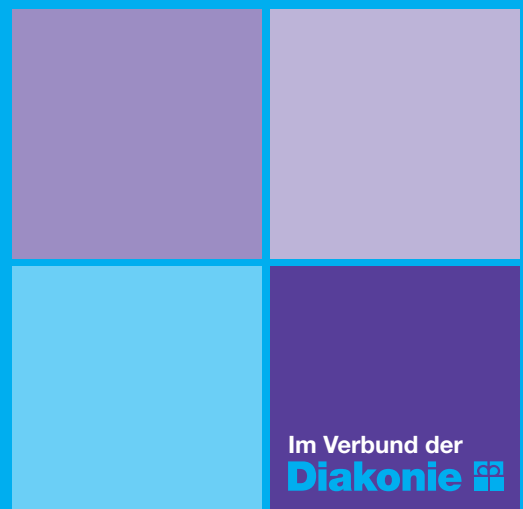


DEVAP

DEVAP-Positionspapier

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Deutscher Evangelischer Verband für
Altenarbeit und Pflege e.V.



› Die Eckpunkte auf einen Blick

› Echte Pflegeiteilkaskoversicherung umsetzen

› Sektorengrenzen konsequent abbauen

› Zivilgesellschaft stärker einbinden

› Kommunale Pflegeinfrastruktur steuern und fördern

› Personalsituation zukunftssicher machen

› Fazit

Die Pflegestärkungsgesetze haben Verbesserungen gebracht. Trotzdem ist eine nüchterne und kritische Bilanz zu ziehen, denn an der Unterfinanzierung der Pflegeversicherung, an den viel zu hohen Kosten für die pflegebedürftigen Menschen und an der prekären Personalsituation hat sich nichts geändert.

Die Politik ist gefordert, in ihren Bemühungen nicht nachzulassen und weitere, mutige Reformschritte für eine echte Stärkung der Pflege in die Wege zu leiten. Wer eine echte Verbesserung für Pflegebedürftige und Pflegenden will, muss die Pflegeversicherung strukturell so verändern, dass die pflegebedingten Kosten für alle Pflegebedürftigen finanzierbar sind – und zwar unabhängig davon, ob sie nun zu Hause, im Betreuten Wohnen oder in einem Pflegeheim leben.

Der DEVAP fordert einen Kraftakt der SGB-XI-Solidargemeinschaft, nicht nur in finanzieller, sondern auch in zivilgesellschaftlicher Hinsicht. Der einzige Ausweg aus dem Dilemma von Qualitätsanspruch, Arbeitsbedingungen, Bezahlbarkeit und Wirtschaftlichkeit besteht in einem Paradigmenwechsel.

In diesem „**Positionspapier zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung**“ beschreibt der DEVAP fünf Eckpunkte, mit denen dies gelingen kann. Der diakonische Fachverband wendet sich damit an alle politischen Ebenen im Bund, in den Ländern und in den Kommunen sowie an alle gesellschaftlichen Gruppen, die sich dafür einsetzen wollen, die Altenpflege in Deutschland durch eine Neuausrichtung zukunftsfähig zu machen.

Die Eckpunkte auf einen Blick:

❖ **Echte Pflegeiteilkaskoversicherung umsetzen:**

Obwohl die Pflegeversicherung in den letzten Jahren finanziell besser ausgestattet wurde, können sich noch viel zu viele pflegebedürftige Menschen in Deutschland die notwendige Pflege nicht leisten und sind auf Sozialhilfe angewiesen. Sie haben es verdient, aus der Armutsfalle geholt zu werden. Dazu muss die „Blümsche Pflegeiteilversicherung“ aus dem Jahr 1995 zur echten Pflegeiteilkaskoversicherung weiterentwickelt werden: Die Pflegekasse übernimmt alle notwendigen pflegebedingten Kosten und berechnet den Versicherten einen fixen, gesetzlich festzulegenden Eigenanteil. In der Folge trägt nicht mehr der Einzelne das finanzielle Pflegerisiko, sondern die Solidargemeinschaft. Das ist ein gerechtes und im Bereich der Krankenversicherung bereits bewährtes System.

❖ **Sektorengrenzen konsequent abbauen:**

Die Grenzen zwischen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege müssen endgültig überwunden werden. Pflegebedürftige Menschen haben das Recht auf gesellschaftliche Partizipation und eine individuelle, möglichst selbstbestimmte Lebensführung – unabhängig von ihrem Wohnort, ihrem Alter oder ihren Beeinträchtigungen. Das Prinzip der Pflegeiteilkaskoversicherung bietet die Grundlage für ein Pflegesystem, das unabhängig vom Wohnort funktioniert. Es eröffnet zudem die Möglichkeit, die Kosten der Behandlungspflege einheitlich für alle Pflegebedürftigen der Krankenversicherung zuzuordnen und tragfähige Formen zur

dringend erforderlichen Unterstützung der Angehörigenpflege zu entwickeln.

❖ **Zivilgesellschaft stärker einbinden:**

Die Herausforderungen der Pflege können angesichts der demografischen Umwälzungen zukünftig nicht allein durch professionelle Dienste bewältigt werden. Es muss gelingen, durch ein verbindlich finanziertes Quartiersmanagement Angehörige, freiwillig Engagierte und die Zivilgesellschaft mit ihren vielfältigen Angeboten stärker einzubinden. Die Diakonie wird ihre Erfahrung als zivilgesellschaftlicher Akteur in diese Entwicklung gern und mit Nachdruck einbringen.

❖ **Kommunale Pflegeinfrastruktur steuern und fördern:**

Mit dem Teilkaskoprinzip werden die Kommunen als Sozialhilfeträger finanziell spürbar entlastet. Damit eröffnet sich der finanzielle Spielraum für eine verbindliche Planung und Steuerung der Pflegeinfrastruktur als Grundlage für eine aktive Förderpolitik. Wer eine ausgewogene, zukunftsfähige und am Bedarf des örtlichen Gemeinwesens orientierte Infrastruktur für ältere und pflegebedürftige Menschen möchte, kommt nicht umhin, genau dies zur kommunalen Pflichtaufgabe zu machen.

❖ **Personalsituation zukunftssicher machen:**

Die Pflegeiteilkaskoversicherung kann Personalprobleme nachhaltig lösen. Seit Jahren überbieten sich gesellschaftliche Gruppen mit Vorschlägen, wie der Beruf attraktiver wird. Die entscheidende Voraussetzung dafür ist das Teilkaskoprinzip im SGB XI, weil erst damit eine Korrelation zwischen sozialpolitischen Forderungen und deren Finanzierung hergestellt wird: Tariferhöhungen, bessere Personalschlüssel oder mehr palliative Betreuung bezahlen nicht mehr die Pflegebedürftigen, sondern werden von der Solidargemeinschaft getragen. Dadurch steigt die gesellschaftliche Akzeptanz der Altenpflege.

Echte Pflegeiteilkaskoversicherung umsetzen

Trotz der Verbesserungen durch das PSG II bedeutet Pflegebedürftigkeit für die meisten Betroffenen eine große, für viele nicht tragbare finanzielle Belastung. Im Jahr 2014 waren nach Angaben des Statistischen Bundesamts 450.000 pflegebedürftige Menschen auf Sozialhilfe angewiesen. Das ist sozialpolitisch nicht vertretbar, insbesondere, weil es ja gerade das Ziel der sozialen Pflegeversicherung ist, das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern.

In der jetzigen Systematik der Pflegeiteilversicherung müssen Pflegebedürftige teilweise über ein Drittel der Pflegekosten selbst bezahlen. Ein Beispiel: Im Pflegegrad 3 wird in einer stationären Einrichtung eine tägliche Pflegevergütung von 70 Euro in Rechnung gestellt. Davon bezahlt die Pflegeversicherung einen fixen Anteil von 42 Euro (1.262 Euro im Monat). Damit verbleiben für den Bewohner 28 Euro für die notwendige Pflege und Betreuung. Hinzu kommen Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 24 Euro und Aufwendungen für die Miete bzw. den Investivkostenanteil von 20 Euro. Insgesamt ergibt sich daraus für den Pflegebedürftigen ein Eigenanteil von 72 Euro täglich oder 2.158 Euro im Monat. Wer kann sich das leisten?

Solange die Pflegeversicherten die Rechnung bezahlen müssen und von der Pflegekasse dafür nur einen festgeschriebenen Anteil erhalten, tragen die Betroffenen nicht nur einen zu hohen Eigenanteil, sondern auch jede Kostensteigerung und das volle finanzielle Risiko. Das ist ungerecht. Teilkasko funktioniert genau deshalb anders herum: Die Versicherung bezahlt die Rechnung und der Versicherte trägt einen festen Eigenanteil. Dieses Prinzip, das in der Krankenversicherung genauso gilt wie bei der Haftpflichtversicherung, muss endlich auch auf die Pflegeversicherung übertragen werden.

Im Teilkaskomodell würde also die Pflegeversicherung die Rechnung des Musterpflegeheims über die 70 Euro Pflegevergütung bekommen und dem Versicherten einen gesetzlichen Eigenanteil z. B. in Höhe von bis zu 10 Euro pro Tag in Rechnung stellen. Zusammen mit den „Haushaltskosten“ (Unterkunft, Verpflegung und Miete) verbleiben beim Bewohner 54 Euro täglich bzw. 1.620 Euro monatlich. Von „Pflegevollversicherung“ kann also keine Rede sein, denn der Eigenanteil ist noch erheblich. Er ist aber in erster Linie abhängig von den Haushaltskosten und kann damit im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten auch selbst beeinflusst werden. Je nach Wohnort und Lebensstil – von der eigenen Zweizimmerwohnung bis zum Pflegeheim – kann und sollte der Eigenanteil auch unterschiedlich hoch ausfallen.

Das Teilkaskoprinzip funktioniert grundsätzlich auch im häuslichen Umfeld und bei der Kombination von professioneller Pflege durch Pflegedienste und Angehörigenpflege (Pflegegeld). Voraussetzung ist, dass die Segmentierung von ambulant und stationär überwunden und das Leistungsgeschehen einheitlich aus Leistungspaketen organisiert sowie im

› Die Eckpunkte auf einen Blick

› Echte Pflegeiteilkaskoversicherung umsetzen

› Sektorengrenzen konsequent abbauen

› Zivilgesellschaft stärker einbinden

› Kommunale Pflegeinfrastruktur steuern und fördern

› Personalsituation zukunftssicher machen

› Fazit

Rahmen eines Case Managements erbracht wird. Der gesetzliche Eigenanteil müsste abhängig vom Leistungsumfang angepasst werden. Darüber hinaus ist zu definieren, was im Sinne des SGB XI als „notwendige und bedarfsgerechte“ Pflegeleistung anzusehen ist und welche Möglichkeiten für Wahlleistungen bestehen.

Mit dem Pflegeiteilkaskomodell und dem damit verbundenen Paradigmenwechsel werden die Verhältnisse im SGB XI richtig gerückt. Kostensteigerungen, die beispielsweise durch das angekündigte Personalbemessungssystem zu erwarten sind, übernimmt künftig die Pflegekasse. Das gilt auch für Mehrkosten, die durch Tarifierhöhungen oder durch höhere Personalschlüssel nach den Landesrahmenverträgen entstehen. Pflegebedürftige, Angehörige und die Kommunen als Sozialhilfeträger werden so deutlich entlastet.

Sektorengrenzen konsequent abbauen

Mit dem ambulanten und dem stationären Bereich haben sich in der Pflege zwei fast unvereinbare Sektoren gebildet, die nach grundsätzlich unterschiedlichen Regeln funktionieren. Je nachdem, wo die Menschen versorgt werden, erhalten sie derzeit ganz verschiedene Leistungen. Es ist ungerecht, wenn der Lebensort die Leistungen bestimmt oder wenn aufgrund der Lebensumstände manche Kombinations- oder Entlastungsleistungen nicht in Anspruch genommen werden können. Die heutige sektorale Pflegelandschaft muss daher überwunden werden.

Auch im Alter und bei Pflegebedürftigkeit darf nicht die Wohnform die Leistung bestimmen. Entscheidend ist der jeweilige Bedarf. Jeder Mensch muss das Recht auf die gleichen Leistungen erhalten. Das erfordert ein neues, transparentes Pflegesystem, das nicht mehr nach „ambulante“ und „stationäre“ unterscheidet. Egal, ob ein Mensch zu Hause individuell betreut wird oder in einer gemeinschaftlichen Wohnform lebt, wie etwa in einer Pflege-WG oder in einem Pflegeheim: Die Pflege funktioniert nach denselben Prinzipien:

- ◆ Die Pflegeversicherung (SGB XI) finanziert alle notwendigen Maßnahmen der Grundpflege und der Betreuung nach einem einheitlichen Sachleistungsprinzip (Care). Das Prinzip darf sich nicht an den bisher stationären, pauschalen Pflegesätzen orientieren, sondern ähnlich der ambulanten Versorgung an Modulen und Einzelleistungen. Diese Leistungspakete können z. B. wie beim Teilhabeplan nach SGB IX im Sinne eines Case Managements aufgrund einer gutachterlichen Empfehlung des MDK von der Pflegekasse bewilligt und in einer individuellen Pflegeplanung vereinbart werden.
- ◆ Die Krankenversicherung (SGB V) übernimmt alle Maßnahmen der Behandlungspflege (Cure). Das sind Leistungen, die Pflegekräfte zur Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung erbringen, wie etwa Verbandswechsel oder Medikamentengaben. Außerdem finanziert die Krankenkasse alle notwendigen Maßnahmen der medizinischen Versorgung, der Rehabilitation, der palliativen Versorgung und der gerontopsychiatrischen Behandlungspflege. Diese können unabhängig vom Lebensort ärztlich verordnet und vom Pflege-

dienst oder vom Pflegeheim nach denselben Regeln erbracht und abgerechnet werden.

- ◆ Die Pflegebedürftigen übernehmen alle Kosten, die für Unterkunft, Verpflegung und Miete entstehen. Diese fallen selbstverständlich je nach Lebensort und Lebensstil in der eigenen Wohnung, im Betreuten Wohnen oder im Pflegeheim unterschiedlich hoch aus. Außerdem bezahlen sie einen gesetzlich festzulegenden Eigenanteil an den Pflegeleistungen, der z. B. mit bis zu 10 Euro pro Tag so hoch ausfallen könnte wie im Krankenhaus.

Dieses System ist einfacher – und es ist gerechter, denn die unterschiedlichen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung können entfallen. Für die Leistungsgewährung der Pflegekasse ist es völlig unerheblich, wo der Pflegebedürftige lebt.

Außerdem wird mit der Zuordnung der Behandlungspflege zur Krankenkasse ein Webfehler der Pflegeversicherung korrigiert: Es ist sozialpolitisch nicht zu rechtfertigen und mit dem Gleichheitsgrundsatz nicht zu vereinbaren, wenn für die Behandlungspflege zu Hause die Krankenkasse aufkommt, aber mit dem Wechsel des Wohnorts in ein Pflegeheim diese Leistungen über den Eigenanteil mitfinanziert werden müssen, obwohl der Krankenversicherungsbeitrag unverändert hoch bleibt.

Zivilgesellschaft stärker einbinden

Die dramatischen Herausforderungen des demografischen Wandels treffen die Altenpflege in doppelter Hinsicht: Immer mehr älteren und pflegebedürftigen Menschen steht ein immer kleiner werdendes Potential an erwerbsfähigen, also professionellen Pflegepersonen gegenüber. Ohne eine konsequente Honorierung der Angehörigenpflege in allen Leistungsbereichen, also nicht nur zu Hause, sondern auch im Pflegeheim, und ohne eine stärkere Einbindung der Zivilgesellschaft wird es nicht gelingen, diese Lücke zu schließen.

Viele Menschen mit Pflegebedarf möchten möglichst lange im vertrauten Umfeld bleiben; zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden von Angehörigen zu Hause versorgt. Um diese Strukturen zu stützen, muss mit der flächendeckenden Einführung und der zuverlässigen Refinanzierung von Quartiersmanagement ein zentraler Baustein umgesetzt werden. Gemeinwesenarbeit sollte an Einrichtungen zivilgesellschaftlicher Akteure angebunden sein, für die insbesondere die Diakonie und die freie Wohl-

fahrtspflege stehen. Ihre Aufgabe als Quartiersmanager ist es, unterstützende Strukturen und Netzwerke für Pflegebedürftige und ihre Familien aufzubauen und zu pflegen sowie das freiwillige Engagement im Quartier zu fördern und auszubauen. Der Sozialraum und die Kooperationen vor Ort sind der entscheidende Bezugsrahmen, um die demografischen Veränderungen zu bewältigen. Ohne eine steuernde, koordinierende Struktur wird dies nicht gelingen.

Kommunale Pflegeinfrastruktur steuern und fördern

Mit dem Teilkaskoprinzip werden nicht nur die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen entlastet, sondern auch die Kommunen als Sozialhilfeträger. Damit eröffnet sich für Gemeinden, Städte und Landkreise der finanzielle Spielraum, sich nicht nur planerisch, sondern auch mit einer aktiven Förderpolitik für eine zukunftsfähige Pflegeinfrastruktur zu engagieren.

Die Länder sind nach § 9 SGB XI bereits heute „verantwortlich für die Vorhaltung einer zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.“ Diese Soll-Regelung reicht jedoch nicht. Die Förderung der pflegerischen Infrastruktur muss dringend als Pflichtaufgabe formuliert werden. Erst damit wird den Kommunen die entscheidende, gestaltende Funktion bei der Pflegeinfrastruktur zugeschrieben, die sie durch eine regelmäßige und verbindliche Altenhilfeplanung umsetzen müssen. Dazu bedarf es eines wirksamen Steuerungsinstrumentes, das nur mit einem entsprechenden Pflegeförderprogramm funktionieren wird. Dafür sollen die Einsparungen eingesetzt werden, die durch die zusätzlichen Leistungen der Pflege-teilkaskoversicherung zu erwarten sind. Die Investitionsförderung wird zu einer Reduzierung der Heimentgelte in geförderten Einrichtungen führen – und damit auch zu einer spürbaren Entlastung von Pflegebedürftigen und Angehörigen.

Ein Blick in die Pflegestatistiken zeigt, dass bis 2030 bundesweit mit einem Anstieg der Pflegebedürftigen um 35 Prozent auf 3,5 Millionen zu rechnen ist. Auch zukünftig wird die Mehrzahl zu Hause und dort überwiegend von Angehörigen und Pflegediensten versorgt. Der Ausbau und die Förderung der Pflegeinfrastruktur sind deshalb nach der Prämisse auszurichten, die häuslichen Versorgungsstrukturen zu stärken und zu entlasten. Gleichzeitig zeigt die Erfahrung, dass mit höherer Pflegebedürftigkeit und mit mehr demenziellen Erkrankungen auch der

› Die Eckpunkte auf einen Blick

› Echte Pflegezeitkaskoversicherung umsetzen

› Sektorengrenzen konsequent abbauen

› Zivilgesellschaft stärker einbinden

› Kommunale Pflegeinfrastruktur steuern und fördern

› Personalsituation zukunftssicher machen

› Fazit

Bedarf an professioneller Hilfe in gemeinschaftlichen Wohnformen zu nehmen wird. Pflegeheime müssen sich durch zunehmende Multimorbidität und kürzere Verweildauern auf neue Anforderungen einstellen.

Mit einer verbindlichen Altenhilfeplanung kann der jeweilige örtliche Bedarf prognostiziert und entsprechend gefördert werden. Dabei sollten nach Auffassung des DEVAP wohnortnahe Einrichtungen mit flexiblen Leistungsangeboten entstehen, deren Größe und Ausgestaltung sich am örtlichen Bedarf, an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen sowie an den Rahmenbedingungen des Quartiers orientieren.

Das erforderliche Verfahren für das Pflegeförderprogramm muss transparent und nach objektiven qualitativen Kriterien organisiert sein und sicherstellen, dass Investitionen nicht behindert, sondern ohne bürokratische Hürden zeitnah ermöglicht werden. Das Investitionsrisiko wird auch bei einer Förderung weiterhin von den Pflegeunternehmen zu tragen sein. Dafür benötigen sie verlässliche Rahmenbedingungen.

Personalsituation zukunftssicher machen

Die Sicherung der erforderlichen Anzahl an Pflegepersonal ist eine der entscheidenden Aufgaben, der sich Politik, Verbände und Unternehmen in den nächsten Jahren stellen müssen. Die aktuelle Prognos-Studie „Zukunft der Pflegepolitik“ beziffert die Personallücke bis zum Jahr 2030 auf bis zu eine halbe Million Vollzeitstellen.

Die Vorschläge zur Verbesserung der Personalsituation reichen von der Anhebung des Pflegemindestlohns über eine bessere Bezahlung, das verbindliche Anerkennen von Tarifen bei Pflegesatzverhandlungen bis hin zu Forderungen nach einem allgemeingültigen „Flächentarifvertrag Soziales“. Sie scheitern alle überwiegend daran, dass sie letztlich von den Pflegebedürftigen selbst zu finanzieren sind.

Mit der konsequenten Umsetzung des Teilkaskoprinzips im SGB XI kann dieses Problem gelöst werden. So würden eine Tarifierhöhung oder zusätzliches und qualifizierteres Personal nicht mehr unmittelbar und ausschließlich vom einzelnen Pflegebedürftigen (oder dem Sozialhilfeträger) finanziert werden, sondern von der Solidargemeinschaft aller Pflegeversicherten.

Im Mittelpunkt der Pflege steht der Mensch. Gute und würdevolle Pflege hat seinen Bedürfnissen nach Zuwendung, Teilhabe, körperlicher Unversehrtheit, Spiritualität, Selbstbestimmung und Selbstachtung Rechnung zu tragen. Dazu benötigen Pflegende mehr Zeit und Fachlichkeit. Das vage Versprechen im Pflegestärkungsgesetz II, bis frühestens 2020 ein einheitliches Personalbemessungssystem in Deutschland zu entwickeln, ist völlig unzureichend. Die pflegebedürftigen Menschen, ihre Angehörigen und die Mitarbeitenden können nicht jahrelang auf ein neues System warten. Kurzfristige Lösungen für mehr qualifiziertes Personal sind dringend umzusetzen.

Auch im Ausbildungsbereich sind Veränderungen notwendig: Die neue, generalistische Pflegeausbildung muss in ihren theoretischen und praktischen Inhalten den Anforderungen der diversen Pflegesettings

gerecht werden. Die Differenzierung von Pflege in CURE und CARE erfordert abgestimmte Berufsbilder sowie klare Kompetenzen der professionell Pflegenden, die auch pflegerische Vorbehaltsaufgaben abbilden müssen.

Pflege ist weit mehr als das Durchführen von grund- und behandlungspflegerischen Verrichtungen. Auch die individuelle Planung, Steuerung und Koordination der notwendigen Hilfen (Case- und Care-Management) sowie Sozialraumgestaltung sind wichtige pflegerische Aufgaben. Zugleich ist Pflege Unterstützung im Haushalt, Alltagsassistenz oder Sterbebegleitung.

In der Einbeziehung unterschiedlicher und neu entstehender Berufsgruppen in den Pflegeprozess

liegen große Chancen. Pflege ist ein ganzheitlicher Prozess, der nur durch ein multiprofessionelles Team (Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Hauswirtschaftskräfte etc.) begleitet werden kann. Jeder Pflegeprozess ist individuell. Diese Heterogenität muss in der zukünftigen Organisation von Pflege zwingend berücksichtigt werden. Mit Blick auf die generalistische Pflegeausbildung müssen die Qualifikationsprofile unterhalb der dreijährigen Pflegeausbildung (Alltagsassistenz, Pflegehelfer) zwingend erhalten bleiben und bundesweit vereinheitlicht werden. Die Pflege benötigt eine bundesweite, einheitliche Bildungsstrategie.

FAZIT

Der DEVAP erkennt ausdrücklich die Erfolge und die Verbesserungen an, die die Bundesregierung erzielt hat, insbesondere durch die Pflegestärkungsgesetze. Der politische Wille ist erkennbar, ein höchst drängendes gesellschaftliches Handlungsfeld aktiv und lösungsorientiert anzugehen.

Um die enormen Herausforderungen zu bewältigen, die die alternde Gesellschaft mit sich bringt, braucht es jedoch eine langfristige Strategie und einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Pflegeversicherung. Der DEVAP beschreibt dafür die wesentlichen fünf Eckpunkte, die schrittweise umgesetzt, aber zielstrebig und mutig angegangen werden müssen:

1. Umsetzung des Teilkaskoprinzips in der Pflegeversicherung, damit Pflege für die Menschen bezahlbar wird und nicht in die Armut führt
2. Überwindung der ambulanten und stationären Sektoren zur Stärkung wohnortunabhängiger Pflegearrangements und zur Klärung der Finanzierungszuständigkeiten
3. Stärkung der Zivilgesellschaft mit Honorierung der Angehörigenpflege, mit der Verbesserung gesellschaftlicher Partizipation und einem finanzierten Quartiersmanagement
4. Ausbau und finanzielle Förderung einer zukunftsfähigen, seniorengerechten Infrastruktur als kommunale Pflichtaufgabe

5. Sicherstellung der Personalsituation mit einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und einer modernen, generalistischen Pflegeausbildung

Dieser Paradigmenwechsel ist finanzierbar. Mit einem angemessenen gesetzlichen Eigenanteil, der einheitlichen Zuordnung der Behandlungspflege zur Krankenkasse, Einsparungen im bisherigen Wildwuchs von Sach-, Geld- und Kombinationsleistungen und mit einem allenfalls moderaten Anstieg des Versicherungsbeitrags kann der finanzielle Spielraum geschaffen werden, den die Pflegeversicherung dringend für ihre „Kernleistung Pflege“ und für die echte Pflegeuteilkaskoversicherung benötigt.

Der DEVAP ist sich natürlich im Klaren darüber, dass die beschriebenen Grundpositionen allenfalls Eckpunkte für eine umfassende Pflegereform darstellen, die in ihren Details noch viele Fragen aufwerfen und die ausführlich diskutiert werden müssen. Zu diesem Diskurs will die Diakonie alle politisch Verantwortlichen im Bund, in den Ländern und den Kommunen sowie alle gesellschaftlichen Gruppen einladen, die sich einer echten Stärkung der Altenpflege in Deutschland verpflichtet fühlen.

Berlin, den 01.11.2016


Bernhard Schneider

DER DEVAP STELLT SICH VOR:

Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP) setzt sich seit über 80 Jahren für die Belange der Altenhilfe in Deutschland ein. Als Bundesfachverband im Verbund der Diakonie vertritt der DEVAP unmittelbar und mittelbar ca. 1.950 stationäre Einrichtungen der Altenhilfe mit 176.000 Plätzen sowie über 1.400 ambulante gesundheits- und sozialpflegerische Dienste. Darüber hinaus sind zahlreiche Altenpflegeschulen und Einrichtungen der gemeinwesenorientierten Altenarbeit im Verband organisiert. DEVAP-Praktiker aus diesen Bereichen haben das Positionspapier in einem intensiven Beratungsprozess erarbeitet.

Impressum

Herausgeber: Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V. (DEVAP)

Verantwortlich: Vors. Bernhard Schneider

Redaktion: Heike Wehrbein

Grafik: Elke Zumbruch

DEVAP-Geschäftsstelle Berlin

Invalidenstraße 29, 10115 Berlin

Tel.: 030 83001-277, Fax: 030 83001-25277

info@devap.de, www.devap.info

Stand: November 2016