

Postfach 4 20, 79004 Freiburg
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon-Zentrale 0761 200-0

Ihre Ansprechpartnerin
Eva M. Welskop-Deffaa
Telefon-Durchwahl 0761 200-216
Email Vorstand.Sozialpolitik@caritas.de
www.caritas.de

Datum 04.11.2019

Positionspapier des Deutschen Caritasverbandes zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

1. Caritas und Pflege

Der Deutsche Caritasverband ist seit über 100 Jahren in der Begleitung von pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen engagiert. Dabei ist es der Caritas ein besonderes Anliegen, dazu beizutragen, dass gute Pflege nicht nur denen zur Verfügung steht, die finanziell gut abgesichert sind: eine gute Pflegeinfrastruktur muss auch für sozial Benachteiligte, für Menschen in strukturschwachen Regionen und für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf (z.B. am Lebensende) ausgerichtet sein.

„Caritas“ steht für eine hohe Qualität in der Pflege, die für die Beschäftigten eine faire und sachgerechte Entlohnung mit tariflichen Vergütungen gewährleistet. Hochwertige berufliche Qualifizierung der in der Pflege Tätigen, etwa in der generalistischen Pflegeausbildung, und freiwilliges Engagement in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe dienen dem Wohl der zu Pflegenden.

An unseren Fachschulen und Hochschulen wird durch Lehre und Forschung an der Qualifizierung und Weiterentwicklung der Pflege gearbeitet.

Wir wollen auch zukünftig mit unserem am Gemeinwohl orientierten Profil erkennbar die Situation in der Pflege in Deutschland mitgestalten - als sozialer Dienstleister, als Anwalt der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, als fairer und innovativer Partner unserer Mitarbeitenden und als Möglichkeitsraum für freiwilliges soziales Engagement – als Zeugnis gelebten Glaubens.

2. Aktuelle Herausforderungen in der Pflege

Der demographische Wandel, die steigende Zahl pflegebedürftiger Menschen und der gravierende Fachkräftemangel in der Pflege stellen besondere Herausforderungen dar. Die pflegebedürftigen Menschen sind durch eine sehr große Heterogenität der Lebensvorstellungen und der Unterstützungsbedarfe gekennzeichnet. Hinzu kommen erhebliche regionale Unterschiede. Der Pflegeversicherung kommt vor dem Hintergrund dieses Wandels eine herausragende Rolle zu: sie gestaltet Eigenvorsorge für Pflegebedürftigkeit verpflichtend und schafft – im Zusammenspiel mit den öffentlichen Gebietskörperschaften – eine Finanzierungsgrundlage für Pflege als gesamtgesellschaftliche Aufgabe (§ 8 SGB XI). Sie ist Teil eines sozialen Netzes, das auf eine „neue Kultur des Helfens“ ausgerichtet ist. Um auch zukünftig eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen und das Risiko der Pflegebedürftigkeit auf ein kalkulierbares Maß reduzieren zu können, setzt sich der Deutsche Caritasverband für eine Weiterentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung ein.

Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung wurden 20 Jahre nach ihrer Einführung erstmals im Jahr 2015 mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz angehoben. Eine regelhafte Dynamisierung fehlt. Dadurch ist ein schleichender Wertverlust der Leistungen zu beobachten. Dieser führt insbesondere im stationären Bereich zu einer wachsenden Anzahl von Menschen, die durch ihre Pflegebedürftigkeit Sozialhilfeempfänger_innen werden.

Des Weiteren haben sich die Bundesländer sukzessive aus der Finanzierung der Investitionskosten zurückgezogen bzw. die gestiegenen Baukosten zum Teil nicht adäquat berücksichtigt. Der Anteil der Investitionskosten an der Gesamtbelastung der Heimbewohner_innen beträgt im Bundesdurchschnitt 451 Euro pro Monat, das sind ca. 24 Prozent der Gesamtbelastung der Heimbewohner_innen. Dabei gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern.

Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen werden zudem dadurch belastet, dass die Kosten für die medizinische Behandlungspflege über den Pflegesatz und somit durch den Eigenanteil von den Pflegebedürftigen letztlich selbst getragen werden müssen; für häuslich versorgte Pflegebedürftige hingegen werden diese Leistungen aus der Krankenversicherung übernommen.

Die mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundene Ausweitung des Kreises der Leistungsberechtigten stellt eine sehr positive und wichtige Zäsur dar, die jedoch ihrerseits zu weiter steigenden finanziellen Belastungen geführt hat: Durch den teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff werden jetzt auch demenziell erkrankte Menschen besser erfasst. Der für ihre Pflege erforderliche Personalaufwand führt zu höheren Kosten, die durch den fixen Betrag der Pflegeversicherung nicht gedeckt sind und daher von den Pflegebedürftigen zu tragen sind. Daran änderte auch die Einführung eines vom Pflegegrad unabhängigen Eigenanteils nichts.

Ursache der steigenden Belastungen ist die grundsätzliche Systematik, dass die Pflegeversicherung für Pflegebedürftige pro Monat einen festen Betrag abhängig vom Pflegegrad und der Form der Inanspruchnahme (Pflegegeld, ambulante oder stationäre Pflege) und unabhängig von den tatsächlichen Kosten leistet. Dies führt dazu, dass das tatsächliche finanzielle Risiko im Falle einer Pflegebedürftigkeit für den Pflegebedürftigen nicht kalkulierbar ist. Ziel des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs eines Angehörigenentlastungsgesetzes ist es, dieses Risiko für Kinder pflegebedürftiger Angehöriger und Eltern pflegebedürftiger volljähriger Kinder mit Einkommen bis zu 100.000 Euro erheblich zu reduzieren. Für sie wird damit die Nicht-Kalkulierbarkeit der finanziellen Belastung deutlich geringer. Der Deutsche Caritasverband unterstützt dieses Vorhaben der Bundesregierung. Gleichwohl führt auch mit dem neuen Gesetz langanhaltende Pflegebedürftigkeit weiter zu einer erheblichen und unkalkulierbaren finanziellen Belastung für Pflegebedürftige und ihre Partner_innen, darüber hinaus zu systematisch schwer vertretbaren Belastungen für die Kommunen, die aus Sicht der Caritas nicht einseitig belastet werden dürfen

3. Handlungsbedarf

Daher fordert die Caritas, die Pflegeversicherung grundsätzlich zu reformieren und weiterzuentwickeln. Aufgabe der Sozialversicherung ist es, das jeweilige Lebensrisiko, in diesem Fall das finanzielle Risiko der Pflegebedürftigkeit auf ein kalkulierbares Maß zu reduzieren. Das gelingt im gegenwärtigen System der Pflegeversicherung nicht ausreichend. Die tatsächlichen durchschnittlichen pflegebedingten Kosten liegen in allen Pflegegraden in der vollstationären Pflege deutlich über den Leistungssätzen der Pflegeversicherung. Jede kostensteigernde Qualitätsentwicklung muss in dieser Logik von den pflegebedürftigen Menschen selbst finanziert bzw. subsidiär vom Sozialhilfeträger finanziert werden.

Verbesserungen der Bezahlung der Pflegekräfte wirken sich finanziell unmittelbar auf die pflegebedürftigen Selbstzahler_innen aus. Die Anerkennung der Tarife und Tarifsteigerungen im SGB XI, welche die Caritas nachdrücklich als positive Entwicklung bewertet, hat in den letzten Jahren zu einem Anstieg der Eigenbelastung geführt. Die begrüßenswerten Bestrebungen des Gesetzgebers, mit dem Pflegegelohnverbesserungsgesetz zu allgemeinverbindlichen Tarifen zu kommen, wird diese Entwicklung noch verschärfen. In der stationären Pflege schlägt sich dies in den steigenden Eigenanteilen nieder, in der ambulanten Pflege bedeutet es höhere Zuzahlungen oder eine Reduktion des Leistungsumfangs für die Versicherten.

Die fehlende Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung führte über viele Jahre dazu, dass in der ambulanten und stationären Pflege die Personaldecke als kostenintensivster Faktor so knapp wie möglich bemessen wurde, um im Preiswettbewerb bestehen zu können. Eine gute Pflege sollte jedoch am Kriterium der Qualität und nicht des günstigen Preises gemessen werden. Mitarbeiter_innen in der Pflege müssen entsprechend ihrer Qualifikation und Leistung vergütet werden.

Gute Pflege braucht ausreichend Personal. Gute Arbeitsbedingungen führen dazu, dass Pflegekräfte länger im Beruf bleiben und ausgeschiedene Mitarbeiter_innen wieder in den Beruf zurückkehren.

Personal wird künftig ausreichend nur zur Verfügung stehen, wenn auch die Ausbildungsbedingungen stimmen. Die generalistische Pflegeausbildung ist hierfür geeignet. Durch die Umlagefinanzierung in der stationären und ambulanten Langzeitpflege tragen aktuell die Pflegebedürftigen die Kosten der Ausbildung. Die Anerkennung von im Ausland erworbenen Abschlüssen erfolgt von den zuständigen Stellen unterschiedlich und ist zum Teil sehr aufwändig; sie sollte vereinfacht und vereinheitlicht werden. Zielführender, als Pflegekräfte im Ausland zu werben, ist es aus Sicht der Caritas, interessierte und geeignete Geflüchtete bei der Ausbildung zur Pflege(fach)kraft zu unterstützen. Im Rahmen der Ausbildungsduldung erhalten Auszubildende in einer schulisch oder beruflich qualifizierten, mindestens zweijährigen Ausbildung einen sicheren Aufenthaltsstatus für die Gesamtdauer der Ausbildung. Bei anschließender ausbildungsadäquater Beschäftigung wird ein Aufenthaltsrecht für zwei weitere Jahre erteilt (sog. „3+2-Regel“). Damit wird die Ausbildungsduldung auf die dreijährige qualifizierte Pflegefachkraft-Ausbildung angewendet, nicht aber für die (meist) einjährige staatlich geregelte Pflegehilfe-Ausbildung. Diese ist für viele Geflüchtete und Migrant_innen der niedrighschwellige Einstieg in die anschlussfähige dreijährige Fachkraft-Ausbildung. Diese kann nach erfolgreichem Abschluss der Helferausbildung unter bestimmten Umständen um ein Jahr verkürzt werden. Aufgrund nicht ausreichender Sprachkenntnisse oder Bildungsvoraussetzungen schaffen diese Menschen meist den direkten Einstieg in die dreijährige Ausbildung nicht.

Die Tatsache, dass der Unterstützungs- und Pflegebedarf im häuslichen Bereich weiter in hohem Umfang nur abgedeckt werden kann, indem Live-in-Pflegekräfte aus den osteuropäischen Nachbarländern an- und abgeworben werden, unterstreicht den dringenden Handlungsbedarf.

Die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit sind so abzusichern, dass sich nicht nur die gehobene Mittel- und Oberschicht gute Pflege leisten kann, sondern gute Pflege für alle Menschen gleichermaßen zur Verfügung steht. Pflege ist von den zu Pflegenden her zu denken, zukunftsweisende Pflegekonzepte sind partizipativ mit ihnen weiter zu entwickeln. Innovative Wohnkonzepte für ältere Menschen werden nur gelingen, wenn die zugehörigen Pflegekonzepte mit entwickelt werden. Die Einbeziehung der Zivilgesellschaft in eine gesellschaftliche Kultur des Helfens ist strukturell abzusichern.

Gemeinsam mit seinem Fachverband VKAD, anderen Wohlfahrtsverbänden, verschiedenen Bündnissen wie Bündnis für Gute Pflege und der Initiative Pro Pflegerreform sieht der Deutsche Caritasverband für die Pflegeversicherung drängenden Handlungsbedarf.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Herausforderungen fordert der Deutsche Caritasverband:

4. Forderungen

1. Die Pflegeversicherung muss zu einer echten Teilkaskoversicherung weiterentwickelt werden, die die Finanzierung der pflegerischen Leistungen mit einem begrenzten Eigenanteil in der stationären und ambulanten Pflege sicherstellt. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sind weiter von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen.
2. Die Länder sind gefordert, die strukturellen Voraussetzungen für eine gute Pflegeinfrastruktur durch Förderung der Investitionskosten zu schaffen. Die Förderung der Investitionskosten

ten muss dabei vorrangig auch dem Aufbau von Kurzzeit- und Tages-Pflegeplätzen dienen, da alle Länder hier einen erheblichen Mangel zu verzeichnen haben. Diese werden jedoch dringend benötigt, um pflegende Angehörige zu entlasten und eine adäquate Krankenhausnachsorge gewährleisten zu können. Nach § 9 SGB XI sind sie gesetzlich dazu verpflichtet, ausreichend und wirtschaftlich tragfähige pflegerische Versorgungsstrukturen zu schaffen. Diesem Auftrag müssen die Länder (wieder) nachkommen.

3. Da die Personalschlüssel den Leistungsumfang einer 24-Stunden Pflege an 7 Tagen in der Woche bestimmen und der Leistungsumfang nach Pflegegrad variiert, müssen die Personalschlüssel auskömmlich bemessen sein. Die Ergebnisse des Personalbemessungssystems, das auf der Grundlage des § 113c SGB XI erprobt wird, sind zu prüfen.
4. Der Eigenanteil in der stationären Pflege ist auf einen festen Betrag für die pflegebedingten Kosten zu begrenzen, der die Belastung für die pflegebedürftigen Menschen kalkulierbar macht. Die vorgeschlagene Begrenzung des Eigenanteils auf einen festen Betrag pro Monat anstelle der Festschreibung des Leistungsbetrags sollte nach einem definierten Zeitraum der Inanspruchnahme, beispielsweise nach dem ersten halben Jahr der stationären Pflege, wirksam werden. Die Gefahr, dass die Pflege als unkalkulierbares Risiko die Pflegebedürftigen und ihre Familien belastet, greift vor allem dann, wenn Pflegebedürftigkeit zum lang anhaltenden Zustand wird. Der DCV will diese – durch langandauernde Pflegebedürftigkeit – betroffenen Familien besonders entlasten und für sie die Risiken und Belastungen senken. Die Refinanzierung von Kosten ist zwischen Pflegeversicherung und Leistungserbringern zu verhandeln. Dabei sind Refinanzierungslücken bei den Pflegeeinrichtungen zu vermeiden, um sicherzustellen, dass Leistungen für Pflegebedürftige in angemessenem Umfang und Qualität erbracht werden können.

In der ambulanten Pflege soll der Pflegebedürftige zur Begrenzung seines Eigenanteils Anspruch auf ein festes Zeitkontingent bzw. den Anspruch auf eine entsprechende Anzahl von Leistungskomplexen erhalten.

5. Die Behandlungspflege in der stationären Pflege muss – wie bei ambulant betreuten Pflegebedürftigen – in voller Höhe aus Mitteln der Krankenkassen abgegolten werden. Ambulante und stationäre Pflege sind tatsächlich gleichrangig zu finanzieren.
6. Die Sektorengrenzen in der Pflege sind abzubauen, Schnittstellen zu anderen Leistungssystemen sind zu bereinigen. Beispielsweise muss Menschen mit Behinderung, die in den heute als stationäre Wohnformen bezeichneten Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, der volle Leistungsanspruch auf Pflegesachleistungen bzw. Pflegegeld aus dem SGB XI zur Verfügung stehen. Daher wird gefordert, § 43a SGB XI ersatzlos zu streichen.
7. Die Leistungen der Pflegeversicherung müssen geeignet sein, die Hauptpflegeperson effektiv zu unterstützen, zu entlasten und ökonomisch abzusichern, wenn diese die wesentliche Verantwortung für die Pflege übernimmt. Die gesamtgesellschaftliche Leistung pflegender An- und Zugehöriger muss in der Rentenversicherung besser honoriert werden. Eine punktuelle Entlastung pflegender Angehöriger durch den Pflegedienst darf nicht zu Abschlägen

in ihrer rentenrechtlichen Sicherung führen. Daher sind die Abschläge bei der Beitragsbemessung für die jeweilige Bezugsgröße für Rentenversicherungsbeiträge in Höhe von 15 Prozent bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Pflegegeld und Pflegesachleistung und in Höhe von 30 Prozent bei der Inanspruchnahme der reinen Pflegesachleistung zu streichen. Auch Pflegepersonen von Leistungsempfängern im Pflegegrad 1 sollen regelhaft in die soziale Sicherung von Pflegepersonen einbezogen werden.

8. Das Solidarprinzip sollte mit einer einheitlichen Versicherungspflicht bei risikounabhängiger Prämienbemessung für die gesamte Bevölkerung gestärkt werden. Eine Einbeziehung weiterer Einkommensarten zur Beitragsbemessung auf Basis des steuerlichen Einkommensbegriffs sowie eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze könnte dazu beitragen, die Tragfähigkeit der Pflegeversicherung auf der Einnahmeseite zu verbessern. Für gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder die Ausbildung der Pflegekräfte ist eine Steuerfinanzierung zu überlegen.
9. Anschaffung, Unterhalt und Weiterentwicklung digitaler Unterstützungssysteme in der Pflege sind über die Pflegeversicherung regelhaft mit zu finanzieren. Dies muss auch die Kosten der Beratung, der Anwendung sowie der kontinuierlichen Begleitung der Technik, der Pflegebedürftigen und der Pflegekräfte beinhalten.

Freiburg, 04.11.2019

Deutscher Caritasverband
Vorstand
Prälat Dr. Peter Neher
Präsident