

Positionen zur Bundestagswahl 2017

Gliederung

- 1 Leistungsansprüche der Versicherten dynamisieren
- 2 Personalgewinnung und Personalentwicklung unterstützen
- 3 Tarifliche Vergütungen in der Krankenversicherung anerkennen
- 4 Vorbehaltene medizinisch-pflegerische Aufgaben der Pflegefachkräfte sicherstellen
- 5 Medizinische Behandlungspflege in allen Pflegesettings aus der Krankenversicherung vergüten
- 6 Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege Zugang zum G-BA gewähren
- 7 Den Begriff des Ehrenamtes in der Gesetzgebung trennscharf definieren

Position

Herausgegeben vom
Verband katholischer Altenhilfe
in Deutschland e. V.
Fachverband im Deutschen Caritasverband

Geschäftsstelle
Postfach 420 · 79004 Freiburg i. Br.
Karlstraße 40 · 79104 Freiburg i. Br.
Lorenz-Werthmann-Haus
Telefon-Durchwahl (0761) 200-460
Telefax (0761) 200-710
V.i.S.d.P.: Andreas Leimpek-Mohler
vkad@caritas.de
www.verband-katholische-altenhilfe.de

1. Leistungsansprüche der Versicherten dynamisieren

Die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in der teilstationären und stationären Pflege blieben seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 für 13 Jahre unverändert. Erst im Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 wurden die Leistungsbeträge für die teilstationäre Pflege und in der stationären Pflege für die Stufe 3 angepasst. Zusätzlich wurde mit § 30 eine Dynamisierungsklausel eingeführt, die die Anhebung der Leistungsbeträge erstmals im Jahr 2015 ermöglicht. Diese Gesetzesänderungen zeigen, dass bereits zu diesem Zeitpunkt erkannt wurde, dass die Pflegeversicherung ihre Ziele ohne Anpassung der Leistungsbeträge nicht erreichen kann. Doch die Regelungen sind bei weitem nicht ausreichend, da eine Anpassung nicht zwingend erfolgt und der mögliche Anstieg begrenzt wird auf die Bruttolohnentwicklung der letzten drei Jahre (§ 30 SGB XI).

Durch die Einführung von Pflegegraden und der damit neu ausgerichteten Finanzierung (PSG II) ist das Problem nicht gelöst: z.B. unmittelbar augenscheinlich ist, dass die unteren Pflegegrade finanziell unverhältnismäßig niedrig ausgestattet sind.

Das erklärte Ziel der Pflegeversicherung war, eine Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von der Sozialhilfebedürftigkeit zu vermeiden und die Leistungsbeträge so auszugestalten, dass die pflegebedingten Kosten komplett von der Versicherung abgedeckt werden. Diese Ziele müssen wieder erreicht werden. Die derzeit gültigen Leistungsbeträge in der teilstationären und stationären Pflege müssen umgehend so angehoben werden, dass die Differenzen aus der Vergangenheit zwischen tatsächlichen Kosten und Leistungsbeiträgen der Pflegeversicherung ausgeglichen werden. Darüber hinaus muss § 30 SGB XI von einer dreijährigen Dynamisierungsmöglichkeit auf eine jährliche Anpassungspflicht umgestellt werden. Die Dynamisierung muss an die Entwicklung der Kosten angepasst werden.

Forderung an die Bundesregierung: Eine jährliche Anpassung der Leistungsbeträge an die tatsächlichen Lohn- und Sachkostensteigerungen.

2. Personalgewinnung und Personalentwicklung unterstützen

Die Schätzungen über den künftigen Bedarf an Beschäftigten im Pflegesektor divergieren aufgrund unterschiedlicher Annahmen. Deutlich wird aber, dass um das heutige Versorgungsniveau zu halten, zusätzliche Pflegepersonen in einer mittleren bis hohen sechsstelligen Zahlenstärke auszubilden bzw. anzuwerben sind.

Die Ausbildungszahlen für die Altenpflege konnten zwar in den vergangenen Jahren deutlich gesteigert werden, doch bleibt die Altenpflege weiterhin ein Engpassberuf. Auf 100 gemeldete offene Arbeitsstellen für Altenpflegefachkräfte kamen im Jahr 2015 im Durchschnitt nur 31 gemeldete Arbeitssuchende.

Die Anstrengungen zur Gewinnung von Fachkräften für die Altenpflege müssen deshalb fortgesetzt und verstärkt werden.

Die im Vereinbarungstext beschriebenen zehn Handlungsfelder sind weiter unter Federführung des BMFSFJ zu bearbeiten. Insbesondere in den folgenden Handlungsfeldern sieht der VKAD weiteren politischen Handlungsbedarf:

- Erschließung des Nachqualifizierungspotenzials in der Altenpflege
- Weiterbildungsförderung durch die Agenturen für Arbeit und Jobcenter
- Verbesserte Anerkennung im Ausland erworbener Qualifikationen im Pflegebereich
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Familie und Ausbildung in der Pflege
- Attraktive Arbeitsbedingungen in der Altenpflege
- Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Altenpflege
- Nutzung der Chancen der europäischen Arbeitnehmerfreizügigkeit

Die dreijährige Umschulungsförderung durch die Bundesagentur für Arbeit ist auch mit Einführung des neuen Pflegeberufs dauerhaft sicher zu stellen.

Forderung an die Bundesregierung:

Die zur Sicherung des Fachkräftebedarfs in der Altenpflege seitens der Bundesregierung im Dezember 2012 gestartete "Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege" muss reaktiviert und fortgeführt werden.

3. Tarifliche Vergütungen in der Krankenversicherung anerkennen

Fachkräfte in der ambulanten Pflege leisten eine qualifizierte und anspruchsvolle Arbeit und müssen entsprechend honoriert werden. Ihnen gebührt eine angemessene, tarifliche Bezahlung. Auch von Politik und Kassen werden Tariflöhne eingefordert. Trotzdem bleiben die für Leistungen der häuslichen Krankenpflege gezahlten Vergütungen der Krankenkassen seit Jahren hinter den tatsächlichen Kostensteigerungen – insbesondere der Personalkosten - zurück. Für viele tarifgebundene ambulante Pflegedienste ist eine Finanzierungslücke entstanden, die ihre Existenz gefährdet. Ursache dessen ist eine fehlende gesetzliche Klarstellung. Die bisherigen Lösungsversuche über die Rechtsprechung können die vorhandene Gesetzeslücke nicht schließen. Der Gesetzgeber ist dringend dazu aufgerufen, eine gesetzliche Anerkennung herbeizuführen.

Forderung an die Bundesregierung:

Die Formulierungen und Klarstellungen zur Geltung der Tarifbindung, die im SGB XI formuliert sind, werden analog in das SGB V eingearbeitet.

4. Vorbehaltene medizinisch-pflegerische Aufgaben der Pflegefachkräfte sicherstellen

Vor dem Hintergrund der demografischen und gesellschaftlich bedingten strukturellen Veränderungen, ist für eine Sicherstellung der medizinischen und medizinisch-pflegerischen Versorgung in der Fläche, und in strukturschwachen Regionen, eine selbstständige Erhebung und Feststellung eines individuellen Pflegebedarfs dringend geboten. Zwingende Voraussetzung dafür ist die Klarstellung der vorbehaltenen medizinisch-pflegerischen Aufgaben und Tätigkeiten, die der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte zukommen. Das neue systemübergreifende und generalistisch angelegte Berufsbild der Pflege eröffnet dafür die Möglichkeit.

Forderung an die Bundesregierung:

Wir fordern die Definition der vorbehaltenen medizinischen und pflegerischen Aufgaben der Pflegefachleute im kommenden Pflegeberufsgesetz.

5. Medizinische Behandlungspflege aus der Krankenversicherung vergüten

Medizinische Behandlungspflege sichert das Ziel ärztlicher Behandlung von Krankheiten und umfasst beispielsweise Leistungen wie Medikamentengabe, Verbandswechsel, Blutdruck- sowie Blutzuckerkontrolle durch Pflegefachkräfte. Die Maßnahmen dienen der Erhaltung, Wiederherstellung oder Besserung des Gesundheitszustandes der Menschen. Damit zählen sie zum Aufgabenkreis der Krankenversicherung.

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1996 setzte der Gesetzgeber diese Zuordnung in der stationären Pflege für einen festgelegten Zeitraum aus. Grund dafür war, die zur Einführung anstehenden verwaltungstechnischen Arbeitsprozesse zu vereinfachen. Die Leistungen der Behandlungspflege in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe wurden pauschal mit den Vergütungen der Pflegeversicherung verrechnet. Daran sollte sich ein zweiter Schritt anschließen. Geplant war, nach abgeschlossener Einführung der Pflegeversicherung, den Systemfehler zu beheben und die krankenpflegerischen Leistungen wieder für alle Menschen in den Bereich der Krankenkassenleistungen zu integrieren. Diese vorgesehene Korrektur wurde zunächst mehrfach verschoben. Schließlich hat der Gesetzgeber anders entschieden und die zunächst befristet geplante Regelung als Dauerregelung gefasst.

Die Folgen dieser Entscheidung sind mittlerweile dramatisch. Immer mehr schwerkranke multimorbide Menschen werden in den stationären Einrichtungen der Altenpflege pflegerisch versorgt, ohne dass diese Leistungen von der Krankenversicherung vergütet werden. Die Leistungserbringer erhalten zwar von den Pflegekassen eine Vergütung, in der pauschal auch die Leistungen für die Behandlungspflege enthalten sind. Während diese Pauschale jedoch nicht

erhöht wurde, steigt der Aufwand der Leistungserbringer für die medizinische Behandlungspflege seit Jahren.

Darüber hinaus ist gegenüber den Patientinnen und Patienten eine Gerechtigkeitslücke entstanden. Noch zu Hause wohnende Menschen erhalten die Hilfen in Form der häuslichen Krankenpflege von ihrer Krankenkasse, im Pflegeheim lebende Erkrankte dagegen nicht. Die Menschen werden folglich je nach ihrem Wohnort unterschiedlich behandelt, obwohl beide Versichertengruppen volle Krankenkassenbeiträge zahlen.

Forderung an die Bundesregierung:

Die Behandlungspflege muss unabhängig vom Aufenthaltsort des Versicherten aus der Krankenversicherung vergütet werden. So wie ambulant gepflegte Versicherte selbstverständlich einen Rechtsanspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung haben, muss dies auch für Versicherte gelten, die in teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen leben.

6. Leistungserbringern der häuslichen Krankenpflege Zugang zum Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gewähren

Ambulante Pflegedienste erbringen neben Leistungen aus dem Bereich der Pflegeversicherung auch häusliche Krankenpflege. So wurden allein im Jahr 2014 bei rund 2,3 Mio. Menschen die Ziele der ärztlichen Behandlung durch häusliche Krankenpflege abgesichert. Damit tragen die ambulanten Pflegedienste in erheblichem Maße zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bei.

Im zentralen Steuerungsorgan der Gesundheitsversorgung in Deutschland, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sind die Erbringer der häuslichen Krankenpflege jedoch nicht vertreten. So können sie ihre Stimme in diesem wichtigen Gremium nicht in die Entscheidungsfindung über eine gerechte Gesundheitsversorgung einbringen. Folge ist, dass zentrale Aspekte der Krankenpflege nicht von Experten der Pflegeprofessionen verhandelt und entschieden werden. Spezifisches pflegerisches Fachwissen bleibt ungenutzt.

Forderung an die Bundesregierung:

Die Verbände der Erbringer häuslicher Krankenpflege, zu denen auch unser Fachverband gehört, erhalten Sitz und Stimme im Gemeinsamen Bundesausschuss.

7. Den Begriff des „Ehrenamtes“ in der Gesetzgebung trennscharf definieren

Wir sehen in der nicht entlohnten, freiwilligen sozialen Tätigkeit eine wesentliche Verwirklichungsform des Menschseins und des christlichen Lebens, und unterstützen als VKAD das Engagement von Ehrenamtlichen in den Diensten und Einrichtungen ausdrücklich, auch weil es einen wichtigen Indikator für Qualität darstellt. Eine Grundvoraussetzung für das gelingende Zusammenwirken von ehrenamtlich Engagierten und beruflich Tätigen ist, dass ehrenamtliches Engagement berufliches Handeln ergänzen, aber niemals ersetzen darf. Notwendige verlässliche Hilfestrukturen benötigen den Einsatz von qualifizierten und bezahlten Kräften. Wir setzen uns deshalb klar gegen Tendenzen der Instrumentalisierung des gesellschaftlich so wichtigen Ehrenamts und eine missverständliche Verwendung des Begriffs Ehrenamt ein.

In § 45 a Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI werden Angebote beschrieben, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer Betreuungsleistungen übernehmen. Das Wort „insbesondere“ macht deutlich, dass der Schwerpunkt der erwarteten Leistungserbringung für dieses Angebot auf den Ehrenamtlichen liegt. Ein Grundprinzip ehrenamtlicher Tätigkeit ist jedoch das der Freiwilligkeit. Dagegen müssen sich die hilfebedürftigen Menschen sicher auf die Hilfeleistungen verlassen können. Darüber hinaus stellt sich die Frage nach den Auswirkungen eines Mangels an Ehrenamtlichen. Offen bleibt die Frage, wer die Betreuung leistet, wenn nicht in ausreichender Zahl ehrenamtliche Helfer akquiriert werden können. Die Formulierung des Gesetzes erzeugt daher ein Spannungsfeld. Dies kann dadurch aufgelöst werden, dass neben der Gruppe der Ehrenamtlichen die Gruppe der nebenberuflich tätigen Personen genannt wird. Nebenberuflich Tätige sind verbindlicher für eine verlässlich notwendige Leistungserbringung einzuplanen, als dies bei Ehrenamtlichen der Fall ist.

In den Sozialgesetzbüchern ist der Begriff „Ehrenamt“ missverständlich gefasst. So bietet z. B. das Pflegeversicherungsgesetz die sinnvolle Möglichkeit, den Einsatz von Freiwilligen in niederschweligen Betreuungsangeboten finanziell zu fördern. Zeitlich intensive und anspruchsvolle Betreuungstätigkeiten werden durch diese gesetzliche Möglichkeit häufig als Stundenvergütung mit pauschalen Aufwandsentschädigungen – meist im Rahmen der Übungsleiterpauschale – honoriert. Diese monetarisierte Form von Engagement mit Stundenvergütungen ist wichtig und wird vielfach praktiziert, doch ist dies nach dem Ehrenamtsverständnis der Deutschen Caritas kein Ehrenamt sondern eine steuerbegünstigte nebenberufliche Tätigkeit, die nach § 3 Nr. 26 EStG steuerfrei bleibt und nach § 14 Absatz 1 Satz 3 SGB IV auch nicht sozialversicherungspflichtig ist.

Forderung an die Bundesregierung:

Um begriffliche Klarheit zu wahren, und das wertvolle und vielfach praktizierte unentgeltliche Ehrenamt nicht in Verbindung mit nach Zeiteinsatz bezahlten Tätigkeiten zu bringen, fordern wir die missverständliche Verwendung des Begriffs „Ehrenamt“ in den Gesetzgebung zu ändern und trennschärfer zu definieren. So sollte z.B. im Kontext des Begriffs Ehrenamt der Begriff „Aufwandsentschädigung“ durch den Begriff „Auslagenersatz“ ersetzt werden.

Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VKAD)

17. November 2016