

Antrag Nr. SO 10

Antragsteller: Unterbezirk Oldenburg-Stadt

Antragskommission:

Annahme

Reform der Pflegeversicherung

Weiterleitung:
Bundestagsfraktion

Der Bezirk Weser-Ems der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands fordert die SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag sowie die zuständigen Ministerien auf, nachfolgend aufgeführte Aspekte bei der Reform der Pflegeversicherung zu berücksichtigen. Notwendige Änderungen sollen dabei nicht nur - wie leider häufig üblich - aus fiskalischen Erwägungen heraus erfolgen, vielmehr müssen neben der Sicht der Kostenträger deutlich mehr die Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, der Versicherten und der Leistungserbringer in den Fokus gerückt werden. Die zentrale Fragestellung muss lauten: Was ist unserer Gesellschaft ein würdevolles Leben aller wert?

Dynamisierung der Leistungsbeiträge

Seit 1995 keine Anpassung der Leistungen trotz Preissteigerungsraten von ca. 2 % jährlich, indirekte Abwertung der Leistungen von mehr als 12 % durch Inflation.

- Bei Absenkung der Leistungsbeiträge steigt die Anzahl der Sozialhilfeempfänger in den Einrichtungen Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“
- Verbesserung der Leistungen in der ambulanten Versorgung ohne Absenkung der stationären Leistungsbeträge
- Möglichkeit der Integration von Tagespflege in stationäre Einrichtungen ohne neue Infrastruktur
- Anstieg der stationären Bedarfe bis 2020 (Rürup-Kommission)

Anpassung des „Pflegebedürftigkeitsbegriffs“

- Unselbstständigkeit im Bereich der Kommunikation und sozialer Teilhabe werden derzeit nicht berücksichtigt,
- Auswirkungen gesundheitlicher Probleme, wie z. B. Schmerzerleben, Angst im Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen, verändertes Selbstschutzverhalten oder generell mangelhafte Krankheitsbewältigung werden ignoriert und
- der für alte Menschen bedeutsamen Bereich, dass ein erheblicher Teil der notwendigen Unterstützung für psychisch kranke/beeinträchtigte Menschen, die nicht nur bei einzelnen Verrichtungen, sondern in ihrer gesamten Lebensführung auf Hilfe angewiesen sind, wird ausgeblendet. (Bartolomeyczik 2003)

- 47 Einführung von Pflegebedarfs- und Personalbedarfsmessinstru-
48 menten
49 - Anerkennung von Leistungserbringern und Kostenträgern glei-
50 chermaßen
51 - Berücksichtigung der Messinstrumente bei Kostenbewertung
52

- 53 Akzeptanz von Qualitätsmanagement
54 - Befreiung der Einrichtungen von MDK-Prüfungen die ein ex-
55 tern überprüfetes QMS vorweisen können.
56 - Gesetzliche Verankerung des Grundsatzes von QM mit klaren
57 Rahmenbedingungen.
58

- 59 Kontrollkoordination und Fall des
60 Gutachtermonopols
61 - Klare Abgrenzung der Prüfungszuständigkeiten von MDK,
62 Heimaufsichten, Gesundheitsämtern, Veterinärämtern, usw.
63 - Harmonisierung der Prüftätigkeiten und Verknüpfung mit dem
64 Qualitätsmanagement der Einrichtung und den Leistungs- und
65 Qualitätsnachweisen
66 - Berechtigung für Ärzte oder Pflegefachkräfte, entsprechende
67 Gutachten zu formulieren, da derzeit bei der Begutachtung
68 und Ermittlung der Pflegestufe in vielen Fällen die Gutachten
69 auf der Basis von vorhandenen Gutachten und der Dokumen-
70 tation erstellt werden (Gutachten nach „Aktenlage“)
71

- 72 Erweiterung des „Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ für gerontopsychi-
73 atrisch veränderte und demente Pflegebedürftige
74 - Akzeptanz der Tagesstrukturierung, psychosozialer Betreuung
75 und allgemeiner Beaufsichtigung
76 - Berücksichtigung von mindestens 60 Minuten täglich
77

- 78 Schaffung einer Solidargemeinschaft aller Versicherten
79 - Ausgleich der privaten und gesetzlichen Pflegeversicherungen
80

- 81 Sicherstellung der Ausbildung
82 über alle Leistungserbringer
83 - Ausbildung ist gesellschaftlicher Auftrag
84 - Träger vermeiden Ausbildung aus wirtschaftlichen Gründen
85 - Ausbildungsumlage verfassungsrechtlich bestätigt
86

- 87 Medizinische Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrich-
88 tungen
89 - Systemgerechte Verortung von medizinischer Behandlun-
90 gspflege noch nicht umgesetzt
91 - Anteil der medizinischen Behandlungspflege steigt drastisch
92 - Anerkennung von ambulanter Pflege in stationären Einrich-
93 tungen
94

- 95 Finanzierung von Qualität
96 - Die Umsetzung von nationalen Standards und Empfehlungen
97 des MDS (z. B. Ernährung) wird vom Erscheinungstag vorausge-

98 setzt. Zur Implementierung sollten finanzielle Anreize geschaf-
99 fen werden.

100

101 Stärkung des altersgerechten Wohnungsbaus und neuer Wohn- 102 formen im Alter

- 103 - Barrierefreies Bauen als Förderungsvoraussetzung
- 104 - Gezielte Unterstützung innovativer Wohnangebote

105

106 Kontrolle der Pflegeplätze durch Bedarfs- und Sicherstellungsauf- 107 trag

- 108 - Überversorgung durch Kapitalmarkt an attraktiven Standorten,
109 Unterversorgung unattraktiver Regionen

110 Berücksichtigung der Geste- 111 hungskosten

- 112 - Besonders die Personalkosten sind im Rahmen von Tarifverträ-
113 gen nicht zu refinanzieren. Die Auffassung von „Unwirtschaft-
114 lichkeit“ ist zu korrigieren

115

116 Kausalitätsprinzip in der Pflege

- 117 - Basis für die Anteilsfinanzierung der Leistung müssen testierte
118 Pflegebedarfe sein.
- 119 - Derzeit spielen die Testate bei der Bildung von Vergütungen
120 (ambulant) oder Pflegesätzen keine Rolle. Vielmehr wird den
121 Familien Pflegebedürftiger vom MDK ein Bedarf (z. B. in Wider-
122 spruchsverfahren) minutengenau mitgeteilt, aber von den
123 Pflegekassen bei der Bildung von Preisen nicht nur nicht einbe-
124 zogen, sondern in der Regel dramatisch unterschritten. An-
125 schließend prüft derselbe MDK die Qualität wiederum auf der
126 Basis seiner Grundannahmen, die – s. o. – jedoch von den GPV
127 nicht finanziert werden. Bei, durch diese Verfahrensweise, in
128 aller Regel unterfinanzierter Pflege, die häufig nur deswegen
129 noch gut ist, weil das Pflegepersonal unter unzumutbarem und
130 unvertretbarem Dauerleistungsdruck steht, stellt wiederum
131 derselbe MDK oft formale Mängel fest und meldet diese der
132 Pflegeversicherung als Verstoß des Aufgabenträgers.

133

134 Umsetzung des Vorrangs von Prävention und medizinischer Re- 135 habilitation, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzö- 136 gern

- 137 - in § 5 SGB XI verankert
- 138 - Problem: zuständiger Kostenträger profitiert nicht, Profitieren-
139 der hat keine Kostenzuständigkeit
- 140 - Integration von Prävention und Rehaleistungen in die Pflege-
141 versicherung zur Umsetzung in der stationären Pflege

142

143 Gleichheit der Leistungen – Ver- 144 teilungsgerechtigkeit

- 145 - Bei einer bundesweit das Beitragsaufkommen ausgleichenden
146 GPV muss gewährleistet werden, dass trotz Föderalismus bun-
147 desweit gleiche Leistungsstandards gelten und nicht Ausgaben

148 für gleiche Sachverhalte in der Pflege unterschiedlich gestaltet
149 werden.

150 - Derzeit sind die auch von der GPV in Verhandlungen anerkannten
151 Personalbemessungen von Bundesland zu Bundesland
152 höchst unterschiedlich.

153

154 Entbürokratisierung in der Pflege

155 - Reduktion der geforderten Dokumentation sowie der
156 Leistungs- und Qualitätsnachweise

157 - Konzentration auf die Leistungserbringung und das Pflegeergebnis
158