

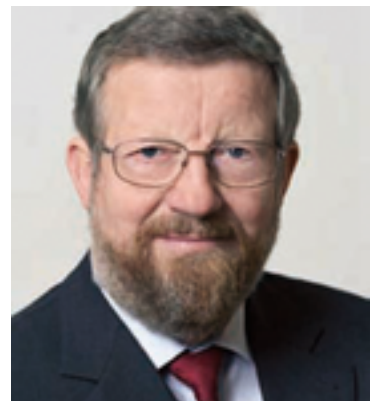


Für eine würdevolle Pflege

Positionen des SoVD zur Pflege

Barrierefreier Broschüreninhalt:
www.sovd.de/wuerdevolle-pflege/

Vorwort



Adolf Bauer
Präsident Sozialverband Deutschland

Der Sozialverband Deutschland (SoVD) setzt sich seit vielen Jahren für eine qualitativ hochwertige Pflege und eine umfassende soziale Sicherung pflegebedürftiger Menschen ein. Die Sicherstellung einer würdevollen Pflege ist ein verfassungsrechtliches Grundrecht, dessen vollständige Verwirklichung Ziel und Ausdruck einer solidarischen Gesellschaft ist.

Mit der Reform der Pflegeversicherung, die zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, sind viele Forderungen des Sozialverbandes Deutschland umgesetzt worden. Die Leistungen der häuslichen Pflege werden verbessert, die Demenzkranken besser in die Pflegeversicherung einbezogen und die Pflegeberatung gefördert. Ab Mai 2009 wird die jährliche und unangemeldete Qualitätsprüfung in ambulanten und stationären Einrichtungen der Regelfall. Qualitätsprüfungsberichte werden verständlich, vergleichbar und übersichtlich kostenfrei im Internet veröffentlicht. Damit können sich Pflegebedürftige und ihre Angehörigen endlich besser über die Qualität von Pflegeleistungen informieren. All dies sind langjährige Forderungen des SoVD, die sich nunmehr im Gesetz wiederfinden. Auch die Bedeutung der Rehabilitation vor und in der Pflege wurde gestärkt. So sind die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung verpflichtet, bei der Begutachtung geeignete, notwendige und zumutbare Rehabilitationsmaßnahmen festzustellen. Die Pflegekassen müssen diese an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterleiten, und mit Zustimmung des Pflegebedürftigen gilt dies als Antrag auf die entsprechende Maßnahme. Auch das ist eine Forderung des SoVD, die nunmehr Gesetz geworden ist.

Eine entscheidende Verbesserung ist die Einführung der Pflegezeit, mit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erstmals einen Rechtsanspruch auf eine bis zu sechsmonatige Freistellung erhalten, wenn sie Angehörige pflegen. Die Pflegezeit entspricht im Wesentlichen dem SoVD-Konzept von Juni 2006. Sie ist ein wichtiger Beitrag zur Stärkung der häuslichen Pflege und der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Hervorzuheben ist, dass während der Pflegezeit die Weiterversicherung in der Kranken-, Arbeitslosen- und Rentenversicherung gilt. Das ist eine gute Lösung. Politisch nicht durchsetzbar war, dass auch die Mitarbeiter kleiner Firmen die Pflegezeit in Anspruch nehmen können. Der SoVD kritisiert, dass nur Beschäftigte in Unternehmen mit mehr als 15 Mitarbeitern Anspruch auf eine Pflegezeit erhalten. Damit werden viele Menschen von der Inanspruchnahme dieses wichtigen Rechts ausgeschlossen.

Die Pflegereform löst nicht das Problem der notwendigen nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung im Hinblick auf die demografische Entwicklung der nächsten Jahre und Jahrzehnte. Die Kompromisslösung der Großen Koalition, den Beitrag um 0,25 Prozent zu erhöhen, reicht selbst nach Einschätzung der Bundesregierung nur bis Ende 2014 / Anfang 2015 zur Finanzierung der Leistungen. Damit wurde eine Chance vertan, die Pflegeversicherung auf eine feste finanzielle Basis zu stellen.

Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff steht noch aus. Nach Auffassung des SoVD muss ein solcher von dem Ziel getragen sein, den mit dem Sozialgesetzbuch Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) erreichten Paradigmenwechsel für Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe behinderter Menschen nun auch auf den Bereich der Pflegeversicherung zu übertragen. Alle Menschen mit Pflegebedarf haben einen Anspruch auf Selbstbestimmung und die vollständige Umsetzung ihres Wunsch- und Wahlrechts.

Mit den nachfolgenden Forderungen und Vorschlägen will der SoVD seinen Beitrag zur Verbesserung der Situation in der Pflege leisten. Der SoVD steht als konstruktiver Partner zur Verfügung. Wir stehen vor der dringenden Aufgabe, die Situation von Menschen mit Pflegebedarf und ihrer pflegenden Angehörigen, aber auch der Pflegefachkräfte, zu verbessern. Dafür setzen wir uns ein.

Berlin, April 2009



Adolf Bauer

Präsident

Inhaltsverzeichnis

I. Grundsätze	5
II. Vorschläge und Forderungen	7
1. Stärkung der häuslichen Pflege als erstes grundlegendes Ziel einer Pflegereform	7
2. Den Pflegebedarf des Menschen umfassend erfassen und für seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben decken	8
3. Angleichung ambulanter und stationärer Leistungssätze	9
4. Dynamisierung der Leistungen	10
5. Prävention	10
6. Rehabilitation vor und bei Pflege	11
7. Unabhängige und umfassende Pflegeberatung	12
8. Professionelle Hilfe und Unterstützung durch Case- und Care-Management	13
9. Ausbau alternativer Wohn- und Betreuungsformen	14
10. Qualitätssicherung in der Pflege	14
a) Umsetzung, Weiterentwicklung und verbindliche Einhaltung nationaler Pflegestandards	
b) Fachkräfteanteil	
c) Räumliche Voraussetzungen in stationären Einrichtungen	
d) Verantwortliche Pflegeteams	
e) Qualitätssicherung häusliche Pflege	
11. Ärztliche Versorgung in stationären Einrichtungen	17

12. Unterstützung pflegebedürftiger Angehöriger und nahe stehender Personen _____	18
a) Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation	
b) Regelmäßige Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen	
c) Ausbau niedrigschwelliger Unterstützungsangebote	
d) Verbesserung der Alterssicherung	
13. Unterstützung professioneller Pflegekräfte _____	20
a) Bessere gesellschaftliche Anerkennung	
b) Angemessene Vergütung – tarifvertragliche Absicherung	
c) Angemessene Arbeitsbedingungen	
d) Einrichtung niedrigschwelliger und leicht erreichbarer Hilfen	
e) Zivilcourage unterstützen – Pflegemissständen entgegenwirken	
14. Einrichtung von unabhängigen Pflegebeauftragten durch die Landesparlamente oder den Bundestag _____	23
15. Finanzierung _____	24
III. Schlussbemerkung _____	25

I. Grundsätze

In Deutschland waren zum Jahresende 2007 mehr als 2 Millionen Menschen pflegebedürftig. Hinzu kommen noch einmal fast doppelt so viele, die – ohne pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes zu sein – hauswirtschaftliche Versorgung oder Unterstützung benötigen, weil sie allein ihren Alltag nicht bewältigen können. Die demografische Entwicklung mit einer steigenden Lebenserwartung, die Zunahme hochaltriger Menschen in den nächsten Jahrzehnten und die damit verbundene größere Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, machen deutlich, dass die Sicherstellung der Pflege eine der wichtigsten sozialpolitischen Aufgaben der Zukunft sein wird.

Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass das Pflegeversicherungssystem einer grundlegenden Neuausrichtung bedarf. Ohne dabei die finanzielle Seite aus den Augen zu verlieren, fordert der Sozialverband Deutschland (SoVD) eine grundlegende strukturelle Reform der Pflege, die den Menschen in den Mittelpunkt stellt, Teilhabe sichert und ein menschenwürdiges Dasein im Alter, bei Behinderung und bei Pflegebedürftigkeit ermöglicht. Für eine solche Änderung ist es nicht nur erforderlich, die Pflegeversicherung selbst als Teil der Sozialversicherung zu reformieren; vielmehr bedarf es eines grundlegenden Ausbaus qualitätsgerechter pflegerischer Infrastrukturen und pflegerischer Begleitmaßnahmen, die dem Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Pflegebedarf mehr und besser Rechnung tragen. Die Ausübung dieses Wunsch- und Wahlrechts setzt eine Vielzahl an Angeboten voraus sowie bei Bedarf die Unterstützung

durch eine unabhängige, individuelle Pflegeberatung. Der Gesetzgeber hat mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz versucht, auf einige dieser Forderungen einzugehen. Es muss nun genau beobachtet werden, ob die Regelungen auch tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden.

Da die weit überwiegende Mehrheit der Menschen eine Pflege in stationären Einrichtungen ablehnt, erfordert eine Reform der Pflege dringend eine Stärkung der häuslichen Pflege.

Der SoVD fordert auch in der Pflege einen Paradigmenwechsel hin zu einer teilhabeorientierten Pflege und unterstützt insoweit die Ergebnisse des Arbeitskreises TEILHABEORIENTIERTE PFLEGE, den die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Karin Evers-Meyer, MdB, im Mai 2006 initiiert hat. Kennzeichen der Pflege soll zukünftig nicht mehr nur allein die Versorgung mit Basisleistungen und die Sicherung existenzieller Grundbedürfnisse sein, sondern: Mehr Teilhabe, die Ermöglichung von mehr Freiheit in den Entscheidungen und mehr Selbstbestimmung bei der Gestaltung des eigenen Lebens, soweit dies dem einzelnen Menschen mit Pflegebedarf möglich ist.

Die qualitativ hochwertige Sicherung grundlegender menschlicher Bedürfnisse – wie ausreichende Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kommunikation, Bewegung, Achtung der Privatsphäre und der Würde, Erhalt der körperlichen und geistigen Unversehrtheit – ist elementare Voraussetzung einer so verstandenen Pflege. Gerade in diesem Bereich klaffen Anspruch und Wirklichkeit in der Pflege noch weit auseinander.

Jeder Mensch, der für eine möglichst umfassende Teilhabe am Leben der Gemeinschaft einen Bedarf an Pflege und Betreuung hat, muss in seiner Individualität und mit seinen Bedürfnissen geachtet werden. Deshalb muss Pflege die Potenziale des Einzelnen, seine körperlichen und geistigen Ressourcen, seine Fähigkeiten und Wünsche erschöpfend und umfänglich berücksichtigen. Sie muss präventiv, aktivierend und rehabilitativ darauf ausgerichtet sein, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder deren Verschlimmerung zu verhindern.

Pflege ist ein ganzheitlicher Prozess, der der Lebenssituation des Menschen mit Pflegebedarf in vollem Umfang gerecht werden muss. Sie muss qualitätsgesichert sein und flexibel auf den Einzelnen eingehen können.

Das vorliegende Positionspapier versteht sich als konstruktiver Diskussionsbeitrag des SoVD zur Reform und Weiterentwicklung der Pflege.

II. Vorschläge und Forderungen

Ausgehend von den genannten Zielen und Grundsätzen unterbreitet der SoVD zur Sicherung der Pflege und Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf folgende Vorschläge und Forderungen:

1. Stärkung der häuslichen Pflege als erstes grundlegendes Ziel einer Pflegereform

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes vom Februar 2007 stieg die Zahl der in Heimen betreuten Pflegebedürftigen Ende 2005 um 5,7 Prozent (plus 36.000) gegenüber 2003. Im Vergleich zu 1999 beträgt der Anstieg in den Heimen sogar 18 Prozent. Zugleich sank der Anteil der zu Hause Versorgten von 72 Prozent im Jahr 1999 über 67 Prozent (2003) auf nunmehr 68 Prozent aller Pflegebedürftigen.

Diese Entwicklung entspricht nicht den Wünschen und Bedürfnissen behinderter und pflegebedürftiger Menschen, die in aller Regel – wie alle Menschen – zu Hause und in privater Atmosphäre selbstbestimmt leben wollen. Die Gewährleistung der Menschenwürde gerade auch im Alter und bei Behinderung erfordert, dass Dienstleistungen zu den Menschen gebracht werden und sich an deren Bedarf messen lassen.

Eine Politik für Menschen mit Pflegebedarf, die ihre gesellschaftliche Teilhabe im gewohnten Lebensumfeld sicherstellt, entspricht auch den Zielsetzungen im Aktionsplan der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zur Situation behinderter Menschen und der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Der SoVD fordert eine Trendwende in der Pflegepolitik mit einer klaren grundsätzlichen Entscheidung für eine qualitativ hochwertige Versorgung pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Bereich und in Wahrung der Privatheit und Intimsphäre.

Die in den Sozialgesetzbüchern *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen* (§§ 1, 9 SGB IV) und *Soziale Pflegeversicherung* (§§ 2, 3 SGB XI) niedergelegten Grundsätze der Selbstbestimmung und Teilhabe müssen für die Menschen mit Pflegebedarf im Sinne eines garantierten umfassenden Wunsch- und Wahlrechts umgesetzt werden.

Der SoVD unterstützt im Grundsatz und mit Nachdruck die Bundesinitiative *Daheim statt Heim* und fordert den flächendeckenden Aus- und Aufbau individuell bedarfsdeckender vernetzter Unterstützungsangebote für ältere und behinderte Menschen.

2. Den Pflegebedarf des Menschen umfassend erfassen und für seine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben decken

Nach dem geltenden § 14 SGB XI ist derjenige pflegebedürftig, der wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf. Dieser verrichtungsbezogene Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigt damit allein körperliche Defizite, die durch eine Erkrankung oder Behinderung entstehen. Die Festlegung der jeweils geltenden Pflegestufe und der daraus folgenden Höhe der Leistungen aus der Pflegeversicherung erfolgt dementsprechend aus der Dauer einzelner – körperlich orientierter – Verrichtungen.

Ein so verstandener Pflegebedürftigkeitsbegriff mit der Folge der Einteilung in eine von drei möglichen Pflegestufen deckt bei weitem nicht den tatsächlichen Pflegebedarf eines Menschen ab. Insbesondere werden diejenigen Menschen mit Demenzerkrankungen und geistigen Behinderungen nur unzureichend erfasst, die trotz ihrer, teilweise erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz keine körperlichen Defizite haben. Der SoVD begrüßt, dass durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nunmehr auch diejenigen Leistungen nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz erhalten (§§ 45a ff. SGB XI), die zwar eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz haben, aber (noch) keine Pflegestufe nach dem gegenwärtigen

System erreichen. Auch die Erhöhung der Leistungen von 460 Euro auf 1.200 Euro (Grundbetrag) bzw. 2.400 Euro (erhöhter Betrag) im Jahr ist eine wesentliche Verbesserung, die auch der SoVD mit erstritten hat.

Darüber hinaus müssen wesentliche Elemente einer ganzheitlichen Pflege, wie psychische und soziale Betreuung, Kommunikation, Hilfe zur Selbsthilfe usw. vom Pflegebedürftigkeitsbegriff erfasst werden, zumal diese teilweise – so z. B. die Verpflichtung zu einer aktivierenden Pflege – vom Pflegeversicherungsgesetz abgedeckt werden sollen. Außerdem führt das Pflegestufensystem mit seinen, mit steigender Pflegebedürftigkeit steigenden finanziellen Leistungen zu falschen Anreizen, die nicht dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder zu vermeiden.

Der SoVD befürwortet im Grundsatz die Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit, einen Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu berufen, um die Mängel des geltenden Begriffs zu beseitigen. Dieser neue Begriff darf sich allerdings nicht nach finanziellen Interessen richten, sondern muss den pflegebedürftigen Menschen mit seinem gesamten Pflegebedarf abbilden, um dann notwendige Leistungen für eine umfassende, ganzheitliche Pflege – ggf. durch verschiedene Kostenträger – sicherzustellen.

Der SoVD fordert, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff den Pflegebedarf jedes Einzelnen umfassend und individuell feststellt, um eine weitestgehende (Rück-) Gewinnung von Alltagskompetenz zu gewährleisten. Dabei ist die Teilhabeorientierung der Pflege ebenso zu berücksichtigen wie die weitestgehende Sicherstellung einer menschenwürdigen Existenz in der Häuslichkeit der eigenen Wahl.

Die Ausrichtung auf eine aktivierende und rehabilitative Pflege steigert dabei nicht nur die Kompetenz des Menschen mit Pflegebedarf, so weit als möglich selbstbestimmt und frei über sein Leben entscheiden zu können, sondern verringert auch langfristig die finanziellen Aufwendungen für eine umfassende Pflege.

Ziel der umfassenden Pflegebedürftigkeitsfeststellung muss eine ergebnisorientierte Pflege nach einem individuellen fortzuschreibenden Pflegeplan sein. Die getroffenen Feststellungen müssen in allen Bereichen des Sozialrechts verbindlich gelten.

3. Angleichung ambulanter und stationärer Leistungssätze

Die Sachleistungsbeträge für ambulante und stationäre Leistungen differieren – insbesondere in den Pflegestufen I und II und auch nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – sehr stark. Für den Grundsatz des § 3 SGB XI – Vorrang der häuslichen Pflege – ist diese Regelung kontraproduktiv. Insbesondere bietet die ungleiche finanzielle Behandlung stationärer und ambulanter Pflege keinerlei Anreize zur Entwicklung effizienter, ambulanter Infrastrukturen und neuer Betreuungs- und Versorgungskonzepte. Erst die Stärkung der – auch finanziellen – Nachfrage nach diesen ambulanten Versorgungsstrukturen wird dazu führen, dass diese auch tatsächlich ausgebaut werden.

Der SoVD fordert eine weitere Angleichung ambulanter an die stationären Leistungssätze, um die häusliche Pflege auch finanziell stärker zu unterstützen und zu fördern.

4. Dynamisierung der Leistungen

Die Höhe der finanziellen Leistungen der Pflegeversicherung ist seit 1995 unverändert geblieben. Durch die Lohn- und Preisentwicklung der letzten Jahre, die Inflation und damit einhergehende steigende Kosten bei der Pflege und Betreuung steigt der Anteil selbst zu tragender finanzieller Aufwendungen für die pflegebedürftigen Menschen kontinuierlich. Folge ist, dass immer mehr Pflegebedürftige auf Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, weil sie die finanziellen Belastungen allein nicht mehr tragen können. Diese Folge widerspricht der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers bei Einführung der Pflegeversicherung, pflegebedürftige Menschen – insbesondere im Alter – von Sozialhilfe unabhängiger zu machen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht eine Dynamisierung der Leistungen erst ab 2014 vor. Die Erhöhung der Leistungssätze bis zu diesem Zeitpunkt gleicht nur ansatzweise die Inflation und die steigenden Kosten in der Pflege aus.

Der SoVD fordert, die Leistungen der Pflegeversicherung bereits ab einem früheren Zeitpunkt zu dynamisieren und an die allgemeine Einkommensentwicklung anzupassen.

5. Prävention

Eine präventiv gestaltete Gesundheits- und Pflegepolitik muss darauf ausgerichtet sein, Selbständigkeit und Kompetenz im Alter und bei Behinderung soweit und solange wie möglich zu erhalten. Vielen Behinderungen und chronischen Erkrankungen, die insbesondere im Alter zu Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit führen, kann durch geeignete präventive Ansätze im Vorfeld entgegengewirkt werden.

Der SoVD fordert eine präventiv ausgerichtete Gesundheits- und Pflegepolitik. Erforderlich ist ein integriertes und trägerübergreifendes Zusammenwirken aller Akteure im Gesundheitswesen mit dem Ziel, auch im Alter Gesundheit zu erhalten und bereits verlorene Fähigkeiten wieder zu gewinnen. Als wirksam hat sich hier der präventive Hausbesuch erwiesen, und insoweit wird auf das im Fünften Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik beschriebene Projekt verwiesen (Deutscher Präventionspreis 2005).

6. Rehabilitation vor und bei Pflege

Nach § 5 SGB XI wirken die Pflegekassen bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Leistungen der Prävention, der Krankenbehandlung und zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. diese zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern, wenn Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung muss ab 1. Juli 2008 bereits bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit der Pflegekasse mitteilen, ob und welche Maßnahmen der Prävention und medizinischen Rehabilitation geeignet und notwendig sind. Die Pflegekassen haben nach § 31 SGB XI die Pflicht, die Information des MDK oder auch jede andere Information über einen notwendigen Rehabilitationsbedarf dem Versicherten und ggf. seinem Arzt mitzuteilen. Auch der zuständige Rehabilitationsträger muss bei Zustimmung des Pflegebedürftigen informiert werden. Diese Mitteilung an den Rehabilitationsträger gilt, sofern der Betroffene zustimmt, als Antrag auf eine Rehabilitation.

Die Krankenkassen müssen den Pflegekassen einen Betrag in Höhe von 3.072 Euro für diejenigen pflegebedürftigen Versicherten zahlen, für die innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung keine notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht wurden.

Damit hat das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf eine Situation reagiert, die seit langem vom SoVD kritisiert wurde: Geltende gesetzliche Regelungen zur Rehabili-

tation vor und bei Pflegebedürftigkeit wurden praktisch kaum angewendet. Mit der „Strafzahlung“ der Krankenkassen an die Pflegekassen soll ein Schnittstellenproblem abgebaut werden. Entscheidend ist nunmehr, dass die gesetzlichen Vorschriften auch tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden.

Der SoVD fordert, den gesetzlichen Auftrag des Grundsatzes der Rehabilitation vor und bei Pflege in der Praxis jetzt gezielt umzusetzen. Die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedarf ist für die betroffenen Menschen von hoher Bedeutung und trägt zu mehr Lebensqualität und besserer Teilhabe bei. Dabei muss es mehr – auch finanzielle – Anreize für eine aktivierende und rehabilitative Pflege geben.

Um weitere Schnittstellen- und Zuständigkeitsprobleme zu vermeiden, muss die Pflegeversicherung als eigenständiger Rehabilitationsträger im Sinne des SGB IX anerkannt werden.

7. Unabhängige und umfassende Pflegeberatung

Nach § 7 SGB XI haben die Pflegekassen eine umfassende Aufklärungs- und Beratungspflicht. Sie müssen über alle Leistungen und Hilfen der Pflegekassen und anderer Träger unterrichten und beraten und Vergleichslisten über Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Einzugsgebiet übermitteln. Der individuellen Bedarfssituation der Pflegebedürftigen ist dabei Rechnung zu tragen. Die Pflegekassen können sich bei ihrer Beratungspflicht auch anderer Träger bedienen und müssen dann einen Teil der Verwaltungskosten übernehmen.

Ab 1. Januar 2009 haben pflegebedürftige Menschen einen Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei einem Pflegeberater oder einer Pflegeberaterin ihrer Pflegekasse. Die Beratung erfasst nicht nur die Leistungen der Pflegekasse, sondern ebenso alle anderen bundes- oder landesrechtlichen Sozialleistungen und Hilfsangebote, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- und Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Die Pflegeberater müssen den Bedarf analysieren und einen individuellen Versorgungsplan mit allen erforderlichen Leistungen erstellen und darauf hinwirken, dass diese Leistungen auch beim jeweiligen Leistungsträger beantragt und genehmigt werden.

Mit dieser Regelung soll der bisherigen Praxis entgegen gewirkt werden, nach der die Pflegekassen ihre umfassende Beratungspflicht nicht in dem Umfang angeboten haben, wie sie den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Pflegepersonen entspricht. Dies galt insbesondere

auch bei Informationen über Leistungen anderer Leistungsträger (z. B. Leistungen zur Pflege durch Sozialhilfeträger).

Problematisch bleibt aber weiterhin, dass die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater Angestellte der Pflegekassen sind. Eine objektive Beratung erscheint damit nicht ausreichend gesichert.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, zur Unterstützung der Pflegepersonen Pflegekurse anzubieten, die die häusliche Pflege erleichtern und auch der Unterstützung bei seelischen und körperlichen Belastungen, dem Erfahrungsaustausch unter Pflegepersonen, der Beratung über Hilfsmittel, notwendige Reha-Maßnahmen usw. dienen sollen (§ 45 SGB XI). Es hat sich in der Praxis gezeigt, dass dieses Schulungsangebot als entweder nicht ausreichend bekannt und genutzt wird oder als nicht bedarfsgerecht durch die Betroffenen empfunden wird.

Der SoVD fordert eine kostenträger- und leistungserbringerunabhängige Pflegeberatung, die die individuelle Bedarfssituation des Menschen mit Pflegebedarf berücksichtigt und qualifizierte Informationen über vorhandene Angebote, Ansprüche und Leistungen geben kann. Nur eine solche unabhängige Beratung, die auch bei den Kommunen angesiedelt sein kann, bietet die notwendige Objektivität bei der Beurteilung der jeweils angebotenen Leistungen im Verhältnis zu ihrem Preis. Die Pflegekassen sind an den Kosten für derartige Beratungsstellen angemessen zu beteiligen.

Die Pflegekurse sind bedarfsgerecht für die Pflegepersonen anzubieten und müssen die Versorgung im häuslichen Bereich und die damit verbundenen Probleme gezielt beachten.

8. Professionelle Hilfe und Unterstützung durch Case- und Care-Management (Beratungs- und Betreuungsmanagement)

Für eine ganzheitliche, teilhabeorientierte und selbstbestimmte Pflege ist es unerlässlich, den einzelnen Menschen mit Pflegebedarf und seine Bedürfnisse, Fähigkeiten und vorhandenen körperlichen und geistigen Ressourcen individuell und auf seine persönliche Lebenssituation zielgerichtet zu beraten und ihm „maßgeschneiderte“ Angebote sowie ein, mit den Pflegepersonen abgestimmtes Pflegekonzept anzubieten. Das ermöglicht dem Menschen mit Pflegebedarf, so lange wie möglich in seiner gewohnten Umgebung zu bleiben und gibt den Pflegenden Entlastung und Unterstützung bei der Pflege. Professionelle Hilfe kann dabei – unter Einbeziehung vor Ort tätiger Leistungserbringer – der Case-Manager anbieten. Er hilft nicht nur, Ansprüche für eine Deckung des Pflegebedarfs gegenüber verschiedenen Kostenträgern zu ermitteln und durchzusetzen und die Vielzahl der Angebote auf der Seite der Leistungserbringer zu überblicken, sondern dient vor allem auch der Vernetzung aller an der Pflege und Betreuung beteiligter Personen.

Case- und Care-Management ermöglichen zudem den optimalen und effektiven Einsatz des personenbezogenen Budgets, welches das SGB XI derzeit noch als Modellprojekt vorsieht.

Der SoVD fordert das Case- und Care-Management als flächendeckendes Regelangebot einzurichten, um bedarfsgerecht Lösungen insbesondere für eine umfassende häusliche Pflege zu finden. Case- und Care-Manager müssen kostenträger- und leistungserbringerunabhängig agieren können. Sie sind nur den Interessen und Belangen des Menschen mit Pflegebedarf verpflichtet. Das personenbezogene Budget ist als Mittel einer größeren Selbstbestimmung und Freiheit sowie eines flexibleren Einsatzes finanzieller Leistungen auszubauen.

9. Ausbau alternativer Wohn- und Betreuungsformen

Die im derzeit geltenden Pflegerecht vorgesehene Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung trägt den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen kaum Rechnung. Teilweise verhindern zu starre Vorschriften die Entwicklung neuer Angebote (wie z. B. integriertes Wohnen mit ergänzendem Betreuungs- und Dienstleistungsangebot, Mehrgenerationenwohnungen, Wohngemeinschaften, tagesstrukturierende Angebote in Tageseinrichtungen usw.), die eine echte Alternative zur stationären Betreuung und Versorgung darstellen können und ein selbstbestimmtes Leben und eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ermöglichen.

Das bisher bestehende Angebot für derartige neue und alternative Wohn- und Versorgungskonzepte ist regional sehr unterschiedlich und deckt bei weitem nicht den tatsächlichen Bedarf.

Der SoVD fordert den Ausbau und die Ermöglichung alternativer Wohn- und Betreuungsformen sowie den bedarfsgerechten Ausbau wohnortnaher ergänzender Unterstützungsangebote (tagesstrukturierende Maßnahmen, haushaltsnahe Dienstleistungen, Krisenintervention usw.), die dem Bedarf der betroffenen Menschen entsprechend entwickelt werden und in ausreichender Anzahl vorhanden sein müssen. Hierbei ist nicht nur eine entsprechende Anpassung geltender Rechtsvorschriften erforderlich, sondern auch eine umfassende Berücksichtigung dieser Versorgungsformen in den infrastrukturellen Maßnahmen der Kommunen und bei der Stadtentwicklungsplanung.

10. Qualitätssicherung in der Pflege

Es gibt zahlreiche Anstrengungen, flächendeckend die Qualität der Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu erhöhen und kritische Pflegesituationen zu vermeiden. Es wurden Nationale Pflegestandards erarbeitet, die die Anforderungen an eine qualitätsgerechte Pflege konkretisieren und für Pflege(fach)kräfte anwendbar und kontrollierbar machen sollen. Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und die Heimgesetznovelle von 2001 haben weitere Regelungen zur Sicherstellung qualitätsgerechter Pflege getroffen. Dennoch klaffen in diesem Bereich Anspruch des Gesetzgebers und Wirklichkeit weit auseinander. Es gibt immer noch zahlreiche Fälle von Unterversorgung, Misshandlung und Vernachlässigung in der Pflege, die insbesondere durch den Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) von 2007 oder die Studie des Deutschen Instituts für Menschenrechte „Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege“ von 2006 bestätigt werden.

Schon frühzeitig hat der SoVD auf die mangelnde Qualität in der Pflege hingewiesen und als Initiator der Aktion gegen Gewalt in der Pflege (AGP) Qualitätsdefizite auch aktiv bekämpft. Dadurch wurden nicht nur die Pflegebedürftigen, deren Angehörige und an der Pflege beteiligte Personengruppen bei Auftreten von Missständen sensibilisiert, sondern auch Öffentlichkeit und Medien auf die mangelhafte Pflegesituation in ambulanten und stationären Einrichtungen aufmerksam gemacht.

Um die Qualität einer menschenwürdigen Pflege sicherzustellen, die sich allein am Wohl des pflegebedürftigen Menschen orientiert, bedarf es weiterer zahlreicher Anstrengungen und vor allem einer effektiven Um- und Durchsetzung vorhandener qualitätssichernder Vorschriften. Handlungsbedarf besteht vorrangig in folgenden Bereichen:

a) *Umsetzung, Weiterentwicklung und verbindliche Einhaltung nationaler Pflegestandards*

Es existieren bereits verschiedene wissenschaftlich entwickelte Standards, die die erforderlichen Pflegeleistungen nach Inhalt, Umfang und Qualität beschreiben (z.B. Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe, zum Entlassungsmanagement, zur Sturzprophylaxe). Die Umsetzung solcher Standards tragen erheblich zur Professionalisierung der pflegerischen Versorgung bei. Der SoVD hat deshalb bereits seit langem gefordert, dass die (existierenden) Expertenstandards für Pflegeeinrichtungen verbindlich erklärt werden. Diese Forderung hat nunmehr das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aufgegriffen. Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, die Pflegestandards in der Pflege anzuwenden. Zukünftig können zudem Interessenverbände oder -organisationen pflegebedürftiger Menschen Vorschläge für die Entwicklung neuer Standards machen. Bestehende Standards werden aktualisiert und weiterentwickelt.

Der SoVD fordert systematische Weiterentwicklung der Pflegestandards. Menschlichen Grundbedürfnissen (z. B. Essen, Trinken, Bewegung, Kommunikation, medizinische Behandlung, hygienische Maßnahmen, körperliches und geistiges Wohlbefinden usw.) ist dabei umfassend Rechnung zu tragen.

b) *Fachkräfteanteil*

Die Heimpersonalverordnung, die im Jahre 1993 verabschiedet wurde, legt einen Fachkräfteanteil in stationären Pflegeeinrichtungen von 50 Prozent fest. Bei dieser Quote handelt es sich um eine personelle Mindestanforderung, die bei pflegeintensiven Bewohnerinnen und Bewohnern gesteigert werden muss. Nach dem Bericht des MDS von 2004 ist nachweisbar, dass eine höhere Fachkraftquote eine bessere Pflege sichert. So ist z. B. die Versorgungsqualität bei der Dekubitusprophylaxe um 40 Prozent besser, wenn Pflegefachkräfte fachgerecht eingesetzt werden.

Dennoch wird selbst die Mindestfachkraftquote von 50 Prozent in zahlreichen Pflegeeinrichtungen bis heute nicht erreicht und ihre Erfüllung auch nicht ausreichend kontrolliert. Insbesondere in den Nacht- und Wochenenddiensten gibt es hier erhebliche Mängel.

Der SoVD fordert zumindest die Fachkraftquote von 50 Prozent zu sichern, um eine qualitätsgerechte Betreuung und Pflege zu gewährleisten. Diese Quote muss in allen Arbeitsschichten des Einrichtungsbetriebs erfüllt werden. Die Bundesländer sind in ihrer Verantwortung für das Heimrecht nach der Föderalismusreform aufgefordert, die durch die Heimpersonalverordnung festgelegte Fachkraftquote nicht nach unten zu verändern oder die fachlichen Voraussetzungen für eine Einstufung als Pflegefachkraft zu verringern.

Zudem fordert der SoVD, die gesetzlichen Vorgaben des SGB XI zu erfüllen und verbindliche Personalbemessungsverfahren einzuführen, die die Einrichtungsträger und Leistungserbringer gegenüber den Kostenträgern auch geltend machen können.

c) *Räumliche Voraussetzungen in stationären Einrichtungen*

Um Kosten zu sparen, drängen immer mehr Sozialhilfeträger darauf, pflegebedürftige Empfängerinnen und Empfänger von Sozialleistungen in Mehrbettzimmer zu verlegen. Das entspricht in den wenigsten Fällen dem Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen, die sich – teilweise schon im hohen Alter – an für sie fremde unberechenbare Mitbewohner gewöhnen müssen und ihre Privat- und Intimsphäre massiv bedroht sehen.

Um den berechtigten Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen nach Privatsphäre Rechnung zu tragen, fordert der SoVD, dem Wunsch nach einem Einzelzimmer zu entsprechen. Ferner ist sicherzustellen, dass das angemessene Angebot an Gemeinschafts- und Therapieräumen den Bewohnern tatsächlich zur Verfügung steht. Diese Räume müssen auch in den Abendstunden und an Sonn- und Feiertagen zugänglich sein.

d) *Verantwortliche Pflegeteams*

Pflegebedürftige Menschen und hier insbesondere ältere und demenzerkrankte Personen sind darauf angewiesen, dass das Pflegepersonal nicht permanent wechselt. Unabdingbare Voraussetzung für Wohlbefinden und Zufriedenheit in einer stationären Pflegeeinrichtung ist, dass Pflege und soziale Betreuung von vertrauten Personen durchgeführt werden.

Der SoVD fordert, dass – soweit dies organisatorisch möglich ist – feste Pflegeteams gebildet werden, die einzelne pflegebedürftige Menschen eigenverantwortlich betreuen und versorgen. Erst auf diese Weise wird Kontinuität in der Pflege gewährleistet. Es können Pflegepläne praxisnah und bedarfsorientiert umgesetzt, Veränderungen in der Pflegesituation unverzüglich festgestellt und darauf reagiert werden. Das wiederum sichert eine qualitätsgerechte Betreuung und Pflege. Auf Wunsch muss eine gleichgeschlechtliche Pflege garantiert sein.

e) *Qualitätssicherung häusliche Pflege*

Nicht nur in Einrichtungen, sondern auch im häuslichen Bereich sind Anstrengungen erforderlich, um eine qualitativ hochwertige Pflege zu sichern. Im häuslichen Bereich führt die Betreuung und Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen oftmals zu Krisensituationen in der Familie und zu Überforderungen der Pflegenden. Eine frühzeitige gezielte Hilfestellung und Pflegeberatung können Überforderungen und Belastungen aufseiten der pflegenden Angehörigen entgegenwirken und eine mögliche Unterversorgung der Pflegebedürftigen abwenden.

Es ist positiv zu bewerten, dass mit der Pflegereform auch diejenigen Menschen eine Beratung erhalten, die noch keine Pflegestufe haben, deren Alltagskompetenz aber erheblich gemindert ist. So können auch Angehörige Demenzkranker eine für ihre Situation passende Beratung beanspruchen.

Der SoVD fordert, die Dauer und ggf. Häufigkeit der finanzierten Pflegeberatungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI – gerade zu Beginn der häuslichen Pflege – zu erhöhen. Die Pflegekassen sollen verstärkt auch Pflegekurse im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen durchführen. Die Pflegekräfte müssen über eine besondere Beratungskompetenz und ein spezifisches Wissen über das jeweilige Krankheits- und Behinderungsbild verfügen.

11. Ärztliche Versorgung in stationären Einrichtungen

Die ärztliche Versorgung pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen ist aufgrund der Strukturen im Gesundheitswesen äußerst problematisch. So sind z. B. Fachärzte wegen der geringen Vergütung von Hausbesuchen oftmals nicht bereit, stationäre Pflegeeinrichtungen aufzusuchen. Zudem mangelt es massiv an einer qualifizierten fach- und zahnärztlichen Versorgung. Sie entspricht in den wenigsten Fällen dem Bedarf der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen.

Der SoVD begrüßt deshalb, dass gemäß einer langjährigen Forderung von ihm zukünftig die Pflegekassen darauf hinwirken sollen, dass stationäre Einrichtungen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten eingehen oder entsprechende Verträge zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen schließen sollen. Ebenso soll das Instrument der integrierten Versorgung genutzt werden.

Der SoVD fordert, dass die Sicherstellung der haus-, zahn- und fachärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen schnellstmöglich mit den neuen, durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführten Instrumenten erfolgt.

12. Unterstützung pflegender Angehörige und nahe stehender Personen

70 Prozent aller, nach dem SGB XI anerkannten pflegebedürftigen Menschen werden heute zu Hause betreut, davon zwei Drittel durch Angehörige oder nahe stehende Personen. Diese Pflegenden sind – so wie es die Pflege-Enquête in Nordrhein-Westfalen in ihrem Abschlussbericht unterstrich – „der größte Pflegedienst der Nation“. Der SoVD unterstützt die Einführung einer Pflegezeit durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, um die Leistung Pflegenden besser anzuerkennen und die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege zu verbessern. Auch die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege, die unter geringerer Anrechnung auf ambulante Sachleistungen und Pflegegeld in Anspruch genommen werden können, werden Pflegenden entlasten und unterstützen.

Der SoVD fordert eine bessere Anerkennung und gesellschaftliche Unterstützung pflegender Menschen und den Ausbau entlastender Angebote. Die Pflegezeit muss unabhängig von der Betriebsgröße gewährt werden.

Im Einzelnen sind nach Ansicht des SoVD **folgende Maßnahmen** erforderlich:

a) Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation

Pflegende müssen eine gewisse Kontinuität der Pflege zu Hause sicherstellen. Als Anerkennung für die häusliche Pflege ist das Pflegegeld, welches zwar eine originäre Leistung der Pflegekasse an den Versicherten ist, dennoch häufig eine finanzielle Unterstützung der Pflegenden. Es ist gut, dass das Pflegegeld bei Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege nicht mehr vollständig gekürzt wird bzw. ganz wegfällt. So wird die Inanspruchnahme wichtiger entlastender Angebote nicht verhindert.

Probleme bestehen dagegen noch bei der Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegenden durch die Pflegekassen. Bei Inanspruchnahme von Sachleistungen oder bei Kurzzeitpflege werden diese gekürzt bzw. fallen ganz weg.

Der SoVD fordert bei Inanspruchnahme von Sachleistungen keine volle Anrechnung dieser Leistungen auf das Pflegegeld und Weiterleistung der vollen Rentenversicherungsbeiträge.

Der SoVD fordert bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege eine Weiterzahlung des Pflegegeldes bis zu vier Wochen analog zur Behandlung im Akutkrankenhaus und die Weiterleistung der Rentenversicherungsbeiträge.

b) *Regelmäßige Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen*

Pflege ist nicht nur zeitlich sehr aufwändig, sondern häufig auch körperlich und seelisch anstrengende Arbeit. Viele Pflegenden arbeiten am Rande der Erschöpfung, müssen Belastungen in Familie und Beruf verarbeiten und haben kaum mehr Zeit für sich und eigene soziale Kontakte. Diese Situation führt häufig dazu, dass immer mehr Pflegenden selbst erkranken und Hilfe brauchen.

Der SoVD fordert, Pflegenden einen regelmäßigen Anspruch auf eigene medizinische Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen zu gewähren, um Krisensituationen und eigene Erkrankungen zu vermeiden.

c) *Ausbau niedrigschwelliger Unterstützungsangebote*

Pflegende Angehörige und nahe stehende Personen haben häufig das Gefühl, mit ihren Problemen allein gelassen zu werden. Teilweise erfordert die Pflege die ständige Anwesenheit beim Pflegebedürftigen, für die Familie, Bekannte und Freunde häufig wenig Verständnis haben. Hinzu kommt, dass die Abhängigkeit des Pflegebedürftigen von der Pflegeperson oder familiäre Zwistigkeiten in der Pflege dazu führen können, dass der Mensch mit Pflegebedarf und der Pflegenden immer wieder kritische Situationen erleben.

Der SoVD fordert umfangreiche niedrigschwellige Unterstützungsangebote für Pflegenden, um kritischen Pflegesituationen vorzubeugen und um Pflegenden aus der Isolation zu holen. Dazu gehören zum Beispiel die Einrichtung von Pflegenotruftelefonen, Beratungsstellen und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

d) *Verbesserung der Alterssicherung*

Nach § 44 SGB XI übernehmen die Pflegekassen die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen, die mindestens 14 Stunden in der Woche pflegen. Die Höhe der Beiträge bestimmt sich derzeit nach der jeweiligen Pflegestufe und dem Zeitaufwand.

Der SoVD fordert, die Rentenversicherungsansprüche während der Pflegetätigkeit den Elternzeitansprüchen anzugleichen. Ebenso wie die Kindererziehung ist die Pflege eine gesamtgesellschaftlich wertvolle und wichtige Tätigkeit.

13. Unterstützung professioneller Pflegekräfte

Seit im Jahre 2003 mit dem Altenpflegegesetz die Ausbildung der Pflegefachkräfte bundeseinheitlich gesetzlich festgeschrieben wurde, ist auch die Professionalität gestiegen. Pflege verlangt eine hohe fachliche und soziale Kompetenz; sie wird angesichts der demografischen Entwicklung einer der wichtigsten Dienstleistungssektoren der Zukunft sein. Trotz dieser hohen Bedeutung der Pflege und des Einsatzes professioneller Pflegekräfte gibt es gesellschaftlich kaum Anerkennung für diese Arbeit.

Die oft aufopferungsvolle Arbeit der Pflegekräfte, die unter häufig schwierigen Arbeitsbedingungen geleistet wird, wird dabei unberücksichtigt gelassen. Pflegekräfte arbeiten oft unter Zeitdruck und müssen den Personal-mangel in stationären und ambulanten Einrichtungen aus eigener Kraft kompensieren. Oftmals sehen sich die Pflegekräfte aufgrund unzureichender Arbeitsbedingungen nicht in der Lage, die menschenwürdige Pflege zu leisten, für die sie ausgebildet wurden und wegen derer sie diesen Beruf ergriffen haben. Die Fluktuation in diesem Beruf ist deshalb sehr hoch; im Durchschnitt beträgt die Verweildauer in der professionellen Pflege lediglich fünf Jahre. Das wiederum führt zu weiteren personellen Engpässen, die zulasten der verbleibenden Pflegekräfte geht. Kritische Pflegesituationen und mangelnde Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Interessen der pflegebedürftigen Menschen sind häufig die Folge.

Der SoVD fordert eine bessere Unterstützung professioneller Pflegekräfte sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf arbeitsrechtlicher Ebene. Dazu sind folgende Maßnahmen notwendig:

a) *Bessere gesellschaftliche Anerkennung*

Der Pflegeberuf muss als gesellschaftlich wertvoller und unerlässlicher Dienstleistungsberuf die gesellschaftliche Anerkennung finden, die ihm zusteht. Dazu gehören unter anderem ein umfangreiches Angebot an Qualifikations- und Weiterbildungsmaßnahmen, die Unterstützung der Ausbildung durch staatliche Institutionen und Einrichtungsträger, Verbesserung der Rahmenbedingungen usw.

b) Angemessene Vergütung – tarifvertragliche Absicherung

Pflegekräfte arbeiten nicht nur sehr hart, sie tun dies häufig auch für eine nur geringe Bezahlung. Gerade im wachsenden Bereich privater Leistungsanbieter fehlen tarifvertragliche Vereinbarungen für eine angemessene Vergütung. Teurere Pflegefachkräfte werden durch billigere Hilfskräfte ersetzt, die die Qualität pflegerischer Versorgung häufig nicht im gleichen Umfang gewährleisten können. Hinzu kommt, dass es in kaum einem Bundesland die laut SGB XI vorgeschriebenen Personalbemessungsverfahren gibt, um die notwendigen Personalkosten auch gegenüber den Kostenträgern geltend zu machen. Der SoVD unterstützt die Forderung nach einem Mindestlohn in der Pflege. Dieser Mindestlohn muss auch für Einzelpflegekräfte gelten, mit denen die Kassen einzelne Verträge nach § 77 SGB XI schließen können.

Qualitätsgerechte Pflege durch qualifiziertes Personal setzt eine angemessene Bezahlung voraus. Dieser Grundsatz muss ausreichende Berücksichtigung bei den Verhandlungen der jeweiligen Einrichtungen mit den Kostenträgern finden.

c) Angemessene Arbeitsbedingungen

Die Einrichtungen und Dienste sind aufgefordert, für angemessene Arbeitsbedingungen Sorge zu tragen, um den Verbleib im Beruf zu gewährleisten. Durch die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen muss dem wachsenden Fachkräftebedarf Rechnung getragen werden.

d) Einrichtung niedrigschwelliger und leicht erreichbarer Hilfen

Ebenso wie pflegenden Angehörigen müssen auch Pflegekräften niedrigschwellige und leicht erreichbare Hilfen und Ansprechpartner zur Verfügung stehen, um bei kritischen Situationen oder bei Fragen zu ihrer Arbeit zügig und kompetent Antwort zu finden. Auf diese Weise sollen präventiv Missstände oder eine mangelhafte Versorgung pflegebedürftiger Menschen verhindert werden. Zu solchen Angeboten gehören z. B. Pflegenotruftelefone, Ombudsmänner und -frauen oder Schiedsstellen.

e) *Zivilcourage unterstützen – Pflegemissständen entgegenwirken*

Trotz zahlreicher Qualitätsvorschriften mangelt es häufig an der Um- und Durchsetzung dieser Vorschriften für eine qualitativ hochwertige, auf den pflegebedürftigen Menschen konzentrierte Pflege. Pflege(fach)kräfte und Therapeuten, die Missstände nicht hinnehmen wollen, haben vielfach unter arbeitsrechtlichen Sanktionen zu leiden. Allerdings sind diese Pflegekräfte diejenigen, die als „Insider“ wissen, wo Fehler in der Organisation, mangelnde Unterstützung durch die Leitungsebene oder Arbeitsfrust zu einer unangemessenen und teilweise gefährlichen Pflege führen. Sie müssen bei ihrem Bemühen, die Situation in der Pflege zu verbessern, tatkräftig unterstützt werden. Das ist auch ein wichtiges Anliegen der in der Aktion gegen Gewalt in der Pflege zusammengeschlossenen Organisationen.

Der SoVD fordert

- ein umfassendes und effizientes Beschwerdemanagement in stationären und ambulanten Einrichtungen.

Ein solches Beschwerdemanagement dient dazu, auf Missstände in der Pflege und Versorgung der ihnen anvertrauten Personen adäquat und rechtzeitig reagieren zu können. Die Pflegenden müssen dabei auch seitens der Leitung ausdrücklich ermutigt werden, Fälle der Unter- oder Mangelversorgung oder psychischer und physischer Gewalt zu melden und auf diese Fälle im Interesse der pflegebedürftigen Menschen angemessen zu reagieren.

- Unterstützung durch Berufsverbände und Gewerkschaften.

Berufsverbände und Gewerkschaften verfügen über das arbeitsrechtliche Know-how, um den über interne Handlungsmöglichkeiten hinaus betroffenen Pflege(fach)kräften juristische Unterstützung zu leisten und ihnen in kritischen Situationen am Arbeitsplatz beizustehen.

- Unterstützung und Hilfe durch externe Qualitätskontrollinstitutionen.

Falls die internen Beschwerdesysteme versagen, müssen auch externe Qualitätskontrollinstitutionen, wie die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder Heimaufsichten, eingeschaltet werden können. Hier sind auch anonyme Meldungen vorstellbar.

- Öffentliche Hilfe und Unterstützung.

Wenn alle diese Möglichkeiten nicht ausreichen, um die gemeldeten Missstände abzustellen, müssen Pflegende auch öffentlich Hilfe und Unterstützung erbitten können. Bei berechtigter öffentlicher Darstellung von Mängeln und deren Meldung an verantwortliche Institutionen dürfen den Betroffenen keine arbeits- oder dienstrechtlichen Nachteile entstehen. Eine entsprechende Regelung sollte Gegenstand der Heimgesetze oder des Arbeitsrechts werden.

14. Einrichtung von unabhängigen Pflegebeauftragten durch die Landesparlamente oder den Bundestag

Um der würdevollen Pflege insgesamt eine höhere gesellschaftliche Anerkennung zu gewähren, befürwortet der SoVD die Einrichtung von unabhängigen Pflegebeauftragten durch die Landesparlamente oder den Bundestag. Diese könnten – ähnlich wie der/die Wehrbeauftragte nur dem Bundestag verpflichtet – für pflegepolitische Fragen und individuelle Probleme zur Verfügung stehen und gegebenenfalls direkt tätig werden. Pflege(fach)kräfte hätten z. B. bei der Meldung von Missständen einen vertrauenswürdigen Ansprechpartner, arbeitsrechtliche Sanktionen dürften daraus nicht entstehen. Durch kontinuierliche Berichte seitens der Pflegebeauftragten würde sich der Gesetzgeber intensiver und praxisorientierter um die Weiterentwicklung qualitätsgerechter Pflege kümmern.

15. Finanzierung

Mit weiteren strukturellen Reformen sollte die Pflegeversicherung zu einer Bürgerversicherung fortentwickelt werden. Auf diese Weise kann eine qualitativ hochwertige Pflege langfristig gewährleistet werden. Die Trennung in private und soziale Pflegeversicherung ist angesichts der umfassenden Versicherungspflicht und des identischen Leistungskatalogs nicht zu rechtfertigen. Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführte Gesundheitsfonds ab 2009 wird nach wie vor abgelehnt und darf nicht auf die Pflegeversicherung übertragen werden.

Der SoVD fordert den Erhalt einer solidarischen Pflegeversicherung und deren Ausbau zu einer Pflege-Bürgerversicherung, die alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen und alle Einkommensarten erfasst. Dabei sind die Arbeitgeber aus ihrer Verpflichtung zur Mitfinanzierung nicht zu entlassen, denn bereits heute werden die Beiträge überwiegend durch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer getragen.

III. Schlussbemerkung

Der SoVD hält es für dringend erforderlich, dass der Paradigmenwechsel für mehr Selbstbestimmung und Teilhabe, so wie er im SGB IX in der Politik für behinderte Menschen vollzogen wurde, nunmehr auch in der Pflege verwirklicht wird. Alle Menschen mit Pflegebedarf haben einen Anspruch auf Selbstbestimmung und die vollständige Umsetzung ihres Wunsch- und Wahlrechts.

Im Jahre 2005 hat der vom Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend und dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung eingerichtete Runde Tisch Pflege die **Charta der Rechte pflege- und hilfsbedürftiger Menschen** verabschiedet. Einschließlich ihrer Begründung beinhaltet sie Grundrechte, die allen pflegebedürftigen Menschen zustehen und die für deren körperliches, geistiges und seelisches Wohlbefinden unerlässlich sind. Diese Charta muss zum Leitbild in der Pflege gemacht werden.

Der SoVD unterstützt auch die Empfehlungen des Deutschen Instituts für Menschenrechte in der Studie **Soziale Menschenrechte älterer Personen in der Pflege** vom August 2006.

Eine humane Pflege, die die Würde des pflegebedürftigen Menschen, seine Belange, seine Interessen und Bedürfnisse sowie seine körperliche und geistige Integrität in den Mittelpunkt stellt, ist im Interesse aller und in einer solidarischen Gesellschaft unverzichtbar.

DER BUNDESVORSTAND

Impressum

Herausgeber

Sozialverband Deutschland e.V.

Verfasserin

Dr. Gabriele Kuhn-Zuber

Referentin Abteilung Sozialpolitik

Fotos Umschlagseiten

© 2007 JupiterImages Corporation

Druck

Westkreuz-Druckerei Ahrens KG, Berlin

Copyright:

© 2009 Sozialverband Deutschland e.V.

Sozialverband Deutschland e.V.

Stralauer Straße 63
10179 Berlin

Tel. (030) 72 62 22 - 0

Fax (030) 72 62 22 - 311

kontakt@sozialverband.de

www.sovd.de