

Orientierungspapier

der SPD-Bundestagsfraktion
zur Reform der Pflegeversicherung

„Für eine umfassende Pflegereform: Pflege als gesamtgesellschaftliche
Aufgabe stärken“

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Herausforderungen	7
3.	Forderungen	12
<u>3.1</u>	<u>Unterstützung und Sicherung von Teilhabe für Pflegebedürftige</u>	<u>12</u>
3.1.1	Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs	13
3.1.2	Ausbau der Pflegeberatung	14
3.1.3	Umsetzung des neuen Begutachtungsverfahrens	15
3.1.4	Förderung assistenzgestützter Systeme	16
3.1.5	Förderung alternativer Wohn- und Lebensformen	17
3.1.6	Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege	17
3.1.7	Weiterentwicklung der Pflegequalität	18
3.1.8	Förderung der Pflege- und Teilhabeforschung und zügiger Transfer neuer Erkenntnisse	18
<u>3.2</u>	<u>Entlastung von Pflegepersonen - Vereinbarkeit von Pflege und Beruf</u>	<u>18</u>
3.2.1	Gewährleistung der aufsuchenden Beratung	19
3.2.2	Förderung des Ehrenamts	19
3.2.3	Ausbau der Kurzzeit- und Verhinderungspflege	19
3.2.4	Hilfe bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit	20
3.2.5	Unterstützung von pflegenden Angehörigen – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	20
3.2.6	Ermöglichung der Sterbebegleitung	21
<u>3.3</u>	<u>Gute Arbeit für Pflegefachkräfte</u>	<u>22</u>
3.3.1	Reform der Ausbildung	22
3.3.2	Finanzierung der Ausbildung	23
3.3.3	Finanzierung von Umschulungsmaßnahmen	24
3.3.4	Weiterbildung für Pflegefachkräfte	24
3.3.5	Start einer Informations- und Imagekampagne	25
3.3.6	Leistungsgerechtere Bezahlung	25
3.3.7	Bürokratieabbau und Dokumentation	26
3.3.8	Freiwilliges Soziales Jahr und Bundesfreiwilligendienst	26

<u>3.4</u>	<u>Ausbau kommunaler Pflegeinfrastruktur</u>	<u>26</u>
3.4.1	Anforderungen an die Kommunen	27
3.4.2	Sicherstellungsauftrag der Kommunen	28
3.4.3	Häusliche Pflege	28
3.4.4	Möglichkeiten der Unterstützung von Pflegepersonen pflegender Angehöriger bei der häuslichen Pflege	28
3.4.5	Förderung von Wohnungsbau- und Umbau	29
<u>3.5</u>	<u>Stärkung von Prävention und Rehabilitation</u>	<u>29</u>
3.5.1	Fachärztliche Versorgung	30
3.5.2	Anspruch auf medizinische und geriatrische Rehabilitation	30
<u>3.6</u>	<u>Sicherung einer solidarischen Finanzierung</u>	<u>31</u>

1. Einleitung

Die 1995 eingeführte Pflegeversicherung ist ein Erfolg. Sie ist zu einem zentralen Baustein unseres Sozialversicherungssystems geworden und wird nicht nur von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, sondern von der gesamten Bevölkerung als wichtiger Sozialversicherungszweig angesehen. Diese grundsätzlich positive Haltung zur Pflegeversicherung wird durch eine repräsentative Umfrage des Wissenschaftlichen Institutes der AOK vom Juni 2011 bestätigt. 87,1% der Befragten sehen die Pflegeversicherung als wichtigen Baustein der sozialen Absicherung an und sprechen sich für die Stärkung der solidarischen Absicherung aus.

Mit der Pflegeversicherung, die eine Teilkaskoversicherung ist, wurde für alle Versicherten ein Rechtsanspruch auf Hilfe bei Pflegebedürftigkeit gesetzlich festgeschrieben und je nach Grad der Pflegebedürftigkeit ein Leistungsanspruch für ambulante und stationäre Pflege definiert. Der Anspruch wird an drei Pflegestufen ausgerichtet und für die stationäre Pflege als Sachleistung, für die ambulante Pflege als Pflegegeld oder als Sachleistung gewährt. Durch die solidarische und paritätisch finanzierte Versicherung war es 1995 möglich, die Zahl derer, die bei Pflegebedürftigkeit von Sozialhilfe abhängig wurden, zu reduzieren. Die Lebenssituation von Pflegebedürftigen wurde spürbar verbessert und die Angehörigen entlastet.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung trug der Gesetzgeber den veränderten gesellschaftlichen und demografischen Bedingungen Rechnung. Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung waren rund 1,7 Millionen Menschen auf Pflege angewiesen. Hiervon wurden etwa 1,2 Millionen Menschen zu Hause betreut. Schon damals war abzusehen, dass die Zahl derer, die pflegebedürftig werden, stetig wächst.

Die Pflegeversicherung wurde seit 1995 sukzessiv weiterentwickelt und den jeweiligen gesellschaftlichen Erfordernissen angepasst. Sie steht immer wieder vor neuen Herausforderungen und muss diesen gerecht werden.

So trug das am 1. Januar 2002 in Kraft getretene Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) zur Weiterentwicklung der Pflegequalität bei und hat die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen gestärkt. Darüber hinaus konnte mit dem Gesetz eine Stärkung des Verbraucherschutzes und eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und der Aufsicht in den Pflegeeinrichtungen erreicht werden.

Das ebenfalls am 1. Januar 2002 in Kraft getretene Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PfLEG) verbesserte die Leistungen für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf. Mit zahlreichen Maßnahmen wurden darü-

ber hinaus die häusliche Pflege und die Möglichkeit der Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Angeboten für die pflegenden Angehörigen erreicht.

Ein wichtiger Meilenstein für die Pflegeversicherung war das am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG). Mit dem Gesetz wurde die Pflegeversicherung besser auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen ausgerichtet.

Zentrale Bausteine des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes waren:

- Die Stärkung der Beratung. Dazu wurden die Pflegestützpunkte als Anlauf- und Beratungsstelle für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geschaffen. Die Pflegestützpunkte unterstützen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Beantragung von Leistungen zur Behandlung von Erkrankungen und informieren über Hilfen zur Pflege. Die Pflegeberatung umfasst die Auskunft und Beratung in sämtlichen pflegerischen Belangen. Zudem werden dort regionale Versorgungs- und Unterstützungsangebote koordiniert und vernetzt.
- Die Unterstützung der pflegenden Angehörigen. Die Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegezeit (PFLEGEZG) bietet Angehörigen bei Eintreten oder Veränderung der Pflegebedürftigkeit eines nahen Verwandten eine Freistellung für zehn Tage sowie eine Pflegezeit von sechs Monaten. Dadurch wird die Möglichkeit gestärkt, pflegebedürftige Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen.
- Die Verbesserung der Transparenz und Qualität. Mit der Einrichtung von Qualitätsprüfungen können sich Pflegebedürftige und deren Angehörige erstmalig über die Qualität aller Pflegeeinrichtungen informieren. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft Pflegeeinrichtungen und erstellt eigene Qualitätsberichte, die im Internet abgerufen werden können.
- Die Verbesserung der Pflegeleistungen. Im Zuge der Leistungsanpassungen werden die monatlichen Pflegeleistungen schrittweise erhöht und dynamisch an die allgemeine Preisentwicklung angepasst. Erstmals bekommen Demenzkranke einen pauschalierten Anspruch für Betreuung in der Häuslichkeit und stationäre Einrichtungen können für je 25 dementiell Erkrankte eine Betreuungskraft einstellen.
- Die Förderung von Prävention und Rehabilitation. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen kann Rehabilitationsmaßnahmen empfehlen; eine erfolgreiche Rehabilitation wird finanziell belohnt.

- Die Finanzierung der Pflegeversicherung wurde durch die paritätische Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte bis 2014/15 gesichert.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz trug maßgeblich zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bei und setzte eine Reihe von Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen um. Insbesondere der Leitsatz „ambulant vor stationär“ wurde mit dem Gesetz gestärkt und damit dem Wunsch vieler pflegebedürftiger Menschen entsprochen. Nicht alle im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz installierten Reformen sind jedoch bereits vollständig umgesetzt. Hier besteht nach wie vor dringender politischer Handlungsbedarf. Die jetzige Bundesregierung ist aufgefordert, die verabschiedeten Reformen umzusetzen.

Zu berücksichtigen ist die UN-Behindertenrechtskonvention, die seit dem 26. März 2009 gilt und die Menschenrechtsperspektive in die Debatte um Teilhabe und Selbstbestimmung für behinderte, chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen einbringt. Denn auch pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch auf gesellschaftliche Teilhabe.

Pflege ist nicht allein auf die Pflegeversicherung beschränkt, sondern eine umfassende gesellschaftliche Aufgabe. Neben der besonderen Herausforderung an den Ausbau der kommunalen Pflege-Infrastruktur sind es besonders die Maßnahmen für altersgerechtes Wohnen, die das Verbleiben in der Häuslichkeit ermöglichen. Mit dem Programm „Altersgerecht Umbauen“ fördert die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) Baumaßnahmen, die zu einer Barrierereduzierung führen und den Kauf frisch umgebauter Gebäude über zinsgünstige Kredite. Angesichts der demografischen Entwicklung wird der Abbau von Barrieren im Wohnumfeld zukünftig zu den zentralen Umbaumaßnahmen zählen. Aus der Pflegeversicherung besteht ein Anspruch für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in gedeckelter Höhe von 2 557 Euro pro Maßnahme.

Alle diese Maßnahmen haben zur Verbesserung der Lebenssituationen vieler Menschen beigetragen. Durch die solidarische Finanzierung wird dem Gedanke des Generationenvertrags Rechnung getragen. In Anerkennung dessen, dass kein Sozialversicherungssystem statisch ist, sondern sich immerzu reformieren muss, sind auch in Zukunft Reformen notwendig.

2. Herausforderungen

Die Pflegeversicherung als solidarische und paritätisch umlagefinanzierte Sozialversicherung hat sich bewährt.

Pflegebedürftige und deren Angehörige profitieren von den Leistungen und der Unterstützung der Pflegeversicherung. Die stetige Verbesserung und der Ausbau dieses Sozialversicherungszweiges ist gesamtgesellschaftliches Anliegen und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und die Zunahme des Anteils betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung ist ein Zeichen für unseren gesellschaftlichen Fortschritt. Die zunehmende Zahl hochaltriger Menschen stellt die Pflegepolitik vor neue demografische und fachliche Herausforderungen. Pflege geht alle an und die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist ein wesentlicher Baustein, um auch in Zukunft gute Pflege gewährleisten zu können.

Entwicklung der Zahl von Pflegebedürftigen insgesamt

Die Zahl der Pflegebedürftigen ist seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich gestiegen. Lag die Zahl der Pflegebedürftigen im Jahr 1995 noch bei 1,7 Millionen waren im Dezember 2010 2,42 Millionen pflegebedürftig. Auf Basis einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit werden für das Jahr 2030 3,28 Millionen Pflegebedürftige und für das Jahr 2050 4,37 Millionen Pflegebedürftige prognostiziert. In Zukunft werden auch immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund pflegebedürftig werden.

Entwicklung der Zahl von Demenzkranken

2011 sind bereits 1,4 Mio. Menschen an Demenz erkrankt, jährlich erkranken zusätzlich 200 000 Menschen an dieser Krankheit. Im Jahr 2060 wird mit 2,5 Millionen Demenzerkrankten in Deutschland gerechnet.

Mit der Demenz ist ein hoher Betreuungsbedarf verbunden. Der Leistungsanspruch wurde zwar verbessert, aber bei der derzeitigen Überprüfung der Pflegebedürftigkeit wird immer noch von den somatischen Bedürfnissen ausgegangen.

Entwicklung der ambulanten Pflege

2009 gab es 2,34 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland. Gut zwei Drittel - 1,62 Millionen Pflegebedürftige - wurden zu Hause versorgt, davon 1,07 Millionen nur durch Angehörige und 555 000 mit Hilfe von Pflegediensten. Angesichts soziodemo-

graphischer Veränderungen ist damit zu rechnen, dass die Pflege durch Angehörige in den nächsten Jahren schwieriger zu gewährleisten ist und die Nachfrage nach ambulanten Pflegediensten und einer pflegefreundlichen kommunalen Infrastruktur steigen wird.

Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der derzeitige Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst Menschen mit dementiellen Erkrankungen nicht ausreichend, da dieser stark verrichtungsbezogen und somatisch ausgerichtet ist und wichtige Aspekte der sozialen Teilhabe nicht berücksichtigt. Seit dem 29. Januar 2009 liegt der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor, der einen neuen umfassenderen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorschlägt. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist als wichtiger Reformschritt zu bewerten.

Pflegende Angehörige und ehrenamtliches Engagement – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause und eine überwiegende Zahl ausschließlich von Angehörigen gepflegt. Angehörige und Ehrenamtliche leisten damit einen unentbehrlichen Beitrag in der Pflege. Ohne dieses Engagement der Angehörigen und auch ohne das ehrenamtliche Engagement von z.B. Nachbarschaftshilfen oder in stationären Einrichtungen kann Pflege nicht auskommen. Die Unterstützung einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege und die Förderung des ehrenamtlichen Engagements sind bei der Bewältigung der zukünftigen Aufgaben in der Pflege ein wesentlicher Baustein.

Fachkräftemangel entgegen wirken

Bereits jetzt ist die Pflegebranche das einzige Segment des deutschen Arbeitsmarktes, das von akutem Fachkräftemangel geprägt ist. Geringes Entgelt sowie hohe körperliche und psychische Belastungen sorgen dafür, dass der Pflegebereich nicht attraktiv genug ist. In der Zukunft wird die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen den Mangel an Pflegekräften noch verstärken. Für das Jahr 2025 wird der Mangel an Fachkräften auf 152 000 Pflegekräfte geschätzt. Dies macht eine Reform der Pflegeausbildung notwendig, durch die eine Aufwertung des Berufs erfolgt und durch die die Zahl der Fachkräfte langfristig erhöht wird.

Ausbau der Pflegeberatung und der Versorgungsmanagementinfrastruktur

Seit 2008 werden Pflegestützpunkte mit integrierter Beratung gefördert. Pro Pflegestützpunkt wird eine Anschubfinanzierung von 45 000 Euro gewährt, die bei Hinzu-

ziehung von Ehrenamtlichen um 5 000 Euro aufgestockt werden kann. Insgesamt stehen 60 Millionen Euro für 1 200 Pflegestützpunkte zur Verfügung. Mittlerweile haben bis auf Sachsen und Sachsen-Anhalt alle Bundesländer mit dem Aufbau von Pflegestützpunkten begonnen. Die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt verzichten auf den Aufbau von Pflegestützpunkten und verfolgen stattdessen ein Modell der „vernetzten Pflegeberatung“.

Nach Stand vom 5. Dezember 2011 wurden in Baden-Württemberg 48 Pflegestützpunkte umgesetzt. Bayern plant einen stufenweisen Aufbau von Pflegestützpunkten, bei dem bisher 6 Stützpunkte eröffnet wurden. In Berlin haben bereits 25 Pflegestützpunkte ihren Betrieb aufgenommen, in Brandenburg 20, in Bremen drei, in Hamburg neun. Hessen hat bereits 21 Pflegestützpunkte realisiert. In Mecklenburg-Vorpommern ist die Errichtung von 18 Pflegestützpunkten im Gespräch. In Niedersachsen haben bereits 21 Pflegestützpunkte ihren Betrieb aufgenommen. In Nordrhein-Westfalen sind 159 Pflegestützpunkte geplant, wovon bereits 46 realisiert wurden. Die Anzahl der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz beläuft sich auf 135. Damit besteht ein Pflegestützpunkt pro 30 000 Einwohner. Im Saarland haben sieben Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufgenommen. Drei weitere sind in Planung. In Schleswig Holstein wurden bereits 11 von 15 Pflegestützpunkten umgesetzt. In Thüringen sollen vier Pflegestützpunkte errichtet werden, davon ist bereits einer realisiert.

Einige Bundesländer haben eine Evaluation der Pflegestützpunkte in Auftrag gegeben. Einige wurden bereits veröffentlicht. Hamburg nimmt insgesamt eine positive Bewertung der Pflegestützpunkte vor und möchte die Entwicklung weiter beobachten. In Brandenburg kam man zu dem Ergebnis, dass insbesondere die aufsuchende Beratung und das Fallmanagement verbessert werden müssen. Der Pflegestützpunkt wurde größtenteils von den Angehörigen Pflegebedürftiger aufgesucht und war zumeist die erste Anlaufstelle zu Fragen und Problemen beim Thema Pflege.

Das Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) kommt ebenfalls zu positiven Ergebnissen in der Bewertung der Pflegestützpunkte. Die Förderung des Bundes zur Einrichtung der Pflegestützpunkte ist zum 30. Juni 2011 ausgelaufen.

Entwicklung der Qualitätsprüfungen

Seit dem 1. Juli 2009 führen die Medizinischen Dienste der Krankenkassen auf der Grundlage der Pflege-Transparenzvereinbarungen Prüfungen durch. Erstmals erhielten Verbraucherinnen und Verbraucher so Einsicht in Ergebnisse externer Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten. Ein Notensystem, auf das sich die Vertragsparteien verständigt haben, hilft Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen bei der Suche nach einer geeigneten Einrichtung bzw. einem geeigneten Pflegedienst.

Einigkeit besteht darin, dass die Bewertungssystematik weiter entwickelt werden muss, da das Benotungssystem und das Prüfverfahren die tatsächliche Qualität der Pflegeeinrichtungen nicht ausreichend abbilden. Das Benotungssystem weist Mängel auf, da schlechte Noten bei „harten“ Kriterien in der pflegerischen und medizinischen Versorgung durch gute Noten bei „weicheren“ Kriterien abgemildert werden können. Der Beirat zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen hat den Vertragspartnern empfohlen, die Empfehlungen der GutachterInnen bezüglich einer Weiterentwicklung der Bewertungssystematik umzusetzen.

Entwicklung der kommunalen alterns- und pflegegerechten Infrastruktur

In den Kommunen entscheidet sich heute, wie die Pflegeinfrastruktur in 20 Jahren aussieht. Pflege der Zukunft ist Pflege im Quartier. Lebensqualität für pflegebedürftige Menschen, die die Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht, lässt sich nur in den Kommunen sicher stellen. Kommunale Hilfen und Leistungen müssen besser als bisher miteinander verbunden werden.

Dazu sind neben Pflegeeinrichtungen und Pflegedienstleistungen unter anderem barrierefreier Wohnraum, barrierefreier öffentlicher Nahverkehr und Verkehrsinfrastruktur sowie barrierefreie öffentliche Einrichtungen und Dienstleistungen notwendig. Dies ist eine Herausforderung für die kommunale Ebene. Eine wohnortnahe Infrastruktur z.B. von Betreuungs-, Pflege- oder Alltagsdienstleistungen kann nur in den Kommunen geplant und aufgebaut werden. Hierfür sind umfangreiche öffentliche Investitionen erforderlich.

Bundesweit bestehen derzeit weniger als 500 000 altersgerechte Wohnungen. Jährlich werden 100 000 zusätzliche seniorengerechte Wohnungen benötigt. Dies sind bis zum Jahr 2025 etwa 1,5 Millionen Wohnungen.

Die Teilhabe am öffentlichen Leben erfordert bis ins hohe Alter Mobilität. Im öffentlichen Personenschienenverkehr ist noch längst nicht die gesamte Reisekette von der Buchung über Dienstleistungen am Bahnhof und in der Bahn, der Gepäcklogistik, dem Ein-, Um- und Aussteigen bis hin zur Kooperation mit anderen Verkehrsträgern barrierefrei und so auf die Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft eingestellt. Insbesondere im Nahverkehr muss auch für ältere Menschen grundsätzlich ein spontanes Reisen sichergestellt werden. Doch nur rund zwei Drittel aller Bahnhöfe werden derzeit stufenfrei erschlossen. Im Schienenfernverkehr waren 2009 erst in 68 Prozent aller Verkehrsstationen, in denen Fernverkehrszüge halten, alle Fernverkehrsbahnsteige stufenfrei zu erreichen.

Entwicklung der Finanzierung der Sozialen Pflegeversicherung

Im Jahr 2010 hat die Soziale Pflegeversicherung noch mit einem Überschuss abgeschlossen. Prognosen gehen jedoch davon aus, dass die Ausgaben 2014/2015 die Mehreinnahmen übersteigen werden.

Nach den Berechnungen des Gesundheitsministeriums würden die Beitragssätze bei derzeitigem gesetzlich festgelegtem Leistungsanspruch im Jahr 2020 einen Beitragssatz von 2,3 % erfordern, im Jahr 2030 einen Beitragssatz von 2,5 % und im Jahr 2050 einen Beitragssatz von 2,8 % erfordern.

Für zusätzliche Reformen, wie z.B. die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und den Ausbau der Pflegeinfrastruktur, werden weitere Mittel benötigt. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kostet nach den Berechnungen des Beirates im Jahr 2020 etwa 4,2 Milliarden Euro.

Die Pflegerisiken der Versicherten sind höchst ungleich zwischen Privater und Sozialer Pflegeversicherung verteilt. Die Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung beliefen sich 2009 pro Versichertem im Schnitt auf 276,01 Euro im Jahr. Die Leistungsausgaben der privaten Pflegeversicherung beliefen sich 2009 pro Versichertem hingegen im Schnitt nur auf 104,22 Euro im Jahr.

3. Forderungen

Pflegepolitik geht alle an. Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. In unserer Gesellschaft darf niemand, der pflegebedürftig geworden ist, abseits stehen, sondern muss sich auf die Solidarität der jüngeren und insbesondere der stärkeren Nicht-Pflegebedürftigen in unserer Gesellschaft verlassen.

Deutschland hat sich mit der Ratifikation der UN-Behindertenkonvention im März 2009 dem gesellschaftlichen Ansatz der Inklusion verpflichtet. Allen Menschen mit Behinderung, ob angeboren oder erworben, ist Teilhabe und Selbstbestimmung zu ermöglichen.

Wir brauchen ein Gesamtkonzept Pflege, mit dem wir für Pflegebedürftige die Unterstützung und Sicherung der Teilhabe ausweiten, Pflegepersonen weiter entlasten, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ermöglichen, die gute Arbeit für Pflegefachkräfte gewährleisten und die Pflegeinfrastruktur ausbauen. Die Potenziale der Familien, der Nachbarschaften, des ehrenamtlichen Engagements müssen gestärkt und mit professionellen Pflege- und Betreuungsstrukturen verknüpft werden und es müssen die Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund in der Hilfeplanung berücksichtigt werden. Es bedarf einer umfassenden sozialräumlichen Koordinierung und Gestaltung, damit sowohl das Wohnumfeld als auch ambulante Betreuungsformen und Hilfeangebote den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen vor Ort entsprechen.

Wir brauchen eine Reform der Pflegeversicherung, mit der die Grundlage für einen umfassenden, ganzheitlichen Ansatz gelegt wird und wir uns in unserer älter werdenden Gesellschaft auf die Unterstützung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen und insbesondere der steigenden Zahl dementiell erkrankter Menschen einstellen.

3.1 Unterstützung und Sicherung von Teilhabe für Pflegebedürftige

Die Sorge, im Alter selbst pflegebedürftig zu werden, beschäftigt weite Teile der Bevölkerung und insbesondere auch die Jüngeren in unserer Gesellschaft. Neben dieser Sorge besteht der Wunsch, im Falle von Pflegebedürftigkeit trotzdem möglichst selbstbestimmt leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können.

Dieser Wunsch wird sehr konkret mit dem Anliegen verbunden, so lange wie möglich in der eigenen häuslichen Umgebung bleiben zu können. Die umfassende Organisation des Lebens in der eigenen Wohnung überfordert jedoch ältere Menschen mit zunehmendem Bedarf an Betreuung und Pflege. Ängste vor dem Alleinsein

nehmen zu. Der Schritt, in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung zu gehen, erscheint dann als einzige Möglichkeit den Alltag zu bewältigen.

Vor dem Hintergrund, dass auch immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund betroffen sind, muss dem Bedürfnis nach kultursensibler Pflege mehr Beachtung zukommen.

3.1.1 Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Seit Einführung der Pflegeversicherung wird kritisiert, dass der im SGB XI geltende Begriff der Pflegebedürftigkeit zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert sei. Die so kritisierte „Minutenpflege“ trägt insbesondere den Bedürfnissen von Menschen mit sogenannter eingeschränkter Alltagskompetenz kaum Rechnung. Der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit z.B. Demenz wird mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff (§14 SGB XI) und den davon abgeleiteten Leistungsansprüchen zu wenig berücksichtigt.

Mit der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und dem damit verbundenen neuen Begutachtungsverfahren wird der Teilhabegedanke aufgegriffen und dem Bedürfnis nach Betreuung und Pflege entsprochen.

Unser Ziel ist es den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB I, welches die sozialen Rechte normiert und alle Sozialleistungen aufzählt, zu definieren. Das ist in Bezug auf die Schnittstellenproblematik im SGB notwendig. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, in den entsprechenden weiteren Sozialgesetzbüchern die jeweiligen Leistungsansprüche zu regeln.

Wir fordern:

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff muss reformiert werden. Wir lehnen einen Pflegebedürftigkeitsbegriff „light“ ab und wollen durch die veränderte Definition der Pflegebedürftigkeit „niemanden schlechter, aber viele besser stellen“. Mit der Reform muss die Möglichkeit der ambulanten Versorgung sowie Prävention und Rehabilitation gestärkt werden und somit auf die Bedürfnisse von dementiell erkrankten Menschen, psychisch Kranken und pflegebedürftigen Kindern ausgerichtet werden. Grundlage der Reform sollen die Empfehlungen des Beirates sein, d. h. eine Beurteilung der Alltagskompetenz mit einem neuen Begutachtungsverfahren in acht Modulen und der Unterteilung in fünf Bedarfsgraden statt bisher drei Pflegestufen. Es muss Bestandsschutz für diejenigen gelten, die ihre Leistungsansprüche nach den alten Regelungen bekommen.

Unser Ziel ist es, den Personenkreis für den der Pflegebedürftigkeitsbegriff gilt, im SGB I zu verankern. Mit der Verankerung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB I wird eine Anspruchsvoraussetzung bei Pflegebedürftigkeit im SGB I definiert und

den folgenden Sozialgesetzbüchern voran gestellt. Die speziellen Leistungsvoraussetzungen bei Pflegebedürftigkeit werden weiterhin in den nachfolgenden einzelnen Sozialgesetzbüchern geregelt: Ausbildung SGB III, Krankenversicherung SGB V, Reha und Teilhabe behinderter Menschen SGB IX, Pflegeversicherung SGB XI, Sozialhilfe XII. Noch vorhandene Schnittstellenproblematiken im SGB werden wir klären.

3.1.2 Ausbau der Pflegeberatung

Mit dem geplanten Aufbau von bundesweit 570 Pflegestützpunkten wurde im Gesetzesverfahren in der schwarz-roten Koalition nur ansatzweise dem von der SPD-Bundestagsfraktion formulierten und von der damaligen Gesundheitsministerin unterstützten Anspruch nach wohnortnaher, trägerunabhängiger Beratung entsprochen.

Der Aspekt der trägerunabhängigen Beratung wird zunehmend wichtig, da Pflegebedürftige weiterhin die freie Wahl der Hilfen haben müssen und auch die freie Wahl einer stationären Einrichtung. Es mehren sich die Hinweise, dass diese freie Wahl von den jeweiligen Sozialhilfeträgern nicht immer gewährleistet wird.

Unstrittig ist, dass aufsuchende Beratung ein wesentlicher Baustein für die Umsetzung des Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation vor (zunehmender) Pflege“ ist. Zwar besteht nach §7a SGB XI bereits für Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, ein Anspruch auf Pflegeberatung, eine Verstärkung dieses Anspruches ist allerdings notwendig. Es muss gewährleistet werden, dass Pflegebedürftige und pflegende Angehörige umfassend und aufsuchend die Beratung und Anleitung zur Bewältigung der Betreuungs- und Pflegeaufgaben erhalten, dazu gehört auch die Beachtung behinderungsbedingter Bedürfnisse.

Die Beratung muss sowohl individuell das Case-Management als auch Care-Management, die Information über Koordinierungsmöglichkeit von Geld-, Sach- und Dienstleistungen umfassen.

Beratung muss kundenorientiert sein und z.B. den Aufbau einer altersgerechten Musterwohnung beinhalten. Sie muss unter Beachtung behinderungsbedingter Bedürfnisse erfolgen, zum Beispiel für Menschen mit Seh- und Hörbeeinträchtigung bzw. in leichter Sprache abgefasst sein.

Der technischen Assistenz kommt zunehmend Bedeutung zu. Von Hilfen zum Anziehen von Strümpfen über Aufstehhilfen bis hin zu Sensorsystemen, die bei Stürzen eine Notfallkette in Gang setzen, bieten intelligente Assistenzsysteme die Möglichkeit länger in der Häuslichkeit zu verbleiben.

Die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach §45c SGB XI muss offensiver genutzt werden. An Beispielen wie dem Demenzdorf Hogewey in den Niederlanden lässt sich aufzeigen, dass gerade für Menschen mit Demenz die Lebensform und die Wohnsituation für die Lebensqualität entscheidend sind. Sie brauchen weniger Medikamente, die Unruhe bis hin zu aggressivem Verhalten tritt längst nicht so massiv auf und auch z.B. die Inkontinenz geht zurück.

Demenzkranken werden heute oft mit Medikamenten ruhig gestellt. Nach dem Arzneimittelreport der BarmerGEK werden Demenzkranken sechsmal häufiger Beruhigungsmittel als PatientInnen ohne Demenz verschrieben.

Wir fordern:

Die wohnortnahe, quartiersbezogene, trägerunabhängige Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen wie zum Beispiel Servicestellen muss ausgebaut werden. Prävention und Gesundheitsförderung müssen in der Pflegeberatung stärker berücksichtigt werden. Sie muss verstärkt Wohnberatung und Beratung von Wohnanpassungsmaßnahmen bis zur Information über technische Assistenzsysteme anbieten. Pflegeberatung muss auch Menschen mit Migrationshintergrund erreichen und muss auch barrierefrei und aufsuchend sein, Case- und Care-Management müssen verbindlich sein. (Ausweitung des §37 Abs.3 SGB XI). Hierfür sind bundesweit einheitliche Standards notwendig.

Neue Wohnformen mit vielfältigen Betreuungsangeboten und Lebensformen müssen stärker gefördert werden, insbesondere in Hinblick auf Angebote für dementiell Erkrankte. Die Pflegekassen sollen neue Versorgungs- und Wohnkonzepte mit neuen Leistungs- und Leistungserbringerformen erproben können.

3.1.3 Umsetzung des neuen Begutachtungsverfahrens

Der Grad der individuellen Beeinträchtigung soll in acht Modulen ermittelt werden: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits-therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung.

Jedes Modul liefert ein Teilergebnis, aus dem nach einer bestimmten, vorgegebenen Bewertungssystematik ein Gesamtergebnis ermittelt wird. Aus den Modulen 1 bis 6 soll der Grad der Pflegebedürftigkeit abgeleitet werden, aus den Modulen 7 und 8 der Grad der Hilfebedürftigkeit. Der Leistungsanspruch soll allerdings als Gesamtleistung zur Verfügung stehen und nicht an die einzelnen Module gebunden sein.

Die Leistungen für eine Wohnumfeldverbesserung sind entscheidend für den Verbleib in der Häuslichkeit, eine Verdoppelung ist daher geboten und außerdem eine Klärung, was Einzelmaßnahmen sind. Damit sind Pflegekassen gehalten, die Wohnumfeldverbesserung stärker zu unterstützen. Pflegebedürftige leisten in der Regel einen angemessenen Eigenanteil von ca. 10 % der Kosten. Im Jahr 2010 bezuschusste die Soziale Pflegeversicherung wohnumfeldverbessernde Maßnahmen mit 100 Millionen Euro. Gegenüber dem Jahr 2009 war dies eine Steigerung von 6,72%.

Der Beirat hat in seinen Berechnungen den Personenkreis, der den Bedarfsgrad I erreicht, mit 650 000 beziffert. Menschen mit Bedarfsgrad I sollen einen Anspruch auf zweckgebundene Geldbeträge für unterstützende Dienstleistungen wie z.B. Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung im Kostenerstattungsverfahren beanspruchen können, Anspruch auf Pflegeberatung sowie häusliche Beratungseinsätze nach §37 Abs. 3 Satz 6 haben, Anspruch auf Pflegekurse haben sowie auf Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen und Pflegehilfsmittel. Diese Ansprüche verzögern die Zunahme von Pflegebedürftigkeit.

Wir fordern:

Das Leistungsrecht muss stärker flexibilisiert werden. Der Leistungsanspruch nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und der Leistungsanspruch nach dem Neuen Begutachtungsverfahren darf nicht dazu führen, dass die/der Pflegebedürftige den Einsatz der Leistungen aus der Pflegeversicherung an die acht Module zur Beurteilung ihrer/seiner Pflegebedürftigkeit koppeln muss. Insbesondere die Leistungen nach §40 SGB XI sollten flexibler in Anspruch genommen werden können. Den Leistungsanspruch von §40 Abs. 4 SGB XI für die Verbesserung des Wohnumfeldes wollen wir von derzeit 2 557 Euro auf bis zu 5000 Euro erhöhen. Es muss zukünftig sichergestellt werden, dass der Zuschuss je Maßnahme gewährt wird. Dabei dürfen alle Maßnahmen zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung, die auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfeplans zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, nicht automatisch als eine Verbesserungsmaßnahme gewertet werden. Für den Bedarfsgrad I ist der Anspruch in §40 SGB XI fest zugeschrieben.

3.1.4 Förderung assistenzgestützter Systeme

Technische Assistenzsysteme die z. B. bei Stürzen eine Alarmierung auslösen, Raumtemperaturen und Lichtverhältnisse steuern oder akustische und optische Orientierungshilfen bieten, erleichtern die Bewältigung des Alltags. Ziel dieser Assistenzsysteme ist es, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erhöhen und damit einen möglichst langen Verbleib des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen.

Wir fordern:

Es ist es von entscheidender Bedeutung, dass Assistenzsysteme bei den Pflegebedürftigen auf Akzeptanz stoßen und leicht anwendbar sind. Technische Assistenzsysteme, die stigmatisierend wirken oder die Pflegebedürftigen durch die Anwendung bevormunden, sind zu vermeiden. Die Anwendung technischer Assistenzsysteme muss grundsätzlich freiwillig erfolgen. Die Technik muss zudem so datenschutzfreundlich wie möglich ausgestaltet sein. Wir wollen die Finanzierung sinnvoller und anerkannter Assistenzsysteme als Pflichtleistung in das SGB XI aufnehmen.

3.1.5 Förderung alternativer Wohn- und Lebensformen

Die Zahl der Menschen, die im Alter allein leben, nimmt zu. Laut Statistischem Bundesamt leben 40% der ambulant versorgten Pflegebedürftigen in einem 1-Personen-Haushalt (2004). Familienstrukturen haben sich gewandelt. Oftmals wohnen die Kinder der Eltern nicht mehr am selben Wohnort. Damit fallen auch soziale Kontakte für ältere Menschen weg.

Um Vereinsamung von Pflegebedürftigen und älteren Menschen zu vermeiden, ist es notwendig den Aufbau alternativer Wohn- und Betreuungsformen vor Ort stärker zu unterstützen. Ältere Menschen und Pflegebedürftige müssen in selbstgewählten „Familien“ leben können.

Wir fordern:

Neue Wohnformen wie ambulant betreute Wohngemeinschaften und Mehrgenerationenwohnen mit vielfältigen Betreuungsangeboten und Lebensformen müssen stärker gefördert werden, insbesondere in Hinblick auf Angebote für demenziell Erkrankte. Durch die Förderung von Modellprojekten durch den Bund sollen neue Formen des Zusammenlebens ausprobiert werden. Die Pflegekassen sollen alternative Versorgungs- und Wohnkonzepte mit neuen Leistungs- und Leistungserbringerformen erproben können. Hierbei sollen insbesondere Projekte unterstützt werden, die gesellschaftliche Teilhabe von älteren Menschen und Pflegebedürftigen erhöhen, eine barrierefreie Wohngestaltung anbieten und gemeinschaftliche Aktivitäten befördern. Die Pflegeberatung soll auch alternative Wohnformen in der Kommune in ihre Beratung aufnehmen.

3.1.6 Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert nachhaltig die Schnittstellen für pflegebedürftige Menschen und die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung. Die leistungsgerechten Abgrenzungen und Überschneidungen sind daher neu zu gestalten. Hierfür ist die Reform der Eingliederungshilfe voran zu treiben.

3.1.7 Weiterentwicklung der Pflegequalität

Die Notwendigkeit der Weiterentwicklung der Prüfung ambulanter und stationärer Pflegequalität ist unstrittig. Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt anzupassen.

Wir fordern:

Wichtiger Baustein der Reform ist die Weiterentwicklung der Prüfung ambulanter und stationärer Pflegequalität nach wissenschaftlich fundierten Grundlagen. Die Qualitätsprüfungen und Transparenzberichte müssen auf wissenschaftlich validen Indikatoren und Prinzipien beruhen. Externe und interne Instrumente zur Qualitätsprüfung und –entwicklung müssen sinnvoll miteinander verschränkt werden.

3.1.8 Förderung der Pflege- und Teilhabeforschung und zügiger Transfer neuer Erkenntnisse

Schon heute gibt es zahlreiche Erkenntnisse zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung und zur Erleichterung des Alltages für pflegebedürftige Menschen. Nicht immer gelingt jedoch der rasche Transfer in die Versorgungspraxis. Beispielsweise sind viele technische Hilfsmittel zur Unterstützung der eigenen Häuslichkeit im Alltag noch immer nicht bei den Pflegebedürftigen angekommen.

Wir fordern:

Die Pflegeforschung muss weiter gestärkt werden und mit der Teilhabeforschung vernetzt werden. Sie muss dabei noch stärker an den Bedarfen der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Im Bereich der technischen Assistenzsysteme (Ambient Assisted Living – AAL) benötigen wir zusätzliche Demonstrationsobjekte und Pilotprojekte, auch um Hemmschwellen bei der Auseinandersetzung mit dem Thema und Vorbehalte abzubauen.

3.2 Entlastung von Pflegepersonen - Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Pflegende Angehörige und andere Pflegepersonen leisten eine herausragende Arbeit. Sie tragen oftmals die Hauptlast bei der Versorgung und Pflege ihrer Angehörigen, denn für die überwiegende Zahl der Pflegepersonen ist es eine Selbstverständlichkeit sich um ihre pflegebedürftigen PartnerInnen oder Eltern zu kümmern und auch die eigenen Kinder zu pflegen. Ohne dieses Engagement stünde die Gesellschaft vor noch größeren Herausforderungen. Die Entlastung von Pflegepersonen

und die Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements sind uns ein wichtiges Anliegen und ein wesentlicher Baustein unserer Reform.

3.2.1 Gewährleistung der aufsuchenden Beratung

Pflegekassen bieten Beratung teilweise nur zögerlich an und Angehörige kennen die Beratungsmöglichkeiten der Pflegekassen oftmals nicht. Daher ist das geltende Recht auf Beratung umzusetzen.

Wir fordern:

Es muss gewährleistet werden, dass pflegende Angehörige und Freunde umfassend und aufsuchend Beratung und Anleitung zur Bewältigung der Betreuungs- und Pflegeaufgaben erhalten. Zur Sicherstellung sind bundesweit einheitliche Standards festzulegen.

3.2.2 Förderung des Ehrenamts

Die Umsetzung von §45 c und d SGB XI ist auf der Länderebene sehr unterschiedlich. Z.B. gibt es in Thüringen noch keine Richtlinie zum §45 d. SGB XI. Auch die Vergabe von Geldern nach §45 c SGB XI erfolgt sehr zögerlich. So haben in einigen Bundesländern Vertreterinnen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, die Schulungen für HelferInnen durchführen, auch Mitte dieses Jahres noch keine Bewilligung ihres jährlich zu stellenden Antrages erhalten. Die Finanzierung der Unterstützung des ehrenamtlichen Engagements braucht jedoch Verlässlichkeit.

Wir fordern:

Ehrenamtliches Engagement in der Pflege braucht professionelle Unterstützung. Dabei werden wir im §45d SGB XI festschreiben, dass Mittel nicht nur zur Förderung der ehrenamtlichen Strukturen sowie der Selbsthilfe bereitgestellt werden können, sondern sollen. In allen Bundesländern ist dies durch entsprechende Richtlinien zu regeln. Die Selbsthilfeförderung muss erhalten bleiben und auch weiterhin niedrigschwellig ohne den Abschluss von Versorgungsverträgen angeboten werden können.

3.2.3 Ausbau der Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Pflegepersonen leiden insbesondere bei der Betreuung Demenzkranker an einem „Rund-um-die-Uhr“-Stress. Die Pflege des/der oftmals fast gleichaltrigen Partner/Partnerin bedeutet für die Pflegeperson den ganzen Tag und auch bei Nacht da zu sein und ständig „Bereitschaft“ zu haben. Die Kurzzeit- und Verhinderungspflege bietet in dieser Situation die Möglichkeit der Entspannung und des Krafttankens.

Vier Wochen pro Jahr sind hierfür zu wenig, um dauerhaft den Verbleib in der gemeinsamen Häuslichkeit zu garantieren.

2010 kostete die Kurzzeitpflege die Pflegekassen 340 Mio. Euro. Seit 1995 steigen die Kosten kontinuierlich an. Die Kosten für die Verhinderungspflege beliefen sich 2010 auf 400 Mio. Euro.

Wir fordern:

Pflegepersonen brauchen mehr Unterstützung für kleinere Auszeiten und erweiterte Ansprüche auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Hierzu sollen die Ansprüche von §42 und §39 SGB XI von derzeit 1 510 Euro auf 3 020 Euro für acht Wochen je Kalenderjahr erhöht werden.

3.2.4 Hilfe bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit

Schon mit der Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes wollte die SPD-Bundestagsfraktion und die damalige Bundesgesundheitsministerin eine Lohnersatzleistung für die 10-tägige Freistellung, denn Pflege muss man sich leisten können. Da der Anspruch auf eine bis zu zehn Tage andauernde Freistellung derzeit nicht mit einer Lohnersatzleistung gekoppelt ist, wird dieser Anspruch auf Freistellung nur sehr zurückhaltend wahrgenommen.

Wir fordern:

Angehörige sollen analog zum Kinderkrankengeld bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit einen Anspruch auf Lohnersatzleistung für die bis zu zehn Tagen bestehende Freistellungsmöglichkeit nach dem Pflegezeitgesetz für privates Pflegemanagement beanspruchen können.

3.2.5 Unterstützung von pflegenden Angehörigen – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Das Familienpflegezeitgesetz der Regierung Merkel verbessert die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf nicht nachhaltig. Es gibt weder einen gesetzlichen Anspruch auf eine Familienpflegezeit, keinen Kündigungsschutz, noch wird der Anspruch auf alle Betriebe unabhängig von einer bestimmten ArbeitnehmerInnenzahl ausgeweitet. Wir wollen das Pflegezeitgesetz, das den Anspruch auf eine 6-monatige Freistellung beinhaltet, weiterentwickeln. Mit dem Modell eines flexibel handhabbaren Zeitbudgets wollen wir Angehörige besser unterstützen, die sich neben ihrer Erwerbstätigkeit um Pflegebedürftige zu Hause kümmern. Ziel muss dabei sein, dass Frauen und Männer sich die Verantwortung für Sorgearbeit gleichberechtigt aufteilen. Eine Lohnersatzleistung soll die finanziellen Einbußen, die Angehörigen durch die Reduzierung der Arbeitszeit entstehen, abfedern.

Pflegezeiten werden derzeit niedriger als Kindererziehungszeiten angerechnet. Pflegepersonen, die Menschen mindestens 14 Stunden nicht-erwerbsmäßig in der häuslichen Umgebung pflegen und nicht mehr als 30 Stunden pro Woche arbeiten, sind in der RV pflichtversichert.

Wir fordern:

Das Familienpflegezeitgesetz von Bundesministerin Schröder geht am Bedarf der Betroffenen vorbei. Wir treten für ein Modell ein, das stärker den Bedürfnissen von Menschen, die sich um Pflegebedürftige kümmern, Rechnung trägt. Wir wollen einen Rechtsanspruch auf ein flexibles Zeitbudget einführen, das auch zeitlich in Abschnitte unterteilt oder über einen längeren Zeitraum gestreckt werden kann und für das es einen Anspruch auf eine Lohnersatzleistung gibt. Der Arbeitnehmer oder die Arbeitnehmerin muss während dieser Phase ein Recht auf Kündigungsschutz haben.

Wir werden Pflegezeiten rentenrechtlich höher bewerten.

3.2.6 Ermöglichung der Sterbebegleitung

Die Humanität unserer Gesellschaft entscheidet sich wesentlich auch daran, ob umsichtig die Selbstbestimmung der Menschen auch in der Zeit von Pflegebedürftigkeit in der letzten Lebensphase gesichert wird. Das ist wichtig für die, die gehen, aber auch für die, die sie begleiten und die um sie trauern.

§37 b (spezialisierte ambulante Palliativversorgung) und §39 a SGB V (stationäre und ambulante Hospizleistungen) beinhalten den Anspruch der Versicherten auf spezialisierte Palliativversorgung und Hospizleistungen. Insbesondere die ambulante Palliativversorgung gilt es im Sinne des SGB V auszubauen. Andere europäische Länder haben bereits Freistellungsregelungen für Menschen, die sterbende Angehörige begleiten, eingeführt (z.B. Dänemark, Schweden, Österreich). Wir setzen uns für einen Rechtsanspruch auf Freistellung ein und wollen dabei die Praxis in anderen Ländern auf ihre Umsetzbarkeit in Deutschland überprüfen.

Wir fordern:

Für die Begleitung eines nahen sterbenden Angehörigen soll es einen gesonderten Freistellungsanspruch mit Lohnersatzleistung geben. Dabei wollen wir uns an den Modellen anderer Länder orientieren.

3.3 Gute Arbeit für Pflegefachkräfte

Das Gesundheitswesen und die Pflege gehören zu den Bereichen, die in Zukunft mehr Beschäftigung bieten können und für unsere Volkswirtschaft in hohem Maße wertschöpfend sind.

Trotzdem besteht bereits jetzt in der Pflege ein Fachkräftemangel. Nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes werden 2025 rund 152 000 Fachkräfte in der Pflege fehlen, nach Angaben des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste werden in den nächsten zehn Jahren sogar 288.000 zusätzliche Pflegefachkräfte benötigt. Diese Entwicklung ist u.a. die Folge eines über Jahre hinweg in der Öffentlichkeit negativ verzeichneten Berufsbildes mit schlechten Entwicklungs- und Arbeitsbedingungen. Mit dem Pflegeberuf werden niedrige Bezahlung und schwierige Arbeitsbedingungen verbunden.

Demgegenüber steht eine hohe Identifikation der Beschäftigten in der Pflege mit ihrem Beruf und ihren Tätigkeiten.

Nur ein Bündel von Maßnahmen kann dazu führen, dass sich das gesellschaftliche Bild des Pflegeberufes wandelt. Entscheidend ist, dass Pflege „gute Arbeit“ sein muss. Altenpflege ist physische und psychische Schwerstarbeit und muss daher angemessen und fair bezahlt werden. Arbeitgeber, die das tun, müssen vor unfairer Konkurrenz durch Billigpflege mit Dumpinglöhnen geschützt werden. Diese Aufgabe kann nur unzureichend durch gesetzliche Regelungen „verordnet“ werden, sondern kann nur gemeinsam durch Politik, Medien, Pflegekassen, Sozial- und Wohlfahrtsverbände sowie durch die in den pflegenden Berufen Tätigen bewältigt werden. Dazu gehört auch, mehr Best-Practice-Beispiele öffentlich zu präsentieren. Insbesondere junge Menschen mit Migrationshintergrund brauchen außerfamiliäre positive Beispiele für ihr Berufswahlverhalten.

3.3.1 Reform der Ausbildung

Die längst überfällige Reform der Ausbildung in den Pflegeberufen muss dringend umgesetzt werden. Die Bedarfe bezüglich der Versorgung von älteren, aber auch von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen allgemein unterliegen angesichts des demografischen Wandels einer permanenten Veränderung. Die zukünftige Ausbildung muss flexibel auf diese Änderungen reagieren und gleichzeitig attraktiv auf junge Menschen wirken. Darüber hinaus müssen in der Ausbildung Inhalte über eine kultur- und gendersensible Pflege vermittelt werden. Hierzu gehören Kenntnisse über Religion, Kultur und Sprache der in Deutschland lebenden Migrantengruppen sowie eine Sensibilisierung für deren Bedürfnisse.

Die Ausbildungen in der Gesundheits-, Kinderkranken- und Altenpflege wurden 2003 mit dem „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“ (Krankenpflegegesetz - KrPflG) bzw. 2004 mit dem „Gesetz über die Berufe in der Altenpflege“ (Altenpflegegesetz – AltPflG) neu geordnet und jeweils in einem eigenen Berufsgesetz verankert. In beiden Gesetzen wurden auch Modellklauseln normiert, durch die die Erprobung gemeinsamer Pflegeausbildungen ermöglicht wurde. Die Evaluation der Modellprojekte zeigt, dass eine gemeinsam konzipierte generalistische Ausbildung zur Steigerung der professionellen pflegerischen Handlungskompetenz über das gesamte Berufsleben führt. Sie qualifiziert für die Tätigkeit in allen Schwerpunktbereichen: präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ. Damit wird die Ausbildung nicht zu einer Einbahnstraße, sondern gewährt die seit langem geforderte horizontale Durchlässigkeit.

Nicht nur mit Blick auf Europa brauchen wir die Durchlässigkeit der gesamten Bildungslandschaft Pflege: Ein breiterer Zugang zum Pflegeberuf muss ermöglicht werden. Dies setzt einen Bewusstseinswandel und eine bessere Verzahnung aller beteiligten Akteure wie den Trägern der Ausbildung, den Einrichtungen des Gesundheitswesens und den politischen Entscheidungsträgern voraus. Lebenslanges Lernen muss auch in der Pflege zur Selbstverständlichkeit werden. Die Mobilität von Pflegefachkräften innerhalb der EU muss sichergestellt sein. Wir wollen, dass Deutschland ein attraktiver Arbeitsplatz für ausländische Pflegefachkräfte ist.

Wir fordern:

Notwendig ist eine generalistische Erstausbildung von Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit einer daran anschließenden weiterführenden Spezialisierung. Wir wollen einen Berufsaufstieg in der Pflege. Im Interesse der jungen Menschen soll nur noch ein Berufsabschluss am Ende der gemeinsamen dreijährigen Ausbildung stehen. Wir werden einen eigenen Vorschlag für die Neuregelung der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege erarbeiten.

3.3.2 Finanzierung der Ausbildung

Die Ausbildung in der Pflegebranche muss solidarisch finanziert werden. Nur so wird eine ausreichende Zahl von Ausbildungsplätzen geschaffen und die Ausbildungsbereitschaft unterstützt. Derzeit werden die Kosten der schulischen Ausbildung durch die Bundesländer unterschiedlich geregelt und variieren erheblich. Teilweise werden nur Personalkosten, teilweise nur Betriebskosten erstattet, auch die Höhe der Zuschüsse sowie die Regelungen zum Schulgeld variieren stark und teilweise sind auch die Kommunen an der Finanzierung beteiligt. Die Vergütung sowie die Kosten der praktischen Ausbildung werden durch die Pflegekassen erbracht. Die Ausbildungsvergütung wird entweder durch Zuschlag auf die Patientinnen und Patienten oder über eine landesspezifische Umlage erbracht.

Die Finanzierung der Pflegeschulen ist eine öffentliche Aufgabe. Pflegeberufsbildende Schulen müssen wirkungsgleich finanziert werden.

Wir fordern:

Auch für die Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege muss gelten: Ausbildung ist gebührenfrei. Es ist zu prüfen, ob und wie eine bundeseinheitliche Lösung möglich ist, damit die Kosten der Ausbildung von der gesamten Pflegebranche über eine bundeseinheitliche Ausbildungsplatzumlage getragen und durch Umlagefinanzierung bzw. Einrichtung eines Ausbildungsfonds finanziert werden können. So werden auch nicht-ausbildende Einrichtungen der Altenpflege künftig an der Finanzierung der Ausbildung und Ausbildungsvergütung beteiligt. Die Finanzierung der Pflegeschulen ist eine öffentliche Aufgabe. Wir wollen die Abschaffung des von Auszubildenden selbst zu zahlenden Schulgeldes.

3.3.3 Finanzierung von Umschulungsmaßnahmen

In der Vergangenheit war durch die gesicherte Übernahme im 3. Ausbildungsjahr die Zahl der UmschülerInnen deutlich gestiegen.

Wir fordern:

Zur Förderung des dritten Ausbildungsjahres für die berufliche Weiterbildung in der Alten- und Krankenpflege soll mit den Bundesländern zügig eine tragfähige Grundlage für die Finanzierung erarbeitet werden. Für den Übergang soll bis Ende 2013 die Förderung durch die Bundesagentur verlängert werden.

3.3.4 Weiterbildung für Pflegefachkräfte

Wie unter Punkt 3.3.1 ausgeführt, werden auch die Einstiegs- und Aufstiegsmöglichkeiten in Pflegeberufen ausschlaggebend für die Gewinnung von Nachwuchs und Fachkräften sein. Neben innerbetrieblichen Karriere- und Aufstiegschancen gilt es u.a. auch durch mehr Verantwortung und Kompetenz (Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen) das Image der Pflegeberufe zu stärken.

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat den Krankenkassen mit § 63 Absatz 1 SGB V die Möglichkeit eingeräumt, im Rahmen eines Modellvorhabens die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Fachkräfte in der Kranken- und Altenpflege zu erproben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat eine Richtlinie mit einem Katalog von 40 ärztlichen Tätigkeiten erlassen. Pflegefachkräfte können nach dieser Richtlinie zum Beispiel spezifische Infusionstherapien und Wund- und Schmerztherapien selbständig ausführen.

Wir fordern:

Berufserfahrenen Pflegehilfskräften mit Eignung zur Pflegefachkraft müssen Bildungswege zur Weiterqualifizierung eröffnet werden. Generell muss diese durchlässig sein und Aufstiegsmöglichkeiten garantieren.

Die Richtlinie zur Heilkundeübertragung muss von den gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern schnell in die Praxis umgesetzt werden. Pflegefachkräfte müssen Weiterbildungsmöglichkeiten zur Ausübung der in der Richtlinie aufgeführten Tätigkeiten erhalten. Die fachliche Aufwertung des Pflegeberufs durch die Übertragung ärztlicher Tätigkeiten muss bei den Lohnverhandlungen der Tarifpartner entsprechend Berücksichtigung finden. Die Ausbildung von Pflegefachkräften muss hinsichtlich der neuen Tätigkeiten angepasst werden.

3.3.5 Start einer Informations- und Imagekampagne

Eine gemeinsame Kampagne der Politik, von Pflegekassen, den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden für gute Pflege kann in vielfältiger Hinsicht werben: 1. Die Sicherung einer guten Pflege ist ein Wert und Pflege hat einen Wert. 2. Pflege bietet gute und zukunftsfeste Beschäftigung. 3. Pflegefachkräfte und Pflegepersonen leisten für die gesamte Gesellschaft einen wertschöpfenden Beitrag. Zwar sind bisher regelmäßig Kampagnen zur Image-Verbesserung der Pflege durchgeführt worden, aber auch regelmäßig wieder vergessen worden, weil sie nicht an die tatsächliche Verbesserung der Rahmenbedingung gekoppelt waren.

Wir fordern:

Mit einer Kampagne, die von der Politik, von Pflegekassen, den Sozial- und Wohlfahrtsverbänden getragen wird, sollen junge Menschen über Pflegeberufe informiert und auf die Attraktivität von Umschulungen hingewiesen werden.

3.3.6 Leistungsgerechtere Bezahlung

Geld garantiert keine gute Pflege, aber die Rahmenbedingungen für gute Pflege haben ihren Preis. Mit dem Mindestlohn ist ein wichtiger Schritt gemacht, die Angleichung von Ost an West ist der nächste Schritt und der durch Tarifbindung begründete höhere Personalkostenaufwand muss bei den Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden.

Wir fordern:

Es muss in der Pflegebranche leistungsgerechter bezahlt werden. Der Mindestlohn war ein erster wichtiger Schritt zur Verbesserung der Entlohnung hin zu guter tariflicher Bezahlung. Die Lohnunterschiede in Ost und West müssen beendet werden.

Die Tarifpartner sind aufgefordert einen flächendeckenden Tarifvertrag für eine bessere Bezahlung umzusetzen.

3.3.7 Bürokratieabbau und Dokumentation

Pflegefachkräfte beklagen oft die aufwändige Dokumentation der Pfl egetätigkeit. Die Zeit, die sie für die Dokumentation verwenden, möchten sie lieber dem oder der Pflegebedürftigen direkt zukommen lassen. Für eine professionelle Pflege ist eine nachvollziehbare und gute Dokumentation der Pflege jedoch unerlässlich. Die Pflegedokumentation gewährleistet Qualität und Transparenz der Pflegearbeit. Damit Pflegefachkräfte möglichst viel Zeit dem Pflegebedürftigen zuwenden können, ist eine möglichst effiziente und unbürokratische Dokumentation der Pflege notwendig.

Wir fordern:

Wir wollen Pflegefachkräfte entlasten und Träger stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen durch die Einführung EDV-gestützter Pflegedokumentation unterstützen. Modellprojekte zur Einführung EDV-gestützter Pflegedokumentation sollen gezielt gefördert werden. Der Aufbau von elektronischen Systemen soll zudem dem Ziel der stärkeren Vernetzung ambulanter und stationärer Einrichtungen dienen. Pflegefachkräfte müssen für die Verwendung von EDV-gestützten Systemen von den Einrichtungen weitergebildet werden. Bei der Einführung der EDV-gestützten Dokumentation müssen die Datenschutzbestimmungen gewahrt werden.

3.3.8 Freiwilliges Soziales Jahr und Bundesfreiwilligendienst

Das Freiwillige Soziale Jahr und der Bundesfreiwilligendienst ist geeignet, um junge Menschen an Pflegeberufe heranzuführen. Schon durch den jetzt entfallenden Zivildienst haben nachgewiesenermaßen Zivildienstleistende ihr Interesse an einem Pflegeberuf „entdeckt“.

Wir fordern:

Wir brauchen eine Kampagne für das „Freiwillige Soziale Jahr“ und für den Bundesfreiwilligendienst in Pflegeeinrichtungen. Diejenigen jungen Menschen, die ein solches Jahr geleistet haben, „entdecken“ oft ihre Begeisterung und Fähigkeit für einen Beruf in der Pflege.

3.4 Ausbau kommunaler Pflegeinfrastruktur

Pflege der Zukunft ist Pflege im Quartier und in der Kommune. Begleitung und Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen braucht eine

umfassende, sozialräumliche und integrierte Sozialplanung, die nur auf örtlicher Ebene erfüllt werden kann. Diese Vernetzung der sozialen Dienstleistungen und anderer infrastruktureller Angebote muss auch die Selbsthilfe, das Ehrenamt und die nachbarschaftlichen Hilfen einbeziehen. Integrierte Sozialplanung, wie wir sie verstehen, umfasst auch die Wohnungswirtschaft, die Wirtschaftsförderung, den ÖPNV und die Bauleitplanung.

Insbesondere die Beratungsangebote sind wichtige Bausteine für ein umfassendes Versorgungskonzept. Die Ausgestaltung und Qualität der Beratungsangebote sind wichtig für ihre Akzeptanz und letztlich entscheidend für eine erfolgreiche Beratung und damit zentral für die Lebensqualität von Menschen, die einen Hilfebedarf haben, pflegebedürftig sind oder sich präventiv beraten lassen wollen.

Pflegestützpunkte und andere Beratungsstellen sind daher entsprechend auszubauen, um so auch Folgekosten für den Sozialhilfeträger zu vermeiden. Zudem ist langfristig auf eine Pflege- und Teilhabeberatung aus einer Hand hinzuwirken.

3.4.1 Anforderungen an die Kommunen

Die Länder und Kommunen haben Gestaltungsverantwortung. Pflege-Infrastruktur wird derzeit im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben durch viele Akteure beeinflusst. Die Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe kann nur auf kommunaler Ebene erfolgen. Kommunale Pflegeplanung darf sich nicht auf die zahlenmäßige Erfassung von Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege beschränken. In den Kommunen müssen die Alltagsinfrastruktur, die Unterstützungsinfrastruktur vor und bei Pflegebedürftigkeit und die Infrastruktur zur Stärkung der Selbsthilfepotentiale vorhanden sein, um den demografischen Wandel zu gestalten.

Wir fordern:

§8 SGB XI (Aufforderung an die Kommunen für eine Infrastruktur zu sorgen) und §9 SGB XI (Vorhaltung einer Versorgungsstruktur über nähere Regelung im Landesrecht) sind konkreter zu fassen, um vernetzte, quartiersbezogene Angebote für Pflege und Betreuung aufzubauen. Die Zusammenarbeit von Sozialversicherungsträgern sowie quartiersbezogene Kooperationen müssen verbindlicher geregelt werden.

Zum Ausbau der kommunalen Pflegeinfrastruktur brauchen die Kommunen eine bessere Finanzausstattung. Deshalb setzen wir uns für eine Weiterentwicklung der Gewerbesteuer und weiterer Entlastungen bei den Sozialausgaben ein.

3.4.2 Sicherstellungsauftrag der Kommunen

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Aufbau von Pflegestützpunkten mit 60 Mio. Euro unterstützt. Es zeigt sich, dass die Länder den Aufbau von Pflegestützpunkten unterschiedlich intensiv betreiben. Lediglich in Rheinland-Pfalz sind alle geplanten Stützpunkte aufgebaut worden. Und es zeigt sich, dass nur dort, wo Qualität und Niedrigschwelligkeit stimmen, sich die Beratungszahlen positiv entwickeln.

Es ist entscheidend, dass an der Planung und dem Aufbau der Pflege-Infrastruktur neben VertreterInnen der Kommunen auch die Pflegekassen, Sozial- und Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfegruppen beteiligt werden.

Die Bereitstellung der Mittel aus der Pflegeversicherung wird mindestens mittelfristig dazu führen, dass sich die Kosten für die Pflegekassen positiver entwickeln.

Wir fordern:

Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages (§69 SGB XI und §3 SGB XI) müssen Pflegekassen in enger Kooperation mit Ländern und Kommunen für einen Ausbau der Pflegeinfrastruktur sorgen. Regionale Pflegekonferenzen sollen den Ausbau der Pflegeinfrastruktur gestalten. Wir wollen die Kommunen hierin finanziell unterstützen. In Absprache mit den Ländern und Kommunen wollen wir, dass die Pflegekassen wie bereits 2008 geplant, in den nächsten Jahren hinreichende Mittel für die Anschubfinanzierung des flächendeckenden Aufbaus von Pflegestützpunkten zur Verfügung stellen.

3.4.3 Häusliche Pflege

Mit §77 SGB XI ist die Möglichkeit geschaffen, z.B. Versorgungslücken durch Verträge mit Einzelpersonen zu schließen. Pflegebedürftige und Pflegekassen machen davon nur wenig Gebrauch. Insbesondere in ländlichen Räumen muss diese Möglichkeit zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und Betreuung sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung genutzt werden.

Wir fordern:

Die häusliche Pflege für Einzelpersonen nach §77 SGB XI ist flexibler zu gestalten und von den Pflegekassen stärker zur Versorgung in ländlichen Räumen zu nutzen.

3.4.4 Möglichkeiten der Unterstützung von Pflegepersonen pflegender Angehöriger bei der häuslichen Pflege

Es ist unser Ziel Möglichkeiten zu schaffen, damit in Privathaushalten sozialversicherungspflichtige und tarifgebundene Beschäftigung zur umfassenden Betreuung und

Versorgung von Pflegebedürftigen entsteht. Mit der Einführung einer 24-Stunden-Pflege kann ein großes ungenutztes Arbeitskräftepotential gehoben und ebenso Arbeitsverhältnisse legalisiert werden. Dabei wollen wir die Erfahrungen aus z.B. Österreich, Frankreich, Belgien und Dänemark mit einbeziehen.

Die bisherigen steuerlichen Regelungen für haushaltsnahe Dienstleistungen sind für viele Rentnerinnen und Rentner und für viele Familien mit geringem Einkommen keine Entlastungen. Eine Entlastung von Pflegepersonen mit geringem Einkommen muss in erster Linie durch direkte Leistungen erfolgen. Auch für sie muss häusliche Unterstützung bezahlbar sein.

Wir fordern:

Die Möglichkeiten einer 24-Stunden-Pflege durch individuelle und institutionelle Hilfen soll geprüft werden und die Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern (Österreich, Frankreich, Belgien) in die Prüfung mit einbezogen werden.

Ebenso in die Prüfung mit einbezogen werden soll, wie gemeinnützige Agenturen für haushaltsnahe Dienstleistungen bzw. gemeinnützige Beschäftigungsgesellschaften eine Möglichkeit sein können, die betroffenen Familien von der Arbeitgeberfunktion zu entlasten.

3.4.5 Förderung von Wohnungsbau- und Umbau

Experten schätzen, dass lediglich 1-2 Prozent des gesamten Wohnraums in Deutschland altersgerecht gestaltet ist. Schätzungsweise müssten jährlich 100 000 altersgerechte Wohnungen durch Neubau oder Modernisierung geschaffen werden, bis 2025 etwa 1,5 Mio.

Wir fordern:

Barrierefreiheit muss bei Bau und Umbau selbstverständlich werden. Bei der Förderung von Wohnungsneubau und der Sanierung des Wohnungsbestandes muss das Kriterium altersgerecht/barrierefrei höchste Priorität genießen. Das KfW-Programm "Altersgerecht umbauen" muss fortgeführt und verstetigt werden. Gemeinsam mit den Bundesländern ist die Musterbauordnung zu überarbeiten, um die Anforderungen an Barrierefreiheit bei Neu- und Umbau zu optimieren und bei Verstößen auch zu sanktionieren.

3.5 Stärkung von Prävention und Rehabilitation

Der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“ darf nicht nur eine Formel sein. Die Stärkung der Prävention muss auf vielfältige Weise unterstützt werden,

z.B. durch gute Beratung, aber auch in medizinischer Hinsicht durch eine gute ärztliche Versorgung und durch Reha-Maßnahmen. Ziele von Prävention und Rehabilitation im höheren Lebensalter sind die Vermeidung von Erkrankungen, Multimorbidität, Funktionseinschränkungen, Behinderungen und Hilfebedürftigkeit. Eine verbesserte Abstimmung zwischen medizinischen und pflegerischen Leistungen ist dringend erforderlich. Durch eine frühzeitig ansetzende Beratung können die Kosten beträchtlich gesenkt werden.

3.5.1 Fachärztliche Versorgung

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ermöglicht den stationären Einrichtungen die Anstellung von Heimärzten/-innen und die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten. Hiervon machen nur wenige Einrichtungen Gebrauch. Die Wichtigkeit einer umfassenden haus-, zahn- und fachärztlichen Versorgung wird u.a. durch die Häufigkeit der Krankenhauseinweisungen aus stationären Einrichtungen heraus deutlich. Um die ärztliche Versorgung sicher zu stellen hat die AOK Baden-Württemberg mit Trägern stationärer Einrichtungen in Stuttgart und Ärzteverbänden nach dem Beispiel der hausarztzentrierten Versorgung die Versorgung vertraglich gesichert. Dies kann Vorbild für weitere vertragliche Regelungen sein.

Wir fordern:

Die haus-, zahn- und fachärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen muss nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt der Prävention verbessert werden. Die Anstellung von HeimärztenInnen bzw. die Kooperation zwischen stationären Einrichtungen und Ärztinnen und Ärzten muss konsequenter umgesetzt werden. Insbesondere die zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist ungenügend. Die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen kommen derzeit ihrem Versorgungsauftrag nur unzureichend nach. Wir werden daher prüfen, ob nicht auch darüber hinausgehende Konzepte die zahmedizinische Versorgungssicherheit der Pflegebedürftigen deutlich besser gewährleisten können.

3.5.2 Anspruch auf medizinische und geriatrische Rehabilitation

Der Anspruch auf medizinische Rehabilitation ist zwar im §40 SGB V (Krankenversicherung) verankert, wird jedoch von dem Kostenträger Krankenversicherung nur sehr zögerlich gewährleistet, obwohl die Krankenkasse der Pflegekasse einen Beitrag in Höhe von 3 072 Euro für pflegebedürftige Versicherte zu zahlen hat, für die innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung keine notwendige Leistung zur medizinischen Rehabilitation erbracht worden ist.

Zwischen den einzelnen Kostenträgern für Rehabilitation gibt es massive Bestrebungen, die Kosten für Rehabilitation abzuschieben.

Wir fordern:

Geriatrische Rehabilitation ist tatsächlich medizinische Rehabilitation. Der in §40 SGB V verankerte Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation muss eingelöst werden. Der in Abs. 3 Satz 6 festgehaltene Betrag von 3 072 Euro ist offensichtlich zu gering und muss deutlich erhöht werden.

Darüber hinaus ist es unser Ziel, alle Reha – Anträge an einer Stelle zu bündeln und unabhängig von der Zuständigkeit eines Kostenträgers dort zu prüfen und zu entscheiden.

Wir wollen prüfen, wie das Antragsverfahren für Reha-Maßnahmen so organisiert werden kann, dass eine tatsächliche Durchsetzung des Rechtsanspruchs auf medizinische Rehabilitation sichergestellt wird. Hierfür soll bei nicht fristgemäßer Gewährleistung einer Reha-Maßnahme gemäß § 23, Absatz 5, Satz 2 SGB V durch die Krankenkasse die Rentenversicherung für die Reha-Leistung in Vorleistung treten. Die Rückzahlung der Kosten durch die Krankenversicherung an die Rentenversicherung soll das 1,5-fache der ausgelegten Kosten betragen.

3.6 Sicherung einer solidarischen Finanzierung

Wir wollen die oben aufgeführten Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige schnellstmöglich umsetzen und auch die Kommunen unterstützen und dabei die Versicherten nicht unverhältnismäßig belasten. Wir wollen keine Zwei-oder Drei-Klassen-Pflege.

Wir wollen die solidarische und paritätische Umlagefinanzierung der Pflegeversicherung ausbauen.

Wir wollen deshalb die Bürgerversicherung Pflege. Damit schaffen wir auch auf der Finanzierungsseite ein gerechtes System, das alle entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit einbezieht und die Lasten fair verteilt. Die Verfassungsmäßigkeit einer Bürgerpflegeversicherung erfordert es, dass die bisherigen privaten und gesetzlichen Pflegekassen in Zukunft eine Bürgerpflegeversicherung zu exakt gleichen Wettbewerbsbedingungen anbieten können.

Dazu wollen wir die Grundprinzipien der Bürgerversicherung in der Krankenversicherung auf die Pflege übertragen, wie z.B. ein Risikoausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung oder einkommensabhängige Beiträge. Obligatorische, ergänzende, kapitalgedeckte Zusatzversicherungen oder Kopfpauschalen, wie sie von CDU/CSU und FDP gefordert werden, lehnen wir ab.

Vertrauensschutz ist uns wichtig. Deshalb wollen wir bisherigen Privatversicherten eine Wahloption einräumen. Privatversicherte können – unabhängig von Alter und Gesundheitszustand – in einem befristeten Zeitrahmen von einem Jahr wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln oder in ihren bestehenden Verträgen verbleiben wollen. Bei einem Wechsel in die Bürgerpflegeversicherung erfolgt die Mitnahme der Altersrückstellungen im verfassungsrechtlich zulässigen Rahmen.

Durch die Einführung der Bürgerpflegeversicherung wird sich die ungleiche Risikoverteilung, die sich aus dem früher möglichen (und breit genutzten) Rückwechsel privat Versicherter in die GKV beim Eintritt ins Rentenalter ergab, rasch angleichen.

Wir fordern: Die Grundprinzipien unseres Bürgerversicherungsmodells in der Krankenversicherung werden auf die Pflegeversicherung übertragen. Innerhalb der Bürgerversicherung wird ein gemeinsamer Ausgleichsmechanismus eingeführt, an dem alle privaten und gesetzlichen Pflegekassen teilnehmen.