



## **Position des Familienbundes der Katholiken zur notwendigen Reform der Pflegeversicherung**

Um langfristig eine menschenwürdige, bezahlbare Versorgung von Pflegebedürftigen in einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft aufrecht erhalten zu können, sind grundlegende Reformschritte im Bereich Pflege anzugehen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird in Deutschland zukünftig weiter steigen. Ebenfalls zunehmen wird in den nächsten 30 - 40 Jahren die Anzahl der hochbetagten Menschen - nicht nur absolut, sondern auch relativ zur jüngeren Bevölkerung<sup>1</sup>. Die gestiegene Lebenserwartung bringt nicht nur mehr Lebensjahre in Gesundheit mit sich, sondern tendenziell auch eine längere Phase der Pflegebedürftigkeit. Erste Daten deuten darauf hin<sup>2</sup>.

51% der bundesweit 2,29 Mio. Pflegebedürftigen (Ende 2010) sind 80 Jahre und älter. Diese Altersgruppe wird in den nächsten 2 Jahrzehnten um mehr als 60% zunehmen.

In Niedersachsen sind 68 % der 256.085 Pflegebedürftigen 75 Jahre und älter<sup>3</sup>. Gleichzeitig wird sich der Trend zur Differenzierung von Pflegeverhältnissen fortsetzen. Unterschiedliche Konstellationen in Wohngemeinschaften, Pflege durch Angehörige in Kombination mit ambulanten Pflegediensten und/oder Kurzzeit- bzw. Tagespflege, auch mit Beteiligung Ehrenamtlicher werden häufiger.

Vor diesem Hintergrund legt der Familienbund der Katholiken – Landesverband Niedersachsen e.V. folgende Eckpunkte für eine Pflegereform vor.

### **1.**

#### **Ein neuer Pflegebegriff**

Die neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das Neue Begutachtungsassessment (NBA) nach dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs befürwortet der Familienbund der Katholiken ausdrücklich. Das bisherige Verfahren ist zu einseitig an funktionalen Alltagsverrichtungen orientiert und wird insbesondere den Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht gerecht.

---

<sup>1</sup> Laut aktueller Vorausberechnung der Statistischen Ämter, mittleres Szenario: 2011 4 Mio. = 5 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter; 2050 10 Mio. = 15 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter

<sup>2</sup> Jacobs, Klaus u. Rothgang, Heinz, GGW 2011, Heft 3 (Juli), S. 15

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009

Die durch die Anwendung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erwartende Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises darf nicht zu einer Verschlechterung der Leistungen führen. Das erfordert neue Regelungen zur Finanzierung (s. Pkt. 7)

Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung dauerhafter Pflegebedürftigkeit sind verstärkt zu fördern.

## **2.**

### **Stärkung familiärer Pflegepotentiale**

Die familiären Pflegepotentiale werden aufgrund der demografischen Entwicklung, gestiegener Frauenerwerbstätigkeit und gesteigener Mobilität zurückgehen. Eine Verschiebung in Richtung professioneller Pflege durch Fachkräfte ist bereits jetzt feststellbar<sup>4</sup>.

Häusliche Pflegearrangements müssen stärker unterstützt und begleitet werden, damit die familiäre Pflegebereitschaft bestehen bleibt, die Pflegenden sich nicht isolieren und erschöpfen und auch, damit die Kosten nicht völlig aus dem Ruder laufen.

Die Pflegebereitschaft ist an sich hoch. Nur kommen Pflegende leicht in grenzwertige Situationen, wenn es gilt, Beruf, Pflege und andere familiäre Aufgaben zu verbinden bzw. wenn sie bei intensiver Pfl egetätigkeit die Erwerbstätigkeit aufgeben und alleine mit einer psychisch und physisch belastenden Situation zu Recht kommen müssen. Informationen über mittlerweile verfügbare Zusatzleistungen oder Angebote der Beratung und Begleitung erreichen die Pflegenden oft nicht, da sie zu wenig bekannt sind.

Insgesamt können in alle Pflege-Settings gut ehrenamtliche Betreuungskräfte eingebunden werden. Zudem ergeben sich durch den Bundesfreiwilligendienst neue Möglichkeiten der Unterstützung bei der Pflege und Betreuung älterer Menschen.

Die Kosten einer Pflege durch ambulante Dienste oder im Pflegeheim übersteigen die von der Pflegekasse gezahlten Beträge in der Regel. Kann diese Differenz nicht von den Pflegebedürftigen bzw. ihren unterhaltspflichtigen Angehörigen gezahlt werden, ist die Solidargemeinschaft über die Sozialhilfe in der Pflicht.

## **3.**

### **Pflegezeit analog zur Elternzeit**

Qualifizierte Pflege durch Angehörige muss finanziell mehr honoriert werden. Gleichzeitig braucht es qualifizierte Schulung und Begleitung. Zahlreiche Pflegende sind neben der Pflege erwerbstätig. Die Zahlen schwanken zwischen 20 und 40 %. Aufgrund des erhöhten Ruhestandsalters und der gestiegenen Frauenerwerbstätigkeit werden das

---

<sup>4</sup> Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009: Reine Pflegegeldempfänger von 1999 bis 2009 von 51 auf 45,6 % zurückgegangen

nach unserer Einschätzung mehr werden. Hier ist ein Paradigmenwechsel ähnlich dem vom Erziehungs- zum Elterngeld erforderlich, da die Ausgangssituation vergleichbar ist: Pflegenden reduzieren aus familiären Gründen ihre Erwerbstätigkeit und erhalten dafür einen finanziellen Ausgleich.

Der Familienbund der Katholiken fordert deshalb eine Pflegezeit ähnlich der Elternzeit. Das würde konkret eine bis zu dreijährige, sozialversicherungsrechtlich und finanziell abgesicherte Pflegezeit mit Rückkehrrecht auf den Arbeitsplatz bedeuten. Die Lohnersatzleistung für Arbeitszeitreduzierung würde sich zum Pflegegeld addieren und müsste mit dem eigenen Einkommen der Pflegeperson mindestens das Existenzminimum absichern. Dabei gilt grundsätzlich, dass das Pflegegeld den zu Pflegenden zusteht. Eine Übertragung auf die pflegenden Angehörigen ist möglich.

Für die Bemessung der Lohnersatzleistung sollte eine niedrigere Ober- und eine höhere Untergrenze gelten als für das Elterngeld, bspw. 400 € Sockel- und 1.200 € Höchstbetrag (s. Berechnungsbeispiele im Anhang).

**4.**

#### **Notwendige Verzahnung von medizinischer Versorgung und Pflege**

Auch bei akutmedizinischer Versorgung im Krankenhaus müssen die erforderlichen Pflegeleistungen erbracht werden. Das spricht auch für eine Generalisierung der Kranken- und Altenpflegeausbildungen. Bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen ist es erforderlich, auch die Angehörigen zu informieren, wenn die Patienten selbst nicht in der Lage sind Objektives über Diagnose und Therapie weiter zu geben.

Bei Entlassung aus dem Krankenhaus muss dafür Sorge getragen werden, dass Patienten nicht alleine oder mit ebenfalls überforderten Angehörigen in überfordernde Situationen geraten. In solchen Situationen nicht dauerhafter Pflegebedürftigkeit muss ambulante oder Kurzzeitpflege helfen. Die personellen Kapazitäten für dieses Fall-Management müssen von den dafür zuständigen Krankenhäusern vorgehalten werden. Nicht jede/r Pflegebedürftige hat Angehörige, die das übernehmen können.

**5.**

#### **Attraktivität des Pflegeberufs für Frauen und Männer**

Um den Pflegeberuf für neue Zielgruppen attraktiver zu machen, müssen Projekte wie AjuMA (Ausbildung junger Männer mit Migrationshintergrund in der Altenpflegehilfe, Hessen) Schule machen. Hier erschließt sich einerseits für den Pflegeberuf neues Nachwuchspotenzial; gleichzeitig eröffnen sich für junge Menschen, die sonst tendenziell eher Schwierigkeiten beim Übergang in Berufsausbildung und Arbeit haben, neue berufliche Perspektiven.

Die Ausbildung in der Altenpflege für Schülerinnen und Schüler soll kostenfrei sein.

## 6.

### **Paritätische und solidarische Finanzierung**

Die aufgrund der demografischen Struktur und des medizinischen Fortschritts mittelfristig zu erwartenden Kostensteigerungen in der Pflegeversicherung (für die GKV gilt ähnliches) erfordern eine nachhaltige Finanzierung.

Die Einnahmen in beiden Sozialversicherungen halten nicht mit dem BIP-Wachstum Schritt, da die beitragspflichtigen Einkommen einen immer kleineren Teil des Volkseinkommens darstellen.

Die Finanzierung sollte auf der Grundlage eines Bürgerversicherungsmodells nach dem Grundsatz einer paritätischen und solidarischen Finanzierung erfolgen, in das alle Bevölkerungsgruppen einbezogen werden.

Aktuell weisen die Soziale Pflegeversicherung (SPV) und die Private Pflegeversicherung (PPV) aufgrund ihrer unterschiedlichen Versichertenstruktur (PPV jünger, gesünder, besser verdienend) auch eine grundlegend andere Finanzierungsstruktur auf, die nicht durch sachliche Gründe zu rechtfertigen ist.

Der Familienbund der Katholiken schlägt vor, dass Beiträge auf alle Einkunftsarten gezahlt werden, allerdings nach unterschiedlichen Verfahren:

1. Säule: Alle arbeitnehmerrelevanten Einkünfte werden sofort verbeitragt. Als nachgelagerte Arbeitnehmereinkommen werden auch Betriebsrenten berücksichtigt.

2. Säule: Auf andere Erwerbseinkünfte (z.B. bei Selbständigen) erfolgt auf der Grundlage des letzten amtlichen Steuerbescheids eine Vorauszahlung. Endgültig ist dann der Steuerbescheid maßgeblich. Gleiches gilt für Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Hier werden nur positive Einkünfte bei der Verbeitragung berücksichtigt.

3. Säule: Beiträge auf Kapitaleinkünfte müssen aufgrund der Abgeltungssteuer „an der Quelle“ abgezogen werden. Die Abgeltungssteuer wird direkt von den Banken abgeführt. Der Abzug sowie die Abführung eines Beitrages an die Pflegeversicherung sind „im Zeitalter des Computers“ ohne gravierende Verwaltungslast möglich. Vorgeschlagen wird ein Beitragssatz von 2% auf Kapitaleinkünfte. Der unmittelbaren Abführung als Vorauszahlung kann wie bei der Steuer mit der Erklärung widersprochen werden, dass persönlich ein niedrigerer Beitrag zu entrichten sei. Endgültig ist dann auch hier der Steuerbescheid maßgeblich.

Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung angehoben. Es gilt eine gemeinsame Beitragsbemessungsgrenze für alle Einkünfte, die Einkünfte im Rahmen der verschiedenen Säulen werden mithin addiert. Eigene Beitragsbemessungsgrenzen für die jeweiligen Säulen würden dazu führen, dass

gleich Leistungsfähige unterschiedlich belastet werden und diejenigen, die ihr Einkommen aus mehreren Einkunftsarten beziehen, benachteiligt würden.

Die „beitragsfreie Mitversicherung“ für Kinder muss erhalten bleiben. Die jetzige Beitragsdifferenzierung von 0,25 Prozentpunkten zwischen Kinderlosen und Eltern entspricht nicht der vom BVerfG geforderten Anerkennung der Erziehungsleistung als konstitutivem Beitrag und wird der Bedeutung der Kindererziehung für den Bestand der Pflegeversicherung ebenfalls nicht gerecht.

Für eine tatsächliche beitragsfreie Mitversicherung der Kinder müsste die Bemessungsgrundlage um die Höhe des Kinderexistenzminimums gekürzt werden.

Der Familienbund der Katholiken spricht sich gegen die alternative Option einer kapitalgedeckten Zusatzversicherung für Kinderlose aus.

7.

### **Notwendige Anpassung der Beiträge**

Von 1997 bis 2010 sind die jährlichen Ausgaben der Pflegeversicherung bereits von 15,14 auf 21,45 Mrd. Euro gestiegen, also um 42%. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen.

Um die absehbar weiter steigenden Ausgaben finanzieren zu können, wird ein Beitragsanstieg im notwendigen Umfang befürwortet. Ein Teil der Mehrausgaben wird sich durch die mit der Einführung der Bürgerversicherung und die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (s. o.) verbundene Erhöhung der Einnahmen finanzieren lassen.

Der zuständige Regierungsbeirat hatte für die praktische Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes einen Mehrbedarf von fast 4 Mrd. Euro errechnet. Die vom Koalitionsgipfel am 06.11.2011 beschlossene Anhebung des Beitragssatzes um 0,1 Prozentpunkte zwecks Verbesserung der Leistungen für Demenzkranke führt rechnerisch zu einer Leistungsverbesserung in Höhe von monatlich ca. 65 Euro je Betroffenen (1,1 Mrd Euro pro Jahr für 1,2 Mio. Demenzkranke); das reicht nicht aus.

8.

### **Die langfristige Perspektive: Weg von den spezifischen Lösungen, hin zu einem Biografie-übergreifenden Optionsmodell**

Der Familienbund der Katholiken empfiehlt, der Idee der Optionszeiten aus dem 7. Familienbericht mehr Beachtung zu schenken und ein praktisch umsetzbares Konzept zu entwerfen, dass jedem Bürger/jeder Bürgerin ein festgelegtes Zeitkontingent mit finanzieller Absicherung auf großzügig existenzsicherndem Niveau zuordnet. Die konkrete Ausgestaltung - ob auf Basis von Durchschnittswerten oder pro Optionsfall - wäre noch zu klären. Wie und wann diese Optionszeiten konkret genutzt werden - ob für Kindererziehung, Weiterbildung oder Altenpflege - stünde jedem/jeder frei.

Optionszeiten würden den Stellenwert regenerativer Tätigkeiten wie Kindererziehung oder Alten- bzw. Krankenpflege in unserer arbeitsteiligen Gesellschaft erhöhen. Außerdem könnte dem Wunsch vieler Menschen leichter entsprochen werden, tragfähige, dauerhafte soziale Beziehungen (sprich: Familie oder Wahlverwandschaft) im Alltag zu leben, ohne dass für die Betroffenen Brüche in Erwerbs- und Vorsorgebiografien entstehen, wie das zurzeit der Fall ist.

**9.**

### **Geschlechtergerechte Pflege**

Zurzeit sind 75 % der Pflegenden Frauen. Männer pflegen am ehesten ihre eigene Ehefrau, vornehmlich in vorgerücktem Lebensalter nach Eintritt in den Ruhestand, also i. d. R. finanziell abgesichert. Frauen pflegen Partner, Eltern, Schwiegereltern, sind also häufiger noch in der Erwerbsphase und erleiden Einbußen bei Einkommen und Vorsorgeansprüchen, wenn sie der Pflege wegen ihre Erwerbstätigkeit reduzieren oder ganz aufgeben müssen. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen wird dadurch eine höhere Armutsbetroffenheit von Frauen perpetuiert: Frauen bleiben eher zu Hause, weil sie weniger verdienen und sie verdienen weniger, weil sie häufiger zu Hause bleiben als Männer. Das ist ein Kreislauf, der im Zuge von Geschlechtergerechtigkeit aufgebrochen werden muss (zu Konkretisierungen s. auch Pkt. 5 und 6).

**10.**

### **Pflegepartnerschaft**

Pflegende Angehörige sind Kooperationspartner der Fachkräfte im Pflegesystem. Mit ihrem Wissen um Vorlieben, Kompetenzen und Rituale des Pflegebedürftigen und den Krankheitsverlauf sichern sie in Zusammenarbeit mit den professionellen Pflegekräften die Qualität der Pflege. Für den Aufbau und den Erhalt einer solchen „Pflegepartnerschaft“ ist es erforderlich, die pflegenden Angehörigen auf gleicher Augenhöhe zu sehen und ihre Bedeutung für den Pflegeprozess anzuerkennen.

Stand 05/2012

## Anhang:

Zahlenbeispiele zu dem vom Familienbund der Katholiken vorgeschlagenen Konzept „Pflegezeit analog zur Elternzeit“ bezogen auf ein Durchschnittseinkommen von 2.500,00 €.

Kombination von Pflegegeld und Lohnersatzleistung (67%) bei Arbeitszeitreduzierung

Pflegestufe	Pflegegeld + Mindestbetrag Lohnersatzleistung	Pflegegeld + hälftiges Durchschnittseinkommen + Lohnersatzleistung	Pflegegeld + Höchstbetrag Lohnersatzleistung
1	235 + 400= 635	235 + 1250 + 838= 2323	235 + 1200= 1435
2	440 + 400= 840	440 + 1250 + 838= 2528	440 + 1200= 1640
3	700 + 400= 1100	700 + 1250 + 838= 2788	700 + 1200= 1900

Grundsätzlich gilt, dass das Pflegegeld den zu Pflegenden zusteht. Eine Übertragung auf die pflegenden Angehörigen ist möglich. Zudem verringern sich die angegebenen Beträge durch die zu zahlende Steuer. Bei Bezug von Kombinationsleistungen (Pflegegeld + Sachleistung) kann es bei der praktizierten Anrechnung bleiben. Einige Kombinationen sind unrealistisch: Für eine Pflege der Stufe 1 wird kaum jemand seine Erwerbstätigkeit komplett einstellen. Ebenso ist es schwer vorstellbar, dass Pflegenden neben einer Stufe-3-Pflege noch mit halber Stundenzahl erwerbstätig sein können. Auch bei Pflegestufe 2 wird bei halber Erwerbstätigkeit ein ambulanter Pflegedienst eingebunden werden müssen, wenn es nicht noch weitere Helfende gibt. Somit entstehen nicht unerhebliche Kosten durch die Inanspruchnahme professioneller Pflegedienste.