

**Einlösung staatlicher Verantwortung
für die Sicherung der Pflege –
zwischen
Sozialversicherung, privater Vorsorge und
staatlichen Leistungen
Ein Impuls**

Die staatliche Verantwortung - der Auftrag aus Grundgesetz und einfacher Gesetzgebung (in Stichworten)

Duales System (vgl. auch staatliche Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften): ein Vier-Augen-Prinzip:

1) Öffentlicher Gesundheitsdienst:

Artikel 2 Absatz 2 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) und **Artikel 20 Absatz 1** (Sozialstaatsprinzip), das nach **Artikel 28 Absatz 1** auch für die Länder gilt.

In jedem Bundesland gibt es ein **Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst**.

Eine der relevanten Säulen des ÖGD ist der Infektionsschutz, dort gemäß Artikel. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG Bundeskompetenz.

2) Pflegeversicherung

Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12

Konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Sozialversicherungen

§ 1 Abs. 4 SGB XI: Die Pflegeversicherung hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind.

§ 1 Abs. 3 SGB XI: Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen; ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen (§ 4 des Fünften Buches) wahrgenommen.

§ 9 SGB XI: Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Interessant auch: Bund hat in **Art 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG** u.a. zwar die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, nicht aber der Pflegeheime.

Organisationsentscheidungen

- 1) Eigener Zweig der Sozialversicherungen – organisatorisch an GKV-System gekoppelt
- 2) Damit Beitrags- statt Steuerfinanzierung, also eine weitere Belastung der Erwerbsarbeit (und keine der übrigen Einkunftsarten¹)
- 3) Eröffnung für private Pflegeversicherung. Ursprünglich war vorgesehen, keine PPV vorzusehen. Erst nach Intervention der PKV ist dies dann doch als Annex zur Regelung im Bereich der Krankenversicherung geschehen. Es ist damals wie heute eine **politische** Entscheidung, ob man ein Nebeneinander von SPV und PPV will oder nicht.
- 4) Überwiegend privatwirtschaftliche, gewinnorientierte Leistungserbringung (Ambulant voll zutreffend ca. 68% privat zu 30% freigemeinnützig und 1,3 öffentlich; stationär nicht ganz zutreffend da ca. 42% privat zu 53% freigemeinnützig und 4,3%

-
- ¹Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft,
 - Einkünfte aus Gewerbebetrieb: Z
 - Einkünfte aus selbstständiger Arbeit:
 - Einkünfte aus Kapitalvermögen:
 - Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung:
 - Sonstige Einkünfte: darunter z.B. private Veräußerungsgeschäfte ("Spekulationsgeschäfte").

öffentlich. Folge des damaligen CDU/CSU – FDP-Kompromisses, die Pflege marktwirtschaftlich zu organisieren und keine Zulassungsbeschränkung durch Krankenversicherungen oder Länder vorzusehen. Im SGB XI gilt ein Kontrahierungszwang für die Pflegekassen: Wer die Voraussetzung erfüllt, mit dem muss ein Versorgungsvertrag geschlossen werden. Dies schwächt die staatliche Steuerungsmöglichkeit und damit auch -verantwortung der Angebotsstruktur insbesondere in unterversorgten Gebieten.

Es resultieren:

- 5) Schnittstellen zur Akutversorgung nach SGB V und besonders zur Häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V
- 6) Schnittstellen zu EGH für MmB mit Pflegebedarf
- 7) Aufspaltung der Finanzierung:
 - a. Investitionen Aufgabe der Länder;
 - b. Restfinanzierung Hilfe zur Pflege als Folge der Entscheidung, die SPV als Teilleistungssystem mit einem nicht begrenzten Eigenanteil der Pflegebedürftigen und ihres Solidarverbandes auszugestalten.
 - c. Restfinanzierung in der EGH (Deckel nach § 43a)
 - d. Aufspaltung der Betriebskosten, die zum Teil aus Pflegesätzen, zum Teil als Eigenanteil getragen werden.

Hemmnisse in der Einlösung der staatlichen Verantwortung

- 1) Der Staat ist in der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags überwiegend auf private Organisationen angewiesen, deren Satzungsziel Gewinnerzielung ist. Stichworte zu den Wirkungen: Fehlanreize im Angebotsverhalten. Verstärkte Betrugsgefahren insbesondere durch solche Anbieter, die sich nicht langfristig engagieren wollen. Pflegeimmobilien als Kern des Geschäfts. Flucht aus der Verantwortung. Entzug von relevanten Mitteln als Gewinne wegen der Rendite-Orientierung großer Pflegekonzerne.
- 2) Aufspaltung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung jedes einzelnen Menschen in den KV- und den PV-Teil mit Zuordnungs- und Abgrenzungsproblemen, ggf. Doppelabrechnung.
- 3) Länder erbringen Pflegeinvestitionen nicht: Zahlen für 2022: Länder 876 Mio. Verlagerung auf Pflegebedürftigen mit 16 Euro/Tag bzw. ca. 500 Euro/Monat, was bei 800.000 bis 850.000 vollstationären Pflegeheimplätzen zu einem jährlichen Aufkommen von 4,5 bis 5 Mrd. Euro führt. Ein Betrag, für den eigentlich die Länder aufkommen müssten.
- 4) Kommunen werden mit Hilfe zur Pflege in etwa 30 % der Fälle zum Ausfallbürgen für steigende Pflegekosten:
 - 1995: ca. 3,3 Mrd. EUR
 - 2005: ca. 3,2 Mrd. EUR
 - 2010: ca. 3,7 Mrd. EUR
 - 2015: ca. 3,7 Mrd. EUR
 - 2020: ca. 4,1 Mrd. EUR
 - 2023: ca. 4,5 Mrd. EUR
 - 2024: ca. 5,3 Mrd. EUR (starker Anstieg um +17,7 %)
- 5) Kappung der Pflegeleistungen nach § 43a: Ungleichbehandlung: ein Versicherter erhält abhängig vom Ort seiner Betreuung unterschiedliche Leistungen. Verfügt er über ein

überdurchschnittliches Einkommen oder Vermögen, muss er in einer Einrichtung der EGH erheblich zuzahlen: In einem Pflegeheim erhält er deutlich höhere Leistungen. In der Regel sind Einkommen und Vermögen niedriger; die EGH springt ein und dies belastet Kommunen/Länder mit ca. 1,5 bis 2,0 Mrd.

6) Private KV und PV hebeln Solidarprinzip aus, indem sie Sondersysteme für Besserverdienende mit zum Teil geringeren Risiken und andere Regeln schaffen. Verändert das Verhalten insbesondere der privaten Anbieter (Arztpraxen, Chefarztprivileg usw.) und hat sich zu einem relevanten Finanzierungsanteil gerade im Bereich der gesundheitlichen Versorgung entwickelt.

7) Noch zum Teil zu beschränkte Kompetenzen der Pflegefachkräfte führen zu einem Hin und Her zwischen medizinisch-ärztlicher und pflegerischer Versorgungsverantwortung.

Zwischenfazit:

Verantwortungsdiffusion: Der Bürger* kann nicht mehr erkennen, wer für was verantwortlich ist. Verfassungsrechtlich hoch bedenklich. Siehe Entscheidung des BVerfG zu den Gemeinsamen Einrichtungen im SGB II. Gefahr für Akzeptanz der Demokratie.

Verflechtungsfalle: Vorhaben, mit dem Korrekturen am System vorgenommen werden sollen, werden regelmäßig im Geflecht von Partikular- und Föderalinteressen geschreddert oder zumindest weitgehend abgeschliffen

Lösungsvorschläge – Ein 12-Punkteprogramm

Zum Abbau von Schnittstellen & Stärkung der Prävention und Gesundheitsvorsorge - Übereinstimmung von Versorgungs- und Finanzierungsverantwortung. Kein Griff in andere Taschen. Keine Abhängigkeit von anderen Taschen:

1. Zusammenführung von Pflege- und Krankenversicherung;
Eingliederung des SGB XI in das SGB V

Klare Aufgabenabgrenzung zwischen Bund (Sozialversicherung) und Land bzw. Kommunen als -subsidiärer=letzterverantwortlicher- Träger gesundheitlicher und pflegerischer Daseinsverantwortung – so schon der SVR Gesundheit in seinem Gutachten aus 2014 (Öffentlicher Gesundheitsdienst):

2. SV finanziert Gesundheits- und Pflegeleistungen einschließlich erforderlicher Versorgungsstruktur - § 9 entfällt und Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§6ff); damit Finanzierung aus einer Hand. Die Verantwortung für die Angebotsstruktur wertet die Rolle der Selbstverwaltung als demokratisch legitimierte Gremien auf.

3. Länder finanzieren ganzheitliches Angebot der Prävention und Gesundheitsvorsorge wohnortnah, lebens- und familienbegleitend: Gesundheits- und Pflege-Assistenten (klassisch „Gemeindegewerkschaften“ oder modern „Health & Care Manager) mit einem Schlüssel von: 1:1000, d.h. 84.000x 100.000 = 8,4 Mrd./a – (siehe KDA-Papier Punkt 5.) Aufgrund ihrer Tätigkeit auch befähigt als Hinweisgeber für Systemmängel.

4. (Weitgehender) Wegfall der Hilfe zur Pflege:

Nachrichtlich: Wie bisher: Unterkunft und Verköstigung aktuell 1025 Euro: Selbstzahlung. Bei Bedürftigkeit Übernahme durch die Grundsicherung.

Einkommensabhängiger gedeckelter Eigenanteil für Pflegeleistungen. Zum Beispiel:

Pflegekosten bei Einkommen bis 2000² frei. Zwischen 2000 und 3000 bis zu 50% heranziehbar; ab 3000: 75 % heranziehbar.
Also z.B. bei: 4000: 1250; 5000: 2000; 6000: 2750 usw.

Ggf. noch Hilfe zur Pflege im Einzelfall; insbesondere Nicht-Versicherte.

5. Aufhebung des Leistungsdeckels für Betroffene in der EGH nach §43a

Beendigung des Zwei-Klassensystems, ggf. schrittweise:

6. Aufhebung der Trennung in private und gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

Als vorbereitende Schritt ein morbiditätsorientierter Risikoausgleich zwischen privater PV und GPV.

Breitere Finanzierungsbasis und niedrigerer Beitragssatz

7. Gesundheits- und Pflegeinfrastrukturerhaltungsabgabe in Höhe von 1,5³ % auf Einkommen aller Arten (Vorschlag SPD)

8. Anhebung der Bemessungsgrenze in der GKV und GPV

9. Regelgebundener Bundeszuschuss zur Abdeckung der Leistungen aus der Familienmitversicherung, für Grundsicherung

Qualität der Pflege

10. Kompetenzerweiterung zur Stärkung des Prinzips der Leistung aus einer Hand und Entlastung der Hausärzte: Die Entscheidungs- und Handlungsbefugnisse der Pflegefachkräfte werden weiter erweitert,

² Einkommensfreibetrag trägt Unterkunft und Verköstigung in der Pflege sowie weiterhin anfallenden Kosten wie z.B. eigene Wohnung

³ Wert hier aus einem Vorschlag zur Reform der Pflege; ist bei Zusammenführung mit GKV anzupassen.

der mit dem Pflegeberufsgesetz begonnene Weg wird fortgesetzt. Z.B.: zum Verabreichen von Spritzen, Legen von Infusionen, Verordnen von Medikamenten und Hilfsmitteln (aus einem abgegrenzten Katalog).

11. Ausbau des Berufsbildes im Hinblick auf die Kompetenzerweiterung: Qualifizierungsoffensive im Bereich der akademischen Ausbildung, sei es in grundständigen Berufsausbildungen auf Bachelor-Niveau an FHS oder im Bereich der Pflegewissenschaft mit Masterstudiengängen an Hochschulen. Der Wissenschaftsrat fordert seit langem einen Anteil von bis zu 10 bis 20% akademisch qualifizierten Pflegepersonen; derzeit sind es ca. 1% in Deutschland.

12. Gemeinwohlorientierung in der Leistungserbringung

Leistungen der Gesundheits- und Pflegerversorgung werden zukünftig durch freie gemeinnützige und staatliche Einrichtungen erbracht werden.

Im ersten Schritt: Einführung einer Gewinnobergrenze. Im zweiten Schritt Verpflichtung zur Reinvestition von Gewinnen.

Anmerkung: Dies bedeutet nicht, dass ausschließlich Einrichtungen der Wohlfahrt zugelassen wären; dies wäre EU-wettbewerbsrechtlich vermutlich problematisch. Es gibt starken Befürwortung auf der EU-Ebene zu Sozialökonomie. Verpflichtung zur Wiederinvestition statt Nicht-Gewinnabführung sollte möglich sein. Im Übrigen: in manchen EU-Staaten werden diese Leistungen unmittelbar von Staat erbracht; das wird ja offenbar als zulässig angesehen.

Schluss

Vielleicht erscheint dieses 12 Punkte-Programm als zu ehrgeizig, zu tabu-brüchig, zu verwegen. Ich bin allerdings davon überzeugt, dass wir ohne tiefer greifende Systemreform, ohne Entflechtung von Verantwortungen und Finanzierungen, ohne Einschränkung des Gewinnmaximierungsprinzips in einem in-effizienten Gesundheits- und Pflegesystem stecken bleiben werden.