



# ENTWURF

## **Eckpunkte für eine Pflegereform 2011: Menschlich, bedarfsgerecht, zukunftsfest.**

2008 hat eine Bundesregierung unter Führung der Union erstmalig Leistungsverbesserungen innerhalb der 1995 eingeführten sozialen Pflegeversicherung durchsetzen können. Die erstmalige Anhebung von Leistungen, die Anerkennung von Demenz bei der Einstufung und Betreuung, die Einführung einer Pflegezeit für Angehörige sowie eine deutliche Verbesserung der Qualitätssicherung sind die wesentlichen Eckpfeiler dieser Reform.

Darauf soll die Pflegereform 2011 aufbauen. Wir wollen die Pflegeversicherung als eigenständigen Zweig der Sozialversicherung erhalten. Sie wird auch ihre Funktion als Teilleistungabsicherung behalten.

Dabei soll der Mensch als Ganzes betrachtet werden und die Leistungsgewährung nicht mehr ausschließlich an somatischen Bedürfnissen ausgerichtet sein.

Da die Umlagefinanzierung auf Dauer eine angemessene Unterstützung einer vorübergehend erheblich steigenden Zahl von Pflegebedürftigen nicht leisten kann, werden wir eine ergänzende Kapitaldeckung zur vorausschauenden Vorsorge einführen. So lässt sich dauerhaftes Vertrauen in die Pflegeversicherung begründen.

### **I. Pflegebedürftigkeitsbegriff:**

Der heutige Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigt ausschließlich somatische Einschränkungen. Die hieraus resultierende Ungleichbehandlung wurde bereits in einem ersten Schritt durch die Anhebung der Leistungen für Demenzerkrankte 2008 verbessert. Dieses reicht aber auf Dauer nicht aus. Daher wollen wir eine Neudefinition

des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erreichen. Nicht körperliche Einschränkungen, sondern der Grad der Selbständigkeit soll der Ausgangspunkt sein. Das Gutachten des Beirates zur Pflegebedürftigkeit hat hierzu gute Vorschläge gemacht.

Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff muss aus unserer Sicht folgenden Anforderungen genügen:

- Neben somatischen muss er auch kognitive und gesundheitliche Einschränkungen berücksichtigen.
- Es muss ein Anreiz nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ gegeben sein, um den Bedürfnissen der Menschen zu entsprechen, so lange wie möglich in ihrer privaten häuslichen Umgebung zu verweilen.
- Es muss für heutige Leistungsempfänger ein vorübergehender Bestandschutz gewährleistet werden. Nur so kann Akzeptanz für ein neues System erzielt werden.
- Die Abgrenzung zu angrenzenden Leistungsbereichen anderer Sozialgesetzbücher darf nicht verschwimmen. Hier sind klare Zuordnungsmöglichkeiten Voraussetzung für die Einführung.
- Die Kriterien müssen insbesondere für den Betroffenen transparent und nachvollziehbar sein.

Die Errungenschaften der letzten Pflegereform für Demenzkranke wollen wir erhalten. Hierzu zählen die Betreuungszuschläge für Demenzkranke im ambulanten Bereich sowie der zusätzliche Betreuungsanspruch bei stationärer Unterbringung. Auch die Beibehaltung der heute bereits durch ehrenamtliche Strukturen gewährleisteten Leistungen ist unser Ziel.

Unabhängig davon muss für ein auf Dauer angelegter Dynamisierungsmechanismus für die Leistungen der Pflegeversicherung eingeführt werden, um bei den Pflegeleistungen auch in Zukunft ein angemessenes Leistungsniveau zu erhalten. In der letzten Pflegereform wurde bereits eine ab 2015 beginnende, alle drei Jahre erfolgende Überprüfung und Dynamisierung festgelegt. Im Rahmen der anstehenden Debatte zur dauerhaften Finanzierung der Pflegeversicherung ist diese Regelung einzuordnen und zu konkretisieren.

## **II. Stärkung der Rechte von pflegenden Angehörigen:**

### Flexibilisierung „Urlaubsregelung für Angehörige“

Zur Unterstützung der Personen, die ihre Angehörige in häuslicher Umgebung pflegen, wurde bereits mit der letzten Pflegereform die Wartezeit auf den Anspruch der sog. Verhinderungspflege von zwölf auf sechs Monate verkürzt. Darüber hinaus wurde für die Zeit der Verhinderungspflege (Urlaub der Pflegeperson) der Anspruch auf Leistungen zur Alterssicherung (Auszahlung der Rentenversicherungsbeiträge durch die Pflegeversicherung) erweitert.

Pflegebedürftige Kinder erhalten bei einem Mangel an kindgerechten Pflegeplätzen im Rahmen der Kurzzeitpflege auch bei Unterbringung in anderen geeigneten Einrichtungen (z. B. Behindertenhilfe) Leistungen der Pflegeversicherung.

Leider müssen wir feststellen, dass von diesen neuen Optionen nur in einem geringen Umfang Gebrauch gemacht wird. Laut Angaben der gesetzlichen Krankenversicherung haben von den rund 1,6 Mio. Angehörigen, die Pflegebedürftige zu Hause pflegen, lediglich 33.800 die sog. Verhinderungspflege in Anspruch genommen. Kurzzeitpflege wurde in rund 16.500 Fällen gewährt. Diese Zahlen verdeutlichen, dass es für die Betroffenen mehr Informationen über die bereits bestehenden Angebote geben muss. Wir wollen prüfen, wie man sie attraktiver ausgestaltet und ob es alternative Angebote zur Entlastung der Angehörigen gibt.

Die Stärkung pflegender Angehöriger gehört zu den wichtigsten Aufgaben. Ziel muss es sein, die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Hierzu könnte der Ausbau der Tagespflege ein geeigneter Ansatz sein, z.B. durch regelhaft zusätzlich eingestreute Tagespflegeplätze in stationären Einrichtungen.

In der ambulanten Pflege ist die Kombination von Pflegegeld und die Inanspruchnahme von Sachleistungen möglich. In der teilstationären Versorgung können Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit anderen ambulanten Sachleistungen und/oder dem Pflegegeld kombiniert werden. Es ist zu prüfen, inwieweit das Pflegegeld besser mit den Leistungen für die Tagespflege bzw. für den ambulanten Pflegedienst kombiniert werden kann mit dem Ziel, Pflegepersonen zumindest die Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung zu ermöglichen.

### Familienpflegezeit:

Pflegende Angehörige werden neben der 6-monatigen Pflegezeit (völliges Ruhen der Arbeit) die Option einer zwei-jährigen Familienpflegezeit erhalten, so ihr Unternehmen eine entsprechende Betriebsvereinbarung schließt.

In dieser Zeit kann der Angehörige seine Arbeitszeit auf bis zu 50 % reduzieren, erhält aber 75 % seines Gehaltes. Anschließend arbeitet der Angehörige dann im gleichen Zeitumfang wieder 100 % bei weiterhin 75 % seines Gehaltes. Für das Risiko der Arbeitsunfähigkeit muss der Angehörige eine Versicherung abschließen. Damit wird die Flexibilität für Angehörige analog der Altersteilzeit weiter gestärkt.

### **III. Verbesserung der Qualitätssicherung:**

Die Union konnte im Rahmen der letzten Pflegereform durchsetzen, dass die Qualitätsprüfungen von damals alle fünf Jahre auf eine jährliche und in der Regel unangemeldete Überprüfung umgestellt wurden. Darüber hinaus sollte der Schwerpunkt der Prüfung auf den Zustand des Pflegebedürftigen und damit auf die Ergebnisqualität gelegt werden und weniger auf die Dokumentations- und Aktenlage. Diese neue Schwerpunktsetzung ist noch nicht hinreichend bei allen Prüfungen umgesetzt. Wir wollen prüfen, ob und wie dies noch besser erreicht werden kann.

Die Ergebnisse der Überprüfungen sind verständlich zu veröffentlichen, z. B. im Internet oder als Aushang im Pflegeheim.

Das Ziel der Entbürokratisierung in der Qualitätssicherung muss weiter voran getrieben werden. Fälle von Vernachlässigung und Gewalt in der Pflege dürfen nicht toleriert werden. Die Politik hat eine Verantwortung dafür, dass Pflegebedürftigen eine humane Pflege und ein menschenwürdiges Leben ermöglicht werden. Mit diesem Ziel müssen die Pflegekriterien, die Grundlage der Pflegebegutachtung der Einrichtungen sind, regelmäßig überprüft und an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst werden. Dies gilt insbesondere für Bewertungskriterien im Rahmen des sog. Pflege-TÜV. Dabei bedarf es auch einer sachgerechteren Stichprobenauswahl, um die Versorgungssicherheit und Vergleichbarkeit besser abbilden zu können. Gleichzeitig müssen die Ergebnisse ein sowohl für den Pflegebedürftigen als auch für seine Angehörigen transparentes Ergebnis der Pflegebegutachtung darstellen. Um Blockadehaltungen von Verbänden bei der Überarbeitung der Kriterien

zukünftig zu verhindern, wurde bereits eine Schiedsstellenregelung auf den Weg gebracht.

#### **IV. Pflegebegutachtung:**

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist das Prüforgang der Pflegekassen und wird durch diese im Umlageverfahren finanziert. Zum einen prüft der MDK nach Antragstellung auf Grundlage einer Begutachtung, ob der Antragsteller pflegebedürftig ist und wenn ja, welcher Pflegestufe er angehört. Zum anderen testet er die Qualität in stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten (Pflege-TÜV). Aufgrund der Tatsache, dass der MDK von den Pflegekassen finanziert wird, wird seine Unabhängigkeit nicht selten in Frage gestellt. Der Eindruck, dass die Krankenkassen Einfluss auf die Entscheidung des MDK nehmen, ist eine häufig geäußerte Wahrnehmung der Betroffenen.

Unabhängig von der zukünftigen Ausrichtung der Qualitätsprüfungen sollte daher geprüft werden, ob und wie aus dem MDK heraus ein neues Institut in einer geeigneten Organisationsform entwickelt werden kann. Ein Beirat sollte die Unabhängigkeit und die Qualität des Instituts gewährleisten. Die Vergütung könnte anhand einer Gebührenordnung erfolgen.

Die neuen angestrebten Regelungen, die PKV mit zehn Prozent aktiv an den Prüfungen zu beteiligen, bedeutet selbstverständlich auch eine entsprechende Beteiligung der PKV in diesem neuen Institut .

#### **V. Pflegekräfte:**

##### Attraktivität des Pflegeberufes

Das Berufsbild der Pflege erfordert physisch wie psychisch hohe Anforderungen. Daher ist es notwendig, dass Menschen, die diesen anspruchsvollen und schwierigen Dienst an den Pflegebedürftigen leisten, auch in der Gesellschaft geschätzt und anerkannt werden. Dieses ist umso wichtiger, weil laut Prognosen bereits in zehn Jahren rund 230.000 mehr Pflegekräfte als heute benötigt werden. Damit ist es eine wichtige gesellschaftspolitische Aufgabe, den Pflegeberuf attraktiver auszugestalten.

Ein Baustein dabei wird sein, die heute in unterschiedlichen Ausbildungen verankerten Pflegeberufe der Altenpflege, der Kranken- sowie der Kinderkrankenpflege zu vereinheitlichen. Ziel ist es, mehr berufliche Einsatz- und Aufstiegsmöglichkeiten und damit mehr Flexibilität in das Berufsbild zu bringen. Derzeit ist eine Bund-/Länder-Arbeitsgruppe damit beauftragt, Vorschläge für eine Zusammenlegung zu unterbreiten. Diese sieht auch eine Vereinheitlichung der Ausbildungsvergütung vor.

Der Pflegeberuf ist immer noch ein überwiegend weiblicher Beruf. Auch deshalb ist es unerlässlich, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu stärken. Daher sind die Arbeitgeber gefordert neben dem notwendigen Schichtdienst, der eine 24 Stunden Versorgung gewährleisten muss, mehr Kernzeitarbeit anzubieten und vermehrt Arbeitsschritte hier rein zu verlagern.

Um dauerhaft den Bedarf an Pflegekräften zu sichern, ist eine Aufwertung des Berufes unabdingbar. Hierzu gehört auch eine den physischen und psychischen Belastungen angemessene Vergütung.

Es müssen weiterhin die Möglichkeiten der Anerkennung bereits erworbener Fähigkeiten und Kenntnisse und die Anrechnung auf die Ausbildung geprüft werden. Teilweise rechnen die Länder nur wenige Qualifikationen an, so dass auch Pflegehelfer die dreijährige Ausbildung absolvieren müssen. Somit erscheint eine Weiterqualifikation wenig attraktiv. Berufswiedereinsteiger benötigen ebenfalls durchlässige Regelungen, damit die Pflege Tätigkeit schnell und unbürokratisch aufgenommen werden kann.

Umschulungen nach dem SGB III stellen ein sehr erfolgreiches arbeitsmarktpolitisches Instrument dar. Insbesondere Frauen sowie Müttern nach der Familienphase eröffnet sich damit oftmals eine berufliche Zukunft in der Pflege. Es sollte daher geprüft werden, ob Umschulungen nach dem SGB III in der Alten- und Krankenpflege künftig als Rechtsanspruch ausgestaltet und unbefristet über die gesamte Dauer der Ausbildung (3 Jahre) gefördert werden können. Die Träger sind dabei in angemessener Weise bei der Finanzierung zu beteiligen.

Insgesamt sind das Thema Pflege und der Pflegeberuf in der öffentlichen Wahrnehmung zu negativ besetzt. Um die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern und mehr

junge Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern, ist unter Einbeziehung aller wesentlichen Akteure im Pflegebereich eine Image-Kampagne aufzusetzen. Hierzu gibt es bereits aus den Ländern vorbildhafte Beispiele.

#### Auswirkungen Arbeitnehmerentsendegesetz:

Das Gesetz folgt grundsätzlich dem Arbeitsortsprinzip, d. h. der Arbeitgeber ist verpflichtet, seinen Arbeitnehmern für die Zeit der Entsendung die am jeweiligen Arbeitsort in Deutschland maßgeblichen Arbeitsbedingungen zu gewähren. Dieses gilt ab 2011 auch für Pflegekräfte, für die bereits ein Mindestlohn festgelegt wurde. Die zwingenden Arbeitsbedingungen beziehen sich insbesondere auf Lohn, Urlaubsanspruch, Arbeits- und Gesundheitsschutz und Bedingungen für die Überlassung von Arbeitskräften. Die Einhaltung der Mindestlöhne wird von den Behörden der Zollverwaltung kontrolliert. Verstöße können als Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße von bis zu 500.000 Euro geahndet werden.

#### Betreuungskräfte aus Nicht-EU-Ländern:

Immer mehr Familien entscheiden sich dafür, ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu Hause zu betreuen. Gerade im Bereich Demenz stoßen aber viele an ihre Grenzen, da dieses Erkrankungsbild eine 24-Stunden-Betreuung erfordert, die seltenst von den Angehörigen selbst vollständig erbracht werden kann. Hierfür werden immer wieder Betreuungskräfte auch aus Nicht-EU-Ländern illegal in den Familien beschäftigt. Dieses ist eine unhaltbare Situation sowohl für die Familie aber insbesondere auch für die betroffene Betreuungskraft. Daher muss hier Abhilfe geschaffen werden. Die ab diesem Jahr geltende Arbeitnehmerfreizügigkeit mit dem Mindestlohn in der Pflege ist ein Baustein, der aber nicht für alle Fälle ausreichen wird.

Die Regelung, die Österreich für diese Situation geschaffen hat, könnte auch für Deutschland vorstellbar sein. Dies wollen wir ergebnisoffen prüfen.

Nach der österreichischen Regelung müssen die Angehörigen bzw. der pflegebedürftige ein eigenes Zimmer und freie Kost anbieten sowie eine Entlohnung zwischen 800 und 1000 Euro im Monat für die Betreuungskraft sicherstellen. Die Sozialversicherung und damit die Voraussetzung für legale Beschäftigung übernimmt dann die Pflegekasse für diese Fälle. Diese Regelung ist deutlich günstiger als die Inanspruchnahme eines qualifizierten Pflegedienstes oder ein Heimplatz und stärkt das Prinzip ambulant vor stationär. Dabei wird die professionelle Pflege für Leistungen

wie Spritzen geben oder Verbände anlegen weiter durch den häuslichen Krankenpflegedienst übernommen.

## **VI. Neue Formen der Versorgung:**

Vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft wird nicht nur der Grundsatz ambulant vor stationär, sondern auch die stärkere Verknüpfung beider Leistungsbereiche eine große Rolle spielen. In Mehrgenerationenhäusern, Wohnquartieren, Alten-WGs, etc. werden bereits neue Formen der Versorgung gelebt. Das Geld muss hier der Leistung und damit dem individuellen Bedarf des Pflegebedürftigen folgen könnten. Über die reine Pflegeversicherung hinaus sind weitergehende Angebote der Förderung wie z. B. bei der Wohnraumgestaltung notwendig.

Bereits heute bietet die KfW in unterschiedlichen Richtlinien Förderungen zur Weiterentwicklung neuer Wohnformen. Diese werden aktuell überprüft mit dem Ziel, nach dem Auslaufen 2011 erneut und in aktualisierter Form weiter zu bestehen.

Eine mögliche Erweiterung der Maßnahmen würde für die Pflegeversicherung keine zusätzlichen Kosten verursachen. Andererseits können langfristig Einsparungen erzielt werden, wenn die Menschen länger in den eigenen vier Wänden leben und dadurch Kosten für die Unterbringung in stationären Pflegeeinrichtungen vermieden werden.

Deshalb sind die Möglichkeiten der modernen Technik stärker auszuschöpfen, denn sie können entscheidend zur Erleichterung des Pflegealltags beitragen. Eine entsprechende Weiterentwicklung des nach § 40 Abs. 4 SGB XI möglichen Förderbetrages von 2.557 Euro für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen ist unser Ziel.

## **VII. Medizinische Versorgung in Heimen:**

Die letzte Pflegereform hatte sich bereits diesem dringenden Thema angenommen und eine verstärkte Kooperation von Ärzten mit Heimen bis hin zur Option einer Anstellung eines Arztes im Heim gesetzlich ermöglicht.

Daneben wurden Heime und Pflegedienste auch optional zu Vertragspartnern der integrierten Versorgung. Ein erster integrierter Versorgungsvertrag mit Heimen ist zwar dieses Jahr in Baden-Württemberg geschlossen worden, aber das ist ange-

sichts der Problemdarstellungen, die uns erreichen, zu wenig. Bestehende Hemmnisse für solche Verträge wollen wir abbauen.

Die aktuellen Regelungen sind daher auf ihre Anwendbarkeit hin zu überprüfen und anzupassen mit dem Ziel, die medizinische Versorgung in Heimen zu verbessern und Krankenhauseinweisungen (vor allem an Wochenenden) zu vermeiden. Es braucht im Rahmen der ärztlichen Vergütung entsprechende Anreize, um sowohl eine verstärkte Haus- als auch eine verstärkte fachärztliche Tätigkeit in Heimen zu realisieren. Nicht zuletzt ist zu prüfen, ob Heime auch Träger von MVZ sein können.

Um die medizinische Versorgung von älteren Menschen in Pflegeheimen sowie in ihrer häuslichen Umgebung zu verbessern, sind Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und – soweit betroffen – Pflegeheime/ambulante Dienste gefordert, regionale Netzwerke von Ärzten zu etablieren, über die regelmäßige Arztbesuche in Heimen sowie auch beim Patienten zuhause organisiert werden können. Solche Netzwerke sollen bewirken, dass vermeidbare Krankentransporte und Krankenhausaufenthalte, die Patienten belasten und zum Teil auch unnötige Kosten verursachen, reduziert werden.

### **VIII. Reha vor Pflege:**

Um unnötige Pflegekosten zu vermeiden, muss der Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt werden. Unabhängig davon, ob Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist oder droht, ist der Rehabilitationsbedarf bereits insbesondere bei der Begutachtung des MDK zu prüfen und bei Bedarf umzusetzen.

Um dieses Ziel einzuhalten und die Maßnahmen auch durchzusetzen, wurde mit der letzten Reform eine Strafzahlung der GKV an die SPV in Höhe von 3.072 Euro bei nicht erfolgter Rehabilitationsmaßnahme eingeführt (§ 40 Abs. 3 SGB V). Darüber hinaus wird den Pflegeeinrichtungen ein Betrag von einmalig 1.536 Euro gewährt, wenn Pflegebedürftige nach einer erfolgten Rehamassnahme in eine niedrigere Pflegestufe zurückgestuft werden. (Bonifizierung aktivierender Pflege gem. § 87a SGB XI).

Diese notwendige und wichtige Maßnahme im Sinn einer aktivierenden Pflege der betroffenen Menschen wollen wir weiter stärken. Wir wollen bei der geriatrischen Re-

habilitation prüfen, ob und wie die bisherige Trennung zwischen Kostenträger (GKV) und Nutznießer (soziale Pflegeversicherung) beseitigt werden kann. Die Pflegekasse könnte künftig beispielsweise die Rehabilitationskosten übernehmen. Die entstehenden Mehrausgaben in der Pflegeversicherung würden dann durch eine Übernahme der medizinischen Behandlungspflege in Heimen durch die Krankenkassen (analog zur ambulanten Pflege) – gegebenenfalls in Form von Pauschalen – kompensiert. So würde der bisherige Verschiebepunkt zwischen GKV und SPV beseitigt. Hierfür ist es auch notwendig, dass die Angebote der Rehabilitationsanbieter genauer auf die Bedürfnisse Pflegebedürftiger zugeschnitten werden. Daher wollen wir für dieses spezifische Leistungsangebot eigenständige Verträge der Pflegekassen mit Rehabilitationseinrichtungen einführen, um die spezifischen Bedarfe festzulegen und zu entsprechenden Vergütungssätzen zu kommen. Wir wollen zudem prüfen, ob es auch finanziell Sinn macht, die Pflegeversicherung zu verpflichten, jede geriatrische Rehabilitationsmaßnahme durchzuführen, die der MDK im Rahmen der Einstufung oder Neubegutachtung für erforderlich hält.

#### **IX. Verblistern:**

Das Verblistern stellt eine Möglichkeit dar, Pflegekräfte zu entlasten und ihnen mehr Raum für die Arbeit am Patienten zu geben. Gleichzeitig erhält der Apotheker insbesondere bei multimorbiden Patienten, die oftmals zahlreiche verschiedene Medikamente am Tag nehmen müssen, die Möglichkeit, Wechselwirkungen besser zu erkennen.

Aus diesem Grund wurde bereits mit dem GKV-WSG die Option geschaffen, dass Heime und Apotheken Verträge zur Verblisterung schließen. Aufgrund des Versorgungsvertrages nach § 12a Apothekengesetz (ApoG) zwischen Apotheker und Pflegeheim verpflichtet sich die Apotheke, Arzneimittel patientenindividuell zu verblistern. Dabei wurde auch die Frage der Kosten in die Hände der Vertragspartner gegeben. Zudem können Krankenkassen und Apotheker Vereinbarungen zur Vergütung treffen. All diese Instrumente werden bisher aber kaum oder nur im geringen Umfang genutzt bzw. zeigen faktisch kaum Wirkung.

Um die Möglichkeit der Verblisterung insbesondere für Heime aber auch für ambulante Pflegeanbieter attraktiver zu machen, sollten die Vertragsgrundlagen auf ambulante Pflegeanbieter ausgeweitet werden. Es ist darüberhinaus zu prüfen, wie der

Aufwand des Verblisterns reduziert und kostengünstiger gestaltet werden kann. Dabei wollen wir auch grundsätzlich Form und Finanzierung der Verblisterung von Arzneimitteln diskutieren. Die Einhaltung von Rabattverträgen der Kassen ist in jedem Fall auch beim Verblistern zu gewährleisten.

#### **X. Demenzforschung:**

Um ein gesundes Altern in Würde möglich zu machen, bedarf es intensiver Forschungen zu Diagnostik und Therapie sowie Versorgung und Pflege bei Demenzerkrankungen. Deshalb hatte die unionsgeführte Bundesregierung im August 2007 beschlossen, ein Institut für neurodegenerative Erkrankungen zu gründen.

Das Kernzentrum in Bonn hat insgesamt sieben Außenstellen an Forschungseinrichtungen, Universitäten und Kliniken in Rockstock/Greifswald, Göttingen, Magdeburg, München, Tübingen, Witten und Dresden. Mit der Arbeitsteilung werden 400 der besten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Demenzforschung eingebunden. Ein Standort allein könnte dies nicht leisten. Angesichts der zu erwartenden Zunahme von dementiellen Erkrankungen muss die Forschung weiter gestärkt werden.

#### **XI. Bürokratieabbau:**

Der Auftrag der Pflegekräfte ist der Dienst am Menschen. Dieses muss gewährleistet werden, indem die Dokumentationspflichten auf das notwendige Mindestmaß reduziert werden. Wir fordern alle in der Pflege Tätigen auf, uns praktische Hinweise zu geben, wo überflüssige Bürokratie abgebaut werden kann. Wir werden jeden Vorschlag prüfen und gegebenenfalls umsetzen.

Vorschläge können unter [www.wenigerpflegebuerokratie.de](http://www.wenigerpflegebuerokratie.de) gemacht werden.