

SOZIALVERBAND

VdK

RHEINLAND-PFALZ



Dezember 2012/Januar 2013

Pflegereform

Impressum

Inhalte: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, November 2012

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung.....	4
II.	Kernpunkte des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes	4
1.	Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung	4
2.	Finanzielle Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige	4
3.	Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme	6
4.	Anspruch auf häusliche Betreuungsleistungen	6
5.	Stärkung der Situation pflegender Angehöriger	7
6.	Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“	8
7.	Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen	8
8.	Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger bei der Begutachtung.....	9
9.	Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen	10
10.	Förderung privater Pflegevorsorge	10
11.	Weitere Maßnahmen	11
12.	Ruhen der Leistungsansprüche.....	11
III.	Kritikpunkte.....	12

I. Einleitung

Zum 1. Januar 2013 tritt das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung in Kraft. Wesentliche Inhalte der Reform sind die Anhebung des Beitragssatzes in der sozialen Pflegeversicherung von 1,95 auf 2,05 Prozent, verbesserte Leistungen für Demenzkranke, der Ausbau entlastender Angebote für pflegende Angehörige sowie die staatliche Förderung privater Pflegezusatzversicherungen in Höhe von fünf Euro monatlich.

Ziel der Bundesregierung ist es, mit dem Gesetz auf den demografischen Wandel und die damit verbundenen Anforderungen an die Pflege zu reagieren. Heute sind in Deutschland bereits circa 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig, die Tendenz ist steigend. Ein hoher Anteil der pflegebedürftigen Menschen ist zugleich an Demenz erkrankt. Bei sinkender Bevölkerungszahl insgesamt stellt dieser Wandel große Herausforderungen an die Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung und eine nachhaltige Finanzierung dar.

Allerdings bleibt das Gesetz trotz einer Fortentwicklung der Leistungsangebote der Pflegeversicherung weit hinter den Erwartungen zurück und verbessert die Angebote für viele Pflegebedürftige und deren Angehörige nicht wesentlich. Im Folgenden werden die Kernpunkte der Pflegereform sowie mögliche Kritikpunkte angeführt.

II. Kernpunkte des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes

1. Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung

Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz sieht vor, dass der Beitragssatz zur sozialen Pflegeversicherung bundeseinheitlich zum 1. Januar 2013 um 0,1 Punkte auf 2,05 Prozent beziehungsweise 2,3 Prozent für Kinderlose steigt.

Die Erhöhung wird mit den Leistungsverbesserungen insbesondere im Bereich der Versorgung von Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf begründet.

2. Finanzielle Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige

Ab 2013 wird es in der ambulanten Versorgung höhere Leistungen insbesondere für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz geben. Gemäß § 123 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) haben Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf Anspruch auf erhöhte Beträge im Rahmen der Pfl-

geleistungen. Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben Anspruch auf Pflege- und Geldleistungen, Ersatzpflege, Pflegehilfsmittel sowie Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen.

In der sogenannten Pflegestufe 0 (Menschen ohne Pflegestufe) erhalten Demenzkranke neben den heute schon beziehbaren 100 bzw. 200 Euro für zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI erstmals Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Menschen mit Pflegestufe 0 erhalten demnach monatlich ein Pflegegeld von 120 Euro, Pflegesachleistungen von bis zu 225 Euro oder eine Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistungen. In den Pflegestufen I und II wird der bisherige Betrag aufgestockt. Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten ein um 70 Euro erhöhtes Pflegegeld von 305 Euro oder um 215 Euro höhere Pflegesachleistungen bis zu 665 Euro. Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten ein um 85 Euro erhöhtes Pflegegeld von 525 Euro oder um 150 Euro höhere Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro.

Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) haben Anspruch auf ungekürztes Pflegegeld anteilig für die Tage, an denen sie sich in häuslicher Pflege befinden.

Pflegebedürftige haben künftig Anspruch auf Pflegeleistungen nach folgenden Maßgaben:

1) Pflegegeld

Pflegestufe	Pflegegeld	2012 Euro	Erhöhung Euro	2013 Euro	§ 45b SGB XI zusätzliche Betreuungsleistungen Euro
Stufe 0		-	120	120	100/200
Stufe I	Ohne Demenz	235	-	235	
	Mit Demenz	235	70	305	100/200
Stufe II	Ohne Demenz	440	-	440	
	Mit Demenz	440	85	525	100/200
Stufe III	Ohne Demenz	700	-	700	
	Mit Demenz	700	-	700	100/200

2) Pflegesachleistungen

Pflegestufe	Pflegegeld	2012 Euro	Erhöhung Euro	2013 Euro	§ 45b SGB XI zusätzliche Betreuungsleistungen Euro
Stufe 0		-	225	225	100/200
Stufe I	Ohne Demenz	450	-	450	
	Mit Demenz	450	215	665	100/200
Stufe II	Ohne Demenz	1.100	-	1.100	
	Mit Demenz	1.100	150	1.250	100/200
Stufe III	Ohne Demenz	1.550	-	1.550	
	Mit Demenz	1.550	-	1.550	100/200

Von den Leistungsverbesserungen profitieren etwa 500.000 Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

3. Flexibilisierung der Leistungsanspruchnahme

Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und die Pflegedienste können sich künftig flexibler auf die Leistungen verständigen, die benötigt werden. Sie können neben den standardisierten Leistungskomplexen auch bestimmte Zeitvolumen wählen, die sie je nach ihrem individuellen Bedarf für unterschiedliche Leistungen neben der allgemeinen Verrichtungspflege einsetzen können.

Die Betroffenen können bei Bedarf gemeinsam mit den Pflegediensten entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent erbracht werden sollen. Diese Flexibilisierung hilft den Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen und verbessert zudem die Situation der Pflegekräfte, wenn sie ihre Leistungen nicht nach Leistungskomplexen unter hohem Zeitdruck erbringen müssen.

4. Anspruch auf häusliche Betreuungsleistungen

Bis zur Endfassung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs soll der Pflegesachleistungsanspruch dergestalt inhaltlich geöffnet werden, dass neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung auch häusliche Betreuungsleistungen (nach § 124 SGB XI) abgerufen werden können. Es handelt sich dabei um Leistungen, die gezielt

für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz angeboten werden und speziell auf die Bedürfnisse Demenzkranker zugeschnitten sind.

Durch die häuslichen Betreuungsleistungen sollen Pflegebedürftige beim Erhalt der sozialen Kontakte und der Kommunikation sowie bei der Alltagsgestaltung unterstützt werden. Hierzu zählen bedürfnisgerechte Beschäftigungsangebote wie beispielsweise die Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten oder die Erhaltung des Tag-/Nachtrhythmus. Nicht inbegriffen sind Fahrdienste oder Hilfen der schulischen oder beruflichen Eingliederung sowie behandlungspflegerische Leistungen.

Zu beachten ist jedoch, dass diese Hilfen bei der Alltagsgestaltung, wie beispielsweise Vorlesen oder Spaziergehen, nur als Übergangsleistungen gewährt werden. Dieser Anspruch endet mit Inkrafttreten eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens.

5. Stärkung der Situation pflegender Angehöriger

Auch pflegende Angehörige und Familien sollen durch das neue Gesetz entlastet werden, indem die Möglichkeiten zwischenzeitlicher Unterbrechungen der Pflege eines Angehörigen zu Hause gestärkt werden.

So sollen pflegende Angehörige künftig leichter eine Auszeit nehmen können. Dazu wird das **Pflegegeld** zur Hälfte weitergezahlt, wenn sie eine Kurzzeit- oder Verhinderungspflege für den Pflegebedürftigen in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist, dass vor Antritt der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege ein Anspruch auf Zahlung des Pflegegeldes bestand. Bei Kombinationsleistungen wird das anteilige Pflegegeld ebenfalls zur Hälfte gezahlt. Der Pflegegeldanspruch besteht auch dann, wenn die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung keine Zulassung zur pflegerischen Versorgung nach dem SGB XI hat und somit kein Vertragspartner der Pflegekasse ist. Zu beachten ist allerdings, dass Menschen mit Pflegestufe 0 keinen Anspruch auf eine Tages- und Kurzzeitpflege haben.

Eine rechtliche Neuerung ist weiterhin die **rentenrechtliche Berücksichtigung** bei der Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen. Bisher wurden Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen nur dann entrichtet, wenn der jeweilige Pflegebedürftige mindestens 14 Stunden wöchentlich gepflegt wurde. Eine Addition von Zeiten bei der Pflege von zwei oder mehreren Pflegebedürftigen war nicht möglich. Um die Pflege und die daraus resultierende Belastung der Pflegeperson besser zu würdigen, ist künftig eine Addition der rentenrechtlich wirksamen Zeiten bei der Pflege möglich. Eine Entrichtung von Rentenversicherungsbeiträgen erfolgt hiernach, sofern die Pflege an insgesamt mindestens 14 Stunden wöchentlich erbracht wurde. Voraussetzung ist jedoch, dass bei den Pflegebedürftigen mindestens die Pflegestufe I anerkannt ist. Für die pflegenden Angehörigen von Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe 0 ist keine Zahlung von Rentenbeiträgen vorgesehen.

Für pflegende Angehörige soll es außerdem einfacher werden, **Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation** in Anspruch nehmen zu können. In diesem Zusammenhang soll die Option bestehen, Einrichtungen zu wählen, in welchen ein gemeinsamer Aufenthalt mit dem zu pflegenden Angehörigen möglich ist.

Schließlich sollen im Rahmen der Reform Selbsthilfegruppen und -organisationen mit jährlich 10 Cent pro Versicherten gefördert und unterstützt werden. Zudem sollen ihnen mehr Beteiligungsrechte, beispielsweise im Rahmen der Qualitätsentwicklung, zustehen. Austauschmöglichkeiten mit anderen Betroffenen im Rahmen einer Selbsthilfegruppe können für pflegende Angehörige eine wichtige Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeit darstellen.

6. Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen werden dahin gehend gestärkt, dass eine gezielte Beratung und Information durch die Pflegekassen sowie eine nachvollziehbare Prüfung eines möglichen Anspruchs auf Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige erfolgt.

Die Pflegekassen sind zukünftig verpflichtet, dem Antragsteller neben dem Leistungsbescheid eine im Rahmen der Begutachtung zu erstellende Rehabilitationsempfehlung zu übersenden. Mit dieser Empfehlung ist es für die Betroffenen einfacher, einen entsprechenden Antrag zu stellen. Dennoch besteht für jedermann ein rechtlicher Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen.

Sofern der Antragsteller zustimmt, ist die Pflegekasse verpflichtet, den Rehabilitationsbedarf zur Verfahrensprüfung an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten.

7. Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen

Um es Pflegebedürftigen zu ermöglichen, so leben zu können, wie sie das möchten, werden Wohnformen zwischen der ambulanten und der stationären Betreuung zusätzlich gefördert. Die Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen soll dazu beitragen, stationäre Pflege zu vermeiden.

Die Förderung wird insbesondere durch folgende Maßnahmen erfolgen:

- Der Einsatz von Einzelpflegekräften soll gestärkt werden. Zu beachten ist, dass diese zumeist selbständig arbeiten und nicht in einem Beschäftigungsverhältnis mit einem ambulanten Dienst stehen.

- Es erfolgt die Zahlung einer zusätzlichen, zweckgebundenen Pauschale in Höhe von 200 Euro je Bewohner bei Beschäftigung einer Kraft, die für die Organisation und Pflege in der Wohngruppe sorgt. Hierfür muss aber jeder der mindestens drei Bewohner Pflegegeld beziehungsweise Pflegesachleistungen beziehen.
- Es wird ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Gründung ambulanter Wohngruppen aufgelegt, das aus nicht zum Aufbau von Pflegestützpunkten abgerufenen Mitteln finanziert wird. Hierfür ist eine Sofortunterstützung von 2.500 Euro pro Person (maximal 10.000 Euro je Wohngruppe und bis zu maximal 4 Versicherte) für notwendige Umbaumaßnahmen in der gemeinsamen Wohnung möglich.

8. Stärkung der Rechte Pflegebedürftiger bei der Begutachtung

Die Rechte der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gegenüber den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst (MDK) werden gestärkt.

Der MDK wird zu einem „Verhaltenscodex“ verpflichtet, der einen angemessenen und respektvollen Umgang mit den Pflegebedürftigen sicherstellen soll. Zudem wird ein Beschwerdemanagement eingerichtet.

Außerdem müssen die Pflegekassen den Antragstellern zur Sicherstellung einer frühzeitigen Beratung innerhalb von zwei Wochen unter Nennung eines Ansprechpartners einen Beratungstermin anbieten. Die Beratung kann auf Wunsch auch vor Ort in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in der Einrichtung erfolgen. Können die Pflegekassen diese Leistung zeitgerecht nicht selber erbringen, müssen sie dem Antragsteller einen Beratungsgutschein für die Inanspruchnahme der erforderlichen Beratung durch einen anderen qualifizierten Dienstleister zur Verfügung stellen.

Wenn die Pflegekassen Leistungsentscheidungen nicht fristgerecht treffen, haben sie künftig dem Antragsteller ab dem ersten Tag der Überschreitung für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro als erste Versorgungsleistung zur Verfügung zu stellen. Damit die Pflegekassen auch fristgerecht über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit entscheiden können, besteht die Möglichkeit, dass sie neben dem MDK auch andere unabhängige Gutachter beauftragen. Die Pflegekasse hat dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zu benennen, soweit unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen, wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragseingang keine Begutachtung erfolgt ist. Die Versicherten haben einen Anspruch auf Erhalt des erstellten Gutachtens.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit die vorgesehene Strafzahlung bei Versäumung der Frist tatsächlich umsetzbar ist, da das Fristversäumnis zumeist nicht ausschließlich

der Pflegekasse zuzurechnen sein wird oder die Betroffenen von der Sanktion keine Kenntnis beziehungsweise keine Handlungsmöglichkeiten haben.

9. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Heimen

Um die medizinische Versorgung in den Pflegeheimen zu verbessern, sollen mehr Vereinbarungen zwischen Heimen und Ärzten sowie Zahnärzten geschlossen werden, die auch die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal vor Ort regeln. Finanzielle Anreize sollen dafür sorgen, dass verstärkt Haus- und Heimbesuche durch den Arzt beziehungsweise Zahnarzt erfolgen.

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen sind zudem ab 2014 verpflichtet, darüber zu informieren, wie sie die medizinische Versorgung ihrer Pflegeheimbewohner sicherstellen. Diese Informationen sollen im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen, den sogenannten Transparenzberichten, veröffentlicht werden. Auf diese Weise soll die Qualität der medizinischen Versorgung in dem jeweiligen Heim transparent und bei Erforderlichkeit entsprechend verbessert werden.

10. Förderung privater Pflegevorsorge

Eine Förderung der privaten Pflegevorsorge soll die Menschen dabei unterstützen, für den Fall der Pflegebedürftigkeit eigenverantwortlich vorzusorgen. Sie wird aus Steuermitteln finanziert, eine Versicherungspflicht besteht nicht. Die jährliche staatliche Zulage beträgt 60 Euro und erfolgt einkommensunabhängig rückwirkend zum Jahresende. Sofern Altverträge mit privaten Krankenversicherungen die Förderbedingungen erfüllen, sind sie ebenfalls förderfähig.

Als vertragliche Mindestvoraussetzung muss eine Eigenleistung von mindestens 10 Euro pro Monat eingebracht werden. Es handelt sich bei der privaten Pflegezusatzversicherung lediglich um eine Pflegetagegeldversicherung, nicht hingegen um eine Pflegerenten- oder Pflegekostenversicherung. Voraussetzung ist, dass der jeweilige Tarif in allen Pflegestufen (0 bis III) Leistungen erbringen muss. Das Tagegeld in Pflegestufe III muss beispielsweise mindestens 600 Euro monatlich betragen. Zudem dürfen die Maximalbeträge im Leistungsfall nicht höher als die jeweiligen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung insgesamt (1.550 Euro für das Jahr 2012) sein.

Eine solche private Pflegezusatzversicherung kann von Personen ab 18 Jahren abgeschlossen werden. Sofern nicht bereits eine Demenz oder Pflegebedürftigkeit besteht, sind Gesundheitsprüfungen, Risikoaufschläge oder Leistungsausschlüsse nicht erlaubt.

Es sind maximal fünf Jahre Wartezeit zulässig, bevor Leistungen in Anspruch genommen werden können. Verwaltungs- und Abschlusskosten müssen begrenzt sein, zudem muss für Bezieher von Arbeitslosengeld II oder Sozialhilfe das Recht eingeräumt werden, den Vertrag zu kündigen oder für die Dauer der Hilfebedürftigkeit ruhen zu lassen.

11. Weitere Maßnahmen

Darüber hinaus gibt es weitere rechtliche Neuerungen, unter anderem:

- Die Einkommensprüfung im Zusammenhang mit der Beantragung auf Gewährung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen wurde abgeschafft, um bürokratische Hürden abzubauen und den Zugang bei der Antragstellung zu erleichtern.
- Die Rahmenfrist für die Anerkennung als verantwortliche Fachkraft wurde einheitlich auf acht Jahre verlängert, um beispielsweise den Wiedereinstieg in den Beruf zu erleichtern.
- Zur Sicherung der Qualität werden Ausnahmen vom Grundsatz der unangemeldeten Prüfung durch den MDK für den ambulanten Bereich eingeführt.
- Es gibt die Möglichkeit für Modellversuche, mit dem Ziel, dass eine bessere Verzahnung der Prüfungen des MDK und der Heimaufsicht erfolgt.

12. Ruhen der Leistungsansprüche

Der gesetzliche Anspruch auf Pflegeleistungen ruht bei längeren Auslandsaufenthalten sowie wenn Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Unfallfürsorge gezahlt werden. Weiter gewährt werden jedoch auch in diesen Fällen die Leistungen zur sozialen Sicherung, die Beiträge zur Rentenversicherung für familiäre und ehrenamtliche Pflegepersonen und Leistungen zur sozialen Sicherung bei Pflegezeit, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Auslandsaufenthalt übersteigt nicht die Zeit von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr,
- der Pflegebedürftige muss für bis zu vier Wochen im Krankenhaus behandelt werden
- oder der pflegebedürftige Versicherte hält sich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder in der Schweiz auf.

III. Kritikpunkte

Zwar ist die Leistungsverbesserung durch das Pflegeneuausrichtungsgesetz vom Ansatz her positiv zu bewerten, allerdings sind zahlreiche Nachbesserungen erforderlich. Viele zentrale Handlungsfelder in der Pflegeversicherung werden nicht angegangen beziehungsweise bleiben hinter den Erwartungen der Betroffenen zurück. So werden die Leistungsbeträge für Demenzzranke dem Pflegebedarf bei weitem nicht gerecht.

Zudem ist es bedauerlich, dass die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unter Berücksichtigung kognitiv beeinträchtigter Menschen weiter verschoben wird. Die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz können mit der bisherigen verrichtungsbezogenen Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nicht angemessen erfasst werden. Vielmehr sollte die Beurteilung der Selbständigkeit im Mittelpunkt stehen, um damit insbesondere Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz entgegen zu kommen.

Auch die pflegenden Angehörigen werden durch die rechtlichen Neuerungen nicht wesentlich entlastet. Die rentenrechtliche Berücksichtigung der Pflegezeiten sind so gering, dass die soziale Absicherung der Pflegenden nach wie vor unzureichend ist. Insbesondere Frauen, die die Betreuung anderer übernehmen und dafür ihre beruflichen Ambitionen sowie den Erwerb eigener Rentenansprüche zurückstellen, werden weiterhin benachteiligt, obwohl sie ohnehin schon stärker als andere Bevölkerungsgruppen von Armut bedroht sind.

Die Beitragssatzerhöhung von 0,1 Prozent greift zu kurz, um den Herausforderungen in der Pflege zu begegnen. Ein zusätzlicher Lösungsansatz für eine zukunftssichere Finanzierung könnte der Risikostrukturausgleich zwischen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherung sowie eine erweiterte Beitragsbemessungsgrundlage sein. Der Ausbau einer solidarischen Pflegeversicherung käme gerade Menschen mit einem höheren Pflegerisiko, beispielsweise älteren Menschen und Geringverdienern, zu Gute, die sich die private Zusatzversicherung nicht leisten können.

Da die Rahmenbedingungen – insbesondere im Leistungsrecht – nicht wesentlich verbessert werden, wird die Situation der in der Pflege Beschäftigten ebenfalls nicht wesentlich verbessert. Eine veränderte Berufsausbildung sowie Qualifizierungsmaßnahmen allein führen nicht dazu, dass der Fachkräftemangel behoben und die Pflegeberufe attraktiver werden. Die Zahl der Menschen im erwerbsfähigen Alter sinkt und damit auch die Zahl der Menschen, die professionelle oder ehrenamtliche Pflegeleistungen übernehmen können. Es sollte ein gesellschaftlicher Wandel dahingehend erfolgen, ein neues Verständnis zu entwickeln, wer als pflegebedürftig anzusehen ist, welcher veränderte Bedarf besteht und wie dieser gedeckt werden kann. Hiermit verbunden ist auch ein Orientierungswechsel, bei der Beantwortung der Fragen was unter Pflege zu verstehen ist und wie sie in die Gesellschaft besser eingebunden werden kann.