

Antrag 1.2.16: Pflegereform 2021

Antragsteller*in:	AWO Bezirksverband Weser-Ems e.V.
Status:	Überweisung an das Präsidium (als Arbeitsmaterial zum Leitantrag)
Antragskommission:	Überweisung an das Präsidium (als Arbeitsmaterial zum Leitantrag)

1 Die Bundeskonferenz möge beschließen:

2

3

4 Die Pflegeversicherung als Säule der beitragsfinanzierten Sozialversicherung
 5 muss dringend reformiert werden, um den wachsenden Bedarf an pflegerischen Diensten
 6 einerseits zu sichern und andererseits zu verhindern, dass Pflegebedürftigkeit in
 7 Zukunft ein Armutsrisiko wird. Das ist in der politischen Arena Konsens und wird von
 8 der AWO begrüßt. Es fehlte in diesem Jahr nicht an Ideen und Ansätzen.

9 Mehrheitsfähig war jedoch bisher kein vorgeschlagenes Konzept. Die AWO stellt vor
 10 diesem Hintergrund Bausteine bereit, die aus ihrer Sicht zentral bei der Erstellung
 11 und Umsetzung einer Pflegereform auf Bundesebene sind.

12

13 Generell lässt sich feststellen, dass die im Zuge der Einfügung der
 14 Pflegeversicherung eingebrachten Marktelemente haben sich für die Pflegebedürftigen,
 15 die Angestellten in der Pflege wie auch für die Träger mit sozialem Anspruch nicht
 16 bewährt.

17

18 Pflege sollte grundsätzlich eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge sein und
 19 sollte sich daher an den Bedarfen der Betroffenen und ihrer Familien zu orientieren,
 20 nicht an den Prinzipien Renditeerwirtschaftung oder reiner Wirtschaftlichkeit – die
 21 Arbeit mit und am Menschen kann mit diesen Parametern nicht erfasst werden und
 22 sollte es auch nicht. Eine hochwertige öffentliche soziale Infrastruktur muss
 23 ausgebaut und sichergestellt werden. Die Versicherten, in diesem Fall diejenigen der
 24 Pflegeversicherung, müssen auf eine würdige und gute Versorgung im Pflegefall
 25 vertrauen können.

26

27 Deshalb fordert die AWO:

28

29 **1.** Um die bereits bestehende strukturelle Personallücke sowohl im
 30 Fachkräfte- als auch im Assistenzbereich der stationären Altenpflege,
 31 die sich durch demografische Faktoren noch weiter öffnen wird, zu schließen, bedarf
 32 es geeigneter Maßnahmen auf Bundes- und Landesebene. Hierfür werden mittlerweile die

33 Ergebnisse des PeBem-Projektes herangezogen und müssen, anders als bisher vorgesehen,
34 voll inhaltlich umgesetzt werden. Hierbei helfen willkürlich gesetzte
35 Personalausstattungen innerhalb einer Roadmap nicht. Die Neubasierung der
36 Personalbemessung auf Basis der Personalbedarfe je Pflegegrad muss direkt für alle
37 Bundesländer Wirkung haben.

38 Gleichzeitig müssen die eingesetzten Personalmengen, die bisher je nach Bundesland
39 stark differieren, bereits ab Juli 2021 einer bundeseinheitlichen Angleichung
40 unterworfen werden, auch um dem bundeseinheitlichen Charakter der gesetzlichen
41 Pflegeversicherung nicht weiter zu widersprechen.

42

43 Eine, bisher geplante, Bundesempfehlung an die Selbstverwaltung sowie Überarbeitung
44 der Landesrahmenverträge insbesondere zur vorgesehenen personalbezogenen Ausstattung
45 stationärer Einrichtungen (Konvergenzphase) reicht nicht aus. Es braucht klare
46 Vorgaben des Bundes, wie die Bundesländer die Konvergenzphase im Sinne des Aufbaus
47 von Fachkraft- und Assistenzstellen sowie Ausbildungskapazitäten nutzen müssen, um
48 hierauf den auf Grundlage des PeBem-Projektes ins Gesetz aufgenommenen
49 bundeseinheitlichen Stellenschlüssel, der als Personalanhaltswert ab dem 01.07.2023
50 durch das Gesetz vorgegeben werden wird, auch realistisch umsetzen zu können.

51 Bestandsschutz für Bundesländer, die bereits eine über den Personalanhaltswert
52 liegend Personalausstattung verfügen, ist selbstverständlich.

53

54 **2. Pflegebedürftige** sollen künftig nur noch einen gedeckelten Eigenanteil zur
55 stationären Pflege tragen. Die Pflegekassen übernehmen zusammen mit den Trägern der
56 Sozialhilfe den Kostenanteil, der über diesen Eigenanteil hinaus zu finanzieren ist.
57 Die AWO tritt im Feld der Finanzierung von Pflegebedürftigkeit für diese Risikoumkehr
58 ein. Das individuelle Risiko, Pflege in Anspruch nehmen zu müssen, muss vom ersten
59 Tag an solidarisch getragen werden. Die bisher angedachten Regelungen einer 25-, 50-
60 bzw. 75-prozentigen Kostendeckelung nach 1-, 2- bzw. 3-jähriger Karenz greifen zu
61 kurz. Mehr als die Hälfte der betroffenen lebt unter einem Jahr in einer
62 vollstationären Einrichtung. Die Regelung geht an der Realität vorbei.

63

64 **3.** Es wird eine einheitliche Pflegeversicherung für alle Bürger*innen geschaffen.
65 Zwischen den aktuell bestehenden Systemen der Pflegekassen ist ein Finanzausgleich
66 vorzusehen, sollte es vorerst nicht zu einer einheitlichen Pflegeversicherung kommen
67 können.

68

69 **4.** Die Investitionskosten in der stationären Pflege müssen durch die Bundesländer
70 getragen und dürfen, abgesehen von ortsüblichen Mietniveaus, nicht auf die
71 Pflegebedürftigen übertragen werden.

72

73 **5.** Medizinische Behandlungspflege muss in jedem Teilbereich der Pflege eine Leistung

74 der Krankenversicherung, nicht der Pflegeversicherung, sein. Generelle Transfers von
75 der GKV zur Pflegeversicherung sind hier fehl am Platz und verwehren den
76 Krankenversicherten weiterhin ihre rechtlich zustehenden Leistungen.

77

78 **6.** Rehabilitation bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von pflegerischen Angeboten
79 bleibt Aufgabe der Krankenversicherungen und kann nicht auf die Pflegeversicherungen
80 übertragen werden.

81

82 **7.** Die Schnittstelle aus gesetzlichen Ansprüchen einerseits aus der Pflege und
83 andererseits aus der Eingliederungshilfe muss im Rahmen einer Pflegereform nachhaltig
84 Berücksichtigung finden.

85

86 **8.** Die Behebung des Fachkräftemangels im Bereich Pflege muss eine zentrale Rolle
87 spielen. Schulische, betriebliche und hochschulische Ausbildung mit dem Ziel des
88 Aufbaus von Personal im Pflegebereich muss höchste Priorität haben. Bei den
89 Leistungserbringern entstehende Kosten für das Füllen von strukturellen
90 Personallücken müssen voll refinanziert werden.

91

92 **9.** Qualitätsverantwortung in der Pflege darf in der Bewertung der Refinanzierung
93 nicht dem Wirtschaftlichkeitsprinzip widersprechen, sondern stellt einen elementaren
94 Teil desselben dar.

95

96 **10.** Tarifbindung in der Pflege umfasst immer alle in einer Einrichtung Tätigen, nicht
97 allein die pflegerischen Fachkräfte. Es muss per Gesetz definiert werden, was unter
98 Tarifbindung (Gehaltstabellen, Mantelregelungen) mindestens zu verstehen ist.
99 Ausnahmen von der Tarifbindung, wie bisher vorgesehen unter Vergleich mit
100 Tarifierbietern in der jeweiligen Region, müssen unterbleiben.

101

102 **11.** Eine neuerliche Pflegereform muss Idee des Senkens der Bedarfe an stationärer
103 Pflege mitdenken. Ambulante Dienste, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie auch
104 Tagespflegen müssen mehr als bisher gestützt und ausgebaut werden. Die geplante
105 Unmittelbarkeit der Bundesrahmenempfehlungen

106 Kurzzeitpflege, die bis zur Anpassung der Landesrahmenverträge gültig sein soll,
107 stützt den Ausbau der Kurzzeitpflege. Es muss klar benannt sein, wie diese
108 Verbindlichkeit konkret ausgestaltet ist. Für die anstehende Anpassung der
109 Landesrahmenverträge sind verbindliche, schiedsstellenbewährte Vorgaben zu schaffen.

110

111 **12.** Pflegeversicherung und öffentliche Ebenen stellen sicher, dass weitestgehend
112 wohnortnah eine bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur - stationär, teilstationär und
113 ambulant - vorgehalten wird.

114

115 **13. Pflegeversicherte haben gegenüber den Sicherstellungsverpflichteten** bzw. den von
116 ihnen herangezogenen Leistungserbringern ein Recht auf einen Pflegevertrag.

Begründung

In einer anstehenden Pflegereform auf Bundesebene müssen folgende Punkte aus Sicht der AWO berücksichtigt werden:

Personalbemessung

Die 2020 veröffentlichte Personalbemessung gemäß dem PeBem-Projekt ist in den bisherigen Planungen zu einer Pflegereform nur in einem ersten Schritt vorgesehen. Weitere Schritte - laut „Roadmap“ gestreckt bis 2025 - bedürfen klarer gesetzgeberischer Zielvorgaben. Hier vor allem, in Hinblick auf die Vorbereitung der ja nach Bundesland stark variierenden Ausgangsstellung in Bezug auf die Stellenschlüssel und Personalanhaltszahlen.

Die AWO fordert, das Ziel „Gleichheit der Personalbemessung“ in einer Pflegereform klar und solidarisch abzubilden, indem ab Juli 2021 Personalbemessung in der stationären Pflege nach den Empfehlungen Rothgangs schrittweise erfolgt und in der Zeit bis zum 30.6.2023 in den Rahmenverträgen der Bundesländer verbindlich

umzusetzen ist. Nur wenn dies gewährleistet ist, kann die Einführung eines bundeseinheitlichen Stellenschlüssels ab 2023 bzw. 2025 erfolgreich sein.

Bisher weichen in den Entwürfen geplante Personalaufwüchse signifikant von den Planzahlen Rothgangs ab und unterschreiten diese bis zu 40 Prozent. Diese politischen Setzungen sind willkürlich, nicht plausibel und ignorieren die fundierten Gutachtenergebnisse Rothgangs. Insofern sollten die Gutachter-Planzahlen voll inhaltlich die Zielvorgabe des Gesetzgebers werden. Deshalb sind, bezogen auf den Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums aus 2021 nachfolgende Empfehlungen zur Vorausberechnung des Personalbedarfs abzubilden:

Ob zwischen Qualifikationslevel 1 und 2+3 zu differenzieren ist, sollte in Frage gestellt werden, da diese Differenzierung die Evaluierung des Gesamtbedarfes erschwert. Mit jeder Differenzierung wird der Verwaltungsaufwand erhöht. Deshalb wäre es ausreichend zu sagen: Assistenzkräfte sollten in der Regel den Level 3 erfüllen bzw. zu einer berufsbegleitenden Maßnahme mit dem Abschluss Level 2 angemeldet sein.

Der geplante erste Schritt (20.000 Stellen) manifestiert die bestehenden erheblichen Ungleichheiten der Personalbemessung in den Bundesländern und steht im Widerspruch der Ziele des Gutachtens, ein bundesweit gleiches Personalbemessungssystem für die stationäre Pflege zu entwickeln. Insofern ist die Neubasierung der Personalbemessung auf Basis der Personalbedarfe je Pflegegrad der zu favorisierende Weg zu einem gleichen Bemessungssystem, zumal viele Bundesländer nach ersatzloser Streichung des § 15, 3 GPV in 2017 durch Neufestsetzungen die Differenzen erhöht haben.

Auf das Beteiligungsverfahren der Beteiligten und der Selbstverwaltung sollte hierbei im Rahmen einer Pflegereform nicht verzichtet werden. Angesichts der Notlagen in der Pflege sollten dafür

kürzest mögliche Fristen gesetzt werden. Auf weitere untergesetzliche Vorgaben aus dem Beteiligungsverfahren ist zu verzichten.

In der weiteren Evaluierung sollten die angewandten Algorithmen Rothgangs in der Praxis bewertet werden. Auch der dem System zugrundeliegende durchschnittliche Fachkräfteanteil (bei aufgestocktem Personal (durchschnittlich 38 Prozent). Für eine mit bundesweit gleichen Beiträgen überwiegend finanzierte Pflegeversicherung wären in der Übergangsphase bis 2023 bundesweit einheitliche Personalbedarfe

zu realisieren.

Das neue Prinzip: Jeder Einzelfall in der Pflege bindet je nach Pflegegrad bestimmte Personalkontingente und die Addition ergibt den „Personalkörper Pflege“ (PDL, HL, HW, HT – Hygienefachkräfte sind unbedingt ergänzend zu erwähnen!) jeweils extra) in einem Pflegeheim. Auf die geplante Differenzierung innerhalb der Assistenzkräfte sollte der Gesetzgeber verzichten zugunsten in der Regel nach Landesrecht in bestimmter Stundenzahl teilqualifizierte Assistenzkräfte.

Klare Zielvorgaben in der Reform haben Vorteile: Gleiche Bemessung im gesamten Zuständigkeitsbereich des Gesetzes, Länder könnten ihren Nachsteuerungsbedarf bei Studium und Ausbildung nach Verabschiedung des Gesetzes - erstmalig - genau quantifizieren und planen und die Kostenträger der Pflege hätten für ihre Planungen

einen verlässlichen Rahmen vorgegeben. (Hinweis: Darauf zu achten ist durch gleichzeitige Risikoumkehr, dass Pflegeversicherte bzw. die örtliche Sozialhilfe nicht zum Kostenträger der Personalverbesserung werden).

Eine „Risikoumkehr“ bei den Eigenanteilen in der Pflegeversicherung muss stattfinden. Es ist Konsens, dass mehr Ressourcen im Bereich Pflege eingebracht werden müssen, um aktuelle personelle Unterversorgungen von bis zu 40 Prozent auszugleichen. Bei aktueller Systematik würden dies die Eigenanteile signifikant nach oben treiben. Steigerungen von 30 Prozent wären zu erwarten. Dies ist für die Pflegebedürftigen nicht tragbar. Daher muss es eine Deckelung der Eigenanteile geben, die sich auf alle Eigenanteile im Rahmen der Pflegeerbringung erstreckt. Eine Vereinheitlichung der verschiedenen Pflegeversicherungssysteme zu einer Pflegeversicherung für alle schafft in diesem Rahmen Transparenz, Solidarität sowie eine adäquate breite Finanzierungsstruktur. Darüber hinausgehende Kosten müssen durch steuerliche Mittel abgedeckt werden. Eine würdige Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche

Aufgabe, die von allen Bürger*innen mitgetragen wird. Bisher angedachte Modelle, beim Thema Eigenanteile Differenzierungen vorzunehmen, lehnt die AWO ab. Allein die Verweildauern in der stationären Pflege machen deutlich, dass das vorgeschlagene Modell für die meisten Pflegebedürftigen keine Wirkung entfalten würde. Limitierung der Eigenanteile ist notwendig, solange es zu der „Risikoumkehr“ noch nicht gekommen ist. Bei heute durchschnittlich meist 2.000 Euro (in einzelnen Länder auch bereits mehr als 2.500 Euro) Eigenanteil für Pflege, Wohnen und Versorgung sind diese Beträge selbst von überdurchschnittlichen Renten/Alterseinkünften nicht zu finanzieren. Insofern bedürfen - vorübergehend – grundsätzlich die gesamten Eigenanteile einer Limitierung, um durch kurzfristig signifikant steigende Kosten im Bereich Pflege die Pflegebedürftigen nicht mit unverhältnismäßigen jährlichen Kostensteigerungen zu belasten.

Pflegewohnngeld oder Investitionskostenbezuschussung in allen Ländern verbindlich vorgeben. Die Gebäudekosten ländersseitig mit den bisher angedachten pauschal 100 Euro mitzufinanzieren, ist in dieser Form ungeeignet und entspricht nicht den Zusagen der Länder im Bundesrat bei Einführung der Pflegeversicherung. Die Bundesländer wollten gesetzlich nicht zur Übernahme der Kosten für die Investitionen verpflichtet werden - zunächst nicht bedarfsabhängig -, sicherten aber zu, die Pflegebedürftigen (und die Träger der Sozialhilfe) über eine ländersseitige Beteiligung an den Gebäudekosten zu entlasten. Diese Zusage wurde durch „Pflegewohnngeld“ teils umgesetzt. Dann wurden jedoch mindernde Bedarfsprüfungen eingeführt, einige Länder haben die Zusagen in toto annulliert und die Gebäudekosten in Gänze den Pflegebedürftigen (und der örtlichen Sozialhilfe) angelastet. Zukünftig sollten die Pflegebedürftigen für Miete im Pflegeheim nur die ortsübliche Miete in Rechnung gestellt bekommen, den verbleibenden Anteil müssten die Bundesländer übernehmen. Auch hier gilt: Der Kostenanteil für die Pflegebedürftigen muss kalkulier- und planbar gestaltet werden im Sinne einer Risikoumkehr auch bei den Investitionskosten.

Die Krankenversicherungen müssen Behandlungspflege in vollem Umfang leisten, auch in der stationären Pflege. Medizinische Behandlungspflege wird in der ambulanten Pflege von den Krankenversicherungen getragen, in der stationären Pflege nicht. Die in den 1990er Jahren geschaffene Ausnahmeregelung zuungunsten der stationär versorgten Bürger*innen muss beendet werden. Die kostendeckende Erstattung der Krankenversicherung an die Pflegeversicherung für die Behandlungspflege in der stationären Pflege wird seitens des Bundesgesetzgebers mittlerweile angedacht. Dies begrüßt die AWO. Solange hier jedoch keine Regelung gesetzgeberisch festgelegt ist, müssen die in der stationären Pflege medizinisch Versorgten einen Ausgleich für die von der Krankenversicherung verweigerten Leistungen erhalten.

Rehabilitationsmaßnahmen vor Pflege zur Regelleistung der Krankenversicherung bestimmen. Die aktuell im Rahmen der Diskussionen zu einer Pflegereform geplante Heranziehung der Pflegeversicherung zur Kostenbeteiligung (ohne Nachweis der erbrachten Leistung) der vorrangig medizinischen Rehabilitation ist ein ordnungspolitischer Systemfehler. Medizinische Rehabilitation ist Aufgabe der Krankenversicherungen. Dieser Anspruch muss weiterhin gelten und Pflichtleistung der Krankenversicherung bleiben. Zugleich müssen geriatrische Rehabilitationsangebote zukünftig in jedem Bundesland bedarfsdeckend vorgehalten und der entsprechende Bedarf durch Landespflegeberichte ermittelt werden.

Komplexleistungen aus Pflege und Eingliederungshilfe ermöglichen. Seit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen und deren Ratifizierung durch den Bundestag ist eine Klärung der Schnittstellen zwischen Pflege und Eingliederungshilfe überfällig. Der Gesetzgeber muss diese Schnittstelle zum Wohle der Menschen angehen, die rechtliche Ansprüche aus beiden Bereichen besitzen. Pflegebedürftige Menschen mit Behinderung und Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf müssen darauf vertrauen können, dass sie grundsätzlich zum gesamten Leistungsspektrum beider Systemen Zugang haben. Doppelleistungen sind hierbei selbstverständlich auszuschließen. Klarzustellen ist in diesem Kontext: Psychiatrischem (ambulante) Pflege hat jeweils Eingang zu finden in die Sicherstellungsaufträge.

Fachkräftemangel beheben. Das Recruiting von Schüler*innen, Auszubildenden, Student*innen und Fachkräften bedarf in einer neuerlichen Pflegereform einiger Klarstellungen, zumal die diversen Vorgaben (10 Prozent zusätzliche Ausbildungsplätze, Studienplätze „Pflege einrichten“ etc.) aus der bundesweiten „Konzertierten Aktion Pflege (KAP)“ in diesem Punkt überwiegend ohne Ergebnisse geblieben sind. Die Ausbildungskapazitäten wurden nicht (ausreichend) erhöht, notwendige hochschulische Angebote nicht (bedarfsgerecht) genehmigt. Der Fehlbedarf an Berufseinsteiger*innen hat neue Kosten bei Leistungserbringern ausgelöst: Sie rekrutieren teils im Ausland (mit erheblichen zusätzlichen Kosten), Agenturen haben aus dem Personalmangel eine Geschäftsidee entwickelt und bieten Fachkräfte für ausgesuchte Dienste zu überhöhten Marktpreisen an. Diese Mehrkosten fürs Recruiting von Fachkräften in der Pflege müssen den Leistungserbringern aus öffentlichen Mitteln - weil diese nicht für bedarfsgerechte Aus- und Weiterbildung gesorgt haben - erstattet werden. Dies zu regeln, sollte Aufgabe einer anstehenden Pflegereform sein.

Qualität der Pflege. Die schon im Entwurf von Bundesminister Spahn geplante Qualitätsverantwortung wird seitens der AWO begrüßt. Sie sollten auch für Kurzzeit-, Tages- und Verhinderungspflege und auch die ambulante Pflege gelten. In der ambulanten Pflege und ihren Besonderheiten ist hierbei darauf zu achten, dass bei unterschiedlichen Anforderungen des Qualitätsmanagements an den Einsatz praktikable Regelungen möglich bleiben müssen.

Tarifbindung in der Pflege. Die geplante Tarifbindung in der Pflege sollte für alle in einer Pflegeeinrichtung Tätigen Wirkung entfallen, nicht nur begrenzt sein auf die in der Pflege Beschäftigten. Denn Renditen werden erwirtschaftet durch bestenfalls Mindestlohn für die Mitarbeiter*innen außerhalb der Pflege, aber ebenfalls für ein Gelingen der Pflege, teils in Mini- und Midi-Jobs, mit Regelungen, die in keinem Manteltarifvertrag Bestand hätten: Gesetzlicher Urlaub, meist weniger als Tarifurlaub, nicht mehr übliche Arbeitszeiten, Verweigerung von Zulagen bei Mehrarbeit, Verweigerung von anteiligen Beiträgen zur Betriebsrenten etc. Insofern: Tarifliche Bindung der Vergütung für alle und diese tarifliche Bindung klar im Gesetz definieren (z. B. Arbeitszeit, Jahresurlaub, betriebliche Altersversicherung, Gehaltstabellen). Ausnahmen von der Tarifbindung sollten, egal ob unter Verweis auf einen externen Vergleich oder auf ortsübliche Tarife, vermieden werden. Die Pflegereform bietet ein Möglichkeitsfenster zur bundesweiten Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen zur Pflege. Die Einführung von Ausnahmen würden wiederum Sonderfälle und Auswüchse im Bereich Pflege begünstigen.

Stationäre Pflege verhindern. Neben einem Umbau der Pflegeversicherung sind die Elemente zu stärken, die geeignet sind, stationäre Pflege zu verhindern bzw. hinauszuzögern. Hier einige hauptsächlichen Forderungen:

1. Haushalte, die Pflegegeld beziehen, müssen Pflege nach zu definierenden Standards sicherstellen.
2. Die ambulanten Dienste nach SGB V und XI sind mehr als bisher bedarfsdeckend vorzuhalten. Sie sollen sich neben den laufenden Aufgaben jeweils befähigen zu speziellen Angeboten (Palliativpflege, Wundpflege, Mobilisierungstraining u.a.m) im Sinne des Pflegebegriffs 2017. Über verweigerte Pflegeverträge ist laufend zu berichten. Pflege sollte grundsätzlich verordneten Zeiteinheiten und nur im Ausnahmefall per Einzelleistung erbracht werden. Die Vergütungen für Leistungen in Zeiteinheiten und dazugehörige Wegekosten sind jährlich

- auszuhandeln. Tariflohn i. d. R. dämpfende, mindestens erschwerende Techniken (Pauschalen, nicht realistische, gesetzte, nicht analytisch ermittelte Bepunktungen für Leistungen, ebenso Punktwerte als Multiplikator) müssen Tariflöhne refinanzieren. Die Nachweispflicht sollte den Kostenträgern obliegen, zumal nicht erreichbare ambulante Hilfen oftmals zu Fehlplatzierungen gegen die Interessen der Versicherten führen. Die Wiedereinführung (nach Auflösung der Krankenanstalten) der Pflege im Akut-Krankenhaus (39 d) lehnt die AWO ab. Historisch hat diese Möglichkeiten zu massiven Hospitalisierungen akut Kranker geführt, in vielen Fällen nachweisbar Wiedereingliederung erschwert. Diese historisch belegbare Möglichkeit zur Fehlentwicklung sollte nicht unterstützt werden, zumal jetzt bereits anhaltende Versuche zu beobachten sind, dass nach Arbeitsverdichtung Akutpatienten deutlich vor Erreichen der durchschnittlichen und eingepreisten Verweildauer die Patienten zu Renditesteigerung entlassen, auch bei höheren Pflegeaufwand in Pflegeeinrichtungen.
3. Der geplante Zugang zu den wichtigen Tagespflegen, mit denen häusliche Pflege ermöglicht, mindestens unterstützt wird, ist nicht durch Verrechnungsversuche, die die Eigenanteile an der Tagespflege teils um 600 Prozent erhöhen würden, mit Sachleistungen im Haushalt zu verrechnen. Da der Gesetzgeber offensichtlich heimähnliche, gewinnbringende Pflegesettings (Miete mit Betreuungspauschale zzgl. Hauswirtschaftsgeld plus Sachleistungen aus der ambulanten Pflege plus Leistungen der ambulanten Pflege nach SGB V plus fünftätiger Tagespflege) regulieren möchte, sollte er dies dezidiert durch Aufklärung (keine Heimaufsicht als Beschwerdeinstanz, keine Nachtdienste, keine Eignung bei Demenz, fachliche Begrenztheit, keine Fachkraftquote) seitens der Pflegekassen organisieren, nicht jedoch den Zugang zur tageweisen Tagespflege neben Sachleistungen im eigenen Haushalt derart erschweren, dass man von einer Gefährdung der gerade erst entwickelten Tagespflege als akzeptierte Hilfeart und wichtigen Baustein zur Stärkung der Pflegefähigkeit in den Familien, durch den Gesetzgeber sprechen muss.
 4. Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege in einem Budget zu bündeln ist sinnvoll. Jedoch muss vorrangig die stark nachgefragte Kurzzeitpflege (auch die mehrtägige Pflege nach Krankenhaus ohne Pflegegrad) – derzeit bundesweit im Angebot rückläufig – dringend gestärkt werden. Eine Stärkung der Kurzzeitpflege (und Beendigung von Verweigerung der Kurzzeitpflege) kann jedoch nur erreicht werden, wenn ein Pflegegrad anerkannt wird, der die Besonderheiten der Kurzzeitpflege (Verwaltungsaufwand, häufiger Wechsel, hohe Intensität nach Aufnahme) berücksichtigt. Die faktische Reduzierung des Budgets für Verhinderungspflege (von 2418 auf 1320 Euro jährlich) bedeutet eine Kürzung speziell dieser Leistung. Die bisherige Höhe des speziellen Budget für die Verhinderungspflege ist beizubehalten und zu dynamisieren. Ebenfalls sind die Budgets für Kurzzeitpflege zu erhöhen und zu dynamisieren, unabhängig vom notwendigen Vergütungszuschlag. Bzgl. der Erstattung von „Freihaltekosten“ für „eingestreuete“ Kurzzeitpflegeplätze ist es dringend, dass für die Länder eine Verpflichtung formuliert wird, entsprechende Richtlinien zeitnah zu erlassen.
 5. Kompetenzerweiterung für Pflegefachkräfte in der Arbeit am Patienten als auch für die Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln ist zu begrüßen, in der Begründung sollte der Gesetzgeber Bereiche auflisten, die sich dafür besonders empfehlen. Klären sollte – bei entsprechender Rückmeldung an den Hausarzt – dass erweiterte Kompetenzen in der Durchführungsverantwortung des Hausarztes erfolgen, wenn der HA der erfolgten Anordnung durch die Fachkraft nicht zeitnah widerspricht. Modellhafte Erprobungen sollten nicht

numerisch begrenzt werden, sondern mehrfach in unterschiedlichen Bedarfslagen möglich sein. (Ländlicher Raum, Versorgung in besonderen Lagen (Indeln), mittel- und großstädtische Regionen u.ä.m.)

6. Häusliche Pflege soll in „geeigneter Weise“ sichergestellt sein. Hier wäre Qualitätssicherung zu konkretisieren. Neben hochwertiger Familien- und Pflege durch Sachleistungen findet häusliche Pflege oftmals in bedenklichen Settings statt. Menschen mit Gästevisa als 24 Stunden-Kräfte, die angeblich nicht pflegen, stellen Betreuung und Pflege sicher, sind an keinerlei Arbeitszeitnorm gebunden, bekommen für Bereitschaftszeiten keine Bezahlung, zunehmend werden in den gar nicht bekannten, aus Beiträgen der Versicherten finanzierte Kräfte „Pflegeverträge“ bekannt, die für beide Seiten sich unzumutbar entwickelt haben. Hier ist neben Qualität der Arbeit zunächst Transparenz sicherzustellen: Die Kostenträger müssen wissen, wer für Pflegegeld tätig ist und befähigt werden, diese Settings qualitativ zu bewerten. Deshalb ist der 18 b deutlich zu ergänzen, um heutigen Ansprüchen zu entsprechen.

Gemeinschaftliches Wohnen. Für überschaubare Größenordnung vorgesehen, zu erproben, jedoch dicht am Geschäftsmodell (10.3): Nach zwei Seiten bedarf es der Konkretisierung: Grundsätzlich müssen alle Leistungen der PV zugänglich bleiben, wenn jemand im gemeinschaftlichen Wohnen lebt. Handelt es sich um die Wahlfreiheit einschränkende de facto Komplexleistungen (Gemeinschaftliches Wohnen, ambulante Dienste, Tagespflege, evtl. auch noch Plätze für singuläre Kurzzeit oder/und Verhinderungspflege) dann ist Umgehung von Zulassung als Heim zu unterstellen und Heimaufsicht zuständig. Dennoch muss jedem Bewohner Wahlfreiheit garantiert werden, wenn er z.B. einen anderen Dienst beauftragen will, eine andere Tages- oder Kurzzeitpflege, als die im Haus/auf dem Grundstück aufsuchen möchte. Wird gemeinschaftliches Wohnen organisiert, so ist ein pflegerischer Standard gesetzlich zu definieren und Gewährleistung von Fachlichkeit den Modellen vorzugeben. Zuwendungen zur Alterssicherung für Pflegepersonen. Die Erstattung der RV Beiträge aus öffentlichen Mitteln an die PV ist überfällig, da es sich um eine nicht von den Beitragszahlern, sondern der Allgemeinheit zu tragenden gesellschaftliche Aufgabe handelt.