

# **88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011**

am 23./24. November 2011 in Leipzig

## **Ergebnisprotokoll**

**der 88. Konferenz  
der Ministerinnen und Minister,  
Senatorinnen und Senatoren  
für Arbeit und Soziales der Länder**

am 23./24. November 2011  
in Leipzig

Vorsitz :

Frau Staatsministerin Christine Clauß

Sächsisches Staatsministerium

für Soziales und Verbraucherschutz

Albertstraße 10

01097 Dresden

Dresden, den 28. November 2011

**ASMK 2011**  
[www.asmk2011.sachsen.de](http://www.asmk2011.sachsen.de)

# 88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011

am 23./24. November 2011 in Leipzig

## Inhaltsverzeichnis

<b>TOP 5</b>	<b>Sozialrecht, Sozialversicherung, Rehabilitation und Integration behinderter Menschen, Kriegsopfersversorgung</b>	
TOP 5.1 b)	Reform der Pflegepolitik Antragsteller: A-Länder	6
TOP 5.2	Qualitätssicherung in der Pflege Antragsteller: A-Länder	27
TOP 5.3	Programm „Altersgerecht umbauen“ Antragsteller: alle Länder	29
TOP 5.4	Modellmaßnahmen des Bundes Antragsteller: B-Länder	30
TOP 5.5	Bauordnungsrechtliche Behandlung von Wohnformen für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf – Gemeinsame Projektgruppe der BMK und ASMK Antragsteller: A-Länder	31
TOP 5.6	Zwischenbericht der von der ASMK und der JFMK eingesetzten Arbeits- gruppe zur Inklusion von jungen Menschen mit Behinderungen Antragsteller: Rheinland-Pfalz	34
TOP 5.7	Elternassistenz Antragssteller: Sachsen	74
TOP 5.8	Schutz erwachsener Hilfebedürftiger vor der Leistungserbringung durch nicht geeignetes Personal in sozialen Einrichtungen/Diensten Antragsteller: A-Länder	75
TOP 5.9	Werkstätten-Mitwirkungsverordnung Antragsteller: A-Länder	77
TOP 5.10	Neugestaltung des Schwerbehindertenausweises Antragsteller: alle Länder	78
TOP 5.11	Weiterfinanzierung der Freiwilligendienste aller Generationen nach Auslaufen der Bundesförderung Antragsteller: alle Länder	79
TOP 5.12	Pauschale Kostenerstattung an Kriegsopfer- und Behindertenverbände Antragsteller: Rheinland-Pfalz	80
TOP 5.13	Demografischer Wandel und soziale Infrastruktur Antragsteller: alle Länder	81
TOP 5.14	Weiterentwicklung der Alterssicherung Antragsteller: alle Länder	135
TOP 5.17	Förderung der Jugendfreiwilligendienste Antragsteller: Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen	136

<b>TOP 7</b>	<b>Arbeitsmarkt, Arbeitsrecht und Arbeitsschutz</b>	
TOP 7.1	Zahlung eines Nachteilsausgleichs (Lohnsubventionierung) bei sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung an Arbeitgeber auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bei Beschäftigung voll erwerbsgeminderter wesentlich behinderter Menschen aus Mitteln der Eingliederungshilfe Antragsteller: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	139
TOP 7.2	Berufskrankheiten / Umkehr der Beweislast Antragsteller: A-Länder	140
TOP 7.3	Neuausrichtung des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI) Antragsteller: Bremen, Sachsen	141
TOP 7.4	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) ab 2013 – Festlegung der Ziele Antragsteller: Bremen (als LASI-Vorsitzland)	142
TOP 7.5	Zielgruppen- und Geschlechteraspekte im Arbeits- und Gesundheitsschutz Antragsteller: Hessen, Hamburg	143
TOP 7.6	Gemeinsame Grundsätze zu Kernaufgaben bei der Überwachung des Arbeitsschutzes Antragsteller: A-Länder	145
TOP 7.7	Fachkräftesicherung und bessere Nutzung der Ressourcen des Arbeitsmarktes Antragsteller: alle Länder	146
TOP 7.8	Zukunftsfähige und faire Arbeitspolitik gestalten Antragsteller: A-Länder	149
TOP 7.10	Perspektiven für Langzeitarbeitslose Antragsteller: A-Länder	151
TOP 7.11	Arbeitslosenversicherung als primäre Sicherung für Arbeitslose stärken Antragsteller: A-Länder	152
TOP 7.12	Schaffung eines Anspruchs auf Gewährung eines Gründungszuschusses auch für arbeitslos gemeldete Nichtleistungsempfänger im Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung – (SGB III) Antragsteller: A-Länder	153
TOP 7.13	Regulierung von Werkverträgen Antragsteller: A-Länder	154
TOP 7.14	Arbeitszeitregelungen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer außerhalb der nationalen Hoheitsgewässer (z. B. Offshore-Anlagen) Antragsteller: Sachsen	156
TOP 7.15	Sprachmodule im Rahmen der aktiven Arbeitsförderung Antragsteller: Niedersachsen	157
TOP 7.16	Abgestimmte Förderpolitik von Bund und Arbeits- und Sozialministerien der Länder bei der außer schulischen beruflichen Bildung Antragsteller: alle Länder	158

**TOP 8 Europäische Arbeits- und Sozialpolitik**

TOP 8.1	Legislativvorschläge ESF-VO und Allgemeine Verordnung der Europäischen Kommission für die Förderperiode 2014-2020 Antragsteller: Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	161
TOP 8.2	Komplementarität nationaler Arbeitsmarktmaßnahmen (BA) und Maßnahmen des ESF in den Förderperioden 2007-2013 und 2014-2020 Antragsteller: Sachsen	168
TOP 8.3	Revision der Entsenderichtlinie Antragsteller: A-Länder	169
TOP 8.4	Sozialpolitische Aspekte des neuen Europäischen Semesters Antragsteller: alle Länder	171

## **88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011**

am 23./24. November 2011 in Leipzig

### **TOP 5**

**Sozialrecht, Sozialversicherung,  
Rehabilitation und Integration  
behinderter Menschen,  
Kriegsopferversorgung**

## **88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011**

**am 23./24. November 2011 in Leipzig**

### **TOP 5.1 b)**

#### **Reform der Pflegepolitik**

**Antragsteller: A-Länder**

#### **Beschluss:**

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat mehrheitlich beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder haben sich in ihren Beschlüssen 2009 und 2010 zur Pflegepolitik für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der als Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit eines Menschen heranzieht, ausgesprochen und notwendige Folgen für das Leistungsrecht der Pflegeversicherung und die Gestaltung der Schnittstellen zu Leistungen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII benannt. Dazu gehört die Festlegung der Leistungen in den einzelnen Bedarfsgraden sowie Klarheit über die finanziellen Folgewirkungen nach dem SGB XI und SGB XII.

Sie bekräftigen die getroffenen Beschlüsse.

Sie stellen fest:

1. Die Sicherung einer menschenwürdigen, teilhabeorientierten Pflege ist eine der zentralen sozial- und gesellschaftspolitischen Aufgaben unseres Landes. Die Soziale Pflegeversicherung leistet seit ihrer Einführung im Jahre 1995 einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen sowie der Sozialhilfeträger und hat als leistungsfähige Säule des Sozialversicherungssystems das Vertrauen der Bevölkerung gewonnen. Die Pflegepolitik steht nun aber vor neuen demografischen und fachlichen Herausforderungen. Die Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen, die sich verändernde Familienstrukturen auf der einen Seite sowie die Zu-

nahme von Pflegebedürftigen mit Multimorbidität und Demenz auf der anderen Seite erfordern neue pflegepolitische Ansätze.

2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder betonen die Bedeutung der häuslichen Pflege für eine an den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientierten pflegerischen Versorgung. Es entspricht dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden gepflegt zu werden. Dies erfordert ein Gesamtkonzept, das Pflege als gesellschaftliche Aufgabe gestaltet und die Zusammenarbeit der Akteure mit ihren unterschiedlichen Kompetenzen in einem sozialräumlichen Hilfesystem bündelt. Die Verantwortung und Gestaltungsmöglichkeit der Kommunen sind hierfür zu stärken. Die Pflege der Zukunft ist eine Pflege im Quartier.
3. Die Pflegeversicherung als Bestandteil einer umfassenden Pflegepolitik braucht eine Reform, die in ein Gesamtkonzept zur Unterstützung alter und behinderter Menschen eingebettet ist. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder sind der Auffassung, dass die Pflegereform von folgenden Leitlinien getragen sein muss:
  - a) Die zeitnahe Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat insbesondere wegen der Gleichbehandlung dementer und behinderter Menschen eine Schlüsselstellung.
  - b) Um auf die Vielfalt der Unterstützungsbedarfe der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen zu antworten, ist eine Anpassung des heute starren Leistungsrechts an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und eine weitgehende Flexibilisierung erforderlich.
  - c) Es sind weitere Impulse notwendig, um die ambulante Pflege zu stärken und die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Hierzu sind zum einen die ambulanten und stationären Sachleistungen in den Pflegestufen I und II schrittweise aneinander anzugleichen und gleichzeitig das Pflegegeld anzuheben. Zum anderen sind die aufsuchende Pflegeberatung zu verstärken, die Verhinderungs- und Kurzzeitpflege und die Wohnraumanpassung in erweitertem Umfang zu finanzieren und die Erleichterung der legalen 24 Stunden-Pflege in der eigenen Häuslichkeit zu prüfen.
  - d) Zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist das Pflegezeitgesetz weiterzuentwickeln.
  - e) Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Die Sonderregelung des § 43a SGB XI ist daher zu streichen.

- f) Übertragung der Verantwortung für präventive, niedrigschwellige und familienunterstützende Angebote und Leistungen auf die Kommunen. Die durch die Streichung von § 43 a SGB XI entstehenden Entlastungen in der Sozialhilfe könnten dazu genutzt werden, die hierdurch entstehenden Belastungen finanziell auszugleichen.
  - g) Verbesserung der Koordinierung gesundheitlicher und pflegerischer Hilfen sowie Verstärkung der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und aktivierenden Pflege.
  - h) Die Qualitätssicherung in der Pflege muss unbürokratischer ausgestaltet und die vereinbarten Transparenzsysteme müssen weiterentwickelt werden. Die personenbezogene Ergebnisqualität muss in den Mittelpunkt gerückt werden.
4. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie die damit einhergehenden, notwendigen Änderungen des Leistungsrechts führen für die Pflegeversicherung überschlägig zu Mehrkosten von 4 Mrd. bis 4,5 Mrd. Euro pro Jahr. Der Verzicht auf eine inhaltliche Reform und ein ungebremster Aufwuchs des Anteils stationärer Pflege würden ebenfalls zu erheblichen gesamt-gesellschaftlichen Mehrbelastungen führen.
5. Die demografische Entwicklung und die Veränderungen der Pflege- und Betreuungsbedarfe erfordern verstärkte Anstrengungen zur quantitativen und qualitativen personellen Absicherung einer menschenwürdigen und teilhabeorientierten Pflege. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder bekräftigen das gemeinsame Ziel, durch abgestimmte Aktionen aller Verantwortlichen dem drohenden Personal-mangel im Berufsfeld der Pflegekräfte entgegenzuwirken. Handlungsbedarf besteht vor allem in Bezug auf die Schaffung einer gemeinsamen Pflegeausbildung, bei der neben der Vereinheitlichung der Ausbildung vor allem auch im Hinblick auf die Finanzierung der Ausbildungskosten ein Gleichklang zwischen Krankenhaus- und Altenpflegebereich hergestellt werden muss. Um hier endlich weiterzukommen, müssen die Eckpunkte für ein neues Berufsgesetz, die der Bund auf der Grundlage der Arbeit der Bund-Länder-AG „Weiterentwicklung der Pflegeausbildungen“ den Ländern bereits im Frühsommer 2011 zuleiten wollte, so schnell als möglich vorgelegt werden.

Handlungsbedarf besteht auch darin, Nachqualifizierungen als wichtigen Baustein zur Sicherung des Fachkräftebedarfes optimal zu nutzen und – zunächst modellhaft – eine modularisiert- und kompetenzbasierte, verkürzte Altenpflegeausbildung zu legitimieren.

Darüber hinaus müssen die beruflichen Rahmenbedingungen in der Pflege verbessert werden. Dazu gehört insbesondere eine angemessene Bezahlung der Pflegekräfte.



6. Die Pflegeversicherung braucht eine verlässliche Finanzierung.

Die steigende Zahl der Pflegebedürftigen, die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Notwendigkeit, Pflegekräfte angemessen zu bezahlen, führen zu steigenden Kosten in der Pflege. Die Pflegeversicherung ist ein Teilleistungssystem, das Eigenbeiträge der Betroffenen und Finanzierungsanteile der Länder bzw. Kommunen ergänzt. Ihre sozialpolitische Funktion ist, die Kostenlasten für Pflege angemessen zu verteilen sowie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen vor Sozialhilfebezug zu bewahren.

Die Sicherung der Leistungsversprechen der Sozialen Pflegeversicherung ist daher von herausragender Bedeutung. Es ist notwendig, einer Entwertung der Leistungen durch entsprechende Dynamisierungen der Leistungen dauerhaft entgegenzutreten

7. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder stellen fest, dass die Pflege zur Umsetzung der notwendigen Reform, der Bewältigung des demografischen Wandels und der Sicherung von Niveau und Qualität ihrer Leistungen mit zusätzlichen Finanzmitteln ausgestattet werden muss.

Eine zukunftsfähige Gestaltung des Leistungsrechts schafft erst die Grundlage dafür, dass die zusätzlichen Herausforderungen an die Pflegeversicherung aufgrund der demografischen Entwicklung durch am Menschen orientierte, wohnumfeldnahe Betreuungsstrukturen bewältigt werden können. Den reformbedingten Mehrkosten stehen daher die durch Prävention, niedrigschwellige Betreuungsstrukturen und ambulante Versorgung zu erzielenden kostenbegrenzenden Wirkungen gegenüber.

Im Übrigen ist die Pflege nicht nur Kostenfaktor, sondern zugleich ein wirtschaftlich relevanter Dienstleistungsbereich, der sozialversicherungspflichtige Beschäftigung schafft und Steuereinnahmen erzeugt.

8. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder spricht sich für eine zukunftsfeste Finanzierung aus, die alle Versicherten in einen gemeinsamen solidarischen Ausgleich im Rahmen einer Bürgerversicherung einbezieht - unabhängig von Erwerbsstatus und Einkommenshöhe.

Zugleich sind Möglichkeiten einer breiteren Finanzierung zu prüfen. Auch im Interesse der internationalen Wettbewerbsfähigkeit ist zu hinterfragen, ob die insbesondere demografisch bedingten Mehrbelastungen ausschließlich über Zusatzkosten zur Erwerbsarbeit bewältigt werden können und sollen.

Pflege gehört ebenso wie Kindererziehung zu den gesellschaftlichen Zukunftsaufgaben. Daher ist zu prüfen, einen Bundeszuschuss, etwa für die Alterssicherung der häuslichen Pflegepersonen, einzuführen.

Die konkreten inhaltlichen Vorschläge der ASMK zur Reform der Pflegeversicherung werden in den als Anlage beigefügten Eckpunkten näher ausgeführt.

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder erwarten, dass die Pflegereform gemeinsam von Bund und Ländern erarbeitet wird und bieten hierfür erneut ihre konstruktive Mitwirkung an.

## **Eckpunkte der 88. ASMK zur inhaltlichen Reform der Pflegepolitik**

### **I. Pflege als gesellschaftliche Aufgabe - für eine nachhaltige Reform der Pflegepolitik**

1. Die Sicherung einer menschenwürdigen und teilhabeorientierten Pflege ist eine der zentralen sozial- und gesellschaftspolitischen Aufgaben unseres Landes. Die Soziale Pflegeversicherung leistet seit ihrer Einführung im Jahre 1995 einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen sowie der Sozialhilfeträger und hat als leistungsfähige Säule des Sozialversicherungssystems das Vertrauen der Bevölkerung gewonnen.

2. Die Pflegepolitik steht vor neuen demografischen und fachlichen Herausforderungen: Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt in den nächsten Jahrzehnten deutlich an, nach aktuellen Prognosen um fast 50% bis zum Jahr 2030<sup>1</sup>. Zugleich werden familiäre Unterstützungspotentiale schwächer. Geburtenrückgang, die zunehmende Entfernung jüngerer Menschen vom Lebensort ihrer Eltern und auch ein sich verändernder Arbeitsmarkt mit einer höheren Erwerbstätigkeit von Frauen führen dazu, dass die Aufgaben von Pflege und Betreuung auf immer weniger Schultern lasten.

Die zunehmende Anzahl hochaltriger, dementer Personen stellt das Hilfesystem auch fachlich vor neue Aufgaben und offenbart Lücken in den gesetzlichen Grundlagen und im Leistungssystem des SGB XI, die geschlossen werden müssen.

3. Die Menschen wollen zu Hause alt werden und von denen betreut werden, die ihnen vertraut sind. Und auf der anderen Seite wollen die allermeisten für ihre Eltern, Lebenspartnerinnen und -partner oder Freundinnen und Freunde sorgen. Sie brauchen aber hierfür verlässliche, kompetente und bezahlbare Hilfen. Pflegen und gepflegt werden sind Teile eines ganz normalen Lebensweges. Es ist Aufgabe der Politik, dies zu ermöglichen. Hierfür ist grundlegend, dass Pflege als gesellschaftliche Aufgabe begriffen und gestaltet wird, bei der die Akteure mit ihren unterschiedlichen Kompetenzen gemeinsam agieren. Die demografische Entwicklung unterstreicht die Notwendigkeit, an einem Gesamtkonzept für die Unterstützung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen zu arbeiten. Insbesondere in Bezug auf die personelle Absicherung der Pflege, in Bezug auf eine altersgerechte Gestaltung der Wohn- und Verkehrsinfrastruktur und an den Schnittstellen zur Gesundheitspolitik sind über die Pflegeversicherung hinaus Reformanstrengungen notwendig, um das Ziel eines insgesamt demografiegerechten Infrastruktur zu erreichen.

---

<sup>1</sup> Quelle: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

4. Die Pflege der Zukunft ist eine Pflege im Quartier. Die Ressourcen der Familien, der Nachbarschaften, des freiwilligen und ehrenamtlichen Engagements müssen gestärkt und mit den professionellen Pflege- und Betreuungsstrukturen sinnvoll verknüpft werden. Einen Wandel der Angebotsstrukturen hin zu neuen Wohn- und Pflegeformen sowie eine umfassende, sozialräumliche Koordinierung und Gestaltung kann nur auf örtlicher Ebene und in Federführung der Kommunen geleistet werden. Sie brauchen hierfür gesetzliche Kompetenzen und Ressourcen.
5. Eine tragfähige Reform der Pflegeversicherung als Bestandteil einer umfassend verstandenen Pflegepolitik muss von folgenden Leitlinien getragen sein:

**a) Einführung des neuen, erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

Die Länder haben sich schon 2009 einstimmig für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ausgesprochen. Gegenüber dem bisherigen verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist die Erhebung der Einschränkungen der Selbständigkeit, die Erweiterung auf Einschränkungen der Alltagskompetenz und die Weiterentwicklung zu einem teilhabeorientierten Verständnis von Pflege ein wichtiger sozialpolitischer Fortschritt und führt zu mehr Gerechtigkeit insbesondere für Menschen mit Demenz. Die damit verbundenen Mehrkosten müssen solidarisch getragen werden.

**b) Anpassung und Flexibilisierung des Leistungsrechts des SGB XI**

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung muss dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff folgen. Der neue Begriff ist nicht nur weiter, sondern umfasst auch differenziertere Lebenslagen. Die Unterscheidung des Leistungsumfangs nach den Wohn- und Versorgungsformen des Pflegebedürftigen steht der Weiterentwicklung ebenso im Wege wie die Verengung der ambulanten Sachleistung auf wenige standardisierte Leistungskomplexe. Dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff würde es entsprechen, die Sachleistungen der Pflegeversicherung je nach Ausmaß der Pflegebedürftigkeit künftig in einheitlicher Höhe zu gewähren. Die Pflegebedürftigen sollten die Möglichkeit haben, das ihnen zustehende Sachleistungsvolumen flexibel für ambulante, teil- und vollstationäre Hilfen zu verwenden. Die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen wird dadurch gestärkt. Eine ergebnisorientierte, personenbezogene Qualitätssicherung wäre in diesem Zusammenhang ein wichtiger Baustein der Qualitätssicherung.

**c) Stärkung der ambulanten Pflege und Entlastung pflegender Angehöriger**

Die Menschen wollen zu Hause alt werden und von denen betreut werden, die ihnen vertraut sind. Und auf der anderen Seite wollen die allermeisten für ihre Eltern, Lebenspartnerinnen und -partner oder Freundinnen und Freunde sorgen. Sie brauchen aber hierfür verlässliche, kompetente und bezahlbare Hilfen. Pflegen und gepflegt wer-

den sind Teile eines ganz normalen Lebensweges. Es ist Aufgabe der Politik, dies zu ermöglichen.

Die Familien sind der größte Pflegedienst der Nation. Ihre Pflegebereitschaft trägt wesentlich dazu bei, dass dem Wunsch der meisten Menschen nach Pflege im häuslichen Wohnumfeld entsprochen werden kann.

Pflegende Angehörige brauchen Unterstützung durch eine zugehende, umfassende und kompetente Beratung, ehrenamtliche Helferinnen und Helfer, Assistenzkräfte und verbesserte Entlastungsangebote. Sie brauchen bessere Möglichkeiten, die Betreuung und Pflege mit ihrer Erwerbstätigkeit zu verbinden, wie das beispielsweise bei der Kindererziehung der Fall ist.

#### **d) Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit verbessern**

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Familienpflegezeit ist unzureichend. Notwendig ist, die Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit unter folgenden Gesichtspunkten weiter zu entwickeln:

- die Vereinbarkeit von Familie, Sorgearbeit, Pflege und Beruf weiter zu verbessern und dabei auf eine geschlechtergerechte Ausgestaltung zu achten;
- den bestehenden Rechtsanspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung bis zu 10 Tage nach § 2 PflegeZG mit einer Lohnersatzleistung – z.B. analog des Kinderkrankengeldes – auszustatten;
- die Weiterentwicklung des Rechtsanspruches auf Freistellung bis zu sechs Monaten nach §§ 3, 4 PflegeZG zu einem zeitlich flexiblen Freistellungsanspruch mit Lohnersatz zu prüfen;
- auch für Angehörige, die einen sterbenden Menschen in seiner letzten Lebensphase begleiten, ist für einen begrenzten Zeitraum die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Freistellungsanspruches mit Lohnersatzleistung zu prüfen;
- den Begriff „nahe Angehörige“ im Pflegezeitgesetz zeitgemäß weiterzuentwickeln und stärker als bisher zu berücksichtigen, dass die Zahl der pflegebedürftigen Alleinstehenden zunimmt und auch Freunde und Nachbarn Verantwortung für Sorgearbeit und Pflege im häuslichen Bereich übernehmen.

#### **e) Streichung der Sonderregelung § 43a SGB XI**

Durch die Regelung des § 43a SGB XI werden Pflegeversicherungsleistungen für diejenigen Pflegebedürftigen begrenzt, die in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leben. Diese im Hinblick auf das Gleichbehandlungsgebot schon in der Vergangenheit kritisierte Regelung widerspricht auch der VN - Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die einen Paradigmenwechsel in Rich-

tung der Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in die allgemeinen Leistungs- und Versorgungssysteme fordert. Hinzukommt, dass durch die Einführung des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seine leistungsrechtliche Untersetzung sich Pflegeleistungen und Eingliederungshilfeleistungen noch weiter als bisher überschneiden werden. Mit dem Wegfall der Regelung erhalten Menschen in den oben genannten Einrichtungen - wie alle anderen Leistungsberechtigten - Anspruch auf die Leistungen zur häuslichen Pflege.

**f) Stärkung der kommunalen Verantwortung, denn Pflege der Zukunft ist Pflege im Quartier**

Es sind erste konkrete Schritte notwendig, um die Verantwortung der Kommunen für eine sozialräumliche Pflegeinfrastruktur zu stärken:

- Die Einführung der Pflegestützpunkte in Kooperation von Kassen und Kommunen war ein erster, wichtiger Ansatz. Mittelfristig sollte aber eine vorrangige kommunale Verantwortung rechtlich hergestellt und mit Ressourcen unterlegt werden.
- Weiter ist zu prüfen, den Ländern bzw. Kommunen beispielsweise die Verantwortung für präventive, infrastrukturelle, familienunterstützende, niedrigschwellige Angebote und Leistungen zu übertragen. Selbsthilfe, Ehrenamt und nachbarschaftliche Hilfen sind wertvolle und notwendige Ergänzungen der Hilfe durch Angehörige und professionelle Dienste. Sie sind aber nicht voraussetzungslos, denn sie brauchen professionelle Qualifizierung und Begleitung.

Eine Gegenfinanzierung hierfür sind Entlastungen der Sozialhilfe durch die stärkere Einbeziehung von Menschen mit Demenz oder Behinderung aufgrund des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Gleichbehandlung von Menschen mit Behinderung in der Pflegeversicherung (siehe unter VI e). Die genauere Bestimmung der künftig von den Kommunen wahrzunehmenden Aufgaben und Zuständigkeiten setzt verlässliche Schätzungen zur Höhe der genannten Entlastungseffekte voraus. Im Ergebnis darf es nicht zu einer Mehrbelastung der Länder und Kommunen kommen.

**g) Verbesserung der Koordinierung gesundheitlicher und pflegerischer Hilfen sowie Verstärkung der Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation und aktivierenden Pflege**

Insbesondere sind folgende Maßnahmen in Betracht zu ziehen:

- Erweiterung der im SGB XI vorgesehenen Begutachtung der Rehabilitationsfähigkeit durch den MDK um notwendige Maßnahmen der aktivierenden Pflege,

- Prüfung, inwiefern finanzielle Anreize zur Vermeidung bzw. Verringerung von Pflegebedürftigkeit im stationären Bereich verbessert und im ambulanten Bereich eingeführt werden können,
- Prüfung, ob gesetzgeberischer Handlungsbedarf besteht, um die Durchführung der vom MDK vorgeschlagenen Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen;
- Verbesserung der Zusammenarbeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus
- Vermeidung überflüssiger Krankenhauseinweisungen

#### **h) Qualitätssicherung**

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder sind daher der Auffassung, dass die zukünftige Qualitätssicherung in der Pflege nicht nur hinsichtlich der Prüfverfahren, sondern vor allen Dingen auch hinsichtlich der Prüfstruktur und der damit in Verbindung stehenden Verantwortlichkeiten neu zu definieren ist. Die bisher allein anbieterbezogene Qualitätssicherung ist insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege durch geeignete personenbezogene Ansätze zu ergänzen.

6. Die demografische Entwicklung und die fachlichen Herausforderungen aufgrund der Zunahme von Multimorbidität einerseits und dementielle Erkrankungen andererseits erfordern erhebliche quantitative und qualitative Anstrengungen zur Sicherung der Pflegequalität durch geeignete Fachkräfte. Es ist notwendig, den Pflegeberuf attraktiver zu gestalten, um eine ausreichende Zahl an qualifizierten Fachkräften dauerhaft sicherzustellen und mehr Nachwuchs für die Pflegeberufe zu gewinnen. Dazu gehören eine angemessene Vergütung der Pflegekräfte und mehr Variabilität beim beruflichen Einsatz. Auf Bundesebene arbeitet seit März 2010 eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe daran, die strukturelle und inhaltliche Ausrichtung einer neuen gemeinsamen Pflegeausbildung zu entwickeln. Ziel muss es sein, einen möglichst vielseitigen und variablen Einsatz der Pflegekräfte zu erreichen.

## **II. Vorschläge für die Reform des SGB XI in dieser Legislaturperiode:**

### **1. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist endlich einzuführen.**

Über die Einführung des neuen, gerechteren Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht fachlich und politisch Konsens. Die Menschen erwarten nun zu Recht eine entschlossene Umsetzung. Für die Akzeptanz werden ein Höchstmaß an Transparenz und Nachvollziehbarkeit sowie ein Bestandsschutz für heutige Leistungsbezieher entscheidend sein.

Bei der leistungsrechtlichen Ausgestaltung ist darauf zu achten, dass der Vorrang der ambulanten Pflege und Betreuung erhalten bleibt.

Der Bedarfsgrad 1 soll mit Leistungen unterlegt werden, die den Erwartungen an einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gerecht werden. Nach den Berechnungen des vom BMG eingesetzten Beirates werden rund 650.000 Menschen in den Bedarfsgrad 1 eingestuft werden, hierunter eine Vielzahl mit Demenz. Die Zuerkennung des Bedarfsgrades 1 bedeutet aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen, dass der subjektiv erlebte Hilfebedarf auch objektiv anerkannt wird. Sie erwarten zu Recht, dass sie Hilfe in Form einer echten Sach- oder Geldleistung erhalten. Es wäre politisch kaum vermittelbar, den Anspruch auf Pflegeberatung, auf häusliche Beratungseinsätze, auf Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds, auf Pflegehilfsmittel und auf Pflegekurse sowie die Geltung des beschleunigten Rehabilitationsverfahrens zu beschränken. Zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit entscheidet sich, wie die Betroffenen damit umgehen. Von zentraler Bedeutung ist dabei die frühzeitige Erfahrung mit der Inanspruchnahme externer Hilfen.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert nachhaltig die Schnittstellen zwischen Pflege für pflegebedürftige Menschen und Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Die leistungsrechtlichen Abgrenzungen und Überschneidungen sind daher neu zu gestalten. Hieraus ergibt sich auch die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit zwischen den Systemen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe und den dafür zuständigen Stellen - Pflegekassen auf der einen Seite, Sozialhilfeträger auf der anderen Seite - neu zu verzahnen. Auf die Beschlüsse der 86. und 87. ASMK hierzu wird ausdrücklich hingewiesen.

## **2. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind flexibel auszugestalten.**

Die betroffenen Bürgerinnen und Bürger werden einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erst dann als Gewinn erfahren, wenn auch das Leistungsrecht der Pflegeversicherung inhaltlich dem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit entspricht. Der neue Begriff ist nicht nur weiter, sondern umfasst auch differenziertere Lebenslagen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff unterstreicht damit den erheblichen Bedarf an Weiterentwicklung des Leistungsrechts.

### **2.1 Die Sachleistungen bei häuslicher Pflege nach § 36 SGB XI sind für weitere Leistungsgegenstände zu öffnen.**

#### **2.1.1 Die bisherigen zusätzlichen Betreuungsleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45b SGB XI sollen inhaltlich erhalten bleiben und werden in die ambulante Sachleistung integriert.**

Erforderlich ist, dass die Pflegeversicherung den Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch diejenigen Leistungen bietet, die sie für ihre Lebenssituation tatsächlich brauchen. Die Beeinträchtigungen der Alltagskompetenz werden im neuen Begutachtungsverfahren in den Bedarfsgraden abgebildet werden. Die heute noch als „zusätzliche Ansprüche“ von der Pflegeversicherung gewährten Betreuungsleistungen sind auch zukünftig, jedoch konsequent als regelhafte Leistungen, notwendig. Der Katalog von Hilfen, die als Sachleis-



tungen nach § 36 SGB XI erbracht werden können, ist durch Unterstützung bei der Betreuung und Anleitung zu ergänzen. Die Pflegebedürftigen sind dann grundsätzlich in ihrer Entscheidung frei, inwieweit sie aus ihrem Sachleistungsanspruch Unterstützung bei der Grundpflege, bei der Hauswirtschaft oder bei der Betreuung in Anspruch nehmen.

### **2.1.2 Das künftige Spektrum von ambulanten Sachleistungen macht eine Differenzierung der Voraussetzungen für eine professionelle Leistungserbringung erforderlich.**

Die Hilfen für Betreuung und Anleitung sollen auch künftig durch niedrighschwellige, ehrenamtliche Angebote oder durch zugelassene professionelle Dienste erbracht werden können. Für die niedrighschwelligten Angebote haben sich die Qualitätskriterien der Länder und das Anerkennungsverfahren bewährt und sollen fortgesetzt werden.

Zugelassene professionelle Dienste werden auch in Zukunft ambulante Sachleistungen in Form von Grundpflege, hauswirtschaftlicher Hilfen sowie Betreuung und Anleitung erbringen. Es ist jedoch unwirtschaftlich, an die Erbringung von Hilfen bei Hauswirtschaft, Betreuung und Anleitung generell dieselben Qualifikationsanforderungen zu stellen wie an die Erbringung von Grundpflege. Zu hohe Anforderungen verteuern die Leistungen und entsprechend weniger an Leistungen können die Pflegebedürftigen aus dem begrenzten Sachleistungsbeitrag finanzieren. Für Grundpflege auf der einen Seite und Hauswirtschaft, Betreuung und Anleitung auf der anderen Seite sind deshalb getrennte Anforderungen und Verfahren zur Zulassung zu schaffen.

### **2.2 Die Abrechnung von Pflege- und Betreuungsleistungen nach Zeitbedarf ist zu ermöglichen.**

Das SGB XI eröffnet bisher schon die Möglichkeit, Vergütungen für die häusliche Pflegeleistung nach dem erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand, beispielsweise nach Leistungskomplexen, zu bemessen. Die Vertragspartner haben in der konkreten Umsetzung die Form der Leistungserbringung und -vergütung grundsätzlich auf Komplexleistungen verengt, so dass ein Wahlrecht der Betroffenen nicht gegeben ist. Daher sollte im SGB XI geregelt werden, dass künftig neben anderen Abrechnungsformen auch die Abrechnungsform „Zeiteinheit“ verbindlich anzubieten ist.

### **2.3 Tagesbetreuung als wirksame und finanzierbare Entlastung der familiären Pflege ist einzuführen.**

Die Tagespflege als Angebot zur Stärkung der häuslichen Pflege hat eine wichtige Funktion im Versorgungssystem und ist weiter auszubauen. Besonders durch die wachsende Gruppe der Menschen mit Demenzerkrankung besteht - auch vor dem Hintergrund der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf - ein großer Bedarf an verlässlicher Alltagsunterstützung und Begleitung über große Teile des Tages, ohne dass die Anforderungen und Maßstäbe einer medizi-

nisch-pflegerisch ausgerichteten Tagespflege erfüllt sein müssen. Daher sind Leistungen der Tagesbetreuung zu etablieren, die stärker betreuerisch ausgerichtet arbeiten. Die Tagesbetreuung ist dabei als Angebot in Form von Tagesbetreuungseinrichtungen und als Angebot in Form von Kleingruppenbetreuung, auch im Haushalt der Betreuungsperson, auszugestalten. Sie unterscheidet sich von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten insbesondere durch einen Mix von Ehrenamt und professionellen Kräften und durch einen größeren zeitlichen Umfang des Angebots.

Im Rahmen der Flexibilisierung der Sachleistungen wird eine zusätzliche Angebotsform insbesondere für demenzkranke Menschen mit vorwiegend betreuerischem Bedarf geschaffen. Die „Tagesbetreuung“ als neue Leistung soll neben den bisherigen Tagespflegeangeboten etabliert werden. Sie bringt keine Leistungsausweitung mit sich. Für differenzierte Bedarfe sollen entsprechend differenzierte Angebote, einschließlich fachpflegerischer Versorgung, zur Verfügung stehen, die von den Betroffenen aufgrund ihres konkreten Pflege- und Betreuungsbedarfes ausgewählt werden können. Dabei ist die Möglichkeit vorzusehen, dass bei der Tagesbetreuung einzelne Aufgaben der Tagespflege (z.B. medizinische Behandlungspflege, Beförderung) von anderen Leistungserbringern oder von anderen Akteuren im Sozialraum erbracht werden.

#### **2.4 Persönliche Budgets in der sozialen Pflegeversicherung ermöglichen mehr Selbstbestimmung und Teilhabe.**

Zumindest in den Fällen eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets sind die Pflegesachleistungen ohne Einschränkung auf die Gewährung eines Gutscheins als budgetfähig auszugestalten.

Zentraler Ausgangspunkt bei der Organisation von Unterstützungsleistungen ist die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen. Das SGB IX sieht in Umsetzung dieses Grundsatzes den Rechtsanspruch auf Unterstützungsleistungen in Form eines persönlichen Budgets vor. Der Leistungsempfänger erhält die Möglichkeit, auf der Grundlage einer Zielvereinbarung in eigener Verantwortung die notwendigen Hilfen zu organisieren. Anders als bei der Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff. SGB XII werden durch § 35a SGB XI die Sachleistungen der Pflegeversicherung de facto für nicht-budgetfähig erklärt. Dies ist fachpolitisch unbefriedigend, weil es unnötigerweise die Erbringung von Hilfeleistungen auf die von den Pflegekassen zugelassenen Leistungserbringer beschränkt.

#### **2.5 Die Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind zu erhöhen sowie flexibler und unbürokratischer zu gestalten**

Der Leistungsanspruch nach § 40 Abs. 4 SGB XI beträgt seit 1995 unverändert 2.557 Euro. Er ist auf 5.000 Euro zu erhöhen. Es sollte die Möglichkeit geschaffen werden, Zuschüsse nach § 40 Abs. 4 SGB XI addieren zu können, wenn die Maßnahme mehreren Pflegebedürf-

tigen zugutekommt, beispielsweise für die Kosten einer Türverbreiterung für mehrere Rollstuhlfahrer.

Darüber hinaus ist eine Erweiterung der Verwendungsmöglichkeiten in Bezug auf „intelligente Haustechnik“ zu prüfen, wenn sie geeignet ist, die selbstbestimmte Lebensführung des Pflegebedürftigen im eigenen Haushalt zu unterstützen.

Ferner sollte auch eine nutzerfreundliche und unbürokratische Regelung zur Versorgung mit Hausnotrufgeräten geprüft werden. Hausnotrufgeräte können ein Baustein zur Stärkung der häuslichen Versorgung sein. Bezogen auf die relativ geringen Mietkosten solcher Geräte ist das gegenwärtige Verfahren einer individuellen Prüfung bis hin zu einem MDK-Gutachten zu aufwendig.

## **2.6 Eine Experimentier- und Öffnungsklausel ist einzuführen.**

Eine beschränkte Möglichkeit für die Landesverbände der Pflegekassen zur befristeten Erprobung neuer Versorgungsformen und ihrer Implementierung im Bewährungsfall von vertrags- und leistungsrechtlichen Vorschriften abzuweichen, wäre der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung dienlich. Leistungen sollen wirtschaftlicher und problemadäquater erbracht werden. Zur Sicherung erfolgreicher Maßnahmen über den Erprobungszeitraum hinaus sollte deren Verstetigung, ohne präjudizierende Wirkung, möglich sein.

Vielfach sind dünn besiedelte Gebiete Brennpunkte des demografischen Wandels. Problematisch für die pflegerische Versorgungssituation ist, dass durch die Abwanderung junger Bevölkerung ältere Menschen häufig nicht auf Angehörige und Nachbarn zurückgreifen können und zum Teil völlig alleinstehend sind. Die sozialräumlichen Versorgungsstrukturen in den betroffenen Regionen erhalten vor diesem Hintergrund eine besondere Bedeutung für die betroffenen Menschen. Das gegenwärtige relativ starre, und von einer weitgehend einheitlichen Versorgungslandschaft ausgehende Recht der Pflegeversicherung berücksichtigt diese Entwicklungen bisher nur unzureichend.

Ein Genehmigungsvorbehalt der Aufsichtsbehörde zur Vermeidung von Fehlanreizen ist bei der Umsetzung zu überlegen. Um die Erfahrungen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auswerten zu können, ist eine Anzeigepflicht der Inanspruchnahme der Experimentierklausel an das BMG in die Überlegungen einzubeziehen.

## **3. Der Vorrang der ambulanten Betreuung und Pflege ist sicherzustellen.**

Die nach § 30 SGB XI vorgesehene gemeinsame Dynamisierung aller Leistungen ist zu ersetzen durch eine differenzierte Regelung, mit der sukzessive erreicht wird, dass in den Pflegestufen I und II die ambulanten und stationären Sachleistungen die gleiche Höhe haben.

Die Höhe der Sachleistungen der Pflegeversicherung variieren in Pflegestufe II und insbesondere in der Pflegestufe I erheblich je nach der in Anspruch genommenen Leistungsform. In Stufe I liegen sie bei vollstationärer Versorgung bei 1.023 Euro und bei ambulanter Versorgung bei 440 Euro. Da in Bezug auf die Leistungsform keine wirksame Steuerung möglich ist, sondern de facto ein Wahlrecht der Betroffenen und ihrer Angehörigen besteht, führen die Unterschiede in der Leistungshöhe zu einer erhöhten relativen Attraktivität der stationären Pflege.

#### **4. Pflegende Angehörige sind wirksam zu entlasten.**

Die Familien sind der größte Pflegedienst der Nation. Ihre Pflegebereitschaft trägt wesentlich dazu bei, dass der Wunsch der meisten Menschen erfüllt werden kann, trotz Betreuungs- und Pflegebedarf zu Hause leben zu können.

Pflegende Angehörige brauchen eine zugehende, umfassende und kompetente Beratung über alle formellen und informellen Hilfen. Sie brauchen Anleitung zur Bewältigung der häufig plötzlich eintretenden Betreuungs- und Pflegeaufgaben. Sie brauchen Unterstützung durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer für kleinere Auszeiten und erweiterte Ansprüche auf Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Und sie brauchen verbesserte Möglichkeiten, die Betreuung und Pflege mit ihrer Erwerbstätigkeit zu verbinden.

##### **4.1 Entlastungsangebote sind auszubauen.**

Es ist unverständlich und kontraproduktiv, dass in der Pflegeversicherung auf der einen Seite de facto ein Wahlrecht zwischen ambulanten und stationären Leistungen besteht, auf der anderen Seite vor die vorübergehende Inanspruchnahme von stationärer Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege hohe Hürden gestellt werden.

###### **4.1.1 Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist zu erweitern.**

Aufgrund des häufig hohen Alters und eigener gesundheitlicher Einschränkungen der Hauptpflegepersonen sollte die Möglichkeit eröffnet werden, bis zu 8 Wochen im Jahr Verhinderungspflege bei der rechtlich keine Pflicht zur Versorgung durch einen zugelassenen Leistungserbringer besteht in Anspruch zu nehmen. Um eine nachhaltige Erholung der pflegenden Angehörigen zu sichern, ist vorzusehen, dass maximal die Hälfte des Anspruchs auf Verhinderungspflege in der Form stundenweiser Entlastung in Anspruch genommen werden kann. Die Verhinderungspflege ist begrifflich als Vertretungspflege zu definieren; Pflegepersonen haben ein Recht auf eine zeitweise Vertretung.

###### **4.1.2 Die Inanspruchnahme der Verhinderungspflege ist weiter zu erleichtern.**

Nach § 39 SGB XI ist Voraussetzung für den Anspruch auf sogenannte Verhinderungspflege, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens sechs Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Diese „Wartezeit“ soll weg-

fallen. Die besondere Belastung der Pflegepersonen hat häufig schon lange vor der Zuerkennung einer Pflegestufe begonnen, zum einen durch einen Pflegeaufwand unterhalb des zeitlichen Umfangs der Pflegestufe I, zum anderen durch einen häufig nicht unerheblichen zeitlichen Aufwand für die Betreuung des Angehörigen. Die Aufhebung der Frist trägt zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bei.

#### **4.1.3 Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist zu erweitern.**

Der überwiegende Anteil von Menschen, der in eine stationäre Pflegeeinrichtung aufgenommen wird, kommt unmittelbar aus einer Krankenhausbehandlung. Gerade für diesen Personenkreis ist die Kurzzeitpflege eine Möglichkeit, durch aktivierende Pflege, räumliche Anpassungen in den Wohnungen und die Organisation des häuslichen Pflegearrangements einen dauerhaften stationären Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung zu vermeiden. Es zeigt sich - auch im Hinblick auf die kürzere Verweildauer in Krankenhäusern -, dass ein Zeitraum von vier Wochen in vielen Fällen nicht ausreicht, um eine Rückkehr in die Häuslichkeit zu ermöglichen. Daher wird vorgeschlagen, den Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI auf bis zu sechs Wochen zu erhöhen, einhergehend mit einer entsprechenden Erhöhung des Leistungsvolumens.

#### **4.1.4 Die Häusliche Pflege durch Einzelpersonen nach § 77 SGB XI ist zu flexibilisieren.**

Entsprechend der Erweiterung des Katalogs von Hilfen, die als Sachleistungen nach § 36 SGB XI erbracht werden können (siehe 2.1.1), ist auch die Möglichkeit des Einsatzes von Einzelpflegepersonen nach § 77 SGB XI um die Unterstützung bei der Betreuung und Anleitung zu ergänzen.

Anstelle der Ermessensleistung der Pflegekassen soll ein Rechtsanspruch auf den Abschluss eines Vertrages zur häuslichen Pflege zwischen der zuständigen Pflegekasse und einer Einzelpflegekraft geschaffen werden.

§ 77 SGB XI regelt, dass neben der Erbringung von Pflege als Sachleistung kein Arbeitsverhältnis zwischen der Einzelpflegekraft und dem Pflegebedürftigen geschlossen werden darf. Für pflegebedürftige Menschen und Menschen mit Behinderungen, die ihre Betreuung und Versorgung im Rahmen einer persönlichen Assistenz geregelt haben, bzw. regeln wollen - z.B. im Rahmen eines Arbeitgebermodells im Sinne des SGB XII -, wirft diese Einschränkung Probleme auf. Es soll geprüft werden, inwieweit durch den Wegfall des „Arbeitgeberverbots“ der Einsatz der Leistungen für die häusliche Pflege durch Einzelpersonen im Rahmen einer persönlichen Assistenz verbessert werden kann.

#### **4.1.5 Die legale Beschäftigung selbst beschaffter Pflegehilfen ist zu erleichtern.**

Zahlreiche Familien mit betreuungs- und pflegebedürftigen Angehörigen suchen eine finanzierbare Entlastung in der Betreuung der Angehörigen und im Haushalt in einem größeren zeitlichen Umfang, als dies ambulante Pflegedienste oder niedrighschwellige Angebote in der Regel anbieten. Unter anderem hat die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit europäische Haushaltshilfen an Privathaushalte für den Abschluss legaler Beschäftigungsverhältnisse vermittelt und bietet diesen Service auch nach Eintritt der Arbeitnehmerfreizügigkeit ab dem 1. Mai 2011 an. Ziel muss sein, die legale Beschäftigung von Haushaltshilfen, die auch pflegerische Alltagshilfen erbringen dürfen, zu fördern. Die Rahmenbedingungen für die Beschäftigten in Pflegehaushalten und für die pflegenden Angehörigen als Arbeitgeber sind so weiter zu entwickeln, dass bürokratische Hürden abgebaut werden und qualitätsgesicherte Leistungen für die Pflegebedürftigen sowie angemessene Arbeitsbedingungen und Vergütungen für die Haushaltshilfen sichergestellt sind.

#### **4.2 Frühzeitige, zugehende, trägerunabhängige und bedarfsorientierte Beratung ist zu ermöglichen.**

Es muss gewährleistet werden, dass nach der Beantragung von Leistungen nach dem SGB XI frühzeitig eine Beratung der Betroffenen und der Angehörigen über alle formellen und informellen Hilfen stattfinden kann. Die Pflegeberater sollten die Aufgabe erhalten, von sich aus mit den Antragstellern Kontakt aufzunehmen und ihnen eine Beratung anzubieten. Auch in Fällen, in denen der Hilfebedarf noch nicht den Umfang von Bedarfsgrad 1 erreicht, ist eine präventive Beratung der richtige Weg.

Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, die Pflegekassen zu verpflichten, allen Antragstellern im Rahmen des NBA - zusätzlich zur Feststellung des Bedarfsgrades - Hinweise zu den abzudeckenden individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfen zu geben. Die Pflegeversicherten haben nach dem SGB XI ein weitgehendes Wahlrecht in Bezug auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen. Für die Ausübung des Wahlrechts wäre daher eine Empfehlung eine sachgerechte Entscheidungsgrundlage. Da mit dem NBA deutlich mehr Informationen erfasst werden als im Rahmen der heutigen Begutachtung, bietet das neue Verfahren eine gute Grundlage für die Formulierung von Empfehlungen zur individuellen pflegerischen Versorgung. Dies sollte entsprechend genutzt werden.

#### **4.2.1 Eine zeitlich befristete Anleitung und Begleitung der pflegenden Angehörigen nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit soll geschaffen werden.**

Der Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ist nicht selten ein plötzliches Ereignis, auf das weder Betroffene noch Angehörige vorbereitet sind. Das unterscheidet die Situation von der Pflege eines Neugeborenen. Dennoch sieht das SGB XI keine der nachgeburtlichen Hebammenhilfe nach § 195 RVO vergleichbare, individuelle Anleitung und Begleitung pfe-

gender Angehöriger in die Pflege- und Betreuungsaufgaben vor. Die Struktur der nach § 45 SGB XI angebotenen Pflegekurse decken diesen Bedarf nicht ab. Ein zusätzlicher Leistungsanspruch auf ein bestimmtes Stundenvolumen für individuelle und durch professionelle Kräfte erbrachte Anleitung der pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit des oder der Pflegebedürftigen und Begleitung in die Pflege- und Betreuungsaufgaben im Sinne einer „Starthilfe“ durch eine trägerneutrale Stelle ist ein Beitrag zur Stärkung der Bereitschaft und Fähigkeit zur Übernahme häuslicher Pflege.

#### **4.2.2 Die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind auf den Prüfstand zu stellen.**

Das Pflegegeld ist eine Leistungsform der Pflegeversicherung mit dem Ziel der Sicherstellung der Pflege. Es ist Aufgabe des Sozialversicherungssystems Pflegeversicherung, die Erreichung dieses Ziels zu kontrollieren. Da sich die in § 37 Abs. 3 SGB XI vorgesehene Form der Einsätze durch ambulante Pflegedienste nicht als wirksam erwiesen hat, besteht Veränderungsbedarf. Es gilt sicherzustellen, dass auf die Erfassung von Defiziten und Handlungsbedarfen verbindlich die Initiierung von erforderlichen Maßnahmen folgt. Vorgefundene Fälle nicht gewährleisteter Pflege werden bisher durch die Pflegedienste aus Rücksicht auf die „Wirkung am Markt“ viel zu selten den Pflegekassen gemeldet. Es ist zu überlegen, diese Form der Qualitätssicherung den Ländern bzw. Kommunen zu übertragen, so dass zum Beispiel der Öffentliche Gesundheitsdienst die Einsätze übernehmen könnte.

#### **4.3 Die soziale Sicherung der Hauptpflegepersonen ist auszubauen.**

##### **4.3.1 Kurzzeitige Arbeitsverhinderung ist zu bezahlen.**

Besonders in den Fällen, in denen plötzlich ein Pflegebedarf in der Familie auftritt, wie beispielsweise nach einem Krankenhausaufenthalt, stehen berufstätige Familienmitglieder häufig vor der Situation, kurzfristig die Pflege des Angehörigen organisieren zu müssen. Die Möglichkeit, die im Pflegezeitgesetz vorgesehene Freistellung von bis zu 10 Tagen in Anspruch nehmen zu können, trägt wesentlich dazu bei, die Situation für die Angehörigen zu erleichtern. Eine Lohnersatzleistung im Sinne eines Pflegeunterstützungsgeldes für den Zeitraum von bis zu 10 Tagen ist in das SGB XI aufzunehmen, denn nicht jeder Angehörige kann sich unbezahlte freie Tage finanziell leisten. Die Pflege der älteren Generation muss genauso viel Wert sein wie die Pflege kranker Kinder.

Zu prüfen ist die Einführung eines gesonderten Freistellungsanspruches für die Begleitung eines sterbenden nahen Angehörigen.

### **4.3.2 Eine bessere Absicherung während der Inanspruchnahme von Pflegezeit ist zu prüfen.**

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Familienpflegezeit ist unzureichend. Notwendig ist, die Regelungen zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit unter folgenden Gesichtspunkten weiter zu entwickeln:

- die Vereinbarkeit von Familie, Sorgearbeit, Pflege und Beruf weiter zu verbessern und dabei auf eine geschlechtergerechte Ausgestaltung zu achten;
- den bestehenden Rechtsanspruch auf kurzzeitige Arbeitsverhinderung bis zu 10 Tage nach § 2 PflegeZG mit einer Lohnersatzleistung – z.B. analog des Kinderkrankengeldes – auszustatten;
- die Weiterentwicklung des Rechtsanspruches auf Freistellung bis zu sechs Monaten nach §§ 3, 4 PflegeZG zu einem zeitlich flexiblen Freistellungsanspruch mit Lohnersatz zu prüfen;
- auch für Angehörige, die einen sterbenden Menschen in seiner letzten Lebensphase begleiten, ist für einen begrenzten Zeitraum die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Freistellungsanspruches mit Lohnersatzleistung zu prüfen;
- den Begriff „nahe Angehörige“ im Pflegezeitgesetz zeitgemäß weiterzuentwickeln und stärker als bisher zu berücksichtigen, dass die Zahl der pflegebedürftigen Alleinstehenden zunimmt und auch Freunde und Nachbarn Verantwortung für Sorgearbeit und Pflege im häuslichen Bereich übernehmen.

### **4.4 Ehrenamtliches Engagement ist zu stärken.**

#### **4.4.1 Die durch §§ 45c und 45d SGB XI eröffneten Möglichkeiten sind beizubehalten.**

Die strukturelle Unterstützung des Auf- und Ausbaus von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie die Förderung ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe müssen fortbestehen. Sinnvoll wäre eine Öffnung der Modellklausel auch für Angebote für Menschen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

Mit Hilfe der gemeinsamen Finanzierung des Auf- und Ausbaus niedrigschwelliger Betreuungsangebote von Pflegekassen auf der einen Seite und Ländern und Kommunen auf der anderen Seite ist in verhältnismäßig kurzer Zeit eine Vielzahl von bürgerschaftlich verankerten Hilfen entstanden. Dort erbringen ehrenamtliche Kräfte, die professionell auf ihre Aufgabe vorbereitet und in ihr begleitet werden, wertvolle Unterstützung der Angehörigen bei Anleitung und Beaufsichtigung von Pflegebedürftigen. Flächendeckend ist das entstandene Angebot allerdings noch nicht. Um die wichtige Ergänzung der professionellen Pflege weiterzuentwickeln, ist auch in Zukunft eine gemeinsame infrastrukturelle Förderung durch Gebietskörperschaften und Pflegekassen sinnvoll. Die gemeinsame Erprobung neuer Versor-



gungskonzepte und -strukturen ist bisher insbesondere auf die Zielgruppe der pflegebedürftigen Menschen mit Demenzerkrankungen ausgerichtet. Eine Öffnung dahingehend, dass über diese Zielgruppe hinausgehend modellhaft regionale Projekte erprobt werden können, sollte erfolgen.

Im Bereich der Selbsthilfeförderung ist darauf zu achten, dass Selbsthilfegruppen und -projekte nicht zwischen den Fördermöglichkeiten für gesundheitliche Selbsthilfe nach SGB V und für pflegerische Selbsthilfe nach SGB XI hin- und hergeschickt werden. Sinnvoll ist eine Koordinierung auf örtlicher Ebene.

#### **4.4.2 Es bedarf einer Klarstellung, dass Pflegekurse auch von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer in niedrigschwelligen Angeboten in Anspruch genommen werden können.**

Nach § 45 SGB XI richten sich Pflegekurse auch schon heute nicht nur an die pflegenden Angehörigen, sondern auch an die an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierten Personen. Insbesondere die Formulierung in § 45 Satz 2 „Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln“ enthält eine Engführung auf Pflege im Sinne der Verrichtungen. Erforderlich ist eine Klarstellung dahingehend, dass Pflegekurse auch auf eine ehrenamtliche Tätigkeit im Bereich der Betreuung und Alltagsbegleitung pflegebedürftiger Personen vorbereiten sollen. Damit würde die Finanzierung der Schulung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer für niedrigschwellige Angebote aus dem Leistungshaushalt der Pflegeversicherung erfolgen.

### **5. Die Zusammenarbeit mit anderen Pflegeakteuren ist zu stärken.**

Pflege ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die nur im Zusammenwirken aller beteiligten Akteure bewältigt werden kann. Sie geht konzeptionell und finanziell weit über die Leistungen hinaus, die von der Pflegeversicherung angeboten werden können. Kommunale Hilfen und Leistungen der Pflegeversicherung können und müssen viel besser als bisher miteinander verbunden werden. Pflegestützpunkte und Pflegeberatung sind wichtige Ansätze, um die Lebenssituation der betroffenen Menschen zu begreifen und ihnen umfassend zu helfen. Sie sind ein wesentlicher Bestandteil des örtlichen Beratungssettings. Ihre Einführung erfolgte aus der richtigen Überzeugung, dass Pflegebedürftige mehr brauchen als die formalisierten Leistungen der Pflegeversicherung und dass daher die Pflegeversicherung eingebunden werden muss in ein umfassendes, sozialräumliches System der Begleitung und Unterstützung der pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen.

#### **5.1 Die Beteiligung der Krankenkassen an der Finanzierung von Pflegestützpunkten ist zu erleichtern.**

Die Finanzierung der Pflegeberatung und des Betriebs der Pflegestützpunkte erfolgt durch die Pflege- und Krankenkassen jeweils zur Hälfte. Die finanzielle Beteiligung der Kranken-

kassen über eine Absenkung der Verwaltungskostenpauschale kann dazu führen, dass der Auf- und Ausbau von Pflegestützpunkten erschwert wird. Auch wenn es für richtig erachtet wird, dass die Krankenkassen sich auch künftig an der Finanzierung beteiligen, sollten die Finanzierungsregelungen überprüft werden. Die Evaluation der Pflegeberatung, die bis zum 30. Juni 2011 abgeschlossen sein wird, sollte Aufschluss darüber geben, ob der Finanzierungsanteil der Krankenkassen im bisherigen Umfang noch gerechtfertigt ist. Eine Reduzierung der pauschalen Absenkung der Verwaltungskostenpauschale könnte positive Anreize setzen, die Finanzierungsbeteiligung der Krankenkassen zu erleichtern.

## **5.2 Die Anschubfinanzierung für den Aufbau der Pflegestützpunkte ist zu verlängern.**

Die Errichtung der Pflegestützpunkte in den Ländern ist ein Prozess, der aufgrund länderspezifischer Gegebenheiten zu unterschiedlichen Zeitpunkten gestartet wurde und teilweise noch nicht vollständig abgeschlossen ist. Die gesetzlich vorgesehene Anschubfinanzierung für den Aufbau der Pflegestützpunkte kann ausschließlich bis zum 30. Juni 2011 beantragt werden. Die Frist wird dazu führen, dass von den Trägern der Pflegestützpunkte die Mittel der Anschubfinanzierung in Höhe von insgesamt 60 Millionen Euro zum Großteil nicht mehr abgerufen werden können, obwohl noch Aufwendungen entstehen. Die Frist ist bis zum 31. Dezember 2012 zu verlängern, damit der weitere Aufbau der Pflegestützpunkte durch den Wegfall der Zuschüsse nicht gefährdet wird.