

Deutscher
Gewerkschaftsbund

Bundesvorstand

**Stellungnahme des
Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)**

**Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen
Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz - PfwG)**

Drucksache 16/7439, 07.12.2007



DGB Bundesvorstand
Bereich Sozialpolitik

Henriette-Herz-Platz 2
10178 Berlin

Rückfragen an:
Dr. Heinz Stapf-Finé

Tel.: 030 24060-263
Fax: 030 24060-226

A) Allgemeine Einschätzung und Bewertung

Um eine qualitativ gute und menschenwürdige Pflege dauerhaft sicherzustellen, bedarf es Reformmaßnahmen, die Qualität und Struktur der Leistungen für Pflegebedürftige weiterentwickeln, die Arbeits- und sonstige Bedingungen für pflegerische Tätigkeit verbessern und die solidarische Finanzierung dauerhaft sichern. Der DGB setzt sich daher für folgende Verbesserungen ein:

- Verbesserung der Situation Demenzkranker
- Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit
- Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern
- Stärkung der häuslichen Pflege durch differenzierte Angebote
- Weiterentwicklung der Pflegestrukturen zu einer integrierten Pflegeversicherung
- Vermeidung von Pflege durch die Stärkung von Rehabilitation und Prävention
- Stärkung der solidarischen Finanzierungsbasis

Zu mehreren Punkten sind in dem vorliegenden Gesetzentwurf Maßnahmen enthalten, die sich mit den gewerkschaftlichen Anforderungen an eine Pflegereform weitgehend decken. Der DGB begrüßt auch, dass die Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der sozialen Sicherung durch das Gesetzesvorhaben bestätigt wird.

Der Gesetzentwurf zielt in der Hauptsache auf

- Veränderungen in der pflegerischen Versorgungsstruktur, die es pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen erleichtern, möglichst lange eine gewünschte häusliche Versorgung aufrecht zu erhalten,
- eine Erhöhung der Pflegequalität, Verbesserung der Kontrollen und Herstellung von Qualitätstransparenz für die betroffenen Pflegebedürftigen und für ihre Angehörigen,
- Leistungsverbesserungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und
- eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit durch die Einführung einer Pflegezeit, wobei dieses Ziel (im Vergleich zur Fassung des Referentenentwurfes) nur mehr halbherzig angestrebt wird.

Die eingeschlagene Hauptrichtung der Pflegereform und einen Großteil der geplanten Einzelmaßnahmen begrüßt und unterstützt der DGB. Wir regen an, die vorgesehenen strukturellen Weiterentwicklungen und Leistungsverbesserungen, insbesondere auch die Regelungen über eine Pflegezeit, ohne Zeitverzögerung auf das Beihilferecht des Bundes zu übertragen bzw. in adäquater Weise für Beamtinnen und Beamte sowie für Versorgungsempfänger und -empfängerinnen vorzusehen. Zugleich fordert der DGB im Begründungstext aufzunehmen, dass auch die Länder aufgefordert werden, ihre beihilferechtlichen Regelungen entsprechend anzupassen.

Zu kritisieren ist allerdings, dass zur dauerhaften Sicherung einer solidarischen Finanzierung keine Schritte eingeleitet werden. Nicht einmal die im Koalitionsvertrag erklärte Absicht, einen Risikoausgleich zwischen den privaten Pflegeversicherungsunternehmen durchzuführen, soll umgesetzt werden. Dabei ist die eigentliche Aufgabe im allgemeinen Teil der Begründung formuliert, in dem über die notwendige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gesagt wird: „Dies muss solidarisch geschehen und dabei ist für eine gerechte Verteilung der Lasten innerhalb der Gesellschaft zu sorgen.“ Dies ist durch das vorgelegte Finanzierungskonzept allerdings nicht verwirklicht.

Der DGB plädiert für eine einheitliche gesetzliche Pflegeversicherung für alle, sachlich angemessen allein schon deshalb, weil die Regeln über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Umfang der Leistungen gemeinsam im Sozialgesetzbuch XI geregelt sind; eine gemeinsame Pflegeversicherung bedeutete vor allem eine gerechtere Verteilung der Finanzierungslasten des Pflegerisikos.

Eine mittelfristige, grundlegende Sicherung der Finanzierung der Pflege wurde den Interessen der privaten Versicherungswirtschaft geopfert.

Mit der geplanten Beitragsanhebung um 0,25 Prozentpunkte, bei der gegenüber den Eckpunkten jetzt wenigstens klar gestellt ist, dass sie paritätisch erfolgen soll, können die Pflegeleistungen verlässlich lediglich bis etwa 2012, maximal bis 2014 gesichert werden.

Zudem bedarf es auch in der Pflegeversicherung einer adäquaten Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen wie bspw. der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige.

Im Übrigen weist der DGB darauf hin, dass die Anhebung des Beitrages zur Pflegeversicherung durch die Absenkung des Beitrages zur Arbeitslosigkeit ausgeglichen wird.

Für Beamtinnen und Beamte wie für Versorgungsempfängerinnen und -empfänger, ebenso wie für Rentnerinnen und Rentner, ist ein entsprechender Ausgleich nicht vorgesehen. Der DGB fordert für diese Personengruppen eine vergleichbare Entlastung.

B) Einschätzung des Reformkonzeptes im Einzelnen:

I. Stärkung der ambulanten Pflege

1. erweiterte Information, Pflegeberatung, Pflegestützpunkte **(§§ 7, 7 a und 92 c SGB XI)**

Zukünftig sollen Pflegebedürftige bereits bei Antragstellung auf Leistungen nach dem SGB XI (bisher: spätestens mit Bewilligungsbescheid) eine Vergleichsliste erhalten, die Auskunft über Leistungen und Vergütungen aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen am Ort gibt (§ 7, Abs. 3 SGB XI).

Für Leistungen der Pflegeberatung wird ab 01.01.2009 ein einklagbarer Individualanspruch geschaffen (persönliche Ansprechpartner, eine Person für bis zu 100 Pflegebedürftige) (§ 7a).

Beabsichtigt ist weiter, zur besseren Information, Beratung und Unterstützung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen Pflegestützpunkte (etwa je 20.000 Einwohner) einzurichten und dort auch die Pflegeberatung anzusiedeln (§92c SGB XI).

Der DGB unterstützt grundsätzlich diese Absicht.

Zusammen mit dem erhöhten Anspruch auf Tages- und Nachtpflege (50-prozentige Anhebung in Kombination mit der Pflegesachleistung) sowie mit der Einbeziehung der Pflege in das Versorgungsmanagement bei Entlassung aus dem Krankenhaus wird hier eine gute Grundlage dafür gelegt, dass im Falle eintretender Pflegebedürftigkeit die Betroffenen und ihre Angehörigen schnell die Unterstützung und die Hilfen erhalten können, die für den jeweiligen Einzelfall konkret benötigt werden. Als positiv betrachtet der DGB auch, dass an bereits vorhandene Beratungs- und Hilfestrukturen angeknüpft werden soll. Allerdings besteht an wichtigen Punkten z. T. erheblicher Konkretisierungsbedarf. Im Einzelnen:

Zu § 7a - Pflegeberatung:

Aufgabe der Pflegeberatung ist es, den Hilfebedarf im Einzelfall zu erfassen, einen entsprechenden Versorgungsplan zu erstellen, seine Umsetzung zu veranlassen und ggf. anzupassen. Es ist angemessen, für diese Art Fallmanagement persönliche Ansprechmöglichkeit durch spezielle Qualifikation und Kontinuität bei den Beratungspersonen zu stützen.

Die Bestimmungen des Abs.4, der auf Wirtschaftlichkeit bei der Personalausstattung der Pflegestützpunkte abhebt, stellen diese Kontinuität tendenziell in Frage. Es sollte deshalb im Gesetz klar gestellt werden, dass die Erstfeststellung von Hilfebedarf an die jeweils (zur Leistung) verpflichtete Pflegekasse zur Wahrnehmung der weiteren Aufgaben (Erstellung des Versorgungsplans etc.) durch die Beratungsperson im Pflegestützpunkt weitergeleitet wird. Denn es existiert ja bei vielen großen Pflegekassen bereits ein Versorgungsmanagement entsprechend zuvor festgestelltem Hilfebedarf. Andererseits müssen Pflegekassen, die wohnortnahe Präsenz und/oder persönliche Ansprechpartner nicht gewährleisten können, andere Pflegekassen mit der umfassenden Wahrnehmung der Beratungsaufgaben beauftragen und diese Dienstleistung entsprechend vergüten (§§ 88 und 91 SGB X)

Schwer abschätzbar ist, wie weit unter den gegebenen Umständen die Finanzierung gesichert ist.

Zu § 92c - Pflegestützpunkte:

Bis zum 31.08.2008 sollen die Kranken- und die Pflegekassen auf Landesebene gemeinsam Pflegestützpunkte „zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten“ errichtet haben. Dabei geht die Beratung weit über die Aufgaben nach § 7a hinaus. Ausdrückliches Ziel ist es, sowohl alle Leistungsangebote zu vernetzen, als auch alle Träger von Sozialleistungen, soweit sie nach dem jeweiligen Leistungsrecht ggf. zur Erbringung von Leistungen für pflegebedürftige Menschen verpflichtet sind, in Pflegestützpunkten zu bündeln.

Selbstverständlich unterstützt der DGB die Absicht, ein Beratungsangebot „aus einer Hand“ bereitzustellen und damit den immer komplexer gewordenen Bedarfssituationen besser gerecht zu werden. Aber: Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Beteiligung der Kommunen zu. Wenn Beratung und Hilfe aus einer Hand gewünscht werden, braucht jedes Hilfe- und Beratungsnetzwerk die Einbeziehung der Kommunen, sonst entspräche es nicht den Erwartungen der betroffenen Menschen. Die Kommunen haben diesen Auftrag bereits – freilich vielfach nur auf dem Papier. Nach § 15 (1) SGB I sind neben den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung „die nach Landesrecht zuständigen Stellen...verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach diesem Gesetzbuch Auskünfte zu erteilen“ und

im Abs. 3 werden alle Auskunftstellen – die der Sozialversicherungsträger wie die der Kommunen – „verpflichtet,...eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen“. Die erfreulicherweise auf 45.000 € festgelegte Anschubfinanzierung für die Einrichtung der Pflegestützpunkte kann in diese Richtung hoffentlich Wirksamkeit entfalten. Die ganze Aufgabe umfassender Sozialberatung bei dem jüngsten und kleinsten Versicherungszweig, den Pflegekassen (zusammen mit den „Mutter“-Kassen der GKV) abzuladen, wäre nicht in Ordnung. In jedem Fall ist darauf zu achten, dass bereits vorhandene Strukturen unterschiedlichster Art genutzt und keine zusätzlich belastenden Strukturen aufgebaut werden.

Hinzu kommt, dass die Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit und die Förderung alternativer Wohnformen, die der DGB sehr begrüßt, eine Entsprechung in städtebaulichen Projektplanungen und auch insoweit in kommunalpolitisch verantwortetem Handeln finden muss.

Allerdings: Soweit Leistungsentscheidungen über einen Pflegestützpunkt getroffen werden, muss die Entscheidungskompetenz bezogen auf die Ausgestaltung der zur Leistung verpflichtete Kostenträger haben.

2. Höhere Förderung niedrighschwelliger Betreuungsangebote (§ 45c SGB XI)

Die Förderung niedrighschwelliger Betreuungsangebote soll um 5 Mio. € auf 15 Mio. € aufgestockt werden.

Diese Maßnahme ist als Teil der um die Pflegestützpunkte aufzubauenden Netzwerkstruktur sinnvoll, wenn auch professionelle Pflege in ausreichendem Umfang gewährleistet ist.

3. Ermöglichung gemeinsamer Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (§ 36 (1) SGB IV)

Insbesondere für Wohngemeinschaften, allgemein für alternative Wohnformen, aber auch für nachbarschaftliche Nutzung ist die Möglichkeit gedacht, individuelle Ansprüche auf ambulante Pflegehilfe mit anderen Pflegebedürftigen „zusammenzuwerfen“ (zu „poolen“). Erwartet werden Effizienzgewinne: wenn gleiche Leistungen in örtlicher und zeitlicher Nähe für mehrere Betroffene erbracht

werden, kann Zeitgewinn entstehen, der für die Versicherten anderweitig genutzt werden kann. Das ist angesichts der Tatsache, dass die Pflegeversicherung nur eine Kern- oder Grundsicherung bietet, die ohnehin in großem Umfang durch Eigenleistung zu ergänzen ist, eine vernünftige Idee. Zwingende Voraussetzung solcher Lösungen muss aber sein, dass die Versicherten sie freiwillig wählen. Für die Erbringer und Erbringerinnen dieser Leistungen muss ebenfalls ortsübliche Bezahlung erfolgen (s. B VII).

4. Schrittweise Anhebung der Leistungsbeträge (§ 36 (3) und § 37 (1) SGB XI) und anschließende Dynamisierung alle drei Jahre (§ 30 SGB XI)

Vorgesehen ist, die ambulanten Pflegeleistungen in Zwei-Jahres-Schritten (2008, 2010, 2012) anzuheben. Für die Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II, die ambulante Pflegesachleistung in Anspruch nehmen, bedeutet das in der Endstufe eine etwa 18 %ige Erhöhung, mit der der ursprüngliche Wert bei Einführung der Pflegeversicherung wiederhergestellt wäre.

Für den DGB ist das eine begrüßenswerte Maßnahme der Stärkung ambulanter Pflege, v.a. im Zusammenhang damit, dass diese Verbesserungen nicht durch eine Absenkung der Leistungsbeträge für vollstationäre Pflege „gegenfinanziert“ werden sollen

Erst 2015 soll dann eine regelhafte Dynamisierung der Leistungen erfolgen.

Die Höhe der Dynamisierung soll sich einerseits an der Inflationsentwicklung der drei zurückliegenden Jahre orientieren, andererseits nicht höher ausfallen als die Entwicklung der Brutto-Gehälter in demselben Zeitraum. Der DGB lehnt die Formulierung ab: „bei der Prüfung können die gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit berücksichtigt werden“. Dies wäre eine pauschale Ermächtigung, die Dynamisierung eine Zeit lang aussetzen zu können.

II *Sicherung der Qualität (voll)stationärer Pflege*

Diese Regelungen begrüßt der DGB, denn von einer Reform der Pflegeversicherung muss im Ergebnis auch erwartet werden, dass für alle diejenigen eine stationäre Pflege guter Qualität bereit steht, bei denen es zu Hause nicht mehr geht.

1. Modellhafte Erprobung neuer Pflegesätze in der stationären Pflege (§ 8 (3) SGB XI)

Ermöglicht werden sollen Modellvorhaben zur Erprobung einheitlicher, stationsbezogener oder stärker untergliederter Pflegestufen mit dem Ziel, einen stärkeren Anreiz zu schaffen, aktiver einer stärkeren Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken.

Die modellhafte Entkoppelung von Pflegesatz und Pflegestufen mit dem so beschriebenen Ziel wird befürwortet. Ergebnisse bzw. Auswertungen der unterschiedlichen Modellvorhaben sollten dann möglichst schnell für alle Beteiligten nutzbar gemacht werden.

2. Leistungsverbesserungen bei vollstationärer Pflege (§ 43 (2) SGB XI)

Während die Leistungsbeträge für Pflegebedürftige der Stufen I und II bis zum Eintritt der Dynamisierung unverändert bleiben, werden die Leistungen für schwerst Pflegebedürftige in der Stufe III und für Härtefälle in Zwei-Jahres-Schritten bis 2012 stufenweise um gut 8 bzw. 13 % angehoben.

3. Ausbau der Qualitätssicherung, hier: mehr Einrichtungs- kontrollen und Veröffentlichung der Prüfberichte (§§ 114 (2) und 115 (1) SGB XI)

Zukünftig sollen bei allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen spätestens alle drei Jahre Regelprüfungen zum Nachweis über Leistung und Qualität der Einrichtungen veranlasst werden. Es wird bundesweite Einheitlichkeit der Prüfgegenstände zur Sicherung von Vergleichbarkeit gewähr-

leistet. In der Regel wird der Medizinische Dienst der Krankenkassen mit der Durchführung der Überprüfung beauftragt.

Zur Unterstützung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf der Suche nach geeigneten Einrichtungen mit nachgewiesener Qualität sollen die Prüfberichte regelmäßig in gut verständlicher Form und leicht zugänglich veröffentlicht werden. Beides ist zu begrüßen, zu beachten ist jedoch, dass Änderungen an anderer Stelle den möglichen Nutzen dieser Maßnahmen nicht verringern (s. dazu III)

III. Systematik der Qualitätssicherung **(§§ 112 – 115 SGB XI)**

Zukünftig werden die Vorschriften zur Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege ergänzt und in einem eigenen Kapitel zusammengefasst. Im Zentrum stehen Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege, sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinernen Qualitätsmanagements, die die Vertragsparteien bis zu 31. März 2009 zu vereinbaren haben (Spitzenverband Bund der Pflegekassen, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene).

Gegenstand dieser Vereinbarungen sollen insbesondere auch Anforderungen an Inhalt und Umfang der Pflegedokumentation, Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Sachverständigen und Prüfinstitutionen, an die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren sowie an die Veröffentlichung der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen sein.

Können sich die Beteiligten auf Maßstäbe und Grundsätze in Einzelfragen nicht einigen, kann eine neu einzurichtende Schiedsstelle von jeder Vertragspartei oder vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden und hat innerhalb dreier Monate zu entscheiden.

Diese Regelungen sind sinnvoll und grundsätzlich zu unterstützen – mit einer Einschränkung: es ist sicher richtig, dass alle am Pflegeprozess Beteiligten sich auch an der Festlegung der zukünftig anzulegenden Maßstäbe und an der Formulierung entsprechender Grundsätze für die Qualität in der Pflege beteiligen. Auf diesen Vorgaben fußen dann auch die Prüfberichte der Medizinischen Dienste. Darüber aber, wie die Prüfberichte zu veröffentlichen sind,

dürfen auf keinen Fall Leistungserbringer, um deren Prüfung es ja geht, mitentscheiden.

Der DGB begrüßt ebenfalls die Entscheidung, wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege zukünftig auf gesetzliche Grundlage zu stellen und den Vertragsparteien zu übertragen.

Zwei weitere Säulen der Weiterentwicklung von Pflegequalität sind das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (externe Qualitätsprüfung) und eine stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements.

Die Regelungen zum internen Qualitätsmanagement betrachtet der DGB z. T. als kritisch. So richtig es ist, dass Qualität nicht von außen in Einrichtungen „hineingeprüft“ werden kann, so nehmen die Neuregelungen teilweise den Charakter zugelassener Vermeidungsmechanismen gegenüber den Regelprüfungen des Medizinischen Dienstes an, insoweit Pflegeeinrichtungen bzw. ihre Träger selbst Prüfungen veranlassen können, die ebenso wie die Prüfungen der Heimaufsicht zu geringerer Prüftiefe bzw. zu größeren Prüfintervallen bezogen auf die Regelprüfung führen können. Bedingt durch den unterschiedlichen Ansatz (nicht Steigerung der Qualität, sondern Optimierung des *Prozesses* der Qualitätssicherung) können interne Qualitätsprüfungen auf keinen Fall Regelprüfungen des Medizinischen Dienstes ersetzen, in denen es um die Qualität selbst geht.

IV. Verbesserung der Prävention und Rehabilitation

1. Den Anspruch Pflegebedürftiger auf medizinische Rehabilitation umsetzen (§§ 5, 18 und 31 SGB XI)

Der uneingeschränkte Anspruch der Versicherten auf medizinische Rehabilitation auch bei Pflegebedürftigkeit gegenüber dem jeweiligen Träger wird klargestellt. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) muss nicht nur mitteilen, ob die häusliche Versorgung sichergestellt ist und Vorschläge über Art und Umfang der Pflege machen sowie einen Pflegeplan vorlegen, er hat zudem präventive Maßnahmen vorzuschlagen und zu prüfen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Eine wichtige und zu begrüßende Änderung gegenüber der heutigen Praxis ist, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf einer/eines Versicherten an den zuständigen Rehabilitations-

träger ein Antragsverfahren auf Leistungen medizinischer Rehabilitation gemäß SGB IX ausgelöst wird.

Positiv ist, dass Prävention und Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit stärker in den Blick gerückt sind und der MDK bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit verpflichtet wird, direkte Einschätzungen vorzunehmen, Vorschläge zu machen und Anträge auf Rehabilitationsleistungen sofort auf den Weg zu bringen.

2. Strafzahlung bei Unterlassung (§ 40 SGB XI)

Erbringt die Krankenkasse nicht innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, muss sie „Strafzahlungen“ in Höhe von 1.536 € an die Pflegekasse leisten, ferner wird die Aufsicht informiert.

Die Krankenkassen sind ihrer Verpflichtung zur Prävention und Rehabilitation bei Pflegebedürftigen bisher nicht oder nicht im ausreichenden Maße nachgekommen. Dass der Gesetzgeber diesem pflichtwidrigem Verhalten entgegenwirken will, ist sehr zu begrüßen. So ist der Ansatz einer „Strafzahlung“ an die Pflegekasse zwar ein richtiger Weg, aber ob bei dem niedrigen Betrag tatsächlich eine veränderte Praxis bei den Krankenkassen erreicht werden kann, ist fraglich. Monetär gesehen kommen Strafzahlungen die Krankenkassen billiger als die Durchführung der Rehabilitation, werden also eher als eine Art Ablasszahlung wahrgenommen werden.

Insofern müssen einerseits im SGB V Leistungen der Prävention, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern und Leistungen der Rehabilitation für Pflegebedürftige deutlicher konkretisiert werden, andererseits kann mehr getan werden, um die Durchführung angezeigter Reha-Maßnahmen durchzusetzen: Da auch in diesem Bereich mehr Transparenz für die Versicherten erforderlich ist, fordern wir die Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber ihren Aufsichtsbehörden, in welcher Höhe sie „Strafzahlungen“ an die Pflegekasse zu leisten hatte (§ 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V), in eine Veröffentlichungspflicht umzuwandeln.

3. Prävention voranbringen

Unabhängig davon erwartet der DGB, dass die Vermeidung des Eintritts von Pflege als eigenständiges Präventionsziel Gegenstand weitergehender Reformen wird. Geprüft werden sollte, ob das besser in dem wieder aufzunehmenden Gesetzgebungsverfahren zu einem Präventionsgesetz als eigenes Kapitel aufgenommen werden soll oder ob dies besser innerhalb des SGB XI im Zusammen-

hang mit der Umsetzung der Beiratsergebnisse betreffend Pflegebedürftigkeitsbegriff und Einstufungsverfahren geschehen sollte.

V. *Zusätzlicher Leistungsbetrag für Menschen mit ein geschränkter Alltagskompetenz (§§ 45 a – c SGB XI)*

Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird auf bis zu 2400 € jährlich angehoben.

Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zwar noch keinen erheblichen Pflegebedarf, wohl aber Betreuungsbedarf haben, können diesen Betrag auch erhalten. Der zusätzliche Leistungsbetrag wird in unterschiedlicher Höhe (2 Stufen) entsprechend des festgestellten Betreuungsaufwands geleistet. In der Regel korreliert der Betreuungsaufwand von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit den Pflegestufen, da mit der Schwere der demenziellen Erkrankung neben dem Beaufsichtigungsbedarf auch der verrichtungsbezogene Hilfebedarf ansteigt.

Als hilfswise Überbrückungsmaßnahme ist diese Veränderung positiv zu werten. Eine wirksame Hilfe für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz ist letztlich nur zu erreichen, wenn sie mit ihrem tatsächlichen Hilfebedarf bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einbezogen werden. Dazu bedarf es einer Überarbeitung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist aber nicht Bestandteil dieser Reform.

Der DGB erwartet eine zügige Umsetzung der für November 2008 erwarteten Ergebnisse des zur Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes eingesetzten Beirates.

VI. *Reformmaßnahmen mit Wirkung für Pflegekräfte*

Ortsübliche Arbeitsvergütung für Beschäftigte in der Pflege (§ 72 SGB XI)

Es soll sichergestellt werden, dass Pflegeeinrichtungen eine Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, die dem Lohnniveau im Wirtschaftskreis entspricht. Zur Bestimmung der ortsüblichen Vergütung ist im Regelfall auf fachlich und räumlich einschlägige Tarifverträge abzustellen, soweit üblicherweise Tariflohn gezahlt wird. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass Ar-

beitskräfte üblicherweise nur zu den tariflichen Lohnbedingungen am Arbeitsmarkt gewonnen werden können. Fehlt es an einer Verkehrsüblichkeit des Tariflohns, ist auf das allgemeine örtliche Lohnniveau in Pflegeeinrichtungen abzustellen.

Der DGB plädiert für eine Klarstellung, dass die Grundlage für die Arbeitsvergütung der TVÖD darstellt.

Bei der beabsichtigten Konkretisierung des Betriebsvergleichs zur Bemessung von Pflegesätzen (§ 84 SGB XI) muss dringend gesetzlich klargestellt werden, dass die nach Tarifvertrag (TVÖD) gezahlten Löhne auch im Pflegesatz der Einrichtung berücksichtigt werden. Ansonsten bleibt die Regelung in § 72 zu den Arbeitsentgelten sinnentleert. Und es wird ein Preiskampf ausgelöst, der auf Lohndumping aufbaut.

Die in § 84 vorgesehene Regelung, dass ein Personalabgleich bei Kontrollen verlangt werden kann, ist positiv, da sie den Versuchen entgegenwirkt, durch die Reduzierung des Personals in der Praxis (in der Zahl und der Qualifikation) entweder unzureichende Pflegesätze ausgleichen oder Renditesteigerungen zu erzielen.

Der Zusammenhang von ausreichender Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen und Qualität der Pflege ist allgemein anerkannt. Qualitätsmängel, wie sie in Prüfberichten der Medizinischen Dienste deutlich werden, finden hier einen wesentlichen Hintergrund.

Der DGB begrüßt, dass dieser Tatsache Rechnung getragen wird, indem erstmals eine Regelung in das SGB XI eingeführt wird, die die Vergütungssituation der Beschäftigten als ein Qualitätskriterium berücksichtigt. Mit Blick auf den Verbraucherschutz würde der DGB sehr begrüßen, wenn auch die Prüfergebnisse über den Personalabgleich Teil der veröffentlichten Prüfberichte werden.

Positiv ist die gesetzliche Klarstellung, dass Altenpfleger/innen die Voraussetzungen für die verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen (§ 71 SGB XI); damit wird die durch gegenteilige Rechtsprechung erzwungene Praxis beendet, dass Altenpfleger/innen als verantwortliche Pflegefachkräfte bisher nicht zugelassen wurden.

Es gibt andererseits Anlass zu skeptischer Betrachtung:

Solange die Frage der Personalausstattung nicht auf Basis eines reformierten Pflegebedürftigkeitsbegriffes beantwortet werden kann, welche Pflege gewollt ist und welche Personalschlüssel dafür benötigt werden, besteht bei der Vereinbarung „flexibler Personalschlüssel“ die Gefahr, dass unter dem bestehenden ökonomischen Druck die Beteiligten der Pflegesatzverhandlungen sich auf eher weniger und geringer qualifiziertes Personal einlassen. Dies ist auch im Zusammenhang mit der Absicht zu betrachten, dass bürgerschaftliches Engagement verstärkt werden soll. Der DGB

begrüßt zwar, dass bürgerschaftlich engagierte Menschen in die wohnortnahe Netzwerkstruktur um Pflegestützpunkte eingebunden werden sollen, bürgerschaftliches Engagement kann jedoch professionelle Pflege nicht ersetzen, im Gesetz muss deshalb deutlich geklärt werden, auf welche Tätigkeiten mit welchen Qualifikationen bürgerschaftliches Engagement begrenzt ist.

Ebenfalls in die Richtung, bei qualifiziertem Personal einzusparen, kann die neu geschaffene Möglichkeit wirken, dass alle Teile einer Verbundeinrichtung unter der ständigen Verantwortung nur noch einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen (§ 72 SGB XI).

Die Möglichkeit, mit Pflegekräften Einzelverträge abzuschließen, soll rund um Pflegestützpunkt und Formen alternativen Wohnens ausgedehnt werden, um auf diesem Wege individuellen Hilfezuschnitt besser realisieren zu können.

Der DGB erwartet, dass zum Ausgleich der naturgemäß schwachen Verhandlungsposition von Pflegekräften bei Einzelverträgen ebenfalls die Regelung zur ortsüblichen Arbeitsvergütung angewendet werden muss.

VII. Sonstige Regelungen

1. Änderung des Krankenpflegegesetzes und des Altenpflegegesetzes (Artikel 15 und 16)

Die Modellversuchsklauseln des Krankenpflegegesetzes und des Altenpflegegesetzes werden erweitert. Neue Kompetenzen sollen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V (neu) berechtigen. Damit soll die „Verordnung von Verbandsmitteln und Pflegehilfsmitteln sowie die inhaltliche Ausgestaltung der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Dauer“ nicht mehr ausschließlich dem Arzt oder der Ärztin vorbehalten bleiben sondern auch Aufgabe des Krankenpflege- und Altenpflegepersonals werden. Eine solche Ausweitung der Tätigkeiten für die Pflegeberufe schließt auf zu Regelungen in anderen europäischen Ländern. Sie wurde auch im aktuellen Gutachten des „Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ gefordert. Der DGB begrüßt die Ausweitung des Tätigkeitsfeldes ausdrücklich und unterstützt dieses Vorhaben.

Im Gesetzentwurf wird allerdings das Anliegen nicht konsequent verfolgt und zu Lasten der Beschäftigten der Pflegeberufe umgesetzt. Dies betrifft vor allem die arbeitsrechtliche Ausgestaltung der

Ausbildung und die Ausbildungsvergütung sowie den eingeschränkten Zugang zu dem neuen Tätigkeitsfeld. Insbesondere ist auf folgendes hinzuweisen:

1. Bereits heute werden sowohl im Kranken- als auch im Altenpflegegesetz gemäß Ausbildungs- und Prüfungsordnung die genannten Qualifikationen z.B. zur Organisation der häuslichen Krankenpflege vermittelt. Ein Bedarf zum Erwerb zusätzlicher Qualifikation besteht daher allenfalls für erfahrene Pflegefachkräfte, die nicht nach den aktuellen Bestimmungen ausgebildet wurden. Diese berufserfahrenen Pflegefachkräfte werden aber von der Gesetzesregelung nicht erfasst.

2. Für die Ausbildung an Hochschulen oder durch Verlängerung der betrieblichen Ausbildung werden arbeitsrechtlichen Vorschriften zur Regelung des Ausbildungsverhältnisses (§§ 9 bis 17 KrPflG und §§ 13 bis 23 AltPflG) aufgehoben. Dies kann nicht akzeptiert werden. Die Ausbildung ist nach der einschlägigen EU-Richtlinie weiterhin überwiegend als praktische Ausbildung zu organisieren. Auch eine Ausbildung im Rahmen der geplanten Modellversuche könnte sich also nicht auf Praktika, wie in anderen Studiengängen beschränken. Es wäre unverhältnismäßig, die für das Ausbildungsverhältnis geltenden Schutzvorschriften außer Kraft zu setzen. Denn dann besteht die Gefahr, dass reguläre Ausbildungsplätze durch prekäre Praktikantenverhältnisse ersetzt werden.

3. Die bundesweiten Standards für die Kranken- und Altenpflegeausbildung, die in den letzten Jahren erreicht wurden, werden aufs Spiel gesetzt, weil die Entscheidung über Art und Umfang der zu vermittelnden Kompetenzen bei den Ausbildungsstätten und Hochschulen liegen soll. Gebrauch wird vielmehr eine klare gesetzliche Grundlage. Dazu könnte die bestehende Erprobungsregelung genutzt werden. Sie erlaubt schon jetzt, neue Ausbildungsinhalte zu vermitteln und die Ausbildung im ambulanten Bereich auszudehnen.

Im Übrigen verweisen wir auf die in diesem Punkt ausführlichere Stellungnahme von ver.di, die der DGB vollinhaltlich teilt.

2. Meldepflicht der Ärzte, Einrichtungen und Krankenhäuser

Zu den Änderungen der §§ 284, 294a SGB V

Nach § 52 SGB V sind die Leistungen der Krankenversicherung bei Selbstverschulden oder bei einem von Versicherten begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen eingeschränkt, bzw.

kann der Versicherte an den Kosten der Leistungen beteiligt werden.

Mit den beabsichtigten Änderungen der §§ 284 und 294 a SGB V soll nun sichergestellt werden, dass die Krankenkasse die entsprechenden Daten erheben darf und der behandelnde Arzt, die Einrichtung oder das Krankenhaus soll verpflichtet werden die entsprechenden Hinweise an die Krankenkasse zu melden. Der Versicherte muss informiert werden.

Es liegt durchaus im Interesse der Solidargemeinschaft nicht mit Kosten belastet zu werden, die durch ein Selbstverschulden oder die im Verlaufe eines Verbrechens entstanden sind. Dennoch bestehen große Bedenken insbesondere hinsichtlich der beabsichtigten Meldepflicht der Ärzte, Einrichtungen oder Krankenhäuser.

Der Arzt unterliegt der absoluten Schweigepflicht dies umfasst auch die Entstehung der Krankheit. Von der Schweigepflicht kann der Arzt nur mit vorherigem Einverständnis der Betroffenen oder durch eine richterliche Anordnung entbunden werden. Es bestehen auch keine Gründe für eine Ausnahmeregel, diese wäre nur dann anzunehmen, wenn z. B. die Volksgesundheit durch eine ansteckende Krankheit gefährdet würde. Darüber würde dem Arzt eine umfangreiche Prüfung zugemutet, ob der Versicherte sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen hat. Die Prüfung, ob ein vorsätzliches Vergehen oder Verbrechen vorliegt gehört nicht zu den Aufgaben eines Arztes, dies unterliegt allein den Gerichten. Es würde einer Vorverurteilung gleichkommen und dem Grundsatz der Unschuldsvermutung widersprechen.

3. Wechsel zwischen privaten Pflegeversicherern

Die Mitnahme von Altersrückstellungen wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Wirkung zum 1. Januar 2009 eingeführt. Bei einem Wechsel der Krankenkasse können Kunden der PKV die für sie kalkulierte Altersrückstellung zum neuen Versicherer mitnehmen. Der Gesetzentwurf sieht eine analoge Regelung für einen Wechsel der privaten Pflege-Versicherung vor. Der DGB begrüßt die schlüssige Nachfolgeregelung zum GKV-WSG.

4. Finanzieller Anreiz zu aktivierender Pflege

Tritt heute nach erfolgreicher aktivierender Pflege oder nach Rehabilitationsmaßnahmen eine so deutliche Besserung bei Pflegebedürftigen ein, dass sie niedrigeren Pflegestufen zugeordnet werden können, erhält die Einrichtung auch weniger Geld.

Vollstationäre Einrichtungen sollen zukünftig in solchen Fällen 1536 € als Ausgleich erhalten.

Die Wirksamkeit dieser Maßnahme mag dahin stehen. Vermutlich ist es die schwierige Personalsituation, die in den meisten Fällen eine wünschbare aktivierende Pflege verhindert.

5. Bundespflegeausschuss

Der Bundespflegeausschuss, der während der letzten Jahre nicht mehr einberufen worden ist, soll nun offiziell abgeschafft werden. So sinnvoll es sein mag, anlassbezogen runde Tische einzuberufen, weist der DGB darauf hin, dass in dem ständigen Wechselverhältnis zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, Pflegekassen, Leistungserbringern und Pflegekräften Interessen auszugleichen sind und speziell die auf Arbeits- und Entlohnungsbedingungen gerichteten Interessen der Pflegekräfte nicht nur von Berufsverbänden wahrgenommen werden können. Vielmehr sind die Gewerkschaften, vertreten durch den DGB an dem ständigen Prozess zu beteiligen. Das ist bislang im Bundespflegeausschuss im Wesentlichen geschehen.

C) Einführung einer Pflegezeit

(§ 44 a SGB XI und PflegeZG)

1. Zu § 44a SGB XI

Um kurzfristig organisatorische und planerische Aufgaben für akut pflegebedürftig werdende Angehörige wahrnehmen zu können (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) soll zukünftig ein Anspruch auf Freistellung für bis zu 10 Tagen bestehen. Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung soll jedoch nicht bestehen – es sei denn, es bestünden für diesen Fall bereits tarifvertragliche oder betriebliche Vereinbarungen. In Abänderung zum Referentenentwurf soll es für den Fall das kein Lohnfortzahlungsanspruch besteht, auch keinen Anspruch auf ein Pflegeunterstützungsgeld geben, welches die Pflegekasse zu zahlen hätte. (70 % vom Brutto-Entgelt).

Wer eine/n Angehörige/n in häuslicher Umgebung pflegen will, erhält Anspruch auf Freistellung von der Arbeitsverpflichtung (ganz oder teilweise) für maximal sechs Monate.

Der DGB begrüßt die arbeits- und sozialrechtlichen Verbesserungen für Beschäftigte mit pflegebedürftigen Angehörigen. Diese Ve-

verbesserung muss auch für den Beamtenbereich gelten. Eine vergleichbare Regelung gibt es bisher für Beamtinnen und Beamte nicht. Deshalb ist eine Regelung für Beamtinnen und Beamte vom Bund, aber auch von den Ländern einzuführen, die eine vom Umfang her entsprechende Freistellung ermöglicht.

Es reicht nicht aus – wie in der Begründung des Gesetzentwurfs ausgeführt –, „in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob und wie die für Beschäftigte geltenden Regelungen nach dem Pflegezeitgesetz und die flankierenden Vorschriften im Rahmen der Pflegeversicherung auf Beamte übertragen werden können.“ Zwar können Beamtinnen und Beamte des Bundes nach § 72 a Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 BBG zur Erziehung eines Kindes und/oder zur Pflege eines Angehörigen bis zu zwölf Jahren Urlaub ohne Dienstbezüge beantragen, eine kurzzeitige Freistellung von bis zu 10 Tagen fällt aber nicht unter diese Regelung. Deshalb muss die Übertragung der kurzzeitigen Freistellung von Beamtinnen und Beamten im Gesetzentwurf eindeutig angekündigt werden.

Der DGB fordert jedoch, dass im Fall kurzzeitiger Arbeitsverhinderung nach § 2 des Entwurfs für ein Pflegezeitgesetz für zehn Tage eine Entgeltersatzleistung gezahlt wird. Eine adäquate Regelung muss auch für die Besoldung der Beamtinnen und Beamten eingeführt werden.

Mit der Übernahme von familiärer und gesellschaftlicher Verantwortung im akuten Pflegefall eines nahen Angehörigen soll jede/jeder Beschäftigte in der Lage sein, dieser Verantwortung auch nachkommen zu können und insbesondere die weitere Pflege zu organisieren oder auch durch eine eigene Pflege zu unterstützen ohne Benachteiligungen am Arbeitsplatz befürchten zu müssen. Dadurch werden diejenigen, die Verantwortung in dieser Situation übernehmen, entlastet und in die Lage versetzt, diese wichtige Aufgabe zu erfüllen. Ohne eine entsprechende Entgeltersatzleistung ist dies aber angesichts niedriger Einkommen vielen nicht möglich, zumindest kurzfristig hier einzuspringen. Dadurch können die zukünftigen Formen der Pflege besser ausgelotet werden und es kann vermieden werden, dass kurzfristige stationäre Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung erforderlich wird. Die daraus entstehenden Kosten fallen dann nicht an. Die Übernahme von Verantwortung für nahe Angehörige im akuten Pflegefall darf nicht von der Höhe des Einkommens und dem Lebensstandard abhängig sein. Darüber hinaus ist es unzumutbar hierfür Erholungsurlaub einsetzen zu müssen. Der DGB fordert deshalb die Entgeltersatzleistung in jedem Fall während der ersten zehn Tage, der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung, zu zahlen.

Der DGB begrüßt die Freistellung bis zu sechs Monaten sowie die teilweise Freistellung. Zudem ist es erforderlich, dass im Gesetzes-

text ausdrücklich auch die Rückkehr zur bisherigen Arbeitszeit bei der bisherigen Tätigkeit geregelt wird. Der DGB unterstützt in diesem Zusammenhang auch, dass die Dauer der Pflegezeit als völlige Freistellung längstens sechs Monate sein kann. Es fehlt die Möglichkeit, in dieser Gesamtdauer auch nur einzelne Abschnitte zu nehmen bzw. die Gesamtdauer von sechs Monaten in mehreren Zeiträumen in Anspruch zu nehmen.

Als Beitrag zu einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege, was gem. § 1 Ziel des Gesetzes ist, fordert der DGB, die teilweise Freistellung im Sinne des Gesetzes über 6 Monate hinaus für die gesamte Dauer der erforderlichen Pflege mit Rückkehrrecht.

Des Weiteren regt der DGB eine Auffanglösung für den Fall an, dass es nicht – wie in § 18 SGB XI des Entwurfs vorgesehen – gelingt, innerhalb von zwei Wochen eine Empfehlung des Medizinischen Dienstes zu erhalten, um rechtzeitig nach Ablauf der zehn Arbeitstage bei Antritt der Pflegezeit die Berechtigung auch nachweisen zu können. Hier muss es ausreichen, dass im Zuge einer akut aufgetretenen Pflegesituation die Notwendigkeit der Pflegebedürftigkeit durch eine ärztliche Bescheinigung überreicht wird.

Außerdem sollte klargestellt werden, dass Teilzeitbeschäftigte ebenfalls Pflegezeit verlangen können, auch wenn sie keine weitere zeitliche Freistellung wünschen. Für sie könnte dies im Hinblick auf die Anordnung von Mehrarbeit und Überstunden von Bedeutung sein.

Der DGB begrüßt die vorgesehenen Kündigungsschutzregelungen sowie die Begriffsbestimmungen und den darin enthaltenen Beschäftigtenbegriff. Er ist der Auffassung, dass dies sehr zeitgemäß ist und einem engen Arbeitnehmerbegriff eine deutliche Absage erteilt wird im Hinblick darauf, dass hier wichtige familiäre und gesellschaftliche Aufgaben übernommen werden müssen. Dieser Anspruch muss deshalb auch für Arbeitnehmerähnliche Personen gelten, da sie ansonsten keine Vereinbarkeit von Beruf und Familie realisieren können und ihre Abhängigkeit eine größere Wahrscheinlichkeit des Verlustes von Folgeaufträgen nach sich zieht. Der DGB begrüßt auch die weite Definition der nahen Angehörigen.

Der DGB kritisiert, dass die Pflegezeit – durch den Kabinetentwurf noch verschlechtert - nicht für Beschäftigte bei Arbeitgebern mit in der Regel fünfzehn oder weniger Beschäftigten gestellt werden kann. Das grenzt zu viele aus, es handelt sich um rund 1,8 Mio. Betriebe mit fast 6,5 Mio. Beschäftigten, davon sind überproportional viele Frauen (53%) betroffen. Mindestens aufgenommen wer-

den sollte im Gesetz, dass für den Fall, dass in einem solchen Betrieb eine entsprechende Regelung freiwillig getroffen wird, die diesbezüglichen gesetzlichen Rahmenregelungen sozialversicherungsrechtlicher Art für die Höchstdauer von sechs Monaten anzuwenden sind.

Im Hinblick auf die Ermöglichung mit dem Sachgrund der Pflegezeit, von Beschäftigten befristete Verträge für deren Dauer und der notwendigen Zeit der Einarbeitung abschließen zu können, merkt der DGB an, dass auch hier – wie im BEEG (Gesetz zum Elterngehalt und zur Elternzeit) – eine dreiwöchige Kündigungsfrist vorgesehen werden sollte.

Zwar wird in den rentenrechtlichen Regelungen klargestellt, dass auch bei einer Pflegezeit die Pflegenden als „sonstige Versicherte“ weiterhin versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung sind, seit langem steht aber hier eine deutliche Verbesserung der rentenrechtlichen Absicherung an. Der DGB bedauert, dass die Gelegenheit dieser Reform nicht genutzt wurde. Kritisiert wird zudem, dass die Versicherungspflicht erst nach zwei Monaten Pflegezeit einsetzt, da dadurch der Versicherungsverlauf unterbrochen wird und sich Versicherungslücken grundsätzlich auf die Höhe der Entgeltpunkte negativ auswirken – auch wenn sich die negativen Auswirkungen für zwei Monate relativ gering ausfallen. Dem könnte durch eine Versicherungspflicht von Anfang an entgegengesteuert werden.

Der DGB bedauert auch, dass eine Aufstockung der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung bei einer reduzierten wöchentlichen Arbeitszeit für die Pflegeperson nicht ermöglicht wurde.

Angehörige, die nach § 3 des Pflegezeitgesetzes von der Arbeitsleistung vollständig freigestellt oder nur noch in einer geringfügigen Beschäftigung sind, werden für den Fall der Krankheit abgesichert soweit im Einzelfall keine beitragsfreie Familienversicherung möglich ist. Abgesichert wird auch die mit der Krankenversicherung im Zusammenhang stehende Pflegeversicherung. Eine Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur noch auf freiwilliger Basis möglich. Die Zuschüsse werden lediglich auf Antrag und für die sowohl für die freiwillige Versicherung in der GKV als auch für andere Pflichtversicherungen einschließlich der Absicherung bei privaten Krankenversicherungsunternehmen in Höhe der Mindestbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung gezahlt; dabei der allgemeine Beitragssatz zugrunde gelegt.

Der DGB bedauert insofern, dass sein Vorschlag für alle in der GKV Versicherten die Pflichtversicherung für den Pflegenden beitragsfrei fortzuführen nicht aufgenommen wurde. Zumindest sollte,

wenn die Familienversicherung nicht greift, für diesen Personenkreis die gesetzliche Versicherung automatisch als freiwillige Versicherung zum Mindestbeitrag fortgesetzt werden, um für den Pflegenden die Antragsstellung zu ersparen. Für den Beamtenbereich ist die vorstehende Regelung wirkungsgleich zu übernehmen. Demzufolge ist ein Zuschuss zur Krankenversicherung zu gewähren, der sich z.B. an der Regelung in § 5 der Elternzeitverordnung des Bundes orientiert.

Abs. 2:

Der DGB begrüßt insoweit, dass pflegende Angehörige in der Arbeitslosenversicherung weiter versichert werden.

2. Entscheidung der Pflegekasse, § 18 Abs. 3 SGB XI:

Der DGB begrüßt, dass die Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen ist, insbesondere in den Fällen, in denen die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber angekündigt ist. Allerdings erscheint es wenig sinnvoll, wenn diese Wochenfrist nur dann gilt, wenn die Antragstellerin/der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung ist und nicht auch dann, wenn sie/er zu Hause ist. Die Einhaltung der zehn Arbeitstage wird der Antragstellerin/dem Antragsteller dadurch deutlich erschwert. Auch hier ist mit einer Wochenfrist zu arbeiten. Dies rechtfertigt sich auch deshalb, weil dann infolgedessen die Entscheidung der Pflegekassen noch aussteht. Diese muss nämlich der Antragstellerin/dem Antragsteller auch noch schriftlich mitgeteilt werden. Auch wenn hier vorgesehen ist, dass dies unverzüglich zu erfolgen hat, so ist die Dauer von zehn Arbeitstagen aber doch längst überschritten. Eine nahtlose Fortsetzung der Pflege ist somit rein zeitlich gesehen kaum möglich. Alternativ wird angeregt, dass die für die kurzzeitige Arbeitsverhinderung ausgestellte ärztliche Bescheinigung gemäß § 2 Abs. 2 des Pflegezeitgesetzes ausreicht, um bei nachgewiesener Antragstellung der Feststellung der Pflegestufe den beantragten Pflegeurlaub zunächst nehmen zu können.

Die Fälle können dann – wie nach § 4 Abs. 2 des Pflegezeitgesetzentwurfs – behandelt werden.

3 Zu Artikel 2 – Pflegezeitgesetz:

Zu § 2 PflegeZG: Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Der DGB begrüßt diese Regelungen. Es wird angeregt, in Abs. 1 noch die Sterbebegleitung aufzunehmen.

Zu § 3 PflegeZG:

Es wird angeregt, dass in der Begründung der Terminus „häusliche Umgebung“ stärker in Abgrenzung auf die stationäre Behandlung erläutert wird. Schließlich ist es nicht Voraussetzung, in wessen häuslicher Umgebung der nahe Angehörige gepflegt wird, sondern nur, dass keine stationäre Pflege vorliegt. Der DGB kritisiert im Übrigen, dass dieser Anspruch bei Arbeitgebern mit in der Regel fünfzehn oder weniger Beschäftigten nicht besteht. Dadurch werden große Teile der Beschäftigten von einer solchen Möglichkeit der familiären und gesellschaftlichen Übernahme von Verantwortlich abgeschnitten und ihnen ist eine gute und sozial verträgliche Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verwehrt.

Es sollte klargestellt werden, dass für den Fall, dass ein entsprechender Antrag gestellt aber noch nicht entschieden worden ist, eine entsprechende ärztliche Bescheinigung wie nach § 2 hinreichend ist, um den Nachweis zu führen.

Zu Abs. 3 wird angeregt, dass auch mehrere Zeiträume während der Gesamtdauer des Pflegezeitanspruches von sechs Monaten ausgewählt werden können.

Der DGB begrüßt ausdrücklich, den teilweisen Freistellungsanspruch. Er regt an, dass zur Klarstellung noch zusätzlich aufgenommen wird, dass auch bereits in Teilzeit Beschäftigte einen Pflegezeitanspruch haben, damit sie entsprechende Mehrarbeit oder Überstunden nicht leisten müssen. Zum anderen wird aber auch angeregt, dass die Rückkehr auf die vorherige Arbeitszeit und den bisherigen Arbeitsplatz durch diese Vereinbarung unberührt bleibt. Damit wird Situationen begegnet, wonach z.B. der teilweisen Freistellung nur dann vom Arbeitgeber zugestimmt wird, wenn gleichzeitig auf andere Rechte verzichtet wird. Dies soll ausdrücklich ausgeschlossen sein und auch nicht im Zuge dieser Verhandlungen abgedungen werden. Wünschenswert wäre auch, dass der Arbeitgeber innerhalb einer bestimmten Frist seine möglicherweise bestehenden dringenden betrieblichen Belange schriftlich unterbreitet. Infolgedessen soll dann, wenn er diese Frist nicht nutzt, von seiner Zustimmung ausgegangen werden. Dies dient der

Rechtsklarheit und der Rechtssicherheit. Die schriftliche Vereinbarung kann dann nach Ablauf der Frist nachgeholt werden. Klargestellt werden muss, dass der Antritt der Pflegezeit nicht durch die fehlende Schriftform der Vereinbarung vereitelt werden kann.

Zu den §§ 4 bis 8 PflegeZG):

Bis auf die bereits eingangs kritisierte zu kurze Kündigungsfrist für die zur Vertretung eingestellte Person werden die Regelungen für sachgerecht gefunden und insbesondere die Regelungen in den §§ 7 und 8 begrüßt.

4. Zu Artikel 5 – Änderungen des 4. Buches SGB:

Durch die Änderungen des § 7 Abs. 3 des SGB IV wird garantiert, dass das Beschäftigungsverhältnis durch die Inanspruchnahme von Pflegezeiten nicht unterbrochen wird. Dieser Vorschlag entspricht dem Sinn der Pflegezeit, dass während der Pflegezeit das Beschäftigungsverhältnis weiter aufrechterhalten bleibt.