

Stellungnahme des
Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB)

zur

Anhörung des
Bundestagsausschusses für Gesundheit

zum

**a) Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Neu-
ausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)
– BT-Drs. 17/9369**

**b) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, ... und der Fraktion BÜNDNIS
90/DIE GRÜNEN: Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung – Nutzer-
orientiert, solidarisch, zukunftsfest – BT-Drs. 17/9566**

**c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, ... und der Fraktion DIE
LINKE: Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen – BT-
Drs. 17/9393**

am 21. Mai 2012



**d) Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-
Neuausrichtung-Gesetz – PNG) - BT-Drs. 17/9369**

**e) Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) - BT-Drs. 17/9369 -**

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) – BT-Drs. 17/9369

Allgemeine Einschätzung und Bewertung

Die Pflegeversicherung hat sich bewährt. Damit die Pflegeversicherung auch zukünftig leistungsfähig bleibt, sind nachhaltig wirksame Reformen unverzichtbar. Um eine qualitativ gute und menschenwürdige Pflege dauerhaft sicherzustellen, müssen die Qualität und Struktur der Leistungen für Pflegebedürftige weiterentwickelt, die Arbeits- und Entlohnungsbedingungen für pflegerische Tätigkeiten verbessert und die solidarische Finanzierung dauerhaft gesichert werden. Der DGB setzt sich daher für folgende Entwicklungen ein:

- Absicherung einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung; dabei müssen die kommenden Bedarfs- und Kostensteigerungen von der sozialen Pflegeversicherung abgedeckt werden;
- Zeitnahe Umsetzung des bereits erarbeiteten Pflegebedürftigkeitsbegriffes
- Bessere Rahmenbedingungen für die in der Pflege beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer;
- Absicherung des Pflegerisikos durch einkommensabhängige und paritätisch finanzierte Beiträge;
- Erweiterung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen durch eine Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung zu einer Bürgerversicherung Pflege

Die geplante Pflegereform des Bundesgesundheitsministeriums bringt punktuelle Leistungsverbesserungen, vernachlässigt aber den strukturellen Reformbedarf und trägt möglicherweise sogar zu einer weiteren Zersplitterung in der ohnehin unübersichtlichen Versorgungslandschaft der Pflege bei. Generell hat sich der „Teilkasko-Charakter“ der Pflegeversicherung verschärft. Seit ihrer Einführung 1995 wurde der Realwertverlust der Pflegeleistungen nicht ausreichend ausgeglichen. Für viele Pflegebedürftige sind steigende Eigenbeiträge nicht finanzierbar, die Sozialhilfeabhängigkeit steigt wieder.

Der Reformentwurf versäumt, die Rahmenbedingungen für eine engere Kooperation von Pflegekassen und Kommunen bei der Entwicklung quartiersnaher Pflegestrukturen zu verbessern. Für die pflegebedürftigen und pflegenden Menschen wären dringend Entscheidungen notwendig, die – wie der Titel des Gesetzes es verspricht – tatsächlich zu einer Neuausrichtung des Leistungsspektrums führen.

Das Kernstück der lang angekündigten Pflegereform, die Umsetzung des gesellschaftlich bereits konsentierten Pflegebedürftigkeitsbegriffes, bleibt weiter außen vor. Darüber kann auch die vorerst übergangsweise geltende Leistungsausweitung für demenziell erkrankte Menschen nicht hinwegtäuschen. Nur die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kann dafür sorgen, dass demenziell erkrankte Menschen im Vergleich zu körperlich eingeschränkten Personen nicht mehr benachteiligt werden, sondern endlich einen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung bekommen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist auch Voraussetzung dafür, dass besser aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre Leistungsangebote für die Versorgung der betroffenen Menschen geschaffen werden. Der Gesetzentwurf zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) springt insofern viel zu kurz, die Regelungen bleiben Stückwerk.

Problematisch ist außerdem, dass der Schwerpunkt allein auf der Stärkung der familiären Pflege liegt. Die Unterstützung der pflegenden Angehörigen ist ein wichtiges Ziel, darf aber den Aufbau einer besseren sozialen Infrastruktur nicht in den Hintergrund drängen. Die Herausforderung besteht darin, professionelle Leistungen (von ambulanten, teilstationären und stationären Anbietern) und familiäre bzw. ehrenamtliche Unterstützung so zu verknüpfen, dass einerseits die zu pflegenden Menschen eine optimale, die Würde achtende Pflege und Betreuung erhalten und andererseits die pflegenden Angehörigen nicht überfordert werden und ihre Betreuungsverantwortung mit ihren eigenen Lebensplanungen und beruflichen Verpflichtungen in Einklang bringen können. Hierfür leistet der vorliegende Gesetzentwurf zu wenig. Von dem noch im Referentenentwurf angekündigten Ziel, pflegende Angehörige durch erleichterte Möglichkeiten zur Rehabilitation zu entlasten, ist fast nichts mehr übrig geblieben.

Statt die nötigen Antworten auf die enormen Herausforderungen in der Pflege zu geben, werden Leistungen versprochen, die mit der geplanten Beitragsanhebung um 0,1 Prozentpunkte allenfalls bis 2015 finanziert werden können. Die drängenden Strukturprobleme zur Zukunft der Pflegeversicherung werden damit nicht gelöst, sondern die nächsten vier Jahre notdürftig überbrückt. Leider war die Koalition nicht in der Lage, sich auf eine längerfristig tragfähige, die Strukturen weiterentwickelnde Pflegereform zu verständigen. Die Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde drei Jahre lang verschleppt und soll nun erneut von einem „Expertenbeirat“ vorberei-

tet werden. Auch die solidarische Weiterentwicklung der Finanzierungsbasis der Sozialen Pflegeversicherung ist nicht angegangen worden, obwohl sie dringend geboten wäre.

Für die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind nach Expertenberechnungen jährliche Kosten in Höhe von ca. 3,6 Milliarden Euro erforderlich. Damit wäre den demenzerkrankten Menschen und ihren Angehörigen wirklich geholfen. Für eine Übergangszeit von wenigen Jahren wären ca. 3 Milliarden Euro für Bestandschutzregeln notwendig. Je länger mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gewartet wird, desto höher werden die Lasten für den Bestandsschutz. Auch deshalb ist es unverantwortlich, dass die Koalition die Neuregelung des Leistungszugangs auf die lange Bank schiebt.

Insgesamt ergibt sich als Preis für spürbare und notwendige Leistungsverbesserungen, die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und einer angemessenen Leistungsdynamisierung verbunden sind, eine Beitragssteigerung auf ca. 2,8 Prozent. Dieser notwendige Beitragsanstieg lässt sich jedoch durch die Einführung einer Bürgerversicherung Pflege auf moderate 2,35 Prozent begrenzen. Mit einer Anhebung von je 0,2 Beitragspunkten für Arbeitnehmer und Arbeitgeber wäre im Rahmen einer Bürgerversicherung ein echter Durchbruch erreichbar, denn die heutigen und künftigen Herausforderungen wären auf lange Sicht finanzierbar. Notwendig wären dazu die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Pflegeversicherung, die Beteiligung der Privaten Pflegeversicherung am solidarischen Ausgleich sowie die Einbeziehung von Kapitaleinkünften in die Beitragspflicht.

Zu kritisieren ist darüber hinaus, dass zur Minderung des Fachkräftemangels in der Pflege keine Schritte eingeleitet werden. Notwendige Anpassungen in der Personalbemessung angesichts der immer stärker steigenden Zahl an Pflegebedürftigen und des steigenden Pflegebedarfs fehlen ebenso wie praktikable Lösungen, um die Arbeits- und Lohnsituation der in der Pflege Beschäftigten entscheidend zu verbessern. Eher das Gegenteil ist der Fall: Der Trend weg von der examinieren Fachkraft hin zur Pflegehilfs- und Präsenzkraft wird überdeutlich. Auch der geplante Einsatz von deregulierten bzw. selbstständig Erwerbstätigen in selbstorganisierten Wohngruppen folgt dieser Linie. Der im Gesetzentwurf behauptete Anspruch, einen Beitrag zur Steigerung der Attraktivität der pflegerischen Berufe leisten zu wollen, wird somit nicht erfüllt. Bei der vertragsärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen hingegen, die mit einer jährlichen Summe über 77 Millionen Euro gefördert werden soll, sind Mehrausgaben – und damit Einkommenssteigerungen der Ärzte – durchaus eingeplant. Die Ausweitung im Gesetzentwurf auch auf die zahnärztliche Versorgung unterstreicht den Trend. Die Gegenfinanzierung soll durch geringere Einweisungen in Krankenhäuser und vermiedene Krankentransporte erreicht werden, dies ist aber unsicher.

Grundsätzlich sollte bei Einkommenssteigerungen von niedergelassenen Ärzten (als Gegenleistung für die Übernahme bestimmter Aufgaben) die Gegenfinanzierung im entsprechenden Budget sichergestellt werden. Zwar ist die Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung ein sachgerechtes Ziel, die mangelnde finanzielle Unterstützung für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte ist aber im Vergleich dazu auffällig.

Der DGB kritisiert in diesem Zusammenhang die geplante Regelung, dass dort ortsübliche Vergütungsstrukturen aufgegeben werden sollen, wo Mindestlöhne existieren. Dies würde zu bedeutenden Einkommensverlusten führen. Daran ändert auch eine Klarstellung im Kommentar des Gesetzentwurfes nichts, die im Gesetz selbst keinen Widerhall findet. Der Fachkräftemangel wird damit verstärkt, die Attraktivität des Pflegeberufs weiter beschädigt. Der Pflegedialog zum Fachkräftemangel erweist sich somit im Nachhinein als reine Alibi-Veranstaltung. Auch hier kann von einer Neuausrichtung nicht die Rede sein.

Die im Koalitionsvertrag versprochenen Regelungen, in denen die Zuständigkeiten der Pflegekräfte in Abgrenzung zu denen der Ärzte festgelegt werden, fehlen in Gänze. Schon seit längerem übernehmen Krankenschwestern im Auftrag von Ärzten bestimmte Aufgaben in Diagnostik und Therapie. Obwohl sich dies in der Praxis oftmals bewährt, findet diese Arbeit rechtlich in einer Grauzone statt. Zudem werden diese verantwortungsvollen Aufgaben in der Vergütung der Pflegekräfte nicht abgebildet. Der DGB hat zu diesem Thema eigene Vorschläge entwickelt. Eine zeitnahe gesetzliche Regelung ist auch hier zwingend notwendig.

Der DGB begrüßt, dass das Vorhaben des Koalitionsvertrags, eine private und obligatorische, kapitalgedeckte private Vorsorge zu schaffen, aufgegeben wurde. In der Begründung des Gesetzentwurfs wird eine steuerliche Förderung freiwilliger Vorsorge angekündigt. Der DGB warnt vor einer solchen Regelung, da eine steuerliche Förderung von Privatvorsorge Personen mit höheren Einkommen bevorzugt und Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit geringen Einkommen sowie Rentnerinnen und Rentnern mit kleinen Renten davon nicht profitieren können. Dabei sind ihre Sicherungslücken aufgrund der geringen Alterseinkommen auch in Bezug auf die Pflegekosten besonders groß. Deshalb spricht sich der DGB dafür aus, die geplanten Fördermittel direkt in die Verbesserung der Versorgungsqualität zu investieren, so dass alle – eben auch geringverdienende Menschen – davon etwas haben.

Einschätzung des Reformkonzeptes im Einzelnen

1. Pflegeberatung, Begutachtung (§§7, 7a, 12, 18 SGB XI)

Die Rechte der Pflegebedürftigen auf eine umfassende und zielgerichtete Beratung durch die Pflegekassen sollen weiter gestärkt werden. Im Rahmen dieser Beratungsleistungen muss künftig darüber aufgeklärt werden, dass ein Anspruch auf Übermittlung des Gutachtens des MDS (oder eines von der Pflegekasse beauftragten Gutachters) besteht. Gleiches gilt für die Rehabilitationsempfehlung, die der Antragsteller im Rahmen der Begutachtung erhält. Der MDS hat ein Beschwerdemanagement einzurichten. Die Pflegekasse hat unmittelbar nach Antragseingang einen Beratungstermin innerhalb von 2 Wochen in der häuslichen Umgebung unter Nennung eines Ansprechpartners mit Kontaktdaten anzubieten. Für den Fall, dass dies nicht möglich ist, erhält der Antragsteller einen Beratungsgutschein, der bei einer von der Pflegekasse zu benennenden qualifizierten Beratungsstelle eingelöst werden kann.

Der DGB unterstützt die Zielrichtung dieser Maßnahmen. Das Begutachtungsverfahren und die damit verbundene Entscheidung über Pflegebedürftigkeit werden für die Versicherten effizienter, schneller und transparenter gestaltet. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen müssen schnelle und unbürokratische Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah planen und organisieren zu können. Vergleichbare zeitliche Vorgaben im SGB IX haben im Bereich der Rehabilitation zu erheblichen Verfahrensbeschleunigungen beigetragen – ähnliche Wirkungen können hier erwartet werden. Die Einrichtung eines Beschwerdemanagements beim MDS dient dem Schutz der Versicherteninteressen, da die zu pflegenden Personen wie auch die Angehörigen in der konkreten Situation der oftmals plötzlich eintretenden Pflegebedürftigkeit auf aktive und schnelle Unterstützung angewiesen sind.

Um einen zusätzlichen Anreiz für die Pflegekassen zu schaffen, die Termine tatsächlich einzuhalten, wird eine pauschale Zusatzzahlung (10 Euro pro Tag) durch die Pflegekasse bei nicht fristgerechter Bescheiderteilung eingeführt. Der DGB hat Zweifel, ob diese Sanktion wirklich dazu beiträgt, dass die Verfahren beschleunigt werden. Der Versicherte selbst hat von dieser relativ geringen Sanktion kaum einen Nutzen, da eine Ersatzbeschaffung notwendiger Leistungen damit nicht möglich ist.

Zudem plädiert der DGB dafür, nicht auf Begutachtungen durch beauftragte Gutachter zu setzen, sondern genaue Vorgaben zur Ausstattung der Medizinischen Dienste der Krankenkassen zu machen. Die Begutachtung von pflegebedürftigen Personen ist eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit und muss qualitätsgesichert erfolgen. Da die Zahl

der pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahrzehnten ständig zunehmen wird, müssen die Medizinischen Dienste entsprechend ausgestattet werden.

Der DGB warnt davor, die Beratungslandschaft weiter zu zersplittern. Die versicher-tenorientierte Beratung und die Vorbereitung von Entscheidungen über die Leistungen müssen so weit wie möglich Hand in Hand gehen. Aufgrund des steigenden Beratungs- und Leistungsbedarfs muss der Schwerpunkt darauf liegen, die Beratungskapazitäten und –kompetenzen der Pflegekassen selbst und der Pflegestützpunkte bedarfsgerecht auszubauen. Die Leistungsträger sind in der Pflicht, die Versicherten umfassend zu beraten und optimal durch das Leistungssystem zu lotsen.

2. Rehabilitation (§§ 18, 42 SGB XI; § 23 SGB V)

Die Pflegekassen werden dazu verpflichtet, dem Antragsteller neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu übermitteln. Der DGB begrüßt diese Maßnahme. Sie bedeutet für den Antragsteller konkrete Hilfen in Form von Aussagen über notwendige Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation. Verschlechterungen des Gesundheitszustands und damit verbundene erhöhte Pflegebedarfe können damit verhindert oder zeitlich verzögert werden. Es sollte zusätzlich festgelegt werden, dass die Krankenkassen als Rehabilitationsträger an diese Bedarfsfeststellung der Medizinischen Dienste grundsätzlich gebunden sind und die notwendigen Leistungen unverzüglich einleiten müssen.

Nicht nur für die pflegebedürftigen Menschen selbst, sondern auch für die pflegenden Angehörigen kann eine rechtzeitige Rehabilitation von großer Bedeutung sein. Der DGB hat Zweifel, ob die Regelungsvorschläge für § 23 SGB V ausreichend sind, um den betroffenen pflegenden Angehörigen den Zugang zu Rehabilitationsleistungen zu erleichtern. Er fordert deshalb die im Referentenentwurf vorgesehene besondere Berücksichtigung der besonderen Belange pflegender Angehöriger durch die Träger der Rentenversicherung (§ 9 SGB VI) beizubehalten. Der DGB weist darauf hin, dass die Deutsche Rentenversicherung seit mehreren Jahren das gesetzlich gedeckelte Rehabudget vollständig ausschöpft. Leistungsverbesserungen sind dringend notwendig, die Rentenversicherung muss aber gleichzeitig in die Lage versetzt werden, den neuen Leistungsansprüchen gerecht zu werden. Deshalb müssen neue Dynamisierungsregelungen für das Rehabudget geschaffen werden, die die demografische Entwicklung berücksichtigen.

Der DGB begrüßt die geplante Neuregelung, Kurzzeitpflege auch in Rehaeinrichtungen zu ermöglichen, in denen pflegende Angehörige an einer Maßnahme der medizi-

nischen Rehabilitation oder einer Vorsorgemaßnahme teilnehmen (§42 SGB XI). Es ist jedoch mehr als fraglich, ob – wie im Gesetzentwurf formuliert – generell davon ausgegangen werden kann, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fachlich und organisatorisch in der Lage sind, die von den pflegenden Angehörigen mitgebrachten Pflegebedürftigen angemessen zu betreuen und zu pflegen. Die Einweisung zu Pflegenden in Rehaeinrichtungen ohne Zulassung als Pflegeeinrichtung nach SGB XI sieht der DGB daher kritisch. Hierzu müssen geeignete Angebote in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation aufgebaut werden. Es ist sicherzustellen, dass der Erholungswert einer solchen Maßnahme für die pflegenden Angehörigen gewährleistet ist.

3. Verbesserung der Situation von pflegenden Angehörigen (§§ 19, 37 SGB XI)

Die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen durch die Pflegeversicherung zu Gunsten einer Pflegeperson setzt bisher voraus, dass sich die Pflgetätigkeit der Pflegeperson auf mindestens 14 Stunden wöchentlich bei einem Pflegebedürftigen beläuft. Die geplante Neuregelung ermöglicht es bei gleichzeitiger Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen die rentenrechtlich wirksamen Zeiten zu addieren. Der DGB unterstützt diese Regelung, weist aber darauf hin, dass die rentenrechtliche Absicherung von pflegenden Angehörigen insgesamt verbessert werden muss. Ziel muss sein, eine weitgehende Gleichstellung mit der rentenrechtlichen Anerkennung von Kindererziehung zu erreichen. Diese Absicherung sollte – ebenfalls analog zu den Kindererziehungszeiten – aus Steuermitteln finanziert werden.

Der DGB begrüßt die Regelung, nach der bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege künftig das hälftige Pflegegeld weitergezahlt werden soll. Gerade während der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege bestehen finanzielle Verpflichtungen und Belastungen fort. Mit der neuen Regelung wird der finanzielle Druck der Pflegenden gemindert und die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Verhinderungspflege verbessert.

4. Pflegebedürftige in ambulanten Wohngruppen (§§ 38a, 45e, SGB XI)

Pflegebedürftige Menschen in einer selbstorganisierten Wohngruppe erhalten künftig eine Pauschale von 200 Euro monatlich zur eigenverantwortlichen Verwendung für die Organisation sowie die Sicherstellung der Pflege in der Wohngemeinschaft. Damit wird diese Versorgungsform vom Gesetzgeber gestärkt. Voraussetzung für die Zahlung des Zuschlags ist, dass in der Wohngruppe mindestens eine Präsenzkraft tätig ist. Daneben ist eine zusätzliche einmalige Förderung in Höhe von 2.500 Euro zur

Gründung einer Wohngemeinschaft möglich. Diese wird jedoch auf 10.000 Euro je Wohngemeinschaft begrenzt und bei mehr als vier anspruchsberechtigten Personen anteilig auf die Versicherungsträger der beteiligten Pflegebedürftigen aufgeteilt.

Der DGB begrüßt die geplante Regelung zur Stärkung des Grundsatzes "ambulant vor stationär". Der Trend zu ambulanten Pflege-Wohngruppen nimmt über die letzten Jahre deutlich zu, sie sind für viele betroffene Menschen eine attraktive Alternative zu einer Heimeinrichtung. Der DGB fordert, dass Kriterien für die Beschäftigungsverhältnisse, die konkrete Tätigkeit und für die Qualifizierungserfordernisse der Präsenzkräfte in den Wohngruppen formuliert werden. Die gewünschte Ausweitung der Wohngruppen darf nicht zu einer Ausweitung von prekären Beschäftigungsverhältnissen in der Pflege führen. In diesem Zusammenhang kommt es dann auch darauf an, Qualitätskontrollen in ambulant betreuten Wohnformen durchzuführen. Die Medizinischen Dienste und die Hausärzte sind hier in der Pflicht, um die ziel- und qualitätsorientierte Verwendung von Versicherungsgeldern sicherstellen zu können.

Da die Mittel zur Gründung von ambulanten Wohnformen begrenzt sind, plädiert der DGB dafür, die Länder und Gemeinden mit ins Boot zu holen, um sicherzustellen, dass mit Auslaufen der Fördermittel eine Weiterführung der Projekte gewährleistet ist. Ebenso ist die Problematik von Ballungsräumen mit hohen Mieten zu thematisieren, um auch dort ambulante Wohngruppen unabhängig vom Einkommen zu gewährleisten.

5. Leistungsverbesserungen für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI)

Bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und der damit verbundenen Schaffung neuer Leistungspakete haben ambulant versorgte Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des §45a erfüllen, neben den Leistungen nach §45b Ansprüche auf höhere Pflegeleistungen.

Diese Verbesserungen sind dringend geboten, weil die Bundesregierung es versäumt hat, die erste Hälfte der Legislaturperiode für die Einführung und Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes zu nutzen. Sie erfolgen jedoch unsystematisch, es fehlt ein Gesamtkonzept. Nicht nachvollziehbar ist, warum die Pflegestufe III sowie der stationäre Bereich von Leistungsverbesserungen ausgenommen werden soll. Auch weiterhin werden Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz deshalb keinen gleichberechtigten Zugang zu Pflegeleistungen haben. Der DGB wiederholt an dieser Stelle seine Forderung nach einer zügigen Umsetzung des bereits seit 2009 gesellschaftlich breit konsentierten Pflegebedürftigkeitsbegriffes.

6. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme (§ 89, § 124 SGB XI)

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich künftig flexibler als bisher gemeinsam mit den Pflegediensten auf die Leistungen verständigen, die sie wirklich wünschen und brauchen. Sie erhalten deshalb Wahlmöglichkeiten bei der Gestaltung und Zusammenstellung des von ihnen gewünschten Leistungsangebots. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich anstelle der heutigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe auch für bestimmte Zeitvolumen für die Pflege entscheiden (§ 89 SGB XI). Der Pflegesachleistungsanspruch wird – anders als angekündigt – zunächst im Modellversuch dergestalt geöffnet, dass neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch häusliche Betreuungsleistungen abgerufen werden können (§ 124 SGB XI).

Der DGB begrüßt grundsätzlich die geplante Flexibilisierung bei der Inanspruchnahme der Leistungen. In der praktischen Umsetzung wird sich jedoch zeigen, dass die Pflegeleistungen – und damit das insgesamt zur Verfügung stehende Budget – sehr knapp bemessen ist und häufig gerade nur für die nötigsten Hilfestellungen ausreicht. Dadurch werden die Gestaltungsmöglichkeiten sehr gering. Das gilt insbesondere für Menschen mit geringen oder mittleren Einkommen.

7. Übergangsregelung zur Implementierung von Betreuungsdiensten (§ 125 SGB XI)

Die geplanten ambulanten Betreuungsdienste sollen zunächst in Modellversuchen erprobt werden. Der Referentenentwurf sah noch deren sofortige Einführung vor. Die Übergangsregelung umfasst die Zulassung von Diensten, die sich auf Leistungen der häuslichen Betreuung, insbesondere für dementiell erkrankte Pflegebedürftige, konzentrieren möchten.

Der DGB warnt davor, im Zuge der neuen Betreuungsleistungen den Fachkräftemangel in der Pflege durch den Einsatz deregulierter Beschäftigungsverhältnisse sowie mit Hilfskräften zu Dumping-Konditionen lösen zu wollen. Auch bei der Auswahl der Betreuungskräfte ist auf eine hohe Versorgungsqualität der zu Pflegenden zu achten.

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

Unter dem Vorwand des Bürokratieabbaus wird im Gesetzentwurf darauf verwiesen, dass die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz am 1. Juli 2008 in Kraft getretene Regelung über die Pflicht der Pflegeeinrichtungen zur Zahlung einer ortsüblichen

Arbeitsvergütung für die Arbeitnehmer nicht mehr erforderlich sei, da eine Mindestlohnregelung vor Lohndumping schütze.

Der DGB weist dies entschieden zurück. Zur Sicherstellung des Fachkräftebedarfs muss auch weiterhin sichergestellt werden, dass Pflegeeinrichtungen eine Arbeitsvergütung an ihre Beschäftigten zahlen, die dem Lohnniveau im jeweiligen wirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Umfeld entspricht. Zur Bestimmung der ortsüblichen Vergütung ist im Regelfall auf fachlich und räumlich einschlägige Tarifverträge abzustellen, soweit üblicherweise Tariflohn gezahlt wird. In diesem Fall kann davon ausgegangen werden, dass Arbeitskräfte regelmäßig nur zu den tariflichen Lohnbedingungen am Arbeitsmarkt gewonnen werden können. Fehlt es an einer Verkehrsüblichkeit des Tariflohns, ist auf das allgemeine örtliche Lohnniveau in Pflegeeinrichtungen abzustellen. Der sehr niedrige Mindestlohn als unterste Auffanglinie ersetzt keine Vorschrift, dass in den Pflegeeinrichtungen tarifliche bzw. ortsübliche Einkommen bezahlt werden müssen. Es darf kein neues Einfallstor für Lohndumping und verschärften Preiswettbewerb zwischen den Leistungsanbietern geschaffen werden.

Die Möglichkeit der Pflegekassen, mit Pflegekräften Einzelverträge abzuschließen, soll weiter ausgebaut werden (§ 77 SGB XI), um auf diesem Wege den individuellen Hilfefezuschnitt besser realisieren zu können. Der DGB erwartet, dass zum Ausgleich der naturgemäß schwachen Verhandlungsposition von Pflegekräften bei Einzelverträgen ebenfalls die Regelung zur ortsüblichen Arbeitsvergütung angewendet werden muss.

9. Ehrenamtliche Unterstützungen in Pflegeeinrichtungen (§ 84 SGB XI)

Zur Förderung ehrenamtlicher Unterstützungsleistungen wird im Gesetzentwurf klargestellt, dass Pflegeeinrichtungen für ehrenamtliche Unterstützung im Sinne des § 84 den ehrenamtlich tätigen Personen Aufwandsentschädigungen zahlen können.

Der DGB wendet sich nicht gegen die Honorierung ehrenamtlicher Unterstützung. Allerdings ist die vorgeschlagene Regelung sehr unkonkret und lässt keine zuverlässige Abgrenzung zwischen ehrenamtlichem Engagement und professionell zu erbringender Pflege zu. Der Fachkräftemangel kann nicht über ehrenamtliche Unterstützer mit Aufwandsentschädigungen behoben werden, die – je nach Gestaltung – zur Dumping-Konkurrenz für die Fachkräfte werden können. Berücksichtigt man den großen ökonomischen Druck, unter dem Leistungsanbieter bei den Pflegesatzverhandlungen und im Wettbewerb untereinander stehen, droht ein Missbrauch ehrenamtlicher Tätigkeit.

Der DGB unterstützt nachdrücklich, dass bürgerschaftlich engagierte Menschen in die wohnortnahen Netzwerkstrukturen eingebunden werden sollen, doch kann bürgerschaftliches Engagement professionelle Pflege qualifizierter Kräfte nicht ersetzen. Im Gesetz muss deshalb deutlich geklärt werden, auf welche Tätigkeiten bürgerschaftliches Engagement begrenzt ist, welche Tätigkeiten den professionellen Pflegekräften vorbehalten sind und welche Qualifikationen dafür jeweils erforderlich sind.

10. Modifizierung des Qualitätssicherungsrechts (§ 114a SGB XI)

Das Qualitätssicherungsrecht soll dahingehend modifiziert werden, dass Ausnahmen vom Grundsatz der unangemeldeten Prüfung durch den MDS für den ambulanten Bereich eingeführt werden. Der DGB sieht diese Regelung im Sinne einer objektiven Qualitätskontrolle zum Schutz von Versicherteninteressen kritisch und fordert die Beibehaltung der bisherigen Regelung. Der Schutz der Versicherten und die Kontrolle der Qualität darf nicht aus pragmatischen Gründen aufgeweicht werden.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 1. Juli 2008 wurde die Häufigkeit von Qualitätsprüfungen im ambulanten und stationären Bereich bewusst erhöht und klargestellt, dass die Prüfungen grundsätzlich unangemeldet durchzuführen sind. Die geplante Neuregelung ist verzichtbar, da – wie in der Begründung dargestellt – schon heute häufig Kontrollen angekündigt werden, wenn dies aus organisatorischen Gründen sinnvoll erscheint.

11. Verbesserte haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (§§ 87, 87a SGB V)

Die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen soll verbessert werden, indem die Krankenversicherung vor Ort Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und geeigneten Ärzten zu vermitteln hat. Dies betrifft sowohl die haus-, fach- und zahnärztliche Versorgung und soll zur Kostenreduzierung durch verringerte Krankenhauseinweisungen, Krankentransporte und Fahrdienste beitragen. Zur Umsetzung der verbesserten Versorgung werden die Pflegekassen dazu angehalten, finanzielle Anreize für Ärzte zu setzen, um Hausbesuche in Pflegeeinrichtungen durchzuführen.

Der DGB begrüßt generell die Verbesserung der medizinischen Versorgung in stationären Einrichtungen. Bedenklich erscheint jedoch, dass dazu finanzielle Anreize in Höhe von jährlich 77 Millionen Euro nötig sind. Grundsätzlich sollte bei Einkommenssteigerungen von niedergelassenen Ärzten (als Gegenleistung für die Übernahme

bestimmter Aufgaben) die Gegenfinanzierung im entsprechenden Budget sichergestellt werden. Zwar ist die Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung ein sachgerechtes Ziel, die mangelnde finanzielle Unterstützung für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte ist aber im Vergleich dazu auffällig.

Das Recht auf freie Arztwahl darf im Falle vertragsärztlicher Versorgung in stationären Einrichtungen nicht gefährdet werden. Aus patientenrechtlicher Sicht wäre dies bedenklich. Hier müssen wichtige Entscheidungsspielräume beim pflegebedürftigen Menschen verbleiben.

**b) Antrag der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, ... und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Für eine grundlegende Reform der Pflegeversi-
cherung – Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest – BT-Drs. 17/9566**

Einschätzung und Bewertung

Der Antrag greift die Unzulänglichkeit des Gesetzentwurfes der Bundesregierung auf. Der DGB teilt die Forderungen nach dringender Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sowie nach einer ausreichenden Finanzierung der Leistungen. Die Einführung einer Pflege-Bürgerversicherung ist dazu der richtige Weg. Der DGB unterstützt explizit eine Stärkung der Rolle der Kommunen, um die pflegerische Versorgung vor Ort bedarfsgerecht auszugestalten.

Die Einführung einer dreimonatigen gesetzlichen Pflegezeit mit einer steuerfinanzierten Lohnersatzleistung wird vom DGB ebenfalls unterstützt. Der DGB hat hierzu eigene Vorschläge entwickelt, die in eine ähnliche Richtung gehen. Auch die Forderung, gemeinsam mit den Ländern gezielte Maßnahmen gegen den Personalmangel in der Pflege zu ergreifen werden vom DGB geteilt. Die Einführung einer Ausbildungsumlage sowie verbindliche Personalbemessungsinstrumente, die dem tatsächlichen Bedarf in der Pflege entsprechen fordert der DGB seit langem.

**c) Antrag der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, ... und der Fraktion
DIE LINKE: Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen – BT-Drs. 17/9393**

Einschätzung und Bewertung

Der Antrag setzt sich für eine grundlegende und umfassende Reform der Pflegeversicherung ein. Die Forderung nach Umsetzung des bereits 2009 neu definierten Pflegebedürftigkeitsgesetzes wird vom DGB mitgetragen. Ebenso unterstützt der DGB die Forderung nach einem vollständigen Ausgleich des Realwertverlusts der Pflegeleistungen. Eine pauschale Leistungsausweitung der Sachleistungsbeträge um 25 Prozent für die ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege je Kalendermonat scheint jedoch keine passgenaue Lösung zu sein. Aus Sicht des DGB müssen sich sämtliche Leistungen am individuellen medizinisch und pflegerisch notwendigen Bedarf orientieren.

Die Forderung nach Einführung einer sechswöchigen bezahlten Pflegezeit für Erwerbstätige kann vom DGB nur unterstützt werden. Hierzu hat der DGB bereits im Zuge des Pflegezeitgesetzes eigene Vorstellungen eingebracht. Die Forderung nach besseren Lohn- und Arbeitsbedingungen zur Behebung des Fachkräftemangels in der Pflege ist eine langjährige Forderung der Gewerkschaften und des DGB. Sie wird nachdrücklich unterstützt.

Die Bemühungen nach Einführung einer Ausbildungsumlage in der Pflegeausbildung werden vom DGB mitgetragen, ebenso wie das Ziel einer Bürgerversicherung zur langfristigen und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeleistungen.

**d) Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) - BT-Drs. 17/9369**

Einschätzung und Bewertung

In Artikel 1 Nummer 12 (§ 38) (Pflegegeld für behinderte Menschen) soll folgender Satz angefügt werden: „Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.“

Der DGB unterstützt die Forderung. Bis zum Jahre 2011 erhielten Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a) für die Tage häuslicher Pflege, also insbesondere für Wochenenden und Ferien, an denen sie zuhause in ihren Familien gepflegt werden, für jeden Tag den 30. Teil des monatlichen Pflegegeldbetrages; die Regelung des § 38 (Kombinationsleistung) wurde auf den Sachverhalt nicht angewandt. Aufgrund einer neuen Fassung des Gemeinsamen Rundschreibens des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften der Pflegeversicherung wird in der überwiegenden Praxis das Pflegegeld nunmehr in Anwendung der Regelung nach § 38 gekürzt. Dies ist für die Betroffenen und ihre Angehörigen schwer verständlich. Es sollte daher die ursprüngliche Verfahrenspraxis der Pflegekassen durch eine klare gesetzliche Regelung wiederhergestellt werden.

**e) Änderungsantrag 4 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung
(Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG) - BT-Drs. 17/9369 -**

Zu Artikel 3 (SGB V) (Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft)

Mit den geplanten Regelungen werden zum einen Vorschriften aus der Reichsversicherungsordnung (RVO) und Mutterschutzgesetz (MuSchG) zu Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft in das SGB V übertragen sowie zum anderen neue Leistungen begründet.

Insgesamt unterstützt der DGB bessere Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Diese gehören aber zu den familienpolitischen und damit gesellschaftspolitischen Leistungen, die der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen übertragen hat. Entsprechend fordert der DGB, die Leistungen als gesetzliche Leistungen zu verankern und über Steuerzuschüsse zu finanzieren. 2011 haben die Kosten der gesetzlichen Krankenkassen für Schwangerschaft und Mutterschaft über 1 Mrd. Euro betragen.

Die geplanten neuen Satzungsleistungen im Bereich Schwangerschaft und Mutterschaft werden dazu führen, dass diese aus politisch gewollter betriebswirtschaftlicher Logik zum Spielball des Preiswettbewerbs der Krankenkassen untereinander werden. Der DGB lehnt diesen Preiswettbewerb ab, insbesondere bei familienpolitischen Leistungen.

Den Wegfall von Praxisgebühr und Zuzahlungen bei Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft begrüßt der DGB generell, fordert dies jedoch insgesamt für alle Versicherten paritätisch finanziert. Generell führt jedoch die Einführung der „kleinen“ Kopfpauschale, von der Bundesregierung kassenindividueller Zusatzbeitrag genannt, dazu, dass alle künftigen Kostensteigerungen von den Versicherten allein aufgebracht werden müssen.

Der DGB fordert nachdrücklich die Abschaffung der kleinen Kopfpauschalen!