

## **Diskussionsimpuls zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**

### **Reformvorschläge für eine solidarisch bezahlbare, zivilgesellschaftlich verortete Pflege**

#### **des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) und des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD)**

#### **Vorbemerkung**

Die aktuelle Situation der Pflegeversicherung<sup>1</sup> ist auch nach den Reformen der letzten Jahre durch wesentliche Strukturprobleme und einen dringenden Handlungsbedarf gekennzeichnet. An der Unterfinanzierung der Leistungen, an den viel zu hohen Kosten für die pflegebedürftigen Menschen und an der prekären Personalsituation hat sich bis heute nichts geändert. Durchdachte Konzepte zur Einbindung der Zivilgesellschaft fehlen und die Rolle der Kommunen bei der Steuerung und Förderung der Pflegeinfrastruktur bleibt hinter den Möglichkeiten zurück. Durch die starre Trennung des stationären und ambulanten Pflegesektors werden dringend benötigte Innovationen in der Versorgung der Pflegebedürftigen, wie z.B. kleinräumige, wohnortnahe Pflegeeinrichtungen verhindert.

Des Weiteren wird die demografische Entwicklung in Deutschland für alle Fragestellungen des Helfens, Pflegens und Betreuens im höheren Lebensalter erhebliche Auswirkungen mit sich bringen. Die damit einhergehenden Herausforderungen setzen einen gesellschaftlichen Wandel sowie eine Weiterentwicklung der solidarisch finanzierten Versicherungssysteme und der Wohlfahrtsproduktion in Deutschland voraus. Dies schließt auch eine stärkere Berücksichtigung der Solidaritäten im Gemeinwesen mit ein.

Bisherige Reformversuche, die als sog. „Pflegestärkungsgesetze“ in mehreren Schüben auf eine schrittweise Weiterentwicklung des bestehenden Systems gerichtet sind, können die anstehenden Herausforderungen nicht bewältigen; nicht, weil diese keine positiven Wirkungen entfalten können, sondern weil den Anforderungen, die der demografische Wandel an die Gesellschaft stellt, nicht durch kleinteilige Reformschritte und kurzfristige Sofortprogramme begegnet werden kann. Das rechnerische Verhältnis zwischen Pflegepotenzial und Pflegebedürftigen wird sich in den kommenden Jahren nachhaltig verschieben. Einer kontinuierlich steigenden Anzahl hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen steht eine sinkende Anzahl an Pflegepersonen gegenüber. Bereits heute fehlen mehrere tausend Fachkräfte. Gleichzeitig wird sich das familiäre Pflegepotenzial demografisch und soziostrukturell bedingt deutlich reduzieren. Abgegrenzte Versorgungsformen zwischen „stationär und ambulant“ müssen daher durch sektoral entgrenzte, (wohnort-)unabhängige Pflegearrangements ersetzt werden, die eine arbeitsteilige Pflege und Betreuung durch professionelle Pflegekräfte, Familien und Ehrenamtliche ermöglichen. Diese Veränderungen erfordern gänzlich neue Ideen für die Einbindung der Zivilgesellschaft und die damit einhergehende Aufteilung der Verantwortung zwischen (Pflege-)Markt, Staat und Wohlfahrtsproduktion.

DEVAP und VKAD möchten an der Gestaltung einer wirtschaftlich, fachlich und theologisch-ethisch fundierten Altenpflege der Zukunft maßgeblich mitwirken. Die folgenden Überlegungen zur Weiterentwicklung der

---

<sup>1</sup> DEVAP und VKAD vertreten die konfessionellen Einrichtungen der Altenhilfe. Die Pflegeversicherung bezieht sich über die Altenpflege hinaus auf alle Formen der Langzeitpflege. Wir konzentrieren uns im Folgenden auf die Altenpflege und gehen davon aus, dass von den diesbezüglichen Reformvorschlägen auch Pflegebedürftige anderer Altersgruppen profitieren.

Pflegeversicherung bilden hierzu einen wesentlichen Impuls und sind als Teilbeitrag zunächst ausschließlich auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und damit einhergehende versicherungs- und gesellschafts-politische sowie volkswirtschaftliche Fragestellungen fokussiert. Aus diesem besonderen Blickwinkel entsteht ein Modell für eine Reform der Pflegeversicherung, welche die entscheidenden Webfehler des bestehenden Systems beheben kann und zugleich eine zukunftsweisende Vision zur Absicherung des individuellen Pflege-risikos beinhaltet. Das gesamte Modell wird in einem weiteren Schritt auf die Fragestellung eines solidarischen Gemeinwesens der Zukunft hin zu übertragen sein, um die notwendigen Potentiale von Angehörigen und der Zivilgesellschaft für den Erfolg der dargestellten Entwicklung abzusichern. Auch dieser Aufgabe werden sich DEVAP und VKAD zukünftig stellen.

DEVAP und VKAD fordern einen Kraftakt der Solidargemeinschaft, nicht nur in finanzieller, sondern auch in zivilgesellschaftlicher Hinsicht. Ein Ausweg aus dem Dilemma von Qualitätsanspruch, Arbeitsbedingungen, solidarischer Absicherung und Wirtschaftlichkeit ist nur durch eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung möglich. Wer eine echte Verbesserung für Pflegebedürftige und Pflegende will, muss die Pflegeversicherung strukturell so verändern, dass die pflegebedingten Kosten für alle Pflegebedürftigen finanzierbar sind und zwar unabhängig davon, ob sie zu Hause, im Betreuten Wohnen oder in einem Pflegeheim leben.

In diesem „Diskussionsimpuls zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ beschreiben DEVAP und VKAD auf Basis eines wissenschaftlich fundierten Gutachtens<sup>2</sup> erfolversprechende Eckpunkte und Umsetzungsschritte. Die Fachverbände wenden sich damit an alle politischen Ebenen im Bund, in den Ländern und in den Kommunen sowie an alle gesellschaftlichen Gruppen, die sich dafür einsetzen wollen, die Altenpflege in Deutschland durch eine Neuausrichtung zukunftsfähig zu machen. Es wird Zeit, die Pflegeversicherung grundlegend neu zu denken und gerechter zu gestalten. Hierzu stellen VKAD und DEVAP die folgenden sechs Eckpunkte vor.

### Die Eckpunkte auf einen Blick:

1. *Echte Pflegeiteilkaskoversicherung umsetzen:* Obwohl die Pflegeversicherung in den letzten Jahren finanziell besser ausgestattet wurde, können sich zu viele pflegebedürftige Menschen in Deutschland die notwendige Pflege - vor allem im stationären Bereich - nicht leisten und sind auf Sozialhilfe angewiesen. Dies widerspricht den ursprünglichen Zielen der Pflegeversicherung, die verhindern sollte, dass Pflegebedürftigkeit zum Armutsrisiko wird. Deshalb muss die „Blümsche Pflegeiteilversicherung“ aus den 90er Jahren zu einer echten Pflegeiteilkaskoversicherung weiterentwickelt werden: Die Pflegebedürftigen zahlen monatlich einen festen Eigenanteil für die pflegerischen Leistungen (sog. Sockelbetrag), die darüber hinaus gehenden Kosten werden von der Pflegeversicherung getragen. Unabhängig von Einkommen und Vermögen wird es hierdurch für alle Bürger möglich, das eigene pflegebedingte Finanzierungsrisiko zu kalkulieren und Vorsorge zu treffen, z.B. durch eine private Zusatzversicherung.
2. *Sektorengrenzen konsequent abbauen:* Die Grenzen zwischen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege müssen endgültig überwunden werden. Pflegebedürftige Menschen haben das Recht auf gesellschaftliche Partizipation und eine individuelle, möglichst selbstbestimmte Lebensführung unabhängig von ihrem Wohnort, ihrem Alter oder ihren Beeinträchtigungen. Voraussetzung hierfür ist eine Angleichung des Leistungserbringungsrahmens in allen Bereichen. Im stationären Sektor wird die Finanzierungsverantwortung für die Behandlungspflege in das SGB V zurückgeführt. Die Pflegeversicherung finanziert alle Maßnahmen der Grundpflege und der Betreuung, während die Krankenversicherung alle

<sup>2</sup> Rothgang, H., Kalwitzki, T.: Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung – Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur, 2017, Studie im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform

Maßnahmen der Behandlungspflege übernimmt. Zusätzlich tragen die Pflegebedürftigen selbst - je nach Wohnform - alle „Haushaltskosten“, die für Unterkunft, Verpflegung und Miete entstehen. In Folge dieser Neuordnung entfällt die Trennlinie zwischen „ambulant und stationär“. Freiraum für innovative Formen einer modularisierten Leistungserbringung entsteht.

3. *Zivilgesellschaft stärker einbinden:* Die Herausforderungen in der Pflege können angesichts der demografischen Umwälzungen zukünftig nicht allein durch professionelle Dienste bewältigt werden. Durch ein verbindlich finanziertes Quartiersmanagement in Form von wohnortnaher Beratung, Koordination und Moderation im Dorf oder Stadtteil muss es gelingen, Angehörige, freiwillig Engagierte und die Zivilgesellschaft mit ihren vielfältigen Angeboten stärker einzubinden. Der Abbau der Sektorengrenzen und die Neuordnung der Leistungserbringung öffnen den Weg zu einer Modularisierung der Leistungen und schaffen die Möglichkeit, tragfähige Formen zur dringend erforderlichen stärkeren Einbindung der Angehörigenpflege, auch im (vormals) stationären Wohnen zu entwickeln. Diakonie und Caritas werden ihre Erfahrungen als zivilgesellschaftliche Akteure hierzu gern und mit Nachdruck einbringen.
4. *Kommunale Pflegeinfrastruktur steuern und fördern:* Wer einen ausgewogenen, zukunftsfähigen und am Bedarf des örtlichen Gemeinwesens orientierten Ausbau pflegerischer Infrastruktur für ältere Menschen möchte, kommt nicht umhin, genau dies zur kommunalen Pflichtaufgabe zu machen. Durch die vollständige Rückführung der Finanzierung der Behandlungspflege in das SGB V und die Einführung einheitlicher Sockelbeträge für alle Versorgungsbereiche werden die Kommunen als Sozialhilfeträger tendenziell entlastet. Damit eröffnet sich der finanzielle Spielraum für eine subsidiäre Verantwortungsübernahme beim Ausbau der Pflegeinfrastruktur. Das Vorhaben der Bundesregierung, die Möglichkeiten der Kommunen bei der Gestaltung der pflegerischen Infrastruktur vor Ort zu erweitern, ist daher unbedingt erforderlich und zu begrüßen.
5. *Pflegemarkt am Gemeinwohl orientieren:* Neben den frei-gemeinnützigen und kommunalen Anbietern agieren auch privat-gewerbliche, renditeorientierte Anbieter auf einem gemeinsam Pflegemarkt. Ein Wettbewerb zwischen allen Anbietern ist wünschenswert und sinnvoll, sofern es um die Qualität der erbrachten Dienstleistungen geht. Pflegeeinrichtungen dürfen jedoch nicht weiter zum Gegenstand eines forcierten Preiswettbewerbs und einer zunehmenden Renditeorientierung werden. Dies geht am Ende nicht nur zu Lasten der Qualität und der Lohnstrukturen, sondern führt darüber hinaus zu einer Schwächung dringend erforderlicher Maßnahmen zur Personalrekrutierung und -bindung. Nach Ansicht von DEVAP und VKAD muss daher die bereits im Grundgesetz und in den Länderverfassungen geforderte primäre Ausrichtung des wirtschaftlichen Handelns am Gemeinwohl in den Vordergrund treten.
6. *Pflegeversicherung sozial gerecht gestalten:* In der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung wird derzeit ausschließlich das Arbeitseinkommen als Grundlage zur Beitragsbemessung herangezogen. Weitere Einkommensarten, wie Erträge aus Vermögen, Vermietung oder Verpachtung bleiben hingegen unberücksichtigt. DEVAP und VKAD fordern, die hierdurch entstehenden Gerechtigkeitslücken zu schließen und befürworten daher eine Heranziehung sämtlicher Einkommensarten auf Basis des steuerlichen Einkommensbegriffs. Darüber hinaus setzen sich DEVAP und VKAD dafür ein, die derzeitige Zweiteilung aus sozialer und privater Pflegeversicherung zu überwinden, um das Solidarprinzip und die Gerechtigkeit in diesem sozialen Sicherungssystem zu stärken.

## 1. Echte Pflegezeitkaskoversicherung umsetzen

Nach wie vor bedeutet Pflegebedürftigkeit für die meisten Betroffenen eine große, für viele nicht tragbare finanzielle Belastung. Daran haben auch die Pflegestärkungsgesetze nur wenig geändert. Die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege ist seit 2005 um rund 30 Prozent auf knapp 440.000 Bedürftige im Jahr 2016 gestiegen. Damit ist etwa jeder sechste Pflegebedürftige auf Unterstützung vom Sozialamt angewiesen, weil die Leistungen der Pflegeversicherung sowie eigene Einkünfte nicht ausreichen. Das ist sozialpolitisch nicht vertretbar und wirkt dem Ziel der sozialen Pflegeversicherung entgegen. Der für die Pflege notwendige Eigenanteil muss daher für alle Versicherten kalkulierbar werden, um das spätere Abrutschen in die Sozialhilfe zu vermeiden.

In der jetzigen Systematik der Pflegezeitversicherung müssen Pflegebedürftige teilweise über ein Drittel der Pflegekosten selbst bezahlen. Ein Beispiel: Im Pflegegrad 3 wird in einer stationären Einrichtung eine tägliche Pflegevergütung von 70 Euro in Rechnung gestellt. Davon bezahlt die Pflegeversicherung einen fixen Anteil von 42 Euro (1.262 Euro im Monat). Damit verbleiben für den Bewohner 28 Euro für die notwendige Pflege und Betreuung. Hinzu kommen Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 24 Euro und Aufwendungen für die Miete bzw. den Investivkostenanteil von 20 Euro. Insgesamt ergibt sich daraus für den Pflegebedürftigen ein Eigenanteil von 72 Euro täglich oder 2.158 Euro im Monat. Wer kann sich das leisten?

Solange die Pflegeversicherten die Rechnung bezahlen müssen und von der Pflegekasse dafür nur einen festgeschriebenen Anteil erhalten, tragen die Betroffenen nicht nur einen zu hohen Eigenanteil, sondern auch jede Kostensteigerung und das volle finanzielle Risiko. Das ist nicht nur ungerecht, sondern eine Armutsfalle für viele Betroffene. Durch diesen Mechanismus werden auch notwendige Qualitätsverbesserungen ausgebremst und behindert, da sie für die Träger einen Preis-Nachteil auf dem „Pflegemarkt“ bedeuten. Die echte Pflegezeitkasko funktioniert genau deshalb anders herum: Der Versicherte trägt monatlich einen festen Eigenanteil als Sockelbetrag, während die darüber hinaus gehenden Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden (sog. „Sockel-Spitze-Tausch“). Zudem wird die Dauer der Eigenanteilszahlungen auf einen festen Zeitraum in Form einer politisch zu bestimmenden „Karenzzeit“ beschränkt, die sich beispielsweise an der durchschnittlichen Zeit der Pflegebedürftigkeit orientiert. Hierdurch wird es erstmals möglich, sich im Vorfeld gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern. Dieses Prinzip, das in der Krankenversicherung genauso gilt wie bei der Haftpflichtversicherung, muss endlich auch auf die Pflegeversicherung übertragen werden. Die Höhe des Eigenanteils ist ebenfalls politisch zu bestimmen und kann zwischen 0 Euro und dem derzeitigen durchschnittlichen Eigenanteilsbetrag liegen.

Im Modell der echten Pflegezeitkasko würde also die Pflegeversicherung die Rechnung des Musterpflegeheims über die 70 Euro Pflegevergütung übernehmen und dem Versicherten einen gesetzlichen Eigenanteil z. B. in Höhe von ca. 10 Euro pro Tag in Rechnung stellen. Zusammen mit den „Haushaltskosten“ (Unterkunft, Verpflegung und Miete) verbleiben beim Bewohner 54 Euro täglich bzw. 1.620 Euro monatlich. Dies entspricht keiner „Pflegevollversicherung“, denn der Eigenanteil ist immer noch erheblich. Die monatliche Belastung ist nun aber in erster Linie abhängig von den Haushaltskosten und kann damit im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten selbst beeinflusst werden. Auch eine Staffelung der Eigenanteile, die sich an der Einkommenssituation der Pflegebedürftigen orientiert, wäre in diesem System möglich und nach Ansicht von DEVAP und VKAD wünschenswert.

Das Prinzip der echten Pflegezeitkasko funktioniert grundsätzlich auch im häuslichen Umfeld und bei der Kombination von professioneller Pflege durch Pflegedienste und Angehörigenpflege (Pflegegeld). Voraussetzung ist, dass die Segmentierung von ambulant und stationär durch eine Angleichung der Leistungssätze überwunden und das Leistungsgeschehen einheitlich aus Leistungspaketen organisiert sowie im Rahmen eines Case Managements erbracht wird. Der gesetzliche Eigenanteil müsste abhängig vom Leistungsumfang angepasst werden. Darüber hinaus ist zu definieren, was im Sinne des SGB XI als notwendige und bedarfsgerechte

Pflegeleistung anzusehen ist und welche Möglichkeiten für Wahlleistungen bestehen. Dafür sollte neu bestimmt werden, wer diese Leistungen festlegt, die sachgerechte Leistungserbringung im Blick behält und die Gesamtmenge steuert. Hierzu müssten im Rahmen eines Forschungsprojektes verschiedene Modelle auf ihre Praktikabilität überprüft werden.

Mit dem Modell der echten Pflgeteilkasko und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel werden die Verhältnisse im SGB XI zurechtgerückt. Kostensteigerungen, die beispielsweise durch das angekündigte Personalbemessungssystem zu erwarten sind, übernimmt künftig die Pflegekasse. Das gilt auch für Mehrkosten, die durch Tarifierhöhungen oder durch höhere Personalschlüssel nach den Landesrahmenverträgen entstehen. Pflegebedürftige, Angehörige und die Kommunen als Sozialhilfeträger werden so deutlich entlastet.

## 2. Sektorengrenzen konsequent abbauen

Mit dem ambulanten und dem stationären Bereich haben sich in der Pflege zwei fast unvereinbare Sektoren gebildet, die nach grundsätzlich unterschiedlichen Regeln funktionieren. Je nachdem, wo die Menschen versorgt werden, erhalten sie derzeit ganz verschiedene Leistungen. Es ist ungerecht, wenn der Lebensort die Leistungen bestimmt oder wenn aufgrund der Lebensumstände manche Kombinations- oder Entlastungsleistungen nicht in Anspruch genommen werden können. Die heutige sektorale Pflegelandschaft muss daher überwunden werden.

Auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit darf nicht die Wohnform die Leistung bestimmen. Entscheidend ist der jeweilige Bedarf. Jeder Mensch muss das Recht auf die gleichen Leistungen erhalten. Das erfordert ein neues, transparentes Pflegesystem, das nicht mehr nach „ambulant“ und „stationär“ unterscheidet. Stattdessen wird der individuelle Bedarf entlang der parallelen Leistungsbereiche „Wohnen und Pflege“ skaliert. Egal, ob ein Mensch zu Hause individuell betreut wird oder in einer gemeinschaftlichen Wohnform lebt, wie etwa in einer Pflege-WG oder in einem Pflegeheim - die Pflege muss nach denselben Prinzipien funktionieren:

Die Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert künftig alle notwendigen Maßnahmen der Grundpflege und Betreuung nach einem einheitlichen Sachleistungsprinzip (Care).<sup>3</sup> Das Prinzip darf sich nicht an den bisher stationären, pauschalen Pflegesätzen orientieren, sondern ähnlich der ambulanten Versorgung an Modulen und Einzelleistungen. Die Leistungspakete werden z.B. wie beim Teilhabeplan nach SGB IX im Sinne eines Case Managements aufgrund einer gutachterlichen Empfehlung des MDK von der Pflegekasse bewilligt und in einer individuellen Leistungsplanung vereinbart. Dies ermöglicht eine Kostenkontrolle und sorgt zugleich dafür, dass jeder Pflegebedürftige die Leistungen erhält, die er benötigt. Voraussetzung ist jedoch, dass der MDK als eine weitgehend von den Pflegekassen unabhängige, fachliche Prüfungs- und Steuerungsinstanz auftreten kann.

Die Krankenversicherung (SGB V) übernimmt künftig alle Maßnahmen der Behandlungspflege (Cure). Das sind Leistungen, die Pflegekräfte zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung erbringen, wie etwa Verbandswechsel oder Medikamentengaben. Außerdem finanziert die Krankenkasse alle notwendigen Maßnahmen der medizinischen Versorgung, der Rehabilitation, zusätzliches Personal der palliativen Versorgung und der gerontopsychiatrischen Behandlungspflege. Diese können unabhängig vom Lebensort ärztlich verordnet und vom Pflegedienst oder vom Pflegeheim nach denselben Regeln erbracht und abgerechnet werden.

---

<sup>3</sup> Für die Ambulante Pflege in NRW tritt mit Wirkung zum 1.10.2018 eine verbindliche Neustrukturierung der Leistungskomplexe in Kraft. Mit der Einführung des neuen LK 33 zur „Hauswirtschaftlichen Versorgung“ ist z.B. in NRW mit Blick auf eine zukünftig einheitliche Modularisierung in beiden Sektoren zu prüfen, inwieweit perspektivisch auch im stationären Sektor hauswirtschaftliche Leistungen durch das SGB XI finanziert werden können. DEVAP und VKAD sehen hierzu Forschungsbedarf.

Die Pflegebedürftigen übernehmen alle Kosten, die für Unterkunft, Verpflegung und Miete entstehen. Diese fallen selbstverständlich je nach Lebensort und Lebensstil in der eigenen Wohnung, im Betreuten Wohnen oder im Pflegeheim unterschiedlich hoch aus. Außerdem bezahlen sie einen gesetzlich festzulegenden Eigenanteil an den Pflegeleistungen, der z. B. mit bis zu ca. 10 Euro pro Tag so hoch ausfallen könnte wie im Krankenhaus. Dieses System ist einfacher und gerechter, denn die unterschiedlichen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung können entfallen. Für die Leistungsgewährung der Pflegekasse ist es völlig unerheblich, wo der Pflegebedürftige lebt.

Außerdem wird mit der Zuordnung der Behandlungspflege zur Krankenkasse ein Webfehler der Pflegeversicherung korrigiert: Es ist sozialpolitisch nicht zu rechtfertigen und mit dem Gleichheitsgrundsatz nicht zu vereinbaren, wenn für die Behandlungspflege zu Hause die Krankenkasse aufkommt, aber mit dem Wechsel des Wohnorts in ein Pflegeheim diese Leistungen über den Eigenanteil mitfinanziert werden müssen, obwohl der Krankenversicherungsbeitrag unverändert hoch bleibt.

Zur Berechnung der Eigenanteile sehen DEVAP und VKAD weiteren Forschungsbedarf. Dies betrifft auch die Frage nach der Modularisierung von Leistungen, etwa für Menschen mit palliativ-pflegerischen Versorgungsbedarfen sowie die Harmonisierung der heute noch unterschiedlichen Finanzierungslogik im ambulanten und stationären Pflegesektor.

### **3. Zivilgesellschaft stärker einbinden**

Die dramatischen Herausforderungen des demografischen Wandels treffen die Altenpflege in doppelter Hinsicht: Immer mehr älteren und pflegebedürftigen Menschen steht ein abnehmendes Potential an erwerbsfähigen, professionellen Pflegepersonen gegenüber. Aber auch das familiäre Pflegepotenzial wird sich tendenziell weiter verringern. Diese Entwicklung erfordert eine konsequente Honorierung der Angehörigenpflege in allen Leistungsbereichen, also nicht nur zu Hause, sondern auch im Pflegeheim, verbunden mit einer stärkeren Unterstützung und Entlastung, damit die Pflege von Familienangehörigen für diese Menschen nicht zum eigenen gesundheitlichen Risiko wird. Vor allem wird es ohne eine stärkere Einbindung der Zivilgesellschaft nicht gelingen, die absehbaren Lücken zu schließen. Im Rahmen der Aufhebung der Sektorengrenzen wird die pauschale Vollversorgung durch das Wohnen mit zugewählten Pflege- und Betreuungsleistungen ersetzt (Zuwahllogik). Ergänzend zum Engagement durch zivilgesellschaftliche Akteure wird es damit auch „im Heim“, im Betreuten Wohnen und weiteren Wohnformen möglich, bestimmte Module verbindlich durch Angehörige erbringen zu lassen - bei entsprechender Reduktion der Heimentgelte bzw. durch die Zahlung eines reduzierten Eigenanteils. Mit dieser Neudefinition des „Heims“ entstehen auch neue Fragen nach künftigen Verpflichtungen, Verantwortungen und Haftungen der unterschiedlichen Akteure, die dann in einer höheren Selbstständigkeit in diesem Raum agieren. Dabei gilt es auch, die steigenden Anforderungen zu berücksichtigen, welche durch den Wandel der Nutzerinnen und Nutzer entstehen (z.B. Zunahme der Pflegebedürftigen mit Demenz oder palliativem Hintergrund). Auch hier ist weiterer Forschungsbedarf angezeigt.

Viele Menschen mit Pflegebedarf möchten möglichst lange im vertrauten Umfeld bleiben; zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden von Angehörigen zu Hause versorgt. Um diese Strukturen zu stützen, muss mit der flächendeckenden Einführung und der zuverlässigen Refinanzierung von Quartiersmanagement ein zentraler Baustein umgesetzt werden. Gemeinwesenarbeit, wie beispielsweise auch durch das Netzwerk SONG<sup>4</sup> gefordert, sollte an Einrichtungen zivilgesellschaftlicher, gemeinnütziger Akteure angebunden sein, für die insbesondere die Diakonie, die Caritas und die freie Wohlfahrtspflege stehen. Aufgabe der Gemeinwesenarbeit ist es, unterstützende Strukturen und Netzwerke für Pflegebedürftige und ihre Familien aufzubauen und zu

---

<sup>4</sup> Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG)

pflegen sowie das freiwillige Engagement im Quartier durch Bildung, Information und Training zu fördern. Angesichts eines für viele Bürgerinnen und Bürger unübersichtlichen Angebots ist auch eine stärkere Zusammenführung von Beratungsangeboten sowie Koordinations- und Moderationsaufgaben in ein Quartiersmanagement neu zu bedenken. Der Sozialraum und die Kooperationen vor Ort sind der entscheidende Bezugsrahmen, um die demografischen Veränderungen zu bewältigen. Ohne eine steuernde, koordinierende Struktur auf kommunaler Ebene wird dies allerdings nicht gelingen.

#### **4. Kommunale Pflegeinfrastruktur steuern und fördern**

Mit Einführung der echten Pflegezeitkaskoversicherung werden nicht nur die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen entlastet, sondern auch die Kommunen als Sozialhilfeträger. Damit eröffnet sich für Gemeinden, Städte und Landkreise der finanzielle Spielraum, sich nicht nur planerisch, sondern auch mit einer stärkeren subsidiären Verantwortungsübernahme für den Ausbau einer zukunftsfähigen Pflegeinfrastruktur zu engagieren und diese mit zu finanzieren.

Die Länder sind nach § 9 SGB XI bereits heute „verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.“ Diese Soll-Regelung reicht jedoch nicht. Die subsidiäre Förderung der pflegerischen Infrastruktur muss dringend als Pflichtaufgabe formuliert werden. Erst damit wird den Kommunen die entscheidende gestaltende Funktion bei der Pflegeinfrastruktur zugeschrieben, die sie durch eine regelmäßige und verbindliche Altenhilfeplanung umsetzen müssen. Dazu bedarf es eines wirksamen Steuerungsinstrumentes, das nur mit einem entsprechenden Pflegeförderprogramm funktionieren wird. Dafür sollen die Einsparungen eingesetzt werden, die durch die zusätzlichen Leistungen der Pflegezeitkaskoversicherung zu erwarten sind. Die Investitionsförderung wird zu einer Reduzierung der Heimentgelte in geförderten Einrichtungen sowie der teilstationären und ambulanten Pflegekosten führen und damit auch zu einer spürbaren Entlastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen.

Bis zum Jahr 2030 wird bundesweit mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen um 35 Prozent auf 3,5 Millionen zu rechnen sein. Auch zukünftig wird die Mehrzahl zu Hause und dort überwiegend von Angehörigen und Pflegediensten versorgt. Der Ausbau und die Förderung der Pflegeinfrastruktur sind deshalb nach der Prämisse auszurichten, die häuslichen Versorgungsstrukturen zu stärken und zu entlasten. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung, dass mit höherer Pflegebedürftigkeit und mit mehr demenziellen Erkrankungen auch der Bedarf an professioneller Hilfe in gemeinschaftlichen Wohnformen zunehmen wird. Pflegeheime müssen sich aufgrund zunehmender Multimorbidität und kürzerer Verweildauern auf neue Anforderungen einstellen. Der damit einhergehende medizinische und pflegerische Versorgungsbedarf ist als eine Herausforderung zu sehen, der mit den aktuellen Reformvorhaben nicht bewältigt werden kann.

Mit einer verbindlichen Bedarfserhebung kann der jeweilige örtliche Bedarf prognostiziert und nach entsprechenden passgenauen Lösungen gesucht werden. Dabei sollten nach Auffassung des DEVAP und VKAD wohnortnahe Einrichtungen mit flexiblen Leistungsangeboten entstehen, deren Größe und Ausgestaltung sich am örtlichen Bedarf, an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sowie an den Rahmenbedingungen des Quartiers orientieren. Viele Bürgerinnen und Bürger würden von deutlich wahrnehmbaren quartiersnahen Beratungs- und Koordinierungsangeboten sehr profitieren.

#### **5. Pflegemarkt am Gemeinwohl orientieren**

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde ein „Pflegemarkt“ geschaffen, auf dem neben freigebliebenen und kommunalen Trägern auch privat-gewerbliche, gewinnorientierte Anbieter agieren. Da sich in

der Altenpflege ein Preiswettbewerb und eine Gewinnausschüttung an Externe zwangsläufig stark auf die Personalausstattung und -entlohnung niederschlagen, entsteht das Risiko, dass die Mitarbeitenden zum einen besonders belastet und zum anderen (zu) niedrig entlohnt werden. Beide Faktoren führen zu einer Schwächung der Personalrekrutierung und -bindung. Mit Blick auf den demographischen Wandel muss dieser Entwicklung aktiv begegnet werden. An die Stelle eines forcierten Preiswettbewerbs und einer zunehmenden Renditeorientierung muss deshalb die vom Grundgesetz und den Länderverfassungen geforderte primäre Ausrichtung des wirtschaftlichen Handelns am Gemeinwohl treten. Die Orientierung an Werten des Gemeinwohls, wie Menschenwürde, Gerechtigkeit und Solidarität, Nachhaltigkeit, Transparenz und Partizipation muss für alle Anbieter am Pflegemarkt zum primären Maßstab des Handelns werden. Die konsequente Verfolgung dieser Werte gegenüber allen Berührungsgruppen der Einrichtung, wie Bewohnern, Patienten, Angehörigen, Mitarbeitenden, Zulieferern, Ehrenamtlichen und den Akteuren im Gemeinwesen muss transparent dargelegt und nach einem einheitlichen Maßstab gemessen werden. Nur so können sich Menschen, die ein Pflegeangebot suchen, für einen Anbieter entscheiden, der ihren Wertepreferenzen entspricht. Pflege ist und bleibt eine Dienstleistung, die nicht allein durch Marktnormen gesteuert werden kann, sondern vor allem durch die Anwendung sozialer Normen zu einer gelingenden Interaktion wird. Soziale Normen werden aber durch Werte und nicht durch Preise gesteuert. Deshalb braucht der Pflegemarkt eine starke und transparente Steuerung über Werte.

Die Erbringung von bedarfsgerechten Pflegeleistungen ist untrennbar mit der Vorhaltung geeigneter Pflegeimmobilien verbunden, z.B. durch die Schaffung von Raumkonzepten für Demenzerkrankte, rollstuhlgerechte Wohnsituationen, Pflegebäder, etc. Daher ist sicherzustellen, dass derartige Pflegeimmobilien möglichst einheitlich refinanzierbar sind (Berücksichtigung realistischer Abschreibungssätze sowie Bau-, Finanzierungs- und Instandhaltungskosten in Entgeltstrukturen). Das Investitionsrisiko wird weiterhin von den Pflegeunternehmen zu tragen sein. Dafür benötigen sie verlässliche Rahmenbedingungen. Bleibt dieser Schritt aus, geht ein Großteil der Reformansätze ins Leere, da die Orte zur Erbringung von Pflegeleistungen eingeschränkt werden oder fehlen. Die bestehenden und zum Teil erheblichen föderalen Unterschiede erscheinen in diesem Zusammenhang wenig sinnvoll.

## 6. Pflegeversicherung sozial gerecht gestalten

Derzeit wird in der gesetzlichen Kranken- bzw. sozialen Pflegeversicherung nur das Arbeitseinkommen zur Bemessung der Beiträge zugrunde gelegt. Weitere Einkommen wie Erträge aus Vermögen oder Vermietung und Verpachtung bleiben unberücksichtigt. Die Anknüpfung an das Erwerbseinkommen ist der historischen Entstehung der Sozialversicherungssysteme geschuldet. Die sich ausschließlich auf das Arbeitseinkommen beziehende Beitragsbemessung schwächt die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung in Anbetracht einer kontinuierlich sinkenden Lohnquote. Des Weiteren birgt die Bindung an das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung Gerechtigkeitsdefizite. So kann es vorkommen, dass Menschen mit gleichem Gesamteinkommen, aber unterschiedlichen Anteilen des Erwerbseinkommens am Gesamteinkommen, unterschiedlich hohe Beiträge zahlen müssen. Im Sinne der horizontalen Gerechtigkeit sollten Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit jedoch zu gleichen Beitragszahlungen herangezogen werden. Zudem sollte sich die Beitragszahlung im Sinne der Gerechtigkeit an der Leistungsfähigkeit orientieren und am Gesamteinkommen bemessen. VKAD und DEVAP setzen sich für eine Heranziehung sämtlicher Einkommensarten auf Basis des steuerlichen Einkommensbegriffs ein.

Darüber hinaus ist aus Sicht von DEVAP und VKAD die derzeitige Zerteilung des Versicherungssystems zu überwinden, um das Solidarprinzip und die Gerechtigkeit des sozialen Sicherungssystems zu stärken. Aber auch die Tragfähigkeit des Finanzierungssystems könnte verbessert werden, da die Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Kranken- bzw. sozialen Pflegeversicherung überwunden wird. Deshalb sollte eine

schrittweise Zusammenführung der beiden Versicherungssysteme im Bereich Gesundheit bzw. Pflege erfolgen. Mit einem Kontrahierungszwang in einem Versicherungssystem unter einheitlichen Rahmenbedingungen kann sichergestellt werden, dass alle Bürger einen Solidarbetrag zur Gesundheits- bzw. Pflegeversorgung leisten und umgekehrt Anspruch auf die Solidarität der Versichertengemeinschaft haben. Eine einheitliche Wettbewerbsordnung sollte Grundlage für einen fairen Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungsunternehmen sein. In neuen Pflichtversicherungen für die Bereiche Gesundheit bzw. Pflege sollten Versicherte sowohl in gesetzlichen Kassen als auch in privaten Versicherungsunternehmen zu einheitlichen Konditionen und bei einer risikounabhängigen Prämienbemessung Gesundheits- und Pflegeleistungen erhalten. Darüber hinaus können Wahlleistungsverträge bei privaten Versicherungen abgeschlossen werden. Anpassungen der Vergütungssysteme von Gesundheitsleistungen müssen bei einem Transfer in ein integriertes Versicherungssystem erfolgen. Dabei darf die Überführung in ein einheitliches Versicherungssystem nicht zu einem Entzug von Ressourcen in den Versorgungsbereichen führen. Der Übergang zu eingliedrigem Versicherungssystemen in den Bereichen Gesundheit bzw. Pflege wirft unterschiedliche verfassungsrechtliche Fragen auf. Dies betrifft neben dem im Artikel 12 des Grundgesetzes festgeschriebenen Recht auf den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb insbesondere die Portabilität von Altersrückstellungen. Damit frühere Privatversicherte auch in fortgeschrittenem Alter einen Anspruch auf die Altersrückstellungen der GKV erhalten, müssten diese ihre Altersrückstellungen in einem GKV-äquivalenten Leistungsumfang mitnehmen können. Zu diesen verschiedenen verfassungsrechtlichen Fragen sehen DEVAP und VKAD weiteren Klärungsbedarf. Die Umsetzbarkeit eines einheitlichen Versicherungssystems wurde jedoch in verschiedenen Gutachten bereits diskutiert und auch aus verfassungsrechtlicher Perspektive für rechtens empfunden. Bis zur Zusammenführung der Versicherungssysteme sollte es einen Risikostrukturausgleich geben. Dieser kann den negativen Verteilungseffekten der Risikoselektion bis zum Übergang in ein integriertes Versicherungssystem entgegenwirken. Unter diesen Vorzeichen sollte die immer noch hohe Anzahl von Pflege- und Krankenversicherungen mit dem daran gebundenen Ressourcen- und Bürokratieaufwand deutlich reduziert werden.

## Fazit

DEVAP und VKAD erkennen ausdrücklich die Erfolge und die Verbesserungen an, die die Bundesregierung erzielt hat, insbesondere durch die Pflegestärkungsgesetze. Der politische Wille ist erkennbar, ein höchst drängendes gesellschaftliches Handlungsfeld aktiv und lösungsorientiert anzugehen.

Um die enormen Herausforderungen zu bewältigen, die die alternde Gesellschaft mit sich bringt, braucht es jedoch eine langfristige Strategie und einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Pflegeversicherung. DEVAP und VKAD beschreiben dafür die wesentlichen Eckpunkte, die schrittweise umgesetzt, aber zielstrebig und mutig angegangen werden müssen:

1. Umsetzung des echten Teilkaskoprinzips in der Pflegeversicherung, damit Pflege für die Menschen bezahlbar wird und nicht in die Armut führt;
2. Überwindung der ambulanten und stationären Sektoren zur Stärkung wohnortunabhängiger Pflegearrangements und zur Klärung der Finanzierungszuständigkeiten;
3. Stärkung der Zivilgesellschaft mit Honorierung der Angehörigenpflege, mit der Verbesserung gesellschaftlicher Partizipation und einem finanzierten Quartiersmanagement;
4. Ausbau und finanzielle Förderung einer zukunftsfähigen, seniorenrechtlichen Infrastruktur als kommunale Pflichtaufgabe;

5. Orientierung des Pflegemarktes am Gemeinwohl, damit Pflegeeinrichtungen nicht zum Spekulationsobjekt werden und ihrem Auftrag wertorientiert nachkommen können;
6. Eine sozial gerechte Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die weitere Einkommensarten berücksichtigt und die private und gesetzliche Pflegeversicherung zusammenführt.

Dieser Paradigmenwechsel ist finanzierbar. Mit einem angemessenen gesetzlichen Eigenanteil, der einheitlichen Zuordnung der Behandlungspflege zur Krankenkasse, der Heranziehung aller Einkommensarten, Einsparungen im bisherigen Wildwuchs von Sach-, Geld- und Kombinationsleistungen und mit einem allenfalls moderaten Anstieg des Versicherungsbeitrags kann der finanzielle Spielraum geschaffen werden, den die Pflegeversicherung dringend für ihre "Kernleistung Pflege" und für die echte Pflegezeitkaskoversicherung benötigt.

Gemeinsam mit dem Netzwerk Initiative Pro-Pflegereform zeigen DEVAP und VKAD in diesem Diskussionsimpuls klare, realistische und gerechte Möglichkeiten zur Umsetzung einer echten Pflegereform auf. DEVAP und VKAD laden alle politisch Verantwortlichen im Bund, in den Ländern und den Kommunen sowie alle gesellschaftlichen Gruppen, die sich einer echten Stärkung einer wertorientierten, wohnortnahen und bezahlbaren Altenpflege in Deutschland verpflichtet fühlen ein, diese Reformvorschläge zu diskutieren und an der Umsetzung mitzuwirken!

Für den VKAD

gez. Dr. Hanno Heil, Vorsitzender des Vorstands, Freiburg / Br.

Für den DEVAP

gez. Dr. Bodo de Vries, Vorsitzender des Vorstands, Berlin

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP)

Invalidenstraße 29

10115 Berlin

[www.devap.info](http://www.devap.info)

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e. V. (VKAD)

Karlstraße 40

79104 Freiburg

[www.vkad.de](http://www.vkad.de)