

Pflege mit Perspektive – Voraussetzung sind grundsätzliche Änderungen der Strukturen in der Krankenversicherung

Gegenwärtig sind fast 2,5 Millionen Bürger und Bürgerinnen in unserem Land pflegebedürftig und erhalten Leistungen aus den Beiträgen der Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Versorgungsempfänger. Die finanziellen Leistungen reichen bei weitem nicht aus, um die ganztägige Pflege in der Familie, für die Inanspruchnahme eines professionellen Pflegebetriebes oder die Unterbringung im Altenheim zu gewährleisten. Sobald die sogenannte Pflegestufe 2 eintritt (Schwerpflegebedürftige, die bei Körperpflege, Ernährung oder Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen) entstehen bei Anforderung eines Ambulanten Pflegebetriebes in der eigenen Häuslichkeit Zuzahlungen von bis zu 1000 Euro monatlich, die nicht von der Pflegekasse gedeckt sind. Grund dafür sind die Verträge auf Landesebene, die zwischen Pflegeverbänden und Pflegekassen bestehen. Irgendwelche Betreuungsmaßnahmen sind dabei kostenmäßig noch nicht berücksichtigt. Sobald der Pflegebedürftige stationär versorgt werden muss, ergeben sich in der Stufe 2 rund 1800 Euro monatliche Zuzahlungen, über die Erstattungen der Pflegekasse hinaus.

Auch die Reformvorhaben der Schwarz-Roten Bundesregierung ab 2015 werden keine nennenswerten Reduzierungen von Zuzahlungen ergeben. Durch die Anschubfinanzierungen der Personalschlüssel-Verbesserungen, die sicher auch notwendigen Tarifsteigerungen der Mitarbeiter in der Pflege, die beabsichtigten geringen Anhebungen der finanziellen Leistungsgewährungen und wegen der Ausweitung der Leistungen für demente Menschen werden die vorgesehenen Beitragsanhebungen auf 2,55% (2015/2016) gerade noch ausreichen. Sicher bleibt es nur eine politische Absicht, darüberhinaus auch noch aus den Erträgen der höheren Beiträge Rücklagen von bis zu 1 Milliarde Euro zu bilden. Es ist zu begrüßen, dass durch diese zukünftige Reform eine inhaltliche Verbesserung der Pflege stattfinden kann. Die Misere der hohen Aufbringungen von kaum finanzierbaren Eigenleistungen wird aber auch zukünftig bleiben und sich in den nächsten Jahren sogar noch verschärfen.

Diese gegenwärtige Situation verlangt geradezu **Neuausrichtungen in struktureller Hinsicht**. Die einschneidenden Maßnahmen werden benötigt, damit die verfügbaren finanziellen Ressourcen nicht durch Gewinnmaximierungen der Leistungserbringer und durch viel zu viel Bürokratie verpuffen. **Hier wird der Versuch von mir beschrieben, wie Lösungen im Sinne der Pflegebedürftigen/Angehörige durch den Gesetzgeber zukünftig möglich werden könnten.** Gegenwärtig spricht nichts dafür, dass die heutige Politik so mutig ist, selber neue gravierende Änderungen im Sinne der Hilfebedürftigen anzustreben und die Interessen der Lobbyverbände hintenanzustellen. Eine gute Versorgung und Betreuung unter Berücksichtigung der individuellen Finanzierungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen sollte das selbstverständliche Ziel sein. Die absolute Priorität sollte hier eine Reform beinhalten, die zu versorgenden Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit zu belassen und Betreuungsaktivitäten zu gewährleisten, damit der Hilfebedürftige lebenswert in unserer Gesellschaft dazugehören darf und nicht nur abseits von „Satt und Sauber“ aufbewahrt wird und darüber hinaus noch abhängig in finanzieller Hinsicht von den Kindern bzw. vom Sozialamt in sein muß.

Leistungsgrundsätze

Bevor ich auf die grundsätzlichen Voraussetzungen der Finanzierung eines neuen Pflegesystems eingehe, befasse ich mich zunächst mit den notwendigen Leistungsgrundsätzen und den Organisationsstrukturen.

Die Feststellung notwendiger Pflegebedürftigkeit nach Erstellung der ggf. neuen gesetzlichen Beschreibungen verschiedener Leistungsmodule für Körperpflege, Ernährung und Mobilitätserfordernisse sollte ein Facharzt für Allgemeinmedizin mit der ergänzenden Fachbegutachtung eines Orthopäden oder/und Neurologen treffen. (Die gesamte Personalorganisation der Medizinischen Dienste der Krankenkassen für

Begutachtungen Pflegebedürftiger könnte dann entfallen).

Die erwähnten Leistungsmodule, sollten nach Entgeltklassen definiert werden und zur Auszahlung vom Leistungsträger/Krankenkasse an den durchzuführenden Dienstleister/Familienpfleger gelangen. Zwischen den Pflegebedürftigen/Angehörigen und den Pflege-Dienstleistern werden jährlich neue Verträge des Umfangs der Hilfemaßnahmen (Feststellungen des Facharztes für Allgemeinmedizin) definiert und die örtliche Krankenkasse des Versicherten informiert.

Als Dienstleister können sich alle von den Kommunen anerkannten Pflegebetriebe bewerben. **Die Preise sind als Selbstkosten des Personalaufwandes und der Sachaufwendungen anzubieten.** Der Angebotspreis darf mit einem Leistungsmodul-Zuschlag von 3% für notwendige Investitionen kalkuliert werden. Grundgedanke ist ein Dienstleister-Wettbewerb zur Angebotspalette. Wünschenswert sind caritative und soziale Träger, die maßgeblich als Anbieter zur Verfügung stehen. Selbstverständlich können auch private Betriebe als Leistungserbringer tätig werden.

Wenn die häuslichen Verhältnisse einen Verbleib nicht mehr zulassen, sollte der Pflegebedürftige mit Empfehlung und Zustimmung des Facharztes für Allgemeinmedizin stationär versorgt werden. Ohne ausdrückliche Zustimmung des Pflegebedürftigen oder Besteller Angehöriger vom Amtsgericht darf die Aufnahme im Pflegeheim nicht erfolgen.

Alle in der eigenen Häuslichkeit zu versorgenden Pflegebedürftigen sollten durch **vielfältige Betreuungsaktionen in der politischen Gemeinde aus Gründen der Förderung am gesellschaftlichen Leben auf freiwilliger Basis teilnehmen. Die entstehenden Raum- und Fahrtkosten sollten die Kommunen übernehmen.** Die aufwendigen Personal- und Sachkosten sind den Gesamtausgaben nach dem Pflegeversicherungsgesetz zuzuordnen und von den Krankenkassen zu finanzieren.

Der Aufschrei der vielen tausend Pflegeheime ist nachvollziehbar. Die verlorenen Arbeitsplätze für das Krankenpflege- und Hauspersonal sind zwar nicht 1: 1 umsetzbar im Einsatz der ambulanten Pflege, aber zum größten Teil doch unter Einschluss der kommunalen Betreuungsaktivitäten.

Klar ist, dass die Gewinne in den vielen heutigen stationären Einrichtungen der Vergangenheit angehören würden. **Bei den Reduzierungen der Pflegeheimbetten entstehen wirtschaftliche Probleme, die von den Leistungsträgern aber gelöst werden können.**

Auf der anderen Seite **werden die bisherigen Bewohner nicht wieder ein Zuhause finden.** Daher wird der Abbau der Heimplätze lange Jahre dauern und sicher wird die Zusammenlegung der Einrichtungsträger notwendig sein. Ein ganz sicher schwieriger Weg zur Reduzierung der stationären Pflege. Gesellschaftspolitisch aber sicher weitestgehend gewünscht, wenn auch nicht von den Lobbyisten. **Die finanzielle Abwicklung nicht mehr notwendiger Pflegeheime wird einiges kosten. Auf längere Sicht werden sich die Gesamtausgaben in der Pflegeversicherung ganz sicher aber positiv bemerkbar machen.**

Die Inhalte der Leistungsmodule in der ambulanten Pflege sollten von einer Beratungsgesellschaft konzipiert werden. Dabei sind dann 18 Leistungspakete zu beschreiben und der notwendige Zeitaufwand in der Unterschiedlichkeit der Pflegestufen zu berechnen. Aus diesen Inhalten sollten die **Höchstpreise** für examiniertes und helfendes Personal des Pflegedienstes – aufgrund der notwendigen Selbstkosten (also der Auswirkungen der Tarifverträge und der Sachkostenpreise) – veranschlagt werden. In den 18 Leistungspaketen sind dann Körperpflege, Ernährung, Hauswirtschaft und Mobilität im einzelnen zu definieren.

Beispiel der Kostenübernahme vom Leistungsträger für eine professionelle Tagespflege (Pflegestufe 2) von ca. 2000 Euro monatlich für folgende

Module:

Morgens: Große Toilette, Ankleiden -Mobilisation, Einfache Hilfe des
Frühstücks,

Mittags : Kleine Toilette, Hilfe bei Nahrungsaufnahme,

Abends : Kleine Toilette, Auskleiden, Hilfe u. Zubereitung bei der
Nahrungsaufnahme

Wöchentlich: 4 x Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen
der Wohnung, 3 X Einkaufen, 2x Waschmaschine,
Bügeln und Putzen u. 3 x Ab- und Beziehen des Bettes

Ausgaben und Beteiligungen der Finanzierungen

Ziel der Finanzierungen des Aufwandes für Pflegebedürftige sollte sein,
dass der Leistungsträger die anfallenden Kosten durch die Beiträge unter
Eigenbeteiligung von 10% bis 50% (je nach verfügbarem Einkommen)
finanziert. Einkünfte für Miet- u. Nebenkosten, Essen und Taschengeld
sollten also unberücksichtigt bleiben.

Beispiele: Alleinstehende Pflegebedürftige mit einem Einkommen von
850 Euro mtl. leisten 10% Eigenbeteiligung

Alleinstehende Pflegebedürftige mit einem Einkommen von
bis zu 1000 Euro mtl. leisten 15% Eigenbeteiligung

Alleinstehende Pflegebedürftige mit einem Einkommen bis
1400 Euro mtl. leisten 20% Eigenbeteiligung

Alleinstehende Pflegebedürftige mit einem Einkommen ab
2000 Euro mtl. leisten 50% Eigenbeteiligung

Beispiele: Beide Partner wohnen mit Einkommen zusammen **und eine
Person ist pflegebedürftig**

Gesamt-Einkommen bis 1000 Euro

keine Eigen-
beteiligung

Gesamt-Einkommen bis 1200 Euro

10% Eigenbeteiligung

Gesamt-Einkommen bis 1400 Euro

15% Eigenbeteiligung

Gesamt-Einkommen bis 1800 Euro

20% Eigenbeteiligung

Gesamt-Einkommen über 2000 Euro

40% Eigenbeteiligung

Sofern ein Familienmitglied oder mehrere Familienmitglieder die Pflege vollkommen ganz übernehmen, wird ein monatlicher Anteil von 70% der Kassenübernahme, siehe am Beispiel 2000 Euro Leistungsmodule, ausgezahlt. Selbstverständlich könnte der Zeitaufwand für die Leistungsmodule auch zwischen Pflegebetrieb und Familienmitglied als Teilung akzeptiert werden.

Die eigenständige Organisation Pflegekasse sollte entfallen. Die verwaltungsmäßigen Aufgaben, die bisher mit 5% der Aufwendungen von den Beiträgen gegenwärtig in den Kassen als Aufwand ausgegeben werden dürfen, sollten ersatzlos gestrichen werden.

Die sich in meinen Vorschlägen nachzuvollziehenden Mehraufwendungen in der Pflege werden nur dann realisiert werden können, wenn gleichzeitig die unwirtschaftlichen und nicht notwendigen Ausgaben in der Krankenversicherung vom Gesetzgeber gestrichen werden.

Die folgenden Ausgaben in der Krankenversicherung könnten eingespart werden, zumal diese nichts mit der Gesundheit und Vorsorge der Versicherten zu tun haben:

Alle Marketingaktivitäten durch die Krankenkassen. (Dafür werden z.Zt. ausnahmslos für diese Aktivitäten tausende Mitarbeiter eingesetzt)

Alle Werbemaßnahmen der Krankenkassen, die **nicht unmittelbar mit Aufklärungen zum Erhalt der Gesundheit zu tun haben**. Dabei sind die Bürger selber verantwortlich für Präventionsmaßnahmen, um für ihre ihre persönliche Gesunderhaltung zu sorgen. Eine Finanzierung der Beitragszahler sollte dafür ausgeschlossen werden. Alle Leistungen, die nicht im „Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen“ ausdrücklich beschlossen worden sind.

Begründung: Eine gesetzliche Krankenversicherung besteht für die Bürger, damit Gesundheitsmaßnahmen stattfinden und die heutigen schweren Erkrankungen mit Todesfolge rechtzeitig ärztlich/medizinisch behandelt werden.

Arzneimittel-Preisangleichungen im Verhältnis zu den westeuropäischen Ländern

Beseitigung der Hochpreissituation im Hilfsmittelbereich durch Einführung des Preiswettbewerbs

Preiswettbewerb zwischen den Krankenhäusern bei Einführung einer zweiten Vergütungsregelung mit den durchschnittlichen Fallkosten pro Patientenfall auf freiwilliger Basis mit den Krankenkassen

Beseitigung der bürokratischen Prüf-Aufwendungen wegen der Manipulationsmöglichkeiten der Krankenhaus-Abrechnungen für DRG-Fallpauschalen (dadurch auch Arztreduzierungen beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen)

Beseitigung der Doppel- und Mehrfachuntersuchungen durch verbesserte Zusammenarbeit zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern

(einschließlich Änderungen der Haftpflichtgrundsätze auf Bundesebene in der Medizin-Diagnostik)

Einführung einer Arznei-Positivliste für die Ärzte, damit die unnötigen Verordnungen nicht nachgewiesener Wirksamkeit von Medikamenten unterbleiben

Beseitigung von bürokratischen Strukturen (Reduzierungen von Aufgaben und der Anzahl der Kassenärztlichen Vereinigungen)

Beseitigungen der Landesverbände für Krankenkassen

Gesonderte Beitragszuschläge für gefährliche Freizeitaktivitäten

sowie noch weitere nennenswerte kostensparende Aufwendungen für die Beitragszahler in der Krankenversicherung.

Die Umsetzung dieser Einsparmaßnahmen bewirken die Absenkung des heutigen Beitragssatzes von 15,5% auf 13,5%, sobald die Vorschläge umgesetzt sind.

Die in meinen Ausführungen beinhalteten Verbesserungen für Pflegebedürftige würden nach heutigem Stand eine Beitragsabgabe von 3% ergeben. Also bezogen **auf heute etwa 0,95 % Beitragserhöhungen**, für Arbeitgeber und Arbeitnehmer bzw. Rentner, jeweils also eine Erhöhung von 0,475 %. Die Einsparungen der Maßnahmen in der Krankenversicherung würden für Arbeitgeber und Arbeitnehmer/Rentner **jeweils 1% Beitragsabsenkung ergeben.**

In Beträgen ausgedrückt: Der heutige Arbeitnehmer mit einem Brutto von mtl. 2500 Euro würde in der Krankenversicherung rund 37 Euro monatlich **(444 Euro jährlich)weniger abgezogen bekommen** und in der Pflegeversicherung 11,87 Euro monatlich mehr **(jährlich 142 Euro)** entrichten müssen.

Arbeitgeber und Unternehmen würden unter dem Strich ebenfalls bei den Lohnnebenkosten profitieren.

Es ist mir wichtig nachzuweisen: **Die Pflegeversicherung erhalte gesicherte Finanzierungsgrundlagen für alle Hilfebedürftigen ohne Überforderung der Zuzahlungserforderlichkeiten. Die erforderliche Krankenversorgung mit einer gesicherten Vorsorge bliebe unangetastet** und zukünftig könnten neue wissenschaftlich nachweisbare und sinnvolle Therapien auf jeden Fall eingeführt werden. Aufgrund der **gegenwärtigen Ausgabenentwicklung** werden derartige Therapieerneuerungen überwiegend im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ mit Zustimmung der Politik abgelehnt.

Die seriösen Vorschläge haben nach meinen Erfahrungen keine Chance zur Einführung. Die Lobbyistenverbände und auch die Krankenkassen wehren sich dagegen ihre Interessen einschränken zu lassen. Für Patienten und Hilfeempfänger wäre es ein Segen. Sie stehen aber alleine da. Da die Interessen der Träger von Pflegeheimen, Verbände der Privaten Ambulanten Dienste, Ver.di, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen und viele andere bei Umsetzung dieser Vorschläge Sturm dagegen laufen würden, traut sich kein Politiker, sich meinen Vorschlägen anzuschließen.