

03.01.2012

Pflegefall Pflegeversicherung

Positionspapier des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv) zur Pflegereform

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv

Fachbereich Gesundheit/Ernährung

Markgrafenstr. 66

10969 Berlin

gesundheit@vzbv.de

www.vzbv.de

1. Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums zur Pflegereform

Nach dem Koalitionsgipfel vom 6. November 2011 hat das Bundesgesundheitsministerium in der darauf folgenden Woche „Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrags für die Pflegereform“ veröffentlicht.

Wesentliche Inhalte:

- Die freiwillige, private Absicherung des Risikos soll steuerlich gefördert werden und zwar „zusätzlich zum heutigen System der kapitalgedeckten Altersvorsorge ab 1.1.2013.“
- Der Beitragssatz wird zum 1.1.2013 um 0,1 Prozentpunkte angehoben, was Mehreinnahmen von etwa 1,1 Milliarden Euro in die gesetzlichen Kassen bringt.
- Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff soll installiert werden. Es sind nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums noch offene Fragen zur Umsetzung zu klären. Die Arbeiten sollen in dieser Legislatur abgeschlossen werden. Der ursprüngliche Beirat soll einen neuen Auftrag erhalten.
- Bessere Leistungen für Pflegebedürftige und Maßnahmen zur stärkeren Entlastung pflegender Angehöriger werden in Aussicht gestellt.
Zu den Maßnahmen gehören:
 - Kurzfristige Leistungsverbesserungen für Demente im Vorgriff auf die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs
 - Betreuungsleistungen werden zu Sachleistungen
 - Leistungen werden für Verbraucher insgesamt flexibler gestaltet
 - Stärkung der Rehabilitation (gemeinsame Reha)
 - Förderung neuer Wohnformen (ambulant betreute Wohngemeinschaften)
 - Leichtere Gewährung einer „Auszeit“ für pflegende Angehörige

2. Position des vzbv

• Risikovorsorge

Der Plan der Regierung laut Koalitionsvereinbarung 2009, eine obligatorische, individualisierte Kapitalstockbildung zur Absicherung des Risikos Pflege vorzuschreiben, ist vom Tisch. Der vzbv hatte stets darauf hingewiesen, dass dieses Modell zu einer teilweisen Entsolidarisierung führt, da die persönliche Leistungsfähigkeit der Versicherungsnehmer unberücksichtigt bleibt. Die Lastenverteilung „auf den Kopf“ hätte darüber hinaus eine weitere Abkehr vom Prinzip der paritätischen Finanzierung dieses Zweiges der Sozialversicherung bedeutet.

Zunächst hat es sich so angehört und wurde auch so in den Medien dargestellt, dass die zusätzliche private Absicherung als „**Pflege-Riester**“ in das Riester-System integriert werden soll. Dies hätte erhebliche Verwerfungen

nach sich gezogen: Die Riester-Rente soll vorrangig ein zusätzliches monatliches Einkommen im Alter ermöglichen. Schon jetzt geht man davon aus, dass bei einer gewöhnlichen Rentenversicherung der Sparanteil 90 Prozent der Beiträge beträgt, bei einer Riester-Rente durch höhere Kosten eher bei 80 Prozent. Durch die Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos wird der Sparanteil noch einmal auf 65 Prozent gesenkt. Mit der Einbeziehung des Pfliegerisikos wird der Sparanteil zur Bildung des Kapitals weiter gesenkt.

Nach dem Wortlaut soll neben dem Riester-System ein Fördermodell entwickelt werden. Dies entspricht unserer Forderung nach einer separaten steuerlichen Abzugsmöglichkeit für die Prämienzahlungen. Die konkrete Ausgestaltung kann erst kommentiert werden, wenn der Referentenentwurf vorliegt.

Bemängelt wird im Übrigen zu Recht, dass für Menschen mit niedrigem Einkommen oder Hartz-IV-Bezug eine solche private Vorsorge nicht möglich sei. Zudem bestehe die Gefahr, dass Menschen mit erhöhtem Pflege-Risiko von privaten Versicherungen abgelehnt oder nur zu hohen Beiträgen versichert würden. Die Politik steht in der Pflicht einen angemessenen und bezahlbaren Versicherungsschutz für Jedermann anzubieten. Der Ausbau der kapitalgedeckten, privatrechtlichen Absicherung darf weder zur Ausgrenzung einzelner Verbraucher vom Versicherungsschutz noch zu einer finanziellen Überforderung des Verbrauchers führen. Die Fehler bei der „Auslagerung“ des Berufsunfähigkeitsrisikos aus der gesetzlichen Rentenversicherung dürfen nicht wiederholt werden. Nach den Erfahrungen aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen erhält ein Großteil der Verbraucher keine Berufsunfähigkeitsversicherung, nur mit Einschränkungen oder kann sie sich nicht leisten.

- **Beitragserhöhung**

Die Koalition hat es nicht geschafft, einen Einstieg in die nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung zu finden. Der Anstieg der Beiträge um 0,1 Prozentpunkte im Umlageverfahren ist auch im Ansatz nicht geeignet, eine nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung zu gewährleisten. Gegenwärtig beträgt der paritätisch zu tragende Pflegebeitrag 1,95 Prozent des Bruttoeinkommens, Kinderlose zahlen alleine 0,25 Prozent mehr. Es ist zu bezweifeln, dass die Mehreinnahmen von etwa 1,1 Mrd. Euro ausreichen, um die „vergessene“ Gruppe der hilfebedürftigen Menschen mit Demenz durch erforderliche und angemessene Leistungen der Versicherung besser zu stellen. Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat bereits vor zweieinhalb Jahren ein Finanzvolumen von rund drei Milliarden Euro als notwendig erachtet, um angemessene Leistungsverbesserungen für Demente festzuschreiben. Diese Kritik teilen u.a. auch die Sozialverbände, der Deutsche Gewerkschaftsbund und der Paritätische Wohlfahrtsverband.

Überlegungen im Hinblick auf die Einbeziehung weiterer Einkünfte zur Bemessung der Beiträge oder der Einbeziehung der privaten Pflegepflichtversicherung im Wege eines Risikoausgleichs werden nicht angestellt.

Die Politik hat die Aufgabe zu prüfen, ob die alleinige Bezugnahme auf den Faktor Arbeit bei der Finanzierung der Pflege zu kurz greift. Eine Beschränkung des Beitragsaufkommens nur auf das Einkommen aus unselbständiger Arbeit ist unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung und des tendenziellen Rückgangs sozialversicherungspflichtiger Arbeitsverhältnisse schwer begründbar.

- **Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Ein Beirat des Bundesgesundheitsministeriums zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs legte Anfang 2009 das Konzept eines neuen Begutachtungsinstruments (NBA), einen entsprechenden Gesetzesentwurf zur Neuregelung der Definition sowie Umsetzungsempfehlungen unter Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen vor.

Das NBA stellt einen Fortschritt gegenüber dem heutigen Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung dar. Es erfasst Selbständigkeitseinbußen in einem umfassenderen Sinne als bisher. Das System ermöglicht eine neue „Pflegestufe“ unterhalb bisheriger Schwellen (Bedarfsgrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit). Diese neue Pflegestufe muss indessen auch leistungsrechtlich relevant sein. Es wäre den Betroffenen nicht zu vermitteln, dass sie zwar pflegebedürftig sind, aber dennoch keine Leistungen der Pflegeversicherung beanspruchen können. Gemäß den Szenarien der Umsetzungsempfehlungen erfordert eine leistungsbezogene Erweiterung des Begriffs Mehrkosten von etwa 3 Milliarden Euro jährlich.

Es bleibt abzuwarten, ob die Bundesregierung ihre Ankündigung wahrmacht und es noch in dieser Legislatur tatsächlich schafft, eine Begriffsreform zu verabschieden. Dieses Erfordernis wird allgemein zu Recht als der Gradmesser für das Gelingen einer umfassenden Reform betrachtet.

- **Sonstige Leistungsverbesserungen:**

Diese Schritte werden im Eckpunktepapier nur stichwortartig benannt. Ein differenziertes Eingehen darauf ist zurzeit noch nicht möglich. Die Überlegungen des BMG enthalten positiv zu beurteilende Aspekte. vzbv begrüßt Schritte zur Einräumung einer größeren Flexibilität der Verbraucher bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Die Wahlmöglichkeiten sind bislang im Rahmen des „leistungsrechtlichen Dreiecks“ in der Pflegeversicherung durch Festlegungen auf der „Vereinbarungsebene“ (Kassen und Leistungserbringer) beschränkt. Auch die Stärkung der Inanspruchnahme von

Reha-Leistungen und die Förderung neuer Wohnformen sind sinnvolle Maßnahmen. Es bleibt abzuwarten, welche Detailgestaltungen der Referentenentwurf vornehmen wird.

3. Weitere Anliegen des vzbv

- **Familienpflegezeit**

Seit der Pflegereform 2008 (Pflegezeitgesetz) können Arbeitnehmer für die häusliche Pflege von Angehörigen bis zu einem halben Jahr im Beruf pausieren. Sie haben darauf einen Rechtsanspruch, bekommen allerdings in dieser Zeit keine Lohnersatzleistung. In akuten Fällen haben Angehörige ferner Anspruch auf zehn Tage unbezahlte Freistellung, um die bedarfsgerechte Pflege naher Angehöriger zu organisieren.

Der Bundestag hat zudem am 20.10.2011 das Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Familienpflegezeitgesetz) verabschiedet (Drucksache 17/6000). Wer sich um pflegebedürftige Angehörige kümmert, soll künftig die Möglichkeit einer zweijährigen Pflegezeit mit Lohnersatzleistungen erhalten – allerdings besteht darauf kein Rechtsanspruch, es bedarf weiterer Vereinbarungen entweder zwischen den Tarifpartnern oder den Arbeitsvertragsparteien. Zudem muss der pflegende Angehörige auch noch eine Versicherung abschließen, die Risiken des Arbeitgebers absichert. In dieser Zeit braucht der pflegende Angehörige nur die Hälfte der Zeit (mindestens 15 Stunden) zu arbeiten, er bekommt aber drei Viertel seines Gehalts und hat Anspruch auf 75 Prozent der Sozialleistungen. Später muss der Angehörige wieder voll arbeiten, bekommt aber weiterhin nur 75 Prozent des Gehalts, bis sein Zeit- und Lohnkonto wieder ausgeglichen ist. Grundsätzlich soll die neue Regelung für alle Angehörigen gelten, die sich um pflegebedürftige Menschen kümmern.

Das Nebeneinander der gesetzlichen Regelungen mit ihren unterschiedlichen Ausrichtungen betreffend Zeiträume, Lohnersatz und Rechtsanspruch ist nicht zielführend. Es hätte einer Zusammenführung der gesetzlichen Regelungen bedurft, mit der ein genereller, zeitlich befristeter Rechtsanspruch auf Pflegezeit, einhergehend mit Regelungen zur Lohnersatzleistung gewährleistet worden wäre.

- **Erweiterung der Mitwirkungsrechte**

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen mit den Transparenzvereinbarungen wird erneut auf die bereits im Reformprozess 2007/2008 erhobene Forderung des vzbv nach Überarbeitung und Erweiterung der Mitwirkungsrechte der „maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der pflegebedürftigen und behinderten Menschen“ verwiesen.

Das SGB XI regelt die Art und Weise der Mitwirkung dieser Verbände nicht einheitlich. Hauptsächlich wird die Beteiligung auf die Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme reduziert. Hinweise zur Beurteilung der „Maßgeblichkeit“ eines Verbandes fehlen. Im Sinne einer erforderlichen Kontinuität und Verlässlichkeit der Interessenvertretung ist es notwendig und angemessen festzulegen, welche Voraussetzungen bei den genannten Organisationen gegeben sein müssen, um dieses Ziel zu erreichen. Die jetzigen Regelungen sind weder konsistent noch zielführend im Sinne einer effizienten Einbeziehung der Interessen der pflegebedürftigen und behinderten Menschen.

Um von einer substantiellen Mitwirkung dieser Interessenverbände sprechen zu können, müssen die Art und Weise der Beteiligung der Interessenverbände vereinheitlicht und erweitert werden. Beim Abschluss vielfältiger Vereinbarungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, den Verbänden der Leistungserbringer und der kommunalen Spitzenverbänden sowie der Sozialhilfe müssen Vertreter der „maßgeblichen Organisationen“ anwesend sein können, eine Mitberatungsbefugnis erhalten und berechtigt sein, eigene Vorschläge als förmliche Anträge einzubringen. Allein die gesetzliche Einräumung von Rechten zur schriftlichen Stellungnahme beziehungsweise zur schriftlichen Einbringung von Vorschlägen reicht nicht aus, um eine angemessene Einbeziehung der Interessen der Personengruppen zu gewährleisten.

- **Qualitätsberichterstattung**

Verbraucher setzen eine hohe Qualität der „gekauften“ Pflegeleistungen voraus und erwarten neben guten, pflegefachlichen Ergebnissen die Beachtung von Aspekten der Lebensqualität im Pflegesetting. Deshalb fordern die Interessenverbände hilfe- und pflegebedürftiger Menschen seit vielen Jahren eine transparente Qualitätskommunikation, die Informationen über die Leistungen der Unternehmen bietet.

Nach der Einführung einer verpflichtenden Qualitätsberichterstattung im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 schlossen die Vereinbarungspartner zum Jahreswechsel 2008/2009 Pfegetransparenzvereinbarungen (PTV) zur stationären und zur ambulanten Pflege. Der vzbv war – wie andere Organisationen der Interessenvertretung der pflegebedürftigen Menschen auch – nicht an den Verhandlungen beteiligt. Wir haben zu diesen Vereinbarungen schriftlich Stellung genommen, ohne wirklich Einfluss nehmen zu können. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) prüft jährlich die Qualität aller Einrichtungen anhand der PTV. Die Berichte sind zu veröffentlichen.

Die Vereinbarungen sind zu Recht vielfach kritisiert worden. Es fehle an geeigneten Kriterien zur Erfassung von Ergebnis- und Lebensqualität, fast ausschließlich werde auf Struktur- und Prozessergebnisse abgestellt, die Bewertungssystematik sei unzureichend, da alle Indikatoren gleich gewichtet werden, die Bewohnerbefragung fließe nicht in die Notenbildung ein und so weiter. In der ersten Hälfte 2010 wurden die PTV und die bisherigen Ergebnisse evaluiert. Der Bericht bestärkt die Kritiker der PTV. Der Beirat zur Evaluation hat daraufhin im Juli 2010 Empfehlungen zur Verbesserung der PTV formuliert. Nach Wiederaufnahme der Verhandlungen ist der Prozess im November 2010 ins Stocken geraten. Sie blieben wegen unüberbrückbarer Meinungsverschiedenheiten bis heute ergebnislos.

Das gleichzeitig von zwei Bundesministerien geförderte wissenschaftliche Projekt zur Entwicklung von Indikatoren zur Beurteilung der stationären Ergebnisqualität hat 2011 seine Ergebnisse vorgelegt. Das Konzept entwickelt gesundheitsbezogene Indikatoren in drei thematischen Bereichen (Erhalt und Förderung der Selbständigkeit; Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen/Belastungen; Unterstützung bei besonderen Bedarfslagen) sowie Indikatoren zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität in zwei weiteren Bereichen (Wohnen und Versorgung; Tagesgestaltung und soziale Beziehung). Hinzu kommt ein Sonderbereich, der durch Befragungen Ergebnisse der Zusammenarbeit mit Angehörigen ermittelt.

Das Konzept wurde während einer zehnmonatigen Praxisphase erfolgversprechend erprobt. Die Datenerfassung zur Darstellung der Indikatoren erfolgt als Vollerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements und mithilfe bestehender, standardisierter Messinstrumente sowie durch Bewohnerbefragungen. Sie wird durch externe Prüfungen kontrolliert. Die Erhebungen bilden einen Verlauf im Befinden pflegebedürftiger Menschen ab, der Verbesserungen/ Verschlechterungen in einem bestimmten Zeitraum misst.

Die Erwartungen der Verbraucher im Hinblick auf eine nutzerorientierte Qualitätsberichterstattung müssen erfüllt werden. Die dringend erforderliche Überarbeitung der PTV darf nicht auf die lange Bank geschoben werden. Das neue Konzept zur Erfassung von Ergebnis- und Lebensqualität muss zügig in weiteren Erprobungen getestet, gegebenenfalls verbessert und umgesetzt werden. Da es nur den stationären Bereich betrifft, ist die Auflegung eines weiteren wissenschaftlichen Projekts erforderlich, das die Verhandlungen der Vereinbarungspartner zur ambulanten Pflege stützt und begleitet.