



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Patientenschutz-Info-Dienst

22. April 2014

Stellungnahme...Stellungnahme...Stellungnahme...Stellungnahme...Stellungnahme

Stellungnahme zum Referentenentwurf für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Leistungsausweitung für Pflegebedürftige, Pflegevorsorgefonds

Impressum:

Der Patientenschutz-Info-Dienst wird von der Deutschen Stiftung Patientenschutz herausgegeben.
Verantwortlich im Sinne des Presserechtes: Eugen Brysch; Redaktion: Christine Eberle, Alexander Ebert, Stephan von der Trenck, Anke Vorrink
Deutsche Stiftung Patientenschutz, Informationsbüro Berlin, Chausseestraße 10, 10115 Berlin, Tel. 030 / 2 84 44 84 0
Dortmund: Tel. 02 31 / 73 80 73 0, Fax 02 31 / 73 80 73 1; München: Tel. 089 / 20 20 81 0, Fax 089 / 20 20 81 11
www.patientenschuetzer.de



1. Gleichstellung Sterbender: Implementierung des Hospiz- und Palliativangebotes in stationären Pflegeeinrichtungen

Situation

In deutschen Pflegeheimen leben ca. 723.000 Menschen¹. Eine Sterbestatistik nach Sterbeorten fehlt. Aus den Angaben zur Verweildauer in Pflegeheimen² kann jedenfalls abgeleitet werden, dass dort jährlich zwischen 224.000 und 343.000 Menschen sterben.

Während die Sozialkassen für einen Platz im Hospiz bis zu 7.500 Euro³ im Monat zur Verfügung stellen, liegt dieser Betrag für Pflegeheime bei maximal 1.550 Euro (Pfleigestufe III, § 43 Abs. 2 S. 2 Nr. 3 SGB XI). In beiden Versorgungsformen ist die ärztliche und palliativärztliche Behandlung nicht enthalten und muss gesondert hinzugezogen sowie vergütet werden. Für einen Hospizplatz wenden die Sozialkassen demnach jeden Monat knapp 6.000 EUR mehr als für einen Pflegeheimplatz mit Pfleigestufe III auf. Die Bedürfnisse der schwerstkranken und sterbenden Menschen sind aber identisch. Ein Wechsel vom Pflegeheim in ein stationäres Hospiz ist laut § 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V nur in engen Ausnahmefällen möglich.

Problem

Der Entwurf sieht keine Verbesserungen für Pflegeheimbewohner mit infauster Prognose⁴ vor. Grundsätzlich bedarf es für Menschen in den letzten Wochen und Monaten des Lebens einer Anpassung der Behandlungs-, Pflege- und Betreuungssituation an die sich ändernden Bedürfnisse. Hier stehen Schmerzfreiheit, professionelle palliative Pflege und Begleitung im Vordergrund. Dies gilt unabhängig vom Aufenthaltsort, sei es ein Pflegeheim, ein Hospiz, ein Krankenhaus oder zu Hause.

Im Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen besteht hier eine eklatante Versorgungslücke. Die Ausrichtung der Pflegestufen am Grad der Hilfebedürftigkeit und des zum Ausgleich notwendigen Zeitaufwandes verhindert eine bedürfnisorientierte Versorgung Sterbender. Dies führt zu einem „Sterben zweiter Klasse“ in den 11.000 Pflegeheimen.

Forderungen

Es ist offensichtlich, dass trotz Einstufung in die höchste Pflegestufe und trotz der Möglichkeit, die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) auch im Pflegeheim in Anspruch zu nehmen, eine adäquate Versorgung sterbender Patienten im Pflegeheim nicht mit dem im SGB XI bestehenden „Teilkasko-System“ geleistet werden kann und strukturell immer hinter dem Anspruch auf Vollversorgung in einem stationären Hospiz (§ 39a Abs. 1 SGB V) zurücksteht.

¹ destatis, Pflegestatistik 2011, S. 8.

² Laut dem Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Schneekloth/Wahl (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen, (MuG IV), Integrierter Abschlussbericht, Berlin 2007, S. 10 verstarben 31% der Heimbewohner innerhalb des ersten Jahres. Laut einer Untersuchung in Mortalität und Verweildauer in der stationären Altenpflege, Teil 2: Gesellschaftliche Konsequenzen, Schönberg/de Vries, Theorie und Praxis der sozialen Arbeit Nr. 5/2011 S. 371, verstarben 47,5% der Bewohner innerhalb des ersten Jahres.

³ Abhängig vom jeweiligen tagesbezogenen Bedarfssatz des Hospizes.

⁴ Als Patienten mit infauster Prognose definiert die Bundesärztekammer (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Deutsches Ärzteblatt 2011; S. 108(7)) solche, „die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden.“



Diese Ungleichbehandlung muss beendet werden. Sterbende Pflegeheimpatienten müssen pflegerisch, medizinisch und finanziell Hospizpatienten gleichgestellt werden. In Anlehnung an die durchschnittliche Verweildauer in Hospizen⁵, wird daher eine zusätzliche Pflegestufe bzw. später ein zusätzlicher Pflegegrad für den letzten Lebensmonat gefordert.

Dieser Anspruch muss - bei infauster Prognose und entsprechender Einstufung - die Kosten einer umfassenden palliativen- und hospizlichen Versorgung gleich dem stationären Hospiz decken. Konsequenterweise muss der zusätzliche Pflegegrad für den letzten Lebensmonat jedem sterbenden Pflegeheimbewohner 5.000 EUR zuzüglich der bestehenden Pflegeeinstufung zur Verfügung stellen.

2. Verbesserung der palliativen Schmerztherapie von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen

Situation

Auch die palliativmedizinische Versorgungssituation von Schmerzpatienten in Pflegeeinrichtungen und in stationären Hospizen ist von einer strukturellen Ungleichbehandlung gekennzeichnet.

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz⁶ mit Wirkung zum 01.04.2007 den Rechtsanspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung eingeführt (§ 37b SGB V). Nach der Zielsetzung des Gesetzgebers soll dabei SAPV auch in stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden (§ 37b Abs. 2 SGB V). Tatsächlich wird SAPV weit überwiegend in stationären Hospizen (37,3 Prozent) und im häuslichen Umfeld (40,9 Prozent) geleistet. Nur 11,5 Prozent der SAPV-Leistungen erhalten Bewohner in Pflegeheimen⁷.

Laut dem Bericht zum Stand der Umsetzung der SAPV⁸ konnten im Jahr 2012 insgesamt 31.397 Erstverordnungen gezählt werden.

Dies bedeutet, dass sich die SAPV-Leistungen im Jahr 2012 wie folgt verteilen:

	SAPV - Leistungen in %	Erstverordnungen total: 31.397	Sterbende pro Jahr	Versorgungsgrad
Hospize	37,3	11.711	23.000	50,9 %
Pflegeheime	11,5	3.610	224.000 - 343.000	1,0 % bis 1,6 %

⁵ Die durchschnittliche Verweildauer wird mit zwei bis vier Wochen angegeben, u.a.: Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Studienergebnisse über die Hospizarbeit 2009, S. 5 (20 Tage), PflegeWiki, abgerufen unter http://www.pflegewiki.de/wiki/Station%C3%A4res_Hospiz am 15.04.2014 (17 Tage).

⁶ BT-Drs. 3100/16.

⁷ Home Care Berlin e. V., Präsentation 2011.

⁸ Gemeinsamer Bundesausschuss: Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit über die Umsetzung der SAPV-Richtlinie für das Jahr 2012, S. 22.



Problem

Der Gesetzgeber ging bei der Einführung des Rechtsanspruches auf SAPV von einem Versorgungsbedarf von 10 Prozent aller Sterbenden aus⁹. Während in den fast 200 Hospizen die Betreuung von Schmerzpatienten mittels SAPV funktioniert und den Patienten dadurch ein möglichst schmerz- und symptomfreies Sterben ermöglicht wird, ist die Versorgung in den über 11.000 Pflegeheimen auch sieben Jahre nach der Einführung des Rechtsanspruches noch immer unzureichend.

Diese offensichtliche Ungleichbehandlung ist durch keinen sachlichen Grund gerechtfertigt. Hinzu kommt der Umstand, dass die Entscheidung der Verlegung in ein Hospiz oder in ein Pflegeheim von verschiedenen Faktoren abhängt, auf die der Patient bzw. dessen Angehörige nur bedingt Einfluss haben. So schließt die Verlegung in ein Pflegeheim den Patienten nachhaltig von der qualitativ hochstehenden Versorgung in den Hospizen aus, da eine Verlegung laut § 2 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zu § 39a Abs. 1 SGB V vom Pflegeheim ins Hospiz nur in Ausnahmefällen zulässig ist.

Darüber hinaus ist es Pflegeheimen bis heute untersagt, einen patientenunabhängigen Vorrat an Betäubungsmitteln für Notfälle (Notfallvorrat) bereithalten zu dürfen. Entgegen dem Vorschlag der Deutschen Stiftung Patientenschutz¹⁰ wurde im Rahmen der am 18.05.2011 in Kraft getretenen 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung die Bereithaltung sog. BtM-Notfallvorräte auf Einrichtungen der SAPV und auf Hospize beschränkt (§ 5c BtMVV).

Benötigt daher ein Bewohner eines Pflegeheims in einer Akutsituation ein anderes als das für ihn gelagerte Schmerzmittel, so muss dieses durch einen Arzt verschrieben und bei einer Apotheke besorgt werden, da ein Pflegeheim nicht zur Unterhaltung eines allgemeinen, patientenunabhängigen Notfallvorrats berechtigt ist. Die bisher zulässige Möglichkeit zur erneuten Verschreibung gelagerter und nicht mehr benötigter Betäubungsmittel gemäß § 5b Abs. 4 BtMVV gestattet nach dem Wortlaut nur die erneute Verschreibung an einen anderen Pflegeheimbewohner, aber gerade nicht die Lagerung ohne eine konkrete Verwendungsabsicht.

Diese Benachteiligung der Pflegeheime, und somit der dortigen Schmerzpatienten, gegenüber der Versorgungsform „Hospiz“ ist nicht nachvollziehbar.

Forderungen

Der Versorgungsgrad mit SAPV muss ein Kriterium der Qualitätsprüfungen gemäß § 115 SGB XI („PflegetÜV“) werden, um die Transparenz zu fördern und Marktmechanismen zu aktivieren.

Pflegeeinrichtungen sollen dahingehend verpflichtet werden, mindestens 10 Prozent des Pflegepersonals mit der Weiterbildung „Palliative Care für Pflegefachkräfte (160 Stunden)“ zu beschäftigen.

Patientenunabhängige Notfallvorräte für Betäubungsmittel sind auch für Alten- und Pflegeheime zu erlauben. § 5c BtMVV ist entsprechend zu ergänzen.

⁹ BT-Drs. 3100/16, S. 105.

¹⁰ Patientenschutz-Info-Dienst: Verbesserungen der palliativen Schmerztherapie von Patienten in Pflegeheimen und Zuhause, März 2011, abgerufen unter https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/publikationen/Patientenschutz-Info-Dienst-1_2011%20SW-110304.pdf am 16.04.2014.



3. Fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen

Situation

Pflegeheime schulden den Bewohnern ausschließlich die pflegerische Versorgung. Um die medizinische Versorgung müssen sich die Bewohner bzw. ihre Bevollmächtigten oder Betreuer im Rahmen der freien Arztwahl eigenverantwortlich kümmern. Diese sind jedoch in der Regel der Aufgabe auf Grund von Überforderung, medizinischer Unkenntnis oder nicht ständiger Anwesenheit nicht gewachsen. Daher werden laut einer Studie Arztbesuche in Pflegeheimen fast ausschließlich (98,8 Prozent) vom Heimpersonal initiiert¹¹. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt zwar der Kassenärztlichen Vereinigung (§ 75 Abs. 1 SGB V), jedoch entbindet dies den Patienten bzw. dessen Vertreter nicht von der Pflicht zur eigenständigen Konsultation des (Fach-)Arztes.

Somit befindet sich die (fach-)ärztliche Versorgung des Pflegeheimbewohners in einem „Dreieck der Unzuständigkeit“ zwischen Patientenvertreter, Pflegeheim und Ärzteschaft. Diese Situation spiegelt sich auch in einer nach wie vor unzureichenden fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen wieder¹². Das Ergebnis dieser einschlägigen Studie aus dem Jahr 2013 stellt sich wie folgt dar:

Zuständiger Arzt	Durchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen/Jahr
Psychiatrischer o. neurologischer FA	< 2
Facharzt für Augenheilkunde	± 0,5
Facharzt für Orthopädie	± 0,5
Facharzt für Urologie	≤ 1
Facharzt für Gynäkologie	≤ 1
Facharzt für Zahnmedizin	≤ 1

Mehrere Versuche, diese eklatante Unterversorgung durch Fachärzte zu beheben bzw. zumindest abzuschwächen sind gescheitert oder brachten keinen messbaren Erfolg.

Obwohl die mangelhafte Versorgung schon seit den 1990er Jahren bekannt ist, schuf der Gesetzgeber erst im Jahr 2008, in Anlehnung an das sog. „Berliner Projekt“¹³, für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, Kooperationsverträge mit Vertragsärzten zu schließen bzw. geriatrisch fortgebildete Ärzte anzustellen (§ 119b SGB V). Im Jahr 2012 wurde diese Möglichkeit im Rahmen des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) um Qualitätssicherungs- und Evaluierungsmaßnahmen ergänzt. Zudem wurde in § 87a Abs. 2 Satz 3, 2. HS, Nr. 1 und 2 SGB V die Zahlung von Zuschlägen bei der ärztlichen Vergütung vorgesehen. Erst mit Wirkung zum 01.04.2014 sind Rahmenvereinbarungen gem. § 119b Abs. 2 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bzw. der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband geschlossen worden. Darin ist vorgesehen, dass die Koordination der geplanten multiprofessionellen Zusammenarbeit durch die Hausärzte vorgenommen werden soll. Die Ergebnisse der vorgesehenen Evaluation werden für Haus- und Fachärzte bis zum 31.08.2015 und für Zahnärzte für das Jahr 2017 erwartet.

¹¹ Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, Hallauer/Bienstein/Lehr/Rönsch, SÄVIP, September 2005, Vincentz Network Marketing Service, S. 21, S. 6, S. 22, S. 25.

¹² Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland von Balzer/Butz/Bentzel/Boulkhemair/Lühmann, 2013, S. 18.

¹³ Mit dem bereits seit März 1998 bestehenden Projekt „Ärztliche, pflegerische und therapeutische Betreuung Schwerstkranker in stationären Pflegeeinrichtungen“ („Berliner Projekt“) ist diesem Nebeneinander von pflegerischen und ärztlichen Leistungen mit dem Ziel eine effiziente und zugleich wirtschaftliche Verzahnung der ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Betreuung zu gewährleisten, erfolgreich entgegen getreten worden.



Problem

Die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen ist unzureichend. Wie bedeutend sie jedoch ist, kann am Beispiel der Zahnmedizin besonders veranschaulicht werden. So ergibt sich aus der oben zitierten Studie, dass mehr als 60 Prozent der Bewohner kein einziges Mal im Jahr von einem Zahnarzt untersucht wurden¹⁴. Entzündungen des Parodontiums (Zahnhalteapparats) stellten sich mit einer Krankheitshäufigkeit (Prävalenz) von 90 Prozent dar¹⁵. Zwar bewerteten 78 Prozent der Bewohner ihre Kaufähigkeit als gut, konnten jedoch weder in eine Apfelschale beißen noch Fleisch zu sich nehmen¹⁶. Diese Zahlen sind erschreckend, zumal ein gesunder Zahnhalteapparat Voraussetzung für die Ernährung und zur Vermeidung von extremen Schmerzen unerlässlich ist. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

In Anbetracht dieser Schiefelage blieben die Versuche des Gesetzgebers, die im Rahmen des § 119b SGB V auf eine Selbstorganisation der Pflegeheimträger und der Ärzteschaft setzen, ohne Wirkung. So stellte sich im Rahmen einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) heraus, dass deutschlandweit seit Einführung des § 119b SGB V im Jahr 2008 nur 18 von über 11.000 Pflegeheimen einen Antrag auf eine Kooperationsvereinbarung gestellt haben¹⁷.

Ebenso wird der am 01.04.2014 geschlossene Kooperationsvertrag auf Bundesebene, der eine Evaluation der Situation bis 2015 bzw. 2017 vorsieht, nichts bzw. kaum etwas bewirken.

Forderungen

Die Bemühungen des Gesetzgebers um eine selbstregulatorische Lösung durch die Leistungserbringer sind gescheitert. Weder die Möglichkeit zu Kooperationsverträgen zwischen Pflegeheimträgern und Ärzteschaft, noch eine Verbesserung der ärztlichen Vergütung konnten die fachärztliche Versorgung der Pflegeheimbewohner verbessern.

Eine nachhaltige Lösung muss daher grundlegender ansetzen.

Die Koordination der (fach-)ärztlichen Versorgung ist auf Grund der bisherigen praktischen und durch einschlägige Studien bestätigten Erfahrungen dem Aufgabenbereich der Pflegeheimträger zu übertragen. Sie sollen künftig nicht nur die pflegerische Versorgung, sondern auch die Organisation der medizinischen Versorgung übernehmen. Hierzu müssen ausdrücklich auch die Vorsorgeuntersuchungen gehören.

Die Einhaltung der Vorsorgeuntersuchungen, die regelmäßige Untersuchung des Gesundheitszustandes durch Fachärzte (zum Beispiel Zahnarzt, Augenarzt etc.), das Bestehen eines Kooperationsvertrages mit Ärzten oder die Beschäftigung eines angestellten „Heimarztes“ sind als wichtige Qualitätskriterien zwecks Information und Markttransparenz zu veröffentlichen.

Zur Ermöglichung einer fachärztlichen Versorgung im Pflegeheim müssen entsprechend ausgestattete Behandlungszimmer bereitgehalten werden.

¹⁴ Schneekloth/Wahl (Hrsg.), S. 169-228; S. 53-166.

¹⁵ Balzer/Butz/Bentzel/Boulkhemair/Lühmann, 2013, S. 39.

¹⁶ Balzer/Butz/Bentzel/Boulkhemair/Lühmann, 2013, Tabelle 33: Zahnmedizinische Befunde zur Prothesenversorgung bei Pflegeheimbewohnern allgemein, S. 252.

¹⁷ Hibeller/Reiser, „Hausbesuche im Heim: Wege zur besseren Versorgung“, Deutsches Ärzteblatt 2012, 109 (19): 1-950/B-818/C-810.



4. Einführung eines Qualitätsinstituts in die Pflegeversicherung

Situation

Laut Koalitionsvertrag soll im Bereich der stationären Krankenhausversorgung eine Qualitätsoffensive gestartet werden. Wesentlicher Bestandteil ist hierbei die Einführung eines fachlich unabhängigen Qualitätsinstituts¹⁸. Aufgabe des Qualitätsinstituts soll u. a. die Sammlung und Auswertung von Routinedaten sowie deren einrichtungsbezogene Veröffentlichung sein. Insbesondere soll das Qualitätsinstitut eine online einsehbare Vergleichsliste erstellen und führen sowie die Vielzahl von Zertifikaten bewerten und einordnen. Laut Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sollen damit verlässliche Kriterien für einen Vergleich geschaffen werden, der für einen Qualitätswettbewerb notwendig sei¹⁹.

Zur Umsetzung dieser Zielsetzung sieht die Bundesregierung im Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG) vom 11.04.2014 die Änderung des § 137a SGB V (Qualitätsinstitut) vor²⁰. Dabei soll eine vom G-BA zu gründende Stiftung des privaten Rechts Trägerin des Qualitätsinstitutes werden. Die Zusammenarbeit mit dem bisher beauftragten AQUA-Institut entfällt.

Die Qualitätsoffensive bleibt jedoch auf das SGB V beschränkt und wird nicht auf den Bereich der Pflege ausgeweitet. Hinsichtlich der Qualität in der Pflege wird nur pauschal ausgeführt, dass „Qualitätssicherungsverfahren wissenschaftlichen Standards genügen und kontinuierlich weiterentwickelt“ werden müssen, und dass die veröffentlichten Ergebnisse der Qualitätsprüfungen („Pflege-TÜV“) zu verbessern seien²¹.

Problem

Die Qualitätssicherung im Bereich der Pflege ist ineffektiv, intransparent und trägt nicht zu einem funktionierenden Qualitätswettbewerb bei. Die bestehenden Instrumente und Regelungen zur Qualitätssicherung (§§ 112 SGB XI ff) bilden ein nur noch von wenigen Fachleuten zu durchschauendes Konglomerat aus Bundesrecht, Landesrecht, Sozialrecht, Heimrecht, Richtlinien des G-BA und Vereinbarungen zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene. Hinzukommt eine Unzahl von Berichten, Studien und Modellvorhaben.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ist der richtige Weg hin zu mehr Transparenz und Wettbewerb. Jedoch hat sich das bestehende Instrument des „Pflege-TÜVs“ (§ 115 SGB XI) auf Grund fehlender Aussagekraft (Prüfung der Dokumentation anstelle der Ergebnisqualität) und Vergabe von Bestnoten (Bundesdurchschnitt im stationären Bereich: Note 1,2²²) selbst marginalisiert. Hieran werden auch die zum 01.01.2014 in Kraft getretenen Korrekturen²³, auf die sich die Vertragsparteien erst mittels Schiedsspruches einigen konnten, nichts ändern.

¹⁸ Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 14.12.2013, 2.4. Gesundheit und Pflege.

¹⁹ Interview mit Bundesgesundheitsminister Gröhe in der Ärztezeitung vom 21.02.2014.

²⁰ BR-Drs. 151/14.

²¹ Koalitionsvertrag, 2.4. Gesundheit und Pflege.

²² Angaben der DatenClearingStelle (DCS), Stand April 2014.

²³ Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)- vom 17. 12.2008 in der Fassung vom 10.06.2013.



Forderungen

Die Zuständigkeit des geplanten Qualitätsinstituts ist auf den Bereich der stationären Pflege auszudehnen. Diese Konzentration der Qualitätssicherung wird zur Vereinheitlichung, Professionalisierung und Transparenz führen.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen ist in diesem Zuge auch auf das Qualitätsinstitut zu übertragen. Hierdurch wird der „Pflege-TÜV“ den Partikularinteressen der Vertragsparteien entzogen.

Grundlage der Qualitätssicherung muss ausschließlich die Ergebnisqualität sein. Die seit März 2011 vorliegenden Ergebnisse des vom Bundesgesundheitsministerium und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Projekts „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (sog. „Wingefeld/Engels-Studie“)²⁴ sind daher aufzugreifen und umzusetzen.

Bemessungsgrundlage für die Honorierung von Pflegeleistungen muss ebenfalls die Ergebnisqualität sein. Hier ist die Einführung eines Bonus-Malus-Systems zu befürworten, durch das schlechte Leistung finanziell sanktioniert und überdurchschnittliche Leistung belohnt wird. Die für dieses Entgeltsystem zwingend erforderlichen Bewertungskriterien sind vom Qualitätsinstitut, als fachlich unabhängige Stiftung, zu entwickeln.

5. Pflegevorsorgefonds

Situation

Der Referentenentwurf sieht in Umsetzung des Koalitionsvertrages²⁵ die Einführung eines Vorsorgefonds zur Abmilderung künftiger Beitragssteigerungen vor (§§ 131-139 SGB XI-Entwurf). Laut Begründung soll er dazu dienen, in 20 Jahren die überproportional hohen Pflegekosten durch die geburtenstarken Jahrgänge abzumildern, da die Jahrgänge 1959 bis 1967 mit rund 1,3 Mio. Menschen deutlich stärker seien als die Jahrgänge davor und danach²⁶. Im Jahre 2034 erreicht der erste geburtenstarke Jahrgang das 75. Lebensjahr. 20 Jahre später dürfte ein Großteil der Jahrgänge verstorben sein. In diesem begrenzten Zeitraum sollen die angesparten Mittel aus dem Fonds nach und nach in die Pflegeversicherung abfließen. Der Fonds soll - befristet - die jüngeren Menschen vor zu hohen Beitragssteigerungen und künftige Pflegebedürftige - befristet - vor Leistungskürzungen bewahren.

Gespeist werden soll der Fonds über einen Zeitraum von 20 Jahren, von 2015 bis 2033. Das Sondervermögen soll mit 0,1 Prozentpunkten der Pflegeversicherungsbeiträge aufgebaut werden. Das entspricht im Startjahr 2015 einem Volumen von 1,21 Mrd. Euro.

Der Fonds soll von der Deutschen Bundesbank verwaltet werden (§ 134 Abs. 1 SGB XI-Entwurf).

²⁴ „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe, Abschlussbericht“, Dr. Wingefeld (Projektleitung)/Kleina/Franz, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und Dr. Engels (Projektleitung)/Mehlan/Dr. Engel, Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG), Bielefeld/Köln März 2011.

²⁵ Koalitionsvertrag, 2.4. Gesundheit und Pflege.

²⁶ Referentenentwurf, S. 42.



Problem

Der geplante Pflegevorsorgefonds ist ein politischer Kompromiss. Er wird nur dann von der breiten Bevölkerung akzeptiert und als sinnvoll erachtet werden, wenn er zukunftssicher und generationengerecht konzipiert wird. An beiden zentralen Qualitätsmerkmalen mangelt es.

Laut Experten wird das Volumen des Fonds nicht ausreichen, um die demografisch bedingten Pflegemehrkosten auch nach Verbrauch des Vorsorgefonds abzudecken. Demnach sinkt zwar ab 2060 die Zahl der Pflegebedürftigen, jedoch wird auch die Zahl der Beitragszahler geringer sein. Daher ist davon auszugehen, dass der Beitragssatz auf dem hohen Niveau bleiben wird²⁷.

Auch kann nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden, dass diese milliardenschwere Finanzrücklage von der Politik bis zum Jahr 2033 unangetastet bleibt. Vielmehr lehrt die Erfahrung, dass einst als zweckgebunden konzipierte Finanzierungsmittel schnell unter Bezugnahme auf (vermeintliche) Krisen zur „Querfinanzierung“ herangezogen oder gar zweckentfremdet werden (zum Beispiel Solidaritätszuschlag, Rentenversicherung). Diesen Schwachpunkt gibt selbst die Bundesbank, die das Sondervermögen verwalten soll, zu bedenken²⁸.

Zudem steht die Soziale Pflegeversicherung vor dem Problem, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 um 50 Prozent auf ca. 3,37 Millionen Menschen erhöhen wird²⁹.

Forderungen

Die Soziale Pflegeversicherung muss durch den Vorsorgefonds zukunftssicher und generationengerecht finanziert werden. Diese Ziele können nur durch eine Stärkung der sozialen Komponente erreicht werden:

Daher soll der Beitragszuschlag für kinderlose Versicherte um 0,3 Prozentpunkte von derzeit 2,3 Prozent auf 2,6 Prozent angehoben werden. Versicherte mit einem Kind zahlen den hälftigen Zuschlag. Versicherte mit mehr als einem Kind bleiben zuschlagsfrei. Diese Regelung sollte unbefristet gelten, um nicht Angehörige bestimmter Alterskohorten zu bevorzugen bzw. zu benachteiligen.

Diese Beitragszuschläge sind in den Vorsorgefonds einzustellen. Die jährlich eingenommenen Finanzmittel sind jeweils „mündelsicher“ für die Dauer von 20 Jahren anzulegen.

²⁷ Vortrag von Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, auf der Fachtagung der AOK Baden-Württemberg am 13.02.2014.

²⁸ Deutsche Bundesbank, Monatsbericht März 2014, 66. Jahrgang, Nr. 3, S. 10.

²⁹ destatis, Demografischer Wandel in Deutschland 2010, S. 27.