

Solidarität macht stark!

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Positionen
des Sozialverbands VdK Deutschland
zur Weiterentwicklung der
sozialen Pflegeversicherung



SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Herausgeber:

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

Telefon (02 28) 8 20 93-0
Telefax (02 28) 8 20 93-43

kontakt@vdk.de
www.vdk.de

Bonn, 2007

Inhalt

I. Vorwort	4
II. Grundsätzliches	5
III. Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Sinne einer ganzheitlichen Pflege	6
IV. Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung	6
V. Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege	7
VI. Beratung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen	8
VII. Selbständige Lebensführung in gemeindenahen Wohn- und Betreuungsformen	8
VIII. Stationäre Versorgung	10
IX. Qualität der Pflege	11
X. Pflegeunterstützende und -ergänzende Maßnahmen für pflegende Angehörige	12
XI. Medizinische Versorgung pflegebedürftiger Menschen	12
XII. Arbeitsbedingungen und gesellschaftliche Anerkennung des Pflegepersonals	14
XIII. Organisation der Pflegeversicherung	14
XIV. Finanzierung	15

I. Vorwort

Die Reform der sozialen Pflegeversicherung (SPV) ist eines der wichtigen Vorhaben der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode. Die Pflegeversicherung hat sich zwar grundsätzlich bewährt, doch sie muss dringend weiterentwickelt und reformiert werden. Eine Verschiebung auf die nächste Legislaturperiode wäre unverantwortlich.

Entscheidend ist die Frage, wie wir es schaffen, dass pflegebedürftige Menschen in ihrem eigenen Wohnumfeld bleiben und nicht in ein teures Pflegeheim umziehen müssen? Wie unterstützen wir Angehörige so, dass sie pflegerische Verantwortung übernehmen, ohne selbst auf der Strecke zu bleiben? Wie gestalten wir Pflege, dass sie nicht nur „satt und sauber“ bietet, sondern einen Platz in der menschlichen Gemeinschaft und ein selbstbestimmtes Leben sichert? Aber auch: Wie können wir Pflegebedürftigkeit vermeiden?

Der Sozialverband VdK Deutschland hat Antworten auf diese Fragen entwickelt. Die „Positionen zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung“ umfassen insbesondere folgende Kernforderungen:

- Pflege zu Hause ermöglichen
- Pflegenden Angehörige entlasten
- Pflege solidarisch finanzieren

Die Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen will zu Hause gepflegt werden und nicht in ein teures Pflegeheim umziehen. Aber wie sieht die Wirklichkeit aus? Es fehlt an einer ausreichenden Finanzierung ambulanter Leistungen. Deshalb müssen die Beiträge erheblich angehoben werden. Menschen, die nicht mindestens 90 Minuten Hilfe am Tag brauchen, bekommen bisher überhaupt keine Pflegeleistungen. Daher fordert der VdK die Einführung einer „Pflegestufe 0“.

Pflege von Menschen mit Demenz zu Hause zu organisieren ist derzeit noch schwierig, weil die Pflegeversicherung den besonderen Betreuungsbedarf nicht

anerkennt. Demenz ist die Hauptursache für die stationäre Pflege. Kurzfristig sind deswegen die finanziellen Leistungen für niederschwellige Angebote für Menschen mit Demenz oder einer geistigen Behinderung anzuhäufeln. Pflegenden Angehörige sind die Basis der Pflegeversicherung. Deshalb fordert der VdK, dass endlich die nötigen Unterstützungsleistungen geschaffen werden. Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf muss verbessert werden.

Der Sozialverband VdK Deutschland spricht sich für eine solidarische Versicherung der Gesamtbevölkerung aus. Bislang werden Arbeitgeber kaum an der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung beteiligt, doch Rentner müssen seit 2004 den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung mit 1,7 Prozent aufbringen und damit 0,85 Prozent mehr Beitrag als Versicherte und Arbeitgeber zahlen. Rentner müssen unbedingt von der eventuellen Beitragsanhebung ausgenommen werden.

Zudem ist sofort ein Risikostrukturausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung einzuführen und versicherungsfremde Leistungen aus Steuern zu finanzieren. Es ist an der Zeit, bei versicherungsfremden Leistungen den gleichen Weg in der Pflege- wie schon bereits in der Krankenversicherung zu beschreiten.



Walter Hirrlinger

Walter Hirrlinger

Präsident Sozialverband VdK Deutschland e.V.

II. Grundsätzliches

Die Bilanz seit Einführung der Pflegeversicherung am 1. April 1995 ist eindeutig positiv. Es kann festgestellt werden, dass sie sich im Grundsatz bewährt hat. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wurde wenigstens teilweise abgesichert, die Pflege in den Familien durch das Pflegegeld gestärkt, pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zunächst reduziert und der Aufbau einer professionellen Pflegeinfrastruktur gefördert. Zudem erfreut sich dieser jüngste Zweig der Sozialversicherung einer großen Akzeptanz in der Bevölkerung.

Ungeachtet dessen besteht erheblicher Reformbedarf. Dieser erstreckt sich nicht nur auf die Finanzierung, die in der Debatte im Vordergrund steht, sondern in erster Linie auf den Umfang und die Qualität der Pflegeleistungen und ihr Verhältnis zu anderen Sozialleistungen. Aus diesem Grund befasst sich das Papier vorrangig mit Versorgungsfragen.

Pflegebedürftige Menschen fühlen sich in einer unübersichtlichen Versorgungslandschaft allein gelassen. Es mangelt an einem ausreichendem Angebot und einer ausreichenden Finanzierung von Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten. Die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung führt zu zahlreichen Schnittstellenproblemen, etwa bei der Prävention, der Rehabilitation vor und bei der Pflege, der Behandlungspflege, der Hilfsmittelversorgung oder der Qualitätssicherung.

Vor diesem Hintergrund muss sich eine Reform der Pflegeversicherung am Grundsatz der Teilhabe und der Selbstbestimmung pflegebedürftiger Menschen ausrichten.

Teilhabeorientiert ist eine Pflege, die nicht nur „satt und sauber“ bietet, sondern einen Platz in der menschlichen Gemeinschaft sichert. Pflege ist in diesem Sinne Voraussetzung für Teilhabe, zugleich aber nur ein Teil eines umfassenderen Teilhabebedarfs, der anderen Sozialleistungsträgern zuzuordnen, aber mit Pflege zu vernetzen ist. Ein solches Verständnis verlangt nach einem Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger,

behinderter und alter Menschen, wie dies im Koalitionsvertrag angekündigt wird. Eine isolierte Reform der Pflegeversicherung, die nicht die benachbarten Sozialleistungsbereiche (SGB VII, SGB IX, SGB XII) mit einbezieht, greift zu kurz.

Bestandteil eines Gesamtkonzepts muss aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland sein, die Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger in das SGB IX einzubeziehen. Damit stünden Verfahren zur Verfügung, den Hilfe-, Rehabilitations- und Pflegebedarf trägerübergreifend zu ermitteln und teilhabeorientiert zu erfassen. Zudem muss das Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung qualitativ verbessert und zu einem umfassenden Assessment unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte weiterentwickelt werden.

Die Voraussetzungen für die Gewährung der Pflegeleistungen sowie die Ausgestaltung der Pflegeleistungen müssen sich an dem Gesamtbetreuungsbedarf und nicht wie bisher an einzelnen abschließend im Gesetz aufgezählten Verrichtungen orientieren. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist zu erweitern um den Betreuungsbedarf für dementiell erkrankte Menschen. Berücksichtigt werden muss auch der Pflegebedarf derjenigen, die den Tatbestand der Erheblichkeit nicht erfüllen („Pflegestufe 0“), sowie der besondere Versorgungs- und Betreuungsbedarf behinderter Kinder.

Die Versorgungsstruktur muss nach dem Grundsatz ambulant vor stationär weiterentwickelt werden. Um pflegebedürftigen Menschen den Verbleib im eigenen Wohnumfeld zu ermöglichen und den Umzug in ein Pflegeheim zu ersparen, müssen die ambulanten Sachleistungsbeträge erheblich erhöht und Lücken bei der Pflegeinfrastruktur geschlossen werden. Im Rahmen des persönlichen Budgets müssen die Sachleistungsbeträge auch als Geldleistung zur Verfügung gestellt werden.

Um den zum Teil erheblichen Qualitätsmängeln in der stationären und ambulanten Pflege entgegenzuwirken, muss die Qualitätssicherung nutzerorientiert und sektorübergreifend weiterentwickelt werden. Erforderlich ist zudem eine Stärkung

von Prävention und Rehabilitation vor Pflege, mehr Qualitätstransparenz und eine bessere Beratung und Begleitung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Diese Maßnahmen sind zugleich ein Beitrag zur Mobilisierung erheblicher Wirtschaftlichkeitsreserven im System. Aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland muss eine Finanzreform folgende Zielsetzungen erfüllen:

- Stärkung der Solidarität zwischen alten und jungen, gesunden und kranken, einkommensstärkeren und einkommensschwächeren Menschen
- Schaffung einer bedarfsorientierten, dauerhaften und stabilen Finanzierungsgrundlage

Unter diesem Gesichtspunkt muss die Finanzierung der Pflegeversicherung auf eine neue Grundlage gestellt werden.

III. Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Sinne einer ganzheitlichen Pflege

Seit der Einführung der Pflegeversicherung steht die Definition der Pflegebedürftigkeit in §14 SGB XI in der Kritik. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI ist nicht pflegewissenschaftlich hergeleitet, sondern Ergebnis eines politischen Aushandlungsprozesses. Er bildet Pflegebedarfe nur selektiv ab und vernachlässigt wichtige Bereiche. Einige der wesentlichen Probleme sind:

- Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist rein defizitorientiert. Er muss in Richtung eines sozialen Modells von Pflegebedürftigkeit weiterentwickelt werden (Interaktion von Funktionsstörung und Umwelt).
- Berücksichtigt wird nur der Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlicher Versorgung. Damit

ist der Pflegebegriff vorrangig auf körperbezogene (somatische) Aspekte fokussiert, soziale und psychosoziale Aspekte von Pflege werden weitestgehend ausgegrenzt. Nicht berücksichtigt wird der allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von demenzkranken Menschen. Ebenso wenig berücksichtigt werden die psychosozialen Bedürfnisse, wie etwa das Bett zu verlassen, an die frische Luft zu kommen, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

- Leistungen der Pflegeversicherung werden nach der derzeitigen Rechtslage nur gewährt bei erheblicher Pflegebedürftigkeit (Hilfebedarf von mindestens 90 Minuten täglich für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung), die für mindestens sechs Monate besteht. Pflegebedarfe unterhalb dieser Schwelle („Pflegestufe 0“) und stark wechselnder Pflegebedarf von weniger als sechs Monaten werden nicht berücksichtigt.
- Entsprechend dem engen Begriff von Pflegebedürftigkeit ist die Begutachtung des Pflegebedarfs ebenfalls selektiv. Außerdem wird der individuelle Mehrbedarf oft nicht berücksichtigt. Völlig ungelöst ist die Begutachtung pflegebedürftiger Kinder.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist zu erweitern um den Betreuungsbedarf für dementiell erkrankte Menschen. Berücksichtigt werden muss auch der Pflegebedarf derjenigen, die den Tatbestand der Erheblichkeit nicht erfüllen („Pflegestufe 0“) sowie stark wechselnder und kurzfristiger Pflegebedarf. Gleiches gilt für den besonderen Versorgungsbedarf behinderter Kinder.

IV. Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung

Seit Beginn der Pflegeversicherung 1995/1996 sind die Pflegeleistungen nicht angehoben worden. Angesichts der Preisentwicklung hat dies real zu einer kontinuierlichen Entwertung der Pflegelei-

stungen geführt. Die Konsequenzen sind höhere Zuzahlungen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen oder zusätzliche Ausgaben der Sozialhilfe. Deshalb ist eine Dynamisierung der Leistungen mindestens in der Höhe der Inflationsrate erforderlich. Zu dynamisieren sind grundsätzlich alle Leistungen der Pflegeversicherung einschließlich des Pflegegelds.

V. Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege

In zahlreichen Studien ist nachgewiesen, dass Prävention und Rehabilitation einen unverzichtbaren Beitrag zur Vermeidung, Verminderung oder Überwindung von Pflegebedürftigkeit leisten. Dadurch wird nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, sondern auch Geld für die Pflege in erheblichem Umfang gespart.

Der Grundsatz Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege ist in zahlreichen Leistungsgesetzen geregelt (§§ 5, 31 SGB XI, §§ 3, 4, 8 SGB IX). Gemäß §11 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, medizinische Rehabilitation zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit zu erbringen. Der Grundsatz Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit wird jedoch in der Praxis unzureichend umgesetzt. Die Ursachen dafür, dass Prävention und Rehabilitation zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit kaum zur Geltung kommen, sind vielfältig:

- **Schnittstellenprobleme bei der Finanzierung:** Während die Kosten der Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen von den Krankenkassen zu übernehmen sind, kommen die Einsparungen überwiegend den Pflegekassen zugute (vgl. Abschnitt XIII).
- **Leistungserbringer und Leistungsempfänger in der Pflege haben keinen direkten wirtschaftlichen Anreiz, sich für Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen einzusetzen, da im Erfolgsfall**

eine Absenkung der Pflegestufe droht oder das Pflegegeld gestrichen wird.

- Auch den Vertragsärzten fehlt oft die spezifische Kompetenz, Rehabilitationsbedarf zu erkennen. Außerdem ist die Beantragung von Rehabilitation für die beteiligten Ärzte sehr aufwendig.
- Es fehlt an ausreichenden ambulanten Angeboten einschließlich mobiler geriatrischer Reha
- Erhebliche Mängel bestehen bei der Begutachtung durch den MDK im Bereich Prävention und Rehabilitation und bei der Weitergabe der Empfehlungen an die pflegebedürftigen Menschen und Hausärzte.

Der Gesetzgeber hat im Zuge des GKV-WSG den Zugang zu Rehabilitationsleistungen zwar dadurch erleichtert, in dem er diese zu Pflichtleistungen gemacht und in den Risikostrukturausgleich einbezogen hat. Dadurch werden jedoch die Schnittstellenprobleme nicht beseitigt. Eine tatsächliche Gesamtversorgungsbetrachtung ist nur durch eine Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung zu erreichen.

Die Bereitschaft zur Rehabilitation sollte dadurch erhöht werden, dass die Pflegestufe bei einer Verminderung der Pflegebedürftigkeit frühestens nach sechs Monaten korrigiert oder die Differenz zwischen den Pflegestufen dem Leistungserbringer in einem Betrag ausgezahlt wird. Präventive und rehabilitative Aspekte müssen in der allgemeinmedizinischen Ausbildung stärker berücksichtigt und Fortbildungsangebote durch niedergelassene Ärzte stärker in Anspruch genommen werden.

Hier sind Kammern, Fachverbände und Körperschaften gefordert, die niedergelassenen Ärzte auf den Nutzen und die wachsende Bedeutung der Rehabilitation im Versorgungskontext hinzuweisen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Beantragung der Rehabilitation vereinfacht und die Rehabilitationsrichtlinie entsprechend geändert wird. Der MDK hat seine Bemühungen zur Qualifizierung der Gutachter zu intensivieren.

Die Rehabilitationsträger müssen ihren Sicherstellungsauftrag nach § 19 SGB IX erfüllen. Rehabilitationsdienste- und -einrichtungen müssen in ausreichender Zahl, Qualität sowie wohnortnah vorhanden sein. Dies gilt insbesondere für Angebote der mobilen Rehabilitation, auf die ein Rechtsanspruch besteht und die eine besondere Bedeutung für pflegebedürftige Menschen haben. Die Pflegekassen sind zu verpflichten, den Versicherten und gegebenenfalls den Hausarzt über das Vorliegen einer Rehabilitationsempfehlung des MDK zu informieren, damit eine Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet werden kann.

Hinsichtlich der Prävention fehlt es nach wie vor an einem umfassenden gesetzlichen Konzept, das die Prävention entsprechend ihrer Bedeutung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert sowie die Kooperation und Koordination und die Qualität übergreifend regelt. Auch unter dem Gesichtspunkt der Vermeidung der Pflegebedürftigkeit spricht sich der Sozialverband VdK deshalb nachdrücklich für ein Präventionsgesetz aus.

VI. Beratung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen

Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen durch Beratungs- und Begleitungsangebote in ihrer Kundenrolle gestärkt werden. Eine umfassende und integrierte Beratung sollte Informationen über finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, Hilfsmittel, Wohnraumanpassung, Nutzung der Möglichkeiten von Telemonitoring, Mobilitäts- und Besuchsdienste, pflegerische Entlastungsmöglichkeiten, professionelle Leistungen und deren Qualität einschließlich Case-Management umfassen.

Bei Bedarf brauchen die durch Krankheit, Behinderung und soziale Isolation in ihrer Autonomie unter Umständen eingeschränkten Menschen auch Begleitung und Unterstützung bei der Umsetzung ihrer Wahlentscheidung, etwa wenn es um den Wechsel eines Anbieters geht.

Auch das Angebot, pflegebedürftige Menschen zu Hause zu beraten, ist unverzichtbar. Gemeinsam mit den Betroffenenverbänden sind Standards der Beratungsqualität zu entwickeln. Pflegebedürftigen Menschen eine informierte Wahlentscheidung zu ermöglichen und sie bei der Durchsetzung ihrer Bedürfnisse zu unterstützen, ist der wirkungsvollste Beitrag zur Qualitätssicherung und zur Stärkung der ambulanten Versorgung. Durch die Vermeidung von Heimunterbringungen ergeben sich Einsparungen für Sozialhilfeträger und Pflegekassen. Aspekte der Humanität kommen noch hinzu.

Doch längst nicht in allen Kommunen gibt es entsprechende Beratungsangebote. Auch mangelt es oft an der nötigen Ausstattung, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit. Neben den Kommunen haben die Pflegekassen einen umfassenden gesetzlichen Beratungsauftrag, dem sie aber oft nicht gerecht werden.

Um eine Verbesserung des Beratungsangebots zu ermöglichen und den notwendigen Beratungsstandard dauerhaft zu sichern, müssen Kommunen und die Pflegekassen die Finanzierung unabhängiger Beratungsstellen gemeinsam tragen. Von der Möglichkeit, den Pflegeberatungsauftrag an Dritte zu übertragen, müssen die Träger verstärkt Gebrauch machen.

Um die Beratungsangebote bekannter zu machen, sollten die Krankenhäuser im Rahmen des Entlassungsmanagements regelhaft und damit zwingend auf entsprechende Angebote hinweisen. Die Pflegekassen müssen verpflichtet werden, die Versicherten spätestens mit dem Bescheid über die Bewilligung bestehender unabhängiger Beratungsangebote zu informieren (Ergänzung § 7 Abs. 3 SGB XI).

VII. Selbständige Lebensführung in gemeindenahen Wohn- und Betreuungsformen

Mehr als 600 000 Menschen leben heute in Pflegeheimen – Tendenz steigend. Und das, obwohl die meisten Menschen in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben und nicht in ein entferntes Heim ziehen

wollen, wo sie wenig Kontakt zur Außenwelt haben. Die Unterbringung in Heimen ist deshalb in den letzten Jahren zunehmend in Frage gestellt worden.

Es müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass pflegebedürftige Menschen ihre individuelle Lebens- und Wohnsituation selbst bestimmen können. Da die meisten pflegebedürftigen Menschen in der eigenen Wohnung leben möchten, muss ihnen die Möglichkeit gegeben werden, dort möglichst lange zu verbleiben. Mit einer Wohnung innerhalb des örtlichen Gefüges und unterstützt durch gemeindenahc Dienste bleiben die Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld und es wachsen die Anreize, für ein gleichberechtigtes Zusammenleben und zu einem selbstverständlichen gesellschaftlichen Miteinander.

Bislang mangelt es jedoch an einer ausreichenden Finanzierung ambulanter und teilstationärer (Tagespflege) Leistungen, wie auch an einem niederschweligen, vernetzten Angebot, das flexibel auf Bedarfe reagiert. Die ambulanten Sachleistungsbeträge müssen deutlich angehoben werden, insbesondere in Pflegestufe I. Solange eine gleichberechtigte Einbeziehung von Menschen mit Demenz aussteht (Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit), sind kurzfristig die finanziellen Leistungen für niederschwellige Angebote für Menschen mit erheblichen allgemeinem Betreuungsbedarf anzuheben und auch denen zur Verfügung zu stellen, die keinen erheblichen Grundpflegebedarf haben („Pflegestufe 0“).

Neben der Finanzierung mangelt es in einigen Bereichen auch an entsprechenden Angeboten. Innovative Wohnformen, wie Senioren-Wohngemeinschaften und Mehr-Generationen-Wohnen, sind ebenso zu fördern wie niederschwellige Betreuungsangebote. Dies gilt auch für ambulante Angebote wie betreutes Wohnen, wo mehrere hilfe- und pflegebedürftige Menschen gemeinsam im eigenen Haushalt leben und den Tages- und Betreuungsablauf in eigener Regie gestalten.

Der Vorrang ambulanter vor stationären Leistungen muss in erster Linie durch die angesprochene Ver-

besserung des Leistungsspektrums und die Stärkung pflegeersetzender- und unterstützender Dienste erreicht werden.

Eine einseitige Absenkung der Leistungen im stationären Bereich als Sparmodell wird abgelehnt. Eine mögliche Angleichung von ambulanten und stationären Sachleistungsbeträgen darf nicht zu einer Mehrbelastung von Versicherten und Sozialhilfeträgern führen. In jedem Fall ist eine Vertrauensschutzregelung für Bestandsfälle vorzusehen.

Der Sozialverband VdK Deutschland setzt sich seit Jahren für die Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen ein. Barrierefreiheit ist gerade auch ein Anliegen älterer Menschen, um eine selbständige Lebensführung solange wie möglich zu erhalten.

Der Sozialverband VdK Deutschland spricht sich dafür aus, die barrierefreie Gestaltung von Wohnraum stärker und nachhaltig zu fördern. Vielen älteren Menschen ist noch nicht bekannt, dass eine barrierefrei ausgestaltete Wohnung ein wichtiger Beitrag ist, um die selbständige Lebensführung lange zu erhalten und Heimunterbringung zu vermeiden. Der Wohnraumberatung ist ein entsprechender Stellenwert einzuräumen. Der Zuschuss der Pflegeversicherung zur Wohnraumanpassung reicht oft nicht aus und muss deshalb angehoben werden.

Persönliche Budgets können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Autonomie der pflegebedürftigen Menschen zu fördern und häusliche Pflegearrangements zu sichern. Nach § 17 SGB IX können Sachleistungen verschiedener Träger als Geldleistung erbracht werden. Eine Ausnahme besteht nur im Bereich der Pflegeversicherung, deren Sachleistungen nur als Gutscheine in ein persönliches Budget eingebracht werden können, die bei anerkannten Pflegediensten einzulösen sind.

Gutscheine sind im eigentlichen Sinne Sachleistungen und widersprechen dem Grundansatz des persönlichen Budgets. Deshalb sollte die ambulante Sachleistung auch als Geldleistung eingebracht werden können, wenn die Pflege entgeltlich im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses erbracht wird.

VIII. Stationäre Versorgung

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einem deutlichen Anstieg des Bedarfs an professioneller Pflege zu rechnen. Während die Zahl der Pflegebedürftigen ansteigen wird, nehmen die Möglichkeiten familiärer Pflege aufgrund des kleiner werdenden Anteils jüngerer Menschen und der geänderten Familien- und Erwerbsstrukturen ab.

Deshalb muss jetzt mit einer bedarfsgerechten Anpassung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen begonnen werden. Dabei spricht sich der Sozialverband VdK mit Nachdruck für den vorrangigen Ausbau ambulanter oder teilstationärer Strukturen mit bedarfsgerechtem Dienstleistungsangebot vor stationärer Versorgung aus. Alternative Wohnformen sind anstatt des Neubaus von Heimen zu fördern.

Trotz aller Anstrengungen wird es aber auch in Zukunft viele Pflegebedürftige geben, die auf stationäre Pflege angewiesen sind. Betroffen sind insbesondere Menschen ohne häusliche Pflegemöglichkeit aufgrund des Fehlens von Angehörigen, die zur Pflege bereit oder in der Lage sind sowie Pflegebedürftige, die aufgrund der Art oder Schwere ihrer Behinderung oder der persönlichen Umstände eine stationäre Pflege vorziehen.

Derzeit decken die Leistungen der Pflegeversicherung aufgrund der gestiegenen Preise nur etwa die Hälfte der Kosten für Betreuung, Unterkunft und sonstige Leistungen ab.

Vor diesem Hintergrund hält der Sozialverband VdK eine Dynamisierung der Leistungen bei stationärer Pflege für notwendig und lehnt eine Leistungskürzung als kontraproduktiv ab. Wesentliches Ziel der Pflegeversicherung war es bei ihrer Einführung, die Menschen weitgehend unabhängig von Sozialhilfe zu machen.

In der Pflegestufe III fallen für Selbstzahler deutlich höhere Eigenanteile an als in anderen Pflegestufen. Diese ungleiche Belastung ist nicht zu rechtfertigen. Deshalb müssen die Sachleistungsbeträge in Pflegestufe III erhöht werden.

Obwohl stationäre Pflege immer teurer wird, entspricht sie im Alltag immer weniger den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen. Bei der Weiterentwicklung müssen Lebensqualität, Selbstbestimmung und Gestaltungsfreiheit der pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt stehen.

Durch mehr Transparenz, insbesondere bei Kosten und Qualität und der Verbesserung der Mitwirkungsmöglichkeiten, könnte die Verbraucherposition der Bewohner gestärkt werden. Die Lebenswelt von Heimbewohnern darf dabei nicht auf die Pflege im engeren Sinne beschränkt werden, sondern betrifft alle im Zusammenhang mit Leben und Wohnen im Alter zusammenhängenden Fragen. Dazu ist erforderlich, dass die Heime sich individuellem und privatem Wohnen immer mehr annähern. Die Bau- und Wohnkonzepte von Heimen müssen hier nachhaltig verbessert werden.

Wesentlicher Faktor für qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung in den Heimen sind die Pflegekräfte. Ihre Arbeitsbedingungen sind zu verbessern, eine Fachkraftquote von 50 Prozent sicherzustellen und weitere Fachkräfte aus dem therapeutischen bzw. sozialarbeiterischen Bereich einzubeziehen. Die Versorgungskonzepte in stationären Einrichtungen sind mit Blick auf

- aktivierende und rehabilitative Pflege sowie soziale Betreuung und
- spezielle Zielgruppen wie etwa Demenzkranke, Migranten und Wachkomapatienten

weiterzuentwickeln. So ist rund die Hälfte der in Heimen lebenden Menschen von Demenz betroffen. Durch neue Betreuungsmodelle können bei diesem Personenkreis therapeutische Erfolge bei der Verzögerung der kognitiven Abbauprozesse, der Sturzprophylaxe oder bei der Verminderung aggressiven Verhaltens erzielt werden. Eine deutliche Verbesserung der Betreuungssituation kann durch ganzheitliche Pflegekonzepte in Verbindung mit einer architektonischen Milieugestaltung erreicht werden.

IX. Qualität der Pflege

Die Qualitätssicherung bekommt in allen Sozialleistungsbereichen einen immer größeren Stellenwert. Dies gilt auch für die Pflege. Ein wesentlicher Grund dafür sind die immer wieder zutage tretenden, zum Teil eklatanten Qualitätsmängel in der stationären und ambulanten Pflege. Zudem wird die Qualität zunehmend zu einem Parameter im Wettbewerb von Einrichtungen und Diensten.

Die Qualitätssicherung muss nutzerorientiert weiterentwickelt und mit entsprechenden Bemühungen in anderen Versorgungsbereichen harmonisiert werden.

Im Mittelpunkt muss primär die Ergebnisqualität stehen, also die tatsächlichen Veränderungen im pflegerischen Status, der Selbständigkeit, Lebensqualität und Zufriedenheit des pflegebedürftigen Menschen.

Pflege muss auf dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnis erfolgen. In diesem Kontext kommt der Erarbeitung und Weiterentwicklung von Expertenstandards eine große Bedeutung zu. Dabei sind Vertreter der behinderten und pflegebedürftigen Menschen zu beteiligen. Wo dies möglich und sinnvoll ist, müssen diese Standards sektortübergreifend Geltung erlangen.

Medizinische und pflegerische Prozesse erstrecken sich regelmäßig über verschiedene Sektoren hinweg (Krankenhaus, niedergelassener Arzt, Rehabilitationseinrichtung, Pflegeheim, ambulanter Dienst etc.). Eine zuverlässige Messung der Ergebnisqualität ist nur möglich, wenn diese Prozesse sektorübergreifend erfasst und abgebildet werden. Dazu sind entsprechende Verfahren unter Beteiligung der Betroffenen zu entwickeln.

In der Pflege besteht eine geteilte Zuständigkeit (MDK und Heimaufsichten) für die externe Qualitätssicherung. Das SGB XI und das Heimgesetz verpflichten die Pflegekassen, den MDK und die Heimaufsichtsbehörden zu einer engen Zusammenarbeit bei der Überprüfung der Pflegeheime (§ 117

SGB XI, § 20 HeimG). Diese Anforderungen sind umzusetzen, um Doppelprüfungen zu vermeiden. Dabei sollten sich die Heimaufsichten auf die Prüfung der Strukturqualität beschränken, der MDK auf die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität konzentrieren.

Die externe Qualitätssicherung ist zu stärken: Dazu ist eine personell bessere Ausstattung der Heimaufsichten unverzichtbar, damit die gesetzlich vorgeschriebenen Kontrollen auch tatsächlich durchgeführt werden. Bei den Kontrollen des MDK findet eine große Zahl nach vorheriger Anmeldung statt. Die Zahl unangemeldeter Kontrollen sollte erhöht werden, um ein realistisches Bild der Pflegesituation zu erhalten. Befragungen pflegebedürftiger Menschen müssen unverzichtbarer Bestandteil der externen Qualitätssicherung sein, denn nur auf diese Weise lassen sich für den Betroffenen besonders relevante Indikatoren ermitteln.

Um pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen eine informierte Entscheidung über die Auswahl eines Pflegeheims oder eines ambulanten Dienstes zu ermöglichen, brauchen sie neutrale und unabhängige Informationen über Dienstleistungsangebote und deren Qualität. Deshalb müssen die Prüfberichte der Heimaufsichten und des MDK veröffentlicht werden. Es reicht jedoch nicht aus, die Prüfberichte bereit zu stellen, die Informationen müssen verdichtet und so aufbereitet werden, dass ein Vergleich der Angebote möglich ist.

Zudem ist eine Integration in eine umfassende Qualitätsdarstellung erforderlich, die entsprechende Informationen des MDK, der Heimaufsichten und anderer Sektoren bündelt und den Betroffenen, Pflege- und Patientenberatungsstellen zugänglich macht.

X. Pflegeunterstützende und -ergänzende Maßnahmen für pflegende Angehörige

Auch heute noch werden knapp die Hälfte aller pflegebedürftigen Menschen im Sinne der Pflegeversicherung ausschließlich von Angehörigen gepflegt. Bei einem festgestelltem zeitlichen Aufwand für Hauptpflegepersonen für die Pflege von 60,6 Stunden pro Woche in Pflegestufe III, von 49,5 Stunden in Stufe II und 37,9 Stunden in Stufe I ist nicht verwunderlich, dass viele Angehörige über dauerhafte Überlastung, Anspannung und Frustrationen klagen. Die belastende Situation, die durch Pflege entstehen kann, wirkt sich unter Umständen auch auf die pflegebedürftigen Menschen aus, die sich als Belastung für ihre Angehörigen empfinden. Auch leidet die Qualität der Versorgung.

Die bisher bereitgestellten Unterstützungsleistungen für pflegende Angehörige reichen nicht aus. So wird die unterstützende Tages- und Nachtpflege kaum in Anspruch genommen, weil sie mit der ambulanten Sachleistung oder Geldleistung verrechnet wird. Die Betroffenen vor die Wahl zwischen häuslicher Pflege und Tages- oder Nachtpflege zu stellen, die ja gerade zur Entlastung pflegender Angehöriger gedacht sind, kann nicht als sinnvoll erachtet werden.

Der Sozialverband VdK Deutschland fordert deshalb einen eigenständigen Leistungsanspruch auf Tages- und Nachtpflege.

Bei Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sollte keine volle Anrechnung auf das Pflegegeld bei Inanspruchnahme von Sachleistungen erfolgen. Pflegebedürftige Angehörige sollten Anspruch auf Unterstützungsangebote haben, ohne dass dies sofort das ohnehin niedrige Pflegegeld aufzehrt. Auch darf dies nicht zum Verlust von Rentenanwartschaften der ehrenamtlich Pflegenden führen.

Pflegende Angehörige müssen Urlaub von der Pflege machen können und bei Krankheit einen adäquaten Ersatz bekommen. Damit dies nicht nur ein Wunsch bleibt, bietet die Pflegeversicherung die

so genannte Ersatz- oder Verhinderungspflege an. Diese darf jedoch nur für maximal vier Wochen im Kalenderjahr genutzt werden.

Der Zeitraum von vier Wochen ist jedoch zu kurz bemessen, insbesondere wenn man bedenkt, dass viele Menschen von ihren ebenfalls älteren Lebenspartnern gepflegt werden, die für längere Zeit krank werden können. Die Kosten einer Ersatzpflege sollten deshalb für mindestens acht Wochen übernommen und ein ausreichendes Angebot an Kurzzeitpflegeplätzen sichergestellt werden.

Die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege muss dringend verbessert werden. Die Einführung einer befristeten Pflegezeit ist dazu ein Baustein. Perspektivisch muss sie jedoch analog zum Elterngeld mit einer Geldleistung kombiniert werden, um die Einkommenseinbußen zu kompensieren. Eine nachhaltige Lösung der Vereinbarkeitsproblematik ist damit jedoch nicht erreicht. Es bedarf insbesondere betrieblicher Maßnahmen wie flexible Arbeitszeiten, flexible Arbeitsorganisation und die Ermöglichung von Telearbeit. Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit muss Kernbestandteil betrieblicher Personalpolitik werden.

Bürgerschaftliches Engagement ist kein Ersatz, aber eine wichtige Ergänzung professioneller und familiärer Pflege. Bürgerschaftliches Engagement spielt eine wichtige Rolle beispielsweise in Besuchsdiensten, im Hospizbereich oder in niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz. Deshalb sind die Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement zu verbessern, beispielsweise durch bessere finanzielle Förderung der Schulung, Anleitung und Begleitung sowie der Gewinnung von bürgerschaftlich engagierten Menschen.

XI. Medizinische Versorgung pflegebedürftiger Menschen

Die erforderliche intensive medizinische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen sowohl im haus- und fachärztlichen Bereich und insbesondere in Pflegeheimen weist erhebliche Defizite auf.

In Pflegeheimen kommt es immer wieder zu unnötigen Krankenhauseinweisungen, weil Hausärzte aufgrund des eigenen Praxisbetriebs sowie nachts und an Feiertagen bei Problemen nicht sofort kommen können und der ärztliche Notdienst, der keinen Kontakt zu den Patienten hat, aus Sicherheitsgründen Einweisungen vornimmt. Außerdem ist eine medizinische Unterversorgung bei Heimbewohnern mit psychischen Erkrankungen festzustellen, die nur zu einem geringen Teil in regelmäßiger psychiatrischer Behandlung sind.

Zahlreiche Modellprojekte haben ergeben, dass ein Hausarzt zu einer erheblichen Verbesserung der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen beiträgt. Von dieser Möglichkeit sollte verstärkt Gebrauch gemacht werden. Die freie Arztwahl darf dadurch allerdings nicht eingeschränkt werden.

Die haus- und fachärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen leidet auch darunter, dass die „Budgets“ für Arznei- und Heilmittel und die ärztliche Vergütung dem hohen Bedarf dieser Personengruppe nicht ausreichend Rechnung tragen. Die Umstellung der hausfachärztlichen Vergütung auf Fallpauschalen bedeutet hier ein zusätzliches Risiko.

Die komplexe Behandlung multimorbider oder gerontopsychiatrisch veränderter pflegebedürftiger Menschen bringt individuelle Mehrbedarfe mit sich, die in den Fallpauschalen und als Praxisbesonderheiten in den Arznei- und Heilmittelbudgets zu berücksichtigen sind.

Der Übergang vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung ist nach wie vor durch Versorgungsbrüche gekennzeichnet, die kostenträchtig und belastend für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind. Deswegen bedarf es eines individuellen Entlassungsmanagements durch das Krankenhaus, das die Behandlungskontinuität sicherstellt. Dies gilt verstärkt unter DRG-Bedingungen. Mit der Entlassung muss eine Einschätzung über den Pflegebedarf getroffen werden und eine individuelle Beratung über Pflege- und Unterstützungsangebote erfolgen.

Eine weitere problematische Schnittstelle zwischen Kranken- und Pflegeversicherung besteht in der Zuständigkeit für die Behandlungspflege. Die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege ist pflegewissenschaftlich nicht haltbar. Durch die Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung bedürfte es dieses ungeeigneten Kriteriums nicht mehr. Hält man an den getrennten Systemen fest, ist die Behandlungspflege, die der Vermeidung und Verkürzung eines Krankenhausaufenthalts und der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung dient, der Krankenversicherung zuzuordnen.

Der Sozialverband VdK Deutschland lehnt deshalb die dauerhafte Verschiebung der stationären medizinischen Behandlungspflege in die Pflegeversicherung ab. Da die Pflegeversicherung nur eine Teilkaskoleistung darstellt, bedeutet dies zudem, dass Menschen in stationären Einrichtungen mit einem höheren Bedarf an Behandlungspflege einen Teil der Leistungen selbst tragen müssen, während im ambulanten Bereich die vollen Kosten von der Krankenkasse übernommen werden.

Dies stellt eine Benachteiligung von Menschen in stationären Einrichtungen dar. Auch die Zuordnung der ambulanten verrichtungsbezogenen Behandlungspflege zur Pflegeversicherung hat zu erheblichen Zusatzkosten für pflegebedürftige Menschen geführt. Sie ist ebenfalls im Bereich der Krankenversicherung anzusiedeln. Dass sich hieraus Konsequenzen auf den Risikostrukturausgleich unter den gesetzlichen Krankenkassen zwingend ergeben müssen, ist selbstverständlich.

Die palliativmedizinische Versorgung Schwerkranker und Sterbender weist nach wie vor Defizite auf. Insbesondere bedarf es einer Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der beteiligten Berufsgruppen, wobei der Einführung der Palliativmedizin als Pflichtlehrfach und Prüfungsfach für alle angehenden Mediziner und der Einführung der Palliativpflege als Teil der grundständigen Ausbildungen im Kranken- und Altenpflegebereich besondere Bedeutung zukommt.

XII. Arbeitsbedingungen und gesellschaftliche Anerkennung des Pflegepersonals

Den professionell Pflegenden kommt eine Schlüsselrolle zu, wenn es um die Sicherung einer menschenwürdigen Pflege geht. Es ist unbestritten, dass die Arbeitsbedingungen und die Qualifikation des Pflegepersonals unmittelbare Auswirkung auf die Qualität der Pflege haben. In diesem Zusammenhang ist bedenklich, dass viele Pflegekräfte über hohe physische und psychische Belastungen, ungünstige Arbeitszeiten sowie Zeitdruck und Zeitmangel klagen. Aufgrund der unattraktiven Arbeitsbedingungen verlassen viele ausgebildete Fachkräfte nach wenigen Jahren den Beruf.

Parallel dazu findet sich in dem Berufsfeld eine erhebliche Zahl ungelernter oder angelernter Kräfte, deren Wissensstand verbesserungsbedürftig ist. Obwohl viele Pflegekräfte erhebliches leisten und sehr engagiert sind, kommen aufgrund der Personalprobleme im Pflegebereich auch Kräfte zum Zuge, die nicht die erforderliche Berufsmotivation mitbringen. Auch die gesellschaftliche Anerkennung leidet.

Um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich, das eine der verantwortungsvollen Tätigkeit angemessene Bezahlung, akzeptable Arbeitszeitmodelle, eine am Pflegebedarf orientierte Personalausstattung, Karriere- und Qualifizierungschancen sowie sachgerechte Arbeitsplatzgestaltung umfasst.

Angesichts der demografischen Entwicklung, der Zunahme schwer- und schwerstpflegebedürftiger sowie an Demenz erkrankter Menschen und der Ausdifferenzierung der Versorgungslandschaft ist die Pflegeausbildung in Umfang, Struktur und Inhalten anzupassen.

Es ist eine ausreichende Zahl an Ausbildungsplätzen zur Verfügung zu stellen, die Trennung von Krankenpflege und Altenpflege im Sinne einer generalistischen Ausbildung zu beseitigen und die Curricula

in Hinblick auf Demenz, Palliativversorgung, Migration, Beratung und Begleitung etc. weiterzuentwickeln. Die entwickelten Expertenstandards müssen möglichst zügig Eingang in die Aus-, Fort- und Weiterbildung bekommen.

XIII. Organisation der Pflegeversicherung

Das Nebeneinander von Kranken- und Pflegeversicherung ist von zahlreichen Schnittstellenproblemen gekennzeichnet, etwa bei der Prävention, der Rehabilitation vor und bei der Pflege, der Behandlungspflege, der Hilfsmittelversorgung oder der Qualitätssicherung. Die im Rahmen des GKV-Wirtschaftlichkeitsstärkungsgesetzes (WSG) enthaltenen Regelungen beseitigen diese Schnittstellen nicht. Weitere Maßnahmen sind erforderlich. Die Einbeziehung der Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger wäre dazu ein erster Schritt.

Lassen sich die Schnittstellen auch auf diese Weise nicht beseitigen, müssen Kranken- und Pflegeversicherung zusammengelegt werden.

Grundvoraussetzung für eine Zusammenlegung ist, dass die Aufwendungen für die Pflege im Rahmen eines Risikostrukturausgleichs als tatsächlicher Finanzausgleich ausgeglichen werden. Hinzu kommt, dass der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich einschließlich der Pflegeleistungen sachgerecht ausgestaltet werden muss.

XIV. Finanzierung

Die Pflegeversicherung hat wie andere Sozialversicherungszweige auch ein Einnahmeproblem. Während sich die Ausgaben im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bewegen, bleiben die Einnahmen dahinter deutlich zurück. Ein Grund dafür liegt in der ausschließlich löhnzentrierten Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung. Zudem führt die Trennung zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung zu einer ungerechten Verteilung von Risiken.

Anders als oft behauptet resultieren die Überschüsse der privaten Pflegeversicherung nicht aus einer effizienteren Mittelverwendung, ausschlaggebend ist vielmehr die Versichertenstruktur: Privat Versicherte sind in der Regel gesünder und einkommensstärker als gesetzlich Versicherte. Sie zahlen höhere absolute Beiträge bei gleichzeitig niedrigeren Ausgaben pro Kopf als in der sozialen Pflegeversicherung.

Der Sozialverband VdK Deutschland spricht sich vor diesem Hintergrund für eine solidarische Versicherung der Gesamtbevölkerung aus.

Dies beinhaltet eine Ausweitung des Versichertenkreises und die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten im Rahmen eines Instrumentenmixes. Da diese Maßnahmen nur mit langen Übergangsfristen umsetzbar sind, ist sofort ein Risikostrukturausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung einzuführen. Ergänzend dazu sind versicherungsfremde Leistungen (etwa beitragsfreie Mitversicherung von Kindern) aus Steuermitteln zu finanzieren und die Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe in der Rentenversicherung anzuheben.

Ein Umstieg auf eine vollständig Kapital gedeckte Pflegeversicherung wäre völlig verfehlt. Den im Umlauf befindlichen verschiedenen Modellen gemeinsam ist, dass sie zu einer Doppelbelastung der heute aktiven Jahrgänge führen. Je nach Ausgestaltung des Übergangs wird den Jüngeren neben den laufenden Pflegeleistungen der Aufbau einer eigenen Altersrückstellung zugemutet bzw. den Älteren höhere Beitragslasten oder drastische Kürzungen ihrer Leistungsansprüche auferlegt.

Solch extrem hohe Umstiegskosten sind angesichts der Kumulation von Belastungen der Bürger in den letzten Jahren nicht zumutbar (Nullrunden und der Aufbau einer Kapital gedeckten Säule in der Rentenversicherung; Zuzahlungen, Praxisgebühren, Leistungsausgrenzungen in der Krankenversicherung, um nur einiges zu nennen). Zudem sind Kapitalrückstellungen über Jahrzehnte im Voraus nicht solide kalkulierbar und erheblichen Risiken des Kapitalmarkts ausgesetzt.

Auf Ablehnung trifft auch die Einführung einer Kopfpauschale zum Aufbau einer Teilkapitaldeckung in der Pflegeversicherung. Eine Kopfpauschale verlagert die Lasten einseitig auf Versicherte und belastet Bezieher niedriger Einkommen überproportional.

Die Erhebung einer Kopfpauschale führt zu einem erheblichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand, da ein völlig neues System mit individuellem Einzugsverfahren bei den Versicherten aufgebaut werden müsste. Geplant ist, dass die Kopfpauschale sukzessive steigen soll. Das würde jedoch letztlich den faktischen Ausstieg aus der solidarischen Finanzierung und die schleichende Privatisierung der Pflegeversicherung bedeuten.

Aus Sicht des Sozialverbands VdK Deutschland ist es äußerst fraglich, ob eine Demografiereserve tatsächlich erforderlich ist. Wenn sich die politisch Verantwortlichen zur Einführung einer solchen Reserve entschließen, muss diese im System erfolgen, kollektiv angelegt, solidarisch finanziert und deren Zweckbestimmung grundgesetzlich geschützt sein.

Seit Einführung der Pflegeversicherung ist der Beitragssatz nicht angehoben worden und liegt konstant bei 1,7 Prozent (beziehungsweise 1,95 Prozent für kinderlose Personen). Bislang werden die Arbeitgeber an der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung nicht beteiligt, denn sie wurden bei der Einführung durch die Streichung eines Feiertages kompensiert.

Dafür tragen die Rentnerinnen und Rentner (voller Beitragssatz), die Arbeitnehmerinnen und Arbeit-

nehmer (häufiger Beitragssatz und Mehrarbeit) sowie die Steuerzahler (Sozialhilfe) die Hauptlast der Finanzierung. Darüber hinaus werden pflegebedürftige Menschen aufgrund des Teilkaskocharakters durch Eigenleistungen erheblich an der Finanzierung beteiligt.

Im Sinne einer faireren Lastenverteilung müssen die Arbeitgeber stärker Verantwortung für die Finanzierung der Pflegeversicherung übernehmen. Eine moderate Erhöhung des Beitragssatzes unter gleicher Beteiligung der Arbeitgeber darf jedenfalls kein Tabu sein.

Auch Überlegungen, die Rentner alleine mit einem einseitigen Beitragsaufschlag zusätzlich zu belasten, werden abgelehnt. Die Rentnerinnen und Rentner beteiligen sich bereits heute deutlich stärker an der Finanzierung, da sie mit dem vollen Beitragssatz belastet werden, obwohl ihre Einkommensentwicklung deutlich hinter der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung zurückbleiben wird.

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND

Solidarität macht stark!

Sozialverband VdK Nord
 Nikolausstraße 11
 26135 Oldenburg
 Telefon 04 41 / 2 10 29-0
 Telefax 04 41 / 2 10 29-10
 nord@vdk.de
 www.vdk.de/nord

Sozialverband VdK Hamburg
 Hammebrookstraße 83
 20097 Hamburg
 Telefon 0 40 / 40 10 48-0
 Telefax 0 40 / 40 10 48-30
 hamburg@vdk.de
 www.vdk.de/hamburg

Sozialverband VdK Mecklenburg-Vorpommern
 Wisemannsche Straße 32b
 19055 Schwabtin
 Telefon 03 85 / 5 93 78-0
 Telefax 03 85 / 5 93 78-10
 mecklenburg-vorpommern@vdk.de
 www.vdk.de/mecklenburg-vorpommern

**Sozialverband VdK
 Niedersachsen-Bremen**
 Nikolausstraße 11
 26135 Oldenburg
 Telefon 04 41 / 2 10 29-0
 Telefax 04 41 / 2 10 29-10
 niedersachsen-bremen@vdk.de
 www.vdk.de/niedersachsen-bremen

**Sozialverband VdK
 Nordrhein-Westfalen**
 Fürstenwall 137
 40217 Düsseldorf
 Telefon 02 11 / 3 84 12-0
 Telefax 02 11 / 3 84 12-66
 nordrhein-westfalen@vdk.de
 www.vdk.de/nordrhein-westfalen

**Sozialverband VdK
 Hessen-Thüringen**
 Eisenmerstraße 10
 60322 Frankfurt am Main
 Telefon 0 69 / 71 40 02-0
 Telefax 0 69 / 71 40 02-22
 hessen-thueringen@vdk.de
 www.vdk.de/hessen-thueringen

**Sozialverband VdK
 Rheinland-Pfalz**
 Kaiserstraße 62
 55116 Mainz
 Telefon 0 61 31 / 5 64 70-0
 Telefax 0 61 31 / 5 64 70-99
 rheinland-pfalz@vdk.de
 www.vdk.de/rheinland-pfalz

**Sozialverband VdK
 Saarland**
 Neugäßstraße 11
 66117 Saarbrücken
 Telefon 06 81 / 5 84 50-0
 Telefax 06 81 / 5 84 59-50
 saarland@vdk.de
 www.vdk.de/saarland

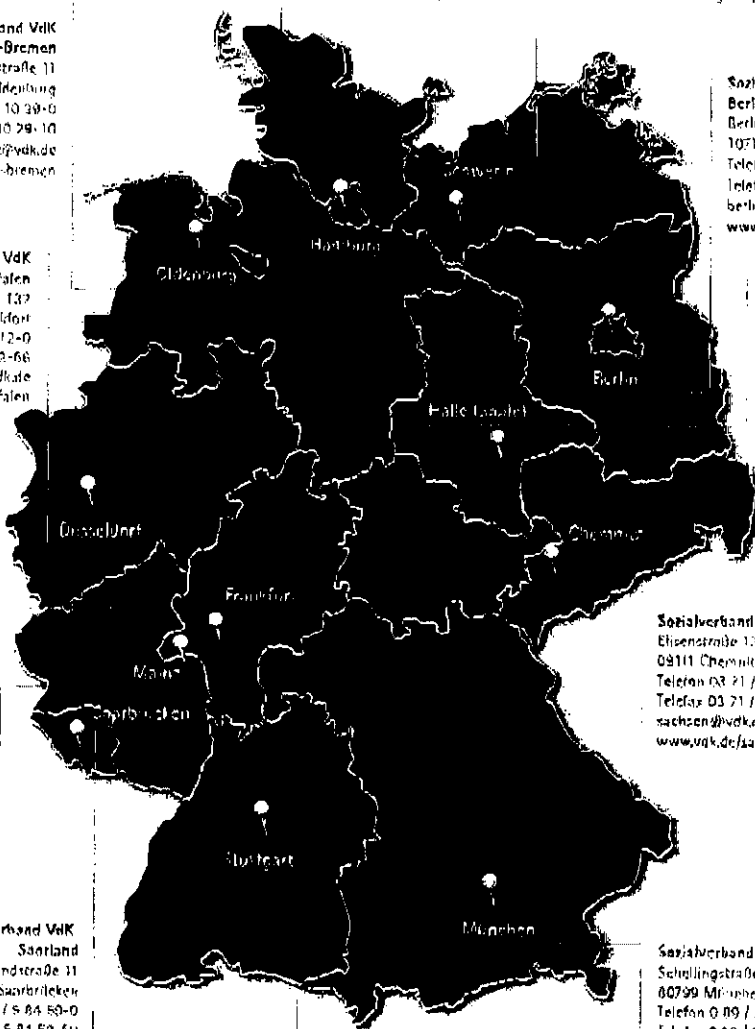
**Sozialverband VdK
 Baden-Württemberg**
 Johannesstraße 22
 70176 Stuttgart
 Telefon 07 11 / 8 19 36-0
 Telefax 07 11 / 8 19 36-37
 baden-wuerttemberg@vdk.de
 www.vdk.de/baden-wuerttemberg

Sozialverband VdK Bayern
 Schellingstraße 29-31
 80799 München
 Telefon 0 89 / 21 17-0
 Telefax 0 89 / 21 17-250 + 259
 bayern@vdk.de
 www.vdk.de/bayern.de

**Sozialverband VdK
 Berlin-Brandenburg**
 Berliner Straße 46-11
 10715 Berlin
 Telefon 0 30 / 90 49 10-0
 Telefax 0 30 / 90 49 10-20
 berlin-brandenburg@vdk.de
 www.vdk.de/berlin-brandenburg

**Sozialverband VdK
 Sachsen-Anhalt**
 Schillerstraße 1
 06114 Halle
 Telefon 03 45 / 2 02 49 17
 Telefax 03 45 / 2 02 25 64
 sachsen-anhalt@vdk.de
 www.vdk.de/sachsen-anhalt

Sozialverband VdK Sachsen
 Eisenstraße 12
 09111 Chemnitz
 Telefon 03 71 / 31 40-0
 Telefax 03 71 / 31 40-33
 sachsen@vdk.de
 www.vdk.de/sachsen



www.vdk.de