

# Neue Pflegereform

Autor: Gudrun Neufeld <gjneufeld@versanet.de>

Der Nachrichten- und Informationsdienst für Pflegeexperten <http://www.fokus-pflege.de/>  
freundlicher Genehmigung des FokusPflege zur Veröffentlichung im Newsletter des Bvpp e.V.  
freigegeben

## Neue Pflegereform frühestens 2011 – vielleicht aber auch gar nicht

300 Mio. Euro Mehrkosten – oder bis zu 4 Mrd. Euro jährlich Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Teil 2

Berlin (FokusPflege) – Der am 29. Januar 2009 vorgelegte „Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (im Folgenden: Abschlussbericht) soll nach dem erklärten Willen jedenfalls der SPD zu einer grundlegenden Reform der sozialen und der privaten Pflegeversicherung und damit zu einer weiter gefassten und gerechteren Neuordnung der Versorgung von Pflegebedürftigen führen. Ob es dazu überhaupt kommt, ist jedoch keineswegs sicher. Denn zunächst stehen bekanntlich Ende September des Jahres Bundestagswahlen an, die zu einer neuen politischen Konstellation führen können. Dass die FDP bei einer Regierungsbeteiligung eine Ausweitung der Pflegeversicherungsleistungen eher skeptisch beurteilen und bremsen würde, liegt auf der Hand. Hinzu kommt, dass die Auswirkungen der Weltfinanz- und Wirtschaftskrise auch auf die Sozialsysteme noch nicht kalkulierbar sind und Blühträume über ein schöneres, innovatives Versorgungssystem in der Pflege zerstören könnte. Möglicherweise fällt deshalb die nächste Pflegereform ganz aus. Zumindest ist noch nicht absehbar, wann es zu entsprechenden Reformen kommen wird; vor 2011 kann dies sicher nicht der Fall sein, 2012 ist wahrscheinlicher. „Es ist eine Systemumstellung, die gut vorbereitet werden muss und Zeit braucht“, schraubt auch das (noch) von Ressortchefin Ulla Schmidt SPD-geführte Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Erwartungen herunter. Zudem steht eine Umzustudie aus, die das BMG im Oktober 2008 kurzfristig vom Beirat bis Ostern des laufenden Jahres erbeten hat.

## Höhere Leistungsausgaben in der Pflege programmiert

Natürlich und nicht zuletzt ging und geht es in den Reports, Arbeitsgruppenaufträgen, Kongressen und Workshops zum Thema auch ums Geld von der ersten Recherche-Studie zu ausländischen Erfahrungen (im Februar 2007) über den Abschlussbericht des Beirats (im Januar 2009) bis hin zur noch ausstehenden Umzustudie (zirka Mai 2009). Offensichtlich wird ein für die Betroffenen besseres und weiter entwickeltes Versorgungssystem auf mehr oder weniger höhere Leistungsausgaben hinauslaufen. „Das wird wesentlich mehr kosten. Ich denke, das ist auch kein Geheimnis, auch das wissen unsere Politiker“, sagte Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Chefärztin für Geriatrie an der Berliner Charité, am 24. Februar im ZDF. Prof. Dr.

Stefan Görres, Pflegewissenschaftler an der Universität Bremen und in die Beirats-Arbeit involviert, weist darauf hin, dass es sehr unterschiedliche Ausgaben-Szenarien für eine Reform gibt.

Sie reichten demnach von nahezu Kostenneutralität – knapp 300 Mio. Euro Mehrkosten jährlich – bis hin zu in „Richtung 4 Mrd. Euro“ p.a. zusätzlich. Zum Vergleich: Die Leistungsausgaben 2008 beliefen sich in der sozialen Pflegeversicherung auf rund 18 Mrd. Euro. Höhere Beiträge um reichlich ein Fünftel – Beitragssatz bis zu 2,4 Prozent -wären beim zuletzt genannten Szenario wohl unvermeidlich. Leistungskürzungen zumindest in Teilbereichen der Pflegeversorgung stünden dann aber wahrscheinlich ebenfalls auf der Tagesordnung. Eine mögliche Kostendämpfungsvariante befürchtet und skizziert die Präsidentin des Sozialverbandes VdK, Ulrike Mascher: Herausnahme zumindest der heutigen Pflegestufe 1 aus dem stationären Bereich.

### **„Finanzielle Auswirkungen“ auf die Pflegeversicherung „klären“**

Das BMG hat dem Beirat den Auftrag erteilt, als Grundlage einer zukünftigen Entscheidung über eine Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge und Handlungsoptionen zu erarbeiten, „wobei insbesondere die Frage der finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und/oder anderer Sozialleistungsbereiche zu klären war“ (Abschlussbericht, S. 13). Nach Vorgabe des BMG geht es demnach explizit darum, als „Ausgangspunkt“ einen im Vergleich zum aktuellen Sozialgesetzbuch (SGB) XI (soziale Pflegeversicherung) „erweiterten Pflegebegriff“ zu entwickeln. Andererseits war es ausdrücklich nicht Aufgabe des Beirats, Vorschläge oder Konzepte für eine Finanzierungsreform der künftig neu gefassten Pflegeversicherung zu erarbeiten. Die politische Logik dieser Aufgabendiskrepanz – Reformkonzepte für die Leistungsseite, aber keine Reformvorschläge zur Finanzierung – erschließt sich nicht unmittelbar. Das kritisiert auch die private Krankenversicherung (PKV). Offensichtlich aber will es sich die Politik selber vorbehalten, die sich daraus ergebene Finanzierungslücke gegebenenfalls zu schließen; entweder durch Leistungskürzungen an anderer Stelle oder/und durch Erhöhung des Beitragssatzes.

Prof. Dr. Stefan Görres, Pflegewissenschaftler an der Universität Bremen: Ausgaben-Szenarien für eine Reform reichen von nahezu Kostenneutralität bis hin zu in „Richtung 4 Mrd. Euro“ p.a. zusätzlich.

### **Nicht zu teuer, nicht zu viel – aber wie wenig soll es denn sein?**

In fast allen Arbeitsaufträgen, Berichten, Gutachten, Veranstaltungen etc. rund um die

Einberufung des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (die durch das BMG am 10. Oktober 2006 erfolgte), spielt die unklare Finanzierungsfrage eine – unbestimmte – Rolle und wird im Abschlussbericht des Beirats immer wieder erwähnt. Auch der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die Bundesländer drängen darauf, Kosten und/oder Zahl der Leistungsempfänger im Zuge einer Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu begrenzen. Aber diese Hinweise und Mahnungen bleiben unspezifisch, ja nebulös. Es gibt keine Quantifizierung. „So billig wie möglich“ – das ist offensichtlich der einzige gemeinsame Pflege-Nenner der sogenannten „Kostenträger“ – soziale und private Versicherungen, Bund, Länder und Gemeinden. (Tatsächlich sind die Versicherten und Steuerzahler die Kostenträger.) Alle diese Kostendämpfungsrhetoriken laufen darauf hinaus, den federführenden Beirat in seinem Reformeifer so stark wie möglich abzubremsen, vielleicht auch, eine Reform gänzlich zu verhindern.

Nach der Devise „Wasch' mir den Pelz, aber mach' mich nicht nass“, wird auf diese Weise die von CDU/CSU und SPD im November 2005 im Koalitionsvertrag vereinbarte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung hinterrücks ausgehebelt. Besonders toll treiben es neben der PKV die Bundesländer: Aus der von der Bundesregierung angemahnten Vermeidung von Finanzrisiken leiten die 16 Landesfürsten sogleich die Forderung ab, die Finanzierungspflichten dürften überhaupt nicht steigen. Begründet wird das – vor allem bezüglich der Sozialhilfe - mit der angeblich schwierigen Haushaltslage von Ländern und Kommunen, obwohl inzwischen zahlreiche Länder und Gemeinden ohne Neuverschuldung auskommen und damit fiskalisch viel besser als der Bund dastehen. Eine Auswahl von aktuellen politischen Kostendämpfungsaufforderungen im Zusammenhang mit der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs:

- Der Beirat zitiert (undatiert) das BMG, die Überarbeitung des gelten den Pflegebedürftigkeitsbegriffs müsse „Akzeptanzprobleme“ bei den Versicherten ebenso vermeiden, wie „Finanzierungsrisiken“ für die Pflegeversicherung. (Abschlussbericht, S. 14)

- Das Ministerium unterstreicht demnach ferner, dass die Pflegeversicherung auch nach einer weiteren Reform nur als Teilkaskoabsicherungssystem konzipiert sein soll: Unter der Prämisse, dass die Pflegeversicherung auch in Zukunft ein „Kernsicherungssystem“ bleibt, (Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Chefärztin für Geriatrie an der Berliner Charité) Ein weiter entwickeltes Versorgungssystem „... wird wesentlich mehr kosten. Ich denke, das ist auch kein Geheimnis, auch das wissen unsere Politiker“. kann und soll sie auch zukünftig nicht den gesamten Hilfebedarf pflegebedürftiger und alter Menschen übernehmen und finanzieren. (Abschlussbericht, S. 14) In dasselbe Horn bläst der GKV-Spitzenverband in seinen „Eckpunkten“ zur Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 30. Oktober 2008: „Der Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung muss – auch für Leistungen der Betreuung und Versorgung von Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz – erhalten bleiben.“ (Abschlussbericht, S. 146)

- In der Ausschreibung des Beirats für die Entwicklung und Erprobung eines neuen, modulhaft zu gestaltenden Begutachtungsinstruments (Mai 2007) wird als eine „Schwerpunktaufgabe“ genannt: „Die Bemessungsdynamik des Begutachtungsinstruments bzw. die Gewichtung der einzelnen Module des Verfahrens sind so zu gestalten, dass es zu keiner unkontrollierten

Ausweitung von Leistungsberechtigten in der Pflegeversicherung kommt.“ (Abschlussbericht, S. 24)

· „Wir dürfen das Gebäude der Pflegeversicherung weder in seinen finanziellen Grundlagen noch in seiner vielgestaltigen Architektur der Leistungen und Hilfen gefährden“, warnte Dr. Matthias von Schwanenflügel, Ministerialrat und Leiter der Unterabteilung „Pflegeversicherung“ im BMG am 8. November 2007 bei einer Fachkonferenz in Berlin.

· In der Stellungnahme der Bundesländer vom 23. Januar 2009 heißt es: „Die Länder weisen auf die schwierige Lage sowohl der Pflegekassen wie auch der Haushalte der Länder und der kommunalen Gebietskörperschaften hin. Da die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus Sicht der Bundesregierung Finanzierungsrisiken für die Pflegeversicherung vermeiden muss (...), weisen die Länder schon jetzt darauf hin, dass die Anpassung des Leistungsrechts des SGB XI auch nicht zu erweiterten Finanzierungspflichten oder Risiken für die Hilfe zur Pflege oder die Eingliederungsbeihilfe nach dem SGB XII (Sozialhilfe, Anm. d. Red.) führen darf.“ (Abschlussberichts, S. 149)

· Der PKV-Verband erklärte am 27. Oktober 2008: „Die PKV hält es (...) für erforderlich, dass ein neues Begutachtungsinstrument und ein darauf aufbauender neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Leistungserweiterungen der Pflegeversicherung nach sich ziehen. Durch einen geänderten Pflegebegriff sollten keine Erwartungen erweckt werden, die nicht erfüllt werden können. Bereits jetzt ist die Pflegeversicherung in einer finanziell angespannten Lage, die durch weitere Leistungsausweitungen noch verschärft würde. Eine Entlastung ist angesichts der Überalterung der Bevölkerung nicht zu erwarten. Die PKV hält nichts davon, eine öffentliche Diskussion über eine Ausweitung der Leistungen losgelöst von der Finanzierungsfrage zu beginnen.“(Abschlussbericht, S. 156 f.)

· Für die begleitende Umsetzungsstudie, die der Beirat bis Mai 2009 erarbeiten soll, sind u.a. folgende finanzielle Fragestellungen zu beantworten: „Welche zusätzlichen Möglichkeiten bestehen, um das Risiko unerwünschter Kostenfolgen insbesondere für die soziale und private Pflegeversicherung zu begrenzen? (...) Welche Kostenwirkungen haben Maßnahmen und Szenarien (...) für die soziale und private Pflegeversicherung (Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben der Pflegekassen und der MDKs)?“ (Abschlussbericht, S. 33)

### **Finanzielle Reform-Auswirkungen – Einschätzungen aus dem Abschlussbericht**

Im Abschlussbericht des Beirats sind einige finanzielle Auswirkungen einer Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs dargestellt. Die Anwendung des darauf aufbauenden neuen Begutachtungsassessments kommt es demnach im ambulanten Bereich zu einem leichten

Rückgang der Zahl der Leistungsberechtigten, im stationären Pflegesektor dagegen zu einem (etwas höheren) Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten. Zudem sei mit einem Struktureffekt zu rechnen, der darin bestehe, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die neuen Bedarfsgrade durchschnittlich höher liegen würden als die leistungsrechtlich gleich gesetzten alten Pflegestufen. Dieser Struktureffekt ist nach Einschätzung des Beirats fiskalisch von größerer Relevanz als der Mengeneffekt.

Der Übergang zum neuen Begutachtungsassessment führt demnach zu Mehrausgaben der Sozialhilfeträger wegen steigender Zahl Pflegebedürftiger bei sonstigen Hilfebedürftigen sowie für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen und außerdem auch zu Mehrausgaben der sozialen Pflegeversicherung für sonstige Hilfebedürftige sowie für behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Die Größe der fiskalischen Effekte hängt laut Abschlussbericht des Beirats insbesondere von der Definition der Schwellwerte für die Bedarfsgrade ab. Für Sozialhilfeträger entstehen in der Basisvariante des Beirats Mehrausgaben im Bereich Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 0,58 Mrd. Euro. Gleichzeitig werden Sozialhilfeträger bei den behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen um etwa 0,2 Mrd. Euro entlastet, die als Mehrleistungen von der sozialen Pflegeversicherung erbracht werden müssten.

Durch Setzung anderer Schwellenwerte verändern sich demnach jedoch diese fiskalischen Effekte – bei den Sozialhilfeträgern bis hin zu Kostenneutralität oder darüber hinaus (Einsparungen), bei der Pflegeversicherung zumindest bis hin zur deutlichen Reduzierung der Ausgabensteigerung. In der Summe verbleiben demnach bei Sozialhilfeträgern und sozialer Pflegeversicherung zusammengenommen je nach berechnetem Szenario Mehrausgaben zwischen 0,24 und 3,98 Mrd. Euro jährlich. Der Beirat hält deshalb -gemessen am untersten Szenario-Wert – seinen BMG-Auftrag für erfüllt; Zitat aus dem Abschlussbericht (S. 78): „Der Beirat stellt fest, dass es möglich ist, auf der gegebenen gesetzlichen Basis unter bestimmten Bedingungen einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten, der dem gegenwärtigen Leistungsvolumen weitgehend entspricht.“

Genannte Quellen:

<http://www.bundestag.de> Deutscher Bundestag, 16. Wahlperiode, Drucksache 16/11879, Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster) et. al. sowie der Fraktion der FDP: Für ein einfaches, transparentes und leistungsgerechtes Gesundheitswesen (4 Seiten)

[http://www.bmg.bund.de/cln\\_117/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht\\_\\_zum\\_\\_Pflegebed\\_C3\\_BCrfertigkeitsbegriff,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht\\_zum\\_Pflegebeduertigkeitsbegriff.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_117/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht__zum__Pflegebed_C3_BCrfertigkeitsbegriff,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht_zum_Pflegebeduertigkeitsbegriff.pdf) Bundesministerium für Gesundheit (Herausgeber): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Berlin, 26. Januar 2009, 158 Seiten

H. Rothgang, M. Holst, D. Kulik, R. Unger, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen:  
Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des  
dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen – Abschlussbericht -  
, Bremen, Dezember 2008, 75 Seiten