

---

# Sozialpolitischer Antrag Nr. 3 des Präsidiums und des Bundesvorstands

zum Thema  
**Pflege**

## 19. Ordentlicher Bundesverbandstag

Empfehlung der Sozialpolitischen Kommission:

**Annahme**

## Inhalt

1.	Zur Ausgangssituation.....	3
2.	Forderungen des Sozialverbands VdK Deutschland .....	4
2.1.	Finanzierung reformieren.....	5
2.1.1.	Eine Pflegeversicherung für alle .....	5
2.1.2.	Pflegevollversicherung im Blick.....	6
2.1.3.	Fehlende Anpassung der Pflegeleistungen an den Kaufkraftverlust .....	6
2.1.4.	Demografiereserve.....	7
2.1.5.	Private Zusatzvorsorge mit Augenmaß .....	7
2.2.	Stärkung der häuslichen Pflege .....	8
2.2.1.	Pflegende Angehörige stärken und wertschätzen .....	8
2.2.2.	Pflegeberatung unabhängig gestalten .....	10
2.2.3.	Einheitliches Budget schaffen .....	11
2.2.4.	Live-In-Modelle rechtssicher ausgestalten .....	12
2.3.	Versorgungsstrukturen reformieren .....	12
2.3.1.	Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff leben.....	12
2.3.2.	Kurzzeitpflege mit Anspruch auf häusliche Anschlussversorgung.....	13
2.3.3.	Tagespflege mit Rechtsanspruch .....	15
2.3.4.	Stationäre Versorgung modernisieren.....	16
2.3.5.	Die neuen Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege .....	17
2.3.6.	Heimkosten auf den Prüfstand stellen .....	18
2.3.7.	Gewinnmaximierung in der Pflege begrenzen .....	19
2.3.8.	Palliative Angebote und Begleitung flächendeckend ausbauen.....	20
2.3.9.	Digitalisierung angehen.....	20
2.4.	Sozialrecht reformieren.....	21
2.4.1.	Ambulant, stationär und teilstationär war gestern .....	21
2.4.2.	Behandlungspflege sektorengerecht finanzieren.....	21
2.4.3.	Rehabilitation und Prävention neu ausgestalten .....	22
2.4.4.	Kommunale Verantwortung stärken.....	23
2.4.5.	Mitbestimmung in der Pflege.....	24

## 1. Zur Ausgangssituation

Die Einführung der Pflegeversicherung darf zurecht als eine Erfolgsgeschichte gesehen werden. Die fünfte und jüngste Säule der Sozialversicherung wurde geschaffen, um ein Versorgungsnetz im Falle des Eintritts einer Pflegebedürftigkeit zu knüpfen. Anerkannt pflegebedürftigen Personen werden seit dem 1. April 1995 Leistungen der Pflegeversicherung gewährt. Um seine Zukunftsfähigkeit und Akzeptanz zu erhalten, hat das Elfte Sozialgesetzbuch bereits unzählige kleinere wie größere Reformen erlebt.<sup>1</sup>

Unter anderem wurde die Pflegeinfrastruktur ausgebaut und die Zahl der auf Hilfe zur Pflege angewiesenen Menschen reduziert. Letzteres war eines der Hauptanliegen der Pflegeversicherung. Zudem wurde auch die Privatisierung des Pflegemarktes vorangetrieben, die Pflegequalität erhöht sowie eine Vielzahl an Unterstützungsmöglichkeiten geschaffen. Eine der weitgehenden Pflegereformen beseitigte auch einen Geburtsfehler der Pflegeversicherung. Psychisch und kognitiv beeinträchtigte Menschen erhalten seitdem leichter einen Anspruch auf Pflegeversicherungsleistungen. Pflegebedürftigkeit gilt heute als ein allgemeines Lebensrisiko, das sich mit zunehmendem Lebensalter erhöht.

Doch nach fast 30 Jahren wird die Pflegeversicherung ihrem ursprünglichen Ziel, der Vermeidung von Armut durch Pflege, immer weniger gerecht. Die Ausgaben der Hilfe zur Pflege-Empfänger steigen kontinuierlich. Der größte prozentuale Anstieg der Sozialhilfe besteht bei der Hilfe zur Pflege, die im Jahr 2021 um zehn Prozent zum Vorjahr auf 4,7 Milliarden Euro angestiegen ist. Die meisten Bezieher sind in der stationären Versorgung zu finden. Im ambulanten Bereich ist die Zahl wesentlich geringer. Das liegt daran, dass viele Betroffene gar keinen Antrag auf Hilfe zur Pflege stellen. Die steigenden Pflegekosten, und damit auch steigenden Zuzahlungen, werden hier durch eine geringere Inanspruchnahme von Pflegeleistungen oder Sparmaßnahmen in der Alltagsgestaltung und Eigenversorgung kompensiert. Es existiert also eine hohe Dunkelziffer von Anspruchsberechtigten in der häuslichen Versorgung.

Zudem wird der demografische Wandel zu einer Belastungsprobe für die Pflegeversicherung. Waren bei Einführung der Pflegeversicherung etwa eine Millionen Menschen anerkannt pflegebedürftig, sind es Ende des Jahres 2021 bereits 4,6 Millionen. Im Jahr 2030 ist mit Eintritt der Babyboomer in das Alter mit der höchsten Pflegebedürftigkeit mit annähernd sechs Millionen Betroffenen zu rechnen.<sup>2</sup>

Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung stiegen seit der Einführung bis zum Jahr 2021 von 4,97 auf 53,85 Milliarden Euro. Weitere Ausgaben der Sozialhilfe zur Pflege, der privaten Pflege(zusatz)versicherung sowie private Ausgaben für die Pflege sind hierbei nicht berücksichtigt. Die Einnahmen erhöhten sich in demselben Zeitraum von 8,41 auf 52,5 Milliarden Euro.

Von den aktuell 4,6 Millionen Pflegebedürftigen ist etwa ein Drittel hochbetagt und zu 62 Prozent weiblichen Geschlechts. Rund vier von fünf Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, zum überwiegenden Teil von Angehörigen. Nach einer Hochrechnung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin (DIW Berlin) sind 5,3 Millionen sorgende und pflegende Angehörige. Davon pflegen 2,2 Millionen mehr als zehn Stunden wöchentlich.<sup>3</sup> Rund 2,5 Millionen Menschen sind berufstätige pflegende Angehörige.<sup>4</sup> Eine stationäre Heimversorgung findet nur bei 0,82 Millionen statt.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Bäcker, G. (2021): Dauerbaustelle Sozialstaat - im Jahr 2020: Chronologie gesetzlicher Neuregelungen 1998 bis 2020; Publikationsreihe des IAQ Forschung Uni Duisburg, Essen

<sup>2</sup> Eigene Berechnungen auf der Grundlage der Daten des gbe-bund.de zu Pflegebedürftige (Anzahl und Quote), Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht

<sup>3</sup> Geyer J et al. (Hrsg.) (2022): DIW Studie im Auftrag des VdK: Verteilungswirkung von finanziellen Unterstützungsmodellen für pflegende Angehörige, veröffentlichtes Manuskript

<sup>4</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (14.05.2020): Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/akuthilfe-fuer-pflegende-angehoerige-beschlossen-155552>; abgerufen am 25.10.2021

<sup>5</sup> Destatis (2020) Pflegestatistik: Pressemitteilung Nr. 507 vom 15.12.2020

## 2. Forderungen des Sozialverbands VdK Deutschland

Die Problemanzeigen in der Pflegeversicherung mehren sich: Die gesicherte Refinanzierung der Pflegeversicherung im Umlagesystem ist nicht mehr gegeben. Die Pflegeinfrastruktur mangelt in großen Teilen, so sind beispielsweise nicht genügend Tagespflegeplätze oder ambulante Pflegedienste verfügbar. Es häufen sich die Klagen, dass Pflegeversicherungsleistungen „verfallen“, da die Angebote fehlen. Das Renditestreben der Pflegeunternehmen ist ungebremst und Private Equities vergrößern ihre Marktanteile. Weiterhin ist die fehlende Transparenz für den Pflegebedürftigen im Bereich der Kosten eines stationären Pflegeplatzes, des qualifizierten Personaleinsatzes, aber auch im ambulanten Bereich durch die Moduleinsätze eklatant und nicht behoben. Es fehlt ein staatliches Durchgriffsrecht sowohl bei attestierten Pflegemängeln als auch ein einheitliches Handeln bei Verdachtsfällen von Vernachlässigung von auf Pflege und Hilfe angewiesenen Menschen. Kommunen investieren nur in Einzelfällen in ihre Pflegeinfrastruktur vor Ort. Es gibt kaum Angebote für jüngere pflegebedürftige Menschen oder Nachtpflegen. Niedrigschwellige Betreuungsangebote fehlen und die Pflegeberatung ist vielfach nicht neutral und versagt in Hinblick auf eine sozialraum- und teilhabeorientierte Ausrichtung.

Mit der Zahl der Pflegebedürftigen wächst der Bedarf an professionellem Pflege- und Betreuungspersonal. Waren im Jahr 2001 in der ambulanten und stationären Langzeitpflege 665.000 Personen tätig, waren es im Jahr 2019 schon 1,2 Millionen.<sup>6</sup> Gerade in der Altenpflege klafft eine große Lücke an unbesetzten Stellen. Auf 12.300 offene Stellen für Fachkräfte kommen derzeit rund 3.400 arbeitslose Pflegefachkräfte.<sup>7</sup> Aber auch in weiteren Versorgungsbereichen ist der Bedarf an Fachkräften ungebrochen, wie in Krankenhäusern aufgrund der eingeführten Personalmindestgrenzen, in Rehabilitationseinrichtungen oder im Bereich der Eingliederungshilfe.

Attestiert werden kann, dass sich in Bezug auf die Leistungsgewährung, der Leistungsausgestaltung sowie Refinanzierung ein erheblicher Reformstau ergeben hat. Es ist höchste Zeit neu zu denken und anders zu handeln.

Der Sozialverband VdK Deutschland (VdK) mahnt dringend eine tiefgreifende Reform der Pflegeversicherung an, die

- das Problem der Balance zwischen Einnahmen- und Ausgabenentwicklung angeht;
- die private und die soziale Pflegeversicherung vereint;
- die Pflegeversicherungsleistungen regelhaft dynamisiert und versicherungsfremde Leistungen sachgerecht auslagert oder steuerfinanziert refinanziert;
- einen Paradigmenwechsel in der direkten Pflege hervorbringt und den Pflegebedürftigen in seiner Position stärkt;
- die Angehörigenpflege stärkt und die häusliche Pflege attraktiver ausgestaltet;
- eine zukunftsfähige Pflegeinfrastruktur schafft und Fehlanreize beseitigt;
- die Kommunen aktiviert und sie befähigt sich für die pflegerische Infrastruktur einzusetzen;
- den Heimsektor reformiert und die Sektorengrenzen abbaut;
- das Wunsch- und Wahlrecht des Pflegebedürftigen hinsichtlich seiner pflegerischen Versorgung als oberste Prämisse achtet.

Im Folgenden werden die Positionen des VdK ausführlich erläutert.

<sup>6</sup> Destatis: Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten: <https://tinyurl.com/k6twy9xc>; abgerufen am: 03.11.2021

<sup>7</sup> Deutsche Presseagentur (2021): Pflegenotstand trotz Lohnplus; Pressemeldung vom 20.07.2021

## 2.1. Finanzierung reformieren

### 2.1.1. Eine Pflegeversicherung für alle

Im Jahr 2020 waren etwas über 73 Millionen Menschen in der sozialen Pflegeversicherung versichert (260.000 mehr als im Jahr 2019). Davon sind 4,3 Millionen Menschen gleichzeitig auch Leistungsempfänger der Pflegeversicherung. Nach Berechnungen des GKV-Spitzenverbands wurde das Jahr 2021 mit einem Defizit von 1,35 Milliarden Euro abgeschlossen und für das Jahr 2022 wird mit einem Minus von 2,5 Milliarden gerechnet. Um das Defizit auszugleichen, wurde im Jahr 2022 der Pflegeversicherung erstmals ein Darlehen vom Bundesamt für Soziale Sicherung gewährt. Weiterhin benötigt die Pflegeversicherung einen Steuerzuschuss, um eine Beitragssatzerhöhung zu vermeiden. Dieser Zuschuss wird auch für die Zukunft notwendig werden, denn die kostenintensive Pflegegesetzgebung der Großen Koalition wird erst in den nächsten Jahren ihre Finanzwirkung entfalten. Deshalb ist eine Reform der Pflegeversicherung unumgänglich. Nicht nur muss die Einnahmenbasis verbreitert werden, sondern es muss die Frage gestellt werden, ob Trennung von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung noch gesellschaftlich akzeptabel ist.

Die größte Aufgabe ist es, die Pflegeversicherung generationengerecht, solidarisch und nachhaltig auszugestalten. Die Dualität von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung ist ungerecht und entbehrt in der Pflegeversicherung auch jeder Begründung. Anders als in der Krankenversicherung sind die Leistungen der Pflegeversicherung für privat und gesetzlich Versicherte nämlich identisch. Auf der Leistungsseite gilt also längst eine einheitliche Pflegeversicherung. Es ist daher an der Zeit, sie auch auf der Finanzierungsseite zu vollenden. Ein Gutachten des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen zeigt eindeutig, dass die Einführung einer einheitlichen Pflegeversicherung einen positiven Effekt auf die Einnahmen hat. Bei Einführung einer einheitlichen Pflegeversicherung mit verbreiteter Einnahmenbasis kann der Beitragssatz gegenüber heute um 0,58 Prozentpunkte gesenkt werden und mit vollständiger Aufgabe der Beitragsbemessungsgrenze sogar um 0,77 Prozentpunkte.<sup>8</sup> Die Einbeziehung der heute Privatversicherten wirkt in der Pflegeversicherung aufgrund des niedrigeren Morbiditätsrisikos stärker als in der Krankenversicherung. Aber auch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und die Einbeziehung aller Einkunftsarten haben eine wesentliche Effektstärke.

**Die Schaffung einer einheitlichen Pflegeversicherung ist für den VdK das Ziel. Diese kann schnell eingeführt werden, da sich auf der Leistungsseite nichts verändern muss. In diese müssen sich alle Bürger versichern, auch Beamte, Abgeordnete und Selbstständige. Alle Einkunftsarten wie Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte werden in die Beitragsrechnung mit einbezogen. Für Bezieher von kleinen und mittleren Einkommen werden Freibeträge eingeräumt. Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung (West) angehoben. Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung werden weiterhin paritätisch finanziert. Der erhöhte Beitragssatz für kinderlose Versicherte bleibt in der einheitlichen Pflegeversicherung bestehen. Ein Steuerzuschuss zur Pflegeversicherung ist in der Höhe der versicherungsfremden Leistungen, wie beispielsweise die Rentenbeitragszahlung von pflegenden Angehörigen, solange notwendig, solange die Pflegeversicherung diese noch trägt.**

<sup>8</sup> Rothgang, H.; Domhoff, D. (2021): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“, Gutachten im Auftrag für die Bundestagsfraktion DIE LINKE

### 2.1.2. Pflegevollversicherung im Blick

Ziel der Pflegeversicherung war, dass die „(...) überwiegende (...) Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“.<sup>9</sup> Dieser Bestimmung, wie sie damals in der Gesetzesbegründung zur Pflegeversicherung zu lesen war, ist man weiter entfernt als je zuvor. Etwa jeder dritte Heimbewohner ist derzeit im Bezug der Hilfe zur Pflege. Im ambulanten Bereich reagieren die Betroffenen mit Leistungseinschränkung. Grund sind die steigenden Kosten und die Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Zuschussversicherung.<sup>10</sup> Sie deckt also nur einen Teil der Pflegekosten ab und diese Abdeckung fällt prozentual gesehen immer geringer aus. Die Kosten für die Einführung einer Pflegevollversicherung zur Übernahme aller pflegebedingte Kosten würden bei der Verbreiterung der Versicherungspflicht und -grenzen moderat ausfallen. Gesetzlich Versicherte müssten durchschnittlich circa 65 Euro im Jahr mehr bezahlen. Im Vergleich zu heute würde der Mehrbetrag für Arbeitgeber durchschnittlich 25 Euro im Jahr betragen. Der Beitragssatz fiel nahezu identisch aus, auch langfristig.<sup>11</sup>

**Der VdK fordert deshalb den Umbau der Pflegeversicherung hin zu einer Vollversicherung für alle pflegebedingten Kosten. Nur so können die steigenden Anteile der Pflegekosten abgefangen werden. Die Pflegeversicherung muss wieder das Ziel erreichen, die Armut Pflegebedürftiger oder auch eine Unterversorgung zu Hause lebender Pflegebedürftiger zu verhindern.**

### 2.1.3. Fehlende Anpassung der Pflegeleistungen an den Kaufkraftverlust

Die gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung werden seit ihrem Bestehen nicht ausreichend an die Preis- und Lohnentwicklung angepasst. Diese Entwicklung führt aufgrund steigender Pflegekosten zu einem Realwertverlust. Derzeit sieht das Gesetz vor, dass alle drei Jahre eine Berichterstattung erfolgen muss, bei der der Kaufkraftverlust der Pflegeversicherungsleistungen evaluiert wird (Orientierungswert: kumulierte Preisentwicklung). Im letzten Bericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2020 wurde retrospektiv für die Jahre 2017 bis 2019 eine Anhebung von insgesamt fünf Prozent als angemessen erachtet.<sup>12</sup> Jedoch wurden im Zuge der Pflegegesetzgebung im Jahr 2021 weder der Entlastungsbetrag, die stationären Leistungsbeträge, der Tagespflegesatz und die Verhinderungspflege noch das Pflegegeld gemäß der Empfehlung angehoben. Der neue Berichtszeitraum (2020-2022) hat schon begonnen und die nächste Berichtsempfehlung muss im Jahr 2023 erfolgen. Sollte hier wiederum auch von fünf Prozent Inflation über drei Jahre ausgegangen werden, müssten die Leistungen dann um zehn Prozent angehoben werden. Die Erfahrung zeigt aber, dass ausgebliebene Leistungserhöhungen nicht nachgeholt werden. Die Kosten in der Pflege steigen also weiter – auch aufgrund der Pflegegesetzgebung und der veranlassten Orientierung an der tariflichen Bezahlung in der Pflege. Da die Pflege ein personalintensiver Sektor ist, stellt jede Lohnerhöhung auch die Refinanzierungsfrage. Wenn die Pflegeversicherung keine Anhebung der Leistungssätze vorsieht, bezahlen die Betroffenen diese Erhöhung

<sup>9</sup> BT-Drucks. 12/5262: Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)

<sup>10</sup> Der Begriff der Teilkaskoversicherung ist nicht richtig, weil bei der Teilkaskoversicherung der Betroffene einen festen Anteil zahlt und die Versicherung den dynamischen Restbetrag übernimmt. Dem ist in der Pflege nicht so, die Versicherung übernimmt hier den festen Anteil und der Versicherte den dynamischen Restbetrag.

<sup>11</sup> Rothgang, H.; Domhoff, D. (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitragssatz- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung. Working Paper der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung. Nr. 150

<sup>12</sup> BT-Drucks. 19/25283 (09.12.2020): Unterrichtung der Bundesregierung, Bericht der Bundesregierung über die Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung

regulär aus eigener Tasche. Somit erhalten die Betroffenen immer weniger Pflege bei gleichbleibender Pflegeversicherungsleistung.

**Der VdK sieht es als unumgänglich an, dass die Bundesregierung nach der Überprüfung und Berichtslegung des Kaufkraftverlustes eine automatische Dynamisierung vornimmt. Diese darf nicht mehr dem Wohl und Wehe der jeweiligen regierenden Koalitionspartner überlassen werden. Hier wird auf Kosten der vulnerabelsten Gruppe gespart. Zudem müssen rückwirkend die entgangenen Dynamisierungsrunden nachgeholt werden. Höchststrichterlich ist zu prüfen, ob sich aus der Berichtslegung der Bundesregierung nicht doch ein Handlungsvollzug hinsichtlich der Anhebung der Pflegeleistungen ergibt.**

#### 2.1.4. Demografiereserve

Im Jahr 2015 wurde im Rahmen des ersten Pflegestärkungsgesetzes eine kollektiv-ergänzende Kapitaldeckung als Demografiereserve in Form eines Pflegevorsorgefonds eingeführt. 0,1 Prozentpunkte der Pflegeversicherung, momentan 1,4 Milliarden Euro jährlich<sup>13</sup>, fließen in einen von der Deutschen Bundesbank verwalteten Fonds, der zur Sicherung der Beitragssatzstabilität der sozialen Pflegeversicherung ab dem Jahr 2035 dienen soll. Derzeit beträgt der Sparbetrag 9,9 Milliarden Euro.

Mit den angesparten Mitteln soll der zu erwartende Ausgabenanstieg finanziert werden, der sich ergibt, wenn die sogenannten Babyboomer pflegebedürftig werden. Doch dieser Kapitalstock trägt nicht und hat entscheidende Denkfehler. Die Rücklage auf Zeit wird entspart, wenn die Demografie am stärksten auf die Pflegeversicherung wirkt. Ab dem Jahr 2060 würde wieder eine Entspannung eintreten. Dann ist die Reserve aufgebraucht und man könnte meinen, dass folglich der Pflegeversicherungsbeitrag wieder stabil wird oder sogar absinkt. Dies wird jedoch nicht eintreten, da die Zahl der Beitragszahler sinkt. Der Pflegeversicherungsbeitrag bleibt also auf einem hohen Niveau und nach der Aufzehrung der Reserve wird er nochmals sprunghaft ansteigen. Die Demografiereserve ist also nur scheinbar generationengerecht. Zwischen dem Jahr 2017 und 2019 erzielte der Fonds zudem Negativzinsen. Über seine bisherige Laufzeit hinweg liegt die Rendite bei 2,9 Prozent.<sup>14</sup>

**Bei der derzeitigen Sparquote ist der notwendige Kapitalstock nicht zu erreichen und das gesamte Konzept ist dadurch fragwürdig. Der VdK fordert deshalb die Auflösung der Demografiereserve. Die freiwerdenden Mittel sind in den nächsten Jahren für eine regelhafte Dynamisierung zu verwenden. Der Generationenvertrag wird durch die Demografiereserve nicht gesichert und somit ist die Reserve solidarisch ungerecht.**

#### 2.1.5. Private Zusatzvorsorge mit Augenmaß

Das Angebot von privaten Pflegezusatzversicherungen oder die Diskussion um eine betriebliche Pflegeversicherung sind ein Zeichen für die mangelnde Absicherung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit. Die Versorgungslücken in Hinblick auf die pflegebedingten Kosten schätzte die Verbraucherzentrale zwischen 740 bis 2.320 Euro pro Monat – ausgehend vom Leistungsgeschehen im Jahr 2013.<sup>15</sup> Um diese Finanzierungslücke zu schließen, setzte die Bundesregierung einen Anreiz zur privaten Vorsorge und fördert mit einem festen Zuschuss den sogenannten Pflege-Bahr als Pfl egetagegeldversicherung, Pflege-

---

<sup>13</sup> BT-Drucks. 19/6183: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP; Zukünftige Finanzierung der Pflege

<sup>14</sup> BT-Drsuck. 19/31676: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP; Pflegevorsorgefonds

<sup>15</sup> Stiftung Warentest (Hrsg.): Zeitschrift Finanztest 5/2013: Geld für die Pflege, Gesetzliche Pflegeversicherung, Geld von der Pflegekasse reicht nicht aus. S. 66-77

kostenversicherung oder Pflege Rentenversicherung. Das hat sich allerdings nicht bewährt. „Die Beiträge steigen, ohne dass sich die Leistungen erhöhen. Beim Pflege-Bahr können die Prämien im Prinzip grenzenlos steigen, falls unerwartet hohe Ausgabenzuwächse eintreten.“<sup>16</sup> Zudem kann es zu weiteren Finanzierungslücken kommen, weil sich das Leistungsgeschehen durch Reformen weiter verändern wird, die über eine private Pflegeversicherung so nicht versicherbar sind und es auch in Zukunft nicht werden.

**Der VdK sieht es als dringend geboten an, dass bei der Einführung einer zusätzlichen betrieblichen Pflegeversicherung vorrangig der Niedriglohnsektor fokussiert wird. Der Pflege-Bahr ist einzustellen und nur noch als Besitzstandsschutz zu gewähren. Zukünftige Modelle der zusätzlichen Absicherung des Pflegerisikos sind einkommensabhängig zu staffeln. Eine beitragsfreie Mitversicherung nicht-erwerbstätiger Angehöriger ist zu gewähren, ohne Berücksichtigung individueller Risikofaktoren. Zukünftige Pflegereformen dürfen nicht das Ziel der Schaffung einer Pflegevollversicherung für pflegebedingte Kosten gefährden.**

## 2.2. Stärkung der häuslichen Pflege

### 2.2.1. Pflegende Angehörige stärken und wertschätzen

3,31 Millionen Menschen werden derzeit zu Hause gepflegt.<sup>17</sup> Davon beziehen 2,3 Millionen Betroffene nur Pflegegeld und werden von Angehörigen, Freunden, Nachbarn und Bekannten versorgt. Etwas weniger als eine Million erhält Unterstützung von einem ambulanten Dienstleister mitunter neben der Unterstützung durch Angehörige.<sup>18</sup> Die Gruppe der pflegenden An- und Zugehörigen ist das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Allerdings ist unklar, wie groß diese Gruppe ist. 930.000 Pflegepersonen waren im Jahr 2018 als Pflegende in der Rentenversicherung registriert<sup>19</sup>, aber Schätzungen gehen von bis zu 4,7 Millionen sorgenden und pflegenden Angehörigen aus.<sup>20</sup> Eine Statistik zur Erfassung der Anzahl der pflegenden Angehörigen existiert nicht. Das beruht auf dem Umstand, dass der pflegende Angehörige als Pflegeperson nicht genau definiert ist. Er ist nach dem SGB XI derjenige, der nicht erwerbsmäßig pflegt. Hier leistet sich die Sozialgesetzgebung eine entscheidende Regulierungslücke und die Sozialpolitik eine eklatante Wissenslücke.

Pflegende Angehörige sind durch die Pflegesituation sehr oft körperlich wie psychisch beansprucht, vor allem wenn der Pflegebedürftige noch an einer Demenzerkrankung leidet oder bei pflegebedürftigen Kindern weitere oft lebensbedrohliche Erkrankungen dazukommen. Vereinbarkeitskonflikte zwischen Beruf, Familienarbeit und Pflege wirken zusätzlich erschwerend auf die Gesamtsituation. Pflegende haben einen schlechteren Gesundheitszustand in Bezug auf Depressionen, Rückenbeschwerden und

<sup>16</sup> Jacobs, K.; Rothgang, H. (2012): Der Pflege-Bahr: zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten in Zeitschrift; Ausgabe 05/2012, S. 49, 66. Jahrgang, Nomos Verlag

<sup>17</sup> Destatis (Hrsg.) (2020): Pressemitteilung Nr. 507 vom 15.12.2020

<sup>18</sup> Statistisches Bundesamt (2021): Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade: <https://tinyurl.com/24wptc4v>, abgerufen am: 03.11.2021

<sup>19</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2021): Siebter Pflegebericht. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berichtszeitraum: 2016-2019, Berlin

<sup>20</sup> Wetzstein, M. et al. (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: GBE Kompakt des Robert-Koch-Instituts, Ausgabe 3/2015, 6. Jahrgang

Schmerzen. 63 Prozent leiden selbst unter täglichen körperlichen Beschwerden und 59 Prozent vernachlässigen die eigene Gesundheit.<sup>21</sup> Arztbesuche werden wegen der häuslichen Belastung oft unterlassen. Fast jeder Zehnte gibt an, kurz davor zu stehen, die Pflege einzustellen.<sup>22</sup> Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass Pflegenden auch unter dem Gefühl von Ausgebranntsein, Wut, Trauer, Frustration leiden, was sich wiederum negativ auf den Pflegebedürftigen auswirken kann. Pflegenden Angehörigen ist deshalb ein Netz an Hilfen im Falle der Überforderung zu bieten. Auch entlastende Dienste und Angebote sowie Unterstützung und Begleitung während der Übernahme der Pflegeverantwortung sind dringend angezeigt. So wünschen sich, laut der VdK-Pflegestudie, 53 Prozent mehr Hilfe von einem Pflegedienst, 61 Prozent mehr Tages- und Nachtpflege, 84 Prozent mehr Verhinderungspflege, 72 Prozent mehr hauswirtschaftliche Unterstützung, 78 Prozent mehr Leistungen eines Betreuungsdienstes, wenn sie diese Leistungen schon kannten und in Anspruch nahmen.<sup>23</sup> Viele Modellprojekte, wie beispielsweise die Pflegebegleiter<sup>24</sup> oder das Entlastungsprogramm bei Demenz (EDe)<sup>25</sup> zeigen Erfolg, aber werden nicht in die Regelversorgung überführt. Oft springt die Zivilgesellschaft ein und verhilft den Modellen zur Verbreitung, aber dann nur regional begrenzt und oft eingeschränkter als vorgesehen. Pflegenden Angehörigen benötigen Solidarität, gesellschaftliche Unterstützung sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die eine gute Pflege zu Hause erst ermöglichen.

**Deshalb fordert der VdK eine Vielfalt von Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. Die Angehörigenpflege bedarf einer besseren rentenrechtlichen Anerkennung.<sup>26</sup> Erwerbstätige pflegende Angehörige brauchen einen ausreichend langen Anspruch auf Reduzierung und Unterbrechung der Erwerbsarbeit, gesichert durch ein Pflegegehalt.<sup>27</sup> Entlastungsleistungen müssen in einem Budget flexibilisiert werden, damit Angehörige selbst die Entscheidung treffen können. Pflegekurse sind jährlich anzubieten, bei denen auch eine Hilfsmittelberatung erfolgen muss. Es bedarf einer professionellen Begleitung über den Pflegeprozess hinweg, die Belastungsfaktoren erhebt und der Qualitätssicherung dient sowie als Türöffner zu regionalen Entlastungsangeboten fungiert. Fallbegleiter, sogenannte Case Manager, begleiten den Pflegehaushalt bei einer schwierigen Ausgangssituation für die Versorgung des Pflegebedürftigen und unterstützen bei der Organisation der Hilfen. Hauptpflegepersonen, die in einem Monat weder Kurzzeit- noch Verhinderungs- oder Tagespflege in Anspruch genommen haben, besitzen einen Anspruch auf einen pflegefreien Tag im Monat. Abgesichert durch die kommunale Hand muss hier keine Pflege und Betreuung erfolgen.**

**Ebenso haben die Kommunen und Städte ein Hilfeportal einzurichten, an das sich pflegende Angehörige in Notsituationen wenden können, beispielsweise wenn sie selbst kurzfristig ins Krankenhaus müssen, damit von dort aus die weitere Absicherung der häuslichen Pflege erfolgen kann. In jedem Bundesland ist nach dem Modell der „Pflege in Not“-Anlaufstelle oder des Alzheimer-Telefons eine telefonische wie digitale Anlaufstelle zu**

<sup>21</sup> Büscher, A. et al. (2021): VdK Pflegestudie – Häusliche Pflege zwischen Wunsch und Wirklichkeit; noch nicht veröffentlicht

<sup>22</sup> Rothgang, H.; Müller, R. (2018): Barmer Pflegereport 2018, Band 12, Barmer Ersatzkassen (Hrsg.), Sankt Augustin

<sup>23</sup> Büscher, A. et al. (2021): VdK Pflegestudie – Häusliche Pflege zwischen Wunsch und Wirklichkeit; noch nicht veröffentlicht

<sup>24</sup> Im Modell Pflegebegleiter haben 48 Prozent der Teilnehmer bestätigt, dass sich ihre Situation durch den Einsatz des Pflegebegleiters stabilisiert hat. Bubolz-Lutz, E.; Kricheldorf, C. (2011): Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 6, GKV (Hrsg.), Berlin

<sup>25</sup> Rothgang, H.; Müller, R. (Hrsg.): Barmer Pflegereport 2018, Band 12, Barmer Ersatzkassen (Hrsg.) Sankt Augustin

<sup>26</sup> Siehe auch Sozialpolitischer Antrag Nr. 2 zum Thema Alterssicherung.

<sup>27</sup> Siehe auch Sozialpolitischer Antrag Nr. 8 zum Thema Familien.

**schaffen, die bei herausfordernden Situationen mit dem Ziel des (präventiven) Gewaltschutzes berät. Gerade für jüngere pflegende Angehörige sind der Austausch und die Informationsweitergabe über soziale Plattformen maßgeblich. Außerdem setzt sich der VdK dafür ein, dass die Öffentlichkeit für Kinder und Jugendliche, die Angehörige pflegen, sensibilisiert wird. Ebenso muss die Situation der so genannten Young Carers verbessert werden. Es braucht dafür bessere Hilfe- und Unterstützungsangebote.**

**Der VdK steht zudem für eine Verantwortungsteilung von pflegenden Angehörigen, der Pflegekassen, den Kommunen, aber auch der professionellen Leistungserbringer und Nachbarschaftshilfen. Zudem braucht es eine valide Datengrundlage zur Anzahl der pflegenden Angehörigen in Deutschland.**

### 2.2.2. Pflegeberatung unabhängig gestalten

Pflegebedürftige Personen oder Antragssteller auf eine Pflegebedürftigkeit haben seit Anfang des Jahres 2009 einen Anspruch auf eine umfassende individuelle qualifizierte Pflegeberatung. Die Beratung umfasst alle für Pflegebedürftige relevanten Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote auf Bundes- und Landesebene. Davon zu trennen ist der verpflichtende Beratungsbesuch für reine Pflegegeldempfänger. Diese Pflegeberatung in der eigenen Häuslichkeit wird zu einem Großteil von zugelassenen Pflegediensten erbracht. Leider wird dieser Zugang in die Haushalte oft für eine leistungserschließende Beratung genutzt, das heißt Pflegedienste beraten nicht mehr unabhängig, sondern mit dem Ziel einen Versorgungsvertrag abzuschließen.

Pflegestützpunkte bieten, abhängig von der Trägerschaft, mitunter die gewünschte Neutralität und umfassende Beratungskompetenz. Dass Beratung wichtig ist, zeigt die VdK-Pflegestudie. Die Inanspruchnahme von Leistungen explodiert danach regelrecht. Wird beraten, steigt die Nutzung von Pflegeleistungen um ein Vielfaches. Bei der Tagespflege zum Beispiel von 17 auf 83 Prozent. Ohne Wegweisung durch die bürokratische Welt der Pflegeversicherungsgesetze gehen Versicherte verloren. 78 Prozent der pflegenden Angehörigen, die sich haben beraten lassen, fanden dies hilfreich. Bei Menschen mit Pflegebedarf ist die Zufriedenheit mit 76 Prozent ebenso groß.<sup>28</sup>

**Der VdK fordert, dass alle Angebote zur Pflegeberatung leistungserbringerneutral und unabhängig vom Pflegegrad und gewählten Versorgungssetting sein müssen. Zudem muss immer ein Zugang zu einer unabhängigen verbraucherorientierten Pflegerechtsberatung möglich sein. Die Beratungsstrukturen sind generell so auszugestalten, dass sie zugehend, niedrigschwellig, barrierefrei und sektorenübergreifend (Wohnen, Mobilität, Betreuung) sind und regionale Gegebenheiten berücksichtigen. Die Pflegestützpunkte sind weiterzuentwickeln sowohl qualitativ, also in Bezug auf die fachliche und personenbezogene Beratung, als auch quantitativ, hinsichtlich ihrer flächendeckenden Erreichbarkeit. Die bei wissenschaftlichen Untersuchungen<sup>29</sup> festgestellten Mängel sind im Sinne der Betroffenen sofort zu beheben und zu beseitigen. Das Ziel der Pflegeberatung ist, dass dem Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen zu seiner pflegerischen Versorgung entsprochen wird. Ebenso benötigt es für pflegende Angehörige einen eigenen Anspruch auf**

<sup>28</sup> Büscher, A. et al. (2021): VdK Pflegestudie – Häusliche Pflege zwischen Wunsch und Wirklichkeit;

<sup>29</sup> Rothgang, H. et al. (Hrsg.) (2016): Barmer GEK Pflegereport 2016, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42, Siegburg sowie GKV-Spitzenverband der Pflegekassen (Hrsg.) (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI, Zentrale Ergebnisse und ergänzende Anmerkungen des GKV-Spitzenverbands zum Evaluationsbericht des AGP Institut für angewandte Sozialforschung, Hans Weinberger-Akademie, TNS Infratest

**eine unabhängige Pflegeberatung und das schon vor Übernahme der Pflegeverantwortung. Die Pflegeberatungsstellen müssen in kommunaler Hand sein und verbindlich mit den Kranken- und Pflegekassen sowie den Sozialhilfeträgern zusammenarbeiten.**

### 2.2.3. Einheitliches Budget schaffen

Die Pflegeversicherungsleistungen, gerade bei häuslicher Pflege, werden immer unübersichtlicher. So ist die Anrechnungsformel beispielsweise von Verhinderungspflege auf Kurzzeitpflege oder die Einberechnung und Anspargung des Entlastungsbetrages und die Umwandlung von Teilen des ambulanten Sachleistungsbeitrages kompliziert und bürokratisch. Vielfach verlieren die Betroffenen den Überblick über noch offene Restbeträge und lassen aufgrund der Unverständlichkeit ihre Ansprüche ganz verfallen. Ein Budget, das konsequent Leistungen bündelt und zu einem Budget zusammenführt, kann hier Abhilfe schaffen. Schon in der 19. Legislaturperiode war die Umsetzung eines Entlastungsbudgets geplant, wurde aber nicht mehr angegangen.

Ein Problem besteht weiterhin darin, dass einige Pflegeleistungen nicht mehr an den Grad der Pflegebedürftigkeit gekoppelt sind. Beim Entlastungsbetrag oder der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sind über alle Pflegegrade hinweg die gleichen Beiträge vorgesehen. Das ist ein Problem, da die stationäre Versorgung, die beispielsweise bei der Kurzzeitpflege gegeben ist, für höhere Pflegegrade erheblich teurer ist als in einem niedrigen Pflegegrad. Somit können sich Personen in höheren Pflegegraden weniger Kurzzeitpflege leisten und müssen erheblich mehr Eigenmittel einbringen. Weiterhin besteht die Problematik, dass manche Entlastungsleistungen, wie der Entlastungsbetrag, gar nicht genutzt werden können, weil keine Angebote am Markt zu finden sind. Das führt regelhaft dazu, dass der Anspruch nicht realisiert werden kann und die Leistungen verfallen.

Derzeit ist das Problem, dass Pflegebedürftige und ihre Angehörige viele Leistungen erst gar nicht in Anspruch nehmen, da die Beantragung bei den zuständigen Trägern zu kompliziert und zu langwierig ist. Das beginnt schon damit, dass Betroffene nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen. Erhalten sie dann den Antrag, sind ihnen die Begriffe unbekannt und unklar. Bei manchen Feldern wissen Sie vielleicht gar nicht, wie diese auszufüllen sind. Eine Ausfüllhilfe gibt es nicht. Zusätzlich müssen eine Vielzahl von Dokumenten beschafft und eingereicht werden. Das schreckt die Betroffenen oftmals ab.

**Der VdK fordert, dass es eine Budgetlösung für die häusliche Pflege geben muss. Pflege-, Betreuungs- und hauswirtschaftliche Leistungen müssen zielführend zusammengefasst werden und sich von der Höhe am Grad der Pflegebedürftigkeit orientieren. Der Betroffene soll sich frei entscheiden können für zugelassene Dienstleistungen bei Pflege-, niedrigschwellige Dienstleistungen bei Betreuungs- und freie Anbieter bei hauswirtschaftlichem Hilfebedarf, um sich seine optimale Versorgung zusammenzustellen. Die Leistungen können von professionellen Anbietern wie Pflege- und Betreuungsdiensten, Hauswirtschaftsagenturen und Nachbarschaftshilfen erbracht werden. Sollte die pflegebedürftige Person komplexere Versorgungsnotwendigkeiten aufweisen oder mit der Organisation von Hilfen überfordert sein, kann ein Fallbegleiter mit der Ausbildung eines qualifizierten Case Managers bei der Zusammenstellung der Hilfen unterstützen. Die Budgetkontrolle darf aber nicht bei einem Pflegeleistungsanbieter liegen, wie es jetzt im Kleinen mit den Abtretungserklärungen geschieht, sondern muss beim Betroffenen oder dessen benanntem Vertreter verbleiben. Zudem sind in diesem Zuge auch weitreichende Entbürokratisierungsmaßnahmen für die Betroffenen anzugehen.**

### 2.2.4. Live-In-Modelle rechtssicher ausgestalten

Die sogenannte „24-Stunden-Pflege“ ist hierzulande das Dunkelfeld der häuslichen Betreuung pflegebedürftiger Menschen. Eine Hochrechnung, basierend auf einer Stichprobe, schätzt, dass in etwa jedem zwölften Pflege-Haushalt dieses Modell anzutreffen ist.<sup>30</sup> Die Befragung von 21.050 pflegenden Angehörigen im Rahmen der VdK-Pflegestudie ergab eine Inanspruchnahme von 5,3 Prozent der Teilnehmer. Derzeit vermitteln in Deutschland etwas über 500 Agenturen die Dienste einer meist aus dem osteuropäischen Raum stammenden Betreuungskraft. Ein Merkmal dabei ist, dass diese Betreuungskraft in der Regel mit dem pflegebedürftigen Menschen in einem Haushalt lebt. Deshalb werden sie in der Fachwelt als „Live-Ins“ bezeichnet. Diese Art der Betreuung schließt eine Versorgungslücke, da viele Betroffene aufgrund ihrer Erkrankung eine Rund-um-die-Uhr Versorgung benötigen, aber gleichzeitig in ihrer Häuslichkeit verbleiben wollen. Kein Pflegedienst bietet dies in einem finanziell erschwinglichen Rahmen an. Auch die mitunter noch berufstätigen Angehörigen können diese Art der häuslichen Pflege nicht leisten, erst recht nicht, wenn sie vom Pflegebedürftigen weiter entfernt wohnen. Schätzungsweise 90 Prozent dieser Betreuerinnen arbeiten schwarz, also ohne Sozialversicherungsschutz. Auch bei den zehn Prozent mit einem Arbeitsvertrag ist von einer Grauzone auszugehen, da die gesetzlichen Arbeitszeiten in der häuslichen Gemeinschaft meist nicht eingehalten werden<sup>31</sup>. Weder im Arbeits- noch im Sozialrecht taucht diese Form der Betreuung auf. Der VdK sieht es deshalb als dringend an, dass hier in den nächsten Jahren eine gesetzliche Regulierung erfolgen muss. Lösungsansätze dazu liegen vor.<sup>32</sup>

**Der VdK fordert eine rechtssichere Lösung der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft. Es besteht die Notwendigkeit, die sozialversicherungsrechtliche Absicherung der tätigen Betreuungskraft zu klären, die Qualitätssicherung der Agenturen, aber auch des Einsatzes in den betroffenen Haushalten festzuschreiben und die Nutzung durch die Öffnung von Pflegeversicherungsleistungen zu erleichtern.**

**Geregelt werden muss ebenso der Einsatz von Arbeitszeit und Rufbereitschaft. Dabei können die arbeitsrechtlichen Regelungen für bestimmte Berufsgruppen wie zum Beispiel der SOS-Kinderdorfmütter oder „feste freie Mitarbeiter“ bei Rundfunkanstalten eine Orientierung bieten.**

## 2.3. Versorgungsstrukturen reformieren

### 2.3.1. Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff leben

Die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz im Jahr 2016 war eines der größten Vorhaben seit Einführung der Pflegeversicherung. Das Ziel war die Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch bedingten Beeinträchtigungen. Mit der Einführung eines neuen Pflegebegriffs war auch ein Paradigmenwechsel in der Pflege verbunden. Nicht mehr allein der Ausgleich eines Defizits stand im Mittelpunkt, also was die betroffene Person nicht mehr kann. Vielmehr sollte

<sup>30</sup> Hielscher, V. et al. (2017): Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft. Berlin: Hans-Böckler-Stiftung

<sup>31</sup> Bundesarbeitsgerichts Urteil vom 24.06.2021 (5 AZR 505/20)

<sup>32</sup> Hier wären zu nennen Emunds, B. et al. (2/2021): Gute Arbeit für Live-In-Care. Gestaltungsoptionen für Praxis und Politik Policy Paper der Oswald von Nell-Breuning Institut und C\*LLaS - Center for Interdisciplinary Labour Law Studies

Sozialverband VdK Saarland e. V.; Arbeitskammer des Saarlandes (2021): Zur Diskussion gestellt: Mehr Rechtssicherheit in der Betreuung in häuslicher Gemeinschaft (BihG), Positionen – Argumente – Forderungen

der Grad der Selbstständigkeit im Alltag entscheidend sein, das was sie noch kann, jedoch nicht mehr von sich aus.

Im Laufe der folgenden Zeit wurden die Pflegestufen auf Pflegegrade umgestellt, die Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit wurde reformiert und auf Kinder mit Pflegebedarf erweitert. Damit einher ging auch Zunahme von Anträgen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung und der Pflegebegutachtungen der Medizinischen Dienste (MD). Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels hat der MD schon heute beträchtliche Kapazitätsprobleme bei der Pflegebegutachtung und enormen Wartezeiten. Damit erhalten viele Pflegehaushalte erst sehr viel später Leistungen aus der Pflegeversicherung. Deshalb ist es dringend erforderlich, die Begutachtungspraxis im Bereich Pflege zu reformieren. Langfristig wird ein Maßnahmenpaket notwendig werden, kurzfristig sollten die positiven Erfahrungen, die während der pandemischen Lage mit der telefonischen Pflegebegutachtung gemacht wurden, in die Praxis überführt werden. Der VdK fordert eine Reformierung der Begutachtungsrichtlinie. Mit der Zustimmung des Betroffenen sollen Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen im Rahmen einer telefonischen Begutachtung möglich sein. Die Erstbegutachtung soll auch weiterhin mittels einer persönlichen Begutachtung erfolgen. Uneingeschränkt muss der Betroffene weiterhin ein Wunsch- und Wahlrecht haben. Ebenso muss seine Einschränkung und Erkrankung bei der Auswahl der Begutachtungsform immer eine gewichtige Rolle spielen.

Die verwaltungstechnische Umstellung auf den neuen Pflegebegriff hat reibungslos funktioniert. Auch haben mehr Menschen als je zuvor einen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.<sup>33</sup> Doch in der Realität der pflegerischen Versorgung hat sich der erhoffte Wandel des Pflegeverständnisses hin zu einer teilhabeorientierten Pflege nicht eingestellt. Nur eine Minderheit von stationären Pflegeeinrichtungen lebt diesen Paradigmenwechsel. Es ist nicht gelungen, die Pflegefachpersonen auf dem Reformweg mitzunehmen. Noch immer findet die aktivierende Pflege oder auch die Alltagsorientierung zu wenig Berücksichtigung. In der ambulanten wie stationären Pflege gibt es weiterhin keine passgenaue und individuelle Pflege und Betreuung. Die Reform des Pflegebegriffs ist in der Versorgungsrealität der Betroffenen nicht angekommen.

**Der VdK fordert, dass in allen professionellen Pflegezusammenhängen endlich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt wird. Die Pflege ist vom Pflegebedürftigen aus zu denken und darf sich nicht der wirtschaftlichen Logik der Leistungserbringer unterwerfen. Der Pflegebedürftige als Mensch im Mittelpunkt darf nicht nur im Leitbild der Dienstleister verankert sein. Es muss gelebte Realität werden. Die Pflegekräfte müssen mit Schulungs- und Trainingsmaßnahmen an diese Versorgungsrealität herangeführt werden. Auch muss die Überprüfung der Umsetzung des Pflegebegriffs in den Qualitätskontrollen aufgenommen werden. Zudem ist alle vier Jahre ein unabhängiges Institut zu beauftragen, einen Bericht über den Umsetzungsstand zu verfassen.**

### 2.3.2. Kurzzeitpflege mit Anspruch auf häusliche Anschlussversorgung

Die Kurzzeitpflege ist eine Möglichkeit, die pflegerische Versorgung zu sichern, wenn der Pflegebedürftige vorübergehend nicht zu Hause betreut werden kann, zum Beispiel nach einem Krankenhausaufenthalt oder weil die pflegenden Angehörigen selbst verhindert sind. Die Kurzzeitpflege ist deshalb auch als Entlastung für Familien vorgesehen.

Doch die Kurzzeitpflege ist ein Problemkind. Flächendeckend gibt es ein zu geringes Angebot. Nur 9.492 Plätze sind ausschließlich für die Kurzzeitpflege verfügbar, das entspricht einem Prozent aller

<sup>33</sup> Krupp, E.; Hielscher, V. (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§18c Abs. 2 SGB XI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin

stationären Pflegeplätze. Nimmt man die flexiblen Kurzzeitpflegeplätze in stationären Einrichtungen hinzu, also auch jene, die mit Langzeitpflege belegt werden können, gibt es insgesamt etwa 51.652 Plätze.<sup>34</sup> Angehörige erhalten sehr oft nur kurzfristig einen Platz, da langfristige Reservierungen nicht möglich sind. Doch auch kurzfristig ist oft kein Platz verfügbar, wenn beispielsweise ein plötzlicher Krankenhausaufenthalt ansteht. Zudem sind die offenen Plätze nicht einsehbar und so bleibt den Angehörigen nur, sich von Angebot zu Angebot telefonisch durchzufragen. Ein weiteres Problem ist, dass die Kurzzeitpflege in der Mehrzahl der Fälle zur Einbahnstraße wird und nur als Übergang in die Langzeitpflege genutzt wird.<sup>35</sup> Dass sich eine Rehabilitationsmaßnahme anschließt, ist außergewöhnlich, obwohl bei circa 30 Prozent der geriatrischen Patienten, die aus Akutkliniken dorthin gelangen, Rehabilitationsbedarf mit Aussicht auf Besserung besteht. Trotz positiver Prognose erfolgt hier ein Abbruch des Behandlungsprozesses und damit wird die Rückkehr ins häusliche Umfeld aussichtslos.<sup>36</sup> Erfolgreiche Kooperationspartnerschaften mit dem Einsatz von mobilen Reha-Teams in der Kurzzeitpflege zeigen, dass bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle eine Überführung nach Hause möglich werden kann.<sup>37</sup>

**Die Kurzzeitpflege muss deutlich ausgebaut werden. Jedes Pflegeheim sollte verpflichtet werden, fünf Prozent seiner Betten für die Kurzzeitpflege auszuliegen. Damit soll verhindert werden, dass es zwar ein flexibles Kurzzeitpflegeangebot gibt, das aber überwiegend nur für die Langzeitpflege genutzt wird. Außerdem soll die Errichtung von solitären Einrichtungen gefördert werden. In der eingestreuten Kurzzeitpflege muss zukünftig der Sozialdienst der Einrichtung im Rahmen eines Entlassmanagements die Überleitung in die eigentliche Reha-Maßnahme oder in die Häuslichkeit verantworten. Langfristig ist die Kurzzeitpflege von der Langzeitpflege abzukoppeln und mit einem eigenen Versorgungsauftrag sowie Personal und Leitung auszustatten. Es ist eine digitale Plattform zu schaffen, auf der zu jedem Zeitpunkt ersichtlich ist, wo ein Kurzzeitpflegeplatz erhältlich ist. Ähnlich der Lösung in Nordrhein-Westfalen, wo man per App zum freien Heim- oder Kurzzeitpflegeplatz kommen kann. Die Pflegeanbieter sind zur Teilnahme zu verpflichten.**

**Nach Meinung des VdK sind Kurzzeitpflegeeinrichtungen streng kurativ und rehabilitativ auszurichten und es ist für sie ein finanzieller Anreiz zu setzen, wenn noch Monate nach dem Aufenthalt die häusliche Pflege weiterhin aufrechterhalten werden kann. Die Kurzzeitpflegen müssen Kooperationsverträge mit mobilen (geriatrischen) Reha-Teams eingehen oder selbst entsprechende Strukturen vorhalten. Der Versorgungsauftrag der Kurzzeitpflege muss lauten: Rückführung in die gewünschte Wohnumgebung. Für jüngere Menschen mit Pflegebedarf sind exklusive Kurzzeitpflegen zu schaffen, damit deren Bedarfe gedeckt werden können. Gerade Familien mit einem pflegebedürftigen Kind finden oft über Jahre hinaus keinen angemessenen Platz.**

<sup>34</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2021) Siebter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Berichtszeitraum: 2016-2019, Berlin

<sup>35</sup> Rothgang, H. et al. (2015): Barmer GEK Pflegereport 2015. Barmer Ersatzkassen (Hrsg.) Berlin

<sup>36</sup> Jacobs, K. et al. (Hrsg.) (2021): Pflege-Report 2020. Schwerpunkt: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung. Springer Verlag, Heidelberg

<sup>37</sup> vgl. Forschungsprojekt „Allgemeiner Reha-Bedarf und Evaluation mobiler geriatrischer Rehabilitation“ der Stiftung kreuznacher diakonie: Vortrag Heike Gatzke zum Symposium der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation (BAG MoRe) am 17.01.2020

### 2.3.3. Tagespflege mit Rechtsanspruch

Tagespflegeeinrichtungen bieten pflegebedürftigen Menschen einen strukturierten Tagesablauf in der Gemeinschaft mit anderen und beugen der Vereinsamung und Isolation vor. Zudem tragen sie auch dazu bei, die häuslich Pflegenden zu entlasten. In Deutschland nutzten im Jahr 2019 in etwa 110.420 Leistungsempfänger die Angebote der Tages- und Nachtpflege bei 82.899 zur Verfügung stehenden Tagespflegeplätzen. Der Anstieg seit dem Jahr 2017 mit rund 24 Prozent ist beträchtlich.<sup>38</sup> Der tatsächliche Bedarf an Tagespflege lässt sich nur schwer beziffern. Er ist aber abhängig vom Erwerbsstatus des pflegenden Angehörigen, dessen Belastung durch die Pflege sowie der weiteren Verfügbarkeit von stationären und ambulanten Angeboten. Wichtig für die Inanspruchnahme ist, dass sich das Angebot der Tagespflege wohnortnah eingliedert. Gerade in ländlichen Regionen liegt ein geringer Nutzungsgrad vor, wenn die Angebote sich erst in den mittelgroßen und großen Städten finden lassen. „Die Existenz wohnortnaher Tagespflege-Angebote ist meist ausschlaggebend für deren Nutzung und die Entlastungswirkung für die pflegenden Angehörigen.“<sup>39</sup> Erhebliche Mittel der Pflegeversicherung bleiben damit aufgrund der fehlenden Infrastruktur ungenutzt. Schon der ehemalige Patienten- und Pflegebeauftragte Karl-Josef Laumann forderte den Aufbau ausreichender Angebote, ähnlich des Ausbaus der Krippenplätze.

Im Zuge der Pflegegesetzgebung Anfang des Jahres 2021 wurde diskutiert, die Tagespflege einzuschränken. Man wollte sogenannte Stapelleistungen verhindern, das heißt das Leistungserbringer eine heimähnliche Vollversorgung garantieren, aber keine Abrechnung über stationäre Leistungen vornehmen. Stattdessen wurden die einzelnen ambulanten Leistungen maximal ausgereizt, um damit noch höhere Einnahmen als ein Heimträger zu erzielen.

**Der VdK sieht es als notwendig an, dass es weiterhin einer flächendeckenden staatlichen Förderung zum Aufbau von Tagespflegen bedarf, vor allem im ländlichen Raum. Jeder muss einen Rechtsanspruch auf Tagespflege haben. Sollte es kein Angebot vor Ort geben oder Leistungserbringer die Versorgung ablehnen, beispielsweise weil der Transport zur Tagespflegestätte nicht möglich oder die Verhaltensauffälligkeit des Betroffenen zu schwerwiegend ist, dann ist der Leistungsbetrag für selbst zu beschaffende Hilfen einsetzbar und kann in der eigenen Häuslichkeit erbracht werden.**

**Weiterhin dürfen die Fahrtkosten zur Tagespflegestätte, unabhängig von der Art des Transports, nicht zulasten des Pflegebedürftigen gehen. Das begleitende Personal auf der Fahrt zur Tagespflege muss im Umgang mit pflegebedürftigen Personen geschult und versiert sein. Es darf auch in Zukunft nicht zu einer Kürzung der Tagespflegesätze kommen, vielmehr sind diese regelhaft zu dynamisieren und durch die Erhöhung der Gehälter des Pflegepersonals anzupassen. Ansonsten können sich die Betroffenen immer weniger Tage in der Tagespflege leisten. Zudem sind bei einem Missbrauch der Leistungen nicht die Pflegebedürftigen zu bestrafen, sondern die Anbieter, die sich des Missbrauchs schuldig machen. Beispielsweise könnte die Tagespflege lediglich refinanziert werden, wenn mindestens 50 Prozent der Kunden außerhalb des Wohnkomplexes ortsansässig sind.**

<sup>38</sup> Bundesministerium für Gesundheit (2021): Siebter Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berichtszeitraum: 2016-2019, Berlin

<sup>39</sup> Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost der AOK (Hrsg.) (2017): 2. Pflegereport Nordost Demenzkranke und Pflegeleistungen

### 2.3.4. Stationäre Versorgung modernisieren

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können und das auch in einer Pflegeeinrichtung, so die Pflege-Charta der Bundesregierung.<sup>40</sup> Doch das Gefühl, nicht mehr mitbestimmen zu können, mit fremden Personen auf engem Raum zusammenzuleben, das gewohnte Umfeld zu verlassen, alles Persönliche zurücklassen zu müssen, die immer wieder bekannt werdenden Missstände und der Pflegekräftemangel – all das sind Gründe für die ablehnende Haltung gegenüber einem Heimeinzug. Die Bedenken sind nicht ganz unbegründet, da Missstände in Pflegeeinrichtungen immer wieder publik werden. Es wird oftmals sehr deutlich, wie wenig Durchsetzungswille und mitunter Handlungsmacht die Aufsichtsbehörden und auch die Politik vor Ort in diesen Fällen haben. Am Beispiel der im Besitz einer italienischen Holding stehenden Seniorenresidenz Schliersee, die erst nach großem öffentlichem Druck geschlossen wurde, wird dies gut sichtbar.

Weiterhin hat die Corona-Pandemie, die in Pflegeheimen mit Besuchsverboten und Kontaktbeschränkungen einherging, gezeigt, wie wenig Rechte den einzelnen Heimbewohnern zugestanden werden. Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) ohne jegliche rechtliche Grundlage vom Zimmereinschluss bis hin zu körpernahen Maßnahmen bei Menschen mit einer geistigen Einschränkung, mit der Begründung, damit das Infektionsrisiko minimieren zu können, fanden in dieser Zeit vermehrte Anwendung. Die Pandemiebedingungen bedeuteten mancherorts einen Rückschritt in der Pflege- und Betreuungsqualität. Aber auch unter normalen Bedingungen finden viele Arten der Freiheitsbeschränkung, wie die chemische Fixierung mit Medikamenten, weiterhin Anwendung. Die Verschreibungsrate von psychotrop wirksamen Medikamenten in Pflegeheimen ist ausgesprochen hoch. Etwa die Hälfte aller Bewohner hat mindestens eine Verordnung.<sup>41</sup>

Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass nur wenige Menschen eine stationäre Versorgung in einer Pflegeeinrichtung bevorzugen. Nur acht Prozent der Menschen im erwerbsfähigen Alter wollen im Falle der Pflegebedürftigkeit in ein Altenheim ziehen.<sup>42</sup> Damit gehört die stationäre Langzeitpflege zu den unbeliebtesten Pflegeangeboten. Es benötigt also ganz anderer Möglichkeiten, damit sich alternative Wohnformen entwickeln können.

Für viele ältere Menschen bietet eine Pflegeeinrichtung aber auch Schutz und Geborgenheit. Nachdem sie sich nicht mehr zu Hause versorgen konnten, der Alltag nicht mehr zu schaffen war oder manch einer auch vereinsamte, blühen sie nach einem Heimeinzug regelrecht auf. Doch auch hier gilt, dass die Einrichtung am besten kleiner und für alle offen sein sollte. Am besten befindet sie sich in der direkten Nachbarschaft. Eine gute Pflege ist auch unter derzeitigen Bedingungen möglich. Tagtäglich zeigt das eine beeindruckende Anzahl von Pflegeeinrichtungen. Heime, für die die Würde des Menschen keine leere Worthülse ist. Heime, die genügend Personal vorhalten und deren oberstes Ziel eine gute Pflege ist und nicht die Gewinnmaximierung. Heime, deren Kultur die Einstellung und Haltung der Pflegekräfte prägt und damit nachweislich die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und die Verschreibung von Psychopharmaka überflüssig macht.<sup>43</sup>

<sup>40</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2021): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Personen, 14. Auflage, Berlin

<sup>41</sup> Thürmann, P. A. (2017): Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jacobs, K. et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen, Stuttgart

<sup>42</sup> Deutsche Krankenversicherungs-AG (2015): Pflegestudie-Ergebnisbericht zur Repräsentativbefragung: <https://www.ergo.com/de/Mediathek> (Stichwort Pflegestudie); abgerufen am: 15.08.2021

<sup>43</sup> Vincenz Verlag (Hrsg.) (2017): Zeitschrift Altenheim: Mehr Freiheit-Profis verzichten auf FEM, Heft 7/2017, 56. Jahrgang, Hannover

**Der VdK fordert, dass der Bund mehr Anstrengungen unternimmt, um alternative Versorgungskonzepte zu fördern. Es benötigt Ausnahmen von den heimrechtlichen Regelungen für Modellprojekte, beispielsweise für ein Demenzdorf. Der Neubau von Seniorenheimen über KfW-Mittel ist umzugestalten. Die Kreditvergabe ist an eine zweistellige Pflegeplatzbegrenzung gebunden und es muss ein Quartierskonzept vorgehalten werden. Es bedarf nicht noch mehr Komplexeinrichtungen, sondern den Ausbau gemeinschaftlichen Wohnens mit Pflege und Betreuung.**

**Pflegemängel in Heimen werden meist gar nicht oder zu lasch geahndet. Es benötigt bundeseinheitliche Regelungen, von der Verwarnung über den Heimaufnahmestopp bis zur Heimschließung mit eindeutigen Kriterien, die verbindlich für die Aufsichtsbehörden sind. Zudem sind deutschlandweit neutrale Beschwerdestellen einzurichten, die Pflegemissstände dokumentieren und die Meldungen an die Aufsichtsbehörden zur verbindlichen Überprüfung weitergeben. Diese Beschwerdestellen können gleichfalls von Betroffenen, ihren Angehörigen, aber auch Pflegekräften genutzt werden.**

**Alle Mitarbeiter sind regelmäßig in besonders wissenschaftlich empfohlenen Gewaltschutzkonzepten zu schulen, mit einem besonderen Augenmerk auf die Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen. In den Fokus genommen werden muss auch die medizinische Versorgung durch die Ärzteschaft in Bezug auf medikamentöse Fixierung sowie die Medikamentengabe durch die Pflegefachkräfte.**

**Zudem muss nachweislich genügend Pflegepersonal vorhanden sein. Die Umsetzung des Projekts zur Personalbemessung ist zu vollenden. Es darf dabei nicht zum Abbau von Fachkräften und eines Absinkens des Qualitätsniveaus kommen. Den Heimbewohnern und ihren Angehörigen sowie rechtlichen Vertretern muss zudem tagesaktuell transparent sein, wie viel und welches Personal auf dem Wohnbereich tätig sein müssten und wie viele tatsächlich im Dienst sind.**

### 2.3.5. Die neuen Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden die Akteure der pflegerischen Selbstverwaltung mit der Neuregelung der Qualitätssicherung in der Pflege beauftragt. Das neu entwickelte Instrument für die Qualitätsberichterstattung, das in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen zu bestimmen ist, ersetzt die bislang bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen, den sogenannten Pflege-TÜV. Die Diskussionen um die Reform haben die vielfältigen und zudem unterschiedlichen Interessenlagen der einzelnen Akteure verdeutlicht. Das Ergebnis dieses Diskussions- und Entscheidungsprozesses zeigt sich in der veränderten Erhebung, Bewertung und Darstellung der Pflegequalität, die zum Jahresbeginn 2020 zunächst für stationäre Pflegeeinrichtungen eingeführt wurde. Die Qualitätsdarstellung für die stationären Einrichtungen soll in Zukunft auf drei Säulen stehen: Auf den Ergebnisindikatoren, die von den Heimen selbst erhoben und von der Datenauswertungsstelle (DAS) ausgewertet wurden, auf ausgewählten Qualitätsprüfergebnissen des Medizinischen Dienstes und auf allgemeinen Informationen zu den Einrichtungen. Die Inhalte und die Art der Aufbereitung hat der erweiterte Qualitätsausschuss Pflege in der Qualitätsdarstellungsvereinbarung festgelegt, die im März des Jahres 2019 beschlossen wurde. Aufgrund der Corona-Pandemie und der damit verbundenen Aussetzung der Qualitätsprüfungen liegen derzeit leider noch keine Daten darüber vor, ob und wie das neue System funktioniert. Unabhängig davon braucht es aber eine Evaluation und Weiterentwicklung. Die umgesetzten Neuerungen in der Qualitätserfassung, Bewertung und Darstellung können nur als erster wichtiger Schritt eines kontinuierlichen Entwicklungsprozesses verstanden werden, um die pflegerische Versorgung verständlicher, transparenter und aussagekräftiger zu gestalten.

**Der VdK sieht deswegen weiteren Reformbedarf. Die Lebensqualität muss umfassend einbezogen werden. Lebensqualität stellt einen komplexen Begriff dar und ist keine feststehende Größe. Sie ist, gerade bei älteren Menschen, durch eine lange Lebensbiografie und von individuell unterschiedlich ausgeprägten Werten und Lebensbedingungen beeinflusst, die nicht zuletzt auch Veränderungen in den gesellschaftlichen Wertemaßstäben unterworfen sind. Im Kontext der Lebensqualität ist die von den Pflegebedürftigen wahrgenommene Qualität der Leistungserbringung zu erheben. In der stationären Versorgung sind die Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner höher als im ambulanten Bereich. Bei Letzterem kann sich die Erhebung der Lebensqualität nur an den jeweils vertraglich vereinbarten Dienstleistungen orientieren.**

**Bei der Datenerfassung wird zudem nicht unterschieden zwischen den strukturell angelegten oder den auf persönliches Verhalten zurückzuführenden Fehlern. Diese Fehleranalyse ist jedoch als wichtige Orientierungshilfe bei der Qualitätsberichterstattung notwendig. Der VdK fordert daher, dass zwischen strukturell bedingten und individuellen Fehlern in der Qualitätserhebung unterschieden werden muss. Auch wird bei der derzeitigen und künftigen Qualitätsprüfung die Pflegequalität aus einer Stichprobe der Bewohnergesamtheit einer Pflegeeinrichtung anhand des Nichtvorhandenseins von Fehlern und Mängeln abgeleitet. Diese Art der Fehleranalyse suggeriert, dass diejenigen Pflegeeinrichtungen, bei denen im Rahmen der Qualitätsprüfung keine Fehler festgestellt wurden, auch tatsächlich eine fehlerfreie und damit bestmögliche Versorgung aller Bewohnerinnen und Bewohner anbieten. Dieser Fehlschluss muss vermieden werden.**

**Der VdK fordert, dass auch neue Informationsquellen für die Qualitätsdarstellung zu erschließen sind. Erfreulicherweise öffnen sich zahlreiche Pflegeeinrichtungen immer mehr nach außen, sind fest im Quartier verankert und Teil eines trägerunabhängigen Versorgungskonzeptes geworden. Die positiven Aspekte dieser Öffnung und Vernetzung müssen stärker in den Qualitätsprüfungen abgebildet werden. Es ist auch bundesweit ein Fehlermeldesysteme einzuführen. Die standardisierte Erfassung von Pflegefehlern führt zum Aufbau einer Sicherheitskultur in den Einrichtungen. Dafür ist wichtig, dass Fehler nicht nur gemeldet und erfasst werden, sondern sich hieraus auch konkrete Maßnahmen zur Vermeidung vergleichbarer Fehler in der Zukunft ableiten.**

### 2.3.6. Heimkosten auf den Prüfstand stellen

Die Pflege im Heim wird für viele Pflegebedürftige immer kostenintensiver. Die selbst zu zahlenden Anteile an den Pflegekosten, der Ausbildung, an Investitionskosten sowie Unterkunft und Verpflegung steigen unaufhaltsam. Jeder Dritte ist auf Hilfe zur Pflege angewiesen. Für das Jahr 2021 wurden im Bundesdurchschnitt 2.125 Euro pro Monat an privater Zuzahlung fällig. Im Vergleich zu Beginn des Jahres 2018 beträgt die Kostensteigerung 353 Euro.<sup>44</sup> Der Kostenfaktor, der am meisten ins Gewicht fällt, ist der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE), der die Personal- und Pflegekosten abdeckt. Dieser beträgt 41 Prozent der Gesamtkosten und ist innerhalb von drei Jahren bis 2021 von 593 auf 873 Euro gestiegen.<sup>45</sup> Maßgeblich sind die Reform der Pflegeausbildung und die steigenden Pflegegehälter. Mit der tariforientierten Bezahlung der Pflegekräfte und der Umsetzung der Personalbemessung ist ab dem

<sup>44</sup> Verband der Ersatzkassen (18.10.2021): vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland, aktualisierte Fassung; noch nicht veröffentlicht

<sup>45</sup> Ebd.

Jahr 2023 mit einer weiteren Erhöhung des EEE zu rechnen. Die Bundesregierung hat in der 19. Legislaturperiode versucht, mit einem nach Heimaufenthaltsdauer gestaffelten Zuschuss (1. Jahr: 5 Prozent, 2. Jahr: 25 Prozent, 3. Jahr: 45 Prozent, 4. Jahr: 70 Prozent) die Pflege- und Ausbildungskosten zu senken. Dieser prozentuale Zuschuss verhindert aber nicht die steigende Eigenzahlung zur Pflege.

**Nur ein Ausbau der Pflegeversicherung zur Vollversicherung kann die Betroffenen wirksam vor der weiteren Zunahme der pflegebedingten Kosten schützen. Dabei muss die Pflegeversicherung wieder alle Kosten, die durch die Pflege entstehen, übernehmen und refinanzieren. Die Kosten für Unterkunft und Pflege sind um die pflegebedingten Aufwendungen zu bereinigen.**

Ein weiterer Kostenfaktor sind die Investitionskosten. Diese umfassen die Aufwendungen für das Gebäude und die Ausstattung, den Um- und Ausbau sowie Modernisierung und Instandhaltung. Diese Kosten werden auf einen monatlichen Betrag umgerechnet und jedem Bewohner in Rechnung gestellt. **Der VdK fordert, dass diese Kosten dem Betroffenen transparent auf der Rechnung dargestellt werden müssen.** Die Investitionskosten sind im Bundesdurchschnitt um zwei Euro seit dem Jahr 2018 auf 461 Euro gesunken.<sup>46</sup>

Pflegeheime sind Teil der pflegerischen Infrastruktur. Sie gehören zur Daseinsvorsorge und sind öffentlich zu finanzieren. Eigentlich sollen die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen von den Ländern gezahlt werden. Krankenhauspatienten beteiligen sich beispielsweise auch nicht an den Kosten für einen Klinikneubau. Die Investitionskosten sind eine Quelle für die Gewinnerzielung der großen Pflegeheimkonzerne.

**Der VdK fordert, dass die Pflegebedürftigen nicht mit den Investitionskosten belastet werden dürfen.**

### 2.3.7. Gewinnmaximierung in der Pflege begrenzen

Der Anteil der privaten Betreiber in der Pflege hat sich seit dem Jahr 1999 von 35 auf 43 Prozent erhöht. Waren anfangs noch viele kleine private Betreiber im Pflegesektor aktiv, wird dieser Versorgungsbereich zunehmend interessanter für ausländische Investoren in Form von renditeorientierten Kapitalanlagegesellschaften. Unter den 30 größten Pflegeheimbetreibern befinden sich 22 in privater Hand und besetzen die sechs ersten Plätze, darunter die Korian Gruppe mit der Curanum AG, Allohheim Senioren-Residenzen SE, Kursana Residenzen und der Azurit-Hansa-Gruppe. Dass die Pflege ein lohnenswertes Geschäft ist, zeigen die Renditen, die bei privaten Pflegeheimen bei derzeit 18,2 Prozent, bei freigemeinnützigen und öffentlichen Pflegeheimen bei 4,8 bzw. 3,99 Prozent liegen.<sup>47</sup> Hohe Gewinne können zu einem Großteil nur durch Kosteneinsparungen auf Seiten des Personals realisiert werden. Die Marktkonzentration auf die Kapitalanlagegesellschaften wird in den nächsten Jahren noch zunehmen zuungunsten der kleinen privaten und der freigemeinnützigen Träger. Gerade für die kleinen privat geführten Einrichtungen wird es immer schwieriger am Markt und so erfolgt meist der Verkauf an eine größere Kette.

**Der VdK setzt sich gegen die renditeorientierte Gewinnbestrebung der Private Equity Gesellschaften ein. Es muss allen klar sein, dass diese Unternehmen auf der Grundlage unserer Sozialversicherungsbeiträge Gewinne generieren. Oder aber der Betroffene wird über Gebühr belastet, was wiederum auch zur Abhängigkeit von Sozialhilfe führen kann, die auch wieder die solidarische Gesellschaft finanzieren muss. Da es aber weiterhin guter**

<sup>46</sup> Ebd.

<sup>47</sup> Heger, D. et al. (2019): Pflegeheim Rating Report 2020: Zwischen Nachfragewachstum und Kostendruck, Heidelberg

**und kleiner inhabergeführter Pflegeheime bedarf, müssen diese erhalten bleiben. Deshalb ist ein Erwerbs- und Besitzverbot von Private-Equities für Pflegeeinrichtungen und (Intensiv-) Pflegedienste zu erlassen. Zudem sind nach Größe und Pflegeplätze des Trägers gestaffelte Renditegrenzen zu schaffen (beispielsweise ab 200 Heimen mit 20.000 Plätzen nur 1,5 Prozent).**

### 2.3.8. Palliative Angebote und Begleitung flächendeckend ausbauen

Die Diskussion um die Verbesserung palliativer Versorgung wird seit Jahren überlagert von der Debatte um die Suizidassistenten. Hinter dem Wunsch nach Suizid stehen sehr oft Ängste: Angst vor Schmerzen, Angst vor dem Alleinsein, Angst, anderen eine Last zu sein. An dieser Stelle setzen die Palliation und der Hospizgedanke an. Je mehr palliative Angebote vorhanden sind, umso aussichtsreicher ist die Ablösung des Wunsches zum Suizid.

76 Prozent möchten gerne zu Hause versterben, nur sechs Prozent der Deutschen in einem Krankenhaus. Tatsächlich verbringen 46 Prozent aber ihr Lebensende in einem Krankenhaus und 31 Prozent in einem Pflegeheim. Doch auffällig ist, dass die regionale Verteilung und die Versorgungsstrukturen darüber entscheiden, ob das Krankenhaus als Sterbeort eine höhere Bedeutung hat oder das eigene zu Hause. Ob ein sich am Lebensende befindlicher Mensch zu Hause versorgt werden kann, hängt ganz maßgeblich davon ab, ob es einen ambulant tätigen Palliativmediziner gibt. Attestieren kann man, dass die Palliativversorgung im Krankenhaus, die in den letzten Jahren massiv ausgebaut wurde, nicht dazu führt, dass der Betroffene wieder nach Hause kann. Nur jeder Dritte, der eine Palliativversorgung benötigt, erhält diese auch.<sup>48</sup>

**Der VdK fordert, dass die Palliativmedizin ein fester Bestandteil der ärztlichen Ausbildung wird. In den stationären Einrichtungen muss eine palliative Fachkraft zur Verfügung stehen, damit gerade in Pflegeeinrichtungen ein angemessener Umgang mit der Versorgung am Lebensende stattfinden kann. Trotz der Versorgung in einer Pflegeeinrichtung muss die Aufnahme in ein Hospiz möglich sein. Die gesundheitliche Versorgungsplanung am Lebensende hat sich bewährt und muss in allen Einrichtungen angeboten werden. Es ist zu prüfen, inwieweit dieses Konzept auch in der ambulanten Versorgung etabliert werden kann, verbunden mit einer Beratung zum jeweiligen Rechtsanspruch. Die Palliativversorgung im ambulanten Bereich ist weiter zu fördern. Während die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) ein gutes Versorgungsnetz in Deutschland gewährt, ist das für die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung nicht gegeben. Diese ist deshalb nach dem Muster der SAPV in den nächsten Jahren besonders zu fördern und in die Regelversorgung zu führen. Alle Angebote sind auch für jüngere Menschen auszulegen. In den Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern sind Palliativ Care-Fachkräfte vorzuhalten, die den Prozess der Begleitung am Lebensende maßgeblich begleiten und mitsteuern können. Es ist der Aufbau von Tageshospizen zu fördern.**

### 2.3.9. Digitalisierung angehen

Roboter in der Pflege, Pflaster, die den Blutzucker messen, Exoskelette, die selbst querschnittgelähmten Menschen das Laufen ermöglichen, oder die Telesprechstunde des pflegenden Angehörigen mit dem Pflegedienst: Die Digitalisierung eröffnet neue und auch ungeahnte Möglichkeiten, aber muss auch mit Bedacht angegangen werden. Die Vorbehalte sind weniger groß, wenn der Nutzen klar erkennbar

<sup>48</sup> Bertelsmann Stiftung (2015): Palliativversorgung - Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie. In: Faktencheck Gesundheit In: SPOTLIGHT GESUNDHEIT Daten, Analysen, Perspektiven, Ausgabe 10/2015

ist. So können sich 82 Prozent der älteren Menschen (60+ Jahre) vorstellen, einen Service-Roboter zu Hause einzusetzen und stehen digitalen Helfern aufgeschlossen gegenüber.<sup>49</sup> Bestenfalls eröffnet die digitale Technik die Möglichkeit, so lange wie möglich selbstbestimmt und autonom zu bleiben und das in der eigenen Häuslichkeit. Zudem können pflegende Angehörige eine Entlastung erfahren, beispielsweise durch assistive Systeme, durch sogenannte „Weglauf-Sensoren“, Sturzmelder oder bei den Pflegehilfsmitteln wie Pflegebetten. Die Digitalisierung und die Fortentwicklung technischer Lösungen haben ein großes Potential bei der Unterstützung der direkten Pflege schwerstpflegebedürftiger Menschen, beispielsweise bei der Mobilisation. Auch die professionelle Pflege ist mehr denn je in den Digitalisierungsprozess eingebunden, so werden innerbetriebliche Prozesse durch die Digitalisierung effizienter, beispielsweise bei der Touren- und Dienstplanung oder der Pflegedokumentation.

**Der VdK fordert, dass in jeder Pflegeeinrichtung, in jeder Wohngemeinschaft ein Recht auf einen persönlichen Internetzugang besteht und das WLAN kostenfrei angeboten wird. Digitale Anwendungen wie beispielsweise für die Pflege müssen immer wieder hinsichtlich ihrer Zielsetzung und des Nutzerverhaltens überprüft werden. Der VdK fordert, dass die Betroffenenverbände bei der Entwicklung, Erprobung und Einführung von digitalen Helfern, die durch die Sozialversicherung refinanziert werden, verbindlich mit einbezogen werden. Pflegebedürftige haben aber auch ein Recht auf Nichtnutzung. Das darf jedoch keine Einschränkung der Teilhabe bedeuten. Alle digitalen Systeme, die mit der Speicherung von Nutzerdaten arbeiten, dürfen dies nur innerhalb Deutschlands tun.**

## 2.4. Sozialrecht reformieren

### 2.4.1. Ambulant, stationär und teilstationär war gestern

Die Pflegeversicherungsleistungen orientieren sich sehr stringent an der Vorgabe, wo die Pflege erfolgt, ob nun ambulant, stationär oder teilstationär. Das verhindert aber auch die Entwicklung neuer Versorgungsmöglichkeiten, die sich am Bedarf der Pflegebedürftigen ausrichten, wie beispielsweise bei einer stationären Versorgung eine zeitweise ambulante Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst der eigenen Wahl. Zudem werden ambulante Leistungserbringer ganz anders behandelt als stationäre Anbieter (Dokumentation, Finanzierung, Abrechnung). Das ist nicht nachvollziehbar und führt zu einer Undurchlässigkeit bei der Leistungserbringung. So kann das Pflegepersonal einer stationären Einrichtung nicht die Versorgung in einer angegliederten Betreuten Wohnform sicherstellen. Neue, vor allem ambulante Wohn- und Versorgungsangebote, haben es dadurch sehr schwer oder entwickeln sich erst gar nicht.

**Die Sektorengrenzen sind nach Meinung des VdK wahre Bremsklötze für eine Reform der Versorgungsstrukturen. Die Grenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege müssen überwunden werden. Der Wohnort darf bei der Leistungserbringung keine entscheidende Rolle mehr spielen. Die Vergütungsformen sind klar zu regeln. Das Ziel muss es sein, die Heimversorgung zu öffnen und dadurch zu revolutionieren.**

### 2.4.2. Behandlungspflege sektorengerecht finanzieren

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde zur Verwaltungsvereinfachung die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Langzeitpflege vorübergehend von den Krankenkassen auf die Pflegekassen übertragen. Dieser Zustand besteht weiterhin und hat zur Folge, dass der

<sup>49</sup> BT-Drucks. 19/21650 (13.08.2020): Unterrichtung durch die Bundesregierung, Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Ältere Menschen und Digitalisierung

Wohnort darüber entscheidet, inwieweit sich der Betroffene an den Kosten mit beteiligen muss.<sup>50</sup> Ambulant Gepflegte haben gegenüber ihrer Krankenversicherung einen Anspruch auf volle Kostenübernahme der erbrachten medizinischen Behandlungspflege. Wird der Pflegebedürftige dagegen in einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt, dann entfällt dieser individuelle Anspruch. Die Kosten der medizinischen Behandlungspflege werden zu einem Teil der Pflegevergütung. Da die Pflegeversicherung aber aufgrund der gedeckelten Zuzahlung zu den Pflegekosten nicht alle Kosten übernimmt, muss der Restbetrag vom Versicherten oder vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Somit wird der Versicherte bei stationärer Versorgung zusätzlich belastet und ihm werden Leistungen der Krankenversicherung vorenthalten, obwohl er weiterhin Mitglied in der Krankenversicherung ist und Beiträge bezahlt. Diese Ungleichbehandlung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist sachlich nicht zu begründen.

**Der VdK fordert, dass unabhängig vom Ort des Leistungsgeschehens, egal ob Krankenhaus, Pflegeeinrichtung oder ambulante Pflege, die Krankenversicherung für die medizinische Behandlungspflege eintritt. Vorschläge, dass die medizinische Behandlungspflege gesamt von der Pflegeversicherung übernommen werden sollte, lehnt der VdK ab. Sollte dieser Schritt nicht gelingen, ist eine Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung anzugehen. Außerdem finanziert die Krankenkasse alle notwendigen Maßnahmen der medizinischen Versorgung, der Rehabilitation, der palliativen Versorgung und der gerontopsychiatrischen Behandlungspflege. Diese können unabhängig vom Wohnort des Betroffenen ärztlich verordnet und vom Pflegedienst oder vom Pflegeheim erbracht und abgerechnet werden. Dadurch werden die Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär aufgebrochen und neue Versorgungsformen sind möglich, wie beispielsweise der Einbezug eines ambulanten Pflegedienstes in die Heimversorgung und umgekehrt.**

#### 2.4.3. Rehabilitation und Prävention neu ausgestalten

Der Auftrag der Krankenkassen ist es, Reha-Maßnahmen zu bewilligen, um eine Pflegebedürftigkeit „zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern“ (§ 11 Abs. 2 SGB V). Doch die Anzahl der Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedarf stagniert trotz steigender Anzahl Pflegebedürftiger. Gerade für die geriatrische Reha sollte sich eine Wende abzeichnen mit der Möglichkeit, dass der Vertragsarzt diese verordnen darf, ohne dass die Krankenkasse die medizinische Notwendigkeit noch einmal prüft. Es ist zukünftig in der Praxis zu beobachten, ob sich der Ansatz bewährt und Reha-Maßnahmen bei älteren und hochaltrigen Personen eine präventive und pflegebedürftigkeitsvermeidende Wirksamkeit entfalten. Dann kann die geriatrische Reha auch zum Vorreiter für weitere Reha-Maßnahmen für pflegebedürftige Personen werden. Zudem besteht ein weiteres Defizit in der Versorgungslandschaft. Es existieren wenige Angebote, die auch auf Menschen mit einem Pflegebedarf ausgelegt sind. Eine Ausnahme bildet der Bereich der mobilen Reha.<sup>51</sup> Diese ist auch aufgrund ihrer Fokussierung auf die Verbesserung des Zustandes des Patienten in seinem Wohnumfeld die effektivste Reha-Form. Oft geht es bei der Rehabilitation bei Pflegebedarf nicht mehr um eine Verbesserung des Funktionsdefizits, sondern um das Erlernen von Strategien, die dieses ausgleichen.

<sup>50</sup> Rothgang, H.; Müller, R. (2012) gehen in einer ihnen plausibelsten Modellrechnung von 1,8 Milliarden Euro Finanzierungsaufwand für medizinische Behandlung aus (pro Heimbewohner 2.199 Euro). Der Verband Katholischer Altenhilfe in Deutschland (2017) weist in einer Datenerhebung drei Milliarden Euro aus (pro Heimbewohner 3.666 Euro). Nach Aussage des ehemaligen Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten Karl-Josef Laumann koste die Pflegeversicherung die Behandlungspflege derzeit zwei Milliarden Euro.

<sup>51</sup> Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (2020): Positionspapier „Medizinische Rehabilitation vor und bei Pflege – Personenkreis, Situation und Lösungsvorschläge“

Es lässt sich feststellen, dass hierzulande keine Strategie zur Prävention von Pflegebedürftigkeit existiert. Weder greifen Angebote sinnvoll ineinander, noch besteht ein Verständnis, dass die kommende Anforderung an das Pflegesystem nur durch die Verhinderung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit bewältigt werden kann. Prävention muss am Lebensort der Betroffenen ansetzen und die Strukturen vor Ort, aber auch die sozialen Gegebenheiten des Einzelnen mit einbeziehen.

**Der VdK fordert, dass ausreichend Angebote vorgehalten werden. Dazu muss es eine Bedarfsplanung geben, angefangen von der (geriatrischen) Frührehabilitation über (geriatrische) Reha-Ambulanz und -Zentren bis hin zu mobilen Reha-Teams. Der Aufbau von Reha-Angeboten für Menschen mit einem Pflegebedarf ist dringend notwendig. Rehabilitationsangebote für pflegende Angehörige müssen ausgebaut werden und es ermöglichen, dass stets die Aufnahme und Versorgung von Personen mit Pflegebedarf gewährleistet wird. Die Krankenkassen haben einen Sicherstellungsauftrag und müssen, ähnlich wie bei der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung, Verträge mit ambulanten Reha-Teams abschließen. Regelmäßig hat das Bundesministerium für Gesundheit dem Bundestag über den regionalen Stand der Verträge und die erbrachten Leistungen zu berichten. Die Versorgungsdichte ist an die regionale Entwicklung der Pflegebedürftigkeit zu koppeln. Die präventiven Hausbesuche sind als Regelleistung umzusetzen und als Angebot an alle Personen über 80 Jahre zu adressieren. Speziell geschulte Personen müssen unabhängig zu gesundheitlichen, pflegerischen, betreuerischen und hauswirtschaftlichen Angeboten informieren und auf Wunsch auch weitervermitteln. Im besonderen Fokus stehen dabei Singlehaushalte. Der VdK sieht hierzulande noch gar keinen Ansatz einer wirksamen Präventionsstrategie zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit. Hier besteht dringender Handlungsbedarf auf Ebene der Kommunen, Städte, Länder, des Bundes und einer konzertierten Aktion.**

#### 2.4.4. Kommunale Verantwortung stärken

Die Groß- und Kleinstadt, das Dorf, nur ein paar Häuser auf dem Land – das sind alle Orte, an denen Menschen mit Pflegebedarf zu Hause sind. Deshalb sind die Länder gemeinsam mit den Kommunen und in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen zur Sicherstellung einer pflegerischen Infrastruktur verpflichtet (§ 9 SGB XI), wobei der Sicherstellungsauftrag der Versorgung bei den Pflegekassen liegt (§ 12 SGB XI). Allerdings wird dieser Auftrag nicht umgesetzt. Seit der Einführung der Pflegeversicherung haben sich die Kommunen weitestgehend aus der Steuerung der pflegerischen Versorgung verabschiedet und es dem freien Markt überlassen, für ausreichend Angebote zu sorgen. Die kommunalen Pflichten beschränken sich deshalb allein auf die Hilfe zur Pflege oder der Grundsicherung im Alter. Die Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse für pflegebedürftige Menschen ist somit nicht gegeben.<sup>52</sup> Dabei ist das Quartier, die Siedlung, der Stadtteil von seiner Infrastruktur her gefragt, wenn es darum geht, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich zu Hause bleiben können. Angefangen von der Anbindung an den ÖPNV über die ärztliche Versorgung und Einkaufsmöglichkeiten gibt es viele Faktoren, die begünstigend auf die pflegerische Versorgung einwirken. In der Hand der Kommune liegt es auch maßgeblich, welche anderen Wohnformen als Alternativen zum klassischen Heimbau sich vor Ort eröffnen. Zudem verfügen die Pflegekassen aufgrund immer weniger Geschäftsstellen nicht mehr über das Know-how vor Ort, welche Angebote es gibt und was notwendig wäre. Zudem benötigen pflegende Angehörige wohnortnahe Angebote zur Entlastung, die wiederum klug miteinander verknüpft

<sup>52</sup> Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2016): Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts, Berlin

werden müssen. Das sind Problembereiche, die deutlich werden lassen, dass eine gute Pflege im Quartier nur durch die Stärkung der Daseinsvorsorge gelingen kann.

**Der VdK fordert die Einführung eines regionalen Pflegebudgets, damit die Städte und Kommunen einen Handlungsspielraum zur Steuerung und zum Aufbau der pflegerischen Infrastruktur, wie beispielsweise für den Aufbau alternativer Wohnformen, erhalten. Die Städte und Kommunen, die das Pflegebudget nutzen, müssen einem Pflichtenkatalog folgen, in dem die Stärkung der Pflege im Quartier das Ziel ist. Quartiersarbeit ist zu fördern und muss alle Gruppen mit Pflegebedarf und auch die Prävention von Pflegebedürftigkeit im Fokus haben. Die Pflege ist mit der Altenhilfe enger zu verzahnen und als Pflichtaufgabe auszugestalten. Der § 71 SGB XII (Altenhilfe) ist deshalb zu einer Muss-Bestimmung umzuwandeln. Es benötigt eines Strukturförderprogramms für wohnortnahe Koordinationsstellen, die Hilfen initiieren, koordinieren und damit die Pflege zu Hause sichern. Die Städte und Kommunen bedürfen einer verbindlichen Pflegestrukturplanung, die Angebot und Nachfrage für die nächste Dekade aufzeigt. Pflege ist ein zentraler Bestandteil öffentlicher Daseinsvorsorge.**

#### 2.4.5. Mitbestimmung in der Pflege

Die pflegepolitischen Organe und die entsprechenden Gremien, die über die zukünftige Ausrichtung der pflegerischen Versorgung entscheiden, sind leider weit davon entfernt, die Betroffenenperspektive hinreichend einzubeziehen. Gegenwärtig besteht für die Betroffenenvertretung in der Pflege nach § 118 Absatz I SGB XI zwar ein Antrags- und Mitberatungsrecht, nicht jedoch ein Stimmrecht in Verfahrens- oder Sachfragen. Bei der Wahrnehmung der Aufgaben als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde im Jahre 2007 eine Stabsstelle eingerichtet. Dazu gehört die Organisation von Fortbildungen, Schulungen, Aufbereitung von Sitzungsunterlagen, Koordination des Benennungsverfahrens und Unterstützung des Antragsrechts. Derartige Unterstützungsmöglichkeiten fehlen in der Pflege-Selbstverwaltung bislang vollständig.

Die Rechte der Betroffenen sind aber auch auf der Ebene der direkten Mitbestimmung, beispielsweise in der Pflegeeinrichtung, nicht gegeben. Die dort eingesetzten Bewohnervertretungen als Bewohnerbeirat können oft nicht unabhängig tätig werden und erhalten auch nicht die notwendige Unterstützung in Form von Informationen oder Sachmitteln.

**Der VdK fordert ein Stimmrecht in Verfahrensfragen (etwa zur Tages- und Verfahrensordnung sowie bei der Themensetzung). Erst durch ein Stimmrecht besteht die Möglichkeit, umfassend Einfluss auf die Art der Beratung und die Verfahren im Qualitätsausschuss Pflege zu nehmen. Außerdem fordert der VdK in Anlehnung an die Erfahrung im G-BA eine Stabsstelle zur inhaltlichen wie organisatorischen Unterstützung der Betroffenenverbände. Es sind zudem die Erstattung von Reisekosten, des Verdienstausfalls und ein Pauschbetrag für den Zeitaufwand für die Teilnahme am Qualitätsausschuss sowie für alle Vor- und Nachbereitungen vorzusehen.**

**Der VdK sieht es als notwendig an, dass die Bewohnerbeiräte gestärkt werden müssen, durch von ihnen gewählte externe Mitglieder, aber auch durch Qualifizierungsmaßnahmen und Coachings. Entsprechend der Auflösung der Sektorengrenzen sind Betroffenenvertretungen in jeder Art der pflegerischen Versorgung einzurichten, auch in Wohnge-**

**meinschaften, in Betreuten Wohnformen und bei ambulanten Leistungserbringern. Dieses Gremium muss auch mit der Heimaufsicht in Kontakt sein. Hier gilt es weitere mutige Schritte zu gehen.<sup>53</sup>**

---

<sup>53</sup> Klie, T. et al. (2019): Aufgaben, Rechte und Möglichkeiten der Weiterentwicklung von Bewohner\*innenvertretungen. Gutachten im Auftrag des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung

