



**Stellungnahme
des Sozialverbandes VdK Deutschland e. V.**

zum

Referentenentwurf

des Bundesministeriums für Gesundheit

zum

**Entwurf eines Gesetzes
zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG)**

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Wurzerstraße 4a
53175 Bonn

Telefon: 0228 82093 - 0
Telefax: 0228 82093 - 43
e-mail: kontakt@vdk.de

Bonn/Berlin, den 07. Februar 2012

Inhaltsübersicht

I. Ziele des Gesetzes und festgestellter Handlungsbedarf	3
II. Wesentliche Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes	4
1. Leistungsverbesserung für demenziell erkrankte Menschen	4
2. Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme	5
3. Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“	6
4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege	7
5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen	8
6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen	8
7. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen	10
8. Verbesserung der Beteiligung von Betroffenen und Versicherten	11
9. Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung	12
10. Verbesserung der Beratung und Koordinierung	12
11. Zukunftssichere Finanzierung	13
12. Weitere Maßnahmen	13

I. Ziele des Gesetzes und festgestellter Handlungsbedarf

Feststellungen der Bundesregierung:

Die Altersstruktur der Gesellschaft wird sich in den nächsten Jahrzehnten grundlegend verändern. Es wird immer mehr ältere und hochbetagte Menschen geben. Pflege ist typischerweise ein Alters- und insbesondere ein Hochaltersrisiko. Heute sind bereits circa 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. In wenigen Jahrzehnten wird die Zahl auf über 4 Millionen Menschen steigen. Gleichzeitig sinkt die Bevölkerungszahl insgesamt, so dass der prozentuale Anteil der pflegebedürftigen Menschen noch schneller ansteigen wird. Die Bundesregierung stellt fest, dass dieser Wandel große Herausforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und Betreuung sowie ihre Finanzierung stellen wird. Ein hoher Anteil der pflegebedürftigen Menschen ist zugleich an Demenz erkrankt. Derzeitigen Erhebungen zufolge sind das mindestens 1,2 Millionen Pflegebedürftige. Auch ihre Zahl wird deutlich ansteigen.

Der demografische Wandel wird auch dazu führen, dass die Zahl der erwerbsfähigen Menschen und damit das Potenzial der für die Versorgung notwendigen Pflegekräfte sinkt. Es ist aus Sicht der Bundesregierung deshalb erforderlich, einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der pflegerischen Berufe zu leisten. Ein Großteil der im Pflege-Neuausrichtungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen diene auch dieser Zielsetzung.

Die Pflegeversicherung ist nach Ansicht der Bundesregierung ein Teilleistungssystem, das Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hilft und sie unterstützt, die schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe der pflegerischen Versorgung zu bewältigen. Der Erhalt der Pflegebereitschaft von Angehörigen und von dem Pflegebedürftigen nahestehenden Personen sowie ihre Entlastung sei deshalb eine zentrale Aufgabe der Pflegeversicherung.

Zudem sei ein neues Verständnis darüber erforderlich, wer als pflegebedürftig anzusehen ist und welchen Hilfebedarf insbesondere Demenzkranke haben. Dahinter verberge sich ein gesellschaftlicher Orientierungswechsel, was unter Pflege zu verstehen ist, wie die Pflege in die Gesellschaft eingebunden ist und wie insbesondere der besondere, in der Regel betreuerisch und weniger grundpflegerisch ausgerichtete Bedarf von Demenzkranken zu berücksichtigen ist. Mit dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz werde dieser sich über einen längeren Zeitraum erstreckende Orientierungswechsel eingeleitet.

Im Hinblick auf den unmittelbar bestehenden Hilfebedarf demenziell erkrankter Menschen werden diese ab dem 1. Januar 2013 bis zum Wirksamwerden eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mehr und aus Sicht der Bundesregierung bessere Leistungen erhalten.

Außerdem sind aus Sicht der Bundesregierung weitere umfassende Leistungsverbesserungen von der Aufnahme der häuslichen Betreuungsleistungen in den Sachleistungsanspruch, der Flexibilisierung der Inanspruchnahme, der Betreuung in Wohngruppen über bessere Beratung bis hin zur Entlastung von Angehörigen vorgesehen. Diese Leistungen für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen machen nach Ansicht der Bundesregierung eine Erhöhung des Beitragssatzes zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte erforderlich. Zudem ist aus Sicht der Bundesregierung zur Gewährleistung einer langfristigen Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung und im Hinblick auf die in einem Teilleistungssystem ihrer Ansicht nach notwendige Eigenvorsorge das System der Umlagefinanzierung durch eine aus Steuermitteln finanzierte Förderung einer kapitalgedeckten Pflegevorsorge zu ergänzen.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Insgesamt wird die Reform den Herausforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft nicht gerecht. Es werden zwar punktuelle Leistungsverbesserung anerkannt, insgesamt bleiben die geplanten Maßnahmen jedoch aber weit hinter den von der Koalition selbst gesteckten Zielen zurück (Koalitionsvertrag, PflegeDialog, Eckpunktepapier der CDU/CSU.)

Im Zuge der Reform wird insbesondere die Benachteiligung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz leider nicht beseitigt. Die angekündigte Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger ist insgesamt unzureichend und bleibt hinter den Ankündigungen zurück. Die geforderte freiwillige private Zusatzversicherung wird zudem insbesondere diejenigen nicht erreichen, die aufgrund eines hohen Pflegebedürftigkeitsrisikos eine Absicherung am dringendsten benötigen. Auf die vorgesehene staatliche Förderung sollte deshalb verzichtet und stattdessen das System der Sozialen Pflegeversicherung ausgebaut werden.

II. Wesentliche Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

1. Leistungsverbesserung für demenziell erkrankte Menschen

Feststellung der Bundesregierung:

Über die Notwendigkeit eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens. Die heutige, stark verrichtungsbezogene Beurteilung, welcher Pflegestufe ein Hilfebedürftiger zuzuordnen ist, wird der konkreten Lebenssituation vieler Pflegebedürftiger nach Ansicht der Bundesregierung nicht ausreichend gerecht. Deshalb sei eine neue Definition der Pflegebedürftigkeit, die insbesondere die Situation von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie zum Beispiel bei Demenz, besser erfasst, notwendig.

Der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs habe dazu bereits wesentliche Vorarbeiten geleistet. Allerdings bedarf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus Sicht der Bundesregierung auch aufgrund einer Vielzahl von technischen Fragen eines längeren Umsetzungsprozesses. Offene Fragen, die mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens zusammenhängen, seien schnellstmöglich zu klären und ein Zeitplan für erforderliche Umsetzungsschritte zu erstellen. Die Arbeiten zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen nach dem erklärten Willen der Bundesregierung zügig abgeschlossen werden. Das Bundesministerium für Gesundheit werde deshalb durch einen Expertenbeirat die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fachlich fundiert vorbereiten lassen. Dabei solle auf den Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen abgestellt werden.

Um für demenziell erkrankte Menschen, die zu Hause betreut werden, im Vorgriff auf eine neue Einstufung nach einem überarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriff bereits zeitnah Verbesserungen herbeizuführen, sollen Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufen 1 und 2 ab dem 01. Januar 2013 jeweils einen Aufschlagerhalten. Versicherte der so genannten Pflegestufe 0 sollen zusätzlich zu den niedrigrschwelligeren Angeboten nach § 45 b Pflegegeld oder Pflegesachleistungen erhalten können.

Darüber hinaus werde die Versorgung der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege nach Ansicht der Bundesregierung durch die Möglichkeit verbessert, auch in diesen Einrichtungen zu Lasten der Pflegeversicherung zusätzliche Betreuungskräfte einzusetzen. Die Ausweitung zusätzlicher Betreuung auf den teilstationären Bereich sei ein weiterer Beitrag zur Entlastung von pflegenden Personen und zugleich mit einer Stärkung der ambulanten Versorgung verbunden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Der Sozialverband VdK Deutschland stellt fest, dass die Notwendigkeit von Leistungsverbesserungen anerkannt wird. Positiv wird bewertet, dass für die Pflegestufe 0 erstmals ein Anspruch auf Pflegegeld bzw. auf ambulante Pflegesachleistung eingeführt wird.

Die Benachteiligung von Demenzkranken wird hingegen insgesamt nicht beseitigt. Die vorgesehenen Leistungsbeträge bleiben hinter diejenigen zurück, die im Rahmen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorzusehen wären. Für die Menschen mit Pflegestufe 0 wird zudem kein Anspruch auf Tages- und Kurzzeitpflege geschaffen – hier ist entsprechend nachzubessern. Auch ist für die pflegenden Angehörigen von Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 0 keine Zahlung von Rentenbeiträgen vorgesehen.

Hinzu kommt, dass die Leistungsverbesserungen für Demenzkranke erst zum 01. Januar 2013 eingeführt werden sollen. Aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland besteht kein sachlicher Grund für eine weitere Verzögerung dieser von den Betroffenen und ihre Angehörigen dringend benötigten Leistungen.

Schließlich wird kritisiert, dass die Einführung des neuer Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die nächste Legislaturperiode verschoben wird, denn der Beirat zur Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat bereits im Jahr 2009 seine Ergebnisse vorgelegt und in seinen Umsetzungsempfehlungen darauf hingewiesen, dass zur Fortführung seiner Arbeit nunmehr politische Richtungsentscheidungen notwendig sind. Diese wurden jedoch bis heute nicht gefällt, so dass derzeit der Arbeitsauftrag für einen neuen Beirat vollkommen unklar ist. Zu befürchten ist, dass vor dem 1.1.2015 (!) keine neue Regelung zum Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft treten wird.

2. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Feststellung der Bundesregierung:

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen sich nach dem Willen der Bundesregierung künftig flexibler als bisher gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen verständigen, die sie wirklich benötigen. Sie sollen deshalb Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots erhalten. Sie können sich anstelle der heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe zukünftig auch bestimmte Zeitvolumen für die Pflege wählen bzw. nach Beratung durch die Pflegedienste entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden sollen.

Der Pflegesachleistungsanspruch soll dergestalt inhaltlich geöffnet werden, dass neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch häusliche Betreuungsleistungen abgerufen werden können. Dies ermögliche aus Sicht der Bundesregierung insbesondere demenziell erkrankten Pflegebedürftigen, im Rahmen des ambulanten Pflegesachleistungs-

anspruchs auch häusliche Betreuung in Anspruch zu nehmen. Der Pflegebedürftige soll entscheiden können, in welchem Umfang er Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder häusliche Betreuung in Anspruch nimmt und welche Hilfen er konkret abrufen.

Ergänzend zu ambulanten Pflegediensten sollen die Landesverbände der Pflegekassen verpflichtet werden, auch hierfür qualifizierte Leistungserbringer zur Erbringung von Sachleistungen zuzulassen und Verträge mit ihnen zu schließen, die qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung anbieten.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die Einführung eines Zeitvolumens wird als sehr sinnvoll erachtet, ebenso wie die vorgesehene Erweiterung der Leistungsansprüche um Betreuungsleistungen. Die bestehenden Schwierigkeiten im Hinblick auf die Abgrenzung zur Eingliederungshilfe und die daraus resultierenden praktischen Probleme bei der Feststellung des Leistungsanspruchs werden jedoch weder problematisiert noch einer politischen Lösung zugeführt, sondern werden den Vereinbarungspartnern überlassen (Rahmenvereinbarung auf Bundes- und Landesebene zwischen GKV Spitzenverband, kommunalen Spitzenverbänden, BaGüs unter Beteiligung von MDK, ambulanten Diensten, PKV). Deshalb ist zu befürchten, dass noch sehr viel Zeit vergehen wird, bis es zu entsprechenden Vereinbarungen gerade auch auf den regionalen Ebenen kommen wird. Unklar ist auch – und auch zu korrigieren –, weshalb die zu Gunsten der Interessenverbände der Pflegebedürftigen vorgesehenen Beteiligungsrechte sich nicht auch auf diesen Regelungsbereich erstrecken.

3. Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Feststellung der Bundesregierung:

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird aus Sicht der Bundesregierung trotz der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) vorgesehenen Maßnahmen nicht in ausreichendem Maße beachtet. Um den Anspruch besser wahrnehmen zu können, sollen die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen und auf eine nachvollziehbare und transparente Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Leistungen zur Rehabilitation gestärkt werden.

Die Pflegekassen sollen verpflichtet werden, dem Antragsteller neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Der Antragsteller soll auf diesem Wege konkrete und für ihn nachvollziehbare Aussagen über für ihn notwendige und empfehlenswerte Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erhalten. Damit sollen der Pflegebedürftige beziehungsweise seine Angehörigen in die Lage versetzt werden, bestehende Ansprüche besser geltend zu machen.

Aus Sicht der Bundesregierung ist Rehabilitation nicht nur für die Pflegebedürftigen selbst, sondern auch für die pflegenden Angehörigen wichtig. Unter Weiterentwicklung bestehender Regelungen wird deshalb der Anspruch pflegender Angehöriger auf Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen verdeutlicht. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige zum Beispiel in Einrichtungen, die zugleich Pflege und Betreuung für den zu pflegenden Angehörigen gewährleisten, sei eine wichtige Maßnahme, um pflegenden Angehörigen eine Inanspruchnahme von Rehabilitati-

onsmaßnahmen zu erleichtern. Die gleichzeitige Versorgung des Pflegebedürftigen in räumlicher Nähe, gegebenenfalls ergänzt um zusätzliche rehabilitative Angebote, schaffe oft erst bei Angehörigen die Bereitschaft, notwendige Rehabilitationsleistungen für sich selbst in Anspruch zu nehmen.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die im Referentenentwurf vorgesehenen Maßnahmen ändern nichts daran, dass nur in gut 1 Prozent der Fälle (ambulanter Bereich) Rehabilitationsempfehlungen vom MDK ausgesprochen werden. Die Qualität der Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Pflegebegutachtung muss deshalb wissenschaftlich evaluiert werden. Außerdem wird dem Rechtsanspruch auf Rehabilitation auch an anderer Stelle nicht entsprechend Rechnung getragen – dies belegen rückläufige GKV-Ausgaben für den Bereich der Rehabilitation, die eine Folge der Einführung des Gesundheitsfonds sein könnten.

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt jedoch, dass Kurzzeitpflege nunmehr auch in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch genommen werden können soll, in welcher der pflegende Angehörige die Rehabilitationsmaßnahme durchführt. Sichergestellt werden muss jedoch, dass überhaupt ein bedarfsgerechtes und flächendeckendes Angebot an (ambulanten und stationären) Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung steht, welches eine Mitnahme der pflegebedürftigen Person tatsächlich auch ermöglicht.

Um für die gesetzlichen Krankenkassen auf der finanziellen Seite entsprechende Anreize zu schaffen, muss der Risikostrukturausgleich im Zusammenhang mit Rehabilitation und auch Prävention angepasst werden. Ganz generell ist auch zu kritisieren, dass der Grundsatz „Prävention vor Pflege“ nicht weiter gefördert wird und die dafür hinderliche Trennung der beiden Systeme SGB V und SGB XI gesetzestechisch nicht überwunden werden.

4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- beziehungsweise Verhinderungspflege

Feststellung der Bundesregierung:

Um pflegenden Angehörigen eine Auszeit zu erleichtern, soll künftig bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege das Pflegegeld hälftig weitergezahlt werden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die vorgesehene hälftige Weiterzahlung des Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland vollkommen unzureichend. Vielmehr muss das Pflegegeld für die Dauer der Inanspruchnahme dieser Leistungen in voller Höhe weitergezahlt werden, denn die mit den Entlastungsangeboten verbundenen erheblichen Kosten von mehreren Hundert Euro im Monat u.a. führen dazu, dass gerade einmal etwa 5 Prozent der Betroffenen diese Angebote in Anspruch nehmen. Das Pflegegeld gleicht die Kosten für die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten bereits jetzt nicht aus. Die mit den Entlastungsangeboten verbundenen hohen Kosten überfordern zudem viele Familien mit pflegenden Angehörigen, zumal die Pflegeverantwortung häufiger von Familien mit einem ohnehin bereits unterdurchschnittlichen

Einkommen wahrgenommen wird, die sich die Entlastungsangebote bereits deshalb nicht leisten können. Zur Verbesserung der Situation der pflegenden Angehörigen müssen die Entlastungsangebote deshalb möglichst kostenfrei zur Verfügung gestellt werden, denn nur so können pflegende Angehörige ihre Aufgabe langfristig und möglichst ohne Auftreten eigener, kostenintensiver Gesundheitsschädigungen erfüllen, die Versicherungsgemeinschaft und die Steuerzahler nachhaltig entlasten und vor allem zur langfristigen Finanzierbarkeit der Pflege beitragen.

Außerdem fehlt es an flexibleren Lösungsansätzen: Zunächst muss der Geldbetrag für die Kurzzeitpflege zukünftig auch zur Finanzierung der Verhinderungspflege im häuslichen Bereich verwendet werden können. Die Leistungen der Verhinderungspflege sollen zudem nicht ausschließlich für pflegerische Aufwendungen, sondern auch für Unterkunft- und Verpflegung sowie Investitionskosten verwendet werden können. Schließlich soll der nicht verbrauchte Betrag analog § 45b Abs. 2 Satz 2 SGB XI in das folgende Kalenderhalbjahr übertragen werden können, wenn Leistungen der Verhinderungs-, Kurzzeit und teilstationären Pflege in einem Jahr nicht ausgeschöpft werden.

5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen

Feststellung der Bundesregierung:

Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen werden derzeit dann entrichtet, wenn für den jeweiligen Pflegebedürftigen mindestens 14 Stunden Pflege wöchentlich geleistet werden. Eine Addition von rentenrechtlich wirksamen Zeiten bei Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen ist bisher nicht vorgesehen. Wer zwei (oder mehrere) Pflegebedürftige gleichzeitig jeweils unter 14 Stunden pro Woche pflegt, erhält für die Pflege bisher keine Verbesserung seiner Alterssicherung, auch wenn er insgesamt mehr als 14 Stunden wöchentlich pflegt. Um die Pflege von zwei (oder mehreren) Pflegebedürftigen und die daraus resultierende Belastung der Pflegeperson ausreichend zu würdigen, sollen zukünftig rentenrechtlich wirksame Pflegezeiten bei der Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen addiert werden, wenn bei diesen mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die vorgesehene Regelung ist aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland völlig unzureichend. Pflegenden Angehörigen sind Leistungsträger dieser Gesellschaft, aber nach wie vor unzureichend sozial abgesichert. Während für Kindererziehung 1 Entgeltpunkt pro Jahr angerechnet wird, gibt es für Pflegestufe III bei einem durchschnittlichen wöchentlichen Pflegeaufwand von 54 Stunden nur maximal 0,8 Entgeltpunkte. Wir fordern deshalb, dass die Pflege von Angehörigen der Kindererziehung gleichgestellt und ebenfalls mit 1 Entgeltpunkt in Pflegestufe III bewertet wird. Bei gleichzeitiger Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die erforderliche Höherbewertung auf die neuen Bedarfsgrade zu übertragen (z.B. wäre Bedarfsgrad 4 entsprechend mit 1 Entgeltpunkt zu bewerten).

Profitieren werden insbesondere Frauen, die viele Jahre der Sorge und Betreuung Anderer widmen, dafür ihre beruflichen Ambitionen und den Erwerb eigener Rentenansprüche zurückstellen und ohnehin stärker von Altersarmut bedroht sind. Auch wird dadurch ein Beitrag

zum Erhalt der auch in Zukunft so wichtigen Pflegebereitschaft in den Familien geleistet. Dies kommt den Wünschen der Pflegebedürftigen entgegen und entlastet die Beitragszahlerinnen und -zahler.

6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Feststellung der Bundesregierung:

Neue Wohn- und Betreuungsformen zwischen ambulanter und der stationärer Versorgung entsprechen nicht nur den Bedürfnissen vieler Pflegebedürftiger, sondern tragen auch dazu bei, stationäre Pflege zu vermeiden. Die Ermöglichung von Pflege in Wohngruppen stärkt nach Meinung der Bundesregierung den Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung. Die neuen Wohn- und Betreuungsformen sollen deshalb insbesondere durch drei Maßnahmen gefördert werden:

- a) Gezielte Stärkung des Einsatzes von einzelnen, selbständigen Kräften insbesondere in Wohngruppen für demenziell erkrankte Pflegebedürftige.
- b) Zahlung einer zusätzlichen, zweckgebundenen Pauschale bei Beschäftigung einer Kraft, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngruppe sorgt. Auf diese Weise soll den besonderen Aufwendungen Rechnung getragen werden, die in dieser Wohnform entstehen.
- c) Auflegung eines zeitlich befristeten Initiativprogramms zur Gründung ambulanter Wohngruppen, das aus nicht zum Aufbau von Pflegestützpunkten abgerufenen Mitteln finanziert wird. In diesem Rahmen erhalten ambulante Wohngruppen bei Gründung eine finanzielle Sofortunterstützung für erforderliche altersgerechte Umbaumaßnahmen. Außerdem werden zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen Konzepte gefördert, die eine bewohnerorientierte, individuelle Versorgung Pflegebedürftiger außerhalb einer vollstationären Versorgung ermöglichen. Ziel soll es sein, den Wünschen der Pflegebedürftigen entsprechend die Rahmenbedingungen für die neuen Wohn- und Betreuungsformen deutlich, auch in finanzieller Hinsicht, zu verbessern.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland ist die stärkere Förderung ambulanter Wohngruppen, in denen hilfe- und pflegebedürftige Menschen in kleinen Gruppen im gemeinsamen Haushalt zusammenwohnen, sinnvoll. Auch die geschaffene Möglichkeit des verstärkten Einsatzes von Einzelpflegekräften wird als sinnvoll erachtet, weil den Betroffenen damit größere Gestaltungsspielräume eröffnet werden. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass bereits die bisher bestehenden Möglichkeiten zum Einsatz von Einzelpflegekräften kaum genutzt und in der Praxis keine nennenswerte Rolle gespielt haben: Es sind insgesamt nur 200 Verträge mit Einzelpflegekräften abgeschlossen worden. Hintergrund dürfte der Fachkräftemangel in der Pflege sein sowie die Tatsache, dass die Pflegekräfte vorzugsweise für ambulante Dienste tätig werden (269.000 Mitarbeiter in ambulanten Diensten). Es besteht außerdem bereits jetzt die Möglichkeit des Vertragsabschlusses mit den Pflegekassen zu Gunsten der Betroffenen – ggf. unter Beachtung der Vorschriften zur Arbeitnehmerüberlassung. Hinzu kommt, dass Einzelpflegekräfte gem. § 77 Abs. 1 Satz 3 SGB XI kein Beschäftigungsverhältnis mit der pflegebedürftigen Person eingehen dürfen – es handelt sich also

nicht um ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, sondern um eine selbständige Tätigkeit. Zur Vermeidung von Scheinselbständigkeit muss die Einzelpflegekraft deshalb in der Regel mindestens zwei Auftraggeber (z.B. Pflegekassen, weitere Kunden etc.) vorweisen können, von denen keiner der „Hauptauftraggeber“ im wirtschaftlichen Sinne sein darf. Dadurch wird die Einsatzmöglichkeit einer Einzelkraft für eine pflegebedürftige Person oder eine Wohngemeinschaft pro Woche mindestens auf etwa die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit (20 Stunden) begrenzt – also knapp drei Stunden am Tag. Diese zeitliche Begrenzung dürfte für eine angemessene pflegerische Versorgung und Betreuung – z.B. einer Wohngruppe mit mehreren pflegebedürftigen Personen – in der Regel nicht ausreichen. Kritisch wird auch gesehen, dass die Pflegearbeitsbedingungenverordnungen (PflegeArbbV – „Mindestlohn Pflege“) für selbständige, in Privathaushalten tätige Einzelpflegekräfte keine Geltung entfaltet. Das Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) bzw. die PflegeArbbV ist dahingehend anzupassen, dass der Pflege-Mindestlohn auch bei Vertragsabschluss zwischen Pflegekassen und Einzelpflegekräften Berücksichtigung finden muss – ansonsten dürfte auch kein finanzieller Anreiz für eine selbständige Tätigkeit als Einzelpflegekraft bestehen.

Der vorgesehene pauschalierte Wohngruppenzuschlag wird grundsätzlich als sinnvoll erachtet. Allerdings dürften 200 Euro pro Person und Monat nicht ausreichen, um einen entsprechenden finanziellen Anreiz zu setzen bzw. die tatsächlichen Kosten zu decken. Die Betreuungspauschale in bereits existierenden Wohngruppen liegt im Vergleich bei durchschnittlich 700 Euro pro Person und Monat.

Das im Referentenentwurf vorgesehene Initiativprogramm ist aus Sicht des Sozialverband VdK Deutschland fragwürdig: Zum einen wird kritisiert, dass diese Mittel aus dem Programm für die Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte stammen. Aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland wäre sinnvoller, den Zeitraum für die Anschubfinanzierung für Pflegestützpunkte zu verlängern, denn gerade Pflegestützpunkte könnten durch eine bessere Beratung und Begleitung bei der Gründung von Wohngruppen eine wichtige Rolle spielen. Dieses Ziel ist aus Sicht des VdK vorrangig gegenüber der vorgesehenen zusätzlichen Förderung des barrierefreien Umbaus, zumal nach § 40 Abs.4 SGB XI dafür bereits Mittel zur Verfügung stehen.

Zur Förderung von „AAL-Systemen“ bzw. deren Bezuschussung wird auf die Ausführungen auf Seite 14 verwiesen.

7. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen

Feststellung der Bundesregierung:

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthält aus Sicht der Bundesregierung zwar eine Reihe von Möglichkeiten zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen, letztlich sei es jedoch von den jeweiligen Akteuren vor Ort abhängig, ob und in wieweit diese Möglichkeiten auch genutzt werden. Um die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen gezielt zu fördern und entsprechende Anreize zu setzen, sollen die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:

- a) Die Vorgabe, dass Kassenärztliche Vereinigungen auf Antrag eines Pflegeheims zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner

Kooperationsverträge mit dafür geeigneten Ärzten anzustreben haben, wird stringenter gefasst. Die Kassenärztliche Vereinigung vor Ort soll nunmehr solche Kooperationsverträge zu vermitteln.

- b) Um für Ärzte und Zahnärzte Anreize zu schaffen, Hausbesuche bei Pflegeheimbewohnern durchzuführen, sollen im Falle des Abschlusses von Kooperationsverträgen Zuschläge beziehungsweise eine zusätzliche Vergütung gewährt werden.
- c) Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sollen verpflichtet werden, darüber zu informieren, wie sie die medizinische Versorgung ihrer Pflegeheimbewohner sicherstellen. Diese Informationen sollen im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen (Transparenzberichte) veröffentlicht werden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland ist das Setzen von finanziellen Anreizen zur Förderung der ärztlichen medizinischen Versorgung im stationären Pflegebereich akzeptabel. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob die vorgesehenen Maßnahmen tatsächlich zu einer Verbesserung der (zahn-)ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen führen. Im Hinblick auf die demographische Entwicklung und die dadurch zu erwartende steigende Bedeutung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung auch in stationären Einrichtungen der Pflege wird vorgeschlagen, die Auswirkungen der vorgesehenen Maßnahmen einer regelmäßigen (z.B. jährlichen) wissenschaftlichen Evaluation zuzuführen und eine Berichtspflicht an das Bundesministerium für Gesundheit vorzusehen. Außerdem muss ein sinnvolles Gesamtkonzept entwickelt werden, welches insbesondere Bereitschaftszeiten und Qualifikationsanforderungen an die Leistungserbringer entsprechend konkretisiert. Ergänzend müssen entsprechende Anreize für Pflegekräfte geschaffen werden, die insbesondere im Bereich der Behandlungspflege eine wichtige Rolle bei medizinischer Versorgung spielen.

8. Verbesserung der Beteiligung von Betroffenen und Versicherten

Feststellung der Bundesregierung:

Um die Interessen der Betroffenen stärker in Fragen der Qualitätsentwicklung und der Transparenz von Qualitätsergebnissen zu berücksichtigen, ist die Beteiligung der Betroffenen aus Sicht der Bundesregierung auszubauen und konkreter zu fassen.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die Beteiligung der für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene im Sinne eines Mitberatungsrechts wird als erster Schritt in Richtung Versicherten- bzw. Betroffenenbeteiligung im Bereich der Sozialen Pflegeversicherung grundsätzlich begrüßt, die vorgesehenen Maßnahmen sind jedoch leider nicht ausreichend, um die Expertise der Betroffenen und ihrer Angehörigen effektiv und umfassend in die untergesetzliche Normgebung einzubinden. Der Sozialverband VdK Deutschland fordert deshalb die folgenden Ergänzungen und Klarstellungen:

Insgesamt ist der neue § 118 SGB XI („Beteiligung von Interessenvertretungen“) nach dem Vorbild des § 140 f SGB V auszugestalten. Hierzu gehört einerseits eine Klarstellung im Sin-

ne des § 140 f Abs. 1 SGB V, dass die Vertreter der Interessenvertretungen nicht lediglich in den in § 118 Abs. 1 S. 1 SGB XI (neu) enumerativ aufgezählten Fällen an der Erarbeitung bzw. Änderung von Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen beteiligt werden, sondern grundsätzlich bei *allen* Fragen der pflegerischen Versorgung in das Beratungs- und Entscheidungsverfahren einzubinden sind. Es fehlt außerdem eine Klarstellung, dass die Beteiligung nicht lediglich auf Bundesebene, sondern – z.B. im Bereich der Bedarfsplanung – auch auf Ebene der Länder sicherzustellen ist (siehe analog § 140 f Abs. 3 SGB V).

Ergänzend wird im Interesse von mehr Transparenz auch eine Beteiligung von Interessenvertretern der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen an Beratungs- und Entscheidungsprozessen in finanziellen Angelegenheiten der Sozialen Pflegeversicherung auf Bundes- und auf Landesebene gefordert.

Schließlich fehlt eine Regelung zur Übernahme der Reisekosten (siehe analog § 140 f Abs. 5 SGB V) sowie eine Regelung zur organisatorischen und inhaltlichen Unterstützung der Interessenvertreter (z.B. durch eine Stabsstelle – siehe § 140 f Abs. 6 SGB V).

9. Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung

Feststellung der Bundesregierung:

Begutachtungsverfahren und Entscheidung über Pflegebedürftigkeit sollen aus Sicht der Bundesregierung für die Versicherten schneller und transparenter gestaltet werden. Der für die Begutachtung der Versicherten zuständige Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll für die Pflegebedürftigen eine Schlüsselstellung einnehmen. Um die Stellung der Versicherten zu verbessern, werden sollen deshalb folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- a) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung soll zur Entwicklung und Veröffentlichung von Servicegrundsätzen sowie zur Einrichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet werden.
- b) Wird bei einem Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Entscheidungsfrist nicht eingehalten, so soll der Versicherte ab diesem Zeitpunkt einen Betrag als nicht rückzahlbaren und nicht mit den späteren Leistungen zu verrechnenden Ausgleich erhalten.
- c) Die Pflegekassen sollen neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, beauftragen können.
- d) Pflegekassen beziehungsweise Pflegeberater sollen die Versicherten im Rahmen der Beratung darüber informieren, dass sie einen Anspruch darauf haben, das Gutachten des Medizinischen Dienstes oder eines anderen von der Pflegekasse beauftragten Gutachters zu erhalten.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland wird die vorgesehene Strafzahlung bei Versäumung der Frist praktisch keine Rolle spielen, weil das Fristversäumnis zumeist nicht

ausschließlich der Pflegekasse zuzuschreiben sein wird und der Betroffene von dieser Sanktion keine Kenntnis hat bzw. ihm keine niedrighschwelligten Rechtsschutzmöglichkeiten zur Durchsetzung der Zahlung zur Verfügung stehen.

Die Gutachten des MDK sind nicht nach Ausübung einer Wahlmöglichkeit, sondern grundsätzlich mit jedem Bescheid an die Antragsteller zu verschicken. Nur so hat jede betroffene Person die Möglichkeit, die erhobenen Informationen zum Gesundheitsstatus, die dokumentierte Begutachtung und das Begutachtungsergebnis mit den tatsächlichen Fakten und dem Begutachtungsablauf abzugleichen. Dies dürfte auch insgesamt zu einer Verbesserung der Qualität der MDK-Gutachten beitragen.

10. Verbesserung der Beratung und Koordinierung

Feststellung der Bundesregierung:

Um eine möglichst frühzeitige Beratung der Antragsteller in der eigenen Häuslichkeit zu gewährleisten, haben die Pflegekassen einen konkreten Termin für eine umfassende Beratung unter Nennung eines Ansprechpartners innerhalb von zwei Wochen anzubieten. Können sie das nicht gewährleisten, ist ein Beratungsgutschein zu übermitteln, der es dem Antragsteller ermöglicht, die Beratung durch eine andere qualifizierte Beratungsstelle innerhalb von zwei Wochen in Anspruch zu nehmen. Auf Wunsch des Versicherten hat die Beratung in der häuslichen Umgebung stattzufinden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die vorgesehenen Maßnahmen konkretisieren lediglich die bereits bestehenden Verpflichtungen.

11. Zukunftssichere Finanzierung

Feststellung der Bundesregierung:

Die zusätzlichen Leistungen insbesondere für Demenzkranke und Angehörige erfordern aus Sicht der Bundesregierung eine Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte.

Bei der Pflegeversicherung handele es sich um ein Teilleistungssystem, das die Menschen in ihrer schweren Lebenssituation durch eine pflegerische Versorgung unterstützt. Eine vollständige Finanzierung der pflegerischen Versorgung und Betreuung werde deshalb nach Ansicht der Bundesregierung auch in Zukunft in hohem Maß auf die Übernahme von Eigenverantwortung angewiesen sein. Eine zusätzliche private Eigenvorsorge sei mithin ein zentraler Baustein für die Finanzierung der Pflegeleistungen. Die soziale Pflegeversicherung soll deshalb um eine aus Steuermitteln finanzierte zugriffsgeschützte private Pflegevorsorge ergänzt werden. Dies bedürfe jedoch noch einer gesetzlichen Regelung.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die Beitragsanhebung um 0,1 Prozent greift zu kurz, um den Herausforderungen in der Pflege zu begegnen. Der Sozialverband VdK Deutschland hat bereits Vorschläge unterbreitet,

wie die dringend nötigen Leistungsverbesserungen finanziert werden können. Hierzu zählt neben einer Beitragsanhebung ein Risikostrukturausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung, die Steuerfinanzierung nicht beitragsgedeckter Leistungen (bsp. Rentenbeiträge für pflegende Angehörige) und eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen.

Die im Koalitionsvertrag angekündigte ergänzende private Kapitaldeckung erfolgt nun nicht obligatorisch, sondern freiwillig.

Eine private Versicherungslösung ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK aber ungeachtet der Ausgestaltung problematisch und wird deshalb auch rundum abgelehnt. Je älter die Person zum Zeitpunkt des Abschlusses einer kapitalgedeckten Pflegeversicherung ist, desto höher sind die Beiträge, die monatlich zu zahlen sind. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben und häufiger zum Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit alleinstehend sind und deshalb mehr professionelle Pflege brauchen, weisen Frauen einen zum Teil deutlich höheren monatlichen Beitrag auf.

Private Pflegezusatzversicherungen, die derzeit am Markt verfügbar sind, weisen deshalb nach Alter und Geschlecht stark steigende Prämien auf. Zusätzlich wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt, die auch zum Ausschluss vom Versicherungsschutz führen kann.

Die daraus resultierende Überforderung von Niedrigverdienern, älteren und behinderten Menschen sowie Frauen lässt sich nur verringern, wenn die steuerlichen Zuschüsse ausreichend hoch und zusätzlich alters- bzw. geschlechtsbezogene Beitragszuschüsse gezahlt werden. Angesichts der gegenwärtigen Haushaltslage ist das nicht absehbar. Dies wird dazu führen, dass Niedrigverdiener, ältere und chronisch kranke Menschen sich die private Zusatzversicherung nicht leisten können.

12. Weitere Maßnahmen

Feststellung der Bundesregierung:

Darüber hinaus werden von der Bundesregierung die folgende Maßnahmen ergriffen:

- Die Einkommensprüfung im Zusammenhang mit der Beantragung auf Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen soll abgeschafft werden.
- Die Rahmenfrist für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft soll einheitlich auf acht Jahre verlängert werden. Diese Maßnahme soll der Erleichterung des Wiedereinstiegs, zum Beispiel nach familienbedingter Unterbrechung, in den Beruf dienen.
- Die Voraussetzungen zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages sollen durch eine Konkretisierung des Anwendungsbereichs vereinfacht werden.
- Die Verpflichtung zugelassener Pflegeeinrichtungen zur Zahlung der ortsüblichen Vergütung soll auf die Fälle begrenzt werden, in denen keine Mindestlohnregelung gilt.
- Das Qualitätssicherungsrecht soll dahingehend modifiziert werden, dass Ausnahmen vom Grundsatz der unangemeldeten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung für den ambulanten Bereich eingeführt werden.

- Es wird die Möglichkeit für Modellversuche zur besseren Verzahnung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht eröffnet.

Diese Maßnahmen dienen aus Sicht der Bundesregierung auch der Entbürokratisierung.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die vorgesehene Änderung des § 40 SGB XI ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland völlig unzureichend, denn der vorgesehene Betrag ist seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 nicht angepasst worden und muss dringend erhöht werden. Es wurde bei der Novellierung auch nicht berücksichtigt, dass eine Öffnung der Förderung für AAL(*Ambient-Assisted-Living*)-Systeme wegen der großen Fortschritte in diesem Bereich dringend angezeigt wäre, damit entsprechende Technologien auch den Pflegebedürftigen in Deutschland im Rahmen der Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung zugänglich werden.