verein hat im Jahr 2011 umfangreiche Empfehlungen zur Prävention mit dem Ziel der Verringerung von Pflegebedürftigkeit verabschiedet

Basisqualifikation geknüpft sein (vgl. Rothgang et al. 2019 [Fußn. 19], S. 51–56).

46 Im Bereich der stationären Langzeitversorgung sind technische Assistenzsysteme zur Unterstützung der Pflege ebenfalls noch relativ wenig verbreitet, siehe dazu BMFSFJ: Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Ältere Menschen und Digitalisierung, 2020, S. 95–102.

47 Derzeit beinhaltet das Pflegehilfsmittelverzeichnis lediglich verschiedene Varianten des Hausnotrufes.

48 Siehe dazu auch die Entschließung des Bundesrates zur Schaffung von Grundlagen zur Refinanzierbarkeit digitaler altersgerechter Assistenzsysteme im Rahmen des SGB XI vom 28. Februar 2020, Drucks.-Nr. 105/20.

und diese seither immer wieder bekräftigt.⁴⁹ Die Ausschöpfung der Potenziale zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit bei älteren Menschen durch Prävention und Gesundheitsförderung ist nicht nur wünschenswert zur Verwirklichung von Teilhabe und eines selbstbestimmten Lebens im höheren Alter, sondern kann auch dazu beitragen, pflegebedingte Kosten im Lebenslauf zu verringern. Das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention vom Juli 2015 stellt diesbezüglich einen großen Fortschritt dar. Dennoch sind die Regelungen bzw. ihre Umsetzung in einigen Bereichen als noch nicht ausreichend einzuschätzen. So können im Präventionsfonds bereitgestellte Mittel nur abgerufen werden, wenn Krankenkassen und Kommunen zusammenarbeiten und entsprechende Strukturen schaffen. **Gesundheitsförderung und Prävention müssen sozialraumorientiert organisiert werden und auch schwer erreichbare Gruppen einschließen. Darüber hinaus bekräftigt der Deutsche Verein die Empfehlung, die Finanzausstattung der Kommunen so zu gestalten, dass Gesundheitsförderung und Prävention vor Ort adäquat umgesetzt werden können. Dazu gehört auch der Ausbau von präventionsorientierten, integrierten und zugehenden Beratungsangeboten.**⁵⁰

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst werden individuelle Präventions- und Rehabilitationspotenziale erhoben und entsprechende Empfehlungen festgehalten (§ 18 Abs. 1 und Abs. 6 SGB XI). Im Jahr 2019 sind die Rehabilitationsempfehlungen bei den Begutachtungen zwar um 32 % gestiegen, die Quote der Empfehlungen, die bei der Begutachtung gegeben wurden, lag aber weiterhin bei lediglich 3,47 %, d.h., dass in der weitüberwiegenden Mehrheit der Begutachtungen keine Empfehlungen ausgesprochen werden. In ca. 37 % der Fälle mit Rehabilitationsindikation erfolgte eine Einwilligung der leistungsberechtigten Person zur Antragstellung.⁵¹ Daraus folgt, dass die Rehabilitationspotenziale nach wie vor nicht in dem Maße ausgeschöpft werden, wie es wünschenswert wäre. Die kontinuierliche Schulung der Begutachtenden, Rehabilitationsbedarfe bei pflegebedürftigen Menschen zu erkennen und festzustellen, ist von daher zu begrüßen und dringend fortzusetzen. Außerdem gilt es, das Wissen um Rehabilitationsmöglichkeiten und -potenziale sowohl bei Ärzten und Pflegepersonal als auch bei Pflegebedürftigen und ihren Zu- und Angehörigen selbst zu erhöhen. Der Ausbau mobiler Rehabilitationsangebote ist eine Möglichkeit, bei pflegebedürftigen Menschen Vorbehalte gegen eine räumliche Trennung abzubauen. **Der Deutsche Verein bekräftigt damit seine Forderung, den Ausbau der Angebote zur mobilen (geriatrischen) Rehabilitation zu fördern.**⁵²

49 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 51–85; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, NDV 2015, 154–158; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsdeckung nach dem dritten Pflegegestärkungsgesetz, NDV 2019, 294.

50 Vgl. Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 57 f., 60, 64.

51 Vgl. Bericht des GKV-Spitzenverbandes nach § 18a Abs. 3 SGB XI über die Erfahrungen der Pflegekassen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten unabhängigen Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Berichtsjahr 2019, Stand: 31. August 2020.

52 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflege umsetzen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Verringerung von Pflegebedürftigkeit, in: Empfehlungen für eine kommunale Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen, Berlin 2011, S. 74.

Pflegende Angehörige können durch Rehabilitationsmaßnahmen gestärkt und damit die häusliche Pflegesituation stabilisiert werden.⁵³ Sie haben einen eigenständigen Anspruch auf medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V). Im Rahmen der Pflegeberatung sollten pflegende Angehörige aktiv informiert und motiviert werden, nicht nur regelmäßige Auszeiten von der Pflege zum Erhalt ihrer Gesundheit und Pflegefähigkeit in Anspruch zu nehmen, sondern auch die Möglichkeiten des erleichterten Zugangs zu stationärer Rehabilitation zu nutzen.

7. Stärkung der Rolle der Kommunen

Der Deutsche Verein setzt sich wie ein großer Teil der Fachwelt seit Jahren für eine Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege ein.⁵⁴ Bereits heute leisten die Kommunen, insbesondere die Landkreise und kreisfreien Städte als Träger der Sozialhilfe, wichtige Beiträge zur Pflege und Pflegevermeidung. Für ältere und alte Menschen, pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderung und ihre Familien leisten sie umfangreiche Unterstützung – von der Altenhilfe, der Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes, ergänzender Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen bis zu Beratungs- und Koordinierungsstellen, familienentlastende und familienunterstützende Hilfen und die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements. Kommunale Krankenhäuser und der öffentliche Gesundheitsdienst leisten ihren Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung, die Betreuungsbehörden widmen sich dem Erwachsenenschutz.

Dem stehen im Bereich Pflege nur geringe Kompetenzen und Ressourcen gegenüber. Die Kommunen sollten zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und innovativen Infrastrukturentwicklung im Bereich der (Langzeit-)Pflege stärker in Planung, Steuerung, Beratung und Entscheidung eingebunden werden. Nationale und internationale Vergleiche und erfolgreiche Modellprojekte belegen, dass die Kommunen eine zentrale Rolle spielen können, wenn es um eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und präferenzorientierte Versorgungslandschaft geht – unter Stärkung wohlfahrtspluralistischer Pflegesettings.

Derzeit verpflichten die meisten Landespflegegesetze die Landkreise und kreisfreien Städte, eine kommunale Pflegeplanung zu erstellen. Diese bleibt jedoch ganz überwiegend folgenlos, da sie von den Pflegekassen nicht beachtet werden darf. Zugleich ist der Sicherstellungsauftrag im SGB XI unzureichend geregelt. Dort wo der Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt werden kann, da nicht ausreichend Angebote zur Verfügung stehen, gereicht dies zum Nachteil der auf Pflege angewiesenen Menschen und ihrer Familien. Nur eine in die kommunale Sozialplanung eingebundene Infrastrukturentwicklung ermöglicht kleinräumige, alltagsbezogene

53 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Fachkräftegewinnung in der Altenpflege, NDV 2012, 272–282.

54 Selbstbestimmung und soziale Teilhabe vor Ort sichern! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Gestaltung einer wohnortnahen Pflegeinfrastruktur, NDV 2011, 14 ff., 72 ff. Arbeits- und Sozialministerkonferenz vom 26./27. November 2014: Beschluss zu TOP 5.4 Gesamtgesellschaftliche Verantwortung ernst nehmen: Reformtempo beibehalten – Pflege im Quartier; Gute Pflege vor Ort – Das Recht auf eigenständiges Leben im Alter, Positionspapier des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und der Friedrich-Ebert-Stiftung, Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, WISO-Diskurs, 2013; Künzel, A. et al.: Pflege in Sozialräumen – Stärkung der kommunalen Verantwortung: Was muss eine Strukturreform von Pflege und Teilhabe leisten? Der Landkreis 2015, 713 ff.; Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, BT-Drucks. 18/10210, 2016.

ne und nachhaltige Sorge- und Pflegearrangements, flankiert von einem zielgruppenorientierten Portfolio an Beratungs-, Entlastungs- und Unterstützungsangeboten im Sozialraum. In den Planungsprozess sollten die Träger der Freien Wohlfahrtspflege sowie alle weiteren lokal relevanten Akteure einbezogen sein. Dabei nimmt die Kommune sowohl eine moderierende als auch eine gestaltende Position ein.⁵⁵ **Um eine bedarfsgerechte und sozialraumorientierte Infrastruktur zu erhalten oder zu entwickeln, empfiehlt der Deutsche Verein eine verpflichtende Berücksichtigung der kommunalen Pflegeplanung bei der Zulassung von Einrichtungen der Pflege.**⁵⁶

Die kommunale Pflegeplanung sollte in eine kommunale Gesamtstrategie integriert sein und sich an den Prinzipien der integrierten kooperativen Sozialplanung orientieren.⁵⁷ Für die Entwicklung entsprechender Strukturen binden die Landkreise auch die Ressourcen und Präferenzen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden ein. Auch die Altenhilfe nach § 71 SGB XII sollte in diesem Sinne als integrierte, präventiv ausgerichtete und sozialraumorientierte Angebots- und Infrastrukturentwicklung unter Einbeziehung der örtlichen Zivilgesellschaft verstanden werden.

Bundes- und Landesrecht müssen in verbindlicher Weise die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Pflegekassen gemeinsam mit den Kommunen aufeinander abgestimmte oder integrierte Beratungsstrukturen schaffen und unterhalten. Wird dies seitens der Kassen nicht gewährleistet, sollte den Kommunen die Aufgabe zuwachsen – verbunden mit einer Refinanzierungspflicht der Pflegekassen, die ihre Aufgaben der Pflegeberatung nicht wohnortnah in die kommunalen Strukturen einbringen (können). **Die verbindliche Implementierung von effizienten, sektorenübergreifenden Care- und Case-Managementstrukturen auf der Basis anerkannter fachlicher Standards⁵⁸ muss auf kommunaler Ebene erfolgen.**

8. Erweiterung der Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung

Im Folgenden unterbreitet der Deutsche Verein Vorschläge, wie die absehbar steigenden Kosten für die Pflegeversicherung gegenfinanziert werden können. In der Vergangenheit geschah dies über eine Anhebung der Beitragssätze. Dieses Instrument alleine wird in Zukunft angesichts der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Defizite nicht ausreichen, insbesondere dann nicht, wenn wie – im Koalitionsvertrag vereinbart – die Gesamtbelastung durch Sozialversicherungsbeiträge nicht über 40 % steigen soll.

55 Vgl. Eckpunkte des Deutschen Vereins für eine integrierte kooperative Sozialplanung, DV 18/19.

56 Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) spricht sich dafür aus, dass damit keine Angebotsbegrenzung einhergehen sollte.

57 Vgl. Eckpunkte des Deutschen Vereins für eine integrierte kooperative Sozialplanung, DV 18/19.

58 Vgl. Klie, T.: Care- und Case-Management - Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit, in: AOK-Pflege-report 2020.

8.1 Einführung eines Steuerzuschusses

Ein Element der Refinanzierung kann die Einführung eines Steuerzuschusses sein. Ein solcher Zuschuss lässt sich erstens damit begründen, dass von der Pflegeversicherung eine Reihe gesamtgesellschaftlicher Leistungen erbracht werden, wie z.B. das Pflegeunterstützungsgeld nach § 44a SGB XI, die beitragsfreie Familienmitversicherung, die Anschubfinanzierung für die Digitalisierung und die Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf. Zweitens muss der Bund die Funktionsfähigkeit des Sozialversicherungssystems gewährleisten, da dessen Funktionsfähigkeit im öffentlichen Interesse liegt.

Der Koalitionsausschuss hat am 3. Juni 2020 ein Konjunktur- und Krisenbewältigungspaket zur Eindämmung und Bewältigung der wirtschaftlichen und sozialen Folgen der COVID-19 Pandemie vereinbart. Darin ist vorgesehen, die Sozialversicherungsbeiträge bei maximal 40 % zu stabilisieren und darüber hinaus gehende Finanzierungsbedarfe jedenfalls bis zum Jahr 2021 aus dem Bundeshaushalt zu decken. In diesem Rahmen ist ein Bundeszuschuss für die Pflegeversicherung vorgesehen. Zwar adressiert dieser befristete Zuschuss die pandemiebedingten höheren Ausgaben und gesunkenen Einnahmen. **Im Hinblick auf die beschriebenen gesamtgesellschaftlichen Leistungen, die von der Pflegeversicherung erbracht werden, empfiehlt der Deutsche Verein, den Steuerzuschuss für die Pflegeversicherung zu verstetigen.**

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat im Dezember 2018 die Bundesregierung aufgefordert, den Wert der Leistungen, die die Pflegeversicherung vordringlich im gesamtgesellschaftlichen Interesse erbringt, zu ermitteln. Auf dieser Basis soll ein finanzieller Zuschuss aus dem Bundeshaushalt an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung gezahlt werden.

Um eine „Finanzierung nach Kassenlage“ zu vermeiden, empfiehlt der Deutsche Verein, den Steuerzuschuss fest an die Finanzierung spezifischer Leistungen zu binden.⁵⁹ So könnten z.B. die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige, die 2019 bei 2,4 Milliarden Euro lagen,⁶⁰ durch einen Bundesbeitrag mit klarer Zweckbestimmung direkt finanziert werden.

8.2 Einnahmehasis verbreitern durch Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage

Wie bereits in seiner Stellungnahme aus dem Jahr 2004 stellt der Deutsche Verein fest, dass die finanziellen Defizite der Pflegeversicherung zu einem bedeutenden Teil aus den zu geringen Einnahmen resultieren. Die vollständige Abhängigkeit der Einnahmen in der Pflegeversicherung von Arbeitsentgelt, Renteneinkünften bzw. gleichgestellten Einkommen macht das System anfällig für negative Schwankungen auf dem Arbeitsmarkt. Entsprechend wurde bereits 2004 vorgeschlagen, auch andere Einkommensarten wie z.B. Kapitalerträge oder Mieteinnahmen in die Beitragsbemessung einzubeziehen.⁶¹ **Der Deutsche Verein empfiehlt zu prüfen, wie die Einnahmehasis der Pflegeversicherung durch die Einbeziehung anderer**

⁵⁹ Vgl. Rothgang et al. 2019 (Fußn. 19), S. 82 f.

⁶⁰ Vgl. GKV-Spitzenverband: Kennzahlen der sozialen Pflegeversicherung, Juni 2020, S. 11.

⁶¹ Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung, NDV 2004, 263.

Einkommensarten in die Beitragsbemessung verbreitert und damit weniger krisenanfällig gemacht werden kann.

8.3 Ausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung schaffen

Aktuell besteht ein Ungleichgewicht zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Das Versicherungskollektiv der privaten Pflegeversicherung weist eine günstigere Alters- und Geschlechterstruktur auf, bei gleichzeitig niedrigeren Pflegeprävalenzen. Da Leistungsrecht und Begutachungskriterien bei beiden Versicherungszweigen gleich sind, betragen die Leistungsausgaben der Privatversicherten nur 40 % derjenigen der Sozialversicherten.⁶² Das widerspricht der vom Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 3. April 2001 geforderten „ausgewogenen Lastenverteilung“ zwischen den Versichertengruppen der sozialen und der privaten Pflegeversicherung.⁶³ **Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Deutsche Verein dem Gesetzgeber, einen Ausgleichmechanismus zu entwickeln und zu implementieren, der eine ausgewogene Lastenverteilung sicherstellt.**

⁶² Vgl. Rothgang et al. 2019 (Fußn. 19), S. 85.

⁶³ BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 3. April 2001, 1 BvR 2014/95, Rdnr. 92, http://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr201495.html

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit 140 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de