Grundpositionen des Sozialverbands VdK Deutschland e.V.

beschlossen auf dem 17. Ordentlichen Bundesverbandstag

vom 13. bis 15. Mai 2014 in Berlin

Pflege

SOZIALVERBAND VdK DEUTSCHLAND

Inhalt

1 Zur Ausgangssituation ... 3
1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen ... 3
1.2 Häusliche Pflege ... 3
1.3 Versorgung in Pflegeheimen ... 3
1.4 Pflegebedürftigkeitsbegriff ... 4
1.5 Leistungsniveau der Pflegeversicherung ... 4
2 Forderungen des Sozialverbands VdK zur Pflegereform ... 5
2.1 Notwendigkeit einer Großen Pflegereform ... 5
2.2 Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung ... 5
2.3 Pflegebedürftigkeitsbegriff ... 6
2.4 Leistungsumfang der Pflegeversicherung ... 6
2.5 Vorrang „ambulant“ vor „stationär“ ... 7
2.6 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit ... 7
2.7 Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit ... 8
2.8 Demenzielle Erkrankungen ... 8
2.9 Pflegende Angehörige ... 8
2.9.1 Entlastende Angebote ... 8
2.9.2 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ... 9
2.9.3 Rentenrechtliche Bewertung von Pflegezeiten, Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige ... 9
2.10 Pflegetranzparenz ... 9
2.11 Personalsituation in der Pflege ... 9
2.12 Quartiersbezogene Pflege- und Versorgungsorganisation ... 10
2.13 Zukunftsfähige Wohn- und Betreuungsformen ... 11
2.14 Altersgerechte und barrierefreie Infrastruktur als Aufgabe der Kommunen ... 11
2.15 Finanzierung ... 12
2.15.1 Paritätische Finanzierung ... 11
2.15.3 Solidarität bei den Versicherten/ Beitragsbemessung ... 12
2.15.3 Gesetzliche und private Pflegeversicherung ... 12
2.15.4 Private Zusatzvorsorge / Kapitalfundierung ... 12

1 Zur Ausgangssituation

1.1 Anzahl der Pflegebedürftigen

Im Dezember 2011 waren 2,5 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Die Mehrheit (65 %) waren Frauen.

83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter. 85 Jahre und älter waren 36 %.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, steigt mit zunehmendem Alter überproportional. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur" jeder Zwanzigste (5 %) pflegebedürftig war, liegt die höchste Pflegequote bei den über 90-Jährigen. Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug 2011 dabei 58 %.[1]

Die **Zahl der pflegebedürftigen Leistungsbezieher** wird bis 2020 von derzeit 2,46 Mio. auf 2,8 Mio. und bis 2030 auf 3,5 Mio. steigen.[2]

1.2 Häusliche Pflege

Mehr als zwei Drittel (70 % bzw. 1,76 Mio.) der Pflegebedürftigen wurden 2011 zu Hause versorgt. Davon erhielten 1.182.000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld. Das bedeutet, dass diese Gruppe in der Regel zu Hause allein durch **Angehörige** gepflegt wurde.

Weitere 576.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante(n) **Pflegedienste(n).**[3]

1,4 Mio. Menschen sind an Demenz erkrankt. In den nächsten 50 Jahren soll sich die Zahl auf 3,8 Mio. erhöhen. Demenzkranke machen jetzt schon 61 % der rund 700.000 Heimbewohner aus.

1.3 Versorgung in Pflegeheimen

2011 wurden 30 % der Pflegebedürftigen (743.000 Personen) in **Pflegeheimen** vollstationär betreut. Im **Vergleich** zu **1999** ist die Anzahl der in Heimen vollstationär Versorgten um 32,0 % (180.000) gestiegen, bei den ambulanten Pflegediensten um 38,8 % (161.000 Pflegebedürftige). Der Pflegesatz für vollstationäre Dauerpflege in der Pflegeklasse 3 betrug im Durchschnitt rund 75 € pro Tag; der für Unterkunft und Verpflegung 21 € pro Tag. Monatlich sind somit für Pflege und Unterbringung in der höchsten Pflegestufe an das Heim ca. 2.907 € als **Vergütung** zu entrichten.[4]

Nach Ergebnissen der MDK-Qualitätsprüfungen besteht in Pflegeheimen eine sehr schwierige Versorgungssituation:

- 61 % der Bewohner von Pflegeheimen sind durch eine Demenz oder andere gerontopsychiatrische Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt.
- Etwa 31 % leiden an chronischen Schmerzen.

---

[1] Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011, Wiesbaden 2013
[2] BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (04/12)
[3] Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011, Wiesbaden 2013
[4] Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011, Wiesbaden 2013

- 66 % werden mit Inkontinenzprodukten versorgt.
- 8 % haben einen Blasenkatheter.
- Bei 9 % der untersuchten Bewohner wurde ein gesundheitsrelevanter Gewichtsverlust festgestellt und
- 4 % der Bewohner leiden an einem Dekubitus.[5]

1.4 Pflegebedürftigkeitsbegriff

Bereits seit Januar 2009 liegt der Abschlussbericht des „Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs" vor. Der vom Beirat entwickelte neue Begriff versteht Pflegebedürftigkeit als Beeinträchtigung der Selbstständigkeit von Menschen bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen.

Zum 1. März 2012 berief das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erneut einen Expertenbeirat ein, der fachliche und administrative Fragen zur konkreten Umsetzung klären sollte. Am 27. Juni 2013 hat der Expertenbeirat den „Bericht zur konkreten Ausgestaltung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs" dem Bundesgesundheitsministerium übergeben. Politische Entscheidungen, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gesetzlich zu verankern, stehen bisher aus. Das „Jahr der Pflege 2012" ist ohne richtige Pflegereform verstrichen.

1.5 Leistungsniveau der Pflegeversicherung

Die **Leistungen der Pflegeversicherung** blieben von 1996 bis 2008 unverändert. Erst mit der Pflegereform 2007 wurde eine stufenweise Anhebung beschlossen. Ab 2015 ist eine Dynamisierung vorgesehen, die jedoch im Ermessen der Politik liegt. Dies hat zur Folge, dass sich die Schere zwischen Leistungen der Pflegeversicherung und tatsächlichem Bedarf immer weiter öffnet. So wurde die Leistung bei stationärer Pflege in der Pflegestufe III zum 1.1.2010 auf 1.510 € angehoben. Ende 2011 waren in Deutschland in Pflegeklasse III aber für Pflege und Unterbringung im Durchschnitt 2.907 € an das Pflegeheim zu entrichten. Hinzu kamen Investitionskosten von im Durchschnitt rund 367 € im Monat, die dem Heimbewohner zusätzlich in Rechnung gestellt wurden.[6]

[5] BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013, Peter Pick, Qualität in Pflegeheimen
[6] Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege 2009

2 Forderungen des Sozialverbands VdK zur Pflegereform

2.1 Notwendigkeit einer Großen Pflegereform

Die älter werdende Gesellschaft mit mehr multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen und weniger Hilfepotential bei Profis und Laien braucht zur Bewältigung der damit einhergehenden Herausforderungen einen breiten gesellschaftlichen und politischen Konsens zu einer umfassenden Reform der Pflege.

Es geht hier nicht nur um die Pflegeversicherung allein, sondern alle Strukturen und Angebote, die ein würdiges Leben im Alter und bei Behinderungen in Deutschland ermöglichen oder derzeit behindern, müssen in den Reformprozess mit einbezogen werden. Die UN-Behindertenrechtskonvention gilt auch für Pflegebedürftige. Auch sie haben ein Recht auf Teilhabe, das noch gar nicht in der Pflegeversicherung abgebildet wird.

Eine solch große Reform ist dringend geboten, wenn ,,die Politik" endlich die dramatisch steigende Unzufriedenheit der Menschen in Deutschland bezüglich Pflege- und Gesundheitsversorgung im Alter ernst nimmt und schnellstens für Abhilfe sorgt. Eine Verpflichtung hierzu ergibt sich aus Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention. Hiernach haben Menschen mit Pflegebedarf zum Leben in der Gemeinschaft dieselben Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen. Die hierfür erforderlichen gemeindenahen Unterstützungsdienste müssen gewährleistet werden.

Die große Reform hat die Dimension der ,,Energiewende". Ein Volumen von mehr als 10 Milliarden € Mehrkosten pro Jahr zeichnet sich ab, wenn neben der Pflegeversicherung die Aufwendungen der Infrastruktur berücksichtigt werden.

Unsere Gesellschaft kann sich eine solche große Reform auch finanziell leisten. Die öffentlichen Ausgaben für Pflege in Deutschland sind im internationalen Vergleich niedrig. Dem finanziellen Aufwand steht ein erhebliches Mehr an sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung, an nutzbarer kommunaler und regionaler Infrastruktur, an Lebensqualität für die Betroffenen, ihre Angehörigen sowie für die pflegenden und versorgenden Profis, insbesondere für die Pflegekräfte gegenüber. Die Mehrheit der Menschen ist zur Aufbringung dieser Mittel auch bereit, wenn sie dafür eine verlässliche Versorgung bekommt.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass die Regierungskoalition **in dieser Legislaturperiode endlich eine Große Pflegereform auf den Weg bringt** und konsequent sowie zukunftsfähig gestaltet. Für die konsequente Umsetzung muss die Bundesregierung sorgen und eine **große Gemeinschaftsinitiative von Bund, Ländern, kommunalen Gebietskörperschaften, Kranken- und Pflegeversicherungen, Pflegeanbietern, Gewerkschaften, Berufsverbänden, Wissenschaft und Betroffenenorganisationen einschließlich ehrenamtlicher Strukturen** zustande bringen.

2.2 Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung

Ausgaben für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen für Prävention, Akutbehandlung, Behandlungspflege und Rehabilitation wirken ohne Ausgleich für die Krankenkassen finanziell entlastend im System der Pflegeversicherung, während sie im System der Krankenversicherung die Wettbewerbssituation einzelner Kassen schwächen können.

Demzufolge besteht für Krankenkassen der falsche Anreiz, notwendige Maßnahmen in den genannten Bereichen zu unterlassen und Betroffene in das System der Pflegeversicherung mit ihren nicht bedarfsdeckenden Leistungen abzuschieben.

Der Sozialverband VdK fordert die Beseitigung der Schnittstellenprobleme zwischen Kranken- und Pflegeversicherung.

Ist dies nicht erreichbar, muss zügig eine Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung in Angriff genommen werden. Dies hätte auch Konsequenzen für eine einheitliche Beitragsgestaltung.

2.3 Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der geltende verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI kritisiert. Das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit wird allein nach dem zeitlichen Hilfebedarf durch Pflegepersonen bei 21 abschließend im Gesetz aufgezählten Alltagsverrichtungen beurteilt. Dieser enge Pflegebedürftigkeitsbegriff blendet wesentliche Aspekte wie Kommunikation und soziale Teilhabe aus. Bedarfe an allgemeiner Betreuung, Anleitung und Beaufsichtigung werden nur in Zusammenhang mit diesen Verrichtungen berücksichtigt, aber nicht als eigenständiger Bedarf anerkannt. Dies bedeutet, dass seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 Demenzkranke bei der Feststellung der Leistungsberechtigung und bei der Ausgestaltung der Leistungen benachteiligt sind.

Die Vorschläge zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff liegen seit 2009 vor. Sie sehen eine weitere Ausdifferenzierung von bisher drei auf fünf Pflegegrade vor. Erfasst werden soll nicht mehr der Zeitaufwand für personelle Hilfen, sondern der Grad der Selbstständigkeit einer Person bei Aktivitäten in insgesamt acht pflegerelevanten Lebensbereichen wie z. B. der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist die uneingeschränkte Gleichbehandlung von körperlicher, geistiger und seelischer Hilfebedürftigkeit bei den Leistungen der Pflegeversicherung das Gebot der Stunde. Nach Jahren der Reformverschleppung entscheidet sich hier die weitere Akzeptanz unseres Sozialstaates und der sozialen Demokratie. Der vom zuständigen Beirat entwickelte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff braucht schnellstens eine gesetzliche Grundlage ohne Stufen, Hürden und Belastungsverschiebungen. Darin muss auch die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe angemessen geregelt werden.

2.4 Leistungsumfang der Pflegeversicherung

Die Versorgungssituation in der Pflege ist gekennzeichnet durch einen unzureichenden Leistungsumfang.

Pflegebedürftigkeit wird zunehmend ein Armutsrisiko. Dabei war es ein wesentliches Ziel bei der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 zu verhindern, dass durch Pflegebedürftigkeit weite Teile der Bevölkerung von Sozialhilfe abhängig werden. Nach starkem Rückgang aufgrund der Einführung der Pflegeversicherung wächst seit 1998 die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege wieder kontinuierlich an. Im Laufe des Jahres 2011 bezogen 423.039 Personen Hilfe zur Pflege[7]. Die Pflegekosten werden zunehmend zum Sprengsatz der Kommunal- bzw. Landesfinanzen.

[7] Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe, Hilfe zur Pflege, September 2013

Der privat zu tragende Anteil der Pflegekosten ist in Deutschland damit einer der höchsten innerhalb der gesamten OECD. Frauen werden vor allem wegen ihrer längeren Heimpflege am höchsten belastet. Sie müssen zu ihren Pflegekosten privat durchschnittlich etwa 45.000 € beisteuern.[8]

Die Vorstellung, die wachsende Versorgungslücke mit privaten Versicherungsprodukten schließen zu können, führt zur finanziellen Überforderung weiter Teile der Bevölkerung und letztlich zur „Mehrklassenpflege".

Der Sozialverband VdK fordert, dass **Pflege für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen wieder bezahlbar wird.** Solidarität und Eigenverantwortung müssen bei den Leistungen der Pflegeversicherung zukünftig wieder so gewichtet werden, dass Pflegende und ihre Angehörigen nicht überfordert werden. Der Anstieg der Eigenfinanzierung der Betroffenen und die wieder steigende Sozialhilfeabhängigkeit müssen schnellstens gestoppt und zurückgeführt werden.

Eine Anpassung der Leistungen der Pflegeversicherung darf nicht im Ermessen der Politik steht. Sie müssen jährlich nach der Entwicklung der Pflegekosten dynamisiert werden.

2.5 Vorrang „ambulant" vor „stationär"

Der Vorrang ambulanter vor stationären Leistungen muss durch die Verbesserung des Leistungsspektrums und die Stärkung pflegeersetzender und pflegeunterstützender Dienste erreicht werden.

Hierzu gehört die Angleichung der ambulanten Pflegesätze auf das Niveau der stationären Leistungsbeträge.

Die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts nach § 70 SGB XII muss als Dauerleistung ausgebaut und neben den übrigen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII gewährt werden. So kann erreicht werden, dass Pflegebedürftige in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können, ohne gezwungen zu sein, illegal Haushaltshilfen zu beschäftigen, die für sie noch finanzierbar sind.

Eine einseitige Absenkung der Leistungen im stationären Bereich ist ungeeignet und führt zu erheblichen Mehrbelastungen für die Betroffenen und die Sozialhilfeträger.

2.6 Prävention und Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit

Die zunehmende Zahl pflegebedürftiger Menschen ist keine zwangsläufige Folge einer älter werdenden Gesellschaft. Durch präventive Maßnahmen kann verhindert werden, dass Pflegebedürftigkeit überhaupt entsteht. Durch rehabilitative Maßnahmen kann Pflegebedürftigkeit ganz überwunden, in ihren Auswirkungen abgemildert oder eine Verschlimmerung verhindert werden.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist eine **Präventions- und Rehabilitationsoffensive** unbedingt notwendig, um der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen entgegenzuwirken. Hierzu ist notwendig, dass der präventive Hausbesuch in den Pflichtleistungskatalog der Kranken- bzw. Pflegeversicherung aufgenommen wird. Der Hausarzt muss als Präventionslotse fungieren und individuelle Präventionsangebote für ältere Menschen müssen bereitgestellt werden. Der Rechtsan-

[8] Barmer GEK Pflegereport 2012

spruch auf geriatrische Rehabilitation muss tatsächlich umgesetzt werden. Hierzu müssen die falschen Anreize an der Schnittstelle von Kranken- und Pflegeversicherung korrigiert werden. So müssen die Pflegekassen verpflichtet werden, die Kosten für ambulante oder stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation vor und bei Pflege den Krankenkassen zu erstatten.

2.7 Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit

Es gibt keinen Pflegebedürftigen, der nicht auch mehrfach krank und somit behandlungsbedürftig ist. Auch folgt auf Multimorbidität im weiteren Verlauf in der Regel Pflegebedürftigkeit. Multimorbide Menschen brauchen multiprofessionelle Hilfen.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, dass die **medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen sichergestellt wird. Die integrierte Versorgung bei Multimorbidität** muss zur **Pflichtleistung sowohl der Krankenversicherung als auch der Pflegeversicherung** werden. Bei der Pflegeversicherung muss hierzu ein eigenständiges Finanzierungsinstrument geschaffen werden, das ausschließt, dass die Pflegebedürftigen zusätzlich belastet werden. Die bestehende Möglichkeit integrierter Versorgungsverträge zwischen Kranken- und Pflegekassen muss viel entschiedener als bisher genutzt werden.

2.8 Demenzielle Erkrankungen

Demenzielle Erkrankungen belasten schon jetzt die Betroffenen und ihre Angehörigen enorm. Die Behandlungs-, Versorgungs- und Betreuungskosten steigen an.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK wird daher schnellstens mehr ursachen- und therapiebezogene öffentlich verantwortete und finanzierte Forschung benötigt, damit Demenz früher erkannt, ihr Verlauf verlangsamt, ihre Auswirkungen verringert oder sie in Zukunft ganz geheilt werden kann. Professionelle Früherkennungs-, Vorsorge- und Therapieangebote müssen flächendeckend sichergestellt werden. Begleitende, entlastende und fördernde Hilfen für die Angehörigen demenzkranker Menschen gehören verpflichtend in jedes Wohnquartier.

2.9 Pflegende Angehörige

2.9.1 Entlastende Angebote

Die häusliche Pflege verlangt von den Angehörigen viel Engagement, Verzicht auf Freizeit und die Bereitschaft, gegebenenfalls „rund-um-die-Uhr“ zu begleiten und zu unterstützen. Pflegende Angehörige stehen daher häufig unter hohem psychischen, physischen und sozialen Druck. Hierdurch verschlechtert sich häufige ihre eigene Gesundheit. Sie verlieren den Kontakt zu Freunden und Bekannten und müssen liebgewordene Hobbies oder den Beruf ganz oder teilweise aufgeben.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist deshalb der **Auf- und Ausbau von bezahlbaren Entlastungsangeboten und weiteren Hilfen notwendig.**
Hierzu gehören Angehörigen- und Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche Helfer, Tages-, Kurzzeit-, Urlaubs- und Verhinderungspflege sowie betreuter Urlaub und betreute Kuren für Pflegebedürftige zusammen mit ihren Angehörigen.

2.9.2 Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Die zukünftige Arbeitsgesellschaft braucht aufgrund der demografischen Entwicklung alle erwerbsfähigen Menschen. Dazu gehören insbesondere auch die Menschen, die die häusliche Pflege und Versorgung hilfebedürftiger Angehöriger sichern.

Pflege, Versorgung und berufliche Tätigkeit müssen uneingeschränkt nebeneinander möglich werden. Die Pflegebereitschaft von Angehörigen zu stärken ist auch im Eigeninteresse von Bund, Ländern und Kommunen, weil sie Beitrags- und Steuerzahler um Milliardenbeträge entlastet.

Deshalb sind aus Sicht des Sozialverband VdK **pflege- und versorgungsgerechte Arbeitszeitregelungen** ohne Nachteile für die Betroffenen mit **steuerfinanzierten finanziellen Lohnersatzleistungen** nach dem Vorbild des Elterngeldes dringend erforderlich.

2.9.3 Rentenrechtliche Bewertung von Pflegezeiten, Prävention und Rehabilitation für pflegende Angehörige

Die langjährige Pflege von Angehörigen darf für pflegende Angehörige im Alter nicht zur Armutsfalle werden. Sie dürfen keine Nachteile haben, wenn sie ihre sozialversicherungspflichtige Beschäftigung teilweise oder vorübergehend wegen Pflege reduzieren.

Deshalb ist die rentenrechtliche Absicherung für Pflegende so zu gestalten, dass ihre Rentenanwartschaften aus ihrer beruflichen Tätigkeit nicht geschmälert werden. Auch entlastende Hilfen und gesundheitliche Prävention und Rehabilitation müssen zum Rechtsanspruch für Pflegende werden. Pflege von Angehörigen muss denselben Stellenwert bekommen wie Kindererziehung.

2.10 Pflegetranzparenz

Seit dem 1. Juli 2009 werden Noten für die Qualität von Pflegeleistungen vergeben und im Internet veröffentlicht. Nach den bundesweiten Durchschnitten der Pflegenoten schneiden die Pflegeeinrichtungen überwiegend gut bis sehr gut ab. So liegt die Durchschnittsnote des Bereichs „Pflege und medizinische Versorgung“ bundesweit bei 1,5; die Gesamtnote liegt sogar bei 1,2.[9]

Diese Pflegenoten sind nicht an der Lebensrealität der Heimbewohner und Nutzer der ambulanten Pflegedienste orientiert. Sie sind nicht geeignet, Transparenz über die Qualität von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten herzustellen.

Das bereits vorliegende Konzept für ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren muss endlich umgesetzt werden. Die Lebensqualität der Bewohner ist dabei gleichberechtigt zu den medizinischen Kriterien zu erfassen und zu veröffentlichen.

2.11 Personalsituation in der Pflege

Die Versorgungslücke in der Pflege wird bis zum Jahr 2030 vor allem in den Kommunen für große Herausforderungen sorgen. Während die Zahl der Pflegebedürftigen um rund 50 % zunehmen wird, werden nach heutigen Berechnungen ohne

[9] BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013, Peter Pick, Qualität in Pflegeheimen

grundlegende Weichenstellungen rund eine halbe Mio. Stellen für Vollzeitkräfte in der Pflege unbesetzt bleiben.[10] Ursache hierfür ist u.a. auch, dass die Pflege und die Pflegeberufe in der Konkurrenz der Berufe und Branchen dramatisch benachteiligt sind. Sie sind aufgrund physisch wie psychisch höchst belastender Arbeitsbedingungen, unzureichender Vergütung, hohen Anforderungen und schlechtem Image äußerst unattraktiv.

Deshalb ist **schnellstens eine Offensive nötig, die diese Defizite nachhaltig korrigiert. Pflege- und Versorgungsstandards müssen die Personalsituation in den pflegenden Einrichtungen verbessern.** Um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich, das u.a. eine der verantwortungsvollen Tätigkeit angemessene Bezahlung, akzeptable Arbeitsmodelle, eine am Pflegebedarf orientierte Personalausstattung sowie Karriere- und Qualifizierungschancen umfasst. Es muss sichergestellt werden, dass Auszubildende in der **Altenpflege** nicht selbst die Ausbildungskosten tragen müssen.

2.12 Quartiersbezogene Pflege- und Versorgungsorganisation

Hilfe- bzw. pflegebedürftige Menschen haben einen multiplen Versorgungsbedarf. Sie benötigen gleichzeitig bzw. nacheinander präventive, kurative, rehabilitative und versorgende Leistungen. Gleichzeitig geht das Potential an Helfern aufgrund veränderter Familienstrukturen oder zunehmenden Personalmangels bei professionellen Leistungsanbietern zurück. Zukünftig werden die notwendigen Leistungen in der Pflege von professionellen Kräften allein nicht zu erbringen sein.

Daher ist es notwendig, bei der Verwirklichung bedarfsgerechter Pflegekonzepte auf die Vernetzung aller verantwortlichen Personen und Institutionen zu achten, von der Stadtplanung über Wohnungsbaugesellschaften, Pflegekassen bis hin zu Leistungsanbietern.

Diese Entwicklung zwingt zu **einer quartiersbezogenen Pflege- und Versorgungsorganisation** einschließlich einer verbindlichen Beratung und Begleitung für die mittelbar und unmittelbar Betroffenen. Ein Hilfe-Mix von Profis und Laien muss die Regel werden.

Die **Pflege- und Gesundheitsversorgung im Wohnquartier** für multimorbide, hilfe- und pflegebedürftige Menschen muss zur gemeinsamen, abgestimmten Pflichtleistung von bmfo Sozialleistungsträgern werden. Zu erwägen ist, die Verantwortung für präventive, niederschwellige und familienunterstützende Angebote und Leistungen auf die Kommunen zu übertragen und ihnen hierzu die notwendigen finanziellen Ressourcen sicherzustellen.

Die **Pflegestützpunkte** brauchen im Rahmen einer quartiersbezogenen Pflege- und Versorgungsorganisation einen erweiterten Auftrag, eine quartiersbezogene Struktur, eine verbindliche, die Unabhängigkeit und Neutralität der Pflegeberatung sichernde Trägerschaft, eine nachhaltige Finanzierung und eine kontinuierlich tätige bedarfsgerechte Professionalisierung.

Ehrenamtliche Strukturen müssen deutlich mehr gefördert und wertschätzend anerkannt werden.

[10] Pflegereport, Bertelsmann-Stiftung

2.13 Zukunftsfähige Wohn- und Betreuungsformen

Die selbstständige Lebensführung im Alter ist durch die Entwicklung zukunftsfähiger Wohn- und Betreuungsformen abzusichern. Dazu gehören Angebote betreuten Wohnens, Senioren-Wohngemeinschaften, generationenübergreifende Wohnformen sowie neue Technologien, die Selbstständigkeit erhalten (AAL).

2.14 Altersgerechte und barrierefreie Infrastruktur als Aufgabe der Kommunen

Aufgrund der demografischen Entwicklung, des sozialen Umfeldes und der Wohnsituation werden die Chancen in Zukunft immer geringer, bei Pflegebedürftigkeit in der gewohnten Umgebung zu Hause von Angehörigen gepflegt zu werden.

Deshalb müssen die Rahmenbedingungen verändert werden. **Eine die häusliche Versorgung fördernde nationale demografiesensible Infrastrukturoffensive ist notwendig.**

Gebietskörperschaften müssen verpflichtet werden, eine altersgerechte und barrierefreie Infrastruktur, einen inklusiven Sozialraum, zu gestalten. Notwendig sind

- Barrierefreiheit und Ausstattung der Wohnung mit technischen Assistenzsystemen (AAL) einschließlich angeschlossener Dienste,
- Barrierefreiheit der Wege und des öffentlichen Verkehrsraums, des öffentlichen Personennahverkehrs, der Geschäfte, der Banken, der Post, der Arztpraxen und anderer Gesundheitsdienste und der Freizeitangebote ebenso
- wie Beratungs- und Unterstützungsleistungen, Treffpunkte und Netzwerke.

Hierzu müssen sie finanziell in die Lage versetzt werden. Notwendig ist hierzu eine Bundesförderung. Dies könnte gezielt durch Bundesprogramme nach dem Vorbild der Programme „Soziale Stadt – Soziale Region“ oder ,,Altersgerecht Umbauen“ oder Bereitstellung von Budgets für gemeinwesenorientierte Pflege und Versorgung erfolgen.

2.15 Finanzierung

Die vom Sozialverband VdK geforderte Große Pflegereform muss mit einer umfassenden Finanzreform verbunden werden.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK muss die **Finanzierung der Pflegeversicherung** auf eine nachhaltige Grundlage gestellt werden, um die steigenden Kosten und notwendigen Leistungsverbesserungen abzudecken.

2.15.1 Paritätische Finanzierung

Die Arbeitgeber sind jetzt bereits durch die Streichung eines Feiertages gegenüber den Versicherten entlastet. Bei einer künftigen Beitragsgestaltung darf die paritätische Finanzierung nicht wie systemwidrig in der Krankenversicherung durch eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages ausgehöhlt werden.

2.15.2 Solidarität bei den Versicherten / Beitragsbemessung

Zur Stabilisierung des Beitragssatzes in der Rentenversicherung müssen Rentner den vollen Pflegeversicherungsbeitrag zahlen. **Aus Sicht des Sozialverbands VdK ist die Belastung von Rentnern mit dem vollen Beitragssatz gegenüber Arbeitnehmern nicht systemgerecht und sollte abgeschafft werden.**

Kinderlose Versicherte müssen im Gegensatz zu Eltern beim Pflegeversicherungsbeitrag einen Zuschlag von 0,25 Prozentpunkten entrichten. Eine höhere Belastung von Kinderlosen ist keine geeignete Maßnahme zur Entlastung von Familien in der Erziehungsphase. Diese muss ordnungspolitisch richtig über den steuerfinanzierten Familienleistungsausgleich sowie über eine verbesserte Vereinbarkeit von Familie und Beruf erfolgen. Im Gegensatz zu einem höheren Pflegeversicherungsbeitrag erfolgt ein Ausgleich höherer Einkommen von Kinderlosen zielgerichteter über das Steuerrecht, da dieses die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit erfasst. **Der Sozialverband VdK lehnt daher höhere Pflegeversicherungsbeiträge für kinderlose Versicherte ab.**

Zum solidarischen Ausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaft sollten die Beitragsbemessungsgrenze erhöht und alle Einkunftsarten in die Beitragsbemessung einbezogen werden. Für Vermögenseinkünfte sollten dabei angemessene Freibeträge eingeführt werden.

2.15.3 Gesetzliche und private Pflegeversicherung

Die **gesetzliche und die private Pflegeversicherung haben** gleiche Zugangsvoraussetzungen und Leistungsstrukturen, aber unterschiedlichen Pflegerisiken.

Demzufolge sind die Ausgaben pro Kopf in der privaten Pflegeversicherung trotz identischer Leistungen nur halb so hoch wie in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die privaten Pflegekassen erwirtschaften jedes Jahr einen Überschuss von 1,3 Mrd. € und haben 26 Mrd. € an Rücklagen gebildet.[11]

Obwohl Privatversicherte ein höheres Durchschnittseinkommen haben, zahlen sie eine niedrigere absolute Prämie als gesetzlich Versicherte. Außerdem haben sie ein deutlich geringeres Risiko, pflegebedürftig zu werden. Gesundheitschancen sind sozial äußerst ungleich verteilt.[12]

Aus Sicht des Sozialverbands VdK **müssen deshalb private und gesetzliche Pflegeversicherung zusammengeführt werden.** Für alle Pflegeversicherten muss ein gleicher Pflegeversicherungsbeitrag realisiert werden. In einem ersten Schritt sollte die private Pflegeversicherung durch einen Solidarausgleich in die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung einbezogen werden.

2.15.4 Private Zusatzvorsorge / Kapitalfundierung

Pflegebedürftigkeit setzt oft, aber nicht nur im Alter ein. Neben insbesondere hochaltrigen Menschen können auch Kinder oder Erwachsene durch Erkrankung oder plötzlichen Unfall jederzeit betroffen werden. Wenn Pflegebedürftigkeit eintritt, bedeutet es für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine Katastrophensituation, die in der Regel ohne Absicherung durch Erwerbs- oder Renteneinkommen und Ersparnisse nicht zu bewältigen ist. Dies war ein wesentlicher Grund für die Einführung der umlagefinanzierten gesetzlichen Pflegeversicherung.

---

[11] PKV Zahlenbericht 2009/2010, S. 65
[12] WIdO: Fokus Pflegeversicherung 2009, S. 83

Die Erfahrungen mit der Riesterrente belegen, dass von einer steuerlich geförderten staatlichen Zusatzvorsorge vorrangig Personen mit höherem Einkommen profitieren. Gerade Geringverdiener – also die eigentliche Zielgruppe – nehmen die private Zusatzvorsorge nur selten in Anspruch, weil sie sich die Ausgaben für die Versicherungsprämien nicht leisten können oder später als Grundsicherungsempfänger hiervon keinen Vorteil haben.

Bei der Absicherung des Pflegerisikos kommt noch hinzu, dass – wenn der Pflegefall eintritt – hohe Aufwendungen notwendig werden. Pflegebedingte Aufwendungen können mit Leistungen aus einem „Pflege-Bahr" mit einer Prämie von 120 € jährlich, die Voraussetzung für die steuerliche Förderung von 60 € jährlich ist, nur in kaum spürbaren Umfang abgedeckt werden.

Die Folgen der Wirtschaftskrise haben gezeigt, dass eine Kapitalfundierung in Bezug auf Rendite und Sicherheit keine dem Umlageverfahren überlegene Lösung ist. Sie ist noch nicht einmal vergleichbar.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK sollten daher für Neuverträge die steuerliche Förderung von Pflegezusatzversicherungen abgeschafft und dazu vorgesehene Steuermittel direkt zur Verbesserung der Versorgung in der Pflegeversicherung genutzt werden.