

Positionen der Deutschen Rheuma-Liga zu einer Reform der Pflegeversicherung

In Deutschland sind 4,1 Millionen Menschen pflegebedürftig (2019). 3,3 Millionen Betroffene werden zuhause betreut. 2019 lebte nur jede/r fünfte Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung.

Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes steigt die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 auf 4,6 Millionen Menschen und bis 2050 auf 5,9 Millionen Menschen an.

2019 wurden im Rahmen der **sozialen Pflegeversicherung** 43,9 Milliarden Euro ausgegeben. Die Einnahmen lagen bei 47,2 Milliarden Euro.

Die Bertelsmann-Stiftung geht davon aus, dass der **aktuelle Beitragssatz** in der sozialen Pflegeversicherung von 3,05 Prozent **bis 2024 kostendeckend** sein wird. Der GKV-Spitzenverband sieht eine Kostendeckung lediglich bis 2022 gewährleistet.

In den **Beschlüssen der Konzentrierten Aktion Pflege (KAP)** wird neben der besseren Bezahlung von Pflegekräften auch eine verbesserte Personalausstattung gefordert – dies über die separat finanzierten Stellen des Sofortprogramms hinaus. Experten schätzen, dass nur für die Mehrausgaben aufgrund flächendeckender Tarifverträge in der Altenpflege Kosten von mindestens 1,4 Milliarden Euro/Jahr entstehen.

Die soziale Pflegeversicherung zahlt - in Abhängigkeit vom Pflegegrad - lediglich einen **Festbetrag** für **pflegebedingte Aufwendungen** bei Unterbringung in einem Pflegeheim. Diese betragen beispielsweise für Pflegegrad drei 1.263 Euro und für den Pflegegrad zwei 770 Euro.

Steigenden Kosten, die mit künftigen Verbesserungen in der Personal- und Lohnsituation einhergehen, steht nicht automatisch eine Leistungserhöhung im SGB XI gegenüber. Die Bundesregierung prüft **alle drei Jahre** eine **Dynamisierung** der **Leistungen**. Die letzte Überprüfung erfolgte 2020.

Nach der bisherigen **Finanzierungssystematik der sozialen Pflegeversicherung** wird jede **Kostensteigerung** ausschließlich von den Pflegebedürftigen selbst getragen. Dies bedeutet, dass in den nächsten Jahren mit einem erheblichen Anstieg der Eigenanteile zu rechnen wäre. Dies wiederum würde dazu führen, dass immer mehr Heimbewohner Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII beantragen müssten.

Darüber hinaus stellen sich weitere Fragen, wie die Weiterentwicklung **des Leistungsumfangs**, die **Überwindung von Sektorengrenzen** in der ambulanten und stationären Pflege oder weitere Maßnahmen zur **Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger** und die **Digitalisierung** in der Pflege.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat ein **Eckpunktepapier zur Reform der Pflegeversicherung** (Stand: 04.11.2020) vorgelegt, in dem einige der oben skizzierten Punkte aufgegriffen werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga positioniert sich wie folgt:

1. Das **Selbstbestimmungsrecht** Pflegebedürftiger achten und ihre **Teilhabe fördern!**

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit dürfen sich nicht ausschließlich auf die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI beschränken. Vielmehr ist dem Aspekt der **selbstbestimmten Teilhabe im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention und des SGB IX** mehr Beachtung als bisher zu schenken. Dazu gehört die **Selbstbestimmung innerhalb der Pflege**, genauso wie die Selbstbestimmung bezogen auf den Ort der Pflege und bezogen auf die Möglichkeiten der Lebensführung bei Pflegebedürftigkeit.

Unterstützende Maßnahmen sind hier u.a. eine verbesserte Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die Teilhabe ermöglichen, sowie eine angemessene Gestaltung des Wohnumfeldes. Die Hilfsmittelversorgung und die Wohnumfeldgestaltung sollten verstärkt zur Minderung des Pflegebedarfes und zur Erleichterung des Alltagslebens nicht nur für die Betroffenen, sondern auch die Pflegenden genutzt werden.

Für Menschen in Pflegeeinrichtungen sollte zudem ein **barrierefreier Zugang** zum **Internet** und zu den **sozialen Kommunikationsmedien** regelhaft vorgesehen werden.

2. Die soziale Pflegeversicherung in eine **Pflege-Bürgerversicherung** umwandeln!

Basis der Pflege-Bürgerversicherung ist die soziale Pflegeversicherung. Grundlegendes Merkmal einer solidarischen Pflegebürgerversicherung ist die Einbeziehung aller Wohnbürger*innen in das System. Durch die Zusammenlegung der privaten Pflegeversicherung mit der sozialen Pflegeversicherung würde sich die Einnahmehasis entscheidend verbreitern.

Die private Pflegeversicherung zählte 2019 ca. 9,2 Millionen Versicherte (SPV: 73 Millionen Versicherte). 2019 rund bezogen rund 251.000 Menschen Leistungen der privaten Pflegeversicherung (SPV: 4 Millionen Versicherte, 2019).

Die Umstellung von den bisherigen Versicherungssystemen auf eine Pflege-Bürgerversicherung ließe sich gut bewerkstelligen, da sowohl der Zugang zur und der

Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung in beiden Versicherungssystemen identisch ist.

Die **Umwandlung** der sozialen Pflegeversicherung in eine **Vollkasko-Versicherung lehnt** die Deutsche Rheuma-Liga **ab**.

3. Die **einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteile (EEG)** begrenzen!

Die Kosten für einen vollstationären Pflegeplatz übersteigen in vielen Fällen die durchschnittlichen Alterseinkommen.

Im Bundesdurchschnitt kostet ein Platz im Pflegeheim rund 2.000 Euro/Monat. Je nach Bundesland variieren diese Kosten erheblich. Mit rund 2.400 Euro ist der Heimplatz in NRW am teuersten, in Sachsen-Anhalt am günstigsten (rund 1.400 Euro).

Seit Januar 2017 zahlen Pflegebedürftige einen vom Pflegegrad unabhängigen **einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteil (EEE)**. Dieser ist für alle Bewohner*innen (mit Pflegegrad zwei bis fünf) einer vollstationären Pflegeeinrichtung gleich hoch. Er betrug 2020 im Durchschnitt 786 Euro.

In der politischen Diskussion ist eine Begrenzung **der einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteile** auf 700 Euro/Monat für 36 Monate.

Für Bezieher*innen kleiner Renten/Einkommen bleibt die finanzielle Belastung auch dann hoch. Die Kosten für einen Heimplatz führen viele Pflegebedürftige an die persönliche finanzielle Belastungsgrenze. 2019 waren rund 31 Prozent der Menschen, die in Pflegeheimen leben, auf „Hilfen zur Pflege“ nach dem SGB XII angewiesen. Die notwendigen Ausgaben für die Versorgung im Pflegeheim werden damit durch das Sozialamt gedeckt. Die engen Einkommens- und Vermögensgrenzen im SGB XII führen jedoch dazu, dass Pflegebedürftigen oft keine finanziellen Mittel mehr zur Verfügung stehen, um Zusatzleistungen in Anspruch nehmen zu können.

Die Deutsche Rheuma-Liga bewertet daher den Sockel-Spitze-Tausch als einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Wünschenswert wäre allerdings eine dauerhafte finanzielle Begrenzung der einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteile.

Zusätzlich zum einrichtungseinheitlichen pflegebedingten Eigenanteil fallen bei vollstationärer Pflege weitere **Kosten für Unterbringung und Verpflegung** an. Diese betragen im Bundesdurchschnitt 774 Euro (2020). Die Bewohner*innen müssen zudem gegebenenfalls gesondert berechenbare **Investitionskosten** von derzeit 455 Euro (Bundesdurchschnitt) übernehmen.

Für die Planung und finanzielle Förderung der Investitionskosten der Pflegeheime sind die Bundesländer zuständig.

Die Deutsche Rheuma-Liga setzt sich daher dafür ein, dass eine Beteiligung Pflegebedürftiger an den Investitionskosten von Pflegeheimen (§ 9 SGB XI) entfällt. Diese Kosten sollten vielmehr vollständig von den Bundesländern - ggf. mit Unterstützung durch den Bund - getragen werden.

4. Leistungen der ambulanten Pflege verbessern!

Ebenfalls in der politischen Diskussion ist eine **Anhebung der Leistungsbeträge** um 5 Prozent zum 01. Juli 2021. Ab 2023 sollen diese regelhaft jährlich in Höhe der Inflationsrate angehoben werden. Die Pauschale für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wird von derzeit 40 Euro auf 60 Euro erhöht.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt eine Anhebung der Leistungsbeträge. Eine Orientierung lediglich an der Inflationsrate hält sie jedoch für ungeeignet, da die Kostenentwicklung in der Pflege wesentlich dynamischer ist.

Die Leistungen der **Kurzzeit- und Verhinderungspflege** werden - so das Eckpunktepapier - zu einem so genannten **Entlastungsbudget** in Höhe von 3.300 Euro/Jahr zusammengefasst. Die Vorpflegezeit von 6 Monaten - als Anspruchsvoraussetzung - entfällt.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Änderung.

Um die Versorgung Pflegebedürftiger bedarfsgerechter zu gestalten, sollen **Leistungen flexibler** nutzbar sein können. Neben den reinen **Leistungskomplexen** können künftig auch **Zeitkontingente** für die Pflege mit den Pflegediensten vereinbart werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Änderung. Die meisten rheumatischen Erkrankungen verlaufen progredient.

Die Deutsche Rheuma-Liga setzt sich hier dafür ein, dass für einfache Tätigkeiten der **Fachkräftevorbelt** überprüft und gelockert wird.

Für die Entlohnung von (ausländischen) **Pflegekräften**, die im Haushalt des Pflegebedürftigen leben und **24 Stunden** zur Verfügung stehen, können künftig bis zu 40 Prozent der Pflegesachleistung eingesetzt werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Regelung. Immer mehr Menschen sind - nicht zuletzt aufgrund des Fachkräftemangels - auf die Unterstützung ausländischer Pflegekräfte angewiesen. Die Kosten dafür wurden bisher von den Angehörigen selbst getragen und stellen in vielen Fällen eine extreme finanzielle Belastung der Familien dar.

5. Rehabilitation und Prävention vor und in der Pflege stärken!

Die soziale Pflegeversicherung soll die Kosten für die **geriatrische Rehabilitation** künftig zur Hälfte übernehmen. Die **Kurzzeitpflege** soll gestärkt werden. Zudem soll eine neue Leistung „Übergangspflege nach Krankenhausbehandlung“ in der GKV eingeführt werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga bezweifelt, dass die Aufteilung der Kosten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung eine die Rehabilitation fördernde Wirkung entfalten wird.

Nach wie vor gibt es zu wenig Anträge auf Rehabilitation. Dies liegt zum einen daran, dass die Möglichkeit und der Nutzen der (geriatrischen) Rehabilitation von vielen Ärzten zu wenig beachtet wird, und zwar sowohl im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft als auch im Rahmen des Entlassmanagements.

Zum anderen ist es für pflegebedürftige Menschen, die sich in vollstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege befinden, eine zusätzliche, oft angstbesetzte Hürde, in eine stationäre Reha-Einrichtung wechseln zu müssen. Nicht zuletzt sind zahlreiche Angebote der medizinischen Rehabilitation für schwerer pflegebedürftige Menschen nicht hinreichend ausgestattet.

Für ältere Menschen, Pflegebedürftige und (schwer-)behinderte Menschen müssen daher **passgenaue Angebote** entwickelt und bereitgestellt werden - insbesondere durch ein flächendeckendes Angebot an **aufsuchender (mobiler) Rehabilitation** und durch ein ausreichendes Angebot an **stationären** und **ambulanten** Rehabilitationsplätzen, die auch von pflegebedürftigen oder (schwer-)behinderten Menschen genutzt werden können.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt, dass die **Kurzzeitpflege** stärker gefördert werden soll.

Kurzzeitpflege kann zum einen nach einem Krankenhausaufenthalt, bei Krankheit selbst oder zur Entlastung von Angehörigen (Verhinderungspflege) nötig sein. Erfolgt die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt, ist der Arbeitsaufwand für das Pflegepersonal oftmals höher als in der Langzeitpflege. Erfolgt der Aufenthalt aufgrund von Krankheit, wäre in vielen Fällen eine Rehabilitationsmaßnahme angezeigt. Kurzzeitpflege im Sinne des § 4 SGB XI hat zudem die Aufgabe einer Weichenstellung für die weitere Versorgung und sollte die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit fördern.

Diese unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen und Ziele erfordern unterschiedliche Konzepte in der Kurzzeitpflege. Die Deutsche Rheuma-Liga hält es daher für notwendig, dass Kurzzeitpflege entsprechend der **Bedarfe** neu **konzipiert** und auch **finanziell bedarfsgerecht ausgestattet** wird.

Die Deutsche Rheuma-Liga misst der **interprofessionellen Zusammenarbeit** von **Pflegefachkräften** vor allem in der stationären Pflege und auch mit anderen Gesundheitsberufen eine große Bedeutung zu. Dies betrifft vor allem den Austausch mit **Physiotherapeuten, Ergotherapeuten** und **Logopäden**.

Dabei müssen alle Pflege- und Fachkräfte auf dem Gebiet der rheumatischen Erkrankungen und ihre speziellen Verläufe geschult sein.

Maßnahmen der **Prävention** können dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu vermindern. Auch die Deutsche Rheuma-Liga hält entsprechende Angebote bereit. Hierzu zählen beispielsweise das Funktionstraining oder Bewegungsprogramme wie aktiv-hoch-r.

Darüber hinaus adressiert das Eckpunktepapier des Bundesministeriums für Gesundheit die folgenden Punkte:

Bundeszuschuss

Die soziale Pflegeversicherung soll künftig einen pauschalen Bundeszuschuss erhalten.

Die Deutsche Rheuma-Liga bewertet die Einführung eines Bundeszuschusses positiv. Eine Umstellung der Pflegeversicherung auf eine Steuerfinanzierung lehnt sie ab, da dies einen Systemwechsel darstellen würde.

Stärkung der privaten Vorsorge

Die staatliche Zulagenförderung der privaten Pflegevorsorge („Pflege-Bahr“) soll von heute 5 Euro auf bis zu 15 Euro erhöht werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga sieht das Thema der privaten Pflegevorsorge insgesamt als problematisch an, da diese immer auch an der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen gebunden ist.

Bonn, den 10.02.2021