

## Bundesverband

SoVD, Bundesverband · Stralauer Str. 63 · 10179 Berlin



### Abteilung Sozialpolitik

Stralauer Straße 63 / Rolandufer

10179 Berlin

Tel. 030 / 72 62 22-0

Fax 030 / 72 62 22-328

E-Mail: [gabriele.hesseken@sovd.de](mailto:gabriele.hesseken@sovd.de)

Rückfragen: Sekretariat -125

## STELLUNGNAHME DES SOZIALVERBAND DEUTSCHLAND (SoVD)

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung

zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

„Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PfwG“

### I. Gesamtbewertung

Die Reform der Pflegeversicherung ist eine der wichtigsten sozialpolitischen Aufgaben für die Zukunft. Die Erfahrungen der vergangenen zwölf Jahre zeigen, dass das bestehende Pflegeversicherungssystem zu stark auf institutionelle Betreuung und Pflege abzielt, dass die häusliche Pflege, die überwiegend geleistet wird, nicht in dem Umfang gefördert wird, die ihrer Bedeutung zukommen muss und dass die Bedürfnisse und Interessen pflegebedürftiger Menschen an einer würdevollen, teilhabeorientierten Pflege nicht ausreichend berücksichtigt werden. Nach wie vor werden bestehende Regelungen des SGB XI von den verantwortlichen Kostenträgern und Leistungserbringern nicht oder nur unzureichend umgesetzt.

Der Entwurf des PfwG versucht, einige bestehende Defizite des Pflegeversicherungssystems auszugleichen. Der SoVD begrüßt neben der Anhebung und Dynamisierung von Pflegesachleistungen und Pflegegeld insbesondere die Absicht, die häusliche Pflege zu stärken, alternative Wohn- und Betreuungsgruppen zu fördern, Beratung und Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen zu verbessern und die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen zu sichern. Der SoVD begrüßt vor allem die geplante Einführung einer Pflegezeit und eines Pflegeurlaubs.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausgestaltung der Regelungen kann jedoch im Einzelnen nicht befriedigen. So werden im *Arbeitskreis bei der Bundesbeauftragten für die Belange behinderter Menschen entwickelten Vorschläge für eine teilhabeori-*



*enterte Pflege* hin zu einer Annäherung von SGB IX und SGB XI nicht mit in die Reformabsichten einbezogen. Zu bedauern ist, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht Teil der Reform sein wird. Die Ergebnisse des Runden Tisches Pflege, insbesondere die *Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen*, werden wenig bzw. gar nicht berücksichtigt. Damit ist im Entwurf ein Vorrang für eine menschenwürdige und qualitätsgesicherte Pflege nicht sichtbar.

Zudem weist der SoVD darauf hin, dass einige der geplanten Neuregelungen bereits heute zumindest inhaltlich Teil des Pflegeversicherungsgesetzes sind. Hier besteht weniger ein Regelungs- als ein Umsetzungsdefizit. Deshalb ist zu bezweifeln, dass die mit dem Entwurf verfolgten Ziele, wie Stärkung des Grundsatzes "ambulant vor stationär", Unterstützung der Rehabilitations- und Präventionsanstrengungen sowie individuelle, bedarfsorientierte Pflege, im notwendigen Umfang erreicht werden.

## **II. Zu den Regelungen im Einzelnen**

### **1. Stärkung der ambulanten Versorgung nach persönlichem Bedarf**

#### *Integrierte wohnortnahe Versorgung und Pflegestützpunkte*

Eine integrierte wohnortnahe Versorgung und Pflegestützpunkte sollen die Angebote für pflegebedürftige Menschen besser aufeinander abstimmen und vernetzen. Der Grundsatz der integrierten Versorgung und Betreuung ist begrüßenswert und im Interesse einer individuellen und bedarfsgerechten Pflege dringend notwendig.

Der SoVD bezweifelt indessen, dass die verantwortlichen Träger – Kranken- und Pflegekassen, Kommunen und Leistungserbringer – sich auf diese integrierte Versorgung verständigen können. Eine solche wäre auch unter der gegebenen Rechtslage durchaus möglich und im Interesse der pflegebedürftigen Menschen gewesen, bisher ist hier jedoch wenig geschehen. Zudem ist die Finanzierung dieser Pflegestützpunkte ungeklärt; die Anschubfinanzierung erscheint unzureichend; eine Verpflichtung der Kommunen durch den Bundesgesetzgeber zur Kofinanzierung ist aufgrund des föderalen Systems nicht möglich. Hier besteht Nachbesserungsbedarf, um die beabsichtigten Ziele auch tatsächlich zu erreichen.

#### *Pflegeberatung*

Der SoVD hält es grundlegend für problematisch, die Pflegeberatung bei den Pflegestützpunkten anzusiedeln, da diese letztlich von den Kostenträgern (insbesondere den Pflegekassen) finanziert werden.

Zunächst möchte der SoVD darauf hinweisen, dass bereits unter der gegenwärtigen Rechtslage die Pflegekassen nach § 7 SGB XI verpflichtet sind, Menschen mit Pflegebedarf aufzuklären, zu unterstützen, zu unterrichten, zu beraten und auf gesund-

heitsfördernde Maßnahmen hinzuwirken. Sie können diese Beratungsaufgaben auch unter finanzieller Beteiligung an andere Träger delegieren (§ 7 Abs. 4 SGB XI). Die Pflegekassen sind überdies an den Gemeinsamen Servicestellen nach § 22 Abs. 1 S. 4 SGB IX an der Beratung und Unterstützung pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen zu beteiligen.

Nach Ansicht des SoVD haben damit die Pflegekassen bereits derzeit die Verpflichtung, eine qualifizierte und individuelle Fallberatung anzubieten. Allerdings findet diese in der Praxis wenig, unzureichend oder gar nicht statt. Mit der Übertragung der Pflegeberatung auf die Pflegestützpunkte und damit auf die Pflegekassen entsprechend des Gesetzentwurfs werden existierende Regelungen wiederholt, ohne dass die Ausräumung des bestehenden Umsetzungsdefizits erkennbar ist.

Notwendig und den Interessen und Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen geschuldet ist eine unabhängige Beratung, die nicht durch die Interessen eines Kostenträgers beeinflussbar ist. Dies gilt umso mehr, als zu den Aufgaben eines Fallmanagements auch die wirksame und effektive Überwachung der Leistungserbringer gehört, die nicht von finanziellen Erwägungen geprägt wird.

#### *Förderung betreuter Wohnformen/Wohngemeinschaften / Einzelpflegekräfte*

Der SoVD begrüßt, dass neue Wohnformen und Wohngemeinschaften gefördert werden sollen. Hierzu befürworten wir ausdrücklich die neuen Möglichkeiten pflegebedürftiger Menschen, die nicht in einer stationären Einrichtung leben, gemeinsam Sachleistungen in Anspruch nehmen zu können. Dies ermöglicht den Betroffenen einen flexiblen Umgang mit den Leistungen der Pflegeversicherung. Unabhängig davon, wo die pflegebedürftigen Menschen wohnen, können sie die Pflegesachleistungen erhalten. Damit können die Betroffenen und ihre Angehörigen freier als bisher entscheiden, wo und wie die Pflege und Betreuung organisiert wird. Mit der vorgesehenen Regelung wird die häusliche Pflege gestärkt und den Interessen der Betroffenen Rechnung getragen.

Auch die vorgesehene Versorgung durch Einzelpflegekräfte zur individuellen und bedarfsgerechten Betreuung und Pflege begrüßen wir. Auf diese Weise kann die häusliche Pflege gestärkt und besser auf die Wünsche pflegebedürftiger Menschen eingegangen werden.

## **2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen**

Der SoVD begrüßt grundsätzlich die Anhebung der Sachleistungsbeträge und des Pflegegeldes, stellt allerdings fest, dass angesichts der seit 12 Jahren unveränderten Leistungshöhe diese Anhebung unzureichend ist. Sie kompensiert die mangelnde Dynamisierung und die Preisentwicklung der vergangenen Jahre nur in geringem Maße. Daher muss die Dynamisierung der Leistungen bereits ab dem Jahr 2012 erfolgen. Die Höhe der Pflegeleistungen muss ab dem Jahr 2012 jährlich an die all-

gemeine Preisentwicklung angepasst werden und nicht, wie vorgesehen, in einem Drei-Jahres-Rhythmus.

Der SoVD macht auch darauf aufmerksam, dass das Pflegegeld prozentual im Vergleich zu den ambulanten und stationären Leistungssätzen am geringsten steigt. Das ist für die beabsichtigte Stärkung der häuslichen Pflege kontraproduktiv und bietet keine Anreize, Pflege zu Hause zu leisten und zu organisieren.

Der SoVD begrüßt die Anhebung des zusätzlichen Leistungsbetrages für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, insbesondere auch, dass zukünftig Menschen mit erfasst werden, bei denen noch kein erheblicher Pflegebedarf festgestellt wurde (sog. Pflegestufe 0). Indessen zeigt die Erfahrung mit dem § 45b SGB XI, der die zusätzlichen Betreuungsleistungen bisher regelt, dass diese Leistungen kaum oder nicht in dem erwarteten bzw. erwartbaren Umfang abgerufen werden. Ursache hierfür sind die engen Voraussetzungen der Leistungsgewährung, insbesondere der Umstand, dass nur bestimmte, festgelegte Leistungen in Anspruch genommen werden können und die Leistung nur im Wege der Kostenerstattung erbracht wird.

Der SoVD hält es deshalb für dringend notwendig und auch im Interesse der Menschen mit Pflegebedarf und ihrer Angehörigen für geboten, die Zusatzleistung als Geldleistung zur Verfügung zu stellen. Das fördert Selbstbestimmung und Teilhabe der Pflegebedürftigen und ermöglicht ihnen, flexibel hinsichtlich Art und Anbieter die notwendige Zusatzleistung einzukaufen. Die Zweckbindung der Leistung für Betreuung und Pflege muss durch die Pflegekassen sichergestellt werden.

Der Ausbau der Tagespflege, die Förderung von niedrighschwelligem Betreuungsangeboten und die bessere Finanzierung von Modellvorhaben werden vom SoVD als Schritt in die richtige Richtung befürwortet.

### **3. Einführung einer Pflegezeit**

Der SoVD begrüßt die beabsichtigte Einführung einer Pflegezeit als wichtigen Beitrag zur Stärkung der häuslichen Pflege und einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit. Es besteht keine Veranlassung, kleinere Betriebe von der Regelung auszunehmen. Schließlich gilt auch für die Inanspruchnahme von Elternzeit keine Beschränkung hinsichtlich der Betriebsgröße. Auch in Kleinbetrieben ist es möglich, für einen überschaubaren Zeitraum eine Vertretung befristet einzustellen. Pflege ist gesellschaftlich ebenso notwendig wie Kinderbetreuung; dies sollte in der Regelung berücksichtigt werden.

Der SoVD begrüßt weiterhin, dass die notwendige soziale Absicherung der Pflegenden, die eine Pflegezeit in Anspruch nehmen, berücksichtigt wurde. Insbesondere sind die Vorschläge zur Absicherung in der Kranken- und Arbeitslosenversicherung in jeder Hinsicht zu unterstützen. Hinsichtlich der Absicherung in der Renten-

versicherung möchte der SoVD darauf hinweisen, dass diese gemäß § 44 SGB XI nur dann besteht, wenn der Pflegebedürftige in eine Pflegestufe nach den §§ 14, 15 SGB XI eingestuft wurde. Personen, die Sterbebegleitung leisten oder jemanden pflegen, der absehbar weniger als sechs Monate pflegebedürftig ist (§ 14 Abs. 1 SGB XI) oder die aufgrund ihrer körperlichen (Rest)Fähigkeiten die Voraussetzungen für eine Pflegestufe (noch) nicht erfüllen, werden nicht erfasst. Diese Pflegenden haben keine Absicherung in der Rentenversicherung. Hier besteht nach Ansicht des SoVD noch Nachbesserungsbedarf. Auch sollte die Höhe der rentenversicherungsrechtlichen Absicherung der festgelegten Höhe für Kindererziehungszeiten entsprechen.

Ausdrücklich befürwortet der SoVD die kurzfristige Freistellung von bis zu 10 Tagen. Dieser sog. Pflegeurlaub ist eine große Erleichterung für Angehörige, wenn ein Pflegefall in der Familie eintritt. Um die Pflegenden finanziell abzusichern, halten wir es für geboten, einen Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld, wie es ursprünglich im Referentenentwurf vorgesehen war, zu gewähren.

Für die Möglichkeit, die Pflegezeit bzw. den Pflegeurlaub in Anspruch nehmen zu können, setzt der Gesetzentwurf voraus, dass die Voraussetzungen der §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen bzw. voraussichtlich erfüllt werden. Diesbezüglich halten wir eine Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises für erforderlich: Sterbebegleitung bei schwerer und plötzlicher Krankheit oder nach einem Unfall wird nach dem Gesetzentwurf in der vorliegenden Fassung nicht erfasst, wenn der zu Pflegenden nicht voraussichtlich mindestens sechs Monate betreut werden muss. Hier besteht eine Regelungslücke, die der Intention des Gesetzentwurfs widerspricht.

#### **4. Bessere Ausgestaltung der Prävention und Rehabilitation in der Pflege**

Der SoVD weist darauf hin, dass aktivierende Pflege, Prävention und Rehabilitation bereits heute Gegenstand des Pflegeversicherungsgesetzes sind. Aktivierende Pflege ist ein immanentes Prinzip jeder qualitätsorientierten und menschenwürdigen Pflege. Der Vorrang von Rehabilitation und Prävention ist in den §§ 5, 31 f. SGB XI geregelt.

Der Gesetzentwurf greift insofern mit seinem Ziel, Prävention, Rehabilitation und aktivierende Pflege in stationären Einrichtungen zu stärken, eine längst bestehende Verpflichtung der Einrichtungsträger auf, pflegebedürftige Menschen aktivieren zu pflegen. Tatsächlich zeigen die Erfahrungen der vergangenen Jahre, dass diese Aspekte in den Pflegeeinrichtungen viel zu kurz kommen und es hier ein erhebliches Umsetzungsdefizit gibt.

Es ist nach Ansicht des SoVD zu bedauern, dass zusätzliche finanzielle Anreize geschaffen werden müssen, damit die Einrichtungsträger ihren Verpflichtungen auch

faktisch nachkommen. Eine angemessene pflegerische Versorgung beinhaltet zwingend die Durchführung aktivierender Pflege. Auch für eine pflegerische Versorgung, die das Wiedererwerben bzw. die Erhaltung der Alltagskompetenzen zum hat, erhalten die Einrichtungsträger bereits eine angemessene Vergütung. Es ist schwer nachzuvollziehen, warum das Erbringen einer bereits vergüteten Leistung nochmals finanziell belohnt werden soll. Mit einer solchen Maßnahme werden gesetzlich vorgeschriebene Leistungen doppelt vergütet. Gleichwohl verkennt der SoVD nicht, dass die vorgesehene Zahlung des Betrags von 1.536,- Euro einen finanziellen Anreiz in der Praxis darstellen kann, den Verpflichtungen nachzukommen. Wir halten es für erforderlich, die Auswirkungen der vorgesehenen Leistungsausweitung auf die pflegerische Praxis zu überprüfen. Sollte der finanzielle Anreiz die Einrichtungsträger nicht dazu motivieren können, ihren gesetzlichen Auftrag ernst zu nehmen, müssten Leistungskürzungen erwogen werden.

Bezüglich der geplanten „Strafzahlung“ der Kranken- an die Pflegekassen bezweifelt der SoVD, dass dies ein geeignetes Mittel ist, um die Krankenkassen zur Einhaltung ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Rehabilitation vor und bei Pflege zu bewegen. Vorgesehen ist eine Zahlung von 1.536,- Euro, wenn die Kassen „notwendige“ Rehabilitationsmaßnahmen nicht innerhalb von sechs Monaten erbracht haben. Die Höhe des Betrags ist viel zu gering, um einen wirksamen Anreiz zu geben. IM Zweifel wird die Zahlung von 1.536,- Euro günstiger sein als die Finanzierung einer vollständigen Rehabilitationsmaßnahme.

## **5. Ausbau der Qualitätssicherung**

Wir begrüßen es außerordentlich, dass sich der Gesetzentwurf der Qualitätssicherung annimmt. Der zweite Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung (MDS) zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege hat eindeutig belegt, dass „die Pflege nach wie vor ein Qualitätsproblem hat, aus dem sich ein erheblicher Optimierungsbedarf in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen ergibt“.

Vielfältige Anstrengungen sind erforderlich, um eine würdevolle und qualitätsorientierte Pflege zu gewährleisten. Umso wichtiger ist es, dass nun mit dem Gesetzentwurf die Strukturen für Qualitätssicherung und die Definition von Qualitätsmaßstäben geschaffen werden sollen. Der im Gesetzentwurf vorgesehene Weg zur Entwicklung von allgemein gültigen Qualitätsmaßstäben durch vertragliche Vereinbarung der Leistungsträger und Leistungserbringer erscheint uns aber in mehrfacher Hinsicht nicht Ziel führend:

Zu einen stellt sich die Frage, ob Pflegequalitätselemente und –merkmale überhaupt im Rahmen von *Verträgen* definiert werden können. Schließlich setzt die Verhandlung von Verträgen voraus, dass es überhaupt verhandlungsfähige Inhalte gibt.

Qualitätsmaßstäbe hingegen sind nicht verhandlungsfähig, sondern sie können nur Ergebnis pflegewissenschaftlicher Erkenntnis sein.

Des Weiteren befremdet es sehr, dass nach der vorgesehenen Regelung die Maßstäbe für Qualität in der Pflege ausgerechnet von den Leistungsträgern und den Leistungserbringern definiert werden sollen. Diese Parteien werden bei der Entwicklung der Maßstäbe naturgemäß ihre spezifischen institutionellen Interessen einbringen. Das Interesse der pflegebedürftigen Menschen an einer würdevollen Pflege, die die in der Charta der Rechte pflegebedürftiger Menschen festgeschriebenen Grundsätze garantiert, wird dann allenfalls marginal berücksichtigt. Nach Ansicht des SoVD muss unbedingt gewährleistet sein, dass der allgemeine pflegewissenschaftliche Erkenntnisstand alleinige Grundlage der Maßstäbe für die Qualität in der Pflege sein wird. Wir plädieren daher für eine gesetzliche Definition in Anlehnung an § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V.

Nicht nur die Festlegung der Qualitätsmaßstäbe und der Kriterien einer würdevollen Pflege muss unabhängig und nach dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen, auch die Entwicklung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege erfordert die Gewährleistung fachlicher Unabhängigkeit der Forschung. Träger- und einrichtungsspezifische Interessen sollten bei der Entwicklung der Standards keine Berücksichtigung finden.

Desgleichen ist bei den Prüfungen der Einrichtungen die Unabhängigkeit der Prüfinstanz entscheidende Voraussetzung für die Verlässlichkeit der gewonnenen Informationen zur Versorgungsqualität. Aus diesem Grunde dürfen – wie jedoch im Gesetzentwurf vorgesehen – die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) keinesfalls mit den Prüfungen von Prüfinstitutionen, die die Einrichtungen selbst beauftragt haben, gleichgestellt werden. Der SoVD hält es für außerordentlich bedenklich, dass sich der Zeitraum bis zur nächsten Regelprüfung des MDK verlängern soll, wenn die Einrichtung nachweisen kann, dass sie sich einer derartigen „hauseigenen“ Prüfung unterzogen hat.

Darüber hinaus halten wir den vorgesehenen Prüfzeitraum von drei Jahren für zu lang. Die Ergebnisse des zweiten Prüfberichts des MDS haben belegt, dass in vielen Einrichtungen keine qualitätsgesicherte Pflege stattfindet. Zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner sollten daher die Prüfungen im Jahresrhythmus stattfinden. Für objektiv richtige Prüfergebnisse sind unangemeldete Prüfungen notwendig.

## **6. Qualitätsverbesserung durch die Berücksichtigung geschlechtsspezifisch unterschiedlicher Bedarfe**

*Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Bedarfe bei allen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung*

Der SoVD unterstützt ausdrücklich die Forderung des Bundesrats in seiner Stellungnahme zum PfWG (BR-Drs. 718/07), § 1 Abs. 4 SGB XI dahingehend zu ergänzen, dass die soziale Pflegeversicherung geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen zu berücksichtigen hat.

Der Vorschlag des Bundesrats beruht auf einem einstimmigen Beschluss der 17. Konferenz der Gleichstellungs- und Frauenminister/-innen und Senator/-innen (GMFK). Die 17. GMFK nahm Bezug auf die Entschließung des Bundestags vom 01.02.2007, in dem die Bundesregierung unter anderem aufgefordert wird, auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung auf eine die Unterschiede der Geschlechter sowie unterschiedliche Lebenslagen und das Alter berücksichtigende medizinische Versorgung hinzuwirken.

Diese Aufforderung des Bundestages muss auch im Bereich der Pflegeversicherung berücksichtigt und gesetzlich verankert werden. Eine falsche medizinische Versorgung, die geschlechtsspezifische Ursachen von Krankheiten oder geschlechtsspezifische Nebenwirkungen von Medikamenten außer acht lässt, kann unmittelbar zu einem erhöhten Pflegebedarf führen. Andererseits gibt es keine Lebenssituation, in der Frauen und Männer gleichermaßen intensive Eingriffe in ihren Persönlichkeits- und Intimbereich hinnehmen müssen, wie die der Pflegebedürftigkeit. Bei allen Bemühungen, die Pflegenden unternehmen, um die Würde pflegebedürftiger Männer und Frauen zu wahren, kann nicht bestritten werden, dass die Selbstbestimmung und Würde pflegebedürftiger Menschen im Pflegealltag häufig zu kurz kommt.

Es ist daher aus Sicht des SoVD unverzichtbar, dass sich die Qualität einer Pflegeleistung auch daran misst, ob auf die spezifischen Bedürfnisse und Wünsche von Frauen oder Männern Rücksicht genommen wird. Hierzu gehören die Auseinandersetzung mit den Lebenserfahrungen und der Kultur pflegebedürftiger Menschen und die entsprechende Sensibilität bei der Ausführung der Pflege.

#### *Anspruch auf eine Pflegekraft des eigenen Geschlechts*

In diesem Zusammenhang begrüßt der SoVD die im Gesetz formulierte Absicht, pflegebedürftigen Frauen und Männern ein Recht auf gleichgeschlechtliche Pflege zu gewähren. Dieser konkrete Rechtsanspruch ist dringend notwendig, damit entsprechende Wünsche pflegebedürftiger Frauen und Männer nicht mehr ignoriert werden.

Allerdings ist es für Frauen und Männer, die den Wunsch haben, nur von einer Pflegekraft ihres Geschlechts gepflegt zu werden nicht hinnehmbar, dass eine Einrichtung praktisch auf organisatorische Schwierigkeiten verweisen kann. Dies gilt insbesondere für Frauen und Männer, die einmal Opfer sexualisierter Gewalt gewesen sind. Die Verweigerung einer Pflege durch eine Person des eigenen Geschlechts ist in Hinblick auf die von Pflege betroffenen Lebensbereiche, ihre Kontinuität, Häufig-



keit, Dauer und Intensität nicht mit dem in § 2 Abs. 1 SGB XI verankerten Ziel einer würdevollen und die Selbstbestimmung achtenden Pflege zu vereinbaren.

Aus diesem Grund ist der Rechtsanspruch in § 2 Abs. 2 PflWG wie folgt auszuformulieren: „Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege haben Berücksichtigung zu finden.“

### **7. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements**

Der SoVD begrüßt die bessere Einbindung bürgerschaftlich Engagierter in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene. Ehrenamtlich Tätige können jedoch immer nur zusätzliche Beiträge leisten. Sie dürfen keineswegs als Lückenbüsser für mangelndes Fachpersonal dienen. Im Übrigen ist darauf hinzuwirken, dass die ehrenamtlichen Tätigkeiten sowohl von Männern als auch von Frauen durchgeführt werden.

### **8. Abbau von Schnittstellenproblemen**

Der SoVD hält es für dringend notwendig, Schnittstellenprobleme zwischen Pflege- und Krankenversicherung zu beseitigen. Eine richtige und wichtige Entscheidung im Koalitionsbeschluss für die fach- und heimärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen ist dabei, dass diese Pflegeeinrichtungen mit niedergelassenen Ärzten kooperieren bzw. eigene Heimärzte einstellen können.

Ebenso notwendig ist das Versorgungsmanagement, das den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation und Pflege sicherstellt. Es bedarf hier eines engen Zusammenwirkens zwischen den unterschiedlichen Leistungsträgern und dem MDK, um gegebenenfalls auf drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit zügig zu reagieren und die notwendigen Maßnahmen möglichst noch im Krankenhaus festzulegen.

### **9. Förderung der Wirtschaftlichkeit und Entbürokratisierung**

Der SoVD möchte darauf aufmerksam machen, dass angeblich bürokratische Vorschriften häufig Schutzvorschriften sind, die der Stellung und der besonderen Situation des pflegebedürftigen Menschen Rechnung tragen. Auf diese kann und darf nicht verzichtet werden. Das gilt insbesondere für die Pflegedokumentation, die pflegerisches Handeln transparent und überprüfbar macht. Im Übrigen zeigt sich in der Praxis, dass Bürokratie häufig durch mangelnde Effizienz sowie durch mangelndes Verständnis und eine mangelnde Umsetzung von bestehenden Regelungen entsteht. Hier muss zunächst durch einheitliche Verfahren und ausreichende Aus- und Weiterbildung der Pflege(fach)kräfte reagiert werden.

Hinsichtlich der Personalschlüssel weist der SoVD darauf hin, dass diese auch unter der derzeit geltenden Rechtslage eigentlich existieren müssten. Nach § 75 Abs. 3 SGB XI müssen landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten bzw. landesweite Personalrichtwerte unter Berücksichtigung des Pflege- und Betreuungsaufwandes festgelegt werden, um den notwendigen Personalschlüssel zu bestimmen. Dieser ist dann Gegenstand der Rahmenverträge (§ 75 Abs. 1 SGB XI) und der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 80a SGB XI). Bisher gibt es allerdings in kaum einem Bundesland derartige Verfahren zur Personalbestimmung. Es ist daher notwendig, funktionierende und durchsetzbare Personalbemessungsverfahren einzuführen, um den Personalbedarf für eine qualitativ hochwertige Pflege festzustellen. Dazu müssen diejenigen, die sich bisher nicht auf solche Verfahren einigen konnten, stärker verpflichtet werden.

Bis diese Personalbemessungsverfahren eingeführt werden, besteht der SoVD auf der Beibehaltung der Mindestfachkraftquote nach der Heimpersonalverordnung.

### **10. Änderung des § 294 SGB VI**

Mit der im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderung werden Ärzte und Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen zu melden, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ihre Patienten sich eine Krankheit

- vorsätzlich
- oder bei einem von ihm begangenen Verbrechen
- oder bei einem vorsätzlichen Vergehen
- oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation
- oder durch eine Tätowierung
- oder durch ein Piercing

zugezogen haben.

Die Meldung an die Krankenkasse ist die Grundlage dafür, dass die Patienten einen Teil der Kosten für die Folgebehandlung selbst bezahlen müssen, § 52 SGB V. Unabhängig davon, dass der SoVD diese mit der Gesundheitsreform 2007 neu eingeführte Kostenbeteiligung bei „selbst verschuldeten Krankheiten“ kritisiert, sind wir über den in § 294 a SGB V n. F. formulierten Grundrechtseingriff entsetzt. Mediziner werden damit verpflichtet, auf eigene Initiative hin die Krankheitsgründe ihrer Patienten zu offenbaren. Damit wird die ärztliche Schweigepflicht vollständig in Frage gestellt.

Die Schweigepflicht dient unmittelbar dem Schutz des persönlichen Lebens- und Geheimnisbereichs des Patienten, der sich dem Arzt anvertraut. Die ärztliche Schweigepflicht schützt das informationelle Selbstbestimmungsrecht als Ausprägung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts, welches vom Bundesverfassungsgericht als Grundrecht anerkannt wurde. Der SoVD warnt davor, allein aus fiskalischen

Erwägungen in den Schutzbereich eines derart hohen Rechts einzugreifen. Berücksichtigt man die voraussichtlich geringen Einsparungen, die die Krankenkassen mit der konsequenten Umsetzung des § 52 SGB V erzielen können, so ist der vorgesehene schwere Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht nicht zu rechtfertigen.

Auch aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten halten wir die Meldepflicht für äußerst gefährlich. Ärzte sollen künftig eine Einschätzung dazu treffen, ob ein Verbrechen oder ein Vergehen vorsätzlich begangen wurde und dies den Krankenkassen melden. – Und das bereits zu einem Zeitpunkt, bevor irgendeine Strafverfolgungsbehörde von dem Geschehen Kenntnis erlangt hat. Nach dem in Art. 20 GG formulierten Rechtsstaatsprinzip haben Beschuldigte zunächst einmal Anspruch auf einen gesetzlichen Richter. Im Strafverfahren gelten sie bis zum rechtskräftigen Beweis des Gegenteils als unschuldig. Dieses Prinzip soll nun durch § 294 a SGB V n.F. ausgehebelt werden.

Der SoVD warnt vor der Realisierung der vorgesehenen Meldepflicht, mit der Ärzte zu einem Handeln verpflichtet werden, welches nicht Gegenstand ihrer ärztlichen Tätigkeit ist.

## **11. Stärkung der Eigenvorsorge**

Gegen die Möglichkeit, private Pflegezusatzversicherungen abzuschließen und die Einführung der Portabilität der Altersrückstellungen in der privaten Pflegeversicherung spricht nach Ansicht des SoVD nichts, sofern diese privaten Pflegezusatzversicherungen nicht zu Leistungskürzungen im bisherigen Leistungskatalog der Pflegeversicherung führen.

## **12. Finanzierung**

Der SoVD bedauert, dass sich die Koalition nicht auf eine nachhaltige langfristig sichere Finanzierung der Pflegeversicherung einigen konnte. Die Beitragserhöhung um 0,25% birgt eine relativ kurze finanzielle Sicherheit für bestehende Leistungen und einige Leistungsverbesserungen. Sie ist insoweit aus der Sicht des SoVD nicht zu beanstanden. Dennoch müssen die Einsparpotenziale, die Prävention und Rehabilitation bieten, künftig in vollem Umfang genutzt werden, um finanzielle Spielräume zu schaffen.

Zwingender Bestandteil einer Pflegereform muss ein Finanzausgleich zwischen privater Pflegeversicherung und sozialer Pflegeversicherung sein, der den unterschiedlichen Risikostrukturen Rechnung trägt.

### III. Schlussbemerkung

Der Gesetzentwurf kann in Teilen als positiv bewertet werden. Insbesondere die Absicht, Versorgungsqualität zu verbessern und bedarfsgerechtere Versorgungsformen zu entwickeln und zu fördern, begrüßen wir. Leider ist die konkrete gesetzliche Ausgestaltung nach Einschätzung des SoVD oftmals nicht geeignet, die damit verfolgten Ziele zu erreichen. Das PfwG ist aus Sicht des SoVD ein Kompromiss, der nicht durchgängig die Interessen der Menschen mit Pflegebedarf in den Vordergrund stellt, sondern in starkem Maße die Interessen der Leistungserbringer berücksichtigt.

Der SoVD hat in seinen *Positionen für eine würdevolle Pflege* deutlich gemacht, dass neben der Sicherstellung einer würdevollen, bedarfsgerechten und teilhabeorientierten Pflege die ausdrückliche Stärkung der häuslichen Pflege, die tatsächliche Berücksichtigung von Rehabilitation und aktivierender Pflege sowie eine finanzielle Sicherung durch eine Bürgerversicherung notwendige Elemente für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung sind.

DER BUNDESVORSTAND

Abteilung Sozialpolitik

Berlin, 2. Januar 2008