

Stellungnahme
des Sozialverbandes VdK Deutschland
zum Entwurf eines Gesetzes zur
strukturellen Weiterentwicklung
der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PfWG)
anlässlich der Anhörung im
Gesundheitsausschuss

Bonn, 14.01.2008

Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Wurzerstraße 4a
53175 Bonn
Telefon: 0228 82093 - 0
Telefax: 0228 82093 - 43
e-mail: kontakt@vdk.de

Allgemeine Bewertung

Der Sozialverband VdK hat in seinen Positionen zur Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung die Richtschnur für eine Reform formuliert und konkrete Vorschläge unterbreitet, wie die Strukturprobleme beseitigt und die Leistungen besser vernetzt werden können.

Aus Sicht des VdK sollten folgende Ziele leitend sein:

- Pflege teilhabeorientiert weiterentwickeln
- Pflege solidarisch finanzieren
- Pflege zu Hause ermöglichen
- Pflegende Angehörige entlasten

Der Sozialverband Deutschland erkennt an, dass der Gesetzentwurf einige Beiträge zur Erreichung dieser Ziele leistet. Gemessen an den Reformnotwendigkeiten bleibt er jedoch deutlich hinter den Erwartungen zurück.

Der Sozialverband VdK Deutschland bedauert, dass das im Koalitionsvertrag angekündigte **Gesamtkonzept** der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, alter und behinderter Menschen **nicht erkennbar** ist. Die Vernetzung mit den benachbarten Sozialleistungsbereichen (SGB V, SGB IX, SGB XII) unterbleibt weitgehend. Die Abkopplung der Pflegereform von der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des Begutachtungsverfahrens kann in diesem Zusammenhang nicht überzeugen.

Der Sozialverband VdK Deutschland erkennt an, dass mit der Erhöhung der Sachleistungsbeträge und des Pflegegelds erste Schritte unternommen werden, um dem dramatischen Kaufkraftverfall der Pflegeleistungen entgegenzuwirken. Die vorgesehenen Erhöhungen reichen zum Teil jedoch nicht aus, um die zu erwartenden Preissteigerungen bis 2015 zu kompensieren, geschweige denn den Kaufkraftverlust der Vergangenheit von etwa 15 Prozent auszugleichen. Eine spürbare Verbesserung der ambulanten Versorgung ist nur zu erreichen, wenn die **ambulanten Sachleistungsbeträge auf die Höhe der stationären Sätze angehoben** werden und die erst für das Jahr 2015 vorgesehene **Dynamisierung sofort** greift.

Der Ausbau der Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige (Bsp. Tages- und Nachtpflege) und die Verbesserung der Leistungen für Menschen mit Demenz werden begrüßt. Der Sozialverband VdK Deutschland fordert jedoch, **auf die vorgesehene Staffelung der Beträge zu verzichten** und allen leistungsberechtigten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz den vollen Betrag von 200 Euro monatlich zur Verfügung zu stellen.

Pflegeberatung in Verbindung mit der Einrichtung von Pflegestützpunkten ist ein richtiger Ansatz, der die Versorgung, Beratung und Begleitung pflegebedürftiger

Menschen verbessern kann. Die konkrete Ausgestaltung im Gesetzentwurf bedarf jedoch dringend der Korrektur. Der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin der Pflegekasse vor Ort im Pflegestützpunkt mit Entscheidungsbefugnis muss klar von den Aufgaben der Beratung, Begleitung und Unterstützung der Pflegebedürftigen getrennt werden. **Beratung, Begleitung und Unterstützung können nicht von Mitarbeitern der Pflegekasse, sondern müssen anbieter- und finanzierungsträgerunabhängig wahrgenommen werden.**

Der Sozialverband VdK Deutschland **begrüßt ausdrücklich die Abschaffung des Reha-Budgets** und die Verpflichtung der an der Rehabilitation beteiligten Akteure zu einer verstärkten Zusammenarbeit.

Die **Einführung der Pflegezeit** wird ebenso **begrüßt** wie der zehntägige Freistellungsanspruch. Auf **Widerspruch** stößt jedoch, **dass der flankierende zehntägige Lohnersatzanspruch** im Verlaufe des Gesetzgebungsprozesses **gestrichen wurde**.

Mit Blick auf die Qualitätssicherung sei darauf verwiesen, dass aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland **Zertifizierungen kein Ersatz für externe Qualitätssicherung** sind und deshalb nicht zu einer Verlängerung des Prüfturnus führen sollten. Insgesamt würden die Vorschriften zur Qualitätssicherung gewinnen, wenn die bislang relativ **schwach ausgestalteten Beteiligungsrechte** der maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen im Sinne einer Beratungsbeteiligung gestärkt würden.

Die Regelungen zur Finanzierung können nicht überzeugen. Auf erhebliche Kritik stößt, dass Rentnerinnen und Rentner den vollen Beitrag alleine schultern müssen, während Arbeitgeber und Arbeitnehmer an anderer Stelle entlastet werden. Hier ist ebenfalls eine entsprechende **Entlastung der Rentnerinnen und Rentner** vorzusehen, weil ihre Belastung gegenüber Arbeitnehmern und Arbeitgebern in Wirklichkeit um 0,3 Prozent ansteigt. Dass unterlassen wurde, auch in der Pflegeversicherung die **beitragsfreie Mitversicherung von Kindern (rund 3,1 bis 3,4 Milliarden Euro) aus Steuermitteln zu finanzieren**, ist nicht nachvollziehbar. Gleiches gilt für den Verzicht auf einen **Risikostrukturausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung**.

Die Regelungen im Einzelnen

1. Stärkung der ambulanten Versorgung

§ 92c (Pflegestützpunkte)

Es werden quartiersbezogene Pflegestützpunkte geschaffen, um wohnortnah die Angebote für Pflegebedürftige besser aufeinander abzustimmen und zu vernetzen. Pflege- und Krankenkassen schließen zu diesem Zweck Verträge der wohnortnahen Versorgung unter Beteiligung der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe. Es soll in der Regel ein Pflegestützpunkt für 20 000 Einwohner geschaffen werden. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel wird für

drei Jahre eine Anschubfinanzierung der Pflegestützpunkte aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung von bis zu 80 Millionen Euro gewährt. Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin wird im Pflegestützpunkt angesiedelt.

Es ist in der Fachwelt weitgehend Konsens und durch zahlreiche Modellprojekte belegt, dass Leistungen der Pflege, der Beratung, der Alltagshilfen und sozialen Teilhabe quartiersbezogen vernetzt und koordiniert werden müssen. Auf diese Weise lassen sich abgestimmte ambulante Versorgungsangebote entwickeln, die flexibel auf Bedarfe reagieren und stationäre Pflege so lange wie möglich vermeiden. Insofern ist der Ansatz richtig, die gesetzgeberische Umsetzung ist in einigen Punkten problematisch.

Es ist eine Pluralität von Angeboten, insbesondere verschiedener Träger zu gewährleisten und bei der Beratung zu beachten. Eine die Wahlfreiheit beschränkende übermäßige Konzentration von Versorgungspfaden innerhalb des Stützpunktes muss vermieden werden. Insofern sind einzelne zugelassene Pflegeeinrichtungen als Träger eines Pflegestützpunktes ungeeignet.

In die Pflegestützpunkte müssen bereits vorhandene Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen eingebunden werden, beispielsweise Wohnraum-, Demenzberatungs- oder Gemeinsame Servicestellen bzw. entsprechende Angebote von Sozialstationen. Hier sind intelligente Lösungen erforderlich, um die meist quartiersübergreifenden Angebote sinnvoll zu integrieren und eine Beratung „unter einem Dach“ zu ermöglichen.

Wie die Erfahrungen mit dem SGB IX zeigen, scheitern kooperative Leistungen häufig an der Finanzierung. Die Anschubfinanzierung von durchschnittlich 20.000 Euro auf drei Jahre scheint vor diesem Hintergrund zu niedrig. Der Betrag reicht nicht einmal zur Finanzierung einer halben Personalstelle zum Netzwerkmanagement. Insofern muss die Anschubfinanzierung erhöht werden. Um zu verhindern, dass sich die Kommunen aus der Altenhilfe zurückziehen, weil den Pflegekassen nun ein Sicherstellungsauftrag zukommt, muss die (Kosten-)Beteiligung der Kommunen an den Leistungen der Stützpunkte in den Pflegegesetzen der Länder zwingend festgeschrieben werden.

§ 7a (Pflegeberatung)

Die Pflegekassen werden verpflichtet, für pflegebedürftige Versicherte und für Personen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch gestellt haben, Pflegeberaterinnen und -berater vorzuhalten. Zu den wesentlichen Aufgaben zählen insbesondere die Ermittlung und Feststellung vor allem des gesundheitlichen, pflegerischen und sozialbetreuerischen Hilfebedarfs sowie die Zusammenstellung von individuellen Hilfs- und Unterstützungsangeboten (Versorgungsplan), einschließlich der Unterstützung bei der Umsetzung und Inanspruchnahme der erforderlichen Leistungen. Pflegeberaterinnen und -berater werden zu enger und einvernehmlicher Zusammenarbeit mit allen an der Pflege Beteiligten verpflichtet. Als Richtschnur soll gelten, dass ein Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen unterstützt.

Der Ansatz der Pflegeberatung ist richtig. Auf Kritik stößt die in der vorliegenden Gesetzesformulierung vorgenommene Vermischung von

Beratung und Entscheidung. Der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin der Pflegekasse vor Ort im Pflegestützpunkt mit Entscheidungsbefugnis muss klar von den Aufgaben der Pflegeberatung getrennt werden. Die Aufgaben der Pflegeberatung können nicht von Mitarbeitern der Pflegekasse, sondern müssen anbieter- und finanzierungsträgerunabhängig wahrgenommen werden. Ansonsten droht eine Vermischung von bedarfsgerechter Organisation von Hilfen nach den Wünschen der Betroffenen und Steuerungsinteressen des Finanzierungsträgers unter Kostengesichtspunkten. Auch tun sich Kostenträger erfahrungsgemäß schwer, eine trägerübergreifende Perspektive einzunehmen. Stellt der pflegebedürftige Mensch aber die Unabhängigkeit zu Recht in Frage und befürchtet eher eine Kontrolle denn neutrale Beratung, läuft der Rechtsanspruch ins Leere. Mit viel Geld aufgebaute Strukturen werden nicht in Anspruch genommen, weil sie nicht bedarfsgerecht sind.

Um dies zu vermeiden, müssen die Pflegekassen verpflichtet werden, die Aufgaben der Pflegeberatung an anbieter- *und* finanzierungsträgerunabhängige Beratungsstellen zu delegieren. Die im Gesetz vorgesehene „Kann“-Regelung zur Übertragung von Aufgaben ist durch eine „Muss-Regelung“ zu ersetzen. Dort, wo keine anbieter- und finanzierungsträgerunabhängigen Beratungsangebote vorhanden sind, ist auch eine Delegation an vorhandene kommunale Beratungsangebote denkbar. Den Pflegekassen ist die Möglichkeit einzuräumen, die Qualitätssicherung und Neutralität der Beratung zu überwachen.

Die extensive Aufgabenbeschreibung des Pflegeberaters von der umfassenden Bedarfsfeststellung über die Erstellung eines trägerübergreifenden Versorgungsplans bis zur Organisation der Hilfen, ist von einer Person weder zeitlich noch fachlich zu leisten. Bei Bedarf müssen andere Fachkräfte hinzugezogen und einzelne Aufgaben delegiert werden können.

Der MDK muss den Teilhabebedarf umfassend trägerübergreifend erfassen. Auf diese Gutachten muss der Pflegeberater zeitnah zurückgreifen können. Zur Beschleunigung der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung hat der medizinische Dienst das Gutachten ebenfalls mit Zustimmung des Betroffenen direkt an die Gemeinsame Servicestelle (§ 22 SGB IX) weiterzuleiten. Der Eingang der Mitteilung hat mit Zustimmung des pflegebedürftigen Menschen als Antrag zu gelten.

Die Pflegeberatung als arbeitsteiliger Prozess kann nur funktionieren, wenn die Pflegerater im Pflegestützpunkt andere Beratungs- und Unterstützungsangebote zeitnah hinzuziehen können, beispielsweise Wohnraumberatung.

Ausdrücklich begrüßt wird, dass die Pflegeberater auch aufsuchend tätig werden sollen. Viele pflegebedürftige Menschen haben Schwierigkeiten, eine Beratungsstelle aufzusuchen und benötigen dennoch Beratung und Unterstützung. Die vorliegende Regelung muss jedoch dringend insofern ergänzt werden, dass der Pflegeberater auch im Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik tätig werden kann. Es ist ganz entscheidend, dass

Beratung und Begleitung bereits im Krankenhaus erfolgen, um frühzeitig weitere Schritte einzuleiten und ein ambulantes Versorgungsangebot zu

organisieren. Das Entlassungsmangement des Krankenhauses oder der Rehabilitationsklinik ist kein adäquater Ersatz, wie alle Erfahrungen zeigen. Auch die in § 11 SGB V vorgesehenen Regelungen werden daran nichts grundlegend ändern.

Nach dem vorliegenden Entwurf besteht der Anspruch auf Pflegeberatung erst, wenn ein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt ist. Auch dies ist im Interesse einer zügigen Anschlussversorgung problematisch.

Eine Pflegeberatung muss schon möglich sein, wenn unabhängig von der Antragstellung ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht.

Bei den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und -berater müssen die maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen beteiligt werden.

§ 36 („Poolen“ von Leistungsansprüchen)

Künftig wird das „Poolen“ von Leistungsansprüchen ermöglicht, indem mehrere Leistungsberechtigte ihre Leistungsansprüche zusammenlegen, um die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung effizienter zu gestalten. Die Effizienzgewinne können auch für Betreuungsleistungen verwendet werden.

Grundsätzlich begrüßt der Sozialverband VdK Deutschland, dass in diesem Bereich der Verrichtungsbezug bei der häuslichen Pflege auf Hilfeleistungen bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung aufgegeben und die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen ermöglicht wird. Damit wird auch gesetzlich eine größere Flexibilität der Mittelverwendung vollzogen, die in der Praxis zum Teil bereits praktiziert wird. Die Vorteile dieser Regelung für die pflegebedürftigen Menschen blieben jedoch sehr begrenzt, da die Bedarfsfeststellung nach wie vor auf der Grundlage des verrichtungsbezogenen Pflegebegriffs erfolgt, der Betreuungsleistungen nicht berücksichtigt.

In jedem Fall muss dafür Sorge getragen werden, dass gemäß den Wünschen der pflegebedürftigen Menschen die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind. Auch darf auf pflegebedürftige Menschen kein Druck ausgeübt werden, sich an einer gemeinschaftlichen Inanspruchnahme zu beteiligen. Unverständlich ist, dass die größere Flexibilität bei der Mittelverwendung auf die gemeinschaftliche Inanspruchnahme von Leistungen beschränkt ist.

Erforderlich bleibt nach wie vor eine stärkere Flexibilisierung im Rahmen des persönlichen Budgets. Die Restriktion des § 35a SGB XI, der vorsieht, dass Sachleistungen der Pflegeversicherung nur als Gutscheine in ein persönliches Budget eingebracht werden können, sind deshalb umgehend zu beseitigen.

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. Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt diesbezüglich nachdrücklich die

Stellungnahme des Bundesrates zum Pflegeversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz.

Darüber hinaus sind weitere Schritte zur Förderung alternativer Wohnformen erforderlich.

§ 77 (Einzelpflegekräfte)

Pflegekassen sollen leichter Verträge mit Einzelpflegekräften unterschiedlicher Qualifikation schließen können. Während bisher Verträge mit Einzelpersonen nur zulässig sind, wenn die Versorgung durch Pflegedienste nicht sichergestellt werden kann, sollen diese Verträge künftig auch dann geschlossen werden können, wenn dadurch den Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe und damit ihrem Selbstbestimmungsrecht besser als bisher Rechnung getragen werden kann oder wenn diese Art der Versorgung besonders wirksam und wirtschaftlich ist. Als Einzelpflegekräfte kommen - wie bisher auch - nur Personen in Betracht, die mit dem Pflegebedürftigen nicht verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Die Pflegekassen haben Qualitätsstandards für die Leistungserbringung festzulegen und darauf zu achten, dass die Zahl der Einzelpflegekräfte nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu dem vorhandenen Leistungsangebot steht.

Die Möglichkeit, Einzelpflegekräfte zu beschäftigen, kann unter Umständen sinnvoll sein. Dadurch werden die Wahlmöglichkeiten hinsichtlich der Pflegeperson erweitert. Insofern wird diese Regelung begrüßt.

2. Ausgestaltung der finanziellen Leistungen

§§ 36 ff. (Sachleistungsbeträge und Pflegegeld)

Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden bis 2012 stufenweise angehoben (Pflegestufe I: von 384 auf 450 Euro; Pflegestufe II: von 921 auf 1100 Euro; Pflegestufe III: von 1432 auf 1550 Euro). Gleiches gilt für das Pflegegeld (Stufe I: 205 auf 235; Stufe II: 410 auf 440; Stufe III: 665 auf 700 Euro). Im stationären Bereich bleiben die Beträge in den Stufen I und II bis zum Beginn der Dynamisierung unverändert. Die Stufe III und Stufe III in Härtefällen werden bis 2012 schrittweise verändert (Stufe III: 1432 auf 1550; Stufe III Härtefälle: 1688 auf 1819 Euro). Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird auf bis zu 2400 Euro jährlich angehoben. Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber Betreuungsbedarf haben, können diesen Betrag auch erhalten („Pflegestufe 0“). Der Anspruch auf Tages- und Nachtpflege wird ausgebaut. Neben dem Anspruch auf Tages- und Nachtpflege besteht noch ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflege-

geld für die weiterhin zu Hause notwendige Pflege. Ebenso besteht umgekehrt neben dem vollen Anspruch auf Geld- oder Sachleistung ein hälftiger Anspruch auf Tages- und Nachtpflege. Außerdem werden die Leistungen für die Tages- und Nachtpflege ebenso schrittweise angehoben wie die ambulanten Pflegesachleistungen.

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt, dass die ambulanten Sachleistungsbeträge angehoben werden und auf eine Absenkung der stationären Sätze verzichtet wurde.

Eine volle Anhebung der Sachleistungsbeträge auf Höhe der stationären Sätze hält der Sozialverband VdK weiterhin für notwendig. Nicht nachvollziehbar ist, dass einzelne Leistungsbereiche bei den stufenweisen Erhöhungen ausgenommen werden, beispielsweise der Zuschuss zur Wohnraumanpassung nach § 40 Abs. 4 SGB XI oder der Abgeltungsbetrag nach § 43a SGB XI. Hier ist eine Änderung erforderlich. Angesichts der Bedeutung, die die barrierefreie Gestaltung der Wohnung für den Erhalt der Selbständigkeit und die Vermeidung von Heimaufenthalten hat, ist dies auch ein Beitrag für eine wirtschaftliche Mittelverwendung.

Da bislang eine gleichberechtigte Einbeziehung von Menschen mit Demenz bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit aussteht (Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit), ist es richtig, 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“).

Der Sozialverband VdK Deutschland fordert jedoch, auf die vorgesehene Staffelung der Beträge zu verzichten und allen leistungsberechtigten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz den vollen Betrag von 200 Euro monatlich zur Verfügung zu stellen. Ungeachtet dessen sei darauf hingewiesen, dass auch ein Betrag von 200 Euro pro Monat nicht die Versorgungsprobleme in diesem Bereich löst. Umgehend muss deshalb der Pflegebedürftigkeitsbegriff um den Betreuungsbedarf für dementiell erkrankte Menschen erweitert werden.

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.

§§ 45c, 45d (Erhöhung der Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich)

Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben wird um 5 Millionen Euro im Jahr auf 15 Millionen Euro angehoben, so dass mit der Ko-Finanzierung der Länder und Kommunen 30 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung stehen werden. Um den Einsatz der Gruppen ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen sowie Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen als wichtige ergänzende Elemente der

Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen, von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sowie deren Angehörigen zu unterstützen und zu ermöglichen, werden diese in den Kreis der förderfähigen Versorgungsstrukturen einbezogen und können auch aus den aufgestockten Finanzmitteln gefördert werden.

Neben der Finanzierung mangelt es gerade bei Menschen mit Demenz an entsprechenden Betreuungsangeboten. Insofern wird die Erhöhung der Fördermittel für niederschwellige Betreuungsangebote begrüßt. Da zugleich das Förderspektrum (Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement) deutlich erweitert wird, sollte über eine deutlichere Aufstockung der Mittel nachgedacht werden.

§ 30 (Leistungsdynamisierung)

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen ab 2015 dynamisiert werden. Ob und inwieweit eine Dynamisierung entsprechend der Preissteigerungsrate geboten ist, wird danach alle drei Jahre geprüft. Die Höhe der Anpassung wird von der Bundesregierung gegebenenfalls durch Rechtsverordnung in Anlehnung an die Inflationsentwicklung in den letzten drei Jahren festgelegt. Dabei soll der Anstieg nicht höher sein als die Bruttolohnentwicklung im selben Zeitraum.

Die Verschiebung der Entscheidung über eine regelhafte Dynamisierung auf das Jahr 2014 stößt auf Widerspruch. Mit der stufenweisen Erhöhung einzelner Leistungsbereiche wird der seit der Einführung der Pflegeversicherung zu verzeichnende Kaufkraftverlust von etwa 15 Prozent nicht ausgeglichen. Deshalb ist eine sofortige Dynamisierung der Leistungen mindestens in der Höhe der Inflationsrate erforderlich. Zu dynamisieren sind grundsätzlich alle Leistungen der Pflegeversicherung einschließlich des Pflegegelds.

3. Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte

§ 44a; Pflegezeitgesetz (Pflegezeit)

Bei Pflege durch Angehörige in der häuslichen Umgebung wird für die Dauer von bis zu sechs Monaten ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (Pflegezeit) eingeführt. Betriebe mit bis zu fünfzehn Mitarbeitern werden ausgenommen. Wo keine anderweitige Absicherung (insbesondere Familienmitversicherung) besteht, gewährt die Pflegeversicherung einen Beitragszuschuss in Höhe des Mindestbeitrages zur Kranken- und Pflegeversicherung. In der Arbeitslosenversicherung gilt für die Pflegezeit eine vergleichbare Rechtslage wie bei der Inanspruchnahme von Elternzeit. Hier zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Fortführung der Versicherung. Da Pflegebedürftigkeit auch sehr kurzfristig auftreten kann, wird für diese Fälle für Angehörige ebenfalls ein kurzfristiger Freistellungsanspruch von der Arbeit von bis zu zehn Tagen geschaffen.

Die Einführung der Pflegezeit wird ebenso begrüßt wie der zehntägige Freistellungsanspruch. Auf Widerspruch stößt jedoch, dass der flankierende zehntägige Lohnersatzanspruch im Verlaufe des Gesetzgebungsprozesses gestrichen wurde. Kritisch betrachtet wird auch die Heraufsetzung der

Betriebsgröße, ab der überhaupt ein Anspruch auf Pflegezeit besteht. Aus Sicht der Sozialverbandes VdK sollte auf einen solchen Schwellenwert ganz verzichtet werden.

Zudem bedarf es weiterer flankierender Maßnahmen, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Hier sind insbesondere Unternehmen in der Pflicht, die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit zum Kernbestandteil betrieblicher Personalpolitik zu machen. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen wie flexible Arbeitszeiten, flexible Arbeitsorganisation und die Ermöglichung von Telearbeit. Perspektivisch müssen Pflegezeit und Lohnersatzanspruch an die im Rahmen der Elternschaft gewährten Leistungen angeglichen werden.

4. Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege

§§ 18, 31, 87a; §§ 23, 40 SGB V (Rehabilitationsempfehlung, Bonus, Aussteuerungsbetrag, Rehabilitationsbudget)

Die Pflegekassen werden verpflichtet, die Versicherten und mit deren Zustimmung den zuständigen Rehabilitationsträger sowie den Hausarzt über die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu unterrichten. Sofern der Versicherte zustimmt, wird damit unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang gesetzt. Pflegeheime, denen es durch verstärkte aktivierende und rehabilitative Bemühungen gelingt, Pflegebedürftige in eine niedrigere Pflegestufe einzustufen, erhalten einen einmaligen Geldbetrag in Höhe von einheitlich 1536 Euro. Die Krankenversicherung hat einen Aussteuerungsbetrag in gleicher Höhe an die Pflegeversicherung zu überweisen, sofern innerhalb von sechs Monaten nach Begutachtung und Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden sind. Das Reha-Budget wird abgeschafft.

Die Weitergabe der Rehabilitationsempfehlung an die pflegebedürftigen Menschen und Hausärzte ist ein richtiger Schritt, um mehr Transparenz zu schaffen und den Zugang zu notwendigen Rehabilitationsleistungen zu verbessern.

Dass die Empfehlung des MDK mit Zustimmung des Versicherten zugleich als Antrag gilt und das Verfahren im Sinne des §14 SGB IX auslöst, ist schlüssig.

Die Abschaffung des Reha-Budgets wird ausdrücklich begrüßt.

Der Aussteuerungsbetrag kann als Einladung verstanden werden, den Rechtsanspruch auf Rehabilitation nicht umzusetzen und stattdessen den vergleichsweise niedrigeren Betrag zu zahlen. Erfahrungen mit entsprechenden Regelungen des SGB III legen dies nahe. Wenn man dennoch an dem Aussteuerungsbetrag festhält, so muss er mindestens die Durchschnittskosten einer Rehabilitationsmaßnahme und eine entsprechende Strafzahlung umfassen.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland eine Gesamtversorgungsbetrachtung nur erreicht wird, indem die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger einbezogen oder Kranken- und Pflegeversicherung zusammengelegt werden.

In Zukunft müssen Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege mehr Gewicht erhalten. Deshalb ist zu begrüßen, dass auch die Prävention in der Begutachtung eine stärkere Rolle spielen soll. Flankierend muss im Präventionsgesetz die Zielgruppe pflegebedürftiger und von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen Berücksichtigung finden. Als Beispiel sei nur die Sturzprophylaxe im Setting Pflegeheim genannt.

5. Ausbau der Qualitätssicherung

§ 113a f. (Expertenstandards)

Die Vertragsparteien nach § 113 n.F. (bislang § 80), das heißt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, erhalten die Aufgabe, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zu entwickeln und zu beschließen.

Pflege muss auf dem aktuellen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnis erfolgen. In diesem Kontext kommt der Erarbeitung und Weiterentwicklung von Expertenstandards eine große Bedeutung zu. In Absatz 2 sollte klargestellt werden, dass in der Verfahrensordnung auch Regelungen zur Beratungsbeteiligung der maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen zu treffen sind. Ein entsprechendes Mitberatungsrecht ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des BQS-Verfahrens bereits verankert und hat sich bewährt.

§ 114 (Internes Qualitätsmanagement)

Ergebnisse von Prüfungen und Zertifizierungen, die im Rahmen des Qualitätsmanagements von Einrichtungen erstellt werden, müssen bei der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durch eine Verringerung der Prüftiefe oder eine Verlängerung des Prüfturnus berücksichtigt werden. Die Vertragsparteien werden verpflichtet, Anforderungen an Prüfinstitutionen und Verfahren der Zertifizierung festzulegen.

Zertifizierungen sind kein Ersatz für externe Qualitätssicherung und sollten deshalb auch nicht zu einer Verlängerung des Prüfturnus führen. Prüfungen durch andere Prüfinstitutionen sind allenfalls dann akzeptabel, wenn bis in die Durchführungsbestimmungen hinein die gleichen Standards und Prozesse gelten, wie sie der MDK in der externen Qualitätssicherung praktiziert.

Dies erscheint aber im hohen Maße fraglich. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang darauf, dass das Verhältnis zwischen zertifizierender Institution und Leistungserbringern privatwirtschaftlicher Natur ist.

Zu befürchten ist deshalb ein Wildwuchs von Standards, der die Transparenzbemühungen zunichte macht und die Anstrengungen zur Intensivierung der externen Qualitätssicherung untergräbt.

§§ 114 ff. (Externe Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung)

Eine Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung soll alle drei Jahre erfolgen. Die Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sollen im Hinblick auf die Prüftiefe und den Prüfturnus noch besser auf die entsprechenden Prüfungen der Heimaufsicht abgestimmt werden. Mit dem Ziel, mehr Transparenz und Vergleichbarkeit für die Pflegebedürftigen zu erreichen, sind zukünftig die Ergebnisse der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Darstellung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie daraus abzuleitender Anforderungen zu veröffentlichen.

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt, dass der Prüfzeitraum für die Regelprüfung auf drei Jahre verkürzt wird. Eine weitere Verkürzung auf ein Jahr wäre wünschenswert. Zudem muss der MDK bei der Durchführung sicherstellen, dass wo immer möglich Prüfungen unangemeldet erfolgen.

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. Es muss möglich sein, die „schwarzen Schafe“ unter den Heimbetreibern öffentlich anzuprangern. Deshalb ist es richtig, dass die Prüfberichte des MDK veröffentlicht werden. Bei der Entscheidung, welche Informationen veröffentlicht werden, ist dringend eine Beratungsbeteiligung der maßgeblichen Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen vorzusehen. Ein bloßes Stimmrecht greift zu kurz.

Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es nicht ausreicht, 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.

Wirklich nützlich für die Wahlentscheidung der Patienten werden die Prüfberichte erst dann sein, wenn sich die MDK-Prüfungen stärker in Richtung Ergebnisqualität weiterentwickeln. Noch immer konzentriert sich der MDK zu

stark auf Strukturen und Prozesse. Zudem liegt den Prüfungen ein verkürzter Qualitätsbegriff zugrunde, der soziale Teilhabe so gut wie nicht berücksichtigt.

Aus der Beratung wissen wir, dass gerade die soziale Isolation und der mitunter graue Pflegealltag zentrale Kritikpunkte der Betroffenen sind.

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. Der vorliegende Gesetzentwurf liefert wenig Ansätze, wie eine solche koordinierte Qualitätssicherung mit geeigneten Verfahren aussehen könnte.

6. Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements

§§ 75, 82b (Ehrenamtliche Unterstützung)

Die Pflegekassen werden verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern und den übrigen Vertragspartnern darauf hinzuwirken, dass bürgerschaftlich Engagierte noch besser als bisher in vernetzte Versorgungsangebote auf kommunaler Ebene, wie zum Beispiel in Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferkreise und Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen, eingebunden werden. Aufwendungen der Pflegeeinrichtungen für Kosten für die vorbereitende und begleitende Schulung, für die Organisation und Planung des Einsatzes und für die den Ehrenamtlichen zu erstattenden Aufwendungen können in den Vergütungen angemessen berücksichtigt 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. Die hier vorgesehenen Maßnahmen können die Rahmenbedingungen für bürgerschaftliches Engagement verbessern.

Die Ausweitung der Fördermittel für niedrigschwellige Pflege- und Betreuungsangebote um 5 Millionen Euro sollte verstärkt für die Schulung, Anleitung und Begleitung sowie die Gewinnung von bürgerschaftlich engagierten Menschen genutzt werden.

7. Schnittstellenprobleme

§ 119b SGB V (Ambulante Versorgung in Pflegeheimen)

Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass stationäre Pflegeeinrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder eigene Heimärzte einstellen.

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.

Allerdings ist erforderlich, die in der Begründung enthaltene Klarstellung, dass ein „bedarfsabhängiger Anspruch auf institutionelle Ermächtigung“ besteht, im Gesetz zu präzisieren. Für die Ermächtigung muss ein bedarfsabhängiger Nachweis der Institution ausreichen, dass die Versorgung über anderweitige Kooperation mit Ärzten nicht sichergestellt werden kann. Eine Feststellung der Unterversorgung gemäß §100 SGB V darf nicht Voraussetzung sein, weil unabhängig vom Versorgungsgrad mit niedergelassenen Ärzten die Versorgung in Heimen nicht sichergestellt sein kann. Da nur in wenigen Zulassungsbezirken Unterversorgung festgestellt ist, würde ansonsten die Regelung ins Leere laufen. Die Einführung eines Hausarztes darf allerdings nicht dazu führen, dass die freie Arztwahl eingeschränkt wird.

Um sicherzustellen, dass Hausarztverträge stets Regelungen zur Versorgung Pflegebedürftiger vorsehen, sollte eine entsprechende Ergänzung im § 75b SGB V vorgenommen werden.

§ 11 Abs. 4 SGB V (Entlassungsmanagement)

Die Krankenhäuser haben in ihrem Versorgungsmanagement den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, Rehabilitation oder Pflege zu gewährleisten.

Mit der Neufassung des §11 Abs. 4 SGB V wird der Rechtsanspruch des Versicherten auf ein Versorgungs- und Entlassungsmanagement erneut geändert. Tatsächlich wurde die Vorschrift, über zwei- oder dreiseitige Verträge eine nahtlose Versorgung sicherzustellen, nur unzureichend umgesetzt. Studien zeigen, dass das Entlassungsmanagement in Deutschland aus der Sicht der Betroffenen signifikant schlechter ist als in anderen vergleichbaren Ländern. Um eine nahtlose Anschlussversorgung sicherzustellen, muss dem Pflegeberater ermöglicht werden, aufsuchende Beratung auch in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen durchzuführen (siehe Nr. 1). Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang darauf, dass neben Pflegefachkräften auch Sozialarbeiter in Krankenhaussozialdiensten tätig sind und eine vergleichbar qualifizierte Arbeit leisten.

8. Weitere Regelungen

§ 2 (Anspruch auf gleichgeschlechtliche Pflege)

Pflegeeinrichtungen sollen den Wünschen pflegebedürftiger Menschen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit Rechnung tragen.

Die Formulierung kann nicht überzeugen. In der Praxis kommt es immer wieder vor, dass der Wunsch insbesondere von pflegebedürftigen Frauen, nur von weiblichen Pflegekräften beim Toilettengang begleitet oder gewaschen zu werden, nicht respektiert wird. Dies stellt eine Verletzung der Würde und einen Eingriff in die Intim- und Privatsphäre pflegebedürftiger Menschen dar. Es geht um die grundgesetzlich verbrieften Rechte pflegebedürftiger Menschen, die nicht durch Formulierungen wie „nach Möglichkeit“ relativiert werden dürfen.

Dass der Anspruch auf eine Pflegekraft des gleichen Geschlechts nicht bereits heute selbstverständlich praktiziert wird, ist verstörend genug. Wer diese Praxis durch relativierende Formulierungen sanktioniert, muss sich fragen lassen, wie ernst es ihm mit den Bemühungen um Qualität in der Pflege tatsächlich ist.

Die entsprechende Regelung muss als Rechtsanspruch formuliert werden.

§ 40 (Pflegehilfsmittel, Wohnraumanpassung)

Es wird klargestellt, dass bei Ermittlung der Belastungsgrenze in der Pflegeversicherung die Belastungen in der GKV und der SPV zusammenaddiert werden müssen. Den Krankenkassen wird die Möglichkeit gegeben, bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln das Kostenerstattungsprinzip anzuwenden.

Die Klarstellung zur Zuzahlungsgrenze wird begrüßt. Gegen die Ermöglichung der Kostenerstattung bei zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln bestehen keine Bedenken, da dies der bereits heute geübten Praxis entspricht.

Auf Kritik stößt, dass der Zuschussbetrag für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen von 2557 Euro nicht stufenweise erhöht wird. In Hinblick auf die Bedeutung von solchen Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen für die Vermeidung von Heimeinweisungen scheint diese Regelung kurzsichtig. Vielmehr ist eine Erhöhung der Zuschussbeträge und eine zügige Bewilligung erforderlich. Diese Mittel sollen auch für Maßnahmen des Telemonitorings verwendet werden können, die in Zukunft verstärkt zum Einsatz kommen werden.

§ 294a SGB V (Meldepflicht bei selbstverschuldeten Erkrankungen)

Ärzte und Krankenhäuser werden verpflichtet, den Krankenkassen selbstverschuldete Erkrankungen von Patienten zu melden. Die Meldepflicht besteht bei solchen Erkrankungen, die sich Patienten bei begangenen Verbrechen, durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben.

Die Regelung steht in Zusammenhang mit der Änderung des § 52 SGB V, die eine Kostenbeteiligung von Patienten bei selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten und eine Kürzung oder Streichung des Krankengeldanspruchs vorsieht. Schon im Zuge der Diskussion um das GKV-WSG hat der Sozialverband VdK kritisiert, dass mit dem Verweis auf selbstverschuldete Behandlungsbedürftigkeiten das Verschuldensprinzip in der GKV salonfähig

gemacht wird. Dies steht in Zusammenhang mit Forderungen, „nicht therapiegerechtes Verhalten“ zu bestrafen. Der Sozialverband VdK lehnt das Verschuldensprinzip in der GKV ab, weil es nicht handhabbar ist und letztlich zu willkürlichen Leistungsausgrenzungen führt. Eine diesbezügliche Meldepflicht wird deshalb ebenso zurückgewiesen, zumal sie durch die Aushöhlung der ärztlichen Schweigepflicht das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient beschädigt.

Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Sozialverband VdK sehr wohl den Versicherten und Patienten in der Verantwortung sieht, sich gesundheitsbewusst zu verhalten und unnötige Risiken zu vermeiden. Dies sollte aber durch Aufklärung und Anreize gefördert werden.

9. Stärkung der Eigenvorsorge und Anpassungsbedarf in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

§ 47 Abs. 2 (Pflege-Zusatzversicherung)

Die Pflegekassen erhalten wie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, private Pflege-Zusatzversicherungen zu vermitteln.

Diese Regelung wird begrüßt.

Artikel 44, 45 GKV-WSG (Portabilität von Altersrückstellungen)

Um den Wettbewerb zwischen den privaten Versicherungsunternehmen weiter zu stärken, wird die Portabilität der individuellen Alterungsrückstellungen auch für den Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung geregelt. Ferner sollen Personen, die im Bereich der privaten Krankenversicherung im Standardtarif nach § 315 des Fünften Buches versichert sind oder in Form des künftigen Basistarifs einen besonderen sozialen Schutz erhalten, im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung in die umfangreicheren Schutzbestimmungen des § 110 Abs. 1 und nicht in die ungünstigeren Bedingungen des § 110 Abs. 3 - mit gegebenenfalls hohen Versicherungsprämien vor allem in den ersten fünf Versicherungsjahren - einbezogen werden, unabhängig davon, ob ihre private Pflege-Pflichtversicherung schon seit dem 1. Januar 1995 besteht oder erst später abgeschlossen wurde.

Diese Regelungen werden begrüßt.

10. Finanzierung

Zur Abdeckung der bestehenden leichten Unterdeckung der laufenden Ausgaben in der Pflegeversicherung und zur Finanzierung der vorgeschlagenen Verbesserungen der Leistungen wird der Beitragssatz ab 1. Juli 2008 um 0,25 vom Hundert auf 1,95 vom Hundert (auf 2,2 vom Hundert für kinderlose Versicherte) erhöht. Aus heutiger Sicht reicht dieser Beitrag aus, die Leistungen der Pflegeversicherung bis

etwa 2015 zu finanzieren, ohne dass die Mindestreserve von einer Monatsausgabe in Anspruch genommen werden muss.

Bislang werden die Arbeitgeber an der Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung nicht beteiligt, denn sie wurden bei der Einführung durch die Streichung eines Feiertages kompensiert. Auch bei der jetzigen Beitragserhöhung werden sie durch Senkungen des Arbeitslosenbeitrags faktisch entlastet. Nur Rentnerinnen und Rentner, die ohnehin schon den vollen Beitragssatz zahlen, werden zusätzlich belastet, obwohl ihre Einkommensentwicklung deutlich hinter der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung zurückbleibt.

Der Sozialverband VdK Deutschland fordert eine entsprechende Entlastung auch für Rentnerinnen und Rentner. Spielräume gäbe es beispielsweise durch die Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung - wie dies im Koalitionsvertrag festgehalten ist - oder - in folgerichtiger Analogie zur Krankenversicherung - die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen.

Auf jeden Fall darf ohne Ausgleich, der für alle Betroffenen zu einer Entlastung führt, der Beitrag für Rentnerinnen und Rentner nicht über 0,15 Prozent angehoben werden.