

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0271(1)
gel. VB zur öAnh. am 21.5.
12_Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
14.05.2012

Abteilung Sozialpolitik

Tel.: 030 / 72 62 22 – 199

Fax: 030 / 72 62 22 – 328

Sekretariat: 030 / 72 62 22 – 121

E-Mail:

fabian.mueller-zetzsche@sovd.de

Stellungnahme

zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages in Berlin am 21. Mai 2012 zu dem/den

- a) Gesetzentwurf der Bundesregierung
Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz - PNG)
(BT-Drs. 17/9369)
 - b) Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen
(Ausschussdrucks. 17(14)0269)
 - c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Diana Golze, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE
Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen
(BT-Drs. 17/9393)
- und zum
- d) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, Markus Kurth, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest
(BT-Drs. 17/9566)

I. Gesamtbewertung

Der Gesetzentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) versucht, einige bestehende Defizite des Pflegeversicherungssystems auszugleichen. Der SoVD begrüßt neben der Verbesserung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, insbesondere die Absicht, alternative Wohn- und Betreuungsgruppen stärker zu fördern, die Interessen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zukünftig bei der Erarbeitung von Richtlinien und Vereinbarungen im Rahmen der Pflegeversicherung stärker zu berücksichtigen sowie die medizinische Versorgung in stationären Einrichtungen zu verbessern.

Die im Gesetzentwurf des PNG vorgesehene Ausgestaltung der einzelnen Regelungen kann jedoch im Einzelnen nicht befriedigen. Das liegt zuvorderst daran, dass aufgrund der nicht erfolgten grundsätzlichen Neudefinition von Pflegebedürftigkeit verschiedene Elemente des Gesetzes systematisch schwer zueinander passen. So wird die häusliche Betreuung als Sachleistung eingeführt, nicht aber der Bedarf an häuslicher Betreuung im Begriff und Bemessung von Pflegebedürftigkeit grundsätzlich berücksichtigt. Im Gesetzentwurf des PNG sind zudem Maßnahmen, mit denen professionelle Pflege gestärkt und ihr qualifizierter Nachwuchs gesichert werden soll, kaum enthalten.

Schließlich wird auch auf die notwendige umfassende Stärkung der solidarischen Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung verzichtet. Stattdessen wird durch die minimale Beitragssatzerhöhung die grundsätzliche Stabilisierung der Finanzierung um weitere Jahre verschoben sowie die Privatisierung des Pflegerisikos durch die Förderung einer privaten Pflegezusatzversicherung weiter vorangetrieben.

II. Zum Gesetzentwurf und den Anträgen

1. Zum Gesetzentwurf zu a)

1.1 Definition von Pflegebedürftigkeit

Mit der Definition von Pflegebedürftigkeit entscheidet sich grundsätzlich, welche Menschen als pflegebedürftig nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) gelten und in der Folge Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Breiter Konsens ist, dass der bisherige Begriff von Pflegebedürftigkeit mit seiner Fokussierung auf körperliche Defizite und verrichtungsbezogene Pflege zu eng gefasst ist. Insbesondere der hohe Bedarf an Aufsicht und Betreuung demenziell Erkrankter wird nicht ausreichend berücksichtigt. Leider hat der Gesetzgeber davon abgesehen, im vorliegenden Gesetzentwurf mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu beginnen. Stattdessen wird in der Gesetzesbegründung lediglich die Absicht des Bundesgesundheitsministeriums formuliert, *„die weiteren Schritte für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von einem Expertenbeirat fachlich fundiert vorbereiten zu lassen.“*

Der SoVD kritisiert, dass die Einführung eines neuen, an Teilhabe orientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs erneut verschoben wird. Der Gesetzgeber hat inzwischen drei Jahre Zeit gehabt, die Ergebnisse des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahr 2009 umzusetzen und etwaige noch offene Fragen zu klären.

1.2 Häusliche Pflege und Grundsatz „ambulant vor stationär“

Schaffung eines Anspruches auf häusliche Betreuung

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, Pflegebedürftige der Pflegestufen I bis III sowie Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 36 und § 123 ein Anspruch auf häusliche Betreuungsleistungen einzuführen (§ 124 SGB XI – Neu). Der Anspruch soll ab 1. Januar 2013 für einen Übergangszeitraum gelten, der nach Inkrafttreten eines Gesetzes endet, welches Leistungen auf Grundlage eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens gewährt. Häusliche Betreuung wird neben der Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie. Voraussetzung für den Anspruch auf häusliche Betreuung ist, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

Der SoVD setzt sich grundlegend für die bessere Berücksichtigung des Bedarfes an Betreuung bei der Bemessung von Pflegebedürftigkeit und der Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung ein. Insofern ist die Schaffung eines Anspruches auf häusliche Betreuungsleistungen zu begrüßen. Dass der Anspruch auf häusliche Betreuungsleistungen im Unterschied zum Referentenentwurf nun in einer Übergangsregelung eingeführt werden soll, die nur bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens gilt, hält der SoVD für sachgerecht. Dennoch wird insbesondere im Hinblick auf die häusliche Betreuung deutlich, dass das Ausbleiben einer grundlegenden Überarbeitung der Pflegeversicherung, inklusive Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens, problematisch ist. So werden Menschen mit Pflegebedarf zukünftig einen Leistungsanspruch auf häusliche Betreuung haben, obwohl der Bedarf an häuslicher Betreuung weiterhin nicht systematisch bei der Bemessung von Pflegebedarf nach §§ 14 und 15 SGB XI berücksichtigt wird. Darüber hinaus wird die Wahlmöglichkeit der Leistung für häusliche Betreuung stark beschränkt, indem sie nur in Fällen in Anspruch genommen werden kann, wo Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gesichert sind. In Anbetracht des Teilleistungscharakters der Pflegeversicherung, als dessen Folge bereits Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in vielen Fällen nicht bedarfsdeckend finanziert werden, kann diese Einschränkung dazu führen, dass Leistungen der häuslichen Betreuung faktisch nicht in Anspruch genommen werden können.

Zu begrüßen ist aus Sicht des SoVD hingegen, dass Pflegesachleistungen weiterhin von Pflegekräften erbracht werden müssen und die im Referentenentwurf geplante Ersetzung des Begriffs durch den Begriff „Kräfte“ nicht weiter verfolgt wird.

Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Damit pflegebedürftige Menschen sich flexibler als bisher von ambulanten Pflegediensten Leistungen nach ihren Bedürfnissen zusammenstellen können, soll zum 1. Januar 2013 eine alternative Vergütungsregelung geschaffen werden (§ 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI - neu). So sollen zukünftig neben den vom Zeitaufwand unabhängigen Vergütungen für konkrete Einzel- und Komplexleistungen auch Zeitvergütungen vereinbart werden. Welche Leistungen der Pflegedienst in dieser Zeit erbringt, sollen die pflegebedürftigen Menschen frei auswählen können.

Mit der Neuregelung soll die Möglichkeit der pflegebedürftigen Menschen zur Wahl passgenauer Leistungen erhöht werden. Ausweislich der Gesetzesbegründung geht die Bundesregierung davon aus, dass Abrechnungen nach Zeitaufwand weitaus besser mit Betreuungsleistungen korrespondieren als die bisher in der Praxis bevorzugte Abrechnung nach Komplexleistungen. Grundsätzlich begrüßt der SoVD, dass pflegebedürftige Menschen mehr Wahlmöglichkeiten erhalten sollen, Pflegeleistungen passgenau und flexibel zusammenzustellen. Allerdings steht zu befürchten, dass die Vergütung für die Zeitaufschalen gegebenenfalls nicht ausreichend hoch sein wird, um die erforderlichen Pflegeleistungen in bedarfsgerechtem Umfang zu erbringen. Es muss darum sichergestellt werden, dass auch im Rahmen von Zeitaufschalen alle notwendigen pflegerischen Leistungen qualitätsgesichert erbracht werden.

Weiterzahlung von Pflegegeld bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, zukünftig auch für den Zeitraum der Inanspruchnahme von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI sowie Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI ein vorher bezahltes Pflegegeld nach § 37 SGB XI zur Hälfte weiterzuzahlen. Damit sollen die auch während der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege weiterhin bestehenden Belastungen der Pflegesituation, wie etwa den pflegenden Angehörigen durch die Angehörigenpflege entstehender Lohnausfall, besser abgedeckt werden (§ 37 Abs 2 SGB XI – neu).

Aus Sicht des SoVD ist an dieser Neuregelung durchaus positiv, dass sie kurzfristig zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements beitragen kann. Allerdings muss grundsätzlich beachtet werden, dass das Pflegegeld als Leistung für die pflegebedürftigen Menschen den Zweck hat, notwendige Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im häuslichen Umfeld selbstorganisiert sicherzustellen. Das Pflegegeld ist keineswegs als Lohnersatzleistung für den Lohnausfall der Pflegeperson angelegt. Mittelfristig müssen darum sachgerechtere Wege zur Abfederung finanzieller Belastungen der pflegenden Angehörigen durch Lohnausfall angestrebt werden.

Soziale Sicherung der Pflegeperson

Pflegende Angehörige gelten als Pflegeperson nach § 19 SGB XI, wenn sie einen nahen Angehörigen nicht erwerbsmäßig pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI erhalten Pflegepersonen, wenn sie einen Angehörigen in einem Umfang von mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen und nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig sind. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass zukünftig die für die verschiedenen Angehörigen aufgewendeten Pflegezeiten addiert werden. Ausschlaggebend für den Zugang zu den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson ist dann die Summe der für die Angehörigenpflege aufgewendeten Zeit. Die bisherige Regelung stellte Pflegepersonen, die mehrere Angehörige pflegten, für jeden einzelnen aber weniger als 14 Stunden in der Woche aufwandten, schlechter, weil sie keine Leistungen zur sozialen Sicherung erhielten. Durch die vorgesehene Neuregelung werden zukünftig alle Personen gleich behandelt, die mindestens 14 Stunden in der Woche Angehörige pflegen. Der SoVD begrüßt die Neuregelung und hält sie für sachgerecht. Er fordert in diesem Zusammenhang jedoch, dass auch die rentenrechtliche Bewertung von Pflegezeiten an sich nicht grundsätzlich verbessert wurde.

Aus Sicht des SoVD wäre es zudem sachgerecht, wenn die im vorliegenden Gesetzentwurf begonnene Neuorientierung, wonach neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auch die häusliche Betreuung übergangsweise in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen wird, sich auch auf die Berechnung der durch Pflegepersonen aufgewendeten Pflegezeit auswirken würde. Insbesondere bei der zunehmenden Zahl an demenziell Erkrankten macht die häusliche Betreuung einen erheblichen Teil der Pflegeleistung der Angehörigen aus. Dennoch wird sie als Teil der so genannten ergänzenden Pflegeleistungen bisher bei der Berechnung der aufgewendeten Pflegezeit – und damit beim möglichen Zugang zu Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson – unzureichend berücksichtigt.

Eigenbeteiligung bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen

Um häusliche Pflege möglich zu machen, zahlen die Pflegekassen einen Zuschuss zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen in Höhe von bis zu 2.557 Euro pro Maßnahme (§ 40 SGB XI - neu). Bisher müssen die Versicherten allerdings eine von den jeweiligen Einkommensverhältnissen abhängige Eigenbeteiligung zu diesen Umbaumaßnahmen leisten. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass diese Eigenbeteiligung – und mit ihr die Prüfung der Einkommenssituation – zukünftig entfallen soll. Der SoVD unterstützt diese Neuregelung. Sie kann zur Stärkung der häuslichen Pflege beitragen.

Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Im Gesetzentwurf sind verschiedene Maßnahmen vorgesehen, um neue Wohn- und Betreuungsformen zu stärken. So sollen pflegebedürftige Menschen, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben, neben dem Bezug von

Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder Kombinationsleistungen monatlich einen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 200 Euro erhalten (§ 38 a SGB XI - neu). Dieser Zuschlag soll pauschal zur eigenverantwortlichen Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft gewährt werden. Er wird zweckgebunden allerdings nur in Fällen gezahlt, in denen in der Wohngruppe mindestens eine Pflegekraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende oder pflegerische Tätigkeiten verrichtet. Darüber hinaus soll ein Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen aufgelegt werden, um die Gründung ambulanter Wohngemeinschaften anzuregen. Konkret soll bei Gründung einer neuen Wohnform die altersgerechte Umgestaltung der gemeinsamen Wohnung mit einer einmaligen Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 2.500 Euro pro Person gefördert werden (§ 45 e SGB XI – neu). Der Förderbeitrag ist auf 10.000 Euro je neugegründeter Wohngemeinschaft begrenzt. Die Fördermöglichkeit endet, wenn ein Gesamtfördervolumen von 30 Millionen Euro ausgeschöpft ist, spätestens aber zum 31. Dezember 2015. Darüber hinaus sollen für die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zusätzlich 10 Millionen Euro zur Verfügung gestellt werden (§ 45 f SGB XI – neu).

Der SoVD setzt sich sehr für die Stärkung ambulant betreuter Wohnformen ein. Viele Menschen ziehen die selbstbestimmte Pflege in einer solchen Wohnform der Pflege in einer stationären Großpflegeeinrichtung vor. Der SoVD unterstützt die Intention des Gesetzentwurfs und begrüßt insofern das Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen ausdrücklich. Nachdem der SoVD am Referententwurf noch kritisiert hatte, dass die Anforderungen an die pflegerische Qualifikation der Präsenzkraft, deren Vorhandensein in einer ambulant betreuten Wohnform eine Voraussetzung für den Erhalt des Wohngruppenzuschlags in Höhe von 200 Euro ist, durch die Verwendung des Begriffs „Kraft“ nicht deutlich wurden, wird im vorliegenden Gesetzentwurf der Begriff Pflegekraft verwendet. Der SoVD begrüßt das. Es muss allerdings befürchtet werden, dass Beschäftigungsverhältnisse, die schwerpunktmäßig mit den neu zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln zu bestreiten sind, prekären Charakter haben werden. Bezüglich ambulanter Wohnformen sieht der SoVD darüber hinaus weiteren grundsätzlichen Regelungsbedarf. Wohngruppen befinden sich in einer regulativen Grauzone. Es gibt derzeit keine klar abgegrenzte gesetzliche Definition ambulant betreuter Wohnformen. Insgesamt muss sichergestellt werden, dass die Qualität der pflegerischen Versorgung in ambulanten Wohnformen jederzeit gesichert ist. Darüber hinaus bedauert der SoVD, dass die für die wissenschaftlich gestützte Weiterentwicklung und Förderung neuer Wohnformen zur Verfügung stehende Summe von den im Referententwurf angesetzten 15 Millionen Euro im vorliegenden Gesetzentwurf auf nunmehr 10 Millionen Euro reduziert wurde.

Leistungsverbesserungen für demenziell erkrankte Menschen

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die in häuslicher Umgebung gepflegt und betreut werden, zum

1. Januar 2013 neue Leistungen zu schaffen (§ 123 SGB XI - neu). Diese sollen neben den seit 2008 existierenden zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 b bezogen werden können und bis zur Einführung einer neuen Definition von Pflegebedürftigkeit und entsprechend veränderten Leistungen gelten.

Folgende neue Leistungen sind vorgesehen:

- Menschen mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Höhe von 120 Euro oder Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI in Höhe von bis zu 225 Euro oder Kombinationsleistungen aus beiden vorgenannten nach § 38 SGB XI. Zusätzlich erhalten sie einen Anspruch auf Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI sowie auf Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 SGB XI.
- Für Menschen mit der Pflegestufe I und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöht sich das Pflegegeld nach § 37 SGB XI um 70 Euro auf 305 Euro sowie die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI um 215 Euro auf bis zu 665 Euro.
- Für Menschen mit der Pflegestufe II und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz erhöht sich das Pflegegeld nach § 37 SGB XI um 85 Euro auf 525 Euro sowie die Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI um 150 Euro auf bis zu 1.250 Euro.
- Für Menschen in Pflegestufe III sind keine Änderungen vorgesehen.

Der SoVD begrüßt die Verbesserung der Leistungen für demenziell erkrankte Menschen. Er fordert allerdings, dass diese Leistungsverbesserung als ein Element im Rahmen einer grundsätzlichen Neuausrichtung der Pflegeversicherung neben der Einführung einer neuen Definition von Pflegebedürftigkeit sowie eines neuen Begutachtungsverfahrens wird. Stattdessen führt die Bundesregierung mit dem PNG bereits zum zweiten Mal nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahr 2008 an verschiedenen Stellen Einzelleistungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in die Pflegeversicherung ein. Die Folge ist, dass es in der Pflegeversicherung versicherten Menschen und ihren Angehörigen immer schwerer fällt, einen Überblick über die ihnen zustehenden Leistungen zu bekommen. Zudem steht zu befürchten, dass die jetzt vorgenommene „kleine“ Pflegereform den Reformdruck für die Pflegeversicherung ein wenig verringert und die notwendige „große“ Pflegereform um Jahre verschiebt. Damit wäre den demenziell erkrankten Menschen und ihren Angehörigen nur teilweise geholfen. Darüber hinaus weist der SoVD darauf hin, dass die im Grundsatz richtige Verringerung der Schlechterstellung der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht zu einer Benachteiligung einer Gruppe von Menschen mit Pflegebedarf, namentlich der Menschen mit vorrangig somatischen Einschränkungen, führen darf.

Erprobung von „Betreuungsdiensten“ in Modellvorhaben

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Erbringung von Leistungen der häuslichen Betreuung nach § 124 SGB XI (neu) durch so genannte Betreuungsdienste in Modellvorhaben erprobt werden soll (§ 125 SGB XI - neu). Entsprechende Modellvorhaben kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen in den Jahren 2013 und 2014 aus Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung vereinbaren. Vertragspartner können Betreuungsdienste werden, die insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige dauerhaft häusliche Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung erbringen. Die Zulassungsvoraussetzungen für diese Betreuungsdienste sollen von denen für ambulante Dienste dahingehend abweichen, dass sie anstelle einer verantwortlichen Pflegefachkraft auch eine „entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Kraft mit praktischer Erfahrung im erlernten Beruf“ einsetzen können (§ 125 Abs. 3 SGB XI - neu). Entsprechend spezialisierte Dienste sollen einen Namenszusatz, wie „Betreuungsdienst“, führen.

Der SoVD kann die Intention des Gesetzgebers nachvollziehen, zur Erbringung der neu eingeführten Leistungen der häuslichen Pflege spezialisierte ambulante Dienste zuzulassen. Er hält die geplanten Regelungen dennoch für nicht zielführend. Auch die „Betreuungsdienste“ erbringen neben der häuslichen Betreuung Leistungen der Grundpflege. Um die fachliche Qualität dieser Pflegeleistungen sicherzustellen, ist es zwingend erforderlich, dass das Vorhandensein einer verantwortlichen Pflegefachkraft Zulassungsvoraussetzung von ambulanten Diensten bleibt. Im Übrigen können zukünftig alle derzeit rund 11.000 ambulanten Dienste häusliche Betreuung anbieten. Die Schaffung einer neuen Gruppe ambulanter Dienste scheint darum grundsätzlich verzichtbar.

1.3 Entlastung pflegender Angehöriger

Zwei Drittel aller Menschen mit Pflegebedarf werden in häuslicher Umgebung gepflegt; die Mehrzahl davon ohne professionelle Unterstützung, beispielsweise durch ambulante Pflegedienste. Pflege wird in Deutschland zu einem erheblichen Teil von nicht erwerbsmäßig pflegenden Angehörigen übernommen. Sie brauchen umfassende Unterstützung und Entlastung, um diese schwierige Aufgabe wahrzunehmen.

Förderung der Selbsthilfe

Zur besseren Förderung ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe soll neben den bisher nach § 45 c SGB XI zur Verfügung stehenden 25 Millionen Euro ein neues eigenständiges Budget geschaffen werden (§ 45 d Abs 2 SGB XI – neu). Die Pflegekassen sowie die privaten Versicherungsunternehmen sollen künftig pro Kalenderjahr 10 Cent je Versichertem für diese Förderung aufbringen und an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zahlen. Der SoVD begrüßt diese verbesserte finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe sehr.

Rehabilitation für Pflegepersonen

Ausgehend von der Annahme, dass pflegende Angehörige eigene stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen nur dann in Anspruch nehmen, wenn gleichzeitig die pflegerische Versorgung und Betreuung der pflegebedürftigen Person im Umfeld der/des pflegenden Angehörigen sichergestellt ist, soll der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erweitert werden. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Kurzzeitpflege auch in Einrichtungen zur stationären Vorsorge- oder Rehabilitation gewährt werden kann, die keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI haben, wenn der pflegende Angehörige in dieser Einrichtung zugleich eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch nimmt.

Der SoVD setzt sich dafür ein, dass die pflegenden Angehörigen bessere Rahmenbedingungen für die Teilnahme an Reha-Maßnahmen erhalten. Jedoch ist die hier angestrebte Lockerung der Anforderungen an zur Kurzzeitpflege zugelassene Einrichtungen aus Sicht des SoVD nicht unproblematisch. Es kann nicht generell davon ausgegangen werden, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fachlich und organisatorisch in der Lage sind, die von den pflegenden Angehörigen mitgebrachten Pflegebedürftigen angemessen zu betreuen und zu pflegen.

Der Gesetzentwurf sieht darüber hinaus Änderungen des SGB V vor. Krankenkassen haben künftig bei ihren Entscheidungen über die Erbringung von Rehabilitationsmaßnahmen die besonderen Belange pflegender Angehöriger zu berücksichtigen. Nach Einschätzung des SoVD ist eine bessere Berücksichtigung der Belastungen pflegender Angehöriger bei der Bewilligung von Rehabilitationsleistungen durch die Reha-Träger dringend notwendig. Inwiefern solches aber durch die vorgesehenen Ergänzungen erfolgen kann, ist fraglich. Der gesetzliche Anspruch auf Rehabilitationsleistungen bezieht sich auf das Vorliegen eines medizinischen Rehabilitationsbedarfes. Die Gründe für das Zustandekommen dieses Bedarfes sind nicht ausschlaggebend. Insofern muss in den kommenden Jahren überprüft werden, ob die intendierte Wirkung tatsächlich eingetreten ist. Eine zur vorgesehenen Ergänzung des SGB V analoge Regelung sollte auch in das SGB VI aufgenommen werden, wie es im Referentenentwurf für ein Pflege-Neuausrichtungsgesetz noch vorgesehen war.

1.4 Stärkung der Rechte von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen

Beteiligung

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen bei Fragen der Begutachtung und der Qualität der Pflege stärker zu beteiligen. In Anlehnung an die entsprechenden Regelungen im SGB V zur Patientenbeteiligung sollen sie zukünftig ein Mitberatungsrecht enthalten. Das Bundesgesundheitsministerium soll ermächtigt werden, Näheres zu den

Voraussetzungen zur Anerkennung als maßgebliche Organisation im vorbenannten Sinne durch Rechtsverordnung zu regeln (§ 118 SGB XI - neu).

Der SoVD begrüßt die geplanten Neuregelungen. Er hat in der Vergangenheit – zuletzt anlässlich der Verhandlungen zu den Pflegekostentransparenzvereinbarungen – wiederholt eine stärkere Einbeziehung der Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in die Verhandlungen der Verhandlungspartner nach SGB XI gefordert. Als ein großer Interessenverband für behinderte und pflegebedürftige Menschen sowie ihre Angehörigen äußert der SoVD an dieser Stelle seine Bereitschaft und seinen Wunsch, zukünftig bei der Erarbeitung und Änderung der in § 118 SGB XI genannten Richtlinien und Vereinbarungen mitzuwirken.

Begutachtung

Mit einigen Änderungen des § 18 SGB XI soll die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit versichertenfreundlicher gestaltet werden. Unter anderem ist vorgesehen, dass Pflegekassen Begutachtungsaufträge zukünftig auch unmittelbar an unabhängige Gutachter vergeben können. Der SoVD sieht diese Neuregelung kritisch. Es steht zu befürchten, dass die direkt von den Pflegekassen beauftragten Gutachter nicht unabhängig sind, weil sie unter Umständen existenziell von einer regelmäßigen Auftragsvergabe durch die Pflegekassen abhängig sind und deshalb im Sinne der Kostenträger über den Pflegebedarf der Antragssteller entscheiden. Insofern plädiert der SoVD für eine Beibehaltung der bisherigen Regelung, bei der die von den Pflegekassen beauftragten Medizinischen Dienste ihrerseits freie Gutachter beauftragen können. Für den Fall, dass eine fristgerechte unabhängige Begutachtung durch einige Medizinischen Dienste regelmäßig nicht gewährleistet werden kann, wozu dem SoVD keine belastbaren Informationen vorliegen, kann gegebenenfalls eine Reform der Begutachtungsstrukturen innerhalb der Medizinischen Dienste in den Blick genommen werden.

Im Gesetzentwurf ist bezüglich der Begutachtung nach § 18 SGB XI des Weiteren vorgesehen, dass Versicherte zukünftig von den Gutachtern während der Begutachtung auf ihr Recht hingewiesen werden müssen, sich das Gutachten mit der Entscheidung der Pflegekasse zusenden zu lassen. Es soll im Gutachten festgehalten werden, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Diese Regelung ist aus Sicht des SoVD unnötig verwaltungsaufwendig. Dem Ziel der Schaffung größtmöglicher Transparenz über die Entscheidung der Pflegekasse und zur Stärkung der Rechte der Versicherten könnte eine Regelung im § 18 SGB XI besser dienen, wonach das Gutachten den Antragstellern grundsätzlich immer zusammen mit dem Bescheid der Pflegekassen sowie der Rehabilitationsempfehlung zugesandt werden.

Darüber hinaus sollen Antragsteller, die im häuslichen Umfeld versorgt werden und deren pflegende Angehörige mit dem Arbeitgeber eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 FPfZG vereinbart haben, zukünftig innerhalb einer verkürzten Frist von zwei Wochen nach Antragsstellung begutachtet werden. Die gleiche Frist gilt bisher

bereits bei Antragsstellern, deren pflegende Angehörige die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz angekündigt haben. Der SoVD teilt die Intention des Gesetzgebers, die Inanspruchnahme von Familienpflegezeit zu beschleunigen, indem in vorgenannten Fällen eine verkürzte Begutachtungsfrist gilt. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass für eine Vereinbarung zur Familienpflegezeit „die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen der oder des Beschäftigten durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“ nachgewiesen werden muss (§ 3 Abs. 1 Satz 3 FPfZG). Insofern ist der in § 18 Abs. 3 Satz 5 SGB XI (neu) vorgesehene Mechanismus, wonach die kurze Begutachtungsfrist in Fällen gilt, in denen bereits Familienpflegezeit vereinbart wurde, nicht praktikabel.

Kündigung

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass die Pflegeverträge mit ambulanten Diensten jederzeit ohne Einhaltung einer Frist durch den Pflegebedürftigen gekündigt werden können (§ 120 SGB XI neu). Die vorgesehene Neuregelung dient vor allem der Klarstellung und greift Rechtsprechung auf. Der SoVD unterstützt die Neuregelung.

1.5 Rehabilitation vor und bei Pflege

Rehabilitationsmaßnahmen können in erheblichem Umfang zur Vermeidung oder Reduzierung von Pflegebedürftigkeit beitragen. Ausgehend von der Einschätzung, dass der Grundsatz Rehabilitation vor Pflege in der Praxis nicht ausreichend umgesetzt wird, schlägt die Bundesregierung im vorliegenden Gesetzentwurf Regelungen vor, die den Zugang pflegebedürftiger Menschen zu Rehabilitationsmaßnahmen verbessern sollen.

Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit sollen die Gutachterinnen und Gutachter zukünftig jeweils eine individuelle Rehabilitationsempfehlung erstellen. Diese Empfehlung muss dem Antragssteller von der Pflegekasse zusammen mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit übersandt werden (§ 18 a SGB XI - neu). Zusätzlich werden die Pflegekassen verpflichtet, für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich differenziert über ihre Erfahrungen mit der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter zu berichten. Die zusammengefassten Ergebnisse sollen jeweils dem Bundesgesundheitsministerium zugesandt werden.

Der SoVD begrüßt grundsätzlich die geplante Verpflichtung zum Verfassen individueller Rehabilitationsempfehlungen im Rahmen der Begutachtungen. Rehabilitationsmaßnahmen haben großes Potenzial zur Vermeidung und/oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit. Der SoVD hat in der Vergangenheit immer wieder kritisiert, dass nur in sehr wenigen Pflegebegutachtungen explizit Rehabilitationsmaßnahmen empfohlen und in der Folge nur wenige Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Er hat zuletzt in seinem „Pflege-

Weckruf¹ zum Thema „Reha vor und bei Pflege“ aus dem November 2011 gefordert, dass Rehabilitationspotenziale von Antragstellern zukünftig besser erfasst werden müssen, indem zum Beispiel Nichtempfehlungen von Rehabilitationsmaßnahmen zukünftig verpflichtend zu begründen sind. Insofern begrüßt der SoVD die geplante Verpflichtung zum Verfassen individueller Rehabilitationsempfehlungen. Der SoVD begrüßt auch eine automatische Übersendung der Rehabilitationsempfehlung an die Versicherten zusammen mit der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit. Schließlich ist auch die geplante Verpflichtung der Pflegekassen zu begrüßen, dem Bundesgesundheitsministerium zwischen 2013 und 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen zu berichten.

1.6 Medizinische Versorgung in stationären Einrichtungen

Die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist vielfach unzureichend. Diesen Zustand haben auch verschiedene Reformen der Pflegeversicherung der letzten Jahre, mit denen unter anderem das Zustandekommen von Kooperationen zwischen niedergelassenen (Fach)Ärzten und stationären Pflegeeinrichtungen gefördert werden sollte, nicht durchgreifend verbessern können.

Informationspflicht stationärer Pflegeeinrichtungen über (fach)ärztliche Versorgung

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, stationäre Pflegeeinrichtungen ab 1. Januar 2013 zu verpflichten, unmittelbar nach einer erfolgten Regelprüfung die Landesverbände der Pflegekassen über die Regelungen der Einrichtung zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung sowie zur Arzneimittelversorgung zu informieren und dabei insbesondere auf etwaige Kooperationsvorträge mit Ärzten und Vereinbarungen mit Apotheken einzugehen (§ 114 Abs 1 SGB XI - neu). Diese Informationen müssen von den Landesverbänden der Pflegekassen für die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar kostenfrei zur Verfügung gestellt werden sowie von den Pflegeeinrichtungen gut sichtbar ausgehangen werden (§ 115 Abs. 1b SGB XI – neu).

Diese Informationspflicht ist im Interesse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen sehr zu begrüßen.

Kooperationsverträge

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes 2008 wurde für Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit geschaffen, zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen (§ 119 b SGB V - neu). Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Vermittlung solcher Kooperationen auf Antrag der Pflegeeinrichtungen anzustreben. Diese Verpflichtung wird im Rahmen des Gesetzentwurfes nun verbindlicher gefasst. Kassenärztliche Vereinigungen haben zukünftig auf Antrag der Pflegeeinrichtung entsprechende Kooperationen zu

¹ http://www.sovd.de/fileadmin/downloads/pdf/positionspapiere/2011-11-03_Weckruf_Soz_Info.pdf

vermitteln, nicht lediglich eine Vermittlung anzustreben. Der SoVD begrüßt die geplante Neuregelung. Sie kann dazu beitragen, das Zustandekommen von Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeeinrichtungen zu verbessern.

Zuschläge/zusätzliche Vergütung

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, eine zusätzliche Leistung in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) aufzunehmen (§ 87 SGB V). Dadurch sollen zahnärztliche Leistungen, die im Rahmen von Kooperationsverträgen nach § 119 b Abs. 1 SGB V erbracht werden, zusätzlich vergütet werden. Geplant ist weiter, dass die Gesamtvertragspartner auf Landesebene zukünftig Zuschläge für Leistungen vereinbaren, die Ärzte und Fachärzte im Rahmen der aufsuchenden Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen erbringen (§ 87 a SGB V).

Noch immer haben viele pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen keinen ausreichenden Zugang zu vertragszahnärztlichen und vertragsärztlichen Versorgung. Mit der Einführung einer zusätzlichen Vergütung soll nun ein finanzieller Anreiz für (Fach)Ärzte und Zahnärzte geschaffen werden, die vereinbarten Qualitäts- und Versorgungsziele umzusetzen. Der SoVD kritisiert mit Nachdruck, dass vereinbarte Versorgungsziele offenbar nur bei Schaffung eines zusätzlichen finanziellen Anreizes für Zahnärzte und Ärzte umgesetzt werden. Er weist darauf hin, dass die Sicherstellung der zahnärztlichen und ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen schon jetzt Aufgabe der Kassenzahnärztlichen und Kassenärztlichen Vereinigungen ist. Darüber hinaus ist die zahnärztliche und ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen bereits durch den Leistungskatalog abgedeckt und wird entsprechend vergütet. Bevor pauschal neue Leistungen und Zuschläge geschaffen werden, sollte mindestens in wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten die Wirksamkeit der vorgesehenen Maßnahmen eindeutig belegt werden.

1.7 Unterstützung professionell Pflegender

Ehrenamtliche Unterstützung in stationären Pflegeeinrichtungen

Im Gesetzentwurf ist eine Klarstellung dahingehend vorgesehen, dass stationäre Einrichtungen ehrenamtlich in ihrer Einrichtung tätigen Personen Aufwandsentschädigungen zahlen können (§ 84 SGB XI). Sofern Pflegeeinrichtungen solche Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Unterstützung zahlen, soll die Information darüber in die Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen nach § 7 Abs. 3 SGB XI aufgenommen werden.

Grundsätzlich sind die Überlegungen des Gesetzgebers nachzuvollziehen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass die vorgesehene Neuregelung in stationären Einrichtungen vor allem dazu eingesetzt werden kann, im Sinne der Kostendämpfung pflegerische Leistungen von einer zunehmenden Zahl an ehrenamtlichen Kräften erledigen zu lassen. Dies wäre arbeitsmarktpolitisch fraglich,

weil die Gefahr bestünde, dass der Wettbewerb in den Pflegeeinrichtungen zulasten der beschäftigten Pflegefachkräfte stattfindet. Es gilt darum, durch eine präzisiertere Formulierung im Gesetzestext sicherzustellen, dass in Pflegeeinrichtungen ehrenamtlich tätige Personen nur ergänzende Leistungen erbringen dürfen.

Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, die Grundsätze der Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen dahingehend zu erweitern, dass die Vergütung einem ambulanten Pflegedienst sowie einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung explizit ermöglichen muss, „seine Personalaufwendungen zu finanzieren“ (§ 84 Abs. 2 Satz 4 – neu sowie § 89 Abs. 1 Satz 3 SGB XI – neu).

Die Regelung dient vor allem der Klarstellung im Sinne der höchstrichterlichen Sozialrechtsprechung, wonach die Zahlung von Tariflöhnen Teil einer wirtschaftlichen Betriebsführung ist. Der SoVD begrüßt diese Regelung. Sie ist geeignet, dem Wettbewerb unter Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten über Niedriglöhne entgegenzuwirken.

1.8 Finanzierung der Pflegeversicherung

Anhebung des Beitragssatzes

Der Referentenentwurf sieht vor, die Beiträge zur Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Prozentpunkte zu erhöhen. Mehreinnahmen in Höhe von 1,1 Milliarden Euro im Jahr 2013 und 1,2 Milliarden Euro in den Folgejahren sollen dadurch generiert werden. Die moderate Anhebung der Beitragssätze mit geringen finanziellen Belastungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie die Arbeitgeber ist nach Einschätzung des SoVD durchaus ein sachgerechter Weg, auf die Pflegeversicherung zukommende anstehende Mehrausgaben solidarisch zu finanzieren.

Der SoVD hält die vorgesehene Beitragssatzanhebung um 0,1 Beitragssatzpunkte jedoch insgesamt für zu niedrig, um die angestrebten Leistungsverbesserungen dauerhaft zu finanzieren. Zusätzlichen Druck auf die Finanzierung der Pflegeversicherung werden absehbar die Mehrausgaben durch die fortschreitende demographische Entwicklung und die bereits beschlossene Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung entfalten. Insofern verschiebt die vorgesehene minimale Anhebung der Beitragssätze eine grundlegende Stärkung der Finanzierung der Pflegeversicherung nur in die Zukunft. Spätestens die überfällige Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird eine deutliche Stärkung der solidarischen Finanzierung erfordern. Denn dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahr 2009 ist zu entnehmen, dass allein durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens Mehrausgaben bis zu 3,6 Milliarden Euro auf die Pflegeversicherung zukämen. Um eine zukunftssichere und solidarische

Finanzierung sicherzustellen, muss die Überführung der Pflegeversicherung in eine Pflege-Bürgerversicherung zügig begonnen werden.

In Bezug auf die Diskussion um die Beitragssatzanhebung erneuert der SoVD seine Kritik daran, dass Rentnerinnen und Rentner seit dem 1. April 2004 die Beiträge zur Pflegeversicherung aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung allein tragen müssen. Hierdurch würden die ohnehin massiven Kaufkraftverluste bei den Renten weiter verschärft. Der SoVD fordert daher, dass die gesetzliche Rentenversicherung sich zukünftig wieder paritätisch an den Beitragszahlungen der Rentnerinnen und Rentner beteiligen muss.

Einführung einer geförderten privaten Eigenvorsorge

Der Gesetzentwurf sieht vor, eine zusätzliche, aus Steuermitteln geförderte Eigenvorsorge im Bereich der Pflegeversicherung zu schaffen, die in einem eigenen Gesetz geregelt werden soll. Der SoVD kritisiert mit Nachdruck die vorgesehene Einführung einer staatlich geförderten privaten Eigenvorsorge. Es steht zu befürchten, dass sie die fortschreitende Privatisierung der Risiken beschleunigt, die mit einer eintretenden Pflegebedürftigkeit verbunden sind. Die Versicherten, die aufgrund des Teilabsicherungscharakters und der schleichenden Entwertung der Pflegeversicherungsleistungen aufgrund ihrer unzureichenden Dynamisierung schon heute einen erheblichen Teil der Pflegekosten privat tragen, werden damit zusätzlich einseitig belastet.

2. Zu den Änderungsanträgen b

Mit den vorliegenden Änderungsanträgen wollen die Antragsteller verschiedene Änderungen am Entwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes vornehmen.

Zu Änderungsantrag 1 (Artikel 1 Nummer 12)

Der SoVD begrüßt die geplante Ergänzung des § 38 SGB XI, wonach pflegebedürftige Menschen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung zukünftig für jeden Tag häuslicher Pflege den 30. Teil des monatlichen Pflegegeldbetrages erhalten. Die Regelung dient der Stärkung der häuslichen Pflege und ist im Interesse der behinderten Menschen und ihrer Familien notwendig und richtig.

Zu Änderungsantrag 4 (Artikel 3 (SGB V) Nummer 7)

Mit dem Änderungsantrag Nr. 4 soll an § 33 SGB V ein neuer Absatz 5 a angehängt werden. Dieser soll – nach Ansicht der Antragsteller – der Umsetzung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes dienen, nach der bei der Gewährung von Hilfsmitteln nicht grundsätzlich eine ärztliche Verordnung erforderlich ist. Inhaltlich möchten die Antragsteller jedoch eine strengere Regelung einführen. So soll bei der erstmaligen Gewährung eines Hilfsmittels immer eine ärztliche Verordnung erforderlich sein.

Dabei verkennen die Antragsteller aber die Wirkung des SGB IX. Demnach besteht für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – sie umfassen nach § 26 Abs. 2

Nr. 6 SGB IX auch Hilfsmittel – kein Verordnungserfordernis. Diese Leistungen sind nämlich Leistungen zur Teilhabe. Die Gewährung obliegt allein der Prüfung durch den Reha-Träger, im Fall des § 33 SGB V den Krankenkassen. Die Prüfung umfasst dabei teilhabeorientierte Gesichtspunkte, die regelmäßig in einer ärztlichen Verordnung jedoch nicht geprüft werden. Insofern ist, dies hat das Bundessozialgericht wiederholt betont, die Gewährung dieser Leistung zur Teilhabe von dem Vorliegen einer ärztlichen Verordnung unabhängig. Diese kann, muss aber nicht entscheidend sein.

Da § 33 Abs. 5 a SGB V auch für Leistungen der medizinischen Rehabilitation gelten soll, die Regelungen des SGB IX jedoch nicht ausreichend berücksichtigt, lehnt der SoVD den undifferenzierten Regelungsvorschlag der Antragsteller ab.

3. Zu Antrag c

Die Antragsteller fordern in ihrem Antrag eine grundlegende und umfassende Reform der Pflegeversicherung. Kernelemente sollen vor allem die Einführung eines teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung, umfassende Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen, die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Pflegeberufe sowie die Einführung einer Bürgerinnen- und Bürgerversicherung sein.

Der SoVD unterstützt die Ziele und Forderungen des Antrags weitest gehend. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen unter II.2.8. Der SoVD hat sich immer wieder für die Nutzung der Potenziale von Prävention und Rehabilitation ausgesprochen und unterstützt insofern die Forderung der Antragsteller nach einem Präventionsgesetz.

4. Zu Antrag d

Ausgehend von der Feststellung, dass die im Rahmen des Gesetzentwurfes der Bundesregierung für ein Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) geplanten Regelungen die drängenden Probleme der pflegerischen Versorgung nicht lösen, formulieren die Antragsteller eigene Forderungen. Sie setzen sich unter anderem für die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und einer Pflegebürgerversicherung ein, fordern eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und die Verbesserung des Zugangs pflegender Angehöriger zu Rehabilitationsmaßnahmen.

Der SoVD hält die Einschätzung der Antragsteller des Regierungsentwurfs zum PNG für richtig und die Forderungen der Antragsteller im Grundsatz für berechtigt. Er unterstützt insbesondere auch die Forderung der Antragsteller, die Kopplung der Zulassung einer Pflegeeinrichtung an die Zahlung einer ortsüblichen Vergütung (§ 72 Abs. 3 SGB XI) zu erhalten, sowie die Forderung, die Belange pflegender Angehöriger bei der Bewilligung von Rehabilitationsmaßnahmen auch in der Gesetzlichen Rentenversicherung besonders zu berücksichtigen.

III. Schlussbemerkung

Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist eine der wichtigsten sozialpolitischen Aufgaben für die Zukunft. Die Erfahrungen seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 haben gezeigt, dass das bestehende Pflegeversicherungssystem zu stark auf institutionelle Betreuung und Pflege abzielt, dass die häusliche Pflege, die überwiegend geleistet wird, nicht entsprechend ihrer Bedeutung gefördert und dass die Bedürfnisse und Interessen pflegebedürftiger Menschen an einer würdevollen, teilhabeorientierten Pflege nicht ausreichend berücksichtigt werden. Deutlich wurde auch, dass bestehende Regelungen des SGB XI zum Beispiel im Bereich der Rehabilitation von den verantwortlichen Kostenträgern und Leistungserbringern nicht oder nur unzureichend umgesetzt werden. Zudem hat der kürzlich veröffentlichte 3. Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zur Qualität in der Pflege erneut belegt, dass die Qualitätsmängel und Missstände in der Pflege vielfach noch immer groß sind. Für den SoVD ist es nicht akzeptabel, dass noch immer 20 bis 40 Prozent der Menschen mit Pflegebedarf nicht entsprechend den anerkannten Standards einer guten Pflege gepflegt werden. Besonders die Zahlen zu chronischen Wunden und zum Einsatz von Fixierung sind besorgniserregend. Eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung muss sich daran messen lassen, ob es zukünftig gelingt, jedem Menschen eine bedarfsgerechte und würdevolle Pflege auf höchstem qualitativem Niveau zu ermöglichen.

Mit den im Gesetzentwurf des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) geplanten Maßnahmen lassen sich in einzelnen Punkten durchaus sinnvolle Verbesserungen erreichen. Gemessen an den Anforderungen an eine umfassende Pflegereform sind die geplanten Regelungen jedoch enttäuschend. Das liegt zuvorderst daran, dass das Herzstück einer umfassenden Pflegereform – die Einführung eines an Teilhabe orientierten umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs – erneut verschoben wurde. Der notwendige Paradigmenwechsel wird nicht vollzogen. Dies schafft nicht nur vielfältige neue Probleme, zum Beispiel in Bezug auf die Abgrenzung zwischen den Leistungsträgern, sondern birgt auch die Gefahr, dass die dringend notwendige umfassende Reform um weitere Jahre verschoben wird.

Der SoVD hat in seinen Anforderungen an eine Pflegereform zuletzt in den 10 Grundsatzforderungen zur Fortentwicklung der Pflegepolitik² sowie in seinem Pflege-Weckruf „Die überfällige Pflegereform zur Umsetzung von ‚Reha vor und bei Pflege‘ nutzen!“³ klar formuliert. Er hat deutlich gemacht, dass eine würdevolle Pfl-

²

http://www.sovd.de/fileadmin/downloads/pdf/positionspapiere/PPP_Fuer_eine_wuerdevolle_Pflege_w eb.pdf

³ http://www.sovd.de/fileadmin/downloads/pdf/positionspapiere/2011-11-03_Weckruf_Soz_Info.pdf

ge nur dann Wirklichkeit werden kann, wenn der Grad an selbstbestimmter Teilhabe zum Maßstab von Pflegebedürftigkeit wird, die häusliche Pflege umfassend gestärkt wird, das Potenzial von Rehabilitation ausgeschöpft wird, Pflegemissstände unverzüglich abgestellt werden sowie die Finanzierung mittels Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung gestärkt wird.

Berlin, 14. Mai 2012

DER BUNDESVORSTAND
Abteilung Sozialpolitik