

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	Flexibilisierung des Leistungsrechts	15
3.1.4	Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflege	16
3.1.5	Weiterentwicklung der Pflegequalität	16
3.1.6	Förderung der Pflege- und Teilhabeforschung und zügiger Transfer neuer Erkenntnisse	17
<u>3.2</u>	<u>Entlastung von Pflegepersonen - Vereinbarkeit von Pflege und Beruf</u>	<u>17</u>
3.2.1	Gewährleistung der aufsuchenden Beratung	17
3.2.2	Förderung des Ehrenamts	18
3.2.3	Ausbau der Kurzzeit- und Verhinderungspflege	18
3.2.4	Hilfe bei plötzlich eintretender Pflegebedürftigkeit	19
3.2.5	Unterstützung von pflegenden Angehörigen – Vereinbarkeit von Pflege und Beruf	19
3.2.6	Ermöglichung der Sterbebegleitung	20
<u>3.3</u>	<u>Gute Arbeit für Pflegefachkräfte</u>	<u>20</u>
3.3.1	Reform der Ausbildung	21
3.3.2	Finanzierung der Ausbildung	22
3.3.3	Finanzierung von Umschulungsmaßnahmen	22
3.3.4	Weiterbildung für Pflegefachkräfte	23
3.3.5	Start einer Informations- und Imagekampagne	23
3.3.6	Leistungsgerechtere Bezahlung	23
3.3.7	Freiwilliges Soziales Jahr	24

<u>3.4</u>	<u>Ausbau kommunaler Pflegeinfrastruktur</u>	<u>24</u>
3.4.1	Anforderungen an die Kommunen	25
3.4.2	Sicherstellungsauftrag der Kommunen	25
3.4.3	Häusliche Pflege	26
3.4.4	Möglichkeiten der Unterstützung von Pflegepersonen pflegender Angehöriger bei der häuslichen Pflege	26
3.4.5	Förderung von Wohnungsbau- und Umbau	27
<u>3.5</u>	<u>Stärkung von Prävention und Rehabilitation</u>	<u>27</u>
3.5.1	Fachärztliche Versorgung	27
3.5.2	Anspruch auf medizinische und geriatrische Rehabilitation	28
<u>3.6</u>	<u>Sicherung einer solidarischen Finanzierung</u>	<u>28</u>
3.6.1	Einführung einer Bürgerversicherung	29

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-Qualifikationsgesetz (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.

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) aus Mitteln des Bundeshaushalts Baumaßnahmen, die zu einer Barriere-reduzierung führen, und den Kauf frisch umgebauter Gebäude. Angesichts der demografischen Entwicklung wird der Abbau von Barrieren im Wohnumfeld zukünftig zu den zentralen Umbaumaßnahmen zählen. Aus Mitteln des Bundeshaushalts werden diese Bereiche mit Städtebauförderungsprogrammen gefördert. 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 sind im Jahr 2009 2,27 Millionen Pflegebedürftige in der Sozialen Pflegeversicherung registriert. Auf Basis einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit werden für das Jahr 2030 3,27 Millionen Pflegebedürftige und für das Jahr 2050 4,36 Millionen Pflegebedürftige prognostiziert. In Zukunft werden auch immer mehr Menschen mit Migrationshintergrund pflegebedürftig werden.

Entwicklung der Zahl von Demenzkranken

2009 litten 1,2 Mio. Menschen an Demenz, jährlich erkrankten 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 2,27 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 soziode-

mographischer 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 alle Bundesländer mit dem Aufbau von Pflegestützpunkten begonnen.

Nach Stand vom Juni 2011 wurden in Baden-Württemberg 48 von 50 Pflegestützpunkte umgesetzt. Bayern plant einen stufenweisen Aufbau von Pflegestützpunkten, bei dem bisher 7 Stützpunkte eröffnet wurden. In Berlin haben bereits 26 Pflegestützpunkte ihren Betrieb aufgenommen, in Brandenburg 19, in Bremen drei, in Hamburg neun. Hessen hat bereits 18 Pflegestützpunkte realisiert. In Mecklenburg-Vorpommern ist die Errichtung von 18 Pflegestützpunkten im Gespräch. Ein Pflegestützpunkt wurde bereits umgesetzt. In Niedersachsen haben bereits 29 Pflegestützpunkte ihren Betrieb aufgenommen. In Nordrhein-Westfalen sind 159 Pflegestützpunkte geplant, wovon bereits 53 wurden realisiert. Die Anzahl der Pflegestützpunkte in Rheinland-Pfalz beläuft sich auf 135. Damit besteht ein Pflegestützpunkt pro 30 000 Einwohner. Im Saarland haben acht 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. Zusätzlich soll der Pilot-Pflegestützpunkt in Jena zu einem regulären Pflegestützpunkt umgewandelt werden.

Einige Bundesländer haben eine Evaluation der Pflegestützpunkte in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse aber noch nicht vorliegen. Das Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) kommt 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 medizini-

schen 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 alters- 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 2009 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 belaufen sich pro Versichertem im Schnitt auf 241 Euro im Jahr. Die Leistungsausgaben der privaten Pflegeversicherung belaufen sich pro Versichertem hingegen im Schnitt nur auf 60 Euro im Jahr.

Ein Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung würde nach Prognosen in den nächsten Jahren jährlich mindestens 1 Mrd. Euro für die soziale Pflegeversicherung bedeuten.

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 Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB I, zu verankern. Die Leistungsansprüche werden in den einzelnen Sozialgesetzbüchern geregelt: Ausbildung SGB III, Krankenversicherung SGB V, Reha und Teilhabe behinderter Menschen SGB

IX, Pflegeversicherung SGB XI, Sozialhilfe SGB 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.

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.

Demenzkranke 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 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 Flexibilisierung des Leistungsrechts

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 bezuschuss-

te 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 5 000 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 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.

3.1.5 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.

3.1.6 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. Pflegekurse müssen auch ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern angeboten werden. Wir werden im §45 SGB XI klarstellen, dass Pflegepersonen einen Anspruch auf Pflegekurse haben. Ebenso 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 310 Mio. Euro. 2009 waren es 310 Mio. Euro, seit 1995 steigen die Kosten kontinuierlich an. Die Kosten für die Verhinderungspflege beliefen sich 2009 auf 340 Mio. Euro, Zahlen für 2010 liegen noch nicht vor.

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 Pflege-Management 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 feh-

len, ; 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 Schwerarbeit 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 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.

Mit Blick auf Europa brauchen wir die Durchlässigkeit der gesamten pflegeberuflichen Ausbildung im Pflegebereich. Verbesserungen beim Zugang zum Pflegeberuf, der berufsbegleitenden Aus- und Weiterbildung sowie der Anrechnung non-formal

erworbener Qualitäten und Kompetenzen insbesondere mit Blick auf die Generation 40+.

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. 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 Aufstiegchancen gilt es u.a. auch durch mehr Verantwortung und Kompetenz (Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen) das Image der Pflegeberufe zu stärken.

Wir fordern:

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

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 Freiwilliges Soziales Jahr

Das Freiwillige Soziale Jahr 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“. 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.

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 in den nächsten Jahren 500 Mio. Euro für den Aufbau von Pflege-Infrastruktur 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. 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:

Bei der Förderung des Wohnungsneubaus und der Sanierung des Wohnungsbestandes muss das Kriterium altersgerecht/barrierefrei einen hohen Stellenwert haben. Das KfW-Programm „Altersgerecht umbauen“ muss auch nach 2011 verlässlich fortgeführt werden. Förderprogramme des Bundes müssen besser miteinander verknüpft werden, um Synergieeffekte zu erreichen. Die Bundesregierung muss dem Deutschen Bundestag regelmäßig einen Bericht über die Auswirkungen der staatlichen Fördermaßnahmen auf den Bestand an barrierefreien und barrierearmen Wohnungen und Gebäuden vorlegen. Entsprechend dieser Evaluationen sollen die Programme angepasst werden.

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 HeimärztInnen bzw. die Kooperation zwischen stationären Einrichtungen und Ärztinnen und Ärzten muss konsequenter umgesetzt werden. Insbesondere die für die Versorgung in Pflegeheimen vorgesehene Ermächtigung durch die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung wollen wir beseitigen.

3.5.2 Anspruch auf medizinische und geriatrische Rehabilitation

Der Anspruch auf insbesondere 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:

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.

3.6 Sicherung einer solidarischen Finanzierung

Wenn wir nichts ändern, werden die Einnahmen der Pflegeversicherung bei derzeitigem gesetzlich verankertem Leistungsanspruch die Ausgaben der Pflegeversicherung bis ca. 2014 decken. Ab 2014 müsste nach den Zahlen des Ministeriums für Gesundheit der Beitrag von jetzt 1,95 Beitragssatzpunkten auf 2,1 Beitragssatzpunkte steigen, 2020 würde der Beitrag bei 2,3 Beitragssatzpunkten liegen, 2030 bei 2,5 Beitragssatzpunkten.

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.

3.6.1 Einführung einer Bürgerversicherung

Die Ergebnisse von repräsentativen Umfragen machen nochmals deutlich: Eine klare Mehrheit wünscht eine umfassende solidarische Lösung bei der Pflegefinanzierung. Ein Finanzierungsmodell wie in der gesetzlichen Krankenversicherung mit pauschalen (Zusatz-) Beiträgen anstelle einkommensabhängiger Beiträge wird von zwei Dritteln der Versicherten abgelehnt.

Wir wollen eine Bürgerversicherung Pflege einführen. Mit der Bürgerversicherung schaffen wir in der Finanzierung ein gerechtes System, das alle entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit einbezieht, die Bemessungsgrundlage verbreitert und die Lasten fairer verteilt.

Wir wollen eine einkommensabhängige Finanzierung der Pflegeversicherung, in die alle gerecht entsprechend ihres Einkommens einzahlen, an der sich die Arbeitgeber paritätisch beteiligen und in der die unterschiedliche Risikoverteilung zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung ausgeglichen werden.