



Bundesverband e.V.

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0271(12)  
gel. VB zur öAnh. am 21.5.  
12\_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz  
15.05.2012

## **Stellungnahme**

**des AWO Bundesverbandes e. V.**

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Neu-  
ausrichtung der Pflegeversicherung  
(Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG)**

Stand: 14.05.2012

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V.  
Heinrich-Albertz-Haus  
Blücherstraße 62/63, 10961 Berlin  
[www.awo.org](http://www.awo.org)

## Vorbemerkung

Der Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V. als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit mehr als 800 teil- und voll-stationären Einrichtungen in den täglich mehr als 70.000 pflegebedürftige Menschen betreut werden sowie mehr als 600 ambulanten Diensten und Sozialstationen, hat sich bereits weit vor der Einführung der Pflegeversicherung für eine sozialversicherungspflichtige und solidarische finanzierte Absicherung des Pflegerisikos eingesetzt. Insofern begrüßen wir den Willen des Gesetzgebers die unabweisbar notwendige Reform bzw. Weiterentwicklung dieser im Grundsatz richtigen Versicherungslösung voranzutreiben. Allerdings halten wir den Entwurf des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz) für nicht ausreichend. Der Gesetzentwurf ist vielmehr der Versuch die Pflegeversicherung an einigen wenigen Stellen zu verbessern, ohne die notwendige, grundsätzliche Reform anzugehen. Zahlreiche Änderungsvorschläge spitzen die Abgrenzung zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung zu. Die Schnittmenge zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung wird immer größer und muss dringend grundsätzlich geklärt werden. Diese Klärung hätte mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erfolgen müssen. Da diese Umsetzung jetzt wieder verschoben wird, appellieren wir dringend an den Gesetzgeber, diesbezüglich keine weiteren definitorischen Vorgriffe vorzunehmen.

Änderungsbedarf am Entwurf des PNG sieht der AWO Bundesverband e. V. zu folgenden Themen:

1. Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123)
2. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme (§§ 89, 124)
3. Stärkung des Grundsatzes 'Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit' (§§ 18a, 42 SGB XI und §§ 23, 24, 40 oder 41 SGB V)
4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege (§§ 37, 39)
5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen (§ 19)
6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen (§§ 38a, 45e)
7. Förderung der Selbsthilfe (§§ 45d, 84)
8. Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Beratung von Antragstellern auf Leistung der Pflegeversicherung (§ 18b)
9. Verbesserung der Beratung und Koordination (§ 7b)
10. Arbeitsvergütung (§ 72)
11. Zukunftssichere Finanzierung
12. Weitere Maßnahmen (§§ 38, 40, 41, 71, 72, 77, 87, 87b, 114a)

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege haben darüber hinaus zu folgenden Themen des Gesetzentwurfes eine gemeinsame Stellungnahme erarbeitet, die als Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) der Stellungnahme angefügt ist:

- Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes
- Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste (§ 53a Satz 1 Nr. 4)
- Refinanzierung von Investitionskosten (§ 82 Abs. 3 und 4)

- Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113)
- Qualitätsprüfungen – Abstimmung Pflegekassen und Heimaufsicht (§ 114 Abs. 3 SGB XI)
- Kosten der Wiederholungsprüfungen (§ 114 Abs. 5 Satz 4)
- Durchführung der Qualitätsprüfung - Verschiedene Informationsquellen (§ 114a Absatz .3 Satz 2 SGB XI/ Änderungsantrag 3 der Koalitionsparteien - BT-Drs. Ausschussdrucksache 17(14)0269
- Einwilligung von Pflegebedürftigen in Einsichtnahme in Pflegedokumentation, Inaugenscheinnahme und Befragung bei Qualitätsprüfungen (§ 114a Abs.3 Satz 4 und § 114 Abs. 3 a – neu)
- Beteiligung der Verbände der BAGFW an der QPR (§ 114a Abs. 7)
- Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden (§ 117)
- Beteiligung von Interessensvertretungen (§ 118)
- Ärztliche Versorgung (§§ 114 Abs. 1 und 115 Abs. 1a SGB XI sowie § 119b SGB V) - Stellungnahme zu den Regelungen zur Heimärztlichen Versorgung im Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz - PNG)

## Stellungnahme des AWO Bundesverbands e. V. zu einzelnen Themenfeldern:

### 1. Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz

Gesetzentwurf:

Im Rahmen einer Übergangslösung sollen Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die zu Hause leben, bis zur Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusätzliche Leistungen in den Stufen 0 bis 2 erhalten. Bisher erhielt diese Personengruppe nach § 45b SGB XI pauschal 100 bzw. 200 Euro.

Bewertung:

Die § 123 SGB XI angekündigten Leistungsverbesserungen für demenziell erkrankte Menschen werden grundsätzlich vom AWO Bundesverband e. V. begrüßt. Nach Auffassung der AWO ist es allerdings nicht nachvollziehbar, warum diese Übergangsregelung geschaffen wurde, wo doch eindeutig ist, dass die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes die grundsätzliche systemische Problematik dieser Personengruppe aufgehoben hätte. Die Bundesregierung begründet die gesetzliche Verankerung dieser sogenannten Übergangsregelung damit, dass zunächst Umsetzungsszenarien vom wieder einberufenen Beirat zur Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes erarbeitet und vorgelegt werden müssen. Diese Begründung ist aus Sicht der AWO eine politisch strategische, nicht aber eine fachlich zu begründende Verzögerungstaktik der Regierung, die den fehlenden Wille zu einer grundlegenden Strukturreform ersichtlich macht. Vor diesem Hintergrund befürchten wir, dass die nun gesetzlich festgeschriebene Einführung der Übergangsregelung die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes auf lange Sicht verhindern wird. Das lehnen wir als AWO Bundesverband entschieden ab.

Lösungsvorschlag:

Die Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Sozialen Pflegeversicherung.

### 2. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Gesetzentwurf:

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen sich künftig flexibler als bisher gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen verständigen, die sie wirklich benötigen. Vor diesem Hintergrund sind zahlreiche Gesetzesänderungen vorgesehen, so in § 89, 124 und 125

Bewertung § 89:

Dabei begrüßt die AWO grundsätzlich die in **§ 89 SGB XI** vorgesehene Änderung, nach denen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sich anstelle der heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe auch für bestimmte Zeitvolumen für die Pflege entscheiden können. Diesbezüglich halten wir es allerdings für unrealistisch

anzunehmen, dass die entsprechenden Vergütungsverhandlungen in den Ländern hinsichtlich der neu zu vereinbarenden Vergütungen für den Zeitaufwand tatsächlich bis Ende 2012 abgeschlossen sein werden. Komplexleistungen und Zeitleistungen sind nicht deckungsgleich, d. h. für Zeitvergütungen muss in den Versorgungsverträgen eine gänzlich neue Struktur beschrieben werden, ein Rückgriff auf die Leistungskomplexsysteme ist dabei nicht möglich. Schon die Beschreibung dieser neuen Vergütungsstruktur wird – auch unter den Gesichtspunkten der Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit für die Kunden – einige Zeit in Anspruch nehmen.

Lösungsvorschlag § 89:

Der AWO Bundesverband e. V. würde es begrüßen, wenn allen Beteiligten die nötige Zeit gewährt werden würde. Entsprechend fordern wir, dass die Bezugnahme auf den 01.01.2013 ersatzlos aus dem Gesetz zu streichen ist:

Absatz 3 Satz 1: Die Vergütungen sind ~~mit Wirkung ab dem 1. Januar 2013~~ nach Zeitaufwand und unabhängig von Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen je nach Art und Umfang der Pflegeleistung zu bemessen; sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden.

Bewertung §§ 124 und 125:

Wir begrüßen ausdrücklich, dass pflegebedürftige Menschen zukünftig auch in der Häuslichkeit **Betreuungsleistungen nach § 124 SGB XI** in Anspruch nehmen können. Auch wenn die Zulassung neuer Leistungserbringer (ambulante Betreuungsdienste) im Kontext der **Betreuungsleistungen nach § 125 SGB XI** zunächst in Modellprojekten erprobt werden soll, halten wir es für unsere Pflicht, schon jetzt auf mögliche Risiken einer Ausweitung des Leistungserbringerkreises hinzuweisen. Unsere Kritik an den gesetzlichen Regelungen der §§ 124 und 125 bezieht sich vor allem auf folgende Punkte:

1. **Betreuungsleistungen** sollen zusätzlich aus dem bestehenden Budget für hauswirtschaftliche und grundpflegerische Hilfen finanziert werden
2. Übertragung von **Betreuungsleistungen** auf neue Leistungsanbieter soll trotz bestehender hoher Marktpluralität erprobt werden.
3. **Betreuung** wird sukzessive vom Berufsbild und Handlungsfeld Pflege abgekoppelt.

*Zu 1:* Das Sachleistungsbudget in der häuslichen Pflege ist heute schon oft so knapp bemessen, so dass die hieraus finanzierten Leistungen kaum ansatzweise dem Bedarf vieler pflegebedürftiger Menschen entsprechen. Dies betrifft im Besonderen die Personen, die nicht auf informelle Hilfenetze zurückgreifen können, was im Umkehrschluss bedeutet, dass diese Personen vielfach unterversorgt sind. Wenn dann auch noch **Betreuungsleistungen** nur erbracht werden dürfen, wenn sie notwendige grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung nicht gefährden, wie im Gesetz angedeutet, dann ist diese neue Leistung reine Makulatur. Zudem wecken die Erläuterungen dessen, was alles im Rahmen von **Betreuungsleistungen** erbracht werden kann, hohe Erwartungen, da eine Konkretisierung, was alles dazu zählt, nicht erfolgt.

#### Lösungsvorschlag:

Betreuungsleistungen dürfen nicht in Konkurrenz zu hauswirtschaftlichen oder grundpflegerischen Leistungen gestellt werden. Damit Nutzer in den Genuss von Betreuungsleistungen kommen, gleichzeitig aber der Bedarf an hauswirtschaftlicher und grundpflegerischer Versorgung gewährleistet werden kann, muss das bisherige Budgetvolumen im Bereich hauswirtschaftlicher Versorgung und Grundpflege um die Mehrkosten für Betreuungsleistungen dementsprechend angehoben werden. -

*Zu 2.:* Mit dem Gesetzentwurf ist beabsichtigt zu erproben, ob künftig nicht auch neue Leistungserbringer, Betreuungsleistungen aber auch hauswirtschaftliche Hilfen durchführen können/sollen. Auch wenn die Ergebnisse einer solchen Erprobung abzuwarten sind, stellt sich für die AWO bereits jetzt, im Rahmen der gesetzlichen Verankerung der Erprobung, die Frage nach deren Sinnhaftigkeit. Durch die Einführung einer neuen Gruppe von Leistungserbringern wird die oft kritisierte Unüberschaubarkeit der Angebote im Bereich der Pflege erhöht, was die Orientierung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen erschwert und insofern der Nutzerorientierung nicht dienlich ist. Die 10.000 ambulanten Pflegedienste, die es hierzulande gibt, erbringen schon heute qualitätsgesichert Betreuungsleistungen und hauswirtschaftliche Versorgung in der häuslichen Pflegesituation und bieten anerkannte niedrigschwellige Betreuungsleistungen an. Eine neue Gruppe von Leistungserbringern führt zweifellos zu einem Mehr an Bürokratie durch die Einführung neuer Zulassungsverfahren, Vergütungs- sowie Vertragsverhandlungen. Der AWO-Bundesverband kritisiert diese Regelung auch, weil hierdurch die Gefahr besteht, dass der private und damit sensible Lebensbereich der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen - die Häuslichkeit - durch eine noch höhere Anzahl von Leistungserbringern, erheblich gestört wird. Durch weitere Leistungserbringer wächst das Risiko von Versorgungsdiskontinuitäten. Sollen diese vermieden werden, würde sich der Koordinations- und Kommunikationsaufwand für den einzelnen Akteur deutlich erhöhen. Abgrenzungen von (rechtlichen) Verantwortlichkeiten und Aufgaben zwischen den Diensten könnten eine weitere Schwierigkeit in diesem Zusammenhang darstellen.

#### Lösungsvorschlag:

Die Leistungen der häuslichen Betreuung sind bei ambulanten Diensten nach § 71 und Zulassung nach § 72 SGB XI anzusiedeln und zu erproben.

*Zu 3.:* Die AWO nimmt zudem mit Sorge zur Kenntnis, dass die Überlegungen zur Erprobung von gesonderten Betreuungsdiensten eine Entwicklung forciert, die mit der Einführung der Pflegeversicherung begann. Zunehmend wird der Bereich der Betreuung, der von je her originäres Aufgaben- und Handlungsfeld der professionellen (Alten-) Pflege war und ist, abgekoppelt. Betreuung wird entweder dem Bereich der geringer qualifizierten Pflege, dem bürgerschaftlichen Engagement oder anderen Berufsgruppen zugeschrieben. Hiermit findet eine (auch finanzielle) Abwertung eines der wichtigsten und vor allem identitätsstiftenden Aufgabenfelder der in der Pflege Tätigen statt (Attraktivität des Berufes). Zudem ergibt sich hieraus eine hocharbeitsteilige Vorgehensweise, die gerade in personenintensiven Dienstleistungen und Bereichen, in denen ein hohes Maß an Vertrautheit und Sensibilität notwendig ist, kontraproduktiv wirkt. Die Aufteilung der pflegerischen Versorgung auf mehrere Leistungserbringer in der Häuslichkeit konterkariert die vielfach von Nutzern gewünschte Versorgung aus einer Hand, die mit weniger Organisationsaufwand, höherer Kontinuität

ität und Vertrautheit assoziiert ist. Sie trägt außerdem dazu bei, dass Pflegekräfte sich immer häufiger nur noch ein partielles Bild über den zu Pflegenden und die Pflegesituation verschaffen können.

Lösungsvorschlag:

Siehe zu 2.

### 3. Stärkung des Grundsatzes ‘Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit‘

Gesetzesentwurf:

Den Pflegekassen werden Berichtspflichten sowie die Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlungen an den Antragsteller auferlegt.

Bewertung § 18a:

Bei den Neuregelungen zur Stärkung der Rehabilitation ergeben sich mehrere problematische Aspekte:

1. Die soziale Pflegeversicherung geht von der Erkenntnis aus, dass Pflegebedürftigkeit vermieden, hinausgeschoben, überwunden oder gelindert werden kann. Aus diesem Grunde räumt sie der Prävention und Rehabilitation Vorrang ein. Das Gesetz schreibt vor, dass die Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern daraufhin wirken, dass frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist es durchaus zu begrüßen, dass dem pflegebedürftigen Menschen schon bei Antragsstellung neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende **gesonderte Rehabilitationsempfehlung, wie in § 18a SGB XI** verankert, zu übermitteln ist. Allerdings muss der Medizinische Dienst der Krankenkassen schon heute in jedem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, unabhängig von dessen Ergebnis, eine Aussage dahingehend treffen, ob und welche geeigneten Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Einzelfall geboten sind. Vor diesem Hintergrund bleibt fraglich, ob diese Neuregelung in der Praxis tatsächlich greift. Dass Gutachter künftig auch eine Ablehnung der Rehabilitationsfähigkeit begründen müssen, wird daran wenig ändern. Die AWO geht davon aus, dass auch dann Argumente und Begründungen von Seiten der Kassen vorgebracht werden, die von pflegebedürftigen Menschen und oder deren Angehörigen schwer anzweifelbar bzw. widerlegbar sein werden.
2. Wir begrüßen die vorgesehene Neueinführung des **§ 18a Abs. 2 SGB XI** zur Erstellung eines Pflegekassenberichtes zu den Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen zur medizinischen Rehabilitation. Wir gehen davon aus, dass sich darin zeigen wird, dass die Anzahl der positiven Empfehlungen bzw. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 SGB XI eher zu verschwindend geringen Zahlen kommen wird. Nach Einschätzung der Arbeiterwohlfahrt wird man der Bedeutung von Rehabilitation bei pflegebedürftigen Menschen nur durch ein eigenständiges Budget gerecht, das im SGB V zu verankern ist. Aus diesem Grund lehnen wir auch Regelungen ab die vorsehen, dass die Pflegekassen vorläufig Leistungen der medizinischen Rehabilitation erbringen

müssen, wenn der zuständige Rehabilitationsträger nicht spätestens vier Wochen nach Antragstellung tätig geworden ist.

3. Als problematisch erachten wir auch, dass Kassen keine Empfehlungen zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation aussprechen müssen, wenn kurative, pflegerische oder andere Maßnahmen vorzuziehen oder derzeit ausreichend sind. Wir gehen davon aus, dass diese Regelung von den Kassen zum Hauptargument für die Ablehnung von Rehabilitation bzw. Rehabilitationsempfehlungen wird und hierdurch die Tendenz steigt, Leistungsverantwortlichkeiten zwischen den Kostenträgern und -bereichen zu Lasten der Pflegebedürftigen weiter zu verschieben.

Lösungsvorschlag:

*Zu 1. und 2.:* Damit geriatrische Rehabilitation und/ oder medizinischer Rehabilitation im Alter von den Krankenkassen hinreichend finanziert wird und gewährleistet ist, dass sie ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachkommen, reichen die in Punkt 1 und 2 genannten Maßnahmen aus Sicht der AWO nicht aus. Vielmehr muss der Gesetzgeber ein eigenständiges und finanziell ausreichend ausgestattetes Budget im SGB V für diese Leistungen verankern. Eine Verlagerung in die Leistungspflicht des Teilkasosystems Pflegeversicherung lehnen wir konsequent ab.

*Zu 3:* Um die genannten Leistungsverchiebungen im Bereich der Rehabilitation zu vermeiden, müssten die Leistungen der medizinischen bzw. geriatrischen Rehabilitation im Falle von Pflegebedürftigkeit in Abgrenzung zu anderen Leistungen wie bspw. aktivierender Pflege, klar definiert werden. Um die Position der Nutzer im Rahmen der Leistungsgewährung zu stärken, sollte darüber hinaus die Möglichkeit der Hinzuziehung unabhängiger Gutachter zur Bestimmung eines medizinischen bzw. geriatrischen Rehabilitationsbedarf in Anspruch genommen werden können, Diese Möglichkeit müsste dementsprechend rechtlich verankert werden.

Bewertung §§ 23, 24, 40 und 41 SGB V:

Die AWO hat sich seit einigen Jahren dafür eingesetzt, dass für Pflegepersonen, die aufgrund ihrer Pflegetätigkeit stark erschöpft sind, Gesundheitsstörungen oder Erkrankungen haben, ein besserer **Zugang zu medizinischen Vorsorge- oder Rehabilitationsleistungen nach §§ 23, 24, 40 oder 41 SGB V** ermöglicht wird. Diesem Anspruch wird nun auch mit einer gesetzlichen Verankerung im **§ 42 SGB XI** Rechnung getragen. In § 23 Absatz 5 Satz 1 und analog in § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V werden die Krankenkassen nun verpflichtet, bei ihren Entscheidungen über Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen ausdrücklich die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Das ist im Grundsatz begrüßenswert. An sich besteht schon heute ein Anspruch auf medizinische Vorsorge nach § 23 SGB V bzw. medizinische Rehabilitation nach § 40 SGBV. Es ist jedoch sinnvoll, diesen Anspruch im Gesetz stärker auszugestalten. Pflegenden Angehörige sind häufig rund um die Uhr über mehrere Jahre mit der Pflegetätigkeit befasst. Deshalb ist ihnen die Inanspruchnahme der kurativen Versorgung nur eingeschränkt möglich.

Analog der Regelungen zur **medizinischen Vorsorge und Rehabilitation für Mütter und Väter nach §§ 24 und 41 SGB V** sollte es auch für die Zielgruppe der pfle-

genden Angehörigen nicht erforderlich sein, dass die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zunächst vollständig ausgeschöpft sein müssen. Ist eine Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme medizinisch notwendig, und kann das mit der Maßnahme angestrebte Ziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren Maßnahmen erreicht werden (§ 12 SGB V), hat sie die Krankenkasse zu erbringen. Es wird eine entsprechende gesetzliche Klarstellung vorgeschlagen, um zu vermeiden, dass Anträge allein mit dem Verweis auf nicht ausgeschöpfte ambulante Behandlungsmöglichkeiten abgelehnt werden. Weiterhin wird vorgeschlagen, dass für pflegende Angehörige die Maßnahmen wahlweise in Einrichtungen der indikationsspezifischen Vorsorge und Rehabilitation (§ 111 SGB V) oder in den zielgruppenspezifisch ausgerichteten Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige in Einrichtungen der Müttergenesung (§ 111a SGB V) in Anspruch genommen werden können. Im Rahmen der Angebote in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes (sog. „Mütterkliniken“) gibt es umfangreiche Erfahrungen mit spezifischen Gesundheitsmaßnahmen für pflegende Frauen.

Lösungsvorschlag:

Damit dies im obigen Sinne ermöglicht wird, benötigen wir eine Gesetzesänderung in § 23 Absatz 5 Satz 1 SGB V. Dieser soll neu lauten:

*Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach Absatz 4 sowie die Voraussetzungen nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Bei Maßnahmen der medizinischen Vorsorge für pflegende Angehörige gilt § 23 Absatz 4 Satz 1 Halbsatz 1 nicht, diese Maßnahmen können in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111 a SGB V in Anspruch genommen werden.*

Auch der § 40 Absatz 3 Satz 1 SGB V muss angepasst werden. Unser Vorschlag lautet:

*Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger. Bei Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation für pflegende Angehörige gilt § 40 Absatz 2 Satz 1 Halbsatz 1 nicht, die Maßnahmen können in Einrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111 a SGB V in Anspruch genommen werden.*

#### **4. Gleichzeitige Gewährung von Pflegegeld und Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege**

Gesetzentwurf:

Um pflegenden Angehörigen zukünftig eine Auszeit zu erleichtern und finanzielle Mehrbelastungen, die aus der Übernahme der Pflege resultieren und auch während der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege weiter bestehen, abzuschwächen soll bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege laut § 37 SGB XI das Pflegegeld hälftig weitergezahlt werden.

## Bewertung:

Diese Regelung wird prinzipiell vom AWO Bundesverband e. V. unterstützt. In Bezug auf die Regelung zur **Verhinderungspflege** weisen wir allerdings darauf hin, dass schon heute Verhinderungspflege in mehreren Teilzeiträumen und stundenweise in Anspruch genommen werden kann. Für Tage, an denen die Ersatzpflege bzw. Verhinderungspflege nicht mindestens 8 Stunden erbracht wird, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen im Kalenderjahr. Das bedeutet, dass das Pflegegeld bei stundenweiser Inanspruchnahme der Verhinderungspflege bei weniger als 8 Stunden nicht gekürzt wird. Darüber hinaus wird das volle Pflegegeld auch gewährt, wenn der pflegebedürftige Mensch im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung ist. Vor diesem Hintergrund fordern wir, dass sowohl im Rahmen der Kurzzeitpflege als auch im Rahmen der Verhinderungspflege das volle Pflegegeld für bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr fortgewährt wird. Bezüglich der Verhinderungspflege gemäß **§ 39 SGB XI** ist es dringend von Nöten, die im heutigen Satz 2 beschriebene Bestimmung, nach der Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens 6 Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat, ersatzlos zu streichen.

## Lösungsvorschlag:

§ 39 SGB XI wird wie folgt geändert: Ist eine Pflegeperson wegen Erholungsurlaubs, Krankheit oder aus anderen Gründen an der Pflege gehindert, übernimmt die Pflegekasse die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr; § 34 Abs. 2 Satz 1 gilt nicht. ~~Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat.~~ Die Aufwendungen der Pflegekassen können sich im Kalenderjahr auf bis zu 1.470 Euro ab 1. Juli 2008, auf bis zu 1.510 Euro ab 1. Januar 2010 und auf bis zu 1.550 Euro ab 1. Januar 2012 belaufen, wenn die Ersatzpflege durch Pflegepersonen sichergestellt wird, die mit dem Pflegebedürftigen nicht bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind und nicht mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben. Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse regelmäßig den Betrag des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 nicht überschreiten, es sei denn, die Ersatzpflege wird erwerbsmäßig ausgeübt; in diesen Fällen findet der Leistungsbetrag nach Satz 3 Anwendung. Bei Bezug der Leistung in Höhe des Pflegegeldes für eine Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, können von der Pflegekasse auf Nachweis notwendige Aufwendungen, die der Pflegeperson im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstanden sind, übernommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse nach den Sätzen 4 und 5 dürfen zusammen den in Satz 3 genannten Betrag nicht übersteigen.

## 5. Verbesserung der rentenrechtlichen Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen

Gesetzentwurf:

Als Pflegepersonen gelten künftig auch solche, die nicht nur eine Person mindestens 14 Stunden/ Woche pflegen, sondern auch mehrere Personen. So können Pflegezeiten addiert werden und werden auch bei den Rentenversicherungsbeiträgen entsprechend berücksichtigt.

Bewertung:

Die durch die vorgesehene Änderung in § 19 SGB XI erzielte Änderung, nach der eine Addition von rentenrechtlich wirksamen Zeiten bei Pflege von gleichzeitig zwei oder mehreren Pflegebedürftigen zukünftig möglich sein wird, ist zu begrüßen. Allerdings betrifft dies tatsächlich nur Einzelfälle. Die Probleme bei den Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen entstehen dadurch, dass die von der Pflegekasse bezahlten Beträge in der Regel nicht ausreichen, um eine zukünftige Altersarmut für pflegende Angehörige zu verhindern.

Lösungsvorschlag:

Die von der Pflegekasse zu bezahlenden Beträge zur Rentenversicherung für Pflegepersonen werden nach oben angepasst werden.

## 6. Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Gesetzentwurf:

Der Gesetzentwurf sieht eine Stärkung neuer Wohn- und Betreuungsformen vor. So sollen Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen zusätzliche Leistungen erhalten (§ 38a) sowie ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen aufgelegt werden (§ 45e).

Bewertung § 38a:

Die **zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen**, die in dem neuen § 38a SGB XI beschrieben sind, hält der AWO Bundesverband prinzipiell für richtig. Allerdings müsste der letzte Halbsatz unter 4. „..., *dem die maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen*“. Gestrichen werden. Durch die Föderalismusreform gibt es in der Bundesrepublik Deutschland mittlerweile zahlreiche landesweite heimrechtliche Vorschriften. In einem Großteil dieser heimrechtlichen Vorschriften werden die ambulant betreuten Wohngruppen, von denen hier die Rede ist, unter das jeweilige Heimrecht fallen. Das wiederum würde dazu führen, dass Versicherte in diesen Bundesländern keine Möglichkeit haben, ihren Anspruch auf den pauschalen Zuschlag in Höhe von 200,00 Euro monatlich geltend zu machen. Es ist sozialpolitisch wie auch sozialrechtlich nicht hinzunehmen, dass Versicherte in dem einen Bundesland eine Leistung erhalten, während sie in einem anderen Bundesland die gleiche Leistung nicht erhalten.

Lösungsvorschlag § 38a:

- (1) Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf einen pauschalen Zuschlag in Höhe von 200,00 Euro, wenn
1. sie in ambulant betreuten Wohngruppen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung leben,
  2. sie Leistungen nach § 36, § 37 oder § 38 beziehen,
  3. in der ambulant betreuten Wohngruppe eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet, und
  4. es sich um ein gemeinschaftliches Wohnen von regelmäßig mindestens drei Pflegebedürftigen handelt mit dem Zweck der gemeinschaftlich organisierten Versorgung, ~~dem die jeweils maßgeblichen heimrechtlichen Vorschriften nicht entgegenstehen.~~

Bewertung §§ 45e und 45f:

Das **zeitlich befristete Initiativprogramm zur Gründung ambulanter in § 45 e SGB XI**, das aus nicht abgerufenen Mitteln zum Aufbau von Pflegestützpunkten finanziert werden soll, sehen wir kritisch. Wir halten es für sachlich falsch und fachlich nicht begründbar, weshalb für dieses Programm *allein* die ohnehin knappen Mittel des Teilkaskosystems Pflegeversicherung genutzt werden sollen. Dies sollte vielmehr Aufgabe von Städten und Gemeinden z.B. im Rahmen von Städtebauförderprogrammen und Maßnahmen im Zuge des Stadtumbaus sein. Zwar profitieren auch Pflegebedürftige die Wohngemeinschaften gründen von diesen Fördermitteln. Vor allem aber ist das Programm eine Subventionierung der Immobilien- und Wohnungswirtschaft. Gerade die Immobilien- und Wohnungswirtschaft gewinnt durch dieses Förderprogramm in einer Gesamthöhe von 30 Millionen Euro in doppelter Weise: ein für sie kostenlosen Umbau des bestehenden Wohnungsbestandes, dadurch Wertsteigerung der Immobilie, dadurch Berechtigung zur Forderung höherer Mietpreise. Eine zeitliche Befristung des Projektes bis auf das Jahr 2015 ist gerade unter Beachtung der weiter steigenden Zahl von Haushalten mit hilfe- und pflegebedürftige Menschen, keinesfalls als langfristige und nachhaltige Strategie einer barrierefreien, inklusiven Gesellschaft, die Teilhabe und Selbstbestimmung fördern will, zu betrachten. Darüber hinaus erschließt sich nicht, warum Pflegebedürftige in Wohngemeinschaften bzgl. altersgerechter Umbaumaßnahmen der Wohnung mehr Geld erhalten, als Pflegebedürftige in der eigener Wohnung. Dies stellt eine Ungleichbehandlung dar. Die AWO kritisiert zudem, dass mit den §§ 45e und 45f eine Doppelstruktur eingeführt wird, die vollständig überflüssig ist. Die in § 45f beschriebene Weiterentwicklung neuer Wohnformen kann ebenso gut in den §§ 8 und/oder 45c SGB XI aufgenommen werden. Diese Paragraphen müssen lediglich in dem Sinne ergänzt werden, dass auch eine konzeptionelle Weiterentwicklung neuer Wohnformen möglich wird.

Lösungsvorschlag §§ 45e und §§ 45f:

- Der § 45 e wird gestrichen.
- Der Inhalt von § 45f wird in den §§ 8 und/oder 45c SGB XI aufgenommen.

## 7. Förderung der Selbsthilfe

Gesetzentwurf:

Mit der Änderung in § 45d werden zusätzlich Mittel zur Förderung des Auf- und Ausbaus von Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen zur Verfügung gestellt. Eine Änderung des § 82b Abs. 2 soll bewirken, dass Aufwandsentschädigungen für ehrenamtlich tätige Personen gezahlt werden.

Bewertung:

Die Änderungen im § 45d SGB XI werden vom AWO Bundesverband begrüßt.

Für sehr kritisch halten wir allerdings die Anführungen im § 82 Abs. 2 SGB XI (**Aufwandsentschädigungen für ehrenamtlich tätige Personen**). Die Einführung einer Doppelstruktur zum Bundesfreiwilligendienst ist keineswegs erforderlich und wird prinzipiell ablehnt. Und zum anderen - und dies halten wir für weitaus fataler - kann es nicht sein, das Pflegeeinrichtungen ehrenamtliche Unterstützung nur dann mittels Aufwandsentschädigung vergüten können, wenn die ehrenamtlich tätigen Personen „*allgemeine Pflegeleistungen*“ übernehmen. Ehrenamtlich tätige Personen sollten zusätzliche, den pflegebedürftigen Menschen zugute kommende Leistungen, erbringen können und hierfür auch eine Aufwandsentschädigung erhalten, der Einsatz Ehrenamtlicher darf jedoch die Pflegeleistung der Einrichtung keinesfalls ersetzen. Eine Vermischung von ehrenamtlichen Aufgaben und professionellen Aufgaben lehnen wir entschieden ab.

Lösungsvorschlag:

Die vorgesehene Änderung des § 82b Absatz 2 SGB XI wird gestrichen.

## 8. Stärkere Dienstleistungsorientierung bei der Begutachtung von Antragstellern auf Leistung der Pflegeversicherung

Gesetzentwurf:

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll eine verbindliche Richtlinie zur besseren Dienstleistungsorientierung des MDK bei der Begutachtung erlassen.

Bewertung:

Der AWO Bundesverband begrüßt grundsätzlich die Intention des Gesetzgebers, das Begutachtungsverfahren und die Entscheidung über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit für die Versicherten schneller und transparenter zu gestalten.

## 9. Verbesserung der Beratung und Koordinierung

Gesetzentwurf:

Pflegekassen sollen Versicherten einen konkreten Beratungstermin binnen 14 Tagen anbieten oder einen Beratungsgutschein ausstellen, der in entsprechenden Stellen eingelöst werden kann.

Bewertung:

Nach Auffassung des AWO Bundesverbandes e. V. ist das Thema „Pflegerberatung“ von ganz grundsätzlicher Bedeutung für die Zukunft der Pflegeversicherung. Schon mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde, mit der Einführung der kassenspezifischen Pflegerberatung nach § 7a SGB XI sowie der Pflegerberatung durch die Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI dem Thema auch seitens des Gesetzgebers eine besondere Bedeutung zugemessen. Vor diesem Hintergrund begrüßen wir die zukünftige Möglichkeit von Beratungsgutscheinen nach § 7b SGB XI. Wir halten die geplante Umsetzung aber noch nicht für ausreichend.

Wichtigstes Ziel bei der Pflegerberatung muss es sein, dass die Beratung bei den Ratsuchenden ankommt. Gerade zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit sind Betroffene und ihre Angehörigen auf Beratung über das Versorgungssystem, die unterschiedlichen Dienstleistungsangebote sowie über Leistungsansprüche angewiesen. Beratungsbedarf besteht insbesondere dann, wenn die Übernahme der Pflege durch berufstätige Angehörige nur mit Unterstützung Dritter organisiert werden kann. Trotz des Rechtsanspruches auf Beratung zeigen Erhebungen unter Betroffenen einen zu geringen Informationsstand. Zu gleichen Ergebnissen kommt auch das bundesweit einmalige Projekt des AWO Bundesverbandes e. V. zur Online-Pflege- und Seniorenberatung (OPuS). Auch hier wird der immense Informationsbedarf der Ratsuchenden deutlich. Im Rahmen des Projektes können Ratsuchende kostenlos auf der Internetplattform [www.awo-pflegerberatung-online.de](http://www.awo-pflegerberatung-online.de) ihre Anfragen stellen und bekommen automatisch innerhalb von 48 Stunden eine Antwort.

Die politische und fachliche Diskussion wird durch die Frage nach der Gestaltung der Beratungsstrukturen dominiert. Bestehende gesetzlich initiierte Beratungsstrukturen brachten bislang leider nicht den erhofften Erfolg. Als Beispiel hierfür seien die Pflegestützpunkte genannt, die zwar eine neue Struktur etabliert haben, aber vielfach von den ratsuchenden Menschen nicht angenommen werden. Entsprechend sind die Pflegestützpunkte nach Auffassung der AWO bundesweit kein Erfolg.

Lösungsvorschlag:

Der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. fordert den gesetzlichen Beratungsanspruch durch Einführung eines Beratungsgutscheins in die Hand des Versicherten selbst zu geben. Ein Beratungsgutschein in Höhe eines festzulegenden Wertes pro Kalenderjahr, welcher der Preisentwicklung einer professionellen Beratungsleistung entspricht, sollen die Bürgerinnen und Bürger erhalten, die einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI gestellt haben oder Altersrente bzw. Erwerbsminderungsrente beziehen. Im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts kann der Beratungsanspruch mit Hilfe des Beratungsgutscheins in einer Beratungsstelle geltend gemacht werden. Beratungsstellen, die mit gesicherten Qualitätsniveau beraten, können sein:

- kommunale örtliche Beratungsstellen,
- Kranken- und Pflegekassen,
- Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste oder
- Pflegestützpunkte.

Im Sinne der Nutzerfreundlichkeit und der vielfältigen Zielgruppen mit Pflegebedarf, so bspw. Kinder die pflegebedürftig sind und eine Behinderung aufweisen und deren Angehörigen, sollten mit Blick auf den niedrighschwelligem Zugang zu Beratung auch andere, bereits in der Beratung erfolgreich tätige Institutionen in diese Regelung einbezogen werden. Durch die Refinanzierung der Beratung im SGB XI wird der Anreiz zum Aufbau von adäquaten Beratungsdienstleistungen für Träger und Kommunen erhöht.

## 10. Arbeitsvergütung

Gesetzentwurf:

Die bisherige Regelung in **§ 72 Absatz 3**, das Versorgungsverträge an eine „ortsübliche Vergütung“ gekoppelt sind, wird im Gesetz durch den Zusatz, dass dies nicht gilt, wenn das Mindestentgelt nach Arbeitnehmerentendegesetz gilt.

Bewertung:

Die im § 72 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 implizierte Regelung, die Höhe der Arbeitsvergütung mit dem Bezug auf die Mindestlohnregelung noch weiter nach unten abzusenken, wird von der AWO abgelehnt. Wir sprechen uns dagegen aus, dass die ortsübliche Vergütung, die bislang eine wichtige Voraussetzung für die Zulassung von Einrichtungen war, durch den Mindestlohn und damit orientiert an einer Lohnuntergrenze für Pflegehilfskräfte, ersetzt werden soll. Wir halten es für fatal, dass die Entlohnung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen auf ein Mindestniveau zu steuern sein soll. Gleichzeitig wird die Orientierung an Tariflöhnen noch weiter entwertet. Dies wirft das Risiko eines negativen Preiswettbewerbs auf, der einem Preisdumping gleichkommt und zweifellos auch Auswirkungen auf die Zahlung von Löhnen und Gehältern hat. Diese Entwicklung könnte eine gefährliche Sogwirkung in der Pflegebranche in Gang setzen.

Hinzu kommt, dass mit der Durchsetzung dieser gesetzlichen Regelung, die zeitgleich erhobenen Forderungen im Rahmen der Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive, die in der Federführung des BMFSFJ liegen und eine Attraktivitätssteigerung sowie Maßnahmen zur Bekämpfung des branchenspezifischen Fachkraftmangels vorsieht, ad absurdum geführt wird.

Lösungsvorschlag:

Der AWO Bundesverband e. V. fordert eine Aufwertung der Orientierung an Tariflöhnen. Um eine weitere Lohnabsenkung im Pflegebereich zu verhindern, bedarf es nach unserer Auffassung eines klaren Bekenntnisses zur Tarifgebundenheit. Vor diesem Hintergrund fordert der AWO Bundesverband e. V. folgende Änderungen des § 72 Absatz 3 Satz 1, Nummer 2 SGB XI:

*„...die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten sowie eine in Pflegeeinrichtungen tarifgebundene oder ortsübliche Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen“.*

## 11. Zukunftssichere Finanzierung

Gesetzentwurf:

Der Gesetzentwurf sieht eine Anhebung der Beitragssätze um 0,1 % vor.

Bewertung:

Die AWO hält eine Beitragssatzerhöhung angesichts der beschriebenen Leistungsverbesserungen von 0,1% für angemessen. Allerdings wird eine solche ausgestaltete Erhöhung der Einnahmeseite nur ausreichen, um die hier genannten Leistungsverbesserungen zu finanzieren und den Beitragssatz bis 2015 stabil zu halten. Das Problem der erforderlichen Demografiereserve ist damit noch nicht gelöst. Nach Auffassung des AWO Bundesverbands e. V. verbleibt diesbezüglich als echte Option eine Strukturreform der umlagefinanzierten Pflegeversicherung. Die AWO hat sich bereits weit vor der Einführung der Pflegeversicherung für eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Pflegerisikos eingesetzt. Insofern sehen wir uns in der Pflicht, Lösungsvorschläge für die unabweisbare notwendige Reform bzw. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung zu unterbreiten und voranzutreiben. Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung und damit auch die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit stellt nach Auffassung der AWO eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar, die auch in Zukunft solidarisch getragen und finanziert werden muss. Die AWO vertritt dabei ganz eindeutig die Auffassung, das auch zukünftig an der Pflegeversicherung als fünfter Säule der Sozialversicherung, mit ihren Grundzügen, Versicherungsprinzip, solidarische Finanzierung und sozialer Ausgleich festzuhalten ist. Die soziale Pflegeversicherung muss weiterhin **das** Element in der Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bleiben. Eine Verlagerung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in dem Bereich der Eigenvorsorge, bspw. im Rahmen von privaten Zusatzversicherungen, lehnen wir entschieden ab. Die aktuell diskutierten Alternativen zu einer umlagefinanzierten Pflegeversicherung sind in Wirklichkeit keine. Ein steuerfinanziertes Leistungsgesetz wird nur ein Minimum des Gesamtbedarfes abdecken, sodass von einer Absicherung des Pflegerisikos nicht mehr gesprochen werden könnte. Der Alternativvorschlag eines Kapital- oder Teilkapitaldeckungsverfahrens führt in den nächsten Dekaden zu einer unzumutbaren Doppelbelastung der aktiven Jahrgänge. Das ist sozialpolitisch und unter dem Aspekt der gerechten Verteilung von Belastungen kaum vertretbar und vermittelbar. Außerdem hat die globale Finanzkrise in sehr plastischer Form verdeutlicht, das Kapitaldeckungsverfahren in hohem Maße instabil sein können und somit kein belastbares und sicheres Fundament für die Absicherung eines so existentiellen Lebensrisikos, wie der Pflegebedürftigkeit darstellen.

Lösungsvorschlag:

Die AWO spricht sich für ein solidarisches, gerechtes und nachhaltiges Finanzierungskonzept in der Pflege aus. Dieses kann nur dadurch erreicht werden, indem die **Pflegeversicherung als Bürgerversicherung** konzipiert wird. Mit einem wissenschaftlichen Gutachten, dass die in Auftrag gegeben hat und im Januar 2012 der Öff-

fentlichkeit präsentiert hat, konnte die Realisierbarkeit nachgewiesen werden. Neben den Aspekten der Nachhaltigkeit und Solidarität, die dieses Modell charakterisieren konnte die AWO auch aufzeigen, dass eine Pflegebürgerversicherung Mehreinnahmen generiert, mit denen zentrale Leistungsverbesserungen hinreichend ausgestaltet werden können, ohne gleichzeitig zu massiven Beitragssteigerungen in der Pflegeversicherung zu führen.

Eine Pflege-Bürgerversicherung, wie wir sie als AWO befürworten bedeutet konkret die Aufhebung der Grenze zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung. Beamte, Selbständige und jetzt freiwillige Privatversicherte müssen sich zu einem bestimmten Zeitpunkt gesetzlich versichern. Weitere Aspekte einer Bürgerversicherung sind die Anhebungen der Beitragsbemessungsgrenze auf die derzeit in der Rentenversicherung geltende Höhe von 5500,00 Euro pro Monat sowie die Einbeziehung aller Einkommensarten in eine Säule bei der Beitragserhebung. Die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung ist in der Bevölkerung vermittelbar. Während die gesetzlichen Pflegekassen seit Jahren Defizite verzeichnen, steigen die Rücklagen der privaten Pflegeversicherung jedes Jahr, obwohl der Beitrag regelmäßig gesenkt wurde. Das liegt zum einen an Gesundheitsprüfungen, die private Versicherungsunternehmen vornehmen, zum anderen daran, dass die oberen Einkommens- und Bildungsschichten in der Regel über einen besseren Gesundheitsstatus verfügen und ohnehin gesundheitlich besser versorgt sind (und zwar auf Grund ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit). Hieraus folgt, dass diese Personengruppe auch im geringeren Maße pflegebedürftig wird, mindestens zum jetzigen Zeitpunkt. Die Leistungsausgaben pro Versichertem liegen bei den privaten Unternehmen nur bei einem Drittel der Kosten der gesetzlichen Pflegeversicherung. Um die sozialpolitische Forderung nach einer solidarischen Pflegebürgerversicherung zu untermauern und auch mit Zahlen und Fakten hinsichtlich einer möglichen Einführung zu belegen, hat der AWO Bundesverband im Januar 2012 ein entsprechendes Gutachten vorgelegt.

Laut diesem Gutachten reduziert die sofortige Einführung einer Bürgerversicherung, ohne Berücksichtigung von Übergangsregelungen, den Beitragssatz um 0,4 Beitragssatzpunkte. Umgekehrt betrachtet, werden gut 4 Mrd. Euro zusätzliche Einnahmen generiert. Im Zeitverlauf verringert sich der Effekt allerdings auf 0,22 bzw. 0,27 Beitragssatzpunkte. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Gruppe der derzeit Privat-Versicherten in stärkerem Maße von der demografischen Alterung betroffen ist und die Zahl der Pflegebedürftigen in diesem Teilkollektiv stärker steigt. Aufgrund dieser Tatsache würden bei einer hypothetischen Beibehaltung der Privaten Pflegeversicherung in der Zukunft, die dort zu entrichtenden Beiträge in den kommenden Jahren massiv steigen und dann voraussichtlich weit über dem heutigen gesetzlichen Beitragssatz liegen. Insofern profitieren von der Einführung einer Bürgerversicherung, wie wir sie als AWO fordern nicht nur die heute gesetzlich Versicherten sondern auch die Mitglieder der privaten Pflegeversicherung.

Die durch die Bürgerversicherung generierten Mehreinnahmen können darüber hinaus notwendige Leistungsverbesserungen langfristig sichern. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs führt zu Mehrausgaben von gut 3 Mrd. Euro bzw. 15 % der gesamten Ausgaben der SPV. Die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist damit langfristig gesichert. Gleichzeitig können weitere dringend notwendige Leistungsverbesserungen, wie bspw. die Anhebung der ambulanten Sachleistungsbeträge in Pflegestufe 1, die Einführung von Beratungsgutscheinen für Menschen ab 65 Jahren oder die Refinanzierung der Ausbildungskosten sowie der Praxisanleitung in der Altenhilfe mit den Mehreinnahmen der Pflege-

Bürgerversicherung finanziert werden. Unter der Voraussetzung einer Dynamisierung der Pflegeversicherungsleistungen in Anlehnung an die Inflationsrate würde der Beitragssatz bis zum Jahr 2050 nur sehr moderat auf dann 2,3 % ansteigen müssen. Damit ist die Einführung der Pflege-Bürgerversicherung sowohl die kostengünstigere, wie sichere und vor allem solidarischere Alternative zu einer kapitalgedeckten privaten Zusatzversicherung. Die gerechte und solidarische Absicherung des Pflegerisikos mittels einer Pflege-Bürgerversicherung ist darüber hinaus in der Bevölkerung gut vermittelbar. Vor diesem Hintergrund fordert die AWO die schnellst mögliche Einführung der Pflege-Bürgerversicherung und appelliert an die Politik die hierfür notwendigen Schritte einzuleiten.

## 12. Weitere Maßnahmen

- Pflegegeld für behinderte Menschen (§38):

Durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Verschiebung des Leistungsanspruchs wird die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung, den sie im stationären Bereich durch § 43a SGB XI bereits seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung hinnehmen müssen, sogar auf vorgesehene Leistungen der ambulanten Betreuung, konkret durch die Kürzung des Pflegegeldes, ausgedehnt. Diese Regelung ist in hohem Maße ungerecht und nicht hinnehmbar

Insofern begrüßen wir den Vorschlag (Änderungsantrag BT-Drs. 17/9369) und die damit herbeigeführte gesetzlichen Konkretisierung der Fraktionen von CDU/CSU und FDP, nachdem Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§43a) Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden, haben.

- Wohnumfeldverbesserung (§ 40):

Der AWO Bundesverband e. V. begrüßt die vorgesehene Abschaffung der **Einkommensprüfung** im Zusammenhang mit der Beantragung auf Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen.

- Tages- und Nachtpflege (§ 41):

Bzgl. der Beförderungsleistung im Rahmen der Tagespflege halten wir eine Klarstellung für notwendig, dass zwar die Pflegekassen die Beförderungskosten im Rahmen ihrer Leistungsbeträge übernehmen, dass aber die Einrichtungen, die die Tagespflege erbringen, die Beförderungsleistung nicht selbst erbringen müssen, d. h. auch deren Kosten nicht zwingend mit den Pflegekassen verhandeln müssen. Die Einrichtungen müssen die Beförderungsleistung lediglich sicher stellen, dass kann aber auch eine **organisatorische** Sicherstellung sein (vgl. Entwurfsbegründung zum SGB XI – BT-Drucksache 12/5262, S. 114), die Einrichtung kann dementsprechend auf einen örtlichen „Beförderer“ verweisen, der diese Leistung erbringt. Wir schlagen entsprechend vor, den § 41 Absatz 1, Satz 2 in eine „Kann-Regelung“ umzuändern.

- Pflegeeinrichtungen / Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft (§ 71):

Die **Verlängerung für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft auf 8 Jahre** statt bisher 5 Jahre wird ausdrücklich begrüßt.

- Gesamtversorgungsvertrag (§ 72):

Der Versuch, die Voraussetzung zum Abschluss eines Gesamtversorgungsvertrages durch eine Konkretisierung des Anwendungsbereiches zu vereinfachen, wird durch AWO Bundesverband e. V. prinzipiell begrüßt. Allerdings halten wir die vorgeschlagene Änderung von „örtlich“ zu „vor Ort“ für keinesfalls ausreichend. Tatsächlich ist es notwendig und im Sinne des PFWG, das die Regelungen zum Gesamtversorgungsvertrag den Personaleinsatz zwischen (teil-)stationären und ambulanten Einrichtungen flexibilisieren und ein durchgängiges Versorgungssystem für die Pflegebedürftigen in quartiersnahen Pflegezentren sicherstellen. Gleichzeitig muss der Gesetzentwurf die bisher ungelöste Fragestellung der Einbindung der Leistungen aus dem SGB V beantworten.

- Einzelpflegekräfte (§ 77):

Zwar begrüßt der AWO Bundesverband e. V., dass die gesetzlichen Ausführungen zu den vertraglichen Regelungen zwischen sogenannten Einzelpflegekräften nach § 77 SGB XI und den Pflegekassen überarbeitet wurden. Da Einzelpflegekräfte sich nun ebenso wie ambulante Pflegedienste den geltenden Qualitätsmaßstäben der Pflegekassen unterziehen müssen und hierüber Verträge abzuschließen sind, ist die Gefahr einer Ungleichbehandlung zwischen den Leistungserbringern und einer Gefährdung der qualitätsgesicherten Leistungserbringung aufgehoben.

Grundsätzlich aber bezweifelt die AWO die Behauptung, dass durch den Einsatz von Einzelpflegekräften die ambulante Pflege individueller, bedarfsgerechter und persönlicher erbracht werden kann. Jeder Pflegedienst erbringt schon heute seine Leistung nach genau diesen Grundsätzen. Im Gegenteil, die AWO befürchtet, dass durch den Einsatz von Einzelpflegekräften die Versorgungskontinuität, -qualität- und -sicherheit erheblich gefährdet wird. Denn wie auch schon nach Einführung der Regelung zu Einzelpflegekräften im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 bleibt unklar, wie eine Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch eine Einzelpflegekraft im Falle von Krankheit oder anderen Ausfallgründen gewährleistet werden soll. Vertretungsregelungen, wie der Gesetzgeber sie nun vorschreibt, dürften in solchen Sonderfällen noch zu bewerkstelligen sein. Da es sich bei Pflege aber um eine personenintensive Dienstleistungen handelt, die teils ständige Anwesenheit und/oder Erreichbarkeit erfordern, benötigt eine Einzelpflegekraft eine permanente Vertretung, wenn ein vorzeitiges Burnout-Syndrom wie auch Qualitätseinbußen in der pflegerischen Versorgung vermieden werden sollen. Ob sich die Gründung eines Einpersonbetriebes bei solch aufwendigen Vertretungsregelungen realisieren lässt und lohnend erscheint, muss in Frage gestellt werden. Nach unserer Einschätzung ist der Einsatz von Einzelpflegekräften nur dort zielführend, wo beispielsweise eine persönliche Assistenz notwendig wird oder eine sogenannte Präsenzkraft in ambulant betreuten Wohngruppen Sinn macht.

- Verpflegung (§ 87 Satz 2):

Laut Referentenentwurf sollen zukünftig Entgelte für Verpflegung nur für die Tage berechnet werden dürfen, an denen auch Verpflegung in Anspruch genommen wurde. Ab dem ersten Tag der Abwesenheit aus der Pflegeeinrichtung müsste dementsprechend das Entgelt für Verpflegung von der Vergütung abgezogen werden.

Das Entgelt für Verpflegung beinhaltet jedoch nicht nur die Verpflegung (pro Verpflegungssatz, Lebensmittel von rund 4,00 Euro am Tag) im engeren Sinn, sondern auch Anteile für Personalkosten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Küche, Wirtschaft- und Verwaltungsbedarf, Wasser, Energie, Steuern, Wartung etc. Dieser Aufwand besteht größtenteils aus Fixkosten und kann bei der Abwesenheit eines Bewohners nicht gemindert werden. Das Entgelt für Verpflegung beträgt im Bundesdurchschnitt täglich 10,67 Euro (vgl. Bericht der Bundesregierung zur Entwicklung der Pflegeversicherung 2011). Vor diesem Hintergrund ergibt sich durch die Abwesenheit eines Bewohners vom ersten Tag an kein Einsparpotenzial im Bereich der Verpflegung. Entsprechend halten wir auch die unterschiedlichen Abwahlmöglichkeiten von Mahlzeiten und Verpflegungen -aufgrund des enormen bürokratischen Aufwandes und der trotzdem anfallenden Gemeinkosten- für nicht angemessen. Auch die geplante Streichung der Wörter „und Verpflegung“ im **§ 87a Absatz 1 Satz 7** lehnen wir aus den o.g. Gründen ab.

- Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichen Betreuungsbedarf (§ 87b):

Der AWO Bundesverband begrüßt ausdrücklich, dass die Regelung des § 87b zukünftig auch für teilstationäre Pflege gelten soll. Da es in der Praxis immer wieder zu Irritationen kommt, sollte im Gesetz auch eine Klarstellung dahingehend erfolgen, das § 87b SGB XI auch für die Kurzzeitpflege gilt.

- Berichte der Medizinischen Dienste nach (§ 114a Abs. 6)

Die Medizinischen Dienste berichten dem MDS im Abstand von *drei Jahren* über Ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften, Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und Erkenntnisse zur Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung. Seit 2007 werden alle Pflegeeinrichtungen *jährlich* geprüft und die Ergebnisse der Qualitätsprüfung nach § 115 Abs. 1a SGB XI im Internet veröffentlicht. Mit dem vorliegenden Entwurf der Richtlinie nach § 53 Satz 1 Nr. 4 zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen werden darüber hinaus *jährlich* Berichte der Medizinischen Dienste zur Umsetzung und zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen veröffentlicht. Mit den Veröffentlichungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI sowie künftig der Veröffentlichung der Berichte gemäß des Richtlinienentwurfs nach § 53a SGB XI liegen zu allen drei in § 114 a Abs. 6 genannten Themen wesentlich aktuellere Veröffentlichungen vor als dies ein alle drei Jahre erscheinender Bericht leisten kann. Der Bericht nach § 114a Abs. 6 hat durch diese neuen Entwicklungen somit für die Zukunft seinen Nutzen verloren. Aus Sicht des AWO Bundesverbands e. V. kann damit der Absatz 6 in § 114 a ersatzlos gestrichen werden.