



**UN
(GEPFLEGTE)
ZEITEN?!**

Anregungen der Diakonie Sachsen
für die ausstehende Reform der Pflegeversicherung

VORWORT



DIETRICH BAUER
Oberkirchenrat
Vorstandsvorsitzender
Diakonie Sachsen

Liebe Leserin, lieber Leser,

als vor einem Jahr auf den Balkonen dankbar geklatscht wurde, hofften wir, dass jetzt endlich in Gesellschaft und Politik angekommen ist, wie lebenswichtig die Pflege für uns alle ist – und dass ihr gerade die Luft ausgeht. Doch die damit verbundene Erwartung, der gesellschaftliche Respekt würde sich auch in nachhaltigen politischen Entscheidungen niederschlagen, trog. Statt zunächst einer nationalen Anstrengung, ehemalige Pflegekräfte wieder in den Beruf zurückzuholen, bot sich ein unwürdiges Schauspiel: Den ganzen Sommer über wurde darüber gestritten, wer den von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn versprochenen Pflegebonus für die in der Pandemie ganz besonders geforderten Pflegekräfte eigentlich bezahlen soll. Eine Reform blieb aus.

Obwohl die Bundesregierung jetzt in letzter Sekunde eine aus unserer Sicht kleine Pflegereform auf den Weg gebracht hat, braucht es mehr als nur diesen weiteren zaghaften Schritt. Eine nachhaltige Reform, mit der die Pflege für alle dauerhaft finanzierbar gemacht wird und die Arbeitsbedingungen sich nicht weiter verschlechtern, ist das nicht. Weder am immer drängender werdenden Pflege-notstand noch an der Tatsache, dass Pflege für viele zur Armutsfalle wird, wird sich dadurch etwas ändern. Die Weichen müssen endlich wirklich neu gestellt werden. Die Abwärtsspirale aus schlechten Arbeitsbedingungen, fehlenden Pflegekräften und steigender Belastung muss endlich wirksam durchbrochen werden. Vielfältige Vorschläge lagen und liegen dazu auf dem Tisch. Wir haben noch einen dazugelegt. Weil auch wir unsere diakonischen Erfahrungen, unsere Wertehaltungen und Sichtweisen einbringen wollen. Die Pflege ist ein steiniger Acker mit vielen Furchen, die neu gezogen werden müssen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Ihr Dietrich Bauer
Oberkirchenrat
Vorstandsvorsitzender Diakonie Sachsen

1

2

Vorwort

2

4

Kernaussagen
Das Wichtigste in Kürze

3

6

I. Historie und Ziele
der Pflegeversicherung

8

II. Wo liegen die Probleme?

16

III. Forderungen und
Anregungen der
Diakonie Sachsen

4

26

Quellenangaben



»Pflege
muss
abgesichert
bleiben!«





DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

1. „Du sollst Vater und Mutter ehren; auf dass es Dir gut gehe und Du lange lebest!“

Das vierte Gebot verpflichtet Christinnen und Christen, die altgewordenen Eltern zu ehren, sie wertzuschätzen und zu umsorgen – zu Hause oder in einer Einrichtung. Für Gesellschaft und Politik ergibt sich daraus, pflegebedürftigen Menschen, die dieses Land nach dem zweiten Weltkrieg wieder aufgebaut haben, würdige Pflege in angemessener Qualität und mit Zeit für persönliche Zuwendung zu finanzieren. Deshalb setzen wir uns als Diakonie Sachsen für eine Pflegereform ein, die die anhaltende Unterfinanzierung beendet und Arbeitsbedingungen ermöglicht, die Zeit für Menschlichkeit lassen. Eine ausschließlich nach wirtschaftlichen Kriterien ausgerichtete Pflege ist menschenunwürdig.

2. Soziale Pflege-Bürgerversicherung

Die Diakonie Sachsen steht für eine soziale Pflege-Bürgerversicherung mit begrenzter, planbarer Eigenbeteiligung der Versicherten. Um die Finanzierung sicherzustellen, werden alle Beitragspflichtigen mit einbezogen, die Beitragsbemessungsgrenzen angehoben und die Beitragspflicht auf alle Einkunftsarten gemäß Einkommensteuergesetz ausgedehnt. Nur so kann eine tragfähige Pflegereform solidarisch und nachhaltig von allen getragen und unterstützt werden. Gleichwohl sollen nicht alle pflegebedingten Ausgaben von der Versichertengemeinschaft getragen werden. Für die vollstationäre Pflege bedeutet das die Beibehaltung eines planbaren und begrenzten Eigenanteils an den pflegebedingten Kosten, für die ambulante Pflege die Einführung einer begrenzten Eigenbeteiligung.

Um die unterschiedlichen Risikostrukturen und das bestehende Gerechtigkeitsdefizit zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung auszugleichen, fordert die Diakonie Sachsen einen Finanzausgleich zugunsten der sozialen Pflegeversicherung oder die Integration beider Versicherungszweige in einer Bürgerversicherung.

3. Menschliche Nähe

Weil es um menschliche Nähe geht, steht die Diakonie Sachsen für den Ansatz, Angehörige, Freunde und Nachbarn so

weit wie möglich in die Pflege miteinzubeziehen. Das sogenannte informelle Pflegesystem ist daher zu stärken und auszubauen. Dazu braucht es eine (rentenrechtliche) Besserstellung pflegender Angehöriger, aber auch praktische Entlastungsmöglichkeiten. Daraus ergibt sich:

4. Ambulant vor stationär

Die Diakonie Sachsen steht für den Grundsatz ambulant vor stationär.

5. Beteiligung an Investitionskosten

Die Diakonie Sachsen fordert von der Landesregierung, sich wie vorgesehen an den Investitionskosten für alle Versorgungsformen zu beteiligen.

6. Übernahme der Kosten

Die Diakonie Sachsen plädiert dafür, dass die Krankenversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege auch in der stationären Pflege übernimmt. Hier klappt seit Einführung der Pflegeversicherung eine Gerechtigkeitslücke, weil sich die Krankenkassen mit jedem Umzug eines behandlungspflegerisch versorgten alten Menschen in eine stationäre Pflegeeinrichtung die jeweiligen Aufwendungen, die im häuslichen Bereich vergütet werden, sparen. Zu Lasten der Pflegeversicherung und damit auch zu Lasten höherer Eigenanteile der Bewohner.

I. HISTORIE UND ZIELE DER PFLEGE- VERSICHERUNG



Am 22. April 1994 beschloss der Deutsche Bundestag das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG), das die soziale Pflegeversicherung als jüngsten Zweig der Sozialversicherung begründete. Vorausgegangen waren heftige sozialpolitische und gesellschaftliche Kontroversen, insbesondere hinsichtlich der Finanzierbarkeit. In den Jahren 1995 bis 1996 stufenweise eingeführt, drückt die Bezeichnung „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ schon im Namen deutlich aus, was die Pflegeversicherung leisten sollte: als Teil-Versicherung das Pflegerisiko sozial absichern und die mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehenden wirtschaftlichen Probleme abfedern. Gezahlt werden einkommens- und vermögensunabhängig gedeckelte Leistungsbeträge, die nicht ausreichen, um alle notwendigen pflegerischen Bedarfe zu refinanzieren. In erster Linie sollten und sollen die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der An- und Zugehörigen unterstützen (§ 3 SGB XI).

Da somit durch die Pflegeversicherung nur ein Teil der durch Pflegebedürftigkeit entstehenden Aufwendungen finanziert wird, müssen, wenn die Kosten der Pflege höher sind als der Leistungsbetrag der Pflegeversicherung, das eigene Einkommen oder Vermögen eingesetzt werden, oder – wenn nicht vorhanden, oder aufgezehrt – auf Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zurückgegriffen werden.

Gleichzeitig war mit der Einführung der Pflegeversicherung das Ziel verbunden, eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur

auszubauen und die Pflegequalität zu verbessern. Der Vorrang der Freien Wohlfahrtspflege wurde mit einer gesetzlich verankerten Gleichstellung von gemeinnützigen und privat-gewerblichen Trägern von Pflegeeinrichtungen aufgegeben. Alle Pflegeeinrichtungen erhielten einen gesetzlich verankerten Rechtsanspruch auf Abschluss von Versorgungsverträgen, unabhängig vom vorliegenden Bedarf vor Ort. Dies führte – durchaus dem Wettbewerbsgedanken geschuldet – zur Entwicklung zahlreicher Angebote in gemeinnütziger wie privater Trägerschaft.

Ein Vierteljahrhundert nach Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland kann konstatiert werden:

Die soziale Pflegeversicherung war und ist richtig.

Aber geänderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen machen das Handeln des Gesetzgebers dringlich, um sowohl die Struktur als auch die Finanzierung der Pflegeversicherung grundlegend weiter zu entwickeln und zukunftsfest zu machen.

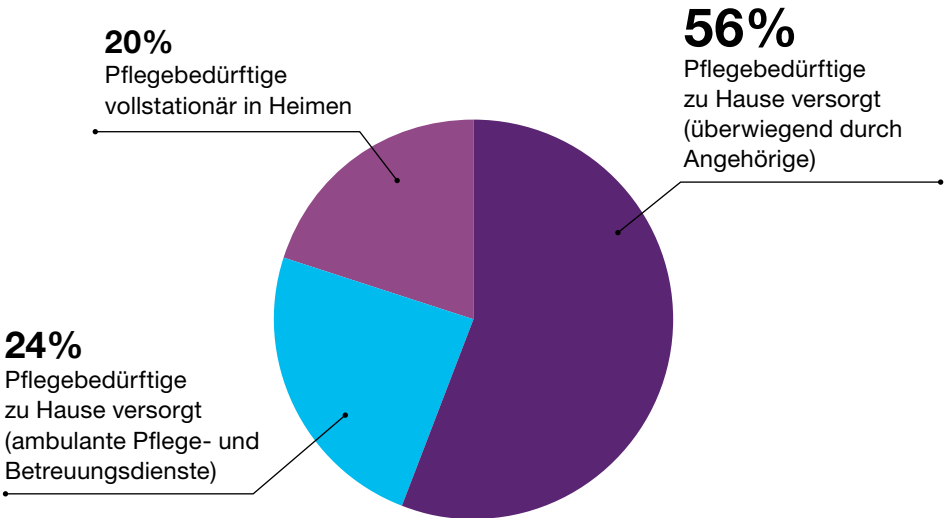
Mit dieser Positionierung möchte sich die Diakonie Sachsen an der Meinungsbildung zur Pflegereform und den dazu derzeit diskutierten Vorschlägen beteiligen.

II. WO LIEGEN DIE PROBLEME?

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden. Während bei den 60- bis 69-jährigen rund 4 Prozent und bei den 70- bis 74-jährigen rund 8 Prozent pflegebedürftig waren, wurde für die ab 90-jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in diesem Alter betrug 76 Prozent¹.



SO WIRD IN DEUTSCHLAND GEPFLEGT:



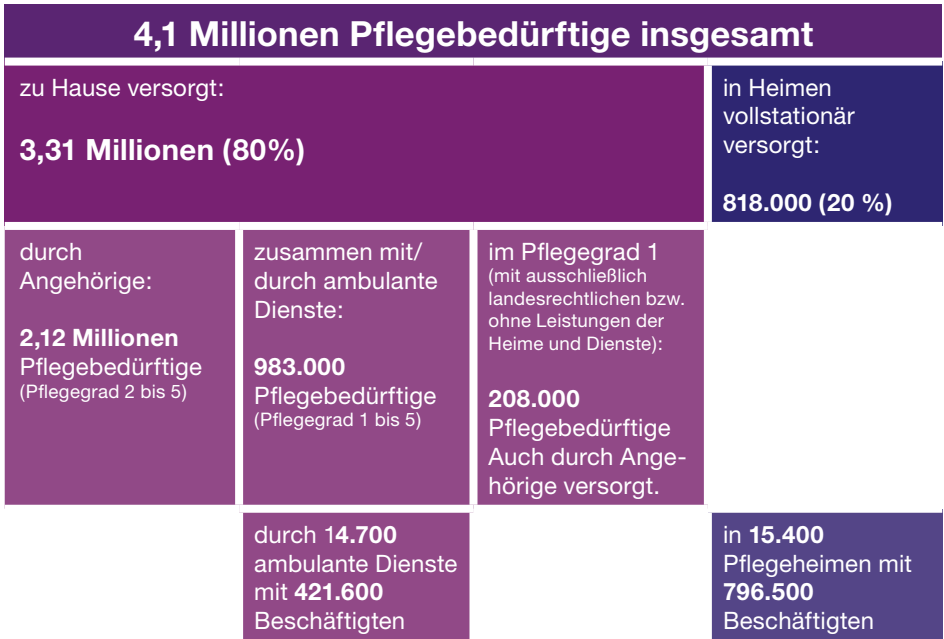
¹ Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2021
Pflegestatistik 2019, Ländervergleich Pflegebedürftige, Statistisches Bundesamt, Zahlen gerundet

Ende 2019 wurden vier von fünf Pflegebedürftigen (80 Prozent, beziehungsweise 3,31 Millionen) zu Hause versorgt. Davon wurden 2,33 Millionen Pflegebedürftige überwiegend durch Angehörige gepflegt. Weitere 0,98 Millionen Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten und wurden zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste versorgt. Ein Fünftel der Pflegebedürftigen (20 Prozent beziehungsweise 0,82 Millionen) wurde in Pflegeheimen vollstationär betreut.

Im Vergleich zu Dezember 2017 ist die Zahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen konstant geblieben (+0,0 Prozent). Die Zahl der zu Hause gepflegten Personen nahm dagegen um 710.000 zu (+27 Prozent).

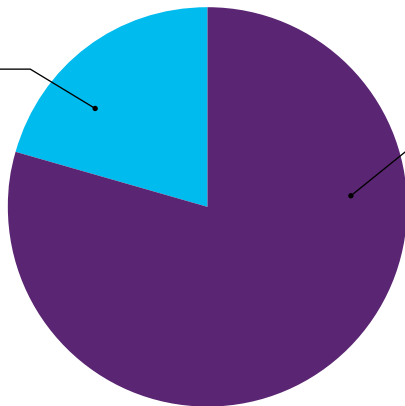
PFLEGEBEDÜRFTIGE 2019 NACH VERSORGUNGSART



UND SO WERDEN PFLEGEBEDÜRFTIGE MENSCHEN IN SACHSEN VERSORGT:

20,5%

werden in
Heimen gepflegt

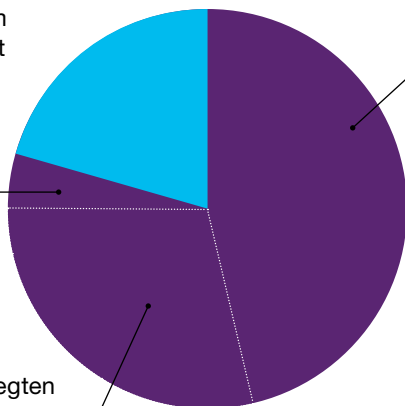


79,5%

werden zu Hause
gepflegt

4,5%

von den zu Hause
gepflegten Menschen im
Pflegergrad 1 werden mit
ausschließlich landes-
rechtlichen Leistungen
von Angehörigen
versorgt



46,5%

von den zu Hause
gepflegten Menschen
werden von Angehörigen²
versorgt

28,5%

von den zu Hause gepflegten
Menschen werden zusammen
mit/durch Pflegedienste und
Angehörige versorgt

² Angehörige: Entspricht den Empfänger*innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 Abs. 1 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 Satz 1 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

Hinter diesen scheinbar einfachen Zahlen verbergen sich große Herausforderungen:

1. Prognosen und Vorausberechnungen ergeben aufgrund der zunehmenden Alterung der Gesellschaft und der guten medizinischen Versorgung auch für die nächsten Jahre eine steigende Zahl der Pflegebedürftigen mit entsprechendem Versorgungsbedarf. Bis zum Jahr 2060 werden deutschlandweit rund 4,53 Millionen pflegebedürftige Menschen erwartet. Wer soll sie in welchen Settings pflegen?

2. Die derzeitigen Statistiken machen deutlich: Rund die Hälfte der pflegebedürftigen Menschen erhalten gegenwärtig weder Pflegesachleistungen³ noch wohnen sie in einer stationären Pflegeeinrichtung. Sie beziehen nur Pflegegeld und werden von ihren An- und Zugehörigen versorgt. Daraus folgt, dass sich die Debatte um eine grundlegende Reform der sozialen Pflegeversicherung nicht ausschließlich um das Thema der weiter ansteigenden „Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten stationär“ drehen kann, so wichtig dieser Punkt ist. Aber zu berücksichtigen sind alle Versorgungsssettings.

3. Die Pflegeversicherung (§ 3 SGB XI) räumt ohnehin der häuslichen Pflege den Vorrang gegenüber einer Versorgung durch professionelle Pflege-

kräfte oder einer stationären Unterbringung ein. Demnach kommt der Sicherung und Unterstützung dieser Strukturen der häuslichen Versorgung durch pflegende Angehörige eine prioritäre Bedeutung zu. Derzeit pflegen in Deutschland rund 3,3 Millionen Menschen pflegebedürftige Angehörige und Bekannte. Damit ist und bleibt die informelle (häusliche) Pflege eine entscheidende Säule im Pflegemix in Deutschland. Die Pflegenden sind bislang zu zwei Drittel Frauen und vorrangig unter den 50- bis 70-jährigen zu finden. Da Pflege in aller Regel zeitaufwändig und nicht mit einer Vollzeitbeschäftigung vereinbar ist, reduzieren insbesondere Frauen häufig ihre Arbeitszeit oder nutzen Frühverrentungsmöglichkeiten. Damit gehen Einschnitte bei Einkommen und später bei den Rentenbezügen einher. Eine Untersuchung des Deutschen Instituts für Wirtschaft (Björn Fischer und Kai-Uwe Müller, 2019) dazu, wie rentenpolitische Maßnahmen auf das Pflegeangebot wirken, weist nach, dass die mit der Rentenreform (1999) einhergehende Anhebung des Rentenalters bei Frauen die Pfl egetätigkeit reduziert. So ist in der Gruppe der 60- bis 62-jährigen Frauen derzeit ein Rückgang der Pflege um 30 Prozent zu beobachten. Damit bei weiter steigendem Renteneintrittsalter und gleichzeitig wachsender Nachfrage nach informeller Pflege die Angebotslücke in Zukunft nicht noch größer wird, müssen die bisher bestehenden Instrumente zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege entscheidend verbessert werden.

³ Gemeint sind Leistungen nach § 36 SGB XI, die körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 zuhause umfassen.

4. Aufgrund der demographischen und dieser gesellschaftlichen Entwicklung ist die Zahl der Leistungsempfänger und derjenigen, die auf professionelle pflegerische Unterstützung zurückgreifen, in den vergangenen Jahren enorm gestiegen. Nicht zuletzt hat auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff den Kreis der Leistungsberechtigten ausgeweitet und dazu beigetragen.

5. Neben der Anzahl der Leistungsberechtigten entwickelte sich auch gemäß der veränderten Bedarfe und Nachfragen das Spektrum der Leistungsangebote in den letzten 25 Jahren sehr viel weiter. Nicht „mitgewachsen“ dagegen sind die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung. Seit 1995 erfolgte keine regelhafte Dynamisierung der Leistungsbeträge, was einen schleichenden Wertverlust zur Folge hatte. Jede Qualitätsentwicklung, wie beispielsweise verbesserte Personalschlüssel in der stationären Pflege, aber auch Lohn- und Tarifsteigerungen und alle Maßnahmen zur Bekämpfung des Pflegenotstandes wirken kostensteigernd und müssen von den Pflegebedürftigen über die stei-

genden Eigenanteile bzw. subsidiär über den Sozialhilfeträger finanziert werden.

6. Für die Zukunft ist mit weiteren, erheblichen Steigerungen der Pflegesätze und Vergütungen zu rechnen. Die Folgen dieser Erhöhung sind weiter steigende Eigenanteile. Im ambulanten Bereich bedeutet dies höhere Zuzahlungen oder weniger Leistung, letzteres geht immer mit dem Risiko einer pflegerischen Unterversorgung einher. In der vollstationären Pflege, wo die pflegebedingten Kosten in allen Pflegegraden inzwischen deutlich über den Leistungssätzen der Pflegeversicherung liegen, werden sie dazu führen, dass noch mehr Menschen durch ihre Pflegebedürftigkeit zu Sozialhilfeempfängern werden – obwohl die Pflegeversicherung eigentlich genau davor schützen und pflegebedingte Armut vermeiden sollte.

7. Wie sich die Kosten der vollstationären Pflege, die der Pflegebedürftige zu tragen hat, zusammensetzen, ist der folgenden beispielhaften Aufstellung von sechs diakonischen Pflegeheimen in Sachsen zu entnehmen (monatliche Kosten):

	Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil Pflegekosten (inkl. Kosten der Ausbildung)	Kosten für Unterkunft u. Verpflegung	Investitionskosten	Gesamtkosten, vom Pflegebedürftigen zu tragen
Pflegeheim I	1.093,90 EUR	659,20 EUR	231,50 EUR	1.984,60 EUR
Pflegeheim II	912,60 EUR	644,90 EUR	195,90 EUR	1.753,41 EUR
Pflegeheim III	874,58 EUR	604,75 EUR	337,66 EUR	1.816,99 EUR
Pflegeheim IV	495,54 EUR	541,17 EUR	435,31 EUR	1.472,02 EUR
Pflegeheim V	1.140,45 EUR	679,28 EUR	583,76 EUR	2.403,48 EUR
Pflegeheim VI	1.271,25 EUR	647,64 EUR	137,80 EUR	2.056,70 EUR

Die steigenden Eigenanteile der Versicherten sind ein deutliches Signal, dass die Finanzierung der Pflegeversicherung weiterentwickelt werden muss. Dies erscheint auch aus verfassungsrechtlichen Gründen geboten. In ihrem Working Paper Forschungsförderung stellen die Autoren Rothgang und Domhoff (2019) fest, dass bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 mit dem Pflege-Versicherungsgesetz in Deutschland eine „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige geschaffen (BVerfG 2001: zweiter Leitsatz)“ wurde. Die Autoren schreiben:



„In seinem Urteil zur Verfassungskonformität einer obligatorischen privaten Pflegeversicherung vom 3. April 2001 hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt, dass der Gesetzgeber dabei „die einzelnen Gruppen dem einen oder anderen Versicherungszweig sachgerecht und unter dem Gesichtspunkt einer ausgewogenen Lastenverteilung zuordnen“ durfte (BVerfG 2001: Rn. 92). Diese „ausgewogene Lastenverteilung“ wird tatsächlich aber nicht realisiert. Das Versicherungskollektiv der Privaten Pflegepflichtversicherung weist eine günstigere Alters- und Geschlechterstruktur auf, bei gleichzeitig niedrigeren Pflegeprävalenzen. Bei gegebenem gleichen Leistungsrecht und gleichen Begutachtungskriterien betragen die durchschnittlichen Leistungsausgaben der Privatversicherten (bereits bei Hinzurechnung

der Beihilfeleistungen) nur 40% der Leistungsausgaben der Sozialversicherten. Da die Sozialversicherten zudem durchschnittlich nur ein halb so hohes Einkommen haben wie die Privatversicherten, liegt der Beitragsatz zur sozialen Pflegeversicherung beim Vierfachen des Beitragssatzes, der notwendig wäre, um die Privatversicherten in einer eigenen Sozialversicherung nach gleichen Regeln abzusichern. Von einer „ausgewogenen Lastenverteilung“ kann somit nicht die Rede sein. Soll der normativen Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts Rechnung getragen werden, muss daher ein Finanzausgleich zwischen Privat- und Pflegeversicherung etabliert oder müssen diese bislang Privatversicherten in die Sozialversicherung integriert werden“ (Rothgang, Domhoff 2019).



8. Eine Abfrage bei den Ländern zur Investitionskostenförderung in vollstationären Langzeiteinrichtungen, solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen hat ergeben, dass zwölf von 16 Bundesländern fördern (Deutscher Bundestag, Drucksache 19/1572). Dabei werden in der Regel Erst- und Folgeinvestitionen im Sinne einer Objektförderung gefördert (mit dem Schwerpunkt solitäre Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege), fünf Bundesländer bezuschussen bewohnerbezogene Aufwendungen, bzw. bezahlen sog. Pflegewohngeld. Vier Bundesländer, darunter Sachsen, fördern nicht. In Sachsen müssen Investitionskosten also von den ambulant und stationär betreuten Pflegebedürftigen allein getra-

gen werden. Insbesondere im stationären Bereich führt dies zu einer finanziell hohen Belastung der Pflegebedürftigen (siehe Tabelle).

9. Das tatsächliche finanzielle Risiko ist für den Pflegebedürftigen immer weniger kalkulierbar, die selbst zu finanzierenden Eigenanteile in der stationären Pflege steigen kontinuierlich an, allerdings mit erheblichen Unterschieden in den Bundesländern. Aber auch im ambulanten Bereich führte die fehlende regelhafte Dynamisierung der Leistungsbeträge, bei gleichzeitig steigenden Pflegekosten, zu einer Erhöhung der Zuzahlungen.



10. Der Pflegemarkt ist interessant für gewinnorientierte Investoren und private Anleger. Was Anleger neben guten Renditeaussichten anlockt, ist die Chance, in einem Markt aktiv zu werden, der ein überdurchschnittliches Wachstum verspricht. Die Balance zu finden zwischen staatlicher Unterstützung und persönlicher Eigenverantwortung ist auch vor dem Hintergrund dieser Entwicklung von hoher Relevanz.

11. Trotz bundesweit einheitlicher Pflegeversicherungsbeiträge sind die konkreten Bedingungen für pflegebedürftige Menschen in Deutschland unterschiedlich. Je nachdem wo sie leben, sind die Möglichkeiten, pflegerische Angebote zu erreichen und in Anspruch

zu nehmen, ungleich verteilt. Gefälle gibt es zwischen Stadt und Land, zwischen den einzelnen Landkreisen und Bundesländern. Die Kosten für die pflegerische Versorgung unterscheiden sich von Einrichtung zu Einrichtung (einrichtungseinheitlicher Eigenanteil), auch gibt es keine bundesweit einheitlichen Bemessungsgrundlagen für die Personalschlüssel oder räumliche Vorgaben. Weitere Kostenbestandteile wie die bereits angesprochenen Investitionskosten sind ebenfalls unterschiedlich!

12. Überdies werden Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen mit den Kosten der medizinischen Behandlungspflege belastet, während diese für die Pflegebedürftigen mit häuslicher Pflege durch die Krankenversicherung finanziert werden.

13. Die Leistungen bei häuslicher Pflege sind – insbesondere mit Einführung der Pflegestärkungsgesetze I, II und III in den Jahren 2014, 2015 und 2017 – inzwischen so komplex und kleinteilig, dass sich viele Menschen in diesem Leistungsdschungel nicht zu rechtfinden und lieber auf ihre Ansprüche verzichten. Ohne Aufklärung und gezielte Pflegeberatung kann die Komplexität der Leistungsansprüche dazu führen, dass bedarfsgerechte Pflege faktisch verhindert wird. Vor diesem Hintergrund unterstützen wir das Ziel, den Leistungsdschungel in der häuslichen Pflege sachgerecht zu minimieren, um die häusliche Pflege für Pflegebedürftige und deren pflegende Zu- und Angehörige zu stärken und zu verbessern.

FORDERUNGEN UND ANREGUNGEN DER DIAKONIE SACHSEN

»Die
Pflege
ist ein
steiniger
Acker mit
vielen
Furchen,
die neu
gezogen
werden
müssen.«

DIETRICH BAUER

1. **Finanzielle Belastung kalkulierbar machen – mit einem Systemwechsel und festgeschriebenen Eigenanteilen!**

Die Pflegeversicherung muss so reformiert werden, dass das Lebensrisiko der Pflegebedürftigkeit und die damit einhergehende mögliche finanzielle Belastung kalkulierbar werden. Dazu braucht es einen Systemwechsel. Die Pflegeversicherung muss zu einer echten Teilkaskoversicherung weiterentwickelt werden, die die Finanzierung der pflegebedingten Leistungen durch einen begrenzten Eigenanteil sicherstellt. Dieser muss in der Höhe finanziell angemessen, bundesweit einheitlich, ähnlich den Rentensteigerungen einer regelmäßigen Dynamisierung unterliegen und hinsichtlich der Dauer auf einen gesetzlich festzulegenden Zeitraum begrenzt sein. So kann das eigene pflegebedingte Finanzierungsrisiko besser kalkuliert und Vorsorge getroffen werden, vor allem auch dann, wenn Pflegebedürftigkeit zu einem langanhaltenden Zustand wird.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die für den nicht durch das Land übernommenen Anteil der Investitionskosten sind weiterhin vom Pflegebedürftigen zu tragen. Das Ziel, die Pflegeversicherung in eine

Versicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung umzuwandeln, soll nicht nur in der stationären Pflege, sondern auch in der ambulanten Langzeitversorgung erreicht werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass das Thema der Eigenanteile systembedingt einer faktisch umgekehrten – ambulanten – Logik folgt:

In der eigenen Häuslichkeit ambulant versorgte Pflegebedürftige zahlen lediglich diejenigen Leistungen oder Leistungsanteile selbst, die die festen Beträge der Pflegeversicherung übersteigen. In der Logik eines als Eigenanteil fixen Sockelbetrages müssten ambulant versorgte Menschen die erhaltenen Leistungen zunächst bis zu einem bestimmten Betrag („Sockel“) selbst zahlen. Nur Leistungen, die diesen Sockelbetrag übersteigen, würden durch die Pflegeversicherung getragen. Dieses Modell für den ambulanten Bereich könnte dann u.U. dazu führen, dass die Inanspruchnahme von pflegerischen Leistungen vermieden bzw. hinausgezögert wird. Auch stellt sich die Frage, ob die festen Eigenanteile im ambulanten und stationären Bereich tatsächlich die gleiche Höhe haben sollten. Trotz noch offener Fragen, vor allem hinsichtlich einer möglichen Umsetzung im ambulanten Bereich, wird die grundlegende Idee eines festen und damit in der Höhe (u. ggf. auch in der Dauer) begrenzten Eigenanteils als richtig eingeschätzt. Damit soll ausgeschlossen werden, dass die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in der Pflege (allein) über eine Erhöhung der Eigenanteile der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen finanziert werden müssen.

Alternativ zur Einführung einer begrenzten Eigenbeteiligung in Form eines fixen Sockelbetrages für ambulant versorgte Pflegebedürftige, ist folgender Ansatz vorstellbar⁴: Steigt der Bedarf an Pflegeleistungen über die Höhe der geltenden Sachleistungsbeträge hinaus, sind sie wie bisher zunächst als Eigenanteil zu finanzieren. Übersteigt der Eigenanteil einen gesetzlich festgelegten Höchstbetrag, tritt die Pflegeversicherung bedarfsdeckend ein. Die regelhaft jährliche Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung durch den Bund wird hierbei vorausgesetzt. Im Sinne einer Gleichbehandlung mit dem stationären Bereich und der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird damit in der ambulanten Pflege (ebenfalls) eine pauschale Begrenzung der Eigenanteile eingeführt. Andernfalls gäbe es einen finanziellen Anreiz für einen fachlich im Einzelfall nicht erforderlichen Umzug in ein Pflegeheim.

Vor dem Hintergrund der bereits oben beschriebenen zunehmenden Ausdifferenzierung und Unübersichtlichkeit der gesetzlich normierten Leistungsansprüche der häuslichen Pflege stehen wir für eine Vereinfachung des Leistungskataloges in Verbindung mit einer spürbaren Entbürokratisierung für Leistungsempfänger wie Leistungserbringer. Demnach gibt es zukünftig zwei Budgets für Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege: Zum einen das Pflegebudget, zum anderen das Ent-

4 Antrag der Länder Hamburg, Berlin, Bremen, Schleswig-Holstein. Entschließung des Bundesrates zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung



lastungsbudget⁵. In diese Budgets fließen alle bisherigen Leistungen der häuslichen Pflege entsprechend ein. Die so zusammengefassten Mittel können Pflegebedürftige entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse flexibel einsetzen.

2. Häusliche Pflege stärken, Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verbessern!

Wir stehen, soweit dies möglich ist, für den Vorrang der informellen Pflege gegenüber einer Versorgung durch professionelle Pflegedienste oder einer stationären Unterbringung. Da aufgrund der prognostizierten Anzahl der Pflegebedürftigen (ausgehend von 2015 wird die Zahl der Pflegebedürftigen im Freistaat Sachsen bis 2030 um 19 Prozent auf ca. 242.000 Pflegebedürftige ansteigen)* auch die Nachfrage nach informeller Pflege steigen wird, sollen Pflegepersonen durch folgende Maßnahmen entlastet und ökonomisch unterstützt werden:

Verbesserte Honorierung der gesamtgesellschaftlichen Leistung in der Rentenversicherung – für Pflege zu Hause soll ein höherer Beitrag in die Rentenversicherung eingezahlt werden.

Pflegezeiten zur besseren Ermöglichung der Pflege durch An- und Zugehörige sollen mit Lohnersatzleistungen einhergehen – in Form eines am Elterngeld orientierten Pflegeunterstützungsgeldes.

Unabhängige Pflegeberatung inkl. psychosozialer Beratung/Begleitung für pflegende Angehörige.

Vereinfachung/Reduzierung der Unübersichtlichkeit der pflegerischen Leistungsangebote in Verbindung mit Bürokratieabbau.

Soweit möglich, sollten flexible Arbeitszeitgestaltung inklusive Home-Office und mobiles Arbeiten angeboten werden.

⁵ Der Vorschlag folgt dem Konzept „Leistungsdschungel in der häuslichen Pflege auflösen. Diskussionspapier zum Entlastungsbudget“ des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung Andreas Westerfellhaus

* Bereits jetzt ist diese Prognose überholt. Wir liegen heute schon bei 250.800 Pflegebedürftigen.

Insgesamt braucht es eine zeitnahe Gesetzesänderung, die das Pflegezeitgesetz und das Familienpflegezeitgesetz so reformieren, dass eine steuerfinanzierte Lohnersatzleistung bei häuslicher Pflege sowie bei Sterbebegleitung – analog dem Elterngeld – eingeführt wird. Wer Pflege- und Betreuungsverantwortung übernehmen will, muss Pflege bzw. Betreuung und Beruf gut miteinander vereinbaren können und braucht dazu zwingend bessere Unterstützung als bisher.

Dazu zählt, die Zweckbestimmtheit der Leistung im Rahmen der Leistungsbewertung bzw. Auszahlung an die Pflegebedürftigen zu schärfen. Eine unabhängige Instanz sollte künftig überprüfen, ob der/die Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend auch die erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen sowie Hilfen bei der Haushaltsführung in seiner Häuslichkeit tatsächlich auch sicherstellt.

3. Pflegegeld anpassen!

Pflegebedürftige (der Pflegegrade 2 bis 5) können anstelle der häuslichen Pflegehilfe durch professionelle Dienste ein Pflegegeld beantragen. Mit dem Pflegegeld sollen Versicherte die häusliche Pflege in geeigneter Weise selbst sicherstellen. Pflegegeld erhalten derzeit 83% der ambulant versorgten Menschen, einschließlich derjenigen, die eine Kombinationsleistung in Anspruch nehmen. Das Pflegegeld genießt, quantitativ gesehen, tatsächlich innerhalb der möglichen Pflegearrangements eine Vorrangstellung. Der Handlungsbedarf entsteht dadurch, dass das Pflegegeld für die Versicherten und deren Pflegepersonen in Wirklichkeit mehrere Funktionen erfüllt: in Form der Unterstützung der häuslichen Pflege; Finanzierung von 24-Stunden-Betreuung und Aufstockung des Haushalteinkommens. Es ist für die Betroffenen eine Art monetäre Aufwandsentschädigung. Wir plädieren dafür, das Pflegegeld zu erhalten, Fehlanreize und Fehlsteuerungen künftig aber möglichst auszuschließen.

4. Kurzzeitpflege stärken!

Mit einem begrenzten Zeitbudget und einer häufig komplexen Bedarfslage verfolgt die Kurzzeitpflege die Ziele, die häusliche Pflegesituation zu stabilisieren, pflegende Angehörige zu entlasten, im Anschluss an eine stationäre Behandlung auf die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit vorzubereiten und so einen vorzeitigen Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung zu verhindern. Diese anspruchsvolle Aufgabenstellung führt zu einer erhöhten Leistungsintensität und -komplexität, der die aktuellen Rahmenbedingungen nicht im Geringsten gerecht werden. Um das unverzichtbare Angebot der Kurzzeitpflege aufgrund des steigenden Bedarfs weiter ausbauen zu können, bedarf es gesetzlicher Regelungen zur Umsetzung wirtschaftlich tragfähiger Vergütungen, die den häufigeren Wechsel der zu Pflegenden, den höheren pflegerischen und administrativen Aufwand sowie die im Jahresverlauf schwankende Auslastung berücksichtigen.

5. Nicht nachvollziehbaren Flickenteppich durch bundesweit einheitliche Gebührenordnung ersetzen!

Obwohl die Sozialgesetzgebung der Sozialen Pflegeversicherung vom Bund erlassen wurde, ist die inhaltliche Umsetzung Sache der Kostenträger und Anbieter in den einzelnen Bundesländern. So unterscheiden sich Leistungskataloge und Vergütungsstrukturen insbesondere in der ambulanten Pflege deutlich von einem Bundesland zum anderen. Es gibt einen nicht verständlichen Flickenteppich der verschiedensten Kataloge und nicht nachvollziehbare Spannbreiten der Vergütungen. Zeiten der Pflegeeinsätze werden unterschiedlich abgerechnet, Wegepauschalen variieren und die gleiche Leistung kann in 16 Bundesländern 28 verschiedene Preise haben (Heiber. 2018). Die Selbstverwaltungen aus Kostenträgern und Leistungserbringern im Bundesland sind für die Ausgestaltung und Definition der Leistungskataloge zuständig, eine bundesweit mögliche Gebührenordnung (nach § 90 SGB XI) gibt es nicht. Auch eine von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Jahre 1996 veröffentlichte Empfehlung zu Leistungen wurde kaum umgesetzt.

Wir plädieren deshalb für die bundesweite Einführung einer Gebührenordnung / eines Leistungskataloges für die Erbringung und Vergütung der ambulanten Leistungen der häuslichen Pflegehilfe, soweit die Versorgung von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfasst ist. Auch das Nähere zur Abrechnung der Vergütung zwischen den Pflegekas-

sen und den Pflegediensten sollte dort geregelt sein.

Wir teilen die konzeptionelle Auffassung der Diakonie Deutschland, nach der es zukünftig bundeseinheitliche Leistungsansprüche geben soll. „Der bundeseinheitliche Leistungsanspruch bezieht sich nun aber nicht mehr auf die Leistungshöhe in Form eines Leistungsbetrags, sondern auf eine bundeseinheitliche Leistungsmenge d.h. auf ein Fachleistungsstundenkontingent für Pflegemaßnahmen, Betreuung und Hilfen bei der Haushaltsführung“ (Diakonie Texte. Positionspapier 2019). Grundlage der Leistungsgestaltung und des Leistungsumfangs in der häuslichen Pflege ist, dass der Pflegebedürftige einen Anspruch auf ein bestimmtes Zeitbudget an professionellen Pflegeleistungen hat. Der Inhalt einer Fachleistungsstunde ist im Rahmen der Leistungsvereinbarung zu definieren.

6. Sektorengrenzen abbauen und Durchlässigkeit erhöhen!

Die Sektorentrennung zwischen den Versorgungsformen voll-, teilstationär und ambulant ist nicht nur ordnungsrechtlich gegeben, sondern auch leistungs- und leistungserbringungsrechtlich. Die starre Trennung von ambulantem und stationärem Sektor wirkt als Reformbremse und verhindert die Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle zwischen „ambulant“ und „stationär“.

Pflege entwickelt sich weiter. Bei der Ausgestaltung differenzierterer Wohn-

und Versorgungsformen stehen oft rechtliche Hürden im Weg, die Innovation verhindern. Bei der Leistungserbringung sollte perspektivisch nicht entscheidend sein, wo und in welchem ordnungsrechtlichen Rahmen eine Leistung bezogen wird, sondern wer die Leistungserbringung verantwortlich übernimmt (z.B. Versorgung Pflegebedürftiger im Quartier durch ein im Umfeld befindliches Pflegeheim).

7. Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderung verbessern!

Die Leistung der Pflegeversicherung muss sich an der Bedürftigkeit der pflegebedürftigen Person orientieren, was durch die geltende Regelung in § 43 a SGB XI verhindert wird.

Lebt ein pflegebedürftiger Mensch mit Behinderung in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe / besonderen Wohnform erhält er nicht die vollen Pflegeleistungen, sondern gem. § 43 a SGB XI lediglich einen Teilbetrag, der auf maximal 266 Euro im Monat gedeckelt ist. Für die übrigen Pflegeleistungen muss in der Regel die Eingliederungshilfe aufkommen. Auch muss die Einrichtung/besondere Wohnform selbst einschätzen, ob sie beispielsweise einen hohen Pflegebedarf sicherstellen kann. Lebt ein Mensch mit Behinderungen und Pflegebedarf hingegen in einem Pflegeheim oder wird er zu Hause gepflegt, stehen ihm je nach seinem Bedarf die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zu, wobei aktuell in

Pflegeeinrichtungen in der Regel keine weitere Eingliederungshilfe erbracht wird. Die Leistungen der Pflegekasse sind somit an den Wohnort des Betroffenen geknüpft. Dies widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz und muss deshalb angepasst werden.

8. Auch die Kosten der stationären Behandlungspflege gehören in das SGB V!

Im stationären Bereich sind alle Maßnahmen der Behandlungspflege – wie auch im ambulanten Sektor – systemgerecht in voller Höhe aus Mitteln der Krankenkasse zu finanzieren. Damit wird die ungleiche Behandlung stationär betreuter Pflegebedürftiger beendet und eine gleichrangige Finanzierung im ambulanten und im stationären Bereich sichergestellt.

9. Länder bei den Investitionskosten in die Pflicht nehmen!

Die Länder sind laut Sozialgesetzbuch XI für das Vorhalten einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur verantwortlich und gefordert, die dazu nötigen Voraussetzungen zu schaffen. Paragraph 9 SGB XI sollte daher um eine finanzielle Verpflichtung mit einheitlichen Vorgaben zur Übernahme von anteiligen Investitionskosten durch die Länder ergänzt werden. Das würde Pflegebedürftigen und zugleich auch die Sozialhilfeträger entlasten und letztlich auch zu gleichwertigen Lebensbedingungen beitragen.

10. Kommunen als zentrale Steuerungsinstanz stärken!

Pflege muss als Aufgabe der Kommunen, der Landkreise und kreisfreien Städte, verstanden werden. Der Ausbau und die Steuerung der pflegerischen Infrastruktur und die Förderung eines zukunftsfähigen Gemeinwesens gehören auf die regionale Ebene, weil hier der Bedarf am besten eingeschätzt werden kann. Vor Ort ist zu entscheiden, welche Angebote an Beratung, Wohnen/Quartiersentwicklung für Menschen im Alter und mit Pflegebedürftigkeit benötigt werden. Als Steuerungsinstanz empfiehlt sich ein unabhängiges Case Management, das die Akteure „Kommune“ und „zertifizierte Anbieter“ zusammenbringt. Dazu müssen die Kommunen finanziell angemessen ausgestattet werden. Durch die Überführung der Behandlungspflege im stationären Bereich in das SGB V würden zusätzliche Mittel freigesetzt.

11. Arbeitsbedingungen in der Pflege schnellstmöglich verbessern!

Grundsätzlich ist der Pflegeberuf ein erfüllender und sinnstiftender Beruf.

Leider tragen die derzeitigen Rahmenbedingungen in der ambulanten und stationären Pflege, der Arbeitskräfte-Mangel und die hohe Arbeitsverdichtung nicht dazu bei, dem Pflegeberuf die notwendige Attraktivität zu verleihen, was sich in der Corona-Pandemie noch einmal sehr deutlich zeigt. Ein am tatsächlichen Pflegebedarf orientierter Personalschlüssel,

moderne Arbeitszeitmodelle und attraktive Löhne sind die Voraussetzung, damit Mitarbeitende gerne im Beruf bleiben und junge Menschen sich für einen Pflegeberuf interessieren. Dies erfordert eine adäquate Finanzausstattung. Kostensteigerungen, die wiederum im Rahmen der Pflegeversicherung refinanziert werden müssen. Auf der Einnahmeseite sind somit zukünftig Beitragssatzsteigerungen einzuplanen.

Im ambulanten Bereich fehlen nachvollziehbare Kalkulationsparameter bei den Leistungszeiten. Es wird überwiegend mit Pauschalen vergütet, was zwangsläufig bei Erhöhungen zu Kürzung der Pflegezeiten und auch zu mehr Druck im Leistungsgeschehen führt. Dies wirkt sich wiederum negativ auf die Arbeitsbedingungen aus.

Im stationären Bereich fallen im bundesweiten Vergleich – „historisch gewachsen“ – gravierende Abweichungen bei den Personalschlüsseln auf. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Versorgungssituation und –qualität in den Bundesländern unterschiedlich ist. Die Kriterien für den Personaleinsatz müssen nach einheitlichen und validen wissenschaftlichen, fachlichen Parametern erfolgen. Mit den Regelungen nach § 113 c SGB XI und dem Auftrag des Gesetzgebers, ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren zur bundesweit einheitlichen Personalbemessung in Pflegeeinrichtungen entwickeln und erproben zu lassen, wurde ein Anfang gemacht. Die Studie von Prof. Heinz Rothgang weist für den stationären Bereich einen deutlichen Mehrbedarf insbesondere an Assistenzkräften auf.

Es wird zu einer veränderten Gewichtung und einer neuen Aufgabenverteilung von Fach- und Assistenzkräften kommen müssen. Wesentliche Herausforderungen werden eine adäquate Personal- und Organisationsentwicklung sowie die Gewinnung von zusätzlichem Personal sein.

12. Ausbildungskosten für die Generalistische Pflegeausbildung gerecht verteilen!

Bei der Umlagefinanzierung der generalistischen Pflegeausbildung tragen derzeit die Pflegebedürftigen allein die Kosten der Ausbildung, was zu weiteren finanziellen Belastungen führt. Das ist analog zum System der Refinanzierung der Ausbildung im Krankenhaus zu verändern.

13. Mehr Pflegehelfer gewinnen und einheitlich ausbilden!

Um den zukünftigen Personalbedarf angemessen decken zu können, bedarf es u. a. einer bundesweit einheitlichen Helferausbildung im Pflegebereich. Dabei ist der Blick auch auf Quereinsteiger zu richten. Hinsichtlich der Gewinnung von Pflegefachkräften muss verstärkt auch auf Berufsrückkehrer gesetzt werden. Für jüngere Schüler*innen plädieren wir für die Möglichkeit einer zweijährigen Krankenpflege-Helferausbildung. Als duale Erstausbildung ist sie in Sachsen schon viele Jahre ebenfalls als generalistische Ausbildung konzipiert. Umschüler*innen und Quereinsteiger*innen mit einschlägiger Berufserfahrung sollte die Möglich-

keit einer einjährigen Ausbildung eröffnet werden. Findet sie berufsbegleitend statt, sollte sie sich über zwei Jahre erstrecken.

14. Nur nach Tarif zahlende Pflegearbeitgeber zur Versorgung zulassen!

Da es sich politisch gewollt bei der Pflege auch um einen Markt – mit sehr guten Zukunftsaussichten – handelt, muss eine Entlohnung nach Tarif für Pflegearbeitgeber ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen zukünftig Voraussetzung für die Zulassung zur Versorgung werden. Attraktive Löhne allein führen nicht zu einer Verbesserung der Situation, wenn die Refinanzierung nicht tatsächlich gewährleistet ist. Mehr Personal für die Pflege kann nur gewonnen werden, wenn auch die Arbeitsbedingungen stimmen. Die Arbeit der Pflege(fach)kräfte muss sich an bundesweit einheitlichen fachlichen und bedarfsorientierten Standards orientieren, zukunftsweisende Pflegekonzepte sind partizipativ mit den zu Pflegenden weiterzuentwickeln.

Nur wenn ausreichend personelle Ressourcen zur Verfügung stehen, die zu einer Entzerrung der Arbeitsverdichtung führen, so dass mehr Zeit für Pflege, Betreuung und Gespräche vorhanden und eine verlässliche Dienst- und Tourenplanung möglich ist, kann die Zufriedenheit der Mitarbeitenden in der Pflege wiederhergestellt werden, was letztendlich zu einer höheren Attraktivität des Pflegeberufes führt. (Projekt Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen

Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGBXI)

15. Finanzierung auf mehr und breitere Schultern verteilen!

Eine zukunftsfeste Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung ist das dringendste pflegepolitische Zukunftsthema. Dabei müssen auf allen politischen Ebenen sowohl die Ausgaben als auch die Einnahmen in den Blick genommen werden, um einerseits eine unverhältnismäßige Belastung der Beitragszahler und andererseits eine unverhältnismäßige Erhöhung der von den pflegebedürftigen Personen zu tragenden pflegebedingten Eigenanteile zu verhindern.

Die Weiterentwicklung pflegerischer Strukturen (Strukturreform) muss im Sinne einer Balance mit einer Weiterentwicklung der Finanzierungsstruktur der Pflegeversicherung (Finanzreform) verbunden werden, damit eine menschenwürdige Pflege in Deutschland zukünftig nachhaltig gesichert ist. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie Ausbildung, Vereinbarkeit Familie und Beruf sollen aus Steuermitteln finanziert werden. Wir stehen für eine Pflege-Bürgerversicherung (Pflegebürgerversicherung ohne Vollversicherung) dergestalt, dass alle Beitragspflichtigen/Beitragszahler in eine Sozialversicherung einbezogen werden, die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und die Beitragspflicht auf alle Einkunftsarten gemäß Einkommensteuergesetz ausgedehnt wird.

»Damit kann auch der bislang vorherrschenden strukturellen Einnahmeschwäche der Sozialen Pflegeversicherung entgegengetreten werden, die darin besteht, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt.«

ROTHGANG, DOMHOFF. 2019

SCHLUSSWORT:

Pflege muss abgesichert bleiben!

Wir brauchen eine grundlegende Struktur- UND Finanzreform der Pflegeversicherung, wenn eine gute Pflegequalität, mehr Zeit für Zuwendung, ausreichend Personal und genügend Auszubildende unsere Zukunft sein sollen. Die damit notwendigerweise steigenden Kosten müssen solidarisch getragen werden. Eine – wie in der Diakonie bereits umgesetzt – faire tarifliche Bezahlung der Pflegekräfte, eine Personalbemessung, die sich am tatsächlichen Bedarf orientiert und eine attraktivere Ausbildung sind nicht zum Null-Tarif zu haben.

Zugleich muss Pflege im Alter bezahlbar bleiben. Wenn Pflegebedürftige zunehmend auf Sozialhilfe angewiesen sind, um die Kosten der pflegerischen Versorgung zu decken, müssen Finanzierungsmodelle zu ihrer Entlastung und ein fairer Ausgleich zwischen Eigenbetrag und Pflegekassen gefunden werden. Mit diesem Positionspapier legen wir dazu unsere Vorschläge vor und freuen uns auf Resonanz.



QUELLENANGABEN

WORKING PAPER
FORSCHUNGSFÖRDERUNG
Nummer 150, September 2019.
Die Pflegebürgerversicherung
als Vollversicherung.
Heinz Rothgang und Dominik Domhoff.
Hans-Böckler-Stiftung. 2019

DIW Wochenbericht 46/2020
Bessere Vereinbarkeit von Beruf und
Pflege kann Zielkonflikt zwischen
Renten- und Pflegepolitik lösen
Björn Fischer und Kai-Uwe Müller. 2019

Leistungsdschungel
in der häuslichen Pflege auflösen.
Diskussionspapier
zum Entlastungsbudget.
Der Bevollmächtigte
der Bundesregierung für Pflege.
Berlin Februar 2020

Häusliche Pflege.
Pflege besser managen.
Management.
Heiber. 2018

Bundesrat Drucksache 106/19. 01.03.19.
Antrag der Länder Hamburg, Berlin,
Bremen, Schleswig-Holstein.
Entschließung des Bundesrates
zur Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung

Deutscher Bundestag
Drucksache 19/1572 (09.04.2018)
Antwort der Bundesregierung auf die
Kleine Anfrage der Abgeordneten
Pia Zimmermann, Susanne Ferschl,
Matthias W. Birkwald, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion
DIE LINKE – Drucksache 19/1170 –
Finanzielle Überlastung der Menschen
in Pflegeheimen

Abschlussbericht im Projekt Entwicklung
und Erprobung eines wissenschaftlich
fundierten Verfahrens zur einheitlichen
Bemessung des Personalbedarfs in
Pflegeeinrichtungen nach qualitativen
und quantitativen Maßstäben gemäß
§113c SGB XI (PeBeM), SOCIUM
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik
Institut für Public Health und
Pflegeforschung (IPP)
Institut für Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Kompetenzzentrum für Klinische Studien
Bremen (KKSB)
Bremen, August 2020

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e. V.
KONZEPT FÜR EINE GRUNDLEGENDE
PFLEGEREFORM.
Pflegevollversicherung mit begrenzter
Eigenbeteiligung der Versicherten.
DIAKONIE TEXTE POSITIONSPAPIER
2019

SACHSEN



Diese Maßnahme wird mitfinanziert durch Steuermittel auf der Grundlage des von den Abgeordneten des Sächsischen Landtags beschlossenen Haushaltes.

Impressum

Herausgeber

Diakonisches Werk der
Ev.-Luth. Landeskirche
Sachsens e. V.
Obere Bergstraße 1
01445 Radebeul

Verantwortlich

Dietrich Bauer,
Vorstandsvorsitzender

Autoren

Babett Bitzmann
Michael Melzer
Miriam Taterka

Redaktion

Sigrid Winkler-Schwarz

Foto

Adobe Stock
© Diakonie/Annette Schrader

Illustrationen

© Diakonie/Francesco Ciccolella

Gestaltung und Druck

WDS Pertermann GmbH
www.wds-pertermann.de

**FÜR WEITERE
INFORMATIONEN
STEHEN WIR
IHNEN GERN ZUR
VERFÜGUNG**

**Diakonisches Werk der
Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V.**
Obere Bergstraße 1
01445 Radebeul
T +49 351 83 15-0
F +49 351 83 15-400
info@diakonie-sachsen.de
www.diakonie-sachsen.de