

Vortrag von Herrn Prof. Dr. Thomas Klie, Freiburg

Prüfsteine für eine nachhaltige Reform der Pflegesicherung

Vorbemerkung

Die Einführung der Pflegeversicherung war ein Meilenstein auf dem Weg zur sozialstaatlichen Verantwortungseinlösung für pflegebedürftige Menschen. Sie hat dazu beigetragen, dass sich die öffentliche und die politische Diskussion viel stärker diesem allgemeinen Lebensrisiko angenommen hat. Das Thema Pflege ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Bei allen Erfolgen, bei aller positiven Resonanz in der Bevölkerung auf die Pflegeversicherung und der -wenn gleich moderaten- Infrastrukturentwicklung muss angesichts des demografischen aber auch des sozialen Wandels und der fachlichen Erkenntnisse im Feld der Pflege das Konzept der Pflegeversicherung einer Revision unterzogen werden. Aktuell wird eine Pflegeversicherungsreform im Kontext der Gesundheitsreform diskutiert. Angesichts des demografischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten und der Erkenntnis über die Wirkungsweise der Pflegeversicherung wird eine grundlegende Reform der sozialstaatlichen Pflegesicherung in Deutschland unabwendbar sein. Sie rechtzeitig vorzubereiten, die aktuellen Reformschritte auf absehbare Entwicklungen auszurichten, ist eine gemeinsame Aufgabe von Politik, von Berufsgruppen, Unternehmen und der Wissenschaft. Dazu dienen die hier formulierten und begründeten Prüfsteine einer nachhaltigen Sicherung der Pflege. Damit will die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie einen Beitrag zur Diskussion um eine nachhaltige Sicherung der Pflege leisten, die auch bereit ist, bestehende Strukturen und Konzepte aber auch Finanzierungsstrategien weiter zu entwickeln.

Prüfstein I:

Inwieweit wird im Rahmen einer Reform der Pflegesicherung ein pflegewissenschaftlich basierter und an andere Bedarfslagen anschlussfähiger Pflegebedürftigkeitsbegriff verwendet bzw. erarbeitet?

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI ist nicht pflegewissenschaftlich hergeleitet. Er bildet selektiv Pflege- und hauswirtschaftliche Bedarfe ab und legt im Wesentlichen in dem von der Pflegeversicherung verfolgten Konzept der Teilleistung für Teilbedarfe, Voraussetzungen für die sozialrechtlich verbrieften Transferleistungen fest. Er ist nicht in der Lage, den gesamten Pflegebedarf abzubilden und dient auch nicht als Grundlage für die Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses. Faktisch führt er zur Vernachlässigung sowohl fachlich als auch subjektiv relevanter Pflege- und Betreuungsbedarfe und in Verbindung mit dem geltenden Sachleistungsprinzip zu einer Unterstützung eher somatisch orientierter Pflege zu Lasten anderer Dimension von Pflegebedürftigkeit. Es steht außer Frage, dass auf der Ebene einer versicherungsbasierten Pflegesicherung eine vollständige Abdeckung des Pflegerisikos weder finanziell möglich, noch kulturell wünschenswert ist. Insofern wird man auf die ein- oder andere Weise die sozialstaatlichen Leistungen selektiv auszugestalten haben: Entweder durch einen selektiven Pflegebedürftigkeitsbegriff oder aber durch andere Mechanismen, die auf einer Limitierung von Sozialleistungen und ihrer Nachfrage ausgerichtet sind. Gleichwohl wird man um dem Anspruch einer State of the Art Pflege gerecht zu werden und den professionellen Anspruch der Pflegekräfte in die Praxis umsetzen zu können, auch sozialrechtlich einen pflegewissenschaftlich fundierten Pflegebedürftigkeitsbegriff zu verwenden haben. Jede Bürgerin und jeder Bürger, der pflegebedürftig ist, hat ein Anspruch darauf, dass all das, was fachlich geboten ist auch erkannt, dass entsprechende Leistung angeboten und bei Beachtung einer subsidiären Sozialstaatlichkeit, zumindest bei Mittellosigkeit, auch sozialstaatlich garantiert wird.

Prüfstein II:

Inwieweit erfolgt die Feststellung der Hilfebedarfe im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit im Rahmen von interdisziplinären Assessmentinstrumenten?

Assessmentinstrumente dienen dazu, auf der Basis gesicherter Wissensbestände den Gesundheitszustand für die Lebensqualität relevante soziale Gesichtspunkte systematisch abzubilden, und Hilfebedarfe und Unterstützungsnotwendigkeiten sichtbar werden zu lassen. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt heute auf der Grundlage von Begutachtungsrichtlinien, die stark am Konzept des sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffes orientiert sind. Für die Zukunft wird es darauf ankommen, die unterschiedlichen Hilfebedarfe im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit aufeinander bezogen festzustellen und nach Möglichkeit ebenso aufeinander bezogene Hilfen mit den Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen auszuhandeln und zu vereinbaren. Die Assessmentinstrumente müssen hinreichend sensibel sein, um lebensweltlich bedeutsame Bedarfsausprägungen aber auch Lebensgewohnheiten und Präferenzen abzubilden. Sie dienen dazu, eine an pflegebedürftigen Patienten ausgerichtete Hilfe zu gewährleisten. An verschiedenen Stellen wird an der Entwicklung und an der Erprobung von Assessmentinstrumenten im Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit gearbeitet. Insbesondere im geriatrischen Bereich liegen Erfahrungen mit multi- oder interdisziplinär entwickelten Assessmentinstrumenten vor. Sie verbindlich in das Leistungsgeschehen einer Pflegesicherung einzubeziehen ist Grundlage einer am Individuum ausgerichteten und fachlich fundierten Gestaltung der Pflege und Betreuung. Es wird in der Zukunft darum gehen, derartige Instrumente zu entwickeln, zu erproben und zu implementieren. Sie lassen sich verbinden mit der rechtlich erheblichen Feststellung von Hilfebedarfen und der Vermittlung von Leistungsansprüchen. Sie sind eng mit der professionellen Gestaltung von Pflegeprozessen verbunden und können sicherstellen, dass auch interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt. Sie bieten darüber hinaus dem Pflegebedürftigen und seinem Angehörigen die Möglichkeit, sich selbst ein angemessenes Bild von der gesundheitlichen Situation in relevanten Bedarfssituationen zu machen und bilden die Grundlage für einen Aushandlungsprozess über das, was an Hilfen zu den Leistungen ausgehandelt werden soll.

Prüfstein III:

Inwieweit werden Funktionen und Methoden des Case Management in der Pflege sichergestellt und in ihrer Entwicklung unterstützt?

Die Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, die Unterstützung in der Gestaltung der Pflegearrangements, das situativ-advokatorische Eintreten für Pflegebedürftige sowie die Gestaltung und Eröffnung von Hilfe- und Leistungsoptionen sind für die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit wichtige Aufgaben und Bausteine. Die Beratung Pflegebedürftiger heute kann nicht überzeugen. Das Case Management, in seinen unterschiedlichen Lesarten, hat international aber inzwischen auch in Deutschland seine Methoden und Funktionen etabliert mit einem eigenen professionellen Handlungsmodus, der in hohem Maße angemessen erscheint für die Begleitung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Case Management Erfahrungen im Kontext mit Pflegebedürftigkeit weisen überdies darauf hin, dass es dazu beiträgt, unnötige Heimaufnahmen zu verhindern, Überforderungssituationen abzumildern und zu einer angemesseneren Hilfestellung einen wichtigen Beitrag zu leisten. Case Management ist überdies eine wichtige Grundlage, um das Zusammenwirken familiärer Unterstützung, professioneller Pflege, bürgerschaftlich angebotener Hilfen sowie anderer beruflicher Dienstleistungen produktiv miteinander zu verschränken. Von einer nachhaltigen Pflegesicherung wird man nur dann sprechen können, wenn es gelingt, Case Managementfunktionen und -methoden im Gesundheits- und Pflegewesen verbindlich aber auch infrastrukturell zu verankern.

Prüfstein IV:

Inwieweit gelingt es, allen Pflegebedürftigen unabhängig von der Ausgestaltung des Pflegearrangements die Fachlichkeit insbesondere im Sinne der Pflegeprozessgestaltung verbindlich anzubieten und sicherzustellen?

Das geltende Leistungsrecht der Pflegeversicherung legt sehr viel Wert auf Pflegefachlichkeit sowie die Instrumente der Qualitätssicherung. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist die Pflegedienstleistung sowohl an Struktur- als auch an Prozessqualitätsmerkmale gebunden. Es wird eher rudimentär auf Aspekte der Ergebnisqualität geachtet. Dort wo Pflegebedürftige ausschließlich von Familienangehörigen oder anderen informellen Netzwerken versorgt werden oder aber sich anderer Hilfen außerhalb des zugelassenen Systems der Pflegedienste bedienen, fehlt es weithin an Angeboten von Pflegefachlichkeit, wenn man einmal von den Pflegeberatungsbesuchen (gem. § 37 Abs. 3 SGB XI) absieht. Hier fehlen Verbindungen zwischen einem verbindlichen Assessment im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und einem entsprechenden Monitorings mit einer pflegefachlich ausgerichteten Pflegeprozessplanung und Aushandlung des Pflegearrangements. Unabhängig davon, welches Regime der Pflegesicherung und der Pflegeleistung gewählt wird, muss dem Anspruch der Pflegeversicherung, Pflegefachlichkeit zu garantieren, Rechnung getragen werden. Ein solches Verständnis von pflegefachlicher Begleitung setzt einerseits ein verändertes, bzw. anders akzentuiertes Qualifikationsprofil der Pflegefachkräfte voraus und eine andere sozialrechtliche Ausgestaltung der Leistungsansprüche versus Infrastrukturverantwortung in der Pflegesicherung. Genau dies scheint unabdingbar zu sein, um den künftigen Bedarfen und der Entwicklung von Dienstleistungsmärkten, im Kontext von Pflege Rechnung, zu tragen. Dabei lassen sich unterschiedliche Optionen der Sicherstellung der Pflegefachlichkeit denken: sie können eng verbunden sein mit der gesamten Gestaltung der Dienstleistung im Kontext von Pflege und Betreuung. Sie können auch selbst gestaltete Pflegearrangements verbindlich begleiten.

Prüfstein V:

Inwieweit sind die Leistungsarten und Leistungsformen sozialstaatlicher Pflegeversicherung in der Lage, flexibel auf spezifische Bedarfsausprägungen zu reagieren, sich mit anderen Hilfen zu ergänzen und abzustimmen und lebensweltlich geprägte Arrangements zu sichern?

Das bisherige Leistungsrecht der Pflegeversicherung kennt auf der einen Seite eine ganze Reihe unterschiedlicher Leistungen und Leistungsarten. Die Pflegeversicherung sieht dabei auch Kombinationsleistungen vor, etwa zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung. Gleichwohl ist das geltende Pflegeversicherungsrecht sehr stark mit dem Sachleistungsprinzip verbunden und engt damit mögliche Flexibilisierungen der Leistungserbringung deutlich ein. Dies begünstigt Bedarfsverfehlungen und Formen brauchbarer Illegalität in der Leistungserbringung. Die effiziente Nutzung der begrenzten Mittel der Pflegeversicherung wird eher behindert. Insofern sollte sowohl bei den Leistungsarten als auch bei den Leistungsformen eine stärkere Flexibilisierung zugelassen werden, die drei unterschiedliche, aber auch nebeneinander auszugestaltende Varianten kennt: Zum einen sollte es gelingen, medizinisch-pflegerische, rehabilitative und pflegerisch-betreuerische Leistungen integriert zu erbringen. Hierzu können die Ansätze der integrierten Versorgung wichtige Beiträge leisten, insbesondere dann, wenn es sich um eine Pflegebedürftigkeitssituation mit einem hohen medizinisch-pflegerischen Aufwand etwa nach Krankenhausaufenthalt oder in palliativen Situationen handelt. Gerade dann sind integrierte Versorgungsformen in hohem Maße angemessen. Eine zweite Variante liegt in der flexiblen Ausgestaltung von Leistungspaketen durch Leistungserbringer, die freigestellt sind von einer strengen Beachtung, des heute noch geltenden Verrichtungsbezuges. Basierend auf dem Assessment und den so zugewiesenen Geldbeträgen könnten Dienstleister in die Lage versetzt werden, flexible Leistungspakete anzubieten und aus einer Hand zu erbringen. Eine dritte Variante liegt in der Leistungsform von Budgets, die stärker autonomieorientierten

Pflegearrangements die Möglichkeit geben, eigenständig ihr Pflegearrangement zu gestalten und entsprechende Leistungen einzukaufen. Sowohl das trägerübergreifende Budget im Rahmen des SGB IX aber auch das aktuell erprobte Pflegebudget im Rahmen des SGB XI zeigen auf, wie derartige Budgetlösungen im Einzelfall ausgestaltet sein können. Gerade das Nebeneinander der unterschiedlichen Varianten wird helfen, einen produktiven Wettbewerb zu entfalten.

Prüfstein VI:

Inwieweit wird die Generierung von gesicherten Wissensbeständen zu dem State of the Art in der Pflege gefördert und eine multidisziplinäre und interprofessionelle Qualitätssicherung unterstützt?

Im medizinischen Bereich liegen inzwischen über 900 Leitlinien vor, die Wissensbestände fachgebietsbezogen auf unterschiedlichen Evidenzniveaus zugänglich machen und Entscheidungskorridore für die behandelnden Ärzte bieten. Im Bereich der Pflege liegen vier nationale Standards als monodisziplinäre vor, die Wissensbestände der Fachpflege in besonders relevanten Aufgabenfeldern der Pflege in konsentierter Form zusammenfassen und der Praxis zugänglich machen. Die interdisziplinär angelegten Qualitätsniveaus der BUKO-QS bemühen sich zunächst für den stationären Bereich und zu besonders relevanten Themenstellungen, evidenzbasierte Qualitätsindikatoren vorzulegen, die ein interprofessionell abgestimmtes Handeln für die Pflegebedürftigen erwartbar machen. Diese unterschiedlichen Anstrengungen um Qualitätsentwicklung laufen bisher weithin nebeneinander her. Unabhängig davon, wo und durch wen ein Pflegebedürftiger gepflegt wird, hat er Anspruch darauf, dass Kenntnisse über gute Pflege ihm zugute kommen. Dies gilt im Übrigen auch und gerade dort, wo Nicht-Professionelle und wo nicht zugelassene Pflegedienste an der Pflege beteiligt sind. Um eine so verstandene Qualitätsentwicklung zu verstetigen, bedarf es eine entsprechende Institutionalisierung der Erarbeitung und Implementierung der unterschiedlichen Instrumente der Qualitätssicherung. Diese darf in ihrer Zielrichtung nicht alleine auf die Sozialleistungen hin ausgerichtet sein, sondern muß auch andere Akteure als Adressaten kennen. Von daher bietet es sich an, eine unabhängige Institution zu schaffen, etwa ein Deutsches Institut für Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung, das in der Lage ist derartige Aufgaben zu übernehmen.

Prüfstein VII:

Unterstützt die Pflegesicherung eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege, eine verträgliche Familienpflegebereitschaft und setzt sie die vorhandenen Mittel für diese Zwecke effizient ein?

Der größte pflegerische Anteil wird weiterhin in den Familien geleistet. Überwiegend werden Pflegeaufgaben in Deutschland von Partnerinnen und Partnern sowie den Kindern und Schwiegerkindern übernommen. Dabei spielen Frauen die dominante Rolle. Ohne die historisch in dieser Weise unbekannte Pflegebereitschaft, in qualitativer und quantitativer Hinsicht, wäre die Pflegeversicherung finanziell schon längst am Ende. Die Pflegebereitschaft ist von dem Gesetzgeber der Pflegeversicherung unterschätzt worden. Diese für die Zukunft in angemessener Weise zu erhalten, zu unterstützen und den Kreis derer, die sich in den informellen Netzwerken für Pflegeaufgaben mitverantwortlich fühlen können zu erweitern, wird eine der zentralen Aufgaben künftiger Pflegepolitik sein. Die Pflegeversicherungsreformdiskussion bezieht sich zu stark auf den institutionellen Sektor der Heime und Pflegedienste. Die derzeitigen Instrumente zu einem breiteren Pflegesicherungskonzept reichen von der Gewährung eines Pflegegeldes, von Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige, bis hin zu Steuererleichterungen und arbeitsrechtlichen Veränderungen im Beamten- und Arbeitsrecht. Sie können konzeptionell noch nicht in jeder Hinsicht befriedigen. Das zentrale sozialversicherungsrechtliche Instrument der Unterstützung der Familienpflegebereitschaft, das Pflegegeld, wird in der Bevölkerung positiv aufgenommen und dankbar angenommen. Inwieweit es zur Erhaltung der Pflegebereitschaft beiträgt und Impulse zur fachlich angemessenen Pflege leistet, bleibt

dabei weithin unbekannt. Sicher ist allerdings, dass nicht immer von einer zweckentsprechenden Verwendung des Pflegegeldes ausgegangen werden kann: Sie dient für viele Familien als Sicherung eines bestimmten Einkommensniveaus und Lebensstandards. Es wird eingesetzt, um selbst beschaffte Pflegekräfte zu bezahlen ohne dass es sich um Angehörige und Ehrenamtliche handelt, wie es der Gesetzgeber vorgesehen hat. Im Bereich des Sozialhilferechtes wird auf indirekte Weise das Assistenzmodell auf Arbeitgeberbasis mit dem Pflegegeld in Verbindung gebracht. Diese Anzeichen für eine inkonsistente Konzeption einerseits und nicht unbedingt zweckentsprechender Verwendungen des Pflegegeldes andererseits, geben Anlass, das Konzept des Pflegegeldes zu überprüfen. Auch bei der Pflegesicherung mit begrenzten sozialstaatlichen Ressourcen wird man stärker als in der Vergangenheit auf eine zielgenaue Verwendung von Sozialleistungen achten müssen, es sei denn, man nimmt weiterhin den ökonomisch nicht bestreitbaren Grenznutzen informaler Bewältigungsstrategien und Schattenwirtschaften in Kauf. Die Gratifikationsfunktion des Pflegegeldes muss nicht abhängig sein von der Intensität der Pflegebedürftigkeit. Insofern ließe sich auch ein Pflegegeld-kindergeldbasiert denken, das nachweisfrei Verwendung finden kann. Soll das Pflegegeld dazu dienen, die Pflegebereitschaft und –fähigkeit von Personen zu stärken, die erwerbstätig oder zumindest –fähig sind, wäre die Gewährung eines Pflegegeldes mit Lohnersatzfunktion, ähnlich dem Erziehungsgeld, angemessen. Solche Lösungen wären etwa bei Personen zu bedenken, die auf Erwerbsarbeit verzichten, diese einschränken oder zeitweise aufgeben. Eine Gewährung des Pflegegeldes wäre aber auch für Personen denkbar, die arbeitssuchend sind. Das Pflegegeld für Personen zu gewähren, überzeugt unter dem Gesichtspunkt der gezielten Unterstützung der Pflegebereitschaft nicht. Eine Revision des Konzeptes des Pflegegeldes und anderer Maßnahmen zur Unterstützung der Pflegebereitschaft, wäre ein Beitrag zur nachhaltigen Sicherung der Pflege. Die Diskussion darüber, ist im Rahmen der Pflegereform zu eröffnen.

Prüfstein VIII:

Unterstützt eine Reform der Pflegesicherung neue Versorgungsformen, die sich abheben von der strikten Trennung zwischen ambulant und stationär?

Das Pflegeversicherungsrecht geht bislang von einer strikten Trennung zwischen stationären Versorgungsregimen und ambulanten aus. Die stationäre Finanzierung folgt ganz eigenen Regeln: sie folgt immer noch dem Konzept des All-inclusive-Modells aus dem Krankenhaussektor. Die groß angelegten Bemühungen um Pflegereferenzmodelle sind strikt stationär ausgerichtet. Es ist unbestritten, dass es auch und gerade in der Zukunft stationäre Versorgungsformen für pflegebedürftige Menschen geben muss und wird. Diese sind zu diversifizieren und mit Formen gesundheitlicher Versorgung zu verschränken, insbesondere in der letzten Lebensphase. Es besteht aber in doppelter Hinsicht eine Gefahr: Zum einen kann angesichts der demographischen Entwicklung und der sozialen Wandlungsprozesse die Nachfrage nach Heimplätzen deutlich steigen, in einer Weise dass sie die Leistungsfähigkeit des Sozialstaates überschreiten kann. 1,9 Millionen Heimplätze im Jahr 2050 wären ein solches "Datum". Vor allem besteht weiterhin die Gefahr der sozialen Exklusion von Personengruppen, die in Heimen leben. Insofern scheint es als bedeutsam, Deinstitutionalisierungsprozesse zu unterstützen, Prinzipien der geteilten Verantwortung auch in stationären Settings möglich zu machen, und andere kollektive Formen der Versorgung Pflegebedürftiger wohnortnah auch rechtlich zu ermöglichen und zu unterstützen, um den Prinzipien Welfare-Mix basierter Versorgungskonzepte Raum zu geben. Will man solche Entwicklungen befördern, wird es darauf ankommen, die sozialstaatlichen Leistungen zwischen ambulant und stationär durchlässiger zu gestalten. Vor allem wird es darum gehen, ökonomische Anreize zu vermeiden, die eine stationäre Versorgung befördern. Schließlich wird es vom Patienten aus gedacht, auch darum gehen müssen, seine Rolle in kollektiven Versorgungssettings, insbesondere in Heimen, zu stärken, ihn gegebenenfalls mit Hilfe von außenstehenden Dritten zu empoweren. Dazu reichen die bisherigen Konzepte, die im Heimgesetz vorgesehen sind, alleine nicht aus. Es müssten wirkungsvolle Mitgestaltungs- und Verantwortungsformen sein, die durch revidierte

Prinzipien der Leistungsgewährung (etwa auch Teilbudgets in Heimen) stärker unterstützt würden als es bislang der Fall ist.

Prüfstein IX:

Inwieweit löst sich die Finanzierung der Pflegesicherung von einer allein Lohnnebenkosten basierten und erschließt weitere Finanzierungsoptionen?

Die Diskussion um die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung steht im Vordergrund der aktuellen Diskussion um die Zukunft der Pflegeversicherung. Hier ist vergleichsweise kurzfristig Handlungsbedarf gegeben, da die Reserven der Pflegeversicherung aufgebraucht werden. Bisherige Maßnahmen und Überlegungen: erhöhte Beiträge für Kinderlose, Einbeziehung der Rücklagen der privaten Pflegeversicherungen sind nicht dazu angetan, eine nachhaltige Pflegesicherung zu garantieren. Man wird neue Finanzierungsquellen erschließen müssen, um eine wirksame soziale Pflegesicherung, auch für die Zukunft, aufrechterhalten zu können. Es kommen unterschiedlichen Optionen in Betracht: eine Erhöhung des Beitragssatzes, gesonderte Fonds, finanziert aus Abgaben. Auch steuerfinanzierte Beiträge kommen in Betracht. Die Umstellung der Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes System erscheint, angesichts der mittelfristig zu erwartenden demographischen Entwicklung, als kaum zielführend. Die Finanzierungsvarianten sollten auch unter dem Gesichtspunkt geprüft werden, inwieweit sie in der Lage sind, eine Umstellung der Leistungen der sozialen Pflegesicherung zu unterstützen. Verzichtet man etwa auf das Pflegegeld in der bisherigen Höhe, würde dieses zu einer stärkeren Inanspruchnahme anderer Leistungen der Pflegesicherung führen, der durch Co-Payments vorgebeugt werden müsste. Die Personengruppen, die nicht zu Co-Payments in der Lage sind, bedürften entsprechender nachrangiger Absicherungen, die regelmäßig steuerfinanziert wären. Auch infrastrukturelle Vorkehrungen verlangen nach Elementen einer Strukturreform der Pflegesicherung, die je nach Finanzierungsstrategie, unterschiedliche Partner einbeziehen könnte und müsste. Insofern wird dafür plädiert, die Frage der künftigen Pflegesicherung, niemals unabhängig von einer Revision des Leistungsrechtes und der Leistungsformen zu diskutieren. Dass eine vollständige Übernahme des Pflegerisikos einkommensunabhängig nicht in Betracht kommt, dürfte allen Beteiligten klar sein. Dies sagt allerdings nichts über die Höhe der sozialstaatlichen Leistungen. Dabei wird es bei der Höhe der Leistungen sowohl auf den politischen Konsens ankommen, als auch darauf, wie sich eine unterschiedlichen ökonomischen Ansprüchen genügende Infrastruktur aufrechterhalten und finanzieren lässt: für die Haushalte erschwinglich, betriebswirtschaftlich erträglich und volkswirtschaftlich möglich. Dass bei der Frage der Finanzierung „moralökonomische“ Gesichtspunkte eine Rolle spielen, ist gerade bei der Pflegesicherung besonders evident: Es geht dort auch um die Frage der Einlösung von Solidaritätsnormen und ihre Anpassung an veränderte Werthaltungen aber auch demographische Konstellationen.

Prüfstein X:

Wieweit unterstützt die Reform der Pflegesicherung die soziale Teilhabe pflegebedürftiger Menschen?

Pflegebedürftigkeit ist ein besonderer Bedarfszustand infolge von Krankheit und/oder Behinderung. Pflegebedürftige sind auch immer Menschen mit Behinderung. Im Sinne der ICF wird Behinderung im Wesentlichen verstanden als ein Integrations-, und Teilhabedefizit. Dabei gibt es immer mehrere Interaktionspartner. Pflegebedürftige, auch sterbende Menschen, sind Teil der Gesellschaft. Ihre Würde wird auch dadurch konstituiert, dass sie erlebt werden als Mitmenschen und sich selbst als solche erleben können. Die Hospizbewegung unterstreicht dies mit ihren Bemühungen, ebenso wie etwa die Deutsche Alzheimergesellschaft mit ihren vielfältigen Aktivitäten. Es besteht die ernst zu nehmende Gefahr, dass hochbetagte Pflegebedürftige, aber auch andere Gruppen von Menschen mit schweren Behinderungen, gesellschaftlich ausgegrenzt und exkludiert werden. Eine Pflegesicherung, die sich als Teil eines subsidiär angelegten Sozialstaatskonzeptes versteht und somit auf die Solidaritätsbereitschaft von Familien setzt aber auch bürgerschaftliche

Formen der sozialen Teilhabesicherung berücksichtigt, wird sich dazu veranlasst sehen, ihre Leistungen und die geförderten Institutionen danach zu beurteilen, inwieweit sie (auch) der sozialen Teilhabe Pflegebedürftiger dienen. Weder professionelles Selbstverständnis, etwa von Pflegekräften, noch die verbreitete Konzeptionen von vollstationären Einrichtungen sind dazu in der Lage. Auch traditionelle Familienideologien und die Unterstützung dyadischer Beziehungen zwischen Pflegebedürftigen und Hauptpflegeperson, durch die Pflegeversicherung, sind geeignet, die soziale Teilhabe in diesem Sinne systematisch zu befördern. Eine insofern auch nachhaltig orientierte Pflegepolitik, sollte sowohl in den Ausbildungskonzeptionen, Berufsgruppen Konzepten und ihren Aufgabenverteilungen und Zuschreibungen als auch in den Leistungsformen auf die soziale Teilhabesicherung besonderen Wert legen. Dies gelingt nicht durch additive Förderung etwa bürgerschaftlichen Engagements und Ehrenamt, sondern durch eine strukturelle Verankerung ihrer Mitverantwortung. Immerhin liegt in der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten eines der zentralen, kulturellen Herausforderungen unserer Gesellschaft. Die programmatisch verkündete gemeinsame Verantwortung der Gesellschaft gilt es, bei einer Reform der Pflegesicherung, stärker als bislang ernst zu nehmen und konzeptionell auszugestalten.

Prüfstein XI:

Inwieweit werden die Einflüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungsgewährung und Leistungserbringung wahrgenommen und einer transparenten Systematik zugeführt?

Das bestehende Gesetz enthält Annahmen, dass einzelne Bausteine wie das Pflegegeld und der Angebotsvergleich Steuerungswirkungen auf eine Akzentuierung (Minimierung) der Inanspruchnahme von Leistungen und auf eine effiziente Leistungserbringung haben. Es gilt bei einer Revision des Gesetzes, diese Annahmen zu überprüfen und Wechselwirkungen aufzuzeigen. Gegebenenfalls sind weitere Untersuchungen erforderlich, auf jeden Fall sollten alle gegenwärtigen Studien zu Pflegebudget und alternativen Wohnformen noch einmal gezielt auf ihre Aussagefähigkeit zu wirtschaftlichem Verhalten der Beteiligten ausgewertet werden können.

Zentrale Fragen sind: Welche Souveränität darf den Leistungsnehmern zugerechnet werden, so dass sie als Kunden auftreten können, und wo müssen andere Institutionen aus Gründen der Gleichheit, Sicherheit oder Qualität Entscheidungen übernehmen oder überprüfen? Wo ist Wettbewerb unter den Leistungserbringern tatsächlich der geeignete Weg, um Effizienz auf dem jeweils aktuell erreichbaren Niveau zu initiieren und wo stellen Sicherung der Infrastruktur, der Vorhaltung, der Versorgungs-Gleichmäßigkeit etc. höhere Güter dar? Wer übernimmt die Aufsicht, dass neue flexiblere Leistungspakete die Wirtschaftlichkeit erhöhen - was sie sicher können - aber so, dass diese Wirkungen nicht z.B. durch Intransparenz überkompensiert werden? Stellt eine starke Position der Kassen auf aktuellen Basis von Regulierungspotential die Wirtschaftlichkeit sicher oder könnte deren Entscheidungs- und Überblicksposition in anderer Weise besser genutzt werden? Sind einzelne der Bereiche medizinisch-pflegerisch, Wohnen, Essen, Haushalt durch eine Trennung besser für marktwirtschaftliche Bearbeitung aufzuschließen und in welchen Fällen verursachen Trennungen wegen der Interdependenzen mehr Schaden als Nutzen?

Das grosse Ziel der Wirtschaftlichkeit muss im Sektor Pflege, der weder ganz der freien Wirtschaft überlassen werden kann, noch in rein parastaatliches Handeln zurückgeführt werden soll, durch das Zusammenspiel diverser Steuerungsmechanismen gesichert werden. Diese gilt es zu benennen, zu überprüfen, teils zu erforschen und zu begutachten, um sie fundiert ins Gesetz aufnehmen zu können. Zudem sollten sie in dynamischer Form integriert werden, damit sie sich veränderten Bedingungen anpassen können. Damit werden auch Implikationen zur Wirtschaftlichkeit in anderen Prüfsteinen dieses Papiers aufgenommen und in Beziehung gesetzt.

Prof. Dr. Thomas Klie
Stand 25.9.2006

Arbeitsgruppe
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Prof. Dr. Thomas Klie
Prof. Dr. Johannes Zacher