

– Fachbeitrag D30-2016 –

02.08.2016

Tagungsbericht zum 48. Kasseler Kontaktseminar „Zukunft der Pflegeversicherung – vom Babyboom zum Greisenstaat“ am 22. und 23. Februar 2016 in Kassel – Teil 1¹

Von Alice Dillbahner (B.A.), Universität Kassel

Am 22. und 23. Februar 2016 fand im Bundessozialgericht (BSG, Kassel) das vom Deutschen Sozialrechtsverband organisierte 48. Kasseler Kontaktseminar zum Thema „Zukunft der Pflegeversicherung – vom Babyboom zum Greisenstaat“ statt.

I. Begrüßung

Prof. Dr. Rainer Schlegel (Vizepräsident des BSG, Kassel), **Peter Masuch** (Präsident des BSG, Kassel) und **Sabine Knickrehm** (Richterin am BSG, Kassel) eröffneten thematisch die Veranstaltung. Obwohl die Diskussion zur Pflegeversicherung zurzeit leise geführt werde, sei doch sehr viel in Bewegung. So ließe sich auf zahlreiche gesetzliche Aktivitäten der letzten Jahre zurückblicken, sowohl mit marginalen als auch tiefgreifenden Änderungen, wie z. B. die Neufassung der Pflegestufen.

II. Historische Entstehung und sozialpolitische Bewertung

Im ersten Vortrag gab **Dr. Bernd Schütze** (Richter am BSG, Kassel) einen Rückblick auf „**Über 20 Jahre soziale und private Pflegeversicherung – Ihre rechtliche Konstruktion und ihre rechtlichen Konstruktionsfehler**“. Zunächst ging Schütze auf die Ausgangslage der Entstehung der Pflegeversicherung ein. Die Entstehungszeit in den Jahren nach der Wiedervereinigung sei eine politisch sowie ökonomisch sehr schwierige Zeit gewesen. Der Fortbestand der Sozialversicherung stand zur Debatte und es erfolgte eine kontroverse Diskussion zu Konzeption und Finanzierung der Pflegeversicherung. Das Ergebnis war die Schaffung einer fünften Säule der Sozialversicherung – in enger Verbindung zur gesetzlichen Krankenversicherung – und damit „der Aufbruch

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D30-2016 in der Kategorie D:Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Dillbahner: Tagungsbericht zum 48. Kasseler Kontaktseminar „Zukunft der Pflegeversicherung – vom Babyboom zum Greisenstaat“ am 22. und 23. Februar 2016 in Kassel – Teil 1; Beitrag D30-2016 unter www.reha-recht.de; 02.08.2016.

in eine neue Welt der Versicherung“. Ziel war es, die Ausgaben den Beiträgen anzupassen und nicht umgekehrt. Eine Beitragssatzstabilität habe jedoch auf Basis einer nur teilweise bedarfsdeckenden und gedeckelten Leistungserbringung ermöglicht werden können. Zudem seien bisher demenziell Erkrankte sowie Kinder und Jugendliche faktisch ausgenommen gewesen. Als problematisch beschrieb Schütze zudem die Kostenverteilung zwischen Versicherung, Betroffenen sowie Ländern und Kommunen. So seien steigende Sozialhilfeausgaben (Hilfe zur Pflege) Folge des steigenden Eigenanteils. Abschließend hinterfragte er kritisch die Übernahme von Steuerungsinstrumenten aus der Krankenversicherung trotz grundlegender struktureller Unterschiede der beiden Versicherungssysteme.

Im Anschluss nahm **Prof. Dr. Gerhard Naegele** (TU Dortmund) „**Eine sozialpolitische Bewertung**“ vor. Er sieht in der Pflegeversicherung ein sozialpolitisches „Erfolgsmodell mit Geburtsfehlern“, das besonders vom demographischen Wandel betroffen und angetrieben gewesen sei. Der nach 20-jähriger Diskussion entstandene Kompromiss sei jedoch nicht frei von Zielkonflikten. Somit besitze das „Erfolgsmodell“ Pflegeversicherung eingebauten Reformbedarf. Dieser betreffe u. a. die „Teilkaskolösung“, die gedeckelte Beitragsgestaltung sowie eine fehlende Dynamisierungsautomatik. Zudem sei zwar eine Entlastung der Kommunen erfolgt, die eingesparten Kosten wurden jedoch nicht für den Ausbau der Pflegeinfrastruktur reinvestiert und die Kommunen zogen sich mehr aus der Daseinsvorsorgeaufgabe Pflege zurück. Auch fehle es an einer schlagkräftigen Interessenvertretung und es bestehe eine Diskrepanz zwischen Wünschen und Realität von Pflegeort und -art. Weiteren Innovations- und Reformbedarf sah Naegele in den immer deutlicher werdenden Grenzen einer Ambulantisierung der Pflege und dem Vorrang von Geldleistungen, was Qualitätsmängel schwer überprüfbar mache. Zudem müsse die Situation pflegender Angehöriger als „zweite Zielgruppe“ dringend verbessert werden und es sei eine verstärkte Quartiers- und Sozialraumorientierung wünschenswert. Trotz bestehenden Personal mangels und arbeitsmarktbedenklicher Segmentierungen hob Naegele die Ausweitung der professionellen Pflegeinfrastruktur und den Pflegemarkt als boomenden Beschäftigungssektor hervor. Hier seien jedoch vor allem die Kommunen gefordert, sich wieder verstärkt der Daseinsvorsorge zu widmen.

Thema der anschließenden Diskussion war u. a. der Mangel an Pflegepersonal, insbesondere vor dem Hintergrund von Schwarzarbeit und einer Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse. Hier seien der Gesetzgeber und die Tarifvertragsparteien gefragt. Im Weiteren wurde der Rückzug der Kommunen aus der Daseinsvorsorge sowie deren Rolle bei der Entwicklung eines demographischen Bewusstseins im Sinne einer „Caring Community“ diskutiert.

III. Wo sind wir heute, wo geht es hin?/Neues Begutachtungsassessment

Über die „**Reform der Pflegeversicherung: 2. Pflegestärkungsgesetz und Ausblick auf die 3. Reformstufe**“ referierte **Dr. Martin Schölkopf** (Bundesministerium für Gesundheit, Berlin). Von der 17. bis zur 18. Wahlperiode sei die Reform der Pflegeversi-

cherung stark vorangetrieben worden. Auf Grundlage des aktuellen Koalitionsvertrags sei frühzeitig ein Expertenbeirat für die Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für das spätere Pflegestärkungsgesetz (PSG) II einberufen worden. Die Basis der Pflegeversicherungsreformen bilde das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG). Das PSG I habe umfassende Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige gebracht, zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen im ambulanten Bereich, wie eine Flexibilisierung der Sachleistungen und einen Ausbau stationärer Betreuungsangebote. Außerdem erfolgte eine Stärkung der tarif- und kirchenarbeitsrechtlichen Bezahlung. Die Umsetzung der gesetzlichen Regelungen sei zwar noch nicht vollständig erreicht, bringe jedoch eine deutlich spürbare Dynamik mit sich. Mit dem PSG II werde nun zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (PBB; § 14 SGB XI n. F.²) eingeführt. Der PBB bemisst zukünftig die Pflegebedürftigkeit anhand von sechs Modulen³ kognitiver und körperlicher Fähigkeiten. Die Bewertung der Module soll mithilfe des neuen Begutachtungs-Assessment (NBA; § 15 SGB XI n. F.) erfolgen. Dazu sei ein bundeseinheitlich strukturiertes Verfahren vorgesehen. Neben Anpassungen im Leistungs- und Vertragsrecht sowie einem Ausbau der Beratungsangebote sehe das PSG II zudem eine neue Qualitätssicherung durch Qualitätsausschüsse vor. Zudem soll bis 2020 ein Personalbedarfsbemessungsverfahren entwickelt und erprobt werden. Nach einer Erhöhung des Beitragssatzes um 0,3 Prozentpunkte im Rahmen des PSG I sei für 2017 eine weitere Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte vorgesehen, um die zusätzlichen Ausgaben, über die nötigen Einmalausgaben hinaus, auf Dauer zu sichern. Als Ausblick wies Schölkopf auf die vorgesehene Umsetzung der Beschlüsse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege („PSG III“) sowie den aktuellen Entwurf eines Pflegeberufsgesetzes⁴ hin.

Prof. Dr. Heinz Rothgang (Universität Bremen) stellte „**Studien zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments und ihre Folgen**“ vor. Der ursprünglich mit dem engen Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Reformbedarf habe bereits zu großen Teilen durch Leistungsverbesserungen⁵ behoben werden können. Dennoch sollte die versprochene Reform der Pflegeversicherung durchgeführt werden. Aufgrund der bereits verbesserten Ausgangslage sowie der Tatsache, dass Übergangsleistungen nicht

² Mit n.F. sind die Paragraphen gekennzeichnet, die nicht bereits zum 01. Januar 2016 in Kraft getreten sind, sondern erst ab dem 01. Januar 2017 bzw. 2018 gelten werden.

³ Diese sind nach § 14 Abs. 2 SGB XI n.F.: Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Die zusätzlichen Module 7 (Außerhäusliche Aktivitäten) und 8 (Haushaltsführung) dienen der Beratung zu weiteren Angeboten und Sozialleistungen oder der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans (§ 18 Abs. 5a SGB XI n.F.).

⁴ Kabinettsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG):
http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/160113_KabinetentwurfPflBG.pdf [Stand: 19.04.16].

⁵ Diese ergaben sich im Einzelnen aus dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2002), dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008), dem PNG (2012/13) sowie dem PSG I (2014/15).

zurückgenommen wurden, fiel diese Reform nun umfangreicher und teurer aus als ursprünglich vorgesehen. Vor Einführung des NBA seien eine Praktikabilitätsstudie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie eine Aufwandsstudie zur Erfassung von Versorgungsaufwänden in stationären Einrichtungen (EVIS) durchgeführt worden. Als Ergebnis zeigt sich, dass die Betreuungszeiten mit den geplanten Pflegegraden (PG) korrelierten. Die modulare Struktur der PG biete u. a. den Vorteil, dass auch bisher vernachlässigte Dimensionen sowie Rehabilitationsbedarfe erfasst würden. Allerdings sei die neue Systematik sehr komplex und die Erwartungen möglicherweise zu hoch. Das Bewertungssystem verbinde teilweise klassierte Punkte mit Gewichtungen zu „Scorewerten“, die dann den Pflegegraden zugeordnet werden. Die Schwellenwerte des PSG II lägen dabei noch unter den vom Expertenbeirat⁶ vorgeschlagenen Werten, wodurch es zu doppelten Stufensprüngen kommen könne. Das Gesetz sei somit „bemerkenswert günstig“ ausgefallen. Mit den Neuerungen werde jedoch nur das Leistungsrecht verändert, nicht das Leistungserbringungsrecht. Trotz einer teilweisen „Streuung nach unten“ erhalte der überwiegende Teil der Leistungsempfänger umfangreiche Mehrleistungen. Als echte Innovation bezeichnete der Referent den einheitlichen Eigenanteil in stationären Einrichtungen, unabhängig vom Pflegegrad. Die Vorteile für die Betroffenen ließen jedoch von Seiten der Einrichtungen ein enges Monitoring und Pflegegradmanagement erwarten. Zudem werde es wahrscheinlich zu einer Veränderung der stationären Pflegegradstruktur und einer erhöhten Nachfrage nach ambulanten Leistungen (bei geringem PG) kommen. Für Einrichtungen, die die Pflegesätze bis Ende 2016 nicht neu verhandelt haben, solle eine budgetneutrale Übergangsregelung greifen. Weitere Auswirkungen der Neuerungen seien neben der Ausgabensteigerung eine Refinanzierungslücke zum Umstellungszeitpunkt und eine Umstellung der auf Pflegestufen beruhenden Personalziffern. Das PSG II korrigiere zwar einige „Geburtsfehler“, könne jedoch nicht alle Probleme lösen.

In der anschließenden Diskussion wurde die Nachvollziehbarkeit der Pflegegrade für die Betroffenen aufgegriffen. Um diese einer breiten Öffentlichkeit transparent zu machen, wolle man Schaubilder o. ä. zur Verfügung stellen. Die Nachvollziehbarkeit auf mathematischer Ebene sei zwar gegeben, trotzdem werde eine gerichtliche Überprüfung erwartet. Zudem erfolgte der Hinweis, dass auf europäischer Ebene die Schaffung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Planung sei, um die Koordination der Mitnahmerechte von Geld- und Sachleistungen zu verbessern.

IV. Blicke aus der Praxis auf die Reform

Dr. Peter Pick (MDS, Essen) warf einen Blick aus der Praxis auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Als positiv bewertete er, dass der Maßstab nicht mehr der Zeitaufwand (sog. „Minutenpflege“) des Hilfebedarfs, sondern der Grad der Selbständigkeit

⁶ Dieser war zuvor mit der Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes beauftragt worden.

sei und der ressourcenorientierte Ansatz eine systematische Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf ermögliche. Mit dem NBA würden nun auch kognitive Fähigkeiten und die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte berücksichtigt. Diese ganzheitliche Sicht führe zu einer gerechteren und verbesserten Einstufung insbesondere von demenziell Erkrankten und stärke die Teilhabeorientierung. Die Bewertungssystematik sei dabei zwar einfacher strukturiert, jedoch erläuterungsbedürftig. Einen nahtlosen Übergang in das neue System ermögliche eine Überleitungsregelung mit umfassendem Bestandsschutz. Außer bei einem möglichen Wegfall der Pflegebedürftigkeit werde niemand schlechter gestellt. Als weitere positive Auswirkungen nannte er die Erweiterung um Betreuungs- und Entlastungsleistungen, die verbesserte Absicherung der Pflegepersonen und Flexibilisierung der Leistungen. Durch einen erhöhten Zugang zur Pflegeversicherung werde jedoch trotz großzügiger Überleitung das Begutachtungsaufkommen ansteigen. Seit Inkrafttreten des PSG II zum Jahresbeginn wurden und werden noch zahlreiche Vorbereitungsmaßnahmen für einen möglichst reibungslosen Übergang zum neuen Begutachtungsverfahren eingeleitet, darunter die Festlegung von Begutachtungs-Richtlinien, die Entwicklung zielgruppenspezifischer Informationen und Schulungen der Gutachter der MDK.

Das zweite Statement erfolgte von **Bernhard Schneider** (Evangelische Heimstiftung, Stuttgart). Die Ergebnisse des 2015 durch die Evangelische Heimstiftung (EHS) durchgeführten „Altenpflegebarometer Baden-Württemberg“ haben ergeben, dass der überwiegende Teil der befragten Heimleiter mit der aktuellen Altenpflegepolitik in Deutschland nicht zufrieden sind. 46 % der Befragten erwarten eine Verschlechterung der Wirtschaftlichkeit, 70 % eine Verschlechterung der Personalsituation. PSG I und II hätten an dem grundlegenden Strukturproblem der Unterfinanzierung und zu hoher Eigenanteile nichts geändert. Bewohner mit niedrigem Pflegegrad würden überproportional belastet und die Pflegebedürftigen steckten nach wie vor in der Armutsfalle. Ein Drittel der Pflegebedürftigen sei auf Sozialhilfe angewiesen. Einrichtungen mit höheren Personalschlüsseln und Tarifverträgen seien aufgrund des dadurch steigenden Eigenanteils am Markt benachteiligt, die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen gingen zu Lasten der Betroffenen. Daher fordere die EHS in ihrem Positionspapier PFLEGE 2025 die Umsetzung eines (echten) Teilkaskoprinzips und einen Abbau der Sektorengrenzen, den Ausbau der Pflegeinfrastruktur im Quartier als kommunale Pflichtaufgabe sowie die Sicherstellung des Pflegefachkräftebedarfs. Durch die echte Teilkaskoversicherung und einen einheitlichen Kostenbeitrag für alle Leistungen durch die Versicherten werde das Risiko Pflege von der Pflegeversicherung getragen und die Unterscheidung in ambulant, teilstationär und stationär entfielen. Die Kosten der Behandlungspflege hingegen müsse von den Krankenkassen übernommen werden. Durch das Teilkaskoprinzip könnten auch die Kommunen als Sozialhilfeträger entlastet werden und die Kostensteigerungen durch verbesserte Arbeitsbedingungen würden durch die Solidargemeinschaft getragen. Dadurch werde der Pflegeberuf attraktiver, was sich auch positiv auf die Sicherstellung des Fachkräftebedarfs auswirken würde.

Dr. Markus Plantholz (Fachanwalt für Medizinrecht, Hamburg) nahm schließlich eine juristische Bewertung vor. Der neue PBB habe zu einer Liberalisierung der Leistungs-

verwendung geführt und verschaffe dem Gleichbehandlungsprinzip aus Art. 3 Abs. 1 GG eine stärkere Geltung. Nach Meinung des Referenten lägen auch keine Verstöße gegen den Bestimmtheitsgrundsatz nach Art. 20 Abs. 3 GG vor. Mit der aktuellen Reform seien viele „Dauerbaustellen“ der Pflegeversicherung gelöst worden. Leistungsrechtlich herrsche nun wieder Ordnung, da der stückweise Ausbau und die „Zerfaserung“ der Leistungsansprüche quer über das SGB XI nun ein Ende hätten. Allerdings sei bei der Bewertung der Module 1, 2 und 4 im NBA eine klare Abgrenzung der unbestimmten Rechtsbegriffe „überwiegend (un)selbständig“ sowie „größtenteils/in geringem Maße vorhanden“ schwierig. Ein weiteres Problem sah Plantholz in den voraussichtlich stark steigenden Leistungen für die ambulante Pflege in Wohngruppen kombiniert mit Tagespflege und der möglichen Folge einer Ambulantisierung stationärer Einrichtungen. Widersprüchlich seien zudem die Formulierungen des § 38a Abs. 1 Nr. 4 SGB XI n. F., wonach in Wohngruppen kein vollstationärer Leistungsumfang bestehe und die Versorgung durch Einbindung des Umfeldes sichergestellt werden *könne*, aber nicht müsse. Im Hinblick auf das Leistungserbringungsrecht sei die Übergangsfrist zum 30. September 2016 für die Verhandlung neuer Vergütungsvereinbarungen und Entgelte mangels Erfahrung mit den Pflegegraden und entsprechender Personalschlüssel nicht ausreichend. Die gesetzliche Überleitung nach § 92e SGB XI werde daher die Regel sein.

In der abschließenden Podiumsdiskussion gingen die drei Referenten erneut auf die Rahmenverträge und den Bedarf nach einem Personalschlüssel ein. Die möglichen doppelten Stufensprünge hätten zwar eine Erhöhung des Vollzeitkräftebudgets zur Folge, bei einem Austausch der Bewohnerstruktur nach ein bis zwei Jahren müsse der Personalschlüssel jedoch im Rahmen neuer Vergütungsverhandlungen wieder reduziert werden. Positiv wurde die vereinfachte Pflegebeurteilung für Kinder bewertet sowie der stärkere Fokus auf die Rehabilitation.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
