

Stellungnahme zum

Gesetzentwurf zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung

Punkt 1

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden mit Beginn des Jahres 2013 auf die besonderen **Bedürfnisse der Demenzkranken** hin ausgeweitet. Das ambulante Leistungsangebot, das bisher Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfasst, wird um Betreuungsleistungen für Demenzerkrankte erweitert. Zugleich bekommen Demenzkranke in der ambulanten Versorgung höhere Leistungen als bisher.

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der sogenannten Pflegestufe 0 erhalten Leistungen in Höhe von 50 Prozent der Pflegestufe I. Das sind 225 Euro pro Monat für Pflegesachleistungen. In den Pflegestufen I und II werden die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz um ein Drittel der Leistungen zur nächst höheren Pflegestufe hin erhöht. Statt 450 € sind das künftig 665 € an Pflegesachleistungen in Pflegestufe I und 1.250 € statt 1.100 € an Pflegesachleistungen in Pflegestufe II.

Entscheidet sich der Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz für Pflegegeld, dann sind es 120 € in der sogenannten Pflegestufe 0, 305 € in Pflegestufe I (bisher 235 €), 525 € in Pflegestufe II (bisher 440 €). Von den Leistungsverbesserungen profitieren etwa 500.000 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Stellungnahme:

Wir begrüßen die Ausrichtung auf die besonderen Bedürfnisse der Demenzkranken, die bis dato weder bei der Einstufung noch bei der Leistungsbemessung Berücksichtigung finden.

Die vorgesehenen, höheren Leistungen wirken jedoch, wie willkürlich in den Raum geworfene Zahlen. Ein finanzielles "Zubrot" für die Betroffenen.

Punkt 2

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten mehr **Wahlmöglichkeiten**. Sie können anstelle der bisherigen standardisierten Komplexleistungen, mit den Pflegediensten **Zeitkontingente** vereinbaren, das sie je nach ihrem individuellen Bedarf für unterschiedliche Leistungen einsetzen können. Dies hilft den Pflegebedürftigen und verbessert auch die Situation der Pflegekräfte, wenn sie nicht nach Leistungskomplexen unter hohem Zeitdruck Leistungen erbringen müssen. Pflege ist eine menschliche Zuwendung und keine Akkordarbeit.

Stellungnahme:

Auch dieser Ansatz zielt in eine richtigere Richtung, bleibt jedoch weit hinter dem zurück, was in der Praxis hilfreich wäre. Pflegenden Angehörigen die sich an uns wenden oder Mitglied im Pflege-SHV sind, wünschen sich vor allem:

- Bezahlbare und ausreichende Betreuungs- und Unterstützungsangebote im Alltag.
- Regelmäßige, stundenweise Entlastung eines Angehörigen.
- An den Bedürfnissen orientierte Angebote ambulanter Pflegedienste. – Weg von der Minutenpflege!
- Ausreichend, kostengünstige Tagespflegeangebote - so dass jeder Demenzkranke, wenn es ihm gefällt, tagsüber in einer kleinen, festen Gemeinschaft mit förderlicher Atmosphäre

betreut werden kann. (Das derzeitige Angebot ist zu wenig, Tagespflegeeinrichtungen haben oft lange Wartezeiten oder nur 1-2 mal die Woche möglich.)

- Kostenlose (von den Kassen/Kommunen zu tragende) pflegefachliche Anleitung und Begleitung der Angehörigen – verbunden mit einem regelmäßigen Besuchsdienst.
- Kostenlose Hilfe in Krisensituationen durch psychologische Fachkräfte.
- **Ausbau kommunaler Hilfestrukturen – statt Auslagerung in die Heim.**

Auf der Suche nach Alternativen kann und sollte man in viele Richtungen denken. Das reguläre Angebot an Unterstützung für Hilfebedürftige in ihrem Zuhause ist "**ungenügend**". Es geht am tatsächlichen Bedarf vorbei und ist außerdem zu teuer, gemessen daran, was es bringt. Allen voran der Leistungskatalog nach dem Pflegedienste mit den Kassen abrechnen.

Die meisten Angehörigen verzichten auf die sog. Sachleistung durch einen ambulanten Pflegedienst, da diese nicht als wirkliche Hilfe erfahren wird.

Zur Information: Das Geld-/Sachleistungsverhältnis lag 2010 bei 78:22. 78 Prozent aller Pflegebedürftigen die zu Hause betreut werden, verzichten also komplett auf die Fachkompetenz ausgebildeter Pflegekräfte. Sie nehmen lieber nur die deutlich geringere Pflegegeldleistung in Anspruch oder bevorzugen z.B. Helferinnen aus Polen, die Zeit für sie mitbringen, und die die vielen Handreichungen erbringen, welche nicht mit den Kassen abgerechnet werden können.

Der Mensch ist eben kein Sachgegenstand. Erst recht, wenn er pflegebedürftig ist, braucht er mehr, als eine körperliche Grundversorgung im vorgegebenen Minutentakt.

Osteuropäische Anbieter und Arbeitssuchende haben den Versorgungsnotstand in Deutschland erkannt. Wir haben es hier mit einer Schattenwirtschaft in großem Stil zu tun, für die es aktuell selten eine Alternative gibt.

Punkt 3. Entwurf

Es besteht Konsens über die Notwendigkeit eines **neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**, der sich anstelle der heutigen stark verrichtungsbezogenen Beurteilung stärker an der Selbstständigkeit orientiert und damit insbesondere Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zugute kommt. Im Hinblick darauf, dass eine sofortige Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht möglich ist, weil eine Vielzahl insbesondere auch technischer Fragen noch zu klären sind, wird ein Expertenbeirat unter der Leitung von Herrn Wolfgang Zöller und Herrn Karl-Dieter Voß das BMG in der Frage, wie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zügig umgesetzt werden kann, beraten.

Stellungnahme:

Wieder einmal wird das Pferd von hinten aufgezäumt. In Punkt eins und zwei will man Leistungserweiterungen auf der Basis des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beschließen, die dann mit Einführung eines neuen Begriffs wieder über den Haufen geworfen werden. Ein typisches Beispiel für die Art in der mal eben auf die Schnelle so nebenher, die Pflege reformiert wird. Undurchdachte Kompromisse, reihen sich hier fortwährend aneinander, wodurch sinnvolle Lösungen erschwert und verhindert werden.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff – der 5 Stufen vorsieht, wird vom Pflege-SHV abgelehnt. Denn dadurch wird garantiert alles noch bürokratischer, komplizierter, teurer und ineffizienter.

Punkt 4. Entwurf

Um dem Wunsch vieler Pflegebedürftiger nachzukommen, so lange wie möglich in eigener häuslicher Umgebung leben zu können, werden **alternative Wohnformen** durch drei Maßnahmen gefördert:

Pflegebedürftige in einer selbstorganisierten **Wohngruppe** erhalten eine Pauschale von 200 € monatlich für die Beschäftigung einer Kraft für die Organisation und Sicherstellung der Pflege. Der Einsatz einzelner, selbstständiger Pflegekräfte in den Wohngruppen wird erleichtert.

Als Anreiz für die Gründung neuer Wohngruppen wird ein Programm aufgelegt, aus dem eine finanzielle Unterstützung in Höhe von 2.500 € je Pflegebedürftigen bei max. 10.000 € je Wohngruppe für die erforderliche, pflegegerechte Umgestaltung der Wohnung erfolgt.

Stellungnahme:

So gut die Grundidee mit den Wohngruppen ist und sicherlich auch in vielen Fällen umgesetzt wird, längst tut sich jedoch auch hier ein Markt mit ausbeuterischen Zügen auf. Das Leben in einer Pflege-WG ist nur dann angenehm, wenn die Menschen zusammenpassen, die dort auf verhältnismäßig engem Raum täglich miteinander klar kommen müssen. Wenn außerdem noch die menschliche Betreuung stimmt, kann die Rechnung aufgehen. Passen die Bewohner jedoch nicht zusammen und sind die Mitarbeiter nicht in der Lage für ein gutes Klima zu sorgen, kann das auch die Hölle sein. Dagegen hat man in einem Altenheim zumeist mehr Ausweichmöglichkeiten und Abwechslung.

Pflege-WGs sind keine Alternative zum Pflegeheim. Lediglich spielt sich dort alles in kleinerem, überschaubareren Rahmen ab, was ein Vorteil speziell für Menschen mit Demenz sein kann.

Da bislang ausschließlich die Heimpflege gefördert wurde, sehen wir in der geplanten Unterstützung der Pflege-WGs ein Stück ausgleichende Gerechtigkeit. Allerdings sollten diese auch bestimmten Kontrollen unterliegen.

Gefördert werden dürften grundsätzlich nur Heime und WGs, in denen die Menschenwürde nachweislich geachtet wird!

Punkt 5. Entwurf

Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen werden im Begutachtungsprozess gestärkt: Der **Medizinische Dienst der Krankenversicherung** wird zur Einhaltung von Servicegrundsätzen sowie zur Einrichtung eines Beschwerdemanagements verpflichtet. Die Pflegekassen können neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, beauftragen. Die Pflegekassen haben die Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf die Übermittlung des Pflegegutachtens haben. Ihr Wunsch wird bei der Begutachtung dokumentiert. 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 erfolgt, erhält der Antragsteller einen Beratungsgutschein, der bei einer von der Pflegekasse zu benennenden qualifizierten Beratungsstelle eingelöst werden kann.

Stellungnahme:

Wir empfehlen stattdessen, die **Abschaffung der Pflegestufen**, da diese Begutachtung keinem anderen Zweck dient, als festzustellen, ob und in welcher Höhe Leistungen zu zahlen sind. Alternativ stellen wir uns folgende Regelung vor:

Ambulanter Bereich

Individuelle Leistungsbemessen für Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden:

In jedem Falle, in dem ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt wird, würde nicht die Pflegestufe ermittelt, sondern der Hilfebedarf in der vorliegenden Situation. Dazu würde eine unabhängige Pflegesachverständige (Pflegestützpunkt- Gemeindepflegekonzept) gemeinsam mit dem Hilfebedürftigen und Angehörigen zunächst die Möglichkeiten der Selbsthilfe ausloten. Wo braucht es Unterstützung? Was können Angehörige übernehmen? Welche Angebote im Umfeld können einbezogen werden? Vermutlich könnte man viele Pflegekarrieren mit einer derartigen und frühzeitigen Hilfestellung gänzlich verhindern. Heute beschränkt sich die Funktion der Fachleute beim Medizinischen Dienst der Kassen (MDK) lediglich auf die Einstufung. Deren Hausbesuch dient keinem anderen Zweck, als festzustellen, inwieweit der Versicherte die Kriterien erfüllt um in eine

bestimmte Pflegestufe eingestuft werden zu können. Diese Zeit gut bezahlter Fachleute könnte viel sinnvoller dafür genutzt werden, Hilfemöglichkeiten zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im eigenen Zuhause auszuloten und auf der Basis eines individuellen Pflege-/Kostenplans, die Kassenleistung zu berechnen. Beispielsweise könnte man festlegen, dass die Pflegekasse jeweils einen bestimmten Prozentsatz der tatsächlichen Kosten übernimmt, auch für 24-Stunden Betreuung, wenn nur dadurch ein menschenwürdiges Leben zu Hause ermöglicht werden kann.

Stationärer Bereich

Pauschale Leistungsbemessung für Pflegebedürftige die in Heimen und Pflege-WGs betreut werden.

Um Unterschied zur ambulanten Pflege, erscheint uns für die Heimpflege eine pauschale Leistungsbemessung vorteilhaft.

Bei Pflegebedürftigen die im Heim leben, sollte die Pflegekasse einen bestimmten Betrag an das Heim zahlen, unabhängig von Art und Umfang der Hilfebedürftigkeit. Dieser Betrag könnte als Durchschnittsbetrag aller bisherigen Leistungen für die stationäre Pflege ermittelt werden.

Das hätte folgende Vorteile:

Heime hätten einen Anreiz die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen zu fördern und zu erhalten. Aktuell, seit Einführung der Pflegeversicherung, sind die Heime hingegen um möglichst hohe Pflegestufen ihrer Bewohner bemüht. Das geht nicht selten so weit, die Dokumentation entsprechend zu manipulieren und Leistungen aufzuführen, die weder notwendig sind noch erbracht wurden.

Abbau unsinniger Dokumentationsinhalte, die einzig dem Zweck dienen, den Rechtfertigungsnachweis für die angestrebte Pflegestufe zu erbringen.

Bewohner/Angehörige würden nicht mehr genötigt eine Höherstufung zu beantragen, etwa mit der Begründung, dass dem erhöhten Pflegebedarf nur unter dieser Voraussetzung entsprochen werden könne, da sich der Personalschlüssel an den Pflegestufen orientiert.

Punkt 6. Entwurf

Um die **Rehabilitation** zu stärken werden drei Maßnahmen ergriffen:

Die Antragssteller erhalten im Rahmen der Begutachtung eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung, die es ihnen ermöglicht, ihre Ansprüche besser geltend zu machen. Der Anspruch pflegender Angehöriger auf Vorsorge- und -Rehabilitationsmaßnahmen wird gestärkt.

Es wird ermöglicht, dass bei einer Rehabilitation der pflegenden Angehörigen die gleich-zeitige Versorgung des Pflegebedürftigen in unmittelbarer räumlicher Nähe stattfindet.

Stellungnahme:

Mit diesen Empfehlungen, mehr ist es nicht, will man wohl dem Grundsatz "Rehabilitation vor Pflege" ein wenig entgegenkommen. Wir empfehlen stattdessen, die rehabilitationsfeindlichen Anreize abzuschaffen, die mit der Pflegeversicherung Einzug hielten. Heute besteht der Anreiz darin, einen Pflegebedürftigen pflegebedürftiger erscheinen zu lassen, als er ist. Denn je höher die Pflegestufe, desto mehr Geld gibt es.

Schon aus diesem Grunde sollte die Pflegestufenregelung abgeschafft und eine am individuellen Pflegeplan orientierte Leistungsbemessung eingeführt werden.

Punkt 7. Empfehlung

Die Situation für pflegende Angehörige wird zudem dadurch verbessert, dass bei Inanspruchnahme von Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege das hälftige Pflegegeld weitergezahlt wird, bei der gleichzeitigen Pflege von zwei oder mehr Pflegebedürftigen die rentenrechtlich wirksamen Zeiten addiert werden, die für Angehörige so wichtige Selbsthilfe mit jährlich 10 Cent pro Versicherten gefördert wird.

Stellungnahme:

Diese Maßnahmen werten wir als kleine Anerkennung der Leistung die von pflegenden Angehörigen erbracht werden. Wenn heute noch immer rund 60% der Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen gepflegt werden, so zumeist aus ideellen Gründen. In einzelnen Fällen mag der Blick auf das Häuschen, dass sie erben könnten, wenn sie den Vater/die Mutter selbst pflegen, Hauptmotivationsfaktor sein. Siehe auch Kommentar zu Punkt 2.

Punkt 8. Entwurf

Die medizinische Versorgung der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen wird verbessert, indem die Krankenversicherung vor Ort Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und geeigneten Ärzten zu vermitteln hat, die Vertragspartner Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen veranlasst werden, finanzielle Anreize für Ärzte und Zahnärzte zu setzen, Hausbesuche durchzuführen, die Pflegeheime offen zu legen haben, wie sie die medizinische Versorgung der Pflegeheimbewohner sicherstellen.

Stellungnahme:

Die medizinische Versorgung Pflegebedürftiger ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Es muss bezweifelt werden, dass die geplanten Maßnahmen das Engagement der Ärzte gegenüber dieser "lästigen" Kundschaft erhöht. Vor allem müsste darauf hingewirkt werden, dass die Ärzte mit einem höheren Verantwortungsbewusstsein, Anordnungen treffen und nicht in erster Linie, um selbst mehr Ruhe zu haben, Psychopharmaka verordnen. **Die Ärzte tragen große Mitschuld am steigenden Pflegebedarf und an den viel beklagten unwürdigen Situationen in der Pflege. Sie kennen nichts anderes als für jedes Symptom und jede Nebenwirkung ein weiteres Medikament zu verordnen und bringen ihre Patienten damit nicht selten um den Verstand.** Hinter der Diagnose Demenz steht oft ein jahrelanger Medikamentenkonsum – weil es keine Fachleute gibt, die sich zuständig fühlen und die Zeit finden, Krisensituationen auf natürlichem Wege zu beheben.

Wir plädieren für den Ausbau und die Nutzung natürliche Heilmethoden, gerade bei älteren Menschen sind diese sowohl schonender als auch preiswerter.

Punkt 9: Entwurf

Es ist ein wichtiges Anliegen, dass Pflegekräfte und Angehörige möglichst viel Zeit für die Versorgung der Pflegebedürftigen haben. Vorhandene Regelungen und auch die geplanten Neuregelungen werden daher streng auf ihr Entbürokratisierungspotenzial hin überprüft. Es wird u. a. die Möglichkeit für einen Modellversuch zur besseren Verzahnung der Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsicht eröffnet. Weitere von der vom Bundesministerium für Gesundheit berufenen Ombudsfrau zur Entbürokratisierung in der Pflege, Elisabeth Beikirch [ombudsfrau@bmg.bund.de] zu unterbreitende Vorschläge werden Eingang in die Reform finden.

Stellungnahme:

Die Bürokratisierung hängt vor allem mit bestimmten Regelungen der Pflegeversicherung zusammen. Denn die Gutachter des MDK vertrauen dem was geschrieben steht mehr als den Aussagen von Angehörigen oder Pflegekräften. Also sehen sich diese gezwungen jeden Handgriff täglich zu dokumentieren, damit am Ende der Zeitbedarf für die erhoffte Pflegestufe zusammenaddiert werden kann. Auch dies ein Grund, die Pflegestufenregelung abzuschaffen. Die zweitstärkste Ursache für Art und Umfang der Dokumentation ist die Orientierung an einem wissenschaftlichen Pflegemodell, den sog. AEDLs . Auch dieses Modell dient vor allem einem Selbstzweck. Individuelle Pflege, ließe sich viel einfacher und klarer darstellen. Dieses Modell halte ich für einen Zeitfresser ohne jeden Nutzen. Gleiches gilt für die Expertenstandards. Der zur Implementierung dieser Standards erforderliche Aufwand steht in keinem Verhältnis zum Nutzen, den man bestenfalls erwarten kann. Siehe dazu weitere Kommentierungen unter www.pflegekonzepte.de Damit nicht genug, seit Einführung des Pflegetransparenzgesetzes gibt es für EinrichtungsleiterInnen und Pflegedienste kein wichtigeres Thema. Seitdem gilt landauf landab die Devise: Hauptsache die Dokumentation stimmt. Denn zur Ermittlung der Pflegenote wird fast ausschließlich, die Dokumentation herangezogen.

Punkt 10. Empfehlung

Um die zusätzlichen Leistungen insbesondere für Demenzzranke und Angehörige finanzieren zu können, wird der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte angehoben und damit der finanzielle Spielraum deutlich erweitert.

Im Hinblick auf den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung ist eine zusätzliche private Eigenvorsorge sehr wichtig. Sie wird deshalb aus Steuermitteln gefördert. Hierzu bedarf es einer gesetzlichen Regelung.

Stellungnahme:

Die Beitragserhöhung erscheint moderat. Personen, die von den zusätzlichen Leistungen profitieren mögen sich sagen: Besser als gar nichts. Insgesamt wird die Pflege durch die Neuregelungen lediglich teurer aber nicht besser. Von den Grundproblemen wurde nicht ein einziges angepackt.

Politischen Regelungsbedarf sehen wir vor allem in folgenden Punkten:

Verbindliche Einführung der "Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.

Die Charta definiert die Soll-Qualität des Produktes Pflege. An diesem Qualitätsmaßstab sollten Leistungsanbieter gemessen werden. Jedes Unternehmen definiert zuerst einmal die Inhalte, bevor die Kosten ermittelt werden. Politiker reagieren hingegen wie Ärzte, die für jedes Symptom ein neues Medikament vorschreiben und wundern sich, dass die Patienten immer häufiger mit immer bedrohlicheren Beschwerden kommen.

Ärzte in die Verantwortung nehmen. Wie bereits ausgeführt, trägt die Medizin in erheblichem Maße dazu bei, dass alte Menschen ihre Selbstkontrolle verlieren und zum Dauerpflegefall werden. Anstatt bei den krankmachenden Umständen anzusetzen, werden die Leute mit Pillen vollgestopft. Alte Menschen werden unter Drogen gesetzt, die sie um den Verstand bringen. Es ist nur eine Frage der Zeit. Die Verordnungen sind vergleichbar schädlich wie täglich übermäßiger Alkoholkonsum oder Heroin und andere harte Drogen, die wegen ihrer zerstörerischen Wirkung verboten sind.

Pflegeanbieter in die Verantwortung nehmen. Die Zeiten sind vorbei, als die Wohlfahrt noch aus Nächstenliebe und die Caritas für ein "vergelt's Gott" sich der Pflegebedürftigen angenommen hat. Pflege ist ein Wachstumsmarkt, der sich rechnet, sonst würden nicht täglich neue Heime gebaut und Pflegedienste gegründet werden.

Wie fordern, die Pflegeanbieter stärker am Ergebnis zu messen. Wer ein Heim betreibt, von dem muss man erwarten, dass er die personellen und strukturellen Voraussetzungen schafft. Unternehmern sollte man nicht vorschreiben, wie sie ihr Unternehmen zu führen haben, es würde völlig genügen, sie an ihren Früchten zu messen. Hier sehen wir eine Überregulierung, die man abschaffen sollte, ebenso wie Pflegenoten, die nichts über die tatsächliche Qualität aussagen.

Ambulant vor Stationär Ein Grundsatz des Pflegeversicherungsgesetzes, dem auch mit den Nachbesserungen des jetzigen Gesetzes noch lange nicht entsprochen wird.

Rehabilitation vor Versorgung Würde diesem Grundsatz stärker entsprochen, würden alle Profitieren. Dazu müssten zunächst die Pflegestufen abgeschafft werden, da diese einen Anreiz in die entgegengesetzte Richtung setzen.

Reform der Altenpflegeausbildung Damit Auszubildende in der Praxis anwenden können, was ihnen theoretisch vermittelt wird, sind besondere Auflagen an die Heime und Pflegedienste zu stellen. Heime müssten sich qualifizieren um als Ausbildungsstätten anerkannt werden zu können. Damit sich möglichst viele qualifizieren, müssten sich Heime die Auszubildenden besondere Vergünstigungen und Zuschüsse erhalten. Der Teufelskreis des schlechten Images der Altenpflege kann nur über gute Vorbilder durchbrochen werden. Derzeit steigen zu viele bereits während der Ausbildung aus, weil sie nicht das lernen und praktizieren können, was richtig und wichtig wäre. (Siehe beigefügten offenen Brief an Herrn Bahr von einer Altenpflegeschülerin)