



ZENTRALVERBAND DES DEUTSCHEN HANDWERKS



Stellungnahme

Entwurf des Pflege- Weiterentwicklungsgesetzes

**Abteilung Soziale Sicherung
Berlin, Januar 2008**



ZDH
ZENTRALVERBAND DES
DEUTSCHEN HANDWERKS

Gesamtbewertung

Die gesetzliche Pflegeversicherung wurde im Jahr 1995 als lohnbezogene paritätisch finanzierte Pflichtversicherung eingeführt. Bereits damals hatte der ZDH die Einführung kritisiert, weil die Pflegebedürftigkeit ein altersbedingtes Risiko ist, das nichts mit dem Arbeitsverhältnis zu tun hat, und weil die Finanzierungsprobleme einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung absehbar waren.

Im Jahr 2006 schloss die gesetzliche Pflegeversicherung zum siebten Mal in Folge mit einem Defizit ab (rd. 400 Mio. Euro). Die Reserven der Pflegekassen werden voraussichtlich 2009 aufgezehrt sein. Beitragserhöhungen konnten bisher nur deshalb vermieden werden, weil u.a. die Pflegeversicherung noch lange von den Überschüssen des ersten Quartals profitierte (es wurden Beiträge gezahlt, aber noch keine Leistungen gewährt), weil ab 2005 der Zusatzbeitrag für kinderlose Arbeitnehmer eingeführt wurde und weil 2006 die vorgezogene Fälligkeit der Sozialbeiträge - auf Kosten der Betriebe - in Kraft trat.

Angesichts dieser Finanzentwicklung müssen umgehend durchgreifende Reformmaßnahmen in Angriff genommen werden. Dies gilt umso mehr, als zukünftig mit erheblichen Zusatzbelastungen durch die demografische Entwicklung zu rechnen ist. Der vorliegende Gesetzentwurf, der Leistungsausweitungen und eine Erhöhung des Pflegeversicherungsbeitrags bei gleichzeitiger Kompensation durch eine Senkung des Arbeitslosenversicherungsbeitrages vorsieht, trägt nicht zur Lösung der Probleme bei, sondern ist eher kontraproduktiv.

Statt den Beitragssatz um 0,25 Prozentpunkte zu erhöhen, ist ein Umsteuern zu einer privaten obligatorischen Pflegeversicherung erforderlich, um die Betriebe zu entlasten und mehr Generationengerechtigkeit zu schaffen. Auch wenn es nachvollziehbare Gründe für bessere Leistungen z.B. für Demenzzranke gibt, dürfen diese nicht über Erhöhungen des gesetzlichen Pflegeversicherungsbeitrags, sondern müssen über einen kapitalgedeckten Pflicht-Zusatzbeitrag der Arbeitnehmer finanziert werden. Die Senkung des Arbeitslosenversicherungsbeitrages auf 3,3 Prozentpunkte, die am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, ist keine Kompensation des erhöhten Pflegeversicherungsbeitrags, sondern nur ein Verschiebeparkplatz zwischen den Sozialversicherungszweigen.

Die geplanten Rechtsansprüche der Arbeitnehmer auf Freistellung zur Pflege von Angehörigen führen zu erheblichen zusätzlichen organisatorischen und finanziellen Belastungen der Betriebe und werden abgelehnt. Es ist als kleiner Fortschritt zu werten, dass der Rechtsanspruch auf die Pflegezeit von bis zu 6 Monaten laut dem Gesetzentwurf der Bundesregierung erst für Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten (im Referentenentwurf: für Betriebe mit mehr als 10 Beschäftigten) gelten soll. Dieser Schwellenwert muss auch für den kurzfristigen Freistellungsanspruch von bis zu 10 Arbeitstagen vorgesehen werden. Außerdem müssen Arbeitgeber die Möglichkeit haben, die Ansprüche abzulehnen, wenn betriebliche Gründe entgegenstehen.

Stellungnahme im Einzelnen:

1. Beitragssatz nicht erhöhen

Die von der Koalition beschlossene Anhebung des Beitrags zur gesetzlichen Pflegeversicherung um 0,25 Prozentpunkte ab Juli 2008 zur Finanzierung von Leistungsverbesserungen ist völlig unakzeptabel und wird vom ZDH mit Nachdruck abgelehnt. Sie wird Arbeit letztlich weiter verteuern.

Durch die vorgesehene Beitragserhöhung werden nicht nur Arbeitgeber und Beschäftigte belastet, das System wird außerdem noch demographiefälliger. Bezeichnenderweise wird im Gesetzentwurf zugestanden, dass der ab 1.7.2008 erhöhte Beitragssatz lediglich bis Ende 2014/Anfang 2015 zur Finanzierung der Reformmaßnahmen ausreichen wird.

Die Senkung der Arbeitslosenversicherungsbeiträge auf 3,3 Prozentpunkte seit 1. Januar 2008 ist keine Lösung, sondern nur ein Verschiebeparkplatz. Einsparungen bei der Arbeitslosenversicherung müssen an die Beitragszahler zurückgegeben werden. Eine reine Verschiebung von Beitragslasten löst die strukturellen Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Pflegeversicherung nicht.

2. Umsteuern zu einer privaten Pflichtpflegeversicherung

Die Fortführung des heutigen Umlagesystems würde angesichts der demografischen Entwicklung zu massiven Beitragssatzsteigerungen führen. Ein Umsteuern von der gesetzlichen hin zu einer privaten kapitalgedeckten Pflichtpflegeversicherung ist daher dringend notwendig.

Der im Koalitionsvertrag ursprünglich angekündigte kapitalgedeckte Zusatzbeitrag der Arbeitnehmer wäre ein Schritt in die richtige Richtung gewesen. Leider konnte sich die Koalition nicht auf diese Lösung verständigen.

Der ZDH unterstützt den Vorschlag, den Beitragssatz in der umlagefinanzierten Pflegeversicherung einzufrieren und die Kosten für die Dynamisierung der Leistungen und für die demografische Entwicklung über eine private kapitalgedeckte Zusatzversicherung zu finanzieren. Die Prämie für die ergänzende Zusatzversicherung soll nach diesem Modell zunächst 6 Euro monatlich für die Arbeitnehmer betragen und dann jährlich um einen Euro steigen. Durch die Prämie würde ein teilweises Abkoppeln der Beiträge vom Lohn erreicht. Wenn der Zusatzbeitrag der Arbeitnehmer jährlich angehoben wird, kann der Leistungsanspruch außerdem nach 30 bis 40 Jahren bereits zur Hälfte über die Kapitaldeckung finanziert werden. Auf diese Weise könnte der vollständige Umstieg auf die Kapitaldeckung vollzogen werden.

Eine andere Variante des Umstiegs auf Kapitaldeckung wäre der Übergang zu einem kohortenspezifischen kapitalgedeckten Pflegeversicherungssystem, wie es beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung vorgeschlagen hat.

Ziel des Aufbaus einer kapitalgedeckten Risikovorsorge muss die Stabilisierung des Pflegeversicherungsbeitrages und mittel- bis langfristig die Reduzierung bzw.

Abschaffung des Arbeitgeberbeitrags zur umlagefinanzierten Pflegeversicherung sein.

3. Leistungsausweitungen verursachen unkalkulierbare Kosten

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Dynamisierung der Pflegeleistungen entsprechend der Inflationsrate erscheint unangemessen. Gesamtwirtschaftliche Rahmendaten sollten gerade bei der demographieanfälligen gesetzlichen Pflegeversicherung Anwendung finden. Die Dynamisierung der Pflegeleistungen sollte höchstens analog der Rentenanpassung erfolgen. Unbefriedigend ist auch, dass der Gesetzentwurf eine Finanzierung der Dynamisierung der Leistungen bis zum Jahr 2015 vorsieht und über die danach entstehenden Kosten keine Aussagen macht.

Aus den Vorgaben des Gesetzentwurfs folgt, dass bundesweit über 4.000 Pflegestützpunkte, deren Leistungen nicht klar definiert sind, und bis zu 16.000 Pflegebegleiter geschaffen werden sollen. Die hierfür veranschlagten „einmaligen Mehrausgaben“ von 80 Mio. Euro erscheinen zu niedrig. Bevor die Pflegestützpunkte in solch großem Umfang eingeführt werden, sollten sie erst einmal in Modellregionen über längere Zeit getestet werden. Außerdem sind miteinander konkurrierende Instanzen und damit ein Koordinationswirrwarr durch die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen, für je 100 Pflegebedürftige einen Pflegebegleiter „vorzuhalten“, zu erwarten. Auch durch das geplante „Poolen“ von Leistungsansprüchen – Pflege- und Betreuungsleistungen sowie hauswirtschaftliche Versorgung sollen gemeinsam durch mehrere Leistungsberechtigte in Anspruch genommen werden können – entsteht Koordinierungsaufwand. Insgesamt verursacht dieser Regelungskomplex ein hohes Maß an zusätzlicher Bürokratie, ohne dass die damit bezweckten Effizienzgewinne gesichert sind. Im ungünstigen Fall ist der Personalaufwand für die Organisation der Pflege höher als für die Pflege selbst.

Auch die Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in einem parallelen Verfahren kann zu einer Ausweitung des Pflegebegriffs und damit zu Mehrkosten der Pflegeversicherung führen, die in dem Gesetzentwurf noch nicht berücksichtigt sind.

Die Reduzierung der „Wartezeit“ für Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung von 5 auf 2 Jahre ab dem 01.07.2008 ist abzulehnen (Art. 1 des Referentenentwurfs, § 33 Abs. 2 SGB XI-E). Die Begründung, dies sei als Folge der Einbeziehung aller Personen in die gesetzliche oder private Krankenversicherung erforderlich, ist nicht stichhaltig. Insbesondere das Argument, dass die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab 01.04.2007 gesetzlich Pflichtversicherten und spätestens ab 2009 in der PKV „Basis-Versicherten“ dort jeweils sofort Leistungsansprüche haben, rechtfertigt in keiner Weise die Verkürzung der Vorversicherungszeit in der Pflegeversicherung.

Sinnvoll ist dagegen, dass laut dem Gesetzentwurf künftig alle Pflegeanbieter im dreijährigen Turnus durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

(MDK) geprüft und dass die Prüfberichte des MDK in verständlicher Sprache abgefasst und veröffentlicht werden sollen. Dies dient der Transparenz und schafft für die Versicherten bessere Vergleichsmöglichkeiten.

Anstatt, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, die ambulanten Sachleistungsbeträge und das Pflegegeld in allen drei Pflegestufen und die stationären Sachleistungsbeträge in Pflegestufe III und in Härtefällen anzuheben, sollten Fehlanreize im Leistungskatalog beseitigt werden. Trotz gleicher Pflegebedürftigkeit werden stationäre Leistungen in den ersten beiden Pflegestufen auch künftig höher honoriert als die Pflege daheim. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass die Zahl der stationär Pflegebedürftigen zwischen 2000 und 2006 um 97.480 Fälle gestiegen ist, während nur 49.000 Personen mehr die ambulante Pflege beanspruchten.

Der ZDH plädiert dafür, diese Fehlanreize zu beseitigen, indem die ambulanten und die stationären Sachleistungsbeträge angeglichen werden. Schon die Rürup-Kommission hatte im Jahr 2003 einheitliche Pflegesätze für stationäre und ambulante Pflege gefordert (konkret 400 Euro in der Pflegestufe 1, 1.000 Euro in der Pflegestufe 2 und 1.500 Euro in der Pflegestufe 3). Dies hätte Einsparungen von rd. 2 Mrd. Euro zur Folge.

4. Private Pflegeversicherung nicht schwächen

Gerade die Private Pflegeversicherung kann wegen der Bildung von Alterungsrückstellungen den demografischen Wandel gut bewältigen und sollte daher nicht geschwächt werden. Der im Gesetzentwurf vorgesehene Basistarif, der von allen Privatversicherten quersubventioniert werden muss, würde Beitragserhöhungen erfordern und diese unattraktiver machen. Wie schon der Basistarif der privaten Krankenversicherung wäre auch dieser Tarif in der privaten Pflegeversicherung nicht kostendeckend.

Grundsätzlich sinnvoll ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Ermöglichung der Mitnahme von Alterungsrückstellungen (Portabilität) bei dem Wechsel von einer privaten Pflegekasse zur nächsten, da hierdurch der Wettbewerb zwischen den Kassen gefördert wird.

5. Keine Rechtsansprüche auf sechsmonatige bzw. zehntägige Freistellung der Arbeitnehmer wegen Pflege naher Angehöriger

Artikel 2 des Referentenentwurfs sieht ein neues „Gesetz zur Förderung der häuslichen Pflege naher Angehöriger“ (Pflegezeitgesetz - PflegeZG) vor. Danach sollen Rechtsansprüche auf eine bis zu 10tägige Freistellung von der Arbeit sowie auf eine bis zu 6-monatige unbezahlte Pflegezeit eingeführt werden.

Diese neuen Rechtsansprüche sind einseitig auf die Interessen der Arbeitnehmer ausgerichtet, lassen viele Fragen offen und führen zu erheblicher Rechtsunsicherheit sowie zu zusätzlichen Kosten und Bürokratie insbesondere bei den kleinen und mittleren Betrieben.

a) Rechtsanspruch auf eine Pflegezeit bis zu 6 Monaten

Der Anspruch auf eine „Pflegezeit“ von bis zu 6 Monaten greift zu stark in die Personalplanungshoheit der Betriebe ein. Er führt zu zusätzlichen organisatorischen und finanziellen Belastungen für die Unternehmen. Die Ansprüche sind einseitig auf die Arbeitnehmerinteressen ausgerichtet und vernachlässigen weitestgehend die betrieblichen Belange. Da überzogene Arbeitsschutzbestimmungen letztlich den Beschäftigten selbst schaden, werden insbesondere für ältere Arbeitnehmer und Frauen die Arbeitsmarktchancen sinken.

Anders als bei der Elternzeit lassen sich weder Eintritt noch Dauer der Pflegezeit kalkulieren. Deshalb ist eine schematische Pflegezeit nicht praktikabel. Eine Auszeit der Beschäftigten sollte deshalb nicht über Rechtsansprüche, sondern auf freiwilliger Basis mit den Unternehmen vereinbart werden. Schon heute bieten z.B. der Rechtsanspruch auf Teilzeit, Telearbeit, Heimarbeit und andere Arbeitszeitmodelle genügend Möglichkeiten zu flexiblen Regelungen. Zu berücksichtigen ist auch, dass bereits nach dem geltenden Recht ein Sozialversicherungsschutz von Pflegepersonen vorgesehen ist (§ 44 SGB XI). Eine Kombination aus Teilzeitarbeit und professioneller Pflege mit Geld- und Sachleistungen aus der Pflegeversicherung ist einem völligen Berufsausstieg vorzuziehen.

Sollte der Gesetzgeber an dem Rechtsanspruch auf eine Pflegezeit festhalten, muss er an enge Voraussetzungen geknüpft sein:

- Es muss eine Wartezeit (Betriebszugehörigkeit) von mindestens 1 Jahr vorgesehen werden.
- Der Arbeitgeber muss wie beim Teilzeitanspruch betriebliche Gründe gegen eine Freistellung geltend machen können.
- Der begünstigte Personenkreis muss auf engste Angehörige begrenzt werden. Im Gesetzentwurf ist der Begriff der „nahen Angehörigen“ zu weit gezogen (umfasst z.B. Pflege von Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Partnern einer eheähnlichen Gemeinschaft, Geschwister und Schwiegerkinder).
- Außerdem sollte der Anwendungsbereich auf schwerste Pflegefälle beschränkt werden, z.B. auf Sterbebegleitung naher Angehöriger oder Betreuung schwersterkrankter Kinder (vgl. Familienhospizkarenz in Österreich).
- Eine Ankündigungsfrist der Pflegezeit von nur 10 Arbeitstagen ist für die Betriebe zu kurz. Sie sollte wie im Fall der Elternzeit mindestens 7 Wochen betragen. Die 10-tägige Ankündigungsfrist ist auch mit § 18 Abs. 3 SGB XI-E (Art. 1 des Referentenentwurfs) nicht kompatibel. Dort ist geregelt, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Fall der Ankündigung einer Pflegezeit durch den Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber spätestens innerhalb einer Woche (bei stationärem Aufenthalt) bzw. spätestens innerhalb von 2 Wochen eine Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durchführen muss. Anschließend ist der „Antragsteller“, d.h. der Pflegebedürftige, unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, wel-

che Empfehlung der Medizinische Dienst an die Pflegekasse weiterleitet. Daraufhin ist die Entscheidung der Pflegekasse dem Antragsteller nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen, § 18 Abs. 3 Satz 3 bis 6 SGB X/E (Art. 1 des Referentenentwurfs).

Somit wird in vielen Fällen zu Beginn der beantragten Pflegezeit noch nicht feststehen, ob die Voraussetzungen hierfür vorliegen. Zwangsläufige Folgen sind Rechtsunsicherheit und zusätzlicher Verwaltungs- und Kostenaufwand insbesondere für die Betriebe. Das Konzept des Referentenentwurfs wirkt praxisfremd und wird vielfach nicht oder nur mit großen Schwierigkeiten umsetzbar sein.

- Es ist ein Fortschritt, dass laut dem Gesetzentwurf der Bundesregierung die Pflegezeit erst für Arbeitgeber mit mehr als 15 Beschäftigten (im Referentenentwurf: für Arbeitgeber mit mehr als 10 Beschäftigten) gelten soll. Dies entspricht den Regelungen zum Teilzeitananspruch nach dem Teilzeit- und Befristungsgesetz und dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz. Für eine wirksame Entlastung kleiner Unternehmen wäre allerdings ein Schwellenwert von 20 Beschäftigten noch besser.
- Der im Gesetzentwurf vorgesehene Sonderkündigungsschutz für Pflegezeiten, wie er rechtstechnisch auch für die Mutterschutzfrist und die Elternzeit gewährt wird, ist abzulehnen. Z.B. gibt es keinen Grund, Arbeitnehmer in Pflegezeit von betriebsbedingten Kündigungen auszunehmen. Wenn eine Streichung des Sonderkündigungsschutzes nicht erfolgt, sollte er zumindest dahingehend abgeschwächt werden, dass der Arbeitgeber nicht aus Gründen der Inanspruchnahme der Pflegezeit bzw. kurzzeitigen Arbeitsverhinderung kündigen darf.

b) Freistellung von bis zu 10 Arbeitstagen

Auch die vorgesehene kurzfristige Freistellung des Arbeitnehmers zur Pflege von Angehörigen durch einen Rechtsanspruch von bis zu 10 Arbeitstagen hält der ZDH für verfehlt. Die Betriebe können dadurch „von heute auf morgen“ vor der Situation stehen, dass der Arbeitnehmer ausfällt und im Anschluss an die 10 Tage direkt die sechsmonatige Pflegezeit nimmt.

Für den Anspruch auf kurzfristige Freistellung für bis zu 10 Arbeitstage besteht kein Bedarf. In der Praxis finden die Betriebe gemeinsam mit den Beschäftigten in Notfällen schon jetzt flexible Lösungen (z.B. über flexible Arbeitszeitregelungen, Gleit- und Teilzeitarbeit). Außerdem ist es den Arbeitnehmern zumutbar, einen Teil ihres Jahresurlaubs für den plötzlichen Eintritt der Pflegebedürftigkeit von Angehörigen einzusetzen. Im Einzelfall kann dem Arbeitnehmer auch ein Leistungsverweigerungsrecht nach § 275 Abs. 3 BGB zustehen, wenn ihm die Erbringung der Arbeitsleistung unzumutbar ist.

Wenn der Gesetzgeber aber den Rechtsanspruch auf Freistellung von bis zu 10 Arbeitstagen einführt, müssen für ihn zumindest engere Grenzen gelten:

- Ein Freistellungsanspruch würde vor allem kleine Unternehmen unverhältnismäßig belasten. Daher sollten zumindest die kleinen Arbeitgeber mit bis

zu 15 Beschäftigten in analoger Anwendung des Schwellenwertes bei der Pflegezeit ausgenommen werden. Noch besser wäre ein Schwellenwert von 20 Arbeitnehmern.

- Die Arbeitgeber müssen wie beim Teilzeitananspruch betriebliche Gründe gegen eine Freistellung geltend machen können.
- Es reicht nicht aus, dass nur auf Verlangen des Arbeitgebers eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen ist. Es sollte eine Pflicht zur Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung (wie bei Krankheit der Arbeitnehmer) gelten. Bei der medizinischen Indizierung sollte auch festgestellt werden, dass eine anderweitige Betreuung des Pflegebedürftigen nicht möglich ist (die Freistellung des Arbeitnehmers sollte subsidiär sein). Unakzeptabel ist, dass laut Gesetzentwurf die Freistellung schon bei „voraussichtlicher“ Pflegebedürftigkeit möglich ist.
- Zwar ist es ein Fortschritt, dass die ursprünglich geplante Lohnersatzleistung während der Freistellung aus Beitragsmitteln der Pflegeversicherung im Gesetzentwurf nicht mehr vorgesehen ist. Die Pflege von Angehörigen ist keine Versicherungsleistung, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die aus Steuermitteln finanziert werden sollte. Jedoch muss sichergestellt sein, dass die Arbeitnehmer nicht den gesetzlichen Anspruch auf Fortzahlung der Vergütung z.B. aus § 616 BGB geltend machen können. Dies ist in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht hinreichend geklärt.

6. Regelungen zu Hilfsmitteln unbefriedigend

- **Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI**

Es ist zwar sinnvoll, dass gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI die Leistung der Pflegekassen auch in Form von Kostenerstattung erbracht werden kann. Die Begründung auf Seite 148 des Gesetzentwurfes, dass die Kostenerstattung den Patienten vielfach einen unkomplizierten und günstigen Einkauf - beispielsweise in Apotheken oder in Drogeriemärkten - ermöglicht, ist jedoch nicht zutreffend. Auch über Sanitätshäuser und orthopädietechnische Betriebe können diese Produkte für die Patienten sehr günstig geliefert werden (wie z.B. in Verträgen mit dem VdAK auf Bundesebene geregelt). Insoweit beschreibt der Hinweis, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen weiterhin Verträge schließen und dadurch Wirtschaftlichkeitsreserven für die Pflegebedürftigen erschließen soll, bereits die heutige Praxis.

- **Ergänzung des SGB XI um die §§ 63 Abs. 3 b und c**

In Artikel 5 Nr. 8 des Gesetzentwurfes und entsprechend in der Begründung (S. 256 f.) wird geregelt, dass in Modellvorhaben nach § 63 Abs. 1 SGB XI vorgesehen werden kann, dass die Verordnung von Verbandmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege auf Vertreter der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe übertragen werden kann, soweit dieser aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei Tätigkeit nicht um selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt.

Im Bereich der Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittelversorgung sind die orthopädie-technischen Betriebe und Sanitätshäuser bzw. ihre Mitarbeiter für die Bestimmung des Versorgungsrahmens kompetent. Daher muss ergänzend geregelt werden, dass zumindest im Rahmen von Modellvorhaben auch Orthopädietechnikermeister Verordnungen von Pflegehilfsmitteln ausstellen können. Dies gilt insbesondere für Wiederholungs- und Dauerversorgungen.

- **Einführung von Pflegestützpunkten und Fallmanagern**

Nach dem aktuellen Gesetzentwurf soll in den Pflegestützpunkten eine Pflegeberatung durchgeführt werden, die auf die Verbesserung der Versorgung und die Einführung eines Fallmanagements für den Einzelnen abzielt. Dabei sollen die Fallmanager auch die Hilfsmittelversorgung koordinieren.

Die Schaffung einer solchen neuen Struktur im Bereich der Hilfsmittelversorgung der Pflegebedürftigen ist unnötig und wird erhebliche Kosten verursachen. Die Hilfsmittelversorgung wird derzeit schon in ausreichendem Maß durch die orthopädietechnischen Betriebe oder Sanitätshäuser für die Pflegebedürftigen koordiniert. In den Fällen des Entlassungsmanagements erfolgt dies in Zusammenarbeit mit den Kliniken, in anderen Fällen mit den Pflegeheimen, in denen die Patienten untergebracht sind.

Dr. Do